



UNIVERSIDAD DEL AZUAY

**FACULTAD DE FILOSOFÍA, LETRAS Y CIENCIAS DE
LA EDUCACIÓN**

ESCUELA DE PSICOLOGÍA CLÍNICA

**Aplicación de técnicas Cognitivo - Conductuales para disminuir la
ansiedad antes de la intervención quirúrgica en pacientes de 18 a 35
años en el área de cirugía del Hospital José Carrasco Arteaga en los
meses de Julio a Octubre del 2013**

Trabajo de graduación previo a la obtención del título de:

Psicólogo Clínico

Autores: Pamela Michelle Priori Beltrán

Juan Diego Senese Ochoa

Director: Doctor Alfonso Calderón

Cuenca, Ecuador

2013

Dedicatoria

Juan Diego Senese:

El siguiente estudio va dedicado a mi madre por su esfuerzo y dedicación, porque me ha educado con el ejemplo, y me ha demostrado que todo se consigue con paciencia y esfuerzo. Que se debe servir antes que exigir.

A mi padre que me ha enseñado a decir las cosas en el momento adecuado y a expresar lo que siento y pienso, sobre todo a poder argumentarme. Se debe luchar y tener objetivos claros.

A mi abuela que con el tiempo me ha visto crecer y a pesar de todo lo que ha vivido siempre ha estado ahí apoyándome, agradeciendo el vivir día a día he incentivándome a seguir adelante.

A mis profesores que mediante su guía y motivación me permiten ser creativo e innovar en esta carrera vocacional, sobre todo siendo un ejemplo a seguir ya sea en el área humana como en sus conocimientos.

Pamela Priori:

Quiero dedicar esta tesis a mi madre, que con su ejemplo me ha dado la motivación necesaria para que yo luche siempre por mis sueños y no me deje vencer por los obstáculos que se nos presentan en la vida.

A mis abuelos, que siempre han estado a mi lado para brindarme su apoyo incondicional y de quienes he aprendido que para salir adelante en la vida se necesita de mucho esfuerzo y sacrificio.

Finalmente quiero dedicarla a mis profesores, que a lo largo de estos cinco años de carrera vocacional, me brindaron con sus conocimientos y enseñanzas, las herramientas necesarias para salir adelante y convertirme en una excelente profesional.

Agradecimientos

Agradecemos principalmente al Doctor Alfonso Calderón, por haber aceptado ser nuestro director de tesis ya que nos brindó la oportunidad de realizar la tesis en el Hospital José Carrasco Arteaga, y a lo largo de todo el proceso nos ha dado las herramientas necesarias para realizar el estudio de manera adecuada.

Agradecemos a la Doctora María del Carmen Ochoa, por habernos permitido realizar nuestro estudio en el Hospital José Carrasco Arteaga, ya que nos ayudó a conseguir los permisos necesarios.

Agradecemos también a la Doctora Anita Pacurucu, por darnos una guía al momento de interpretar los resultados obtenidos en el estudio, lo que fue de gran ayuda para nosotros a la hora de sacar conclusiones del mismo.

Agradecemos a nuestros padres, por su apoyo brindado a lo largo de nuestra carrera universitaria, por haber confiado en nosotros y ser nuestro soporte para que podamos salir adelante y convertirnos en profesionales.

Índice de contenidos

Dedicatoria.....	ii
Agradecimientos.....	iv
Índice de Contenidos.....	v
Índice de Anexos.....	ix
Resumen.....	x
Abstract.....	xi

Introducción.....	1
--------------------------	----------

Capítulo 1: Ansiedad.....	3
----------------------------------	----------

1. Introducción.....	3
1.1 Conceptos básicos.....	3
1.2 Trastornos de ansiedad.....	6
1.3 Clasificación de los trastornos de ansiedad.....	6
1.3.1 Criterios diagnósticos para los trastornos de ansiedad según el DSM-IV.....	6
1.3.1.1 Criterios diagnósticos para la crisis de angustia según el DSM-IV.....	7
1.3.1.2 Criterios diagnósticos para la agorafobia según el DSM-IV.....	8
1.3.1.3 Criterios diagnósticos para el trastorno de angustia sin agorafobia según el DSM-IV.....	9
1.3.1.4 Criterios diagnósticos para el trastorno de angustia con agorafobia según el DSM-IV.....	9
1.3.1.5 Criterios diagnósticos para la agorafobia sin trastorno de angustia según el DSM-IV.....	10
1.3.1.6 Criterios diagnósticos para la fobia específica según el DSM-IV.....	10
1.3.1.7 Criterios diagnósticos para la fobia social según el DSM-IV.....	11
1.3.1.8 Criterios diagnósticos para el trastorno obsesivo-compulsivo según el DSM-IV.....	12
1.3.1.9 Criterios diagnósticos para el trastorno por estrés Postraumático según el DSM-IV.....	14
1.3.1.10 Criterios diagnósticos para el trastorno por estrés agudo según el DSM-IV.....	16
1.3.1.11 Criterios diagnósticos para el trastorno de ansiedad generalizada según el DSM-IV.....	17

1.3.1.12	Criterios diagn3sticos para el trastorno de ansiedad debido a... (Indicar enfermedad m3dica) seg3n el DSM-IV.....	18
1.3.1.13	Criterios diagn3sticos para el trastorno de ansiedad inducido por sustancias seg3n el DSM-IV.....	19
1.4	Caracter3sticas principales del trastorno de ansiedad generalizada.....	20
1.4.1	Epidemiolog3a: prevalencia y comorbilidad.....	21
1.4.2	Factores de riesgo y vulnerabilidad.....	22
1.4.3	Etiopatogenia.....	23
1.4.3.1	Factores gen3ticos.....	23
1.4.3.2	Factores neuroqu3micos.....	23
1.4.3.3	Factores de aprendizaje.....	24
1.4.4	El trastorno de ansiedad generalizada como diagn3stico independiente.....	24
1.5	Conclusiones.....	25

Cap3tulo 2: Terapia Cognitivo – Conductual..... 26

2.	Introducci3n.....	26
2.1	Or3genes y fundamentos de la terapia Cognitivo-Conductual.....	26
2.1.1	Los fundadores de la terapia Cognitivo-Conductual.....	30
2.1.1.1	Albert Ellis.....	30
2.1.1.2	Aaron Beck.....	32
2.2	Utilidad y eficacia de la Terapia Cognitivo-Conductual en los trastornos de ansiedad.....	35
2.3	Factores que influyen en el resultado de la cirug3a.....	37
2.3.1	Relaci3n m3dico-paciente.....	37
2.3.1.1	Modelos de atenci3n.....	39
2.3.1.1.1	Paternalista.....	39
2.3.1.1.2	Decisi3n informada.....	39
2.3.1.1.3	M3dico como agente perfecto.....	39
2.3.1.1.4	Toma de decisiones compartidas.....	39
2.3.2	Motivos de adherencia y no adherencia al tratamiento.....	40
2.3.3	Asunci3n de Rol de paciente.....	41
2.3.4	Asunci3n de Rol de enfermo.....	42
2.3.4.1	Tipos de comportamiento.....	43
2.3.4.1.1	Comportamiento regresivo.....	43
2.3.4.1.2	Comportamiento obstinado.....	44
2.3.4.1.3	Comportamiento desmotivado.....	44

2.3.4.1.4 Comportamiento incurable.....	44
2.3.4.1.5 Comportamiento dependiente.....	44
2.3.4.1.6 Comportamiento agresivo.....	45
2.4 Tratamiento a recibir (cirugía general).....	45
2.4.1 Explicación del tratamiento.....	45
2.4.2 Intervenciones que abarca la cirugía general.....	46
2.4.3 Ingreso al área de cirugía general.....	47
2.4.3.1 Por consulta externa.....	47
2.4.3.2 Pase de clínica al departamento quirúrgico.....	47
2.4.3.3 Ingreso por emergencia.....	47
2.4.4 Preoperatorio.....	47
2.4.3.1 Preoperatorio mediato.....	48
2.4.3.2 Preoperatorio inmediato.....	48
2.4.5 Postoperatorio.....	48
2.4.5.1 Recuperación anestésica.....	48
2.4.5.2 Postoperatorio inmediato.....	49
2.4.5.3 Postoperatorio mediato.....	49
2.5 Cambios de estilo de vida.....	49
2.5.1 Recomendaciones para mejorar el estilo de vida.....	51
2.6 Psicoeducación.....	52
2.7 Conclusiones.....	54

Capítulo 3: Diagnóstico y Tratamiento..... 55

3. Introducción.....	55
3.1 Test de Ansiedad de Hamilton.....	55
3.1.2 Propiedades psicométricas.....	57
3.1.2.1 Fiabilidad.....	57
3.1.2.2 Validez.....	57
3.2 Técnicas utilizadas para disminuir la ansiedad.....	57
3.2.1. Técnicas de relajación y respiración.....	58
3.2.1.1 Bases teóricas y experimentales.....	59
3.2.1.2 Relajación y emoción.....	61
3.3 Relajación progresiva.....	62

3.3.1 Recomendaciones para el terapeuta.....	63
3.3.2 Variantes de la relajación progresiva.....	66
3.3.2.1 Relajación diferencial.....	67
3.3.2.2 Relajación condicionada.....	67
3.3.3 Entrenamiento autógeno.....	67
3.3.3.1 Técnica del dial.....	68
3.4 Ejercicios de respiración.....	68
3.5 Técnicas de reestructuración cognitiva.....	69
3.5.1 Técnicas de resolución de problemas.....	70
3.5.1.1 Pensamientos automáticos.....	70
3.5.1.2 Distorsiones cognitivas.....	71
3.5.2 Búsqueda de soluciones alternativas.....	72
3.5.3 Cuestionar la evidencia.....	72
3.5.4 Contraste de predicciones catastróficas.....	72
3.5.5 El modelo A-B-C.....	73
3.5.5.1 Creencias irracionales.....	73
3.6 Conclusiones.....	74
Capítulo 4: Valoración del campo ha estudiar.....	75
4. Introducción.....	75
4.1 Análisis de la población a investigar basados en los criterios de inclusión y exclusión.....	75
4.2 Análisis demográfico.....	75
4.2.1 Análisis social y económico.....	77
4.3 Análisis de los resultados estadísticos.....	78
Conclusiones y recomendaciones.....	86
Conclusiones Teóricas.....	86
Conclusiones Metodológicas.....	86
Conclusiones Pragmáticas.....	87
Recomendaciones.....	87
Bibliografía.....	88

Índice de anexos

Anexo 1:	
Diseño de tesis.....	95
Anexo 2:	
Documento de aprobación del diseño de tesis.....	107
Anexo 3:	
Oficio para realizar la tesis en el Hospital José Carrasco Arteaga en los meses de julio a octubre del 2013.....	108
Anexo 4:	
Documento de aprobación para realizar la tesis en el Hospital José Carrasco Arteaga en los meses de julio a octubre del 2013.....	109
Anexo 5:	
Aplicación a una paciente de la entrevista y del test de Ansiedad de Hamilton.....	110

Resumen

El siguiente estudio se realizó para medir los niveles de ansiedad en pacientes de 18 a 35 años, mediante una entrevista previa y el test de Hamilton. En caso de presentar ansiedad moderada, se aplicó una técnica cognitivo-conductual con el objetivo de disminuir la ansiedad en los pacientes.

Los resultados del estudio demuestran que de 120 pacientes solo nueve de ellos presentaron ansiedad moderada, y consideramos que el nivel de ansiedad leve que se presentó fue a causa de: convivencia con la enfermedad, fe en el médico, el temor a informarse y el nivel cultural bajo que tenían la mayoría de los pacientes.

ABSTRACT

The following study was conducted to measure the levels of anxiety in patients aged 18 to 35 years, performed through a prior interview and the Hamilton test. In the case of presenting modern anxiety, a cognitive-behavioral technique was applied in order to reduce anxiety in patients.

The survey results show that only nine out of 120 patients had moderate anxiety. We consider that the mild anxiety level presented was due to: living with the disease, faith in the doctor, fear to be informed, and the low cultural level that most patients had.




Translated by,
Lic. Lourdes Crespo

Introducción

La cirugía constituye un potente estresor complejo; y su carácter estresante no se encuentra aislado, depende no sólo de la hospitalización sino de la enfermedad, son bien conocidos los agentes estresantes a los que se ve sometido el paciente dentro del mundo hospitalario como desorientación, pérdida de intimidad, abandono del entorno y roles habituales, etc. Si a esto le añadimos las propias características del procedimiento quirúrgico, que lleva implícito una serie de temores: miedo a no despertar de la anestesia, sentir dolor durante la operación, al dolor que puedan provocar los procedimientos invasivos previos a la intervención, a revelar información personal debido a los efectos de la anestesia o a los resultados de la cirugía, por tanto, nos encontramos inmersos en una situación susceptible de provocar altos niveles de ansiedad repercutiendo en el sujeto desfavorablemente.

El hecho de que el individuo afronte la cirugía con altos niveles de ansiedad puede tener influencias negativas en la recuperación físico-psíquica, lo cual supone un perjuicio tanto para el individuo como para el sistema de salud por su elevado coste económico, por estos motivos consideramos importante disminuir la ansiedad en los pacientes antes de la operación mediante técnicas cognitivo-conductuales.

El siguiente estudio busca medir los niveles de ansiedad en pacientes de 18 a 35 años antes de una operación en el Hospital José Carrasco Arteaga en los meses de julio a octubre del 2013.

El objetivo del estudio es detectar ansiedad moderada en los pacientes y mediante la aplicación de técnicas cognitivo-conductuales modificar el pensamiento del sujeto ante las situaciones que causan ansiedad en él, para ello se realizará una entrevista previa y después se valorará la ansiedad con el test de ansiedad de Hamilton.

En caso de presentar ansiedad se aplicarán técnicas cognitivo-conductuales y después mediante un retest se medirá si la ansiedad se mantiene o si ha disminuido.

En el primer capítulo se mencionarán aspectos sobre la ansiedad y sus conceptos básicos. En el segundo capítulo se tratará la ansiedad desde un enfoque cognitivo-conductual, explicando sus fundamentos y la utilidad de la misma. En el tercer

capítulo se hablará sobre la herramienta utilizada para medir la ansiedad, y también se mencionarán las distintas técnicas cognitivo-conductuales, aplicadas para el manejo de la ansiedad. En el cuarto capítulo, se indicarán los análisis estadísticos de la investigación realizada.

Finalmente se mencionarán las respectivas conclusiones y recomendaciones del trabajo investigativo.

CAPÍTULO I

ANSIEDAD

1. Introducción:

El siguiente capítulo tratará acerca de la historia del estudio de la ansiedad, los distintos conceptos y fundamentos de la misma, analizados desde distintas perspectivas. Lo que se intenta explicar en este capítulo es la diferencia entre una ansiedad que podemos considerar normal y una ansiedad que llega a ser patológica o restrictiva, la cual impide al sujeto su óptimo funcionamiento con su entorno. Se mencionaran los distintos tipos de trastornos de ansiedad que existen basados tanto en el DSM-IV como en el CIE-10, donde se especifica los criterios diagnósticos, el tiempo de latencia y los rasgos característicos de cada una, haciendo mayor énfasis en el trastorno por ansiedad generalizada, el mismo que será tomado como referente para nuestro estudio. A su vez se explicaran los distintos cambios fisiológicos que se presentan en el organismo a causa de la misma. Buscando dirigir nuestra investigación hacia como afecta la ansiedad en el área quirúrgica y como estos cambios fisiológicos y psicológicos pueden llegar a interferir con la adherencia al tratamiento.

1.1 Conceptos básicos:

Desde las primeras décadas del siglo XX, existe un interés por la ansiedad en la literatura psicológica al considerarla una respuesta emocional paradigmática que ha ayudado a la investigación básica en el ámbito de las emociones. Dichas investigaciones se han desarrollado a lo largo de la historia con dos problemas fundamentales: la ambigüedad conceptual del constructo de la ansiedad y las dificultades metodológicas para abordarlo. Estos problemas dieron lugar a que las distintas corrientes psicológicas (psicodinámica, humanista, existencial, conductista, psicométrica y, las más recientes, cognitiva y cognitivo-conductual) se ocuparan del abordaje de la ansiedad y de sus similitudes y diferencias con otros conceptos. (Sierra, Ortega, & Zubeidat, 2003).

Alarcón, Mazzotti y Nicolini (2005) manifestaron que existe una coincidencia general en afirmar que la ansiedad es un sentimiento normal experimentado por todos los seres humanos en muchos momentos de la vida cotidiana, al menos de una forma fugaz y con una intensidad media.

Esta frecuencia no impide que sea una emoción considerada como negativa e indeseable y que, junto con el dolor y la tristeza, constituya la fuente más común de malestar para el ser humano. La ansiedad es, por tanto, un sentimiento que forma parte de la experiencia de la vida y que puede ser reconocida por todas las personas.

“La ansiedad puede definirse como un estado del organismo, en que éste se dispone en situación alerta-alarma, con respecto a una amenaza a su integridad (física o psicológica), con objeto de posibilitar un gasto suplementario de energía (como el que se precisa para una respuesta de agresión o huida)”. (Delgado, 2010, p.28).

Olivares y Méndez (1998) indicaron que la respuesta de alarma se trata de una respuesta automática del organismo ante cualquier cambio ambiental, externo o interno, mediante el cual se prepara para hacer frente a las posibles demandas que la nueva situación le plantee. Su finalidad es poner a disposición del organismo unos recursos excepcionales, principalmente un aumento en el nivel de activación fisiológica y cognitiva, para facilitar la respuesta del organismo ante los nuevos estímulos y sus posibles consecuencias. De esta forma el organismo puede percibir mejor la nueva situación.

Esta activación del organismo originada por un estímulo amenazante provoca respuestas de ansiedad o miedo. Si se trata de una reacción situacional de duración limitada estamos hablando de ansiedad, pero si esta activación se mantiene durante un largo período de tiempo sin recuperar los niveles anteriores a la situación que la originó hablamos de estrés.

Navarro (2003) manifestó que la ansiedad es una sensación subjetiva que presentamos ante situaciones que percibimos como una amenaza o riesgo, ya sea por su carácter novedoso o imprevisto, o por la intensidad del estímulo. Esta situación pone en alerta al cerebro, el mismo que es el encargado de promover la respuesta

adecuada. Algunas de estas respuestas son automáticas, mientras que otras se realizan de manera consciente.

La ansiedad es un componente que está presente en muchos trastornos de conducta. Sin embargo, el área de la ansiedad y de sus alteraciones nucleares no está bien delimitada todavía. Se trata de un conjunto de trastornos con gran prevalencia y una alta repercusión clínica en diversas áreas de la salud, pero sin una definición suficientemente precisa y sin una acotación de límites adecuada. (Tobeña, 1986).

“La respuesta de ansiedad como reacción defensiva instantánea ante el peligro ejerce una función protectora en las diferentes especies y ha salvaguardado a la humanidad durante miles de años”. (Echeburúa, 2002, p.19).

La memoria actúa como un amplificador del miedo, tanto los pensamientos como los recuerdos intensifican los miedos aprendidos. Sólo si se evitan de forma continua las situaciones temidas, el miedo a un estímulo se transforma posteriormente en fobia.

Los tres tipos de miedos más comunes en los seres humanos son: el miedo a los animales, el miedo a los daños físicos y el miedo a la separación, que actúa estrechamente unido a las anteriores y que mantiene a los niños pequeños cerca de sus madres protegiéndolos del entorno peligroso.

Desde el punto de vista biológico, el miedo asegura la supervivencia de la mujer, ya que se encuentra menos capacitada para defenderse ante los peligros de la naturaleza. Desde el punto de vista psicosocial, la inducción de respuestas de temor ante estímulos desconocidos por parte de las personas mayores opera sobre las niñas desde una edad temprana.

Excepto en el temor a los daños físicos, las mujeres son más temerosas que los hombres en los distintos tipos de miedos y por ese motivo ellas experimentan más trastornos de ansiedad (excepto en el caso de la fobia social y del trastorno obsesivo compulsivo). Esta diferencia se da debido a factores biológicos y psicosociales. Las influencias del aprendizaje y la biología pueden hacer más rápida la adquisición del miedo en algunas personas que en otras, así como retrasar la desaparición de los miedos que se producen por medio de la experiencia, convirtiéndolos en fobias.

1.2 Trastornos de ansiedad:

Ferrer (2010) indicó que la ansiedad es un mecanismo de adaptación natural que nos permite estar atentos ante situaciones de peligro, una ansiedad moderada nos ayuda a mantenernos atentos y concentrados, afrontando mejor los retos y peligros que se nos presentan en la vida, es un mecanismo adaptativo que ha ayudado a nuestra supervivencia como individuo. Pero cuando aparece sin ningún motivo o es completamente desproporcionada con la situación que la provoca estamos ante un problema de salud que puede llegar a ser muy grave.

Bunge, Gomar y Mandil (2009) mencionaron que la ansiedad es una reacción emocional que se da ante la percepción de una amenaza o peligro y tiene como finalidad la protección del individuo. Las personas que padecen trastornos de ansiedad creen estar expuestas a una amenaza de tipo físico o social. Si la amenaza está presente de una manera objetiva o no, es irrelevante para la experiencia de la ansiedad, ya que lo esencial es la interpretación de la situación como una amenaza. Es la significación de los hechos lo que determina la emoción más no los hechos mismos.

Galletero y Guimón (1989) encontraron que la ansiedad patológica puede manifestarse de tres formas: a) de una forma brusca y episódica, en forma de crisis (trastorno de pánico); b) de una forma persistente y continua, sin crisis (trastorno de ansiedad generalizada), y c) tras un estrés identificable (trastorno por estrés post traumático). También puede experimentarse cuando el sujeto intenta controlar los síntomas (trastornos fóbicos) o cuando se siente atrapado por ideas recurrentes y/o rituales (trastornos obsesivos compulsivos).

Delgado (2010) manifestó que el trastorno de ansiedad es mucho más de lo que una persona normal con ansiedad experimenta en su vida diaria. Las personas que padecen de ansiedad no pueden controlar su preocupación, aún cuando generalmente comprenden que su ansiedad es más intensa de lo que la situación justifica.

Los datos de la Epidemiological Catchement Area (ECA), obtenidos en 1982, a través de encuestas efectuadas en cinco ciudades de Estados Unidos, revelan una

prevalencia de 11.3% de la población general para los trastornos de ansiedad (trastornos por angustia, agorafobia, y trastorno de ansiedad generalizada) y un 7% para los trastornos fóbicos (fobias específicas y fobias social).

Navarro (2003) indicó que los trastornos de ansiedad son aquellos cuadros en los que predominan los síntomas de ansiedad, presentándose de manera irracional y excesivamente intensa, persistente y perturbadora para la persona. Ante situaciones realmente amenazantes o que requieren un esfuerzo máximo o suplementario, la ansiedad es útil y hasta necesaria para su resolución. El problema aparece cuando se alcanzan niveles proporcionalmente altos de ansiedad, o durante tiempos prolongados, o frente a situaciones que no son realmente una amenaza para el sujeto, en estos casos, la ansiedad es desadaptativa y puede entorpecer e incluso llegar a ser incapacitante para el sujeto.

“En el caso de los trastornos de ansiedad, la respuesta de miedo funciona como un dispositivo antirrobo defectuoso, que se activa y previene de un peligro inexistente”. (Echeburúa, 2002, p.20).

1.3 Clasificación de los trastornos de ansiedad.

1.3.1 Criterios diagnósticos para los trastornos de ansiedad según el DSM-IV.

El DSM-IV ha mantenido el acento en lo que se refiere la característica distintiva básica del TAG, la misma que es la expectación aprensiva, y mantiene para este síntoma la duración de al menos seis meses, así como la necesidad de su presencia casi continua, añadiendo la importancia de que esta preocupación debe ser experimentada por el paciente como algo de difícil control.

1.3.1.1 Criterios diagnósticos para las crisis de angustia según el DSM-IV:

No se registran las crisis de angustia en un código aislado. Codifica el diagnóstico del trastorno específico en que aparecen las crisis de angustia.

Aparición temporal y asilada de miedo o malestares intensos acompañada de 4 o más de los siguientes síntomas, que se inician bruscamente y alcanzan su máxima expresión en los primeros 10 minutos.

- 1.- Palpitaciones, sacudidas del corazón o elevación de la frecuencia cardíaca.
- 2.- Sudoración.
- 3.- Temblores o sacudidas.
- 4.- Sensación de ahogo o falta de aliento.
- 5.- Sensación de atragantarse.
- 6.- Opresión o malestar torácico.
- 7.- Náusea o malestar abdominal.
- 8.- Inestabilidad, mareo o desmayo.
- 9.- Desrealización (sensación de irrealidad) o despersonalización (estar separado de uno mismo).
- 10.- Miedo a perder el control o volverse loco.
- 11.- Miedo a morir.
- 12.- Parestesias (sensación de entumecimiento u hormigueo).
- 13.- Escalofríos o sofocaciones.

1.3.1.2 Criterios diagnósticos para la agorafobia según el DSM-IV:

No se registra la agorafobia en un código aislado. Codificar el diagnóstico del trastorno específico en que aparece la agorafobia.

A.- Aparición de ansiedad al encontrarse en lugares o situaciones donde escapar puede resultar difícil (o embarazoso) o donde, en el caso de aparecer una crisis de angustia inesperada o más o menos relacionada con una situación o bien síntomas similares a la angustia, puede no disponer de ayuda. Los temores agorafóbicos suelen estar relacionados con un conjunto de situaciones características entre las que se incluyen estar solo fuera de casa; mezclarse con la gente o hacer cola; pasar por un puente, o viajar en autobús, tren o automóvil.

Nota: Considerar el diagnóstico de fobia específica si el comportamiento de evitación se limita a uno o pocas situaciones específicas, o de fobia social si tan sólo se relaciona con acontecimientos de carácter social.

B.- Estas situaciones se evitan (p.ej., se limita el número de viajes), se resisten a costa de un malestar o ansiedad significativos por temor a que aparezca una crisis de angustia o síntomas similares a la angustia, o se hace indispensable la presencia de un conocido para soportarlas.

C.- Esta ansiedad o comportamiento de evitación no puede explicarse mejor por la presencia de otro trastorno mental como fobia social, fobia específica, trastorno obsesivo compulsivo, trastorno por estrés postraumático o trastorno de ansiedad por separación.

1.3.1.3 Criterios diagnósticos para el trastorno de angustia sin agorafobia según el DSM-IV:

A. - Se cumple con 1 y 2:

1.- Crisis de angustia inesperadas recidivantes.

2.- al menos una de las crisis se ha seguido durante 1 mes (o más) de uno (o más) de los siguientes síntomas.

a.- inquietud persistente ante la posibilidad de tener más crisis

b.- preocupación por las implicaciones de la crisis o sus consecuencias.

c.- cambio significativo del comportamiento relacionado con la crisis.

B.- Ausencia de agorafobia.

C.- Las crisis de angustia no se deben a los efectos fisiológicos directos de una sustancia o enfermedad médica.

D.- Las crisis de angustia no puede explicarse mejor por la presencia de otro trastorno mental, trastorno obsesivo compulsivo, trastorno por estrés postraumático o trastorno por ansiedad de separación.

1.3.1.4 Criterios diagnósticos para el trastorno de angustia con agorafobia según el DSM-IV:

A.- Se cumplen 1 y 2.

1.- Crisis de angustia inesperada recidivantes.

2.- Al menos una de las crisis se ha seguido durante 1 mes (o más) de uno (o más) de los siguientes síntomas:

a.- inquietud persistente por la posibilidad de tener más crisis.

