



UNIVERSIDAD NACIONAL AUTÓNOMA DE MÉXICO
PROGRAMA DE MAESTRÍA EN PSICOLOGÍA
RESIDENCIA EN MEDICINA CONDUCTUAL

REPORTE DE EXPERIENCIA PROFESIONAL
PROPUESTA DE UNA INTERVENCIÓN MULTICOMPONENTE DE TIPO COGNITIVO –
CONDUCTUAL PARA PACIENTES CON ANSIEDAD PREQUIRÚRGICA

TESIS
QUE PARA OPTAR POR EL GRADO DE:
MAESTRA EN PSICOLOGÍA

PRESENTA:
MARÍA FERNANDA ABAROA RAMÍREZ

TUTOR PRINCIPAL
DRA. MARÍA ROSA DE LOURDES ÁVILA COSTA
FACULTAD DE ESTUDIOS SUPERIORES IZTACALA

MIEMBROS DEL COMITÉ TUTOR
MTRO. LEONARDO REYNOSO ERAZO
FACULTAD DE ESTUDIOS SUPERIORES IZTACALA

DR. MIGUEL ÁNGEL AGUILAR LÓPEZ
HOSPITAL GENERAL DE ATIZAPÁN

DRA. CAROLINA SANTILLÁN TORRES TORIJA
FACULTAD DE ESTUDIOS SUPERIORES IZTACALA

DRA. SANDRA ANGÉLICA ANGUIANO SERRANO
FACULTAD DE ESTUDIOS SUPERIORES IZTACALA

LOS REYES IZTACALA, TLALNEPANTLA, ESTADO DE MÉXICO, OCTUBRE, 2020.



Universidad Nacional
Autónoma de México



UNAM – Dirección General de Bibliotecas
Tesis Digitales
Restricciones de uso

DERECHOS RESERVADOS ©
PROHIBIDA SU REPRODUCCIÓN TOTAL O PARCIAL

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

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

Agradecimientos

A mi familia: Mamá, papá, Caro, Shara y Marce, agradezco que siempre estuvieron para apoyarme en los momentos más críticos, en los periodos de trabajo y estrés, siempre tuvieron palabras de aliento y abrazo que me motivaron a seguir luchando por alcanzar mis metas; también doy gracias por brindarme su cariño y compañía en cada uno de mis logros, los amo.

Al Mtro. Leonardo: Leo no me alcanzan las palabras para describir el agradecimiento que tengo hacia a ti, me has ayudado a crecer personal, académica y profesionalmente. Siempre tendiste tu mano para asistir diversas situaciones, te mostraste involucrado en el bienestar de nosotras, nos hiciste parte de tu equipo y nos regalaste el placer de trabajar en un ambiente lleno de generosidad, empatía, colaboración y motivación, el cual me brindó una gran experiencia y aprendizaje. Ha sido un honor formar parte de tu equipo de trabajo, confío que seguiremos teniendo más proyectos juntos.

A Areli: Gracias por recibirme con esa calidez que te distingue, por tu disposición incondicional para apoyarme en los casos más extraños, creo que tenía suerte para encontrarlos y tú siempre estuviste ahí para mí, ofreciendo tu respaldo. Agradezco tu confianza, ésta en definitiva dio una gran aportación a mi desarrollo.

A la Dra. María Rosa: Doctora gracias por toda su disposición y paciencia en el desarrollo de este proyecto, por compartir sus conocimientos y experiencia que me ayudaron a alcanzar esta meta. También quiero agradecer su apoyo en situaciones complejas en las cuales su orientación favoreció a su solución. Ha sido un honor haberla conocido.

Al Dr. Aguilar: Agradezco su confianza y apoyo en todo momento. Ha sido para mí un placer y un honor trabajar con usted.

A mis compañeros de Atizapán: Edna, Andrea, Ariana y Daniel, gracias por todos los momentos llenos de alegría, risas, diversión y trabajo, fuimos un gran equipo dentro de Atizapán, espero podamos seguir siéndolo en nuevos proyectos, sin duda me llevo una bonita amistad con cada una de ustedes. Ari gracias por compartirme tanto de ti, tu confianza y cariño.

A mis amigos: Alan tú has estado desde el inicio de esta experiencia, comenzando por estudiar juntos hasta tu compañía, buenas charlas y consejos, sin duda tu amistad ha sido una pieza importante en esta bella etapa. Yosemite, Carmen, Cristian, Anahí y Erick mis amigos y cómplices en cada momento, gracias por las risas, el apoyo, diversión y sobre todo por permitirme ser parte de su vida, la residencia no hubiera sido lo mismo sin cada uno de ustedes. Los quiero.

ÍNDICE

1. Medicina Conductual	04
1.1.Contextualización de la Medicina Conductual a nivel mundial y en México	04
1.2.Características de la sede	14
1.3.Ubicación del residente en la sede	15
2. Actividades desarrolladas en la sede	16
2.1. Evaluación inicial del servicio	16
2.2. Contexto psicológico de los pacientes del servicio	17
2.3. Actividades diarias	18
2.4. Actividades académicas	21
2.5. Productividad	23
2.6. Otras actividades no programadas	33
3. Competencias profesionales alcanzadas	34
3.1.Actividades diarias	34
3.2.Actividades académicas	35
3.3.Protocolo	40
3.3.1. Resumen	40
3.3.2. Introducción	40
3.3.3. Ansiedad	43
3.3.3.1.Definición de Ansiedad	43
3.3.3.2.Epidemiología de Ansiedad	47
3.3.4. Intervenciones quirúrgicas	48
3.3.4.1. Principales procedimientos quirúrgicos	48
3.3.5. Ansiedad prequirúrgica	50
3.3.5.1. Evaluación de la Ansiedad Prequirúrgica	51
3.3.5.2. Factores que favorecen la Ansiedad Prequirúrgica	54
3.3.5.3. Incidencia de la Ansiedad Prequirúrgica	64
3.3.5.4. Consecuencias de la Ansiedad Prequirúrgica	65
3.3.6. Estrategias de Intervención	74
3.3.6.1.Psicoprofilaxis quirúrgica	77
3.3.6.2. Selección de técnicas	82
3.3.6.3. Técnicas para este programa	83
3.3.7. Justificación	91
3.3.8. Pregunta de Investigación	92
3.3.9. Objetivo general	93
3.3.10. Objetivos específicos	93
3.3.11. Hipótesis	94

3.3.12. Propuesta metodológica	94
3.3.13. Discusión y conclusión	102
4. Evaluación	103
4.1.Servicio asignado	103
4.2.Actividades diarias y académicas	104
4.3.Sistema de supervisión <i>in situ</i> y académica	106
4.4.Protocolo	107
4.5.Competencias profesionales alcanzadas	108
Referencias	109
Anexos	118

1. Medicina Conductual

1.1. Contextualización de la Medicina Conductual a nivel mundial y en México

El surgimiento de la disciplina denominada Medicina Comportamental o Medicina Conductual, parte de la incorporación de los conocimientos y técnicas de la ciencia del comportamiento al campo de la salud y la enfermedad. Uno de los factores que contribuyeron a su desarrollo, es el reconocimiento y aceptación de la importancia que juegan los factores psicológicos y conductuales en los problemas médicos, en el proceso de enfermar o sanar, y la necesidad de identificar los mecanismos por los que estos factores afectan la salud. La mayoría de los procedimientos aplicados en el área de la Medicina Comportamental son, fundamentalmente los mismos que se utilizan en la terapia de conducta para tratar otras alteraciones; sin embargo, esta disciplina ha permitido el descubrimiento y desarrollo de nuevas estrategias conductuales aplicables al campo de la salud, para a modificar determinados procesos psicofisiológicos (Saldaña, 1984).

Cuando hablamos de Medicina Conductual es preciso mencionar las aportaciones más importantes para su desarrollo, las cuales se hicieron desde el análisis experimental de la conducta, en la década de 1970, con las aplicaciones clínicas de los principios del condicionamiento clásico y del condicionamiento operante; así como del biofeedback, en el tratamiento de múltiples enfermedades y padecimientos (Rodríguez, 2010).

Al respecto Reynoso (2014) menciona que esto se originó debido al modelo de trabajo de la medicina, bajo la lógica de las relaciones Causa – Efecto, por ejemplo, cuando el médico elimina la causa, entonces la enfermedad se remite, lo que se observa en todas las

ciencias médicas. Dentro de la fisiología esto se adaptó a la modalidad Estímulo – Respuesta, que posibilitó la descripción de las secreciones digestivas por Pavlov y con ello se viabilizó el trabajo de los psicólogos dedicados a demostrar los principios del condicionamiento y su aplicación al comportamiento.

Reynoso (2014) realiza un recorrido histórico, donde expone que, desde los años 50 se empezó a acumular evidencia científica sobre el éxito y los avances de la ciencia conductual aplicada a seres humanos con problemas médicos; así como evidencia de médicos epidemiólogos que mostraron la existencia de relaciones entre el comportamiento y algunas enfermedades crónicas, como la conducta de fumar y el cáncer de vejiga, consumir cantidades escasas de fibra y la aparición de cáncer de colon, consumir grandes cantidades de grasas y aparición de enfermedad cardiovascular; por lo tanto, se vislumbró que el comportamiento estaba inmerso en la patología de la enfermedad crónica.

A este respecto, en 1973, se publicaron dos artículos, en los que Lee Birk (psiquiatra norteamericano), expuso a la retroalimentación biológica como una alternativa terapéutica en trastornos como migrañas, epilepsia y arritmias cardíacas, brindando así, para los psicólogos que trabajan bajo el marco del condicionamiento, la retroalimentación biológica, como una nueva propuesta de trabajo clínico (Reynoso, 2014).

Otra aportación relevante fueron los estudios de Leavell y Clark en 1953, que propusieron utilizar el modelo de la Historia Natural de la enfermedad (las etapas de la misma y las alternativas de intervención en distintos niveles). Este modelo contribuyó a la conceptualización de la salud y la enfermedad, ya que por primera ocasión se mencionó la necesidad de estudiar el comportamiento y el contexto social del individuo como parte de la

etiología de la enfermedad. Es así como surge el modelo biopsicosocial, que propone que el médico indague información sobre las creencias, pensamientos y sentimientos de los pacientes referente a su enfermedad, su opinión sobre el tratamiento y sobre su grupo social de pertenencia, así como, apoyo social y religión (Reynoso, 2014).

Partiendo de lo anterior Rodríguez (2010) y Reynoso (2014) enmarcan que los acontecimientos que favorecieron al surgimiento y el rápido crecimiento de la Medicina Conductual son: la efectividad que demostraron las técnicas de modificación de conducta y su aplicación en pacientes con problemas de salud (obesidad, tabaquismo, adicciones, etc.); la biorretroalimentación demostró la posibilidad de efectuar cambios fisiológicos en funciones corporales, logrando con ello realizar intervenciones terapéuticas para trastornos somáticos (migraña, hipertensión, cefaleas, úlceras y dolor crónico); además, estudios epidemiológicos identificaron factores que incrementaban el riesgo asociado con las principales causas de mortalidad (enfermedades cardiovasculares y evento cerebral vascular (EVC), donde existe relación con el sobrepeso u obesidad, actividad física escasa o insuficiente, por ello el National Institute of Health organizó reuniones con el fin de buscar soluciones a esta problemática, en ellas se reconoció el papel de los cambios en el comportamiento para su tratamiento y prevención, dado que el comportamiento puede ser estudiado y modificado, entonces era posible reducir la incidencia de morbilidad y mortalidad; finalmente el aumento en los costos del tratamiento de las enfermedades, produjo interés por la prevención.

Asimismo Rodríguez (2010) comenta que, la creación formal de Medicina Conductual fue en 1977, año en el cual se organizó el Primer Congreso sobre Medicina Conductual en la Universidad de Yale, donde se reunieron especialistas del área de la salud

y de las ciencias sociales, obteniendo como principal resultado la definición de su campo de aplicación, a saber, “campo interdisciplinario de integración de conocimientos biomédicos y sociales, con el fin de diseñar e implementar procedimientos para la prevención, el tratamiento y la rehabilitación de pacientes” (p.6).

En 1978 se fundó la Academia de Investigación en Medicina Conductual en Estados Unidos, la cual la definió como el campo interdisciplinario que se ocupa de la integración de la ciencia de la conducta con la biomédica, para desarrollar y aplicar conocimientos y técnicas hacia la promoción de la salud, prevención, diagnóstico, tratamiento y rehabilitación de las enfermedades (Schwartz & Weiss, 1978).

Rodríguez (2010) menciona que, durante este mismo año, en marzo, se publicó el primer número del *Journal of Behavioral Medicine*; posteriormente, se publicó la revista *Biofeedback and Self-Regulation*, donde reportaban investigaciones sobre la aplicación de las técnicas y procedimientos basados en la medicina conductual a enfermedades como hipertensión arterial, dolor crónico, asma infantil, desórdenes cardiovasculares, rehabilitación neuromuscular y cáncer. En noviembre se forma la *Society of Behavioral Medicine* y más tarde la *International Society of Behavioral Medicine* que, en 1990 convocó al Primer Congreso Internacional sobre esta disciplina en Uppsala, Suecia y que en la actualidad cuenta con 26 sociedades nacionales afiliadas, las más de ellas europeas (ISBM, 2012; Reynoso, 2014).

En 1979, Pomerlau y Brady mencionan como características principales de la medicina conductual, el uso de las técnicas surgidas del análisis experimental de la conducta, que se enmarcan bajo la *Terapia y Modificación de la Conducta* y la tendencia hacia la

investigación, teniendo como soporte metodológico el análisis funcional de las conductas asociadas a las enfermedades o desordenes médicos (Rodríguez, 2010).

En 1980, Matarazzo la define como el campo interdisciplinario de investigación científica, educación y práctica concerniente a la salud, la enfermedad o disfunciones relacionadas (hipertensión esencial, colesterolemia, estrés, obesidad, tabaquismo, etc.); donde añade el término de salud conductual como una nueva subespecialidad interdisciplinaria relacionada con el mantenimiento de la salud, y la prevención de enfermedad o la disfunción en personas actualmente sanas (Cerezo & Hurtado, 2011).

Saldaña (1984) menciona que, a pesar de las diferencias entre las definiciones, en lo que respecta a los objetivos, metodologías y procedimientos empleados se observan áreas concretas de aplicación de la Medicina Comportamental: 1) intervención para modificar la conducta observable o respuesta fisiológica que, en sí misma constituye un problema; 2) intervención para cambiar la conducta problema de forma indirecta, mediante la modificación del comportamiento del personal médico, con el fin de proporcionar mejores servicios; 3) intervención para mejorar los aspectos relacionados con la adherencia de los tratamientos médicos y comportamentales prescritos; y 4) intervención para modificar patrones conductuales o respuestas que constituyen factores de riesgo para la salud.

Algunas de las definiciones más recientes para Medicina Conductual son las siguientes:

Para Reynoso (2012) la Medicina Conductual es el campo interdisciplinario de las ciencias conductual y biomédica que se ha desarrollado para entender la salud-enfermedad y aplicar los conocimientos y técnicas derivados del mismo en los distintos niveles de

prevención. El sustento en que se fundamenta la Medicina Conductual como disciplina es que los cambios en la conducta pueden reducir la sintomatología en personas enfermas. Arroyo y colaboradores (2013) mencionan que Medicina Conductual es un campo interdisciplinario de investigación y de práctica clínica que se enfoca en las interacciones entre el ambiente físico y social, la cognición, conducta y biología en la salud y la enfermedad, supone el abordaje integral del paciente partiendo de la evidencia empírica que revela que la conducta puede generar enfermedades, así como que las enfermedades modifican el comportamiento. Este campo se interesa en estudiar y modificar el comportamiento de la persona enferma en el contexto hospitalario; considerando sus creencias, sentimientos y pensamientos relacionados con la enfermedad, su curación, la participación de la familia, los médicos, los medicamentos, el hospital, la muerte, etc.

La International Society of Behavioral Medicine (2020) la define como el “campo interdisciplinario relacionado con el desarrollo e integración de conocimientos psicosociales, conductuales y biomédicos relevantes para la salud y la enfermedad y la aplicación de estos conocimientos a la prevención, etiología, diagnóstico, tratamiento y rehabilitación”.

Cuando hablamos de Medicina Conductual en México, es necesario retomar algunos acontecimientos que instauraron el estudio de la psicología desde el marco conductual en nuestro país, por lo tanto es importante mencionar que a principios de los años 60s se marcó el inicio del análisis de la conducta en México, por Víctor Alcaraz, Emilio Ribes, Antonio Gago, Florente López y Serafín Mercado, en Universidad Veracruzana ya que dieron el impulso de la psicología científica basada en el análisis experimental de la conducta. En 1967, se creó el primer centro de análisis conductual aplicado en México por Florente López

y Francisco Barrera que crearon el Centro de Entrenamiento y Educación Especial (Rodríguez, 2010).

Reynoso (2014) expone el desarrollo académico de la Medicina Conductual en México remontándose a los años 70 dentro de la ENEP Iztacala, haciendo referencia a la licenciatura de psicología, donde se propuso un nuevo modelo curricular que incluía un área clínica, que trabajó bajo el modelo de terapia conductual en una clínica diseñada *ad hoc* en esta institución. Menciona que, en 1978 en esta misma ENEP, se ofreció un posgrado en Modificación de Conducta con un área sobre estrés, retroalimentación biológica y enfermedades crónicas; éste es considerado como el primer antecedente académico de Medicina Conductual en México; para 1981 aquí mismo se desarrolló el Primer Simposio Internacional sobre Medicina Conductual en México.

A finales del siglo XX, la Facultad de Psicología de la UNAM desarrolló, dentro de su programa de posgrado, la maestría en Psicología General Experimental con énfasis en Salud, que copiaba parte del modelo de entrenamiento de los especialistas médicos, así estudiantes de esta maestría fueron ubicados en centros de salud del Distrito Federal.

Los posgrados de Modificación de Conducta de la ENEP Iztacala y Psicología General Experimental de la Facultad de Psicología fueron muestra de los esfuerzos de distintos grupos de académicos reflejados en programas de posgrado; sin embargo, también mostraban la dispersión y multiplicidad de distintas alternativas de trabajo.

Así comenzó el desarrollo de trabajos dentro del marco conductual en el área clínica en México, se identificaron contribuciones científicas, tecnológicas y de intervención de

equipos interdisciplinarios, mostrando líneas de investigación en torno al desarrollo de modelos de intervención, sobre epidemiología conductual, educación para la salud, salud y género, envejecimiento normal y patológico, trasplante de órganos y tejidos, adherencia terapéutica, conducta agresiva y antisocial, diabetes, cáncer, enfermedades cardiovasculares, VIH/SIDA, adicciones, estrés, dolor crónico, ira, hostilidad, biofeedback, políticas públicas, derechos humanos y bioética (Rodríguez, 2010).

Camacho (2013) además reconoce otros trabajos de gran importancia, como la recopilación de trabajos sobre medicina conductual de diferentes universidades del país, organizada por la Dra. Godeleva Ortiz en 1990, de la Universidad Veracruzana; el desarrollo de la bioretroalimentación por académicos del ITESO; investigaciones de la Universidad Autónoma de Nuevo León sobre cronobiología y su impacto en el tratamiento, por el Dr. Pablo Valdez, en 2010; la promoción del cuidado ambiental para el cuidado de la salud desde perspectivas conductuales, con el doctor Corral en 2012, de la Universidad de Sonora; la conferencia sobre Medicina Conductual por Matarazzo (destacado psicólogo de la salud estadounidense) y Rodríguez en Guadalajara; así como, el vínculo de la Universidad de Guadalajara con psicólogos de la salud cubanos desde los años noventa a la fecha, lo que posibilitó el intercambio académico y publicación de libros en psicología de la salud.

Sin embargo, a pesar de los esfuerzos combinados, Camacho (2013) comenta que, las políticas públicas en salud, en el país, no han permitido tener los espacios suficientes para que los psicólogos con formación en Medicina Conductual puedan demostrar el potencial metodológico del análisis conductual aplicado, sus aportaciones significativas en el campo de la prevención de enfermedades y promoción de la salud; el cual tampoco ha sido percibido por especialistas médicos y que en caso de que esto sucediera podría abrirse camino al

trabajo conjunto entre profesionales de la salud y, con ello posibilitar espacios sociales para aplicaciones en grandes poblaciones.

El único antecedente reconocido como intento de introducir a los psicólogos en el ambiente médico, por parte del gobierno federal fue en los años noventa, cuando el secretario de salud fue sensible a las posibilidades de aporte de psicólogos de la salud en el IMSS, así que probó una prueba piloto, con 50 espacios para psicólogos de la salud, pero, este proceso no se logró debido a que no se contaba con tal cantidad de profesionales capacitados en este campo, lo cual generó un círculo donde no hay plazas porque no hay gente preparada y no hay gente preparada porque no hay plazas, así la formación y capacitación de especialistas en el área se convirtió en una meta a alcanzar.

Por lo tanto, la línea de la Medicina Conductual en México se caracterizó por reunir científicos de diferentes disciplinas con el objetivo de definir acciones que permitan mejor calidad de vida a la población y con ello enfrentar los principales retos de la atención a la salud. Como resultado, en 1998 se diseñó y desarrolló un programa educativo con el propósito de formar profesionales de nivel maestría, expertos en la resolución de problemas psicológicos, en pacientes con alguna enfermedad crónica, con base en la premisa que una persona enferma tiene una serie de creencias referentes a su enfermedad, tratamiento, personal médico, recuperación y muerte. Sumado a esto, una persona enferma tiene miedos derivados del desconocimiento del curso de su enfermedad, procedimientos médicos o quirúrgicos a los que será sometido y la separación de su núcleo familiar, trabajo, de actividades recreativas, lo que puede generarle estrés o malestar emocional (Rodríguez, 2010; Reynoso, 2014).

El modelo de trabajo de Medicina Conductual supone un abordaje integral del paciente; con base en que la conducta puede generar enfermedades, recíprocamente las enfermedades modifican el comportamiento y que la conducta también contribuye al desarrollo de la enfermedad. Por lo tanto, el objetivo de los profesionales en el área de la salud consiste en colaborar con el equipo médico a la recuperación o rehabilitación del paciente y a mejorar la calidad de vida en enfermedades terminales; para lograrlo es necesario identificar si existe relación entre el comportamiento del paciente y los productos bioquímicos de su propio organismo, o en sí mismos el comportamiento, los pensamientos y emociones del paciente están en función de la evaluación que el enfermo hace del ambiente en el que se encuentra inserto (Reynoso, 2011).

La residencia en Medicina Conductual inició su funcionamiento en marzo de 1999, hasta el 2013 se formaron 15 generaciones de alumnos, en este año se decide una separación de sedes entre la Facultad de Psicología y en la Facultad de Estudios Superiores Iztacala. Actualmente la Residencia de Medicina Conductual de la Facultad de Estudios Superiores tiene convenio con el Hospital Juárez de México, donde se encuentran colocados los residentes en los servicios de Medicina Interna, Hematología, Oncología, Onco-Pediatría, Geriátrica, Clínica del Dolor y Cirugía; y un convenio más con el Hospital General de Atizapán, con presencia de residentes en el servicio de Medicina Interna, Ginecología y Cirugía.

Como conclusión del análisis histórico de Medicina Conductual en México, Camacho (2013) expone algunas acciones a realizar y acciones a seguir realizando, dentro de las primeras propone, en primer lugar, generar asociaciones sólidas que trasciendan los ámbitos académicos a espacios laborales; también, demostrar la efectividad y eficiencia de

las intervenciones psicológicas como complemento a los protocolos médicos; demostrar la conveniencia económica por el interés en la prevención de enfermedades y hacer énfasis en el vínculo de la base comportamental, de acuerdo con el contexto sociocultural, en los estilos de vida. Referente a los puntos a seguir realizando son: continuar la producción de material académico a través de compilaciones y revistas especializadas que generen más conocimiento sobre el campo, así como el desarrollo de posgrados en diversas universidades del país que incorporen los marcos teóricos y metodológicos del conductismo.

1.2. Características de la sede

Como estudiante del programa de posgrado en la Residencia de Medicina Conductual de la Facultad de Estudios Superiores Iztacala, la institución en la cual llevo a cabo mi práctica profesional es el Hospital General de Atizapán.

El Hospital se encuentra en el Estado de México, cerca de los límites del norte de la Ciudad de México, específicamente sobre la Avenida Boulevard Adolfo López Mateos, en la colonia Potrero. Este Hospital fue inaugurado del 27 de abril de 1987 por el entonces Sr. Presidente de la República Mexicana Lic. Miguel de la Madrid Hurtado, reconociendo los donativos que colaboraron en la construcción y equipamiento médico de este Hospital realizados por Chrysler de México, La Cruz Roja Danesa, Ente Nazionale Idrocarburi de Italia y del gobierno de los países bajos.

La construcción del Hospital se hizo necesaria pues, a raíz del terremoto de 1985, una de las secuelas principales fue la disminución de la cantidad de camas de hospitalización; ya que el **Plan Nacional de Salud** contemplaba la centralización de la atención médica y pretende optimizar los recursos con los que cuenta para extender la cobertura a la población

desprotegida, entonces el programa de construcción de la Secretaría de Salud y con apoyo del pueblo mexicano se inicia la construcción del Hospital General de **Atizapán “Dr. Salvador González Herrejón”**, el cual es entregado en beneficio de la población de Atizapán de Zaragoza¹.

La atención médica brindada dentro del nosocomio es considerada de Segundo Nivel, donde las actividades están dirigidas al restablecimiento de la salud, atendiendo daños de mediana a alta complejidad dentro de las especialidades básicas de Cirugía General, Medicina Interna, Gineco-Obstetricia, Pediatría y Medicina Preventiva.

1.3. Ubicación del residente en la sede

El servicio que al que fui asignada es el de Cirugía General, el cual cuenta con un jefe de servicio, 25 médicos adscritos (un cirujano general endoscopista, diez cirujanos, dos oftalmólogos, seis traumatólogos, dos otorrinolaringólogos, un urólogo, dos neurocirujanos y un cirujano maxilofacial), siete terapeutas (seis técnicos de terapia ocupacional y un profesional en terapia de lenguaje) y una persona de base (secretaria).

Las líneas de autoridad y organigrama se observan en la figura 1.

¹ Tomado de: Plan de trabajo de la División de Cirugía General. Hospital General de Atizapán, 2020.

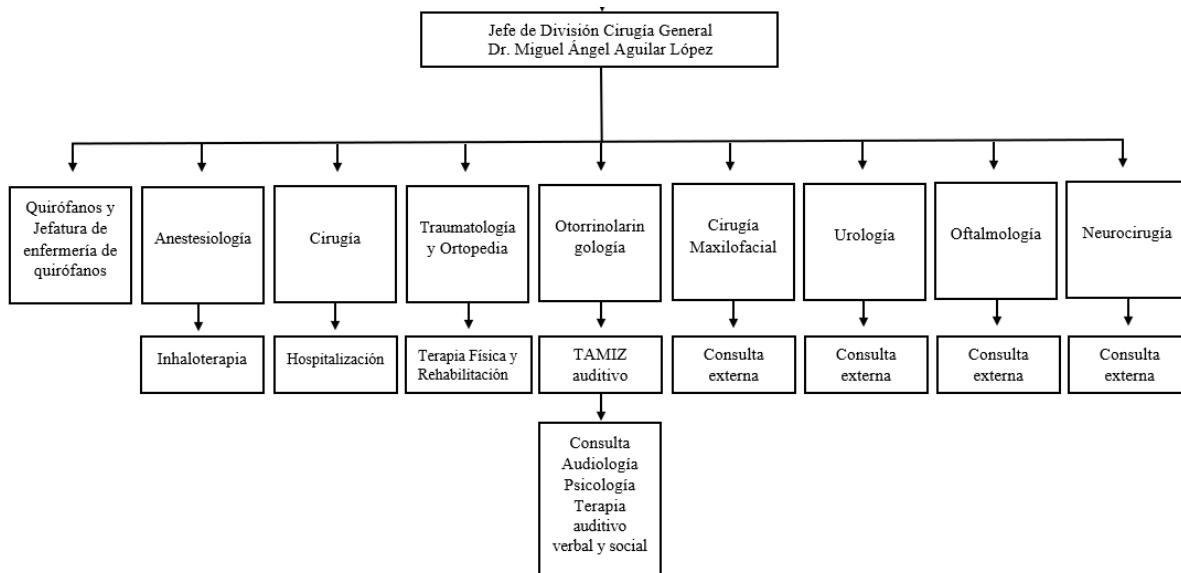


Figura 1. Organigrama del Servicio de Cirugía General. Se muestran las diferentes áreas que componen el Servicio de Cirugía General. Tomado de: Plan de trabajo de la División de Cirugía General. Hospital General de Atizapán, 2020.

La División de Cirugía está distribuida en consulta externa, la cual cuenta con un consultorio para cada especialidad quirúrgica (cirugía general, ortopedia y traumatología, cirugía maxilofacial, neurocirugía, cirugía pediátrica, otorrinolaringología, tamiz auditivo y oftalmología); hospitalización, área de quirófano, piso de cirugía, área de rehabilitación, audiología y CEYE (central de equipos y esterilización).

2. Actividades desarrolladas en la sede

2.1. Evaluación inicial del servicio

Dentro del servicio de cirugía en el Hospital General de Atizapán los principales ingresos hospitalarios son en primer lugar por traumatismos y fracturas, seguido de colelitiasis y colecistitis, enfermedades del apéndice, hernia de la cavidad abdominal,

malformaciones congénitas, deformidades y anomalías cromosómicas, por ejemplo, testículo no descendido; así como, íleo paralítico y obstrucción intestinal sin hernia.

