



Revista Electrónica de Psicología Iztacala



Universidad Nacional Autónoma de México

Vol. 24 No. 3

Septiembre de 2021

INTERVENCIÓN PSICOLÓGICA EN UN CASO DE HIPERTENSIÓN REACTIVA O DE BATA BLANCA

María Cristina Bravo González¹ y José Esteban Vaquero Cázares²

Facultad de Estudios Superiores Iztacala
Universidad Nacional Autónoma de México

RESUMEN

El espectro de aplicaciones de las técnicas de la Terapia Cognitivo-Conductual se ha ampliado de manera importante con el paso del tiempo, hasta incorporar problemáticas aparentemente alejadas del ámbito de lo psicológico o comportamental en el sentido más estricto; un ejemplo es el caso que se presenta, donde se muestran los resultados de una intervención no farmacológica a través de estrategias de intervención cognitivo-conductuales de segunda generación en una mujer con hipertensión reactiva quien debía someterse a un procedimiento quirúrgico. Los resultados muestran un cambio en los valores de tensión arterial hacia la normotensión, los cuales permitieron que el procedimiento quirúrgico se realizara luego de tres ocasiones en que tuvo que posponerse. En conclusión, la preparación psicológica de personas que presentan hipertensión reactiva relacionada con un procedimiento quirúrgico puede ser benéfico desde el primer momento en que se detectan esas elevaciones en la tensión arterial, con lo cual podrían realizarse intervenciones médicas que forma oportuna, así como favorecer la disminución de costos en la institución hospitalaria que se derivan de la reprogramación de este tipo de procedimientos.

Palabras clave: hipertensión reactiva, cirugía, intervención cognitivo conductual, caso.

¹ Correo Electrónico: cristina.bravo@iztacala.unam.mx

² Correo Electrónico: jvaquero@hotmail.com

PSYCHOLOGICAL INTERVENTION IN A CASE OF REACTIVE HYPERTENSION OR WHITE-COAT

ABSTRACT

The spectrum of applications of Cognitive-Behavioral Therapy techniques has expanded significantly with the passage of time, until it incorporates problems that are apparently far from the field of psychological or behavioral in the strictest sense; an example is the case presented, where the results of a non-pharmacological intervention are shown through second-generation cognitive-behavioral intervention strategies in a woman with reactive hypertension who had to undergo a surgical procedure. The results show a change in blood pressure values towards normotension, which allowed the surgical procedure to be performed after three times when it had to be postponed. In conclusion, the psychological preparation of people with reactive hypertension related to a surgical procedure can be beneficial from the first moment these elevations in blood pressure are detected, with which medical interventions could be carried out in a timely manner, as well as favoring the reduction of costs in the hospital institution derived from the reprogramming of this type of procedure.

Keywords: reactive hypertension, surgery, behavioral-cognitive intervention, case.

Dentro de la gran cantidad de acontecimientos estresantes, los relacionados con la salud figuran como aquellos que desencadenan reacciones emocionales intensas en algunos individuos mientras que, en otros, dichas respuestas se observan en menor medida, ello depende de la evaluación que se realice de la situación. La enfermedad y/u hospitalización, como acontecimientos no programados, constituyen eventos de cambio de vida y en muchos casos tienen un impacto disruptivo de los demás roles sociales que la persona tiene (López, Pastor y Neipp, 2003). Cuando se hace necesaria la hospitalización, en la mayoría de los casos se realizan procedimientos médicos invasivos y/o quirúrgicos, los cuales pueden ser extremadamente estresantes, de acuerdo con Gidron (2019) ser intervenido quirúrgicamente puede ser una experiencia potencialmente traumática para el paciente, ya que estará inmóvil e inconsciente, sin posibilidades de comunicarse. Por tanto, cuando el ser humano percibe que algo amenaza su existencia, sea real o no, puede presentar pensamientos y preocupaciones relacionados con su propia muerte, y enfrentarse a procedimientos quirúrgicos sin tener una noción de cómo

éstos pueden afectar su vida puede ser un generador de estrés (Jönsson, Kikkernborg, Missel y Palm, 2020).

En este conjunto de condiciones, la persona hospitalizada puede responder de múltiples maneras (Doka, 2010), sin embargo, una de las más frecuentes son las de ansiedad, la cual se manifiesta en los tres sistemas de respuesta: motor, cognitivo y fisiológico, los cuales favorecen una mayor percepción de gravedad que influye negativamente en la percepción del estado de salud durante la hospitalización, en el pronóstico y la mejoría de la persona (Grau, Suner, Abuli y Comas, 2003).

De acuerdo con el DSM 5 (*American Psychological Association*, 2014), este tipo de ansiedad se puede caracterizar como Fobia específica del tipo miedo a otra atención médica, donde se encuentran respuestas como: miedo intenso a la situación médica, esta situación puede tratar de evitarse en la medida de lo posible, hay un temor desproporcionado con respecto al peligro real que puede tener la situación; el miedo, la ansiedad o evitación causa un malestar significativo. Aunado a esto, una de las respuestas fisiológicas más frecuentes durante estos episodios es el incremento en la tensión arterial, o reactividad presora, la cual se explica a partir del modelo fisiológico de la ansiedad, donde, al encontrarse en un estado de alarma se activa el sistema simpático, quien controla las elevaciones de la presión arterial al incrementar el gasto cardíaco a nivel sistólico (Salgado, 2001). Con la activación del sistema neuroendocrino, el riesgo de hipertensión durante los primeros 15-30 minutos de exposición a un estresor, es mayor (Jaureguizar y Espina, 2005).

