



UNIVERSIDAD NACIONAL AUTÓNOMA DE MÉXICO
FACULTAD DE ESTUDIOS SUPERIORES IZTACALA
POSGRADO EN PSICOLOGÍA
RESIDENCIA EN MEDICINA CONDUCTUAL

**EFICACIA DE UN ENTRENAMIENTO COGNITIVO-CONDUCTUAL DIRIGIDO A LA ANSIEDAD
PREOPERATORIA EN PACIENTES PROGRAMADOS PARA COLECISTECTOMÍA**

TESIS
QUE PARA OPTAR POR EL GRADO DE
MAESTRA EN PSICOLOGÍA

PRESENTA:
PAMELA RODRÍGUEZ PALACIOS

TUTORA PRINCIPAL:
MARÍA DE LOURDES DIANA MORENO RODRÍGUEZ
FACULTAD DE ESTUDIOS SUPERIORES IZTACALA

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

DR. MIGUEL ÁNGEL AGUILAR LÓPEZ
HOSPITAL GENERAL DE ATIZAPÁN

DRA. MARICELA OSORIO GUZMÁN
FACULTAD DE ESTUDIOS SUPERIORES ZARAGOZA

DR. JUAN PABLO RUGERIO TAPIA
FACULTAD DE ESTUDIOS SUPERIORES IZTACALA

LOS REYES IZTACALA, TLALNEPANTLA, ESTADO DE MÉXICO. 2022.



Universidad Nacional
Autónoma de México



UNAM – Dirección General de Bibliotecas
Tesis Digitales
Restricciones de uso

DERECHOS RESERVADOS ©
PROHIBIDA SU REPRODUCCIÓN TOTAL O PARCIAL

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

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

Agradecimientos

A Uriel Rodríguez, por todo el apoyo en aquellas noches de desvelo y en mis momentos de mayor estrés; por darme la motivación necesaria y las palabras justas para continuar con este proyecto, sin dejar atrás el recordatorio constante que merezco también el descanso. Infinitas gracias, hermano; eres mi inspiración.

A mis padres, Irma y Raymundo, por creer en mí y mostrarme el mejor aprendizaje de la vida: la perseverancia en aquello que disfruto y que me llena de satisfacción. Gracias a ambos, sin ustedes no hubiera culminado con esta meta.

A Erik Márquez, por brindarme las palabras necesarias para seguir, por tu tiempo de escucha, por tu atención y cariño; y, claro, por recordarme que para lograr esta meta debía activarme y adaptarme a nuevos cambios.

A la Dra. Diana Moreno, por la supervisión y guía que me brindó; estoy segura que sin su flexibilidad, compañía y conocimientos no habría logrado tan buena investigación. Pude aprender mucho de usted: la estructura que debo tener ante cualquier proyecto y sobre todo a ser paciente en este camino.

Al Mtro. Leonardo Reynoso, por brindarme todo el apoyo necesario, desde su inmenso conocimiento y experiencia, hasta el soporte emocional que me ofreció. Leo, estoy en deuda contigo, ha sido todo un placer y honor aprender del mejor; realmente deseo continuar en esta línea a tu lado en otros proyectos.

A los Doctores Alfredo Arellano y Luis Cruz, así como al Hospital Regional de Alta Especialidad de Ixtapaluca, por abrirme las puertas y permitirme generar mayor conocimiento en el área de la Medicina Conductual al aplicar la presente investigación.

A mis amigos y colegas de posgrado, por todas las risas y conocimientos compartidos durante el periodo en que convivimos. Especialmente, a Edith Muñoz y Fernanda Abaroa, por continuar presentes, escuchando, animándome y generando alternativas de solución a mi lado; en verdad, gracias infinitas queridas amigas. Espero continuar con ustedes en más trabajos.

Al CONACyT, por brindarme el apoyo económico necesario para la elaboración de este proyecto.

Índice

Introducción	5
CAPÍTULO 1. Reporte de Experiencia Profesional	7
1. Antecedentes de la Medicina Conductual	7
1.1 Desarrollo de la Medicina Conductual a nivel mundial	7
1.1.1 Factores determinantes para el surgimiento de la Medicina Conductual	7
1.1.2 Acontecimientos históricos para el surgimiento de la Medicina Conductual	10
1.2 Desarrollo de la Medicina Conductual en México	13
1.3 Conformación de la Residencia en Medicina Conductual en la Facultad de Estudios Superiores Iztacala	16
2. Escenario de la residencia en Medicina Conductual: <i>Hospital General de Atizapán “Dr. Salvador González Herrejón”</i>	18
2.1 Características de la sede	18
2.2 Servicio de Cirugía General	20
3. Actividades desarrolladas en el servicio de Cirugía General	21
3.1 Actividades diarias del residente en Medicina Conductual	22
3.2 Atención a pacientes en hospitalización	26
3.3 Otras actividades relacionadas dentro de la sede hospitalaria	31
4. Adecuación de actividades presenciales a modo <i>online</i> debido a la contingencia por COVID-19	32
4.1 Sesiones académicas	32
4.2 Formulación de un programa <i>online</i> para pacientes con estrés y enfermedades crónicas (Diabetes Mellitus y Enfermedad Renal Crónica)	33
4.2.1 Formulación de una guía para el paciente con Diabetes Mellitus / Enfermedad Renal Crónica y estrés	33
4.2.2 Desarrollo de la guía para pacientes: <i>Viviendo con Diabetes Mellitus: pautas y sugerencias para controlar mi estrés.</i>	34
4.2.3 Diseño de material psicoeducativo	35
4.2.3.1 Infografías	35

4.2.3.2 Videos psicoeducativos	37
4.2.3.3 Creación de sitio web	38
4.3 Atención <i>online</i> a pacientes con enfermedades crónicas	40
5. Competencias profesionales alcanzadas	46
6. Conclusiones y sugerencias	48
Referencias	

CAPÍTULO 2. PROTOCOLO DE INVESTIGACIÓN: “Eficacia de un entrenamiento cognitivo-conductual dirigido a la ansiedad preoperatoria en pacientes programados para colecistectomía”

1. Colecistitis	53
1.1 Definición	53
1.2 Sintomatología	55
1.3 Etiología	56
1.4 Estudios específicos para el diagnóstico de Colecistitis	57
1.5 Preparación preoperatoria: Anestesia para Colecistectomía	59
1.6 Intervención quirúrgica para Colecistitis: Colecistectomía	60
2. Ansiedad en el ámbito hospitalario	64
2.1 Definición y sintomatología de Ansiedad	64
2.2 Ansiedad preoperatoria	68
2.3 Factores asociados a la presencia de ansiedad preoperatoria	71
2.4 Evaluación de la ansiedad preoperatoria	73
3. Intervención Psicológica para la Ansiedad preoperatoria	80
3.1 Psicoeducación	83
3.2 Relajación a partir de Respiración	86
3.3 Autoinstrucciones	91
4. Planteamiento del Problema	96
4.1 Justificación	96
4.2 Objetivos	101
4.3 Hipótesis de investigación	102
4.4 Hipótesis estadísticas	102

5. Método	104
5.1 Participantes	104
5.2 Tipo de estudio y diseño	104
5.3 Descripción de variables	104
5.4 Instrumentos	107
5.5 Materiales	108
5.6 Procedimiento	122
6. Resultados	138
7. Discusión	163
8. Conclusiones	180
Referencias	
Anexos	

Introducción

El campo de la Medicina Conductual radica en integrar los conocimientos biomédicos y sociales para el diseño e implementación de protocolos de prevención y tratamiento de las personas que se encuentran en condición de enfermedad, siempre desde la perspectiva del análisis conductual. A partir de ello, la Residencia en Medicina Conductual de la Facultad de Estudios Superiores Iztacala se ha encargado de la formación de estudiantes con los conocimientos teóricos y competencias necesarias para la identificación y atención de las necesidades de modificación conductual de las personas en un contexto hospitalario.

En el presente trabajo, se exponen los productos que la residente en Medicina Conductual de la FES Iztacala llevó a cabo durante el periodo de servicio, tanto de manera académica como en la práctica profesional en el ámbito hospitalario. Además, se presenta la adaptación que se requirió ante la contingencia por COVID-19.

De esta manera, el primer capítulo corresponde al Reporte de Experiencia Profesional, en el que se describen los antecedentes y la formación de la Medicina Conductual tanto a nivel mundial como en México; también se presentan las actividades desarrolladas en la sede y servicio designados: el “Hospital General de Atizapán Dr. Salvador González Herrejón”, servicio de *Cirugía General*. Además, se describen las adecuaciones vía remota que se realizaron a partir de la pandemia por COVID-19. Por último, se refieren las competencias profesionales alcanzadas por la residente en Medicina Conductual durante las prácticas realizadas.

Por otro lado, el segundo capítulo corresponde al protocolo de investigación denominado: “Eficacia de un entrenamiento cognitivo-conductual dirigido a la ansiedad preoperatoria en pacientes programados para colecistectomía”, en el cual se describen definiciones importantes de la colecistitis y la colecistectomía, así como los factores por los cuales una persona que se encuentre programada a una cirugía presente características de ansiedad. Por último, se presenta una intervención psicológica para la ansiedad preoperatoria en esta población, describiendo y justificando las técnicas elegidas para el desarrollo de la misma;

asimismo se refieren los resultados, discusión y conclusiones derivadas de la aplicación de dicho protocolo.

CAPÍTULO 1. Reporte de Experiencia Profesional

1. Antecedentes de la Medicina Conductual

1.1 Desarrollo de la Medicina Conductual a nivel mundial

1.1.1 Factores determinantes para el surgimiento de la Medicina Conductual

Actualmente, el análisis del comportamiento tiene gran relevancia en cuanto a la intervención en el ámbito de la salud y la enfermedad. Sin embargo, esto no fue así, sino hasta principios del año de 1970, fecha en la que el papel del psicólogo y sus intervenciones de corte conductual comenzaron a cobrar importancia.

De acuerdo con Agras (1982), Kennerly (2002) y Rodríguez (2010), es posible identificar al menos cuatro factores que incidieron en el surgimiento del campo de la Medicina Conductual.

El primero de ellos fue el éxito que tuvieron las intervenciones a partir del análisis del comportamiento; ante ello, Blanchard (1992) y Fisher et al. (2011) coinciden en que el uso de un conjunto de técnicas de modificación del comportamiento tuvo una reacción positiva en *enfermos psiquiátricos*, y que, al aplicarlas en pacientes con otros problemas de salud como obesidad, tabaquismo, adicciones, entre otros, podían generar resultados similares.

Como segundo factor se encuentra el desarrollo del campo de la biorretroalimentación o *biofeedback*, el cual mantenía el objetivo de hacer cambios fisiológicos en funciones corporales, reguladas por el sistema nervioso autónomo y de esta manera, poder intervenir en problemas médicos de las personas, tales como: migraña, cefalea, úlceras, dolor crónico e hipertensión (Rodríguez, 2010).

Otro componente importante para el surgimiento de la Medicina Conductual fue la aparición de enfermedades crónicas como principal causa de mortalidad, especialmente, se comenzó a observar la alta presencia de adultos con enfermedades cardiovasculares y cáncer (Kennerly, 2002; Rodríguez, 2010; Reynoso, 2011; Reynoso et al., 2011). De esta manera, se comenzó a reconocer el papel que los cambios comportamentales tenían en el tratamiento y en la prevención de las enfermedades.

Como último factor incidente para la formación de la Medicina Conductual se encuentra la atención desde la medicina psicosomática, la cual, de acuerdo con Flórez (1991), intentaba explicar las relaciones que existen entre la enfermedad física y la vida emocional, objetivo que el autor refiere como pretencioso, puesto que se trataba de vincular la emoción como factor etiopatogénico y que realmente, no guardaba relación determinante para la generación de una enfermedad. Evidentemente, la medicina psicosomática aportó intervenciones poco útiles y clínicamente irrelevantes al campo médico, tanto para la investigación como para el ámbito clínico práctico (Rodríguez, 2010; Greenwald et al., 2015; Kennerly, 2002).

Ante este último punto, es relevante recordar que en los años de 1970 se produjeron cambios importantes en el conductismo que generaron una base más estable para el surgimiento de la Medicina Conductual. Como es bien sabido, el conductismo solía utilizar mayormente procedimientos aversivos para generar un cambio conductual, especialmente para la eliminación de conductas no deseadas; fue la acentuación y la focalización hacia las conductas gratificantes y al reforzamiento positivo para la modificación de comportamientos lo que brindó una mayor aceptación del conductismo para su aplicación en otros ámbitos, además de un aumento en la efectividad de sus intervenciones (Kennerly, 2002; Greenwald et al., 2015).

En esta misma década, comenzaron a tener auge los estudiosos de los factores cognitivos, quienes sostenían que los estímulos encubiertos debían ser reconocidos como mediadores de la conducta; naciendo así el nuevo enfoque *cognitivo-conductual*. Con el surgimiento de este enfoque y la consideración de estímulos cognitivos, emergieron nuevas intervenciones que fueron consideradas para tratar problemas médicos como la obesidad y el tabaquismo. Estos dos enfoques demostraron ser tecnologías poderosas en el tratamiento de algunos problemas de salud mental, del comportamiento y de la salud (Kennerly, 2002, Greenwald et al., 2015).

De hecho, tal y como lo comentan Greenwald et al (2015), con la focalización a los factores cognitivos, se incluyeron áreas a considerar en el tratamiento de una

persona con enfermedad, tales como: las influencias socioculturales, factores psicosociales, conductas de salud y enfermedad, determinantes cognitivos, técnicas de diagnóstico, dolor que genera la enfermedad y la adherencia al tratamiento médico. Además de excluir otras con menor evidencia empírica, como: enfermedades mentales y programas de bienestar social.

En efecto, la aceptación y el éxito inicial de una intervención conductual en un ámbito que anteriormente era meramente médico parece haber sido en gran parte el resultado de la consistencia y confiabilidad de estas técnicas conductuales y cognitivas para la modificación del comportamiento humano, no sólo en el plano psicológico clínico, sino también en el de la salud. De esta manera, los resultados de estas intervenciones se comenzaron a ajustar a las expectativas de los médicos de la época, además de contar con un enfoque empíricamente orientado. La Medicina Conductual, proporcionó a los médicos protocolos objetivos y confiables en los cuales poder apoyar sus tratamientos (Blanchard, 1992; Kennerly, 2002).

Fue así como, en la década de 1970, las aplicaciones clínicas de la biorretroalimentación, así como de los procedimientos a partir de los principios del condicionamiento clásico y del condicionamiento operante brindaron grandes aportaciones al desarrollo de la Medicina Conductual, además de generar nuevos tratamientos para enfermedades crónico-degenerativas (Rodríguez, 2010). En otras palabras, se comenzó a observar al Análisis Experimental del Comportamiento como un aporte a la atención del proceso salud-enfermedad, integrando factores comportamentales a una concepción integral de la salud (Flórez, 1991).

De hecho, años después, en 1984, Orth-Gamer (Rodríguez, 2010), describe distintos niveles de interacción a considerar asociados a la Medicina Conductual: a) la interacción entre disciplinas, en la que reconoce que las ciencias del comportamiento pueden ser relacionadas con las ciencias biológicas (por ejemplo, el impacto de las medidas de personalidad en la predicción de enfermedades cardiovasculares); b) la interacción entre factores de riesgo, donde se remarcan los factores que incrementan la probabilidad de tener una enfermedad o de morir de ella (factores de riesgo médicos y comportamentales); c) la interacción entre

conceptos, integrando aquellos originados de varios campos de conocimiento, en este caso el médico y el comportamental; y d) la interacción entre profesionales, brindándole relevancia a la comunicación entre científicos con diferente formación académica y experiencia profesional para la intervención en ciertas enfermedades.

A partir de todos estos factores, los profesionales de la salud, especialmente los médicos, comienzan a tener una visión más amplia; consideran una mayor variedad de disciplinas que pueden contribuir a los problemas de la salud y la enfermedad y aceptan que la Medicina Conductual ofrece un intercambio de ideas y enfoques teóricos para lograr intervenciones más completas; ante ello, Fisher et al. (2011) afirman que los enfoques conductuales, incluidos los que enfatizan las influencias sociales, parecen ser útiles para abordar enfermedades y condiciones médicas y deben tener un lugar central en la prevención y la atención de la salud del siglo XXI.

1.1.2 Acontecimientos históricos para el surgimiento de la Medicina Conductual

En los años de 1970 la Unión Americana observó que una gran cantidad de muertes estaban relacionadas con enfermedades cardiovasculares, mostrando incidencia de obesidad y de falta de actividad física; por lo que el *National Institute of Health* decidió organizar conferencias con el fin de atender dicha problemática, dentro de las cuales destacaron: la reunión *Applying behavioral science to cardiovascular risk: proceedings of a conference* en Seattle, Washington entre el 17 y el 19 de junio de 1974 y la reunión en Bayse, Virginia del 12 al 15 de mayo de 1975, denominada: *Proceedings for the National Heart and Lung Institute working conference on health behavior*. En dichas conferencias se daba paso a un campo interdisciplinario nuevo: la Medicina Conductual (Rodríguez, 2010; Reynoso, 2011).

Para 1973 Lee Birk ya utilizaba el término *Medicina Conductual*, al que se refería para señalar el uso de la biorretroalimentación (*biofeedback*) como una intervención basada en el aprendizaje para algunas enfermedades, tales como la epilepsia, la migraña y la enfermedad de Raynaud. Este tipo de intervención se aplicaba cuando el tratamiento farmacológico y/o quirúrgico no habían tenido resultados eficientes (Reynoso, 2011). De hecho, y de acuerdo con Kennerly (2002), el título del libro de

Birk (*Biofeedback: Behavioral Medicine*), fue un tanto desafortunado, puesto que pudo llevar al entendido erróneo de que la Medicina Conductual sólo se concentraba en el uso de la biorretroalimentación. No obstante, el título también permitió introducir el término *Medicina Conductual* en un contexto diferente de la medicina psicosomática.

En 1974, se desarrollaron dos programas clínicos y de investigación relevantes para el campo de la Medicina Conductual. El primero de ellos, fue el *Centro de Medicina Conductual* conformado por John Paul Brady y Ovide F. Pomerleau en la Universidad de Pensilvania, quienes propusieron como características principales de la Medicina Conductual: el uso de técnicas clínicas surgidas del análisis experimental de la conducta y la obligación de la misma para desarrollar trabajos de investigación, teniendo como soporte metodológico al análisis funcional de las conductas asociadas a las enfermedades (Agras, 1982; Kennerly, 2002, Flórez, 1991). En esta línea, Brady y Pomerleau resaltan también la relevancia de la investigación que contribuya al análisis funcional y a la comprensión de la conducta asociada con las enfermedades y con los problemas en el cuidado de la salud (Flórez, 1991).

El segundo proyecto desarrollado fue el *Laboratorio para el Estudio de la Medicina Conductual* en la Universidad de Stanford. Ambos atendían el ámbito clínico, y posteriormente, se establecieron estos programas de investigación y capacitación en los departamentos de psicología y en los de medicina (Kennerly, 2002).

Más adelante, entre el 4 y 6 de febrero de 1977, se lleva a cabo el *Primer Congreso sobre Medicina Conductual* en la Universidad de Yale en New Heaven, Connecticut. En el cual, se reunieron importantes especialistas del área de la salud y de las ciencias sociales para formalizar la creación de la Medicina Conductual, brindándole una definición formal:

“Campo interdisciplinario de integración de conocimientos biomédicos y sociales, con el fin de diseñar e implementar procedimientos para la prevención, el tratamiento y la rehabilitación de pacientes” (Schwartz & Weiss, 1978).

Aunado a ello, Schwartz y Weiss, (1978) refirieron que la Medicina Conductual también se ocupa de la epidemiología, la etiología, la patogenia, el diagnóstico, la prevención, el tratamiento y la rehabilitación de afecciones del comportamiento como los trastornos alimentarios y el incumplimiento de los regímenes terapéuticos sólo en la medida en que influyan en la salud física y la enfermedad como punto final. Esto ayudó a identificar el momento de necesidad de un tratamiento psicológico, especialmente cuando la sintomatología del paciente no era una característica de la enfermedad.

Por otro lado, en Estados Unidos de América, en 1978 se funda la *Academia de Investigación en Medicina Conductual*, misma que apoyó la definición brindada un año anterior en el Congreso de la Universidad de Yale; además de reconocer que existía la necesidad de reunir investigaciones para facilitar la comunicación y la colaboración interdisciplinaria, puesto que a partir de ese momento, el campo de la medicina había crecido en medida que se necesitaba de otros profesionales de la salud para cumplir con el objetivo ya mencionado (Schwartz & Weiss, 1978; Kennerly, 2002).

A partir de entonces, el campo de la Medicina Conductual comenzó a crecer rápidamente: el 19 de noviembre de 1978 en Chicago, el grupo de interés especial en Medicina Conductual de la *Association for the Advancement of Behavior Therapy (AABT)* decidió independizarse de esta área para conformar la Sociedad de Medicina Conductual para psicólogos, misma que estuvo a cargo de Swan, Piccione, Anderson y con la presidencia de W. Stewart Agras (Reynoso, 2011). En marzo del mismo año, se publicó el primer número del *Journal of Behavioral Medicine*, siendo su primer editor W. Doyle Gentry, profesor de psicología médica de la Universidad de Duke; además de la creación de la Revista *Biofeedback and Self-Regulation*, en la que se reportaban investigaciones sobre la aplicación de las técnicas y procedimientos basados en la Medicina Conductual, específicamente en enfermedades como: hipertensión arterial, dolor crónico, asma infantil, enfermedades cardiovasculares y cáncer (Rodríguez, 2010; Reynoso, 2011).

Posteriormente, en 1979 se formó la *Sociedad de Medicina Conductual*, así como la *Academia de Investigación en Medicina Conductual*. Aunado a lo anterior, se implementó la práctica de la Medicina Conductual en el *National Heart, Lung and Blood Institute* (Reynoso, 2011). Además de ello, en 1982, Matarazzo refiere el término de salud comportamental (*behavioral health*) como: un campo interdisciplinario dedicado a promover una filosofía de la salud que enfatiza la responsabilidad individual en la aplicación del conocimiento y las técnicas de las ciencias biomédicas y del comportamiento para el mantenimiento de la salud, la prevención de enfermedades y disfunciones mediante una variedad de actividades individuales o compartidas autoiniciadas (Agras, 1982).

Actualmente, la Medicina Conductual mantiene un nivel de evidencia científica que reafirma la eficacia terapéutica de las intervenciones comportamentales en enfermedades como: Diabetes Mellitus, cáncer, asma, dolor lumbar, tabaquismo, sobrepeso y obesidad, enfermedades cardiovasculares, entre otras. Además, se menciona que las intervenciones psicoconductuales producen cambios clínicos positivos en niveles de respuesta motor y fisiológico en el individuo e incluso tiene gran incidencia en cambios sostenidos (mantenimiento) (Trask et al., 2002).

En resultado de esta línea, el desarrollo de la Medicina Conductual en Estados Unidos de América tuvo gran auge en los años de 1978 a 1984, permitiendo su expansión a otros países del mundo.

1.2 Desarrollo de la Medicina Conductual en México

Fue desde la década de 1960 que Víctor Alcaraz, Emilio Ribes, Antonio Gago, Florente López y Serafín Mercado marcaron el inicio del análisis de la conducta en México desde la Universidad Veracruzana en Xalapa, Veracruz, dando el impulso de una psicología científica basada en el análisis experimental de la conducta. El proyecto fue creciendo y con ello se incorporó a este grupo otra importante generación de analistas conductuales, entre ellos: Gustavo Fernández Pardo, Javier Aguilar Villalobos y Arturo Bouzas. Más adelante, en 1967, se integraron Florente López y Francisco Barrera, creando el *Centro de Entrenamiento y Educación*

Especial y constituyendo el primer centro de análisis conductual aplicado en México (Martínez, 2006; Rodríguez, 2010).

A partir de entonces, se remarcaban estudios en la línea de lo comportamental, claro ejemplo es el de Benjamín Domínguez, quien trabajó en diversos reclusorios con adultos, jóvenes y niños, en torno a modificar algunas de las prácticas nocivas que se implementaban en aquél entonces. Además de destacar el trabajo de otros analistas conductuales, quienes aplicaban técnicas desde la modificación de la conducta en ámbitos psiquiátricos, como el Hospital Psiquiátrico Infantil “Juan N. Navarro” (Rodríguez, 2010).

Otros hechos importantes en la década de los 70's asociados al desarrollo del análisis de la conducta fueron: 1) la consolidación de la Facultad de Psicología en la UNAM , entre 1972 y 1975 en la Ciudad de México; 2) la organización del Tercer Congreso Latinoamericano de Análisis de la Conducta con la participación de B. F. Skinner en el auditorio principal de la Unidad de Congresos del Centro Médico; y 3) la creación de la *Revista Mexicana de Análisis de la Conducta* en 1975 (Martínez, 2006; Reynoso, 2011; Rodríguez, 2010).

Es notable que en la década de los 70's el análisis de la conducta tuvo un gran auge, sin embargo, los investigadores se limitaban a ámbitos experimentales y solían aplicar sus intervenciones solamente en áreas como la psiquiatría, la educación, la ecología y a nivel organizacional, es decir, existían faltantes en el área de la salud. Al mismo tiempo, en 1970, como en el resto del mundo, en México se observó un alto índice de mortalidad asociado a diferentes enfermedades, entre ellas destacaban las generadas por infecciones gastrointestinales, respiratorias, virales y de parasitosis. Para todas ellas el tratamiento era relativamente sencillo, puesto que los médicos podían identificar de manera rápida los agentes causales, incluso, podían incursionar en la prevención de estas. No obstante, el cuadro de las enfermedades crónicas no resultaba tan fácil de abordar, por lo que se acudió a la revisión de estudios retrospectivos, además de la observación de los estudios en otros países del mundo. A partir de lo cual, se demostró la incidencia del comportamiento para la aparición de la enfermedad, permitiendo identificar factores

de riesgo asociados a conductas de la vida cotidiana: hábitos alimentarios y de actividad física (Reynoso, 2011; Rodríguez, 2004).

De esta manera, se comenzó a observar el desarrollo de los programas en salud y enfermedad que se realizaban alrededor del mundo, especialmente en Estados Unidos de América, es decir, hablar del desarrollo de la Medicina Conductual en México, implica hacer cierto paralelismo con lo ocurrido en el país del norte.

A su vez, se comenzaron a realizar importantes intervenciones en el campo de la salud y de la Medicina Conductual, como las realizadas por Xóchitl Gallegos y Víctor Alcaraz en 1980, quienes aplicaron un programa basado en la biorretroalimentación para el tratamiento de migrañas, parálisis facial, arritmias cardíacas, control de esfínteres y algunas paresias y tipos de epilepsia. Por su lado, Mario Rojas Russell realizó investigaciones acerca del peso corporal como factor de riesgo en la Diabetes Mellitus (Rodríguez, 2010; Martínez, 2006).

Mientras tanto, en la Facultad de Psicología de la UNAM, un grupo de trabajo liderado por Graciela Rodríguez comenzó con estudios acerca de trasplantes de órganos y tejidos en población mexicana, aunado a mayores estudios por Benjamín Domínguez sobre dolor crónico, en el área de psiconeuroinmunología y continuando en la línea de la biorretroalimentación (Rodríguez, 2010).

Es así que, entre los años de 1980 y 1990 las contribuciones científicas, tecnológicas y de intervención en el ámbito de la Medicina Conductual incrementan en gran medida y las investigaciones se centraron en el desarrollo de modelos de intervención, sobre epidemiología conductual, en la educación para la salud, en salud y género, envejecimiento patológico y normal, trasplantes de órganos y tejidos, adherencia terapéutica, Diabetes Mellitus, cáncer, enfermedades cardiovasculares, VIH/SIDA, adicciones, estrés, dolor crónico, *biofeedback* y bioética (Flórez, 1991).

Para el 2001, se funda la *Sociedad Mexicana de Medicina Conductual*, nombrando a Graciela Rodríguez Ortega como presidenta fundadora y como sucesor a Javier Urbina Soria. Posteriormente, en 2002, se organiza el *Coloquio de Medicina*

Conductual con la participación de la Facultad de Psicología y la *Asociación para Evitar la Ceguera en México* (Rodríguez, 2010). Además, en el 2005, se lleva a cabo la *Primera Reunión Regional Latinoamericana y del Caribe de Medicina Conductual* en la Ciudad de México; en el 2006, el Coloquio de Medicina Conductual denominado *Manejo de las enfermedades crónico-degenerativas y emergentes: una visión hacia el futuro*; y en el 2009 se organiza el *Coloquio de Medicina Conductual*, en el que investigadores de otros estados de la República tuvieron la oportunidad de compartir sus proyectos (Rodríguez, 2010; Reynoso, 2011).

Con estos últimos eventos se puede observar cómo la Medicina Conductual fue reconociéndose en diversas partes de México, además de ampliar sus trabajos a diferentes escenarios, tanto urbanos como rurales y con diferentes poblaciones relacionadas con la salud y la enfermedad.

1.3 Conformación de la Residencia en Medicina Conductual en la Facultad de Estudios Superiores Iztacala

Es claro el crecimiento de la Medicina Conductual en México, tanto en torno a la investigación, como en el plano aplicado. No obstante, ahora se encontraba una necesidad específica extra: la formación de especialistas en la aplicación de técnicas de modificación comportamental en personas con enfermedades crónico-degenerativas. Debido a la importancia de impulsar la investigación, la formación en instituciones educativas y la conformación de estudios de posgrado que permitieran formar profesionales en relación al estado de salud de la sociedad, la UNAM decide reorganizar los estudios de posgrado, creando el Programa de Maestría y Doctorado en Psicología, con el objetivo de formar profesionales capaces de identificar, evaluar e intervenir en el entorno social complejo en el que se encuentra inmerso el psicólogo. Desde entonces, el programa de Maestría y Doctorado en Psicología ha abordado diversas áreas de la psicología, incluyéndose la *Residencia en Medicina Conductual* (Reynoso et al., 2011).

El programa de la Residencia en Medicina Conductual, de acuerdo con Reynoso et al. (2011) supone un abordaje integral del paciente, mismo que parte de la base en que el comportamiento puede generar enfermedades, así como las enfermedades

modifican el comportamiento. Fue diseñado en 1998 y aplicado por primera vez en 1999 incluyendo una relación de docencia, servicio práctico e investigación; y teniendo como objetivo principal que el alumno pusiera en práctica conocimientos adquiridos en horas clase para resolver problemas relacionados con la enfermedad, especialmente en el ámbito hospitalario.

El proceso de ingreso a la residencia tiene una duración aproximada de tres meses. En este plazo y como primer paso, los aspirantes deben presentar un examen general de conocimientos, para posteriormente continuar con una evaluación de temas específicos en el ámbito clínico y de la Medicina Conductual, además de una entrevista con los tutores y supervisores pertenecientes al programa.

Una vez que son seleccionados los alumnos a ingresar, se les asigna un tutor, quien se encargará de orientar al alumno en la realización de un protocolo de investigación acerca de alguna enfermedad crónico-degenerativa que se presente en el servicio que se le asignará. En este sentido, los servicios a los que los alumnos pueden ingresar dependerán de la sede hospitalaria en la que se encuentren. Actualmente, los alumnos pueden ser asignados a dos sedes: 1) El Hospital General de Atizapán *Dr. Salvador González Herrejón*, dentro de los servicios: Cirugía General, Medicina Interna y Mujer y Salud; y 2) El Hospital Juárez de México, en los servicios: Medicina Interna, Oncología, Clínica del Dolor y Hematología.

Para ello, previo al ingreso a la sede hospitalaria, los alumnos son entrenados en técnicas cognitivo-conductuales para su aplicación en el ámbito hospitalario de acuerdo con el servicio asignado, además de llevar a cabo diversos talleres para una formación completa y efectiva.

Cabe mencionar que, el alumno cuenta con dos supervisores, uno de ellos dentro de la sede (*in situ*) con el fin de guiar al alumno en casos complejos y en situaciones de crisis dentro del contexto hospitalario. Por otro lado, requiere de un supervisor académico, con quien puede acudir en caso de orientación fuera del ámbito hospitalario.

Es así como, las acciones principales del especialista en Medicina Conductual en formación dentro del ámbito hospitalario son: la evaluación, la intervención a partir de técnicas cognitivo-conductuales, así como el seguimiento a pacientes con enfermedades crónico-degenerativas que se encuentren en hospitalización.

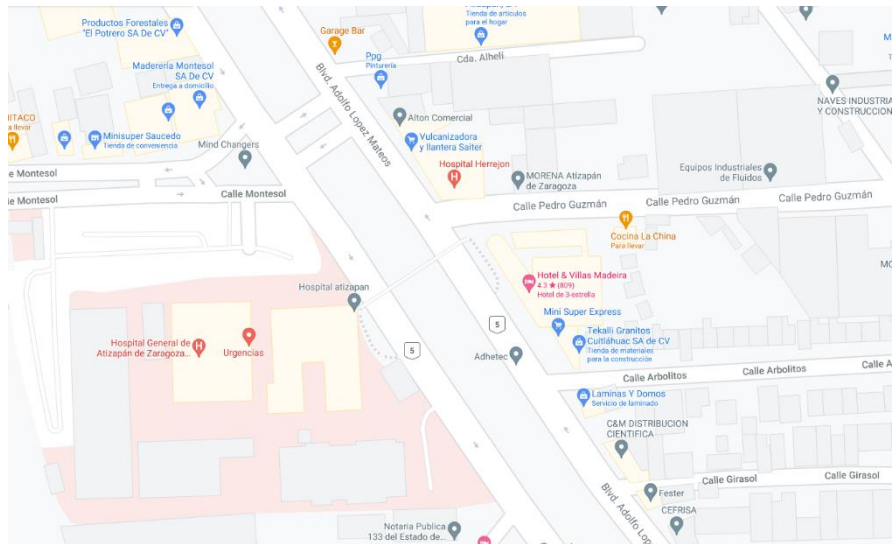
2. Escenario de la residencia en Medicina Conductual: *Hospital General de Atizapán “Dr. Salvador González Herrejón”*

2.1 Características de la sede

Una de las sedes hospitalarias pertenecientes a la residencia de Medicina Conductual de la Facultad de Estudios Superiores Iztacala, es el Hospital General de Atizapán *Dr. Salvador González Herrejón* (HGA), el cual se encuentra ubicado en Boulevard Adolfo López Mateos, El Potrero, Atizapán de Zaragoza en el Estado de México, con C.P. 52975 (Figura 1).

Figura 1

Ubicación del Hospital General de Atizapán



El HGA surge a partir del terremoto ocurrido en el año 1985, el cual afectó a una gran parte de la población del municipio de Atizapán y sus alrededores, ocasionando una notable disminución de la cantidad de espacios hospitalarios. Fue así que, dentro del programa de construcción de la Secretaría de Salud, el cual estuvo financiado por el Fondo Nacional de la Reconstrucción, se decide la edificación del Hospital General de Atizapán *Dr. Salvador González Herrejón*.

El 27 de abril de 1987 el Lic. Miguel de la Madrid Hurtado, inauguró oficialmente esta sede hospitalaria (Figura 2). Desde entonces, este hospital brinda sus servicios médicos a entidades como: Atizapán de Zaragoza, Nicolás Romero, Isidro Fabela, Aculco, Chapa de Mota, Jilotepec, Villa del Carbón, Tlatlaya, entre otras.

Figura 2

Hospital General de Atizapán. Fachada del Hospital.



El Hospital General de Atizapán es considerado como una sede de segundo nivel de atención médica, es decir, se concentra en atención de padecimientos de mediana y alta complejidad; entre sus principales responsabilidades se encuentran:

- Resolver problemas médico quirúrgicos de los pacientes referidos de primer y tercer nivel de atención, mediante técnicas y servicios de mediana complejidad.
- Actualizar los programas de atención para mejorar la organización y función del hospital.

En atención a lo anterior, el HGA cuenta con los siguientes servicios: Medicina Interna, Gineco-Obstetricia, Pediatría, Medicina Preventiva y Cirugía General.

2.2 Servicio de Cirugía General

Para fines del presente proyecto, la descripción se concentrará en el servicio de Cirugía General, debido a que fue el área de trabajo de la residente. Dicho lo anterior, el servicio de cirugía cuenta con las siguientes divisiones:

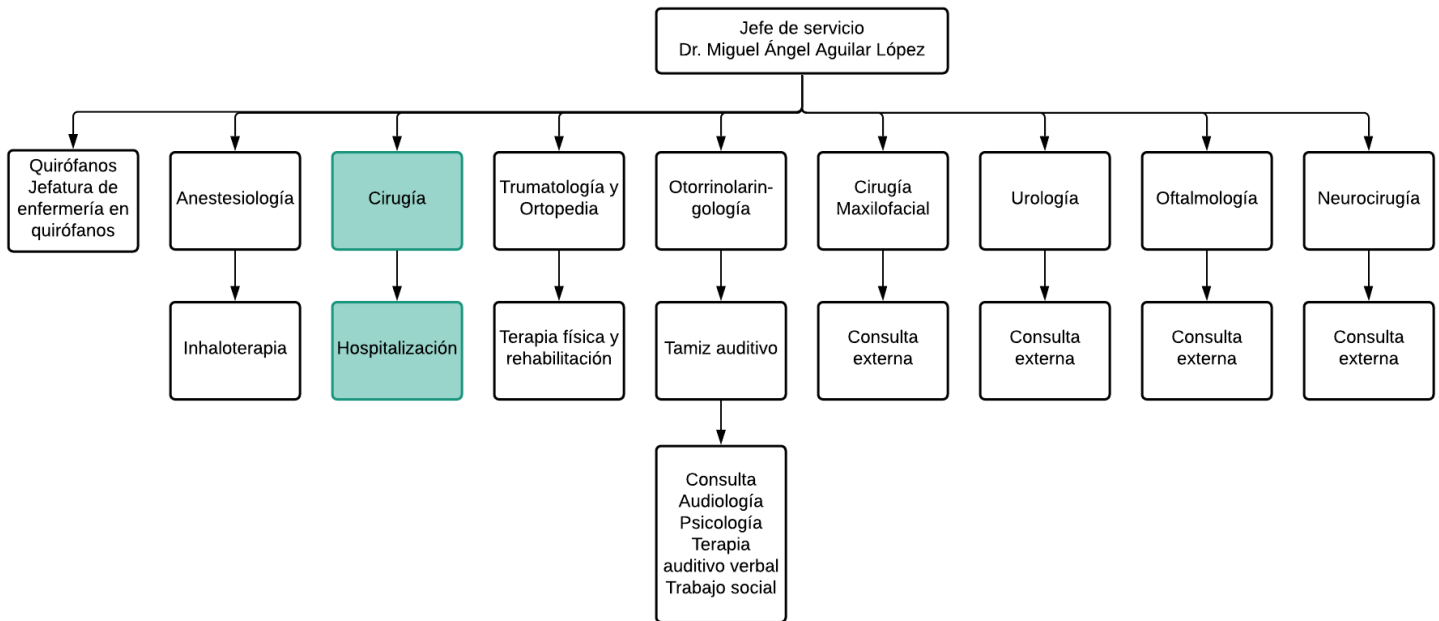
- I. Consulta externa
 - a) Cirugía General
 - b) Oftalmología
 - c) Cirugía Pediátrica
 - d) Neurocirugía
 - e) Otorrinolaringología
 - f) Cirugía Maxilofacial
 - g) Traumatología y Ortopedia
 - h) Rehabilitación
 - i) Terapia de lenguaje
 - j) Tamiz Auditivo Neonatal
- II. Piso de Cirugía
- III. Quirófano
- IV. Servicio de Anestesiología
- V. Central de Equipos y Esterilización (CEYE)

En el servicio de Cirugía General se brinda consulta externa para las diferentes especialidades quirúrgicas, con los objetivos de: a) brindar atención a pacientes ambulatorios, b) asegurar la detección oportuna, el diagnóstico temprano y la atención integral de los pacientes y c) brindar una valoración preoperatoria a los pacientes, lo cual puede requerir un retraso en la programación de cirugías electivas.

Específicamente, en el piso de cirugía, se cuenta con 35 camas y 2 cunas, en las cuales se brinda atención a pacientes preoperatorios y postoperatorios hasta su recuperación completa.

Asimismo, el servicio de Cirugía General está ubicado en un organigrama, mismo que se presenta en la Figura 3.

Figura 3
Servicio de cirugía



Nota: Organigrama del servicio de Cirugía General. Tomado de: Plan de trabajo de la División de Cirugía General. Hospital de Atizapán, 2020

3. Actividades desarrolladas en el servicio de Cirugía General

El programa perteneciente a la Residencia en Medicina Conductual en FES Iztacala se compone de horas de servicio en el ámbito hospitalario. En el HGA, existen actualmente dos servicios en los que es posible intervenir desde la psicología comportamental: Medicina Interna y Cirugía General.

De acuerdo con el Plan de Trabajo de la División de Cirugía General (Hospital General de Atizapán, 2020), el total de cirugías realizadas fueron 2122, de las cuales la mayor parte de ellas estuvieron asociadas a traumatismos, fracturas, colecistitis, colelitiasis, enfermedades del apéndice y hernias de la cavidad abdominal. En la mayoría de estas cirugías el promedio de la estancia hospitalaria de los pacientes es de seis días, especialmente cuando el paciente presenta alguna

comorbilidad como pancreatitis (hablando de colecistitis y colelitiasis). Por su lado, en el caso de los traumatismos y fracturas, el paciente necesita presentar diversos trámites para la solicitud del material y medicamento que será utilizado para su intervención quirúrgica, lo cual tiende a incrementar su estancia en hospitalización previa a su cirugía. Asimismo, se observan complicaciones comunes dentro del hospital, ya sea derivados de la cirugía misma o del previo estado de salud del paciente, entre las cuales se encuentran: infecciones, peritonitis y neumonías.

En esta línea, se observa necesario el tratamiento psicológico antes, durante y después de la estancia hospitalaria con los siguientes objetivos:

- a) Atender las necesidades psicológicas principales de los pacientes, tales como: ansiedad asociada al procedimiento quirúrgico, manifestaciones intensas de dolor postquirúrgico, depresión ante estancias prolongadas en hospitalización, déficit de información ante el proceso médico quirúrgico, entre otras.
- b) Desarrollar programas de intervención de manera individual y grupal para el paciente quirúrgico.
- c) Atender las necesidades psicológicas de los familiares del paciente quirúrgico.
- d) Ofrecer alternativas de intervención ante la modificación comportamental asociada con la salud del paciente posterior a su intervención quirúrgica, por ejemplo, los cuidados que éste debe de seguir una vez indicada el alta hospitalaria.
- e) Fomentar la adherencia a indicaciones médicas durante la hospitalización (antes y después de la cirugía), así como al brindar el alta hospitalaria.

3.1 Actividades diarias del residente en Medicina Conductual

El residente en Medicina Conductual debe atender diversas actividades diarias pertenecientes al HGA y al servicio de Cirugía General, entre ellas se encuentran:

- a) Pase de visita: El pase de visita es considerado como una de las principales actividades para los diferentes profesionales de la salud inmersos en el hospital. En esta actividad participa el personal de: medicina (adscritos, residentes, internos, practicantes y en ocasiones el jefe del servicio), enfermería, medicina

conductual y trabajo social. El pase de visita tiene como objetivo observar la evolución del paciente en hospitalización, así como brindar indicaciones para su mejora, éste comienza a las 8:00 am y consiste en presentar a cada uno de los pacientes de las 35 camas pertenecientes al piso del servicio. La presentación de los pacientes la realiza un residente médico, mientras que el médico adscrito se dedica a realizar la valoración y evaluación para brindar las siguientes indicaciones de intervención médica. Asimismo, el médico adscrito puede pedir valoración e intervención por parte del residente en medicina conductual de aquellos pacientes que presenten dolor excesivo o características de ansiedad ante una cirugía próxima a ejecutarse. Además de ello, es posible que el médico adscrito solicite la psicoeducación acerca de la cirugía para el paciente o sus familiares. En este caso, como residente en medicina conductual, se realizó el pase de visita diariamente junto con los demás profesionales de la salud, para el cual se visitaron todas las camas pertenecientes al servicio, identificando los posibles problemas psicológicos en los pacientes, por ejemplo: posible ansiedad, estrés y depresión ante próximas cirugías, tiempo hospitalario prolongado y amputaciones de extremidades; además se observaban posibles problemas de comunicación entre personal de salud – pacientes y/o cuidadores primarios; así como, atender las referencias de los médicos cirujanos a pacientes que no se adhirieran a su tratamiento médico (especialmente la deambulación).

- b) Consulta externa: En el Hospital General de Atizapán existe la opción de brindar consulta externa a pacientes referidos de otros servicios, además del de Cirugía; de igual manera, cualquier paciente que solicite el servicio por su cuenta puede recibir una intervención psicológica por parte del residente en medicina conductual. A pesar de contar con este servicio, no fue posible realizar esta actividad dentro del tiempo en la residencia debido al retiro obligado y necesario por la COVID-19.
- c) Interconsultas: Además de la atención a los pacientes durante el periodo de hospitalización, es posible que al residente en medicina conductual se le solicite de otro tipo de servicios, tales como: urgencias (ya sea en sala de espera o en triage), pediatría y terapia intensiva. En el caso propio, fueron dos las

interconsultas brindadas debido al retiro por la COVID-19, mismas que surgieron de los servicios de urgencias y pediatría respectivamente.

Fue así que, el servicio de urgencias solicitó la atención de la residente debido a que la cuidadora informal de un paciente se encontraba en crisis posterior a que éste falleció; para lo cual, se atendió la crisis de la cuidadora del paciente, de modo que ésta pudiera continuar con los trámites pertinentes al deceso dentro del hospital.

Por su parte, el servicio de pediatría requirió de la residente con el objetivo de atender la falta de adherencia al tratamiento médico por parte de un paciente menor de edad; en este caso se requirió de una intervención conductual que consistió en las siguientes técnicas: psicoeducación (a madre y paciente), modelamiento, moldeamiento y manejo de contingencias, a fin de instigar al paciente a la deambulacion postoperatoria, ingesta de alimentos indicados por el médico y canalización intravenosa.

En la tabla 1 se puede observar el cronograma de las actividades diarias del residente en Medicina Conductual.

Tabla 1*Cronograma de actividades*

	Lunes	Martes	Miércoles	Jueves	Viernes
7:00 am	Entrada y organización de actividades	Entrada y organización de actividades	Entrada y organización de actividades	Entrada y organización de actividades	Entrada y organización de actividades
8:00 am	Pase de visita	Pase de visita	Pase de visita	Pase de visita	Pase de visita
11:00 am	Valoración de pacientes para la atención por el servicio de Medicina Conductual	Valoración de pacientes para la atención por el servicio de Medicina Conductual	Valoración de pacientes para la atención por el servicio de Medicina Conductual	Valoración de pacientes para la atención por el servicio de Medicina Conductual	Valoración y atención de pacientes para la atención por el servicio de Medicina Conductual
11:10 am a 1:30 pm	Atención a pacientes en hospitalización	Atención a pacientes en hospitalización	Atención a pacientes en hospitalización	Atención a pacientes en hospitalización	Supervisión y sesión académica
1:30 pm	Elaboración de notas clínicas	Elaboración de notas clínicas	Elaboración de notas clínicas	Elaboración de notas clínicas	Supervisión y sesión académica
2:50 pm	Organización de expedientes clínicos y salida	Organización de expedientes clínicos y salida	Organización de expedientes clínicos y salida	Organización de expedientes clínicos y salida	Organización de expedientes clínicos, elaboración de notas clínicas y salida

Nota: Actividades llevadas a cabo diariamente por la residente en Medicina Conductual en el servicio de Cirugía General.

Elaboración propia.

3.2 Atención a pacientes en hospitalización

Durante la estancia en el Hospital General de Atizapán, del 3 de febrero al 17 de marzo de 2020, se realizaron un total de 109 atenciones. De las personas atendidas, 66 fueron de género masculino y 43 de género femenino. Como característica de edad, se observó que la media para el género masculino fue de 46.47 años, la edad mínima fue de 7 años y la máxima de 72 años de edad; por otro lado, para el género femenino se observó una media de 55.12 años, resultando como edad mínima 26 años de edad y máxima de 71 años. Estas características se pueden observar en la tabla 2.

Tabla 2

Características de los pacientes atendidos

Sexo	N	Mínimo	Máximo	Media	DE
Masculino	66	7	72	46.47	25.03
Femenino	43	26	71	55.12	13.95

Nota: Datos descriptivos de los pacientes atendidos en el servicio de Cirugía General. Elaboración propia.

Cabe mencionar que todas las intervenciones dentro del hospital se dieron en el área de hospitalización, tanto a los pacientes como a sus familiares en caso de ser requerido y valorado por la psicóloga.

En el servicio de cirugía, los diagnósticos médicos que predominaron en los pacientes atendidos y, por los que se programaron a intervención quirúrgica, fueron los reportados en la tabla 3.

Tabla 3*Diagnósticos médicos*

Diagnóstico médico	Número de pacientes
Pancreatitis aguda	23
Pie diabético	3
Fractura cerrada	30
Amputación	4
Desbridamiento mecánico	24
Apendicitis	2
Colecistitis	9
Hernia inguinal	4
Oclusión intestinal	3
Adherenciolisis	12
Ileostomía	8
Lavado quirúrgico	6

Nota: Número de pacientes atendidos en el área de hospitalización de acuerdo el diagnóstico médico. Elaboración propia.

Para la evaluación psicológica de los pacientes atendidos, se aplicaron principalmente 4 instrumentos, entre los cuales destacaron: el Inventario de Ansiedad Rasgo-Estado (IDARE), la Escala de Ansiedad y Depresión Hospitalaria (HADS, por sus siglas en inglés), el cuestionario Brief-COPE; además del uso de Escalas Visuales Análogas (EVA) y Escalas Numéricas Análogas (ENA). En la tabla 4 se puede observar el número de pacientes evaluados con cada uno de los instrumentos.

Tabla 4*Instrumentos de evaluación*

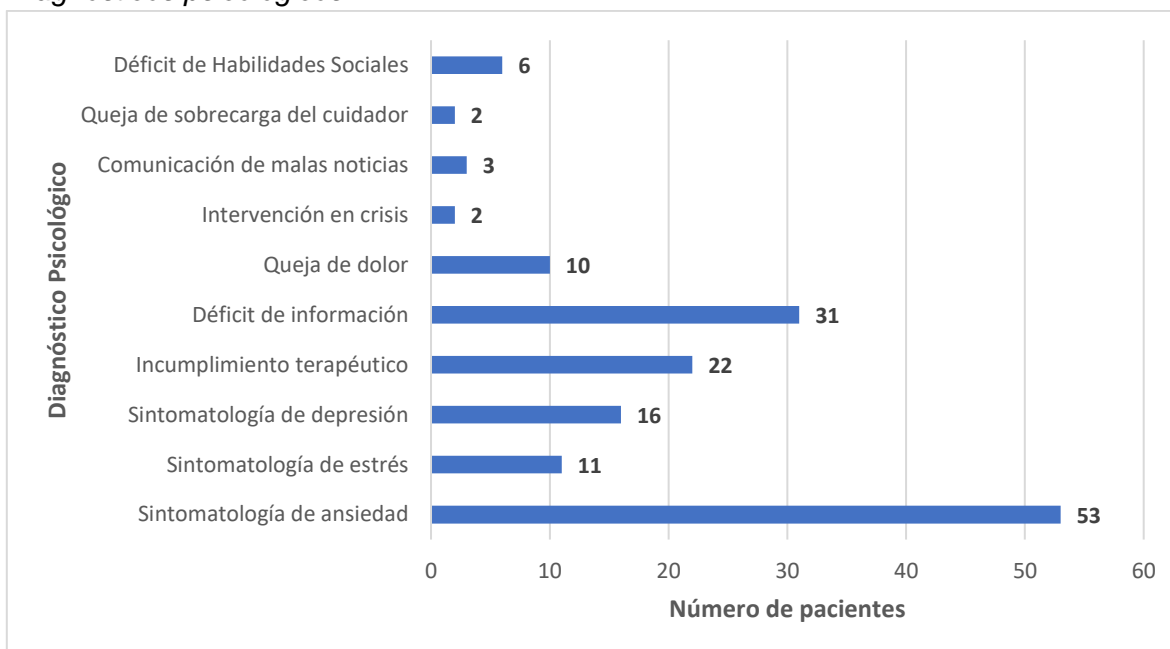
Instrumento de Evaluación	Frecuencia de uso
Escala Visual Análoga	16
BRIEF Cope	2
HADS	9
IDARE	1

Nota: Número de pacientes en el área de hospitalización evaluados con los diferentes instrumentos estandarizados. Elaboración propia.

A partir de esta evaluación, se realizó una valoración de los problemas psicológicos mayormente presentados en los pacientes atendidos, predominando los siguientes: sintomatología de ansiedad, sintomatología de estrés, sintomatología de depresión, incumplimiento terapéutico, déficit de información, queja de dolor, intervención en crisis, comunicación de malas noticias, queja de sobrecarga del cuidador y déficit

de habilidades sociales. En la figura 4 se refiere el número de pacientes que presentaron los diferentes diagnósticos psicológicos.

Figura 4
Diagnósticos psicológicos



Nota: Problemas psicológicos detectados en los pacientes atendidos en el área de hospitalización. *Nota:* Los diagnósticos no son incompatibles, sino que cada paciente puede presentar dos o más diagnósticos a la vez. Elaboración propia.

Una vez realizada la evaluación psicológica de los pacientes, se implementaron intervenciones breves en el área de hospitalización, antes o después de la cirugía programada; se observó que las técnicas más utilizadas fueron: la distracción instrumental, respiración rítmica y psicoeducación (figura 5), lo cual evidencia que los pacientes requerían de mayor información asociada con sus enfermedades e intervenciones quirúrgicas, además de la necesidad de técnicas de relajación y distracción para su estancia hospitalaria.

Asimismo, en la tabla 5 se pueden observar las técnicas implementadas para cada uno de los problemas psicológicos detectados, teniendo como resultados un mayor uso de técnicas de relajación para los pacientes que presentaron sintomatología de ansiedad, seguidas por psicoeducación, manejo de contingencias y distracción instrumental.

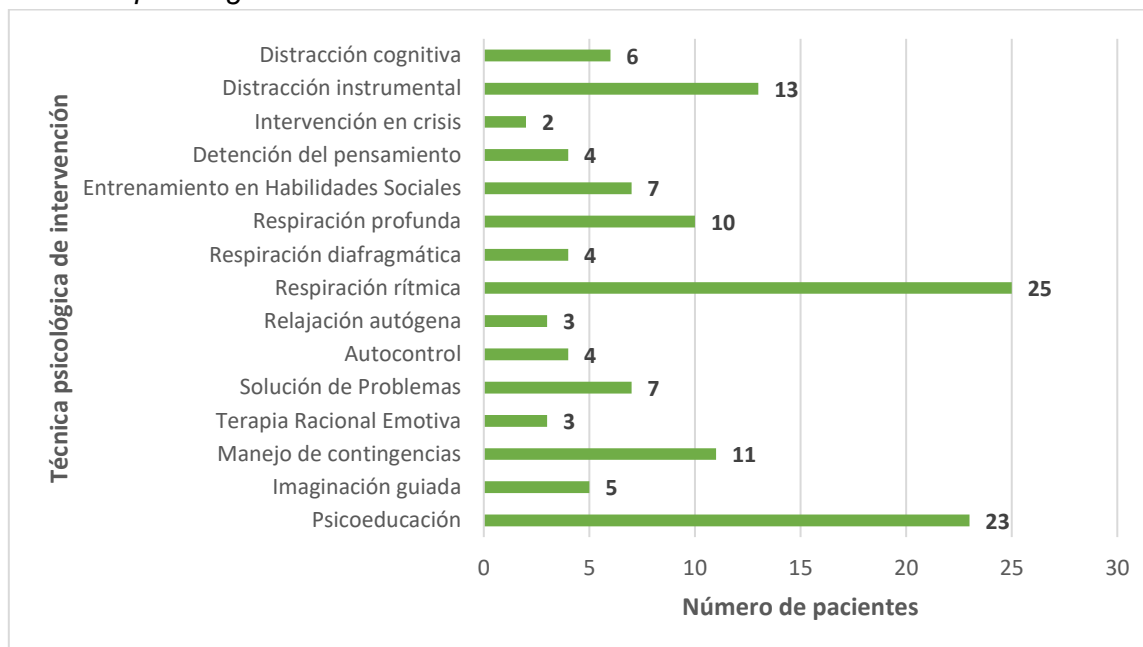
En otro sentido, se utilizaron técnicas conductuales, como psicoeducación, solución de problemas, entrenamiento en habilidades sociales y distracción instrumental para aquellos que presentaron sintomatología de estrés (tabla 5).

