



**Universidad del Azuay.**

**Departamento de Posgrado.**

**Maestría en Psicoterapia Integrativa**

**Tema:**

**"Ansiedad Quirúrgica, Desde el Modelo de  
Psicoterapia Integrativa Focalizado en la  
Personalidad"**

**Trabajo de Graduación previo a la obtención del título de Magíster en  
Psicoterapia Integrativa**

**Autora:**

**Psic. Cl. Nancy Graciela Sanga Morejón.**

**Director:**

**Mgst. Mario Eduardo Moyano Moyano.**

**Cuenca-Ecuador.**

**2017.**

**DEDICATORIA**

A mi familia y su amor infinito, por todo lo que aportan día a día, por enseñarme a volar, a creer y crecer. Por ser el baluarte y refugio en las tempestades, el faro que guía, alienta, libera y construye.  
Especialmente a ustedes: Carmen, Wilfrido, Ana María, Lilian, Xavier, Elena, Polo y a Alicia, y su presencia celestial.  
Gracias por ser y dejarme ser; eternamente y a través de ésta finitud vital que los hechos hablen de su presencia trascendental.

***Snanygrace.***

## AGRADECIMIENTO

Mi reconocimiento imperecedero a todos quienes directa e indirectamente fueron partícipes para que este proyecto llegara a cristalizarse.

A mis queridos y respetados formadores Dr. Lucio Balarezo, Dra. Sylvia Mancheno, Dra. Maricruz Izquierdo por la motivación, el conocimiento impartido, y la calidad humana compartida.

Al personal médico, administrativo, técnico del hospital “Alfredo Noboa Montenegro” de la ciudad de Guaranda, especialmente del departamento de post-consulta de adultos y del servicio de cirugía general por la apertura, colaboración y amistad demostrada en el desarrollo de este proceso investigativo.

A aquellas personas a quienes nos debemos como psicólogos y psicoterapeutas, nuestros pacientes, por su encomiable aporte, y confianza.

A la sabiduría, paciencia, constancia y generosidad del Mst. Mario Moyano, por haber compartido su tiempo y conocimiento.

A Dios, por la oportunidad de vivir la vida, por todo lo dado y logrado y la fortuna de compartir con quienes amo.

*Gratitud eterna.*

**RESUMEN:**

La ansiedad quirúrgica es uno de los elementos que con mayor frecuencia interfiere en el equilibrio y adaptación del paciente al proceso quirúrgico, determinando probables complicaciones, incremento del dolor y de la estancia hospitalaria. La intervención temprana con un programa de psicoeducación previene los efectos no deseados de la presencia de ansiedad. Por lo que en este estudio experimental tipo pre-post de casos y controles propone evaluar, intervenir y comparar los niveles de ansiedad para lo cual se aplicó el inventario de ansiedad rasgo estado de Ch. Spielberger IDARE R-E, antes y después de la cirugía a 60 pacientes (30 casos y 30 controles distribuidos aleatoriamente), quienes oscilaban 18 y 64 años de edad que estén dentro de los criterios de inclusión, y se intervendrán quirúrgicamente en hospitalización de cirugía general del Hospital “Alfredo Noboa Montenegro” de la ciudad de Guaranda de la Provincia Bolívar-Ecuador. Se aplicó un programa de psicoeducación al grupo experimental el mismo que arrojó siguientes resultados: prueba de datos pareados con relación significativa ( $t= 3,22$ ), mayor al valor esperado ( $t \text{ límite}=2.045$ ). La ansiedad estado alta disminuye del 8 al 3 %, la media de 53 al 40% y en el control la ansiedad alta disminuye de 4 al 1%, e incrementa nivel medio de 60 al 73%.

Por lo tanto la aplicación de psicoeducación facilita disminuir los niveles de ansiedad estado en el postoperatorio.

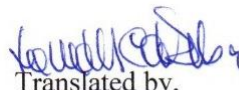
**Palabras clave:** Ansiedad quirúrgica, psicoeducación, ansiedad estado, ansiedad rasgo.

**ABSTRACT**

Surgical anxiety is one of the elements that most frequently interfere with patient balance and adaptation to the surgical process. It determines probable complications, increased pain and hospital stay. Early intervention through a psychoeducation program prevents the unwanted effects of anxiety. Consequently, this experimental pre-post type and control group case study proposed to evaluate, intervene and compare anxiety levels. Therefore, the Charles Spielberger IDARE RE State-Trait Anxiety Inventory was applied to 60 patients (30 cases and 30 randomly distributed controls) before and after surgery. The patients whose age oscillated between 18 and 64 were included in the inclusion criteria, and will undergo surgery in the general surgery section of "Alfredo Noboa Montenegro" Hospital in the city of Guaranda, Bolivar Province -Ecuador. A psychoeducation program was applied to the experimental group, which yielded the following results: paired data test with significant relation ( $t = 3.22$ ), higher than the expected value ( $t$  limit = 2.045). High status anxiety decreases from 8% to 3%, the mean from 53% to 40%, high anxiety in the control decreases from 4% to 1%, and increases the mean level from 60% to 73%. Therefore, the application of the psychoeducation program enables to decrease the levels of postoperative anxiety state.

**Keywords:** surgical anxiety, psychoeducation, state anxiety, trait anxiety



  
Translated by,  
Lic. Lourdes Crespo

## Contenido

DEDICATORIA .....	I
AGRADECIMIENTO .....	II
RESUMEN: .....	III
ABSTRACT: .....	IV
ÍNDICE DE TABLAS .....	VI
INTRODUCCIÓN .....	1
MATERIALES Y MÉTODOS .....	8
Diseño de la investigación.....	8
Participantes.....	8
Procedimiento.....	9
Instrumentos.....	10
Inventario de ansiedad rasgo-estado. (IDARE R-E) .....	10
RESULTADOS. ....	12
Valores de niveles de IDARE estado-rasgo en casos y controles.....	12
Distribución de los niveles de ansiedad según sexo en casos.....	13
Distribución de los niveles de ansiedad según sexo, en controles.....	14
VERIFICACIÓN DE LA HIPÓTESIS.....	15
DISCUSIÓN .....	20
REFERENCIAS.....	22

ANEXOS.....	26
ANEXO “A”: Consentimiento Informado.....	26
ANEXO “B”: Inventario de Ansiedad Rasgo Estado R-E (IDARE).....	27
ANEXO “C”: Plan de Investigación Aprobado.....	30

## ÍNDICE DE TABLAS

Tabla 1 Distribución por grupo etario y sexo.....	12
Tabla 2 Valores de Estadísticos descriptivos de IDARE E-R.....	13
Tabla 3 Distribución de niveles de ansiedad según sexo, en casos.....	14
Tabla 4 Distribución de los niveles de ansiedad según sexo, en controles.....	14
Tabla 5 Relación entre ansiedad estado y variables sociodemográficas, antecedentes quirúrgicos y conocimiento de tipo de anestesia.....	15
Tabla 6. Prueba de hipótesis del estado preoperatorio y el estado postoperatorio de los pacientes del grupo experimental.....	18
Tabla 7 Resumen de relación entre, IDARE estado y rasgo pre- y post-operatorio.....	19

# **ANSIEDAD QUIRÚRGICA, DESDE EL MODELO DE PSICOTERAPIA INTEGRATIVA FOCALIZADO EN LA PERSONALIDAD**

## **INTRODUCCIÓN**

Actualmente nutrido es el conocimiento y las investigaciones realizadas con respecto a la influencia que mantienen los factores psicológicos y psiquiátricos en el desarrollo favorable o no de una recuperación postoperatoria, así como del apareamiento de probables complicaciones, o mantenimiento deficitario de estrategias de autocuidado y colaboración en el posoperatorio mediano o posteriormente cuando el paciente es enviado a su hogar. De este modo la ansiedad operatoria es un tema comúnmente tratado, se indagan aspectos como temores y expectativas ante la cirugía, la anestesia, fantasía de muerte, primera intervención quirúrgica, antecedentes quirúrgicos traumáticos personales o de terceros, información o desinformación del proceso, días de hospitalización, baja laboral, déficit relacional y soledad en el proceso de recuperación, entre otras. Sin embargo y muy a pesar de ésta influencia muy pocos profesionales del equipo interdisciplinario de salud, entre ellos médicos cirujanos, anestesiólogos y demás especialistas toman en cuenta el evaluar el estado de ansiedad y/o el área psicológica del usuario probablemente motivados en su afán de cumplir metas numéricas impuestas y la carencia de tiempo para la atención de calidad organizada y personalizada.

La ansiedad operatoria ha sido descrita como un estado emocional complejo, transitorio y situacional generalmente desconocido para el individuo, que involucra la activación del sistema nervioso autónomo ante presencia de estímulos actuales percibidos real o imaginariamente como peligrosos o inciertos y abarca el contexto específico pero a la vez extenso de una cirugía. (Carapia, Mejía, Nacif, y Hernández, 2011; Gordillo, Arana y Mestas, 2011; De la Fuente, Duhalde, Gallardo, Ulloa y Valenzuela 2012; Moreno, Calle, 2015; Valenzuela, Barrera y Ornelas, 2010).

Desde luego la activación emocional, cognitiva y fisiológica que una persona experimenta a partir del comunicado que realizará su cirujano, es impresionante, ya que no sólo intuitivamente reconoce, el riesgo del procedimiento invasivo por mínimo que éste sea sino que se traslada instantáneamente a un recorrido mental de lo que habrá de



experimentar desde el abandonar su hogar, familia y más responsabilidades para *internarse* en un medio desconocido y extraño en donde se limita su autonomía personal, se modifican sus horarios de sueño, comida, etc., a expensas de los protocolos ejecutados por el personal médico, para realizarse exámenes auxiliares de diagnóstico o procedimientos preparatorios, interrelacionándose con aparatos, instrumentos, interrogaciones, que pueden intensificar sus consabidos temores, por lo que el paciente deberá hacer uso de muchas de sus capacidades y habilidades personales en el manejo resolutivo de su experiencia quirúrgica.

Al identificar los tiempos del proceso operatorio en donde el nivel de ansiedad llegaría a su máxima expresión, Moix, (1997); Paz, Prego y Barzaga, (2006) citados por Moreno y Calle, (2015) afirman que “El momento del acto anestésico-quirúrgico, justo antes de la cirugía, es cuando el paciente experimenta más ansiedad”. Desencadenando una respuesta fisiológica que se corresponde con: “la respuesta general del estrés con descarga de catecolaminas, hiperactividad simpática, hipermetabolismo, cambios neuroendócrinos, alteraciones hidroelectrolíticas y modificaciones inmunológicas disminuyendo después a lo largo del periodo posquirúrgico”.