- b.- preocupación por las implicaciones de la crisis o sus consecuencias.
- c.- cambio significativo del comportamiento relacionado con las crisis.
- B.- Presencia de agorafobia.
- C. Las crisis de angustia no se deben a los efectos fisiológicos directos de una sustancia o una enfermedad médica.
- D. Las crisis de angustia no pueden explicarse mejor por la presencia de otro trastorno mental, como por ejemplo fobia social, fobia específica, trastorno obsesivo compulsivo, trastorno por estrés postraumático.

1.3.1.5 Criterios diagnósticos para la agorafobia sin trastorno de angustia según el DSM-IV:

- A.- Aparición de agorafobia en relación con el temor de desarrollar síntomas similares a la angustia.
- B.- Nunca se han cumplido los criterios Diagnósticos del trastorno de angustia.
- C.- El trastorno no se debe a los efectos fisiológicos directos de una sustancia o de una enfermedad médica.
- D.- Si el individuo presenta una enfermedad médica, el temor descrito en el criterio A es claramente excesivo en comparación con el habitualmente asociado a la enfermedad.

1.3.1.6 Criterios diagnósticos para la fobia específica según el DSM-IV:

- A.- Temor acusado y persistente que es excesivo o irracional, desencadenado por la presencia o anticipación de un objeto o situación específicos.
- B.- La exposición al estímulo fóbico provoca casi invariablemente una respuesta inmediata de ansiedad que puede tomar la forma de una crisis de angustia situacional o más o menos relacionada con una situación determinada. En los niños la ansiedad puede traducir en lloros, berrinches, inhibiciones o abrazos.
- C.- La persona reconoce que este miedo es excesivo o irracional. En los niños este reconocimiento puede fallar
- D.- La(s) situación(es) fóbica(s) se evitan o se soportan a costa de una intensa ansiedad o malestar.

E.- Los comportamientos de evitación, la anticipación ansiosa, o el malestar provocados por la(s) situación(es) temida(s) interfieren acusadamente con la rutina normal de la persona con las relaciones laborales o sociales, o bien provocan un malestar clínicamente significativo.

F.- En los menores de 18 años la duración de estos síntomas debe haber sido de 6 meses como mínimo.

G.- La ansiedad, las crisis de angustia o los comportamientos de evitación fóbica asociados a objetivos o situaciones específicos no pueden explicarse mejor por la presencia de otro trastorno mental: obsesivo compulsivo, trastorno por estrés postraumático, trastorno de ansiedad por separación, fobia social, trastorno de angustia con agorafobia sin historia de trastorno de angustia.

Especificar tipo:

Tipo animal

Tipo ambiental: alturas, tormentas, agua.

Tipo sangre-inyecciones –daño.

Tipo situacional: aviones, ascensores, recintos cerrados.

Otros tipos: situaciones que pueden provocar vomito o adquisición de una enfermedad.

En los niños evitación de sonidos intensos o personas disfrazadas.

1.3.1.7 Criterios diagnósticos para la fobia social según el DSM-IV:

A. Temor acusado y persistente por una o más situaciones sociales o actuaciones en público en las que el sujeto se ve expuesto a personas que no pertenecen al ámbito familiar o a la posible evaluación por parte de los demás. El individuo teme actuar de un modo que sea humillante o embarazoso.

En el niño es necesario haber demostrado que sus capacidades para relacionarse socialmente con sus familiares son normales y han existido siempre. La ansiedad social aparezca en las reuniones con individuos de su misma edad y no solo en cualquier interrelación con adultos.

B. La exposición a las situaciones sociales temidas provoca casi invariablemente una respuesta inmediata de ansiedad, que puede tomar la forma de una crisis de angustia situacional o más o menos relacionada con una situación. Nota: En los niños la

ansiedad puede traducirse en lloros, berrinches, inhibición o retraimiento en situaciones sociales donde los asistentes no pertenecen al marco familiar.

C. El individuo reconoce que este temor es excesivo o irracional. Nota: En los niños puede faltar este reconocimiento.

D. Las situaciones sociales o actuaciones en público temidas se evitan o bien se experimentan con ansiedad o malestar intensos.

E. Los comportamientos de evitación, la anticipación ansiosa, o el malestar que aparece en la(s) situación(es) social(es) o actuación(es) en público temida(s) interfieren acusadamente con la rutina normal del individuo, con sus relaciones laborales (o académicas) o sociales, o bien producen un malestar clínicamente significativo.

F. En los individuos menores de 18 años la duración del cuadro sintomático debe prolongarse como mínimo 6 meses.

G. El miedo o el comportamiento de evitación no se deben a los efectos fisiológicos directos de una sustancia (p. ej., drogas, fármacos) o de una enfermedad médica y no pueden explicarse mejor por la presencia de otro trastorno mental (p. ej., trastorno de angustia con o sin agorafobia, trastorno de ansiedad por separación, trastorno dismórfico corporal, un trastorno generalizado del desarrollo o trastorno esquizoide de la personalidad).

H. Si hay una enfermedad médica u otro trastorno mental, el temor descrito en el Criterio A no se relaciona con estos procesos (p. ej., el miedo no es debido a la tartamudez, a los temblores de la enfermedad de Parkinson o a la exhibición de conductas alimentarias anormales en la anorexia nerviosa o en la bulimia nerviosa).

Especificar si:

Generalizada: si los temores hacen referencia a la mayoría de las situaciones sociales (considerar también el diagnóstico adicional de trastorno de la personalidad por evitación)

1.3.1.8 Criterios diagnósticos para el trastorno obsesivo – compulsivo según el DSM-IV:

A. Se cumple para las obsesiones y las compulsiones:

Las obsesiones se definen por 1, 2, 3 y 4:

1. Pensamientos, impulsos o imágenes recurrentes y persistentes que se experimentan en algún momento del trastorno como intrusos e inapropiados, y causan ansiedad o malestar significativos
2. Los pensamientos, impulsos o imágenes no se reducen a simples preocupaciones excesivas sobre problemas de la vida real
3. la persona intenta ignorar o suprimir estos pensamientos, impulsos o imágenes, o bien intenta neutralizarlos mediante otros pensamientos o actos
4. la persona reconoce que estos pensamientos, impulsos o imágenes obsesivos son el producto de su mente (y no vienen impuestos como en la inserción del pensamiento)

Las compulsiones se definen por 1 y 2:

1. Comportamientos (p. ej., lavado de manos, puesta en orden de objetos, comprobaciones) o actos mentales (p. ej., rezar, contar o repetir palabras en silencio) de carácter repetitivo, que el individuo se ve obligado a realizar en respuesta a una obsesión o con arreglo a ciertas reglas que debe seguir estrictamente
2. El objetivo de estos comportamientos u operaciones mentales es la prevención o reducción del malestar o la prevención de algún acontecimiento o situación negativos; sin embargo, estos comportamientos u operaciones mentales o bien no están conectados de forma realista con aquello que pretenden neutralizar o prevenir o bien resultan claramente excesivos

B. En algún momento del curso del trastorno la persona ha reconocido que estas obsesiones o compulsiones resultan excesivas o irracionales. Nota: Este punto no es aplicable en los niños.

C. Las obsesiones o compulsiones provocan un malestar clínico significativo, representan una pérdida de tiempo (suponen más de 1 hora al día) o interfieren marcadamente con la rutina diaria del individuo, sus relaciones laborales (o académicas) o su vida social.

D. Si hay otro trastorno, el contenido de las obsesiones o compulsiones no se limita a él (p. ej., preocupaciones por la comida en un trastorno alimentario, arranque de cabellos en la tricotilomanía, inquietud por la propia apariencia en el trastorno dismórfico corporal, preocupación por las drogas en un trastorno por consumo de sustancias, preocupación por estar padeciendo una grave enfermedad en la

hipocondría, preocupación por las necesidades o fantasías sexuales en una parafilia o sentimientos repetitivos de culpabilidad en el trastorno depresivo mayor).

E. El trastorno no se debe a los efectos fisiológicos directos de una sustancia (p. ej., drogas, fármacos) o de una enfermedad médica.

Especificar si:

Con poca conciencia de enfermedad: si, durante la mayor parte del tiempo del episodio actual, el individuo no reconoce que las obsesiones o compulsiones son excesivas o irracionales.

1.3.1.9 Criterios diagnósticos para el trastorno por estrés postraumático según el DSM-IV:

A. La persona ha estado expuesta a un acontecimiento traumático en el que han existido 1 y 2:

1. La persona ha experimentado, presenciado o le han explicado uno (o más) acontecimientos caracterizados por muertes o amenazas para su integridad física o la de los demás.

2. La persona ha respondido con un temor, una desesperanza o un horror intensos.

Nota: En los niños estas respuestas pueden expresarse en comportamientos desestructurados o agitados.

B. El acontecimiento traumático es reexperimentado persistentemente a través de una (o más) de las siguientes formas:

1. Recuerdos del acontecimiento recurrentes e intrusos que provocan malestar y en los que se incluyen imágenes, pensamientos o percepciones. Nota: En los niños pequeños esto puede expresarse en juegos repetitivos donde aparecen temas o aspectos característicos del trauma.

2. Sueños de carácter recurrente sobre el acontecimiento, que producen malestar.

Nota: En los niños puede haber sueños terroríficos de contenido irreconocible.

3. El individuo actúa o tiene la sensación de que el acontecimiento traumático está ocurriendo (se incluye la sensación de estar reviviendo la experiencia, ilusiones, alucinaciones y episodios disociativos de flashback, incluso los que aparecen al

despertarse o al intoxicarse). Nota: Los niños pequeños pueden reescenificar el acontecimiento traumático específico.

4. Malestar psicológico intenso al exponerse a estímulos internos o externos que simbolizan o recuerdan un aspecto del acontecimiento traumático.

5. Respuestas fisiológicas al exponerse a estímulos internos o externos que simbolizan o recuerdan un aspecto del acontecimiento traumático.

C. Evitación persistente de estímulos asociados al trauma y embotamiento de la reactividad general del individuo (ausente antes del trauma), tal y como indican tres (o más) de los siguientes síntomas:

1. Esfuerzos para evitar pensamientos, sentimientos o conversaciones sobre el suceso traumático.

2. Esfuerzos para evitar actividades, lugares o personas que motivan recuerdos del trauma.

3. Incapacidad para recordar un aspecto importante del trauma.

4. Reducción acusada del interés o la participación en actividades significativas.

5. Sensación de desapego o enajenación frente a los demás.

6. Restricción de la vida afectiva (p. ej., incapacidad para tener sentimientos de amor).

7. Sensación de un futuro desolador (p. ej., no espera obtener un empleo, casarse, formar una familia o, en definitiva, llevar una vida normal).

D. Síntomas persistentes de aumento de la activación (arousal) (ausente antes del trauma), tal y como indican dos (o más) de los siguientes síntomas:

1. Dificultades para conciliar o mantener el sueño.

2. Irritabilidad o ataques de ira.

3. Dificultades para concentrarse.

4. Hipervigilancia.

5. Respuestas exageradas de sobresalto.

E. Estas alteraciones (síntomas de los Criterios B, C y D) se prolongan más de 1 mes.

F. Estas alteraciones provocan malestar clínico significativo o deterioro social, laboral o de otras áreas importantes de la actividad del individuo.

Especificar si:

Agudo: si los síntomas duran menos de 3 meses

Crónico: si los síntomas duran 3 meses o más.

Especificar si:

De inicio demorado: entre el acontecimiento traumático y el inicio de los síntomas han pasado como mínimo 6 meses.

1.3.1.10 Criterios diagnósticos para el trastorno por estrés agudo según el DSM-IV:

A. La persona ha estado expuesta a un acontecimiento traumático en el que han existido 1 y 2:

1. La persona ha experimentado, presenciado o le han explicado uno (o más) acontecimientos caracterizados por muertes o amenazas para su integridad física o la de los demás.
2. La persona ha respondido con un temor, una desesperanza o un horror intensos.

B. Durante o después del acontecimiento traumático, el individuo presenta tres (o más) de los siguientes síntomas disociativos:

1. Sensación subjetiva de embotamiento, desapego o ausencia de reactividad emocional.
2. Reducción del conocimiento de su entorno (p. ej., estar aturdido).
3. Desrealización.
4. Despersonalización.
5. Amnesia disociativa (p. ej., incapacidad para recordar un aspecto importante del trauma).

C. El acontecimiento traumático es reexperimentado persistentemente en al menos una de estas formas: imágenes, pensamientos, sueños, ilusiones, episodios de flashback recurrentes o sensación de estar reviviendo la experiencia, y malestar al exponerse a objetos o situaciones que recuerdan el acontecimiento traumático.

D. Evitación acusada de estímulos que recuerdan el trauma (p. ej., pensamientos, sentimientos, conversaciones, actividades, lugares, personas).

E. Síntomas acusados de ansiedad o aumento de la activación (arousal) (p. ej., dificultades para dormir, irritabilidad, mala concentración, hipervigilancia, respuestas exageradas de sobresalto, inquietud motora).

F. Estas alteraciones provocan malestar clínicamente significativo o deterioro social, laboral o de otras áreas importantes de la actividad del individuo, o interfieren de forma notable con su capacidad para llevar a cabo tareas indispensables, por ejemplo, obtener la ayuda o los recursos humanos necesarios explicando el acontecimiento traumático a los miembros de su familia.

G. Estas alteraciones duran un mínimo de 2 días y un máximo de 4 semanas, y aparecen en el primer mes que sigue al acontecimiento traumático.

H. Estas alteraciones no se deben a los efectos fisiológicos directos de una sustancia (p. ej., drogas, fármacos) o a una enfermedad médica, no se explican mejor por la presencia de un trastorno psicótico breve.

1.3.1.11 Criterios diagnósticos para el trastorno de ansiedad generalizada según el DSM-IV:

A. Ansiedad y preocupación excesivas (expectación aprensiva) sobre una amplia gama de acontecimientos o actividades (como el rendimiento laboral o escolar), que se prolongan más de 6 meses.

B. Al individuo le resulta difícil controlar este estado de constante preocupación.

C. La ansiedad y preocupación se asocian a tres (o más) de los seis síntomas siguientes (algunos de los cuales han persistido más de 6 meses). Nota: En los niños sólo se requiere uno de estos síntomas:

1. Inquietud o impaciencia.

2. Fatigabilidad fácil.

3. Dificultad para concentrarse o tener la mente en blanco.

4. Irritabilidad

5. Tensión muscular.

6. Alteraciones del sueño (dificultad para conciliar o mantener el sueño, o sensación al despertarse de sueño no reparador).

D. El centro de la ansiedad y de la preocupación no se limita a los síntomas de un trastorno; por ejemplo, la ansiedad o preocupación no hacen referencia a la posibilidad de presentar una crisis de angustia (como en el trastorno de angustia), pasarlo mal en público (como en la fobia social), contraer una enfermedad (como en el trastorno obsesivo-compulsivo), estar lejos de casa o de los seres queridos (como

en el trastorno de ansiedad por separación), engordar (como en la anorexia nerviosa), tener quejas de múltiples síntomas físicos (como en el trastorno de somatización) o padecer una enfermedad grave (como en la hipocondría), y la ansiedad y la preocupación no aparecen exclusivamente en el transcurso de un trastorno por estrés postraumático.

E. La ansiedad, la preocupación o los síntomas físicos provocan malestar clínicamente significativo o deterioro social, laboral o de otras áreas importantes de la actividad del individuo.

F. Estas alteraciones no se deben a los efectos fisiológicos directos de una sustancia (p. ej., drogas, fármacos) o a una enfermedad médica (p. ej., hipertiroidismo) y no aparecen exclusivamente en el transcurso de un trastorno del estado de ánimo, un trastorno psicótico o un trastorno generalizado del desarrollo.

1.3.1.12 Criterios diagnósticos para el trastorno de ansiedad debido a... (Indicar enfermedad médica) según el DSM-IV:

A. La ansiedad prominente, las crisis de angustia o las obsesiones o compulsiones predominan en el cuadro clínico.

B. A partir de la historia clínica, de la exploración física o de las pruebas de laboratorio se demuestra que las alteraciones son la consecuencia fisiológica directa de una enfermedad médica.

C. Estas alteraciones no pueden explicarse mejor por la presencia de otro trastorno mental (p. ej., trastorno adaptativo con ansiedad en el que el agente estresante es una enfermedad médica grave).

D. Estas alteraciones no aparecen exclusivamente en el transcurso de un delirium.

E. Estas alteraciones provocan un malestar clínicamente significativo o deterioro social, laboral o de otras áreas importantes de la actividad del individuo.

Especificar si:

Con ansiedad generalizada: cuando predomina una ansiedad o preocupación excesivas centradas en múltiples acontecimientos o actividades.

Con crisis de angustia: cuando predominan las crisis de angustia.

Con síntomas obsesivo-compulsivos: cuando predominan las obsesiones o las compulsiones en la presentación clínica.

Nota de codificación: Incluir el nombre de la enfermedad médica en el Eje I, por ejemplo, F06.4 Trastorno de ansiedad debido a feocromocitoma, con ansiedad generalizada [293.89]; codificar también la enfermedad médica en el Eje III.

1.3.1.13 Criterios diagnósticos para el trastorno de ansiedad inducido por sustancias según el DSM-IV:

A. La ansiedad de carácter prominente, las crisis de angustia o las obsesiones o compulsiones predominan en el cuadro clínico.

B. A partir de la historia clínica, de la exploración física o de las pruebas de laboratorio se demuestra que 1 o 2:

1. Los síntomas del Criterio A aparecen durante la intoxicación o abstinencia o en el primer mes siguiente.

2. El consumo del medicamento está relacionado etiológicamente con la alteración.

C. La alteración no se explica mejor por la presencia de un trastorno de ansiedad no inducido por sustancias. Entre las pruebas que demuestran que los síntomas pueden atribuirse más correctamente a un trastorno de ansiedad no inducido por sustancias se incluyen las siguientes: la aparición de los síntomas precede al consumo de la sustancia (o medicamento); los síntomas persisten durante un tiempo considerable (p. ej., alrededor de 1 mes) después del final del período agudo de intoxicación o de abstinencia, o son claramente excesivos en comparación con los que cabría esperar teniendo en cuenta el tipo o la cantidad de sustancia consumida o la duración de este consumo; o existen otras pruebas que sugieren la existencia de un trastorno de ansiedad independiente no inducido por sustancias (p. ej., una historia de episodios de carácter recidivante no relacionados con sustancias).

D. La alteración no aparece exclusivamente en el transcurso de un delirium.

E. La alteración provoca un malestar clínicamente significativo o deterioro social, laboral o de otras áreas importantes de la actividad del individuo.

Nota: Sólo debe efectuarse este diagnóstico en vez del de intoxicación o abstinencia cuando los síntomas de ansiedad son claramente excesivos en comparación con los

que cabría esperar en una intoxicación o una abstinencia y cuando son de suficiente gravedad como para merecer una atención clínica independiente.

Código para el trastorno de ansiedad inducido por (sustancia específica)

F10.8 Alcohol [291.8]

F16.8 Alucinógenos [292.89]

F15.8 Anfetamina (o sustancias similares) [292.89]

F15.8 Cafeína [292.89]

F12.8 Cannabis [292.89]

F14.8 Cocaína [292.89]

F19.8 Fenciclidina (o derivados) [292.89]

F18.8 Inhalantes [292.89]

F13.8 Sedantes, hipnóticos o ansiolíticos [292.89]

F19.8 Otras sustancias (o desconocidas) [292.89]

Especificar si:

Con ansiedad generalizada: si predominan una ansiedad o una preocupación excesivas, centradas en múltiples acontecimientos o actividades

Con crisis de angustia: si predominan las crisis de angustia.

Con síntomas obsesivo-compulsivos: si predominan las obsesiones o las compulsiones.

Con síntomas fóbicos: si predominan síntomas de carácter fóbico.

Especificar si:

De inicio durante la intoxicación: si se cumplen los criterios diagnósticos de intoxicación por una sustancia y los síntomas aparecen durante el síndrome de intoxicación.

De inicio durante la abstinencia: si se cumplen los criterios diagnósticos de síndrome de abstinencia de una sustancia y los síntomas aparecen durante o poco después de la abstinencia.

1.4 Características principales del trastorno de ansiedad generalizada.

El término trastorno de ansiedad generalizada (TAG) aparece en la clasificación DSM-III, del año 1980. Todo parece indicar que la tipificación de este trastorno fue

la consecuencia de identificación de cuadros bien definidos que parecerían tener tratamiento farmacológico de relativa especificidad dentro de lo que, desde Freud, se llamaban “neurosis de angustia”. En este sentido, los trabajos de Donald Klein sobre el tratamiento con imipramina de lo que después se conocería como crisis de angustia (panick attacks) forzaron el aislamiento de este cuadro y la separación definitiva de las fobias y del trastorno obsesivo compulsivo, apareciendo dentro de los trastornos de ansiedad otro cuadro cuya validez y fiabilidad también se encuentra en discusión: el trastorno por estrés postraumático. Por lo tanto, puede decirse que el DSM-III supone la primera tipificación de los distintos trastornos por ansiedad tal y como se conocen actualmente. (Alarcón, Mazzotti, & Nicolini, *Psiquiatría*, 2005).

El DSM-IV ha mantenido el acento en lo que se refiere a la característica distintiva básica del TAG, la misma que es la expectación aprensiva, y mantiene para este síntoma la duración de al menos seis meses, así como la necesidad de su presencia casi continua, añadiendo la importancia de que esta preocupación debe ser experimentada por el paciente como algo de difícil control.

En el CIE-10 el TAG es definido con criterios temporales más laxos (síntomas la mayoría de los días durante varias semanas y, con frecuencia varios meses). Los criterios diagnósticos son menos precisos y sólo se hace incapie en la continuidad de los mismos y en su tendencia a la cronicidad. Los síntomas son presentados como generalizados y persistentes, pero no restringidos a un ámbito concreto o específico, ni están relacionados con circunstancias vitales determinadas.

1.4.1 Epidemiología: prevalencia y comorbilidad.

Alarcón, Mazzotti y Nicolini (2005) encontraron que las cifras de prevalencia/año más ponderadas en la población general están comprendidas en un rango entre 2.3 y 4.5%. Si en lugar de criterios del DSM se emplean criterios del CIE-10, la prevalencia/año presenta un ligero ascenso.

El TAG aparece con mayor frecuencia en mujeres que en varones y a que esta diferencia se acentúa en el caso de tratarse de muestras clínicas, hasta llegar a que alrededor de dos tercios de los casos diagnosticados en dichas muestras sean mujeres. El TAG presenta una elevada comorbilidad y que su coexistencia con otros trastornos de ansiedad es más la regla que la excepción. Así, se afirma que entre el

40% y 75% de los sujetos con diagnóstico de TAG cumplen también requisitos de fobia social, y entre el 73% y el 83% cumplen criterios de trastorno por crisis de angustia. De igual manera, la agorafobia y el trastorno obsesivo compulsivo presentan en la mayoría de los casos un cuadro clínico que sería compatible con el diagnóstico de TAG. Sólo la fobia simple parece presentar una comorbilidad de 40% con el TAG.

Entre los demás trastornos psiquiátricos, la depresión aparece con una comorbilidad importante con el TAG. La forma clínica en la que con más frecuencia aparece una asociación entre depresión y ansiedad generalizada es en el síndrome mixto depresivo ansioso, cuya prevalencia en la población general se estima entre 0.8% y 2.5%, en la población clínica de pacientes que acuden al médico de atención primaria en alrededor de 6.5%, y en muestras clínicas de pacientes que acuden al psiquiatra, en 12%.

Un reciente estudio alemán encontró que el TAG es el trastorno de ansiedad más frecuente en la población general y que se asocia con una alta comorbilidad con otros trastornos y también con una elevada utilización de los servicios. Este estudio se realizó utilizando criterios del DSM-IV y supone en cierta medida una validación de los mismos. Además, en fechas recientes han aparecido trabajos que apoyan la discutida independencia nosológica del TAG frente a los demás trastornos de ansiedad y los trastornos afectivos, basándose en que la presencia de comorbilidad con otras alteraciones (en especial con la depresión mayor) no supone una influencia importante en aspectos como el curso y cronicidad del TAG, su edad de comienzo o su cuadro clínico.

1.4.2 Factores de riesgo y vulnerabilidad:

Los factores de riesgo más importantes en el TAG son la presencia de rasgos temperamentales de conducta inhibida, separación temprana de los padres y un bajo rendimiento escolar.

1.4.3 Etiopatogenia:

En la etiopatogenia del TAG existen factores tanto biológicos como psicológicos, y se suele resumir la distinta participación de los mismos de la siguiente forma:

1.4.3.1 Factores genéticos: Navarro (2003) indicó que la ansiedad puede estudiarse desde el punto de vista biológico o psicológico. El estudio biológico abarca en primer lugar los estudios de la genética. Aunque parece que los trastornos de ansiedad son en su mayoría de carácter hereditario, la opinión más general es que se hereda una vulnerabilidad general a los trastornos de ansiedad.

1.4.3.2 Factores Neuroquímicos: la ansiedad causa una estimulación en el sistema nervioso autónomo produciendo una lluvia de hormonas, epinefrina, norepinefrina y cortisol, que son esenciales para preservar la vida en situaciones de correr o pelear. La liberación de hormonas en exceso produce daños directos al organismo. Puede aumentar la presión sanguínea, dañarse el tejido muscular, disminuir el crecimiento, infertilidad, inhibir el sistema inmune y modificar actividad del cerebro hasta atrofiar al hipocampo.

Una respuesta emocional como la ansiedad incluye tres tipos de componentes: comportamentales, neurovegetativos (autónomos o del sistema nervioso autónomo - SNA) y hormonales. El componente comportamental está integrado por los movimientos musculares apropiados a la situación que provoca. Las respuestas neurovegetativas facilitan las conductas y aportan una rápida movilización de energía necesaria para realizar movimientos enérgicos, la actividad simpática del SNA aumenta mientras que la de la división parasimpática disminuye. Como consecuencia la frecuencia cardíaca aumenta y los cambios en el diámetro de los vasos sanguíneos desvían la circulación de la sangre de los órganos digestivos hacia los músculos. Las respuestas hormonales refuerzan las respuestas neurovegetativas las hormonas segregadas por la medula suprarrenal (adrenalina y noradrenalina) aumenta el flujo sanguíneo hacia los músculos y hace que los nutrientes almacenados en los músculos se conviertan en glucosa.

1.4.3.3 Factores de aprendizaje: es conocida la posición de la psicología conductista acerca de la función que tiene el aprendizaje en la adquisición de hábitos maladaptativos, entre los que se incluye la ansiedad como síntoma. La etiopatogenia de trastornos como las fobias y las conductas evasivas se han intentado explicar con éxito desde esta perspectiva, aunque, en el caso del TAG, esta explicación resulta menos contundente. La participación de factores cognitivos en la aparición y mantenimiento del TAG es otra posibilidad manejada con frecuencia.

1.4.4 El trastorno de ansiedad generalizada como diagnóstico independiente:

Partiendo de bases y mecanismos psicopatológicos diferentes, el curso del TAG y del trastorno depresivo mayor pueden coincidir y divergir en las distintas fases de su historia natural. Esta idea estaría apoyada por el hecho demostrado, de que la prevalencia del TAG es menor en los niños y adolescentes que en los adultos, y que en los niños la presencia de síntomas de ansiedad por lo general esta asociada con síntomas depresivos o es consecuencia de éstos. De cualquier manera, parece ser que el grado de discapacidad que generan ambas entidades, cuando aparecen en forma independiente, es de igual importancia.

Por otra parte, la comorbilidad entre ambas no aumenta el grado de discapacidad en comparación con la que producen cada una de ellas de manera independiente.

“El diagnóstico del TAG en la población adulta sigue siendo subsidiario de investigaciones más profundas centradas sobre lo que constituye el síntoma nuclear de este trastorno: la preocupación excesiva mantenida sobre aspectos de la vida cotidiana del sujeto”. (Alarcón, Mazzotti, & Nicolini, 2005, p.465).

