



# Universidad Nacional Autónoma de México

Facultad de Estudios Superiores Iztacala  
Sistema de Universidad Abierta y Educación a Distancia

---

## Manuscrito Recepcional

Programa de Profundización en Psicología de la Salud

**Título:**

“Protocolo de intervención en  
Adiestramiento en Inoculación del Estrés  
en pacientes programados para Cirugía Electiva”

Reporte de Investigación Empírica.

**QUE PARA OBTENER EL TÍTULO DE:**

**LICENCIADA EN PSICOLOGÍA**

P R E S E N T A:

Laura Citlalin Tello Musi.

**Director:** Dr. David Javier Enríquez Negrete.

**Vocal:** Lic. Blanca Delia Arias García.

**Secretario:** Lic. María Arantxa Elizarrarás Ríos.

**Suplente 1:** Lic. Intí Sofía Echevarría López.

**Suplente 2:** Dra. Consuelo Rubí Rosales Piña.



Los Reyes Iztacala Tlalnepantla, Estado de México.

*Diciembre 2019.*



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.

### **Dedicatoria:**

A mis padres Luis y Yesmin (q.e.p.d) quienes siempre nos enseñaron a dirigirnos con los más altos estándares de ética y compromiso en nuestra vida diaria, valores que nos acompañan siempre como legado perenne. Madre: *Amicitiae nostrae memoriam spero sempiternam fore.*

A mi hijo Omar Yamil, espero que en tu recorrido por las Ciencias de la Salud siempre tengas presente que el amor por el prójimo debe prevalecer como un compromiso ineludible, aún cuando la fuerza disminuye. Empatía, ética y respeto, al punto que se conviertan en significado de tu nombre.

A mis hermanos Yolanda, Yesmin, Luis, Ana y Griselda, su compañía, solidaridad y ejemplo me hizo sentir la presencia de mis padres en todo momento. Este trabajo tiene mucho de ustedes, de su confianza, su apoyo y su amor. A mis sobrinos: Luis, Jessica, Mario, Yesmin, Carlos, Karyme, Yetzareth, Gabriel, Eduardo y Gibrán quienes también formaron parte de este proceso formativo y me apoyaron siempre. A mis cuñados: Paloma, Eduardo y Rafael por su apoyo de hermanos.

A todos los pacientes en espera de cirugía que me recibieron con una sonrisa y me enseñaron la importancia de sentirse acompañados en un momento vulnerable. Este trabajo es por y para ustedes.

### **Agradecimientos:**

A mi director de manuscrito y maestro Dr. David Javier Enríquez Negrete: sin usted, esto no hubiera sido posible. Gracias por asir este proyecto como propio, por su tutoría tan paciente, por todas las revisiones que me llegaron a mi correo en la madrugada cuidando cada detalle, por su flexibilidad, compromiso y acompañamiento como director y maestro. Gracias siempre.

A todos mis maestros: ustedes, todos, han sido sin duda la mejor parte de mi formación. Gracias a mis sinodales por su acompañamiento y por formar parte de este proyecto.

A todas las personas que participaron en las investigaciones que realicé a lo largo de mi formación: gracias por permitirme conocer sus historias y aprender de sus emociones, gracias por enseñarme día a día a amar más la Psicología, entendiendo su grandeza y compromiso.

A mis jefas y hermanas: Ana y Griselda, por su apoyo incondicional, por su motivación y paciencia.

A las autoridades de las áreas de: Salud Mental, Cirugía Programada y Admisión Hospitalaria del Hospital Juárez: gracias por permitirme trabajar en la Institución, brindándome facilidades y apoyo para que este trabajo pudiera realizarse. Gracias por su supervisión, confianza e interés en la investigación a: Dra. Michelle Carlier Kuri y Mtra. Cintia Tamara Sánchez Cervantes.

# Índice.

<b>ÍNDICE.</b>	<b>3</b>
<b>ÍNDICE DE FIGURAS.</b>	<b>5</b>
<b>ÍNDICE DE TABLAS.</b>	<b>5</b>
<b>RESUMEN</b>	<b>7</b>
<b>ABSTRACT</b>	<b>8</b>
<b>INTRODUCCIÓN.</b>	<b>9</b>
<b>CAPÍTULO 1.</b>	<b>11</b>
<b>1. MARCO TEÓRICO.</b>	<b>11</b>
1.1 CONCEPTUALIZACIÓN DEL ESTRÉS.	11
1.2 DEFINICIONES PRINCIPALES EXPOSITORES.	13
1.3 EL ESTRÉS DESDE UNA PERSPECTIVA TRANSACCIONAL.	16
1.4 VARIABLES PSICOFISIOLÓGICAS DEL ESTRÉS.	18
<b>CAPÍTULO 2.</b>	<b>20</b>
<b>2. ADIESTRAMIENTO EN INOCULACIÓN DEL ESTRÉS.</b>	<b>20</b>
2.1 HISTORIA Y FUNDAMENTO TEÓRICO.	20
2.2 EL AFRONTAMIENTO.	22
2.3 FASES DE LA INTERVENCIÓN.	23
2.3.1 FASE 1. CONCEPTUALIZACIÓN.	25
2.3.2 OBJETIVOS FASE 1.	25
2.3.4 FASE 2. ADQUISICIÓN DE HABILIDADES Y ENSAYO.	27
2.3.5 OBJETIVOS FASE 2.	28
2.3.6 FASE 3. APLICACIÓN Y CONSOLIDACIÓN.	29
2.3.7 OBJETIVOS FASE 3.	29
<b>CAPÍTULO 3.</b>	<b>31</b>
<b>3. PLANTEAMIENTO DEL PROBLEMA.</b>	<b>31</b>
3.1 ESTRÉS PREQUIRÚRGICO.	33
3.1.2 APLICACIÓN DEL AIE EN INSTITUCIONES SANITARIAS.	38
<b>3.2 JUSTIFICACIÓN.</b>	<b>41</b>
3.2.1 LOS EFECTOS DEL ESTRÉS EN LOS SISTEMAS DEL CUERPO.	41
3.2.2 ESTRÉS Y CALIDAD DE VIDA.	44
3.2.3 RESPUESTAS ADAPTATIVAS ANTE EL EVENTO QUIRÚRGICO.	45
<b>3.3 PREGUNTA DE INVESTIGACIÓN.</b>	<b>46</b>
<b>3.4 OBJETIVOS.</b>	<b>47</b>
3.4.1 OBJETIVO GENERAL.	47
3.4.2 OBJETIVOS ESPECÍFICOS.	47
<b>3.5 HIPÓTESIS.</b>	<b>47</b>

<b>CAPÍTULO 4.</b>	<b>48</b>
<b>4. METODOLOGÍA.</b>	<b>48</b>
4.1 POBLACIÓN UNIVERSO.	48
4.1.2 SELECCIÓN DE LA MUESTRA.	49
4.1.3 ESTIMACIÓN DEL TAMAÑO DE LA MUESTRA.	49
<b>4.2 CRITERIOS DE INCLUSIÓN Y EXCLUSIÓN DE LA MUESTRA.</b>	<b>50</b>
4.2.1 CRITERIOS DE INCLUSIÓN.	50
4.2.2 CRITERIOS DE EXCLUSIÓN.	50
4.3 PARTICIPANTES.	50
4.3.1 PERFIL SOCIODEMOGRÁFICO.	50
4.4 TIPO DE ESTUDIO.	54
4.5 DISEÑO DE LA INVESTIGACIÓN.	55
4.6 VARIABLES.	55
4.7 INSTRUMENTOS.	55
4.8 PROCEDIMIENTO.	56
4.8.1 CONDICIONES ÉTICAS PARA EL ESTUDIO.	58
4.9 ANÁLISIS DE RESULTADOS.	58
<b>CAPÍTULO 5.</b>	<b>59</b>
<b>5. RESULTADOS.</b>	<b>59</b>
5.1 ANÁLISIS ESTADÍSTICOS.	59
5.2 ANÁLISIS CUALITATIVO.	62
<b>CAPÍTULO 6.</b>	<b>67</b>
<b>6. DISCUSIÓN</b>	<b>67</b>
<b>REFERENCIAS.</b>	<b>75</b>
<b>APÉNDICES.</b>	<b>89</b>
APÉNDICE A: INSTRUMENTOS.	89
APÉNDICE B: VARIABLE INDEPENDIENTE.	90
APÉNDICE C: DOCUMENTOS PARA LA SESIÓN.	98
APÉNDICE D: GLOSARIO DE TÉRMINOS.	105
APÉNDICE E: DOCUMENTOS DE LA SESIÓN.	119
APÉNDICE F: REPORTES DE CADA SESIÓN.	143

## **ÍNDICE DE FIGURAS:**

---

FIGURA 1: SÍNDROME GENERAL DE ADAPTACIÓN.	12
FIGURA 2: VARIABLES DE ESTRÉS DESDE UNA PERSPECTIVA TRANSACCIONAL.	17
FIGURA 3: FASES DEL AIE.	24
FIGURA 4: PROCESO DE ESTRÉS HOSPITALARIO.	36
FIGURA 5: RESPUESTAS DE ESTRÉS EN 4 ÁREAS.	45
FIGURA 6: RELACIÓN DE CIRUGÍAS PROGRAMADAS HOSPITAL JUÁREZ.	48
FIGURA 7: RESULTADOS POR PACIENTE DE LA ESCALA DE ESTRÉS PREQUIRÚRGICO.	60
FIGURA 8: ESFIGMOMANÓMETRO DIGITAL.	96

## **ÍNDICE DE TABLAS:**

---

TABLA 1: OBJETIVOS FASE 1.	25
TABLA 2: OBJETIVOS FASE 2.	28
TABLA 3: PROBLEMÁTICAS, INTERVENCIÓN Y OBJETIVOS DE ESTRATEGIAS.	29
TABLA 4: OBJETIVOS FASE 3.	29
TABLA 5: VARIABLES SOCIODEMOGRÁFICAS.	51
TABLA 6: DISTRIBUCIÓN POR DIAGNÓSTICO/ EXPERIENCIAS PREVIAS.	53
TABLA 7: ANTECEDENTES FISIOLÓGICOS.	53
TABLA 8: PROMEDIO GRUPO/ ESTRÉS INICIAL.	59
TABLA 9: VARIABLES FISIOLÓGICAS PRE Y POST TRATAMIENTO.	61
TABLA10: ANOVA DE MEDIDAS REPETIDAS.	61
TABLA11: INSTRUMENTO “ESCALA DE ESTRÉS PREQUIRÚRGICO”.	89
TABLA12: PROCEDIMIENTO DURANTE LA INTERVENCIÓN BASADA EN AIE.	90

*“El Adiestramiento en Inoculación de Estrés (AIE) refleja un plan premeditado, con un fundamento subyacente plausible... presenta una gama de estrategias entre las que pueden seleccionarse las más atractivas y eficaces. De esta manera el paciente puede actuar como colaborador, ayudando a generar una estrategia de afrontamiento a la medida del individuo, adaptada a sus propias necesidades y experiencias” (Kendall & Bemis 1983, citado por Meichenbaum, 1987 p.2)*

## Resumen

El objetivo del presente estudio fue evaluar la efectividad de una intervención psicológica basada en el AIE para reducir estrés en pacientes prequirúrgicos candidatos a cirugía electiva. Este es un estudio con diseño pre-experimental de sesión única, *pretest-postest* de un grupo. La muestra se conformó con 7 participantes, con edades entre 40 a 78 años. Para medir estrés inicial se utilizaron los siete primeros ítems de la Escala de Estrés Prequirúrgico y un octavo reactivo, que fungió como indicador, para la evaluación longitudinal de percepción de estrés; además de la medición de variables psicofisiológicas antes y después de la intervención. Los resultados fueron analizados a través de una prueba de ANOVA con modelo lineal general de medidas repetidas para determinar la varianza explicada del protocolo de intervención sobre las variables dependientes del estudio. Asimismo, se estimó una prueba no paramétrica para contrastar los resultados en las variables dependientes en dos momentos diferentes: la pre y post evaluación. Los resultados mostraron variaciones estadísticamente significativas en la varianza del estrés de cada participante y de manera global. Se discuten los resultados en términos de la efectividad del protocolo de intervención y del papel del AIE en pacientes prequirúrgicos; así como algunas consideraciones metodológicas en torno al estudio.

*Palabras clave:* Adiestramiento en Inoculación del Estrés, Estrés Prequirúrgico, Cirugía Electiva, TCC.



## **Abstract**

The aim of the present study was to evaluate the effectiveness of a psychological intervention based on the SIT (Stress Inoculation Training) to reduce stress in presurgical patients candidates of an elective surgery. This is a study with pre-experimental design of a single session, pretest-posttest of a group. The sample consisted on 7 participants, aged 40 to 78 years. To measure the initial stress, were used the first seven elements of the Perceived Stress Scale and an eighth reagent, which functioned as an indicator, for the longitudinal evaluation of stress perception; in addition, psychophysiological measures were taken before and after the intervention. The results were analyzed through an ANOVA test with a general linear model of repeated measures to determinate the explained variance of the protocol intervention about the study dependent variables. Likewise, a non-parametric test was estimated to compare the results in the dependent variables at two different times: pre and post evaluation. The results showed statistically significant variations in the variance of stress of each participant and globally. The results are discussed in terms of the effectiveness about the protocol intervention and the role of the SIT in presurgical patients; as well as some methodological considerations around the study.

*Keywords:* Training in Stress Inoculation, Presurgical Stress, Elective Surgery, CBT.

## **Introducción.**

Cuando el equipo médico tratante determina que un paciente es candidato a intervención quirúrgica, se llevan a cabo diferentes procedimientos de revisiones que evalúan que su estado de salud física cumpla con las características adecuadas para ingresar a quirófano. Esto puede variar dependiendo de cada riesgo; sin embargo, de forma general, los candidatos a cirugía electiva transitan por un camino complejo de revisiones, exámenes de laboratorio, entrevistas y preparativos, para que las células médicas tengan una adecuada valoración de su estado, con el propósito de ratificar que su condición física es apta, dar algunas recomendaciones y determinar si la cirugía es pertinente. Todo este proceso va focalizado a disminuir los peligros que pudieran amenazar la condición vital de las personas (*cf.* Nazar, Bastidas, & Lema, 2014; Rincón & Escobar, 2015).

A este respecto, se considera importante para la salud integral de los pacientes, y para el éxito tanto del procedimiento como de la recuperación, que como parte de los protocolos que enmarcan los procesos sistematizados de revisión se incluya una valoración psicológica. Lo anterior debido a que los pacientes son proclives a estados de estrés exacerbado previo, durante y posterior al evento, provocando que movilicen recursos emocionales en excedente para responder a la sobre exposición a estresores propios del contexto; todo esto puede incidir de forma directa en el preoperatorio, en el postoperatorio y en su recuperación en casa (*cf.* Carapia, Mejía, Nacif, & Hernández, 2011).

Con base a lo citado con antelación, existe una propuesta de intervención psicológica centrada en las personas que se adapta bien al ambiente hospitalario: el Adiestramiento en Inoculación del Estrés (AIE) es una estrategia terapéutica multifacética, que representa un modelo flexible que se adecúa a necesidades particulares, teniendo beneficios consistentes

debido a que no es una técnica de relajación más como muchas existentes respecto al manejo del estrés, que si bien tienen la bondad de ser intervenciones breves que cumplen suficientemente con algunos objetivos, y son útiles en atención primaria (como en intervenciones en crisis), estas suelen ser limitantes a largo plazo por abordar al paciente de forma somera ya que son estandarizadas; a diferencia del AIE que es un procedimiento que considera también las variables del entorno (*cf.* Meichenbaum, Fibla, & Toro, 1987).

Bajo esta misma línea que analiza todo el contexto, el AIE es un modelo conceptual que considera: la conducta, la cognición y las emociones, para desarrollar mejores estilos de afrontamiento; lo mismo si la intervención es a mayor profundidad, que en revisiones breves para aquellos pacientes que serán sometidos a procesos quirúrgicos, dentales o médicos. La teoría se fundamenta en el proceso transaccional del estrés y se conjuga con una amplia gama de estrategias que proporcionan al individuo una mejor adaptación a largo plazo, puesto que se consideran todos los aspectos fundamentales del estrés desde su conceptualización, hasta la prevención de recaídas (Meichenbaum, et.al., 1987).

De esta forma, con la presente investigación empírica, se buscó probar la efectividad de una intervención breve basada en el modelo conceptual del AIE en una población de pacientes en condición preoperatoria, para acompañarlos a desarrollar estrategias de afrontamiento funcionales ante el estrés del evento; tomando como base sus experiencias previas, la percepción subjetiva y severidad percibida respecto a la cirugía, además de la toma de medidas psicofisiológicas, que sirvieron para contrastar los resultados y evaluar la eficacia de la intervención. La relevancia de realizar el presente estudio fue, prioritariamente, incidir directamente en el estrés preoperatorio, buscando el bienestar psicológico y físico de los pacientes, para una mejor experiencia respecto a su cirugía.

# Capítulo 1.

## 1. Marco teórico.

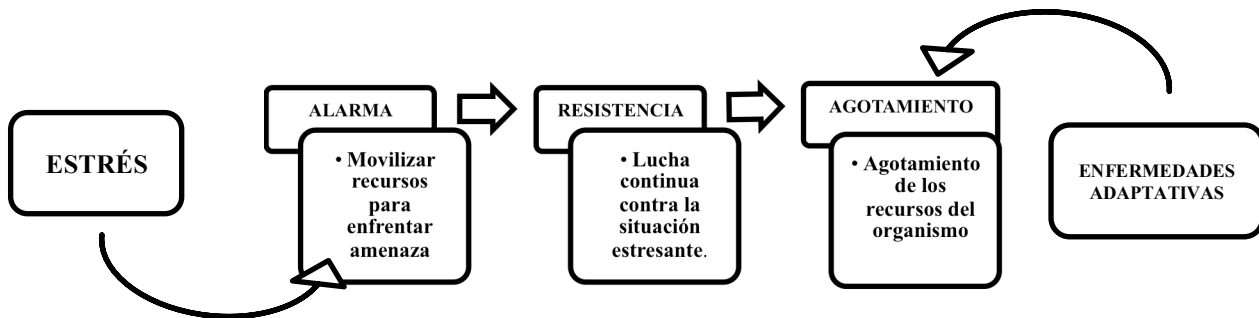
### 1.1 Conceptualización del Estrés.

El término “estrés” proviene de la palabra en inglés “*stress*” que se traduce como “presión” y que a su vez deriva del griego “*stringere*” que significa “provocar tensión”. En la actualidad, este constructo forma parte del lenguaje cotidiano de profesionales en áreas de la salud; por ejemplo, en el ámbito clínico es muy utilizado para definir estados físicos y emocionales alterados, los cuales ocurren después de una exigencia de rendimiento mayor a lo usual. Partiendo de esta base, el estrés es generado por una respuesta adaptativa, sobre un nivel no apropiado de presión (esta puede ser baja o excesiva) ante las circunstancias del entorno. A nivel macro el estrés es denominado como la enfermedad de la época debido a que su prevalencia es alta, a que incrementa los factores de riesgo cuando la exposición y repetición a estímulos aversivos es una constante, favoreciendo así la presencia de problemáticas a nivel conductual, cognitivo y fisiológico, por ende, generando un impacto negativo en la salud y a nivel psicosocial (Alarcón, 2018).

Con relación al uso del término en el área de la salud: aunque el Dr. Hans Selye fuera quien lo popularizara, es el fisiólogo Walter Cannon quien lo adoptó desde la Ingeniería (*def.* resistencia de un objeto a una fuerza externa), para disciplinas como la Medicina, con el objetivo de definir la respuesta fisiológicas que se experimentan ante una situación amenazante, lo que denominó como “*fight-or-flight response*” (respuesta de lucha o huida). Para la Psicofisiología, esta definición se adhiere a los cambios producidos en el organismo a consecuencia de una sobredemanda, cuando esto ocurre se movilizan reservas de energía agudizando sentidos y emociones. Como se cita anteriormente, esto puede tener funciones

adaptativas, no obstante, la presión consistente representa un factor de riesgo sobre posibles patologías, lo que Selye postuló como “*Síndrome General de Adaptación*” representado en el siguiente proceso trifásico: fase de alarma, fase de resistencia y fase de agotamiento (cf. Moscoso, 2009; Vázquez, 2016) (Figura 1).

Figura 1. Síndrome General de Adaptación  
Fuente: Vázquez (2016).



Es importante destacar que no todo el estrés que se experimenta es nocivo, por tanto se le puede dividir en dos categorías: positivo y negativo. Lo anterior se valora de acuerdo con el impacto y la exposición; por ejemplo, si son períodos breves en los que se está en contacto con estresores, hay menores implicaciones para la salud debido a que posteriormente se puede entrar en fase de descanso; a esto se le conoce como estrés positivo o “*eustress*” que puede ir acompañado de sensación de euforia breve. No obstante, si la exposición es prolongada y el evento es interpretado con mayor intensidad, se denomina estrés negativo o “*distress*” representando un riesgo latente para la salud porque se está fluctuando entre las fases de alarma y resistencia, sin períodos de descanso, provocando un desgaste a nivel físico y psicológico (Figura 1). Es importante recalcar que estos sucesos ocurren ajenos a la voluntad, lo anterior pone en relieve al estrés como fenómeno multicausal, que paradójicamente lo mismo actúa para proteger el buen

funcionamiento del organismo contra cambios bruscos poniéndolo en alerta, que como una amenaza latente si la frecuencia, intensidad y duración son prolongadas (Bairero, 2017).

Partiendo de esta base, se concluye que el estrés ya es disfuncional, o negativo, cuándo se manifiesta causalmente por una discrepancia entre lo que se solicita extrínsecamente y el uso de recursos intrínsecamente disponibles; como consecuencia de percibir el evento como excesivo, produciendo: alteración en el equilibrio, cansancio físico (como si se estuviera consumiendo la energía disponible), acortamiento muscular (tensión) frecuentemente en presencia de sensación dolorosa. Estas respuestas tienen el propósito de: 1) evitar la situación que se identifica como desafiante, o 2) confrontarla de manera abrupta para que cese. Los estados físicos que se describen anteriormente se presentan correlacionados con estados psicológicos, tales como: ausencia de autocontrol, desgaste mental, irritabilidad e ira; donde aparecen períodos disociativos, agresivos o ansiosos, de hipervigilancia, afectando niveles de concentración, aumentando la rumiación y la intrusión. Es así que la fisonomía clínica del estrés tiene particularidades para el diagnóstico, ya que suele estar ubicada en un punto medio entre la neurosis y la depresión (Alarcón, 2018).

## 1.2 Definiciones principales expositores.

El constructo “estrés” se convirtió en un término global cada vez más utilizado, estudiado y citado por diversos autores, que se convirtieron en expertos en el tema (*cf.* Cannon, 1935; Selye, 1976; Meichenbaum, et.al., 1987; Lazarus, 2000), pues este resumía conceptos dados a condiciones de experiencias difíciles, que solían ser descritas mediante significados análogos, pero sin que pudieran definir con claridad la particularidad de un estado con esas características, por ejemplo, términos como: ansiedad, depresión, angustia emocional, anomia, frustración, conflicto, etc.; las cuales habían sido también estudio de

profesionales psicólogos, antropólogos, sociólogos y trabajadores sociales, fueron utilizados para estudios similares, pero sin establecer una terminología base en consenso. De esta forma, el término se vuelve preponderante, puesto que conjuga y resume la desadaptación del individuo a contingencias externas (Lazarus, 2000).

En seguida, se destacan los principales conceptos de los exponentes con mayores investigaciones relacionada en el estudio del estrés, con el objetivo de conocer cómo se fueron integrando las definiciones bajo una misma línea, lo que sirvió para sentar el precedente para futuras investigaciones, desde diferentes disciplinas y de esta forma robustecer la terminología que es tan utilizada actualmente:

De acuerdo con Lazarus (2000):

*“El estrés se relaciona con las situaciones insatisfactorias de la vida que deseamos mejorar, las emociones vienen y van con rapidez en la medida en que se producen cambios en las circunstancias del entorno” (p. 29).*

Según Selye (1976):

*“El estrés es "la respuesta no específica del cuerpo a cualquier demanda que se le haga". Es decir, la velocidad a la que vivimos en cualquier momento. Todos los seres vivos están constantemente bajo estrés y cualquier cosa agradable o desagradable que acelere la intensidad de la vida, provoca un aumento temporal del estrés y el desgaste que se ejerce sobre el cuerpo” (p. 137).*

Por otra parte Meichenbaum, Fibla & Toro (1987) expresan que:

*“El estrés no se considera como un estímulo, ni como una respuesta, sino más bien como el resultado de una transacción, influido tanto por el individuo, como por el entorno. Desde una perspectiva transaccional, el estrés se define como un concepto relacional mediado cognitivamente que refleja la relación entre la persona y el entorno apreciada por aquella como gravosa, o que excede a sus recursos y pone en peligro su bienestar”* (p. 4-5).

De acuerdo a lo citado por Slipak (1991), quien hace un recuento de los principales expositores:

*“Claude Bernard en 1867, sugirió que los cambios externos en el ambiente pueden perturbar el organismo y que una de las principales características de los seres vivos reside en su poder de mantener la estabilidad de su medio ambiente interno aunque se modifiquen las condiciones del medio externo (...).*

*“Cannon en 1922 propuso el término homeostasia (del griego homoios, similar y stasis, posición) para designar los procesos fisiológicos coordinados que mantienen constante el medio interno mediante numerosos mecanismos fisiológicos. En 1939 adopta el término stress, y se refirió a los "niveles críticos de estrés", los cuales definió como aquellos que podrían provocar un debilitamiento de los mecanismos homeostáticos (p. 1).*

Con lo anterior, los autores enmarcan la necesidad de tomar en cuenta áreas específicas para la investigación, que aborden e identifiquen de manera funcional variables



contextuales, estímulos y tasas de respuestas para explicar el estrés funcionalmente; representando con sus aportaciones la base de las relaciones teóricas y empíricas en las que se cimientan la mayor parte de los avances tecnológicos en el estudio fenomenológico del estrés. Asimismo, son el fundamento de la intervención realizada en la presente investigación; la cual fue seleccionada por su eficacia reportada en el tipo de población objetivo. Lo anterior se consideró con el propósito de contemplar todos los aspectos psicológicos que pueden gestarse en espacios hospitalarios, para formular las hipótesis de trabajo y conocer si los pacientes en el preoperatorio presentan estados emocionales exacerbados como consecuencia de estresores ambientales (detonantes), debido a eventos particulares (cirugía), que operan bajo distintas influencias, representando riesgos para el buen funcionamiento del organismo en el equilibrio (homeóstasis).

### 1.3 El Estrés desde una perspectiva transaccional.

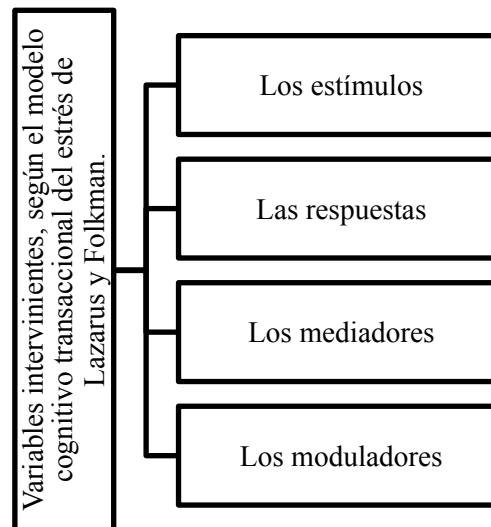
Inicialmente, según Dahab, Rivadeneira y Minici (2010): Richard Lazarus y Susan Folkman proponen la teoría del “Modelo Cognitivo-Transaccional” o “Modelo Interactivo” cuando publican “*Estrés y procesos cognitivos*” planteando que el estrés es un proceso que surge de una interacción, que produce una reacción específica, donde el individuo dirige su atención paralelamente en dos direcciones: hacia el entorno y hacia sus propios recursos para lograr adecuarse; es así que el estrés aparece cuando la persona interpreta como insuficientes estos recursos, por lo cual se ve impedida a satisfacer tales demandas; de esta forma se conceptualiza al estrés como un proceso dinámico, recíproco y complejo, siendo el resultado de una divergencia en esta bidireccionalidad.

Para poder explicar mejor esta transacción, los autores ordenaron de forma jerárquica los cuatro aspectos principales que configuran el estrés como un proceso constante, en donde

las personas hacen una valoración primaria para interpretar el significado de los sucesos con respecto a su relevancia y una valoración secundaria que les permita reconocer sus capacidades físicas, sociales, psicológicas y materiales para poder controlar la situación y enfrentarla (Dahab, et. al., 2010) (Figura 2) Estos aspectos son:

- Los estímulos: acontecimientos externos.
- Las respuestas: reacción subjetiva, cognitiva y comportamental del estrés.
- Los mediadores: la severidad percibida ante el estímulo amenazante, autorreconociendo la escasez de recursos de afrontamiento.
- Los moduladores: factores que aumentan o disminuyen el estrés, pero que no lo provocan ni lo impiden. *E.g.* Un rasgo de ansiedad elevado pudiera detonar reacciones de estrés, pero esto no es lo que lo provoca *per se* (p. 2).

Figura 2. Variables del estrés desde una perspectiva transaccional.  
Fuente: Dahab, et. al. (2010)



Lo anterior explica la importancia de la estructura de este modelo, pero también resalta sus principales errores como el que originalmente solo es planteado desde un enfoque

cognitivo; sin embargo para la intervención del estrés, es tan importante lo que el individuo piensa como lo que hace. Por esta razón tuvo varias críticas, sobre todo desde lo experimental, debido a que hay suficiente evidencia que señala que en ocasiones el paciente no reconoce sus propias respuestas, pues estas subyacen de procesos fisiológicos inmediatos que se activan por circuitos cerebrales para alertar al sistema defensivo; de tal forma que si estos procesos no son siempre conscientes, la valoración cognitiva no juega un papel mediador en todas las ocasiones; por tanto, al incluir estrategias conductuales como: exposición gradual, desensibilización sistemática, respiración diafragmática, etc., el rango de acción puede ampliarse. Lo anterior no invalida la utilidad del enfoque transaccional, pues entre sus grandes aciertos está la organización de elementos que forman parte del proceso cognitivo (Dahab, et. al., 2010), por ello Meichenbaum lo retoma en su propuesta de adiestramiento, puesto que su aplicación es correcta.

#### 1.4 Variables psicofisiológicas del estrés.

La conducta humana y su relación biológica ha sido uno de los pilares de interés para la Psicología Científica en su búsqueda por proporcionar bases cuantificables dentro del ámbito clínico. Es así que la consideración de estas variables (que son captadas del organismo por medio de diversos métodos de medición) para la investigación experimental, cumple con el propósito de entender la relación entre los diferentes elementos de los sistemas del organismo, que originan determinados comportamientos; además tienen la finalidad de establecer condiciones paramétricas para conocer la relación entre estímulos y respuestas dentro del procedimiento terapéutico (Carboles & Buela, 1997).

A su vez, es importante señalar que los hallazgos reportados por estas mediciones, no son datos estáticos que puedan ser atribuidos a funcionamientos fisiológicos globales. El

objetivo de conocerlas no es hacer generalizaciones apresuradas, sino identificar de donde surgen las respuestas con un margen de proximidad, para que puedan emprenderse acciones preventivas y de control. Por ejemplo: el estrés se destaca dentro de los riesgos latentes que promueven enfermedades cardiovasculares, hipertensión, etcétera (*cf.* Carboles & Buela, 1997; Molerio, Arce, Otero & Nieves, 2005).

Por otra parte, una estrategia útil para poder conocer mejor esta retroalimentación entre eventos biológicos y psicológicos, es tomar varias medidas en distintas etapas durante el procedimiento terapéutico, para de esta forma poder atribuir las variaciones a la intervención considerando los efectos que se deseen en ella. Por ejemplo, en la presente investigación, la toma de presión arterial y pulso, reportó datos sobre la variable dependiente, contrastado con los hallazgos en otras investigaciones que reportan relación entre el estrés y variación de estas medidas (*cf.* Molerio, et. al., 2005; Ochoa, Orrala, Vélez & Párraga, 2019; Rodríguez, Alfonso, Valladares, Pomares, & López, 2018; Vieco, 2018).

En este mismo orden de ideas, otra razón para tomar pulso y presión arterial, es que entre las principales respuestas de estrés se encuentra el aumento de la disponibilidad de energía. En este proceso la glucosa, las formas de proteína simple, las grasas se liberan y son llevadas a los músculos por la sangre aumentando frecuencia cardíaca, tensión arterial y frecuencia respiratoria (Daneri, 2012). Para finalizar, se enfatiza que considerar aspectos fisiológicos dentro de intervenciones para disminuir estrés en contexto hospitalario, permiten estimar la efectividad terapéutica y conocer su impacto, determinando si estas respuestas orgánicas tienen su génesis en factores psicológicos, cuidando así el éxito del procedimiento quirúrgico desde un margen multidisciplinario.

# Capítulo 2.

## 2. Adiestramiento en Inoculación del Estrés:

### 2.1 Historia y fundamento teórico.

El término inoculación: proviene del latín *inoculatio, -ōnis*, y es utilizado en disciplinas como la Biología y la Medicina para referirse a la implantación de un agente externo (inóculo) en el organismo con el fin de que promueva una respuesta inmunológica; como es el caso, por ejemplo, de las vacunas (BioDic, n.d). En Psicología este concepto es análogo al uso que se le da en estas disciplinas; significa crear una especie de “inmunización” que promueva cambios cognitivos y conductuales en el organismo favoreciendo “anticuerpos psicológicos” que refuercen la resistencia e implementen habilidades de afrontamiento a diversos estímulos aversivos, mediante la exposición graduada en procesos *in vivo* e *in vitro*; partiendo de esto nace el AIE (Meichenbaum, Fibla & Toro, 1987, p. 1-3).

Teóricamente el AIE fue desarrollado por el psicólogo canadiense Donald Meichenbaum al inicio de la década de los setentas, cuando se estaban agregando a la terapia conductual el estudio de los procesos cognitivos. Inicialmente el AIE (algunos autores lo citan como EIDE: Entrenamiento en Inoculación del Estrés) era una intervención para al tratamiento de fobias que se centraba en el desarrollo de habilidades cognitivas y de relajación; después en el tratamiento de la ira, del estrés laboral, de problemas de dolores, salud, etc. Sin embargo, con el tiempo se fue adaptando como una herramienta más precisa para trabajar con personas estresadas, debido a que es un modelo de amplio espectro que comprende e interviene a fondo en estas problemáticas, promoviendo cambios sustanciales; es utilizado como un procedimiento sistemático que hace un análisis pormenorizado de la naturaleza del estrés desde su gestación, sus desencadenantes, sus contingencias y la

forma de afrontar los eventos significativos, sin proponer una causalidad única o primaria como influencia directa sobre estrés (Caballo, 1995).

Esta estrategia de intervención combina el estudio detallado de los estilos de respuesta de los individuos, las variables ambientales, la psicoeducación, además de la prevención de recaídas; por lo que lo hace un programa de atención muy completo. Dentro de la terapia las personas estresadas aprenden a tener una conceptualización y valoración adecuada de los eventos que les generan estrés; además de proporcionarles un repertorio de habilidades de afrontamiento mediante una exposición gradual con intensidad creciente lo cual incrementa exponencialmente las posibilidades de tener una mejor respuesta y resistencia ante las demandas estresantes (Buceta & Bueno, 2000).

De acuerdo con el manual de Inoculación del Estrés (Meichenbaum, et. al. 1987), el AIE subyace de la Terapia Cognitivo Conductual como un proceso que contempla de una manera integral todos los aspectos involucrados en el desarrollo del estrés, con el objetivo de personalizar estrategias plausibles para la intervención clínica, garantizando resultados a corto, mediano y largo plazo. Es un marco integrador que tiene una base estructurada para que la intervención siempre sea centrada en el paciente, además de ser un método lo suficientemente flexible para poder abordar la emoción con base a los propios argumentos y a las experiencias previas del paciente, para de esa forma trabajar en conjunto eficientemente diseñando soluciones a la medida (p. 1-2).

Tomando en consideración lo anterior, respecto al principio fundamental del AIE, este parte del supuesto de que: un programa para la intervención del estrés debe profundizar en cada factor influyente y no solo tratar de facultar al individuo para que pueda detener las

reacciones desadaptadas o trate de evitar el estrés, lo cual a largo plazo puede resultar contraproducente. Antes bien, es propósito prioritario entender la naturaleza de los estresores para saber afrontarlos, logrando que por medio de un autorreconocimiento, el individuo se sepa capaz de utilizar medios propios para cortocircuitar futuras respuestas estresantes. Es por todo lo citado con antelación, que el AIE considera al paciente como aliado, ya que al involucrarse en el proceso este se encargará de instalarlo exitosamente, agregando en su repertorio conductual las bases de un afrontamiento asertivo (p. 1-4).

## 2.2 El Afrontamiento.

De acuerdo a Meichenbaum, et. al. (1987): Para el AIE, la modificación de los estilos en el afrontamiento es relevante para el tratamiento del estrés, puesto que este se relaciona con un conjunto de esfuerzos cognitivos y conductuales orientados a disminuir el malestar subjetivo, por ejemplo: las interpretaciones negativas, la tensión y activación fisiológica, lo que permite a las personas hacer uso adecuado de un repertorio de habilidades desarrolladas mediante el entrenamiento, con la función de controlar lo que les acontece teniendo una mejor adaptación al entorno; por esta razón el autor retoma el modelo transaccional de Lazarus y Folkman, debido a que se implican los procesos interpersonales del estrés tanto individual como socioculturalmente, y resalta que aquellos métodos que no contemplan esta interacción frecuentemente terminan intensificando la problemática. De esta manera, un afrontamiento efectivo, no significa evitar estar estresado, sino autorreconocerse como capaces de interrumpir reacciones sobrelimitadas o reducir su escala.

