

**UNIVERSIDAD DE COSTA RICA
SISTEMA DE ESTUDIOS DE POSGRADO**

**PROPUESTA DE PROGRAMA DE INTERVENCIÓN PSICOLÓGICA INTEGRAL
PERIOPERATORIA EN PACIENTES DEL SERVICIO DE CIRUGÍA DE TÓRAX Y
CARDIOVASCULAR DEL HOSPITAL MÉXICO**

**Trabajo Final de Investigación Aplicada sometido a consideración de la
Comisión del Programa de Estudios de Posgrado en Psicología para optar al
grado y título de Maestría Profesional en Psicología Clínica y de la Salud**

MAUREEN CAMPOS ALFARO

Ciudad Universitaria Rodrigo Facio, Costa Rica

2016

Dedicatoria

*A los usuarios y usuarias del Servicio de Cirugía de Tórax y
Cardiovascular del Hospital México*

Agradecimientos

Un agradecimiento muy especial para todo el personal del Servicio de Cirugía de Tórax y Cardiovascular del Hospital México, que contribuyeron en el proceso de implementación de la Propuesta desde sus inicios, por su colaboración y apertura, por aceptarme como un miembro más del equipo interdisciplinario y apoyar el Programa de Intervención como una herramienta que integra el factor psicológico y optimiza la atención a las y los usuarios del Servicio. Gracias al Dr. Juan José Pucci, por permitirme llevar a cabo el TFIA en el Servicio, a todos los médicos cirujanos, a los internos y residentes, al personal de enfermería, a Lucía Rivera por instruirme en el proceso de educación al paciente y familia y al personal de Sala de Operaciones, Terapia Física, Terapia Respiratoria y Cuidados Intensivos que me permitieron formar parte del proceso perioperatorio de los y las usuarias.

A cada uno de los usuarios y usuarias del Servicio de Cirugía de Tórax y Cardiovascular y a sus familias, por su buena disposición y aceptación de la Propuesta de Programa de Intervención, por permitirme acompañarles en su proceso perioperatorio, por compartir conmigo sus experiencias de vida. Gracias por nuestro aprendizaje conjunto.

A Ana María Jurado, por su guía y supervisión continua, que junto con Cristhian Cortés me acompañaron en el proceso y me motivaron a lograr completar este trabajo. A Mari Tere por su supervisión en el Hospital y por valorar mi trabajo e iniciativas en el Servicio.

A mi familia y amigos, por su apoyo constante en todos los proyectos que he emprendido y a Esteban, por su apoyo, paciencia y cariño en todas mis aventuras académicas.

“Este Trabajo Final de Investigación Aplicada fue aceptado por la Comisión del Programa de Estudios de Posgrado en Psicología de la Universidad de Costa Rica, como requisito parcial para optar por el grado y título de Maestría Profesional en Psicología Clínica y de la Salud”.

MSc. Josefina Rambla Segura
**Representante de la Decana
Sistema de Estudios de Posgrado**

Dra. Mónica Salazar Villanea
Profesora Guía

Dr. Mariano Rosabal Coto
Lector

Mag. Cristhian Cortés Salas
Lector

Mag. Esteban Carvajal Angulo
**Representante de la Directora
Programa de Posgrado en Psicología**

Maureen Tatiana Campos Alfaro
Sustentante

Tabla de Contenido

Dedicatoria.....	ii
Agradecimientos.....	iii
Hoja de Aprobación	iv
Tabla de Contenido.....	v
Resumen	viii
Abstract.....	ix
Lista de Figuras.....	x
I. Introducción.....	1
II. Marco Institucional.....	3
1. Contextualización del lugar de intervención	3
2. Organigrama	4
3. Ejes de trabajo institucional.....	6
III. Marco de Referencia.....	6
1. Antecedentes.....	6
2. Marco Teórico.....	13
IV. Metodología	20
1. Objetivos de la Práctica	20
a. Objetivo General.....	20
b. Objetivos Específicos	20
2. Caracterización de la Población.....	20
3. Beneficios de la Práctica	21
a. Teóricos.....	22

b. Prácticos.....	22
4. Delimitación de funciones y tareas realizadas regularmente	23
5. Propuesta Específica	25
a. Intervención Perioperatoria.....	26
b. Promoción de la salud	26
6. Descripción de las relaciones interdisciplinarias	31
7. Descripción del sistema de supervisión.....	31
8. Proceso de evaluación de resultados	31
V. Resultados	33
1. Actividades regulares.....	33
a. Evaluación Perioperatoria.....	33
b. Intervención Individual	36
2. Actividades complementarias.....	40
a. Grupos de Educación Perioperatoria	40
b. Observaciones en el Servicio	41
c. Folletos de Información Perioperatoria	41
3. Población alcanzada.....	41
Usuarios de Cirugía de Tórax	42
Usuarios y Usuarías de Cirugía Cardiovascular	42
Grupos Psicoeducativos.....	43
4. Limitaciones	44
VI. Discusión.....	45
VII. Conclusiones y Recomendaciones.....	53
VIII. Referencias Bibliográficas.....	56

IX. Anexos.....	63
Anexo 1. Guía de la Entrevista	64
Anexo 2. Folleto Información Perioperatoria para pacientes de Cirugía de Tórax	65
Anexo 3. Folleto Información Perioperatoria para pacientes de Cirugía Cardíaca	67

Resumen

Campos, M. (2015). *Propuesta de Programa de Intervención Psicológica Integral Perioperatoria en pacientes del Servicio de Cirugía de Tórax y Cardiovascular del Hospital México*. Trabajo Final de Investigación Aplicada para optar por el grado y título de Maestría en Psicología Clínica y de la Salud. San José: Universidad de Costa Rica.

Palabras Clave: Psicología de la Salud, Intervención Psicológica Perioperatoria, Cirugía Cardíaca, Cirugía de Tórax.

Las enfermedades cardiovasculares representan un serio problema de salud en la actualidad, tanto por su morbilidad como por la mortalidad y se han identificado como la principal causa de muerte en todo el mundo (OMS, 2007). Los procedimientos quirúrgicos dirigidos a tratar dichas enfermedades producen múltiples reacciones psicológicas y pueden ser fuente de estrés ansiedad para la persona.

Este trabajo tiene como objetivo la elaboración y aplicación de un Programa de Intervención Psicológica Integral Perioperatoria para los pacientes del Servicio de Cirugía de Tórax y Cardiovascular del Hospital México, en un período de tres meses, con el fin de mejorar los resultados y disminuir las consecuencias negativas de dichos procedimientos.

En la práctica, se incluyeron actividades de evaluación, educación perioperatoria, intervención psicológica desde el modelo Cognitivo Conductual, acompañamiento, promoción y reforzamiento de estilos de vida saludable, promoción y reforzamiento de la Adherencia al Tratamiento y Seguimiento. El Protocolo se aplicó con el apoyo del equipo interdisciplinario del centro de salud.

Se identificaron como principales factores de riesgo el estilo de vida, incluyendo la alimentación, el sedentarismo, el tipo de trabajo, altos niveles de estrés y el tabaquismo. La modificación de las conductas de riesgo y el apoyo social son los principales factores protectores en las personas que han experimentado una cirugía cardíaca.

Se recomienda la elaboración de más investigaciones en esta área, la cual permita conocer las particularidades de la intervención perioperatoria integral en la población costarricense.

Abstract

Campos, M. (2015). *Proposal of Comprehensive Psychological Intervention Program in perioperative patients of the Thoracic and Cardiovascular Surgery Service of the Hospital Mexico*. Final Applied Investigation Work to qualify for the degree and Master's degree in Clinical and Health Psychology. San José: Universidad de Costa Rica.

Keywords: Health Psychology, Perioperative Psychological Intervention, Cardiac Surgery, Thoracic Surgery.

Cardiovascular diseases are a serious health problem today, both morbidity and mortality as have been identified as the leading cause of death worldwide (WHO, 2007). Surgical procedures to treat these diseases cause many psychological reactions and may be a source of stress and anxiety for the person.

This work aims at the development and implementation of a Comprehensive Psychological Intervention Program for Perioperative patients of Thoracic and Cardiovascular Surgery Service of the Hospital Mexico, over a period of three months, in order to improve results and reduce the negative consequences of such procedures.

In practice, evaluation activities, perioperative education, psychological intervention from the Cognitive Behavioral Model, support, promote and reinforce healthy lifestyles, promoting and strengthening adherence to treatment and monitoring were included. The Protocol was implemented with the support of the interdisciplinary team from the health center.

They were identified as major risk factors for lifestyle, including diet, sedentary lifestyle, type of work, high stress levels and smoking.

Modifying risk behaviors and social support are key protective factors in people who have undergone cardiac surgery.

Developing more research in this area, that reveal the specifics of comprehensive perioperative intervention in the Costa Rican population is recommended.

Lista de Tablas

Tabla 1. Percentiles de factores ISRA aplicación pre y postoperatoria.....	35
Tabla 2. Percentiles de factores ISRA aplicación preoperatoria única.....	36
Tabla 3. Usuarios Atendidos en Grupos Psicoeducativos.....	43

Lista de Figuras

Figura 1. Organigrama del Hospital México.....	5
Figura 2. Edad de Usuarios de Cirugía de Tórax.....	42
Figura 3. Edad y Sexo de Usuarios de Cirugía Cardíaca.....	43

I. Introducción

Uno de los problemas de salud más importantes en la actualidad son las enfermedades cardiovasculares, tanto por la mortalidad como por la morbilidad, que aumentan el uso de recursos en los sistemas de salud dirigidos al tratamiento de esta patología. En Costa Rica, como en el resto del mundo, son la primera causa de muerte en la población general, tanto en hombres como en mujeres (OMS, 2007; León & Salazar, 2007).

Entre los tratamientos para las enfermedades cardiovasculares, se encuentra la Cirugía Cardíaca, la cual implica procedimientos quirúrgicos en una región del cuerpo que culturalmente ha sido preconcebida como delicada o peligrosa en términos de la funcionalidad humana, el área del corazón, lo cual genera mayor preocupación, consternación e inestabilidad emocional en los pacientes.

De acuerdo con la Caja Costarricense del Seguro Social (CCSS), las enfermedades del sistema circulatorio han sido la primera causa de muerte en Costa Rica desde 1970 y en particular, la enfermedad coronaria representó para el año 2000 el 48% de las muertes de este grupo (2009a). Para el 2006, esta fuente señala una tasa de mortalidad ajustada del 77,6 por 100.000 habitantes, con un aumento anual aproximado del 4.4% de muertes por dicha causa.

Acorde con esto, se realizan al menos dos cirugías cardíacas diarias en los hospitales nacionales del país clase A (Hospital San Juan de Dios, Hospital México, Hospital Calderón Guardia y Hospital Nacional de Niños) (CCSS, 2010). Según la misma fuente, estos procedimientos siempre producen tensión debido a que suponen un riesgo para la vida del paciente.

En esta población es normal cierto grado de preocupación por estos procedimientos y temores relacionados con la muerte, el dolor y el desempeño personal, los cuales, a su vez, pueden desencadenar una variedad de reacciones emocionales como depresión,

ansiedad, irritabilidad e incluso alteraciones en el sueño. Lo anterior obstaculiza la colaboración del paciente con el personal de salud e incluso su propia recuperación (Castillero y Valdés, 2002).

Este trabajo tiene como objetivo la elaboración y aplicación de un Programa de Intervención Psicológica Integral Perioperatoria para los pacientes del Servicio de Cirugía de Tórax y Cardiovascular del Hospital México, en un período de tres meses, con el fin de mejorar los resultados y disminuir las consecuencias negativas de dichos procedimientos.

Los principales factores psicológicos a tomar en cuenta en esta población son la ansiedad, la depresión, el estrés, el apoyo social y familiar, las cogniciones y las emociones en las diferentes etapas del tratamiento, pues incluso pueden mejorar la calidad de este.

II. Marco Institucional

1. Contextualización del lugar de intervención

El Hospital México debe su nombre al aporte que el Instituto Mexicano de Seguro Social (IMSS) dio a la CCSS en la elaboración de planos y asesoría técnica en general para su construcción (CCSS, 1979). Este Hospital Nacional, que inició la prestación de servicios en 1969, cuenta con servicios médico administrativos, subespecialidades, servicios de apoyo de diagnóstico y tratamiento, así como consulta externa, lavandería, oficinas centrales, laboratorios de productos farmacéuticos y de soluciones parenterales, entre otros. Está ubicado a 6 km de la ciudad de San José y cuenta con un área de 90.120 m², cuya estructura principal es un edificio vertical de 7 pisos.

Una de las características de este centro de salud es que sus usuarios provienen tanto del área metropolitana como de toda la red noroeste del país. Además, es uno de los Hospitales del país donde se preparan muchos de los especialistas, técnicos y profesionales en el campo de la salud (Muñoz, 1994).

En el Servicio de Cirugía de Tórax y Cardiovascular, situado en el séptimo piso del Hospital, se realizan procedimientos como correcciones de válvulas cardíacas, bypass o puentes coronarios para restablecer la irrigación sanguínea en el músculo cardíaco, trasplantes cardíacos, así como otras cirugías torácicas, todas con el fin de ofrecer a los y las usuarias mayores opciones de vida. De acuerdo con la CCSS (1994), cerca de 300 personas aseguradas se benefician cada año de este servicio que trabaja conjuntamente con profesionales en infectología, inmunología, anestesiología, instrumentación, enfermería, técnicas de perfusión, cirugía, terapia física y respiratoria, personal de aseo y administrativo.

También es importante el aporte del Servicio de Terapia Intensiva de este centro de salud, creado desde 1975 con el propósito de brindar una atención óptima a aquellos

pacientes gravemente enfermos, pero con posibilidad de recuperarse mediante los avances profesionales y técnicos de un cuidado intensivo. Este servicio atiende a los pacientes en el momento posterior inmediato a las Cirugías Cardiovasculares y trata las complicaciones post-operatorias de cirugía mayor, sepsis, insuficiencias respiratorias, bronconeumonías e insuficiencia renal aguda, entre otros (CCSS, 2009b).