La ansiedad preoperatoria es un evento frecuente y poco evaluado en los pacientes que serán sometidos a intervención quirúrgica, el acto anestésico-quirúrgico genera ansiedad en el paciente, por lo que la tensión debe enfocarse a disminuir la ansiedad mediante una adecuada atención hospitalaria que incluya consulta preanestésica oportuna y con la debida preparación psicológica o farmacológica del enfermo. (Valenzuela, Barrera, & Ornelas, 2010).

La ansiedad se presenta en cualquier persona, esta puede ser de forma transitoria o crónica, produciendo reacciones agresivas que aumentan la ansiedad experimentada por el paciente, causando en consecuencia un manejo del dolor más difícil en el post-operatorio. Existen diversos tipos de trastornos de ansiedad (de pánico, trastorno de ansiedad generalizada, trastorno mixto ansioso depresivo); sin embargo, lo que se genera en el paciente por el acto anestésico-quirúrgico es un malestar psíquico y físico que nace de la sensación de peligro inmediato y caracterizado por temor difuso, que puede ir desde la inquietud al pánico, de hecho puede ser característica constitucional de la personalidad del paciente.

1.5 Conclusiones:

Se ha podido llegar a la conclusión de que la ansiedad no es producto de la imaginación o de un invento del ser humano, debido a que distintos estudios demuestran que produce cambios en el organismo del sujeto afectando su condición biopsicosocial e interfiriendo con su toma de decisiones y reacciones ante el medio. Se centro en cómo interviene la ansiedad tanto desde el punto de vista fisiológico como psicológico en el sujeto, enfocándonos específicamente en la intervención pre-quirúrgica, buscando explicar las dificultades que causa antes o después de la cirugía, haciendo que aumente el tiempo de convalecencia, bajan las defensas, aumente el tiempo de cicatrización, etc.

CAPÍTULO II

TERAPIA COGNITIVO - CONDUCTUAL

2. Introducción:

En este capítulo mencionaremos acerca de los orígenes y fundamentos de la terapia cognitivo conductual, corriente en la cual nos hemos basado para nuestro estudio ya que es breve y la más eficaz para tratar los trastornos de ansiedad.

También nos centraremos en el ámbito quirúrgico con la finalidad de entender mejor el proceso al cual se someterán los pacientes y los distintos cambios referentes a su estilo de vida, lo que nos va a permitir fomentar la relación y comunicación con el mismo.

Consideramos importante también mencionar la relación médico-paciente vista desde las dos perspectivas ya que para un óptimo resultado de la cirugía es necesaria la cooperación y comunicación entre las dos partes, y esa relación se puede ver afectada por factores propios del rol que tiene cada uno.

2.1 Orígenes y fundamentos de la terapia Cognitivo - Conductual:

La terapia conductual (TC), en la época actual más conocida como cognitivo-conductual, fue extensamente descrita por Isaac Marks en los años de 1960-1969. A pesar de ser reconocida como muy efectiva, su utilización ha alcanzado fama solo a partir de los años 1990-1999, debido a resultados de estudios escrupulosos de investigación y a importantes avances en el tratamiento y alerta epidemiológica de una variedad de trastornos en los cuales su aplicación ha sido exitosa (ansiedad, personalidad, depresión, etc.). Dentro de ellos uno de los más estudiados ha sido el trastorno obsesivo compulsivo. (Alarcón, Mazzotti, & Nicolini, *Psiquiatría*, 2005).

“El modelo conocido como “cognitivo” o “cognitivo - conductual” en psicoterapia se funda en la investigación científica sobre el funcionamiento del cerebro y en los resultados obtenidos por los diferentes recursos y técnicas en el abordaje de los trastornos psicológicos. Su principal fortaleza está en la investigación y su respaldo

en los resultados de las experiencias científicamente desarrolladas y comprobadas”. (Obst, 2008, p.11).

Obst (2008) refirió que el movimiento cognitivo en el campo de la psicología y más específicamente en el de la psicoterapia se inicia en la década de los años '50 con un concepto clave: Lo que perturba a las personas no son simplemente los hechos, sino sus pensamientos acerca de los hechos. La tarea de algunos puede ser cambiar los hechos, pero la del psicólogo es cambiar o modificar lo que la persona piensa sobre los hechos.

La tarea del psicoterapeuta se centra en la forma de pensar del paciente sobre su situación, sobre sí mismo, sobre los demás, sobre el mundo o sobre la vida, como las causantes de sus perturbaciones emotivas y conductas disfuncionales.

Con este concepto se rescata tanto las investigaciones, recursos y técnicas que surgen de la escuela fundada por el Dr. Aaron T. Beck como los conceptos filosóficos y educativos que han surgido del modelo del Dr. Albert Ellis, quien tiene el mérito de ser el iniciador de esta corriente en 1956. Ambas escuelas han hecho valiosos aportes a las psicoterapias que se extienden a comienzos del siglo XXI.

El modelo cognitivo en psicoterapia, en sus inicios posiblemente se pudo sintetizar en un concepto básico: el concepto de la mediación cognitiva. Este concepto afirmaba que la respuesta (emotiva o conductual) ante los estímulos no dependía exclusivamente del estímulo, sino en gran parte de la evaluación de ese estímulo, de lo que la persona pensaba acerca del mismo.

Bunge, Gomar y Mandil (2009) mencionaron que el postulado principal de la Terapia Cognitivo-Conductual es que los pensamientos ejercen una influencia en las emociones y la conducta. Se considera que los individuos responden al significado adjudicado a las situaciones, más que a los eventos mismos.

El objetivo de la Terapia Cognitivo-Conductual se centra en que se flexibilicen los modos patológicos del procesamiento de la información ya que no padecemos por las situaciones en si, sino por las interpretaciones rígidas que hacemos de ellas. La Terapia Cognitivo - Conductual asume que el individuo tiene la capacidad de diferenciar entre pensamiento racional o irracional, lógico o ilógico. Aunque la

persona puede necesitar una guía para para identificar los pensamientos irracionales, pero una vez que estos son registrados, la persona puede entender sus inconsistencias.

“La Psicoterapia Cognitiva destaca que lo que las personas piensan o perciben sobre sí mismas, su mundo y el futuro es relevante e importante y tiene efecto directo en cómo se sienten y actúan”. (Dattilio & Padesky, 1990, p.149).

Friedberg y McClure (2005) mencionaron que la terapia cognitiva se basa en la teoría del aprendizaje social y utiliza una combinación de técnicas, muchas de las cuales tienen su origen en los modelos de condicionamiento clásico y operante.

La teoría del aprendizaje social según (Bandura, 1977; Rotter, 1982) se basa en la suposición de que el entorno, las disposiciones personales y el comportamiento situacional de una persona se determinan de manera mutua y de que la conducta es un fenómeno dinámico y en constante evolución. Los contextos influyen en la conducta y la conducta a su vez da forma a los contextos; en ocasiones; son los contextos los que ejercen una mayor influencia sobre la conducta de la persona, y otras veces, son las preferencias, las disposiciones y las características personales las que determinan la conducta.

“Las personas no se deprimen porque su pareja ya no los ama o porque no han aprobado un examen, sino por lo que se dicen a sí mismo sobre eso, por lo que piensan sobre esa situación y sobre sí mismos en relación a sus objetivos o deseos”. (Obst, 2008, p.13).

Para Caro (2007) la terapia cognitiva y la terapia de la conducta comparten las siguientes características

- 1.- Una relación de colaboración entre terapeuta y cliente.
- 2.- El supuesto de que los trastornos emocionales y de conducta son en parte una función de los trastornos en el proceso cognitivo.
- 3.- El objetivo está en cambiar las cogniciones para producir los cambios deseados en el afecto y la conducta.

4.- Son formas de tratamiento generalmente de tiempo limitado y educativo que se centran en problemas-meta específicos.

La diferencia es que el cognitivo se basa solo en cogniciones, procesos mentales e ideas, en cambio el conductual se basa en un sistema de respuestas (fisiología), la interacción de las respuestas fisiológicas y el ambiente.

Quinto (2008) mencionó que la terapia cognitiva es el resultado de las investigaciones del Doctor Aaron Beck para encontrar una terapia efectiva contra la depresión, que partiendo de una base psicoanalítica, logró ver como las personas deprimidas presentaban con más frecuencia pensamientos negativos acerca de sí mismos, los demás y el futuro.

Lo que diferencia a la terapia cognitiva reestructurativa de Beck de otras terapias llamadas cognitivo conductuales, es el entender los trastornos emocionales desde una visión cognitiva, es decir como los pensamientos y creencias pueden tener influencia sobre la conducta, emociones y reacciones corporales de la persona, en el contexto de su historia propia. Además de basarse en el aquí y el ahora para modificar aquellos pensamientos y creencias que causen molestias a la persona, a través de distintas técnicas que se individualizan hacia el paciente.

Lo que se plantea en la teoría cognitivo-conductual según Caro (2007) es que los seres humanos somos seres racionales que podemos procesar adecuadamente los datos (la información) que recibimos del mundo exterior que aparece al margen de nosotros y al cual accedemos cuando ponemos en marcha nuestro proceso de conocimiento. Como un sujeto racional, el ser humano el ser humano tiene la capacidad de conocer de forma precisa, ajustada y correcta, es decir, de representar de forma correcta el mundo de los hechos. De manera que el conocimiento será válido y verdadero cuando represente adecuadamente a la realidad.

El paciente pone en marcha procedimientos erróneos, distorsionados, de pensamientos, que los llevan a conocimientos no válidos (en forma de pensamientos automáticos negativos disfuncionales). Terapeuta y paciente trabajan en buscar dichas representaciones equivocadas de la realidad de manera que con las técnicas terapéuticas el paciente logre hacer pensamientos mejores/más válidos, más ajustados a la realidad, mejorando sus procesos de conocimiento.

2.1.1 Los fundadores de la terapia Cognitivo - Conductual:

2.1.1.1 Albert Ellis (1913-2007).

La Terapia Racional Emotiva Conductual (T.R.E.C):

Esta corriente fue iniciada por Albert Ellis en 1955 con el nombre de “Rational Therapy”, luego reemplazado por el de “Rational-Emotive Therapy” y finalmente, a partir de 1994, denominada “Rational Emotive Behavior Therapy” o REBT que traducimos como “Terapia Racional Emotiva Conductual” o TREC. (Obst, 2008).

El ABC de la teoría:

Obst (2008) manifestó que Ellis consideraba que el núcleo de su teoría estaba representado por una frase sencilla atribuida al filósofo griego Epícteto: “Las personas no se alteran por los hechos, sino por lo que piensan acerca de los hechos”. Sintética y gráficamente Ellis resumió su teoría en lo que denominó el “ABC” recordando que “entre A y C siempre está B”.

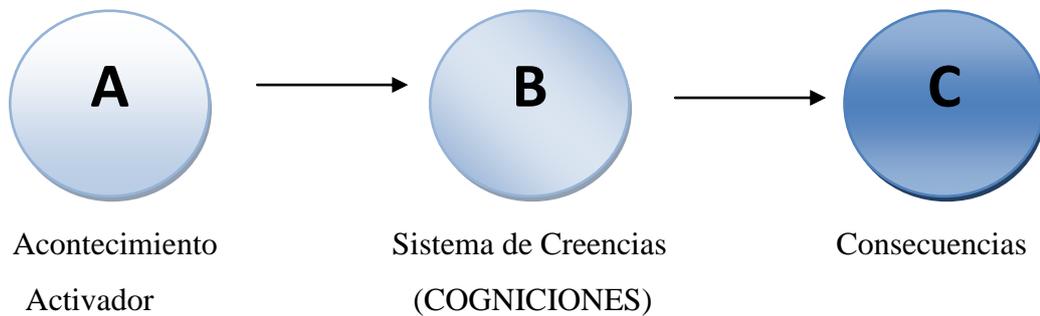
A= Representa el acontecimiento activador, suceso o situación. Puede ser una situación o acontecimiento externo o un suceso interno (pensamiento, imagen, recuerdo, sensación física, etc.).

B= Representa al sistema de creencias, pero puede considerarse que incluye todo el contenido del sistema cognitivo: recuerdos, imágenes, supuestos, inferencias, atribuciones, normas, valores, etc.

C= Representa la consecuencia o reacción en ocasión de la situación “A”. Las “C” pueden ser de tipo emotivo (emociones), cognitivo (pensamientos) o conductual (acciones).

Gráfico 1:

El ABC de la teoría



Fuente: Obst, Julio (2008)

Las consecuencias (“C”)

Con respecto a las “C”, la TREC distingue entre las apropiadas (“funcionales” o “no perturbadas”) y las inapropiadas (“disfuncionales” o “auto-saboteadoras”).

Su calificación dependerá de que estas consecuencias sean acordes a la situación con relación a la cual generan y que favorezcan, si fuera posible, la resolución del problema o el logro de los deseos y objetivos de la persona.

Las cogniciones (“B”)

Ellis y Dryden (1987) definieron las siguientes clases de cogniciones:

- **Observaciones** no evaluativas que se limitan a lo observado. Por ejm: El hombre está caminando.
- **Inferencias** no evaluativas que incorporan hipótesis o supuestos que pueden ser acertados o erróneos: Por ejm: El hombre que está caminando intenta llegar a la oficina y está apurado.
- **Evaluaciones preferenciales.** Por ejm: gusta dormir la siesta. Deseo aprobar el examen.
- **Evaluaciones demandantes:** Por ejm: Necesito absolutamente dormir la siesta. Deseo absolutamente aprobar el examen.

El cambio:

Para la TREC podemos cambiar ya que no somos esclavos de nuestras tendencias ni determinados a pensar irracionalmente. Para lograrlo necesitamos haber incorporado tres insights fundamentales. (Dryden & Di Giuseppe, 1990):

- Los acontecimientos pasados o presentes no causan las emociones o conductas disfuncionales, sino nuestro sistema de creencias. Independientemente de la manera en que nos hayamos perturbado en el pasado, ahora nos estamos perturbando principalmente porque seguimos adoctrinándonos con nuestros pensamientos o creencias.
- No importa cuan convencidos estemos de nuestro conocimiento y atribuciones, siempre es posible cambiar. Podemos cambiar nuestros pensamientos y por lo tanto cambiar nuestras reacciones emotivas y conductuales.
- A la larga, nosotros podemos superar nuestras perturbaciones, pero trabajando duro y reiteradamente, a veces con sufrimiento, para modificar nuestros pensamientos y creencias con sus consecuencias.

2.1.1.2 Aaron T. Beck (1921/...).

La Terapia Cognitiva:

Aaron T. Beck inició el desarrollo de lo que denominó “Cognitive Therapy” a principios de la década de los sesenta en la Universidad de Pennsylvania, como una psicoterapia breve y orientada al presente. La sede central de esta corriente, que durante años fue el Cognitive Therapy en la Universidad de Pennsylvania en Philadelphia, en la actualidad es el “Beck Institute for Cognitive Therapy and Research”, fundado en 1994 por Aaron T. Beck, su actual presidente, y dirigido por su hija, Judith S. Beck. (Obst, 2008).

El esquema básico:

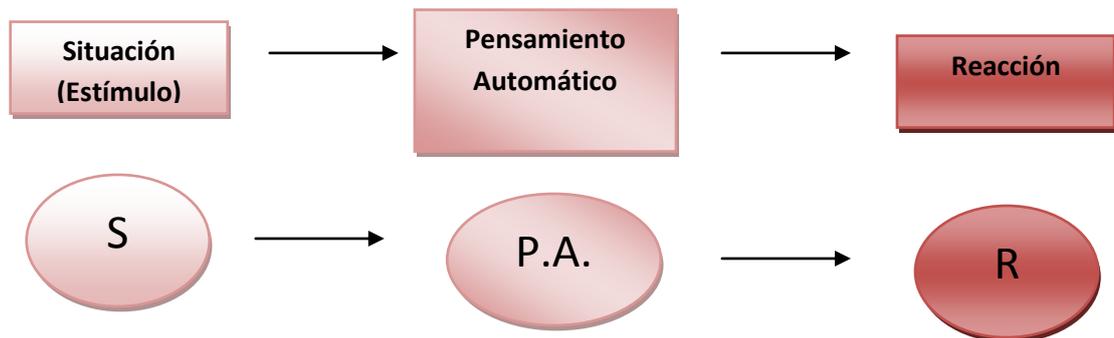
“La forma en que se sienten las personas está asociada a la forma en que interpretan, y piensan sobre, una situación. La situación por sí misma no determina directamente

cómo se sienten; su respuesta emocional está mediada por su percepción de la situación.” (Beck, 1995, p.17).

Obst (2008) refirió que el esquema básico propuesto por Aaron T. Beck puede representarse de la siguiente manera:

Gráfico 2:

El esquema básico



Fuente: Obst, Julio (2008)

Las situaciones pueden ser: (a) un acontecimiento externo, (b) una fantasía o imagen, o (c) una sensación o una perturbación física.

Los pensamientos automáticos son los pensamientos evaluativos, rápidos y breves que brotan automáticamente. Estos pensamientos pueden tener forma verbal y/o visual.

Los pensamientos automáticos surgen de las creencias. Estas creencias son ideas que son tomadas por la persona como verdades absolutas.

Las creencias más centrales o nucleares, son cogniciones que las personas no expresan frecuentemente y no tienen clara conciencia de ellas. Estas creencias se desarrollan desde la infancia y consisten en evaluaciones, definiciones e interpretaciones que las personas hacen de sí mismas, de las otras personas y de su mundo.

Las creencias nucleares representan el nivel más profundo, fundamental, rígido y global de interpretación, que influye en los niveles.

Las creencias intermedias, están en un nivel menos profundo. De ellas surgen los pensamientos automáticos y ellas son a su vez condicionadas por las nucleares.

Las distorsiones cognitivas:

Los pacientes tienden a cometer persistentes errores en su forma de pensar que no suelen deberse a incapacidades intelectuales sino a la necesidad de preservación de la coherencia de todo el sistema cognitivo entre sí y especialmente con sus creencias nucleares. En consecuencia, en los pacientes que padecen un trastorno psicológico se observa un desvío sistemático en la manera de procesar el conocimiento. (Obst, 2008).

Existen formas incorrectas de pensamiento, las mismas que han sido mencionadas en la literatura de esta corriente con el nombre de distorsiones cognitivas (Beck A. , 1976) (Dattilio & Padesky, 1990) (Beck J. , 1995) y son las siguientes:

- 1) Pensamiento “de todo o nada” (“pensamiento dicotómico”, o “pensamiento en blanco y negro”).
- 2) Adivinación del futuro (o “catastrofización”).
- 3) Descalificar o descartar lo positivo.
- 4) Inferencia arbitraria.
- 5) Presentación emotiva (“siento que...”).
- 6) Razonamiento emotivo (pensamientos influidos por los estados emotivos).
- 7) Lenguaje con “lo siento”.
- 8) Explicaciones tendenciosas.
- 9) Rotulación (“etiquetar”).
- 10) Magnificar lo negativo y minimizar lo positivo.
- 11) Filtro mental (“abstracción selectiva”).
- 12) Lectura de la mente.
- 13) Generalización (o “sobregeneralización”).
- 14) Personalización.
- 15) Visión en túnel.
- 16) Expresiones con “debe” o “debería”.

2.2 Utilidad y eficacia de la Terapia Cognitivo - Conductual en los trastornos de ansiedad.

Alarcón, Mazzotti y Nicolini (2005) manifestaron que los dos grandes principios de la TC son la exposición a lo temido y la prevención de la respuesta morbosa antes de que el paciente haya sido expuesto al evento o situación desencadenante. Comparada con otras psicoterapias, la TC tiene más características de tipo educativo. La técnica incluye también elementos de la teoría del aprendizaje, ejercicios de relajación y meditación y un alto grado de apoyo emocional explícito.

Caballo (2002) mencionó que las preocupaciones del Trastorno por ansiedad Generalizada pueden dividirse en tres categorías distintas, requiriendo cada una de ellas una estrategia de tratamiento diferente: 1) problemas inmediatos que están anclados en la realidad y son modificables. 2) problemas inmediatos que están anclados en la realidad pero que no son modificables. 3) acontecimientos muy improbables que no se basan en la realidad y que, por consiguiente, no son modificables.

Los principales objetivos de la terapia Cognitivo-Conductual en el tratamiento de los trastornos de ansiedad consisten en ayudar al paciente a reconocer sus preocupaciones como una conducta de aproximación-evitación, a discriminar entre diferentes tipos de preocupaciones y a aplicar la estrategia correcta a cada tipo.

En el 2013, Crego encontró un artículo escrito por DiMauro et al. (2013) que apareció en *Behaviour Research and Therapy*, en donde se planteaban las siguientes preguntas: ¿Es realmente efectiva la terapia cognitivo conductual? ¿Y lo es a largo plazo?. En la actualidad parece bien establecido que la terapia cognitivo-conductual funciona, al menos cuando se ha sometido a evaluación en estudios realizados sobre muestras altamente específicas, con diseños que emplean alguna forma de control experimental. También en estudios más cercanos a la práctica clínica habitual se ha puesto de manifiesto que la terapia cognitivo-conductual es efectiva a corto plazo, pero pocas investigaciones han analizado si lo es también en el largo plazo. El artículo de DiMauro et al. (2013) vendría a cubrir estas dudas. Tras haber recibido esta forma de psicoterapia en un contexto clínico convencional.

Los investigadores analizaron los datos de 181 adultos (59.1% mujeres), con una media de edad de 42 años, que habían asistido a un promedio de 14 sesiones de terapia cognitivo-conductual para el tratamiento de problemas principalmente relacionados con la ansiedad (trastorno obsesivo-compulsivo, ansiedad generalizada, fobias, trastorno de pánico, etc.). Las sesiones tuvieron lugar en un centro clínico ambulatorio estadounidense. Antes, después, y una vez transcurrido un año desde la finalización del tratamiento se tomaron (entre otras) medidas relativas a la severidad del trastorno y el grado de disfuncionalidad que conllevaba para la vida del paciente. En los momentos post-intervención y seguimiento se empleó además una escala destinada a medir el grado de cambio (ya sea mejoría o empeoramiento) experimentado por el paciente.

Crego (2013) encontró que los resultados apuntan a la eficacia del tratamiento conductual, tanto inmediatamente tras su finalización como una vez había que transcurrido un año. Concretamente, el 62% de las personas que habían estado en terapia cognitivo-conductual habían respondido al tratamiento y su sintomatología había mejorado considerablemente. Además, un 77% de ellos seguía manteniendo la mejoría al cabo del año. Tras la psicoterapia, casi la mitad de los pacientes, el 43%, describía su estado como normal o apenas problemático, manifestando un funcionamiento adecuado en el trabajo, la vida social y el ámbito familiar. Este estado de remisión del problema o trastorno se mantuvo para un 85% de ellos transcurrido un año. Los análisis realizados sobre los datos pusieron de manifiesto una mejoría estadísticamente significativa en la gravedad de la sintomatología de los pacientes, disminuyendo progresivamente en el momento post-intervención en relación con el pre-test y volviendo a disminuir en el momento del seguimiento.

Riveros, Cortazar, Alcazar y Sánchez (2005) realizaron un estudio basado en examinar los efectos de la terapia cognitivo-conductual sobre la atención de los enfermos a su padecimiento. Buscaron detectar las variables psicológicas que interfirieron con el bienestar y la adherencia terapéutica de los pacientes, para eso realizaron mediciones pre y pos tratamiento sobre su calidad de vida y estilos de afrontamiento.

Los principales beneficios en los enfermos se observaron en el incremento de su actividad física y la reducción de conductas de riesgo haciendo que mejore su calidad

de vida y su afrontamiento conductual activo, cognitivo activo, análisis lógico y solución de problemas.

En virtud de que un ingrediente medular de dicho deterioro lo constituyen el comportamiento humano, Riveros y otros (2005) encontraron que el tratamiento psicológico de las áreas afectadas por el proceso de enfermedad permitió al paciente la restauración o mejora de su adherencia terapéutica, bienestar y calidad de vida. El estudio demostró que existen cambios en las áreas de afrontamiento después de la intervención, mejorando los estilos adaptativos como afrontamiento cognitivo y conductual activo, búsqueda de información y regulación afectiva.

En el caso de depresión lograron estabilizar a la persona pero no anular totalmente sus síntomas, lo mismo sucedió con los pacientes ansiosos los cuales se estabilizaron. Mediante ese estudio Riveros y otros (2005) pudieron llegar a la conclusión de que la terapia cognitiva-conductual mejora la calidad de vida y ayuda a la adherencia al tratamiento, ya que el paciente disminuye los síntomas lo que permite que se adhiera mejor al tratamiento propuesto por su médico, sin embargo, cabe recalcar que no se eliminan los síntomas, pero se logra estabilizar a la persona.

2.3 Factores que influyen en el resultado de la cirugía.

2.3.1 Relación médico-paciente:

La relación médico-paciente es primordial para la atención sanitaria y ha sido profundamente investigada, pero los estudios se han enfocado poco acerca de los conocimientos, percepciones y actitudes que los médicos poseen sobre ella. Una buena relación médico-paciente esta definida por la existencia de confianza. La confianza existe cuando el paciente está dispuesto a exponer sus problemas, la actitud del médico de mostrar interés y garantizar la confidencialidad, facilita la confianza necesaria para que el paciente exponga sus problemas. (Sánchez, 2007).

Pons (2006) encontró que la relación médico-paciente se centra entre la comunicación establecida entre el profesional sanitario (médico, enfermera) y el paciente. La principal razón por la cual los pacientes se declaran satisfechos de la

atención recibida tanto en los hospitales como en centros ambulatorios es el trato que reciben por parte del profesional sanitario, la información comprensible que estos aportan, el tiempo que dedican a la relación personal con el enfermo y la posibilidad que el paciente tiene de expresarse.

En la relación médico-paciente se encuentra la satisfacción del paciente en el proceso de interacción con los profesionales de la salud y las características de la comunicación que se establece entre estos, en especial con su médico. La comunicación permite al paciente comprender la información que se le está dando sobre la prescripción o recomendación, lo cual supone un primer paso para que pueda aceptarla y recordarla. (Libertad, y otros, 2007).

Alarcón, Mazzotti y Nicolini (2005) refirieron que la relación médico-paciente implica un conjunto de fantasías expectantes de curación y alivio con el objetivo de recuperar su salud. Previo al inicio de la relación, el paciente es presa de una sutil regresión en que se propone agradar al médico, proveer el mayor grado posible de información, reafirmar su confianza y reforzar su fe en lo que, él percibe como conexión espiritual.

El vínculo médico-paciente está dado por múltiples factores que revisten la expectativa con componentes que le dan fuerza, dinamismo y creatividad. Estos elementos no son estáticos y entre ellos se encuentran: la esperanza, la misma que es un factor de poderosa influencia curativa, pero también es un incitador en la búsqueda de ayuda; la confianza, que representa el liberarse de prejuicios para aceptar el consejo; la disciplina, que implica renuncia; la devoción que es un conjunto de los otros factores, por lo tanto es auto reforzadora.

De esta manera el paciente se acerca al médico y establece la relación con expectativas que cubren diversos niveles: a) nivel cognitivo: grado y calidad de conocimiento puramente profesional o técnico. b) nivel anímico: expectativas de empatía, establecida de manera inicial de médico a paciente. c) nivel social: estimulada por las circunstancias precedentes al contacto, está se mide a través del prestigio profesional, transmitido mediante redes interpersonales complejas. d) nivel espiritual: búsqueda de fuente de fortaleza espiritual y coraje frente la adversidad.

“La fe en el médico representa la aceptación de enunciados que desbordan todo escrutinio crítico o racional, esta fe aparece como un elemento religioso en lo que éste término tiene de ligazón o vínculo. Es la fe la que acerca o vincula al paciente con el médico y su autoridad”. (Alarcón, Mazzotti, & Nicolini, p.169, 2005).

