



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

**INTERVENCIÓN CONDUCTUAL PARA PACIENTES CON ANSIEDAD PREVIO A CIRUGÍA POR
COLECISTECTOMÍA**

TESIS QUE PARA OPTAR POR EL GRADO DE
MAESTRO EN PSICOLOGÍA

PRESENTA
LIC. EN PSIC. CESAR FLORES RESENDIZ

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

MIEMBROS DEL COMITÉ TUTOR:

DRA. ROCÍO TRON ÁLVAREZ
FACULTAD DE ESTUDIOS SUPERIORES IZTACALA

DR. MIGUEL ÁNGEL AGUILAR LÓPEZ
HOSPITAL GENERAL DE ATIZAPÁN

DR. ISAÍAS VICENTE LUGO GONZÁLEZ
FACULTAD DE ESTUDIOS SUPERIORES IZTACALA

DRA. LUZ MARÍA FLORES HERRERA
FACULTAD DE ESTUDIOS SUPERIORES ZARAGOZA

LOS REYES IZTACALA, TLANEPANTLA, ESTADO DE MÉXICO, OCTUBRE 2023



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

Antes que todo, muchas gracias a mi amada Universidad Nacional Autónoma de México que desde los 16 años me arropó de experiencias y enseñanzas que se han visto reflejadas hasta hoy en día en la persona profesional en la que me he logrado convertir, pues sin sus profesores, espacios, actividades, compañeros y amigos que me ha dejado, no estaría hoy aquí y, finalmente agradezco las facilidades y oportunidades que me dio durante mi vida estudiantil, definitivamente en algún momento buscaré la forma de recompensarlo.

A la Dra. María Rosa de Lourdes por su apoyo e interés por este proceso de elaboración del protocolo, sin duda la perseverancia que mostró fue un gran reforzador para mí.

A los integrantes y docentes de supervisión de Atizapán, al Mtro. Leonardo Reynoso de quién aprendí lo importante que es el amor y la dedicación por lo que uno hace, al Dr. Isaías Lugo por ese compromiso y deseo inminente por aprender y enseñar, a la Dra. Ana Leticia Becerra por el enorme interés que tuvo por formarnos como profesionales en el enorme sentido de la palabra y sobre todo por el compromiso que inculcó hacía con nuestra profesión.

A los docentes de la Residencia, en especial a la Dra. Maricela Osorio y a la Dra. Rocío Tron por su gran tolerancia y facilidad con la que atendieron y aclararon siempre nuestras dudas, además de compartir con nosotros su vasto conocimiento.

A mis compañeros de residencia con quienes compartí seis meses de experiencias inolvidables, en especial mención a Jonathan, Yesenia y Karen, gracias por lo aprendido, lo vivido y lo logrado, logramos hacer un buen equipo y apoyarnos en todo momento.

Al resto de mis compañeros de la Residencia, que a pesar de la distancia siempre estuvimos unidos haciendo de este camino más ameno, reconfortante e inolvidable, no olvidaré que además de ser buenos psicólogos son grandes humanos.

A mis padres Eva y Mario por su amor y apoyo incondicional de toda la vida, por no dejarme caer y siempre levantarme e incitarme a lograr lo que me proponga, nunca olvidaré lo emocionados que estuvieron al saber que había logrado entrar a la residencia, este logro es de ustedes, los amo.

A mis hermanos Alejandro y Omar por siempre estar al pendiente de mí, por ser siempre fuente de inspiración y una guía en el camino, los admiro mucho, sin duda alguna son los mejores hermanos.

A Paola, mi compañera, mi novia, mi amiga, quien siempre está conmigo, gracias por acompañarme en este viaje desde el día uno, desde que lo intenté por primera vez y me consolaste y motivaste a intentarlo de nuevo, tú más que nadie sabe lo que me ha costado, por eso doy gracias a la vida que hoy en día estés conmigo viviendo este momento, te amo.

A mis amigos de toda la vida, Ochoa, Iván, Ariel, Roberto, Fercho, Rodrigo, Lalo, Valencia, Samantha, Ana, Chío y a los que se fueron incorporando, Edgar, Ángel, Kari, Vania, Armando, Eddu y Jona por compartir conmigo muchos instantes de la vida y seguir juntos y de pie ante las adversidades.

Por último, mención especial a Carlos⁺, Lola⁺ y Kiara⁺ quienes se me han adelantaron pero que sin duda son importantes y su recuerdo esta día a día conmigo y me motiva, de alguna u otra forma me ayudaron a lograrlo, los amo y extraño.

Índice

INTRODUCCIÓN.....	1
RESUMEN	3
1. PROTOCOLO DE INTERVENCIÓN	4
1.1. INTERVENCIONES QUIRÚRGICAS.....	4
1.1.1. <i>Principales intervenciones quirúrgicas</i>	4
1.2. ANSIEDAD	9
1.2.1 <i>DEFINICIÓN</i>	9
1.2.2. <i>Epidemiología</i>	12
1.2.3. <i>Ansiedad prequirúrgica</i>	13
1.2.3.1. <i>Definición de ansiedad prequirúrgica</i>	14
1.3. INTERVENCIÓN PSICOLÓGICA EN ANSIEDAD PREQUIRÚRGICA	19
1.3.1. <i>Estrategias de intervención</i>	20
1.4. PROTOCOLO: “INTERVENCIÓN CONDUCTUAL PARA PACIENTES CON ANSIEDAD PREVIO A CIRUGÍA POR COLECISTECTOMÍA” CON LA FINALIDAD DE DISMINUIR LOS NIVELES DE ANSIEDAD EN LOS PACIENTES QUE SERÍAN INTERVENIDOS QUIRÚRGICAMENTE POR COLECISTECTOMÍA	25
1.4.1. <i>Planteamiento del problema y justificación</i>	25
1.4.2 <i>Pregunta de investigación</i>	26
1.4.3. <i>Objetivos</i>	27
1.4.4. <i>Hipótesis</i>	27
1.4.5. <i>Tipo de estudio</i>	28
1.4.6. <i>Diseño</i>	28
1.4.7. <i>Variables</i>	28
1.4.8. <i>Participantes</i>	29
1.4.9. <i>Muestreo</i>	29
1.4.10. <i>Instrumentos</i>	30
1.4.11. <i>Materiales</i>	31
1.4.12. <i>Procedimiento</i>	32
1.4.14. <i>Análisis de resultados</i>	34
1.4.15. <i>Discusión y conclusión</i>	41
2. REPORTE DE EXPERIENCIA PROFESIONAL.....	46
2.1. MEDICINA CONDUCTUAL	46
2.1.1. <i>ANTECEDENTES DE LA MEDICINA CONDUCTUAL</i>	46
2.1.2. <i>ANTECEDENTES DE MEDICINA CONDUCTUAL EN MÉXICO</i>	50
2.2. HOSPITAL GENERAL DE ATIZAPÁN DE ZARAGOZA “DR. SALVADOR GONZÁLEZ HERREJÓN”.....	52
2.2.1. <i>Características de la sede</i>	52
2.2.2. <i>Ubicación del residente en la sede</i>	52
2.2.3. <i>El papel del psicólogo en el Hospital General de Atizapán</i>	53
2.2.4. <i>Actividades diarias</i>	53
2.2.5. <i>Otras actividades no programadas</i>	56
2.2.6. <i>Productividad</i>	56
3. COMPETENCIAS PROFESIONALES ALCANZADAS	64
3.1. ACTIVIDADES DIARIAS	64

3.2. ACTIVIDADES ACADÉMICAS	65
3.2.1 Atención psicológica en línea: Medicina Conductual Online	65
4. CONCLUSIONES	70
REFERENCIAS	72

Introducción

La ansiedad se manifiesta ante diversos estímulos, por medio de un sistema de triple respuesta que consiste en conductas motoras, sistema verbal cognitivo, y un estado fisiológico (Lang, 1968), esta respuesta cumple una función adaptativa ante las demandas del ambiente. Sin embargo, existen situaciones que nos pueden rebasar, siendo una de esas los procedimientos quirúrgicos, los cuales desencadenan una serie de reacciones (cognitivas, emocionales y físicas) de manera anticipada, durante y después del procedimiento, que aumentan los niveles de ansiedad y podrían, incluso, influir en el proceso de recuperación (Quintero *et al.*, 2017).

Aun cuando los procedimientos quirúrgicos han sido beneficiados por el desarrollo de la tecnología, que a su vez contribuye a la actualización de los materiales y medicamentos, sigue existiendo el riesgo de alguna complicación en los pacientes que serán intervenidos quirúrgicamente aún con el desarrollo e innovación de lo anteriormente mencionado, y este peligro se encuentra más en aquellos pacientes con sintomatología ansiosa (Cázares de León, 2016).

Teniendo en cuenta que, de acuerdo con el Senado de la República (2017) al menos el 14.3% de los ciudadanos mexicanos padecen trastornos de ansiedad generalizada, siendo así el más común en el país.

Específicamente la ansiedad prequirúrgica se ha reportado en 60 y 80% de los pacientes y, en un 76% de paciente de pacientes reportados en la bibliografía médica mexicana en (Hernández *et al.*, 2016), por lo que se hace necesario implementar nuevos y breves tratamientos que beneficien la salud tanto psicológica como física de los pacientes que serán sometidos a alguna cirugía y prevenir consecuencias, tanto para el paciente como para el sistema de salud, principalmente en aquellas que se realizan con mayor frecuencia en nuestro país, como las

colecistectomías, pues, de acuerdo con Fernández-Cantón (2005) y Díaz-Medina *et al.* (2021), éstas son de las más practicadas en México, solo por detrás de las cesáreas y las endoscopías.

Actualmente, existen intervenciones psicológicas que han mostrado resultados favorables en pacientes con ansiedad prequirúrgica, principalmente aquellas de corte conductual o cognitivo conductual (Becerra *et al.*, 2016; Carapia-Sadurni *et al.*, 2011; Porras-Caballero *et al.*, 2020).

Resumen

Una intervención quirúrgica es un proceso que por sus características puede desencadenar niveles de ansiedad elevados en las personas que serán intervenidas, incluso desde que son notificados que serán programados para cirugía, a esto se le conoce como ansiedad prequirúrgica, la cual se expresa a través de tres niveles de respuesta: motor, cognitivo y fisiológico. La presencia de estos niveles altos de ansiedad puede aumentar la probabilidad de alguna complicación durante y posterior a la cirugía. Es por esto por lo que, se han desarrollado tratamientos psicológicos para favorecer el control de los niveles de ansiedad previo a una cirugía y prevenir consecuencias postquirúrgicas. El objetivo del presente estudio fue evaluar la efectividad de una intervención conductual en los niveles ansiedad prequirúrgica y en las consecuencias postquirúrgicas de pacientes que fueron sometidos a colecistectomía. Participaron cinco mujeres: cuatro sometidas a colecistectomía laparoscópica y una a colecistectomía abierta, con una edad promedio de 38 años. Los resultados obtenidos indicaron un decremento en el nivel de ansiedad-estado previo al proceso quirúrgico, con un nivel moderado, de igual modo en la puntuación de ansiedad prequirúrgica, por debajo del punto de corte, junto con un tamaño del efecto grande, de tal modo que la intervención conductual breve tuvo efectos positivos en la disminución de ansiedad en pacientes hospitalizados previo a la intervención quirúrgica por colecistectomía.

Estos resultados indican que el tratamiento tuvo efectos positivos en la disminución de ansiedad previa a la intervención quirúrgica, pues el tamaño del efecto fue grande ($r = 0.90$).

1. Protocolo de intervención

1.1. Intervenciones quirúrgicas

La cirugía es la práctica que implica la manipulación mecánica de las estructuras anatómicas del cuerpo humano con un fin médico, bien sea diagnóstico, terapéutico o pronóstico, siendo así una modalidad de tratamiento médico indispensable para muchas de las patologías, malformaciones, traumatismos, neoplasias, etcétera. De tal modo que no es posible concebir la medicina actual sin la participación de esta modalidad terapéutica. Todos los hospitales, independientemente de su nivel, tienen los servicios quirúrgicos como una prioridad (Díaz-Medina *et al.*, 2021).

1.1.1. Principales intervenciones quirúrgicas

De acuerdo con la Organización Mundial de la Salud (OMS, 2008) la cirugía en los sistemas de salud públicos irá en aumento dada la creciente incidencia de traumatismos, cánceres y enfermedades cardiovasculares. Es por esto que se estima que en todo el mundo se realizan cada año 234 millones de operaciones de cirugía mayor, lo que equivale a una cirugía por cada 25 personas.

A pesar de que no hay cifras exactas y recientes a nivel nacional sobre la incidencia de procedimientos quirúrgicos llevados a cabo; existe un reporte oficial publicado por el Instituto Mexicano del Seguro Social (IMSS) en 2005, en el que se reportan las cifras de las cirugías llevadas a cabo en el año 2004. Tal reporte consta de alrededor de 2.6 millones de procedimientos quirúrgicos realizados, de los cuales la mayoría se realizaron en mujeres (67.4 %), principalmente porque el 36.3 % de estos procedimientos se llevaron a cabo por la especialidad de ginecología. De igual forma, los hallazgos indican que las principales

cirugías que se realizaron fueron: cesáreas con 222,928 casos, seguido de la colecistectomía con 62, 261 casos, y posteriormente las apendicetomías con 36, 600 casos (Fernández-Cantón, 2005).

En años más recientes, en un estudio realizado en el Centro Médico Naval de México por Díaz-Medina *et al.* (2021), se reportaron un total de 25, 114 procedimientos quirúrgicos realizados en este centro en un periodo de cuatro años (2015-2019), siendo los siguientes procesos quirúrgicos los 10 más realizados: 1) facoemulsificación de catarata con colocación de lente intraocular, 2) endoscopia, 3) cesárea Kerr, 4) colecistectomía laparoscópica, 5) atención del trabajo de parto, 6) reducción abierta y fijación interna de fracturas, 7) apendicectomía abierta, 8) hernioplastia inguinal, 9) cesárea con Oclusión Tubaria Bilateral (OTB) y 10) lavado quirúrgico.

Por otra parte, de acuerdo con los datos recabados entre enero y noviembre del 2022 en el HGA, se reportaron 1225 egresos del área de cirugía sin especificar el motivo de ingreso de cada uno de los egresos.

Como se puede apreciar en los datos mostrados, la colecistectomía por el método laparoscópico es uno de los procedimientos mayormente empleados en los servicios de cirugía en el mundo y en nuestro país.

1.1.1.1. Colecistectomía (abierto y laparoscópica)

La colecistectomía se define como un procedimiento médico quirúrgico que tiene como finalidad la extirpación de la vesícula biliar, separando de forma segura este órgano de su perfusión, el colédoco y el hígado (Enríquez-Sánchez *et al.*, 2018), este procedimiento es uno de los actos quirúrgicos abdominales que se realizan con mayor frecuencia en el mundo, siendo el tratamiento principal para la enfermedad de cálculos biliares (Roesch-Dietlen *et al.*, 2019), una de esas enfermedades es la colecistitis aguda (Almora *et al.*, 2012), la cual es una inflamación de

la pared vesicular y constituye la segunda causa de abdomen agudo en el mundo y uno de los principales motivos de consulta en las salas de urgencia, donde, cerca del 95% de los casos es por causa litiásica (Beyrouti *et al.*, 2011).

En América Latina existe una alta prevalencia de población con litiasis biliar, siendo México uno de los países con mayor cantidad de casos (14.3%), sólo por detrás de países como Chile y Bolivia (Almora *et al.*, 2012). Teniendo en cuenta esto, se realizó un estudio en México por Enríquez-Sánchez *et al.* (2018) en el Hospital Central del Estado de Chihuahua en un año, reportaron la incidencia de 355 pacientes internados e intervenidos de colecistectomía, de los cuales un 46.83 % fue debido a colecistolitiasis; 20.97% por colecistitis litiásica crónica, 10.34% por picolecisto, 7.18% por colecistitis litiásica aguda, 6.32% por hidrocolecisto, 3.73% por coledocolitiasis, y el resto por otras causas como pólipo vesicular, fístula enterobiliar, entre otras.

Como bien se puede apreciar, esta técnica es aplicada a personas que presentan trastornos y afecciones en la vesícula biliar; por tratarse de un procedimiento quirúrgico se deben tomar las medidas y prevenciones necesarias antes, durante y después para la realización exitosa de la cirugía.

Parrales *et al.* (2018) mencionan que primero se debe realizar un análisis completo de la condición de la persona, seguido del historial y el análisis físico, realizándose algunos estudios y/o exámenes, tales como ultrasonido de abdomen, examen de sangre, panel de función hepática, y en la gran mayoría de los casos, antes de realizar la colecistectomía laparoscópica se prueba primero la colangiopancreatografía retrógrada endoscópica (CPRE) y la esfinterotomía. Si el ducto común es exitosamente desatascado de piedras, entonces la colecistectomía laparoscópica es realizada. Si el procedimiento CPRE no es exitoso, la persona debe ser preparada para colecistectomía abierta con exploración de ducto común (Zollinger *et al.*, 2011).

Sin embargo, como menciona Enríquez-Sánchez *et al.* (2018), en la mayoría de los casos el tipo de abordaje quirúrgico se decide por el material quirúrgico con que se cuente, la experiencia y habilidades de los cirujanos, el grado de complicación de la colecistitis y los posibles beneficios de uno con respecto al otro, lo que individualiza a cada paciente.

De este modo por mucho tiempo se consideró a la colecistectomía convencional o abierta como el patrón de referencia para el tratamiento de la enfermedad litiásica vesicular (Pinto & Niño, 2005), para 2005, la colecistectomía abierta seguía siendo un procedimiento habitual (74.8 %) en promedio, el cirujano mexicano realizaba 84 colecistectomías al año: 63 eran de forma abierta y 21 de forma laparoscópica (Enríquez-Sánchez *et al.*, 2018). Sin embargo, este procedimiento convencional tiene ciertas desventajas con relación al de laparotomía, por ejemplo, los días de estancia hospitalaria postquirúrgica son más extensos, existen mayores complicaciones postoperatorias y aumento de las infecciones nosocomiales (Pérez *et al.*, 2000; Torres & Spinetti, 2002), por lo que actualmente se considera que la técnica de abordaje de primera elección para la extirpación total de la vesícula es la laparoscópica (Cordero-Ponce *et al.*, 2008).

Es Philippe Mouret quien realizó en Lyon, Francia, en 1987 la primera colecistectomía por laparoscopía, nuevo método que marcó un hito en la cirugía, extendiéndose gradualmente a otros procedimientos quirúrgicos más allá de los límites de la cirugía abdominal digestiva (Parrales *et al.*, 2018), es así como desde su introducción al campo de la cirugía general y por las múltiples ventajas que ofrece, la colecistectomía laparoscópica se estableció rápidamente como el tratamiento de elección en los pacientes con litiasis vesicular, siendo considerado como un procedimiento efectivo y con baja mortalidad (Jara *et al.*, 2017).

Específicamente en México, fue en 1990 cuando se realizó la primera colecistectomía laparoscópica (García *et al.*, 2016), colocándose como uno de los procedimientos más empleados conforme pasaban los años, más aún cuando el padecimiento por colecistitis continuaba al alza, pues para 2009, ya representaba la cuarta causa de ingreso hospitalario de forma general y la cuarta causa de egreso hospitalario de tipo quirúrgico, con 29,866 egresos (Enríquez-Sánchez *et al.*, 2018). De acuerdo con Chávez-Saavedra *et al.* (2019) en el año 2015 se llevó a cabo un total de 30,174 procedimientos laparoscópicos, siendo la colecistectomía laparoscópica el procedimiento laparoscópico más común en México representando el 75.9% de los procedimientos laparoscópicos.

El procedimiento de la colecistectomía laparoscópica se inicia con el establecimiento de un neumoperitoneo, que consiste en un espacio de trabajo que se crea insuflando un gas en la cavidad peritoneal (Parrales *et al.*, 2018). De este modo Benavides *et al.* (2013) reportan que existen dos técnicas para establecer el neumoperitoneo: una es la técnica cerrada, en la cual se accede a “ciegas” a la cavidad peritoneal; y la otra es la técnica abierta, en la cual se accede a la cavidad peritoneal bajo visualización directa.

Como se ha revisado, los procedimientos quirúrgicos han evolucionado a través del tiempo, lo que conlleva a mejoras en la praxis del médico cirujano y brindando mayores ventajas y seguridad a la persona que será sometida a la intervención quirúrgica; sin embargo, la cirugía no deja de ser un evento crítico, que puede seguir siendo percibido como un evento amenazante, por lo que en el siguiente punto se abordará más este tema, en específico acerca de la ansiedad y la diferencia que existe con otra variable psicológica muy parecida como el estrés.

1.2. Ansiedad

En este apartado se presenta una revisión acerca de la ansiedad, su definición principalmente desde la perspectiva cognitivo conductual, las estrategias de intervención existentes desde esta perspectiva, así como las características de la ansiedad y la epidemiología.

1.2.1 Definición

Al hablar de ansiedad, es importante tener en cuenta que es un concepto que ha sido definido por distintos autores y desde distintas perspectivas y marcos teóricos, por ello se considera relevante conocer varias de estas definiciones que permitan un panorama más amplio sobre qué es la ansiedad.

Barrilero *et al.* (1998) definen la ansiedad como una reacción compleja frente a situaciones o estímulos, potencial o subjetivamente percibidos como peligrosos o inciertos.