Las condiciones que producen una mayor presión reactiva tienen que ver con situaciones que se caracterizan por la anticipación de una situación estresante ante la cual la persona cree poder llevar a cabo un tipo de control, por lo que emplea diversas estrategias de enfrentamiento, pero al confrontar estas amenazas ocurren cambios involuntarios a nivel fisiológico, que preparan al cuerpo para escapar, paralizarse o atacar (Carver y Vargas, 2010). Así, la elevación presora está determinada por la anticipación, independientemente de que el estresor aparezca o no (Salgado, 2001). Esto da lugar al fenómeno conocido como “hipertensión de bata blanca” (Mussi, 2009), término acuñado por Thomas Pickering para

caracterizar a las personas que presentan elevaciones en los niveles de presión arterial durante sus visitas al médico, pero presentan cifras normales en monitoreos diarios (Franklin, Thijs, Hansen, O'Brien y Staessen, 2013), que se presenta entre el 15 a 30% de personas con niveles elevados de presión arterial.

La Medicina Conductual se ha encargado, a través de la aplicación de técnicas cognitivo-conductuales, de desarrollar intervenciones no farmacológicas ante problemáticas de salud específicas, como en el caso de la hipertensión y la preparación para procedimientos médico quirúrgicos, que tienen varios propósitos entre los que destacan: reducir la ansiedad de los pacientes, reducir la cantidad de analgésicos post-operatorios del procedimiento, acelerar la recuperación física post quirúrgica y reducir la estancia hospitalaria y reducir el tiempo y la cantidad de recursos de apoyo requeridos por el paciente para la recuperación, entre otros (Fehon y Swanson, 2019). Alcanzar estos objetivos es altamente deseable en el contexto sanitario, ya que los recursos humanos y materiales tienen una alta demanda, por lo que intervenciones de este tipo son muy valoradas. De acuerdo con Gholamrezaei, Van Diest, Aziz, Vlaeyen y Oudenhove (2020) los ejercicios de relajación profunda se emplean con mucha frecuencia como aproximaciones para el control de la salud, solos o como parte de otros tratamientos no farmacológicos. En el presente trabajo se presenta un programa de intervención basado en el enfoque cognitivo-conductual para el control de reactividad presora o hipertensión reactiva que se presentaba en una mujer como respuesta a una situación de exposición a un procedimiento quirúrgico. El objetivo principal fue que la paciente empleara estrategias de enfrentamiento que facilitaran la realización de la cirugía programada.

PRESENTACIÓN DEL CASO

Acude a consulta una mujer de 42 años, casada desde hace 25 años, es madre de tres mujeres y un varón, mayores de 18 años. Estudió dos años una carrera técnica, aunque en la actualidad se dedica a las labores domésticas. Vive con su esposo con quien mantiene una relación satisfactoria. Presenta el diagnóstico médico de miomatosis uterina de grandes elementos, por lo que es necesaria la realización de

una histerectomía radical, sin embargo, no es una cirugía urgente o que el postergar su realización comprometa en lo inmediato su vida, sin embargo, es necesaria.

Asiste a consulta psicológica por recomendación de su ginecólogo debido a que en dos ocasiones presentó alteraciones en la tensión arterial (190/110, en promedio), las cuales dificultaron la realización del procedimiento quirúrgico. Durante las dos hospitalizaciones presentó movimientos continuos de manos y pies, sudoración de las palmas de las manos, temblor, taquicardia, sensación de falta de aire, temor a perder el control y volverse loca, expresiones de culpa y preocupación dirigidas a sí misma y su salud. Se realizaron varios intentos por estabilizar la presión arterial, principalmente con la administración de fármacos sublinguales de rápida absorción, sin obtener resultados, por lo que se consideró necesaria la atención psicológica como requisito para una nueva hospitalización.

El problema de la paciente se ha presentado en las diversas ocasiones que ha sido necesaria la visita al médico, siendo las más significativas en el parto de cada uno de sus tres hijos, las cuales recuerda como situaciones desagradables, con dolor y ansiedad derivadas de la hospitalización y la realización de diversos procedimientos médicos y/o quirúrgicos. Considera que su reacción era normal, ya que antes de casarse prácticamente no había sufrido ninguna enfermedad, ni había sido hospitalizada; sin embargo, para el nacimiento de su tercer hijo afirma que ya sabía de lo que se trataba, pese a ello, se sintió asustada y angustiada, ya que tuvo algunas complicaciones y fue necesario que permaneciera más tiempo internada; en esa situación recuerda haberla pasado muy mal, puesto que la mayor parte del día la pasaba llorando, con pensamientos negativos, le faltaba el aire y sudaba continuamente.

Debido a su estado de salud actual, ha sido necesario acudir a consulta ginecológica en diversas ocasiones, en las cuales comienza a sudar, temblar, percibe que le falta el aire y que su corazón late deprisa, se ha sentido preocupada, ansiosa y presenta pensamientos anticipatorios relacionados con la interacción con el personal médico y de enfermería; cuando se acerca la fecha de la hospitalización e intervención quirúrgica estos indicadores incrementan en intensidad y frecuencia, la paciente se pone a orar y, si es posible, evitar la situación no asistiendo a la consulta

o demorando lo más posible la misma. Esto ha repercutido en diversos ámbitos de su vida, ya que ha generado discusiones familiares, pérdidas económicas e incremento en los malestares físicos, los cuales hacen necesaria la realización de la histerectomía.

EVALUACIÓN

Debido a las características del problema y de la urgencia por resolver la problemática de salud, la evaluación consistió en entrevistas individuales con la paciente, además de auto registros de tensión arterial, frecuencia cardíaca y pensamientos.

