



**UNIVERSIDAD NACIONAL DE LOJA**  
**ÁREA DE LA SALUD HUMANA**  
**CARRERA DE PSICOLOGÍA CLÍNICA**

**TÍTULO:**

**“NIVELES DE ANSIEDAD PREQUIRÚRGICA EN PACIENTES QUE VAN A SER INTERVENIDOS EN COLECISTECTOMÍA LAPAROSCÓPICA PROGRAMADA, HISTERECTOMÍA Y PROSTATECTOMÍA EN EL HOSPITAL MANUEL YGNACIO MONTEROS “IESS” DE LA CIUDAD DE LOJA EN EL PERIODO NOVIEMBRE 2014 – MARZO 2015”**

TESIS PREVIA A LA OBTENCIÓN DEL  
TÍTULO DE PSICÓLOGO CLÍNICO.

**AUTOR:**

*Ehinsteen Leonardo Monteros Carreño*

**DIRECTOR:**

*Psic. Clin. Luis Fernando Sarmiento Lemus*

*Loja - Ecuador*

*2015*

## CERTIFICACIÓN.

Psic. Clin.

Luis Fernando Sarmiento Lemus.

**DOCENTE DE LA CARRERA DE PSICOLOGÍA CLÍNICA DEL ÁREA DE LA SALUD HUMANA DE LA UNIVERSIDAD NACIONAL DE LOJA.**

### **CERTIFICA:**

Haber dirigido y revisado, en todas sus partes la tesis titulada, **“NIVELES DE ANSIEDAD PREQUIRÚRGICA EN PACIENTES QUE VAN A SER INTERVENIDOS EN COLECISTECTOMÍA LAPAROSCÓPICA PROGRAMADA, HISTERECTOMÍA Y PROSTATECTOMÍA EN EL HOSPITAL MANUEL YGNACIO MONTEROS “IESS” DE LA CIUDAD DE LOJA EN EL PERIODO NOVIEMBRE 2014 – MARZO 2015”**, de autoría de Ehinsteen Leonardo Monteros Carreño, Egresado de la Carrera de Psicología Clínica. La misma que cumple con lo estipulado en el Reglamento del Régimen Académico de la Universidad Nacional de Loja; por consiguiente puede ser presentada para su calificación privada y sustentación pública.



Psic. Clin. Luis Fernando Sarmiento Lemus.

**Director de Tesis.**

Loja, 16 de abril del 2015.

## AUTORÍA.

Yo, **Ehinsteen Leonardo Monteros Carreño**, declaro ser el autor del presente trabajo de tesis y eximo expresamente a la Universidad Nacional de Loja y a sus representantes jurídicos de posibles reclamos o acciones legales por el contenido de la misma.

Acepto y autorizo a la Universidad Nacional de Loja, la publicación de mi tesis en Repositorio Institucional – Biblioteca Virtual.

A handwritten signature in blue ink, enclosed within a large, stylized blue oval. The signature appears to read "Ehinsteen Monteros".

Ehinsteen Leonardo Monteros Carreño

1104082134.

## CARTA DE AUTORIZACIÓN.

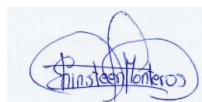
Yo, **Ehinsteen Leonardo Monteros Carreño**, declaro ser el autor de la tesis titulada, **“NIVELES DE ANSIEDAD PREQUIRÚRGICA EN PACIENTES QUE VAN A SER INTERVENIDOS EN COLECISTECTOMÍA LAPAROSCÓPICA PROGRAMADA, HISTERECTOMÍA Y PROSTATECTOMÍA EN EL HOSPITAL MANUEL YGNACIO MONTEROS “IESS” DE LA CIUDAD DE LOJA EN EL PERIODO NOVIEMBRE 2014 – MARZO 2015”**, como requisito para optar el grado de Psicólogo Clínico; autorizo al sistema bibliotecario de la Universidad de Loja, para que con fines académicos muestre LA CARTA DE AUTORIZACIÓN DE TESIS POR PARTE DEL AUTOR, PARA LA CONSULTA, REPRODUCCIÓN PARCIAL O TOTAL, Y PUBLICACIÓN ELECTRÓNICA DEL TEXTO COMPLETO.

La producción intelectual de la Universidad, a través de la visibilidad de su contenido de la siguiente manera en el Repositorio Digital Institucional: los usuarios pueden consultar los contenidos de este trabajo en el RDI, en las redes de información del país y el exterior, con las cuales tenga convenio la Universidad.

Para constancia de esta autorización, en la ciudad de Loja, a los 16 días del mes de abril del 2015, firma el autor.

### Firma:

**Autor:** Ehinsteen Leonardo Monteros Carreño.



**Cédula:** 1104082134

**Dirección:** Inés Jiménez y Atahualpa esq.

**Correo Electrónico:** ehinsteen@outlook.com

**Teléfonos: Domicilio:** 072573205

**Celular:** 0994519497

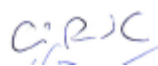
### DATOS COMPLEMENTARIOS:

**DIRECTOR DE TESIS:** Psic. Cli. Luis Fernando Sarmiento Lemus.



### MIEMBROS DEL TRIBUNAL.

**PRESIDENTE:** Dra. Ana Catalina Puertas Azanza.



**VOCAL:** Dra. Anabel Elisa Larriva Borrero.



**VOCAL:** Dra. María Susana González García.



## **DEDICATORIA.**

*Este trabajo va dedicado en primer lugar a mi SER SUPERIOR, por regalarme la oportunidad de vivir, de formar parte de una familia maravillosa, y brindarme la oportunidad de disfrutar este trayecto junto a seres muy especiales.*

*A mis padres: Einstein Monteros y Judith Carreño, por ser ejemplo de resiliencia, amor, cambio y entrega, por demostrarme que ningún esfuerzo es demasiado grande cuando se trata de un ser querido. Gracias por ser parte de mi pasado, presente y futuro. Me faltará la vida para devolverles todo lo brindado.*

*A Mis hermanos: Yadira, Adriana, Francisco y Sergio, que con sus diferencias son el complemento y pilar fundamental de mi vida.*

*A todos mis compañeros, en especial a Marco y Pablo, quienes formaron parte importante de mi preparación profesional, su ejemplo y compañía fue pilar fundamental en el transcurso de esta etapa de mi vida.*



## **AGRADECIMIENTO.**

*Dejo en constancia mi más sincero agradecimiento a la Universidad Nacional de Loja, el Área de la Salud Humana y en especial a la carrera de Psicología Clínica por su contribución en mi preparación como ser humano y profesional y por haber sido mi segundo hogar durante estos cinco años.*

*También al Hospital Manuel Ygnacio Monteros "IESS", a su director y personal médico, por su apertura y acogida para la realización del presente trabajo investigativo.*

*Al Psic. Clin. Fernando Sarmiento, en calidad de director de tesis, por su apertura, paciencia, sugerencia y apoyo brindado.*

*Y de manera especial a las pacientes que fueron parte de la investigación, sin ellos la misma ni hubiese llegado a tener un feliz término.*

**El autor.**

## ESQUEMA DE TESIS

PORTADA.....	i
CERTIFICACIÓN.....	ii
AUTORÍA.....	iii
CARTA DE AUTORIZACIÓN.....	iv
DEDICATORIA.....	v
AGRADECIMIENTO.....	vi
ÍNDICE	vii

### PÁGINAS

a. TÍTULO.....	1
b. RESUMEN.....	2
SUMMARY.....	3
c. INTRODUCCIÓN.....	4
d. REVISIÓN DE LITERATURA.....	6
e. MATERIALES Y MÉTODOS.....	29
f. RESULTADOS.....	34
g. DISCUSIÓN.....	40
h. CONCLUSIONES.....	42
i. RECOMENDACIONES.....	43
j. PLANIFICACIÓN TERAPÉUTICA.....	44
k. BIBLIOGRAFÍA.....	59
l. ANEXOS.....	62

**a. TÍTULO:**

**“NIVELES DE ANSIEDAD PREQUIRÚRGICA EN PACIENTES QUE VAN A SER INTERVENIDOS EN COLECISTECTOMÍA LAPAROSCÓPICA PROGRAMADA, HISTERECTOMÍA Y PROSTATECTOMÍA EN EL HOSPITAL MANUEL YGNACIO MONTEROS “IESS” DE LA CIUDAD DE LOJA EN EL PERIODO NOVIEMBRE 2014 – MARZO 2015”.**



**b. RESUMEN.**

La presente investigación se la efectuó con el objetivo de determinar los niveles de ansiedad prequirúrgica y el sistema de respuesta de ansiedad más utilizado en los pacientes que fueron intervenidos en Colectomía Laparoscópica Programada, Histerectomía y Prostatectomía. Su ejecución se la realizó en el Hospital Manuel Ygnacio Monteros "IESS" de la ciudad de Loja, con pacientes que fueron previamente diagnosticados y posteriormente su intervención quirúrgica programada. La investigación es de tipo cuantitativa, descriptiva y de corte transversal ya que se circunscribe dentro de un segmento de tiempo específico y los resultados fueron medibles y representados en forma numérica. Se aplicaron la Escala de Ansiedad de Hamilton Y El Inventario de Situaciones y Respuestas "ISRA". Mediante la metodología e instrumentos se encontró que el 83 % de los pacientes evaluados presentaron algún nivel de ansiedad, siendo este un factor de riesgo muy importante en el proceso quirúrgico y posterior recuperación del paciente. Al mismo tiempo se evidenció que el sistema de respuesta de ansiedad más prevalente es la ansiedad cognitiva marcada con un 60%. La Histerectomía fue la intervención quirúrgica que mostró el nivel de ansiedad más alto, ansiedad moderada con un 53%, dentro de los procesos quirúrgicos evaluados. Los resultados obtenidos han permitido generar recomendaciones como la preparación psicológica del paciente prequirúrgico para evitar que factores ansiosos-depresivos que puedan intervenir de manera negativa en la psiquis del individuo y en su posterior restablecimiento.

**Palabras claves:** Ansiedad prequirúrgica, niveles de ansiedad, sistemas de respuesta de ansiedad, ansiedad cognitiva, preparación psicológica.

## SUMMARY

This research was conducted to determine the levels of preoperative anxiety and anxiety response system most used in patients who underwent surgery in Scheduled Laparoscopic Cholecystectomy, Hysterectomy and Prostatectomy. It's execution was performed at the *Manuel Ygnacio Monteros Hospital* in the city of Loja, with patients who were previously diagnosed and subsequently their programmed surgery. The research is quantitative, descriptive and cross-cutting as it is confined within a specific time slot and the results were measurable and represented numerically. The Hamilton Anxiety Scale and The Inventory of Situations and Responses "ISRA" were applied. Using the methodology and instruments I found that 83% of the evaluated patients presented some level of anxiety, this being a very important risk factor in the surgical process and subsequent recovery. At the same time it was evidenced that the response system more prevalent is the cognitive anxiety marked with 60%. Hysterectomy surgery showed the highest level of anxiety, moderate anxiety with 53%, in surgical procedures evaluated. The results have generated recommendations such as psychological preparation to preoperative patient to prevent anxious-depressive factors which might contribute negatively on the psyche of the individual and their subsequent recovery.

**Keywords:** preoperative anxiety, anxiety levels, response system anxiety, cognitive anxiety, psychological preparation.

### **c. INTRODUCCIÓN.**

La ansiedad es una reacción natural y compleja, que se produce cuando el individuo interpreta o percibe una situación como amenazante, actuando como mecanismo de defensa frente a este estímulo que incluye respuestas cognitivas, fisiológicas y conductuales. La ansiedad es vivida por el sujeto como un estado de ánimo desagradable, de aprehensión, tensión, palpitaciones y sudoraciones entre los síntomas más comunes. La cirugía en la mayoría de los casos se la considera como un agente estresor importante que produce casi invariablemente una reacción de ansiedad “debido a las circunstancias que rodean la intervención: miedo al dolor, a lo desconocido, a la dependencia de factores externos y personas ajenas, a cambios corporales (mutilación), a la posibilidad de morir y principalmente a la anestesia.” (Mtra. Adriana Carapia-Sadurni, 2011)

Entre los factores que pueden desencadenar sintomatología ansiosa podemos mencionar en primer lugar, las características de la enfermedad que se intenta tratar quirúrgicamente. Como por ejemplo en el caso de cáncer, se tendrá presente la ubicación del tumor, el tamaño del mismo y si está localizado o hay la posibilidad de que se encuentre expandido. El miedo a no despertar de la anestesia, sentir dolor durante la operación, al dolor que puedan provocar los procedimientos invasivos previos a la intervención, a revelar información personal debido a los efectos de la anestesia o a los resultados de la cirugía, También se tomará en cuenta la duración de la intervención, su intensidad y gravedad, la molestia de los síntomas que produce, la discapacidad que genera.

Debido a la importancia de mantener niveles aceptables de ansiedad en los procesos pre y post quirúrgicos es necesario determinar los niveles de ansiedad prequirúrgica en pacientes que van a ser intervenidos en Colecistectomía Laparoscópica Programada, Histerectomía y Prostatectomía en el Hospital Manuel Ygnacio Monteros "IESS", ya que "afrentar la cirugía con altos niveles de ansiedad puede tener influencias negativas en la recuperación físico-psíquica postquirúrgica, tales como largas estancias hospitalarias o mayor necesidad de analgésicos, lo cual supone un perjuicio tanto para el individuo como para el sistema de salud por su elevado coste económico." (Barritero Gómez)

La presente investigación es de tipo cuantitativa, descriptiva, de corte transversal y fue conformada por cuatro capítulos. En el primer tratamos de manera clara a la Ansiedad, sus características, sintomatología prequirúrgica y los respectivos trastornos. En el segundo, tercer y cuarto capítulo recoge características y generalidades básicas de los procedimientos quirúrgicos, los trastornos y su sintomatología.

La aplicación de reactivos psicológicos como La Escala de Ansiedad de Hamilton Y El Inventario de Situaciones y Respuestas "ISRA" ayudaron a recoger los datos necesarios, que permitieron desarrollar las conclusiones, recomendaciones y el plan terapéutico que servirá como una alternativa de tratamiento para los pacientes pre y postquirúrgicos.

## **d. ESQUEMA DEL MARCO TEÓRICO.**

### **CAPITULO I.**

#### **1. ANSIEDAD.**

##### **1.1. Definición.**

La ansiedad es una función biológica universalmente conocida que ha tenido un papel clave en la supervivencia del ser humano a través de la historia, siendo uno de los factores responsables de que nos mantengamos como especie, debido a que una de sus principales características es alertar al individuo cuando se encuentra en aparente peligro o amenaza, estimulando así capacidad de respuesta.