En cuanto a la presencia de respuestas de depresión durante la hospitalización, las técnicas más utilizadas fueron elementos cognitivos de la Terapia Racional Emotiva, detención del pensamiento y distracción instrumental (tabla 5).

Por su lado, para las respuestas derivadas a partir del incumplimiento terapéutico en hospitalización se implementaron principalmente el manejo de contingencias, autocontrol y distracción instrumental (tabla 5).

De igual manera, se observó un alto número de pacientes (31 pacientes) que presentaron déficit de información, con quienes se implementaron técnicas de psicoeducación y elementos del entrenamiento en habilidades sociales; por otra parte, para la queja de dolor de los pacientes hospitalizados, se implementaron técnicas de relajación a partir de imaginación guiada, respiración diafragmática y respiración profunda; por último, para las problemáticas de comunicación de malas noticias y de la queja de sobrecarga del cuidador, se implementaron las estrategias psicológicas de psicoeducación y solución de problemas (tabla 5).

Figura 5
Técnicas psicológicas



Nota: Número de pacientes intervenidos en el área de hospitalización de acuerdo con las técnicas psicológicas de corte cognitivo-conductual. Elaboración propia.

Tabla 5.
Técnicas psicológicas por diagnóstico

Diagnóstico psicológico	Técnica psicológica utilizada	Pacientes intervenidos
Sintomatología de ansiedad	Psicoeducación	9
	Imaginación guiada	1
	Manejo de contingencias	2
	Relajación autógena	2
	Respiración rítmica	4
	Respiración diafragmática	1
	Respiración profunda	18
	Distracción instrumental	3
Sintomatología de estrés	Psicoeducación	3
	Solución de problemas	1
	Entrenamiento en Habilidades Sociales	1
	Distracción instrumental	1
Sintomatología de depresión	Terapia Racional Emotiva	1
	Detención del pensamiento	3
	Distracción instrumental	3
Incumplimiento terapéutico	Manejo de contingencias	8
	Autocontrol	4
	Distracción Instrumental	1
Déficit de información	Psicoeducación	9
	Entrenamiento en Habilidades Sociales	5
Queja de dolor	Imaginación guiada	1
	Respiración diafragmática	2

	Respiración profunda	3
Crisis	Intervención en crisis	2
Comunicación de malas noticias	Psicoeducación	1
Queja de sobrecarga del cuidador	Solución de Problemas	2

Nota: Técnicas utilizadas en los pacientes intervenidos en hospitalización, de acuerdo al diagnóstico psicológico detectado. Elaboración propia.

3.3 Otras actividades relacionadas dentro de la sede hospitalaria

Además de la atención a pacientes dentro del hospital, el residente en medicina conductual deberá cumplir con actividades académicas dentro de la sede hospitalaria, mismas que se dividen en: supervisión *in situ* y sesiones académicas.

- a) Supervisión *in situ*: Durante la estancia hospitalaria, la residente de Medicina Conductual contó con la supervisión de la Lic. en Psic. Ma. Areli Fernández Uribe, quien se encargó de brindar retroalimentación y guía en los casos difíciles atendidos en el ámbito hospitalario, además de atender la comunicación adecuada entre los médicos adscritos y practicantes. Cabe mencionar que no existió maltendimiento alguno con el personal médico o de enfermería; sin embargo, se solicitó el apoyo de la supervisora insitu en la interconsulta del servicio de urgencias mencionado anteriormente.
- b) Sesiones académicas: Con fines de aprendizaje de conocimientos y habilidades para la atención de los pacientes en el ámbito hospitalario y retroalimentación en casos clínicos, se realizaron sesiones académicas dentro de las instalaciones del HGA, éstas estuvieron a cargo del Mtro. Leonardo Reynoso Erazo y en las cuales se realizó la revisión de artículos científicos asociados a la Medicina Conductual, además de la presentación de casos clínicos de pacientes atendidos en el ámbito hospitalario. Durante la presente práctica académica, se tuvieron en total cinco sesiones académicas que consistieron en la revisión de artículos científicos, así como en la retroalimentación de dos casos clínicos por parte de las anteriores residentes (R2).

4. Adecuación de actividades presenciales a modo *online* debido a la contingencia por COVID-19

El 17 de marzo de 2020, debido a la contingencia por COVID-19, las residentes en Medicina Conductual fueron retiradas del HGA, trasladando las actividades académicas y prácticas a modo remoto. Fue por ello, que se tuvieron que realizar adecuaciones ante esta nueva manera de educación y atención a pacientes con enfermedades crónico degenerativas

4.1 Sesiones académicas

Para la adecuación de la atención en línea a pacientes con enfermedades crónico degenerativas, se realizaron diversas sesiones académicas, las cuales consistieron en la presentación y análisis de artículos científicos asociados a la atención en línea en psicología clínica y de la salud. Además, se realizaron sesiones de simulación de casos clínicos, en los cuales se analizaron videos pregrabados por residentes anteriores, observando las áreas de oportunidad de cada uno, así como la realización del Análisis Funcional de la Conducta con el fin de generar posibles intervenciones y practicar para la atención de pacientes en línea.

No obstante, ante la falta de práctica directamente con pacientes en el ámbito hospitalario, en conjunto al supervisor académico se tomó la decisión de brindar atención en línea a pacientes con alguna enfermedad crónica que presentara problemáticas psicológicas. Para ello, se revisaron artículos científicos además de las bases éticas en torno a la telepsicología.

Posteriormente, se brindó a las residentes en Medicina Conductual un taller de entrevista adaptado al modo remoto, considerando las bases éticas revisadas anteriormente, además de analizar los posibles pacientes a atender de acuerdo a los artículos revisados.

En este sentido, se encontró que no había mucha posibilidad de atención a pacientes quirúrgicos, por lo que se decidió realizar un plan de intervención hacia una población más específica: personas que vivieran con Diabetes Mellitus y

Enfermedad Renal Crónica; enfermedades que comúnmente se presentaban en el servicio de Medicina Interna dentro del HGA.

4.2 Formulación de un programa *online* para pacientes con estrés y enfermedades crónicas (Diabetes Mellitus y Enfermedad Renal Crónica)

Como primera propuesta, se comentó la posibilidad de brindar atención gratuita al personal de salud (medicina, enfermería, entre otros) que se encontrara en primera línea de atención ante la COVID-19 y que percibiera presentar estrés. No obstante, ante la observación de la falta de adherencia en este tipo de población a intervención psicológica, además de la gran cantidad de programas en la misma línea, se decidió modificar la población inicial.

Fue de esta manera y aunado a la revisión sistemática realizada en diferentes buscadores de artículos científicos, que se propuso la atención en línea para personas que vivieran con Diabetes Mellitus (DM) y Enfermedad Renal Crónica (ERC) y que presentaran respuestas características de estrés, es decir que percibieran no poder lidiar con la enfermedad, además de las reacciones fisiológicas de este problema psicológico.

4.2.1 Formulación de una guía para el paciente con Diabetes Mellitus / Enfermedad Renal Crónica y estrés

Ante la observación de los problemas psicológicos más frecuentes asociados a la DM y a la ERC, se encuentra que pacientes con estas enfermedades presentan una gran dificultad para la adaptación al nuevo estilo de vida que deben llevar a cabo, además de los diferentes tratamientos, tanto farmacológicos como invasivos, tales como: la aplicación de la insulina para personas diabéticas y procedimientos como cateterismo y diálisis en personas con ERC (Vázquez et al., 2009).

Al presentar respuestas de estrés, las personas con estos diagnósticos pueden tener repercusiones a nivel fisiológico (presión arterial, frecuencia cardiaca elevadas, resistencia a la insulina, entre otras), mismas que pueden desencadenar complicaciones de la enfermedad (Bruce et al., 2009; Bruce et al., 2015).

Es en este sentido que se decidió realizar un programa de intervención para el paciente con Diabetes Mellitus y Enfermedad Renal Crónica con respuestas de estrés y adaptarlo al modo *online*.

Este programa estuvo constituido por diferentes etapas: 1) la creación de dos guías para el terapeuta que contienen líneas de intervención específica, 2) el desarrollo de dos guías para el paciente derivados del programa de intervención planificado en conjunto, 3) la creación de material psicoeducativo para la atención *online* y 4) el desarrollo de un sitio web para la promoción y captación de pacientes.

Con fines de mi productividad en este proyecto, a continuación, se detalla la información contenida en la guía para pacientes que viven con Diabetes Mellitus, el material psicoeducativo para la intervención psicológica y el sitio web, ya que fue mi principal intervención.

4.2.2 Desarrollo de la guía para pacientes: *Viviendo con Diabetes Mellitus: pautas y sugerencias para controlar mi estrés.*

Tal y como lo mencionan De la Torre y Pardo (2018), las Tecnologías de la Información y Comunicación (TIC) han tenido gran auge y han modificado las formas de comunicación, investigación e intervención en salud, facilitando así el acceso a la población a videoconferencias, videos, folletos, audios, imágenes, consultas médicas e incluso psicológicas y psiquiátricas.

Asimismo, se optó por la creación de materiales psicoeducativos para el acceso libre de los pacientes en plataformas digitales de modo sincrónico. Mismos que, tal y como en el modo presencial, son de gran uso e importancia para el apego al tratamiento psicológico por parte de los pacientes. Los materiales comúnmente desarrollados en plataformas digitales para enfermedades como la Diabetes Mellitus son: infografías, folletos y videos.

Ante esta revisión, se desarrolló una guía para el paciente que vive con Diabetes Mellitus y que presenta respuestas de estrés (disponible en: <https://www.mciztacala.org/diabetes-mellitus-y-estreacutes.html>), con el fin de brindar información clara, certera y verificada referente al diagnóstico de DM,

además de dar una orientación psicológica aunada a la intervención *online* sincrónica por un terapeuta previamente entrenado y especializado en la temática. Esta guía se utilizó con algunos pacientes que acudieron al servicio en línea como seguimiento del tratamiento psicológico (en el anexo 1 se presenta la portada de dicha guía).

La guía para pacientes se encuentra dividida por tres módulos principales:

- a) Módulo I. *Conociendo mi enfermedad: Diabetes Mellitus*; en el cual se brinda una psicoeducación al paciente acerca de su enfermedad, atendiendo temáticas como: definición de la glucosa e insulina y su relación con la DM, los síntomas y complicaciones de la Diabetes y estrategias conductuales para la modificación de alimentación y actividad física.
- b) Módulo II. *Estrés y Diabetes Mellitus: ¿Cómo se relaciona el estrés con mi enfermedad?*: En este módulo se explica al paciente la definición de estrés, los estilos de afrontamiento, así como la identificación de estresores asociados con su enfermedad en su vida cotidiana.
- c) Módulo III. *Intervención psicológica para el estrés: Aprendiendo a controlar el estrés*: En el tercer y último módulo de la guía para pacientes, se integran las técnicas psicológicas elegidas para la intervención multicomponente para el paciente (relajación, autoinstrucciones y solución de problemas).

Cabe mencionar que, esta guía es un apoyo para el terapeuta y el paciente, ya que aunada a la atención sincrónica, se entregó la guía y el paciente pudo consultar las diferentes técnicas y ejercicios que se encuentran en la misma.

Además, es relevante comentar que esta guía se encuentra en proceso de entrega de número ISBN.

4.2.3 Diseño de material psicoeducativo

4.2.3.1 Infografías

Aunado a la guía para pacientes como material psicoeducativo escrito, se desarrollaron cuatro infografías para los pacientes con el fin de dar a conocer a la

población la importancia de ingresar a una intervención psicológica *online*. A continuación, se describe cada infografía desarrollada:

- Infografía *Terapia Psicológica en línea*: Este material responde a tres preguntas principales: *¿Qué es la terapia en línea?*, *¿Qué beneficios tiene la terapia en línea?* y *¿Cómo recibo terapia en línea?* En las cuales, se explica al paciente de manera general que la atención psicológica *online* es una adecuación de la terapia convencional presencial a través de medios electrónicos, teniendo el mismo objetivo que ésta: “Mejorar la calidad de vida y disminuir el malestar emocional, además de adquirir estrategias para el cambio conductual de una persona”; asimismo, se mencionan los beneficios más viables para el paciente, como lo son: la flexibilidad de horarios, el seguimiento de las medidas sanitarias actuales por la pandemia por COVID-19 y el menor costo económico y en tiempo de traslados a un consultorio presencial. Por otro lado, se menciona que, para fines del servicio de Medicina Conductual en línea, la terapia se brindará por medio de plataformas como Zoom y/o Google Meet, comentando los pasos para agendar una cita (enviar correo, responder formulario, contacto psicólogo-paciente y envío del link de acceso). Esta infografía se puede visualizar en el siguiente enlace: <https://www.mciztacala.org/atencioacuten-psicoloacutegica-en-liacutenea.html> y en el Anexo 2.
- Infografía *Preparándome para mi terapia en línea*: Este material atiende dos momentos específicos de la atención por videollamada. En ella se precisan indicaciones y recomendaciones para antes y durante la videollamada, entre las cuales destacan: Intentar tener la mayor privacidad posible, revisar la conexión antes de ingresar al enlace, estar listo 10 minutos antes, buscar una silla cómoda, mantener en silencio otros dispositivos, cuidar la iluminación, uso de chat en caso de falta de conexión y la recomendación de tener cerca un vaso con agua y pañuelos. Esta infografía se puede visualizar en el siguiente enlace: <https://www.mciztacala.org/atencioacuten-psicoloacutegica-en-liacutenea.html> y en el Anexo 3.
- Infografía *Reglas para una adecuada convivencia terapéutica*: En esta infografía se presentan ocho reglas específicas para la adecuada interacción terapeuta-

paciente, entre ellas se refieren: la puntualidad, la evitación de distracciones e interrupciones, la búsqueda de lugar adecuado, el mantenimiento de la cámara activada durante toda la sesión, la comunicación respetuosa, la justificación de ausencias, la manera de reagendar y la firma del consentimiento informado por parte de los pacientes. Esta infografía se puede visualizar en el siguiente enlace: <https://www.mciztacala.org/atencioacuten-psicoloacutegica-en-liacutenea.html> y en el Anexo 4.

- Infografía *Viviendo con: Enfermedad Renal Crónica*: Este material se desarrolló con el objetivo de difusión de la terapia psicológica para dicha enfermedad. En ésta, se abordó la relevancia del acercamiento a la terapia por parte del paciente, describiendo de manera general algunas temáticas a abordar en sesión psicológica, tales como: estrés, depresión, cambios en los estilos de vida y ansiedad. Es preciso mencionar que se solicitó del apoyo de los administradores de la página *Nefrología Integral* en la red social *Facebook* a fin de dar a conocer el servicio. Esta infografía puede visualizarse en el siguiente enlace: <https://www.facebook.com/nefrologia.integral.cdmx/photos/1021746805001369> y en el Anexo 5.

4.2.3.2 Videos psicoeducativos

Por otro lado, se ha comprobado en varios estudios (Vugt et al., 2013; Cassimatis & Kavanagh, 2012; Pal et al., 2014; Ramadas, 2011) que, aunado al material psicoeducativo escrito, el apoyo en audios y videos para la intervención psicológica en modo *online*, puede promover el cambio de comportamiento y la adherencia a la intervención médica y psicológica. En esta línea, se decidió realizar siete videos psicoeducativos, con los cuales las residentes se pudieran apoyar para la atención psicológica a los pacientes diagnosticados con DM y que presenten respuestas de estrés.

Primeramente, se desarrolló un video psicoeducativo acerca de la enfermedad (Diabetes Mellitus), centrándose en temáticas como: explicación de lo que es la glucosa e insulina, etiología, síntomas, complicaciones y tratamientos farmacológico

y no farmacológico; además, se explica de manera general la definición de estrés y los estilos de afrontamiento al mismo. Este video fue realizado por la residente (imagen ilustrativa en Anexo 6).

Posteriormente, se realizaron dos videos que hablan de la técnica de relajación pasiva a partir de dos tipos de respiración: diafragmática y rítmica; en los cuales se presentan aspectos como: la relación entre tensión y sintomatología de estrés con la relajación, así como los pasos a seguir cada una de estas dos técnicas de relajación. Estos videos fueron realizados por la residente (imagen ilustrativa en Anexo 7).

Además, se presenta un video que explica la técnica de autoinstrucciones, ejemplificando situaciones asociadas a la enfermedad que puedan generar respuestas de estrés en el paciente. Este video fue realizado por la residente (imagen ilustrativa en Anexo 8).

Por último, se desarrollaron tres videos referentes a la técnica Solución de Problemas, de igual manera con situaciones asociadas a la enfermedad que posiblemente puedan generar estrés. Cabe mencionar que estos videos estuvieron a cargo de otras residentes.

Estos videos tienen una duración de aproximadamente cinco minutos cada uno y se encuentran en el siguiente enlace: <https://www.mciztacala.org/diabetes-mellitus-y-estreacutes.html>

4.2.3.3 Creación de sitio web

De la Torre y Pardo (2018), afirman que, para la adecuación de una intervención psicológica *online*, es necesario optar por plataformas en línea, sitios web, páginas en redes sociales o plataformas de acceso restringido.

Fue así como, se decidió construir un sitio web con el objetivo de promover el servicio de atención en modo *online* y que éste funcionara como un apoyo de modo sincrónico para el paciente, donde pudiera consultar la guía anteriormente descrita, así como los videos e infografías mencionadas.

El sitio web presenta las siguientes pestañas:

- *Inicio*: En esta pestaña se incluye una breve definición de *Medicina Conductual*, las especialidades y el tipo de población atendida, los beneficios de recibir atención por parte del servicio, así como la misión, visión y objetivo creados por las residentes (imagen ilustrativa en Anexo 9).
- *Atención psicológica en línea*: Aquí, se describe la definición y las etapas de la terapia *online*, se presentan las infografías sobre terapia psicológica en línea, además de una guía para la instalación de la plataforma Zoom para la atención. De igual forma, esta pestaña se encuentra dividida en las diferentes especialidades que se atienden en el servicio: estrés en personal de salud, estrés en enfermedad crónica (DM y ERC) (aquí se encuentran los videos psicoeducativos y guías para pacientes), manejo conductual para enfermedades cardiovasculares, depresión y enfermedad crónica y apego a tratamiento. En cada una de ellas se describe la definición del malestar psicológico y su relación con la enfermedad crónica, además de la invitación a contactarse vía correo electrónico (imagen ilustrativa en Anexo 9).
- *El equipo*: En la que se presenta al equipo de trabajo (las residentes en curso y los supervisores de la Residencia).
- *Contacto*: Por último, en esta pestaña se presenta un breve formulario para facilitar el contacto de las terapeutas con los pacientes, en el cual se solicitan algunos datos sociodemográficos, tales como: nombre, dirección de correo electrónico, teléfono, motivo de consulta y tres preguntas que ayudaron a definir si el paciente podía ser atendido por el servicio o ser referido a otro más idóneo. Dichas preguntas fueron: *¿Padeces de alguna enfermedad crónica?*, *¿Eres cuidador de una persona con enfermedad crónica?* y *¿Eres personal de salud y percibes que tienes estrés?* (imagen ilustrativa en Anexo 9).

La dirección del sitio web desarrollado es la siguiente y actualmente continúa en funcionamiento: <https://www.mciztacala.org/>

4.3 Atención *online* a pacientes con enfermedades crónicas

A partir del 10 de diciembre de 2020 se comenzó con la atención a los pacientes en modalidad *online*, desde entonces y hasta el 25 de junio de 2021 se recibieron un total de 157 personas interesadas en el servicio de atención en línea, de las cuales 38 fueron del género masculino y 118 de género femenino (tabla 6).

Tabla 6

Características de la población atendida. Sexo.

Sexo	Frecuencia	Porcentaje
Masculino	38	24.2
Femenino	118	75.2
Total	157	100

Nota: Sexo de los pacientes recibidos en el programa de atención psicológica en línea: Medicina Conductual. Elaboración propia.

En cuanto a las edades de los pacientes atendidos, se observó que la mayor parte de aquellos interesados en recibir atención psicológica se encontraban entre los 18 y 29 años (45.9%). Sin embargo, debido a que uno de los modos de captación de los pacientes fue a través de correo electrónico y algunos de ellos no mencionaron su edad, existen datos perdidos en esta variable (tabla 7).

Por otro lado, se observó mayor frecuencia en cuanto a las personas residentes de la Ciudad de México, seguidos por aquellos que viven en el Estado de México y el resto de los interesados eran de otros estados, como: Hidalgo, Jalisco, Michoacán, Morelos, Nuevo León, Oaxaca, Querétaro, Tlaxcala, Baja California y Coahuila (tabla 8).

Tabla 7*Características de la población atendida. Edad.*

Rango de edad	Frecuencia	Porcentaje
15 a 17 años	3	1.9
18 a 29 años	72	45.9
30 a 39 años	16	10.2
40 a 49 años	6	3.8
50 a 59 años	5	3.2
70 o más	4	2.5
Total	106	67.5
Perdidos	51	32.5
Total + perdidos	157	100

Nota: Edades de los pacientes recibidos en el programa de atención psicológica en línea: Medicina Conductual.

Tabla 8*Características de la población atendida. Residencia.*

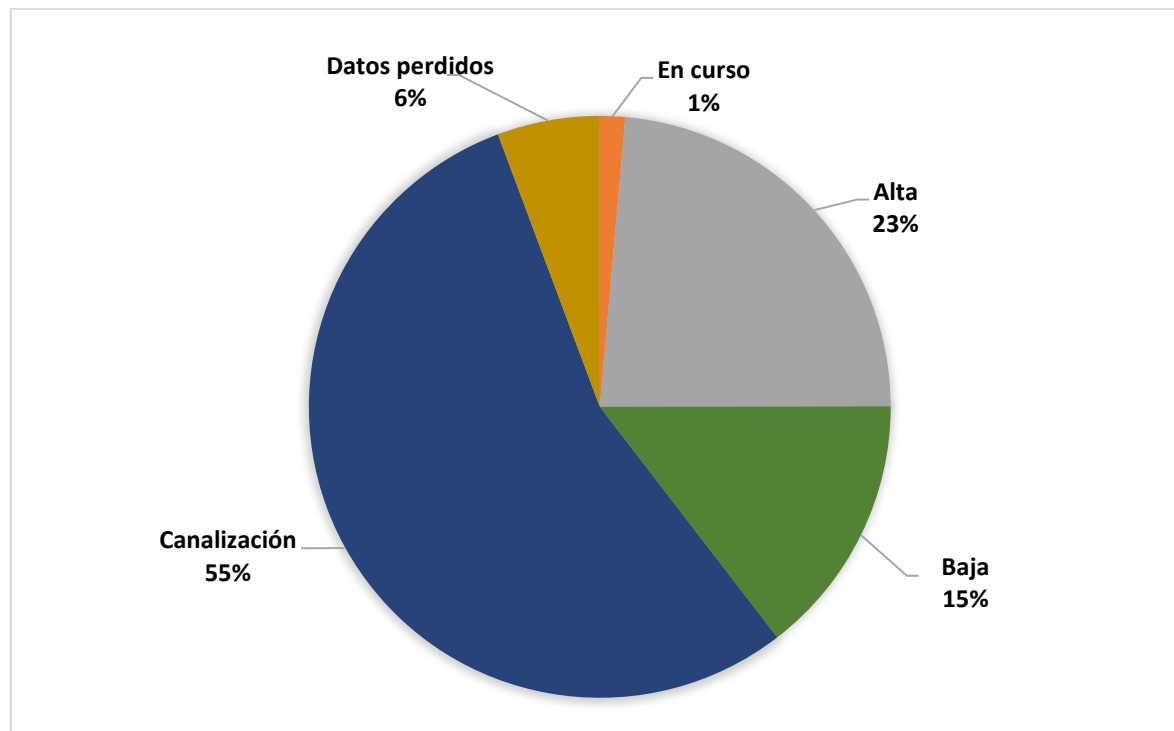
Residencia	Frecuencia	Porcentaje
CDMX	36	22.9
Hidalgo	2	1.3
Jalisco	1	.6
Michoacán	1	.6
Morelos	2	1.3
Nuevo León	1	.6
Estado de México	34	21.7
Oaxaca	1	.6
Querétaro	2	1.3
Tlaxcala	1	.6
Guatemala	1	.6
Baja California	1	.6
Coahuila	3	1.9
Total	157	100

Nota: Residencia de los pacientes recibidos en el programa de atención psicológica en línea: Medicina Conductual.

De los 157 pacientes recibidos en el servicio, 86 fueron referidos a otros servicios por presentar características distintas a la atención que se brindó, 37 fueron atendidos y dados de alta con éxito, 23 se les brindó baja por diferentes circunstancias externas a las terapéutas y 2 se encuentran en atención online actualmente (figura 6).

Figura 6

Estatus de atención



Nota. Elaboración propia

Al realizar la publicidad del servicio en Medicina Conductual en línea se hizo énfasis en la población a atender; no obstante, el 79.4% de los pacientes recibidos no referían un diagnóstico médico, ser cuidadores de alguna persona con enfermedad crónico-degenerativa o personal de salud. A pesar de ello, el 20.6% restante fueron pacientes con alguna enfermedad crónico-degenerativa, los diagnósticos atendidos se reportan en la tabla 9.

Aunado a ello, en algunos de los pacientes atendidos con un diagnóstico médico, se presentó un diagnóstico adicional, como los enlistados en la tabla 10; por lo que

las intervenciones psicológicas tuvieron que realizarse tomando en cuenta las condiciones de los pacientes ante este segundo diagnóstico.

Tabla 9

Primer diagnóstico médico

Diagnóstico médico	Número de pacientes
Diabetes Mellitus tipo 1	2
Síndrome de mala absorción	1
Tumor pulmonar	1
Artritis Reumatoide	3
Brucelosis	1
Gastritis	4
Ovario poliquístico	2
Dolor neuropático	1
Fibromialgia	2
Cáncer	2
Diabetes Mellitus tipo 2	2
Hipertensión Arterial Sistémica	1
Enfermedad Renal Crónica	2
Asma	4
Sin diagnóstico médico	123

Nota: Pacientes atendidos que presentaron diagnóstico médico en el programa de atención psicológica en línea: Medicina Conductual. Elaboración propia.

Tabla 10

Segundo diagnóstico médico

Diagnóstico médico	Número de pacientes
Colitis	1
Asma	1
Desgaste C4 y C5	1
Endometrosis	1
Enfermedad Renal Crónica	1
Hipertensión Arterial Sistémica	1
Hipotiroidismo	1
Lupus	1
Ovario Poloquístico	1

Nota: Segundo diagnóstico médico de los pacientes atendidos en el programa de atención psicológica en línea: Medicina Conductual. Elaboración propia

Con el fin de realizar un programa de intervención individualizado para los pacientes en atención, se aplicaron una serie de instrumentos dependiendo de la primera entrevista conductual, mismos que se reportan en la tabla 11; cabe mencionar que para la evaluación de un paciente no se limitó a la aplicación de un solo instrumento, por el contrario, se realizaron baterías a partir de lo encontrado en la entrevista conductual de primera vez.

Tabla 11

Instrumentos de evaluación

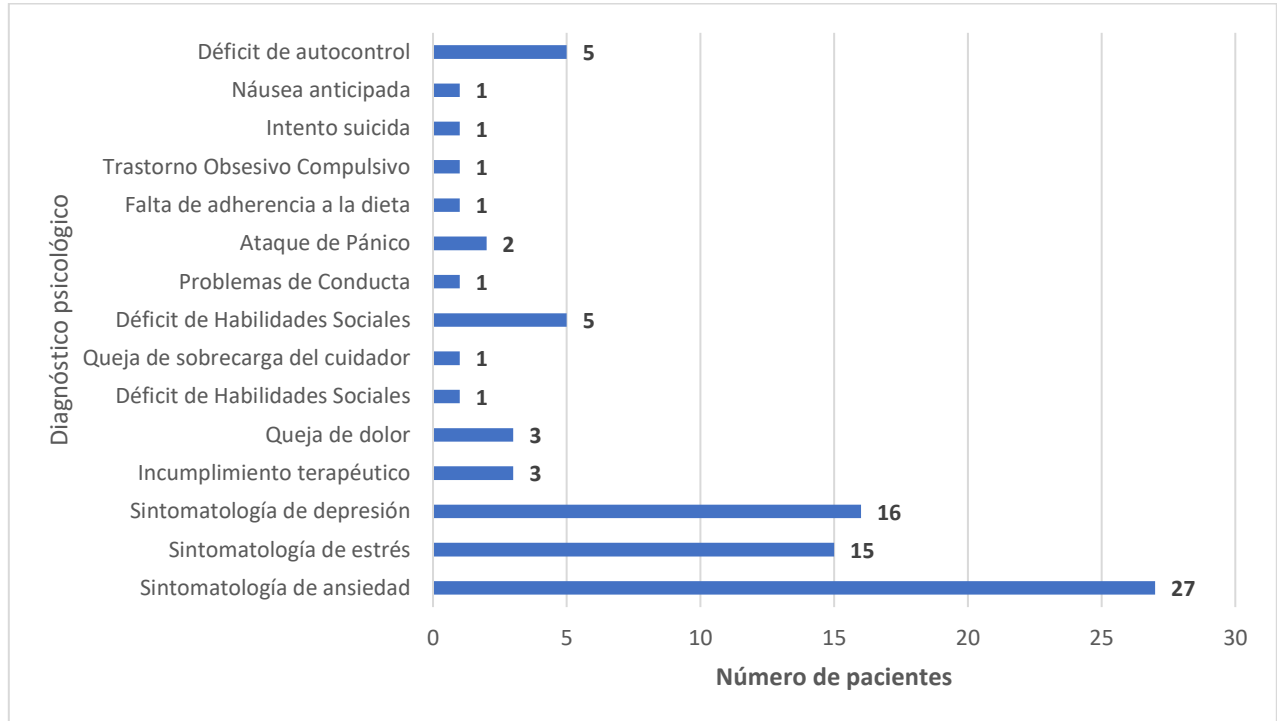
Instrumento de evaluación	Número de pacientes
BDI II	10
Evaluación de estrés	11
Checklist de ansiedad	4
Escala Numérica Análoga	27
Escala Karnofsky	5
HADS	3
IDARE	4
Escala Visual Análoga	6
BAI	4
WHOQOL-BREF	3
Escala de Depresión Geriátrica	1
BADS	2

Nota: Instrumentos utilizados para la evaluación psicológica de los pacientes atendidos en el programa de atención psicológica en línea: Medicina Conductual. Elaboración propia.

Una vez realizada la evaluación individual de los pacientes en atención *online*, se analizaron los datos de los instrumentos en conjunto a las entrevistas conductuales, brindando diagnósticos psicológicos, los cuales se muestran en la figura 7.

Figura 7

Diagnóstico Psicológico

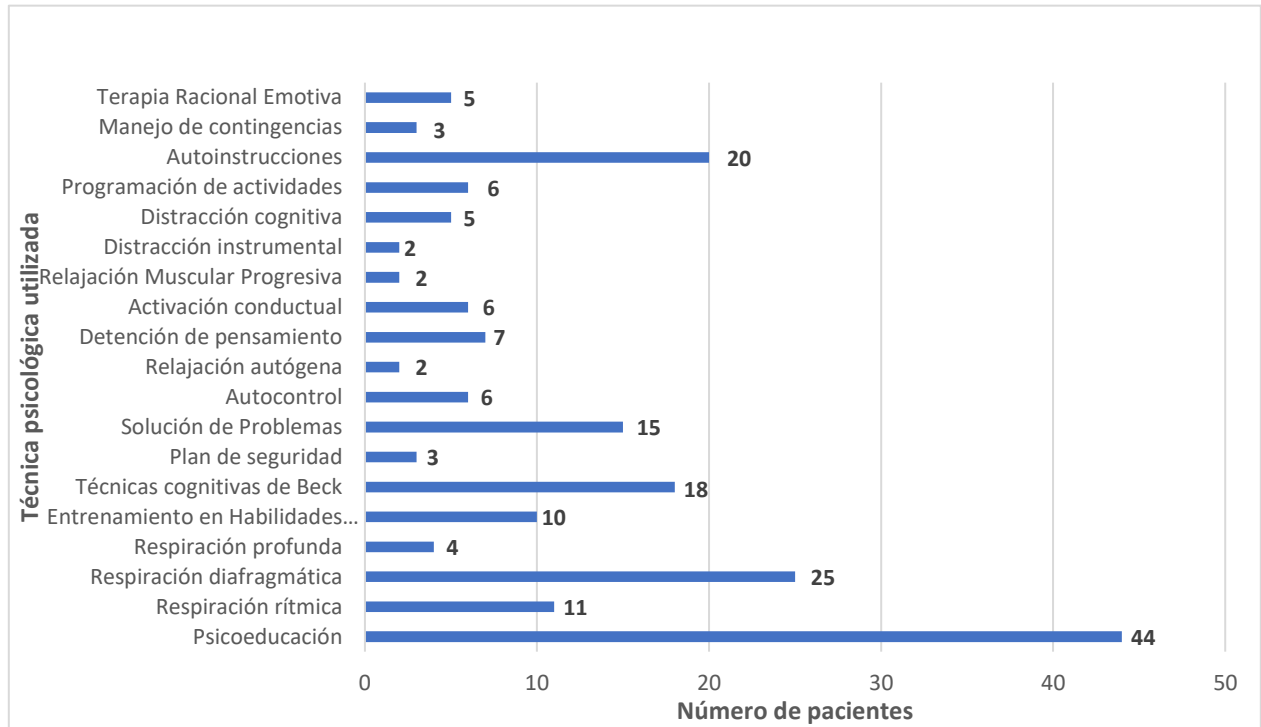


Nota: Diagnósticos psicológicos derivados de la evaluación psicológica en los pacientes atendidos en el programa de atención psicológica en línea: Medicina Conductual. Elaboración propia.

A partir de la evaluación psicológica y de los diagnósticos establecidos por las terapeutas, se realizaron programas de intervención multicomponentes individualizados considerando los diagnósticos médicos de cada uno de los pacientes en atención. Estos programas estuvieron conformados por técnicas psicológicas específicas, tales como: psicoeducación, respiración rítmica, respiración diafragmática, respiración profunda, elementos del Entrenamiento en Habilidades Sociales, técnicas cognitivas, elementos de la Terapia en Solución de Problemas, técnicas conductuales para el autocontrol, relajación autógena, detención de pensamiento, activación conductual, Relajación Muscular Progresiva, distracción instrumental y cognitiva, programación de actividades, autoinstrucciones, manejo de contingencias, elementos de la Terapia Racional Emotiva, además de realizarse con algunos pacientes un plan de seguridad acorde a sus necesidades. En la figura 8 se observa el número de pacientes que fueron intervenidos a partir de las diferentes técnicas psicológicas de corte cognitivo-

conductual. Cabe remarcar que, al formular los programas de intervención multicomponentes, el uso de estas técnicas no se limita a una para cada paciente.

Figura 8
Técnicas psicológicas



Nota: Técnicas psicológicas de corte cognitivo-conductual implementadas en los pacientes atendidos en el programa de atención psicológica en línea: Medicina Conductual. Elaboración propia.

5. Competencias profesionales alcanzadas

A partir de la formación académica dentro de la Residencia en Medicina Conductual se desarrollaron diversas competencias profesionales en los alumnos, dentro de las cuales destacan las siguientes:

A raíz de la atención en el ámbito hospitalario, fue posible detectar las necesidades psicológicas de los pacientes en hospitalización, especialmente de aquellos internados en el área de cirugía general; ante lo cual fue posible identificar: ansiedad preoperatoria, dolor postoperatorio, déficit en habilidades para la comunicación con sus familiares y personal de salud, así como depresión, ansiedad y estrés asociados a la prolongada estancia hospitalaria, a procedimientos quirúrgicos invasivos y a complicaciones de la enfermedad.

En este sentido, se desarrollaron las habilidades de observación, escucha activa y análisis para la evaluación conductual de los pacientes en hospitalización, lo que permitió generar un diagnóstico y una vía de intervención para los mismos. Aunado a ello, la residente en el área de medicina conductual – cirugía, logró generar intervenciones dentro del hospital (antes del inicio de la pandemia por COVID 19); dichas intervenciones psicológicas fueron breves, debido al poco tiempo de estancia de los pacientes previo a su cirugía, además de tomar en consideración las necesidades específicas de los pacientes, adaptando las técnicas psicológicas de cada tratamiento acorde a las características de su enfermedad y las exigencias del contexto hospitalario.

Además, se remarca el aprendizaje de la creación de materiales que apoyaron a la psicoeducación y al cambio cognitivo y conductual de los pacientes dentro del ámbito hospitalario, tales como: infografías, carteles, videos y manuales o guías.

Por otro lado, cabe remarcar que en la presente generación se tuvo la exigencia de la adaptación de la atención psicológica a pacientes vía *online* debido a la contingencia por COVID-19, lo cual, impidió continuar con las actividades dentro del ámbito hospitalario. Sin embargo, esto también permitió que las habilidades antes mencionadas se llevaran a cabo ahora en un modo remoto, fue así que se desarrollaron materiales informativos (guías de instalación de plataformas digitales, carteles digitales para la atención en línea, entre otros) y psicoeducativos (infografías, videos y audios) que se adaptaron a la atención en línea, se desarrolló un sitio web y se realizaron diferentes consentimientos informados que cumplieron con los estándares éticos para la atención de pacientes.

En resumen, a lo largo de la residencia en Medicina Conductual, no sólo se desarrollaron las competencias esperadas dentro de un contexto hospitalario de acuerdo con el perfil de egreso del programa; sino que estas competencias se potencializaron y se remitieron a una nueva forma de trabajo: la atención *online*.

6. Conclusiones y sugerencias

Como ya se ha mencionado, el Programa de Medicina Conductual de la FES Iztacala tiene el propósito de dotar a los estudiantes de los conocimientos y habilidades necesarias para la atención del paciente con enfermedad crónico-degenerativa en el ámbito hospitalario.

El Hospital General de Atizapán es una sede de segundo nivel de atención médica, por lo que se atienden a pacientes con padecimientos de mediana complejidad; no obstante, la población atendida tiende a presentar diversas necesidades de índole psicológica.

Específicamente hablando del servicio de Cirugía General, se pueden identificar diversas problemáticas de enfermedades tanto agudas como crónicas que requieren de una intervención quirúrgica. Aun con dicha diversificación, la mayor parte de la población en este servicio tiende a encontrarse un periodo corto en hospitalización antes de ingresar a su cirugía, lo cual permitió a la residente, realizar y adaptar las intervenciones psicológicas.

Por otro lado, existen también los casos en los que la estancia hospitalaria antes o posterior a la cirugía se extiende, ya sea por complicaciones de la enfermedad o por el tiempo de recuperación que se requiere para brindar el alta al paciente. Este tipo de casos, también permitieron a la estudiante evaluar y aplicar las estrategias necesarias a fin de prevenir y atender sintomatología de depresión, estrés y/o ansiedad y, claramente, la percepción del dolor asociado a la cirugía.

Asimismo, se observó la necesidad de generar protocolos de investigación en esta área que permitan ampliar la forma de intervención en esta población; es por ello que se sugiere la evaluación de las necesidades específicas de los pacientes a fin de crear talleres psicoeducativos sobre las enfermedades más comunes, los tipos de intervenciones quirúrgicas a las que se pueden someter, así como los tipos de anestesia que el personal médico utilizará.

Finalmente, es relevante remarcar que el cuerpo docente de la residencia fue el apoyo base para el aprendizaje de estos conocimientos y competencias en el

estudiante, no obstante, se sugiere brindar clases específicas de los servicios en los que el residente se encuentra, aunado a la inducción y acompañamiento por el R2 en el contexto hospitalario.

Referencias

- Agras, S. (1982). Behavioral Medicine in the 1980s: Nonrandom Connections. *Journal of Consulting and Clinical Psychology, 50*(6), 797-803. <https://doi.org/10.1037/0022-006X.50.6.797>
- Blanchard, E. (1992). Introduction to the Special Issue on Behavioral Medicine: An update for the 1990s. *Journal of Consulting and Clinical Psychology, 60*(4), 491-492.
- Bruce, M. A., Beech, B. M., Sims, M., Brown, T. N., Wyatt, S. B., Taylor, H. A., Crook, E. (2009). Social Environmental Stressors, Psychological Factors, and Kidney Disease. *Journal of Investigative Medicine, 57*(4), 583-589. <https://doi.org/10.2310/jim.0b013e31819dbb91>
- Bruce, M. A., Griffith, D. M., & Thorpe, R. J. (2015). Stress and the Kidney. *Advances in Chronic Kidney Disease, 22*(1), 46-53. <https://doi.org/10.1053/j.ackd.2014.06.008>
- Cassimatis, M. & Kavanagh, D. (2012). Effects of type 2 diabetes behavioural telehealth interventions on glycaemic control and adherence; a systematic review. *Journal of Telemedicine and Telecare, 18*, 447-450. <https://doi.org/10.1258/jtt.2012.GTH105>
- De la Torre, M., y Pardo, R. (2018). *Guía para la Intervención Telepsicológica*. Colegio Oficial de Psicólogos de Madrid. https://www.copmadrid.org/web/img_db/publicaciones/guia-para-la-intervencion-telepsicologica-5c1b5a8602018.pdf
- Fisher, E., Fitzgibbon, M., Glasgow, R., Haire, D., Hayman, L., Kaplan, R., Nanney, M. & Ockene, J. (2011). Behavior Matters. *American journal of Preventive Medicine, 40*(5), 15-30.
- Flórez, L. (1991). La psicología de la salud y sus relaciones con la Medicina Conductual. *Revista de Psicología, 26*(1), 13-30.

- Greenwald, A., Roose, K. & Williams, L. (2015). Applied behavior analysis and behavioral medicine: History of the relationship and opportunities for renewed collaboration. *Behaviour and Social Issues*, 24(1), 23-38.
- Hospital General de Atizapán "Salvador González Herrejón". (2020). *Plan de trabajo de la División de Cirugía General*.
- Kennerly, R. (2002). The Formation of the Field and its Roots in medical Mind Body Dualism. *University of North Texas*.
- Martínez, H. (2006). Treinta años de la Revista Mexicana de Análisis de la Conducta: un reto a la supervivencia. *Avances en Psicología Latinoamericana*, 24(1), 105-125.
<https://revistas.urosario.edu.co/index.php/apl/article/view/1232/1100>
- Pal, K., Eastwood, S., Michie, S., Farmer, A., Barnard, M., Peacock, R., Wood, B., Edwards, P. & Murray, E. (2014). Computer-Based Interventions to Improve Self-management in Adults With Type 2 Diabetes: A Sysremaric Review and Meta-analysis. *Diabetes Care*, 37, 1759-1766. <http://doi.org/10.2337/dc13-1386>
- Ramadas, A., Quek, K., Chan, C. & Oldenburg, B. (2011). Web-based interventions for the management of type 2 diabetes mellitus: A systematic review of recent evidence. *International Journal of Medical Informatics*, 80, 389-405.
 10.1016/j.ijmedinf.2011.02.002
- Reynoso, L. (2011). El trabajo de los psicólogos especializados en Medicina Conductual en México. En: Martínez, H., Irigoyen, J., Cabrera, F., Varela, J., Covarrubias, P. y Jiménez, A. (eds). *Estudios sobre comportamiento y aplicaciones*. 2, México: SINCA-COECYTJAL ISBN 978-607-9147-12-9.
<https://www.researchgate.net/publication/264001348> El trabajo de los psicólogos especializados en medicina conductual en Mexico
- Reynoso, L., Hernández, M., Bravo, M. y Anguiano, S. (2011). Panorama de la residencia en Medicina Conductual de la UNAM. *Revista de Educación y Desarrollo*, 17, 43-49.

<https://www.researchgate.net/publication/263963830> Panorama de la residencia en Medicina Conductual de la UNAM

- Rodríguez, G. (2010). Desarrollo de la Medicina Conductual en México. *Revista Latinoamericana de Medicina Conductual*, 1(1), 5-12. <http://www.redalyc.org/pdf/2830/283021975002.pdf>
- Rodríguez, G. & Jaén, C. (2004). **Capítulo 2. Tendencias actuales de la investigación en medicina conductual en México.** En: Rodríguez, G. (Coord.). *Medicina conductual en México.* Miguel Ángel Porrúa.
- Schwartz, G. & Weiss, S. (1978). Yale Conference on Behavioral Medicine: A Proposed Definition and Statement of Goals. *Journal of Behavioral Medicine*, 1(1), 3-12. 10.1007/BF00846582
- Trask, P., Schwartz, S., Deaner, S., Paterson, A., Johnson, T., Rubenfire, M. & Pomerlau, O. (2002). Behavioral Medicine: The challenge of integrating psychological and behavioral approaches into primary care. *American College of Physicians-American Society of Internal Medicine*, 5(1), 75-83.
- Vázquez, I., Vital, S., Bravo, M., Jurado, S., & Reynoso, L. (2009). Retroalimentación biológica y relajación en pacientes con enfermedad renal crónica terminal en tratamiento de hemodiálisis. *Journal of Behavior, Health and Social Issues*, 1(2), 35-43. <https://doi.org/10.5460/jbhsi.v1.2.18801>
- Vugt, M., Wit, M., Cleijne, W. & Snoek, F. (2013). Use of Behavioral Change Techniques in Web-Based Self-Management Programs for Type 2 Diabetes Patients: Systematic Review. *Journal of Medical Internet Research*, 15(12). 10.2196/jmir.2800

CAPÍTULO 2: PROTOCOLO DE INVESTIGACIÓN:

“Eficacia de un entrenamiento cognitivo-conductual dirigido a la ansiedad preoperatoria en pacientes programados para colecistectomía”

1. Colecistitis

1.1 Definición

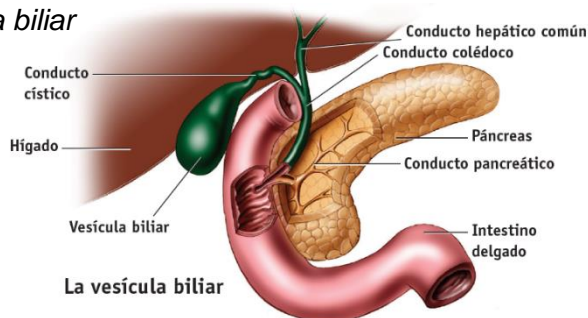
La colecistitis es definida como la inflamación de la vesícula biliar, la cual puede presentarse de manera súbita (colecistitis aguda) o durante un período más largo (colecistitis crónica), (American College of Surgeons [ACS], 2015). Para dar una explicación más completa acerca de la enfermedad, es necesario conocer la anatomía y funcionalidad de la vesícula biliar.

De acuerdo con Pham y Hunter (2015), la vesícula biliar es un saco en forma de pera, de alrededor de siete a 10 cm de largo, con una capacidad promedio de 30 a 50 ml. No obstante, cuando existe una obstrucción en dicho órgano, éste suele distenderse en grado notable y es capaz de contener hasta 300 ml.

La vesícula se encuentra ubicada en una fosa, en la superficie inferior del hígado, del cual, derivan los conductos biliares extrahepáticos, que, a su vez, están divididos en: a) conducto hepático derecho e izquierdo, b) conducto hepático común, c) conducto cístico y d) colédoco. De esta manera, los conductos hepáticos izquierdo y derecho se unen para formar el conducto hepático común cerca de su origen en el hígado. Y el conducto hepático común, se inserta a manera de un ángulo agudo en el conducto cístico, formando el colédoco (Figura 9).

Figura 9

La vesícula biliar



Nota: Adaptado de American College of Surgeons, 2015.

El conducto hepático izquierdo es más largo que el derecho y posee mayor propensión a dilatarse como consecuencia de una obstrucción distal. Por su parte, el colédoco se curva hacia atrás de la cabeza del páncreas en un surco o la atraviesa y penetra el duodeno (intestino delgado); éste es el lugar donde frecuentemente se une con el conducto pancreático (Moore, et al., 2017; Pham y Hunter, 2015).

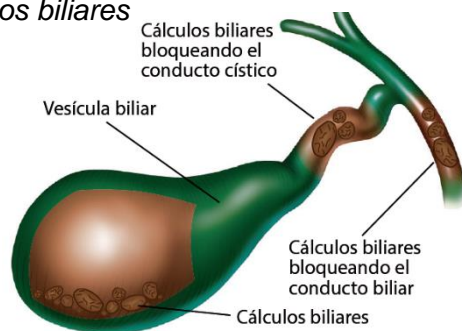
Como se mencionó anteriormente, la vesícula biliar se encuentra ubicada en la parte inferior del hígado, el cual, se encarga de producir bilis de forma continua y excretarla a los canalículos biliares. Es decir, la bilis fluye desde el hígado a través de los conductos hepáticos (derecho e izquierdo) hacia el conducto hepático común, pasa por el colédoco, para terminar en el duodeno.

Pham y Hunter (2015), afirma que, un adulto promedio que consume una dieta relativamente adecuada, produce dentro del hígado de 500 a 1000 ml de bilis al día. Este líquido está compuesto por agua, electrolitos, sales biliares, proteínas, lípidos y pigmentos biliares; las principales sales biliares se sintetizan en el hígado a partir del colesterol.

La principal función de la vesícula biliar es concentrar y almacenar la bilis hepática, para posteriormente, liberarla en el duodeno en respuesta a la ingesta de alimentos. Sin embargo, en dicho proceso puede ocurrir la insolubilidad de ciertos elementos sólidos en la bilis, como la bilirrubina, sales biliares, fosfolípidos y colesterol, formando cálculos biliares (Figura 10).

Figura 10

Cálculos biliares



Nota: Adaptado de American College of Surgeons, 2015.

De esta manera, los cálculos biliares son clasificados de acuerdo con su contenido de colesterol en: cálculos de colesterol y cálculos de pigmento. En cuanto a la primera clasificación de los cálculos biliares, Pham y Hunter (2015), explica que el acontecimiento primario común en su formación, es la sobresaturación de bilis con colesterol; por consiguiente, los valores incrementados de colesterol biliar y cálculos de colesterol se consideran como la misma patología y, por ende, es posible realizar la misma intervención quirúrgica. Por otro lado, los cálculos de pigmento contienen menos de 20% de colesterol, se desarrollan por la sobresaturación de bilirrubinato de calcio, carbono y fosfato; tanto los cálculos de pigmento como los de colesterol se forman mayormente en la vesícula biliar.

De este modo, la formación de cálculos biliares generalmente provoca la inflamación de la vesícula, pudiendo presentarse en el paciente crisis recurrentes de dolor, definidas como *cólicos biliares*. Este dolor se presenta cuando un cálculo obstruye el conducto cístico, provocando un incremento progresivo de la tensión en la pared de la vesícula biliar. A esta afección con recurrencia de dolor en el paciente, se le denomina *colecistitis crónica*. En esta línea, Kimura et al. (2013), mencionan que dicha afección a la vesícula biliar, se produce después de la aparición repetida de ataques leves de colecistitis y es caracterizada por la atrofia de la mucosa y fibrosis de la pared de la vesícula; además de ser causada por la irritación crónica de cálculos biliares grandes.

1.2 Sintomatología

El principal síntoma de la colecistitis crónica es el dolor constante en el cuadrante superior izquierdo o inferior derecho del abdomen, que aumenta en intensidad desde los primeros 30 minutos, con una duración de una a cinco horas. El dolor intenso se puede presentar súbitamente y/o de forma episódica, es común durante las noches o posterior a la ingesta de algún alimento con altas cantidades de grasa y, en ocasiones, es acompañado de náusea y vómito. No obstante, cuando el dolor persiste más de 24 horas, existe la posibilidad de encontrar un cálculo impactado en el conducto cístico, a lo cual se le denomina: *colecistitis aguda* (Pham y Hunter, 2015; Kimura et al., 2013).

El acontecimiento inicial de la colecistitis aguda es la obstrucción del conducto cístico, teniendo como resultado la distensión de la vesícula biliar, además de la inflamación y edema de la pared de la misma. La inflamación de la vesícula puede, en algunos casos, llevar a isquemia y necrosis de su pared, lo cual, frecuentemente se resuelve desalojando el cálculo del conducto.

La colecistitis aguda, suele comenzar con un cólico biliar, sin embargo, a diferencia de la colecistitis crónica, éste no desaparece y puede persistir varios días. Normalmente, es más intenso que un cólico biliar común; además, es acompañado de fiebre, náuseas y vómitos. Asimismo, puede presentarse ictericia, lo cual sugiere cálculos en el colédoco o una obstrucción de los conductos biliares, (Kimura et al. 2013; Pham y Hunter, 2015).

De acuerdo con Pham y Hunter (2015), el diagnóstico diferencial de colecistitis aguda incluye: úlcera péptica, hepatitis, perihepatitis, isquemia del miocardio, neumonía, pleuritis y pancreatitis biliar. Esta última se caracteriza por la obstrucción del conducto pancreático por un cálculo, provocando la inflamación del páncreas. Esta afección puede presentarse a la par de la colecistitis aguda, para lo cual se deberá remitir de primera instancia la pancreatitis durante hospitalización y posteriormente, extirpar la vesícula biliar.

1.3 Etiología

Se ha observado que las afecciones a la vesícula biliar se presentan mayormente en personas con antecedentes familiares de cálculos biliares, pacientes con anemia de células falciformes, mujeres embarazadas, personas que pierden peso rápidamente o que usan estrógenos para tratar síntomas de menopausia y pacientes con sobrepeso (ACS, 2015).

Asimismo, Pham y Hunter (2015), menciona la importancia de considerar la comorbilidad de enfermedades crónicas como la Diabetes Mellitus y la Hipertensión Arterial Sistémica para la intervención quirúrgica temprana a los pacientes. En esta línea, Gómez et al. (2014), comentan la relación entre la cetoacidosis diabética y la colecistitis aguda, enfatizando en el incumplimiento terapéutico durante la

intervención médica de la primera enfermedad; es decir, la falta de adherencia a comportamientos saludables en este tipo de población puede desencadenar, además de complicaciones de la misma enfermedad, otras afecciones como la inflamación de la vesícula biliar por cálculos biliares.

Por su lado, Kimura et al. (2013) no descartan como factores de prevención para la colecistitis aguda, la conducta saludable en población sin alguna enfermedad crónica como las descritas anteriormente; ante lo cual, resaltan dentro de los factores de riesgo que se asocian a esta afección: la obesidad.