- Entrevistas iniciales. En éstas se hizo referencia a la problemática de salud de la paciente, así como del motivo por el cual fue suspendido por tercera ocasión el procedimiento quirúrgico de histerectomía (presentar hipertensión reactiva, con cifras tensionales de 190/100). La paciente señaló toda su vida ha sido una mujer nerviosa, que tiende a preocuparse por cualquier cosa y a alterarse frecuentemente; aunque no ha padecido enfermedades graves, le es difícil acudir al médico ya que se inclina a esperar malas noticias aún de una simple revisión médica, por lo que ha evitado contacto con médicos y con el sistema de salud en general. Durante esta entrevista se identificaron algunos de los principales pensamientos disfuncionales de la paciente, entre los que destacan anticipación negativa y catastrofización. La paciente señaló que esta situación es grave, y de no realizarse el procedimiento quirúrgico, su salud puede verse afectada debido a los sangrados transvaginales que presenta, por lo que pueden ser necesarios procedimientos más complejos; también reconoce la necesidad de llevar a cabo el evento quirúrgico, ya que, a partir de éste, se tendrá un diagnóstico que facilite su tratamiento. Las entrevistas iniciales, proporcionaron información acerca de las reacciones ansiógenas que se han presentado en la paciente a partir de las tres ocasiones en que ha estado hospitalizada y en que se ha suspendido el procedimiento quirúrgico.
- Auto registro diario de cifras de tensión arterial y frecuencia cardíaca. Al final de la primera entrevista, se le pidió a la paciente que diariamente acudiera a un

centro de salud para la medición de la tensión arterial y la frecuencia cardíaca, preferentemente a la misma hora y bajo las mismas condiciones (después de desayunar), para evitar alteraciones en la lectura debido a condiciones de otra naturaleza. En dicho auto registro aparecen los datos de la tensión arterial inmediatos a su egreso hospitalario más reciente, donde se observaba que permanecía con cifras de ésta por encima de la norma, así como de los valores de frecuencia cardíaca.

- Auto registro de pensamientos automáticos. Se empleó el registro de tres columnas propuesto por Vázquez (2003), con el propósito de recabar información sobre el contenido de los pensamientos asociados al problema de salud y a la intervención quirúrgica. Previo a la intervención se identificaron pensamientos disfuncionales ante situaciones que recordaban la necesidad de la cirugía, tales como: *“no podré controlar mi presión... no me van a poder operar nunca... voy a sangrar para siempre... cómo voy a seguir con mi vida así... ya no voy a ser útil para anda... no puedo con esto”*. Los cuales hacían sentir a la paciente *“ansiosa y desesperada”*.

ANÁLISIS DE LA CONDUCTA PROBLEMA Y SELECCIÓN DEL TRATAMIENTO

El principal motivo de consulta que presenta la paciente es la elevación de la tensión arterial previa a la realización del procedimiento quirúrgico, la cual es resultante de un cuadro de miedo o ansiedad intensa que se caracteriza en los tres niveles de respuesta:

- Motor: permanecer con los ojos cerrados dentro de la sala de internamiento, ver a otras personas, rezar, hablar más rápido aunque con dificultad para expresarse, caminar de un lado a otro.
- Cognitivo: deseos de salir corriendo o que no se realice la cirugía, pensamientos anticipatorios sobre los resultados de la cirugía que incrementan pocas horas antes de la preparación para la misma, los cuales interfieren con el proceso habitual, por ejemplo: *“No voy a sobrevivir... la anestesia puede ser muy fuerte*

y hacer que ya no despierte”, “Si tuviera cáncer mis hijas y mi esposo no lo tolerarían”.

- Fisiológico: taquicardia, sensación de nudo en la garganta, boca seca con sabor metálico, hormigueo en brazos y piernas, dolor de cabeza, sudoración en las manos y en los pies, ganas de orinar y sensación de calor. Como respuestas no percibidas directamente por la paciente se encuentran los incrementos en los valores de la presión arterial.

Este conjunto de respuestas se presentó por primera vez al acudir a la primera consulta a la clínica de displasias y ha ocurrido todas las veces que la paciente se presentó a consulta externa en el hospital. Durante su internamiento, las respuestas iniciaron la noche anterior al procedimiento y se exacerbaron en el quirófano: la presión arterial se elevó, por lo que se suspendió el procedimiento debido a que ésta no disminuyó tras la aplicación de fármacos; el episodio fue disminuyendo en intensidad hasta que fue dada de alta con indicaciones de toma de presión arterial diaria, toma de fármacos antihipertensivos diariamente y reprogramación para cirugía; estas respuestas se presentaron en los dos internamientos posteriores, por lo que el médico tratante recomendó la incorporación a un programa de psicoterapia antes de volverla a programar para cirugía. Los episodios se encuentran mantenidos por los pensamientos de la paciente, los cuales están relacionados con la anticipación sobre los resultados de la operación, además del reforzamiento positivo de otros significativos (hijas y cuñada), del personal médico y de enfermería, además del reforzamiento negativo con la suspensión del evento quirúrgico.

La reactividad en la presión arterial de la paciente se considera el resultado de una respuesta de ansiedad, donde se desencadenan reacciones evitación, además de percibir la situación quirúrgica como desbordante de sus recursos (Carver y Vargas, 2010), con lo que aparecen indicadores de miedo y ansiedad intensos, donde la función biológica se activa a consecuencia de acontecimientos vitales estresantes, en este caso relacionados con su salud y el riesgo a su bienestar al enfrentarse a un evento quirúrgico. A partir de lo anterior, las técnicas de tratamiento que se eligieron para el caso son:

- Psicoeducación. Referida a las principales características de la ansiedad y la relación de ésta con las respuestas fisiológicas; así como información sobre valores de presión sanguínea y de la tasa cardíaca a través de un baumanómetro semi automático.
- Relajación. Se adaptó un procedimiento combinado de relajación, donde se incluyeron elementos de respiración diafragmática, relajación muscular progresiva e imaginería.
- Desensibilización sistemática. La situación fue la relacionada con la realización de la cirugía (pre, peri y post quirúrgico).
- Terapia Cognitiva. Se identificaron y debatieron las principales distorsiones cognitivas a través de la estrategia de debate socrático.

