



UNIVERSIDAD NACIONAL DE CHIMBORAZO

FACULTAD DE CIENCIAS DE LA SALUD

CARRERA DE PSICOLOGÍA CLÍNICA

**TESINA DE GRADO PREVIO A LA OBTENCIÓN DEL
TÍTULO DE PSICÓLOGO CLÍNICO**

TEMA:

**“LA PSICOPROFILAXIS QUIRÚRGICA Y SUS
EFECTOS EN LA ANSIEDAD DE PACIENTES
PREOPERATORIOS DEL HOSPITAL MILITAR DE LA
CIUDAD DE RIOBAMBA, JUNIO-SEPTIEMBRE 2012”**

**AUTORES: KLEVER ATUPAÑA
 JULIO MUÑOZ**

TUTORA: DRA. ISABEL CANDO

RIOBAMBA – ECUADOR

2013

DERECHO DE AUTORÍA

Nosotros, **Klever Atupaña** y **Julio Muñoz** somos responsables de todo el contenido de este trabajo investigativo, los derechos de autoría pertenecen a la Universidad Nacional de Chimborazo.

AGRADECIMIENTO

Agradezco a DIOS, por darme el don de la vida, la salud y sabiduría, a mis queridos padres por su permanente apoyo, consejos y orientación para seguir en mi formación profesional, a todos mis familiares y a todas las personas que de una u otra manera me brindaron su apoyo, en mi labor diaria en el desarrollo de la Tesis de Grado, por su incansable comprensión en los momentos de trabajo y desarrollo de la misma.

Klever

Agradezco a Dios, porque ha estado conmigo en cada paso que doy dándome fortaleza para avanzar sin temor, a mis padres pilares fundamentales en mi vida por haberme dado la fuerza y apoyo incondicional que me ha ayudado y llevado hasta donde estoy ahora, a mi tutora de tesis Dra. Isabel Cando quien con su conocimiento, confianza y paciencia me ayudó a culminar este trabajo.

Julio

INDICE GENERAL

ÍNDICE DE CUADROS.....	v
ÍNDICE DE GRÁFICOS.....	vii
RESUMEN.....	viii
SUMARY.....	ix
INTRODUCCIÓN.....	1
CAPÍTULO I	3
PROBLEMATIZACIÓN	3
Planteamiento del Problema.....	4
Formulación del Problema.....	5
Objetivos.....	5
Objetivo General.....	5
Objetivos Específicos.....	5
Justificación.....	6
CAPÍTULO II	8
MARCO TEÓRICO	8
Línea de investigación.....	9
Posicionamiento teórico personal.....	9
Fundamentación teórico.....	10
Antecedentes de la investigación.....	10

Psicoprofilaxis quirúrgica.....	13
Antecedentes históricos.....	14
Definiciones.....	15
Niveles de aplicación.....	15
Técnicas psicoterapéuticas.....	18
Psicoeducación.....	18
Antecedentes históricos.....	18
Definiciones.....	19
Objetivos.....	20
Tipos de psicoeducación.....	20
Distorsiones cognitivas.....	22
Principales distorsiones cognitivas.....	22
Catastroficación.....	23
Razonamiento emocional.....	24
Sobre generalización.....	24
Reestructuración cognitiva.....	26
Antecedentes históricos.....	26
Definiciones.....	27
Objetivo.....	27
Pasos de la reestructuración cognitiva.....	27
Respiración para control de la ansiedad.....	28

Definición.....	28
Efectos psicofisiológicos de la respiración.....	29
Ejercicios de respiración.....	29
Tipos de ejercicios respiratorios.....	30
Pasos de la respiración para controlar la ansiedad.....	32
Ansiedad de pacientes preoperatorios.....	33
Ansiedad preoperatoria.....	34
Síntomas.....	35
Factores que intervienen en la aparición de ansiedad preoperatoria.....	36
Desencadenamiento de la ansiedad preoperatoria.....	37
Consecuencias de ansiedad preoperatoria.....	38
Proceso quirúrgico o Cirugía.....	39
Modelo de intervención psicoterapéutica en pacientes preoperatorios.....	42
Definición de términos básicos.....	45
Hipótesis y variables.....	51
Hipótesis.....	51
Variables.....	51
Variable independiente.....	51
Variable dependiente.....	51
Operacionalización de variables.....	52
CAPITULO III.....	53

MARCO METODOLÓGICO	53
Método.....	54
Población y muestra.....	55
Población.....	55
Muestra.....	55
Criterios de inclusión y exclusión.....	55
Técnicas e instrumentos de recolección de datos.....	56
Técnicas.....	56
Instrumentos.....	57
Técnicas para el análisis e interpretación de resultados.....	58
CAPITULO IV	59
ANALISIS E INTERPRETACION DE RESULTADOS	59
COMPROBACION DE HIPOTESIS	72
CAPITULO V	73
CONCLUSIONES Y RECOMENDACIONES	73
Conclusiones.....	74
Recomendaciones.....	76
BIBLIOGRAFÍA	77
ANEXOS	79

ÍNDICE DE GRÁFICOS

CUADRO No. 1	35
Sintomatologías de la ansiedad	
CUADRO No. 2	52
Operacionalización de variables	
CUADRO No. 3	55
Tipo de intervenciones quirúrgicas y número de pacientes	
CUADRO No. 4	58
Valores de la escala de la ansiedad de Max Hamilton	
CUADRO No. 5	60
Nivel de conocimiento de los pacientes sobre el proceso quirúrgico antes de la aplicación de la psicoeducación.	
CUADRO No. 6	62
Nivel de conocimiento de los pacientes sobre el proceso quirúrgico después de la aplicación de la psicoeducación.	
CUADRO No. 7	64
Distorsiones cognitivas de los pacientes preoperatorios.	
CUADRO No. 8	68
Intensidad de ansiedad que causa la cirugía en los pacientes preoperatorios antes de la aplicación de la psicoprofilaxis quirúrgica (RESPIRACIÓN)	

CUADRO No. 9	70
Intensidad de ansiedad que causa la cirugía en los pacientes preoperatorios después de la aplicación de la psicoprofilaxis quirúrgica (RESPIRACIÓN)	
CUADRO No. 10	80
Ficha de seguimiento psicoterapéutico	
CUADRO No. 11	83
Test de Escala de Valoración de ansiedad de Max Hamilton	

ÍNDICE DE GRÁFICOS

GRÁFICO No. 1	60
Nivel de conocimiento de los pacientes sobre el proceso quirúrgico antes de la aplicación de la psicoeducación.	
GRÁFICO No. 2	62
Nivel de conocimiento de los pacientes sobre el proceso quirúrgico después de la aplicación de la psicoeducación.	
GRÁFICO No. 3	64
Distorsiones cognitivas de los pacientes preoperatorios.	
GRÁFICO No. 4	68
Intensidad de ansiedad que causa la cirugía en los pacientes preoperatorios antes de la aplicación de la psicoprofilaxis quirúrgica RESPIRACIÓN	
GRÁFICO No. 5	70
Intensidad de ansiedad que causa la cirugía en los pacientes preoperatorios después de la aplicación de la psicoprofilaxis quirúrgica RESPIRACIÓN	

RESUMEN

La presente investigación tiene la finalidad de dar a conocer la importancia de la psicoprofilaxis quirúrgica y sus efectos en la ansiedad de pacientes preoperatorios atendidos en el Hospital Militar de la ciudad de Riobamba período junio-septiembre del 2012. El propósito primordial consiste en facilitar la información y apoyo psicológico en todo el proceso quirúrgico, sobre sensaciones que va a experimentar, equilibrar las características ansiógenas de la cirugía, disminuyendo así el nivel de ansiedad del individuo. La investigación se realizó utilizando los métodos: científico, clínico psicométrico e inductivo. Se trabajó con una muestra de: 10 pacientes que fueron sometidos a cesárea y 10 de colecistectomía. Para la obtención de la información, se realizó una encuesta que permitió conocer los niveles de información que tiene el paciente sobre el proceso quirúrgico e identificar las distorsiones cognitivas, además se aplicó la Escala de valoración de Max Hamilton para medir los niveles de ansiedad de los investigados. Los resultados de la encuesta aplicada muestran los siguientes resultados. En el ámbito psicoeducativo el 65% de los pacientes responden que desconocen sobre el proceso quirúrgico. En el ámbito emocional el 90% manifiestan que si tienen miedo a la cirugía, debido a sus creencias culturales y la incidencia de la mala información del contexto social. El 80% de pacientes presenta la distorsión cognitiva de catastrofización, señalan que tienen miedo a morir en la cirugía. Mientras que los resultados de la escala de valoración de Max Hamilton de ansiedad evidencian que: El 65% de pacientes antes de la aplicación de la psicoprofilaxis presentan intensidad fuerte de ansiedad. Los pacientes que recibieron psicoprofilaxis quirúrgica disminuyeron considerablemente los niveles de ansiedad y lograron afrontar de mejor forma la cirugía. El profesional tratante debe proporcionar información al paciente sobre su enfermedad y las medidas a tomarse de una manera más integral, donde incluya sus valores, creencias y percepciones.

SUMMARY

The present research is designed to acquaint the importance of **psychoprophylaxis surgical and its effects in the anxiety of preoperative patients served in the Military Hospital in the city of Riobamba period June-September 2012**. The primary purpose is to facilitate information and emotional support throughout the surgical process, about sensations that is going to experience, to balance the characteristics ansiógenas surgery, thus decreasing the anxiety level of the individual. The research was conducted using the methods: scientific, clinical and psychometric inductive. Working with a sample of: 10 patients who underwent cesarean section and 10 of cholecystectomy. In obtaining the information, a survey was conducted that made it possible to know the levels of information that has the patient on the surgical process and identify the cognitive distortions, in addition is applied to the valuation of Max Hamilton to measure levels of anxiety of the investigated. The results of the survey show the following results. In the psycho-educative field 65% of patients respond to unknown on the surgical process. In the emotional area 90% say that if you are afraid of the surgery, due to their cultural beliefs and the incidence of bad information on the social context. The 80% of patients have cognitive distortion of catastrofización, indicate that they are afraid to die in the surgery. While the results of the rating scale of Max Hamilton anxiety shows that: 65% of patients prior to the implementation of psychoprophylaxis presented high intensity of anxiety. Patients who received surgical psychoprophylaxis significantly reduced levels of anxiety and managed to weather the best surgery. The professional broker should provide information to the patient about their disease and the measures to be taken in a more holistic manner, where include their values, beliefs and perceptions.

INTRODUCCIÓN

En los hospitales del mundo se encuentran realizando cirugías desde las menos complejas hasta las más riesgosas en donde es importante la labor psicológica en especial la psicoprofilaxis quirúrgica en pacientes antes de su ingreso al quirófano.

El presente trabajo de investigación describe los efectos que puede provocar la ansiedad en la persona que va a ser intervenida quirúrgicamente en el área de cirugía del Hospital Militar de la ciudad de Riobamba, ya que los problemas de ansiedad en los centros hospitalarios es una realidad que cada vez va apareciendo con más intensidad y que es un alto nivel de preocupación de la comunidad beneficiaria por la desintegración familiar.

En las familias con intervención quirúrgica se ha observado una mayor incidencia de problemas psicológicos en relación a otras familias que no los tienen. La ansiedad, la depresión, el estrés, los trastornos de conducta son los problemas más comunes. Una correlación entre el rol del paciente y los problemas psicológicos que conlleva haber sido operado/da ha sido encontrada.

La distribución de la presente Tesis de Grado está conformada por cinco capítulos a saber:

En el **Capítulo I** se describe el problema y sus generalidades, donde se indica el caso concreto de lo que sucede en nuestra sociedad, de cómo surge y de qué forma influye este problema en la sociedad, además los objetivos.

En el **Capítulo II** se especifica el marco teórico, donde se indica de estudios similares a la investigación planteada, además se describe las técnicas utilizadas en los pacientes que fueron intervenidos quirúrgicamente.

En el **Capítulo III** se describe el marco metodológico, en el mismo se comenta todo lo referente al tipo; nivel; población; técnicas y procedimientos de la investigación.

En el **Capítulo IV** se hace referencia al análisis estadístico mediante la representación de gráficos y cuadros de los datos obtenidos en la investigación.

En el **Capítulo V** se expone las conclusiones en razón de este trabajo y se plantea las recomendaciones requeridas, con el objetivo de facilitar una información que favorezca el desarrollo de programas de intervención en pacientes preoperatorios que, además de asegurar su supervivencia y mejoren su calidad de vida.

CAPÍTULO I

PROBLEMATIZACIÓN

1.1. PLANTEAMIENTO DEL PROBLEMA

El acto quirúrgico, por pequeño que sea, causa un impacto emocional en la persona que se somete a dicho suceso. El miedo y la ansiedad son sensaciones inherentes al ser humano, las que se expresan en general cuando el paciente será sometido a una cirugía.

Existen diferentes tipos de cirugías desde las más complicadas; operaciones del cerebro conocidas como craneotomía, del corazón (corregir malformaciones cardíacas congénitas). También incluye el trasplante cardíaco. Otras operaciones e intervenciones quirúrgicas como órganos internos, lesiones a nivel óseo hasta corrección de malformaciones; lo cual simplemente genera en el individuo miedo, tensión, alteración del estado fisiológico, ruptura en el equilibrio emocional de quienes la padecen así como de sus familiares.

La ansiedad es un malestar psíquico y físico que nace de la sensación de peligro inmediato y se caracteriza por un temor difuso, que va de la inquietud al pánico.

En el Hospital Militar las cirugías más frecuentes son la cesárea y colecistectomía, en los cuales los pacientes que fueron intervenidos anteriormente algunos tienen resultados negativos debido a múltiples factores entre ellos los provocados por la ansiedad en el proceso preoperatorio, consultados los pacientes acerca de la ayuda y asistencia recibida antes de someterse a la intervención, manifiestan que no lo tuvieron y dialogando sobre su experiencia con personas que han sido intervenidas en otras casas de salud nos dicen que se debe mejorar y preparar adecuadamente para asegurar el éxito en la intervención.

El propósito primordial consiste en facilitar la información y apoyo psicológico en todo el proceso quirúrgico, sobre sensaciones que va a experimentar, equilibrar las características ansiógenas de la cirugía, disminuyendo así el nivel de ansiedad del individuo; además tiene como objetivo disminuir la morbilidad psicológica postquirúrgica y favorecer la recuperación del paciente, en relación con su esquema

corporal, inserción social y vínculo con el equipo médico; para de esta forma lograr la pronta recuperación.

El éxito del trabajo se fundamenta en una propuesta de ayuda que estructurada adecuadamente inicie con una evaluación al paciente y sus familiares en la que se determine con exactitud los problemas psicológicos que enfrenta, para mediante técnicas lograr mejorar el estado de ánimo y enfrentar el proceso de cirugía en forma normal lo que permitirá tener éxito en el proceso; factores que servirán para mejorar la imagen y profesionalismo institucional.

1.2. FORMULACIÓN DEL PROBLEMA

¿Cómo la psicoprofilaxis quirúrgica interviene en los efectos de la ansiedad de pacientes preoperatorios del Hospital Militar de la ciudad de Riobamba, junio-septiembre del 2012?

1.3. OBJETIVOS

1.3.1 OBJETIVO GENERAL

Determinar los efectos de la psicoprofilaxis quirúrgica en la ansiedad de los pacientes preoperatorios del Hospital Militar de la ciudad de Riobamba, junio-septiembre del 2012.

1.3.2 OBJETIVOS ESPECÍFICOS

1. Seleccionar los pacientes preoperatorios que presentan ansiedad a través de la escala de valoración de ansiedad de Max Hamilton.
2. Identificar las causas de ansiedad que presentan los pacientes preoperatorios.

3. Aplicar las técnicas de psicoprofilaxis quirúrgica para el manejo de la ansiedad en los pacientes preoperatorios.
4. Demostrar que la psicoprofilaxis quirúrgica contribuye al control de la ansiedad en los pacientes preoperatorios.