1.4 Estudios específicos para el diagnóstico de Colecistitis

Para el correcto diagnóstico de colecistitis, es necesario realizar estudios específicos ante cualquier sospecha de afección a la vesícula biliar y los conductos biliares. Pham y Hunter (2015) menciona a Graham y Cole como pioneros de la Colecistografía oral para el diagnóstico de afecciones de vesícula biliar en 1924; posteriormente, en 1950, se observó gran avance al desarrollar la Gammagrafía biliar y más adelante con las Colangiografías Transhepática Percutánea (PTC) y Retrógrada Endoscópica (ERC), las cuales permitieron obtener imágenes de las vías biliares. En años posteriores, la Ecografía, la Tomografía Computarizada (CT) y las Imágenes de Resonancia Magnética (MRI), mejoraron de manera importante la probabilidad de un adecuado diagnóstico para las afecciones en la vesícula y conductos biliares.

A continuación, se describen los estudios más utilizados para el diagnóstico de la colecistitis, mencionados por Robertson y Zakko (1998) y Pham y Hunter (2015):

La Colecistografía oral consiste en la administración oral de un compuesto radiopaco que se absorbe, se excreta por el hígado y pasa a la vesícula biliar; los litos biliares se observan en una placa. Sin embargo, este estudio no es útil para personas con mala absorción intestinal, vómito, ictericia e insuficiencia hepática.

Por su parte, la Gammagrafía biliar proporciona una valoración de las vías biliares sin necesidad de la penetración del hígado, vesícula, conductos biliares ni duodeno, además brinda información anatómica y funcional de dichos órganos y conductos.

Su principal uso es el diagnóstico de colecistitis aguda; no obstante, pueden existir falsos positivos en pacientes con estasis de la vesícula biliar o aquellos que reciban nutrición parenteral.

Dentro de los estudios generales para el diagnóstico de colecistitis, se encuentran también la Tomografía Computarizada (CT) y la Colangiografía Transhepática Percutánea (PTC). La primera de ellas, permite definir el curso y estado del árbol biliar extrahepático y estructuras adyacentes a éste, brindando el diagnóstico diferencial con ictericia obstructiva. Por su lado, la PTC resulta útil en pacientes con estenosis y tumores de conductos biliares, pues permite observar la anatomía del árbol biliar proximal al segmento afectado.

En cambio, la Imagen de Resonancia Magnética (MRI), hace visibles detalles anatómicos del hígado, la vesícula biliar y el páncreas. Una de sus ventajas es la alta resolución de imágenes y es mayormente utilizada para detectar coledocolitiasis.

A pesar de la existencia de los estudios anteriores, el que comúnmente se le requiere al paciente para el diagnóstico de colecistitis aguda o grave de manera inicial, es la Ecografía. La cual, no produce dolor alguno, pues no implica penetración corporal ni se somete al paciente a radiación. Este estudio, permite el reconocimiento de cálculos en la vesícula biliar con una sensibilidad y especificidad mayores de 90%; la observación de una pared engrosada en la vesícula biliar indicará colecistitis, misma que será aguda si se observa una capa de edema dentro de la pared vesicular o entre la vesícula y el hígado, o crónica, si la vesícula biliar se encuentra contraída y con pared gruesa. Además, la Ecografía permite observar los conductos biliares, determinar el sitio de litos biliares y en ocasiones, la causa de obstrucción. No obstante, resulta difícil la examinación satisfactoria de pacientes que presentan obesidad, ascitis y distensión intestinal a partir de este estudio.

1.5 Preparación preoperatoria: Anestesia para Colectomía

Al programar una cirugía para el tratamiento de colecistitis, se recomienda seguir algunas indicaciones como preparación preoperatoria, como lo es: la interrupción del tabaquismo por al menos 12 horas, lo cual ayudará a disminuir las concentraciones de nicotina y monóxido de carbono, mejorando el flujo sanguíneo y disminuyendo el riesgo de complicaciones pulmonares y cardíacas durante el tratamiento quirúrgico; asimismo, se recomienda que el paciente realice ayuno de al menos 6 horas y continuar o interrumpir la medicación a otras enfermedades que pueda padecer; en ocasiones se prescribirán nuevos medicamentos o se incrementarán las dosis, (Barash et al., 2017).

Posteriormente, el anestesiólogo realizará un diagnóstico individualizado a partir de enfermedades neurológicas, cardiopatías, alergias, problemas estomacales, padecimientos pulmonares, afecciones endócrinas y antecedentes quirúrgicos. Hecho esto, podrá decidir el tipo de anestesia a aplicar (American College of Surgeons, 2015).

Generalmente, el anestesiólogo elegirá entre anestesia general y local. La primera de ellas consiste en la sedación del paciente para la intubación endotraqueal, la cual le ayudará a mantener una respiración controlada. El tipo y dosis del fármaco se administrará de acuerdo al peso, la edad, el tipo de cirugía, enfermedades y los factores mencionados anteriormente. Por su lado, la anestesia local es aplicada en una sola parte del cuerpo del paciente, normalmente de la cintura para abajo; se realiza a partir de la inserción del fármaco en la parte anterior, cerca de la columna vertebral (American College of Surgeons, 2015; Barash et al., 2017).

En esta línea, Barash et al. (2017), comentan que, para una cirugía laparoscópica, es preferible el uso de anestesia general con intubación endotraqueal, la miorelajación y la ventilación mecánica controlada; aunque para laparotomías cortas, como la colectomía, también es recomendable la anestesia local con cambios mínimos de posición por parte del paciente.

Por su lado, Salamanca (2007), refiere a la anestesia local como la alternativa ideal ante una colecistectomía, ya sea laparoscópica o abierta, puesto que presenta mayores ventajas tanto para el paciente, como para el cirujano y el anesthesiólogo. Dentro de las cuales se encuentran: menor dolor postoperatorio, decremento en la probabilidad de presentar náusea, vómito, desorientación, depresión respiratoria, infarto de miocardio, bronconeumonía, trombosis venosa profunda, embolismo pulmonar y falla renal postoperatoria. Jiménez et al. (2009), complementan que la anestesia general es una técnica segura, pero que en ocasiones presenta algunas desventajas, tales como: mayor costo, falta de interacción clínica directa con el paciente y mayor complejidad del manejo postoperatorio del dolor.

No obstante, Salamanca (2007), menciona que en algunos casos como en pacientes con obesidad, personas con previas cirugías abdominales y aquellos que presenten poca cooperación con el médico, se pueden presentar complicaciones, entre las cuales refiere: cefalea post-punción dural, hematoma vertebral, meningitis, entre otros.

1.6 Intervención quirúrgica para Colecistitis: Colecistectomía

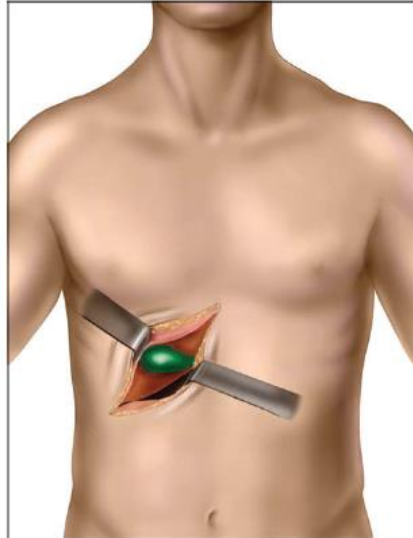
Una vez que el diagnóstico sea claro, es posible resolver la afección a la vía biliar a partir de una colecistectomía. Según Pham y Hunter (2015), fue Carl Langenbuch en 1882, quien llevó a cabo la primera colecistectomía con éxito, y fue a partir de ese momento que se ha considerado como el principal tratamiento quirúrgico y estándar para cálculos sintomáticos de la vesícula biliar. Desde entonces, se realizaba una colecistectomía abierta para el tratamiento de colecistitis aguda o crónica.

Para la ejecución de una colecistectomía abierta, se le solicita al paciente una biometría hemática y pruebas de función hepática; además de indicarle que vacíe su vejiga antes de llegar al quirófano. En cuanto al cirujano, ya dentro de la sala de operaciones, realiza una incisión de aproximadamente 6 pulgadas de largo en el lado superior derecho del abdomen, cortando a través de la grasa y músculos hasta llegar a la vesícula biliar. Posteriormente, identifica la arteria y el conducto cístico

para liberar la vesícula del lecho hepático, extirparla y engrapar los conductos biliares (Figura 11).

Figura 11

Colecistectomía abierta



Nota: Adaptado de American College of Surgeons, 2015.

En ocasiones, se coloca un drenaje del interior al exterior del abdomen, el cual es retirado generalmente durante hospitalización. Actualmente, este procedimiento es llevado a cabo como una segunda intervención de una colecistectomía laparoscópica o en casos de complicaciones durante la misma (American College of Surgeons, 2015).

Es así que, a pesar del rotundo éxito de la colecistectomía abierta para la colecistitis, en 1987, Philippe Mouret introdujo en Francia la colecistectomía laparoscópica, sustituyendo a la colecistectomía abierta, ya que ofrece la eliminación de los cálculos biliares con un procedimiento de mínima invasión, dolor y cicatrización, así como el temprano retorno a la actividad completa del paciente. No obstante, padecimientos como gangrena, fístula bioentérica, obesidad, embarazo, derivación ventriculoperitoneal, cirrosis y procedimientos previos en abdomen alto, son considerados de alto riesgo para la realización de una colecistectomía laparoscópica (Pham y Hunter, 2015).

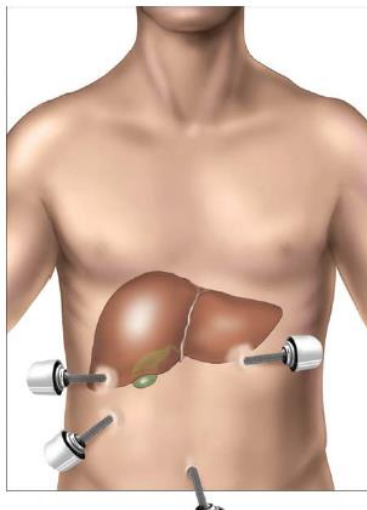
Asimismo, cuando no es posible identificar con claridad estructuras anatómicas importantes o no se progresa durante el tiempo establecido, está indicado convertir la colecistectomía laparoscópica en un procedimiento abierto, dicha conversión no es vista como un fracaso, por lo que deberá comentarse esta posibilidad con el paciente antes de la intervención (Lucena et al., 2008; Pham y Hunter, 2015).

Del mismo modo que con una colecistectomía abierta, al preparar a un paciente para una laparotomía, el médico pedirá una biometría hemática, además de pruebas de función hepática y comentará la indicación de vaciar la vejiga, previo a la cirugía.

Una vez en quirófano, el paciente será colocado en decúbito dorsal en la mesa de operaciones con el cirujano de pie en su lado izquierdo, quien realizará una incisión pequeña en el borde superior del ombligo. Posteriormente, se insertará en la cavidad peritoneal una aguja hueca especial para insuflación (introducción de gas en la cavidad), se introducirá un trócar de 10 mm a través de dicha incisión y se colocarán 3 trócares adicionales (uno de 10 mm en el epigastrio, uno de 5 mm en la línea clavicular media y otro de 5 mm en el flanco derecho, alineado con el fondo de la vesícula biliar). En algunas ocasiones, se requerirá de un quinto trócar, a fin de mejorar la observación en pacientes que se recuperan de una pancreatitis, que presentan colecistitis semiaguda o en casos de obesidad (Figura 12).

Figura 12

Colecistectomía laparoscópica



Nota: Adaptado de American College of Surgeons, 2015.

El cirujano se asegurará de diseccionar la vesícula biliar fuera de su fosa con un gancho o tijera y, antes de remover el órgano del borde hepático, observará cuidadosamente el campo quirúrgico para identificar puntos de hemorragia. Por último, se extraerá la vesícula a través de la incisión umbilical, se aspirará la bilis o sangre acumulada durante el procedimiento y se recuperarán los cálculos en caso de ser derramados, colocándolos en una bolsa para recuperación y poder así extraerlos (Pham y Hunter, 2015).

Es importante mencionar que, cuando la vesícula biliar se encuentra gravemente inflamada, gangrenada o existe la acumulación de bilis o sangre, el médico especialista colocará un dren para aspiración cerrada a través de uno de los trócares de 5 mm, dejándolo bajo el lóbulo hepático derecho cerca de la fosa de la vesícula biliar.

De acuerdo con Pham y Hunter (2015) y Soria-Aledo et al. (2017), una laparotomía es considerada útil para las afecciones en vías biliares, puesto que la vesícula se encuentra fijada al hígado y, por ende, el cirujano trabaja solamente en un cuadrante, es decir, no es necesario realizar grandes desplazamientos en la cavidad abdominal.

Sin embargo, se han observado numerosos casos de laparotomías en las que existen afecciones posteriores de las vías biliares, por lo que, Gómez et al. (2019), recomiendan seguir las indicaciones para una colecistectomía laparoscópica segura, propuestas por la *Society of American Gastrointestinal and Endoscopic Surgeons* (SAGES). Dentro de las cuales se encuentra la opción de practicar una colecistectomía subtotal o abierta si se percibe que no es posible asegurar la visión crítica de seguridad.

Aunado a lo anterior, Roesch-Dietlen et al. (2018), refieren a la colecistectomía laparoscópica como la cirugía de primera elección para la enfermedad litiasica vesicular, sin pasar por alto que ésta no se encuentra exenta de complicaciones, que oscilan entre el 0.5 y 1.2%, siendo la lesión accidental de la vía biliar la más grave.

Ante lo cual, Lucena et al. (2008), complementan que sólo cirujanos experimentados, certificados y acreditados podrán realizar una laparotomía. Los autores argumentan que, este tipo de cirugía requiere de mayores demandas en cuanto a técnicas, especialmente en casos de inflamación extensa, incremento de sangramiento y de adherencias alrededor del triángulo de las vías biliares, lo cual hace la disección más difícil y peligrosa. En dichos casos, y como se ha referido anteriormente, será necesario realizar una conversión de laparotomía a colecistectomía abierta.

2. Ansiedad en el ámbito hospitalario

2.1 Definición y sintomatología de ansiedad

Se ha considerado a la ansiedad como una condición o estado emocional que se presenta en el ser humano ante alguna situación de posible peligro, siendo así una respuesta adaptativa en el individuo. De acuerdo con Sierra et al. (2003), el término ansiedad proviene del latín *anxietas*, el cual refiere a un estado de agitación e inquietud que tiene como resultado una sensación displacentera y que se manifiesta por tensión emocional y fisiológica. El autor afirma que la ansiedad alude a una combinación de diferentes manifestaciones físicas y cognitivas, las cuales no necesariamente son atribuibles a peligros reales; esta condición se presenta como un estado persistente y difuso en el individuo.

Si bien, la ansiedad tiene manifestaciones similares con otras condiciones como el miedo o el estrés, la principal característica que permite diferenciar dichos estados emocionales es su carácter anticipatorio; es decir, la ansiedad permite prever y señalar un peligro o amenaza al individuo ante una situación específica (Sierra et al., 2003).

En este sentido, autores como Campos et al. (2013), han señalado que la ansiedad mantiene un valor adaptativo ante posibles daños para la persona. Ante ello, Becerra-García et al. (2007), comentan que, es debido a la ansiedad que el individuo valora y evalúa el riesgo de una situación específica, permitiéndole adaptarse de mejor manera y de forma anticipatoria a dicha circunstancia, aunque en ocasiones éste pueda presentar comportamientos de huida e inhibición.

Sin embargo, como lo comentan Sierra et al. (2003), esta condición se caracteriza por presentar altos niveles en ciertos parámetros de la conducta como intensidad, frecuencia y duración de respuestas cognitivas, fisiológicas y motoras, lo cual mayormente provoca malestar emocional y disfuncionalidad en la vida diaria del individuo.

De esta manera, la conceptualización de la ansiedad ha sido estudiada a partir de diferentes perspectivas a lo largo del tiempo.

Es desde 1920 en que Watson y Rayner retoman los principios de los trabajos Pavlovianos de condicionamiento clásico, mencionando que al aparear un estímulo neutral con uno aversivo (como un sonido), una respuesta condicionada puede presentarse y ser establecida al estímulo previo neutro, provocando reacciones en el individuo de orden fisiológica y conductual. En esta misma línea, Mowrer en 1939, extiende dicha explicación, refiriendo a que la reducción del miedo o ansiedad después de la conducta evitativa de un individuo actúa como un reforzador a esta respuesta. Esta teoría se utilizó para explicar la conducta de evitación que caracteriza a las personas con ansiedad y miedo (Armfield, 2006).

En 1941, Estes y Skinner realizaron estudios sobre el comportamiento de animales, entrenando ratas con un programa de condicionamiento operante, para posteriormente, presentar un sonido neutro por algún tiempo y al que le proseguía un choque eléctrico. Después de algunas repeticiones, las ratas apretaban la palanca una vez que el sonido iniciaba e incluso antes de que éste se presentara, es decir, el sonido se había vuelto aversivo por estar condicionado con el choque (Becerra-García et al., 2007).

En esta línea, Estes y Skinner (1941), refieren a la ansiedad como un estado emocional que surge como respuesta a un estímulo presente, el cual ha sido seguido por uno aversivo en el pasado; teniendo respuestas anticipadas como: cambios en la respiración, frecuencia cardiaca y micción.

Por otro lado, en 1958, Wolpe describe a la ansiedad como una respuesta condicionada a distintas propiedades de ciertos estímulos ambientales sin la necesidad de que éstos se encuentren presentes, (Sierra et al., 2003).

Por su lado, Rachman en 1976, propone una explicación desde una perspectiva diferente a la del condicionamiento clásico, puesto que se encontraba convencido de que éste sólo proporcionaba una explicación parcial de las respuestas de ansiedad. Al respecto, agrega, además del condicionamiento pavloviano, dos maneras de aprendizaje por las cuales el individuo puede reaccionar de manera ansiosa o con miedo ante alguna situación: 1) la adquisición informacional a la que la persona se encuentra expuesta por la población en general y 2) el aprendizaje vicario mediante observaciones directas o indirectas de la situación ante la cual se presentan dichas respuestas (Armfield, 2006).

En esta línea, Lang en 1968, retoma las investigaciones sobre desensibilización sistemática de Wolpe como tratamiento para ansiedad fóbica y construye su teoría de los tres sistemas de respuesta para la conceptualización, evaluación y tratamiento de la ansiedad, contrarrestando la idea unitaria que se mantenía de este constructo.

En dicha teoría, el autor explica que la ansiedad se manifiesta a partir de un triple sistema de respuesta: motor, fisiológico y cognitivo; mencionando además, que una persona puede reaccionar de manera moderadamente ansiosa en una de estas categorías y de forma intensa en otra, mientras que otro individuo puede manifestar la respuesta de ansiedad muy distintamente, es decir, mientras una persona presenta mayor intensidad en el sistema fisiológico y menor en el motor, otra podría manifestar una respuesta totalmente contraria. Ante lo cual, Lang concluye que existe una alta variabilidad interindividual en la reacción de esta conducta (Sierra et al., 2003; Martínez-Monteagudo et al., 2012).

Martínez-Monteagudo et al. (2012), describen desde la perspectiva de Lang, las características de cada categoría del triple sistema de respuestas para la ansiedad psicopatológica, haciendo énfasis en que la intensidad, duración y frecuencia de cada una de ellas varía en cada persona.

Como primer sistema de respuesta se describe la categoría cognitiva, en la que se menciona que la ansiedad común se caracteriza por pensamientos o sentimientos de miedo, preocupación, temor o amenaza. No obstante, cuando se habla de ansiedad psicopatológica es posible que se presenten pensamientos o imágenes específicos ante una situación a manera de anticipaciones catastróficas por parte del individuo (Martínez-Monteagudo et al., 2012).

En el sistema de respuestas fisiológicas, se han observado conductas como aumento en la actividad cardiovascular, incremento de la actividad electrodérmica, del tono músculo-esquelético y/o de la frecuencia respiratoria. Este conjunto de respuestas ha sido asociado al incremento de la actividad del Sistema Nervioso Autónomo y del Sistema Nervioso Somático (Martínez-Monteagudo et al., 2012).

Por otro lado, y en diversas ocasiones como consecuencia de las respuestas fisiológicas y cognitivas, se describe el sistema motor; respuestas que se han dividido en directas e indirectas. Las respuestas directas que comúnmente se manifiestan ante la ansiedad psicopatológica incluyen: tics, temblores, inquietud motora, tartamudeo, gesticulaciones innecesarias por parte del sujeto e incluso se ha observado una reducción de la precisión motora y del tiempo de reacción de respuesta, teniendo como consecuencia dificultad en la ejecución de tareas, disminución en la discriminación perceptiva y de la memoria a corto plazo (Martínez-Monteagudo et al., 2012).

En cuanto a las respuestas de índole conductual indirectas, se han referido a comportamientos de evitación y escape, las cuales, la mayor parte del tiempo, no se encuentran bajo el control total y voluntario de la persona (Becerra-García et al., 2007; Martínez-Monteagudo et al., 2012).

Así, Martínez-Monteagudo et al. (2012), hacen hincapié en que, a pesar de la observación y registro de los sistemas de respuesta anteriormente descritos, puede no existir una concordancia total o covarianza entre ellos. Es así que, se considera relevante la evaluación sistemática de cada uno de los sistemas de respuesta de manera interindividual, teniendo en cuenta dos o más métodos para cada categoría,

por ejemplo: medidas fisiológicas, registros de conducta, autoinformes y/o métodos de observación por parte de terceros.

2.2 Ansiedad preoperatoria

Como se ha mencionado anteriormente, la ansiedad puede tener una función adaptativa en el ser humano ante una situación común. Sin embargo, existen situaciones ante las cuales las capacidades propias del individuo no alcanzan para hacerles frente, teniendo como consecuencia síntomas anticipatorios de orden motor, cognitivo y fisiológico, que a su vez se manifiestan de diferente forma en cuanto a intensidad, frecuencia y magnitud en las respuestas de la persona (Quintero et al., 2017).

En el ámbito médico y hospitalario, el concepto de ansiedad se define como las respuestas presentadas por el paciente relacionadas con el miedo que se origina ante alguna enfermedad o procedimiento para la misma. Dentro de las situaciones más comunes que se relacionan con la ansiedad en esta área se encuentran: la estancia hospitalaria, procedimientos de inserción de agujas, efectos secundarios de algún tratamiento, el posible aislamiento de un paciente y procedimientos quirúrgicos (Cázares de León et al., 2016).

En esta línea, una de las situaciones en las que se suele presentar con mayor impacto sintomatología de ansiedad en los pacientes, es en el proceso quirúrgico. Los procedimientos en cirugía tienden a ser aversivos para las personas, puesto que éstos pueden ser desconocidos para ellas o bien, han presentado experiencias aversivas previas o no tienen el conocimiento necesario de su enfermedad y procedimiento a realizar (Quintero et al., 2017).

De acuerdo con Cázares de León et al. (2016) una intervención quirúrgica puede percibirse como amenazante para el paciente, puesto que suele ser una situación de incertidumbre, en la que las decisiones médicas tienden a cambiar constantemente dependiendo del estado del mismo paciente. Esto le puede generar preocupación, malestar y ansiedad.

Quintero et al. (2017) complementan que los procesos quirúrgicos desencadenan una serie de reacciones cognitivas, emocionales y físicas en el paciente características de ansiedad, mismas que pueden provocar reacciones fisiológicas como cambios en el metabolismo (glucosa), activación del sistema nervioso simpático, aumento de la presión arterial, taquicardia y activación del sistema endocrino e inmunológico; llevando al paciente a un estado de malestar durante su estancia hospitalaria. Es así que, Wilson et al. (2016) refieren la importancia de definir a este tipo de ansiedad que se presenta ante un procedimiento inminente (quirúrgico) como: ansiedad prequirúrgica o preoperatoria.

La ansiedad prequirúrgica en el paciente comienza desde que el procedimiento de cirugía es planeado y se agudiza el día en que ésta es programada. Por lo que, es necesario identificar los síntomas de ansiedad preoperatoria en los pacientes que se encuentran hospitalizados mediante la observación clínica y experimental, tomando en cuenta ciertos parámetros fisiológicos. Dentro de los cuales, se hace referencia al ritmo cardíaco, que es de fácil medición en niños y adolescentes, y sudoración palmar. No obstante, también es necesario tomar en cuenta variables ambientales, tales como: características del lugar y el tipo de cirugía a la cual será sometido el paciente, además de su duración. También es pertinente identificar las variables interpersonales del paciente, como su comportamiento y la relación que lleva con los familiares o cuidadores, así como la conducta de los profesionales médicos y de enfermería (Cázares de León et al., 2016).

Aunado a lo anterior, Wilson et al. (2016) destacan como síntomas fisiológicos característicos de la ansiedad preoperatoria respuestas de: taquicardia, niveles altos en presión sanguínea, temperatura elevada, sudoración y náusea.

Por otro lado, Quintero et al. (2017), refieren que la ansiedad puede presentarse no sólo antes de la cirugía, sino durante y después del procedimiento quirúrgico, la cual incluso, puede influir negativamente en el proceso de recuperación del paciente.

En esta línea, se ha observado que la ansiedad preoperatoria está ligada con las tasas de éxito de los procedimientos quirúrgicos y con las quejas después de realizada la cirugía. Ante lo cual, Wilson et al. (2016) y Wongkietkachorn et al.

(2018), concuerdan en que esta condición provoca niveles elevados de cortisol, adrenalina y noradrenalina, los cuales se asocian con un mayor tiempo de curación de la herida, la disminución de las respuestas del sistema inmunológico, el aumento de las tasas de infección, así como el desequilibrio de líquidos y electrolitos; llevando al paciente a posibles repercusiones perioperatorias y postoperatorias.

Además, Doan y Blitz (2020) refieren que los pacientes con ansiedad pueden evitar la atención médica debido al miedo a la estigmatización o a experiencias negativas previas con el personal de salud; ingresando al espacio perioperatorio en condiciones no identificadas o sin intervención alguna.

Cázares de León et al. (2016), Doan y Blitz (2020) y Lee et al. (2016) concuerdan que, a pesar del avance técnico que existe actualmente en el ámbito quirúrgico, los riesgos en una cirugía aún son de alto impacto para los pacientes, especialmente para aquellos que presentan sintomatología de ansiedad preoperatoria elevada; teniendo como posibles consecuencias: mayores niveles de dolor postoperatorio, ampliación en el tiempo de internamiento después de la cirugía, remisiones posteriores a hospitalización, posibles complicaciones e incapacidad física.

Cabe señalar que, los pacientes que presentan ansiedad prequirúrgica frecuentemente necesitan más anestesia y aunque es habitual que se prescriban sedantes para esta condición, se ha observado que éstos pueden tener efectos negativos para el paciente como somnolencia y depresión respiratoria, además de tener una interacción adversa con los fármacos anestésicos, lo cual prolonga el tiempo de recuperación y el alta de éste (Wilson et al., 2016). Aunado a lo anterior, Doan y Blitz (2020) agregan que el sobreuso de sedantes como opioides pueden llevar al paciente a experimentar consecuencias desagradables, incluyendo náusea, vómito, constipación, prurito y sedación.

Por otra parte, los procedimientos quirúrgicos generalmente son asociados con altos niveles de dolor, ya sea perioperatorio o posterior a la cirugía. No obstante, se ha observado que existen factores que pueden incidir en que el paciente presente dolor en alguno de los dos momentos anteriores, dentro de los cuales se encuentran

la catastrofización de eventos, depresión, falsa expectativa al dolor y la ansiedad previa a la cirugía (Wilson et al., 2016; Doan y Blitz, 2020).

Así, Ali et al. (2014) refieren que un alto nivel de ansiedad en el paciente prequirúrgico tendrá un efecto negativo en la recuperación de la anestesia y en el control del dolor postoperatorio. Además, será muy probable que se incremente el uso de analgésicos posterior a la cirugía.

De ahí que, se ha considerado a la ansiedad preoperatoria como predictor del dolor postoperatorio, demostrando una correlación positiva con la intensidad de este síntoma y con el consumo de analgésicos después de una cirugía; es decir, a mayor sintomatología de ansiedad, existirá mayor probabilidad de que el paciente presente altos niveles de dolor, por lo que será necesario administrarle mayor cantidad de medicamentos para disminuir este síntoma (Hernández, et al., 2016; Wilson et al., 2015).

2.3 Factores asociados a la presencia de ansiedad preoperatoria

Si bien, el proceso quirúrgico completo suele ser una situación aversiva para el paciente, es de suma importancia identificar los estímulos que provocan este malestar en él, para posteriormente poder incidir en ellos.

Como se mencionó anteriormente, se ha observado este malestar psicológico momentos antes de que el paciente sea sometido a una cirugía; aunque, se ha detectado que no sólo suele presentarse pocos instantes antes de ingresar a sala de operaciones, sino incluso, antes de que el paciente se encuentre en hospitalización; es decir, la simple notificación de la cirugía puede provocar sintomatología de ansiedad por lo menos una semana antes del procedimiento (Hernández et al., 2016; Wilson, 2016).

Hernández et al. (2016), mencionan que la ansiedad preoperatoria puede asociarse con diversos factores, tales como el tipo de cirugía y anestesia, el grado de información administrada y las experiencias previas de algún procedimiento quirúrgico. Además, Valenzuela-Millán et al. (2010), agregan otros factores

asociados a la presencia de sintomatología ansiosa, como el temor al ambiente hospitalario y la calidad de la atención médica que el paciente pueda recibir.

Por su lado, Eberhart (2020), menciona que la ansiedad preoperatoria puede presentarse ante dos aspectos generales: la cirugía y la anestesia, las cuales deberán evaluarse para identificar una adecuada intervención para los pacientes; mencionando que para ambos factores es importante indicarle al paciente aspectos característicos de cada uno, como la relevancia de someterse a cirugía, los posibles riesgos de la cirugía y anestesia, además de las características de cada una.

Asimismo, Ali et al. (2014) comentan que una preocupación constante en el paciente que será sometido a cirugía es el nivel de dolor que pueden llegar a tener posterior a una intervención quirúrgica, así como las complicaciones que son probables de presentarse. Además, se ha observado que los niveles de ansiedad en los pacientes aumentan al plantearles que la estancia hospitalaria se prolongará.

Por otra parte, Hernández et al. (2016) hacen hincapié en el rol que juega la educación preoperatoria hacia el paciente para disminuir la ansiedad ante el proceso quirúrgico, mencionando que entre mayor información se brinde al paciente, se presentará menor ansiedad en éste.

No obstante, existen también aquellas personas que prefieren no solicitar mayor información, puesto que tiende a incrementar dicho malestar psicológico. En ocasiones, algunos pacientes presentan mayor nivel de ansiedad posterior a la educación de la cirugía y anestesia; por lo que es necesario tener en cuenta las características y necesidades de cada paciente (Hernández et al., 2016; Wongkietkachorn, et al., 2018).

Aunado a lo anterior, Valenzuela-Millán (2010), refieren que en México se brinda poco tiempo para la administración de información a los pacientes que serán sometidos a una cirugía, lo cual puede provocar en ellos niveles elevados de ansiedad ante la misma.

2.4 Evaluación de la ansiedad preoperatoria

Con lo ya comentado anteriormente, es posible afirmar que un paciente que será sometido a una cirugía, en especial cuando ésta consta de diferentes características de selección intermitente como el tipo de anestesia o el procedimiento quirúrgico a realizar, es imperante una preparación a nivel psicológico con el fin de reducir la posible sintomatología de ansiedad, así como prevenir riesgos tanto de índole física (riesgos intra-quirúrgicos, dolor postoperatorio y la necesidad del uso excesivo de analgésicos), como emocional (preocupación excesiva, miedo, entre otros).

De esta manera, el grado de ansiedad que el paciente manifieste hacia el proceso quirúrgico dependerá de diversos factores, como: la edad, el tipo de cirugía programada, las experiencias de cirugías previas, el nivel de información sobre el proceso quirúrgico en general y el tipo de anestesia a implementar (Jawaid et al., 2007).

La variedad de factores que puedan provocar síntomas de ansiedad en el paciente lleva al profesional en psicología a la valoración y evaluación de éstos, para posteriormente, poder construir una adecuada intervención individualizada.

En esta línea, Cázares de León et al. (2016) comentan que, para una atención completa a un paciente prequirúrgico se requiere de un correcto diagnóstico y de una acertada evaluación del estado psicológico del paciente, específicamente en relación con la ansiedad. Para ello, es de suma importancia que se cuente con los instrumentos adecuados de acuerdo con las pruebas psicológicas adecuadas a utilizar acorde a las necesidades y características de los pacientes.

Es así que, resulta relevante identificar el nivel de ansiedad del paciente ante el procedimiento quirúrgico a realizar. Entre mayor claridad se tenga de esta variable, la probabilidad de una elección adecuada de las técnicas para el trabajo psicológico resultará más certera (Cázares de León et al., 2016).

A lo largo del tiempo se han utilizado diversas escalas e inventarios para la evaluación de la variable de ansiedad prequirúrgica; además de la utilización de Escalas Visuales Análogas (EVA). En este sentido, Shuldham et al. (2002) utilizaron

la *Escala de Ansiedad y Depresión Hospitalaria* (por sus siglas en inglés *HADS*), la cual se encarga de medir las variables de ansiedad y depresión en pacientes internados específicamente en hospitalización, además de aplicar una *Escala Visual Análoga (EVA)* para la medición de la percepción del dolor en pacientes programados a cirugía cardíaca. Este estudio consistió en la aplicación de una intervención informativa a pacientes que serían sometidos a cirugía cardíaca, sin encontrar diferencias significativas a partir de la escala HADS. No obstante, se pudo observar cierta discrepancia en cuanto a la Escala Análoga Visual para la percepción de dolor, permitiendo que la estancia hospitalaria de los pacientes en el grupo experimental fuera menor.

La escala HADS es un instrumento autoadministrable con el fin de identificar los síntomas de ansiedad y depresión en pacientes sin patología psiquiátrica diagnosticada en el tiempo que éstos se encuentren en hospitalización. Los ítems de esta escala remarcan los síntomas psicológicos más que los somáticos de la ansiedad y depresión, lo cual permite evitar errores de atribución a las características propias de enfermedades físicas (Yamamoto-Furusho et al., 2018).

Este instrumento consta de dos subescalas (ansiedad y depresión) con 14 ítems en total ordenados de manera intercalada y calificados en una escala tipo Likert de 4 puntos (0-3) con un puntaje total que varía de 0 a 21 en cada subescala, en donde un mayor puntaje es indicativo de mayor gravedad de los síntomas. Además, es relevante mencionar que el punto central de la valoración de la subescala de depresión es la anhedonia, ya que es uno de los síntomas primarios para diferenciar la depresión de la ansiedad (Yamamoto-Furusho, et al., 2018).

Actualmente, la escala HADS se encuentra validada en población mexicana para la estancia hospitalaria de personas con diferentes diagnósticos, tales como: cáncer, infección por VIH y enfermedad inflamatoria intestinal. No obstante, a pesar de que se ha aplicado en el ámbito quirúrgico, no se ha probado su validez hacia la ansiedad preoperatoria específicamente; como ejemplo tenemos el estudio anteriormente citado de Shuldham et al. (2002), en el que, al no encontrar cambios estadísticamente significativos de los niveles de ansiedad entre sus grupos de

evaluación, se resalta la importancia de una adecuada selección de herramientas de evaluación en futuras investigaciones, tomando en cuenta otros instrumentos para la identificación de la ansiedad prequirúrgica.

Por otro lado, Karanci y Dirik (2003) evaluaron los predictores de ansiedad pre y postoperatoria en pacientes de cirugía abdominal de emergencia (perforación de úlcera péptica, colecistitis y apendicitis) en el Hospital Numune en Ankara, Turquía. Para esta medición los autores utilizaron un cuestionario preparado por ellos mismos con el nombre de: *Cuestionario de Ansiedad Específica para Cirugía*, conformado por 10 ítems. Aunado a éste, se aplicó el *Inventario de Ansiedad Rasgo-Estado (IDARE)*, tomando en cuenta solamente la subescala de ansiedad-estado. Dentro de los resultados se pudieron observar dos variables principales y predictoras de ansiedad preoperatoria en esta población: ser mujer y la espera de la sutura primaria para la perforación de úlcera péptica. Llegando a la conclusión que las características demográficas y psicológicas del paciente, así como el tipo de cirugía deben considerarse para identificar a los pacientes en riesgo de experimentar ansiedad preoperatoria y remarcar el apoyo psicológico durante la hospitalización.

En la misma línea, Khalili et al. (2019) en aras de evaluar el nivel de ansiedad en pacientes iraníes que serían sometidos a cirugía y determinar los factores asociados a ésta, utilizaron la subescala ansiedad-estado del IDARE. En su estudio se remarca como predictor de ansiedad preoperatoria la información previa del procedimiento de anestesia con la que el paciente cuenta. No obstante, también es relevante comentar que la escala anteriormente señalada no cuenta con reactivos específicos que valoren la afirmación comentada.

Así, para el adecuado uso del IDARE, Rojas-Carrasco (2010) explica sus características, mencionando que éste se encarga de medir la variable de ansiedad a partir de dos dimensiones distintas: 1) ansiedad-estado, evaluando la ansiedad ante una situación en específico, para lo cual se le pide al paciente responder cómo se siente en un momento determinado y 2) ansiedad-rasgo, midiendo la variable de ansiedad ante situaciones generales, es decir, se le pide al paciente describir cómo

se siente generalmente en su vida cotidiana. Este instrumento consta de 40 ítems, de los cuales 20 evalúan la ansiedad-rasgo y 20 la ansiedad-estado; con una escala de respuesta tipo Likert (casi nunca, algunas veces, frecuentemente y casi siempre). Las respuestas se califican con 1, 2, 3 y 4 en los reactivos positivos (a mayor puntuación, mayor ansiedad) y 4, 3, 2, y 1 en los reactivos negativos (a mayor puntuación, menor ansiedad).

La presente escala se encuentra validada en población mexicana y de habla hispana, tanto en jóvenes como en adultos y ha sido utilizada como método de evaluación para la ansiedad preoperatoria (Karanci y Dirik, 2003; Rojas-Carrasco, 2010; Khalili et al., 2019). Sin embargo, como se observa en los estudios anteriores, es común que para la valoración de esta variable se utilice solamente la subescala de ansiedad-estado debido a la característica específica de que la ansiedad prequirúrgica es un acontecimiento único en tiempo y que no se presenta generalmente en el contexto del individuo. En este sentido, Silva et al. (2016) comentan que, al no aplicar el instrumento completo carece de una adecuada revisión de estructura interna de la subescala no utilizada, por lo que sugieren trabajar con el inventario completo o valorar el uso de otro instrumento. Además de encontrarse con el problema de que dicho inventario no es específico en cuanto a la evaluación de las variables predictoras de ansiedad preoperatoria.

Otro de los inventarios comunes utilizados para la evaluación de la ansiedad preoperatoria es el *Cuestionario de Ansiedad de Beck (BAI)* por sus siglas en inglés).

El BAI tiene como objetivo medir la ansiedad en situaciones generales; consta de 21 reactivos, en los cuales se le pide al paciente que indique cuánto ha sido afectado por una serie de situaciones durante la última semana. La calificación del presente instrumento se realiza a través de una escala tipo Likert de 0 a 3, donde 0 significa la ausencia del síntoma y 3 su severidad máxima. En población mexicana la puntuación se clasifica en: ansiedad mínima de 0 a 5 puntos, ansiedad leve de 6 a 15, ansiedad moderada de 16 a 30 y ansiedad severa de 31 a 63. Así, el criterio para considerar la ansiedad como clínicamente relevante es obtener 16 puntos o más (Guillén y González, 2019).

Actualmente, el BAI está validado para población mexicana, tanto en adultos como en adolescentes, en contextos general y de enfermedad como asma, cáncer y en el ámbito psiquiátrico (Galindo et al., 2015). No obstante, los ítems del cuestionario no se concentran en las especificaciones de la ansiedad preoperatoria.

Gonçalves et al. (2016), con el objetivo de identificar la ansiedad de pacientes en el preoperatorio de cirugía cardíaca utilizaron el cuestionario, aplicándolo entre uno y seis días antes de la fecha de la cirugía. Como resultado, los autores observaron que el 60% de los pacientes presentaban ansiedad mínima y un 20% ansiedad grave, además de tener como factores predictores de la presencia de ansiedad prequirúrgica el hecho de haber sido sometidos a cirugía cardíaca anteriormente y ser mujer. Los autores refuerzan la premisa de una intervención para la ansiedad prequirúrgica a partir de educación en salud y visitas del área de enfermería. Asimismo, comentan que, a pesar de que se recomiende el trabajo en apoyo social y familiar, recursos de la propia religiosidad del paciente y estrategias de afrontamiento para esta variable, se deberá primero identificar la causa de la ansiedad en cada paciente.

Además de los instrumentos ya revisados, se encuentra la *Escala Ámsterdam de Ansiedad Preoperatoria e Información (APAIS)* por sus siglas en inglés), la cual se concentra en medir la ansiedad en casos específicos de un procedimiento quirúrgico, tomando en cuenta el factor de aplicación de anestesia y la necesidad informativa del paciente.

En este sentido, Aust et al. (2016) se enfocan en la identificación de estrategias de afrontamiento en pacientes con ansiedad prequirúrgica, para lo cual evaluaron la ansiedad preoperatoria utilizando la APAIS. Los autores afirman que la aplicación de la presente escala les fue de utilidad para identificar el porcentaje de pacientes que le dan prioridad a la necesidad informativa en cuanto al proceso de anestesia y cirugía; teniendo como resultado que dos tercios de los pacientes con ansiedad preoperatoria buscaban mayor información relacionada a los procesos anteriormente comentados, mientras que el tercio restante prefiere evitar esa información. Además, se encontró que la estrategia de afrontamiento a la necesidad

informativa mayormente utilizada por los pacientes es la conversación con el personal médico para decremento de la sintomatología de ansiedad presentada; no obstante, también se prefiere la recepción de información a través de internet y de medios electrónicos.

Otros estudios que han utilizado la escala APAIS para la valoración y evaluación de la ansiedad preoperatoria son el de Celik y Edipoglu (2018) centrado en la evaluación de la ansiedad preoperatoria y miedo a la anestesia en pacientes programados a cirugía ambulatoria en la facultad de medicina de la Universidad Ahi Evran, Turquía, quienes utilizaron la presente escala para la identificación de ansiedad y diferenciación entre necesidad informativa del procedimiento quirúrgico y anestésico. El estudio de Valenzuela-Millán et al. (2010), quienes se concentraron en pacientes para procedimientos quirúrgicos en población mexicana, teniendo como resultados un 70% de pacientes pertenecientes a su muestra con ansiedad preoperatoria elevada; y Hernández et al. (2016), quienes se basaron en la identificación de los niveles de ansiedad en pacientes mexicanos programados para cirugía ambulatoria, estudio en el cual se identificó una alta prevalencia en niveles elevados de ansiedad prequirúrgica y comentando a manera de conclusión que dichos niveles pueden disminuirse si se proporciona mayor información acerca de los procedimientos quirúrgicos menos conocidos por los pacientes.

Los autores anteriores coinciden en que la utilización de la escala APAIS ha sido de gran aporte no sólo para la identificación de ansiedad preoperatoria en sus estudios sino para la valoración y guía de una futura intervención psicológica.

Así, Aust et al. (2016) y Hernández et al. (2016), comentan que la escala APAIS se encarga de evaluar la ansiedad preoperatoria tomando en cuenta la sintomatología cognitiva propia de la ansiedad, así como el nivel de información sobre el procedimiento quirúrgico y la aplicación de anestesia. Es una escala que se concentra en medir la ansiedad a la anestesia, al procedimiento y la necesidad de información del paciente, con un punto de corte de 11 puntos para considerar que un paciente requiere de atención especializada. En este sentido, la presente escala consta de seis reactivos en formato de respuesta tipo Likert (desde 1 = no en lo

absoluto, hasta 5 = totalmente) y está integrada por los siguientes ítems: 1) Estoy preocupado por la anestesia, 2) La anestesia está en mi mente constantemente, 3) Me gustaría saber lo más posible sobre la anestesia, 4) Estoy preocupado por el procedimiento, 5) El procedimiento está en mi mente constantemente y 6) Me gustaría saber lo más posible sobre el procedimiento. Así, los primeros dos reactivos se encuentran relacionados con ansiedad por anestesia; el 4 y el 5 con ansiedad por cirugía; la suma de ellos se considera como ansiedad preoperatoria, que puede variar de 4 a 20 puntos, considerando al paciente como ansioso si presenta puntajes iguales o mayores a 11 puntos. En cuanto a los ítems 3 y 6, están relacionados con la necesidad de información tanto de anestesia como de cirugía, dando una puntuación total entre 2 y 10; los pacientes con puntajes mayores a 5 puntos se consideran que requieren información adicional ya sea de anestesia o cirugía.

Debido a que esta escala está basada en identificar las posibles causas de la ansiedad del paciente prequirúrgico en cuanto a la necesidad informativa sobre la anestesia y la cirugía, permite al profesional focalizar una intervención psicológica más individualizada. Además, cabe mencionar que la escala *APAIS* se encuentra validada en múltiples muestras de cirugía general a lo largo del mundo; entre los países en los que se tiene confiabilidad y validez de ésta, se encuentra México (Méndez-Meneses et al., 2019).

Dadas las investigaciones de los autores anteriores, es posible afirmar que en un contexto hospitalario existen diversas situaciones que se definen como problemas psicológicos, dentro de los cuales reside la ansiedad preoperatoria. La importancia de la evaluación de ésta para una adecuada intervención psicológica es evidente. No obstante, cabe remarcar que no sólo es relevante la identificación de la existencia de dicha variable, sino determinar los factores precisos para poder incidir de forma oportuna en ella; por lo que será necesaria la selección precisa del instrumento dependiendo los objetivos del estudio e/o intervención a realizar.

3. Intervención Psicológica para la Ansiedad preoperatoria

Actualmente, es imposible negar que los factores psicológicos juegan un papel crucial en el proceso quirúrgico, el hecho de que el paciente reciba la noticia que será sometido a una cirugía, la misma estancia hospitalaria, posibles comorbilidades y por ende riesgos mayores durante la cirugía, el proceso anestésico y el posible dolor postoperatorio son situaciones que muy frecuentemente provocan ansiedad en el paciente.

Es por ello que, es fundamental considerar una intervención multidisciplinaria. El trabajo para una persona en cirugía se deberá pensar a manera de una interacción entre cirujanos, anestesiólogos, enfermeros y psicólogos; para así poder crear un adecuado plan quirúrgico de tratamiento que conlleve a mejores resultados en las diferentes esferas del paciente (Cázares de León et al., 2016; Tong et al., 2019).

Una vez identificados los factores que posiblemente le provocan ansiedad al paciente a partir de instrumentos estandarizados, auto reportes y/o Escalas Visuales Análogas, será tiempo de pensar en una intervención psicológica individualizada, con el fin de ayudar a los pacientes a controlar y guiar su conducta ante el proceso quirúrgico, con el menor costo emocional posible (Cázares de León et al., 2016).

Caballo y Mateos (2000), refieren diversas técnicas para tratar la ansiedad desde una perspectiva psicológica basada en una intervención cognitivo-conductual, dentro de ellas se mencionan: técnicas de relajación como respiración, imaginación guiada y relajación muscular, asesoramiento, distracción, desensibilización sistemática y autoinstrucciones.

No obstante, como se ha comentado, es relevante tomar en cuenta el contexto del paciente para implementar cualquier tipo de intervención psicológica. En el contexto hospitalario y en el ámbito quirúrgico se ha intervenido de diferentes maneras en pacientes que presentan ansiedad preoperatoria. Por ejemplo, Cázares de León et al. (2016) realizaron una revisión sistemática sobre la preparación psicológica en las intervenciones quirúrgicas; seleccionaron ensayos clínicos controlados con

medidas de resultado relacionados con la eficacia de las intervenciones psicológicas en cirugías. En dicho análisis encontraron que todos los estudios llevaban a cabo intervenciones psicológicas basadas en técnicas cognitivo conductuales con resultados positivos y prometedores, aunadas a intervenciones informativas.

Asimismo, los resultados de dicho análisis arrojaron que las técnicas conductuales reportan un efecto en la disminución de dolor y angustia en pacientes preoperatorios. Al respecto se mencionan técnicas como la imaginación guiada, control de la atención, relajación y psicoeducación a partir de videos o folletos educativos e informativos, manipulación de instrumentos o kits quirúrgicos, así como la información brindada verbalmente.

Por su lado, Tong et al. (2019) realizaron un meta-análisis sobre la efectividad de los tipos de intervenciones psicológicas que se utilizan mayormente en cirugía ortopédica, teniendo como base al menos una de las siguientes variables de interés: dolor, ansiedad y calidad de vida. En este sentido, se dividieron las intervenciones psicológicas en cinco categorías: 1) Relajación, con el objetivo de la reducción física o psicológica de ansiedad o tensión; 2) Intervenciones cognitivo-conductuales, para modificar los pensamientos de los pacientes que usualmente se encuentran relacionados con aspectos negativos de la intervención quirúrgica; 3) Hipnosis, teniendo en cuenta las técnicas que trabajen la percepción, sensación y pensamiento a partir de una inducción hipnótica; 4) Consejería emocional, enfocada en el manejo y control de emociones ligadas al procedimiento de la cirugía e 5) Intervenciones combinadas, es decir la combinación de las categorías antes descritas.

Ante dichas categorías, los autores encontraron vasta evidencia del uso de la relajación y las intervenciones cognitivo conductuales para la preparación prequirúrgica con resultados significativos de cambio, destacando la imaginación guiada. Broadbent et al. (2012) coinciden en utilizar técnicas de relajación para la atención del estrés quirúrgico durante una intervención operatoria, especificando la relajación a partir de imaginación guiada.

En otro sentido, Cerapia-Sadurni et al. (2011) comentan la importancia de la adaptación por parte de los pacientes a las condiciones del proceso quirúrgico, la cual se puede lograr a partir de técnicas de índole psicológica como psicoeducación, respiración diafragmática, reestructuración cognitiva, habilidades de comunicación y reforzamiento positivo; mismas que cuentan con evidencia suficiente para ser consideradas intervenciones bien establecidas sobre los demás modelos teóricos.

Por otro lado, Burgess et al. (2019) en su revisión sistemática sobre los efectos de la educación preoperatoria psicológica para la cirugía de columna, comentan que la educación preoperatoria es un componente central para la preparación quirúrgica, la cual tiene como objetivo capacitar a los pacientes y a sus familiares para que logren desarrollar acciones positivas de salud y llegar a una toma de decisiones adecuada y autónoma.

En esta línea, es posible afirmar que debido a que la percepción del paciente hacia una cirugía puede verse alterada por factores externos a él, proporcionar información suficiente y adecuada puede ayudar a disminuir la sintomatología de ansiedad que se le presente. Sin embargo, de acuerdo con el resultado de búsqueda, se comenta que la evidencia de cambios significativos en los pacientes preoperatorios en cuanto a brindar solamente educación quirúrgica es limitada, por lo que no se recomienda el uso de esta técnica de manera independiente (Burgess et al., 2019).

No obstante, de acuerdo con la revisión sistemática realizada por Renouf et al. (2014), se confirma que una intervención primaria de provisión de información reduce los niveles de ansiedad al administrarla de forma individualizada y conforme a las necesidades de los pacientes. Asimismo, Wongkietkachorn et al. (2017) coinciden en brindar al paciente información a partir de sus necesidades como parte de la intervención psicológica ante una cirugía; a pesar de que la evidencia para utilizar esta técnica de forma independiente siga siendo escasa hasta la fecha.

A partir de las revisiones anteriores y conforme lo que comentan Caballo y Mateos (2000), es necesario brindar una intervención multicomponente ante una problemática de ansiedad. Por lo que se puede resumir que dentro de las técnicas

mayormente utilizadas basadas en la modificación de conducta se encuentran: relajación a partir de respiración e imaginación guiada, psicoeducación conforme a necesidades, habilidades de comunicación, autoinstrucciones, reestructuración cognitiva y técnicas conductuales.

Cabe resaltar que la elección de las técnicas debe ser acorde al contexto y a las variables propias de los pacientes tales como: edad, sexo, variables sociodemográficas, culturales y económicas, nivel educativo, entre otras.

A continuación, se describen algunas de las técnicas más utilizadas en torno al tratamiento de la ansiedad preoperatoria conforme lo revisado anteriormente.

3.1 Psicoeducación

La psicoeducación ha sido considerada como una técnica eficiente basada en evidencia para la práctica clínica psicológica y específicamente en el área de la salud. Debido a la flexibilidad característica de la técnica, ésta permite incorporar información específica de enfermedades, así como del manejo de las circunstancias para un cambio conductual (Lukens y McFarlane, 2004).

Esta técnica nace a partir de la necesidad clínica de dotar al paciente de herramientas específicas que le permitan ser más proactivo en la comprensión y tratamiento de su enfermedad, a fin de reducir las recaídas y evitar reingresos hospitalarios (Colom, 2011).

Así, la psicoeducación se basa en la premisa de que entre mayor conocimiento tenga el paciente de su enfermedad, mejores serán los resultados relacionados con su salud. Esta técnica ayuda a los pacientes a comprender y desmitificar la información acerca de su problemática, teniendo como resultado una mejora en su estado emocional y el desarrollo de estrategias para el adecuado uso de dicha información.

Montiel y Guerra (2016) definen a la psicoeducación como el proceso educativo y de intervención psicoterapéutica que consiste en la transmisión de información con el fin de un cambio en los estilos de vida, creencias y actitudes hacia la enfermedad. Ante lo cual, Colom (2011) complementa que esta técnica aspira a modificar

actitudes o conductas del paciente, permitiéndole una mejor adaptación a la enfermedad, adhesión al tratamiento, manejo de los desencadenantes y/o detección precoz de recaídas.

En este sentido, Montiel y Guerra (2016) mencionan premisas básicas para la aplicación adecuada de esta técnica, entre las cuales se destacan: a) Informar al paciente sobre su condición médica; b) Facilitar la comprensión y el manejo de la enfermedad; c) Ofrecer apoyo con la intención de lograr el cambio conductual; d) Responsabilizar al individuo en el proceso del cambio; e) Estimular la autorregulación desde el vínculo entre afecto y cognición; f) Promover estilos de vida saludables y g) Estimular el afrontamiento activo a la enfermedad.

En el ámbito quirúrgico se ha demostrado que la psicoeducación sobre los procedimientos quirúrgico y de anestesia se puede administrar de diferentes formas. En esta línea, Alanazi (2014) realizó una revisión sistemática, donde se comprueba lo anterior a partir de 14 estudios en los que se utilizaron videos animados, presentaciones multimedia, información visual en CD-ROM y folletos para la información a los pacientes acerca de su cirugía y procedimiento de anestesia; mismos que resultaron efectivos para la reducción de ansiedad preoperatoria. Ante lo cual, Chow et al. (2015) concuerda y realiza una revisión sistemática de la aplicación de videos y audios para la impartición de información a pacientes preoperatorios sobre su proceso quirúrgico, teniendo como resultados 18 estudios identificados que hablan de la efectividad en cuanto al uso de intervenciones audiovisuales para la ansiedad preoperatoria.

