

Intervención psicológica en cirugía cardíaca

YALILIS CASTILLERO AMADOR*

Universidad de La Habana y Centro de Investigaciones Médico Quirúrgicas, Cuba

ABSTRACT

Mayor surgery and particularly cardiovascular surgery are a potential source of stress. This article shows the effectiveness of the psychological preparation in patients undergoing to cardiac surgery. Through a review of the literature we considered the impact, both physical and psychological, of cardiovascular disease and also heart surgery in a patient. The heart is considered the primary organ in relation to the other and for this reason there are a lot of emotional reactions in disorders related with this. We pinpoint the advantages of psychological interventions for surgery and we propose a program which helps to coping and recovery adequately from cardiovascular surgery.

Key words: cardiac surgery, psychological intervention, cognitive-behavior therapy, program for psychological preparation.

RESUMEN

La cirugía mayor y en particular la cirugía cardiovascular son una fuente potencial de estrés. Este artículo muestra la efectividad de la preparación psicológica en los pacientes sometidos a cirugía cardíaca. A través de una revisión de la literatura consideramos el impacto, tanto físico como psicológico, que tiene el padecer una enfermedad cardiovascular y el ser sometido a una cirugía del corazón.

El corazón es un órgano al que se le atribuye un carácter de primacía en relación con los otros, por lo que existe un gran número de respuestas emocionales ante cualquier padecimiento relacionado con el mismo. Se puntualizan 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.

Palabras clave: cirugía cardíaca, intervención psicológica, terapia cognitivo-conductual, programa de preparación psicológica.

Fundamentos epidemiológicos

Las enfermedades cardiovasculares representan un serio problema de salud en cuanto a morbilidad y mortalidad. Los avances científico-técnicos logrados en la salud humana y el desarrollo de medicamentos y vacunas permitieron al hombre controlar la influencia de agentes patógenos que conducían a la muerte o afectaban su calidad de vida, pasando a un primer plano las llamadas *enfermedades crónicas no transmisibles*. Las enfermedades del corazón y el cáncer, enmarcadas en esta categoría, marchan a la cabeza en los cuadros de morbimortalidad.

En Estados Unidos, por ejemplo, cada 30 segundos una persona muere de enfermedad cardiovascular, lo que significa alrededor de 2.600 muertes por día. Esta patología ya ha dejado de ser una enfermedad prioritaria de la tercera edad; del millón de norteamericanos que mueren por esta causa, 160.000 están comprendidos en el grupo de 35 a 64 años. Por otra parte, se señala además que produce 6 millones de hospitalizaciones por año y es causa de discapacidad para casi 10 millones de personas (Center for Disease Control Framework for Cardiovascular Disease Prevention and Control, 2002).

* Correspondencia: Yalilis Castillero Amador. Universidad de La Habana y Centro de Investigaciones Médico Quirúrgicas (Cuba). Correo electrónico: ycastillero@cimeq.sld.cu.

En Cuba, y en nuestra propia institución, constituyen la primera causa de enfermedad, de hospitalización y de muerte.

Las enfermedades cardiovasculares por su prevalencia son un campo fértil para la psicología de la salud, al constituir esta una rama aplicada de los conocimientos psicológicos a la esfera de la salud humana. Es bien conocido que las actitudes, conductas y respuestas psicológicas influyen en la aparición, curso y evolución de procesos relacionados con la pérdida de la salud.

Citemos, por ejemplo, casos de pacientes que, después de procedimientos quirúrgicos de revascularización coronaria con resultados fisiológicos satisfactorios, describen una vida social limitada, baja autoestima, pérdida de placer en sus relaciones más cercanas, así como dificultades para regresar al trabajo y reanudar la actividad sexual. Podemos mencionar otros datos curiosos, también referidos por la Federación y Sociedad Internacional de Cardiología (Sanne & Wenger, 1983):

- Un 10 a un 15% de las personas que sufren infarto del miocardio, menores de 65 años de edad, son incapaces de regresar al trabajo a los cuatro meses debido únicamente a “invalidismo psicológico”;
- Un número significativo de personas que sobreviven a un infarto del miocardio o que se realizaron angioplastias coronarias o cirugías revascularizadoras alcanzan una recuperación subóptima como consecuencia de aspectos psicológicos y socioculturales: la autopercepción de invalidismo, la sensación de pérdida de control, la autovaloración de un potencial disminuido como padre de familia, esposo, trabajador; el riesgo siempre presente de una muerte súbita e inesperada que conducen a profundas reacciones de tristeza y depresión.

En determinadas enfermedades cardíacas y en estadios específicos de las mismas, se plantea el tratamiento quirúrgico como alternativa terapéutica óptima. Los procedimientos quirúrgicos se han desarrollado, las técnicas de perfusión y circulación extracorpórea han mejorado sustancialmente y ya se trabaja en la cirugía con el corazón latiendo.

La propia anestesia, muy temida por los pacientes, ha devenido en una especialidad. No obstante, continúan siendo procedimientos invasivos y no, en pocas ocasiones, novedosos para aquellos a quienes se les va a realizar.

Cualquier acto quirúrgico, por pequeño que sea, es una fuente potencial de estrés que trae aparejada respuestas psicológicas y fisiológicas, las que pueden sin duda comprometer la colaboración del paciente, el seguimiento de las prescripciones médicas, la efectividad del proceder y el proceso de recuperación.