1.4 JUSTIFICACIÓN

A pesar de los avances en la medicina y las técnicas quirúrgicas, la cirugía representa indudablemente un evento ansiógeno para muchos, alrededor de la cual existen preocupaciones sobre la muerte, dependencia física, no despertar de la anestesia, el dolor, la enfermedad, recuperación, separación con la familia, situación económica, laboral y hospitalización entre otros.

Las intervenciones quirúrgicas, aunque pueden representar un alivio, también están cargadas de ansiedad y constituyen una fuente de trauma psicológico para el paciente, porque lo obliga a enfrentar situaciones desconocidas, que implican ciertos riesgos para la vida.

Durante las prácticas pre-profesionales los conocimientos adquiridos durante los 5 años de estudio de la carrera fueron indispensables para hoy lograr realizar esta investigación ya que partimos de las experiencias vividas.

Como egresados de la Escuela de Psicología Clínica hemos visto factible realizar esta investigación debido a que existe desconocimiento de la sociedad acerca de las intervenciones quirúrgicas, ya que exige a la persona afrontar contextos desconocidos, que involucra cierto peligro de vida.

Es importante preparar a la persona psicológicamente para cualquier intervención quirúrgica, proveyéndole información, enseñándole técnicas de respiración, escuchándole y eliminando sus miedos, así la ansiedad disminuye y la estadía hospitalaria es temporal, el dolor es menor por lo tanto menor necesidad de

analgésicos, el post-operatorio es más corto y la persona tiene un sentido de bienestar y de control.

El propósito de realizar este trabajo es lograr que la persona intervenida quirúrgicamente mejore su calidad de vida de la conflictiva planteada por la cirugía, ofertando psicoprofilaxis quirúrgica, apoyo psicológico y técnicas de afrontamiento, solventándole dudas e inquietudes, con lo que mejoraremos la calidad de los cuidados que se les proporciona.

El Hospital Militar en su afán de brindar un servicio integral de calidad, la administración se encuentra empeñada en tratar integralmente al paciente y aportar positivamente en la recuperación y conservación de la salud de la población civil y militar que actualmente es atendida.

CAPÍTULO II
MARCO TEÓRICO

2. LINEA DE INVESTIGACIÓN:

LINEA MACRO: Salud Integral

SUBLINEA: Cuidado de la salud para el desarrollo humano.

2.1 POSICIONAMIENTO TEÓRICO PERSONAL

La presente investigación esta basada en la teoría de **Glasserman**, autor del libro Estrés preoperatorio y riesgo quirúrgico quien menciona que la psicoprofilaxis quirúrgica ha sido definida como un procedimiento terapéutico cuyo objetivo es reducir el impacto psicológico potencialmente traumático de la experiencia quirúrgica, y tender al logro de una mejor adaptación a la situación pre y post-operatoria y a la prevención de conflictos futuros. (1)

Los fundamentos teóricos de las técnicas psicoterapéuticas que se emplearon en la psicoprofilaxis quirúrgica para el tratamiento de la ansiedad a pacientes en la etapa preoperatoria son:

Psicoeducación descrita por **Víctor García** Doctor en Pedagogía quien menciona que la intervención psicoeducativa puede ser entendida como propiciadora de una situación de enseñanza-aprendizaje.

Reestructuración Cognitiva basada en los aportes de **J.Mc Closkey** y **G.M. Bulechek** Licenciadas en psicología del instituto del NIC intervención médica clasificada (Nursing Interventions Classification), quienes mencionan que la reestructuración cognitiva consiste en; “Estimular al paciente para que altere los esquemas de pensamiento desordenados y se vea a sí mismo y al mundo de forma más realista.” (2)

Respiración para control de ansiedad, mencionada por la Dra. Carol Speads catedrática en psicología, quien menciona que existen numerosos factores que influyen en la forma de respirar y que pueden alterarla considerablemente. Esto, que

en esencia es funcional, ya que la respiración debe adaptarse a las necesidades del organismo, puede llegar a ser problemático cuando conduce a patrones de respiración inapropiados, inconvenientes o nocivos para la salud de donde la respiración tiene un cambio frente a un agente estresor en este caso es en la noticia de la intervención quirúrgica. (3)

Ansiedad preoperatoria descrita por **Miguel Tobal** Doctor en psicología autor del libro **Ansiedad preoperatoria** manifiesta que la ansiedad preoperatoria es una reacción fisiológica, psicológica y cognitiva que debe enfrentar un paciente antes de someterse a la cirugía. (4)

2.2 FUNDAMENTACIÓN TEÓRICA

2.2.1 ANTECEDENTES DE LA INVESTIGACIÓN

Durante la investigación realizada se pudieron encontrar estudios similares al proyecto planteado como se detalla a continuación:

Venezuela, En la Universidad Rafael Urdaneta, Escuela de Psicología, se desarrolló la investigación sobre el Efecto de un programa de psicoprofilaxis sobre los niveles de ansiedad en pacientes oncológicos (2011).

La presente investigación está dirigida a observar el efecto de un programa de psicoprofilaxis en los niveles de ansiedad en los pacientes oncológicos, en el centro oncológico de Maracaibo (Oncoamérica).

El estudio fue de tipo experimental, y la población estuvo conformada por 23 pacientes entre 20 a 80 años, 9 personas de género masculino y 14 del género femenino.

Se utilizó el cuestionario de Autoevaluación de ansiedad de **rasgo-estado** en adultos (STAI) de Spilberger (1999) con la finalidad de obtener una única escala que

permita obtener medidas objetivas en autoevaluación en fenómenos de ansiedad en adultos.

Para el análisis de los datos se utilizó el análisis descriptivo y la *t* de Student para así dar significación estadística. Los resultados obtenidos para el pre-test fue una media de 72-78 para ansiedad estado y 75-00 para ansiedad rasgo, mostrando una ansiedad elevada, y para el post-test 43-57 de ansiedad estado y 43-39 de ansiedad rasgo teniendo ansiedad leve.

Luego se tomó como punto de comparación los puntajes de significación bilateral ya que estos fueron 0. Se puede constatar que hubo disminución significativa de la ansiedad.

Concluyendo que los efectos del programa de psicoprofilaxis redujeron de manera estadísticamente significativa los niveles de ansiedad en la muestra de pacientes entre 20 a 80 años en el centro Oncológico de Maracaibo (Oncoamérica).

Guatemala en la Universidad de San Carlos de Guatemala, Escuela de ciencias psicológicas se desarrolló la investigación “Efectividad de un programa psicoprofiláctico en la reducción de ansiedad en pacientes pre-operatorios con fracturas faciales”

El estudio se llevó a cabo en el Hospital General de Accidentes del Instituto Guatemalteco de Seguridad Social. En el servicio de máxilo facial.

La ejecución del programa psicoprofiláctico se aplicó a un grupo control y a uno experimental, de 15 pacientes cada uno, de ambos sexos, mayores de edad, y que fueron ingresados por el servicio de urgencias del hospital o referidos por otras unidades médicas del país para su posterior tratamiento quirúrgico. A los pacientes se aplicó el test de W. Zung (S. A. S.).

Entre todos los pacientes, la mayoría fueron varones sobre el total de la población, alcanzando casi el 90% y el restante 10% del género femenino.

En su estado civil, casi el 40% eran solteros, el 3% divorciados y casados o unidos casi el 60%. En estos últimos se reflejaba preocupación, pues como ellos mismos manifestaban, sentían miedo de no sobrevivir, y quedar mal tras la operación, perder su trabajo y el sentimiento de zozobra e impotencia de sentirse con la cara desfigurada, y el malestar de no poder llevar dinero a casa, ya que sabían que la recuperación tardaría.

Las dos muestras fueron formadas al azar en cuanto a sus integrantes, el primer grupo de pacientes antes de la aplicación de la psicoprofilaxis, casi el 50% en su primera aplicación del test S:A:S: se encontraban en la categoría de mínimo a moderada (de 45 a 59 grados); no existiendo ninguno entre la categoría de severa a extrema de (75-100 grados). Encontrándose un promedio general ligeramente superior a los 50 grados de ansiedad.

Luego de la aplicación de la psicoprofilaxis, en su segunda aplicación del S.A.S. casi el 95% de los pacientes se ubicaron en la categoría de ansiedad de ninguna a mínima (de 25 a 44 grados), obteniéndose un promedio general de un poco más de 35 grados de ansiedad en contraste de los 50 antes de la psicoprofilaxis.

Lo contrario sucedió con la segunda muestra, que sin la aplicación de la psicoprofilaxis, en su primera aplicación S.A.S. encuentra que casi el 65% de los pacientes se encontraban en la categoría de mínima a moderada (de 45 a 59 grados); no existiendo ningún paciente entre los niveles de moderada a extrema, con un promedio general de más de 45 grados de ansiedad.

Debido a la ausencia de psicoprofilaxis y luego de la segunda prueba S.A.S. los pacientes se mantenían dentro de la categoría del nivel mínima a moderada, pero aumentando en un promedio general de más de 50 grados de ansiedad y

observándose una disminución en el nivel de ansiedad, de ninguna a mínima de un casi 36% a un 22%.

Al contrastar las dos muestras, se observa como la aplicación de la psicoprofilaxis reduce los grados de ansiedad de 50 a 38 grados promedio de ansiedad en la primera muestra, versus los 45 grados y su tendencia a incrementarse a 50 grados promedio de ansiedad en la muestra dos.

Haciendo una comparación, los pacientes de la muestra número uno, en su primera aplicación del test S.A.S. y sin psicoprofilaxis, casi 30% se encontraban en el nivel de ansiedad de ninguna a mínima (de 24 a 44 grados), luego en su segunda aplicación del test S.A.S. y ya habiendo recibido la psicoprofilaxis casi el 95% de los pacientes se ubicaban en este mismo nivel de ansiedad.

Lo anterior, versus los pacientes de la muestra número dos, los cuales en su primera aplicación del test y sin psicoprofilaxis se encontraban con el casi 36% en el nivel de ansiedad de ninguna a mínima (de 25 a 44 grados), redujeron a casi el 22% en el mismo nivel de ansiedad después de la segunda aplicación del test S.A.S. y sin recibir la psicoprofilaxis, es decir, aumento de casi 65% de los pacientes que se encontraban en el nivel de ansiedad de mínima a moderada (de 45 a 59 grados) a un 71% en el mismo nivel de ansiedad, lo cual demuestra que la psicoprofilaxis si es efectiva en la disminución de ansiedad en pacientes pre-operatorios con problemas faciales, y sugiere que podría ser utilizada efectivamente en otras esferas de atención física del paciente ayudando a que su psique se equilibre, para lograr una mejor y pronta recuperación. Sabiendo que el paciente puede responder mejor si se le proporciona una atención integral.

2.2.2 PSICOPROFILAXIS QUIRÚRGICA

Es una práctica interdisciplinaria ubicada entre la ciencia médica y la psicología, con un amplio y flexible marco conceptual en el que el trabajo con pacientes se realiza utilizando distintas estrategias, técnicas y recursos.

ANTECEDENTES HISTORICOS

La psicoprofilaxis surgió a fines de la Segunda Guerra Mundial, en los países anglosajones. Es importante resaltar que su alcance no se limita a asistir psicológicamente a quienes van a afrontar un procedimiento quirúrgico, sino que también contempla la atención de sus familiares y se combina de manera interdisciplinaria con el equipo quirúrgico.

Argentina es uno de los países que hace más de tres décadas desarrolló la técnica de la psicoprofilaxis, la misma que empezó como una experiencia novedosa y de acuerdo a las aportaciones de autores como: Susana. García, María Cristina Lado, Carina Makler, Mabel Besada, María del Carmen Mucci y Jorge Augusto Covaro; mencionan que la finalidad es prevenir y evitar que la circunstancia de la enfermedad y la operación produzca trauma psicológico al paciente.

Entre diciembre de 1994 y julio de 1999, se trabajó con una población de 667 sujetos evaluados y asistidos en distintas fases del proceso quirúrgico.

Eran pacientes adultos hospitalizados en Cirugía General, para cirugías programadas o internación por patologías agudas, de heterogénea complejidad diagnóstica. El abordaje de cada sujeto fue individual. La distribución por sexo es: 419 mujeres (63%) y 248 hombres (37%). Las edades oscilan entre 15 y 87 años, con una edad promedio de 48 en mujeres y 45 en hombres. La frecuencia promedio de pacientes asistidos es 11 mensuales. El promedio de entrevistas individuales es 3.

La investigación concluyó que los pacientes que reciben asistencia psicológica previa a la operación reducen el uso de analgésicos postoperatorios, disminuyen niveles de ansiedad a montos tolerables, cicatrizan más rápidamente y acortan el período de internación en un promedio de dos a tres días.

DEFINICIONES

Existen muchos autores que definen a la psicoprofilaxis quirúrgica, a continuación se menciona las más importantes:

- **“La psicoprofilaxis quirúrgica ha sido definida como un procedimiento terapéutico cuyo objetivo es reducir el impacto psicológico potencialmente traumático de la experiencia quirúrgica, y tender al logro de una mejor adaptación a la situación pre y postoperatoria y a la prevención de conflictos futuros” Glasserman.**
- Es un proceso psicoterapéutico a corto plazo con objetivos preventivos que apunta a promover en el paciente recursos cognitivos, afectivos comportamentales e interaccionales que lo ayuden a afrontar la intervención quirúrgica, reducir los potenciales efectos adversos de la operación y posibilitar la recuperación biopsicosocial **Mucci, 2004.** (5)

NIVELES DE APLICACIÓN

La psicoprofilaxis quirúrgica se sitúa claramente en el campo de la psicología preventiva. El concepto de prevención remite a la anticipación de un daño o perjuicio que pueda ocurrir en el futuro con la finalidad de evitarlo. (5)

En la prevención se distinguen tres niveles; los mismos que han sido establecidos por la Organización Mundial de la Salud:

- **Prevención primaria:** Promoción de la salud y protección contra la aparición de trastornos
- **Prevención secundaria:** Diagnóstico y tratamiento temprano, reducción de la duración de los trastornos y prevención de secuelas e incapacidades.

- **Prevención terciaria:** Rehabilitación biopsicosocial cuando la incapacidad y el deterioro ya se han producido.

El trabajo de prevención psicoterapéutica consiste en colaborar con el paciente a elaborar lo que va a suceder para que pueda darle un sentido en lugar de quedar expuesto a las creencias, los prejuicios o las fantasías predominantes frente a un suceso traumático. **Rinaldi, 2001.**

Rinaldi diferencia dos modalidades de aplicación preventiva psicósomática quirúrgica que son:

La **primera** es realizada por el clínico, el cirujano y el anestesiólogo sin la intervención de un psicoterapeuta y se la denomina prevención psicósomática quirúrgica médica. Esta práctica es la habitual en cirugías de urgencia y lo aconsejable sería incorporar a un psicoterapeuta durante la convalecencia.

El autor considera que el modelo ideal, aunque infrecuente, es el llamado prevención psicósomática quirúrgica psicoterapéutica. El terapeuta puede actuar junto al equipo quirúrgico o estar incorporado al mismo. Lo esencial es que su función integradora acompañe todo el proceso quirúrgico involucrando a todos los actores del proceso, el paciente, su familia y el equipo médico.

Para los profesionales, el medio quirúrgico es su ámbito cotidiano y no siempre pueden percibir claramente cómo este hábitat afecta a quienes no están familiarizados con él.

El psicoterapeuta es quien puede facilitar la adecuada comprensión de los aspectos emocionales en juego en el ámbito de la hospitalización.

El **segundo** modelo facilita, además, que en los inicios mismos del proceso se pueda analizar el nivel de vulnerabilidad que tiene el paciente, abriendo la posibilidad de reconsiderar la intervención o su eventual postergación.

En general, se sostiene que la prevención psicosomática del paciente quirúrgico aumenta la eficiencia de la intervención y evita un innecesario sufrimiento emocional al paciente y su entorno.