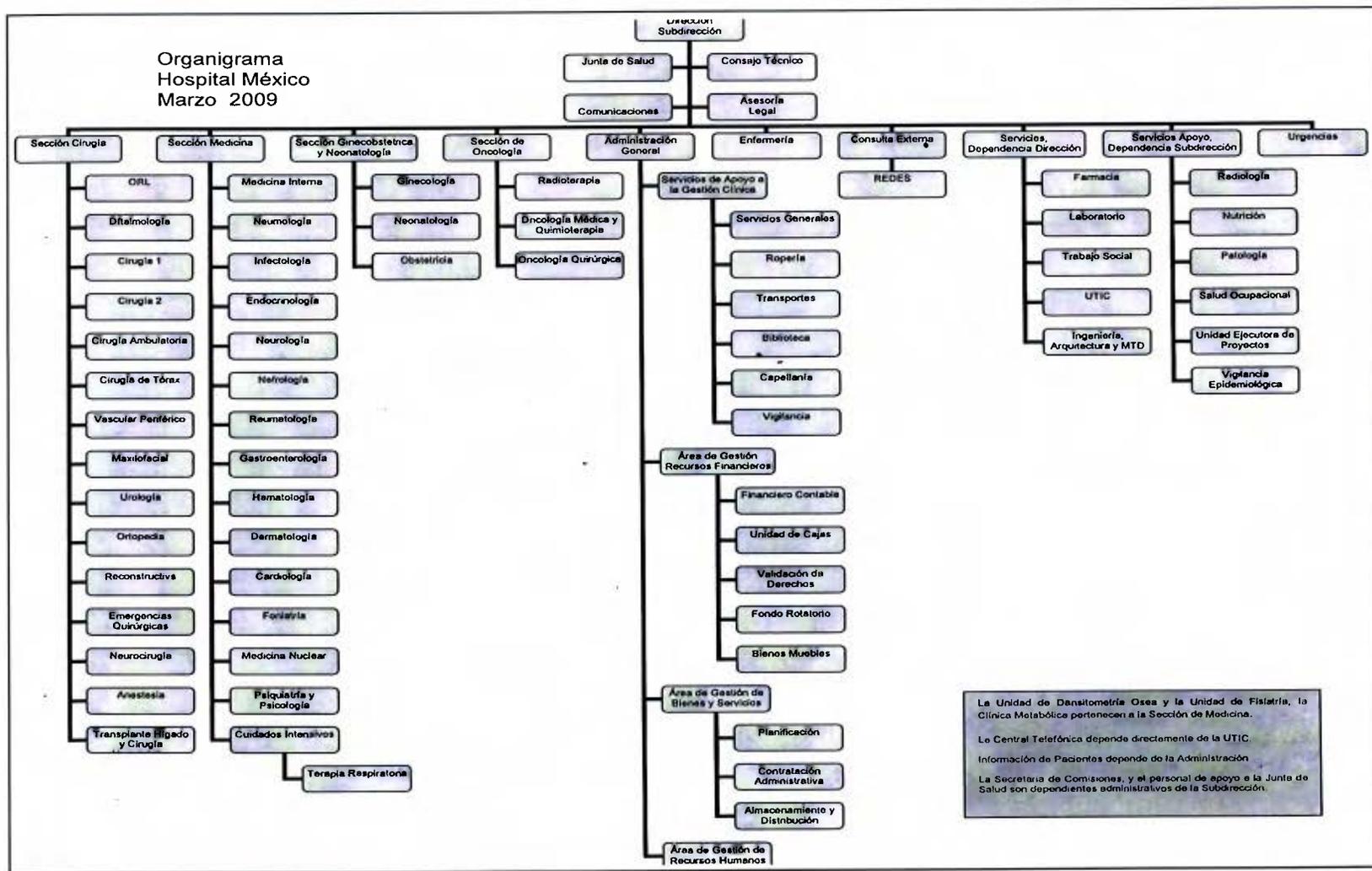
Por otro lado, el Servicio de Medicina Psicosomática y Psicología Clínica del Hospital México se conformó como un equipo interdisciplinario de profesionales en psiquiatría, psicología, enfermería, trabajo social y secretaría (CCSS, 1994). Sus instalaciones se encuentran en la Sección 6B de la Consulta externa, con consultorios diseñados de acuerdo a la modalidad de tratamientos que se ofrecen: individual, grupal, familiar, de pareja y psicorelajación. Además de las actividades en la consulta externa, se da apoyo a los diferentes Servicios del Hospital a través de interconsultas, participación en los equipos interdisciplinarios y en programas especiales como por ejemplo Recursos Humanos, Violencia Intrafamiliar, Trasplantes, Hemofilia, Fibromialgia, Nutrición, entre otros.

El programa de intervención que se plantea en esta propuesta, se implementó en el Servicio de Cirugía de Tórax y Cardiovascular del Hospital México, entre setiembre y noviembre de 2010. Además, para la ejecución de esta propuesta se contó con la supervisión y el apoyo de la Unidad de Psicología Clínica del Hospital.

2. Organigrama

De acuerdo con la información brindada por la Dirección del Hospital México, el Organigrama del centro de salud se muestra en la Figura 1.

Figura 1. Organigrama del Hospital México



Fuente: Dirección del Hospital México, 2011.

3. Ejes de trabajo institucional

Los tres ejes principales del Hospital México, de acuerdo con CCSS (2009b), son:

- ▶ Concebir un modelo de atención integral con calidad, con criterios científicos y socialmente adaptados.
- ▶ La automatización de los servicios, que son una necesidad y una forma de otorgar valor al quehacer de la institución.
- ▶ El fortalecimiento de las capacidades administrativas, donde sea la Planificación el principal componente.

Además de esto, se plantean la siguiente Visión y Misión:

Visión del Hospital México

Seremos un hospital líder en el ámbito social, y en el sector salud, tanto en el nivel nacional como en el internacional, otorgando respuestas innovadoras, creativas y de alta resolutivez en la gestión de la Red de Servicios Integrales de Salud de las personas, para contribuir al logro de un grado superlativo de desarrollo humano, que sea sostenible.

Fuente: Dirección del Hospital México, 2011.

III. Marco de Referencia

Misión del Hospital México

Contribuir con la preservación, manejo y mejoramiento de la salud de las personas, familias y comunidad, a través del desarrollo de procesos gerenciales estratégicos que faciliten y fortalezcan los servicios integrales de salud y la gestión eficiente de la Red de Servicios, realizando acciones altamente humanizadas, dentro de un sistema de calidad, apoyadas por tecnología de punta, favoreciendo así, el acceso y la equidad, de acuerdo con las necesidades de salud de la población, dentro del marco de los principios de la Seguridad Social.

Fuente: Dirección del Hospital México, 2011.

1. Antecedentes

Son múltiples las reacciones psicológicas vinculadas a una intervención quirúrgica. Según Castellero (2007), hasta el más pequeño de los actos quirúrgicos es una fuente potencial de estrés que trae a su vez “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” (p.57). El papel del factor psicológico antes de la cirugía y en la recuperación posterior se ha estudiado desde variedad de enfoques.

En los últimos años, se han desarrollado procedimientos quirúrgicos más especializados y se han mejorado las técnicas de perfusión y circulación extracorpórea, planteándose estas intervenciones muchas veces como la alternativa terapéutica óptima (Castillero, 2007). Sin embargo, en el país los aspectos psicológicos relacionados con estos procedimientos no son considerados como determinantes de una recuperación positiva.

En el mundo actual, se realizan investigaciones para determinar la influencia de los factores psicológicos en los pacientes quirúrgicos y para probar la efectividad de distintas intervenciones. En un estudio realizado por Contrada et al. (2008), se evidencia que múltiples factores psicosociales pueden influir en la adaptación a una cirugía de corazón, con implicaciones para la comprensión y mejora de la ansiedad prequirúrgica y de la recuperación postquirúrgica.

En esta línea, Bunzel, Roethy, Znoj y Laederach (2008) estudiaron las consecuencias psicológicas en pacientes que han experimentado cirugías para salvar su vida y revelaron que no sólo los pacientes presentan ansiedad y depresión, sino que las personas más cercanas a ellos presentan un mayor nivel, e incluso a diferencia de los pacientes, sus familiares pueden cumplir con los criterios de estrés postraumático. Particularmente, la estancia en la Unidad de Cuidados Intensivos, puede relacionarse

con un mayor número de síntomas de ansiedad y depresión en los familiares (Young et al., 2005).

En diversos estudios, la depresión y la ansiedad han sido correlacionadas en con un mal pronóstico en las enfermedades cardiovasculares y la cirugía cardiaca, particularmente si se presentan en el momento preoperatorio (Tully, Baker, Turnbull & Winefield, 2008, William et al., 2013), afectando incluso la calidad de vida de la persona (Tully, Baker, Turnbull, Winefield & Knight, 2009).

Por ejemplo, Calderón et al. (2010) estudiaron los síntomas depresivos en pacientes con Infarto Agudo al Miocardio (IAM) y demostraron una alta prevalencia en los pacientes hospitalizados, cuyos síntomas tienden a mantenerse cuando son sometidos a cirugía cardiaca de revascularización, lo que podría identificarles como un grupo más vulnerable. Además, indican que la presencia de factores psicosociales simultáneamente podría tener un efecto negativo sobre el pronóstico cardiovascular, específicamente la ansiedad y el apoyo social con una relación significativa con los síntomas depresivos. El apoyo marital también ha sido considerado importante en la recuperación posquirúrgica (Elizur y Hirsh, 1999)

En esta misma línea, Krannich et al. (2007) realizaron un estudio sobre la presencia de depresión y ansiedad antes y después de la cirugía de bypass, en el cual asocian la depresión con una mayor mortalidad y morbilidad postoperatoria y evalúan la proporción de ansiedad y depresión clínicamente relevantes de acuerdo con la edad. Los autores encuentran que cuanto más joven son los pacientes es mayor el detrimento de los síntomas, y que cuanto mayor es, se observan menos cambios sintomáticos. También indican que previo a la cirugía es fundamental trabajar con la ansiedad, pero que el trabajo con la depresión es más importante en el momento posterior.

La ansiedad puede presentarse en las personas que van a ser sometidas al tratamiento quirúrgico, incluso una semana antes del procedimiento, y, aunque es parte de la

experiencia de todo paciente quirúrgico, puede provocar un incremento en el dolor postoperatorio, mayor necesidad de analgésicos y prolongación de la estancia hospitalaria (Valenzuela, Barrera & Ornelas, 2010).

Según algunos autores, la disminución de la ansiedad, especialmente en el momento preoperatorio, debería ser uno de los principales focos en la atención hospitalaria quirúrgica (Valenzuela, Barrera & Ornelare, 2010; Carneiro et al., 2009; Marcolino, Suzuki, Alli, Gozani & Mathias, 2007; Alves et al., 2007), pues podría reducirse por medio de una intervención psicológica breve (Feixas & Saldivar, 2010). Para Wan et al. (2004), el personal de salud debería estar pendiente del estado emocional de los pacientes que van a ser sometidos a procedimientos de cirugía de tórax y tratar de aliviar los problemas psicológicos, así como informarles de los riesgos y consecuencias de la operación, para lograr con esto la disminución en el nivel de ansiedad al esperar el tratamiento.

Además, Carneiro et al. (2009) encontraron que los pacientes con enfermedad cardíaca que van a ser sometidos a procedimientos quirúrgicos presentan una prevalencia de ansiedad y depresión elevada, y mencionan que en el momento posterior a la cirugía cardíaca, entre un 16% y un 50% de los pacientes presentan síntomas de ansiedad. Los principales factores que desencadenan ansiedad en el periodo preoperatorio, según Marcolino et al. (2007) son la anticipación del dolor, la separación de la familia, la pérdida de la independencia, el miedo de quedar incapacitado, de la cirugía y de la muerte.

También se señala el dolor como la preocupación principal en pacientes sometidos a cirugías abdominales, torácicas y cardíacas. Khan et al. (2012) se refieren a la catastrofización del dolor como un tipo de distorsión cognitiva, en la cual la persona exagera los pensamientos negativos asociados a la experiencia dolorosa y que se ha

asociado al dolor postoperatorio en pacientes de cirugía cardíaca, independientemente de la presencia de ansiedad, depresión o el nivel preoperatorio de dolor.

Por su lado, Boyer et al. (2013) evaluaron en el momento preoperatorio la historia traumática previa, el estrés postraumático y la depresión en pacientes quirúrgicos, así como su percepción de miedo, impotencia y de riesgo para su vida. Estos autores encontraron que la historia de trauma contribuye a la predicción de miedo y desamparo percibido respecto a la cirugía y que la depresión prequirúrgica predice la percepción de desamparo y de amenaza para la vida.

En cuanto a las estrategias de afrontamiento, se han estudiado los estilos de personalidad de los pacientes con enfermedad cardiovascular. Dannemann et al. (2010) estudiaron la asociación entre la personalidad Tipo D (afectividad negativa e inhibición social) con el mal pronóstico en las enfermedades cardiovasculares y la estabilidad del estilo de personalidad antes y después de la cirugía, demostrando una asociación de este con el estrés, la depresión y una reducida calidad de vida, lo cual sugiere que estas personas presentan un estilo de afrontamiento insuficiente. De igual forma, Tully, Pedersen, Winefield, Baker, Turnbull, & Denollet (2011) señalan la afectividad negativa de dicho estilo de personalidad, como un factor de riesgo para la morbilidad postquirúrgica.

Otra alternativa es la estudiada por Ai, Pargament, Appel & Kronfol (2010), quienes analizan la relación entre la lucha espiritual que puede experimentar una persona ante una cirugía a corazón abierto y los niveles en plasma de la citocina IL-6, la cual podría estar implicada en el mecanismo fisiológico de la depresión y las enfermedades cardiovasculares. Esta relación, según indican, podría mediar los efectos indirectos de la ansiedad preoperatoria sobre la depresión postoperatoria.

La influencia de la espiritualidad en la recuperación de los pacientes de cirugía cardíaca ha sido objeto de estudio en los últimos años (Mouch & Sonnega, 2012). La esperanza y

la fe como factores protectores, han sido estudiados por Ai, Wink & Shearer (2012), quienes encontraron que el sexo masculino y la ansiedad preoperatoria predicen la fatiga en los meses posteriores a la cirugía, mientras que el factor religioso puede tener más bien influencia positiva. De igual forma, Ai, Hall, Pargament & Tice (2013) señalan la espiritualidad como un predictor del crecimiento postraumático en los pacientes cardíacos postoperatorios, en un estudio realizado con pacientes de la base de datos de la Sociedad Nacional de Cirujanos Torácicos.

Por otra parte, Hermele, Olivo, Namerow y Oz (2007) realizaron una investigación para evaluar la asociación entre el funcionamiento psicológico y las representaciones de enfermedad en esta población. Los autores indican que el estrés preoperatorio predice el distrés postoperatorio y la morbilidad cardíaca subsecuente. Para Panagopoulou, Maes, Tyrodimos & Benos (2008), de igual forma, la presencia de estrés preoperatorio es un factor de riesgo para el estrés postraumático postoperatorio.

De esta forma, se considera importante la valoración del funcionamiento psicológico del paciente, antes y después de la cirugía, para disminuir el distrés y la morbilidad postoperatoria, lo cual incluso puede mejorar la calidad del tratamiento. Relacionado con esto, Castillero (2007) presenta un estudio que muestra la efectividad de la preparación psicológica en pacientes sometidos a cirugía cardíaca y la intervención en varios momentos del proceso.

También se ha considerado la importancia de incluir en el protocolo de tratamiento del paciente la información pertinente sobre el evento quirúrgico pues la educación preoperatoria resulta efectiva para reducir la ansiedad y la depresión (Guo, East & Arthur, 2012; Hermele, Olivo, Namerow y Oz, 2007), aunque no parece suficiente para modificar la situación emocional del paciente de cirugía de tórax, por lo que se sugieren otras intervenciones para la disminución de la ansiedad (Gavito et al., 2000).

Un abordaje integral, por tanto, incluye el trabajo psicológico, tanto con el paciente como con las personas más cercanas, para disminuir el distrés posterior, así como la consideración en de otros factores como la edad, el sexo y el momento del tratamiento (antes o después de la cirugía). Asimismo, se deben considerar las estrategias basadas en el apoyo de la familia, tener fe y esperanza, y participar en programas de rehabilitación (Lorenzini, Marcellino, Dorneies, Aparecida & Koerich, 2013).

En Costa Rica, León y Salazar (2007) realizaron un estudio cualitativo observacional en el Hospital Rafael Ángel Calderón Guardia, para valorar el impacto psicológico que tiene sobre los pacientes la recomendación de una cirugía cardíaca. Una cuarta parte de la muestra seleccionada conocía cómo es la evolución de un paciente operado del corazón y que la percepción usual de estas personas de mantenerse en reposo crea en el individuo la sensación de invalidez y seguridad que conduce a una etapa de depresión, dependencia y no productividad, así como la frustración al pensar que no mereció la pena el esfuerzo realizado puesto que no ven mejoría en su calidad de vida y funcionalidad, aunque estén aptos físicamente para ello.

León y Salazar (2007) recomiendan para una calidad de atención óptima en el periodo perioperatorio, un abordaje integral del paciente, desde una metodología psicoeducativa cognitiva interdisciplinaria, para un mejor control y manejo de los pacientes de las relaciones negativas, los factores nocivos en su personalidad y estilo de vida y la apropiación de la responsabilidad y comportamientos saludables en la vida cotidiana.