“Existen múltiples definiciones de la ansiedad, pero todos concuerdan en que consiste en una respuesta emocional compleja, potencialmente adaptativa y fenomenológicamente pluridimensional, en la que coexisten una percepción de amenaza al organismo (no específica) con una activación biológica orientada a reaccionar ante la percepción” (Santos Martín, 2000)

La ansiedad se caracteriza por ser un estado de anticipación, temor, disforia o aprehensión ante un estímulo determinado que es considerado peligroso, acompañado con una elevada actividad del sistema nervioso autonómico. Es importante entender la ansiedad como una reacción, sensación o un estado emocional normal y necesario ante determinadas situaciones, que incluso en niveles adecuados estimula el aprendizaje y ayuda a resolver de manera asertiva contrariedades de la vida cotidiana, como el cumplimiento de tareas. Solo cuando la intensidad o la duración de la respuesta ansiosa es desproporcionada al estímulo percibido podemos hablar de una ansiedad patológica que produce un malestar

significativo, respuestas incoherentes y paralizantes, acompañadas de síntomas que afectan las áreas físicas, psicológicas y conductuales. “Michal plantea que los cuatro aspectos siguientes diferencian la ansiedad normal de la patológica:

1. Intensidad, frecuencia y duración de la ansiedad.
2. Proporción entre la gravedad objetiva de la situación y la intensidad de la respuesta de la ansiedad.
3. Grado de sufrimiento subjetivo, determinado por la ansiedad.
4. Grado de interferencia en la vida cotidiana del sujeto (funcionamiento laboral, ocio, relaciones sociales y otras).” (Pérez, 2007)

Esta emoción acompañara al hombre a lo largo de su existencia, “puede ser considerada como un estado o como un rasgo. La ansiedad como estado consiste en la presencia de síntomas ansiosos en un momento concreto y definido, mientras que la ansiedad-rasgo es una tendencia durante un largo periodo de tiempo a enfrentarse o interactuar con el entorno con un excesivo grado de ansiedad. Estos pacientes presentan una ansiedad flotante que se puede definir como una emoción ansiosa persistente y mantenida sin causa aparente pero que se pone de manifiesto ante diversos acontecimientos o sucesos como la tendencia a presentarse muy preocupado ante la salida nocturna de los hijos. La ansiedad situacional sólo se presenta en relación con situaciones u objetos concretos, la aracnofobia provoca niveles importantes de ansiedad ante el contacto con una araña”. (Ruiliba, 2006)

Numerosos autores coinciden que la respuesta de ansiedad es un fenómeno que se expresa a través de tres canales: el fisiológico, motor y el conductual.

## 1.2. Síntomas Fisiológicos:

En el nivel fisiológico se produce una alta activación del sistema nervioso autónomo que conlleva una serie de cambios o síntomas tales como:

- A. SÍNTOMAS CARDIOVASCULARES: Palpitaciones, pulso rápido, tensión arterial alta, accesos de calor.
- B. SÍNTOMAS RESPIRATORIOS: Sensación de sofoco, ahogo, respiración rápida y superficial, opresión torácica.
- C. SÍNTOMAS GASTROINTESTINALES: Náuseas, Vómitos, Diarrea, Molestias Digestivas.
- D. SÍNTOMAS GENITOURINARIOS: Micciones Frecuentes, Enuresis, Eyaculación Precoz, Frigidez, Impotencia.
- E. SÍNTOMAS NEUROMUSCULARES: Tensión muscular, temblor, hormigueo, dolor de cabeza tensional, fatiga excesiva.
- F. SÍNTOMAS NEUROVEGETATIVOS: Sequedad de boca, sudoración excesiva, mareos.

## 1.3. Síntomas Motores.

Los síntomas motores son los que podemos observar a simple vista o están relacionados con la movilidad del cuerpo.

- A. Hiperactividad.
- B. Movimientos rítmicos con alguna parte del cuerpo (tics)
- C. Paralización motora.
- D. Movimientos torpes o desorganizados.



- E. Tartamudeo u otras dificultades de expresión verbal.
- F. Conductas de evitación.

#### **1.4. Síntomas Cognitivos.**

Los síntomas cognitivos están relacionados con los pensamientos o distorsiones cognitivas del individuo

- A. Inseguridad.
- B. Indecisión.
- C. Miedo.
- D. Dificultad para concentrarse.
- E. Aprensión.
- F. Preocupación.
- G. Pensamientos negativos (incapacidad, inferioridad).
- H. Anticipación al peligro o amenaza.

#### **1.5. Cirugía y los factores ansiógenos.**

La cirugía es una rama de la medicina que se dedica a curar enfermedades mediante procedimientos quirúrgicos u operaciones. Existen muchas razones por las cuales las personas son intervenidas quirúrgicamente como la necesidad de aliviar un síntoma o prevenir un dolor, disminuir la sintomatología que impide el normal funcionamiento del individuo, mejorar la funcionalidad de algún órgano o para la detección de alguna enfermedad.

Cabe recalcar que independientemente de que si la intervención quirúrgica es considerada de alto riesgo como una cirugía de corazón abierto o de bajo riesgo

como una Colectomía, todo proceso quirúrgico implicara un grado de peligro y complicación, que cada vez se ha ido disminuyendo gracias a los avances tecnológicos y la adquisición de nuevos conocimientos. No hace mucho toda intervención quirúrgica implicaba grandes cortes o incisiones, mucho tiempo de recuperación y por ende mayores complicaciones.

Es importante destacar que en la actualidad las cirugías se llevan a cabo en un quirófano, que comprende salas de paredes lisas y lavables, con dos puertas como máximo. Hay una mesa de operaciones basculante, iluminación intensa regulable y una fuente de luz autónoma. Hay aparatos de anestesia, instrumentos de cirugía, ropa para operaciones, compresas, instrumentos esterilizados como bisturíes, pinzas, tijera, todo muy bien organizado. También está el llamado campo operatorio, que cubre al paciente completamente, con la excepción de la zona a operar. Todos los elementos, incluida la ropa son esterilizadas y todos los que participan se someten a un lavado profundo de manos.

El diagnóstico, internamiento, anestesia, recuperación, quirófano son factores que están relacionados con el proceso quirúrgico y componen un escenario desagradable, atemorizante, generador de rechazo, stress o ansiedad en la mayoría de personas, independientemente de si son actos quirúrgicos mayores o menores, cirugías programadas o de urgencia.

El hecho de ser diagnosticado e informado de la necesidad de someterse a una cirugía provoca cierto miedo, angustia e inseguridad, tanto por el acto quirúrgico en sí como por el resultado sobre la patología a tratar, los pacientes suelen estar intranquilos, tienen problemas para dormir, se encuentran irritables, algunos no logran confiar serenamente en el equipo médico, temerosos de los efectos de la

anestesia, de nunca despertar, morir, muchos están preocupados por su pronta reincorporación al trabajo, de la posibilidad de dejar solos a sus hijos, por ejemplo en el caso de las personas que van a ser sometidas en Histerectomía piensan que debido a su extracción del útero serán menos mujeres, se sienten incompletas, con miedo al rechazo de su parejas y demás pensamientos automáticos distorsionados generadores de ansiedad por los cuales en muchos casos los pacientes posponen reiteradamente la fecha de la cirugía y después, al superar la intervención y al sentirse mucho mejor, se lamentan de no haberlo resuelto antes.

Dos de los temores más comunes previo a la intervención quirúrgica son miedo a la anestesia y a morir en o por la operación.

#### **1.5.1. Miedo a la anestesia.**

Anestesiarse es un proceso médico controlado que tiene como finalidad provocar una pérdida total o parcial de la sensibilidad por medio de un anestésico, sin embargo a pesar de los avances tecnológicos, del desarrollo de nuevos, seguros y efectivos fármacos, la escasa tasa de mortalidad, existen múltiples mitos que han sido generados en su mayoría por la difusión en los medios de comunicación, prensa amarillista de algunos accidentes anestésicos, que han ocurrido, que son mínimos pero que han originado en la colectividad en general un rechazo y temores irracionales relacionados con este proceso médico.

Unos de los pensamientos automáticos más comunes que se puede evidenciar en el paciente prequirúrgico o preanestésicos son ¿Despertare durante la anestesia? ¿Dolerá? ¿Podre morir?, pensamientos que son invariablemente generadores de sintomatología ansiosa.

### **1.5.2. Miedo a morir en la operación.**

Si es la primera vez que una persona es intervenida quirúrgicamente, además del miedo a que el procedimiento médico tenga complicaciones, encontramos un temor latente a lo desconocido, como la hospitalización, en algunos casos tener que compartir habitación con personas desconocidas, las visitas médicas, la medición de la presión, el traslado de la camilla, las luces blancas intensas, tener que confiar tu cuerpo y vida a un desconocido son factores estresores que aumentan la preocupación del paciente acompañado siempre de la amenaza de perder la vida en el procedimiento quirúrgico.

La angustia, agitación psicomotora, pensamientos intrusivos, taquicardia, insomnio son algunos de los síntomas comunes de las personas que sienten que su fin está cerca, que su vida está siendo amenazada o ante el sentimiento de la pérdida del control de la situación. No obstante, algunas personas magnifican tanto estos sentimientos que puede llegar a crearse una auténtica fobia hacia la muerte o el ambiente hospitalario, convirtiendo el miedo en pánico irracional, llegando a ser completamente intolerantes con todo aquello que tenga que ver con su cirugía.

### **1.6. Clasificación de los Trastornos de Ansiedad.**

Los trastornos de ansiedad tienen una duración mínima de seis meses, son de alta intensidad, de reacción desproporcionada, sufrimiento alto y duradero que empeora si no reciben el tratamiento adecuado.

“Los enfoques conductuales como la teoría de los dos factores de Morew y los modelos cognitivos de la ansiedad, tienen gran relevancia como elementos para la

explicación de los trastornos de ansiedad y de la elaboración de estrategias del tratamiento.

Los factores de Morew explican la ansiedad a partir de las leyes del condicionamiento, mientras que los modelos cognitivos explican el papel que juegan las cogniciones: ideas, expectativas, valoraciones y pensamientos disfuncionales (irracionales o automáticos) entre otros, como determinantes de la ansiedad y patrones conductuales de evitación. (Pérez, 2007).

“Las personas que padecen trastornos de ansiedad creen estar expuestas a una amenaza de tipo físico y social. Si la amenaza está presente de una forma objetiva o no, es irrelevante para la experiencia de la ansiedad, ya que lo esencial es la interpretación de la situación como amenaza” (Bunge, 2009). Por lo que podemos decir que los pensamientos de la persona que padece algunos trastornos de ansiedad se encuentran distorsionados, magnificando así la emoción y por consiguiente deformando su realidad.

#### **1.6.1. Ansiedad Generalizada.**

Este trastorno se caracteriza por la presencia de una excesiva preocupación anticipatoria, temor, que se los puede asociar con tres o más síntomas como la tensión muscular, inquietud o sensación de estar atrapado, sentirse fácilmente fatigado, dificultad para concentrarse, animo irritable, tener problemas de sueño como dificultad para dormirse o para continuar durmiendo, o sueño inquieto e insatisfactorio.

Síntomas que no están asociados a un solo suceso o ambiente ya sea de tipo laboral, familiar, escolar u otros, si no se presenta en diversos escenarios, siendo

casi imposible para el individuo controlarlos, deteriorando de esta manera sus relaciones laborales, familiares y provocando malestar significativo en las actividades que el individuo considera importantes.

Para el diagnóstico de este trastorno hay que tomar en cuenta que la presencia de los síntomas anteriormente mencionados deben estar presentes por un tiempo mínimo de seis meses y se debe descartar que estas alteraciones se deban a algún medicamento o a los efectos fisiológicos de una sustancia como drogas, a una afección médica como el hipertiroidismo o por otro trastorno mental

### **1.6.2. Fobia Específica**

Las Fobias son miedos irracionales que se caracterizan por un temor intenso, no son heredadas ni innatas, sino más bien aprendidas, todos nacemos con la capacidad de sentir miedo, pero en las fobias estas se incrementan, desproporcionado el peligro real que plantea el objeto.

El miedo irracional es persistente hacia un objeto, animal o situación claramente identificable, que tienen una duración mínima de seis meses y han causado malestar o deterioro significativo en alguna de sus áreas interpersonales.

El individuo de manera consciente intentara evitar el estímulo fóbico, pero si hay una exposición va a causar invariablemente la una reacción de ansiedad que variara su intensidad dependiendo del grado de proximidad al estímulo.

La activación fóbica se da por un objeto o situación específica, como miedo intenso a volar, a las alturas, animales o insectos, administración de una inyección, ver sangre, la presencia del profesional médico. En los niños, el miedo o la ansiedad va

acompañada generalmente con llanto, rabietas, quedarse paralizados o aferrarse fuertemente a las extremidades de sus familiares.

### **1.6.3. Trastorno por estrés post traumático.**

El trastorno se desarrolla tras un suceso traumático o una situación de amenaza excepcional o de naturaleza catastrófica, como una guerra, accidente de tránsito o intervención quirúrgica traumática, dependerá de la gravedad, intensidad y duración del evento. Las personas que padecen este trastorno reexperimentan de manera muy vivida, perturbadora e involuntaria aspectos del suceso traumático. Esto incluye flashbacks en los que la persona actúa o siente como si el hecho estuviese ocurriendo de nuevo

Los recuerdos impactantes relacionados con el miedo, la angustia, la desesperación, el dolor son una parte importante del desarrollo del trastorno. Las personas que tienen ansiedad, depresión u otros trastornos mentales tienen más probabilidades de desarrollar este trastorno al igual que las personas que han sido víctimas de un trauma previo.

La característica esencial de este trastorno es que luego de que el individuo o familiar cercano ha sido víctima, testigo presencial o a estado expuesto continuamente a un evento traumático, que ha atentado contra su vida o integridad física, hay la aparición de síntomas característicos como temor, recuerdos angustiosos recurrentes, involuntarios e intrusivos, reacciones disociativas como las escenas retrospectivas, en las que el sujeto siente o actúa como si se repitiera el suceso traumático. Estas reacciones se pueden producir de forma continua, y la



expresión más extrema es una pérdida completa de conciencia del entorno presente.

El individuo comienza a desarrollar conductas evitativas persistentes a los estímulos asociados al evento traumático como personas, lugares, conversaciones, objetos, o situaciones que despiertan recuerdos, pensamientos o sentimientos angustiosos.

Los problemas para descansar se hacen presentes, debido a la presencia de pesadillas o sueños vividos relacionados con el evento traumático, acompañado de incapacidad persistente de experimentar emociones positivas. Sentimientos de desesperanza, desapego, comportamiento irritable, comportamiento imprudente, problemas de concentración, disminución importante del interés o la participación en actividades significativas son algunos de los síntomas que se hacen presentes como parte del embotamiento afectivo. Hay que recordar que toda la sintomatología descrita debe estar presente por más de un mes y siempre está acompañada de una reexperimentación persistente e intensa del evento estresante.

La alteración causa malestar clínicamente significativo o deterioro en lo social, laboral u otras áreas importantes del funcionamiento y no se puede atribuir a los efectos fisiológicos de una sustancia como medicamento o alcohol.

#### **1.6.4. Estrés agudo.**

Este trastorno se caracteriza por tener síntomas similares o muy parecidos al trastorno de estrés postraumático, con la diferencia que estos síntomas se presentan inmediatamente luego de experimentar el trauma y desaparecen a las cuatro semanas o al mes.