Asimismo, Virgen-Montelongo *et al.* (2005) mencionan que la ansiedad es “aquel sentimiento desagradable de temor, que se percibe como una señal de alerta que advierte de un peligro amenazante, frecuentemente la amenaza es desconocida, lo que la distingue del miedo, donde la amenaza es concreta y definida” (p. 2), la cual tiene su inicio frecuentemente debido a la presencia de algún evento adverso para el paciente. A pesar de que la mayor parte de los trastornos de ansiedad siguen su curso crónico, éste es fluctuante, es decir hay intervalos asintomáticos.

Para Cisneros y Ausín (2019) la ansiedad se entiende como “una emoción básica de carácter universal que se activa ante situaciones que consideramos amenazantes, tiene carácter multidimensional, desplegando un patrón de respuestas cognitivas, fisiológicas, motoras y conductuales” (p. 35).

De forma similar, la APA define a la ansiedad como una emoción caracterizada por sentimientos de tensión, pensamientos preocupantes y cambios físicos como el aumento de la presión arterial (American Psychological Association, 2021).

En el Manual Diagnóstico y Estadístico de los Trastornos Mentales (DSM 5) (2014) se entiende a la ansiedad a partir de seis criterios: A) ansiedad y preocupación excesiva (anticipación aprensiva), que se produce durante más días de los que ha estado ausente durante un mínimo de seis meses, en relación con diversos sucesos o actividades (como en la actividad laboral o escolar); B) al individuo le es difícil controlar la preocupación; C) la ansiedad y la preocupación se asocian con tres (o más) de los siguientes seis síntomas (y al menos algunos síntomas han estado presentes durante más días de los que han estado ausentes durante los últimos seis meses): inquietud o sensación de estar atrapado o con los nervios de punta, sentirse fácilmente fatigado; dificultad para concentrarse o quedarse con la mente en blanco, irritabilidad, tensión muscular y/o, problemas de sueño (dificultad para dormirse o para continuar durmiendo, o sueño inquieto e insatisfactorio); D) la ansiedad, la preocupación o los síntomas físicos causan malestar clínicamente significativo o deterioro en lo social, laboral u otras áreas importantes del funcionamiento; E) la alteración no se puede atribuir a los efectos fisiológicos de una sustancia ni a otra afectación médica y; F) la alteración no se explica mejor por otro trastorno mental (p. 137-138).

Asimismo, Barlow (2002) definió la ansiedad como una emoción orientada hacia el futuro, caracterizada por las percepciones de incontrolabilidad e impredecibilidad de eventos potencialmente aversivos, y con un cambio rápido en la atención hacia el foco de acontecimientos potencialmente peligrosos o hacia la propia respuesta afectiva ante estos eventos.

Por otra parte, la ansiedad como un estado emocional que es transitorio, situacional y displacentero de tensión, nerviosismo, temor e inquietud resultante de la estimulación endocrina, parasimpática y simpática como respuesta a un acontecimiento o situación específica actual o potencial (Jawaid *et al.*, 2007; Moreno & Calle, 2015).

Teniendo en cuenta lo anterior, entenderíamos que la ansiedad cumple una función adaptativa ante las demandas del ambiente. Sin embargo, puede generar descontrol ante determinadas situaciones y manejo inadecuado en las estrategias de afrontamiento (Quintero *et al.*, 2017).

Desde la perspectiva conductual, y en específico desde el modelo tripartito de la ansiedad de Lang, ésta se define como un tipo de respuesta ante diversos estímulos, por medio de un sistema de triple respuesta que consiste en conductas motoras, en un sistema verbal cognitivo, y un estado fisiológico, por lo cual estos mismos deben de ser separados con el objetivo de analizarlos individualmente para así poder generar un tratamiento personalizado y efectivo (Lang, 1968).

De acuerdo con Lang (1968), la respuesta motora ante la ansiedad comprende conductas evitativas y otros aspectos del comportamiento, como aumento o disminución de las gesticulaciones, cambios en la postura y temblores; el sistema verbal cognitivo, se refiere a los sucesos cognitivos o a la descripción verbal de los mismos, es decir, la percepción o evaluación individual del estímulo, incluyendo recuerdos, imágenes o pensamientos específicos, descripciones de la ansiedad, y quejas asociadas a preocupaciones; por último, el componente fisiológico, se asocia con el aumento de la actividad del sistema nervioso simpático, con incrementos de la tasa cardíaca, respiratoria, sudoración y tono muscular.

Desde la perspectiva cognitiva, entendemos a la ansiedad como un sistema complejo de respuesta conductual, fisiológica, afectiva y cognitiva que se activa al anticipar sucesos o circunstancias que se juzgan como muy aversivas porque se perciben como acontecimientos imprevisibles, incontrolables que potencialmente podrían amenazar los intereses vitales del individuo (Beck, 2013). Incluye factores cognitivos como la adversidad percibida, la incontrolabilidad, la incertidumbre, la vulnerabilidad (indefensión) y la incapacidad para obtener los resultados esperados (Barlow, 2002).

Teniendo en cuenta estos elementos la ansiedad se manifiesta a través de tres niveles de respuesta que están relacionados entre sí, los cuales son: fisiológico, cognitivo y conductual. El primero se refiere a cuando se experimenta un conjunto de sensaciones orgánicas, como taquipnea, mareos, sudoración de las manos, tensión muscular, incluso dolores de cabeza y estómago. Por otro lado, lo cognitivo se manifiesta en forma de interpretaciones, creencias, recuerdos y preocupación hacia el futuro, por ejemplo, al imaginar la ocurrencia del peor escenario posible. Por último, el aspecto conductual se caracteriza por la interacción del organismo con el contexto en donde se destaca la conducta de evitación o escape que lleva a cabo un sujeto ante situaciones que desencadenan reacciones fisiológicas desagradables, pensamientos y emociones molestas (Beck, 2013; Siegel, 2011).

1.2.2. Epidemiología

En la mayoría de las ocasiones, la ansiedad es generada por situaciones comunes durante nuestra vida cotidiana, lo cual hace que tenga sentido el hecho de que, los trastornos de ansiedad sean uno de los principales problemas en México y a nivel mundial.

De acuerdo con la Organización Mundial de la Salud (OMS), en 2007 la prevalencia de cualquier trastorno de ansiedad en México fue de 14.3%, dato que coincide con la Encuesta

Nacional de Epidemiología Psiquiátrica 2003 de México; donde, además, se menciona que los trastornos de ansiedad son los más frecuentes (Centro Nacional de Excelencia Tecnológica en Salud [CENETEC], 2010 como se cita en Álvarez-Bobadilla, 2014).

En México, el Senado de la República (2017) realizó modificaciones al artículo 72 de la Ley General de Salud que ayuda a que las personas que sufren trastornos como la ansiedad sean atendidas de forma obligatoria en el primer nivel de atención en salud, esto porque se estima que al menos el 14.3 % de los ciudadanos mexicanos padecen trastornos de ansiedad generalizada, siendo así el más común en el país, presentándose en el 50 % antes de los 25 años.

Asimismo, existen diferencias con relación a la presencia de algún trastorno de ansiedad de acuerdo con el sexo, es decir, las mujeres muestran una incidencia significativamente mayor que los hombres en la mayoría de los trastornos de ansiedad (Beck, 2013). Específicamente en México, existe una proporción mayor de ocurrencia en mujeres que en hombres, de 2 a 1, respectivamente (Virgen-Montelongo *et al.*, 2005).

1.2.3. Ansiedad prequirúrgica

Como se ha revisado a lo largo de este estudio, la manifestación de la ansiedad en los humanos se caracteriza por componentes específicos, tales como miedo, preocupación o pensamientos catastróficos ante situaciones o experiencias resultantes de la interacción entre la persona y el medio, que pareciera conllevar un riesgo vital y, uno de esos acontecimientos son los procesos quirúrgicos que desencadenan una serie de reacciones cognitivas, emocionales y fisiológicas antes del procedimiento, lo que se conoce como ansiedad prequirúrgica.

A continuación, se abordarán algunas definiciones que se han propuesto para la ansiedad prequirúrgica, sin embargo, es importante mencionar que, para fines del presente estudio se tomará como principal la propuesta de Lang basada en su modelo tripartito de la ansiedad.

1.2.3.1. Definición de ansiedad prequirúrgica

Dentro del ambiente hospitalario se encuentran varias áreas de trabajo, una de ellas es el área quirúrgica en la que es común detectar altos niveles de ansiedad preoperatoria desde el momento en que se le informa al enfermo de la intervención quirúrgica a la cual será sometido, agudizándose minutos previos al evento y extendiéndose hasta 48 horas después, teniendo también una relación inversamente proporcional con la recuperación (Álvarez-Bobadilla, 2014; Carapia-Sadurni *et al.*, 2011).

Idealmente, estos pacientes no deberían tener preocupaciones más allá de las que están relacionadas con su enfermedad, pero, el miedo de convertirse en personas con discapacidad, el miedo a la cirugía, a la anestesia y a la muerte, con frecuencia conducen a los síntomas de ansiedad en este periodo (Maranets & Kain, 1999), y son estos altos niveles de ansiedad durante el proceso quirúrgico, los que pueden influir negativamente en la recuperación, viéndose reflejado en largas estancias hospitalarias o en mayor necesidad de analgésicos, lo cual implica un elevado coste económico para el paciente y para el sistema de salud (Barrilero *et al.*, 1998).

Martínez-Sánchez y Valiente (1994) definen a la ansiedad prequirúrgica como un estado emocional displacentero, que antecede y persiste más allá del acto quirúrgico, manifestado a través de un patrón variable de respuestas que engloban aspectos: 1) cognitivos de amenaza, miedo y aprehensión; 2) fisiológicos, caracterizados por un alto grado de activación del sistema nervioso autónomo, además de cambios endocrinos, inmunológicos, etc., y 3) motores, de evitación e inquietud.

De forma similar, Figueroa *et al.* (2018) definen la ansiedad preoperatoria como la condición emocional transitoria con sentimientos de nerviosismo, tensión, aprehensión, temor y

actividad elevada del sistema nervioso autónomo, que pueden variar tanto en tiempo como en intensidad.

Por otra parte, Valenzuela-Millán *et al.* (2010) la definen como un malestar psíquico y físico que nace de la sensación de peligro inmediato y se caracteriza por temor difuso, que puede ir de la inquietud al pánico.

Es importante recordar que, es la definición de Lang en la que se basará este estudio, pues a pesar de que no existe una definición como tal de ansiedad prequirúrgica por parte de este autor, las anteriores definiciones comparten la perspectiva conductual de Lang (1968) al resaltar la ansiedad como un tipo de respuesta ante ciertos estímulos (evento quirúrgico) a través de un triple sistema de respuesta (motor, verbal cognitivo y fisiológico).

1.2.3.2. Incidencia de la ansiedad prequirúrgica

Los procesos quirúrgicos desencadenan una serie de reacciones mentales, emocionales y físicas que pueden aumentar el grado de ansiedad, llegando al punto de influir en el proceso de recuperación de los pacientes son sometidos a cirugías. Cuanta más ansiedad experimenta el paciente antes de la operación, más larga y difícil suele ser la convalecencia (Quintero *et al.*, 2017; Romeo & Muniesa, 2014).

De acuerdo con Sigdel (2015) la incidencia de ansiedad preoperatoria varía de acuerdo con el entorno de la cirugía, género y motivos de la cirugía. Y, la prevalencia es tan alta que va desde el 32% en pacientes en espera para cirugía general al 50% en pacientes en espera de una cirugía de revascularización coronaria; de forma general la ansiedad prequirúrgica se ha reportado en el 60 y 80% de los pacientes y, en la bibliografía médica mexicana en el 76% (Hernández *et al.*, 2016).

En un estudio que se llevó a cabo con 500 pacientes durante la consulta preanestésica en el Hospital General de México se encontró que, 165 (33%) presentaron temor a la cirugía, 227 (45%) refirieron temor por la anestesia, y 176 (35%) tuvieron temor al ambiente hospitalario (Ruíz-López *et al.*, 2000).

Hernández *et al.* (2016) realizaron un estudio en México con 100 pacientes que serían intervenidos quirúrgicamente, en el que encontró que el 25% estaban ansiosos por la anestesia y la cirugía. De forma similar, Porras-Caballero *et al.* (2020) evaluaron la ansiedad en 40 pacientes del área preoperatoria de un hospital de alta especialidad en Monterrey, Nuevo León, obteniendo como resultado que el 96% de ellos presentó niveles altos de ansiedad.

1.2.3.3. Factores asociados a la ansiedad prequirúrgica

Los altos niveles de ansiedad ante una intervención quirúrgica suelen ser determinados por diversos factores, de este modo Kindler *et al.* (2000) propusieron algunas causas de la ansiedad preoperatoria en tres dimensiones: el miedo a lo desconocido, la idea de estar enfermo y la posibilidad de acabar con la vida.

Existen otros factores que elevan los niveles de ansiedad en los pacientes, como la magnitud del agente traumático externo o real, es decir, la gravedad de la enfermedad, la duración del periodo preoperatorio, los antecedentes familiares sobre intervenciones, y la capacidad subjetiva del paciente para hacer frente a la ansiedad (Gordillo *et al.*, 2011), asimismo, las características del ambiente hospitalario (desorientación, pérdida de intimidad, abandono del entorno y roles habituales, entre otros), lenguaje técnico poco comprensible (nomenclatura médica que el enfermo percibe como grave), además de los temores que implican someterse a un procedimiento quirúrgico como: la preocupación por la familia o personas a las que atiende habitualmente, el hecho de no obtener alivio para el dolor con fármacos, tener molestias por la

operación y el dolor debido a ésta, de igual forma el estar encamado es un factor ansiógeno (Álvarez-Bobadilla, 2014; Barrilero *et al.*, 1998; Jlala *et al.*, 2010).

Asimismo, se ha comprobado que pacientes que creen necesitar información sobre el procedimiento que se les realizará presentan niveles de ansiedad más altos que los que necesitan menor información (Porras-Caballero *et al.*, 2020).

1.2.3.4. Evaluación de la ansiedad

El abanico de posibilidades que se tiene para evaluar la ansiedad en una situación específica como un procedimiento quirúrgico es bastante amplio, tal es el caso que en diversos estudios en los que se ha evaluado la ansiedad prequirúrgica han sido utilizados diversos instrumentos como la *Escala de Ansiedad de Hamilton* (HAS) (Gaona & Contenido, 2018), la *Escala Clínica de Ansiedad* (CAS), el *Inventario de Ansiedad Rasgo Estado* (IDARE) (Bernal *et al.*, 2022; Becerra *et al.*, 2016; Jlala *et al.*, 2010; López *et al.*, 1990), el *Inventario de Ansiedad de Beck* (IAB) (Agac *et al.*, 2014; Quintero *et al.*, 2017), la *Escala de Goldberg*, la *Escala de Ansiedad y Depresión Hospitalaria* (HADS) (Barrilero *et al.*, 1998; López *et al.*, 1990) y la *Escala de Información y Ansiedad Preoperatoria de Amsterdam* (Hernández *et al.*, 2016; Valenzuela-Millán *et al.*, 2010), incluso a través de medidas subjetivas como las *Escalas Visuales Análogas* (EVA) (Jlala *et al.*, 2010; Ruiz-López *et al.*, 2000).

Existen estudios en los que se analiza la ansiedad prequirúrgica, en donde sugieren llevar a cabo la evaluación de ésta por medio de distintos instrumentos 24 horas antes de que se lleve a cabo la intervención quirúrgica, para así valorar cómo incide en la recuperación postquirúrgica (Bisbe *et al.*, 1999; Cordero-Ponce *et al.*, 2008; Chirveces & Arnau, 2006; Moreno & Calle, 2015).

En el presente estudio, se hará uso de la *Escala de Ansiedad Preoperatoria y de Información Ámsterdam* (APAIS) junto con la *Escala de Ansiedad-Estado del Inventario de Ansiedad Rasgo-Estado* (IDARE).

La primera que se menciona (APAIS), además de evaluar el nivel de ansiedad prequirúrgica, también permite evaluar la demanda de información que tiene el paciente sobre el procedimiento quirúrgico. Esta escala ha sido de gran utilidad en diversos estudios de la misma índole que el presente, siendo uno de los instrumentos de medición que actualmente es empleado con mayor frecuencia para la evaluación de ansiedad prequirúrgica (Navarro-Gastón, 2020; Rivera-Fong *et al.*, 2018; Valenzuela-Millán *et al.*, 2010). Específicamente Hernández, y colaboradores en 2016, realizaron un estudio en el que evaluaron ansiedad prequirúrgica con la escala APAIS, en pacientes que serían sometidos a diversos tipos de cirugía, predominando la colecistectomía laparoscópica. Asimismo, dentro de las ventajas que tiene aplicar este instrumento para el presente estudio, es que se requiere de poco tiempo para contestarla y que los resultados obtenidos permiten identificar qué tanto requiere de información el paciente prequirúrgico y si es ese un desencadenante de la ansiedad prequirúrgica.

Mientras que el IDARE, particularmente la escala de Ansiedad-Estado, definida por Spilberger y Diaz Guerrero (1975) como: “Una condición o estado emocional transitorio del organismo humano, que se caracteriza por sentimientos de tensión y de aprensión subjetivos conscientemente percibidos, y por aumento de la actividad del sistema nervioso autónomo” (P.1). Este instrumento (IDARE) ha sido utilizado en diversos estudios para la evaluación de la ansiedad en pacientes prequirúrgicos (Bernal *et al.*, 2022; Corona *et al.*, 2020; Figueroa *et al.*, 2018). Para el presente estudio, se decidió utilizar únicamente la subescala de estado, ya que teniendo a consideración las distintas definiciones de la ansiedad prequirúrgica, en las que se

describe como un estado emocional o una condición transitoria (Figuroa *et al.*, 2018; Martínez-Sánchez & Valiente, 1994), permitiría obtener resultados que indiquen los niveles de ansiedad en ese momento y que probablemente se deba al proceso quirúrgico.

De igual forma, complementariamente se utilizará la Escala Numérica Análoga (ENA) en la que el paciente reporta los niveles subjetivos de ansiedad que percibe, así como la intensidad de dolor postquirúrgico.

1.3. Intervención psicológica en ansiedad prequirúrgica

Algunos organismos importantes como la Organización Mundial de la Salud (OMS) o la Federación Mundial de la Salud Mental (WFMH), resaltan la importancia que tiene el tratamiento psicológico previo a una cirugía, pues además de ser el mejor tratamiento posible para las personas afectadas por ansiedad prequirúrgica, también tiene ventajas económicas y psicosociales en los servicios de atención primaria; además de lo anterior, provee al paciente de una atención sanitaria más humanizada centrada en las necesidades del enfermo, contrario a la perspectiva biologicista tradicional (Álvarez-Bobadilla, 2014; Valenzuela-Millán *et al.*, 2010).

Al predominar esta perspectiva biologicista en el ambiente hospitalario, los médicos no están entrenados para manejar ni identificar aquellas variables psicosociales que forman parte del paciente enfermo y en este caso específico de aquel que será intervenido quirúrgicamente, lo cual puede llevar al manejo no adecuado de la situación; es por esto también que es importante la intervención del psicólogo.

En esta área, los objetivos de la intervención psicológica son llevar a niveles manejables para el paciente las respuestas psicológicas ante tal evento y ofrecer habilidades para el afrontamiento efectivo. Tal intervención se apoya de la evaluación psicológica previa, como

elemento insustituible para la toma de decisiones y el establecimiento de metas (Castillero, 2007).

Actualmente existen diversas intervenciones psicológicas utilizadas para la ansiedad ante la intervención psicológica, independientemente del tipo de cirugía logrando establecer, a través del tiempo intervenciones y programas psicológicos con el propósito de poder ayudar a los pacientes a controlar y manejar la conducta y el pensamiento ante ciertas enfermedades y los factores de su entorno, esto con el menor costo emocional (Ortigosa *et al.*, 2009).

De esta forma, la preparación psicológica en pacientes que formarán parte de una intervención quirúrgica tiene por objetivo prevenir y disminuir emociones como la ansiedad, el estrés y temores, para no hacer más largo el tiempo de la operación, también a que se tenga buena comprensión del proceso quirúrgico y sus implicaciones, a participar activamente en el proceso quirúrgico, colaborar en su recuperación, tener mejor tolerancia al dolor y percepción del mismo (Cázares de León *et al.*, 2016).

1.3.1. Estrategias de intervención

Dentro del abanico de estrategias que conforman una intervención psicológica, se encuentran: 1) las técnicas cognitivas, que pretenden alejar los pensamientos intrusivos que pueden surgir por parte del paciente sobre la cirugía y se basa en un entrenamiento más focalizado en lo cognitivo; 2) las técnicas conductuales, en las que el objetivo es la modificación del comportamiento del paciente. Entre las más empleadas está la relajación, el modelamiento y el suministro de instrucciones conductuales dependiendo el tipo de cirugía y; 3) las técnicas informativas, que son principalmente a través de folletos, videos, etc. (Cázares de León *et al.*, 2016).

Teniendo en cuenta lo anterior, existen diversos estudios en los que se reporta el uso de algunas estrategias psicológicas para la reducción de la ansiedad en el paciente que será intervenido quirúrgicamente, entre esos estudios, existe un metaanálisis (Powell *et al.*, 2016), que incluye 105 estudios realizados entre 1970 y 2014, en el que se mencionan diversas técnicas para la reducción de esta variable en pacientes que serían sometidos a cirugía cardiológica, ortopédica y abdominal. Dentro del abanico de estrategias reportadas, se encuentran aquellas basadas en la información al paciente, técnicas de relajación, instrucciones conductuales, intervenciones cognitivas y técnicas basadas en la emoción que se describieron en general, como efectivas para reducir el dolor postoperatorio, la duración de la estancia hospitalaria y efectos negativos (evaluado principalmente con escalas de ansiedad).