Las estrategias de relajación y desensibilización sistemática tuvieron como objetivo incrementar la sensación de control de la paciente sobre las reacciones de su cuerpo ante situaciones estresantes, mientras que la psicoeducación y la terapia cognitiva se dirigieron a modificar los patrones disfuncionales de pensamiento, los cuales se encuentran altamente relacionados con las respuestas de ansiedad a nivel conductual y principalmente, a nivel fisiológico.

Al combinar las diversas técnicas y procedimientos se propuso que el problema de hipertensión reactiva desapareciera al entrenar la paciente de estrategias para favorecer el control de las diversas situaciones por las que ha de atravesar para reestablecer su salud; por otro lado, las técnicas que se incluyen han demostrado su efectividad en el control de la ansiedad en diversas situaciones (Pérez, Fernández, Fernández y Amigo, 2003); además se consideró que la implementación de las mismas tendría beneficios a corto plazo y de generalización de las habilidades a situaciones diferentes a las tratadas en el entrenamiento.

APLICACIÓN DE LOS TRATAMIENTOS

El tratamiento constó de 15 sesiones, de hora y media de duración cada una, dos veces por semana, en las primeras dos se trabajó con psicoeducación sobre la

ansiedad con la finalidad de que la paciente explicara sus reacciones fisiológicas como una respuesta psicológica ante la situación de internamiento, es decir, como una respuesta normal de su cuerpo ante una amenaza percibida; en la tercera sesión y hasta la sexta sesión se incorporaron las técnicas de respiración y relajación con información sobre el nivel de presión arterial y tasa cardiaca.

A partir de la sexta sesión se comenzó la intervención en los pensamientos disfuncionales anticipatorios, lo cual comprendió la explicación de la relación entre situación, pensamientos y emociones, tipos de pensamientos y su relación con las emociones. Posteriormente se entrenó en la identificación de pensamientos que incrementaban la sensación de ansiedad (*p.e. nunca podré controlar la presión, no me voy a operar nunca, ya no voy a estar sana, seguramente empeoraré con el tiempo, aunque me opere no voy a estar bien*) el debate de los mismos a través del diálogo socrático y la realización de experimentos conductuales para probar los pensamientos relacionados con la ansiedad a través de la búsqueda de evidencias. En la octava sesión se combinó la terapia cognitiva con la desensibilización sistemática, con el objetivo de incrementar el control fisiológico y cognitivo percibido por la paciente, facilitando la exposición a los diversos componentes de la jerarquía, tanto en la imaginación, como en vivo. Durante el entrenamiento en desensibilización sistemática, la paciente:

1. Elaboró una jerarquía de situaciones percibidas como amenazantes, calificándolas de 0 a 10 a través de una escala referida análoga, los estímulos que se identificaron como generadores de miedo son (entre paréntesis se coloca la calificación que la paciente dio a cada uno):
 - a. Decirle a mi familia lo que comentó el médico (1)
 - b. La enfermera dice mi nombre (1)
 - c. Esperar a pasar a la nueva cita con el médico (2)
 - d. El médico me dice que todavía es necesario operarme (3)
 - e. El médico establece la fecha para la cirugía (4)
 - f. Hacerme los estudios preoperatorios (6)
 - g. Ir al hospital a hacer los trámites para internarme (6)
 - h. Preparar mis cosas para internarme (7)

- i. Ponerme la bata del hospital (7)
- j. Llegar al hospital para internarme (8)
- k. Dejar a mi familia en la planta baja (8)
- l. Que la enfermera me tome la presión antes de pasar al quirófano (8)
- m. Hablar con el anesthesiólogo o cualquier médico (9)
- n. Pasar varias horas sola (9)
- o. Que la enfermera me prepare para la cirugía (9)
- p. La noche anterior a la cirugía (9)
- q. Esperar a que el camillero venga para llevarme a quirófano (10)
- r. Entrar a la sala prequirúrgica (10)
- s. Ver a los médicos con el traje quirúrgico (10)
- t. Ver el instrumental quirúrgico (10)

2. Se expuso a la jerarquía de temores en la imaginación:

- a. Identificando las primeras señales de ansiedad en situaciones específicas.
- b. Empleando las estrategias de respiración y relajación ante las primeras señales.

La combinación de técnicas se mantuvo hasta el final de la intervención, al término de la cual la paciente debía presentarse a consulta con el médico para que su cirugía se reprogramara. Las últimas dos sesiones, además de continuar con la exposición en la imaginación y en vivo (de aquellos elementos que eran posibles), se retomaron elementos de terapia cognitiva, además de retroalimentar la ejecución de la paciente en los ejercicios de respiración, relajación y debate cognitivo.

Aunque era deseable una cantidad mayor de sesiones, la condición médica de la paciente (si bien no era urgente, si era necesaria) implicaba ofrecer soluciones con cierta premura, por lo que las sesiones dedicadas a la terapia cognitiva fueron pocas, comparadas con las de relajación y exposición a la jerarquía de estímulos; debido a estas condiciones, el tratamiento se llevó a cabo en un mes y tres semanas.

