

Intervención psicoeducativa para modificar ansiedad, depresión y calidad de vida en candidatos a revascularización coronaria

Psychoeducational intervention to modify anxiety, depression, and quality of life in candidates for coronary artery bypass

Ana Karen Talavera-Peña¹, Blanca Inés Vargas-Nuñez¹,
Carlos Gonzalo Figueroa-López¹, Mirna García-Méndez¹
y Rosa Martha Meda-Lara²

Citación: Talavera-Peña, A.K., Vargas-Nuñez, B.I., Figueroa-López, C.G., García-Méndez, M. y Meda-Lara, R.M. (2020). Intervención psicoeducativa para modificar ansiedad, depresión y calidad de vida en candidatos a revascularización coronaria. *Psicología y Salud*, 30(1), 59-71.

RESUMEN

Introducción. Los pacientes candidatos a cirugía cardíaca constituyen una población en riesgo de manifestar diversas alteraciones psicológicas; aunque cabe señalar que dichos cambios han demostrado ser modificables mediante programas de intervención, tales como la psicoeducación. *Objetivo.* Evaluar la eficacia de un programa psicoeducativo para disminuir la ansiedad y la depresión y aumentar la calidad de vida relacionada con la salud en pacientes candidatos a cirugía de revascularización coronaria. *Método.* En este estudio cuasiexperimental pretest-postest, con grupo control en cuatro etapas (preevaluación, programa psicoeducativo solo para el grupo experimental, postevaluación y seguimiento) participaron 66 pacientes, a quienes se aplicó la Escala de Ansiedad y Depresión Hospitalaria y el Cuestionario de Calidad de Vida Relacionada con la Salud. *Resultados.* Se observó una disminución de la ansiedad y la depresión solamente en el grupo experimental; sin embargo, la prueba U de Mann-Whitney no arrojó diferencias estadísticamente significativas en dichas variables. En cuanto a la calidad de vida relacionada con la salud, en el seguimiento se observaron puntajes más elevados en el grupo experimental, y con la prueba t se hallaron diferencias significativas en las dimensiones de síntomas y estado funcional. *Conclusiones.* Es importante diseñar e implementar programas de intervención psicológica en pacientes candidatos a cirugía cardíaca.

Palabras clave: Ansiedad; Depresión; Calidad de vida relacionada con la salud; Cirugía de revascularización coronaria; Programa de intervención psicoeducativo.

ABSTRACT

Introduction. Patients scheduled for heart surgery constitute a population at risk for psychological maladjustment. These problems have been shown to be modifiable through intervention programs with such components as psychoeducation. *Objective.* To evaluate the effectiveness of a psychoeducational intervention to reduce anxiety, depressive symptoms and increase health-related quality of life in candidates for coronary artery bypass surgery. *Method.* A total of 66 patients participated by responding to the Hospital Anxiety and Depression Scale and the Health-related Quality of Life Questionnaire. A quasi-experimental pretest-posttest scheme with a control group was used in four

¹ Facultad de Estudios Superiores Zaragoza, Universidad Nacional Autónoma de México, Av. Guelatao 66, Iztapalapa, Ejercito de Oriente, 09230 Ciudad de México, México, tel. (55)56-23-06-65, correos electrónicos: psic.aker15@gmail.com, ines_12_12@hotmail.com, carlos.figueroa@ites.mx y mina@unam.mx. Artículo recibido el 14 de septiembre de 2018 y aceptado el 23 de enero de 2019.

² Universidad de Guadalajara, Av. Juárez 976, Col. Centro, 44100 Guadalajara, Jal., México, tel. (33)31-34-22-22, correo electrónico: rosameda2013@gmail.com.

stages: pre-evaluation, psychoeducational program (for the experimental group), post-evaluation, and follow-up. Results. Although anxiety and depression symptom scores decreased only in the intervened group, the Mann-Whitney U test did not show statistically significant differences for either variable. Health-related quality of life showed increased scores at follow-up for the intervened group; the t-test, showed significant improvement in symptoms and functional state. Conclusions. It is important to design and implement further psychological intervention programs in patients who are candidates for heart surgery.

Key words: Anxiety; Depression; Coronary Artery Bypass Surgery; Psychoeducational Intervention; Quality of Life.

INTRODUCCIÓN

La cardiopatía isquémica es una enfermedad que se caracteriza por la disminución importante y significativa del flujo sanguíneo coronario que condiciona un bajo aporte de oxígeno al tejido miocárdico. La disminución de tal aporte produce dolor, o angina de pecho, e incluso la muerte celular o necrosis del tejido miocárdico, lo que se conoce como infarto del miocardio, que conlleva un riesgo potencial de perder la vida (Longo, 2012).

El tratamiento para esta enfermedad es la cirugía de revascularización, mediante la cual se crea una nueva ruta del flujo sanguíneo mediante la implantación de hemoductos aorto-coronarios (*bypass*) entre la arteria aorta y la coronaria más allá del sitio de la obstrucción. Para la realización de este tipo de procedimiento quirúrgico es necesario someter al paciente a la apertura del esternón para tener acceso al corazón, extraer la vena safena de alguno de los miembros inferiores y manipular la víscera cardiaca (Fundación Española del Corazón, 2015).

Esta cirugía altamente invasiva, en la cual existe el riesgo de morir, representa un fuerte estresor emocional que el paciente debe afrontar y que provoca los trastornos emocionales conocidos como ansiedad y depresión (Dos Santos, Martins y Oliveira, 2014).

La ansiedad que manifiestan estos pacientes como respuesta a una situación potencialmente

deletérea incluye alteraciones emocionales, fisiológicas y conductuales, lo que influye negativamente en la recuperación física y emocional postoperatoria (Carneiro et al., 2009; Tennat y Mc Lean, 2001). La depresión, por su parte, ha mostrado tener relación con la estancia prolongada en el hospital, un dolor más agudo que requiere elevación de la dosis analgésica, un retardo en la cicatrización y un mayor trastorno metabólico (Burg, Benedetto, Rosenberg y Soufer, 2003; Thombs, et al., 2008).

Por tanto, la evaluación y el tratamiento psicológico de un paciente que será sometido a una cirugía de revascularización requieren una atención especial, de manera que contribuyan al ajuste psicológico posterior a la cirugía y aminoren el impacto negativo de la ansiedad y la depresión.

Actualmente, las técnicas cognitivo-conductuales son las más utilizadas en la preparación psicológica preoperatoria debido a la reducción de la ansiedad y la depresión que generan, lo que tiene un efecto positivo en la percepción de la calidad de vida relacionada con la salud (CVRS en lo sucesivo) (Castillero, 2007; Linden, Phillips y Leclerc, 2007).