1.3.1.1. Psicoeducación

La vía de intervención principal ante la ansiedad prequirúrgica ha sido la intervención farmacológica, aun cuando éstas no han sido del todo efectivas, además de que se asocian a efectos secundarios como el dolor, la náusea y fatiga, los cuales pueden repercutir en retrasar el alta del paciente, mayor uso de medicamento y, por ende, prolongar su estancia hospitalaria (Feixas & Saldivar-Maldonado, 2010).

A pesar de que mucho se ha avanzado en la farmacología para combatir la ansiedad en este periodo, existe otra vía de intervención por medio de técnicas no farmacológicas, siendo la información sobre el procedimiento quirúrgico una de las más utilizadas; la cual, generalmente contiene información específica acerca del procedimiento quirúrgico al que será sometido el individuo e información de tipo sensorial respecto a las sensaciones posoperatorias que pueda llegar a experimentar (Martínez-Sánchez & Valiente, 1994; Ruiz-López *et al.*, 2000).

De tal modo que, se puede optar por el uso de estrategias como: la información audiovisual con material didáctico con realización de visitas guiadas a salas de operaciones, entre otras (Martín-Crespo *et al.*, 2007; Ruiz-López *et al.*, 2000).

Siguiendo en esta línea, en un estudio realizado por Jjala *et al.* en el 2010, compararon dos grupos de pacientes que serían intervenidos quirúrgicamente, a un grupo le ofrecieron una intervención basada únicamente en información multimedia y al otro, nada, como grupo control; obteniendo resultados que demuestran la disminución de los niveles de ansiedad pre y post quirúrgica en los pacientes que recibieron la información, no así con aquellos que formaban parte del grupo control.

A pesar de que la educación preoperatoria juega un papel importante en la recuperación, hay controversia en diversos grupos de edad, nivel educativo y estado emocional. Cuando el anestesiólogo proporciona más información sobre el procedimiento anestésico se presenta menor ansiedad. Aunque cabe mencionar que existen algunos pacientes que prefieren no solicitar más información porque aumenta el temor a la cirugía y por tanto el nivel de ansiedad (Hernández *et al.*, 2016).

1.3.1.2. Estrategias de relajación

Una de las estrategias que se incluyen con mayor frecuencia en las distintas propuestas realizadas para intervenir en ansiedad prequirúrgica, son las estrategias de relajación, principalmente aquellas de respiración que, en muchas ocasiones van acompañadas de técnicas de imaginación y visualización (Becerra *et al.*, 2016; Bernal *et al.*, 2022; Castellero, 2007; Quintero, *et al.*, 2017; Porras-Caballero, *et al.*, 2020), con el fin de estimular la recuperación física, disminuir la ansiedad conjuntamente con sus mecanismos fisiológicos, manejar el dolor, así como alejar la atención del paciente de las fuentes de ansiedad (Castillero, 2007).

La técnica de control de respiración es el procedimiento más sencillo y eficaz en el control de la activación. Respirar es imprescindible, pero la forma de hacerlo puede ser muy dispar. De tal modo que, distintas condiciones pueden favorecer hábitos de respiración poco adecuados, una de estas condiciones se presenta durante situaciones estresantes, favoreciendo la aparición de una respiración rápida y superficial (Labrador & López, 2014). Es por esto que, el objetivo de esta técnica es enseñar el adecuado control de la respiración en condiciones óptimas, para después generalizar y automatizar este control en todo tipo de situaciones, en especial en las más problemáticas (Hazlett-Stevens & Craske, 2003).

De acuerdo con Labrador & López (2014), debe de haber condiciones que faciliten la realización de estas técnicas, tales como: postura cómoda, ojos cerrados, ropa holgada, eliminación de estímulos distractores, entre otros. El tiempo estimado de ejecución oscila entre dos o tres minutos, repitiéndose cada uno varias veces según la habilidad para dominarlo.

1.3.1.3. Mindfulness

Las programas e intervenciones de mindfulness ayudan a las personas a tomar conciencia y sentirse cómodas con los pensamientos, sentimientos y sensaciones corporales, y a participar en comportamientos intenciones en lugar de automáticos (Chad-Friedman *et al.* (2017).

De acuerdo con Germer *et al.* (2005) el mindfulness mejora los síntomas psicológicos y físicos de la ansiedad a través de la relajación y ayuda al individuo a tomar conciencia de lo que ocurre internamente en cada momento, centrándose en sus experiencias positivas, negativas y neutras reduciendo la actitud crítica (Marinelli *et al.*, 2020).

El uso del mindfulness como estrategia para disminuir la ansiedad prequirúrgica no ha sido reportado tanto como las técnicas anteriormente mencionadas, sin embargo, existen algunos estudios en los que se menciona su efectividad en esta variable, tal como el realizado por Chad-

Friedman *et al.* (2017), en el que se realizó una intervención psicológica basada en mindfulness para pacientes con ansiedad prequirúrgica, obteniendo resultados que indicaban mejoras significativas en la intensidad del dolor y en los niveles de ansiedad estado y posterior a la intervención psicológica.

De forma similar Dindo *et al.* (2018), llevaron a cabo un estudio en pacientes con ansiedad previo a ser intervenidos quirúrgicamente, llevando a cabo una intervención psicológica breve que, dentro de las estrategias que la conformaban incluía mindfulness. Los resultados de este estudio mostraron que los pacientes que recibieron este tratamiento disminuyeron sus niveles de ansiedad y con ello el dolor crónico posoperatorio.

De igual modo, Tsimopoulou *et al.* (2015) informaron en una revisión sistemática que las intervenciones psicológicas más efectivas para el manejo del estrés antes de la cirugía de cáncer (principalmente de mama, próstata o colorrectal) fueron técnicas de respiración, relajación muscular progresiva, meditación y mindfulness, "imágenes guiadas" (donde se les pidió a los participantes que imaginen estar en un lugar seguro y cómodo), resolución de problemas y estrategias de afrontamiento.

1.3.1.4. Desensibilización sistemática por imaginación

La desensibilización sistemática, es una técnica dirigida a reducir las respuestas de ansiedad y las conductas de evitación ante determinados estímulos. El supuesto básico de este procedimiento es que existen determinados estímulos que generan, de forma automática, respuestas de ansiedad en la persona y, pretende que esos mismos estímulos provoquen, también de manera automática, respuestas incompatibles con la ansiedad. Así, se impide el desarrollo de la ansiedad y la puesta en marcha de la evitación (Labrador & López, 2014).

Para llevar a cabo este procedimiento es importante haber entrenado previamente al paciente en alguna estrategia de relajación, de igual modo, es importante mencionar que esta estrategia se puede llevar de dos maneras: por imaginación o en vivo; la diferencia entre ellas radica en la forma en que será expuesto el sujeto a los estímulos (previamente jerarquizados desde la mínima ansiedad hasta la máxima), es decir, por una parte será de forma real mientras que en la otra será de forma imaginaria, en esta última se pretende que se generalice la reducción de la ansiedad de los estímulos imaginarios a los estímulos reales (Gavino, 2018).

1.4. Protocolo: “Intervención conductual para pacientes con ansiedad previo a cirugía por colecistectomía” con la finalidad de disminuir los niveles de ansiedad en los pacientes que serían intervenidos quirúrgicamente por colecistectomía

1.4.1. Planteamiento del problema y justificación

Los procesos quirúrgicos desencadenan una serie de reacciones de manera preventiva, antes, durante y después del procedimiento, es por esto que es común detectar que la ansiedad preoperatoria se manifiesta desde el momento en que al enfermo se le informa de la intervención quirúrgica a la cual será sometido agudizándose minutos previos al evento complicando la preparación prequirúrgica del paciente, influyendo también durante el procedimiento quirúrgico, al generar cambios en el sistema inmunológico, y extendiéndose hasta 48 horas después de la intervención, teniendo relación directa con el proceso de recuperación, asociándose con una recuperación más lenta y dolorosa, y con mayor cantidad de complicaciones, incluso complicaciones a largo plazo (Álvarez-Bobadilla, 2014; Quintero *et al.*, 2017).

Y, es la colecistectomía una de las cirugías que se lleva a cabo con mayor frecuencia (Díaz-Medina *et al.* 2021; Fernández-Cantón, 2005), en la que predomina un porcentaje considerable de pacientes con ansiedad, tal como lo reporta Hernández, y colaboradores (2016),

quienes en un estudio que realizaron obtuvieron que el 25% de 100 pacientes que serían sometidos a algún proceso quirúrgico, reportaron altos niveles de ansiedad, predominando aquellos a los que se les realizaría colecistectomía laparoscópica.

Debido a las características tanto del contexto hospitalario como del periodo prequirúrgico, se vuelve una necesidad la elaboración y aplicación de intervenciones breves y eficaces. Ante esto, existen estudios en los que se ha comprobado que las intervenciones psicológicas de corte cognitivo conductual permiten mejorar la adaptación antes y después de la cirugía, obteniendo resultados que favorecen la reducción de los niveles de ansiedad previo a una intervención quirúrgica (Becerra *et al.*, 2016; Carapia-Sadurni, *et al.*, 2011; Porras-Caballero *et al.*, 2020; Quintero *et al.*, 2017).

Teniendo en cuenta que los pacientes con altos niveles ansiedad preoperatoria tienen una tasa de mortalidad mayor en los cuatro años siguientes de la cirugía, además de la prolongada estancia hospitalaria y el coste económico que esto conlleva (Gonçalves *et al.*, 2016), y que el periodo preoperatorio es en el que más pacientes experimentan ansiedad (entre 60-80% de los pacientes la padecen) siendo más susceptibles a un desequilibrio emocional (Davis-Evans, 2013), es importante la participación del psicólogo en medicina conductual con intervenciones que sean eficaces y beneficien, por un lado al paciente preoperatorio a disminuir su ansiedad ante el procedimiento y tener un mejor proceso de recuperación, así como también beneficiar al resto de profesionales de la salud que forman parte del equipo multidisciplinario que forme parte del procedimiento quirúrgico, facilitando el evento.

1.4.2 Pregunta de investigación

¿Qué efectividad tendrá una intervención conductual compuesta por técnicas como psicoeducación, entrenamiento en respiración rítmica, mindfulness y desensibilización

sistemática por imaginación en los niveles de ansiedad en pacientes que serán sometidos a colecistectomía?

1.4.3. Objetivos

Objetivo general

Evaluar la efectividad de una intervención conductual en los niveles ansiedad prequirúrgica y en las consecuencias postquirúrgicas de pacientes que serán sometidos a colecistectomía.

Objetivos específicos

- Diseñar un programa de intervención conductual que incluya psicoeducación, técnica de relajación (respiración rítmica), mindfulness y desensibilización sistemática por imaginación para pacientes con ansiedad prequirúrgica.
- Evaluar de manera grupal el efecto de la intervención conductual en pacientes con ansiedad previa a la intervención quirúrgica por colecistectomía.
- Evaluar de manera individual el efecto de la intervención conductual en pacientes con ansiedad previa a la intervención quirúrgica por colecistectomía.
- Analizar las diferencias en los niveles de ansiedad entre los participantes previo y posterior a la cirugía.
- Analizar el uso de analgésicos, complicaciones y días de estancia postcirugía por medio de información proporcionada por el personal médico.

1.4.4. Hipótesis

Si se lleva a cabo una intervención conductual, entonces los niveles de ansiedad prequirúrgica y las consecuencias postquirúrgicas disminuirán.

Ha: Habrá diferencias significativas en los niveles de ansiedad prequirúrgica antes y después de la intervención conductual.

Ho: No habrá diferencias significativas en los niveles de ansiedad prequirúrgica antes y después de la intervención conductual.

1.4.5. Tipo de estudio

De acuerdo con Méndez *et al.* (1990) se desarrolló un estudio de tipo prospectivo transversal.

1.4.6. Diseño

Se desarrolló un diseño preexperimental preprueba y posprueba con un solo grupo, en el cual se aplica a un grupo una medición previa al tratamiento experimental, después se le administra el tratamiento y al final se vuelve a medir con una prueba (Hernández *et al.*, 2016).

Dicho modelo se representa a continuación

G O1 X O2

1.4.7. Variables

Variable Independiente: *Intervención conductual.*

Definición conceptual: Un conjunto coordinado de actividades observables, replicables y en sintonía con los principios de aprendizaje, que tienen como objetivo cambiar patrones de comportamiento específicos (Michie *et al.*, 2015).

Definición operacional: Tratamiento compuesto por técnicas conductuales como psicoeducación, respiración rítmica, mindfulness y desensibilización sistemática por imaginación.

Variable Dependiente: *Ansiedad prequirúrgica.*

Definición conceptual: Estado emocional displacentero que surge de la sensación de peligro inmediato, que antecede y persiste más allá del acto quirúrgico, que se manifiesta a través de un patrón variable de respuestas cognitivas, fisiológicas y motoras, que pueden variar tanto en

tiempo como en intensidad (Figuroa *et al.*, 2018; Martínez-Sánchez & Valiente, 1994; Valenzuela-Millán *et al.*, 2010).

Definición operacional: Niveles altos de respuestas de ansiedad previo a la cirugía evaluados a través de la Subescala de Ansiedad-Estado del Inventario de Ansiedad Rasgo - Estado (IDARE) y la Escala de Ansiedad Preoperatoria y de Información de Ámsterdam (APAIS).

1.4.8. Participantes

Participaron voluntariamente cinco mujeres con edades de entre los 19 y 68 años hospitalizadas en el servicio de cirugía general del HGA para ser intervenidas quirúrgicamente por colecistectomía abierta o laparoscópica. Se tomaron en cuenta los siguientes criterios en los participantes para su integración en el protocolo de intervención:

1.4.9. Muestreo

Se realizó un muestreo no probabilístico por conveniencia para la implementación del protocolo de intervención

Criterios de inclusión:

- Pacientes hospitalizados en el servicio de cirugía del HGA con indicación de al menos un día de internamiento previo a su cirugía.
- Pacientes programados para colecistectomía abierta o laparoscópica
- Ser mayores de 18 años
- Pacientes que sepan leer y escribir
- No tener alguna discapacidad visual o auditiva
- Que presenten ansiedad prequirúrgica (11 puntos o más en la escala APAIS).
- Que presenten ansiedad alta (50 puntos o más en la subescala Estado del IDARE)

- Que acepten ser incluidos en el estudio.

Criterios de exclusión:

- Cualquier comorbilidad psiquiátrica.
- Estar bajo medicación psiquiátrica.
- Que ya esté recibiendo atención psicológica.

Criterios de eliminación:

- Pacientes que presenten alguna complicación médica dentro de hospitalización.

1.4.10. Instrumentos

- *Escala de Ansiedad Preoperatoria y de Información de Ámsterdam (APAIS)* (Moerman *et al.*, 1996): Este instrumento evalúa ansiedad ante la anestesia, el procedimiento, y la necesidad de información (Méndez *et al.*, 2019). La escala cuenta con seis reactivos organizados en dos factores, el primer factor denominado “Ansiedad por el procedimiento”, está compuesto por los siguientes reactivos: “Estoy preocupado por el procedimiento”, “El procedimiento está en mi mente constantemente”, “Me gustaría saber lo más posible sobre el procedimiento”; el segundo factor denominado “Ansiedad por la anestesia” está compuesto por los tres reactivos restantes: “Estoy preocupado por la anestesia”, “La anestesia está en mi mente constantemente”, y “Me gustaría saber lo más posible sobre la anestesia”. Cuenta con una escala tipo Likert con cinco opciones de respuesta, donde 1 es absolutamente no y 5 muchísimo. Posee una consistencia interna de 0.82, el punto de corte para población oncológica es de 14 puntos, en otras poblaciones se sugiere un corte de ≥ 11 puntos, por lo que será este último punto de corte como referencia para el presente estudio.

- *Escala de Ansiedad-Estado del Inventario de Ansiedad Rasgo - Estado (IDARE)* (Díaz-Guerrero & Spielberger, 1975) (Ver Anexo 1): Evalúa la ansiedad en dos dimensiones: rasgo,

que es el nivel de ansiedad que tiene una persona comúnmente en su vida diaria, mientras que en la dimensión estado, se evalúa el nivel de ansiedad que presenta una persona en el momento de la aplicación. Para los objetivos del presente estudio, solamente se aplicará la escala de Ansiedad-Estado, la cual cuenta con 20 reactivos con cuatro opciones de respuesta de tipo Likert que van de “no en absoluto” (1) a “mucho” (4), y posee una consistencia interna de 0.89. De acuerdo con la puntuación obtenida, es que se establecen los siguientes niveles de intensidad de ansiedad-estado: de 20 a 31 puntos indica “ansiedad baja”, de 32 a 49 puntos es “ansiedad moderada”, de 50 a 80 puntos es “ansiedad alta”, el punto de corte para la población de este estudio es de 50 puntos.

- *Escala Numérica Análoga* de ansiedad: Se evalúa el nivel de ansiedad subjetivo que percibe el paciente, de acuerdo con una escala numérica que va de 0 a 10, en donde 0 significa “nada de ansiedad” y 10 “mucho ansiedad”.

- *Escala Numérica Análoga* de dolor: Se evalúa el nivel subjetivo de intensidad de dolor postquirúrgico que percibe el paciente, de acuerdo con una escala numérica que va de 0 a 10, en donde 0 significa “nada de dolor” y 10 “dolor insoportable”.

Aparatos:

- Tablet “Bleck” para la reproducción de videos psicoeducativos sobre el procedimiento de colecistectomía.
- Grabadora de voz (aplicación integrada en celular Samsung Galaxy A5).
- Reproductor de audio MP3 de la tablet “Bleck”.

1.4.11. Materiales

- Consentimiento informado (Ver anexo 3).
- Material psicoeducativo:

- Infografías sobre la rutina hospitalaria del paciente (Ver anexo 6) y sobre qué es la ansiedad prequirúrgica (Ver anexo 5).
- Video psicoeducativo llamado “colecistectomía, extirpación de la vesícula biliar”, descargado de la página web YouTube) (Ver anexo 7).
- Grabaciones de audio con contenido de meditación guiada enfocada en respiración.

1.4.12. Procedimiento

La intervención estuvo compuesta por cinco etapas: La primera consistió en la captación de la posible participante, esto a través del pase de visita que se realizaba en las mañanas. Una vez que las participantes aceptaron participar en el estudio, se llevó a cabo la fase de Evaluación Pre-Intervención, en la que se aplicaron la escala APAIS, la Escala de Ansiedad-Estado del IDARE, ENA de ansiedad y dolor, y reporte de queja, de las cuales se obtuvieron resultados y se registraron en el formato de evaluación (Ver anexo 4), de tal forma que se devolvió a las participantes los resultados obtenidos y se procedió a la siguiente fase, la cual fue de Intervención conductual, que estuvo compuesta por psicoeducación en ansiedad prequirúrgica a través de material psicoeducativo (infografías y video informativo), relajación por medio de respiración rítmica, mindfulness y desensibilización sistemática por imaginación; posteriormente, se llevó a cabo la fase de Evaluación Post- Intervención en la que se volvieron a aplicar las escalas APAIS, Escala de Ansiedad-Estado del IDARE, ENA de ansiedad y de dolor, autorreporte de queja; por último, se realizó la fase de seguimiento postquirúrgico, en la que se solicitará información al personal médico acerca del uso de analgésicos, complicaciones y días de estancia postquirúrgica, (ver tabla 1).

Tabla 1*Procedimiento de intervención*

Fase	Procedimiento	Descripción
	Captación del posible participante	Durante el pase de visita se observó el estado de ánimo de los pacientes que serían sometidos a colecistectomía. Posteriormente, durante el transcurso del día se les visitó en su cama y se les explicó a los participantes el objetivo del estudio y se les entregó el consentimiento informado que firmaron al estar de acuerdo.
Fase 1	Evaluación pre-intervención	Tras haber firmado el consentimiento informado, se les realizó a las participantes una breve entrevista y se les aplicó instrumentos de medición (subescala estado del IDARE, escala APAIS, ENA de dolor y ansiedad), se les hizo devolución de resultados y, a quienes obtuvieron resultados requeridos para el estudio se les explicó en qué consistía la siguiente fase.
Fase 2	Intervención conductual	El tiempo en el que se llevó a cabo esta fase fue variable, ya que dependió de la proximidad de la cirugía, la disponibilidad de las pacientes y del horario del terapeuta. Previo y posterior a cada técnica trabajada se evaluaba a través de una ENA de ansiedad que iba de “cero” a “diez” en donde cero significaba “nada de ansiedad” y diez “mucho ansiedad”. Esta fase estuvo compuesta por cuatro técnicas: <hr/> Psicoeducación: Se les entregó a las participantes una infografía “Todo lo que necesitas saber sobre la ansiedad preoperatoria” junto con el tríptico “Lo que debo saber durante mi hospitalización”, posteriormente, se continuó con la psicoeducación en el proceso quirúrgico de colecistectomía a través de un video que se mostraba en una Tablet, al terminar se incitaba a las pacientes a externalizar sus dudas en caso de tenerlas. <hr/> Respiración rítmica: Se les explicó a las participantes el objetivo de realizar esta técnica, posteriormente se modeló su ejecución y se les pidió a los participantes hicieran tres ciclos de respiración tres veces al día. <hr/> Mindfulness: Se explicó el objetivo de la técnica y los pasos a seguir, se les proporcionó a las participantes material auditivo a través de una Tablet que contenía el audio de meditación guiada enfocada en la respiración. Al final se aclaraban dudas en caso de haberlas. <hr/> Desensibilización sistemática por imaginación: Se le explicó a la participante el objetivo de la técnica. Previo a llevar el proceso de imaginación, se relajó a la participante con respiración rítmica, posteriormente se le pidió cerrar los ojos e imaginará el escenario del trayecto desde que el camillero llega por ella a su cama hasta el quirófano, al terminar el proceso de imaginación se vuelve a practicar respiración rítmica y, se le pide a la paciente que practique la técnica al menos una vez al día.
Fase 3	Evaluación post-intervención	Posterior a la intervención y previo a la intervención quirúrgica, se les volvió a aplicar los instrumentos de medición (subescala estado del IDARE, escala APAIS, ENA de dolor y ansiedad) y se les hizo devolución de resultados.
Fase 4	Seguimiento post-quirúrgico	Posterior a la cirugía se registró días de estancia post hospitalaria, nombre y cantidad de analgésicos utilizados, autorreporte de queja, si existieron complicaciones, ENA de ansiedad y dolor.

