



UNIVERSIDAD NACIONAL AUTÓNOMA DE MÉXICO

FACULTAD DE PSICOLOGÍA

**INTERVENCIÓN COGNITIVO CONDUCTUAL
EN PACIENTES ORTOPÉDICOS**
(PREPARACIÓN DEL CANDIDATO A CIRUGÍA ANTES DE SER
INTERVENIDO)

T E S I S

QUE PARA OBTENER EL TÍTULO DE:
LICENCIADA EN PSICOLOGÍA

MARTHA LUISA VELASCO DÍAZ



DIRECTOR DE TESIS: Dr. SAMUEL JURADO CÁRDENAS

México, D.F.

2011



Universidad Nacional
Autónoma de México

Dirección General de Bibliotecas de la UNAM

Biblioteca Central



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.

Gracias ...

... a los que apoyaron mi "locura" de estudiar psicología.

...por ser mi conejillo de indias.

...a los profesores que me han brindado la enseñanza académica y de vida, que ayuda a desarrollar la capacidad de ser metodológica, crítica y motivación para continuar aprendiendo.

... los amig@s que escuchan y apoyan en todo momento. Sin olvidar permitirme ser miembro honorable de la Institución.

... al chocolate que desarrolló adicción por las endorfinas y oxitocina.

... a quienes inspiraron la tesis sin darse cuenta y me permitieron ver las 2 partes de la cirugía.

...a mi abuelo por el amor, paciencia y cuidados que desde pequeña me dio.

...a mis hermanos al descubrir juntos el mundo, por las complicidades, apoyo y amor incondicional.

... a mi mamita, por ser una mujer admirable, nunca terminare de agradecer las noches de desvelos, el derroche de amor y apoyo constante siendo parte fundamental de lo que soy.

... a todos los que me han acompañado en el camino de la vida con lo heredado, compartido, aprendido para desarrollar trastornos y lo que nos falta !!! XD

ÍNDICE

Introducción.....	5
-------------------	---

CAPÍTULO I. ESTRÉS .

1.1. Etimología del estrés.....	7
1.2. ¿Qué es estrés?.....	8
1.3. Síntomas del estrés.....	11
1.4. Tipos de estrés	13
2. Cirugía como suceso de vida estresante.....	14
2.1 Relación entre estrés y pensamientos catastróficos.....	20
2.2 El estrés ¿puede dificultar la cicatrización de las heridas?.....	23

CAPÍTULO II. ANSIEDAD.

1. ¿Qué es ansiedad?.....	26
1.1 Etimología del término.....	27
1.2 Diferencia entre ansiedad, angustia y miedo.....	27
1.3 Síntomas.....	29
2. Ansiedad preoperatoria.....	29
2.1 Sentimientos de los pacientes quirúrgicos.....	30
2.2 Ansiedad, estrés y dolor quirúrgico.....	32
3 Relación entre ansiedad y creencias irracionales.....	33

CAPÍTULO III. INTERVENCIÓN COGNITIVO CONDUCTUAL

1. ¿Qué es una intervención cognitivo conductual	37
2. La importancia de la psicoeducación antes de cirugía.....	39
2.1 Audiovisual como preparación para cirugía.....	40
2.2 Influencia de la ansiedad sobre la comprensión.	41
3. Influencia de los pensamientos en la cirugía.....	42
4. Técnicas de relajación.....	43

4.1 Respiración diafragmática como técnica de intervención ante el estrés y ansiedad.....	44
---	----

MÉTODO

4.1 Planteamiento del problema y justificación.....	47
4.2 Objetivos.....	48
4.3 Variables.....	49
4.4 Participantes.....	50
4.5 Diseño de investigación	50
4.6 Instrumentos	50
4.7 Materiales.....	52
4.8 Procedimiento.....	52

RESULTADOS

1. Datos sociodemográficos.....	55
2. Entrevista	57
3. Pre-test.....	64
4. Post-test.....	67
5. Prueba de Wilcoxon antes y después.....	69
6. Correlaciones	70

DISCUSIÓN Y CONCLUSION.....	71
-----------------------------	----

REFERENCIAS.....	79
------------------	----

ANEXOS

1. Entrevista	84
2. Cuestionarios de evaluación pre-post-test.....	87

Introducción.

Un acto quirúrgico por pequeño que sea es una fuente de estrés, sin olvidar que entre los acontecimientos que se viven diariamente también hay estresores, mismos que conllevan respuestas psicológicas, fisiológicas y conductuales que pueden perjudicar al paciente en el proceso de recuperación. En el conjunto de respuestas psicológicas en el contexto quirúrgico, la ansiedad es considerada predominante. Investigaciones del campo de psiconeuroendocrinoinmunología muestran que el estrés y la ansiedad rompen la homeostasis neuroendocrina y retardan la reparación de tejidos, dificultando la cicatrización de las heridas.

Los individuos más estresados son más susceptibles a presentar trastornos del sueño, y se encuentre en la fase más profundo se relaciona con la secreción de la hormona de crecimiento que también facilita la reparación tisular (Yalilis, 2007).

El paciente que se encuentra hospitalizado, se enfrenta a diferentes cambios estresantes, que se expresan de la siguiente manera:

1. Conductuales: inmovilidad, privación de sueño.
2. Psicológicos: ansiedad, estrés, miedo, incertidumbre.
3. Sociales: situación desconocida, interrupción de su estilo de vida, separación de familia y amigos.

El paciente y su familia, frecuentemente desconocen los procesos que enfrentarán, las modificaciones que requerirán y cómo contender con ellas.

Algunas causas de ansiedad, tristeza, ira, u otras emociones son pensamientos desadaptativos, creencias erróneas o poco realistas; los enfoques que reemplazan este tipo de pensamientos por pensamientos racionales y valoraciones basadas en la información se conocen como métodos de reestructuración cognitiva (Greenberber y Padesky, 1998). Entonces es importante identificar los pensamientos y emociones que tiene las personas antes de entrar a cirugía para darle un enfoque integrar al paciente.

La mejor preparación psicológica del paciente consiste en facilitar la información en todo proceso quirúrgico y sobre las sensaciones que va a experimentar, equilibra las características estresantes de la cirugía, disminuyendo así el grado de incertidumbre y ansiedad en el individuo (Marín, Martínez, Ponish y Pubill, 2004).

Capítulo I Estrés.

Actualmente es difícil leer un periódico o ver algún programa de televisión sin escuchar sobre estrés; literalmente cientos de personas han leído y escrito al respecto, todos hablan de ello pero solo poca gente sabe exactamente qué es (Selye, 1985).

La aparición de una situación repentina, inesperada o simplemente que altere al individuo, como un accidente o el padecimiento de alguien cercano (amigo, pariente) a uno mismo, en la que incluya una operación quirúrgica por algún percance o enfermedad, propiciará el desgaste natural del cuerpo, debido al estrés que genera en el paciente, independientemente del nivel de adaptación que tenga al evento.

1.1. *Etimología del término*

Oblitas en 2010 habla sobre el término *stress* del anglosajón significa “tensión”, “presión”, “coacción”. Existe la palabra en inglés *strain* que también hace referencia a la idea de tensión, aunque ambos vocablos tienen semejanzas, se distinguen en que; el uso de *strain* se realiza en física.

Se habla del estímulo de estrés o estresor como la entrada externa y de respuesta de estrés o reacción como el resultado. La tensión sigue usándose para referirse al cambio o deformación orgánica producida por el estrés (Lazarus, 2000).

1.2 ¿Qué es el estrés?

El estrés es universal e inherente a los seres vivos, porque es un mecanismo de adaptación psicológica y orgánica a cambios del ambiente interno y externo (biopsicosocial) Entonces, estrés es cualquier estímulo que se perciba como amenaza para la homeostasis y seguridad del individuo (Klinger, Herrera, Díaz, Jhann, Ávila y Tobar,2005). Es el estado donde se presenta un síndrome específico que consiste en todos los cambios dentro del sistema biológico. Por lo tanto, tiene sus propias características y composición pero no una causa particular. En otras palabras, es una respuesta en el cuerpo ante alguna demanda, independientemente si es causada por condiciones agradables o desagradables (Selye, 1985).

Lazarus y Folkman (1986) en su teoría transaccional, definen estrés como el conjunto de relaciones entre la persona y la situación, siendo ésta valorada por la persona como algo que agrava o excede sus propios recursos y que pone en peligro su bienestar personal.

El estrés en sí mismo no es nocivo, al contrario, se trata de una reacción adaptativa que ha permitido la supervivencia de la especie al activarlo para responder al ambiente. Selye (1985) argumenta que la falta de estrés es perjudicial, dado que éste puede resultar estimulante, creativo, benéfico para un trabajo exitoso. El fisiólogo Walter Cannon (1911) fue quien introdujo los términos lucha/huida para designar las reacciones fisiológicas que preparan al organismo

para esfuerzos enérgicos, que se requieren para realizar dichas conductas (Carlson, 2006).

La respuesta de estrés es una reacción inmediata e intensa, que implica la movilización general de los recursos del organismo, ante situaciones que suponen demandas importantes, ya sea porque implican una pérdida de: salud, movimiento, autoeficacia, rutina de vida o por tratarse de una amenaza, como el riesgo que implica cualquier cirugía, cuestiones económicas, laborales, pareja, por nombrar algunas.

Los agentes estresores o demandas que evocan respuestas coordinadas (descargas de adrenergicos, hormonas, contracciones musculares, cambios químicos en algún sistema u órgano) en donde si el curso de alguno continua de grado similar surgirá el síndrome general de adaptación (SGA) (Selye, 1985). Cuando la situación estresora se percibe como un reto a solucionar, se facilitan reacciones y respuestas más adaptativas, que incluyen organizar una nueva rutina, ver las ventajas inmediatas y a largo plazo que obtendrá (Crespo y Labrador, 2003).

En conclusión el estresor hace referencia a cualquier agente externo o interno causal de dichas reacciones o sea, es un agente que produce estrés en algún momento (Selye, 1976) mientras la respuesta de estrés, se refiere a un mecanismo de activación fisiológica y de los procesos cognitivos que pueden

llegar a favorecer un mejor procesamiento de información y búsqueda de soluciones, siempre y cuando la situación no se mantenga en exceso pues se torna contraproducente al individuo.

Selye (1976,1985) menciona que mientras el estrés está reflejado por la suma de cambios inespecíficos que se desarrollan hacia un estresor, el síndrome general de adaptación, engloba todos los cambios que ocurren durante la continua exposición al estresor, por lo tanto éste síndrome puede ser definido como la manifestación del desarrollo cronológico de la respuesta al estrés en el cuerpo cuando es prolongado, el cual está compuesto por tres etapas:

- 1) Reacción de alarma: Caracterizado por cambios descritos anteriormente, si el estresor continúa expuesto por largo tiempo seguirá un estado de reacción de alarma a la resistencia ya que el organismo no puede ser mantenido continuamente en alarma. Seaward (2009) afirma que la duración es cuestión de segundos
- 2) Estado de resistencia: Es determinado por el desvanecimiento o disminución de síntomas iniciales, dado que el cuerpo ha logrado una óptima adaptación. Sin embargo después de prolongada exposición al estresor, ésta adaptación se pierde y pasa a la siguiente etapa.
- 3) Fase de agotamiento: Es donde el organismo recibe ayuda de fuentes externas de lo contrario llevaría a la muerte pues la adaptación se pierde, se reducen al mínimo las capacidades. La duración puede ir de minutos, horas, días o semanas. Incluye síntomas como: fatiga, mareos, azúcar baja en

sangre (lo que da lugar antojos y el aumento de peso posteriormente), depresión además de enfermedades autoinmunes que van de fatiga crónica a lupus, artritis reumatoide (Seaward, 2009).

1.3. Síntomas del estrés

Según Madrigal, Moreno, Rubio, Ibañez, López y Martínez (2005) aunque no todos reaccionan igual ante una situación de estrés, aunado a que un evento no tiene que ser necesariamente estresante para todo el mundo, se pueden distinguir tres tipos de respuesta:

- a) Fisiológicas: Síntomas taquicardia, sudoración en las manos, los músculos se tensan, entre otros detallados en la tabla 1.1.

- b) Cognitivas: Incremento de la atención a estímulos presentes, mayor rapidez de pensamiento; es decir se refiere a todo lo que se pueda pensar o imaginar respecto a la situación.

- c) Motoras: Relacionada con todo lo que se hace para manejar el acontecimiento por ejemplo, modificar su rutina, aprender cómo hacer ciertas actividades para evitar una lesión.

Tabla1.1 Respuestas fisiológicas y cambios orgánicos asociados con el estrés (Sandin citado en Oblitas 2010).	
<i>Tipo de respuesta/ órgano</i>	<i>Tipo de efecto</i>
Cardiovascular	Incremento tasa cardiaca Aumento de presión sanguínea sistólica Aumento de presión sanguínea diastólica Vasoconstricción periférica Posibles arritmias cardiacas
Otras respuestas psicofisiológicas	Incremento-tensión muscular general Temblor Incremento tasa respiratoria Hiperventilación Incremento de la sudoración Incremento de actividad electrodermal Incremento dilatación pupilar Reducción de tensión muscular intestinal Reducción de la salivación Reducción de la amplitud de ondas EEG Reducción pH piel/saliva
Respuestas metabólicas	Liberación de glucosa Incremento de producción de glucosa Catabolismo proteico Aumento ácidos grasos libres (mayor liberación de ácidos grasos a la sangre) Aumento del colesterol plasmático Incremento del transporte de oxígeno
Estómago	Incremento secreciones gástricas
Bronquios	Dilatación
Timo y sistema inmune	Involución (detención y retroceso) tímica y reducción de la competencia inmunológica
Tiroides	Incremento tamaño/actividad
Suprarrenales	Incremento tamaño/actividad
Glándulas sexuales	Incremento tamaño/actividad
Hígado	Involución
Páncreas	Involución
Riñón	Degeneración

Respuestas que idealmente sirven para facilitar un mejor procesamiento de las circunstancias o estímulos implicados y una respuesta más efectiva para afrontarla. Así el organismo se preparará para actuar ante las amenazas y retos de diversa índole que aparecen en su entorno; mismos que podrían ser productivas, agradables o causar malestar dependiendo del tipo de estrés que perciba.

1.5. Tipos de estrés

Selye, distingue entre estrés benéfico y perjudicial; durante ambos el cuerpo experimenta respuestas al estímulo; entonces el tipo de estrés depende de cómo se tome la circunstancia, ya que es lo que determina si es posible adaptarse al cambio exitosamente (Selye, 1985).

Distrés: Del latín dis: malo, desacuerdo (Selye, 1985). Cuyo significado en el inglés antiguo es “pena o aflicción” (Sierra, Ortega, Zubeidat, 2003) es el destructivo, caracterizado por la ira y la agresión, siendo dañino para la salud; el estrés “malo” se relaciona con todo aquello que disgusta, que se hace en contradicción con uno mismo, su ambiente o con la propia capacidad de adaptación y conlleva una emoción desagradable; por lo tanto, es el relacionado con sentimientos o estados corporales alterados como desolación y angustia (Morrison y Bennett, 2008). Por consiguiente el distrés la respuesta de adaptación se encuentra desequilibrada con respecto a la demanda (Gutiérrez, 2008).

Eustrés: Del griego eu: bueno es el estrés bueno relacionado con los sentimientos agradables, estados saludables, como entusiasmo y energía (Selye, 1985). Los esfuerzos realizados se tornan positivos, por lo que beneficiarían así lo que es compatible o protege la salud del individuo (Lazarus, 2000). En consecuencia el eustrés la respuesta de adaptación se encuentra al mismo nivel de demanda, por lo que el organismo puede satisfacerla produciendo una sensación de bienestar emocional (Gutiérrez, 2008).

Algunas situaciones de eustrés son, cuando el individuo realiza de manera eficaz alguna actividad que le demande o exija su entorno; es la dimensión del estrés satisfactorio, que ofrece al individuo experiencias positivas, sensaciones y sentimientos placenteros (sensación de bienestar, de adaptación) que fortalecen la autoestima, el autoconcepto y refuerzan las estrategias de afrontamiento; en otras palabras, ayuda a mejorar la adaptación y reducir las consecuencias desarrollando criterios valiosos para entender y relacionarse mejor con su ambiente. Lo que implica que el hecho que el eustrés tenga un efecto benéfico en contraposición con los daños que genera el distrés demuestra que es el “cómo lo tome” lo que determina, si uno puede adaptarse al cambio de forma exitosa (Oblitas, 2010).

2. Cirugía como suceso de vida estresante

El estrés prequirúrgico se refiere a la alteración emocional que ocurre como consecuencia de la anticipación psicológica de la cirugía, que se desencadena ante el quirófano o la presencia de dolor (Madrigal, et al., 2005).

Existen individuos a los que una cirugía les puede causar varias reacciones emocionales; se encontró que para algunas personas puede simbolizar “la obligación” de adoptar un papel pasivo y obedecer las instrucciones del personal durante la hospitalización; considerándose la dependencia como una expectativa de estar ahí para recibir cuidados, no para participar en ellos, lo que genera una sensación de “devaluación” o “vulnerabilidad”. No obstante los factores emocionales relacionados con el medio hospitalario como aislamiento, la despersonalización, pérdida de intimidad, limitación de movilidad, nivel de

información deficiente, entre otras, exigen al paciente una adaptación rápida y efectiva en el menor tiempo posible (Medinas, Mas, Truyols, Alorda, Marín et al., 2009).