El tiempo promedio de hospitalización es de seis días; sin embargo, se puede convertir en estancia prolongada, principalmente en los casos de traumatismos y fracturas por la multitud de trámites necesarios para la solicitud de material, o bien el tiempo que tarden los familiares en conseguir y tener la posibilidad económica de adquirirlo, en el caso de las fracturas expuestas el tiempo que implique el esquema de antibiótico previo a la intervención quirúrgica, en los casos de coleditiasis los días en los que se otorgue cita para realizar la CPRE (Colangiopancreatografía retrógrada endoscópica), en los casos de colecistitis cuando se produce pancreatitis y que es necesaria su remisión antes de la intervención, además son frecuentes las complicaciones derivadas de bacterias como infección en sitio quirúrgico, neumonías, y peritonitis, frecuentemente derivadas de apendicitis o traumas en la zona abdominal.

2.2. Contexto psicológico de los pacientes del servicio

Como características principales de la población encontramos que la mayoría de los pacientes son de recursos económicos escasos, además en la mayoría de los casos, de nivel de escolaridad básico o bien sin escolaridad, también se observa que la mayoría de los pacientes cuentan con escasas redes de apoyo o de apoyo social insuficiente, así como, un estilo de afrontamiento principalmente centrado en la emoción.

Derivado de estas características, aunado a la falta de información y de entendimiento de la misma condición médica de los pacientes, en algunos casos la extensión de la estancia hospitalaria o complicaciones médicas secundarias al motivo de ingreso es frecuente;

además, se encuentra en las valoraciones psicológicas de este servicio, ansiedad o ansiedad prequirúrgica, estrés, sintomatología de depresión, incumplimiento terapéutico y estilo de afrontamiento que afecta la condición médica. Diferentes modelos de salud han dado un importante avance en la comprensión de factores etiológicos y de mantenimiento en el proceso de salud-enfermedad; estos modelos son una herramienta para llevar a cabo un diagnóstico, seleccionar la estrategia de intervención y las técnicas para influir en el cambio de conductas negativas. La Medicina Comportamental, es una alternativa viable de intervención psicológica, ya que puede dirigirse a diferentes niveles de atención, así como a las consecuencias perjudiciales en el bienestar y salud (Álvarez-Bobadilla, 2014). Por lo tanto en el servicio de cirugía, la atención del médico conductual se centra en la correcta psicoprofilaxis quirúrgica que Cázares de León et al. (2016) la refieren como una práctica interdisciplinaria entre medicina y psicología que, a través de diferentes estrategias, técnicas y recursos, se pretende generar en el paciente recursos cognitivos, afectivos y comportamentales para hacerle frente a la intervención quirúrgica, disminuir efectos desfavorables de la cirugía y posibilitar la recuperación psicosocial.

2.3. Actividades diarias

Las actividades diarias dentro del servicio de cirugía para el residente de medicina conductual son las siguientes:

- Pase de visita: el pase de visita es una de las principales tradiciones clínicas del personal médico, para garantizar la asistencia integral de calidad a los pacientes ingresados y como método de enseñanza-aprendizaje mediante la práctica clínica, en él interactúan los integrantes del equipo del servicio, como médicos, personal

de trabajo social, psicología, enfermería, residentes, médicos internos y estudiantes, ya sea de medicina o enfermería, donde cada cual desarrolla el trabajo que le corresponde según su nivel de jerarquía, y se definen las acciones a realizar de cada uno (Rodríguez et al., 2018). Este se lleva a cabo en tres momentos del día, el matutino regularmente de las 8:00, vespertino a las 15:00 horas y el nocturno a las 02:00 horas; aunque tiene variaciones dependiendo de las actividades académicas de residentes y médicos internos, y la ocupación del servicio, a este pase asisten aproximadamente de 15 a 25 personas. Es en este momento, donde los médicos realizan la referencia de pacientes en hospitalización, sin embargo, además de los pacientes referidos, como resultado de la visita a cada una de las salas, el residente de Medicina Conductual identifica pacientes que pueden ser foco de atención, donde las principales actividades son la realización de procedimientos diagnósticos y terapéuticos con base en la modalidad de intervención cognitivo-conductual y elaboración de notas clínicas en formato SOAP.

- Consulta externa: el servicio de cirugía brinda consulta externa en las diferentes especialidades quirúrgicas, las cuales pueden referir pacientes a Medicina Conductual. Dentro de esta institución Medicina Conductual cuenta con un consultorio para atención los días jueves de 8:00 a 13:00 horas, donde pueden llegar pacientes referidos, tanto del servicio de cirugía, como de los demás servicios o áreas; por mencionar algunos, se encuentra Medicina Interna, Nutrición y el área de Salud y Mujer, así como, de la población que solicita el servicio por referencia de sus centros de salud. Además, para seguimiento de

pacientes captados en hospitalización o en interconsultas, que difícilmente pudieran ajustarse al horario de los días jueves, se cuenta con un jardín para continuar con la atención; el residente deberá elaborar Historia y notas clínicas con SOAP.

- Interconsultas: la atención de Medicina Conductual es reconocida por todos los servicios que cuentan con hospitalización en esta institución, por tal motivo cuando el personal médico detecta una posible alteración psicológica o psiquiátrica, se realiza una interconsulta para valoración por parte de Medicina Conductual, el residente visita el servicio, elabora el diagnóstico y, dependiendo de la problemática se lleva a cabo el procedimiento terapéutico con base en una intervención cognitivo-conductual, además se elabora la nota clínica con formato SOAP y, en caso de ser necesario se realiza la referencia a otra institución para atención psiquiátrica o tratamiento de adicciones. Desde abril de 2019 a marzo de 2020 se atendieron un total de 85 interconsultas, dividiendo la atención de las mismas entre las cuatro residentes a cargo, por lo que se atendieron 21 interconsultas por cada una de las residentes. Siendo la mayoría por el área de urgencias y triage, seguido de pediatría y terapia intensiva; las principales problemáticas atendidas fueron crisis de ansiedad, intento de autolisis y alteraciones psiquiátricas, donde fue necesario referir a otras instituciones, y sintomatología de depresión que se continuó con la atención por la consulta externa.

- Protocolo: El Programa Operativo de residencia en Medicina Conductual en el Hospital General de Atizapán, indica que como productos el residente llevará a cabo la elaboración de un protocolo de investigación aplicado, que sea de utilidad para el servicio dentro del nosocomio y, que a su vez permita desarrollar competencias de investigación en un escenario aplicado; debido a las características y el contexto psicológico de los pacientes, fue evidente la necesidad de implementar un protocolo dirigido a la atención de la ansiedad prequirúrgica ya que, un alto porcentaje de los pacientes atendidos mostraron la presencia de la misma, trayendo consigo consecuencias desde la suspensión de la cirugía, complicaciones dentro del quirófano, así como consecuencias en su recuperación. Sin embargo, debido a la emergencia sanitaria, no fue posible llevar a cabo la aplicación del mismo, más adelante se presenta el proyecto que se pretendía aplicar.

2.4. Actividades académicas

Dentro del plan de estudios de la Residencia en Medicina Conductual, está establecido que los residentes deben asistir y acreditar los siguientes talleres: Procesos conductuales básicos, Entrevista y Casos clínicos, Procesos Biopsicosociales, Técnicas (donde se retoman las principales técnicas cognitivo conductuales), Neuroquímica y conducta, Ética (dilemas éticos), Práctica en el Hospital, Dolor y Cuidados paliativos, Materiales psicoeducativos, DSM IV y V aplicado a casos clínicos de Medicina Conductual, Intervención en crisis, Estrés y Suicidio.

Como materias curriculares están: Medición y Evaluación I y II; Métodos de Investigación Aplicada I y II; Teorías y Modelos de Intervención I, II y III; y Residencia I, II, III y IV; cada una de ellas desarrollada en los números de semestres correspondientes.

Inicialmente el plan abarca la parte teórica y, posteriormente al final de la residencia, las actividades son meramente prácticas, es por ello, que la materia de Residencia persiste hasta el cuarto semestre, se podría decir que esta materia es la de mayor importancia, ya que tiene el mayor número de créditos, por lo tanto, la supervisión académica e *in situ* tienen el papel central en el desarrollo de esta materia.

Las residentes de Medicina Conductual (MC) cuentan con supervisión *in situ* a cargo de la Lic. Ma. Areli Fernández Uribe la cual, además de brindar retroalimentación en las sesiones de supervisión académica, brinda orientación inmediata con pacientes de casos difíciles, coordina actividades de las residentes de MC con residentes médicos, como eventos, protocolos, investigaciones, etc., brinda asesoría sobre el seguimiento de casos en hospitalización, consulta externa e interconsultas, facilita la comunicación con personal médico, principalmente con los jefes de servicio y brinda apoyo para la adecuada práctica profesional acorde a los protocolos institucionales, por todo lo anterior, es la superior inmediata de las residentes dentro del hospital.

La residencia de MC cuenta además, con un programa de supervisión académica por sede, “que consiste en la relación entre un supervisor con habilidades clínicas avanzadas y una serie de alumnos supervisados, con el objetivo que los alumnos adquieran conocimientos y habilidades de manera que desarrollen progresivamente una identidad profesional”.

Por lo tanto, el Programa de Supervisión Académica en el Hospital General de Atizapán elaborado por el Mtro. Leonardo Reynoso Erazo tiene calendarizadas las sesiones de trabajo, donde se abarcan las siguientes áreas: a) Revisión bibliográfica, relacionadas con intervenciones conductuales en calidad de vida, adherencia terapéutica, apoyo social, ansiedad, depresión y estrés; b) discusión de casos clínicos, donde el residente expone características generales del paciente, motivo de consulta, análisis funcional, técnicas empleadas y estado actual del caso, del cual se obtiene retroalimentación por parte del supervisor académico, supervisora *in situ* y residentes en MC; c) elaboración de un Protocolo de Investigación dirigido a la atención de alguna problemática detectada en el servicio, ya sea con la elaboración de un protocolo de intervención novedoso o bien la adaptación/ actualización de protocolos ya elaborados; d) elaboración del reporte de experiencia profesional y e) entrega de reportes de productividad.

2.5. Productividad

Del 17 de Enero de 2019 al 17 de Marzo de 2020 se realizaron un total de 656 atenciones a pacientes dentro del hospital, las características de la población se observan en la tabla 1.

Tabla 1. <i>Características de los pacientes atendidos</i>		
	<i>N</i>	(%)
Hombres	357	54.4
Mujeres	299	45.6
	\bar{X}	(DE)
Edad	41.15	16.97

De estas 656 atenciones, 145 fueron pacientes de primera vez, 77 a hombres y 68 a mujeres y 511 subsecuentes, de las cuales 280 a hombres y 230 a mujeres. El lugar donde fueron captados (ver figuras 2 y 2.1) es de 21 por interconsultas (10 a mujeres y 11 a hombres); 85 en consulta externa (28 hombres y 57 mujeres); y 550 en hospitalización (232 mujeres y 318 hombres).

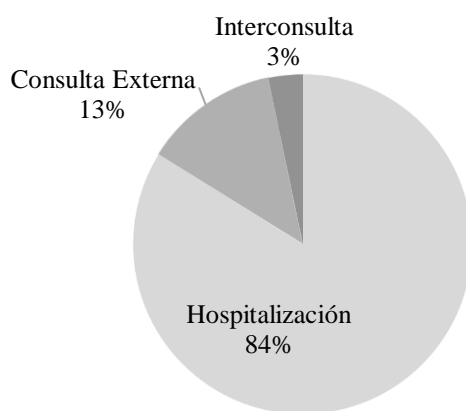


Figura 2. Gráfica con porcentajes referente al escenario de atención por el servicio de Medicina Conductual. Tomado de los reportes de productividad de enero de 2019 a marzo de 2020.

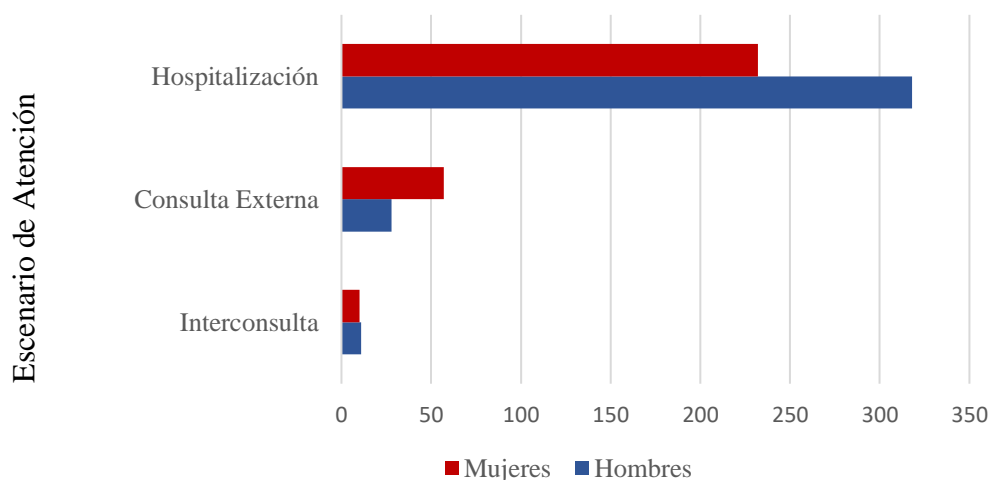


Figura 2.1. Gráfica con número de atenciones en los diferentes escenarios, con distinción entre sexos. Recuperado de los reportes de productividad de enero de 2019 a marzo de 2020.

Para una exposición sencilla de los principales diagnósticos médicos de los pacientes que recibieron atención psicológica, se crearon siete categorías, la primera de “Ortopedia y

Trauma” por fracturas expuestas y cerradas, Politraumatizados, Amputación, Desarticulación y Pie diabético; la segunda categoría “Padecimientos y lesiones en zona abdominal” incluye Pancreatitis Aguda, Oclusión Intestinal, Apendicitis, Colecistitis, Lesión de vía Biliar, Hernias Umbilical, Inguinal, Incisional e Hiatal; “Complicaciones Postquirúrgicas” por Infección Postquirúrgica, Adherenciolisis, Rechazo de material quirúrgico y Desbridamiento quirúrgico; “Infecciones graves” por Infección en tejidos blandos y Gangrena de Fournier; “Enfermedades Crónicas y Metabólicas” incluyó los diagnósticos de Diabetes Mellitus Tipo 2, Hipertensión Arterial Sistémica, Cetoacidosis, Epilepsia, VIH, EVC e Insuficiencia cardiaca; “Otros” por diagnósticos poco comunes o que no se ajustaron a las categorías anteriores y “Sin diagnóstico médico” que principalmente fueron por Interconsultas o en la Consulta Externa.

218 de las atenciones se realizaron a pacientes con diagnóstico por Ortopedia y Trauma, seguidas por 211 atenciones a Padecimientos y lesiones en zona abdominal, 69 a Complicaciones Postquirúrgicas, 36 a Infecciones graves, 23 a Enfermedades Crónicas y Metabólicas (al brindarse atención en el servicio de cirugía se contempló como principal diagnóstico médico el motivo de hospitalización, aunque cabe destacar que parte importante de estos pacientes tenían comorbilidades como diabetes, hipertensión, etc.), es por ello que las enfermedades crónicas y metabólicas que se exponen en esta categoría fueron principalmente obtenidas por la consulta externa, por tanto podría observarse una menor incidencia de la real; 44 con Otro diagnóstico médico y 55 Sin diagnóstico médico (ver figura 3).

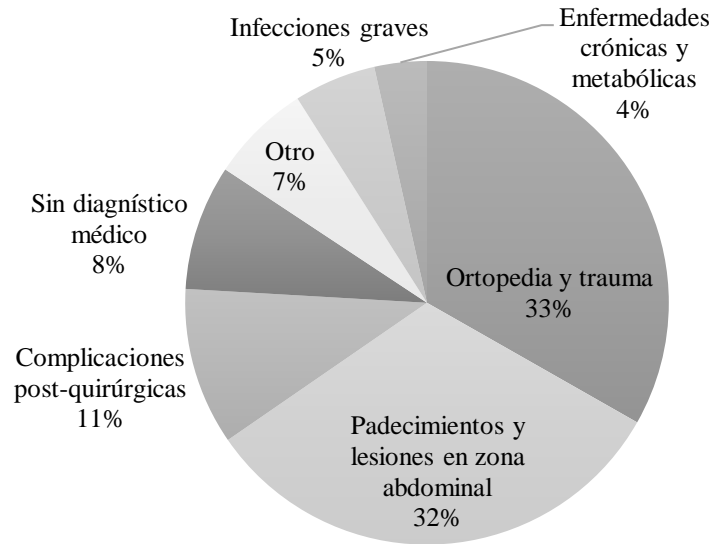


Figura 3. Gráfica con porcentajes de las siete categorías en las que se agruparon los diagnósticos médicos de los pacientes atendidos. Recuperado de los reportes de productividad de enero de 2019 a marzo de 2020.

Cuando se observan las diferencias entre sexo (ver figura 3.1.), referente a los principales motivos de ingreso hospitalario en Ortopedia y trauma la incidencia fue de 107 hombres y 111 mujeres; así como en Padecimientos y lesiones en zona abdominal de 104 y 107 (hombres y mujeres, respectivamente) se puede decir que no hay diferencia significativa entre sexos; sin embargo, en donde se puede ver que la diferencia más marcada es en las Complicaciones Postquirúrgicas, con 63 en hombres y 6 en mujeres; finalmente, también se puede observar una diferencia importante en Infecciones graves en 24 hombres y 12 mujeres.

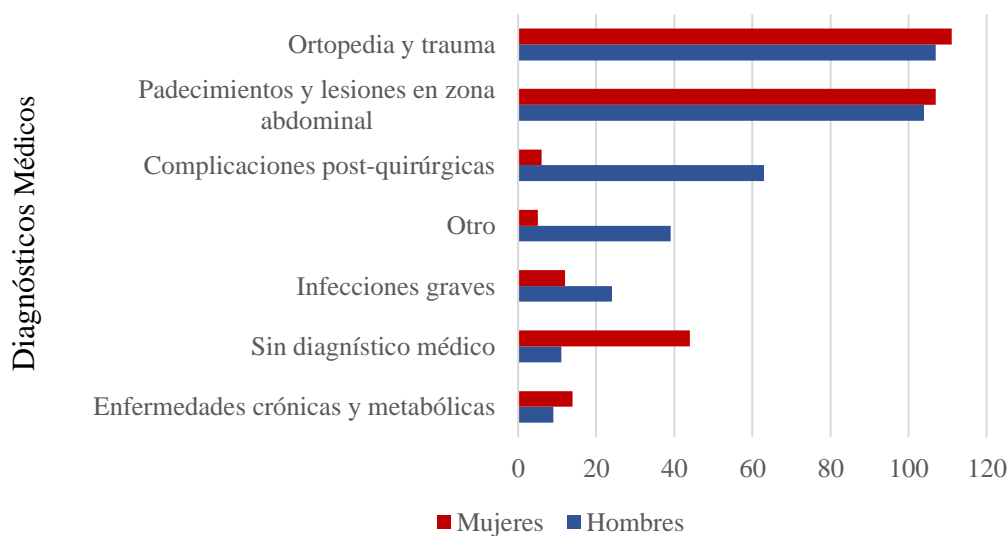


Figura 3.1. Gráfica con número de atenciones a pacientes con diferentes diagnósticos médicos, con distinción entre sexos. Tomado de los reportes de productividad de enero de 2019 a marzo de 2020.

Para información más detallada sobre los diagnósticos médicos de los pacientes a los cuales se brindó atención ver la tabla 2.

Categoría	Diagnóstico	Porcentaje
Ortopedia y Trauma	Fractura cerrada	25%
	Amputación	3.2%
	Desarticulación	2.4%
	Fractura expuesta	1.1%
	Pie diabético	1.1%
	Politraumatizados	.5%
Padecimientos en zona abdominal	Colecistitis	6.6%
	Pancreatitis aguda	5.8%
	Laparotomía exploradora	5.3%
	Cierre primario de anastomosis	2.9%
	Resección intestinal	2.7%
	Apendicitis	2.7%
	Oclusión intestinal	1.5%
	Cierre de perforación intestinal por trauma	1.5%
	Hernia inguinal	.9%
	Hernia umbilical	.8%
	Hernia hiatal	.6%
	Lesión de vía biliar	.6%
Complicaciones posquirúrgicas	Hernia incisional	.2%
	Rechazo de material quirúrgico	4.3%

	Adherenciolisis	3.2%
	Infección posquirúrgica	2%
	Desbridamiento quirúrgico	1.1%
Infecciones graves		
	Infección de tejidos blandos	3.5%
	Gangrena de Fournier	2%
Enfermedades crónicas y metabólicas		
	Diabetes Mellitus Tipo 2	1.5%
	EVC	.5%
	VIH	.5%
	Insuficiencia cardíaca	.3%
	Cetoacidosis	.3%
	Epilepsia	.2%
Otros		
	Varicocelectomía bilateral	3.2%
	Traumatismo craneoencefálico	.9%
	Diagnósticos que no entraron en las categorías	2.6%
Sin diagnóstico médico		8.4%

Asimismo, se realizaron categorías para los diferentes diagnósticos psicológicos, donde la categoría “Afecciones relacionadas con la ansiedad” que incluyó la Sintomatología de Ansiedad y las Intervenciones en Crisis; “Sintomatología de depresión”; en “Factor psicológico que afecta la condición Médica” se encuentran el Déficit de información, Estilo de Afrontamiento, que afecta la condición médica e incumplimiento terapéutico; “Trastornos Psiquiátricos” incluyen todos aquellos diagnósticos basados en el DSM5 que fueron referidos a Psiquiatría, aunados los trastornos por consumo de sustancias; “Sintomatología de Estrés”; “Problemas conductuales” abarcó problemas de conducta y de autocontrol, las siguientes categorías fueron “Déficit en Habilidades Sociales”, “Diagnóstico psicológico aplazado” y “Sin trastorno psicológico aparente”.

El principal diagnóstico psicológico que se presentó fue por Afecciones relacionadas con la ansiedad con una frecuencia de 223, seguido por la Sintomatología de Depresión con 135 casos, 79 con Factor que afecta condición médica, 65 con Trastornos Psiquiátricos, 23

con Sintomatología de Estrés, 21 con Problemas conductuales, 14 con déficit en Habilidades Sociales, 12 con Diagnóstico psicológico aplazado, los cuales se mantuvieron como aplazado principalmente porque los pacientes fueron dados de alta antes de terminar con la evaluación y 84 sin trastorno psicológico aparente (ver figura 4), cabe mencionar que este número engloba pacientes que inicialmente no presentaron alteraciones pero conforme aumentó el tiempo de hospitalización el diagnóstico se modificó, también pacientes que si bien no presentaban sintomatología que indicara alguna problemática psicológica requirieron de orientación referente a protocolos institucionales a seguir, como trámite de alta, solicitud de material quirúrgico, entre otros; además, pacientes que solicitaron realizar actividades de distracción como algunos compañeros de sala y, finalmente algunos pacientes referidos por personal médico por mostrarse aprensivos, pero en la entrevista conductual no se reveló ninguna problemática, a los cuales se les dio seguimiento continuo durante todo su tiempo en hospitalización.

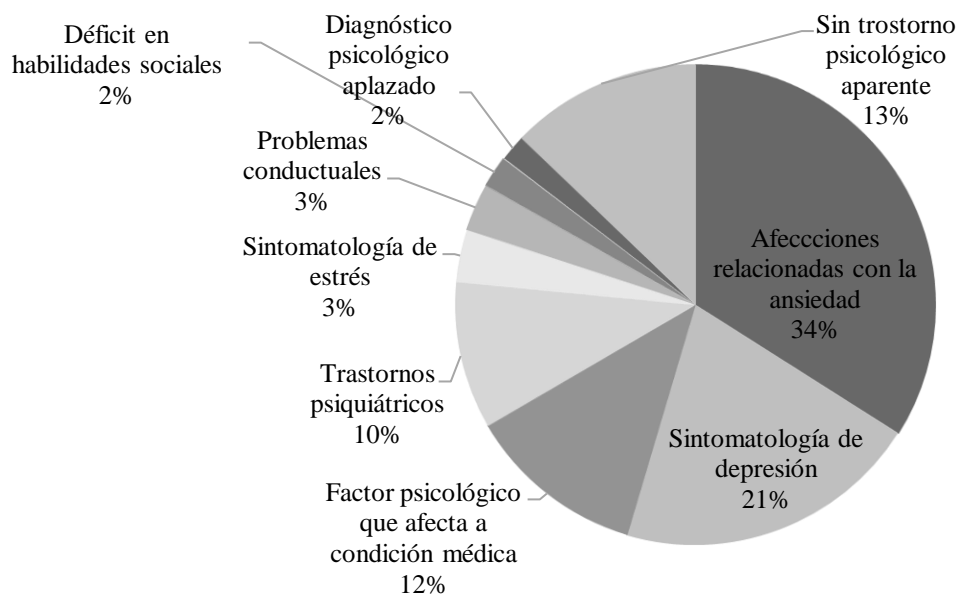


Figura 4. Gráfica con porcentajes de diagnósticos psicológicos de pacientes atendidos. Recuperado de los reportes de productividad de enero de 2019 a marzo de 2020.

Si se observa la diferencia por sexos (ver figura 4.1.), ésta es claramente más marcada, donde se encuentra con mayor presencia en mujeres las afecciones relacionadas con la ansiedad (122 en mujeres y 101 en hombres), sintomatología de depresión (107 en mujeres y 28 en hombres) y déficit en habilidades sociales (12 en mujeres y 2 en hombres); por su parte, mayor presencia en hombres en factor psicológico que afecta la condición médica (73 en hombres y 6 en mujeres), trastornos psiquiátricos (56 en hombres y 9 en mujeres) y sin trastorno psicológico aparente (62 en hombres y 22 en mujeres).

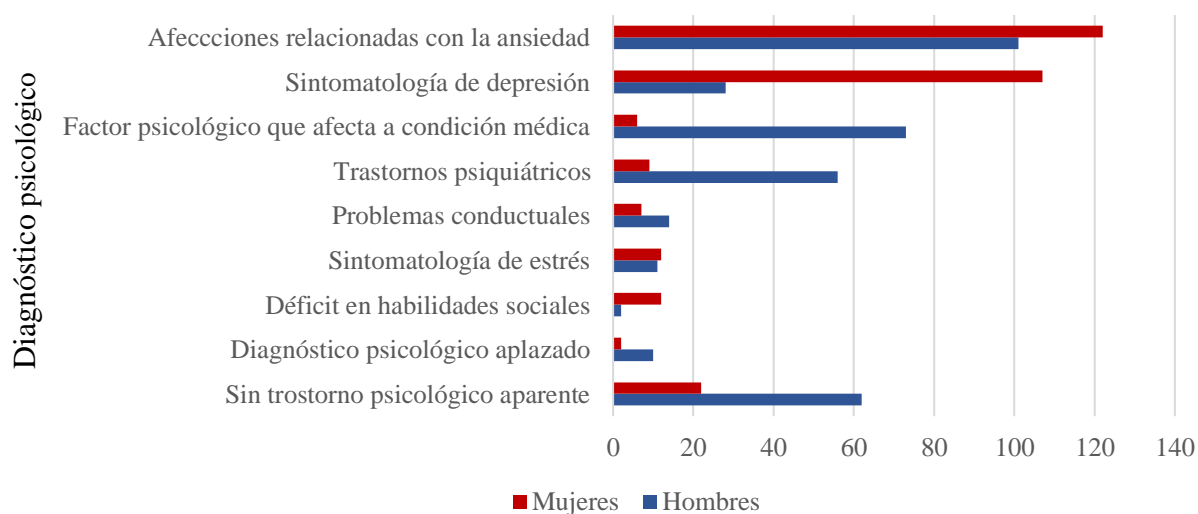


Figura 4.1. Gráfica con número de atenciones a pacientes con diferentes diagnósticos psicológicos, con distinción entre sexos. Recuperado de los reportes de productividad de enero de 2019 a marzo de 2020.

La forma de evaluación se subdivide en tres categorías, donde la entrevista conductual es el parteaguas para la elección de otras herramientas de evaluación que pueden ser desde Escalas Subjetivas hasta instrumentos que cuenten con validación en población mexicana.

La entrevista conductual se aplicó en todos los casos; las escalas subjetivas que se utilizaron fueron ENA, EVA y ERA, aplicándose en el 60%, 34% y 6%, respectivamente (ver figura 5). Por su parte, los instrumentos estandarizados que se utilizaron fue HADS en

un 52%, Minimal en un 25%, IDARE en un 7%, SAD Person en un 5%, Escala de riesgo de padecer diabetes 3%, Escala de Adherencia 3%, y el Brief Cope en un 2% (ver figura 5.1).

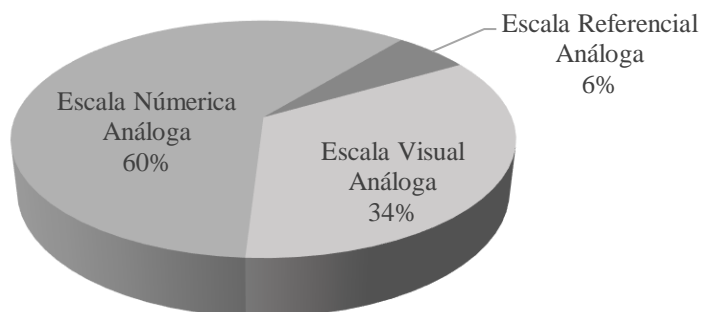


Figura 5. Gráfica con porcentajes de utilización de escalas analógicas en los pacientes que recibieron atención por el servicio de Medicina Conductual. Recuperado de los reportes de productividad de enero de 2019 a marzo de 2020.