La personalidad del paciente también es un elemento importante ha considerar debido a que este factor influye de manera significativa en la calidad y magnitud de las expectativas del paciente. Mientras menos integrada sea la personalidad del paciente, más frágiles y difusas serán sus expectativas y, por lo tanto, más impredecible el desenlace de su relación terapéutica.

2.3.1.1 Modelos de atención:

Zevallos, Quispe, Mongilardi, Montori y Málaga (2013) mencionaron los modelos de atención en el contexto de la toma de decisiones médicas, los mismos que se clasifican en los siguientes:

2.3.1.1.1 Paternalista: en este modelo el médico usa sus habilidades y conocimientos y según su criterio decidirá alternativas diagnósticas y terapéuticas para el bien del paciente, brindando mínima información, sin considerar en su decisión los valores ni las preferencias del paciente.

2.3.1.1.2 Decisión informada: este modelo es opuesto al paternalista, el paciente toma la decisión final una vez que ha recibido toda la información técnica necesaria del médico.

2.3.1.1.3 Médico como agente perfecto: toma en cuenta las preferencias de los pacientes, pero asume que solo el médico tiene el suficiente conocimiento para tomar la decisión.

2.3.1.1.4 Toma de decisiones compartidas: en este modelo pacientes y médicos se enfrentan a situaciones de incertidumbre, donde no hay un tratamiento “evidentemente superior”, teniendo que tomar una decisión sobre múltiples opciones, inciertas en beneficios, efectos adversos y costos, de diferente valor individual.

El modelo de toma de decisiones compartidas fortalece la relación médico-paciente, y brinda beneficios a ambas partes y al sistema de salud, ya que aumenta el número

de pacientes informados involucrándolos en el cuidado de su salud; aumenta la adherencia al tratamiento; disminuye atenciones y gastos excesivos e injustificados, y sobre todo, impacta positivamente en la calidad de vida de los pacientes. Es en ese sentido, el modelo de toma de decisiones compartidas protege y promueve derechos fundamentales de los pacientes. Además, en situaciones de incertidumbre, las decisiones médicas serán tomadas asegurando el entero entendimiento del riesgo y cómo éste se reduce cuando se presenta una enfermedad y la correspondiente intervención.

La participación del paciente en la toma de decisiones refleja el compromiso del profesional por el paciente como ser digno y vulnerable que requiere de protección y respeto. A pesar de las ventajas de ese modelo, éste se encuentra poco difundido, genera resistencias y no se practica. (Zevallos, Quispe, Mongilardi, Montori, & Málaga, 2013).

2.3.2 Motivos de adherencia y no adherencia al tratamiento.

Libertad y otros (2007) plantearon la existencia de un amplio grupo de factores influyentes en la conducta de cumplimiento o incumplimiento de tratamiento médico, involucrando componentes de naturaleza psicosocial, médica (característica de la enfermedad y el tratamiento propiamente dicho) y de la relación médico-paciente.

Con relación al grupo de factores que tienen un carácter básicamente médico, se distinguen, la complejidad del tratamiento, donde se destaca el grado de cambio comportamental que requiere, la modificación en los hábitos o exigencias de nuevas pautas de comportamientos, la duración y tiempo de tratamiento, es decir, si es curativo preventivo o de rehabilitación. La adherencia disminuye a medida que la terapia se alarga y los tratamientos curativos y rehabilitadores producen tasas más altas que los preventivos.

Con respecto a la naturaleza de la enfermedad, se destaca el papel de tipo de enfermedad: aguda o crónica, así como la presencia de síntomas de dolor o incomodidad en la variación del grado del cumplimiento. Se ha encontrado que las enfermedades agudas con síntomas molestos producen mayor grado de

cumplimiento, mientras que las enfermedades crónicas y las asintomáticas presentan menores.

Por último, mencionaron un conjunto de factores llamados aspectos psicosociales, relacionados, en primer lugar, con las creencias del paciente asociadas a la percepción de severidad de la enfermedad, a la estimación de su propio riesgo de enfermarse o vulnerabilidad percibida, por otro lado, la creencia de la persona de ser capaz de ejecutar la respuesta necesaria y, por último la creencia de que la respuesta será más eficaz que los costos ocasionados por la conducta. También está la motivación del paciente por la salud, incluyendo su interés por la salud y todo lo relacionado con ella, las características de sus procesos cognitivos especialmente la memoria y los tipos de afrontamiento que utiliza ante la enfermedad.

El apoyo social y familiar puede contribuir a incrementar la ejecución de las prescripciones al animar al paciente a mantener el régimen médico, de igual manera, el refuerzo de la familia y otras personas significativas puede facilitarlos. Cuando las recomendaciones incluyan cambios en los estilos de vida, el apoyo de otros y el esfuerzo de los allegados puede ser especialmente necesario para iniciar y mantener los cambios.

2.3.3 Asunción de Rol de paciente:

Sánchez (2007) mencionó que desde el momento que una persona percibe que pierde la salud, inicia un proceso que lo ubica primero como enfermo y luego como paciente. Para el médico es importante el significado que el paciente da a la enfermedad, con el objetivo de ubicarse en la posición de apoyar al paciente y también a su familia, superar mitos y ofrecer información útil y actualizada que les facilite la toma de decisiones durante su proceso de atención, tanto en etapas diagnósticas como terapéuticas. La persona enferma debe ser considerada como una entidad bio-psico-social.

Sánchez (2007) mencionó las etapas para llegar a ser paciente propuestas por McWhinney:

- 1.- Se consulta con un médico.

- 2.- Se inicia el proceso diagnóstico.
- 3.- Se inicia el proceso terapéutico.
- 4.- La enfermedad evoluciona hacia la curación, la cronicidad y/o la muerte.

Jovell, Navarro, Fernández y Blancafort (2006) mencionaron que el rol de paciente lo asume aquel sujeto que se preocupa por su salud y se hace responsable de obtener la mejor asistencia sanitaria posible y de controlar la evolución de su enfermedad. A veces, este rol lo asume un familiar directo del paciente. El concepto de rol de paciente se relaciona con el apoderamiento de los pacientes. Este último se refiere a los pacientes que tienen el conocimiento y las habilidades necesarias para hacerse responsables de su salud, establecer un modelo deliberativo de relación con los profesionales que les atienden y, por lo tanto, definen objetivos terapéuticos y adoptan de forma compartida con sus médicos las decisiones que les permiten asumir esos objetivos.

Es más consciente de su problema de salud, más comprometido con la mejora de su salud y de la asistencia que recibe, y presenta un mayor cumplimiento terapéutico. Asimismo, es un paciente más colaborador con sus médicos y que gestiona de forma más efectiva y eficiente el tratamiento clínico de su enfermedad.

2.3.4 Asunción de Rol de enfermo:

Whaley (2006) refirió que la idea de rol de enfermo fue presentada por primera vez por Talcott Parsons en 1951, quien fue profesor de sociología en la escuela médica de Harvard y uno de los fundadores de la sociología médica, quien encontró que la enfermedad no solo es una condición, sino también es un rol social.

Los criterios principales de un rol social incluyen la actitud tanto del que desempeña el papel como de las personas con quienes se relaciona, según una serie de normas sociales que definen el comportamiento adecuado de las personas en este rol.

Revisar los síntomas ayuda al terapeuta a diferenciar si al paciente le corresponde el rol de enfermo conforme al concepto mencionado. En caso afirmativo, se informa al paciente y a veces también a la familia, lo que significa el rol de enfermo y define al paciente como necesitado de ayuda.

El elemento clave del rol es ayudar al paciente a abandonar gradualmente su rol de enfermo y recuperarse. La fase de recuperación ha de empezar cuando el paciente se implique en el tratamiento.

Sánchez (2007) mencionó las etapas para llegar a ser enfermo propuestas por McWhinney:

- 1.- La persona percibe una alteración en su desempeño o función habitual.
- 2.- La alteración es considerada un problema de salud o enfermedad.
- 3.- Se intenta alguna solución del tipo de la automedicación.
- 4.- La familia es usada como la primera línea de recursos.
- 5.- Se buscan otros recursos no profesionales como: vecinos, curanderos o encargados de farmacia.
- 6.- Se pueden consultar otros recursos profesionales no médicos como: enfermeras, nutricionistas o terapeutas, entre otros.

Pons (2006) manifestó que se entiende como rol de enfermo a aquel sujeto que tiene un comportamiento que constituye una importante fuente de estrés para el personal médico. Principalmente en el ámbito hospitalario existen siete formas habituales de comportamiento asociados con aquellos sujetos que asumen este rol:

2.3.4.1 Tipos de comportamiento:

2.3.4.1.1 Comportamiento regresivo: muestra conductas infantiles hacia el profesional, pudiendo llegar a una agresión verbal, la crítica áspera o la increpación personal hacia este.

El ámbito hospitalario puede favorecer alguna regresión emocional leve en los enfermos, pues estos son tratados en algunos aspectos como si fueran niños: se les da de comer se le baña, se les obliga a permanecer en cama, se les transporta en silla de rueda de un lado a otro. En casos más notorios pueden darse rasgos claros de una regresión infantil, incluyendo, lloros rabieta o mostrarse silenciosos o vergonzosos. En estos casos acusados se debe actuar desde una actitud calmada y comprensiva, pero sin mostrar en ningún momento una respuesta paternalista por parte del profesional.

2.3.4.1.2 Comportamiento obstinado: niega que necesite atención sanitaria o que el tratamiento propuesto vaya a resultar eficaz. En el caso de pacientes que manifiestan negación inicial, muestran oposición de las evidencias objetivas, la inexistencia de una enfermedad la cual le afecta, por lo tanto no necesita someterse a ningún tratamiento..

Es conveniente informarle a paciente que tiene toda la libertad para decidir si desea mantener sus dolencias, presentándole las consecuencias de ambas decisiones y las repercusiones que tendrán en su vida. Permitirle un cierto grado de libertad e, incluso, darle tiempo para que reflexione.

2.3.4.1.3 Comportamiento desmotivado: adopta una actitud pasiva y apática ante el tratamiento pero sin demostrar agresividad o enfado.

Es un paciente apático y colérico, donde por lo general suele existir de fondo un trastorno depresivo o de la personalidad que debería ser tratado adecuadamente. El médico debe tener una actitud de comprensión incondicional ante este paciente que no es colaborador pero tampoco agresivo, no debe pensarse que el enfermo es vago o que no desea curarse simplemente carece de la razón adecuada o la constancia para seguir con aquello que es prescindible. El médico debe buscar mediante el diálogo el motivo de su actitud apática y desmotivada.

2.3.4.1.4 Comportamiento “incurable”: recae con gran frecuencia, se queja con frecuencia, y parece, de alguna manera interesado en conservar sus síntomas y en no buscar la curación. Son pacientes que parecen no curarse nunca y que incluso pueden empeorar con la terapia aplicada. Se niegan a ponerse bien aunque se les aplique el tratamiento adecuado. El terapeuta debe darse cuenta de que el enfermo busca conservar su síntoma, motivo por el cual se debe identificar los motivos o beneficios entre los cuales pueden estar: evasión de responsabilidades, asegurar la atención de otras personas o somatizaciones.

Las ganancias secundarias que el enfermo puede obtener solo pueden ser eliminadas si se somete a tratamiento psicológico.

2.3.4.1.5 Comportamiento “dependiente”: muestra descontento si el profesional no está continuamente pendiente de él, reclama atención constantemente y no quieren “curarse” si no “que le curen”. Son personas que buscan una atención constante, son

exigentes con los servicios sanitarios, no se conforman con la atención corriente que se les da y suelen desear habitualmente que alguien cuide de ellos.

El médico debe establecer límites razonables y firmes en la relación con el paciente, límites que no vayan más allá de lo que corresponde a su rol. Si el paciente exige más del profesional este debe romper la relación médica o remitirlo a otro médico, la mayoría aceptan los límites que se les propone.

2.3.4.1.6 Comportamiento agresivo: es aquel que ataca directamente a un profesional que busca ayudarlo y resulta muy frustrante para el mismo. En ningún momento se debe reaccionar con ira o agresividad, se debe considerar la posibilidad de poner el caso en manos de otro profesional, a su vez no se debe tolerar el comportamiento hostil del paciente. Se debe tomar la situación de forma inmediata, con firmeza, asertividad y objetividad, pero también con serenidad y sin emotividad.

Es importante verificar si el comportamiento manifestado por el paciente que asume el rol de enfermo se debe a algún problema psicológico: depresión, trastorno de personalidad, o a algún problema de origen físico: daño cerebral, síntoma de abstinencia, efectos secundarios de un medicamento. En estos casos, será necesario iniciar el tratamiento adecuado al trastorno que se hubiera detectado. No se debe interpretar el comportamiento inapropiado del paciente como una reacción personal hacia el profesional. Esto permitirá al médico mantenerse en una posición objetiva y realista, además de reducir la probabilidad de experimentar estrés laboral y sentimientos de frustración en el desempeño propio.

2.4 Tratamiento a recibir (cirugía general).

2.4.1 Explicación del tratamiento (áreas que abarca la cirugía general):

La Cirugía General incluye el diagnóstico y tratamiento de enfermedades que se solucionan por procedimientos quirúrgicos o potencialmente quirúrgicos tanto electivos como de urgencia, en los siguientes aparatos: digestivo, endocrino, mama, piel y partes blandas, pared abdominal y retroperitoneo. El cirujano general debe resolver las urgencias de algunas patologías de especialidades quirúrgicas como

vascular y tórax, con el objeto de iniciar un tratamiento, estabilizar y trasladar al paciente a un centro de mayor complejidad.

Esta disciplina no sólo debe ser considerada como una especialidad en sí, sino el complemento básico para la formación de un especialista en áreas más específicas que son las llamadas especialidades derivadas.

El cirujano general debe poseer una buena formación en los aspectos básicos de la cirugía, los conocimientos y destrezas para tratar los problemas quirúrgicos de mayor prevalencia, en especial en cirugía abdominal y digestiva, cabeza, cuello, mama, partes blandas, vascular y torácica general, aspectos básicos de cuidados intensivos en el enfermo crítico, enfermedades endocrinológicas quirúrgicas, oncología general, trauma y urgencias quirúrgicas.

2.4.2 Intervenciones que abarca la cirugía general:

Droira (2004) mencionó que la cirugía general está dirigida a los siguientes casos:

- Pacientes sometidos a tratamiento quirúrgico de la tiroides.
- Pacientes sometidos a cirugía del esófago.
- Pacientes postoperados de trauma abdominal.
- Pacientes con abdomen agudo.
- Pacientes sometidos a cirugía gástrica.
- Pacientes sometidos a hernioplastia y plastia de pared.
- Pacientes sometidos a apendicectomía.
- Pacientes sometidos a cieugía biliar.
- Pacientes sometidos a colecistectomía laparoscópica.
- Pacientes con estomas fístulas y drenajes.
- Pacientes con afecciones ano-rectales.
- Pacientes con cáncer de colon y recto.
- Pacientes con cáncer de páncreas.
- Pacientes con pancreatitis.
- Pacientes con esplenectomía.
- Pacientes con nutrición enteral.
- Pacientes con nutrición parenteral total.

Cirugía Plástica:

- Pacientes con úlcera por decúbito y manejo de escaras.
- Pacientes sometidos a colocación de colgajos.
- Pacientes sometidos a rinoplastia.
- Pacientes sometidos a mamoplastia.

2.4.3 Ingreso al área de cirugía general:

Astudillo (2001) manifestó que el ingreso al área de cirugía se puede realizar de tres formas diferentes:

2.4.3.1 Por consulta externa: se realiza el diagnóstico preciso de la patología del paciente, así como los respectivos exámenes fisiológicos, cuando estos están en regla se da la orden de ingreso. Logrando que el preoperatorio inmediato sea lo más corto posible sin descuidar ningún detalle.

2.4.3.2 Pase de Clínica al departamento Quirúrgico: se da cuando la patología que presenta el paciente se complica y requiere para su solución intervención quirúrgica. O cuando está siendo estudiado para llegar al diagnóstico preciso de la patología, en cualquiera de los dos casos el paciente ingresa con su ficha y exámenes complementarios completos.

2.4.3.3 Ingreso por emergencia: se realiza luego de una valoración rápida y completa del paciente en el área de emergencia realizando los exámenes complementarios estrictamente necesarios. De esta forma el paciente puede ser intervenido quirúrgicamente de manera urgente.

2.4.4 Preoperatorio:

Se denomina preoperatorio al periodo de tiempo y a todos los procedimientos que se llevan a cabo desde que un paciente con determinada patología acude al hospital y se divide en:

2.4.4.1 Preoperatorio mediato: se considera al tiempo que transcurre desde que el paciente acude al hospital hasta su internamiento en cirugía.

El preoperatorio mediato es donde inicialmente se determina el diagnóstico preciso de la patología que presenta el paciente y se deben tomar en cuenta las siguientes pautas:

Cuando el paciente ingresa por consulta externa se debe realizar una historia clínica completa: la anamnesis se debe enfocar en el problema por el cual consulta el paciente, se toma en cuenta el estado de los sistemas, así como los antecedentes personales, referentes a la homeostasis del paciente. Se cuestiona sobre reacciones alérgicas aunque no sean de gran intensidad en reacción con algún medicamento: penicilina, antibióticos, morfina, anestésico, barbitúricos, etc. Después se realizan los exámenes físicos, los cuales son realizados de forma general y completa para dedicarse a la zona patológica específica. Se deben valorar los órganos principales como: corazón, cerebro, pulmones, riñones ya que cualquier alteración producirá riesgo quirúrgico.

2.4.4.2 Preoperatorio inmediato: es el tiempo que transcurre desde el internamiento del paciente en el área de cirugía, hasta el momento antes del acto operatorio.

El preoperatorio inmediato empieza cuando el paciente está internado en el área de cirugía, el cirujano inicia su visita para revisar la ficha médica, empezando como prioridad por los signos vitales como: temperatura, pulso, tensión arterial. Luego verificara los datos de la historia clínica, realizando preguntas para aclarar los aspectos dudosos u omitidos por parte del interno o residente. Se debe efectuar un nuevo examen físico y se revisan los exámenes de laboratorio para evitar errores que puedan ir en contra de la salud del paciente.

2.4.5 Postoperatorio: el postoperatorio es el periodo de tiempo que va desde el término de la intervención quirúrgica hasta el alta del paciente y se divide en:

2.4.5.1 Recuperación Anestésica: se inicia desde el momento en el que el paciente ha salido del quirófano hasta que se recupera del efecto anestésico. Este periodo es de gran importancia ya que es en el que se presentan más complicaciones postoperatorias, es por ello que la sala de recuperación debe contar con un personal

experimentado y equipos adecuados para detectar cualquier complicación que se pueda presentar.

2.4.5.2 Postoperatorio Inmediato: el postoperatorio inmediato es el periodo de tiempo que va desde la recuperación anestésica, hasta la primera visita del cirujano, generalmente 24 horas después del acto quirúrgico si no han existido complicaciones previas.

2.4.5.3 Postoperatorio mediato: se considera al período de tiempo que va desde la primera visita del cirujano, (ordinariamente a las 24 horas del acto quirúrgico), hasta el alta del paciente del servicio de cirugía y postoperatorio tardío, va desde el alta del paciente del departamento de cirugía, hasta el alta definitiva, puede ocurrir en los controles posteriores en consulta externa.

2.5 Cambios de estilo de vida:

Mora (2012) mencionó que el concepto estilo de vida se utilizó por primera vez en 1979, por el escritor y futurista Alvin Toffler, quien predijo la explosión de distintos estilos de vida en una sociedad post-industrial. La manera de comer, efectuar ejercicio, descansar, jugar, comportarse con los demás, pensar, planear, manejar un vehículo, dormir, trabajar, entre otros, y en general la forma total de vivir, están todos incluidos en el término estilo de vida. Incluye patrones de relaciones sociales, ocio y vestido, y también refleja una actitud típica individual, valores o imagen. Un estilo de vida específico significa la elección consciente o inconsciente de un tipo de comportamiento u otro y puede influenciar sobre los elementos biológicos fundamentales que conducen a la enfermedad.

En los países desarrollados, el estilo de vida es uno de los mayores condicionantes sobre el estado de salud de la población. Un porcentaje alto de las consultas médicas en atención primaria y especializada son por enfermedades relacionadas con el estilo de vida y por lo tanto prevenibles. Asimismo, en la gran mayoría de guías de práctica clínica se recomiendan cambios en el estilo de vida como primera línea de tratamiento. En consecuencia, el estilo de vida no es solamente un tema de salud

pública, es también de gran importancia clínica en el manejo terapéutico actual de la enfermedad, y en especial de las patologías crónicas.

Riveros y otros (2005) refirieron que desde la óptica de la medicina Conductual y la Psicología de la Salud, la calidad de vida denota la forma de responder del individuo ante las situaciones cotidianas. La salud como componentes de la calidad de vida se ha considerado una de las variables que, al verse afectada, agrupa otros componentes como trabajo, autonomía, relaciones sociales, ocio, etc.

La salud ocupa un lugar nuclear en la vida del paciente. Se calcula que entre 30 y 60% de los enfermos desconoce su enfermedad, esto se debe a sus características relativamente asintomáticas o a que sus signos y síntomas no se identifican como graves.

Desde el punto de vista psicosocial, padecimientos crónicos como la hipertensión y la diabetes afectan a la población de dos formas principales: deterioro de la productividad de los pacientes y su capacidad de generar ingresos y servicios, aumentado los servicios de salud y asistencia. Un estado de salud satisfactorio es el elemento principal para el desempeño de cualquier actividad, por lo que su pérdida también altera el funcionamiento cotidiano de quien enfrenta esta situación, comprometiendo su calidad de vida.

Los pacientes con alguna enfermedad mental suelen tener peor salud física que la población general, con tasas más altas de morbilidad y mortalidad. La comorbilidad con otros trastornos es frecuente y puede ocurrir a cuatro niveles: con otras enfermedades mentales; con el abuso y dependencia de sustancias; con otras enfermedades crónicas; o con lesiones accidentales y no accidentales, y se atribuiría en parte a factores sociales y de estilo de vida. En particular, se ha encontrado un mayor porcentaje de pacientes con dietas inadecuadas, inactividad física, hábito de fumar, diabetes, obesidad, entre otras condiciones de salud. Asimismo, los efectos secundarios de la propia medicación para tratar la enfermedad mental pueden agravar o añadir riesgos adicionales, como la obesidad, diabetes, enfermedad cardiovascular o síndrome metabólico. En consecuencia, en estos pacientes adquiere gran importancia la promoción y el mantenimiento de un estilo de vida saludable.

Las actuaciones sobre el estilo de vida pueden resultar efectivas tanto para disminuir la morbilidad, la mortalidad y aumentar la calidad de vida, como para mejorar el rendimiento clínico del tratamiento utilizado, incrementar su cumplimiento o mejorar la relación médico-paciente. Las estrategias terapéuticas deberán incluir, por lo tanto, una combinación de las terapias farmacológicas con distintas intervenciones preventivas y psicosociales sobre el estilo de vida. Las principales obstáculos para su implementación son factores derivados de la propia enfermedad y del tratamiento, como la falta de motivación, baja autoestima y confianza, o la sedación o el aumento de peso secundarios al tratamiento farmacológico.

2.5.1 Recomendaciones para mejorar el estilo de vida:

Entre las recomendaciones para mejorar el estilo de vida Mora (2012) mencionó las siguientes:

- Practicar alguna actividad física moderadamente intensa al menos 5 días por semana, y preferiblemente cada día.
- Abandonar el hábito de fumar.
- Disminuir el consumo de alcohol.
- Reducir el peso corporal entre el 5-10% (si existe sobrepeso u obesidad).
- Asegurar una dieta equilibrada, variada y saludable, que incluya lo siguiente:
 - Rica en vegetales y frutas.
 - Seleccionar alimentos integrales, con alto contenido en fibra.
 - Limitar la ingesta de ácidos grasos saturados a menos del 10% de las calorías y de ácidos grasos trans (margarina, bollería, fritos) a menos del 1%.
 - Reducir el colesterol a menos de 300 mg/día, seleccionando carnes magras, alternativas vegetales y productos lácteos desnatados, y minimizando la ingesta de grasas parcialmente hidrogenadas.
 - Consumir pescado, en especial pescado azul, al menos dos veces por semana
 - Minimizar la ingesta de bebidas y comidas con azúcar añadido
 - Limitar el consumo de sal.
 - Beber suficiente agua.
- Aumentar el bienestar emocional y mental:
 - Presentar una actitud optimista y positiva ante la vida.

- Practicar o experimentar el buen humor y la risa.
- Gestionar efectivamente el estrés.
- Dormir las horas de sueño adecuadas (7-9 horas).

2.6 Psicoeducación:

La psicoeducación surge en 1972 en los trabajos de George Brown con familias de sujetos diagnosticados con esquizofrenia.

Uno de los principales objetivos de este modelo es disminuir la carga que el enfermo representa para su familia. Una vez localizados dichos comportamientos y articulados como patrones, se propone su intervención para modificarlos y cambiar sus efectos, lo que supone como resultado la disminución del número de recaídas del enfermo.

Albarrán y Macías (2007) indicaron que la psicoeducación se plantea como un modelo de intervención en el tratamiento integral de las enfermedades.

Este modelo plantea como factores de vulnerabilidad los elementos genéticos, bioquímicos y cognitivos, además de los sucesos estresantes contingentes que se puedan presentar en la vida cotidiana y que pueden ser de difícil resolución para el individuo.

Para Bunge, Gomar y Mandil (2009) la psicoeducación consiste en darle al paciente una breve explicación acerca de:

- a) El trastorno: causas, cuan frecuente es en la población y características de la sintomatología.
- b) El tratamiento: alternativas disponibles, criterios para elegir uno u otro, aspectos básicos, técnicas específicas y duración estimada.

Todo esto es de suma importancia para desarrollar una sólida relación terapéutica.

En síntesis, la psicoeducación procura establecer en los familiares los siguientes principios: el trastorno es una enfermedad cerebral; lo imprescindible del seguimiento farmacológico; el involucramiento de la familia como el principal agente rehabilitador, procurando que en el hogar se mantenga una temperatura emocional tibia, buscando que los familiares tengan una forma de comportamiento

basada en la información proporcionada, lo que favorecería una baja en el nivel de exigencias al enfermo al permitirle la libre expresión, facilitando la reinserción al medio social. (Albarrán & Macías, 2007).

Rascón, Hernández, Casanova, Alcántara y Sampedro (2011) mencionaron que lo que se busca con la psicoeducación es informar e instruir a los familiares y pacientes desde una perspectiva biopsicosocial, proporcionando los conocimientos y aspectos esenciales en torno a las enfermedades. La intervención psicoeducativa incluye la interacción entre la persona con la enfermedad mental, sus familiares, amigos y con el proveedor de información, quien será cualquier integrante de un hospital, terapeuta, enfermera, creando un lazo entre el enfermo con los familiares y el médico, lo cual ayuda y beneficia a la sociedad.

Cualquier integrante del equipo de salud mental: trabajador social, psicólogo, enfermera, médico o psiquiatra puede dar psicoeducación. Se recomienda que sean personas con experiencias en el trato con los pacientes y sus familiares, y en su manejo de grupos, que sean empáticos, cordiales y sobre todo que estén interesados en impartir cursos. Se debe asistir a los familiares cercanos o lejanos, responsables de la manutención y cuidado del paciente también amigos y conocidos interesados en conocer y entender la enfermedad, así como las personas que tienen tratamiento. Se debe considerar la condición actual del paciente, su habilidad para concentrarse, su nivel de estrés emocional y la posibilidad de exacerbación de los síntomas.