Necesidad de la intervención psicológica

La comunicación de una intervención quirúrgica representa un alto nivel de estrés en el plano emocional, lo que se incrementa si se trata de cirugías del corazón o del cerebro, asociadas históricamente con la muerte. Son múltiples las reacciones psicológicas que, ante un evento como este, pueden desencadenarse, vinculadas con temor al dolor, a lo desconocido, a su reacción a la anestesia, al propio proceder, a perder la integridad del cuerpo o la autonomía e incluso a morir.

Se reportan, mediante el uso de escalas de estresores medioambientales en pacientes quirúrgicos en la unidad de cuidados intensivos, los tubos nasales y orales, la pérdida de control y la ausencia de la pareja en ese medio, como elementos causantes de altos niveles de estrés (Soehren, 1995; Kim & cols., 1996).

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).

Por ejemplo, en la etapa preoperatoria estuvo presente en el 98% de los pacientes estudiados, de los cuales un 48% la manifestó en niveles elevados; luego en la etapa posoperatoria, aunque encontramos un 70% con ansiedad, la mayoría se situó en la categoría leve. Resulta normal que, aunque disminuyan los niveles de ansiedad, no se elimine totalmente, pues la cirugía cardíaca tiene una recuperación difícil

y lenta. Por estas razones, al hablar de los objetivos de la intervención, hacemos referencia a llevar las respuestas psicológicas a niveles manejables para el paciente, no a eliminarlas totalmente.

Se establecen fuertes asociaciones entre la ansiedad y el ajuste posoperatorio, los resultados quirúrgicos, las infecciones por supresión inmunológica, la presencia de náuseas, los cambios en la frecuencia cardíaca y la temperatura corporal y la hipertensión arterial (De L. Horne & cols., 1994; Moix, 1994, 1996).

Los pacientes más ansiosos son los que más se quejan y quienes más preocupaciones refieren, presentan mayores niveles de dolor, dificultades en seguir las orientaciones médicas como toser, respirar profundamente, movilizarse y alimentarse de manera reforzada, con lo que demoran su recuperación y pueden tardar la decisión del alta.

Serías 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).

Pese a ser la ansiedad la más estudiada, hemos utilizado también pruebas psicológicas que valoren los niveles de depresión y escalas de síntomas generales y de evaluación de los trastornos del sueño (Castillero & Valdés, 2000, 2002; Castillero & Pérez, 2002). Resumiendo los resultados, podemos citar que la depresión estuvo presente en el 54% de los pacientes en la etapa previa a la cirugía y en el posoperatorio solo en el 28%, predominando la depresión leve.

De los cuatro trastornos del sueño estudiados por la escala de Jenkins, el que se destacó en la evaluación inicial fue despertarse varias veces durante la noche, presente en el 78% de los pacientes estudiados. En relación con la escala de percepción de síntomas, los más significativos fueron la irritabilidad, el nerviosismo y la tristeza. La primera de estas, aunque disminuye significativamente de la primera a la segunda evaluación, está presente

en forma moderada en un 24% de los pacientes evaluados, después de la cirugía.

Se nos ocurre como hipótesis explicativa que, además de ser la irritabilidad una característica muy mencionada en los pacientes cardiovasculares, que se vincula con el perfil personalógico tipo A, puede asociarse con las condiciones del propio proceso quirúrgico: dificultades para un sueño adecuado y reparador, dependencia de otros para determinadas actividades de rutina, dolor, entre otras.

La intervención psicológica: resultados

Casi todas las interacciones humanas implican un intento por ejercer influencia sobre los demás para que se comporten de determinada manera. El marco al que estamos haciendo referencia no es una excepción. Los miembros del equipo de salud intervienen de manera sistemática para que el paciente sometido a una cirugía mayor altere sus conductas a los fines de lograr un ajuste posoperatorio adecuado y, de manera general, resultados satisfactorios.

El éxito es variable y no solo se condiciona por la experticia de quien interviene, sino que entran en juego una multiplicidad de variables como la historia personal y las experiencias traumáticas previas, la vivencia de patologías similares en amigos, conocidos o miembros de la familia, las fantasías y proyectos futuros, las características personalógicas y los estilos de afrontamiento. De este modo, salta a la luz que no resultan suficientes los intentos no premeditados aunque benignos por ayudar al paciente ni el falso optimismo de que lo que se le diga puede resultar inocuo.

Se necesita un tipo específico de influencia conductual caracterizada por: “intentos explícitos y profesionales de modificar el comportamiento en la dirección deseada” y “la intervención aunque sea flexible debe guiarse por principios generales, no puede ser al azar” (Bernstein, 1981).

Estamos hablando de la necesidad de la intervención psicológica, cuyos participantes, paciente-terapeuta, establecen un vínculo profesional de carácter único y voluntario, conscientes del motivo por el que establecen la relación y de las reglas y metas de la misma. Existen en dicha interacción compromisos morales y éticos, donde la confiden-

cialidad y el bienestar del paciente constituyen la prioridad principal.