La aplicación de estas técnicas en la intervención psicológica en pacientes candidatos a cirugía o a otros procedimientos médicos invasivos ha permitido valorar la eficacia de las mismas, beneficiando así a los pacientes que las han recibido. Muestra de ello es lo reportado por Méndez, Ortigoza y Pedroche (1996), López (2005), Castillero (2007), Amador (2010), López, Martínez y López (2011) y Gálvez, Erazo, Rodríguez y Ramírez (2016), quienes atribuyen a la intervención psicológica algunos beneficios para el paciente, tales como la reducción del temor, un manejo adecuado de las emociones negativas, del estrés y de la ansiedad; el desarrollo de expectativas realistas; e incremento en la percepción de control de la situación; así como una mayor cooperación con los procedimientos médicos y una apropiada relación con el personal de la salud. Otras ventajas de la intervención son un bajo empleo de analgésicos, la reducción de conductas desadaptativas durante la hospitalización, una recuperación postoperatoria más expedita, y una mayor satisfacción personal.

En relación con la cirugía de revascularización coronaria, Graham et al. (2008), en un estudio hecho con 261 pacientes, crearon un grupo de in-

tervención conductual y otro de control en el que se daban los cuidados rutinarios. El tratamiento se prolongó por un año, con seguimiento a los dos y tres años, e incluyó la modificación del patrón de conducta tipo A y el entrenamiento en solución de problemas y en habilidades para hacer frente al dolor, la ansiedad y el estrés. Sus resultados mostraron que el grupo experimental exhibió una tasa de mortalidad significativamente inferior a la del control y un menor incidencia de episodios cardiovasculares, tales como infartos y nuevas intervenciones quirúrgicas (cf. Fernández, Martín y Domínguez, 2003).

Un estudio de Flores (2015) sobre morbilidad psicológica en pacientes con cardiopatía isquémica, candidatos a cirugía de revascularización coronaria (realizado en el servicio de cirugía cardiorádica del Centro Médico Nacional 20 de Noviembre del Instituto de Seguridad Social al Servicio de los Trabajadores del Estado [ISSSTE]) mostró una incidencia elevada de ansiedad y depresión en grados de moderados a severos (60% y 58% respectivamente), por lo que se consideró que un programa de intervención psicológica podría coadyuvar a reducir esta morbilidad psicológica y mejorar así la atención integral de los pacientes en esta condición.

En virtud de lo anterior, el presente estudio empírico con metodología cuantitativa con un diseño cuasiexperimental de serie temporal interrumpida (pre, post y seguimiento) con dos grupos

(Montero y León, 2007), propone un programa de intervención psicoeducativa dirigido a mejorar el ajuste psicológico, caracterizado por la disminución de la ansiedad y la depresión y el aumento de la CVRS de pacientes sometidos a cirugía cardíaca.

MÉTODO

Participantes

La selección de la muestra fue no probabilística por conveniencia. Se evaluaron 66 pacientes (pre y postevaluación) con diagnóstico de cardiopatía isquémica, candidatos a cirugía de revascularización coronaria, que tuvieran entre 50 y 70 años, excluyéndose a pacientes con problemas psiquiátricos o neurológicos, con patología valvular o congénita agregada y con dificultades crónicas de salud avanzada. De los pacientes incluidos en el estudio, 32 recibieron el programa de intervención psicoeducativo (grupo experimental), asignándose los 34 restantes al grupo control.

La mayor parte de los participantes fueron hombres, casados, jubilados, católicos y con un nivel educativo de licenciatura. Se realizaron pruebas estadísticas para conocer si los grupos de estudio tenían características sociodemográficas similares para ser comparables, no encontrándose diferencias estadísticamente significativas entre ellos (Tabla 1).

Tabla 1. Características sociodemográficas de los grupos.

Grupos	Edad (M ± D.E.)	Sexo (%)	Estado civil (%)	Escolaridad (%)	Ocupación (%)	Religión (%)
Control N = 34	61.3 ± 8.8	Hombres (67.6) Mujeres (32.4)	Casados (70.6) Viudos (17.6)	Preparatoria (20.6) Licenciatura (26.5)	Jubilados (35.3)	Católica (85.3)
Experimental N = 32	63.6 ± 8.0	Hombres (81.2) Mujeres (18.8)	Casados (78.1) Viudos (12.5)	Preparatoria (31.3) Licenciatura (34.4)	Jubilados (46.9)	Católica (96.9)
Pruebas estadísticas	<i>t</i> de Student <i>p</i> = 0.268	X ² <i>p</i> = 0.265	X ² <i>p</i> = 0.638	<i>U</i> de Mann-Whitney <i>p</i> = 0.444	X ² <i>p</i> = 0.062	X ² <i>p</i> = 0.222

Instrumentos

Carta de consentimiento informado.

En este documento se informaban las características de la intervención psicoeducativa.

Escala de Ansiedad y Depresión Hospitalaria (HAD) (Zigmond y Snaith, 1983).

Este instrumento se compone de catorce reactivos divididos en dos subescalas de siete reactivos cada una que evalúan la Ansiedad y Depresión hospitalaria; al primer indicador corresponden los reactivos impares, y al segundo los pares, y se mi-

den con una escala tipo Likert que va de 0 a 3. Para el caso de la ansiedad, una calificación de 0 a 2 puntos se considera inexistente o nula, de 3 a 8, leve o moderada, y de más de 9, severa; en cuanto a la depresión, de 0 a 1, inexistente o nula, de 2 a 6, de leve a moderada, y de más de 7, severa. Su confiabilidad, medida con el coeficiente alfa de Cronbach, es de 0.85.

Cuestionario de Calidad de Vida Relacionada con la Salud (CCVRS) (Ramos, Figueroa, Alcocer y Ricón, 2011).

Consta de 23 reactivos con opciones de respuesta en escala tipo Likert que van de 1 a 6 puntos y su coeficiente alfa es de 0.88. Hay que mencionar que una puntuación cercana a 100 indica una mayor CVRS.

Procedimiento

Se reclutó a los pacientes el servicio de cirugía cardiotorácica y cardiología del Centro Médico Nacional 20 de Noviembre del ISSSTE según las listas de pacientes en espera de cirugía de revascularización coronaria proporcionadas por el médico responsable del servicio. Se visitó a cada paciente en su cuarto, y a los que cumplían los criterios de selección se les explicó las características del es-

tudio, solicitándoles su participación voluntaria y su firma en el formato de consentimiento informado, en el que se le garantizaba la confidencialidad de sus datos.

El estudio se ajustó a las consideraciones éticas establecidas en la Declaración del Helsinki, así como a los lineamientos establecidos por la institución hospitalaria y la Secretaría de Salud en materia de investigación clínica.

La asignación de los pacientes a un grupo control o experimental se realizó de manera aleatoria. En ambos grupos se llevó a cabo la evaluación psicológica mediante la aplicación de los instrumentos descritos anteriormente, lo que tuvo una duración aproximada de 40 minutos, cuyo fin fue identificar el grado de depresión y ansiedad y la percepción de su CVRS.

Tras la evaluación, el grupo control recibió la intervención de rutina del hospital, la cual consiste en una sesión grupal en la que el cirujano, una rehabilitadora y una trabajadora social les proporcionan información sobre el procedimiento quirúrgico y les enseñaban respiración diafragmática tanto a los pacientes como a los familiares de estos. Por otro lado, al grupo experimental se le aplicó el programa de intervención psicoeducativo que se describe en la Tabla 2.

Tabla 2. Carta descriptiva de las sesiones del programa de intervención psicoeducativa.