Albarrán y Macías (2007) mencionaron que el modelo de psicoeducación se ha ampliado desde la esquizofrenia para su aplicación en varios trastornos mentales, tales como la depresión, el trastorno por déficit de atención o los trastornos de la alimentación, incluyéndose en las propuestas de educación sanitaria. Así, con variantes y adecuaciones en el contenido de la información, se puede estandarizar una dinámica de información para los distintos usuarios.

Rascón y otros (2011) refirieron que la psicoeducación enriquece y aclara la opinión de las causas y efectos de la enfermedad, el entendimiento disminuye el riesgo de recaída y de rehospitalizaciones. Reduce el sentimiento de incapacidad y favorece la

descarga de emociones, la tensión física y social, la angustia, temor, malestar, estigma y aislamiento.

Participar en un grupo psicoeducativo ofrece muchas ventajas, sin embargo, hay que tomar en cuenta algunas situaciones: los participantes con enfermedades agudas suelen agravarse, se pueden exacerbar sus síntomas y presentarse pensamientos desorganizados y problemas de atención y concentración durante el curso.

La meta de la Psicoeducación es:

- 1.- Adquirir información sobre la enfermedad.
- 2.- Promover la adherencia al tratamiento involucrándose en los aspectos médicos, psicológicos y sociales con el fin de cumplir con la prescripción médica.
- 3.- Reconocer la importancia del auto cuidado y desarrollar las actitudes necesarias que le permitan al paciente mejorar su calidad de vida.
- 4.- Reconocer los síntomas de alerta.
- 5.- Elaborar estrategias realistas de enfrentamiento a situaciones de crisis.
- 6.- Comprender las creencias y los prejuicios ante la enfermedad y la necesidad de afrontar asertivamente los estigmas.
- 7.- Promover estrategias de integración y formación de redes de apoyo social.

2.7 Conclusiones:

Mediante la investigación bibliográfica, se ha podido conocer más a fondo acerca de la teoría y eficacia de la terapia Cognitivo-Conductual en el manejo de los trastornos de ansiedad, lo que ha permitido despejar distintas dudas sobre la misma, así como implementar los distintos conceptos de esta teoría a nuestra investigación.

También se ha podido constatar que la relación médico-paciente es compleja debido a que dentro de ella influyen distintos componentes de tipo social, emocional y propios de la personalidad de ambas partes.

La información adquirida sobre la cirugía ha sido utilizada para despejar de dudas a los pacientes y poder entablar una relación con los mismos lo que nos ha ayudado a disminuir los niveles de ansiedad en ellos.

CAPÍTULO III

DIAGNÓSTICO Y TRATAMIENTO

3. Introducción:

En este capítulo se explicará acerca del reactivo utilizado para medir la ansiedad en los pacientes antes de la cirugía, el mismo que será respaldado mediante la entrevista realizada previamente. La entrevista será semejante a la realizada anteriormente por los internos del área de cirugía, la misma que se centrará en el estado fisiológico y psicológico del paciente. Se hablará acerca de las distintas técnicas utilizadas por la corriente cognitivo-conductual, las mismas que son usadas para disminuir la ansiedad en un tiempo breve y de una manera eficaz, especificando cada técnica y los propósitos de las mismas.

3.1 Test de Ansiedad de Hamilton:

La escala de ansiedad de Hamilton (Hamilton Anxiety Scale, HAS), fue diseñada en 1959 por Max Hamilton. Inicialmente, constaba de 15 ítems, pero cuatro de ellos se modificaron en dos, quedando reducida a 13. Posteriormente, en 1969 dividió el ítem “síntomas somáticos generales” en dos (“somáticos musculares” y “somáticos sensoriales”) quedando en 14. Esta versión es la más utilizada en la actualidad. Su objetivo era valorar el grado de ansiedad en pacientes previamente diagnosticados y, según Hamilton, no debe emplearse para cuantificar la ansiedad cuando coexisten otros trastornos mentales.

Se trata de una escala heteroaplicada de 14 ítems, 13 referentes a signos y síntomas ansiosos y el último que valora el comportamiento del paciente durante la entrevista, puede aplicarse a niños, adolescentes y adultos. Debe complementarse por el terapeuta tras una entrevista, que no debe durar más allá de 30 minutos. El propio autor indicó para cada ítems una serie de signos y síntomas que pudieran servir de ayuda en su valoración, aunque no existen puntos del anclaje específicos. En cada caso debe tenerse en cuenta tanto la intensidad como la frecuencia del mismo. Cada

ítem se valora en una escala de 0 a 4 puntos. Hamilton reconoce que el valor máximo de 4 es principalmente un punto de referencia y que raramente debería alcanzarse en pacientes no hospitalizados.

Se trata de uno de los instrumentos más utilizados en estudios farmacológicos sobre ansiedad. Puede ser 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. No distingue síntomas específicos de un trastorno de ansiedad, ni entre un desorden de ansiedad y una depresión ansiosa.

El entrevistador puntúa de 0 a 4 puntos cada ítem, valorando tanto la intensidad como la frecuencia del mismo. La puntuación total es la suma de las de cada uno de los ítems. El rango va de 0 a 56 puntos, donde de 0 a 5 indica ausencia de ansiedad, de 6 a 17 indica ansiedad leve, 18 a 24 ansiedad moderada y de 25 a 30 ansiedad severa. Se pueden obtener, además, dos puntuaciones que corresponden a ansiedad psíquica (ítems 1, 2, 3, 4, 5, 6 y 14) y a ansiedad somática (ítems 7, 8, 9, 10, 11, 12 y 13).

Como los efectos de la medicación pueden tener diferente intensidad sobre los síntomas psíquicos y somáticos, es aconsejable distinguir entre ambos a la hora de valorar los resultados de la misma, resultando útil la puntuación de las subescalas.

Aunque puede utilizarse sin entrenamiento previo, éste es muy recomendable. Caso de no estar habituado en su manejo es importante que sea la misma persona la que lo aplique antes y después del tratamiento, para evitar en lo posible interpretaciones subjetivas.

No existen puntos de corte para distinguir población con y sin ansiedad y el resultado debe interpretarse como una cuantificación de la intensidad, resultando especialmente útil sus variaciones a través del tiempo o tras recibir tratamiento.

A pesar de haberse utilizado en numerosos estudios clínicos como medida de ansiedad generalizada, no se centra en los síntomas de ésta, tal y como se contemplan en el DSM-IV. Los síntomas clave de los desórdenes de ansiedad generalizada reciben menos prominencia que los síntomas fóbicos y los referentes a excitación del sistema autonómico, que durante tiempo no han formado parte de la definición de ansiedad generalizada, están excesivamente considerados.

Inicialmente se concibió para valoración de “neurosis de ansiedad”, pero a lo largo del tiempo este concepto ha evolucionado, hablándose hoy en día de “desorden de pánico”, “desorden fóbico” y “ansiedad generalizada”, entre otros. En la práctica clínica muchas veces es difícil distinguir entre ansiedad y depresión, ya que algunos síntomas se superponen, por otra parte muchos estados depresivos cursan con ansiedad. Según Hamilton en estos casos no debería utilizarse la escala, aunque algunos autores sugieren que la subescala de ansiedad somática puede utilizarse para valorar el grado de ansiedad en pacientes depresivos, así como la respuesta al tratamiento ansiolítico y antidepressivo. No obstante ha demostrado su validez interobservador en pacientes con depresión.

3.1.2 Propiedades psicométricas:

3.1.2.1 Fiabilidad:

Muestra una buena consistencia interna (alfa de Cronbach de 0,79 a 0,86). Con un adecuado entrenamiento en su utilización la concordancia entre distintos evaluadores es adecuada ($r = 0,74 - 0,96$). Posee excelentes valores test-retest tras un día y tras una semana ($r = 0,96$) y aceptable estabilidad después de un año ($r = 0,64$).

3.1.2.2 Validez:

La puntuación total presenta una elevada validez concurrente con otras escalas que valoran ansiedad, como The Global Rating of Anxiety by Covi18, 19 ($r = 0,63 - 0,75$) y con el Inventario de Ansiedad de Beck20 ($r = 0,56$).

Distingue adecuadamente entre pacientes con ansiedad y controles sanos (puntuaciones medias respectivas de 18,9 y 2,4). Posee un alto grado de correlación con la Escala de Depresión de Hamilton ($r = 0,62 - 0,73$). Es sensible al cambio tras el tratamiento.

3.2 Técnicas utilizadas para disminuir la ansiedad.

Delgado (2010) refirió que el tratamiento Cognitivo Conductual para la ansiedad se basa en una serie de técnicas psicológicas en las que hay que comenzar por dar

información sobre el trastorno, su duración, etc. Se basan en el entrenamiento del individuo en técnicas que mejoran su capacidad de auto-observación y en la auto-corrección de sus pensamientos, su conducta y sus emociones.

Algunas técnicas cognitivo conductuales entrenan al individuo a interpretar situaciones de una manera menos amenazante. Otras entrenan a las personas en habilidades especiales, como la solución de problemas, la toma de decisiones, etc. Otras técnicas cognitivas enseñan a identificar pensamientos negativos y errores en la interpretación de la realidad para después enseñar a cambiar estas tendencias o procesos.

3.2.1 Técnicas de relajación y respiración:

Olivares y Méndez (1998) manifestaron que los antecedentes históricos de estas técnicas son remotos y se pueden encontrar en las técnicas de meditación de las filosofías orientales. El entrenamiento en relajación es casi tan antiguo como la propia civilización ya que a lo largo de los siglos han ido surgiendo distintos procedimientos en los contextos mágicos, religiosos y científicos que se pueden considerar precursores de la relajación. El nacimiento de las principales técnicas de relajación, el entrenamiento autógeno y la relajación progresiva, se remontan a principios de siglo: en 1929 aparece la obra *Progressive Relaxation* de Jacobson en la que expone los fundamentos de la técnica de relajación progresiva; poco después, en 1932, Schultz publica su obra *Das Autógeno Training* en la que expone los fundamentos del entrenamiento autógeno.

La evolución de las técnicas de relajación a lo largo del siglo XX y su consolidación dentro de la psicología ha sido debido al impulso recibido desde la terapia de la conducta lo que ha hecho que se las considere como métodos válidos para el control de la ansiedad y el estrés.

Las técnicas de relajación son procedimientos cuyo objetivo principal es enseñar a la persona a controlar su propio nivel de activación a través de la modificación directa de las condiciones fisiológicas sin ayuda de recursos externos. Es una de las terapias más utilizadas en modificación de conducta bien como parte integrante de otras

técnicas, como la desinsibilización sistemática y la inoculación de estrés, o bien como un procedimiento específico.

El organismo humano reacciona con un incremento importante de la activación de la rama simpática del sistema nervioso autónomo ante estímulos que constituyen un peligro para su integridad. Así, por ejemplo, si un excursionista se viera sorprendido en el monte por un incendio forestal experimentaría un aumento de las contracciones cardíacas o taquicardia que percibiría como palpitaciones, que junto al mayor volumen de sangre que saldría de su corazón, elevaría su presión sanguínea y la tasa de su pulso; se produciría también una afluencia de sangre a sus músculos principales, una elevación de su tono muscular, una aceleración de su respiración, etc. Todos estos cambios desempeñan una función adaptativa porque activan los recursos del organismo en situaciones de amenaza, de modo que las personas están más preparadas para la huida o para la defensa/ataque.

3.2.1.1 Bases teóricas y experimentales:

Olivares y Méndez (1998) mencionaron que a diferencia de otras técnicas de modificación de conducta, las bases teóricas de los procedimientos de relajación y respiración no provienen de la psicología del aprendizaje su origen se da desde la psicofisiología.

La razón de muchas de las investigaciones es el comprobar los campos psicofisiológicos operados por la relajación y respiración en diferentes grupos de sujetos que tengan o no problemas psicológicos. El modelo de respuestas fisiológicas de la relajación, difiere del sueño y de la hipnosis y aparece como opuesto al mecanismo de defensa - alerta descrita por Cannon cuando analiza el estado fisiológico correspondiente a la respuesta de huir-combatir.

Las técnicas de relajación tienden a aumentar la actividad parasimpática y a disminuir la actividad del sistema simpático, aunque en esta respuesta existen diferencias individuales. Los efectos más importantes que producen son la disminución del tono muscular y el enlentecimiento de la respiración.

La modificación fisiológica que producen las técnicas de relajación dejan constancia de una participación absoluta de mecanismos corporales ante este tipo de ejercicios.

García y de Rivera (1992) realizan una revisión de la evidencia experimental de estos cambios fisiológicos, entre ellos se destacan:

- Disminución de la actividad simpática general.
- Disminución del tono muscular.
- Respiración más lenta, profunda y rítmica.
- Enlentecimiento y mayor regularidad del ritmo cardiaco.
- Aumento de la respiración epitelial galvánica.
- Disminución del número de respuestas espontáneas.
- El EEG muestra aumento de la coherencia interhemisférica, con mayor difusión y persistencia del ritmo alfa.
- Disminución del consumo de oxígeno y de disminución del CO₂.

Labrador, de la Puente y López (1995) refirieron que la relajación se puede considerar como un estado de hipoactivación que puede ser facilitado por diversos procedimientos o técnicas, siendo la técnica de relajación la que produce disminución del tono hipotalámico lo que conllevaría a una disminución de la activación simpática.

Olivares y Méndez (1998) mencionaron que las modificaciones en las respuestas psicofisiológicas van acompañadas de cambios de las respuestas motoras (estado de reposo) y en las respuestas cognitivas (percepción de tranquilidad). Es importante abarcar tres aspectos de las respuestas del sujeto en función a estos niveles: cognitivo, motor y psicofisiológico. Las posibilidades de alterar estados desadaptativos de activación son variadas, es por ello que se han creado varias técnicas buscando conseguir un efecto dependiendo de que factor implique la actividad emocional.

Si se consideran fundamentales los factores cognitivos la intervención irá dirigida principalmente a controlar las ideas y pensamientos del sujeto. Al considerarse el factor psicofisiológico la intervención se basará en el aprendizaje de técnicas dirigidas a controlar estos componentes.

Pero dado a que existe una constante interacción entre los distintos niveles todos ellos serán afectados sea cual sea el componente al que se dirige la intervención.

3.2.1.2 Relajación y emoción:

Olivares y Méndez (1998) manifestaron que una de las áreas donde la relajación se utiliza con mayor frecuencia es en el trastorno de ansiedad, bien en problemas de fobias específicas o en trastorno de ansiedad generalizada. En estos casos la técnica de relajación aparece integrada en un programa de intervención más amplio como instrumento para controlar la activación fisiológica. Puede ser utilizada como una habilidad de afrontamiento en la cual el paciente pone en práctica la respiración al enfrentarse a una situación temida. Se puede emplear el entrenamiento en tensión-relajación y en control de la respiración para aplicarlo al detectar un aumento en la activación fisiológica en un tratamiento de exposición a la situación fóbica.

En los trastornos de ansiedad generalizada se incluye el tratamiento en relajación como técnica para la terapia. En este tipo de trastornos es frecuente combinar la relajación con otras técnicas conductuales para dotar al individuo de habilidades que le ayuden para enfrentar de manera eficaz la situación, la intervención incluye un entrenamiento en control de respiración y en relajación, exposición y detención del pensamiento.

La emoción puede ser considerada como un estado psicofisiológico el cual posee características fisiológicas subjetivas y conductuales similares a los estados emocionales pero con signos contrarios. Basados en la teoría de la activación-cognición se puede explicar la emoción como el resultado de la interacción entre la activación fisiológica y el proceso cognitivo de atribución de ese estado en la base a ciertas claves ambientales.

Actualmente existe mayor evidencia a favor de la teoría de la especificidad de la activación la cual considera las emociones como el producto del feedback aferente de patrones corporales específicos, dando resultado a la activación, la cual contribuirá en la intensidad como en la cualidad emocional.

“La relajación podría ser entendida no como un estado general caracterizado por un nivel de activación fisiológico mínimo, sino como un estado específico caracterizado por un patrón de activación psicofisiológica distinto u opuesto al de las emociones intensas”. (Olivares & Méndez, 1998, p.36).

La relajación se considera una respuesta biológicamente antagónica a la respuesta de ansiedad, la cual puede ser aprendida y convertirse en un recurso personal importante el cual se utiliza para contrarrestar los efectos negativos de la ansiedad.

3.3 Relajación progresiva.

Esta técnica, desarrollada originalmente por Jacobson en 1929, es una de las más utilizadas en terapia de conducta. Busca conseguir niveles profundos de relajación muscular para ello se le enseña al sujeto a identificar el nivel de tensión muscular que experimenta en distintas partes de su cuerpo a través de ejercicios de tensión y relajación. Posteriormente la persona podrá utilizar estabilidad una vez que haya identificado la tensión en alguna zona de su cuerpo. (Olivares & Méndez, 1998).

Según Davis, McKay y Eshelman (1985) La relajación progresiva se basa en el concepto de que las respuestas del organismo a la ansiedad provocan pensamientos y conductas que a su vez producen tensión muscular en el sujeto. Esta tensión fisiológica aumenta la sensación subjetiva de ansiedad que experimenta la persona. La práctica de la relajación muscular profunda reduce la tensión fisiológica y por lo tanto, es incompatible con la sensación subjetiva de ansiedad.

Con el procedimiento desarrollado por Jacobson se requiere un amplio periodo de tiempo para aprender a relajarse. Aunque en la práctica clínica se puede utilizar distintos programas de entrenamiento, adaptandolos a las características de cada paciente, existe una serie de consideraciones previas que son comunes en el empleo de esta técnica, las cuales deben ser tenidas en cuenta antes de iniciar un entrenamiento.

- El entrenamiento en relajación debe llevarse a cabo en una habitación silenciosa y en penumbra, con temperatura agradable.
- El paciente utilizará un sillón reclinable y acolchado, para poder colocarse completamente apoyado sobre él.
- El sujeto debe llevar ropa cómoda y suelta. Antes de la sesión, es conveniente que se quiten las gafas o lentes de contacto, zapatos, relojes o cualquier otro objeto para reducir estimulaciones extrañas y permitir la libertad de movimientos.

- Es importante evitar las interrupciones una vez iniciados los ejercicios de relajación: timbres de teléfono, entrada de personas, comentarios del cliente, visitas previas al aseo.

Para la práctica de la relajación se puede adoptar diferentes posiciones:

- a) La postura idónea: sentado cómodamente en un sillón que permita apoyar la cabeza, con toda la espalda descansando sobre el respaldo. Los pies se deberán reposar en el suelo sin hacer ningún tipo de esfuerzo. Los brazos pueden estar apoyados sobre los muslos con las palmas de la mano hacia abajo o bien sobre el reposabrazos.
- b) La postura tumbado: debe llevarse a cabo sobre una superficie dura que permita apoyar completamente todo el cuerpo y con la cabeza ligeramente elevada para que el cuello no permanezca tenso.
- c) La postura del cochero: sentado en una silla y con el cuerpo un poco inclinado hacia adelante, con la cabeza sobre el pecho y los brazos apoyados sobre las piernas.

El objetivo del entrenamiento en relajación progresiva es ayudar a aprender a reducir la tensión muscular en el cuerpo cada vez que el sujeto desee hacerlo. Se le pedirá al paciente que tense un grupo determinado de músculos, para después relajarlos.

Tensar los músculos antes de relajarlos es como dar una salida hacia la relajación profunda a través del momento creado por la liberación de la tensión.

Otra razón para crear y distender la tensión se debe a que le permitirá al sujeto centrar su atención y llegar a ser claramente consciente de cómo se siente realmente la tensión en cada uno de estos grupos durante la vida cotidiana. Este procedimiento también le permitirá comparar directamente la diferencia de sensaciones asociadas con la tensión y con la relajación.

3.3.1 Recomendaciones para el terapeuta:

La presentación del entrenamiento en relajación progresiva debe adaptarse a las características del sujeto: edad, nivel intelectual, etc.

Se le explica que consiste en aprender a tensar y relajar grupos de músculos y que esto exige su colaboración activa. El terapeuta describe y realiza los ejercicios de tensión y distensión.

El volumen y la velocidad de la voz del terapeuta debe reducirse progresivamente durante la sesión. Además, el sujeto debe percibir un cambio de inflexión en la voz, es decir, el terapeuta debe formular las ordenes para tensionar y enfocarse a las sensaciones de tensión en un tono más fuerte y en una secuencia más rápida que las ordenes para relajarse y tener en cuenta las señales de relajación.

Ayuda a lograr este cambio en la entonación el que el terapeuta tense al mismo tiempo su mano y su antebrazo derecho.

Una vez que el sujeto ha efectuado los ejercicios de tensión y distensión, se recomienda dejarle varios minutos disfrutando de su estado de relajación completa tras los cuales el terapeuta finaliza la relajación mediante una cuenta regresiva.

Al terminar el terapeuta le pregunta al sujeto acerca del desarrollo de la relajación y resuelve los problemas que éste plantee. La sesión debe durar de 15 a 30 minutos, si el paciente conoce algún método de relajación o aprende rápidamente se puede aligerar el entrenamiento.

Al realizar la relajación progresiva es necesario tener en cuenta la motivación y las expectativas del paciente con respecto a los efectos inmediatos de la relajación. Tomando en cuenta que cuando el objetivo principal del entrenamiento en relajación progresiva es inducir a un estado de relajación profunda, el procedimiento tradicional suele ser el más indicado, sin embargo, si lo que se busca es utilizar la relajación como una habilidad de afrontamiento ante situaciones estresantes, se recomienda planificar algo más personalizado enfocado en reducir la ansiedad.

Es importante se quede con la sensación de que presenta un problema especial o que puede hacer fracasar la terapia. Se ha de procurar que la ansiedad del sujeto hacia el problema sea baja y la confianza hacia el terapeuta sea alta para que la terapia pueda tener éxito

Bernstein y Borkovec (1983) mencionaron los principales problemas que pueden aparecer durante la relajación progresiva y sus posibles soluciones:

Calambres musculares: Los más comunes se dan en las pantorrillas y en los pies y se soluciona fácilmente si la persona genera menos tensión en esas áreas problemáticas y mantiene esta tensión menos tiempo.

Movimientos: Si el paciente se estira o se mueve de forma inquieta en el sillón a pesar de haberle pedido que se mantenga quieto se debe tomar en cuenta que si los movimientos no son muy frecuentes estos se pueden ignorar, pero si son movimientos de grandes grupos musculares se deberá repetir la instrucción y tratar de resolverlo hablando con el paciente.

Charla: El paciente se debe comunicar con el terapeuta solo a través de señales con la mano, en caso de que el paciente presente alguna conducta verbal durante la relajación esta puede interferir con los ejercicios. Se debe ignorar totalmente la comunicación verbal sin recibir ninguna respuesta por parte del terapeuta, en caso de que el paciente se siga comunicando se deben repetir las instrucciones si no las ha entendido claramente.

Ruidos del exterior: el lugar ideal para realizar la relajación sería una habitación insonorizada, sin embargo esta situación no es frecuente por lo que normalmente se recibirán estímulos auditivos como maquinas de escribir, aviones, teléfonos, etc.

Se debe controlar los ruidos externos, ya que aunque hayan ruidos externos que esten fuera de nuestro control, en la mayoría de los casos siempre que el paciente pueda oír al terapeuta, incluso los ruidos fuertes del exterior no tendran un efecto negativo en la relajación, sino que ayudarán a mejorar la habilidad del paciente para relajarse y adquirir esta habilidad.

Risa: puede ocurrir a inicios de la relajación debido a que el paciente considera gracioso alguno de los ejercicios o porque se encuentra cohibido. El terapeuta debe aplicar la extinción a estas conductas indeseables. Si el problema persiste se debe comentar con el paciente.

Espasmos y tics: durante la relajación el paciente puede sentir espasmos musculares en especial si se encuentran muy tensos al inicio de la relajación. Se debe indicar al paciente que los espasmos son indicadores de que la relajación se esta llevando de manera adecuada y que no debe preocuparse por ello ya que son muy frecuentes y suelen suceder antes de dormir.

Pensamientos perturbadores: los pensamientos perturbadores que distraen al paciente son uno de los factores más destructivos que se dan en la relajación ya que provocan tensión, ansiedad y excitación. Para evitar estos pensamientos es

conveniente aumentar el habla del terapeuta durante la relajación logrando que el paciente mantenga su concentración la mayor parte del tiempo. Si el problema persiste es necesario determinar un conjunto alternativo de pensamientos en los que se focaliza la tensión.

Dormir: este hecho nos indica que el paciente no está en tensión, lo que indica que no está aprendiendo a relajarse. Si el paciente es propenso a dormirse el terapeuta deberá hablar un poco más alto y pedirle al paciente que se concentre en el sonido de su voz durante la relajación.

Incapacidad para relajar grupos musculares específicos: el paciente no puede relajar un área específica o presenta dificultad para hacerlo o puede sentir que estos procedimientos no le ayudan a relajarse totalmente.

Si el paciente presenta problemas en una zona concreta se deberá realizar una estrategia alternativa de tensión. Si el problema persiste puede ser debido a la presencia de pensamientos perturbadores.

En el segundo caso se puede estar omitiendo un grupo muscular que provoca gran tensión al paciente.

Sensaciones extrañas durante la relajación: si el paciente no está familiarizado con la relajación puede sentir ciertas sensaciones como: pérdida de orientación, sensación de calor o frío, las cuales provocan inquietud.

El terapeuta debe explicarle que estas sensaciones son muy comunes durante la relajación y que son un indicio de que la relajación es efectiva.

Activación interna: se da cuando el paciente siente los músculos muy relajados y pero todavía se encuentra tenso interiormente. El terapeuta le explica al paciente que la tensión se debe a músculos que no están bajo control voluntario y que la relajación afecta a los músculos que están bajo nuestro control.

3.3.2 Variantes de la relajación progresiva:

Olivares y Méndez (1998) mencionaron distintas variantes de la relajación progresiva:

3.3.2.1 Relajación diferencial:

Es una de las variantes más utilizadas de la relajación progresiva. El objetivo de esta técnica es aprender a tensar solo aquellos músculos relacionados con una actividad y mantener relajados aquellos que no son necesarios. El resultado permite que el paciente pueda realizar la mayoría de las actividades de su vida cotidiana con un mínimo de tensión, buscando que el sujeto pueda relajarse en situaciones en las cuales no le es posible adoptar una posición adecuada para realizar la relajación progresiva (cochero, tumbado e idonea).

3.3.2.2 Relajación condicionada:

Consiste en asociar la relajación a una palabra que el sujeto se dice a sí mismo, se busca condicionar al sujeto a una palabra que evoque relajación.

Una vez que el sujeto está completamente relajado, se le instruye para que centre su atención en la respiración y para que se repita mentalmente la palabra que prefiera, a cada espiración.

Inicialmente el terapeuta dice en voz alta la palabra coincidiendo con las cinco a diez primeras exhalaciones, alargando la sílaba final y disminuyendo el volumen de su voz. Luego el sujeto se repite mentalmente veinte veces más la palabra señalada a cada nueva espiración.

Para comprobar si la relajación a quedado condicionada a la palabra, se le pide al sujeto que se imagine una escena que le produzca malestar e incomodidad, que respire profundo y que se diga a sí mismo la palabra.

3.3.3 Entrenamiento autógeno:

Olivares y Méndez (1998) refirieron que el entrenamiento autógeno es una de las técnicas clásicas de relajación más conocidas y una de las más utilizadas después de la relajación progresiva, consiste en una serie de frases elaboradas con el fin de inducir en el paciente estados de relajación a través de sugestión mediante sensaciones de calor, peso, etc.

El proceso que se sigue en el entrenamiento autógeno es el siguiente:

- Se debe disponer de un ambiente tranquilo, semi penumbral, sin ruido, ni interrupciones y con temperatura agradable.
- El sujeto tiene que vestir ropa cómoda y deshacerse de aquello que le moleste.
- El terapeuta explica al sujeto el método y motiva al paciente.
- El paciente se coloca en posición de relajación (sentado o acostado) con los ojos cerrados.
- La persona se concentra en la frase para lograr la sintonización con el estado de reposo.

