

11236

53



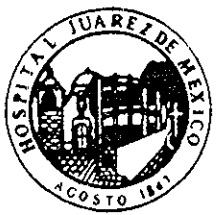
UNIVERSIDAD NACIONAL AUTONOMA DE MEXICO

FACULTAD DE MEDICINA
DIVISION DE ESTUDIOS DE POSGRADO
SECRETARIA DE SALUD
HOSPITAL JUAREZ DE MEXICO

MEDICION DE LA ANSIEDAD ESTADO ANTES Y
DESPUES DE LA APLICACION DE TECNICAS
COGNITIVO-CONDUCTUALES EN PACIENTES
PREQUIRURGICOS CON CA DE CABEZA Y CUELLO

TESIS PROFESIONAL
QUE PARA OBTENER EL TITULO DE:
ESPECIALISTA EN
OTORRINOLARINGOLOGIA
PRESENTA:
DRA. ICELA PEÑAFIEL NAJERA

DIRECTOR DE TESIS: PSIC ERIKA GALAN ZARATE
ASESORES: DR FRANCISCO GARCIA RODRIGUEZ
DR. JORGE E DEL BOSQUE MENDEZ
TITULAR DEL CURSO: DR GUILLERMO HERNANDEZ VALENCIA



MEXICO, D.F.

200



Universidad Nacional
Autónoma de México



UNAM – Dirección General de Bibliotecas
Tesis Digitales
Restricciones de uso

DERECHOS RESERVADOS ©
PROHIBIDA SU REPRODUCCIÓN TOTAL O PARCIAL

Todo el material contenido en esta tesis esta protegido por la Ley Federal del Derecho de Autor (LFDA) de los Estados Unidos Mexicanos (México).

El uso de imágenes, fragmentos de videos, y demás material que sea objeto de protección de los derechos de autor, será exclusivamente para fines educativos e informativos y deberá citar la fuente donde la obtuvo mencionando el autor o autores. Cualquier uso distinto como el lucro, reproducción, edición o modificación, será perseguido y sancionado por el respectivo titular de los Derechos de Autor.



HOJA DE APROBACIÓN

SUBDIVISION DE ESPECIALIZACION
 DIVISION DE ESTUDIOS DE POSGRADO
 FACULTAD DE MEDICINA
 U. N. A. M.

DIRECTORA DE TESIS:

PSIC. ERIKA GALÁN ZÁRATE
 PSICÓLOGA DEL ÁREA DE LA
 SALUD EN MEDICINA CONDUCTUAL
 (ONCOLOGÍA)

TITULAR DEL CURSO:

DR. GUILLERMO HERNÁNDEZ VALENCIA
 JEFE DEL SERVICIO DE ORL

JEFE DE LA DIVISIÓN DE ENSEÑANZA
 E INVESTIGACIÓN DEL HJM:

DR. JORGE A. DEL CASTILLO MEDINA

DIRECTOR DE LA DIVISIÓN DE ENSEÑANZA
 E INVESTIGACIÓN DEL HJM:

DR. AQUILES AYALA RUÍZ



SECRETARIA DE SALUD
 HOSPITAL JUAREZ DE MEXICO
 DIRECCION DE INVESTIGACION
 Y ENSEÑANZA

DEDICATORIAS

A mis padres por todo su apoyo y esfuerzo, ya que sin ellos no habría podido llegar a la meta, principalmente a mi Madre, gracias por su confianza y su amor pero sobre todo por el ejemplo.

A mis sobrinos Itzel y Alejandro gracias por su alegría y su luz.

A mi Familia gracias por ceder tantas horas de esparcimiento.

A mi Padre y Hermana gracias por estar siempre ahí.

A Jorge gracias por todo su apoyo.

A Erika por que sin ella no hubiera sido posible realizar la presente.

A Dios por todo lo que me ha dado.

Gracias a todos los pacientes que ayudaron en mi formación.

Icela

"MEDICIÓN DE LA ANSIEDAD ESTADO
ANTES Y DESPUÉS DE LA APLICACIÓN DE
TÉCNICAS COGNITIVO-CONDUCTUALES EN
PACIENTES PREQUIRÚRGICOS CON CA DE
CABEZA Y CUELLO"

Í N D I C E

Resumen	1
Introducción	2

CAPÍTULO I

Cáncer	3
Tratamientos Médicos	3
Dolor por Cáncer	4
Efectos Psicológicos del Cáncer	5

CAPÍTULO II

Ansiedad	7
La Amenaza y la Ansiedad	8
Diferencias Individuales en la propensión a la ansiedad	8
La Ansiedad y la Adaptación	9
Reacciones de Ansiedad ante la Cirugía	10

CAPÍTULO III

Técnicas Cognitivo-Conductuales para el manejo de la Ansiedad	12
Relajación Muscular Progresiva (RMP)	13
Entrenamiento Autógeno	15
Imaginación Visual Guiada	15
Reestructuración Cognoscitiva	16
Respiración Diafragmática	17
Retroalimentación Biológica	17

CAPÍTULO IV

Justificación	19
Planteamiento del Problema	20
Hipótesis de Investigación	20
Definición del Objetivo General	20
Análisis Estadístico	20
Descripción del Instrumento	20

Procedimiento.....	21
VARIABLES.....	24
Campo Especifico de Aplicación.....	24
Diseño del Estudio.....	25
Finalidades.....	25
Lugar y Duración.....	25
Material.....	25
Universo y Tamaño de la Muestra.....	25
Criterios de Inclusión y de Eliminación.....	25
Recursos.....	25

CAPÍTULO V:

Resultados y análisis.....	26
----------------------------	----

CAPÍTULO VI:

Discusión y Conclusiones.....	33
Limitaciones y Sugerencias.....	35
Referencias.....	36
Anexos.....	38

RESUMEN

Esta investigación tuvo por objetivo observar si existen cambios en los puntajes de Ansiedad Estado en el inventario de IDARE a través del entrenamiento en la técnica de respiración diafragmática. La muestra fue elegida en el Hospital Juárez de México, los cuales acudieron al servicio de oncología en el área de Cabeza y Cuello y tuvieron como tratamiento médico una intervención quirúrgica, para la selección de los mismos se les aplicó el Inventario de Ansiedad de Spielberg (IDARE) antes y después del tratamiento psicológico (entrenamiento en técnicas de relajación a través de la respiración diafragmática en tres sesiones) y solo entraron a la investigación aquellos que puntuaron alto en la escala Ansiedad-Estado, finalmente la muestra quedó constituida por 12 pacientes (6 hombres y 6 mujeres, sus edades fluctuaron entre 42 y 73 años). En cuanto a los resultados se observaron diferencias estadísticamente significativas en 11 de los 20 reactivos de la escala de Ansiedad-Estado (reactivos 1,5,6,7,8,9,10,11,13,15 y 16), así como también en los puntajes totales antes y después de la intervención psicológica, lo que nos indican que el tratamiento sí modificó estas puntuaciones.

INTRODUCCIÓN

El cáncer es una enfermedad que involucra graves daños en el organismo e inclusive puede llegar a causar la muerte, en un Hospital de tercer nivel del zona Metropolitana en la Ciudad de México en el servicio de oncología del área de Cabeza y Cuello, la mayoría de los pacientes llegan a consulta externa con un cáncer avanzado.

Los pacientes enfrentan una situación incierta, en cuanto a cantidad y calidad de vida, en donde por una parte se encuentran atrapados en una muerte segura o una vida que depende de mutilaciones corporales y riesgos de que aparezca nuevamente la enfermedad (recaídas).

Cuando el médico ofrece algún tratamiento quirúrgico los pacientes se ven invadidos por un estado de estrés situacional, presentando síntomas de ansiedad ante la operación, ésta es una reacción emocional que proviene de las sensaciones subjetivas de la percepción de una situación amenazante presentándose síntomas como sudoración, nerviosismo, taquicardias, temor, temblores, náuseas y sudoración entre otras.

Hay entonces una percepción de pérdida de control, lo cual produce una desorganización cognoscitiva debida a una deficiente estrategia de afrontamiento (Lazarus, 1996).

Jonson (1980), define ansiedad preoperatoria como la respuesta emocional a una situación amenazante y representa parte de una reacción normal a una operación quirúrgica futura. Los pacientes se enfrentan con peligros realistas, así como una disrupción de sus vidas cotidianas. Vernon, Schulman y Foley (1966), mencionan que la cirugía es un evento estresante, el cual puede causar ansiedad situacional.

Las técnicas cognitivo conductuales han demostrado ser estrategias adecuadas para la enseñanza de autocontrol en pacientes crónico degenerativos (Vallejo, 1998, Smith, 1992., Aguirre, 2001., Sánchez y Vera, 1997, González, 1999., Rosales, 1998., Gutiérrez, 2000., Palma, 1994., Juárez, 1982., Fernández, 1987., Gutiérrez, 2000, Jonson, 1980).

En la revisión de la literatura no se encontraron estudios en donde se haya trabajado con este tipo de técnicas cognitivo conductuales en pacientes oncológicos preoperatorios para disminuir la ansiedad percibida por este evento, por lo que el objetivo de esta investigación es probar el entrenamiento en la técnica de respiración diafragmática para observar si existen cambios en los puntajes de ansiedad- estado post aplicación en el inventario de ansiedad de Beck (IDARE)

CAPÍTULO I: CÁNCER

Normalmente las células de un organismo presentan una reproducción ordenada, de modo que los tejidos son reemplazados y las lesiones reparadas, a la vez que el crecimiento del organismo prosigue; sin embargo ciertas células experimentan un cambio anormal y se inicia un proceso de crecimiento incontrolado. A la masa anormal del tejido que prolifera sin relación con el tipo o la velocidad de crecimiento de los tejidos normales y que es capaz de crecimiento independiente después de que cesa el estímulo que la ha producido, a esto se le denomina *neoplasia* (De Vita, 1999).

Dependiendo del comportamiento biológico de esta neoplasia, se pueden hablar de neoplasias benignas o malignas; a las neoplasias malignas se les conoce comúnmente como *cáncer*; así, bajo este término se agrupan las afecciones en las cuales un conjunto de células en el seno de un organismo pluricelular, escapan a los mecanismos de regulación que aseguran un equilibrio entre los tejidos compatibles con la vida (Amiel, 1978, citado por Sánchez y Vera, 1997)

En los adultos se calcula que de un 60% a un 90% de los cánceres que aparecen primariamente en órganos que están en contacto directo con el exterior, se deben a carcinógenos ambientales. La tarea del oncólogo puede dividirse en cuatro etapas: Diagnóstico, remisión, muerte o supervivencia a largo plazo. Cuando se sospecha de una neoplasia maligna, interesa precisar inmediatamente su naturaleza y extensión, siendo muy conveniente un estudio completo en busca de metástasis, antes de realizar una biopsia para confirmar el diagnóstico.