Surge como respuesta ante un acontecimiento traumático en donde el individuo o familiar cercano, fue expuesto a la muerte, lesión grave o violencia sexual, ya sea real o amenaza, que conduce a la persona a un estado de ansiedad y preocupación. Los síntomas que caracterizan al trastorno son de intrusión del pensamiento, estado de ánimo negativo, disociación, evitación y alerta, que comienza o empeora después del suceso traumático.

La persona que experimenta este tipo de trastorno suele revivir con bastante frecuencia el acontecimiento traumático, produciéndole un malestar significativo que muchas veces genera un deterioro en diversos aspectos de su vida.

Otro de los síntomas característicos es la amnesia disociativa que se relaciona con la incapacidad de recordar aspectos importantes de la situación traumática. Este tipo de amnesia es parcial, ya que no se olvida de todo lo que ocurrió, sino solamente de lo más importante y es altamente selectiva, ya que el cerebro escoge cuales son los acontecimientos a olvidar.

El individuo no parece sentir ni mostrar ningún tipo de reacción emocional y se muestra desconectado de todo tipo de afectividad con cierta incapacidad persistente de mostrar emociones positivas. Parece que no hay ningún tipo de respuesta emocional hacia lo que está sucediendo, desapegado y embotado. También experimenta una reducción del conocimiento del entorno, la persona parece estar aturdida con lo que sucede con cierta incapacidad de recordar aspectos importantes del suceso.

Se esfuerza por evitar recuerdos, pensamientos o sentimientos angustiosos y se aleja de estímulos similares a los del evento estresante que despiertan recuerdos como personas, lugares, conversaciones, actividades, objetos, situaciones. Además

presenta dificultades para conciliar o continuar el sueño, comportamiento irritable y arrebatos de furia que se expresa típicamente como agresión verbal o física contra personas u objetos, hipervigilancia, problemas con la concentración y respuesta de sobresalto exagerada.

La alteración no se puede atribuir a los efectos fisiológicos de una sustancia u otra afección médica.

## CAPITULO II

### 2. VESÍCULA BILIAR:

#### 2.1. Fisiología.

“La vesícula biliar no es un órgano vital, puede ser extirpada sin producir mayores molestias. Sirve como reservorio de la bilis secretada por el hígado, la cual es concentrada hasta la décima parte mediante la absorción de agua; la presencia de alimentos ingeridos, especialmente grasas, durante la digestión producen la contracción de la vesícula, gracias a su capa muscular, eliminando la bilis concentrada a través del cístico hacia el colédoco y luego al duodeno. La contracción vesicular es estimulada por la Colecistoquinina, producida en el duodeno.” (Pacheco, Alipio Cueva, 2008)

#### 2.2. Litiasis biliar.

La litiasis biliar también se la conoce como colelitiasis o cálculos biliares, se caracteriza por la acumulación de cálculos de sales biliares en los conductos o en la propia vesícula, provocando una obstrucción de los mismos. Conociendo la función de este pequeño órgano, es fácil comprender que cualquier circunstancia que retrase u obstruya la salida de la bilis hacia el duodeno podrá causar una enfermedad o infección.

##### 2.2.1. Clasificación.

La litiasis biliar se clasifica según la composición, localización y etiología del cálculo.

Los de tipo Pigmentario, tienen bajo contenido en colesterol y alto en bilirrubinato de calcio, razón por la cual en su mayoría son radiopacos, pequeños, de color negro, múltiples y pulidos.

Los de Colesterol constituidos en su mayoría por este pigmento son de superficies rugosas, blancas, grandes y por lo general únicas.

Según la localización se los encuentra en la vesícula biliar (colecistolitiasis), vías biliares extrahepáticas (coledocolitiasis) o dentro del sistema ductal intrahepático (hepaticolitiasis).

Hasta el 15% de los pacientes con cálculos en vesícula biliar pueden tener concomitantemente litiasis en colédoco, y son principalmente piedras pequeñas que han pasado desde la vesícula a la vía biliar a través del cístico u ocasionalmente por una fístula biliar. Los cálculos primarios formados en las vías biliares intra o extrahepática constituyen menos del 5% de la litiasis ductal.

### **2.2.2. Síntomas.**

La aparición de síntomas de litiasis biliar está relacionada con la localización de los cálculos; estos pueden situarse en el interior del órgano o en alguno de los conductos. En aproximadamente la mitad de los casos, se trata de un trastorno asintomático.

Cuando existen síntomas, lo más común es la aparición de flatulencias, mala digestión de las grasas, estreñimiento, digestiones pesadas, cefalea, etcétera; a este conjunto de síntomas se le conoce con el nombre de dispepsia biliar.

### **2.2.3. Diagnóstico.**

La primera de las pruebas que se realizará a un paciente con síntomas de litiasis biliar será una ecografía. Este es un método rápido e inocuo que permitirá visualizar la presencia de ciertas anomalías en cualquier parte del aparato digestivo. Gracias a la ecografía se descartará cualquier otra patología y podrán obtenerse datos acerca

del número, tamaño y composición de los cálculos, así como su localización en la vesícula o en los conductos. También permitirá conocer el tamaño de la vesícula, el grosor de su pared o si se encuentra dilatada, lo cual será indicio de que hay coledocolitiasis.

#### **2.2.4. Colectomía laparoscópica.**

La Colectomía Laparoscópica es una de las cirugías menos invasivas y dolorosas, estéticamente más apropiadas para el paciente, reduce los costos de hospitalización y acorta los tiempos en la recuperación. Consiste en la extracción de la vesícula biliar mediante el laparoscopio.

“La primera Colectomía Laparoscópica practicada en humanos, fue efectuada por, Phillipe Mouret en Lyon en 1987, seguido por otros pioneros como Francois Dubois en París y Jacques Perissat en Burdeos-Francia. Reddick y Olsen en Nashville, Tennessee, EE.UU. y Cushieri en Inglaterra. Progresivamente se fue incrementando el número de cirujanos que comunicaban su experiencia a la comunidad científica” (Alegre, 2008) , convirtiéndose en la actualidad e la cirugía predilecta para la extirpación de la vesícula.

## CAPITULO III

### 3. PRÓSTATA.

#### 3.1. Función.

“La próstata secreta un líquido un poco denso, lechoso, que contiene iones, citrato, calcio y fosfato, una encima de coagulación y una profibrinolisisina. Durante la emisión la capsula de la próstata se contrae en paralelo con las contracciones del conducto deferente, de forma que el conducto un poco denso y lechoso de la próstata contribuyen un poco más al volumen del semen. El carácter ligeramente alcalino de este líquido podría ser bastante importante para el éxito de la fecundación del ovulo, pues el conducto deferente es relativamente ácido por la presencia del ácido cítrico y los productos finales del metabolismo de los espermatozoides y en consecuencia ayuda a inhibir la fertilidad de los espermatozoides. Además las secreciones vaginales de la mujer son ácidas. Los espermatozoides no alcanzan una motilidad óptima hasta que el pH del líquido que los baña se eleva de 6 a 6.5.

En consecuencia es probable que el líquido prostático, algo alcalino, ayude a neutralizar la ácidos de estos otros líquidos tras la eyaculación y facilite la movilidad y fertilidad de los espermatozoides.” (Saunders).

#### 3.2. Patología.

“Fundamentalmente son tres los procesos patológicos que pueden ser desarrollados en la próstata:

##### **Patologías benignas:**

Prostatitis



Hiperplasia benigna de próstata

### **Patología maligna:**

Cáncer de próstata

#### **3.2.1. Prostatitis.**

El término prostatitis se utiliza para definir aquellos procesos de naturaleza inflamatoria o infecciosa que afectan a la glándula prostática. Son procesos benignos y su padecimiento no tiene relación directa con la probabilidad de padecer hiperplasia benigna de próstata o cáncer de próstata. La prostatitis es un trastorno de salud muy común en los hombres, y la padecen alrededor de un 25% de los hombres jóvenes y en edad media que necesitan atención médica por cuestiones relacionadas con los sistemas genital y urinario.

##### **3.2.1.1. Clasificación de Prostatitis.**

La Prostatitis se clasifica en cuatro categorías:

**Categoría I:** Prostatitis Bacteriana Aguda.

**Categoría II:** Prostatitis Bacteriana Crónica.

**Categoría III:** Prostatitis no bacterianas inflamatorias y no inflamatorias.

**Categoría IV:** Prostatitis inflamatoria asintomática.

#### **3.2.2. Hiperplasia Benigna de la Próstata.**

La hiperplasia benigna de próstata (HBP) se caracteriza por un aumento del tamaño de la glándula que ocasiona grados variables de obstrucción en la evacuación de la

vejiga. Es una de las enfermedades que con mayor frecuencia se presentan en hombres adultos de avanzada edad. Constituye la segunda causa de ingreso para intervención quirúrgica y la primera causa de consulta en los servicios de urología. El desarrollo de la HBP comienza alrededor de la cuarta década de la vida con un fenómeno focal de origen estromal. A partir de la quinta década se produce un incremento global y rápido del volumen debido a un aumento de las células del tejido fibromuscular y glandular, tanto en la zona periuretral como transicional.

En HBP se evidencia un aumento del estroma, aunque existen diferencias morfológicas de un individuo a otro. A medida que progresa la HBP y van creciendo los nódulos, se desplaza el tejido prostático normal, que queda reducido a una fina lámina. Este fenómeno ocurre en fases: primero se produce un aumento en el número de nódulos, inicialmente de naturaleza estromal y después glandular (a partir de los 40 años).

Posteriormente se produce un gran crecimiento de estos nódulos (a partir de los 60 años). La presencia de obstrucción debida al crecimiento en la zona de transición genera una serie de alteraciones funcionales y anatómicas a nivel vesical.” (Maya R. Rodríguez-López, 2007)

### **3.2.3. Cáncer de próstata.**

El cuerpo humano está constituido por células que se dividen, periódicamente, para reemplazar a las ya envejecidas o muertas y así mantener la integridad de los diferentes órganos. Este proceso requiere un equilibrio que se encuentra regulado por mecanismos de control que indican a la célula cuando debe dividirse. Cuando estos mecanismos de control se alteran puede ocurrir una división incontrolada de

células cuya consecuencia es la proliferación anormal de las mismas, dando lugar a un tumor.

“A pesar de no conocerse bien la causa que produce el cáncer de próstata, se sabe que su evolución es, habitualmente, bastante lenta en el tiempo y que no se hace evidente en todos los varones que lo desarrollarán. De hecho se sabe que, aproximadamente, un 30% de los hombres de más de 50 años presentan focos de tumor en la próstata y, sin embargo, un 97% no fallecerá por dicho tumor, ya que éste ni se extenderá localmente ni se diseminará a otros órganos.” (Graciela García Álvarez, 2004)

## CAPITULO IV

### 4. ÚTERO

#### 4.1. Función.

El útero es un órgano fundamental dentro del proceso reproductivo y participa en eventos claves, como el transporte espermático, la implantación y la nutrición fetal. Su función principal es implantar y proteger al óvulo fecundado que evolucionará hasta ser un feto y cuidará de éste hasta el final del embarazo. El útero proporciona un ambiente seguro al óvulo fecundado para permitirle que se desarrolle como feto. Una vez que está implantado en el endometrio, entran en juego varias hormonas, como la gonadotropina coriónica humana, la cual evita que haya más ovulaciones ni menstruaciones, así como brinda todo lo que necesita el embrión para desarrollarse y estimula otras hormonas necesarias para que el endometrio y el útero funcionen perfectamente en pro del embrión y eviten su expulsión.

Ya implantado el embrión, debemos saber que el útero pasa de medir poco más de 10 cm a expandirse entre 500 y 1000 veces su tamaño conforme vaya creciendo el feto. Al final del embarazo pesará cerca de un kilogramo. Esto es gracias a la estructura muscular del miometrio, que además brindará la presión (contracciones) que se necesitará durante el trabajo de parto para que el bebé sea expulsado de la cavidad uterina y pueda nacer.

#### 4.2. Histerectomía.

“La histerectomía es una intervención quirúrgica que consiste en la extirpación del útero o matriz.

Las indicaciones más frecuentes son:

Miomas uterinos, cuando éstos son de gran tamaño o producen síntomas clínicos como dolor pélvico o hemorragia uterina anormal que no se corrige con tratamiento hormonal, cáncer de cuello o de cuerpo uterino, prolapso uterino, endometriosis, hiperplasia atípica de endometrio.

#### **4.2.1. Tipos de Histerectomía.**

Hay distintos tipos, según la extensión de la intervención y de los órganos afectados:

**Histerectomía total:** Consiste en extirpar el útero y el cuello uterino, pero no los ovarios.

**Histerectomía total con doble anexectomía:** Consiste en extirpar los dos ovarios y ambas trompas junto con el útero. También puede ser unilateral, cuando se extirpan el ovario y la trompa de un solo lado. Se practica a partir de la perimenopausia y si existen antecedentes familiares en patología ovárica.

**Histerectomía subtotal:** Consiste en extirpar el cuerpo del útero sin afectar el cuello uterino. Sólo se aconseja cuando hay dificultades técnicas.

**Histerectomía radical:** Consiste en extirpar el útero entero, las trompas, los ovarios, el tercio superior de la vagina y los ganglios linfáticos de la pelvis. Sólo se practica en caso de carcinoma.

Las vías para practicar una histerectomía son cuatro:

**Histerectomía abdominal:** Se extrae el útero mediante una incisión quirúrgica en el abdomen. Esta incisión puede ser transversal baja o media intraumbilical. La vía

abdominal se utiliza cuando hay miomas voluminosos o patología ovárica importante.

**Histerectomía vaginal:** Se extrae el útero por vía vaginal. Se practica cuando hay prolapso uterino o si el tamaño del útero permite su extracción por esta vía.

**Histerectomía vaginal asistida por Laparoscopia:** Se convierte una histerectomía abdominal en vaginal. Se introducen 3 tubos por tres orificios abdominales a través de los cuales se practica la intervención. Después, el útero se extrae por vía vaginal. Requiere menos días de estancia hospitalaria.

**Histerectomía supracervical con conservación del cuello uterino por vía laparoscópica:** La elección del tipo de histerectomía y de la vía de abordaje dependerá de los motivos por los cuales se indica la intervención.

Las complicaciones como en cualquier otra intervención quirúrgica, pueden aparecer problemas durante o después de la histerectomía. Las más probables son las siguientes: lesiones en las vías urinarias, lesiones intestinales, infecciones, hemorragias, tromboflebitis en las piernas y problemas relacionados con el acto anestésico. Para evitar su aparición, hay que preparar a la paciente antes del acto quirúrgico. “ (M.D., 2006)

## **e. MATERIALES Y MÉTODOS.**

### **1. DISEÑO O TIPO DE INVESTIGACIÓN.**

El presente estudio investigativo es de tipo cuantativo de corte transversal, descriptivo y analítico.