3.3.3.1 Técnica del dial: Es un ejercicio de entrenamiento autógeno y de imaginación de sentimiento, utilizado para tratar específicamente el grado de dolor que presenta el paciente de esta forma se disminuye la ansiedad permitiendo que el paciente pueda valorar o medir gradualmente su dolor.

3.4 Ejercicios de respiración:

Labrador (1992) refirió que un control adecuado de nuestra respiración es una de las estrategias más sencillas para hacer frente a las situaciones de estrés y manejar los aumentos en la activación fisiológica.

Antes de comenzar el aprendizaje de estas técnicas se debe generar el mismo ambiente que en la relajación. Es importante que el sujeto se concentre en las sensaciones corporales.

La duración de cada ejercicio sera de dos a cuatro minutos seguido del mismo periodo de descanso. Cada ciclo se repetirá al menos tres o cuatro veces o hasta que el sujeto aprenda a realizarlo correctamente.

Una costumbre correcta de respiración es importante para aportar al organismo el oxígeno necesario para un funcionamiento óptimo. De tal manera que si el aire que llega a los pulmones es insuficiente la sangre no se purificará adecuadamente.

La sangre mal oxigenada contribuye a un aumento en los estados de ansiedad.

El objetivo de las técnicas de respiración es facilitar el control voluntario de la respiración y automatizar este control de tal forma que se mantengan en las situaciones estresantes.

Estas técnicas son fáciles de aprender y pueden ser utilizadas en cualquier situación para regular la activación fisiológica. (Olivares & Méndez, 1998).

3.5 Técnicas de reestructuración cognitiva:

Olivares y Méndez (1998) mencionaron que al referirnos a reestructuración cognitiva hablamos del papel mediador de la cognición en la conducta. El ser humano no es visto como una simple caja negra que emite respuestas ante determinados estímulos discriminativos: las percepciones, las creencias, las expectativas, las atribuciones, interpretaciones, autoinstrucciones y los esquemas cognitivos, se entienden ahora como responsables, en gran medida, de los problemas del paciente, buscando técnicas específicas para modificar dichos componentes cognitivos.

El enfoque cognitivo conductual destaca el papel de los procesos cognitivos en el desarrollo, mantenimiento y modificación de conducta. A su vez existe actualmente una tendencia a aplicar, en base a datos de evaluación conductual, programas de tratamiento combinados que utilizan técnicas cognitivas y conductuales para hacer el tratamiento más eficaz y obtener resultados inmediatos.

El trastorno de ansiedad tiene como síntomas principales la excesiva ansiedad cognitiva la cual se exterioriza con preocupaciones o temores exagerados en relación con la salud, aspectos económicos, laborales, familiares, etc. Las personas con ansiedad generalizada pueden tener mayor probabilidad de predecir resultados negativos porque se sienten incómodos con la ambigüedad de los acontecimientos que amenazan posiblemente su futuro ya que tienden a predecir el futuro de una forma negativa. (Lodoño, Jiménez, Juárez, & Marín, 2010).

Lodoño y colaboradores (2010) mencionaron que el trastorno de ansiedad se da por un mal funcionamiento en el sistema cognitivo el cual activa y desactiva las respuestas defensivas a la amenaza. Como factor para explicar etiológicamente el trastorno, se considera la vulnerabilidad biológica y cognitiva junto con un estresor significativo. La vulnerabilidad cognitiva consiste en una manera estable de percibir y valorar el mundo.

El modelo cognitivo se refiere a los esquemas como unidades básicas de procesamiento, estas unidades se clasifican, interpretan, evalúan y asignan significados a objetos y situaciones cuando contienen información desadaptativa, en presencia de ciertas circunstancias ambientales, dando como resultado la ansiedad. Lo que caracteriza al sistema cognitivo son los procesos, los cuales propician la adaptación y la respuesta del individuo en la vida cotidiana. En la ansiedad los procesos pierden la información, convirtiéndose en desadaptativos. Dentro de estos procesos se encuentran las desadaptaciones cognitivas, las distorsiones cognitivas, o errores de procesamiento, las cuales conllevan a la activación de esquemas negativos.

Mahoney y Arnkoff (1978) manifestaron que las técnicas de reestructuración cognitiva se encaminan a identificar como a modificar las cogniciones desadaptativas del cliente poniendo de relieve su impacto perjudicial sobre la conducta y las emociones. Estos objetivos se logran mediante la aplicación de diversos procedimientos como la terapia racional-emotiva de Ellis y la terapia cognitiva de Beck.

3.5.1 Técnicas de resolución de problemas:

Están enfocadas en entrenar al paciente en una metodología sistemática para abarcar diferentes tipos de problemas. Se basa en aprovechar las diversas habilidades: análisis de los problemas, formulación de objetivos, generación de alternativas, valoración de alternativas, elección de la opción más adecuada, ejecución de las alternativas elegidas y la valoración de los resultados. (Mahoney & Arnkoff, 1978).

3.5.1.1 Pensamientos automáticos:

Beck (1976) mencionó que los pensamientos automáticos son cogniciones negativas que tienen una serie de características distintivas:

- a) Aparecen como reflejos sin proceso de razonamiento.
- b) Son irracionales e inadecuadas.
- c) Al paciente le parecen totalmente lógicas y las acepta como válidas.
- d) Son involuntarias (al paciente le cuesta detener estas ideas).

Estos pensamientos automáticos aparecen como mensajes específicos, los cuales el paciente se repite constantemente sin ejercer ningún razonamiento lógico que lo lleve a determinada conclusión, en ciertas ocasiones se presentan imágenes de modo automático que anexan toda una cadena de pensamientos automáticos. Estas imágenes son típicas en algunos trastornos de ansiedad dándole un marco catastrofista.

Los pensamientos automáticos a menudo contienen distorsiones cognitivas las cuales se deben aislar y corregir.

3.5.1.2 Distorsiones cognitivas:

Beck (1983) refirió que las distorsiones cognitivas son errores sistemáticos en el procesamiento de la información.

Estos errores suponen la aplicación rígida e inapropiada de esquemas preexistentes dando lugar a respuestas desadaptativas. El fundamento de la terapia cognitiva se refiere a que el mundo que construimos se basa en lo que percibimos, ya sea de forma externa o interna a nosotros mismos, es lo que determina nuestras emociones y conductas.

La función del terapeuta va dirigida a ayudar al paciente a darse cuenta de cómo construye el mundo que percibe y como construir el mundo en base a sus emociones y conductas. La meta es que el paciente se de cuenta de su rol activo en el control de sus emociones y conductas realizando las respectivas modificaciones cognitivas.

El papel del terapeuta a la hora de realizar la técnica de reestructuración cognitiva es activo el momento de sugerir hipótesis a comprobar y actividades a realizar.

Olivares y Méndez (1998) mencionaron que el objetivo es que el paciente obtenga una visión más realista del mundo y de sí mismo interpretando la realidad basándose en evidencias y datos empíricos. No se trata de hacer que el paciente vea todo de forma positiva, sino en analizar las distorsiones cognitivas y poner a prueba las creencias básicas contenidas en sus esquemas.

3.5.2 Búsqueda de soluciones alternativas:

Se basa en el sondeo activo de nuevas interpretaciones o soluciones a los problemas que se plantean al paciente. Cuando el problema se da en la interpretación que el paciente da a la situación problemática ante las cuales tendrá que buscar soluciones alternativas.

Los pacientes sufren emocionalmente por problemas reales los cuales no pueden resolver y buscan una solución. La mayoría de los pacientes tienden a pensar que han agotado todas las opciones posibles que se podrían aplicar a dicho problema. Lo que se busca es dar una opción preliminar importante y cuidadosamente exhaustiva del problema, lo que puede llevar a que el paciente genere espontáneamente nuevas alternativas de solución.

3.5.3 Cuestionar la evidencia:

Consiste en preguntar sobre los argumentos que tiene el paciente para afirmar o negar el motivo por el cual duda o se preocupa, esto sirve para la reestructuración cognitiva ya que examina y somete a prueba de realidad las imágenes y los pensamientos.

3.5.4 Contraste de predicciones catastróficas:

Olivares y Méndez (1998) manifestaron que es común en pacientes ansiosos que anticipen consecuencias negativas, creando una visión catastrófica de las cosas. Es muy común observar esta reacción en pacientes con ansiedad generalizada en los que se anticipan consecuencias catastróficas ante indicios que no justifican dichas predicciones.

El paciente ansioso no suele utilizar toda la información disponible y raramente tiene en cuenta que ya en el pasado había hecho otras predicciones similares las cuales no se cumplieron. Una forma de trabajar las tendencias a anticipar consecuencias catastróficas es verificar si estas predicciones se han cumplido o no, si el sujeto las ha experimentado, o simplemente las ha asimilado de una fuente externa.

Esta estrategia puede aportar nuevos datos para reducir el impacto de las predicciones catastróficas, aumentando la crítica del paciente frente a ellas.

3.5.5 El modelo A-B-C.

3.5.5.1 Creencias irracionales:

Olivares y Méndez (1998) refirieron que Ellis sostiene que nuestra sociedad, la familia y otras instituciones directa o indirecta, nos ilustran de tal modo que llegamos a creer en una serie de ideas supersticiosas o sin sentido, las cuales producen al ser humano trastornos emocionales. Según Ellis estas creencias irracionales básicas y sus consecuencias dan origen a las perturbaciones emocionales.

La identificación de pensamientos irracionales se realiza mediante la discriminación, la observación sistemática y la evaluación lógica-empírica de lo que dice el paciente. El terapeuta contribuye en esta identificación mediante retroalimentación.

Para el descubrimiento de creencias irracionales existen dos procedimientos.

a) El paciente busca las necesidades o exigencias internas que experimenta ante acontecimientos externos, los cuales causan alteraciones al convertir sus deseos en necesidades y sus gustos en exigencias.

Ellis afirma que cuando se experimentan problemas emocionales la persona exige algo de forma absoluta y se torna ansioso al no conseguir lo que reclama por no saber lo que le depara.

b) El paciente reconoce la existencia de cualquier otra creencia irracional mas extendida, indicando si esta o no de acuerdo.

Golden (1990) refirió que la terapia racional emotiva puede tener un enfoque didáctico o socrático.

Enfoque didáctico: el terapeuta se dedica a enseñar de forma directa alternativas racionales de las creencias irracionales sostenidas por el paciente explicando como los pensamientos irracionales son incorrectos y contraproducentes.

Enfoque socrático: el terapeuta guía al paciente hacia el autodescubrimiento de alternativas racionales. El terapeuta desafía las creencias irracionales del paciente con la intención de animarle a su reevaluación.

El terapeuta puede optar por ser más didáctico al inicio cambiando después a un enfoque socrático se puede adoptar desde el inicio las preguntas socráticas

(mayeutica) para cambiar a un enfoque didáctico cuando el paciente presente dificultades para reflexionar sobre la irracionalidad de sus creencias.

3.6 Conclusiones:

Se ha podido conocer con mayor profundidad por qué y cómo las distintas técnicas cognitivo-conductuales ayudan a los pacientes a afrontar de mejor manera los problemas y a disminuir la ansiedad. Técnicas en las que nos hemos basado para ayudar a los pacientes a sobrellevar de una manera más asertiva la ansiedad que puede presentarse antes de la operación, la misma que conlleva a que el sujeto no pueda manejar de una manera adecuada sus emociones.

CAPÍTULO IV

VALORACIÓN DEL CAMPO A ESTUDIAR

4. Introducción:

En este capítulo se hará un análisis de la población que fue objeto de nuestro estudio basandonos en los criterios de inclusión y exclusión, se abordaran datos relevantes sobre el Hospital José Carrasco Arteaga y se hará un análisis social y económico de la población que se estudió.

Se presentarán los resultados del estudio basandonos en el análisis estadístico de los mismos.

4.1 Análisis de la población a investigar basados en los criterios de inclusión y exclusión.

En el Hospital José Carrasco Arteaga el ingreso de pacientes se da por áreas específicas de acuerdo a lo que se va a tratar, en este caso, trabajamos en el tercer piso que corresponde al área de cirugía, la cual cuenta con el ingreso de 56 pacientes diarios aproximadamente, alrededor de 20 pacientes acuden a extracción de materiales quirúrgicos, por lo tanto, un promedio de 36 pacientes de 7 a 80 años acuden a realizarse alguna cirugía. De acuerdo a nuestro estudio vimos de 2 a 6 pacientes diarios, dándonos un promedio de 10 a 25 pacientes semanales.

4.2 Análisis demográfico.

El Consejo Superior, máximo organismo del IESS, en sesión del 30 de julio de 1990, autorizó al Comité de Contratación del Instituto Ecuatoriano de Seguridad Social que convoque a licitación, para la construcción del Hospital del IESS en la Ciudad de Cuenca, para la Regional 3 que comprende Azuay, Cañar y Morona Santiago, en sus terrenos ubicados en el sector de Monay, comprendido entre las calles Av. Rayoloma, Cuzco, Popayán y Pacto Andino, al sureste de la ciudad de Cuenca, con una capacidad de 300 camas, con estructura de hormigón armado, tabiquería de

ladrillo, ventanas de aluminio y vidrio, pisos de vinil y baldosa; cielos rasos de fibra mineral y malla enlucida; con dos gradas de emergencia, ubicadas una al este (calle Pacto Andino), y otra al sur (calle Popayán).

La construcción del nuevo Hospital se inició el 10 de julio de 1991 y se terminó la obra física el 28 de mayo de 1998. Fue bautizado con el nombre del benemérito galeno Doctor José Carrasco Arteaga. Se inauguró el 3 de noviembre del 2000, siendo Gerente General el Dr. Alonso Quintuña Álvarez.

Misión: Brindar protección, atención y cuidado en las contingencias de salud mediante la satisfacción de las necesidades bio-psico-sociales de sus usuarios internos y externos; a través de, la prestación de servicios médicos especializados integrales, éticos y actualizados. Cuenta con infraestructura médico sanitaria óptima, equipamiento adecuado, tecnología moderna y profesionales capacitados y calificados que cumplen los programas de salud con: oportunidad, calidad y calidez.

Visión: Convertirse en uno de los mejores centros de atención médica del país, con personal altamente capacitado y calificado; óptima organización técnica, administrativa y operativa; equipos y tecnología de última generación. Centro de referencia nacional en tratamientos de calidad, en los que se fortalece los procesos continuos de investigación científica y docencia.

Finalidad: Brindar protección en las contingencias de la salud a las personas afiliadas al IESS.

Funciones: Es una unidad operativa que provee atención de salud ambulatoria de especialidad, de referencia y hospitalización en una especialidad o subespecialidad, destinado a brindar atención especializada de recuperación, rehabilitación y emergencias a los usuarios de las diferentes especialidades y subespecialidades médicas, es un establecimiento de pacientes agudos o crónicos reagudizados y atiende a toda la población del país a través de la referencia y contra referencia.; atiende a la población local o nacional mediante el sistema de referencia o contra referencia.

Cumple los indicadores de producción hospitalaria especializada. Contará en lo posible con no más de 500 camas.

Tipo de atención.- funciona las 24 horas del día. Corresponde al tercer nivel de atención, brinda atención ambulatoria de especialidad (contra referencia) hospitalaria; de la especialidad que practica y realiza docencia e investigación en salud.

4.2.1 Análisis social y económico.

Para nuestro estudio se tomó una muestra de 120 pacientes, 67 varones y 53 mujeres, de los cuales aproximadamente el 60% de ellos fue de clase social baja, un 30% de clase social media y un 10% de clase social alta.

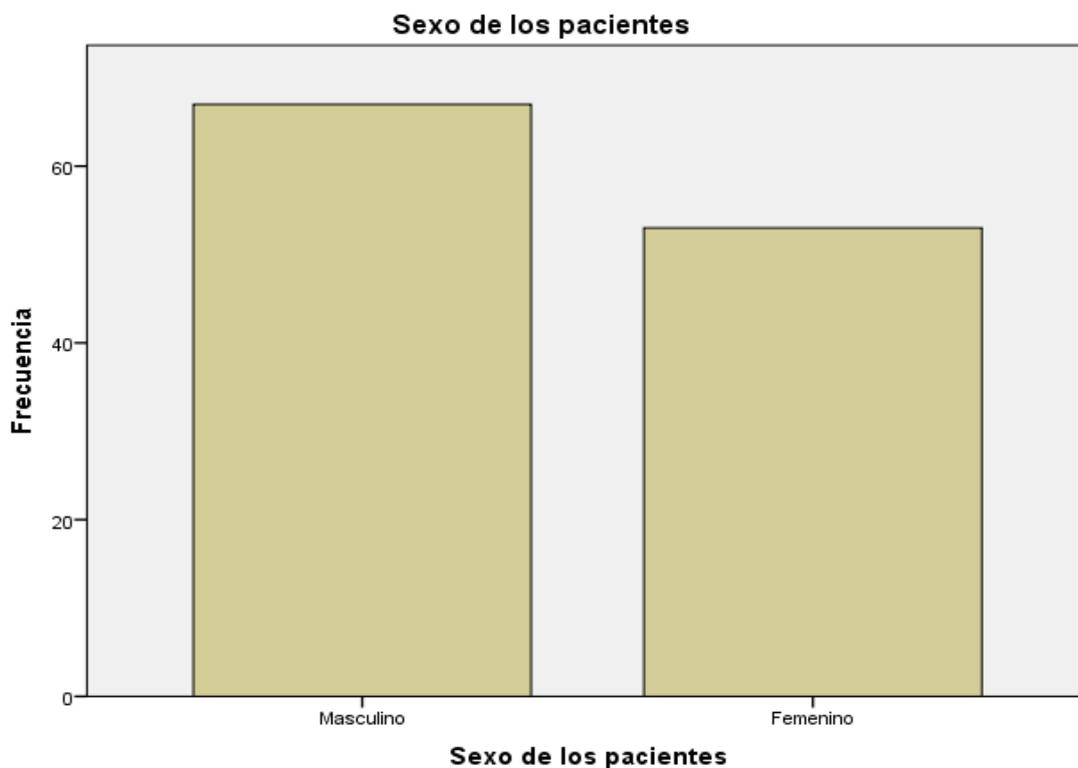
Nuestra población estudiada tenía una edad de 18 a 35 años.

Fueron tomados en cuenta para la entrevista, pacientes que se encontraban en el área de cirugía para realizarse una intervención médica.

Para la aplicación de técnicas Cognitivo-Conductuales, se tomaron en cuenta aquellos pacientes que en el test de ansiedad de Hamilton presentaron ansiedad moderada (18 a 24).

4.3. Análisis de los resultados estadísticos.

Gráfico 3:



Fuente: Priori Beltrán; Senese Ochoa (2013)

En el gráfico 3 se indica que de los 120 pacientes entrevistados el 55,8% de ellos fueron varones y el 44,2% fueron mujeres, es decir, hubo un total de 67 varones y 53 mujeres.

Tabla 1:

Edad de los pacientes

N	Válidos	120
	Perdidos	0
Moda		35
Mínimo		18
Máximo		35

Fuente: Priori Beltrán; Senese Ochoa (2013)

Como se puede apreciar en la tabla 1 la edad mínima de los pacientes entrevistados fue de 18 años y la máxima de 35 años, siendo 35 años la edad más frecuente entre ellos.

Tabla 2:

Estado civil de los pacientes

	Frecuencia	Porcentaje	Porcentaje válido	Porcentaje acumulado
Válidos	Casados	54	45,0	45,0
	Divorciados	9	7,5	52,5
	Solteros	47	39,2	91,7
	Unión libre	9	7,5	99,2
	Viudos	1	,8	100,0
	Total	120	100,0	100,0

Fuente: Priori Beltrán; Senese Ochoa (2013)

La tabla 2 nos indica que de los 120 pacientes entrevistados 54 de ellos están casados, 47 están solteros, 9 divorciados, 9 de ellos viven en unión libre y uno de ellos es viudo.

Tabla 3:

Instrucción de los pacientes

	Frecuencia	Porcentaje	Porcentaje válido	Porcentaje acumulado
Válidos	Primaria	17	14,2	14,2
	Secundaria	50	41,7	55,8
	Superior	53	44,2	100,0
	Total	120	100,0	100,0

Fuente: Priori Beltrán; Senese Ochoa (2013)

En la tabla 3 se puede apreciar que de los 120 pacientes entrevistados, el 44,2% tiene una instrucción superior, el 41,7% tiene una instrucción secundaria y el 14,2% tiene

una instrucción primaria, es decir, 53 de ellos estudiaron la universidad, 50 de ellos estudiaron hasta el colegio y 17 de ellos estudiaron solamente la escuela.

Tabla 4:

Tipo de cirugía de los pacientes

	Frecuencia	Porcentaje	Porcentaje válido	Porcentaje acumulado
Rinoplastia	61	50,8	50,8	50,8
Vesícula	22	18,3	18,3	69,2
Hernia	15	12,5	12,5	81,7
Amigdalitis	5	4,2	4,2	85,8
Válidos Fisura ano	4	3,3	3,3	89,2
Adenoma - tumores	5	4,2	4,2	93,3
Otras	8	6,7	6,7	100,0
Total	120	100,0	100,0	

Fuente: Priori Beltrán; Senese Ochoa (2013)

La tabla 4 nos indica que de los 120 pacientes el 50,8% se realizó una rinoplastia, el 18,3% se operó de la vesícula, el 12,5% de la hernia, el 4,2% de las amígdalas, el 6,7% de otras, el 4,2% de un adenoma y el 3,3% de una fisura en el ano, siendo la rinoplastia la cirugía más frecuente.

Tabla 5:

Conocimiento de los pacientes

	Conocen acerca de la cirugía	Conocen acerca de los cuidados después de la cirugía	El paciente ha consultado con otro médico
Si	42 (35%)	40 (33,3%)	32 (26,7%)
No	78 (65%)	80 (66,7%)	88 (73,3%)
Total	120 (100%)	120 (100%)	120 (100%)

Fuente: Priori Beltrán; Senese Ochoa (2013)

La tabla 5 nos indica que el 35% de los pacientes si tenían conocimiento de la cirugía a la cual se iban a someter mientras que el 65% de ellos no tenían. El 33,3% de ellos si conocían acerca de los cuidados que debían tener después de la cirugía, pero el

66,7% no conocían. El 25,7% si había solicitado una segunda opinión médica, pero el 73,3% no lo habían hecho.

Tabla 6:

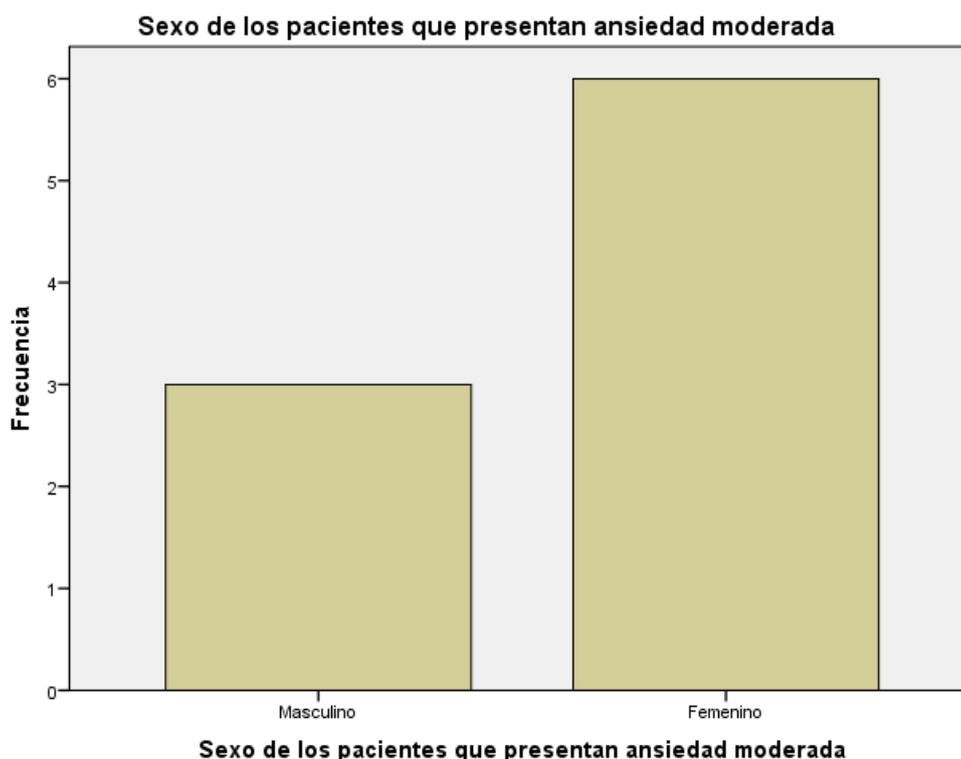
Nivel de ansiedad de los pacientes en el Test de Hamilton antes de la cirugía

	Frecuencia	Porcentaje	Porcentaje válido	Porcentaje acumulado
Válidos				
Ansiedad ausente	75	62,5	62,5	62,5
Ansiedad leve	35	29,2	29,2	91,7
Ansiedad moderada	9	7,5	7,5	99,2
Ansiedad severa	1	,8	,8	100,0
Total	120	100,0	100,0	

Fuente: Priori Beltrán; Senese Ochoa (2013)

La tabla 6 nos dice que de los 120 pacientes a quienes se les aplicó el test de ansiedad de Hamilton, 75 de ellos presentaron ansiedad ausente, 35 ansiedad leve, 9 ansiedad moderada y uno ansiedad severa.

Gráfico 4:



Fuente: Priori Beltrán; Senese Ochoa (2013)

El gráfico 4 nos indica que de los 120 pacientes evaluados nueve de ellos presentaron ansiedad moderada (6 mujeres y 3 varones), es decir, el 7.5%, en donde el 5% de ellos son mujeres y el 2.5% son varones.

Tabla 7:

Edad de los pacientes que presentaron ansiedad moderada antes de la cirugía

	Frecuencia	Porcentaje	Porcentaje válido	Porcentaje acumulado
27	1	11,1	11,1	11,1
28	2	22,2	22,2	33,3
32	2	22,2	22,2	55,6
33	1	11,1	11,1	66,7
35	3	33,3	33,3	100,0
Total	9	100,0	100,0	

Fuente: Priori Beltrán; Senese Ochoa (2013)

La tabla 7 nos indica que las edades de los pacientes que presentaron ansiedad moderada varían de 27 a 35 años, presentándose con mayor frecuencia en mujeres de 35 años.

Tabla 8:

Técnicas aplicadas para disminuir la ansiedad en los pacientes que presentaron ansiedad moderada antes de la cirugía

	Frecuencia	Porcentaje	Porcentaje válido	Porcentaje acumulado
Reestructuración cognitiva	8	88,9	88,9	88,9
Técnica del dial	1	11,1	11,1	100,0
Total	9	100,0	100,0	

Fuente: Priori Beltrán; Senese Ochoa (2013)

En la tabla 8 se indican las técnicas que utilizamos para disminuir la ansiedad en los pacientes que presentaron ansiedad moderada antes de la cirugía, las mismas que fueron: técnica de reestructuración cognitiva, y la técnica del dial combinada con

técnicas de relajación, la cual consiste en que la persona se imagine que tiene un indicador que le permite evaluar la intensidad del dolor.

Al 88,9% del total de los pacientes que presentaron ansiedad moderada se les aplicó la técnica de reestructuración cognitiva y al 11,1% la técnica del dial.