TRATAMIENTOS MÉDICOS

El tratamiento de personas con cáncer en el servicio de cabeza y cuello en el Hospital Juárez de México tiene dos aspectos: el específico y el paliativo; en el primero, el médico cuenta de inicio con la extirpación quirúrgica (la cual provoca fuertes importantes de ansiedad) y posteriormente la radioterapia o bien primero la radiación y posteriormente la intervención quirúrgica, ésta se realiza llevándose el mínimo margen necesario de células sanas

El pronóstico del tratamiento depende del tipo de tumor, localización y extensión del mismo.

DOLOR POR CÁNCER

El dolor por cáncer es aquel que resulta de la invasión del tumor al hueso, nervio o otros órganos o sistemas (De Vita, 1999). este tipo de dolor puede variar en sensibilidad de ligera a tormentoso, dependiendo del tipo de tumor, localización y malignidad. En el tratamiento farmacológico por dolor se pueden hablar de tres tipos:

➤ **Analgésicos :**

a) **AINES** (analgésicos antiinflamatorios no esteroides): Constituyen un grupo heterogéneo de compuestos que con frecuencia no se relacionan químicamente pero que comparte ciertas acciones terapéuticas y efectos colaterales. El prototipo es la aspirina, que también se les denomina drogas tipo aspirina; incluyen el acetaminofén, la aspirina y los antiinflamatorios no esteroideos. Se utilizan comúnmente por vía bucal y no hay tolerancia ni dependencia física por su administración repetida; sin embargo, la eficacia analgésica de estos fármacos tiene un efecto límite, es decir, el aumento de las dosis más allá de cierto grado no produce más analgesia. La aspirina y los AINES tienen reacciones antipiréticas, analgésicas y antiinflamatorias. La aspirina y el acetaminofén son los fármacos de primera elección por su eficacia comprobada para el dolor leve a moderado.

b) **OPIOIDES**: A estos comúnmente se les denomina narcóticos, opiáceos o analgésicos potentes ya que se utilizan para el dolor moderado a severo. Los efectos colaterales de los narcóticos son las náuseas, vómitos, estreñimiento, deterioro gastrointestinal y retención urinaria; los opioides pueden producir taquipnea, taquicardia, hipertensión, náuseas, vómitos y muerte repentina por fibrilación ventricular.

➤ **Analgésicos locales**: Estos fármacos bloquean la conducción nerviosa cuando se aplican localmente en concentraciones apropiadas; actúan sobre cualquier sitio del sistema nervioso y sobre todo de fibra nerviosa. La ventaja de los analgésicos locales es que su acción es reversible; si sigue la recuperación completa de la función nerviosa sin evidencia de daño estructural de las fibras o células nerviosas (Ritchie y Greene, Goodman, Rall, Nies y Taylor, 1991; (citados por Sánchez y Vera, 1997). La xilocaína es el analgésico más utilizado, ya que la acción anestésica es más rápida y más intensa, de mayor duración y más extensa que una concentración igual de procaína, como efectos secundarios pueden provocar hipersomnolia, parestesias, estado mental alterado y convulsiones.

- Sedantes hipnóticos: Estos fármacos pertenecen al grupo de agentes que deprimen el Sistema Nervioso Central de un modo relativamente no selectivo, dependiendo de la dosis, produciendo calma o somnolencia progresiva (sedación), sueño (hipnosis farmacológica), inconsciencia, anestesia quirúrgica, coma, depresión respiratoria. Los sedantes disminuyen la actividad, modera la excitación y calma a quien lo recibe; un fármaco hipnótico produce somnolencia y facilita la aparición y el mantenimiento de un estado de sueño que se asemeja al sueño natural en sus características encefalográficas y desde el cual la persona puede ser despertada con facilidad (Goodman, 1991; citado por Sánchez y Vera, 1997)

EFFECTOS PSICOLÓGICOS DEL CÁNCER

El cáncer es una enfermedad devastadora, una vez que es diagnosticada, los pacientes tienden a caer en depresiones (aún antes de ser diagnosticada), mostrando como características de personalidad, una aparente independencia, poco demandantes, no son agresivos y muestran patrones de autosacrificio, paciencia y sentimientos de esperanza y ayuda.

Ante el conocimiento del diagnóstico la Dra Kübler-Ross (1972) menciona que la respuesta del paciente es de shock y aturdimiento; este estado es sustituido por la primera etapa, la **NEGACIÓN** en la que el paciente no está todavía preparado para enfrentar la realidad y reacciona defendiéndose con un "no, no es cierto" Puede ser que entonces vaya de hospital en hospital o de doctor en doctor, buscando un diagnóstico más favorable, o tal vez busque "una medicina mágica y maravillosa"; esta etapa se considera como adaptativa, en tanto que actúa como "atenuante" después de las inesperadas e impacientes noticias, y permite al paciente mantener cierto control y con el tiempo movilizar otras defensas menos radicales

Ante el continuo deterioro físico, la negación total ya no puede ser fácilmente sostenida; sin embargo, continúa existiendo a través de todo el proceso, presentándose periódicamente. La segunda etapa se denomina de **IRA**; se caracteriza por rabia y enojo, aquí el paciente se pregunta ¿por qué me sucede esto a mí y no a otro?; durante esta etapa el paciente dirige su rabia hacia Dios, hacia el destino, hacia el personal médico y prácticamente contra todos los que lo rodean, contra todas las personas sanas, todos lo que le recuerden que él morirá y los demás vivirán.

La tercera etapa, la Dra. Kübler-Ross (op cit) la ha denominado de **PACTO**, donde el paciente cree que tal vez rogando a Dios, prometiéndole algo, o haciendo algún tipo de pacto mágico logrará prolongar la vida.

Después de esto el paciente pasa a la cuarta etapa que se caracteriza por **DEPRESIÓN**, la cual puede presentarse como resultado de un incremento en los síntomas físicos al darse cuenta, por ejemplo que está adelgazando y sintiéndose cada vez más débil debido a las consecuencias de las prácticas quirúrgicas, como la extirpación de un seno o la mutilación de algún miembro de su cuerpo, que generalmente provoca una depresión profunda, o bien por los efectos colaterales de la quimioterapia o radioterapia. En el último periodo de la etapa de depresión, los pacientes raramente hablan o comparten su dolor; si el paciente ha tenido suficiente tiempo y se le ha proporcionado ayuda para elaborar las etapas previamente descritas, puede pasar a la quinta etapa, la de **ACEPTACIÓN**, en la cual se viven sentimientos de paz interior, un sentimiento de "estar listo", libre de angustia, amargura o miedo.

Cuando el paciente decide realizarse alguna intervención quirúrgica o algún tratamiento alternativo (quimioterapia) pasando varios días en hospitalización o inclusive en algunos de los casos, semanas o meses, causa un estado de angustia, desesperación y depresión y en los peores casos, puede causar ideas irracionales de muerte, las cuales pueden ser provocadas por el hecho real del fallecimiento de un compañero de cuarto, lo cual agudiza estas emociones y pensamientos, provocando el impulso de querer salir del hospital y no adherirse al tratamiento adecuadamente para su rehabilitación en los casos que así sean

En algunos de los casos de hospitalización, los pacientes ni siquiera conocen el nombre del compañero de junto, probablemente debido al ensimismamiento de su propio padecimiento, temiendo más a la enfermedad por la denotación de la palabra "cáncer" que por el conocimiento de la enfermedad en sí, generalmente las personas enfrentan su padecimiento con una concepción mental prejuiciada de temor y una interrogante de aceptación social, familiar, viendo a la enfermedad como misteriosa, imposible de prevenir y frecuentemente terminando en la muerte, lo cual causa sentimientos de impotencia.

Su permanencia en el hospital hace sentir a los pacientes inútiles, con sensaciones de "yo no sirvo para nada", "aquí no puedo hacer nada", motivando la desesperación, la baja autoestima y por consiguiente un estado permanente de ansiedad

CAPÍTULO II: ANSIEDAD

Enfrentarse a la ansiedad es una necesidad diaria en el crecimiento y desarrollo de todo ser humano; asistir por primera vez a la escuela o ingresar a un nuevo trabajo, separarse de los padres o de los seres queridos, dudar de la propia capacidad de adaptación en las relaciones con las demás personas, las presiones de trabajo, los plazos de pago y hablar en público son algunas de las muchas fuentes potenciales de ansiedad (Spielberg, 1979)

La ansiedad forma parte íntegra de la trama natural de la vida; cualquier situación en la que otros evalúen el comportamiento de una persona puede producir ansiedad; estas situaciones pueden causar efectos positivos y negativos, pero la respuesta negativa es la que generalmente capta la mayor parte de cosas tan desagradables como un mal tiro en la cancha de golf, un bajo rendimiento en los exámenes, insomnio, dolores de cabeza, erupciones en la piel y aún desórdenes médicos serios tales como las úlceras estomacales, los ataques al corazón e inclusive el cáncer.

Las sensaciones de incertidumbre, temor, nerviosismo y preocupación (al igual que los cambios fisiológicos y conductuales como los temblores, las palpitaciones, las náuseas, y la sudoración por ejemplo), frecuentemente constituyen los síntomas de ansiedad, ésta es una reacción emocional que proviene de las sensaciones subjetivas de la percepción de una situación amenazante.

Las reacciones frente a una situación estresante dependen de que una situación en particular se considere o no amenazadora. El concepto de amenaza se refiere a la evaluación subjetiva de una situación como algo potencialmente peligroso (Lazarus, 1966). Obviamente, la evaluación de una amenaza está influida por los factores objetivos de dicha situación y los agentes objetivamente peligrosos son percibidos como algo amenazador por la mayoría de las personas. Pero los pensamientos y los recuerdos estimulados por esa situación, la experiencia previa de un individuo en circunstancias similares y su capacidad de hacer frente, puede tener un impacto aún mayor.

La experiencia de la amenaza es básicamente un estado mental (y depende de la situación y del lugar en donde se perciba esta amenaza, es decir, hay un contexto; tiene dos características principales: está orientada hacia el futuro (es decir: generalmente contiene la anticipación de una situación potencialmente peligrosa que aún no sucede) y consta de procesos mentales que incluyen la percepción, el pensamiento, la memoria y los juicios (op. cit).

LA AMENAZA Y LA ANSIEDAD

Siempre que una situación se percibe como algo amenazador, independientemente de que el peligro sea real o imaginario, la sensación de amenaza conducirá a una desagradable reacción emocional, es decir, un estado de ansiedad, el cual es fácil de reconocer en uno mismo o en los demás (por las reacciones que se observan) pues contiene una combinación muy especial de pensamientos y sensaciones desagradables, además de los procesos fisiológicos antes mencionados. La persona se siente aprensiva, tensa, molesta, atemorizada y nerviosa y naturalmente tiende a preocuparse por las circunstancias específicas que provocaron su estado de ansiedad.