Varios estudios describen cómo a un mayor nivel de ansiedad, mayor y difícil será la estancia y la convalecencia, incrementando por lo tanto los costes hospitalarios, Romeo y Sagardoy. (2014); Se ha demostrado que niveles no controlados de ansiedad preoperatoria distorsiona la percepción de dolor postoperatorio, el sentido de control y equilibrio personal evaluando, el ambiente tecnificado como hostil y amenazador mucho más, si es partícipe consciente de parte del proceso quirúrgico, al ser intervenido con anestesia parciales. (Carapia, et al. 2011; López, Pastor, Rodríguez, Sánchez y Belmonte, 1991; Moreno y Calle, 2015; Valenzuela et al. 2010; y Bagés, Lleixa, Español, Imbernón, Munté y Vásquez, 2015. Que citan a Varela, Villamisar, Sanjurjo, y Lamata, 2014; y Mitchell, 2003-2008)

De modo similar se ha documentado como, la información de calidad brindada con empatía, acerca de la cirugía, la anestesia, los procedimientos, los beneficios, los riesgos, efectos secundarios y cuidados en el posoperatorio mejoran notablemente la adaptación a la cirugía, las estrategias de afrontamiento ante el estrés o ansiedad quirúrgica, y los cuidados paulatinos que tenderán hacia la reactivación de actividades de su vida diaria y laboral; la evidencia ha sido tan marcada que muchas instituciones han integrado dentro de sus protocolos de preparación quirúrgica: la atención del equipo interdisciplinario entre las principales valoraciones la de especialidad quirúrgica, la cardiológica, la psicológica, la

psiquiátrica de ser necesaria , muy a pesar de ése interés no se ha difundido abiertamente en el ámbito investigativo, de la permanencia en el tiempo del trabajo psicoprofiláctico específico.

Según Carapia et al. (2011) el proceso de adaptación quirúrgico que pone en marcha el paciente no siempre resulta exitoso ya que no sabe a ciencia cierta a que se enfrentará. Al respecto, Moreno y Calle (2015: 75) explican que:

El modelo de ajuste sugiere que existen tres niveles de ansiedad que los pacientes pueden experimentar con relación a la cirugía. Los pacientes *moderadamente ansiosos* tienen mejor recuperación; aquellos pacientes *extremadamente ansiosos* tienen una recuperación pobre porque sus procesos para obtener información y para prepararse mentalmente están inhibidos; los pacientes *mínimamente ansiosos* tienen una pobre recuperación porque sus expectativas son irreales y optimistas.

Los mismos autores enfatizan en la planificación del cuidado emocional del paciente, que el personal de salud debería proveer, de tal modo que al identificar a través de expresiones faciales, por solicitud expresa del usuario o por familiares dicha necesidad el profesional de salud deberá proceder con el *cuidado emocional*, el mismo mitigará la ansiedad del paciente, brindándole un abanico de soluciones además de un trato cercano y empático del personal de salud responsable del cuidado. (76-77). No obstante se diferenciará el dilema ético que se puede generar ante este tipo de intervenciones (*en la antesala preanestésica u horas antes de cirugía*), ya que si bien es cierto la ansiedad está en su nivel más alto en esta etapa, el aplicar valoraciones y entrevistas sería un elemento crítico que adicionaría presión al paciente por lo que recomiendan preferentemente se ejecuten valoraciones con escalas análogas cortas tipo Likert, como la identificación del nivel de percepción de control del dolor, pero con anterioridad por ejemplo, al ingreso hospitalario cualquier otro tipo de valoración más compleja y posteriormente en el proceso inmediato y mediato de recuperación.

Hay que reconocer que el objetivo de la evaluación prequirúrgica, no es el mero hecho de obtener un dato que fotografíe la experiencia de ansiedad en sus momentos cumbre, sino a partir del conocimiento arrojado por las investigaciones precedentes enfocarse en la proyección y prevención de las dificultades que se avecinan valorando anticipadamente los probables factores que condicionarían el incremento de niveles de ansiedad, trabajando interdisciplinariamente en mitigar el efecto potencial de los factores

intervinientes, evitando una saturación física y mental del paciente minutos antes de la intervención.

Gordillo et al. (2011: 228) recomiendan al grupo de trabajo interdisciplinario, que provea para el individuo un trato personalizado, un modelo de comunicación adecuado, entrenamiento en el manejo de un locus de control interno y el entendimiento de la infraestructura y la rutina hospitalaria a partir de las necesidades de los usuarios sin el menoscabo de los requerimientos para un correcto funcionamiento de la institución.

Concomitantemente se reconoce que el abordaje de cada una de las estrategias afectivas, cognitivas, conductuales, relacionales y los diversos estilos de afrontamiento que el paciente ejecute estarán en estrecha relación con sus rasgos de personalidad esperándose entonces una variedad muy única de respuestas en el repertorio personal, mismas que jugarán un papel decisivo en la percepción de capacidad de control sobre sí mismo ante las situaciones eventuales que experimentará.

En el aporte que Balarezo, (2010) realiza con la propuesta del Modelo de Psicoterapia Integrativa Focalizado en la Personalidad identifica a la personalidad como eje teórico fundamental de su modelo lo define como “*una estructura dinámicamente integrada de factores biológicos, psicológicos y socioculturales que establecen en el ser humano un modo de percibir, pensar, sentir y actuar singular e individual*”.

Se asocia su planteamiento al de otros autores al reconocer que la personalidad no es estática ni inmutable, está sujeta a *variaciones procesuales* dependientes de su dinamismo y el entorno; vincula al *constructivismo moderado* como eje epistemológico para expresar que éste permite tipificar y predecir de forma relativa la manera de ser de los sujetos. Dubourdieu, (2008) aclara que el constructivismo moderado es “una valiosa herramienta para la comprensión de la complejidad de ser humano, en su red de circuitos interconectados” . Al plantear la realidad de circuitos interconectados. Explica que” la realidad externa no está determinada, siendo resultado de un proceso de construcción de la mente del individuo” .

Lucio Balarezo se nutre de los aportes históricos clásicamente recocidos sobre teorías de la personalidad reconoce tanto la clasificación *ideográfica (centrada en la persona)* y la *nomotética (centrada en las variables)* defendida en cierto modo por Allport, Millón (2004). De acuerdo a su apreciación:

La personalidad se complementa por tendencias determinantes que pueden ser entendidas desde el punto de vista nomotético pero se ajustan de forma diferente

para cada persona en un arreglo nuevo para cada situación convirtiéndose en definitiva en un medio cuya característica esencial es la individualidad se intenta en consecuencia establecer los principios generales que sean relevantes desde el punto de vista individual menciona que cada biografía es única y muy apreciable, así cada individuo siendo único no puede hacerse tan individual que se convierta en inefable, los constructos no pueden existir sin individuos en los que puedan ser comparados ni las personas pueden ser entendidas sólo a nivel de constructos. Balarezo, (2010).

De tal manera el modelo integrativo focalizado en la personalidad al sincronizar los elementos válidos científicamente de las dos propuestas en principio antagónicas tiende a validar la comprensión de los individuos a partir de constructos generales.

El autor del modelo toma como ejes básicos del comportamiento humano cuatro factores: *la cognición, la afectividad, la conducta y las relaciones interpersonales*; considera que todo estos elementos son generales para todos los sujetos, están presentes en todas las personalidades, el hecho del predominio de una condición no excluye los otros factores. Pero, la apreciación biopsicosocial del modelo, presente en el análisis del origen de estos procesos ayuda a recalcar la primacía en cada sujeto, sea por predominio o déficit, permitiendo establecer grupos generales de afinidad en su expresión.

Afirma que un mayor nivel de equilibrio psíquico denotan las personalidades que presentan predominios, mientras que aquellas que presentan déficit mantienen mayores dificultades personales y sociales. Propone la agrupación en los siguientes tipos:

- Grupos con características de *predominio afectivo*. Las afectivas tienen como característica principal la expresión fácil de las emociones, un acercamiento social cómodo, cogniciones y conductas invadidas por el afecto, extroversión con búsqueda permanente de estimulación externa, desinhibición y rápida movilización de sus sentimientos y comportamientos. Mientras las *histriónicas* esperan mayormente la aprobación social, las *ciclotímicas* mantienen una tendencia más interna.
- Grupos con características de *predominio cognitivo*. En los cognitivos prevalecen los juicios, razonamientos y la lógica en su conducta y en la expresión afectiva. Igualmente los contactos sociales se enmarcan en estas características. Son adherentes en sus cogniciones, afectos y comportamientos denotando propensión a

mantenerse en ellos. La actitud de control suele ser más externa en los *paranoides*, contrariamente a las *anancásticas* que ejercen un auto control interno.

- Grupos con características *de predominio comportamental*. Esta tendencia se expresa por la activación conductual inmediata, sin reparo suficiente en los componentes cognitivos y afectivos. La acción enérgica y primaria es su característica la misma que aprehende las relaciones interpersonales, los afectos y las cogniciones. En los *impulsivos* existe control sobre sus acciones en tanto que los *disociales* carecen de ley y autocontrol.
- Grupo con características *de déficit relacional* en este grupo se observa una tendencia a la intimidad personal y el retraimiento social con dificultad de expresión afectiva externa. La conducta suele ser meditada y escasa. La cognición se desvincula del otro y se retrae hacia sí mismo. Las *esquizoides* denotan desinterés en el contacto, los *dependientes* requieren del otro, los *evitativos* no logran sentirse cómodos en su participación social y las *esquizotípicas* se apartan de los demás mediante sus extravagancias.

Según Balarezo, mientras el individuo se desenvuelva en sus diversos medios y personalmente sin generar ni generarse sentimientos de *sufrimiento*, sea cualquiera su estilo tipológico, tendrá una *personalidad ajustada*, pero cuando aparezca esta noción “*sufre alteraciones o hace sufrir a otros, adquiere el significado de trastornos de personalidad*”.

Expresa también su desacuerdo con los clasificadores psiquiátricos internacionales en relación a que para describir o tipificar la personalidad haya un límite de edad, ya que considera que desde la misma concepción y al decurrir el desarrollo vital hay la influencia de factores externos que modifican o refuerzan la estructura básica pero manteniendo un mismo patrón básico.