### **2. ÁREA DE ESTUDIO.**

Esta investigación se desarrollara en el Hospital Manuel Ygnacio Monteros "IESS" de la Ciudad De Loja, ubicada en el barrio Gran Colombia, en la calle Ibarra entre Tarqui y Santo Domingo de los Colorados.

### **3. UNIVERSO.**

**a. Universo:** Corresponde a todas los pacientes que van a ser intervenidos en Colectectomía Laparoscópica programada, Histerectomía y Prostatectomía en el periodo noviembre 2014 – marzo 2015.

### **4. CRITERIOS DE INCLUSIÓN Y CRITERIOS DE EXCLUSIÓN.**

**a. Criterios de inclusión:** participaran en el estudio.

1. Pacientes ingresados al Hospital Manuel Ygnacio Monteros "IESS", mínimo con un día de anticipación previo a la intervención quirúrgica.
2. Pacientes que vayan a ser intervenidos en Colectectomía Laparoscópica Programada.
3. Pacientes que vayan a ser intervenidos en Prostatectomía.
4. Pacientes que vayan a ser intervenidos en Histerectomía.

**b. Criterios de exclusión:** No participaran en el estudio.

1. Todos los pacientes que por cuestiones médicas y psicológicas no estén en condiciones necesarias para participar en la entrevista psicológica y en la aplicación de los reactivos.
2. Todos los pacientes que sean ingresados a la institución que estén diagnosticados con otra enfermedad.
3. Los pacientes de quienes no se obtuvo el consentimiento informado.

## **5. PROCEDIMIENTO.**

El procedimiento a seguir en el presente trabajo investigativo se halla estructurado en tres partes, las mismas que se describen a continuación:

- a. Inicialmente se realiza la identificación de los pacientes ingresados a los pisos correspondientes que van a ser intervenidos un día posterior en Colectomía Laparoscópica Programada, Histerectomía y Prostatectomía y se procede a la presentación.
- b. Inmediatamente se procede a la aplicación del reactivo Escala de Ansiedad De Hamilton y El Inventario De Situaciones y Respuestas (ISRA).
- c. Una vez terminada su aplicación, se trabaja con técnicas terapéuticas como psicoeducación y relajación, que tienen como objetivo disminuir los niveles de ansiedad del paciente



**MATERIAL 1:****Entrevista inicial y Consentimiento informado.**

Se procedió a realizar una entrevista semiestructurada, que busca establecer rapport y empatía con los pacientes ingresados en sus pisos correspondientes, con la finalidad de recolectar datos necesarios para este estudio, tales como: nombre, edad, género, procedencia, ocupación, instrucción, estado civil y detección de patología. (ANEXO1)

**MATERIAL 2:****Escala De Ansiedad De Hamilton.**

Fue diseñada en 1959, inicialmente constaba de 15 ítems, quedando posteriormente, en el año de 1969 dividida en 14, esta versión es la más ampliamente utilizada hasta la actualidad. La presente es la versión española realizada por Carrobles y cols en 1986, Es una escala autoaplicada de 14 ítems, 13 referentes a síntomas ansiosos y el otro es relacionado con el comportamiento del paciente durante la entrevista. Es un reactivo que ayuda a determinar el nivel global de ansiedad del paciente. Cada ítem se valora en una escala de 0 a 4 puntos, Hamilton reconoce que el valor máximo de 4 es principalmente un punto de referencia después se realiza la sumatoria total para brindar las siguientes puntuaciones para los parámetros:

Ansiedad Ausente = 0-13.

Ansiedad Leve = 14-17

Ansiedad Moderada = 18-24.

Ansiedad Severa = 25-30.

La fiabilidad muestra una buena consistencia interna (alfa de Cronbach de 0.79 a 0.86). Posee excelentes valores test-retest tras un día y tras una semana ( $r= 0.96$ ) y aceptable estabilidad después de un año ( $r=0.64$ ).

La puntuación total tiene una elevada validez concurrente con otras escalas que valoran ansiedad, como The Global Rating of Anxiety by Covi ( $r=0.63 - 0.75$ ) y con el inventario de ansiedad de Beck ( $r=0.56$ ). Distingue adecuadamente entre pacientes con ansiedad y controles sanos (puntuaciones medias respectivas de 18.9 y 2.4). (ANEXO 2).

### **MATERIAL 3.**

#### **El Inventario De Situaciones y Respuestas (ISRA).**

El principal objetivo de este reactivo es “evaluar la frecuencia de respuesta de ansiedad ante diferentes situaciones y permite la obtención de un perfil de reactividad individual.” (Vindel). Presenta un formato de situación-respuesta que consta de 224 ítems, distribuidos en la interacción de 22 situaciones y 24 respuestas distribuidas en los tres sistemas de respuesta de ansiedad (fisiológico, cognitivo y motor). Las 22 preguntas van a ser constantes para los tres sistemas de respuesta, mientras que las respuestas están repartidas en 7 cognitivas, 10 fisiológicas y 7 motoras que se encargan de describir conductas concretas.

El tiempo de aplicación del ISRA oscila entre 35 y 55 minutos, siendo especialmente compleja su utilización con sujetos de muy bajo nivel cultural o que presentan un marcado deterioro. El sujeto debe responder a los ítems de acuerdo con una escala

de frecuencia de 5 puntos, donde 0 es “casi nunca” y 4 “casi siempre”, indicando la frecuencia con que aparece cada una de las respuestas ante cada situación.

**Fiabilidad:** muestra una buena consistencia 0.78 a 0.79. Posee excelentes valores test-retest 0.75 a 0.86 (total), 0.68 a 0.80 (escala cognitiva), 0.74 a 0.79 (escala fisiológica) y 0.75 a 0.82 (escala motora).

**Validez:** muestra correlaciones con la escala MAS de Taylor 0.56 a 0.61; y con la escala estado-rasgo de (STAI) 0.54 A 0.63. Muestra una buena capacidad de discriminación entre distintos grupos y patologías, como hipertensión y otras patologías, como hipertensión y otros trastornos fisiológicos, fobia simple, agorafobia, síndrome premenstrual, ansiedad generalizada y fobia social. Es sensible al cambio terapéutico (ANEXO 3).

## f. RESULTADOS E INTERPRETACIÓN.

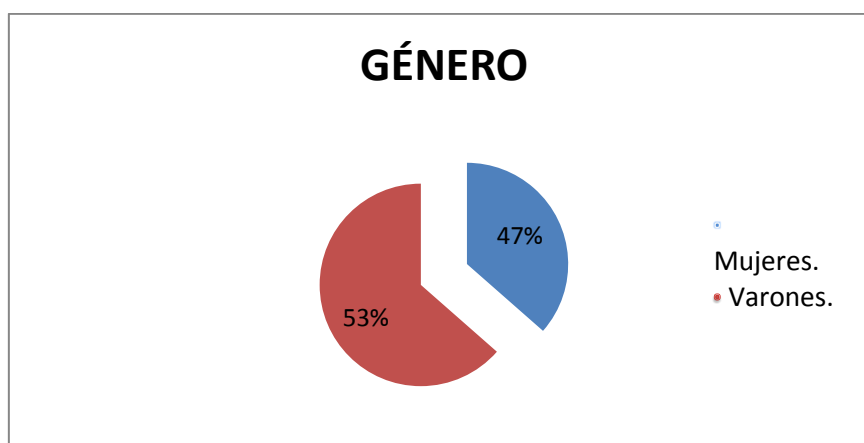
Como resultado del estudio realizado en los pacientes que fueron intervenidos en Colectomía Laparoscópica, Histerectomía y Prostatectomía **con un universo de 58 pacientes del Hospital Manuel Ygnacio Monteros "IESS"** en el periodo establecido, obtuvimos los siguientes resultados:

**CUADRO 1.**  
**GÉNERO.**

Variable	Frecuencia	Porcentaje
Varones	31	53%
Mujeres	27	47%
<b>TOTAL</b>	<b>58</b>	<b>100%</b>

**Fuente:** Pacientes ingresados al Hospital Manuel Ygnacio Monteros "IESS"  
**Elaborado por:** Ehinsteen Leonardo Monteros Carreño.

**GRÁFICO 1.**



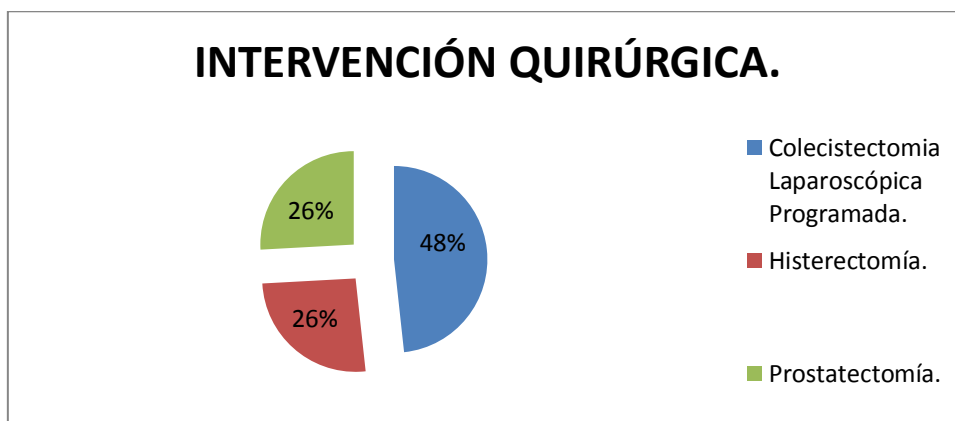
**ANÁLISIS DE RESULTADOS:** De los pacientes evaluados el 47% pertenece al sexo femenino y el 53% pertenece al sexo masculino.

**CUADRO 2**  
**INTERVENCIÓN QUIRÚRGICA.**

Variable	Frecuencia	Porcentaje
Colelap.	28	48%
Histerectomía	15	26%
Prostatectomía	15	26%
<b>TOTAL.</b>	<b>58</b>	<b>100%</b>

**Fuente:** Pacientes ingresados al Hospital Manuel Ygnacio Monteros "IESS"  
**Elaborado por:** Ehinsteen Leonardo Monteros Carreño.

**GRÁFICO 2.**  
**DIAGNÓSTICO MÉDICO.**



**ANÁLISIS DE RESULTADOS:** Del 100 % de los pacientes evaluados que fueron intervenidos quirúrgicamente, el 48 % pertenece a Colectomía Laparoscópica Programada, el 26 % a Histerectomía y finalmente el otro 26% pertenecen a Prostatectomía.

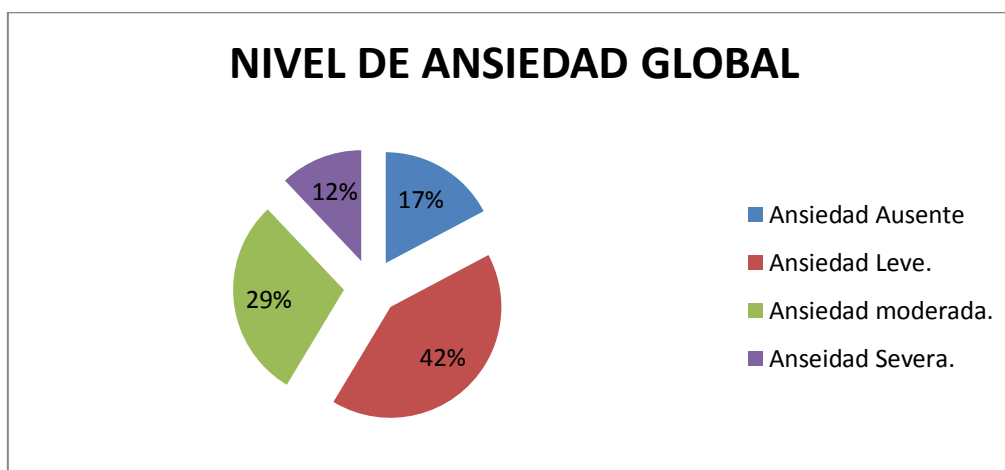
**CUADRO 3**  
**NIVEL DE ANSIEDAD GENERAL.**

Variable	FRECUENCIA	PORCENTAJE
Ansiedad Ausente	10	17%
Ansiedad Leve	24	41%
Ansiedad moderada	17	30%
Ansiedad Severa	7	12%
<b>TOTAL</b>	<b>58</b>	<b>100%</b>

**Fuente:** Test Ansiedad de Hamilton.

**Elaborado por:** Ehinsteen Leonardo Monteros Carreño.

**GRÁFICO 3.**



**ANÁLISIS DE RESULTADOS:** En la aplicación del reactivo psicológico Ansiedad de Hamilton los resultados obtenidos muestran que el 41% de los pacientes sometidos en Colectistomía Laparoscópica Programada, Histerectomía y Prostatectomía presentan ansiedad leve, el 17% presentan ansiedad ausente, el 30% presenta ansiedad moderada y finalmente el 12% percibe una ansiedad severa.

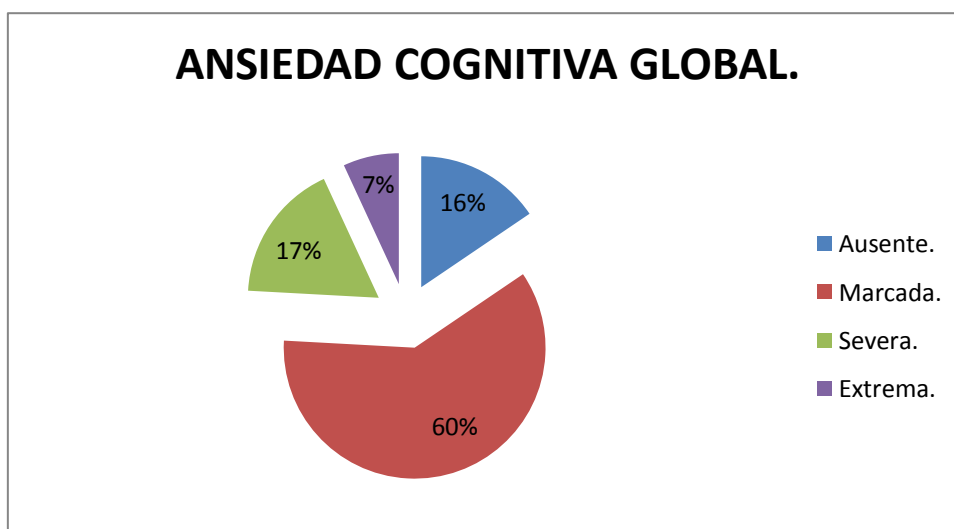
**CUADRO 4.**  
**ANSIEDAD COGNITIVA GLOBAL.**

Variable	FRECUENCIA	PORCENTAJE
Ausente	9	16%
Marcada	35	60%
Severa	10	17%
Extrema	4	7%
<b>TOTAL</b>	<b>58</b>	<b>100%</b>

**Fuente:** Inventario De Situaciones y Respuestas (ISRA).

**Elaborado por:** Ehinsteen Leonardo Monteros Carreño.

**GRÁFICO 4.**



**ANÁLISIS DE RESULTADOS::** Del 100% de pacientes que ingresaron para ser sometidos en Colectectomía Laparoscópica programada, Histerectomía y Prostatectomía, el 60% presentan ansiedad cognitiva marcada, el 17% presenta ansiedad cognitiva severa, el 16% percibe una ansiedad cognitiva ausente y finalmente el 7% tiene una ansiedad cognitiva extrema.