Debido a lo anterior, los objetivos del adiestramiento se dirigen en implementar habilidades de afrontamiento con técnicas instrumentales y paliativas utilizadas como estrategias que desarrollen estilos completos, sensibles y flexibles basados en experiencias

previas. Por el lado de las habilidades instrumentales, estas tienen que considerar necesidades y exigencias específicas de cada población o persona; para las habilidades paliativas, se incluirán técnicas terapéuticas que fomenten la regulación de las emociones y el alivio de la desazón, las cuales son muy útiles cuando las contingencias estresantes no se pueden evitar, como por ejemplo una enfermedad. Si el paciente cuenta con algunas habilidades funcionales ya desarrolladas: la intervención deberá consolidarlas, en caso de que no sea así será necesario un adiestramiento explícito y detallado, partiendo desde una reconceptualización del estrés (p. 52).

Con lo anterior, se infiere que el AIE podría representar un medio eficaz para incidir en el nivel de estrés que presentan los pacientes previo a una cirugía por la magnitud del acontecimiento, favoreciendo reacciones menos agravadas, con estilos de afrontamiento centrados en soluciones, disminuyendo también la probabilidad de implicaciones fisiológicas y, por último, mejorando el bienestar emocional ante un suceso que representa una larga trayectoria estresante: desde el diagnóstico, hasta el día de la cirugía y la recuperación. En resumen, el valor de su implementación en la actualidad, es el de contribuir con más estudios que demuestren su evidencia empírica y la utilidad para un sector de la población que aún estado en espacios de salud pública, no tienen un acompañamiento que cuide su bienestar emocional durante el proceso.

### 2.3 Fases de la intervención.

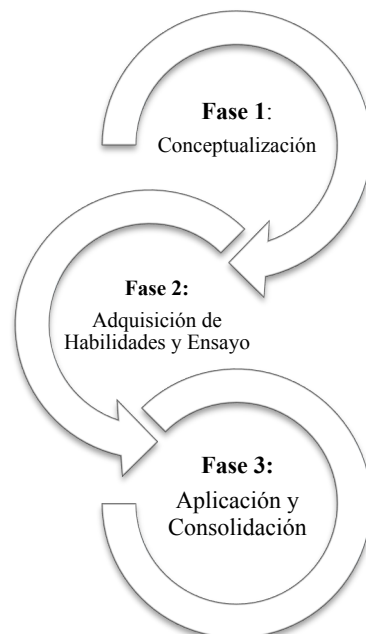
Con respecto a la intervención, el AIE está dividido en varias fases: fase de conceptualización, fase de adquisición de habilidades y ensayo, por último, fase de aplicación y consolidación. Aunque estas son secuenciales, el adiestramiento es interdependiente, dinámico y constante; está profundamente cohesionado, por lo que puede



combinarse sistemáticamente de acuerdo al marco temporal. La forma en la que se dirige cada etapa del AIE es directamente proporcional al tipo de población en la que se va a intervenir y la duración del adiestramiento. Su organización, permite ajustes para ofrecer diversos formatos de acuerdo al tratamiento, a necesidades y particularidades de cada caso (Figura 3) (Meichenbaum, et. al. 1987, p. 4, 23).

Bajo esta línea, su estructura metodológica está diseñada para que en cada etapa se haga un trabajo profundo, partiendo de un análisis funcional inicial que realiza el terapeuta y que a su vez le permite al paciente operacionalizar sus conductas y reconocer señales de baja intensidad a nivel cognitivo que le indiquen el inicio de una respuesta desadaptada; para que en lo sucesivo pueda afrontar el estrés identificando contingencias estresantes y evaluando áreas de oportunidad que pudieran llegar a inhibir la correcta puesta en práctica de habilidades de afrontamiento aprendidas en la clínica (Cano, 2002).

Figura 3. Fases del AIE.  
Fuente: Meichenbaum, et. al. (1987)



### 2.3.1 Fase 1. Conceptualización.

A esta fase anteriormente se le consideraba solamente educativa. Algunos autores la siguen citando como “Fase de educación y conceptualización” (cf. Buceta & Bueno, 2000); no obstante esto representa una imprecisión ya que todas las fases son educativas. Al respecto de lo anterior, el Manual del AIE hace la aclaración dejándolo solamente como “Fase de conceptualización”. La prioridad de esta etapa es establecer una alianza terapéutica con el paciente para validar la naturaleza de sus emociones, la forma en la que las ha gestionado y donde surge su estrés, más que solo facultarlo con una serie de estrategias estandarizadas (cf. Meichenbaum, et. al. 1987, p. 23).

### 2.3.2 Objetivos Fase 1:

Según el Manual de Inoculación del Estrés (Meichenbaum, et. al. 1987, p. 28), bajo los siguientes puntos, se elabora la Fase 1:

Tabla 1. Objetivos Fase 1: Adiestramiento Inoculación del Estrés  
Fuente: Meichenbaum, et. al. (1987)

1.- Fomentar un ambiente colaborativo con el paciente y cuando sea adecuado, también con personas clave (por ejemplo: el cónyuge o algún familiar).
2.- Comentar lo que acontece, centrándose en un análisis de la situación.
3.- Recoger toda la información pertinente, mediante la entrevista, cuestionarios, ensayo imaginado y aspectos conductuales.
4.- Evaluar las expectativas del paciente al respecto de los resultados del tratamiento, contemplando y fijando metas en corto, medio y largo plazo.
5.- Adiestrar al paciente sobre la naturaleza transaccional del estrés y los estilos de afrontamiento; siempre tomando en cuenta que el estrés se mantiene y se genera predominantemente por el papel que juegan las percepciones.
6.- Trabajar en la reconceptualización del estrés.
7.- Contemplar aquellos motivos que puedan incidir en que no se adhiera a la terapia en un futuro, además de que puede existir resistencia durante el proceso.

A diferencia de otros procedimientos en el tratamiento del estrés; para el AIE es sumamente importante ganarse la confianza del paciente, estableciendo un ambiente de

comodidad, empatía, simpatía y respeto; logrando que las personas puedan expresarse libremente sobre sus temores, experiencias y sentimientos lo más apegado a la realidad. Este punto es relevante, ya que la evidencia demuestra que la buena relación con el usuario, es predictor del buen funcionamiento de la terapia (Meichenbaum, et. al. 1987, p. 29).

Para que lo anterior sea posible, en esta fase es necesario que el terapeuta cuente con un buen repertorio de habilidades sociales que promuevan una adecuada interacción con el paciente, familiares y otros profesionales; esto le permitan captar toda la información de diversas fuentes, ahondar en puntos medulares y hacer una adecuada evaluación de la información. La relación paciente-terapeuta dentro de un hospital, amortigua el impacto del evento, permite aplicar cuestionarios con una participación activa, logrando una mejor comprensión del estrés situacional; además servirá para categorizar la información y así ofrecer a los pacientes mensajes breves, alentadores y articulados en un lenguaje asequible (Buceta & Bueno, 2000), lo cual es muy útil para el cierre de sesión.

Por otra parte, otra de las habilidades del terapeuta debe ser la dirección de la intervención; el paciente debe sentir permanentemente que tiene el control sobre la información que proporciona por lo que no se le deberá apresurar, invitándolo a que la revelación de sus emociones sea gradual, sin causar ninguna incomodidad; se le recuerda que puede pausar y llevar la sesión a su propio ritmo. En esta fase, el paciente comparte todo lo que piensa, hace y siente respecto al estrés ya sea mediante imágenes, o ideas recurrentes e intrusivas. Aquí el terapeuta es más socrático que didáctico; mantiene una postura creativa en la resolución de problemas, más allá de ser solo un tecnólogo que aplica un protocolo rígido. Es sensible para motivar al paciente a que profundice lo más que pueda

explicando que lo anterior es para establecer un plan de trabajo de acuerdo a lo que precisa su caso (Meichenbaum, et. al. 1987, p. 29-31).

Considerando todo lo anterior, la información que proporciona el paciente, permite al terapeuta trabajar en la conceptualización de sus experiencias previas y de las actuales, haciendo hincapié en que la forma de enfrentar todo lo que le ha ocurrido son parte de una respuesta “natural”, ya que otras personas presentan las mismas características anímicas y también mantienen un diálogo (interno o externo) de impotencia o falta de voluntad cuando se enfrentan a experiencias parecidas. Esta reconceptualización del estrés es la última parte de la primera fase, es una especie de traducción debido a que se enseña a interpretar y comprender sus propias reacciones. Se motiva al paciente a tener un concepto más benigno sobre lo que le acontece, remodelando sus estilos de afrontamiento, identificando los síntomas (físicos, conductuales o cognitivos) y su origen (Meichenbaum, et. al. 1987, p. 31-46) (Tabla 1).

#### 2.3.4 Fase 2. Adquisición de habilidades y ensayo.

En esta fase se adiestra al paciente en la obtención de habilidades diversas, que van desde: relajación, resolución de problemas, estilo de afrontamiento, habilidades sociales, etc., para que de forma autoinstruccional oriente su accionar hacia la asertividad, con el objetivo de que sepa cómo identificar y responder ante los pensamientos intrusivos y la activación del estrés. Se le capacita para que separe en segmentos los acontecimientos: identificando el origen, los pensamientos negativos para sustituirlos mediante la autoverbalización por pensamientos más reconfortantes; así mismo, para conocer los picos emocionales y adaptar la forma en la que afronta lo ocurrido (Buceta & Bueno, 2000).

### 2.3.5 Objetivos Fase 2:

De acuerdo al Manual de Inoculación del Estrés (Meichenbaum, et. al. 1987, p. 51), los siguientes son objetivos prioritarios de la Fase 2:

Tabla 2. Objetivos Fase 2: Adiestramiento en Inoculación del estrés.

Fuente: Meichenbaum, et. al. (1987)

1.- Adiestrar al paciente para que desarrolle la capacidad de llevar a cabo adecuadamente, dentro y fuera de la sesión clínica, el repertorio de afrontamiento trabajado.
2.- Tal como en la fase anterior, trabajar en colaboración. Conocer y contemplar las sugerencias que el paciente tiene para afrontar el estrés, los intentos que ha llevado a cabo, contemplando los aciertos y áreas de oportunidad. Además de sondear actitudes o expectativas, sobre el procedimiento.
3.- Evaluar repetidamente el diálogo interno del paciente sobre cada etapa, esto deberá ser la directriz central de esta fase.
4.- Categorizar el repertorio de afrontamiento para adaptarlo a las necesidades específicas individuales y de toda la población.
5.- Establecer objetivos reales y concretos, definir operacionalmente cada problemática, trabajar con las fases de ensayo considerando aspectos a futuro. Adiestrar en la forma que se lleva a cabo la resolución de problemas.
6.- Acompañar al paciente para que pueda evocar pensamientos, sentimientos e interpretación de lo que le acontece, dejar tareas a realizar en casa.
7.- Adiestrar en técnicas de afrontamiento instrumentales (centradas en el problema, adaptadas a las necesidades y exigencias del entorno) y paliativas (regulación de la emoción, incluyen la adquisición de perspectiva, por ejemplo, hacer comparaciones sociales, buscar significado, desvío de la atención y adiestramiento en relajación).

De manera complementaria a lo anterior, en esta fase los pacientes desarrollan y consolidan habilidades intra e interpersonales, que emergen de forma natural; es importante evaluar las respuestas del paciente durante el proceso, ya que, en algunos casos la negativa a seguir el tratamiento puede ser un estilo de afrontamiento. También, mediante una serie de técnicas paliativas tales como: relajación, restructuración cognitiva, resolución de problemas, autoverbalización, autoinstrucciones, detención de pensamiento, etc., se atienden problemáticas particulares, con objetivos distintos (Cano, 2002) (Tablas 2 y 3).

Tabla 3. Problemáticas, intervención y objetivos estrategias.

Fuente: Guerra y Plaza (2009).

Problemática	Intervención	Objetivo
Pensamiento catastrófico	Reestructuración cognitiva, detención de pensamiento, autoinstrucciones	Control sobre las cogniciones Autoverbalización positiva
Tensión muscular/ Tensión emocional	Tensión-Distensión /Relajación progresiva de Jacobson/ Respiración Diafragmática/ Moldeamiento	Inhibición recíproca Desensibilización sistemática Reducir activación fisiológica
Conductas evitativas	Psicoeducación/ Exposición in vivo e in vitro/ Ensayos imaginados/Modelado	Desarrollar habilidades en afrontamiento centrado en la solución

### 2.3.6 Fase 3. Aplicación y consolidación.

Por último, la tercera fase se fundamenta en favorecer que los pacientes puedan poner en práctica lo aprendido: tanto el adiestramiento de habilidades, como las prácticas *in vivo*. En esta fase se consideran estrategias como el ensayo, la práctica gradual *in vitro*, la modificación conductual por modelamiento, esto es, mediante la representación de escenarios o papeles. La última etapa representa el refuerzo y la consolidación de la intervención, por lo que evalúa posibles recaídas (Cano, 2002).

### 2.3.7 Objetivos Fase 3:

Como resumen, el Manual del AIE (Meichenbaum, et. al. 1987, p. 51), señala los siguientes, como objetivos primordiales de la Fase 3:

Tabla 4. Objetivos Fase 3: Adiestramiento en Inoculación del estrés.

Fuente: Meichenbaum, et. al. (1987)

1.- Estimular al paciente lo aprendió aprendidas para que formen parte de su habitual, promoviendo así un cambio general y sustentable.
2.- Exponer al estrés de forma gradual, en pequeñas dosis, de forma que la persona lo pueda manejar. Esta inducción se hace mediante los procesos <i>in vivo</i> e <i>in vitro</i> .
3.- Explicar que el proceso de cambio es paulatino. Cuando el paciente regrese a su vida normal, no se generalizarán automáticamente las habilidades practicadas en la clínica. En esta etapa se precisa superar todos los patrones, hábitos y expectativas del paciente.

4.- Utilizar ensayo imaginado, estrategia terapéutica que deriva del paradigma de desensibilización sistemática de Wolpe. El terapeuta utiliza una serie de imágenes, el paciente es guiado para que se imagine escenas que significan una amenaza mayor.
5.- Intercambiar roles con el terapeuta, por medio del modelamiento. En esta técnica conductual se consideran las interacciones estresantes y se ensayan conductas de específicas.
6.- Realizar ensayos <i>in vivo</i> , en forma de tareas graduadas mediante la exposición a estresores futuros. Las tareas deben ser sencillas inicialmente e incrementar a medida que avance el adiestramiento.
7.- Considerar el adiestramiento más que como un fin, que como un paso a una etapa diferente.

La tercera fase es de exposición a diversos estímulos estresantes con intensidad creciente, para fomentar la puesta en práctica las habilidades que se adquirieron en el proceso, mejorar la autoeficacia y el sentido de independencia que le permita al paciente sentir control sobre los sucesos estresantes de una forma asertiva (Buceta & Bueno, 2000). En todo el proceso el terapeuta utiliza la información para que las estrategias pueden redirigirse; utilizando técnicas atencionales a través de una exposición razonada. Por tanto, quienes son atendidos bajo este esquema, tienen mayores posibilidades de mejora, puesto que al involucrarse activamente desarrollan habilidades útiles para estrés en el futuro (Meichenbaum, et. al. 1987).

Derivado de lo anterior, se concluye que utilizar el AIE en el ámbito de la Psicología de la Salud, en instituciones hospitalarias, es a la vez adecuado y necesario para la preparación en intervenciones médicas que activan estrés en el paciente, o para el tratamiento del dolor agudo, independientemente del número de sesiones. El diseño estructural del AIE permite seguir directrices clínicas para dirigir un procedimiento flexible, de forma ordenada, desde la fase de conceptualización hasta la fase de consolidación (Tabla 4).

# Capítulo 3.

## 3. Planteamiento del problema.

La Organización Mundial de la Salud (OMS) define que: *“La salud es un estado de completo bienestar físico, mental y social, y no solamente la ausencia de afecciones o enfermedades”* este concepto formó parte de la Conferencia Sanitaria Internacional en 1946, entrando en vigor en 1948 y desde entonces no ha sido modificada (OMS, 2019).

Asimismo, este organismo también estableció que existen componentes que forman estados de salud ideales, los cuales son: el estado de adaptación al medio, el estado fisiológico en homeóstasis, el equilibrio entre la forma y la función del organismo; en integración desde lo biológico y social. Es decir, la interrelación entre todos estos factores es lo que va a determinar una salud óptima en la triada: sujeto, agente y ambiente, resaltando que la atención sanitaria se realice bajo un enfoque biopsicosocial, siendo parte de los derechos humanos (Enciclopedia de conceptos, 2017). Estos criterios en áreas de la salud, dan margen para generar acciones transdisciplinariamente, resaltando la necesidad del cuidado psicológico del paciente en comunión con dimensiones física y social.

Por su parte, la Organización Panamericana de la Salud (OPS), en su reporte de 2018 titulado: *“La carga de los trastornos mentales en la Región de las Américas”* pone de relieve la transición epidemiológica que sufrieron los índices de salud mundial, ya que antes la mortalidad temprana y las enfermedades transmisibles jugaban un papel preponderante en el emprendimiento de acciones por medio de programas internacionales; no obstante, a la fecha, las enfermedades no transmisibles (ENT) y la supervivencia con discapacidad representan 60% del total de AVAD (Años de Vida Ajustados en función de



la Discapacidad), del cual el 12% responde a los TMNS (Trastornos mentales, neurológicos, debidos al consumo de sustancias, y el suicidio) que se suman a las pluripatologías en materia de salud (Organización Panamericana de la Salud, 2018).

Para la Región de las Américas este panorama también es desalentador, ya que las ENT representan el 78% y las TMNS el 19%. En las estadísticas de salud mental, en el segundo subgrupo de importancia se encuentran los trastornos de ansiedad con 2.1% y 4.9% del total de AVAD y APD (Años Perdidos por Discapacidad), respectivamente. Para la tipificación de los trastornos de ansiedad, se consideraron problemas caracterizados por presencia de sintomatología agravada, como: trastorno de ansiedad generalizada, trastorno de pánico, fobias sociales, incluyendo estrés postraumático y trastornos obsesivo-compulsivos.

Según la OPS:

*“Los trastornos de ansiedad son el segundo trastorno mental más discapacitante en la mayoría de los países de la Región de las Américas. Existe un patrón subregional aún más tangible que con la depresión, con Brasil en primera posición (7,5%); todos los países sudamericanos, salvo uno, muestran una discapacidad por encima del promedio por países (4,7%) y del total regional (4,9%); y 8 de los 10 países principales en cuanto a la discapacidad pertenecen a esta subregión (...). América del Norte se encuentra en el otro extremo del espectro: Canadá muestra la menor discapacidad (3,4%), seguida de México (3,6%) y Estados Unidos (4,1%), también bastante por debajo del promedio y del total regional” (p.16)*

Bajo esta arista de una atención de la salud integral, es importante resaltar las dimensiones que estas tasas tienen en México pues el país encabeza la lista con más alto

nivel de estrés laboral, donde el 75% de la población en etapa activa padece desgaste profesional; superando a países como China y Estados Unidos (IMSS, 2019). Esta contextualización permite conocer una carencia de atención a nivel sanitario, donde no se cuenta con protocolos de intervención que atiendan este tipo de problemáticas desde cualquier nivel. También permite interpretar someramente, que la población no tiene estilos de afrontamiento asertivos ante las demandas contextuales; por tanto, atender estas necesidades es apremiante para disminuir la movilización de morbilidad del país.

### 3.1 Estrés prequirúrgico.

La OMS (2008) cita que: *“Dada la creciente incidencia de los traumatismos, los cánceres y las enfermedades cardiovasculares, el peso de la cirugía en los sistemas de salud públicos irá en aumento. Se calcula que en todo el mundo se realizan cada año 234 millones de operaciones de cirugía (...), lo que equivale a una operación por cada 25 personas”* (p.4). Partiendo de esta base, cuando la evolución de cualquier enfermedad, accidente o condición de salud da como resultado la necesidad de una cirugía: desde el momento en que se comunica al paciente hasta la fecha en que se concreta el tratamiento, la percepción de estrés va en aumento debido a las contingencias del evento. Los principales temores que acompañan este tipo de sucesos, son:

1. Las posibles consecuencias físicas: inmovilidad, discapacidad.
2. Náuseas, dolor, afectación lógica del pensamiento.
3. No despertar de la cirugía: muerte.

De acuerdo al estudio realizado por Carpio y Barbón (2015): Lo anterior fue parte de un sondeo, en donde en una muestra de 750 pacientes candidatos a cirugía electiva

artroscópica este tipo de preocupaciones eran una constante. De tal forma y bajo esta evidencia empírica como soporte, es importante recalcar que la atención psicológica puntual para intervenir en estos temores, cobra relevante importancia para el pronóstico de una buena evolución quirúrgica; debido a que si estas preocupaciones no se verbalizan o atienden puntualmente, pueden derivar en distorsiones que afecten la percepción subjetiva de este y otros eventos quirúrgicos *a posteriori*, ya sean propios o de familiares; además de ser más vulnerable a trastornos de estrés postraumático. Por tanto, para evitar complicaciones a corto, mediano y largo plazo, se sugiere que el estrés sea atendido como parte del plan de revisiones en el preoperatorio, integrando procedimientos y tecnología social bajo intervenciones basadas en Psicología con sustento empírico.

Esta necesidad de multidisciplinariedad latente, se puede observar en las investigaciones de: Calderón & Patten, (2018); Lana, Mittmann, Moszkowicz, & Pereira, (2018) Valenzuela, Barrera, & Ornelas, (2010); que postulan que: las visitas médicas, los análisis prequirúrgicos, el miedo generado por los procedimientos de anestesia, el riesgo de que el evento tenga consecuencias catastróficas y las expectativas (que pueden ser reales o imaginarias), son algunas de las experiencias más estresantes para familiares y pacientes en donde bidireccionalmente contribuyen a incrementar sus respuestas ansiosas.

Por otro lado, si bien es cierto que el manejo del estrés puede ser considerado como un rasgo distintivo de la personalidad y estilo en el repertorio de afrontamiento personal ante una situación desbordante, o que puede gestarse en episodios aislados de forma excesiva, en ambos casos es conveniente anticipar tales respuestas e integrar un programa preventivo a la atención preoperatoria; es decir, si se logra añadir sesiones psicológicas individuales o de preparación grupal mediante psicoeducación, es viable que se puedan favorecer

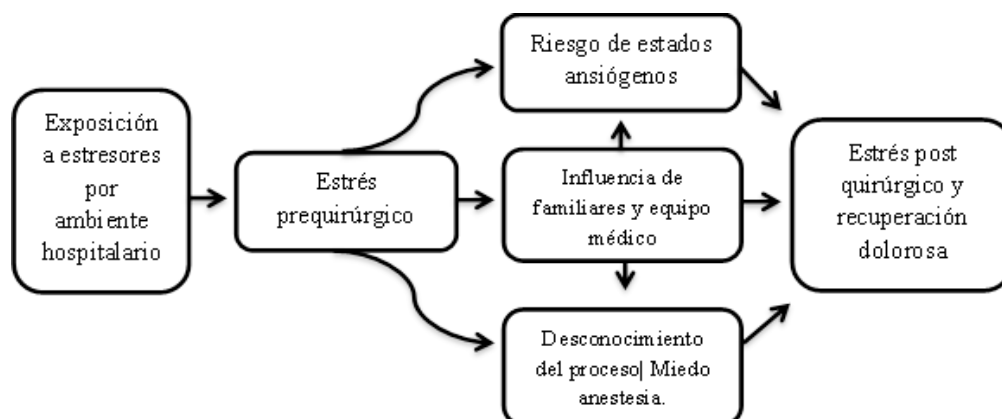
respuestas con mejor adaptación e incrementar el pronóstico favorable para la recuperación tanto física, como emocional (*cf.* Cebriá, et. al., 2001; Valenzuela, et. al., 2010).

Con base en estos componentes transaccionales del estrés, donde el individuo busca satisfacer o adaptarse a las exigencias requeridas, se resalta la necesidad de accionar a través de programas de amplio espectro directamente en los lugares en donde se configuran estas respuestas. Por ejemplo, los programas de reducción y prevención del estrés *in situ* en instituciones que brindan servicio comunitario, deben ser orientados a la formación de competencias para mejorar el rendimiento emocional, mediante la enseñanza de estrategias centradas en la persona, el problema y el entorno, con el objetivo de que los individuos puedan activar conductas que les permitan enfrentar e interpretar mejor estos acontecimientos (*cf.* Meichenbaum, et. al., 1987; Meléndez, et. al., 2016).

Un ejemplo particular de instituciones públicas, bajo las bases de los objetivos del presente trabajo, son los contextos hospitalarios; donde la naturaleza de estos lugares es particularmente favorecedora de respuestas de estrés por encima del límite. Entre los factores que generan estos estados, están: el significado de la visita a la institución (enfermedad), el ruido y apariencia particular del lugar (la contaminación visual y auditiva de los espacios), la atención recibida (sobre todo si es en el sector salud), las personas que también acuden al hospital en calidad de pacientes con estados emocionales análogos y la afluencia de usuarios que asisten de forma simultánea, que muchas veces comparten experiencias o se transmiten información imprecisa. Además, se superpone el pronóstico de la enfermedad del propio paciente, sus expectativas particulares sobre la cirugía y las experiencias en solitario, por ejemplo, cuando ya no esté acompañado en el preoperatorio, la preparación y el traslado al quirófano, en donde el equipo médico está intercambiando

precisiones y el paciente es escucha activa; todo esto ofrece una perspectiva generalizada del grado en el que el hospital favorece un estado ansioso (Cázares, et. al., 2016) (Figura 4).

Figura 4. Proceso de estrés hospitalario  
Fuente: Elaboración propia.



Las principales preocupaciones que los familiares transmiten a los pacientes, directa o indirectamente, se relacionan inicialmente con: la información sobre la cirugía, los cuidados previos, el ingreso, la hospitalización y el procedimiento en general. En el postquirúrgico, con: la comunicación con los médicos para conocer el estado de salud, la evolución y para la toma de decisiones. Es así que los familiares son la voz directa sobre la percepción de las necesidades del paciente, las cuales muchas veces entran en contraste con las indicaciones que el médico dice que deben satisfacerse; por lo que ya sea que sobre o subestimen la información que reciben, la transmiten a su familiar generando más nerviosismo e incertidumbre. Los familiares, son también quienes se encargan de lo relacionado con trámites, traslado al egreso y los consecuentes cuidados en casa; por tanto, su percepción subjetiva (que puede variar dependiendo de la severidad de la intervención) incidirá en el estilo de afrontamiento del paciente (Vargas & Aguilar, 2011). Como conclusión de todo lo anterior, se resalta el papel del psicólogo como un excelente

mediador para la comunicación entre partes, cuidando el manejo emocional con el que se da la información al involucrado.

Siguiendo en la línea de lo familiar, el nivel de estrés del cuidador también dependerá del tipo de vínculo relacional, de la pérdida o intercambio del rol familiar y con la edad del paciente. Las demandas de las circunstancias, la gestión de las responsabilidades (sobre todo si estas son compartidas o no), pueden derivar para los familiares en cuadros de cansancio extremo, o en correlación con cuadros depresivos y ansiógenos; dificultando la correcta adherencia del paciente por la forma en la que se siente respecto al tratamiento o al procedimiento, incrementando el estrés en ambas partes. Se señala así, al entorno familiar como uno de los estresores más relevantes (*cf.* Lacomba, Casaña, Pérez, Montoya, 2017).

Por otra parte, relacionado a la influencia del estrés del personal, por ejemplo, de enfermería: la prevalencia por desgaste profesional en esta población es elevada debido a sus jornadas laborales extenuantes; sobre todo quienes están directamente en área de quirófanos, pues constituye un espacio crítico donde se demanda mayor concentración, se tienen que seguir instrucciones vitales y mantener el espacio con niveles de asepsia muy elevados, se trabaja demasiado tiempo de pie y constantemente se están enfrentando a distintos estados emocionales de pacientes y médicos. Esto puede transformarse en niveles de estrés elevados, que inciden con los que ya presenta el paciente en el pre y postoperatorio (Rivera, 2017).

Todo lo anterior se destaca, para enfatizar en la transacción del estrés del paciente, el entorno y con quienes lo acompañan en el trayecto: familiares o cuidadores, enfermeros y médicos, quiénes regularmente son diferentes de acuerdo a los turnos del hospital, con

estilos diferentes para abordar y con experiencias indistintas o de desgaste laboral como se expresó líneas arriba (cf. Cebriá, et. al., 2001; Chiriboga & Villamarín, 2018; Moreno, Moreno & Marcial, 2018; Rivera, 2017; Vargas & Aguilar, 2011). En este punto es importante apuntar hacia la evidencia que pone de manifiesto que los picos emocionales más altos de estrés, se viven dentro de todo el contexto quirúrgico (cf. García, et. al., 2016; Lacomba, et. al., 2017) (Figura 4).

Para finalizar, todos los ejemplos que se citan con antelación, tienen el propósito de demostrar que estas interacciones son factores psicosociales intervinientes en el estrés preoperatorio, que dificultan una adecuada adaptación del paciente al ambiente y al procedimiento. Sobre esta importante retroalimentación, el Instituto Mexicano del Seguro Social, en su portal de información al derechohabiente “Salud en Línea”, plantea: *«El estrés es potencialmente contagioso, ya que estar cerca o visualizar a otras personas en situaciones de estrés, puede aumentar los niveles de cortisol del observador»* (IMSS, 2019). Y todo lo anterior está contemplado en las bases metodológicas del AIE, como se puede observar a continuación.

### 3.1.2 Aplicación del AIE en Instituciones Sanitarias.

Como se pudo observar con todo lo anterior, el estrés prequirúrgico activa respuestas cognitivas y conductuales producidas en corto, mediano y largo plazo; de ahí la importancia de basar la intervención en un modelo que tenga evidencia en aplicaciones hospitalarias. Tal es el caso del AIE, sobre el cual existen estudios en pacientes prequirúrgicos, en aquellos que van a ser sometidos a alguna exploración molesta o dolorosa y en el estrés de los cuidadores de pacientes con discapacidad (cf. Tamayo & Kruspkaya, 2019; Reyes, 2011; Ibarra, Suárez, & Forero, 2004; Ramírez & Hernández, 2002).

También, este modelo de intervención ha sido aplicado en personas que van a recibir tratamientos odontológicos de distinto tipo (*cf.* Ferro, 2005; Flores & Flores, 2018; Vinaccia, Bedoya & Valencia, 1998), donde se implementa para la reducción progresiva del estrés y la ansiedad que causa el procedimiento, un tratamiento específico o una cirugía odontológica, con exposición gradual para anticipar respuestas, controlar estímulos, favorecer el autocontrol o la conducta no cooperativa, para un mejor manejo de contingencias y de ira o agresividad, lo cual facilita las intervenciones médicas.

Otro ejemplo, son las intervenciones con pacientes con Virus de Inmunodeficiencia Humana (VIH), donde se ha utilizado con el propósito de lograr cambios a nivel cognitivo, trabajar sobre creencias erróneas y mejorar la aceptación de los procesos de la propia enfermedad (Cayambe & Haro, 2016). En México, se ha utilizado el AIE en estudios experimentales que modificaron conductas de adhesión al tratamiento y disminución en la percepción de estrés en pacientes con distintos padecimientos (Canales, 2010; Ramírez & López, 2011), también es útil para atenuar el impacto cuando se recibe el diagnóstico, para trabajar en un nivel adecuado de respuesta ante situaciones futuras potencialmente estresantes (SFPE) y como adiestramiento en resolución de problemas (González, 2002).

Desde esta óptica las intervenciones bajo el AIE han demostrado ser de gran utilidad, porque además de ser flexibles para adaptarse al contexto específico, tienen la función de educar en habilidades autorreguladoras que permitan identificar anticipatoriamente indicadores altamente estresantes y así poder hacerles frente. Lo anterior considerando que en la atención médica se utilizan métodos (que son necesarios para su ejercicio laboral) que pueden ser amenazantes y engendrados de respuestas desbordadas; es por ello que las intervenciones del estrés bajo una óptica transaccional, también son efectivas para capacitar



al personal sanitario con el objetivo de tener un mejor manejo del paciente y contenerlo emocionalmente, e incluso, para poder manejar su propio estrés por trabajo. A este respecto también hay evidencia de eficacia en la investigación, con estudios que plantean las ventajas de adiestrar al personal de enfermería para intervenir instrumentalmente como parte de la psicoprofilaxis quirúrgica (cf. Alonso, 2016; Menéndez, et. al., 2018; Meichenbaum, et. al., 1987).

En este mismo sentido, es importante destacar que las intervenciones con AIE, no solo tienen como única ventaja reducir la percepción de estrés, la desazón y la emotividad negativa en el paciente; esto a su vez se traduce en un ahorro económico para la propia institución, debido a que la evidencia señala que utilizar este modelo integrativo de atención, es a la par una buena terapia y una buena inversión. Esto está ligado estrechamente con lo que se ha explicado anteriormente: es prioritario proporcionar estrategias al personal sanitario para reducir las cifras de desgaste profesional, conocido como “*Burnout*” o “Síndrome del quemado” donde se presenta una alta prevalencia de estrés en México (Meichenbaum, et. al., 1987) (cf. García & Gil, 2016; Muñoz & Casique, 2016; Plascencia, Pozos, Preciado, & Vázquez, 2019; Valdivia & Méndez, 2003).

En síntesis, se recomiendan las intervenciones basadas en el AIE tanto por su efectividad en instituciones sanitarias, como por su practicidad para redirigir las intervenciones de acuerdo a las necesidades del momento puesto que contemplan todas las aristas desde un marco integrador, lo que facilita su uso y su margen de acción para la clínica; los ejemplos del uso de este modelo, solo tienen propósitos enunciativos basados en los objetivos de la presente investigación, más no son limitativos; ya que es muy útil siempre que se quiera trabajar con estrés desadaptativo.

### **3. 2 Justificación**

Toda intervención quirúrgica, independientemente del grado de complejidad, implica riesgos que pueden poner en peligro algún funcionamiento del organismo o que significan una amenaza para la vida; de ahí que las personas que ameritan ser sometidas a alguna cirugía, presenten estados anímicos sobrelimitados que se relacionan con: no tener conocimiento preciso sobre el proceso, el temor a la anestesia, al éxito o fracaso de la cirugía, al dolor postquirúrgico, a tener algún cambio en la imagen corporal consecuencia del procedimiento, el separarse de sus seres queridos o a consecuencias catastróficas. Debido a esto, el paciente moviliza recursos emocionales, estructuras cognitivas y hace cambios conductuales; lo que da paso a distintas alteraciones a nivel fisiológico para poder afrontar el evento aunque no siempre puede conseguirlo de una forma apropiada, pues todos estos procesos internos que incrementan su percepción de estrés lo hacen proclive, incluso, a estados patológicos ansiosos (Carapia, et. al., 2011).

#### 3.2.1 Los efectos del estrés en los sistemas del cuerpo.

Un mal manejo del estrés conlleva efectos indistintos, en diferentes sistemas del organismo, que en un corto y largo plazo son condicionantes que afectan la calidad de vida; por tanto es importante enunciar aquellos en los que se pueden presentar mayores complicaciones, considerando que esto se intensifica aún más en pacientes en etapa preoperatoria, no solo por el evento quirúrgico *per se*, sino por todos los factores influyentes que se han citado con antelación; lo que promueve una ralentización en la recuperación, con la posible exacerbación de una baja tolerancia al dolor físico o a episodios traumáticos en el postquirúrgico.

De acuerdo con la *American Psychological Association* (2019), se resaltan los siguientes:

***Sistema respiratorio:*** La respuesta de este sistema es inmediata cuando se está expuesto a estresores o a emociones alternantes; su implicación en vías aéreas está asociada con hiperventilación o dificultad para respirar. Si el individuo no tiene ninguna enfermedad respiratoria esto no tiene mayor complicación, sin embargo vale la pena tomar en cuenta a personas que tienen alguna patología preexistente como: asma, enfermedad pulmonar obstructiva crónica (EPOC), enfisema o alguna bronquitis de tipo crónico.

***Sistema cardiovascular.*** El estrés agudo puede contribuir a inflamación en el sistema circulatorio, específicamente en las coronarias. Se conoce que la forma en la que la persona responde al estrés, puede incidir en niveles de colesterol, debido a que el aumento constante de la frecuencia cardíaca incrementa exponencialmente el riesgo de tensión arterial elevada o hipotensión; si el período de exposición a estresores es constante, también aumentan el riesgo de un ataque cardíaco o cerebrovascular. Esto también varía por género y edad: Las mujeres posmenopáusicas, al perder niveles de estrógeno en su cuerpo, son vulnerables a tener una menor respuesta ante el estrés.

***Sistema músculo esquelético.*** Cuando un individuo presenta una respuesta de estrés súbita, sus músculos reaccionan tensándose debido a que se encuentran en un estado de hipervigilancia. Los largos períodos de exposición a estresores pueden favorecer la aparición de cefalea tensional o migraña asociados a tensión muscular crónica en áreas como el cuello, hombros y la cabeza.

***Sistema gastrointestinal.*** El estrés puede favorecer problemas intestinales transitorios y a largo plazo posibles disfunciones. En el esófago, el estrés puede aumentar episodios de reflujo ácido, problemas para deglutir, aumentando la cantidad de aire y con ello la producción de gases. En casos aislados, espasmos en el esófago pueden ser provocados por estrés elevado y confundirse con ataques cardíacos. En el estómago, puede elevar niveles de dolor, hinchazón, náuseas o en casos más delicados vómitos. Contrario a lo que se piensa, el estrés no aumenta la producción de ácido a nivel estomacal, ni causa úlceras estomacales, esto es causado por infección bacteriana; sin embargo, cuando se está estresado pueden incrementar las molestias si ya hay una enfermedad preexistente de este tipo. A nivel intestinal, altos niveles de estrés pueden producir espasmos musculares, causar diarrea o estreñimiento. Si existe algún trastorno intestinal crónico, como síndrome de intestino irritable o alguna otra patología, el estrés puede incidir en los cambios de las respuestas inmunitarias intestinales.

***Sistema nervioso.*** Este sistema tiene varias divisiones, la médula espinal y el cerebro son la parte central, la división periférica son los sistemas nerviosos somático y autónomo. El sistema nervioso autónomo (SNA) está directamente relacionado con la respuesta física del estrés y a su vez se divide en sistema nervioso simpático (SNS) y el sistema nervioso parasimpático (SNP). Si el organismo está estresado, el SNS da una respuesta que se conoce como de “huida” haciendo que el organismo utilice recursos de energía para responder ante la amenaza.