Lo expuesto no agota los abordajes y demás complementos teóricos, epistemológicos y metodológicos existentes en el modelo, más bien incitan a la profundización en ello, así como la búsqueda y exposición de otros estudios propuestos para el análisis del beneficio de la valoración y asesoramiento ante la presencia de niveles de ansiedad operatoria, por lo que en este trabajo se propuso realizar una investigación vinculada a la atención interdisciplinaria para evaluar los niveles de ansiedad quirúrgica antes y después de la cirugía, mediados por un dispositivo psicoterapéutico, que se espera movilice componentes afectivos, cognitivos, volitivos en un adecuado afrontamiento al

proceso quirúrgico que llevarán los pacientes de cirugía general del Hospital “Alfredo Noboa Montenegro” de la ciudad Guaranda considerando que será la primera investigación con intervención psicoterapéutica en los pacientes de ésta unidad de salud de referencia provincial, la aspiración de este trabajo fue comprobar *si la administración de un programa de psicoeducación influye en la disminución de los niveles de ansiedad operatoria de los pacientes que se intervinieron quirúrgicamente* en el servicio de cirugía general del mencionado hospital en relación a quienes no reciben la psicoeducación.

La psicoeducación constituye una valiosa herramienta o técnica psicológica que permite brindar información y opciones de respuesta o “ayuda” al paciente en algún proceso psicobiográfico que demande la resolución de un conflicto, la aclaración de ciertos temores o manejo de incertidumbres o frustraciones temporales o permanentes.

El modelo integrativo focalizado en la personalidad en su ejercicio de “ayuda” trabaja en dos campos incluyentes y claramente diferenciados: el *asesoramiento (o consejería)* y la *psicoterapia*. Definiéndolo al primero como “una relación en la que un especialista ayuda a otra persona a comprender y resolver sus problemas de adaptación empleando recursos psicológicos”. Balarezo, (2010).

Con la finalidad de comparar los valores de ansiedad entre dos grupos de pacientes sometidos a cirugía, se realizó una valoración psicotécnica con test-retest al ingreso del paciente al servicio de cirugía y en la mañana siguiente a la cirugía, mediada por un programa de psicoeducación en el primer grupo, a quienes en adelante se los denominará “casos” y en el segundo grupo sin aplicación psicoeducativa a quienes se los denominará “controles”.

En un estudio anterior de un solo grupo de 51 pacientes, se identificó la modificación de los niveles de ansiedad pre quirúrgica con la intervención de técnicas psicológicas (psicoeducación y relajamiento muscular, reestructuración cognitiva, etc.), disminuyendo los niveles de ansiedad prequirúrgica de: ansiedad leve = 49%, moderada = 27.5% y 23.5% = severa) al 100% ansiedad leve. Carapia, et al. (2011). En su defecto otros estudios de casos y controles demuestran que la disminución de ansiedad estado valorada con IDARE disminuye significativamente la ansiedad postoperatoria en el grupo de intervención con psicoeducación u otro dispositivo de entrega sensible de información. (Carrascosa L.M. T, Aguilar M. y Carrascosa L. M.C. 2011; Gordillo , et al. 2011), mientras que en el estudio propuesto por Marín, Martínez, Ponsich y Pubill en el 2004, los niveles de ansiedad aún con la intervención se mantienen.

## MATERIALES Y MÉTODOS

### Diseño de la investigación.

La investigación es de corte cuantitativo, *diseño experimental con pre prueba pos prueba en casos y controles*. Hernández, Fernández, Baptista, (2008).

En el proceso se asignaron los pacientes al azar a cada uno de los grupos, se aplicó la pre-prueba simultáneamente a los usuarios parte de la muestra estudiada; al primer grupo (casos) se aplicó el programa de psicoeducación, posteriormente luego de la cirugía se administró la postprueba. Al segundo grupo (controles) sólo se los valoró psicotécnicamente. Para el análisis de datos se trabajó con el programa estadístico SPSS versión 23 para Windows.

### Participantes.

En el proceso, la población sujeto de estudio fueron pacientes que ingresaban al servicio de cirugía general, del hospital general “Alfredo Noboa Montenegro” de la ciudad de Guaranda, que tenían planificada una intervención quirúrgica generalmente al día siguiente, máximo dos días luego de la valoración psicotécnica y aplicación psicoterapéutica. Entre los procedimientos quirúrgicos programados más comunes que se realizan en el servicio de cirugía están: colescistectomías convencionales y laparoscópicas, hernioplastias, o exéresis menores de masas tumorales.

La muestra elegida fue *no probabilística*, se captó pacientes consecutivamente hasta contabilizar 60 usuarios, entre 18 y 64 años de edad, que mínimo hayan aprobado la instrucción primaria, que no presenten antecedentes mórbidos de salud mental, con o sin cirugías previas, que aceptaron firmar el consentimiento informado (ver Anexo A), distribuidos aleatoriamente 30 en cada grupo, cuidando que la muestra sea equivalente en cada grupo.

En el grupo total de pacientes participantes (60) las edades oscilaron entre 19 y 55 años, de los cuales el 68% pertenece a pacientes mujeres y el 32% a hombres. En cuanto al nivel de instrucción el 38% mantiene un nivel de instrucción primaria el 32% secundaria, mientras que el 30% restante pertenece al nivel de instrucción superior. Así mismo el 40% de participantes son solteros, el porcentaje siguiente del 28, 25, 5 y 2 pertenecen al estado civil: casado, en unión libre, divorciados y viudos respectivamente.

### **Procedimiento.**

En cuanto al *procedimiento* desarrollado en la investigación se detalla que: previa autorización de personal administrativo del hospital, coordinador médico y de enfermería del servicio de cirugía y consulta externa se sistematizaron las siguientes actividades:

- Una vez que se señalaba la fecha de cirugía y habiendo informado sobre los criterios de inclusión al personal de enfermería en consulta externa, desde post-consulta de enfermería se trasladaba al paciente hacia el consultorio de psicología informándoseles sobre la valoración que se realizará.
- En contacto con el paciente se validó que se cumplan los criterios de inclusión, explicando el motivo de la valoración, el paciente decidía acogerse o no a ser parte de la investigación.
- Sí firmó el consentimiento informado se continuaba con la aplicación del test para medir ansiedad: el Inventario de Ansiedad Rasgo-Estado, IDARE (adaptación cubana); la mayor parte de tests fueron heteroaplicados, excepto en los casos de pacientes con instrucción superior, y pacientes que luego de la instrucción principal y de realizar dos o tres preguntas de prueba decidían continuar la autoadministración. Se aplicó las escalas estado y rasgo paralelamente y al azar se separó pacientes para cada grupo, (casos y controles), al segundo grupo se lo designó como el grupo control.
- El grupo de participantes que conformaron los casos (30), luego de que se calificaron las pruebas fueron abordados en una entrevista clínica en dónde se correlacionaron los resultados psicotécnicos, para continuar con la sesión de psicoeducación. La calificación de los tests del grupo de controles (30) se realizaron posteriormente y los resultados se informaron conjuntamente con los de la segunda valoración.
- Las instrucciones fueron dadas verbalmente, de manera clara directa y sencilla, se aclaró que de ser necesario las vuelvan a leer ya que están inscritas en el encabezamiento de cada test, aclarando cualquier duda existente.
- Se informó a los pacientes de los dos grupos cómo se procederá con la post-prueba al día siguiente de la cirugía, en hospitalización.
- Al día siguiente del procedimiento entre 8 y 24 horas después de la cirugía, se realizó el retest de IDARE estado y rasgo, inmediatamente se calificaron las escalas compararon valores, terminando con la devolución de resultados.



- Se recolectaron los siguientes datos adicionales de los participantes: edad, estado civil, nivel de instrucción, ocupación, tipo de religión, tuvo o no cirugías anteriores, en caso de tenerlas cuantas fueron, cirugía a la que se someterá, conocimiento o no del tipo de anestesia con el que será intervenido, confirmación en el postoperatorio del tipo de anestesia con el que se intervino.
- Posteriormente se generó la base de datos en excel, con codificación, se ingresaron en el paquete estadístico SPSS versión 23.
- Concomitantemente se continuó con la elaboración del presente informe final.

Es menester detallar que se descartaron cinco valoraciones completas, tres de las cuales pertenecían al grupo de control, debido a la dispersión que mantenían en el rango de edad, por situaciones ajenas al investigador, (suspensión de cirugía, alta) a tres pacientes no se aplicó el retest, por lo que también quedaron fuera de la muestra. El proceso de recolección de datos se llevó a cabo desde el 19 de abril, hasta el 14 de agosto del 2016, en las instalaciones del servicio de cirugía general del mencionado hospital.

### **Instrumentos.**

#### **Inventario de ansiedad rasgo-estado. (IDARE R-E)**

Habitualmente se han utilizado varias baterías psicométricas para medir los niveles de ansiedad, incluso con elaboraciones específicas para cada estudio con escalas, cuestionarios, diarios de registro, auto-observaciones; se considera que a partir de la creación del inventario de ansiedad estado-rasgo State-Trait Anxiety Inventory Questionnaire, (STAI) por sus siglas en inglés, de Spielberg, Gorsuch y Lushene en (1966, 1970), este es uno de los más utilizados. Bagés et al, (2015); González, (2007); López et al. (1991). Los investigadores mencionados argumentan que muchos otros estudios han probado la validez del constructo ansiedad estado (STAI-E), en español (IDARE E), al aplicar un procedimiento test-retest con la escala correspondiente, teniendo como factor estresante una cirugía, obteniendo diferencias significativas en dicha medida, citan a: (Auerbach, 1973; Martínez-Urrutia, 1975; Spielberg, Wadsworth, Auerbach, Duhn y Taulbee, 1973; Smorenburg, Van Der Ent y Bonke, 1986).

González, (2007) hace hincapié en la importancia de tener una escala que de manera rápida y confiable mida dos dimensiones básicas de la ansiedad: tanto como estado (condición emocional transitoria) y como rasgo (propensión ansiosa relativamente estable).

Para la presente investigación tomaremos como referencia a la escala IDARE R-E, utilizada en Cuba, la misma que ha sido validada en varios estudios desde 1980 hasta principios de los 1990, en las cuales se ofrecieron normas similares a las de Spielberg para la aplicación en sujetos normales con tensión emocional (no ansiosas), con neurosis, con disfunción eréctil, pacientes sometidos a cirugía, etc. Examinándose a más de 5000 pacientes en 10 años de investigación. González cita a: (Cañizares, Rodríguez, Grau, 1987; Estrada, Portero, 1991; González, Martínez, Grau, 1989; Grau, Martín, Portero, 1991; Guiñarais, Grau, Martín, 1992. Hernández, Grau, 1989; Hernández, García Portero, 1990; Márquez, Hernández, 1987; Martín, Grau, 1993a; Martín, Grau, 1993b; Mitjans, Grau, Martín; 1987; Portero, 1978, 1996.)