La intervención psicológica puede operacionalizarse desde diferentes aproximaciones teóricas, responsables del tipo de cambio por alcanzar; no obstante todos los métodos tienen una naturaleza psicológica y existen objetivos comunes (Roca, 2000) como:

- Estimular la toma de conciencia acerca de la situación que se está viviendo y las respuestas a ella.
- Disminuir las reacciones emocionales negativas. Aunque no se elimine completamente el malestar, puede llevarse a niveles manejables para el paciente y lograr un fortalecimiento emocional.
- Fomentar la expresión de emociones y normalizar las respuestas en relación con el estímulo que se enfrenta.
- Ofrecer información nueva y relevante, que permita la reestructuración de falsas concepciones y de expectativas inadecuadas acerca del evento vital.
- Designar al paciente tareas concretas fuera de la sesión de trabajo que le permitan desempeñar un rol activo en función de su propio bienestar y que le estimulen la confianza en sus propios recursos y potencialidades.
- Desarrollar seguridad y expectativas de que se puede responder de manera más efectiva ante la situación. Este constituye un factor crítico en el proceso, sin la motivación y la confianza de que se alcanzará una meta específica, resulta una utopía el solo planteamiento de dicha meta.

Uno de los primeros trabajos, ya clásico, en el que se observó la importancia del “tratamiento psicológico” para facilitar la recuperación quirúrgica fue realizado por Egbert, Battit, Welch y Bartlet, en 1964 (citado por Giacomantone & Mejía, 1997). En este estudio se comprobó que un grupo de pacientes que había recibido la visita del anestesista el día antes de la operación para dar información general acerca del procedimiento médico, comparado con un grupo al que solo se le había administrado barbitúricos, necesito menos días para recuperarse, menos analgésicos y sufrió menos ansiedad. A par-

tir de los trabajos de Egbert y sus colaboradores, se generó un importante número de investigaciones sobre este tópico (Moix, 1994).

En la literatura del tema, encontramos de manera reiterada el metaanálisis de Devine (1992), quien revisó exhaustivamente los estudios acerca de la efectividad de los modelos de intervención psicosocial para los procedimientos quirúrgicos, realizados desde 1963 hasta 1992.

Encontró entre los principales beneficios la disminución de la estadía hospitalaria, la reducción de la incidencia de complicaciones respiratorias y de otros tipos, menor grado de dolor posquirúrgico, menor necesidad de analgésicos y niveles de ansiedad y depresión significativamente bajos.

Jenkins (1995), por su parte, cita como consecuencias favorables de los programas de intervención psicoeducacional para la cirugía, una inducción más rápida de la anestesia y mayor margen de seguridad anestésica, menor porcentaje de hipertensión posoperatoria, percepción más favorable de la experiencia hospitalaria, mayor satisfacción con los servicios recibidos y una sostenida creencia de mayor control personal sobre el proceso de recuperación.

En el ámbito quirúrgico, la intervención psicológica tiene entre sus objetivos llevar a niveles manejables para el paciente las respuestas psicológicas concomitantes a un evento de tal magnitud y ofrecer habilidades para un afrontamiento efectivo. La intervención se apoya en la evaluación psicológica, como elemento insustituible para la toma de decisiones y el establecimiento de metas.

Giacomantone y Mejía (1997) siguieron la evolución quirúrgica de 303 pacientes, lo que les permitió conocer que estos, en la etapa previa a la cirugía, mostraron mayores niveles de ansiedad y peor estado psicológico general, presentaron 10 veces mayores problemas en el ritmo de rehabilitación, interferida y demorada por su escasa colaboración y marcado negativismo.

Estos autores señalan la necesidad de una evaluación especializada antes del proceder médico, donde debe prestarse especial atención a: antecedentes de mala adaptación en cirugías anteriores, intervenciones quirúrgicas rutilantes o con un posoperatorio presumiblemente difícil y reiteradas suspensiones de la operación o cambios de fecha por parte del enfermo.

A los fines de la intervención, se han utilizado una gran variedad de técnicas psicológicas, como *técnicas informativas* (información procedimental y sensorial) (Raleigh & cols., 1990; Moix & cols., 1993; 1995; Pérez-Moreno & cols., 1998), *la distracción cognitiva, las interpretaciones alternativas, la imaginación guiada* (Tusek, 1997), *la hipnosis, la relajación* (Good, 1996; Seers & Carrol, 1998), *el modelado, las instrucciones conductuales, el entrenamiento en autoinstrucciones* y, aunque en menor medida, la retroalimentación biológica.

El apoyo psicológico, técnica basada en crear un clima de confianza para poder comunicarse con el paciente de forma abierta sobre sus preocupaciones y dudas en relación con la cirugía y aspectos personales en general, no es de las más estructuradas pero puede facilitar también la recuperación posquirúrgica (Moix & cols., 1993).

Dentro de las diversas investigaciones sobre este tópico, se ha tratado de discriminar cuál de las técnicas utilizadas puede tener mejores efectos en la recuperación posquirúrgica, así como el tiempo necesario que deben tener los programas empleados, pero esto aún no ha alcanzado una respuesta concluyente. Lo que sí se ha demostrado es que aquellos pacientes que se niegan a recibir este tipo de intervención han tenido peores índices de recuperación (Dousseldorp & cols., 1999; Mitchell, 1997).