Crespo y Labrador (2003) mencionan que existe una serie de características que parece *contribuir* hacer estresante una situación:

- *El cambio o novedad en la situación habitual*, en este caso cambiar el dormir en su casa a pasar la noche en el hospital, o no tener la misma movilidad para realizar sus actividades básicas (como ir al baño, vestirse, abrocharse los zapatos) o requerir nuevas posturas al dormir (como una almohada entre las rodillas en caso de artroscopía o con la almohada en la cadera de manera horizontal, al acostarse boca abajo en caso de cirugía de columna) el cambio o limitaciones en la alimentación, entre otros aspectos, puede convertir la situación en amenazante ante demandas que requieren de adaptación. Además de adquirir un nuevo estilo de vida, si es que ya no podrán hacer ciertas actividades momentánea o definitivamente y/o aprender hacerlas de otra forma para no tener molestias físicas posteriormente.

- *La falta de predictibilidad*, aquellas situaciones en las que es posible predecir lo que pasará, aún si esto fuera aversivo, generan menores respuestas de estrés porque preparan una reacción que permita hacer frente de manera más efectiva a la circunstancia, por ejemplo si el individuo va a

consulta esperando otra solución que excluya el ingresar a quirófano (op.cit).

- *Incertidumbre* acerca de lo que puede suceder en una situación, cuanto mayor sea el grado de incertidumbre más estresante será, por lo tanto, más certeza menor estrés. Es decir, mientras la probabilidad de ocurrencia se encuentre en cien o cero por ciento, el estrés disminuye. Un ejemplo es la posibilidad de complicaciones por la anestesia, enfermedad que interfiera con la operación o el procedimiento en sí.

- *Ambigüedad* se produce cuando se desconoce la duración, intensidad y frecuencia de lo que pasará, la información no es clara o suficiente o bien es incompleta o inadecuada. Frecuentemente la información sobre el tiempo total de tratamiento, necesidad o no de rehabilitación, uso de fajas, bastones ,el grado de suspensión de actividades físicas ya sea laborales o deportivas lo que dificulta la respuesta más adaptativa para el individuo, propiciando mayor estrés

- *Situaciones que sobrepasan los recursos del individuo*, el paciente puede verse desbordado por las múltiples demandas que no puede solucionar, por ejemplo debido a la falta de recursos económicos o sociales: cuidador en la nocturno o si el hospitalizado tiene personas a su cargo como podría ser hijos pequeños (op.cit).

- *Situaciones en las que la persona no sabe qué hacer* o en las que el individuo percibe que no tienen ningún control (cognitivo y/o

conductual) ya sea porque no puede participar activamente, en este caso en la operación, no conoce la forma de trabajo del hospital, no sabe poner en marcha sus recursos porque nunca se ha hospitalizado o que el paciente percibe que no puede hacer nada en lo absoluto por su salud y por lo tanto su recuperación.

Las principales fuentes de estrés o estresores, según Crespo y Labrador (2003), en cualquier ambiente natural son:

- Acontecimientos o sucesos vitales estresantes: pueden implicar eventos extraordinarios y extremadamente traumáticos, pero también hechos comunes regulares como matrimonio, divorcio, despidos, enfermedades terminales o sometimiento a intervenciones quirúrgicas o desastres naturales.
- Acontecimientos diarios o molestias cotidianas: llamados también microacontecimientos son sucesos menores que ocurren en la vida diaria, por ejemplo problemas: familiares, económicos, tránsito; perder objetos, fallas en la computadora, pequeños errores, alguna discusión durante el día.
- Situaciones de tensión crónica mantenida: el nivel de tensión es sostenida, ejemplo la sobrecarga laboral, discriminación, continuas disputas familiares, cuidadores de enfermos crónicos, ancianos.

Por lo anterior, dado el nivel de vida que se lleva en la actualidad es altamente probable que al menos se sumen los eventos estresantes que es la cirugía ya sea por lesión o enfermedad con los acontecimientos diarios o con la tensión crónica. Entonces es posible que un paciente se encuentre bajo problemáticas familiares, pareja, trabajo/escuela, económicas como los más comunes aunado a la cirugía resultando una exacerbada respuesta de estrés.

En el DSM-IV (Manual Diagnóstico y Estadístico de los Trastornos Mentales, versión IV) reconoce trastornos relacionados con el estrés:

Factores psicológicos que afectan a la condición médica, son aquellos que:

- Influyen en el curso de una enfermedad (ya sea en el desarrollo, o interferencia en la recuperación)
- Constituyen un factor de riesgo adicional para la salud del individuo, por ejemplo alterando el ritmo cardíaco y respiración
- Generan respuestas fisiológicas que pueden relacionarse directamente con el problema provocando tensión muscular sobre todo a los pacientes con cirugía de columna porque es una zona de tensión común inducida por estrés, lo que puede ocasionar más dolor de lo esperado por la manipulación realizada en la operación.
- Incrementan las respuestas que afectan negativamente al estado de salud; descuidando la alimentación y peso, por citar algunos, que son parte de la recuperación sobretodo en caso de columna y rodilla.

Trastornos de ajuste o adaptativos:

El diagnóstico de trastorno adaptativo según el DSM-IV requiere la presencia de un estresor identificable, siendo su característica la aparición de una reacción desadaptativa ante el estímulo, definida por estados de malestar subjetivo acompañados de alteraciones emocionales incluyendo síntomas depresivos, de ansiedad, incapacidad de afrontar los problemas, planear a futuro o presente, además de reacciones de duelo, en otras palabras alteraciones de conducta. Bajo circunstancias normales, se espera que:

- a) Cuando el estresor cese el trastorno concluye.
- b) Mientras que si el estresor continúa, el trastorno finalizará cuando el sujeto se adapte a su presencia.

La importancia de evitar el trastorno adaptativo, reside en que puede complicar el curso de la recuperación disminuyendo el seguimiento de las recomendaciones médicas, así como alargando las estancias hospitalarias o recuperación en casa. Los trastornos adaptativos se incluyen en el CIE-10 (Clasificación Internacional de Enfermedades 1992) mismos que aparecen como consecuencias ante acontecimientos estresantes graves o continuados y que suponen una interferencia con los mecanismos de adaptación normal. Lo anterior se resume en la tabla 1.3

Tabla 1.3 Identificación y localización de problemas asociados al estrés en el DSM-IV-TR y CIE-10		
	DSM-IV-TR	CIE-10
Trastornos físicos relacionados con el estrés.	Factores psicológicos que afectan a la condición médica.	Factores psicológicos y del comportamiento en trastornos o enfermedades clasificados en otro lugar.
Influencia del estrés en trastornos psicopatológicos.	Problemas psicosociales y ambientales	Factores que influyen en el estado de salud y el contacto con los servicios de salud.
Trastornos producidos por la mala adaptación a situaciones estresantes.	Trastornos de reacciones a estrés ansiedad grave: Trastorno de estrés agudo Trastorno de estrés postraumático Trastorno adaptativo transformación persistente de la Personalidad tras experiencia catastrófica	

2.1. Relación entre estrés y pensamientos catastróficos

A lo largo del texto, se ha venido refiriendo la importancia de la interpretación que el sujeto haga ante cualquier evento, de manera más simple, que todo depende de cómo lo tome o evalúe, independientemente del estresor, ya que la valoración que uno hace es central para considerar si un evento es estresante o no.

Según Lazarus (2000), el estrés es el resultado de la interacción entre:

- 1) Las características y valoraciones de un individuo.
- 2) El entorno del suceso interno o externo (estresor, - la cirugía-).
- 3) Los recursos internos o externos que dispone la persona.

El modelo inicial de Lazarus sostenía que cuando los individuos tienen que enfrentar un entorno nuevo o que se encuentra en constante cambio, desarrollan un proceso de valoración primaria y secundaria.

Valoración primaria: Ésta depende la clasificación de un acontecimiento dado, en función de la interpretación que el individuo hace, analizando la calidad y naturaleza del suceso. Lazarus diferencia tres tipos de factores estresantes posibles:

- a) Los que *perjudican*: se considera como un daño existente, pérdida o fracaso (pérdida de la salud).
- b) Los que *amenazan*: es la expectativa de un perjuicio futuro, anticipación de un daño posible (puedo morir).
- c) Los que *plantean un reto*; son demandas que se perciben como una oportunidad de crecimiento personal o se considera capaz de afrontar (analizar con qué cuenta el individuo para cubrir sus necesidades).

Valoración secundaria: Donde la persona evalúa los propios recursos y capacidades para afrontar el estresor; dichos recursos pueden ser tanto internos (habilidades, determinación) como externos (apoyo social, recursos económicos) es decir qué tan capaz se siente para enfrentar a la cirugía, hasta dónde puede hacer la persona tanto en trámites como por su salud. Algunos ejemplos de diferentes valoraciones son:

- Lo único que me faltaba; todo me pasa a mi (amenaza + falta de recursos=estrés).
- Me quedaré sin dinero y soy un enfermo

(amenaza + recursos internos limitados = estrés).

- Necesito organizarme mejor para cubrir mis responsabilidades sin descuidar mi salud (reto + posibles recursos internos= estrés).
- Quizá será mejor si mi familia y/o amigos me apoyan (reto + recursos externos= menos estrés).
- Me han operado con anterioridad, confío en que esta vez será similar (benigno).

Entonces según la perspectiva de Lazarus el estrés surgirá debido al desajuste entre demandas los recursos percibidos, que pueden cambiar a lo largo del tiempo.

La evaluación primaria y secundaria determinan si la interacción entre una persona y la situación debe considerarse significativa para el bienestar del individuo, misma que se ve influida por sus creencias y obligaciones, en lo que es relevante para el sujeto.

Fisher y Johnston (1998) sustentan que las creencias del control percibido, tiene una capacidad importante de predicción de la recuperación física a largo plazo, en su estudio pacientes que sufrían de dolor de espalda consideraban que podrían hacer algo por su padecimiento, por lo tanto fuertes creencias de control interno beneficiaban más su tratamiento y recuperación, hacían más ejercicio con mayor frecuencia.

2.2. El estrés ¿puede dificultar la cicatrización de las heridas?

Existe una relación entre el estrés y la función inmune en lesiones y heridas que se han hecho al practicar deporte, padecimiento o algún accidente. Diferentes estudios han coincidido en sus resultados dando importancia al estrés como variable que influye en la cicatrización, como lo son:

- a) La relación entre la expresión de enojo y la cicatrización de la herida. El control de enojo fue un predictor de dicha relación, en una condición de cuatro días, donde los resultados muestran que la habilidad de regular la expresión de enojo es una característica que parece tener relevancia clínica e impacto en la reparación de herida. (Gouin, Kiecolt-Glaser, Malarkey y Glaser, 2008).
- b) En las tasas de curación de úlceras en los pies en 60 adultos con diabetes tipo II, y encontraron que era más tardada en los que mostraban un elevado grado de ansiedad, depresión o estrés (Marucha, Kiecolt-Glaser y Favagehi, 1990).
- c) Se observó en pacientes con elevado estrés y la preocupación sobre la cicatrización, que se estaban recuperando de una cirugía de hernia que la tensión psicológica después de las intervenciones quirúrgicas produce una respuesta inflamatoria anormal y puede provocar un retraso de la cicatrización (Moffatt, Vowden, Price et al., 2008).
- d) Se encontraron efectos similares es en las tasas de curación de estudiantes sanos a los que experimentalmente se les hacía una herida en la piel en dos

situaciones distintas, la primera en periodo vacacional y el segundo antes de los exámenes; la herida realizada antes de los exámenes tardaba hasta tres días más en curar, atribuible a la afectación del sistema inmune (Marucha, Kiecolt-Glaser y Favagehi, 1990).

- e) La inmunidad en la piel y mucosas, se afecta por la reducción de linfocitos B y producción de inmunoglobulina que persiste 10 días después del estrés, y retrasa la cicatrización de heridas quirúrgicas (Klinger, Herrera, Díaz et al., 2005).

De acuerdo con Ayala (2009) el estrés intenso, altera el sistema inmune de varias formas: favorece el desarrollo de infecciones oportunistas, participa en cuadros de origen inflamatorio, favorece el desarrollo de enfermedades como Alzheimer y patologías autoinmunitarias, producen reactivación viral.

El presente trabajo se basa en la suposición de que sin importar el tamaño y la localización causada por la cirugía, la disminución de estrés o ansiedad tendrá beneficios posteriores al salir de cirugía, ya que por pequeña que sea la herida es elemental para el bienestar que sea la cicatrización lo mejor y antes posible.

En consecuencia de lo revisado a lo largo del capítulo, la respuesta de estrés consiste en un importante aumento de la activación fisiológica, cognitiva y conductual (Madrigal, Moreno, Rubio, et al., 2005) así que sería altamente probable que la persona en dicha situación presente esta respuesta (adaptativa o no), los factores que pueden afectar así como beneficiar al paciente en cuestión, entre los que destacan:

- Conductual: comportamientos que reducirán el impacto negativo del estresor; por ejemplo una técnica de relajación, antes y durante de procedimientos médicos.
- Cognitivo: la creencia de que la persona cuenta con estrategias que reducirán el impacto de la cirugía, ejemplo, poner menor atención al dolor centrándose en pensamientos agradables.
- Información: tener datos de la cirugía, qué, por qué, para qué, dónde, cuándo, posibles resultados y probabilidades.

La inhibición de la respuesta inflamatoria dificulta que el organismo se recupere de una lesión y la supresión de la respuesta inmunitaria hace que un individuo sea más vulnerable a infecciones (Carlson, 2006). El estrés influye en la conducta y pensamientos que a su vez afectan la recuperación médica, por lo cual es primordial ayudar al paciente a reducirlo haciendo más tolerable el suceso para favorecer el bienestar.

Capítulo II. Ansiedad.

1.1 ¿Qué es ansiedad?

Conocida popularmente como “nervios”, el concepto ansiedad se utiliza para describir que se experimentan diversas sensaciones al enfrentar la amenaza, (Greenberger y Padesky, 1998). Entonces la ansiedad es una reacción normal frente a muchas situaciones estresantes de la vida por lo que nadie está exento de ella, incluso es bastante útil para estar más alerta y tomar con mayor seriedad lo que es importante (Carlson, 2006). También se concibe como un proceso de adaptación a una situación, lo que produce una sobreactivación biológica, como consecuencia de un bombardeo permanente de estímulos internos y externos (Rojas,1998). Es decir que puede permitir un mayor estado de activación e impulsar acciones que bajo otras circunstancias no se realizarían teniendo como resultado conductas para defenderse ante alguna amenaza a la integridad personal. Por consiguiente todos los seres humanos la padecen de una u otra forma, en distintos niveles, sin embargo se considera patológica cuando ésta interfiere negativamente con el rendimiento y funcionamiento del individuo (Heinze, 2003). La ansiedad afecta a los procesos de pensamiento y aprendizaje. Tiende a producir confusión y distorsiones de la percepción, no sólo en cuanto al tiempo y al espacio sino que pueden interferir en concentración, memoria y capacidad de asociación (Virgen, Lara, Morales y Villaseñor, 2005). Como consecuencia si ésta es demasiado intensa resulta contraproducente, y el individuo puede mostrar

sentimientos de apatía, conductas de evitación, y retroalimentarla como al tener miedo a que pase lo peor, entre otras.

1.2 Etimología del término.

Se deriva del término alemán *angst*, para manifestar un afecto negativo además de una activación fisiológica desagradable, pero en español y en francés tuvo un doble significado, *ansiedad* y *angustia* *anxiété* y *angoisse* respectivamente (Sierra, Ortega; Zubeidat; 2003); lo mismo sucede en la lengua inglesa *anguish* y *anxiety* (Rojas, 1998). Según el Diccionario de la Real Academia Española (vigésima segunda edición, 2010) ansiedad proviene del latín *anxietas*, refiriendo un estado de agitación, inquietud o zozobra del ánimo. La ansiedad es aquella experiencia interior en la que todo es inquietud, desasosiego, estar en guardia y como al acecho esperando lo peor, acompañada de algunos síntomas (Rojas, 1998).

Lo que concierne a angustia proviene del latín *angor* para hacer alusión a una sensación de angostura, estrechez, dado que la raíz griega quiere decir estrangular, lo que hace referencia a la opresión.

1.3 Diferencia entre ansiedad angustia y miedo.

La diferencia es que *angustia* se utiliza cuando hay mayor predominio de síntomas físicos, es decir la reacción del organismo es deparálisis, en otras palabras, se conceptualiza como una emoción compleja y displacentera, presentado una serie

de síntomas físicos que inmovilizan al individuo, limitando su capacidad de reacción y voluntad de actuación; para que ocurra es necesario la interacción de factores biopsicosociales (Sierra et al., 2003).

Frecuentemente la *ansiedad* se asocia al inicio con la presencia de algún evento adverso (Virgen et al., 2005) el cual alude a un estado de agitación e inquietud desagradable caracterizado por la anticipación del peligro, el predominio de la sensación de catástrofe o riesgo inminente, es decir, la combinación entre síntomas cognitivos y fisiológicos, manifestando una reacción de sobresalto, donde el individuo trata de buscar una solución. También se describe como una vivencia ante algo difuso, vago, inconcreto, indefinido, es un sentimiento molesto de duda, que se percibe como una señal de alerta que advierte de amenaza, misma que frecuentemente es desconocida, no es clara la razón. Esta sensación indefinida se experimenta con anticipación de lo peor. Se precipita sobre el presente provocando una anticipación terrible llena de incertidumbre (Rojas, 1998).