Para la aplicación de IDARE R-E, se recomienda que el sujeto tenga al menos un nivel de instrucción primario o básico que le permita, comprender los enunciados, en la modalidad autoadministrada, de lo contrario la heteroaplicación es sugerida. El IDARE R-E consta de dos escalas, cada una con 20 ítems (Anexo B). Cada ítem contiene una expresión autodescriptiva, de cómo se siente el sujeto en el momento actual o cómo es generalmente en su vida diaria; para la escala IDARE E, González explica que hay 10 ítems positivos (a mayor puntuación, mayor ansiedad) y 10 ítems negativos. Para IDARE R, hay 13 ítems positivos y 7 negativos.

En cada una de las escalas hay cuatro categorías a saber para la respuesta, en el IDARE estado ante la evocación como *se siente ahora mismo, en estos momentos*, se identificará intensidad en 4 categorías: 1= No, totalmente, 2=Un poco, 3= Bastante, 4=Mucho.

En efecto para IDARE rasgo, se presentó al paciente la escala, una vez que resolvió la escala IDARE- E, ante la instrucción cómo se *siente generalmente, por lo general o habitualmente*, el usuario elegirá una categoría de intensidad por respuesta 1= Casi nunca, 2= Algunas veces, 3= Frecuentemente, 4= Casi siempre. En la validación cubana (1986) se tiene como punto de corte la puntuación 45, para la ansiedad alta tanto estado como rasgo, en general se obtiene un puntaje de 20 hasta 80 puntos en cada escala, lo que no ocurre en algunas versiones en español en donde no se han establecido puntos de corte y el puntaje directo se transforma en centiles de acuerdo a la edad y sexo. (González, 2007).

Para la calificación final se tienen tres categorías de niveles de ansiedad en IDARE E-R del siguiente modo: Nivel bajo de ansiedad: ( $\leq 30$ ); Nivel medio o moderado: (31-44); Nivel alto de ansiedad: ( $> 45$ ).

## RESULTADOS.

Se estudiaron en total 60 pacientes 30 casos y 30 controles, quienes se sometieron a un procedimiento quirúrgico en el servicio de cirugía general del Hospital General “Alfredo Noboa Montenegro” de la ciudad de Guaranda, se les aplicó en la modalidad de pre prueba post prueba la escala de ansiedad IDARE E-R, con validación en la población cubana. El grupo etario predominante en este proceso investigativo en los dos grupos estuvo entre los 19 y 38 años de edad, a su vez el porcentaje de mujeres valoradas fue mayor en cada grupo. (Ver tabla 1).

Tabla 1. **Distribución por grupo etario y sexo.**

Grupo etario	Casos				Controles					
	N	% G. etario	Sexo	N	% sexo	N	% G. etario	Sexo	n	% sexo
<b>19 a 28</b>	7	23%	Hombre	2	7%	10	33%	Hombre	4	13%
			Mujer	5	17%			Mujer	6	20%
<b>29 a 38</b>	18	60%	Hombre	5	17%	9	30%	Hombre	2	7%
			Mujer	13	43%			Mujer	7	23%
<b>39 a 48</b>	3	10%	Hombre	2	7%	8	27%	Hombre	3	10%
			Mujer	1	3%			Mujer	5	17%
<b>49 a 58</b>	2	7%	Hombre	1	3%	3	10%	Hombre	0	0%
			Mujer	1	3%			Mujer	3	10%
<b>Total</b>	30	100%	Hombre	10	34%	30	100%	Hombre	9	30%
			Mujer	20	66%			Mujer	21	70%

Fuente: Elaboración propia

### Valores de niveles de IDARE estado-rasgo en casos y controles.

El resultado observado muestra que los niveles de ansiedad estado preoperatorio del grupo de intervención tuvo una media de 40 y una desviación estándar de 9,63, con valores ligeramente altos en relación al grupo control de 34 y 7 respectivamente. Habiendo posteriormente una disminución del valor medio en 33.7 y una desviación de 7,74, luego de la aplicación de la psicoeducación, pero será necesario comprobar si se demuestra una diferencia estadísticamente significativa con la primera evaluación.

Mientras tanto los valores promedios del nivel de ansiedad estado del grupo de control, sin la intervención psicoeducativa se mantienen, incluso tienden a incrementarse

los valores mínimo y máximo desde los niveles leve hacia alto de ansiedad en el postoperatorio.

Adicionalmente los valores de la media y desviación estándar de IDARE- R en casos y controles no presentan cambios sustanciales en las dos aplicaciones, siendo parte de comportamiento esperado al ser ansiedad rasgo considerado un factor relativamente estable como factor constitutivo de la personalidad del individuo, valores que de algún modo ayudarían a entender la tendencia de los resultados de IDARE E, de los participantes en la muestra. (Ver tabla 2)

**Tabla 2. Valores de Estadísticos descriptivos de IDARE E-R.**

Estadísticos descriptivos						
Tipo de escala	Grupo de estudio	N	Mínimo	Máximo	Media	Desviación estándar
IDARE estado preoperatorio	CASOS	30	26,00	64,00	40,0000	9,62755
	CONTROLES	30	21,00	50,00	34,3333	7,14062
IDARE rasgo preoperatorio	CASOS	30	25,00	57,00	39,2333	7,79780
	CONTROLES	30	26,00	55,00	37,0000	7,72368
IDARE estado postoperatorio	CASOS	30	20,00	55,00	33,7000	7,74663
	CONTROLES	30	25,00	45,00	34,0667	4,83474
IDARE rasgo postoperatorio	CASOS	30	23,00	50,00	35,3667	7,67658
	CONTROLES	30	23,00	52,00	37,6667	7,14062
N válido (por lista)		30				

Fuente: Elaboración propia

*Nota: Las distribuciones que se muestran están basadas en las categorías finales de niveles de ansiedad:*

*Nivel bajo de ansiedad: ( $\leq 30$ ); Nivel medio o moderado: (31-44); Nivel alto de ansiedad: ( $> 45$ ).*

### **Distribución de los niveles de ansiedad según sexo en casos.**

La tabla 3, resume los niveles de ansiedad estado y rasgo pre y postoperatorio en el grupo de casos, en el cual se intervino con el programa psicoeducativo, se identifica que los niveles de ansiedad estado alta y moderada de los participantes disminuyen en el postoperatorio del 27 al 10% y del 53 al 40%. Siendo principalmente el grupo de mujeres quienes presentan mayor tendencia a disminución de los niveles de ansiedad estado.

**Tabla 3. Distribución de niveles de ansiedad según sexo, en casos.**

Nivel de ansiedad	Momento de evaluación	IDARE Estado				IDARE Rasgo					
				SEXO				SEXO			
		N	%	n	%	n	%	n	%	n	%
A. Alta	Pre Qx	8	27%	<b>Hombre</b>	2	7%	8	27%	<b>Hombre</b>	3	10%
				<b>Mujer</b>	6	20%			<b>Mujer</b>	5	17%
	Post. Qx.	3	10%	<b>Hombre</b>	1	3%	5	17%	<b>Hombre</b>	2	7%
				<b>Mujer</b>	2	7%			<b>Mujer</b>	3	10%
A. Media	Pre Qx	16	53%	<b>Hombre</b>	6	20%	20	67%	<b>Hombre</b>	6	20%
				<b>Mujer</b>	10	33%			<b>Mujer</b>	14	47%
	Post. Qx.	12	40%	<b>Hombre</b>	6	20%	17	56%	<b>Hombre</b>	6	20%
				<b>Mujer</b>	6	20%			<b>Mujer</b>	11	36%
A. Leve	Pre Qx	6	20%	<b>Hombre</b>	2	7%	2	6%	<b>Hombre</b>	1	3%
				<b>Mujer</b>	4	13%			<b>Mujer</b>	1	3%
	Post. Qx.	15	50%	<b>Hombre</b>	3	10%	8	27%	<b>Hombre</b>	2	7%
				<b>Mujer</b>	12	40%			<b>Mujer</b>	6	20%
Total	Pre Qx	30	100%		30	100%	30	100%		30	100%
	Post. Qx.	30	100%		30	100%	30	100%		30	100%

Fuente: Elaboración propia

Nota: Las distribuciones que se muestran están basadas en las categorías finales de niveles de ansiedad:

Nivel bajo de ansiedad: ( $\leq 30$ ); Nivel medio o moderado: (31-44); Nivel alto de ansiedad: ( $> 45$ ).

**Tabla 4. Distribución de los niveles de ansiedad según sexo, en controles.**

Nivel de ansiedad	Momento de evaluación	IDARE Estado				IDARE Rasgo					
				SEXO				SEXO			
		N	%	n	%	N	%	n	%	n	%
A. Alta	Pre Qx	4	13%	<b>Hombre</b>	2	6%	5	17%	<b>Hombre</b>	1	3%
				<b>Mujer</b>	2	7%			<b>Mujer</b>	4	14%
	Post. Qx.	1	4%	<b>Hombre</b>	0	0%	6	20%	<b>Hombre</b>	2	7%
				<b>Mujer</b>	1	3%			<b>Mujer</b>	4	13%
A. Media	Pre Qx	18	60%	<b>Hombre</b>	5	17%	17	56%	<b>Hombre</b>	4	13%
				<b>Mujer</b>	13	43%			<b>Mujer</b>	13	44%
	Post. Qx.	22	73%	<b>Hombre</b>	6	20%	20	67%	<b>Hombre</b>	7	23%
				<b>Mujer</b>	16	54%			<b>Mujer</b>	13	44%
A. Leve	Pre Qx	8	27%	<b>Hombre</b>	2	7%	8	27%	<b>Hombre</b>	4	13%
				<b>Mujer</b>	6	20%			<b>Mujer</b>	4	13%
	Post. Qx.	7	23%	<b>Hombre</b>	3	10%	4	13%	<b>Hombre</b>	0	0%
				<b>Mujer</b>	4	13%			<b>Mujer</b>	4	13%
Total	Pre Qx	30	100%		30	100%	30	100%		30	100%
	Post. Qx.	30	100%		30	100%	30	100%		30	100%

Fuente: Elaboración propia

Nota: Las distribuciones que se muestran están basadas en las categorías finales de niveles de ansiedad:

Nivel bajo de ansiedad: ( $\leq 30$ ); Nivel medio o moderado: (31-44); Nivel alto de ansiedad: ( $> 45$ ).