El SNS envía información a las suprarrenales para la liberación de hormonas como la adrenalina (epinefrina) y cortisol (sistema endócrino), que hacen que el corazón incremente su ritmo (sistema cardiovascular), que aumente la frecuencia respiratoria, que se dilaten los

vasos sanguíneos de los brazos y piernas (sistema músculo esquelético), que el proceso digestivo se altere aumentando los niveles de glucosa en el torrente sanguíneo para que se pueda hacer frente a la emergencia (sistema gastrointestinal) y una vez que el organismo detecta que ha pasado la etapa de alerta, regresa a un estado de pre-emergencia.

A su vez, el SNP que generalmente tiene efectos contrarios a los del SNS, es el encargado de la recuperación de un estado de estrés agudo; sin embargo la actividad excesiva de este sistema también puede contribuir al estrés, por ejemplo: favoreciendo la bronco-constricción (como el asma) o una vasodilatación excesiva que compromete la circulación sanguínea. Es así que el SNC es desencadenante de respuestas de estrés, pues regula el SNA, desempeñando un papel central en la interpretación de situación amenazantes. Es así que la presencia prolongada ante estresores y estar en activación continua, hace que otros sistemas del cuerpo se complejicen (APA, 2019).

### 3.2.2 Estrés y calidad de vida.

El estrés y la calidad de vida son conceptos íntimamente ligados, puesto que en la medida que se tienen mejores estrategias de afrontamiento aumentará el bienestar físico y psicológico; ya que se promueven conductas de autocuidado, se modulan aspectos cognitivos, logrando mayor congruencia con una vida plena. A decir de lo anterior, aunque por la naturaleza del estrés, su impacto no está bien delimitado debido a que no hay los suficientes estudios sociales para conocer sus alcances, a que es un constructo dinámico, multiaxial, que debe contemplar varios niveles de generalización desde lo social, hasta lo individual, cada día se conoce más su nocividad en la salud, analizándolo en conjunto o como consecuencia de otras enfermedades. Bajo esta premisa, es factible atribuir que forma

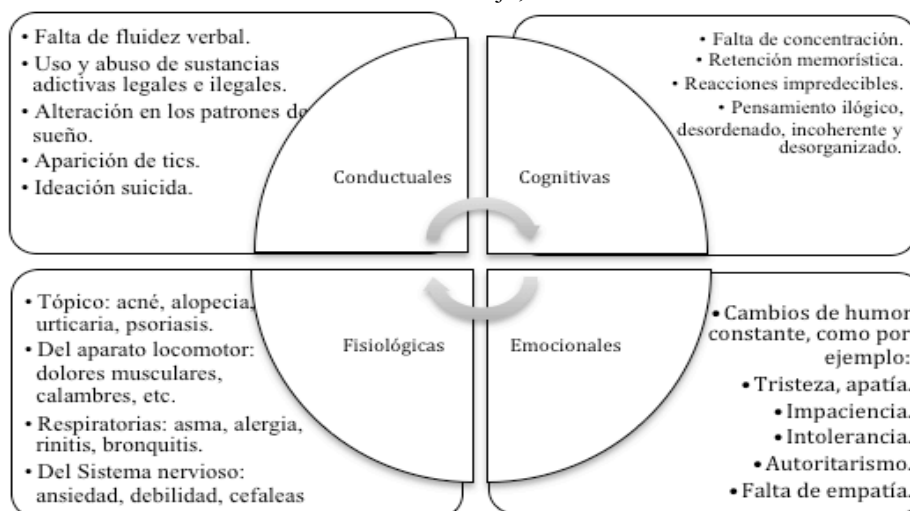
en la que enfrentamos el estrés, se convierte en fuente de enfermedades, reduciendo la calidad de vida (Bairero, 2018).

Partiendo de esta base, las conductas a modificar para mejorar la calidad de vida y disminuir el estrés son: dietética, hábitos de consumo, práctica de ejercicio; considerando antecedentes sobre padecimientos orgánicos o psicológicos, ya que la medicina reconoce que un estado anímico alterado por emociones súbitas, actúa directamente en enfermedades existentes o puede provocar otras. Por todo esto: el estudio, la investigación y el tratamiento del estrés forman parte fundamental en el proceso salud-enfermedad, para lo cual se deben derribar barreras disciplinarias (Bairero, 2017).

### 3.2.3 Respuestas adaptativas ante el evento quirúrgico.

Con todo lo anterior se ejemplifica, que: los niveles de estrés prequirúrgico pueden repercutir en el paciente en distintas esferas situadas en: aspectos conductuales, cognitivos, fisiológicos y emocionales, fluctuando en distintos grados de intensidad, además de con diferentes manifestaciones. En la Figura 5, se resaltan estos aspectos:

Figura 5. Respuestas de estrés en 4 áreas.  
Fuente: Naranjo, 2009.



Los procesos quirúrgicos son eventos en los que las reacciones ansiosas son un común denominador entre los pacientes, pues el organismo interpreta el suceso como una situación de riesgo: 1) Por ser desconocida o 2) Por una carencia en el repertorio inmediato de reacción, generando ideaciones equivocadas; esto se descontrola si se correlaciona con episodios de estrés mental previos al evento. A nivel fisiológico las manifestaciones somáticas van desde la taquicardia, tensión arterial, cambios en el metabolismo, además de alteraciones cardiovasculares y respiratorias. Si a esto se agrega una variable más, como es el tiempo de hospitalización o si el proceso de recuperación es tardío, el cuadro de estrés puede manifestarse mediante episodios ansiosos transitorios en forma de crisis o como estados persistentes, ambos implican repercusiones negativas para la salud mental (*cf.* Quintero, Yasnó, Riveros, Castillo, & Borráez, 2017; Rentería y Fierro, 2018).

Se concluye así, la existencia de una estrecha relación entre el estrés y estados emocionales exacerbados de los pacientes candidatos a cirugías con las implicaciones fisiológicas que se han explicado con antelación, lo cual ocurre conforme transcurre el procedimiento, incrementando riesgos del proceso quirúrgico y recuperación, por tanto, la pregunta de investigación que se deriva de este planteamiento es:

### **3.3 Pregunta de investigación.**

¿Los pacientes programados a cirugía electiva, al participar en un protocolo de intervención basado en AIE, reportarán diferencias estadísticamente significativas en la evaluación prequirúrgica como consecuencia de la intervención psicológica?

### **3.4 Objetivos:**

#### **3.4.1 Objetivo general:**

Evaluar la eficacia de un protocolo de intervención para reducir el estrés en pacientes prequirúrgicos, basado en el AIE y adaptado a un contexto hospitalario.

#### **3.4.2 Objetivos específicos:**

- Conocer los antecedentes fisiológicos, cognitivos y conductuales, mediante la recopilación de la información y el análisis de cada caso (Apéndice F).
- Comparar la media aritmética con la Media Teórica de la Escala de Estrés Prequirúrgico, para determinar el nivel de estrés de cada paciente antes de la intervención y de manera global (Apéndice A).
- Comparar presión sistólica, diastólica y pulso, antes y después de la intervención.
- Estimar la varianza explicada de la intervención sobre el estrés prequirúrgico.

### **3.5 Hipótesis.**

- **H<sub>01</sub>.** No habrá diferencias estadísticamente significativas entre la media teórica y aritmética del estrés prequirúrgico por sujeto y en la muestra en general.
- **H<sub>02</sub>.** No habrá diferencias estadísticamente significativas en las medidas de presión sistólica, diastólica y el pulso, antes y después de la intervención.
- **H<sub>03</sub>.** No habrá efectos directos de la intervención -V.I- sobre la variable dependiente -estrés prequirúrgico-.



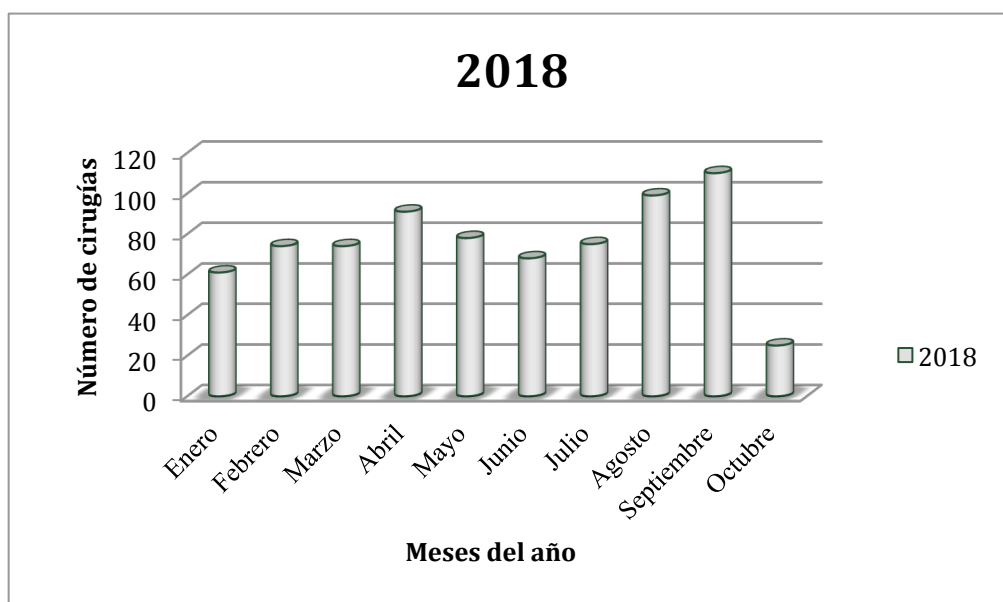
# Capítulo 4.

## 4. Metodología.

### 4.1 Población universo:

Pacientes hospitalizados en el Hospital Juárez de México, ubicado en Av. Instituto Politécnico Nacional 5160, Magdalena de las Salinas, 07760. Ciudad de México, CDMX; el cual atiende a personas provenientes de toda la República Mexicana, concentrándose la mayor atención en la CDMX y zona conurbada. En él, se realizan aproximadamente 280 mil consultas de primera vez, subsecuentes y de urgencias. De acuerdo a la información proporcionada por el departamento de Cirugía General se practican, año con año, aproximadamente 755 cirugías programadas (Cifra de cirugías del 2018) (Figura 6).

Figura 6. Relación de Cirugías Programadas de Enero a Octubre de 2018.  
Fuente: Información proporcionada por el Departamento de Cirugía General Hospital Juárez de México, CDMX.



#### 4.1.2 Selección de la muestra:

Muestreo no probabilístico intencionado y por conveniencia (Banerjee & Chaudhury, 2010). El muestreo por conveniencia significa que las personas fueron seleccionadas de acuerdo con la conveniente accesibilidad hospitalaria y la facilidad de proximidad a los pacientes para el investigador.

- **Alcance:** Hospital Juárez de la Ciudad de México.
- **Unidades de muestreo:** Adultos entre los 45-75 años, usuarios del servicio de cirugía general del Hospital.
- **Elementos:** Pacientes candidatos a cirugía electiva.
- **Duración de la investigación:** [Abril- Julio].

#### 4.1.3 Estimación del tamaño de la muestra:

Se utilizó el software G\*Power v.3.1 para estimar el tamaño de la muestra (*cf.* Faul, Erdfelder, Lang, & Buchner, 2007) a partir de los parámetros mínimos aceptados (Kadamy & Bhalerao, 2010). Los parámetros para calcular el tamaño muestral fueron estimados para un tamaño del efecto grande ( $d=.80$ ), en consecuencia el valor de  $\alpha$  se estimó en .05 (Kadamy & Bhalerao, 2010), y el poder de la prueba o potencia estadística ( $1-\beta$ ) se calculó con el valor mínimo aceptado (.80) (*cf.* Faul et al., 2007; Faul, Erdfelder, Lang, & Buchner, 2009). Así, con un parámetro de no centralidad de  $\lambda = 3.027$ , un valor crítico de la prueba de 2.15, el tamaño de la muestra ( $n$ ) requerido para contrastar en una sola muestra el pretest y el posttest sería de 15 participantes ( $n=15$ ). Esta estimación es la que se planteó como la adecuada para un diseño pretest-posttest sin grupo control.

## **4.2 Criterios de inclusión y exclusión de la muestra:**

### 4.2.1 Criterios de inclusión.

- Haber firmado el consentimiento informado.
- Pacientes mayores de edad programados a cirugías electivas.
- Que quisieran participar en la investigación.

### 4.2.2 Criterios de exclusión.

- Pacientes menores de edad.
- Pacientes programados a cirugías de urgencias.
- Pacientes con lesiones cardíacas o hipotensos.
- Que presentaran algún impedimento para participar en el estudio.

## 4.3 Participantes.

Inicialmente participaron 8 pacientes en etapa prequirúrgica; no obstante, por razones de dificultades en campo, la muestra final fue de 7 participantes (n). Las características sociodemográficas de la intervención y la muestra final, sirvieron como consecuencia para determinar los estadísticos descriptivos, generando un perfil de atributos sociodemográficos de quienes participaron en el estudio.

### 4.3.1 Perfil sociodemográfico:

A continuación se describen las características sociodemográficas de la muestra. Para las variables ubicadas en un nivel de medición intervalar o de razón, la edad promedio fue de 60 años (DE= 14.2), la moda de 40 años y la mediana fue de 61.5

Para todas las variables que se encontraron en un nivel de medición nominal como sexo, estado civil, último grado de estudios, ocupación, nivel socioeconómico hospitalario, número de dependientes económicos y religión, los porcentajes se distribuyeron de la siguiente forma: El 57,0% de la población pertenecía al género femenino. Respecto al estado civil, el 28.5% eran casados y el porcentaje restante 71.5% tenían otra condición. Con relación al último grado de estudios, el 85.7% de la muestra solo tenían la educación básica (primaria y secundaria); el 57.0% no trabajan, del cual el 42.0% se dedican solo al hogar. Al respecto del nivel socioeconómico el porcentaje mayor (57.0%) pertenecía al nivel 1 y este mismo porcentaje se reportó en quienes tenían por lo menos un dependiente económico. Relacionado con la religión: el 100% los participantes manifestaron profesar una creencia religiosa, con un mayor porcentaje de quienes pertenecían al culto católico (85.8%) (Tabla 5).

Tabla 5. Variables sociodemográficas.

<b>Variable</b>	<b>Frecuencia</b>	<b>%</b>	<b>% Acumulado</b>
<b><i>Género</i></b>			
Femenino	4	57	57
Masculino	3	43	100
<b><i>Estado Civil</i></b>			
Soltero	1	14.3	14.3
Casado	2	28.5	42.8
Separado	1	14.3	57.1
Divorciado	1	14.3	71.4
Unión Libre	1	14.3	85.7
Viudo	1	14.3	100
<b><i>Escolaridad</i></b>			
Primaria	5	71.4	71.4
Secundaria	1	14.3	85.7
Carrera técnica	1	14.3	100
Estudia	0	0	100
<b><i>Trabaja</i></b>			
Si	3	43	43

No	4	57	100
<b>Ocupación</b>			
Hogar	3	42.8	42.8
Artesano	1	14.3	57.1
Sin trabajo	1	14.3	71.4
Labrador	1	14.3	85.7
Vendedor	1	14.3	100
<b>Nivel Socio económico</b>			
1	4	57	57
2	3	43	100
<b>Dependientes Económicos</b>			
0	1	14.3	14.3
1	4	57.1	71.4
2	1	14.3	85.7
3	1	14.3	100
<b>Religión</b>			
Si	7	100	100
Católica	6	85.8	85.8
Cristiana	1	14.2	100

Los pacientes que reportaron el mayor porcentaje de acuerdo al criterio diagnóstico fueron quienes padecían hernia inguinal (57.2%); así mismo y para el análisis particular de caso, se tomaron en cuenta las cirugías anteriores como experiencias predecesoras del estrés actual, donde el mayor porcentaje reportó que sí había tenido otras cirugías anteriores (71.4%) (Tabla 6), esto se tomó en consideración para ocupar tales experiencias: 1) Para atribuir las a la percepción subjetiva de las experiencias emocionales en el contexto, 2) Para utilizarlas en la reconceptualización del estrés si dichas experiencias fueron positivas, 3) Para identificar el estilo de afrontamiento y pensamiento de tipo catastrófico. Los resultados se distribuyeron de la siguiente manera:

Tabla 6. Distribución por diagnóstico médico para cirugía programada/  
Experiencias previas en cirugías. Fuente: Elaboración propia.

<b>Diagnóstico quirúrgico  Experiencias previas</b>			
<b>Variable independiente</b>	<b>Frecuencia</b>	<b>%</b>	<b>% Acumulado</b>
<b><i>Tipo de cirugía</i></b>			
Hernia inguinal	4	57%	57.2
Hernia umbilical	2	29%	85.7
Vesícula biliar	1	14%	100
<b><i>Cx anteriores</i></b>			
Si	5	71.4	71.4
No	2	28.6	100

Con respecto a las variables sobre antecedentes, que permitieron tener un panorama de las respuestas fisiológicas del estrés para el análisis particular de caso, los datos se distribuyeron de la siguiente forma: El 57.0% de la muestra poblacional refirió tener hipertensión, el 28% diabetes, siendo los datos más relevantes sobre un estado de salud general. Sobre los hábitos de consumo el 85.8% de la muestra refirió no beber, ni fumar. Relativo a la evolución de su padecimiento, el mayor porcentaje fue el 28.5% quienes manifestaron una evolución de 2 años (diagnóstico quirúrgico) (Tabla 7).

Tabla 7. Antecedentes fisiológicos.

<b>Antecedentes Fisiológicos.</b>			
<b>Datos fisiológicos</b>	<b>Frecuencia</b>	<b>%</b>	<b>Porcentaje acumulado</b>
<i>Hipertensión</i>			
Si	3	43	43
No	4	57	100
<i>Hipotensión</i>			
No	7	100	100
<i>Enfermedades Cardíacas</i>			
No	7	100	100
<i>Ansiedad/ Medicación</i>			

No	7	100	100
<b>Otra enfermedad</b>			
Diabetes	2	28.5	28.5
Hipotiroidismo	1	14.3	42.8
Matriz	1	14.3	57.1
Próstata	1	14.3	71.4
Vesícula Biliar	1	14.3	85.7
Ninguna	1	14.3	100
<b>Hábitos de consumo</b>			
<i>Fuma</i>			
Si	1	14.2	14.2
No	6	85.8	100
<i>Alcohol</i>			
Si	1	14.2	14.2
No	6	85.8	100
<b>Evolución Padecimiento</b>			
6 meses	1	14.3	14.3
2 años	2	28.5	42.8
3 años	1	14.3	57.1
4 años	1	14.3	71.4
5 años	1	14.3	85.7
6 años	1	14.3	100

#### 4.4 Tipo de estudio.

Se realizó un estudio de naturaleza pre-experimental, dado que se manipuló una variable independiente (intervención) y se determinó el efecto en la variable dependiente (estrés) en un grupo de participantes que no fueron seleccionados de manera aleatoria: sino por oportunidad, no se contó con un grupo control y en consecuencia no hubo asignación al azar a los grupos ni a los tratamientos. Salas (2013) señala que este tipo de estudio es muy utilizado por los médicos, debido al contexto hospitalario en el cual desarrollan sus investigaciones, dado que no siempre es posible en las instituciones de salud la asignación aleatoria, la conformación de más de un grupo o trabajar con grupos numerosos de pacientes.

#### 4.5 Diseño de la investigación.

El arreglo metodológico para el estudio fue pretest- posttest de un solo grupo o también denominado sin grupo control, lo cual implicó hacer una evaluación de la variable dependiente en dos momentos diferentes, una antes del protocolo de intervención (variable independiente) y después, con el propósito de comparar ambos puntajes y atribuir el efecto del resultado a la manipulación de la variable independiente.

#### 4.6 Variables.

La variable independiente fue el protocolo de intervención basado en la AIE, el cual consiste en un proceso nivelado (Tabla 12) (Apéndice B). Por otro lado, la variable dependiente fue el estrés preoperatorio, el cual se define de manera conceptual como un estado de agitación, inquietud o zozobra del ánimo, identificado como una emoción complicada y displacentera que se manifiesta mediante tensión emocional acompañada de un correlato somático (*cf.* Sierra, et. al. 2003, p. 14), en este caso específico, ante la condición del paciente de enfrentar las condiciones y potenciales consecuencias de una cirugía.

#### 4.7 Instrumentos.

La variable dependiente fue operacionalizada a través del puntaje obtenido en la Escala de Exploración de Estrés Prequirúrgico con el objetivo de conocer: la severidad percibida, antecedentes morfológicos, cognitivos, conductuales y percepción subjetiva del estrés. Esta escala se conforma de 7 reactivos en formato tipo Likert, con cinco opciones de respuesta: Nunca | Casi nunca | Algunas veces | Casi siempre | Siempre (Tabla 11, reactivos del 1 al 7) y un octavo ítem que fungió como indicador para conocer la percepción subjetiva de estrés en tres etapas de la intervención, con posibles respuestas escaladas del 1



al 10 (Tabla 11, reactivo 8) (Apéndice A). Para las variables psicofisiológicas que fueron tomadas pre y post intervención se utilizó un esfigmomanómetro digital que marcaba la sístole, la diástole y el pulso (Apéndice B). Adicionalmente se utilizó una entrevista semiestructurada que formó parte del cuestionario indexado en la hoja de expediente clínico (Apéndice C), con el propósito de conocer aspectos multidimensionales que permitieran realizar un análisis cualitativo del estrés. Las respuestas permitieron conocer de manera general: la percepción subjetiva y severidad percibida de cada paciente.

#### 4.8 Procedimiento.

Se evaluó y aprobó el protocolo de investigación por parte del Comité de Salud Mental del Hospital Juárez de México. Una vez aceptado, se realizó la pre-evaluación de los candidatos para participar en el estudio en coordinación con el Departamento de Cirugía General del hospital con el propósito de conocer los pormenores sobre: nombre del paciente, fecha y hora de asignación de cirugía, además del tipo de procedimiento quirúrgico que se realizaría para verificar que fuera acorde con los criterios de inclusión y exclusión. Antes de intervenir con cada paciente se solicitó el apoyo del área de Admisión Hospitalaria quienes proporcionaban: la hora de ingreso, la cama asignada y el número de expediente del paciente (este se tomaba como requisito para dar los reportes post intervención) (Tabla 12).

Para cumplir con los objetivos del presente trabajo, como primer punto, se diseñaron: el consentimiento informado, el expediente clínico, el instrumento de recopilación de información y un guion semiestructurado para abordar al paciente (Apéndice C), considerando los siguientes aspectos relevantes:

1. La normatividad vigente en México. NORMA Oficial Mexicana NOM-004-SSA3-2012. Del expediente clínico (Apéndice D).
2. Las bases éticas del Hospital Juárez, bajo la supervisión del departamento de Salud Mental. Además de las bases éticas de la Facultad de Estudios Superiores Iztacala, bajo la supervisión de quien dirigió el presente manuscrito. El código ético del psicólogo. (Apéndice D)
3. Las bases metodológicas del Manual de Adiestramiento de Inoculación del Estrés (Meichenbaum, et, al, 1987) (Apéndice B).
4. Los criterios propios de la investigación.

Al acceder al paciente se le explicó el motivo del estudio, solicitando su colaboración recalcando que era de forma voluntaria, anónima e informado explícitamente el uso de la información. Se les leyó el consentimiento informado (Apéndice C) previo a su firma. Se recopiló información en el expediente de caso y la aplicación de la escala Exploración Estrés Prequirúrgico; posterior se dio inicio a la intervención siguiendo el protocolo AIE, que se explica a profundidad en el apartado Variable Dependiente (Apéndice B).

**Primera fase:** Reconceptualización del estrés, psicoeducación para reconocer respuestas de estrés desde una perspectiva transaccional, exposición *in vivo*. En esta fase se estableció una alianza tripartita entre el aplicador, el paciente y el familiar acompañante (como observador participante), para abordar multiaxialmente el estrés del paciente.

**Segunda fase:** Adquisición de habilidades con técnicas de exposición y psicoeducación. Se hizo un ensayo con acompañamiento y en solitario, donde el investigador solo fue observador del proceso, redirigiendo las estrategias que tuvieron imprecisiones.

**Tercera y última fase:** Consolidación del aprendizaje a través de exposición *in vitro* donde se pudieron aplicar las estrategias planteadas dentro del procedimiento en situaciones lo más reales posibles y que tuvieran que ver con la cirugía, evaluando posibles repertorios de afrontamiento ante situaciones futuras en el postquirúrgico. En toda la intervención siempre se motivó al paciente a que hablara sobre su percepción relacionada su experiencia médica actual, sus expectativas sobre la cirugía, sus temores actuales y futuros; así como las relacionadas con estados emotivos, la confianza en el equipo médico, valorando características específicas para el diseño de la intervención.

#### 4.8.1 Condiciones éticas para el estudio.

En lo relacionado con los aspectos éticos del estudio, estos están fundamentados en el Código Ético del Psicólogo, considerados en el capítulo 3: De los resultados del trabajo del psicólogo y la confidencialidad de los mismos. (Sociedad Mexicana de Psicología, 2010; pp. 59 – 67) (Apéndice D).

#### 4.9 Análisis de resultados.

Se utilizó una prueba de t Student para una sola muestra para contrastar la media aritmética con la MT de la Escala de Estrés Prequirúrgico, con el propósito de determinar si la muestra percibía un nivel significativo de estrés. Se utilizó la Suma de Rangos de Wicoxon para contrastar la *pre y post* evaluación del estrés. Finalmente se estimó una ANOVA de medidas repetidas para determinar la varianza explicada de la intervención sobre el estrés prequirúrgico. Para los datos cualitativos, se utilizó una entrevista y un guión semiestructurado (Apéndice C) que permitió conocer los antecedentes, además de considerar dimensiones cognitivo-conductuales previas al evento quirúrgico.

# Capítulo 5.

## 5. Resultados.

### 5.1 Análisis estadísticos:

Se estimó la Media Teórica (MT) y la media aritmética del instrumento Escala de Estrés Prequirúrgico, con el propósito de comparar ambos valores. La MT se utiliza como punto de contraste: valores por arriba de este estadístico indican que el grupo posee el atributo evaluado, y viceversa, los resultados por debajo de la MT son interpretados como ausencia del atributo. Para determinar si esta diferencia era estadísticamente significativa, se estimó una prueba t de Student para una sola muestra.

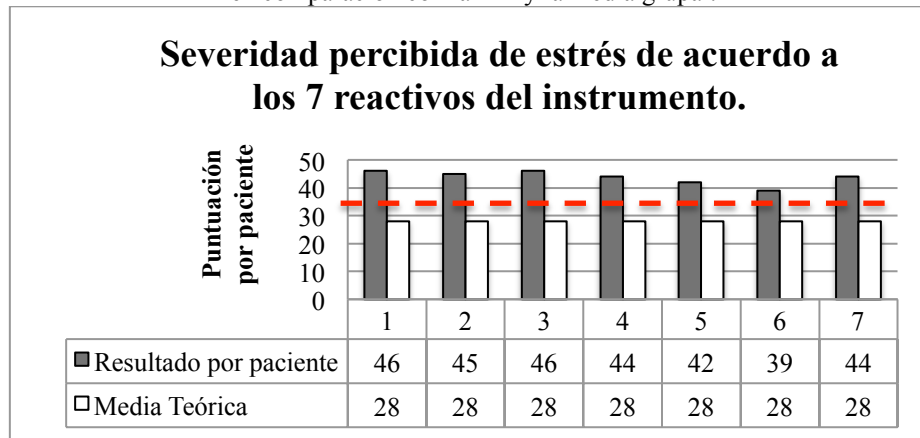
En la Tabla 8 se puede observar la comparación por sujeto entre la media de estrés prequirúrgico percibido y la MT de la escala. De acuerdo con los estadísticos obtenidos, todos los participantes presentaron estrés en el prequirúrgico, dado que todos puntuaron por arriba de la MT. Haciendo un análisis general de la muestra, la media aritmética obtenida para el estrés percibido fue de 38.25 (Max=70, Min=14), la cual fue contrastada con la MT de la escala (MT=28), no encontrándose una diferencia estadísticamente significativa en el grupo ( $t=0.106$ ,  $p>.106$ ). Así el grupo de los participantes, al encontrarse con puntajes por arriba de la MT se caracteriza por tener percepción de estrés en el prequirúrgico; aunque la discrepancia entre la media y la MT de la escala no identifica una significancia estadística.

Tabla 8. Promedio Grupo  
(Estrés inicial- 7 reactivos)

#	Media		
	Media grupal	por paciente	Media Teórica
1	38.25	41.36	28
2	38.25	40.36	28
3	38.25	42.29	28
4	38.25	39.36	28
5	38.25	37.36	28
6	38.25	34.36	28
7	38.25	39.36	28

En la Figura 7 se muestran los valores obtenidos por paciente en la Escala con mayor detalle, los cuales son contrastados con la MT y con la media grupal que está representada mediante una línea punteada transversal roja, quedando de la siguiente manera:

Figura 7. Resultado por paciente de la “Escala de Estrés Prequirúrgico” en comparación con la MT y la media grupal.



*\*Nota: La línea horizontal que corta la figura 7, corresponde a la media grupal en la Escala de Estrés Prequirúrgico, la cual representa un valor de 38.25.*

Dado que el tamaño de **n** fue menor de 30 no se pudo utilizar la *t* de Student para muestras relacionadas (*cf.* Skaik, 2015) con el propósito de comparar los valores de la presión sistólica, diastólica y el pulso en la pre y post evaluación; por tanto, se utilizó una prueba homóloga no paramétrica para muestras relacionadas; es decir, la Suma de Rangos de Wilcoxon. La Tabla 9 muestra por sujeto los valores de la presión sistólica (PS), diastólica (PD) y del pulso (PL) antes y posterior a la intervención. El resultado de la prueba estadística muestra que no hubo diferencias estadísticamente significativas en la presión diastólica ( $z=-.841$ ,  $p>.400$ ), en el pulso ( $z=-.314$ ,  $p>.753$ ); sin embargo, en el caso de la presión sistólica, la diferencia fue significativa ( $z=-2.103$ ,  $p<.035$ ). Así, estos valores indican que hubo disminución importante después de la intervención en la presión sistólica.

Tabla 9. Medidas pre-tratamiento y post tratamiento en las variables Fisiológicas por paciente: PA sistólica, PA diastólica y Pulso.

#	PS1	PS2	PD1	PD2	PL1	PL2
1	150	133	125	121	70	70
2	115	114	64	60	70	70
3	141	140	88	78	60	55
4	173	165	62	70	47	58
5	118	124	79	85	75	73
6	127	118	90	71	67	60
7	158	145	86	83	83	99

Finalmente, para evaluar el efecto de la intervención sobre el estrés pre quirúrgico se estimó un ANOVA con modelo lineal general de medidas repetidas para conocer los efectos intra-sujeto, comparando tres mediciones -antes, durante y después de la intervención- con un reactivo que fungió como indicador (Tabla 10). Inicialmente, se calculó la prueba de esfericidad de Mauchly, la cual fue significativa ( $W$  de Mauchly=.138,  $p$  .007), por tanto no se cumplió con el supuesto de esfericidad de los datos; dada esta condición, se optó por utilizar el indicador de Greenhouse-Geisser para valorar los efectos intra sujetos. Los resultados muestran que la intervención explicó el 54% de la varianza del estrés pre quirúrgico [ $F(1,074)=7.176$ ,  $p < 0.033$ ,  $\eta^2 = .545$ ]. Los resultados de las medias sobre el estrés pre quirúrgico percibido se exponen en la Tabla 10.

Tabla 10. Anova de medidas repetidas (Para comparar tres evaluaciones) (Item 8)

Estadísticos descriptivos			
En escala del 1 al 10			
¿Qué tan estresado se siente?			
	Media	Desviación típica	N
Pre	3.14	3.078	7
Inter	2.71	2.628	7
Post	0.00	0	7

## 5.2 Análisis cualitativo:

Los resultados descriptivos que se presentan a continuación responden fundamentalmente al objetivo de conocer los antecedentes del paciente para elaborar el análisis cualitativo global de la muestra y de cada caso. Para esta evaluación, se indexaron preguntas que constituyeron dimensiones de conocimiento necesarias, tanto para los reportes entregados al área de Salud Mental del Hospital, como para operacionalizar el estrés y evaluar los aspectos multidimensionales que permitieron el ajuste en el diseño del AIE sobre la marcha con sensibilidad a las necesidades individuales; todas estas preguntas se basaron en la normativa vigente (Apéndice D) para construir el documento de nombre: “Hoja de Expediente Clínico” (Apéndice C).

En seguida, se aplicó una entrevista semiestructurada que retomó los objetivos principales de la metodología del AIE mediante un guión semiestructurado (Apéndice C) que sirvió como base para abordar al paciente de acuerdo a cada fase de la intervención, así como para conocer sus experiencias previas como posibles catalizadoras del estrés situacional, las cuales fueron usadas *a posteriori* para detener sesgos cognitivos. A este respecto, el primer dato descriptivo refirió que el 71% de la muestra había tenido cirugías previas y en todos los casos esas experiencias tuvieron un buen resultado; como se cita anteriormente, estas referencias se utilizaron dentro del proceso de intervención, en aquellos pacientes que manifestaron tener pensamientos intrusivos sobre su cirugía actual; lo anterior para: a) validar su estrés, b) reconceptualizar la dimensión de su preocupación, c) conocer sus habilidades de afrontamiento.

Con base en esta narrativa del paciente y con el objetivo de detener la rumiación, la información se utilizó para realizar una pregunta cargada; en la que el paciente pudiera

encontrar una respuesta que le sirviera para identificar el patrón de pensamiento estresante, la cual fue: *“De acuerdo a su experiencia previa, las cirugías que le han realizado han tenido buen resultado ¿Tiene alguna razón adicional para pensar que esta ocasión será diferente?”* en todos los casos la respuesta fue: *“Ninguna”* y un caso refirió *“He leído en internet que este tipo de cirugías pueden fallar”* tanto en este caso, como en los que los pacientes no tenían experiencias previas, se utilizó como recurso las estadísticas de cirugías del hospital, remarcando que en la institución contaban con experiencia y recursos en excedente para realizar las intervenciones de forma exitosa.

Bajo esta misma línea del uso de la propia argumentación de los pacientes para reconfigurar su diálogo interno y reducir su percepción de estrés, se les hizo un recordatorio sutil de que anteriormente expresaron su confianza por el hospital (toda la muestra reportó sentir seguridad hacia el trabajo del equipo médico tratante). En estos casos particulares donde se detectó pensamiento de tipo catastrófico, se utilizó: autoverbalización (retomando también experiencias previas), además se trabajó con técnicas como modelado, moldeamiento, detención de pensamiento y diálogo dirigido. Regularmente estas sesiones se prolongaban de 10 a 15 minutos más. Todas las estrategias utilizadas, así como el momento de aplicación, se encuentran en los Apéndices B y F.

Por otra parte, para conocer si los pacientes tenían estrés prequirúrgico, se investigaron aspectos dimensionales que permitieron analizar componentes cognitivos, fisiológicos y conductuales, con un marco temporal de dos semanas previas al evento, tanto para la entrevista, como para el instrumento y las notas de evolución. Así mismo, se realizó un examen mental, que forma parte del protocolo de intervención del área de salud mental, en el que se evaluó: orientación, estado de alerta, concentración, preservación de



memorias, lenguaje, pensamiento y estilos de afrontamiento predominantes, lo que sirvió para el reporte subjetivo y el pronóstico de adherencia también reportados en las notas de evolución (Apéndice F). Para el análisis de los antecedentes fisiológicos, se indagó sobre: diagnóstico médico, antecedentes personales patológicos como enfermedades y cirugías previas, a este respecto no se encontraron datos de enfermedades correlacionadas con el estrés. Los antecedentes psicológicos patológicos a considerar fueron: diagnóstico psiquiátrico o atención psicológica previa. La totalidad de la muestra respondió que era la primera vez que recibían este tipo de atención y en ningún caso se encontraron antecedentes de enfermedades mentales o ansiedad.

Por otra parte el análisis de resultados reporta, como dato relevante, 5 referencias que se pueden categorizar como el estilo de afrontamiento predominante de la población, donde prima la evitación. Este indicativo es importante, debido a que representa el 71% de la muestra, también con base a que el instrumento reportó una media grupal con el atributo de estrés y en todos los casos con una media por paciente por arriba de la MT (28). Estas categorías emergieron durante el proceso de confrontación del paciente en la entrevista, pueden obedecer a un intento de controlar el malestar emocional dentro de límites manipulables para adaptarse al entorno y conocerlas permite tener una mayor noción de la severidad percibida. Asimismo, el dato se resalta, debido a que la colaboración con el familiar es considerada dentro del AIE, además de haber sido medular para la presente investigación, obteniendo con mayor precisión antecedentes de cambios conductuales sobre estrés prequirúrgico, lo cual ha quedado explícito en apartados anteriores en el presente trabajo.

De acuerdo con Meichenbaum, et. al (1987): *“Establecer una relación de trabajo y*

*utilizar al paciente y a otras personas importantes para él como colaboradores a fin de fijar, desarrollar, poner en práctica y evaluar el programa de adiestramiento” (p.21) es objetivo de la intervención. Por tanto se resaltan estas categorías como emergentes de las estrategias usadas del modelo, contrastando con las respuestas y la media del instrumento:*

***-Caso 1-** El paciente refirió que no se sentía estresado, ni nervioso, sino por el contrario tenía mucha esperanza de que se llevara acabo su cirugía.*

Informe del familiar: Su esposa comentó que aunque él decía no estar preocupado, sí lo había notado intranquilo antes y en el ingreso. También comentó que notó el cambio después de la intervención. Media por paciente: 46.

***-Caso 2-** El paciente refirió que no se sentía estresado, ya que no tenía noción de lo que es el estrés.*

Informe del familiar: Su hija refirió haberlo notado “triste y desgano” desde que le notificaron la cirugía, por lo que ella creía que sí estaba nervioso. Media por paciente: 45.

***-Caso 3-** Dice sentirse confiada con los resultados, debido a que ya ha tenido cirugías anteriores en las que ha salido bien.*

Informe del familiar: Su hijo, quien estaba presente en la sesión, comenta que sí la ha visto nerviosa días antes y que sus familiares perciben que esto se pueda deber a su proceso quirúrgico. Media por paciente: 46.