Metodología de trabajo

En nuestro Servicio de Psicología, tradicionalmente se ha ofrecido asistencia en la preparación psicológica a los pacientes sometidos a cirugía cardiovascular. En un inicio se atendían aquellos que, según el criterio médico, manifestaban altos niveles de ansiedad o depresión. Hoy día, la consulta de psicología es una condición necesaria, previa a la cirugía electiva.

La metodología de trabajo, aplicada a las cirugías mayores en general y adaptada al tipo de intervención quirúrgica específica, cuenta con tres etapas básicas:

1. Evaluación inicial.
2. Intervención psicológica.
3. Evaluación final.

La evaluación psicológica

La primera evaluación se realiza en la fase de hospitalización previa al acto quirúrgico, donde se revisa la historia clínica del paciente para tomar los datos generales y luego se lleva a cabo una entrevista semiestructurada; es este el momento en el que se establece el *rappor*t, se asegura la confidencia y se sientan las bases para la cooperación recíproca y el vínculo terapéutico con el paciente. La entrevista es un componente indispensable de la evaluación psicológica que precede, acompaña y sigue a la intervención psicológica en cualquiera de sus ámbitos. El contenido de la entrevista se relaciona a continuación:

- Datos sociodemográficos del paciente.
- Estado emocional y general.
- Características personales más relevantes.
- Experiencias traumáticas anteriores en las áreas personal y de salud.
- Sistema de creencias y cosmovisión del mundo.
- Significación de la enfermedad y del proceder médico a que va a someterse. Temores y actitudes ante los mismos.
- Expectativas.
- Estilo cognitivo de evaluar las situaciones de crisis.
- Recursos de afrontamiento. Potencialidades por desarrollar en el proceso.
- Interacción con el equipo médico.
- Redes de apoyo social.

Generalmente se utilizan como pruebas psicológicas la escala de depresión de Beck, una serie de síntomas generales elaborada por especialistas en psicología y cardiología de la institución, la escala de trastornos del sueño de Jenkins y el test de ansiedad de Spielberger.

La observación es utilizada en cada momento del proceso: durante la entrevista, la realización de las pruebas psicológicas, la interacción con otros pacientes y con el equipo médico, el vínculo con la familia, los horarios de descanso y alimentación,

la unidad de cuidados intensivos, el posoperatorio en sala, etc. Este elemento de la evaluación psicológica permite trascender lo que directamente plantea el paciente y recibir información adicional para nuestras hipótesis de trabajo.

La evaluación final, realizada al mes del alta hospitalaria, hace uso de la misma batería de pruebas psicológicas y se apoya en una entrevista evolutiva focalizada en evaluar el estado emocional y general del paciente, la forma en que ha enfrentado el proceso, las actividades a las que se ha ido incorporando de acuerdo con las posibilidades objetivas y condiciones fisiológicas, el seguimiento de las prescripciones médicas, la dinámica familiar ante este evento vital, las preocupaciones, la satisfacción de las necesidades básicas como el sueño, el descanso y la alimentación.

La intervención psicológica

Se basa en el modelo del aprendizaje social, específicamente en el enfoque cognitivo-conductual. Este es un modelo de gran variedad donde se destaca como elemento central el aprendizaje. Las diferencias individuales se atribuyen a la historia única de aprendizaje que ha tenido cada persona y a las situaciones específicas a que ha estado sometida; sin embargo, del mismo modo que se aprenden conductas inadecuadas pueden aprenderse nuevas conductas más funcionales.

Desde los filósofos antiguos se hablaba de que “a los hombres no les molestaban las cosas, sino su perspectiva sobre ellas” (Epícteto); Shakespeare en Hamlet expresa en uno de sus personajes: “No hay nada bueno ni malo, solamente el pensamiento lo hace así”. Pudiéramos valorar estos aspectos como precursores de la terapia cognitivo-conductual, a lo que se suma la influencia de terapeutas modernos como Alfred Adler, Andrew Salter, Frederick Thorne, Hippolyte Bernheim, Alexander Herzberg y Wilhelm Stekel (Bernstein, 1981).

La terapia cognitivo-conductual constituye un enfoque de tratamiento que intenta modificar las conductas y emociones disfuncionales influyendo sobre los procesos de evaluación e interpretación cognitiva del paciente. Perteneció fundamentalmente a la década de los 70, donde alcanza un crecimiento rápido y fructífero, pero desde varias décadas

antes ya existía un interés por la alteración de los pensamientos desadaptativos; un buen ejemplo es la terapia racional emotiva fundada por Albert Ellis y también denominada entrenamiento en la conducta racional (Goodman & Maultsby, 1974), reestructuración racional sistemática (Goldfried, Decentececo & Weinberg, 1974) y reestructuración cognitiva (Dedwidy, 1978) (citados por Bernstein, 1981).

La terapia cognitivo-conductual incluye un amplio arsenal de técnicas entre las que nos encontramos, por ejemplo, entrenamiento en habilidades de tolerancia, inoculación al estrés, terapias de atribución, solución de problemas, manejo del tiempo y entrenamiento en autoinstrucciones.