Sus beneficios se extienden al equipo médico quirúrgico en tanto disminuye la ansiedad en los médicos, dando paso a un sentimiento de empatía que facilita la escucha y les permite comprender y comprometerse con la experiencia emocional del paciente. (6)

Además la tarea preventiva debe cumplir los siguientes propósitos:

- Satisfacer el derecho que tiene el paciente a ser informado sobre todo lo concerniente a la cirugía, su necesidad, los riesgos, el dolor y particularmente los cambios corporales previsibles, incluyendo la evolución postoperatoria.
- Brindar al paciente el esclarecimiento y la contención emocional adecuados para que enfrente la cirugía en las mejores condiciones psicobiológicas posibles.
- Evitar trastornos psicopatológicos futuros. Un paciente debidamente preparado resulta menos vulnerable y disminuyen sus riesgos psicosomáticos.

En lo que concierne a la psicoprofilaxis quirúrgica, **D'Alvia**, considera que esta incluye los tres tipos de prevención:

- Evitar complicaciones
- Retornar al estado de salud perdido
- Adaptar al paciente para enfrentar su nuevo estado en el caso de que la cirugía hubiese dejado alguna complicación.

La psicoprofilaxis como modo de intervención puede solicitarse u ofrecerse en diferentes situaciones clínicas, entre las que se pueden citar:

- Psicoprofilaxis obstétrica
- En situaciones clínicas complejas (Ej: trasplante de órganos, enfermedades terminales, colecistectomía).

El Dr. Atilio Ferraro menciona que la psicoprofilaxis es aplicable a todas las personas, aunque con variantes; por ejemplo, ante operaciones no programadas, casos agudos, urgentes, accidentes, puede no haber márgenes de tiempo para intervenir en la fase pre quirúrgica; aunque sí en la segunda etapa la post quirúrgica.(7)

TÉCNICAS PSICOTERAPÉUTICAS

Las técnicas psicoterapéuticas para el manejo de la ansiedad preoperatoria en los pacientes utilizadas en la presente investigación son:

- Psicoeducación
- Reestructuración cognitiva
- Respiración para control de la ansiedad

2.2.3 PSICOEDUCACIÓN

La psicoeducación es un proceso de educación-información y aprendizaje que permite brindar a los pacientes la posibilidad de desarrollar, y fortalecer sus capacidades para afrontar las diversas situaciones de un modo más adaptativo. (8)

ANTECEDENTES HISTORICOS

La psicoeducación fue comentado por primera vez en la literatura médica, en un artículo de John E. Donley “Psychotherapy and re-educación” en The Journal of Abnormal Psychology, publicado en 1911.

No fue sino hasta 30 años después que el primer uso de la palabra Psicoeducación apareció en el título de un libro de literatura médica “The psychoeducational clinic” por Brian E. Tomlinson. New York. Este libro fue publicado en 1941. En francés, el primer ejemplo del término psychoéducation está en la tesis “La stabilité do comportement” publicado en 1962.

La divulgación y el desarrollo del término Psicoeducación en su forma actual se le atribuye ampliamente a la investigadora americana Carol M. Anderson en 1980 en el contexto del tratamiento de la esquizofrenia. Su investigación se concentró en educar a sus familiares con respecto a los síntomas y al proceso de la esquizofrenia, lo que se tradujo en disminuir las recaídas y los reingresos.

La Psicoeducación según la terapia del comportamiento tiene sus orígenes en las habilidades sociales y emocionales del re-aprendizaje del paciente.

En los últimos años se han desarrollado cada vez más programas de grupo sistemáticos, con el fin de hacer que el conocimiento sea más entendible para los pacientes y sus familiares.

DEFINICIONES

Los aportes más relevantes sobre la psicoeducación son:

- **Víctor García.** Describe a la psicoeducación como un proceso de educación-información y aprendizaje que permite brindar a los pacientes la posibilidad de desarrollar, y fortalecer sus capacidades para afrontar las diversas situaciones de un modo más adaptativo.
- **Dr. Bulacio, Juan Manuel.** Define como un proceso que permite brindar a los pacientes la posibilidad de desarrollar, y fortalecer sus capacidades para afrontarlas diversas situaciones de un modo más adaptativo. (8)

- **Prof. Sergio Ocio.** Afirma que la psicoeducación hace referencia a la educación o información que se ofrece a las personas que sufren de un trastorno psicológico, aunque este tipo de intervenciones psicológicas también incluyen el apoyo emocional, la resolución de problemas y otras técnicas. (9)

OBJETIVOS

Los objetivos de la psicoeducación son:

- Orientar y ayudar a identificar con mayor entendimiento y claridad el problema o la patología para enfocar adecuadamente, en forma conjunta, su resolución o tratamiento y favorecer, una mejora en la calidad de vida.
- Encaminar al paciente a través de la psicoeducación para que conozca su propia enfermedad y pueda vivir mejor su condición.
- Reducir los síntomas utilizando las fortalezas, los recursos y las habilidades propias del paciente para hacerle frente a su enfermedad, para así evitar una recaída y contribuir con su propia salud y bienestar.

TIPOS DE PSICOEDUCACIÓN

La psicoeducación puede ser individual, grupal y familiar.

En la psicoeducación individual solo se incluye a los pacientes, debe realizarse en un entorno clínico o en el hogar; tiene una duración de días hasta años. En definitiva implica una gran variedad de enfoques, desde aquellos que enfatizan la entrega de información a aquellas que privilegian el apoyo mutuo o la resolución de problemas.

La psicoeducación se maneja con herramientas el cual el principal es UNO MISMO otras herramientas utilizadas son el PAD (Potencial de Adaptación), el PEX

(Potencial Experiencial), los esquemas relacionales (consideración, seguridad, confianza, disponibilidad, congruencia y la empatía).

La psicoeducación puede ocurrir en discusiones de uno a uno o en grupos y son llevadas por trabajadores sociales, aunque también puede ser llevada a cabo en alguna medida por psicólogos, médicos, enfermeras o cualquier miembro del equipo de salud; aunque también existen psicoeducaciones por pares o en grupos de autoayuda.

En los grupos, se informa a varios pacientes sobre su enfermedad al mismo tiempo. También, los intercambios de experiencias entre los pacientes en cuestión y el apoyo mutuo, juegan un papel en el proceso de sanidad.

En la psicoeducación se distinguen 2 modelos básicos:

- los modelos de psicoeducación centrados en la información
- y los modelos de psicoeducación centrados en la conducta.

Los programas de “**psicoeducación informativa**” suelen ser breves o muy breves (alrededor de cinco a seis sesiones); priorizan la transmisión de información acerca de la enfermedad y tienen una eficacia limitada (repercusión clínica escasa si no modifican actitudes y conductas respecto a la detección precoz de episodios, toma de medicación, hábitos de salud, etc.)

La “**psicoeducación conductual**” se suele caracterizar por programas largos en los que se priorizan aspectos como:

- El trabajo práctico en la detección e intervención precoces ante un nuevo episodio
- Manejo de síntomas
- Regularidad de hábitos

- Reestructuración de prejuicios acerca de la enfermedad
- Identificación de desencadenantes, etc.

Antes de analizar la reestructuración cognitiva es necesario describir las distorsiones cognitivas porque se evidencia claramente que presentan los pacientes antes de la intervención quirúrgicas.

2.2.4 DISTORSIONES COGNITIVAS

Las distorsiones cognitivas son esquemas equivocados que al interpretarlos generalmente conlleva a múltiples consecuencias negativas, alteraciones emocionales, conflictos en las relaciones con los demás, o en la manera de ver la vida, dando lugar a una visión simplista y negativa. (10)

PRINCIPALES DISTORSIONES COGNITIVAS

A continuación se detallan algunas de las distorsiones más comunes:

- Abstracción selectiva o filtro mental
- Pensamiento polarizado
- Personalización
- Interpretación del pensamiento
- Maximización y minimización
- Falacia de control
- Falacia de justicia
- Falacia de cambio
- Etiquetas globales
- Culpabilidad
- Falacia de recompensa divina
- Tener razón

- **Visión catastrófica**
- **Razonamiento emocional**
- **Sobre-generalización**

Dentro de estas distorsiones la que más se evidencia en la investigación son la catastrofización, razonamiento emocional y la sobre-generalización.

CATASTROFIZACIÓN

Hace referencia a un sobre énfasis irreal de las consecuencias más negativas y no placenteras de una situación actual o potencial **Navas, 1998**. Álvarez dice que su manifestación característica es la expresión: “y si” ¿y si salgo a la calle me atacaran..? Es la tendencia a esperar siempre lo peor. (11)

Consiste en adelantar acontecimientos de modo catastrofista para los intereses personales, en ponerse sin prueba alguna en lo peor para uno mismo.

Por ejemplo una persona está viendo la estadística de accidente de tráfico por la televisión y se le pasa por la cabeza: "Y si me ocurriera a mí".

Otra oye la noticia de que una persona perdió el control y se suicidó, y piensa: "¿Y si me ocurre a mi igual?". La palabra clave que suele indicar esta distorsión suele ser: "¿Y si me ocurre a mí... tal cosa?"

En la investigación esta distorsión cognitiva se la evidenció de la siguiente manera:

Paciente mujer de 28 años acude al servicio de ginecología por presentar cefalea astenia anhedonia, el médico realiza la exploración física y pedidos de exámenes de laboratorio, un eco cuádrimencional en donde le diagnostica desproporción cefálico pélvico por tanto planifica la cirugía de cesárea en 48 horas, noticia que genera en la paciente tristeza, llanto, desesperación, hiperventilación, menciona constantemente me voy a morir, creo que no saldré de la cirugía por lo que es remitida a psicología.

RAZONAMIENTO EMOCIONAL

Consiste en asumir que nuestras emociones, sobre todo las negativas, necesariamente reflejan la forma en que somos realmente. Tomamos los sentimientos como hechos o verdad **Álvarez, 1997**. (12)

Cree que sus emociones negativas le indican que lo que siente es realmente verdadero e indiscutible y que la interpretación emocional representa la auténtica realidad de las cosas. En la raíz de esta distorsión está la creencia de que lo que la persona siente tendría que ser verdadero sin lugar a dudas. “Si lo siente, es porque es así”, “Si se siente evaluado, es porque le están evaluando”, “Si se siente como un perdedor, entonces tiene que ser un perdedor”, “Si siente que no puede con algo es porque realmente no puede” y el auténtico problema es que reacciona ante ello como si realmente fuera cierto.

En la investigación esta distorsión cognitiva se la evidenció de la siguiente manera:

Paciente masculino de 36 años sin antecedentes de interés acude al servicio de medicina general a consultar por un cuadro de seis meses de dolor cólico en hipocondrio izquierdo que parecía relacionado con la ingesta. El examen físico reveló dolor difuso en el epigastrio, sin signos de irritación peritoneal, por lo que el médico le envía a realizar exámenes de ecografía abdominal, radiografía del tórax, entre otros estudios, en donde le diagnostica colecistitis aguda por tanto planifica la cirugía de colecistectomía laparoscópica en 48 horas, noticia que genera en el paciente tristeza, desesperación, especialmente emociones negativas como “no puedo con esto”, “soy un perdedor”, por lo que remitido psicología.

SOBREGENERALIZACIÓN

Son juicios abarcadores, extremistas o predicciones basadas en un solo incidente **Navas, 1998**. Según **Álvarez 1997**, la sobregeneralización consiste en traer una conclusión general de un simple incidente. Sobre-generalizamos cuando decimos “nadie me quiere”; “nunca tendré otra oportunidad”.

Obteniendo conclusiones generalizadas a partir de un evento único que sucedió alguna vez. Son juicios muy abarcadores (muy extremistas) con predicciones basadas en incidentes aislados. Un caso se generaliza a toda una serie de acontecimientos: “Si ocurrió una vez, ocurrirá siempre”, “Si una persona me hizo daño, todas las personas similares son malas” “Si un perro me mordió todos me morderán”, “Como el otro día me dio un ataque de ansiedad conduciendo seguro que siempre me pasará lo mismo” “Si salgo a la calle me caeré porque el otro día salí y me caí”, “Nunca conseguiré hacer algo bien porque siempre me sale todo mal”. Se tiende a extender a otros ámbitos ocurrencias que en principio no tienen ninguna relación entre sí, se realizan conclusiones generalizadas a partir de un incidente aislado, simple o un único elemento de evidencia. Esta distorsión conduce inevitablemente a una vida cada vez más restringida. Los sucesos negativos se ven como una derrota o frustración que nunca acabará. Con la sobregeneralización se cierran las puertas a la posibilidad, al cambio, a la movilización, al poder hacer algo. Estos pensamientos se expresan mediante los siguientes términos:

Nunca, siempre, todo, jamás, nadie,...; “Nunca seré capaz de conseguirlo”. “Siempre me ocurre lo mismo”. “Todo me sale mal”. “Jamás podré tener un momento de tranquilidad”. “Nadie me tiene en cuenta”.

En la investigación esta distorsión cognitiva se la evidenció de la siguiente manera:

Paciente mujer de 25 años de edad acude al servicio de ginecológica por presentar un dolor abdominal en el cuadrante superior derecho, además presenta hinchazón de los miembros inferiores, superiores y todo el cuerpo, por lo que el médico envía a realizar varios estudios en donde se diagnostica primigesta, preeclampsia severa con signos de eclampsismo. Alto riesgo, por tanto planifica la cesárea en 24 horas, noticia que genera en el paciente llanto, tristeza, desesperación, anhedonia, por lo que la paciente menciona constantemente todo me pasa a mí, nunca podre tener un momento de tranquilidad, por lo que es remitido a psicología.

2.2.5 REESTRUCTURACIÓN COGNITIVA

La reestructuración cognitiva es una estrategia general de las terapias cognitivo-conductuales, destinada a modificar el modo de interpretación y valoración subjetiva, mediante el diálogo socrático, la modelación y la práctica de hábitos cognitivos nuevos. (13)

ANTECEDENTES HISTORICOS

La reestructuración cognitiva, de Albert Ellis fue desarrollado e introducido en la literatura psicológica en el año 1958. Albert Ellis fue un psicoterapeuta cognitivo estadounidense que a partir de 1955 desarrolló la “Terapia racional emotiva conductual o TREC”. A través de las décadas fue ampliado y profundizado por los practicantes de la Terapia racional emotiva conductual y posteriormente por la escuela de Aron Beck; profesor de psiquiatría en la Universidad de Pennsylvania, presidente del Instituto de Beck para la “Terapia e Investigación Cognitiva”. En la década de 1960 el Dr. Beck desarrolló el sistema de psicoterapia llamada Terapia Cognitiva (también conocida como "Terapia de Comportamiento Cognitivo" o "TCC"). Walter Riso, psicólogo especialista en Terapia Cognitiva, menciona que estudiar cómo el ser humano procesa la información es una tarea apasionante.

Comprender de qué manera los distintos mecanismos cognitivos (creencias, pensamientos, atención, percepción, memoria, toma de decisiones, resolución de problemas) configuran la patología o el bienestar de los individuos, ha generado la creación de un paradigma consistente, sustentado científicamente y validado empíricamente, para intervenir en diversos trastornos, prevenir las enfermedades psicológicas y fomentar estilos de vida saludables.

Los representantes que más han aportado para el estudio de esta técnica son:

Albert Ellis, Aron Beck, y Walter Riso.

En el ámbito clínico-médico autores como **J.Mc Closkey** y **G.M. Bulechek**, son los que han trabajado en la modificación de pensamientos (reestructuración cognitiva) que tienen los pacientes ante eventos traumáticos de diagnóstico y hospitalización.

DEFINICIONES

Las definiciones de la reestructuración cognitiva son:

- **J.Mc Closkey** y **G.M. Bulechek**, mencionan que la reestructuración cognitiva es la de; “Estimular al paciente para que altere los esquemas de pensamiento desordenados y se vea a sí mismo y al mundo de forma más realista.”
- La reestructuración cognitiva es un método terapéutico de intervención, utilizado en terapia cognitiva cuya finalidad es facilitar recursos al individuo a la hora de hacer su vida más llevadera frente a conflictos o problemas que le pudiera surgir.
- Es un procedimiento técnico por el cual las personas aprenden a cambiar algunas maneras de pensar distorsionadas que conducen a malestar emocional y frustración.

OBJETIVO

El objetivo más relevante de la reestructuración cognitiva es:

- Identificar, analizar, y modificar las interpretaciones o los pensamientos erróneos que las personas experimentan en determinadas situaciones o que tienen sobre otras personas.