***-Caso 4-** Comenta que más que estar preocupada por su cirugía, está estresada por lo relacionado a las cuestiones económicas que tiene que afrontar en el hospital.*

Informe del familiar: Su hijo se encontraba haciendo trámites relacionados al costo de análisis debido a que no llevaban dinero, y cuando regresó expresó de forma somera que a

su mamá la había notado con cambios de humor y que el también se encontraba molesto, este dato no fue reportado dentro de las notas de evolución debido a que el familiar solo estuvo un momento durante la sesión. Media por paciente: 39.

*-Caso 5- Refiere sentirse tranquila porque tiene confianza en el hospital y no estar preocupada por su cirugía per se, sino por saber si la cirugía saldrá con éxito debido a las molestias para deponer que presentó anteriormente, las cuales le generan demasiada ansiedad.*

Informe del familiar: Su hijo, no verbalizó ninguna impresión pero negó con la cabeza que su mamá no estuviera preocupada por la intervención. Cuando se le cuestionó si el había percibido que la paciente estuviera estresada previo al ingreso, asintió de forma no verbal. Media por paciente: 44.

Para concluir, a modo de resumen se aprecia de manera genérica que los pacientes presentan como rasgo distintivo estrés prequirúrgico, que la mayoría son de recursos medios, siendo esta una variable que se consideró como elicitadora de respuestas de estrés solamente en los casos de estrato económico bajo, donde se infiere como detonante debido a los pagos a realizar; no obstante no se cuenta con la suficiente información para hacer esta atribución. Para finalizar, toda la muestra coincide en no tener conocimiento preciso del proceso, del tiempo de recuperación y de la anestesia; este es un punto a considerar, ya que hay evidencia que respalda que informar a los pacientes sobre el procedimiento, está estrechamente relacionado con una disminución en la ansiedad en período preoperatorio (cf. Hernández, López, Sánchez, & Antonio, 2016; Gordillo, Arana, Mestas, 2011).

# Capítulo 6.

## 6. Discusión

En la presente investigación se evaluó el efecto del AIE sobre el nivel de estrés en pacientes candidatos a cirugías electivas; para este estudio se consideraron variables psicosociales -estrés percibido- y fisiológicas -presión sistólica, diastólica y pulso-. La intervención se focalizó en estrategias de psicoeducación, reconceptualización del estrés, modelado, moldeamiento, detención de pensamiento, ejercicios de respiración diafragmática, ensayos imaginados y exposición *in vivo* e *in vitro*; todo esto con la función primaria de que el paciente pudiera incidir en sus respuestas físicas y emocionales relacionadas con el estrés.

Las estrategias citadas, se han utilizado ampliamente en contexto hospitalario como parte de la psicoprofilaxis quirúrgica, de forma aislada o en conjunto con el AIE; esto último es lo más recomendable pues lo hace un programa completo de intervención que atienda el estrés *in situ*. Por tanto, los procedimientos basados en la psicoeducación, ya sea centrada en la información, en la modificación conductual o ambas, como en el presente trabajo, se orientan a que el paciente desarrolle habilidades preventivas y correctivas. La flexibilidad de la psicoeducación permite que pueda aplicarse tanto de forma grupal, por pares o individual (*cf.* García, Guillén, Ramírez & Sánchez; 2017; Muñoz & Atupaña, 2013), por un psicólogo y por el personal de enfermería para un adecuado manejo de procesos conductuales y cognitivos de naturaleza inhibitoria o evitativa o como primeros auxilios en el prequirúrgico, lo cual puede observarse en los trabajos de: Castro, Cuadrado, Almonacid, Díaz, (2017); Del Aguila, (2018) y Flores, (2018).

Estos hallazgos, coinciden con los obtenidos en la presente investigación, donde estas estrategias permitieron que el paciente pudiera validar contextualmente su estrés, fortaleciendo su capacidad subjetiva para identificar aquellas interacciones ambientales que podrían engendrar distintas respuestas desadaptativas y así poder aplicar el aprendizaje obtenido en sesión, para con ello favorecer estilos de afrontamiento asertivos. Esto también permitió que se pudiera adecuar el diseño de la sesión y ser comprendido de una forma más precisa y sencilla, instalando correctamente el aprendizaje de las demás técnicas instruccionales que se aplicaban según las necesidades de cada caso, como: la relajación progresiva de Jacobson, detención de pensamiento, reestructuración cognitiva y la autoverbalización; además de que sirvió también para capacitar a familiares con el propósito de generar adherencia terapéutica a *posteriori*; todo lo anterior se puede contrastar con lo reportado en las investigaciones realizadas con AIE, por: Amador (2007); Bohórquez (2008); Canales (2011); Flores, Jenaro, Moro, & Tomsa, (2015); Gavidia y Cayambe (2016); Gelvez (2010); González (2006); Hernández (2018); Olivares, Martín, Román, & Moreno (2010); Muñoz (2011) y Toro, Barragán, & Jiménez (2019).

La hipótesis de trabajo sobre la prevalencia de estrés en el preoperatorio de la muestra seleccionada se confirma, indicando que todos los participantes presentaron estrés inicial por encima de la MT; al igual que en investigaciones análogas que evaluaron estados ansiógenos y de estrés preoperatorio, lo cual se puede observar en el trabajo de: Ruiz, Muñoz, Olivero e Islas (2000), que en una muestra de 500 pacientes el 35% manifestó temor al ambiente hospitalario, 33% a la cirugía, 45% a la anestesia. Y en los hallazgos de Ojeda y Barbón (2015), que en 250 pacientes: el 65% refirió sentir algún temor en el preoperatorio. Los datos de estas dos últimas investigaciones se consideran respuestas

adaptativas subyacentes de la ansiedad y estrés contextual; así como en el estudio de Delgadillo (2016) donde en 150 pacientes, el 46% presentó ansiedad marcada al acudir al servicio de cirugía de emergencia y, por último, en la investigación de Mera y Machado (2018) donde en 68 pacientes preoperatorios se encontró un alto nivel de ansiedad correlacionada con factores estresantes. Lo anterior señala una prevalencia elevada de estrés en ambientes quirúrgicos, destacando la importancia de una atención psicológica oportuna en el lugar donde se origina, sobre una problemática de salud particular, que no siempre es atendida debido a que la atención relacionada con la cirugía es apremiante; sin embargo, el estrés, de no atenderse puede interferir en el curso de la cirugía, complejizando la atención o la recuperación, como se ha demostrado a lo largo de la presente investigación empírica y con base en la amplia evidencia bibliográfica citada.

Por otro lado, respecto a los resultados de las variables fisiológicas: en la presión sistólica todos los participantes presentaron valores significativamente mayores comparados entre el pre y post tratamiento, se concluye que este efecto podría ser atribuido a la intervención; no obstante, valdría la pena replicar el estudio muestras más grandes y de ser posible, mediante un muestreo aleatorio con el propósito de reducir el sesgo en la muestra. Bajo esta perspectiva, la literatura consultada es concordante con estos resultados, en donde se pone de relieve la importancia de evaluar aspectos fisiológicos durante la intervención psicológica; ya que la movilización de estas variables dan un acercamiento a la efectividad terapéutica de manera expedita (*cf.* Molerio, et. al. 2005; Moreno, Contreras, Martínez, Araya, Livacic, & Vera, 2006; Ochoa, et. al., 2019; Rodríguez, et. al, 2018; Vieco, 2018).

Para finalizar, queda de manifiesto que, el presente trabajo cumplió con los objetivos primordiales planteados; los cuales fueron que el paciente prequirúrgico tuviera una mejor experiencia ante los sucesos vitales estresantes de su cirugía, mediante una intervención breve que pudiera contenerlo emocionalmente y, que a la vez, pudiera dejarle un repertorio de habilidades para tener mejores respuestas adaptativas en el postoperatorio. Los hallazgos demuestran que la intervención cognitivo conductual, incide en el bienestar subjetivo y en una mejoría en la sintomatología somática en pacientes que tienen alta vulnerabilidad a presentar niveles altos de estrés; esto fue contrastado con la evidencia empírica de otros estudios, donde se enfatiza que el AIE es una intervención viable y adecuada por su flexibilidad para la clínica.

## **6.1 Sugerencias**

Con base a lo expresado, y también en contraste con otras investigaciones, queda explícito que el AIE influye positivamente en el paciente durante toda la estancia hospitalaria; dentro de las sugerencias para futuras investigaciones se enfatiza en la necesidad de sesiones postoperatorias para poder reducir los niveles de estrés relacionados con la recuperación o rehabilitación; puesto que los estados emocionales son distintos en presencia de dolor físico, siendo este uno de los principales temores que se reportaron en la literatura del estrés prequirúrgico (Ruiz, et. al., 2000; Ojeda & Barbón., 2015).

Asimismo, se considera conveniente considerar también mediciones de la frecuencia respiratoria pre, inter y post intervención, esto es: contabilizar la cantidad de respiraciones del paciente en reposo durante un minuto, cada vez que se contrae y expande la caja torácica; ya que la función respiratoria, aunque forma parte del sistema somático, es

controlada por el SNC, la cual también es susceptible de alteraciones emocionales (Buceta & Bueno, 2000). Teniendo esto en cuenta, es conveniente agregar una toma adicional de presión y pulso en el intermedio de la sesión para tener datos con mayor nivel de precisión y estimar pruebas paramétricas en el análisis de resultados (Guerrero, 2018).

Por último, se sugiere considerar la importancia de correlacionar los datos de la presión diferencial, con las presiones sistólica y diastólica para determinar los riesgos en los que se encuentra cada paciente con mayor profundidad (Sheldon, 2019) y de ser posible aumentar el número de sesiones psicológicas; lo anterior se sugiere debido a que se encontraron dos casos dentro de la población, en donde las presiones diferenciales marcaron niveles arriba de 60, y ambos pacientes teniendo más de 60 años. Esto pone de relieve la vulnerabilidad de otro segmento de la población en espera de cirugía que puede beneficiarse con las intervenciones elaboradas con AIE dentro del mismo proceso preoperatorio, inclusive para evaluar diferentes estrategias en la disminución de este riesgo, como una preparación mediante talleres antes de la hospitalización, lo cual da margen también para futuras investigaciones; además de promover la extensión de funciones del psicólogo como un profesional fundamental en los espacios de salud pública. Estos talleres, serían parte de una cultura preventiva, para que la preparación y prevención antes de la cirugía tenga mejor adecuación, incidiendo en el estrés con mayor anticipación. Lo anterior no se consideró dentro de esta investigación, debido a que fue sesión única.

## **6.2 Limitaciones**

La principal limitación es que el tamaño de la muestra fue menor a 15 participantes (n=7); por causas ajenas a los propósitos de la investigación no fue posible alcanzar la



cuota estimada según el diseño y las pruebas paramétricas planteadas *a priori*. Por lo consiguiente, los alcances de este trabajo deben considerarse de manera discreta; sin embargo, a pesar de esta dificultad, el resultado es consistente con otras investigaciones como las de: Alonso (2016); Amador (2007); Bohórquez (2008); Canales (2011); Flores (2018); Gavidia y Cayambe (2016); Gelvez (2010); Hernández (2018); Menéndez, et. al. (2018); Muñoz (2011); y Olivares, et. al. (2010), lo cual permite validar el resultado a través de la consistencia con otros estudios.

### **6.3 Conclusiones**

El estrés exacerbado presenta entre una de sus características, el que ante la demanda de respuesta sobre un evento particular se experimenten picos emocionales que van desde: el enojo, tristeza, sentimiento de indefensión, desesperanza, aflicción, etc.; que en casos más severos se pueden presentar en correlación sintomatológica depresiva; por tanto, siendo un fenómeno multiaxial es conveniente que sea abordado desde una perspectiva transaccional y mediante intervenciones completas como el AIE que contempla tanto variables psicológicas, los antecedentes, factores psicosociales, el contexto, así como los riesgos exponenciales para la salud física. Así, los hallazgos de la presente investigación, concluyen que las intervenciones basadas en esta estrategia terapéutica son un gran acierto al involucrar la colaboración del paciente y familiares en el proceso; además de que primordialmente se aprende a validar las emociones sin tratar de reprimirlas sino confrontarlas propositivamente, promoviendo así cambios cognitivos y conductuales favorables para la autorregulación y la recuperación, disminuyendo la probabilidad de Trastorno de Estrés Postraumático (TEPT) como secuela.

Dentro de las principales aportaciones de esta investigación, se destaca que se puso en relieve la necesidad de un programa fijo de psicoprofilaxis quirúrgica; lo cual queda explicado claramente con la significancia estadística en una de las variables fisiológicas, además de la modificación en la percepción del estrés antes y después de la sesión. También se resaltan los beneficios de estas intervenciones ya que promueven una mayor adherencia terapéutica, el estudio del estrés desde una perspectiva transaccional y el accionar desde un margen multidisciplinario; con la ventaja de que su aplicación no implica un mayor presupuesto económico, a la par de que los usuarios tienen una mejor estancia y satisfacción con el servicio, facilitando también el trabajo del equipo hospitalario. Se resaltó la importancia de la labor del psicólogo en atención a pacientes en espera de cirugía, y con todo lo anterior se pretendió crear una cultura de atención que favorezca la imagen tanto del área de Psicología como del Hospital.

Por otra parte, queda como un análisis adicional el que los pacientes tenían una valoración cognitiva del estrés centrada en la evitación, puesto que la mayor parte de la muestra no reportó ninguna valencia negativa ante el acontecimiento; no obstante, todos los familiares expresaron que esos datos eran imprecisos, debido a que ellos notaron cambios comportamentales tales como tristeza, retraimiento, preocupación e incomunicación desde que les fue anunciado el evento. Lo anterior vuelve a resaltar la importancia de considerar variables psicosociales dentro de la atención; estos datos son confirmados con lo reportado en el apartado de resultados que indica que todos los pacientes presentaron el atributo de estrés por encima de la MT, antes de iniciar la sesión.

También se resalta que en las mujeres se presentó, con mayor incidencia, una autoverbalización negativa con respecto a la cirugía, primordialmente relacionada con

temores por el éxito del procedimiento, mientras que los hombres refirieron sentirse mayormente preocupados por el tiempo en el que estarían ausentes de su trabajo o de otras obligaciones. Con respecto al conocimiento de los procedimientos quirúrgicos, la mayor parte de la muestra refirió que no conocía ni el tipo de anestesia que sería usado, ni el tiempo de recuperación. En la mayoría de las respuestas prevalecieron conductas evitativas relacionadas con el involucramiento respecto a su cirugía, con pocas interacciones con el médico tratante; los datos anteriores dan margen a otra área de investigación que determine que tan importante es para el estrés contextual el que el paciente conozca más sobre el proceso quirúrgico, esto se resalta en el apartado de resultados cualitativos.

En este mismo sentido, de acuerdo a los resultados obtenidos, se concluye que el AIE sigue teniendo vigencia dentro de las terapias psicológicas de orientación cognitivo conductual que reportan mayor evidencia; se considera entonces, que es la más indicada para el prequirúrgico por su flexibilidad, por considerar el contexto y por permitir que se integren más estrategias dentro de su aplicación, tales como el mindfulness; además de que son intervenciones que en un tiempo breve pueden lograr cambios consistentes, por ejemplo, en este trabajo las sesiones se llevaron a cabo con un rango de 60 a 75 minutos, lo que traduce en una mejor distribución de recursos y alcance terapéutico; concluyendo así, que integrar los procedimientos psicológicos desde el área de la Psicología de la Salud, es tanto un acierto, como una necesidad apremiante dentro de la organización en materia de atención a la salud, en cualquier nivel de atención.

# Referencias:

- Alarcón, M. (2018). *Estrés y Burnout enfermedades en la vida actual*. Palibrio.
- Alonso, R. (2016). *Aspectos psicológicos de los cuidados de enfermería en el paciente quirúrgico*. Tesis de pregrado. Universidad de Valladolid. Recuperado de: <http://uvadoc.uva.es/bitstream/handle/10324/17654/TFG-H398.pdf?sequence=1&isAllowed=y>
- Amador, Y. (2007). Intervención psicológica en cirugía cardíaca. *Avances en psicología latinoamericana*, 25(1), 52-63.
- American Psychological Association. (2019). *Los efectos del estrés en el cuerpo*. Recuperado de: <https://www.apa.org/helpcenter/stress/index>. Consultado el: 21/02/19.
- Arce, V. (2004). Región inguinal: ultrasonografía. *Revista chilena de radiología*, 10(2), 58-69. <https://dx.doi.org/10.4067/S0717-93082004000200005>
- Bados, A., García E. (2010). La técnica de la reestructuración cognitiva. *Departamento de Personalidad, Evaluación y Tratamiento Psicológicos*. Facultad de Psicología. Universidad de Barcelona
- Bairero, A. (2018). El estrés y su influencia en la calidad de vida. *Multimed Revista Médica*, 21(6) Universidad de Ciencias Médicas de Granma. Dirección Provincial de Salud. Bayamo. Granma, Cuba.
- Banerjee, A., & Chaudhury, S. (2010). Statistics without tears: Populations and samples. *Industrial psychiatry journal*, 19(1), 60.
- Barraza, M. (2006). Un modelo conceptual para el estudio del estrés académico. *Revista Electrónica de Psicología Iztacala*. 9(3). Universidad Autónoma de Durango, México.

- BioDic. (n.d). Definición de Inoculación. Centro de Investigación y Desarrollo de Recursos Científicos BioScripts | BioDic - Diccionario de Biología.
- Bohórquez, R. (2008). *Identificación de los factores psicológicos, abordaje y reestructuración cognitiva del paciente prequirúrgico con enfermedad cardiovascular*. Fundación Cardiovascular de Colombia, Bucaramanga.
- Buceta, J; Bueno, A. (2000). *Intervención psicológica en trastornos de salud*. Madrid, Dynkynson. Capítulo 2.
- Caballo, V. (1995). *Manual de técnicas de terapia y modificación de conducta*. Siglo Veintiuno (XXI) de España Editores, S. A., Madrid, España
- Calderón, J., & Patten, A. (2018). Ansiedad y depresión en pacientes quirúrgicos del Hospital Homero Castanier, Azogues, Ecuador, 2017. *Killkana Salud y Bienestar*, 2(2), 27-34.
- Canales, R. (2011). Intervención cognitivo-conductual para la disminución del estrés en pacientes con cardiopatía isquémica. *Summa Psicológica UST*, 8(1). Universidad Autónoma de Nuevo León. México.
- Cano, V. (2002). *Técnicas cognitivas en el control del estrés*. (P. 247-271) Recuperado de: [https://www.researchgate.net/publication/230577047\\_Tecnicas\\_cognitivas\\_en\\_el\\_control\\_del\\_estres](https://www.researchgate.net/publication/230577047_Tecnicas_cognitivas_en_el_control_del_estres)
- Cannon, W. B. (1935). Stress and strains of homeostasis. *American Journal of Medical Science*, 189, 1-14.
- Carapia, S., Mejía, T., Nacif, G., & Hernández, O. (2011). Efecto de la intervención psicológica sobre la ansiedad preoperatoria. *Revista Mexicana de Anestesiología*, 34(4), 260-263.

- Carpio, T., Barbón, P. (2015). Principales temores preoperatorios en los pacientes de cirugía electiva. Lecciones a aprender para el manejo del paciente en la cirugía artroscópica. *Revista Cubana de Reumatología*, 17(3), 178-186.
- Carboles, J. y Buela, G. (1997). Manual de Evaluación Psicológica. *Fundamentos teóricos y prácticos de la medición psicofisiológica*. Madrid: Siglo XXI. (Cap. 18).
- Castillo, K., Quiñonez, T., Flores, R., & Rivera, N. (2018). Intervención basada en el modelo de solución de problemas para cuidadores de enfermos renales crónicos. *Psicología y Salud*, 28(2), 251-259.
- Castro, G., Cuadrado, F., Torregrosa, Almonacid, L., & Díaz, T. (2017). *Estrategia multimodal de educación postoperatoria en pacientes con cáncer de seno en la clínica de seno del Hospital Universitario San Ignacio (HUSI)*. Pontificia Universidad Javeriana, Bogotá Colombia.
- Cayambe, P., Haro, G. (2016). *Estrategias de afrontamiento y calidad de vida en pacientes diagnosticados con VIH*. (Tesis de pregrado). Riobamba, Ecuador.
- Cázares de León, F., Vinaccia, S., Quiceno, J., & Montoya, B. (2016). Preparación psicológica para la intervención quirúrgica: Revisión sistemática de la literatura. *Psychologia: Avances de la Disciplina*, 10(2), 73-85.
- Cebriá, J., Segura, J., Corbella, S., Sos, P., Comas, O., García, M. & Pérez, J. (2001). Rasgos de personalidad y burnout en médicos de familia. *Atención primaria*, 27(7), 459-468.
- Chiriboga., Díaz, E., & Villamarín, M. (2018). Relación del nivel de estrés con los factores de riesgo psicosocial en el personal de enfermería de la ciudad de Quito. *Horizontes de Enfermería*, (6), 9-33.
- Dahab, J., Rivadeneira, C., Minici, A. (2010). El enfoque cognitivo-transaccional del estrés. *Revista de Terapia Cognitiva Conductual [Internet]*, 23.

- Daneri, F (2012). "Psicobiología del Estrés". Biología del Comportamiento. Universidad de Buenos Aires. Facultad de Psicología. Recuperado de: [https://www.psi.uba.ar/academica/carrerasdegrado/psicologia/sitios\\_catedras/electivas/090\\_comportamiento/material/tp\\_estres.pdf](https://www.psi.uba.ar/academica/carrerasdegrado/psicologia/sitios_catedras/electivas/090_comportamiento/material/tp_estres.pdf)
- Del Aguila, A. (2018). *Nivel de estrés en los pacientes hospitalizados en el servicio de emergencia especialidad de traumatología y ortopedia hospital II-2 Minsa Tarapoto*; Tesis de Pregrado.
- Delgadillo, Y. (2016). *Nivel de ansiedad del paciente en el pre quirúrgico en el servicio de cirugía de emergencia en el Hospital Regional Miguel Ángel Mariscal Llerena Ayacucho-2016*. Tesis de pregrado. Universidad Nacional Mayor de San Marcos. Lima, Perú.
- Durán, A. (2017). *Módulo Signos Vitales*. Universidad Nacional Mar del Plata. Facultad de Ciencias de la Salud y Servicio Social. Licenciatura en Enfermería. Cátedra Enfermería Básica.
- Enciclopedia de Conceptos (2017). "Salud (según la OMS)". Recuperado de: <https://concepto.de/salud-segun-la-oms/>. Consultado el: 25/02/2019.
- Erkilic, E., Kesimci, E., Soykut, C., Doger, C., Gumus, T., & Kanbak, O. (2017). Factors associated with preoperative anxiety levels of Turkish surgical patients: from a single center in Ankara. *Patient preference and adherence, 11*, 291.
- Faul, F., Erdfelder, E., Lang, A., & Buchner, A. (2007). G\*Power 3: A flexible statistical power analysis program for the social, behavioral, and biomedical sciences. *Behavior Research Methods, 39*(2), 175-191. doi:10.3758/BF03193146
- Faul, F., Erdfelder, E., Lang, A., & Buchner, A. (2009). Statistical power analyses using G\*Power 3.1: Tests for correlation and regression analyses. *Behavior Research Methods, 41*(4), 1149-1160. doi:10.3758/BRM.41.4.1149

- Ferro, T. (2005). Técnicas de modificación conductual aplicables en la Clínica Odontológica. *Acta Odontológica Venezolana*, 43(2), 205-209. Recuperado en 12 de agosto de 2019, de [http://ve.scielo.org/scielo.php?script=sci\\_arttext&pid=S0001-63652005000200018&lng=es&tlng=es](http://ve.scielo.org/scielo.php?script=sci_arttext&pid=S0001-63652005000200018&lng=es&tlng=es)
- Fina, B., Lombarte, M. & Rigalli, A. (2013). Fenómeno natural: *¿Estudios in vivo, in vitro o in silico?* Laboratorio de Biología Ósea, Facultad de Ciencias Médicas. Universidad Nacional de Rosario, Argentina.
- Fiszson, H. (2014). Psicoprofilaxis quirúrgica pediátrica: un beneficio en la calidad asistencial de nuestros pacientes más pequeños. *Revista de Calidad Asistencial*, 29(4), 251-252.
- Flores, A., & Flores, B. (2018). Abordaje interdisciplinario del tabaquismo en la consulta odontológica: Aplicación de técnicas de intervención psicológicas. *Odovtos-International Journal of Dental Sciences*, 20(1), 41-56.
- Flores, A. (2018). *Efecto de una intervención educativa en el manejo de ansiedad en pacientes durante el periodo preoperatorio mediato en el servicio de cirugía del Hospital María Auxiliadora Junio-2017.*
- Flores, N., Jenaro, C., Moro, L., & Tomsa, R. (2015). Salud y calidad de vida de cuidadores familiares y profesionales de personas mayores dependientes: estudio comparativo. *European Journal of investigation in health, psychology and education*, 4(2), 79-88.
- Fontanela, V., González, S., Ferrero, A., Pérez, R. (2017). *Trastornos adaptativos*. Fisterra, España. Recuperado de: <https://www.fisterra.com/guias-clinicas/trastornos-adaptativos/>
- García, C., Guillén, Y., Ramírez, A., & Sánchez, A. (2017). Promoción de la adherencia terapéutica de mujeres con obesidad mediante psicoeducación. *Psychologia. Avances de la disciplina*, 11(1), 13-23.



- García, M., & Gil, L. (2016). El estrés en el ámbito de los profesionales de la salud. *Persona, 1*(19), 11-30.
- Gavidia, H., Cayambe, P. (2016). *Estrategias de afrontamiento y calidad de vida en pacientes diagnosticados con VIH en el Hospital Provincial General Docente Riobamba, período octubre 2015-marzo 2016*. (Bachelor's thesis, Riobamba: Universidad Nacional de Chimborazo, 2016).
- Gelvez, B. (2010). *Implementación de un protocolo de intervención psicológica pre y post quirúrgica en pacientes adultos del Instituto del Corazón de Bucaramanga*. Universidad Pontificia Bolivariana. Tesis de pregrado.
- González, A. (2006). Ansiedad y miedos en niños ante la hospitalización. Investigación, intervención, programas y técnicas. *Revista de la facultad de Psicología Universidad cooperativa de Colombia, 3*, 84-100.
- González, R. (2002). *Intervención cognitivo conductual para el manejo del estrés en personas que viven con VIH*. (Doctoral dissertation, Universidad Autónoma de Nuevo León). México.
- Gordillo, L., Arana, M. y Mestas, H. (2011) Tratamiento de la ansiedad en pacientes prequirúrgicos. *Rev Clin Med Fam. 4*(3). Pp. 228-233. Disponible en: <[http://scielo.isciii.es/scielo.php?script=sci\\_arttext&pid=S1699-695X2011000300008&lng=es&nrm=iso](http://scielo.isciii.es/scielo.php?script=sci_arttext&pid=S1699-695X2011000300008&lng=es&nrm=iso)>
- Guerra, V., Plaza, V. (2009). Tratamiento Cognitivo-Conductual del Estrés Postraumático en un caso de violación infantil. *Revista de Psicología, 18*(1). P. 103-129 Universidad de Chile Santiago, Chile.
- Guerrero, R. (2018). *Estrés y Variabilidad de la Frecuencia Cardíaca*. Review Article. Psychiatry Investigation. <https://doi.org/10.30773/pi.2017.08.17>
- Healthwise. (2017). *Cirugía laparoscópica de vesícula biliar para cálculos biliares*. Recuperado de: <https://www.cigna.com/individuals-families/health-wellness/hw-en>

espanol/temas-de-salud/ciruga-laparoscopica-de-vescuela-biliar-para-hw106860.

Consultado el: 15/09/2019.

Hernández, H., López, B., Sánchez, G., & Antonio, J. (2016). Nivel de ansiedad e información preoperatoria en pacientes programados para cirugía. Un estudio transversal descriptivo. *Acta Médica Grupo Ángeles, 14*(1), 6-11.

Hernández, T. (2018). *Impacto psicológico, dolor y adherencia al tratamiento farmacológico en Endometriosis*. Tesis de pregrado. Universidad de la Laguna.

Ibarra, A., Suárez, R., & Forero, M. (2004). Intervención familiar para el manejo psicológico en pacientes oncológicos con mal pronóstico en el hospital de la misericordia. *Revista Colombiana de Psicología, 13*(1), 90-101.

Instituto Mexicano del Seguro Social. (2008). Guía de Práctica Clínica. *Diagnóstico y Reparación de la Hernia Umbilical*. Recuperado de: <http://www.imss.gob.mx/sites/all/statics/guiasclinicas/068GER.pdf>

Instituto Mexicano del Seguro Social. (2019). El 75% de los mexicanos padece fatiga por estrés laboral, superando a países como China y Estados Unidos. *Estrés Laboral*. Recuperado de: <http://www.imss.gob.mx/salud-en-linea/estres-laboral>. Consultado el: 28/02/19.

Kadamy, P., & Bhalerao, S. (2010). Sample size calculation. *International Journal for Ayurveda Research, 1*(1), 55-57. doi:10.3758/BRM.41.4.1149

Lacomba, T., Casaña, G., Pérez, M., Montoya, C. (2017). Estrés, Ansiedad y Depresión en cuidadores principales de pacientes pediátricos con Diabetes Mellitus Tipo 1. *Calidad de vida y salud, 10*(1).

Lana, L., Mittmann, P., Moszkowicz, C., & Pereira, C. (2018). Los factores estresantes en pacientes adultos internados en una unidad de cuidados intensivos: una revisión integradora. *Enfermería Global, 17*(52), 580-611.

- Lazarus, R. (2000). Estrés y emoción. Manejo e implicaciones en nuestra salud. *Biblioteca de Psicología*. Desclée De Brouwer.
- Loor, R., & Alcívar, C. (2019). Plan de intervención para el tratamiento del trastorno obsesivo compulsivo desde el enfoque cognitivo-conductual. *Repositorio Digital de la UTMACH*. Recuperado de: <http://repositorio.utmachala.edu.ec/handle/48000/13698>.
- Martín, M., García, R., Ordóñez, H., & Iglesia, D. (2019). Evaluación psicológica preoperatoria en pacientes con complicaciones de pie diabético en el Hospital Abel Santamaría. *Revista UNIANDES de Ciencias de la Salud*, 2(1), 063-071.
- MedlinePlus. (2019). Cálculos biliares. *Enciclopedia médica*. Recuperado de: <https://medlineplus.gov/spanish/ency/article/000273.htm>. Consultado el 15 de septiembre de 2019.
- Meichenbaum, D., Fibla, J., Toro, J. (1987). *Manual de inoculación de estrés*. España: Martínez Roca.
- Meléndez, J., Alvarado, L., Balarezo, M., & Maco, J. (2016). Factores asociados a la ansiedad del paciente en el pre operatorio inmediato en el servicio de cirugía del hospital provincial docente belén de Lambayeque. *Salud & Vida Sipanense*, 3(2), 13-20.
- Menéndez, P., Calle, G., Delgado, J., Espinel, G., & Cedeño, Q. (2018). *Síndrome de Burnout y calidad de atención del personal de enfermería de un hospital general en la provincia de Manabi, Ecuador*. Contribuciones a las Ciencias Sociales.
- Mera, H. & Machado, H. (2018). Ansiedad en el preoperatorio inmediato y el accionar de enfermería caso de estudio. *Revista Caribeña de Ciencias Sociales*. En línea: <https://www.eumed.net/rev/caribe/2018/11/ansiedad-preparatorio-inmediato.html>
- Molerio, P., Arce, G., Otero, R., & Nieves, A. (2005). El estrés como factor de riesgo de la hipertensión arterial esencial. *Revista Cubana de Higiene y Epidemiología*, 43(1)

Recuperado en 15 de octubre de 2019, de [http://scielo.sld.cu/scielo.php?script=sci\\_arttext&pid=S1561-30032005000100007&lng=es&tlng=pt](http://scielo.sld.cu/scielo.php?script=sci_arttext&pid=S1561-30032005000100007&lng=es&tlng=pt).

Moreno, M., Contreras, D., Martínez, N., Araya, P., Livacic, R., & Vera, V. (2006). Evaluación del efecto de una intervención cognitivo-conductual sobre los niveles de presión arterial en adultos mayores hipertensos bajo tratamiento médico. *Revista médica de Chile*, 134(4), 433-440.

Moreno, P., Moreno, A., & Marcial, P. (2018). Análisis cualitativo del estrés laboral y su incidencia en médicos del área hospitalaria en Guayaquil. *RECIMUNDO*, 2(1 (Esp)), 116-135.

Moreno, S., Rosales, N. (2003). El modelo de Creencias de Salud: Revisión Teórica, Consideración Crítica y Propuesta Alternativa. I: Hacia un Análisis Funcional de las Creencias en Salud. Universidad de Almería, España. *Revista Internacional de Psicología y Terapia Psicológica* 3(1). pp. 91-109

Moscoso, M. (2009). De la mente a la célula: Impacto del estrés en psiconeuroinmunoendocrinología. *Liberabit*, 15(2), 143-152.

Muñoz, C. (2011). *Eficacia de la intervención psicológica cognitivo-conductual en un grupo experimental de pacientes prequirúrgicos de 20 a 40 años del área de cirugía del hospital isidro ayora de Loja y, su relación con la reducción de la ansiedad y depresión postquirúrgica*. Periodo junio–diciembre del 2011. Universidad Nacional de Loja. Tesis de pregrado.

Muñoz, J., & Atupaña, K. (2013). *La psicoprofilaxis quirúrgica y sus efectos en la ansiedad de pacientes pre operatorios del Hospital Militar de la ciudad de Riobamba, junio-septiembre 2012*. (Bachelor's thesis, Riobamba: Universidad Nacional de Chimborazo, 2013).

- Muñoz, T., & Casique, C. (2016). Estrés laboral y su efecto biopsicosocial en el cuidado de enfermería. *Revista de Enfermería del Instituto Mexicano del Seguro Social*, 24(2), 141-144.
- Nazar, J., Bastidas, E., & Lema, F. (2014). Exámenes preoperatorios de rutina en cirugía electiva: ¿Cuál es la evidencia? *Revista chilena de cirugía*, 66(2), 188-193. <https://dx.doi.org/10.4067/S0718-40262014000200017>
- Ochoa, K., Orrala, G., Vélez, J., & Párraga, J. (2019). Respuesta metabólica al estrés en pacientes adultos. *RECIMUNDO: Revista Científica de la Investigación y el Conocimiento*, 3(1), 1050-1074.
- Ojeda, C., Barbón, P. (2015). Principales temores preoperatorios en los pacientes de cirugía electiva. Lecciones a aprender para el manejo del paciente en la cirugía artroscópica. *Revista Cubana de Reumatología*. 17(3).
- Olivares, M., Martín, M., Román, J., & Moreno, A. (2010). Valoración biopsicosocial en pacientes con patología mamaria oncológica quirúrgica. *Psicooncología*, 7(1), 81.
- Organización Mundial de la Salud. (2008). La cirugía segura salva vidas. *Alianza mundial para la seguridad del paciente*. Brochure informativo. Recuperado de: [https://www.who.int/patientsafety/safesurgery/ssl\\_brochure\\_spanish.pdf](https://www.who.int/patientsafety/safesurgery/ssl_brochure_spanish.pdf). Consultado el: 20/03/2019.
- Organización Mundial de la Salud. (2019). *Preguntas frecuentes*. Recuperado de: <https://www.who.int/suggestions/faq/es/>. Consultado el: 23/02/19.
- Organización Panamericana de la Salud. (2018). *La carga de los trastornos mentales en la Región de las Américas, 2018*. Washington, D.C.: OPS; 2018. Recuperado de: <http://iris.paho.org>. Consultado el: 24/02/19.
- Ortiz, L. (2016). *Estrés en pacientes sometidos a cirugía traumatológica programada* (Doctoral dissertation, Universidad Nacional de Cuyo. Facultad de Ciencias Médicas. Escuela de Enfermería).

- Otzen, T., Manterola C. (2017). Técnicas de muestreo sobre una población a estudio. *Int. J. Morphol.*, 35(1):227-232. Recuperado de: <https://scielo.conicyt.cl/pdf/ijmorphol/v35n1/art37.pdf>
- Plascencia, C., Pozos, R., Preciado, S., & Vázquez, G. (2019). Efecto del entrenamiento cognitivo-emocional en la satisfacción laboral y el desgaste ocupacional del personal de enfermería: un estudio piloto. *Ansiedad y Estrés*, 25(1), 35-41.
- Quintero, A., Yasnó, D. A., Riveros, O. L., Castillo, J., & Borráez, B. A. (2017). Ansiedad en el paciente prequirúrgico: un problema que nos afecta a todos. *Revista Colombiana de Cirugía*, 32(2), 115-120.
- Ramírez, M., & Hernández, R. (2002). Efectividad del Adiestramiento en Inoculación de Estrés en personas con VIH/sida. *Psicología y Salud*, 12(1), 49-57.
- Ramírez, M., & López, J. (2011). Motivos, apoyo social y comportamientos de adhesión en personas con VIH: modelamiento con ecuaciones estructurales. *Universitas Psychologica*, 10(2), 399-409.
- Rentería, D., & Fierro, B. (2018). Ansiedad pre operatoria en pacientes quirúrgicos en el área de cirugía del Hospital Isidro Ayora. *Enfermería Investiga: Investigación, Vinculación, Docencia y Gestión*, 3(1), 38-43.
- Reyes, L. C. (2011). Intervención cognitivo-conductual para la disminución del estrés en pacientes con cardiopatía isquémica. *Summa Psicológica UST*, 8(1), 21-28.
- Rincón, V., & Escobar, B. (2015). Manual de práctica clínica basado en la evidencia: preparación del paciente para el acto quirúrgico y traslado al quirófano. *Revista Colombiana de Anestesiología*, 43(1), 32-50.
- Rivera, A. (2017). *Nivel de estrés laboral del personal de enfermería de Centro Quirúrgico del Hospital José Agurto Tello Chosica*, 2017. Facultad de Medicina Unidad de Posgrado. Lima, Perú.