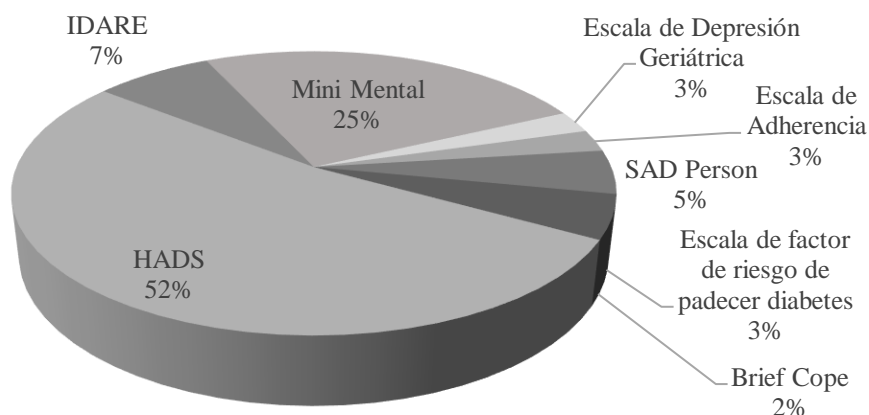


Figura 5.1. Gráfica con porcentajes de utilización de instrumentos de evaluación en los pacientes que recibieron atención por el servicio de Medicina Conductual. Recuperado de los reportes de productividad de enero de 2019 a marzo de 2020.

Igualmente, para facilidad de exposición de las técnicas de intervención empleadas, se hizo por medio de categorías, la primera es “Solo evaluación” que es donde se dedicó toda la sesión específicamente a recabar información sobre la problemática psicológica del paciente, la siguiente es “Establecimiento de componentes de relación” que es donde la

mayoría de las veces los pacientes no se prestaban a la realización de técnicas, o bien se negaban a recibir la atención, hubieron casos donde las primeras sesiones se dedicaron a establecer componentes de relación y posteriormente, el paciente accedió a realizar alguna técnica; “Técnicas psicoeducativas” donde se abarcó psicoeducación, orientación e información; “Técnicas conductuales y de relajación” estuvo compuesta por manejo de contingencias, autocontrol y activación conductual, así como por intervención en crisis, respiración pasiva, rítmica y diafragmática, relajación muscular progresiva y autógena, detención del pensamiento, distracción instrumental y cognitiva e imaginación guiada; “Técnicas conductuales”, “Técnicas cognitivas” por terapia cognitiva y terapia racional emotiva; “Entrenamiento en Habilidades Sociales”; “Entrenamiento en Solución de Problemas” y “Seguimiento/Monitoreo” donde se dio seguimiento al caso, se evaluaron dificultades con las técnicas empleadas, se brindó retroalimentación y se exploraron nuevas problemáticas.

Las técnicas más utilizadas fueron las “Técnicas conductuales y de relajación”, seguidas por las “Técnicas psicoeducativas”, “Entrenamiento en Habilidades Sociales”; “Técnicas cognitivas”, “Técnicas Conductuales” y “Entrenamiento en Solución de Problemas”. De las atenciones realizadas, 46 atenciones fueron “Únicamente evaluación”; 50 fueron por “Establecimiento de componentes de relación”; y se realizaron 184 “Seguimientos/Monitoreos” (ver figura 6).

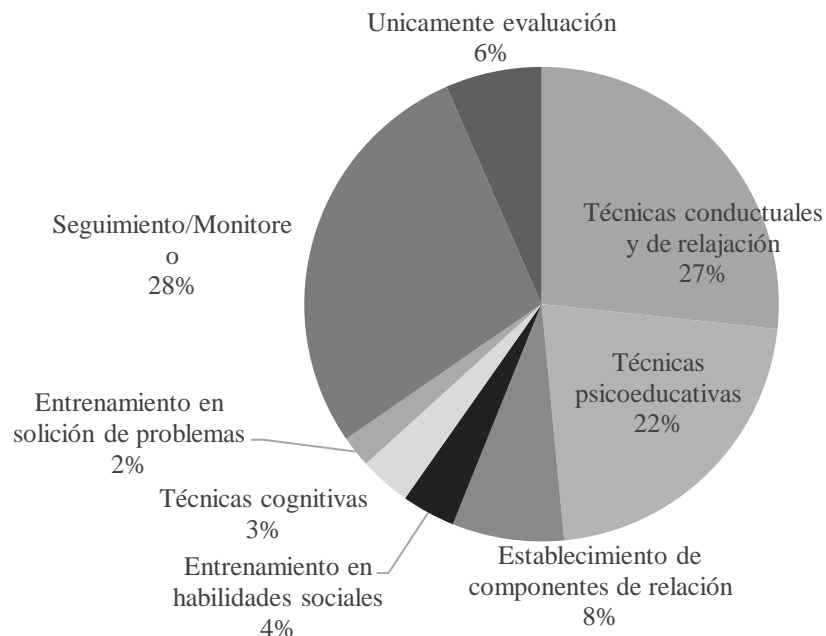


Figura 6. Gráfica con porcentajes de técnicas utilizadas con los pacientes. Recuperado de los reportes de productividad de enero de 2019 a marzo de 2020.

2.6. Otras actividades no programadas

Otras actividades no programadas llevadas a cabo durante el tiempo de residencia fueron en primer lugar la participación en el XXIX Congreso Mexicano de Análisis de la Conducta, del 23 al 25 de octubre de 2019, con un simposio de casos clínicos, en particular “Caso clínico: Intervención Cognitivo – Conductual en un paciente con ansiedad preoperatoria”, en la Facultad de Estudios Superiores Iztacala, Tlalnepantla, Estado de México. Además; la participación en el VII Seminario Internacional sobre Comportamiento y Aplicaciones (SINCA VII), del 13 al 15 de noviembre del mismo año, celebrado en el Instituto Tecnológico y de Estudios Superiores de Occidente (ITESO), Tlaquepaque, Jalisco, con el trabajo titulado “Burnout, autoeficacia y estrés en médicos internos de pregrado”. Además, se realizó la publicación del trabajo el trabajo titulado “Desarrollo de un nuevo

instrumento: Breve Checklist de afrontamiento”, en la revista paraguaya Eureka: Revista científica de Psicología, ISSN 2218-0559 [Abaroa, M., González, A., Ortega, A., Reyes, E. & Reynoso, L. (2020). Desarrollo de un nuevo instrumento: Breve Checklist de afrontamiento. *Eureka*, 17(2), 7-24]. Asimismo, se llevó a cabo una iniciativa en diciembre de 2019, de tarjetas navideñas, donde el objetivo fue la entrega de tarjetas elaboradas por personal médico tanto a pacientes como a familiares que pasarían las fechas decembrinas dentro del hospital y, el día 24 de diciembre se hizo la entrega de las mismas. De la misma manera, se inició con el proceso de validación del instrumento HADS para pacientes quirúrgicos, el cual continua en proceso. Finalmente, durante el periodo de confinamiento, se puso en marcha una propuesta de intervención para que la población del hospital pueda hacer frente, con mayores herramientas a la Pandemia de SARS-COV-2 dirigida, en primer lugar a la atención a familiares de pacientes con COVID, con materiales psicoeducativos; como segundo punto, la atención del mismo personal de salud a través de material con estrategias ante respuestas de estrés, ansiedad y depresión; finalmente, las estrategias que se pudieran implementar una vez que se llegue a la Fase 4 de la pandemia.

3. Competencias profesionales alcanzadas

3.1. Actividades diarias

Se llevó a cabo la asistencia diaria al pase de visita, con lo que se proporcionó asistencia psicológica, tanto a pacientes ambulatorios como hospitalizados que conforman el servicio de cirugía, se evaluaron las condiciones psicológicas generales de los pacientes y se elaboraron notas clínicas para pacientes de primera vez e intervenciones relevantes; de las principales acciones terapéuticas hubo una atención de la ansiedad prequirúrgica, de

dolor post operatorio, así como de ansiedad y depresión por la misma estancia hospitalaria, se realizaron sesiones de psicoeducación ofreciendo a los pacientes y a sus familiares información sobre su problemática, se orientó a los pacientes para un adecuado afrontamiento a las dificultades que se presentaron durante su estancia hospitalaria y se elaboraron programas que tuvieron el objetivo de mejorar la adherencia terapéutica a las prescripciones dadas por el equipo de salud.

Se cumplió con el trabajo en la Consulta Externa, brindando atención a pacientes principalmente con ansiedad, depresión e incumplimiento terapéutico, que si bien la mayoría de los pacientes tenían alguna enfermedad crónica y estos diagnósticos psicológicos se encontraban relacionados con la misma enfermedad, es decir, problemáticas que confieren directamente al trabajo del médico conductual; en muchos otros casos la atención fue puramente de ámbito clínico. Dentro de la misma consulta externa también se detectaron pacientes que no correspondían ni a la atención de Medicina conductual como tampoco al área de psicología clínica, por ejemplo, pacientes con necesidad de atención psiquiátrica, de valoración por neuropsicología por retraso intelectual y de atención por expertos en adicciones, los cuales fueron referidos a otras instituciones. Además, se hicieron referencias dentro de la misma instancia, como “a mujer y salud” en casos de violencia y, de nutrición para pacientes que necesitaban cambio de su régimen alimenticio debido a la condición médica que presentaban.

Se pudo cumplir con la atención total de las interconsultas realizadas por personal médico de otros servicios, donde se aprendió a realizar la categorización de diferentes diagnósticos con base en el DSM5 y se implementaron técnicas cognitivo–conductuales, principalmente relacionadas con la atención en crisis de ansiedad, intento de autolisis,

alteraciones psiquiátricas (donde fue necesario referir a otras instituciones) y sintomatología de depresión (que se continuó con la atención en la consulta externa); la mayoría de solicitudes de atención fueron por el área de urgencias y triage, seguido de pediatría y terapia intensiva.

3.2. Actividades académicas

De los talleres, se podría decir que el cometido se cumplió parcialmente es en los talleres de Intervención en crisis, Técnicas, DSM IV y V; respecto a los talleres de Estrés y Suicidio se cumplió con el objetivo, sin embargo, si la duración del taller hubiera sido un poco más extensa podría haber una revisión más detallada y enriquecedora, el resto de los talleres cumplieron satisfactoriamente su objetivo.

Como resultado de las materias cursadas en la residencia, dentro de la materia de Evaluación y Medición el objetivo fue que el alumno adquiriera conocimientos teóricos referentes al diseño e instrumentación de pruebas psicológicas; así como, la construcción de un instrumento válido y confiable de medición y evaluación en psicología. Dicho objetivo se cumplió parcialmente, ya que el instrumento HADS para pacientes quirúrgicos continúa en proceso de validación.

En cuanto a la materia de Métodos de Investigación Aplicada, el objetivo fue que el estudiante obtuviera conocimiento de los conceptos y principios básicos de la investigación psicológica, así como, la comprensión e interpretación de las principales técnicas de análisis de datos y sus condiciones de aplicación; se cumplió parcialmente, ya que en ambos semestres se llevaron a cabo diferentes actividades, lo cual retrasó el repaso de algunas temáticas.

Sobre la materia de Teorías y Modelos de Intervención, el objetivo final fue que el alumno fuera capaz de elaborar y presentar una propuesta de protocolo tentativa considerando la viabilidad, recursos e intereses del servicio de inserción y los modelos teóricos que respaldan su esquema metodológico y práctico. Este objetivo se cumplió satisfactoriamente, debido en primer lugar a la identificación de la principal necesidad del servicio de inserción, que en este caso fue de la atención a la ansiedad preoperatoria, y en segundo lugar, pero con mayor peso, por la elaboración de una revisión sistemática a través del sistema PIO, que funcionó para orientar hacia esquema metodológico y práctico a seguir.

De la materia Residencia, referente a la supervisión *in situ* con la Lic. Ma. Areli Fernández Uribe, fue una supervisión en donde se logró aprendizaje desde intervenciones con casos difíciles, tanto en hospitalización como en consulta externa y en el marco legal, también se adquirió el conocimiento necesario para el trabajo diario acorde a los protocolos institucionales, así como reuniones, donde se logró la discusión de diagnósticos y la atención adecuada de los diferentes casos clínicos.

Con respecto a la supervisión académica se llevaron a cabo las actividades programadas de revisión bibliográfica, discusión de casos clínicos, la elaboración del Protocolo de Investigación dirigido a la atención de Ansiedad Prequirúrgica, se elaboró del reporte de experiencia profesional y se hizo la entrega de reportes de productividad, aunque con algunas variaciones en el calendario debido a la emergencia sanitaria.

No obstante, se consiguió cumplir el objetivo general de la residencia que plantea el trabajo multidisciplinario en escenarios hospitalarios, se desarrollaron habilidades de evaluación conductual en pacientes con enfermedad crónica y sus familiares, se realizaron y

aplicaron de programas de intervención, basados en técnicas cognitivo - conductuales para el tratamiento de problemas psicológicos derivados del problema médico, principalmente dirigidos a aumentar la adhesión terapéutica médica y disminuir niveles de estrés, ansiedad y depresión en los pacientes; así como, se logró el desarrollo de un criterio objetivo para la evaluación de las intervenciones instrumentadas.

De los objetivos específicos que fueron:

1.- Resolver problemas psicológicos de los pacientes, generados por problemas orgánicos.

2.- Ofrecer alternativas educativas de cambio de estilo de vida para prevenir problemas y/o complicaciones orgánicas.

3.- Desarrollar intervenciones que favorezcan la adherencia a la terapéutica médica.

4.- Entrenar a los pacientes en técnicas de asertividad, solución de problemas, habilidades sociales, manejo de contingencias, retroalimentación biológica, afrontamiento y autocontrol, con el fin de disminuir los niveles de estrés, ansiedad y depresión.

5.- Entrenar a los familiares de los enfermos en estrategias de afrontamiento y manejo de contingencias, con el objetivo de mejorar y/o mantener la calidad de vida, tanto del paciente como de los familiares.

6.- Trabajar con los pacientes y sus familiares lo relativo a enfermedad terminal y muerte.

Los objetivos 1, 2, 3 y 4 se cumplieron satisfactoriamente aunque, cabe mencionar que del objetivo número 4, se pudo haber hecho mayor labor en retroalimentación biológica, lo cual pudo haber sido de gran ayuda para los pacientes, específicamente porque la problemática que prevaleció fue la ansiedad, donde las alteraciones de las respuestas fisiológicas son más evidentes.

En lo que respecta al objetivo 5 y 6, se encuentra un área de oportunidad debido a que estos se cumplieron parcialmente, ya que el trabajo con familiares se dirigió más hacia psicoeducación de la situación médica de los pacientes y orientación sobre alternativas de tratamiento, así como, de los protocolos para cirugía o solicitud de material, si bien en algunos casos se trabajaron estrategias de afrontamiento y manejo de contingencias se considera que fueron los menos; finalmente, con relación al trabajo con pacientes y familiares sobre enfermedad terminal y muerte fueron muy pocos casos con los que se pudo llevar a cabo la intervención de este tipo, en parte por las características del servicio y porque la mayoría de los decesos fueron en horarios donde no se encontraba el residente dentro de la sede, lo que abre una nueva puerta como área de oportunidad a trabajar.

3.3. Protocolo: PROPUESTA DE UNA INTERVENCIÓN MULTICOMPONENTE DE TIPO COGNITIVO – CONDUCTUAL PARA PACIENTES CON ANSIEDAD PREQUIRÚRGICA

Resumen

Cuando una persona será sometida a una intervención quirúrgica es vulnerable a presentar síntomas de ansiedad, este fenómeno comúnmente es conocido como ansiedad prequirúrgica/preoperatoria. Los síntomas de ansiedad se expresan en los diferentes niveles de respuesta: a nivel cognitivo/ afectivo (la anticipación de amenaza, preocupación intensa desproporcionada al estímulo real/miedo a lo desconocido y percepción de descontrol); conductual (evitación y escape) y fisiológico (tensión muscular, sudoración, cambios en la respiración, etc.). Estas respuestas favorecen la presencia de complicaciones durante la intervención, complicaciones post quirúrgicas, niveles de dolor más elevados y mayor tiempo de recuperación. Por tanto, la intervención psicológica que contrarreste las respuestas de ansiedad en sus diferentes niveles podría traer beneficios, tanto para los pacientes como para las instituciones. El objetivo de este estudio fue evaluar la eficacia de la intervención multicomponente de tipo cognitivo-conductual compuesta por psicoeducación, entrenamiento en respiración rítmica, detención del pensamiento y solución de problemas, para disminuir la ansiedad prequirúrgica. Debido a la pandemia por SARS-CoV-2 el proyecto no pudo ser aplicado; sin embargo, de este trabajo se obtuvo el diseño de una intervención breve e innovadora con materiales piloteados e instrumentos con validez en población mexicana, esta intervención consta de tres sesiones previas a la cirugía, con un diseño de N=1 replicativo. Este trabajo queda como protocolo para siguientes generaciones del programa de Medicina Conductual en el servicio de cirugía.

Introducción

Para lograr una salud plena se requiere del equilibrio físico, psicológico y emocional como parte esencial del bienestar, el cual se puede romper fácilmente ante el ambiente de hospitalización, más aún cuando se realizará una intervención quirúrgica (Gaona & Contento, 2018). Las circunstancias que rodean una intervención quirúrgica pueden ser percibidas por el paciente como una amenaza y producir ansiedad (Bagés et al., 2015).

La ansiedad es un estado emocional transitorio y situacional, donde el rasgo central es el sentimiento de incapacidad para controlar sucesos futuros, que presenta anticipación al peligro o de algo desconocido, este estado se caracteriza por tensión, aprensión, nerviosismo, temor y activación intensificada del sistema nervioso autónomo; así como presencia de síntomas fisiológicos como, sudoración, respiración entrecortada, taquicardia, hiperactividad, paralización, movimientos repetitivos, tartamudeo (Moreno & Calle, 2015; Melchior et al., 2018).

La ansiedad preoperatoria es un fenómeno que comúnmente identificamos durante la evaluación previa a la intervención quirúrgica, su intensidad fluctúa a través del tiempo, comienza desde la fecha de planificación de la cirugía y se intensifica hasta el momento de la intervención (Ay et al., 2014).

Cuando la ansiedad se encuentra en un nivel alto posibilita accidentes anestésicos, vulnerabilidad a infecciones, prolongación de horas de ventilación mecánica, variabilidad hemodinámica, dificultad de acceso venoso, rigidez de la mandíbula en la inducción anestésica, necesitando de mayores dosis de anestésicos y otros fármacos impactando en el resultado quirúrgico, o suspensión de la cirugía; aunado a esto, la ansiedad es considerada como un predictor de dolor postoperatorio, aumentando el consumo de analgésicos y la presencia de datos como náuseas, vómitos y retraso en la recuperación (Melchior et al., 2018; Carapia et al, 2011; Figueroa et al., 2017).

La ansiedad naturalmente es una respuesta adaptativa frente a las demandas del ambiente; sin embargo, se convierte en foco de atención cuando sus manifestaciones no son

atribuibles a peligros reales y se presentan frecuentemente en forma de crisis o un estado persistente (Gaona & Contento, 2018).

Ante la proximidad de intervención quirúrgica los pacientes movilizan sus recursos emocionales y pueden adaptarse a los requerimientos del proceso preoperatorio en el que se encuentran; sin embargo, este proceso de adaptación no siempre es exitoso (Carapia et al., 2011), esto depende de la percepción de la intensidad de la situación o por la carencia de recursos de reacción, lo cual genera descontrol y por ende el inadecuado uso de estrategias de afrontamiento (Quintero et al., 2017).

Cázares de León y colaboradores (2016) mencionan que, para hacer frente a esta problemática, las técnicas psicológicas benefician al paciente para el adecuado afrontamiento de la enfermedad y recuperación postoperatoria. La preparación psicológica tiene por objetivo prevenir y disminuir el estrés y la ansiedad, para favorecer en el paciente una buena comprensión del proceso quirúrgico, la participación activa, la colaboración en la recuperación y mejor tolerancia al dolor. Se ha encontrado que las intervenciones más funcionales para disminuir la ansiedad prequirúrgica, son las de tipo cognitivo-conductual, las cuales pueden dirigir al paciente a centrarse en el problema, es decir, al tipo de tratamiento o procedimiento médico, o bien, dirigirse a la atención de la emoción, donde se prepara al paciente para hacer uso de sus recursos para hacer frente a la ansiedad. Las principales técnicas utilizadas dentro de esta postura, para ansiedad prequirúrgica, son las técnicas cognitivas, donde se pretende alejar los pensamientos intrusivos sobre la cirugía, las técnicas conductuales, donde se instruye al paciente en su comportamiento y las técnicas informativas.

Finalmente, es importante conocer los predictores, perfil, características, signos y síntomas en el preoperatorio, ya que esto puede ayudar a planificar acciones y asistencia, proporcionando condiciones para que el paciente tenga conductas dirigidas al adecuado afrontamiento del proceso, que es la meta de la intervención psicológica en pacientes quirúrgicos (Melchior et al., 2018).

3.3.3. Ansiedad

3.3.3.1. Definición de Ansiedad

Heinze y Camacho (2010, citado en Hernández et al., 2015) exponen en la Guía Clínica para Manejo de la Ansiedad del Instituto Nacional de Psiquiatría, que la ansiedad es “una condición emocional transitoria, consistente en sentimientos de tensión, aprensión, nerviosismo, temor y elevación de la actividad del sistema nervioso autónomo”.

En la Guía de Práctica Clínica de Diagnóstico y Tratamiento de los Trastornos de Ansiedad en el Adulto, de la Secretaría de Salud (2010) se reconoce a la ansiedad como un “estado emocional displacentero que se acompaña de cambios somáticos y psíquicos, que puede presentarse como una reacción adaptativa, o como síndrome que acompaña a diversos padecimientos médicos y psiquiátricos. Se considera que la ansiedad es patológica por su presentación irracional, ya sea porque el estímulo está ausente, la intensidad es excesiva con relación al estímulo o la duración es injustificadamente prolongada y la ocurrencia inmotivada, generando un grado evidente de disfuncionalidad en la persona. Esta condición se expresa en sensaciones somáticas como aumento de la tensión muscular, mareos, sensación de cabeza vacía, sudoración, hiperreflexia, fluctuaciones de la presión arterial, palpitaciones, midriasis, síncope, taquicardia, parestesias, temblor, molestias digestivas,

aumento de la frecuencia y urgencias urinarias y diarrea; y síntomas psíquicos (cognoscitivos, conductuales y afectivos) como intranquilidad, inquietud, nerviosismo, preocupación excesiva y desproporcionada, miedos irracionales ideas catastróficas, deseo de huir, temor a perder la razón y el control, así como sensación de muerte inminente” (p. 8).

En el DSM 5 (2014, p. 189) se define que “la ansiedad es una respuesta anticipatoria a una amenaza futura (...) Está más a menudo asociada con tensión muscular, vigilancia en relación a un peligro futuro y comportamientos cautelosos o evitativos”.

Por su parte Doñate et al. (2015) definen la ansiedad como el estado en el que una persona experimenta un sentimiento de incomodidad que puede ser leve o intensa, pero que en general, su origen es inespecífico para el individuo; cuya utilidad es adaptativa, pero, puede llegar a constituir una enfermedad si ésta es desproporcionada.

Gaona y Contenido (2018) toma la ansiedad como una respuesta emocional transitoria y adaptativa que consiste en una manifestación de sentimientos de elevada tensión y actividad del sistema autónomo que no son atribuibles a peligros reales y que se manifiestan, ya sea en forma de crisis o bien como un estado persistente y difuso.

Montelongo, Lara, Morales y Villaseñor (2005, en Álvarez-Bobadilla, 2014) la reconocen como “aquel sentimiento desagradable de temor, que se percibe como una señal de alerta que advierte de un peligro amenazante, frecuentemente la amenaza es desconocida, lo que la distingue del miedo donde la amenaza es concreta y definida”.

Clark y Beck (2012) la definen como un “sistema complejo de respuesta conductual, fisiológica, afectiva y cognitiva (es decir, a modo de amenaza) que se activa al anticipar sucesos o circunstancias que se juzgan como muy aversivas porque se perciben como

acontecimientos imprevisibles, incontrolables que potencialmente podrían amenazar los intereses vitales de un individuo” (p. 23).

Por su parte Nava y Vargas (2012) definen a la ansiedad como una emoción que surge ante situaciones ambiguas en las que se anticipa una posible amenaza y que prepara al individuo para actuar ante ellas, mediante una serie de reacciones cognoscitivas (experiencia interna, percepción, evaluación subjetiva de los estímulos), fisiológicas (activación del Sistema Nervioso Autónomo) y conductuales (escape y evitación).

Para Quintero et al. (2017) la ansiedad se define como el estado o condición en que el ser humano experimenta reacciones de incomodidad, angustia, miedo y preocupación; que se presentan ante situaciones de amenaza, ésta tiene componentes tanto psicológicos (percepción de intensidad y descontrol de la situación, evaluación de capacidades o recursos internos y el manejo de estrategias de afrontamiento) como fisiológicos (cambios en el metabolismo como en la glucosa; activación del sistema nervioso simpático en el aumento de la presión arterial y taquicardia; y activación del sistema endocrino e inmunológico).

La ansiedad también ha sido definida como un estado emocional transitorio y situacional caracterizado por sentimientos de tensión, aprensión, nerviosismo, temor y la activación intensificada del sistema nervioso autónomo como respuesta a un acontecimiento o situación específica actual o potencial; donde el rasgo central es el intenso malestar por sentimientos de incapacidad de controlar los sucesos futuros; que se acompaña de síntomas físicos como tensión muscular, sudor en las palmas de las manos, molestias estomacales, respiración entrecortada, sensación de desmayo inminente y taquicardia; así como de síntomas motores como hiperactividad, paralización motora, movimientos repetitivos,

movimientos torpes y desorganizados, tartamudeo y otras dificultades de expresión verbal (Moreno & Calle, 2015).

Con base en el análisis de las definiciones anteriores y con el fin de integrar los principales elementos abarcados por los autores anteriores, se crea la siguiente definición:

La ansiedad es el estado transitorio y situacional que se presenta como anticipación a una amenaza desconocida, habitualmente es una respuesta de adaptación, pero se vuelve patológica cuando su duración es prolongada y ocasiona disfuncionalidad en la persona; este estado conduce a respuestas emocionales como aprensión, nerviosismo, temor, incomodidad, angustia o preocupación; cognitivas de tipo irracional, en la evaluación subjetiva de la intensidad del estímulo (intensidad excesiva en relación con el estímulo real o la ausencia del mismo), referente a capacidades o recursos internos y al manejo de estrategias de afrontamiento (percepción de incapacidad de controlar los sucesos futuros o descontrol de la situación). Cuando una persona está ansiosa tiene conductas de evitación y escape, acompañadas de hiperactividad, movimientos repetitivos o torpes, y tartamudeo o dificultad de expresión; además, se presentan alteraciones fisiológicas como tensión muscular, sudoración en las palmas de las manos, molestias estomacales, respiración entrecortada, sensación de desmayo, cambios en niveles la glucosa, aumento de la presión arterial y taquicardias.

Las definiciones de ansiedad revisadas, así como la que se propone en el presente trabajo hacen referencia a la expresión de la sintomatología de ansiedad en sus diferentes niveles de respuesta (cognitivo/afectivo, conductual y fisiológico), los cuales pueden ser vistos como pautas para determinar la presencia o ausencia de sintomatología de ansiedad

previa a una intervención quirúrgica, que es de donde surge el término ansiedad prequirúrgica o preoperatoria, lo que significa que los síntomas de ansiedad están presentes en el periodo previo a la intervención, también conocido como periodo preoperatorio. Constructo que es diferente al trastorno de ansiedad, donde su clasificación está en función de los síntomas y su duración.

Si bien la ansiedad prequirúrgica no puede ser clasificada como un trastorno, también es cierto que las personas que viven con algún trastorno de ansiedad son más susceptibles a presentar ansiedad prequirúrgica; a continuación, se explica más a detalle sobre los trastornos de ansiedad.

3.3.3.2. Epidemiología de Ansiedad en el Mundo y en México

La ansiedad puede ser conceptualizada como rasgo de personalidad cuando se expresa de manera crónica, en ésta existe la tendencia a percibir las situaciones como amenazadoras, manifestando efectos psicofisiológicos ante cualquier situación. Algunas de las causas que favorecen su presencia son factores biológicos, ambientales y psicosociales, como la historia familiar de ansiedad u otros trastornos mentales, el antecedente de ansiedad en la niñez o adolescencia, eventos de vida estresantes y/o traumáticos, ser mujer, comorbilidad con trastornos psiquiátricos, la existencia de una enfermedad médica o el consumo de sustancias (Álvarez-Bobadilla, 2014).

La OMS (2017) menciona que el trastorno por ansiedad es un problema habitual de salud mental que afecta a la capacidad de trabajo y la productividad; se ha identificado que, a nivel mundial, más de 260 millones tienen trastorno de ansiedad y muchas personas padecen, a su vez depresión.

Específicamente en México, el Senado de la República (2017), reportó que el 14.3% de la población mexicana padece trastornos de ansiedad, lo que implica que aproximadamente 18 millones de personas en el país padecen algún trastorno de este tipo, colocándose como el problema de salud mental más común. Por ello, en diciembre de 2017, se aprobaron cambios en el artículo 72 de la **Ley General de Salud** sobre indicadores para seguimiento y evaluación del **Sistema Nacional de Salud**, con lo que se ayudará a las personas que sufren estos trastornos para que sean atendidas de forma obligatoria en el primer nivel de atención.

3.3.4. Intervenciones quirúrgicas

La cirugía mayor es un procedimiento realizado dentro de un quirófano, que conlleva incisión, escisión, manipulación o sutura de un tejido y, generalmente requiere anestesia regional, la cual consiste en el bloqueo reversible, mediante anestésicos locales administrados vía neuroaxial y perineural, permitiendo pérdida de la sensibilidad térmica, táctil, dolorosa y movilidad de la región en la que se realizará la intervención quirúrgica, pero sin pérdida de la conciencia; o anestesia general, que se lleva a cabo mediante la administración de fármacos intravenosos e inhalados que induce inconsciencia, amnesia, analgesia, inmovilidad y protección neurovegetativa (OMS, 2008; Miranda-Rangel & Martínez Segura, 2015).

3.3.4.1. Principales procedimientos quirúrgicos

Según la OMS (2008) se calcula, que en todo el mundo se realizan cada año 234 millones de operaciones de cirugía mayor, lo que equivale a una operación por cada 25 personas. Se calcula que, cada año 63 millones de personas se someten a intervenciones

quirúrgicas por lesiones traumáticas, otros 10 millones por complicaciones relacionadas con el embarazo y 31 millones más por problemas oncológicos. Estas cifras solo son estimaciones ya que, la mayoría de las operaciones que se practican en el mundo no se registran, la información relacionada con la atención quirúrgica solo ha sido recopilada sistemáticamente por un número reducido de estudios científicos a nivel mundial.