Este modelo psicoterapéutico resulta fundamental en nuestra metodología de trabajo, pues, si partimos de que el modo en que el paciente interpreta y evalúa su enfermedad, el proceso quirúrgico y los propios recursos para afrontarlos repercute en sus respuestas al proceso en que está inmerso, al intervenir en sus pensamientos disfuncionales, expectativas inadecuadas y proporcionar los recursos y habilidades para un afrontamiento efectivo, podemos lograr una recuperación positiva. Trabajamos en los siguientes aspectos:

- Ofrecer información sobre las características del procedimiento médico y las sensaciones que le acompañan (información procedimental y sensorial).
- Brindar información sobre las habilidades y técnicas psicológicas que se le enseñan como recursos necesarios para un mejor afrontamiento del proceso.
- Estimular la expresión de dudas y preguntas, la confianza en el equipo médico y la participación del paciente como elemento activo de este proceso.
- Realizar la reestructuración cognitiva de ideas preconcebidas, creencias y falsas expectativas en cuanto al procedimiento médico. Desafiar perturbaciones del pensamiento como: catastrofización del proceso, minimización del evento quirúrgico, magnificación de cualquiera de los componentes, abstracción selectiva.

- Enseñar el automonitoreo y la autoobservación para reconocer señales tempranas de temor, ansiedad o dolor.
 - Hacer sugerencias directas sobre expectativas positivas de recuperación tanto en relación con el estado psicológico como fisiológico.
 - Enseñar técnicas de respiración y relajación apoyadas en el uso de la biorretroalimentación (respuesta galvánica de la piel) y su combinación con técnicas de imaginación y visualización, encaminadas a desarrollar el sentido de autocontrol, estimular la recuperación física, disminuir la ansiedad conjuntamente con sus mecanismos fisiológicos, endocrinos y metabólicos, manejar el dolor, así como alejar la atención del paciente de las fuentes de estrés.
- Ofrecer aspectos educativos en relación con el sueño como, por ejemplo: las características del sueño según la edad, las diferencias individuales en cuanto a las necesidades de sueño, la conceptualización del insomnio, los aspectos que pueden interferir en la cantidad y calidad del sueño.
 - Brindar un grupo de medidas higiénicas con respecto al sueño, que contribuyan a mejorar los hábitos del dormir, tales como: evitar la ingestión de sustancias estimulantes, establecer un ritual antes de ir a la cama, disminuir las siestas tanto como sea posible y no insistir en dormir si no tiene sueño.
 - Enseñar el control de estímulos que pueden ayudar a un mejor sueño.

Se incorporan además aspectos específicos en relación con el manejo de los trastornos del sueño, pues investigaciones revisadas señalan una alta prevalencia de los mismos en los pacientes quirúrgicos y los destacan como fuertes predictores de frecuencia y severidad de angina de pecho en pacientes masculinos que esperan la cirugía de bypass cardíaco (Neubauer, 1999).

El sueño puede estar afectado por varias condiciones como la propia enfermedad, los efectos de la medicación, el cambio de ambiente, el dolor, la necesidad frecuente de orinar, la ansiedad, la ira, la depresión, el consumo de sustancias estimulantes como la cafeína, las siestas y el cambio de las necesidades de sueño aparejadas con la edad. No obstante, es indiscutible su carácter reparador, por lo que en las condiciones de una cirugía cardíaca resulta importante su cuidado y tratamiento para la recuperación óptima.

Numerosas investigaciones han reportado que el tratamiento farmacológico de los trastornos del sueño puede perder su efectividad a largo plazo, afectar la calidad del sueño y en ocasiones conducir a la dependencia psicológica, por lo que se han propuesto alternativas no farmacológicas con resultados positivos (Jenkins & cols., 1988; Riba, 1993). A los aspectos anteriormente referidos de la metodología de trabajo se suman:

Nueva propuesta terapéutica

La metodología anterior, utilizada de manera individualizada en los pacientes sometidos a cirugía mayor y cirugía cardiovascular en particular, ofreció resultados positivos en estudios realizados al respecto; no obstante la revisión sistemática de la literatura del tema y el crecimiento del número de pacientes remitidos por el Servicio de Cardiología con vistas a ser preparados para procedimientos médicos invasivos significó un aumento en la cantidad de tiempo necesario para el desempeño de dicha actividad, por lo que nos replanteamos en el área de la preparación para la cirugía cardíaca, la metodología hasta entonces utilizada.

Para la elaboración de la nueva metodología, se realizó un pilotaje previo a 50 pacientes en espera para cirugía cardíaca, 42 acompañantes y 7 cardiólogos del Cardiocentro del CIMEQ, donde se indagaban las necesidades particulares que podrían ser satisfechas mediante una intervención psicológica en el marco del proceso quirúrgico. Los aspectos referidos fueron: información general sobre el proceder, información sobre el despertar y la intubación, acciones concretas para colaborar y necesidad de que se ajusten las expectativas a las características y condiciones reales del proceso quirúrgico.

Con base en estos antecedentes pusimos en marcha, como metodología de trabajo, un programa estructurado de carácter psicoeducacional, en el que

se pautan los aspectos generales por abordar pero que es lo suficientemente flexible para adaptarlo a las exigencias de cada grupo de participantes.

Forman parte del mismo, los pacientes y acompañantes hospitalizados en la sala de cirugía cardiovascular del CIMEQ para realizarse cirugía de *bypass* o valvular, que tengan un nivel intelectual promedio y que, por supuesto, manifiesten su voluntad para recibir la intervención psicológica propuesta.