Nota: elaboración propia.

1.4.13. Análisis de datos

Los datos se analizaron con el paquete estadístico *Statistical Package for the Social Sciences* (SPSS) en su versión 26.0 para Windows. Se emplearon estadísticos descriptivos para las variables sociodemográficas de los participantes. Para evaluar los efectos de la intervención intragrupal se utilizó la prueba Wilcoxon para dos muestras relacionadas, calculándose el tamaño del efecto (r de Rosenthal) con los siguientes puntos de corte: efecto pequeño (de 0.1 a 0.3); efecto moderado (de 0.3 a 0.5) y efecto grande de \geq a 0.5) (Cohen, 1988), aplicando la siguiente ecuación: $r = \frac{z}{\sqrt{N}}$ en donde r es el tamaño del efecto, z es el resultado arrojado por la prueba de Wilcoxon para dos muestras relacionadas y, N es el total de participantes. De manera complementaria se obtuvo el Cambio Clínico Objetivo (CCO) de cada uno de los participantes, de acuerdo con la siguiente ecuación: $\text{Post} - \text{Pre} / \text{Pre} \times 100$, de tal forma que al resultado de la segunda evaluación se le resta el resultado de la primera evaluación, dividiéndolo entre el resultado de la primera evaluación, para posteriormente multiplicarlo por 100, obteniendo así el CCO, considerando significativo el resultado si es mayor a 0.20 (Cardiel, 1994).

1.4.14. Análisis de resultados

Datos comparativos

Los efectos de la intervención intragrupo se pueden observar en la Tabla 2, en la que se muestran las puntuaciones del IDARE-E y APAIS, previas y posteriores al tratamiento y previo al procedimiento quirúrgico.

Tabla 2

Efecto intragrupal y tamaño del efecto de la intervención previo a cirugía por colecistectomía. Prueba Wilcoxon

Variable	Pre – evaluación	Post – evaluación	Z	p	r
	Mdn	Mdn			
Ansiedad prequirúrgica	25	8	-2.023	.043*	.90
Niveles de ansiedad-estado	58	34	-2.023	.043*	.90

*Nota: Mdn: Mediana, Z: Prueba de Wilcoxon para muestras relacionadas, r: Tamaño del efecto. *Significancia estadística: $p < .05$.*

Como se puede observar, el nivel de ansiedad-estado grupal antes de iniciar el tratamiento de acuerdo con el IDARE-E fue alto ($Mdn = 58$) teniendo en cuenta que el punto de corte para este estudio es de 50, mientras que la puntuación grupal de ansiedad prequirúrgica es elevada ($Mdn = 25$) ya que superan el punto de corte determinado para la población general (puntuación de 11) sugiriendo así que es necesaria la intervención especializada.

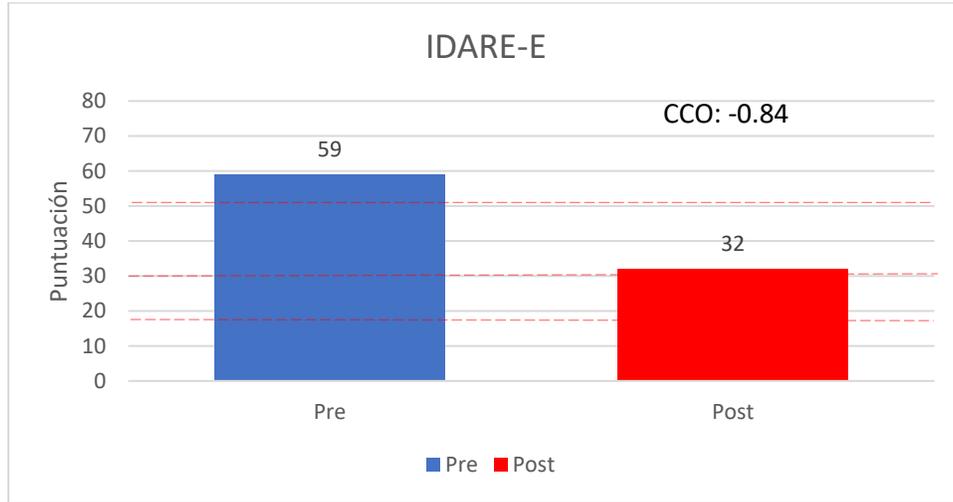
Para la evaluación posterior al tratamiento, es decir, antes de llevarse a cabo el procedimiento quirúrgico (colecistectomía), hubo un decremento en el nivel de ansiedad-estado grupal, pasando de un nivel alto a moderado ($Mdn = 34$) de acuerdo con el punto de corte establecido (puntuación de 50), de igual forma existió disminución en la puntuación grupal de ansiedad prequirúrgica ($Mdn = 8$), por debajo del punto de corte (11 puntos).

Estos resultados indican que el tratamiento tuvo efectos positivos en la disminución de ansiedad previa a la intervención quirúrgica, pues el tamaño del efecto fue grande ($r = 0.90$).

Por otra parte, se obtuvo la media de la puntuación grupal antes y después del tratamiento junto con el cambio clínico objetivo, tanto del IDARE-E y del APAIS. En la figura 1 se puede apreciar el decremento de la puntuación grupal en el IDARE-E de un nivel alto a moderado con un CCO de -0.84.

Figura 1

Puntuaciones grupales del IDARE-E previo y posterior al tratamiento, y Cambio Clínico Objetivo.

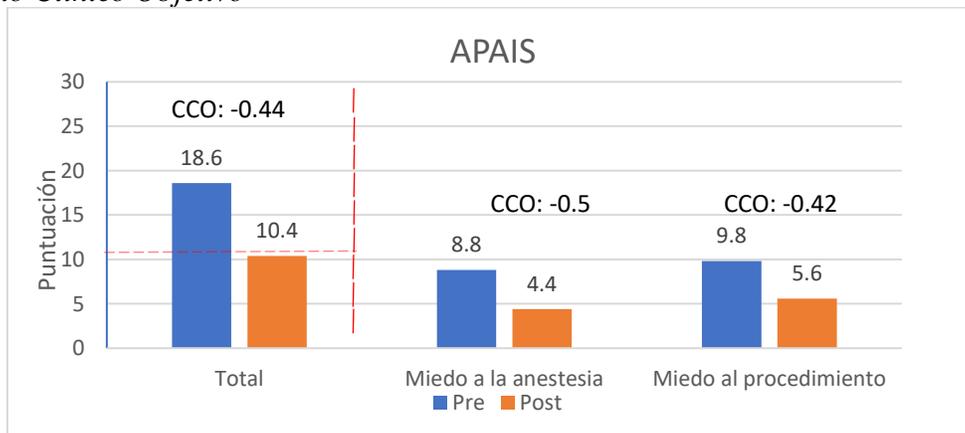


Nota: Las líneas punteadas de color rojo representan los niveles de ansiedad (Baja: 20 – 31, moderado: 32 – 49, alto: 50 – 80).

De igual forma en la figura 2 se observa el decremento en la puntuación total de la escala APAIS y en sus subescalas (miedo a la anestesia y miedo al procedimiento) antes y después del tratamiento con un CCO total de -0.44, mientras que para la subescala de miedo a la anestesia se obtuvo un CCO de -0.5 y para la subescala de miedo al procedimiento fue de -0.42.

Figura 2

Puntuaciones grupales de la escala APAIS y sus dos subescalas previo y posterior al tratamiento, y el Cambio Clínico Objetivo



Nota. La línea punteada de color rojo representa el punto de corte (11) que sugiere necesaria la intervención especializada.

Datos comparativos por participante

Tomando en cuenta que los resultados muestran el efecto del tratamiento a nivel grupal; se consideró importante llevar a cabo un análisis de comparación por cada participante, tomando en cuenta la puntuación previa y posterior al tratamiento y el CCO en ambos checklists (IDARE-E y APAIS) y en la Escala Numérica Análoga de ansiedad. Esto con el objetivo de identificar si en todas las participantes hubo cambio significativo de manera individual. Los resultados del IDARE-E se pueden apreciar en la Tabla 3, en la Tabla 4 el del APAIS, y en la Figura 3 el de la ENA.

Tabla 3

Puntuaciones obtenidas por pacientes en el IDARE-E pre – post intervención previo a cirugía por colecistectomía y cambio clínico objetivo individual.

Niveles de ansiedad-estado	Px 1		Px 2		Px 3		Px 4		Px 5	
	Pre	Post	Pre	Post	Pre	Post	Pre	Post	Pre	Post
Alta	58		67		52		62		57	
Moderada		37		40		34				
Baja								25		25
CCO		-0.36		-0.4		-0.34		-0.59		-0.56

Nota: Px: Paciente, CCO: Cambio Clínico Objetivo

Como se observa en la tabla 3, todos los participantes presentaron altos niveles de ansiedad-estado (> 50) previo al tratamiento; en la evaluación posterior al tratamiento solo dos pacientes presentaron niveles bajos de ansiedad-estado (< 32), mientras que el resto de las participantes obtuvieron puntuaciones por arriba de 32, lo que indica niveles moderados de ansiedad-estado. Sin embargo, se puede apreciar que en las cinco participantes el CCO fue mayor a .20, lo que sugiere un cambio clínico significativo.

Tabla 4

Puntuaciones obtenidas por pacientes en el APAIS pre – post intervención previo a cirugía por colecistectomía y cambio clínico objetivo individual.

Necesidad de intervención de acuerdo con puntuación	Px 1		Px 2		Px 3		Px 4		Px 5	
	Pre	Post								
Es necesaria la intervención	20	14	27	15	17		11		18	
No es necesaria la intervención						8		6		7
CCO	-.20		-.44		-.52		-.45		-.61	

Nota. Px: Paciente, CCO: Cambio Clínico Objetivo

De acuerdo con la tabla 4, las cinco participantes obtuvieron puntuaciones altas (> 11) en la escala APAIS total previo al tratamiento, lo que sugiere que es necesario llevar a cabo una intervención especializada con las participantes; mientras que, en la evaluación posterior al tratamiento, solo tres pacientes obtuvieron puntuaciones por debajo del punto de corte (11). Sin embargo, en las cinco participantes se obtuvo un CCO igual o mayor a .20, sugiriendo así un cambio clínico significativo.

Tabla 5

Comparación de puntuaciones obtenidas en cada reactivo de acuerdo con el factor de la escala APAIS pre – post intervención de forma individual.

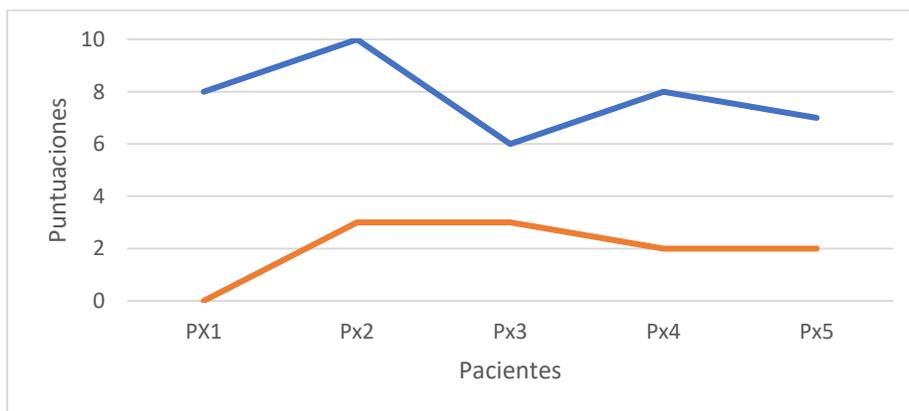
Subescala/ reactivos del APAIS		Px 1		Px 2		Px 3		Px 4		Px 5	
		Pre	Post								
Ansiedad por el procedimiento	4.- Estoy preocupada por el procedimiento	5	2	4	2	3	2	2	1	2	1
	5.- El procedimiento está en mi mente constantemente	4	2	3	2	3	1	2	1	2	1
	6.-Me gustaría saber lo más posible sobre el procedimiento	5	2	3	2	5	1	2	1	5	1
Ansiedad por la anestesia	1.- Estoy preocupada por la anestesia	5	5	4	4	2	2	2	1	5	1
	2.- La anestesia está en mi mente constantemente	4	2	2	2	2	1	1	1	2	1
	3.- Me gustaría saber lo más posible sobre la anestesia	4	2	4	4	2	2	2	1	2	2

Nota. Las casillas sombreadas de color rojo representan los casos en los que no hubo cambio.

Con la finalidad de analizar con mayor detalle las diferencias en las puntuaciones encontradas entre las participantes se elaboró una tabla en la que se aprecian los diferentes reactivos con los que cuenta la escala APAIS y las puntuaciones obtenidas antes y después de cada participante, en la tabla 5 se puede apreciar como en la subescala de “ansiedad por el procedimiento” todas las participantes presentan disminución en la puntuación de cada uno de los reactivos antes y después de la intervención, mientras que, en la subescala de “ansiedad por la anestesia” en cuatro de las cinco participantes no se observa disminución, en al menos uno de los tres reactivos que conforman esta subescala; se puede notar que en la participante dos no hubo cambio en ninguno de los reactivos.

Figura 3

Puntuaciones obtenidas en una Escala Numérica Análoga de ansiedad por paciente.



Nota: La línea de color azul indica las puntuaciones en la evaluación previa al tratamiento, y la amarilla las puntuaciones en la evaluación posterior al tratamiento.

Como se muestra en la figura 3, todos los participantes reportaron niveles elevados de ansiedad previo al tratamiento; en la evaluación posterior al tratamiento se aprecia disminución en las puntuaciones de todos los participantes.

Tabla 5

Datos de evaluación de seguimiento postquirúrgico por cada una de las participantes (días de estancia postquirúrgica, uso de analgésicos, ENA-ansiedad, ENA-dolor, queja y complicaciones)

Paciente	Día de estancia postquirúrgica	Uso de analgésicos (nombre y cantidad)	ENA - Ansiedad	ENA - Dolor	Queja	Complicaciones
1	1	Ketorolaco 10 mg c/8 hrs	0	0	No	Ninguna
2	1	1 clonixinato de lisina 100 mg c/8 hrs	0	0	No	Ninguna
3	2	Ketorolaco 30 mg c/24 hrs Metamizol 1 gr c/8 hrs	2	3	No	Ninguna
		Ketorolaco 10 mg c/6 hrs Metamizol 500 mg c/8 hrs	0	1	Diarrea	Ninguna
4	1	Metamizol 1 gr c/8 hrs	0	1	No	Ninguna
5	1	Diclofenaco 25 mg c/12 hrs Metamizol 1 gr c/8 hrs	0	1	Dolor garganta	Ninguna

Nota: elaboración propia.

Con la finalidad de conocer el impacto que tuvo la disminución de los niveles de ansiedad previo a la cirugía en el periodo postquirúrgico, se recabaron algunos datos postquirúrgicos, tales como: los días de estancia postquirúrgica, la cantidad de analgésicos utilizados, los niveles de ansiedad y dolor, las quejas externalizadas por las participantes y las complicaciones. Como se puede observar en la tabla 9, únicamente la participante tres estuvo dos días hospitalizada, asimismo, la misma participante, junto con la participante cinco requirieron de mayor cantidad de analgésicos (dos) en comparación con las demás participantes; en cuanto a los niveles de ansiedad, la participante tres fue la única que reportó sentir ansiedad, aunque mínima (ENA 2/10), mientras que para los niveles de dolor fueron tres participantes quienes reportaron sentir dolor posoperatorio, aunque de igual forma fue mínimo (ENA 3/10 y 1/10), solo una de las participantes reportó una queja refiriendo dolor de garganta y, en ninguna de las participantes se presentó alguna complicación tras la cirugía.

1.4.15. Discusión y conclusión

Como se pudo revisar a lo largo del presente trabajo, es muy importante el manejo de la ansiedad previo a un evento quirúrgico, pues esto puede repercutir antes, durante y después del proceso quirúrgico, ya que modifica signos fisiológicos como la presión arterial, el pulso cardíaco y la temperatura (Álvarez-Bobadilla, 2014; Wilson *et al.*, 2015; Quintero *et al.*, 2017), provocando así la suspensión de la cirugía hasta que el paciente regrese a niveles “normales”, es por esto que este trabajo realizado cobra gran relevancia, ya que es un tratamiento breve que integra técnicas como el mindfulness que en otras intervenciones dirigidas al tratamiento de ansiedad prequirúrgica no incluye.

De acuerdo con lo anterior, el objetivo del presente estudio fue evaluar el efecto de una intervención conductual en los niveles de ansiedad prequirúrgica en pacientes que serían sometidos a colecistectomía. Los resultados obtenidos mostraron disminución en los niveles altos de ansiedad previos al tratamiento, reduciendo los niveles de ansiedad, de alta a moderada-baja antes de la cirugía. De igual forma el tamaño del efecto fue positivo para el grupo de participantes, demostrando de este modo que la intervención conductual es efectiva para la disminución en pacientes con ansiedad prequirúrgica.

Es importante mencionar que durante la intervención se fue evaluando a los participantes en cada fase, ya que con relación a lo mencionado por Álvarez-Bobadilla (2014) y Carapia-Sadurni *et al.* (2011) en cuanto a que la ansiedad se manifiesta desde que al paciente se le informa que será intervenido quirúrgicamente y se agudiza minutos previos al evento, se consideró necesario evaluar los niveles de ansiedad conforme se acercaba el momento de la intervención quirúrgica, agilizando de igual forma el proceso de intervención que favoreciera la disminución de los niveles de ansiedad y así facilitar la preparación preoperatoria.

Continuando con lo anterior, se evaluó a las participantes 24 horas antes de que ingresaran a su cirugía, tal como lo sugieren Bisbe *et al.* (1999), Chirveces, & Arnau (2006), Cordero-Ponce *et al.* (2008) y Moreno & Calle (2015) para valorar el impacto que tuvo la intervención en los niveles de ansiedad de las participantes, así como en la recuperación, lo cual se pudo apreciar en las consecuencias posoperatorias que en general fueron positivas.

Con respecto a los días de estancia hospitalaria, la mayoría de las participantes solo estuvieron un día después de la cirugía, solamente la participante tres, quien fue la única a la que se le practicó colecistectomía abierta, fue quien estuvo dos días hospitalizada posterior a su cirugía, lo cual coincide con lo mencionado por Pérez *et al.* (2000) y Torres & Spinetti (2002) con relación a que los pacientes que reciben este tipo de colecistectomía llegan a presentar mayores estancias postquirúrgicas.

Con relación al mayor uso de analgésicos por el difícil manejo de dolor a consecuencia de los altos niveles de ansiedad previo a la intervención quirúrgica que reportan Álvarez-Bobadilla (2014) y Valenzuela-Millán *et al.* (2010), los resultados obtenidos demuestran la efectividad que tiene el tratamiento psicológico en la reducción de la ansiedad previo a una cirugía, impactando en la ingesta de analgésicos y en el manejo de dolor posoperatorio, ya que a pesar de que a todas las participantes les prescribieron uso de analgésicos, se puede apreciar que solamente dos de ellas requirieron más de un analgésico, siendo una de ellas la paciente que fue intervenida por cirugía abierta; de igual manera, casi todas las participantes reportaron niveles de dolor muy bajos (ENA 1/10) a excepción de la misma paciente que recibió cirugía abierta (ENA 3/10); relacionándose esto con los resultados obtenidos por Dindo *et al.* (2018) en donde se muestran los efectos del tratamiento psicológico, específicamente del mindfulness en la disminución del dolor posoperatorio.

Con respecto a la falta de información como factor de ansiedad prequirúrgica, los datos obtenidos en el presente estudio no coinciden con lo mencionado por Porras-Caballero *et al.* (2020), pues menciona que los pacientes que presentan niveles altos de ansiedad son aquellos que creen necesitar mayor información sobre el procedimiento quirúrgico al que serán sometidos contrario a los que creen necesitar menor información y, de acuerdo a los resultados obtenidos en el presente estudio los pacientes que obtuvieron menor puntuación en el reactivo “Me gustaría saber lo más posible sobre el procedimiento” de la subescala de miedo al procedimiento del APAIS mostraron puntuaciones altas en los niveles de ansiedad de la subescala Estado del IDARE, es decir, a pesar de que no consideraron necesario tener mayor información sobre el proceso, obtuvieron puntuaciones de ansiedad elevadas.