Asimismo, en la revisión realizada por Banchs y Lerman (2014) se encontró que en un estudio realizado con niños y sus padres, quienes presentaban ansiedad ante la cirugía, se les brindó un tratamiento no farmacológico que consistía en un libro educativo interactivo acerca del procedimiento de la misma; reportando como resultados un decremento significativo de ansiedad en ambas poblaciones (el 87% en los padres y 83% en los niños), al contrario del grupo control, donde se observaron consecuencias postoperatorias mayormente agresivas que en el experimental. En la misma línea, Tulloch y Rubin (2019) comentan que, a partir de

su estudio, el cual tuvo como objetivo identificar la mejor forma de intervención informativa para la disminución de ansiedad prequirúrgica, se puede concluir que los pacientes están mayormente de acuerdo en recibir folletos con información sobre el proceso, seguido de un entrenamiento conductual y de la explicación oral por parte del personal de salud.

Por su lado, Chevillon et al. (2015) refieren la importancia de la variedad de metodología en cuanto a la impartición de la información a los pacientes, además de la consideración de las necesidades de cada uno de ellos. En su estudio, que tuvo como objetivo evaluar el impacto de una intervención educativa preoperatoria en el delirio postoperatorio, días de ventilación mecánica y días en la Unidad de Cuidados Intensivos (UCI), se intervino con un programa educativo a pacientes preoperatorios que incluyó métodos de enseñanza visuales, táctiles, kinestésicos y auditivos, entre los cuales cabe destacar el uso de colores llamativos, imágenes, lenguaje sencillo y sonidos. En los resultados se pudo observar que el grupo experimental tuvo un conocimiento mayor acerca de los cuidados postoperatorios, además de menos días de ventilación mecánica. Sin embargo, no se obtuvo una diferencia significativa en cuanto a la ansiedad, incidencia de delirio o días en la UCI. Por lo que se recomendó que futuros estudios se concentraran en la aplicación de diferentes técnicas además de la educación preoperatoria.

A partir de lo revisado anteriormente se observa que existe una vasta revisión y aplicación de la psicoeducación ante el manejo de la ansiedad preoperatoria; por lo que es imprescindible el uso de esta técnica en cualquier intervención psicológica para dicha variable.

No obstante, y tal y como lo mencionan Boradbent et al. (2012), las características interindividuales y socioculturales de cada persona, tales como: tipo de pensamiento, escolaridad y en este caso la enfermedad y tipo de procedimiento quirúrgico, son relevantes para la aplicación de técnicas psicológicas, incluyendo la psicoeducación. Aunado a ello, y de acuerdo con la *Guía para el diseño, utilización y evaluación de material educativo en salud*, realizado por la Organización Panamericana de la Salud (1984), en la que se menciona que los materiales

educativos por sí solos no tienen mayor valor, sino que su valor radica en ser instrumentos que facilitan el proceso educativo mediante la aprobación de profesionales especialistas en la temática a abordar, así como en la población para la cual va dirigido el material.

De acuerdo con la OPS (1984), los materiales educativos escritos se deben evaluar a partir de: la atracción (que el mensaje sea lo suficientemente atractivo, interesante o relevante para mantener la atención del individuo), la comprensión (considerar que el mensaje sea de fácil entendimiento por la población a quien va dirigido), la aceptación (adecuar el lenguaje para que éste no sea considerado como ofensivo) y la persuasión (el mensaje debe ser suficientemente convincente para lograr los cambios conductuales deseados en la población).

3.2 Relajación a partir de Respiración

Es desde 1934 que se habla de relajación para el manejo de la ansiedad, para entonces Edmund Jacobson fue quien desarrolló un método capaz de combatir las características fisiológicas de esta variable a partir de la tensión y distensión muscular. Por otro lado, y en una segunda fase, Joseph Wolpe en 1958 se encargó de modificar el procedimiento de Jacobson, aplicando un programa de tratamiento sistemático. Así, Jacobson en su investigación implementa su denominada *Relajación Progresiva*, la cual consta de la tensión y distensión progresiva de 15 pares de grupos musculares. Por su parte, Wolpe mantuvo como principio el contra condicionamiento de respuestas de miedo a partir de estímulos incompatibles para generar respuestas contrarias, es decir respuestas de relajación (Bernstein y Borkovec, 1973).

Así, Bernstein y Borkovec (1973) refieren al estado de relajación como un completo opuesto fisiológico de la ansiedad, poniendo en práctica el entrenamiento en relajación progresiva desarrollado por los autores antes mencionados. Además, realizan una serie de variaciones en cuanto a la técnica tomando en cuenta las características específicas de los pacientes. Por ejemplo, mencionan la *relajación por conteo*, que consiste en contar interponiendo verbalizaciones que le provoquen relajación al paciente:

“Uno, dos, nota cómo tus brazos y manos se vuelven más y más relajados; tres, cuatro, enfócate en los músculos de tu rostro y cuello cómo se vuelven aún más relajados ahora; cinco, seis, permite que los músculos de tu pecho, hombros, espalda y abdomen se relajen cada vez más; siete, ocho, nota que los músculos de tus piernas y pies se vuelven más y más, completamente relajados; nueve y diez” (Bernstein y Borkovec, 1973).

Actualmente, Coffin y Salinas (2018) comentan que cuando un individuo se encuentra en un estado de relajación, la actividad predominante en el cuerpo le corresponde al Sistema Nervioso Autónomo Parasimpático (SNAP). Así, el control predominante de este sistema se manifiesta con la disminución de la tasa cardíaca, la respiración pausada, la disminución de la tensión muscular y se suele reportar una sensación de calor o pesadez en el cuerpo. Es decir, el estado de relajación es completamente contrario al estado de ansiedad.

No obstante, la relajación es considerada como un proceso psicofisiológico, donde lo fisiológico y el comportamiento llevan a cabo intercambios dinámicos, presentando alteraciones en los patrones de activación somática y autónoma (componente fisiológico), en informes verbales de tranquilidad y en el estado reducido del tono muscular y movimientos naturales (componente cognitivo-comportamental) (Bernstein y Borkovec, 1973; Coffin y Salinas, 2018).

De acuerdo con Wolpe (2010), el hecho de que un individuo se pueda relajar es considerado como una habilidad o destreza, es decir ésta puede mejorar con la práctica continua; por lo que, él recomienda realizar ejercicios de relajación de 10 a 15 minutos, dos veces al día. Aunado a ello, Coffin y Salinas (2018) concuerdan y agregan que, una respuesta de relajación debe estar relacionada con estímulos neutrales del ambiente para provocar un condicionamiento y lograr un cambio fisiológico y emocional en el individuo; o en su caso, ser contra condicionada de estímulos evocadores de ansiedad. Así, se han descrito técnicas que enseñan al individuo a controlar los efectos fisiológicos de ansiedad y estrés, algunas de aprendizaje más complejo que otras, que requieren preferentemente de un especialista durante la fase inicial de entrenamiento. Entre las técnicas de relajación

más comunes se encuentran: técnicas basadas en las propuestas de Jacobson y Schultz y técnicas de respiración.

Coffin y Salinas (2018) refieren que las técnicas de respiración están basadas en la interacción cardiorrespiratoria del control vagal. Así, el entrenamiento de patrones respiratorios caracterizados por tasas respiratorias bajas, amplitudes altas y respiraciones predominantemente abdominales incrementa el control parasimpático sobre el funcionamiento cardiovascular. De esta manera, el objetivo del entrenamiento en respiración es facilitar el control voluntario de ésta y automatizarlo para que pueda ser mantenido en situaciones generadoras de ansiedad. Existen varias técnicas de respiración que conllevan a la relajación como: respiración diafragmática, respiración profunda y respiración rítmica. Cabe mencionar que, para la elección de una técnica adecuada el profesional debe considerar las características individuales del paciente.

La respiración diafragmática está documentada como el tipo de respiración que puede provocar un mayor estado de relajación si es realizada correctamente y después de cierta práctica. Se concentra en la expansión y contracción del diafragma, más allá de la elevación de hombros y pecho durante la respiración. En ésta no intervienen grandes aspiraciones por nariz o boca, ni movilización alguna del pecho, sino del abdomen, ya que es la contracción del diafragma la que interviene en la relajación (Castellano, 2011).

Por otro lado, la respiración profunda consiste en la inspiración de aire de manera lenta y profunda por la nariz, permitiendo que exista movilidad desde los hombros, el pecho, hasta el abdomen. Esta respiración no necesita de alguna instrucción específica, ya que el paciente definirá lo profunda que pueda llegar a ser (Rodríguez et al., 2005). Labrador (2008), complementa indicando que este tipo de respiración implica una inspiración seguida de un período de retención de entre cinco y diez segundos, dependiendo de cada paciente, para posteriormente exhalar el aire de manera lenta.

Por último, la respiración rítmica consiste en proponer al paciente un tiempo específico para respirar, se suele indicar 3 segundos para la inspiración de aire por

la nariz, y espirar por la boca durante 3 segundos para hacer una breve pausa y realizar de nuevo el ejercicio (Rodríguez et al., 2005). Este tipo de respiración suele ser un método muy sencillo para los pacientes, puesto que no requiere de mayor entrenamiento, además de que puede practicarse con ayuda de una señal externa, como un metrónomo que marque el tiempo entre inhalación, pausa y exhalación. Labrador (2008) propone comenzar con tiempos bajos, indicando 3 tiempos para inhalación, 2 para la retención del aire y 3 para la exhalación; sin embargo, también recomienda ajustarse a los tiempos que el paciente indique, proponiendo valores más bajos (2-2-2) o más elevados (4-3-4), hasta encontrar la sensación de relajación buscada.

De acuerdo con Bernstein y Borkovec (1973) y Labrador (2008), es necesario tener en cuenta algunas consideraciones para la aplicación adecuada de la técnica como:

- Eliminación de estímulos externos que puedan alterar la atención del paciente. Estímulos como objetos dentro del consultorio deberán ser distribuidos conforme a la comodidad del paciente. Se recomienda un ambiente tranquilo, sin ruido y libre de distracciones, con temperatura agradable e iluminación tenue.
- Comentar con el paciente la importancia de utilizar ropa cómoda para la aplicación de la técnica, eliminando preferentemente lentes de contacto, anteojos, relojes de mano, cinturones, entre otros elementos que puedan incomodar al paciente.
- La postura del paciente al momento de ejecutar la técnica deberá ser, preferentemente, “recostado” o “sentado”, a fin de que éste se encuentre cómodo.
- El terapeuta debe poner atención a su voz para brindar las instrucciones de la técnica de respiración, además de utilizar el modelado para la enseñanza de la misma. Las indicaciones que éste brinde deberán ser con voz pausada, monótona y con escaso volumen. No se deberá hacer cambios bruscos en la intensidad ni en la modulación, a fin de facilitar la identificación de las sensaciones corporales.

- Al comenzar y terminar con la realización de la técnica, el profesional deberá preguntar al paciente el grado de sensación de relajación que presenta, realizar una comparación e instigar al paciente para la práctica de la misma ante situaciones específicas en su contexto natural.

En el servicio de cirugía, se ha retomado la importancia de la aplicación de diferentes técnicas de relajación para el manejo de la ansiedad preoperatoria. En este sentido, Quintero et al. (2017) aplicaron un entrenamiento multicomponente para la disminución de ansiedad preoperatoria en pacientes programados para colecistectomía laparoscópica, quienes como primer punto aplicaron la psicoeducación sobre el procedimiento y de los posibles cambios conductuales y emocionales asociados al tratamiento, posteriormente se implementó una técnica de respiración y por último se intervino en las estrategias de afrontamiento del paciente. Los autores comentan que el hecho de implementar un entrenamiento multicomponente les permitió una mejora en sus resultados, a pesar de que uno de los factores predictores de su muestra fuera la falta de información, se exhorta en la continua implementación de técnicas de relajación ante esta variable.

En esta misma línea, Cerapia-Sadurni et al. (2011), remarcan la importancia de la aplicación de técnicas de relajación a partir de respiración para el tratamiento de ansiedad preoperatoria. En su estudio realizado por etapas, los autores aplicaron una fase de tratamiento multicomponente, la cual constó de psicoeducación, respiración diafragmática, reestructuración cognitiva, habilidades de comunicación y reforzamiento positivo; teniendo como resultado un decremento significativo en la ansiedad de los pacientes pertenecientes a su muestra.

Por otro lado, se ha observado que la técnica de relajación también se ha podido aplicar vía multimedia; por ejemplo, se encuentra el estudio realizado por Broadbent et al. (2012), en el cual los pacientes preoperatorios además de recibir una atención estándar recibieron un tratamiento psicológico conformado por técnicas de relajación en un CD para llevar a casa y pudieran escucharlo durante 3 días antes y 7 días después de la cirugía como proceso de seguimiento.

A partir de lo anteriormente comentado, es posible notar la incidencia de aplicación de técnicas de relajación en pacientes preoperatorios. Sin embargo, se continúa recalcando la valoración de la elección de la técnica adecuada a partir de las necesidades individuales de la muestra de pacientes considerando sus características cognitivas, demográficas, culturales, entre otras.

3.3 Autoinstrucciones

Como precursores de las autoinstrucciones formalmente dichas, se encuentran Bernstein y Borkovec (1973), quienes, dentro de las variaciones que realizaron a las técnicas originales de Jacobson y Wolpe, implementan la *relajación mediacional*, que se enfoca en identificar un estímulo para el paciente en el cual concentrarse para dirigir su atención y conducta a otra situación que no sean los pensamientos e imágenes angustiantes característicos de la ansiedad. Así, recomendaban a los pacientes el uso de palabras, pequeñas frases o imágenes significativas que les provocaran sensaciones de calma, tranquilidad, seguridad y profunda relajación. Estas palabras, frases o imágenes podían ser introducidas en los ejercicios de respiración que realizaba el paciente y de forma repetida ya sea por el terapeuta o el mismo usuario; de manera que el paciente pudiera utilizar estas palabras para enfocar y conducir su conducta hacia un estado de relajación en contextos que le generaran ansiedad en su vida cotidiana.

Por su lado, Brown y Morrisey (2004) refieren como auto-diálogo positivo al discurso interno de contenido específico y frases estructuradas, el cual juega un papel importante para el comportamiento de las personas. Éste puede ayudar al control de la ansiedad, funcionando como facilitador de la autoeficacia.

Asimismo, Coffin y Salinas (2018) comentan que existe una relación entre el estado de relajación con el comportamiento y cognición; verbalizaciones negativas y desagradables para el individuo puede llevarlo a estados de tensión y ansiedad. Por lo que un entrenamiento en autoinstrucciones puede generar también un estado de relajación en el paciente.

En estricto sentido, el entrenamiento en autoinstrucciones fue diseñado por Donald Meichenbaum en 1969 con el objetivo de instaurar o modificar el diálogo de un individuo a sí mismo para la ejecución de una tarea específica, o bien cuando presenta dificultades para abordar adecuadamente una situación. Este entrenamiento se ha implementado con el fin de incrementar las habilidades de autocontrol en diferentes poblaciones, ayudando a los pacientes a pensar y planificar antes de actuar (Ruiz et al., 2012).

Así, Meichenbaum (2002) comenta que el adiestramiento en autoinstrucciones está diseñado para fomentar una actitud de resolución de problemas, para formar una variedad de estrategias cognitivas específicas que el paciente puede utilizar en varias fases de sus respuestas ante una situación estresante. Es decir, el auto diálogo está dirigido para que el paciente: 1) evalúe las exigencias de una situación y planifique para futuros estresores, 2) controle los pensamientos, imágenes y sentimientos negativos que se generen a partir de una situación estresante, 3) reconozca, utilice y clarifique de nuevo la activación experimentada, 4) afronte emociones intensas y disfuncionales que se puedan experimentar y 5) reflexione sobre su actuación, fortaleciendo la forma de afrontamiento que se logre aplicar.

Ante lo cual, Ruiz et al. (2012) agregan que las autoinstrucciones se enfocan en el control del comportamiento, ayudando al individuo a: prepararse para tareas específicas en situaciones muy puntuales, focalizar su atención en alguna ejecución, guiar la propia conducta, proporcionar auto reforzamiento y retroalimentación sobre la ejecución de la tarea, evaluar sus resultados y reducir estados de ansiedad.

Para implementar un entrenamiento en autoinstrucciones, es necesario de primera instancia conocer el tipo de verbalizaciones o instrucciones que conforman el repertorio del individuo. Una vez identificadas, se deberá evaluar cuáles son adecuadas y funcionales para que puedan mantenerse en el repertorio de éste, así como identificar cuáles han resultado disfuncionales a lo largo de su historia de aprendizaje. En este punto, es necesario enseñar al paciente a reconocer qué autoinstrucciones o autoverbalizaciones son más adecuadas en secuencias de

acción para una meta determinada (Ruiz et al., 2012). A lo anterior, Michenbaum (2002) remarca que se deberá hacer la advertencia al paciente de no considerar una sola nemotecnia como una fórmula única y rígida, creyendo que las respuestas de afrontamiento contenidas en ella son las únicas a emplear; es decir, será imprescindible hacer saber al paciente que las autoinstrucciones o autoverbalizaciones elegidas serán contextualizadas y elegidas por y para él mismo.

En la misma línea, Lauria et al. (2017) comentan que para desarrollar un autodiálogo eficaz es necesario: 1) elaborar frases cortas y específicas, 2) usar la primera persona y en tiempo presente, 3) utilizar frases positivas, 4) al momento de decir las frases, decirlas con una intención específica, 5) realizar un autodiálogo amable y 6) repetir las frases frecuentemente.

Por su lado, Ruiz et al. (2012) resaltan que una autoinstrucción puede adoptar diferentes formas y su elección dependerá de la funcionalidad para el paciente. Estas pueden ser: a) Nominal (e.g. *María, párate un momento y respira profundamente*); b) En primera persona (e.g. *Me voy a parar un momento y voy a respirar profundamente*); c) En segunda persona (e.g. *Será mejor que pares un momento y respires profundamente*); e d) Imperativa (e.g. *Para un momento y respira profundamente*).

Cabe remarcar que el uso de autoinstrucciones y/o autoverbalizaciones es considerada como una estrategia para la resolución de problemas y la disminución de sintomatología de estrés o ansiedad y no como el uso de una “letanía psicológica” o fórmula que tiende a la repetición mecánica; en este sentido, el terapeuta no deberá comentar al paciente qué instrucciones o afirmaciones decirse a sí mismo, ni mencionarle que las debe memorizar o repetir mecánicamente cuando esté estresado o ansioso. En cambio, el terapeuta trabajará en colaboración con el paciente para generar una lista significativa de afirmaciones personalizadas para ciertas situaciones; además, dicha lista puede adaptarse y/o extenderse a medida que el adiestramiento prosigue (Michenbaum, 2002).

Ahora bien y de acuerdo con Ruiz et al. (2012), un adecuado entrenamiento en autoinstrucciones debe seguir con las siguientes especificaciones:

- Identificación de la situación problema: El profesional deberá interrogar sobre la situación que le está generando problema al paciente, además de identificar estímulos que puedan considerarse desencadenantes de la misma.
- Centrar la atención en el problema: Producir la focalización del paciente hacia su problema y a dichos estímulos desencadenantes.
- Reglas específicas sobre las contingencias: Enseñar al paciente a encauzar las instrucciones hacia la solución, es decir, mostrarle cómo actuar en las diferentes fases y frente a cambios en la situación.
- Flexibilidad ante errores.
- Auto-refuerzo: Instigar al paciente para que se brinde reforzamiento positivo ante el logro de la mejora de su problemática.

En un sentido práctico, Lodge et al. (2000), mencionan que el uso de autoverbalizaciones y lista de pensamientos son capaces de reducir la ansiedad en niños. Los autores comentan tres estudios en los que niños de diferentes edades realizaron listas de pensamientos alternos a la situación que les generaba ansiedad, además de aplicar autoverbalizaciones y autoinstrucciones con el fin de dirigir su conducta hacia un estado de relajación. A partir de lo cual se concluye que, al elegir un método de intervención para la ansiedad, es necesario tener en cuenta el propósito de la intervención, el entorno en el que ocurre, así como las necesidades y características de la población; mencionando que el uso de autoinstrucciones y autoverbalizaciones son adecuadas para utilizar con niños, puesto que no hay necesidad de llevar un entrenamiento forzado en relajación o de imaginación, además que el desarrollo cognitivo del niño puede interferir en técnicas donde se requiera la habilidad imaginativa.

Por su cuenta, Salas et al. (2003) consideran funcional el uso de esta técnica en procedimientos médicos invasivos y dolorosos, mencionando que las autoverbalizaciones pueden utilizarse desde edades muy cortas; niños de 6 años de edad o más pueden guiarse a sí mismos durante el procedimiento diciéndose

frases relajantes. Los autores reportan procedimientos como inyecciones intravenosas e intramusculares, acceso al catéter interno, punciones lumbares, quimioterapia y aspiraciones y biopsias de médula; y como posibles beneficios: la reducción de estrés, ansiedad y dolor, el desarrollo de recursos de afrontamiento a procedimientos médicos dolorosos, la facilidad de aplicación de dichos procedimientos por parte del personal de salud, la disminución de ansiedad en familiares y la toma de un papel activo en el tratamiento de la enfermedad (percepción de control).

Por otro lado, Ortigosa et al. (2009) y García et al. (2014) concuerdan con la afirmación anterior comentando que el uso de autoverbalizaciones positivas por pacientes infantiles y adolescentes con cáncer ante procedimientos médicos invasivos y dolorosos han sido de gran utilidad y con la misma eficacia que otras técnicas de índole cognitivo-conductual, tales como: distracción cognitiva, imaginación guiada, desensibilización, relajación muscular, distracción conductual, ejercicios de respiración y psicoeducación/información.

Asimismo, Hamilton et al. (2011) realizaron una intervención en población de sobrevivientes de cáncer de mama ante la ansiedad presentada en la fase de supervivencia, aplicando autoverbalizaciones y autoinstrucciones en circunstancias de ansiedad a la recidiva y teniendo como resultados un cambio significativo en variables de ansiedad, depresión y habilidades de afrontamiento.

Como se puede observar, a pesar de las afirmaciones teóricas acerca de la reducción de ansiedad a partir de autoinstrucciones y que se mencione que éstas pueden funcionar en procedimientos médicos invasivos y dolorosos, no se ha reportado su implementación como técnica de uso ante la ansiedad preoperatoria.

4. Planteamiento del problema

4.1 Justificación

De acuerdo con autores como Cázares de León et al. (2016) y Quintero et al. (2017) es común que, ante procedimientos en el ámbito médico y hospitalario, tales como: la estancia hospitalaria, la exposición a procedimientos invasivos, posibles efectos secundarios de tratamientos, el aislamiento por enfermedad y procedimientos quirúrgicos, se presenten problemas de índole psicológica en el paciente, entre ellos: la ansiedad.

Uno de los factores principales a partir del cual la ansiedad suele manifestarse en los pacientes durante la hospitalización, es el procedimiento quirúrgico, destacando dentro del mismo: el diagnóstico y noticia de intervención quirúrgica, la falta de información por parte del paciente, la aplicación de la anestesia y la cirugía *per sé* (Wilson et al., 2016).

De este modo, la presencia de ansiedad durante el proceso preoperatorio (ansiedad preoperatoria) suele ocasionar repercusiones en el paciente como: la posible insatisfacción sobre la preparación y valoración preoperatoria, problemas durante la recuperación postquirúrgica, mayor percepción de dolor postoperatorio, menor cooperación del mismo durante todo el proceso quirúrgico, una mayor demanda de atención hacia el personal de salud y la prolongación en su estancia hospitalaria (Cázares de León et al., 2016; Lee et al., 2016 y Doan & Blitz, 2020).

En esta misma línea, el personal de salud puede verse afectado por la presencia de ansiedad preoperatoria en un paciente programado para cirugía. Entre las consecuencias más comunes en el personal de salud se encuentran: una mayor necesidad de atención individualizada hacia el paciente ansioso, un mayor uso de fármacos en los procesos peri y postoperatorio, además de una alta probabilidad de presentar cansancio y síntomas de estrés de lo habitual (Cázares de León et al., 2016; Lee et al., 2016 y Doan & Blitz, 2020).

Atender la ansiedad preoperatoria permitirá reducir y evitar en medida de lo posible las repercusiones anteriormente señaladas en el paciente, además de tener posibles efectos en el personal de salud.

Existen evidencias de que los pacientes que serán sometidos a cirugía, muy probablemente presenten ansiedad. Es por ello que, para demostrar la presencia de esta manifestación psicológica, se han empleado diversos instrumentos, entre los cuales destacan: la Escala de Ansiedad y Depresión Hospitalaria (HADS), el Inventario de Ansiedad Rasgo-Estado (IDARE) y el Cuestionario de Ansiedad de Beck (BAI), los cuales, aunque han sido utilizados en diversos estudios para la medición y evaluación de ansiedad preoperatoria, no cuentan con reactivos específicos que refieran a factores predictores de la ansiedad prequirúrgica, tales como: el procedimiento quirúrgico o la aplicación de anestesia (Karanci & Dirik, 2003; Rojas-Carrasco, 2010; Galindo, et al., 2015; Gonçalves, et al., 2016; Guillén y González, 2019 y Khalili, et al., 2019).

Por otro lado, diferentes estudios se han concentrado en el uso de la Escala Ámsterdam de Ansiedad Preoperatoria e Información (APAIS), misma que ha sido validada para la ansiedad manifestada específicamente en procedimientos de cirugía, tomando en cuenta la evaluación de las respuestas de ansiedad derivadas del proceso quirúrgico, de la aplicación de anestesia y de la necesidad de información del paciente. Debido a la valoración de los factores predictores de ansiedad preoperatoria, utilizar dicha escala en este estudio permitió identificar las necesidades psicológicas específicas del paciente y direccionar al profesional a desarrollar y brindar una intervención psicológica más adecuada hacia las respuestas de ansiedad preoperatoria (Aust, et al., 2016; Celik & Edipoglu, 2018; Valenzuela-Millán, et al., 2010 y Hernández, et al., 2016).

Como ya se ha comentado, intervenir psicológicamente en la ansiedad preoperatoria, permitirá disminuir las consecuencias negativas en el paciente, sin olvidar la posibilidad de incrementar la eficacia en el trabajo por parte del personal de salud.

Tomando en cuenta las revisiones sistemáticas y meta-análisis que hablan de la intervención psicológica para la ansiedad preoperatoria de diversos autores como: Cerapia et al. (2011), Renouf et al. (2014), Cázares de León et al. (2016), Tong et al. (2019) y Burgess et al. (2019), se destaca que una atención multicomponente de corte cognitivo-conductual puede ser funcional para la reducción de ansiedad prequirúrgica.

En dichas revisiones se ha remarcado el uso de la técnica de relajación a partir de una respiración diafragmática con el fin de reducir las respuestas fisiológicas pertenecientes a ansiedad. No obstante, tal como lo comentan Renouf et al. (2014) y Wongkietkachorn et al. (2017), es necesario que la intervención para la ansiedad preoperatoria se realice de manera individualizada y conforme a las necesidades de los pacientes. Como se ha mencionado en capítulos anteriores, la Colecistitis provoca en el paciente crisis de dolor intermitentes (*cólicos biliares*), mismas que se pueden manifestar de manera crónica en caso de presentar litos en el conducto pancreático (pancreatitis); utilizar la técnica de relajación a partir de la respiración diafragmática en esta situación, incrementaría la probabilidad de percepción de un mayor dolor en el paciente, lo cual, posiblemente, dificultaría la disminución de las respuestas de ansiedad preoperatoria. Por este motivo, para fines de este proyecto se utilizará la técnica de relajación a partir de la respiración rítmica, la cual permitirá al paciente realizar respiraciones cortas (no profundas), previniendo una mayor percepción al dolor e incomodidad física; además, el uso de dicha técnica de relajación, permitirá al paciente concentrarse en su respiración a partir del conteo de los tiempos de inhalación, retención de aire y exhalación, que, de acuerdo con Lovas y Lovas (2007), la atención y el enfoque en la respiración es un elemento clave para provocar una relajación profunda en el individuo, puesto que evita que éste se concentre en verbalizaciones o pensamientos intrusivos y disfuncionales.

Por otro lado, en los meta-análisis y revisiones sistemáticas anteriormente referidos, se ha optado por brindar psicoeducación a los pacientes brindándoles folletos y videos que contengan información sobre el procedimiento quirúrgico y los diferentes tipos de anestesia a aplicar. Si bien, el uso de folletos y videograbaciones han sido

funcionales en diversos estudios (Alanazi, 2014; Chow, et al., 2015 y Banchs & Lerman, 2014), Chevillon et al. (2015) y Tulloch & Rubin (2019) remarcan la importancia de complementar la información escrita sobre el proceso quirúrgico con la explicación oral por parte del personal de salud y de un entrenamiento conductual para la reducción de las respuestas de ansiedad, ya que el hecho aislado de la entrega de información al paciente no promete un cambio conductual por parte de éste. Es por ello que, para fines de esta investigación se plantea implementar la técnica de psicoeducación a partir de una guía para pacientes que contenga información sobre la definición de su enfermedad (colecistitis), el proceso quirúrgico al cual se someterá (colecistectomía abierta o laparoscópica), los tipos de anestesia que se pueden aplicar (general o local), la estancia en hospitalización, así como la descripción de las técnicas psicológicas que se utilizarán durante la intervención planeada, aunada a un acompañamiento psicológico a nivel conductual (explicación oral, modelamiento y moldeamiento por parte del profesional), con el fin de promover un cambio en las respuestas de ansiedad de los pacientes. Asimismo, tal como lo demuestran en su estudio Broadbent et al (2012), en el que se aplicó una intervención psicológica multicomponente a pacientes programados para colecistectomía que presentaban respuestas de ansiedad preoperatoria; los pacientes pueden presentar respuestas de ansiedad días después de la cirugía, por lo que se propone que la intervención psicológica se aplique antes de la cirugía, brindando un seguimiento posterior a la misma por parte del profesional en psicología. Por tal motivo, para la presente investigación se planteó que la guía a realizar para los pacientes abarcara tanto la preparación médica y psicológica previa a la cirugía, como el seguimiento posterior a la misma.

En esta misma línea, las revisiones sistemáticas han arrojado el uso de imaginación guiada en los pacientes que presentan respuestas de ansiedad preoperatoria. No obstante, Broadbent et al (2012) en su estudio, observaron que no todos los participantes fueron capaces de llevar a cabo esta técnica; al respecto, los autores comentan que ciertas características socioculturales de los pacientes, como el tipo de pensamiento, pudieron influir en estos resultados. Motivo por el cual recomiendan que en futuras investigaciones se tome en cuenta la habilidad de los

individuos para llevar a cabo la técnica. Por otro lado, en diferentes estudios se han utilizado las autoinstrucciones para la reducción de la ansiedad; ante lo cual, Hamilton et al. (2011), Brown y Morrissey (2004) y Lauria et al. (2017) concuerdan en que utilizar palabras o frases focalizadas a la situación que se relaciona con las respuestas de ansiedad, puede guiar la conducta ansiosa del paciente hacia la relajación, debido a que éste presta su completa atención a la tarea que está por realizar, así como a los estímulos medioambientales de dicha situación, provocando una sensación de control en sus respuestas cognitivas y fisiológicas y reduciendo los síntomas de la ansiedad. Sin embargo, a pesar de la gran aceptación clínica que esta técnica ha tenido en diferentes ámbitos y con diversas poblaciones, tales como: el área educativa con población estudiantil; en procedimientos agudos e invasivos de la medicina, como la aplicación de inyecciones, trasplantes de médula ósea, enfermedades crónico-degenerativas como el cáncer; en procedimientos agudos e invasivos de la odontología, como la extracción y la cirugía odontológica; no se han propuesto investigaciones para procedimientos quirúrgicos generales como es el caso de la colecistectomía. Es por ello que, para este proyecto se propuso el uso de autoinstrucciones con el fin de que el paciente focalice su atención en las verbalizaciones y pasos a seguir ante el proceso quirúrgico, guiando así su conducta hacia un estado de relajación; además de permitir entrenar a individuos con diferentes características socioculturales, debido a que estas frases o palabras se elegirán de manera individualizada.

Como se puede observar en los estudios anteriormente mencionados, la aplicación de las técnicas de relajación, psicoeducación y autoinstrucciones de manera aislada, han tenido resultados adecuados para la reducción de los síntomas de ansiedad en diversos contextos clínicos. No obstante, tal como lo comentan Tulloch & Rubin (2019), el uso de las técnicas psicológicas debe ser complementario, por lo que para fines de esta investigación se planteó realizar una intervención multicomponente de corte cognitivo-conductual utilizando estas técnicas psicológicas, que han tenido una comprobación metodológica aplicadas por sí solas, con el fin de observar sus efectos en conjunto; además de atender a las especificaciones médicas de la enfermedad a tratar (colecistitis) y a las

características socioculturales de la población que se presenta en el Hospital General de Atizapán.

4.2 Objetivos

En este sentido, el objetivo del presente estudio es evaluar los efectos de un entrenamiento cognitivo-conductual, a partir de las técnicas de psicoeducación, relajación mediante respiración rítmica y autoinstrucciones, en las respuestas de ansiedad preoperatoria en pacientes programados para colecistectomía.

Para ello se formularon los siguientes objetivos específicos:

- a) Disminuir los niveles de ansiedad identificados en el Inventario de Ansiedad Rasgo-Estado (IDARE) a partir del entrenamiento cognitivo-conductual.
- b) Disminuir los niveles de ansiedad identificados en la Escala Ámsterdam de Ansiedad Preoperatoria e Información (APAIS) a partir del entrenamiento cognitivo-conductual.
- c) Decrementar los niveles de necesidad informativa identificados en la Escala Ámsterdam de Ansiedad Preoperatoria e Información (APAIS) a partir de la psicoeducación en colecistitis y el proceso para la colecistectomía.
- d) Disminuir las respuestas fisiológicas y cognitivas identificadas en la Checklist de Ansiedad a partir del entrenamiento cognitivo-conductual.
- e) Disminuir la frecuencia cardíaca de las participantes medida mediante un oxímetro (marca *ChoiceMMed*, modelo MD200C23).
- f) Disminuir los niveles de ansiedad en las participantes, medidos mediante una Escala Numérica Análoga (ENA) de ansiedad a partir de la práctica de la técnica de respiración rítmica.
- g) Identificar los estímulos generadores de ansiedad en las participantes.
- h) Entrenar a las participantes en la generación y aplicación de autoinstrucciones ante estímulos específicos.
- i) Disminuir los niveles de dolor postoperatorio medidos mediante una Escala Numérica Análoga (ENA) de dolor a partir de las técnicas de respiración rítmica y autoinstrucciones.

4.3 Hipótesis de investigación

Con base en dicho objetivo se presenta la hipótesis de que un entrenamiento cognitivo-conductual a partir de técnicas como psicoeducación, relajación mediante respiración rítmica y autoinstrucciones producirá una reducción en las respuestas de ansiedad preoperatoria en pacientes programados para colecistectomía.

4.4 Hipótesis estadísticas

De lo anterior se desprenden las siguientes hipótesis estadísticas:

H1: Habrá un decremento en los niveles de ansiedad posterior a la implementación del entrenamiento cognitivo conductual, medidos por el Inventario de Ansiedad Rasgo Estado en pacientes programadas para colecistectomía.

H0: No habrá un decremento en los niveles de ansiedad, medidos por el Inventario de Ansiedad Rasgo Estado en pacientes programadas para colecistectomía.

H1: Existirá una reducción en los niveles de ansiedad preoperatoria, medidas a partir de la Escala Ámsterdam de Ansiedad Preoperatoria e Información en la evaluación final de pacientes programadas para colecistectomía, a partir de la implementación de un entrenamiento cognitivo-conductual.

H0: No existirá una reducción en los niveles de ansiedad preoperatoria, medidas a partir de la Escala Ámsterdam de Ansiedad Preoperatoria e Información en la evaluación final de pacientes programadas para colecistectomía, a partir de la implementación de un entrenamiento cognitivo-conductual.

H1: Existirá una disminución en los niveles de necesidad informativa valorados en la Escala Ámsterdam de Ansiedad Preoperatoria e Información en pacientes programadas para colecistectomía.

H0: No existirá una disminución en los niveles de necesidad informativa valorados en la Escala Ámsterdam de Ansiedad Preoperatoria e Información en pacientes programadas para colecistectomía.

H1: Ocurrirá una reducción en las respuestas fisiológicas y cognitivas detectadas en la Checklist de Ansiedad Preoperatoria.

H0: No ocurrirá una reducción en las respuestas fisiológicas y cognitivas detectadas en la Checklist de Ansiedad Preoperatoria.

H1: Existirá una reducción de los niveles de ansiedad en las participantes en una ENA de ansiedad, a partir del entrenamiento en relajación (técnica de respiración rítmica).

H0: No existirá una reducción de los niveles de ansiedad en las participantes en una ENA de ansiedad, a partir del entrenamiento en relajación (técnica de respiración rítmica).

H1: Existirá una reducción de los niveles de ansiedad en las participantes en una ENA de ansiedad, a partir del entrenamiento en autoinstrucciones en conjunto a la aplicación de la respiración rítmica.

H0: No existirá una reducción de los niveles de ansiedad en las participantes en una ENA de ansiedad, a partir del entrenamiento en autoinstrucciones en conjunto a la aplicación de la respiración rítmica.

H1: Las participantes intervenidas a partir del entrenamiento cognitivo-conductual para ansiedad preoperatoria, presentarán bajos niveles de dolor postoperatorio (medidos mediante una ENA de dolor).

H0: Las participantes intervenidas a partir del entrenamiento cognitivo-conductual para ansiedad preoperatoria, presentarán altos niveles de dolor postoperatorio (medidos mediante una ENA de dolor).

H1: Habrá un decremento de los niveles de dolor postoperatorio (en caso de presentarse) en las participantes, medidos mediante una ENA de dolor y a partir de la aplicación de las técnicas de respiración rítmica y autoinstrucciones.

H0: En caso de presentarse dolor postoperatorio en las participantes, no habrá un decremento de los niveles de dolor a partir de la aplicación de las técnicas de respiración rítmica y autoinstrucciones.

5. Método

5.1 Participantes

En el presente estudio participaron tres pacientes mujeres en un rango de edad de 18 a 69 años, mismas que fueron captadas en el Hospital Regional de Alta Especialidad de Ixtapaluca. Todas las participantes fueron diagnosticadas con colecistitis y se encontraban programadas para colecistectomía; dos de ellas presentaron pancreatitis aguda. Asimismo, las participantes tuvieron un puntaje mayor a 11 en los reactivos 1, 2, 4, y 5 de la Escala Ámsterdam de Ansiedad Preoperatoria e Información (APAIS), lo cual refería que mantenían altos niveles de ansiedad preoperatoria. Por otro lado, las participantes contaban con habilidad de lectoescritura, no presentaban problemas respiratorios, no se identificó deterioro cognitivo en ellas y no habían recibido atención psicológica en el ámbito hospitalario con anterioridad.

5.2 Tipo de estudio y diseño

Se implementó un estudio cuasiexperimental, con diseño Pretest-Posttest con un solo grupo, el cual se caracteriza por tener una observación o evaluación previa al tratamiento experimental, un tratamiento o intervención y una prueba u observación posterior a éste; mismo que se puede aplicar a un solo individuo o a un grupo de participantes (Hernández et al., 2014). Así, la presente investigación cuenta con una fase de evaluación inicial, la fase de intervención psicológica y una fase de evaluación final.

G O1 x O2

5.3 Descripción de variables

Variables dependientes

Ansiedad preoperatoria

Definición conceptual

Estado o condición que surge como respuesta a un estímulo presente, el cual ha sido seguido por uno aversivo en el pasado que se encuentre asociado al proceso

quirúrgico; mismo que manifiesta una alta variabilidad interindividual en sus respuestas anticipadas y con características específicas de índole motor (tics, temblores, inquietud motora, tartamudeo, reducción de la precisión motora y del tiempo de reacción de respuesta, dificultad en la ejecución de tareas, además de conductas de evitación y escape), fisiológico (aumento en la actividad cardiovascular, mareo, incremento del tono muscular y/o frecuencia respiratoria) y cognitivo (pensamientos de preocupación, temor o amenaza) (Estes & Skinner, 1941; Armfield, 2006; Becerra-García et al., 2007; Martínez-Monteagudo et al., 2012; Wilson et al., 2015).

Definición operacional

Tal y como lo refiere Kerlinger (2002), las puntuaciones obtenidas en los instrumentos utilizados definen el constructo a observar. En esta línea, la ansiedad preoperatoria es definida a partir de las puntuaciones de los siguientes instrumentos:

Escala Ámsterdam de Ansiedad Preoperatoria e Información (APAIS): Puntuaciones mayores a 11 en la suma de los reactivos 1, 2, 4 y 5 (ansiedad ante la cirugía y procedimiento de anestesia), además de las puntuaciones mayores a 5 en los reactivos 3 y 6 (altos niveles en la necesidad informativa).

Inventario de Ansiedad Rasgo Estado (IDARE) (subescala estado): Puntuaciones mayores en la subescala *estado* mayores a 30 puntos (nivel medio de ansiedad).

Escala Numérica Análoga de Ansiedad del 0 al 10: Reporte numérico de los participantes sobre la percepción de ansiedad.

Frecuencia cardíaca: Número de latidos por minuto, a partir de un oxímetro marca *ChoiceMMed*, modelo MD200C23 (valores normales: 60 a 100 latidos por minuto)

Definición conductual

Por otro lado, la definición del constructo a observar se deriva de las respuestas conductuales del participante, para lo cual, se tomaron en consideración las siguientes características:

Respuestas y reacciones asociadas con ansiedad preoperatoria: Observados mediante la aplicación de una checklist de ansiedad preoperatoria.

Estímulos generadores de ansiedad: A partir de un listado realizado por los participantes.

Autoinstrucciones generadas: Los participantes realizaron un listado de las autoinstrucciones elegidas para los estímulos activadores de ansiedad.

Dolor Postoperatorio: Definida operacionalmente a partir de una Escala Numérica Analógica de Dolor del 0 al 10 y representada por el reporte numérico de los participantes sobre su percepción de dolor.

Variable independiente: Entrenamiento cognitivo conductual

Se brindó un entrenamiento cognitivo conductual a partir de las siguientes técnicas:

- a) Psicoeducación: Proceso educativo y de intervención psicoterapéutica que consiste en la transmisión de información con el fin de un cambio en el estilo de vida, creencias y actitudes hacia la enfermedad. Esta técnica tiene como objetivo principal modificar la conducta del paciente para lograr una mejor adaptación a su enfermedad, adhesión a tratamiento, manejo de desencadenantes y/o detección anticipada de recaídas (Colom, 2011; Montiel y Guerra, 2016); la cual se vio reflejada en una guía para pacientes desarrollada exprofeso.
- b) Relajación a partir de respiración rítmica: Se define como relajación al proceso psicofisiológico, en el cual factores comportamentales y fisiológicos llevan a cabo intercambios dinámicos, presentando alteraciones en los patrones de activación somática. La relajación se puede lograr a partir de varios procedimientos, uno de ellos es la respiración rítmica o por conteo, que consiste en inspirar aire por la nariz mientras se cuenta hasta 3 (1-2-3), contener el aire contando hasta 2, para finalmente exhalar mientras se cuenta hasta 3; repitiendo el ciclo varias veces (Bernstein & Borkovec, 1973; Labrador et al., 2008; Coffin y Salinas, 2018).
- c) Autoinstrucciones: Estrategia de autodiálogo, en las que el individuo deberá administrarse indicaciones a seguir a manera de diálogo interno, con el fin de un

cambio en su conducta, ya sea para focalizar su atención en una tarea específica, guiar su conducta a realizar algo, proporcionarse auto-refuerzo y/o conducirse para reducir su ansiedad ante ciertos estímulos (Meichenbaum, 2002; Ruiz et al., 2012).

5.4 Instrumentos

Para la evaluación inicial y final de las características de la ansiedad preoperatoria se utilizaron cuatro instrumentos psicológicos.

La *Escala Ámsterdam de Ansiedad Preoperatoria e Información (APAIS)*, la cual fue validada en población latinoamericana (con muestra de países de México y Costa Rica) por Méndez-Meneses et al (2019); se concentra en medir la ansiedad a la anestesia, al procedimiento quirúrgico, además de evaluar la necesidad de información del paciente acerca del mismo proceso. Consta de 6 reactivos, de los cuales, los primeros dos ítems se concentran en la evaluación de la ansiedad por el procedimiento de anestesia; por su parte, el 4 y el 5 se relacionan con la ansiedad ante la cirugía; así la suma de ellos se considera como *ansiedad preoperatoria*, variando de 4 a 20 puntos y considerando al paciente como *ansioso* al presentar un puntaje igual o mayor a 11 puntos. Por otro lado, los reactivos 3 y 6 se concentran en valorar la necesidad de información del paciente, tanto del procedimiento de aplicación de anestesia, como de la cirugía, variando en puntajes de 2 a 10 y traduciendo un puntaje mayor a 5 puntos como una *necesidad de información adicional* al proceso de anestesia y/o de cirugía (Anexo 10).

Por otro lado, se aplicó el Inventario de Ansiedad Rasgo-Estado (IDARE), encargado de medir la variable de ansiedad a partir de dos dimensiones distintas: 1) *ansiedad estado*, es decir la ansiedad que presenta una persona ante un momento específico y 2) *ansiedad-rasgo*, midiendo la variable de ansiedad ante situaciones generales. Este instrumento consta de 40 ítems, de los cuales 20 evalúan la *ansiedad rasgo* y los 20 restantes la *ansiedad estado*; con una subescala de respuesta de tipo Likert (casi nunca, algunas veces, frecuentemente y casi siempre). Las respuestas se califican con 1, 2, 3 y 4 en los reactivos positivos (a

mayor puntuación mayor ansiedad) y 4, 3, 2 y 1 en los reactivos negativos (a mayor puntuación, menor ansiedad). Es preciso remarcar que para la evaluación de los participantes solamente se utilizó la subescala de *ansiedad estado* (Anexo 11).

Además, se aplicó a los participantes la Checklist de *Ansiedad Preoperatoria*, realizada por Reynoso y Seligson (2005), a fin de evaluar la sintomatología de los pacientes que se encuentren en hospitalización en espera de algún procedimiento quirúrgico o invasivo (Anexo 12).

Se utilizó también un oxímetro marca *ChoiceMMed*, modelo MD200C23, a fin de medir la frecuencia cardiaca de los participantes en las evaluaciones inicial y final.

Para la fase de la intervención psicológica se utilizó una *Escala Numérica Análoga* para evaluar los niveles de ansiedad inicial y final ante la aplicación de las diferentes técnicas psicológicas.

Por último, para la fase posterior a la intervención se utilizó una *Escala Numérica Análoga* para evaluar la percepción de dolor postoperatorio.

5.5 Materiales

Se realizó el material psicoeducativo denominado: *Combatiendo la ansiedad ante mi cirugía: Una guía para el proceso quirúrgico*, el cual fue entregado a los participantes para la fase de intervención psicológica, con el fin de brindar psicoeducación acerca del proceso quirúrgico y de fungir como apoyo escrito de la atención psicológica (en el Anexo 13 se observan imágenes ilustrativas de la guía desarrollada).

Construcción de material psicoeducativo

La construcción de la guía para pacientes tuvo una duración de seis meses, misma que fue evaluada y validada por un jueceo de expertos; dicha validación tuvo una duración de tres meses. A continuación, se presenta el desarrollo de la guía, la descripción de la misma, así como el proceso de meta-validación por jueceo de expertos:

a) Desarrollo de la guía para pacientes

Para el comienzo del diseño de la guía para pacientes, se realizó la redacción en formato de borrador, el cual fue revisado por la tutora principal y el supervisor académico del presente proyecto. Una vez aprobado, se comenzó con el diseño en la plataforma digital online de nombre *Canva*®. En este punto cabe mencionar que los diseños de la portada y de las hojas en general de la guía fueron de elección y elaboración propia.

Se decidió que para cada módulo descrito en la guía se elegiría una combinación de colores específicos dependiendo de los objetivos para la intervención y de las temáticas a abordar en cada uno de ellos, con el fin de que el participante tuviera una facilidad en su lectura, que pudiera identificar las técnicas rápidamente y que el material en general fuera atractivo para él. Así, para el Módulo I y Módulo II, los cuales tratan de la psicoeducación de la enfermedad y del procedimiento quirúrgico se eligió el color morado como predominante; para el Módulo III, que habla de la ansiedad, el color predominante fue el rosa; el Módulo IV, en el que se comienza con el entrenamiento en relajación, fue el verde claro; para el Módulo V, en el cual se agrega el entrenamiento en autoinstrucciones, se eligió el color azul claro; el Módulo VI, en el que se describen los cuidados intrahospitalarios, predomina el color verde oscuro y para el Módulo VII, el cual habla del alta hospitalaria, se eligió el color gris como predominante. En la tabla 12 se muestran los colores seleccionados.

Por último, se utilizaron las plataformas *Canva*® online y los bancos de imágenes gratuitas *Freepik*® y *Pixabay*® online, para la elección, descarga y uso de imágenes animadas para la guía. Dichas imágenes se eligieron acorde a las temáticas descritas en la guía, cuidando los derechos de autor y que éstas tuvieran similitudes entre sí, a fin de lograr uniformidad en la misma.

b) Descripción del material

La guía para pacientes desarrollada fue dividida en diferentes módulos que contienen información específica para la intervención, además, éstos pueden identificarse por colores para su fácil lectura. En la tabla 12 se describe el contenido de cada módulo, así como su(s) objetivo(s) para la intervención.

Tabla 12.

Módulos presentados en la guía psicoeducativa para pacientes

Módulo	Subtemas	Objetivo(s) para la intervención	Contenido
Módulo I. ¿Colecistitis y pancreatitis? Conociendo mi enfermedad	<ul style="list-style-type: none"> • <i>¿Me diagnosticaron Colecistitis y necesito cirugía!</i> • <i>¿La vesícula se puede enfermar?</i> • <i>¿Por qué necesito cirugía?</i> • <i>¿Debo quedarme en hospitalización antes de la cirugía?</i> 	Brindar psicoeducación a los participantes sobre la(s) enfermedad(es) (colecistitis y pancreatitis).	El módulo contiene la definición de la colecistitis, el funcionamiento de la vesícula biliar, así como la explicación de la posible obstrucción del colédoco y generación de pancreatitis.
Módulo II. Cirugía y anestesia. Conociendo los tipos de procedimiento	<ul style="list-style-type: none"> • <i>¿Cómo será mi cirugía?</i> • <i>¿Qué es la anestesia y para qué la necesito?</i> 	Brindar psicoeducación a los participantes acerca de la cirugía y anestesia que requerirán durante su procedimiento quirúrgico	Se presentan los tipos de cirugía ante los cuales el participante puede ser sometido. Por otro lado, se brinda la definición de anestesia, explicando los dos tipos de anestesia y su procedimiento.

<p>Módulo III. Ansiedad ante mi cirugía. Definiendo y evaluando mi ansiedad</p>	<ul style="list-style-type: none"> • <i>¡Tengo miedo a que me operen!</i> • <i>Emociones ante mi cirugía</i> • <i>¿Qué es la ansiedad?</i> • <i>Trabajemos con la ansiedad</i> 	<p>Explicar al paciente la definición de ansiedad, así como los estímulos ante los cuales puede generarse en torno a su procedimiento quirúrgico.</p> <p>Comenzar con el entrenamiento en relajación a partir del modelamiento y moldeamiento de la técnica de respiración rítmica.</p>	<p>Se presenta a los participantes una breve explicación sobre las distintas emociones que puede generar el procedimiento quirúrgico, haciendo énfasis en la ansiedad. Asimismo, se describe la definición de ansiedad y sus características motoras, cognitivas y fisiológicas; además de los posibles estímulos que la pueden desencadenar. Por último, se explica el primer paso para disminuir los niveles de ansiedad, exponiendo la importancia de la relajación y mostrando los pasos para realizar la técnica de respiración rítmica.</p>
<p>Módulo IV. Respiración para Ansiedad. Controlando mi ansiedad.</p>	<ul style="list-style-type: none"> • <i>Continuemos trabajando con la ansiedad</i> • <i>¿Qué pasa si tengo miedo a la cirugía o anestesia?</i> • <i>Identificando señales</i> • <i>Respirando ante las señales</i> 	<p>Continuar con el entrenamiento en relajación, mediante la identificación de estímulos antecedentes asociados al procedimiento quirúrgico</p>	<p>Se identifican los estímulos generadores de ansiedad en los participantes asociados al procedimiento quirúrgico y a su estancia hospitalaria. Posteriormente, se describen los momentos ante los cuales se deberá aplicar la técnica de respiración, agregando en la guía una <i>Escala Numérica Análoga de ansiedad</i>.</p>
<p>Módulo V. Autoinstrucciones para Ansiedad. Controlando mi ansiedad</p>	<ul style="list-style-type: none"> • <i>¡Hora de tu cirugía!</i> • <i>Una historia de ansiedad</i> • <i>Autoinstrucciones para ansiedad</i> 	<p>Entrenar a los participantes en la técnica conductual <i>autoinstrucciones</i>, a fin de disminuir los</p>	<p>Se describe la técnica <i>autoinstrucciones</i> mediante una historia previamente diseñada. A partir de ello, se brinda al participante la</p>

	<ul style="list-style-type: none"> • <i>Combinando autoinstrucciones y respiración</i> • <i>Elijamos TUS autoinstrucciones</i> • <i>¿Qué pasará cuando termine la operación?</i> 	niveles de ansiedad preoperatoria	<p>definición de la técnica y su uso durante su procedimiento quirúrgico, asimismo se explican las consideraciones para la elección de autoinstrucciones. Posteriormente, se explica a los participantes la forma de aplicar las autoinstrucciones junto con la respiración ya practicada. Por último, se brinda espacio para que los participantes escriban sus autoinstrucciones dependiendo de los estímulos generadores de ansiedad en cada uno de ellos, haciendo énfasis en el momento de encontrarse dentro del quirófano.</p>
<p>Módulo VI. Cuidados durante la hospitalización. Retomando mi dieta y movilidad</p>	<ul style="list-style-type: none"> • <i>¿Qué pasa si hay dolor?</i> • <i>Cuidados durante la hospitalización</i> 	<p>Brindar un seguimiento psicológico postoperatorio, evaluando los niveles de dolor postoperatorio y brindando información asociada a los cuidados postoperatorios durante su hospitalización</p>	<p>Se explica la definición del dolor postoperatorio, mencionando el posible uso de las técnicas aprendidas para ansiedad en caso de niveles altos de dolor. Se agrega en la guía una <i>Escala Numérica Análoga de dolor</i>.</p> <p>Posteriormente, se brinda información sobre los cuidados durante la hospitalización: dieta progresiva y deambulación progresiva, añadiendo algunas recomendaciones para</p>

		facilitar esta última indicación médica.
<p>Módulo VII. Alta hospitalaria. Regresando a mi vida cotidiana.</p>	<ul style="list-style-type: none"> • <i>Regresando a mi vida cotidiana</i> • <i>Limpieza adecuada de tu herida</i> • <i>Alimentación balanceada</i> • <i>Toma de medicamentos</i> • <i>¡Continúa caminando!</i> • <i>Acude a tus citas médicas</i> <p>Brindar información a los participantes acerca de los cuidados que deberá tener una vez que reciban el alta hospitalaria</p>	<p>El módulo contiene los pasos para la limpieza de su herida, a fin de que los participantes puedan realizarla de manera correcta una vez dados de alta.</p> <p>Además, se mencionan algunos productos alimenticios que se deben evitar para su recuperación, así como una serie de recomendaciones para adaptarse a la indicación médica alimentaria.</p> <p>Por otro lado, se brindan recomendaciones generales para facilitar la toma de medicamentos que el médico indique.</p> <p>Por último, se menciona la importancia de la deambulación en casa y el seguimiento médico para retirar los puntos de la herida.</p>
<p>Anexos</p>	<p>-</p>	<p>Se presentan los registros de <i>Escalas Numéricas Análogas</i> (respiración, autoinstrucciones y dolor); además de la tabla de identificación de estímulos</p>

Nota: Al inicio de cada uno de los módulos se explica de manera general los subtemas que se presentarán. Al final de cada uno de ellos, se brinda un resumen al participante con los puntos más importantes del módulo.

c) Meta-validación mediante jueceo por expertos

Se realizó un jueceo por expertos en el que participaron 3 médicos especialistas en cirugía, 3 especialistas en psicología expertos en medicina conductual, 2 personas que pasaron por alguna colecistectomía con anterioridad y 2 personas que fueron cuidadores de un paciente que se trató con colecistectomía en el pasado.