Se realiza una evaluación psicológica previa donde se utiliza la entrevista referida con anterioridad, un cuestionario de expectativas y el cuestionario de salud general de Goldberg, versión de 12 ítems. Aquellos pacientes que no cumplan con los requisitos para el programa reciben una preparación individualizada en función de sus necesidades específicas. Se realiza una evaluación final al mes del alta hospitalaria y a los seis meses se repite la misma.

El modelo propuesto mantiene como marco teórico de partida la terapia cognitivo-conductual con énfasis en el enfoque grupal. La realización en grupos permite hacer más en menos tiempo, pero este criterio de ahorro, en términos de recursos humanos y económicos, no puede conducir a la idea de que es una modalidad de intervención secundaria a la intervención individual, dándole a esta última un papel de primacía.

Partir de esta idea afecta las expectativas tanto del paciente como del terapeuta y dificulta, por tanto, el impacto positivo de la intervención. Para el trabajo en grupo, es también una condición necesaria la presencia de un profesional preparado, pues no se pueden transferir literalmente las habilidades de la intervención individualizada a las situaciones grupales.

La intervención en grupo cuenta con un gran número de ventajas (ver Gurman & Messer, 1995):

- Se ha demostrado su éxito para un amplio espectro de pacientes.
- Se ofrece información de manera simultánea a personas con una problemática común.
- El grupo es un facilitador para la legitimización de las respuestas emocionales que pueden darse ante una cirugía.

- Brinda un sistema de apoyo y referencia donde se comparten dudas, sentimientos y vivencias.
- Se expresan las características idiosincrásicas de sus miembros y el modo en que pueden afectar a otros y a sí mismos, por lo que reciben retroalimentación al respecto y pueden aprender nuevos comportamientos, estilos cognitivos y respuestas emocionales.
- Las estrategias presentadas y las alternativas de enfrentamiento pueden ser modeladas por los participantes.
- Los menos motivados pueden beneficiarse con la presencia de los más activos y motivados.

Kulik, Mahler y Moore (1996) refieren estudios (Schachter, 1959; Cottrell & Epley, 1977; Taylor, Buunk & Aspinwall, 1990) donde se extiende la teoría de la comparación social y la hipótesis de la similaridad al campo del estrés y la emoción, destacándose la idea de que las personas que se enfrentan con experiencias nuevas y/o amenazantes sienten un incrementado deseo de afiliarse con otros, especialmente si estos otros enfrentan la misma amenaza.

A tal reacción ofrecen varias alternativas de respuestas: la propia similaridad emocional, la necesidad de apoyo emocional y seguridad y el incrementado deseo de claridad cognitiva, es decir, de reducir la incertidumbre acerca del verdadero carácter estresante del evento y de las respuestas emocionales que pueden darse. Otras características del programa son:

- Consta de apoyo audiovisual: la información general sobre las diferentes etapas del proceso quirúrgico, así como orientaciones psicológicas específicas se ofrecen en un video (VHS) de 12 minutos de duración, lo que facilita la desensibilización de los diversos aspectos de la situación quirúrgica que pueden resultar poco familiares, y los pacientes más demandantes de información pueden recurrir a la referida tantas veces como lo deseen. El uso del video permite además modelar algunas respuestas y conductas deseadas que contribuyen a un mejor afrontamiento.
- Se complementa la información del terapeuta con materiales impresos: los pacientes complementan y amplían la información ofrecida

en el trabajo grupal mediante estos materiales. Se ofrecen en un plegable las orientaciones generales sobre los ejercicios respiratorios y de relajación para mantener una práctica sistemática individual luego de las sesiones de trabajo. También reciben un folleto en el que se exponen técnicas simples para el autocontrol emocional y el manejo del estrés, por considerarse éstos factores de riesgo para las enfermedades cardiovasculares y constituir parte esencial de un estilo de vida saludable.

- Se incluyen a los familiares: también para ellos la cirugía constituye un evento novedoso y estresante. Los acompañantes, conjuntamente con el equipo médico, son una importante fuente de apoyo social; su participación en el grupo permite reforzar las habilidades de afrontamiento para un papel más activo en el cuidado del paciente en la convalecencia y la rehabilitación, así como contribuye a evitar su propio cansancio psíquico.
- Es generalizable: las técnicas y recursos psicológicos ofrecidos pueden ser utilizados en otras situaciones de carácter estresante, fuera del proceso quirúrgico, es decir, tienen un valor práctico en la vida cotidiana.

Estructuración por sesiones

La intervención cuenta con tres sesiones básicas de hora y media de duración, pues estos pacientes, además de la consulta de psicología, son valorados y estudiados por otras especialidades, por tanto, no se puede perder de perspectiva el factor tiempo. Los enfoques cognitivo-conductuales tienden por su propia naturaleza a ser considerados como terapias breves.

La brevedad no posee como único criterio el número de sesiones, sino que tiene en cuenta la utilidad que reporta, para una problemática específica, la solución presente de la misma y las ganancias inmediatas. Por otra parte, existe una focalización clara de las metas, la definición de responsabilidades, el énfasis en las fortalezas, capacidades y potencialidades del paciente para enfrentar la problemática y la valoración conjunta de alternativas de solución.