Es importante agregar que, en los resultados obtenidos se encuentran cuatro participantes que no mostraron disminución en al menos un reactivo de la subescala de ansiedad por la anestesia en la escala APAIS, esto puede explicarse por el hecho de que el contenido del material psicoeducativo no incluía el tema de la anestesia, por lo cual, es entendible que no se observaran cambios en la puntuación total de las participantes uno y dos, aunque en las demás participantes sí se observaran cambios, teniendo puntuaciones totales menores a 11. Esto se relaciona con lo mencionado por Hernández *et al.* (2016) que comentan que existen personas que al presentarles información sobre el procedimiento de anestesia disminuirán sus niveles de ansiedad, y de igual manera, pacientes que prefieren no obtener más información porque aumentarían sus niveles de ansiedad, lo cual pudo haber sucedido con las otras tres participantes al no tener información sobre la anestesia.

Los resultados obtenidos por la intervención conductual realizada en este estudio concuerdan con los encontrados en una revisión sistemática realizada por Cázares de León *et al.*

(2016) en la que indican que los tratamientos comportamentales junto con las estrategias informativas han sido las más eficaces para disminuir la ansiedad en pacientes que serán intervenidos quirúrgicamente.

El presente estudio tuvo algunas limitantes, una de ellas son las variables extrañas propias de un servicio de cirugía como el del HGA, en el que hay un flujo constante de pacientes que pueden impedir o retrasar los ingresos al quirófano o por el contrario, adelantar los procesos quirúrgicos, lo cual repercute en los tiempos establecidos para la adecuada ejecución del tratamiento programado, incluso, la intervención del personal médico (enfermeros, médicos, anestesiólogos) que puede llegar a interrumpir el procedimiento psicológico, así como la posibilidad de contraer alguna enfermedad nosocomial por el tiempo de estancia hospitalaria, entre otras situaciones que llegan a interferir en el proceso psicológico con el paciente.

Otra limitante que se pudo apreciar, es el tamaño de la muestra, el cual no permite la generalización de los resultados a una población más grande con la mismas características; el mismo caso sucede con el diseño, pues si bien es un diseño pre experimental, no se puede establecer una relación causal, ya que por el bajo control que se tiene pueden ocurrir algunas fuentes de invalidación como la historia, tal cual como se comentó anteriormente, pues entre la primer medición y la última, pudieron ocurrir algunos acontecimientos que interfirieran en los resultados finales.

Por lo anterior, a pesar de que es difícil tener control total de las variables en un contexto hospitalario, se sugeriría para futuras investigaciones llevar a cabo medidas repetidas durante el proceso del tratamiento. De igual modo, una propuesta para tener un poco más de control se podría proponer juntar a los pacientes que estén dentro del protocolo en una sola sala.

Por otra parte, se recomienda en futuras investigaciones relacionadas al tema que se evalúen otras variables que puedan ser generadoras de ansiedad ante la cirugía, tales como la estancia hospitalaria prolongada, situaciones individuales ajenas al contexto hospitalario como el cuidado de familiares o fallecimiento de uno de ellos previo al internamiento, pendientes laborales, el aplazamiento de los tiempos quirúrgicos entre otros.

Asimismo, se sugiere incluir como temas de la psicoeducación, no solamente el procedimiento de la cirugía, sino también, lo relacionado a la anestesia, ya que como se mostró es una variable que puede repercutir en la disminución de los niveles de ansiedad previos a la cirugía.

Por último, sería importante poder replicar este estudio con una población más grande y con un diseño con mayor control de fuentes de invalidación, lo cual permita la generalización de este protocolo.

A pesar de las limitaciones que tuvo el estudio, se puede concluir que la colecistectomía laparoscópica o abierta, provocan ansiedad moderada y alta, es por esto importante la pronta detección, evaluación y tratamiento de ésta, por lo que, una intervención conductual breve individual compuesta por técnicas como psicoeducación, respiración rítmica, mindfulness y, desensibilización sistemática por imaginación promueve la mejor adaptación del paciente prequirúrgico a través de las herramientas y habilidades adquiridas, teniendo impacto directo durante el proceso quirúrgico y en la recuperación postquirúrgica, demostrando que los tratamientos no farmacológicos también son efectivos para el tratamiento de la ansiedad prequirúrgica. Además, es importante mencionar que, el trabajo multidisciplinario es importante para una mejor intervención y atención.

2. Reporte de experiencia profesional

2.1. Medicina Conductual

Al abordar el tema de Medicina Conductual es importante saber cómo es que se originó y se abrió camino en el amplio campo de la psicología y en el área de la salud, así como también el desarrollo que ha tenido y sus notorios avances y contribuciones para la investigación y tratamiento de enfermedades crónico-degenerativas, es por esto por lo que se abordarán los antecedentes de la medicina conductual tanto fuera como dentro de México.

2.1.1. Antecedentes de la Medicina Conductual

Es importante, al hablar sobre los inicios de la Medicina Conductual mencionar que el hecho que dio apertura a que surgiera este campo es sin duda, las críticas que se le realizaron al modelo médico tradicional y que posteriormente surgirían distintas alternativas de trabajo y de atención a la población, en las que se reconocería la importancia del comportamiento y de los trabajos realizados en la ciencia conductual. Es por esto que, el surgimiento de la Medicina Conductual tiene como base que se reconociera y aceptara la importancia que tienen los factores psicológicos y conductuales en los problemas médicos y en el proceso de salud- enfermedad.

Un hecho importante fue que en la década de 1950 se empezara a acumular evidencia científica acerca del éxito y avances de la ciencia conductual en Psicología aplicada a humanos con problemas médicos, permitiendo así que el modelo E-R acumulara evidencia en cuanto a las relaciones entre el comportamiento y algunas enfermedades crónicas (Reynoso-Erazo, 2014).

Posteriormente, otro modelo propuesto por Leavell y Clark denominado Historia Natural de la Enfermedad aportó novedades a la conceptualización de la salud y enfermedad, ya que por primera vez se mencionó la necesidad de estudiar el comportamiento y el contexto social del individuo como parte de la etiología de la enfermedad, lo que permitiría la participación de otros

profesionales como antropólogos, sociólogos, economistas, psicólogos, entre otros, en el área de la salud (Macmahon & Pugh, 1970, como se cita en Reynoso-Erazo, 2014).

De igual forma Guze, *et al.* (1953, como se cita en Cerezo-Reséndiz & Hurtado-Rodríguez, 2011), mencionan que la enfermedad tiene que ser vista como una relación compleja entre el organismo y el ambiente. Por lo cual, se plantea la necesidad de un equipo de especialistas de otras disciplinas, dependiendo de las exigencias de las situaciones individuales, tal equipo puede incluir miembros específicos como el médico internista, enfermera, psicólogo, entre otros, resaltando así la importancia que tiene el trabajo interdisciplinario para el tratamiento de las enfermedades médicas, algo que se podrá observar en las diversas definiciones de medicina conductual y en su aplicación.

Más tarde, Engel en 1977 proponía estudiar al humano como unidad biológica, con una mente y con capacidad de sentir, percibir, y pensar, además de que se encuentra inserto en un determinado contexto social, a diferencia del modelo médico tradicional. Es entonces que propone el modelo biopsicosocial en el que se menciona un tratamiento que incluya los aspectos biológicos, psicológicos y sociales (Reynoso-Erazo, 2014).

Por otro lado, el hablar de los inicios de la Medicina Conductual, es mencionar aquel primer congreso sobre medicina conductual que se organizó en 1977 en la Universidad de Yale, en el que se reunieron importantes especialistas del área de la salud y de las ciencias sociales para formalizar la creación de la medicina conductual, la cual sería entendida como un campo interdisciplinario en el que se integran conocimiento biomédicos y sociales, con el fin de diseñar e implementar procedimientos dirigidos hacia la prevención, el tratamiento y la rehabilitación de pacientes (Schwartz & Weiss, 1978).

Posterior a este acontecimiento surgió otro de igual importancia para los inicios de la Medicina Conductual, el cual tuvo lugar en Estados Unidos en 1978, cuando se fundó la Academia de Investigación en Medicina Conductual, la que definió a la medicina conductual de forma similar a como se hizo en el primer congreso de medicina conductual, en donde se definió como un campo interdisciplinario que se ocupa de la integración de la ciencia de la conducta con la biomédica, con el fin de desarrollar y aplicar los conocimientos y técnicas dirigidas a la promoción de la salud; prevención, diagnóstico, tratamiento y rehabilitación de las enfermedades (Schwartz & Weiss, 1978).

Mientras que en 1980, Matarazzo definió a la medicina conductual como el campo interdisciplinario de investigación científica, educación y práctica concerniente a la salud, la enfermedad o disfunciones relacionadas (hipertensión esencial, colesterolemia, estrés, obesidad, tabaquismo, etc.); incorporando el término de salud conductual como una nueva subespecialidad interdisciplinaria dentro de la Medicina Conductual, específicamente relacionada con el mantenimiento de la salud y la prevención de enfermedad y la disfunción en personas actualmente sanas (Matarazzo, 1994).

Por su parte, Reynoso-Eraza (2012) define la Medicina Conductual como el campo interdisciplinario de las ciencias conductual y biomédica que se ha desarrollado para entender la salud-enfermedad y aplicar los conocimientos y técnicas derivados del mismo en los distintos niveles de prevención. Además, menciona que el sustento en que se fundamenta la Medicina Conductual como disciplina es que los cambios en la conducta pueden reducir la sintomatología en personas enfermas.

Tal como se puede apreciar, estas definiciones concuerdan en varios aspectos y, en cada una se pueden encontrar discrepancias con respecto a las otras, sin embargo, parece ser que todas

coinciden en la importancia de la ciencia del comportamiento, el trabajo multidisciplinario y la aplicación de técnicas conductuales para el tratamiento de enfermedades médicas.

De tal forma que, una de las áreas importantes de la ciencia del comportamiento como el análisis experimental, contribuye con aportaciones de gran impacto para el desarrollo de la medicina conductual.

Ante esto, se podrían mencionar algunos acontecimientos importantes que Blanchard (1982) menciona y que ocurrieron en esta década y que favorecieron el surgimiento de la Medicina Conductual, los cuales son: a) la utilización de un conjunto de técnicas efectivas para modificar el comportamiento; b) el desarrollo del campo de la biorretroalimentación que demostraba la posibilidad de efectuar cambios fisiológicos en funciones corporales reguladas por el sistema nervioso autónomo abriendo así la posibilidad de realizar intervenciones terapéuticas efectivas para trastornos somáticos; y c) el reconocimiento al papel importante que tiene la modificación del comportamiento en el tratamiento y prevención de enfermedades que eran las principales causas de mortalidad en adultos.

Como se ha podido apreciar, el campo de la Medicina Conductual se mantuvo en crecimiento constante generando varias publicaciones, desde las realizadas en el primer número del *Journal of Behavioral Medicine* en 1978, y otras más específicas como la publicación en 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 a enfermedades (Rodríguez, 2010), hasta las llevadas a cabo hoy en día y, a pesar de las posibles diferencias que existen con respecto a las definiciones antes mencionadas, a las metodologías y procedimientos implementados en diversas investigaciones en el campo de la medicina conductual existen áreas concretas en la aplicación de la Medicina Conductual, y específicamente Saldaña (1984) señala

las siguientes: 1) intervención para modificar la conducta observable o respuesta fisiológica que en sí misma constituye un problema; 2) intervención para cambiar la conducta problema de forma indirecta, mediante la modificación del comportamiento del personal médico con el fin de proporcionar mejores servicios; 3) intervención para mejorar los aspectos relacionados con la adherencia y observancia de los tratamientos médicos y comportamentales prescritos; y 4) intervención para modificar patrones conductuales o respuestas que constituyen factores de riesgo para la salud.

2.1.2. Antecedentes de Medicina Conductual en México

Los acontecimientos ocurridos en Estados Unidos fueron importantes para el desarrollo de la medicina conductual en México pues en tiempos similares fue que se empezaron a celebrar congresos como, el Tercer Congreso Latinoamericano de Análisis de la Conducta llevado a cabo en 1975 en la Ciudad de México, y de igual forma se empezaron a desarrollar investigaciones en el campo de la psicología científica basado en el análisis experimental de la conducta que sentarían las bases para la consolidación de la investigación conductual en nuestro país.

Dentro de estas investigaciones se encuentran algunas como las llevadas a cabo por Xóchitl Gallegos y Víctor Alcaraz en los 80's, quienes aplicaron el *biofeedback* para el tratamiento de migrañas, parálisis facial, arritmias cardíacas, control de esfínteres y ciertas paresias y tipos de epilepsias (Rodríguez, 2010).

Seguido de las investigaciones realizadas, se empezaron a formar grupos de trabajo como el encabezado por Luis Flórez Alarcón en la Escuela Nacional de Estudios Superiores (ENES) Zaragoza, en el cual se empezó a hacer investigaciones acerca de las aplicaciones clínicas del condicionamiento instrumental de respuestas autónomas, lo que dio origen, tiempo después al Programa de Psicología de la Salud conjuntamente con la Secretaría de Salud (SSA) y la

Facultad de Psicología, estableciéndose desde 1984 hasta 1999 (Rodríguez, 2010). Tal programa tendría un cambio para la mitad de los ochentas, en el que quedaría al frente Mario Rojas Russell realizando investigaciones sobre Diabetes mellitus y peso corporal como factores de riesgo (Rojas, 2002).

Por otra parte, en la Escuela Nacional de Estudios Profesionales Iztacala (UNAM), se fundó el laboratorio de Conducta Humana Compleja por Rocío Hernández Pozo, en el cual se llevaban a cabo investigaciones relacionadas con la evaluación de factores de riesgo cardiacos con sistemas computarizados (Rodríguez *et al.*, 1989 como se cita en Rodríguez, 2010). Asimismo, realizaron los primeros estudios sobre trasplantes de órganos y tejidos en población mexicana encabezados por el grupo de trabajo de Graciela Rodríguez en la Facultad de Psicología de la Universidad Nacional Autónoma de México (UNAM) (Rodríguez & Jaén, 2004).

De esta forma, se puede apreciar el largo camino que ha tenido recorrer la Medicina Conductual en México para solidificar sus bases, caracterizándose por la integración de diversos científicos del comportamiento y de otras áreas que, con sus grupos de trabajo y líneas de investigación han aportado al crecimiento de la Medicina Conductual y demostrado la importancia del componente psicológico en las enfermedades, así como su interrelación con factores ambientales, permitiendo así la mejor intervención y creación de tratamientos que favorecen el desarrollo o mantenimiento de conductas saludables que mejoren la calidad de vida de la población mexicana y, por ende hacerle frente a los diversos retos que se pueden presentar en el área de la salud.

2.2. Hospital General de Atizapán de Zaragoza “Dr. Salvador González Herrejón”

2.2.1. Características de la sede

Durante la estancia del que suscribe como estudiante de posgrado en la Residencia de Medicina Conductual de la Facultad de Estudios Superiores Iztacala, llevó a cabo las prácticas profesionales en el Hospital General de Atizapán (HGA).

El HGA se encuentra en el Estado de México, sobre la avenida Boulevard Adolfo López Mateos, en la colonia Potrero. El hospital fue construido en 1985 e inició funciones el 27 de abril de 1987; es un hospital de segundo nivel con 144 camas censables con 4 especialidades troncales, medicina interna, urgencias, terapia intensiva y consulta externa, en donde las actividades son dirigidas al restablecimiento de la salud, atendiendo alteraciones de mediana a alta complejidad. Actualmente el hospital cumple con las políticas de Salud Nacional y Estatal.

2.2.2. Ubicación del residente en la sede

El servicio al que fue asignado el que suscribe dentro del hospital fue al de cirugía general, el cual, de acuerdo con el plan de trabajo de 2020, cuenta con un jefe de servicio, 25 médicos adscritos (un cirujano general endoscopista, seis oftalmólogos, seis traumatólogos, dos otorrinolaringólogos, un urólogo, dos neurocirujanos y un cirujano maxilofacial), siete terapistas (seis técnicos de terapia ocupacional y un profesional en terapia de lenguaje) y una persona de base (secretaria).

Este servicio de cirugía está distribuido en consulta externa, hospitalización, área de quirófano, piso de cirugía, área de rehabilitación, audiolología y CEYE (centro de equipos y esterilización).

2.2.3. El papel del psicólogo en el Hospital General de Atizapán

A partir del año 2000, este hospital ha brindado servicio psicológico a la población que se encuentra a sus alrededores, así como a otros estados y municipios de la república aledaños. Dentro del hospital se cuenta con cinco áreas específicas dedicadas a la salud mental: mujer y salud, cuidados paliativos, Servicios de Atención Integral Hospitalaria (SAIH), hospitalización y consulta externa. Cada una de ellas está dirigida a las distintas problemáticas que requieren de atención especializada en psicología para cubrir las necesidades de los usuarios. Es en las últimas dos áreas (hospitalización y consulta externa) en las que se desarrolló la mayor cantidad de actividades como residente de medicina conductual.

El objetivo que tiene el área de salud mental del HGA es mejorar la calidad del servicio de Salud Mental en relación directa de los usuarios de esta unidad, tratando de dar atención oportuna en diagnósticos, control y rehabilitación de pacientes, siguiendo un proceso de medicina basada en evidencias.

Este servicio de salud mental cuenta con un consultorio para consulta externa asignado para atención de pacientes que vienen tanto de hospitalización, de medicina interna y cirugía, como de otros hospitales o centros de salud, los lunes, martes y jueves.

2.2.4. Actividades diarias

Debido a la emergencia sanitaria ocurrida por el virus SARS-CoV-2 se asistió al hospital los martes, jueves y viernes, realizando diversas actividades dentro del hospital, específicamente en el servicio de cirugía general, el residente de medicina conductual realizó las siguientes actividades:

- *Pase de visita*: Es una actividad que se lleva a cabo todos los días por parte del personal de salud, en el que se observa la integridad y avance de los pacientes durante su estancia

hospitalaria, de igual modo es utilizado como método de enseñanza-aprendizaje para los residentes médicos. El personal de salud que forma parte de este pase de visita es: médicos, trabajadores sociales, psicólogos, enfermeros, residentes, médicos internos y estudiantes. Tal actividad se realiza tres veces al día; por las mañanas inicia alrededor de las 8 horas, por la tarde a las 15 horas y por las noches a las 21 horas; es en el horario matutino en el que tiene participación el residente de medicina conductual. Durante esta actividad es en la que se refieren pacientes por parte del personal médico para atención psicológica, sin embargo, también pueden ser identificados por el residente de medicina conductual para posteriormente poder llevar a cabo la evaluación e intervención correspondiente.

- *Atención a pacientes en consulta externa:* El servicio de cirugía puede referir pacientes a Medicina Conductual, el cual cuenta con un consultorio para brindar atención psicológica en un horario de 8:00 a 13:00 horas, donde llegan pacientes referidos del servicio de cirugía y de los demás servicios o áreas, así como de la población que solicita el servicio por referencia de sus centros de salud. Asimismo, brinda seguimiento a pacientes que han sido captados en hospitalización o interconsultas que han sido dados de alta por parte de su servicio de atención dentro del hospital. Otra población atendida en consulta externa es el personal del hospital que solicita la atención psicológica. El residente debe de llenar la historia clínica psicológica del paciente, aplicar instrumentos de medición y llenar nota de primera vez o de evolución con formato SOAP.

- *Interconsultas:* Este tipo de atención es requerida por los distintos servicios del hospital que cuentan con hospitalización cuando el personal médico detecta algún posible problema psicológico o psiquiátrico en algún paciente, solicitando de este modo la valoración del equipo de Medicina Conductual, por lo que algún residente acude al servicio para llevar a cabo la

evaluación conductual correspondiente compuesta de entrevista e instrumentos de evaluación complementaria, para poder realizar un diagnóstico, una vez concluida tal valoración se determina si se lleva a cabo el procedimiento terapéutico correspondiente con el paciente o se refiere a alguna otra institución para atención psiquiátrica o tratamiento de adicciones.

- *Actividades académicas dentro del hospital:* Durante la estancia en el hospital se realizaron algunas actividades complementarias de corte académico, por ejemplo: los días miércoles se llevaba a cabo la supervisión académica por parte del Mtro. Leonardo Reynoso Erazo, el Dr. Isaías Vicente Lugo y la Mtra. Fernanda Abaroa Ramírez, en dichas sesiones se abordaban temas de interés para los residentes, como los talleres programados para pacientes, familiares y personal médico, discusión de algún caso clínico y también reportes de productividad. De igual modo, se llevaron a cabo pláticas los jueves de un tema específico por mes para los pacientes que se encontraban en la sala de espera del servicio de consulta externa.

- *Protocolo:* Como parte del programa de la Residencia en Medicina Conductual en el Hospital General de Atizapán, el residente debe realizar un protocolo de investigación aplicado, que sea de utilidad para el servicio dentro del hospital y, que a su vez permita el desarrollo de competencias de investigación en un escenario aplicado. De acuerdo con la experiencia del que suscribe durante la estancia en el hospital, se observó gran cantidad de población que ingresaba por problemas de colecistitis, colelitiasis y pancreatitis, muchos de esos pacientes eran informados que debían ser intervenidos quirúrgicamente, ante esto se les observaba con afecto ansioso y, teniendo conocimiento de las consecuencias de la ansiedad prequirúrgica en el periodo perioperatorio y posoperatorio, se evidenció la necesidad de diseñar una intervención que atendiera esta necesidad psicológica previa a la cirugía. Una vez que se diseñó el tratamiento, se llevó a cabo con pacientes que cumplían con los criterios de inclusión para la intervención,

aplicándose la intervención en un total de cinco pacientes entre los meses de marzo y mayo de 2022.