Lo que la distingue del *temor* o de igual forma llamado *miedo* es que la amenaza es concreta y definida (Virgen et al., 2005) el temor es determinado, específico ante algo que viene de fuera o sea que tiene una referencia explícita y se aproxima trayendo inquietud. El punto clave es la percepción de un peligro real que amenaza en algún sentido; desencadena una serie de medidas defensivas con la finalidad de esquivar, evitar o superar esa intranquilidad. Suelen ser racionales y dependen del tipo de peligro (Rojas, 1998). Por consiguiente se puede decir que el miedo es causado por algún factor real mientras la ansiedad es imprecisa y carente de veracidad.

1.4 Síntomas.

La mayoría de las personas que están ansiosas son muy conscientes de sus síntomas físicos que incluyen: tensión, sudoración, dolor de cabeza, dificultades para respirar, aumento del ritmo cardiaco. Ver tabla 2.1

Reacciones físicas.	Pensamientos.
<ul style="list-style-type: none">▪ Las palmas de las manos sudadas.▪ Tensión muscular.▪ Incremento de los latidos del corazón.▪ Mejillas ruborizadas.▪ Ligero dolor de cabeza.	<ul style="list-style-type: none">▪ Sobreestimación del peligro.▪ Infravaloración de la habilidad para afrontar la situación.▪ Infravaloración de la disponibilidad de ayuda.▪ Preocupaciones y pensamientos catastróficos.
Conductas.	Emociones.
<ul style="list-style-type: none">▪ Evitar situaciones donde aparecería y/o empieza la ansiedad▪ Intentar hacer las cosas perfectamente o intentar controlar los eventos para prevenir el peligro	<ul style="list-style-type: none">▪ Irritabilidad▪ Ansiedad▪ Pánico

La percepción de amenaza cambia en cada persona, debido a las experiencias de vida, se sentirán amenazadas muy fácil y frecuentemente (Greenberg y Padesky, 1998); como consecuencia afecta en distintas áreas de su vida, ya sea salud, relaciones interpersonales, laboral por mencionar algunas.

2. Ansiedad preoperatoria.

La ansiedad se hace presente en personas que se encuentran en condición médica, ya sea desde una gripa o algo “sencillo” hasta una cirugía como es el caso del presente trabajo, la ansiedad ante este tipo de situaciones es común pues los

pacientes tienen varios sentimientos y fantasías hacia cualquier cosa que perjudique su salud, éstos son más frecuentes entre los individuos que se someterán a un procedimiento quirúrgico por primera vez.

La ansiedad es probablemente una de las experiencias más comunes, es un fenómeno universal y emocional para casi todos los pacientes que requieran cirugía, lo cual no significa que sea necesariamente dañino. Moderados niveles de ésta en la fase preoperatoria pueden ayudar al paciente para prepararse y de ese modo reducir el estrés de dicha situación. Por otro lado, puede influir negativamente por los efectos postoperatorios, altos niveles de la misma son asociados con precaria recuperación y agravamiento de dolor (Vargas, 2006). Incluso análisis previos han demostrado que en sujetos que se van a someter a cirugía, la ansiedad se presenta por lo menos desde una semana antes del procedimiento. Otros factores asociados a la ansiedad incluyen el tipo de intervención, por el tipo de anestesia (general o local), el tiempo de recuperación y cuidados; temor al ambiente hospitalario y la calidad de atención médica proporcionada (Valenzuela-Millán et al., 2010).

2.1 Sentimientos de los pacientes quirúrgicos .

Lo que siente una persona que entrará a cirugía es diverso dependiendo de las cogniciones y contexto. Vargas et al., 2006 dividieron dos categorías: aprensión y sentimientos positivos. En la primera se incluyó: miedo, preocupación, ansiedad, sospechas hacia las noticias; se encontraron básicamente tres factores que

desencadenan la ansiedad preoperatoria, primero separación de la casa, familia y medio ambiente, en segundo lugar está el verse forzado a jugar un rol más “pasivo” siendo el “paciente” por último el miedo con lo relacionado a su propia vida. También identificaron que durante el periodo preoperatorio los niveles de ansiedad y depresión fueron los altos tanto en pacientes como en sus familiares más cercanos; después de la operación los niveles suelen regresar a la normalidad. En la categoría de sentimientos positivos incluyeron: esperanza (en las posibilidades de recuperación), tranquilidad (han visto a otros pacientes quienes ya fueron intervenidos), alivio (porque la cirugía es necesaria para la vida).

Por otro lado, después de la cirugía la percepción usual es que las personas deben mantenerse sin realizar sus actividades básicas, lo que va creando en el paciente la sensación de invalidez e inseguridad, que conduce a una etapa de depresión, dependencia y no productividad. Además el individuo se frustra al pensar que no valió la pena el esfuerzo realizado, especialmente si no ve mejoría en su calidad de vida y funcionalidad rápidamente (León y Salazar, 2007).

Lo que confirma la postura inicial de tomar un rol pasivo retroalimentando los sentimientos de malestar del convaleciente. Algunos pacientes experimentan desesperanza aprendida por pérdida de control sobre la situación, lo que los vuelve dependiente del personal médico y de otras personas significativas como la pareja y los hijos (De L'Horne; Vatnamidls y Carerl, 2000).

3. Ansiedad, estrés y dolor quirúrgico.

El dolor es un síntoma complejo y multidimensional determinado no sólo por el daño tisular y la nocicepción sino también por creencias personales, experiencia dolorosa previa, o factores psicológicos propios del individuo. Los pacientes con un nivel elevado de ansiedad son especialmente vulnerables al dolor después de la cirugía, como consecuencia existe un incremento en la necesidad de analgésicos, lo que provoca una mala experiencia durante la hospitalización, razón por la cual se prolongan los días de estancia que repercuten directamente en los costos de la atención. Cabe resaltar que quienes experimentan mayor ansiedad son las mujeres (Valenzuela-Millán et al., 2010) y las niñas (Moñiz et al., 2000). Entonces el control de la ansiedad preoperatoria, tiende a disminuir el uso de medicamentos en el postoperatorio facilitando la recuperación. Al mismo tiempo la intensidad del dolor aumenta con el estrés, ocasionado un cúmulo de circunstancias adversas existiendo la posibilidad de desarrollar insomnio, trastornos de la conducta, rechazo al entorno (personal, médico, familiares) agresividad entre otros (Muñoz-Blanco, Salmerón, Santiago et al., 2001). Por lo tanto se puede decir que la presencia de ansiedad puede condicionar una mayor respuesta al dolor, mismo que es un agente altamente estresante por sí solo (Pérez Bertólez, Bellido, Gómez, et al., 2008). Por consiguiente en los pacientes es necesario valorar simultáneamente factores físicos, psicológicos y ambientales; el objetivo de la valoración del dolor es determinar en qué medida los factores afectivos, cognitivos y conductuales (estrés, ansiedad, miedo, pensamientos etc.) contribuyen a la percepción y exacerbación

de este malestar. Si no se identifican y tratan los factores psicológicos antes mencionados, es probable que se produzca un efecto contraproducente en la respuesta del individuo al tratamiento. La experiencia clínica y evidencia científica sugieren que los pacientes pueden aprender a usar técnicas psicológicas para modificar la experiencia de dolor, es decir su percepción (Rodríguez, 2011).

4. Relación entre ansiedad, creencias irracionales y/o miedos.

La ansiedad se acompaña de pensamientos en los que se está en peligro, vulnerable; misma que se presenta en diferentes áreas. Se percibe amenaza física cuando se cree que será herido (mordedura, ataque al corazón, ser golpeado). Socialmente acontece cuando se cree que será rechazado, humillado, avergonzado. Psicológicamente empieza cuando algo hace que se preocupe de perder capacidades, habilidades o como comúnmente se dice volverse loco.

Los pensamientos de ansiedad como se orientan hacia el futuro, se dirigen a la predicción de catástrofes, dichos pensamientos frecuentemente inician con: “y si...” y finalizan con resultados de desastres, éstos también pueden incluir imágenes de peligro (Greenberger y Padesky, 1998) por ejemplo: “y si...me muero”, “y si...me despierto a media operación” “y si...quedo peor” además de ser claramente visualizado por ellos, es decir con las imágenes de sí mismo y/o el escenario donde se encontraría muerto, cómo despertaría a mitad de la intervención médica, cómo se sentiría, qué le dolería etc.

Los miedos que han sido causa de la ansiedad son percibidos como “un vago y disturbio sentimiento de molestia o temor, acompañado por una respuesta automática; un sentimiento de temor, aprensión causada por la anticipación de daño. Éste es un signo de alerta que llama la atención de un daño inminente y permite al individuo tomar medidas para prevenir el peligro”. Algunos factores relacionados con la ansiedad y el miedo pueden ser: amenaza de muerte, al cambio en la condición de salud, medio ambiente distinto, a la anestesia y a las diferencias en la imagen del cuerpo (Vargas, 2006 p.384) como la cicatriz que deje la intervención independientemente de zona y tamaño. Diversos estudios coinciden con los anteriores en que dichas amenazas por el futuro además de agregar temor al diagnóstico o enfermedad, la presencia de extraños, procedimientos invasivos, estrés de acompañantes, ruptura de la rutina vital y adaptación a una desconocida e impuesta, pérdida de: autonomía, control y competencia personal, certidumbre: y otros miedos relativos a permanecer consciente durante la cirugía, ingreso al quirófano, inserción de sondas, intubación, sentir dolor, incapacidad de afrontar obligaciones, conflictos laborales, económicos, mal desempeño sexual, tener problemas físicos posteriores, rechazo y la separación de los familiares (De la Paz-Estrada et al., 2006; León, et al., 2007).

En México la ansiedad ha sido pobremente explorada como factor que contribuye a las complicaciones que existen alrededor de la operación, a pesar de que el miedo y la ansiedad son parte de la experiencia de todo paciente quirúrgico (Valenzuela-Millán, et al., 2010).

En resumen, la existencia de ansiedad y temores puede facilitar la aparición de dolor, condicionar su intensidad de lo ya experimentado además del estrés de la cirugía por sí misma, pensamientos en torno a ésta, y la incomodidad del ambiente hospitalario, entre otras razones, retroalimentan la sensación de malestar, lo que puede desencadenar en una desagradable experiencia médica y dificultar la continuidad del tratamiento, distorsionar cualquier visita al médico de rutina o el no querer realizar chequeos por miedo a vivir una experiencia similar, catastrofizando la situación. Por el contrario, se favorece la colaboración y recuperación del paciente al disminuir los altos niveles de ansiedad, indagar sobre los pensamientos y saber si son reales o no, informar, dar confianza al paciente para mejorar las condiciones, lo que puede ser incluso preventivo para cualquier tipo de complicación, enfermedad o suceso ajeno a la cirugía a corto o largo plazo.

Capítulo III. Intervención cognitivo conductual.

La Organización Mundial de la Salud (OMS) en 1947, define salud como un estado de completo bienestar físico, mental y social y no meramente la ausencia de dolencias o enfermedad. Como consecuencia es importante que dentro de una cirugía además de cuidar la salud física del paciente, se tome en cuenta la parte mental, la cual puede mantenerse o restablecerse al tener una intervención psicológica porque como mencionan Piqueras, Martínez, Ramos et al. (2008) tanto la ansiedad como la depresión son manifestaciones clínicas donde el carácter adaptativo de las mismas se pierde, lo que se convierte en un problema que genera interferencia y malestar significativo ante los varios estresores a los que se enfrentará el paciente prequirúrgico. Entonces los miembros del equipo de la salud intervienen de manera sistemática para que el paciente sometido a una cirugía logre ajustar sus conductas con la finalidad de lograr un postoperatorio adecuado y de resultados satisfactorios, pero es importante mencionar que el éxito es variable, ya que no sólo se condiciona por la habilidad de quien interviene, sino que entran en juego múltiples variables como la historia personal, las experiencias traumáticas previas, la vivencia de patologías similares en amigos conocidos o miembros de la familia, las fantasías, los proyectos futuros, las características personales y estilos de afrontamiento; de ahí la necesidad de la intervención psicológica (Yalilis, 2007).

Una participación activa en el proceso es de gran ayuda para la pronta recuperación del individuo cuyo objetivo se logra al estimular la expresión de dudas y preguntas, mejora la confianza en el equipo médico, minimiza sus miedos o lo

ayudar a tomar consciencia de ellos, lo que facilita el manejo y recuperación del paciente de una manera más adecuada, de igual forma, se sugiere estimular las habilidades en las relaciones interpersonales de los pacientes, estableciendo una comunicación asertiva, brindando un conocimiento adecuado y realista de la enfermedad, lesión y/o procedimiento quirúrgico. Los pacientes utilizan estos mecanismos para adaptarse mejor a la idea de la cirugía, su estancia en el hospital, su recuperación y al cambio abrupto que va a sufrir su vida, para lo cual hay que trabajar la reestructuración cognitiva de las ideas preconcebidas, creencias y de las falsas expectativas en cuanto al procedimiento médico-quirúrgico y desafiar las perturbaciones del pensamiento (León & Salazar, 2007).

1. ¿Qué es una intervención cognitivo-conductual?

La terapia cognitivo-conductual, comprende un conjunto de técnicas que se basan en la modificación de las cogniciones (actitudes, creencias y expectativas) así como la modificación de la reacción del individuo ante determinada experiencia. Se enfocan en la percepción y el pensamiento; las técnicas cognitivas influyen en la forma como interpretamos los eventos y las sensaciones corporales. Mediante estas técnicas se busca restablecer la sensación de autocontrol, eficacia personal y la participación activa en el autocuidado, lo que puede resultar benéfico para evitar los cambios en el estado de ánimo del paciente aumentado así su calidad de vida (Vázquez et al., 2009).

Diferentes técnicas que se han utilizado con éxito en pacientes con cáncer (Vázquez et al., 2009; Fernández et al., 2005); fibromialgia y dolor crónico (Almendro et al., 2010) VIH, dermatológicos, endocrinos, gastrointestinales, neurológicos, reumatológicos, respiratorios, hipertensión (Piqueras, et al., 2008) problemáticas cardiovasculares (Cea, et al., 2004) son: psicoeducación (Almendro et al., 2010; González-Ramírez et al., 2010) reestructuración cognitiva (Almendro et al., 2010; Vázquez et al., 2009; González-Ramírez et al., 2010) entrenamiento en autoestima y asertividad (González-Ramírez et al., 2010), técnicas de relajación : muscular progresiva, respiración profunda (Cea, et al., 2004, Almendro et al., 2010; González-Ramírez et al., 2010) imaginación guiada Vázquez et al., 2009; Almendro et al., 2010); biofeedback (Fernández et al., 2005; Piqueras, et al., 2008), planificación de actividades, terapia de solución de problemas (Piqueras, et al., 2008) y prevención de recaídas (Almendro et al., 2010).

La preparación cognitivo-conductual favorece la recuperación postoperatoria de dos formas principalmente; la primera, reduciendo directamente la ansiedad y el miedo de los pacientes antes de la operación. La segunda, entrenando al paciente para utilizar estrategias de afrontamiento cognitivo-conductuales para reducir la ansiedad antes y después de la cirugía.

Los métodos de preparación cognitivo- conductuales pueden incluir: relajación, estrategias de afrontamiento, videos, modelamiento en vivo y difusión de información acerca del procedimiento médico (De L'Horne, et al., 2000).

2. La importancia de la psicoeducación antes de cirugía.

Las personas frecuentemente están temerosas de la hospitalización y de los procedimientos médicos invasivos porque la información que se les han dado es insuficiente y se presenta en un modo que favorece la ansiedad. Los pacientes que requieren algún procedimiento médico invasivo en donde se omita la posibilidad de complicaciones que puedan surgir, crea una distancia psicológica entre las preocupaciones y ansiedad relacionada con la situación, aunque pareciera que esto tuviera algunos beneficios para el sujeto, interfiere con la adquisición de información relevante sobre la operación. Lo que a su vez conduce a un pobre cumplimiento de la rehabilitación después de la cirugía; se sugiere una comunicación sincera y abierta con el individuo, explicándole lo que está sucediendo y lo que ocurrirá, sin olvidar que el paciente puede sentirse abrumado o indefenso, ésta es una manera de recuperar la sensación de control lo cual promoverá una recuperación más exitosa (De L'Horne, et al., 2000).

Vargas (2006) considera que la reducción de ansiedad en los pacientes y su preparación para la cirugía es un objetivo preoperatorio. El contenido y enseñanza es aproximarse en la educación de la persona, de manera individualizada, con metas como reducir los miedos lo que contribuye al mejor manejo y resultados de los candidatos a cirugía ansiosos en la fase preoperatoria. El ofrecer información, desde el punto de vista psicológico permite orientar mejor al paciente que va a recibir anestesia y lograr con esto elevar la calidad de la asistencia (De la Paz-Estrada et al., 2006).

Yalilis (2007) explica distintas intervenciones en donde las consecuencias favorables de los programas de intervención psicoeducacional para la cirugía son: una inducción más rápida de la anestesia y mayor seguridad anestésica, menor porcentaje de hipertensión postoperatoria, percepción más favorable de la experiencia hospitalaria, mayor satisfacción de los servicios y una creencia de mayor control personal sobre el proceso de recuperación.

2.1 Audiovisual como preparación para cirugía.

Moix, Bassets, et al. (1998) encontraron una alta efectividad con el uso de un audiovisual como preparación para distintas cirugías (incluidas de ortopedia) como un medio para aclarar dudas sobre la cirugía y para disminuir la ansiedad en cirugía, aumentar el nivel de comunicación entre familiares referente a la intervención, teniendo beneficios posteriores al proceso quirúrgico.

Yalilis (2007) también utilizó apoyo audiovisual con la información general sobre las diferentes etapas del proceso quirúrgico, así los pacientes complementaron y ampliaron la información ofrecida. Dado los beneficios, lo práctico y didáctico es una herramienta bastante recomendable como parte de la psicoeducación que se puede brindar a pacientes y acompañantes.