También, según Castillero y Valdés (2002), el abordaje debe incluir aspectos educativos, medidas higiénicas e instrucción en habilidades para el manejo de la ansiedad u otras reacciones emocionales que pueden acompañar al proceso quirúrgico partiendo de las bases de la psicoterapia cognitivo-conductual.

A partir de lo anterior, se pueden destacar como aspectos fundamentales de un abordaje en pacientes quirúrgicos la información que se brinda al paciente, el papel de la familia y el apoyo social con el que cuenta, los factores psicológicos previos (especialmente la ansiedad) y posteriores a la cirugía (específicamente la depresión) y las percepciones del paciente relacionadas con el procedimiento.

2. Marco Teórico

La Salud ha sido definida por la Organización Mundial de la Salud (OMS) como el “estado de bienestar completo en los aspectos físicos, mentales y sociales del ser humano y no sólo la ausencia de enfermedades o padecimientos” (OMS, 1948 en Taylor, 2007). Esta concepción de un balance entre las distintas áreas de la persona ha generado el trabajo dirigido a todos los aspectos de la salud en las diferentes etapas vitales del ser humano.

La Psicología de la Salud estudia las variables psicológicas que facilitan o dificultan la práctica de los comportamientos instrumentales de riesgo o prevención, con el objeto de prevenir una enfermedad y promover la salud (Piña y Rivera, 2006). Para Matarazzo (1980 en Becoña, Vázquez & Oblitas, 2000), esta disciplina se encarga de la “promoción y el mantenimiento de la salud, la prevención y el tratamiento de la enfermedad, y la identificación de los correlatos etiológicos y diagnósticos de la salud, la enfermedad y disfunciones relacionadas” (p.18). Esta visión de la Salud, se compone de varios factores: biológicos, ligados al entorno, ligados al estilo de vida y al sistema sanitario (Becoña, Vázquez & Oblitas, 2000).

El énfasis de esta área de la Psicología es la prevención de enfermedades y la promoción de la salud, pues enfoca sus intervenciones en la modificación de los hábitos y estilos de vida inadecuados, así como el trabajo en sistemas de cuidados de la salud y políticas de salud.

El profesional en Psicología de la Salud trabaja las cuestiones cotidianas que involucran a individuos, comunidades y sociedades en la búsqueda del bienestar biopsicosocial de la persona (Sebastiani, Pelicioni & Chiattoni, 2002) y cumple con las funciones de investigación, prevención y rehabilitación. La presente investigación se enmarca en esta disciplina, enfocándose en los factores asociados a la cardiopatía y al tratamiento quirúrgico.

Las conductas de las personas y el ambiente en el que viven tienen, entonces, un papel fundamental en la promoción y el mantenimiento de la salud. El concepto estilo de vida se refiere al “conjunto de comportamientos que un individuo concreto pone en práctica de manera consistente y sostenida en su vida cotidiana y que puede ser pertinente para el mantenimiento de su salud o que lo colocan en una situación de riesgo para la enfermedad” (p. 145, Morales, 1999). De esta forma, la Psicología de la Salud permite el abordaje de las conductas que presenta la persona que favorecen un estado de bienestar o que le ponen en riesgo para el desarrollo de patologías.

Las enfermedades cardiovasculares, por su lado, representan un serio problema de salud en la actualidad, tanto por su morbilidad como por la mortalidad. Según la OMS (2007), son la principal causa de muerte en todo el mundo e incluyen la cardiopatía isquémica, las enfermedades cerebro vasculares, las arteriopatías periféricas, la cardiopatía reumática, las cardiopatías congénitas, las trombosis venosas profundas y embolias pulmonares. En Costa Rica, también es la primera causa de muerte en la población general, tanto en hombres como mujeres, desde el año 1970 (León y Salazar, 2007).

En las últimas décadas se han estudiado los factores psicológicos y sociales asociados a las enfermedades cardiovasculares (Laham, 2008). Por ejemplo, se ha descrito el comportamiento habitual de las personas que presentan enfermedad coronaria, que se ha denominado el patrón de conducta Tipo A, refiriéndose a aquellas personas que

“mantienen un sentido de urgencia de tiempo, un exagerado sentido de involucramiento, multiplicidad de metas, hostilidad y competitividad en sus relaciones con los demás, son centrados en sí mismos, fácilmente irritables, impacientes, enérgicos y tensos” (p.159, Morales, 1999). Estas personas presentan una respuesta autonómica al estrés, debido a la activación del Sistema Simpático Adrenal, lo que les torna más vulnerables a padecer enfermedades cardiovasculares (Laham, 2008).

En cuanto al abordaje médico de las enfermedades cardiovasculares, implica, en muchas ocasiones, procedimientos diagnósticos y tratamientos invasivos (arteriografías, angioplastias, valvuloplastías o reemplazos valvulares, sustituciones vasculares, revascularización coronaria con o sin circulación extracorpórea, pruebas de esfuerzo, ecocardiografía estrés y transesofágica). El tratamiento puede ser abordado de diferentes formas: con fármacos, con cirugía y por vía percutánea, entre otros, incluyendo para todos ellos, los cambios en los estilos de vida de la persona (Castillo, Arocha, Castillo, Cueto, Armas & Hernández, 2010).

La Cirugía Torácica, por su parte, es el procedimiento quirúrgico en la región del cuerpo delimitada entre el cuello y el abdomen, unida a la cardiovascular, la cual incluye la intervención en el corazón, las venas y arterias. Estas cirugías, de tórax y cardiovasculares, son consideradas como mayores y tienen un alto grado de afectación en la persona en diferentes niveles.

La intervención perioperatoria incluye los distintos momentos (antes y después) del tratamiento quirúrgico, lo cual permite una exploración previa de los factores psicológicos del individuo y un abordaje posterior no solo biológico (cambios físicos a partir de la intervención), sino psicológico y social.

De acuerdo con Castillero y Valdés (2002), el éxito de estos procedimientos quirúrgicos se ha relacionado cada vez más con una recuperación integral del paciente y una mayor calidad de vida. Los pacientes de cirugía con enfermedades cardiovasculares o de tórax

forman parte del área de aplicación la Psicología de la Salud, tanto por el trabajo con prevención y rehabilitación como por las respuestas psicológicas y conductas características de esta población que influyen en la aparición, curso y evolución de la pérdida de salud (Castillero, 2007).

Asimismo, la información que se le brinde al paciente en los diferentes momentos del tratamiento es de gran importancia, tomando en cuenta las características del padecimiento y de los procedimientos que se llevan a cabo, el tratamiento y los factores de riesgo y protectores del individuo para una recuperación positiva, incluyendo a la persona en el proceso de su tratamiento, e incluso posteriormente en el manejo de su propio dolor (Leegaard, Naden & Fagermoen, 2008).

Castillero y Valdés (2002) mencionan que en esta población es normal cierto grado de preocupación por estos procedimientos y temores relacionados con la muerte, el dolor y el desempeño personal, los cuales a su vez pueden desencadenar una variedad de reacciones emocionales como depresión, ansiedad, irritabilidad e incluso alteraciones en el sueño. Lo anterior obstaculiza la colaboración del paciente con el personal de salud e incluso su propia recuperación.

De igual forma, Giacamonte & Mejía (1997) señalan que en el momento preoperatorio la persona enfrenta sus ansiedades y temores relacionados con la enfermedad, la anestesia y la cirugía, así como los miedos asociados a vivencias traumáticas previas personales o de conocidos y familiares. Aunado a esto, el sujeto se prepara para experimentar dolor físico y demás situaciones poco placenteras asociadas a la recuperación postoperatoria, así como el proceso de adaptación al internamiento en el ambiente hospitalario y el sometimiento a procedimientos técnicos asociados, junto con el establecimiento de las relaciones con el personal de salud, resignando cierta parte de su autonomía personal.

Relacionado con esto, Leegaard, Naden y Fagermoen (2008) encontraron que las experiencias de dolor posteriores a la operación dependen de las expectativas previas del paciente e incluso del sexo de la persona. Una exploración sobre las percepciones previas al tratamiento quirúrgico deben incluirse en un abordaje integral, el cual permite trabajar a partir de las cogniciones de cada persona, así como brindarle la información necesaria.

También, Castellero (2007) hace referencia a pacientes que después de procedimientos quirúrgicos cardiovasculares 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 vida sexual” (p.53). Como prueba de lo anterior, la autora menciona los datos de la Federación y Sociedad Internacional de Cardiología los cuales indican que un número significativo de personas quienes sobreviven un infarto del miocardio, angioplastías coronarias o cirugías cardiovasculares no alcanzan una recuperación óptima debido a aspectos psicológicos y socioculturales como la autopercepción de invalidismo, la sensación de pérdida de control y la autovaloración de un potencial disminuido, siempre con el riesgo presente de una muerte súbita e inesperada que los conduce incluso a reacciones profundas de depresión y tristeza.

La intervención psicológica que propone esta autora se basa en el modelo del aprendizaje social del enfoque cognitivo conductual, donde el aprendizaje es el elemento fundamental orientado a disminuir las conductas inadecuadas y aprender nuevas conductas más funcionales. Parte entonces 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” (p.57) y que al intervenir en sus pensamientos disfuncionales, expectativas inadecuadas y al proporcionar recursos y habilidades para un afrontamiento efectivo, se puede lograr una recuperación positiva.

Dicha intervención se compone de tres etapas, una evaluación psicológica inicial que se realiza en la hospitalización previo a la cirugía, la intervención psicológica basada en el modelo de aprendizaje social y en el modelo cognitivo conductual y la evaluación final (Castillero, 2007).

Otro elemento fundamental en la etapa preoperatoria debe ser la psicoeducación del tratamiento quirúrgico, pues ayuda a los pacientes a un mejor entendimiento de la enfermedad, su tratamiento y sus efectos, reduciendo el estrés y la ansiedad e incluso puede producir mejores resultados del procedimiento (Hermele, Olivo, Namerow & Oz, 2007).

En esta misma línea, Hermele, Olivo y Namerow, Oz (2007), se refieren a la representación del sujeto de la enfermedad, la cual incluye cinco componentes a tomar en cuenta: la causa y las consecuencias, el tiempo de la enfermedad, la identificación de la enfermedad, la cura y el control. La evaluación de estas cogniciones desde la etapa previa mejora el entendimiento y las intervenciones en los pacientes.

Estos autores también indican que la psicoeducación preoperatoria es necesaria en los pacientes de cirugía cardíaca, dando un mayor entendimiento de la etiología de su enfermedad, el manejo de los síntomas, la prevención secundaria e incluso las implicaciones psicosociales.

Posteriormente, la persona requiere información sobre el tratamiento ulterior a la estadía hospitalaria, los cambios en el estilo de vida, de forma individualizada según las características y cogniciones exploradas en la etapa previa. Esta psicoeducación en las distintas etapas le permite al paciente apropiarse de su enfermedad y de su cura, disminuye la ansiedad, el estrés y la depresión relacionados, potenciando así positivamente el tratamiento médico.

De igual forma, se puede enseñar a los pacientes estrategias para el control de los estresores en sus vidas, y el manejo de los efectos emocionales en su enfermedad (Hermele, Olivo, Namerow & Oz, 2007). El trabajo, con el ajuste posquirúrgico, debe incluir el apoyo social, la autoeficacia (independencia, responsabilizarse por sus propios hábitos de vida saludables) y la relación familiar y/o marital (Elizur y Hirsh, 1999).

En síntesis, una intervención psicológica integral perioperatoria debe considerar factores como el apoyo familiar y social con el que cuenta el paciente, el nivel de ansiedad y depresión en los distintos momentos del tratamiento quirúrgico, la morbilidad, las características y experiencias del paciente, la percepción del paciente sobre su enfermedad y sobre la calidad de vida. Estos factores se considerarán en la presente investigación como protectores o de riesgo, según promuevan o dificulten respuestas psicológicas adaptativas en dicha población.

IV. Metodología

Como parte del programa de la Maestría en Psicología Clínica y de la Salud de la Universidad de Costa Rica, se llevó a cabo la práctica de integración, en el Servicio de Cirugía de Tórax y Cardiovascular del Hospital México, con las y los usuarios ingresados que requirieran tratamiento quirúrgico.

1. Objetivos de la Práctica

a. Objetivo General:

- Elaborar un programa de Intervención Psicológica Integral Perioperatoria en pacientes del Servicio de Cirugía de Tórax y Cardiovascular del Hospital México.

b. Objetivos Específicos:

- Identificar los factores de riesgo y los factores protectores para alcanzar respuestas psicológicas manejables en los pacientes ingresados al Servicio.
- Propiciar una disminución de los efectos de la ansiedad, el estrés y la depresión tanto en el momento previo como el posterior a la cirugía.
- Modificar las distorsiones cognitivas de los pacientes como parte de la Intervención Perioperatoria.
- Promover estilos de vida saludables en los pacientes ingresados al Servicio, tanto antes como después de la cirugía.

2. Caracterización de la Población

Para la consecución de los objetivos, se realizaron intervenciones basadas en la Propuesta planteada en este trabajo con los usuarios y usuarias pertenecientes al

Servicio de Cirugía de Tórax y Cardiovascular del Hospital México, entre setiembre y noviembre de 2010, sin importar el sexo, la edad, el estado civil, etnia, nacionalidad o procedencia, ni el tipo de diagnóstico, tomando en cuenta los siguientes criterios:

Criterios de Inclusión:

- ⊕ Paciente ingresado al Servicio de Cirugía de Tórax y Cardiovascular del Hospital México.
- ⊕ Paciente con diagnóstico de una enfermedad cardiovascular isquémica, valvular o hipertensiva, que requiera un procedimiento quirúrgico.
- ⊕ Pacientes con diagnóstico de una enfermedad de Tórax que requiera un procedimiento quirúrgico.
- ⊕ Intervención quirúrgica programada o realizada.

Criterios de Exclusión:

- ⊕ Paciente con cirugía de tórax o cardiovascular de emergencia por patología de trauma (herida por arma blanca o de fuego, accidentes, entre otros) que no posean una enfermedad subyacente relacionada.
- ⊕ Intervención quirúrgica sin presencia de enfermedad.
- ⊕ Pacientes con algún episodio psicótico o enfermedad psiquiátrica.
- ⊕ Pacientes con disfunciones cognitivas o problemas de lenguaje que no permitan la aplicación de la intervención.

3. Beneficios de la Práctica

A partir de la práctica realizada, se obtuvieron beneficios teóricos y prácticos que se describen a continuación:

a. Teóricos

Desde la Psicología de la Salud, la propuesta planteada en este trabajo aporta beneficios teóricos tanto en la Promoción de la Salud en las y los usuarios hospitalizados, como en la prevención y tratamiento de las enfermedades. En el programa, se incorpora el abordaje de los estilos de vida saludables y el aporte directo de la Psicología de la Salud en pacientes con una enfermedad determinada.

De esta forma, se brinda un insumo teórico que permite la incorporación de una metodología para una población específica, en el ambiente hospitalario. Para realizar la propuesta del programa formulado y aplicado en el presente trabajo, fue necesario un enriquecimiento constante de fuentes bibliográficas y del equipo interdisciplinario de la institución, junto con el equipo asesor del trabajo, lo cual permite un abordaje integral de las y los usuarios del Servicio.

Además, desde la Psicología Clínica se ofrece una alternativa para el manejo de problemas clínicos en pacientes hospitalizados, como la ansiedad, la depresión y el estrés; logrando además evidenciar la necesidad de la evaluación y manejo de los factores de riesgo y factores protectores en la población que requiere una intervención quirúrgica y la importancia de la intervención psicológica en la recuperación y el mantenimiento de la salud posterior al tratamiento.

b. Prácticos

La Intervención Psicológica Integral Perioperatoria realizada brindó un beneficio práctico directo a los y las usuarias del servicio, pues permitió trabajar con las necesidades de la población en el momento de la práctica y promoviendo una mejora en los estilos de vida saludables y en la adherencia al tratamiento.