### Distribución de los niveles de ansiedad según sexo, en controles.

En el grupo de controles se evidencia un incremento del nivel medio de ansiedad estado en el postoperatorio que va del 60 al 73% mientras que, en relación al sexo tanto en

hombres como en mujeres el incremento se hace evidente del 17% al 20% y del 43% al 54% respectivamente. (Ver tabla 4).

Al analizar la *ansiedad rasgo en el grupo de casos*, el nivel medio de ansiedad, presenta una disminución de 56% en el postoperatorio con respecto al 67% de la etapa precedente, y aumentó los niveles bajos de ansiedad de 6% a 27% representando un comportamiento inusual, por lo que se probará posteriormente si existen o no diferencias significativas. Sin embargo se correlacionan con los valores de ansiedad estado del mismo grupo. A su vez, para el *grupo de control la ansiedad rasgo* mantiene estables sus niveles en el postoperatorio. (Ver tabla 3 y 4).

## VERIFICACIÓN DE LA HIPÓTESIS.

Al realizar el análisis bivariado de datos para determinar si existe relaciones o dependencia entre la variable *ansiedad preoperatoria y las diferentes variables* sociodemográficas o de conocimiento con respecto al proceso quirúrgico, se consideró como posibles el estado civil, el conocimiento del tipo de anestesia que va a ser utilizada, el sexo del paciente, antecedentes quirúrgicos, la religión, el nivel de instrucción. Se pudo determinar a través de la *prueba estadística ji cuadrado de Pearson*, que analiza la dependencia entre variables, que no existen relaciones significativas entre la ansiedad y estas variables en este estudio, tanto para el grupo de casos como para los controles. Excepto en el caso de la relación entre cirugía anterior y el estado de ansiedad, en el grupo de controles ( $p = 0,028$ ), donde se asocia mayor ansiedad en personas que no han tenido previamente una cirugía. (Ver tabla 5). El resumen de los resultados de las diferentes pruebas ji cuadrado se presentan a continuación:

**Tabla 5. Relación entre ansiedad estado y variables sociodemográficas, antecedentes quirúrgicos y conocimiento de tipo de anestesia en casos y controles.**

	Estado civil	Conocimiento tipo de anestesia	Sexo	Cirugía anterior	Religión	Nivel de instrucción
<b>IDARE estado preoperatorio, Casos</b>	p = 0,331	p = 0,544	p = 0,733	p = 0,537	p = 0,504	p = 0,540
<b>IDARE estado postoperatorio, Casos</b>	p = 0,831	p = 0,130	p = 0,259	p = 0,819	p = 0,255	p = 0,74
<b>IDARE estado preoperatorio, Control</b>	p = 0,597	p = 0,637	p = 0,638	p = 0,028	p = 0,855	p = 0,198
<b>IDARE estado postoperatorio, Control</b>	p = 0,199	p = 0,916	p = 0,718	p = 0,492	p = 0,824	p = 0,832

Fuente: Elaboración propia

Por tanto el estudio se centrará en analizar la relación existente entre:

- La ansiedad estado preoperatoria y la ansiedad estado postoperatoria del grupo de casos, es decir a quienes se les administró el programa de psicoeducación.
- La ansiedad estado preoperatoria y la ansiedad rasgo preoperatorio.
- La ansiedad rasgo preoperatoria y la ansiedad rasgo postoperatoria.

En el análisis se utilizó la *prueba de hipótesis para datos pareados* debido a que se tiene los resultados de un mismo grupo poblacional con un tratamiento antes y después de realizar una intervención y por tanto es el tipo de prueba estadística más adecuada para este tipo de datos. La prueba de hipótesis establecerá si existe variaciones en el nivel de ansiedad de acuerdo al caso.

La *prueba pareada utiliza la prueba t* para determinar si existe o no diferencia significativa entre el tratamiento antes y después planteando la siguiente hipótesis:

$$H_0: \mu_A = \mu_B$$

$$H_1: \mu_A > \mu_B$$

Donde:

$H_0$  es la hipótesis nula

$H_1$  es la hipótesis alternativa

$\mu_A$  y  $\mu_B$  son las medias del IDARE para los grupos de casos y controles.

Cómo se manifestó, la verificación de la hipótesis dado que el estudio es para una aplicación antes después de realizar un tratamiento específico a un mismo grupo, se eligió cómo idónea la prueba de hipótesis para datos pareados. *Este análisis considera la diferencia entre los valores de la variable 1 (Ansiedad preoperatoria) y la variable 2 (ansiedad posoperatoria, luego del programa de psicoeducación).*

Para ello se determinará el valor  $t$  de la prueba y se relacionará con el dato  $t$  de la tabla de student. En el caso de que el valor de la prueba supere el valor de tabla o valor límite (para este estudio = 2,045), se rechaza la hipótesis nula.

$$t = \frac{\bar{d}}{\frac{s_d}{\sqrt{n}}}$$

Donde:

$d_i$  es la diferencia entre la valoración antes y después

$s_d$  es la desviación estándar de las diferencias entre el valor antes y después

Las fórmulas de soporte para el cálculo serán:

$$\bar{d} = \frac{\sum d_i}{n}$$

$$s_d = \sqrt{\frac{\sum d_i^2 - n\bar{d}^2}{n - 1}}$$

A continuación se realiza las pruebas de hipótesis para los diferentes análisis:

Los valores  $d_i$  se obtienen de la diferencia entre el IDARE estado preoperatorio y postoperatorio presentado en la tabla 6.



Tabla 6. Prueba de hipótesis IDARE-E preoperatorio e IDARE-E postoperatorio de los pacientes del grupo experimental.

Diferencia entre valores del IDARE E pre y post qx.	Diferencia entre valores del IDARE E pre y post qx. al cuadrado.
$d_i$	$d_i^2$
-19	361
0	0
4	16
16	256
-7	49
3	9
6	36
6	36
-9	81
11	121
3	9
4	16
24	576
12	144
-4	16
6	36
24	576
6	36
9	81
11	121
23	529
9	81
16	256
-1	1
-1	1
-8	64
2	4
30	900
10	100
3	9
189	4521

Nota: n corresponde a valor de 30 participantes del G de casos. Fuente: Elaboración propia

$$\bar{d} = 6,3$$

$$s_d = 10,72$$

Por tanto *el valor de la prueba t* será:

$$t = \frac{6,3}{\frac{10,72}{\sqrt{30}}} = 3,22$$

$$t_{\text{límite}} = 2,045$$

Como se observa, el *valor t obtenido* es 3,22 mayor al límite 2,045 lo cual indica que los valores medios de ansiedad estado son menores en la postprueba, o en otras palabras, el tratamiento aplicado de psicoeducación tuvo un efecto favorable sobre las características personales de los pacientes disminuyendo la ansiedad luego de la operación.

**Tabla 7. Resumen de relación entre, IDARE estado y rasgo pre- y post-operatorio.**

<b>GRUPO DE CASOS</b>			
	<b>Relación ansiedad estado preoperatoria y postoperatoria</b>	<b>Relación ansiedad estado preoperatoria y ansiedad rasgo preoperatoria</b>	<b>Relación ansiedad rasgo preoperatoria y postoperatoria</b>
Límite	2,045	2,045	2,045
Valor t	3,22	0,017	0,74
	Sí existe diferencia significativa	No existe diferencia significativa	No existe diferencia significativa
<b>GRUPO DE CONTROLES</b>			
	<b>Relación ansiedad estado preoperatoria y postoperatoria</b>	<b>Relación ansiedad estado preoperatoria y ansiedad rasgo preoperatoria</b>	<b>Relación ansiedad rasgo preoperatoria y postoperatoria</b>
Límite	2,045	-2,045	2,045
Valor t	0,229	-0,56	1,45
	No existe diferencia significativa	No existe diferencia significativa	No existe diferencia significativa

*Valor de t límite = 2,045*

Fuente: Elaboración propia

La tabla 7 muestra que hay relación entre el estado preoperatorio y el estado postoperatorio de grupo de casos señalando una diferencia significativa estadísticamente de: 3.22 superior al límite  $t = 2,045$ , entre los valores antes de la intervención y luego de la misma, lo cual no sucede para el grupo de control en el cual no fue aplicado el tratamiento, por lo que se puede demostrar estadísticamente para el estudio realizado, que el tratamiento empleado (psicoeducación) en los pacientes que se van a someter a una cirugía identifica una disminución del nivel de ansiedad transitorio en los pacientes atendidos.

## DISCUSIÓN

En el presente trabajo se confirma que la administración del programa psicoeducativo, tiene un efecto favorable en la variación de los niveles de ansiedad estado pre y postoperatoria de los pacientes del grupo experimental, logrando disminuir los niveles de ansiedad en el postoperatorio, valorados al siguiente día de la intervención, en comparación con los niveles de ansiedad estado que se incrementan y mantienen en el grupo de control ( $t= 0,229$ ), sin el programa psicoeducativo.

Efectivamente el modelo de psicoterapia integrativo focalizado en la personalidad, al enfocarse en el uso de una de las estrategias del asesoramiento una vez valorada y recolectada la información apegada a cada realidad individual formula la actuación para dinamizar los recursos psicológicos del paciente en la resolución exitosa de su aparente conflicto generador de ansiedad.

Al realizar una valoración integral del paciente se atiende a aspectos muy sensibles difícilmente abordable en otros contextos, de tal modo que el asesoramiento incluye entre otras acciones el proporcionar información, y la enseñanza de técnicas y formas de autocuidado, necesidades inmediatas que además favorecen otras necesidades fundamentales, como la comunicación y la seguridad. Carrascosa, L. et al. (2011).

Al respecto se sugiere que el aporte de información clara, precisa y empática previo al proceso quirúrgico programado, disminuirá los niveles de ansiedad posteriores, dotándole al paciente de una percepción de autonomía y control (locus de control interno) de las probables consecuencias no deseables y molestas propias de la intervención. Gordillo et al. (2011). Lo que contrasta con los resultados de un estudio similar con valor  $p= 0.733$  para IDARE E en el postoperatorio. Marín, et al. (2004).