- Rodríguez, S., Alfonso, H., Valladares, G., Pomares, A., & López, A. (2018). Estrés y emociones negativas en adultos medios con hipertensión arterial esencial. *Revista Finlay*, 8(1), 36-45
- Ruiz, L., Muñoz, C., Olivero, V., & Islas, S. (2000). Ansiedad preoperatoria en el Hospital General de México. *Revista Médica del Hospital General de México*, 63(4), 231-236.
- Salas, E. (2013). Diseños pre experimentales en psicología y educación: una revisión conceptual. *LIBERABIT*, 19(1), 133-141.
- Sánchez, L. (2018). *Proceso cuidado enfermero al adulto en etapa perioperatoria con diagnóstico estrés por sobrecarga y ansiedad*. (Doctoral dissertation, Facultad de Enfermería y Nutrición).
- Secretaría de Salud. (2012). NORMA Oficial Mexicana NOM-004-SSA3-2012, *Del expediente clínico*. Recuperado de: [http://dof.gob.mx/nota\\_detalle\\_popup.php?codigo=5272787](http://dof.gob.mx/nota_detalle_popup.php?codigo=5272787) Consultado en: 25/03/2019.
- Selye, H. (1976). Stress without distress. In *Psychopathology of human adaptation* (pp. 137-146). Springer, Boston, MA.
- Sheldon, S. (2019). *¿Qué es la presión diferencial? ¿Qué importancia tiene la presión diferencial para tu salud general?* Mayo Clinic. Recuperado de: <https://www.mayoclinic.org/es-es/diseases-conditions/high-blood-pressure/expert-answers/pulse-pressure/faq-20058189>. Consultado el: 20/08/2019.
- Sierra, J., Ortega, V., & Zubeidat, I. (2003). Ansiedad, angustia y estrés: tres conceptos a diferenciar. *Revista Mal-estar E Subjetividade*, 3 (1), 10 - 59. Recuperado de: <http://www.redalyc.org/html/271/27130102/>
- Significados. (2017). "In vitro". Disponible en: <https://www.significados.com/in-vitro/> Consultado: 17 de agosto de 2019, 02:17 pm.

- Skaik, Y. (2015). The bread and butter of statistical analysis “t-test”: Uses and misuses. *Pakistan Journal of Medical Sciences*, 31(6), 1558–1559. doi: 10.12669/pjms.316.8984
- Slipak, O. (1991). Historia y concepto del estrés (1ra. Parte). *ALCMEON. Revista Argentina de Clínica Neuropsiquiátrica*: [http://www.alcmeon.com.ar/1/3/a03\\_08.htm](http://www.alcmeon.com.ar/1/3/a03_08.htm)
- Sociedad Mexicana de Psicología. (2009). *Código ético del psicólogo 4ª edición*. México: Editorial Trillas. (reimp. 2009). P. Recuperado de: [http://www.psicologia.unam.mx/documentos/pdf/comite\\_etica/CODIGO\\_ETICO\\_SMP.pdf](http://www.psicologia.unam.mx/documentos/pdf/comite_etica/CODIGO_ETICO_SMP.pdf)
- Tamayo, V., & Kruspkaya, M. (2019). *El estrés como desencadenante del comportamiento de las personas en condición de discapacidad en cuidadores-cuidadoras del centro diurno de desarrollo integral para personas con discapacidad de la ciudad de Loja 2018-2019* (Bachelor's thesis).
- Toro, F., Barragán, K., & Jiménez, R. (2019). *Características del enfoque Cognitivo-Conductual en pacientes con cáncer desde una perspectiva psicooncológica* (Doctoral dissertation, Corporación Universitaria Minuto de Dios).
- Ureta, R. (n/d). *Estudio socioeconómico para los pacientes del Hospital Juárez de México*. Departamento de Trabajo Social. Recuperado de: [http://www.hospitaljuarez.salud.gob.mx/descargas/transparencia\\_focalizada/ESTUDIO\\_SOSOCIOECONOMI\\_HJM.doc](http://www.hospitaljuarez.salud.gob.mx/descargas/transparencia_focalizada/ESTUDIO_SOSOCIOECONOMI_HJM.doc). Consultado el 22/10/2019.
- Ureta, R. (n/d). *Tabulador de cuotas del Hospital Juárez de México*. Departamento de Trabajo Social. Recuperado de: [http://www.hospitaljuarez.salud.gob.mx/descargas/transparencia\\_focalizada/ANEXO\\_4\\_CUOTAS\\_DE\\_RECUPERACION.doc](http://www.hospitaljuarez.salud.gob.mx/descargas/transparencia_focalizada/ANEXO_4_CUOTAS_DE_RECUPERACION.doc). Consultado el 22/10/2019.



- Valdivia, R., & Méndez, S. (2003). Factores asociados al síndrome burnout en médicos y enfermeras del Hospital Nacional Sur Este de Essalud del Cusco. *Situa*, 12(23), 11-22.
- Valenzuela, M., Barrera, S., & Ornelas, A. (2010). Ansiedad preoperatoria en procedimientos anestésicos. *Cirugía y Cirujanos*, 78(2), 151-156.
- Vargas, M., & Aguilar, E. (2011) Niveles de estrés en los familiares de los pacientes atendidos en la unidad de cuidados intensivos de un hospital general. *Centro Regional de Investigación en Psicología*, 5(1). Instituto Mexicano del Seguro Social, Hospital General de Zona Número 1, Oaxaca., México. P. 35-40.
- Vázquez, I. A. (2016). *Manual de psicología de la salud*. Segunda edición. Ediciones Pirámide.
- Vieco, G. (2018). Factores de riesgo psicosocial, estrés y enfermedad coronaria. *Psicología desde el Caribe*, 35(1), 49-59.
- Villarroel, Z., & González, R. (2017). Intervención cognitivo-conductual y centrada en soluciones para disminuir el estrés académico en estudiantes universitarios. *Revista Electrónica de Psicología Iztacala*, 18(4), 1363-1387.
- Vinaccia, S., Bedoya, L. M., & Valencia, M. (1998). Odontología y psicología. Disminución de la ansiedad en pacientes sometidos a cirugía odontológica. *Revista Latinoamericana de Psicología*, 30(1), 67-82.
- Zas, R. (2016). *Experiencias en Psicología Hospitalaria*. Editorial ALFEPSI. P.p. (8-15).

# Apéndices.

## Apéndice A: Instrumentos.

Tabla 11. Instrumento: Escala de Estrés Prequirúrgico.

Escala de Estrés Prequirúrgico <i>Severidad Percibida y Percepción subjetiva</i>
1) A partir de que le comunicaron su cirugía ¿Usted considera que se ha sentido tranquilo(a)?
2) En las 2 últimas semanas, usted: <i>¿Ha tenido problemas para conciliar el sueño, debido a la cirugía que va a recibir?</i>
3) En las 2 últimas semanas, usted: ¿Ha dejado de comer por estar preocupado por su cirugía?
4) En las 2 últimas semanas, posteriores a la notificación de su cirugía ¿Siente o ha sentido alguno de estos síntomas?: a) <i>Sudor de manos</i> b) <i>Mareos</i> c) <i>Dolor de cabeza</i> d) <i>Sensación de “aleteo” o dolor de estómago</i> e) <i>Problemas para ir al baño</i>
5) Respecto a la cirugía que se le va a practicar, usted ¿Siente confianza en?: a) <i>El hospital</i> b) <i>Los médicos</i> c) <i>El anestesista</i> d) <i>Los enfermeros</i>
6) ¿Considera que sus familiares lo han apoyado en todo el trayecto?
7) ¿Se siente confiado en el resultado de la cirugía?
8) En escala del uno al diez ¿Qué tan estresado se siente? (Se preguntó antes, durante y después de la intervención)

*Nota:* Los siete primeros reactivos pertenecen a la severidad percibida inicial y el octavo corresponde a la percepción subjetiva del estrés en tres momentos de la intervención.

## Apéndice B: Variable independiente.

Tabla 12. Procedimiento de la intervención basada en AIE  
Fuente: (Meichenbaum, et. al. 1987).

<b>Adiestramiento en Inoculación del estrés.</b>
<b>Procedimiento paso a paso por sesión   De acuerdo al Manual del AIE</b>
<b>Procedimiento sistematizado para la reducción y prevención del estrés prequirúrgico.</b> <i>Intervención multinivelada   Focalizada en el estrés hospitalario.</i>
1. Se informó al participante del estudio y se pidió su colaboración mediante un consentimiento informado. En todos los casos el consentimiento fue leído por el investigador y el paciente consintió mediante su firma.
2. Se hizo una recopilación de datos sociodemográficos, morfológicos, evolución del padecimiento y toda esta información sirvió también para evaluar mentalmente al paciente y conocer si se adhería a los criterios de inclusión, mediante una entrevista preliminar para determinar si factores intra e interpersonales inhibían la puesta en práctica de las habilidades de afrontamiento del paciente.
3. Se recopiló información mediante una escala de 8 reactivos, para evaluar la severidad percibida sobre el estrés, además de la percepción subjetiva sobre el estrés antes, durante y después de la intervención (Ver Tabla 11).
4. Se colaboró en conjunto con el paciente y las personas de su red de apoyo que se encontraban presentes en todos los casos; a fin de fijar, desarrollar, poner en práctica el programa de adiestramiento. Se tomó cuenta variables sociodemográficas como: cultura, creencias, experiencias previas, comentarios de familiares, para que la intervención fuera flexible, asequible, garantizando que la información fue recibida correctamente en todo momento y también garantizando adherencia terapéutica.
5. Se adiestró al paciente mediante una gama de habilidades de afrontamiento siendo sensibles a las diferencias individuales, considerando factores antes expuestos, así como de situación. Se procuró fomentar un repertorio de afrontamiento flexible.
6. El adiestramiento estaba objetivado a proveer habilidades para ser aplicables por el paciente cuando se encuentre en la antesala de quirófano o en la sala de recuperación, orientando el adiestramiento a futuro, previniendo episodios de estrés exacerbado en lugares clave y también posibles recaídas una vez dada el alta.
7. Se adecuó en conjunto con el paciente múltiples asignaciones graduadas que involucraron la cognición y un repertorio conductual, como: ensayo imaginado, recuerdo de situaciones previas donde pudo afrontar exitosamente el estrés, moldeamiento, modelamiento, relajación progresiva, autoverbalización, detención de pensamiento. Se consideraron factores cognitivos y afectivos para las estrategias de afrontamiento.
8. Se realizaron ensayos <i>in vivo</i> e <i>in vitro</i> , a través de estrategias señaladas con antelación.
9. Se garantizó que el paciente recibía y reconocía la información, reconceptualizando su estrés y considerando la utilidad del adiestramiento. Se fomentó que se atribuyeran todo el éxito de la sesión, para lo cual se les dieron frases breves a modo de felicitación.

---

10. Las sesiones tuvieron un tiempo de más de una hora en 7 de los 8 casos, sin intervenir con las labores del personal del hospital. Dentro de la misma sesión, se contempló la consolidación del AIE, ya que no hubo sesión de seguimiento.

---

11. Las sesiones fueron semanales. El departamento de Salud Mental supervisaba cada uno de los casos de la semana anterior, se llenaron reportes de evolución (Apéndice F), se hacían acompañamientos a piso para observar las intervenciones y adquirir habilidades para la intervención.

---

### Acercamiento.

Después de cumplir todos los pasos descritos con antelación, se abordó al paciente explicando el motivo de la intervención, en un lenguaje lo más claro y sencillo posible. Cuando manifestaban interés en participar en el protocolo, se les leyó a todos el documento de nombre “Consentimiento Informado” en presencia de los familiares presentes, a quienes también se les aclararon dudas precisas y quienes supervisaron el documento. Una vez realizado este primer punto, se preguntó si había más dudas y se solicitó al paciente que autorizara la intervención con: nombre, firma y fecha.

### Fase de Conceptualización.

Concluida la etapa anterior, se platicó de forma somera con cada paciente y con sus familiares, sobre cómo se llevaría a cabo cada paso de la intervención con el objetivo de crear un ambiente colaborativo. Se recogió información sobre antecedentes fisiológicos, cognitivos y conductuales, así como la percepción subjetiva del estrés mediante el llenado de expediente, la entrevista y las escalas, haciendo pausas en cada punto que se considerara necesario ahondar para recabar toda la información, lo que en adelante serviría para personalizar la intervención. Con base a lo anterior, también se evaluaron expectativas sobre la propia intervención, donde: los 7 pacientes de la muestra final argumentaron que no habían recibido con antelación, ninguna terapia de naturaleza psicológica. Se evaluaron,

mediante ensayos imaginados y exposición *in vivo* los estilos de afrontamiento, las percepciones y las experiencias previas, para conocer la severidad percibida de estrés.

**Estrategias terapéuticas para inocular el estrés Fase 1.** Se trabajó sobre la reconceptualización del estrés mediante autoverbalización y modelado, por ejemplo: *“Hasta ahora usted ha enfrentado toda esta situación muy bien, aprenderemos mejor como trabajar el estrés, ya que hemos visto que a otros pacientes les ha servido para tener una mejor estancia hospitalaria. Ahora juntos vamos a trabajar para que pueda enfrentar mejor los procesos siguientes, tal como lo hicimos con ellos”* o poniendo ejemplos de cómo ha otros pacientes tenían respuestas más severas (datos inventados para la ocasión, ya que jamás se reveló ningún dato sensible de ningún paciente con otro). A la par con instrucciones en donde se establece la importancia de llevar a cabo lo aprendido, esto mediante el uso de preguntas complejas o cerradas como *“¿Es su deseo sentirse mejor y tener una recuperación rápida, verdad?”*. Siempre se tuvo cuidado en que el paciente conceptualizara más benevolentemente su estrés o que lo reconociera como parte de un proceso de adaptación (Ver Anexo B).

#### Fase de Adquisición de Habilidades y Ensayo.

Esta etapa cumplió con varios objetivos de intervención ya que es en donde se profundiza más en diversas estrategias. Tal como en la fase anterior, no solo se utilizó al paciente como colaborador para ejecutar nuevas respuestas ante los estresores del contexto quirúrgico, sino también se tomó en consideración al acompañante que se encontraba con el paciente durante la intervención (en todos los casos formaban parte de su red de apoyo

familiar), permitiéndoles expresar sus puntos de vista e inclusive motivándolos en el aprendizaje de las nuevas estrategias para un mejor afrontamiento.

No obstante siempre se cuidó que los pacientes sintieran que llevaban el curso de la intervención. El familiar solo fue un colaborador en segundo plano, como se cita líneas arriba, con el objetivo de reforzar el aprendizaje para garantizar la adherencia, de que desarrollaran un papel de motivador y para capacitarlos para las tareas en casa. Para el AIE el papel de los familiares es fundamental; y se comprobó en todos los casos que al trabajar sobre este aspecto contextual, se adquiere información adicional sobre el estrés del paciente y su estilo de afrontamiento predominante; debido a que en algunos casos, los pacientes decían no estar estresados o no daban cierta información. Todo este proceso fue sutil, para que el involucrado lo considerara solamente colaborativo y no como señalamiento.

Acto seguido, ya directamente en las exposiciones *in vivo* e *in vitro* se confirmaron algunas de las principales preocupaciones del paciente o de los pensamientos más recurrentes. Todo esto tiene la finalidad, como se puede ver dentro de los objetivos que enmarcan esta fase en el cuerpo teórico citado con antelación, de construir un repertorio de estrategias para desarrollar habilidades instrumentales, es decir centradas en cada problema y para el diseño de la solución. Se procuró que cada tarea estuviera dada en un lenguaje y con instrucciones claras y asequibles con el propósito de que se ejecutaran en adelante, dentro de las fases de adiestramiento, en las de ensayo y en cualquier situación de la vida cotidiana *a posteriori* debido a que se les adiestro para reconocer las señales detonantes de estrés. Esto cumple con el objetivo de favorecer respuestas asertivas e incidir en el estilo de afrontamiento predominante de las personas, aunque de forma discreta debido a que solo se realizó una sola sesión de adiestramiento.

Con base a todo lo anterior, para el ensayo *in vivo*: se solicitó al paciente que regresara al momento en que el equipo médico a cargo le notificó que su problemática de salud debía ser atendida con una cirugía, mediante la evocación imágenes, palabras, sensaciones, conductas y las reacciones de sus familiares cuando la noticia fue difundida (perspectiva transaccional del estrés). Se buscó motivar al paciente de forma sutil, para que hablara sus principales preocupaciones y miedos relativos al evento quirúrgico. En los casos en los que pacientes decían que no sentían miedo, que no se encontraban nerviosos o estresados sino esperanzados, se tomó en consideración una breve participación de los familiares.

Como se enuncia anteriormente el resultado de la información proporcionada por el familiar fue que el paciente había tenido cambios conductuales desde que le comunican de su cirugía; la respuesta predominante fue que los notaron elusivos. Cuando las respuestas fueron ambiguas, se pidió mayor información para operacionalizar las conductas, confirmando todo esto con el paciente y generando un ambiente de trabajo en equipo.

Después se le pidió que recordaran experiencias pasadas en las que hubieran estado en una situación de estrés importante o en el caso de alguna cirugía anterior para conocer si sus experiencias previas, eran moduladores del estrés actual o como argumentos para detener pensamiento irracional. Se preguntó acerca de los resultados de estas experiencias y la forma en que afrontaron las situaciones estresantes, haciendo observación directa de las manifestaciones o expresiones corporales. Cuando se realiza la pregunta de: *¿Qué hace para calmarse cuando se siente nervioso(a)?* todos indicaron tener conductas evitativas. Todo el proceso de esta fase se buscó motivar al paciente para que descubriera por cuenta propia los factores que activaron sus respuestas y que en lo sucesivo no era conveniente evitarlas, sino afrontarlas con lo aprendido.

**Estrategias terapéuticas para inocular el estrés Fase 2.** Para esta fase, están contempladas debido al margen de flexibilidad que aporta el AIE a la clínica, entre las cuales destacan: exposición graduada *in vivo*, relajación progresiva de Jacobson, respiración diafragmática, tensión-distensión muscular, detención de pensamiento, autoverbalización, autoinstrucciones y psicoeducación que contempló también a los familiares, como parte del adiestramiento (Ver Anexo A).

#### Fase de Aplicación y Consolidación.

En la última etapa del adiestramiento se pidió al paciente, por medio de exposición *in vitro*, que imaginara que llegaba el día del procedimiento quirúrgico haciendo evocación de imágenes y practicando los ejercicios de la fase anterior; así mismo se cronometró la práctica con el objetivo de saber una aproximado de la duración y que, después, al llegar a la aplicación y consolidación se realizara todo el proceso completo, el tiempo fue de un aproximado de 8 minutos para este ejercicio.

Partiendo de esto, se pidió al paciente que llevara a cabo y en solitario, todo lo aprendido. Esto se hizo mediante instrucciones claras, breves (Ver Anexo B) haciendo observación directa, para en seguida corregir detalles, como: tiempo, postura, relajación, alargamiento muscular, expresión facial, etc. Finalizando el proceso, solo en 2 casos se consideró necesario aplicarlo 2 veces. En toda esta fase se buscó que el paciente se atribuyera el éxito de la terapia y que manifestara un estado de bienestar. En ninguno de los casos en los que se llevó a cabo el proceso, hubo manifestación de molestias.

**Estrategias terapéuticas para inocular el estrés Fase 3.** Se utilizaron la mayor parte de las estrategias anteriores: Relajación progresiva de Jacobson, respiración diafragmática,



tensión-distensión, detención de pensamiento, autoverbalización, autoinstrucciones.  
Además de: Ensayo *in vitro*.

### Cierre de la sesión.

Al finalizar la sesión se congratuló al paciente y a sus familiares por su colaboración, invitándoles a que asistieran al servicio de Salud Mental del Hospital. No se reportaron percances, ni hubo necesidad de intervenciones adicionales de urgencia por parte de las psicólogas adscritas al área en ninguna de las sesiones. Todo el procedimiento fue avalado y aprobado por el servicio, a quienes se les dieron reportes de forma constante como se cita a continuación. Es importante recalcar que las variables fisiológicas se tomaron *pre y post* intervención con Esfigmomanómetro digital, marca Neutek (Figura 8). A todos los pacientes se les comunicó como se estuvieron moviendo los niveles fisiológicos en cada toma, con el objetivo de que dentro de la sesión, ellos pudieran darse cuenta de la importancia de realizar las tareas posteriores.

Figura 8: Esfigmomanómetro digital, marca Neutek.



### Post sesión.

A la siguiente semana, se llevaba a cabo una supervisión por parte del área de salud mental del hospital, en la que se entregaron: Notas de Evolución por paciente (Ver Anexo D), en las cuales se detalló cada sesión con variables como: la nota de evolución, reporte subjetivo, severidad percibida, examen mental, impresión diagnóstica y particularidades de cada intervención (Apéndice F).

Por fines estadísticos hospitalarios, en los reportes de cada caso a todos los pacientes se les dejó como impresión diagnóstica (iDx) “Trastorno adaptativo” (Apéndice D), siendo el más adecuado por el tipo de pacientes que se abordaron. También se recibieron sugerencias, instrucciones e indicaciones para las siguientes sesiones en el transcurso de la mañana, se hicieron acompañamientos a piso para desarrollar habilidades sociales y de intervención para las sesiones con los pacientes que se iba a trabajar el protocolo del AIE por la tarde, en donde se seguía todo el procedimiento de forma cíclica, para hacer la intervención con otros pacientes en espera de cirugías electivas. Para la supervisión de las sesiones, se audio grabaron las sesiones, compartiendo este material solamente con la supervisora a cargo.

## Apéndice C: Documentos para la sesión.

Consentimiento Informado, Expedientes, Guion semiestructurado: Formato final aprobado.



Hospital Juárez, Ciudad de México.

### Consentimiento informado

**Proyecto de Investigación:** Evaluación de un protocolo de intervención para la inoculación de estrés en pacientes programados a cirugía electiva.

**Responsable de la investigación:**  
Laura Citlalin Tello Musil Matrícula: 415132217

**Tutor responsable:**  
Doctor David Javier Enríquez Negrete.

#### **Introducción.**

A través de este documento quiero hacerle una invitación a participar voluntariamente en un estudio de investigación que forma parte de mi tesis de pregrado, este tiene como objetivo conocer el nivel de estrés en pacientes hospitalizados para cirugía. Antes de que acepte participar en este estudio, se le presenta este documento de nombre: **“Consentimiento Informado”** que tiene como objetivo comunicarle sobre la investigación y recolección de la información que se llevará a cabo, así como los pormenores de la intervención que estará orientada en brindarle estrategias psicológicas para el mejor manejo de su estrés.

Así mismo, queremos notificarle que sus datos serán tratados **con absoluta confidencialidad y en estricto apego a la ley**, los mismos serán resguardados y las únicas personas que tendrán acceso, serán las autoridades de **Hospital Juárez** si así lo solicitan, el **Doctor David Javier Enríquez Negrete** director de tesis y su servidora **Laura Citlalin Tello Musil** para lo relacionado con mi titulación de la carrera de Psicología. Una vez concluida la investigación, los datos generales podrán ser publicados en revistas de divulgación científica. Es importante recalcar que su decisión es voluntaria, por lo que puede dejar de participar en el momento que así lo decida, usted no tiene que realizar nada que lo ponga en una situación incómoda o que le generen algún malestar. Este tratamiento psicoterapéutico no ha registrado ningún efecto adverso, y el efecto positivo esperado en este tratamiento es que se reduzca, en caso de que este exista, el nivel de estrés propio de un procedimiento quirúrgico. Una vez que usted tenga conocimiento sobre esta investigación y el procedimiento, se le pedirá que firme esta forma.

#### **Propósito de la Investigación:**

**Objetivos:** Probar la eficacia de una intervención psicológica dirigida a reducir el estrés en pacientes que serán sometidos a una intervención quirúrgica.



**Procedimiento:** Recopilación de la información necesaria para poder realizar la intervención personalizada.

- A) Aplicación de un instrumento para medir el estrés relacionado con la cirugía.
- B) Intervención psicológica en inoculación de estrés que consiste en tres fases: 1. Conceptualización, 2. Adquisición de habilidades y fase de ensayo, 3. Fase de aplicaciones y consolidación. Todo esto será en un tiempo aproximado de una hora más o menos.
- C) Toma de presión arterial una vez concluido el tratamiento.

**Confidencialidad:** Toda la información recabada y el procedimiento son totalmente voluntarios, confidenciales y anónimos; sin embargo usted podrá abandonarlo en el momento que lo desee o revocar su autorización.

**Consentimiento: Entiendo el procedimiento, los objetivos de la investigación, y manifiesto que mis dudas han sido aclaradas. Acepto mi participación voluntaria y anónima.**

Nombre: \_\_\_\_\_ Firma: \_\_\_\_\_ Fecha: \_\_\_\_\_

 <b>Universidad Nacional Autónoma de México</b> Facultad de Estudios Superiores Iztacala   Sistema de Universidad Abierta y Educación a Distancia Manuscrito recepcional: Inoculación del estrés en pacientes prequirúrgicos.													
Director de manuscrito: Doctor David Javier Enríquez Negrete.						Alumna: Laura Citlalin Tello Musi							
Lugar de aplicación: <b>CDMX, Hospital Juárez</b>				Fecha de aplicación:				Hora:					
Expediente paciente prequirúrgico: #				Cama: #		Hoja: #		Expediente AIE: <b>002</b>		Hoja: <b>1 de 2</b>			
Datos sociodemográficos generales.													
Apellido Paterno				Apellido Materno				Nombre(s)					
Peso:		Talla:		Edad:		Estado civil:		Soltero(a)		Casado(a)			
Sexo:		Sin especificar		Edad:		Estado civil:		Soltero(a)		Casado(a)			
M		F		Edad:		Estado civil:		Soltero(a)		Casado(a)			
Fecha de nacimiento:				Vudo(a)									
¿Profesa alguna religión?				SI		NO		¿Cuál?					
CURP:						Delegación:							
Lugar de procedencia:						Estudio socioeconómico:							
Correo electrónico:						SI		NO					
						Nivel:							
Situación familiar y red de apoyo.													
Tiene hijos:		SI		NO		¿Cuántos?:		Edades:					
¿Cuántas personas dependen económicamente de usted?:													
¿Viene algún acompañante con usted?				SI		NO		¿Es de su familia?					
SI		NO		SI		NO							
Datos ocupacionales.													
Nivel de escolaridad:													
Sin estudios		Primaria		Secundaria		Carrera Técnica		Preparatoria		Universidad			
Otro:													
Actualmente se encuentra estudiando:				SI		NO		Trabaja actualmente:					
SI		NO		SI		NO							
Ocupación actual:													
Verificación de criterios de exclusión e inclusión.													
¿Usted ha padecido de alguna de las siguientes enfermedades?													
Hipertensión:		SI		NO		Enfermedades cardíacas:		SI		NO			
Hipotensión:		SI		NO		Padece alguna otra enfermedad		SI		NO			
Ha sido diagnosticado con ansiedad:				SI		NO		Actualmente sigue medicado:					
Ha sido medicado por ello:				SI		NO		SI		NO			
¿Fuma?		SI		NO		¿Cantidad?		¿Ingiere bebidas alcohólicas?		SI			
SI		NO		SI		NO		SI		NO			
Información del paciente sobre su procedimiento quirúrgico.													
1) ¿Desde cuándo empezó su padecimiento?:													
2) ¿Qué tipo de cirugía le van a practicar?:													
3) ¿Para cuando tiene la fecha de cirugía?:				6) ¿Le explicaron el tipo de anestesia que se usará?				SI		NO			
4) ¿Le explicaron en que consiste su cirugía?				SI		NO		7) ¿Le han hecho antes otra cirugía?					
5) ¿Conoce el tiempo de su recuperación?:				SI		NO		8) ¿Cuántas?					
SI				NO		SI				NO			
Intervención Inoculación del Estrés (Para uso del aplicador)													
Se firmó el consentimiento informado:				SI		NO		El paciente presenta alguna discapacidad:					
SI		NO		SI		NO							
Aplicación													
Conceptualización				SI		NO		El paciente se mostró cooperativo					
Adquisición de habilidades y ensayo*				SI		NO		Entendió bien las instrucciones					
*(Adiestramiento en relajación)				SI		NO		SI				NO	
Consolidación*				SI		NO		Área donde se aplicó:					
*(Prevención de recaídas)				SI		NO		Número de visitas:					
				SI		NO		Duración de la intervención:					
Psicofisiología													
Línea base presión arterial:													
Presión arterial antes de la intervención								Pulso (A.I)		SI		NO	
Presión arterial después de la int.								Pulso (D.I)		SI		NO	



## Guion para abordar al paciente quirúrgico AIE

---

### **Información sobre la intervención:**

En esta ocasión aplicaremos una técnica de inoculación del estrés, que consiste en darle habilidades que le permitan disminuir sensaciones de estrés que son producidas por la activación física y psicológica durante una cirugía. Juntos vamos a identificar cuales son las situaciones estresantes y las preocupaciones que pueda sentir, y a partir de esto, usted podrá enfrentarlas y sentirse mejor.

**Todo este proceso será de manera muy sutil, no deberá de causarle ningún daño o incomodidad, por favor si se siente mal en algún momento tiene que comunicármelo para detenernos ¿De acuerdo?**

### **Fase I: conceptualización.**

Ahora vamos a revisar algunos aspectos relacionados con cómo se siente ¿De acuerdo?

- Me gustaría conocer ¿Cuál fue su reacción cuando le dicen que le van a practicar una cirugía?
- ¿Qué hacía para tratar de calmar lo que sintió y ha sentido este tiempo?
- ¿Tiene dudas o alguna preocupación específica por su cirugía?

A este punto hemos escuchado la descripción de su experiencia cuando le comunican que le harán una cirugía, y vamos a considerar que ocurren varias cosas distintas. Corrijame si me equivoco o si estoy olvidando algo, consideremos que sus reacciones tienen varias etapas: su preparación cuando le dan la noticia, cuando usted trata de aceptar que eso va a pasar, cuando hace preguntas al médico sobre las opciones, cuando lo comunica a sus familiares, cuando su cuerpo responde en el momento en que usted piensa en la cirugía y ahora que usted está aquí para que se haga el procedimiento y cada etapa ha tenido una

reacción distinta ¿Es correcto? ¿Desea agregar algún comentario o algo que considere que es importante sobre cómo se ha sentido estos días?

**\*Recordatorio\***

Bueno, todas las personas que hemos tenido una cirugía, hemos pasado por momentos en donde nos sentimos así como usted, esto es una respuesta natural. Pero usted lo ha hecho muy bien hasta ahora; vamos a repasar algunas cosas que puede hacer, para que pueda tener más tranquilidad y que tenga una mejor respuesta ante la cirugía. Es muy importante que todo lo que le vamos a explicar, lo pueda poner en práctica, ya que la ciencia ha demostrado, que los pacientes que tienen un manejo de estrés, tienen una mejor estancia y recuperación. Es muy importante que todo este proceso lo lleve a cabo, incluso cuando usted esté en casa ¿Es su deseo sentirse mejor y tener una recuperación rápida, verdad?

**Fase II:**

**A) Adquisición de habilidades y ensayo.**

**\*Exposición *in vivo*\***

Vamos a pensar por un momento, en esa ocasión que se ha sentido más intranquilo por su cirugía ¿Qué piensa, que se dice a usted mismo? (Si tiene un pensamiento desbordado, se le darán instrucciones para detención de pensamiento a través de **\*Auto-instrucciones y auto verbalización\***)

**B) Adquisición de habilidades**

**\*Tensión Distensión:**

Vamos a tensar todo su cuerpo, como si estuviera apretando algo muy fuerte...ahora soltamos esa tensión momentáneamente (Hacerlo 3 repeticiones).

**\*Relajación progresiva\***

Vamos a cerrar un momento los ojos, y vamos a imaginar que su cuerpo va a sentir una sensación de calma, como si su cuerpo no pesara nada. Esa sensación va subiendo poco a

poco de sus pies, luego por sus pantorrillas, y usted siente como esas partes de su cuerpo se van sintiendo más ligeras, después por sus piernas, sube por su cadera, su espalda, su abdomen, su pecho se van haciendo cada vez más ligeros, y luego sus hombros, sus brazos y por último su cabeza, mientras usted está imaginando que está en su lugar favorito.

### **\*Respiración Diafragmática\***

Ahora vamos a hacer una respiración de 4 por 4, en donde vamos a trabajar con su abdomen, todo el aire va a llenarse en sus pulmones, a detenerse en el abdomen y a salir por su nariz, sin abrir su boca, y sin forzar nada, es un proceso muy suave.

Inhalo en 4 tiempos, 1...2...3...4..., detengo en 4 tiempos, 1...2...3... 4..., exhalo en 4 tiempos, 1...2...3...4..., espero 4 tiempos, 1... 2... 3... 4....

### **\*Auto- instrucciones\***

En los casos que se presenten pensamientos catastróficos, evocar el pensamiento y ayudar con la detención del mismo, hasta desensibilizarlo sistemáticamente.

Se expone el pensamiento, se da la instrucción: “Alto” hasta que el paciente lo haga por su cuenta, verbalizando en voz alta, después en silencio, hasta que el paciente comente si ha cedido la rumiación.

### **\*Auto-verbalización\***

Vamos a abrir los ojos y a repetir esta cadena de mensajes: “Me siento muy bien” “Tengo confianza” “Estoy en manos de médicos expertos” “Lo estoy haciendo muy bien” “Todo está bien” (Estos mensajes formaron parte de una propuesta inicial, ya que se tomaron las experiencias personales del paciente para poder hacer las autoverbalizaciones personalizadas y detener la rumiación).

### **\*Exposición *in vitro*\***

Ahora vamos a pensar que usted ya va a ingresar al quirófano. Usted va a tratar de relajar su respiración y todos los músculos de su cuerpo: vamos a hacer un ejemplo ¿De acuerdo? Usted está en la cirugía:



### **Fase III: consolidación.**

¿Cómo se siente?

Bueno, ahora que hemos trabajado en las diversas maneras en que es posible afrontar el estrés y que si funciona para estar más relajados, practiquemos, vamos a imaginar otra vez que usted ya está en la antesala de quirófano y se siente con poca tranquilidad, usted aplicará todo lo que yo acabamos de practicar. En esta parte usted va a recordar cómo va a relajar su cuerpo poco a poco, va a imaginar su lugar favorito, y después va a empezar sus ejercicios de respiración vamos a hacer esto en 8 minutos y yo estaré aquí observando.

Usted acaba de aprender algo que le puede ayudar a mantener un estado de calma durante su cirugía, y quiero felicitarle porque lo ha hecho muy bien, en realidad lo aprendió muy rápido. Esto le ayudará a reducir dolencias, a tener una estancia más relajada y a tener una mejor recuperación. Es importante que lo ponga en práctica, tan importante como la cirugía misma ¿Cree usted que pueda hacer esto en su cirugía y luego en casa en su recuperación?

¿Tiene alguna duda?

Bueno, hasta aquí hemos hecho un trabajo en equipo muy bueno, yo estoy muy agradecida con su colaboración y muy sorprendida de todo lo bien que lo ha hecho por su cuenta. Quiero agradecerle mucho su participación y que me apoye en esta investigación. Con este procedimiento que usted aprendió, le deseo éxito en su cirugía y una pronta recuperación.

---

## Apéndice D: Glosario de términos.

**Autoverbalización:** Esta técnica permite reforzar, de forma autónoma, cambio de pensamientos irracionales, favoreciendo su interiorización mediante mensajes autodirigidos. Se conocerán los pensamientos para trabajar en la clínica, cuando se verbalicen y así se podrán sustituir aquellos que sean irracionales por racionales, contemplando las dificultades y considerando estrategias que permitan su instalación. Al cambiarlos en voz alta, por medio de autoinstrucciones, se fortalece el repertorio de pensamientos guía (*cf.* Loor & Alcívar, 2019).

**Cirugía electiva o programada:** Se llama así al tipo de cirugía que puede esperar un plazo de por lo menos 24 horas, es decir que no es un procedimiento urgente. El equipo médico a cargo, con una valoración previa y detallada al paciente, decidirá cual es la categoría clínica del proceso quirúrgico.

**Cirugía laparoscópica de vesícula biliar para cálculos biliares:** Llamada también colecistectomía, este procedimiento extirpa la vesícula y los cálculos biliares por medio de incisiones en el área abdominal (Healthwise, 2017).

**Código Ético Del Psicólogo:** A continuación se citarán de forma textual, los artículos que se tuvieron en consideración para las bases éticas del presente trabajo:

### Competencia y honestidad del Psicólogo:

Art. 1: Los servicios que presta el psicólogo, y la enseñanza, y la investigación que realiza se basan necesariamente en un cuerpo de conocimientos válido y confiable directamente con la educación, formación, experiencia supervisada o experiencia profesional que haya recibido formalmente.

Art. 5: El psicólogo no hace declaraciones públicas que sean falsas, engañosas, que se presten a malos entendidos, o fraudulentas, ya sea porque se trate de aseveraciones directas, enunciados que den la impresión o sugieran omisiones. Como ejemplos (y no como limitantes) de esta norma, el psicólogo no hace declaraciones falsas o engañosas respecto a:

- a) Su formación, experiencia o competencia;

- b) Sus grados académicos;
- c) Sus credenciales;
- d) Sus afiliaciones institucionales o asociaciones;
- e) Sus servicios;
- f) La base clínica o científica, o resultados o nivel de éxito de sus servicios ;
- g) Su remuneración;
- h) Sus publicaciones o hallazgos de investigación.

Art. 6: El psicólogo presenta como cualificaciones o credenciales de su trabajo psicológico, sólo los grados que haya obtenido de una institución educativa acreditada (...).

Art. 8: El psicólogo es responsable de la conducción ética de la investigación que realiza o la de otras personas bajo su supervisión o control (...). Como parte del proceso de desarrollo de investigación, el psicólogo consulta con expertos respecto a cualquier población especial, como personas pertenecientes a culturas distintas a la suya propia.

Art. 9: El psicólogo reconoce que sus problemas y conflictos pueden interferir con su efectividad. Por lo tanto, se abstiene de llevar a cabo una actividad cuando sabe o debía saber que sus problemas personales probablemente dañen a un paciente, cliente, colega, estudiante, participante en investigación u otra persona con quien tenga una obligación profesional, académica o científica.

Art. 12: El psicólogo toma las medidas razonables para evitar dañar a sus pacientes o clientes, participantes en investigación, estudiantes y otros con quienes trabaje, y para minimizar el daño cuando éste sea previsible e inevitable.

Calidad de la valoración y/o evaluación psicológica.