El estado de ansiedad tiene una intensidad variable y fluctúa en el tiempo; la incertidumbre, la aprensión y el nerviosismo acompañan los niveles moderados de ansiedad, mientras que los niveles muy altos se caracterizan por un miedo y un temor intenso aunados a un comportamiento de pánico. La intensidad y duración del estado de ansiedad depende de los agentes recibidos por la persona, así como de la interpretación que se haga de ellos como algo amenazador o peligroso (Spielberg, 1972).

El comportamiento del estado de ansiedad incluye inquietud, temblores, respiración difícil, expresiones faciales de miedo, tensión muscular, falta de energía, sudoración y fatiga; los cambios fisiológicos son la alteración del ritmo cardíaco que se incrementa, la presión arterial se eleva, la respiración es más rápida y profunda, los músculos se ponen rígidos y las pupilas se dilatan (op cit).

La interacción se inicia con la interpretación de una situación como amenazante, la cual lleva al surgimiento de un estado de ansiedad asociado con cambios fisiológicos específicos. Como el estado de ansiedad constituye una experiencia desagradable, hace que las personas se comporten de una manera con la cual puedan evitar o minimizar la amenaza; aún cuando las situaciones son objetivamente benignas, pueden provocar intensos niveles de ansiedad en la personas que por alguna razón los ven como algo potencialmente amenazantes, como en el caso de una intervención quirúrgica.

DIFERENCIAS INDIVIDUALES EN LA PROPENSIÓN A LA ANSIEDAD

Ya se mencionó que el estado de ansiedad se refiere a una reacción desagradable frente a una tensión específica. Cualquiera experimenta de vez en cuando estados de ansiedad, pero existen diferencias sustanciales entre las personas en cuanto a la frecuencia e intensidad con la que los experimentan. El término *ansiedad peculiar (estado)* se ha empleado para describir las diferencias individuales de la propensión a la ansiedad; es decir, de la tendencia a ver el mundo como algo peligroso y en la

frecuencia con la cual se experimenta el estado de ansiedad durante un lapso de tiempo (Spielberg, 1972).

Las personas que padecen una alta ansiedad peculiar o ansiedad estado tienden a ver más peligroso el mundo (por lo que son más vulnerables a la tensión) comparadas con las que tienen baja y responden a su percepción de la amenaza con mayor incremento a sus estados de ansiedad

En términos generales la ansiedad se refiere a la compleja interacción que se realiza entre el individuo y su ambiente; en ella se incluyen presiones o peligros (agentes) externos potencialmente peligrosos ; pensamientos internos, recuerdos y procesos fisiológicos, así como las intensas reacciones desagradables provocadas por estímulos productores de tensión (op. cit)

LA ANSIEDAD Y LA ADAPTACIÓN

Al ser extremadamente desagradables, altos los niveles de ansiedad sirven para iniciar un comportamiento tendiente a eliminarla o reducirla; una manera obvia de reducir la ansiedad provocada por un peligro externo, es modificar el ambiente de manera que el peligro se elimine, así cuando un sorprendido cazador mata una serpiente de cascabel que invadió su tienda, seguramente experimentará una considerable reducción de la ansiedad peculiar o estado (op. cit).

Otra forma de reducir un estado de ansiedad provocado por un peligro externo, consiste en evitar esa fuente de peligro. Algún pequeño que sea golpeado constantemente por el pendenciero del vecindario, en su camino de la escuela a su casa, probablemente decidirá tomar una ruta alternativa que le permita evitar el peligro de golpes futuros; aún cuando debe gastar más tiempo y energía en su regreso a casa, vale la pena porque así reduce la ansiedad y el peligro real representado por el niño pendenciero.

En estos dos ejemplos, el estado de ansiedad peculiar se redujo a través de un comportamiento abierto que alteró la relación del individuo con su entorno. Al matar la serpiente o cambiar la ruta a casa se redujo o evitó una fuente de peligro real del mundo exterior.

Pero las personas también se adaptan a las situaciones angustiosas comprometiéndose en maniobras psicológicas destinadas a alterar su forma de ver la situación, de manera que parezca menos amenazante; tales mecanismos se les denomina habilidades afrontamiento, que dependiendo del éxito, las circunstancias de ansiedad se verán menos amenazantes y habrá una marcada reducción de la ansiedad peculiar; cuando

estas habilidades de afrontamiento fracasan. la persona tiende a desestructurarse (Lazarus, 1966). incrementando la ansiedad peculiar.

REACCIONES DE ANSIEDAD ANTE LA CIRUGÍA

Vernon, Schulman y Foley (1966), mencionan que la cirugía es un evento estresante, el cual puede causar ansiedad situacional (peculiar): estos autores parten de la reducción en factores ortogonales, teniendo básicamente que:

- I) La ansiedad general y temores: son aquellos que generan inquietud, perturbaciones en hábitos, función intestinal irregular, temores. Otros síntomas que pueden denotar ansiedad y pobre control de impulsos serían tricotilomanía, tics, conductas compulsivas y movimientos ester eotipados.
- II) La regresión: Dificultad en toma de decisiones, pérdida de niveles de entrenamiento o funcionamiento social logrados previamente, regresión hacia estados comunicativos, lenguaje pueril, enuresis, etc.
- III) La ansiedad sobre el dormir: hay perturbaciones del sueño, lucha por conciliar el sueño, pesadillas, insomnio
- IV) La perturbación alimentaria: Alboroto al comer, hiper o hiporexia, se vuelve melindroso
- V) Apatía/retraining: Poco interés en hacer las cosas, se aísla, evita el contacto con la gente; dificultad en la socialización en general

Por otra parte, Deutsch (1942), dice que las condiciones de la cirugías de emergencia conducen a una reacción de shock relacionadas con las llamadas neurosis traumáticas, pues se trata de una situación súbita, no anunciada de peligro e invasión

Twardosz (1986) menciona que durante la cirugía se presentan:

- I) Reacciones negativas: Manifestaciones de temor, perturbación, ansiedad o enojo, miedo expresado verbalmente, quejas e incluso no acatar las rutinas hospitalarias y resistencia física a los procedimientos
- II) Reacciones positivas: Cooperación y búsqueda de apoyo de otras personas, platicar, saludar, bromear o hacer chistes, hacer comentarios afectuosos,

mostrar comprensión hacia los procedimientos hospitalarios y cooperar con ellos

Jonson (1980), Define ansiedad preoperatoria como la respuesta emocional a una situación amenazante y representa parte de una reacción normal a una operación quirúrgica futura. Los pacientes se enfrentan con peligros realistas, así como una disrupción de sus vidas cotidianas. Los temores frecuentes incluyen: temor al dolor y a las molestias, a lo desconocido, al uso de instrumentos, a sangrar, a la reacción de la anestesia, a la destrucción de la imagen corporal, disrupción de los planes futuros, pérdida de control y a la muerte.

Sime (1976) encontró que los pacientes con alto temor preoperatorio requieren mayor duración de la hospitalización, mayor uso de analgésicos y sedantes, muestran más afecto negativo postoperatorio.

CAPÍTULO III: TÉCNICAS COGNITIVO-CONDUCTUALES PARA EL MANEJO DE LA ANSIEDAD

La relajación ha sido utilizada en el tratamiento de varios procedimientos; las estrategias de este tipo han variado desde la meditación trascendental hasta la retroalimentación. El entrenamiento en relajación cognitivo-conductual ofrece algo nuevo, un marco conceptual y práctico para integrar las opciones técnicas disponibles hoy. Es un metasistema que respeta la singularidad de metodologías diversas y evita el diseño para ser muy individualizado y práctico dentro de la tradición de la terapia cognitivo-conductual (Beck, 1976., Ellis y Grieger, 1977., Kelly, 1955., citado por Smith, 1992)

La terapia cognitivo conductual está basado en la premisa de que es posible cambiar el comportamiento a través de la aplicación sistemática de principios de aprendizaje científicamente inferidos (op.cit). Se enfatiza la evaluación y modificación de cogniciones inadaptadas e irracionales; formas de verse a uno mismo y al mundo. En la terapia cognitivo-conductual, terapeuta y cliente son colaboradores activos, trabajando juntos hacia unos objetivos en los que están de acuerdo.

El entrenamiento está basado en las siguientes premisas:

- o A) Diferentes métodos de relajación tienen diferentes efectos y funcionan para diferentes personas
- o B) La mejor forma para enseñar relajación no es imponer uno o dos métodos a todo el mundo, si no presentar varios métodos y desarrollar una secuencia de relajación individualizada, adaptada a las necesidades y objetivos del cliente
- o C) El objetivo del entrenamiento en relajación va más allá de la sola respuesta de relajación definida como un bajo nivel de activación. Los objetivos adicionales son: El desarrollo de habilidades cognitivas de enfoque, pasividad y receptividad y, la adquisición de estructuras cognitivas, esto es, creencias, valores y compromisos dirigidos hacia la profundización de la relajación y la propagación de sus recompensas a toda la vida

Existen tres procesos cognitivos básicos para la relajación: enfoque, habilidad de identificar, mantener u reorientar la atención a estímulos simples durante un período extenso; pasividad, la habilidad para parar una actividad innecesaria dirigida a un objetivo o una actividad analítica y receptividad, la habilidad de tolerar y aceptar experiencias que puedan ser inciertas, poco familiares o paradójicas (Smith, 1989, citado por Smith, 1992)

A medida que progresa el entrenamiento en relajación, el enfoque, la pasividad y la receptividad, sufren un cambio paulatino importante. Al principio, estas habilidades se utilizan de forma concreta; la persona simplemente presta atención a la tensión y deja salir esta tensión con una cierta apertura de mente. Sin embargo, a medida que la persona se va haciendo más competente en la relajación, va empleando estas habilidades de forma progresivamente más abstracta o general. Concentrarse puede convertirse en un pequeño acto de dedicación, de decidir emplear la atención en la relajación en vez del impulso de hacer otra cosa. Se puede ver la pasividad como un acto de dejar en paz, de renunciar a un control innecesario; la receptividad puede convertirse en una expresión de esperanza o creencia en refuerzos; para que esto ocurra, deben comenzar a desarrollarse ciertas estructuras que conducen a la relajación (op. cit.).