Esta misma problemática con relación a la falta de registro de intervenciones quirúrgicas, se observa en México, ya que el último reporte oficial publicado fue realizado por el IMSS en 2005, donde se reportaron los datos de 2004. En éste se menciona que se realizan alrededor de 1.4 millones de cirugías al año y 3,934 en un día típico. Las intervenciones de cirugía general más frecuentes son: colecistectomía, con un total de 56,125 intervenciones, 37,715 de fracturas; 35,439 apendicectomías; 35,033 histerectomías; 28,797 hernioplastias; 22,824 de incisión, extirpación o destrucción de piel y tejido subcutáneo; 16,597 laparotomías y 12,803 de otras operaciones de la región abdominal.

Estos datos son similares a los que se reportan en el Hospital General de Atizapán “Dr. Salvador González Herrejón”, claramente con diferencias en el volumen de la población atendida, pero las características de las intervenciones son muy similares, en el Plan de Trabajo de la División de Cirugía General, se reporta en 2018, un total de 1,413 intervenciones quirúrgicas, de las cuales están en primer lugar los traumatismos, envenenamientos y algunas otras consecuencias de causas externas con 344 intervenciones, 291 colelitiasis y colecistitis, 257 por fracturas, 228 enfermedades del apéndice, 156 hernias de la cavidad abdominal, 45 por malformaciones congénitas, deformidades y anomalías cromosómicas, y 31 por íleo paralítico y obstrucción intestinal.

3.3.5. Ansiedad prequirúrgica

Para abarcar y tratar la ansiedad en el contexto hospitalario, es necesario que se reconozca la complejidad cognitiva del individuo, a través de los factores: físico, psicológico y social; donde el factor físico comprende, por ejemplo, la recuperación de las heridas o la inmovilidad; dentro del psicológico está la pérdida de intimidad, la necesidad de afrontar una situación desconocida o de incertidumbre presente y futura; y las sociales, el apoyo de los familiares, amigos o relación de pareja (Gordillo et al., 2011).

La hospitalización por sí misma puede generar ansiedad y miedo, sobre todo cuando se llevará a cabo una cirugía, ya que los procedimientos quirúrgicos suelen ser evaluados como una amenaza, tanto para el paciente como para sus familiares (Gaona y Contenido, 2018), lo cual conlleva a un estado emocional negativo, generando a su vez, la activación fisiológica que podría perjudicar el desarrollo del procedimiento quirúrgico (Gordillo et al., 2011).

La ansiedad antes de una intervención quirúrgica es innegable, dado que la persona pasa a formar parte de un sistema que implica riesgos, la intensidad de ésta fluctúa en grados de intensidad a través del tiempo; frecuentemente se pueden observar manifestaciones de la ansiedad preoperatoria desde el momento en que se informa al paciente de la intervención quirúrgica a la cual será sometido, se agudiza en el acto anestésico-quirúrgico siendo uno de los aspectos que genera mayor ansiedad y se extiende al postoperatorio, incluso hasta 48 horas después y en relación directa a la recuperación (Gaona & Contenido, 2018; Álvarez-Bobadilla, 2014).

3.3.5.1. Evaluación de la Ansiedad Prequirúrgica

La medición de la ansiedad fue considerada compleja durante muchas décadas, esto motivó a los investigadores a producir nuevos métodos de evaluación, logrando como resultado gran variedad de herramientas para trazar los grados de ansiedad, en niveles leve, moderado y grave (Melchior et al., 2018).

El modelo de ajuste sugiere que existen tres niveles de ansiedad que los pacientes pueden experimentar con relación a la cirugía. Los pacientes moderadamente ansiosos tienen mejor recuperación; aquellos pacientes extremadamente ansiosos tienen una recuperación pobre porque sus procesos para obtener información y para prepararse mentalmente están inhibidos; los pacientes mínimamente ansiosos tienen una pobre recuperación porque sus expectativas son irreales y optimistas (Moreno & Calle, 2015).

Algunos de los instrumentos propuestos son: la Escala Visual Análoga (EVA), *Depression Anxiety and Stress Scale (DASS)*, *State-Trait Anxiety Inventory (STAI)* que, en español es el Inventario de la Ansiedad Rasgo – Estado (IDARE), las escalas de ansiedad de Taylor (Inventario de Situaciones y Respuestas de Ansiedad), la *Hamilton Anxiety Scale (HAS)*, *Clinical Anxiety Scale (CAS)*, *Beck Anxiety Inventory (BAI)*, *Hospital Anxiety and Depression Scale (HADS)* y *Amsterdam Preoperative Anxiety and Information Scale (APAIS)*. Gracias a éstos, cada día son más los estudios que analizan el estado psicológico prequirúrgico y que sea posible analizar si ésta tiene repercusiones en la recuperación posquirúrgica (Moreno & Calle, 2015; Hernández et al. 2015).

De ellas, las que cuentan con validación en población mexicana son las EVA; el IDARE por Spielberger y Díaz Guerrero (2002); el BAI, la más reciente por Guillén y

González–Celis en 2019, en adultos asmáticos, con un índice de consistencia interna de .84; HADS validada en población oncológica mexicana por Galindo y colaboradores en 2015, esta versión consta con 12 reactivos, con una $\alpha=.86$; así como, de una $\alpha=.79$ y $\alpha=.80$ para cada subescala (ansiedad y depresión), la validación más reciente fue en 2017 por Barriguete, Pérez, De la Vega, Barriguete y Rojo, en población con trastorno de la conducta alimentaria, con una consistencia interna de .88; y APAIS, por Méndez-Meneses y colaboradores en 2019, en población oncológica, con una consistencia interna de .81.

Gaona y Contenido (2018) realizaron un estudio con el objetivo de determinar el nivel de ansiedad del paciente en el preoperatorio. Para ello aplicaron la escala de ansiedad de Hamilton y realizaron entrevistas para obtener información sobre manifestaciones psíquicas y somáticas que presentaban de ansiedad en 75 pacientes del servicio de cirugía del Hospital Isidro Ayora (Ecuador) para intervención quirúrgica programada. Como resultado se obtuvo que la presencia de ansiedad de la muestra fue de 78%, el 50.7% de los pacientes presentaron ansiedad leve, 33.3% moderado, 2.7% grave y el 13.3% sin ansiedad; además la ansiedad prequirúrgica desencadenó manifestaciones psíquicas en los pacientes investigados, específicamente la tensión y el miedo, alcanzando niveles moderados; por su parte, el insomnio y dificultad para concentrarse alcanzaron un nivel leve, así como manifestaciones somáticas, un alto porcentaje alcanzaron niveles leves de tensión muscular, alteraciones cardiovasculares, respiratorias, y genitourinarias; las autoras concluyen que el paciente experimenta temor, miedo, tensión, modificaciones del patrón sueño ante la intervención y el incierto pronóstico quirúrgico, por ello es necesaria la combinación de apoyo emocional y psicológico que permitan mejorar el afrontamiento del paciente ante la cirugía.

En México, Valenzuela et al. (2010) llevaron a cabo un estudio para identificar la ansiedad preoperatoria en procedimientos anestésicos; para ello aplicaron la escala APAIS en 135 pacientes del Hospital General Regional 1 del Instituto Mexicano del Seguro Social en Ciudad Obregón, Sonora, con cirugía electiva programada de los servicios de ortopedia, cirugía general, oncología y ginecología. La muestra se seleccionó a través de un muestreo no probabilístico por conveniencia, el cuestionario se aplicó en la consulta preanestésica 24 horas antes de realizar su evento anestésico-quirúrgico a todo paciente sometido a cirugía programada electiva y 24 horas después del procedimiento. Se evaluó correlación entre ansiedad y grado de dolor, obtenido mediante la escala visual análoga de dolor; también se evaluó el riesgo de ansiedad ante los factores posiblemente asociados con ansiedad perioperatoria. Como resultado se obtuvo que la ansiedad preoperatoria estuvo presente en 72 de los participantes (76%). Dentro de los factores asociados a mayor riesgo de ansiedad se encuentran el sexo femenino en 70%, escolaridad a nivel profesional en 13% de los casos, y haber dormido entre tres y cuatro horas antes de la cirugía en 29% de los casos. Por último, haber dormido siete a ocho horas antes de la cirugía se asoció a menor riesgo de ansiedad en los pacientes en 11% de los casos. En cuanto a las variables clínicas y signos vitales evaluados durante y 24 horas después de la cirugía, se observaron pequeñas variaciones intragrupo que no mostraron significancia estadística. Los autores mencionan que en este contexto una adecuada intervención en la evaluación del paciente, proporcionar información completa, administrar fármacos ansiolíticos y técnicas de relajación, disminuyen la ansiedad preoperatoria.

3.3.5.2. Factores que favorecen la Ansiedad Prequirúrgica

La magnitud de la ansiedad que experimenta un paciente y su capacidad de afrontarla, dependen de la interacción de varios factores, en primer lugar, está la gravedad real de la enfermedad; otro factor importante es la duración del período preoperatorio, cuanto mayor sea la urgencia de la operación, menor será el tiempo para adaptarse emocionalmente, lo cual puede originar una crisis; también las características propias del procedimiento quirúrgico que puede implicar dolor, complicaciones en la cirugía y la anestesia o errores técnicos, que llevan a pensamientos de no despertar o despertar en medio de la cirugía; asimismo antecedentes personales y familiares en cuanto a cirugías; la poca o nula comprensión de su padecimiento debido al lenguaje técnico y, finalmente la capacidad subjetiva del paciente para hacer frente a la ansiedad (Álvarez-Bobadilla, 2014; Gaona & Contento, 2018; Gordillo et al., 2011).

En concordancia con lo anterior, Quintero et al. (2017) realizaron un estudio con el objetivo de identificar los factores que influyen en el estado de ansiedad de pacientes intervenidos quirúrgicamente y determinar asociaciones entre grado de ansiedad, sexo, antecedentes quirúrgicos y tiempo de hospitalización previo a la cirugía; para ello emplearon la escala BAI en 21 pacientes de un Hospital de Bogotá, que serían sometidos a colecistectomía laparoscópica; en los resultados se observó que todos los pacientes presentaron ansiedad, en siete pacientes fue ansiedad leve, en 11 fue moderada y en tres grave, sin embargo no hubo diferencias estadísticamente significativas con relación al sexo; los pacientes con mayor grado de ansiedad fueron tres pacientes sin antecedentes quirúrgicos y tres operados en las primeras 24 horas; se encontró además, que la ansiedad se desencadena por información insuficiente del procedimiento quirúrgico, efectos y consecuencias de la

cirugía. De manera general estos autores concluyen que los niveles de ansiedad son similares en pacientes sometidos a cirugía ambulatoria, lo que puede evidenciar que todo procedimiento quirúrgico conlleva algún estado de ansiedad; además, la ansiedad fue menor en personas con antecedentes quirúrgicos, que se puede asociar con la experiencia y conocimiento de los eventos perioperatorios; en relación con el objetivo se encuentra que uno de los principales factores que desencadenan la ansiedad es la falta de información del procedimiento. Respecto a las correlaciones se encuentra un menor grado de ansiedad en personas que tienen antecedentes quirúrgicos y los que tienen más de 24 horas de hospitalización, finalmente no se reportaron diferencias entre sexo. Este estudio nos brinda algunos elementos que remarcan los principales factores de riesgo, pero no es un estudio con el cual podamos generalizar estos datos, ya que el tamaño de la muestra es muy limitado.

Melchior y colaboradores (2018) realizaron un estudio en un hospital localizado en la región centro oeste de Brasil, donde el objetivo fue identificar los predictores de ansiedad moderada y grave, así como, el perfil del paciente ansioso en el periodo preoperatorio de cirugía electiva, para ello utilizaron una muestra de 200 pacientes quirúrgicos, con edad entre 18 y 72 años; donde utilizaron un formulario con variables sociodemográficas, clínicas y quirúrgicas elaborado y validado por el mismo estudio, la Escala de Ansiedad Hamilton y Escala Numérica de Dolor. Como resultado, tras el análisis de los datos se reveló asociación significativa entre la ansiedad preoperatoria moderada y grave, con la presencia de miedo a la cirugía, miedo a la anestesia y tiempo de internación preoperatoria, es decir, a mayor miedo a la cirugía y anestesia, mayor nivel de ansiedad; a menor tiempo de internación mayor ansiedad, con lo que se definió a estos tres como los principales indicadores de ansiedad preoperatoria. Referente al perfil, las características que se relacionaron con un nivel más

alto de ansiedad fueron: edad entre 50-69 años, baja escolaridad, sexo masculino, casados y en situación económica inestable. Estos autores concluyen que estar alerta ante este perfil es de suma importancia, para detectar en un momento oportuno niveles altos de ansiedad preoperatoria y, con ello impedir que se forme un círculo vicioso donde la ansiedad, al generar alteraciones en los signos vitales, podría causar la cancelación de la intervención y que esto a su vez genere mayor ansiedad; por tanto una evaluación preoperatoria que nos dé pauta para trabajar en la disminución de la ansiedad, ayuda a reducir las tasas de suspensiones quirúrgicas y minimiza los costos para los pacientes y las instituciones.

En la misma línea Ay et al. (2014) realizaron un estudio con el objetivo de indagar el estado de ansiedad de pacientes antes de una colecistectomía electiva y analizar la relación entre el nivel de ansiedad para un tipo de operación (colecistectomía laparoscópica o abierta) y los datos demográficos. Utilizaron una muestra de 333 pacientes sometidos a colecistectomía debido a colecistitis y se aplicó el BAI, tras el análisis estadístico se determinaron los siguientes criterios como factores de riesgo: tener un bajo nivel de educación, ser del sexo femenino, ser soltero y tener una operación laparoscópica, diferente a lo que se creía, no se encontró ningún efecto significativo con un mal estado económico. Cuando se pregunta a los pacientes cuáles son las causas de su ansiedad para que el personal de salud pueda percibir los diferentes componentes de la ansiedad preoperatoria, la mayoría de los pacientes expresaron como causas que les genera ansiedad tener que permanecer separados de su familia y, principalmente de sus hijos, también el dolor postoperatorio, esperar mucho tiempo para la operación, náuseas y vómitos, la incapacidad para despertarse de la anestesia y miedo a la inyección. Añadido a esto, la técnica laparoscópica se percibe como nueva y no probada, por tanto, el paciente debe lidiar con una operación con una técnica

en la que no tiene confianza, lo cual es un factor importante que desencadena ansiedad preoperatoria. Por ello los autores recomiendan a los cirujanos asignar un tiempo para las preguntas de los pacientes y responder, de tal manera que los pacientes tengan la confianza de aclarar todas sus dudas de manera satisfactoria, por último, también es importante observar cuidadosamente a los pacientes y tomar las precauciones necesarias para evitar eventos inesperados intra y postoperatorios derivados de la presencia de ansiedad preoperatoria.

Papel de la información

En el estudio de Hernández et al. (2015) se afirma que cuando el médico proporciona mayor información del procedimiento, se presentará menor ansiedad, aunque existe un grupo de pacientes que prefiere no solicitar mayor información porque incrementa el nivel de ansiedad, por lo tanto, realizaron un estudio con el objetivo de medir el grado de ansiedad y de información preoperatoria desde la perspectiva de los pacientes, para su cometido utilizaron la escala APAIS y un cuestionario *ex profeso* para este estudio que consistió básicamente en recolectar los datos de edad, género, ocupación, número de cirugías previas y tipo de cirugía y anestesia a realizar; utilizaron una muestra de 100 pacientes del Hospital Ángeles Metropolitano que serían sometidos a cirugía, los datos fueron analizados por medio de distribución de frecuencias simple y medidas de tendencia central. Como resultados se obtuvo que el 40% de los pacientes necesitaron más información relacionada con la anestesia y cirugía; referente a la información proporcionada por el personal médico, el 85% reportó tener conocimiento sobre en qué consiste la colecistectomía laparoscópica, en el servicio de ginecología las pacientes reportaron bajo nivel de conocimiento sobre el procedimiento de la cirugía; referente a cirugías gastrointestinales 98% de los pacientes expresaron no tener ningún tipo de información; sobre el tipo de anestesia el 100% de los pacientes sabía qué

anestesia recibiría, 60% de los pacientes respondió que tenía experiencia con cirugías previas y el 21% mencionó que esas experiencias fueron malas. Estos autores comentan que la relación médico-paciente y la información adecuada son los factores que más ayudan a superar las preocupaciones de los pacientes. Sin embargo, dadas las características de la muestra y hospital, estos resultados no pueden generalizarse a otros contextos, como hospitales públicos, donde el número de pacientes supera el tiempo e información que se proporciona a cada paciente en la valoración preanestésica.

Asimismo, Doñate et al. (2015) mencionan que la información que se brinda a los pacientes debe permitir comprender el objetivo médico y los procedimientos que se proponen. Ellos realizaron un estudio cuyo objetivo fue establecer la relación entre el grado de información prequirúrgica y el nivel de ansiedad de los pacientes, analizando ambas variables de manera individual y la asociación entre ambas. Los instrumentos que utilizaron fueron APAIS, STAI-AE y un cuestionario que se elaboró para el estudio, en una muestra de 99 pacientes que se someterían a un procedimiento de cirugía electiva programada del Hospital Royo Villanova, España. Como resultados se obtuvo que el 100% de los pacientes que van a ser intervenidos por primera vez presentaron ansiedad al igual que el 85% de los que tienen experiencia previa, el 70% de los pacientes afirmaron que la información fue suficiente y el 71% afirmaron que tuvieron comprensión de la información; el 76% de los pacientes que creen necesitar más información presentan ansiedad; además, encontraron resultados estadísticamente significativos que relacionan el nivel de ansiedad con aspectos de la información como la cantidad de la información (anestesia y cirugía), tiempo estimado de ingreso, si el paciente considera que la información es suficiente y su nivel de comprensión; por lo tanto concluyeron que el estudio fue de utilidad para identificar algunos

factores de riesgo asociados a la ansiedad, los cuales pueden ser modificados, principalmente a través de la adecuada comunicación.

Dentro de la misma línea, en una revisión realizada por Gordillo et al. (2011) sobre algunos factores que juegan un papel importante en la presencia de ansiedad preoperatoria, mencionan el impacto emocional de la información médica, donde hacen referencia como punto de importancia a una investigación de Rodríguez, Gómez y Fernández-Crehuet que evidenció que el 87% de los pacientes prefiere saber todo referente al diagnóstico y tratamiento, 91% con nivel alto de ansiedad no recibieron información por parte del médico; por el contrario 93% de los pacientes, a los que se les explicó el procedimiento de la intervención puntuaron normal y bajo en ansiedad; sin embargo, estos autores explican que un efecto de la misma ansiedad produce alteraciones en la comunicación, ya que la ansiedad impide que el paciente pueda comprender adecuada, objetiva y razonadamente las instrucciones y descripciones sobre su enfermedad, por lo tanto, el estado de ansiedad preoperatoria debería ser tenido en cuenta por los médicos más allá de la información verbal que expresa el paciente, las manifestaciones no verbales son muy evidentes si el cometido es evaluar el nivel de ansiedad.

En la investigación de Burgess et al. (2019) se menciona que la educación preoperatoria es un componente central de los protocolos de atención perioperatoria que tiene como objetivo empoderar a los pacientes y sus familias para emprender acciones positivas de salud y apoyar la toma de decisiones autónomas, que se integra a través de proporcionar a los pacientes información relacionada con la salud, enseñándoles habilidades dirigidas para reducir las molestias y complicaciones; se ha observado que proporcionar a los pacientes la información pertinente puede ayudar a atenuar la ansiedad preoperatoria al inducir

sentimientos de control; además, hay evidencia que sugiere que aquellos pacientes que adquieran suficiente conocimiento podrían mejorar su capacidad de afrontamiento y con ello adoptar actitudes y comportamientos apropiados. Además, se ha identificado la participación activa del paciente (propensión de participar de manera eficaz) como un factor importante del proceso de recuperación, lo que lleva a un mayor cumplimiento de la fisioterapia después de una cirugía ortopédica. En este sentido los investigadores realizaron una revisión sistemática con el objetivo de determinar si una sesión de educación preoperatoria mejora los resultados clínicos, psicológicos y económicos en cirugía espinal, para ello se valieron de la declaración PRISMA, la búsqueda de literatura se completó en julio de 2018. Las bases de datos que se incluyeron fueron: PubMed, Cochrane Library, CINAHL Complete, Medline Complete y PsychINFO. Los artículos seleccionados fueron solo aquellos en los que se había comparado la educación preoperatoria y la atención preoperatoria estándar antes de la cirugía espinal, que se hubieran realizado con adultos (de 18 años o más) y que los pacientes hubieran sido sometidos a cirugía en región lumbar, cervical, torácica o sacra. La búsqueda arrojó 78 resultados, de los cuales once artículos fueron relevantes para la inclusión. Como resultado se pudo observar que hay evidencia limitada, aunque es relevante mencionar que la literatura es de buena calidad, ya que apoya la inclusión de una sesión de educación preoperatoria para mejorar en las áreas clínica (dolor, función y discapacidad), económica (gastos sanitarios directos e indirectos) y resultados psicológicos (ansiedad, depresión y miedo). Otros beneficios que se reportan de la sesión informativa es que los pacientes tienen mejor conocimiento y, con ello sentimientos de mejor preparación, también se observa reducción de pensamientos negativos y mayores niveles de actividad física después de la intervención. No se muestran diferencias en cuanto a calidad de vida, retornos al trabajo, indicadores físicos o complicaciones postoperatorias. A partir de la evidencia limitada, no es posible

recomendar de manera concluyente que la educación preoperatoria debe administrarse antes de la cirugía de columna; sin embargo, dado el bajo riesgo y beneficios prometedores, se justifica la investigación futura en esta área.

Papel del locus de control

Gordillo et al. (2011) presentan al locus de control como otro de los factores relevantes en la ansiedad prequirúrgica, dentro de este concepto está el locus de control interno, donde las personas explican un acontecimiento como contingente a su propia conducta, mientras otras lo hacen como fuerzas ajenas a ella, que hace referencia al locus de control externo. El control percibido modula las respuestas psicobiológicas en los estados emocionales, cuando hablamos de ansiedad prequirúrgica, el control de esta estará determinado por la percepción del control que tienen los pacientes sobre la situación, es decir, las personas que crean que su salud depende de ellas mismas, tendrán mejor salud que aquellas que crean que las causas de su enfermedad estuvieron fuera de su control. Los cambios en la percepción de control son los responsables de la mejora de los trastornos de ansiedad y para superar este tipo de trastornos es crucial hacer modificaciones en las respuestas fisiológicas ante situaciones de ansiedad, los estímulos o situaciones que provocan la ansiedad y la conducta de exposición a dichos estímulos o situaciones.

Papel del Estilo de Afrontamiento

Cuando hablamos de locus de control, es imprescindible hablar de estilos de afrontamiento, ya que ambos hacen referencia a la percepción subjetiva, tanto del estímulo como de los recursos propios para controlarlos, modificarlos y hacer frente a ellos. Aust et al., (2016), investigadores alemanes, reportan que las respuestas que tienen función

estabilizadora durante los periodos de estrés y ansiedad, se encuentran dentro del concepto de afrontamiento; como se ha analizado en las definiciones de ansiedad, ésta suele ser considerada como el resultado de la evaluación subjetiva de amenaza; por otro lado, en cuanto al afrontamiento, los autores mencionan que éste se encontrará en función de los recursos personales y las demandas situacionales para recuperar el control emocional, es por ello que el afrontamiento será más efectivo si se cuenta con el apoyo integral del personal médico. Con base en esta premisa Aust y colaboradores, realizaron dos estudios, en el primero (Estudio 1) buscaron describir el estado de ansiedad de pacientes quirúrgicos y, en el segundo (Estudio 2) se realizó una correlación entre niveles altos de ansiedad y el estilo de afrontamiento. Para el estudio 1, se utilizó una muestra de 3,087 pacientes que serían sometidos a alguna intervención quirúrgica; como resultado del Estudio 1, se obtuvo que de los 3,087 pacientes 1,205 mostraron altos niveles de ansiedad; por lo tanto, estos 1,205 pacientes que serían sometidos a cirugía con un nivel alto de ansiedad fueron los que conformaron la muestra para el Estudio 2. Los instrumentos que se utilizaron fueron APAIS y un cuestionario sobre el tipo de afrontamiento que se empleaba. Los resultados indicaron que dos tercios de los pacientes con mayor ansiedad buscan información relacionada con la cirugía y la anestesia, mientras que un tercio evita dicha información, con ello se detectaron dos enfoques de afrontamiento, específicamente para situaciones médicas amenazantes, una dirigida a la búsqueda de información y otra a la evitación de la información o distracción; los esfuerzos de afrontamiento considerados más útiles entre los pacientes con ansiedad preoperatoria alta fueron los esfuerzos que consistieron en la conversación con el personal médico, mientras que un tercio de los pacientes evitó recibir información detallada; de acuerdo con el análisis que realizaron los autores, la conducta de evitación al recibir información demostró ser un predictor de mayor ansiedad, también se observó que el enfoque

dirigido a la búsqueda de información se relaciona positivamente con el afrontamiento centrado en el problema y búsqueda de apoyo social. Por lo tanto, concluyeron que la conversación entre el paciente y el personal médico sigue siendo de suma importancia; también que es crucial discriminar las necesidades de los pacientes de acuerdo con sus propias características de afrontamiento; finalmente, mencionan que el afrontamiento no sigue reglas demográficas, pero sí se encuentra influenciado por el nivel de educación y, que es necesario mantener en el foco de atención a aquellos pacientes que solicitan medicamentos ansiolíticos, que rechazan más información o muestran mayor necesidad de conversación, ya que pueden estar sufriendo de ansiedad severa y sus necesidades deben tomarse en serio.

Referente a investigaciones sobre estilo de afrontamiento de pacientes quirúrgicos en México, Figueroa y colaboradores (2017) realizaron un estudio en el Hospital 20 de Noviembre del ISSSTE, en el cual exponen que el afrontamiento psicológico (AP) son los esfuerzos cognitivos y conductuales para manejar las demandas internas o externas ante un evento que es percibido como desbordante; éste puede ser dirigido al problema (actividades dirigidas a modificar la amenaza o estresor) o dirigidas a la emoción (regular respuestas emocionales), el AP considera las dimensiones: Distracción (medidas donde el paciente utiliza acciones y cogniciones que evitan la preocupación), Paliativos (Respuestas de “autoayuda” para aliviar la incomodidad), Instrumental (aplicación de estrategias afectivas como ayuda profesional y aprender más acerca de su enfermedad) y, Preocupación emocional (se centra en cómo resolver las consecuencias emocionales de su excesiva preocupación). Por lo tanto, su objetivo fue determinar la relación entre la ansiedad preoperatoria y estrategias de afrontamiento ante la cirugía. Para ello utilizaron una muestra de 62 pacientes hospitalizados con diagnóstico de cardiopatía isquémica candidatos a cirugía de

revascularización cardiaca. Los instrumentos para recolección de datos fueron el STAI y el Inventario de Afrontamiento a las Lesiones y Problemas de Salud. Como resultado se encontró ansiedad preoperatoria en grado alto en el 46.8% y baja en un 53.2%. Las estrategias de afrontamiento utilizadas por los pacientes fueron: paliativo 24%, distracción 23%, instrumental 23% y emocional 18%; en el análisis de correlación de Ansiedad Preoperatoria y Estrategias de Afrontamiento, la estrategia de preocupación emocional se correlacionó positivamente con ansiedad, es decir, a mayor ansiedad preoperatoria los pacientes utilizan el afrontamiento emocional. Como conclusión estos autores exponen que los pacientes que se centran más en las consecuencias emocionales de la cirugía (sentirse enojado, frustrado, pensar en lo que no puede hacer y ¿por qué yo?), su ansiedad aumenta. Identificar el estilo de afrontamiento favorece el desarrollo de estrategias cognitivas y conductuales en las que el paciente pueda tomar un papel activo, positivo y de colaboración para disminuir la morbilidad emocional. En este sentido se hace evidente la necesidad del trabajo del psicólogo con pacientes que serán sometidos a cirugía, brindando estrategias que puedan devolver el control y centrar en el problema al paciente.

3.3.5.3. Incidencia de la Ansiedad Prequirúrgica

Con base en los artículos revisados para el presente trabajo, de manera general se encontró que los porcentajes de ansiedad prequirúrgica son altos. En Europa, en el estudio de Aust et al. (2016) llevado a cabo en Alemania se reportó un 39% de pacientes con altos niveles de ansiedad previos a la intervención; en España, el estudio llevado a cabo por Doñate y cols. (2015) reporta que el 100% de los pacientes que serían intervenidos por primera vez presentaron ansiedad prequirúrgica. En Latinoamérica el estudio de Quintero et al. (2017) en Colombia, reporta que el 100% de los pacientes presentaron ansiedad, aunque en diferentes

niveles siendo en su mayoría ansiedad moderada; en Brasil el estudio de Melchior et al. (2018) menciona que la prevalencia de ansiedad preoperatoria fue del 53%; similar al porcentaje que se reporta en población de Ecuador, con un 50.7% de pacientes afectados por diferentes niveles de ansiedad donde, al igual que en el estudio de Quintero el nivel con mayor prevalencia fue de ansiedad moderada. Finalmente, en México los cuatro estudios revisados muestran diferentes porcentajes de la población afectada por ansiedad prequirúrgica, en el estudio de Carapia et al. (2011) el porcentaje fue del 100% de los pacientes, con prevalencia de ansiedad leve; en el estudio de Valenzuela et al. (2010) se reporta 76% de pacientes afectados por esta condición; en la investigación de Figueroa et al. (2017) reporta 46.8% y en el de Hernández et al. (2015), que fue llevado a cabo en una institución privada fue del 25%; el análisis de los porcentajes de presencia de esta condición hace evidente la necesidad de atención a esta problemática.