Para el jueceo de la presente guía para pacientes se consideraron diferentes rubros asociados a los que menciona la OPS (1984): a) atracción (que el mensaje fuese lo suficientemente atractivo, interesante o relevante para mantener la atención del individuo), b) comprensión (se consideró que el mensaje fuera de fácil entendimiento por la población a quien va dirigido), c) aceptación (adecuar el lenguaje para que éste no sea considerado como ofensivo) y d) persuasión (el mensaje debe ser suficientemente convincente para lograr los cambios conductuales deseados en la población). Estas variables fueron adaptadas de acuerdo al contenido y al diseño de la guía, formulando nuevos rubros que apoyaran a validar el material.

Cabe mencionar que cada especialista se encargó de evaluar módulos específicos de acuerdo a las temáticas abordadas y a la especialidad de cada evaluador. Así, los especialistas médicos cirujanos y la personas que tuvieron experiencia previa con colecistitis y colecistectomía (pacientes y cuidadores) se encargaron de evaluar los módulos I, II, VI y VII, mismos que se concentraron en los factores médicos (enfermedad, procedimiento quirúrgico, indicaciones postoperatorias y de alta hospitalaria); por su lado, los especialistas en medicina conductual evaluaron todos los módulos de la guía, ya que contaban con las bases teóricas y el *expertise* psicológico en el servicio de cirugía.

Para la evaluación de la guía se realizaron diferentes listas de chequeo, una para cada especialista y conforme a los módulos que éstos se dedicaron a evaluar. Las listas de chequeo están disponibles en los Anexos 14, 15 y 16.

En la tabla 13 se presentan los rubros que los diferentes participantes del jueceo tuvieron que considerar para la evaluación de la guía para pacientes, su descripción y los módulos que cada uno de ellos se encargaron de evaluar.

Tabla 13.

Módulos y rubros a evaluar por cada especialista, pacientes y cuidadores

Evaluador	Módulos a evaluar	Rubro a evaluar	Descripción
Especialista Médico Cirujano	<ul style="list-style-type: none"> • Módulo I • Módulo II • Módulo VI • Módulo VII 	Lenguaje	El lenguaje a lo largo de la guía es lo suficientemente sencillo y claro
		Comprensión	La información descrita es fácil de entender e interpretar
		Adecuación cultural del contenido	Los mensajes de la guía son respetuosos y adecuados para las normas culturales del Estado de México
		Información	Los conceptos y estrategias que se describen son correctos desde el punto de vista médico
Especialista en Psicología Medicina Conductual	<ul style="list-style-type: none"> • Módulo I • Módulo II • Módulo III • Módulo IV • Módulo V • Módulo VI • Módulo VII 	Lenguaje	El lenguaje a lo largo de la guía es lo suficientemente sencillo y claro
		Comprensión	La información descrita es fácil de entender e interpretar
		Adecuación cultural del contenido	Los mensajes de la guía son respetuosos y adecuados para las normas culturales del Estado de México
		Información	Los conceptos y estrategias que se describen son correctos desde la perspectiva psicológica que se maneja
		Atracción	Las imágenes y colores son lo suficientemente llamativos
		Adecuación cultural del diseño	Las imágenes de la guía son respetuosas y adecuadas para las normas culturales del Estado de México
		Correspondencia información-imagen	Existe una correspondencia entre las imágenes y la información que se presenta en los diferentes módulos de la guía
Pacientes de colecistectomía	<ul style="list-style-type: none"> • Módulo I • Módulo II 	Lenguaje	El lenguaje a lo largo de la guía es lo suficientemente sencillo y claro
		Comprensión	La información descrita es fácil de entender e interpretar
		Adecuación cultural del contenido	Los mensajes de la guía son respetuosos y adecuados para

Cuidadores de pacientes de colecistectomía <ul style="list-style-type: none"> • Módulo VI • Módulo VII 	Atracción	las normas culturales del Estado de México Las imágenes y colores son lo suficientemente llamativos
	Lenguaje	El lenguaje a lo largo de la guía es lo suficientemente sencillo y claro
	Comprensión	La información descrita es fácil de entender e interpretar
	Adecuación cultural del contenido	Los mensajes de la guía son respetuosos y adecuados para las normas culturales del Estado de México
	Atracción	Las imágenes y colores son lo suficientemente llamativos

A partir de los rubros descritos anteriormente, se realizaron tres listas de chequeo, las cuales fueron construidas: 1) especialista médico cirujano, 2) especialista en psicología medicina conductual y 3) pacientes y cuidadores de pacientes de colecistectomía.

Posteriormente, a cada participante de la evaluación, se les envió vía correo electrónico la lista de chequeo correspondiente, los módulos específicos de la guía a evaluar, junto con las instrucciones y tiempo en el que debían enviar su respuesta de validación (un mes a partir de la llegada del correo electrónico).

d) Resultados de jueceo por expertos

Una vez recibidas las validaciones de cada uno de los expertos, se realizó un análisis descriptivo de los acuerdos identificados entre los participantes. A continuación, se presentan los resultados de la validación de acuerdo con los módulos y rubros a evaluar por cada conjunto de especialistas.

Especialistas en Psicología Medicina Conductual

Los expertos en psicología con especialidad en medicina conductual, se encargaron de validar el contenido y el diseño de todos los módulos de la guía. Los rubros a considerar en cuanto al contenido fueron: lenguaje, comprensión, adecuación cultural e información.

En la tabla 14 se puede observar que en cuanto al contenido de la guía, todos los especialistas en medicina conductual estuvieron de acuerdo en que para los módulos I, II, VI y VII el lenguaje fue lo suficientemente sencillo y claro (lenguaje), la información descrita era fácil de entender e interpretar (comprensión), los mensajes de la guía fueron respetuosos y adecuados para la población del Estado de México (adecuación cultural) y que la información descrita en estos módulos fue acorde a los conceptos y estrategias desde el marco teórico y perspectiva psicológica que se utiliza en el protocolo de investigación.

Por otra parte, en los módulos III, IV y V, mismos que se concentraron en la psicoeducación de ansiedad preoperatoria y en la intervención psicológica (entrenamiento en relajación y en autoinstrucciones), los especialistas en psicología medicina conductual, tuvieron desacuerdos ante los rubros de comprensión e información, los cuales correspondieron con una falta de precisión de algunos conceptos psicológicos abordados y su morfología (tabla 14).

Tabla 14.

Resultados de la meta-validación del contenido de la guía para pacientes por especialistas en psicología medicina conductual

Sección	Información evaluada de la sección	Variables evaluadas				
		Lenguaje	Comprensión	Adecuación cultural	Información	Comentario
Módulos I y II	<i>Enfermedad e intervención quirúrgica</i>	4/4	6/6	2/2	4/4	-
Módulos III, IV y V	<i>Ansiedad prequirúrgica e intervención psicológica</i>	3/3	4/4	3/3	2/5	Falta de precisión en conceptos y morfología de las técnicas
Módulos VI y VII	<i>Cuidados post-operatorios y alta hospitalaria</i>	2/2	3/3	2/2	3/3	-

Nota: Se presentan el número de acuerdos sobre el número de reactivos que contenía cada rubro a evaluar

Aunado a lo anterior, se calculó el nivel de confiabilidad de la observación de los jueces. Para fines de esta fase del estudio, la confiabilidad se entiende como el acuerdo entre observadores representado en porcentaje, aplicando la siguiente ecuación:

$$\text{confiabilidad} = \frac{\text{número de acuerdos (A)}}{\text{número de acuerdos (A) + número de desacuerdos (B)}} \times 100$$

Cabe mencionar que se considera aceptable un nivel de 80% o más (Cepeda et al., 2014).

En el caso del contenido evaluado por los profesionales en medicina conductual, al aplicar la ecuación de confiabilidad de acuerdos entre jueces, se obtuvo un total del 92.6%, es decir un nivel aceptable para la meta-validación del contenido de la guía.

Por otro lado, estos especialistas se enfocaron en validar la guía en cuanto a su diseño tomando en consideración los rubros de atracción, adecuación cultural y correspondencia información-imagen (tabla 15). Los jueces estuvieron de acuerdo en que para los módulos I, III, V y VII, las imágenes y colores fueron lo suficientemente llamativas (atracción), las imágenes elegidas fueron respetuosas y adecuadas para las normas culturales del Estado de México (adecuación cultural) y en que existió una correspondencia entre las imágenes y la información presentada en dichos módulos.

No obstante, se observaron desacuerdos en la evaluación de los módulos II, IV y VI; en los que uno de los jueces mencionó un problema de inconsistencia en cuanto a la elección de colores de uno de los módulos y sugirió el cambio de imágenes para otro (adecuación cultural).

Tabla 15.

Resultados de la meta-validación del diseño de la guía para pacientes por especialistas en psicología medicina conductual

Variables evaluadas			
Atracción	Adecuación cultural	Correspondencia información-imagen	Comentarios
4/7	7/7	7/7	Inconsistencia en la elección de colores del módulo IV y VI Tipo de imágenes elegidas para el módulo II

Nota: Se presentan el número de acuerdos sobre el número de reactivos que contenía cada rubro a evaluar

Al calcular el nivel de confiabilidad, se obtuvo un 85.7%, considerado como un porcentaje aceptable del diseño de la guía para pacientes.

Especialistas Médicos Cirujanos

Los médicos especialistas en el servicio de cirugía se encargaron de evaluar el contenido de los módulos I, II, VI y VII de la guía para pacientes, los cuales se concentran en la enfermedad, la intervención quirúrgica, los cuidados post-operatorios y el alta hospitalaria. Ante dichas temáticas, los evaluadores acordaron en que el lenguaje a lo largo de la guía fue sencillo y claro, la información descrita fue fácil de entender e interpretar, utilizando los términos médicos correctos y en que los mensajes de la guía fueron respetuosos y adecuados para la población del Estado de México (tabla 16).

Por otro lado, uno de los jueces mencionó que en el primer módulo hubo una falta de precisión en cuanto al concepto de la enfermedad, sugiriendo que se mostrara una mayor especificidad en la definición de colecistitis. No obstante, en los módulos restantes todos acordaron que los conceptos que se describen fueron correctos desde el punto de vista médico (tabla 16).

Tabla 16

Resultados de la meta-validación del contenido de la guía para pacientes por médicos especialistas en el servicio de cirugía

Sección	Información evaluada de la sección	Variables evaluadas				
		Lenguaje	Comprensión	Adecuación cultural	Información	Comentario
Módulos I y II	<i>Enfermedad/ intervención quirúrgica</i>	4/4	6/6	2/2	5/6	Falta de precisión en concepto de enfermedad
Módulos VI y VII	<i>Cuidados post-operatorios y alta hospitalaria</i>	2/2	3/3	2/2	3/3	-

Nota: Se presentan el número de acuerdos sobre el número de reactivos que contenía cada rubro a evaluar

Asimismo, al aplicar la ecuación de confiabilidad del jueceo, se refirió un total del 96.4%, por lo que se considera que los jueces están de acuerdo en que los módulos evaluados son adecuados en su contenido para los pacientes.

Pacientes y cuidadores de pacientes de colecistitis

El contenido y el diseño de los módulos I, II, VI y VII, fueron evaluados por personas que con anterioridad presentaron colecistitis y fueron sometidos a cirugía o que habían sido cuidadores de pacientes con estas características.

Los jueces concluyeron que el contenido de estos módulos cumplió con que el lenguaje fuera sencillo y claro, la información descrita fuera fácil de entender e interpretar, y con que los mensajes de la guía fueran respetuosos y adecuados para ellos (tabla 17). De hecho, al aplicar la fórmula de confiabilidad, se obtuvo un nivel del 100%, es decir el contenido de la guía en estos módulos fueron considerados adecuados para su implementación en el estudio.

Por otro lado, en cuanto al diseño de los módulos VI y VII, los pacientes y cuidadores acordaron que las imágenes y colores fueron suficientemente llamativas para ellos, sin embargo, uno de ellos remarcó una inconsistencia entre los colores de las letras que se encontraban en la portada y la atracción del material (tabla 18). En este caso, se aplicó también la fórmula de confiabilidad, dando como resultado 88.8%, es decir un nivel que indica que los jueces están de acuerdo en que el diseño de la guía es adecuado y atractivo para los pacientes.

Tabla 17

Resultados de la meta-validación del contenido del material psicoeducativo por pacientes y cuidadores de pacientes de colecistitis

Sección	Información evaluada de la sección	Variables evaluadas			
		Lenguaje	Comprensión	Adecuación cultural	Comentario
Módulos I y II	<i>Enfermedad e intervención quirúrgica</i>	4/4	6/6	2/2	-
Módulos VI y VII	<i>Cuidados post-operatorios y alta hospitalaria</i>	2/2	3/3	2/2	-

Nota: Se presentan el número de acuerdos sobre el número de reactivos que contenía cada rubro a evaluar

Tabla 18

Resultados de la meta-validación del diseño del material psicoeducativo por pacientes y cuidadores de pacientes de colecistitis

Sección	Información evaluada de la sección	Variables evaluadas	
		Atracción	Comentario
Módulos I y II	<i>Enfermedad e intervención quirúrgica</i>	5/6	Inconsistencia entre los colores de las letras y atracción
Módulos VI y VII	<i>Cuidados post-operatorios y alta hospitalaria</i>	4/4	-

Nota: Se presentan el número de acuerdos sobre el número de reactivos que contenía cada rubro a evaluar

Por último, se obtuvo el nivel de confiabilidad total de la guía para pacientes, resultado del promedio de los porcentajes de confiabilidad del jueceo de los psicólogos, médicos cirujanos, y pacientes anteriormente reportados. El nivel de confiabilidad total fue del 90.8%, lo cual refiere que el material psicoeducativo construido es altamente confiable para su aplicación con pacientes programados para colecistectomía.

e) Correcciones a partir del análisis de resultados

Una vez analizados los acuerdos y comentarios de los jueces, se realizaron correcciones en los siguientes módulos:

En el módulo I se aclaró la definición de la colecistitis a partir de la explicación del funcionamiento de la vesícula biliar, a fin de esclarecer el concepto de la enfermedad y brindar una explicación más completa; además, en este mismo módulo y en el segundo, se modificó el color de las letras para generar mayor atracción en el paciente.

Por otro lado, en los módulos III y IV, se modificaron las instrucciones para la práctica de la técnica de respiración rítmica, con el fin de que el participante del protocolo tuviera mayor claridad al momento de leerla y aprenderla. Asimismo, se cambió la paleta de colores del módulo IV, para que el participante tuviera una mayor facilidad en su lectura.

Por último, considerando los comentarios de los jueces, se redujo el apartado *Caminando durante la hospitalización* del módulo VI, con el fin de que el paciente tuviera una fácil lectura y una mejor comprensión de las indicaciones postoperatorias.

5.6 Procedimiento

El presente estudio se llevó a cabo en cuatro fases principales, las cuales se concentraron en la integración al Hospital Regional de Alta Especialidad de Ixtapaluca, la evaluación inicial de la ansiedad preoperatoria, la intervención psicológica y la evaluación final.

Posteriormente, y como fase extra al programa de intervención psicológica, se valoraron los niveles de dolor postoperatorio a partir de una *Escala Numérica Análoga de dolor*, además de atender los cuidados postoperatorios dentro del área de hospitalización a fin de una mejora de la salud del paciente más eficaz.

A continuación, se presentan las características de cada una de las fases del protocolo de investigación:

Fase I: Integración al Hospital Regional de Alta Especialidad de Ixtapaluca

El presente protocolo se encontraba diseñado para su aplicación en el Hospital General de Atizapán “Dr. Salvador González Herrejón”, en el cual se cumplen con las prácticas profesionales por parte del programa de posgrado. No obstante, las residentes fuimos retiradas del contexto hospitalario debido a la contingencia por pandemia por el virus COVID-19 en marzo del 2020. Fue así que, se decidió adaptar el protocolo de investigación para su presentación en una sede diferente que no atendiera casos de COVID-19 o que el área de atención a este tipo de pacientes estuviera separada del área de cirugía general.

Una vez realizadas las adaptaciones del protocolo se contactó con el comité de ética en investigación del Hospital Regional de Alta Especialidad de Ixtapaluca vía correo electrónico, quienes mencionaron los criterios específicos que se debían presentar para la aplicación de algún protocolo de investigación. Se realizaron las correcciones necesarias, además de reunir las cartas específicas por parte de la

residencia del posgrado en psicología y se envió el protocolo de manera escrita para su revisión.

El día 28 de octubre del 2021 se presentó el protocolo de investigación en una reunión en línea vía *Zoom*® al comité de ética en investigación, a fin de dar a conocer los objetivos y la participación de la institución en el proyecto. Ese mismo día, el protocolo fue aprobado con el número de registro NR-CEI-HRAEI-38-2021.

El 1 de noviembre se acude por primera vez al área de cirugía general para la presentación oficial y explicación de los objetivos al jefe del servicio. Se dio un recorrido por el área de hospitalización (cirugía general), se presentaron algunos casos que pudieran cumplir con los criterios de inclusión y se comenzó con evaluación de 2 pacientes (mismos que fueron descartados por no cumplir con los criterios de inclusión). Posteriormente se dio un recorrido por el área de urgencias, debido a que dicha área suele ser un primer contacto con los pacientes requeridos.

Por último, el jefe del servicio de cirugía general dio una introducción acerca de la plataforma digital donde se pueden encontrar los expedientes de los pacientes, así como compartir los censos diarios de pacientes. Se acordó ésta última como la forma principal de captación de participantes.

Fase II: Evaluación inicial de la ansiedad preoperatoria

Una vez que se introdujo en el área de cirugía general, se comenzó con la captación de participantes y la evaluación de sus niveles de ansiedad.

La captación de participantes fue mediante la referencia médica y a través de la observación de los censos diarios de pacientes hospitalizados (aquellos que ya habían sido programados o que llegaran a la unidad de urgencias y que posteriormente fueran referidos al piso de cirugía general).

Al momento en que se refería un paciente por el médico cirujano, la psicóloga se encargó de brindar la atención de manera individual, presentándose como parte de la Universidad Nacional Autónoma de México y del posgrado en Psicología en Medicina Conductual. De manera general, se explicó la importancia de la atención psicológica en el ámbito hospitalario haciendo énfasis en los procedimientos

quirúrgicos. De esta manera, se presentó el protocolo de investigación, así como su objetivo principal. Se pidió su consentimiento para realizar una serie de preguntas con el fin de valorar si ésta cubría los requerimientos de la investigación, remarcando que no era obligatoria su participación y que, en caso de no desear recibir la atención, el participante podía negarse en cualquier momento. En el Anexo 17 se puede observar el consentimiento informado.

Una vez que los participantes aceptaron ser evaluados, se leyó y explicó el consentimiento informado, se respondieron dudas acerca del mismo y se les pidió que lo firmaran en caso de estar de acuerdo.

Posteriormente, en el área de hospitalización, se comenzó con una entrevista conductual breve (Anexo 18), en la cual se indagaron de manera general factores como: antecedentes de cirugías, procedimientos invasivos y hospitalizaciones previas (de sí mismos y de personas cercanas a ellos), además de la información que estos tenían acerca de la enfermedad y del proceso quirúrgico. Por otro lado, se identificaron posibles respuestas asociadas con la ansiedad, así como los estímulos antecedentes y consecuentes contingentes a las mismas. La duración aproximada de la implementación de la entrevista breve fue de 20 minutos.

Después, se evaluó la ansiedad preoperatoria a partir de la *Escala Ámsterdam de Ansiedad Preoperatoria e Información* (APAIS); misma que fue administrada por la psicóloga a manera de entrevista. Para ello, se les explicó a los participantes la importancia de evaluar respuestas de ansiedad asociadas al proceso quirúrgico a partir de una serie de preguntas. A continuación, la psicóloga dio las indicaciones de responder de la manera más honesta y explicó la forma de respuesta tipo Likert del instrumento. Se leyó un reactivo ficticio a manera de ejemplo, para después proceder con los seis reactivos de la APAIS dejando un espacio breve para cada respuesta de los participantes. La aplicación de esta escala tuvo una duración aproximada de 5 minutos.

Una vez concluida la aplicación de la escala APAIS, se procedió a explicar a los participantes las indicaciones de respuesta de la checklist de *Ansiedad Preoperatoria*. Para lo cual, se les comentó que las siguientes preguntas se

deberían responder con *Sí* o *No* conforme a su percepción sobre cada reactivo. Se leyó un reactivo ficticio a manera de ejemplo, para posteriormente presentar los reactivos restantes de la checklist, dando oportunidad a los pacientes para responder. Este paso de la fase tuvo una duración aproximada de 5 minutos.

Se continuó con la aplicación del Inventario de Ansiedad Rasgo Estado (sólo la escala de Estado). Se explicó a los participantes la forma de respuesta tipo Likert, para posteriormente brindar un ejemplo con un reactivo ficticio. Una vez que el participante no presentó dudas, se continuó con los reactivos restantes del instrumento. La aplicación del IDARE tuvo una duración de 5 minutos aproximadamente.

Por último, con ayuda de un oxímetro (*ChoiceMMed MD200C23*) se midió la frecuencia cardiaca de los participantes y se anotó en el expediente como primera medición fisiológica.

Se terminó la fase agradeciendo a los participantes por su colaboración, informándoles que, en caso de cumplir con los requerimientos necesarios, se les brindaría un seguimiento psicológico durante su estancia en hospitalización y/o previo a su cirugía.

Fase III: Intervención psicológica para la ansiedad preoperatoria

Esta fase se llevó a cabo en diferentes momentos o sesiones. Es importante mencionar que el tiempo para cada sesión, así como los momentos de aplicación y lugares fueron indeterminados, ya que estos se adaptaron a las necesidades de cada participante (enfermedad, complicaciones, dolor intenso, entre otros) y a las de la institución (estudios médicos, horarios de higiene del paciente, procedimientos por el personal de enfermería, entre otros). No obstante, en la tabla 19 se describen los momentos y lugares específicos de aplicación de cada sesión de la fase III para cada participante.

Tabla 19

Descripción general de la aplicación de la fase III por participante

Participante	Sesión	Fecha de aplicación	Momento y lugar de aplicación
Participante 1	<i>1. Psicoeducación enfermedad, cirugía y anestesia</i>	11/11/2021	Se brindó psicoeducación a la participante por la mañana en el área de hospitalización-urgencias
	<i>2. Psicoeducación en ansiedad preoperatoria</i>	11/11/2021	Se continuó con la explicación de ansiedad preoperatoria 1 hora después en el área de hospitalización-urgencias
	<i>3. Entrenamiento en relajación</i>	11/11/2021	Se modeló y moldeó la técnica de respiración rítmica, explicando la función de la misma por la tarde en el área de hospitalización-urgencias.
		12/11/2021	Al siguiente día, por la mañana y en el área de hospitalización-cirugía, se comenzó con la identificación de estímulos antecedentes de ansiedad preoperatoria; aplicando la técnica de respiración rítmica en los estímulos identificados a lo largo de ese día.
	<i>4. Entrenamiento en autoinstrucciones 1</i>	13/11/2021	Durante la mañana, en hospitalización del área de cirugía, se introdujo a la participante en la técnica de autoinstrucciones (definición, función, consideraciones y estímulos ante los que las pudo utilizar). Se realizó un listado de autoinstrucciones para situaciones durante su estancia hospitalaria.
<i>5 Entrenamiento en autoinstrucciones 2</i>	14/11/2021	Durante la mañana, tres horas antes de su cirugía y en el área de hospitalización, se realizó un listado de autoinstrucciones para su ingreso a quirófano.	
Participante 2	<i>1 Psicoeducación enfermedad, cirugía y anestesia</i>	13/11/2021	Se brindó psicoeducación a la participante por la mañana en el área de hospitalización-urgencias. No se continúa con la segunda sesión debido al nivel de dolor de la participante.
	<i>2 Psicoeducación en ansiedad preoperatoria</i>	14/11/2021	Se continuó con la explicación de ansiedad preoperatoria al siguiente día por la mañana en el área de hospitalización-cirugía.
	<i>3 Entrenamiento en relajación</i>	14/11/2021	Se explicó la función de la técnica de respiración, modelando y moldeando la práctica de la misma una hora después de la sesión anterior.
		15/11/2021	Al siguiente día, por la mañana se identificaron los estímulos antecedentes de ansiedad preoperatoria, indicando la aplicación la técnica de respiración rítmica a lo largo de ese día.
	<i>4 Entrenamiento en autoinstrucciones 1</i>	16/11/2021	Por la mañana del siguiente día, en el área de hospitalización de cirugía, se introdujo a la participante en la técnica de autoinstrucciones y se realizó el listado de autoinstrucciones para su estancia hospitalaria.
<i>5 Entrenamiento en autoinstrucciones 2</i>	16/11/2021	Por la tarde, en el área de hospitalización-cirugía, se realizó un listado de autoinstrucciones para la preparación por enfermeros y camilleros para su cirugía, así como para el ingreso al quirófano.	
Participante 3	<i>1 Psicoeducación enfermedad, cirugía y anestesia</i>	08/12/2021	Se brindó psicoeducación a la participante por la mañana fuera del contexto hospitalario (en su domicilio).
	<i>2 Psicoeducación en ansiedad preoperatoria</i>	08/12/2021	Se brindó un descanso de 15 minutos para continuar con la explicación de ansiedad preoperatoria en su domicilio.
	<i>3 Entrenamiento en relajación</i>	08/12/2021	Se dio un descanso más de 30 minutos y se comenzó con la explicación, modelamiento y moldeamiento de la

		técnica de relajación; identificando estímulos antecedentes de ansiedad preoperatoria e indicando su aplicación a lo largo del día.
<i>4 Entrenamiento en autoinstrucciones 1</i>	09/12/2021	Al siguiente día por la mañana, en el domicilio de la participante, se explicó la técnica de autoinstrucciones y se realizó el listado de autoinstrucciones para su estancia en casa previo a su cirugía.
<i>5 Entrenamiento en autoinstrucciones 2</i>	10/12/2021	Por la tarde, al siguiente día y posterior a su cita médica de confirmación de cirugía (en su domicilio), se realizó un listado de autoinstrucciones para la preparación por enfermeros y camilleros para su cirugía, así como para el ingreso al quirófano.

Aunado a lo anterior, a continuación, se presenta de manera detallada la descripción de cada sesión:

Sesión 1. Psicoeducación de la enfermedad, cirugía y anestesia

El tiempo en el que esta sesión se llevó a cabo fue variable y dependió de la necesidad informativa de cada participante, la cooperación y dudas y de la calificación de los reactivos 3 y 6 de la escala APAIS, los cuales evalúan la necesidad informativa de los participantes.

Así, en los casos en los que los participantes presentaron puntuaciones mayores a 5 (mayor necesidad informativa en cuanto al procedimiento de cirugía y anestesia), se optó por brindar la intervención completa (psicoeducación en enfermedad y cirugía); por otro lado, en los casos en que los participantes presentaron una calificación menor a 5 en los reactivos antes mencionados (sin necesidad informativa en cuanto al procedimiento de cirugía y anestesia), no se brindó mayor información sobre los tipos de cirugía y procedimiento de anestesia.

Asimismo, se tomaron en cuenta las indicaciones del médico cirujano y anestesiólogo acerca del tipo de cirugía y de anestesia a aplicar para la psicoeducación.

Para comenzar la sesión, la psicóloga recordó a los participantes la relevancia sobre una atención psicológica asociada a la ansiedad al procedimiento quirúrgico, se les explicó una vez más el objetivo de ésta, informándoles que cumplían con las características necesarias para la implementación de la investigación y remarcando que podían renunciar a su participación en cualquier momento.

Al recibir la aceptación de los participantes, se hizo entrega de la guía para pacientes, mencionando su uso e importancia para la intervención.

De esta manera, se comenzó con la psicoeducación a los participantes acerca de su enfermedad; para lo cual, la psicóloga se apoyó de la sección denominada *¿Colecistitis y Pancreatitis? Aprendiendo de mi enfermedad*, de la guía previamente diseñada. Se explicó y leyó junto con los participantes la función de la vesícula biliar y el páncreas, la definición de *colecistitis* y *pancreatitis*, así como la importancia de la intervención quirúrgica. Se utilizaron las imágenes de la guía para una mayor facilidad en la explicación.

Posteriormente y tomando en cuenta los resultados de la escala APAIS (reactivos 3 y 6, que evalúan la necesidad informativa del procedimiento quirúrgico) y las indicaciones del médico cirujano y del anesthesiólogo de acuerdo con el posible tipo de cirugía y anestesia a implementar, se brindó a los participantes la psicoeducación de los tipos de cirugía y procedimientos de colocación de anestesia. Para ello, se consultó la sección *Cirugía y Anestesia: Conociendo los tipos de procedimiento*, de la guía. Se expuso a los participantes los tipos de procedimientos quirúrgicos (cirugía abierta y/o laparoscópica) y colocación de anestesia (anestesia general y/o local), dejando espacio para sus dudas y desmitificando posibles argumentos de los participantes que les pudieran generar mayores niveles de ansiedad en el proceso operatorio y estancia hospitalaria. Algunas de las secciones de la guía también fueron leídas junto con los participantes. En los casos en los que no se contaba con la información médica completa, se guió al participante para la solución de dichas cuestiones con el personal de salud a tratar, invitándolo a escribir sus dudas en un espacio específico dentro de la guía.

La sesión finalizó con un resumen de lo revisado por la psicóloga en colaboración con los participantes y con la resolución de dudas.

Sesión 2. Psicoeducación en ansiedad preoperatoria y entrenamiento en relajación

Esta sesión tuvo una duración aproximada de 15 minutos. Se comenzó explicando las posibles respuestas de ansiedad que se pueden presentar en los pacientes que

serán sometidos a cirugía; para lo cual, se remitió a los resultados individuales de los instrumentos aplicados en la evaluación inicial. Esta explicación se brindó con apoyo del módulo definido: *Ansiedad ante mi cirugía: Definiendo y evaluando mi ansiedad*, el cual contiene información sobre la sintomatología de ansiedad, así como los principios de la relación fisiológica que se tiene con la relajación pasiva, por lo que también se les explicó y se leyó (en la guía para pacientes) junto con los participantes este último punto.

Posteriormente, la psicóloga explicó como alternativa para relajarse la técnica de respiración rítmica. Como primer paso, se les pidió a los participantes una evaluación de su estado de ansiedad a partir de una *Escala Numérica Análoga (ENA) de ansiedad*, calificación que se tomó como nivel inicial de la primera medida de ansiedad del entrenamiento psicológico.

Después, se modeló la estrategia de relajación, para lo cual, la psicóloga les pidió a los participantes que observaran con atención la ejecución. Una vez modelada la técnica, se les indicó que la realizaran junto a la psicóloga, quien observó atentamente y la moldeó en caso de ser necesario. Posterior a tres ejecuciones de la técnica y cuando la psicóloga consideró que la ejecución fue correcta, se les preguntó a los participantes su nivel de ansiedad a partir de la *ENA de ansiedad*, misma que se tomó como el nivel final de la primera medición. La psicóloga tomó nota de dichos datos.

Así, y a manera de ejemplo, una de las participantes reportó presentar un nivel de ansiedad de 8/10 a partir de la ENA (nivel inicial de la primera medida de ansiedad), ante lo cual, la psicóloga modeló la técnica de respiración rítmica, para después, practicarla y moldearla con la participante. Al preguntar sobre sus niveles de ansiedad a partir de la ENA, la participante respondió que ésta disminuyó a un nivel de 6/10, anotándola como nivel final de la primera medida de ansiedad.

Por último, se les indicó a los participantes que practicaran la técnica durante el día, para lo cual se les pidió el registro de sus prácticas en su guía para pacientes, haciendo referencia a medir sus niveles de ansiedad inicial y final de cada práctica (Anexo 19).

Sesión 3. Entrenamiento en relajación: Identificación de estímulos y respiración rítmica

Para esta sesión, la psicóloga se apoyó de la sección: *Respiración para la ansiedad: Controlando mi ansiedad* de la guía para pacientes y tuvo una duración aproximada de 15 minutos.

Para iniciar esta sesión, la psicóloga revisó junto con los participantes el registro de la sesión anterior dando retroalimentación conforme a los resultados mostrados.

Posteriormente se practicó una vez más la técnica de respiración rítmica, recordándoles a los participantes los beneficios de ésta. Una vez hecho este resumen, se les explicó que existen situaciones específicas durante la hospitalización y el proceso quirúrgico ante las cuales las respuestas de ansiedad pueden presentarse con mayor frecuencia, intensidad y/o duración. Así, se indagaron e identificaron junto con los participantes, los estímulos ante los cuales dichas respuestas se presentaban con mayor frecuencia y/o duración y se escribieron en sus guías.

Para ello, se les preguntó a los participantes acerca de los momentos durante su estancia hospitalaria y/o que estuvieran asociados con el proceso quirúrgico que les generaban mayor ansiedad, uno de los ejemplos que los participantes comentaron fue “el pase de visita”, es decir, el momento en el que los médicos adscritos y residentes revisan a todos los pacientes en hospitalización, éste se daba a las 8:00 am y 6:00 pm. Este momento se tomó como un estímulo antecedente generador de ansiedad, se les pidió a los participantes que lo registraran en su guía y la psicóloga también tomó nota de ello de manera individual.

Después de detectar estos estímulos generadores de ansiedad, se identificaron en conjunto segundos estímulos que les permitiera saber que las respuestas de ansiedad estaban próximas a presentarse y se les pidió que anotaran en una tabla (Anexo 20); por ejemplo, si el participante presentaba niveles altos de ansiedad ante el pase de visita de los médicos adscritos y residentes (8:00 am), algunos segundos estímulos que se identificaron fueron: observar la hora (7:30 am) o escuchar voces

de varios médicos u observar mayor movimiento en el hospital. La psicóloga tomó nota de ellos.

De esta manera, se incorporó la técnica de respiración ya entrenada en los participantes, pidiéndoles que la practicaran en los segundos estímulos detectados.

Para finalizar la sesión, se les pidió un resumen de lo aprendido y se les solicitó continuar con su registro (Anexo 19) apoyándose de la *ENA de ansiedad*.

Sesión 4. Entrenamiento en autoinstrucciones: Definición y consideraciones

La cuarta sesión de esta fase se concentró en la explicación de la definición de *autoinstrucción* a los participantes. Ésta tuvo una duración aproximada de 15 a 20 minutos. Asimismo, esta sesión se apoyó de la sección *Autoinstrucciones para Ansiedad: Controlando mi ansiedad* de la guía previamente diseñada.

Se introdujo a los participantes a la técnica de autoinstrucciones a partir de una historia denominada: *Una historia de ansiedad*, misma que también se encuentra en sus guías. La historia fue leída por la psicóloga en otra guía, a fin de que el participante siguiera la lectura en su propio material. En dicha historia se presenta el caso hipotético de una niña (Mariela) que tenía respuestas de ansiedad ante un procedimiento médico (inyecciones); en ésta, se le comentó a los participantes cómo Mariela tuvo que afrontar los diferentes procedimientos a lo largo de su vida: primero con verbalizaciones e instrucciones que su madre le mencionaba para mantenerla relajada, para posteriormente (ya en una etapa adulta), Mariela lograra relajarse a partir de verbalizaciones e indicaciones autodirigidas similares a las que le comentaba su madre cuando era niña.

A partir de la historia anterior, se explicó a los participantes la definición y la función de la técnica de autoinstrucciones, mencionando las consideraciones necesarias para su elección y remarcando en que éstas deberían ser individualizadas y específicas para los estímulos generadores de ansiedad en sus propios casos. Otras consideraciones que se les comentaron fueron: elegir frases cortas, reales y fáciles de recordar.

Se terminó la sesión solicitando a los participantes un resumen de lo revisado y retroalimentando los temas abordados.

Sesión 5. Entrenamiento en autoinstrucciones: Elección de autoinstrucciones para momentos específicos

Esta sesión tuvo una duración aproximada de 15 minutos, para la cual la psicóloga se apoyó de la guía psicoeducativa y de seguimiento psicológico, específicamente de la sección: *Autoinstrucciones para Ansiedad: Controlando mi ansiedad*.

Se inició la sesión haciendo un resumen de la definición de autoinstrucciones y su funcionalidad para la ansiedad preoperatoria; para después, comentar con los participantes que esta estrategia se complementaría con la técnica de respiración anteriormente aprendida, para ello, se practicó junto con los participantes la respiración rítmica. Se explicó la importancia de combinar la respiración con las autoinstrucciones para generar una mayor relajación en ellos; después se practicó la técnica de respiración con los tiempos establecidos anteriormente (3 tiempos para inhalación, 2 tiempos de retención de aire y 3 tiempos para exhalación), se moldeó la técnica en caso de ser necesario, se resolvieron dudas y se retroalimentó a los participantes. Cabe mencionar que en este punto aún no se introdujeron las autoinstrucciones.

Una vez hecha esta práctica, se explicó la necesidad de elegir autoinstrucciones para momentos específicos de su proceso quirúrgico (dependiendo de las necesidades específicas para cada participante); entre las opciones principales para la elección de autoinstrucciones y aquellas que se consideraron para la construcción de la guía para pacientes, se mencionan: 1) La indicación del médico que será momento de su cirugía, 2) La preparación por los enfermeros y camilleros para la cirugía, 3) En camino a la sala de operaciones y 4) Dentro de la sala de operaciones: Colocación de anestesia.

Un ejemplo de la elección de dichas autoinstrucciones fue: ante el estímulo generador de ansiedad durante la estancia hospitalaria “pase de visita de los médicos por la mañana y por la tarde”, la verbalización elegida fue “Los doctores

me ayudan”, ante lo cual la psicóloga complementó que hacía falta una indicación que permitiera al participante dirigir su comportamiento a la relajación, se eligió: “voy a respirar y estar tranquila”. Así, la autoinstrucción completa para ese estímulo específico y para una participante fue: “Los doctores me ayudan, voy a respirar y estar tranquila”. Fue así que se realizó una lista de autoinstrucciones por cada participante, para los estímulos anteriormente detectados, las cuales fueron anotadas en sus guías en caso de olvido y registradas por la psicóloga. Cabe mencionar que algunas de las autoinstrucciones seleccionadas por los participantes fueron homogéneas para más de una situación.

Una vez realizado el listado de autoinstrucciones para los estímulos generadores de ansiedad, se practicó con los participantes la aplicación de la técnica de autoinstrucciones junto con la respiración rítmica, para lo cual, la psicóloga modeló la respiración y al momento de exhalación dio la indicación de generar la autoinstrucción. Se sugirió a los participantes a aplicar las técnicas en conjunto, para moldear posteriormente la ejecución y brindar retroalimentación.

Cabe mencionar que se eligieron autoinstrucciones acorde a las necesidades de los participantes, sin embargo, para todos fue necesario elegir al menos una instrucción para el ingreso y estancia en el quirófano. Todas las autoinstrucciones generadas por los participantes fueron registradas por la psicóloga en el expediente de cada participante.

Para finalizar la sesión se les pidió a los participantes que realizaran un resumen sobre lo revisado, dejando espacio para dudas y/o comentarios. Además, se les solicitó que aplicaran la técnica ante estas situaciones, calificando sus niveles de ansiedad antes y después de realizar las técnicas en sus registros a partir de la *ENA de ansiedad*.

Fase IV: Evaluación final

La presente fase se llevó a cabo momentos antes de que los participantes ingresaran a quirófano. Los momentos específicos de la evaluación final fueron diferentes para cada participante, ya que fue necesario adaptarse a las necesidades

de la institución, a la programación de la cirugía y a las complicaciones por la enfermedad que los participantes presentaron durante su estancia hospitalaria.

No obstante, en todos los participantes, esta sesión se llevó a cabo con una duración de entre 3 y 5 minutos.

Los momentos y lugares específicos en los que se realizó esta fase en los participantes se describen en la tabla 20.

Tabla 20

Momentos y lugares de aplicación de la evaluación final por participante

Participante	Fecha de aplicación de la evaluación final	Fecha de cirugía	Lugar de aplicación
1	14/11/2021 3 horas antes de su cirugía	14/11/2021	Área de hospitalización-cirugía
2	16/11/2021 9 horas antes de su cirugía	17/11/2021	Área de hospitalización-cirugía
3	11/12/2021 1 hora antes de su cirugía	11/12/2021	Área de hospitalización-cirugía

Antes de la aplicación de esta fase, se recordó de manera breve a los participantes la relevancia de la puesta en práctica de las técnicas psicológicas.

Posteriormente, se les aplicó la escala APAIS, recordándoles la forma de respuesta tipo Likert. Después, se leyeron las instrucciones del IDARE-estado, remarcando los tipos de respuesta del instrumento. Una vez terminado, se aplicó la *checklist* de Ansiedad preoperatoria, explicando que el modo de respuesta será a manera de “sí” o “no” en caso de presentar o no los síntomas descritos.

Por último, con ayuda de un oxímetro (*ChoiceMMed MD200C23*) se tomó la frecuencia cardíaca de los participantes y se escribió como medida fisiológica de la evaluación final.

Todos los datos de los participantes fueron anotados en sus respectivos expedientes.

Fase V: Seguimiento clínico en dolor postoperatorio y cuidados intrahospitalarios

Es relevante mencionar que la presente fase no se encuentra propiamente en el programa para la intervención psicológica de ansiedad preoperatoria, sin embargo, con fines de ética profesional, se brindó el seguimiento psicológico a los participantes que aceptaron ingresar al programa y que cumplieron con los criterios para el mismo, teniendo un módulo específico para este seguimiento en la guía para pacientes desarrollada *exprofeso*.

Esta fase se dividió en 4 de sesiones, cada una con objetivos específicos. A continuación, se describen cada una de ellas detalladamente:

Sesión 1. Valoración de los niveles de dolor post-operatorio

Esta sesión tuvo una duración aproximada de 20 minutos, apoyándose de la guía psicoeducativa, específicamente en la sección denominada: *Cuidados durante la hospitalización: Retomando mi dieta y movilidad*.

Como primer paso, se interrogó a los participantes sobre su experiencia dentro de la sala de operaciones, indagando si pudieron implementar las técnicas aprendidas durante la intervención psicológica para ansiedad preoperatoria y preguntando sobre su funcionalidad, además de las medidas a partir de la *ENA de ansiedad*.

Posteriormente, se brindó información sobre el dolor postoperatorio, su relación con la percepción psicológica del mismo y la manera en que ésta puede disminuir utilizando las técnicas anteriormente entrenadas. Se pidió a los pacientes un resumen de lo explicado, para después evaluar los niveles de dolor generado por la cirugía a partir de una *Escala Numérica Análoga de dolor*, misma que se encuentra en la guía para pacientes.

De ser necesario, se generó al menos una autoinstrucción para el dolor postoperatorio, se escribió en sus guías y se practicó en conjunto a la respiración rítmica. También se les pidió una evaluación del dolor a partir de la *ENA de dolor*.

Se les pidió a los participantes aplicar el conjunto de técnicas en los momentos que presentaran mayor dolor escribiendo en un registro los niveles de dolor mediante la *ENA de dolor* antes y después de cada práctica (Anexo 21).

Para terminar la sesión se brindó un resumen, dejando espacio para preguntas o argumentos por parte de los participantes.

Sesión 2. Cuidados intrahospitalarios: Información sobre la dieta progresiva

Durante la segunda sesión de esta fase, se les brindó información a los participantes acerca de los cuidados intrahospitalarios y las posibles indicaciones del médico para una mejora eficaz de su salud posterior a la cirugía, especialmente acerca de la alimentación progresiva que el participante debería tener a partir de ese momento. Por lo cual, se tomó como referencia la sección denominada *Cuidados durante la hospitalización* de la guía prediseñada. Esta sesión tuvo una duración aproximada de 10 minutos.

Al finalizar se les pidió a los pacientes un resumen de las posibles indicaciones de los médicos posterior a su cirugía, así como la importancia de llevarlas a cabo, dando oportunidad para realizar dudas o comentarios.

Sesión 3. Cuidados intrahospitalarios: Deambulación

Esta sesión tuvo una duración aproximada de 15 minutos. La cual se concentró en explicar a los participantes la importancia de la deambulación para su recuperación y su próxima alta hospitalaria; para ello se utilizó la guía para pacientes, específicamente la sección *Cuidados durante la hospitalización: Caminando durante la hospitalización*.

Después de brindar esta información, se comentaron algunas recomendaciones para levantarse de la cama, ponerse de pie y comenzar a caminar a partir de aproximaciones sucesivas. En caso de ser necesario se modeló y moldeó la forma de levantarse, además de reforzar positivamente las conductas de: *sentarse en la cama, levantarse de la cama y dar un paso*.

Además, se instruyó a los participantes a utilizar la técnica de respiración rítmica en caso de una alta percepción de dolor y/o posibles respuestas de ansiedad al levantarse a caminar.

Sesión 4. Alta hospitalaria: Información para cuidados en casa

Para finalizar la interacción e intervención postquirúrgica con los participantes y una vez que el médico informó el alta hospitalaria; se brindó información acerca del alta y de algunos de los cuidados que tendrían al salir del hospital, tales como: 1) la limpieza adecuada de la herida: explicando los pasos específicos para su ejecución en casa, 2) la alimentación balanceada: mencionando algunos alimentos que evitar en su dieta diaria y algunas recomendaciones para facilitar el cumplimiento de ésta, 3) la toma adecuada de medicamentos: brindando algunas recomendaciones que pudieron facilitar su toma y prevenir el olvido, 4) la deambulación en casa y 5) la importancia de acudir a sus citas médicas o al hospital en caso de urgencias.

Por último, se atendieron las dudas y se brindó un resumen de la sesión.

Para finalizar con la intervención psicológica, se agradeció a los participantes por su atención y compromiso durante el entrenamiento psicológico para la ansiedad preoperatoria. Asimismo, se les cuestionó acerca de sus aprendizajes y satisfacción a partir del entrenamiento.

6. Resultados

A continuación, se describen los resultados de la investigación, los cuales se presentan en el siguiente orden: 1) ansiedad preoperatoria y necesidad informativa, 2) niveles de frecuencia cardiaca, 3) intervención ansiedad – identificación de estímulos generadores de ansiedad y respiración rítmica, 4) intervención ansiedad – elección de autoinstrucciones, 5) niveles de ansiedad antes y después del entrenamiento en respiración rítmica y autoinstrucciones y 6) niveles de dolor postoperatorio.

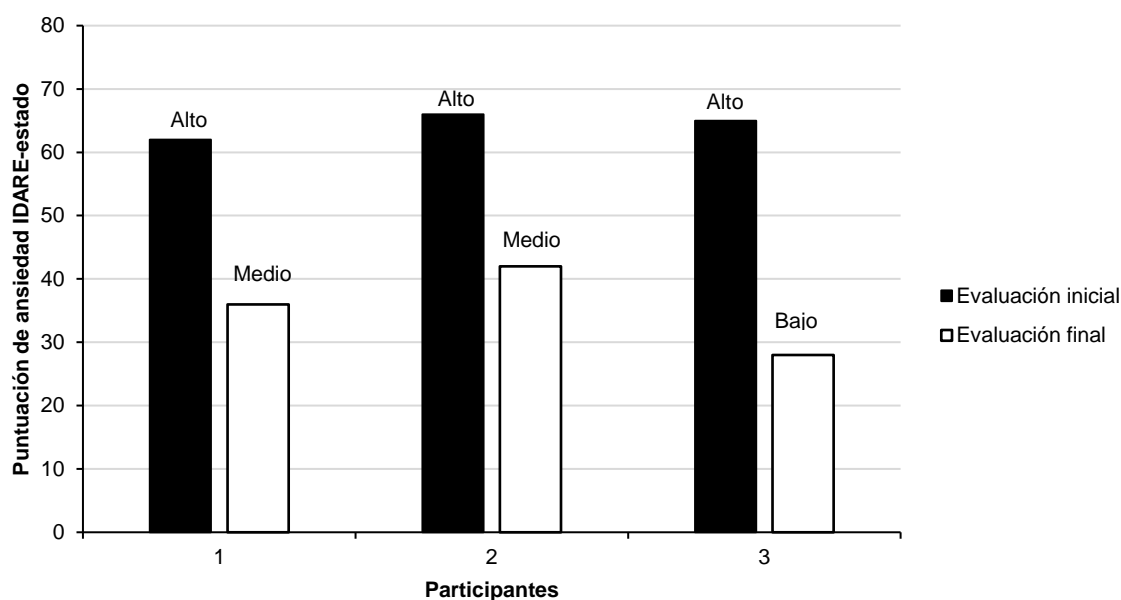
Ansiedad preoperatoria y necesidad informativa

Las respuestas de ansiedad se midieron tanto en la evaluación inicial como en la final, a partir de los siguientes instrumentos: el Inventario de Ansiedad Rasgo Estado – subescala *estado* (IDARE), la Escala de Ansiedad Preoperatoria e Información (APAIS), la Checklist de ansiedad preoperatoria y como dato complementario los niveles de la frecuencia cardiaca de los participantes.

De acuerdo con la subescala *estado* del IDARE las respuestas de ansiedad se clasifican en tres niveles: bajo (puntuaciones menores a 30), medio (puntuaciones de 30 a 44) y alto (puntuaciones mayores a 45). Los datos reportados en la figura 13 muestran que las tres participantes tuvieron un decremento importante en sus puntuaciones de ansiedad, disminuyendo al menos una tercera parte de los niveles referidos en la evaluación inicial. Las tres participantes presentaron un nivel alto en la evaluación inicial, dos de ellas bajaron dichos puntajes a un nivel medio y la tercera a nivel bajo. Se resalta el caso de la participante 3, quien antes de la intervención psicológica, presentó un nivel alto de ansiedad según el IDARE, contrario a ello, en la evaluación final, refirió un nivel bajo de ansiedad con una puntuación menor a 30, es decir, fue la participante con un mayor decremento en cuanto a sus niveles de ansiedad (ver figura 13).

Figura 13

Nivel de ansiedad en la evaluación inicial y final a partir del Inventario de Ansiedad Rasgo Estado



Un análisis adicional fue el relacionado con el Cambio Clínico Objetivo (CCO), que no es otra cosa que la diferencia entre de las puntuaciones del Pos-test y Pre-test sobre la puntuación del Pre-test. Se considera como un CCO significativo cuando el producto de esta operación es mayor a .20. En este caso particular en las participantes el CCO fue significativo dado que fue mayor a .20, más evidente en la participante 3 (tabla 21).

Tabla 21

Cambio Clínico Objetivo de las participantes en el IDARE

Participante	Puntuación Pos-test	Puntuación Pre-test	Cambio Clínico Objetivo (CCO)
1	36	62	.41
2	42	66	.36
3	28	65	.56

Por otro lado, además del IDARE, se aplicó la Escala Ámsterdam de Ansiedad Preoperatoria e Información (APAIS). Cabe mencionar que este instrumento se encarga de medir la ansiedad preoperatoria de los pacientes a partir de los reactivos 1, 2, 4 y 5, así como la necesidad de recibir más información acerca de su proceso quirúrgico mediante los reactivos 3 y 6. A continuación se presentan los resultados

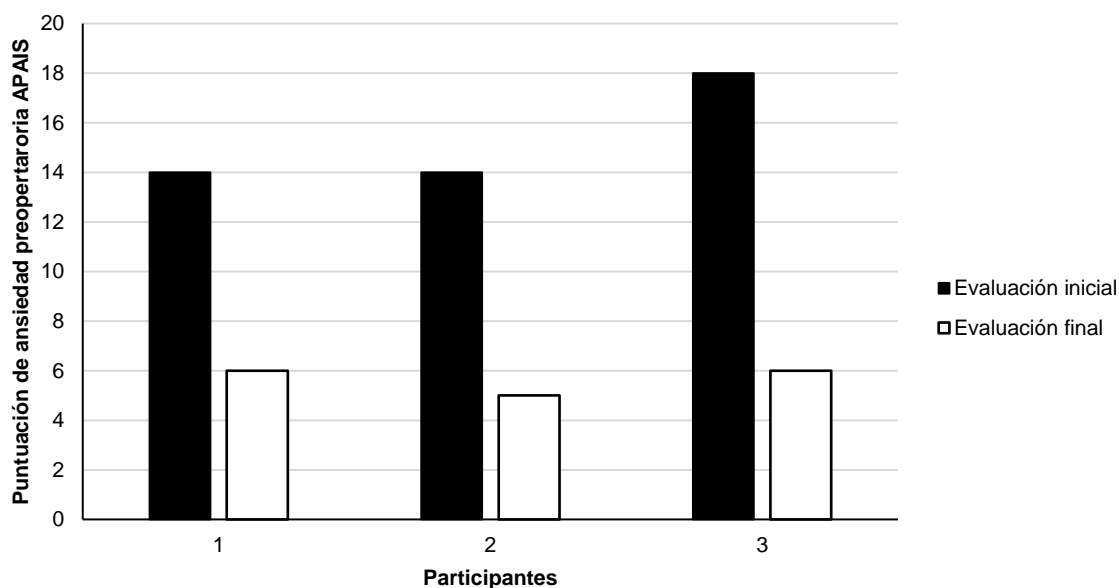
de la ansiedad preoperatoria y de la necesidad informativa referida por las participantes en dicha escala.

De esta manera, se entiende por ansiedad preoperatoria a los puntajes mayores a 11 en los reactivos 1, 2, 4 y 5 de la APAIS, por el contrario, puntajes menores a 11 refieren una ausencia de ansiedad asociada al proceso quirúrgico en el paciente.

En la figura 14 se observan las puntuaciones de las participantes de los reactivos que evalúan la ansiedad preoperatoria. En la evaluación inicial las tres participantes presentaron ansiedad preoperatoria con niveles por arriba de 11; no obstante, para la evaluación final existió un decremento importante en las puntuaciones de las participantes, todas puntuando por debajo de 11, es decir, se observaron niveles bajos de ansiedad preoperatoria en cada una de ellas. Se observa también que la puntuación más baja fue de 5 (en la participante 2). Cabe destacar, el caso de la participante 3, ya que fue quien presentó la mayor puntuación en los reactivos de ansiedad preoperatoria y quien tuvo el mayor decremento en su evaluación final con 12 puntos de diferencia entre la evaluación inicial y final.

Figura 14

Puntuaciones de ansiedad preoperatoria de acuerdo con la escala APAIS (reactivos 1, 2, 4 y 5)



Nota: Se presentan las puntuaciones de los reactivos 1, 2, 4 y 5 de la escala APAIS, mismos que refieren la presencia de ansiedad preoperatoria.

Con respecto al CCO se encontró que todas las participantes presentaron un cambio significativo, es decir un puntaje por arriba de .20 (tabla 22).

Tabla 22

Cambio Clínico Objetivo de las participantes en la escala APAIS subescala Ansiedad Preoperatoria

Participante	Puntuación Pos-test	Puntuación Pre-test	Cambio Clínico Objetivo (CCO)
1	6	14	.57
2	5	14	.64
3	6	18	.66

Es relevante realizar un análisis más profundo de estos reactivos de la escala APAIS (1, 2, 4, y 5), debido a que los reactivos 1 y 2 se asocian con la ansiedad al procedimiento de anestesia, mientras que el 4 y el 5 refieren la ansiedad asociada al procedimiento de cirugía.