2.2 Influencia de la ansiedad sobre la comprensión.

Un estudio realizado por Gutiérrez y Avero en 1995 evaluó la comprensión lectora en un tiempo determinado, se encontró que los sujetos más ansiosos sufrieron un descenso especial en la comprensión. Lo que igualmente pudiera pasar en los pacientes con la información dada de la cirugía, ya que de acuerdo con la hipótesis de Gutiérrez y Avero en 1992 el déficit temporal de procesamiento en situaciones de estrés con las personas ansiosas generan pensamientos de preocupación, los cuales reducen transitoriamente la capacidad de su memoria operativa, éste es un mecanismo de almacenamiento temporal y limitado de la información reciente mientras la nueva es procesada; así pues, la eficiencia de las personas ansiosas es menor dado que invierten más tiempo que las no ansiosas para obtener la misma eficacia en la comprensión. Por lo tanto, ante la presión del tiempo y la imposibilidad de obtener nuevamente la información, la eficacia en la comprensión sufre un deterioro debido a la ansiedad. Hay gente que no tienen tiempo de buscar información u obtener más del médico dado que la programación de la cirugía es pronto o en consulta no se preguntó (ya sea por falta de tiempo, o que el estrés y ansiedad hayan paralizado al organismo evitando cuestionar). Así pues los pacientes están sujetos a un estresor potencial que es la cirugía de la cual, habrá quienes presenten niveles de ansiedad elevados, lo que es un indicador de que el individuo pueda estar teniendo pensamientos catastróficos lo que perjudica aún más la comprensión de la información dada.

Los profesionales de la salud deben proporcionar información acerca de las sensaciones típicas que se pueden esperar durante y después del procedimiento médico, esto le permite al paciente desarrollar expectativas reales acerca de la cirugía y del nivel de dolor asociado. Explicar que es normal que estén ansiosos, tristes, enojados, estresados entre otras emociones displacenteras, pues éstas interfieren con su cotidianeidad, se trata de un procedimiento inevitablemente doloroso, nuevo para algunas personas, que necesita cuidados, que puede haber factores que no haya considerado, que sea necesario más tiempo del esperado en la recuperación.

Existen diversos estudios sobre la eficacia de los efectos psicoeducativos en la recuperación postoperatoria de pacientes quirúrgicos adultos que coinciden en que un paciente mejor informado se recupera más rápido (De L'Horne, et al., 2000; González-Ramírez et al., 2010; Piqueras, et al., 2008 & Vázquez et al., 2009).

3 Influencia de los pensamientos en la cirugía.

Los procedimientos médicos invasivos pueden describirse como cualquier técnica operatoria o diagnóstica que usualmente involucre el uso de instrumento y o requiera la penetración del tejido o invasión por medio de un orificio del cuerpo. (De L'Horne, et al., 2000).

Al analizar las reacciones del individuo, sobre lo que le está ocurriendo ante estos peligros exteriores (cirugía) o amenazas internas mal dibujadas (creencias), procuran disminuir la intensidad de la misma. El aumento o disminución de la

ansiedad tiene mucho que ver con la elaboración individual de la información que al sujeto le llega (Rojas, 1998). Entonces si el individuo identifica correctamente sus reacciones físicas y emocionales, tratará de controlarla (ya sea informándose, expresando dudas, etc) para evitar que permanezca la información errónea, disminuya la ansiedad, el malestar que le acompaña misma, y que varía en intensidad de persona a persona.

Las técnicas psicológicas se enfocan a la reducción, eliminación de los temores asociados con los procedimientos médicos invasivos además de la reducción del estrés psicológico (De L'Horne, et al., 2000).

4. Técnicas de relajación.

Las técnicas de relajación constituyen un conjunto de procedimientos de intervención útiles no solo en el ámbito de la psicología clínica y de la salud, sino también en el de la psicología aplicada en general. La evolución de las técnicas de relajación a lo largo del siglo XX y su consolidación como procedimientos válidos de intervención psicológica, se ha debido en gran medida al impulsó que recibieron dentro de la terapia y modificación de conducta, al ser consideradas como parte integrante de otras técnicas.

La relajación se considera una respuesta biológicamente antagónica a la respuesta de estrés, que puede ser aprendida y convertirse en un importante recurso personal para contrarrestar los efectos negativos del mismo, sin olvidar la importancia de dos variables psicológicas mediadoras, la valoración cognitiva de la

situación y la capacidad del sujeto para hacerle frente. Así pues una técnica de relajación es un medio para alcanzar una serie de objetivos, el fundamental es dotar al individuo de la habilidad para hacer frente a sucesos cotidianos que le están produciendo tensión o ansiedad. Las situaciones pueden ser actividades rutinarias que el sujeto está llevando a cabo con más tensión de la necesaria para su correcta realización y que está provocando un elevado estado de activación o ansiedad generalizada, por otro lado también situaciones específicas ante las que el sujeto experimenta ansiedad o estrés (Caballo, 2008).

4.1 Respiración diafragmática como una técnica de intervención ante el estrés y ansiedad.

Bajo estrés y ansiedad, aumenta la frecuencia respiratoria, que se caracteriza por el uso de músculos del pecho, respiración entrecortada y superficial. De igual manera sucede con la frecuencia cardíaca al verse acelerada por la misma razón, ésta sensación puede ser mal interpretada como una señal de que algo “malo” ocurrirá o confundirse con algún padecimiento inexistente. Para combatir esta tendencia, se le enseña a la persona la respiración diafragmática, es decir respiración que implica los movimientos adentro y afuera del abdomen, no del pecho, a una tasa regular (de 8 a 12 respiraciones por minuto). La meta es inhibir la hiperventilación que aparece cuando los sujetos se perciban ansiosos, lo que genera angustia; como consecuencia el control respiratorio ayuda al individuo a recuperar una sensación de control sobre los aspectos somáticos de la angustia y ansiedad; así que este método de respiración aumenta la relajación al disminuir

la activación fisiológica (Lyddon, Jones, 2002 y Nezu, Nezu, Lombardo, 2006). Durante la relajación, la respiración se profundiza y desacelera lo cual permite que los músculos se relajen y el flujo de la sangre periférica aumente, como consecuencia los sistemas internos se van desacelerando, comienza una sensación de pesadez, calidez y comodidad. El respirar lenta y profundamente durante la relajación promueve una sensación de bienestar general, reduce el ritmo cardíaco y propicia la liberación de endorfinas, lo que ayuda a la disminución del dolor y prolonga la sensación de bienestar (Domínguez & Olvera, 2005). Incluso esta técnica se ha usado con gran eficacia con personas diagnosticadas con hipertensión, donde se controla la frecuencia cardíaca con esta misma técnica, después del entrenamiento se mantiene esta respuesta después de un seguimiento de seis meses y dos años (Cea et al., 2004).

Una respiración más profunda, diafragmática, tiene el efecto de relajar todos nuestros músculos y de permitir que el oxígeno tomado durante la inhalación se utilice con mayor eficiencia. El diafragma es un músculo en forma de cúpula grande que cubre el espacio entre el pecho y los órganos del abdomen. Cuando se inhala (meter aire), el diafragma se mueve hacia abajo, el conjunto de la caja torácica se amplía, las costillas se mueven a los lados. Cuando se exhala (saca aire), el diafragma regresa hacia arriba, ésta es la manera más sana y correcta de respirar, lo que tiene como efecto relajar los músculos y permitir que el oxígeno se utilice con mayor eficacia (Domínguez & Olvera, 2005).

En un evento que desestabilice la salud, deteriora la capacidad de atención y concentración, hay una fuerte sensación de ansiedad e impotencia, mezclada con sentimientos de ira y tristeza principalmente, dichos componentes pueden interferir o dificultar la atención médica efectiva; debido al desarrollo de síntomas emocionales o comportamentales en respuesta al estresor. La intervención psicológica puede entonces contribuir de manera positiva para la reducción de la ansiedad y adherencia al tratamiento, indispensables para una adecuada intervención quirúrgica. En éste sentido cuando la reacción de malestar es superior a lo esperado puede implicar un deterioro significativo en la actividad social del individuo que conduce a un diagnóstico de Trastorno desadaptativo. (Tapia, Avilés, Corona, Gómez y Pantoja, 2011).

Entonces la hospitalización trae consigo una gran cantidad de efectos contraproducentes a nivel conductual y emocional que perjudican la capacidad de adaptación del individuo, por tanto su funcionalidad. Las estrategias de intervención sugieren promover el desarrollo de destrezas destinadas a ganar control sobre la situación, reducir sentimientos de malestar, pero sobre todo brindar herramientas para la recuperación del paciente (Farah, Rodríguez, Sosa, 2008).

Método.

4.1. Planteamiento del problema y justificación.

Cualquier experiencia quirúrgica, es una fuente importante de estrés, así que es posible detonante de perturbación al individuo, teniendo una serie de respuestas relacionadas con la ansiedad predominantemente, seguidas de dolor, depresión, proceso de cicatrización retardada, aumento de la estancia hospitalaria, poca adhesión al tratamiento, entre otras.

Por consiguiente los pacientes con mayor nivel de ansiedad, son los que presentan más molestias, tienen más preocupaciones, pensamientos catastróficos, y favorecen mayor nivel de dolor, así que la cantidad de analgésicos que requerirán también aumenta, son susceptibles a presentar trastornos de sueño lo que afecta su recuperación y calidad de vida, lo que a su vez implica prolongar la incorporación a las actividades ya sea el trabajo y/o escuela causando así otro conflicto emocional que retroalimenta la sensación de malestar. En el presente estudio se resalta así la importancia de la asesoría psicológica; con la finalidad de que a las personas les fuera más tolerable el proceso postoperatorio; validando y/o dándole la importancia del suceso quirúrgico al paciente, sin minimizar sus sentimientos y emociones, sino dándole alternativas para manejar y reducir los que resulten desagradables; que aprendan la técnica de relajación, en el caso de pacientes posquirúrgicos, la más apropiada es la respiración diafragmática, a

manera de disminuir la ansiedad y el dolor tanto en el hospital (antes y después de la cirugía), como en casa, es decir durante el tiempo de recuperación.

4.2. Objetivo general.

Se indagó sobre los efectos del estrés y ansiedad de las personas antes de entrar a cirugía ortopédica, reflejados en una serie de pensamientos catastróficos y/o miedos antes de dicha operación causado por distintos estresores; probando una breve intervención para disminuir el malestar.

El estrés y la ansiedad se pueden disminuir de varias formas; pero en este trabajo se propone una combinación de estrategias para el individuo, de corta duración, dado que se toma en cuenta que se está en el ámbito hospitalario y el tiempo para ingresar al quirófano es escaso; procurando así el bienestar del paciente.

Por lo tanto se pretende conocer el efecto de la intervención cognitivo conductual para reducir la sensación desagradable ante la cirugía ortopédica.

4.2.1. Objetivos específicos.

- Identificar cuáles son los estresores y/o miedos más frecuentes antes de entrar a una cirugía ortopédica.
- Determinar si las personas que se someterán a cirugía ortopédica mientras mayor puntuación en el Beck de ansiedad presentan mayor número de los estresores y/o miedos.

- Determinar si las personas que se someterán a cirugía ortopédica mientras mayor puntuación en el Beck de depresión presentan mayor número de estresores y/o miedos.
- Determinar según la percepción del paciente que será sometido a cirugía qué le resultó más benéfico de la intervención, la fase psicoeducativa, de relajación o ambas.
- Indagar si hay diferencia en los resultados del Beck ansiedad cuando se aplica antes y después de la operación. Lo que evidenciaría si hay presencia de ansiedad, así como sus cambios causada por la cirugía.
- Indagar si hay diferencia en los resultados del Beck depresión cuando se aplica antes y después de la operación. Lo que evidenciaría si hay presencia de depresión, así como sus cambios causada por la cirugía.

4.3. Variables.

Variable situacional

- Pacientes hospitalizados programados para cirugía ortopédica.

Variables dependientes:

- Ansiedad
- Estresores y/o miedos
- Depresión

Variable independiente:

- Intervención Cognitivo Conductual

4.4. Participantes.

El grupo estuvo integrado por 13 pacientes candidatos a cirugía ortopédica (columna, cadera, rodilla y hombro) del Hospital Ángeles Metropolitano. La media de edad fue de 42, con un mínimo de 15 y máximo de 63 años.

Criterios de inclusión:

Tener de 15 años en adelante

No tener problema psicológico orgánico que limite la capacidad de contestar.

Criterios de exclusión:

Estar recibiendo apoyo psicológico.

4.5. Diseño de investigación:

Se realizó un ensayo clínico, donde el sujeto será su propio control a través de la aplicación pretest-postest.

4.6. Instrumentos:

Entrevista, de la cual se obtiene la ficha de identificación, consta de 10 preguntas para obtener emociones, intervenciones hospitalarias así como su nivel de satisfacción, relación con el médico, expectativas, actitud hacia la cirugía, apoyo social y pensamientos ante la operación. La validez de jueces

expertos se obtuvo con la participación de académicos de la facultad de psicología a los que se les preguntó sobre las categorías, opciones de respuesta, quedando los reactivos que coincidieron.

Evaluación pre-post-test, cuestionario formado de cuatro preguntas, cuyo objetivo es estimar si hay diferencia entre antes y después de la fase psicológica en cuanto a relajación, comprensión del proceso quirúrgico (en el pre y post-test), si les gustaría recibir algún tipo de información (en el pretest), si hubo alguna herramienta psicológica que les haya resultado más útil (en el posttest); por último, cómo se sienten en ese momento quirúrgico (en el pre y post-test). La validez de jueces expertos se obtuvo con la participación de doctores de la facultad de psicología con experiencia en psicología clínica a los que se les preguntó sobre las categorías, opciones de respuesta, quedando los reactivos que coincidieron.

Inventario de Ansiedad de Beck (BAI) (2001) Estandarizado a la población mexicana por Robles, Varela, Jurado y Páez con un alfa de .84 y .83 en estudiantes y adultos respectivamente; confiabilidad Test Retest de $r: .75$, validez convergente entre BAI e IDARE. Consta de 21 reactivos con 4 de escala Likert con opciones de respuesta, que van de poco o nada, más o menos, moderadamente, severamente.

Inventario de Depresión de Beck (BDI) (1988). Estandarizado por Jurado, Villegas, Méndez, Rodríguez, Loperena y Varela. Con una confiabilidad por consistencia interna con un Alfa de .87 y con validez concurrente entre BDI y la

escala de Zung de $r: 0.76$. Consta de 21 reactivos con 3 opciones de respuesta que van de mayor a menor.

4.7. Materiales:

Videos que abordan los procedimientos quirúrgicos, elaborados por nucleus medical art (principal autor, editor y licenciante de animaciones médicas y médicos ilustraciones en Internet) y preOp patient education. Detallan de manera fácil y sencilla en qué consiste la cirugía, qué instrumentos se usarán, tiempo estimado, cómo salen, es decir si es necesario permanecer internado o es ambulatoria.

Grabación de respiración diafragmática como técnica de relajación, va guiando paso a paso la realización de la misma de principio a fin, tiene una duración aproximada de 15 minutos. Con el objetivo de evitar variables extrañas.

4.8. Procedimiento.

Posterior a la consulta médica se informaba al paciente del proyecto, los objetivos dada la circunstancia estresante; en un mismo día, se tomaban los datos generales que incluía: nombre, edad, escolaridad, sexo, padecimiento, cirugías previas, temores y/o estresores en torno a la cirugía; se les explicaba que se trataba de una intervención psicológica en la fase preoperatoria con el objetivo de identificar emociones, estresores y pensamientos además de pretender disminuir los

desagradables con técnicas cognitivo conductuales. En la fase pre-test de instrumentos se aplicó, BAI, BDI además del cuestionario que pretende hacer una comparación de la sesión antes.

La intervención constó básicamente de dos técnicas; psicoeducación, la cual tiene el propósito de dar a conocer de una forma didáctica el procedimiento quirúrgico de manera breve y sencilla, sin que tenga imágenes desagradables dicho video contiene síntomas, causas, indicaciones, la cirugía, cómo se hacen y qué instrumentos se usan además de lo que sucederá después, como: ubicarse en sala de recuperación, objetos que pudiera tener (sondas, vendas, medias, hielo), recomendaciones finales. La otra técnica fue la relajación, que consistió en una grabación donde va narrando a detalle cómo realizar correctamente la respiración diafragmática, además del intervalo que requiere la inhalación y exhalación eficaz.

Finalmente se proporcionaba el cuestionario post-test después de la sesión donde se identificaba el beneficio de la misma; el total de tiempo aproximado era de 45min.