3.3.5.4. Consecuencias de la Ansiedad Prequirúrgica

Como consecuencias de la ansiedad, la Secretaría de Salud afirma que “la ansiedad afecta los procesos mentales, tiende a producir distorsiones de la percepción de la realidad, del entorno y de sí mismo, interfiriendo con la capacidad de análisis y afectando la funcionalidad del individuo” (Guía de Práctica Clínica Diagnóstico y tratamiento de los Trastornos de Ansiedad en el Adulto, México; Secretaría de Salud, 2010, p.9)

En el período perioperatorio, es decir, desde que el paciente se encuentra en el hospital hasta que regresa a su hogar, la ansiedad se considera alarmante para el equipo de salud, sobre todo cuando se presenta en niveles por encima de lo normal, que se hace evidente cuando las reacciones del paciente son desproporcionadas en relación con el estímulo real,

generando en él actitudes y pensamientos irracionales respecto a las situaciones relacionadas con los procedimientos necesarios para la intervención quirúrgica. Los niveles elevados de ansiedad pueden llegar a interferir en la calidad de vida, comodidad emocional y en la evolución diaria de los pacientes (Melchior et al., 2018).

Cuando un paciente presenta ansiedad en niveles de moderado a grave, dentro del periodo preoperatorio, el paciente puede presentar niveles elevados de presión arterial, así como tensión que dificulta el acceso venoso, lo cual puede llegar a ocasionar la suspensión de la cirugía, y que puede enfrascar en un círculo de ansiedad al paciente, donde el paciente es rechazado de quirófano por presentar ansiedad, lo cual hace probable que para antes de su nueva programación el paciente comience con ansiedad ante un posible rechazo nuevamente, postergando así su estancia hospitalaria.

Además, niveles elevados de ansiedad en el preoperatorio propicia que dentro del quirófano se observe rigidez en la mandíbula durante la inducción anestésica, acrecentando los requerimientos anestésicos, la presencia de inestabilidad cardiorrespiratoria, incremento de la posibilidad de sangrado, fluctuaciones autonómicas y hemodinámicas, necesitando mayores dosis de fármacos; por todo lo anterior la ansiedad en el preoperatorio puede tener impacto en la seguridad del paciente, ya que ésta posibilita el surgimiento de eventos imprevistos, y que de esta manera se vea afectando el resultado quirúrgico (Melchior et al., 2018; Álvarez-Bobadilla, 2014).

Moreno y Calle (2015) mencionan que, en diferentes trabajos con diversas muestras de pacientes, coinciden que cuando los niveles de ansiedad se elevan antes de la cirugía, desencadenan en el organismo descarga de catecolaminas, hiperactividad simpática,

hipermetabolismo, cambios neuroendocrinos, alteraciones hidroelectrolíticas y modificaciones inmunológicas, que disminuyen después a lo largo del periodo postquirúrgico.

La ansiedad preoperatoria es una preocupación constante, que trae efectos tanto en el período postoperatorio, donde se ha observado que existe una correlación con el difícil control del dolor, por lo tanto, mayor utilización de agentes anestésicos; náuseas y vómitos; en suma, elevación de la morbilidad. Entre ellas, infecciones postquirúrgicas o adherenciolisis por nombrar algunas; teniendo como consecuencia la prolongación en los días de estancia hospitalaria, lo que repercute en el paciente con una mala recuperación global, peor calidad de vida y menor vitalidad después de la realización de la cirugía; por otra parte para las instituciones todo esto influye directamente en los costos de la atención (Melchior et al., 2018; Álvarez-Bobadilla, 2014; Gaona & Contenido, 2018).

Dolor

Como se ha mencionado en las investigaciones antes citadas, la ansiedad potencializa y mantiene el dolor, cuanto mayor es el nivel de ansiedad, el dolor será percibido como más intenso y desagradable; esto puede explicarse porque la ansiedad continua produce incremento de la tensión muscular, alteraciones del Sistema Nervioso Autónomo, así como, mayor receptividad y aumento de la percepción de los estímulos dolorosos. Estas reacciones tienen como consecuencia el mantenimiento más largo de la sensación dolorosa, aunque el estímulo ya no se encuentre presente. Existen diferentes hipótesis explicativas que tratan de establecer los mecanismos de acción que regulan la relación entre la ansiedad y el dolor crónico, unas sugieren la influencia de la ansiedad sobre el grado de tensión muscular

prolongando el sistema nociceptivo (receptores de dolor) que actúa de modo reflejo sobre la zona dolorida, provocando el agravamiento del dolor y generando un círculo vicioso; otra hipótesis incluye a la ansiedad como parte de una reacción de estrés ante el dolor, que facilita la percepción del dolor, sensación de incapacidad y menor tolerancia; finalmente, existe otra teoría que es “la teoría atencional”, donde se expone que la ansiedad puede favorecer la mayor focalización atencional o hipervigilancia, lo cual puede dar lugar a la detección de más áreas de dolor y evaluaciones más amenazantes y catastróficas del mismo, un mayor nivel de alerta al dolor y menor discriminación entre estímulos dolorosos de los que no lo son (Truyols et al., 2008).

Bagés y colaboradores (2015) realizaron un estudio donde mencionan que cuanto más intensa es la ansiedad antes de una intervención quirúrgica, aumenta la percepción del dolor postoperatorio condicionando el bienestar de las personas, asimismo la literatura menciona que la información y la educación que se suministra durante la visita previa a la intervención quirúrgica mejora la percepción de la satisfacción y del bienestar. Por lo tanto, el objetivo de su investigación fue analizar el efecto de la visita prequirúrgica estructurada de enfermería sobre el nivel de ansiedad, la evolución de la percepción del dolor postoperatorio y del bienestar en el proceso quirúrgico, así como comprobar si existe asociación entre el nivel de ansiedad y el dolor, experiencia vivida en procesos quirúrgicos anteriores y la adecuación de la información recibida. La muestra que utilizaron fue un total de 60 pacientes, 30 pacientes en cada grupo (de intervención y control) que ingresaron de forma programada en la unidad de hospitalización del Servicio de Cirugía Ortopédica y Traumatológica del Hospital Sant Pau i Santa Tecla de Tarragona, España. Los instrumentos que se utilizaron fueron el cuestionario de autoevaluación STAI Ansiedad Estado-Rasgo y EVA´s de dolor. Durante el

ingreso se proporcionó información general del servicio a ambos grupos y posteriormente el grupo de intervención recibió información más específica de la visita prequirúrgica; la recogida de datos se llevó a cabo desde el día del ingreso hasta que el paciente se encontrara en la sala de preanestesia y durante las primeras 72 horas postoperatorias; al comparar los diferentes momentos para observar la evolución de la ansiedad se pudo apreciar un incremento justo antes de entrar en quirófano, el grupo control experimentó aumento en el nivel de ansiedad, mientras que en el grupo intervención disminuyó, con una diferencia estadísticamente significativa; en la percepción del dolor se observó que el grupo control tenía una EVA superior al grupo intervención; los pacientes que habían tenido una experiencia previa positiva tenían niveles de ansiedad inferiores a los pacientes con experiencias previas negativas; el grupo que consideró la información como suficiente presentó un nivel de ansiedad estadísticamente inferior al grupo que la consideró insuficiente. En la evolución de la sensación de bienestar se observaron diferencias estadísticamente significativas: el grupo intervención presentó más puntuaciones de “bastante” y “mucho”, las únicas puntuaciones de “nada” correspondieron al grupo control; finalmente, respecto a la relación entre niveles de Ansiedad y percepción del dolor, los datos indican la existencia de una asociación positiva. De manera general, los resultados de este estudio evidenciaron que la visita prequirúrgica estructurada de enfermería es una herramienta eficaz para disminuir la ansiedad en los momentos previos a la intervención y la percepción del dolor postoperatorio durante las primeras 72 horas, así como mejora de la percepción de bienestar.

Escalas para valoración de dolor

González y colaboradores (2018) realizaron un estudio donde mencionan que la medición de dolor puede ser realizada de manera unidimensional o multidimensional; la

escala unidimensional sólo considera variaciones cuantitativas del dolor, mientras que la multidimensional toma en cuenta signos fisiológicos como: frecuencia cardíaca y respiratoria, presión arterial, facies y componentes cognitivo-conductuales. Existen tres escalas unidimensionales válidas: la escala visual análoga (EVA), la escala numérica análoga (ENA) y la escala verbal análoga (EVERA); a pesar del gran número de publicaciones sobre ellas, pocos se atreven a recomendar una sobre otra. La escala visual análoga (EVA) se utilizó inicialmente para evaluar estados de ánimo, Bond y Lader la introducen en la medición de dolor en 1974, debido su alta sensibilidad y validez de medición comparada con otras escalas, ya que es capaz de evaluar intensidades, desde leve hasta severo con mayor precisión, asimismo, es fácil de usar, elimina terminología imprecisa, no depende del lenguaje y se puede determinar rápidamente el nivel de dolor según el paciente. La escala numérica análoga de dolor (ENA), introducida para valoración de dolor en 1978 por Downie, consiste en una escala que va del cero al diez, siendo cero la ausencia de dolor y diez el peor dolor, la disminución de dos puntos o de aproximadamente un 30%, representa una diferencia clínica significativa, por lo cual puede ser utilizada para medición de un tratamiento; su valor predictivo y la facilidad de uso, han convertido a la ENA en una gran herramienta para detectar rápidamente los síntomas de dolor. La escala verbal análoga del dolor (EVERA) o escala descriptiva verbal, utilizada para dolor por primera vez por Keele en 1948, se compone de una descripción de la intensidad del dolor: ausente, leve, moderado y severo, entre sus ventajas se destacan el uso fácil y rápido, pero cabe destacar que es dependiente del idioma, requiere que el paciente no tenga ninguna alteración mental y al ser cuatro categorías, los intervalos entre cada una pueden forzar al paciente a encasillar su dolor en una categoría que no le satisface completamente, algunos autores definen que la EVERA es más sencilla para los adultos mayores, pues es fácil de usar y tiene alto grado de satisfacción. Por lo tanto, su

objetivo fue determinar si hay una escala superior a través de la correlación entre tres escalas unidimensionales (escala visual análoga, escala numérica análoga y escala verbal análoga). Para ello se aplicaron las tres escalas EVA, ENA y EVERA, en una muestra de 192 pacientes ingresados a la Unidad de Cuidados Postanestésicos del Centro Médico ABC (hospital privado en la Ciudad de México), en dos momentos: al ingreso a la unidad (tiempo 1) y a su egreso (tiempo 2). Como resultado de las correlaciones entre EVA versus ENA y EVA versus EVERA en los tiempos 1 y 2, se aprecia que existe correlación entre todas las escalas, los datos sometidos a las pruebas de correlación muestran un patrón con tendencia lineal, apoyando los resultados obtenidos en las mismas. Los autores concluyen que la mayor dificultad para el empleo de las escalas es la falta de explicación por parte del investigador o la falta de entendimiento del paciente, a partir de este trabajo se puede afirmar que el dolor es capaz de ser medido con cualquiera de las tres escalas, pues existe correlación entre ellas; lo más importante será escuchar y creerle al paciente, pues es él quien rige nuestra valoración de la intensidad del dolor.

Cuando hablamos de la valoración de dolor en el sector público en México, en el IMSS e ISSSTE, se utiliza más frecuentemente la Escala Visual Análoga (EVA), a partir de una puntuación de 4, se valora la administración de un analgésico. La valoración será: dolor leve si el paciente puntúa el dolor 3 o menos, dolor moderado si la valoración es entre 4 y 7, finalmente dolor severo si la valoración es igual o superior a 8 (ver figura 7).

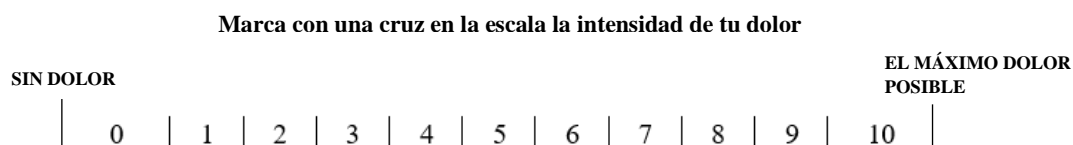


Figura 7. Formato de presentación de la Escala Visual Análoga. Tomado de Escalas de evaluación del dolor que se utilizan en el Hospital Regional Lic. Adolfo López mateos por el personal de salud (Médico y de Enfermería). ISSSTE, 2017.

Para niños de 3 a 7 años se utiliza la escala de Escala Visual Análoga de expresiones faciales, con la Escala de caras de Wong-Baker. La valoración será: 0: no dolor; 2: Dolor leve; 4 -6: Dolor moderado; 8; Dolor intenso; 10: máximo dolor imaginable (ver figura 7.1)

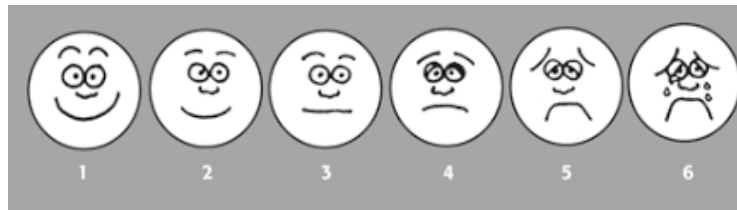


Figura 7.1. Formato de presentación de la Escala de caras de Wong-Baker. Tomado de Escalas de evaluación del dolor que se utilizan en el Hospital Regional Lic. Adolfo López mateos por el personal de salud (Médico y de Enfermería). ISSSTE, 2017.

Otra Escala Visual Análoga de expresiones faciales, incluye en su formato color y el uso de líneas para marcar los límites del 0 al 10, la cual se considera que tiene una adecuada sensibilidad y especificidad (SIDSS, 2019). La valoración ya viene incluida en esta escala (ver figura 7.2).



Figura 7.2. Formato de presentación de la Escala de caras con uso de color y líneas. Tomado de Intervenciones de enfermería para la atención de adultos mayores con fractura de cadera. Guía de Evidencias y Recomendaciones: Guía de Práctica Clínica. México, CENETEC; 2018. Disponible en: <http://www.cenetec.salud.gob.mx/contenidos/gpc/catalogoMaestroGPC.html#>

Una escala menos conocida, pero que de igual manera se aplica en estas instituciones es la Escala Conductual Behavioral Pain Scale (BPS), la cual es la primera escala conductual

creada para pacientes en las UCI sedados, ésta fue creada por Payen y cols. en 2001. La graduación del dolor será: con puntaje de 6 existe presencia de dolor, puntaje de más de 7 dolor inaceptable, el objetivo por lo tanto es mantener los niveles inferiores a 6 (ver tabla 3).

Tabla 3. *Formato de la Escala Conductual Behavioral Pain Scale (BPS)*

	Puntaje
EXPRESION FACIAL	
Relajada	1
Parcialmente tensa	2
Totalmente tensa	3
Haciendo muecas	4
MOVIMIENTOS DE LOS MIEMBROS SUPERIORES	
Relajado	1
Parcialmente flexionados	2
Totalmente flexionado	3
Totalmente contraído	4
VENTILACION MECANICA	
Tolerando movimientos	1
Tosiendo, pero tolerando durante la mayor parte del tiempo	2
Luchando contra el ventilador	3
Imposibilidad de controlar el ventilador	4

Tomado de Escalas de evaluación del dolor que se utilizan en el Hospital Regional Lic. Adolfo López mateos por el personal de salud (Médico y de Enfermería). ISSSTE, 2017.

Recuperación

Broadbent et al. (2012) proveen una explicación referente a la recuperación más tardía, en pacientes con elevados niveles de ansiedad; esto es debido a que presentan niveles más altos de cortisol y éstos pueden desempeñar un papel en la relación entre el estrés y una curación más lenta regulando negativamente el sistema inmunitario. Se ha demostrado que

el proceso de cicatrización es más lento en las heridas de individuos muy estresados, abriendo posibilidad de presentar infecciones.

3.3.6. Estrategias de Intervención

Con la revisión de las consecuencias que pueden presentarse cuando un paciente muestra síntomas de ansiedad durante el periodo prequirúrgico, es importante reflexionar sobre el actuar del personal médico ante esta problemática. Al realizar la búsqueda de la literatura para la construcción del presente trabajo llama la atención que muchos de los estudios encontrados sobre el tema fueron desarrollados por personal de enfermería, quienes se encuentran en búsqueda de una atención integral de los pacientes, la cual va más allá de las labores médicas establecidas, que es un punto a reconocer y destacar de este personal de salud.

En este sentido Renouf et al., (2014) realizaron una revisión sistemática con el objetivo de conocer si las intervenciones psicológicas empleadas por el personal de enfermería logran reducir la ansiedad preoperatoria. Las bases de datos electrónicas que utilizaron fueron: CINAHL (incluyendo CINAHL plus), Medline, PsycINFO, Psychology and Behavioral Sciences Collection y el British Nursing Index (BNI), la búsqueda se realizó hasta 2012; como palabras clave se utilizaron los términos: 'ansiedad', 'preoperatorio', 'quirúrgico', 'evaluación', 'no verbal', 'enfermera' y 'escucha activa', además se utilizó el booleano AND. De la búsqueda inicial se obtuvieron 333 artículos, los criterios de eliminación que utilizaron fueron que no fueran investigaciones primarias, que no estuvieran en inglés, que no fueran con pacientes que presentaban ansiedad, que no fueran

intervenciones realizadas por personal de enfermería y que no estuvieran dentro del periodo preoperatorio. Así se obtuvieron diecisiete estudios para una crítica en profundidad (13 fueron encontrados a través de bases de datos electrónicas y cuatro fueron encontrados por referencias secundarias). Tras el análisis de los artículos se encontraron dos hallazgos principales, el primero fue que existe reducción de los niveles de ansiedad preoperatoria en pacientes que reciben intervenciones de enfermería; las intervenciones reportadas incluyen: pasar tiempo con el paciente para la preevaluación y dirigir la sesión con rondas de preguntas y respuestas, ya sea en el hogar o en el entorno hospitalario, una sesión con un equipo multidisciplinario, enseñanza preoperatoria sobre técnicas de distracción y reevaluación, control del dolor, e información específica sobre el tipo de cirugía. Sobre este último punto se dirige el segundo hallazgo que plantea que los pacientes se benefician de la información individualizada para reducir la ansiedad preoperatoria, donde la atención debe ser holística y centrada en el paciente. Se encontró además que la información generalmente disminuye los niveles de ansiedad, aunque puede aumentarlos en algunos casos, lo cual guía la atención a centrarse en el paciente donde se identifiquen los estilos de afrontamiento individuales de los pacientes.

Continuando con esta línea de actuación del personal de salud ante la presencia de ansiedad prequirúrgica Moreno y Calle (2015) realizaron un estudio donde el objetivo fue evaluar si el personal sanitario considera necesario el cuidado emocional frente a la ansiedad y estudiar cómo se brinda dicha atención. Para ello realizaron un cuestionario para obtener información sobre la planificación del cuidado emocional; además se tomaron fotografías en el área de preanestesia para visualizar de manera gráfica la ansiedad y actuaciones de 51 integrantes del personal sanitario de la UCSI del Hospital Universitario Valle de Hebrón en

Barcelona. Como resultado se observa que la mayoría del personal nunca utiliza los instrumentos de medición aunque sí los creen necesarios, el personal percibe la ansiedad mediante síntomas fisiológicos o la expresión facial, respecto a la actuación ante la presencia de ansiedad antes del momento de la intervención, la mayoría permite expresar las emociones y preocupaciones o temores y para disminuir la ansiedad el personal platica con el paciente, brinda posibles soluciones, acompaña al paciente, adopta una posición empática, informa sobre el proceso quirúrgico y el tipo de anestesia y finalmente, con menor frecuencia se utilizan técnicas de relajación. Los autores concluyen que la mayoría del personal sanitario utiliza su experiencia profesional o su criterio personal para brindar cuidado emocional y paliar la ansiedad en el momento antes de la intervención; sin embargo, es conveniente realizar futuros proyectos que contribuyan a mejorar la calidad de la atención sanitaria como la necesidad de una escala adaptada a las necesidades prequirúrgicas y protocolos de actuación en el preoperatorio teniendo en cuenta el gran volumen de pacientes que hay en un servicio como cirugía.

Para el desarrollo de protocolos donde se establezca la correcta actuación en el preoperatorio ante la ansiedad, es importante una buena comunicación y trabajo multidisciplinario, donde se involucren, tanto personal de enfermería que son los que estarán mayor tiempo al cuidado de los pacientes, los médicos que son los expertos en la cirugía a la que serán sometidos los pacientes, que son los principales provisosores de las consecuencias médicas que puede tener un paciente con ansiedad; así como de psicólogos que son los expertos en la selección de técnicas para atacar sintomatología de ansiedad dependiendo de las características de cada paciente.

3.3.6.1. Psicoprofilaxis quirúrgica

El desarrollo de modelos de salud ha brindado un avance en la comprensión del proceso de salud-enfermedad, de los factores etiológicos y de su permanencia en el tiempo. Los modelos de salud nos dan un marco referencial pues son una herramienta para realizar un diagnóstico y llevar a cabo una estrategia de intervención, haciendo uso de técnicas para influir en el cambio de conductas y emociones negativas de personas con alguna alteración médica (Álvarez-Bobadilla, 2014).

Al respecto Cázares de León et al. (2016) mencionan que es necesario el adecuado manejo de las emociones negativas previas a una intervención quirúrgica, con el fin de obtener mejores resultados en el tratamiento, por tanto, un correcto plan prequirúrgico incluye la interacción entre cirujanos, psicólogos y pacientes. Para que todo sea un éxito en las intervenciones quirúrgicas los cirujanos tienen el deber de ocasionar el menor trauma físico y psicológico posible, para ello existen dos aspectos principales a considerar, el primero es sobre el procedimiento quirúrgico en sí mismo, como los medios físicos y la organización del ambiente; el otro punto a considerar es la preparación del paciente, donde se valoran los factores que pudieran llegar a influir en el procedimiento quirúrgico como la preparación psicológica. En este punto surge un nuevo concepto: la psicoprofilaxis quirúrgica, la cual Mucci (en Cázares de León et al., 2016), la define como una práctica interdisciplinaria entre la medicina y la psicología, que trabaja con pacientes utilizando diferentes estrategias y técnicas, es un proceso psicoterapéutico con objetivos preventivos para generar en el paciente recursos cognitivos, afectivos y comportamentales para hacerle

frente a la intervención quirúrgica, intentar disminuir efectos adversos de la cirugía y posibilitar la recuperación psicosocial.

Por tanto, el objetivo de la intervención psicológica, previa a una cirugía es prevenir y disminuir las emociones de ansiedad, estrés y miedos (para no hacer más largo el tiempo de la operación), la adecuada comprensión del proceso quirúrgico e implicaciones, que el paciente participe activamente en el proceso quirúrgico y colabore en su recuperación (con mejor tolerancia al dolor y percepción de éste). Los autores mencionan que los intentos por reducir la ansiedad en el ambiente médico se pueden clasificar en grupos de intervención centrándose en el problema para el tipo de tratamiento o procedimiento médico al que será intervenido el paciente y la intervención centrada en la emoción para prepararlo haciendo uso de sus estrategias de afrontamiento para hacer frente a la ansiedad.

Gordillo et al. (2011) añaden que nuestro cometido como psicólogos es favorecer en los pacientes la sensación de control sobre las amenazas ambientales, ya que como se ha mencionado, los cambios en la percepción de control favorecen la disminución de la ansiedad, por tanto el papel del psicólogo es regresar el control al paciente mediante un entrenamiento, en el cual él sea capaz de modificar sus propias respuestas fisiológicas, los estímulos y su conducta de exposición ante estímulos percibidos como amenazantes, así como de las situaciones mismas que le provocan ansiedad.

Cuando esto se logra, conduce al paciente a un estilo de afrontamiento instrumental que se considera como una estrategia de aproximación al problema, que es muy favorable para los pacientes, ya que permite valorar de diferente manera las situaciones amenazantes en las que se encuentran inmersos (Figuroa et al., 2017).

En México Carapia et al. (2011) evaluaron el efecto de una intervención psicológica integrada por técnicas cognitivo-conductuales sobre la ansiedad preoperatoria; la muestra que utilizaron fue de 51 pacientes programados para cirugía en los Hospitales Ángeles del Pedregal y Metropolitano (instituciones privadas en la Ciudad de México). La intervención se llevó a cabo en una sesión individual, en tres fases: la Fase I que comprendía la evaluación psicológica antes de la cirugía, donde se evaluaron niveles de ansiedad, presencia e intensidad de dolor y cifras de presión arterial, utilizando EVA's; en la Fase II se desarrollaron habilidades de enfrentamiento, como: psicoeducación, respiración diafragmática, reestructuración cognitiva, habilidades de comunicación y reforzamiento positivo, y en la Fase III donde se vuelven a evaluar las variables de ansiedad, dolor y tensión arterial, esta medición se realizó durante la recuperación, cuando el paciente ya se encontraba fuera de los efectos de la anestesia. Se encontró que antes de la cirugía el 49% de los pacientes presentaba ansiedad leve, 27% ansiedad moderada y el 23% ansiedad severa; después de la cirugía, el promedio de ansiedad fue leve; las preocupaciones que referían antes de entrar a cirugía fueron: 13% miedo al dolor, 11.76% desconocimiento del proceso de cirugía y anestesia, 37% mencionó estar tranquilo ya que evaluaba los beneficios de la cirugía en su calidad de vida. Las técnicas psicológicas empleadas en el manejo de la ansiedad fueron: 27.4% psicoeducación, 23.52% reforzamiento positivo, respiración diafragmática 21.56 %, otras técnicas variadas 27.52%; referente al dolor posoperatorio todos los pacientes presentaban dolor leve, los pacientes atendidos no presentaron complicaciones durante y después de la cirugía, según el expediente clínico. Dentro de los cuatro grupos de terapias efectivas para los trastornos de ansiedad los tratamientos conductuales reportan los mejores resultados. Como parte del equipo multidisciplinario, se recomienda emplear el trabajo en conjunto con el psicológico y, de los componentes de relación de los médicos con los pacientes. Los

autores concluyen que existe disminución en los niveles de ansiedad, ya que con la intervención psicológica se facilita la adaptación del paciente, logrando una visión más realista de su experiencia quirúrgica y un grado esperable de ansiedad frente al peligro, lo que es relevante en el bienestar de los pacientes durante el periodo transoperatorio.

Cázares de León y colaboradores (2016) realizaron una revisión sistemática donde, el objetivo fue examinar y analizar la eficacia de las distintas preparaciones o intervenciones psicológicas que se han empleado para disminuir la ansiedad, el estrés o algún otro tipo de emoción, así como el dolor del paciente ante un procedimiento quirúrgico. Para ello realizaron una revisión sobre la preparación psicológica en las intervenciones quirúrgicas, donde se seleccionaron únicamente ensayos clínicos controlados, la unidad de análisis fue de artículos en la base de datos de PubMed (17) y SCIELO (2) con publicaciones entre 2006 y 2014, con las palabras clave "psychological intervention & surgery" y "psicología en cirugía". En la primera búsqueda se encontraron 122 estudios, 118 en la base de PubMed y en la base de datos SciELO cuatro artículos, tras la lectura se incluyeron únicamente 19 artículos. Se encontraron ensayos clínicos con resultados positivos en población asiática y de Ocenía, en menor proporción, dentro de los últimos cinco años en el área de Europa, en Italia, Alemania, Holanda e Irlanda; en Norteamérica en Estados Unidos, todos estos estudios utilizaron técnicas cognitivo-conductuales con resultados positivos; en Latinoamérica se encontraron dos estudios con efectos positivos, el primero en Brasil donde se estudió un grupo con información verbal del procedimiento y otro con información y uso del kit prequirúrgico encontrando, en ambos grupos reducción del estrés, y el segundo en Cuba con una técnica de relajación ante cirugía de mama, fibroadenoma y enfermedad fibroquística, donde se logró disminución de la ansiedad. Asimismo, se encontraron tres ensayos clínicos

que no mostraron resultados positivos, el primero donde los efectos de la intervención psicológica no fueron positivos para disminuir la ansiedad, aunque sí para disminuir la depresión; otro donde el grupo de pacientes que recibió la técnica de relajación no tuvieron efectos de mejora sobre fatiga posoperatoria y, el tercero donde la intervención como apoyo, información y asesoría pre y post cirugía bariátrica no mostraron efectos. Se ha encontrado además, que las técnicas más efectivas para disminuir la ansiedad son las intervenciones cognitivo–conductuales (TCC), informativas, dramatización lúdica, la manipulación de instrumentos y el apoyo psicológico. Además, la TCC ha sido efectiva para mayor autoeficacia y mejor manejo de locus de control externo. El uso de relajación e imaginación guiada mostraron reducción del estrés percibido en comparación con el grupo control. Las técnicas conductuales, así como de distracción e hipnosis mostraron eficacia para disminuir el dolor y la angustia. Finalmente, en pacientes con artritis reumatoide se han desarrollado modelos de intervención en resiliencia, los cuales conducen a la focalización positiva a nivel cognitivo. En términos generales se pudo concluir que, la mayoría de los estudios señalan que las técnicas de intervención más utilizadas fueron las técnicas cognitivo–conductuales y, que dentro de la psicoeducación, con el objetivo de mejorar la calidad de la técnica, se obtuvieron buenos resultados utilizando videos o folletos educativos e informativos, manipulación de instrumentos o kits quirúrgicos, así como la información verbal y audios. Con esta revisión de los últimos ocho años se observa que, la tendencia en la preparación psicológica con un trabajo multidisciplinario ha ido en aumento, sin embargo, los países donde se han realizado más estudios son los países de primer mundo, quienes cuentan con mejores sistemas de salud.

3.3.6.2. Selección de técnicas

Es indispensable la adecuada evaluación y diagnóstico del estado psicológico del paciente quirúrgico, sobre todo en relación a la ansiedad; entre mejor esté identificado el fenómeno de ansiedad y las características del paciente para hacer frente a la misma, serán mejor elegidas las técnicas conductuales y cognitivas o la combinación de ambas (Cázares de León et al., 2016).