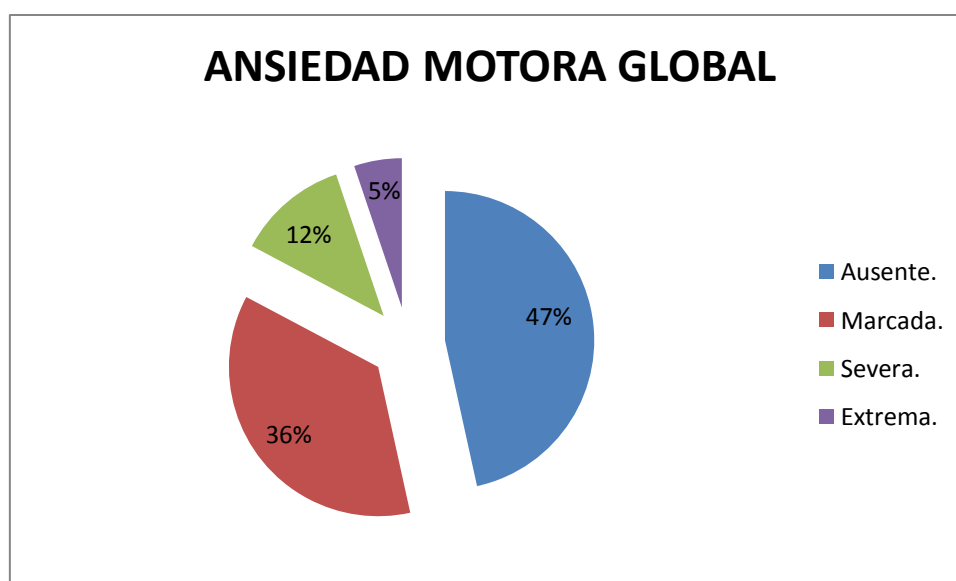
**CUADRO 5.**  
**ANSIEDAD MOTORA GLOBAL.**

Variable	FRECUENCIA	PORCENTAJE
Ausente	27	47%
Marcada	21	36%
Severa	7	12%
Extrema	3	5%
<b>TOTAL</b>	<b>58</b>	<b>100%</b>

**Fuente:** Inventario De Situaciones y Respuestas (ISRA).

**Elaborado por:** Ehinsteen Leonardo Monteros Carreño.

**GRÁFICO 5**



**ANÁLISIS DE RESULTADOS:** Del 100% de pacientes que fueron intervenidos quirúrgicamente en Colecistectomía Laparoscópica programada, Histerectomía y Prostatectomía, el 47% presentan ansiedad motora ausente, el 36% presenta ansiedad motora marcada, el 12% percibe una ansiedad motora severa y finalmente el 5% tiene una ansiedad motora extrema.

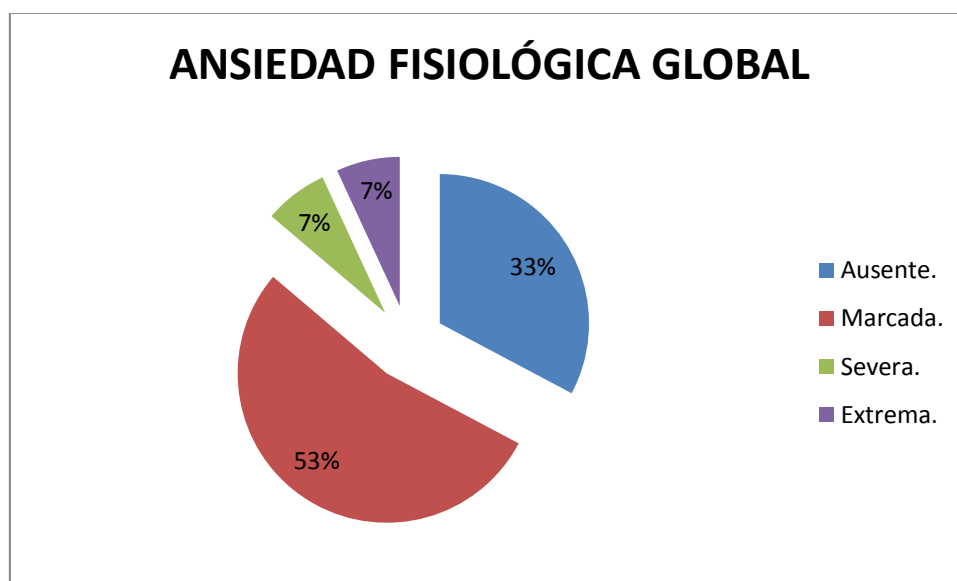


**CUADRO 6.**  
**ANSIEDAD FISIOLÓGICA GLOBAL.**

Variable	FRECUENCIA	PORCENTAJE
Ausente	19	33%
Marcada	31	53%
Severa	4	7%
Extrema	4	7%
<b>TOTAL</b>	<b>58</b>	<b>100%</b>

**Fuente:** Inventario De Situaciones y Respuestas (ISRA).  
**Elaborado por:** Ehinsteen Leonardo Monteros Carreño.

**GRÁFICO 6.**



**ANÁLISIS DE RESULTADOS:** el 53% de los pacientes que fueron parte del estudio presentan ansiedad fisiológica marcada, el 33% presenta ansiedad fisiológica ausente, el 7% percibe una ansiedad fisiológica severa y finalmente el 7% tiene una ansiedad fisiológica extrema.

## **g. DISCUSIÓN.**

El presente estudio investigativo tuvo como finalidad explorar los niveles de ansiedad prequirúrgica en los pacientes que fueron intervenidos en Colectomía Laparoscópica Programada, Histerectomía y Prostatectomía, en el Hospital Manuel Ygnacio Monteros "IESS" de la ciudad de Loja, mediante la aplicación del reactivo psicológico la Escala De Ansiedad De Hamilton en el periodo noviembre 2014 – marzo 2015, además de evaluar los sistemas de respuesta de ansiedad mediante el reactivo psicológico Inventario De Situaciones y Respuestas (ISRA) y diseñar un plan de intervención psicológica enfocado en brindar al paciente herramientas necesarias para disminuir la ansiedad a niveles aceptables o tolerables previo a la intervención.

La ansiedad preoperatoria es un acontecimiento poco evaluado y muy frecuente en los pacientes que serán intervenidos quirúrgicamente, entre los factores provocadores de la elevación de los niveles de ansiedad encontramos a la anestesia, ambiente hospitalario, diagnóstico médico, tiempo de recuperación, que el individuo procesa como intrusivos, nuevos y estresantes. Entre los resultados obtenidos dentro de esta institución pública tenemos que del 100% de los pacientes evaluados que fueron intervenidos quirúrgicamente, el 48% pertenece a Colectomía Laparoscópica Programada, el 26% a Histerectomía y finalmente el otro 26% pertenecen a Prostatectomía.

De los pacientes sometidos a estos procedimientos quirúrgicos el 41% presentan ansiedad leve, el 30% presentan ansiedad moderada, el 17% presentan ansiedad

ausente, y finalmente el 12% percibe una ansiedad severa, estos datos coinciden con el estudio realizado por Adriana Carapia que encontró que el 49% de los pacientes evaluados presentaban ansiedad leve y el 27.5% ansiedad moderada. (Adriana Carapia Sadumi, 2011)

Lo que corresponde a la obtención de uno de los objetivos de la presente investigación que refiere a los sistemas de respuesta de ansiedad encontramos que el sistema de respuesta de ansiedad con mayor prevalencia en los pacientes evaluados es la ansiedad cognitiva moderada con un 60%, por lo que se deduce que la terapia debe estar enfocada en identificar pensamientos distorsionados e inoportunos y repetitivos, disminuir las dudas y la sensación de confusión, frenar la tendencia a recordar cosas desagradables.

Los resultados obtenidos corroboran que la ansiedad es una respuesta de alerta normal, usado como mecanismo de defensa frente a un evento que el sujeto considera amenazante, en este caso la cirugía. Por eso la importancia de la evaluación y tratamiento de la ansiedad en las personas prequirúrgicas con la finalidad de evitar que estos niveles normales se eleven porque según investigaciones se demuestra que “el estado psicológico prequirúrgico, en especial la ansiedad, incide en la recuperación postquirúrgica. Cuanta más ansiedad experimenta el paciente antes de la operación, más larga y difícil suele ser la convalecencia. Probablemente el momento de toda la hospitalización en el que el paciente experimenta más ansiedad es justo antes de la cirugía”. (Adriana Carapia Sadumi y Dr. Gabriel E. Mejía Terrazas, 2011)

## **h. CONCLUSIONES.**

1. Se logró evaluar los niveles de ansiedad y sus sistemas de respuesta en los pacientes prequirúrgicos que se intervinieron en Colectomía Laparoscópica Programada, Histerectomía y Prostatectomía en el Hospital Manuel Ygnacio Monteros "IESS", mediante la aplicación de reactivos psicológicos como La Escala de Ansiedad de Hamilton Y El Inventario de Situaciones y Respuestas "ISRA". Podemos asegurar que los resultados obtenidos a través de las herramientas psicológicas son de alta fiabilidad y validez.
2. Se llegó a determinar a través de La Escala De Ansiedad De Hamilton que el 83 % de los pacientes evaluados presentaron algún nivel de ansiedad previo a la intervención quirúrgica.
3. De los pacientes intervenidos en Colectomía Laparoscópica Programada, Histerectomía y Prostatectomía el 41% de los pacientes presentan ansiedad leve y con valores inferiores encontramos a la ansiedad moderada con un 30%.
4. De la evaluación de los procedimientos quirúrgicos investigados se determinó que la Histerectomía mostro un 53% en ansiedad moderada, siendo este el nivel más alto y con mayor prevalencia encontrados en el estudio.
5. De los sistemas de respuesta de ansiedad evaluados, se encontró que el sistema de respuesta con mayor prevalencia es el de ansiedad cognitiva moderada con un 60%.
6. Se elaboró un plan psicoterapéutico basado en Técnicas cognitivo-conductuales, con la finalidad de reducir la ansiedad a niveles aceptables.

**i. RECOMENDACIONES.**

1. Trabajar en conjunto con el médico tratante con la finalidad que previo a la cirugía el paciente sea remitido al psicólogo del establecimiento de salud, con el propósito de mantener o disminuir la ansiedad en niveles adecuados, además de brindar un tratamiento y soporte psicológico apropiado, con un tiempo prudencial dependiendo de la patología.
2. Aumentar el número de psicólogos clínicos en el Hospital Manuel Ygnacio Monteros "IESS, con la finalidad de atender adecuadamente las necesidades del paciente prequirúrgico y postquirúrgico.
3. Aplicar del plan terapéutico propuesto, generado a partir de los resultados obtenidos en el proceso investigativo.

## **j. PLAN DE INTERVENCIÓN PSICOTERAPÉUTICA.**

La presente propuesta psicoterapéutica estará enfocada en disminuir la ansiedad y mejorar las condiciones emocionales de los pacientes que van a ser intervenidos quirúrgicamente, haciendo que su estancia en el establecimiento de salud sea menos estresante y displacentera, agilizando en algunos casos la recuperación del paciente.

Para poder aplicar este plan de intervención se necesitara un trabajo conjunto con el médico tratante con la finalidad que previo a la cirugía el paciente sea remitido al psicólogo para brindarle el tratamiento y soporte psicológico necesario, con un tiempo prudencial dependiendo de la patología.

La planificación terapéutica además de estar enfocada en la función expresiva por parte del paciente, buscara brindar al consultante como elemento de gran importancia un factor de apoyo y sostén psicológico, que consiste entre otros aspectos en facilitar la comprensión y análisis de la enfermedad, ayudar en la toma de decisiones, eliminar o disminuir a niveles aceptables la ansiedad y proporcionarle recursos para enfrentar la situación.

La presente propuesta psicoterapéutica se halla fundamentada en 5 etapas:

1. Inicio Formal.
2. Exploración y Evaluación.
3. Planificación, ejecución y desarrollo de sesiones
4. Evaluación post-quirúrgica.
5. Seguimiento.

DISEÑO DE LA PLANIFICACIÓN TERAPÉUTICA EN PACIENTES CON  
ANSIEDAD PREQUIRÚRGICA QUE FUERON INTERVENIDOS EN EL HOSPITAL  
MANUEL YGNACIO MONTEROS "IESS".

<p><b>ETAPA 1</b></p> <p><b>SESIÓN 1.</b></p>
<p><b>INICIO FORMAL.</b></p>
<ul style="list-style-type: none"> <li>• <b>OBJETIVOS:</b> <p>Fomentar la alianza terapéutica.</p> <p>Estimular la motivación.</p> <p>Comprometer al paciente con el tratamiento.</p> <p>Escucha terapéutica.</p> </li> </ul>
<ul style="list-style-type: none"> <li>• <b>DURACIÓN:</b> <p>Una sesión de aproximadamente 45 minutos de acuerdo a las necesidades psicoterapéuticas del paciente.</p> </li> </ul>
<ul style="list-style-type: none"> <li>• <b>PROCEDIMIENTO:</b> <p>En esta etapa se establece el primer contacto con el paciente que ha sido remitido por el médico cirujano tratante y se esclarece el o los motivos de consulta. Se le explica al paciente las bases del tratamiento, los términos y condiciones bajo las cuales se llevara a cabo el proceso. Se define normas y propósitos de manera clara en las cuales ambos participantes deben estar de acuerdo, cumplirlas y dar lo mejor de sí para el logro de diferentes metas.</p> </li> </ul>

<b>ETAPA 2.</b> <b>SESIÓN 2.</b>
<b>EXPLORACIÓN Y EVALUACIÓN.</b>
<ul style="list-style-type: none"><li>• <b>OBJETIVOS:</b>  Clarificar la problemática del paciente.  Evaluar al paciente de forma integral.  Medir el nivel de ansiedad del paciente previo a la intervención quirúrgica.  Obtener los elementos necesarios para establecer las estrategias terapéuticas.</li></ul>
<ul style="list-style-type: none"><li>• <b>DURACIÓN:</b>  Una sesión de 45 a 50 minutos dependiendo la disponibilidad física del paciente.</li></ul>
<ul style="list-style-type: none"><li>• <b>PROCEDIMIENTO:</b>  Esta etapa se inicia desde que se establece el primer contacto con el paciente, formalmente en esta fase recolectamos los datos necesarios para obtener los elementos precisos para el posterior diagnóstico y procederemos a la aplicación de reactivos psicológicos que nos ayuden a medir el nivel de ansiedad del paciente.  .</li></ul>