PASOS DE LA REESTRUCTURACIÓN COGNITIVA: Según el modelo de **J.Mc Closkey** y **G.M. Bulechek**.

Los autores que aplican los siguientes pasos para ayudar al paciente a cambiar las distorsiones cognitivas son:

1. Ayudar al paciente a cambiar autoafirmaciones irracionales autoinducidas por afirmaciones racionales.
2. Ayudar al paciente a identificar la emoción dolorosa (ira, ansiedad, desesperanza) que está sintiendo.
3. Señalar los estilos de pensamiento disfuncionales y ayudar a identificar los pensamientos automáticos (pensamiento polarizado, generalización, magnificación y personalización, etc.).
4. Realizar afirmaciones que describan la forma alternativa de observar la situación. (14)

2.2.6 LA RESPIRACIÓN PARA CONTROL DE LA ANSIEDAD

La respiración puede considerarse como el soplo vital, el proceso que permite la actividad metabólica del organismo. Mediante el intercambio de gases se produce tanto el aporte de oxígeno necesario para las funciones celulares, como la expulsión de los que se generan en dicha combustión. (15)

DEFINICIÓN

La más importante se describe a continuación:

- **Speads.** Menciona que existen numerosos factores que influyen en la forma de respirar y que pueden alterarla considerablemente. Esto, que en esencia es funcional, ya que la respiración debe adaptarse a las necesidades del organismo, puede llegar a ser problemático cuando conduce a patrones de respiración inapropiados, inconvenientes o nocivos para la salud.

EFFECTOS PSICOFISIOLÓGICOS DE LA RESPIRACIÓN

La respiración está directamente relacionada con la activación, como se demuestra por el hecho de que al mismo tiempo que ciertos ejercicios sirven para la reducción de niveles elevados de ansiedad.

Se asume que la respiración completa, esto es, la que implica la musculatura diafragmática, provoca la activación parasimpática **Everly 1989**, o lo que es equivalente, favorece la relajación, de manera que el entrenamiento en ciertas pautas respiratorias puede ser un adecuado procedimiento para la reducción de los efectos del estrés y en general, los trastornos debidos a un exceso de activación. (16)

Puede haber varias explicaciones útiles para entender los efectos que tiene la respiración sobre dicho nivel de activación. Así, la reducción de la ansiedad producida por la respiración diafragmática puede entenderse por un incremento en la actividad parasimpática debido a la estimulación del nervio vago **Hirai 1975**. (17)

Uno de los procedimientos que ha demostrado eficacia en la reducción de la ansiedad es, consecuentemente, la retención de la respiración, la cual producirá una disminución en la ventilación y reducción de la ansiedad.

EJERCICIOS DE RESPIRACIÓN

La realización de los ejercicios respiratorios sirven para el control de ansiedad, ya que como mecanismo de vigilancia del organismo, es una respuesta física y mental, ante situaciones que suponen una amenaza para la integridad de la persona.

Es una emoción positiva y común a todos los seres humanos, que despierta los sentidos y actúa como alarma.

Pero esta reacción, necesaria ante un peligro real, puede volverse en contra de la persona si se lleva a ciertos límites o se mantiene.

Cuando estos mecanismos de vigilancia aparecen ante estímulos insignificantes, perduran en el tiempo o son de una intensidad exagerada, aparece la ansiedad patológica, que puede ser crónica.

En algunas personas la ansiedad no la provocan amenazas concretas, sino los miedos irracionales que están presentes en su vida. Además de malestar, suelen experimentar una paralización enfermiza en sus proyectos, tareas y relaciones. Vértigo existencial, zozobra, indefensión, temor ante algo indefinido, son algunos de los signos del estado ansioso.

TIPOS DE EJERCICIOS RESPIRATORIOS

En esta investigación se trabajó con los siguientes tipos de ejercicios respiratorios para reducir la ansiedad:

– Respiración abdominal

Este tipo de ejercicio respiratorio se da cuando se está en estado de ansiedad elevada, y los sujetos suelen hiperventilar, es decir, respirar en forma rápida y entrecortada.

Esta respiración agitada es poco eficiente pues la premura con la cual la persona inhala y exhala impide un adecuado intercambio gaseoso. Como resultado aparece sensación de ahogo, taquicardia, calor y otros síntomas característicos de la activación autonómica que la persona con ansiedad elevada típicamente interpreta de manera catastrófica.

La respiración abdominal consiste en enseñar al paciente a respirar en forma pausada y profunda, llevando el aire al abdomen, de manera de aumentar la capacidad pulmonar y por ende la cantidad de oxígeno; luego se sostiene el aire durante unos 5 segundos y se lo deja salir de forma suave.

– **Respiración costal o torácica**

Nuestra atención debe centrarse en el tórax y en las costillas. Como en el ejercicio anterior, coloque una mano en la parte superior del pecho y otra en el abdomen.

Inspire lenta y profundamente, la mano de su pecho debe subir a la vez que aspira y la de su abdomen debe permanecer quieta. Usted debe apreciar como su caja torácica se llena y se vacía y como su abdomen permanece quieto mientras tanto.

Practique este ejercicio 10 minutos tres veces al día, aumente gradualmente los minutos y la cantidad de veces según lo necesite.

– **Respiración clavicular**

Ahora nuestra atención se centra en la parte superior de los pulmones y en las clavículas en especial.

Coloque una mano en su pecho y otra en su abdomen. Inspire lenta y profundamente, usted debe notar que su abdomen y su pecho permanecen quietos mientras que la parte superior del tórax y las clavículas se llenan de aire. Igualmente cuando expire, su pecho y abdomen permanecerán quietos.

Este tipo de respiración es pobre debido al poco oxígeno que ingerimos.

Generalmente, en las personas con ansiedad, predomina solo este tipo de respiración.

– **Respiración completa**

Es la unión de los tres tipos de respiración que hemos citado anteriormente.

Inspire lenta y profundamente por la nariz. Sienta como su abdomen, caja torácica y clavículas se llenan de aire, lenta y relajadamente.

Mantenga el aire durante tres segundos y expire (es recomendable que el tiempo en la espiración sea el doble que en la inspiración).

Es muy importante que practique este ejercicio al menos media hora al día. Al principio puede presentar mareo o vértigo, no se preocupe, desaparecerá al poco tiempo.

PASOS DE LA RESPIRACIÓN PARA CONTROL DE ANSIEDAD

A continuación mencionaremos 10 pasos más importantes de respiración para poder controlar la ansiedad:

1. Debe estar en una postura cómoda, generalmente sentado con la espalda recta o de pie.
2. Coloque su mano derecha encima de su abdomen y la mano izquierda encima de su pecho.
3. Comience a respirar al ritmo que lo hace habitualmente cuando está tranquilo.
4. Al coger aire, intente llenar primero las partes bajas de sus pulmones, como si llenara de aire el abdomen y notará como primero se eleva suavemente su mano derecha y seguidamente su mano izquierda.
5. Mantenga la respiración sujetando el aire dentro del pecho durante un segundo.
6. Suelte el aire suavemente notando cómo su pecho y su abdomen se van relajando a medida que se van vaciando sus pulmones.
7. Mantenga los pulmones vacíos de aire durante un segundo y coja aire de nuevo.
8. Imagínese que su respiración es como una ola que se acerca mientras coge el aire y se aleja mientras lo suelta.

9. Trate de no forzar la respiración. Lleve un ritmo espontáneo, fácil y libre.
10. Realice este ejercicio durante 2-3 minutos varias veces al día. Poco a poco adquirirá el hábito de relajarse ante cualquier signo de tensión.

2.2.7 ANSIEDAD DE PACIENTES PREOPERATORIOS

Antes de mencionar sobre la ansiedad que experimentan los pacientes que van hacer sometidos al procedimiento quirúrgico es necesario indicar de manera general que es la ansiedad ya que experimentan signos y síntomas similares, y la diferencia esta en la causa y la intensidad.

- La ansiedad es una alteración psíquica caracterizada por un sentimiento de temor y de aprehensión que puede estar acompañado de componentes somáticos, alteraciones psíquicas e hiperactividad simpática **Ruiz y Muñoz, 2000.**

Las causas por las que surgen la ansiedad en los individuos pueden ser muy diversas y son:

Causas orgánicas

La ansiedad se puede producir como reacción normal a una enfermedad física, sobre todo en si se trata de una enfermedad lo suficientemente grave para ser motivo de consulta en urgencias y, especialmente, si es un paciente “predispuesto” a ello.

Los trastornos cardiacos, las enfermedades respiratorias, las pulmonares y las de naturaleza endocrino-metabólicas entre otras pueden favorecer un a situación de ansiedad en el individuo. (18)

Causas psíquicas

Así como la depresión puede ser una consecuencia última y extrema de la ansiedad, tres de cada cuatro depresiones contienen un nivel importante de ansiedad.

Los pacientes ansiosos se quejan de falta de la sueño aunque no de despertar precozmente, falta de apetito, fluctuación diurna del estado de ánimo, inhibición, pérdida del placer sexual y anhedonia.

Dentro de este apartado se incluyen determinados trastornos psicológicos o psíquicos que implican también ansiedad. Entre ellos estarían los trastornos obsesivo-compulsivos, las psicosis en general, el trastorno por estrés postraumático, las reacciones agudas al estrés, el trastorno por somatización (el enfermo presenta una gran variedad de molestias físicas sin que se encuentre en la exploración una base orgánica), los trastornos de adaptación, los de personalidad y las fobias.

Causas de ansiedad por fármacos o sustancias

Entre los **fármacos** y **sustancias** que pueden inducir la ansiedad del individuo se encuentran los agentes serotoninérgicos, el abuso de estimulantes (anfetaminas, cocaína), el consumo excesivo de café, la abstinencia de sustancias depresoras del SNC (morfina, heroína, alcohol, benzodiacepina) así como otros fármacos pueden traer consigo síntomas de ansiedad.

También la abstinencia al tabaco se sitúa como una de las principales causantes de la ansiedad.

2.2.8 ANSIEDAD PREOPERATORIA

La ansiedad preoperatoria se describe como un estado desagradable de malestar o tensión que es secundaria a una enfermedad, hospitalización, anestesia, cirugía, o inclusive a lo desconocido.

- **M. Tobal**, Define la ansiedad preoperatoria como una respuesta emocional o conjunto de respuestas que engloba: aspectos subjetivos o cognitivos de carácter displacentero, aspectos corporales o fisiológicos caracterizados por un alto grado de activación del sistema periférico, aspectos observables o motores que suelen implicar comportamientos poco ajustados y escasamente adaptativos. (19)

SÍNTOMAS

La ansiedad como una alteración de las emociones puede manifestarse a través de diversos síntomas y signos los cuales se circunscriben dentro de tres formas de expresión somáticas, fisiológicas, psicológicas y conductuales.

SINTOMATOLOGIAS DE LA ANSIEDAD	
Físicos	<p>Taquicardia: Es un ritmo cardíaco rápido o irregular, normalmente de más de 100 latidos por minuto y hasta 400 latidos por minuto. Aceleración del ritmo de latido cardíaco debida a impulsos anormales generados en los ventrículos.</p> <p>Insomnio: Puede definirse como aquella alteración o incapacidad para conciliar el sueño.</p>
Psicológicos	<p>Pensamientos negativos o automáticos: Son nuestra charla interna o auto diálogo con nosotros mismos, a nivel mental, expresados como pensamientos o imágenes y que se relacionan con estados emocionales intensos (como la ansiedad, la depresión, la ira o la euforia).</p>
De conducta	<p>Estado de alerta e hipervigilancia, bloqueos, torpeza o dificultad para actuar, impulsividad, inquietud motora, dificultad para estarse quieto y en reposo. Estos síntomas vienen acompañados de cambios en la expresividad corporal y el lenguaje corporal: posturas cerradas, rigidez, movimientos torpes de manos y brazos, tensión en las mandíbulas, cambios de voz, expresión facial de asombro, duda o crispación.</p>

Intelectuales o cognitivos	Dificultades de atención, concentración y memoria, aumento de los despistes y descuidos, preocupación excesiva, expectativas negativas, pensamientos distorsionados, incremento de las dudas y la sensación de confusión, tendencia a recordar sobre todo cosas desagradables, sobrevalorar pequeños detalles desfavorables, abuso de la prevención y de la sospecha, interpretaciones inadecuadas, susceptibilidad, etc.
Sociales	Irritabilidad, dificultades para iniciar o seguir una conversación, verborrea, bloquearse o quedarse en blanco a la hora de preguntar o responder, dificultades para expresar las propias opiniones o hacer valer los propios derechos, temor excesivo a posibles conflictos.

FACTORES QUE INTERVIENEN EN LA APARICIÓN DE ANSIEDAD PREOPERATORIA

- Preocupación por la pérdida de autonomía personal y dependencia de otros
- Preocupación por la soledad, la separación del hogar y la atención que se recibirá durante la hospitalización
- Temor a la muerte por el riesgo mismo del procedimiento
- Temor al dolor, a la enfermedad y a las propias capacidades para resistirlo
- Preocupación por el coste económico derivado de la intervención y de la hospitalización
- Preocupaciones por la habilidad y conocimientos del cirujano y el anestesista
- Preocupación por el día y hora de la operación
- Temor a la pérdida de partes o funciones importantes del cuerpo o a una invalidez crónica.

DESENCADENAMIENTO DE LA ANSIEDAD PREOPERATORIA

Al suceder la situación de alerta, comienza a funcionar el sistema adrenérgico donde la adrenalina es la mensajera que va hacia el sistema nervioso a avisar sobre la falta de algo.

Además, cuando el organismo ve la posibilidad de perder algo valioso se activa el sistema dopaminérgico. Estas dos formas de alerta del organismo podrían denominarse como alerta amarilla en el caso de la activación del sistema dopaminérgico (posibilidad de pérdida) y de alerta roja en el caso del sistema adrenérgico.

La ansiedad es algo normal del organismo mientras el individuo responda adecuadamente a la misma. Por ejemplo, siguiendo el proceso de alerta amarilla y alerta roja ante la falta de algo.

Podemos agregar que las causas de la ansiedad pueden ser múltiples, y el proceso de producción de la misma no necesariamente debe ser desde lo orgánico hacia lo psíquico. En realidad, serían partes de un mismo proceso y si bien existirían necesidades que comenzarían más en el aspecto físico, otras lo harían a partir de lo psíquico.

Los estudios sugieren que un desequilibrio de ciertas sustancias llamadas neurotransmisores (mensajeros químicos del cerebro) puede contribuir a los trastornos de ansiedad.

Técnicas de imagen avanzadas han revelado una hiperactividad en el punto cerúleo, la parte del cerebro que desencadena respuesta al peligro, en personas que experimentan ansiedad, indicando que los cerebros de algunas personas pueden ser más vulnerables al trastorno.

Los científicos están ahora empezando a identificar diferentes áreas del cerebro asociadas a respuestas de ansiedad. Por ejemplo, las imágenes por técnicas de resonancia magnética de personas con TOC, ansiedad generalizada, y trastorno de pánico han detectado anomalías en la amígdala, una parte del cerebro que regula el miedo, la memoria, y la emoción y los coordina con el ritmo cardíaco, la presión arterial, y otras respuestas físicas a acontecimientos estresantes.

Se han asociado anomalías en una parte de los nervios, referida al segmento de los ganglios basales tálamo cortical, a la TOC, al trastorno de falta de atención, y al síndrome de Tourette. Los síntomas de los tres trastornos son similares y a menudo cursan juntos.

Los investigadores han identificado un gen asociado con personas que tienen trazos de personalidad que incluyen ansiedad, angustia, hostilidad, impulsividad, pesimismo, y depresión.

El gen produce cantidades reducidas de una proteína que transporta serotonina, un importante neurotransmisor para mantener emociones positivas. (Este gen, sin embargo, justificaría sólo una pequeña fracción de personas con trastornos de ansiedad). También han sido identificadas las mutaciones genéticas que afectan otros neurotransmisores que contribuyen al trastorno obsesivo-compulsivo.

Algunos expertos han identificado un defecto genético que afecta la dopamina, otro importante neurotransmisor, que parece causar un síndrome que incluye migraña, dolores de cabeza, ansiedad y depresión.