RESULTADOS

La eficacia de los tratamientos e intervenciones psicológicas se ha tratado de establecer inmediatamente a la publicación del procedimiento en sí y en la actualidad, las terapias con fundamento empírico se ponderan frente a otro tipo de intervenciones que casi podrían catalogarse como “mágicas” (Lyddon y Jones, 2002). Como Caballo y Salazar (2019) afirman la eficacia de un tratamiento no depende de factores como la simpatía del terapeuta, la ciudad o cualquier otro aspecto situacional, sino que un procedimiento psicológico es eficaz en tanto de puede demostrar en cualquier lugar del mundo por cualquier psicólogo científico.

En la línea de comprobaciones empíricas, el presente caso representa un tratamiento eficaz, puesto que los principales indicadores de la respuesta de ansiedad de la paciente eran fisiológicos y a partir de la intervención disminuyeron paulatinamente, además de que la demanda del personal médico incluía “hipertensión en descontrol”, durante el programa de tratamiento se consideraron la frecuencia cardíaca y la tensión arterial como variables dependientes las cuales fueron registradas por la paciente diariamente; se evidenciaron modificaciones en las cogniciones de ésta reportadas en registros semanales (de contenido “*nunca podré operarme*” a “*es posible que si logro relajarme puedan operarme*”; “*ya no voy a ser útil para nada*” a “*mi vida es mucho más que esto, que tenga que operarme no es horrible*”, entre otros); y finalmente en el aumento de la sensación de control a través de la relajación y la calificación de ésta a través de una escala visual análoga de diez puntos.

Respecto a las mediciones fisiológicas se elaboró una línea base retrospectiva con los datos consignados por el médico tratante de la paciente en sus internamientos y consultas médicas, mientras que las cifras correspondientes a la fase de tratamiento se consideraron a partir de sus registros diarios; en la Figura 1 se presentan los valores de frecuencia cardíaca, mientras que en la Figuras 2 se muestran los valores sistólicos y diastólicos de tensión arterial. En éstas se distinguen tres fases en las que se efectuaron las mediciones: un primer periodo de medición se realizó entre la 1 y la 12, correspondiente a la Línea Base A, dividida

en los tres internamientos infructuosos. A partir de la medición 13 y hasta la 27 se trata del periodo de intervención; finalmente las mediciones 28 a 31 corresponden a la Línea Base B (hospitalización al final de la intervención psicológica).

Tanto en los valores de frecuencia cardíaca como en las mediciones de tensión arterial se observaron diferencias significativas en los valores obtenidos en la Línea Base A y el Tratamiento ($Z=-2.98$, $p<.01$ para frecuencia cardíaca; $Z= -2.40$, $p<.01$ para la presión sistólica; y $Z= -2,67$, $p<.01$ para la presión diastólica) y se mantuvieron durante el cuarto internamiento (Línea Base B), con lo cual pudo llevarse a cabo el procedimiento quirúrgico. Del mismo modo, se observan las tendencias en las dos figuras, donde los valores de frecuencia cardíaca, presión arterial sistólica y diastólica disminuyeron progresivamente.

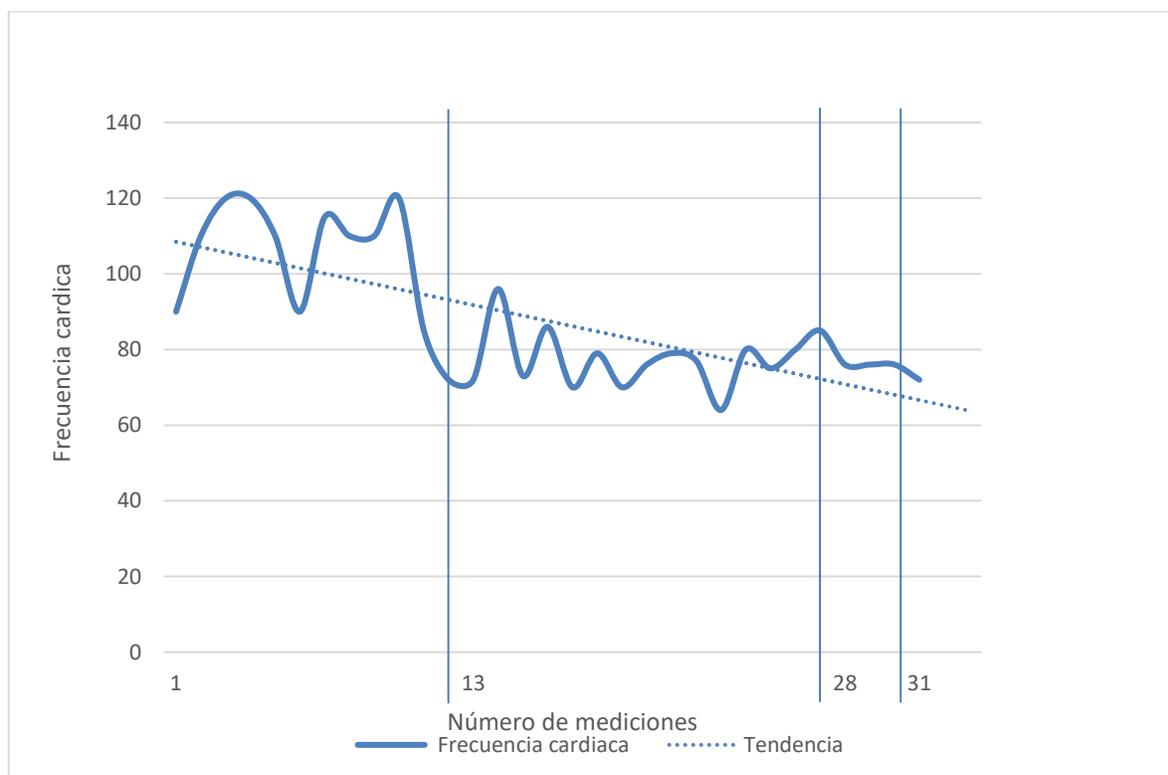


Figura 1. Valores de frecuencia cardíaca durante el tratamiento psicológico.