Art. 15: El psicólogo que construye, desarrolla, adapta, administra o usa técnicas de valoración psicológica, entrevistas, pruebas, cuestionarios, u otros instrumentos, y/o los califica, o interpreta para fines clínicos, (...), de investigación u otros, lo hace en forma y con propósitos apropiados a la luz de los datos de investigación y de la utilidad y la aplicación apropiadas de las técnicas. Es decir, las valoraciones, recomendaciones, informes y diagnósticos psicológicos o enunciados evaluativos del psicólogo se basan estrictamente en información y técnicas suficientes y actuales para proporcionar sustento a sus interpretaciones y recomendaciones.

Art. 16: El psicólogo que desarrolla y conduce investigación con pruebas y otras técnicas de valoración utiliza procedimientos científicos y conocimiento profesional actualizados para su diseño, estandarización, validación, reducción o eliminación de sesgos y recomendaciones de uso.

Art. 17: El psicólogo que administra, califica, interpreta, o usa técnicas de valoración se cerciora de que éstas se basan en datos sólidos que garanticen la confiabilidad, validez y normas, así como la aplicación apropiada y uso de las técnicas y/o instrumentos que emplea. Asimismo, toma decisiones, reconociendo los límites de la certidumbre con la que le es posible diagnosticar, emitir juicios o hacer predicciones acerca de individuos o grupos.

Art. 18: (...) No emplea técnicas o instrumentos solamente traducidos de otro idioma y/o cuyos datos acerca de su construcción, adaptación, validez, confiabilidad, estandarización y/o investigación de resultados que se hayan determinado con base en estudios realizados en poblaciones diferentes a la que pertenezcan los individuos o grupos que pretenda valorar.

Art. 25: El psicólogo asume la responsabilidad por la aplicación, interpretación y uso de instrumentos de valoración apropiados, ya sea que sea él (ella) mismo (a) quien califique e interprete los resultados o que emplee servicios automatizados o de otra índole.

#### Calidad de las intervenciones psicológicas.

Art. 29: Al efectuar intervenciones y/o asesorías terapéuticas, preventivas, educativas, organizacionales, sociales, comunitarias, consejo psicológico directo, por escrito, por radio, telefónico, televisivo, por internet o por cualquier otro medio de comunicación, el psicólogo se basa en la investigación y los datos acerca de la eficacia y efectividad de las técnicas o procedimientos que utilice.

Art. 30: El psicólogo efectúa solamente las intervenciones para las cuales posee la educación, formación o experiencia supervisada y la pericia necesarias.

Art. 31: El psicólogo basa sus conclusiones, recomendaciones e intervenciones científicas, valoraciones y diagnóstico psicológicos.

Art. 34: (...) En el caso de estudiantes de psicología y alumnos supervisados, proporciona la supervisión adecuada, y asume la responsabilidad de tales intervenciones.

Art. 36: Cuando realiza investigación, el psicólogo protege a los participantes de los daños, la incomodidad o el peligro físico o psicológico que pueda acarrear sus procedimientos.

Calidad de la enseñanza, supervisión e investigación.

Art. 47: El psicólogo planea y conduce investigación de manera consistente con las leyes federales, estatales y regulaciones, así como con las normas que regulan la investigación con participantes humanos y sujetos animales.

Art. 48: El psicólogo diseña y conduce la investigación e informa sobre de ésta, de acuerdo con las normas reconocidas de competencia científica e investigación ética. El psicólogo planea la investigación de tal forma que minimiza la posibilidad de resultados engañosos. Al planear investigación, cuida su aceptación ética de acuerdo con este Código Ético. Si algún aspecto ético no queda claro, el psicólogo busca resolverlo por medio de consultas a consejos revisores institucionales, (...), a colegas y por medio de otros mecanismos pertinentes.

Art. 49: El psicólogo conduce investigación competentemente y con el respeto debido a la dignidad y bienestar de los participantes (...).

Comunicación de los resultados:

Art. 50: Cuando el psicólogo hace valoraciones, evaluaciones, tratamiento, consejo, supervisión, enseñanza, consultoría, investigación u otros servicios psicológicos dirigidos a individuos, grupos, comunidades u organizaciones, lo hace, utilizando un lenguaje razonablemente entendible para el receptor de sus servicios o actuación, proporcionando de antemano información apropiada acerca de la naturaleza de tales actividades y posteriormente sobre los resultados y conclusiones (...).

Art. 55: El psicólogo no inventa datos ni falsifica los resultados de sus investigaciones publicadas. Si el psicólogo descubre errores significativos en ellas, toma las medidas necesarias para arreglarlos por medio de una corrección, retracción, erratum, u otros medios de comunicación apropiados.

Art. 56: El psicólogo no presenta porciones o elementos del trabajo o datos de otros como suyos. Se hace responsable y se atribuye crédito, incluyendo crédito de autoría, solo por el trabajo que haya llevado a cabo realmente o al que haya contribuido. La autoría principal y otros créditos de publicación reflejan con precisión las contribuciones

científicas o profesionales relativas de los individuos involucrados, independientemente de su estatus relativo (...).

Art. 57: A un estudiante se le enlista usualmente como autor principal de un artículo con múltiples autores, si dicho artículo está basado principalmente en la tesis o disertación del estudiante, y su participación en la planeación del diseño y conducción del estudio fue sustancial

#### Confidencialidad de los resultados.

Art. 65. Si un protocolo de investigación aprobado por un comité institucional o cualquier otro cuerpo colegiado, requiere de la inclusión de identificadores personales, éstos se eliminarán antes de que la información se haga accesible a otros. Si esta eliminación no es posible, antes de hacer la transferencia, o de revisar datos recolectados por otros, el psicólogo toma las medidas razonables para obtener el debido consentimiento de las personas cuyos nombres aparecen.

Art. 68. En sus presentaciones científicas o profesionales y publicaciones, el psicólogo disfraza la información confidencial de personas u organizaciones de que tratan, de modo que otros no puedan identificarlas y que las discusiones resultantes no dañen a sujetos que pudiesen identificarse a sí mismos.

#### Relación de autoridad.

Art. 74: Al conducir la investigación, la única forma en que el psicólogo interfiere con los participantes o el medio donde se recolecten los datos es mediante un diseño de investigación apropiado y consistente con los roles de los psicólogos como investigadores científicos.

#### Consentimiento informado.

Art. 118: El psicólogo obtiene consentimiento informado apropiado a la terapia, investigación, u otros procedimientos, utilizando un lenguaje razonablemente entendible para los participantes. El contenido del consentimiento informado variará dependiendo de muchas circunstancias, sin embargo, el consentimiento informado generalmente supone que la persona:

1. Posee capacidad para consentir;
2. Se le ha proporcionado la información significativa concerniente al procedimiento;

3. Ha expresado libremente y sin influencias indebidas su consentimiento, y;
4. El consentimiento se ha documentado en forma apropiada.

Art. 121: El psicólogo obtiene permiso de los (las) pacientes, clientes, sujetos de investigación, estudiantes y supervisados para el registro o grabación electrónica de sesiones o entrevistas.

Art. 122: El psicólogo que realiza una investigación o estudio, bajo cualquier circunstancia, obtiene consentimiento informado de los participantes. El psicólogo utiliza un lenguaje que sea razonablemente entendible para los participantes en la investigación, o de las personas legalmente autorizadas, al obtener su consentimiento informado. Tal consentimiento se documenta de manera apropiada con un lenguaje entendible para los participantes, el psicólogo les informa de la naturaleza de la investigación; que tienen libertad de participar o declinar, o de retirarse de la investigación; les explica las consecuencias predecibles de declinar o de retirarse, se les informa de factores significativos que deban esperarse de su disposición a participar (tales como riesgos, incomodidad, efectos adversos o limitaciones sobre la confidencialidad)

**Cálculos biliares:** Depósitos sólidos formados dentro de la vesícula biliar que varían de tamaño. Existen diversas causas por las que pueden presentarse y estas pueden ser: cálculos compuestos de colesterol (tipo más común) o de bilirrubina (denominados pigmentarios). Estos suelen presentarse mayormente en el sexo femenino, en personas mayores de 40 años y/o con sobrepeso; los cuales también pueden ser hereditarios (MedlinePlus, 2019).

**Cx:** Cirugía.

**Desensibilización Sistemática:** Técnica conductual para la intervención clínica, elaborada por Joseph Wolpe, que se fundamenta en el condicionamiento clásico o en el contracondicionamiento pavloviano, para reducir estados ansiógenos por medio de inhibición recíproca (*e.g.* si un estímulo engendrador de ansiedad, es sustituido por un estímulo contrario como la relajación, es probable que la primera se inhiba; este concepto también es utilizado en la fisiología); la cual es utilizada en problemas conductuales como el miedo o la evitación. En términos generales, consta de dos fases: 1) Enseñar una

respuesta yuxtapuesta a la ansiedad (la relajación). 2) Orientar a la elaboración y exposición progresiva a aquellos estímulos evocadores del miedo (cf. Guerra & Plaza, 2009).

**Detención y control del pensamiento:** Es una estrategia terapéutica que tiene la funcionalidad de dirigir un mensaje, mediante una clave verbal, para detener la rumiación y/o los pensamientos intrusivos, cuando estos aparecen, que causan un estado de inconformidad o displacer. A su vez, el control de pensamiento, deriva de los mismos principios que la detención de pensamiento; con la diferencia de que primero se detienen las cogniciones, luego se evocan, para finalizar deteniéndolas y cambiándolas por otras; todo esto de forma voluntaria para no perpetuar la sintomatología evitativa en el paciente. Ambas estrategias son útiles, en casos en que sea imposible una exposición al pensamiento traumático por parte del paciente (cf. Guerra & Plaza, 2009).

**Estudio socioeconómico por nivel:** En el Hospital Juárez de México se realizan estudios socioeconómicos con el propósito de que las personas atendidas en la institución y de acuerdo a la representación de su situación socioeconómica, se evalúen sus capacidades de pago para que puedan acceder a los servicios médicos asistenciales. Para estratificarlo, se aplican 6 niveles donde el 1 representa la población más vulnerable económicamente, lo anterior se realiza mediante una evaluación pertinente por el departamento de Trabajo Social, quienes consideran una suma de variables de vida de cada paciente; este estudio tiene una vigencia de 3 años (cf. Ureta, n/d)

**Hernia Inguinal:** De acuerdo a Arce: *“La región inguinal establece el límite anterior entre la cavidad abdominal y las extremidades. Es una zona anatómica particular ya que por una parte debe permitir el pasaje, hacia las extremidades inferiores y escroto o labios mayores, de estructuras musculares, vasculares, nerviosas y en el hombre de los conductos deferentes, pero a la vez debe impedir que el contenido abdominal se desplace fuera de su cavidad”* (p.58). Una de las principales patologías de esta área, son las hernias ya sean adquiridas o congénitas, pueden ser directas o indirectas de acuerdo a lo prominente. Se hace necesaria la cirugía para evitar molestias o complicaciones y dependiendo de la edad, sexo o en algunos tipos distintos de hernia se considera inclusive el grado de estrangulación de la misma (cf. Arce, 2004).



**Hernia umbilical:** La hernia umbilical es una de las patologías más comunes en la pared abdominal (entre el 6 y el 14% de los casos) en adultos, es un debilitamiento del tejido conectivo en el área, que puede aparecer por diversos factores entre los cuales destacan la obesidad, la multiparidad, la presencia de tumores en el abdomen, por realizar esfuerzos demasiado intensos, etc. Esta patología es más común en el sexo femenino y en personas con edades avanzadas, derivando con ello que el paciente sea canalizado a servicio quirúrgico para la corrección de esta problemática (Instituto Mexicano del Seguro Social, 2008).

***In vitro:*** Es una locución del latín que se traduce como “dentro del vidrio”. Esta expresión es utilizada en disciplinas como la Biología y la Medicina para referirse a la técnica que realiza estudios, experimentos o tratamientos, fuera del organismo en ambientes artificiales o en un medio de cultivo como protección para conseguir la maduración del objetivo final, en un espacio protegido (Significados, 2019). Para el AIE *in vitro* se refiere a la exposición gradual en la práctica clínica cognitivo y conductual, mediante ensayos imaginados (*cf.* Meichenbaum, et. al., 1987).

***In vivo:*** Se traduce como “en vivo” y también es tomada de disciplinas como la Biología y Medicina, con el objetivo de identificar aquellos ensayos en los cuales se hace un estudio o investigación, en condiciones próximas a las del fenómeno que se está observando, para así determinar cuales son sus consecuencias en las que se desarrollará en condiciones análogas (*cf.* Fina, Lombarte, & Rigalli, 2013).

**iDx:** Impresión Diagnóstica.

**NORMA Oficial Mexicana NOM-004-SSA3-2012:** La norma se cita de forma textual sobre los puntos que se consideraron para la construcción de los documentos utilizados en la investigación, así como para las notas de evolución:

Del expediente clínico: La revisión y actualización de esta norma, tiene como propósito establecer con precisión los criterios científicos, éticos, tecnológicos y administrativos obligatorios en la elaboración, integración, uso, manejo, archivo, conservación, propiedad, titularidad y confidencialidad del expediente clínico, el cual se

constituye en una herramienta de uso obligatorio para el personal del área de la salud, de los sectores público, social y privado que integran el Sistema Nacional de Salud.

4 Definiciones. Para los efectos de esta norma, se entenderá por:

4.2 Cartas de consentimiento informado, a los documentos escritos, signados por el paciente o su representante legal o familiar más cercano en vínculo, mediante los cuales se acepta un procedimiento médico o quirúrgico con fines diagnósticos, terapéuticos, rehabilitatorios, paliativos o de investigación, una vez que se ha recibido información de los riesgos y beneficios esperados para el paciente.

4.7 Paciente, a todo aquel usuario beneficiario directo de la atención médica.

4.8 Pronóstico, al juicio médico basado en los signos, síntomas y demás datos sobre el probable curso, duración, terminación y secuelas de una enfermedad.

5 Generalidades.

5.4 Los expedientes clínicos son propiedad de la institución o del prestador de servicios médicos que los genera, cuando éste, no dependa de una institución. En caso de instituciones del sector público, además de lo establecido en esta norma, deberán observar las disposiciones que en la materia estén vigentes. Sin perjuicio de lo anterior, el paciente en tanto aportante de la información y beneficiario de la atención médica, tiene derechos de titularidad sobre la información para la protección de su salud, así como para la protección de la confidencialidad de sus datos, en los términos de esta norma y demás disposiciones jurídicas que resulten aplicables. Por lo anterior, por tratarse de documentos elaborados en interés y beneficio del paciente, deberán ser conservados por un periodo mínimo de 5 años, contados a partir de la fecha del último acto médico.

5.5 Para efectos de manejo de información, bajo los principios señalados en el numeral anterior, dentro del expediente clínico se deberá tomar en cuenta lo siguiente: Los datos personales contenidos en el expediente clínico, que posibiliten la identificación del paciente, en términos de los principios científicos y éticos que orientan la práctica médica, no deberán ser divulgados o dados a conocer. Cuando se trate de la publicación o divulgación de datos personales contenidos en el expediente clínico, para efectos de literatura médica, docencia, investigación o fotografías, que posibiliten la identificación del

paciente, se requerirá la autorización escrita del mismo, en cuyo caso, se adoptarán las medidas necesarias para que éste no pueda ser identificado.

5.16 Para el caso de los expedientes de atención psicológica, de nutriología o similares, que se integren en un establecimiento para la atención médica ambulatoria independiente o no ligado a un establecimiento hospitalario, tanto la historia clínica como las notas de evolución, se ajustarán a la naturaleza de los servicios prestados, atendiendo a los principios científicos y éticos que orientan la práctica médica.

#### 6 Del expediente clínico en consulta general y de especialidad. Deberá contar con:

6.1 Historia Clínica. Deberá elaborarla el personal médico y otros profesionales del área de la salud, de acuerdo con las necesidades específicas de información de cada uno de ellos en particular, deberán tener, en el orden señalado, los apartados siguientes:

6.1.1 Interrogatorio.- Deberá tener como mínimo: ficha de identificación, en su caso, grupo étnico, antecedentes heredo-familiares, antecedentes personales patológicos (incluido uso y dependencia del tabaco, del alcohol y de otras sustancias psicoactivas, de conformidad con lo establecido en la Norma Oficial Mexicana, referida en el numeral 3.12 de esta norma) y no patológicos, padecimiento actual (indagar acerca de tratamientos previos de tipo convencional, alternativos y tradicionales) e interrogatorio por aparatos y sistemas;

6.1.2 Exploración física.- Deberá tener como mínimo: habitus exterior, signos vitales (temperatura, tensión arterial, frecuencia cardíaca y respiratoria), peso y talla, así como, datos de la cabeza, cuello, tórax, abdomen, miembros y genitales o específicamente la información que corresponda a la materia del odontólogo, psicólogo, nutriólogo y otros profesionales de la salud;

6.1.4 Diagnósticos o problemas clínicos;

6.1.5 Pronóstico;

6.1.6 Indicación terapéutica.

## 6.2 Nota de evolución.

### 6.3.1 Criterios diagnósticos;

#### 10 Otros documentos

##### 10.1 Cartas de consentimiento informado.

###### 10.1.1 Deberán contener como mínimo:

10.1.1.1 Nombre de la institución a la que pertenezca el establecimiento, en su caso;

10.1.1.2 Nombre, razón o denominación social del establecimiento;

10.1.1.3 Título del documento;

10.1.1.4 Lugar y fecha en que se emite;

10.1.1.5 Acto autorizado;

10.1.1.6 Señalamiento de los riesgos y beneficios esperados del acto médico autorizado;

10.1.1.8 Nombre completo y firma del paciente, si su estado de salud lo permite, en caso de que su estado de salud no le permita firmar y emitir su consentimiento, deberá asentarse el nombre completo y firma del familiar más cercano en vínculo que se encuentre presente, del tutor o del representante legal (Secretaría de Salud, 2012).

**Psicoeducación:** Es la forma didáctica en la que el trabajo terapéutico va encaminado en brindar al receptor, información clara y pertinente para: promover cambios conductuales, mejorar su calidad de vida y la de su familia, además de desarrollar competencias para que las personas logren tener una mejor adaptación a sus problemáticas (García, et. al., 2017).

**Postoperatorio o postquirúrgico:** Etapa final de la cirugía en donde la vigilancia médica es de seguimiento; es cuando el paciente ya está en la etapa posterior a la anestesia, en recuperación, y donde el médico asesora, resuelve dudas y entrega una indicaciones a los familiares para que el paciente pueda recuperar su funcionalidad a la brevedad posible (Sánchez, 2018).

**Prequirúrgico:** Etapa inicial, es cuando el equipo médico tratante decide que para preservar la salud física del paciente se deberá realizar una cirugía. En esta etapa, se identifican primordialmente los factores fisiológicos que se someterán a análisis para que el evento quirúrgico tenga el mínimo riesgo, para resolver problemáticas y emprender

acciones para que la cirugía sea exitosa. La etapa prequirúrgica termina cuando se traslada al paciente a quirófano, lo que se conoce como intraoperatorio que termina cuando el paciente es enviado a recuperación (Sánchez, 2018).

**Psicoprofilaxis quirúrgica:** Conjunto de técnicas utilizadas en el preoperatorio, que están encaminadas en preparar psicológicamente a pacientes y familiares, para que puedan tener un mejor estilo de afrontamiento en todo el proceso de su cirugía y que tienen también la función de prevenir impactos emocionales que pueden condicionar resistencias a tratamientos médicos futuros (Fiszson, 2014).

**Pulso:** El pulso es la expansión rítmica de las arterias que se produce por el paso de sangre bombeada por el corazón, la onda del pulso es el volumen de la sangre que entra a las arterias por las contracciones ventriculares. El Estrés es un factor que estimula el sistema nervioso simpático, lo que aumenta la actividad del corazón, y por ende la frecuencia del pulso. Se puede valorar a nivel central y periférico. La valoración del pulso periférico se realiza por medio de palpación sobre la arteria y el pulso central por medio de un estetoscopio.

Los valores del P.A. se miden a partir de la “Frecuencia Cardíaca” es decir el número de pulsaciones o latidos que ocurren en un minuto lo cual se representa con las siglas: (FC x’) donde: “F” = Frecuencia, “C” = Cardíaca y “ x’ ” = por Minuto. En el Adulto Joven en reposo: La FC puede oscilar entre 60 a 100 latidos por minuto. En adultos de más de 70 años, la frecuencia puede oscilar entre 55 a 90 latidos por minuto (Durán, 2017).

**Reestructuración cognitiva:** Técnica terapéutica psicológica que subyace de la terapia cognitiva y tiene por objetivo que el paciente pueda identificar algunos de sus pensamientos de tipo desadaptativo (esto puede ser mediante la verbalización, el autorregistro, la observación), con la finalidad de que pueda cambiarlos por otros más adecuados y así lograr que, con la guía de un terapeuta experto, pueda disminuir su perturbación emocional y/o conductual. Todo esto es un trabajo conjunto del terapeuta y el paciente para que pueda valorar y poner a prueba la utilidad de los nuevos pensamientos y su funcionalidad (Bados & García, 2010).

**Relajación muscular progresiva de Jacobson:** Esta técnica es ampliamente usada en el contexto clínico, la cual lleva el nombre de quien la desarrolla en el año de 1939; como estrategia terapéutica es de gran efectividad para los procedimientos focalizados en la relajación debido a la sencillez con la que puede ser enseñada y aprendida. Está orientada a facultar al individuo para que mediante dos pasos: primero la tensión, seguido por distensión inducida (acortamiento y alargamiento muscular), de ciertas partes del cuerpo, con la atención dirigida en el proceso, se libere la sensación de estrés o ansiedad, logrando que pueda ser controlada cuando ocurre (Villarroel & González, 2017).

**Resolución de problemas:** La resolución de problemas es utilizada como ayuda al paciente para que pueda tener un repertorio de respuestas alternativas para afrontar diversas situaciones problemáticas e incrementar la probabilidad de elección entre las alternativas más asertivas y funcionales posibles. La ventaja de esta técnica cognitivo conductual, es que fomenta la cooperatividad y la autonomía del paciente (Castillo, Quiñonez, Flores & Rivera, 2018).

**Respiración Diafragmática:** Es un tipo de respiración en la que se produce una contracción, y a su vez, la relajación de la zona del diafragma, la cual puede ser observada en el movimiento abdominal en ascendente y descendente. El Estrés, es un factor que estimula el sistema nervioso simpático, lo cual causa un aumento en el ritmo de la respiración (Durán, 2017).

**Severidad percibida:** Bajo el Modelo de Creencias de Salud, de la Psicología de la Salud, se considera que la severidad con la que se percibe una determinada problemática es una forma de dimensionar la propia vulnerabilidad a padecerla; considerándolo como posibilidad real o no el que pueda ocurrir, teniendo convencimiento de que ya existe y controlándola una vez que se acepta la condición, además considerando las implicaciones biopsicosociales que conllevan los efectos de dicha manifestación o enfermedad (Moreno & Rosales, 2003).

**Tensión arterial o presión sanguínea:** Se toma la medida para conocer la presión que ejerce la sangre contra las paredes de las arterias y la resistencia de estas ante el paso de

sangre impulsada desde el ventrículo izquierdo. A la contracción y relajación ventricular, se le conoce como: Sistólica (es la máxima presión de la sangre, por lo tanto es la más alta) y Diastólica (es la presión mínima). Uno de los factores que afectan o modifican la presión sanguínea o tensión arterial, es el estrés ya que la estimulación del sistema nervioso simpático el gasto cardiaco y la vasoconstricción arterial, produciendo aumento en la presión arterial.

La valoración de la tensión arterial se puede realizar mediante un baumanómetro de mercurio y un estetoscopio para identificar los “ruidos de Korotkoff” o mediante un baumanómetro digital. En las personas adultas sanas y en reposo, el “*Valor Promedio de TA*” es de 120/80 mmHg (milímetros de mercurio). El valor máximo de la Presión Sistólica es de: 140 mmHg, y el valor mínimo de: 90 mmHg. En el caso de la Presión Diastólica el máximo es de: 90 mmHg y el mínimo es de: 60 mmHg (Durán, 2017).

**Trastorno adaptativo:** “*Los trastornos adaptativos (TA) son reacciones desadaptativas ante estresantes psicosociales identificables que ocurren en un corto espacio de tiempo desde el inicio del factor de estrés. Se manifiestan por deterioro funcional (social u ocupacional) o por síntomas como depresión o ansiedad que son reacciones que resultan excesivas para lo esperado como normal ante dicho estresante*” (American Psychiatric Association, 2000; citado por Gómez, Fontanela, González, Ferrero, Pérez, 2017).

Apéndice E: Documentos de la sesión.

Consentimientos Informados y Expedientes: por paciente.

**Paciente 001:**



Hospital Juárez, Ciudad de México.

**Consentimiento informado**

**Proyecto de Investigación:** Evaluación de un protocolo de intervención para la inoculación de estrés en pacientes programados a cirugía electiva.

**Responsable de la investigación:**  
Laura Citlalin Tello Musí Matrícula: 415132217

**Tutor responsable:**  
Doctor David Javier Enríquez Negrete.

**Introducción.**

A través de este documento quiero hacerle una invitación a participar voluntariamente en un estudio de investigación que forma parte de mi tesis de pregrado, este tiene como objetivo conocer el nivel de estrés en pacientes hospitalizados para cirugía. Antes de que acepte participar en este estudio, se le presenta este documento de nombre: "**Consentimiento Informado**" que tiene como objetivo comunicarle sobre la investigación y recolección de la información que se llevará a cabo, así como los pormenores de la intervención que estará orientada en brindarle estrategias psicológicas para el mejor manejo de su estrés.

Así mismo, queremos notificarle que sus datos serán tratados con absoluta confidencialidad y en estricto apego a la ley, los mismos serán resguardados y las únicas personas que tendrán acceso, serán las autoridades del Hospital Juárez si así lo solicitan, el Doctor David Javier Enríquez Negrete director de tesis y su servidora Laura Citlalin Tello Musí para lo relacionado con mi titulación de la carrera de Psicología. Una vez concluida la investigación, los datos generales podrán ser publicados en revistas de divulgación científica. Es importante recalcar que su decisión es voluntaria, por lo que puede dejar de participar en el momento que así lo decida, usted no tiene que realizar nada que lo ponga en una situación incómoda o que le generen algún malestar. Este tratamiento psicoterapéutico no ha registrado ningún efecto adverso, y el efecto positivo esperado en este tratamiento es que se reduzca, en caso de que éste exista, el nivel de estrés propio de un procedimiento quirúrgico. Una vez que usted tenga conocimiento sobre esta investigación y el procedimiento, se le pedirá que firme esta forma.

**Propósito de la Investigación:**

**Objetivos:** Probar la eficacia de una intervención psicológica dirigida a reducir el estrés en pacientes que serán sometidos a una intervención quirúrgica.

**Procedimiento:** Recopilación de la información necesaria para poder realizar la intervención personalizada.

- A) Aplicación de un instrumento para medir el estrés relacionado con la cirugía.
- B) Intervención psicológica en inoculación de estrés que consiste en tres fases: 1. Conceptualización, 2. Adquisición de habilidades y fase de ensayo, 3. Fase de aplicaciones y consolidación. Todo esto será en un tiempo aproximado de una hora más o menos.
- C) Toma de presión arterial una vez concluido el tratamiento.
- D) Audio grabar la sesión con el objetivo de ser supervisada por el departamento de Salud Mental del Hospital y como evidencia.

**Confidencialidad:** Toda la información recabada y el procedimiento son totalmente voluntarios, confidenciales y anónimos; sin embargo usted podrá abandonarlo en el momento que lo desee o revocar su autorización.

**Consentimiento:** Entiendo el procedimiento, los objetivos de la investigación, y manifiesto que mis dudas han sido aclaradas. Acepto mi participación voluntaria y anónima.

Nombre:

[Redacted]



Rico

[Redacted]

Firma:

Fecha: 3 de Mayo 2019.



		<b>Universidad Nacional Autónoma de México</b>									
<b>Facultad de Estudios Superiores Iztacala   Sistema de Universidad Abierta y Educación a Distancia</b>											
<b>Manuscrito recepcional: Inoculación del estrés en pacientes prequirúrgicos.</b>											
Director de manuscrito: Doctor David Javier Enríquez Negrete.					Alumna: Laura Citlalin Tello Musi						
Lugar de aplicación: CDMX, Hospital Juárez			Fecha de aplicación: 03/05/2019			Hora: 05:45pm					
Expediente paciente prequirúrgico: # [REDACTED]			Cama: #133		Expediente AIE: 001		Hoja: 1 de 2				
Datos sociodemográficos generales.											
Rico		[REDACTED]			[REDACTED]						
Apellido Paterno			Apellido Materno			Nombre(s)					
Peso:	82kg.		Talla:	1.70mts							
Sexo:	<input checked="" type="checkbox"/> M	<input type="checkbox"/> F	Sin especificar	Edad:	75a.	Estado civil:	<input checked="" type="checkbox"/> Soltero(a)	<input checked="" type="checkbox"/> Casado(a)	<input type="checkbox"/> Separado(a)	<input type="checkbox"/> Divorciado(a)	<input type="checkbox"/> Unión libre
Fecha de nacimiento:	04/02/1944					Viudo(a)					
¿Profesa alguna religión?	<input checked="" type="checkbox"/> SI	<input type="checkbox"/> NO		¿Cuál?	Cristiana						
CURP:	RING440204HDFCLLO2					Delegación:	Municipio Cd. Nezahualcóyotl				
Lugar de nacimiento:	Distrito Federal   Ahora CDMX										
Lugar de procedencia:	CDMX					Estudio socioeconómico:	<input checked="" type="checkbox"/> SI	<input type="checkbox"/> NO			
						Nivel:	1				
Situación familiar y red de apoyo.											
Tiene hijos:	<input checked="" type="checkbox"/> SI	<input type="checkbox"/> NO	¿Cuántos?:	3		Edades:	43, 41, 37				
¿Cuántas personas dependen económicamente de usted?:	1 (Esposa)										
¿Viene algún acompañante con usted?	<input checked="" type="checkbox"/> SI	<input type="checkbox"/> NO		¿Es de su familia?	<input checked="" type="checkbox"/> SI	<input type="checkbox"/> NO					
Datos ocupacionales.											
Nivel de escolaridad:											
Sin estudios	<input checked="" type="checkbox"/> Primaria	<input type="checkbox"/> Secundaria	<input type="checkbox"/> Carrera Técnica	<input type="checkbox"/> Preparatoria	<input type="checkbox"/> Universidad						
Otro:											
Actualmente se encuentra estudiando:	<input type="checkbox"/> SI	<input checked="" type="checkbox"/> NO	Trabaja actualmente:	<input checked="" type="checkbox"/> SI	<input type="checkbox"/> NO						
Ocupación actual:	Artesano.										
Verificación de criterios de exclusión e inclusión.											
¿Usted ha padecido de alguna de las siguientes enfermedades?											
Hipertensión:	<input checked="" type="checkbox"/> SI	<input type="checkbox"/> NO	Enfermedades cardíacas:	<input type="checkbox"/> SI	<input checked="" type="checkbox"/> NO						
Hipotensión:	<input type="checkbox"/> SI	<input checked="" type="checkbox"/> NO	Padece alguna otra enfermedad	<input checked="" type="checkbox"/> SI	<input type="checkbox"/> NO	Hipertenso/próstata					
Ha sido diagnosticado con ansiedad:	<input type="checkbox"/> SI	<input checked="" type="checkbox"/> NO									
Ha sido medicado por ello:	<input type="checkbox"/> SI	<input checked="" type="checkbox"/> NO	Actualmente sigue medicado:	<input type="checkbox"/> SI	<input type="checkbox"/> NO	NO APLICA					
¿Fuma?	<input type="checkbox"/> SI	<input checked="" type="checkbox"/> NO	¿Cantidad?	<input checked="" type="checkbox"/> NO	¿Ingiere bebidas alcohólicas?	<input type="checkbox"/> SI	<input checked="" type="checkbox"/> NO	¿Cantidad?	NO APLICA		
Información del paciente sobre su procedimiento quirúrgico.											
1) ¿Desde cuándo empezó su padecimiento?:	2013 (6 AÑOS)										
2) ¿Qué tipo de cirugía le van a practicar?:	Hernia Inguinal en el costado derecho.										
3) ¿Para cuando tiene la fecha de cirugía?:	04/05/2019			6) ¿Le explicaron el tipo de anestesia que se usará?	<input checked="" type="checkbox"/> SI	<input type="checkbox"/> NO					
4) ¿Le explicaron en que consiste su cirugía?:	<input checked="" type="checkbox"/> SI	<input type="checkbox"/> NO	7) ¿Le han hecho antes otra cirugía?	<input checked="" type="checkbox"/> SI	<input type="checkbox"/> NO						
5) ¿Conoce el tiempo de su recuperación?:	<input checked="" type="checkbox"/> SI	<input type="checkbox"/> NO	8) ¿Cuántas?	Cinco							
Intervención Inoculación del Estrés (Para uso del aplicador)											
Se firmó el consentimiento informado:	<input checked="" type="checkbox"/> SI	<input type="checkbox"/> NO	El paciente presenta alguna discapacidad:	<input type="checkbox"/> SI	<input checked="" type="checkbox"/> NO						
Aplicación											
Conceptualización	<input checked="" type="checkbox"/> SI	<input type="checkbox"/> NO	El paciente se mostró cooperativo	<input checked="" type="checkbox"/> SI	<input type="checkbox"/> NO						
Adquisición de habilidades y ensayo*	<input checked="" type="checkbox"/> SI	<input type="checkbox"/> NO	Entendió bien las instrucciones	<input checked="" type="checkbox"/> SI	<input type="checkbox"/> NO						
*(Adiestramiento en relajación)	<input checked="" type="checkbox"/> SI	<input type="checkbox"/> NO	Área donde se aplicó:	Cuarto							
Consolidación*	<input checked="" type="checkbox"/> SI	<input type="checkbox"/> NO	Número de visitas:	1							
*(Prevención de recaídas)	<input checked="" type="checkbox"/> SI	<input type="checkbox"/> NO	Duración de la intervención:	1'10							
Psicofisiología											
Línea base presión arterial:											
Presión arterial antes de la intervención	150	125	Pulso (A.I)	70							
Presión arterial después de la int.	139	121	Pulso (D.I)	70							



Instrucciones.

Las siguientes preguntas nos permitirán conocer su situación emocional en la que se encuentra por su próxima cirugía, y nos permitirá conocer como podemos trabajar en conjunto con usted, para lograr que su cirugía y su estancia hospitalaria transcurran con la mayor tranquilidad posible, para lo cual le pediremos que conteste las siguientes preguntas, en donde se le presentarán cuatro posibles respuestas: Nunca, casi nunca, algunas veces, siempre, casi siempre.

¿Entendió claramente esta información? SI NO

Exploración del estrés.

Table with 10 numbered questions and 5 response options (Nunca, Casi nunca, Algunas veces, Casi siempre, Siempre). Includes sub-questions for symptoms and confidence levels. Includes Likert scales for stress levels at session start, mid-session, and end.



Hospital Juárez, Ciudad de México.

**Consentimiento informado**

**Proyecto de Investigación:** Evaluación de un protocolo de intervención para la inoculación de estrés en pacientes programados a cirugía electiva.

**Responsable de la investigación:**  
Laura Citlalin Tello Musí Matrícula: 415132217

**Tutor responsable:**  
Doctor David Javier Enriquez Negrete.

**Introducción.**

A través de este documento quiero hacerle una invitación a participar voluntariamente en un estudio de investigación que forma parte de mi tesis de pregrado, este tiene como objetivo conocer el nivel de estrés en pacientes hospitalizados para cirugía. Antes de que acepte participar en este estudio, se le presenta este documento de nombre: "**Consentimiento Informado**" que tiene como objetivo comunicarle sobre la investigación y recolección de la información que se llevará a cabo, así como los pormenores de la intervención que estará orientada en brindarle estrategias psicológicas para el mejor manejo de su estrés.

Así mismo, queremos notificarle que sus datos serán tratados con **absoluta confidencialidad** y en estricto apego a la ley, los mismos serán resguardados y las únicas personas que tendrán acceso, serán las autoridades del Hospital Juárez si así lo solicitan, el Doctor David Javier Enriquez Negrete director de tesis y su servidora Laura Citlalin Tello Musí para lo relacionado con mi titulación de la carrera de Psicología. Una vez concluida la investigación, los datos generales podrán ser publicados en revistas de divulgación científica. Es importante recalcar que su decisión es voluntaria, por lo que puede dejar de participar en el momento que así lo decida, usted no tiene que realizar nada que lo ponga en una situación incómoda o que le generen algún malestar. Este tratamiento psicoterapéutico no ha registrado ningún efecto adverso, y el efecto positivo esperado en este tratamiento es que se reduzca, en caso de que este exista, el nivel de estrés propio de un procedimiento quirúrgico. Una vez que usted tenga conocimiento sobre esta investigación y el procedimiento, se le pedirá que firme esta forma.

**Propósito de la investigación:**

**Objetivos:** Probar la eficacia de una intervención psicológica dirigida a reducir el estrés en pacientes que serán sometidos a una intervención quirúrgica.

**Procedimiento:** Recopilación de la información necesaria para poder realizar la intervención personalizada.



- A) Aplicación de un instrumento para medir el estrés relacionado con la cirugía.
- B) Intervención psicológica en inoculación de estrés que consiste en tres fases: 1. Conceptualización, 2. Adquisición de habilidades y fase de ensayo, 3. Fase de aplicaciones y consolidación. Todo esto será en un tiempo aproximado de una hora más o menos.
- C) Toma de presión arterial una vez concluido el tratamiento.
- D) Audio grabar la sesión con el objetivo de ser supervisada por el departamento de Salud Mental del Hospital y como evidencia.

**Confidencialidad:** Toda la información recabada y el procedimiento son totalmente voluntarios, confidenciales y anónimos; sin embargo usted podrá abandonarlo en el momento que lo desee o revocar su autorización.

**Consentimiento:** Entiendo el procedimiento, los objetivos de la investigación, y manifiesto que mis dudas han sido aclaradas. Acepto mi participación voluntaria y anónima.