Las estructuras cognitivas son las creencias, valores y compromisos que subyacen al pensamiento, el habla y las acciones. Representan nuestras ideas perdurables relacionadas con lo que es real e importante, así como también nuestras elecciones relacionadas con varios cursos de acción. Las estructuras sirven para ayudarnos a identificar, categorizar e interpretar rápidamente los estímulos, completar la información que falta, obtener más información, resolver un problema y alcanzar un objetivo (Markus, 1997, op. cit.). Además define la profundidad y amplitud de la relajación; las estructuras son constructos hipotéticos y no se pueden ver. Ejercen gran parte de su influencia y reciben gran parte de su apoyo del pensamiento aseverativo, habla y acción (Smith, 1992). A continuación se revisarán con más detalle las técnicas cognitivo-conductuales para el manejo de la ansiedad.

TÉCNICAS DE RELAJACIÓN

Relajación Muscular Progresiva (RMP):

Es una técnica desarrollada por Jacobson en 1929 (Caballo, 1997); es una de las técnicas más utilizadas en medicina conductual. Están dirigidas a conseguir niveles profundos de relajación muscular, está específicamente indicada para personas que responden a las demandas ambientales con respuestas que implican niveles elevados de tensión muscular.

Se basa en la premisa de que la respuesta del organismo a la ansiedad provoca pensamientos y conductas que a su vez producen tensión muscular. Esta tensión fisiológica aumenta la sensación subjetiva de ansiedad que experimenta la persona. La práctica de la relajación muscular reduce la tensión fisiológica y, por tanto, es

incompatible con la sensación subjetiva de ansiedad. La RMP posee tres características o supuestos básicos:

1. El principio de la vivencia de contrastes: supone que si la persona vive fuertemente la tensión muscular podrá discernir mejor la relación de relajación. De ahí que las instrucciones se refieran primero a tensión muscular y luego a relajación.
2. Progresiva: La persona aprende a relajar uno tras otro de los distintos grupos musculares de su cuerpo (16), y por otro lado se relaja cada vez más a medida que vaya practicando y repitiendo los ejercicios. De esta manera, con el ejercicio diario, la persona llega a un estado en el que puede decirse que alcanza la relajación automáticamente.
3. Diferencial: La persona aprende a controlar el nivel de tensión de cada uno de los distintos grupos musculares, de esta forma puede modificar la tensión de su organismo de forma general o de forma específica.

Variantes:

- ✓ Relajación diferencial: En este procedimiento se aprende a tensar solo aquellos músculos relacionados con una determinada actividad y a mantener relajados aquellos que no son necesarios. El objetivo es poder llegar a realizar la mayoría de las actividades con un mínimo nivel de tensión, se pretende a que la persona aprenda a relajarse en situaciones cotidianas en las que casi es imposible adoptar la posición típica de relajación progresiva. Este tipo de entrenamiento se ha empleado principalmente en pacientes con dolor de espalda en donde se les enseña a destensar los músculos que provocan el dolor (op cit, Lazarus, 1966). Un programa de relajación que actualmente se utiliza es el de Berstein y Borkavec (1983):
 - Relajación condicionada: Consiste en asociar la relajación a una palabra que la persona dice a sí misma; una vez que la persona está completamente relajada, se le instruye para que centre su atención en su respiración y para que se repita mentalmente la palabra que prefiera en cada expiración. Inicialmente es el terapeuta el que dice en voz alta la palabra clave/señal, coincidiendo con las primeras 5-10 exhalaciones del paciente, alargando la sílaba final y disminuyendo el volumen de su voz; luego es la propia persona quien repite mentalmente la palabra señal en cada expiración. Tanto la relajación diferencial como la condicionada permiten a la persona relajarse en situaciones de la vida cotidiana distintas a las condiciones óptima de la sala de relajación del terapeuta.

- ✓ Imaginación de escenas relajantes: En esta técnica se le indica al paciente que trate de evocar una escena o situación que le resulte relajante. De esta forma, la palabra señal junto con la imagen clave, evoca respuestas de relajación.
- ✓ Relajación pasiva: Solo se utilizan los ejercicios de los grupos musculares, sin necesidad de tensarlos antes; aquí se combinan ejercicios de respiración, ejercicios de relajación pasiva e inducción de sensaciones de peso y calor (entrenamiento autógeno). Esta técnica está indicada para personas con problemas orgánicos en lo que no es conveniente o posible la tensión de determinados grupos musculares. Suele usarse en personas con dificultad en relajarse después de haber tensado los músculos y también en personas que tienen dificultades para seguir los pasos de la RMP en casa. Habitualmente, se graban las sesiones en una cinta y así el paciente puede practicar en casa. Las instrucciones suelen durar unos 20 minutos; el terapeuta utiliza un tipo de voz lento y breves pausas entre las frases. Con este tipo de relajación se consiguen más estados profundos durante las primeras sesiones.

Entrenamiento Autógeno

Esta técnica fue desarrollada por Schultz y Luthe (1959), puede definirse como un método de autorelajación concentrativo o también autosugestión, puesto que la persona aprende a generarse estados fisiológicos y psicológicos propios de una relajación. Esta técnica de relajación autógena es la más empleada después de la RMP (Vallejo, 1998), se ha empleado en pacientes con cáncer para el manejo del dolor crónico (Smith, 1992), en niños con cáncer en el manejo del dolor agudo por el tratamiento de venopunción (Aguirre, 2001).

Bajo la estrecha orientación de un instructor, el paciente aprende primero a relajar varios grupos de músculos; los ejercicios comienzan con una respiración profunda y regular, después de la cual, los pacientes reciben la instrucción de decirse a sí mismos subverbalmente "mis pies se sienten pesados y calientes" y de concentrarse en esta sensación. Estas instrucciones de "pesado y caliente" se repiten para todas las áreas musculares a relajar. En el entrenamiento autogénico avanzado, se aprenden las sugerencias para controlar diferentes sistemas orgánicos y finalmente, se agrega la producción de fantasías sugeridas (Pikoff, 1984, citado por Slaikou, 1996).

Imaginación visual guiada:

La técnica de visualización de imágenes, que aunque nadie ha podido comprobar ni probar como funciona, ha tenido éxito en varias ocasiones para curar pacientes

desahuciados. Esta técnica entra dentro de un campo llamado "psiconeuroinmunología" (Hammer, 1984).

Para tratar la ansiedad, la visualización de imágenes toma el control del Sistema Nervioso Simpático y ayuda directamente al sistema inmunitario (op. cit.). Esta técnica ha sido utilizada para tratar fobias (Jonson,1980), y en el campo de la psicología de la salud se ha empleado en el tratamiento de dolor crónico (pacientes con cáncer) y agudo (Hammer, 1984).

Esta técnica es común para inducir relajación y consiste en sugerir a la persona que fije su mente en (o deje aparecer una imagen) una imagen visual específica, debe sugerir la persona la imagen correcta, que le sea relajante: Una práctica adicional es enfocarse en la "imagen específica del daño" y cambiar cierta parte de lo doloroso a lo relajado, agradable y flexible.

Reestructuración Cognoscitiva:

Beck (citado por Sánchez y Vera, 1997) propuso una terapia que consiste en ayudar a los pacientes a usar datos objetivos basados en la realidad, en sus construcciones e interpretaciones en lugar de utilizar prejuicios o falsas creencias con las que generalmente construyen sus realidades ideosincráticas. Beck y Emory en 1985 (citado por Sánchez y Vera, 1997), describieron como los principios de reestructuración cognoscitiva pueden ser usados en el tratamiento de ansiedad y desórdenes por estrés; según estos autores existen tres puntos básicos para reestructurar las cogniciones:

- a) Se deben analizar los patrones cognitivos de la persona y buscar la lógica deficiente, esto se logra por medio de hacerle preguntas en torno al problema.
- b) Preguntarse qué otra manera hay de ver la situación. Ayudando a la persona a generar interpretaciones alternativas que le permitan reestructurar la transacción ambiental para descubrir el lado positivo del evento.
- c) Ayudar a la persona a descatastrofizar la transacción del ambiente, así como a desarrollar estrategias de afrontamiento y herramientas de solución de problemas

Dentro de la reestructuración cognoscitiva es importante valorar el sentido de autoeficacia de la persona, ya que el afrontamiento efectivo depende de la evaluación que las personas hacen sobre su propia competencia. No es suficiente poseer las herramientas relevantes; la persona debe creer que las tiene y que es capaz de aplicarla cuando las requiera. Esta técnica ha sido utilizada principalmente para tratar fobias (Jonson,1980).

Respiración diafragmática

El objetivo de esta técnica es incrementar la participación del diafragma y favorecer un patrón rítmico de respiración. A menudo, para conseguir ese objetivo, se utilizan los estiramientos físicos y la imaginación. Sin embargo, el ejercicio respiratorio típico consiste simplemente en prestar atención al flujo de la respiración (Smith, 1989; citado por Smith, 1992).

El proceso de respiración es una de las pocas funciones fisiológicas que es tanto pasiva como activa, dado que la respiración puede continuar por sí misma sin esfuerzo aparente. Dado que relativamente pocas de las actividades de la vida cotidiana requieren simple atención a la respiración, los ejercicios respiratorios bien pueden ser por sí mismos menos familiares y pueden demandar mayor receptividad (op. cit).

El control voluntario de los patrones de respiración es útil en el tratamiento de la respuesta del estrés y la ansiedad, además de ser una técnica simple de aprender. De una forma sencilla, la meta del control voluntario de la respiración en el tratamiento del estrés excesivo, es lograr que el paciente controle voluntariamente su respiración para crear un estado de relajación (Sánchez y Vera, 1997).

La respiración diafragmática es una respiración profunda, donde se inhala gran cantidad de aire y se inflan un gran número de alvéolos. En suma, por primera vez son inflados los niveles más bajos de los pulmones. El tercio más bajo, contiene la mayor cantidad de sangre, cuando el sujeto permanece verticalmente; por lo tanto, la respiración diafragmática oxigena una mayor cantidad de sangre.

En este tipo de respiración, el movimiento del diafragma se convierte en la causa principal de la inhalación profunda. La respiración diafragmática completa puede observarse mientras la cavidad abdominal se expande hacia fuera, seguida por la expansión de la caja torácica y finalmente la elevación de las clavículas.

Retroalimentación biológica

El término retroalimentación biológica no es sino una extensión del concepto más general de feedback, que desde que fue acuñado por Norbert Wiener en 1961 (citado por Carboles y Godoy, 1991), alude desde la cibernética, a un método de control de un sistema por medio de la reinserción en el mismo de los resultados de la ejecución pasada.

Todo sistema de feedback constituye un círculo cerrado con un determinado estado ideal de equilibrio o estabilidad regulada a través de la comparación entre ese estado ideal del sistema y el estado real en que el mismo se encuentra en cada momento. Cuando ambos estados no coinciden, el sistema está desequilibrado y consecuentemente es activado un proceso corrector encargado de restaurar el equilibrio.