2.2.5. Otras actividades no programadas

Durante el tiempo de residencia se realizaron otras actividades que no estaban programadas, una de ellas fue la participación en el XXX Congreso Mexicano de Análisis de la Conducta, del 20 al 22 de septiembre de 2021, en el simposio de Medicina Conductual: Evaluación e intervención online para adherencia al tratamiento y control de enfermedades crónicas en particular con “Evaluación e intervención psicológica en personas con enfermedades crónicas y problemas de adherencia al tratamiento”, en Guadalajara, Jalisco modalidad en línea. De igual forma, se participó en el XV Congreso de Posgrado en psicología, del 29 al 30 de noviembre de 2021, con la presentación del cartel: “Intervención psicológica en residente médico con ansiedad y depresión: Resultados preliminares”, en el Instituto Nacional de Psiquiatría Ramón de la Fuente Muñiz, Ciudad de México modalidad en línea.

2.2.6. Productividad

Del 13 de enero al 24 de junio de 2022 se realizaron un total de 102 atenciones a pacientes dentro del hospital, de las cuales 47 fueron hombres y 55 mujeres (ver Tabla 6).

Tabla 6
Características de los pacientes atendidos

	N	(%)
Hombres	47	46.1
Mujeres	55	53.9
	(\bar{x})	(DE)
Edad	40.94	17.51

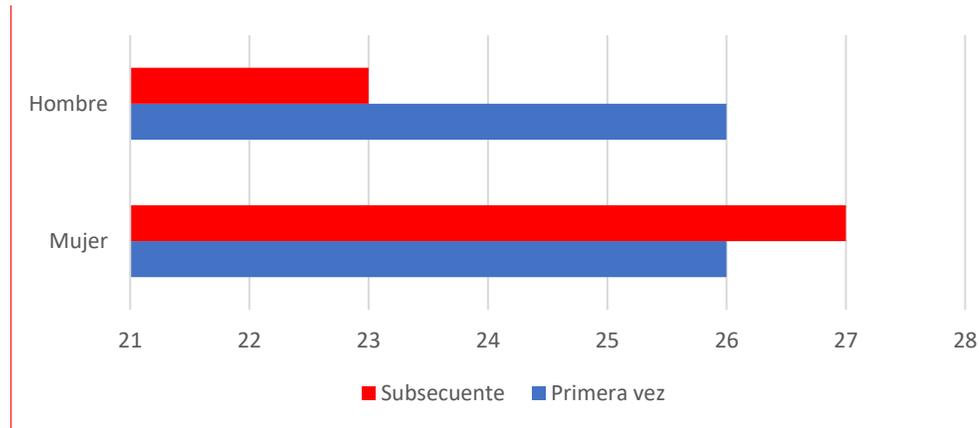
Nota: elaboración propia.

Se brindaron 102 atenciones, siendo 52 de primera vez, 26 a hombres y 26 a mujeres, mientras que, 50 fueron subsecuentes, 23 a hombres y 27 a mujeres (ver Figura 4). El lugar donde se captó el mayor número de pacientes fue en hospitalización con un total de 88 pacientes

atendidos, seguido de consulta externa e interconsulta con siete pacientes atendidos en cada lugar, respectivamente (ver Figura 5).

Figura 4

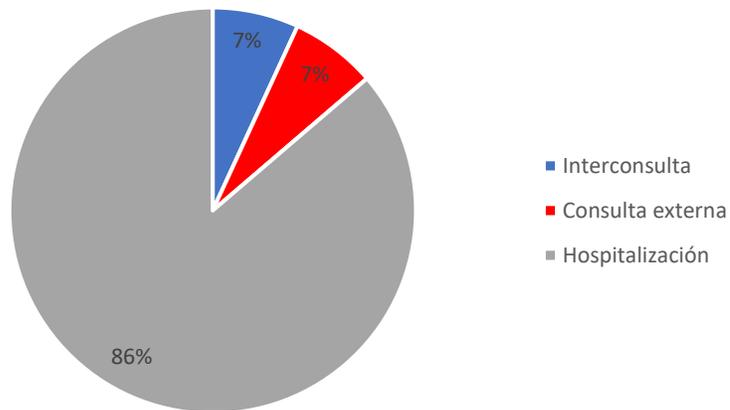
Frecuencia de atenciones de acuerdo con el tipo de intervención, con distinción entre sexos.



Nota: elaboración propia.

Figura 5

Porcentajes referente al lugar de captación y atención de pacientes de enero a junio de 2022.



Nota: elaboración propia.

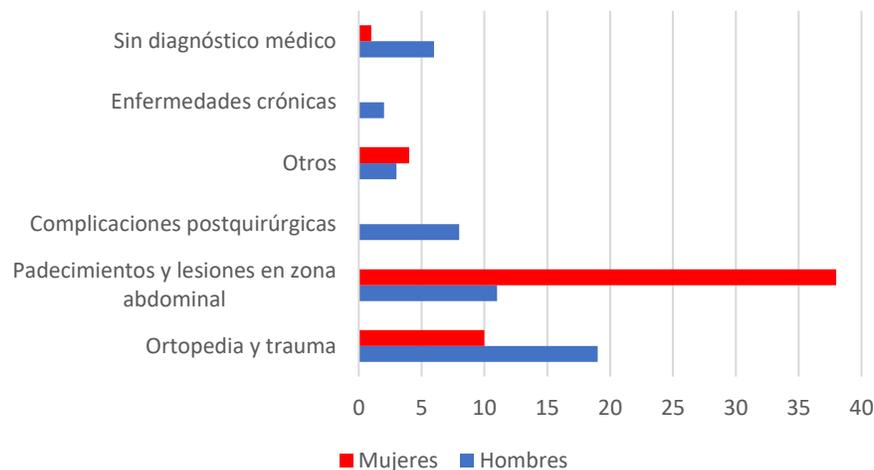
Durante la estancia en el hospital se atendieron pacientes con distintos diagnósticos médicos que requerían de atención psicológica, es por esto que, al ser varios se dividieron en seis categorías. La primer categoría se denominó “Ortopedia y trauma”, en esta se encuentran diagnósticos como fracturas expuestas, desarticulaciones, traumatismo craneoencefálico y pie

diabético; la segunda es “Padecimientos y lesiones en zona abdominal”, compuesta por pancreatitis aguda, colecistitis y enfermedad diverticular Hinchey; la tercer categoría es “Complicaciones postquirúrgicas”, en las que se encuentran desbridamientos quirúrgicos, adherenciolisis, infecciones postquirúrgicas y lavados quirúrgicos; la cuarta es “otros” en la que se encuentran aquellos diagnósticos que no pudieron incluirse por sus características en las categorías anteriores, tales como “biopsias” o “intento de autolisis”; la quinta “Sin diagnóstico médico” que se conforma de atenciones que se dieron a pacientes en el servicio de urgencias o personal del hospital; por último, la categoría de “Enfermedades crónicas” como diabetes mellitus.

De las 102 atenciones que se llevaron a cabo, 49 fueron a pacientes con algún diagnóstico de padecimientos y lesiones en zona abdominal, seguido de ortopedia y trauma con 29 atenciones, ocho de complicaciones postquirúrgicas, siete de otras (biopsia e intento de autolisis) y sin diagnóstico médico y, por último, dos de enfermedades crónicas. Asimismo, se pueden observar diferencias entre sexos (ver Figura 6), como es el caso en las siguientes categorías: “padecimientos y lesiones en zona abdominal” en la que la incidencia fue de 11 hombres y 38 mujeres; “ortopedia y trauma” con 19 hombres y 10 mujeres; “complicaciones postquirúrgicas” con ocho hombres y ninguna mujer; y “sin diagnóstico” con seis hombres y una mujer; mientras que, en las otras categorías de “enfermedades crónicas” con dos mujeres y ningún hombre y “otros” con tres hombres y cuatro mujeres, no se observan grandes diferencias entre sexos.

Figura 6

Número de atenciones a pacientes con diagnósticos médicos por categorías, con distinción entre sexos de enero a junio de 2022.



Nota: elaboración propia.

Teniendo en cuenta los datos anteriormente mostrados, la Tabla 7 ofrece información específica sobre el porcentaje de atención a los diagnósticos que conforman las categorías establecidas.

Tabla 7

Porcentaje de diagnósticos médicos de pacientes que fueron atendidos de enero a junio de 2022.

Categoría	Diagnóstico	Porcentaje
Padecimientos y lesiones en zona abdominal	Colecistitis	28.4
	Pancreatitis aguda	17.6
	Enfermedad Diverticular Hinchey II	2
Ortopedia y trauma	Pie diabético	13.7
	Fractura expuesta	9.7
	Fractura diafisaria distal de radio izquierdo	21
	Fractura supracondílea humeral	1
	Traumatismo craneoencefálico	1
	Desarticulación	1
Complicaciones postquirúrgicas	Adherenciolisis	2.9
	Desbridamiento quirúrgico	2.9
	Infección postquirúrgica	1
	Lavado quirúrgico	1
Otros	Intento de autólisis	5.9
	Biopsia	1
Enfermedades crónicas	Diabetes mellitus tipo 2	2
Sin diagnóstico		6.9

Nota: elaboración propia.

De la misma forma como se establecieron categorías para los diagnósticos médicos, se hizo con los diagnósticos psicológicos de los pacientes atendidos de la siguiente manera: la primera categoría fue de “Sintomatología de ansiedad” en la que se integran también intervenciones en crisis; seguido de “Sintomatología de depresión”; “Sintomatología de estrés”; “Problemas psicológicos que afectan la condición médica” en el que se incluyen diagnósticos como déficit de información, queja de dolor y déficit de manejo emocional; “Sin trastorno psicológico aparente” y; por último, la categoría “Otros” en la que se incluyen intentos suicidas y comunicación de malas noticias.

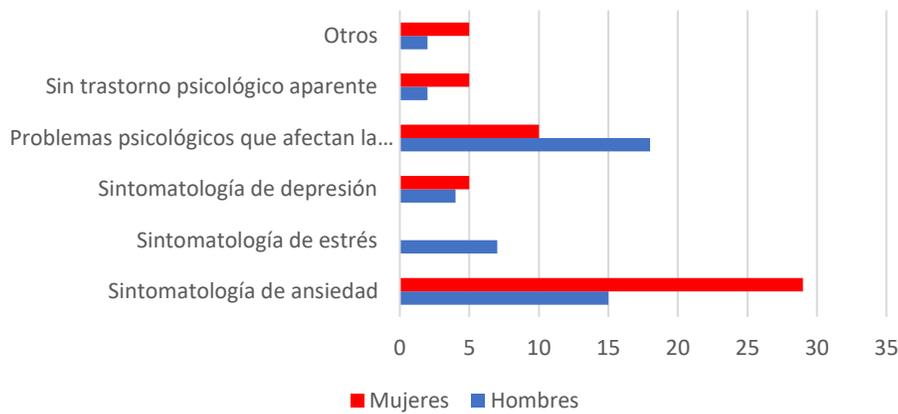
De acuerdo con los datos recabados, el diagnóstico psicológico que tuvo mayor prevalencia fue el de “sintomatología de ansiedad” con 44 casos, seguido por aquellos diagnósticos referentes a “problemas psicológicos que afectan la condición médica” con 28 casos, nueve por “sintomatología de depresión”, siete por “sintomatología de estrés” y “sin trastorno psicológico aparente” y, por último, siete por “otros diagnósticos”. Es importante mencionar, que aquellos pacientes sin trastorno psicológico aparente, de estos últimos, si bien durante la entrevista no se encontraron déficits o excesos que permitieran algún diagnóstico, se les brindaba apoyo con respecto a información sobre algún trámite que tenían que hacer dentro del hospital y se les daba seguimiento durante su estancia hospitalaria, en varias ocasiones solicitaban algún material didáctico, tales como sopas de letras, libros, o revistas.

Al realizar el análisis por sexos, se pueden apreciar grandes diferencias en algunos de los diagnósticos psicológicos (ver figura 7), tales como, en la categoría de sintomatología de ansiedad, en la que se observa mayor cantidad de mujeres que hombres con este diagnóstico (29 mujeres y 15 hombres), de igual forma con la categoría de “otros” (cinco mujeres y dos hombres) en la que la mayor incidencia de diagnóstico fue por intento suicida; mientras que, por

el contrario en la categoría de problemas psicológicos que afectan la condición médica fue en su mayoría hombres (18) en comparación con las mujeres (10) y, de igual forma, para sintomatología de estrés solamente fueron hombres (siete) quienes lo reportaron; sin embargo, en la categoría de sintomatología de depresión los datos son semejantes (cuatro hombres y cinco mujeres).

Figura 7

Número de atenciones a pacientes con diagnósticos psicológicos por categorías, con distinción entre sexos, de enero a junio de 2022.



Nota: elaboración propia.

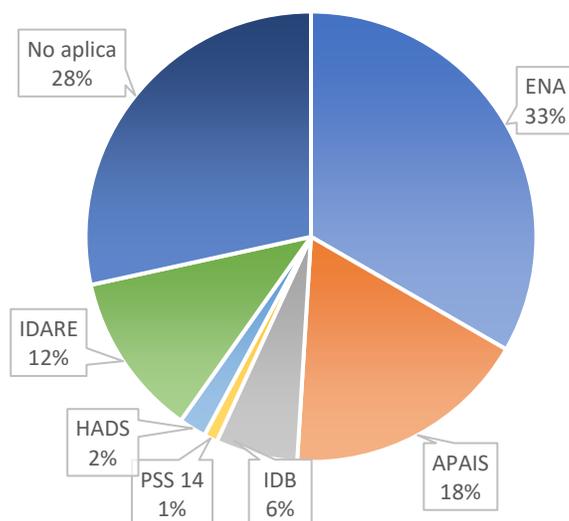
Para establecer uno de los diagnósticos, se realizó una evaluación que constaba de entrevista conductual que se llevaba a cabo siempre, posteriormente era complementada por otras herramientas de evaluación, tales como instrumentos con validación para población mexicana o escalas subjetivas.

De las herramientas de evaluación complementaria que se utilizaron, la que con mayor frecuencia se utilizó fue la *Escala Numérica Análoga (ENA)* (33%), seguida por la *Escala de Ansiedad Preoperatoria y de Información Ámsterdam (APAIS)* (18%), el *Inventario de Ansiedad Estado Rasgo (IDARE)* (12%), *Inventario de depresión de Beck (IDB)* (6%), *La Escala de Ansiedad y Depresión Hospitalaria (HADS)* (2%), la *Escala de Estrés Percibido* (1%) y, por

último, en el 28% de las atenciones dadas no fue necesario emplear alguna de las herramientas de evaluación complementaria (ver figura 8).

Figura 8

Distribución en porcentajes de herramientas de evaluación complementaria utilizadas de enero a junio de 2022.



Nota: elaboración propia.

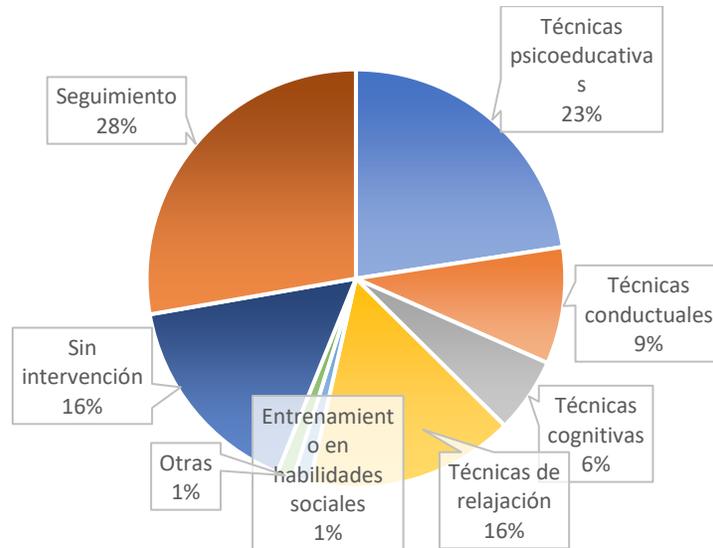
La elección de las técnicas empleadas fue de acuerdo a lo encontrado en la evaluación previa de los pacientes, estas técnicas se agruparon en categorías, al igual que los diagnósticos médicos y psicológicos, de tal forma que se conformaron de la siguiente manera: “Técnicas de psicoeducación”, “Técnicas de relajación” en las que se incluyen técnicas como relajación autógena, respiración rítmica, respiración diafragmática, relajación muscular progresiva e imaginación guiada; “Técnicas conductuales” como desensibilización sistemática, biofeedback, autocontrol y atención focalizada o mindfulness; “Técnicas cognitivas” como solución en problemas, autosinstrucciones y Terapia Racional Emotiva; y “Entrenamiento en habilidades sociales”.

De acuerdo con los datos encontrados, las técnicas más utilizadas fueron las “Técnicas psicoeducativas”, seguidas por las “Técnicas de relajación”, “Técnicas conductuales”, “Técnicas

cognitivas”, “Entrenamiento en habilidades sociales” y, “Otras”; mientras que, 43 (28%) de atenciones se trató de darle seguimiento a los pacientes y, en 25 (16%) atenciones no fue necesario poner en práctica alguna técnica y solo se realizó la evaluación (ver figura 9).

Figura 9

Distribución en porcentajes de técnicas utilizadas con los pacientes atendidos de enero a junio de 2022.



Nota: elaboración propia.

3. Competencias profesionales alcanzadas

3.1. Actividades diarias

Durante la estancia en el HGA se asistió por las mañanas al pase de visita del servicio de cirugía general, en el que se detectaban posibles pacientes a los que se les proporcionaría atención psicológica, se evaluaron dichos pacientes y se elaboraron historias clínicas psicológicas, notas clínicas de primera vez y subsecuentes.

Se llevaron a cabo sesiones psicoeducativas con los pacientes y sus familiares, principalmente sobre sus padecimientos y sobre las intervenciones quirúrgicas a las que serían sometidos, asimismo, se abordaron en mayor cantidad pacientes con problemas de ansiedad prequirúrgica, ansiedad y depresión; de igual forma, se llevó a cabo el protocolo de investigación llamado “Intervención conductual para pacientes con ansiedad previo a cirugía por colecistectomía” con la finalidad de disminuir los niveles de ansiedad en los pacientes que serían intervenidos quirúrgicamente.

Por otra parte, se lograron atender todas las interconsultas requeridas por los distintos servicios del HGA, realizando entrevistas conductuales y logrando realizar intervenciones en crisis y evaluación para casos de intentos de autolisis, de igual manera, se aprendió a canalizar y referir pacientes a instituciones que requerían de atenciones especializadas como de psiquiatría o para adicciones; la mayoría de las solicitudes de interconsulta fueron por parte del servicio de urgencias.

De manera similar, el trabajo que se realizó en consulta externa fue principalmente para pacientes con falta de adherencia a su tratamiento, ansiedad y depresión, los cuales en su mayoría estaban diagnosticados con alguna enfermedad crónica, sin embargo, otros de los pacientes atendidos eran personal de salud del HGA. Asimismo, se dieron pláticas sobre algún

tema de interés público de salud mental para los pacientes que estaban en la sala de espera de consulta externa, como parte de una jornada de salud mental, en la cual se brindaba información sobre un tema específico una vez por semana durante un mes.

3.2. Actividades académicas

Debido a la emergencia sanitaria por el virus SARS-CoV-2 desde el año 2020, las actividades académicas se llevaron en línea durante un año y medio (tres semestres) por medio de plataformas como *Zoom®* y *Google classroom®*. Durante este periodo se llevó a cabo la primera etapa (inducción), de acuerdo con el plan de estudios de la Residencia en Medicina Conductual con sede en la Facultad de Estudios Superiores (FES) en su sede Iztacala cursando talleres breves y materias como parte de la formación teórica y formativa con la finalidad de prepararnos para afrontar las distintas problemáticas que se podrían encontrar posteriormente en el servicio asignado posteriormente. De acuerdo con esto, se lograron los objetivos, desarrollando y adquiriendo herramientas teóricas y prácticas necesarias para el ejercicio psicológico profesional especializado en salud desde una perspectiva multidisciplinaria.