El día de la operación se hacía un seguimiento para ver cómo se encontraba, es decir, la condición médica en la que se encontraba. Tal como se muestra en la tabla 4.1

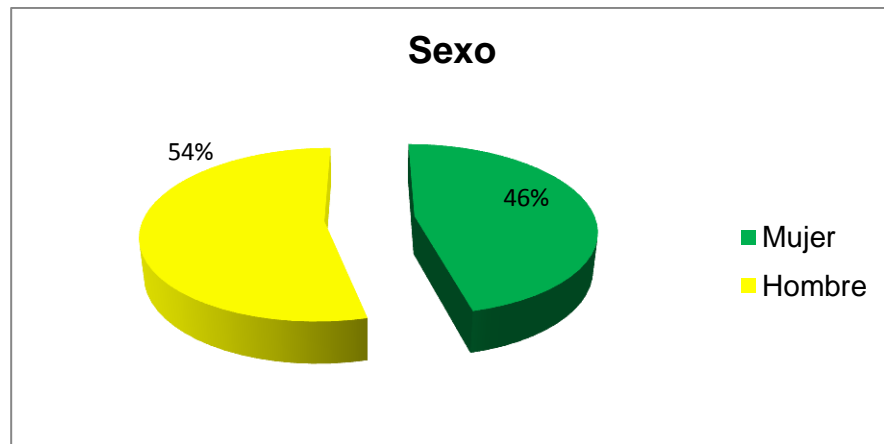
Intervención psicológica

Fase médica	Fase psicológica	Contenido
Candidato a cirugía.	Explicación del proyecto Pretest	- Entrevista. - Aplicación de instrumentos (BDI y BAI).
Preoperatoria.	Psicoeducación.	Explicación del padecimiento, proceso de intervención, (tomando en cuenta consecuencias físicas y emocionales) videos 3D; donde se explica de manera gráfica y auditiva en qué consiste el procedimiento médico al que se someterán.
	Técnica de relajación.	Respiración Diafragmática.
	Evaluación de la intervención.	Aplicación de un breve cuestionario de 5 preguntas para identificar si el paciente notó algún cambio.
Operación	Seguimiento	Solicitar información de cómo salió el paciente, a través del personal médico.
Consulta médica	Post-test	Aplicación de los instrumentos iniciales BAI y BDI en la sala de espera del consultorio.

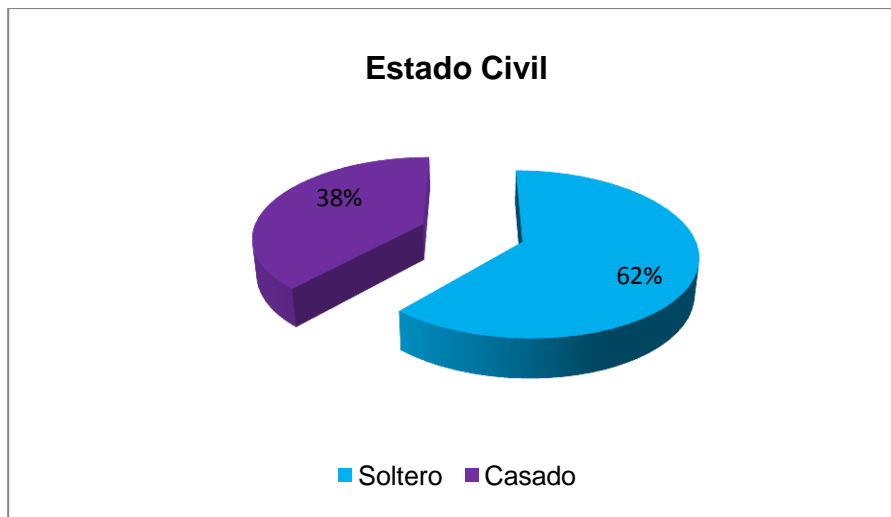
Tabla 4.1 Estructura del procedimiento de intervención

Resultados

Los participantes tuvieron rangos de edad de: 15 a 20 el 15% (dos personas), de 20 a 30 el 8% (una persona) de 30 a 40 el 15% (dos personas) de 40 a 50 el 30% (cinco personas) 60 a 70 el 8% (una persona). En cuanto al sexo en: el 46% (seis personas) de los participantes fueron mujeres, el 54% (siete personas) fueron hombres (ver gráfica 1); de los cuales el 62% (ocho personas) eran solteras mientras que el 38% (cinco personas) estaban casados (ver gráfica 2).

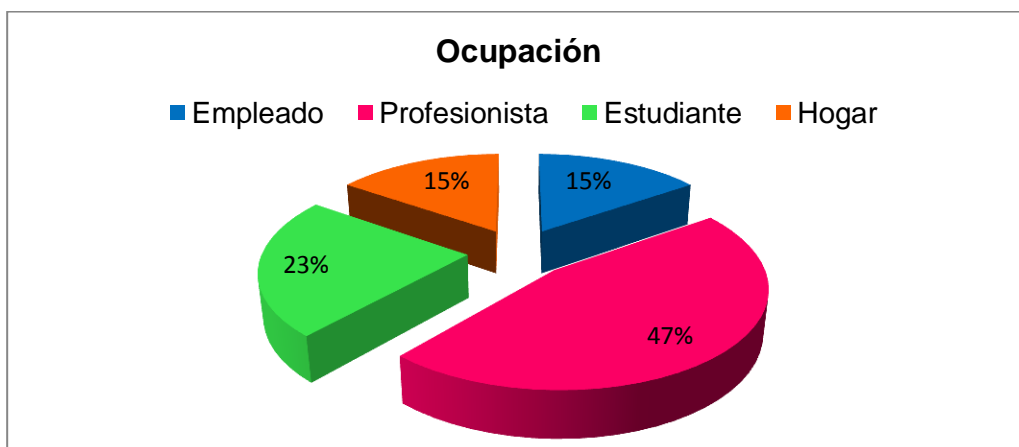


Gráfica 1. Porcentaje de sexo de los participantes.

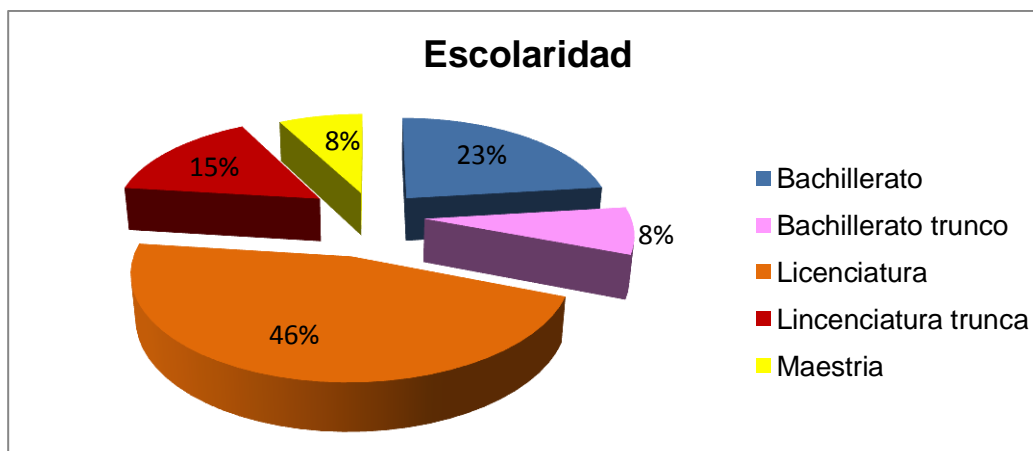


Gráfica 2. Porcentaje de estado civil de los participantes.

Con respecto a la ocupación fue mayoritariamente profesionalista con el 47% (seis personas), seguido de estudiante con el 23%(tres personas), por último hogar y empleado, los cuales tuvieron la misma puntuación, con el 15% cada uno (dos personas) (ver gráfica 3); mismos que refieren un nivel escolar que va desde bachillerato trunco hasta maestría, con las siguientes puntuaciones: 8% (una persona) bachillerato trunco, 23% (tres personas) bachillerato, 15% (dos personas) licenciatura trunca, 46% (seis personas) licenciatura, 8% (una persona) con maestría (ver gráfica 4).

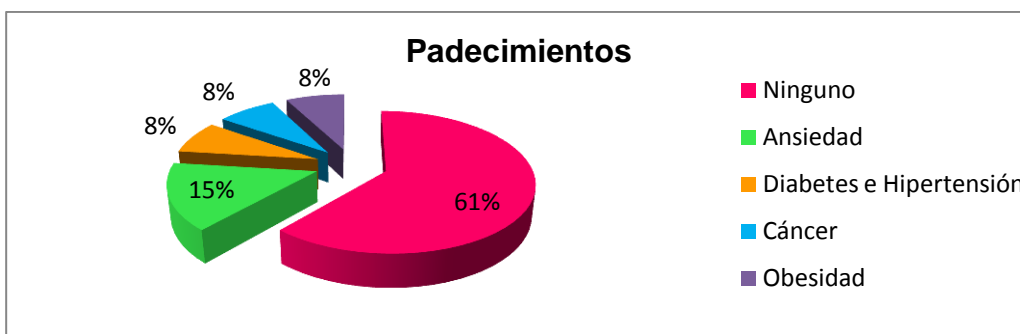


Gráfica 3. Porcentaje de ocupación de los participantes.

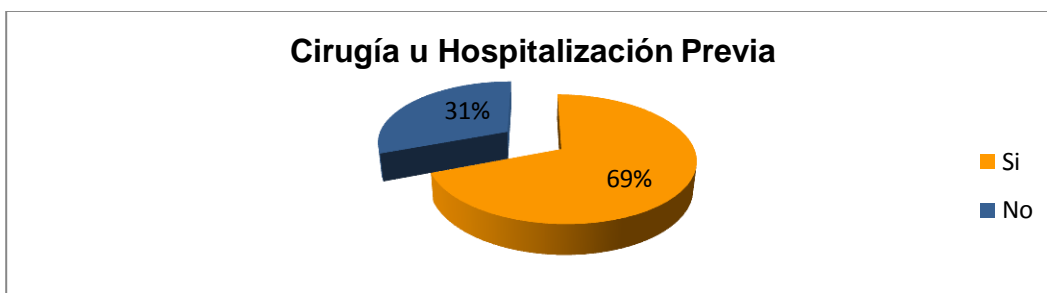


Gráfica 4. Porcentaje del nivel escolar de los participantes.

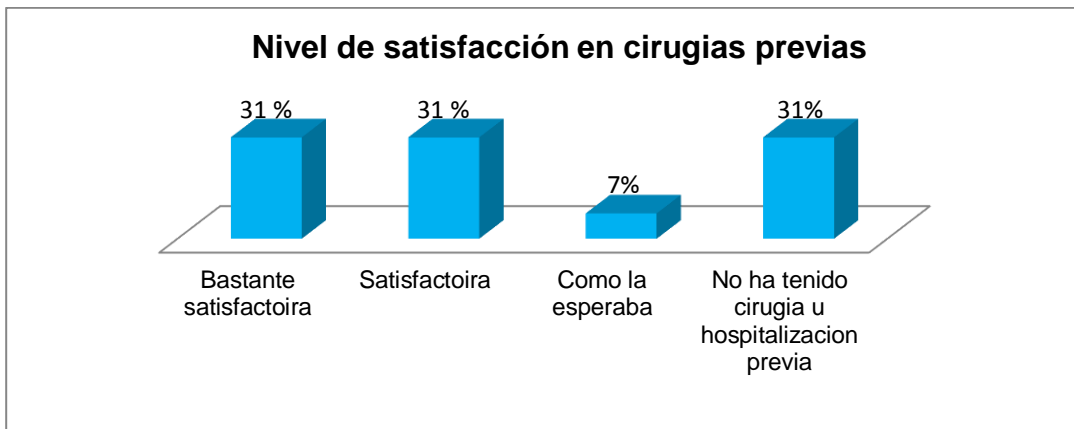
Al indagar sobre los antecedentes médicos se encontró que, el 39% de los intervenidos tienen algún padecimiento diagnosticado con anterioridad independientemente de la cirugía; distribuida en: 15% ansiedad (dos personas), se obtuvo con el mismo resultado a diabetes e hipertensión con el 8% (una persona), cáncer 8% (una persona), seguido de obesidad con el 8% (una persona) y sin ningún padecimiento el 61% (ocho personas) (ver gráfica 5). Además, se preguntó sí habían tenido algún tipo de cirugía u hospitalización previa, donde el 31% (cuatro personas) dijo no haber vivido esta situación, mientras que el 69% (nueve personas) sí la presentaron (ver gráfica 6); de los cuales para el 31% (cuatro personas) la experiencia quirúrgica anterior fue bastante satisfactoria, 31% (cuatro personas) la considera satisfactoria y el 7% (una persona) como lo esperaba (ver gráfica 7).



Gráfica 5. Porcentaje de padecimientos en los participantes.

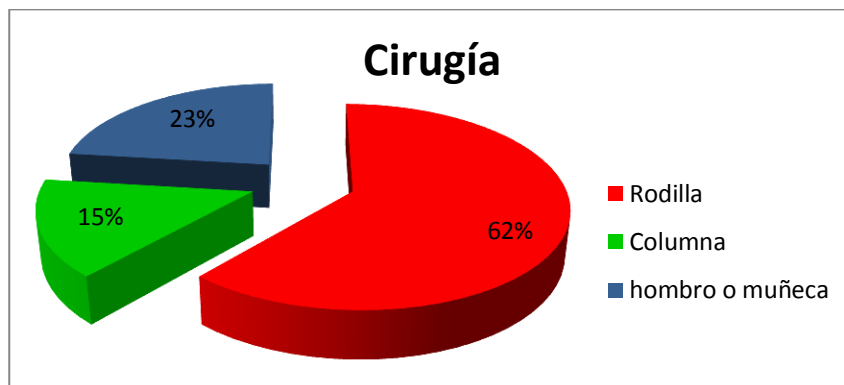


Gráfica 6. Porcentaje de hospitalización o cirugía previa en los participantes.



Gráfica 7. Porcentaje de nivel escolar de los participantes.

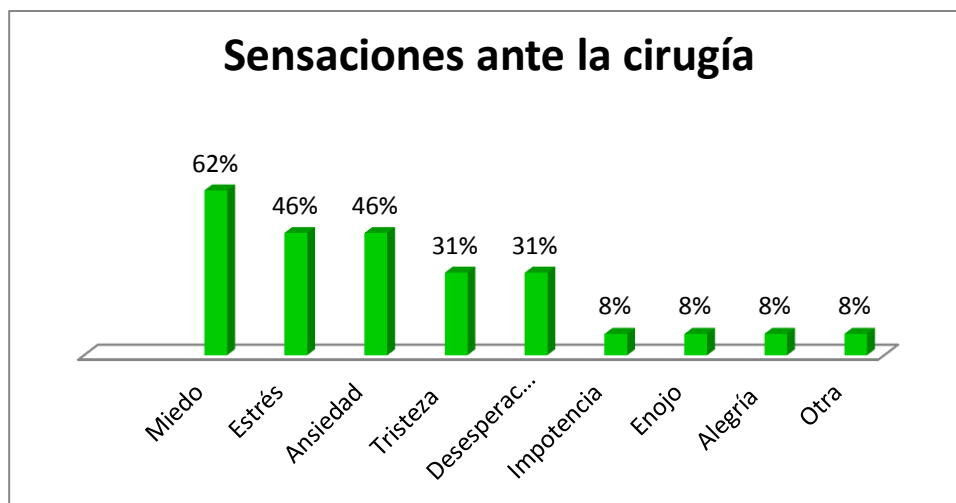
Las intervenciones médicas se dividieron en 3 rubros, 62% (ocho personas) rodilla, el 23% (tres personas) hombro o muñeca, que incluyen el brazo y por ultimo 15% (dos personas) fue de columna (ver gráfica 8).



Gráfica 8. Porcentaje de los tipos de cirugías realizadas en los participantes.

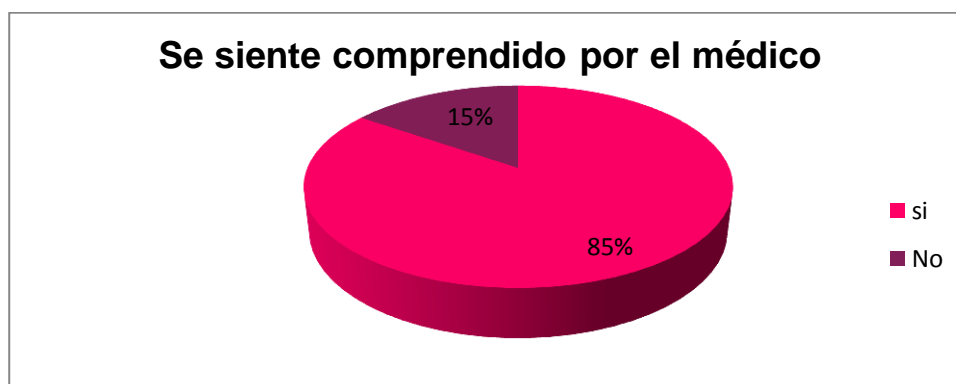
A los individuos se les preguntó qué emoción sentían con la operación, donde, miedo fue la más frecuente, obtuvo con el 62% (ocho personas), seguidas de estrés y ansiedad con exactamente el mismo valor el 46% (seis personas), después tristeza y desesperación también con igual número de aparición con el

31% (cuatro personas), posteriormente con el mismo puntaje emociones como impotencia, enojo, alegría y otro con el 8% (una persona) (ver gráfica 9).

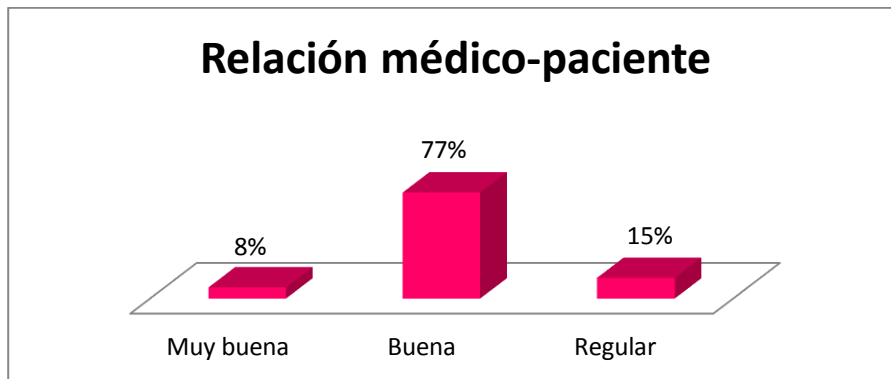


Gráfica 9. Porcentaje de emociones presentadas por los participantes ante la cirugía.