Variables sociodemográficas como sexo, edad, estado civil, ocupación, tipo de religión, conocimiento del tipo de anestesia, intervenciones previas o su ausencia, alejarse de la familia, miedo a la muerte, a la cirugía, a la anestesia, han sido tradicionalmente asociados con la mayor producción de ansiedad, dependiendo de la naturaleza de cirugía y el riesgo vital que ésta represente. Valenzuela et al. (2010). Describen en su estudio, que el ser mujer, tener formación superior, 13 % de los casos ( $OR = 6.40$ ,  $IC 95 \% = 0.81-50.08$ ), incluso las horas de descanso (menos de 7-8 h sueño antes de la cirugía) se corresponden con mayor riesgo ansiógeno, sin embargo coinciden con otras investigaciones incluida parcialmente la presente, en donde el nivel de escolaridad, intervenciones previas, la edad no influyen en el avance de la ansiedad. Carrascosa, L. et al. (2011). Aunque se evidenció

en el grupo de controles que quienes por primera vez se sometían a una intervención quirúrgica mantuvieron niveles elevados de ansiedad estado ( $p= 0,028$ ); ansiedad que generalmente se asocian a la falta de información, que generan fantasías vinculadas con la muerte, complicaciones, pobre percepción de control del dolor durante o después del procedimiento, dificultades en la contención, búsqueda torpe de información, etc.

Por lo tanto es imperativo responder a las necesidades psicológicas de los pacientes que mantengan una cirugía electiva programada, explorando cuidadosamente sus expectativas, temores con respecto a la intervención y sus probables consecuencias, fortaleciendo las estrategias de afrontamiento propias de sus características de personalidad hechos que coadyuvaran una pronta recuperación con adhesión colaborativa en los cuidados posteriores, entendimiento y gestión regulado de su expresión emocional, disminución de distorsiones y fantasías previamente adquiridas. Las intervenciones abarcarán componentes adicionales de soporte familiar y social, con técnicas probadas y eficaces, en un contexto bio-psico-social como lo plantean los modelos latinoamericanos integrativos de psicoterapia en su conjunto, (Balarezo, (2010); Dubourdieu, 2008; Fernández-Alvarez, 1996; Fernández-Alvarez y Opazo, 2004).

Si bien éste abordaje lo han ejecutado profesionales en salud mental, se debe aunar esfuerzos para una atención interdisciplinaria fortalecida, siendo ésta una de las falencias encontradas en la fase de recolección de información.

Al analizar el componente ansiedad rasgo, no existen diferencias estadísticas pre y postquirúrgicas en los dos grupos, control valor  $t= 1,45$  y casos  $= 0,74$ ; tampoco hay relación significativa, con su par estado, al analizar los resultados de acuerdo a los valores obtenidos directamente en los niveles de ansiedad rasgo moderado se corresponden con los de estado en cada grupo, por ejemplo el 56% de pacientes con ansiedad rasgo se correlaciona con un 60% nivel de estado, en el grupo de controles, valores congruentes de acuerdo a lo esperado, ya que este componente al ser una característica relativamente estable de acuerdo a las características de personalidad del paciente.

En conclusión la aplicación de un programa de psicoeducación como procedimiento de asesoramiento del modelo de psicoterapia integrativa focalizado en la personalidad, disminuye significativamente los niveles de ansiedad estado en el proceso asistencial, al hacerlo se planificará la atención de acuerdo a las características de personalidad y medios de afrontamiento para que el paciente potencie la resolución de acuerdo a su ritmo y dinámica de aprendizaje.

Los niveles de ansiedad rasgo se mantienen sin variación significativa, al ser un factor constitutivo de personalidad., no así las valoraciones de estado que variarán de acuerdo a la influencia de factores predisponentes, disminución de la percepción de riesgo, o capacidad de afrontamiento adquirida.

Se sugiere en estudios posteriores incrementar la investigación a la población infante juvenil, adulta mayor, así como a la diversidad de población quirúrgica, en los diferentes tiempos del proceso quirúrgico, de recuperación incluso en el retorno a sus actividades cotidianas.

Además de fortalecer y normar la preparación psicológica a la par que la cardiológica por ejemplo, garantizando una atención empática, individualizada, integral, integrativa e interdisciplinaria.

Es importante afianzar el trabajo desde el modelo de psicoterapia integrativo focalizado en la personalidad, reconociendo que la evaluación de las tipologías inmanentes de cada individuo favorece la planificación y señalamiento de técnicas y objetivos tanto en procesos preventivos como psicoterapueticos, garantizando probablemente un entendimiento pleno, tanto al paciente como al terapeuta, de la génesis y dinámica de los conflictos y/o patologías de cada individualidad

## **REFERENCIAS.**

Balarezo, L. (2010). *Psicoterapia integrativa focalizada en la personalidad.*

Ecuador: Unigraf.

Bagés, C., Lleixà, F., Español, P., Imbernón, C., Munté, P., Vázquez, M. (2015).

Efectividad de la visita prequirúrgica sobre la ansiedad, el dolor y el bienestar. *Revista electrónica trimestral de enfermería*, 39, 29-40.

Recuperado de <http://scielo.isciii.es/pdf/eg/v14n39/clinica2.pdf>

- Carapia, A., Mejía, G., Nacif, L., Hernández, N. (2011). Efecto de la intervención psicológica sobre la ansiedad preoperatoria. *En revista mexicana de anesthesiología*, 34(4),260-263. Recuperado de:  
<http://www.medigraphic.com/pdfs/rma/cma-2011/cma114e.pdf>
- Carrascosa López M.T., Aguilar M y Carrascosa L M.C. (2011). Disminución de ansiedad en paciente quirúrgico mediante una intervención de enseñanza individual. *Asociación Española de Enfermería En Urología*, 118. 13-17. Recuperado de:  
<https://dialnet.unirioja.es/descarga/articulo/3724055.pdf>
- Dubourdieu, M. (2008). *Psicoterapia integrativa PNIE psiconeuroinmunoendocrinología integración cuerpo-mente-entorno*. Uruguay: Psicolibros.
- Fernández, H. (1996). *Fundamentos de un modelo integrativo en psicoterapia*. Argentina: Paidós.
- Fernández-Alvarez y Opazo, 2004. *La integración en psicoterapia. Manual Práctico*. Argentina: Paidós.
- de la Fuente, P., Duhalde, P., Gallardo, P., Ulloa, P., y Valenzuela, P. (2012). Experiencia de prevención en salud mental pediátrica: psicoprofilaxis quirúrgica en pacientes sometidos a cirugía de escoliosis. *Cuad Méd Soc (Chile)*, 52(2), 54-67. Recuperado

de:[http://cms.colegiomedico.cl/Magazine%5C2012%5C52%5C2%5C52\\_2\\_7.pdf](http://cms.colegiomedico.cl/Magazine%5C2012%5C52%5C2%5C52_2_7.pdf)

González, F. (2007). *Instrumentos de Evaluación Psicológica*. La Habana: Editorial. Ciencias Médicas. Recuperado de: [http://newpsi.bvs-psi.org.br/ebooks2010/en/Acervo\\_files/InstrumentosEvaluacionPsicologica.pdf](http://newpsi.bvs-psi.org.br/ebooks2010/en/Acervo_files/InstrumentosEvaluacionPsicologica.pdf)

Gordillo, F. L., Arana, J. M., Mestas, L. (2011). Tratamiento de la ansiedad en pacientes prequirúrgicos. En *Revista clínica de medicina de familia*, 4(3), 228-233. doi: 10.4321/S1699-695X2011000300008

Hernández, R., Fernández, C., Baptista, P. (2008). *Metodología de la Investigación*. (4ta. Ed.). México: Mc Graw Hill.

López, R., Pastor-Mira, M., Rodríguez, J., Sánchez, S., y Belmonte, J. (1991). Ansiedad y cirugía: un estudio con pacientes oftalmológicos. *Revista de psicología general y aplicada: Revista de la Federación Española de Asociaciones de Psicología*, 44(1), 87-94. Recuperado de [https://scholar.google.com.ec/scholar?q=estres+post+quirurgico&hl=es&as\\_sdt=0&as\\_vis=1&oi=scholart&sa=X&ved=0ahUKEwjDmamYz9bOAhUDGh4KHWWuDIIQgQMIGDAA](https://scholar.google.com.ec/scholar?q=estres+post+quirurgico&hl=es&as_sdt=0&as_vis=1&oi=scholart&sa=X&ved=0ahUKEwjDmamYz9bOAhUDGh4KHWWuDIIQgQMIGDAA)

- Marín R., Martínez G., Ponsich P. y Pubill G. (2004). Ansiedad en pacientes intervenidos de rodilla. (Prótesis total rodilla). *Revista Electrónica Semestral de Enfermería*, 4, 1-9. Recuperado de <https://www.um.es/eglobal/>
- Millón, T; Davis R. y cols. (2004). “*Trastornos de personalidad. Más allá del DSMIV*”. España: Masson.
- Moreno, C., y Calle, P. (2015). Detección y actuación en la ansiedad preoperatoria inmediata. De la teoría a la práctica. *Cirugía mayor ambulatoria*, 20(2), 74-78. Recuperado de: [http://www.asecma.org/Documentos/Articulos/06\\_20\\_2\\_OR\\_Moreno.pdf](http://www.asecma.org/Documentos/Articulos/06_20_2_OR_Moreno.pdf)
- Romeo, M., y Sagardoy, L. (2014). Efectos del uso de un tríptico informativo en la reducción de la ansiedad y el dolor perioperatorios en pacientes intervenidos de patología urológica. *Enfermería Clínica*, 24(4), 233-240. Recuperado de: <https://dialnet.unirioja.es/servlet/articulo?codigo=4775922>
- Valenzuela, J., Barrera, J., Ornelas, J. (2010, Marzo-Abril). Ansiedad preoperatoria en procedimientos anestésicos. En [www.mediagraphic.org.mx](http://www.mediagraphic.org.mx), 78(2), 151-156. Recuperado de: <http://www.medigraphic.com/pdfs/circir/cc-2010/cc102h.pdf>



## ANEXOS.

### ANEXO “A”: Consentimiento Informado.



**HOSPITAL GENERAL “ALFREDO NOBOA MONTENEGRO”  
DEPARTAMENTO DE SALUD MENTAL**

Guaranda a los \_\_\_\_ días del mes de \_\_\_\_\_ del 2016

#### CONSENTIMIENTO INFORMADO.

**Maestría en Psicoterapia Integrativa, Universidad Central del Ecuador en convenio con la Universidad del Azuay.**

**Tema de Investigación: Ansiedad Quirúrgica, desde el Modelo Integrativo Focalizado en la Personalidad.**

**Autora: Nancy Graciela Sanga Morejón; CC: 0201780517.**

Yo, \_\_\_\_\_, con Cédula de ciudadanía o pasaporte No.: \_\_\_\_\_, de \_\_\_\_ años de edad, certifico que he sido informado/a con claridad, veracidad, y anticipación con respecto a los objetivos de la Investigación “**Ansiedad Quirúrgica, desde el Modelo Integrativo Focalizado en la Personalidad**”, en la cual he sido invitado a participar, y sobre mi participación en la resolución de dos cuestionarios antes y después de la cirugía, los cuales miden la expresión de la ansiedad que pueda presentar o no frente a la cirugía que tendré posteriormente, así como la probabilidad de adicionalmente participar en una sesión de explicación del porqué presento esas manifestaciones y el análisis de mis miedos temores y expectativas sobre la cirugía, entiendo que los datos aquí obtenidos se analizarán grupalmente y puedo tener conocimiento de las puntuaciones y resultados de los procedimientos ya mencionados; expreso mi aceptación libre y voluntaria para participar activamente en ésta investigación tanto como del conocimiento de mi libertad y autonomía para retirarme o negarme a continuar en el proceso cuando lo estime conveniente y sin necesidad de justificación alguna, sin que eso implique dificultades o represalias en mi contra o se me condiciones el continuar con el tratamiento en ésta casa de salud.