Un sistema de retroalimentación es aquel que recibe información de sus acciones para mejorar rendimiento futuro. La retroalimentación biológica constituye un caso particular en donde el sistema es biológico y es retroalimentado por instrumentos especiales construidos por el hombre (op. cit).

El feedback apoya la posibilidad de control y modificación voluntaria, por parte del organismo, de distintas funciones o procesos biológicos cuando se facilita a la misma, la información sobre esas funciones.

La aportación fundamental de la retroalimentación biológica ha constituido en demostrar que cuando se facilita información al organismo sobre funciones fisiológicas sobre las cuales no recibe conscientemente señales, es posible controlar o modificar voluntariamente funciones biológicas consideradas como autónomas o involuntarias, como el ritmo cardíaco, las secreciones gástricas, las ondas cerebrales o la temperatura periférica (op. cit.). Este tipo de señales se han utilizado en pacientes con dolor crónico como lumbalgias (Fernández, 1987), dolor oncológico (Gutiérrez, 2000) trastornos de ansiedad (Jonson, 1980)

CAPÍTULO IV: MÉTODO

JUSTIFICACIÓN

Los pacientes enfrentan una situación incierta, en cuanto a cantidad y calidad de vida, en donde por una parte se encuentran atrapadas en una muerte segura o una vida que depende de mutilaciones corporales y riesgos de que aparezca nuevamente la enfermedad (recaída).

En el servicio de Cabeza y cuello, cuando el médico ofrece la alternativa quirúrgica como la mejor opción de tratamiento, el paciente se ve invadido por una serie de emociones generalmente negativas, entre ellas la ansiedad estado, ya que se van a enfrentar a una situación completamente nueva para la mayoría de ellos, ocasionando desorganización a nivel cognoscitivo, emocional y conductual

Cuando el paciente es preparado para su cirugía suele ocurrir que súbitamente se le sube la presión arterial, las cifras de glucosa si es diabético, o bien, entra en una crisis de pánico causado por una ansiedad que lo desborda, y entonces la operación es cancelada y pospuesta para otro día, volviendo el ciclo a repetirse.

Estas situaciones se presentan, ya que estos pacientes no tienen una adecuada estrategia de afrontamiento ante estos eventos estresantes, presentando ansiedad estado con las siguientes manifestaciones clínicas: sudoración, temblor, inquietud, agitación y taquicardia

Cuando una cirugía es cancelada se pierde por lo tanto el tiempo quirúrgico, los exámenes preoperatorios no serán de utilidad si el paciente se reprograma meses después, teniendo en cuenta que un 75% de la consulta de cabeza y cuello es quirúrgica, además de que el paciente se verá sometido nuevamente a la tensión preoperatoria, mas si tomamos en cuenta por el tipo de enfermedad que padece el paciente, el tiempo es un factor determinante para su tratamiento y pronóstico.

Debido a la problemática antes mencionada es necesario el apoyo psicológico para enseñar a estos pacientes estrategias de afrontamiento que les permita controlar adecuadamente esta situación específica de intervención quirúrgica, siendo una de las mejores opciones la enseñanza en técnicas de relajación en la modalidad de respiración diafragmática.

PLANTEAMIENTO DEL PROBLEMA

¿Existirán cambios en los puntajes de ansiedad estado en una aplicación test-retest del inventario de Ansiedad Estado IDARE después del entrenamiento en la técnica de respiración diafragmática en un grupo de pacientes preoperatorios con Ca de cabeza y cuello?

HIPÓTESIS DE INVESTIGACIÓN

Si existirán cambios en los puntajes de ansiedad estado en una aplicación test-retest del inventario de ansiedad IDARE después del entrenamiento en la técnica de respiración diafragmática en un grupo de pacientes preoperatorios .

OBJETIVO GENERAL

Observar si existen cambios en los puntajes de Ansiedad Estado en el inventario IDARE después de utilizar el entrenamiento en la técnica de respiración diafragmática en pacientes preoperatorios con Ca de cabeza y cuello

ANÁLISIS ESTADÍSTICO

Para el análisis estadístico se empleó la prueba t de Student (Campbell, D., Stanley, J., 1982) para muestras relacionadas utilizando el paquete estadístico SPSS

DESCRIPCIÓN DEL INSTRUMENTO

La construcción del IDARE se inició en 1964 con el objetivo de desarrollar una sola escala que proporcionara medidas subjetivas de autoevaluación tanto de la ansiedad estado como de la ansiedad rasgo, surgiendo así el IDARE forma A, sin embargo, pronto se descubrió que las propiedades psicolingüísticas de algunos de los reactivos, llevaban consigo significados que interferían en su utilización como medidas tanto de A-Rasgo como de A-Estado. La estrategia de la construcción fue subsecuentemente modificada, en el sentido de seleccionar un grupo de reactivos que incluyeran los mejores para la medición de A-Estado, y otro grupo de reactivos que permitieran la mejor medida posible de A-Rasgo. Las escalas resultantes SXR (A-Rasgo) y SXE (A-Estado).

El inventario quedó constituido por dos escalas separadas de autoevaluación que se utilizan para medir dos dimensiones distintas de la ansiedad: la llamada Ansiedad Rasgo (A-Rasgo) y la llamada Ansiedad Estado (A-Estado). Cada escala consta de veinte afirmaciones donde se le pide al sujeto describa como se siente generalmente para la A-Rasgo y como se siente en un momento dado en A-Estado. Ambas escalas se encuentran impresas en una sola hoja. La escala A-Rasgo se puede utilizar como detección en problemas de ansiedad neurótica. La escala A-Estado es un indicador sensitivo del nivel de ansiedad transitoria experimentada por el paciente, puede medir cambios de intensidad que ocurren en A-Estado en determinadas situaciones, las

características que se pueden evaluar involucran sentimientos de tensión, nerviosismo, preocupación y aprensión

El IDARE se puede aplicar de manera individual o en grupo, también es autoadministrable, las indicaciones aparecen impresas en el protocolo de ambas escalas. Para A-Rasgo se refiere a como se siente generalmente, para A-Estado se refiere a como se siente en un momento dado. No tiene límite de tiempo, no se deberá utilizar el término de "ansiedad", se pedirá a los examinados que no omitan ningún reactivo. Primero se aplica la escala A-Estado y posteriormente la escala A-Rasgo.

La puntuación varía de un mínimo de 20 hasta un máximo de 80; las cuatro categorías para la A-Estado son:

1. No en lo absoluto
2. Un poco
3. Bastante
4. Mucho

Las categorías de A-Rasgo son:

1. Casi nunca
2. Algunas veces
3. Frecuentemente
4. Casi siempre

Algunos de los reactivos se elaboran de tal manera que una valoración (4) indica un alto nivel de ansiedad, mientras que otros reactivos, con la misma valoración indican poca ansiedad.

La calificación manual de las escalas se hace por medio de plantillas, dando la calificación a cada respuesta según la clave que le corresponde a cada y cada escala; para calificar la prueba de forma manual existen plantillas específicas.

PROCEDIMIENTO

En el servicio de consulta externa de Cabeza y Cuello en el área de oncología del Hospital Juárez de México, se captaron a los pacientes que fueron intervenidos quirúrgicamente, posteriormente la autora de la investigación les dio a contestar un cuestionario de datos sociodemográficos (anexo 1), el inventario de ansiedad IDARE (ambas escalas, anexo 2) a los pacientes que sepan leer y escribir, los que no sabían, la investigadora se los aplicó de manera verbal, anotando sus respuestas en la hoja correspondiente. Se seleccionó a los pacientes que puntuaron alto en la escala de Ansiedad-Estado y se sometieron a un tratamiento psicológico, el cual fue realizado por la psicóloga del servicio de oncología (cabeza y cuello), consistiendo en un

entrenamiento de relajación en la modalidad de respiración diafragmática. la cual se llevó a cabo de la siguiente manera:

Sesión 1:

El paciente se recostó en la cama lo más cómodamente posible de forma supina, se le indicó que ponga la mano derecha sobre su pecho y la otra mano en su diafragma (la terapeuta utilizó el modelamiento para mostrar esta indicación), posteriormente se le dijo que se ponga atención en la forma en que respira (se le aclaró que no debe forzar su respiración) y observe sus manos, debe mencionar qué mano es la que sube más

Se le dio la explicación fisiológica de la respiración, la cual se abre con una pregunta:

- ¿Se ha fijado como respiran los bebés cuando duermen?
- ¿Suben y bajan la pancita, no es así?
- Esa es una respiración diafragmática de relajación, y todos nacemos con esta capacidad de respirar de esta forma, cuando el niño se despierta, sigue respirando con la pancita; cuando crecemos, por las presiones ambientales y sociales, deformamos esta respiración cuando estamos despiertos, de tal manera que respiramos con el pecho, por eso su mano derecha sube más que la izquierda, siendo esta una respiración incorrecta
- ¿Ha observado como es su respiración cuando corre o cuando hace algún ejercicio?
- La respiración es a nivel del pecho, pero esa es normal. ¡Imagínese qué ocurriría si tiene esta respiración sin hacer ejercicio!, y aún peor, si esta respiración permanece por días o semanas o incluso meses.
- Este tipo de respiración ocasionan problemas a nivel fisiológico, como sudoración, inquietud, nerviosismo, etc. (se le pide al paciente que siga enumerando síntomas y signos) Estas manifestaciones se pueden presentar en ciertas situaciones, como es el caso de la intervención quirúrgica
- Es por ello que en estas sesiones se le va a enseñar cómo volver a respirar de una manera correcta, para que usted mismo (a) pueda controlar estas manifestaciones y se relaje de forma adecuada
- ¿Desea obtener los beneficios y bondades de este tratamiento?
- (Una vez que el paciente ha aceptado, se prosigue a lo siguiente:)

- Empecemos
- Trate de que su mano derecha suba más que la izquierda, no force su respiración, que sea lenta y tranquila.
- Durante el resto de la sesión se moldea al paciente para que logre tener éxito con la indicación y se le deja que lo siga practicando en su casa por lo menos 3 veces al día o más si le es posible.