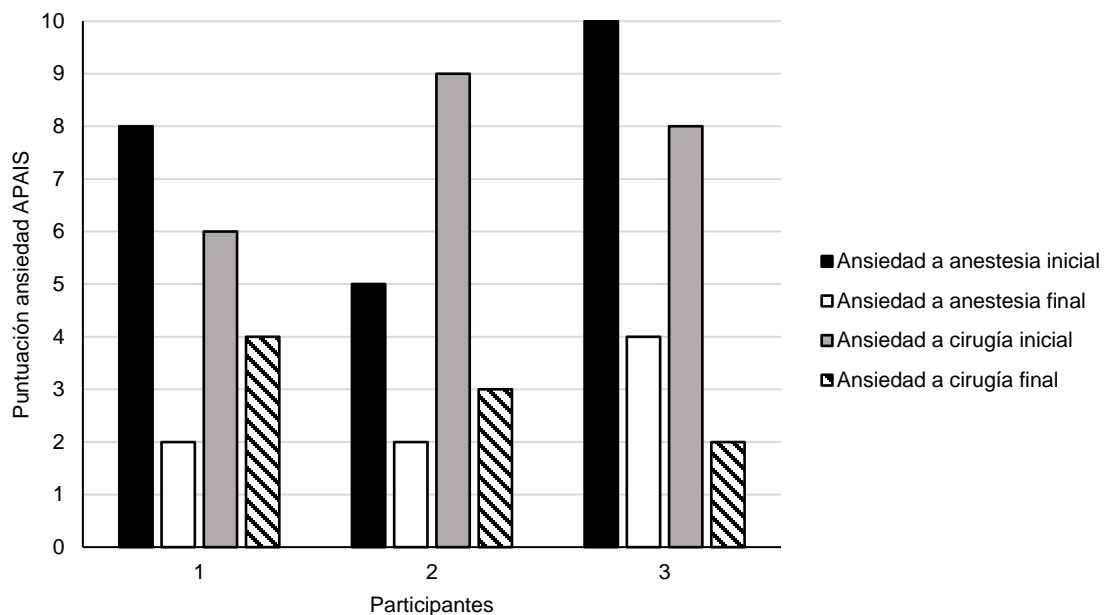
En este sentido, en la figura 15 se presenta la puntuación de las participantes a los reactivos asociados a la ansiedad a la anestesia (reactivos 1 y 2) y, por otro lado, a la cirugía (reactivos 4 y 5). Como se puede observar hubo una diversidad entre las participantes y sus niveles de ansiedad asociadas a la anestesia y a la cirugía en la evaluación inicial. En este sentido, a pesar de que las participantes 1 y 2 presentaron la misma puntuación de ansiedad preoperatoria en toda la subescala de la APAIS durante la evaluación inicial (puntuación de 14), el nivel de ansiedad participante 1 estuvo mayormente asociado con el procedimiento de colocación de anestesia, mientras que en la participante 2 estuvo relacionado con el procedimiento de la cirugía. A pesar de ello, ambas, en la evaluación final, disminuyeron el nivel de ansiedad presentando puntuaciones bajas.

Por su lado, en el caso de la participante 3, quien presentó los mayores puntajes de ansiedad preoperatoria en la escala APAIS, se observa que el nivel de ansiedad más alto fue representado por el procedimiento de anestesia. No obstante, aun cuando la intervención, en su mayoría, fue dirigida a dicho proceso, la participante también redujo sus niveles de ansiedad a la cirugía con una diferencia de más de la mitad de la puntuación identificada en la evaluación inicial (ver figura 15).

Cabe resaltar que todas las participantes redujeron sus niveles de ansiedad tanto a la anestesia como a la cirugía más de la mitad de la puntuación obtenida en la evaluación inicial, exceptuando en los niveles de ansiedad asociados a la cirugía de la participante 1. Estos resultados pueden deberse a la psicoeducación que se les brindó durante a la intervención psicológica.

Figura 15

Puntuaciones de ansiedad asociada a la anestesia y a la cirugía de la escala



Nota: Se muestran las puntuaciones iniciales y finales de la ansiedad a la anestesia (reactivos 1 y 2 de la APAIS) y de la ansiedad a la cirugía (reactivos 4 y 5 de la APAIS).

Es importante mencionar que para la aplicación de la intervención psicológica fue necesario tomar en consideración las puntuaciones de la evaluación inicial descritas en la figura 15, puesto que éstas permitieron tomar decisiones en cuanto a la psicoeducación que las participantes recibieron por parte de la psicóloga; además de tomarse en cuenta para las autoinstrucciones que las participantes generaron posteriormente durante la intervención.

Por otro lado, los reactivos 3 y 6 de la escala APAIS refieren la necesidad informativa de los pacientes ante el procedimiento de cirugía y anestesia; en este sentido, puntuaciones mayores a 5 indican una necesidad informativa adicional a la que el paciente cuenta.

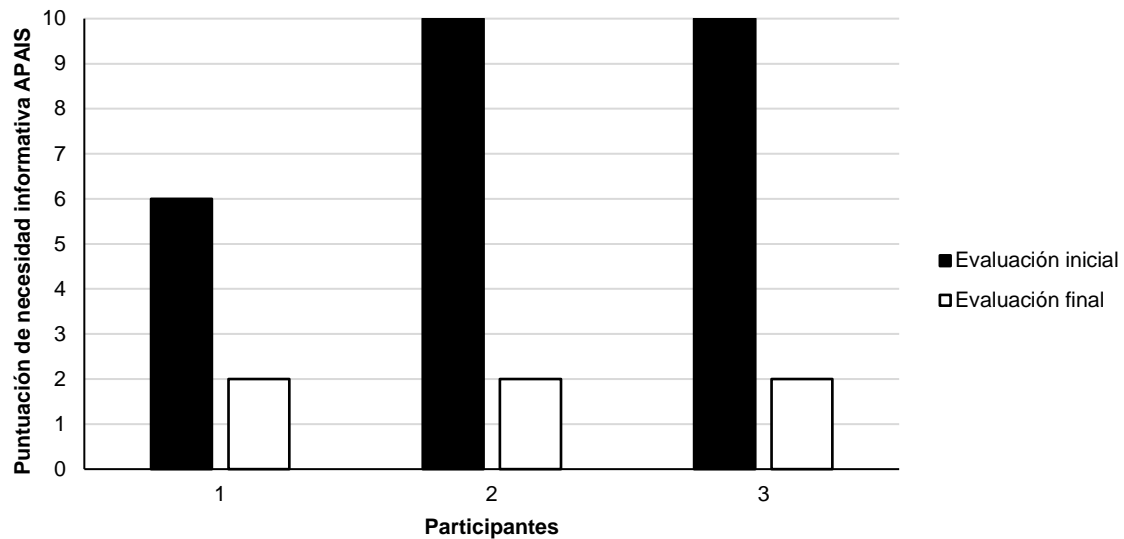
De esta manera, parte de la evaluación de las participantes consistió en la evaluación de las necesidades informativas, con el objetivo principal de identificar el nivel de información en relación con el procedimiento de anestesia y de cirugía de las participantes, para a partir de ello, brindar la información necesaria en la fase de psicoeducación.

En la figura 16 se observan las puntuaciones de los reactivos 3 y 6 de la escala APAIS. Como se puede observar las tres participantes, en la evaluación inicial presentaron puntuaciones mayores a 5, es decir requerían de información adicional, misma que se brindó en la intervención a manera de psicoeducación; la cual consistió en la explicación por parte de la psicóloga de los tipos de anestesia (local y general), el procedimiento para su colocación paso a paso, los tipos de cirugía (abierta y laparoscópica) profundizando en la que se le aplicaría a la participante en caso de tener conocimiento y los pasos que el médico cirujano y su equipo seguirían para dicho proceso.

A partir de la psicoeducación, la respiración rítmica y las autoinstrucciones, las tres participantes, presentaron una disminución importante en sus niveles finales de ansiedad, todas con un puntaje final de 2 en la subescala de necesidad informativa de la APAIS, lo cual refirió que al final de la intervención, las pacientes contaban con la información suficiente sobre sus procedimientos quirúrgico y de colocación de anestesia. Estos resultados se pueden observar en la figura 16.

Figura 16

Puntuaciones de la necesidad informativa de anestesia y cirugía a partir de la escala APAIS (reactivos 3 y 6)

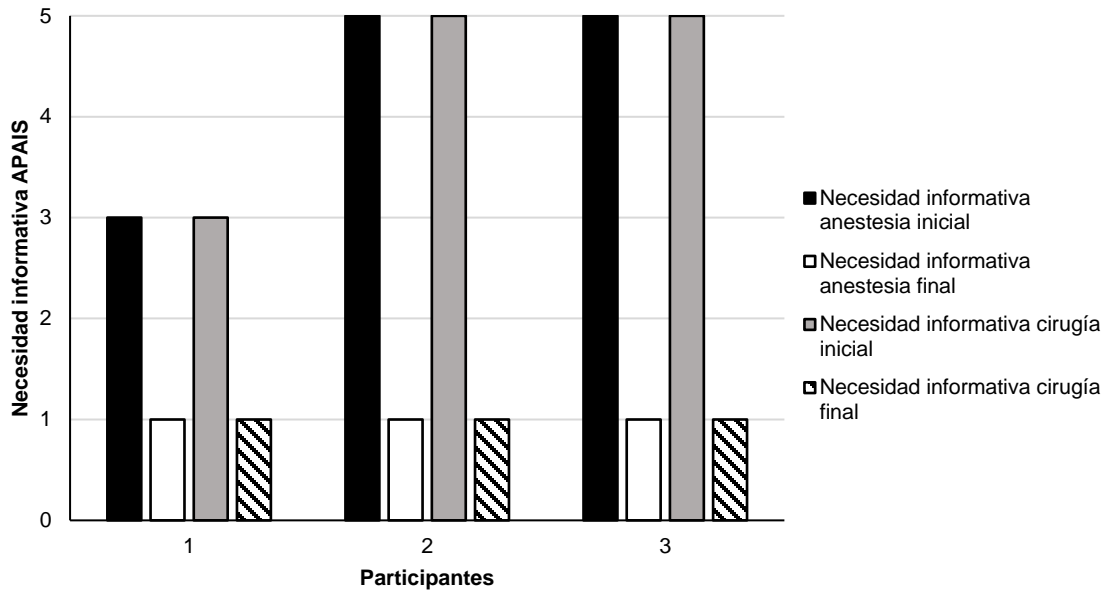


Nota: Se presentan las puntuaciones iniciales y finales de la necesidad informativa de las participantes de acuerdo a la escala APAIS (reactivos 3 y 6).

Como se recordará, los reactivos 3 y 6 de la escala APAIS permitieron determinar si las participantes requirieron más información asociada a los procedimientos de cirugía y de anestesia. Cabe referir que, el reactivo 3 mide la necesidad informativa asociada a la anestesia y el 6 la necesidad de más información relacionada con el procedimiento de cirugía. La identificación de las puntuaciones en los reactivos por separado permitió a la psicóloga decidir el tipo de información a brindar durante el proceso de psicoeducación en cada participante. En la figura 17 se visualizan las puntuaciones de ambos reactivos por separado en las tres participantes.

Figura 17

Necesidad informativa asociada con la anestesia y cirugía a partir de la escala APAIS



Nota: Se muestran las puntuaciones iniciales y finales de la necesidad informativa de la anestesia (reactivo 3 de la APAIS) y de la necesidad informativa de la cirugía (reactivo 6 de la APAIS).

Como se aprecia en la figura 17, las tres participantes manifiestan una necesidad adicional de recibir información tanto de su cirugía, como al de la colocación de la anestesia.

Asimismo, en la figura 17 se identifica que el nivel inicial de necesidad informativa al procedimiento de anestesia como al de cirugía es el mismo en cada una de las participantes, de esta manera, cada paciente recibió tanto información referente a su cirugía, como a la colocación de anestesia.

Por su lado, las participantes 2 y 3 presentaron el máximo nivel de que se les informara acerca de su cirugía y de la colocación de anestesia. Así, una vez que se les brindó la información a partir de la psicoeducación, todas las participantes disminuyeron sus necesidades informativas, refiriendo una puntuación de 1 en estos reactivos de la escala APAIS (ver figura 17).

Por otra parte, para la evaluación de ansiedad preoperatoria de las participantes, se aplicó una Checklist de Ansiedad Preoperatoria, la cual incluye 25 reactivos que

describen características fisiológicas y cognitivas de ansiedad asociadas al procedimiento quirúrgico.

En la tabla 23 se muestran las características de ansiedad preoperatoria que presentaron las participantes tanto en la evaluación inicial como en la final. En la evaluación inicial se identificó que las características cognitivas que prevalecieron en las tres participantes fueron: desesperación, miedo a morir y miedo al proceso quirúrgico; por su parte, a nivel fisiológico, las tres participantes coincidieron en la presencia de debilidad en piernas y la sensación de “nudo en la garganta”. El plan de intervención psicológico se mantuvo enfocado en la atención de estas características de ansiedad; de esta manera, en la evaluación final, se observó una reducción importante en cada una de las participantes de más de la mitad de las características identificadas en la evaluación inicial.

Es relevante mencionar el caso de la participante 2: como se puede observar en la tabla 23, en la evaluación final la paciente presentó características diferentes (en su mayoría fisiológicas) a las que se identificaron al inicio de la intervención, entre ellas: cefalea, mareo, náuseas, dolor y temblor en el cuerpo, mismas que pudieron estar asociadas a la inflamación del páncreas; es decir pudieron no ser necesariamente características de ansiedad. Durante su periodo de hospitalización, la paciente presentó un cuadro de pancreatitis grave, misma que se intentó remitir con medicamentos vía intravenosa, no obstante, la enfermedad fue agravándose al paso de los días, lo cual generó en ella la presencia de fiebre y como resultado de ello, la paciente fue intervenida antes de la fecha programada de su cirugía. No obstante, y aun con la presencia de dichas características fisiológicas, la participante no presentó aquellas identificadas en la evaluación inicial, especialmente las de orden cognitivo, tales como: miedo a morir, a los médicos, al procedimiento quirúrgico y de anestesia, entre otros.

Tabla 23*Respuestas de ansiedad identificadas en la Checklist de ansiedad preoperatoria*

Participante	Características de ansiedad Evaluación inicial		Número de afirmaciones en reactivos Evaluación inicial	Características de ansiedad Evaluación final		Número de afirmaciones en reactivos Evaluación final
	Características fisiológicas	Características cognitivas		Características fisiológicas	Características cognitivas	
1	Presión en el pecho Sensación de "nudo en la garganta" Cefalea Debilidad en piernas Irritabilidad	Desesperación Miedo a morir Miedo al proceso quirúrgico y de anestesia	11/25	Cefalea	-	1/25
2	Presión en el pecho Sensación de "nudo en la garganta" Debilidad en piernas	Desesperación Miedo a morir Sensación de que algo terrible sucederá Miedo a: ver sangre humana, inyecciones, bisturís y al olor a medicamentos Miedo a los médicos Miedo al proceso quirúrgico y a la anestesia	14/25	Cefalea Mareo y náuseas Dolor y temblor en el cuerpo	Falta de concentración Irritabilidad	6/25
3	Incremento en su frecuencia cardíaca Dolor y presión en el pecho Tensión muscular Sensación de "nudo en la garganta" Debilidad en las piernas Sensación de no poder respirar bien	Desesperación Miedo a ver sangre humana Miedo a morir Miedo a inyecciones, a bisturís y agujas Miedo al proceso quirúrgico y a la anestesia	14/25	-	Miedo a ver sangre humana, bisturís y agujas	3/25

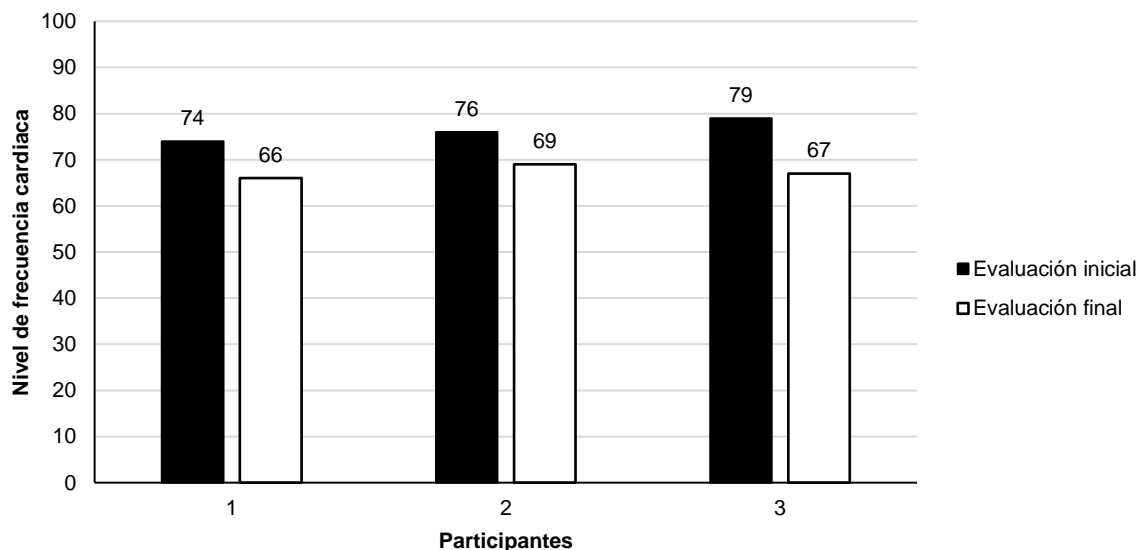
Niveles de frecuencia cardiaca

Por último, otro factor que se consideró para la evaluación de la ansiedad fueron los niveles de frecuencia cardiaca. En la figura 18, se presentan los niveles de frecuencia cardiaca presentados por las participantes antes y después de la intervención psicológica. La frecuencia cardiaca en reposo oscila entre los 50 y 100 latidos por minuto en personas adultas, no obstante, ésta tiende a incrementar si una persona presenta ansiedad. Como se puede apreciar en dicha figura, en la evaluación inicial y a pesar de que la frecuencia cardiaca se encontraba dentro de los parámetros normales, las tres participantes redujeron sus niveles después de aplicar las técnicas entrenadas en la intervención (respiración rítmica y autoinstrucciones). No obstante, no se observan diferencias importantes en estos cambios.

En este sentido, el decremento más importante que se observó fue el de la paciente 3; cabe resaltar que esta participante refería durante su entrevista inicial, así como en la *checklist* de ansiedad preoperatoria: complicaciones para respirar, desesperación, sensación de taquicardia y dolor y presión en el pecho; mismas respuestas que no refirió al momento de su evaluación final en conjunto a la disminución de la frecuencia cardiaca.

Figura 18

Niveles de frecuencia cardiaca durante la evaluación inicial y final



Intervención Identificación de estímulos generadores de ansiedad y respiración rítmica

Como ya se ha mencionado, la intervención para la ansiedad preoperatoria se llevó a cabo en cinco sesiones, en las cuales se les brindó entrenamiento a las participantes ante estrategias específicas a fin de decrementar las respuestas características de ansiedad. Las sesiones 1 Y 2 se concentraron en la psicoeducación de la enfermedad, procedimiento quirúrgico y en ansiedad preoperatoria. Por su lado, la sesión 3 tuvo el objetivo la identificación de estímulos generadores de ansiedad, para posteriormente aplicar el entrenamiento en relajación a partir de la respiración rítmica.

Fue así como la psicóloga brindó la explicación a las participantes acerca de cómo estímulos medioambientales pueden influir en la aparición de las respuestas de ansiedad, especialmente cuando las personas se encuentran en hospitalización y están próximas a una cirugía. De esta manera, la psicóloga indagó con cada participante diferentes estímulos generadores de ansiedad, esto se realizó a partir de preguntas directas a las pacientes sobre su experiencia en hospitalización y/o pensamientos e ideas que tuvieran acerca de la cirugía, aunado a la entrevista semiestructurada realizada en el momento de la evaluación inicial (Anexo 20). A partir de la identificación de los estímulos generadores de ansiedad, se explicó a las participantes que existían “señales” que les permitían saber que las respuestas de ansiedad estaban próximas a presentarse; por ejemplo, si el estímulo generador de ansiedad era el pase de visita y revisión de la paciente, una señal que se podía identificar era que la hora (7:00 am), ya que ya existía una hora establecida por la institución en la que se realiza la revisión a todos los pacientes.

En la tabla 22 se pueden observar los estímulos generadores de ansiedad por cada una de las participantes. Asimismo, se identificaron los consecuentes a fin de explicar a las participantes la función de la técnica de respiración en contraposición a las acciones que anteriormente realizaban. Un análisis de este reporte indicó que los más comunes fueron aquellos relacionados con: el ámbito familiar (pensar en los hijos), el contexto hospitalario (revisiones y aplicación de medicamentos por

parte de médicos y enfermeros), el procedimiento quirúrgico (pensamientos de la posibilidad de morir en la cirugía y afectaciones por la anestesia) y comentarios de terceras personas (hijos y otros familiares).

Por otro lado, se observó que las tres participantes coincidieron en que sus niveles de ansiedad incrementaban a partir del pensamiento de morir durante el procedimiento quirúrgico (ya fuera debido a la anestesia o a otros factores), además éstas identificaron que dicho pensamiento se hacía presente cuando se encontraban solas y generalmente durante las noches (ver tabla 24).

Tabla 24

Estímulos generadores de ansiedad y consecuentes identificados en las participantes

Participante	Estímulo "señal"	Estímulo generador de ansiedad (Momento de ansiedad)	Consecuente (¿Qué pasa después?)
1	Veo que ya me voy a quedar sola	Cuando pienso en mi hijo	Me pongo inquieta (muevo las piernas y ruedo en la cama)
	Cuando está a punto de irse mi hermana y cuando es la hora de hacer videollamada a mi hijo	Cuando estoy sola y pienso en que me puedo morir en la operación	Me pongo inquieta (muevo las piernas y ruedo en la cama)
2	Ya es de mañana y hay mucho movimiento Se escuchan voces de muchos doctores	Los doctores pasan todos juntos y me revisan	Me quedo muy quieta y cierro los ojos, aprieto mucho mis manos (no pongo atención)
	Se escuchan pasos afuera	La enfermera me toma muestra o me pone medicamento	Me quedo muy quieta y cierro los ojos, aprieto mucho mis manos
	Se acerca la tarde y mamá se tiene que ir	Me quedo sola y pienso en que puedo morir en el quirófano	Prendo la tele, pero pienso en la operación y que quiero estar en casa
3	Suena el teléfono	Pienso: "Mi hermana o cuñado me volverán a decir lo difícil que será la cirugía" "La anestesia me puede dejar ahí a mitad de la operación"	Dejar que responda mi esposo o no responder
	Ya va a ser la hora de salida de mis hijos de trabajar	Empiezo con pensamientos de la cirugía y en qué me van a decir mis hijos	Comienzo a cocinar y cuando llegan, me encierro en mi cuarto
	9:00 pm, se acerca la hora de dormir	Ya estoy en cama sola (antes de que mi esposo duerma) y comienzo a pensar en todo lo que se requiere para la cirugía y en que no quiero que la anestesia me afecte	Prender la televisión, a veces ponerle atención

Cabe mencionar que las participantes pudieron identificar segundos estímulos (“señales”) que les apoyaron a identificar que los estímulos disparadores de ansiedad estaban próximos a presentarse.

Una vez identificados los estímulos generadores de ansiedad, así como las señales por las participantes, la psicóloga las introdujo a la técnica de respiración rítmica, explicando que su función era nivelar sus respuestas de ansiedad ante los estímulos que las disparaban. La psicóloga modeló la técnica para ellas y posteriormente les pidió que la realizaran en conjunto, se moldeó la respiración en cada paciente, para así indicarles que tenían que aplicarla durante las señales identificadas, a fin de anticipar la aparición de respuestas de ansiedad.

Un ejemplo de ello, fue con la participante 2, quien, con el apoyo de la psicóloga, identificó que un estímulo generador de ansiedad para ella era el quedarse sola durante la noche, ya que se presentaban pensamientos de tipo “*Voy a morir en la operación*”, “*Nunca voy a salir de aquí*” y con ello otras respuestas características de ansiedad; así, como segundo estímulo, la participante observó que esto estaba por suceder a cierta hora del día (cuando comenzaba a atardecer), ya que su madre debía retirarse para poder cuidar del hijo de la paciente. De esta manera, la participante pudo aplicar la técnica de respiración rítmica antes de quedarse completamente sola para así, prevenir la aparición de las respuestas de ansiedad (ver tabla 24).

Asimismo, es posible identificar que, como consecuentes las tres participantes realizaban conductas de evitación y/o escape, tales como: prender la televisión y continuar con los pensamientos, no responder el teléfono y encerrarse en su habitación. Es importante mencionar que las participantes 1 y 2 presentaron algunas manifestaciones motoras como consecuente, tales como: mover las piernas, rodar por la cama, cerrar los ojos y apretar las manos. Este tipo de conductas podían generar en ellas una sensación de tranquilidad, no obstante, éstas eran de una duración corta, lo que generaba que la ansiedad volviera a presentarse instantes después, además de que en la participante 1 estas conductas no permitían que prestara la atención necesaria ante las indicaciones médicas.

Intervención: Elección de autoinstrucciones

Posterior al entrenamiento en identificación estímulos generadores de ansiedad y la respiración rítmica, las participantes fueron instruidas en la técnica de autoinstrucciones. Para este segundo entrenamiento, la psicóloga (con apoyo de la guía psicoeducativa para pacientes), explicó a las participantes la función que tienen las autoinstrucciones para generar mayores niveles de relajación en conjunto a la respiración rítmica. De esta manera, las participantes eligieron las autoinstrucciones específicas para los diferentes estímulos disparadores de ansiedad.

En la tabla 25 se observa que los estímulos ante los cuales las participantes elaboraron sus autoinstrucciones estuvieron asociados a tres factores: encontrarse solas, ya sea en el hospital (participantes 1 y 2) o en casa (participante 3), para el momento en que se encontraran dentro del quirófano y para la preparación por el personal de enfermería para su cirugía (participantes 2 y 3).

Así, las autoinstrucciones elegidas por las participantes estuvieron basadas en el personal de salud (*“El médico que me tocó me da confianza”, “Los doctores ayudan”, “El médico es el único que puede decir si es peligroso o no”, “Confío en el doctor que elegí”*) y en la auto indicación de aplicar la técnica de respiración (*“Debo respirar. Concéntrate en la respiración”, “Voy a respirar”, “Tranquila y respira”*) (ver tabla 25).

Tabla 25

Autoinstrucciones elegidas por las participantes para los estímulos generadores de ansiedad

Participante	Estímulo generador de ansiedad	Autoinstrucción elegida
1	Estancia hospitalaria – Cuando la paciente se encontraba sola, durante las noches	<i>“Si estoy tranquila, mi hijo también lo estará” “El médico que me tocó me da confianza”</i>
	Dentro del quirófano	<i>“Debo respirar. Concéntrate en la respiración” “La anestesia me dormirá y no sentiré nada”</i>
2	Estancia hospitalaria – Cuando la paciente se encontraba sola, durante las mañanas y al administrar medicamento	<i>“Los doctores ayudan, voy a respirar” “El medicamento ayuda a desinflamar, voy a respirar” “Mamá tiene que ver a mi hijo, vamos a respirar”</i>
	Preparación por enfermeros y camilleros	<i>“Los doctores ayudan, voy a respirar”</i>
	Dentro del quirófano	<i>“Los doctores ayudan, voy a respirar”</i>

	En casa - Ante comentarios de otros	<i>"Pueden ser sus comentarios, pero el médico dijo que la cirugía seguramente será rutinaria y rápida"</i> <i>"El médico es el único que puede decir si es peligroso o no"</i>
3	En casa - por la noche sola	<i>"Confío en el doctor que elegí, ya ha operado a mi nieta y salió bien"</i>
	Preparación por enfermeros y camilleros	<i>"Confío en el doctor que elegí, tranquila y respira"</i>
	Dentro del quirófano	<i>"Confío en el doctor que elegí, tranquila y respira"</i>

Nota: Se presentan los estímulos generadores de ansiedad en las tres participantes, así como las autoinstrucciones elegidas para cada uno de ellos. También se muestran los niveles de ansiedad antes (ENA inicial) y después (ENA final) de la aplicación de la técnica de autoinstrucciones

Una vez elegidas las autoinstrucciones por las participantes, la psicóloga dio la indicación de aplicar primero la respiración rítmica y en el momento de la exhalación brindarse sus autoinstrucciones internamente; el momento en el que debían aplicar estas dos técnicas fue ante los estímulos señales referidos en la tabla 22.

Niveles de ansiedad antes y después del entrenamiento en respiración rítmica y autoinstrucciones

Tal como se ha referido, el entrenamiento psicológico consistió en las siguientes sesiones: 1) Psicoeducación de la enfermedad, cirugía y anestesia, 2) Psicoeducación en ansiedad preoperatoria y entrenamiento en relajación, 3) Entrenamiento en relajación: identificación de estímulos y respiración rítmica y 4) Entrenamiento en autoinstrucciones. Para las sesiones 3 y 4 se les solicitó a las participantes medir sus niveles de ansiedad a partir de una Escala Numérica Análoga de ansiedad (ENA de ansiedad). Es decir, después de que la psicóloga enseñara la técnica y la moldeara hasta su correcta ejecución, se les solicitó a las participantes que la aplicaran en los estímulos señal identificados y mostrados en la tabla 2, midiendo y escribiendo sus niveles de ansiedad antes y después de aplicar las técnicas (respiración y/o autoinstrucciones).

Cabe resaltar, que cada participante implementó las técnicas a partir de los estímulos disparadores de ansiedad identificados para sus casos individuales, por lo que el número de mediciones fueron distintas para cada una de ellas. La

participante 1 reportó 5 mediciones (3 que correspondieron a la aplicación de la respiración rítmica y 2 a la aplicación de respiración en conjunto a las autoinstrucciones), mientras que las participantes 2 y 3 implementaron las técnicas en 6 momentos distintos, dando como resultado 6 mediciones (3 correspondientes a la respiración rítmica y 3 a la implementación de la respiración y autoinstrucciones juntas). A continuación, se presentan los resultados de la aplicación de las técnicas de acuerdo con las mediciones reportadas por las participantes.

Participante 1

En la figura 19 se observan las mediciones reportadas por la participante 1. Las primeras tres mediciones de los niveles de ansiedad presentadas en la gráfica pertenecen a la práctica de la respiración rítmica; por su lado, las mediciones 4 y 5 fueron referidas por la participante a partir del entrenamiento en autoinstrucciones, es decir, éstas últimas dos mediciones las realizó aplicando la respiración rítmica en conjunto a las autoinstrucciones.

Los resultados reportados por la participante muestran que, en sus primeras tres mediciones (fase en la cual se concentró en la práctica de la respiración rítmica) refirió niveles de ansiedad que oscilaban entre los 8 y 10 puntos a partir de la Escala Numérica Análoga (ENA). En cuanto ella comenzó a practicar la respiración, se observa una disminución, llegando hasta un nivel de 6.

Por otro lado, cuando la paciente comienza a implementar la técnica de autoinstrucciones en conjunto a la respiración rítmica, sus niveles de ansiedad decrementaron aún más, llegando hasta a un nivel de 4 en la última medición (ver figura 19).

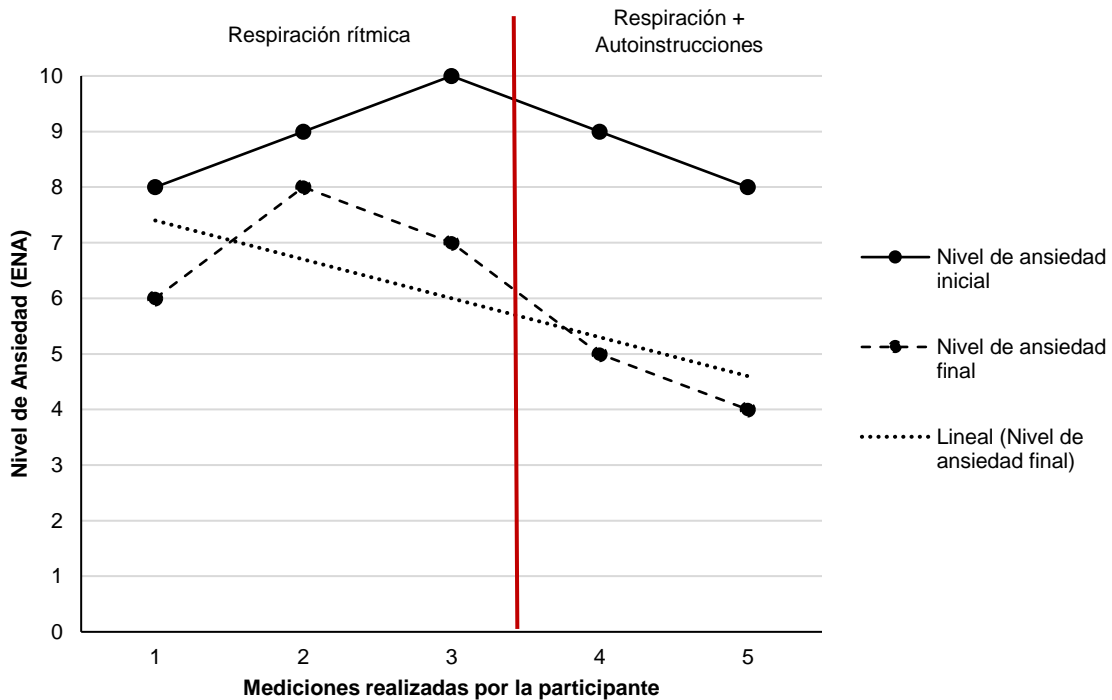
De esta manera, se observa que es a partir de la cuarta medición, cuando la participante refirió el mayor decremento en sus niveles de ansiedad, momento en el cual, la paciente comenzó a implementar las técnicas en conjunto (respiración rítmica y autoinstrucciones) (ver figura 19); en otras palabras, cuando a la respiración se le sumaron las autoinstrucciones, los niveles de ansiedad de la

participante disminuyeron aún más. Obsérvese que la línea de tendencia desde el primer reporte de ansiedad es hacia el decremento.

Aunado a lo anterior, es importante remarcar que a medida en que la participante fue aplicando las técnicas psicológicas en toda su estancia hospitalaria, la tendencia en sus niveles finales de ansiedad fue al decremento (ver figura 19).

Figura 19

Niveles de ansiedad preoperatoria en la participante 1 antes y después del entrenamiento psicológico



Nota: Se presentan los niveles de ansiedad por sesiones antes y después de la aplicación de las técnicas de relajación y autoinstrucciones

Las autoinstrucciones que la participante 1 eligió estuvieron enfocadas a la estancia hospitalaria (el tiempo prolongado que estuvo en hospitalización), a factores familiares (no poder estar con su hijo) y al procedimiento quirúrgico (función de la anestesia en el quirófano) (ver tabla 23). A partir del entrenamiento, la participante logró utilizar ambas técnicas psicológicas estando dentro del quirófano, de hecho, se identificó que la paciente ingresó a la sala de operaciones con niveles de ansiedad de 8 (ENA de ansiedad) y al aplicar las técnicas éstos disminuyeron a un

nivel de 4 (ENA de ansiedad), siendo éste el mayor decremento por parte de la participante en todas sus mediciones (ver medición 5 en la figura 19).

Se calculó también el CCO de la participante en cuanto a la aplicación de la respiración rítmica por sí sola y posteriormente en conjunto a las autoinstrucciones. En la tabla 26 se puede observar que, para ambas fases, la paciente presentó un CCO significativo, ya que sus puntuaciones estuvieron por encima de .20.

Tabla 26

Cambio Clínico Objetivo de la participante 1 en la Escala Numérica Análoga de ansiedad

Técnicas	Promedio Pos-test	Promedio Pre-test	Cambio Clínico Objetivo (CCO)
Respiración rítmica	7	9	.22
Respiración + Autoinstrucciones	9	17	.47

Nota: Se consideró el promedio de las puntuaciones del nivel de ansiedad inicial para la puntuación del pre-test y el promedio de las puntuaciones del nivel de ansiedad final para la del pos-test.

Participante 2

Por su lado, la participante 2 aplicó las técnicas entrenadas durante 6 momentos diferentes, las primeras 3 mediciones pertenecieron a la aplicación de la técnica de respiración rítmica y las mediciones 4, 5 y 6 a la implementación de las técnicas en conjunto (respiración y autoinstrucciones).

Es importante señalar que la participante 2 fue quien presentó los niveles más altos de ansiedad en las primeras mediciones con puntuaciones de 10 en la ENA. No obstante, se observa que al llevar a cabo la respiración rítmica la paciente pudo reducirlos hasta un nivel de 7 en la ENA (ver figura 20).

Por otra parte, una vez que la participante combina la respiración rítmica con las autoinstrucciones se observó una disminución mayor de dichos niveles de ansiedad hasta llegar a un nivel de 3 (ver figura 20).

Las autoinstrucciones elegidas por la participante estuvieron asociadas al personal médico (*“Los doctores ayudan, voy a respirar”*), ya que era un estímulo generador de ansiedad para ella; de esta manera, sus autoinstrucciones fueron generalizadas incluso para su uso dentro del quirófano (ver tabla 3). Esto se puede reflejar en la última medición realizada por la paciente, en la cual aplicó la respiración junto con

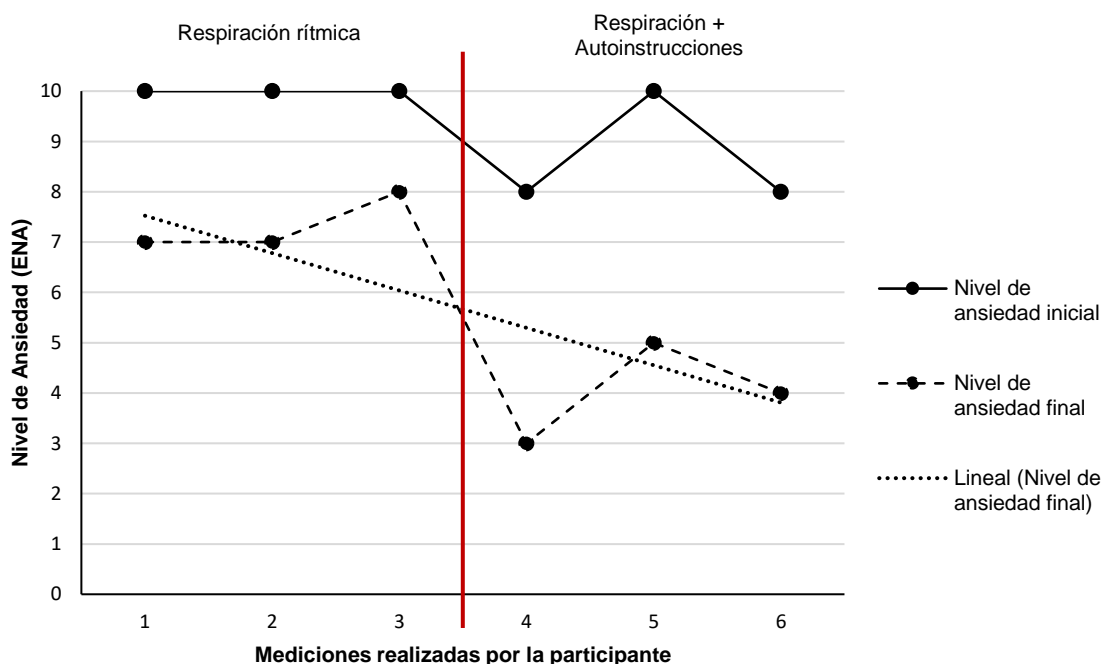
las autoinstrucciones dentro del quirófano, logrando reducir sus niveles de ansiedad hasta un nivel de 4 (ver figura 20).

Se remarca que, al igual que la participante 1, la tendencia de los niveles de ansiedad reportados reportó un decremento, es decir, a medida en que pasaron las sesiones de la intervención, la participante refirió menores niveles de ansiedad en la ENA (ver figura 20).

Como ya se ha mencionado, la participante 2 cursó con algunas complicaciones de la enfermedad durante sus últimos días en hospitalización previos a su cirugía; la inflamación del páncreas que presentaba se agravó, esto le generó fiebre y con ello otros síntomas como cefalea y temblor en el cuerpo. Sin embargo, aun con la sintomatología que la paciente presentó debido a su enfermedad, se pudo observar que ante las últimas dos mediciones realizadas por ella hubo una disminución en sus niveles de ansiedad, llegando hasta un nivel de 4 en la ENA.

Figura 20

Niveles de ansiedad preoperatoria en la participante 2



Nota: Se presentan los niveles de ansiedad por sesiones antes y después de la aplicación de las técnicas de relajación y autoinstrucciones

Al aplicar la fórmula del CCO, se identificaron puntuaciones por arriba de .20, tanto para la aplicación de la respiración rítmica, como para la combinación de respiración

y autoinstrucciones por parte de la participante 2; lo cual refiere que existió un cambio clínico significativo en ambos momentos (tabla 27).

Tabla 27

Cambio Clínico Objetivo de la participante 2 en la Escala Numérica Análoga de ansiedad

Técnicas	Promedio Pos-test	Promedio Pre-test	Cambio Clínico Objetivo (CCO)
Respiración rítmica	7.3	10	.27
Respiración + Autoinstrucciones	4	8.6	.53

Nota: Se consideró el promedio de las puntuaciones del nivel de ansiedad inicial para la puntuación del pre-test y el promedio de las puntuaciones del nivel de ansiedad final para la del pos-test.

Participante 3

Es importante mencionar que la intervención psicológica de la participante 3 fue administrada fuera del contexto hospitalario, puesto que la paciente no contaba con alguna complicación de la colecistitis, lo cual hizo posible que su operación fuera programada y no necesitó de hospitalización previa. Aun así, posterior a la psicoeducación y a la identificación de estímulos disparadores de ansiedad, se comenzó con el entrenamiento en respiración y autoinstrucciones en su domicilio.

La paciente 3 reportó 6 mediciones durante el proceso de intervención (3 a partir de la aplicación de la respiración rítmica y 3 al aplicar la respiración y las autoinstrucciones en conjunto).

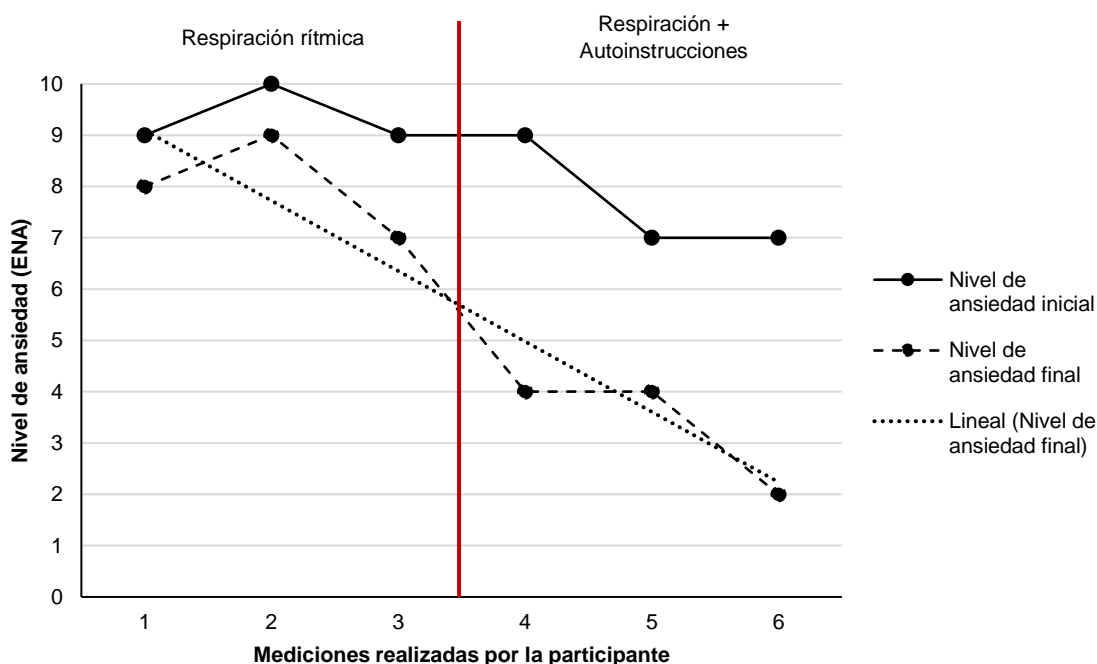
En la figura 21, se puede observar que, desde la primera aplicación de la respiración rítmica, la participante disminuyó sus niveles de ansiedad hasta un nivel de 7. No obstante, al aplicar las técnicas en conjunto (respiración y autoinstrucciones), el decremento fue mayor, llegando hasta niveles de ansiedad de 2.

En el caso de esta participante, es importante remarcar que al poner en práctica las técnicas de respiración rítmica y autoinstrucciones, la tendencia de sus niveles iniciales de ansiedad fue al decremento. Asimismo, los niveles de ansiedad finales reportados por la paciente también reportaron una disminución hasta llegar a un nivel de 2 en la ENA (ver figura 21).

Los estímulos generadores de ansiedad para esta participante se enfocaban en el procedimiento y tipo de anestesia a colocar, por lo que sus autoinstrucciones se asociaron a este factor y al personal médico (“Confío en el doctor que elegí, tranquila y respira”) (ver tabla 3). Estas autoinstrucciones se generalizaron a diversos estímulos, especialmente se auto administraron dentro del quirófano. De hecho, es relevante resaltar que, al ingresar al quirófano, la participante 3 logró disminuir su ansiedad a un nivel de 2 en la ENA; lo cual puede indicar que la paciente aprendió a relajarse ante los estímulos asociados a su cirugía.

Figura 21

Niveles de ansiedad preoperatoria en la participante 3



Nota: Se presentan los niveles de ansiedad por sesiones antes y después de la aplicación de las técnicas de relajación y autoinstrucciones.

Cabe mencionar que, al calcular el CCO se identificó que en la fase en la que la participante solamente aplicó la respiración rítmica no hubo un cambio clínico significativo; no obstante, al comenzar con la aplicación de la respiración junto con las autoinstrucciones el puntaje del CCO fue mayor al .20, resultado significativo en este caso (tabla 28).

Tabla 28*Cambio Clínico Objetivo de la participante 3 en la Escala Numérica Análoga de ansiedad*

Técnicas	Promedio Pos-test	Promedio Pre-test	Cambio Clínico Objetivo (CCO)
Respiración rítmica	8	9.3	.13
Respiración + Autoinstrucciones	3.3	8	.58

Nota: Se consideró el promedio de las puntuaciones del nivel de ansiedad inicial para la puntuación del pre-test y el promedio de las puntuaciones del nivel de ansiedad final para la del pos-test.

A partir del análisis individual de las participantes, se pudo identificar que antes de aplicar la respiración rítmica, las 3 pacientes se encontraban en niveles de ansiedad que oscilaban entre 9 y 10 en la ENA, una vez implementada dicha técnica todas ellas presentaron una reducción, llegando hasta niveles que oscilaron entre 6 y 7. Esta disminución de los niveles de ansiedad fue aún mayor cuando las pacientes comenzaron a aplicar la técnica de autoinstrucciones en conjunto a la respiración; como resultado de ello, sus puntuaciones oscilaron entre niveles de 2 a 4.

A partir de lo cual, se observa una tendencia al decremento en las mediciones reportadas después de aplicar las dos técnicas (niveles de ansiedad final) en todas las participantes. Esto puede indicar que cada una de las pacientes adquirieron las habilidades necesarias para lograr un estado de relajación en el contexto del procedimiento quirúrgico.

De esta manera, es posible mencionar que las participantes aprendieron a identificar sus niveles de ansiedad ante los estímulos disparadores de la misma, con ello, lograron aplicar las técnicas psicológicas aprendidas (respiración rítmica y autoinstrucciones), para poder así, disminuir sus niveles de ansiedad detectados. De hecho, se observó que en todos los casos la medición final reportada por las participantes (medición posterior a la práctica de las técnicas), fue menor a la medición inicial (referida antes de llevar a cabo las técnicas psicológicas); reportando una tendencia al decremento.

Cabe resaltar que la participante 2 fue quien refirió los niveles más altos de ansiedad en las mediciones de la fase del entrenamiento en respiración rítmica; no obstante, aun con las complicaciones que la paciente presentó durante su periodo de

hospitalización, ella logró disminuir su ansiedad a un nivel de 4 estando dentro del quirófano.

Por su lado, la participante 3 fue quien tuvo la menor reducción en sus niveles de ansiedad durante el entrenamiento en respiración rítmica. Sin embargo, al implementar las autoinstrucciones se observó un decremento mayor que el de las participantes 1 y 2 en este segundo entrenamiento; lo cual puede referir que para ella la respiración por sí sola no era suficiente para sentirse relajada ante los estímulos disparadores de ansiedad, pero que, al completar la intervención psicológica, la paciente logró una disminución importante (nivel de 2 en la ENA).

Asimismo, se observó que al ingresar al quirófano (última medición reportada por cada participante), todas las pacientes tuvieron una reducción, llegando a niveles que oscilaron entre 2 y 4. No obstante, fue la participante 3 quien redujo su ansiedad hasta un nivel de 2 en comparación de las 2 participantes restantes, quienes presentaron un nivel de 4 dentro del quirófano.

Niveles de dolor postoperatorio

Posterior a la cirugía, se brindó a las participantes una fase de seguimiento psicológico, el cual se basó en brindar información acerca de los cuidados postoperatorios que las pacientes debían tener durante su hospitalización y antes de la alta médica y en la evaluación y atención del dolor postoperatorio, es decir, los niveles de dolor percibidos por las participantes, asociados a la intervención quirúrgica.

Para ello, se evaluó a las participantes a partir de una Escala Numérica Análoga de dolor, para posteriormente implementar las técnicas psicológicas anteriormente entrenadas para ansiedad preoperatoria, ahora en el contexto del dolor postquirúrgico. De esta manera, se pudo observar que dos de las participantes (1 y 3) presentaron niveles mínimos de dolor en la evaluación inicial, por lo que al aplicar las técnicas de respiración y autoinstrucciones dichos niveles redujeron solamente un punto. Aun con ello, ambas participantes reportaron sentirse relajadas y con una baja percepción de dolor, el cual sólo incrementaba mínimamente al movimiento o al cambiar de postura (de estar acostadas a estar sentadas o levantarse) (ver tabla 29).

Tabla 29*Niveles de dolor postoperatorio a partir de una Escala Numérica Análoga*

Participante	Número de medición	Nivel de dolor inicial (ENA de dolor)	Nivel de dolor final (ENA de dolor)
1	1	5	4
2	1	8	6
	2	8	5
3	1	4	3

Nota: Se presentan los niveles de dolor posterior a la cirugía, medidos antes y después de aplicar las técnicas psicológicas

Por su parte, la participante 2 refirió un nivel alto de dolor inicial en su primera medición (8/10), por lo que se brindó mayor importancia a la identificación de estímulos generadores de dolor en la participante, misma que mencionó que el estímulo con el que su percepción de dolor incrementaba era: *“Observar que el medicamento estaba cerca de terminarse”*. Se implementaron las técnicas psicológicas anteriormente entrenadas (respiración y autoinstrucciones), explicándole la importancia y función que éstas tenían ahora en cuanto a su percepción del dolor. Se modeló y moldeó su ejecución, para posteriormente indicar a la paciente que las implementara en el estímulo anteriormente identificado.

Así, la participante reportó una segunda medición ante su nivel de dolor, disminuyendo 3 puntos en la ENA inicial y final del dolor (ver tabla 29). Cabe mencionar una vez más que la participante 2 presentó complicaciones en cuanto a su enfermedad antes de ingresar a su cirugía, lo cual pudo haber generado una operación más complicada para el personal médico y con ello una percepción de dolor postoperatorio mayor en la paciente.

7. Discusión

Dentro del ámbito hospitalario existen diversos factores que pueden desencadenar ansiedad en las personas, entre estos se encuentran los procedimientos quirúrgicos. En un procedimiento quirúrgico intervienen diferentes situaciones para que una persona presente ansiedad, tales como: la estancia hospitalaria antes de la cirugía, procedimientos de inserción de agujas intravenosas, colocación de anestesia, posibles aislamientos y pensamientos de muerte dentro del quirófano (Cázares de León et al., 2016; Quintero et al., 2017; Wilson et al., 2016).

Al estado de ansiedad que se presenta ante algún procedimiento quirúrgico es denominado *ansiedad preoperatoria*; de manera más específica, la ansiedad preoperatoria es el estado que surge como respuesta a un estímulo presente que se encuentre asociado al proceso quirúrgico, el cual manifiesta respuestas anticipadas y características específicas de índole motor (temblores, inquietud motora, tartamudeo, reducción de la precisión motora, dificultad en la ejecución de tareas y conductas de evitación y escape), de orden fisiológico (aumento en la actividad cardiovascular, mareo, incremento del tono muscular y/o frecuencia respiratoria) y de índole cognitivo (pensamientos de preocupación, temor, amenaza o muerte) (Armfield, 2006; Becerra-García et al., 2007; Estes & Skinner, 1941; Martínez-Monteagudo et al., 2012; Wilson et al., 2015).

Con respecto a lo anterior, se hace relevante la atención de la ansiedad preoperatoria en pacientes programados a una cirugía; por lo que el objetivo del presente estudio fue evaluar los efectos de un entrenamiento cognitivo-conductual en las respuestas de ansiedad preoperatoria en pacientes programados para colecistectomía.

Ansiedad preoperatoria y necesidad informativa

Una de las hipótesis estadísticas presentadas en esta investigación fue que existiría una reducción en los niveles de ansiedad preoperatoria a partir de la intervención psicológica, los cuales fueron medidos mediante la escala APAIS y el Inventario de Ansiedad Rasgo estado (subescala *estado*). Acorde a ello, se afirma que dicha hipótesis fue comprobada, ya que todas las participantes presentaron ansiedad

preoperatoria en puntuaciones mayores a 11 en la escala APAIS; y posterior a la intervención, en la evaluación final, todas ellas presentaron puntuaciones que oscilaron entre los 5 y 6 puntos, es decir, ocurrió una disminución de sus niveles de ansiedad.

Por su lado, en el IDARE se observó que las tres participantes redujeron sus niveles de ansiedad de manera importante, de un nivel alto en la evaluación inicial (puntuaciones mayores a 45) a un nivel medio (puntuaciones de 30 a 44) y en el caso de la participante 3 a un nivel bajo (puntuaciones menores a 30).

Con estos resultados se puede sostener que existe una alta probabilidad de que una persona que se encuentre programada para una cirugía presente altos niveles de ansiedad asociada con su procedimiento quirúrgico y, por ende, que sea necesario aplicar una intervención psicológica para decrementarlos. Además, se comprueba que un entrenamiento psicológico que esté basado en las técnicas de psicoeducación, respiración rítmica y autoinstrucciones tiene un efecto en la reducción de dichos niveles de ansiedad, debido a su aplicación en conjunto y a la creación de material psicoeducativo basado en las necesidades de los pacientes. Estos datos son consistentes con otros estudios, en los que se demuestra que el uso de diferentes técnicas psicológicas de corte cognitivo conductual, puede intervenir y disminuir la ansiedad presentada en pacientes programados a una cirugía (Aust et al., 2016; Celik y Edipoglu, 2018; Fortier et al., 2011; Hernández et al., 2016; Karanci y Dirik, 2003; Khalili et al., 2019; Shuldham et al., 2002; Valenzuela-Millán et al., 2010).