Sesión N° 1

1. Objetivos

- Iniciar al grupo y realizar el encuadre grupal.
- Valorar sus expectativas.
- Presentar la metodología de trabajo.
- Estimular la expresión de dudas acerca de la enfermedad cardiovascular y la cirugía.
- Legitimar las respuestas emocionales presentes en el proceso.
- Sistematizar los conocimientos de los miembros del grupo sobre el proceso quirúrgico.
- Ofrecer instrucciones conductuales específicas para el afrontamiento.

2. Contenidos

- Encuadres y expectativas.
- Significación de una cirugía cardíaca.
- El estrés ante la cirugía. Sus manifestaciones físicas y emocionales.
- Información sensorial y procedimental sobre las diferentes etapas del proceso quirúrgico.

3. Secuencia de actividades

- Apertura.
- Presentación de la coordinación y los participantes.
- Presentación del programa y metodología de trabajo.
- Ejercicio vivencial sobre la comunicación de la noticia de someterse a una cirugía cardiovascular.
- Presentación del tema “Mis preocupaciones sobre la cirugía”.
- Presentación de un video de 12 minutos de duración que ofrece información general sobre el proceso.
- Ejercicios respiratorios.
- Elaboración grupal.
- Evaluación de la sesión.

Sesión N° 2

1. Objetivos

- Enseñar técnicas respiratorias y de relajación.
- Modelar conductas específicas que deben realizarse en diferentes etapas del proceso.
- Racionalizar el uso de las técnicas respiratorias, de relajación y de las instrucciones conductuales.

2. Contenidos

- ¿Por qué es importante una respiración adecuada?
- ¿Cómo podemos relajarnos?
- Técnicas de relajación y ejercicios respiratorios.
- Modelado del toser y ejercicios de movilización.

3. Secuencia de actividades

- Ejercicio respiratorio vivencial. Discusión de la experiencia.
- Explicación de las posiciones recomendadas para la relajación con el plegable impreso sobre los ejercicios respiratorios y de relajación.
- Práctica de las maniobras de movilización entre pacientes y acompañantes.
- Prácticas del mecanismo de la tos y forma de realizarlo con más facilidad.
- Combinación de ejercicios respiratorios con técnicas de relajación.
- Explicación y práctica de los ejercicios respiratorios y de relajación.
- Elaboración grupal.
- Evaluación de la sesión.

Sesión N° 3

1. Objetivos

- Reflexionar acerca de la importancia de los factores psicológicos en el estilo de vida.
- Elevar el nivel de conciencia sobre la responsabilidad individual en el autocuidado.
- Enseñar técnicas para el autocontrol emocional.

2. Contenidos

- ¿Qué es el estilo de vida?
- Papel de los factores psicológicos en el estilo de vida.
- Técnicas para el autocontrol emocional.

3. Secuencia de actividades

- Dramatización de las posibles recomendaciones en una consulta médica sobre el estilo de vida después de la cirugía.
- Presentación por el coordinador del concepto de estilo de vida, las diferencias entre los

estilos de vida saludable y no saludable y la focalización del rol que el adecuado control de emociones tiene en el estilo de vida.

- Promoción de ideas acerca de cómo controlar nuestras emociones.
- Presentación del ABC de la terapia racional emotiva.
- Técnicas sencillas para el autocontrol.
- Elaboración grupal.
- Análisis del cumplimiento de expectativas.

Consideraciones finales

En las personas que comienzan a padecer de una enfermedad del corazón y, de modo particular, aquellas que van a ser sometidas a un tratamiento quirúrgico, existe un sinnúmero de respuestas emocionales que pueden obstaculizar tanto la colaboración como la propia recuperación, incrementando los costos humanos y económicos del proceso.

La psicología de la salud se ha ganado un espacio cada vez mayor en este ámbito, pues, más allá de garantizar la supervivencia con el progresivo desarrollo de las técnicas y procedimientos médico-quirúrgicos, resulta indispensable la incorporación del paciente a los roles sociales en las mejores condiciones posibles, es decir, con elevada calidad de vida.

Una amplia bibliografía con aportes tanto teóricos como metodológicos evidencia la beneficiosa influencia que tiene la intervención psicológica en las diferentes etapas del proceso quirúrgico. Intervención que se caracteriza por el respeto al paciente, la calidad y calidez de la atención, el apoyo para enfrentar el proceso, la percepción del paciente como ser biopsicosocial único e irrepetible y la aceptación del derecho que tiene a participar activamente en su enfermedad y tratamiento, pues, como plantean Lorda y Júdez (2001 citados por el Comité de Expertos en Consentimiento Informado, 2001), es importante reconocer “que los pacientes no son hijos menores a los que hay que proteger sino adultos autónomos a los que se ha de cuidar y enseñar para que se cuiden a sí mismos”.