Debemos recordar que, para fines de este proyecto, la ansiedad fue definida como “un estado transitorio y situacional que se presenta como anticipación a una amenaza desconocida, habitualmente es una respuesta de adaptación, pero se vuelve patológica cuando su duración es prolongada y ocasiona disfuncionalidad en la persona; este estado conduce a respuestas emocionales (1) como aprensión, nerviosismo, temor, incomodidad, angustia o preocupación; cognitivas (2) de tipo irracional, en la evaluación subjetiva de la intensidad del estímulo (intensidad excesiva en relación con el estímulo real o la ausencia del mismo), referente a capacidades o recursos internos y el manejo de estrategias; (3) de afrontamiento (percepción de incapacidad de controlar los sucesos futuros o descontrol de la situación). Cuando una persona está ansiosa tiene conductas de evitación y escape, acompañadas de hiperactividad, movimientos repetitivos o torpes, y tartamudeo o dificultad de expresión; además, se presentan alteraciones fisiológicas como tensión muscular, sudor en las palmas de las manos, molestias estomacales, respiración entrecortada, sensación de desmayo, cambios en niveles la glucosa, aumento de la presión arterial y taquicardias. Ante esta definición, que se distingue del estrés principalmente porque existe la anticipación ante amenazas desconocidas, el tratamiento consiste en:

- 1) Disminuir las respuestas emocionales
- 2) Eliminar las respuestas cognitivas de tipo irracional
- 3) Fortalecer la sensación de control sobre los eventos

Ante estas tres metas se debe trabajar un programa multicomponente que ataque una por una estas áreas. Para romper con las respuestas emocionales de nerviosismo y disminuir las respuestas fisiológicas, contamos con (a) estrategias de relajación (que incluyen desde ejercicios de respiración, relajación muscular progresiva, hasta relajación autógena). Para contrarrestar las respuestas cognitivas de tipo irracionales que, en su mayoría son generadas por el miedo a lo desconocido, se requiere ofrecer tanto (b) estrategias que ayuden a romper con los pensamientos rumiativos (como distracción cognitiva, imaginación guiada o detención del pensamiento), así como de brindar (c) información y, que el paciente aprenda dicha información, para disminuir la posible irracionalidad generada por el mismo déficit de información, para ello la psicoeducación es una estrategia primordial en las intervenciones. Se requiere además, que aprenda a identificar problemas y desarrollar soluciones a los mismos, para ello son de utilidad elementos de (d) la Terapia de Solución de Problemas.

3.3.6.3. Técnicas para este programa

(a) Técnicas de relajación

Las técnicas de relajación son consideradas como técnicas conductuales, ya que se modifica el comportamiento del paciente a través del modelamiento y del suministro de instrucciones conductuales (Cázares de León et al., 2016).

Cuando hablamos de técnicas de relajación en el servicio de cirugía, la técnica seleccionada estará en función del tipo de cirugía que se llevará a cabo en el paciente, debido

a las lesiones físicas, zonas de dolor y características propias del paciente. Labrador (2008) propone seis criterios para seleccionar el procedimiento de relajación a utilizar, menciona que la técnica tendrá que ser:

- Eficaz para modificar aspectos fisiológicos y cognitivos.
- Fácil de aprender por la mayoría.
- Que se aprenda rápido.
- Con utilidad ante cualquier situación.
- De aplicación breve con efectos benéficos rápidos.
- Que pueda utilizarse de forma diferencial, es decir que permita desactivar algunas partes del organismo, aunque otras se mantengan en activación.

Con base en las premisas anteriores, la estrategia elegida para el tratamiento multicomponente dirigido a la atención de ansiedad prequirúrgica, fue la técnica de respiración rítmica o respiración contando que es uno de los métodos más sencillos, que consiste en inhalar mientras se cuenta hasta tres, después contener el aire contando hasta dos y, finalmente exhalar mientras se cuenta hasta tres; el ciclo se repite varias veces por lo menos dos o tres minutos; si no es posible comenzar con 3-2-3, se puede iniciar con valores más bajos como 2-2-2 y, posteriormente llegar a 3-2-3; también de manera posterior puede realizarse con valores más elevados como 4-3-4, y así sucesivamente (Labrador, 2008).

(b) Técnicas cognitivas

Cuando hablamos de la aplicación de técnicas cognitivas en pacientes quirúrgicos, lo que se pretende alejar son los pensamientos intrusivos sobre la cirugía, la literatura menciona

que las más empleadas son las de distracción cognitiva y la imaginación guiada (Cázares de León et al., 2016).

En la experiencia desarrollada durante el periodo de residencia, se ha podido observar que, si bien la técnica de distracción cognitiva es funcional, principalmente su eficacia es en casos de pacientes postoperados o pacientes de larga estancia hospitalaria; por otra parte, la imaginación guiada puede brindar buenos resultados, sobre todo en pacientes con mayor grado de escolaridad, que son capaces de recrear una escena e imaginar las sensaciones que ésta implica, sin embargo, la mayor parte de la población del hospital, donde se pretende aplicar este programa multicomponente suele presentar dificultades para llevar a cabo la técnica de imaginación guiada.

No obstante, otra estrategia que se dirige a contrarrestar los pensamientos intrusivos es la técnica de detención del pensamiento, la cual se centra en reducir la frecuencia y duración de los pensamientos, imágenes o recuerdos desadaptativos y recurrentes, sin entrar en cuestionar su contenido; a pesar de ser una técnica cognitiva (por enfocarse en pensamientos) se basa en supuestos conductuales de detención y modificación de la secuencia conductual que mantiene los pensamientos negativos, además, permite aumentar las expectativas de control y autoeficacia, reduce el grado de ansiedad, permite reducir la influencia de pensamientos intrusivos y facilita la propuesta de pensamientos alternativos más adaptativos. Con esto permite controlar, temporalmente el problema hasta que las condiciones ambientales permitan aplicar otras estrategias, lo cual la convierte en una técnica más viable para el tipo de población al que se dirige. El objetivo de esta técnica es poner en marcha, en primer lugar, la interrupción del pensamiento no deseado y, en segundo la sustitución de éste por imágenes o escenas que impidan su aparición (Salgado et al., 2008).

El procedimiento de la técnica que proponen estos autores consta de nueve pasos; sin embargo, por el contexto, el tiempo y el objetivo del programa, la técnica se simplifica de la siguiente manera:

1. Listado de pensamientos intrusivos y de las situaciones que los activan (identificar qué es un pensamiento intrusivo, cuáles se presentan en el paciente y ante qué circunstancias o bajo qué contextos).
2. Listado de pensamientos – imágenes alternativas relajantes (que interesen al paciente, como recordar un encuentro agradable con amigos, viajes, etc. Es importante que en el listado no se incluyan pensamientos neutralizantes).
3. Elección de una palabra de detención con significado emocional para el sujeto (alto, basta, stop, detente, etc.)
4. Se evoca el pensamiento intrusivo, el paciente grita “alto” y sustituye por un pensamiento alternativo (inicia con un grito, posteriormente con una palabra, termina con una instrucción encubierta que puede acompañarse de un tirón con una liga, pellizco, etc. el objetivo es la interrupción del pensamiento intrusivo).
5. Practica la detención del pensamiento con pensamiento alternativo y relajación (se lleva a cabo el ejercicio completo de detención y sustitución, finalmente se combina con un ejercicio de relajación previamente entrenada).

(c) Técnicas de informativas

Como parte de las técnicas basadas en la información Gavino (2006) menciona a la psicoeducación, la cual, como su nombre lo indica parte de la educación hacia el paciente, es considerada como una herramienta terapéutica que, mediante la interacción entre el usuario

(aprendiz) y terapeuta (experto) posibilita que el usuario, a través de la información resuelva determinada tarea o problema. Se utiliza cuando la falta de información y hace que la persona no lleve a cabo determinadas conductas o no actúe adecuadamente en determinadas situaciones. Por lo tanto, el objetivo no es informar, sino modificar la manera de actuar de los pacientes; los pasos recomendados para llevar a cabo la técnica son:

1. Determinar qué información se ha de proporcionar al paciente (relevancia/pertinencia).
2. Informar al paciente de forma clara, concisa y sencilla (adecuar el lenguaje al nivel cultural).
3. Pedir retroalimentación al paciente para comprobar que entiende correctamente la información.
4. Considerar entregar material.
5. Implementar estrategias para la acción.

Los puntos clave para lograr el éxito de la técnica es usar lenguaje sencillo y acorde al paciente, preguntarle qué desea saber y para qué, no brindar exceso de información, solicitar retroalimentación de la información proporcionada, resolver dudas en todo momento, hacer uso de herramientas como esquemas, folletos, infografías, videos, entre otros, así como apoyarse en el equipo multidisciplinario.

Álvarez-Bobadilla (2014) añade que los programas psicoeducativos pueden ser considerados como de prevención de problemas tanto emocionales como sociales. Para desarrollar este tipo de programas hay que tener en cuenta tanto los aspectos individuales, como el sistema de creencias, las actitudes y valores. La psicoeducación forma parte de

cualquier plan de trabajo en salud y constituye una metodología de atención basada en información actualizada, así como en la enseñanza de habilidades para preservar la salud y mejorar la calidad de vida.

Cuando hablamos específicamente de psicoeducación de pacientes quirúrgicos la información/educación que se brinda está en función de las nuevas demandas situacionales ante las que se encuentra el paciente, como la rutina hospitalaria, estado actual de salud, procedimiento quirúrgico y anestésico, tiempo aproximado de recuperación, por nombrar algunas.

Doñate y colaboradores (2015) exponen que el contenido de la información que se brinda a los pacientes que serán intervenidos quirúrgicamente debería incluir una explicación simple, con los rasgos esenciales del procedimiento quirúrgico y anestésico, especificaciones del ayuno preanestésico, medicación preanestésica, vigilancia postanestésica, información pretransfusional y analgesia postoperatoria.

(d) Solución de Problemas

El modelo que a continuación se presenta es de Nezu, Nezu y D'Zurilla (2014) en el que exponen que la Terapia de Solución de Problemas (TSP) ha mostrado eficacia para el tratamiento de diversas problemáticas de salud física y mental, como depresión, ansiedad, trastornos emocionales, ideación suicida, cáncer, enfermedades cardíacas, diabetes, infarto, lesiones cerebrales traumáticas, dolor de espalda, hipertensión y trastorno de estrés postraumático.

La TSP es una intervención que pertenece al enfoque cognitivo-conductual, que busca mejorar la capacidad de enfrentarse, tanto a acontecimientos traumáticos como a problemas

cotidianos, y reducir los problemas de salud mental y física. Los dos objetivos principales de la TSP son la adopción de una orientación adaptativa hacia los problemas (percepción de mejor eficacia propia que admita que los problemas forman parte de la vida cotidiana) y la implementación de conductas concretas de solución de problemas (regulación emocional y solución planificada de problemas).

Las habilidades de solución de problemas se refieren a un conjunto de actividades cognitivo-conductuales con las que la persona trata de desarrollar soluciones eficaces para enfrentarse a los problemas (p. 26).

Como tal, la solución de problemas se define como el proceso autodirigido en el que el individuo trata de identificar o desarrollar soluciones adaptativas de enfrentamiento a los problemas agudos y crónicos, es decir, refleja el proceso a través del cual las personas dirigen sus esfuerzos de enfrentamiento a la modificación de la naturaleza de la situación para que no siga siendo un problema (centrado en el problema, como superar las barreras que impidan el logro de sus objetivos); de sus reacciones inadaptadas (centrada en la emoción) como reducir las reacciones emocionales negativas, o de ambas.

El problema se define como una situación presente o anticipada que requiere una respuesta adaptativa para evitar consecuencias negativas y, que debido a la existencia de barreras la persona que experimenta la situación no tiene acceso inmediato a una respuesta eficaz evidente.

Las barreras que convierten a una situación en problema pueden implicar gran variedad de factores como, la novedad, ambigüedad, impredecibilidad, objetivos en conflicto, déficit en habilidades de desempeño o la falta de recursos.

Un problema surge de la relación entre la persona y su entorno, que se presenta por el desequilibrio, real o percibido, entre las exigencias de la situación y las habilidades de enfrentamiento; por consiguiente, el significado del problema se modificará con el paso del tiempo, dependiendo de los cambios que tengan lugar en el entorno, en la persona o en ambos.

La solución es una respuesta de enfrentamiento concreta a la situación, que es el resultado del proceso de solución de problemas aplicado a determinada situación problemática; la solución eficaz es aquella que logra el objetivo de la solución del problema, maximizando las consecuencias positivas y minimizando simultáneamente las negativas.

Como psicólogos buscamos dirigir al paciente a un estilo de afrontamiento de una solución racional de problemas, también conocida como solución planificada de problemas, que es el enfoque constructivo para enfrentarlos.

Aunque el modelo de Nezu, Nuzu y D'Zurilla es mucho más completo, para fines de esta investigación únicamente nos centraremos en algunos elementos, específicamente en la aplicación sistemática de las siguientes habilidades:

1. Definición del problema: aclarar la naturaleza del problema, trazar un objetivo para su solución e identificar los obstáculos que impiden su logro.
2. Generación de alternativas: considerar una amplia gama de posibles estrategias de solución, dirigidas a la superación de los obstáculos.
3. Toma de decisiones: predecir las posibles consecuencias de las alternativas planteadas, a través de un análisis de costo-beneficio, seleccionar la alternativa con mayores beneficios y menores costos y elaborar un plan de solución orientado al logro del objetivo de la solución del problema.

4. Implementación de la solución y verificación: llevar a cabo el plan de solución, controlar y evaluar las consecuencias y determinar si los esfuerzos han sido exitosos o habrá que seguir insistiendo.

3.3.7. Justificación

Para lograr una salud plena, el ser humano requiere del equilibrio fisiológico, psicológico y emocional como parte esencial del bienestar; lograr la atención integral de los pacientes, que disminuyan los estados emocionales negativos (como la ansiedad, donde percibe como amenazas la hospitalización y la intervención quirúrgica a la que será sometido), propiciará su adecuada evolución. El estado psicológico prequirúrgico, sobre todo cuando hay presencia de ansiedad incide en el progreso del paciente durante todo el perioperatorio; con el control del nivel de ansiedad en el preoperatorio habrá menor incidencia de complicaciones, así como reducción de terapia farmacológica y favorecerá a la rápida recuperación en el postoperatorio (Gaona & Contenido, 2018; Álvarez-Bobadilla, 2014; Moreno & Calle, 2015).

La presencia de ansiedad prequirúrgica que pudo observarse a través de la revisión de la literatura fue desde 25% al 100% en los estudios llevados a cabo en México. En el Hospital General de Atizapán la sintomatología de ansiedad en el servicio de cirugía representa el 34% de los pacientes que recibieron atención. Los países donde se han realizado más estudios al respecto son los países de primer mundo, quienes cuentan con mejores sistemas de salud pública, en Latinoamérica los sistemas de salud son deficientes, por lo tanto, es necesario considerar mejores estrategias de intervención ante enfermedades crónico-

degenerativas (que van en aumento) y generar más apoyos de psicología en cirugía, con el fin de mejorar la atención a los pacientes. El tratamiento de la ansiedad prequirúrgica podría mejorar la recuperación física y psicosocial, que propicia la reducción de comorbilidades, tiempo de hospitalización y por lo tanto implica menor gasto para la institución, lo cual puede significar una ventaja económica para el sector salud (Cázares de León et al. 2016).

Las intervenciones cognitivo-conductuales para el tratamiento de la ansiedad prequirúrgica han tenido resultados positivos en países de primer mundo y en algunos países de Latinoamérica; si bien algunas de las técnicas más utilizadas para el control de ansiedad son funcionales en otros contextos, su aplicación no resulta de total utilidad para el tipo de población de un hospital de tercer nivel en México, por lo tanto, analizar la funcionalidad de otras técnicas basadas en evidencia ayudará a conocer la estructura necesaria de las intervenciones psicológicas en el tratamiento de ansiedad prequirúrgica para este tipo de población.

Como se ha revisado en la definición de ansiedad, es necesario abarcar una por una sus áreas, brindando habilidades a los pacientes para atacar cada una de las deficiencias que ésta propicia, así como tomar en cuenta las características generales de la población, ya que estas características originan la funcionalidad o no de las técnicas para atacar a la ansiedad, con ello se logrará mejorar la atención y el tratamiento de esta problemática.

3.3.8. Pregunta de investigación:

¿Cuál es la eficacia de una intervención multicomponente de tipo cognitivo-conductual para disminuir ansiedad prequirúrgica?

3.3.9. Objetivo General

Evaluar el impacto de una intervención multicomponente de tipo cognitivo-conductual para disminuir la ansiedad prequirúrgica, compuesta por psicoeducación, entrenamiento en respiración rítmica, detención del pensamiento y solución de problemas en pacientes del servicio de cirugía.

3.3.10. Objetivos específicos

- Diseñar un programa de intervención cognitivo-conductual que incluya psicoeducación, entrenamiento en respiración rítmica, detención del pensamiento y solución de problemas para pacientes con ansiedad prequirúrgica.
- Evaluar ansiedad prequirúrgica a través de la Escala APAIS como línea diagnóstica, para determinar si la ansiedad es debida al déficit de información, por el procedimiento anestésico o quirúrgico.
- Evaluar el estilo de afrontamiento a través del breve Checklist de afrontamiento como línea diagnóstica.
- Evaluar si existe diferencia entre el estado de ansiedad antes y después de la intervención a través del IDARE (específicamente con la subescala estado).
- Evaluar si existe diferencia entre antes y después de la intervención en el nivel de conocimiento de la condición médica, procedimiento anestésico y quirúrgico a través del cuestionario de conocimientos (diseñado específicamente para esta investigación).

- Evaluar si existe diferencia en la experiencia subjetiva de ansiedad del paciente a través de EVA's, entre el inicio y final de cada sesión, así como entre las tres sesiones de intervención.
- Evaluar si existe diferencia en la saturación de oxígeno en la sangre y frecuencia cardíaca, entre el inicio y final de cada sesión, así como entre las tres sesiones de intervención.
- Evaluar si existe diferencia en la experiencia subjetiva de dolor del paciente a través de EVA's durante el periodo de hospitalización.
- Evaluar el cumplimiento de criterios de cambio por sesión para cada una de las técnicas.

3.3.11. Hipótesis:

Al brindar una intervención cognitivo conductual con elementos de psicoeducación, entrenamiento en respiración rítmica, detención del pensamiento y solución de problemas, se logrará la disminución de los niveles de ansiedad prequirúrgica.

3.3.12. Propuesta metodológica

Diseño:

N=1 replicativo

Son diseños de caso único, aquellos donde el sujeto funge como su propio control; también se le denominan diseños de investigación de caso único, diseño de replicación intrasujeto o diseño de control propio. Este tipo de diseño permite que el paciente se mida repetidamente a lo largo del tiempo, lo que implica que se puede demostrar que la

intervención produce cambio en la conducta. Los diseños n=1 se están volviendo cada vez más populares entre los investigadores clínicos. Se están utilizando como alternativa para los diseños aleatorizados, ya que son particularmente útiles cuando se emplean en problemas crónicos. Son diseños relativamente fáciles de implementar en gran variedad de poblaciones y escenarios, ya que permiten identificar la efectividad del tratamiento para cada paciente (Blackston et al., 2019; Núñez, 2011).

VI: Intervención cognitivo-conductual formada por técnicas de psicoeducación, respiración rítmica, detención del pensamiento y entrenamiento en solución de problemas.

VD: Ansiedad Prequirúrgica (valorada como sintomatología de ansiedad con expresión en los tres niveles de respuesta, previa a la intervención quirúrgica, ver definición en la página 47).

Participantes:

Criterios de inclusión

- Pacientes que ingresen al servicio de cirugía del HGA y que deban estar mínimo tres días en hospitalización previos a la cirugía (pacientes ortopédicos en espera de material, pacientes con colecistitis crónica litiásica más pancreatitis aguda de origen biliar)
- Con edad entre 18 y 65 años
- No analfabetas
- Que presenten ansiedad prequirúrgica (14 puntos o más de la escala APAIS)
- Que acepten ser incluidos voluntariamente en el estudio.
- Que firmen el consentimiento informado

Criterios de exclusión

- Comorbilidades psiquiátricas
- Que ya esté recibiendo atención psicológica

Criterios de eliminación

- Pacientes que no cumplan con las tres sesiones de intervención
- Pacientes que presenten alguna complicación médica dentro de hospitalización.

Instrumentos para criterios diagnósticos

- Breve Checklist de afrontamiento. El cual consta de 10 ítems, cinco centrados en la emoción y cinco centrados en el problema, los ítems son: “Busco en experiencias pasadas ¿ya estuve así antes? ¿Qué hice?”, “Busco soluciones extras al problema”, “Consulta al doctor, Espero que suceda un milagro”, “Hago un plan de acción y trato de seguirlo”, “Intento hallar consuelo en mi religión o creencias espirituales (rezo/medito)”, “Me mantengo ocupado o duermo para no pensar en ello”, “Me echo la culpa de lo que ha sucedido”, “Procuró pensar qué voy a hacer o a decir”, “Utilizo alcohol y otras drogas para hacerme sentir mejor”; el instrumento fue validado por 15 expertos en medicina conductual y ha mostrado utilidad en la población del HGA (Ver Anexo 1).
- Escala de Ansiedad Preoperatoria y de Información de Ámsterdam (APAIS), que evalúa la ansiedad ante la anestesia, el procedimiento, la necesidad de información (Méndez-Meneses et al., 2019). El instrumento consta de seis

ítems: “Estoy preocupado por la anestesia”, “La anestesia está en mi mente constantemente”, “Me gustaría saber lo más posible de la anestesia”, “Estoy preocupado por el procedimiento”, “El procedimiento está en mi mente constantemente”, “Me gustaría saber lo más posible del procedimiento”. Cuenta con cinco opciones de respuesta con escala tipo Likert. El punto de corte para población oncológica es de 14 puntos, es decir, si la puntuación del instrumento es de 14 o más es necesaria atención especializada, en los demás instrumentos para cirugía general el punto de corte es de 11 (Ver Anexo 2).

Instrumentos para cumplimiento de objetivos

- Instrumento de Ansiedad Rasgo – Estado (IDARE). Evalúa la ansiedad en dos dimensiones: rasgo, donde se determina el nivel de ansiedad con el que vive una persona de manera cotidiana y estado, que evalúa el nivel de ansiedad que presenta una persona en el momento de su aplicación. El instrumento consta de 40 preguntas, de las cuales, 20 son para rasgo y 20 para estado. Ambas secciones tienen cuatro opciones de respuesta tipo Likert (ver Anexo 3).
- Cuestionario sobre conocimiento acerca de la enfermedad y la cirugía a la que será sometido(a). El cuestionario se realizó en forma de lista chequeable con 10 ítems: “¿Conoces el nombre de tu diagnóstico médico?”, “¿Sabes qué quiere decir ese diagnóstico?”, “¿Tienes la información necesaria para comprender tu diagnóstico?”, “¿Sabes cuál es el tratamiento a seguir?”, “¿Te informaron si serás sometido a cirugía?”, “¿Sabes cómo se llevará a cabo la cirugía?”, “¿Crees tener la información necesaria para comprender todo el procedimiento de la cirugía?”, “¿Sabes qué tipo de anestesia será necesaria?”,

“¿Conoces cómo se lleva a cabo la aplicación de ese tipo de anestesia?”,
“¿Crees tener la información necesaria para comprender todo el
procedimiento de anestesia?”; la construcción del instrumento fue evaluada
por cinco jueces expertos y se piloteó con 10 pacientes del servicio de cirugía
del HGA (Ver Anexo 4).

- Escala Visual Análoga de Ansiedad y Dolor. Las medidas de las escalas
análogas fueron definidas desde 1946 por un grupo de trabajo de la Asociación
Británica como “la asignación de números para representar hechos y la
percepción de ellos” (p. 17), que sirven para la comunicación de la medida
más precisa de los sentimientos ya que, las líneas como límites claramente
definidas sirven para marcar sus extremos (Aitken, 1969).

Es importante que, de acuerdo con los resultados obtenidos de la evaluación inicial,
tanto del APAIS (para presencia de ansiedad), como del cuestionario de conocimientos (para
déficit de información) y la breve Checklist de afrontamiento (para estilo de afrontamiento),
se dirija el entrenamiento en cada una de sus áreas, tomando siempre en cuenta las
características del paciente, así como sus solicitudes.

Aparatos:

- Oxímetro. Para medidas fisiológicas (saturación de oxígeno en la sangre y
frecuencia cardíaca).
- Computadora. Para la presentación de los videos.

Materiales:

- Consentimiento informado (ver Anexo 5).

- Tríptico sobre la rutina de hospitalización. La elaboración del tríptico fue revisada por el supervisor académico, la supervisora *in situ* y médicos cirujanos adscritos al HGA, así como piloteado con 10 pacientes (Ver Anexo 6).
- Video de colecistectomía laparoscópica. El video fue aprobado por el supervisor académico y médicos cirujanos adscritos al HGA (ver el link: <https://youtu.be/Euf5pQHI5rY>).
- Video de múltiples fracturas. El video fue aprobado por el supervisor académico; fue fragmentado para cada una de las fracturas y se pasó a una presentación de Power Point para facilitar la demostración a los pacientes (Ver el link: <https://youtu.be/cqmngGhH9bk>).
- Video de anestesia general. El video fue aprobado por el supervisor académico y médicos cirujanos adscritos al HGA (Ver el link: <https://youtu.be/x4DNDtMjaxM>).
- Video de anestesia epidural. El video fue aprobado por el supervisor académico y médicos cirujanos adscritos al HGA (Ver el link: <https://youtu.be/SeZuUpwJNh8>).
- Infografía sobre ansiedad y cómo manejarla. La elaboración de la infografía fue revisada por los supervisores académico e *in situ*, además fue piloteada con 10 pacientes. Como base para el desarrollo de la infografía se tomó la Guía de Práctica Clínica **Diagnóstico y Tratamiento de Trastornos de Ansiedad en el Adulto** de la Secretaría de Salud y el Capítulo de *Técnicas de control de la activación* del libro *Técnicas de Modificación de la Conducta* (Ver Anexo 7).

- Infografía sobre detención del Pensamiento. La elaboración de la infografía fue revisada por los supervisores académico e *in situ*, además fue piloteada con 10 pacientes. Para el desarrollo de la infografía se retomó el Capítulo de *Detención del pensamiento e intención paradójica* del libro Técnicas de Modificación de la Conducta (Ver Anexo 8).
- Manual de Solución de Problemas. La elaboración del manual fue dirigida por los supervisores académico e *in situ*, además fue piloteado con 10 pacientes. Para la construcción del manual se tomaron elementos del manual de tratamiento Terapia de Solución de Problemas (Ver Anexo 9).
- Autorregistro de EVA's (ansiedad y dolor). Se realizó un formato de autorregistro, con ambas escalas, para su elaboración se tomaron los formatos implementados en González et al. (2018) y SIDSS (2019), ver Anexo 10.
- Registro de seguimiento para cada paciente (Ver Anexo 11).

Procedimiento:

El programa se integra de tres fases: Evaluación Pre-Intervención; Intervención, compuesta por psicoeducación en rutina hospitalaria, cirugía, anestesia y ansiedad; relajación por respiración rítmica y detención del pensamiento con adaptación al contexto y población, así como por elementos de la Terapia de Solución de Problemas y la fase Evaluación Post-Intervención. El programa que se diseñó es breve, debido a la emergencia de atención a la ansiedad prequirúrgica y el tiempo limitado que los pacientes están en hospitalización previo a su cirugía; éste consta de tres sesiones, su contenido puede observarse en la tabla 4.

Tabla 4. <i>Diseño del programa de intervención para pacientes con ansiedad prequirúrgica.</i>			
Sesiones	Fases	Componentes	Técnicas
Sesión 1	Evaluación Pre-Intervención	Evaluación	<ul style="list-style-type: none"> - Firma de Consentimiento informado - Aplicación de instrumentos (IDARE, Cuestionario de conocimientos, APAIS, Breve Checklist de Afrontamiento)
	Intervención	Psicoeducación	<ul style="list-style-type: none"> - Toma de medidas fisiológicas (saturación de oxígeno en la sangre y frecuencia cardiaca) por medio del oxímetro, al inicio y final de cada sesión. - Sobre rutina, cirugía, anestesia, ansiedad (definición) - Entrenar en el llenado de registro de EVA de Ansiedad y Dolor, solicitar EVA's al inicio y final de cada sesión.
Sesión 2		Solución de problemas	<ul style="list-style-type: none"> - Definición del problema
		Psicoeducación	<ul style="list-style-type: none"> - Toma de medidas fisiológicas (saturación de oxígeno en la sangre y frecuencia cardiaca) por medio del oxímetro, al inicio y final de cada sesión. - Solicitar EVA's al inicio y final de cada sesión.
		Relajación	<ul style="list-style-type: none"> - Análisis de síntomas de ansiedad - Entrenamiento en respiración rítmica - Entrenamiento en detención del pensamiento
Sesión 3		Solución de Problemas	<ul style="list-style-type: none"> - Generación de alternativas, análisis costo-beneficio, selección de solución.
		Repaso de técnicas	<ul style="list-style-type: none"> - Toma de medidas fisiológicas (saturación de oxígeno en la sangre y frecuencia cardiaca por medio del oxímetro, al inicio y final de cada sesión. - Solicitar EVA's al inicio y final de cada sesión. - Práctica y retroalimentación de las técnicas de respiración rítmica y detención del pensamiento.
		Solución de Problemas	<ul style="list-style-type: none"> - Elaboración plan de plan estructurado, plan alternativo, revisar los resultados
	Evaluación Post-Intervención	Evaluación	<ul style="list-style-type: none"> - Aplicación de los instrumentos IDARE y Cuestionario de conocimientos

Para mayor especificación del desarrollo de las sesiones revisar cartas descriptivas (ver Anexo 12).

Plan de análisis de los resultados

En la tabla 5 se observa el análisis de los datos que se pretende realizar una vez que el paciente salga de hospitalización.