CONSECUENCIAS DE ANSIEDAD PREOPERATORIA

La ansiedad puede generar en las personas sentimientos de infelicidad, depresión, alteraciones del sueño, deterioro de las relaciones familiares, consumo de sustancias tóxicas, entre otros desajustes psicológicos. Por ello es muy importante aprender a controlarla. Lo primero de todo es impedir que la ansiedad siga creciendo y

ocupando más espacio en la vida de la persona y provocando cambios bruscos en su personalidad.

Cuando una persona tiene ansiedad se produce una excitación en su sistema nervioso.

Una vez que la ansiedad aparece, tiende a mantenerse, incluso si parece que ya no hay causa aparente para ello. Esto es debido a que se ha adquirido el hábito de preocuparse, de esperar dificultades y de evitar situaciones difíciles. Físicamente, el cuerpo se ha habituado a estar tenso y a reaccionar con ansiedad en todo tipo de situaciones.

La ansiedad crea un círculo vicioso, como los síntomas son desagradables, la persona se vuelve más sensible a cualquier alteración física, se preocupa continuamente de que le pueda pasar algo (de que le dé un ataque cardíaco, pierda el control), lo que le hace estar más ansiosa.

2.2.9 PROCESO QUIRÚRGICO O CIRUGÍA

Se denomina proceso quirúrgico o cirugía a la práctica que implica manipulación mecánica de las estructuras anatómicas con un fin médico, bien sea diagnóstico, terapéutico o pronóstico. Para lo cual el especialista utiliza anestesia como un acto médico controlado en el que se usan fármacos para bloquear la sensibilidad táctil y dolorosa de un paciente, sea en todo o parte de su cuerpo y sea con o sin compromiso de conciencia.

Las ramas de la cirugía son las siguientes:

- Angiología y Cirugía vascular
- Cirugía General
- Cirugía oral y maxilofacial
- Cirugía plástica y reparadora

- Cirugía torácica
- Cirugía Cardiovascular
- Cirugía oncológica
- Cirugía pediátrica
- Neurocirugía
- Oftalmología
- Otorrinolaringología
- Urología
- Odontología / Estomatología
- Obstetricia y ginecología

Los procesos quirúrgicos en los que se intervino con las diferentes técnicas son:

Cesárea: Es un procedimiento quirúrgico que consiste en la extracción del feto (vivo o muerto) y la placenta a través de una incisión que se realiza en la pared abdominal materna y pared uterina. (20)

TIPOS

Existen muchos tipos de cesáreas:

- La incisión clásica es longitudinal en la línea media, lo que permite mayor espacio para el parto. Se usa rara vez, porque es más susceptible de complicaciones.
- La más común hoy en día es la del segmento inferior, en la cual se hace un corte transversal justo por encima del borde de la vejiga. La pérdida de sangre es menor y la reparación más fácil.
- Una histerectomía cesárea es el parto mediante cesárea y posterior extracción del útero, que se puede realizar en casos de sangrado intratable o cuando la placenta no se puede separar del útero.

- Algunas veces se han practicado otros tipos, como la extra peritoneal o la de Porro.

Actualmente se insta al padre para que presencie la operación con el fin de apoyar y compartir la experiencia con su pareja. El anestesiólogo usualmente descubre temporalmente el campo cuando el bebé está saliendo para que los padres puedan verlo.

Colecistectomía: Es una intervención clínico-quirúrgica que consiste en la extirpación de la vesícula biliar.

TIPOS

La vesícula biliar puede extirparse de dos formas.

- **Método abierto:** Con este método, se practica una incisión de dos a tres pulgadas en el lado derecho superior del abdomen. El cirujano localiza la vesícula biliar y la extirpa a través de la incisión.
- **Método laparoscópico:** Este procedimiento utiliza muchas incisiones pequeñas y por lo menos tres laparoscopios (pequeños tubos delgados con cámaras de video) para visualizar el interior del abdomen durante la operación. El cirujano realiza la cirugía mirando un monitor de televisión. La vesícula biliar se extirpa a través de una de las incisiones.

La colecistectomía laparoscópica se considera menos invasiva y por lo general requiere un menor tiempo de recuperación que la colecistectomía abierta. En algunas ocasiones, se detecta enfermedad en la vesícula biliar por medio del examen laparoscópico o se pueden presentar otras complicaciones, por lo que el cirujano puede realizar una cirugía abierta para extirparla de manera segura. (21)

2.2.10 MODELO DE INTERVENCION PSICOTERAPEUTICA EN LOS PACIENTES PREOPERATORIOS DEL HOSPITAL MILITAR

Las técnicas de psicoprofilaxis quirúrgica para el control de ansiedad se trabajaron en tres sesiones de aproximadamente 50 minutos por sesión las mismas que serán descritas mediante el siguiente caso clínico:

Paciente mujer de 28 años de edad, acude al servicio de ginecología por presentar cefalea, astenia, anhedonia, el médico realiza la exploración física, envía exámenes de laboratorio, establece un diagnóstico ginecológico de desproporción pélvico cefálico, el tratamiento médico a seguir es cesárea en 48 horas, noticia que generó en la paciente tristeza, llanto, desesperación, hiperventilación, menciona constantemente me voy a morir, creo que no saldré de la cirugía.

En la primera sesión

- Se obtuvo datos de identificación, nivel académico, sociocultural
- Alianza terapéutica
- Se aplica la encuesta y el test de Hamilton para mirar la intensidad de ansiedad
- La encuesta para determinar el conocimiento que tiene el/la paciente sobre el proceso quirúrgico de la cesárea e identificar las distorsiones cognitivas
- El test de Hamilton para conocer la intensidad de la ansiedad que presentó la paciente
- Mediante la psicoeducación se brindó información científica sobre el proceso quirúrgico de la cesárea que la paciente desconocía, de como fue la cirugía, anestesia, equipo médico e instrumentos quirúrgicos a utilizar. Además se le brindó apoyo emocional. Se logró corregir conocimientos distorsionados sobre la cesárea y mejorar sus niveles de confianza y autoestima.

En la **segunda sesión**

- Se trabajó en la modificación de la distorsión cognitiva de catastrofización que la paciente presentó siguiendo los pasos propuestos por J. Mc Closkey y G.M. Bulechek.

1. Ayudar al paciente a cambiar afirmaciones irracionales autoinducidas por afirmaciones racionales.

Distorsión cognitiva **“tengo miedo a morir”**

Se le pidió a la paciente que justifique el por qué tiene miedo a morir, para que pueda descubrir que no existen fundamentos reales para esta afirmación se confronta cada respuesta errónea con los conocimientos brindados en psicoeducación. Finalmente la paciente muestra tranquilidad y emite una afirmación más racional diciendo “si me va a ir bien en la cirugía, no voy a morir”.

2. Ayudar al paciente a identificar la emoción dolorosa (ira, ansiedad, desesperanza) que está sintiendo.

Se solicitó a la paciente que detalle todas las emociones que le ha causado esta cirugía que no la esperaba, las emociones más sobresalientes que se identificaron fueron tristeza y ansiedad.

3. Señalar los estilos de pensamiento disfuncionales y ayudar a identificar los pensamientos automáticos (pensamiento polarizado, generalización, magnificación y personalización, etc.).

Explicamos a la paciente que su pensamiento “tengo miedo a morir” es un pensamiento catastrófico que quiere decir que interpretamos una situación adelantándonos a los resultados de manera muy negativa sin tener fundamentos.

4. Realizar afirmaciones que describan la forma alternativa de observar la situación.

En la búsqueda de estas alternativas el terapeuta inició mencionando que existen muchos casos como el de la paciente que han tenido éxito en este tipo de cirugía, luego se solicitó a la paciente que mencione experiencias parecidas que ella a podido observar en su contexto social, a lo que refirió que los familiares y amigos que se han sometido a un proceso quirúrgico parecido en este hospital no tuvieron complicaciones y actualmente realizan sus actividades cotidianas normalmente.

En la **tercera sesión**

- Se aplicó la respiración abdominal ya que está se emplea en pacientes en estado de ansiedad elevada, y los sujetos suelen hiperventilar, es decir, respirar en forma rápida y entrecortada como fue el caso de la paciente.

Esto se realizó mediante los siguientes pasos:

- Se indicó a la paciente respirar en forma pausada y profunda
- Inspirar la mayor cantidad de aire hasta llenar sus pulmones
- Sostener el aire durante cinco segundos y
- Finalmente dejarlo salir en forma suave.

Este tipo de respiración la paciente la realizó sola en el consultorio y se solicitó que repita cuando se presente la ansiedad.

2.3 DEFINICIÓN DE TÉRMINOS BÁSICOS

ANESTESIA.- Privación general o parcial de la sensibilidad, con o sin pérdida de conciencia, mediante la administración de una sustancia anestésica, anestesia general, local. Sustancia utilizada para anestesiar antes de la operación.

ANESTESIÓLOGO.- Médico especializado en la práctica de la anestesia el anestesiólogo controla las funciones vitales del paciente durante la intervención quirúrgica y el postoperatorio.

ASEPSIA.- Conjunto de procedimientos científicos destinados a preservar de gérmenes o microbios una instalación o un organismo. Ausencia de microbios o de infección.

ATAQUE.- Acometimiento repentino de algún mal o enfermedad: ataque de asma, de tos.

ALTERACIÓN.- Sobresalto, inquietud.

AGORAFOBIA.- Temor angustioso y patológico de hallarse solo en grandes espacios abiertos.

ADRENALINA.- Hormona segregada principalmente por la médula de las glándulas suprarrenales, que aumenta la presión sanguínea, el ritmo cardíaco y la cantidad de glucosa en sangre. Nerviosismo, exceso de tensión acumulada.

AUSCULTACIÓN.- Aplicar el oído a la pared torácica o abdominal, con instrumentos adecuados o sin ellos, a fin de explorar los sonidos o ruidos normales o patológicos producidos en los órganos que las cavidades del pecho o vientre contienen.

CÓLICO.- Trastorno orgánico doloroso, localizado generalmente en los intestinos, caracterizado por violentos retortijones, sudores y vómitos.

CICATRIZ.- Señal de una herida curada y cerrada que queda en los tejidos orgánicos.

CRISIS.- Problema, conflicto, situación delicada. Mutación considerable en una enfermedad tras la cual se produce un empeoramiento o una mejoría.

CRISPACIÓN.- Irritación, exasperación. Contracción repentina y pasajera de un músculo.

CONSECUENTE.- Persona cuya conducta guarda correspondencia lógica con los principios que profesa.

CONGRUENCIA.- Relación lógica y coherente que se establece entre dos o más cosas.

DIAGNÓSTICO.- Perteneciente o relativo a la diagnosis. Arte o acto de conocer la naturaleza de una enfermedad mediante la observación de sus síntomas y signos. Calificación que da el médico a la enfermedad según los signos que advierte.

DISTOCIA.- Parto difícil

.

DISOCIAR.- Separar los componentes, desunir. Cambiar.

DIVULGACIÓN.- Publicación, propagación de un conocimiento.

DISTORSIONES COGNITIVAS.- Son esquemas equivocados de interpretar los hechos que generan múltiples, consecuencias negativas: alteraciones emocionales como consecuencia de la perjudicial creencia en los pensamientos negativo.

ENFERMEDAD.- Alteración de la salud de un cuerpo vivo. Dícese de toda perturbación fisiológica de un organismo debida a un elemento o agente patógeno.

ENFERMERÍA.- Se trata de la asistencia y cuidados de otro individuo. De modo más específico, la enfermería se refiere a los cuidados del enfermo y al trabajo relacionado con la prevención y la salud pública.

ESTRATEGIAS.- En un proceso regulable, conjunto de las reglas que aseguran una decisión óptima en cada momento.

ESTIMULACIÓN.- Incitación o excitación de algo para acelerar un proceso o avivar una actividad.

EXÓGENO.- Órgano que se forma en el exterior de otro.

ENSIMISMAMIENTO.- Abstracción del mundo exterior, concentrándose en los propios pensamientos.

EMPATÍA.- Sentimiento de participación afectiva de una persona en la realidad que afecta a otra, la empatía consiste en ser capaz de ponerse en la situación de los demás.

FOBIA.- Miedo irracional, obsesivo y angustioso hacia determinadas situaciones, cosas, personas, etc.

FOCALIZAR.- Dirigir el interés o los esfuerzos hacia un centro o foco.

FRUSTRACIÓN.- Fracaso en una esperanza o deseo.

GENÉTICA.- Parte de la biología que estudia las leyes de la herencia y de todo lo relativo a ella.

INCISIÓN.- Hendidura poco profunda que se hace en algunos cuerpos con un instrumento cortante.

INSTINTO.- Impulso indeliberado que mueve la voluntad de una persona.

MEDICINA.- Ciencia y arte de precaver y curar las enfermedades del cuerpo humano. Medicamento.

MECANISMOS DE DEFENSA.- Son estrategias psicológicas inconscientes puestas en juego por diversas entidades para hacer frente a la realidad y mantener la autoimagen.

ORGANIZACIÓN MUNDIAL DE LA SALUD.- Agencia especializada de la Organización de las Naciones Unidas (ONU), establecida en 1948. Según su constitución es “la autoridad directiva y coordinadora en materia de labor sanitaria mundial”, siendo responsable de ayudar a todos los pueblos a alcanzar “el máximo nivel posible de salud”.

PACIENTE.- Persona que padece física y corporalmente, y especialmente quien se halla bajo atención médica. Persona que es o va a ser reconocida médicamente.

PATOLOGÍA.- Parte de la medicina que estudia las enfermedades. Enfermedad, dolencia.

PERTURBACIÓN.- Trastorno de las facultades o capacidades psíquicas o mentales. Alteración del orden o del desarrollo normal de algo.

PRONÓSTICO.- Juicio que forma el médico, a partir de los síntomas, del desarrollo previsible de una enfermedad. Dictamen médico indeterminado que se emite cuando los síntomas no son suficientes para establecer un diagnóstico más certero o se prevé algún contratiempo en los efectos de una lesión.

PARESTESIA.- Sensación o conjunto de sensaciones anormales y especialmente el hormigueo, adormecimiento o calor que se experimenta en la piel producto de algunas enfermedades del sistema nervioso o circulatorio.

REACCIÓN.- Respuesta a un estímulo. Recobrar una persona la actividad fisiológica que había perdido.

REFLEJO.- Respuesta involuntaria a un estímulo.

RECAÍDA.- Acción y resultado de recaer un enfermo en una dolencia de la que acababa de salir.

REHABILITACIÓN.- Conjunto de técnicas cuyo fin es recuperar la actividad o función perdida o disminuida después de un traumatismo o una enfermedad.

SALUD.- Estado en que el ser orgánico ejerce normalmente todas sus funciones. Condiciones físicas en que se encuentra un organismo en un momento determinado.

SÍNTOMAS.- Fenómeno revelador de una enfermedad. Señal, indicio de algo que está sucediendo o va a suceder.

SUTURA.- Costura con que se unen los dos bordes de una herida. Coser una herida.

SOMNOLENCIA.- Pesadez y torpeza de los sentidos motivados por el sueño. Ganas de dormir.

SENSACIÓN.- Impresión que las cosas producen en la mente por medio de los sentidos. Presentimiento, intuición.

SÚBITO.- Improvisto, repentino. De repente.

SOBREEXCITACIÓN.- Excitación o estimulación mayor de lo normal.

SUSCEPTIBLE.- Persona quisquillosa, que se ofende fácilmente.

SECUELA.- Trastorno o lesión que queda tras la curación de una enfermedad o un traumatismo, como consecuencia de los mismos.

TÉCNICA.- Modo de ejecutar cualquier obra o procedimiento (exploratorio, mecánico operatorio, etc.).

TRATAMIENTO.- Conjunto de medios que se emplean para curar o aliviar una enfermedad.

TOLERANCIA.- Respeto hacia las opiniones o prácticas de los demás. Soportar una persona u organismo ciertos alimentos, medicinas u otras sustancias.

TERMORREGULACIÓN.- Sistema de regulación automática de la temperatura.

TRASTORNO.- Enfermedad o alteración de la salud.