<ul style="list-style-type: none"><li>• <b>ETAPA 3</b></li></ul> <b>SESIÓN 3</b>
<b>PLANIFICACIÓN, EJECUCIÓN Y DESARROLLO DE SESIONES.</b>
<ul style="list-style-type: none"><li>• <b>OBJETIVO:</b>  Selección de estrategias adecuadas que tengan la finalidad de cumplir con los objetivos terapéuticos establecidos.</li></ul>
<ul style="list-style-type: none"><li>• <b>DURACIÓN:</b>  Dependerá de múltiples variables como los rasgos de personalidad del paciente, la gravedad de cuadro clínico, complicaciones de la cirugía.</li></ul>
<ul style="list-style-type: none"><li>• <b>PROCEDIMIENTO:</b>  Las estrategias terapéuticas serán previamente analizadas y estructuradas, haciendo una selección minuciosa y exhaustiva de las técnicas más idóneas, enfocadas en disminuir la sintomatología ansiosa del paciente, hasta llegar a niveles aceptables o adecuados previo a la intervención quirúrgica. Además de técnicas psicoeducativas que intenten esclarecer las principales dudas e inseguridades del paciente.</li></ul>

<ul style="list-style-type: none"><li>• <b>ETAPA 3</b></li></ul> <b>SESIÓN 4.</b>
<ul style="list-style-type: none"><li>• <b>TÉCNICA:</b> TERAPIA EXPLICATIVA</li></ul>
<ul style="list-style-type: none"><li>• <b>OBJETIVO:</b>  Brindar información sobre los procedimientos médicos.  Concienciar al paciente sobre la importancia de reconocer y mantener en niveles aceptables la ansiedad.  Estimular la expresión de dudas y preguntas.  Reducir de los miedos y creencias disfuncionales.  Esclarecer y aclarar la naturaleza exacta de su padecimiento</li></ul>
<ul style="list-style-type: none"><li>• <b>DURACIÓN:</b>  Una tiempo aproximado de 45 minutos dependiendo de las necesidades psicoterapéuticas del paciente.</li></ul>
<ul style="list-style-type: none"><li>• <b>PROCEDIMIENTO:</b>  El desconocimiento del paciente en la mayoría de los casos es causante del incremento de los cuadros ansiosos por lo que se procede a dar una explicación sencilla y clara con un lenguaje acorde al grado cultural del paciente acerca de su enfermedad, de los posibles tratamientos que su médico cirujano tratante implementara y lo importante de mantener un equilibrio emocional previo a la cirugía.  Además se intentara que el paciente incremente su confianza y empatía con su médico tratante.</li></ul>

<ul style="list-style-type: none"><li>• <b>ETAPA 3</b></li></ul> <p style="text-align: center;"><b>SESIÓN 5.</b></p>
<ul style="list-style-type: none"><li>• <b>TÉCNICA:</b> REGISTRO DE PENSAMIENTOS AUTOMÁTICOS.</li></ul>
<ul style="list-style-type: none"><li>• <b>OBJETIVO:</b>  Identificar los pensamientos automáticos e irracionales.  Concientizar al paciente de la relación de los pensamientos y las emociones.</li></ul>
<ul style="list-style-type: none"><li>• <b>DURACIÓN:</b>  Una tiempo aproximado de 45 minutos dependiendo de las necesidades psicoterapéuticas del paciente.</li></ul>
<ul style="list-style-type: none"><li>• <b>PROCEDIMIENTO:</b>  Se intentara demostrar la importancia de los pensamientos en la conducta de los individuos, mediante el registro de las cogniciones y sus respectivas respuestas en columnas paralelas, con el objetivo de examinar, evaluar y modificar las cogniciones distorsionadas.  Anexo 3.</li></ul>

<ul style="list-style-type: none"><li>• <b>ETAPA 3</b> <b>SESIÓN 6.</b></li></ul>
<ul style="list-style-type: none"><li>• <b>TÉCNICA:</b> RESPIRACIÓN DIAFRAGMÁTICA LENTA</li></ul>
<ul style="list-style-type: none"><li>• <b>OBJETIVO:</b>  Disminuir la ansiedad a niveles aceptables  Enseñar a respirar de manera correcta.</li></ul>
<ul style="list-style-type: none"><li>• <b>DURACIÓN:</b>  Una tiempo aproximado de 45 minutos dependiendo de las necesidades psicoterapéuticas del paciente.</li></ul>
<ul style="list-style-type: none"><li>• <b>PROCEDIMIENTO:</b>  Se le pide al paciente que coloque una mano en el pecho y otra sobre el estómago, para asegurarse de que se lleve el aire a la parte de abajo de los pulmones. Al tomar el aire, lentamente, se lo lleva a la parte de abajo de los pulmones, hinchando un poco el estómago sin mover el pecho.  Retener un momento el aire en esa posición, para luego soltarlo lentamente.  Hay que recordar que es recomendable aspirar el aire por la nariz en cantidades normales, se intentara evitar la exageración. Hay que practicar varias veces el ejercicio al día (al menos 2 sesiones, de 10 minutos cada una),  Anexo 5</li></ul>

<ul style="list-style-type: none"><li>• <b>ETAPA 3</b></li></ul> <p style="text-align: center;"><b>SESIÓN 7.</b></p>
<ul style="list-style-type: none"><li>• <b>TÉCNICA:</b> MODELO A-B-C.</li></ul>
<ul style="list-style-type: none"><li>• <b>OBJETIVO:</b>  Identificar los pensamientos automáticos e irracionales.  Generar pensamientos funcionales para el individuo.  Elaborar respuestas racionales a sus cogniciones negativas.  Incrementar la objetividad del paciente respecto a sus cogniciones.  Demostrar la relación entre cogniciones negativas, sentimientos desagradables y una interpretación distorsionada.</li></ul>
<ul style="list-style-type: none"><li>• <b>DURACIÓN:</b>  Tres sesiones de un tiempo aproximado de 45 minutos dependiendo de las necesidades psicoterapéuticas del paciente.</li></ul>
<ul style="list-style-type: none"><li>• <b>PROCEDIMIENTO:</b>  Se facilita al paciente una hoja de registro dividida en cuatro columnas, y se le da una explicación detallada de su empleo, con la finalidad de que el paciente elabore respuestas racionales a sus cogniciones negativas.  Anexos 6.</li></ul>

<ul style="list-style-type: none"><li>• <b>ETAPA 3</b></li></ul> <p style="text-align: center;"><b>SESIÓN 8.</b></p>
<ul style="list-style-type: none"><li>• <b>TÉCNICA: AUTOINSTRUCCIONES</b></li></ul>
<ul style="list-style-type: none"><li>• <b>OBJETIVO:</b>  Inducir inicialmente un cambio en sus autoverbalizaciones.  Enseñar al paciente a utilizar su lenguaje.  Enseñarle al paciente a utilizar asertivamente su lenguaje.</li></ul>
<ul style="list-style-type: none"><li>• <b>DURACIÓN:</b>  Una tiempo aproximado de 30 minutos dependiendo de las necesidades psicoterapéuticas del paciente.</li></ul>
<ul style="list-style-type: none"><li>• <b>PROCEDIMIENTO:</b>  Se trata de una técnica superficial, pero que ha demostrado mucha eficacia en la modificación de pensamientos cuando es complementada con otras técnicas cognitivo-conductuales como el modelo A-B-C.  Se le pide al paciente que en una o dos hojas anote ideas o frases que ayuden a afrontar situaciones temidas, que el sujeto por lo general suele evitar, como ir al doctor.  Tiene que llevarlas siempre consigo y leerlas cuando note que empieza el miedo o la conducta evitativa.</li></ul>

<ul style="list-style-type: none"><li>• <b>ETAPA 3</b></li></ul> <p style="text-align: center;"><b>SESIÓN 9.</b></p>
<ul style="list-style-type: none"><li>• <b>TÉCNICA:</b> DETENCIÓN DEL PENSAMIENTO.</li></ul>
<ul style="list-style-type: none"><li>• <b>OBJETIVO:</b>  Interrumpir pensamientos automáticos e irracionales generadores de ansiedad.</li></ul>
<ul style="list-style-type: none"><li>• <b>DURACIÓN:</b>  Una tiempo aproximado de 30 minutos dependiendo de las necesidades psicoterapéuticas del paciente.</li></ul>
<ul style="list-style-type: none"><li>• <b>PROCEDIMIENTO:</b>  Una vez que se ha clarificado la importancia de los pensamientos sobre nuestras emociones y comportamientos, y se le ha sometido a un entrenamiento al paciente en la identificación de dichas ideas distorsionadas, brindamos al mismo herramientas necesarias para inhibirlas.  Se le pide al paciente que cerrando los ojos verbalice todo lo que le preocupa acerca de la cirugía. En un momento determinado el terapeuta lo interrumpe verbalizando con un tono grave la palabra “ALTO” o “BASTA” con el propósito de suprimir los pensamientos.</li></ul>

<ul style="list-style-type: none"><li>• <b>ETAPA 3</b> <b>SESIÓN 10.</b></li></ul>
<ul style="list-style-type: none"><li>• <b>TÉCNICA:</b> RELAJACIÓN AUTÓGENA DE SCHULTZ O RELAJACIÓN PASIVA.</li></ul>
<ul style="list-style-type: none"><li>• <b>OBJETIVO:</b>  Disminuir los niveles de tensión, ansiedad, stress o malestar emocional del paciente.  Inducir al paciente a un estado de tranquilidad.</li></ul>
<ul style="list-style-type: none"><li>• <b>DURACIÓN:</b>  Una tiempo aproximado de 45 minutos dependiendo de las necesidades psicoterapéuticas del paciente.</li></ul>
<ul style="list-style-type: none"><li>• <b>PROCEDIMIENTO:</b>  Si bien esta sesión se concentrara en entrenar al paciente en técnicas de relajación, no se puede descuidar la revisión de las técnicas cognitivas que se han tratado en las sesiones anteriores.  La relajación de Schultz consiste en la utilización de una serie de frases elaboradas que tienen con objetivo inducir al paciente a un estado de bienestar a través de autosugestiones y la relajación pasiva se basa en el aflojamiento de grupos musculares sin la necesidad de percibir estados de tensión muscular. Se le sugiere al paciente que estas técnicas las debe utilizar de preferencia todos los días, en el internamiento y cuando es trasladado a la sala de cirugía.</li></ul>



<ul style="list-style-type: none"><li>• <b>ETAPA 3</b></li><li>• <b>SESIÓN 11.</b></li></ul>
<ul style="list-style-type: none"><li>• <b>TÉCNICA:</b> DE DISTRACCIÓN.</li></ul>
<ul style="list-style-type: none"><li>• <b>OBJETIVO:</b>  Crear estímulos distractores encaminados a la disminución de niveles de ansiedad generados por pensamientos distorsionados sobre su intervención quirúrgica.  Practicar técnicas de respiración.</li></ul>
<ul style="list-style-type: none"><li>• <b>DURACIÓN:</b>  Una tiempo aproximado de 45 minutos dependiendo de las necesidades psicoterapéuticas del paciente.</li></ul>
<ul style="list-style-type: none"><li>• <b>PROCEDIMIENTO:</b>  En esta sesión se le brinda al paciente herramientas necesarias que le mantengan generando estímulos distractores, alejados de los pensamientos que genera su cuadro clínico.se basa en:<ol style="list-style-type: none"><li>1. Identificar actividades placenteras.</li><li>2. Distraerse de sus pensamientos utilizando recuerdos o imágenes positivas.</li><li>3. Respiración con visualizaciones.</li><li>4. Buscar actividades recreativas como caminar.</li></ol></li></ul>

<ul style="list-style-type: none"><li>• <b>ETAPA 3</b> <b>SESIÓN 12.</b></li></ul>
<ul style="list-style-type: none"><li>• <b>TÉCNICA:</b> IMAGINACIÓN POSITIVA.</li></ul>
<ul style="list-style-type: none"><li>• <b>OBJETIVO:</b>  Crear una sensación placentera previa a la intervención quirúrgica.  Aumentar la seguridad del paciente.  Brindar tranquilidad.</li></ul>
<ul style="list-style-type: none"><li>• <b>DURACIÓN:</b>  Una tiempo aproximado de 30 minutos dependiendo de las necesidades psicoterapéuticas del paciente.</li></ul>
<ul style="list-style-type: none"><li>• <b>PROCEDIMIENTO:</b>  Se le propone al paciente que escriba a manera de historia como se imagina que será el día de la operación, desde que se levanta, sin excluir ningún detalle.  Después se le propone que imagine nuevamente la experiencia, pero que ahora afronte la crisis con las técnicas que conoce: intentando cambiar los pensamientos y por lo tanto las emociones.  Se visualizara lo que ve, lo que siente, lo que dicen los doctores, familiares, amigos y su conversación interna al afrontarla; creando así sentimientos de bienestar y orgullo por haber superado su miedo.</li></ul>

<ul style="list-style-type: none"><li>• <b>ETAPA 4.</b> <b>SESIÓN 13.</b></li></ul>
<ul style="list-style-type: none"><li>• <b>TÉCNICA:</b> CONTROL Y PROGRAMACIÓN DE ACTIVIDADES.</li></ul>
<ul style="list-style-type: none"><li>• <b>OBJETIVO:</b>  Brindarle un plan de acción al paciente que fue intervenido.  Brindarle seguridad.</li></ul>
<ul style="list-style-type: none"><li>• <b>DURACIÓN:</b>  Una tiempo aproximado de 30 minutos dependiendo de las necesidades psicoterapéuticas del paciente.</li></ul>
<ul style="list-style-type: none"><li>• <b>PROCEDIMIENTO:</b>  Después de que el paciente fue intervenido es necesario hacerle una reevaluación de la ansiedad que presenta mediante la aplicación de reactivos, con la finalidad de reforzar y brindarle el apoyo necesario.  Además se pactara un cronograma de actividades que enmarque los tiempos de recuperación y los cuidados que el paciente necesita para su mejor recuperación.</li></ul>

<ul style="list-style-type: none"><li>• <b>ETAPA 5. SESIÓN 14.</b></li></ul>
<ul style="list-style-type: none"><li>• <b>TÉCNICA:</b> CIERRE TERAPÉUTICO Y SEGUIMIENTO.</li></ul>
<ul style="list-style-type: none"><li>• <b>OBJETIVO:</b>  Evaluar el proceso de intervención como posibilitador del cambio esperado.  Evaluar los logros alcanzados a la luz de los objetivos propuestos al iniciar el proceso.  Evaluar otros logros alcanzados que benefician la calidad de vida del consultante</li></ul>
<ul style="list-style-type: none"><li>• <b>DURACIÓN:</b>  Una tiempo aproximado de 30 minutos dependiendo de las necesidades psicoterapéuticas del paciente.</li></ul>
<ul style="list-style-type: none"><li>• <b>PROCEDIMIENTO:</b>  Este cierre se presenta cuando en el escenario conversacional los actores participantes definen que las expectativas de cambio propuestas fueron alcanzadas de manera satisfactoria para todas. Esta forma de cierre, permite realizar un encuentro en el que se puedan cumplir con todos los objetivos propuestos anteriormente. Se le explica al consultante que el seguimiento no tiene por objetivo volver a iniciar un proceso interventivo, sino evaluar a mediano plazo la permanencia de los cambios alcanzados durante el proceso que están finalizan. Este proceso se puede hacer telefónica o personalmente y debe haber sido acordado con el consultante en el encuentro de cierre del proceso.</li></ul>

**k. BIBLIOGRAFÍA:**

*Guía de práctica clínica para el manejo de pacientes con trastorno de ansiedad en atención primaria.* (2008). Madrid.