Confiada/o en que se respetará mi intimidad e integridad física y psicológica por la información por mi suministrada, me suscribo conjuntamente con quien me ha informado al respecto.

\_\_\_\_\_

**Paciente participante en la Investigación.**

\_\_\_\_\_

**Psicóloga clínica responsable**

**ANEXO “B”: Inventario de Ansiedad Rasgo Estado R-E (IDARE).**

**Edad:** \_\_\_\_\_ **Estado Civil:** \_\_\_\_\_ **Nivel de Instrucción:** \_\_\_\_\_  
**Profesión** \_\_\_\_\_ **Ocupación:** \_\_\_\_\_ **Tipo de Religión:** \_\_\_\_\_  
 Cirugía anterior: Si \_\_\_ No \_\_\_ Tipo de cirugías anteriores \_\_\_\_\_  
 Cirugía a la que se someterá: \_\_\_\_\_ Conocimiento o no del tipo de anestesia  
 con el que será intervenido: Si: \_\_\_\_\_ No: \_\_\_\_\_ Cual: \_\_\_\_\_

**IDARE (STAI), ESTADO  
 INVENTARIO DE AUTOVALORACIÓN**

**INSTRUCCIONES:** Algunas expresiones que las personas usan para describirse aparecen abajo. Lea cada frase y encierre en un círculo el número que indique **cómo se siente ahora mismo, o sea, en estos momentos.**

No hay contestaciones buenas o malas. No emplee mucho tiempo en cada frase, pero trate de dar la respuesta que mejor describa sus sentimientos ahora.

Nro.	Descripción	NO	Un poco	Bastante	Mucho
1	Me siento calmado	1	2	3	4
2	Me siento seguro	1	2	3	4
3	Estoy tenso	1	2	3	4
4	Estoy contrariado	1	2	3	4
5	Me siento a gusto	1	2	3	4
6	Me siento alterado	1	2	3	4
7	Estoy alterado por algún posible contratiempo	1	2	3	4
8	Me siento descansado	1	2	3	4
9	Me siento ansioso	1	2	3	4
10	Me siento cómodo	1	2	3	4
11	Me siento con confianza en mí mismo	1	2	3	4
12	Me siento nervioso	1	2	3	4
13	Estoy agitado	1	2	3	4
14	Me siento “a punto de explotar”	1	2	3	4
15	Me siento relajado	1	2	3	4
16	Me siento satisfecho	1	2	3	4
17	Estoy preocupado	1	2	3	4
18	Me siento muy excitado y aturdido	1	2	3	4
19	Me siento alegre	1	2	3	4
20	Me siento bien	1	2	3	4

**A. Estado**

$$3+4+6+7+9+12+13+14+17+18= A$$

$$1+2+5+8+10+11+15+16+19+20= B$$

$$(A-B)+50=$$

\_\_\_ Alto (> = 45)

\_\_\_ Medio (31-44)

\_\_\_ Bajo (< = 30)

**IDARE (STAI), RASGO  
INVENTARIO DE AUTOVALORACIÓN.**

**INSTRUCCIONES:** Algunas expresiones que las personas usan para describirse aparecen abajo. Lea cada frase y encierre en un círculo el número que indique cómo se siente generalmente. No hay contestaciones buenas o malas. No emplee mucho tiempo en cada frase, pero describa cómo se siente generalmente.

Nro.	Descripción	Casi Nunca	Algunas veces	Frecuentemente	Casi siempre
21	Me siento bien	1	2	3	4
22	Me canso rápidamente	1	2	3	4
23	Siento ganas de llorar	1	2	3	4
24	Quisiera ser tan feliz	1	2	3	4
25	Me pierdo cosas por no poder decidirme rápidamente	1	2	3	4
26	Me siento descansado	1	2	3	4
27	Soy una persona “tranquila serena y sosegada”	1	2	3	4
28	Siento que las dificultades se amontonan al punto de no poder soportarlas	1	2	3	4
29	Me preocupo demasiado por cosas sin importancia	1	2	3	4
30	Soy feliz	1	2	3	4
31	Me inclino a tomar las cosas muy a pecho	1	2	3	4
32	Me falta confianza en mí mismo	1	2	3	4
33	Me siento seguro	1	2	3	4
34	Trato de evitar enfrentar una crisis o dificultad	1	2	3	4
35	Me siento melancólico	1	2	3	4
36	Estoy satisfecho	1	2	3	4
37	Algunas ideas poco importantes pasan por mi mente	1	2	3	4
38	Me afectan tanto los desengaños que no me los puedo quitar de la cabeza	1	2	3	4
39	Soy una persona estable	1	2	3	4
40	Cuando pienso en los asuntos que tengo entre manos me pongo tenso y alterado	1	2	3	4

**A. Rasgo.**

$$22+23+24+25+28+29+31+32+34+35+37+38+40 = A$$

$$21+26+27+30+33+36+39 = B$$

$$(A-B)+35 =$$

\_\_\_ Alto ( $> = 45$ )

\_\_\_ Medio (31-44)

\_\_\_ Bajo ( $< = 30$ )

**IDARE.**  
**HOJA DE REPUESTAS**

ESTADO					RASGO				
Nro.	NO	Un poco	Bastante	Mucho	Nro.	Casi Nunca	Algunas veces	Frecuentemente	Casi siempre
1	1	2	3	4	21	1	2	3	4
2	1	2	3	4	22	1	2	3	4
3	1	2	3	4	23	1	2	3	4
4	1	2	3	4	24	1	2	3	4
5	1	2	3	4	25	1	2	3	4
6	1	2	3	4	26	1	2	3	4
7	1	2	3	4	27	1	2	3	4
8	1	2	3	4	28	1	2	3	4
9	1	2	3	4	29	1	2	3	4
10	1	2	3	4	30	1	2	3	4
11	1	2	3	4	31	1	2	3	4
12	1	2	3	4	32	1	2	3	4
13	1	2	3	4	33	1	2	3	4
14	1	2	3	4	34	1	2	3	4
15	1	2	3	4	35	1	2	3	4
16	1	2	3	4	36	1	2	3	4
17	1	2	3	4	37	1	2	3	4
18	1	2	3	4	38	1	2	3	4
19	1	2	3	4	39	1	2	3	4
20	1	2	3	4	40	1	2	3	4

**A. Estado**

$$3+4+6+7+9+12+13+14+17+18= A$$

$$1+2+5+8+10+11+15+16+19+20= B$$

$$(A-B)+50=$$

\_\_\_ Alto ( $> = 45$ )

\_\_\_ Medio (31-44)

\_\_\_ Bajo ( $< = 30$ )

**A. Rasgo.**

$$22+23+24+25+28+29+31+32+34+35+37+38+40 = A$$

$$21+26+27+30+33+36+39 = B$$

$$(A-B)+35=$$

\_\_\_ Alto ( $> = 45$ )

\_\_\_ Medio (31-44)

\_\_\_ Bajo ( $< = 30$ )

**ANEXO “C”: Plan de Investigación Aprobado.**



**UNIVERSIDAD CENTRAL DEL ECUADOR  
FACULTAD DE CIENCIAS PSICOLÓGICAS  
INSTITUTO SUPERIOR DE POSGRADO**

**UNIVERSIDAD DEL AZUAY**

**MAESTRIA EN PSICOTERAPIA INTEGRATIVA**

**PROYECTO DE INVESTIGACIÓN PREVIO A LA OBTENCIÓN  
DEL GRADO DE MAGISTER EN PSICOTERAPIA INTEGRATIVA.**

Título:

**Ansiedad Quirúrgica, desde el Modelo de Psicoterapia Integrativa Focalizado en la  
Personalidad.**

Tutor: Mtr. Mario Moyano Moyano.

Maestrante: Nancy Graciela Sanga Morejón.

AÑO 2015  
CUENCA-ECUADOR.

## **1. TÍTULO.**

**Ansiedad quirúrgica, desde el Modelo de Psicoterapia Integrativa Focalizado en la Personalidad.**

## **2. HIPÓTESIS DE INVESTIGACIÓN.**

La administración de un programa de psicoeducación influye en la disminución de los niveles de ansiedad operatoria de los pacientes que se intervendrán quirúrgicamente en el servicio de cirugía general del Hospital “Alfredo Noboa Montenegro, de la ciudad de Guaranda”.

## **3. OBJETIVOS DE INVESTIGACIÓN.**

### **3.1 Objetivo General:**

1. Evaluar el efecto de un programa de psicoeducación, en los pacientes que serán intervenidos quirúrgicamente en el servicio de cirugía general del Hospital “Alfredo Noboa Montenegro” HANM, de la ciudad de Guaranda.

### **3.2 Objetivos Específicos:**

1. Evaluar los niveles de ansiedad antes de la cirugía a los pacientes que serán intervenidos quirúrgicamente en el servicio de cirugía general del HANM, con la escala de ansiedad estado-rasgo, State-Trait Anxiety Inventory Questionnaire (STAI), por sus siglas en inglés.
2. Intervenir con un programa psicoeducativo antes de la cirugía en los pacientes que serán intervenidos quirúrgicamente en el servicio de cirugía general del HANM.