SESIÓN	OBJETIVOS	DURACIÓN	DESCRIPCIÓN
I	Que el paciente aprenda aspectos relevantes sobre la enfermedad y el proceso de la cirugía; logre la adquisición del conocimiento y aclare sus dudas en torno a este tema, y conozca los principios básicos de la solución de problemas y los beneficios para la recuperación posquirúrgica.	80 minutos	La información se proporcionó al paciente evitando usar lenguaje técnico. Se utilizó una tableta que contiene el material didáctico digitalizado con información e imágenes. Por otro lado, se le pidió que identificara y definiera una situación problemática originada por la falta de información relacionada con algunos síntomas o con la evaluación de su condición.
II	Que el paciente aprenda a realizar la respiración diafragmática adecuadamente y la diferencie de otros tipos de respiración; conozca los beneficios de utilizarla e identifique las situaciones en las que pueda hacer uso de ella, y conozca la toma de decisiones y la puesta en práctica de la solución de problemas.	70 minutos	Se le explicó al paciente qué es la relajación, cuáles son sus beneficios y cómo utilizarla para manejar la ansiedad preoperatoria y el dolor posquirúrgico. Luego, se le enseñó a respirar de forma diafragmática por medio de modelamiento. El paciente elegía una solución que le fuese posible aplicar en su condición de hospitalización a través de un registro en solución de problemas.
III	Que el paciente conozca los beneficios de la técnica de imaginación guiada y que la practique de una forma efectiva para el manejo y control del estrés; que aclare sus dudas respecto al programa de solución de problemas y recabe información para saber si la solución intentada logró producir los resultados esperados.	70 minutos	Se expusieron los conceptos de visualización y los beneficios de esta, para después realizar con el paciente un ejercicio de visualización guiada. Se revisaba el último ejercicio de solución de problemas y su correcto llenado.
IV	Realizar una recapitulación de lo revisado en las sesiones anteriores, aclarar dudas y evaluar la efectividad de la solución intentada como resultado del entrenamiento en solución de problemas.	30 minutos	Se efectuó un resumen de todos los elementos que contenía el programa de preparación psicológica, se resolvieron las dudas y se reforzaron los contenidos que hicieran falta.

Al término de la aplicación del programa los pacientes de ambos grupos ingresaron a su cirugía, y cinco días después del procedimiento quirúrgico se les aplicó la postevaluación (aplicación de los instrumentos descritos anteriormente, con una duración aproximada de 40 minutos). Unos días después los pacientes fueron dados de alta.

Finalmente, luego de un mes de la cirugía, cuando los pacientes regresaron a revisión médica y a que se les retiraran los puntos, se les volvió a aplicar los cuestionarios de evaluación de las variables psicológicas de estudio (seguimiento).

RESULTADOS

El análisis preoperatorio entre grupos mostró diferencias estadísticamente significativas ($p = 0.041$) en los niveles de ansiedad. La mayoría de los pacientes del grupo control calificaron en un nivel nulo, mientras que los del grupo experimental alcanzaron uno moderado (Figura 1).

Por otro lado, la mayoría de los pacientes mostraron depresión moderada en ambos grupos, sin diferencias estadísticamente significativas ($p = 0.324$) en la prueba U de Mann-Whitney (Figura 2).

Figura 1. Niveles de ansiedad preoperatoria de los grupos de estudio.

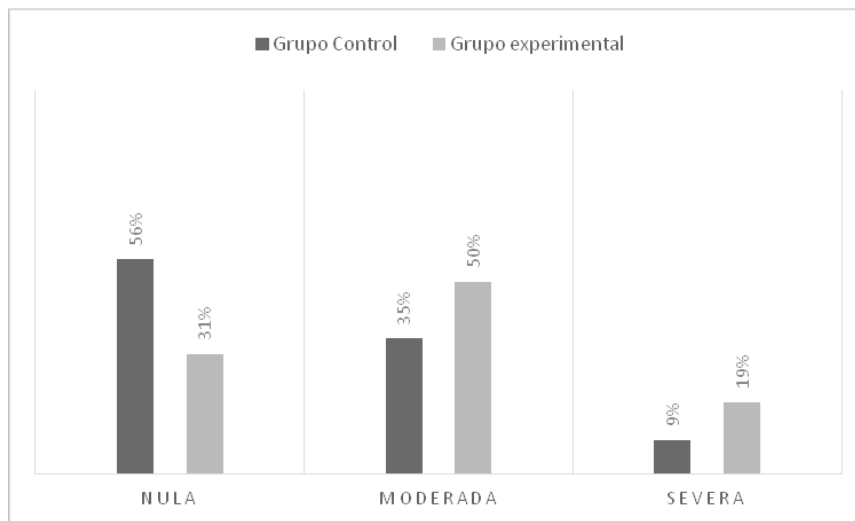
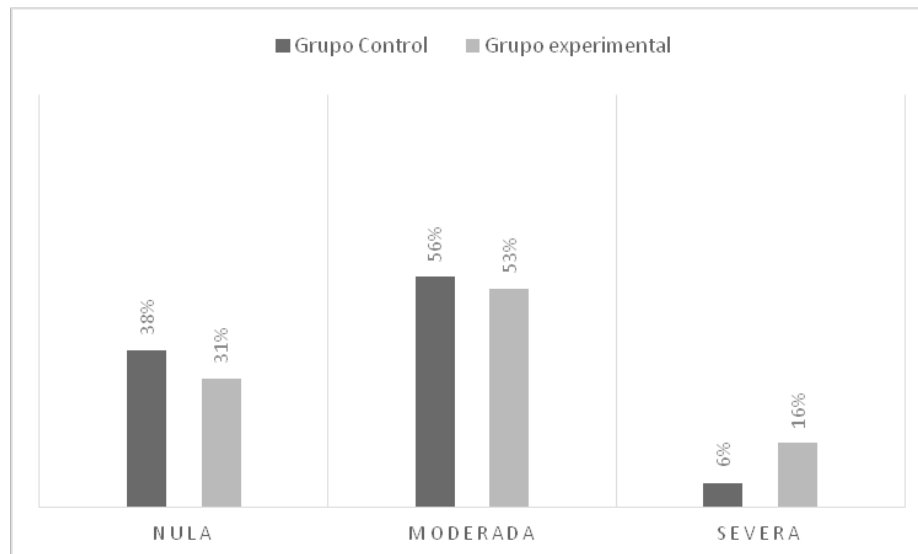
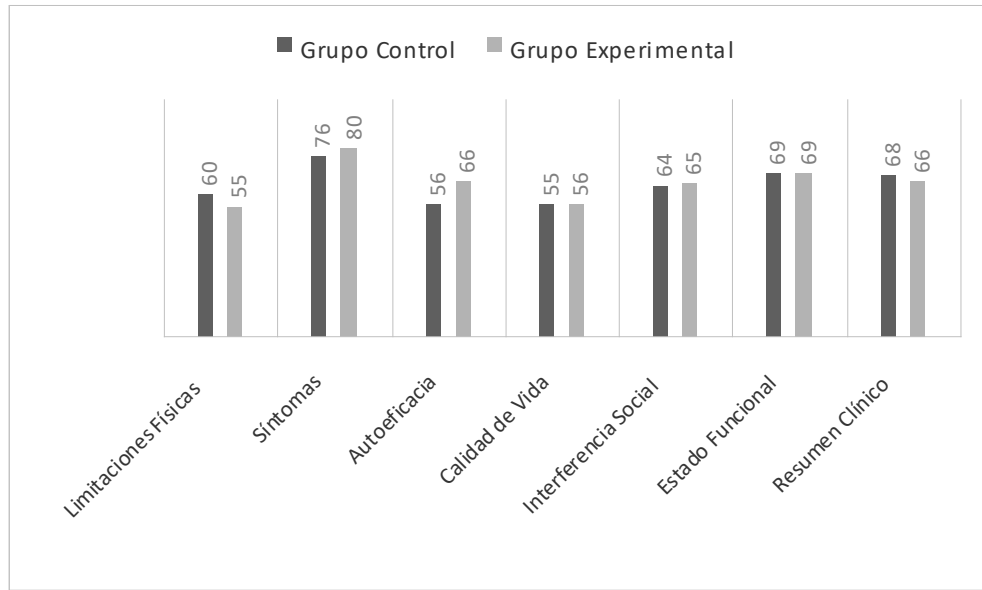