Tabla 9:

Puntuación obtenida por los pacientes en el test de Hamilton después de la aplicación de técnicas cognitivo-conductuales y de la cirugía

	Frecuencia	Porcentaje	Porcentaje válido	Porcentaje acumulado
7	4	44,4	44,4	44,4
9	1	11,1	11,1	55,6
10	1	11,1	11,1	66,7
11	2	22,2	22,2	88,9
13	1	11,1	11,1	100,0
Total	9	100,0	100,0	

Fuente: Priori Beltrán; Senese Ochoa (2013)

En la tabla 9 se indican los puntajes obtenidos por el paciente en el retest, el mismo que fue aplicado después de la aplicación de técnicas cognitivo-conductuales y de la cirugía, puntajes que van de 7 a 13 los que corresponden en el test a un nivel de ansiedad leve.

Tabla 10:

Estadísticos para una muestra

	N	Media	Desviación típ.	Error típ. de la media
Puntuación obtenida por el paciente en el test de Hamilton	9	20,67	1,803	,601
Puntuación obtenida por el paciente en el retest	9	9,11	2,261	,754

Fuente: Priori Beltrán; Senese Ochoa (2013)

La tabla 10 nos indica la media de los puntajes obtenidos en el test de Hamilton antes de la cirugía (20,67) y después de la aplicación de técnicas cognitivo-conductuales y de la cirugía (9,11), en este se observa que la ansiedad disminuyó en 11 puntos aproximadamente. Esta variación es estadísticamente significativa como se ve en la siguiente tabla. (t 12,090; gl 8; sig 0.000).

Prueba para una muestra

	Valor de prueba = 0					
	t	gl	Sig. (bilateral)	Diferencia de medias	95% Intervalo de confianza para la diferencia	
					Inferior	Superior
Puntuación obtenida por el paciente en el test de Hamilton	34,391	8	,000	20,667	19,28	22,05
Puntuación obtenida por el paciente en el retest	<u>12,090</u>	<u>8</u>	<u>,000</u>	<u>9,111</u>	<u>7,37</u>	<u>10,85</u>

Tabla 11:

Tabla de contingencia Sexo de los pacientes * Tipo de cirugía de los pacientes

Recuento		Tipo de cirugía de los pacientes							Total
		Rinoplastia	Vesícula	Hernia	Amigdalitis	Fisura ano	Adenoma - tumores	Otras	
Sexo de los pacientes	Masculino	42	11	9	3	1	1	0	67
	Femenino	19	11	6	2	3	4	8	53
Total		61	22	15	5	4	5	8	120

Fuente: Priori Beltrán; Senese Ochoa (2013)

Pruebas de chi-cuadrado

	Valor	gl	Sig. asintótica (bilateral)
Chi-cuadrado de Pearson	18,896 ^a	6	,004
Razón de verosimilitudes	22,123	6	,001
Asociación lineal por lineal	16,118	1	,000
N de casos válidos	120		

a. 8 casillas (57,1%) tienen una frecuencia esperada inferior a 5. La frecuencia mínima esperada es 1,77.

Fuente: Priori Beltrán; Senese Ochoa (2013)

En las tablas de arriba se aprecia que existe una correlación positiva entre el sexo masculino y el tipo de cirugías, se realizó un análisis de chi cuadrado, obteniendo una significación del 0,004, lo que es estadísticamente significativo y nos indica que existe mayor número de cirugías en varones. ($\chi^2 = 18,896$; gl 6; sig 0,004 <0,05).

Conclusiones y recomendaciones.

Conclusiones Teóricas:

La terapia cognitivo-conductual nos ha servido de gran ayuda para realizar nuestra investigación ya que ella se fundamenta en los pensamientos e ideas distorsionadas de los sujetos. El objetivo de la Terapia Cognitivo-Conductual se centra en que se flexibilicen los modos patológicos del procesamiento de la información ya que no padecemos por las situaciones en si, sino por las interpretaciones rígidas que hacemos de ellas.

La ansiedad es considerada como un estado del organismo, en que éste se dispone en situación alerta-alarma, con respecto a una amenaza a su integridad (física o psicológica).

La terapia cognitivo-conductual ayuda al sujeto a interpretar el miedo de una manera objetiva ya que en el momento que el sujeto presenta ansiedad interpreta la situación a la que esta expuesto como una amenaza.

Conclusiones Metodológicas:

La entrevista fue similar a la que realiza el médico interno antes de la cirugía de esta forma podíamos dar psicoeducación a los pacientes y valorar el estado emocional del mismo. Se aplicó el test de ansiedad de Hamilton en todos los pacientes y en caso de presentar ansiedad moderada se trabajaba con ellos utilizando técnicas cognitivo-conductuales, este test fue de mucha ayuda ya que es eficiente para detectar ansiedad en los sujetos.

Del estudio realizado solo nueve de ellos presentaron ansiedad moderada, las técnicas utilizadas con estos pacientes fueron las siguientes: técnica del dial con relajación muscular progresiva y reestructuración cognitiva con la mayor parte de los pacientes.

La dificultad encontrada para aplicar la técnica de relajación muscular progresiva se presentó por no tener un espacio adecuado para que el sujeto puede relajarse correctamente debido principalmente al ruido característico de un hospital.

Conclusiones Pragmáticas:

El estudio de la ansiedad es factible ya que se puede detectar y tratar mediante la comunicación con el paciente, no requiere de espacios privados como un consultorio y se puede realizar con una o varias personas ya sea que padezcan la misma sintomatología o no.

En nuestro estudio el 7.5% de los pacientes presentaron ansiedad, lo que consideramos que se dio debido a cuatro motivos principales: convivencia con la enfermedad, fe en el médico, el temor a informarse y el nivel cultural bajo que tenían la mayoría de los pacientes.

Sin embargo, aquellos pacientes que presentaron ansiedad moderada al ser intervenidos mediante una técnica cognitivo-conductual y después de haber sido intervenidos quirúrgicamente disminuyeron su nivel de ansiedad de moderada a leve.

Recomendaciones:

Consideramos que sería interesante que se realice a futuro un estudio acerca de la ansiedad antes de la operación, pero que se lo hiciera en clínicas privadas, para comparar esos resultados con los niveles de ansiedad que se presentaron en el Hospital José Carrasco Arteaga, de manera que ese estudio permita analizar si la clase social influye en los niveles de ansiedad de los pacientes.

Se recomienda en un estudio futuro sobre el mismo tema, utilizar un solo test para medir la ansiedad, para no obtener dos puntuaciones distintas, las mismas que pueden influir negativamente en la interpretación de los resultados, debido a la diferencia de baremos entre los test.

Se recomienda también utilizar la misma entrevista, para que se pueda hacer un estudio comparativo con los resultados obtenidos en el Hospital José Carrasco Arteaga.

Bibliografía

- Alarcón, R., Mazzotti, G., & Nicolini, H. (2005). *Psiquiatría* (Segunda edición ed.). México, D.F.: Manual Moderno.
- Albarrán, A., & Macías, M. (2007). Aportaciones para un modelo psicoeducativo en el servicio de psiquiatría del Hospital Civil Fray Antonio Alcalde en Guadalajara, Jalisco, México. *Redalyc* , 118-124.
- Astudillo, R. (2001). *Compendio Básico de Cirugía y Técnica operatoria* . Cuenca: Monsalve Moreno.
- Bandura, A. (1977). Social learning theory . En R. Friedberg, & J. McClure, *Práctica clínica de terapia cognitiva con niños y adolescentes* (págs. 14-15). Madrid: Paidós.
- Beck, A. (1976). Cognitive Therapy and the Emotional Disorders. En J. Obst, *La terapia cognitiva integrada y actualizada* (págs. 150-151). Buenos Aires: C.A.T.R.E.C.
- Beck, A. (1976). Cognitive Therapy and the Emotional Disorders. En J. Olivares, & F. Méndez, *Técnicas de modificación de conducta* (págs. 415-416). Madrid: Biblioteca Nueva, S.L.
- Beck, J. (1995). Terapia Cognitiva. Conceptos Básicos y Profundización. En J. Obst, *La terapia cognitiva integrada y actualizada* (págs. 16-17). Buenos Aires : C.A.T.R.E.C.
- Bernstein, D., & Borkovec, T. (1983). Entrenamiento en relajación progresiva. En J. Olivares, & F. Mendéz, *Técnicas de modificación de conducta* (págs. 46-47). Madrid: Biblioteca Nueva, S.L.
- Bunge, E., Gomar, M., & Mandil, J. (2009). *Terapia Cognitiva con niños y adolescentes* (Segunda edición ed.). Buenos Aires: Akadia.
- Caballo, V. (2002). *Manual para el tratamiento cognitivo-conductual de los trastornos psicológicos* (Segunda edición ed.). Madrid: Siglo XXI.
- Carlson, N. (2010). *Fundamentos de fisiología de la conducta*. Madrid: Pearson Educación, S. A.
- Caro, I. (2007). *Manual teórico-práctico de Psicoterapias Cognitivas*. Bilbao: DESCLÉE DE BROUWER, S.A.
- Crego, A. (18 de Febrero de 2013). *Efectividad a largo plazo de la Terapia Cognitivo-Conductual: Investigación & nuevas ideas en psicología* . Recuperado el 24 de Julio de 2013, de sitio Web Investigación & nuevas ideas en psicología : <http://psynthesis.wordpress.com/2013/02/18/efectividad-a-largo-plazo-de-la-terapia-cognitivo-conductual/>
- Csendes, A. (2007). ¿Qué es la cirugía general? *Revistas electrónicas UACH - Cuadernos de cirugía* , 09-10.

Dattilio, F., & Padesky, C. (1990). Cognitive Therapy with Couples. . En J. Obst, *La terapia cognitiva integrada y actualizada* (págs. 148-149). Buenos Aires: C.A.T.R.E.C.

Davis, M., McKay, M., & Eshelman, E. (1985). Técnicas de autocontrol emocional. En J. Olivares, & F. Méndez, *Técnicas de modificación de conducta* (págs. 38-39). Madrid: Biblioteca Nueva, S.L.

Delgado, A. (2010). *Guía de atención primaria en salud mental*. Cuenca.

Dobson, K., & Block, L. (1988). Historical and philosophical bases of the cognitive-behavioral therapies. En I. Caro, *Manual teórico-práctico de Psicoterapias Cognitivas* (págs. 30-31). Bilbao: DESCLÉE DE BROUWER, S.A.

Dobson, K., & Dozois, D. (2001). Historical and philosophical bases of the cognitive-behavioral therapies . En I. Caro, *Manual teórico-práctico de Psicoterapias Cognitivas* (págs. 30-31). Bilbao: DESCLÉE DE BROUWER, S.A.

Droira, R. (2004). *Protocolos de atención de enfermería* (Primera edición ed.). Quito: Elgranlibro.

Dryden, W., & Di Giuseppe, R. (1990). A Primer on Rational Emotive Therapy. En J. Obst, *La terapia cognitiva integrada y actualizada* (págs. 16-17). Buenos Aires : C.A.T.R.E.C.

Echeburúa, E. (2002). *Avances en el tratamiento psicológico de los trastornos de ansiedad*. Madrid: Ediciones Pirámide.

Ellis, A., & Dryden, W. (1987). Práctica de la terapia Racional - Emotiva. En J. Obst, *La terapia cognitiva integrada y actualizada* (págs. 128-129). Buenos Aires: C.A.T.R.E.C.

Escala de Ansiedad de Hamilton (Hamilton Anxiety Scale, HAS): Estudio del Psicoanálisis y Psicología. (s.f.). Recuperado el 18 de Septiembre de 2013, de sitio Web Estudio del Psicoanálisis y Psicología: <http://psicopsi.com/Escala-de-ansiedad-de-Hamilton-Hamilton-Anxiety-Scale-HAS>

Everly, G. (1989). A clinical guide to the treatment of the human stress response. En J. Olivares, & F. Méndez, *Técnicas de modificación de conducta* (págs. 32-34). Madrid: Biblioteca Nueva, S.L.

Ferrer, J. (2010). Ansiedad y respiración diafragmática. *Enfermería integral* , 16-18.

Friedberg, R., & McClure, J. (2005). *Práctica clínica de terapia cognitiva con niños y adolescentes*. Madrid: Paidós.

Galletero, J., & Guimón, J. (1989). Historia, concepto y clasificación de la ansiedad. En E. Echeburúa, *Avances en el tratamiento psicológico de los trastornos de ansiedad* (pág. 24). Madrid: Ediciones Pirámide.

García, M., & de Rivera, J. (1992). Cambios fisiológicos durante los ejercicios de meditación y relajación profunda. En J. Olivares, & F. Méndez, *Técnicas de modificación de conducta* (págs. 34-35). Madrid: Biblioteca Nueva, S.L.

- Golden, W. (1990). La hipnoterapia racional-emotiva: Principios y técnicas. En J. Olivares, & F. Méndez, *Técnicas de modificación de conducta* (págs. 432-433). Madrid: Biblioteca Nueva, S.L.
- Goncalves, O. (1993). Terapias Cognitivas: Teorías e prácticas. En I. Caro, *Manual teórico-práctico de Psicoterapias Cognitivas* (págs. 32-33). Bilbao: DESCÍEE DE BROUWER, S.A.
- Jovell, A., Navarro, M., Fernández, L., & Blancafort, S. (2006). Nuevo rol del paciente en el sistema sanitario. *Atención primaria - Elsevier* , 234-237.
- Labrador, F. (1992). El estrés. En J. Olivares, & F. Méndez, *Técnicas de modificación de conducta* (págs. 60-63). Madrid: Biblioteca Nueva, S.L.
- Labrador, F., De la puente, M., & Crespo, M. (1995). Técnicas de control de la activación: relajación y respiración. En J. Olivares, & F. Méndez, *Técnicas de modificación de conducta* (págs. 63-64). Madrid: Biblioteca Nueva, S.L.
- Labrador, F., de la Puente, M., & López. (1995). Técnicas de control de la activación: relajación y respiración. En J. Olivares, & F. Méndez, *Técnicas de modificación de conducta* (págs. 34-35). Madrid: Biblioteca Nueva, S.L.
- Libertad, A., Bayarre, H., La Rosa, Y., Orbay, M., Rodríguez, J., Vento, F., y otros. (2007). Cumplimiento e incumplimiento del tratamiento antihipertenso desde la perspectiva del paciente. *Revista Cubana Salud Pública* , 1-10.
- Lodoño, N., Jiménez, E., Juárez, F., & Marín, C. (2010). Componentes de vulnerabilidad cognitiva en el trastorno de ansiedad generalizada. *International Journal of Psychological Research* , 43-54.
- López, J., & Valdés, M. (2005). *DSM-IV*. Barcelona: Masson, S.A.
- Mahoney, M., & Arnkoff, D. (1978). Cognitive and self-control therapies. En I. Caro, *Manual teórico-práctico de Psicoterapias Cognitivas* (págs. 30-31). Bilbao: DESCLÉE DE BROUWER, S.A.
- Mahoney, M., & Arnkoff, D. (1978). Cognitive and self-control therapies . En J. M. Olivares, *Técnicas de modificación de conducta* (págs. 411-412). Madrid: Biblioteca Nueva, S.L.
- Mora, R. (2012). Medicina del estilo de vida, la importancia de considerar todas las causas de la enfermedad. *Revista de Psiquiatría y Salud Mental* , 48-52.
- Navarro, J. (2003). *La ansiedad: un enemigo sin rostro*. Navarra : Eunsa.
- Obst, J. (2008). *La terapia cognitiva integrada y actualizada*. Buenos Aires: C.A.T.R.E.C.
- Olivares, J., & Méndez, F. (1998). *Técnicas de modificación de conducta* (Segunda edición ed.). Madrid: Biblioteca Nueva, S.L.

OMS. (2004). *Adherencia a los tratamientos a largo plazo. Pruebas para la acción*. Ginebra: OMS.

Alarcón, R., Mazzotti, G., & Nicolini, H. (2005). *Psiquiatría* (Segunda edición ed.). México, D.F.: El Manual Moderno.

Alarcón, R., Mazzotti, G., & Nicolini, H. (2005). *Psiquiatría* (Segunda edición ed.). México, D.F.: Manual Moderno.

Albarrán, A., & Macías, M. (2007). Aportaciones para un modelo psicoeducativo en el servicio de psiquiatría del Hospital Civil Fray Antonio Alcalde en Guadalajara, Jalisco, México. *Redalyc*, 118-124.

Astudillo, R. (2001). *Compendio Básico de Cirugía y Técnica operatoria*. Cuenca: Monsalve Moreno.

Bandura, A. (1977). Social learning theory. En R. Friedberg, & J. McClure, *Práctica clínica de terapia cognitiva con niños y adolescentes* (págs. 14-15). Madrid: Paidós.

Beck, A. (1976). Cognitive Therapy and the Emotional Disorders. En J. Obst, *La terapia cognitiva integrada y actualizada* (págs. 150-151). Buenos Aires: C.A.T.R.E.C.

Beck, J. (1995). Terapia Cognitiva. Conceptos Básicos y Profundización. En J. Obst, *La terapia cognitiva integrada y actualizada* (págs. 16-17). Buenos Aires : C.A.T.R.E.C.

Bunge, E., Gomar, M., & Mandil, J. (2009). *Terapia Cognitiva con niños y adolescentes* (Segunda edición ed.). Buenos Aires: Akadia.

Bunge, E., Gomar, M., & Mandil, J. (2009). *Terapia Cognitiva con niños y adolescentes* (Segunda edición ed.). Buenos Aires: Akadia.

Caballo, V. (2002). *Manual para el tratamiento cognitivo-conductual de los trastornos psicológicos* (Segunda edición ed.). Madrid: Siglo XXI.

Carlson, N. (2010). *Fundamentos de fisiología de la conducta*. Madrid: Pearson Educación, S. A.

Caro, I. (2007). *Manual teórico-práctico de Psicoterapias Cognitivas*. Bilbao: DESCLÉE DE BROUWER, S.A.

Crego, A. (18 de Febrero de 2013). *Efectividad a largo plazo de la Terapia Cognitivo-Conductual: Investigación & nuevas ideas en psicología*. Recuperado el 24 de Julio de 2013, de sitio Web Investigación & nuevas ideas en psicología : <http://psynthesis.wordpress.com/2013/02/18/efectividad-a-largo-plazo-de-la-terapia-cognitivo-conductual/>

Dattilio, F., & Padesky, C. (1990). Cognitive Therapy with Couples. . En J. Obst, *La terapia cognitiva integrada y actualizada* (págs. 148-149). Buenos Aires: C.A.T.R.E.C.

Delgado, A. (2010). *Guía de atención primaria en salud mental*. Cuenca.

- Droira, R. (2004). *Protocolos de atención de enfermería* (Primera edición ed.). Quito: Elgranlibro.
- Dryden, W., & Di Giuseppe, R. (1990). A Primer on Rational Emotive Therapy. En J. Obst, *La terapia cognitiva integrada y actualizada* (págs. 16-17). Buenos Aires : C.A.T.R.E.C.
- Echeburúa, E. (2002). *Avances en el tratamiento psicológico de los trastornos de ansiedad*. Madrid: Ediciones Pirámide.
- Ellis, A., & Dryden, W. (1987). Práctica de la terapia Racional - Emotiva. En J. Obst, *La terapia cognitiva integrada y actualizada* (págs. 128-129). Buenos Aires: C.A.T.R.E.C.
- Ferrer, J. (2010). Ansiedad y respiración diafragmática. *Enfermería integral* , 16-18.
- Friedberg, R., & McClure, J. (2005). *Práctica clínica de terapia cognitiva con niños y adolescentes*. Madrid: Paidós.
- Galletero, J., & Guimón, J. (1989). Historia, concepto y clasificación de la ansiedad. En E. Echeburúa, *Avances en el tratamiento psicológico de los trastornos de ansiedad* (pág. 24). Madrid: Ediciones Pirámide.
- Jovell, A., Navarro, M., Fernández, L., & Blancafort, S. (2006). Nuevo rol del paciente en el sistema sanitario. *Atención primaria - Elsevier* , 234-237.
- Libertad, A., Bayarre, H., La Rosa, Y., Orbay, M., Rodríguez, J., Vento, F., y otros. (2007). Cumplimiento e incumplimiento del tratamiento antihipertenso desde la perspectiva del paciente. *Revista Cubana Salud Pública* , 1-10.
- Lodoño, N., Jiménez, E., Juárez, F., & Marín, C. (2010). Componentes de vulnerabilidad cognitiva en el trastorno de ansiedad generalizada. *International Journal of Psychological Research* , 43-54.
- López, J., & Valdés, M. (2005). *DSM-IV*. Barcelona: Masson, S.A.
- Mahoney, M., & Arnkoff, D. (1978). Cognitive and self-control therapies . En J. M. Olivares, *Técnicas de modificación de conducta* (págs. 411-412). Madrid: Biblioteca Nueva, S.L.
- Mahoney, M., & Arnkoff, D. (1978). Cognitive and self-control therapies. En I. Caro, *Manual teórico-práctico de Psicoterapias Cognitivas* (págs. 30-31). Bilbao: DESCLÉE DE BROUWER, S.A.
- Mora, R. (2012). Medicina del estilo de vida, la importancia de considerar todas las causas de la enfermedad. *Revista de Psiquiatría y Salud Mental* , 48-52.
- Navarro, J. (2003). *La ansiedad: un enemigo sin rostro*. Navarra : Eunsa.
- Obst, J. (2008). *La terapia cognitiva integrada y actualizada*. Buenos Aires: C.A.T.R.E.C.
- Olivares, J., & Méndez, F. (1998). *Técnicas de modificación de conducta* (Segunda edición ed.). Madrid: Biblioteca Nueva, S.L.

POA. (2014). *Plan operativo*.

POA. (2014). *Plan Operativo*.

Pons, X. (2006). La comunicación entre el profesional de la salud y el paciente: aspectos conceptuales y guía de aplicación. *Enfermería Integral* , 27-34.

Quinto, E. (2008). *El modelo Cognitivo Conductual*. Santo Domingo: Búho.

Rascón, M., Hernández, V., Casanova, L., Alcántara, H., & Sampedro, A. (2011). *Guía Psicoeducativa para el Personal de Salud que brinda Atención a Familiares y Personas con Trastornos Mentales*. México, D.F.: Instituto Nacional de Psiquiatría Ramón de la Fuente Muñiz.

Riveros, A., Cortazar, J., Alcazar, F., & Sánchez, J. (2005). Efectos de una intervención cognitivo-conductual en la calidad de vida, ansiedad, depresión y condición médica de pacientes diabéticos e hipertensos. *International Journal of Clinical and Health Psychology* , 445-462.

Rodríguez, J., & Mira, J. (2002). Calidad y humanización de la atención sanitaria. *Viure en Salut* , 12-13.

Rotter, J. (1982). The development and application of social learning theory. En R. Friedberg, & J. McClure, *Práctica clínica de terapia cognitiva con niños y adolescentes* (págs. 14-15). Madrid: Paidós.

Salud, O. M. (2000). *CIE-10*. Madrid: Panamericana.

Sánchez, J. (2007). La relación médico-paciente. Algunos factores asociados que la afectan . *Revista CONAMED* , 20-28.

Sierra, J., Ortega, V., & Zubeidat, I. (2003). Ansiedad, angustia y estrés: tres conceptos a diferenciar. *Revista Mal Estar e Subjetividade* .

Tobeña, A. (1986). Predictores biológicos en trastornos de ansiedad. En E. Echeburúa, *Avances en el tratamiento psicológico de los trastornos de ansiedad* (pág. 23). Madrid: Ediciones Pirámide.

Valenzuela, J., Barrera, J., & Ornelas, J. (2010). Ansiedad preoperatoria en procedimientos anestésicos. *Medigraphic* , 152.

Whaley, J. (2006). *Manual de terapia interpersonal*. México, D.F: Plaza y Valdés, S.A.

Zevallos, C., Quispe, R., Mongilardi, N., Montori, V., & Málaga, G. (2013). La participación del paciente en la toma de decisiones clínicas como estrategia para salvaguardar sus derechos. *Revista Peruana de Medicina Experimental y Salud Pública* , 363-364.

Pons, X. (2006). La comunicación entre el profesional de la salud y el paciente: aspectos conceptuales y guía de aplicación. *Enfermería Integral* , 27-34.

Quinto, E. (2008). *El modelo Cognitivo Conductual*. Santo Domingo: Búho.

Rascón, M., Hernández, V., Casanova, L., Alcántara, H., & Sampedro, A. (2011). *Guía Psicoeducativa para el Personal de Salud que brinda Atención a Familiares y Personas con Trastornos Mentales*. México, D.F.: Instituto Nacional de Psiquiatría Ramón de la Fuente Muñiz.

Riveros, A., Cortazar, J., Alcazar, F., & Sánchez, J. (2005). Efectos de una intervención cognitivo-conductual en la calidad de vida, ansiedad, depresión y condición médica de pacientes diabéticos e hipertensos. *International Journal of Clinical and Health Psychology* , 445-462.

Rodríguez, J., & Mira, J. (2002). Calidad y humanización de la atención sanitaria. *Viure en Salut* , 12-13.

Rotter, J. (1982). The development and application of social learning theory. En R. Friedberg, & J. McClure, *Práctica clínica de terapia cognitiva con niños y adolescentes* (págs. 14-15). Madrid: Paidós.

Salud, O. M. (2000). *CIE-10*. Madrid: Panamericana.

Sánchez, J. (2007). La relación médico-paciente. Algunos factores asociados que la afectan . *Revista CONAMED* , 20-28.

Sierra, J., Ortega, V., & Zubeidat, I. (2003). Ansiedad, angustia y estrés: tres conceptos a diferenciar. *Revista Mal Estar e Subjetividade* .

Tobeña, A. (1986). Predictores biológicos en trastornos de ansiedad. En E. Echeburúa, *Avances en el tratamiento psicológico de los trastornos de ansiedad* (pág. 23). Madrid: Ediciones Pirámide.

Valenzuela, J., Barrera, J., & Ornelas, J. (2010). Ansiedad preoperatoria en procedimientos anestésicos. *Medigraphic* , 152.

Vera, M., & Vila, J. (1991). Técnicas de relajación. En J. Olivares, & F. Mendéz, *Técnicas de modificación de conducta* (págs. 34-35). Madrid: Biblioteca Nueva, S.L.

Whaley, J. (2006). *Manual de terapia interpersonal*. México, D.F: Plaza y Váldes, S.A.

Zevallos, C., Quispe, R., Mongilardi, N., Montori, V., & Málaga, G. (2013). La participación del paciente en la toma de decisiones clínicas como estrategia para salvaguardar sus derechos. *Revista Peruana de Medicina Experimental y Salud Pública* , 363-364.



UNIVERSIDAD DEL AZUAY

FACULTAD DE FILOSOFIA, CIENCIAS Y LETRAS

Escuela de Psicología

Aplicación de técnicas cognitivo conductuales para disminuir la ansiedad antes de la intervención quirúrgica en pacientes de 18 a 35 años hospitalizados en el área de cirugía, en el Hospital José Carrasco Arteaga en los meses de julio a octubre del 2013

Estudiantes

Pamela Priori Beltrán

Juan Diego Senese Ochoa

Director de tesis

Dr. Alfonso Calderón

Curso

10 "B" Psicología Clínica



Edición autorizada de 20.000 ejemplares
De \$12.501 a \$20.000 N° 0585374

TEMA DE LA INVESTIGACIÓN

Aplicación de técnicas cognitivo conductuales para disminuir la ansiedad antes de la intervención quirúrgica en pacientes de 18 a 35 años hospitalizados en el área de cirugía, en el hospital José Carrasco Arteaga en los meses de julio a octubre del 2013.

PLANTEAMIENTO DEL PROBLEMA (NECESIDAD):

Nuestro sistema nervioso posee dos circuitos diferentes: El sistema nervioso simpático (SNS) y el Sistema Nervioso Parasimpático (SNP). Mientras el primero es el responsable de activar nuestro cuerpo y prepararlo para la acción-huida, el sistema parasimpático es el encargado de restaurar el estado normal.