Al explorar un poco la interacción con el médico tratante se consiguieron los siguientes datos; el 85%(once personas) se sienten comprendidas por el doctor, mientras el 15% (dos personas) consideran lo contrario (ver gráfica 10). Al responder cómo considera el paciente la relación con su cirujano, la gente respondió: el 77% (diez personas) que es buena, 15% (dos personas) que es regular y el 8% (una persona) que es muy buena (ver gráfica 11).



Gráfica 10. Porcentaje de percepción en los participantes al sentirse comprendido por su médico.



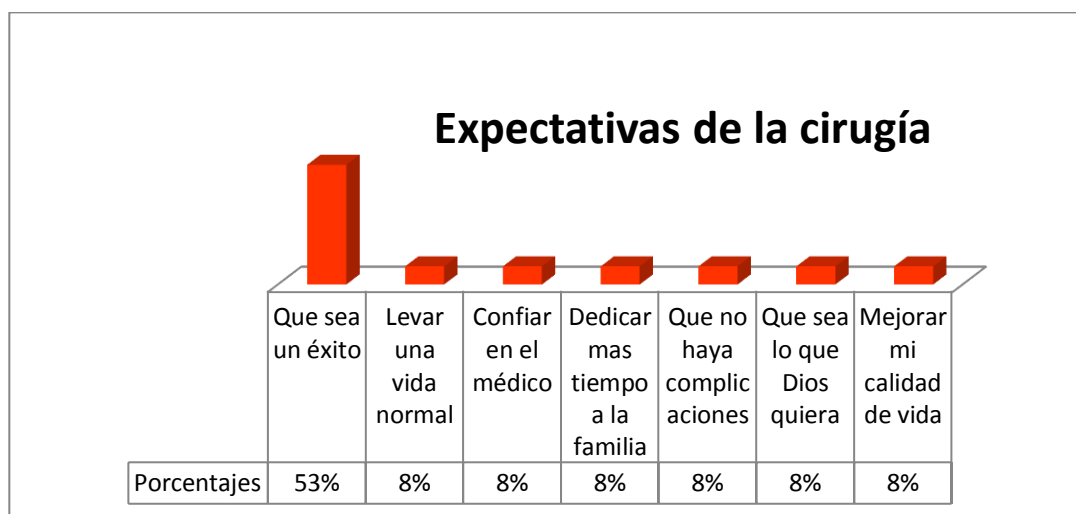
Gráfica 11. Porcentaje de cómo la gente considera la relación médico-paciente.

Los pensamientos que tuvieron en la consulta médica fueron variados, a partir de la noticia de que serían intervenidos quirúrgicamente, se recolectaron los siguientes, en primer lugar con el 23% (tres personas) estarán mejor, con el 15% (dos personas) buscar otra opción, también con el 15% (dos personas) espero me alcance debido a los gastos que implica y con similar puntuación 8% (una persona) interferirá mucho en mis ocupaciones, no volveré a caminar, quedaré inhabilitado, ¿Qué tanto quedaré bien?, sino hay otra cosa, ni modo; tengo que cambiar mi estilo de vida a partir de la operación, tenía la sospecha (ver tabla 5.1).

Pensamientos en al enterarse que serían operados	
Estaré mejor	23%
Interferirá mucho en mis ocupaciones	15%
Preocupación por recursos económicos	15%
Buscar otra opción	15%
No identificó	8 %
Si no hay otra cosa, ni modo	8%
Tengo que cambiar mi estilo de vida	8%
No volveré a caminar	8%
Quedaré inhabilitado	8%
¿Qué tanto quedaré bien?	8%
Tenía sospecha	8%

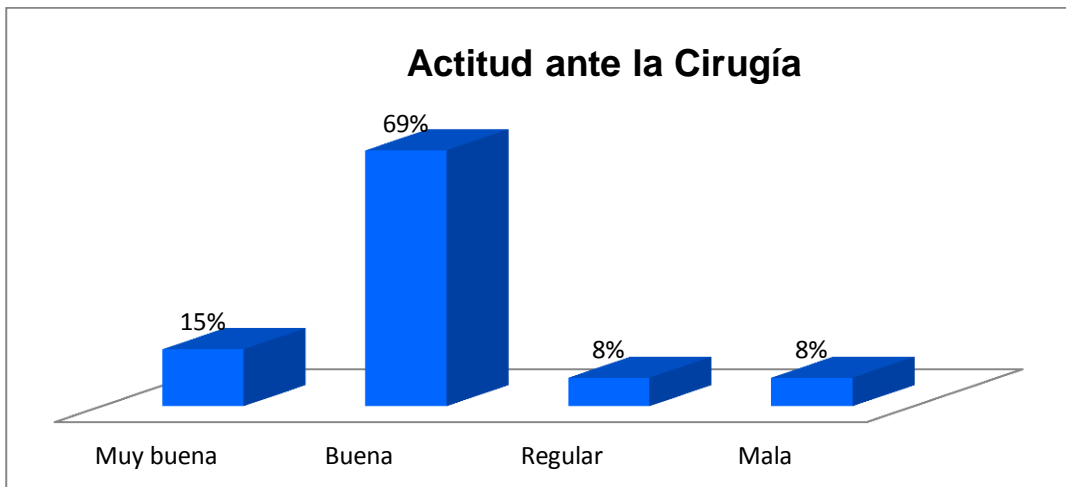
Tabla 5.1. Porcentaje de pensamientos de participantes con respecto a la cirugía.

En relación a las expectativas, los pacientes mencionaron en primer lugar que esperan que la cirugía sea un éxito con el 53% (siete personas) seguidas del 8% (una persona); todas con el mismo valor, llevar una vida normal, confiar en el médico, que no haya complicaciones, dedicarle más tiempo a la familia, que sea lo que Dios quiera y mejorar mi calidad de vida. Lo que refleja parte del estilo de afrontamiento (ver gráfica 12).



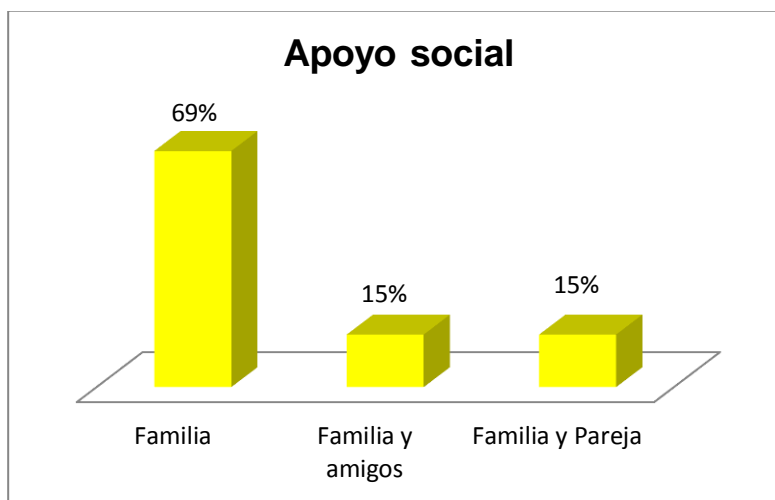
Gráfica 12. Porcentaje de las expectativas más comunes en los participantes.

Se les preguntó cómo consideraban su actitud ante tal suceso, a lo que respondió el 69% (nueve personas) una buena actitud, el 15% muy buena, seguidas de regular y mala con el mismo valor 8% (una persona) quedando en cero la opción muy mala (ver gráfica 13).



Gráfica 13. Porcentaje de la actitud hacia la cirugía en los participantes.

En lo que concierne al apoyo social, los pacientes argumentan tener el apoyo el 69% (nueve personas) de la familia, el 15% (2 personas) de la familia y amigos, por ultimo nuevamente el 15% (2 personas) por la familia y pareja, teniendo todos algún tipo del apoyo (ver gráfica 14).



Gráfica 14. Porcentaje del apoyo social percibido en los participantes.

En la lista que se les presentó en la entrevista, los estresores y/o temores de manera descendente se muestran a continuación: con el 54% (siete personas)

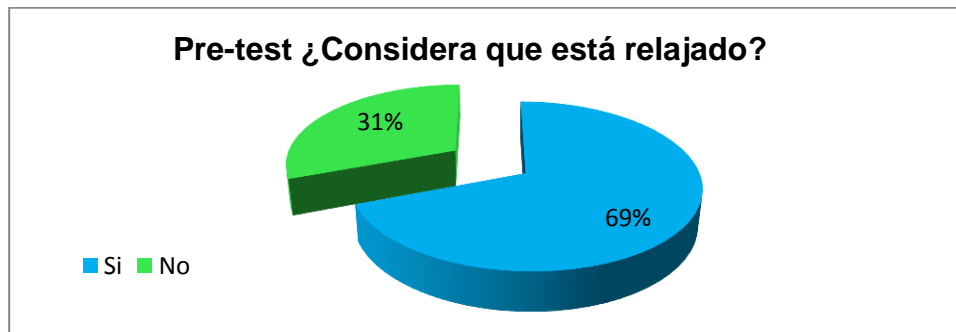
está la ruptura de la rutina y adaptación a una desconocida e impuesta, con el 46% (seis personas) se encontraron distintos estresores como: exposición al material de procedimientos invasivos, de la misma manera a sentir dolor al igual que un temor inexplicable y tener problemas físicos residuales; el 39% (cinco personas) el estrés de sus acompañantes, con la misma puntuación miedo a la cicatriz y tener miedo a no despertar por la anestesia (morir); el 31% (cuatro personas) de los pacientes mencionó el temor a entrar al quirófano; casi un cuarto de los participantes, el 23% (tres personas) a; entorno hospitalario, pérdida de autonomía, control y competencia personal, incertidumbre, inserción de sondas además de conflictos económicos; el 15% (dos personas) comentaron miedo a permanecer consciente durante la cirugía (en éstos la anestesia era general), conflictos laborales y mal desempeño sexual, por ultimo con menor puntuación 8% (una persona) fue seleccionada la incapacidad de afrontar obligaciones junto con rechazo (ver tabla 5.2).

Estresores y/o temores	
Ruptura de la rutina y adaptación a una desconocida e impuesta	54%
Exposición al material de procedimientos invasivos	46%
Sentir dolor	46%
Temor inexplicable	46%
Problemas físicos residuales	46%
Estrés de sus acompañantes	39%
Miedo a la cicatriz	39%
Miedo a no despertar de la anestesia	39%
Temor a entrar al quirófano	31%
Entorno hospitalario	23%
Pérdida de autonomía, control y competencia personal	23%
Incertidumbre	23%
Inserción de sondas	23%
Muerte	23%

Conflictos económicos	23%
Permanecer consciente durante cirugía en caso de ser Gral.)	15%
Conflictos laborales	15%
Mal desempeño sexual	15%
Incapacidad de afrontar obligaciones	8%
Rechazo	8%

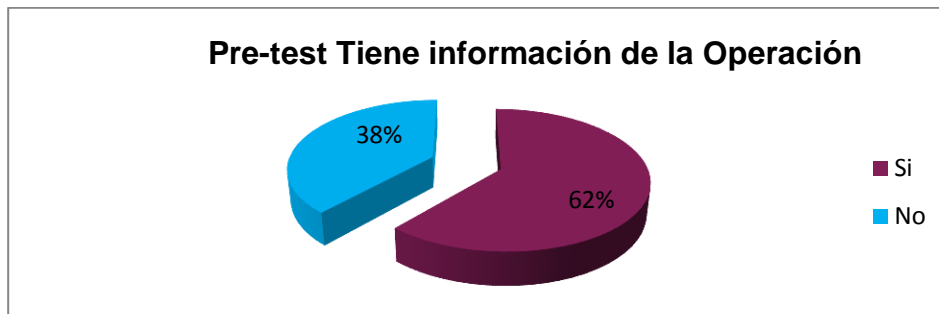
Tabla 5.2. Porcentaje de los estresores y/o temores más comunes en los participantes.

En el cuestionario que corresponde al pre-test, se sacaron los siguientes datos, al preguntar si considera que se encuentra relajado, el 69% (nueve personas) dijeron que sí, mientras el 31% (cuatro personas) no lo estaban (ver gráfica15).



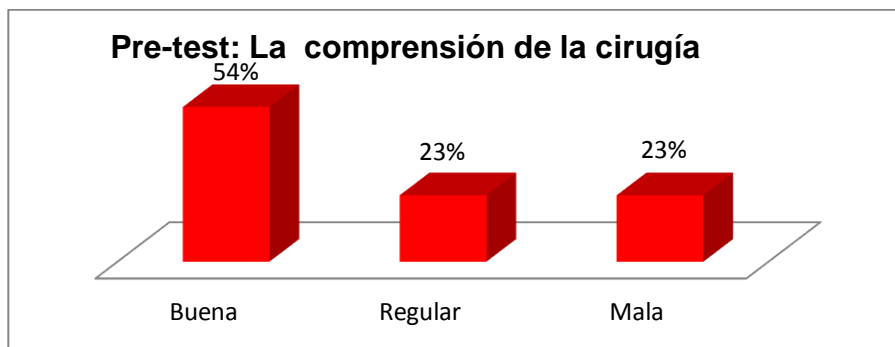
Gráfica 15. Porcentaje de relajación en el pre-test de los participantes.

Al preguntar si tiene información de la intervención quirúrgica, el 62% (ocho personas) respondieron que sí, mientras el 38% (cinco personas) dijeron que no (ver gráfica 16).



Gráfica 16. Porcentaje de información de la cirugía en el pre-test de los participantes.

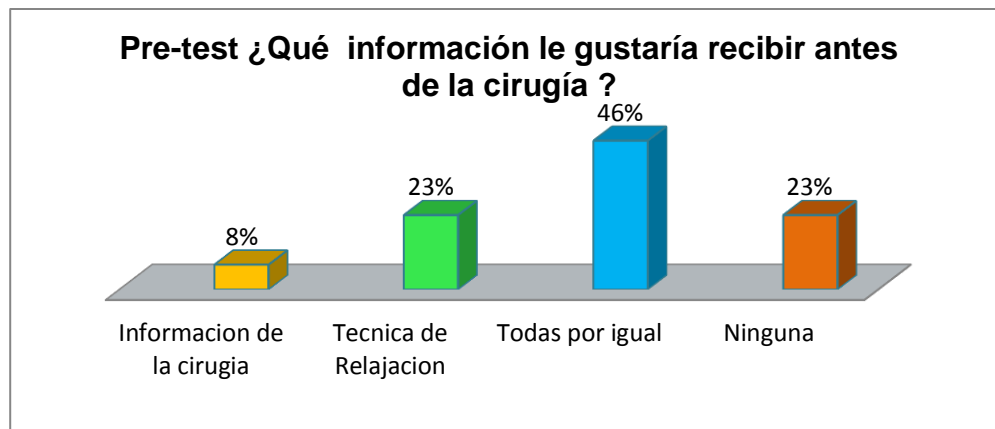
En lo que respecta a la comprensión de la cirugía, la gente respondió de la siguiente manera: el 54% (siete personas) la señalaron como buena, el 23% (tres personas) la indicaron como regular mientras el 23% (tres personas) reconocieron que era mala; ocupándose así todas las posibilidades de respuesta (ver gráfica 17).



Gráfica 17. Porcentaje de comprensión de la cirugía en el pre-test.

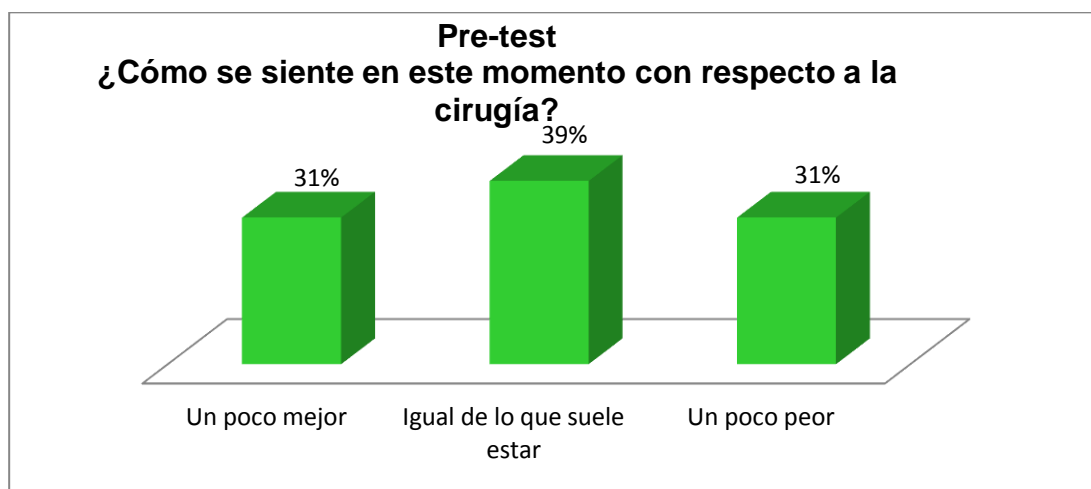
Independientemente de las respuestas anteriores, se averiguó que le interesaría saber antes de entrar a quirófano ofreciendo información y relajación, teniendo un 46% (seis personas) a las que les gustaría recibir todas las opciones, al 23% (tres personas) sólo la técnica de relajación, al 23% (tres personas)

ninguna propuesta, y el 8% (una persona) sólo información del procedimiento médico (ver gráfica 18).



Gráfica 18. Porcentaje de los participantes a los que les gustaría recibir información.