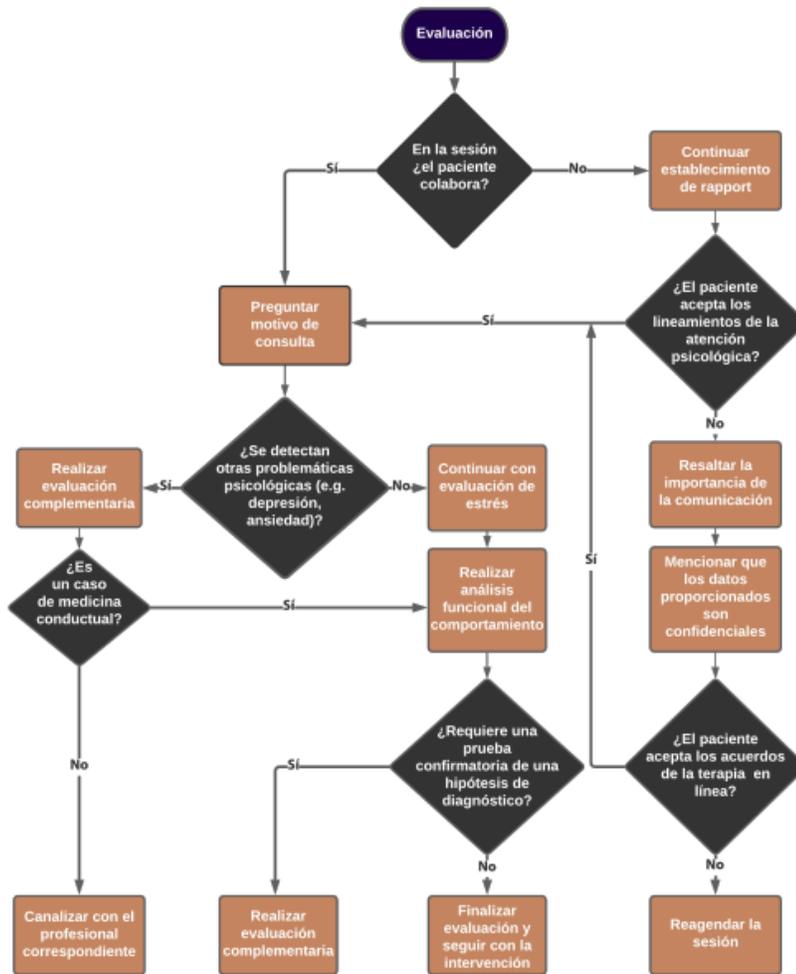
3.2.1 Atención psicológica en línea: Medicina Conductual Online

Continuando con la segunda etapa del plan de estudios que consiste en el trabajo en la sede hospitalaria, siendo previamente asignado a la sede del Hospital General de Atizapán llevando la materia de Residencia con los profesores pertenecientes a la sede. Debido a la emergencia sanitaria, se abrió el programa de Medicina Conductual Online a mediados del años 2020 en el que se atendió en línea a población con enfermedades crónicas (EC) que tuvieran complicaciones con la adherencia al tratamiento o problemas emocionales derivados de su diagnóstico médico, así como a cuidadores primarios informales de personas con EC y, personal de salud; de tal modo que se llevaba a cabo un proceso de solicitud de atención a través de una

página web (<https://www.mciztacala.org/>) o por correo electrónico

(medicinaconductualtizapan@gmail.com), una vez atendida la solicitud se les enviaba un cuestionario de evaluación para determinar si era candidato a recibir atención por el servicio de Medicina Conductual en línea, y una vez aceptado se ponía en contacto con el solicitante para brindarle la información necesaria y poder iniciar con el trabajo terapéutico (Ver figura 10).

Figura 10
Flujograma de sesiones de evaluación



Nota: Adaptada de Muñoz et. al, 2021. *Reducción de estrés en pacientes con diabetes Mellitus* (p.47).

Previo a brindar la atención en línea, se tomó un entrenamiento por parte de los supervisores académicos, donde se abordaron temas como: telepsicología y los aspectos éticos de

su práctica, entrevista conductual y entrenamiento en distintas técnicas conductuales. Al concluir el entrenamiento, se fueron asignando pacientes a cada uno de los residentes, empezando a atenderlos como en compañía de las compañeras R2, quienes fungían como coterapeutas y al finalizar la sesión retroalimentaban el desempeño del residente.

Este servicio se brindó durante los 15 meses restantes de la Residencia, teniendo inicio el 8 de abril de 2021 y culminando en junio de 2022, se dieron 105 consultas de evaluación e intervención y, 12 de seguimiento; seis culminaron su tratamiento, uno se refirió con nuevo residente para darle continuidad a su tratamiento y cuatro abandonaron el tratamiento. Del total de personas atendidas, nueve fueron mujeres (n=9) y dos hombres (n=2) y, el rango de edad fue de entre los 18 y 50 años, con una media de 37. En la tabla 8 se observan las características de los pacientes atendidos.

Posteriormente, a inicios de enero de 2022 se reanudaron las actividades académicas en el Hospital General de Atizapán, en donde se contaba con la supervisión *in situ* de la Lic. Ma. Areli Fernández Uribe, quien entrenó y supervisó a los residentes en la atención a los pacientes en las diversas áreas del hospital tales como hospitalización, y consulta externa e interconsultas, obteniendo así habilidades y conocimiento acerca del trabajo diario dentro de una sede hospitalaria.

Tabla 8*Características de pacientes y de la atención brindada*

Lugar de residencia	Frecuencia
Estado de México	5
Ciudad De México	4
Nuevo León	1
Chiapas	1
Diagnóstico médico	Frecuencia
Cuidador de personas con EC	2
Fibrosis Pulmonar Idiopática	1
Esclerosis Sistémica	1
Sin diagnóstico	1
Personal de salud	1
COVID-19	1
Diabetes Mellitus Tipo 2	1
Artritis Reumatoide	1
Fibromialgia	1
Psoriasis	1
Hipertensión Arterial	1
Virus de Papiloma Humano	1
Hipotiroidismo Subclínico	1
Diagnóstico psicológico	Frecuencia
Sintomatología de ansiedad	6
Sintomatología de depresión	6
Sintomatología de estrés	4
Déficit en Habilidades Sociales	2
Evaluación complementaria	Frecuencia
Inventario de Depresión de Beck	6
Escala de Ansiedad y Depresión Hospitalaria	5
Inventario de Ansiedad Estado Rasgo	5
Escala de Estrés Percibido (PSS-14)	4
WHOQOL-BREF	3
Cuestionario Breve de Percepción de Enfermedad Crónica	3
APGAR Familiar	1
Inventario de Estrategias de Afrontamiento	1
Inventario de Ansiedad de Beck	1
Técnicas empleadas	Frecuencia
Psicoeducación	10
Entrenamiento en relajación	7
Terapia cognitiva	5
Entrenamiento en Habilidades Sociales	4
Establecimiento de objetivos, planeación de actividades y gestión del tiempo	3
Solución de Problemas	2
Técnicas de autocontrol	1
Alto al pensamiento	1
Activación conductual	1
Mindfulness	1

Nota: elaboración propia.

De tal manera que se lograron adquirir competencias profesionales que permitieron analizar las problemáticas psicológicas de los pacientes de acuerdo con el modelo de evaluación conductual, así como la habilidad de seleccionar y aplicar las técnicas más pertinentes para modificar el comportamiento no adaptativo del paciente y/o sus familiares en el contexto hospitalario, diseñando también material psicoeducativo acorde con las características de las personas atendidas y, por último, se logró diseñar y aplicar un protocolo de investigación dirigido a la solución de una problemática psicológica.

4. Conclusiones

A manera de conclusión, deseo resaltar el profesionalismo y la entrega de cada uno de los profesores que forman parte del cuerpo docente de la residencia, así como de la supervisora in situ durante la estancia en el hospital, ya que en todo momento mostraron apoyo incondicional y adaptaron todo el escenario de la mejor forma posible para que los alumnos obtuvieran el conocimiento necesario y cumplir con los objetivos establecido por el programa de residencia, aun cuando el escenario mundial por la pandemia por COVID-19 no era el mejor.

Teniendo en cuenta lo anterior, se logró el objetivo de adquirir las herramientas necesarias para el buen desarrollo académico y profesional. Y, es importante mencionar la grande labor de los compañeros y de los profesores de supervisión por poder llevar a cabo las acciones relacionadas con la práctica supervisada, a través de la apertura del programa de intervención en línea para pacientes con enfermedades crónicas, permitiendo así poder desarrollar y plasmar lo aprendido en las clases, todo esto debido a la imposibilidad de poder acudir a las estancias hospitalarias; a dicho programa se sugiere se le de continuidad, ya que ha sido una gran oportunidad para las personas que no tienen posibilidad de acudir a un hospital, pero también lo es para los alumnos, quienes a través de este formato de atención desarrollan nuevas habilidades que son necesarias debido al avance tecnológico y a la creciente necesidad de atención por estos medios.

Asimismo, es relevante mencionar la breve experiencia que se tuvo como residente de medicina conductual en el HGA, la cual fue buena en su totalidad, sin embargo, se considera necesario hacer mayor énfasis y promoción de la labor del psicólogo a nivel hospitalario, sobre todo en el área de cirugía, ya que muchos de los residentes de esa área y algunos adscritos, no reconocen del todo la relevancia de la presencia del residente en medicina conductual.

De manera general, ha sido muy grato y satisfactorio pertenecer a una residencia de alta excelencia y calidad como lo es la de Medicina Conductual, no queda más que agradecer a todos los que forman parte de ella e incitar a seguir creciendo y mantener ese deseo por ser cada vez mejores y de continuar forjando el camino para seguir formando psicólogos profesionales.

Referencias

- Agac, A., Ulucanlar, H., Ay, A., & Ozden, M. (2014). Risk factors for perioperative anxiety in laparoscopic surgery. *Journal of the Society of Laparoendoscopic Surgeons*, 18(3). <https://doi.org/10.4293/JLSL.2014.00159>
- Almora, C., Arteaga, Y., Plaza, T., Prieto, Y., & Hernández, Z. (2012). Diagnóstico clínico y epidemiológico de la litiasis vesicular. Revisión bibliográfica. *Revista de Ciencias Médicas de Pinar del Río*. 16(1). P. 200-14.
- Álvarez-Bobadilla, G. M. (2014). Ansiedad: evaluación, diagnóstico e intervención preoperatoria. *Revista Mexicana de Anestesiología*, 37(S1), 152-154.
- American Psychological Association APA (2021). Anxiety. <https://www.apa.org/topics/anxiety>
- Barlow, D. (2002). *Ansiedad y sus trastornos: La naturaleza y el tratamiento de la ansiedad y el pánico*. Nueva York: Guilford Press.
- Barrilero Gómez, J. A., Casero Mayorga, J. A., Cebrián Picazo, F., Córdoba Monedero, C. A., García Alcaraz, F., Gregorio González, E., ... & Tébar Parreño, F. J. (1998). Ansiedad y cirugía. Repercusiones en el paciente sometido a cirugía programada. *Revista de Enfermería*, (8), 3-20.
- Becerra Gálvez, A., Reynoso Erazo, L., García Rodríguez, F., & Ramírez Ramírez, A. (2016). Intervención cognitivo-conductual para el control de ansiedad ante la biopsia insinicial en paciente con cáncer de mama. *Psicooncología*, 13(1), 85-99. https://doi.org/10.5209/rev_PSIC.2016.v13.n1.52489
- Beck, A. T. (2013). *Terapia cognitiva para trastornos de ansiedad*. Descleé de Brouwer.
- 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.
- <https://doi.org/10.25009/pys.v32i2>
- Beyrouiti, MI., Beyrouiti, R., Affes, N., Zroud, N., Abdelmoula, K., Azzaza, M., Hlel, A., Dammak, Y., Damak, Z., Derbel, R., Feriani, N., & Khelifa, MB (2011) The lithiasic acute cholecystitis: laparoscopic treatment (About 106 cases). *La Tunisie Medicale*. 89(4); 355-359.
- Bisbe, E., Escolano, F., & Villalonga, A. (1999). Paciente muy ansioso en la visita preoperatoria. *Casos clínicos. Anestesiología*. Barcelona: Masson; 3-9.
- Blanchard, E. B. (1982). Behavioral Medicine: Past, present and future. *Journal of consulting and clinical psychology*, 50 (6), 795-796.
- Carapia-Sadurni, A., Mejía-Terrazas, G., Nacif-Gobera, L., & Hernández-Ordóñez, N. (2011). Efecto de la intervención psicológica sobre la ansiedad preoperatoria. *Revista Mexicana de Anestesiología*, 34 (4), 260-263.
- Cardiel, R. (1994). La medición de la calidad de vida. En L. Moreno, F. Cano-Valle & H, García-Romero (Eds.), *Epidemiología Clínica* (pp. 189-199). México: Interamericana-McGraw Hill.
- Castillero Amador, Y. (2010). Intervención psicológica en cirugía cardíaca. *Avances En Psicología Latinoamericana*, 25(1), 52-63. Recuperado a partir de <https://revistas.urosario.edu.co/index.php/apl/article/view/557>
- Cázares de León, F., Vinaccia, S., Quiceno, J., & Montoya, B. (2016). Preparación psicológica para la intervención quirúrgica: Revisión sistemática de la literatura. *Psychologia. Avances de la disciplina*, 10(2), 73-85.

- Cerezo-Reséndiz, S., & Hurtado-Rodríguez, C. (2011). Principales aportaciones a la medicina conductual de Joseph Dominic Matarazzo. *Journal of behavior, health & social issues (México)*, 3(2), 49-59. <https://doi.org/10.5460/jbhsi.v3.2.30218>
- Chávez-Saavedra, G., Lara-Lona, E., Hidalgo-Valadez, C., Romero-Salinas, N., & Méndez-Sashida, G. D. J. (2019). Experiencia en procedimientos laparoscópicos en México durante 2015: ¿dónde estamos? *Cirugía y cirujanos*, 87(3), 292-298. <https://doi.org/10.24875/ciru.18000562>
- Chad-Friedman, E., Talaei-Khoei, M., Ring, D., & Vranceanu, A. M. (2017). First use of a brief 60-second mindfulness exercise in an orthopedic surgical practice; results from a pilot study. *Archives of Bone and Joint Surgery*, 5(6), 400-405.
- Chirveces, E., & Arnau, A. (2006). Efecto de una visita de enfermería perioperatoria sobre la ansiedad y el dolor. *Enfermería Clínica*;16(1), 3-10.
- Cisneros, G., & Ausín, B. (2019). Prevalencia de los trastornos de ansiedad en las personas mayores de 65 años: una revisión sistemática. *Revista Española de Geriatria y Gerontología*, 54(1), 34-48. <https://doi:10.1016/j.regg.2018.05.009>
- Cohen, J. (1988). *Statistical power analysis for the behavioral sciences*. Hillsdale, NJ: Erlbaum.
- Cordero-Ponce M, Romero-Sanchez IM., & López-Barea J. (2008). Abordaje del paciente en unidad de cirugía mayor ambulatoria. *Enfermería clínica*,18(3),156-60. [https://doi.org/10.1016/S1130-8621\(08\)70718-6](https://doi.org/10.1016/S1130-8621(08)70718-6)
- Corona, R. M., Reynoso Erazo, L., Bravo González, M. C., & Hernández Rubio, Á. (2020). Intervención cognitivo conductual para reducción de ansiedad prequirúrgica en

- pacientes con cáncer de mama. *Revista Latinoamericana de Medicina Conductual/Latin American Journal of Behavioral Medicine*, 10(1), 42-51.
- Davis-Evans, C. (2013). Alleviating anxiety and preventing panic attacks in the surgical patient. *AORN journal*, 97(3), 354-364. <https://doi.org/10.1016/j.aorn.2012.12.012>
- Díaz-Guerrero, R., & Spielberger, C. (1975). IDARE Inventario de ansiedad: rasgo-estado. México: El Manual Moderno.
- Díaz-Medina, A. E., Vargas-Ruiz, Á. G., & Lara-Hernández, G. (2021). Cirugías más frecuentes en el Centro Médico Naval en un período de 5 años. *Revista mexicana de anestesiología*, 44(3), 158-165. <https://dx.doi.org/10.35366/99661>
- Dindo, L., Zimmerman, M. B., Hadlandsmyth, K., St Marie, B., Embree, J., Marchman, J., Tripp-Reimer, T., & Rakel, B. (2018). Acceptance and commitment therapy for prevention of chronic postsurgical pain and opioid use in at-risk veterans: a pilot randomized controlled study. *The journal of pain*, 19(10), 1211-1221. <https://doi.org/10.1016/j.jpain.2018.04.016>
- Enríquez-Sánchez, L. B., García-Salas, J. D., & Carrillo-Gorena, J. (2018). Colecistitis crónica y aguda, revisión y situación actual en nuestro entorno. *Cirujano general*, 40(3), 175-178.
- Feixas, G., & Saldivar-Maldonado, P. (2010). Eficacia de la intervención psicológica en la reducción de la ansiedad pacientes quirúrgicos de banda gástrica ajustable. *Boletín de Psicología*, (99), 71-87.
- Fernández-Cantón, S. (2005). El IMSS en cifras. Las intervenciones quirúrgicas. *Revista Médica del Instituto Mexicano del Seguro Social*, 43(6), 511-520.

- Figuerola López, C., Mora Osorio, R., & Ramos del Rio, B. (2018). Relación entre la ansiedad preoperatoria y las estrategias de afrontamiento en pacientes hospitalizados con cardiopatía isquémica candidatos a bypass cardiaco. *Vertientes. Revista Especializada En Ciencias De La Salud*, 20(1), 5–9.
<https://revistas.unam.mx/index.php/vertientes/article/view/64541>
- Friedman, H.S., & DiMatteo, M.R. (1989). *Health psychology*. Nueva Jersey, Nueva Jersey: Prentice-Hall, Inc.
- Gaona, D., & Contnto, B. (2018). Ansiedad preoperatoria en pacientes quirúrgicos en el área de cirugía del Hospital Isidro Ayora. *Enfermería Investiga, Investigación, Vinculación, Docencia y Gestión*, 3 (1), 38-43.
<https://revistas.uta.edu.ec/erevista/index.php/enfi/article/view/749>
- García, A., Gutiérrez, L., & Cueto, J. (2016). Evolución histórica de la cirugía laparoscópica. *Revista Mexicana de Cirugía Endoscópica*, 17(2), 93-106.
- Gavino, A. (2018). *Guía de técnicas de terapia de conducta*. Ediciones pirámide.
- Germer, C., Siegel, R., & Fulton, P. (2005). *Mindfulness and Psychotherapy*. Nueva York, NY: Guilford Press.
- Glass, D.C., & Carver, C.S. (1980). Helplessness and the coronary-prone personality. En J. Garber y M.E.P.Seligman (Eds.): *Human helplessness*. Nueva York: Academic Press.
- Gonçalves, K., Silva, J., Gomes, E., Pinheiro, L., Figueiredo, T., & Bezerra, S. (2016). Anxiety in the preoperative period of heart surgery. *Revista brasileira de enfermagem*, 69, 397-403.
<https://doi.org/10.1590/0034-7167.2016690225i>

- Gordillo León, F., Arana Martínez, J. M., & Mestas Hernández, L. (2011). Tratamiento de la ansiedad en pacientes prequirúrgicos. *Revista Clínica de Medicina de Familia*, 4(3), 228-233.
- Guze, S. B., Matarazzo, J. D., & Saslow, G. (1953). A formulation of principles of comprehensive medicine with special reference to learning theory. *Journal of Clinical Psychology*, 9, 127–136.
- Hazlett-Stevens, H., & Craske, M. G. (2003). Breathing retraining and diaphragmatic breathing techniques. En W. O'Donohue & J. Fisher (2008). *Cognitive behavior therapy: Applying in empirically supported techniques in your practice* (59-64). Nueva Jersey: John Wiley & Sons, Inc.
- Hernández, A., López, A., & 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.
- Hernández, R., Fernández, C., & Baptista, P. (2016). *Metodología de la investigación*. 6ta Edición. México: McGraw-Hill.
- Jara, G., Rosciano, J., Barrios, W., Vegas, L., Rodríguez, O., Sánchez, R., & Sánchez, A. (2017). Colectomía laparoscópica subtotal como alternativa quirúrgica segura en casos complejos. *Cirugía Española*, 95(8), 465-470.
<https://doi.org/10.1016/j.ciresp.2017.07.013>
- Jawaid, M., Mushtaq, A., Mukhtar, S., & Khan, Z. (2007). Preoperative anxiety before elective surgery. *Neurosciences*, 12(2), 145-148.
- Jlala, H., French, J., Foxall, G., Hardman, J., & Bedforth, N. (2010). Effect of preoperative multimedia information on perioperative anxiety in patients undergoing procedures

- under regional anaesthesia. *British journal of anaesthesia*, 104(3), 369-374.
<https://doi.org/10.1093/bja/aeq002>
- Kindler, C. H., Harms, C., Amsler, F., Ihde-Scholl, T., & Scheidegger, D. (2000). The visual analog scale allows effective measurement of preoperative anxiety and detection of patients' anesthetic concerns. *Anesthesia & Analgesia*, 90(3), 706–712.
<https://doi.org/10.1097/00000539-200003000-00036>
- Labrador, F. J., & López, A. B. (2014). *Técnicas de modificación de conducta*. Pirámide.
- Lang, P. J. (1968). Fear reduction and fear behavior: Problems in treating a construct. In *Research in psychotherapy conference, 3rd, May-Jun, 1966, Chicago, IL, US*. American Psychological Association. <https://doi.org/10.1037/10546-004>
- Lazarus, R., & Folkman, S. (1984). *Stress, appraisal, and coping*. Nueva York: Springer publishing company.
- López, S., Pastor, M. A., Rodríguez, J., Sánchez, S., & Belmonte, J. (1990). Evaluación del estrés del paciente quirúrgico. *Revista de Psicología de la Salud*, 2(1-2), 113-126.
- Maranets, I., & Kain, Z. N. (1999). Preoperative anxiety and intraoperative anesthetic requirements. *Anesthesia & Analgesia*, 89(6), 1346.
<https://doi.org/10.1213/00000539-199912000-00003>
- Marinelli, V., Danzi, O. P., Mazzi, M. A., Secchettin, E., Tuveri, M., Bonamini, D., Rimondini, M., Salvia, R., Bassi, C., & Del Piccolo, L. (2020). Prepare: preoperative anxiety reduction. one-year feasibility RCT on a brief psychological intervention for pancreatic cancer patients prior to major surgery. *Frontiers in Psychology*, 11, 362. <https://doi.org/10.3389/fpsyg.2020.00362>

- Martín-Crespo, M.C., Caravantes, M.I., García, J.M., & Gómez, B. (2007). Efecto de la intervención enfermera durante el intraoperatorio en el grado de ansiedad del paciente quirúrgico en el hospital comarcal Virgen de Altagracia de Manzanares (Ciudad Real). *Nure Investigación*, (30).
- Martínez-Sánchez, F., & Valiente, J. (1994). Marcadores fisiológicos y psicológicos de la ansiedad prequirúrgica. *Cirugía Española*, 56(2), 140-144.
- Matarazzo, J. D. (1994). Health and behavior: The coming together of science and practice in psychology and medicine after a century of benign neglect. *Journal of clinical psychology in medical settings*, 1(1), 7-39. <https://doi.org/10.1007/bf01991723>
- Méndez-Meneses, K., Rebolledo, M., Díaz, S., Rodríguez, L., Acosta, B. L., & Mantill, B., González-Rodríguez, E., Aguilar, J., Galindo, O., & 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. <http://dx.doi.org/10.5209/PSIC.63648>
- Michie, S., Wood, C. E., Johnston, M., Abraham, C., Francis, J. J., & Hardeman, W. (2015). Behaviour change techniques: the development and evaluation of a taxonomic method for reporting and describing behaviour change interventions (a suite of five studies involving consensus methods, randomised controlled trials and analysis of qualitative data). *Health technology assessment* (Winchester, England), 19(99), 1–188. <https://doi.org/10.3310/hta19990>
- Moberg, G. P. (2000). Biological response to stress: implications for animal welfare. *The biology of animal stress: basic principles and implications for animal welfare*, 1, 21.