Sesión 2:

- Se da un espacio de 10 min. para que el paciente diga como le fue en la práctica de dicha técnica.
- En el escenario, se revisa como ha evolucionado el paciente en la práctica de la técnica, se le refuerza positivamente y se continúa con este moldeamiento durante 10 min. Si es que ya lo domina, en caso contrario, se continúa por 20 min.
- Una vez dominada esta técnica se le pide que respire profundamente una sola vez, dicho aire debe entrar por la nariz y deberá retenerlo durante 10 segundos y expulsarlo abruptamente por la boca (la terapeuta le indicó cómo hacerlo por medio del modelamiento). la entrada del aire deberá provocar que el diafragma se expanda, esta operación se realizará después de 5 respiraciones normales (para evitar la hiperventilación, explicación que se le dio al paciente)
- La terapeuta dirigió (en voz alta) el conteo de los segundos en el aire retenido, así como las respiraciones normales e indicó el momento de respirar profundamente.
- Quince minutos antes de concluir la sesión, se le pidió al paciente que sea él quien cuente en voz alta, en la retención del aire realizó movimientos con los dedos de las manos para contar los 10 segundos.
- Se le explicó que por cada 5 respiraciones normales y una respiración profunda es una serie. (la terapeuta se encargó de que el paciente comprenda esta indicación).
- Se le dejó que realice tres series en la mañana, tres en la tarde y tres en la noche como mínimo

Sesión tres:

- Se da un espacio de 10 min para que el paciente diga como le fue en el práctica de dicha técnica
- En el escenario se revisó como ha evolucionado el paciente en la práctica de la técnica, se le refuerza positivamente y se continuó con este entrenamiento durante el resto de la sesión, en donde se le pedio al paciente que realice 3 series seguidas él solo, la terapeuta únicamente observó y en caso necesario corrigió y así sucesivamente durante 30 minutos.
- Posteriormente se le pidió al paciente que conteste un cuestionario (re-test del IDARE, en la versión Ansiedad-Estado).

VARIABLES

a) Variables Cualitativas:

Todos los pacientes de ambos sexos, de todas las razas, de todos los niveles socioeconómicos y de todos los niveles de estudios

b) Variables Cuantitativas:

Todos los pacientes con puntaje alto en el inventario IDARE de ansiedad estado.

c) Variable Dependiente:

ANSIEDAD ESTADO: Es definida como una sensación de amenaza frente a una situación específica, que se percibirá como una desagradable reacción emocional, seguida de inquietud, temblor, hiperventilación, tensión muscular, taquicardia, e hipertensión arterial. La ansiedad estado es medida a través de la puntuación obtenida en el Inventario de Ansiedad Estado IDARE de Spielberg (1979).

d) Variable Independiente:

APLICACIÓN DE LA TERAPIA DE RELAJACIÓN: Es la acción de provocar relajamiento utilizando procedimientos terapéuticos que intentan conseguir la desconcentración muscular y psíquica del individuo con ayuda de ejercicios adecuados (Diccionario Robert, referido por Geissman, 1972).

CAMPO ESPECÍFICO DE APLICACIÓN

Fue un estudio de población ya que se tomó un grupo ya identificado; por su aplicación fue clínico ya que se implementaron medidas preventivas

DISEÑO DEL ESTUDIO

Fue un estudio preexperimental ya que se manipulo la variable ansiedad-estado , pero no hubo un grupo control. (Kerlinger. 1993).

El diseño del estudio fue test-postest de un solo grupo (Campbell y Stanley. 1982).

FINALIDADES

Se le enseñó al paciente una técnica de autocontrol para el manejo de su Ansiedad-Estado.

LUGAR Y DURACIÓN

Las sesiones de entrenamiento en relajación se llevaron a cabo en tres sesiones de una hora, éstas se realizaron en una cama del área de hospitalización (el cual tiene un espacio aproximado de 12 m², en donde se encuentran distribuidas seis camas). Una vez seleccionados a los pacientes, se les citó 3 días sucesivos anteriores a la intervención quirúrgica para llevar a cabo dicho entrenamiento

MATERIAL

Se utilizaron lápices con goma y plumas y camas del área de hospitalización.

UNIVERSO Y TAMAÑO DE LA MUESTRA

La muestra quedó constituida por 12 sujetos, siete hombres y cinco mujeres, sus edades fluctuaron de 42 a 73 años, todos ellos fueron intervenidos quirúrgicamente en el servicio de cabeza y cuello en el área de oncológica en un Hospital de la zona Metropolitana en la Ciudad de México, y tuvieron una puntuación de ansiedad clínicamente significativa en el inventario de ansiedad (rasgo) IDARE.

CRITERIOS DE INCLUSIÓN Y DE ELIMINACIÓN PARA EL ESTUDIO.

Se incluyeron a los pacientes que radican actualmente en el Distrito Federal y en el estado de México, con Ca de Cabeza y Cuello sin dificultades respiratorias, candidatos a cirugía y con puntaje alto en el Inventario IDARE de Ansiedad Estado, quedando excluidos para fines de la investigación los pacientes con puntaje alto en el Inventario IDARE de Ansiedad Rasgo.

RECURSOS

A) **FACILIDADES FÍSICAS DISPONIBLES:** Se dispuso del área de hospitalización para los pacientes oncológicos, la cual se divide en cubículos que tienen un espacio aproximado de 12 m² cada uno, en donde se encuentran distribuidas seis camas.

B) **COLABORACIÓN DE DEPARTAMENTOS:** Oncología, Cabeza y Cuello (oncológica), Psicología (oncológica).

CAPÍTULO V: RESULTADOS

A continuación se muestran las tablas de los datos sociodemográficos de la población:

Tabla 1

SEXO

	NÚMERO DE SUJETOS	PORCENTAJE
HOMBRES	6	50 %
MUJERES	6	50%

Como se observa en la tabla 1. fueron un total de 12 sujetos los que participaron en la investigación, el 50% fueron hombres y el 50% fueron mujeres.

Tabla 2

EDAD

	NÚMERO DE SUJETOS	PORCENTAJE
42-52	6	50 %
53-63	2	17%
64-73	4	33%

En la tabla 2 se muestra la edad de los sujetos participantes, la cual osciló entre los 42 y los 73 años, cayendo el 50% de la población en un rango de 42 a 52 años

Tabla 3

ESCOLARIDAD

	NÚMERO DE SUJETOS	PORCENTAJE
SIN ESCOLARIDAD	7	58 %
PRIMARIA	4	33%
SECUNDARIA	1	9%

En la tabla 3 se muestra la escolaridad de la población. en la cual, el 58% de los participantes eran analfabetas haciendo, el 33% cursaron la primaria y solo el 9% cursó la secundaria

Tabla 4

ESTADO CIVIL

	NÚMERO DE SUJETOS	PORCENTAJE
CASADOS	9	75 %
VIUDOS	3	25%

En la tabla 4 se muestra el estado civil de los participantes, siendo casados el 75% y el otro 25% son viudos.

Tabla 5

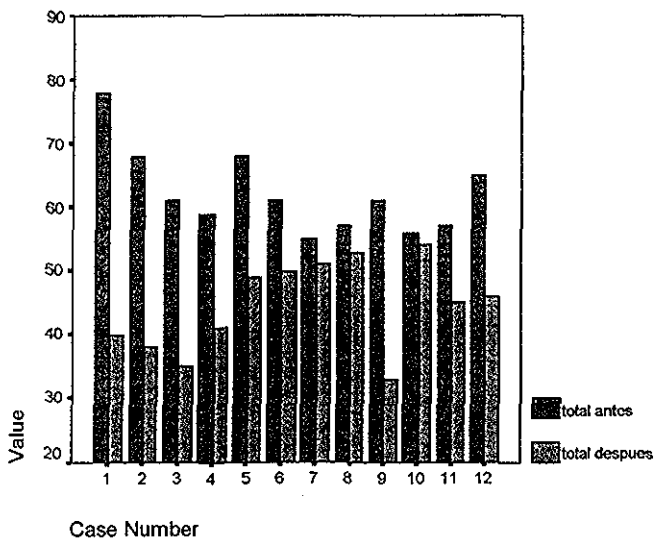
DIAGNÓSTICO MÉDICO

	NÚMERO DE SUJETOS	PORCENTAJE
CA DE TIROIDES	8	66.6%
CA DE PARATIROIDES	1	8.3%
CA DE CAVIDAD ORAL	1	8.3%
CA BASOCELULAR DE CARA	2	16.6%

En la tabla 5 se presenta el diagnóstico médico por el cual fueron intervenidos los participantes, en donde se observa que el 66.6% tenían cáncer de tiroides, el 16.6% tenían basocelular de cara y el 8.3% tenían ca de paratiroides al igual que los de cavidad oral.

FIGURA 1.

GRÁFICA DE ANSIEDAD ESTADO ANTES Y DESPUÉS DEL TRATAMIENTO PSICOLÓGICO EN CADA UNO DE LOS PARTICIPANTES



Value: Puntaje de ansiedad

Case Number: Sujetos participantes

En la figura 1 se muestran los puntajes de las respuestas de ansiedad de cada uno los sujetos participantes antes y después del tratamiento psicológico, en donde se observan cambios en las respuestas, es decir, una disminución en la ansiedad percibida en cada uno de ellos después de la aplicación de la técnica de relajación

REACTIVOS	MEDIA
R1 antes	3.33
R1 después	2.42
R2 antes	3.00
R2 después	2.58
R3 antes	3.00
R3 después	2.33
R4 antes	2.83
R4 después	2.17
R5 antes	3.17
R5 después	2.08
R6 antes	3.33
R6 después	2.08
R7 antes	3.33
R7 después	2.17
R8 antes	3.33
R8 después	2.33
R9 antes	3.17
R9 después	2.08
R10 antes	3.08
R10 después	2.08
R11 antes	3.67
R11 después	2.75
R12 antes	3.08
R12 después	2.42
R13 antes	3.33
R13 después	1.67
R14 antes	3.00
R14 después	2.08
R15 antes	3.08
R15 después	2.17
R16 antes	3.08
R16 después	2.33
R17 antes	2.75
R17 después	2.25
R18 antes	2.50
R18 después	2.17
R19 antes	3.00
R19 después	2.58
R20 antes	3.08
R20 después	2.33
Rtotal antes	62.17
Rtotal después	44.58

Tabla 6

Media de las respuestas en los reactivos del Inventario de Ansiedad Estado de Spielberg antes y después de la intervención psicológica

En la tabla 6 se muestra en qué rango de opciones respondió la mayoría de los sujetos participantes en cada una de los reactivos, observándose las diferencias de puntajes en cada uno de los pares de reactivos antes y después del tratamiento, es decir en los reactivos de la segunda aplicación (después) se observa un menor puntaje que en la primera aplicación (antes).

Teniendo en cuenta el puntaje total antes y después también se observa un menor puntaje en el total de respuestas emitidas por los participantes, observando entonces una disminución en las respuestas de ansiedad estado en el inventario de Ansiedad-Estado (IDARE).