Nombre:    Firma: \_\_\_\_\_

Fecha: 3-04-2019

 <b>Universidad Nacional Autónoma de México</b> 										
<b>Facultad de Estudios Superiores Iztacala   Sistema de Universidad Abierta y Educación a Distancia</b>										
<b>Manuscrito recepcional: Inoculación del estrés en pacientes prequirúrgicos.</b>										
Director de manuscrito: Doctor David Javier Enriquez Negrete.					Alumna: Laura Citlalin Tello Musi					
Lugar de aplicación: Hospital Juárez   CDMX		Fecha de aplicación: 03/05/2019			Hora: 06:30 p.m.					
Expediente paciente prequirúrgico: # [REDACTED]		Cama # 171		Expediente Investigador: # 002		Hoja: # 1 de 2				
Datos sociodemográficos generales.										
Apellido Paterno: Ruíz		Apellido Materno: [REDACTED]			Nombre(s): [REDACTED]					
Peso: 60 kgs.		Talla: 1.65mts								
Sexo:	M	F	Sin especificar	Edad: 78	Estado civil:	Soltero(a)	Casado(a)	Separado(a)	Divorciado(a)	Unión libre
Fecha de nacimiento:	18/01/1941				Viudo(a)					
¿Profesa alguna religión?	SI	NO			¿Cuál?	Católica				
CURP:	RUVL410118HOC25B08				Delegación:	Santiago Apóstol, Oaxaca.				
Lugar de procedencia:	Oaxaca				Estudio socioeconómico:	SI	NO			
					Nivel:	1				
Situación familiar y red de apoyo.										
Tiene hijos:	SI	NO			¿Cuántos?: 6 (4 mujeres, 2 hombres)	Edades:	52, 51, 50, 48, 42, 45			
¿Cuántas personas dependen económicamente de usted?:	1									
¿Viene algún acompañante con usted?	SI	NO			¿Es de su familia?	SI	NO			
Datos ocupacionales.										
Nivel de escolaridad:										
Sin estudios	Primaria	Secundaria	Carrera Técnica	Preparatoria	Universidad					
Otro:										
Actualmente se encuentra estudiando:	SI	NO			Trabaja actualmente:	SI	NO			
Ocupación actual:	Campo (Labrador)									
Verificación de criterios de exclusión e inclusión.										
¿Usted ha padecido de alguna de las siguientes enfermedades?										
Hipertensión:	SI	NO			Enfermedades cardíacas:	SI	NO			
Hipotensión:	SI	NO			Padece alguna otra enfermedad	SI	NO			
Ha sido diagnosticado con ansiedad:	SI	NO			Vesícula biliar/Próstata					
Ha sido medicado por ello:	SI	NO			Actualmente sigue medicado:	SI	NO		NO APLICA	
¿Fuma?	SI	NO			¿Cantidad? No aplica	¿Ingiere bebidas alcohólicas?	SI	NO		
					¿Cantidad?	No aplica				
Información del paciente sobre su procedimiento quirúrgico.										
1) ¿Desde cuándo empezó su padecimiento?:	3 años									
2) ¿Qué tipo de cirugía le van a practicar?:	Hernia Inguinal									
3) ¿Para cuando tiene la fecha de cirugía?:	04/05/2019			6) ¿Le explicaron el tipo de anestesia que se usará?	SI	NO				
4) ¿Le explicaron en que consiste su cirugía?:	SI	NO			7) ¿Le han hecho antes otra cirugía?	SI	NO			
5) ¿Conoce el tiempo de su recuperación?:	SI	NO			8) ¿Cuántas?	SI	NO		NO APLICA	
Intervención Inoculación del Estrés (Para uso del aplicador)										
Se firmó el consentimiento informado:	SI	NO			El paciente presenta alguna discapacidad:	SI	NO			
					¿Cuál?	Hipoacusia				
Aplicación										
Conceptualización	SI	NO			El paciente se mostró cooperativo	SI	NO			
Adquisición de habilidades y ensayo*	SI	NO			Entendió bien las instrucciones	SI	NO			
*(Adiestramiento en relajación)	SI	NO			Área donde se aplicó:	Cuarto hospital.				
Consolidación*	SI	NO			Número de visitas:	1				
*(Prevención de recaídas)	SI	NO			Duración de la intervención:	1'10				
Psicofisiología										
Línea base presión arterial:										
Presión arterial antes de la intervención	115	64			Pulso (A.I)	70				
Presión arterial después de la int.	114	70			Pulso (D.I)	70				



Instrucciones.

Las siguientes preguntas nos permitirán conocer su situación emocional en la que se encuentra por su próxima cirugía, y nos permitirá conocer como podemos trabajar en conjunto con usted, para lograr que su cirugía y su estancia hospitalaria transcurran con la mayor tranquilidad posible, para lo cual le pediremos que conteste las siguientes preguntas, en donde se le presentarán cuatro posibles respuestas: Nunca, casi nunca, algunas veces, siempre, casi siempre.

¿Entendió claramente esta información? SI NO

Exploración del estrés.

Table with 10 numbered questions and multiple-choice options (Nunca, Casi nunca, Algunas veces, Casi siempre, Siempre). Includes Likert scales for stress levels at the beginning, middle, and end of the session.



Hospital Juárez, Ciudad de México.

**Consentimiento informado**

**Proyecto de Investigación:** Evaluación de un protocolo de intervención para la inoculación de estrés en pacientes programados a cirugía electiva.

**Responsable de la Investigación:**  
Laura Citlalín Tello Musí | Matrícula: 415132217

**Tutor responsable:**  
Doctor David Javier Enríquez Negrete.

**Introducción.**

A través de este documento quiero hacerle una invitación a participar voluntariamente en un estudio de investigación que forma parte de mi tesis de pregrado, este tiene como objetivo conocer el nivel de estrés en pacientes hospitalizados para cirugía. Antes de que acepte participar en este estudio, se le presenta este documento de nombre: "Consentimiento Informado" que tiene como objetivo comunicarle sobre la investigación y recolección de la información que se llevará a cabo, así como los pormenores de la intervención que estará orientada en brindarle estrategias psicológicas para el mejor manejo de su estrés.

Así mismo, queremos notificarle que sus datos serán tratados con absoluta confidencialidad y en estricto apego a la ley, los mismos serán resguardados y las únicas personas que tendrán acceso, serán las autoridades del Hospital Juárez si así lo solicitan, el Doctor David Javier Enríquez Negrete director de tesis y su servidora Laura Citlalín Tello Musí para lo relacionado con mi titulación de la carrera de Psicología. Una vez concluida la investigación, los datos generales podrán ser publicados en revistas de divulgación científica. Es importante recalcar que su decisión es voluntaria, por lo que puede dejar de participar en el momento que así lo decida, usted no tiene que realizar nada que lo ponga en una situación incómoda o que le generen algún malestar. Este tratamiento psicoterapéutico no ha registrado ningún efecto adverso, y el efecto positivo esperado en este tratamiento es que se reduzca, en caso de que este exista, el nivel de estrés propio de un procedimiento quirúrgico. Una vez que usted tenga conocimiento sobre esta investigación y el procedimiento, se le pedirá que firme esta forma.

**Propósito de la Investigación:**

**Objetivos:** Probar la eficacia de una intervención psicológica dirigida a reducir el estrés en pacientes que serán sometidos a una intervención quirúrgica.

**Procedimiento:** Recopilación de la información necesaria para poder realizar la intervención personalizada.



- A) Aplicación de un instrumento para medir el estrés relacionado con la cirugía.
- B) Intervención psicológica en inoculación de estrés que consiste en tres fases: 1. Conceptualización, 2. Adquisición de habilidades y fase de ensayo, 3. Fase de aplicaciones y consolidación. Todo esto será en un tiempo aproximado de una hora más o menos.
- C) Toma de presión arterial una vez concluido el tratamiento.
- D) Audio grabar la sesión con el objetivo de ser supervisada por el departamento de Salud Mental del Hospital y como evidencia.

**Confidencialidad:** Toda la información recabada y el procedimiento son totalmente voluntarios, confidenciales y anónimos; sin embargo usted podrá abandonarlo en el momento que lo desee o revocar su autorización.

**Consentimiento:** Entiendo el procedimiento, los objetivos de la investigación, y manifiesto que mis dudas han sido aclaradas. Acepto mi participación voluntaria y anónima.

Nombre: [Redacted] *Solís* [Redacted] Firma:

Fecha: *10-05-2018*

 <b>Universidad Nacional Autónoma de México</b> Facultad de Estudios Superiores Iztacala   Sistema de Universidad Abierta y Educación a Distancia <b>Manuscrito recepcional: Inoculación del estrés en pacientes prequirúrgicos.</b> 											
Director de manuscrito: Doctor David Javier Enriquez Negrete.					Alumna: Laura Citlalin Tello Musi						
Lugar de aplicación: Hospital Juárez   CDMX		Fecha de aplicación: 10/05/2019			Hora: 05:58 p.m.						
Expediente paciente prequirúrgico: #		Cama: # 112		Expediente Investigador: # 003		Hoja: # 1 de 2					
Datos sociodemográficos generales.											
Soriano											
Apellido Paterno			Apellido Materno			Nombre(s)					
Peso: 116 kgs.		Talla: 1.84mts									
Sexo:	M	F	Sin especificar	Edad:	40	Estado civil:	Soltero(a)	Casado(a)	Separado(a)	Divorciado(a)	Unión libre
Fecha de nacimiento:	23/11/1978		Viudo(a)								
¿Profesa alguna religión?	SI	NO	¿Cuál?		Católica						
CURP:	SOU6781123HDFRRR02					Delegación: Municipio de Tlalnepanitla					
Lugar de procedencia:	CDMX					Estudio socioeconómico: SI NO					
						Nivel: 2					
Situación familiar y red de apoyo.											
Tiene hijos:	SI	NO	¿Cuántos?:	1		Edades:	6 Años				
¿Cuántas personas dependen económicamente de usted?: 3											
¿Viene algún acompañante con usted?	SI	NO	¿Es de su familia?		SI	NO					
Datos ocupacionales.											
Nivel de escolaridad:											
Sin estudios	Primaria	Secundaria	Carrera Técnica	Preparatoria	Universidad						
Otro:											
Actualmente se encuentra estudiando:				SI	NO	Trabaja actualmente:		SI	NO		
Ocupación actual: No trabaja/ Era cocinero											
Verificación de criterios de exclusión e inclusión.											
¿Usted ha padecido de alguna de las siguientes enfermedades?											
Hipertensión:	SI	NO	Enfermedades cardíacas:			SI	NO				
Hipotensión:	SI	NO	Padece alguna otra enfermedad			SI	NO				
Ha sido diagnosticado con ansiedad:			SI	NO	Actualmente sigue medicado:						
Ha sido medicado por ello:			SI	NO	SI	NO	NO APLICA				
¿Fuma?	SI	NO	¿Cantidad?	2 al mes		¿Ingiere bebidas alcohólicas?	SI	NO	¿Cantidad?	3 al año	
Información del paciente sobre su procedimiento quirúrgico.											
1) ¿Desde cuándo empezó su padecimiento?:		5 años									
2) ¿Qué tipo de cirugía le van a practicar?:		Hernia Inguinal									
3) ¿Para cuando tiene la fecha de cirugía?:		11/05/2019		6) ¿Le explicaron el tipo de anestesia que se usará?		SI	NO				
4) ¿Le explicaron en que consiste su cirugía?:		SI	NO	7) ¿Le han hecho antes otra cirugía?		SI	NO				
5) ¿Conoce el tiempo de su recuperación?:		SI	NO	8) ¿Cuántas?		SI	NO	NO APLICA			
Intervención Inoculación del Estrés (Para uso del aplicador)											
Se firmó el consentimiento informado:			SI	NO	El paciente presenta alguna discapacidad:		SI	NO			
Aplicación											
Conceptualización		SI	NO	El paciente se mostró cooperativo		SI	NO				
Adquisición de habilidades y ensayo*		SI	NO	Entendió bien las instrucciones		SI	NO				
*(Adiestramiento en relajación)		SI	NO	Área donde se aplicó:		Cuarto hospital.					
Consolidación*		SI	NO	Número de visitas:		1					
*(Prevención de recaídas)		SI	NO	Duración de la intervención:		1'10					
Psicofisiología											
Línea base presión arterial:											
Presión arterial antes de la intervención		141	88	Pulso (A.I)		60					
Presión arterial después de la int.		140	78	Pulso (D.I)		55					



Instrucciones.

Las siguientes preguntas nos permitirán conocer su situación emocional en la que se encuentra por su próxima cirugía, y nos permitirá conocer como podemos trabajar en conjunto con usted, para lograr que su cirugía y su estancia hospitalaria transcurran con la mayor tranquilidad posible, para lo cual le pediremos que conteste las siguientes preguntas, en donde se le presentarán cuatro posibles respuestas: Nunca, casi nunca, algunas veces, siempre, casi siempre.

¿Entendió claramente esta información? SI NO

Exploración del estrés.

Formulario de preguntas y respuestas con opciones: Nunca, Casi nunca, Algunas veces, Casi siempre, Siempre. Incluye preguntas sobre tranquilidad, problemas de sueño, síntomas físicos, confianza en el personal médico y escalas de estrés.





Hospital Juárez, Ciudad de México.

**Consentimiento informado**

**Proyecto de Investigación:** Evaluación de un protocolo de intervención para la inoculación de estrés en pacientes programados a cirugía electiva.

**Responsable de la investigación:**  
Laura Citlalin Tello Musí Matrícula: 415132217

**Tutor responsable:**  
Doctor David Javier Enríquez Negrete.

**Introducción.**

A través de este documento quiero hacerle una invitación a participar voluntariamente en un estudio de investigación que forma parte de mi tesis de grado, este tiene como objetivo conocer el nivel de estrés en pacientes hospitalizados para cirugía. Antes de que acepte participar en este estudio, se le presenta este documento de nombre: "Consentimiento Informado" que tiene como objetivo comunicarle sobre la investigación y recolección de la información que se llevará a cabo, así como los pormenores de la intervención que estará orientada en brindarle estrategias psicológicas para el mejor manejo de su estrés.

Así mismo, queremos notificarle que sus datos serán tratados con absoluta confidencialidad y en estricto apego a la ley, los mismos serán resguardados y las únicas personas que tendrán acceso, serán las autoridades del Hospital Juárez si así lo solicitan, el Doctor David Javier Enríquez Negrete director de tesis y su servidora Laura Citlalin Tello Musí para lo relacionado con mi titulación de la carrera de Psicología. Una vez concluida la investigación, los datos generales podrán ser publicados en revistas de divulgación científica. Es importante recalcar que su decisión es voluntaria, por lo que puede dejar de participar en el momento que así lo decida, usted no tiene que realizar nada que lo ponga en una situación incómoda o que le generen algún malestar. Este tratamiento psicoterapéutico no ha registrado ningún efecto adverso, y el efecto positivo esperado en este tratamiento es que se reduzca, en caso de que este exista, el nivel de estrés propio de un procedimiento quirúrgico. Una vez que usted tenga conocimiento sobre esta investigación y el procedimiento, se le pedirá que firme esta forma.

**Propósito de la Investigación:**

**Objetivos:** Probar la eficacia de una intervención psicológica dirigida a reducir el estrés en pacientes que serán sometidos a una intervención quirúrgica.

**Procedimiento:** Recopilación de la información necesaria para poder realizar la intervención personalizada.

- A) Aplicación de un instrumento para medir el estrés relacionado con la cirugía.
- B) Intervención psicológica en inoculación de estrés que consiste en tres fases: 1. Conceptualización, 2. Adquisición de habilidades y fase de ensayo, 3. Fase de aplicaciones y consolidación. Todo esto será en un tiempo aproximado de una hora más o menos.
- C) Toma de presión arterial una vez concluido el tratamiento.
- D) Audio grabar la sesión con el objetivo de ser supervisada por el departamento de Salud Mental del Hospital y como evidencia.

**Confidencialidad:** Toda la información recibida y el procedimiento son totalmente voluntarios, confidenciales y anónimos; sin embargo usted podrá abandonarlo en el momento que lo desee o revocar su autorización.

**Consentimiento:** Entiendo el procedimiento, los objetivos de la investigación, y manifiesto que mis dudas han sido aclaradas. Acepto mi participación voluntaria y anónima.



Nombre:



Firma:

Fecha:

17-5-2019

 <b>Universidad Nacional Autónoma de México</b> Facultad de Estudios Superiores Iztacala   Sistema de Universidad Abierta y Educación a Distancia <b>Manuscrito recepcional: Inoculación del estrés en pacientes prequirúrgicos.</b> 									
Director de manuscrito: Doctor David Javier Enríquez Negrete.					Alumna: Laura Citlalin Tello Musi				
Lugar de aplicación: Hospital Juárez   CDMX		Fecha de aplicación: 17/05/2019.			Hora: 06:30 p.m.				
Expediente paciente prequirúrgico: # [REDACTED]		Cama: #122		Expediente Investigador: # 004		Hoja: #		1 de 2	
Datos sociodemográficos generales.									
Castro		[REDACTED]			[REDACTED]				
Apellido Paterno		Apellido Materno			Nombre(s)				
Peso: 63 kgs.		Talla: 1.58mts							
Sexo: M		F		Sin especificar		Edad: 57		Estado civil: Soltero(a)	
Fecha de nacimiento: 31/01/1962		Casado(a)		Separado(a)		Divorciado(a)		Unión libre	
¿Profesa alguna religión?		SI		NO		¿Cuál?		No aplica	
CURP: No proporcionada		Delegación: Municipio de Tecamac							
Lugar de procedencia: Estado de México		Estudio socioeconómico: SI		NO		Nivel: 1			
Situación familiar y red de apoyo.									
Tiene hijos: SI		NO		¿Cuántos?: No respondido		Edades: No respondido			
¿Cuántas personas dependen económicamente de usted?: 1									
¿Viene algún acompañante con usted?		SI		NO		¿Es de su familia?		SI NO	
Datos ocupacionales.									
Nivel de escolaridad:									
Sin estudios		Primaria		Secundaria		Carrera Técnica		Preparatoria	
Otro:		Actualmente se encuentra estudiando: SI		NO		Trabaja actualmente: SI		NO	
Ocupación actual: Tapicero									
Verificación de criterios de exclusión e inclusión.									
¿Usted ha padecido de alguna de las siguientes enfermedades?									
Hipertensión: SI		NO		Enfermedades cardíacas: SI		NO			
Hipotensión: SI		NO		Padece alguna otra enfermedad: SI		NO			
Ha sido diagnosticado con ansiedad: SI		NO		Actualmente sigue medicado: SI		NO		NO APLICA	
Ha sido medicado por ello: SI		NO		¿Fuma? SI		NO		¿Cantidad? Ocasional	
¿Fuma? SI		NO		¿Cantidad? 2		¿Ingiere bebidas alcohólicas? SI		NO	
Información del paciente sobre su procedimiento quirúrgico.									
1) ¿Desde cuándo empezó su padecimiento?: No proporcionado									
2) ¿Qué tipo de cirugía le van a practicar?: Hernia Inguinal									
3) ¿Para cuando tiene la fecha de cirugía?: 18/05/2019		6) ¿Le explicaron el tipo de anestesia que se usará? SI		NO					
4) ¿Le explicaron en que consiste su cirugía? SI		NO		7) ¿Le han hecho antes otra cirugía? SI		NO			
5) ¿Conoce el tiempo de su recuperación?: SI		NO		8) ¿Cuántas? SI		NO		NO APLICA	
Intervención Inoculación del Estrés (Para uso del aplicador)									
Se firmó el consentimiento informado: SI		NO		El paciente presenta alguna discapacidad: SI		NO			
¿Cuál? Hipoacusia									
Aplicación									
Conceptualización: SI		NO		El paciente se mostró cooperativo: SI		NO			
Adquisición de habilidades y ensayo*: SI		NO		Entendió bien las instrucciones: SI		NO			
*(Adiestramiento en relajación): SI		NO		Área donde se aplicó: Cuarto hospital.					
Consolidación*: SI		NO		Número de visitas: 1					
*(Prevención de recaídas): SI		NO		Duración de la intervención: 20'					
Psicofisiología									
Línea base presión arterial:									
Presión arterial antes de la intervención: 108		71		Pulso (A.I): 62					
Presión arterial después de la int.: 0		0		Pulso (D.I): 0					



Instrucciones.

Las siguientes preguntas nos permitirán conocer su situación emocional en la que se encuentra por su próxima cirugía, y nos permitirá conocer como podemos usted, para lograr que trabajar en conjunto con para lograr que su cirugía y su estancia hospitalaria transcurran con la mayor tranquilidad posible, para lo cual le pediremos que conteste las siguientes preguntas, en donde se le presentarán cuatro posibles respuestas: Nunca, casi nunca, algunas veces, siempre, casi siempre.

¿Entendió claramente esta información? SI NO

Exploración del estrés.

Table with 10 numbered questions and 5 response options (Nunca, Casi nunca, Algunas veces, Casi siempre, Siempre). Includes a large red diagonal watermark: 'CUESTIONARIO NO CONTESTADO.'



Hospital Juárez, Ciudad de México.

**Consentimiento informado**

**Proyecto de Investigación:** Evaluación de un protocolo de intervención para la inoculación de estrés en pacientes programados a cirugía electiva.

**Responsable de la investigación:**  
Laura Citlalin Tello Musil Matrícula: 415132217

**Tutor responsable:**  
Doctor David Javier Enriquez Negrete.

**Introducción.**

A través de este documento quiero hacerle una invitación a participar voluntariamente en un estudio de investigación que forma parte de mi tesis de pregrado, este tiene como objetivo conocer el nivel de estrés en pacientes hospitalizados para cirugía. Antes de que acepte participar en este estudio, se le presenta este documento de nombre: "Consentimiento Informado" que tiene como objetivo comunicarle sobre la investigación y recolección de la información que se llevará a cabo, así como los pormenores de la intervención que estará orientada en brindarle estrategias psicológicas para el mejor manejo de su estrés.

Así mismo, queremos notificarle que sus datos serán tratados con **absoluta confidencialidad** y en estricto apego a la ley, los mismos serán resguardados y las únicas personas que tendrán acceso, serán las autoridades del Hospital Juárez si así lo solicitan, el Doctor David Javier Enriquez Negrete director de tesis y su servidora Laura Citlalin Tello Musil para lo relacionado con mi titulación de la carrera de Psicología. Una vez concluida la investigación, los datos generales podrán ser publicados en revistas de divulgación científica. Es importante recalcar que su decisión es voluntaria, por lo que puede dejar de participar en el momento que así lo decida, usted no tiene que realizar nada que lo ponga en una situación incómoda o que le generen algún malestar. Este tratamiento psicoterapéutico no ha registrado ningún efecto adverso, y el efecto positivo esperado en este tratamiento es que se reduzca, en caso de que este exista, el nivel de estrés propio de un procedimiento quirúrgico. Una vez que usted tenga conocimiento sobre esta investigación y el procedimiento, se le pedirá que firme esta forma.

**Propósito de la Investigación:**

**Objetivos:** Probar la eficacia de una intervención psicológica dirigida a reducir el estrés en pacientes que serán sometidos a una intervención quirúrgica.

**Procedimiento:** Recopilación de la información necesaria para poder realizar la intervención personalizada.



- A) Aplicación de un instrumento para medir el estrés relacionado con la cirugía.
- B) Intervención psicológica en inoculación de estrés que consiste en tres fases: 1. Conceptualización, 2. Adquisición de habilidades y fase de ensayo, 3. Fase de aplicaciones y consolidación. Todo esto será en un tiempo aproximado de una hora más o menos.
- C) Toma de presión arterial una vez concluido el tratamiento.
- D) Audio grabar la sesión con el objetivo de ser supervisada por el departamento de Salud Mental del Hospital y como evidencia.

**Confidencialidad:** Toda la información recabada y el procedimiento son totalmente voluntarios, confidenciales y anónimos; sin embargo usted podrá abandonarlo en el momento que lo desee o revocar su autorización.

**Consentimiento:** Entiendo el procedimiento, los objetivos de la investigación, y manifiesto que mis dudas han sido aclaradas. Acepto mi participación voluntaria y anónima.

Nombre: [REDACTED] Hernández [REDACTED] Firma:

Fecha: 17-05-2019

 <b>Universidad Nacional Autónoma de México</b> Facultad de Estudios Superiores Iztacala   Sistema de Universidad Abierta y Educación a Distancia <b>Manuscrito recepcional: Inoculación del estrés en pacientes prequirúrgicos.</b> 																	
Director de manuscrito: Doctor David Javier Enríquez Negrete.						Alumna: Laura Citlalin Tello Musi											
Lugar de aplicación: Hospital Juárez   CDMX			Fecha de aplicación: 17/05/2019.			Hora: 06:24p.m.											
Expediente paciente prequirúrgico: 560			Cama: # 134			Expediente Investigador: # 005			Hoja: # 1 de 2								
Datos sociodemográficos generales.																	
Hernández			Apellido Paterno			Apellido Materno			Nombre(s)								
Peso: 58 kgs.			Talla: 1.49mts														
Sexo: M		F		Sin especificar		Edad: 68		Estado civil: Soltero(a)		Casado(a)		Separado(a)		Divorciado(a)		Unión libre	
Fecha de nacimiento: 01/06/1951						Viudo(a)											
¿Profesa alguna religión? SI			NO			¿Cuál? Católica											
CURP: HEPJ510601MDFRR501						Delegación: Municipio de Coacalco											
Lugar de procedencia: Estado de México																	
						Estudio socioeconómico: SI		NO									
						Nivel: 1		2									
Situación familiar y red de apoyo.																	
Tiene hijos: SI			NO			¿Cuántos?: 4			Edades: 45, 42, 47, 48								
¿Cuántas personas dependen económicamente de usted?: 1																	
¿Viene algún acompañante con usted? SI			NO			¿Es de su familia? SI			NO								
Datos ocupacionales.																	
Nivel de escolaridad:																	
Sin estudios		Primaria		Secundaria		Carrera Técnica		Preparatoria		Universidad							
Otro:																	
Actualmente se encuentra estudiando: SI						NO											
Trabaja actualmente: SI						NO											
Ocupación actual: Hogar																	
Verificación de criterios de exclusión e inclusión.																	
¿Usted ha padecido de alguna de las siguientes enfermedades?																	
Hipertensión: SI			NO			Enfermedades cardíacas: SI			NO								
Hipotensión: SI			NO			Padece alguna otra enfermedad: SI			NO			Problemas de matriz					
Ha sido diagnosticado con ansiedad: SI			NO			Actualmente sigue medicado: SI			NO			NO APLICA					
Ha sido medicado por ello: SI			NO														
¿Fuma? SI			NO			¿Cantidad? No aplica			¿Ingiere bebidas alcohólicas? SI			NO					
									¿Cantidad? No aplica								
Información del paciente sobre su procedimiento quirúrgico.																	
1) ¿Desde cuándo empezó su padecimiento?: 2 años																	
2) ¿Qué tipo de cirugía le van a practicar?: Hernia Inguinal																	
3) ¿Para cuando tiene la fecha de cirugía?: 18/05/2019						6) ¿Le explicaron el tipo de anestesia que se usará? SI			NO								
4) ¿Le explicaron en que consiste su cirugía? SI			NO			7) ¿Le han hecho antes otra cirugía? SI			NO								
5) ¿Conoce el tiempo de su recuperación?: SI			NO			8) ¿Cuántas? 1			NO			NO APLICA					
Intervención Inoculación del Estrés (Para uso del aplicador)																	
Se firmó el consentimiento informado: SI			NO			El paciente presenta alguna discapacidad: SI			NO								
						¿Cuál?											
Aplicación																	
Conceptualización: SI			NO			El paciente se mostró cooperativo: SI			NO								
Adquisición de habilidades y ensayo*: SI			NO			Entendió bien las instrucciones: SI			NO								
*(Adiestramiento en relajación): SI			NO			Área donde se aplicó: Cuarto hospital.											
Consolidación*: SI			NO			Número de visitas: 1											
*(Prevención de recaídas): SI			NO			Duración de la intervención: 1' 20											
Psicofisiología																	
Línea base presión arterial:																	
Presión arterial antes de la intervención: 173			62			Pulso (A.I): 47											
Presión arterial después de la int.: 165			70			Pulso (D.I): 58											



Instrucciones.

Las siguientes preguntas nos permitirán conocer su situación emocional en la que se encuentra por su próxima cirugía, y nos permitirá conocer como podemos trabajar en conjunto con usted, para lograr que su cirugía y su estancia hospitalaria transcurran con la mayor tranquilidad posible, para lo cual le pediremos que conteste las siguientes preguntas, en donde se le presentarán cuatro posibles respuestas: Nunca, casi nunca, algunas veces, siempre, casi siempre.

¿Entendió claramente esta información? SI NO

Exploración del estrés.

Table with 10 rows of questions and 5 columns of response options (Nunca, Casi nunca, Algunas veces, Casi siempre, Siempre). Includes sub-questions for symptoms and confidence levels.



Hospital Juárez, Ciudad de México.

Consentimiento informado

**Proyecto de Investigación:** Evaluación de un protocolo de intervención para la inoculación de estrés en pacientes programados a cirugía electiva.

**Responsable de la investigación:**  
Laura Citlalín Tello Musí Matrícula: 415132217

**Tutor responsable:**  
Doctor David Javier Enriquez Negrete.

Introducción.

A través de este documento quiero hacerle una invitación a participar voluntariamente en un estudio de investigación que forma parte de mi tesis de pregrado, este tiene como objetivo conocer el nivel de estrés en pacientes hospitalizados para cirugía. Antes de que acepte participar en este estudio, se le presenta este documento de nombre: "Consentimiento Informado" que tiene como objetivo comunicarle sobre la investigación y recolección de la información que se llevará a cabo, así como los pormenores de la intervención que estará orientada en brindarle estrategias psicológicas para el mejor manejo de su estrés.

Así mismo, queremos notificarle que sus datos serán tratados con absoluta confidencialidad y en estricto apego a la ley, los mismos serán resguardados y las únicas personas que tendrán acceso, serán las autoridades del Hospital Juárez si así lo solicitan, el Doctor David Javier Enriquez Negrete director de tesis y su servidora Laura Citlalín Tello Musí para lo relacionado con mi titulación de la carrera de Psicología. Una vez concluida la investigación, los datos generales podrán ser publicados en revistas de divulgación científica. Es importante recalcar que su decisión es voluntaria, por lo que puede dejar de participar en el momento que así lo decida, usted no tiene que realizar nada que lo ponga en una situación incómoda o que le generen algún malestar. Este tratamiento psicoterapéutico no ha registrado ningún efecto adverso, y el efecto positivo esperado en este tratamiento es que se reduzca, en caso de que este exista, el nivel de estrés propio de un procedimiento quirúrgico. Una vez que usted tenga conocimiento sobre esta investigación y el procedimiento, se le pedirá que firme esta forma.

**Propósito de la Investigación:**

**Objetivos:** Probar la eficacia de una intervención psicológica dirigida a reducir el estrés en pacientes que serán sometidos a una intervención quirúrgica.

**Procedimiento:** Recopilación de la información necesaria para poder realizar la intervención personalizada.

- A) Aplicación de un instrumento para medir el estrés relacionado con la cirugía.
- B) Intervención psicológica en inoculación de estrés que consiste en tres fases: 1. Conceptualización, 2. Adquisición de habilidades y fase de ensayo, 3. Fase de aplicaciones y consolidación. Todo esto será en un tiempo aproximado de una hora más o menos.
- C) Toma de presión arterial una vez concluido el tratamiento.
- D) Audio grabar la sesión con el objetivo de ser supervisada por el departamento de Salud Mental del Hospital y como evidencia.

**Confidencialidad:** Toda la información recabada y el procedimiento son totalmente voluntarios, confidenciales y anónimos; sin embargo usted podrá abandonarlo en el momento que lo desee o revocar su autorización.

Consentimiento: Entiendo el procedimiento, los objetivos de la investigación, y manifiesto que mis dudas han sido aclaradas. Acepto mi participación voluntaria y anónima.



Nombre

[Redacted]

Hernández

[Redacted]

Fecha: 07/06/19

		<b>Universidad Nacional Autónoma de México</b> <b>Facultad de Estudios Superiores Iztacala   Sistema de Universidad Abierta y Educación a Distancia</b> <b>Manuscrito recepcional: Inoculación del estrés en pacientes quirúrgicos.</b>												
Director de manuscrito: Doctor David Javier Enríquez Negrete.												Alumna: Laura Citlalin Tello Musi		
Lugar de aplicación: Hospital Juárez   CDMX				Fecha de aplicación: 07/06/2019				Hora: 05:46 p.m.						
Expediente paciente quirúrgico: [REDACTED]				Cama: # 139		Expediente Investigador: # 006				Hoja: # 1 de 2				
Datos sociodemográficos generales.														
Hernández				[REDACTED]				[REDACTED]				[REDACTED]		
Apellido Paterno				Apellido Materno				Nombre(s)						
Peso: 85kgs				Talla: 1.56mts										
Sexo:	M	F	Sin especificar	Edad:	43	Estado civil:	Soltero(a)	Casado(a)	Separado(a)	Divorciado(a)	Unión libre			
Fecha de nacimiento: 19/06/1975						Viudo(a)								
¿Profesa alguna religión?			SI	NO	¿Cuál?			Católica						
CURP: HEHL750619MHGRRZ08						Delegación: Municipio de Tlalneantla								
Lugar de procedencia: Estado de México														
						Estudio socioeconómico:		SI	NO					
						Nivel:		1						
Situación familiar y red de apoyo.														
Tiene hijos:		SI	NO	¿Cuántos?: No aplica		Edades:		No aplica						
¿Cuántas personas dependen económicamente de usted?: No aplica														
¿Viene algún acompañante con usted?			SI	NO	¿Es de su familia?			SI	NO					
Datos ocupacionales.														
Nivel de escolaridad:														
Sin estudios		Primaria		Secundaria		Carrera Técnica		Preparatoria		Universidad				
Otro:														
Actualmente se encuentra estudiando:						SI	NO	Trabaja actualmente:		SI	NO			
Ocupación actual: Hogar														
Verificación de criterios de exclusión e inclusión.														
¿Usted ha padecido de alguna de las siguientes enfermedades?														
Hipertensión:		SI	NO	Enfermedades cardíacas:				SI	NO					
Hipotensión:		SI	NO	Padece alguna otra enfermedad				SI	NO	Diabetes				
Ha sido diagnosticado con ansiedad:				SI	NO	Actualmente sigue medicado:				SI	NO	NO APLICA		
Ha sido medicado por ello:				SI	NO									
¿Fuma?		SI	NO	¿Cantidad? No aplica		¿Ingiere bebidas alcohólicas?		SI	NO	¿Cantidad? Ocasional				
Información del paciente sobre su procedimiento quirúrgico.														
1) ¿Desde cuándo empezó su padecimiento?:				Noviembre del 2018										
2) ¿Qué tipo de cirugía le van a practicar?:				Laparoscopia por vesícula biliar										
3) ¿Para cuando tiene la fecha de cirugía?:				08/06/2019				6) ¿Le explicaron el tipo de anestesia que se usará?		SI	NO			
4) ¿Le explicaron en que consiste su cirugía?:				SI	NO	7) ¿Le han hecho antes otra cirugía?:		SI	NO					
5) ¿Conoce el tiempo de su recuperación?:				SI	NO	8) ¿Cuántas?:		3		NO	NO APLICA			
Intervención Inoculación del Estrés (Para uso del aplicador)														
Se firmó el consentimiento informado:				SI	NO	El paciente presenta alguna discapacidad:				SI	NO			
				¿Cuál? No aplica										
Aplicación														
Conceptualización		SI	NO	El paciente se mostró cooperativo				SI	NO					
Adquisición de habilidades y ensayo*		SI	NO	Entendió bien las instrucciones				SI	NO					
*(Adiestramiento en relajación)		SI	NO	Área donde se aplicó:				Cuarto hospital.						
Consolidación*		SI	NO	Número de visitas:				1						
*(Prevención de recaídas)		SI	NO	Duración de la intervención:				1'00						
Psicofisiología														
Línea base presión arterial:														
Presión arterial antes de la intervención		118	79	Pulso (A.I)		75								
Presión arterial después de la int.		124	85	Pulso (D.I)		73								





Instrucciones.

Las siguientes preguntas nos permitirán conocer su situación emocional en la que se encuentra por su próxima cirugía, y nos permitirá conocer como podemos trabajar en conjunto con usted, para lograr que su cirugía y su estancia hospitalaria transcurran con la mayor tranquilidad posible, para lo cual le pediremos que conteste las siguientes preguntas, en donde se le presentarán cuatro posibles respuestas: Nunca, casi nunca, algunas veces, siempre, casi siempre.

¿Entendió claramente esta información? SI NO

Exploración del estrés.

Table with 10 numbered questions and 5 response options (Nunca, Casi nunca, Algunas veces, Casi siempre, Siempre). Includes Likert scales for stress levels at the beginning, middle, and end of the session.



Hospital Juárez, Ciudad de México.

**Consentimiento informado**

**Proyecto de investigación:** Evaluación de un protocolo de intervención para la inoculación de estrés en pacientes programados a cirugía electiva.

**Responsable de la investigación:**  
Laura Citlalín Tello Musil Matrícula: 415132217

**Tutor responsable:**  
Doctor David Javier Enríquez Negrete.

**Introducción.**

A través de este documento quiero hacerle una invitación a participar voluntariamente en un estudio de investigación que forma parte de mi tesis de pregrado, este tiene como objetivo conocer el nivel de estrés en pacientes hospitalizados para cirugía. Antes de que acepte participar en este estudio, se le presenta este documento de nombre: "Consentimiento informado" que tiene como objetivo comunicarle sobre la investigación y recolección de la información que se llevará a cabo, así como los pormenores de la intervención que estará orientada en brindarle estrategias psicológicas para el mejor manejo de su estrés.

Así mismo, queremos notificarle que sus datos serán tratados con absoluta confidencialidad y en estricto apego a la ley, los mismos serán resguardados y las únicas personas que tendrán acceso, serán las autoridades del Hospital Juárez si así lo solicitan, el Doctor David Javier Enríquez Negrete director de tesis y su servidora Laura Citlalín Tello Musil para lo relacionado con mi titulación de la carrera de Psicología. Una vez concluida la investigación, los datos generales podrán ser publicados en revistas de divulgación científica. Es importante recalcar que su decisión es voluntaria, por lo que puede dejar de participar en el momento que así lo decida, usted no tiene que realizar nada que lo ponga en una situación incómoda o que le generen algún malestar. Este tratamiento psicoterapéutico no ha registrado ningún efecto adverso, y el efecto positivo esperado en este tratamiento es que se reduzca, en caso de que este exista, el nivel de estrés propio de un procedimiento quirúrgico. Una vez que usted tenga conocimiento sobre esta investigación y el procedimiento, se le pedirá que firme esta forma.