TÓPICO.- Medicamento de aplicación externa.

TRAUMA.- Choque o sentimiento emocional que deja una impresión duradera en el subconsciente, generalmente a causa de una experiencia negativa.

VERBORREA.- Palabrería excesiva.

VÉRTIGO.- Trastorno del sentido del equilibrio caracterizado por una sensación de movimiento rotatorio del cuerpo o de los objetos que lo rodean.

VARAIBLE.- Inestable, inconstante. Que varía o puede variar.

VULNERABLE.- Que puede ser herido o dañado física o moralmente.

2.4 HIPÓTESIS Y VARIABLES

2.4.1 HIPÓTESIS

La aplicación de la psicoprofilaxis quirúrgica reduce el miedo, el temor a morir, y la tristeza en los pacientes preoperatorios del Hospital Militar de la ciudad de Riobamba, junio-septiembre 2012

2.4.2 VARIABLES

2.4.2.1 VARIABLE INDEPENDIENTE

Psicoprofilaxis quirúrgica

2.4.2.2 VARIABLE DEPENDIENTE

Ansiedad de pacientes preoperatorios

2.5 OPERACIONALIZACIÓN DE VARIABLES

VARIABLE INDEPENDIENTE:

VARIABLE	CONCEPTO	CATEGORÍA	INDICADORES	TÉCNICAS E INSTRUMENTOS
Psicoprofilaxis quirúrgica	La psicoprofilaxis ha sido definida como un procedimiento terapéutico cuyo objetivo es reducir el impacto psicológico potencialmente traumático de la experiencia quirúrgica, y tender al logro de una mejor adaptación a la situación pre y posoperatoria y a la prevención de conflictos futuros. (Glasserman)	Procedimiento terapéutico Mejor adaptación	<ul style="list-style-type: none"> – Psicoeducación – Reestructuración cognitiva – Catastroficación – Razonamiento emocional – Sobre-generalización – Respiración para control de ansiedad 	Fichas de seguimiento psicoterapéutico Técnica: Encuesta Instrumento: Cuestionario Técnica: Reactivos psicológicos Instrumento: Test de Hamilton

VARIABLE DEPENDIENTE:

VARIABLE	CONCEPTO	CATEGORÍA	INDICADORES	TÉCNICAS E INSTRUMENTOS
Ansiedad de pacientes Preoperatorios.	Reacción fisiológica, psicológica y cognitiva que debe enfrentar un paciente antes de someterse a la cirugía. (Tobal)	Reacción fisiológica, psicológica, cognitiva. Antes de someterse a la cirugía	<p>Taquicardia Temblores Insomnio Pensamientos negativos</p> <p>Cesárea Colecistectomía</p>	Fichas de seguimiento psicoterapéutico Técnica: Encuesta Instrumento: Cuestionario Técnica: Reactivos psicológicos Instrumento: Test de Hamilton

CAPÍTULO III
MARCO METODOLÓGICO

3.1 MÉTODO

La presente investigación se realizó mediante los siguientes métodos: científico, clínico, psicométrico e inductivo.

- **Método científico:** Es un conjunto de pasos que se siguen para alcanzar conocimiento de forma sistemática y ordenada. Esto con el fin de postular hipótesis y teorías generales en distintas áreas del conocimiento.
- **Método clínico:** Es el conjunto de técnicas utilizadas en la práctica de la clínica como la gestión clínica. Se emplea ante todo, en el ámbito de la psicología clínica, ordenando un conjunto de técnicas que tienen en común producir informaciones concretas sobre una persona o la situación que plantea un problema y/o revela la existencia de un sufrimiento.
- **Método psicométrico:** Es la disciplina que se encarga de la medición y asignación de un valor numérico a las características de las personas, tales como: conocimiento, habilidades o capacidades y personalidad.
- **Método inductivo:** Permite estudiar al problema de manera particular, para posteriormente diseñar las conclusiones generales.
- **Tipo de investigación:** Descriptiva.
- **Diseño de la investigación:** Causiexperimental; porque se aplica en diferentes técnicas psicoterapéuticas para comparar los síntomas antes de la cirugía y después de la misma.
- **Tipo de estudio:** Transversal; se realizó observaciones, y análisis de hechos de un determinado periodo, esto se lo hace de las intervenciones quirúrgicas realizadas en el Hospital Militar durante el periodo, junio-septiembre 2012.

3.2 POBLACIÓN Y MUESTRA

3.2.1 POBLACIÓN

Constituyen todos los pacientes que necesiten algún tipo de intervención quirúrgica los mismos que acudieron en un número de 30 pacientes con diferentes tipos de diagnóstico.

Como se evidencia en el siguiente cuadro:

INTERVENCION QUIRURGICA	Nº DE PACIENTES
Artroscopía	3
Apendicectomía	4
Histerectomía	3
Cesárea	10
Colecistectomía	10
TOTAL	30

Fuente: Estadística del Hospital Militar de la ciudad de Riobamba

Elaboración: Klever Atupaña y Julio Muñoz

3.2.2 MUESTRA

La muestra del estudio lo constituyeron 20 pacientes para los que fueron necesarios los criterios de inclusión y exclusión.

3.2.2.1 CRITERIOS DE INCLUSIÓN E EXCLUSIÓN DE LA MUESTRA

Inclusión

- Pacientes con diagnósticos frecuentes
- Pacientes que inicien un proceso quirúrgico
- Pacientes que realicen los exámenes complementarios antes de la cirugía.

Exclusión

- Pacientes con intervenciones quirúrgicas de emergencia
- Pacientes que presentan problemas cardiovasculares
- Pacientes con baja tolerancia al trabajo preoperatorio
- Pacientes con diagnóstico de menor frecuencia.

En base a los criterios de inclusión la muestra de la investigación fueron 20 pacientes, 10 que fueron intervenidos quirúrgicamente por cesárea y 10 por colecistectomía.

Como se muestra en el siguiente cuadro:

INTERVENCION QUIRURGICA	Nº DE PACIENTES
Cesárea	10
Colecistectomía	10
TOTAL	20

Fuente: Estadística del Hospital Militar de la ciudad de Riobamba

Elaboración: Klever Atupaña y Julio Muñoz

3.3 TÉCNICAS E INSTRUMENTOS DE RECOLECCIÓN DE DATOS

Las técnicas e instrumentos que se utilizaron para la recolección de la información fueron:

3.3.1 TÉCNICAS

- **Observación clínica:** Es un instrumento de diagnóstico médico fundamental, no sólo para el esclarecimiento diagnóstico, terapéutico y pronóstico, sino para su utilización en sistemas preventivos y rehabilitatorios.
- **Encuesta:** Es una técnica basada en entrevistas a un número considerable de

personas utilizando cuestionarios que mediante preguntas efectuadas en forma personal permiten indagar diferentes características dentro de una comunidad determinada.

- **Reactivos psicológicos:** Son herramientas que apoyan y refuerzan objetivamente el diagnóstico de (ansiedad), elaborado fundamentalmente a través de la entrevista clínica y la exploración psicopatológica.

3.3.2 INSTRUMENTOS

Los instrumentos utilizados fueron:

Ficha de seguimiento psicoterapéutico: La ficha de seguimiento tiene como finalidad presentar distintas observaciones sobre unos mismos aspectos a lo largo de un proceso temporal. La ficha como su nombre lo indica permite hacer un seguimiento al paciente a lo largo del tiempo, constatando el progreso o las dificultades. (ANEXO1).

Cuestionario: Es un instrumento utilizado para recoger información y saber el poder de conocimiento y las distintas distorsiones cognitivas que las personas pueden presentar, el mismo que está diseñado para cuantificar y universalizar la información y estandarizar el procedimiento de la investigación, (ANEXO 2).

Test: Es un reactivo psicológico, que aplicado a determinada persona, revela y da testimonio del tipo, grado o característica de habilidades, aptitudes, rasgos de personalidad, carácter, inteligencia, etc. que posee el individuo.

Escala de Valoración de la ansiedad de Max Hamilton: Es uno de los instrumentos más utilizados en estudios sobre ansiedad y es usada para valorar la severidad de la ansiedad de una forma global en pacientes que reúnan criterios de ansiedad o depresión y para monitorizar la respuesta al tratamiento, (ANEXO 3).

LA ESCALA DE VALORACION DE ANSIEDAD DE MAX HAMILTON ES:

0	AUSENTE
1	INTENSIDAD LEVE
2	INTENSIDAD MEDIA
3	INTENSIDAD FUERTE
4	INTENSIDAD MAXIMA

De los 14 ítems 7 preguntas corresponden a la ansiedad psíquica y las otras 7 corresponden a la ansiedad fisiológica.

3.4 TÉCNICAS PARA EL ANÁLISIS E INTERPRETACIÓN DE RESULTADOS.

Los datos obtenidos en el proceso investigativo serán interpretados de forma cuantitativa y cualitativa mediante la estadística descriptiva, también se representarán mediante tablas y gráficos estadísticos para una mejor comprensión y de esta manera poder establecer las respectivas conclusiones y recomendaciones.

CAPÍTULO IV

ANÁLISIS E INTERPRETACIÓN

DE RESULTADOS

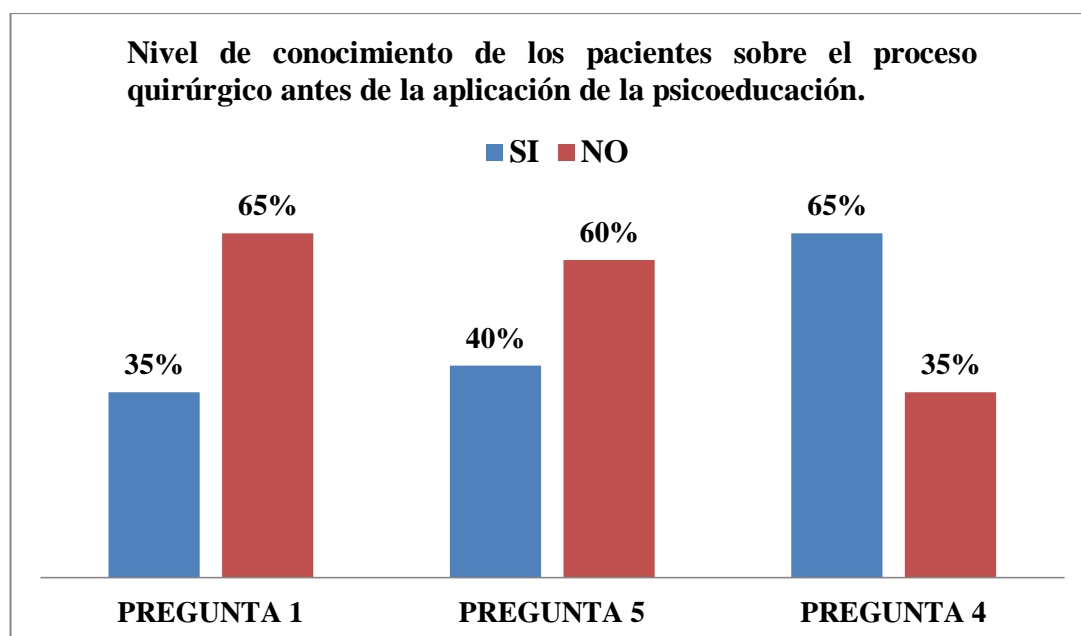
ANÁLISIS E INTERPRETACIÓN DE LA ENCUESTA REALIZADA A LOS PACIENTES DEL HOSPITAL MILITAR DE LA CIUDAD DE RIOBAMBA

CUADRO N° 1.- Nivel de conocimiento de los pacientes sobre el proceso quirúrgico antes de la aplicación de la psicoeducación.

P. N°	Nivel de conocimiento	SI	%	NO	%	TOTAL PACIENTES	TOTAL %
1	¿Conoce usted de la intervención quirúrgica que le van a realizar?	7	35%	13	65%	20	100%
5	¿Tiene referencia del médico que le practicará la cirugía?	8	40%	12	60%	20	100%
4	¿Con la cirugía que le van a realizar usted mejoraría su salud?	13	65%	7	35%	20	100%

Fuente: Encuesta aplicada a los pacientes

Elaboración: Klever Atupaña y Julio Muñoz



Fuente: Encuesta aplicada a los pacientes

Elaboración: Klever Atupaña y Julio Muñoz

ANÁLISIS E INTERPRETACIÓN

De los 20 pacientes encuestados antes de la intervención psicoeducativa, 7 pacientes que corresponde al 35% responden que **SI** conocen de la intervención quirúrgica que le van a realizar y 13 pacientes que corresponde al 65% responden que **NO** conocen de la intervención quirúrgica que le van a realizar; 8 pacientes que corresponde al 40% responden que **SI** tienen referencia del médico que le practicara la cirugía y 12 pacientes que corresponde al 60% responden que **NO** tienen referencia del médico que le practicara la cirugía; 13 pacientes que corresponde al 65% responden que **SI** mejorara su salud con la cirugía que le van a realizar y 7 pacientes que corresponde al 35% responden que **NO** mejorará su salud con la cirugía que le van a realizar.

El desconocimiento de los pacientes acerca de la intervención quirúrgica a la que van a ser sometidas genera diversas situaciones estresantes y amenazantes. Esto hace que un porcentaje alto de pacientes presenten ansiedad lo que suele estar asociadas a la incertidumbre sobre el miedo a la muerte, limitaciones de la vida social y laboral, dieta restrictiva, alteración de la autoimagen provocado por la cirugía, pérdida de control, síntomas físicos que no desapareen con el tratamiento.

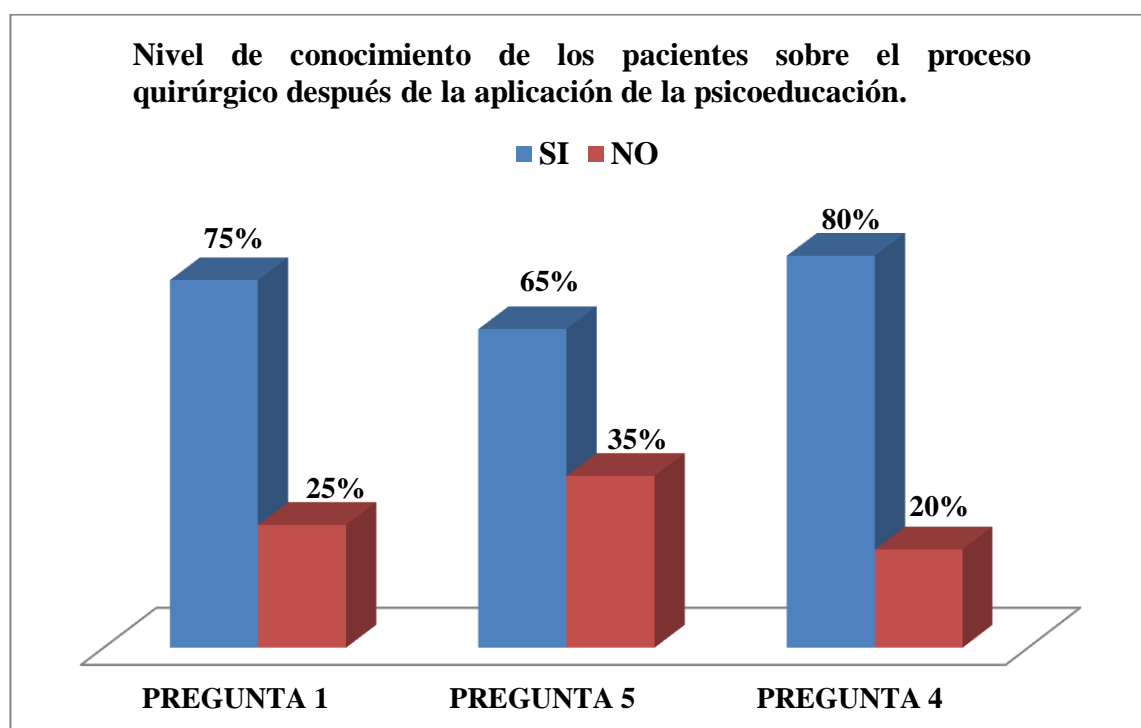
La falta de información sobre el proceso quirúrgico como los efectos de la anestesia, el médico cirujano, instrumentos quirúrgicos en las personas que van a ser intervenidas, provoca desequilibrio emocional, miedo, desesperación, tristeza y preocupación por la familia.