REFERENCIAS

- Bernstein, D. (1981). *Introducción a la psicología clínica*. México: Editorial McGraw-Hill Interamericana.
- Castillero, Y. & Valdés L. (2000). Estudio e intervención psicológica a pacientes sometidos a estudios invasivos y/o cirugía mayor. *Revista Electrónica Enfoque Cognitivo* (Uruguay), 2.
- Castillero, Y. & Valdés, L. (2002). Valoración y tratamiento de los trastornos del sueño en pacientes sometidos a estudios invasivos y/o cirugía mayor. *Revista Cubana de Psicología*, 19(3).
- Castillero, Y. & Pérez Lazo de la Vega, M. (2003). Preparación psicológica para la cirugía mayor. *Revista Electrónica de Motivación y Emoción*, 6(13).
- Center for Disease Control Framework for Cardiovascular Disease Prevention and Control (2002). *Cardiovascular disease. Facts, disease prevention and treatment strategies*. Documento originalmente publicado en la internet, recuperado de: <http://www.healingwithnutrition.com/cdisease/cardiovascular/cardiovascular.html>
- Comité de Expertos en Consentimiento Informado, Departamento de Salud, Gobierno de Navarra (2001). *El consentimiento informado*. Documento recuperado de: http://donacion.organos.ua.es/ctx_spain/navarra/salud3a.htm
- Devine, E. C. (1992). Effects of psychoeducational care for adult surgical patient: a meta-analysis of 191 studies. *Patient Education and Counseling*, 19, 129-142.
- Dousseldorp, E., Elderen, T., Maes, S., Meulman J. & Kraaij, V. (1999). A meta-analysis of psychoeducational programs for coronary heart disease patients. *Health Psychology*, 18(5), 506-519.
- Giacomantone E. y Mejía A. (1997). *Estrés preoperatorio y riesgo quirúrgico. El impacto emocional de la cirugía*. Buenos Aires: Paidós.
- Good, M. (1996). Effects of relaxation and music on postoperative pain: a review. *Journal of Advanced Nursing*, 24, 903-914.
- Gurman, A. & Messer, S. (1995). *Essential psychotherapies*. Theory and practice. New York: Guilford Press.
- Horne D. J., Vatmanidis P. & Careri, A. (1994). Preparing patients for invasive medical and surgical procedures. 1: Adding behavioral and cognitive interventions. *Behavioral Medicine*, 20(1), 5-13.
- Jenkins, D., Stanton, B-A., Niemcryk, S. J. & Rose, R.M. (1988). A scale for estimation of sleep problems in clinical research. *Journal of Clinical Epidemiology*, 41(4), 313-321.
- Jenkins, D. (1995). *Interplay between research and practice in psychosomatic medicine*. Simposium ofrecido para la Academia Psicósomática de los Estados Unidos.
- Kiecolt-Glaser, J. K., Page, G., Marucha, P., MacCallum, R. & Glaser, R. (1998). Psychological influences on surgical recovery. Perspectives from psychoneuroimmunology. *American Psychologist*, 53(11), 1209-1218.
- Kim H., Garvin B. J., Moser D. K. (1996). Stress during mechanical ventilation: benefit of having concrete objective information before cardiac surgery. *Nursing Research*, 45(5), 226-270.
- Kulik, J. A., Mahler, H. L. & Moore P. J. (1996). Social comparison and affiliation under threat: effects on recovery from major surgery. *Journal of Personality and Social Psychology*, 71(5), 967-979.
- Mitchell, M. (1997). Patients' perceptions of preoperative preparation for day surgery. *Journal of Advanced Nursing*, 26(2), 356-363.
- Moix, J., Casas J. M., López E., Quintana C., Ribera C. & Gil A. (1993). Facilitación de la recuperación a través del suministro de información y del apoyo psicológico. *Revista de Calidad Asistencial*, 8(1), 13-17.
- Moix, J., López E., Otero J., Quintana C., Ribera C., Saad I. & Gil A. (1995). Eficacia de los folletos informativos para suministrar información acerca de la operación y la convalecencia. *Revista de Calidad Asistencial*, 5, 280-286.
- Moix, J. (1996). Emoción y cirugía. *Anales de Psicología*, 10(2), 167-175.
- Moix, J. (1996). Ansiedad, dolor y recuperación posquirúrgica. *Cirugía Española*, 60, 337-338.
- Neubauer, D. (1999). Sleep problems in the elderly. *American Family Physician*, 59(9), 2551-2558.
- Pérez-Moreno, J. A., Pérez Cárceles, M. D., Osuna, E. & Luna A. (1998). Información preoperatoria y consentimiento

- informado en pacientes intervenidos quirúrgicamente. *Revista Española de Anestesiología y Reanimación*, 45, 130-135.
- Raleigh, E. H., Lepczyk, M. & Rowley, C. (1990). Significant others benefit from preoperative information. *Journal of Advanced Nursing*, 15(8), 941-945.
- Riba, F. J. (1993). *Insomnia: behavioural and cognitive interventions*. Behavioral Sciences, Learning Modules, Division of Mental Health, World Health Organization.
- Roca, M. A. (2000). *Psicología clínica. Una visión general*. La Habana: Editorial Félix Varela.
- Sanne, H. & Wenger, N. (1983). *Psychological and social aspects of coronary heart disease. Information for the clinician*. Publication of the Scientific Council on the Rehabilitation of Cardiac Patients of the International Society and Federation of Cardiology.
- Seers, K. & Carrol, D. (1998). Relaxation techniques for acute pain management: a systematic review. *Journal of Advanced Nursing*, 27(3), 466-475.
- Soehren, P. (1995). Stressors perceived by cardiac surgical patients in the intensive care unit. *American Journal of Critical Care*, 4(1), 71-76.
- Tusek, D. (1997). Guided imagery as a coping strategy for perioperative patients. *AORN Journal*, 66(4), 644-649.

Fecha de recepción: febrero de 2006
Fecha de aceptación: mayo de 2007