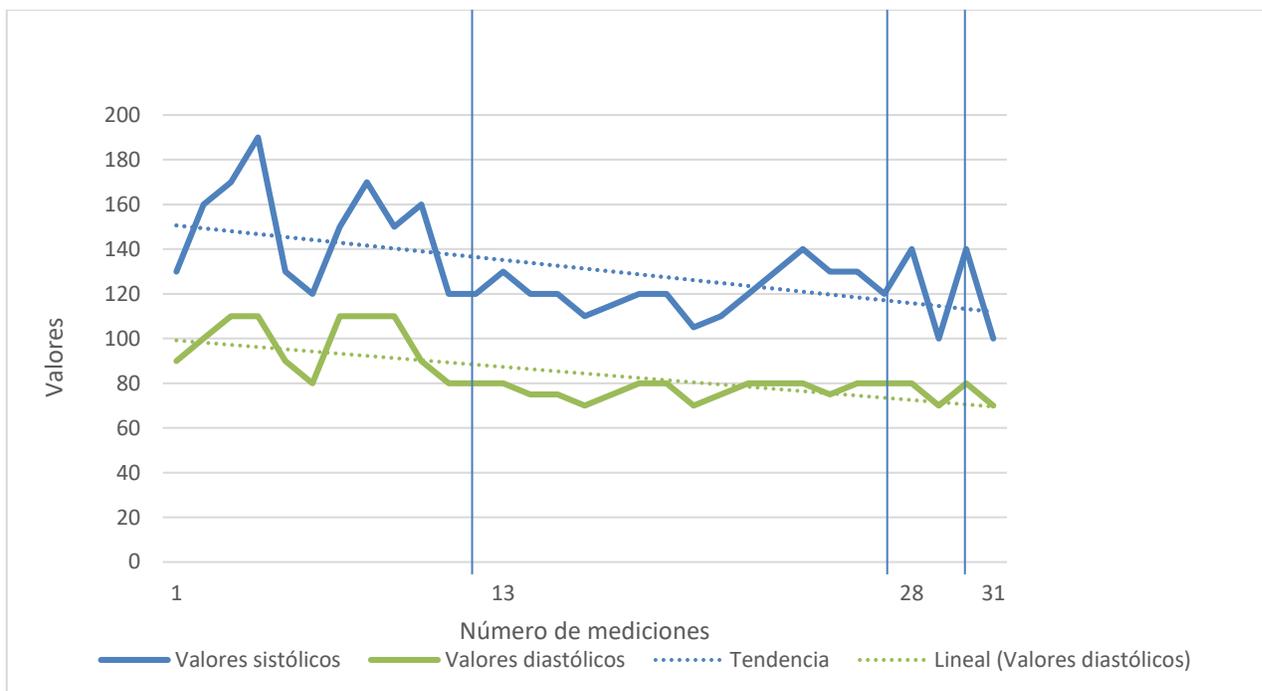


Figura 2. Valores sistólicos y diastólicos de presión arterial durante la intervención psicológica.

Se identificó la disminución y cambio en el contenido de cogniciones desadaptativas relacionadas con la realización de la cirugía, las cuales generaban algunas respuestas de ansiedad; en las primeras sesiones del tratamiento este tipo de pensamientos se presentaron con una gran frecuencia y con contenido de tipo anticipatorio y catastrófico, los cuales disminuyeron paulatinamente además de modificar sustancialmente la estructura de los mismos, con lo que la percepción de ansiedad en la paciente fue modificándose a partir de la octava sesión, cuando se presentó algún pensamiento anticipatorio, logró establecer elementos del debate cognitivo sin que se presentaran respuestas intensas de ansiedad, además, ante la presencia de respuestas fisiológicas leves (como ligera sudoración de manos) estableció pensamientos tales como *“es normal que esté un poco ansiosa, muchas personas que van a ser operadas se han sentido como yo”*, *“son sensaciones normales de mi cuerpo, me sentiré mejor relajándome”*.

Esto se encuentra relacionado con la percepción de control que generó en la paciente el empleo de la respiración diafragmática y la relajación, puesto que en los primeros registros sólo se percibía relajada en niveles de dos o tres puntos en la escala referida análoga, mientras que para el final de tratamiento evaluó su capacidad para relajarse en niveles de siete y ocho puntos, como puede observarse en la Figura 3, en este caso, la línea de tendencia muestra un incremento en la percepción de relajación; cabe señalar que estas mediciones corresponden a la etapa de tratamiento, entre las mediciones 13 y 27 y a la Línea Base B (seguimiento), entre las mediciones 28 a 31.