**Propósito de la Investigación:**

**Objetivos:** Probar la eficacia de una intervención psicológica dirigida a reducir el estrés en pacientes que serán sometidos a una intervención quirúrgica.

**Procedimiento:** Recopilación de la información necesaria para poder realizar la intervención personalizada.

- A) Aplicación de un instrumento para medir el estrés relacionado con la cirugía.
- B) Intervención psicológica en inoculación de estrés que consiste en tres fases: 1. Conceptualización, 2. Adquisición de habilidades y fase de ensayo, 3. Fase de aplicaciones y consolidación. Todo esto será en un tiempo aproximado de una hora más o menos.
- C) Toma de presión arterial una vez concluido el tratamiento.
- D) Audio grabar la sesión con el objetivo de ser supervisada por el departamento de Salud Mental del Hospital y como evidencia.

**Confidencialidad:** Toda la información recabada y el procedimiento son totalmente voluntarios, confidenciales y anónimos; sin embargo usted podrá abandonarlo en el momento que lo desee o revocar su autorización.

**Consentimiento:** Entiendo el procedimiento, los objetivos de la investigación, y manifiesto que mis dudas han sido aclaradas. Acepto mi participación voluntaria y anónima.

Nombre:

[Redacted]



PARRA

[Redacted]

Firma:

[Signature]

Fecha: 7/Jun/2019

 <b>Universidad Nacional Autónoma de México</b> Facultad de Estudios Superiores Iztacala   Sistema de Universidad Abierta y Educación a Distancia <b>Manuscrito recepcional: Inoculación del estrés en pacientes prequirúrgicos.</b> 											
Director de manuscrito: Doctor David Javier Enriquez Negrete.						Alumna: Laura Citlalin Tello Musi					
Lugar de aplicación: Hospital Juárez   CDMX			Fecha de aplicación: 07/06/2019			Hora: 06:00 p.m.					
Expediente paciente prequirúrgico: # [ ]			Cama: # 102			Expediente Investigador: # 007			Hoja: # 1 de 2		
Datos sociodemográficos generales.											
Parra			Apellido Paterno			Apellido Materno			Nombre(s)		
Peso: 59 kgs.			Talla: 1.60mts								
Sexo:	M	<b>F</b>	Sin especificar	Edad:	53	Estado civil:	Soltero(a)	Casado(a)	Separado(a)	Divorciado(a)	Unión libre
Fecha de nacimiento:	18/01/1941						<b>Viuvo(a)</b>				
¿Profesa alguna religión?	<b>SI</b>	NO		¿Cuál?	Católica						
CURP:	PACM651021MVZRRC06					Delegación:	<b>Martínez de la Torre, Veracruz (Ayuntamiento).</b>				
Lugar de procedencia:	Veracruz					Estudio socioeconómico:	<b>SI</b>	NO			
						Nivel:	<b>2</b>				
Situación familiar y red de apoyo.											
Tiene hijos:	<b>SI</b>	NO	¿Cuántos?:	<b>2</b>			Edades:	<b>28, 30</b>			
¿Cuántas personas dependen económicamente de usted?: <b>Nadie</b>											
¿Viene algún acompañante con usted?	<b>SI</b>	NO	¿Es de su familia?	<b>SI</b>	NO						
Datos ocupacionales.											
Nivel de escolaridad:											
Sin estudios	Primaria	<b>Secundaria</b>	Carrera Técnica	Preparatoria	Universidad						
Otro:											
Actualmente se encuentra estudiando:	SI	<b>NO</b>	Trabaja actualmente:	<b>SI</b>	NO						
Ocupación actual:	<b>Vendedora</b>										
Verificación de criterios de exclusión e inclusión.											
¿Usted ha padecido de alguna de las siguientes enfermedades?											
Hipertensión:	SI	<b>NO</b>	Enfermedades cardíacas:	SI	<b>NO</b>	Hipotiroidismo					
Hipotensión:	SI	<b>NO</b>	Padece alguna otra enfermedad	<b>SI</b>	NO						
Ha sido diagnosticado con ansiedad:	SI	<b>NO</b>	Actualmente sigue medicado:	SI	NO	<b>NO APLICA</b>					
Ha sido medicado por ello:	SI	<b>NO</b>	¿Cantidad?	<b>No aplica</b>	¿Ingiere bebidas alcohólicas?	SI	<b>NO</b>	¿Cantidad?	<b>No aplica</b>		
¿Fuma?	SI	<b>NO</b>	Información del paciente sobre su procedimiento quirúrgico.								
1) ¿Desde cuándo empezó su padecimiento?:	<b>2 años</b>										
2) ¿Qué tipo de cirugía le van a practicar?:	<b>Hernia Inguinal</b>										
3) ¿Para cuando tiene la fecha de cirugía?:	<b>08/09/2019</b>			6) ¿Le explicaron el tipo de anestesia que se usará?	SI	<b>NO</b>					
4) ¿Le explicaron en que consiste su cirugía?:	SI	<b>NO</b>	7) ¿Le han hecho antes otra cirugía?:	SI	<b>NO</b>						
5) ¿Conoce el tiempo de su recuperación?:	SI	<b>NO</b>	8) ¿Cuántas?:	<b>1 cesárea.</b>			<b>NO APLICA</b>				
Intervención Inoculación del Estrés (Para uso del aplicador)											
Se firmó el consentimiento informado:	<b>SI</b>	NO	El paciente presenta alguna discapacidad:	SI	<b>NO</b>						
			¿Cuál?	<b>No aplica</b>							
Aplicación											
Conceptualización	<b>SI</b>	NO	El paciente se mostró cooperativo	<b>SI</b>	NO						
Adquisición de habilidades y ensayo*	<b>SI</b>	NO	Entendió bien las instrucciones	<b>SI</b>	NO						
*(Adiestramiento en relajación)	<b>SI</b>	NO	Área donde se aplicó:	<b>Cuarto hospital.</b>							
Consolidación*	<b>SI</b>	NO	Número de visitas:	<b>1</b>							
*(Prevención de recaídas)	<b>SI</b>	NO	Duración de la intervención:	<b>1'15</b>							
Psicofisiología											
Línea base presión arterial:											
Presión arterial antes de la intervención	<b>127</b>	<b>90</b>	Pulso (A.I)	<b>67</b>							
Presión arterial después de la int.	<b>118</b>	<b>71</b>	Pulso (D.I)	<b>60</b>							



Instrucciones.

Las siguientes preguntas nos permitirán conocer su situación emocional en la que se encuentra por su próxima cirugía, y nos permitirá conocer como podemos trabajar en conjunto con usted, para lograr que su cirugía y su estancia hospitalaria transcurran con la mayor tranquilidad posible, para lo cual le pediremos que conteste las siguientes preguntas, en donde se le presentarán cuatro posibles respuestas: Nunca, casi nunca, algunas veces, siempre, casi siempre.

¿Entendió claramente esta información? SI NO

Exploración del estrés.

Table with 10 rows of questions and 5 columns of response options (Nunca, Casi nunca, Algunas veces, Casi siempre, Siempre). Includes sub-questions for symptoms and confidence levels.



Hospital Juárez, Ciudad de México.

Consentimiento informado

**Proyecto de Investigación:** Evaluación de un protocolo de intervención para la inoculación de estrés en pacientes programados a cirugía electiva.

**Responsable de la investigación:**  
Laura Citlalin Tello Musil Matricula: 415132217

**Tutor responsable:**  
Doctor David Javier Enriquez Negrete.

**Introducción.**

A través de este documento quiero hacerle una invitación a participar voluntariamente en un estudio de investigación que forma parte de mi tesis de pregrado, este tiene como objetivo conocer el nivel de estrés en pacientes hospitalizados para cirugía. Antes de que acepte participar en este estudio, se le presenta este documento de nombre: "**Consentimiento informado**" que tiene como objetivo comunicarle sobre la investigación y recolección de la información que se llevará a cabo, así como los pormenores de la intervención que estará orientada en brindarle estrategias psicológicas para el mejor manejo de su estrés.

Así mismo, queremos notificarle que sus datos serán tratados con absoluta confidencialidad y en estricto apego a la ley, los mismos serán resguardados y las únicas personas que tendrán acceso, serán las autoridades del Hospital Juárez si así lo solicitan, el Doctor David Javier Enriquez Negrete director de tesis y su servidora Laura Citlalin Tello Musil para lo relacionado con mi titulación de la carrera de Psicología. Una vez concluida la investigación, los datos generales podrán ser publicados en revistas de divulgación científica. Es importante recalcar que su decisión es voluntaria, por lo que puede dejar de participar en el momento que así lo decida, usted no tiene que realizar nada que lo ponga en una situación incómoda o que le generen algún malestar. Este tratamiento psicoterapéutico no ha registrado ningún efecto adverso, y el efecto positivo esperado en este tratamiento es que se reduzca, en caso de que este exista, el nivel de estrés propio de un procedimiento quirúrgico. Una vez que usted tenga conocimiento sobre esta investigación y el procedimiento, se le pedirá que firme esta forma.

**Propósito de la Investigación:**

**Objetivos:** Probar la eficacia de una intervención psicológica dirigida a reducir el estrés en pacientes que serán sometidos a una intervención quirúrgica.

**Procedimiento:** Recopilación de la información necesaria para poder realizar la intervención personalizada.

- A) Aplicación de un instrumento para medir el estrés relacionado con la cirugía.
- B) Intervención psicológica en inoculación de estrés que consiste en tres fases: 1. Conceptualización, 2. Adquisición de habilidades y fase de ensayo, 3. Fase de aplicaciones y consolidación. Todo esto será en un tiempo aproximado de una hora más o menos.
- C) Toma de presión arterial una vez concluido el tratamiento.
- D) Audio grabar la sesión con el objetivo de ser supervisada por el departamento de Salud Mental del Hospital y como evidencia.



**Confidencialidad:** Toda la información recabada y el procedimiento son totalmente voluntarios, confidenciales y anónimos; sin embargo usted podrá abandonarlo en el momento que lo desee o revocar su autorización.

**Consentimiento:** Entiendo el procedimiento, los objetivos de la investigación, y manifiesto que mis dudas han sido aclaradas. Acepto mi participación voluntaria y anónima.

Nombre:

[Redacted Name] David [Redacted Name]

Fecha: 07-06-19

 <b>Universidad Nacional Autónoma de México</b> Facultad de Estudios Superiores Iztacala   Sistema de Universidad Abierta y Educación a Distancia <b>Manuscrito recepcional: Inoculación del estrés en pacientes prequirúrgicos.</b>													
Director de manuscrito: Doctor David Javier Enríquez Negrete.						Alumna: Laura Citlalin Tello Musi							
Lugar de aplicación: Hospital Juárez   CDMX			Fecha de aplicación: 07/06/2019			Hora: 05:00 p.m.							
Expediente paciente prequirúrgico: # [REDACTED]			Cama: # 121			Expediente Investigador: # 008			Hoja: # 1 de 2				
Datos sociodemográficos generales.													
García			[REDACTED]			[REDACTED]			[REDACTED]				
Apellido Paterno				Apellido Materno				Nombre(s)					
Peso: 75 kgs.				Talla: 1.60mts									
Sexo:	M	F	Sin especificar	Edad:	66	Estado civil:	Soltero(a)	Casado(a)	Separado(a)	Divorciado(a)	Unión libre		
Fecha de nacimiento:	01/06/1953						Viuvo(a)						
¿Profesa alguna religión?	SI	NO		¿Cuál?	Católica								
CURP:	GAME530601MDFT4ZS00					Delegación:	Gustavo A. Madero						
Lugar de procedencia:	CDMX												
						Estudio socioeconómico:	SI	NO					
						Nivel:	1						
Situación familiar y red de apoyo.													
Tiene hijos:	SI	NO	¿Cuántos?:	2		Edades:	43,42						
¿Cuántas personas dependen económicamente de usted?: Nadie													
¿Viene algún acompañante con usted?	SI	NO	¿Es de su familia?	SI	NO								
Datos ocupacionales.													
Nivel de escolaridad:													
Sin estudios	Primaria	Secundaria	Carrera Técnica	Preparatoria	Universidad								
Otro:						Actualmente se encuentra estudiando:	SI	NO	Trabaja actualmente:	SI	NO		
Ocupación actual:	Hogar												
Verificación de criterios de exclusión e inclusión.													
¿Usted ha padecido de alguna de las siguientes enfermedades?													
Hipertensión:	SI	NO	Enfermedades cardíacas:	SI	NO								
Hipotensión:	SI	NO	Padece alguna otra enfermedad	SI	NO	Diabetes							
Ha sido diagnosticado con ansiedad:	SI	NO	Actualmente sigue medicado:	SI	NO	NO APLICA							
Ha sido medicado por ello:	SI	NO				SI	NO						
¿Fuma?	SI	NO	¿Cantidad?	No aplica		¿Ingiere bebidas alcohólicas?	SI	NO	¿Cantidad?	No aplica			
Información del paciente sobre su procedimiento quirúrgico.													
1) ¿Desde cuándo empezó su padecimiento?:	4 años												
2) ¿Qué tipo de cirugía le van a practicar?:	Hernia umbilical												
3) ¿Para cuando tiene la fecha de cirugía?:	08/09/2019			6) ¿Le explicaron el tipo de anestesia que se usará?	SI	NO							
4) ¿Le explicaron en que consiste su cirugía?	SI	NO	7) ¿Le han hecho antes otra cirugía?	SI	NO								
5) ¿Conoce el tiempo de su recuperación?:	SI	NO	8) ¿Cuántas?	4		NO APLICA							
Intervención Inoculación del Estrés (Para uso del aplicador)													
Se firmó el consentimiento informado:	SI	NO	El paciente presenta alguna discapacidad:	SI	NO								
			¿Cuál?	No aplica									
Aplicación													
Conceptualización	SI	NO	El paciente se mostró cooperativo	SI	NO								
Adquisición de habilidades y ensayo*	SI	NO	Entendió bien las instrucciones	SI	NO								
*(Adiestramiento en relajación)	SI	NO	Área donde se aplicó:	Cuarto hospital.									
Consolidación*	SI	NO	Número de visitas:	1									
*(Prevención de recaídas)	SI	NO	Duración de la intervención:	1'00									
Psicofisiología													
Línea base presión arterial:													
Presión arterial antes de la intervención	158	86	Pulso (A.I)	83									
Presión arterial después de la int.	145	83	Pulso (D.I)	99									



Instrucciones.

Las siguientes preguntas nos permitirán conocer su situación emocional en la que se encuentra por su próxima cirugía, y nos permitirá conocer como podemos trabajar en conjunto con usted, para lograr que su cirugía y su estancia hospitalaria transcurran con la mayor tranquilidad posible, para lo cual le pediremos que conteste las siguientes preguntas, en donde se le presentarán cuatro posibles respuestas: Nunca, casi nunca, algunas veces, siempre, casi siempre.

¿Entendió claramente esta información? SI NO

Exploración del estrés.

1) A partir de que le comunicaron su cirugía ¿Usted considera que se ha sentido tranquilo(a)?
2) En las 2 últimas semanas, usted: ¿Ha tenido problemas para conciliar el sueño, debido a la cirugía que va a recibir?
3) En las 2 últimas semanas, usted: ¿Ha dejado de comer por estar preocupado por su cirugía?
4) En las 2 últimas semanas, posteriores a la notificación de su cirugía ¿Siente o ha sentido alguno de estos síntomas?:
a) Sudor de manos
b) Mareos
c) Dolor de cabeza
d) Sensación de "aleteo" o dolor de estómago
e) Problemas para ir al baño
5) Respecto a la cirugía que se le va a practicar, usted ¿Siente confianza en?:
a) El hospital
b) Los médicos
c) El anestesista
d) Los enfermeros
6) ¿Considera que sus familiares lo han apoyado en todo el trayecto?
7) ¿Se siente confiado en el resultado de la cirugía?
8) En escala del 1 al 10 ¿Qué tan estresado se siente? (Preguntar al inicio de la sesión)
9) En escala del 1 al 10 ¿Qué tan estresado se siente? (Preguntar a la mitad de la sesión)
10) En escala del 1 al 10 ¿Qué tan estresado se siente? (Preguntar al finalizar la sesión)

## Apéndice F: Reportes de cada sesión.

### **Reporte de Intervención final por paciente.**

Intervención de sesión única para incidir en estrés prequirúrgico de pacientes adultos del servicio de Cirugía General del Hospital Juárez de México. Departamento de Salud Mental.

Reportes en orden de intervención

---

- Expediente Investigador: **Paciente 001.**
- Día: 03/05/2019.
- Diagnóstico médico: Hernia inguinal.
- Variable Psicológica pre- intervención: Estrés prequirúrgico.
- Variable psicológica post-intervención: Eustrés prequirúrgico.
- Variable psicofisiológica pre-intervención: T. A 150/125 | FC x': 70
- Variable psicofisiológica post intervención: T.A. 133/121 | FC x':70

**Nota de evolución:** Paciente masculino de 75ª que acude al servicio de Cx general para ser atendido por hernia inguinal. Refiere ser hipertenso y tener un problema prostático. Así mismo expresa que desea que llegue el momento de su cirugía debido a que ha tenido muchas molestias.

**Reporte subjetivo:** Dice tener buena disposición para la operación debido a que es un problema que tiene evolución de muchos años, en los que no había podido reunir el dinero para la Cx y que le significaba un problema en su labor como artesano.

**Severidad percibida:** El paciente refirió que no se sentía estresado, ni nervioso, sino por el contrario tenía mucha esperanza de que se llevara a cabo su cirugía, puesto que las molestias lo tenían un poco desesperado y le habían imposibilitado su labor diaria; además que su proceso de atención estaba pendiente desde el 2013 porque no había tenido el dinero para poder lograr la intervención. También comentó que se sentía muy confiado con el



hospital, en el anesthesiólogo y en los enfermeros, menciona conocer todo el procedimiento y el tiempo de recuperación. Su esposa comentó, que aunque él decía que no estaba preocupado por la cirugía, si lo notó intranquilo en el ingreso, y que después de la sesión de AIE se observaba más tranquilo.

**Examen mental:** Al examen mental se encuentra orientado en lugar, espacio, tiempo y circunstancia. Memorias preservadas, lenguaje fluido, organizado. El pensamiento es de 3 tipo concreto y abstracto, se encuentra consciente, alerta y lúcido, con estilo de afrontamiento centrado en la solución y red de apoyo funcional.

**iDx:** Tx Adaptativo.

**Intervención:** Se trabajó procedimiento de Adiestramiento en Inoculación del Estrés para pacientes prequirúrgicos en sus tres fases: conceptualización, adquisición de habilidades y ensayo, además de consolidación. También se llevó a cabo psicoenseñanza para facultar al paciente con técnicas de respiración diafragmática y relajación progresiva. Así mismo se le insistió en que cuando se realizara el procedimiento no estuviera haciendo ninguna labor que demandara de su concentración. Al cerrar la sesión se invitó al paciente a que acudiera al servicio de salud mental en caso de que lo considerara necesario. El paciente inicia con percepción de estrés en 0 y termina con percepción de estrés en 0.

**Pronóstico de adherencia terapéutica:** Favorable.

- 
- Expediente Investigador: **Paciente 002.**
  - Día: 03/05/2019.
  - Diagnóstico médico: Hernia inguinal.
  - Variable Psicológica pre- intervención: Estrés prequirúrgico.
  - Variable psicológica post-intervención: Eustrés prequirúrgico.

- Variable psicofisiológica pre-intervención: T. A 115/64 | FC x': 70
- Variable psicofisiológica post intervención: T.A. 114/60 | FC x': 70

**Nota de evolución:** Paciente del sexo masculino, de 78<sup>a</sup>, que acude al servicio de Cx general para ser atendido por una hernia inguinal. No reporta datos de comorbilidad.

**Reporte subjetivo:** El paciente refiere que ha presentado dolor agudizante mientras realiza su labor diaria en el campo, por lo que se encuentra con buena disposición para la realización de su cirugía, ya que eso le permitirá una mejor calidad de vida.

**Severidad percibida:** No presentó dificultad para seguir instrucciones. El paciente refirió que no se sentía estresado, ya que no tenía noción de lo que es el estrés. Comentó que no se sentía nervioso, sino por el contrario tenía mucha esperanza de que se llevara a cabo su cirugía; sin embargo su hija refiere que lo notaba muy triste y desganado desde que le notifican la cirugía, por lo que ella creía que si estaba nervioso.

**Examen mental:** Al examen mental, se muestra consciente y orientado en espacio, persona y circunstancia, no así en tiempo y con poca orientación en sí mismo. Presenta memorias disminuidas, lenguaje reducido, con un estilo de afrontamiento adaptativo. El paciente se mostró cooperativo, accedió a firmar el consentimiento informado, no tuvo ninguna duda inicial, ni durante el procedimiento, se encontraba con buen ánimo y disposición. Red de apoyo funcional.

**iDx.** Tx adaptativo.

**Intervención:** Se trabajó procedimiento de Adiestramiento en Inoculación del Estrés para pacientes prequirúrgicos en sus tres fases, además de psicoenseñanza para facultar al

paciente con técnicas de respiración diafragmática y relajación progresiva. Como el paciente tenía problemas auditivos, se confirmaba constantemente que estuviera siguiendo las indicaciones y en la fase de consolidación se pudo valorar que entendió las instrucciones. Aunque la presión arterial del paciente era ligeramente baja, estaba dentro del parámetro de la normalidad, por lo que no se consideró que estuviera dentro de los criterios de exclusión. En la fase de ensayo se le dieron indicaciones para corregir su forma de respirar, el tiempo de relajación y concentración. Así mismo se le insistió en que cuando se realizara el procedimiento no estuviera haciendo ninguna labor que demandara de su concentración. También se le indicó que el servicio de Salud Mental del Hospital, estaba a sus órdenes, en caso de necesitarlo. El paciente inicia con percepción de estrés en 0 y termina con percepción de estrés en 0.

**Pronóstico de adherencia terapéutica:** favorable.

---

- Expediente Investigador: **Paciente 003.**
- Día: 10/05/2019.
- Diagnóstico médico: Hernia inguinal.
- Variable Psicológica pre- intervención: Estrés prequirúrgico.
- Variable psicológica post-intervención: Eustrés prequirúrgico.
- Variable psicofisiológica pre-intervención: T. A 141/88 | FC x': 60
- Variable psicofisiológica post intervención: T.A. 140/78 | FC x': 57

**Nota de evolución:** Paciente masculino de 40<sup>a</sup>, que acude al servicio de Cx general para ser atendido por hernia inguinal. No reporta ninguna otra enfermedad.

**Reporte subjetivo:** Refiere sentirse muy nervioso por su cirugía y por el resultado de la misma, le preocupa su madre y su hijo en caso de que algo le pase.

**Severidad percibida:** El paciente dice haber dejado de trabajar por su padecimiento, percibe la enfermedad como algo grave o delicado, incluso se puede observar tensión corporal (mantuvo los puños cerrados y movimientos constantes antes de la relajación).

**Examen mental.** El paciente se mostró cooperativo, accedió al procedimiento y a la firma del consentimiento informado. Se encuentra orientado en circunstancia y espacio, no así en persona, ni tiempo; pensamiento de tipo catastrófico. Sus memorias son disminuidas, no recuerda su peso (decía pesar 260 kilos), ni su talla (dice medir 1.99mts), refiere no tener ninguna enfermedad y el expediente clínico indica que el paciente es hipertenso. Lenguaje reservado, con estilo de afrontamiento centrado en la evitación. Red de apoyo funcional.

**iDx:** Tx adaptativo.

**Intervención:** Se trabajó procedimiento Adiestramiento en Inoculación del Estrés para pacientes prequirúrgicos en sus tres fases. También se llevó a cabo psicoenseñanza para facultar al paciente con técnicas de respiración diafragmática, tensión- distensión y relajación progresiva; para el pensamiento de tipo catastrófico se utilizaron las técnicas de autoverbalización y detención de pensamiento. En la fase de exposición in vivo y consolidación se le corrigieron algunas técnicas para que pudiera tener una adecuada adherencia terapéutica. Así mismo se le insistió en que cuando se realizara el procedimiento, no estuviera haciendo ninguna labor que demandara de su concentración. Se le invitó a hacer uso del servicio de Salud Mental en caso de requerirlo. El paciente inicia con percepción de estrés en 7 y termina con percepción de estrés en 0.

**Pronóstico de adherencia terapéutica:** Favorable.

---

- Expediente Investigador: **Paciente 004.**
- Día: 17/05/2019.
- Diagnóstico médico: Hernia inguinal.
- Variable Psicológica pre- intervención: Estrés prequirúrgico.
- Variable psicológica post-intervención: No aplica.
- Variable psicofisiológica pre-intervención: T.A. 128/71 F.C. 62
- Variable psicofisiológica post intervención: No tomada.

**Nota de evolución:** Paciente masculino de 57<sup>a</sup>, que acude al servicio de Cx general para ser atendido por hernia inguinal. No reporta ninguna otra enfermedad.

**Reporte subjetivo:** Refiere sentirse muy estresado, nervioso y agotado. Severidad percibida: El paciente menciona estar preocupado por la intervención, cansado por todo el proceso hospitalario y lo largo que ha sido el trayecto de la enfermedad. Expresa sentirse muy estresado y nervioso. Su esposa (acompañante) indica que lleva días preocupado, muy nervioso y malhumorado, con pensamientos catastróficos y que ha frenado su labor como carpintero por las molestias de su problemática.

**Examen mental:** El paciente se mostró reticente, con una conducta observable de apatía y enojo, poco colaborativo, evitando contacto visual; el lenguaje y la comunicación fue reservada y de volumen muy bajo. Se encuentra orientado en lugar, tiempo, espacio y circunstancia; memorias preservadas con estilo de afrontamiento centrado en la evitación. Al inicio del procedimiento accedió para realizarlo, firmó el consentimiento informado; sin embargo antes de empezar con el protocolo de AIE, dijo que prefería dormir y retiró su consentimiento. Red de apoyo funcional.

**iDx:** Tx adaptativo. 7

**Intervención:** Muerte experimental. No se lleva a cabo el procedimiento, ni se recaban más datos, ya que el paciente decide retirar su consentimiento, por lo que se finaliza la sesión invitándolo a que acuda al servicio de salud mental del Hospital.

**Pronóstico de adherencia terapéutica:** Desfavorable.

---

- Expediente Investigador: **Paciente 005**.
- Día: 17/05/2019.
- Diagnóstico médico: Hernia inguinal.
- Variable Psicológica pre- intervención: Estrés prequirúrgico.
- Variable psicológica post-intervención: Eustrés prequirúrgico.
- Variable psicofisiológica pre-intervención: T.A. 173/62 FC x': 57
- Variable psicofisiológica post intervención: T.A. 165/70 FC x': 59

**Nota de evolución:** Paciente femenino de 68<sup>a</sup>, que acude al servicio de Cx general para ser atendida por hernia inguinal. Reporta ser hipertensa. La paciente refiere que estuvo en tratamiento para descartar cáncer de matriz.

**Reporte subjetivo:** Dice no sentirse nerviosa por su operación, o solo lo normal. Sin embargo, también refiere que en otras ocasiones ha sentido mucha ansiedad al punto que desea salir corriendo o aventarse por miedo a que le vaya a pasar algo, que cuando se siente de esta forma solo siente mucha desesperación pero no tiene ninguna forma de afrontarlo que le sea efectiva.

**Severidad percibida:** Dice sentirse confiada con los resultados de su cirugía debido a que ya ha tenido cirugías anteriores en las que ha salido bien. Cree que su recuperación será buena; confía en el hospital, en el anestesiólogo, en el cirujano y en todo el equipo médico. Dice que desconoce cuándo saldrá del hospital, ni el tipo de cirugía o el tiempo de recuperación. Su hijo, quien estaba presente en la sesión, comenta que si la ha visto

nerviosa días antes y que sus familiares sí perciben que esto se pueda deber a su proceso quirúrgico.

**Examen mental:** La paciente se encuentra consciente, alerta y cooperativa. Accedió al procedimiento y a la firma del consentimiento informado. Se encuentra orientada en circunstancia, espacio, persona, no así en tiempo. Sus memorias son reservadas: no recuerda la fecha en ese momento, ni cuándo será el día de su operación, por lo que pide apoyo a su hijo para recordarlo. Su lenguaje es normal, coherente y fluido. Se observa conductas de tensión muscular, antes y durante el proceso. Tiene pensamiento de tipo catastrófico pero no necesariamente por el contexto de cirugía. Su estilo de afrontamiento es centrado en la evitación y el problema. Red de apoyo funcional.

**iDx:** Tx adaptativo.

**Intervención:** Se trabajó protocolo de Adiestramiento en Inoculación del Estrés en sus tres fases, con el apoyo de técnicas de: relajación progresiva de Jacobson, tensión y distensión; para el estrés ocasionado por el pensamiento de tipo catastrófico se trabajó con técnicas de auto instrucciones, con detención de pensamientos y autoverbalización. En la fase de exposición in vivo y consolidación se le corrigieron aspectos posturales, de tiempo y de distensión muscular, tanto facial como de extremidades. Así mismo se le insistió en que cuando se realizara el procedimiento, no estuviera haciendo ninguna labor que demandara de su concentración. Se le invitó a hacer uso del servicio de Salud Mental, para revisar su problema de ansiedad y durante su estancia hospitalaria en caso de considerarlo necesario. Inicia con percepción de estrés en 9 y termina con percepción de estrés en 3.

**Pronóstico de adherencia terapéutica:** Favorable.

---

- Expediente Investigador: **Paciente 006.**
- Día: 07/06/2019.
- Diagnóstico médico: Vesícula Biliar (Cálculos biliares).
- Variable Psicológica pre- intervención: Estrés prequirúrgico.
- Variable psicológica post-intervención: Eustrés prequirúrgico.
- Variable psicofisiológica pre-intervención: T.A. 118/79 FC x<sup>2</sup>: 75
- Variable psicofisiológica post intervención: T.A. 124/85 FC x<sup>2</sup>: 73

**Nota de evolución:** Paciente femenino de 43<sup>a</sup>, que acude al servicio de Cx general para ser atendida de la vesícula biliar. Refiere que en ocasiones anteriores ha sido intervenida por problemáticas de cáncer de ovarios y ha recibido quimioterapia por su padecimiento. No presenta ningún otro padecimiento.

**Reporte subjetivo:** Reporta que tiene miedo de la cirugía por algún error. Dice que cuando no piensa en ello se siente bien con el procedimiento debido a que ya ha tenido otras cirugías con antelación.

**Severidad percibida:** A pesar de que menciona tener confianza en el hospital, en los médicos y todo el equipo del hospital, dice que tiene miedo de algún error en el tipo de cirugía que le van a realizar (cirugía laparoscópica), debido a que en ocasiones anteriores ha buscado información en el internet en las que se indica que las cirugías han presentado fallos dañando otros órganos y que esto la estresa.

**Examen mental.** Al examen mental se encuentra alerta, lúcida y consciente; orientada en espacio, tiempo, persona y circunstancia; con memorias preservadas, lenguaje coherente, organizado, fluido y con buen tono. Su pensamiento es de tipo abstracto, concreto y en



algunas ocasiones de tipo catastrófico. Tiene estilo de afrontamiento centrado en la solución. Cuenta con red de apoyo funcional.

**iDx:** Tx adaptativo.

**Intervención:** Se trabajó procedimiento de Adiestramiento en Inoculación del Estrés para pacientes prequirúrgicos, en sus tres fases. También se llevó a cabo psicoenseñanza para facultar al paciente con técnicas de respiración diafragmática, relajación progresiva y debido a que tenía pensamiento catastrófico se utilizaron las técnicas de autoverbalización y detención de pensamiento. En la fase de exposición in vivo y consolidación se hicieron algunas observaciones relacionadas con la tensión muscular, y con el objetivo de que la paciente pudiera tener una adecuada adherencia terapéutica se corrigieron algunos detalles posturales y de respiración. Así mismo se le insistió en que cuando se realizara el procedimiento no estuviera haciendo ninguna labor que demandara de su concentración; y que en caso de que considerara necesario no dudara en acudir al Servicio de Salud Mental del Hospital. Inicia con percepción de estrés en 0 y termina con percepción de estrés en 0.

**Pronóstico de adherencia terapéutica:** Favorable.

---

- Expediente Investigador: **Paciente 007.**
- Día: 07/06/2019.
- Diagnóstico médico: Hernia umbilical.
- Variable Psicológica pre- intervención: Estrés prequirúrgico.
- Variable psicológica post-intervención: Eustrés prequirúrgico.
- Variable psicofisiológica pre-intervención: T.A. 127/90 FC x': 67
- Variable psicofisiológica post intervención: T.A. 118/71 FC x': 60

**Nota de evolución:** Paciente femenina de 53<sup>a</sup>, que acude al servicio de Cx general para ser atendida por hernia umbilical; refiere ser hipotiroidea, sin datos de ninguna otra enfermedad.

**Reporte subjetivo:** Reporta que su problema tiene una evolución de 2 años, mismos en los cuales ha visto comprometida su actividad laboral (vendedora en tianguis) por no poder cargar pesado o agacharse, mismos movimientos que le generan mucho dolor.

**Severidad percibida:** Comenta que más que estar preocupada por su cirugía, está estresada por lo relacionado a las cuestiones económicas que tiene que afrontar en el hospital, puesto que ella se vino de Veracruz solo con el dinero preciso para su cirugía y los médicos le comentaban que tenía que pagar más estudios. Dice que respecto a la cx tiene confianza en el equipo médico, a pesar de desconocer el procedimiento que le van a realizar y el tiempo de recuperación.

**Examen mental:** Al examen mental se encuentra alerta, lúcida y consciente; orientada en espacio, tiempo, persona y circunstancia; con memorias preservadas, lenguaje coherente, organizado, pero reservado y con tono muy bajo. Su pensamiento es de tipo concreto. Tiene estilo de afrontamiento centrado en la solución. Cuenta con red de apoyo funcional.

**iDx:** Tx adaptativo.

**Intervención:** Se trabajó procedimiento de Adiestramiento en Inoculación del Estrés para pacientes prequirúrgicos en sus tres fases. Se complementó con técnicas de respiración diafragmática, relajación progresiva de Jacobson, tensión - distensión y autoverbalización. En la fase de exposición in vivo y consolidación se hicieron correcciones sobre el tiempo

que debe tomarse para estar relajada y para el conteo de las respiraciones. Para una adecuada adherencia terapéutica se hizo la fase de ensayo en 2 ocasiones. Así mismo se le insistió en que cuando se realizara el procedimiento no estuviera haciendo ninguna labor que demandara de su concentración y que en caso de requerirlo el departamento de Salud Mental del Hospital estaba a sus órdenes. Inicia con percepción de estrés en 6 y termina con percepción de estrés en 0.

**Pronóstico de adherencia terapéutica:** Favorable.

---

- Expediente Investigador: **Paciente 008.**
- Día: 07/06/2019.
- Diagnóstico médico: Hernia umbilical.
- Variable Psicológica pre- intervención: Estrés prequirúrgico.
- Variable psicológica post-intervención: Eustrés prequirúrgico.
- Variable psicofisiológica pre-intervención: T.A. 158/86 FC x': 83
- Variable psicofisiológica post intervención: T.A. 145/83 FC x': 99

**Nota de evolución:** Paciente femenino de 66<sup>a</sup>, que acude al servicio de Cx general para ser atendida de una hernia umbilical que tiene una evolución de 4 años. Refiere ser diabética e hipertensa.

**Reporte subjetivo:** Reporta que durante la evolución de su padecimiento, hasta el diagnóstico quirúrgico, la paciente ha tenido fuertes molestias para ir al baño, lo que le ha generado mucha ansiedad al punto de tener mucha desesperación misma en las que quisiera arrancarse el pecho y la ropa por las ganas súbitas de ir al baño en momentos inesperados o por estreñimiento, lo cual la ha obligado a permanecer en su casa, y en ocasiones, a hacer uso de tratamientos laxantes que le generan más molestias.

**Severidad percibida:** Refiere sentirse tranquila porque tiene confianza en el hospital, en los médicos y todo el equipo del hospital; se siente esperanzada que después de que su cirugía concluya ella pueda tener una vida más llevadera, sin dolor y sin problemas para ir al baño, porque esto es lo que más la estresa. Desconoce el procedimiento quirúrgico, el tipo de cirugía y el tiempo de recuperación.

**Examen mental:** Al examen mental se encuentra alerta, lúcida y consciente; orientada en espacio, persona y circunstancia, sin embargo no en tiempo ya que tuvo lapsus en las fechas; tiene memorias reservadas, lenguaje coherente, organizado, fluido y con buen volumen. Su conducta es de cooperación e interés siguiendo las instrucciones sin dificultad. Su pensamiento es concreto y en ocasiones de tipo catastrófico. Tiene estilo de afrontamiento centrado en la solución y en ocasiones en el problema. Cuenta con red de apoyo funcional.

**iDx:** Tx adaptativo.

**Intervención:** Se trabajó procedimiento de inoculación del estrés para pacientes prequirúrgicos, en sus tres fases. También se llevó a cabo psicoenseñanza para facultar al paciente con técnicas de respiración diafragmática, relajación progresiva, técnicas de tensión distensión y debido a que tenía pensamiento catastrófico se utilizaron las técnicas de autoverbalización y detención de pensamiento. En la fase de exposición in vivo y consolidación se le corrigieron las técnicas de respiración y el tiempo de duración para las mismas, con el objetivo de que la paciente pudiera tener una adecuada adherencia terapéutica. Así mismo se le insistió en que cuando se realizara el procedimiento, no estuviera haciendo ninguna labor que demandara de su concentración. Se le hace la

invitación, para que en caso de necesitarlo, acuda al servicio de Salud Mental del Hospital.

Inicia la sesión con percepción de estrés en 7 y termina con percepción de estrés en 3.

**Pronóstico de adherencia terapéutica:** Favorable.

---