También se aportó al equipo de trabajo del Servicio de Cirugía de Tórax y Cardiovascular, ya que se brindó apoyo a los funcionarios y se realizaron intervenciones más completas de los y las usuarias, tomando en cuenta el factor psicológico de la

experiencia quirúrgica. De igual forma, la institución obtuvo un beneficio teórico y práctico, al sentar un precedente en el trabajo del profesional en psicología en un Servicio de Cirugía Cardíaca.

A partir de lo anterior, se aportaron beneficios prácticos, para el quehacer de la psicología en el ámbito hospitalario y su trabajo como parte de un equipo interdisciplinario, por las técnicas y estrategias de manejo que ofrece el Programa.

4. Delimitación de funciones y tareas realizadas regularmente

A continuación, se describen las actividades realizadas en la práctica:

- Evaluación: tanto en el momento previo como en el posterior a la cirugía se evaluó la presencia de ansiedad, estrés y depresión en el paciente, así como las redes de apoyo y la adherencia al tratamiento.

Como herramientas principales para la evaluación clínica de los procesos perioperatorios, se utilizaron las observaciones y la entrevista. Esta última se llevó a cabo con una guía semiestructurada (Anexo 1) y elaborada para este plan de intervención, con el propósito de explorar los siguientes aspectos:

- ⊕ El funcionamiento psicológico del paciente antes y después de la cirugía: se evaluaron las respuestas psicológicas de los pacientes antes y después del procedimiento, tomando en cuenta sus cogniciones, conductas, respuestas fisiológicas y emociones como parte del funcionamiento psicológico. También se exploraron las percepciones del paciente sobre su enfermedad, su tratamiento y su calidad de vida posterior.
- ⊕ Factores protectores y factores de riesgo: se identificaron las redes de apoyo social con las que cuenta el paciente, el papel de la familia en su enfermedad y recuperación, las habilidades y estrategias con las que cuenta para adaptarse de la mejor manera a su vida cotidiana, después de la cirugía.

De igual forma, se realizaron observaciones durante la entrevista y en todos los momentos en que se tuvo contacto con el paciente.

Además, se utilizó el Inventario de Situaciones y Respuestas de Ansiedad (ISRA) y el Inventario de Depresión de Beck (BDI-II), en la población que lo requirió, para medir el nivel de ansiedad y de pensamientos depresivos respectivamente.

- Educación Perioperatoria: como apoyo al programa de educación a pacientes de Cirugía Cardiovascular, se colaboró en las charlas realizadas semanalmente a los y las usuarias y a sus familias. En estas charlas se brinda información sobre la cirugía, los cuidados y recuperación después del procedimiento y se promueven estilos de vida saludables para mejorar la condición de usuarios y usuarias posterior al egreso.
- Intervención: se realizaron intervenciones a nivel individual desde el modelo Cognitivo Conductual, utilizando como técnicas la reestructuración cognitiva, la desensibilización sistemática y el entrenamiento en relajación. La cantidad de intervenciones diarias estuvo determinada por la cantidad de pacientes ingresados en el Servicio.
- Acompañamiento: el día del procedimiento quirúrgico se realizó, con los usuarios que fue posible, acompañamiento desde el traslado a la sala de operaciones hasta el inicio de la cirugía, con el fin de que el paciente sintiera apoyo y mantener un nivel bajo de ansiedad y estrés. De igual forma, el día posterior al procedimiento quirúrgico se visitaba al paciente en la Unidad de Cuidados Intensivos, como acompañamiento.
- Promoción y Reforzamiento de Estilos de Vida Saludable: tanto en las intervenciones individuales como en las charlas a pacientes y familiares se promovió el establecimiento de estilos de vida saludable que favorezcan la calidad

de vida de los y las usuarias después del procedimiento quirúrgico y, de esta forma, disminuir la complicación de la enfermedad cardiovascular.

- **Promoción y Reforzamiento de la Adherencia al Tratamiento:** la promoción de la adherencia es muy importante en pacientes de cirugía cardiovascular pues de esto, junto con un estilo de vida saludable, depende que no se vea afectada otra área del corazón y que el o la usuaria puedan tener calidad de vida sin complicaciones cardiovasculares. Además de la evaluación en cada paciente, se promovió la adherencia al tratamiento recomendado y el reforzamiento en los y las usuarias que ya habían presentaban adherencia al momento de la cirugía.
- **Seguimiento:** cuando las sesiones y objetivos planteados en el Programa de Intervención eran alcanzados y el o la usuaria todavía se encontraban en el Servicio se realizaron sesiones de seguimiento para mantener el contacto con el paciente y evaluar el mantenimiento de un nivel apropiado de ansiedad, estrés o depresión.

Se contó con un consentimiento informado, para asegurar la confidencialidad de la información que se obtenga y para proteger la identidad de las personas que participaron en el plan de intervención.

5. Propuesta Específica

Como parte del trabajo realizado en la práctica de integración, se elaboró una propuesta específica para la población seleccionada, la cual fue construida durante el proceso de planteamiento del proyecto, a partir de la revisión del material bibliográfico que se llevó a cabo y de los objetivos planteados, pues no se cuenta con una guía de trabajo establecida previamente para el abordaje de estos pacientes.

Las actividades que se describen a continuación conforman la Propuesta de Programa de Intervención Psicológica Integral Perioperatoria en Pacientes de Cirugía de Tórax y

Cardiovascular, como acompañamiento a los y las usuarias en el procedimiento quirúrgico, en el contexto hospitalario, de forma individual y adaptando las intervenciones a las necesidades de los y las usuarias y al espacio disponible. La cantidad de sesiones en cada etapa varía según la disponibilidad del Servicio y de los y las usuarias al momento de la ejecución.

Esta propuesta tiene dos ejes de trabajo:

a. Intervención Perioperatoria

Incluye la intervención realizada con los y las usuarias para mejorar los resultados del tratamiento quirúrgico, facilitar la asimilación y el manejo de la situación en familiares y pacientes y disminuir las consecuencias negativas de los procedimientos quirúrgicos.

b. Promoción de la salud

Este eje incluye la promoción de estilos de vida saludables que permitan la adopción de hábitos y estrategias para mantenerse saludables, adaptarse mejor a su vida cotidiana, mejorar la calidad de vida, disminuir el riesgo de nuevas patologías y la adherencia al tratamiento.

La Guía Intervención Perioperatoria que se aplicó en este trabajo, se estructura de la siguiente forma:

Preoperatorio

1° Sesión

Objetivos

- Describir el programa de intervención.
- Recolección de información y establecimiento de relación empática.
- Evaluar las cogniciones, conductas, respuestas fisiológicas y emociones del paciente, relacionadas con la enfermedad.

- Aumentar el conocimiento del paciente sobre la enfermedad y el papel de los factores de riesgo.
- Evaluar la presencia de ansiedad, estrés y depresión en la etapa preoperatoria.

Técnicas

- Entrevista
- Observación
- Psicoeducación
- Relajación Diafragmática
- ISRA

Resultado Esperado

- Conocer las características de la enfermedad y cómo el paciente la percibe.
- Conocer el grado de ansiedad, estrés y depresión presentes.
- El paciente cuenta con información necesaria y adecuada, relacionada con su enfermedad.
- El paciente logra realizar la relajación para disminuir su nivel de ansiedad.

2° Sesión

Objetivos

- Brindar la información necesaria y adecuada sobre los cuidados posquirúrgicos (con el apoyo de profesionales en medicina y enfermería).
- Disminuir la presencia de ansiedad, estrés y depresión, con el fin de mejorar el pronóstico del paciente.
- Valorar las redes de apoyo del paciente.
- Identificar los factores protectores y los factores de riesgo de la persona.
- Entrenar al paciente en relajación para el momento de la cirugía.

Técnicas

- Entrevista
- Relajación Diafragmática
- Desensibilización Diafragmática
- Retroalimentación

Resultado Esperado

- El paciente logra realizar la relajación para disminuir su nivel de ansiedad.

- El paciente puede mantenerse relajado ante las imágenes relacionadas con la cirugía.

3° Sesión

Objetivos

- Disminuir la presencia de ansiedad, estrés y depresión relacionados con la cirugía.

Técnicas

- Relajación Diafragmática
- Desensibilización Diafragmática

Resultado Esperado

- El paciente puede mantenerse relajado ante las imágenes relacionadas con la cirugía.

Transoperatorio

4° Sesión

Objetivos

- Acompañar al paciente en el momento previo.
- Conocer la duración y magnitud del procedimiento quirúrgico.

Técnicas

- Entrevista
- Observación
- Psicoeducación

Postoperatorio

5° Sesión

Objetivos

- Evaluar el nivel de ansiedad, estrés y depresión, en la etapa postoperatoria.
- Modificar las cogniciones desadaptativas de la persona.
- Reforzar la información necesaria y adecuada sobre los cuidados posquirúrgicos (apoyo de profesionales en medicina y enfermería).

Técnicas

- Entrevista
- Reestructuración Cognitiva
- Relajación Diafragmática
- Reforzamiento
- Psicoeducación

Resultado Esperado

- Conocer el grado de ansiedad, estrés y depresión presentes.
- Conocer las cogniciones desadaptativas del paciente.
- El paciente modifica distorsiones cognitivas relacionadas con la enfermedad.
- El paciente cuenta con información adecuada y necesaria para su cuidado postquirúrgico.

6° Sesión**Objetivos**

- Promover una adherencia al tratamiento adecuada.
- Reforzar la disminución de ansiedad, estrés y depresión.

Técnicas

- Reforzamiento
- Reestructuración Cognitiva
- Establecimiento de metas

Resultado Esperado

- El paciente conoce la importancia del tratamiento y reconoce estrategias para adherirse a este.
- El paciente conoce estrategias para disminuir su nivel de ansiedad, estrés y depresión.

7° Sesión

Objetivos

- Promover y reforzar los hábitos de vida saludables con el propósito de mejorar la calidad de vida del paciente.
- Propiciar un mejoramiento en el proceso de adaptación a la vida cotidiana.

Técnicas

- Entrevista
- Reforzamiento
- Reestructuración Cognitiva
- Relajación
- Establecimiento de metas
- Entrevista
- ISRA

Resultado Esperado

- El paciente reconoce la importancia de los hábitos saludables en su vida e identifica estrategias para mantenerlos en su cotidianidad.
- El paciente reconoce estrategias para adaptarse mejor a su vida cotidiana.

8° Sesión

Objetivos

- Brindar una sesión de apoyo posterior a la intervención quirúrgica, para reforzar la adherencia al tratamiento: los cambios de conducta requeridos, hábitos alimenticios y apoyo familiar y social.

Técnicas

- Entrevista
- Reforzamiento
- Retroalimentación
- Establecimiento de metas

Resultado Esperado

- Se refuerza la adherencia al tratamiento y los estilos de vida saludables que se han mantenido y se motiva a lograr las mejoras que no se han conseguido hasta ahora.

6. Descripción de las relaciones interdisciplinarias

En el Servicio de Cirugía de Tórax y Cardiovascular, se realiza un trabajo Interdisciplinario en el manejo de los pacientes. Este abordaje cuenta con el aporte de profesionales en Medicina, Enfermería, Terapia Física y Terapia Respiratoria. Como parte del trabajo realizado en esta práctica, se adecuó la propuesta al abordaje interdisciplinario utilizado en el servicio y se incorporó el aporte desde la Psicología como parte de la Intervención Integral planteada.

7. Descripción del sistema de supervisión

En esta práctica profesional se realizaron supervisiones periódicas con la directora del Comité Asesor, que permitieron evaluar el trabajo realizado y proporcionar retroalimentación para el mejoramiento del proceso práctico. También se contó con la supervisión de la MPs. María Teresa Sánchez Lurueña, con retroalimentación del manejo hospitalario de los casos, las intervenciones realizadas y el apoyo necesario dentro del Hospital.

8. Proceso de evaluación de resultados

Como parte del trabajo que se llevó a cabo, se tomaron registros semanales de las actividades realizadas con los pacientes del Servicio. Para evaluar cualitativamente los resultados se utilizó la observación y una entrevista clínica con los aspectos cognitivo, conductual y emocional.

Además, para la evaluación cuantitativa de los resultados, se aplicaron instrumentos de evaluación de la ansiedad y el estrés, cuando la disponibilidad de los pacientes en el Servicio lo permitió.

V. Resultados

1. Actividades regulares

El trabajo en el Servicio se realizó con los usuarios y usuarias ingresados con la fecha más cercana para el procedimiento quirúrgico. Con ellos, se realizaron las siguientes actividades:

a. Evaluación Perioperatoria

El trabajo con los usuarios y usuarias del servicio estuvo dirigido a la evaluación de los principales factores de riesgo y de protección, así como el funcionamiento psicológico, con el propósito de obtener mejores herramientas para el abordaje de las necesidades de los pacientes. Con cada uno de los instrumentos utilizados, descritos anteriormente, se obtuvieron los siguientes datos:

Entrevista Inicial

Al abordar al paciente, se llevó a cabo una entrevista (Ver Anexo 1) que aportó información de los sujetos relacionados con su historia, ambiente familiar, su estilo de vida, el diagnóstico y tratamiento de la enfermedad.

Los principales diagnósticos presentes en los usuarios y las usuarias cuyo tratamiento elegido por el equipo de salud fue la cirugía torácica o cardiovascular, se relacionaron con enfermedad coronaria, deficiencia valvular, hiperhidrosis, implante de marcapasos y endocarditis.

Asimismo, se lograron identificar los siguientes factores protectores y de riesgo en la población abordada:

Factores de Riesgo

- ▶ Historia Familiar: presencia de enfermedades crónicas no transmisibles en la familia de origen.
- ▶ Antecedentes Patológicos Personales: específicamente historia de alteraciones en la presión arterial, infartos previos, diabetes mellitus, alcoholismo, neumonía, implantación de marcapasos, fiebre reumática, soplo y/o trombosis.
- ▶ Estilo de vida:
 - Alimentación: dietas altas en grasas, colesterol, triglicéridos y azúcares, alto consumo de sal.
 - Sedentarismo
 - Estrés: altas cargas de trabajo, estrategias deficientes para el manejo del estrés en la vida cotidiana.
 - Tipo de trabajo: exposición a agroquímicos, estrés laboral, jornada de trabajo.
 - Tabaquismo
- ▶ Estrategias de afrontamiento: la reactividad al estrés, afrontamiento mediante hostilidad o emociones negativas, el encubrimiento de preocupaciones o sentimientos, manejo inadecuado de las emociones.
- ▶ Red de apoyo inestable.

Factores Protectores

- ▶ Cambio de estilo de vida: usuarios que han llevado a cabo modificaciones en sus hábitos o tienen disposición a hacerlo, como por ejemplo cambios en la dieta e incorporación de actividad física en la rutina diaria.
- ▶ Detección temprana de la enfermedad.
- ▶ Experiencias previas en tratamientos quirúrgicos.
- ▶ Participación en actividades sociales y recreativas, que favorecen su estilo de vida.
- ▶ Presencia de apoyo social proveniente de familia, trabajo y amigos.

📌 Evaluación de la Ansiedad

La presencia de ansiedad se evaluó principalmente por medio del ISRA, en los usuarios (as) que disponían del tiempo suficiente para completar el instrumento, previo al procedimiento quirúrgico, sin afectar la cantidad de sesiones de intervención ya establecidas. Se aplicó a un total de trece usuarios, a cinco de ellos fue posible realizarles una medición pre y post operatoria, en tanto que ocho usuarios solo se pudieron evaluar en el preoperatorio.