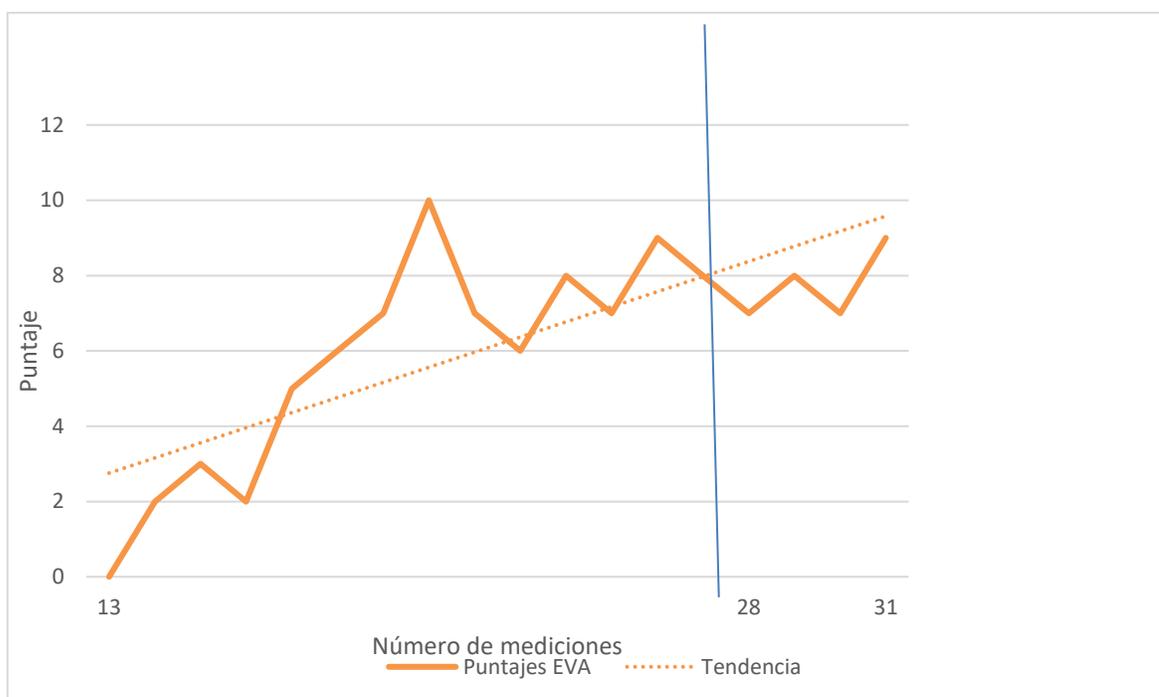


Figura 3. Puntajes de la Escala Referida Análoga (ERA) para relajación

El seguimiento (Línea Base B) comenzó al término de las 15 sesiones de tratamiento, es decir, en la medición 28 de las Figuras 1, 2 y 3. Se realizaron cuatro mediciones durante el internamiento de la paciente con la finalidad de observar el empleo de las habilidades entrenadas en la intervención. Posterior a la cirugía, se identificó que la paciente continuó utilizando las habilidades entrenadas, de manera que logró controlar las sensaciones de ansiedad, así como disminuir las

sensaciones dolorosas con las estrategias de relajación y de debate de pensamientos, por lo que pueden considerarse generalizados los efectos del programa de intervención.

Lo anterior muestra las metas que se consiguieron a partir de la aplicación combinada de los diversos procedimientos:

- La paciente adquirió habilidades de afrontamiento, tales como relajación y debate cognitivo, las cuales le permitieron enfrentarse adecuadamente al internamiento y realización del procedimiento quirúrgico.
- Varios días previos al internamiento, la paciente puso en práctica de las habilidades de afrontamiento adquiridas durante el entrenamiento, además, continuó empleándolas durante los preparativos e instantes anteriores a la realización del procedimiento quirúrgico.
- Al concluir el procedimiento quirúrgico y posterior a la recuperación, la paciente afirmó que empleó las habilidades de relajación, principalmente ante conductas de dolor o inquietud.

CONCLUSIONES

Es importante considerar algunas características de la reactividad presora, donde, al igual que en la ansiedad, sucede una activación del sistema simpático, quien controla las elevaciones de presión arterial al incrementar el gasto cardiaco principalmente a nivel sistólico. La actividad simpática, se encuentra estrechamente relacionada con pautas comportamentales, especialmente con la respuesta al estrés, la cual desencadena reacciones de defensa y, en consecuencia, incrementos en la actividad simpática de modo que el comportamiento se relaciona con los cambios cardiovasculares que favorecen al aumento de la presión (Salgado, 2001).

Carver y Vargas (2010) indican que la presión sanguínea se incrementa en respuesta a demandas situacionales, si esto ocurre frecuentemente, el proceso regulatorio comienza a ajustarse en esos niveles elevados, por lo que aunque el estresor termina, la presión no regresa a niveles previos, sino que se mantiene elevada, con lo cual se genera un cuadro de hipertensión, en el caso de la paciente,

la situación fue evaluada como amenazante, aunque necesaria para su bienestar, donde en cada intento necesitaba un gran número de respuestas de defensa caracterizadas por un incremento en la tasa cardiaca y mayor dificultad de habituación, derivándose en la suspensión repetida del evento quirúrgico. Al implementar las estrategias de relajación pueden tener un efecto en la reducción de la hipertensión al disminuir el estrés psicológico de la paciente, ya que, como mencionan Gholamrezaei et al., (2020) la respuesta emocional puede ser alterada ante la practica continua de la respiración, con lo que la regulación de la tensión arterial puede ser efectiva.

La validez de los resultados observados pudiera cuestionarse con el hecho de que al principio de la intervención psicológica, la paciente se encontró con tratamiento antihipertensivo (Captopril, 50 mg diariamente); sin embargo, aún bajo este tratamiento, del reporte verbal de ésta respecto a la adherencia al tratamiento y de los registros diarios con cifras normotensas, se observaron incrementos reactivos en la presión arterial y en la frecuencia cardiaca (hasta 160/100, 90 respectivamente), sobre todo en situaciones vinculadas con el hospital, por ejemplo: permanecer en la sala de espera, llegar tarde a la consulta psicológica, acudir a consulta con el médico; sin embargo, al implementar las técnicas de relajación, los valores de presión arterial y frecuencia cardiaca se observaron dentro de la norma (120/80, 70 respectivamente), lo cual sugiere que la intervención farmacológica no habría sido suficiente en caso de haber sido la única intervención. Por ello, y en acuerdo con su médico tratante, se decidió eliminar el tratamiento farmacológico a partir de la tercera semana de intervención psicológica.