Instrumento	Tratamiento estadístico
APAIS	Puntaje total; discriminar por área (ordinales)
Brief cope	Puntaje total hacia la emoción/problema (ordinales)
IDARE	(Pre - Post) Diferencia entre los puntajes. Se espera una reducción post-tratamiento
Cuestionario de conocimientos	(Pre - Post) Diferencia entre los puntajes. Se espera un aumento post-tratamiento
EVA ansiedad	Se espera reducción antes-después de cada sesión y tendencia a la baja en el Tratamiento
EVA dolor	Se espera tendencia a la baja en el Tratamiento
Saturación de oxígeno en la sangre	Se espera un aumento de su valor al final de la sesión
Frecuencia cardíaca	Se espera disminución de su valor al final de la sesión
Criterios de cambio conductual	Se espera que el paciente pueda cumplir con mínimo 8 de los 12 criterios para establecer un cambio conductual

3.3.13. Discusión y Conclusión

El desarrollo de este programa multicomponente de tipo cognitivo–conductual para la atención de ansiedad prequirúrgica es una propuesta innovadora debido a que, si bien existen diversos estudios donde se han realizado diferentes intervenciones (Quintero et al., 2017; Moreno & Calle, 2015; Bagés et al., 2015; Hernández et al., 2015; Carapia et al., 2011, Cázares de León et al., 2016), no se han reportado estudios donde se abarquen las cuatro áreas que incluye este programa, recordemos que el programa multicomponente que se propone incluye estrategias de relajación para romper con las respuestas fisiológicas indeseables y el reporte de nerviosismo; estrategias cognitivas como detención del pensamiento para contrarrestar las respuestas cognitivas de tipo irracional y rumiativo, que

en su mayoría son generadas por el miedo a lo desconocido, este punto demuestra que se requiere que el paciente aprenda sobre la hospitalización, la cirugía y la enfermedad a través de psicoeducación, y que sea capaz de identificar problemas o desarrollar soluciones a los mismos.

También el presente trabajo pudo dar cuenta que la mayoría de las intervenciones llevadas a cabo para atender esta problemática es implementadas, principalmente por el personal de enfermería (Renouf et al. 2014, Gaona & Contenido, 2018; Melchior et al., 2018; Doñate et al., 2015; Bagés et al., 2015) y que, aunque las intervenciones han sido funcionales, el trabajo que puede realizar el psicólogo en el servicio de cirugía, es bastante amplio, el cual se hace evidente mediante las múltiples líneas de atención que se encuentran marcadas ante los diversos desajustes psicológicos (cognitivo/afectivos, conductuales y de afrontamiento) que viven las personas que serán sometidas a una cirugía y que, incluso llega a influir en sus familiares y por ende en su salud y recuperación.

Este programa multicomponente para el tratamiento de ansiedad prequirúrgica no pudo ser aplicado debido a las condiciones de la pandemia por SARS-CoV-2, por lo tanto, queda el tiempo para poner en prueba su eficacia.

4. Evaluación

4.1. Servicio asignado

El servicio que me fue asignado fue el de cirugía general, este servicio fue abierto este año dentro de la residencia de Medicina Conductual de la Facultad de Estudios Superiores Iztacala. El trabajo multidisciplinario que se pudo llevar a cabo obtuvo buenos resultados, ya que, desde el personal de enfermería, residentes, médicos adscritos, hasta el

jefe del servicio, estuvieron siempre interesados en el trabajo que se llevó a cabo con los pacientes.

Fue destacable su colaboración con explicaciones referentes a la condición médica de los pacientes y la disposición para hacer aclaraciones con los familiares de los mismos, esto en gran medida por parte de algunos médicos adscritos y el jefe del servicio. También por todo el personal de enfermería que se mantuvo alerta a la condición psicológica de los pacientes, los cuales se encargaron de hacer la mayoría de las referencias de los pacientes que se encontraban en piso, además de la colaboración para que se pudiera trabajar individualmente con el paciente, siempre con un trato de respeto cuando nos encontraron trabajando con los pacientes para no interrumpir la intervención que se llevaba a cabo. Asimismo, el personal de enfermería de este servicio contribuyó, en mayor parte para la elaboración de tarjetas navideñas y gracias a esta acción la meta de poder entregar tarjetas a todos los pacientes y la mayoría de los familiares se cumplió.

Cabe mencionar que en un inicio el servicio de Medicina Conductual no era reconocido y el trato con los médicos fue un poco complejo; sin embargo, gracias a la buena comunicación y los resultados favorables del trabajo con pacientes, se comenzó un trabajo multidisciplinario enriquecedor.

4.2. Actividades diarias y académicas

Respecto a las actividades diarias desarrolladas en la sede, el pase de visita se logró llevar a cabo diariamente, lo que favoreció la familiarización de la residente con los términos médicos y la investigación de los diferentes padecimientos que llegan al servicio; dentro de la consulta externa llegaron gran cantidad de casos, cada uno de ellos tuvo una complejidad

que logró enriquecer las habilidades terapéuticas necesarias de un psicólogo clínico, desde casos médicos legales, con necesidad urgente de referencia a psiquiatría y donde se presentaron dificultades para el desarrollo de intervenciones, tal como marca la literatura debido a las mismas características de los pacientes como, baja escolaridad, de recursos cognitivos y económicos escasos, lo cual fue un reto a superar diariamente en busca de nuevas estrategias o la modificación/adaptación de las mismas. Las interconsultas fueron de las actividades con mayor complejidad, pero que a su vez propició el desarrollo más efectivo de las habilidades necesarias para el desarrollo clínico de un psicólogo en el sistema de salud, la atención a crisis de ansiedad, valoración de pacientes con intento de autolisis, depresión severa y pacientes psiquiátricos fueron los casos que propiciaron el desarrollo de estas habilidades.

Por otra parte, en las actividades académicas desarrolladas en la FESI, en lo que respecta a los talleres, la mayoría aportaron herramientas indispensables para un adecuado desarrollo de las prácticas profesionales, sin embargo, las habilidades brindadas por el taller de técnicas se quedaron cortas a las situaciones con las que se trabajaba en el hospital, lo mismo sucedió con el taller de intervención en crisis, donde en gran medida las habilidades que se emplearon fueron desarrolladas dentro de la misma práctica con apoyo de la supervisora *in situ* y el supervisor académico.

En cuestión de la materia de Medición y Evaluación, la orientación de los profesores a cargo para el desarrollo del instrumento fue de una calidad admirable, sin embargo, por cuestiones ajenas a las académicas, el tiempo destinado para esta clase fue menor, trayendo consigo la comprensión parcial de la materia; no obstante, el desarrollo del instrumento continúa, por lo tanto, está presente la posibilidad de continuar desarrollándose el aprendizaje

dentro de esta línea. La materia de Métodos de Investigación Aplicada brindó excelentes materiales de trabajo respecto a la materia. Sobre la Materia de Teorías y Modelos de Intervención dotó de habilidades de investigación, revisión de la literatura, el empleo del sistema PIO y PICO, habilidades que fueron de gran aporte para el desarrollo de la tesis de posgrado.

4.3. Sistema de supervisión *in situ* y académica

Finalmente, en la supervisión *in situ* y académica; en lo que confiere a la primera, la supervisora *in situ* siempre tuvo disponibilidad para el apoyo a casos fuera de la norma, brindó respaldo ante casos médicos legales o con alguna otra complejidad, también modeló el accionar en casos difíciles, lo que favoreció al desarrollo de habilidades necesarias para trabajar con pacientes de características similares. Fue destacable su orientación dentro de los protocolos a seguir por la institución, así como para obtener los recursos y la aprobación de la institución para llevar a cabo las investigaciones ya mencionadas.

La supervisión académica fue la que brindó mayores aportaciones en la residencia, dentro de las sesiones de supervisión siempre hubo un espacio para comentar los casos que las residentes estaban llevando y, en los cuales se encontraban dificultades, donde el supervisor brindó orientación en la cuestión práctica y también en otorgar material bibliográfico relevante para la atención, en múltiples ocasiones se encargó de preparar clases y materiales para resolver dudas en cuestión de intervenciones psicológicas y sobre información médica relevante.

De manera formal también se revisaron los casos clínicos completos, de donde se obtenían nuevas propuestas de intervención o una perspectiva diferente de la evaluación del

caso, lo que resultó enriquecedor, tanto para nuevas evaluaciones como para el desarrollo de intervenciones.

Las sesiones bibliográficas lograron una discusión crítica sobre la metodología empleada, información novedosa y la manera en que ese nuevo conocimiento podría ser empleado en la población del Hospital de Atizapán.

Impulsó todo el trabajo extracurricular, como la participación en dos congresos, la publicación de un instrumento y la iniciativa del proyecto ante la situación sanitaria, supervisando y orientando en todo momento el trabajo desarrollado.

Finalmente, para el desarrollo de la tesis el supervisor guió el desarrollo del reporte de experiencia, estando siempre pendiente de resolver dudas y ofreció su total apoyo en complicaciones que se estuvieron presentando, asimismo supervisó la elaboración del protocolo, desde la revisión del estado del arte, la propuesta metodológica, piloteo de materiales y la validación de una lista chequeable por jueces expertos.

En resumen, quedo totalmente satisfecha con la supervisión que me fue brindada durante la residencia, ya que siempre hubo retroalimentación, disposición para aclarar dudas, mostrar alternativas de intervención; así como apoyo y respaldo ante diversas situaciones profesionales y personales.

4.4. Protocolo

Debido a la problemática sanitaria actual por SARS-CoV-2, el protocolo no pudo ser aplicado, no obstante, los materiales de psicoeducación de técnicas psicológicas, con los que se pretendía trabajar fueron revisados por el supervisor académico y la supervisora *in situ*,

así como piloteados con los pacientes, el material con información sobre rutina hospitalaria y videos de las cirugías además contó con revisión por parte de personal médico. Finalmente se logró el desarrollo de una lista chequeable con el apoyo de jueces expertos.

4.5. Competencias profesionales alcanzadas

- Se desarrollaron habilidades de evaluación conductual.
- Se realizaron y aplicaron programas de intervención basados en técnicas cognitivo-conductuales para el tratamiento de problemas psicológicos.
- Se desarrollaron habilidades para el tratamiento de problemas psicológicos derivados del problema médico dirigidos a aumentar la adhesión terapéutica médica.
- Se logró emplear estrategias dirigidas a disminuir niveles de estrés, ansiedad y depresión en los pacientes hospitalarios y de consulta externa.

Referencias

- Aitken, R. (1969). A Growing Edge of Measurement of Feelings (Abridged): Using Visual Analogue Scales. *Actas de la Royal Society of Medicine*, 62(10), 989-993.
<https://doi.org/10.1177/003591576906201005>
- Álvarez-Bobadilla, G. (2014). Ansiedad: evaluación, diagnóstico e intervención preoperatoria. *Revista Mexicana de Anestesiología*, 37, 152-154. <http://www.medigraphic.com/rma>
- Arroyo, C., Becerra, A., Fuentes, F., Lugo, I., Pérez, B., Reséndiz, A., Rivera G., Rivera L. y Reynoso, L. (2014). *El análisis conductual aplicado: casos clínicos en medicina conductual*. En Tendencias Actuales en Aprendizaje y Memoria: Memorias de la 1ª Reunión Satélite de Aprendizaje y Memoria. Sánchez-Carrasco, L. y Nieto, J. (Eds), 146-173.
- Asociación Americana de Psiquiatría (2014). *Manual diagnóstico y estadístico de los trastornos mentales (5a ed.)*. Editorial Arlington.
- Aust, H., Rüsck, D., Sturm, T., Brehm, F. & Nestoriuc, Y. (2016). Coping strategies in anxious surgical patients. *BMC Health Services Research*, 16, 1-10. <https://doi.org/10.1186/s12913-016-1492-5>.
- Ay, A., Ulucanlar, H., Ay, A. & Ozden, M. (2014). Risk Factors for Perioperative Anxiety in Laparoscopic Surgery. *Society of Laparoendoscopic Surgeons, Inc*, 18, 1-7.
<https://doi.org/10.4293/JLS.2014.00159>
- Bagés, C., Llixá, M., Español, C, Imbernón, G, Munte, N. y Vázquez, D. (2015). Efectividad de la visita prequirúrgica sobre la ansiedad, el dolor y el bienestar. *Enfermería Global*, 39, 29-40. http://scielo.isciii.es/scielo.php?script=sci_arttext&pid=S1695-61412015000300002

- Barriguete, J., Pérez, A., De la Vega, R., Barriguete, P. y Rojo, L. (2017). Validation of the Hospital Anxiety and Depression Scale in Mexican population with eating disorders. *Revista Mexicana de Trastornos Alimentarios*, 8, 123-130.
http://www.scielo.org.co/scielo.php?script=sci_arttext&pid=S0123-91552017000200189
- Blackston, J.W., Chapple, A.G., McGree, J.M., McDonald, S. & Jane Nikles, J. (2019). Comparison of aggregated N-of-1 trials with parallel and crossover randomized controlled trials using simulation studies. *Healthcare*, 7, 137.
<https://doi.org/10.3390/healthcare7040137>
- Broadbent, E., Kahoehr, A., Booth, R., John, J., Cuchanan, C., Wleeler, B., Sammour, T. & Hill, A. (2012). A brief relaxation intervention reduces stress and improves surgical wound healing response: A randomised trial. *Brain, Behavior, and Immunity*, 26, 212-217.
<https://doi.org/10.1016/j.bbi.2011.06.014>
- Burguess, L., Arundel, J. & Wainwright, T. (2019). The Effect of Preoperative Education on Psychological, Clinical and Economic Outcomes in Elective Spinal Surgery: A Systematic Review. *Healthcare*, 7(48), 1-15. <https://doi.org/10.3390/healthcare7010048>
- Camacho, E. (2013). La medicina conductual en México: un breve análisis histórico e historiográfico. *Revista Latinoamericana de Medicina Conductual*, 3(1), 1-4.
<https://www.redalyc.org/pdf/2830/283032589002.pdf>
- Carapia, A., Mejía, G., Nacif, L. & Hernández, N. (2011). Efecto de la intervención psicológica sobre la ansiedad preoperatoria. *Revista Mexicana de Anestesiología*, 34(4), 260-263.
http://scielo.isciii.es/scielo.php?script=sci_arttext&pid=S1695-61412015000300002

- Cázares de León, F., Vinaccia, S., Quiceno, J., & Montoya, B. (2016). Preparación psicológica para la intervención quirúrgica: Revisión sistemática de la literatura. *Psicología: Avances de la Disciplina*, 10(2), 73-85. <https://www.redalyc.org/pdf/2972/297248896007.pdf>
- Cerezo-Reséndiz, S. y Hurtado-Rodríguez, C. (2011). Principales aportaciones a la Medicina Conductual de Joseph Dominic Matarazzo. *Journal of Behavior, Health & Social Issues*, 3(2), 49-59. <http://www.scielo.org.mx/pdf/jbhsi/v3n2/v3n2a4.pdf>
- Clark, D.A., y Beck, A.T. (2012). Terapia cognitiva para trastornos de ansiedad. Ciencia y práctica. España: Desclée de Brouwer.
- Doñate, M., Litago, A., Monge, Y. y Martínez, R. (2015). Aspectos de la información preoperatoria relacionada con la ansiedad del paciente programado para cirugía. *Enfermería Global*, 37, 170-180. <http://scielo.isciii.es/pdf/eg/v14n37/docencia3.pdf>
- Figuroa, C., Mora, R. y Ramos, B. (2017). Relación entre la ansiedad preoperatoria y las estrategias de afrontamiento en pacientes hospitalizados con cardiopatía isquémica candidatos a bypass cardiaco. *Revista especializada en Ciencias de la Salud*, 21(1), 5-9. <http://www.revistas.unam.mx/index.php/vertientes/article/view/64541>
- Galindo, O., Benjet, C., Juárez, F., Rojas, E., Riveros, R., Aguilar, J., Álvarez y Alvarado, S. (2015). Propiedades psicométricas de la Escala Hospitalaria de Ansiedad y Depresión (HADS) en una población de pacientes oncológicos mexicanos. *Salud mental*. 38(4), 253-258. <https://www.redalyc.org/pdf/582/58241191004.pdf>
- Gaona, D. y Contenido, B. (2018). Ansiedad preoperatoria en pacientes quirúrgicos en el área de cirugía del Hospital Isidro Ayora. *Enfermería Investiga, Investigación, Vinculación*,

Docencia y Gestión, 3(1), 38-43.

<https://dialnet.unirioja.es/servlet/articulo?codigo=6538730>

Gavino, A. (2006). Guía de técnicas de terapia de conducta. Editorial Pirámide.

Ghost Production (2017). Reparación de múltiples fracturas. Disponible en:

<https://youtu.be/cqmngGhH9bk>

González, A., Jiménez, A., Rojas, E., Velasco, L., Chávez, M. y Coronado, S. (2018).

Correlación entre las escalas unidimensionales utilizadas en la medición de dolor postoperatorio. *Revista Mexicana de Anestesiología*, 41(1), 7-14.

<https://www.medigraphic.com/pdfs/rma/cma-2018/cma181b.pdf>

Gordillo, F., Arana, J. y Mestas, L. (2011). Tratamiento de la Ansiedad en Pacientes

Prequirúrgicos. *Revista Clínica de Medicina Familiar*, 4(3), 228-233.

http://scielo.isciii.es/scielo.php?script=sci_arttext&pid=S1699-695X2011000300008

Guillén, C. y González, C. (2019). Propiedades psicométricas del Inventario de Ansiedad de

Beck en adultos asmáticos mexicanos. *Psicología y Salud*, 29(1), 5-16.

<https://www.redalyc.org/jatsRepo/1339/133959841009/133959841009.pdf>

Hernández, A., López, A. y Guzmán, J. (2015). Nivel de ansiedad e información preoperatoria en pacientes programados para cirugía. Un estudio transversal descriptivo. *Acta Médica Grupo*

Ángeles, 14 (1), 6-11. <https://www.medigraphic.com/pdfs/actmed/am-2016/am161b.pdf>

Hospital General de Atizapán “Salvador González Herrejón”. (2020). *Plan de trabajo de la División de Cirugía General*.

Instituto de Seguridad Social para Trabajadores del Estado y la Unidad de Calidad y Seguridad de Atención Médica (2017). *Escalas de evaluación del dolor que se utilizan en el Hospital Regional Lic. Adolfo López mateos por el personal de salud (Médico y de Enfermería)*.

<http://www.consultadelsiglo21.com.mx/certificacion/8.Derecho%20PFR/8.Derecho.PFR.Folleto.Escalas%20del%20dolor%20.pdf>

Instituto Mexicano del Seguro Social (2005). El IMSS en cifras. Las intervenciones quirúrgicas. *Revista Médica del IMSS*, 43(6), 511-520. <http://www.imss.gob.mx/nr/imss/dpm/dties>

International Society of Behavioral Medicine (2012). *ISBM organisational presentation*.
<http://www.isbm.info>

International Society of Behavioral Medicine (2020). <https://www.isbm.info/about-isbm/> el 20/06/2020.

Labrador, F. J. (2008). Técnicas de control de la activación. En F. Labrador (Coord.), *Técnicas de Modificación de Conducta* (199- 223). Editorial Pirámide.

Medical Media. (Nucleus). (2012). Anestesia general. Disponible en:
<https://youtu.be/x4DNDtMjaxM>

Medical Media. (Nucleus). (2012). Anestesia epidural y raquídea. Disponible en:
<https://youtu.be/SeZuUpwJNh8>

Medical Media. (Nucleus). (2012). Colectomía (extirpación de la vesícula biliar). Disponible en: <https://youtu.be/Euf5pQHI5rY>

Melchior, L., Soares, R., Prado, M., Amorrim, K., Queiroz, A. y De Sousa, T. (2018). Predictores de ansiedad preoperatoria moderada y grave en pacientes quirúrgicos hospitalizados.

Enfermería Global, 17(52), 64-74.

http://scielo.isciii.es/scielo.php?script=sci_arttext&pid=S1695-61412018000400064

Méndez-Meneses, K., Rebolledo, M., Díaz, S., Rodríguez, L., Acosta, B., Mantilla-Maya, B., González-Rodríguez, E., Aguilar, J., Galindo, O., y Rivera-Fong, L. (2019). Validación de la Escala de Ansiedad Preoperatoria y de Información Ámsterdam (APAIS) en mujeres latinoamericanas con cáncer de mama: Estudio México - Costa Rica. *Psicooncología* 16(1), 73-88. <https://doi.org/10.5209/PSIC.63649>

Miranda-Rangel, A. y Martínez Segura. R. (2015). Anestesia multimodal: una revisión de la anestesia moderna. *Revista Mexicana de Anestesiología*, 38, 300-301.

<https://www.medigraphic.com/pdfs/rma/cma-2015/cmas151by.pdf>

Moreno, P. y Calle, A. (2015). Detección y Actuación en la Ansiedad preoperatoria inmediata. De la teoría a la práctica. *Cirugía Mayor Ambulatoria*, 20(2), 74-78.

http://www.asecma.org/Documentos/Articulos/06_20_2_OR_Moreno.pdf

Nava, W. y Vargas, M. (2012). Trastornos de ansiedad: Revisión dirigida para atención primaria. *Revista Médica de Costa Rica y Centroamérica*. 69(604), 497-507.

<https://www.medigraphic.com/pdfs/revmedcoscen/rmc-2012/rmc125k.pdf>

Nezu, A., Nezu, C. y D'Zurrilla (2014). *Terapia de Solución de Problemas. Manual de Tratamiento*. Editorial Desclée de Brouwer.

Núñez Peña, M.I. (2011). *Diseños de investigación en Psicología*. Departamento de Metodología de las Ciencias del Comportamiento Facultad de Psicología Universidad de Barcelona.

Disponible en:

http://diposit.ub.edu/dspace/bitstream/2445/20322/1/Dise%C3%B1o_de_investigaciones.pdf

Organización Mundial de la Salud. (2008). *La cirugía salva vidas*.

<https://www.who.int/patientsafety/safesurgery/es/>

Organización Mundial de la Salud. (2017). *La salud mental en el lugar de trabajo*.

https://www.who.int/mental_health/es/ el 20/06/2020.

Quintero, A., Yasnó, D., Riveros, O., Castillo, J. y Borrález, B. (2017). Ansiedad en el paciente prequirúrgico: un problema que nos afecta a todos. *Revista Colombiana de Cirugía*, 32, 115-120. <http://www.scielo.org.co/pdf/rcci/v32n2/v32n2a6.pdf>

Renouf, T., Leary, A. & Wiseman, T. (2014). Do psychological interventions reduce preoperative anxiety?. *British Journal of Nursing*, 23(22), 1208-1212.

<https://doi.org/10.12968/bjon.2014.23.22.1208>

Reynoso-Erazo, L. (2012). *Residencia en Medicina Conductual*. Disponible en:

<http://posgrado.iztacala.unam.mx/mconductual/>

Reynoso-Erazo, L. (2014). Medicina Conductual: Introducción. En L. Reynoso y A. Becerra (Coords.), *Medicina Conductual: Teoría y Práctica* (11-26). Editorial Qartuppi.

<http://www.qartuppi.com/2014/MEDICINA.pdf>

Reynoso-Erazo, L., Hernández-Manjarrez, M., Bravo-González, M.C. y Anguiano-Serrano, S.A. (2011). Panorama de la residencia en Medicina Conductual de la UNAM. *Revista de Educación y Desarrollo*, 17, 43-49.

http://www.cucs.udg.mx/revistas/edu_desarrollo/anterioresdetalle.php?n=17

- Rodríguez, G. (2010). Desarrollo de la Medicina Conductual en México. *Revista Latinoamericana de Medicina Conductual*, 1(1), 5-12.
<https://www.redalyc.org/pdf/2830/283021975002.pdf>
- Rodríguez, Z., Rizo, R., Nazario, A., Mirabal, A. y García, M. (2018). Pase de visita docente asistencial: modalidad relevante de la educación en el trabajo de enseñanza médica superior. *Panorama: Cuba y Salud*, 13(1), 81-87.
<https://www.medigraphic.com/pdfs/cubaysalud/pcs-2018/pcs181m.pdf>
- Saldaña, C. (1984). *Alternativas conductuales a problemas de salud*. Anuario de Psicología [30/31]. Departamento de Psicología Experimental Universidad de Barcelona.
- Salgado, A., Gómez, M. A. y Yela, J. R. (2008). Detención del pensamiento e intención paradójica. En F. Labrador (Coord.), *Técnicas de Modificación de Conducta* (549-572). Editorial Pirámide.
- Schwartz, G.E. y Weiss, S.M. (1978). Yale Conference on Behavioral Medicine: a proposed definition and statement of goals. *Journal of Behavioral Medicine*, 1, 3-12.
<https://doi.org/10.1007/BF00846582>
- Senado de la República (2017). 14.3% de la población mexicana padece trastornos de ansiedad [579]. Recuperado de:
<http://comunicacion.senado.gob.mx/index.php/informacion/boletines/39699-14-3-de-la-poblacion-mexicana-padece-trastornos-de-ansiedad.html>
- Secretaría de Salud (2018). Guía de Práctica Clínica de Intervenciones de enfermería para la atención de adultos mayores con fractura de cadera. Guía de Evidencias y Recomendaciones. Recuperado de la página de internet del Centro Nacional de Excelencia

Tecnológica en Salud:

<http://www.cenetec.salud.gob.mx/contenidos/gpc/catalogoMaestroGPC.html#>

Secretaría de Salud. (2010). Guía de Práctica Clínica de Diagnóstico y Tratamiento de los Trastornos de Ansiedad en el Adulto. Recuperado de la página de internet del Centro Nacional de Excelencia Tecnológica en Salud:

<http://www.cenetec.salud.gob.mx/interior/gpc.html>

Spielberger, C., & Díaz, R. (2002). *Inventario de Ansiedad: Rasgo-Estado*. Editorial El Manual Moderno.

Truyols, M., Pérez, J., Medinas, M, Palmer, A. y Sesé, A. (2008). Aspectos psicológicos relevantes en el estudio y el tratamiento del dolor crónico. *Clínica y Salud*, 19(3), 295-320.

http://scielo.isciii.es/scielo.php?script=sci_arttext&pid=S1130-52742008000300003

Valenzuela, J., Barrera, J. y Ornelas, J. (2010). Ansiedad preoperatoria en procedimientos anestésicos. *Cirugía y Cirujanos*, 78 (2), 151-156.

http://www.asecma.org/Documentos/Articulos/06_20_2_OR_Moreno.pdf

Anexo 1

Breve Checklist de Afrontamiento

Instrucciones: A continuación, se enlista una serie de comportamientos, por favor indica si realizas alguno de éstos ante problemáticas relacionadas con tu salud.

	Ítems	Si	No
P	Busco en experiencias pasadas: ¿ya estuve así antes? ¿Qué hice?		
P	Busco soluciones extras al problema		
P	Consulto al doctor		
E	Espero que suceda un milagro		
P	Hago un plan de acción y trato de seguirlo		
E	Intento hallar consuelo en mi religión o creencias espirituales (rezo/medito)		
E	Me mantengo ocupado o duermo para no pensar en ello		
E	Me echo la culpa de lo que ha sucedido		
P	Procuró pensar qué voy a hacer o a decir		
E	Utilizo alcohol y otras drogas para hacerme sentir mejor		

Anexo 2

Escala de Ansiedad Preoperatoria y de Información de Ámsterdam (APAIS)

A continuación, encontrará una serie de afirmaciones; considerando que a mayor número implica que la situación le ocurre con mayor intensidad, es decir, que **1** significaría que dicha situación no le ocurre para **NADA** y **5** que le pasa **MUCHÍSIMO**. Por favor, lea con atención y señale con una **X** la puntuación que mejor describa su situación presente.

Ejemplo:

Me preocupa el futuro.

1	2	3	4	5
				X

En el ejemplo “Me preocupa el futuro” se puede observar la **X** en el número **5**, esto indica que le preocupa muchísimo el futuro actualmente. Tus respuestas son totalmente anónimas y confidenciales, recuerda que **DEBE RESPONDER COMO REALMENTE SE SIENTE y NO COMO LE GUSTARÍA SENTIRSE.**

	1	2	3	4	5
1. Estoy preocupado por la anestesia.					
2. La anestesia está en mi mente constantemente.					
3. Me gustaría saber lo más posible sobre la anestesia.					
4. Estoy preocupado sobre el procedimiento.					
5. El procedimiento está en mi mente constantemente.					
6. Me gustaría saber lo más posible sobre el procedimiento.					

Anexo 3

Cuestionario de conocimientos

A continuación se leerán una serie de preguntas con el objetivo de conocer el grado de información que usted tiene, es muy importante que conteste lo más honesto posible para poder brindarle una mejor atención, no hay respuestas correctas o incorrectas, únicamente conteste SI o NO, según tenga la información.

	SI	NO
1. ¿Conoces el nombre de tu diagnóstico médico?		
2. ¿Sabes qué quiere decir ese diagnóstico?		
3. ¿Tienes la información necesaria para comprender tu diagnóstico?		
4. ¿Sabes cuál es el tratamiento a seguir?		
5. ¿Te informaron si serás sometido a cirugía?		
6. ¿Sabes cómo se llevará a cabo la cirugía?		
7. ¿Crees tener la información necesaria para comprender todo el procedimiento de la cirugía?		
8. ¿Sabes qué tipo de anestesia será necesaria?		
9. ¿Conoces cómo se lleva a cabo la aplicación de ese tipo de anestesia?		
10. ¿Crees tener la información necesaria para comprender todo el procedimiento de anestesia?		

Anexo 4

Inventario de Ansiedad Estado y Rasgo (IDARE).