Adriana Carapia Sadumi y Dr. Gabriel E. Mejía Terrazas, M. L.-G. (2011). *Efecto de la intervención psicológica sobre la ansiedad preoperatoria.*

Adriana Carapia Sadumi, D. G. (2011). *Efecto de la intervención psicológica sobre la ansiedad preoperatoria.*

Alegre, L. V. (2008). *CIRUGÍA : I CIRUGÍA GENERAL.* Lima: Departamento Académico de Cirugía.

Barritero Gómez, J. A. (s.f.). *Ansiedad y Cirugía, repercusiones en el paciente sometido a cirugía programada.* Obtenido de <https://www.uclm.es/ab/enfermeria/revista/numero%208/ansicirug.htm>

Brouwer, D. d. (s.f.). *Terapia cognitiva de la depresión.*

Bunge, E. G. (2009). *Terapia Cognitiva en Niños y Adolescentes.* Buenos Aires: Akadia.

Cervera, D. G. (2011). *Guía para el tratamiento de los trastornos depresivos o ansioso.* Clínica del Sistema Nervioso.

Fernández M, O. B. (2002). *La sexualidad en pacientes con cáncer de mama o cérvix sometidas a tratamiento quirúrgico en el Hospital General, San Vicente de Paúl e instituto de Cancerología de la Clínica las Américas.* Medellín.

- Fernando Gordillo León, J. M. (2011). Tratamiento de ansiedad en pacientes prequirúrgicos. *Revista clínica familiar*.
- Graciela García Álvarez, J. A. (2004). *Cáncer de próstata, una guía práctica, edita asociación española contra el cáncer*.
- M.D., J. (2006). *Histerectomía* (Abril 2000 ed.). Revisado por el Grupo de Ginecólogos de la Comisión de Perinatología.
- Martin Santos, P. G. (2000). *Afectividad y mociones; ansiedad y angustia*. Madrid.
- Masson. (2005). *Manual Diagnóstico y Estadístico de los trastornos mentales (DSM-IV-TR)*.
- Maya R. Rodríguez-López, I. B.-C.-V. (2007). *Patologías benignas de la próstata: prostatitis e hiperplasia benigna*.
- Mtra. Adriana Carapia-Sadurni, D. G.-T.-G.-O. (2011). *Efecto de la intervención psicológica sobre la ansiedad preoperatoria*. Mexico.
- Pacheco, A. C. (s.f.). *Cirugía : I Cirugía General*. Lima: Departamento Académico de Cirugía.
- Pacheco, Alipio Cueva. (2008). *CIRUGÍA : I CIRUGÍA GENERA*. Lima: Departamento Académico de Cirugía.
- Pérez, D. Z. (2007). *La intervención Psicológica*. Felix Varela. La Habana.
- Ruiliba, V. (2006). *Introducción a la psicología y la psiquiatría, Elsevier Masson* (Sexta edición ed.).

Ruilibia, J. V. (2006). *Introducción a la psicología y la psiquiatría* (Sexta edición ed.).

Santos Martín, P. G. (2000). *Afectividad y Emociones: Ansiedad y Angustia*. Madrid: Triacastela.

Saunders, G. y. (s.f.). *Tratado de filosofía médica* (Décimo primera edición ed.).

Vindel, M. T. (s.f.). *Ficha Técnica: proyecto de apoyo a la evaluación. Psicología Clínica*.

## I. ANEXOS.

### ANEXO N 1.

#### CONSENTIMIENTO INFORMADO.

Respetado(a) Sr(a)..... por medio del presente documento le solicito su participación voluntaria en la realización por escrito de dos pruebas psicológicas, **El Inventario De Situaciones y Respuestas y la Escala De Ansiedad De Hamilton**. Que son parte del proceso investigativo que tiene como finalidad medir los nivel de ansiedad de los pacientes prequirúrgicos.

La información obtenida a partir de sus respuestas tendrá un carácter inminentemente confidencial, de tal manera que su nombre no será publicado por ningún medio. Igualmente si es su voluntad, usted tendrá conocimiento de la interpretación de resultados y puntuaciones obtenidas en las pruebas.

En consideración de lo anterior, agradezco su participación voluntaria en la realización de estas pruebas **(si desea participar por favor marque sus datos personales en la parte inferior de la hoja y firme en el espacio designado)**.

Yo, ..... identificado con el número de cedula ....., expreso voluntaria y conscientemente mi deseo de ser parte de la presente investigación, en la fecha prevista por el investigador.

En constancia:

.....



**ANEXO N 2.****Escala de ansiedad de Hamilton.****Nombre:** .....**Edad:** ..... **Fecha de hoy:** .....**Sexo:** Mujer       Varón**Educación:** Primario incompleto       Secundario incompleto       Terciario incompleto Primario completo       Secundario completo       Terciario completo**Estado civil:** Soltero       Divorciado       Viudo/a Casado       Separado       En pareja**Ocupación:** .....**Edad y lugar de nacimiento:** .....**Lugar de residencia actual:** .....

A continuación le presentamos una lista de signos y síntomas que ayudaran al profesional de salud a establecer una idea de cómo se encuentra su estado emocional.

El reactivo consta de un total de 14 ítems que evalúan los aspectos psíquicos, físicos y conductuales, lea cada uno de ellos y marque su respuesta con una cruz en la casilla correspondiente, pensando en cómo se sintió en los últimos tres días previo a la cirugía.

Tiene cinco (5) posibilidades de respuesta:

**AUSENTE (0) - LEVE (1) - MODERADO (2) - GRAVE (3) - SEVERO (4).**

No hay respuestas buenas o malas, todas sirven.

			AUSENTE (0).	LEVE (1).	MODERADO (2)	GRAVE (3).	SEVERO (4).	PUNTUACION ES
1	ANSIEDAD	Inquietud, pesimismo, miedo al futuro, irritabilidad.						
2	Tensión.	Sensación de tensión, cansancio, imposibilidad de relajarse, llanto fácil, temblor, sensación de no poder quedarse en un lugar						
3	Miedo.	A la oscuridad, a la gente desconocida, a quedarse solo, a los animales grandes, a las multitudes, etc.						
4	Insomnio.	Dificultad para conciliar el sueño, sueño interrumpido y no satisfactorio con cansancio al despertar, malos sueños, pesadillas, terrores nocturnos						
5	Intelecto.	Dificultad de concentración, mala memoria						
6	Humor depresivo.	Falta de interés, no disfruta con sus pasatiempos, despertar precoz, variaciones del humor a lo largo del día						
7	Síntomas somáticos (musculares)	Dolores y molestias musculares, rigidez muscular, sacudidas clónicas, rechinar de dientes, voz poco firme o insegura						
8	Síntomas somáticos (sentidos)	Zumbidos de oídos, visión borrosa, sofocos o escalofríos, sensación de debilidad, sensación de hormigueo						
9	Síntomas cardiovasculares.	Taquicardia, palpitaciones, dolores en el pecho, latidos vasculares.						
10	Síntomas respiratorios.	Peso en el pecho o sensación de opresión torácica, sensación de ahogo, suspiros, falta de aire						
11	Síntomas gastrointestinales.	Dificultad para tragar, meteorismo, dolor antes o después de comer, sensación de ardor, distensión abdominal, pirosis, náuseas, vómitos, sensación de estómago vacío, cólicos abdominales, borborigmos, diarrea, estreñimiento						

12	Síntomas genitourinarios.	Amenorrea, micciones frecuentes, urgencia de la micción, desarrollo de frigidez, eyaculación precoz, impotencia						
13	Síntomas autonómicos.	Sequedad de boca, enrojecimiento, palidez, sudoración excesiva, vértigos, cefaleas de tensión, piloerección						
14	Comportamiento del paciente durante el examen.	El sujeto se muestra tenso, incómodo, agitación nerviosa de las manos, se frota los dedos, aprieta los puños, inestabilidad, postura cambiante, temblor de manos, etc.						

**ANEXO N. 3.****INVENTARIO DE SITUACIONES Y RESPUESTAS DE ANSIEDAD.**

Nombre: .....

Fecha: ..... Número de cédula: .....

**INSTRUCCIONES.**

En las páginas siguientes encontrará una serie de frases que presentan situaciones en que usted podría encontrarse y otras que se refieren a respuestas que usted podría dar a estas situaciones o reacciones que le producirían.

Las situaciones parecen numeradas en la parte izquierda de la página y las respuestas posibles están indicadas en la parte superior.

Su tarea consiste en valorar de 0 a 4 la frecuencia con que se da en usted cada respuesta o reacción que está considerado, según la siguiente escala:

0	CASI NUNCA.
1	POCAS VECES.
2	UNAS VECES SI OTRAS VECES NO.
3	MUCHAS VECES.
4	CASI SIEMPRE.

Deberá leer la situación 1 y cada una de las respuestas que están sobre la columna en que hay casilla en blanco (en el primer caso las columnas 2 y 4) cuando las haya leído, decida qué número poner en la casilla correspondiente. Hágalo. Conteste después a situación 2. Habrá dado sus contestaciones en las casillas que corresponden a la respuesta 1, 2 y 5. ¿lo ha hecho así? ¿Tiene alguna dificultad?.

**CONTESTE A TODAS LAS CASILLAS EN BLANCO.**

La casilla número 23 se utilizará cuando exista una situación especialmente perturbadora para usted, y no esté incluida en las 22 anteriores. En este caso escriba las situaciones en el lugar correspondiente de las tres páginas y ponga su valoración en las casillas que crea conveniente.

Si desea precisar más o alguna observación, utilice el margen derecha de la hoja (OBSERVACIONES).

## COGNITIVO

0	CASI NUNCA.
1	POCAS VECES.
2	UNAS VECES SI OTRAS VECES NO.
3	MUCHAS VECES.
4	CASI SIEMPRE.

	1. Me preocupo fácilmente.	2. Tengo pensamientos o sentimientos negativos sobre mis tales como inferior a los demás, torpe, etc.	3. Me siento inseguro de mi mismo.	4. Doy demasiadas vueltas a las cosas sin llegar a decidirme.	5. Siento miedo.	6. Me cuesta concentrarme.	7. Pienso que la gente se dará cuenta de mis problemas o de la torpeza de mis actos.
1. Ante un examen en el que me juego mucho, o si voy a ser entrevistado para un trabajo importante.							
2. Cuando voy a llegar tarde a una cita							
3. Cuando pienso en las muchas cosas que tengo que hacer.							
4. A la hora de tomar una decisión o resolver un problema difícil.							
5. En mi trabajo o cuando estudio.							
6. Cuando espero a alguien en un lugar concurrido.							
7. Si una persona del otro sexo está muy cerca de mi, rozándome o si estoy en una situación sexual íntima.							
8. Cuando alguien me molesta o cuando discuto.							
9. Cuando soy observado o mi trabajo es supervisado, cuando recibo críticas o siempre que pueda ser evaluado negativamente.							
10. Si tengo que hablar en público.							
11. Cuando pienso en experiencias recientes en los que me he sentido ridículo, tímido, humillado, solo o rechazado.							
12. Cuando tengo que viajar en avión en barco.							
13. Después de haber cometido algún error.							
14. Ante la consulta del dentista, las inyecciones, las heridas o la sangre.							

## COGNITIVO.

0	CASI NUNCA.
1	POCAS VECES.
2	UNAS VECES SI OTRAS VECES NO.
3	MUCHAS VECES.
4	CASI SIEMPRE.

<b>1. Me preocupo fácilmente.</b>
<b>2. Tengo pensamientos o sentimientos negativos sobre mis tales como inferior a los demás, torpe, etc.</b>
<b>3. Me siento inseguro de mi mismo.</b>
<b>4. Doy demasiadas vueltas a las cosas sin llegar a decidirme.</b>
<b>5. Siento miedo.</b>
<b>6. Me cuesta concentrarme.</b>
<b>7. Pienso que la gente se dará cuenta de mis problemas o de la torpeza de mis actos.</b>

15. Cuando voy a una cita con una persona del otro sexo.								
16. Cuando pienso en mi futuro o en dificultades y problemas futuros.								
17. En medio de multitudes o en espacio cerrados.								
18. Cuando tengo que asistir a una reunión social o conocer gente nueva.								
19. En lugares altos o ante aguas profundas.								
20. Al observar escenas violentas.								
21. Por nada en concreto.								
22. A la hora de dormir.								
23. Escriba una situación en la que usted manifiesta frecuentemente algunas de estas respuestas y conductas.								

MOTOR.

0	CASI NUNCA.
1	POCAS VECES.
2	UNAS VECES SI OTRAS VECES NO.
3	MUCHAS VECES.
4	CASI SIEMPRE.

	1. Lloro con facilidad.	2. Realizo movimientos repetitivos con alguna parte de mi cuerpo (rascarme, tocarme, movimientos rítmicos con pies o manos).	3. Fumo, como o bebo demasiado.	4. Trato de evitar o rehuir a la situación	5. Me muevo o hago cosas con una finalidad concreta.	6. Me quedo paralizado o mis movimientos son torpes.	7. Tartamudeo o tengo otras dificultades de expresión verbal.
1. Ante un examen en el que me juego mucho, o si voy a ser entrevistado para un trabajo importante.							
2. Cuando voy a llegar tarde a una cita							
3. Cuando pienso en las muchas cosas que tengo que hacer.							
4. A la hora de tomar una decisión o resolver un problema difícil.							
5. En mi trabajo o cuando estudio.							
6. Cuando espero a alguien en un lugar concurrido.							
7. Si una persona del otro sexo está muy cerca de mí, rozándome o si estoy en una situación sexual íntima.							
8. Cuando alguien me molesta o cuando discuto.							
9. Cuando soy observado o mi trabajo es supervisado, cuando recibo críticas o siempre que pueda ser evaluado negativamente.							
10. Si tengo que hablar en público.							
11. Cuando pienso en experiencias recientes en los que me he sentido ridículo, tímido, humillado, solo o rechazado.							
12. Cuando tengo que viajar en avión en barco.							
13. Después de haber cometido algún error.							
14. Ante la consulta del dentista, las inyecciones, las heridas o la sangre.							

MOTOR

0	CASI NUNCA.
1	POCAS VECES.
2	UNAS VECES SI OTRAS VECES NO.
3	MUCHAS VECES.
4	CASI SIEMPRE.

1. Llora con facilidad.
2. Realizo movimientos repetitivos con alguna parte de mi cuerpo (rascarme, tocarme, movimientos rítmicos con pies o manos).
3. Fumo, como o bebo demasiado.
4. Trato de evitar o rehuir a la situación
5. Me muevo o hago cosas con una finalidad concreta.
6. Me quedo paralizado o mis movimientos son torpes.
7. Tartamudeo o tengo otras dificultades de expresión verbal.