El instrumento aplicado permite evaluar la presencia e intensidad de síntomas cognitivos, fisiológicos o motores. Asimismo, permite identificar la presencia de respuestas esperables según la experiencia quirúrgica de los pacientes o de un trastorno de tipo ansioso que puede requerir mayor atención en el momento de realizar la intervención. Dos de los usuarios con aplicación pre y postoperatoria reportaron síntomas severos de ansiedad en ambos momentos, según el puntaje obtenido en la aplicación del ISRA (Tabla 1), mientras que los otros tres usuarios mostraron un nivel mínimo o ausente en cada uno de los factores.

Tabla 1. Percentiles de los Factores obtenidos en el ISRA en la aplicación pre y postoperatoria de los pacientes de cirugía de tórax y cardiovascular del Hospital México, 2010.

		<i>Cognitivo</i>	<i>Fisiológico</i>	<i>Motor</i>	<i>Total</i>
<i>Sujeto 1</i>	Pre	85	95	70	90
	Post	95	95	85	95
<i>Sujeto 2</i>	Pre	80	85	55	75
	Post	90	95	75	95
<i>Sujeto 3</i>	Pre	50	30	0	25
	Post	15	25	0	10
<i>Sujeto 4</i>	Pre	10	65	0	20
	Post	10	65	15	25
<i>Sujeto 5</i>	Pre	25	0	45	15
	Post	10	10	70	45

Fuente: Elaboración propia.

Por otra parte, los pacientes que fueron evaluados únicamente en el momento preoperatorio, mostraron un nivel de moderado a marcado de ansiedad en los tres

factores, con excepción de uno de los usuarios que reportó síntomas cognitivos, fisiológicos y motores de ansiedad severa (Tabla 2).

Tabla 2. Percentiles de los Factores obtenidos en el ISRA en la aplicación preoperatoria única de los pacientes de cirugía de tórax y cardiovascular del Hospital México, 2010.

	<i>Sujeto 1</i>	<i>Sujeto 2</i>	<i>Sujeto 3</i>	<i>Sujeto 4</i>	<i>Sujeto 5</i>	<i>Sujeto 6</i>	<i>Sujeto 7</i>	<i>Sujeto 8</i>
<i>Cognitivo</i>	15	10	95	45	65	5	15	5
<i>Fisiológico</i>	10	45	90	15	70	5	45	5
<i>Motor</i>	5	35	85	5	30	10	10	5
<i>Total</i>	5	25	90	20	50	5	15	5

Fuente: Elaboración propia.

Evaluación de la Depresión

Para la valorar la presencia de depresión pre y post cirugía, se realizó la observación clínica en el abordaje de los pacientes y se indagó por medio de la entrevista, la presencia de síntomas depresivos asociados al procedimiento. Para establecer una diferencia entre la respuesta esperable y la presencia de un trastorno, se aplicó en sujetos que sugerían este tipo de sintomatología, la Escala de Depresión de Beck, lo cual permitió identificar o descartar algún cuadro depresivo. Además, en el abordaje postoperatorio, dos de los sujetos reportaron un nivel moderado de depresión con síntomas principalmente cognitivos y fisiológicos.

b. Intervención Individual

En el momento previo a la cirugía, se realizó la evaluación con los pacientes de los factores protectores y de los riesgos presentes. Posterior a esto, se realizaron intervenciones individuales, dirigidas a las necesidades de cada usuario(a) y a disminuir la aparición de ansiedad, estrés y depresión en el proceso perioperatorio.

Para la disminución de la ansiedad, se llevaron a cabo sesiones de desensibilización sistemática por medio de imaginería, que facilitó el acercamiento de los usuarios (as) a los momentos previos al procedimiento quirúrgico.

Aunado a esto, se realizó un entrenamiento en relajación diafragmática, de al menos dos sesiones, con el fin de que el usuario(a) pudiese aplicar la técnica el día de la cirugía y disminuir de esta forma la ansiedad y el estrés presente, controlando las cogniciones y disminuyendo las respuestas fisiológicas.

Se realizaron, asimismo, sesiones grupales de relajación en las que participaron los usuarios(as) de un mismo salón, tanto de cirugía de tórax como cardíaca, con buenos resultados reportados por los presentes, en la disminución de estrés y ansiedad.

Como parte del abordaje en el área cognitiva, se trabajaron las percepciones, atribuciones y distorsiones presentes en los usuarios(as) por medio de la reestructuración cognitiva, la cual permite modificar los errores en las creencias relacionadas con la cirugía y los momentos posteriores. Por ejemplo, se encontró en los usuarios (as) el uso de la sobregeneralización, la abstracción selectiva y el pensamiento dicotómico al considerar aspectos relacionados con las causas de la enfermedad y con su papel en el desarrollo de la patología y en su propia recuperación.

Las principales percepciones de los pacientes asociadas a la enfermedad tienen una connotación positiva, como un momento para reflexionar, para acercarse a la familia. Muchas de ellas están asociadas a una creencia religiosa, como la percepción de que se trata de una prueba divina o es una oportunidad para acercarse a Dios.

Se encuentra presente, asimismo, el temor a la cirugía y sus riesgos, a la mal praxis y a la muerte, a no poder realizar actividades por sí mismo posteriormente o a los efectos negativos que pudiera tener el procedimiento quirúrgico en su vida. Las causas de la enfermedad cardíaca son atribuidas tanto a factores externos, por ejemplo la herencia,

como a internos como un estilo de vida poco saludable, el consumo de drogas, la carga de trabajo, entre otras.

La familia ocupa un papel importante en las expectativas de los usuarios (as) que experimentan cirugía de tórax o cardíaca, tanto por el apoyo que perciben de estas, la motivación que surge en la recuperación para reunirse con su familia y seguir adelante, como por los problemas que pueden surgir con el período de incapacidad del paciente, de tipo económico y de organización familiar.

El procedimiento quirúrgico, como tratamiento para la patología cardíaca, también se percibe de manera positiva, como una oportunidad para recuperarse, para no estar enfermos y para tener una mejor calidad de vida. Por medio de la información que se le proporciona a los pacientes, la mayoría logra incorporar el tratamiento como un proceso en el cual, si bien pueden experimentar dolor y necesitar un esfuerzo propio para una recuperación adecuada, el bienestar posterior es alcanzable.

La incapacidad laboral en el período de internamiento, como se mencionó anteriormente, es percibida como una desventaja del tratamiento quirúrgico, así como la disminución del contacto con la familia y actividades recreativas, especialmente en la población cuyo domicilio no se encuentra en el Área Metropolitana.

En el momento previo al procedimiento quirúrgico, los y las usuarias suelen evitar los pensamientos negativos y enfocarse en lo positivo, con el objetivo de mejorar su calidad de vida, con la expectativa de un buen resultado, de no someterse a más cirugías, con esperanza y espiritualidad. Algunos de ellos se perciben como personas fuertes, con buena actitud, que han soportado situaciones previas y estos pensamientos les ayudan sentirse preparados para el tratamiento y disminuir la ansiedad.

En este proceso, el tiempo de espera de la cirugía es un factor importante pues en el caso de los sujetos que lograron llevar a cabo la desensibilización sistemática y

relajación diafragmática, en un tiempo de espera mayor les permitió mayores sesiones de entrenamiento; sin embargo, en los usuarios (as) con tiempo de espera largo pero que no lograron mayores sesiones de entrenamiento (por encontrarse en otro servicio o porque la intervención tuvo que dirigirse a otras áreas según la necesidad del usuario), reportaron pensamientos ansiógenos relacionados con la cirugía, temor a los riesgos y al dolor en el procedimiento y a dificultades en la recuperación.

De igual forma, se llevó a cabo un abordaje cognitivo con el fin de prevenir la presencia de síntomas depresivos en los usuarios(as), fortaleciendo los factores protectores y las estrategias de afrontamiento que les permitieron sobrellevar el tratamiento quirúrgico e incorporarse a un estilo de vida diferente. Es importante señalar que la motivación personal en los usuarios(as) es un factor protector que influye en el estado de emocional de la persona, pues facilita la aceptación del tratamiento quirúrgico como alternativa para mejorar su calidad de vida.

La psicoeducación asociada a la percepción del procedimiento quirúrgico, lo cual entiende el sujeto sobre cómo sería su experiencia y de las emociones que dicho tratamiento puede evocar, se llevó a cabo con todos los pacientes y en distintas ocasiones durante el proceso perioperatorio, tanto por el abordaje cognitivo que busca modificar los mitos y distorsiones cognitivas, como para disminuir la ansiedad que provoca el desconocimiento de las diferentes etapas del procedimiento quirúrgico.

La identificación de la red de apoyo presente en los usuarios(as), asimismo, permitió reforzar la presencia del apoyo familiar y laboral con el que contaron para el momento del tratamiento quirúrgico lo cual facilitaría su adaptación al egreso.

En ocho de los pacientes, fue posible el acompañamiento transoperatorio, de forma que se pudiera reforzar en ese momento el aprendizaje de la relajación y brindar apoyo emocional a los usuarios.

En el momento postoperatorio, se indagó el proyecto de vida de los usuarios, reforzando las metas planteadas a corto y mediano plazo. Además la intervención estuvo dirigida a la promoción de estilos de vida saludables reforzando la importancia de tener calidad de vida que disminuya las probabilidades de una recaída, la adherencia al tratamiento especialmente en el caso de que hubiese medicación, el autocuidado, la identificación de la red de apoyo como recurso externo y la incorporación en actividades de tipo social.

Asimismo, posterior a la cirugía, los usuarios(as) expresaron alivio y mejoría en los síntomas físicos, lograron formular adecuadamente las metas a futuro y expresaron la confianza en adaptarse rápidamente a las actividades de la vida cotidiana. También, se identificaron preocupaciones del tipo económico, laboral y familiar, así como en usuarios (as) que tenían expectativas poco realistas que pueden influir de manera negativa en el proceso de recuperación, con la presencia de emociones como el miedo y la tristeza. Se trabajó a partir de esto en la expresión de sentimientos y el establecimiento de metas reales a corto y mediano plazo.

2. Actividades complementarias

a. Grupos de Educación Perioperatoria

Como parte del trabajo interdisciplinario llevado a cabo, se colaboró en los grupos semanales de educación a pacientes y familiares a cargo de Enfermería.

– Psicoeducación a Familiares:

Se participó en los grupos semanales con los familiares de pacientes con cirugía cardiaca cercana, donde se abordaron las principales etapas del procedimiento

quirúrgico y los cuidados necesarios al egreso del usuario(a) para su incorporación en la vida cotidiana.

– Psicoeducación a Pacientes

Se trabajó en los grupos psicoeducativos durante las semanas de práctica. En las sesiones se brinda información básica sobre la patología cardíaca, factores de riesgo, los momentos pre y postquirúrgicos, los cuidados postoperatorios, el tiempo de recuperación, la terapia física y respiratoria, el autocuidado y los estilos de vida saludables a incorporar en la vida cotidiana.

b. Observaciones en el Servicio

Se realizaron observaciones al inicio de la práctica de integración, con el fin de identificar los horarios del Servicio y lograr integrarse al trabajo realizado con los usuarios(as). Asimismo, se asistió como observador a las sesiones clínicas y bibliográficas del servicio.

c. Folletos de Información Perioperatoria

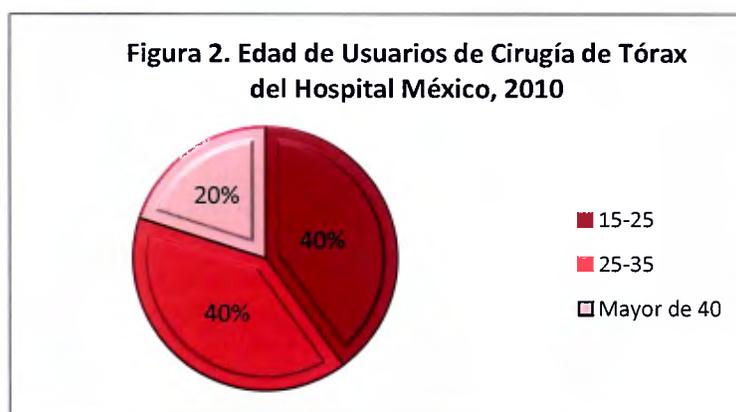
Se elaboraron folletos informativos para los pacientes con la información básica de los procedimientos del Servicio, que faciliten la psicoeducación con los usuarios y con ello una mejor adaptación en el período hospitalario. Estos folletos se incluyen en los Anexos 2 y 3.

3. Población alcanzada

La Intervención Psicológica Perioperatoria se implementó con usuarios y usuarias ingresadas en el Servicio de Tórax y Cardiovascular del Hospital México. Debido a la variabilidad de la población atendida, se describen a continuación sus características.

Usuarios de Cirugía de Tórax

Se trabajó con 10 sujetos en total, entre los 15 y los 77 años, 3 de ellos desde el momento previo a la Cirugía y los otros 7 en el momento postoperatorio.

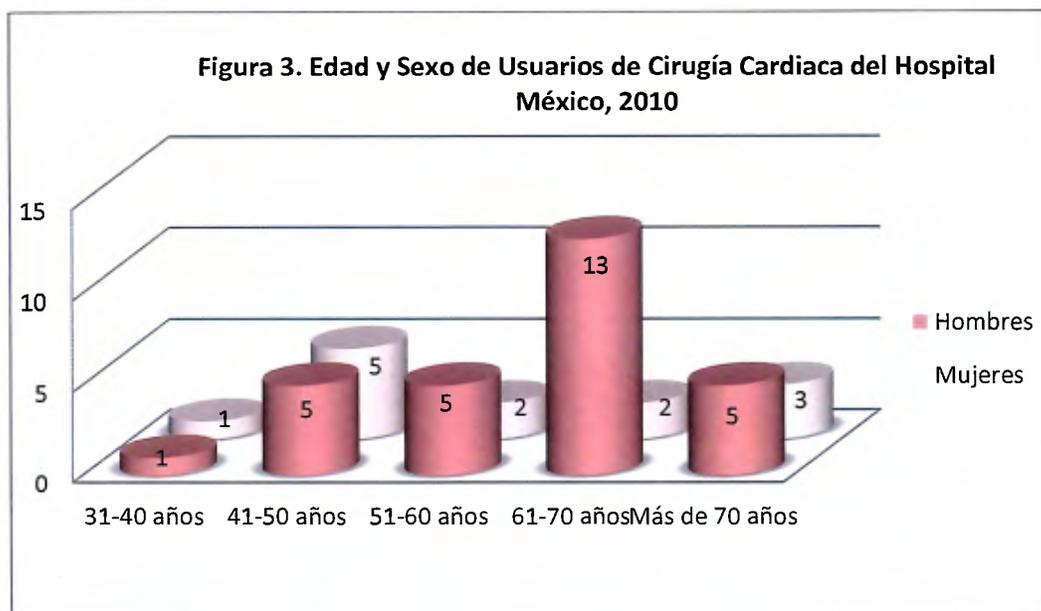


Fuente: Elaboración propia.

El total de los usuarios abordados son hombres, sólo 2 de ellos tenían una pareja establecida, tres de los sujetos tenían hijos y del total de sujetos, 2 no se encontraban laborando ni estudiando. En cuanto al lugar de procedencia de los usuarios, la mitad de ellos provenían de Heredia y los demás tenían su domicilio en Alajuela, San José o Guanacaste. Se realizaron entre 1 y 8 sesiones con cada usuario.

Usuarios y Usuarías de Cirugía Cardiovascular

Se trabajó con 42 sujetos en total, entre los 33 y los 80 años, 36 de ellos desde el momento previo a la Cirugía y los otros 6 en el momento postoperatorio.



Fuente: Elaboración propia.

De los usuarios abordados, 31 (74%) tenían una pareja estable al momento de la intervención, 38 (91%) tenían hijos y 22 (52%) se encontraban laborando. La mayoría de los usuarios procedían de Alajuela (40%) y Heredia (19%) y la menor cantidad de ellos tenían su domicilio en las demás provincias (San José 12%, Guanacaste 12%, Puntarenas 12%, Limón y Cartago 2%). Se realizaron entre 1 y 15 sesiones con cada usuario.