CUADRO N° 2.- Nivel de conocimiento de los pacientes sobre el proceso quirúrgico después de la aplicación de la psicoeducación.

P. N°	Nivel de conocimiento	SI	%	NO	%	TOTAL PACIENTES	TOTAL %
1	¿Conoce usted de la intervención quirúrgica que le van a realizar?	15	75%	5	25%	20	100%
5	¿Tiene referencia del médico que le practicará la cirugía?	13	65%	7	35%	20	100%
4	¿Con la cirugía que le van a realizar usted mejoraría su salud?	16	80%	4	20%	20	100%

Fuente: Encuesta aplicada a los pacientes

Elaboración: Klever Atupaña y Julio Muñoz



Fuente: Encuesta aplicada a los pacientes

Elaboración: Klever Atupaña y Julio Muñoz

ANÁLISIS E INTERPRETACIÓN

Del total de muestra después de la intervención psicoeducativa, 15 pacientes que corresponde al 75% responden que ahora **SI** tienen más referencia de la intervención quirúrgica que le van a realizar y 5 pacientes que corresponde al 25% responden que todavía **NO** conocen de la intervención quirúrgica que le van a realizar; 13 pacientes que corresponde al 65% responden que ahora **SI** ya tienen referencia del médico que le practicara la cirugía y 7 pacientes que corresponde al 35% responden que aún **NO** tienen referencia del médico que le practicara la cirugía; 16 pacientes que corresponde al 80% responden con certeza que **SI** mejorará su salud con la cirugía que le van a realizar y 4 pacientes que corresponde al 40% responden que **NO** están seguros si mejorará su salud con la cirugía que le van a realizar.

La psicoeducación como técnica psicoterapéutica hace referencia a la educación o información científica que se ofrece a las personas que sufren de una patología psicológica o médica con el fin de aliviar la ansiedad, encaminar al paciente para que conozca su propia enfermedad y pueda vivir mejor su condición, y que el mismo paciente aprenda a desarrollar sus propias fortalezas y capacidades para afrontar las diversas situaciones de un modo más adaptativo. Este tipo de intervenciones psicológicas incluyen apoyo emocional, resolución de problemas y otras técnicas. (Sergio Ocio, 2012)

CUADRO N° 3.- Distorsiones cognitivas de los pacientes preoperatorios.

ANTES

DESPÚES

N /P	RAZONAMIENTO EMOCIONAL				MUESTRA	TOTAL %	N /P	RAZONAMIENTO EMOCIONAL				MUESTRA	TOTAL %		
	SI	%	NO	%				SI	%	NO	%				
2	¿Tiene miedo a la cirugía?	18	90%	2	10%	20	100%	2	¿Tiene miedo a la cirugía?	6	30%	14	70%	20	100%
	SOBREGENERALIZACION							SOBREGENERALIZACION							
6	¿Conoce de personas que han fallecido durante la intervención quirúrgica de casos similares al suyo?	10	50%	10	50%	20	100%	6	¿Conoce de personas que han fallecido durante la intervención quirúrgica de casos similares al suyo?	5	25%	15	75%	20	100%
	CATASTROFICACIÓN							CATASTROFICACIÓN							
3	¿Piensa que no va a despertar de la anestesia?	13	65%	7	35%	20	100%	3	¿Piensa que no va a despertar de la anestesia?	2	10%	18	90%	20	100%
7	¿Tiene miedo a morir en la cirugía?	16	80%	4	20%	20	100%	7	¿Tiene miedo a morir en la cirugía?	3	15%	17	85%	20	100%
8	¿Cree que la cirugía tendrá éxito?	2	10%	18	90%	20	100%	8	¿Cree que la cirugía tendrá éxito?	19	95%	1	5%	20	100%
9	¿Piensa que la cirugía le imposibilitara o disminuirá el desenvolvimiento en sus actividades diarias?	14	70%	6	30%	20	100%	9	¿Piensa que la cirugía le imposibilitara o disminuirá el desenvolvimiento en sus actividades diarias?	3	15%	17	85%	20	100%

ANÁLISIS E INTERPRETACIÓN

Del total de la muestra antes de la aplicación de la reestructuración cognitiva en el (razonamiento emocional) 18 pacientes que corresponde al 90% responden que **SI** tiene miedo a la cirugía y 2 pacientes que corresponde al 10% responden que **NO** tienen miedo a la cirugía. En la (sobregeneralización) 10 pacientes que corresponde al 50% responden que **SI** conocen de personas que han fallecido durante la intervención quirúrgica de casos similares al suyo y 10 pacientes que corresponde al 50% responden que **NO** conocen de personas que han fallecido durante la intervención quirúrgica de casos similares al suyo. En la (catastroficación) 13 pacientes que corresponde al 65% responden que **SI** piensan que no van a despertar de la anestesia y 7 pacientes que corresponde al 35% responden que **NO** piensan que ellos sí se van a despertar de la anestesia; 16 pacientes que corresponden al 80% responden que **SI** tienen miedo a morir en la cirugía y 4 pacientes que corresponden al 20% responden que **NO** tienen miedo a morir en la cirugía, 2 pacientes que corresponden al 10% responden que **SI** creen que la cirugía tendrá éxito y 18 pacientes que corresponden al 90% responden que **NO** creen que la cirugía tendrá éxito, 14 pacientes que corresponde al 70% responde que **SI** piensan que la cirugía le imposibilitara o disminuirá el desenvolvimiento en sus actividades diarias y 6 pacientes que corresponden al 30% responden que **NO** piensan que la cirugía les imposibilitara o disminuirá el desenvolvimiento en sus actividades diarias.

Las distorsiones cognitivas son formas erradas de percibir e interpretar un acontecimiento, son esquemas equivocados que al interpretarlos generalmente conlleva a múltiples consecuencias negativas, alteraciones emocionales, conflictos en las relaciones con los demás, o en la manera de ver la vida, dando lugar a una visión simplista y negativa. (CABALLO, 1997)

Las distorsiones cognitivas que presentaron los pacientes preoperatorios fueron:

El **razonamiento emocional**, evidenciado por un miedo marcado a la cirugía, incrementando sus niveles de ansiedad, y creyendo que lo que ellos sienten es verdadero e indiscutible.

La **sobregeneralización**, se la puede determinar por el miedo constante, a que le pase igual que a otros pacientes que fueron intervenidos quirúrgicamente, y pensando que lo que ocurrió una vez, ocurrirá siempre.

La **catastroficación**, se la puede determinar por un temor irracional a la cirugía, incrementando así sus niveles de ansiedad, y adelantando acontecimientos negativos e irreales a la situación actual.

Del total de la muestra después de la aplicación de la reestructuración cognitiva en el (razonamiento emocional), 2 pacientes que corresponde al 10% responden que aún **SI** piensan que no van a despertar de la anestesia y 18 pacientes que corresponde al 90% responden que **NO** piensan que ellos sí se van a despertar de la anestesia; 3 pacientes que corresponde al 15% responden que aún **SI** tienen miedo a morir en la cirugía y 17 pacientes que corresponden al 85% responden que ya **NO** tienen miedo a morir en la cirugía, 19 pacientes que corresponde al 95% responden que definitivamente **SI** creen que la cirugía tendrá éxito y 1 paciente que corresponde al 5% responden que **NO** cree que la cirugía tendrá éxito, 3 pacientes que corresponde al 15% responde que **SI** piensan todavía que la cirugía le imposibilitara o disminuirá el desenvolvimiento en sus actividades diarias y 17 pacientes que corresponde al 85% responden que ya **NO** piensan que la cirugía les imposibilitara o disminuirá el desenvolvimiento en sus actividades diarias.

La intervención psicoterapéutica que se utilizó para el manejo de estas distorsiones cognitivas fue la reestructuración cognitiva, que es una técnica destinada a modificar las formas de pensar distorsionadas mediante el dialogo, información y la práctica de hábitos cognitivos nuevos. (NAVAS, 1998)

En relación al **razonamiento emocional**, los pacientes disminuyeron el miedo mediante confrontaciones objetivas de lo que el cree verdad no lo es.

En la **sobregeneralización**, los pacientes redujeron el miedo mediante la confrontación objetiva y la proporción de información de lo que el piensa nunca ocurrirá.

En relación a la **catastroficación**, los pacientes disminuyeron el temor mediante la confrontación, y así pueda descubrir que no existen fundamentos reales para esta afirmación o respuesta errónea esto gracias a los conocimientos brindados en psicoeducación.

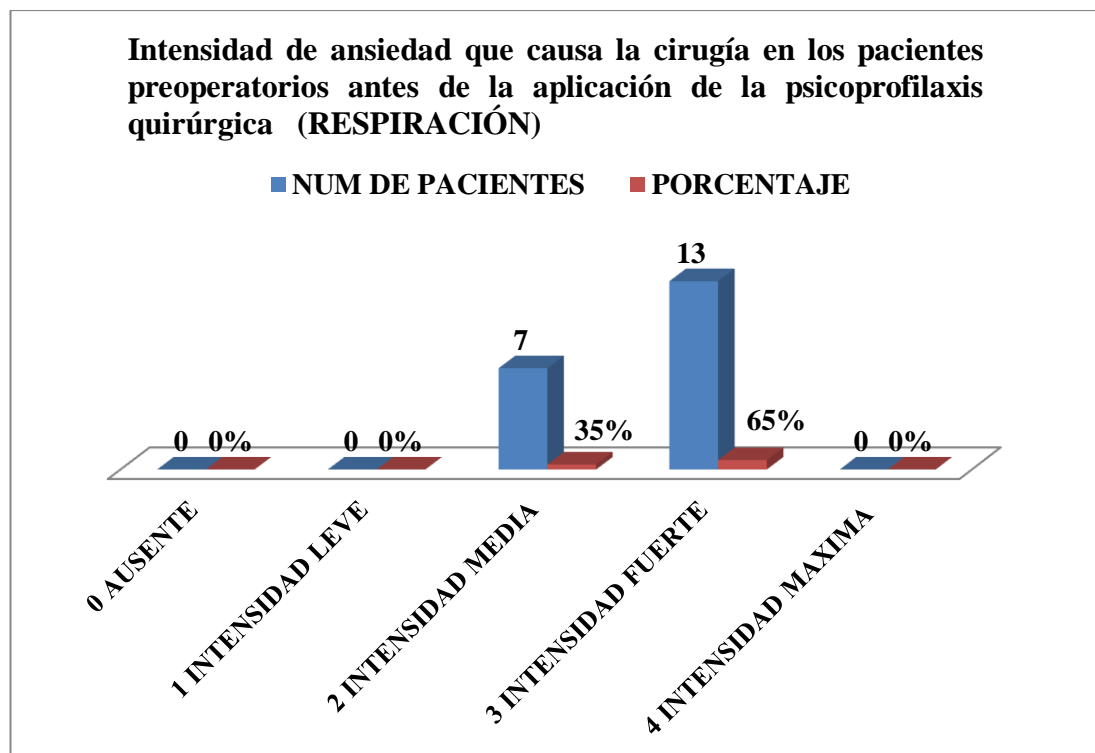
ANALISIS E INTERPRETACION DE LOS DATOS OBTENIDOS MEDIANTE LA ESCALA DE VALORACION DE LA ANSIEDAD DE MAX HAMILTON

CUADRO N° 4.- Intensidad de ansiedad que causa la cirugía en los pacientes preoperatorios antes de la aplicación de la psicoprofilaxis quirúrgica (RESPIRACIÓN)

INTENSIDAD DE ANSIEDAD	N° DE PACIENTES	PORCENTAJE
0 Ausente	0	0%
1 Intensidad Leve	0	0%
2 Intensidad Media	7	35%
3 Intensidad Fuerte	13	65%
4 Intensidad Máxima	0	0%
TOTAL	20	100%

Fuente: Escala de Valoración de la Ansiedad de Max Hamilton

Elaboración: Klever Atupaña y Julio Muñoz



Fuente: Escala de Valoración de la Ansiedad de Max Hamilton

Elaboración: Klever Atupaña y Julio Muñoz

ANÁLISIS E INTERPRETACIÓN

De la encuesta realizada antes de la aplicación de la psicoprofilaxis quirúrgica se pudo evidenciar que, 13 pacientes que corresponden al 65% presentan una ansiedad con intensidad fuerte y 7 pacientes que corresponden al 35% presentan una ansiedad con intensidad media.

La ansiedad con intensidad fuerte tiene el porcentaje más alto en pacientes preoperatorios, lo cual es una población relativa en el rango crítico de equivalencia más alta en el objeto de estudio, debido a que la cirugía es un agente precursor de la ansiedad.

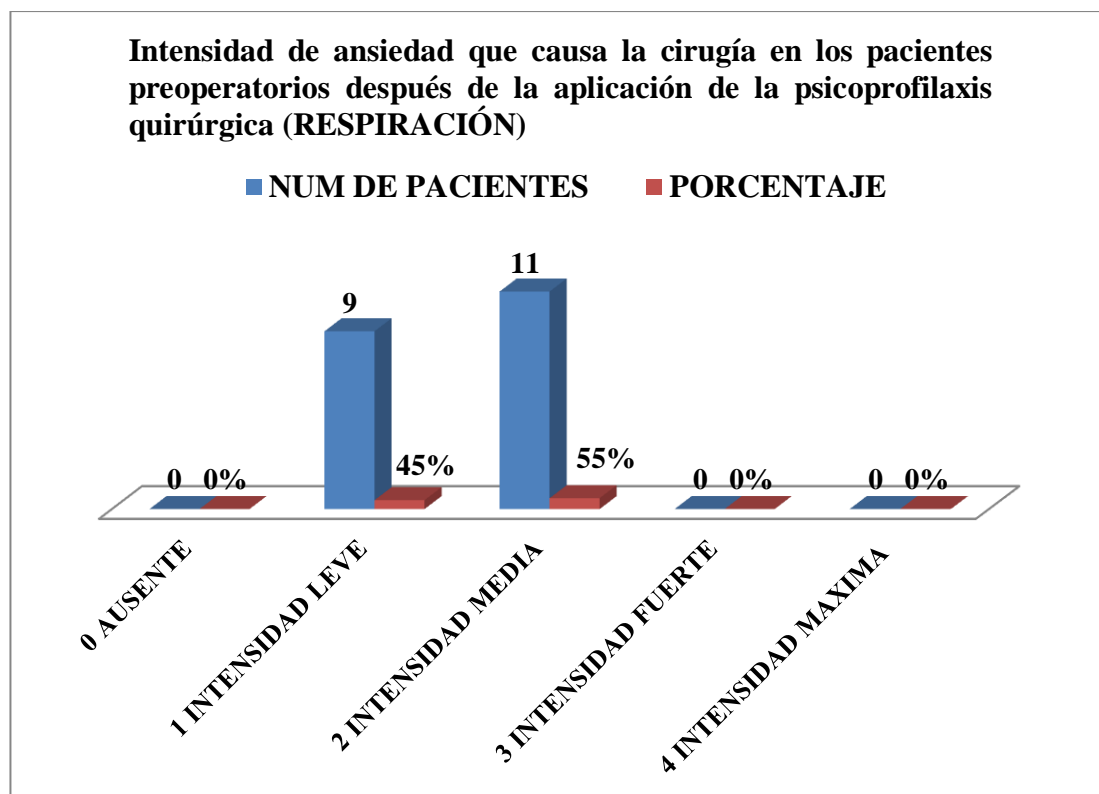
Los pacientes diagnosticados con ansiedad en intensidad media y fuerte antes de la aplicación de la psicoprofilaxis quirúrgica presentan desequilibrio tanto físico como psicológico, entre los más destacados es la angustia, desesperación permanente taquicardia e insomnio, entre otros.