Aunque la instrumentación del tratamiento puede parecer a primera vista simple, la inclusión de entrenamiento en relajación y desensibilización fue oportuna, puesto que a nivel fisiológico actúan sobre la rama parasimpática (Gavino, Berrocal y López, 2018; López y Costa, 2012) que inhibe la actividad simpática, lo cual se refleja en disminución de los niveles de presión arterial y de la frecuencia cardiaca; mientras que a nivel cognoscitivo incrementan la percepción de control sobre la situación generadora de ansiedad (Sanderson y Rego, 2002).

Este programa es un ejemplo de intervención breve que reporta resultados satisfactorios, tanto para la paciente como para el personal médico, ya que las habilidades entrenadas permitieron que ésta se enfrentara exitosamente a una situación temida como la cirugía, la cual había sido suspendida en tres ocasiones, además, al emplear las habilidades entrenadas en situaciones nuevas, como el postoperatorio, redujo el reporte de dolor durante éste, por lo que el médico tratante decidió la eliminación de analgésicos, así como disminuir el tiempo de estancia hospitalaria.

Referencias Bibliográficas

- American Psychological Association (2014). **Guía de consulta de los criterios diagnósticos del DSM 5**. Madrid: Panamericana.
- Carver, C., y Vargas, S. (2010). Coping and Health, en A. Steptoe (Editor). **Handbook of Behavioral Medicine. Methods and Applications**. Cap. 15, 197-210. Londres: Springer.
- Caballo, V., y Salazar, I. (2019). **Ingenuos. El engaño de las terapias alternativas**. 2ª edición. Madrid: Siglo XXI
- Doka, K., (2010). **Psicoterapia para enfermos en riesgo vital**. España: Desclée de Brouwer.
- Fehon, D., y Swanson, A., (2019). Perioperative psychological interventions, en P., Zimbrea, M., Oldham y H., Lee (Editores). **Perioperative psychiatry, a guide to behavioral healthcare for the surgical patient**, Cap. 7, 87-108. Suiza: Springer.
- Franklin, S., Thijs, L., Hansen, T., O'Brien, E., y Staessen, J., (2013). White-Coat Hypertension. **Hypertension**, 62(6), 982-987. Recuperado de: <https://doi.org/10.1161/HYPERTENSIONAHA.113.01275>
- Gidron, Y. (2019). **Behavioral medicine, an evidence-based biobehavioral approach**. Londres: Springer.
- Gavino, A., Berrocal, C., y López, A. (2018). Técnicas dirigidas a la reducción de la ansiedad, en A., Gavino (Coordinadora). **Guía de técnicas de terapia de conducta**, Cap. 4, 71-110. España: Pirámide.
- Grau, A., Suner, R., Abuli, P., y Comas, P. (2003). Anxiety and depression levels in medical inpatients and their relation to the severity of illness, **Medicina Clínica Barcelona**, 120 (10), 370-375,

- Gholamrezaei A, Van Diest I, Aziz Q, Vlaeyen JWS, Van Oudenhove L. (2020). Psychophysiological responses to various slow, deep breathing techniques. *Psychophysiology*. Recuperado de <https://doi.org/10.1111/psyp.13712>
- Jaureguizar, J., y Espina, A. (2005). *Enfermedad física crónica y familia* [versión electrónica]. Recuperado de <http://www.librosenred.com>
- Jönsson, M., Kikkernborg, S., Missel, M., y Palm, P. (2020). Am I going to die now? Experiences of hospitalization and subsequent life after being diagnosed with aortic dissection, *Scandinavian Journal of Caring Sciences*, Recuperado de: doi: 10.1111/scs.12912
- Ivarsson, B., Kimblad, P., Sjöberg, T., y Larsson, S. (2002). Patients reactions to cancelled or postponed heart operations, *Journal of Nursing Management*, 10 (2). Recuperado de: <https://pubmed.ncbi.nlm.nih.gov/11882108/>
- López, E., y Costa, M., (2012). *Manual de consejo psicológico*. España: Síntesis.
- López, S., Pastor, M., y Neipp, M. (2003). Aspectos psicológicos asociados a la hospitalización. En E. Remor, P. Arranz y S. Ulla (editores). *El psicólogo en el ámbito hospitalario*. 31-48. Bilbao: Desclée de Brouwer.
- Lyddon, W., y Jones, V. (2002). Tratamiento con fundamento empírico: introducción. En W. J. Lyddon y J. V. Jones (Eds.) *Terapias cognitivas con fundamento empírico. Aplicaciones actuales y futuras*. Cap. 1, 1-12. México: Manual Moderno.
- Mussi, C. (2009). Enfermedades cardiovasculares, hipertensión, diabetes y cáncer. En L. Oblitas (coordinador). *Psicología de la salud*. Cap. 5, 113-148. México: Cengage Learning.
- Pérez, M., Fernández, J., Fernández, C., y Amigo, I. (2003). *Guía de tratamientos psicológicos eficaces II. Psicología de la salud*. Madrid: Pirámide.
- Salgado, A. (2001). Hipertensión arterial. En M. A. Simón y E. Amenedo (Coordinadores). *Manual de psicofisiología clínica*. Cap. 11, 277-322. Madrid: Pirámide.
- Sanderson, W., y Rego, S. (2002). Trastorno de angustia. En W. J. Lyddon y J. V. Jones (Eds.) *Terapias cognitivas con fundamento empírico. Aplicaciones actuales y futuras*. Cap. 5, 81-106. México: Manual Moderno.
- Vázquez, C., (2003). *Técnicas cognitivas de intervención clínica*. Madrid: Síntesis.