Figura 2. Niveles de depresión preoperatoria de los grupos de estudio.



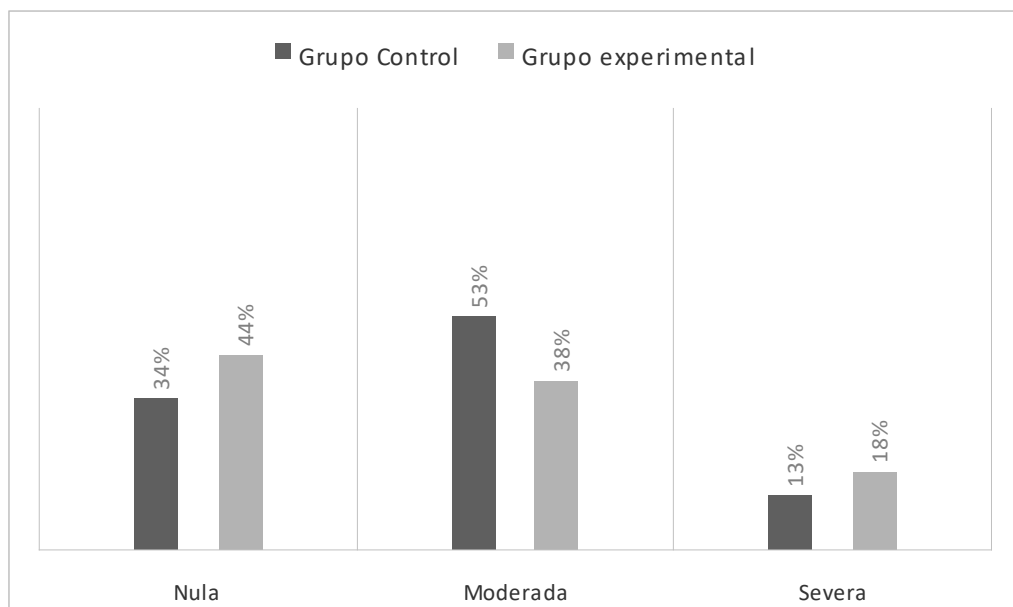
En la evaluación preoperatoria de la CVRS mediante la prueba t de Student no se hallaron entre

los grupos diferencias estadísticamente significativas en ninguna de las dimensiones (Figura 3).

Figura 3. Dimensiones de la CVRS preoperatoria de los grupos de estudio.

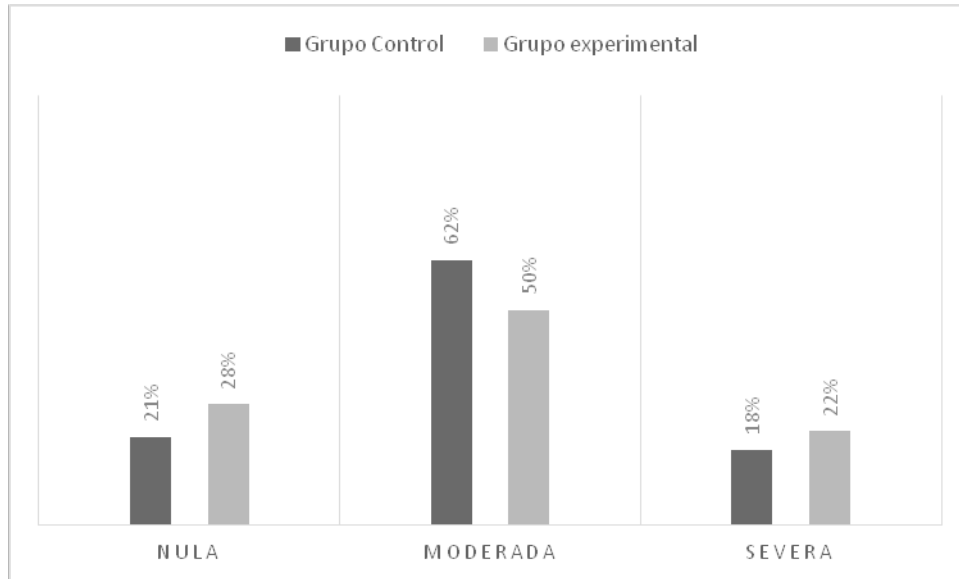
En cuanto a la evaluación postoperatoria, la mayoría de los pacientes del grupo control aumentó su nivel de ansiedad de nulo a moderado, en tanto que gran parte de los pacientes del grupo

experimental bajaron de moderado a nulo; cabe mencionar que los cambios en ambos grupos no fueron estadísticamente significativos ($p = 0.695$) (Figura 4).

Figura 4. Niveles de ansiedad postoperatoria de los grupos de estudio.

No se encontraron cambios en la depresión postoperatoria; de hecho, la mayoría de los pacientes manifestaron depresión moderada en ambos gru-