Grupos Psicoeducativos

La colaboración realizada con los grupos semanales de educación a pacientes y familiares se realizó con los siguientes:

Tabla 3. Usuarios Atendidos en Grupos Psicoeducativos

	Grupos Asistidos	Total de Usuarios
Usuarios con cirugía cardíaca cercana	12	43
Familiares de usuarios	8	29

Fuente: Elaboración propia.

4. Limitaciones

El Servicio de Cirugía de Tórax y Cardiovascular mostró gran apertura y disposición para la incorporación del abordaje psicológico de los usuarios y usuarias. La principal limitación en la ejecución de la propuesta fue la rotación de los pacientes de cirugía, pues los usuarios y las usuarias no se ingresaban de manera regular sino de acuerdo con la disposición de las camas y de las cirugías, lo cual dificultó la programación de actividades con cada uno y la aplicación del programa preoperatorio, que en algunos casos no fue posible, así como la adecuación de las sesiones de entrenamiento de acuerdo al aproximado de días previos al procedimiento quirúrgico.

También el espacio disponible en las instalaciones óptimo para poder llevar a cabo las intervenciones fue limitado; sin embargo, el personal permitió el uso de espacios asignados a otras actividades.

Asimismo, habría sido beneficioso contar con mayor tiempo para la ejecución de la propuesta, de forma que se logaran incorporar los objetivos y actividades de mejor forma en el programa; no obstante, por las características de la práctica de integración, esto no fue posible.

VI. Discusión

Las enfermedades cardiovasculares, con alta prevalencia en la población costarricense, cuentan con un tratamiento de acuerdo a las características de la patología y de la persona que la presenta, como por ejemplo la historia familiar y personal de padecimientos crónicos y agudos, las comorbilidades y la edad.

El diagnóstico de una cardiopatía puede significar para la persona un cambio en el estilo de vida con el fin de mejorar su condición, aunado a la presencia de emociones como el miedo, la culpa y la ansiedad ante el descubrimiento de una patología que suele estar asociada con conductas de riesgo como mala alimentación y sedentarismo.

La representación de enfermedad que construye la persona, conformada por las cogniciones asociadas, va a determinar las modificaciones en la conducta y la aceptación de la patología, particularmente importante al momento de la hospitalización.

Según Hermele, Olivo, Namerow y Oz (2007), este sentido que le da el individuo a la experiencia de la enfermedad, le permite enfrentarla emocional, conductual e intelectualmente, de manera que la intervención planteada en la propuesta integra dichos factores, con el fin de identificar las posibles limitaciones o distorsiones que presente la persona y modificarlas en el proceso.

Por ello, la evaluación integral del funcionamiento psicológico del paciente tiene un papel fundamental para la determinación de la intervención perioperatoria, pues busca proporcionar o reforzar las estrategias de afrontamiento de la persona.

En el caso de la enfermedad cardíaca, los pacientes logran identificar como principal factor asociado el estilo de vida basado en conductas poco saludables (alimentación, sedentarismo, tabaquismo, estrés), que son modificables para disminuir el riesgo.

De esta forma, se encuentran personas que tras el diagnóstico, incluyen en su rutina el ejercicio y una alimentación sana que, aunque no modifica su condición, mejora el pronóstico y sugiere una mayor adherencia al tratamiento. La modificación del estilo de vida por sí mismo, refuerza en la persona la capacidad de producir cambios positivos para su propia salud y ayuda a apropiarse de su proceso de rehabilitación.

Sin embargo, también se pueden identificar pacientes que disminuyen las actividades que realizan y más bien cuentan con familias que le asisten ante cualquier necesidad, mermando su individualidad, por miedo a alguna complicación cardiaca. Esto dificulta la recuperación óptima hacia el funcionamiento habitual de la persona, pues las limitaciones impuestas por el mismo paciente o su familia interfieren en la rehabilitación postquirúrgica.

Además, suele existir una historia familiar de enfermedades cardiacas que influyen en la percepción que puede tener el paciente de este padecimiento y del tratamiento, alimentando el miedo que pueden experimentar al reconocer las consecuencias y el riesgo de muerte latente. Aun cuando no existen antecedentes familiares, culturalmente se asocia la cardiopatía con este riesgo de fallecer o de “tener un infarto” o un “paro”, lo que produce síntomas ansiosos en el o la usuaria.

Castillero (2007) se refiere a este aspecto como una recuperación subóptima, asociada a factores socioculturales y psicológicos, pues se crea en la persona una valoración personal disminuida, de invalidismo y pérdida de control, con el riesgo latente de muerte, que conduce a reacciones profundas de tristeza y depresión en la persona.

Cuando el tratamiento a elección es la cirugía, el usuario asocia esta experiencia con el riesgo de complicaciones quirúrgicas e incluso de muerte, pero también con la posibilidad de llevar una mejor calidad de vida y de recuperar la funcionalidad tras el procedimiento. Castillero (2007) también menciona que la comunicación de una intervención quirúrgica genera en la persona un alto nivel de estrés a nivel emocional,

particularmente cuando la cirugía es de corazón, pues históricamente se ha asociado con la muerte. Por tanto, las emociones que puede experimentar la persona llegan a ser ambivalentes y confusas, pues se mezcla la incertidumbre, el temor al dolor, a lo desconocido, a perder la autonomía, la integridad del cuerpo, o a la muerte, con la esperanza y el optimismo.

La cirugía de tórax, por su lado, no cuenta con esta carga emocional, pues son procedimientos más cortos, con menos tiempo de espera y algunos suelen ser breves (como el tratamiento para la hiperhidrosis), con una recuperación más rápida y menos posibilidades de complicaciones, por tanto, la ansiedad que se genera es menor y se asocia únicamente a la idea de experimentar un procedimiento quirúrgico.

En el momento preoperatorio, la incertidumbre que puede experimentar la persona ante la espera de una cirugía y los resultados del procedimiento, suele generar temores y/o síntomas ansiosos en el o la usuaria. Según Valenzuela, Barrera & Ornelas (2010), el solo acto anestésico- quirúrgico produce ansiedad en el paciente, presente incluso una semana antes del procedimiento, y requiere intervenciones psicológicas para disminuir sus efectos en la recuperación postoperatoria.

La presencia de la ansiedad es identificada por pacientes y por el personal hospitalario, sin embargo las estrategias con las que cuentan los usuarios son limitadas, así como los espacios en los que pueden realizar actividades para disminuir el estrés, considerando además que una parte de la población permanece en internamiento hospitalario por más de una semana previa al procedimiento quirúrgico.

En el protocolo aplicado, las técnicas dirigidas a la disminución de la ansiedad mostraron una disminución de los síntomas cognitivos, aunque los factores fisiológico y motor aumentaron en el momento postoperatorio. Lo anterior se puede asociar a los cambios físicos experimentados por los pacientes después de la cirugía, que no

necesariamente se ajustan a sus expectativas y que requieren intervenciones y seguimiento que faciliten la adaptación en el proceso de recuperación.

Asimismo, el estrés suele estar presente en el estilo de vida de estos pacientes, como se ha mencionado en la teoría del patrón de conducta tipo A e identificado en diversos estudios como factor de riesgo psicosocial para la cardiopatía, por ejemplo en la isquemia inducida por estrés (Calderón et al., 2010). Se ha encontrado incluso el impacto negativo en la salud cardíaca del paciente postoperatorio, por ello Hermele, Olivo, Namerow y Oz (2007) recomiendan el tratamiento inmediato.

Por lo anterior, las intervenciones dirigidas a incorporar estrategias adecuadas del manejo del estrés y de la ansiedad deben formar parte de la intervención perioperatoria en esta población, así como en el seguimiento que busque reforzar la aplicación de dichas técnicas al experimentar las situaciones de la vida cotidiana.

En cuanto a la depresión, se encontró en menor grado en las y los pacientes abordados, lo cual sugiere cierta dificultad para identificar sus signos, que podrían estar encubiertos por el paciente, por los síntomas de la cardiopatía o de la ansiedad misma.

Acorde con esto, Ai, Pargament, Appel & Kronfol (2010) señalaron que la identificación de los síntomas depresivos en los pacientes cardíacos puede ser complicada, debido a la superposición con el perfil de comportamiento y particularmente por la activación del sistema inmune en las enfermedades crónicas que se ha relacionado con la depresión. Asimismo, Calderón et al. (2010) encontró una prevalencia de un 44% de síntomas depresivos clínicamente significativos durante el período de hospitalización.

La valoración clínica, por parte de un profesional en Psicología, de la presencia de síntomas depresivos que pueden interferir en el pronóstico y evolución del paciente, debe incluirse en los distintos momentos del proceso. De igual manera, la intervención psicológica pertinente para los síntomas depresivos identificados, debe desarrollarse

paralelamente, de manera que facilite en el usuario la asimilación de los cambios que percibe a partir del procedimiento quirúrgico y el manejo emocional de la situación que experimenta.

En cuanto a los factores protectores, se han asociado con la disminución de la presencia de ansiedad, depresión o estrés y a la mejora del pronóstico postquirúrgico. En su estudio, Calderón et al. (2010) encontraron una relación inversamente significativa entre los síntomas depresivos y el apoyo social percibido, pues si este último es deficiente puede predecir la presencia de depresión.

En la sociedad, la familia desempeña un papel importante como principal red de apoyo del paciente, tanto en la aceptación del diagnóstico y del procedimiento quirúrgico como tratamiento a elegir, como en la posterior recuperación de la persona, en el acompañamiento en la rehabilitación y la incorporación de los cambios en el estilo de vida necesarios para disminuir la aparición de recaídas tempranas.

De esta manera, puede tornarse un factor protector, cuando la persona percibe apoyo por parte de sus allegados, con motivación al cambio, a una expectativa de tratamiento exitoso y cuando estos propician la recuperación al modificar en conjunto los hábitos de alimentación y de rutina.

Asimismo, puede convertirse en un factor de riesgo, cuando el usuario más bien experimenta presión por parte de sus familiares ante la perspectiva de un período inminente en el cual las actividades del conjunto deben ser adaptadas o incluso, cuando los allegados fomentan la dependencia del paciente, al no permitirle reincorporarse en las actividades de la vida cotidiana de una forma adecuada.

Acorde con esto, Young et al (2005) encontraron que los familiares también llegan a experimentar síntomas depresivos, particularmente cuando el tratamiento a elección es la cirugía cardíaca. Los familiares, entonces, se insertan en el proceso de ajuste del

paciente que va a someterse la cirugía y experimentan cada una de las fases con sus propias estrategias, positivas o negativas, según el funcionamiento usual del núcleo familiar.

De igual forma, Elizur & Hirsh (1999) mencionan que la relación marital del paciente puede llegar a moderar el estado de bienestar o de estrés, actuando como protectores ante los factores de riesgo. Por esto, la inclusión de la familia en el proceso de psicoeducación y de intervención perioperatoria se torna uno de los ejes a tomar en cuenta para promover la adaptación del paciente.

También la fe y la espiritualidad se presentan como factores protectores que mejoran el pronóstico, pues le facilitan al paciente el mantenimiento de una expectativa positiva del tratamiento quirúrgico y el enfrentamiento con la posibilidad de muerte. Ai, Wink y Shearer lo señalan como una estrategia de afrontamiento positiva que incluso disminuye la fatiga en las personas sobrevivientes de la cirugía cardíaca.

En cuanto a la modificación en el estilo de vida que han realizado los usuarios previo a la hospitalización, también se presenta como un factor protector que, con un adecuado seguimiento y reforzamiento, podría disminuir el riesgo de recaídas y sugiere una mejor adherencia al tratamiento.

La psicoeducación, por su lado, tiene un rol fundamental en el estado emocional de los pacientes de cirugía cardíaca y de tórax, tanto por el manejo de la información de su propia patología como por la posibilidad de tener una noción cercana a la experimentación del tratamiento quirúrgico y la recuperación posterior.

Este proceso psicoeducativo, con el paciente y su familia, tiene un papel clave en la disminución del estrés, la ansiedad, la modificación de mitos y creencias irracionales asociadas al procedimiento, así como la detección de alguna problemática en el paciente que requiera apoyo por parte del personal de salud.

La psicoeducación que se llevó a cabo como parte de esta propuesta, se considera como un factor protector de mantenimiento y prevención de recaídas, que facilita la adherencia al tratamiento y una mayor incorporación en el sujeto de los abordajes realizados. El uso de material escrito, como el incluido en esta propuesta, puede ser de gran utilidad para la facilitación de la información pertinente.

Asimismo, la información proporcionada a la familia y a la red de apoyo sobre la enfermedad, su tratamiento y las modificaciones en el estilo de vida que se recomiendan son necesarias, especialmente si consideramos el papel que desempeña el apoyo social para el pronóstico del usuario y su estado emocional en la hospitalización y en la posterior incorporación en la rutina diaria. Por tanto, los grupos que se ejecutan como parte del proceso psicoeducativo, a pacientes y familia, se presentan como una clave para la recuperación y adaptación en el proceso postoperatorio.

El personal de salud también tiene influencia en la adaptación del usuario al ambiente hospitalario y su recuperación, desde el trato que brinda hasta la promoción continua de la incorporación de estilos de vida saludables al egreso. Castillero (2007) menciona que la intervención de los miembros del equipo es sistemática y que altera las conductas del paciente para que el ajuste preoperatorio y los resultados sean satisfactorios.

En consecuencia, la participación de equipos interdisciplinarios en el manejo de pacientes que serán sometidos a cirugía, propicia un mejor ajuste de la persona en el proceso perioperatorio. El equipo de trabajo, específicamente en el centro de salud en donde se aplicó esta propuesta, tuvo gran apertura a la incorporación del profesional de Psicología, lo cual facilita la incorporación de técnicas en la intervención cotidiana a estos usuarios y permite llevar a cabo procesos continuos de valoración y de tratamiento.

El abordaje integral que se realiza en el Servicio de Cirugía de Tórax y Cardiovascular del Hospital México, se dirige al mejoramiento de la experiencia de los pacientes, de manera que sea menos traumático y con una recuperación óptima que asegure la adherencia al tratamiento y un estilo de vida saludable. De esta forma, se brinda información, educación y apoyo tanto al paciente como a sus familiares, quienes reciben atención de enfermería, medicina, fisioterapia y terapia respiratoria.

VII. Conclusiones y Recomendaciones

- ❖ La Intervención Psicológica como parte de una Atención Integral Perioperatoria permite la valoración de los factores protectores y de riesgo presentes en los usuarios, así como el abordaje de la ansiedad, depresión y estrés identificados en el proceso perioperatorio.
- ❖ La valoración del funcionamiento psicológico de la persona debería realizarse tanto en el momento previo como en el posterior a la cirugía, que incluya las cogniciones asociadas a la enfermedad y el procedimiento quirúrgico, la presencia de síntomas depresivos o ansiosos, y que permita enfocar la intervención en todas las etapas del proceso, como medio para promover o reforzar estrategias de afrontamiento en la persona que faciliten su recuperación.
- ❖ La ejecución de intervenciones psicológicas y la selección de técnicas específicas debe basarse en las necesidades y particularidades de cada paciente, tomando en cuenta su historia, sus cogniciones, emociones y estrategias de afrontamiento.
- ❖ La aplicación del modelo de valoración de riesgos para la salud, puede favorecer la prevención posibles factores de riesgo y la determinación de prioridades de abordaje en esta población.
- ❖ Los principales factores de riesgo identificados en la población con cardiopatía se relacionan con el estilo de vida de las personas, incluyendo la alimentación, el sedentarismo, el tipo de trabajo, altos niveles de estrés y el tabaquismo.
- ❖ La modificación de las conductas de riesgo y el apoyo social son los principales factores protectores en las personas que han experimentado una cirugía cardíaca.