Tabla 7

Resultados de la prueba t de los pares de reactivos del Inventario de Ansiedad Estado de Spielberg antes y después de la intervención psicológica

PARES	PRUBA T	G.L	P
R1A-R1D	3.527	11	.005*
R2A-R2D	1.603	11	.137
R3A-R3D	1.773	11	.104
R4A-R4D	1.685	11	.120
R5A-R5D	3.026	11	.012*
R6A-R6D	4.103	11	.002*
R7A-R7D	3.386	11	.006*
R8A-R8D	3.633	11	.004*
R9A-R9D	3.223	11	.008*
R10A-R10D	2.872	11	.015*
R11A-R11D	4.005	11	.002*
R12A-R12D	1.773	11	.104
R13A-R13D	4.432	11	.001*
R14A-R14D	1.959	11	.076
R15A-R15D	2.727	11	.020*
R16A-R16D	2.283	11	.043*
R17A-R17D	1.318	11	.214
R18A-R18D	.771	11	.457
R19A-R19D	1.239	11	.241
R20A-R20D	1.567	11	.145
TOTA-TOTD	5.322	11	.000*

*significativo $p \leq \alpha$

Como se puede observar en la tabla 7, 11 de 20 reactivos resultaron estadísticamente significativos con una probabilidad $\leq \alpha .05$, estos reactivos fueron los siguientes:

1. *Me siento calmado* Este reactivo hace alusión a la percepción subjetiva que tiene el sujeto en el aquí y ahora, en donde se observaron cambios en las respuestas de los sujetos antes del tratamiento psicológico y después. Aunque en el objetivo de esta investigación no se hace la hipótesis de una probable dirección en los resultados, se puede observar e inferir a través de la tabla 6, donde se muestra la media en las respuestas de los sujetos antes y después del tratamiento en el reactivo 1, que hubo un cambio, de no percibirse calmados a una percepción de sentirse calmados.

5. *Estoy a gusto*. Este reactivo hace alusión a una percepción subjetiva de comodidad en el aquí y ahora, en donde se observan cambios en los participantes antes y después del tratamiento psicológico; cabe mencionar que aunque no se aplicó una estadística para averiguar la direccionalidad, ya que la finalidad del estudio no era ésta, si

podemos observar en tabla 6 donde se muestra la media en las respuestas de los sujetos antes y después del tratamiento en el reactivo 2. que hubo un cambio. de no percibirse a gusto a una percepción de sentirse a gusto, es decir. que los puntajes en las medias de la aplicación del instrumento después del tratamiento disminuyeron con respecto a la primera aplicación.

6. Me siento alterado. Este reactivo hace alusión a una percepción subjetiva de desorganización fisiológica; este reactivo también mostró diferencias significativas en cuanto a cambios observados, corroborando en la tabla 6 donde se muestra la media en las respuestas de los sujetos antes y después del tratamiento psicológico, en el reactivo 6 nos indica que los pacientes disminuyeron su sensación de sentirse alterados.

7. Estoy preocupado actualmente por un posible contratiempo. Este reactivo hace alusión a una percepción subjetiva de una situación ambiental, en donde se observan diferencias estadísticamente significativas, tomando en cuenta la tabla 6 donde se muestra la media en las respuestas de los sujetos antes y después del tratamiento en el reactivo 7, nos indica que la preocupación actualmente por un posible contratiempo decrementa en cuanto a la percepción de los participantes después de la intervención psicológica.

8. Me siento descansado. Este reactivo hace alusión a una percepción subjetiva de comodidad fisiológica, en donde se observan diferencias significativas, y cambios en los puntajes como se puede observar en la tabla 6 donde se muestra la media en las respuestas de los sujetos antes y después del tratamiento, en éste reactivo nos indica que después de la intervención los participantes tuvieron una sensación de sentirse descansados.

9. Me siento ansioso. Este reactivo hace alusión a una percepción subjetiva de incertidumbre, en donde se observan diferencias estadísticamente significativas y cambios en los puntajes como se muestra en la tabla 6, donde se observa la media en las respuestas de los sujetos antes y después del tratamiento, en el reactivo 9 indica que después del tratamiento, los participantes tuvieron una menor percepción en la sensación de ansiedad.

10. Me siento cómodo. Este reactivo hace alusión a una percepción subjetiva de tranquilidad corporal, en donde se observan diferencias estadísticamente significativas y cambios en los puntajes como se muestra en la tabla 6, donde se observa la media en las respuestas de los sujetos antes y después del tratamiento, éste reactivo indica que después del tratamiento, los participantes tuvieron la percepción de sentirse cómodos.

11. Me siento con confianza en mí mismo. Este reactivo hace alusión a una percepción subjetiva de autocontrol, en este reactivo se observan cambios estadísticamente significativos y tomando en cuenta la tabla 6 donde se observa la media en las respuestas de los sujetos antes y después del tratamiento, éste reactivo indica que después del tratamiento los participantes tuvieron una sensación de confianza en sí mismos

13. Me siento agitado Este reactivo hace alusión a una percepción subjetiva de inquietud fisiológica en donde se observan diferencias estadísticamente significativas, tomando en cuenta la tabla 6 donde se muestra la media en las respuestas de los sujetos antes y después del tratamiento, en el reactivo 13 nos indica que la percepción de sentirse agitados disminuye en los puntajes después de la intervención psicológica.

15. Me siento reposado. Este reactivo hace alusión a una percepción subjetiva de tranquilidad en donde se observan diferencias estadísticamente significativas, tomando en cuenta la tabla 6 donde se muestra la media en las respuestas de los sujetos antes y después del tratamiento, éste reactivo nos indica que después de la intervención psicológica, los participantes tienen la percepción de sentirse reposados

16. Me siento satisfecho. Este reactivo hace alusión a una percepción subjetiva de bienestar psicológico en donde se observan diferencias estadísticamente significativas, tomando en cuenta la tabla 6 donde se muestra la media en las respuestas de los sujetos antes y después del tratamiento en el reactivo 16, nos indica que después del tratamiento los participantes tienen la percepción de satisfacción.

CAPÍTULO VI

DISCUSIÓN Y CONCLUSIONES

En relación al objetivo de esta investigación el cual fue:

Observar si existen cambios en los puntajes de Ansiedad Estado en el inventario IDARE después de utilizar el entrenamiento en la técnica de respiración diafragmática en pacientes preoperatorios con Ca de cabeza y cuello, se observa de acuerdo a los resultados obtenidos que si existieron cambios en los puntajes de la ansiedad percibida por los participantes antes y después de la aplicación del tratamiento psicológico, los reactivos en los cuales hubo diferencias estadísticamente significativas fueron los siguientes:

1. *Me siento calmado*
5. *Estoy a gusto.*
6. *Me siento alterado*
7. *Estoy preocupado actualmente por un posible contratiempo*
8. *Me siento descansado.*
9. *Me siento ansioso.*
10. *Me siento cómodo.*
11. *Me siento con confianza en mí mismo.*
13. *Me siento agitado.*
15. *Me siento reposado.*
16. *Me siento satisfecho*

Aunque en su conjunto hacen alusión a la percepción de ansiedad, no obstante, al parecer cada uno de ellos tiene que ver con el autocontrol que se percibe en una situación amenazante, lo cual lleva al individuo a un estado de estrés situacional por el evento de la intervención quirúrgica y en este caso, es el agente estresor, echando a andar mecanismos psicológicos y fisiológicos que conllevan a la ansiedad (Stora, 1992).

El estrés es un agente percibido por un individuo en un espacio-tiempo determinado, el sujeto pone en juego sus mecanismos de afrontamiento para manejarla, si no cuenta con recursos eficientes puede desorganizar su estructura psíquica (Mar ty, citado por Stora, 1992).

El estrés lo puede causar casi cualquier cosa (Terras, 1994), y desde esta perspectiva sería casi imposible evitarlo, no obstante cuando se identifica la posible causa se puede brindar una terapéutica, en esta investigación se cuantificó por medio del inventario de ansiedad de Spielberg enseñándoles a los pacientes estrategias de

afrontamiento como una manera de autocontrol para poder enfrentar de una mejor manera el evento estresante.

Hay autores que mencionan que las técnicas cognitivo-conductuales de relajación no funcionan por sí mismas, hay que implementar además, otras estrategias psicológicas, ya que las técnicas de relajación, relajan al cuerpo, no a los pensamientos (Aguirre, 2000). Gutiérrez, 2000). al parecer en este trabajo al enseñar al individuo que se puede relajar por sí mismo y tener un control sobre su ansiedad, es en sí un efecto que produce la sensación de autocontrol, mismo que se traduce en el pensamiento de "yo lo puedo controlar" (Kübler-Ross, 1972) y de esta manera es como se convierte en una estrategia de afrontamiento (Lazarus, 1966); probablemente los pacientes al aprender esta estrategia de afrontamiento minimizaron su percepción de amenaza ante el evento quirúrgico.

Aunque el objetivo de esta investigación no fue a nivel explicativo, si no meramente comparativo, es importante resaltar que con respecto a los resultados obtenidos no solo se observan cambios, si no también una disminución en las medias de las puntuaciones de ansiedad percibida en el inventario IDARE después del entrenamiento en relajación diafragmática (intervención psicológica) pese a que no hubo un control de variables estrictamente hablando, esta disminución en los puntajes de las medias fue debida a la intervención psicológica, sin embargo, se observaron diferencias estadísticamente significativas que nos indican que el tratamiento sí modificó estas puntuaciones.

En conclusión se puede argumentar que las estrategias cognitivo conductuales son eficientes para el manejo de la ansiedad en pacientes preoperatorios con un padecimiento oncológico en cabeza y cuello, así mismo el inventario de ansiedad de Spielberg es un instrumento que permitió evaluar la ansiedad percibida en una situación específica.

Es importante mencionar que un paciente con un adecuado autocontrol de sus emociones y estrategias de afrontamiento funcionales que le permitan manejar situaciones estresantes ante un evento quirúrgico, le permitirá cursar un periodo postoperatorio con una mejor evolución, evitando con esto posibles complicaciones, una larga estancia intrahospitalaria, por lo tanto disminuyendo gastos a la institución por costo día cama, medicamentos, material y recursos humanos; como se puede observar la intervención psicológica en un proceso preoperatorio es importante ya que actúa no solo como estrategia de afrontamiento para el paciente, si no también como un programa de prevención intrahospitalaria por los puntos previamente señalados (Sime, 1976).

Cabe señalar la importancia del trabajo multidisciplinario en un ambiente hospitalario y aun mas en enfermedades crónico-degenerativas como el cáncer, ya que siendo este un padecimiento que afecta su estado emocional, aspecto físico, su funcionalidad y su vida en general, es necesario desde un inicio ver al paciente desde diferentes ángulos profesionales como es cirugía plástica, cirugía maxilofacial, prótesis maxilofacial, neurocirugía, psicología, psiquiatría, otorrinolaringología, radioterapeutas, trabajo social, etc.

LIMITACIONES Y SUGERENCIAS

Dentro de las limitaciones que se encontraron a lo largo de esta investigación se encuentra el tamaño de la muestra, así como el espacio para brindar el entrenamiento en la respiración diafragmática, ya que éste es pequeño en el área de hospitalización, además hay presencia de variables ambientales que pudieron afectar la atención y concentración del paciente.