Como última pregunta del cuestionario, se buscó explorar el estado anímico en el que se encontraban en ese momento; donde se obtuvieron los siguientes datos: el 39% (cinco personas) comentan igual que suelen estar, el 31% (cuatro personas) se sienten un poco mejor, en contraste con el 31% (cuatro personas) que se encuentran un poco peor (ver gráfica 19).

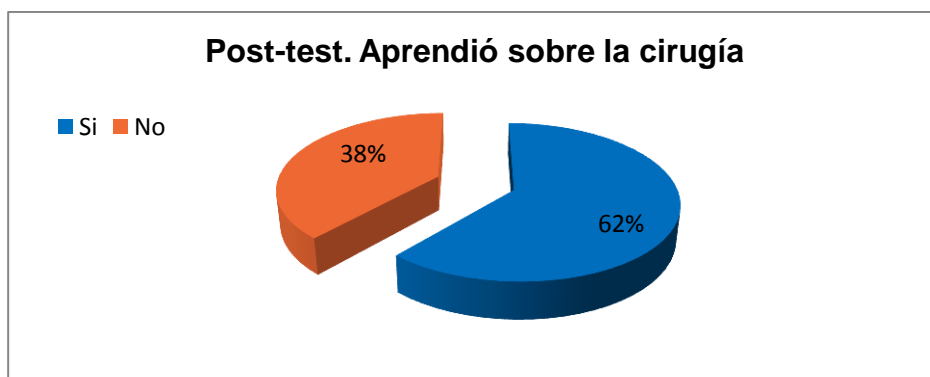


Gráfica 19. Porcentaje de cómo se sienten los sujetos en relación a la operación en el pre-test.

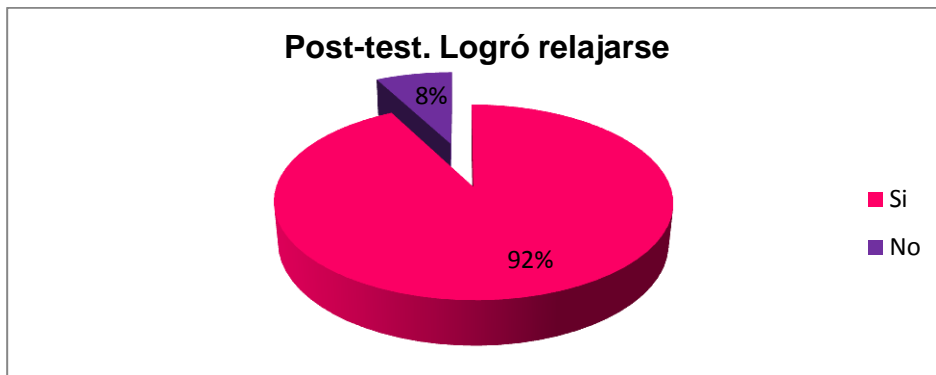
En relación a la evaluación de la intervención psicológica, mediante el post-test que se aplicó a los 13 participantes, el 92% (doce personas) de los individuos afirmó haber aprendido algo en contraste al 8% (una persona) que afirmó que no había aprendido nada nuevo (ver gráfica 20). De los cuales el 62% (ocho personas) aprendieron sobre la cirugía, a diferencia del 38% (cinco personas) que no lo hicieron (ver gráfica 21). El 92%(doce personas) asegura haberse relajado, solo el 8% (una persona) no lo logró (ver gráfica 22).



Gráfica 20. Porcentaje de aprendizaje útil en post-test.

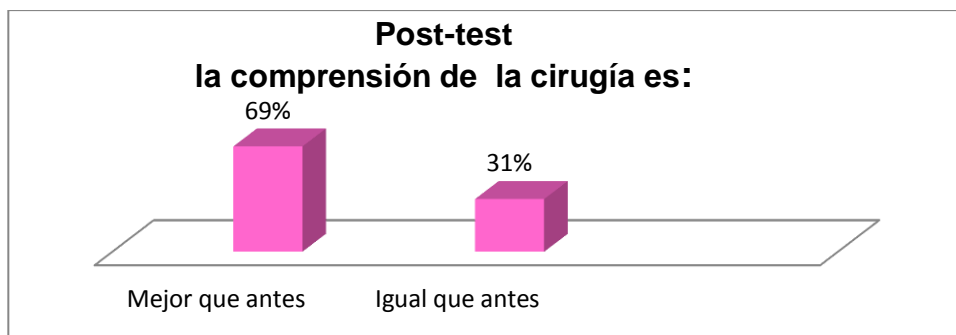


Gráfica 21. Porcentaje del aprendizaje relacionado con la cirugía en las personas.

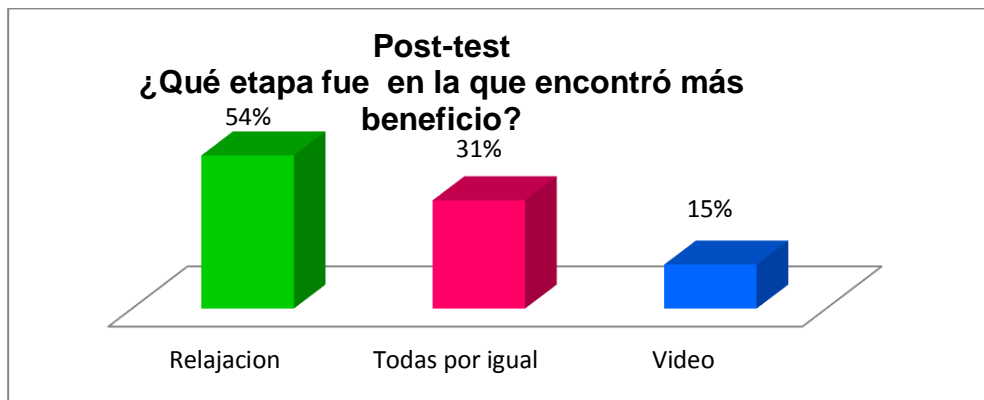


Gráfica 22. Porcentaje de las personas que pudieron relajarse con lo visto en sesión.

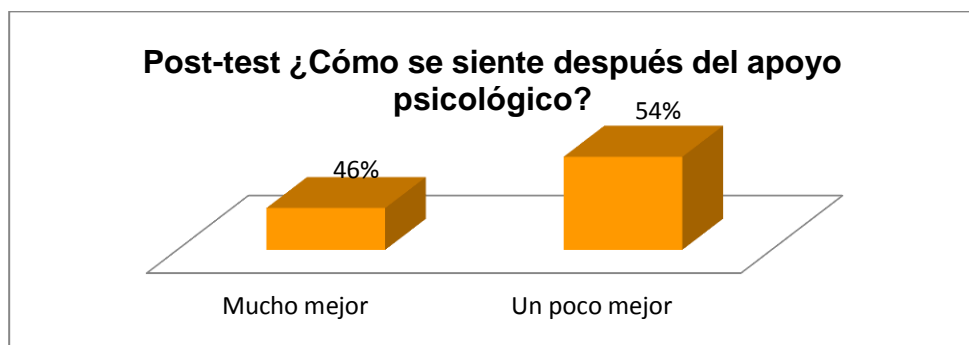
Al evaluar la comprensión de la operación después de los videos, para del 69% (nueve personas) resultó mejor que antes y el 31% (cuatro personas) igual que antes (ver gráfica 23). Para conocer si existió alguna fase (video y/o relajación) que sirviera más que otra o la combinación de la misma, se averiguó a qué atribuyen el beneficio, a lo que el 54% (siete personas) consideró primordial la relajación, el 31% (cuatro personas) a todo por igual y el 15% (dos personas) al video que contiene información de la cirugía (ver gráfica 24). Al final nuevamente se cuestionó sobre el estado anímico a lo que respondió el 46% (seis personas) mucho mejor y el 54% (siete personas) un poco mejor (ver gráfica 25).



Gráfica 23. Porcentaje de la comprensión de la operación después del video.



Gráfica 24. Porcentaje de la etapa en la que el individuo encontró mayor beneficio.



Gráfica 25. Porcentaje de cómo se siente el paciente al final de la sesión.

En lo concerniente a las pruebas inferenciales, se utilizó estadística no paramétrica en virtud de que no es posible asumir paramétrica con un grupo tan reducido. Se utilizó la prueba de rangos asignados de Wilcoxon para conocer si existe diferencia estadísticamente significativa entre los puntajes del BAI y BDI respectivamente antes y después de la cirugía; en otras palabras, comparar el antes y después en los niveles alcanzados en las aplicaciones pre-post-test de la intervención quirúrgica.

En el BDI se obtuvieron valores pre cirugía de 3, y post cirugía de 3, con el valor de z -1.342 (p de .180), por lo tanto no es estadísticamente significativa. En el caso de BAI el valor pre fue de 4 y el post de 0, el valor de z es de -2.460 (p = .014), por lo que la diferencia fue estadísticamente significativa.

Se utilizó la correlación de Spearman, para conocer la relación (r) entre el grado de ansiedad con el número de estresores y/o miedos en pacientes que ingresarán a cirugía ortopédica. Las tablas muestran que en ansiedad el valor de r es de .920 con un valor de p de .001. En el caso de depresión el valor de r es de .608 con un valor de p de .027. Es decir, mientras más puntuación en los instrumentos BAI y BDI los pacientes presentan mayor número de miedos ante la cirugía.

Discusión y conclusión

La respuesta de estrés se refiere al conjunto de cambios que se observan en el organismo ante una sobreexigencia real, mientras la ansiedad refiere a la alteración psicofisiológica que se experimenta ante la anticipación de una situación amenazante (Piqueras et al., 2008) reflejada en distorsiones cognitivas.

En el presente trabajo se indagó sobre los efectos del estrés y ansiedad de las personas antes de entrar a cirugía ortopédica. Las intervenciones médicas realizadas fueron en su mayoría rodilla, seguidas de hombro o muñeca y columna. Se encontraron padecimientos independientes a la cirugía, entre los cuales estuvieron ansiedad, diabetes e hipertensión, cáncer y obesidad lo que también es una fuente importante de estrés.

En el caso de cirugía de rodilla y columna es importante cuidar el peso dado que ambas zonas se encargan del soporte del cuerpo, así que estando lastimada o adolorida es posible que se dificulte o disminuya aún más de lo normal el ritmo la recuperación al evitar el dolor por un esfuerzo mayor no realicen la actividad siendo que el cuerpo necesita seguir en movimiento por indicaciones del médico. Es importante resaltar que existieron dos personas con exceso de peso, que no fue mencionado en los padecimientos, lo que podría indicar que el individuo no lo identifica como un problema a pesar de tener enfermedades relacionadas; lo que

es probable que no haya una posibilidad cercana de ajustarse a las necesidades para seguir todos los cuidados que su rodilla o columna requiere.

La percepción de la información, sensaciones, creencias en torno a la cirugía es vital para el paciente, sintetizando a Lazarus (2000) sostiene que el efecto de cualquier situación estresante (operación o problema médico) va a depender de distintas valoraciones cognitivas, la primera sería el balance psicológico del estrés, en consecuencia da lugar a percepciones de amenaza, daño, pérdida, desafío o beneficio. La evaluación secundaria corresponde a la de los propios recursos para afrontar la situación que sería determinante para la respuesta de estrés, ya que dependerá de que la persona se sienta desafiada, asustada u optimista; que la emoción sea ira, miedo o placer para poder hacer frente de manera más adaptativa; por último está la re-evaluación que ocurre cuando se hizo algo para resolver dado suceso, permitiendo otras conclusiones, las cuales dependen de lo satisfactorio que haya resultado la solución al respectivo estresor.

Se indagó sobre las respuestas emocionales que les causaba la operación, donde se encontró miedo seguidas de estrés, ansiedad, tristeza, desesperación, impotencia, enojo y alegría, esta última emoción fue sólo nombrada por dos personas, las cuales argumentaban que era la solución a su problema y a sus dolores razón por la cual se encontraban contentas, porque “dejarían de sufrir” (aunque tenían en mente que los primeros días saliendo de cirugía no serían fáciles pero nada peor que el malestar que padecían), éste es un claro ejemplo de afrontarlo de manera adaptativa y podría referir un estado de reevaluación

conforme al modelo de Lazarus, cabe mencionar que fueron las personas con menos miedos las que tuvieron menores puntuaciones tanto en depresión como en ansiedad.

Los pensamientos que tuvo la gente a partir de la noticia de que se operarían fueron: catastróficos, sobre su independencia, preocupaciones económicas y orientados a cambios para adecuarse a sus actividades después de la cirugía. Entonces se encontraron cogniciones adaptativas o benéficas así como el total extremo que es “no volveré a caminar” lo que genera mayor grado de ansiedad y todas las consecuencias que tiene el continuar retroalimentando los pensamientos de éste tipo. A pesar de esta variedad de pensamientos un alto porcentaje declaró tener una buena actitud hacia la cirugía.

En la ansiedad la dimensión cognitiva se caracteriza por la preocupación, anticipación, hipervigilancia, temor, inseguridad, sensación de pérdida de control y la percepción de fuertes cambios fisiológicos (cardiacos, respiratorios) (Piqueras, et al., 2008). Además de sentimientos de tensión, aprehensión, nerviosismo, temor con variación en fluctuaciones y grado de intensidad a través del tiempo (Vargas, 2006). El acto anestésico quirúrgico genera ansiedad en el paciente, además se ha demostrado una correlación directa y significativa entre la autovaloración del dolor y los estados emocionales de miedo y ansiedad (Vázquez et al., 2009).

Las personas con un estresor como la operación y con presencia de ansiedad tienen una alta probabilidad de hacer interpretaciones erróneas acerca de las situaciones a la que se enfrenta, de modo que identifica un grado de amenaza desproporcionado a la situación, al mezclar los estresores y miedos que se pueden presentar en la instancia hospitalaria perjudicando su propio bienestar. En la entrevista, se enlistaron los estresores y miedos más frecuentes que giraron en torno a las consecuencias desagradables después de la cirugía acompañada de temor; se puede observar claramente que también existe una gran variedad, desde los que parecieran estresores más reales, esperados hasta los poco usuales como es el caso del miedo al frío, (quedó en categoría de otros) cabe señalar que la persona que dio ésta opción, fue de las que más temores y/o estresores marcó, además de nivel de ansiedad, estaba demasiado preocupada y alerta pues suspendió el medicamento que le recetó el psiquiatra para controlar su trastorno de ansiedad. Este es un caso empírico en el que los niveles de ansiedad interfieren en exceso con la cirugía. Sin embargo también hubo casos en los que la lista se quedó en blanco, pues estaban relativamente tranquilos, incluso consideraron no haber obtenido nuevo conocimiento durante la fase psicoeducativa porque lo que se mostró ya lo sabían.

Además se exploró sobre la interacción con el médico tratante para saber si era una variable importante que pudiera interferir con la psicoeducación y/o al aclarar dudas de la operación, sin embargo se encontró que la mayoría se sienten comprendidos por el doctor, de manera similar sucedió al preguntar la relación con

su doctor considerándolo en términos generales buena. Igualmente al cuestionar sobre alguna estancia hospitalaria previa junto con el nivel de satisfacción que pudiera interferir con la actual, es decir que en aquella experiencia anterior haya sido desagradable y tengan la idea de que pueda ser similar, adelantándose a la situación y poniendo un desenlace desagradable, sí hubo intervenciones previas pero ninguna resultó desagradable, por lo tanto este punto no fue un factor causante de creencias distorsionadas.

Diferentes estudios citados en el presente trabajo han demostrado que una adecuada intervención en la evaluación del paciente, proporcionar información completa, técnicas de relajación, entre otros disminuyen la ansiedad ante la cirugía.

Los resultados de esta tesis indican que en el grupo de pacientes ortopédicos operados en el Hospital Ángeles Metropolitano:

1. Existen estresores y/o miedos previos a una cirugía ortopédica.
2. Existe una correlación positiva entre el grado de *ansiedad*, el número estresores y/o miedos en pacientes que ingresaron a cirugía ortopédica.
3. Existe una correlación positiva entre el grado de *depresión*, el número estresores y/o miedos pacientes que ingresaron a cirugía ortopédica.
4. La relajación resultó más efectiva según la percepción del paciente, la combinación de ésta con psicoeducación y en último lugar quedó solo la psicoeducación que era el video.

5. Existe diferencia estadísticamente significativa entre las puntuaciones del BAI antes y después de la cirugía.
6. No existe diferencia estadísticamente significativa entre las puntuaciones del BDI antes y después de la cirugía.

La preparación psicológica es fundamental para los procedimientos médicos invasivos (De L'Horne; Vatnamidls y Carerl, 2000) porque:

- 1) Reduce la ansiedad de los pacientes e incrementa su cooperación antes, durante y después de la cirugía.
- 2) Reduce la cantidad de analgésicos en el postoperatorio.
- 3) Acelera la recuperación física y reduce el tiempo de permanencia en el hospital.
- 4) Reduce el tiempo y la cantidad de recursos de apoyo requeridos por el paciente para su recuperación. Sin embargo es necesario recordar que no disminuye la necesidad de un buen cuidado médico y asistencial antes, durante y después del procedimiento.
- 5) Puede reducir la cantidad de fobias médicas en la población.
- 6) Yalilis (2007) añade dos más, Estimula la expresión de dudas y preguntas, la confianza en el equipo médico y la participación del paciente como elemento activo durante el proceso.
- 7) Permite la reestructuración cognitiva de ideas preconcebidas, creencias y falsas expectativas en cuanto al procedimiento médico. A través de estrategias especialmente pertinentes en pacientes

prequirúrgicos como la confrontación de perturbaciones del pensamiento como: catastrofización del proceso, minimización del evento quirúrgico, magnificación de cualquiera de los componentes.