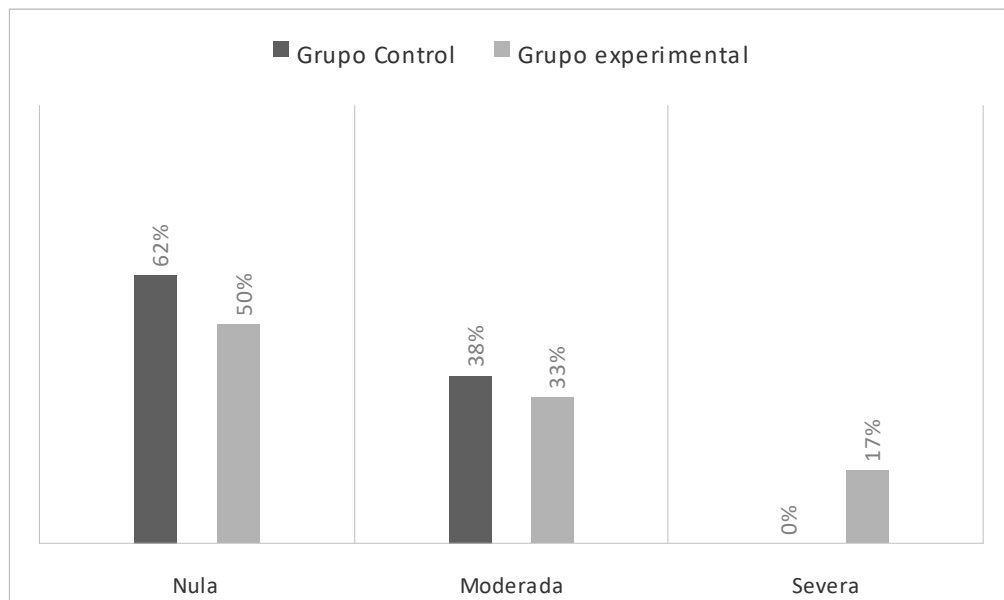
pos, sin diferencias estadísticamente significativas ($p = 0.824$) con la prueba U de Mann-Whitney (Figura 5).

Figura 5. Niveles de depresión postoperatoria de los grupos de estudio.

Un mes después de la postevaluación se evaluaron 25 pacientes en el seguimiento: 12 del grupo control y 13 del experimental.

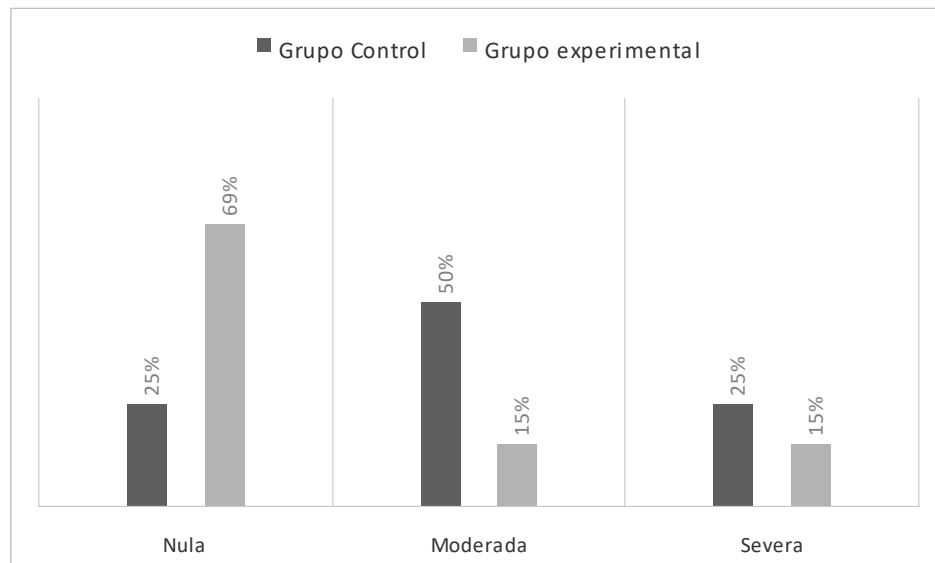
Al igual que en las primeras dos evaluaciones, la mayoría de los pacientes del grupo control obtuvo un nivel de depresión nula. Los pacientes del

grupo experimental con nivel moderado de ansiedad y que recibieron el programa de intervención psicoeducativo bajaron a grado nulo. La prueba *U* de Mann-Whitney no mostró diferencias estadísticamente significativas ($p = 0.470$) (Figura 6).

Figura 6. Niveles de Ansiedad de los grupos de estudio en el seguimiento.

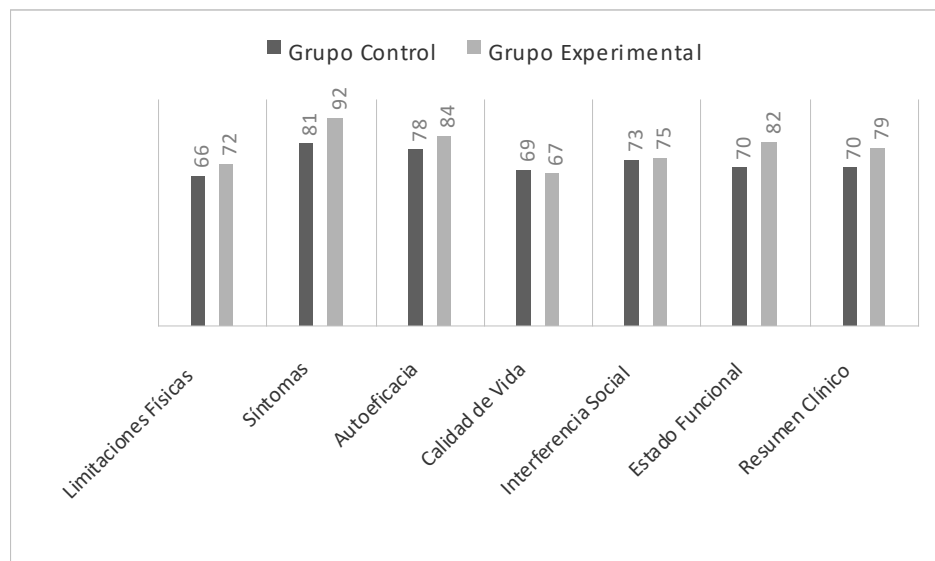
De igual manera, el nivel de depresión durante el seguimiento del grupo control fue moderado, mientras que en el grupo experimental que recibió el programa de intervención psicoeducativo, que en

las evaluaciones anteriores tenía un nivel moderado de depresión, en el seguimiento se redujo a nivel nulo. Las diferencias no fueron estadísticamente significativas ($p = 0.087$) (Figura 7).

Figura 7. Niveles de depresión de los grupos de estudio en el seguimiento.

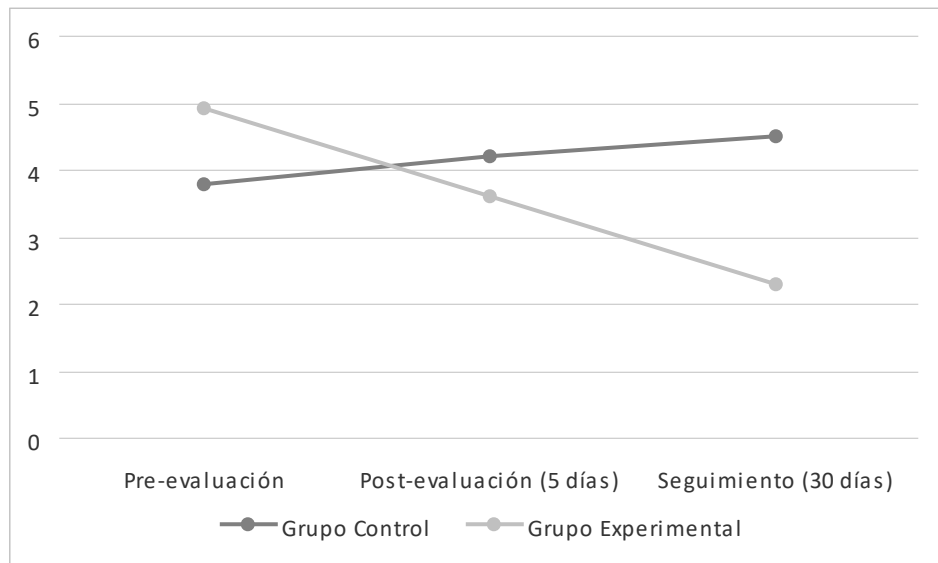
En cuanto a la evaluación de la CVRS en el seguimiento se observaron puntajes mayores en el grupo experimental que recibió el programa de intervención psicoeducativo. La prueba *t* mostró diferen-

cias estadísticamente significativas en las dimensiones de Síntomas ($p = 0.025$) y Estado funcional ($p = 0.043$) (Figura 8).