Asimismo, la escala APAIS también se utilizó para identificar los siguientes factores asociados a la ansiedad preoperatoria: la colocación de la anestesia y el procedimiento de cirugía dentro del quirófano. En este punto, cabe recalcar que dos de las participantes presentaron mayor puntuación en la subescala asociada a la colocación de anestesia y la paciente restante, presentó puntuaciones mayores asociadas al procedimiento de cirugía. Identificar esta diferencia se hace relevante por lo mencionado por Eberhart et al. (2020), en el sentido en que la ansiedad preoperatoria se puede asociar a factores como el tipo de cirugía y anestesia a

colocar; factores que deberán evaluarse de manera individual para crear una adecuada intervención para los pacientes.

De acuerdo con lo anterior, la escala APAIS estuvo enfocada en la medición de los niveles de necesidad informativa de las participantes, tal y como se ha utilizado en otros estudios (Hernández et al., 2016; Eberhart et al., 2020; Aust et al., 2016). Como resultado de esta evaluación, las tres participantes, en la evaluación inicial presentaron puntuaciones mayores a 5, es decir requerían de información adicional a la que ya contaban. Posterior a la intervención se observó la disminución de los niveles de necesidad informativa identificados a partir de la escala APAIS, lo cual se consideró como uno de los objetivos específicos de esta investigación. Por lo que se puede inferir que la intervención en su conjunto tuvo efecto en esta reducción, cubriendo los requerimientos informativos de las participantes. Cabe recalcar que este cambio informativo pudo deberse a la creación del material psicoeducativo (guía para pacientes), la cual estuvo basada en las características de la enfermedad, tipos de cirugía y anestesia; y validada por expertos en salud (médicos cirujanos y psicólogos médicos-conductuales).

Un punto a destacar es que, en la evaluación final, las pacientes mencionaron que contaban con la información suficiente sobre sus procedimientos quirúrgico y de colocación de anestesia, por lo cual se infiere que la falta de información puede ser un factor asociado al incremento de los niveles de ansiedad ante una cirugía tal y como lo refieren en sus estudios Hernández et al. (2016) y Wongkietkachorn et al. (2018) y que, atender a las necesidades informativas de los pacientes quirúrgicos puede tener un efecto en la reducción de la ansiedad preoperatoria (Aust et al., 2016; Burgess et al., 2019; Chow et al., 2015; Renouf et al., 2014; Shuldham et al., 2002).

Continuando con la evaluación de la ansiedad preoperatoria, de acuerdo con Khalili et al. (2019), es necesario que se tomen en consideración varios y distintos instrumentos, a fin de tener una valoración más completa de los pacientes y de esta manera, generar una intervención adecuada. En este sentido, tomando como ejemplo el estudio realizado por Karanci y Dirik (2003), quienes, para su evaluación,

además de aplicar el IDARE, realizaron un cuestionario expofeso con el nombre de *Cuestionario de ansiedad específica para cirugía*; en este estudio se utilizó una checklist de ansiedad (Reynoso y Seligson, 2005) en aras de tener un mayor sustento en cuanto a la evaluación, la cual está conformada por 25 ítems relacionados a las respuestas fisiológicas y cognitivas de la ansiedad preoperatoria.

Entre las respuestas cognitivas identificadas mediante la checklist de ansiedad destacaron: desesperación, miedo a morir y miedo al proceso quirúrgico; por su parte, a nivel fisiológico, las tres participantes coincidieron en la presencia de debilidad en piernas, la dificultad para respirar y la sensación de “nudo en la garganta”. Esto demuestra lo descrito por Martínez-Monteagudo et al. (2012), en el sentido de que la ansiedad se caracteriza por respuestas cognitivas, fisiológicas y motoras similares en todas las personas y ante estímulos específicos de su contexto.

No obstante, una de las características de la ansiedad es su alta variabilidad interindividual, es decir, mientras una persona presenta mayores respuestas cognitivas, otra podrá presentar mayor intensidad y/o frecuencia en respuestas fisiológicas y/o motoras (Sierra et al., 2003; Martínez-Monteagudo et al, 2012). Por ejemplo: la participante 2 presentó una mayor carga en sus respuestas fisiológicas, por lo que la atención y entrenamiento en la técnica de respiración tuvo mayor peso e incluso una mayor duración en cuanto al moldeamiento de la misma; en caso contrario, la participante 3, presentó mayores respuestas cognitivas, por lo que el mayor peso de la intervención recayó en la técnica de autoinstrucciones.

Por otro lado, en cuanto a las respuestas fisiológicas de las participantes, se tuvo como hipótesis del estudio que ocurriría una reducción de las mismas en la checklist de ansiedad preoperatoria a partir de la intervención psicológica. Al analizar los resultados, es posible aceptar dicha hipótesis, ya que, en la evaluación final, se identificó una disminución importante en todas las participantes de más de la mitad de respuestas fisiológicas detectadas en la evaluación inicial. Por su parte, se identificó que existió una modificación de las respuestas cognitivas de las participantes posterior a la intervención. Es así que, se puede inferir que una

intervención psicológica de corte cognitivo conductual, especialmente la técnica de autoinstrucciones, tiene un impacto en que los pacientes puedan cambiar sus conductas cognitivas asociadas a su proceso quirúrgico; asimismo, la técnica de relajación (respiración rítmica) provoca un efecto en la reducción de las respuestas fisiológicas y por ende de sus niveles de ansiedad preoperatoria. De esta manera, se brinda a los pacientes las habilidades necesarias para hacer frente a su procedimiento quirúrgico. Concordando con estudios que se han encargado de modificar cogniciones en problemas de ansiedad (Alvarez et al., 2019; Borza, 2017; García y Bados, 2012; Hamilton et al., 2011).

Finalmente, se midieron los niveles de frecuencia cardíaca como una variable de cambio en las repuestas de ansiedad a nivel fisiológico en las participantes. En cuanto a esta variable, se tuvo como hipótesis que la frecuencia cardíaca disminuiría en la evaluación final a partir de la aplicación de las técnicas entrenadas en las participantes durante la intervención (respiración rítmica y autoinstrucciones).

La frecuencia cardíaca ha sido asociada con las respuestas de ansiedad a nivel fisiológico. Diferentes estudios, como los realizados por Trotman et al. (2019), Held et al. (2021) y Farbood et al. (2020), refieren que existe una relación entre el incremento y/o la variabilidad de la frecuencia cardíaca y la presencia de ansiedad en una persona, especialmente si ésta se encuentra en una situación desconocida o calificada como estresante para ella.

De hecho, fueron Farbood et al. (2020), quienes realizaron una investigación, en la que relacionaron el estado anímico de pacientes con cáncer programados a cirugía y la variabilidad de su frecuencia cardíaca; concluyendo que la frecuencia cardíaca en una persona que espera una cirugía, será más alta cuando ésta se encuentra en estado de ansiedad. En el presente estudio y a pesar de los datos reportados en la literatura, la frecuencia cardíaca de las participantes se ubicó dentro de los parámetros normales en la evaluación inicial (entre los 50 y 100 latidos por minuto). No obstante, posterior a la intervención y en la evaluación final, se observó un ligero decremento en la frecuencia cardíaca reportada por las participantes; y aun con que los niveles se presentaron en las dos evaluaciones en niveles normales, debido a

dicha reducción, es posible afirmar que se cumplió con uno de los objetivos específicos de la investigación.

Cabe resaltar lo comentado por Sierra et al. (2003) y Martínez-Monteagudo et al. (2012), en el sentido en que la ansiedad se presenta en tres niveles de respuesta (fisiológico, cognitivo y motor), mismos que pueden o no manifestarse en la misma topografía, intensidad, duración y frecuencia en un individuo que en otro. Fue de esta manera que las participantes presentaron respuestas fisiológicas distintas a la del incremento de la frecuencia cardiaca.

Como ejemplo de lo anterior, se observó que las participantes refirieron taquicardia, opresión, dolor en el pecho y dificultad para respirar; respuestas que, al igual que la frecuencia cardiaca, pertenecen al nivel fisiológico de la ansiedad. En esta línea, Held et al. (2021), a partir de su estudio, mencionan que, ante eventos ansiógenos y estresantes, aun cuando no exista un incremento real de la frecuencia cardiaca, las personas pueden reportar tener esa sensación al presentar taquicardia y opresión en el pecho (sensaciones similares al incremento de la frecuencia cardiaca).

Cabe mencionar que, posterior a la intervención psicológica, las participantes refirieron no presentar complicaciones para respirar, sensación de taquicardia ni opresión en el pecho. Lo cual, puede indicar que las pacientes aprendieron estrategias que atendieron a las respuestas a nivel fisiológico de ansiedad a partir del entrenamiento cognitivo-conductual.

Intervención psicológica para la ansiedad preoperatoria

a) Psicoeducación de la enfermedad y procedimiento quirúrgico

A partir de las puntuaciones de la escala APAIS, en la evaluación inicial se observó que las tres participantes presentaron puntuaciones mayores a 5 en los reactivos que valoran una necesidad informativa, lo cual es interpretado por la escala en que todas las pacientes requerían de información adicional sobre su cirugía y colocación de anestesia. Con lo que se puede demostrar que las personas que serán sometidas a un procedimiento invasivo, como lo es una cirugía, tienden a requerir mayor

información asociada con su proceso quirúrgico y de colocación de anestesia. Recibir información apoyará al paciente a hacer frente a dicho proceso y de esta manera, reducir la ansiedad que se pueda presentar (Alanazi, 2014; Aust et al., 2016; Banchs y Lerman, 2014; Burgess et al., 2019; Celik y Edipoglu, 2018; Chow et al., 2015; Hernández et al., 2016; Renouf et al., 2014; Shuldham et al., 2002; Tulloch y Rubin, 2019; Wongkietkachorn et al., 2017).

A partir de la psicoeducación que se les brindó a las pacientes, las tres participantes presentaron una disminución importante en sus niveles de ansiedad, todas con un puntaje final de 2 en la subescala de necesidad informativa de la escala APAIS; lo cual, confirma que al final de la intervención, las pacientes contaban con la información suficiente sobre sus procedimientos quirúrgico y de colocación de anestesia. Estos resultados cumplen con los supuestos de la psicoeducación referidos por Colom (2011) y Montiel y Guerra (2016); asociados a que entre mayor conocimiento tenga el paciente de su enfermedad, mejores serán los resultados relacionados con su salud (en este caso su cirugía).

Además, esta técnica apoya a los pacientes a comprender y desmitificar la información acerca de su problema de salud, apoyando al cambio del estilo de vida, creencias y actitudes hacia la enfermedad (Montiel y Guerra, 2016); lo cual se demuestra en los resultados de esta investigación, ya que las participantes al finalizar la psicoeducación y en la evaluación final, mencionaron no tener dudas sobre el proceso quirúrgico, además de prestarse más cooperativas ante las indicaciones médicas.

Cabe mencionar que, para cumplir con el objetivo principal de la psicoeducación, fue necesario tener presente la modalidad de proporcionarla a las participantes, ya que se ha demostrado que personalizar la información puede marcar una diferencia en los resultados con los pacientes.

En este sentido, Aust et al. (2016), Alanazi (2014) y Banchs y Lerman (2014) refieren diversas estrategias para brindar información a los pacientes quirúrgicos, tales como: internet, videos realizados previamente, la información brindada por el personal médico de manera oral, mediante pláticas con otros pacientes que ya

estuvieron en la situación quirúrgica, presentaciones multimedia, así como guías educativas e interactivas. Además, Shuldham et al. (2002) comentan que la información debe estar basada en temáticas relacionadas con: la enfermedad, la estancia hospitalaria, el procedimiento pre y perioperatorio, complicaciones potenciales, cuidados médicos, rehabilitación y estancia posterior a la cirugía, deambulación, ejercicios de respiración y dieta alimentaria.

A partir de todos estos elementos se diseñó y desarrolló una guía de información interactiva para los pacientes que fuera útil para la intervención psicoeducativa del procedimiento de una colecistectomía. Tal y como lo sugieren varios estudios (Aust et al., 2016; Alanazi, 2014; Banchs y Lerman, 2014; Shuldham et al., 2002), la guía para pacientes realizada se enfocó en información sobre: la enfermedad, procedimiento quirúrgico (tipos de cirugía), colocación y tipos de anestesia, preparación preoperatoria, cuidados postoperatorios, dieta alimentaria, deambulación y cuidados fuera de la hospitalización; además de agregar las técnicas psicológicas: respiración rítmica y autoinstrucciones para el entrenamiento completo de la intervención; y fue utilizada al momento de brindar la psicoeducación de manera oral por parte de la psicóloga.

Aunado a ello, se puede afirmar que el tipo de información que se brindó en esta investigación (enfocada al procedimiento quirúrgico, de anestesia, hospitalización previa y cuidados posteriores), así como la forma en la que se realizó (individualizada, basada en las necesidades de cada paciente y de manera oral con apoyo de un material escrito) permitió disminuir los niveles de necesidad informativa en las participantes en la evaluación final; cumpliendo uno de los objetivos específicos del programa y aceptando la hipótesis de investigación que este tipo de psicoeducación tendría un efecto en la reducción de los niveles de necesidad informativa en pacientes programados para colecistectomía.

Es mucha la evidencia para el uso de esta estrategia de educación para situaciones de ansiedad preoperatoria, sin embargo, de acuerdo con la revisión sistemática realizada por Burgess et al. (2019), se afirma que para lograr cambios significativos en los pacientes preoperatorios con sintomatología de ansiedad, brindar solamente

educación quirúrgica es limitado, por lo que recomiendan el uso de esta técnica junto con una intervención más completa; es así que para fines de este estudio se implementaron las técnicas de respiración rítmica y autoinstrucciones.

b) Entrenamiento en relajación e identificación de estímulos generadores de ansiedad

Para fines de esta investigación, previo al entrenamiento en relajación, se identificaron en cada participante los estímulos que les generaban ansiedad de manera individual, con el fin de adecuar la intervención psicológica para la ansiedad en pacientes quirúrgicos acorde a sus necesidades individuales, tal y como lo remarcan Renouf et al. (2014).

La identificación de estímulos ansiógenos se realizó desde el primer contacto con las participantes, ya que, como comenta Cázares de León et al. (2016) la ansiedad prequirúrgica tiende a comenzar desde que el procedimiento de cirugía es planeado y notificado al paciente y se agudiza el día en que ésta se lleva a cabo. Asimismo, se refiere importante tomar en cuenta el contexto del paciente para implementar cualquier tipo de intervención psicológica; así, identificar los estímulos ante los cuales se hacen presentes respuestas ansiógenas en el ámbito hospitalario, en especial cuando las personas serán intervenidas quirúrgicamente, es la base para el cambio emocional y conductual en las mismas.

En cuanto a los estímulos generadores de ansiedad mayormente identificados a partir de esta investigación se encuentran los relacionados con: el ámbito familiar (pensar en familiares cercanos como hijos), el contexto hospitalario (revisiones y aplicación de medicamentos por parte de médicos y enfermeros), el procedimiento quirúrgico (pensamientos asociados a la posibilidad de morir y afectaciones por la anestesia) y los comentarios de terceras personas (especialmente familiares); aunque, como se recordará, cada paciente refirió estímulos diferentes. Estos estímulos coinciden con los factores mencionados por Valenzuela-Millán et al. (2010), Hernández et al. (2016) y Eberhart et al. (2020): el tipo de cirugía y anestesia, experiencias previas, el ambiente hospitalario y la calidad de atención por el personal médico que el paciente pueda recibir.

Además de ello, se observó que las participantes coincidieron en el pensamiento de la posibilidad de muerte durante el procedimiento quirúrgico, tal y como lo señalan Martínez-Monteagudo (2012) y Quintero et al. (2017) en torno a que, en un ámbito hospitalario, situación de cirugía o en otros contextos, una de las características de la ansiedad es el nivel de respuesta cognitivo, en el que la persona puede tener pensamientos de miedo, preocupación, temor, amenaza e incluso de muerte. Lo cual confirma que las intervenciones psicológicas deben contener estrategias para abordar dicha conducta cognitiva. En el caso de la presente investigación, se empleó la técnica cognitivo-conductual de *autoinstrucciones*, misma que será analizada posteriormente.

Otro estímulo ante el cual las respuestas de ansiedad de las participantes se hacían presentes fue en los momentos en los que ellas se encontraban sin compañía o sus familiares estaban cercanos a dejarlas solas. La evaluación de las variables ambientales, tales como: las características del lugar donde se encuentran y la presencia de redes de apoyo son factores importantes para que los niveles de ansiedad en las personas se presenten y agudicen (Cázares de León et al., 2016). De esta manera, uno de los objetivos de la identificación de estos estímulos, fue que las participantes aplicaran las técnicas psicológicas (respiración y autoinstrucciones) ante la presencia de ellos.

No obstante, se demuestra que los estímulos antecedentes de la conducta de ansiedad en las participantes no fueron necesariamente iguales en una que en otra a pesar de encontrarse ante contextos similares (hospitalización, misma enfermedad, cirugía y tipo de anestesia). La identificación de esta distinción, permitió individualizar el programa de intervención, ajustando el tiempo dedicado a la práctica de cada una de las técnicas (respiración y autoinstrucciones) y al modo de emplearlas en cada una de ellas.

Por otra parte, además de los estímulos antecedentes, se identificaron estímulos consecuentes que propiciaban el mantenimiento de la conducta de ansiedad; en este caso, se observó que todas las participantes presentaban conductas de evitación y/o escape, las cuales se definen por aquellos comportamientos que

realiza la persona para evadir y/o evitar que una situación se presente (Becerra-García et al., 2007). Como ejemplo de este tipo de conductas se identificaron: prender la televisión y continuar con los pensamientos que generaban ansiedad, no responder el teléfono a fin de no hablar sobre la cirugía, voltearse y esconderse ante el pase de visita médico, moverse en su cama constantemente y encerrarse en su habitación (en caso de la paciente no hospitalizada previamente).

Es importante recordar que, las conductas de evitación y escape pueden incrementar la probabilidad de ocurrencia y mantenimiento de la ansiedad, además de incrementar la intensidad y/o duración de los otros niveles de respuesta (cognitivo y fisiológico) (Becerra-García et al., 2007; Martínez-Monteagudo et al., 2012). En este caso, los comportamientos realizados por las participantes aumentaban la duración e intensidad de sus reacciones. De hecho, Doan y Blitz (2020), refieren que los pacientes con ansiedad pueden evitar la atención médica debido al miedo o a experiencias previas con el personal de salud; lo cual sucedía con la participante 2, quien se escondía bajo las sábanas durante la revisión de los médicos a fin de no atender sus indicaciones y retroalimentaciones asociadas a su cirugía. Esto puede explicarse como un déficit de habilidades y estrategias de relajación y de autoinstrucción ante un procedimiento quirúrgico o bien, como lo comentan Cázares de León (2016) y Aust et al. (2016) a la falta de estrategias para afrontar el procedimiento quirúrgico.

Una vez identificados los estímulos antecedentes y generadores de respuestas de ansiedad, se prosiguió con el entrenamiento en relajación a partir de la respiración rítmica en las participantes.

Una revisión de la literatura muestra la presencia de revisiones sistemáticas y meta-análisis sobre la efectividad de la aplicación de técnicas de relajación en pacientes que serán sometidos a cirugías o a procedimientos médico-invasivos a fin de reducir los niveles de ansiedad, un ejemplo de ello es el meta-análisis realizado por Tong et al. (2019), quienes revisaron diferentes tipos de intervenciones psicológicas y destacan a la relajación a partir de la regulación de la respiración como la estrategia

más utilizada y funcional para la reducción física y psicológica de la ansiedad y tensión.

Dentro de los objetivos propuestos en este estudio se consideró la reducción de los niveles de ansiedad en las participantes a partir de una Escala Numérica Analógica (ENA) de ansiedad, mediante un entrenamiento en relajación a partir de la respiración rítmica. Cabe remarcar que la literatura refiere que los tipos de relajación más utilizados para el tratamiento de la ansiedad preoperatoria son: la respiración diafragmática, la respiración profunda y la imaginación guiada (Caballo y Mateos, 2000; Castellano, 2011; Cerapia-Sadurni et al, 2011; Tong et al., 2019).

No obstante, la elección de una respiración profunda o diafragmática, como lo marca la literatura, podía incrementar en las pacientes la percepción del dolor causado por la colecistitis. En cambio, la respiración rítmica, la cual consiste en indicar tiempos específicos para la inhalación, retención y exhalación de aire (Rodríguez et al., 2005), permitió a las participantes una regulación de sus respuestas fisiológicas de ansiedad sin aumentar el dolor producido por la enfermedad y de esta manera disminuir sus niveles de ansiedad.

Esta reducción fue evidente en los reportes de las participantes en la Escala Numérica Análoga (ENA) de ansiedad, aplicada antes y después de cada práctica de respiración. Se observó que las 3 participantes se encontraban en niveles de ansiedad que oscilaban entre puntuaciones de 9 y 10 puntos en la ENA antes de aplicar la respiración rítmica; una vez que ellas implementaron dicha técnica todas presentaron una reducción, llegando hasta niveles que oscilaron entre 6 y 7 puntos en la ENA. Fue así que se comprobó la hipótesis que refería a que, al implementar un entrenamiento en respiración rítmica a las participantes programadas para una colecistectomía, se reducirían sus niveles de ansiedad medidos mediante una ENA.

A pesar de que existe una disminución observable de los niveles de ansiedad en las participantes, dicha reducción no fue más allá de dos puntos en la ENA de ansiedad. Esto puede deberse a que la regulación de la respiración se encontró dirigida al decremento de la intensidad en las respuestas fisiológicas de la ansiedad y no específicamente a respuestas de tipo cognitivo y/o motor. De hecho, algunas de las

participantes presentaron una mayor intensidad en las respuestas cognitivas y motoras, por lo que los niveles de ansiedad en general pudieron disminuir en poca medida.

Se coincide con Tong et al. (2019), en el sentido de que la regulación de las respuestas fisiológicas de la ansiedad es importante, pero no es recomendable el uso de esta técnica (respiración rítmica) de manera aislada en una intervención psicológica para la ansiedad preoperatoria; será necesario incluir más estrategias que estén vinculadas a la modificación de los niveles de respuesta restantes (cognitivo y motor).

Además, es posible remarcar que, aun cuando no se reporta una evidencia de la aplicación de la respiración rítmica como parte de las intervenciones para ansiedad preoperatoria, ésta puede ser útil para pacientes programados a cirugías de la cavidad abdominal debido al dolor recurrente que estas enfermedades pueden generar en el paciente.

c) Entrenamiento en relajación-autoinstrucciones

Continuando con la intervención psicológica, se le brindó un entrenamiento en autoinstrucciones a las participantes, el cual consistió en la generación de instrucciones que pudieran brindarse a sí mismas y posteriormente aplicarlas junto con la técnica de respiración anteriormente practicada. Esta técnica se eligió con base en otros estudios que la utilizaron ante diversos contextos y para disminuir los niveles de ansiedad, por ejemplo: en pacientes sobrevivientes de cáncer, procedimientos médicos invasivos, cáncer infantil y cirugías como la histerectomía (Brown y Morrissey, 2014; Bernal et al., 2022; Hamilton et al., 2011; Lodge et al., 2000; Nabors et al., 2019; Ortigosa et al., 2009; Salas et al., 2003).

Es claro que las autoinstrucciones como técnica de cambio conductual y cognitivo, pueden formar parte de una intervención para diferentes contextos y problemas psicológicos, sin embargo, es necesario, que al implementar este entrenamiento se evalúen las características individuales de cada paciente con el fin de enseñarle a reconocer qué autoinstrucciones o autoverbalizaciones son más adecuadas en su

caso particular y para la situación en la que se encuentran (Meichenbaum, 2002; Ruiz et al., 2012). Para ello, es necesario que la persona aprenda a elaborar frases cortas y específicas acorde a los estímulos que les generen ansiedad (Lauria et al., 2017).

Como resultado de la generación de autoinstrucciones de las participantes de este estudio, se observó que éstas estuvieron principalmente basadas en: el personal médico (*“El médico que me tocó me da confianza”, “Los doctores ayudan”, “El médico es el único que puede decir si es peligroso o no”, “Confío en el doctor que elegí”*) y en la auto indicación de aplicar la técnica de respiración (*“Debo respirar. Concéntrate en la respiración”, “Voy a respirar”, “Tranquila y respira”*). Se puede observar que estas frases coinciden con los estímulos generadores de ansiedad que se detectaron incluso antes de comenzar con el entrenamiento en relajación y que coinciden con algunos de los factores que generan altos niveles de ansiedad descritos en la literatura (Valenzuela-Millán et al., 2010; Hernández et al., 2016; Eberhart et al., 2020).

Una vez que las pacientes generaron sus autoinstrucciones, se tuvo como objetivo específico reducir los niveles de ansiedad medidos mediante una ENA a partir del entrenamiento en autoinstrucciones y su aplicación sumada a la respiración rítmica. Los resultados mostraron que, cuando las pacientes sumaron la práctica de las autoinstrucciones a la respiración rítmica, sus niveles de ansiedad disminuyeron aún más que cuando realizaban solamente la respiración; en este caso las puntuaciones de las participantes oscilaron entre niveles de 2 a 4 en la ENA de ansiedad.

Las funciones de las autoinstrucciones descritas en la literatura son: instaurar y/o modificar el auto diálogo del paciente a fin de que éste evalúe las exigencias de una situación, controle sus ideas, imágenes y pensamientos negativos que se generen a partir de una situación estresante o ansiógena, además de afrontar emociones intensas y guiar su comportamiento a estados de relajación (Lodge et al., 2000; Meichenbaum, 2002; Ruiz et al., 2012).

Es así que estos resultados permiten afirmar que, a raíz de la generación y aplicación de las autoinstrucciones aunadas a la respiración rítmica, las participantes modificaron su auto diálogo ante los estímulos ansiógenos, permitiéndoles reducir sus niveles de ansiedad, así como guiar su comportamiento y llevar a cabo una tarea específica (en este caso respirar de manera rítmica), generándoles una sensación de relajación. En síntesis, estos resultados son claros indicios de los algunos autores señalan como los objetivos principales de las autoinstrucciones (Lodge et al. 2000; Ruiz et al. 2012; Meichenbaum, 2002).

Como ya se comentó, las autoinstrucciones tuvieron un efecto en la modificación de la conducta cognitiva de las participantes, no obstante, también se observó que jugaron un rol de conducta alternativa a las respuestas de evitación y escape que presentaban en la evaluación inicial (prender la televisión y continuar con los pensamientos que generaban ansiedad, no responder el teléfono a fin de no hablar sobre la cirugía, moverse constantemente en su cama, voltearse o esconderse ante el pase de visita médico y encerrarse en su habitación). Al aplicar la técnica de autoinstrucciones, las participantes lograron sustituir esas conductas motoras por la práctica de la respiración rítmica, ya que al darse indicaciones a sí mismas como: *“Los doctores ayudan, tranquila y respira”* o *“Tranquila, concéntrate en tu respiración”*, dirigieron su comportamiento a la aplicación de la respiración en vez de a las conductas antes mencionadas.

Por otro lado, cabe destacar la diferencia de los efectos de la respiración y las autoinstrucciones en cada una de las pacientes, ya que como lo mencionan Sierra et al. (2003) y Martínez-Monteagudo et al. (2012) existe una alta variabilidad interindividual en las reacciones de la conducta de ansiedad. Esto es claro en el caso de la participante 3, quien mostró una reducción menor en sus niveles de ansiedad (marcados en la ENA) durante el entrenamiento en respiración rítmica, pero que al implementar las autoinstrucciones se observó un decremento mayor que el del resto de las participantes.

Por su parte, se observó que la participante 3, presentaba mayor variedad en sus respuestas cognitivas a diferencia de las otras participantes. Por el contrario, sus

reacciones fisiológicas eran reducidas, por lo que posiblemente para ella la respiración rítmica por sí sola no fue suficiente para reducir sus niveles de ansiedad, esto se demuestra en la baja disminución de los mismos al aplicar solamente la respiración. Al sumar las autoinstrucciones (dirigidas a las respuestas de nivel cognitivo y motor), la paciente logró una disminución mayor de sus niveles de ansiedad.

Finalmente, es necesario hablar de las técnicas aplicadas en conjunto (psicoeducación, respiración rítmica y autoinstrucciones), ya que este estudio consiste en una intervención donde se van sumando las tres estrategias que forman un todo. En otras palabras, no es posible atribuir los cambios de los niveles de ansiedad a una sola técnica.

Como primer punto de esta afirmación, es posible comentar que al finalizar la intervención y previo a la entrada al quirófano, se le aplicó a cada participante los instrumentos IDARE, APAIS, Checklist de ansiedad y la toma de la frecuencia cardiaca. Como ya se ha mencionado anteriormente, la puntuación de cada uno de los instrumentos decrementó de manera observable; lo que permite considerar que las tres estrategias (psicoeducación, respiración rítmica y autoinstrucciones) elegidas se complementan de manera adecuada para la disminución de los niveles de ansiedad en pacientes programados para colecistectomía.

Otro punto a destacar es que las técnicas psicológicas elegidas para la intervención no interfieren con las condiciones médicas de las participantes y actúan en pro a la disminución de sus niveles de ansiedad preoperatoria. El mayor ejemplo que sustenta dicha afirmación es el caso de la participante 2, quien, aun con las complicaciones médicas que presentó durante su periodo de hospitalización, logró disminuir su ansiedad a un nivel de 4 en la ENA de ansiedad.

He de ahí la relevancia de la elección de las técnicas psicológicas de manera específica ante el contexto en el que se pretenden aplicar (Aust et al., 2016; Cázares de León et al., 2016; Cerapia-Sarduni et al., 2011). En este caso: la psicoeducación empleando una guía realizada específicamente para la colecistitis y su procedimiento quirúrgico, la respiración rítmica a favor de no generar mayor

percepción de dolor en las participantes y actuar en las respuestas fisiológicas de ansiedad y las autoinstrucciones individualizadas a fin de modificar el auto diálogo y guiar su comportamiento a realizar una tarea específica.

Para finalizar, cabe mencionar que este tipo de intervención psicológica puede apoyar en el tratamiento médico, ya que, al ingresar los pacientes a quirófano con niveles de ansiedad disminuidos, el médico cirujano puede intervenir de mejor manera y el médico anestesiólogo puede tener un mejor control del paciente (Wilson et al., 2016; Doan y Blitz, 2020).

d) Dolor postoperatorio

Como parte complementaria del estudio, se implementó una breve intervención en dolor postoperatorio, el cual se evaluó en cada participante a partir de una Escala Numérica Análoga (ENA) de dolor una vez que las pacientes se encontraban en hospitalización para su recuperación física.

Esta fase de la investigación tuvo como objetivo disminuir los niveles de dolor postoperatorio medidos mediante una ENA de dolor utilizando las técnicas de respiración rítmica y autoinstrucciones en las participantes.

Los resultados muestran que dos de las participantes (1 y 3) presentaron niveles mínimos de dolor posterior a su cirugía (niveles de 5 y 4 respectivamente en la ENA); lo cual puede coincidir en lo que diversos estudios refieren (Ali et al., 2014; Cázares de León et al., 2016, Doan y Blitz, 2020; Lee et al., 2016), en el sentido que los niveles de ansiedad preoperatoria pueden indicar una influencia en el dolor posterior a la cirugía. Así, al lograr la reducción de los niveles de ansiedad en las participantes, éstas pudieron presentar una menor percepción del dolor postoperatorio. En otras palabras, las pacientes pudieron haber aprendido a controlar su conducta ansiosa y, por ende, no presentar altos niveles de dolor después de la cirugía.

Por otro lado, se hace relevante comentar el caso de la participante 2, quien sí presentó altos niveles de dolor postoperatorio (nivel de 8 en la ENA de dolor) aun con haber recibido el entrenamiento en ansiedad preoperatoria. Se recuerda que

que esta paciente sufrió de algunas complicaciones durante el periodo de hospitalización previo a la cirugía; la pancreatitis (inflamación del páncreas) que ella presentaba, se agravó, generándole síntomas como fiebre, cefalea, mayor dolor y temblor en el cuerpo, por lo que fue llevada al quirófano de manera emergente. Esto pudo resultar en una cirugía más compleja (de hecho, la paciente tuvo una conversión de una laparotomía a una cirugía abierta) y con intervenciones más complicadas para el médico cirujano. Tal y como lo comentan Pham y Hunter (2015) y Soria-Aledo et al. (2017), una laparotomía será útil para las afecciones de las vías biliares, siempre y cuando no se presenten otras complicaciones, en su caso, se realizará una cirugía abierta en la que será necesario realizar mayores desplazamientos en la cavidad abdominal. Al recibir la paciente mayores movimientos por parte del médico, ésta pudo presentar una mayor percepción del dolor en el tiempo de recuperación.

No obstante, las tres participantes al practicar las técnicas de respiración y autoinstrucciones en conjunto para la percepción de dolor postoperatorio, lograron disminuir sus niveles medidos mediante en una ENA de dolor. De hecho, la participante 2, quien presentó el mayor nivel de dolor en la ENA (nivel de 8), pudo reducirlo hasta 5, lo cual puede indicar que estas técnicas también pueden tener un efecto importante para la reducción de dolor postoperatorio. Estos resultados confirman la hipótesis que habría un decremento de los niveles de dolor en las participantes posterior a su cirugía, a partir de la aplicación de las técnicas de respiración rítmica y autoinstrucciones.

8. Conclusiones

A partir del desarrollo del presente estudio y con lo descrito y analizado anteriormente, es posible observar diversas aportaciones a la literatura en cuanto al tratamiento de la ansiedad preoperatoria, especialmente cuando se trata de una colecistectomía.

Como primer punto, es relevante remarcar que, para la formulación de una intervención psicológica, es necesario realizar una evaluación que atienda a los factores asociados a la presencia de ansiedad en los pacientes. En este caso, al

utilizar una batería de pruebas psicológicas de ansiedad, así como la identificación de estímulos antecedentes y consecuentes de la ansiedad en cada participante, fue posible identificar no sólo aquellos factores asociados con la cirugía, sino aquellos pertenecientes al contexto del paciente fuera del ámbito hospitalario y la enfermedad; esto permitió tomar las decisiones necesarias para la adaptación de las técnicas psicológicas pertenecientes a la intervención.

Asimismo, como se pudo observar en otros estudios, todas las técnicas elegidas para la formulación de esta intervención, han sido utilizadas para problemáticas similares (ansiedad ante procedimientos invasivos, ansiedad hospitalaria, entre otros). No obstante, es posible afirmar que es el conjunto de ellas -como un todo- lo que hizo que los niveles de ansiedad en las participantes disminuyeran de manera sustancial, tanto en las puntuaciones obtenidas en los instrumentos utilizados, como en los reportes verbales finales de las pacientes.

Un punto a destacar asociado con la afirmación anterior, es que la elección de las técnicas psicológicas de la intervención se realizó de acuerdo con a los tres niveles de respuesta características de la ansiedad. Así, la respiración rítmica apoyó a disminuir la intensidad de las respuestas fisiológicas de las pacientes, mientras que la psicoeducación y las autoinstrucciones pudieron tener un efecto en las respuestas de tipo cognitivo y motor; teniendo como resultado una disminución importante en los niveles de ansiedad marcados tanto en las ENA's como en los instrumentos de evaluación final.

Cabe resaltar la importancia de la adaptación de las técnicas psicológicas acorde a las necesidades específicas de la población, especialmente aquellas relacionadas con la enfermedad (colecistitis, tipos de cirugía para la colecistitis, posibles complicaciones de la misma, tiempo de hospitalización previa, entre otras). En este sentido, se realizaron adaptaciones en las técnicas de psicoeducación, respiración y autoinstrucciones a fin de atender dichas necesidades.

La respiración rítmica, a pesar de no ser comúnmente utilizada en otros estudios, apoyó en que los niveles de dolor generados por la colecistitis no se exacerbaban y al mismo tiempo, las participantes decrementaron la intensidad de sus respuestas

fisiológicas de ansiedad. Por su lado, se adaptó la explicación a las participantes de la técnica de autoinstrucciones al ámbito hospitalario, a fin de que las pacientes tuvieran mayor facilidad para generar instrucciones propias que les apoyaran a modificar sus respuestas cognitivas y motoras.

En esta misma línea de razonamiento, la creación de la guía para pacientes enfocada a la enfermedad específica que se atiende (colecistitis), así como los tipos de intervención quirúrgica a los que se pudieran someter los pacientes, apoyó a que la psicoeducación fuera eficiente y se obtuvieran resultados favorables en la subescala de nivel informativo de la escala APAIS. Por lo que se sugiere continuar con el desarrollo de materiales psicoeducativos acorde a las necesidades de la población y la enfermedad, siempre tomando en consideración su evaluación por especialistas, tal y como se realizó en el caso de la presente investigación (médicos y psicólogos dedicados al área de la salud y medicina conductual).

En este punto, es necesario remarcar que la entrega de información a los pacientes por sí misma, no necesariamente generará una modificación conductual; es decir, existieron factores indispensables en este estudio para lograr los cambios asociados a los niveles de información de las participantes: la explicación oral por parte de la psicóloga, la resolución de dudas y la guía presencial para realizar mayores preguntas al personal médico. Es así que, para futuras investigaciones se propone que se tome en cuenta el entrenamiento del paciente por el personal en psicología para la psicoeducación, tanto en el diseño personalizado y en el uso de material informativo (guías, manuales, folletos y/o videos), como en explicación y guía de resolución de dudas; además, por otro lado, brindar el entrenamiento necesario a otro tipo de personal de la salud, por ejemplo: personal de enfermería.

Realizar esta adaptación de las técnicas de respiración, psicoeducación y autoinstrucciones, permitió que la presente intervención produjera una disminución en la ansiedad preoperatoria; además, este tratamiento psicológico, pretende ser aplicable para casos de otro tipo de cirugía de la cavidad abdominal en las que se presente dolor concurrente en el área del abdomen; o en su defecto, realizar las adaptaciones necesarias a estas técnicas para su aplicación.

Por último, se observó que, a partir del entrenamiento a base de psicoeducación, respiración rítmica y autoinstrucciones, las participantes pudieron aprender nuevas habilidades para el afrontamiento no sólo en caso de ansiedad, sino en caso de dolor postoperatorio. Esto se pudo observar gracias a las mediciones de las ENA's de dolor posterior a la cirugía. En este sentido, las participantes se dedicaron a aplicar la respiración rítmica y las autoinstrucciones para decrementar los niveles de dolor percibido asociado a la intervención quirúrgica. Es por ello, que se recomienda generar mayor investigación en la aplicación de un protocolo con base en psicoeducación, respiración y autoinstrucciones enfocado en el dolor postoperatorio.

Ahora bien, es necesario mencionar las áreas de oportunidad de la presente investigación.

Como primer punto, se reconoce que, al ser un estudio cuasiexperimental no se contó con el control de algunas variables asociadas a la conducta de las participantes, por ejemplo: comentarios de terceras personas (cuidadores primarios, parejas, hijos, entre otros), tiempo de hospitalización previa a la cirugía y posibles complicaciones de la enfermedad.

En este sentido, existió el caso de la participante 2, quien tuvo una complicación de la pancreatitis que presentaba, por lo que tuvo que ingresar de manera urgente a la cirugía, teniendo como dificultad para la intervención psicológica un tiempo más reducido para su aplicación. Por su lado, la participante 3 fue programada para su cirugía sin hospitalización previa, por lo que el entrenamiento psicológico se brindó fuera del contexto hospitalario, lo cual pudo ser benéfico para la paciente, puesto que se encontraba en su hogar y no existían estímulos ansiógenos asociados a la hospitalización (revisión continua de los médicos, encontrarse sola durante las noches, entre otros). El no tener control de estas variables pudo afectar en que una participante pudiera disminuir mayormente sus niveles de ansiedad a comparación de la otra.

En otra línea, al realizar el presente estudio en el contexto de la pandemia por COVID-19, se contó con una premura de tiempo para su aplicación y como resultado

de ello, el tamaño de la muestra fue reducido, se contó con sólo participantes del sexo femenino y existió la falta de un grupo de comparación; lo cual pudo afectar a la posible generalización de los resultados obtenidos. No obstante, también se reconoce que, a partir de la muestra reducida, se tuvo la oportunidad de generar un análisis más profundo de cada caso. En este punto, se propone que, en futuras investigaciones, se aplique la presente intervención en pacientes programados para colecistectomía, a manera de réplica, lo que proporcionaría mayor confiabilidad de los hallazgos de este estudio.

Para finalizar, se remarca lo que algunos estudios mencionan acerca de la asociación que existe entre ansiedad preoperatoria y dolor postoperatorio. Recordemos que algunos autores refieren que al incidir en la disminución de ansiedad antes de una cirugía, los pacientes presentarán menor percepción en sus niveles de dolor después de la misma. En este estudio, se observó que los niveles de dolor postoperatorio de dos participantes fue mínimo, no obstante, no existe la certeza que esta percepción fue debida a la intervención para ansiedad preoperatoria; por lo que se sugiere que para próximos estudios, se midan variables como: la dosis de anestesia utilizada durante la intervención quirúrgica, así como los fármacos para dolor postoperatorio, además de realizar un estudio con grupo control, a fin de identificar una posible relación entre ansiedad y dolor.

A manera de conclusión y como aportaciones más importantes del presente estudio a la literatura se remarcan: una nueva forma de intervención basada en el análisis de la conducta y utilizando técnicas cognitivas y conductuales que atienden a los tres niveles de respuesta característicos de ansiedad. Asimismo, la adaptación de estas técnicas a la atención de la salud psicológica a pacientes en hospitalización, específicamente para aquellos que están a punto de ser intervenidos quirúrgicamente, atendiendo a las características de cirugías de la cavidad abdominal. Además del desarrollo de una guía para pacientes y profesionales de la psicología – medicina conductual, a fin de aplicarse en este tratamiento y en la psicoeducación del paciente.

Referencias

- Alanazi, A. (2014). Reducing anxiety in preoperative patients: a systematic review. *British Journal of Nursing*, 23(7), 387-393. [10.12968/bjon.2014.23.7.387](https://doi.org/10.12968/bjon.2014.23.7.387)
- Ali, A., Altun, D., Oguz, B., Ilhan, M., Demircan, F. & Koltka, K. (2014). The effect of preoperative anxiety on postoperative analgesia and anesthesia recovery in patients undergoing laparoscopic cholecystectomy. *Japanese Society of Anesthesiologist*, 28(2), 222-227. [10.1007/s00540-013-1712-7](https://doi.org/10.1007/s00540-013-1712-7)
- Alvarez, H. y Heman, A. (2019). Intervención cognitivo-conductual en un caso de ataques de pánico. *Revista de casos clínicos en salud mental*, 79-92.
- American College of Surgeons (2015). *Colecistectomía. Extirpación quirúrgica de la vesícula biliar*. <https://www.facs.org/~-/media/files/education/patient%20ed/olecistectomia.ashx>
- Armfield, J. (2006). Cognitive vulnerability: A model of the etiology of fear. *Clinical Psychology Review*, 26, 746-768.
- Aust, H., Rüsçh, D., Schuster, M., Sturm, T., Brehm, F. & Nestoriuc, Y. (2016). Coping strategies in anxious surgical patients. *BMC Health Serv Res*, 16, 250. [10.1186/s12913-016-1492-5](https://doi.org/10.1186/s12913-016-1492-5)
- Banchs, R. & Lerman, J. (2014). Preoperative anxiety management, emergence delirium and postoperative behavior. *Anesthesiology Clin* 32(1), 1-23. [10.1016/j.anclin.2013.10.011](https://doi.org/10.1016/j.anclin.2013.10.011)
- Barash, P., Cullen, B., Stoelting, R., Cahalan, M., Stock, M., Ortega, R., Sharar, S., y Holt, N. (2017). *Anestesia clínica*. Wolters Kuwer.
- Becerra-García, A., Madalena, A., Estanislau, C., Rodríguez-Rico, J. y Dias, H. (2007). Ansiedad y miedo: su valor adaptativo y maladaptaciones. *Revista Latinoamericana de Psicología*, 39(1), 75-81. <https://www.redalyc.org/pdf/805/80539107.pdf>

- Bernal, M., Becerra, A., Lugo, I. & Ixtla, M. (2022). Intervención cognitivo-conductual e informativa para reducir ansiedad ante la histerectomía en mujeres mexicanas: un estudio comparativo. *Psicología y Salud*, 32(2), 257-268. [10.25009/pys.v32i2.2747](https://doi.org/10.25009/pys.v32i2.2747)
- Bernstein, D. & Borkovec, T. (1973). *New directions in Progressive Relaxation Training. A guidebook for helping professionals*. Praeger.
- Borza, L. (2017). Cognitive-behavioral therapy for generalized anxiety. *Dialogues Clin Neurosci*, 19(2), 203-208. [10.31887/DCNS.2017.19.2/lborza](https://doi.org/10.31887/DCNS.2017.19.2/lborza)
- Broadbent, E., Kahokehr, A., Booth, R., Thomas, J., Windsor, J., Buchanan, C., Wheeler, R., Sammour, T. & Hill, A. (2012). A brief relaxation intervention reduces stress and improves surgical wound healing response: A randomized trial. *Brain, behavior and immunity*, 26(1), 212-217. [10.1016/j.bbi.2011.06.014](https://doi.org/10.1016/j.bbi.2011.06.014)
- Brown, T. & Morrissey, L. (2004). The effectiveness of verbal self-guidance as a transfer of training intervention: its impact on presentation performance, self-efficacy and anxiety. *Innovations in Education and Teaching International*, 41(3), 255-271. [10.1080/14703290410001733302](https://doi.org/10.1080/14703290410001733302)
- Burgess, L., Arundel, J. & Wainwright, T. (2019). The Effect of Preoperative Education on Psychological, Clinical and Economic Outcomes in Elective Spinal Surgery: A Systematic Review. *Healthcare (Basel)*, 7(1), 48. [10.3390/healthcare7010048](https://doi.org/10.3390/healthcare7010048)
- Caballo, V. y Mateos, P. (2000). El tratamiento de los trastornos de ansiedad a las puertas del siglo XXI. *Psicología Conductual*, 8(2), 173-215. <https://www.researchgate.net/publication/259527312> El tratamiento de los trastornos de ansiedad a las puertas del Siglo XXI Treatment of anxiety disorders at the beginning of the XXI century

- Campos, A., Fogaca, M., Aguiar, D. & Guimaraes, F. (2013). Animal models of anxiety disorders and stress. *Revista Brasileira de Psiquiatria*, 35(1), 101-111. [10.1590/1516-4446-2013-1139](https://doi.org/10.1590/1516-4446-2013-1139)
- Castellano, M. (2011). La respiración consciente como factor principal de la relajación en la educación física escolar. *Revista Digital de Educación Física*. 3(13), 19-31. <https://dialnet.unirioja.es/servlet/articulo?codigo=3814634>
- Cázares de León, F., Vinaccia, S., Quiceno, J. y Montoya, B. (2016). Preparación psicológica para la intervención quirúrgica: Revisión sistemática de la literatura. *Psychology. Avances de la disciplina*, 10(2), 73-85. <https://www.redalyc.org/pdf/2972/297248896007.pdf>
- Celik, F. & Edipoglu, I. (2018). Evaluation of preoperative anxiety and fear of anesthesia using APAIS score. *Eur J Med Res*, 23(1), 41. [10.1186/s40001-018-0339-4](https://doi.org/10.1186/s40001-018-0339-4)
- Cepeda, M., López, M., Plancarte, P., Moreno, D. y Alvarado, I. (2014). **El proceso de investigación. Medición y observación.** UNAM. Facultad de Estudios Superiores Iztacala.
- Cerapia-Sadurni, A., Mejía-Terrazas, G., Nacif-Gobera, L. y Hernández-Ordoñez, N. (2011). Efecto de la intervención psicológica sobre la ansiedad Preoperatoria. *Revista Mexicana de Anestesiología*, 34(4). 260-263. <https://www.medigraphic.com/pdfs/rma/cma-2011/cma114e.pdf>
- Chevillon, C., Hellyar, M., Madani, C., Kerr, K. & Kim, S. (2015). Preoperative education on postoperative delirium, anxiety, and knowledge in pulmonary thromboendarterectomy patients. *American Journal of Critical Care*, 24(2), 164-171. [10.4037/ajcc2015658](https://doi.org/10.4037/ajcc2015658)
- Chow, C., Ryan, Van, L., Schmidt, L., Dobson, K. & Buckley, N. (2015). Systematic Review: Audiovisual Interventions for Reducing Preoperative Anxiety in

- Children Undergoing Elective Surgery. *Journal of pediatric Psychology*, 41(2), 182-203. [10.1093/jpepsy/isy094](https://doi.org/10.1093/jpepsy/isy094)
- Coffin, N. y Salinas, J. (2018). Técnicas de relajación y meditación. En: Valladares, P. y Rentería, A. (coord). *Psicoterapia Cognitivo-Conductual. Técnicas y procedimientos*. FES Iztacala, UNAM.
- Colom, F. (2011). Psicoeducación, el litio de las psicoterapias. Algunas consideraciones sobre su eficacia y su implementación en la práctica diaria. *Revista Colombiana de Psiquiatría*, 40(5), 147-165. <http://www.redalyc.org/articulo.oa?id=80622316010>
- Doan, L. & Blitz, J. (2020). Preoperative assessment and management of patients with pain and anxiety disorders. *Current Anesthesiology Reports*, 10(1), 28-34. [10.1007/s40140-020-00367-9](https://doi.org/10.1007/s40140-020-00367-9)
- Eberhart, L., Aust, H., Schuster, M., Sturm, T., Gehling, M., Euteneuer, F. & Rüscher, D. (2020). Preoperative anxiety in adults-a cross-sectional study on specific fears and risk factors. *BMC Psychiatry*, 20(1), 140. [10.1186/s12888-020-02552-w](https://doi.org/10.1186/s12888-020-02552-w)
- Estes, W. & Skinner, B. (1941). Some quantitative properties of anxiety. *Journal of Experimental Psychology*, 29(5), 390-400. [10.1037/h0062283](https://doi.org/10.1037/h0062283)
- Farbood, A., Ali Sahmeddini, M., Bayat, S. & Karami, N. (2020). The effect of preoperative depression and anxiety on heart rate variability in women with breast cancer. *Breast Cancer*, 27(5), 912-918. [10.1007/s12282-020-01087-y](https://doi.org/10.1007/s12282-020-01087-y)
- Fortier, M., Martin, A., MacLaren, J., Mayes, L. & Kain, Z. (2011). Preoperative anxiety in adolescents undergoing surgery: a pilot study. *Pediatric Anesthesia*, 21(9), 969-973. [10.1111/j.1460-9592.2011.03593.x](https://doi.org/10.1111/j.1460-9592.2011.03593.x)
- Galindo, O., Rojas, E., Meneses, A., Aguilar, J., Álvarez, M. y Alvarado, S. (2015). Propiedades psicométricas del inventario de ansiedad de Beck (BAI) en pacientes con cáncer. *Psicooncología*, 12(1), 51-58, [10.5209/rev_PSIC.2015.v12.n1.48903](https://doi.org/10.5209/rev_PSIC.2015.v12.n1.48903)

- García, M. y Bados, A. (2012). Tratamiento cognitivo-conductual de una persona con trastorno de ansiedad generalizada. *Anuario de Psicología*, 42(2), 245-258.
- García, R., Mellado, A., Illarramendi, C. y Pérez, M. (2014). Movimientos psicoterapéuticos atendiendo al proceso del cáncer infantil: Una mirada constructivista narrativa. *Alternativas en Psicología*, 30(1), 66-81. <https://alternativas.me/attachments/article/56/5%20-%20Movimientos%20psicoterap%C3%A9uticos%20atendiendo%20al%20proceso%20del%20c%C3%A1ncer%20infantil.pdf>
- Gómez, C., Arriero, L., Romero, M., y Domínguez, J. (2014). Cetoacidosis asociada a colecistitis aguda. *Revista Clínica de Medicina de Familia*, 7 (2), 144-147. <http://dx.doi.org/10.4321/S1699-695X2014000200011>
- Gómez, D., Hernández, J., Caycedo, N., Larios, G., y Quintero, D. (2019). Colecistectomía total en colecistitis complicada: ¿es una conducta segura? *Revista colombiana de Cirugía*, 34 (1), 29-36. [10.30944/20117582.95](https://doi.org/10.30944/20117582.95)
- Gonçalves, K., Silva, J., Gomes, E., Pinheiro, L., Figueiredo, T. & Bezerra, S. (2016). Anxiety in the preoperative period of heart surgery. *Rev Bras Enferm*, 69(2), 397-403. [10.1590/0034-7167.2016690225i](https://doi.org/10.1590/0034-7167.2016690225i)
- Guillén, C. y González, A. (2019). Propiedades psicométricas del Inventario de Ansiedad de Beck en adultos asmáticos mexicanos. *Psicología y Salud*, 29(1),5-16, <https://psicologiaysalud.uv.mx/index.php/psicysalud/article/viewFile/2563/4471>
- Hamilton, R., Miedema, B., MacIntyre, L. & Easley, J. (2011). Using a positive self-talk intervention to enhance coping skills in breast cancer survivors: lessons from a community-based group delivery model. *Current Oncology*, 18(2), 46-53. [10.3747/co.v18i2.706](https://doi.org/10.3747/co.v18i2.706)
- Held, J., Vislă, A., Wolfer, C., Messerli-Burgy, N. & Fluckiger, C. (2021). Heart rate variability change during a stressful cognitive task in individuals with anxiety

and control participants. *BMC Psychology*, 9(44), https://www.researchgate.net/publication/350123031_Heart_rate_variability_change_during_a_stressful_cognitive_task_in_individuals_with_anxiety_and_control_participants

Hernández, A., López, A. y Guzmán, 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. <https://www.medigraphic.com/cgi-bin/new/resumen.cgi?IDARTICULO=64132>

Hernández, R., Collado, C. y Baptista, P. (2014). **Metodología de la investigación**. McGrawHill.

Jawaid, M., Mushtaq, A., Mukhtar, S. & Khan, Z. (2007). Preoperative anxiety before elective surgery. *Neurosciences (Riyadh)*, 12(2), 145-148. <https://pubmed.ncbi.nlm.nih.gov/21857597/>

Jiménez, J., Chica, J., y Vargas, D. (2009). Anestesia espinal para colecistectomía laparoscópica. *Revista Colombiana de Anestesiología y Reanimación*, 37(2), 111-115. http://www.scielo.org.co/scielo.php?script=sci_arttext&pid=S0120-33472007000200005

Karanci, A. & Dirik, G. (2003). Predictors of pre- and postoperative anxiety in emergency surgery patients. *J Psychosom Res*, 55(4), 363-369. [10.1016/s0022-3999\(02\)00631-1](https://doi.org/10.1016/s0022-3999(02)00631-1)

Kerlinger, F. & Lee, H. (2002). **Investigación del comportamiento**. McGrawHill.