- ❖ La familia desempeña un papel importante en la aceptación del diagnóstico, el tratamiento y en la recuperación del paciente, por ello se recomienda incluirla como parte de la intervención psicológica perioperatoria.
- ❖ La escolaridad de los pacientes y el nivel socioeconómico deben valorarse como factor de riesgo en estudios posteriores, pues esto podría influir en las estrategias de afrontamiento de la persona, en la estructuración de la intervención pertinente y en la aplicación de instrumentos de evaluación.
- ❖ Asimismo, se recomienda estudiar el género como factor protector o de riesgo, ya que puede influir en la efectividad de las estrategias de afrontamiento, la percepción de la enfermedad, las expectativas de la cirugía, entre otros.
- ❖ La historia familiar del paciente también debe incluirse en la valoración inicial con los usuarios, de manera que se identifique como factor protector o de riesgo, facilitando a su vez la adaptación del tratamiento a la percepción del paciente de la situación que experimenta en el momento perioperatorio.
- ❖ La cirugía de tórax no cuenta con los mismos elementos ansiógenos o depresivos que la cirugía cardíaca, por lo que la intervención perioperatoria puede ser más breve y focalizada.
- ❖ A partir del trabajo realizado, es importante estudiar la influencia del tiempo de espera para la cirugía, pues esto influye en el aumento de la ansiedad y el estrés en los pacientes, requiriendo una intervención más extensa.
- ❖ La psicoeducación para pacientes y familiares que proporcione información sobre enfermedad y tratamiento, es necesaria para la disminución de mitos y distorsiones, así como para facilitar la incorporación del paciente a la vida cotidiana tras el tratamiento quirúrgico.

- ❖ La visita domiciliar tras el egreso del paciente puede facilitar la adaptación tanto familiar como individual en el proceso postoperatorio. Asimismo, permite una valoración global del equipo interdisciplinario de las necesidades en el entorno y en el paciente, lo cual a su vez posibilita la incorporación de planes de intervención específicos para cada caso y una mayor adherencia al tratamiento.
- ❖ En el momento posterior a la cirugía, se identificó un aumento de la sensación de bienestar que facilita la promoción de un estilo de vida adecuado y de una mayor adherencia al tratamiento.
- ❖ La valoración continua y global del paciente es fundamental para adecuar la intervención interdisciplinaria específica según las necesidades que se identifiquen en cada una de las etapas del proceso quirúrgico, individualizando de esta manera el tratamiento del sujeto y la promoción del estilo de vida saludable.
- ❖ Se recomienda la elaboración de más investigaciones en esta área, que permitan conocer las particularidades de la intervención perioperatoria integral en la población costarricense.

VIII. Referencias Bibliográficas

- Ai, A.; Hall, D.; Pargament, K. & Tice, T. (2013). Posttraumatic growth in patients who survived cardiac surgery: the predictive and mediating roles of faith-based factors. *Journal of Behavioral Medicine*, 36(2), 186-198.
- Ai, A.; Pargament, K.; Appel, H. & Kronfol, Z. (2010). Depression Following Open-Heart Surgery: A Path Model Involving Interleukin-6, Spiritual Struggle, and Hope under Preoperative Distress. *Journal of Clinical Psychology*, 66(10), 1057-1075.
- Ai, A.; Wink, P. & Shearer, M. (2012). Fatigue of survivors following cardiac surgery: Positive influences of preoperative prayer coping. *British Journal of Health Psychology*, 17(4), 724-742.
- Alves, M.; Pimentel, A.; Guaratini, A.; Marcolino, J.; Gozzani, J. & Mathias, L. (2007). Ansiedad en el Período Preoperatorio de las Cirugías de Mama: Estudio Comparativo entre Pacientes con Sospecha de Cáncer a ser sometidas a Procedimientos Quirúrgicos Estéticos. *Revista Brasileña de Anestesiología*, 57 (2).
- Beck, A.; Steer, R. & Brown, G. (1996). *BDI-II. Inventario de Depresión de Beck*. Buenos Aires, Argentina: Paidós.
- Becoña, E.; Vázquez, F. & Oblitas, L. (2000). Psicología de la Salud: antecedentes, desarrollo, estado actual y perspectivas. En Oblitas, L. & Becoña, E. *Psicología de la Salud*. México: Plaza y Valdés Editores.
- Boyer, B.; Matour, S.; Crittenden, K.; Larson, K.; Cox, J. & Link, D. (2013). Appraisals of Fear, Helplessness, and Perceived Life-Threat during Emergent Cardiac Surgery: Relationship to Pre-surgical Depression, Trauma History, and Posttraumatic Stress. *Journal of Clinical Psychology in Medical Settings*, 20(2), 173-185.

- Bunzel, B.; Roethy, W.; Znoj, H. & Laederach, K. (2008). Psychological consequences of life-saving cardiac surgery in patients and partners: measurement of emotional stress by the impact of event scale. *Stress and Health, 24*.
- Caja Costarricense del Seguro Social (1979). *Hospital México X Aniversario*. San José: CCSS.
- Caja Costarricense del Seguro Social (1994). *Edición Especial en conmemoración de los XXV años de fundación del Hospital México*. Fundación Hospital México
- Caja Costarricense del Seguro Social (2001). *Hospital México 32 aniversario*, Edición Especial.
- Caja Costarricense del Seguro Social (2009a). *Guías para la detección, diagnóstico y tratamiento de la hipertensión arterial*. Tercera Edición.
- Caja Costarricense del Seguro Social (2009b). Hospital México, 40 años de brindar salud a la población. *Acontecer Hospitalario*, Edición III.
- Caja Costarricense del Seguro Social (2010). *CCSS realiza dos cirugías cardíacas por día*. Recuperado de http://www.ccss.sa.cr/html/comunicacion/noticias/2010/01/n_1118.html
- Calderón, J.; Gabrielli, L.; González, M.; Villarroel, L.; Castro, P. & Corbalán, R. (2010). Prevalencia y evolución de síntomas depresivos en pacientes hospitalizados por infarto agudo al miocardio y su relación con procedimientos de revascularización. *Revista Médica de Chile, 138*, 701-706.
- Carneiro, A.; Mathias, L.; Rassi, A.; Morais, N.; Gozzani, J. & Miranda, A. (2009). Evaluación de la Ansiedad y Depresión en el Período Perioperatorio en Pacientes Sometidos a Procedimientos Cardíacos Invasivos. *Revista Brasileña de Anestesiología, 59* (4).

- Castillero, Y. & Valdés, L. (2002). Valoración y tratamiento de los trastornos del sueño en pacientes sometidos a estudios invasivos y/o cirugía cardiovascular. *Revista Cubana de Psicología*, 19(3).
- Castillero, Y. (2007). Intervención Psicológica en Cirugía Cardíaca. *Avances en Psicología Latinoamericana*, 25 (1).
- Castillo, A.; Arocha, C.; Castillo, I.; Cueto, M.; Armas, N. & Hernández, E. (2010). Calidad de vida relacionada con la salud en enfermos con cardiopatía isquémica, revascularizados por vía percutánea. *Revista Cubana de Cardiología y Cirugía Cardiovascular*, 16(2), 171-176.
- Conrada, R.; Boulifard, D.; Hekler, E.; Idler, E.; Spruill, T.; Labouvie, E. & Krause, T. (2008). Psychosocial Factors in Heart Surgery: Presurgical Vulnerability and Postsurgical Recovery. *Health Psychology*, 27(3), 309-319.
- Danneman, S.; Matschke, K.; Einsle, F.; Smucker, M.; Zimmermann, K.; Joraschky, P.; Weidner, K. & Köllner, V. (2010). Is type-D a stable construct? An examination of type-D personality in patients before and after cardiac surgery. *Journal of Psychosomatic Research*, 69(2), 101-109.
- Dirección del Hospital México. (2011). *Organigrama Hospital México*. Caja Costarricense del Seguro Social.
- Elizur, Y. & Hirsh, E. (1999). Psychosocial Adjustment and Mental Health Two Months After Coronary Artery Bypass Surgery: A Multisystemic Analysis of Patients' Resources. *Journal of Behavioral Medicine*, 22(2).
- Feixas, G. & Saldívar, P. (2010). Eficacia de la intervención psicológica en la reducción de la ansiedad pacientes quirúrgicos de banda gástrica ajustable. *Boletín de Psicología*, 99.

- Gavito, M.C.; Corona, M.A.; Villagrán, M.E.; Morales, J.; Téllez, J.L. & Ortega, H. (2000). La información anestésica quirúrgica: su efecto sobre la ansiedad y el dolor de los pacientes toracotomizados. *Revista del Instituto Nacional de Enfermedades Respiratorias*, 13(3), 153-156.
- Giacamonte, E. & Mejía, A. (1997). *Estrés preoperatorio y riesgo quirúrgico*. Buenos Aires: Editorial Paidós.
- Guo, P.; East, L. & Arthur, A. (2012). A preoperative education intervention to reduce anxiety and improve recovery among Chinese cardiac patients: A randomized controlled trial. *International Journal of Nursing Studies*, 49(2), 129-137.
- Hermele, S.; Olivo, E.; Namerow, P. & Oz, M. (2007). Illness representations and psychological distress in patients undergoing coronary artery bypass graft surgery. *Psychology, Health and Medicine*, 12(5).
- Hernández, R.; Fernández, C. & Baptista, P. (2006). *Metodología de la Investigación*. Cuarta Edición. México: Editorial McGraw Hill.
- Khan, R.; Skapinakis, P.; Ahmed, K.; Stefanou, D.; Ashrafian, H.; Darzi, A. & Athanasiou, T. (2012). The Association Between Preoperative Pain Catastrophizing and Postoperative Pain Intensity in Cardiac Surgery Patients. *Pain Medicine*, 13, 820-827.
- Krannich, J.; Weyers, P.; Lueger, S.; Herzog, M.; Bohrer, T. & Elert, O. (2007). Presence of depression and anxiety before and after coronary artery bypass graft surgery and their relationship to age. *BMC Psychiatry*, 7(47).
- Laham, M. (2008). Psicocardiología su importancia en la prevención y la rehabilitación coronarias. *Suma Psicológica*, 15(1), 143-170.

- Leegaard, M.; Naden, D. & Fagermoen, M. S. (2008). Postoperative pain and self-management: women's experiences after cardiac surgery. *Journal of Advanced Nursing*, 63(5).
- León, A. & Salazar, C. (2007). Valoración psicológica perioperatoria en pacientes sometidos a cirugía cardiovascular. *Revista Costarricense de Cardiología*, 9 (3).
- Lorenzini, A.; Marcellino, G.; Dorneies, G.; Aparecida, M. & Koerich, C. (2013). Understanding the process of living as signified by myocardial revascularization surgery patients. *Revista Latino-Americana de Enfermagem*, 21(1), 332-339.
- Marcolino, J.; Suzuki, F.; Alli, L.; Gozani, J. & Mathias, L. (2007). Medida de la Ansiedad y de la Depresión en Pacientes en Preoperatorio. Estudio Comparativo. *Revista Brasileña de Anestesiología*, 57 (2).
- Miguel Tobal, J. J. & Cano Vindel, A. R. (2007). *ISRA. Inventario de Situaciones y Respuestas de Ansiedad*. Madrid: Tea Ediciones, 6^{ta} Edición.
- Ministerio de Sanidad y Consumo. (2009). *Guía de Práctica Clínica para el manejo de pacientes con trastornos de ansiedad en Atención Primaria*. Madrid: Plan Nacional para el SNS del MSC.
- Morales, C. (1999). *Introducción a la Psicología de la Salud*. Argentina: Editorial Paidós.
- Mouch, C. & Sonnega, A. (2012). Spirituality and Recovery from Cardiac Surgery: A Review. *Journal of Religion & Health*, 15(4), 1042-1060.
- Muñoz, F. (1994). Hospital México 25 Años de Fundado. *Revista Municipal e Institucional de Costa Rica*. N24. San José: Corporación Iberoamericana de Desarrollo.

- Organización Mundial de la Salud. (2013). *Enfermedades Cardiovasculares. Nota Descriptiva*. Disponible en <http://www.who.int/mediacentre/factsheets/fs317/es/>
- Panagopoulou, E.; Maes, S.; Tyrodimos, E. & Benos, A. (2008). Symptoms of Traumatic Stress after Coronary Artery Bypass Grafting. *International Journal of Behavioral Medicine*, 15: 227–231.
- Piña, L. & Rivera, B. (2006). Psicología de la Salud: algunas reflexiones críticas sobre su qué y su para qué. *Universitas Psychologica*, 5(3).
- Sebastiani, R.; Pelicioni, M. & Chiattoni, H. (2002). La Psicología de la Salud Latinoamericana: hacia la promoción de la Salud. *Revista Internacional de Psicología Clínica y de la Salud*, 2(1), 153-172.
- Taylor (2007). *Psicología de la Salud*. México: Ediciones McGraw-Hill, 6^{ta} Edición.
- Tully, P.; Baker, R.; Turnbull, D. & Winefield, H. (2008). The role of depression and anxiety symptoms in hospital readmissions after cardiac surgery. *Journal of Behavioral Medicine*, 31, 281–290.
- Tully, P.; Baker, R.; Turnbull, D.; Winefield, H. & Knight, J. (2009). Negative emotions and quality of life six months after cardiac surgery: the dominant role of depression not anxiety symptoms. *Journal of Behavioral Medicine*, 32, 502–522.
- Tully, P.; Pedersen, S.; Winefield, H.; Baker, R.; Turnbull, D. & Denollet, J. (2011). Cardiac morbidity risk and depression and anxiety: A disorder, symptom and trait analysis among cardiac surgery patients. *Psychology, Health & Medicine*, 16(3), 333–345.
- Valenzuela, J.; Barrera, S. & Ornelas, J. (2010). Ansiedad Preoperatoria en procedimientos anestésicos. *Cirugía y Cirujanos*, 78(2).

- Wan, I.; Wat, K.; Ng, C.; Thung, K.; Lam, S.; Lee, T.; Wan, S. & Yim, A. (2004). Short Communication: Evaluation of the emotional status of patients on a waiting list for thoracic surgery during the outbreak of Severe Acute Respiratory Syndrome (SARS). *Stress and Health*, 20, 209-212.
- Williams, J.; Alexander, K.; Morin, J.; Langlois, Y.; Noiseux, N.; Perrault, L.; Smolderen, K.; Arnold, S.; Eisenberg, M.; Pilote, L.; Monette, J.; Bergman, H. Smith, P. & Afilalo, J. (2013). Preoperative Anxiety as a Predictor of Mortality and Major Morbidity in Patients Aged >70 Years Undergoing Cardiac Surgery. *American Journal of Cardiology*, 111(1), 137-142.
- Young, E.; Eddleston, J.; Ingleby, S.; Streets, J.; McJanet, L.; Wang, M. & Glover, L. (2005). Returning home after intensive care: A comparison of symptoms of anxiety and depression in ICU and elective cardiac surgery patients and their relatives, *Intensive Care Med*, 31, 86–91.

IX. Anexos

Anexo 1. Guía de la Entrevista

I. Preoperatorio

- ✓ Relacionado con el Diagnóstico de la enfermedad:
 - Datos sociodemográficos del paciente.
 - Antecedentes patológicos familiares (médicos, psicológicos, psiquiátricos).
 - Experiencias traumáticas anteriores en el área personal y de la salud.
 - Sistema de creencias y cosmovisión del mundo.
 - Evaluación de las cogniciones y emociones relacionadas con la enfermedad.
 - Estado emocional y general.
 - Evaluación de conductas y hábitos diarios.
- ✓ Relacionado con el Tratamiento de la Enfermedad:
 - Significado de la enfermedad y del tratamiento quirúrgico (cogniciones y emociones).
 - Temores, mitos del procedimiento quirúrgico. Distorsiones cognitivas.
 - Expectativas, quirúrgicas y posquirúrgicas.
 - Estilo cognitivo de evaluar las situaciones de crisis.
 - Interacción con el equipo médico.
 - Relaciones interpersonales y actividades sociales, laborales.
- ✓ Habilidades del paciente para responder a situaciones de estrés.
- ✓ Patrones conductuales potenciadores del padecimiento. Evaluación del estilo de vida: calidad de alimentación, vida sedentaria, hábitos y costumbres, factores de riesgo.
- ✓ Valorar el grado de apoyo social.