Figura 8. Dimensiones de la CVRS en los grupos de estudio durante el seguimiento.

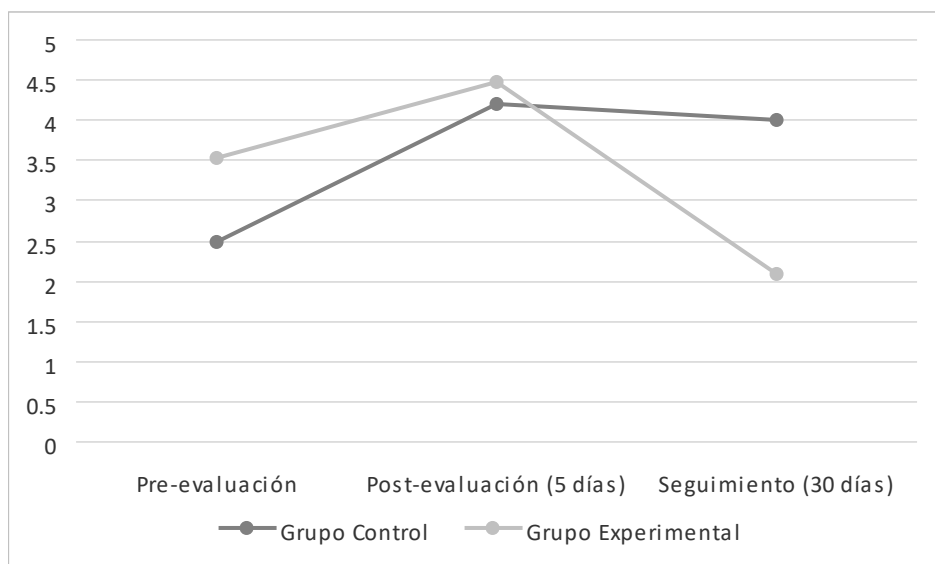
Para evaluar los cambios del nivel de ansiedad entre las mediciones en ambos grupos se efectuó la prueba de Wilcoxon para las diferencias intra-grupo entre las mediciones pre y postevaluación (control: $p = 0.896$; experimental: $p = 0.515$), preevaluación y seguimiento (control $p = 0.859$ y experimental $p = 0.824$) y postevaluación y seguimiento (control $p = 0.673$ y experimental $p = 0.894$). No se encontraron diferencias estadísticamente significativas en ninguno de los dos grupos. Sin embargo, se observó una disminución

de la ansiedad en las mediciones del grupo experimental que recibió el programa de intervención psicoeducativa, mientras que la puntuación se mantuvo casi igual en las mediciones del grupo control. También se realizó la prueba de Friedman para evaluar las diferencias entre las tres mediciones de ansiedad, sin hallar que las diferencias fueran estadísticamente significativas en alguno de los grupos (control $p = 0.695$ y experimental $p = 0.649$) (Figura 9).

Figura 9. Cambios en las tres mediciones de la ansiedad en los dos grupos.

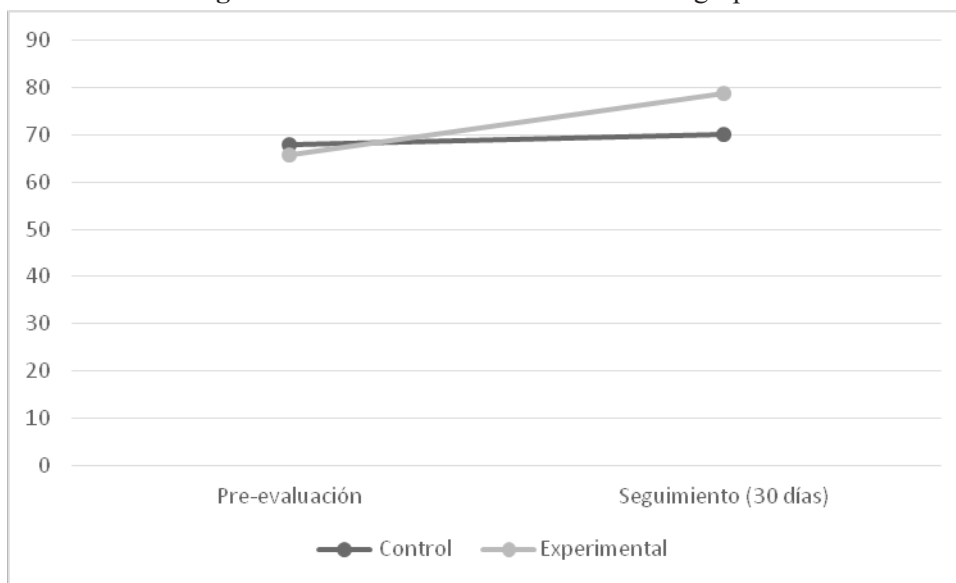
Respecto a las mediciones de la depresión, únicamente se encontraron diferencias estadísticamente significativas entre la pre y la postevaluación en el grupo experimental ($p = 0.11$) (grupo control, $p = 0.226$). Entre la preevaluación y el seguimiento (control $p = 0.964$; experimental $p = 0.721$) y la postevaluación y el seguimiento (control $p = 0.307$; experimental $p = 0.624$) no se hallaron diferencias estadísticamente significativas en ninguno de los dos grupos. Sin embargo, se observó

un aumento del nivel de depresión en la postevaluación, misma que se mantuvo igual en el seguimiento para el grupo control, pero que disminuyó en el grupo experimental que recibió el programa de intervención psicoeducativa. La prueba de Friedman arrojó que las diferencias entre las tres mediciones tampoco fueron estadísticamente significativas entre el grupo control ($p = 0.455$) y el experimental ($p = 0.521$) (Figura 10).

Figura 10. Cambios en las tres mediciones de depresión en los dos grupos.

Por otra parte, se mantuvo la percepción de la CVRS global en el grupo control, y en el grupo experimental aumentó en el seguimiento. Con la prueba de Wilcoxon se aprecia que dichas diferen-

cias no fueron estadísticamente significativas en ninguno de los grupos (grupo control $p = 0.433$; grupo experimental $p = 0.059$) (Figura 11).

Figura 11. Cambios en la CVRS en los dos grupos.