Khalili, N., Karvandian, K., Eftekhar, H., Eftekhar, N. & Nabavian, O. (2019). Predictive Factors of Preoperative Anxiety in the Anesthesia Clinic: A Survey of 231 Surgical Candidates. *Archives of Anesthesiology and Critical Care*, 5(4). 122-127. [10.18502/aacc.v5i4.1452](https://doi.org/10.18502/aacc.v5i4.1452)

Kimura, Y., Takada, T., Strasberg, S., Pitt, H., Gouma, D., Garden, O., Büchler, M., Windsor, J., Mayumi, T., Yoshida, M., Miura, F., Higuchi, R., Gabata, T., Hata,

- J., Gomi, H., Dervenis, C., Lau, W., Belli, G., Kim, M., Hilvano, S., & Yamashita, Y. (2013). TG13 current terminology, etiology, and epidemiology of acute cholangitis and cholecystitis. *Japanese Society of Hepato-Biliary-Pancreatic Surgery and Springer*, 20 (1), 8-23. [10.1007/s00534-012-0564-0](https://doi.org/10.1007/s00534-012-0564-0)
- Labrador, F. (2008). *Técnicas de control de la activación*. En: Labrador, F. Técnicas de modificación de conducta. Psicología Pirámide.
- Lauria, M., Gallo, I., Rush, S., Brooks, J., Spiegel, R., & Weingart, S. (2017). Psychological Skills to Improve Emergency Care Providers' Performance Under Stress. *Annals of Emergency Medicine*, 70(6), 884–890. [10.1016/j.annemergmed.2017.03.018](https://doi.org/10.1016/j.annemergmed.2017.03.018)
- Lee, J., Park, Y., Ha, K., Cho, S., Bak, G. & Kim, K. (2016). Preoperative anxiety about spinal surgery under general anesthesia. *European Spine Society*, 25(3), 698-707 [10.1007/s00586-015-3788-2](https://doi.org/10.1007/s00586-015-3788-2)
- Lodge, J., Tripp, G. & Kim, D. (2000). Think-Aloud, thought-listing, and Video-mediated recall procedures in the assessment of children's self-talk. *Cognitive Therapy and Research*, 24(4), 399-418. [10.1023/a:1005575618941](https://doi.org/10.1023/a:1005575618941)
- Lovas, J. & Lovas, D. (2007). Rapid Relaxation-Practical Management of preoperative anxiety. *Clinical practice*, 73(5), 437-440. <http://www.cda-adc.ca/jcda/vol-73/issue-5/437.pdf>
- Lucena, J., Coronel, P., y Orellana, Y. (2008). Colectomía laparoscópica en colecistitis aguda. Factores de riesgo para la conversión a cirugía abierta. *Revista electrónica de Biomedicina*, 2 (1), 39-46. <https://biomed.uninet.edu/2008/n2/lucena.html>
- Lukens, E. & Mcfarlane, W., (2004). Psychoeducation as Evidence-Based Practice: Considerations for Practice, Research, and Policy. *Brief Treatment and Crisis Intervention*. 4(3), 205-225. [10.1093/brief-treatment/mhh019](https://doi.org/10.1093/brief-treatment/mhh019)
- Martínez-Monteagudo, M., Inglés, C., Cano-Vindel, A. y García-Fernández, J. (2012). Estado actual de la investigación sobre la teoría tridimensional de la

- ansiedad de Lang. *Ansiedad y Estrés*, 18(2-3), 201-219.
<https://www.researchgate.net/publication/232706973> Estado actual de la investigación sobre la teoría tridimensional de la ansiedad de Lang Current status of research on Lang's three-dimensional theory of anxiety
- Meichenbaum, D. (2002). *Manual de inoculación de estrés*. España: Martínez Roca.
- Méndez-Meneses, K., Rebolledo, M., Díaz, S., Rodríguez, L., Acosta, B., Mantilla-Maya, B., González-Rodríguez, E., Aguilar, J., Galindo, O. y Rivera-Fong, L. (2019). Validación de la Escala de Ansiedad Preoperatoria y de Información Ámsterdam (APAIS) en mujeres latinoamericanas con cáncer de mama: Estudio México - Costa Rica. *Psicooncología*, 16(1). 73-88.
<https://dialnet.unirioja.es/servlet/articulo?codigo=6904363>
- Montiel, V. y Guerra, V. (2016). La psicoeducación como alternativa para la atención psicológica a las sobrevivientes de cáncer de mama. *Revista Cubana de Salud Pública*, 42(2). 332-336.
http://scielo.sld.cu/scielo.php?script=sci_arttext&pid=S0864-34662016000200016
- Moore, K., Dalley, A., y Agur, A. (2017). *Anatomía con orientación clínica*. Wolters Kluwer.
- Nabors, L., Odar, C., Combs, A. & Elkins, J. (2019). Implementing the Coping Positively with My Worries Manual: A Pilot Study. *Journal of Child and Family Studies*, 28(1), 2708-2717.
<https://doi.org/10.1007/s10826-019-01451-3>
- Organización Panamericana de la Salud. (1984). *Guía para el diseño, utilización y evaluación de material educativo en salud*.
- Ortigosa, J., Méndez, F. & Riquelme, A. (2009). Afrontamiento psicológico de los procedimientos médicos invasivos y dolorosos aplicados para el tratamiento del cáncer infantil y adolescente: la perspectiva cognitivo-conductual. *Psicooncología*, 6(2).
<https://www.researchgate.net/publication/242103670> Afrontamiento psicológico

gico de los procedimientos medicos invasivos y dolorosos aplicados p
ara el tratamiento del cancer infantil y adolescente la perspectiva cog
nitivo-conductual

Pham, T. y Hunter, J. (2015). Vesícula biliar y sistema biliar extrahepático. En:
Brunicardi, F. Schwartz. Principios de cirugía. McGraw-Hill.

Quintero, A., Yasno, D., Riveros, O., Castillo, J. y Borrález, B. (2017). Ansiedad en el paciente prequirúrgico: un problema que nos afecta a todos. *Revista Colombiana de Cirugía*. 32(1), 115-120. [10.30944/20117582.15](https://doi.org/10.30944/20117582.15)

Renouf, T., Leary, A. & Wiseman, T. (2014). Do psychological interventions reduce preoperative anxiety? *Br J Nurs*, 23(22), 1208-1212. [10.12968/bjon.2014.23.22.1208](https://doi.org/10.12968/bjon.2014.23.22.1208)

Reynoso, L. & Seligson, I. (2005). **Psicología clínica de la salud: un enfoque conductual**. El Manual Moderno. (ISBN: 970-729-097-8)

Robertson, D. & Zakko, S. (1998). *Cholecystitis*. En: Wu, G. e Israel, J. Diseases of the liver and bile ducts. A practical guide to diagnosis and treatment. Springer Science + Business Media, LLC.

Rodríguez, T., García, C. y Cruz, R. (2005). Técnicas de relajación y autocontrol emocional. *MediSur*, 3(3), 55-70. <https://www.redalyc.org/pdf/1800/180019787003.pdf>

Roesch-Dietlen, F., Pérez-Morales, A., Martínez-Fernández, S., Díaz-Roesch, F., Gómez-Delgado, J., & Remes-Troche, J. (2018). Safety of laparoscopic subtotal cholecystectomy in acute cholecystitis. Experience in Southeast Mexico. *Revista de Gastroenterología de México*, 84(4), 461-466. <https://doi.org/10.1016/j.rgmxen.2018.11.007>

Rojas-Carrasco, K. (2010). Validación del Inventario de Ansiedad Rasgo-Estado en padres con un hijo en terapia intensiva. *Revista Médica del Instituto Mexicano del Seguro Social*, 48(5), 491-496. <https://www.redalyc.org/pdf/4577/457745510005.pdf>

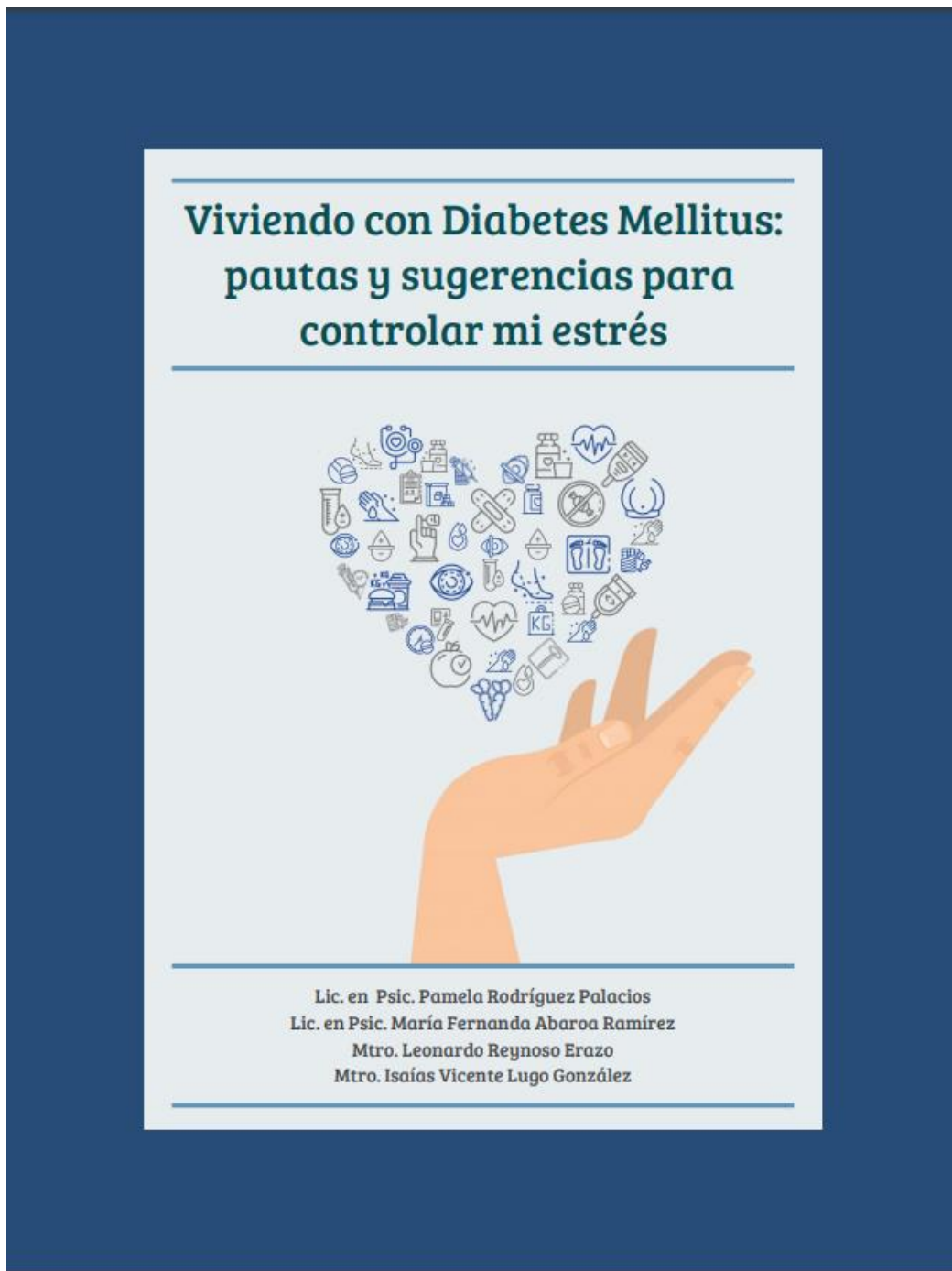
- Ruiz, M., Díaz, M. y Villalobos, A. (2012). Manual de Técnicas de Intervención Cognitivo Conductuales. Desclée de Brouwer.
- Salamanca, N. (2007). Anestesia espinal para colecistectomía. *Revista Colombiana de Anestesiología*, 35(2), 135-141. http://www.scielo.org.co/scielo.php?script=sci_arttext&pid=S0120-33472007000200005
- Salas, M., Gabaldón, O., Mayoral, J., Guerrero, R., Albisu, J. & Amayra, I. (2003). Intervenciones psicológicas eficaces para el afrontamiento de procedimientos médicos dolorosos en oncológica pediátrica: revisión teórica. *Anales de Pediatría*, 29(1), 41-47. [10.1016/S1695-4033\(03\)78146-6](https://doi.org/10.1016/S1695-4033(03)78146-6)
- Shuldham, C., Fleming, S. & Goodman, H. (2002). The impact of pre-operative education on recovery following coronary artery bypass surgery. A randomized controlled clinical trial. *European Heart Journal*, 23(8), 666-674. [10.1053/euhj.2001.2897](https://doi.org/10.1053/euhj.2001.2897)
- Sierra, J., Ortega, V. y Zubeidat, I. (2003). Ansiedad, angustia y estrés: tres conceptos a diferenciar. *Revista Mal-estar E Subjetividade*, 3(1), 10-59. http://pepsic.bvsalud.org/scielo.php?script=sci_arttext&pid=S1518-61482003000100002
- Silva, C., Hernández, A., Jiménez, B. y Alvarado, N. (2016). Revisión de la estructura interna de la subescala de rasgo del Inventario de Ansiedad Rasgo-Estado para jóvenes de habla hispana. *Psicología y Salud*, 26(2), 253-262. <https://psicologiaysalud.uv.mx/index.php/psicysalud/article/view/2201>
- Soria-Aledo, V., Galindo-Iñíguez, I., Flores-Fuentes, D., Carrasco-Prats, M., & Aguayo-Albasini, J. (2017). Is cholecystectomy the treatment of choice for acute acalculous cholecystitis? A systematic review of the literature. *Revista Española de Enfermedades Digestivas*, 109 (10), 708-718. https://www.researchgate.net/publication/318805085_Is_cholecystectomy_the_treatment_of_choice_for_acute_acalculous_cholecystitis_A_systematic_review_of_the_literature

- Tong, F., Dannaway, J., Enke, O. & Eslick, G. (2019). Effect of preoperative psychological interventions on elective orthopaedic surgery outcomes: a systematic review and meta-analysis. *ANZ Journal of Surgery*, 90(3), 230-236. [10.1111/ans.15332](https://doi.org/10.1111/ans.15332)
- Trotman, G., Veldhuijzen van Zanten, J., Davies, J., Möller, A., Ginty, A. & Williams, S. (2019). Associations between heart rate, perceived heart rate, and anxiety during acute psychological stress. *Anxiety, stress & coping, an international journal*, 1-17. [10.1080/10615806.2019.1648794](https://doi.org/10.1080/10615806.2019.1648794)
- Tulloch, I. & Rubin, J. (2019). Assessment and management of preoperative anxiety. *Journal of Voice*, 33(5), 691-696. [10.1016/j.jvoice.2018.02.008](https://doi.org/10.1016/j.jvoice.2018.02.008)
- Valenzuela-Millán, J., Barrera-Serrano, J. y Ornelas-Aguirre, J. (2010). Ansiedad preoperatoria en procedimientos anestésicos. *Cirugía y Cirujanos*, 78(2), 151-156. <https://www.medigraphic.com/pdfs/circir/cc-2010/cc102h.pdf>
- Wilson, C., Mitchelson, A., Tzeng, T., El-Othmani, M., Saleh, J., Vasdev, S., LaMontagne, H. & Saleh, K. (2016). Caring for the surgically anxious patient: a review of the interventions and a guide to optimizing surgical outcomes. *The American Journal of Surgery*, 212(1), 151-159. [10.1016/j.amjsurg.2015.03.023](https://doi.org/10.1016/j.amjsurg.2015.03.023)
- Wolpe, J. (2010). *Práctica de la terapia de la conducta*. Trillas.
- Wongkietkachorn, A., Wongkietkachorn, N. & Rhunsiri, P. (2018). Preoperative needs-based education to reduce anxiety, increase satisfaction, and decrease time spent in day surgery: A randomized controlled trial. *World Journal of surgery*, 42(3), 666-674. [10.1007/s00268-017-4207-0](https://doi.org/10.1007/s00268-017-4207-0)
- Yamamoto-Furusho, J., Sarmiento-Aguilar, A., García-Alanis, M., Gómez-García, L., Toledo-Mauriño, J., Olivares-Guzmán, L. y Fresnán-Orellana, A. (2018). Escala de Ansiedad y Depresión Hospitalaria (HADS): Validación en pacientes mexicanos con enfermedad inflamatoria intestinal.

Gastroenterología y Hepatología, 41(8), 477-482.
[10.1016/j.gastrohep.2018.05.009](https://doi.org/10.1016/j.gastrohep.2018.05.009)

Anexos

Anexo 1. Guía para pacientes “*Viviendo con Diabetes Mellitus: pautas y sugerencias para controlar mi estrés*”



Anexo 2. Infografía “Terapia psicológica en línea”

Terapia Psicológica en línea

¿Qué es la terapia en línea?

Es una forma de atención psicológica que se da a través de **medios electrónicos**, con el objetivo de:

Mejorar tu **calidad de vida**, disminuir el **malestar emocional** y adquirir estrategias para el **cambio de conducta**.

¿Qué beneficios tiene la terapia en línea?

- Flexibilidad de **horarios**.
- Seguimiento a las **medidas sanitarias actuales**
¡No tienes que salir de casa!
- Menor costo** económico y en tiempo.

¿Cómo recibo terapia en línea?

La terapia en línea se proporciona a partir de diversas **plataformas** como: **Zoom y Google Meet**.

- Agenda** con nosotros una sesión.*
- Un psicólogo se comunicará contigo para hacer una **cita** en un **horario** que a ambos convenga.
- El día de tu sesión espera el **link de acceso** a tu sesión que tu psicóloga te hará llegar.

Servicio a cargo del equipo de Psicología-Medicina Conductual FES Iztacala

***¡Contáctanos!**

✉ medicinaconductualatzapan@gmail.com
www.mciztacala.org

Anexo 3. Infografía “Preparándome para mi terapia en línea”

Preparándome para mi terapia en línea

Antes de la videollamada

- Intenta tener la mayor **privacidad** posible: busca un **espacio** donde sea poco probable que alguien te interrumpa.
- Revisa que tu **conexión** a internet sea **adecuada**.
- Trata de estar listo para la sesión **10 minutos antes**.
- Busca una **silla cómoda** y evita acostarte en una cama o sofá.

Durante la videollamada

- Mantén en silencio otros dispositivos.
- Cuida la iluminación del lugar donde te encuentres.
- Si observas problemas de conexión utiliza el chat para comunicarle a tu psicólogo.
- Si lo deseas, ten un vaso con agua y pañuelos a tu lado.

Servicio a cargo del equipo de Psicología-Medicina Conductual FES Iztacala

¡Contáctanos!

medicinaconductualatzapan@gmail.com
www.mciztacala.org

Anexo 4. Infografía “Reglas para una adecuada convivencia terapéutica”

REGLAS PARA UNA ADECUADA CONVIVENCIA TERAPÉUTICA

- 1 PUNTUALIDAD**
Tanto paciente como el terapeuta tienen 15 minutos de tolerancia para ingresar a la sesión.
- 2 EVITA DISTRACCIONES E INTERRUPTIONES**
Durante la sesión evita el uso del celular, televisión, consumo de alimentos, revisar páginas web alternas, esto para mejorar la comunicación.
- 3 BUSCA UN LUGAR ADECUADO**
Un lugar tranquilo, silencioso y privado con buena iluminación y cerca del módem.
- 4 MANTEN LA CÁMARA ACTIVADA**
Asegúrate de ingresar con tu cámara encendida y que se encuentre ajustada a la altura de tu rostro completo.
- 5 MANTÉN UNA COMUNICACIÓN DE RESPETO**
Permite que la comunicación sea fluida, cuidando de no hablar al mismo tiempo y escucha al terapeuta.
- 6 JUSTIFICA LAS AUSENCIAS**
Las ausencias injustificadas de 3 sesiones, serán interpretada como abandono del proceso terapéutico y se te dará de baja.
- 7 REAGENDA**
Para reagendar sesión deberá ser con 24 horas mínimo de anticipación y solo podrás reagendar en 3 ocasiones.
- 8 FIRMA DEL CONSENTIMIENTO**
Si estas de acuerdo con lo estipulado en el consentimiento informado deberás firmarlo y enviarlo a tu psicóloga antes de la segunda sesión, de no ser así, se interpretará como no haber aceptado la atención y serás dado de baja.

En caso de que se infrinjan las reglas antes mencionadas la terapeuta puede dar por terminado el proceso terapéutico.

Servicio a cargo del equipo de Psicología-Medicina Conductual FES Iztacala
¡Contáctanos!
✉ medicinaconductualiztapan@gmail.com
www.mciztacala.org

Anexo 5. Infografía “Viviendo con: Enfermedad Renal Crónica”

Viviendo con: *Enfermedad Renal Crónica*



La ERC puede generar cambios no sólo en tu cuerpo, sino en tu estilo de vida y a nivel emocional. Lo cual te puede llevar a presentar alguno(s) de los siguientes problemas:

Estrés



- ✦ Dolor de cabeza
- ✦ Sensación de no poder lidiar con la enfermedad
- ✦ Fatiga y falta de energía
- ✦ Tensión muscular

Depresión



- ✦ Poco interés por tus actividades
- ✦ Desánimo o desesperanza
- ✦ Falta de energía
- ✦ Poco apetito

Cambios en tu estilo de vida

Dificultad para:



- ✦ Hacer ejercicio físico
- ✦ Equilibrar tus alimentos y bebidas
- ✦ Tomar tus medicamentos
- ✦ Estabilizar tu peso y talla

Ansiedad



Incertidumbre por el futuro con respecto a tu enfermedad (próximas citas médicas, diálisis, trasplante, entre otros)



Si presentas alguno de estos malestares, busca ayuda profesional. El psicólogo podrá apoyarte en encontrar diversas estrategias para afrontar tu enfermedad de manera adecuada.

Contáctanos:



UNAM
Posgrado en Psicología
Medicina Conductual
FES-Iztacala



www.mciztacala.org



medicinaconductualiztapan@gmail.com

Anexo 6. Imagen ilustrativa del video: “*Hablando de... Diabetes y estrés*”



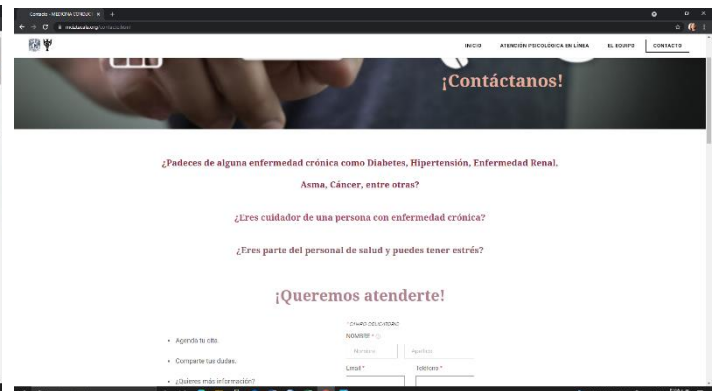
Anexo 7. Imágenes ilustrativas de los videos: “*Respiración diafragmática. Una estrategia de relajación*” y “*Respiración rítmica. Una estrategia de relajación*”



Anexo 8. Imagen ilustrativa del video: “Autoinstrucciones. Herramienta para afrontar el estrés”



Anexo 9. Imágenes ilustrativas del sitio web para la atención online



Anexo 10. Escala Ámsterdam de Ansiedad Preoperatoria (APAIS)

Escala Ámsterdam de Ansiedad Preoperatoria (APAIS)

Nombre: _____

Edad: _____ Sexo: _____ Número de expediente: _____

Instrucciones: A continuación, se le presentan una serie de afirmaciones, por favor responda de la manera más honesta de acuerdo a su percepción del proceso quirúrgico.

Observe el **ejemplo**:

	NADA	1	2	3	4	5	MUCHÍSIMO
a. Estoy tranquilo con el procedimiento			X				

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

Anexo 11. Subescala Ansiedad-Estado del Inventario de Ansiedad Rasgo-Estado (IDARE)

IDARE INVENTARIO DE AUTOVALORACIÓN

Nombre: _____ Fecha: _____

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

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


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

Anexo12. Checklist de Ansiedad Preoperatoria

Checklist de Ansiedad Preoperatoria


Siento desesperación	SI NO
Me siento mareado o con náuseas	SI NO
Tengo miedo morir	SI NO
Siento que algo terrible está a punto de ocurrir	SI NO
Puedo escuchar y/o sentir mi corazón latiendo rápido	SI NO
Tengo dolor u opresión en el pecho	SI NO
Siento hormigueo en los dedos de manos y pies	SI NO
Siento los músculos tensos y contraídos	SI NO
Me sudan las manos	SI NO
Siento un nudo en la garganta	SI NO
Tengo temblor en el cuerpo (por ejemplo: en manos y piernas)	SI NO
Siento debilidad en las piernas	SI NO
Siento que no puedo respirar bien	SI NO
Tengo dolor de cabeza o en el cuello	SI NO
Siento irritabilidad o mal humor	SI NO
Tengo miedo a ver sangre humana	SI NO
Me asusta saber que me van a operar	SI NO
Me dan miedo el olor a medicina	SI NO
Me dan miedo los doctores	SI NO
Me da miedo el ver bisturís y/o agujas	SI NO
Me da miedo ver cómo sale sangre de una pequeña cortada de uno mismo	SI NO
Me da miedo recibir una inyección	SI NO
Me da miedo que me vayan a coser	SI NO
No logro concentrarme en lo que indica el médico	SI NO
Tengo miedo al procedimiento quirúrgico	SI NO

Anexo 13. Imágenes ilustrativas de la guía para pacientes: “Combatiendo la ansiedad ante mi cirugía: Una guía para el proceso quirúrgico”



Combatiendo la ansiedad ante mi cirugía

Una guía para el proceso quirúrgico




Elaborado por:
Lic. en Psic. Pamela Rodríguez
M.A.M. Medicina Comportamental

¿Colecistitis y pancreatitis?

Conociendo mi enfermedad

En esta sección conocerás:

- ¿Qué es la Colecistitis y la Pancreatitis?
- ¿Por qué necesito cirugía?
- ¿Por qué debo estar en hospitalización?



¿La vesícula se puede enfermar?

¡Sí! En ocasiones, algunas sustancias del líquido que almacena la vesícula (*bilis*) pueden endurecerse formando **cálculos biliares**, lo que normalmente conocemos como **piedras**.

Estos cálculos provocan que la vesícula biliar se **inflame**. Esta inflamación se llama:

Colecistitis



¿Cómo será mi cirugía?

A partir de la evolución de tu enfermedad y de los estudios que te han solicitado, **el médico elegirá una cirugía** a realizarte.

Esta puede ser:

1 **Cirugía abierta**

Tu médico realizará un **pequeño corte** en tu abdomen (del lado superior derecho) y sacará la vesícula.



2 **Cirugía laparoscópica**

El médico realizará **4 cortes más pequeños** (apenas notorios) que en una cirugía abierta.

Uno de ellos funcionará para observar mediante una **pequeña cámara** el interior de tu abdomen, mientras que los demás serán para manipular y retirar la vesícula biliar.



¡Trabajemos con la ansiedad!

Como pudiste observar, la ansiedad provoca en tu cuerpo reacciones muy específicas como tensión, temblor, dolor de cabeza, entre otras.

Para combatir este tipo de respuestas en tu cuerpo, deberás guiarte a sentirte relajado.

El primer paso para reducir la ansiedad es la:

Relajación

¿Cómo puedes relajarte?

Un método para relajarte es a través de la **respiración**. **Centrar tu atención en tu respiración**, logrará controlarla, regularla y reducir las respuestas de ansiedad.



¿Qué pasa si tengo miedo a la cirugía o a la anestesia?

¡Te tengo una buena noticia!

Estar relajado ayudará a que la anestesia tenga un mejor efecto en tu cuerpo. Por lo que, es hora de practicar el ejercicio de respiración que hemos aprendido y continuar con el entrenamiento para disminuir la ansiedad.

Recuerda: **¡Respira por tiempos!**

- 1 Ponte cómodo.
- 2 Inhala por la nariz en 3 tiempos.
- 3 Retén el aire durante 2 tiempos.
- 4 Exhala por la boca muy lentamente en 3 tiempos.
- 5 Espera 3 segundos y repite.



Una historia de Ansiedad

Para poder entender mejor la técnica que te presentaré, te contaré la historia de Mariela.

“Cuando Mariela era pequeña tenía mucho miedo a que la inyectaran, tan sólo pensar en que su mamá la llevara al hospital a vacunar comenzaba a sentir presión en el pecho, mareo, sudoración y en ocasiones hasta **vómito** (ahora sabes que son síntomas de **ansiedad**).

¡Ni hablar del camino al hospital! En el taxi todos sus síntomas se hacían más graves, impidiéndole poder respirar bien.

Para ayudar a calmarla, en el taxi la mamá de Mariela comenzaba a decirle lo siguiente: “Tranquila **Maye**, el doctor que te atenderá es muy bueno con los niños”; cuando llegaban al hospital, su mamá agregaba: “Cuando pases al consultorio, la inyección durará sólo 2 minutos”; por último, cuando estaban dentro del consultorio le decía: “Respira, cuando esto termine podremos ir a casa con tu abuela”. Esto tranquilizaba mucho a Mariela y cada que tenía que recibir una inyección, su mamá le repetía las mismas palabras.

Autoinstrucciones para ansiedad

Entonces, ¿qué son las autoinstrucciones?

Las autoinstrucciones son **palabras que nos decimos a nosotros mismos con el fin de hacernos seguir alguna indicación.**

Auto	≡	A mí mismo
Instrucción	≡	Indicación
Auto-instrucción	≡	Indicación hacia mí mismo

¡Importante!

Las autoinstrucciones deben ser dichas como **pasos**, por ejemplo:

- 1 **Toca entrar a quirófano**
- 2 **Respiraré y estaré tranquilo**
- 3 **Me relajaré y dolerá menos**

Una **autoinstrucción bien elegida** puede traer a nosotros sentimientos de **relajación** y satisfacción si las combinamos con otras técnicas como la **respiración** (ya veremos este apartado más adelante).

Regresando a mi vida cotidiana

Una vez que comiences a caminar, puede que todo sea más sencillo, puesto que tus intestinos tendrán buen movimiento y tu estómago se acostumbrará a una dieta más normal y sana.

Además, es altamente probable que cuando comiences a evacuar el médico te diga que puedes ir a casa con ciertos cuidados, tales como:

- Limpieza adecuada de tu herida
- Dieta balanceada
- Toma de medicamentos
- ¡Continúa caminando!

Acude a tus citas médicas



Anexo 14. Checklist para la evaluación de la guía para pacientes (personal médico)

**EVALUACIÓN DEL MATERIAL PSICOEDUCATIVO:
COMBATIENDO LA ANSIEDAD ANTE MI CIRUGÍA:
UNA GUÍA PARA EL PROCESO QUIRÚRGICO**

Nombre del evaluador:	
Edad:	Sexo: F / M
Grado de estudios: a) Licenciatura b) Especialidad c) Posgrado	Especialidad:
Servicio de adscripción:	
Objetivo del estudio: Brindar seguimiento a una intervención psicológica para reducir la ansiedad prequirúrgica a partir del protocolo de investigación: <i>Eficacia de un entrenamiento cognitivo-conductual dirigido a la ansiedad preoperatoria en pacientes programados para colecistectomía.</i>	
Objetivo de la evaluación del material psicoeducativo: Evaluar el material psicoeducativo denominado <i>Combatiendo la ansiedad ante mi cirugía: Una guía para el proceso quirúrgico.</i>	

Las listas de chequeo que se presentan a continuación, fueron desarrolladas con el fin de evaluar el **contenido** de la guía para pacientes próximos a recibir un proceso quirúrgico. Usted deberá evaluar dicha guía a partir de los siguientes elementos, mismos que se definen a continuación:

Rubros a evaluar acorde al contenido	
Lenguaje	El lenguaje a lo largo de la guía es lo suficientemente sencillo y claro
Comprensión	La información descrita es fácil de entender e interpretar
Adecuación cultural	Los mensajes de la guía son respetuosos y adecuados para las normas culturales del Estado de México
Información	Los conceptos y estrategias que se describen son correctos desde el punto de vista médico

Evaluación de contenido

Módulos I y II Enfermedad e intervención quirúrgica

Instrucciones:

A continuación, encontrará una lista con afirmaciones acerca del **contenido** de los **Módulos I y II** de la guía para pacientes programados para Colectomía y con ansiedad preoperatoria. Por favor, marque con una “**X**” en la columna “**Sí**” o “**No**”, si usted considera que la guía presenta la característica descrita. Además, encontrará una columna con la palabra “**Comentario**”. En caso de tener algún argumento asociado a la característica descrita en la lista, por favor agréguelo.

Evaluación de contenido				
1. Módulos I y II Enfermedad e intervención quirúrgica				
		Sí	No	Comentario
1.1 Lenguaje	1.1.1 El lenguaje utilizado en la definición de la Colectitis es sencillo y claro			
	1.1.2 El lenguaje utilizado en la definición de la Pancreatitis es sencillo y claro			
	1.1.3 El lenguaje utilizado en la explicación de los tipos de cirugía es sencillo y claro			
	1.1.4 El lenguaje utilizado en la explicación de los tipos de anestesia es sencillo y claro			
1.2 Comprensión	1.2.1 La definición de Colectitis es fácil de entender			
	1.2.2 La definición de Pancreatitis es fácil de entender			
	1.2.3 Las definiciones de los tipos de cirugía son fáciles de entender			
	1.2.4 La definición de anestesia es fácil de entender			
	1.2.5 Los pasos de colocación de la anestesia general son fáciles de entender			
	1.2.6 Los pasos de colocación de la anestesia local son fáciles de entender			
1.3 Adecuación cultural	1.3.1 Los mensajes del Módulo I son respetuosos y adecuados para las normas culturales del Estado de México			
	1.3.2 Los mensajes del Módulo II son respetuosos y adecuados para las normas culturales del Estado de México			
1.4 Información	1.4.1 La definición de Colectitis es correcta			
	1.4.2 La definición de Pancreatitis es correcta			
	1.4.3 La definición de la cirugía abierta es correcta			
	1.4.4 La definición de la cirugía laparoscópica es correcta			
	1.4.5 Los pasos para la colocación de anestesia general son correctos			
	1.4.6 Los pasos para la colocación de anestesia local son correctos			

Anexo 15. Checklist para la evaluación de la guía para pacientes (psicólogo especialista - Medicina Conductual)

**EVALUACIÓN DEL MATERIAL PSICOEDUCATIVO:
COMBATIENDO LA ANSIEDAD ANTE MI CIRUGÍA:
UNA GUÍA PARA EL PROCESO QUIRÚRGICO**

Nombre del evaluador:	
Grado de estudios:	Especialización:
Área de trabajo:	
Objetivo de la guía: Brindar seguimiento a una intervención psicológica para reducir la ansiedad prequirúrgica a partir del protocolo de investigación: <i>Eficacia de un entrenamiento cognitivo-conductual dirigido a la ansiedad preoperatoria en pacientes programados para colecistectomía.</i>	
Objetivo de la evaluación: Evaluar el material psicoeducativo denominado <i>Combatiendo la ansiedad ante mi cirugía: Una guía para el proceso quirúrgico.</i>	

Las presentes listas de chequeo fueron desarrolladas para evaluar el **contenido** de la guía hacia pacientes próximos a recibir un proceso quirúrgico, denominada: *Combatiendo la ansiedad ante mi cirugía: Una guía para el proceso quirúrgico.*

Usted deberá evaluar dicha guía a partir de los siguientes elementos, mismos que se definen a continuación:

Rubros a evaluar el contenido	
Lenguaje	El lenguaje a lo largo de la guía es lo suficientemente sencillo y claro
Comprensión	La información descrita es fácil de entender e interpretar
Adecuación cultural	Los mensajes de la guía son respetuosos y adecuados para las normas culturales del Estado de México
Información	Los conceptos y estrategias que se describen son correctos desde la perspectiva que se maneja.

Evaluación de contenido

Módulos I y II Enfermedad e intervención quirúrgica

Instrucciones:

A continuación, encontrará una lista con afirmaciones acerca del **contenido** de los **Módulos I y II** de la guía para pacientes programados para Colectomía y con ansiedad preoperatoria. Por favor, marque con una **“X”** en la columna **“Sí”** o **“No”**, si usted considera que la guía presenta la característica descrita. Además, encontrará una columna con la palabra **“Comentario”**. En caso de tener algún argumento asociado a la característica descrita en la lista, por favor agréguelo.

Evaluación de contenido				
Módulos I y II Enfermedad e intervención quirúrgica				
		Sí	No	Comentario
Lenguaje	El lenguaje utilizado en la definición de la Colectitis es sencillo y claro			
	El lenguaje utilizado en la definición de la Pancreatitis es sencillo y claro			
	El lenguaje utilizado en la explicación de los tipos de cirugía es sencillo y claro			
	El lenguaje utilizado en la explicación de los tipos de anestesia es sencillo y claro			
Comprensión	La definición de Colectitis es fácil de entender			
	La definición de Pancreatitis es fácil de entender			
	Las definiciones de los tipos de cirugía son fáciles de entender			
	La definición de anestesia es fácil de entender			
	Los pasos de colocación de la anestesia general son fáciles de entender			
	Los pasos de colocación de la anestesia local son fáciles de entender			
Adecuación cultural	Los mensajes del Módulo I son respetuosos y adecuados para las normas culturales del Estado de México			
	Los mensajes del Módulo II son respetuosos y adecuados para las normas culturales del Estado de México			
Información	La definición de la cirugía abierta es correcta			
	La definición de la cirugía laparoscópica es correcta			
	Los pasos para la colocación de anestesia general son correctos			
	Los pasos para la colocación de anestesia local son correctos			

Evaluación de contenido

Módulos III, IV y V Ansiedad preoperatoria e intervención psicológica

Instrucciones:

A continuación, encontrará una lista con afirmaciones acerca del **contenido** de los **Módulos III, IV y V** de la guía para pacientes programados para Colectomía y con ansiedad preoperatoria. Por favor, marque con una **"X"** en la columna **"Sí"** o **"No"**, si usted considera que la guía presenta la característica descrita. Además, encontrará una columna con la palabra **"Comentario"**. En caso de tener algún argumento asociado a la característica descrita en la lista, por favor agréguelo.

Evaluación de contenido				
Módulos III, IV y V Ansiedad quirúrgica e intervención psicológica				
		Sí	No	Comentario
Lenguaje	El lenguaje sobre la definición de Ansiedad es sencillo y claro			
	El lenguaje sobre la técnica de respiración es sencillo y claro			
	El lenguaje sobre la técnica de autoinstrucciones es sencillo y claro			
Comprensión	La definición de Ansiedad es fácil de entender			
	La definición de la técnica de respiración es fácil de entender			
	Los pasos de la técnica de respiración son fáciles de entender			
	La definición de la técnica autoinstrucciones es fácil de entender			
Adecuación cultural	Los mensajes del Módulo III son respetuosos y adecuados para las normas culturales del Estado de México			
	Los mensajes del Módulo IV son respetuosos y adecuados para las normas culturales del Estado de México			
	Los mensajes del Módulo V son respetuosos y adecuados para las normas culturales del Estado de México			
Información	La definición de Ansiedad es correcta			
	La definición de la técnica de respiración es correcta			
	Los pasos para la puesta en práctica de la técnica de respiración son correctos			
	La definición de la técnica de autoinstrucciones es correcta			
	Los pasos para la puesta en práctica de la técnica de autoinstrucciones son correctos			

Evaluación de contenido

Módulos VI y VII Cuidados post-operatorios y Alta hospitalaria

Instrucciones:

A continuación, encontrará una lista con afirmaciones acerca del **contenido** de los **Módulos VI y VII** de la guía para pacientes programados para Colectomía y con ansiedad preoperatoria. Por favor, marque con una “**X**” en la columna “**Sí**” o “**No**”, si usted considera que la guía presenta la característica descrita. Además, encontrará una columna con la palabra “**Comentario**”. En caso de tener algún argumento asociado a la característica descrita en la lista, por favor agréguelo.

Evaluación de contenido				
Módulos VI y VII Cuidados post-operatorios y Alta hospitalaria				
		Sí	No	Comentario
Lenguaje	El lenguaje sobre los cuidados postoperatorios es sencillo y claro			
	El lenguaje sobre los cuidados en el hogar es sencillo y claro			
Comprensión	La explicación sobre los cuidados postoperatorios es fácil de entender			
	Los pasos descritos sobre los cuidados postoperatorios son fáciles de entender			
	La explicación sobre los cuidados en el hogar es fácil de entender			
Adecuación cultural	Los mensajes del Módulo VI son respetuosos y adecuados para las normas culturales del Estado de México			
	Los mensajes del Módulo VII son respetuosos y adecuados para las normas culturales del Estado de México			
Información	La explicación de los cuidados postoperatorios es correcta			
	La explicación de los pasos para los cuidados postoperatorios es correcta			
	La explicación de los cuidados para el hogar es correcta			

Evaluación de diseño

El **diseño** es considerado como el conjunto de **imágenes** y **colores** de un material. La presente lista de chequeo está realizada para evaluar el **diseño** de la guía para pacientes denominada: *Combatiendo la ansiedad ante mi cirugía: Una guía para el proceso quirúrgico*, a partir de los siguientes rubros:

Rubros a evaluar el diseño	
Atracción	Las imágenes y colores son lo suficientemente llamativos
Adecuación cultural	Las imágenes de la guía son respetuosas y adecuadas para las normas culturales del Estado de México
Correspondencia información-imagen	Existe una correspondencia entre las imágenes y la información que se presenta en los diferentes módulos de la guía

Evaluación de diseño

Instrucciones:

A continuación, encontrará una lista con afirmaciones acerca del **diseño** de la guía para pacientes programados para Colecistectomía con ansiedad prequirúrgica. Por favor, marque con una “**X**” en la columna “**Sí**” o “**No**”, si usted considera que la guía presenta la característica descrita. Además, encontrará una columna con la palabra “**Comentario**”. En caso de tener algún argumento asociado a la característica descrita en la lista, por favor agréguelo.

Evaluación de diseño				
		Sí	No	Comentario
Atracción	Las imágenes elegidas para la portada son lo suficientemente llamativas			
	Las imágenes elegidas para los Módulos I y II (enfermedad e intervención quirúrgica) son suficientemente atractivas			
	Las imágenes elegidas para los Módulos III, IV y V (intervención psicológica) son suficientemente llamativas			
	Las imágenes elegidas para los Módulos VI y VII (cuidados post-operatorios) son suficientemente atractivas			
	Los colores elegidos para la portada son lo suficientemente llamativos			
	Los colores elegidos para las portadas de cada módulo son suficientemente atractivos			
	La elección de colores es adecuada para diferenciar cada uno de los módulos			
Adecuación cultural	Las imágenes en el Módulo I son respetuosas y adecuadas para las normas culturales del Estado de México			
	Las imágenes en el Módulo II son respetuosas y adecuadas para las normas culturales del Estado de México			
	Las imágenes en el Módulo III son respetuosas y adecuadas para las normas culturales del Estado de México			
	Las imágenes en el Módulo IV son respetuosas y adecuadas para las normas culturales del Estado de México			
	Las imágenes en el Módulo V son respetuosas y adecuadas para las normas culturales del Estado de México			

	Las imágenes en el Módulo VI son respetuosas y adecuadas para las normas culturales del Estado de México			
	Las imágenes en el Módulo VII son respetuosas y adecuadas para las normas culturales del Estado de México			
Correspondencia información- imagen	Las imágenes en el Módulo I corresponden con la información sobre la enfermedad			
	Las imágenes en el Módulo II corresponden con la información sobre la intervención quirúrgica			
	Las imágenes en el Módulo III corresponden con la información sobre la ansiedad			
	Las imágenes en el Módulo IV corresponden con la información sobre la técnica de respiración rítmica			
	Las imágenes en el Módulo V corresponden con la información sobre la técnica de autoinstrucciones			
	Las imágenes en el Módulo VI corresponden con la información sobre los cuidados post-operatorios			
	Las imágenes en el Módulo II corresponden con la información sobre los cuidados en el hogar			

Comentarios finales

Anexo 16. Checklist para la evaluación de la guía para pacientes (pacientes de colecistectomía y familiares)

EVALUACIÓN DEL MATERIAL PSICOEDUCATIVO: **COMBATIENDO LA ANSIEDAD ANTE MI CIRUGÍA: UNA GUÍA PARA EL PROCESO QUIRÚRGICO**

Para la evaluación de la guía, deberá seguir las instrucciones del documento denominado: *Evaluación de la guía para pacientes*. Las presentes hojas deberá imprimirlas y responderlas en cuanto se le indique en dicho documento.

Datos generales del evaluador

Nombre:	
Edad:	Sexo: F / M
1.- Último grado de estudios concluido: a) Primaria b) Secundaria c) Bachillerato d) Licenciatura d) Posgrado y/o especialidad	
2.- ¿Ha sido sometido a una cirugía por Colecistitis (inflamación de la vesícula) o ha sido cuidador de alguien que haya sido sometido a dicho procedimiento? 1) SI 2) NO	
3.- ¿Hace cuánto se sometió a dicha cirugía o fue cuidador de alguien? 1) Menos de un año 2) entre 1 año y 3 años 3) más de 3 años	
4.- En ese momento ¿Usted tenía conocimiento acerca de la Colecistitis (inflamación de la vesícula)? 1) SI 2) NO	
5.- En ese momento ¿Usted tenía conocimiento sobre el procedimiento de la cirugía? 1) SI 2) NO	

Evaluación de contenido

Módulos I y II Enfermedad e intervención quirúrgica

A continuación, encontrará una lista con afirmaciones acerca del **contenido** de los **Módulos I y II** de la guía para pacientes programados para colecistectomía. Por favor, marque con una “**X**” en una de las columnas “**Sí**” o “**No**”, si usted considera que la guía presenta o no la característica descrita. Además, encontrará una columna con la palabra “**Comentario**”, que, en caso de tener alguna observación a la característica descrita en la lista, por favor agréguela en este espacio.

Evaluación de contenido				
1. Módulos I y II Enfermedad e intervención quirúrgica				
		Sí	No	Comentario
1.1 Lenguaje	1.1.1 La definición de la Colecistitis es clara y sencilla			
	1.1.2 La definición de la Pancreatitis es clara y sencilla			
	1.1.3 La definición de los tipos de cirugía son claros y sencillos			
	1.1.4 La definición de la anestesia es clara y sencilla			
1.2 Comprensión	1.2.1 La definición de la Colecistitis es fácil de entender			
	1.2.2 La definición de la Pancreatitis es fácil de entender			
	1.2.3 El proceso de la cirugía laparoscópica es fácil de entender			
	1.2.4 El proceso de la cirugía abierta es fácil de entender			
	1.2.5 Los pasos para la colocación de la anestesia local son fáciles de entender			
	1.2.6 Los pasos para la colocación de la anestesia general son fáciles de entender			
1.3 Adecuación Cultural	1.3.1 Los mensajes del Módulo I son respetuosos y adecuados para las normas culturales de la población del Estado de México			
	1.3.2 Los mensajes del Módulo II son respetuosos y adecuados para las normas culturales de la población del Estado de México			

Evaluación de diseño

A continuación, encontrará una lista con afirmaciones acerca del **diseño** (imágenes y colores) de la guía. Por favor, marque con una “**X**” en la columna “**Sí**” o “**No**”, si usted considera que la guía presenta la característica descrita. Además, encontrará una columna con la palabra “**Comentario**”, que, en caso de tener alguna observación a la característica descrita en la lista, por favor agréguela en este espacio.

Evaluación de diseño				
2. Módulos I y II Enfermedad e intervención quirúrgica				
		Sí	No	Comentario
2.1 Atracción	2.1.1 Las imágenes elegidas para la portada de la guía son agradables a la vista y mantienen la atención.			
	2.1.2 Los colores elegidos para la portada de la guía son agradables a la vista y mantienen la atención.			
	2.1.3 Las imágenes elegidas para la explicación de la Colecistitis, la cirugía y el proceso de anestesia son agradables a la vista y mantienen la atención y mantienen la atención			
	2.1.4 Los colores elegidos para el Módulo I son agradables a la vista y mantienen la atención y mantienen la atención			
	2.1.5 Los colores elegidos para el Módulo II son agradables a la vista y mantienen la atención			
	2.1.6 La elección de colores permite diferenciar cada uno de los módulos			

Comentarios finales

Anexo 17. Consentimiento informado



UNAM FES Iztacala
Programa de Posgrado en Psicología
Residencia en Medicina Conductual

Estado de México, a _____

Consentimiento Informado para la Evaluación e Intervención Psicológica en el ámbito hospitalario

De acuerdo con los lineamientos del Comité Nacional de Bioética y la Carta de derechos del Paciente, se presenta el siguiente consentimiento informado, avalado por la Universidad Nacional Autónoma de México, la Facultad de Estudios Superiores Iztacala y el Programa de Posgrado en Psicología con Residencia en Medicina Conductual.

El presente documento tiene como objetivo clarificar aspectos del servicio de psicología en el ámbito hospitalario, tales como duración y características generales de la intervención, además de clarificar el uso y confidencialidad que tendrán los datos que le proporcione al terapeuta.

El presente proceso de atención psicológica en el ámbito hospitalario tiene como objetivo atender posibles respuestas de ansiedad asociadas al proceso quirúrgico al que se someterá. Dicho proceso psicológico se basará en tres tiempos principales: 1) evaluación, 2) intervención y 3) post evaluación.

Durante el primer momento, la evaluación, se recolectarán datos importantes que permitirán a la terapeuta analizar las posibles respuestas de ansiedad y preocupación acerca de su cirugía y procedimiento de anestesia. El proceso de evaluación tendrá una duración de 30 a 40 minutos aproximadamente.

Posteriormente, en la intervención, se trabajará de manera colaborativa entre terapeuta y paciente en el contexto hospitalario, en este momento la terapeuta mostrará al paciente habilidades para hacer frente a su proceso quirúrgico de una manera adecuada. La duración de este proceso será variable, sin embargo, se llevará a cabo a lo largo de su estancia hospitalaria, sin repercutir la atención médica que usted requiera.

Por último, se realizará una post evaluación, en la cual se recolectarán datos muy puntuales asociados a sus respuestas de ansiedad ante la cirugía, con el fin de identificar los resultados obtenidos a partir de su atención psicológica. Este momento tendrá una duración aproximada de 5 minutos y se llevará a cabo momentos antes de entrar a quirófano.

La presente atención psicológica pertenece al estudio denominado: *Eficacia de un entrenamiento cognitivo-conductual dirigido a la ansiedad preoperatoria en pacientes programados para colecistectomía*, el cual tiene como objetivo: reducir la ansiedad ante un procedimiento quirúrgico asociado a la inflamación de la vesícula; motivo por el cual es posible que su caso sea utilizado con fines de investigación. No obstante, sus datos serán confidenciales y no podrán ser compartidos con alguna otra institución y/o personas externas, a fin de cuidar su integridad.

La decisión de participar en la intervención es completamente voluntaria. No habrá ninguna consecuencia desfavorable para usted en caso de no aceptar. Además, si decide participar, puede retirarse en el momento que lo desee, pudiendo informar o no, las razones de su decisión, las cuales serán respetadas.

Yo _____, acepto la evaluación e intervención psicológica señaladas en el presente escrito. A su vez, expreso que se me proporcionó información sobre el derecho de poder retirarme de la atención psicológica sin que esto afecte la atención médica, y todas mis dudas han sido aclaradas.

Nombre completo y firma del paciente

Número de teléfono para localizarlo en caso necesario: _____

Testigo: _____

Lic. en Psic. Pamela Rodríguez Palacios

Lic. Psic. Pamela Rodríguez Palacios, Ced. Prof. 11241515

Supervisora Dra. Ma. de Lourdes Diana Moreno Rodríguez

Para cualquier duda o aclaración, puede comunicarse a:

medicinaconductualatizapan@gmail.com

Anexo 18. Entrevista conductual semiestructurada

Entrevista breve semiestructurada

Nombre:		N° de Expediente:
Edad:	Sexo:	Fecha de nacimiento:
Origen:	Residencia:	Estado civil:
Escolaridad:		Ocupación:
Número de hijos:		Diagnóstico médico:
Religión:		Enfermedades crónico-degenerativas:

Entrevista Semiestructurada Breve

1. ¿Qué sabe de la Colecistitis?
2. ¿Qué ha escuchado o se imagina que es?
3. ¿Qué entendió sobre lo que le comentó el médico?
4. ¿Qué le gustaría saber sobre su enfermedad?
5. ¿Ha sido hospitalizado anteriormente? ¿Por qué?
6. ¿Ha tenido operaciones previas? ¿Cuáles?
7. ¿Cómo fue el periodo de hospitalización anterior que ha tenido?
8. ¿Cómo fue su experiencia en operaciones previas?
9. ¿Sabe en qué consiste la cirugía?
10. ¿Qué espera de la cirugía?
11. ¿Sabe en qué consiste la anestesia?
12. ¿Qué le gustaría saber?
13. ¿Es acompañado por alguien a sus consultas médicas?
14. Ante la noticia del diagnóstico médico y de la cirugía:
 - a) ¿Cómo se siente emocionalmente?
 - b) ¿Qué piensa acerca de ello?
 - c) ¿Presenta alguna preocupación? ¿Cuál?
 - d) ¿Qué siente en su cuerpo?
 - e) ¿Qué tiene planeado hacer ante ello?

Análisis Funcional de la Conducta

Estímulos antecedentes	Respuesta	Estímulos consecuentes

Anexo 19. Registro de práctica de respiración (Escala Numérica Análoga)

Practiquemos la respiración

Instrucciones:

1. En la primera columna escribe el momento en que realizaste la respiración, intenta responder a las preguntas: ¿Qué pasaba en ese momento? ¿Estaba solo o acompañado? ¿Estaba pensando en algo?
2. Antes de respirar obsérvate: ¿Qué tan relajado te sentías? Encierra o tacha el número que más se acerque a tu estado de relajación.
3. Después de respirar obsérvate de nuevo: ¿Qué tal relajado estás ahora? Encierra o tacha el número que más se acerque a tu estado de relajación.

Recuerda: El número **0** representa **NADA relajado**, mientras que el número **10** significa **LO MÁS RELAJADO** que puedes sentirte.

Momento en que realicé la respiración	Antes de respirar	Después de respirar
	¿Qué tan relajado me sentí?	¿Qué tan relajado me sentí?

Anexo 20. Registro de identificación de estímulos antecedentes y consecuentes de la conducta de ansiedad

Identificando señales

Instrucciones:

1. Primero, en la columna de en medio (“Momento de ansiedad”), escribe el momento en que detectaste junto con tu terapeuta.
2. Después, identifica una o más señales que te indiquen que se acerca ese momento. Escríbelas en la columna con el número 2 (“Señal”).
3. Por último, en la última columna (“¿Qué pasa después?”), escribe qué sucede después: ¿Cómo te sientes? ¿Qué pasa con tu cuerpo? ¿En qué piensas?

2. Señal	1. Momento de ansiedad	3. ¿Qué pasa después?

Anexo 21. Registro para la percepción de dolor postoperatorio (Escala Numérica Análoga)

Controlando el dolor

Instrucciones:

1. En la primera columna escribe el momento en que realizaste la respiración y te diste tu instrucción, intenta responder a las preguntas: *¿Qué pasaba en ese momento? ¿Estaba solo o acompañado? ¿Estaba pensando en algo?*
2. Encierra o tacha el número que más se acerque al dolor que experimentas antes de realizar el conjunto de técnicas.
3. Una vez que hayas practicado el conjunto de técnicas, califica tu dolor. Encierra o tacha el número que más se acerque a lo que puedes percibir.

Recuerda: El número **0** representa **NADA de dolor**, mientras que el número **10** significa **EL DOLOR MÁS FUERTE** que puedes sentir.

Antes de respiración e instrucción

Después de respiración e instrucción

Momento en el que experimenté dolor	¿Cuánto dolor sentía?	¿Cuánto dolor siento ahora?
		
		
		
		
		