Las limitaciones encontradas fueron la falta de tiempo (más sesiones y área apropiada para tal intervención) para hacer una reestructuración cognitiva personalizada (con cada estresor y/o temor marcado) o grupal (los que se encontraron en común). Si bien es cierto los pacientes notaron un cambio con la respiración diafragmática quizá los alcances hubieran sido mayores si hubiera un entrenamiento de varias sesiones con la misma o diferente técnica.

Las propuestas son: hacer talleres continuos donde se puedan estructurar las sesiones dedicadas a abordar los pensamientos del paciente, distribuir las técnicas por día para mayor entrenamiento y obtener mejores resultados, Además crear una red de apoyo entre pacientes, donde compartan experiencias antes, durante y después de la cirugía, para que así los que apenas se integren al proceso, tengan otros puntos de vista reales, se sientan comprendidos, vean que no son los únicos que están pasando por una situación parecida, como lo han enfrentado, tips para los ajustes o cambios del paciente que se llegan hacer en la vida cotidiana de forma momentánea o en definitiva dependiendo la situación de cada persona. (rehabilitación, higiene de columna, restricción de ciertas posturas, cancelar actividades físicas).

En conclusión es elemental enfocarse a disminuir la ansiedad para ir invirtiendo poco a poco las cifras, es decir que sea la mayoría quienes tengan pocos o nulos miedos a una cirugía, aunque los estímulos (hospitales, médicos, inyecciones, rehabilitación, etc.) sean los mismos y bajos niveles de ansiedad mediante varias técnicas cognitivo conductuales que han sido eficaces en distintos padecimientos. A partir de los resultados, destaca que, aunque hubo pacientes que mencionaron no haber notado diferencia en cuanto al aprendizaje en la fase psicoeducativa ni en la relajación por no estar tensos, todos los sujetos al final dijeron estar un poco mejor y mucho mejor de cómo se encontraban antes de iniciar la sesión, lo que deja ver que, aun en ausencia de una necesidad explícita de atención psicológica, el desarrollo de actividades breves y con materiales atractivos tienen un impacto positivo y en ningún caso se observó molestia con la intervención.

REFERENCIAS.

- Almendro Marín, Ma. Teresa; Clariana Martín, Sara Mercedes; Hernández Cofiño, Sara; Rodríguez Campos, Candela; Camarero Miguel, Blanca; Del Rio Martín, Tamara (2010) *Programa de atención psicológica al dolor crónico: El reto de un afrontamiento activo*. Rev. Asoc. Esp. Neuropsic 31(110) 213-227.
- Ayala, E. (2009). *Psiconeuroinmunología. Interrelación entre los sistemas nervioso, endocrino e inmunitario*. Revista Offarm: farmacia y sociedad. España 28(6)110-116
- Caballo, V (2008). *Manual de técnicas de terapia y modificación de conducta*. Siglo XXI de España editores. Madrid.
- Carlson, N. (2006) *Fisiología de la conducta*. Pearson. España.
- Cea Ugarte, J.I; González-Pinto, A; Brazal Raposo, J.J; Cabo González, O.M (2004). *Efectos beneficiosos de la respiración manejada a voluntad sobre la frecuencia cardíaca y temperatura periférica*. Psiquis. 25 (2)57-66.
- Crespo, M y Labrador, F.(2003)Estrés. Síntesis. España.
- De L'Horne, David J; VatnamidlsPenny y CarerlAntoinette.(2000) *Preparación de pacientes para procedimientos médicos invasivos y quirúrgicos*. Facultad de psicología UNAM Miguel Ángel Porrúa.
- De la Paz-Estrada, C; Prego-Beltrán, C; Barzaga-Hernandez. *Miedo y ansiedad a la anestesia en pacientes sometidos a cirugía* (2006). Revista Mexicana de anestesiología. 29(3) Cuba.
- Domínguez Trejo, B; Olvera López, Y (2005). *Dolor y sufrimiento humano. Técnicas no invasivas psicológicas para el manejo del dolor crónico*. Trillas. México.
- FarahCeh, S; Rodríguez Aké, A; Sosa Correa, M. (2008) *Desarrollo de la inteligencia emocional en niños hospitalizados por situación oncológica*. Revista científica electrónica de psicología. ICSa-UAEH. México. 5 95-115.
- Fernández Suárez, H; Alvarado Aguilar, S; Jurado Cárdenas, S (2004). *Intervención cognitivo conductual breve en mujeres con cáncer de mama en quimioterapia*:

- evaluación de su efecto en la calidad de vida y en la respuesta de relajación.* Instituto Nacional de Cancerología. Tesis de maestría. Facultad de psicología. UNAM. México, D.F
- González-Ramírez M y Landero-Hernández R (2010). Evaluación del estrés y el impacto de la fibromialgia después de autoaplicar técnicas cognitivo-conductuales. *Psicología desde el Caribe*. Monterrey, N.L., México.
- Gouin, Jean-Philippe; Kiecolt-Glaser, Janice K; Malarkey, William B. y Glaser, Ronald. (2008) The influence of anger expression on wound healing. *Brain Behav Immun*. National Institutes of Health Public Access Author Manuscript.
- Greenberger, D; Padesky, C (1998). *El control de tu estado de ánimo. Manual de tratamiento de terapia cognitiva para usuarios*. Paidós. Barcelona.
- Gutiérrez Calvo, M; Avero, P. (1995). *Ansiedad, estrategias auxiliares y comprensión lectora: déficit de procesamientos versus falta de confianza*. *Psicothema*. 7 (3) 569-578.
- Gutiérrez, M. (2008). *Estilos de afrontamiento en estudiantes universitarios con síndrome de intestino irritable*. Tesis de licenciatura. Facultad de psicología UNAM. México, D.F.
- Heinze G. (2003). *La ansiedad: Cómo se la concibe actualmente*. Ciencia. México.
- Jurado, S; Villegas, E; Méndez, L; Rodríguez, F; Loperena, V y Varela, R (1998). *La estandarización del Inventario de Depresión para los residentes de la Ciudad de México*. *Revista Salud Mental*. 21(3)26-31
- Klinger, M; Herrera, J; Díaz, M; Jhann, A; Ávila, G y Tobar, C (2005). *La psiconeuroinmunología en el proceso salud enfermedad*. *Colombia Medica* 30(2) 120-129.
- Lazaus, R.(2000) *Estrés y emoción. Manejo e implicaciones en nuestra salud*. Desclée de Brouwer. Bilbao.
- León Castro, A; Salazar Vargas, C (2007). Valoración psicológica perioperatoria en pacientes sometidos a cirugía cardiovascular. *Revista costarricense de cardiología*. 9(3).

- Lyddon, William J & Jones, John V. (2002). *Terapias cognitivas con fundamento empírico. Aplicaciones actuales y futuras*. Manual moderno. México.
- Madrigal, J; Moreno, A; Rubio, A; Ibañez, J; López, L y Martínez. (2005) *Respuesta al estrés prequirúrgico en la cirugía sin ingreso: efectos sobre poblaciones linfocitarias de un procedimiento de psicoprofilaxis quirúrgica*. Rev. Esp. Anesthesiol. Reanim. 52(7) 383-388.
- Marín, Romero; Martínez G; Ponish P; Pubill G. (2004). *Ansiedad en pacientes intervenidos de rodilla (prótesis total rodilla)*. Revista Electrónica semestral de Enfermería. Barcelona.10(1)9-16
- Marucha PT, Kiecolt-Glaser JK, Favagehi M. (1998). Mucosal wound healing is impaired by examination stress. *PsychosomMed*(60) 362-365
- Medinas, Magdalena ;Mas, C; Truyols, Magdalena; Alorda, C; Marín, B; Centeno, M.(2009) *Estrés en el hospital sociosanitario: principales factores iatrogénicos en pacientes con enfermedad respiratoria crónica*. Ansiedad y estrés. 15 (2-3)167-179.
- Moffatt, C; Vowden,P; Soldevilla, J (2008) Heridas de difícil cicatrización: un enfoque integral. EuropeanWound Management Association (EWMA). MEP Ltd. Londres. 1-19.
- Moix J; Bassets; Caelles R.M (1998) *Efectividad de un audiovisual como preparación para la cirugía en pacientes pediátricos*. Cirugía pediátrica. 11, 25-29.
- Moñiz Mora, M.V; (2000) *Evaluación de la respuesta psicológica perioperatoria en la cirugía de corta estancia hospitalaria*. Anales Españoles de Pediatría. Córdoba. V.53 N°3.
- Moreno Tapia J; Avilés Gutiérrez, N; Corona Ramírez, J; Gómez Ángeles A y Pantoja Hernández L. (2011). *La Intervención Psicológica en Crisis en pacientes hospitalizados según el Perfil CASIC*. Revista científica electrónica de psicología/CSa-UAEH. México 31-48.
- Morrison, V y Bennet, P (2008) *Psicología de la salud*. Pearson. España.
- Muñoz – Blanco, F; Salmeron, J; Santiago, J y Marcote C. (2001). *Complicaciones del dolor postoperatorio*. Revista Soc. Esp del Dolor. España.8,194-211

- Nezu, A; Nezu, C; Lombardo, Elizabeth (2006) *Formulación de casos y diseño de tratamientos cognitivos conductuales. Un enfoque basado en problemas.* Manual moderno. México.
- Oblitas, L.(2010)*Psicología de la salud y calidad de vida.* Cengage Learning. México.
- Pérez Bertólez, S; Bellido Estévez, I; Gómez Luque, A; Pérez Rodríguez, J. (2008).*Dolor y ansiedad en cirugía pediátrica.* Cirugía pediátrica 21(2). Málaga.
- Piqueras Rodríguez, J; Martínez González, A; Ramos Linares, V; Rivero Burón, R; García López, L, Oblitas L. (2008). *Ansiedad, depresión y salud.* Suma psicológica. 15(1) 43-73.
- Riveros, A; Cortazar-Palapa, J; Alcazar, F y Sánchez-Sosa, JJ. (2005). *Efectos de una intervención cognitivo conductual en la calidad de vida, ansiedad, depresión y condición médica de pacientes diabéticos e hipertensos esenciales.* International Journal of Clinical and Health Psychology. 5(3)445-462
- Robles, R; Varela, R; Jurado, S y Páez, F (2001). *Versión Mexicana del Inventario de Ansiedad de Beck: Propiedades Psicométricas.* Revista Mexicana de Psicología. 18(2)211-218.
- Rodríguez Medina, D. (2011). Cambios en la actividad simpática y parasimpática en pacientes con dolor crónico: estrés, efecto de la propiedad empática de las neuronas espejo. Tesis de licenciatura. Facultad de Psicología UNAM. México, D.F.
- Rojas Montes, E. (1998) *La ansiedad. Cómo diagnosticar y superar el estrés, las fobias y obsesiones.* Ediciones Temas de hoy. Madrid.
- Seaward, B.L. (2009). *Physiology of Stress* En B.L. Seaward, *Managing Stress: Principles and Strategies for Health and Well-Being.* Massachusetts: Jones and Bartlett Publishers. 34-48.
http://www.jblearning.com/samples/0763740411/Ch%202_Seaward_Managing%20Stress_5e.p df
- Selye, H (1976), *Forty years of stress research: principal remaining problems and misconceptions.* Canadian Medical Association Journal. 115(1) 53-56.
- Selye, H. (1985). The nature of stress. *Basal Facts*, 7(1) 3-11

- Sierra, Juan Carlos; Ortega, V; Zubeidat, Ihab; (2003). *Ansiedad, angustia y estrés: tres conceptos a diferenciar*. Revista Mal-estar e subjetividad/fortaleza. 3(1)10-59.
- Valenzuela-Millán, J; Barrera-Serrano, J; Ornelas-Aguirre, J. (2010). Ansiedad preoperatoria en procedimientos anestésicos. Cirugía y cirujanos. México. 78(2).
- Vargas, T; Mendonca M; Spadoti Dantas,R. (2006) Patient feelings during the preoperative period for cardiac surgery.Revista Latino-Americana de enfermagem.Scielo Brasil14 (3)
- Vázquez Monroy, N; Vázquez Torres, G y Alvarado Aguilar, S. (2009) *Ansiedad asociada al dolor agudo en pacientes oncológicos*. Cancerología. 4, 19-29.
- Virgen, R; Lara, A; Morales, G; Villaseñor, S. (2005) *Los trastornos de ansiedad*. (Versión electrónica).Revista Digital Universitaria. 6 (11).
- Yalilis, Castellero A. (2007). *Intervención psicológica en cirugía cardíaca*. Avances en psicología latinoamericana. Cuba. 25(1)52-63.

ANEXOS

Entrevista

Nombre: _____ Fecha : _____

Edad: _____ Sexo:(M)(H) Estado Civil _____ Ocupación _____

Escolaridad _____ Teléfono _____ Diagnóstico _____

Padecimiento _____ Cirugías Previas : _____

1. Artículos sustentan que las personas que se encuentran ante una cirugía puede presentar diferentes emociones y/o estados de ánimo. Marque con X si ha percibido las que a continuación se presentan.

Tristeza		Enojo	
Miedo		Alegría	
Ansiedad		Estrés	
Desesperación		Otro _____	
Impotencia			

2. ¿Ha tenido algún tipo de experiencia de cirugía y/u hospitalización? **Si** ___ **No** ___ ¿Cómo fue el nivel de satisfacción? *Marque con una X la respuesta que considere más adecuada.*

Bastante satisfactoria	Satisfactoria	Como la esperaba	Insatisfactoria	Muy insatisfactoria
-------------------------------	----------------------	-------------------------	------------------------	----------------------------

3. ¿Se siente comprendido(a) por su médico tratante? **Si** ___ **No** ___ ¿Cómo considera la relación con él?

Muy buena	Buena	Regular	Mala	Muy mala
------------------	--------------	----------------	-------------	-----------------

4. ¿Cómo se enteró que es candidato a cirugía?

5. A partir de la noticia ¿Qué idea o pensamiento (recurrente o no) ha tenido?

6. ¿Cuáles son sus expectativas en torno a la cirugía? Elija 3 de las siguientes opciones, tomando el 1 como el más importante y 3 la menos importante¹

Que sea un éxito		Dedicar más tiempo a mi familia	
Solicitar pensión		No tener problemas físicos	
Llevar una vida normal		Que sea lo que Dios quiera	
Confiar en los médicos		Mejorar mi calidad de vida	
Volver a trabajar		Otro _____	
Que no haya complicaciones			

7. ¿Cómo considera su actitud hacia la cirugía y todo lo que el proceso involucra?

<i>Muy buena</i>	<i>Buena</i>	<i>Regular</i>	<i>Mala</i>	<i>Muy mala</i>
-------------------------	---------------------	-----------------------	--------------------	------------------------

8. En la situación que se encuentra, ¿cuenta con apoyo familiar y/o social? ¿De quién?

9. ¿Ha escuchado algún mito, rumor, idea respecto a la cirugía? **Si**___**No**___
¿Cuáles ?

10. ¿Tiene alguna preocupación relacionado con el padecimiento o la cirugía? Si___No___ ¿Cuáles ? Marque con una X	
Enfermedad/ Diagnóstico	
Entorno hospitalario : ambiente no familiar, presencia de extraños	
Exposición a material medio: procedimientos invasivos	
Separación de familiares	
Estrés de acompañantes	
Ruptura de la rutina vital y adaptación a una desconocida e impuesta	
Pérdida de autonomía, control y competencia personal	
Incertidumbre	
Anestesia : Miedo a no despertar	
Permanecer consciente durante la cirugía	
Ingreso a quirófano	
Inserción de sondas	
Intubación	
Miedo a la cicatriz	
Sentir dolor	
Temor inexplicable	
Incapacidad de afrontar obligaciones	
Conflictos laborales	
Conflictos económicos	
Mal desempeño sexual	
Tener problemas físicos residuales	
Rechazo	
Muerte	
Otros:_____	

Fuente: De la Paz-Estrada et. al 2006; León,et al. 2007

Cuestionario

1. Marque con una X lo que usted sabe:

En este momento ¿Considera que está relajado?	Si _____ No ____
Alguna forma de relajarme ¿Cual?	
Información de la cirugía	Si _____ No ____

2. La comprensión de la cirugía es:

Buena	Regular	Mala
--------------	----------------	-------------

3. ¿Qué información le gustaría recibir antes de la cirugía que le de algún beneficio? Marque con una X

Información de la cirugía	
Alguna técnica de relajación (Respiración diafragmática)	
Todas por igual	
Ninguna	

4. ¿Cómo se siente en este momento con respecto a la cirugía?

Mucho mejor	Un poco mejor	Igual que suele estar	Un poco peor	Mucho peor
--------------------	----------------------	------------------------------	---------------------	-------------------

Evaluación

1. *Marque con una X* ¿Aprendió algo útil en la sesión? **Si__ No__**

Información de la cirugía	Si__ No__
Logro relajarse	Si__ No__

2. La comprensión de la cirugía es:

Mejor que antes del apoyo psicológico	Igual antes del apoyo psicológico	Peor que antes del apoyo psicológico
--	--	---

3. ¿Qué etapa fue en la que encontró más beneficio? Marque con una X

Información de la cirugía (video)	
Relajación (respiración diafragmática)	
Todas por igual (respiración y video)	
Ninguna	

4. ¿Cómo se siente después del apoyo psicológico?

Mucho mejor	Un poco mejor	Igual que antes	Un poco peor	Mucho peor
--------------------	----------------------	------------------------	---------------------	-------------------

Comentarios