3. Evaluar los niveles de ansiedad después de la cirugía a los pacientes que serán intervenidos quirúrgicamente en el servicio de cirugía general del HANM, con la escala de ansiedad estado-rasgo, STAI.
4. Comparar los valores de los niveles de ansiedad estado-rasgo pre y postoperatoria antes del alta del paciente.

#### **4. INTRODUCCIÓN.**

Actualmente nutrido es el conocimiento y las investigaciones realizadas con respecto a la influencia que mantienen los factores psicológicos y psiquiátricos en el desarrollo favorable o desfavorable de una recuperación posoperatoria, así como probables complicaciones, o mantenimiento deficitario de estrategias de autocuidado y colaboración en el posoperatorio mediato cuando es enviado a su hogar.

Sin embargo y muy a pesar de ésta influencia muy pocos profesionales de la salud entre ellos médicos cirujanos, anestesiólogos, demás especialistas toman en cuenta el evaluar el estado de ansiedad y otras manifestaciones de importancia que suele surgir antes, durante y después del proceso quirúrgico tanto como los factores psicosociales predisponentes y moduladores de probables afectaciones en este nivel (Valenzuela, Barrera y Ornelas, 2010); la activación emocional, cognitiva y fisiológica que una persona experimenta desde el momento que tiene conocimiento que se someterá a una cirugía es impresionante ya que no sólo intuitivamente reconoce el riesgo del procedimiento invasivo por mínimo que éste sea y se traslada instantáneamente al recorrido que habrá de experimentar desde el abandonar su hogar, familia y más responsabilidades para “internarse” en un medio desconocido y extraño en donde se limita su autonomía personal, cambian sus horarios de sueño, comida y podría decirse que está a expensas del personal médico, de enfermería y más para realizarse exámenes auxiliares o procedimientos preparatorios, interrelacionándose con aparatos, instrumentos, interrogaciones, que pueden intensificar sus consabidos temores del riesgo de la anestesia, el procedimiento en sí mismo, el dolor luego de la cirugía probables complicaciones durante la misma, creencias y fantasías hacia la muerte, expectativas y confianza ante quien realizará el procedimiento y otros causados por

experiencias quirúrgicas traumáticas anteriores de sí mismo o de allegados, por lo que el paciente deberá hacer uso de muchas de sus capacidades y habilidades personales en el manejo resolutivo de su experiencia quirúrgica.

Otra de las variables que se considera en la génesis de angustia operatoria es el conocimiento o desconocimiento del tipo de anestesia que se utilizará, la calidad de información proporcionada acerca de la cirugía a realizarse de acuerdo a las necesidades de cada paciente y el grado de empatía que perciba del equipo de salud a cargo.

En el 2011, Carapia, Mejía, Nacif, y Hernández plantean un estudio en dónde, constatan la disminución de los niveles de ansiedad operatoria antes y después de la cirugía luego de la aplicación de técnicas de psicoeducación, reestructuración cognitiva, reforzamiento positivo, y otras técnicas cognitivo conductuales, destacando que el paciente al vivir la cirugía como un evento traumático que significa una amenaza potencial para su existencia incrementa sus niveles de ansiedad, sugieren como factor predictor de la presencia de ansiedad en la mañana o a horas del procedimiento la medida de los factores de ansiedad situacional antes del ingreso, acotando además la importancia de medir los factores y niveles de ansiedad subjetiva que no pueden corresponderse con niveles de normotensión fisiológica ya que los primeros no se correspondían con los últimos existiendo factores fisiológicos normales con una ansiedad subjetiva moderada.

Varios estudios han demostrado que, el proporcionar información sobre la cirugía la anestesia y despejar dudas de acuerdo a necesidades del paciente reducen los niveles de ansiedad pre quirúrgica o a su vez la carencia de los mismos incrementa sus niveles dificultando el control del dolor, interfiriendo de la percepción de control del sujeto y la situación y la recuperación. (Gordillo, Arana y Mestas, 2011; Valenzuela et al, 2010; Carapia et al, 2011).

A la luz de los hechos a través del Modelo Integrativo Focalizado en la Personalidad se propone una investigación vinculada a la atención interdisciplinaria para evaluar los niveles de ansiedad quirúrgica antes y después de la cirugía, mediados por un dispositivo psicoterapéutico que se espera movilice componentes afectivos cognitivos,



volitivos en un adecuado afrontamiento al proceso quirúrgico que llevarán los pacientes de cirugía general del Hospital “Alfredo Noboa Montenegro” de la ciudad Guaranda considerando que será la primera investigación con intervención psicoterapéutica en los pacientes de ésta unidad de salud de referencia provincial.

## **5. MATERIALES Y MÉTODOS.**

Ésta será una investigación cuantitativa de alcance correlacional, diseño experimental con pre prueba pos prueba y grupo de control (Hernández Sampieri, Fernández Collado, Baptista Lucio, 2008) a realizarse en 60 pacientes que se someterán a cirugía general en el Hospital “Alfredo Noboa Montenegro” de la ciudad de Guaranda, Ecuador; con el objeto de evaluar el efecto que un programa psicoeducativo tendrá en los niveles de ansiedad operatoria previa y posterior al procedimiento quirúrgico. Los niveles de ansiedad se valorarán con el inventario de ansiedad estado-rasgo State-Trait Anxiety Inventory Questionarie, (STAI) por sus siglas en inglés, de Spielberg el cual consta de dos escalas separadas que miden la ansiedad como rasgo o elemento constitutivo de la personalidad y la ansiedad cómo estado o elemento transitorio o circunstancial con 20 ítems cada una. Se aplicará la escala STAI una vez que los pacientes sean ingresados al servicio de cirugía general y 24 horas después de la cirugía antes que sean dados de alta, calificando las escalas inmediatamente. Una vez que se califiquen las escalas, aleatoriamente se distribuirán los pacientes para realizar la sesión de psicoeducación abordando sus expectativas, temores y más circunstancias concomitantes del proceso quirúrgico, hasta completar 30 integrantes en un primer grupo a quienes se les aplicará el tratamiento experimental mientras que al segundo grupo de 30 personas que se irá constituyendo aleatoriamente será el grupo de control, se aplicaran los mismos reactivos excepto la sesión de psicoeducación, se cuidará que se puedan constituir grupos equivalentes para la investigación. Luego de la calificación de la postprueba con el grupo con el que se trabajó experimentalmente, se realizará una última sesión de intervención psicoterapéutica.

La muestra será no probabilística, elegida dentro de los pacientes que serán ingresados a realizarse un procedimiento quirúrgico programado luego de la coordinación con los profesionales de cirugía en consulta externa, serán casos consecutivos abordados

posteriormente en hospitalización y que acepten formar parte de la investigación a través de la firma del consentimiento informado y que cumplan con los siguientes criterios de inclusión: hombre o mujer mayor de edad entre 18 y 64 años de edad, sin antecedentes pre mórbidos de salud mental, con o sin antecedentes de cirugías previas, como criterios de exclusión quienes no formen parte de los criterios de inclusión.

Posteriormente se hará el vaciado de los datos, su comparación y el tratamiento de los mismos con medidas de tendencia central del programa estadístico SPSS versión 11 para Windows.

## 6. PRESUPUESTO REAL.

En la presente investigación se consideran los siguientes gastos que serán autofinanciados:

<b>MATERIALES</b>	<b>COSTOS</b>
<b>Transporte</b>	\$ 200,00
<b>Copias de test y consentimiento informado</b>	\$ 70,00
<b>Computador</b>	\$ 800,00
<b>Libros</b>	\$ 300,00
<b>Internet</b>	\$ 300,00
<b>Impresiones, copias</b>	\$ 50,00
<b>Otros</b>	\$ 300,00
<b>TOTAL</b>	\$ 2.020,00

## 7. CRONOGRAMA DE ACTIVIDADES:

Se desarrollaran las siguientes actividades de acuerdo a lo propuesto:

	1	2	3	4	5	6	7
<b>ACTIVIDADES MESES</b>							
1 Realización del plan de investigación	X	X					
2 Aprobación del plan de investigación			X	X			
3 Elaboración del marco teórico			X	X	X		
4 Recolección de la información				X	X		
5 Procesamiento de información				X	X	X	
6 Elaboración y presentación del informe final				X	X	X	X

## 8. REFERENCIAS.

Balarezo, L. (2010). *Psicoterapia integrativa focalizada en la personalidad*.

Ecuador: Unigraf.

Balbi, J. (2004). *La mente narrativa: hacia una concepción postracionalista de la identidad personal*. Buenos Aires: Paidós.

Bellak, L., Siegel, H. (1986). *Manual de psicoterapia breve, intensiva y de urgencia*. Mexico: Manual moderno.

Carapia, A., Mejía, G., Nacif, L., Hernández, N. (2011, Octubre-Diciembre). Efecto de la intervención psicológica sobre la ansiedad preoperatoria. En revista mexicana de anestesiología, 34(4),260-263. Recuperado de: <http://www.medigraphic.com/pdfs/rma/cma-2011/cma114e.pdf>

Dubourdieu, M. (2008). *Psicoterapia integrativa PNIE psiconeuroinmunoendocrinología integración cuerpo-mente-entorno*. Uruguay: Psicolibros.

Fernández, H. (2000). *Fundamentos de un modelo integrativo en psicoterapia*. Argentina: Paidós.

Gordillo, F. L., Arana, J. M., Mestas, L. (2011). Tratamiento de la ansiedad en pacientes prequirúrgicos. En *Revista clínica de medicina de familia*, 4(3), 228-233. doi: 10.4321/S1699-695X2011000300008

Hernández, R., Fernández, C., Baptista, P. (2008). *Metodología de la Investigación*. (4ta. Ed.). México: McGraw Hill.

Millon, T; Davis R. y cols. (2004). *“Trastornos de personalidad. Más allá del DSMIV”*. España: Masson.

Valenzuela, J., Barrera, J., Ornelas, J. (2010, Marzo-Abril). Ansiedad preoperatoria en procedimientos anestésicos. En *www.mediagraphic.org.mx*, 78(2), 151-156. Recuperado de: <http://www.medigraphic.com/pdfs/circir/cc-2010/cc102h.pdf>

**Responsables:**

Psc. Cl. Nancy G. Sanga.  
Maestrante de Psicoterapia Integrativa.

Mtr. Mario Moyano Moyano.  
Director.