II. Postoperatorio

- ✓ Compromiso en modificación de patrones conductuales y convicción para sostenerlos como un nuevo estilo de vida.
- ✓ Promoción de estilos de vida saludables.
- ✓ Valorar el grado de apoyo social.
- ✓ Valorar las estrategias de afrontamiento.
- ✓ Brindar información suficiente y adecuada al paciente.

Anexo 2. Folleto Información Perioperatoria para pacientes de Cirugía de Tórax

Cuide su Salud Mental

Es normal que las personas que requieren la cirugía como tratamiento a su enfermedad, presenten cierto grado de preocupación por estos procedimientos y temores relacionados con la muerte, el dolor y el desempeño personal.

Es muy importante reducir los niveles de ansiedad que pueda presentar, pues esto le ayudará en su recuperación posterior.

Despeje todas sus dudas relacionadas con su enfermedad y su tratamiento, no tema preguntar.

Utilice el tiempo en los días de espera para realizar actividades que le distraigan como leer, crucigramas o ver televisión, de esta manera reducirá la ansiedad.

Es importante reconocer el apoyo que recibe de su familia, amigos y compañeros.

Adopte un estilo de vida saludable

- Mantenga una dieta sana
- Realice ejercicios
- No fume
- Incluya actividades recreativas en su rutina
- Mantenga buenas relaciones interpersonales
- Siga las indicaciones médicas

Esto le ayudará en su rehabilitación y disminuirá la probabilidad de complicaciones posteriores.

Es importante reconocer el apoyo que recibe de su familia, amigos y compañeros.



UNIVERSIDAD DE COSTA RICA
MAESTRIA PSICOLOGIA CLINICA Y DE LA SALUD

Elaborado por Maureen Campos Alfaro
*Programa de Intervención Integral Perioperatoria para
pacientes del Servicio de Cirugía de Tórax y Cardiovascular*
Hospital México



Información Perioperatoria para el Paciente

Cirugía de Tórax

La Cirugía de Tórax es un tratamiento para las enfermedades de los diferentes contenidos del tórax y la pared torácica (excepto el corazón).

Estas enfermedades pueden ser:

- Congénitas: anomalías presentes desde el nacimiento.
- Adquiridas: se desarrollan después del nacimiento.
- Trauma: se presentan por herida o accidente.



Algunas Patologías:

- Enfermedades de Tráquea y Bronquios.
- Enfermedades del Mediastino.
- Patología de la pleura.
- Enfermedades pulmonares.
- Enfermedades del diafragma como hernias y eventraciones.
- Patologías del esófago torácico: duplicaciones, reflujo, tumores.
- Incluye también el tratamiento quirúrgico a patologías como Hiperhidrosis (sudoración excesiva) y Miastenia Gravis (enfermedad autoinmune).



Cuidados Postoperatorios

Si le colocan un sello de tórax deberá seguir las indicaciones del médico y realizar ejercicios activos del hombro y brazo cercanos a la zona de punción, así como ejercicios respiratorios.

La pronta movilización le ayudará en su recuperación porque:

- * Estar en cama por un tiempo prolongado atrofia los músculos, sobre todo las piernas.
- * Algunas zonas de los pulmones no se ventilan bien al estar acostado.
- * La falta de movilidad puede producir coágulos que pueden afectar los pulmones.

La herida deberá lavarlas bien en la ducha diaria con jabón antibacterial y secarlas cuidadosamente.

Es normal que requiera de algunas semanas para empezar a sentirse realmente mejor.



Anexo 3. Folleto Información Perioperatoria para pacientes de Cirugía Cardíaca

Cirugía Cardiovascular

Hospital México

Información Perioperatoria para el Paciente



El corazón está compuesto de cuatro compartimentos o cámaras; dos aurículas (o cámaras de recepción) y dos ventrículos (o cámaras de expulsión). Posee, a su vez, cuatro válvulas cardíacas en el interior llamadas mitral, aórtica, tricúspide y pulmonar.

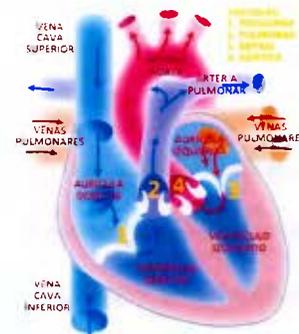
Cada una de las válvulas puede presentar dos tipos de lesiones: **estenosis**, que significa que la válvula no se abre del todo, oponiendo resistencia al paso de sangre, y la llamada **insuficiencia** que consiste en que la válvula no se cierra bien del todo, permitiendo que parte de la sangre que ha ido hacia delante vuelva hacia atrás. Además, una misma válvula puede presentar las dos lesiones.

La cirugía sobre las válvulas cardíacas permite una reparación o incluso cambiarlas por prótesis que pueden ser de materiales totalmente sintéticos o biológicos.

Las arterias coronarias, por otro lado, pueden verse afectadas por la llamada arterioesclerosis o endurecimiento con obstrucción parcial o completa de las arterias. Cuando ocurre la arterioesclerosis se forman depósitos adiposos duros, llamados placas, en el interior de las arterias, que producen una reducción en el flujo de sangre.

Cuando ésta obstrucción de la arteria no puede compensarse, zonas musculares del corazón dependientes de la arteria obstruida no reciben suficiente cantidad de sangre. Esta falta de riego es la causa de la llamada *angina* o dolor opresivo en el pecho, la cual, si es completo y se mantiene cierto tiempo puede causar la muerte de áreas musculares en el llamado infarto de miocardio.

Las personas diagnosticados con enfermedad cardíaca pueden tener



tres opciones para su tratamiento: el tratamiento estrictamente médico que incluye tratamiento de los factores de riesgo coronario; el cateterismo cardíaco (angioplastia), que es un procedimiento diagnóstico y terapéutico; y la cirugía de corazón abierto, que se realiza en pacientes que ya presentan muchas lesiones y están en una etapa de mayor gravedad de la enfermedad (CCSS, 2010).

Factores de Riesgo

Para el padecimiento cardíaco, se pueden mencionar los siguientes:

- Fumado
- Hipertensión
- Sedentarismo
- Colesterol alto
- Dieta inadecuada
- Diabetes
- Estrés
- Sobrepeso
- Historial familiar de enfermedad coronaria



Cirugía Cardiovascular

Tratamiento Quirúrgico



“Las instrucciones del personal de Enfermería le facilitará todo el proceso”

Podemos mencionar tres clases de cirugías cardíacas:

- ◆ Cirugía Coronaria: intervención quirúrgica en las arterias coronarias. Se realiza un bypass o puente, para que llegue circulación a las zonas del corazón que no están recibiendo suficiente sangre.
- ◆ Cirugía Valvular: intervención quirúrgica en una o varias válvulas del corazón, que se rempazan por una válvula biológica o mecánica.
- ◆ Cirugía sobre la aorta: intervención quirúrgica en la arteria aorta.

Además, se pueden realizar intervenciones quirúrgicas debido a enfermedades congénitas (de nacimiento), enfermedades del pericardio (membrana que envuelve el corazón) y arritmias cardíacas (colocación de marcapaso).

Las cirugías cardíacas pueden realizarse por medio de dos tipos de procedimientos:

- ◆ Fuera de bomba: se realiza la cirugía sin detener el corazón.
- ◆ Con bomba: se detiene el órgano y se sustituyen sus funciones con una bomba cardiopulmonar.

Antes de la Cirugía

Recuerde que se solicitará que proporcione 6 donadores de sangre para las reservas disponibles para transfusiones.

El día antes de la operación, las instrucciones del personal de Enfermería le facilitará todo el proceso.

Deberá ducharse con un jabón antibacterial, se le pondrá un enema (lavativa) y tendrá que

rasurarse las áreas cercanas a las zonas quirúrgicas (pecho y piernas).

Esa noche le darán un tranquilizante para que duerma mejor.

El día de la operación, todos sus objetos personales (reloj, cadenas, prótesis) quedarán en su habitación o a cargo de sus familiares.

Debe tomar en cuenta que en ocasiones surgen complicaciones

con otros pacientes que precisan ser intervenidos de urgencia. En esos casos, su operación podría ser pospuesta.

La mayoría de las operaciones duran varias horas. Al acabar la operación será trasladado a la Unidad de Cuidados Intensivos donde será vigilado por el personal de salud propio de la misma.

Horario Banco de Sangre del Hospital México:

*Lunes a Jueves 7am - 3:30pm
Viernes 7am - 3 pm
Sábado, Domingo 7am - 1 pm*

Cuidados posteriores

Si no surgen complicaciones, será trasladado prontamente al salón de pacientes.

La pronta movilización le ayudará en su recuperación porque:

- * Estar en cama por un tiempo prolongado atrofia los músculos, sobre todo las piernas.
- * Algunas zonas de los pulmones no se ventilan bien al estar acostado.

* La falta de movilidad puede producir coágulos en las piernas que pueden afectar los pulmones.

Las heridas deberá lavarlas bien en la ducha diaria con jabón antibacterial y secarlas cuidadosamente. Debe usar una media elástica de compresión intermedia o fuerte si se le extrajo vena de sus piernas.

También puede necesitar una

almohada pequeña para no forzar la herida del tórax. Se recomienda el uso de zapato cerrado para que tenga mayor estabilidad al caminar.

Además contará con el apoyo del terapeuta respiratorio y del fisioterapeuta, los cuales le darán recomendaciones en su recuperación.



En el momento después de la Cirugía

Es normal que:

- Requiera de 4 a 6 semanas para empezar a sentirse realmente mejor.
- Es completamente normal la falta de apetito. Puede notar una disminución del sentido del gusto. Son necesarias varias semanas antes de recuperar un apetito normal.
- Hinchazón en las piernas, mucho más si para conseguir una vena ha sido necesario un corte en la pierna.
- Dificultades para dormir o cam-

bios en el patrón del sueño.

- Problemas de estreñimiento. Intentar compensar con una dieta rica en fibra y zumos.
- Sentir como un dolor muscular en la parte alta de la espalda, es normal y desaparecerá.

Debe acudir a la consulta médica si presenta:

- Pulso con frecuencia superior a 150 latidos por minuto, con sensación de falta de aire.
- Fatiga y dificultad en respirar que no se alivia con reposo.

- Angina similar a la sentida antes de la cirugía.
- Escalofríos o fiebre superior a 38° C que ocurre dos veces en 24 horas.
- Pérdida súbita de fuerza o sensación en piernas y brazos.
- Dolor de cabeza muy severo que ocurre de forma súbita.
- Mareos intensos.
- Sangre en las heces.



“Es importante un buen balance entre ejercicio y descanso”

Cuide su Salud Mental

Es normal que las personas que requieren la cirugía como tratamiento a su enfermedad, presenten cierto grado de preocupación por estos procedimientos y temores relacionados con la muerte, el dolor y el desempeño personal.

Es importante reconocer el apoyo que recibe de su familia, amigos y compañeros.

Es muy importante reducir los

niveles de ansiedad que pueda presentar, pues esto le ayudará en su recuperación posterior.

Despeje todas sus dudas relacionadas con su enfermedad y su tratamiento, no tema preguntar.

Utilice el tiempo en los días de espera para realizar actividades que le distraigan como leer, crucigramas o ver televisión, de esta manera reducirá la ansiedad.

Adopte un estilo de vida saludable:

- Incluya actividades recreativas en su rutina.
- Mantener buenas relaciones interpersonales.
- No fume
- Siga las indicaciones médicas.

Esto le ayudará en su rehabilitación y disminuirá la probabilidad de complicaciones posteriores.

“Establezca una rutina de dieta equilibrada y saludable”

Mantenga el hábito del ejercicio

Es importante realizar, al menos inicialmente, un buen balance entre ejercicio y descanso:

- * Descansar por 30 minutos después de las comidas antes de comenzar a hacer ejercicios.
- * Salir a caminar es una de las mejores formas de realizar ejercicio. Es importante que se vaya aumentando de forma gradual hasta alcanzar una acti-

vidad normal. Cada persona progresa de forma diferente.

- * Se pueden subir escaleras. Parar y descansar si se nota cansancio. No utilizar los brazos tirando de la barandilla para subir, use las piernas.
- * No conducir por un mínimo de ocho semanas o hasta ser revisado y consultado con su médico.
- * Evite hacer ejercicios de levantar

pesos, empujar o tirar con los brazos durante al menos ocho semanas.

- * Se puede reiniciar la actividad sexual después de al menos seis semanas.
- * Pare cualquier tipo de actividad inmediatamente si nota fatiga, mareos o angina. Descanse hasta que los síntomas mejoren. Si no mejoran en 20 minutos, contacte con su médico.



Buenos hábitos alimenticios

Es un buen momento para hacer un cambio en los hábitos alimenticios y establecer como rutina una dieta equilibrada y saludable:

- ◇ Hay que evitar el exceso en el consumo de sal, como alimentos procesados y conservas de comidas preparadas.
- ◇ La fibra vegetal es importante en una dieta equilibrada. Reducir el azúcar refinada y aumentar la ingesta de frutas, vegetales y granos completos de cereales.
- ◇ La ingesta de grasas debe reducirse, especialmente las grasas saturadas (origen animal). Son preferibles las grasas que están presentes en el pescado y en los vegetales. Se recomienda cocinar al vapor, asado, a la plancha o en sopa.
- ◇ El aporte de proteínas es preferible que se base en las aves y pescados con un menor consumo de las carnes rojas.
- ◇ Siempre elimine las grasas antes de consumir la carne.
- ◇ No consuma más de dos huevos por semana. Use leche descremada.
- ◇ Se recomienda tomar con moderación bebidas alcohólicas.



UNIVERSIDAD DE COSTA RICA
MAESTRÍA PSICOLOGÍA CLÍNICA Y DE LA SALUD

Elaborado por Lic. Maureen Campos Alfaro
Colaboración de Lic. Lucía Rivera Angulo

*Programa de Intervención Integral Perioperatoria para
pacientes del Servicio de Cirugía de Tórax y
Cardiovascular
Hospital México*

Bibliografía:

- Policlínica Gipuzkoa. (s.f.) *¿Qué es la cirugía cardíaca?* Recuperado de http://www.cirurgiacardiovascular.net/castellano/cirugia_cardiaca/index.php
- Servicio de Cirugía Cardíaca del Hospital Universitario "12 de Octubre de Madrid". (2008). *Libro del Paciente*. Sociedad Española de Cirugía Torácica y Cardiovascular. Recuperado de http://www.sectcv.es/component?option=com_docman/task,cac_view/gid.160/Itemid.133/
- Caja Costarricense del Seguro Social (2010). *CCSS realiza dos cirugías cardíacas por día*. Recuperado de http://www.ccss.sa.cr/html/comunicacion/noticias/2010/01/n_1118.html
- Calleja, M. (2008). *Enfermedades Cardíacas Operables*. Sociedad Española de Cirugía Torácica y Cardiovascular. Recuperado de http://www.sectcv.es/component?option=com_docman/task,cac_view/gid.161/Itemid.134
- Pucci, J.J. (2003). *Instructivo sobre la Cirugía del Corazón*. Caja Costarricense del Seguro Social, Hospital México, Servicio de Cirugía de Tórax y Cardiovascular.