DISCUSIÓN

El objetivo de la presente investigación fue evaluar la eficacia de un programa de intervención psicoeducativa sobre el ajuste psicológico –el cual se caracteriza por la disminución de la ansiedad y la depresión y por un aumento en la calidad de vida relacionada con la salud– en pacientes con cardiopatía isquémica candidatos a cirugía de revascularización coronaria. Los resultados obtenidos en el seguimiento a un mes permiten observar una disminución de la ansiedad y la depresión en los pacientes que recibieron el programa de intervención (grupo experimental), así como un aumento en su calidad de vida relacionada con la salud, a diferencia del grupo control, en el que la ansiedad y la depresión aumentaron y la percepción de su calidad de vida disminuyó.

Además de lo anterior, el presente estudio permitió identificar una parte del perfil sociodemográfico de los pacientes, la mayoría de los cuales son hombres, casados, jubilados, católicos y con una media de edad de 62 años, lo que coincide con lo reportado por Sancho y Solano (2011). Solamente una característica discrepó con dicho perfil: los pacientes evaluados en esta muestra tenían en su mayoría un nivel educativo de licenciatura, lo cual se explica por el escenario en el que fueron evaluados; en efecto, únicamente un sector de la población en México tiene acceso a servicios de salud como el que se ofrece en el ISSSTE.

También se identificó que dichos pacientes constituyen una población en riesgo de sufrir desajustes psicológicos como consecuencia de la futura cirugía cardíaca. Aproximadamente 60% de los pacientes evaluados manifestaban síntomas de ansiedad o depresión, lo cual coincide con lo reportado en la literatura (Ai, Pargament, Appel y Kronfol, 2010; Baker, Andrew, Schrader y Knight, 2001; Batista et al., 2014; Carneiro et al., 2009; Lozano, 2009; Morales, 2013; Pignay-Demaria, Lespérance, Demaria, Frasure-Smith y Perrault, 2003).

El programa psicoeducativo que se utilizó resultó ser fácilmente aplicable y fue bien aceptado por los pacientes, quienes refirieron que se sentían satisfechos con el trabajo hecho con ellos; además, reportaron que lo aprendido les había sido muy útil. Desde un punto de vista descriptivo, se encontraron diferencias entre los grupos control y experimental. Fue claro que los segundos sufrieron menos ansiedad y depresión y gozaron de una mejor calidad de vida después de la cirugía, comparados con el grupo control, lo que coincide con los resultados obtenidos en los estudios de Méndez et al. (1996); López (2005); Castellero (2007); Amador (2010); Baumeister, Hutter y Bengel (2011); López et al. (2011); Álvarez, Lozano y Mon (2015); Doñate, Litago, Monge y Martínez (2015); Gálvez et al. (2016) y Hernández, López y Guzmán (2016).

Sin embargo, en cuanto a la significancia estadística, en el análisis para comparar las diferencias entre grupos solamente se encontraron diferencias estadísticamente significativas en el seguimiento entre el grupo control y el experimental en dos dimensiones de la calidad de vida relacionada con la salud, y en el análisis para comparar las mediciones se observó una disminución de la depresión estadísticamente significativa en el grupo experimental, así como un aumento limítrofe en la calidad de vida relacionada con la salud.

Los resultados hallados difieren de los reportados en otras investigaciones, en las que se obtuvieron diferencias estadísticamente significativas entre los grupos control y experimental, como la de Graham et al. (2008), en su estudio hecho a 261 pacientes, en la que el tratamiento psicológico se prolongó durante un año (cf. Fernández et al., 2003), por lo que se puede inferir que una de las razones por las que probablemente no se obtuvo la significancia estadística esperada puede ser el tamaño de muestra y la duración de la intervención psicológica, por lo que se recomienda aplicar el programa de intervención en muestras mayores y extender el número de sesiones del programa de intervención, reforzando así lo que ya incluye pero haciéndolo más completo.

Otro punto a considerar es que la asignación de los pacientes al grupo control y al experimental hecha aleatoriamente hizo que los niveles de ansiedad en el grupo control fueran menores que en el grupo experimental en la preevaluación, por lo que dichos pacientes presentaban más sintomatología; incluso se encontraron diferencias estadísticamente significativas en esta primera medición, por lo que ambos grupos no eran estrictamente comparables en cuanto a dicha variable; así, el impacto del programa de intervención psicoeducativa sobre la ansiedad de los pacientes del grupo experimental no se puede comparar con el del grupo control, que ya desde el principio mostraba niveles menores de ansiedad.

Además, la eficacia del programa se empezó a observar hasta el seguimiento. La literatura señala que los cambios en la sintomatología ansiosa y depresiva y en la calidad de vida relacionada con la salud no son visibles sino hasta entre uno y tres meses después de que los pacientes han llevado a cabo y mantenido los cambios aprendidos durante

la intervención (Lemos, Acosta y Agudelo, 2015; Pinheiro y Lopes, 2007). En la postevaluación, hecha una semana después de la cirugía, la condición médica y la hospitalización de los pacientes no permitían que la evaluación se llevara a cabo de una forma objetiva, por lo que se recomienda que la postevaluación se efectúe después del programa de intervención, pero antes de la cirugía, para que esta no se convierta en una variable extraña que contamine los resultados.

Otra sugerencia a partir de los resultados obtenidos en esta investigación es la evaluación de los pacientes tras un seguimiento a tres y seis meses para evaluar el mantenimiento de los cambios obtenidos a partir del programa de intervención psicoeducativo.

Es importante evaluar el impacto del programa psicoeducativo en otras variables psicológicas, tales como el estrés, el afrontamiento o el apoyo social, entre muchas otras, mismas que se han reportado como elementos que influyen en el desarrollo y pronóstico de la enfermedad cardiaca en pacientes candidatos a cirugía de revascularización coronaria (Fernández, 2014).

También se recomienda realizar una evaluación cualitativa de la percepción de los pacientes sobre la utilidad, claridad y comprensión del programa psicoeducativo y de sus contenidos a fin de realizar los cambios para mejorarlo.

Entre las limitantes que se encontraron en este trabajo es que numerosos pacientes de la muestra residían en otros lugares, lo que dificultó su seguimiento. Una sugerencia ante esta dificultad es que se realicen los seguimientos vía telefónica o vía Internet con aquellos pacientes que tengan acceso a dichos servicios.

Los pacientes con cardiopatía isquémica candidatos a cirugía de revascularización coronaria constituyen una población en riesgo de padecer desajustes psicológicos caracterizados por una sintomatología ansiosa y depresiva y una disminución de su calidad de vida relacionada con la salud. Los servicios de salud en México no incluyen programas de atención psicológica a estos pacientes, ni existen tampoco protocolos establecidos que incluyan la participación del psicólogo clínico y de la salud en el equipo multidisciplinario que se ocupa del proceso pre y posquirúrgico de los pacientes con cardiopatía isquémica, ni tampoco

durante su estancia hospitalaria antes o después de aquel .