Por otra parte una limitación metodológica es que no se controló si la ansiedad estado era debida a la intervención quirúrgica o bien al diagnóstico de cáncer en sí o a ambos, ya que algunos de los pacientes participantes se les dio el diagnóstico de cáncer así como también el tratamiento médico a seguir (intervención quirúrgica); por lo que en futuras investigaciones se sugiere aplicar algún instrumento (inventario, prueba psicológica, entrevista clínica, etc.) que evalúe este aspecto.

Sime (1976) encontró que los pacientes con alto temor preoperatorio requieren mayor duración de la hospitalización, mayor uso de analgésicos y sedantes, aumenta la probabilidad de que el paciente se complique con alguna infección intrahospitalaria alargando su estancia y afectando su vida familiar, laboral, social, económica, etc., y muestran una actitud negativa en el postoperatorio, ocasionando falla en la adherencia médica.

R E F E R E N C I A S

- Aguirre, G (2001) Técnicas cognitivo-conductuales y retroalimentación biológica en el tratamiento del dolor agudo por venopunción Tesis de Licenciatura. UNAM
- Berstein, G, Borkavec, D (1983) Retroalimentación biológica. México : Manual Moderno
- Caballo, V (1997). Manual para el entrenamiento Cognitivo-conductual en relajación. Madrid: Siglo XXI
- Carboles, J., Godoy, J (1991). Retroalimentación biológica: principios y aplicaciones. México: Roca
- Campbell, D., Stanley, J. (1982). Diseños experimentales y cuasiexperimentales en la investigación social. Argentina: Amorrortu
- De Vita, L (1999). Manual de Oncología. Cuba: Científica Técnica
- Deutsch, O. (1942) La neurosis. México : Mc Graw Hill
- Fernández, L (1987) Técnicas de relajación en pacientes con lumbalgia Tesis de Licenciatura. UNAM
- Geissman, R (1972). Manual de relajación. México: Mc Graw Hill
- González, H (1999). Manejo clínico de la hipertensión Tesis de Licenciatura. UNAM
- Gutierrez, A, (2000). Técnicas de relajación en el tratamiento de dolor oncológico Tesis de Licenciatura. UNAM
- Hammer, S. (1984). El poder curativo de la mente. Science Digest: 12-20 Traducido por Benjamín Domínguez.
- Jonson, P. (1980) Estados de ansiedad. España: Siglo XXI
- Juárez, P. (1982). Propuesta de un Tratamiento Psicológico en adicciones: alcoholismo y tabaquismo. Tesis de Licenciatura. UNAM
- Kerlinger, F. (1993). Investigación del comportamiento. México: Mc Graw Hill

- Kübler-Ross (1972). Cáncer y Psicología. España: Siglo XXI
- Lazarus, R. (1966). Psychological Estress and Coping Process. New York: Mc Graw Hill.
- Palma, R (1994). Programa de tratamiento en pacientes con obesidad. Tesis de Licenciatura UNAM
- Rosales, T. (1998). Tratamiento Psicológico en pacientes sobrevivientes de infarto de miocardio. Tesis de Licenciatura UNAM
- Sánchez, M, Vera, L (1997) La importancia de los métodos psicológicos en el control del dolor por procedimientos diagnósticos y tratamiento del cáncer pediátrico Tesis de Licenciatura. UNAM
- Schultz, G, Lute, F (1959). New York:Praeger
- Sime. H. (1976). Evolución de 45 pacientes con disfunción renal Revista mexicana de nefrología, Vol 18 (2) :115-126
- Slaikew, K. (1996). Intervención en crisis. México: Manual Moderno
- Smith, J. (1992). Entrenamiento cognitivo-conductual para la relajación España:Desclee de Brouwer
- Spielberg, C. D. (1972) Anxiety as an state. New York: Academic Press
- Spielberg, C. D. (1979). Tensión y Ansiedad. Ed. Harla
- Stora, J. (1992). El estrés. Ed. Publicaciones Cruz: México
- Terras, S. (1994). Estrés. Ed. Tutor :España
- Twardosz , K (1986). Anxiety. New York: Mc Graw Hill.
- Vallejo, L. (1998). Técnicas cognitivo conductuales. Siglo XXI:España
- Vernon, F., Schulman, G , Foley, H (1966) Psicología Oncológica España: Siglo XXI

ANEXOS

Anexo 1

DATOS SOCIODEMOGRÁFICOS

A continuación se le dará a contestar un cuestionario, donde los datos que usted nos brinde ayudarán a planear un programa de tratamiento para brindarle una mejor atención, conteste lo más sincero posible, ya que recuerde que dependiendo de sus respuestas se realizará el plan de tratamiento, no hay respuestas buenas ni malas solo diferentes. Le agradecemos su cooperación.

Sexo: _____

Edad: _____

Escolaridad: _____

Estado Civil: _____

Nivel Socioeconómico: _____

Diagnóstico: _____

ESTA TESIS NO SALE
DE LA BIBLIOTECA

A N E X O 2

Inventario IDARE

IDARE

SXE

Inventario de Autoevaluación

por

C. D. Spielberger A. Martínez-Urrutia F. González-Reigosa I. Natalicio y R. Díaz-Guerrero

Nombre: _____ Fecha: _____

Instrucciones: Algunas expresiones que la gente usa para describirse aparecen abajo. Lea cada frase y llene el círculo del número que indique cómo se siente ahora mismo, o sea, en este momento. 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.

	NO EN LO ABSOLUTO	UN POCO	BASTANTE	MUCHO
1. Me siento calmado	<input type="radio"/>	<input type="radio"/>	<input type="radio"/>	<input type="radio"/>
2. Me siento seguro	<input type="radio"/>	<input type="radio"/>	<input type="radio"/>	<input type="radio"/>
3. Estoy tenso	<input type="radio"/>	<input type="radio"/>	<input type="radio"/>	<input type="radio"/>
4. Estoy contrariado	<input type="radio"/>	<input type="radio"/>	<input type="radio"/>	<input type="radio"/>
5. Estoy a gusto	<input type="radio"/>	<input type="radio"/>	<input type="radio"/>	<input type="radio"/>
6. Me siento alterado	<input type="radio"/>	<input type="radio"/>	<input type="radio"/>	<input type="radio"/>
7. Estoy preocupado actualmente por algún posible contratiempo	<input type="radio"/>	<input type="radio"/>	<input type="radio"/>	<input type="radio"/>
8. Me siento descansado	<input type="radio"/>	<input type="radio"/>	<input type="radio"/>	<input type="radio"/>
9. Me siento ansioso	<input type="radio"/>	<input type="radio"/>	<input type="radio"/>	<input type="radio"/>
10. Me siento cómodo	<input type="radio"/>	<input type="radio"/>	<input type="radio"/>	<input type="radio"/>
11. Me siento con confianza en mi mismo	<input type="radio"/>	<input type="radio"/>	<input type="radio"/>	<input type="radio"/>
12. Me siento nervioso	<input type="radio"/>	<input type="radio"/>	<input type="radio"/>	<input type="radio"/>
13. Me siento agitado	<input type="radio"/>	<input type="radio"/>	<input type="radio"/>	<input type="radio"/>
14. Me siento a punto de explotar	<input type="radio"/>	<input type="radio"/>	<input type="radio"/>	<input type="radio"/>
15. Me siento reposado	<input type="radio"/>	<input type="radio"/>	<input type="radio"/>	<input type="radio"/>
16. Me siento satisfecho	<input type="radio"/>	<input type="radio"/>	<input type="radio"/>	<input type="radio"/>
17. Estoy preocupado	<input type="radio"/>	<input type="radio"/>	<input type="radio"/>	<input type="radio"/>
18. Me siento muy excitado y aturdido	<input type="radio"/>	<input type="radio"/>	<input type="radio"/>	<input type="radio"/>
19. Me siento alegre	<input type="radio"/>	<input type="radio"/>	<input type="radio"/>	<input type="radio"/>
20. Me siento bien	<input type="radio"/>	<input type="radio"/>	<input type="radio"/>	<input type="radio"/>

IDARE

SXR

Inventario de Autoevaluación

Instrucciones: Algunas expresiones que la gente usa para describirse aparecen abajo. Lea cada frase y llene el círculo del número que indique cómo se siente *generalmente*. No hay contestaciones buenas o malas. No emplee mucho tiempo en cada frase pero trate de dar la respuesta que mejor describa cómo se siente *generalmente*.

	CASI NUNCA	ALGUNAS VECES	FRECUENTEMENTE	CASI SIEMPRE
21. Me siento bien	⓪	Ⓛ	Ⓜ	Ⓝ
22. Me canso rápidamente	⓪	Ⓛ	Ⓜ	Ⓝ
23. Siento ganas de llorar	⓪	Ⓛ	Ⓜ	Ⓝ
24. Quisiera ser tan feliz como otros parecen serlo	⓪	Ⓛ	Ⓜ	Ⓝ
25. Pierdo oportunidades por no poder decidirme rápidamente	⓪	Ⓛ	Ⓜ	Ⓝ
26. Me siento descansado	⓪	Ⓛ	Ⓜ	Ⓝ
27. Soy una persona tranquila, serena y sosegada	⓪	Ⓛ	Ⓜ	Ⓝ
28. Siento que las dificultades se me amontonan al punto de no poder superarlas	⓪	Ⓛ	Ⓜ	Ⓝ
29. Me preocupo demasiado por cosas sin importancia	⓪	Ⓛ	Ⓜ	Ⓝ
30. Soy feliz	⓪	Ⓛ	Ⓜ	Ⓝ
31. Tomo las cosas muy a pecho	⓪	Ⓛ	Ⓜ	Ⓝ
32. Me falta confianza en mi mismo	⓪	Ⓛ	Ⓜ	Ⓝ
33. Me siento seguro	⓪	Ⓛ	Ⓜ	Ⓝ
34. Trato de sacarle el cuerpo a las crisis y dificultades	⓪	Ⓛ	Ⓜ	Ⓝ
35. Me siento melancólico	⓪	Ⓛ	Ⓜ	Ⓝ
36. Me siento satisfecho	⓪	Ⓛ	Ⓜ	Ⓝ
37. Algunas ideas poco importantes pasan por mi mente y me molestan	⓪	Ⓛ	Ⓜ	Ⓝ
38. Me afectan tanto los desengaños que no me los puedo quitar de la cabeza	⓪	Ⓛ	Ⓜ	Ⓝ
39. Soy una persona estable	⓪	Ⓛ	Ⓜ	Ⓝ
40. Cuando pienso en los asuntos que tengo entre manos me pongo tenso y alterado	⓪	Ⓛ	Ⓜ	Ⓝ