- Moerman, N., van Dam, F. S., Muller, M. J., & Oosting, H. (1996). The Amsterdam preoperative anxiety and information scale (APAIS). *Anesthesia & Analgesia*, 82(3), 445-451.
- Moreno, P., & Calle, A. (2015). Detección y actuación en la ansiedad preoperatoria inmediata. De la teoría a la práctica. *Cirugía mayor ambulatoria*, 20(2), 74-78.
- Muñoz, D., Bautista, Y. M., Ortega, A., Becerra, A. L., & Reynoso, L. (2021). *Reducción de estrés en pacientes con Diabetes Mellitus*. México: Qartuppi.
- Navarro-Gastón, D. (2020). Estudio de la ansiedad en el paciente prequirúrgico en cirugía del pie. *Revista española de podología*, 31(2), 87-92.
<https://doi.org/10.20986/revesppod.2020.1562/2020>
- Organización Mundial de la Salud. (2008). *Lista OMS de verificación de la seguridad de la cirugía: manual de aplicación: la cirugía segura salva vidas*. Organización Mundial de la Salud. <https://apps.who.int/iris/handle/10665/70083>
- 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(2-3), 413-428.
- Parrales, M., Medina, M., & Zúñiga, M. (2018). Colectectomía Laparoscópica, un enfoque anatomoclínico. *Revista Clínica de la Escuela de Medicina de la Universidad de Costa Rica*, 8(3), 1-9.
- Pérez, A., Roesch, F., Díaz, F., & Martínez, S. (2000). Experiencia en colecistectomía laparoscópica en el tratamiento de la enfermedad litiásica biliar en el paciente anciano. *Cirugía General*, 22(1), 35-40.

- Pinto, M., & Niño, C. (2005). Prevalencia de colecistectomía laparoscópica convertida en el servicio de cirugía del hospital de emergencias GRAU (2000-2005). *Sociedad Médico-Quirúrgica del Hospital de Emergencia "Pérez de León"*, 36(2), 9-14
- Porrás-Caballero, F. C., Rosales Sánchez, K. P., Medellín Navarro, D. V., & Sánchez Jáuregui, D. F. (2020). Aplicación de técnicas de relajación en pacientes preoperatorios, hospitalizados y sus cuidadores. *Dilemas contemporáneos: educación, política y valores*, 8(Edición especial) <https://doi.org/10.46377/dilemas.v8i.2492>
- Powell, R., Scott, N. W., Manyande, A., Bruce, J., Vögele, C., Byrne-Davis, L. M., Unsworth, M., Osmer, C., & Johnston, M. (2016). Psychological preparation and postoperative outcomes for adults undergoing surgery under general anaesthesia. *Cochrane Database of Systematic Reviews*, (5). <https://doi.org/10.1002/14651858.CD008646.pub2>
- Quintero, A., Yasnó, D. A., Riveros, O. L., Castillo, J., & Borrález, B. A. (2017). Ansiedad en el paciente prequirúrgico: un problema que nos afecta a todos. *Revista Colombiana de Cirugía*, 32(2), 115-120.
- Reynoso-Erazo, L. (2012). *Residencia en Medicina Conductual*. Disponible en: <http://posgrado.iztacala.unam.mx/mconductual/>
- Reynoso-Erazo, L. (2014). Medicina Conductual: Introducción. En L. Reynoso y A. Becerra (coords.), *Medicina Conductual: Teoría y Práctica* (11-26). Editorial Qartuppi. <http://www.qartuppi.com/2014/MEDICINA.pdf>
- Rivera-Fong, L., Castillo, E. R., Gálvez-Hernández, L., Méndez-Meneses, K. J., Aguilar-Ponce, J. L., Vázquez, O. G., & Riveros-Rosas, A. (2018). Ansiedad ante la cirugía en pacientes oncológicos: Revisión de su evaluación, factores de riesgo e intervención

- psicológica. *Journal of Behavior*, 10(2), 7-17.
<http://dx.doi.org/10.22201/fesi.20070780.2017.9.2.68378>
- Rojas, M. (2002). *Análisis del programa de Psicología de la Salud*. En: M. García Méndez y M.R. Cuevas Martínez (comps.) *Autoevaluación de la Carrera de Psicología*, (177-192). México D.F: FES Zaragoza-UNAM.
- Rodríguez, G., & Jaén, C. (2004). Tendencias actuales de la investigación en Medicina Conductual en México. En G. Rodríguez (Coord.), *Medicina Conductual en México* (37-56). México: Sociedad Mexicana de Medicina Conductual, A.C.
- Rodríguez, G. (2010). Desarrollo de la medicina conductual en México. *Revista Latinoamericana de Medicina Conductual/Latin American Journal of Behavioral Medicine*, 1(1), 5-12.
- Roesch-Dietlen, F., Pérez-Morales, A. G., Martínez-Fernández, S., Díaz-Roesch, F., Gómez-Delgado, J. A., & Remes-Troche, J. M. (2019). Safety of laparoscopic subtotal cholecystectomy in acute cholecystitis. Experience in Southeast Mexico. *Revista de Gastroenterología de México (English Edition)*, 84(4), 461-466.
<https://doi.org/10.1016/j.rgmxe.2018.11.007>
- Romeo, M., & Muniesa, L. (2014). Efectos del uso de un tríptico informativo en la reducción de la ansiedad y el dolor perioperatorios en pacientes intervenidos de patología urológica. *Enfermería Clínica*, 24(4), 233-240.
<https://doi.org/10.1016/j.enfcli.2013.11.008>
- Ruiz-López, E., Muñoz-Cuevas, J. H., Olivero-Vásquez, Y. I., & Islas-Saucillo, M. (2000). Ansiedad preoperatoria en el Hospital General de México. *Revista médica del hospital general de México*, 63(4), 231-236.

- Saldaña, C. (1984). Alternativas conductuales a problemas de salud. *Anuario de Psicología/The UB Journal of psychology*, 30-31, 59-74.
- Schwartz, G. E., & Weiss, S. M. (1978.). Yale Conference of Behavioral Medicine: A Proposed Definition and Statement of Goals. *Journal of Behavioral Medicine*, 1(1), 3-12.
<https://doi.org/10.1007/BF00846582>
- Senado de la República (2017). 14.3% de la población mexicana padece trastornos de ansiedad. <http://comunicacion.senado.gob.mx/index.php/informacion/boletines/39699-14-3-de-la-poblacion-mexicana-padece-trastornos-de-ansiedad.html#:~:text=Se%20estima%20que%20en%20M%C3%A9xico,porcentaje%20de%209%20por%20ciento.>
- Siegel, R. D. (2011). *La solución mindfulness. Prácticas cotidianas para problemas cotidianos*. Bilbao, España: Desclée de Brouwer.
- Sigdel, S. (2015). Perioperative anxiety: A short review. *Global Anesthesia and Perioperative Medicine*, 1(4), 107-8. <https://doi.org/10.15761/GAPM.1000126>
- Taylor, S.E. (1986). *Health psychology*. New York: Random House.
- Torres, U., & Spinetti, D. (2002) Colectectomía laparoscópica versus colectectomía abierta o tradicional. Resultado de una serie de 442 pacientes. *Revista De Facultad de Medicina, Universidad de los Andes*, 11(1-4), 35-41.
- Tsimopoulou, I., Pasquali, S., Howard, R., Desai, A., Gourevitch, D., Tolosa, I., & Vohra, R. (2015). Psychological prehabilitation before cancer surgery: a systematic review. *Annals of Surgical Oncology*. 22, 4117–4123.
<https://doi.org/10.1245/s10434-015-4550-z>

- Valenzuela-Millán, J., Barrera-Serrano, J., & Ornelas-Aguirre, J. (2010). Ansiedad preoperatoria en procedimientos anestésicos. *Cirugía y Cirujanos*, 78(2), 151-156.
- Virgen-Montelongo, R., Lara-Zaragoza, AC., Morales-Bonilla, G., & Villaseñor-Bayardo, SJ. (2005). Los trastornos de ansiedad. *Revista Digital Universitaria*, 6(11), 1-11
- Zollinger, R., Ellison, E., Bitans, M., & Smith, J. (2011). *Zollinger's Atlas of Surgical Operations*. Mac Graw-Hill.

Anexo 1

Inventario de Ansiedad Estado y Rasgo (IDARE)

IDARE
Inventario de Autoevaluación
por

SXE

C. D. Spielberg, A. Martínez-Urrutía, F. González-Reigosa, L. Natalicio y R. Díaz-Guerrero

Nombre: _____ Fecha: _____

Instrucciones: Algunas expresiones que la gente usa para describirse aparecen abajo. Lea cada frase y llene el círculo numerado que indique cómo se *siente ahora mismo*, o sea, en *este momento*. No hay contestaciones buenas o malas. No emplee mucho tiempo en cada frase, pero trate de dar la respuesta que mejor describa sus sentimientos *ahora*.

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

IDARE

Inventario de Autoevaluación

SXR

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

	CASI NUNCA	ALGUNAS VECES	FRECUENTEMENTE	CASI SIEMPRE
21. Me siento bien	<input type="radio"/>	<input type="radio"/>	<input type="radio"/>	<input type="radio"/>
22. Me canso rápidamente	<input type="radio"/>	<input type="radio"/>	<input type="radio"/>	<input type="radio"/>
23. Siento ganas de llorar	<input type="radio"/>	<input type="radio"/>	<input type="radio"/>	<input type="radio"/>
24. Quisiera ser tan feliz como otros parecen serlo	<input type="radio"/>	<input type="radio"/>	<input type="radio"/>	<input type="radio"/>
25. Pierdo oportunidades por no poder decidirme rápidamente	<input type="radio"/>	<input type="radio"/>	<input type="radio"/>	<input type="radio"/>
26. Me siento descansado(a)	<input type="radio"/>	<input type="radio"/>	<input type="radio"/>	<input type="radio"/>
27. Soy una persona "tranquila, serena y sosegada"	<input type="radio"/>	<input type="radio"/>	<input type="radio"/>	<input type="radio"/>
28. Siento que las dificultades se me amontonan al punto de no poder superarlas	<input type="radio"/>	<input type="radio"/>	<input type="radio"/>	<input type="radio"/>
29. Me preocupo demasiado por cosas sin importancia	<input type="radio"/>	<input type="radio"/>	<input type="radio"/>	<input type="radio"/>
30. Soy feliz	<input type="radio"/>	<input type="radio"/>	<input type="radio"/>	<input type="radio"/>
31. Tomo las cosas muy a pecho	<input type="radio"/>	<input type="radio"/>	<input type="radio"/>	<input type="radio"/>
32. Me falta confianza en mí mismo(a)	<input type="radio"/>	<input type="radio"/>	<input type="radio"/>	<input type="radio"/>
33. Me siento seguro(a)	<input type="radio"/>	<input type="radio"/>	<input type="radio"/>	<input type="radio"/>
34. Procuro evitar enfrentarme a las crisis y dificultades	<input type="radio"/>	<input type="radio"/>	<input type="radio"/>	<input type="radio"/>
35. Me siento melancólico(a)	<input type="radio"/>	<input type="radio"/>	<input type="radio"/>	<input type="radio"/>
36. Me siento satisfecho(a)	<input type="radio"/>	<input type="radio"/>	<input type="radio"/>	<input type="radio"/>
37. Algunas ideas poco importantes pasan por mi mente y me molestan	<input type="radio"/>	<input type="radio"/>	<input type="radio"/>	<input type="radio"/>
38. Me afectan tanto los desengaños que no me los puedo quitar de la cabeza	<input type="radio"/>	<input type="radio"/>	<input type="radio"/>	<input type="radio"/>
39. Soy una persona estable	<input type="radio"/>	<input type="radio"/>	<input type="radio"/>	<input type="radio"/>
40. Cuando pienso en mis preocupaciones actuales me pongo tenso(a) y alterado(a)	<input type="radio"/>	<input type="radio"/>	<input type="radio"/>	<input type="radio"/>

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

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

Ejemplo:

Me preocupa el futuro.

1	2	3	4	5
				X

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

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



UNIVERSIDAD NACIONAL AUTÓNOMA DE MÉXICO
FACULTAD DE ESTUDIOS SUPERIORES IZTACALA
Programa de Maestría y Doctorado en Psicología
Residencia en Medicina Conductual



Atizapán de Zaragoza, Estado de México, a _____

Día / Mes / Año

CONSENTIMIENTO INFORMADO

Estimado (a) paciente: Por favor lea con atención el siguiente formato, si tiene alguna duda puede aclararla con el (la) psicólogo (a) a cargo.

Por medio de la presente, yo _____ acepto participar de manera voluntaria en el proyecto de investigación llamado “Intervención cognitivo conductual multicomponente en pacientes con ansiedad prequirúrgica”; el cual es realizado por el alumno Lic. en Psicología Cesar Flores Resendiz de segundo año de la Residencia en Medicina Conductual de la Facultad de Estudios Superiores Iztacala-UNAM.

El objetivo del proyecto de investigación es disminuir los niveles de ansiedad prequirúrgica en pacientes que serán sometidos a cirugía por colecistectomía.

Se me ha informado que durante la intervención deberé de realizar las siguientes actividades:

- a) Contestar las escalas aplicadas por el investigador con la finalidad de poder evaluar mi nivel de ansiedad, dolor y queja.
- b) Realizar los ejercicios que forman parte de la intervención.
- c) Expresar mis dudas respecto a las actividades que realice durante la investigación.

Declaro conocer los objetivos de la investigación y me comprometo a colaborar en todo momento mientras se realice la intervención. Comprendo que los datos obtenidos de mi participación son completamente confidenciales y únicamente serán usados con fines estadísticos.

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

Atentamente.

Nombre del paciente: _____

Firma: _____

Nombre del testigo: _____

Firma: _____

Nombre del investigador: _____

Firma: _____

Anexo 4



UNIVERSIDAD NACIONAL AUTÓNOMA DE MÉXICO
FACULTAD DE ESTUDIOS SUPERIORES IZTACALA
 Programa de Maestría y Doctorado en Psicología
 Residencia en Medicina Conductual



Propuesta de evaluación de ansiedad prequirúrgica

Nombre de paciente		Cama		Edad	Fecha	
Dx médico				Días de estancia hospitalaria		
Evaluación inicial de ansiedad prequirúrgica						
IDARE-E		APAIS		ENA- Ansiedad	ENA – Dolor	¿Existe queja?
Puntuación	Interpretación	Puntuación	Interpretación	Puntuación	Puntuación	SI/NO ¿Cuál?
Evaluación de ansiedad pre y post psicoeducación						Fecha:
ENA – Ansiedad Pre			ENA – Ansiedad Post			
Evaluación de ansiedad pre y post respiración rítmica						Fecha:
ENA – Ansiedad Pre			ENA – Ansiedad Post			
Evaluación de ansiedad pre y post mindfulness						Fecha:
ENA – Ansiedad Pre			ENA – Ansiedad Post			
Evaluación de ansiedad pre y post desensibilización sistemática por imaginación						Fecha:
ENA – Ansiedad Pre			ENA – Ansiedad Post			
Evaluación de ansiedad prequirúrgica						Fecha:
IDARE-E		APAIS		ENA- Ansiedad	ENA – Dolor	¿Existe queja?
Puntuación	Interpretación	Puntuación	Interpretación	Puntuación	Interpretación	SI/NO ¿Cuál?



UNIVERSIDAD NACIONAL AUTÓNOMA DE MÉXICO
FACULTAD DE ESTUDIOS SUPERIORES IZTACALA
 Programa de Maestría y Doctorado en Psicología
 Residencia en Medicina Conductual



Propuesta de evaluación de seguimiento postquirúrgico

Nombre de paciente	Cama	Edad	Fecha	
Dx médico		Día de estancia postquirúrgica		
Evaluación de seguimiento postquirúrgico				
Uso de analgésicos (nombre y cantidad)	ENA – Ansiedad	ENA – Dolor	¿Existe queja?	Complicaciones

Nombre de paciente	Cama	Edad	Fecha	
Dx médico		Día de estancia postquirúrgica		
Evaluación de seguimiento postquirúrgico				
Uso de analgésicos (nombre y cantidad)	ENA – Ansiedad	ENA – Dolor	¿Existe queja?	Complicaciones

Nombre de paciente	Cama	Edad	Fecha	
Dx médico		Día de estancia postquirúrgica		
Evaluación de seguimiento postquirúrgico				
Uso de analgésicos (nombre y cantidad)	ENA – Ansiedad	ENA – Dolor	¿Existe queja?	Complicaciones

Anexo 5 Infografía de Ansiedad preoperatoria



Universidad Nacional Autónoma de México
Facultad de Estudios Superiores Iztacala
Residencia en Medicina Conductual



Todo lo que necesitas saber sobre la **ANSIEDAD PREOPERATORIA**



LO QUE ES

Una emoción que se activa ante situaciones que consideramos peligrosas o amenazantes (intervención quirúrgica), desencadenando en nosotros reacciones físicas, pensamientos desagradables y emociones molestas.

Principales síntomas



- respiración poco profunda
- Mareos
- Sudoración de las manos
- Tensión muscular
- Dolores de cabeza y estómago



- Pensamientos de muerte
- Preocupación hacia el futuro
- Miedos
- Deseos de huir
- Nerviosismo

Es más común de lo que pensamos

Aproximadamente entre el 60 y 80% de pacientes experimentan ansiedad previo a entrar a su cirugía.

¿Por qué es importante controlarla?

Manejar los niveles de ansiedad elevados previo a la cirugía influye en una mejor recuperación, disminuye el tiempo de estancia en el hospital y reduce el costo hospitalario.

Álvarez-Bobadilla, G. (2014). Ansiedad: evaluación, diagnóstico e intervención preoperatoria. *Revista Mexicana de Anestesiología*, 37 (S1), 152-154.
Cisneros, G., & Ausín, B. (2019). Prevalencia de los trastornos de ansiedad en las personas mayores de 65 años: una revisión sistemática. *Revista Española de Geriatría y Gerontología*, 54 (1), 34-48.

Elaboró: Lic. en Psic. Flores Resendiz Cesar

Anexo 6

Tríptico de rutina hospitalaria para el paciente

¡ALTA DEL HOSPITAL!

Tu alta del hospital te será notificada durante el pase de visita, tras esto ten en cuenta lo siguiente:

- Espera hasta que el personal médico lleve a tu cama la hoja que indique tu alta.
- Tus familiares serán notificados de tu alta y acudirán a trabajo social.
- Arreglate para salir y guarda todas tus pertenencias.
- Sigue las indicaciones que vienen en tu hoja de alta, si tienes que sacar citas en algunos servicios del hospital y/o surtir tu receta, hazlo.



RECUERDA QUE...

-  No puedes ingresar pertenencias como celulares, ropa o cigarros.
-  Debes mantener en todo momento tu cubrebocas bien colocado tapando boca y nariz



Lo que debo saber durante mi hospitalización



Universidad Nacional Autónoma de México
FESI
Residencia en Medicina Conductual

Hospital General de Atizapán



PASE DE VISITA

Al inicio del día el personal de salud (médicos, enfermeros, psicólogos y trabajadores sociales) del servicio (cirugía o medicina interna) pasan cama por cama durante este recorrido se comenta la evolución de cada paciente, el tratamiento que esta llevando y las indicaciones a seguir (estudios, intervenciones, cirugía, dieta, alta del servicio).



Estos recorridos se llevan a cabo tres veces al día. Por las mañanas a las 8:00 am, por la tarde a las 3:00 pm y por la noche a las 9:00 pm.

HORARIOS DE VISITA

Debido a la situación sanitaria por la que estamos pasando actualmente, los horarios de visita se han limitado a una hora de estancia por parte de tu familiar en un horario de 10:00 a 11:00.



Si tu condición no te permite desplazarte por ti mismo, eres menor de edad o tienes alguna condición particular, tu familiar puede solicitar la posibilidad de tramitar un pase de 24 horas.

¿QUÉ COMERÉ?

Durante tu estancia hospitalaria llevarás una dieta que será indicada por el personal médico, la cual puede variar de acuerdo a tu evolución.

Horarios:

- Desayuno 8:30 hrs
- Comida: 12:00 - 13:00 hrs
- Cena: 18:00 - 19:00 hrs



Anexo 7

Audio de mindfulness y video de apoyo psicoeducativo

[\(19\) Colectomía \(extirpación de la vesícula biliar\) - YouTube](#)

https://drive.google.com/file/d/1r5adldflfbkJFS1A9WNm9eSLf2Qf9WxG/view?usp=share_link