CUADRO N° 5.- Intensidad de ansiedad que causa la cirugía en los pacientes preoperatorios después de la aplicación de la psicoprofilaxis quirúrgica (RESPIRACIÓN)

INTENSIDAD DE ANSIEDAD	N° DE PACIENTES	PORCENTAJE
0 Ausente	0	0%
1 Intensidad Leve	9	45%
2 Intensidad Media	11	55%
3 Intensidad Fuerte	0	0%
4 Intensidad Máxima	0	0%
TOTAL	20	100%

Fuente: Escala de Valoración de la Ansiedad de Max Hamilton

Elaboración: Klever Atupaña y Julio Muñoz



Fuente: Escala de Valoración de la Ansiedad de Max Hamilton

Elaboración: Klever Atupaña y Julio Muñoz

ANÁLISIS E INTERPRETACIÓN

De la encuesta realizada después de la aplicación de la psicoprofilaxis quirúrgica se pudo evidenciar que 9 pacientes que corresponden al 45% presentan ansiedad con intensidad leve, y 11 pacientes que corresponden al 55% presentan ansiedad con intensidad media.

Se pudo evidenciar que con la aplicación de la psicoprofilaxis los niveles de ansiedad redujeron considerablemente a intensidad leve y media, además la utilización de la técnica de la psicoeducación, reestructuración cognitiva y la respiración para control de ansiedad ayudaron a que el paciente pueda manejar sus emociones, identificar, analizar y modificar las interpretaciones o los pensamientos erróneos que en ese momento experimentaban, además con el adecuado proceso de respiración ayuda al paciente a controlar la ansiedad, de esta forma el paciente mejora el funcionamiento de los órganos internos, disminuye el cansancio y la fatiga, aumenta la capacidad pulmonar y lo más importante logra el equilibrio biopsicosocial. **María del Carmen Mucci y Jorge Augusto Covaro**

COMPROBACIÓN DE HIPÓTESIS

En la comprobación de la hipótesis nos sustentamos en la aplicación de las encuestas, baterías psicológicas y ficha de seguimiento psicoterapéuticos aplicadas a los pacientes atendidos en el Hospital Militar de la ciudad de Riobamba.

Al aplicar inicialmente la escala de valoración de ansiedad de Max Hamilton. Se evidenció que el 65% de pacientes presentaron ansiedad fuerte y un 35% ansiedad media, luego de la aplicación de la psicoprofilaxis quirúrgica se pudo demostrar una notable mejoría de los síntomas de ansiedad, evidenciando así un 45% de los pacientes con ansiedad de intensidad leve y un 55% intensidad media.

Los resultados de la encuesta aplicada mostraron un 65% de bajo conocimiento e información errada de la intervención quirúrgica, la que mejoró con la aplicación de la psicoeducación en un 75%.

Las distorsiones cognitivas que presentaron fueron: (razonamiento emocional catastrofización y sobregeneralización), la catastrofización en un 90% respectivamente, mejorando sus pensamientos mediante la técnica de reestructuración cognitiva.

De esta manera se comprueba la hipótesis planteada en la investigación, es decir que las técnicas de psicoprofilaxis quirúrgica disminuyó la ansiedad en los pacientes preoperatorios del Hospital Militar de la ciudad de Riobamba.

CAPÍTULO V

CONCLUSIONES Y

RECOMENDACIONES

5.1 CONCLUSIONES

Después del análisis de los resultados se llegó a las siguientes conclusiones:

- El 65% de pacientes pre quirúrgicos que participaron en la investigación presentaron ansiedad fuerte antes de aplicar las técnicas de la psicoprofilaxis quirúrgica. Después de la aplicación de la psicoprofilaxis quirúrgica la intensidad de la ansiedad disminuyó a intensidad leve con el 45% y a intensidad media con el 55%.
- El 65% de la muestra investigada desconocía sobre el proceso de la intervención quirúrgica que le iban a realizar, el 60% no tenían referencias sobre el médico cirujano mientras el 65% conocía que la cirugía mejoraría su salud. Después de la aplicación de la psicoeducación se evidencio un mejor conocimiento de las dudas o desinformación señaladas anteriormente, es decir el 75% de los pacientes mejoro sus conocimiento sobre la intervención quirúrgica, el 65% tuvo referencias sobre el medico cirujano y el 80% afirmó con certeza que con la cirugía mejorará su salud.
- En la muestra investigada también se presentó que mediante la aplicación del cuestionario antes del proceso quirúrgico las más sobresalientes fueron el 90% de pacientes mostraron razonamiento emocional, el 50% sobregeneralización, y el 65% catastrofización. La intervención psicoterapéutica mediante la reestructuración cognitiva mostró en los pacientes un cambio en la forma de pensar: el 70% en razonamiento emocional, el 75% en sobregeneralización y el 90% en catastrofización.
- Se puede determinar que las causas de la ansiedad que presentaron los pacientes preoperatorios fueron: la falta de información sobre la intervención quirúrgica, la presencia de distorsiones cognitivas

especialmente de manera negativa sobre los resultados del tratamiento. El nerviosismo y la desesperación ante el diagnóstico que emitió el médico.

- Se pudo demostrar que las técnicas que formaron parte de la psicoprofilaxis quirúrgica fueron (psicoeducación, reestructuración cognitiva y los ejercicios de respiración para control de ansiedad) contribuyeron notablemente al control y manejo adecuado de los pacientes preoperatorios.
- Con el estudio se comprobó la hipótesis planteada la aplicación de la psicoprofilaxis quirúrgica reduce el miedo, el temor a morir, y la tristeza en los pacientes preoperatorios del Hospital Militar de la ciudad de Riobamba.

5.2 RECOMENDACIONES

- Los profesionales de la salud (médico, enfermera y PSICÓLOGO) deben proporcionar información al paciente sobre su enfermedad y las medidas a tomarse de una manera más integral, que incluya sus valores, creencias y percepciones. Este conocimiento permitirá realizar intervenciones de acuerdo a las características y estilos de vida por la que está atravesando cada persona en particular.
- La Psicoterapia debe ser utilizada como una herramienta de ayuda para la mejor y más pronta recuperación de pacientes que sufren de diferentes traumatismos físicos y psicológicos.
- Ofrecer talleres sobre el programa de psicoprofilaxis quirúrgica al personal del sector salud dedicados a la atención de pacientes que presenten ansiedad antes de cualquier intervención quirúrgica.
- Se recomienda hacer uso de diversas estrategias de psicoprofilaxis quirúrgica como la psicoeducación, reestructuración cognitiva y la respiración para controlar la ansiedad y modificar pensamientos erróneos sobre la cirugía previo al ingreso al quirófano, especialmente en las mujeres sometidas a cesárea porque clínicamente se observó mayor preocupación de su estado de salud en relación a los pacientes varones de colecistectomía.
- Se recomienda a las autoridades del hospital crear un ambiente de trabajo en equipo para fomentar una atención de excelencia al paciente, dando la debida importancia al trabajo psicológico.
- A las autoridades de la Carrera de Psicología Clínica implementar la asignatura de semiología para que el estudiante conozca de manera general las patologías físicas para facilitar la intervención psicológica especialmente en la psicoeducación.

BIBLIOGRAFIA

1. GIACOMANTONE, E, y MEJÍA, A.(1997).Estrés Preoperatorio y Riesgo Quirúrgico. Argentina. Paidós.
2. CLOSKEY, J. Mc y BULECHEK G. M. Clasificación de intervenciones en enfermería (NIC), cuarta edición.
3. SPEADS, C.H. (1988): ABC de la respiración. Madrid: EDAF
4. TOBAL, M. (1996). La ansiedad. Madrid. Alnambra.
5. MUCCI, M. (2004). Psicoprofilaxis quirúrgica. Una práctica en convergencia interdisciplinaria. Buenos Aires. Paidós.
6. RINALDI, G. (2001). Prevención Psicósomática del Paciente Quirúrgico. Buenos Aires. Paidós.
7. FERRARA, A. Dr. (2000). Deon Instituto de Ciencias Superiores. Buenos Aires. Revista médica. Website: www.deon.com.ar/66sicoprofilaxis.htm
8. BULACIO, J.M. Vieyra, M.C. RIVERO, M.E. (2003) Porqué grupos psicoeducacionales y de autoayuda en trastornos de ansiedad. Barcelona. Akadia.
9. OCIO S. (2012). Psicoeducación. Revista educativa. Web site: www.unioviedo.es/psiquiatria/docencia/material/CIENCIASPSICOSOC/PSICOEDUCACION.pdf

10. CABALLO, V. (1997) Manual para el tratamiento cognitivo-conductual de los trastornos psicológicos. Siglo Veintiuno de España Editores.
11. NAVAS, J. (1998). Catastroficación. First Book.
12. ÁLVAREZ, R. (1997). Razonamiento emocional. España: Sal Terrae.
13. NAVAS, J. (1998). Reestructuración cognitiva. Second. Book
14. Centro de Terapia Cognitivo Conductual y del comportamiento CETECIC. Asociación de Argentina. Website: www.cognitivoconductual.org
15. SPEADS, C.H. (1988): método de respiración para control de ansiedad. Madrid: España. Editorial. EDAF
16. EVERLY, G. (1989). A clinical guide to the treatment of the human stress response. Nueva York. Plenum.
17. HIRAI, T. (1975). Zen meditation therapy. Tokio. Japan Publications.
18. De la Paz, E. Prego, y B. Barzaga, H. (2006). Miedo y ansiedad a la anestesia en pacientes sometidos a cirugía. Rev. Mex.
19. TOBAL, M. (1996). La ansiedad definición. Madrid. Alnambra.
20. SÄNGER M. (1882), breve reseña histórica de la cesárea. Disponible en: <http://www.bebesymas.com/parto/breve-historia-de-la-cesarea>
21. DECOUD, J. (1991). Colectectomía Laparoscopica. Rev.Arg. Cirug.

ANEXOS

ANEXO 1

FICHA DE SEGUIMIENTO PSICOTERAPÉUTICO

DATOS DEL PACIENTE

NOMBRE:	SEXO:
EDAD:	HORA:

DIAGNOSTICO:	ANSIEDAD:	
SUGERENCIA:	PUNTAJE:	
FECHA	ACTIVIDADES	OBSERVACIONES

--	--	--

ANEXO 2

**UNIVERSIDAD NACIONAL DE CHIMBORAZO
FACULTAD DE CIENCIAS DE LA SALUD
ESCUELA DE PSICOLOGÍA CLÍNICA**

**“LA PSICOPROFILAXIS QUIRÚRGICA Y SUS EFECTOS EN LA
ANSIEDAD DE PACIENTES PREOPERATORIOS DEL HOSPITAL
MILITAR DE LA CIUDAD DE RIOBAMBA”**

GUÍA DE CUESTIONARIO PARA PACIENTES

El presente cuestionario tiene como objetivo primordial recabar información de los efectos que provoca la ansiedad preoperatoria en los pacientes del Hospital Militar de la ciudad de Riobamba.

Instrucciones: Sírvase contestar con la mayor sinceridad, para poderle orientar sobre la intervención quirúrgica que va ser intervenida. Las respuestas serán manejadas confidencialmente, no es necesario que nos indique su nombre.

1.- ¿Conoce usted de la intervención quirúrgica que le van a realizar?

Si ()

NO ()

2.- ¿Tiene miedo a la cirugía?

Si ()

NO ()

3.- ¿Piensa que no va a despertar de la anestesia?

Si ()

4.- ¿Con la cirugía que le van a realizar usted mejoraría su salud?

Si ()

NO ()

5.- ¿Tiene referencia del médico que le practicará la cirugía?

Si ()

NO ()

6.- ¿Conoce de personas que han fallecido durante la intervención quirúrgica de casos similares al suyo?

Si ()

NO ()

7.- ¿Tiene miedo a morir en la cirugía?

Si ()

NO ()

8.- ¿Cree que la cirugía tendrá éxito?

Si ()

NO ()

9.- ¿Piensa que la cirugía le imposibilitara o disminuirá el desenvolvimiento en sus actividades diarias?

Si ()

NO ()

GRACIAS POR SU COLABORACIÓN.

ANEXO 3

ESCALA DE VALORACION DE LA ANSIEDAD DE MAX HAMILTON

DATOS DEL PACIENTE:

Apellidos: _____ Nombre: _____ Sexo: _____

Edad: _____ Fecha de consulta: _____ Hora: _____

Puntuación total: _____ Ansiedad psíquica: _____ Ansiedad somática: _____

INSTRUCCIONES: Seleccione para cada ítem la nota que corresponda, según su experiencia, a la intensidad del comportamiento, las definiciones que siguen al enunciado del ítem son ejemplos que sirven de guía. Marque en el casillero situado a la derecha la cifra (de 0 a 4) que define la intensidad. Todos los ítems deben ser anotados.

0 Ausente 2 Intensidad media 4 Intensidad máxima
1 Intensidad leve 3 Intensidad fuerte (Invalidante)

1.HUMOR ANSIOSO Inquietud. Espera de lo peor. Aprensión (anticipación temerosa). Irritabilidad.	0	1
		2
	3	4
2.TENSION Sensación de tensión. Fatigabilidad. Imposibilidad de relajarse. Llanto fácil. Temblor. Sensación de no poder quedarse en un lugar.	0	1
		2
	3	4
3.MIEDOS A la oscuridad. A la gente desconocida. A quedarse solo. De los animales grandes, etc. Al transito callejero. A la multitud.	0	1
	2	
	3	4
4.INSOMNIO Dificultad para conciliar el sueño. Sueño interrumpido. Sueño no satisfactorio con cansancio al despertar. Sueños penosos. Pesadillas. Terrores nocturnos.	0	1
	2	
	3	4

5.FUNCIONES INTELECTUALES (Gnósicas) Dificultad de concentración. Mala memoria.	0 2 3	1 4
6.HUMOR DEPRESIVO Falta de interés. No disfrutar ya con sus pasatiempos. Depresión. Insomnio de la madrugada. Variaciones de humor durante el día.	0 2 3	1 4
7.SINTOMAS SOMÁTICOS GENERALES (Musculares) Dolores y cansancio muscular. Rigidez muscular. Sobresaltos musculares. Sacudidas clónicas. Chirrido de los dientes. Voz poco firme e insegura.	0 2 3	1 4
8.SINTOMAS SOMÁTICOS GENERALES (Sensoriales) Zumbidos de oídos. Visión borrosa. Sofocaciones o escalofríos. Sensación de debilidad. Sensación de hormigueo.	0 2 3	1 4
9.SINTOMAS CARDIOVASCULARES Taquicardia. Palpitaciones. Dolores en le pecho. Latidos vasculares. Extrasístoles.	0 2 3	1 4
10.SINTOMAS RESPIRATORIOS Peso en el pecho o sensación de opresión torácica. Sensación de ahogo. Suspiros. Falta de aire.	0 2 3	1 4
11.SINTOMAS GASTROINTESTINALES Dificultad para tragar. Meteorismo. Dispepsias: dolor antes o después de comer. Sensación de ardor. Distención abdominal. Pirosis. Nauseas. Vómitos. Sensación de estómago vacío. Cólicos abdominales. Borborigmos. Diarrea. Constipación.	0 2 3	1 4
12.SINTOMAS GENITO URINARIOS Amenorrea. Metrorragia. Aparición de la frigidez. Micciones frecuentes. Urgencia de la micción. Eyaculación precoz. Ausencia de erección. Impotencia.	0 2 3	1 4

13.SINTOMAS DEL SISTEMA NERVIOSO AUTONOMO	0	1
Sequedad de la boca. Accesos de rubor. Palidez. Transpiración excesiva.	2	
Vértigos. Cefalea de tensión. Horripilación.	3	4
14.COMPORTAMIENTO DURANTE LA ENTREVISTA		
(GENERAL). Tenso, incomodo. Agitación nerviosa: de las manos, frota sus dedos, aprieta los puños. Inestabilidad: postura cambiante.		
Temblor de las manos. Ceño arrugado. Facies tensa. Aumento del tono muscular. Respiración jadeante. Palidez facial.	0	1
	2	
(FISIOLÓGICOS). Traga saliva. Eructos. Taquicardia de reposo.	3	4
Frecuencia respiratoria de más de más de 20/mn. Reflejos tendinosos vivos.		
Temblor. Dilatación pupilar. Exoftalmia. Sudor. Mioclonías palpebrales.		

OBSERVACIONES: _____

ANEXO 4