Lee cada frase y marca la que mejor describa cómo te sientes en estos momentos . (IDARE-E):					
1	Me siento calmado	1-No, nada	2-Un poco	3-Bastante	4-mucho
2	Me siento seguro	1-No, nada	2-Un poco	3-Bastante	4-mucho
3	Estoy tenso	1-No, nada	2-Un poco	3-Bastante	4-mucho
4	Estoy contrariado	1-No, nada	2-Un poco	3-Bastante	4-mucho
5	Me siento a gusto	1-No, nada	2-Un poco	3-Bastante	4-mucho
6	Me siento alterado	1-No, nada	2-Un poco	3-Bastante	4-mucho
7	Estoy preocupado actualmente por algún posible contratiempo	1-No, nada	2-Un poco	3-Bastante	4-mucho
8	Me siento descansado	1-No, nada	2-Un poco	3-Bastante	4-mucho
9	Me siento ansioso	1-No, nada	2-Un poco	3-Bastante	4-mucho
10	Me siento cómodo	1-No, nada	2-Un poco	3-Bastante	4-mucho
11	Me siento con confianza en mí mismo	1-No, nada	2-Un poco	3-Bastante	4-mucho
12	Me siento nervioso	1-No, nada	2-Un poco	3-Bastante	4-mucho
13	Estoy agitado	1-No, nada	2-Un poco	3-Bastante	4-mucho
14	Me siento "a punto de explotar"	1-No, nada	2-Un poco	3-Bastante	4-mucho
15	Me siento relajado	1-No, nada	2-Un poco	3-Bastante	4-mucho
16	Me siento satisfecho	1-No, nada	2-Un poco	3-Bastante	4-mucho
17	Estoy preocupado	1-No, nada	2-Un poco	3-Bastante	4-mucho
18	Me siento muy excitado y aturdido	1-No, nada	2-Un poco	3-Bastante	4-mucho
19	Me siento alegre	1-No, nada	2-Un poco	3-Bastante	4-mucho
20	Me siento bien	1-No, nada	2-Un poco	3-Bastante	4-mucho
Lee cada frase y marca la que mejor describa cómo te sientes de forma general, habitualmente . (IDARE-R):					
21	Me siento bien	1-Casi nunca	2-Algunas veces	3-Frecuentemente	4-Casi siempre
22	Me canso rápidamente	1-Casi nunca	2-Algunas veces	3-Frecuentemente	4-Casi siempre
23	Siento ganas de llorar	1-Casi nunca	2-Algunas veces	3-Frecuentemente	4-Casi siempre
24	Quisiera ser tan feliz como otras personas parecen ser	1-Casi nunca	2-Algunas veces	3-Frecuentemente	4-Casi siempre
25	Pierdo oportunidades por no poder decidirme rápidamente	1-Casi nunca	2-Algunas veces	3-Frecuentemente	4-Casi siempre
26	Me siento descansado	1-Casi nunca	2-Algunas veces	3-Frecuentemente	4-Casi siempre
27	Soy una persona tranquila, serena y sosegada	1-Casi nunca	2-Algunas veces	3-Frecuentemente	4-Casi siempre
28	Siento que las dificultades se me amontonan al punto de no poder superarlas	1-Casi nunca	2-Algunas veces	3-Frecuentemente	4-Casi siempre
29	Me preocupo demasiado por cosas sin importancia	1-Casi nunca	2-Algunas veces	3-Frecuentemente	4-Casi siempre
30	Soy feliz	1-Casi nunca	2-Algunas veces	3-Frecuentemente	4-Casi siempre
31	Me tomo las cosas muy a pecho	1-Casi nunca	2-Algunas veces	3-Frecuentemente	4-Casi siempre
32	Me falta confianza en mí mismo	1-Casi nunca	2-Algunas veces	3-Frecuentemente	4-Casi siempre
33	Me siento seguro	1-Casi nunca	2-Algunas veces	3-Frecuentemente	4-Casi siempre
34	Trato de evitar enfrentar una crisis o dificultad	1-Casi nunca	2-Algunas veces	3-Frecuentemente	4-Casi siempre
35	Me siento melancólico	1-Casi nunca	2-Algunas veces	3-Frecuentemente	4-Casi siempre
36	Me siento satisfecho	1-Casi nunca	2-Algunas veces	3-Frecuentemente	4-Casi siempre
37	Algunas ideas poco importantes pasan por mi mente	1-Casi nunca	2-Algunas veces	3-Frecuentemente	4-Casi siempre
38	Me afectan tanto los desengaños que no me los puedo quitar de la cabeza	1-Casi nunca	2-Algunas veces	3-Frecuentemente	4-Casi siempre
39	Soy una persona estable	1-Casi nunca	2-Algunas veces	3-Frecuentemente	4-Casi siempre
40	Cuando pienso en los asuntos que tengo entre manos me tenso y me altero	1-Casi nunca	2-Algunas veces	3-Frecuentemente	4-Casi siempre

Anexo 5

Hospital General de Atizapán “Dr. Salvador González Herrerón”.

Facultad de Estudios Superiores Iztacala.

Residencia en Medicina Conductual

Consentimiento informado.

Atizapán de Zaragoza, Estado de México a _____

Por medio de la presente, yo _____ acepto participar voluntariamente en el protocolo de investigación que lleva por nombre “Intervención cognitivo-conductual para el control de ansiedad prequirúrgica del servicio de cirugía”; trabajo realizado por la alumna de segundo año de la Residencia en Medicina Conductual de la Facultad de Estudios Superiores Iztacala-UNAM Lic. María Fernanda Abaroa Ramírez.

El objetivo del protocolo de investigación es reducir el nivel de ansiedad prequirúrgica en pacientes ortopédicos en espera de material y pacientes con colecistitis crónica litiásica más pancreatitis aguda de origen biliar candidatos a colecistectomía laparoscópica.

Me han informado que durante la intervención deberé realizar las siguientes actividades:

- a) Evaluar mi nivel de ansiedad y dolor a través de pruebas y escalas aplicadas por la investigadora.
- b) Practicar los ejercicios que forman parte de la intervención.
- c) Expresar mis dudas respecto a las actividades que realice durante la investigación.

Declaro conocer los objetivos de la investigación y me comprometo a colaborar en todo momento mientras se realice la intervención. Comprendo que los datos obtenidos de mi

participación son completamente confidenciales y únicamente serán usados con fines estadísticos.

Entiendo que mi participación es voluntaria por lo tanto en cualquier momento puedo retirarme de la investigación si así lo deseo, sin que esto represente represalias hacia mi persona o familiares, o afecte la calidad de la atención médica que recibo.

Atentamente.

Nombre del paciente. _____

Firma. _____

Nombre de testigo. _____

Firma. _____

Nombre de la investigadora. _____

Firma. _____

Anexo 6. Tríptico de rutina de hospitalización

Finalmente...

Para tu alta

Cuando te den la indicación de alta durante el pase de visita:

- ◆ Tendrás que esperar a que lleven a tu cama tu hoja de alta.
- ◆ Tu familiar debe acudir con el personal de enfermería que estuvo contigo, atiende sus instrucciones.
- ◆ Acude a trabajo social.
- ◆ Arreglate para salir y guarda todas tus pertenencias.
- ◆ Saca las citas en los servicios que te indicaron y surte tu receta.



NOTA:

Si eres paciente de ortopedia...

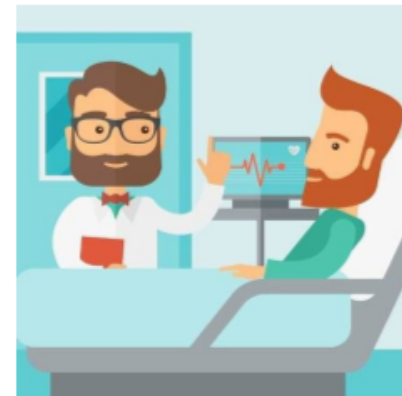
Consulta con tu médico tratante si el material que requieres puedes tramitarlo por medio de Seguro Popular y cuáles serían los pasos a seguir.



Universidad Nacional Autónoma de México
FESI
Residencia en Medicina Conductual
Elaboró: Lic. María Fernanda Abaroa



¿Qué necesito saber durante mi hospitalización?



Hospital General de Atizapán

Rutina del Hospital

Pase de visita



El día comienza con el pase de visita, éste es un recorrido que realiza el equipo del servicio (*personal médico, de enfermería, psicología, trabajo social y estudiantes*), cama por cama, donde se comenta la *evolución* de cada paciente, qué *tratamiento* está llevando y las *indicaciones* a seguir (estudios, cirugía, alta del servicio).

Se realizan tres pases de visita durante el día (uno por cada turno), en la mañana aproximadamente a las **8:00, a las 15:00 y a las 22:00 horas**.

¿Con quién puedo solicitar ayuda?

Con personal de **Enfermería**: cuando tengas dudas o molestias con tu canalización, necesites ayuda con tu higiene personal, para toma de medicamentos o cualquier malestar relacionado con tu padecimiento.

Con **Médicos Internos**: si la indicación de los médicos fueron curaciones diarias y aún no te la han realizado.

Con **Médicos Residentes**: si tienes molestias (dolor, inflamación, náuseas, diarrea, etc.)

Con **Médico Tratante**: si tienes dudas sobre tu evolución y tratamiento.

Con **Psicología**: si tu estado emocional se ve afectado o si después de hablar con tu médico aún tienes dudas.

Con **Trabajo Social**: si tienes dudas sobre pagos o trámites.



¿En qué horario podré ver a mis familiares?

Si tu estado actual te permite desplazarte por ti mismo y eres mayor de edad, los horarios de visita son de **10:00 a 13:00 y de 16:00 a 19:00 horas**.

Si tu condición es diferente, tu familiar puede acudir a la Jefatura del Servicio de Cirugía, mencionar tus particularidades y preguntar la *posibilidad de tramitar un pase de 24 horas*.



Horarios de comidas

Desayuno: 8:00 horas

Comida: 12:00 horas

Merienda: 18:00 horas

Colación (solo para diabéticos): 22:00 horas.

Anexo 7. Infografía de Ansiedad y cómo controlarla



HOSPITAL GENERAL DE ATIZAPÁN
RESIDENCIA EN MEDICINA CONDUCTUAL

¿Qué es la ansiedad y cómo puedo controlarla?

Control de la ansiedad preoperatoria

La ansiedad como un estado de activación +

Es un estado transitorio que se presenta cuando nos encontramos ante situaciones de peligro o amenaza.

Reacciones:

La ansiedad genera **reacciones emocionales** (angustia, miedo o preocupación), de **pensamientos** (consecuencias negativas); así como, **fisiológicas** (cambios en niveles de glucosa y presión arterial o taquicardias). Una cirugía puede ser percibida como una amenaza, por lo tanto, ser un generador de ansiedad.



Principales manifestaciones

- Aumento de la tensión muscular
- Mareos
- Sensación de "cabeza vacía"
- Sudoración
- Palpitaciones
- Entumecimiento u hormigueo
- Temblor
- Molestias digestivas
- Aumento de la frecuencia y urgencias urinarias
- Diarrea
- Intranquilidad
- Nerviosismo
- Preocupación excesiva y desproporcionada
- Miedos irracionales
- Ideas catastróficas
- Deseo de huir
- Temor a perder la razón y el control
- Sensación de muerte inminente

¿Cómo puedo controlarla?

Uno de los **antídotos** más eficaces contra la **ansiedad**, es el control de la respiración. La **activación** provoca una **respiración más rápida**, por lo tanto, una mala oxigenación, mayor trabajo cardiovascular y aumento en la sensación de tensión. **Una respiración lenta y regular, facilitará** la oxigenación, menor trabajo cardiovascular y **reducción de la activación**



Objetivo:

Aprender un adecuado control de la respiración, que pueda aplicarse en situaciones problemáticas generadoras de ansiedad o estrés.

¡A practicar!

Una forma en la cual podemos hacerlo es la siguiente:

*Inhala por la nariz mientras cuentas hasta 3



* Mantén el aire contando hasta 2



* Exhala mientras cuentas hasta 3



* Repite el ciclo al menos dos o 3 minutos.



Hospital General de Atizapán
Residencia en Medicina Conductual

Detención de Pensamientos

STOP



Lista 2

Realiza lista de pensamientos alternativos (los que van a sustituir a los pensamientos repetitivos).



En marcha

Pronuncia un pensamiento intrusivo, grita "alto" y sustituye por un pensamiento alternativo.



Lista 1

Realiza lista de pensamientos intrusivos (aparecen de repente, en diferentes partes del día, una y otra vez).



Detención

Elige una palabra para parar los pensamientos intrusivos (Lista 1).



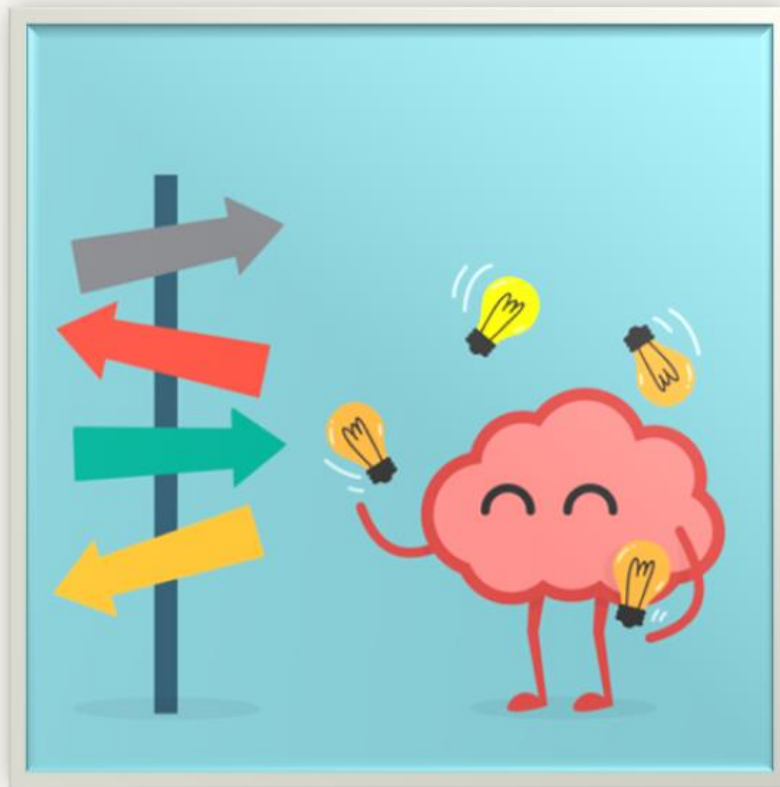
Relajación

Practica la detención de pensamiento, con pensamiento alternativo y relajación.

SALGADO, A., GÓMEZ, M. A. & YELA, J. R. (2008). DETENCIÓN DEL PENSAMIENTO E INTENCIÓN PARADÓJICA. EN F. LABRADOR (COORD.), TÉCNICAS DE MODIFICACIÓN DE CONDUCTA (549-572). MADRID: PIRÁMIDE.

ELABORÓ: LIC. EN PSIC. ABAROA RAMÍREZ MARÍA FERNANDA

MANUAL DE SOLUCIÓN DE PROBLEMAS



Adaptado de: Mtro. Leonardo Reynoso Erazo, Lic. Eva Ángel Toledo, Psic. Diana M. Olivares Solorio, Psic. Alethia Muñoz Villagran y Psic. Nayeli Hernández Zamudi

¿Qué es un problema?

Un problema es una situación que causa malestar porque no encontramos la solución adecuada o eficaz; es decir, el problema consiste en NO tener la respuesta que necesitamos ante una situación determinada, por eso nos preocupamos.



Ante un problema tienes que buscar **la mejor solución**, pero sobre todo **que funcione**.



Si hablamos de soluciones, **no existe una solución única, perfecta e ideal para cada situación que se nos presente en la vida**.

La solución que escojamos tiene **ventajas y desventajas**, la clave está en aprender a **valorar todas las alternativas** para que elijas la que suponga que es la mejor.

¿COMO RESOLVER PROBLEMAS?

Para resolver problemas lo más importante es recordar que ésta es una habilidad que se aprende, por ello es importante recordar que resolver un problema es cuestión de método y disciplina. Lo primero que tenemos que hacer es **identificar el problema**.

Realicemos el siguiente ejercicio:

Piensa en las situaciones que consideras como problemáticas. De las que hayas pensado, elige la que creas que no tiene una solución y anótala en el siguiente cuadro. Trata de ser claro y preciso al especificar cuál es el problema y por qué es un problema.

Para ayudarte un poco más, al pensar en el problema, trata de responder a las siguientes preguntas:

¿Qué ocurre?

¿Qué me hace sentir mal?

¿Quiénes están involucrados?

¿Dónde ocurre?

¿Cuándo ocurre?

¿Cómo ocurre?

¿Qué hacen o dejan de hacer las personas involucradas?

¿Por qué ocurre?

Piensa también en ti y tus acciones ante el problema:

¿Qué hago yo ante lo que está sucediendo?

¿Dónde lo hago?

¿Por qué lo hago?

¿Qué pienso y qué siento?

Anota entonces:

¿Cuál es el problema?

¿Por qué es un problema?

Ante este problema, necesitamos encontrar soluciones. ¿Cómo hacerlo?

Haz una lista de las posibles soluciones. Para hacer la lista, que no te de pena anotar CUALQUIER SOLUCION. Lo importante en este momento es TENER MUCHAS POSIBLES SOLUCIONES.

Anota las posibles soluciones en el siguiente cuadro:

Las posibles soluciones son:

1

2

3

4

5

6

7

8

9

De la lista que acabas de realizar, el siguiente paso es que tienes que pensar en las ventajas y desventajas de cada solución, si escogieras algunas de las posibles soluciones.

En el siguiente cuadro, anota los pros y los contras que hayas encontrado.

	Ventajas	Desventajas
1		
2		
3		
4		
5		
6		
7		
8		
9		

En este momento te encuentras en la posibilidad de escoger una de las soluciones al problema.

¿Cuál vas a escoger?

Para elegir la solución, puedes valorar los pros y los contras de cada una de sus posibles soluciones. Y recuerda: **NO HAY SOLUCIÓN PERFECTA**, pero debes valorar las posibilidades de cada una de sus alternativas, imaginando:

¿Qué pasaría si escogiera la solución 1 o la 2 o la 3?

Y así sucesivamente

Al revisar todas tus alternativas, estás en posibilidades de elegir la solución.



Para elegir, ordena las alternativas, numerándolas; es decir, puedes decidir que una alternativa es mejor que otra y puedes ordenarlas de acuerdo con esto. Recuerda que la solución que elijas es LA MEJOR PARA TI, después de haber valorado cuidadosamente cada una de las posibles alternativas que tenías.

Mis solución elegida es:

Para llevar a cabo la solución, piensa:

¿Cómo podría hacerlo?

Mi plan sería:

¿Quiénes están involucrados?

¿Qué tendría que hacer primero?

¿Y después?

Entonces...

Ya que escogiste, tendremos que probar:

¿Funcionó?

¿Las cosas salieron como lo pensaste?

Y si no funcionó: ¿qué pasó?

Recuerda también que podemos equivocarnos al escoger la solución, pero que tenemos más alternativas que habíamos escrito y podemos utilizar otra.



Anexo 10. Autorregistro de Eva's (ansiedad y dolor)

Marca con una "X" el número que sientes en este momento de Ansiedad y Dolor (donde 0 es sin ansiedad/dolor y 10 ansiedad/dolor extremo)

ANSIEDAD

DOLOR

0	1	2	3	4	5	6	7	8	9	10	0	1	2	3	4	5	6	7	8	9	10	
Sin ansiedad											Sin Dolor											
Sin ansiedad											Poco Dolor											
Sin ansiedad											Dolor Moderado											
Sin ansiedad											Dolor Fuerte											
Sin ansiedad											Dolor Muy Fuerte											
Sin ansiedad											Dolor Extremo											
Sin ansiedad											Sin Dolor											
Sin ansiedad											Poco Dolor											
Sin ansiedad											Dolor Moderado											
Sin ansiedad											Dolor Fuerte											
Sin ansiedad											Dolor Muy Fuerte											
Sin ansiedad											Dolor Extremo											
Sin ansiedad											Sin Dolor											
Sin ansiedad											Poco Dolor											
Sin ansiedad											Dolor Moderado											
Sin ansiedad											Dolor Fuerte											
Sin ansiedad											Dolor Muy Fuerte											
Sin ansiedad											Dolor Extremo											

Registro de Ansiedad Final

0	1	2	3	4	5	6	7	8	9	10
Sin ansiedad										Ansiedad extrema

0	1	2	3	4	5	6	7	8	9	10
Sin ansiedad										Ansiedad extrema

0	1	2	3	4	5	6	7	8	9	10
Sin ansiedad										Ansiedad extrema

0	1	2	3	4	5	6	7	8	9	10
Sin ansiedad										Ansiedad extrema

0	1	2	3	4	5	6	7	8	9	10
Sin ansiedad										Ansiedad extrema

Anexo 11

Registro de seguimiento para cada paciente

Fecha: _____

Nombre del paciente: _____

Escalas Diagnósticas

Puntuación APAIS	Puntuación Checklist Afrontamiento
Interpretación	Interpretación

Escalas para cumplimiento de objetivos

Ansiedad						
	IDARE		Cuestionario de conocimientos			
Puntuación PRE						
Puntuación POST						
	Sesión 1		Sesión 2		Sesión 3	
	Inicial	Final	Inicial	Final	Inicial	Final
Frecuencia cardíaca						
Saturación de oxígeno						
AVA Ansiedad						
Dolor						
	Sesión 1		Sesión 2		Sesión 3	
EVA Dolor (Pre-intervención Qx)						
EVA Dolor Post-intervención Qx						
Seguimientos						
	Seguimiento 1		Seguimiento 2		Seguimiento 3	
	Inicial	Final	Inicial	Final	Inicial	Final
Frecuencia cardíaca						
Saturación de oxígeno						
AVA Ansiedad						
	Seguimiento 1		Seguimiento 2		Seguimiento 3	
EVA Dolor (Pre-intervención Qx)						
EVA Dolor Post-intervención Qx						

Cambio conductual

	Sesión 1	Sesión 2	Sesión 3	Total
Criterios de cambio cumplidos				

Anexo 11. Cartas descriptivas

SESIÓN 1. Duración: 1 hora y 20 minutos aproximado.							
Pre-Test							
Objetivo particular		Procedimiento			Criterio de elección		
Evaluar presencia y nivel de ansiedad preoperatoria. 15 minutos		Se explicará el objetivo de la presente investigación, se comenzará con la aplicación del instrumento IDARE y APAIS, aquellos pacientes que presenten ansiedad y estén interesados en participar se les dará a firmar el formato de consentimiento. Posteriormente se aplicará el Breve Checklist de Afrontamiento y el Cuestionario de Conocimiento sobre la enfermedad, anestesia y cirugía. Se calificarán los instrumentos y se brindará la retroalimentación referente a evaluación.			Se seleccionarán a aquellos pacientes que presenten algún grado de ansiedad preoperatoria.		
Intervención							
Objetivo particular	Técnica / duración	Actividades		Tareas	Criterio de cambio	Técnicas de evaluación	Materiales
		Terapeuta	Paciente				
El paciente será capaz de sintetizar información sobre su diagnóstico y tratamiento médico.	Psicoeducación 35 minutos	Tomar medidas fisiológicas dejando dos minutos de adaptación al instrumento. Exponer definición de ansiedad, entrenar en llenado de autorregistros de EVA (inicial) de ansiedad. Explicar rutina de hospitalización, afección médica, cirugía y anestesia.	Generar preguntas que favorezcan la comprensión del tema. Escucha activa.		Que el paciente explique correctamente las características de su problemática y llene de manera adecuada el registro.	Retroalimentación verbal. EVA (inicial) de ansiedad Llenado de autorregistro.	Oxímetro, autorregistro, folleto de rutina de hospitalización, video de cirugía y anestesia.
El paciente será capaz de describir cualquier problemática presente.	Solución de Problemas 25 minutos	Exponer objetivos de la técnica de Solución de Problemas y relacionarla con sintomatología de ansiedad, guiar al paciente para llegar a la definición del problema. Solicitar como tarea una lista de posibles soluciones recalando que registre todas las alternativas que se le ocurran, sin tomar en cuenta si pudieran emplearse o no.	Escucha activa. Mencionar una problemática que perciba que puede estar influyendo en sus niveles de ansiedad. Analizar si la problemática pudiese tener solución. Dar respuesta a las preguntas qué, por qué, cómo, dónde, quién y cuándo en referencia a su problemática.	Realizar una lista de posibles soluciones	Que el paciente explique correctamente el objetivo de la técnica de Solución de Problemas y exponga la definición de su problema.	Retroalimentación verbal	Manual
El paciente calificará su nivel de ansiedad por medio de autorregistros.	Evaluación 2 minutos	Tomar medidas fisiológicas dejando dos minutos de adaptación al instrumento. Solicitar EVA (final) de ansiedad y EVA de dolor.	Registro de EVA de ansiedad y EVA de dolor.		Que el paciente marque correctamente EVAs.	EVA (final) de ansiedad EVA dolor	Oxímetro, autorregistro.

SESIÓN 2. Duración: 1 hora y 5 minutos aproximado.

Intervención							
Objetivo particular	Técnica / duración	Actividades		Tareas	Criterio de cambio	Técnicas de evaluación	Materiales
		Terapeuta	Paciente				
El paciente será capaz de indicar síntomas de ansiedad.	Psicoeducación 5 minutos	Tomar medidas fisiológicas dejando dos minutos de adaptación al instrumento. Solicitar EVA (inicial) de ansiedad. Exponer sintomatología de ansiedad, a través de una infografía.	Generar preguntas que favorezcan la comprensión del tema. Escucha activa. Contestar los autorregistros.		Que el paciente enliste mínimo 5 síntomas de ansiedad.	Retroalimentación verbal. EVA (inicial) de ansiedad Llenado de autorregistro.	Oxímetro, autorregistro e infografía
El paciente practicará respiración rítmica	Respiración rítmica 10 minutos	Explicar la técnica y su finalidad, a través del modelado y ensayos conductuales de la misma. Enseñar al usuario a respirar de una manera adecuada.	Escucha activa. Seguir instrucciones sobre la ejecución de la técnica. Participación en los ensayos conductuales.	Practicar 5 minutos por la mañana y 5 minutos por la noche	Que el paciente lleve a cabo la técnica sin guía del terapeuta.	Realización de los ensayos conductuales de la técnica.	
El paciente podrá manejar/manipular pensamientos rumiativos.	Detención del pensamiento 25 minutos	Explicar la técnica y su finalidad. Entrenar al paciente en cada uno de los pasos de la técnica a través de modelado y ensayos conductuales.	Escucha activa. Seguir instrucciones del terapeuta. Participar en los ensayos conductuales.	Practicar en caso de presencia de pensamientos intrusivos.	Aplicar al menos en una ocasión durante el día.	Realización de los ensayos conductuales de la técnica.	Infografía
El paciente concluirá cuál es la solución más viable.	Solución de Problemas 20 minutos	Revisar lista de posibles soluciones, realizar Pros y Contras de cada solución, haciendo visual para el paciente beneficios, favoreciendo la elección de alternativa.	Escucha activa. Seguir instrucciones del terapeuta. Mencionar pros y contras de cada posible solución. Seleccionar aquella con mayores beneficios y menores costos.	Identificar con quién, dónde y cómo podría ser la planeación.	Que el paciente mencione al menos un beneficio y un costo de cada opción.	Retroalimentación verbal	Manual
El paciente calificará su nivel de ansiedad por medio de autorregistros.	Evaluación 2 minutos	Tomar medidas fisiológicas dejando dos minutos de adaptación al instrumento. Solicitar EVA (final) de ansiedad y EVA de dolor.	Registro de EVA de ansiedad y EVA de dolor.		Que el paciente marque correctamente EVAs.	EVA (final) de ansiedad EVA dolor	Oxímetro, autorregistro

SESIÓN 3. Duración: 1 hora aproximado.

Intervención							
Objetivo particular	Técnica / duración	Actividades		Tareas	Criterio de cambio	Técnicas de evaluación	Materiales
		Terapeuta	Paciente				
El paciente ejemplificará cada técnica revisada	Retroalimentación de técnicas 20 minutos	Tomar medidas fisiológicas dejando dos minutos de adaptación al instrumento. Solicitar EVA (inicial) de ansiedad. Solicitar al paciente realizar las técnicas de respiración y detención del pensamiento por medio de ensayos conductuales. Brindar retroalimentación.	Contestar autorregistro. Escucha activa. Seguir instrucciones del terapeuta. Participar en los ensayos conductuales.		Que el paciente sea capaz practicar sin indicaciones del terapeuta.	EVA (inicial) de ansiedad Llenado de autorregistro Realización de los ensayos conductuales	Oxímetro, autorregistro.
El paciente será capaz de identificar los elementos necesarios para elaborar un plan.	Solución de Problemas 20 minutos	Revisar especificaciones para estructurar plan. Elaborar plan a seguir, así como un plan alternativo. Revisar últimos pasos de la técnica (revisar resultados, identificar áreas de oportunidad)	Escucha activa. Seguir instrucciones del terapeuta. Cooperar activamente en la construcción del plan y plan alternativo.	Practicar en diferentes contextos.	Que el paciente describa con quién, dónde y cómo podría llevar a cabo el plan	Retroalimentación verbal.	Manual
El paciente calificará su nivel de ansiedad por medio de autorregistros.	Evaluación 2 minutos.	Tomar medidas fisiológicas dejando dos minutos de adaptación al instrumento. Solicitar EVA (final) de ansiedad y EVA de dolor.	Registro de EVA de ansiedad y EVA de dolor.		Que el paciente marque correctamente EVAs.	EVA (final) de ansiedad EVA dolor	Autorregistro
Post-Test							
Objetivo particular	Procedimiento			Criterio de cambio			
Evaluar presencia y nivel de ansiedad preoperatoria. 10 minutos.	Se llevará a cabo la aplicación nuevamente del instrumento IDARE (estado) y el Cuestionario de Conocimiento sobre la enfermedad, anestesia y cirugía.			El paciente será capaz de explicar su padecimiento, el tipo de cirugía y anestesia al que será sometido.			
	Se tomarán en cuenta los doce criterios de cambio establecidos en el protocolo.			El mínimo de criterios necesarios para establecer un cambio conductual es con 8 de los 12 criterios.			