Es necesario diseñar y poner en práctica programas de intervención psicoeducativa enmarcados en la terapia cognitivo-conductual para los pacientes candidatos a cirugía de revascularización

coronaria, toda vez que la evidencia encontrada en el presente estudio muestra la eficacia de un programa así para disminuir la ansiedad y la depresión y mejorar la percepción de la calidad de vida relacionada con la salud.

REFERENCIAS

- Ai, A.L., Pargament, K.I., Appel, H.B. y 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.
- Álvarez A., M., Lozano L., G. y Mon N., Á. (2015). Programa de educación en autocuidados en cardiopatía isquémica. *RqR Enfermería Comunitaria*, 3(2), 7-13.
- Amador Y., C. (2010). Intervención psicológica en cirugía cardíaca. *Avances en Psicología Latinoamericana*, 25(1), 52-63.
- Baker, R.A., Andrew, M.J., Schrader, G. y Knight, J.L. (2001). Preoperative depression and mortality in coronary artery bypass surgery: preliminary findings. *ANZ Journal of Surgery*, 71(3), 139-142.
- Baumeister, H., Hutter, N. y Bengel, J. (2011). Psychological and pharmacological interventions for depression in patients with coronary artery disease. *Cochrane Database System Review*, 7(9), 8-12. doi: 10.1002/14651858.CD008012.pub3.
- Burg, M.M., Benedetto, M.C., Rosenberg, R. y Soufer, R. (2003). Presurgical depression predicts medical morbidity 6 months after coronary artery bypass graft surgery. *Psychosomatic Medicine*, 65(1), 111-118.
- Carneiro, A.F., Mathias, L.A.S.T., Rassi Jr., A., Morais, N.S.D., Gozzani, J.L. y Miranda, A.P.D. (2009). Evaluation of preoperative anxiety and depression in patients undergoing invasive cardiac procedures. *Revista Brasileira de Anestesiologia*, 59(4), 431-438.
- Castillero, Y. (2007). Intervención psicológica en cirugía cardíaca. *Avances en Psicología Latinoamericana*, 25(1), 52-63.
- Doñate, M., Litago, A., Monge, Y. y Martínez, R. (2015). Aspectos de la información preoperatoria relacionada con la ansiedad del paciente programado para cirugía. *Enfermería Global*, 14(37), 170-180.
- Dos Santos, M.M.B., Martins, J.C.A. y Oliveira, L.M.N. (2014). Anxiety, depression and stress in the preoperative surgical patient. *Revista de Enfermagem Referência*, 4(3), 7-15.
- Fernández, E., Martín, M. y Domínguez, F. (2003). Factores de riesgo e intervenciones psicológicas eficaces en los trastornos cardiovasculares. *Psicothema*, 15(4), 615-630.
- Fernández M., M. (2014). Factores de riesgo cardiovascular. *MoleQla: Revista de Ciencias de la Universidad Pablo de Olavide*, 16, 33-35.
- Flores, A. (2015). *Autoeficacia, percepción de enfermedad y calidad de vida relacionada con la salud en pacientes con cardiopatía isquémica*. Tesis inédita de licenciatura. México: UNAM.
- Fundación Española del Corazón (2015). *Cirugía de revascularización coronaria*. Madrid: FEC. Recuperado de <http://www.fundaciondelcorazon.com/informacion-para-pacientes/tratamientos/cirugia-de-revascularizacion-coronaria.html>.
- Gálvez A., L.B., Erazo L., R., Rodríguez F., M.G. y Ramírez A., R. (2016). Intervención cognitivo-conductual para el control de ansiedad ante la biopsia insicional en pacientes con cáncer de mama. *Psicooncología*, 13(1), 85-99.
- Graham, I.D.A., Borch-Johnsen, K., Boysen, G., y Burell, G.R. et al. (2008). Guías de práctica clínica sobre prevención de la enfermedad cardiovascular: versión resumida. *Revista Española de Cardiología*, 61(1), e1-e49.
- Hernández, A., López, A. y Guzmán, J. (2016). Nivel de ansiedad e información preoperatoria en pacientes programados para cirugía. Un estudio transversal descriptivo. *Acta Médica del Grupo Ángeles*, 14(1), 6-11.
- Lemos, M., Acosta, D. y Agudelo, D. (2015). Calidad de vida en pacientes con cardiopatía isquémica. *Kénois*, 3(5), 28-57.
- Linden, W., Phillips, M.J. y Leclerc, J. (2007). Psychological treatment of cardiac patients: a meta-analysis. *European Heart Journal*, 28(24), 2972-2984.
- Longo, D.L. (2012). *Harrison Principios de Medicina Interna* (18ª ed.). Mexico: McGraw-Hill.
- López J., A. (2005). Programa de preparación psicológica en cirugía infantil programada. *Revista Profesional Española de Terapia Cognitivo-Conductual*, 3(20), 56-70.
- López M., C., Martínez R., A. y López M., C. (2011). Disminución de ansiedad en paciente quirúrgico mediante una intervención de enseñanza individual. *Enfuro*, 118, 13-17.
- Lozano, E. (2009). *Frecuencia de depresión en pacientes con cardiopatía isquémica ingresados al servicio de cardiología del Hospital General de México*. Tesis inédita de posgrado. México: UNAM.

- Méndez F., X., Ortigosa J., M. y Pedroche, S. (1996). Preparación a la hospitalización infantil (I): Afrontamiento del estrés. *Psicología Conductual*, 4(2), 193-209.
- Montero, I. y León, O.G. (2007). A guide for naming research studies in Psychology. *International Journal of Clinical and Health Psychology*, 7(3), 847-862.
- Morales, H. (2013). *Ansiedad preoperatoria en pacientes sometidos a cirugía programada*. Tesis inédita de especialidad. México: UNAM.
- Pignay-Demaria, V., Lespérance, F., Demaria, R.G., Frasure-Smith, N. y Perrault, L.P. (2003). Depression and anxiety and outcomes of coronary artery bypass surgery. *The Annals of Thoracic Surgery*, 75(1), 314-321.
- Pinheiro, E. y Lopes, P. (2007). Calidad de vida 2 años después de la revascularización coronaria. *Enfermería Clínica*, 17(6), 309-317.
- Ramos, B., Figueroa, C., Alcocer, L. y Ricón, S. (2011). Validación del Cuestionario de Calidad de Vida Relacionada con la Salud en pacientes con insuficiencia cardíaca. *En-claves del Pensamiento*, 5(10), 173-189.
- Sancho C., D. y Solano R., M.C. (2011). A cardiopatia isquêmica na mulher. *Revista Latino-Americana de Enfermagem*, 19(6), 1462-1469.
- Tennant, C. y McLean, L. (2001). The impact of emotions on coronary heart disease risk. *Journal of Cardiovascular Risk*, 8(3), 175-183.
- Thombs, B.D., De Jonge, P., Coyne, J.C., Whooley, M.A., Frasure-Smith, N., Mitchell, A.J., et al. (2008). Depression screening and patient outcomes in cardiovascular care: A systematic review. *Journal of the American Medical Association*, 300(18), 2161-2171.
- Zigmond, A.S. y Snaith, R.P. (1983). The Hospital Anxiety and Depression Scale. *Acta Psychiatrica Scandinavica*, 67(6), 361-370.