El SNS funciona a todo o nada, por lo tanto cuando se activa nunca lo hace por determinada zona en el cuerpo, sino que activa absolutamente todos sus circuitos. Las glándulas suprarrenales (ubicadas sobre los riñones) liberan en la sangre las hormonas adrenalina y noradrenalina. Estas incrementan el ritmo cardíaco y realizan cambios fisiológicos. Es por ello que la ansiedad tiene una variedad muy heterogénea de síntomas: temblores en extremidades, visión de puntitos luminosos, taquicardia, mareos, náuseas, sensación de irrealidad, sudoración fría, etc.

Este proceso de activación dura un tiempo, inclusive cuando haya pasado la situación percibida como peligrosa. Por eso, tal vez luego de una situación así, podemos sentirnos agresivos o demasiado enérgicos. Es el resultado de la adrenalina y noradrenalina que aún circulan en nuestra sangre.

La incidencia de la ansiedad preoperatoria informó rangos de 11% a 80% en pacientes adultos. En muchos pacientes, la ansiedad puede influir en el curso y el resultado de los tratamientos quirúrgicos.



La cirugía constituye un potente estresor complejo; y su carácter estresante no se encuentra aislado, depende no sólo de la hospitalización sino de la enfermedad, de acontecimientos y sus consecuencias, responsable todo ello, de las elevaciones de la ansiedad; son bien conocidos los agentes estresantes a los que se ve sometido el paciente dentro del mundo hospitalario como desorientación, pérdida de intimidad, abandono del entorno y roles habituales, etc. Si a esto le añadimos las propias características del procedimiento quirúrgico, que lleva implícito una serie de temores: miedo a no despertar de la anestesia, sentir dolor durante la operación, al dolor que puedan provocar los procedimientos invasivos previos a la intervención, a revelar información personal debido a los efectos de la anestesia o a los resultados de la cirugía, por tanto, nos encontramos inmersos en una situación susceptible de provocar altos niveles de ansiedad repercutiendo en el sujeto desfavorablemente.

El hecho de que el individuo afronte la cirugía con altos niveles de ansiedad puede tener influencias negativas en la recuperación físico-psíquica postquirúrgica, tales como largas estancias hospitalarias o mayor necesidad de analgésicos, lo cual supone un perjuicio tanto para el individuo como para el sistema de salud por su elevado coste económico.

En el Hospital José Carrasco Arteaga ingresan pacientes a diversos servicios y departamentos, muchos de los cuales presentan un cuadro clínico de ansiedad, la cual es evidente previa a la hospitalización y se mantiene durante la misma.

La etiología probable de la ansiedad que se presenta en muchos de los pacientes del Hospital José Carrasco Arteaga, puede ser debida a varios factores. Tratándose de un hospital cuya afluencia de pacientes es alta, en muchas ocasiones, el médico tratante y su equipo, compuesto por médico residente e interno rotativo, no disponen del tiempo suficiente para entablar una adecuada relación médico-paciente, en la cual la comunicación sea el pilar fundamental y el paciente ingresa con una serie de incógnitas de lo que le va a suceder. Es muy importante que el paciente conozca su probable diagnóstico,



OBJETIVOS:

a. Objetivo General:

- Reducir la ansiedad mediante la aplicación de técnicas cognitivo conductuales antes de la intervención quirúrgica en pacientes de 18 a 35 años hospitalizados en el área de cirugía, en el hospital José Carrasco Arteaga en los meses de julio a octubre 2013.

b. Objetivos específicos:

- Diagnosticar el nivel de ansiedad en pacientes de 18 a 35 años antes de la cirugía mediante previa observación, entrevista y aplicación del test de Hamilton.
- Diseñar una batería de técnicas cognitivo conductuales que nos permitan reducir la ansiedad en los pacientes que van a ser sometido a una intervención quirúrgica.
- Aplicar un retest para evidenciar si la aplicación de técnicas cognitivo conductuales redujeron los niveles de ansiedad en los pacientes.

1. JUSTIFICACIÓN DE LA INVESTIGACIÓN:

En el hospital del IESS José Carrasco Arteaga, se observan muchos casos de pacientes que sufren de un trastorno de ansiedad debido a la intervención quirúrgica a la que van a ser sometidos.

Se pretende valorar los niveles de ansiedad en los pacientes antes y después de la cirugía y además reducir la ansiedad en los pacientes mediante la aplicación de técnicas cognitivo conductuales. Muchas veces los médicos envían interconsultas por otros motivos; piden intervención y valoración psicológica por otros problemas o trastornos no relacionados con la ansiedad cuando en realidad esto es lo que está padeciendo el paciente.



los métodos que se utilizarán para llegar al mismo y en que se basará su tratamiento, y finalmente una vez detectado su problema debe conocer la evolución y avances de su enfermedad, al igual que la eficacia del tratamiento.

Consideramos importante disminuir la ansiedad en los pacientes antes de la operación mediante técnicas cognitivo conductuales debido a que en el momento en que un paciente es hospitalizado, es sometido a una serie de investigaciones, desde el responder adecuadamente para que se le efectúe una historia clínica completa y luego todos los exámenes de laboratorio y de imagen que su caso requiere, esto implica varios días de permanencia dentro del hospital, en muchas ocasiones pasa varias horas del día sin ninguna compañía, pues el horario de visitas es restringido. Ocurre también en algunos casos que no se llega tempranamente al diagnóstico y debe recibir la visita de otros médicos interconsultados, cuyo lenguaje es técnico, lo que no permite al paciente tener una comprensión adecuada de su problema y eso suele provocar mayor grado de ansiedad.

Frente a este panorama, el paciente empieza a cambiar su estado anímico, en ocasiones incluso de manera brusca, deja de alimentarse, empieza a presentar insomnio, llanto fácil y está poco dispuesto a continuar con los tratamientos prescritos.

La anticipación de dolor, separación de la familia, pérdida de la independencia, el miedo de llegar a ser incapacitado, el procedimiento quirúrgico y la muerte son factores que a menudo desencadenan síntomas de ansiedad durante este período.

Luego de varios días de su internamiento, el médico tratante solicita una interconsulta al área de psicología, el objetivo de la misma es procurar aceptación del diagnóstico y del tratamiento, además que el paciente mejore su estado anímico y por tanto permanezca hospitalizado con el menor desagrado posible.

UNIVERSIDAD DEL AZUAY
FACULTAD DE PSICOLOGÍA
SECRETARÍA



Con este proyecto se busca especificar el diagnóstico de ansiedad diferenciándolo de otros trastornos psicológicos.

Lo que se espera es que los pacientes que van a ser sometidos a una intervención quirúrgica reduzcan su nivel de ansiedad lo que les va a permitir poder ir con mejor disposición a la cirugía.

Disminuir el tiempo de hospitalización ya que los pacientes acatarían las sugerencias de los médicos con mejor aceptación.

Una mejor adherencia al tratamiento, lo que ayudará a bajar los chequeos médicos y la demanda de pacientes que ingresan al hospital por el área de emergencia como consecuencia de una complicación por no seguir las órdenes del médico.

2. MARCO TEÓRICO:

Desde la terapia cognitiva se postula que la ansiedad surge al interpretar situaciones como peligrosas o amenazantes, independientemente de que se trate de situaciones que entrañan un riesgo real o no. La ansiedad se entiende como producto de la ecuación entre la probabilidad de la amenaza percibida y la capacidad de afrontamiento de la misma. (Beck, Emery, & Greenberg, Trastorno de ansiedad y fobias, 1985)

La terapia cognitiva se basa en la teoría del aprendizaje social y utiliza una combinación de técnicas, muchas de las cuales tienen su origen en los modelos del condicionamiento clásico y operante (Hart & Morgan, 1993).

Bandura (1977) sostiene que la teoría del aprendizaje social se basa en la suposición de que el entorno, las disposiciones personales y el comportamiento situacional de una persona se determinan mutuamente y de que la conducta es un fenómeno dinámico y en constante evolución. Los contextos influyen en la conducta y la conducta a su vez da forma a los contextos.

El libro abarca de 00:00 a 00:00 minutos
del 00:00 al 00:00 N° 0585370

La terapia cognitiva sostiene que hay cinco elementos interrelacionados que deben tenerse en cuenta en la conceptualización de las dificultades psicológicas humanas. Estos elementos incluyen el contexto interpersonal y ambiental, la fisiología, las emociones, la conducta y la cognición del individuo. (Beck, Ansiedad y depresión, 1988)

Beck (1988) indicó que los pensamientos automáticos son pensamientos o imágenes que forman parte del flujo de conciencia, que varían en función de la situación y pasan por las mentes de las personas cuando se da un cambio en su estado de ánimo.

La terapia cognitiva conductual lo que intenta es disminuir la activación de la rama simpática del sistema nervioso autónomo entrenando a la rama parasimpática para que restablezca la homeostasis en las respuestas del organismo. (Minici, Rivadeneira, & Dahab, 2013)

La estrategia central utilizada por la terapia cognitivo conductual es la reestructuración cognitiva, que apunta tanto a cuestionar la probabilidad de ocurrencia del suceso temido como a aumentar la percepción de control de la situación por parte del paciente.

El trastorno por ansiedad generalizada se encuentra entre los trastornos por ansiedad más frecuentes. Utilizando los criterios diagnósticos del DSM-III-R, Breslau y David (1985) encontraron una prevalencia del 9% en la población general.

Los pacientes con ansiedad generalizada se preocupan por acontecimientos altamente improbables que no se basan en la realidad y que por tanto no son modificables (Vicente, 2007).



Las distorsiones cognitivas que aparecen en el trastorno por ansiedad generalizada son (Beck, 1985)

Inferencia arbitraria-Visión catastrófica: Consiste en la anticipación o valoración catastrófica, no basada en evidencias suficientes, acerca de ciertos peligros anticipados que se perciben como muy amenazantes por el sujeto.

Maximización: El sujeto incrementa las probabilidades del riesgo de daño.

Minimización: El sujeto percibe como muy disminuida su habilidad para enfrentarse con las amenazas físicas y sociales.

3. CONTENIDOS:

Capítulo I

ANSIEDAD

1.1 Conceptos básicos.

1.2 Tipos de ansiedad.

1.2.1 Pánico.

1.2.2 Agorafobia.

1.2.3 Sin agorafobia.

1.2.4 Agorafobia sin trastorno de angustia.

1.2.5 Fobia social.

1.2.6 Trastorno obsesivo compulsivo.

1.2.7 Estrés postraumático.

1.2.8 Estrés agudo.

1.2.9 Generalizada.

1.2.10 Ansiedad debido a enfermedad medica especifica.

1.2.11 Inducido por sustancias.

1.2.12 No especificado.

1.3 Características.

1.4 Causas y efectos.



FACULTAD DE
PSICOLOGIA
SECRETARIA

Capítulo II

TERAPIA COGNITIVO CONDUCTUAL

- 2.1 Orígenes y fundamentos de la terapia cognitivo conductual.
- 2.2 Utilidad y eficacia de la terapia cognitivo conductual en los trastornos de ansiedad.
- 2.3 Diagnóstico.
 - 2.3.1 Asunción de rol de enfermo.
 - 2.3.2 Asunción de rol de paciente.
- 2.4 Tratamiento a recibir.
 - 2.4.1 Explicación del tratamiento.
- 2.5 Cambios de estilo de vida.
- 2.6 Psicoeducación.
 - 2.6.1 Acerca del diagnóstico.
 - 2.6.2 Acerca del tratamiento.

Capítulo III

DIAGNÓSTICO

- 3.1 Test de ansiedad de Hamilton.
 - 3.1.1 Adultos.

TRATAMIENTO

- 3.2 Técnicas utilizadas para disminuir la ansiedad.
 - 3.2.1 Especificación de cada técnica.
 - 3.2.2 Resultados estadísticos de cada técnica.

Capítulo IV

VALORACIÓN DEL CAMPO A ESTUDIAR

- 4.1 Análisis de la población a investigar basados en los criterios de inclusión y exclusión.



4.2. Análisis demográfico.

4.2.1 Análisis social.

4.2.2 Análisis económico.

4.3 Análisis de resultados estadísticos.

4.4 Conclusiones y resultados.

4.4.1 Análisis estadístico de resultados.

4.4.2 Análisis del tratamiento psicológico.

4.4.3 Conclusiones.

4.4.4 Recomendaciones.

4. METODOLOGÍA:

El proyecto de investigación es de tipo descriptivo y longitudinal, debido a que se efectúa el diagnóstico y se determina el nivel de ansiedad antes y después de la cirugía.

Universo: Pacientes del área de cirugía del hospital José Carrasco Arteaga.

Muestra: Pacientes de 18 a 35 años que van a someterse a una cirugía.

Procedimiento:

Primero diagnosticar el nivel de ansiedad en pacientes de 18 a 35 años antes de la cirugía mediante la observación, la entrevista y la aplicación del test de ansiedad de Hamilton.

Aplicar la batería de técnicas cognitivo conductuales planteadas en aquellos pacientes que presenten en el test de Hamilton ansiedad moderada (18 a 14).

Mediante el retest se podrá evidenciar si se redujo la ansiedad del paciente, se mantiene o se exacerba.

CRITERIOS DE INCLUSIÓN Y EXCLUSIÓN:

Inclusión:

- Hombres y mujeres entre 18 y 35 años.
- Aquellos sujetos que en el test de Hamilton presenten ansiedad moderada (18 a 24).
- Aquellos sujetos que son enviados mediante interconsulta para valoración psicológica previa intervención quirúrgica
- Aquellos que presenten trastorno de ansiedad debido a una cirugía, trastorno de ansiedad generalizada y trastorno de ansiedad no especificado.

Exclusión:

- Sujetos menores de 18 años y mayores de 35 años.
- Enfermos terminales.
- Aquellos que presenten ansiedad severa en el test de Hamilton (25-30).
- Aquellos pacientes que ingresen por interconsulta y sean detectados con el diagnóstico de un trastorno de somatización, depresión, anorexia y despersonalización.

5. CRONOGRAMA:

Actividad	Meses					
	1	2	3	4	5	6
Presentación del diseño de investigación	x	x				
Recolección y organización de la información			x	x	x	x
Análisis de la información.			x	x	x	x

UNIVERSIDAD DE
FACULTAD DE
PSICOLOGÍA
SECRETARÍA

Integración de la información de acuerdo a los objetivos.			x	x	x	x
Redacción de la monografía			x	x	x	x
Revisión final					x	x
Impresión y anillado del trabajo					x	x

6.- BIBLIOGRAFÍA:

Bandura, A. (1977). *Teoría del aprendizaje social*. Madrid: Calpe.

Beck, A. (1988). Ansiedad y depresión. En R. Friedberg, & J. Mc Clure, *Práctica clínica de terapia cognitiva con niños y adolescentes* (págs. 14-17).

Beck, A. (1985). *Psicología online*. Recuperado el Jueves 30 de Mayo de 2013, de <http://www.psicologia-online.com/ESMubeda/Libros/Manual/manual12.htm>

Beck, A., Emery, G., & Greenberg, R. (1985). Trastorno de ansiedad y fobias. *Vertex Revista Argentina de Psiquiatría*, 12-13.

Breslau, N., & David, G. (1985). Trastorno de ansiedad generalizada. En E. Vicente, *Manual para el tratamiento cognitivo-conductual de los trastornos psicológicos* (págs. 210-212). Madrid: Siglo XXI.

Hart, k., & Morgan, J. (1993). Cognitive behavioral procedures with children and adolescents. En R. M. Friedberg. *Práctica clínica de terapia cognitiva con niños y adolescentes* (págs. 14-15).

Minici, A., Rivadeneira, C., & Dahab, J. (2013). *cognitivoconductual.org*. Recuperado el Miércoles, 29 de Mayo de 2013, de <http://www.cognitivoconductual.org/content.php?a=18>

Vicente, E. (2007). *Manual para el tratamiento cognitivo-conductual de los trastornos psicológicos*. Madrid: Siglo XXI.





Oficio No. 220-13-FF-UDA

Cuenca, 21 de junio de 2013.

Dr. Alfonso Calderón (Director)
Dr. Juan Aguilera (Tribunal)
Mst. Mario Moyano (Tribunal)
Ciudad

De mi consideración:

El Consejo de Facultad de Filosofía, en sesión del día 19 de los corrientes, aprobó el Diseño de Tesis de los estudiantes: Pamela Michelle Priori Beltrán y Juan Diego Senese Ochoa, con el tema: "Aplicación de técnicas, cognitivo-conductuales para disminuir la ansiedad antes de la intervención quirúrgica en pacientes de 18 a 35 años hospitalizados en el Hospital José Carrasco Arteaga en los meses de julio a octubre del 2013". Tesis previa a la obtención del título de Psicóloga/o Clínico.

De acuerdo con el Reglamento de Grados y Títulos de la Facultad, el Director está en la obligación de entregar a la Junta Académica, durante la semana siguiente a su designación, el horario de atención para la dirección, así como pasar los informes mensuales de las sesiones realizadas.

De conformidad con las correspondientes disposiciones reglamentarias "el estudiante, **una vez egresado**, dispondrá como máximo de dos años para culminar su trabajo de titulación o graduación; pasado este tiempo se someterán a los requerimientos de actualización de conocimientos determinados por la Institución". Los estudiantes hasta la presente fecha no egresan.

Los interesados están en la obligación de entregar al Director de Tesis copia certificada del diseño aprobado.

Atentamente,


Mst. Carlos Delgado Álvarez
Decano de la Facultad de Filosofía

c.c.: Estudiante
Junta Académica PCL

Cuenca, 24 de junio de 2013

Doctor

Marcelo Ochoa

PRESIDENTE DEL COMITÉ DE BIOÉTICA DEL HOSPITAL DEL IESS "JOSÉ CARRASCO."

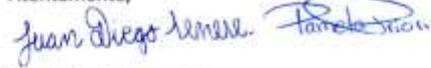
Presente.

De mis consideraciones:

Por medio de la presente solicito nos conceda el permiso respectivo para efectuar la TESIS DE GRADO, con el título "APLICACIÓN DE TÉCNICAS COGNITIVO-CONDUCTUALES PARA DISMINUIR LA ANSIEDAD ANTES DE LA INTERVENCIÓN QUIRÚRGICA EN PACIENTES DE 18 A 35 AÑOS HOSPITALIZADOS EN EL HOSPITAL JOSE CARRASCO ARTEAGA EN LOS MESES DE JULIO A OCTUBRE DEL 2013", la misma que es un requisito previo a la obtención de Título de Psicólogo Clínico de la Universidad del Azuay. Debo indicarle que el protocolo de Tesis ha sido aprobado por el Tribunal nombrado por la Facultad de Filosofía.

Agradezco por la favorable acogida a la presente solicitud.

Atentamente,

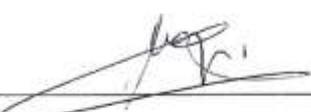


Juan Diego Senese Ochoa



INSTITUTO ECUATORIANO DE SEGURIDAD SOCIAL
HOSPITAL JOSE CARRASCO ARTEAGA
Dirección Técnica de Investigación y Docencia

MEMORANDUM

Fecha:	26 de junio del 2013
De:	Dirección de Investigación y Docencia
Para:	JUAN DIEGO SENESE OCHOA, PAMELA PRIORI BELTRAN
Asunto	Proyecto de Investigación
Título del trabajo	"APLICACIÓN DE TÉCNICAS COGNITIVO-CONSUCTUALES PARA DISMINUIR LA ANSIEDAD ANTES DE LA INTERVENCIÓN QUIRÚRGICA EN PACIENTES DE 18-35 AÑOS HOSPITALIZADOS EN EL HOSPITAL JOSÉ CARRASCO ARTEAGA EN LOS MESES DE JULIO A OCTUBRE DEL 2013."
Contenido	Proyecto de Investigación
Extensión	Adecuada
Relevancia	Si
Sugerencias	<ol style="list-style-type: none">1. Comunicar avances progresivos del proyecto.2. Cualquier ajuste metodológico y asesoramiento estadístico será ofrecido por la Dirección Técnica de Investigación y docencia durante los avances del proyecto.
Revisores	REPRESENTANTES: Dr. Rubén Duque 

Autorización

Yo Jelly Serrano doy mi consentimiento para participar en la entrevista y evaluación psicológica que previamente me fue explicada y que tiene únicamente fines investigativos, en la que se guardará la ética y la confidencialidad profesional debida.

Jelly Serrano

Firma de autorización

Ficha Clínica

1. Datos de afiliación:

Nombres y Apellidos: Nelly Bueno
Lugar y Fecha de nacimiento: 03 de diciembre 1980 Cuenca
Edad: 31
Sexo: Femenino
E. Civil: Soltera
Instrucción: Superior
Ocupación: Profesora
Domicilio: Cuenca
Fecha de ingreso: 07/08/13
Fecha de la elaboración de la historia: 07/08/13
Fuente de información:
Directa Indirecta

2. Demanda o motivo de consulta:

hace 7 meses vino al médico y el médico que tiene que operarse de una hernia al lado derecho de la ingle y es su primera operación

3.- ¿Por qué se va a realizar la cirugía?

Es necesario porque si no se opera la hernia empeora

4.- ¿Qué molestias presenta? ¿Desde qué tiempo?

duele como que le quemó desde hace 8 meses

5.- ¿Le ha impedido realizar alguna actividad?

no le impide, no puede usar tallas con comodidad

6.- ¿Conoce algo sobre la cirugía? ¿Ha averiguado algo? ¿El procedimiento que se le va a realizar?

No

7.- ¿Ha consultado con otro médico?

Si, con el Dr. que tiene que operarse profiera el ISSS por la emergencia

8.- ¿Qué es lo que más le preocupa de la cirugía?

Reacción ante la anestesia y la recuperación

9.- ¿Conoce las limitaciones o los cambios de alimentación y cuidados que debe realizar después de la cirugía?

No sabe nada

10.- Estructura familiar: Vive sola

GRUPO FAMILIAR	RELACIÓN	EDAD	INSTRUCCIÓN	OCUPACIÓN	LUGAR DE TRABAJO

11.- Descripción conductual.

CONDUCTA EMOCIONAL	EN EL HOGAR	EN EL HOSPITAL
Tranquilo/a		
Inquieto/a		✓
Ansioso/a		✓
Autoritario/a		
Emotivo/a		
Lábil		
Estable		
Seguro/a		
Desconfiado/a		
Alegre		
Triste		
Quejumbroso/a		
Llorón/a		✓
Miedoso/a		✓
Sugestionable		

CONDUCTA SOCIAL	EN EL HOGAR	EN EL HOSPITAL
Obediente		
Desobediente		
Dependiente		
Independiente		
Comunicativo/a		
Introverso/a		
Extroverso/a		
Retraído/a		
Sociable		
Agresivo/a		
Cooperador/a		
Peleón/a		
Aislado/a		

12.- Antecedentes de salud, intervenciones previas:

- Tiene todas las vacunas.....
- Tienen problemas de visión... *miopia* Audición.....
- Enfermedades broncopulmonares.....
- Enfermedades cardíacas.....
- Enfermedades alérgicas.....
- Ha tenido alguna caída severa donde perdió la conciencia.....
- Toma algún tipo de fármaco

13.- ¿Qué expectativas tiene de la operación?

espera que todo salga bien y recuperarse pronto

.....

.....

.....

Pamela Tironi

Profesional responsable de la entrevista

ESCALA PARA EVALUAR LA ANSIEDAD (HAMILTON)

Para cada ítem indique el grado que corresponda:

0 = Ausente; 1 = Intensidad ligera; 2 = Intensidad moderada; 3 = Intensidad severa y 4 = Intensidad muy severa.

			0	1	2	3	4
1. Tensión (o tensión ansiosa)	P	Sentimiento de inquietud-miedo de la posesión. Apretamiento, inestabilidad.					✓
2. Tensión	P	Impresión de tensión. Inestabilidad. Imposibilidad de relajarse, cansa de ligeros ruidos -ambientes- incapaz de quedarse quieto.					✓
3. Medios	F	De la obscuridad -de los desconocidos- de estar solo (B) -de animales mayores- De la circulación-De la multitud-De la enfermedad.					✓
4. Trastornos del sueño	P	Dificultades para conciliar el sueño. Despertar nocturno. Sensación de fatiga al despertar. Pesadillas. Terrores nocturnos.	✓				
5. Puntuamiento intelectual	P	Dificultad de concentración-Memoria deficiente.					✓
6. Tensión (o tensión) depresiva	P	Pérdida de interés por las cosas. Ineficiencia hacia sus hobbies. Despertar temprano o tarde. Gotas de los ojos.	✓				
7. Sintomatología cardíaca (neurótica)	S	Dolores, aturdimientos-ocurrencias cefálicas. Retardamiento de diuresis. No asegura.	✓				
8. Sintomatología somática (neurótica)	S	Entumecimiento de miembros-Trastornos de la acomodación-Sensación de debilidad-Hormigueo.	✓				
9. Sintomatología cardiovascular	S	Taquicardia-Palpaciones-Colors rosáceos-Sensación de hormigueo-Entumecimiento-Sensación de latido de los vasos.					✓
10. Sintomatología respiratoria	S	Opresión torácica-Impresión de sofocación-Dificultad de respirar.	✓				
11. Sintomatología gastrointestinal	S	Dificultades de digestión-Aerofagia-Cólics abdominales-Pérdida de peso-Estufamiento-Crisis diarreicas-Dispepsias, dolores antes y después de la comida, ardor gástrico, impresión de saciedad, prurito, náuseas, vómitos, impresión de hipotimia, eructos espasmos espasmodicos.	✓				
12. Sintomatología genitourinaria	S	Poburia-Urgencia de micción-Ausenoreo-Menstruación-Frigidez-Espantación precoz-Pala de erección-impotencia.	✓				
13. Sintomatología neurovegetativa	S	Sequedad de la boca-Estereotipos de la piel (rasp) -Palidez-Tendencia a la transpiración-Vértigos-Cefaleas vasculares.					✓
14. Cambio de comportamiento durante la entrevista	P	General comportamiento tenso/inquieto. Signos de agitación, movimiento de las manos, de dedos, tira, apretamiento del puñeto-vueca durante la consulta-temblores de las manos-Gobrocheo-Rostro crispado-incremento del tono muscular-Respiración cortada-Pálidos de la cara. Fisiológico: Dificultad-Eructos-Pulso rápido al reposo-Ritmo respiratorio superior a igual a 20 por minutos-tendencias alertas-Temblores-Midriasis-Torbellinos-Transpiración-Pestaños.					✓
Nota ansiedad psíquica 17		Nota ansiedad somática 7	Nota ansiedad global 24		Ansiedad Moderada		

Técnicas Utilizadas Reestructuración Cognitiva

Retest Aplicado 08/08/13

ESCALA PARA EVALUAR LA ANSIEDAD (HAMILTON)

Para cada ítem indique el grado que corresponde:

0 = Ausente; 1 = intensidad ligera; 2 = intensidad moderada; 3 = intensidad severa y 4 = intensidad muy severa.

		0	1	2	3	4
1. Tensión (o trastorno ansioso)	P			✓		
2. Tensión	P			✓		
3. Mediso	P		✓			
4. Trastornos del sueño	P			✓		
5. Funcionamiento intelectual	P		✓			
6. Tensión (o trastorno depresivo)	P		✓			
7. Sintomatología somática (neurovegetativa)	S		✓			
8. Sintomatología somática (sensorial)	S		✓			
9. Sintomatología cardiovascular	S			✓		
10. Sintomatología respiratoria	S		✓			
11. Sintomatología gastrointestinal	S		✓			
12. Sintomatología ginecológica	S		✓			
13. Sintomatología neurovegetativa	S		✓			
14. Cambio de comportamiento durante la entrevista	P			✓		
Nota ansiedad psicógena		7	Nota ansiedad somática		3	Nota ansiedad global
						10
						Ansiedad leve