15. Cuando voy a una cita con una persona del otro sexo.							
16. Cuando pienso en mi futuro o en dificultades y problemas futuros.							
17. En medio de multitudes o en espacio cerrados.							
18. Cuando tengo que asistir a una reunión social o conocer gente nueva.							
19. En lugares altos o ante aguas profundas.							
20. Al observar escenas violentas.							
21. Por nada en concreto.							
22. A la hora de dormir.							
23. Escriba una situación en la que usted manifiesta frecuentemente algunas de estas respuestas y conductas.							







## ANEXO N. 4.

¿QUE PASÓ?	¿QUE PENSÉ?





## ANEXO N. 7.



1859

## UNIVERSIDAD NACIONAL DE LOJA

ÁREA DE LA SALUD HUMANA  
CARRERA DE PSICOLOGÍA CLÍNICA

## TEMA:

"NIVELES DE ANSIEDAD PREQUIRÚRGICA EN PACIENTES QUE VAN A SER INTERVENIDOS EN COLECISTECTOMÍA LAPAROSCÓPICA PROGRAMADA, HISTERECTOMÍA Y PROSTATECTOMÍA EN EL HOSPITAL MANUEL YGNACIO MONTEROS "IESS" DE LA CIUDAD DE LOJA EN EL PERIODO NOVIEMBRE 2014 - MARZO 2015".

1859

Autor:

EHINSTEEN LEONARDO MONTEROS CARREÑO

LOJA-ECUADOR

2014.

**I. TEMA:**

“NIVELES DE ANSIEDAD PREQUIRÚRGICA EN PACIENTES QUE VAN A SER INTERVENIDOS EN COLECISTECTOMÍA LAPAROSCÓPICA PROGRAMADA, HISTERECTOMÍA Y PROSTATECTOMÍA EN EL HOSPITAL MANUEL YGNACIO MONTEROS “IESS” DE LA CIUDAD DE LOJA EN EL PERIODO NOVIEMBRE 2014 – MARZO 2015”.

## II. PROBLEMÁTICA

“Existen múltiples definiciones de la ansiedad, pero todos concuerdan en que consiste en una respuesta emocional compleja, potencialmente adaptativa y fenomenológicamente pluridimensional, en la que coexisten una percepción de amenaza al organismo (más o menos definida) con una activación biológica orientada a reaccionar ante la percepción (Martin Santos, 2000).

Entonces podríamos decir que la ansiedad es una sensación o un estado emocional normal y natural que se presenta como un mecanismo de respuesta a una situación estresante o peligrosa que el sujeto percibe como propia y real. Así como el miedo, cierto grado de ansiedad es necesaria para mantenernos alertas y funcionales en un mundo de exigencias constantes. Solamente si la duración o la intensidad de la respuesta ansiosa es desproporcional al estímulo recibido, esta se la puede considerar patológica.

Prácticamente todos los seres humanos hemos experimentado ansiedad aunque identificarla se nos dificulte, debido a sus tres ejes o sistemas de respuesta que pueden aparecer de forma simultánea o aislada dependiendo únicamente del sujeto que la experimenta, el primer sistema de respuesta es el fisiológico caracterizado por síntomas evidentes como: sudores, náuseas, tensión muscular, palpitaciones, taquicardia, entre otros. Entre los sistemas de respuesta motora tenemos la intranquilidad (movimientos repetitivos sin propósito, tics, temblores, sobresaltos), fumar, comer o beber en exceso, evitar situaciones temidas. Y por último los sistemas de respuesta cognitivo se manifiestan a través del miedo, preocupación, ideas fijas de minusvalía, dificultad de decisión y concentración, entre otras.



Esta sintomatología se puede desencadenar en cualquier evento estresante para el sujeto, y se la puede considerar peligrosa cuando el nivel de ansiedad se ha elevado considerablemente ocasionando retraso o postergación en decisiones de relevancia para el bienestar del paciente como ir al médico, que en muchos de los casos produce conductas evitativas que afectan las diferentes áreas de desenvolvimiento integral (social, familiar, laboral, afectivo) y disminuyen la posibilidad de aplicar algún tratamiento preventivo, aumentando el riesgo de progreso de la enfermedad.

La vesícula biliar es el órgano en forma de pera que se encuentra debajo de la parte derecha del hígado, su función principal es almacenar bilis, un líquido amarillo-verdoso producido por el hígado, que interviene en los procesos digestivos. Cuando este órgano no funciona adecuadamente el paciente tiene dolor después de comer, náuseas, vómito, indigestión entre la sintomatología más común de la litiasis vesicular que en la mayoría de los casos es ocasionada por la formación de cálculos en alguna parte de la vesícula.

“La litiasis biliar es una de las patologías más frecuentes del aparato digestivo y la colecistectomía, una de las intervenciones quirúrgicas abdominales más habituales llevadas a cabo. En Estados Unidos un 20% de las personas mayores de 65 años tienen cálculos y todos los años 500.000 pacientes son sometidos a colecistectomía. Existen poblaciones con mayor prevalencia, como la caucásica, la hispánica o los nativos americanos. En España se han publicado estudios que la sitúan en un 9,7%. Es más frecuente en las mujeres (11,5%) que en los varones (7,8%) (<http://www.fisterra.com/quias-clinicas/litiasis-biliar/>)

La Histerectomía es considerada una de las intervenciones quirúrgicas más frecuentes y la segunda cirugía ginecológica después de la cesárea, consiste en la extracción de una parte o total del útero, considerándola una intervención total cuando la extirpación abarca las trompas de Falopio, los ovarios y el cuello uterino. Existen tres vías quirúrgicas posibles: abdominal, laparoscópica y vaginal. La que utilice el cirujano dependerá de los antecedentes de la paciente.

Desde el punto de vista médico está comprobado que este procedimiento mejora considerablemente la calidad de vida de la paciente y no debería alterar las sensaciones sexuales, por lo que podemos decir que los desequilibrios que se presentan son netamente psicológicos puesto que en nuestra sociedad el útero puede ser considerado un símbolo de la femineidad por lo que su resección puede significar una pérdida parcial de aspectos significativos para la identificación como mujer, desembocando en efectos emocionales que “pueden incluir la vivencia como una pérdida afectiva, que provoca la iniciación de un proceso de duelo, modificaciones en la autoestima, en el estado de ánimo, en el deseo sexual y en las relaciones de pareja posteriores a la cirugía.” (Fernández M, 2002)

Los médicos urólogos son los encargados del tratamiento especializado de las enfermedades relacionadas con las vías urinarias del hombre y la mujer, y del aparato reproductor masculino, siendo el cáncer de próstata la patología con más prevalencia y la segunda que más muertes causa, por detrás del cáncer de pulmón, dentro de los inconvenientes para el diagnóstico y tratamiento oportuno de las patologías relacionadas con la especialidad está la falta de prevención, romper esquemas mentales distorsionados y sobretodo el miedo de los pacientes al

examen rectal, la exposición de sus partes íntimas y pensamientos automáticos generadores de ansiedad, miedo a la enfermedad, que hacen aplazar la visita al especialista y por ende el agravamiento de su sintomatología.

El procedimiento más común es la Prostatectomía que es una cirugía que se realiza para extirpar toda o una parte de la próstata o glándula prostática que forma parte del sistema reproductor masculino. Produce y almacena el líquido seminal (un líquido lechoso que forma parte del semen). Esta glándula se encuentra debajo de la vejiga y frente al recto. La uretra (el tubo por el que fluye la orina) pasa a través de la próstata.

El procedimiento puede ser por Prostatectomía simple que consiste en la extracción únicamente de la próstata o Prostatectomía radical que es extracción de la próstata y parte del tejido circundante.

Una intervención quirúrgica es considerada por el sujeto que va a ser sometido a tratamiento como una situación de riesgo, que requiere cuidados antes y después de este procedimiento, representa un cambio significativo en la rutina del paciente, es generador de conflictos y en muchos casos productor de ansiedad que incrementara o disminuirá dependiendo de las cogniciones del paciente, de la clase de enfermedad, gravedad, tiempo de recuperación, costo y medicación.

Esta ansiedad no tratada adecuadamente se puede considerar un serio problema porque según estudios “cuando la persona presenta un alto grado de ansiedad o estrés, esta puede

afectar la respuesta a las drogas anestésicas, la tensión arterial o la frecuencia cardiaca, sus heridas demoraran en cicatrizar más, su sistema inmunológico se debilitará y el post operatorio será más largo. También puede presentar insomnio, agresividad, problemas en sus relaciones con el medico o el staff paramédico, uso excesivo de analgésicos, para controlar el dolor y actitudes inadecuadas con respecto al cuidado de la propia enfermedad.” ([http://www.susmedicos.com/art\\_estres\\_preoperatorio.htm](http://www.susmedicos.com/art_estres_preoperatorio.htm))

En la actualidad no se encontró estudios que nos proporcionen datos exactos de los niveles de ansiedad prequirúrgica y menos aún el nivel de ansiedad que experimentan los pacientes que van ser intervenidos en Colectomía Laparoscópica programada, Histerectomía y Prostatectomía.

Tomando en cuenta lo anteriormente expuesto, considero de suma importancia contar con estudios en nuestra comunidad sobre los niveles de ansiedad prequirúrgica que nos ayudara en un futuro implementar un tratamiento global focalizado en las necesidades del paciente, buscando así mejorar su disposición al tratamiento, recuperación, calidad de vida.

Por la problemática descrita anteriormente se ha planteado la siguiente pregunta con la que realizare el presente trabajo investigativo:

**¿Cuáles son los niveles de Ansiedad Prequirúrgica que presentan los pacientes que van a ser intervenidos en Colecistectomía Laparoscópica Programada, Histerectomía y Prostatectomía en el Hospital Manuel Ygnacio Monteros Valdivieso “IESS” en el periodo noviembre 2014 – marzo 2015.**

### III. JUSTIFICACIÓN

La Universidad Nacional de Loja es una institución de educación superior pública y laica que se encuentra en constante interacción con la sociedad Lojana, interesada en instruir profesionales que sean capaces de responder de manera asertiva a la problemática del medio en la que se desarrollan, tomando como eje principal la investigación científica-teórica que busca generar propuestas alternativas a los problemas nacionales, locales siempre con responsabilidad social.

En el área de la Salud Humana y en especial la carrera de Psicología Clínica tienen como objetivo principal contribuir en la solución de los problemas de salud mental para mejorar las condiciones de vida de la comunidad, es por eso que se hace la propuesta de realizar el presente trabajo investigativo, después de efectuar la revisión bibliográfica se ha llegado a la conclusión que a nivel nacional y local no existe información sobre la problemática tratada, por lo que consideramos de suma importancia dar a conocer los resultados de la presente investigación, para así poder brindar una atención integral, focalizada en las necesidades del paciente.

El presente proyecto investigativo se justifica por:

La necesidad de contar con datos confiables y detallados, que nos permita saber el nivel de ansiedad que ocasiona una colecistectomía laparoscópica programada, histerectomía y prostatectomía en las personas intervenidas, el aporte de esta presente investigación estará al servicio del personal médico, de salud mental y paramédico de la institución hospitalaria, buscando de esta manera formas de

afrontamiento más efectivas que ayuden a mejorar la atención que se le brinda al paciente.

La ansiedad diagnosticada y tratada a tiempo puede evitar complicaciones tanto en el momento de la cirugía como en la recuperación del paciente, por lo que se considera de suma importancia implementar un plan de intervención definido, apoyado en la psicoterapia breve y de emergencia, técnicas de relajación y posterior a la cirugía terapia cognitiva que se basa en la utilización de técnicas específicas que son aplicadas cuidadosamente para la consecución de este objetivo.

Es importante conocer cuál es el sistema de respuesta ansioso más utilizado, por lo que se aplicara el reactivo psicológico Inventario de Situaciones y Respuestas de Ansiedad (ISRA), el mismo que mide tres sistemas de respuesta de ansiedad (Fisiológico, motor, cognitivo) para que el paciente reciba un entrenamiento en reconocimiento de estos síntomas y los pueda enfrentar de manera adecuada y así pueda mejorar su calidad de vida, tomando en cuenta que estas técnicas pueden ser utilizadas en cualquier momento de estrés.

Por lo que se mencionó anteriormente se considera relevante el trabajo investigativo a desarrollarse, como un aporte significativo en la atención del paciente pre y postquirúrgico.

#### **IV. OBJETIVOS:**

##### **General:**

Determinar los niveles de ansiedad en los pacientes que son intervenidos en Colectomía Laparoscópica Programada, Histerectomía y Prostatectomía en el Hospital Manuel Ygnacio Monteros Valdivieso "IESS" en el periodo noviembre 2014 – marzo 2015.?

##### **Específicos:**

1. Evaluar los sistemas de respuesta de ansiedad fisiológica, motora y cognitiva de los pacientes que son intervenidos a una Colectomía Laparoscópica Programada, Histerectomía y Prostatectomía.
2. Establecer cuál de los sistemas de respuesta de ansiedad es más prevalente en los pacientes que son nuestro objeto de estudio.
3. Implementar un plan de intervención psicológica prequirúrgica basado en psicoterapia breve y de emergencia y post quirúrgica basado en terapia cognitiva.



## **V. ESQUEMA DEL MARCO TEÓRICO**

### **CAPITULO I**

#### **ANSIEDAD**

- 2.1. Definición de Ansiedad.
- 2.2. Síntomas Fisiológicos
- 2.3. Síntomas Motores.
- 2.4. Síntomas Cognitivos.
- 2.5. Clasificación de la Ansiedad según el DSM V.
  - 2.5.1. Trastorno de Ansiedad Generalizada 300.02 (41.1)
  - 2.5.2. Fobia Específica.
  - 2.5.3. Trastorno de stress Postraumático 309.81 (F43.1.).
  - 2.5.4. Trastorno por estrés agudo 308.3 (F43.0).

### **CAPITULO II**

#### **VESÍCULA BILIAR.**

- a. Anatomía.
  - b. Fisiología.
  - c. Litiasis biliar.
- i. Síntomas.
  - ii. Diagnóstico.
  - iii. Colectomía Laparoscópica.

## **CAPITULO III.**

### **PRÓSTATA.**

- 3.1 Anatomía.
- 3.2 Fisiología.
- 3.3 Trastornos.

## **CAPITULO IV**

### **ÚTERO.**

- 4.1 Anatomía.
- 4.2 Fisiología.
- 4.3 Histerectomía.

## **VI. METODOLOGÍA.**

En el presente trabajo investigativo se empleara métodos, técnicas y medios de recolección de información y datos que los detallamos a continuación:

### **a) TIPO DE ESTUDIO.**

La presente investigación se aplicara un estudio de tipo cuantitativo, cualitativo y de corte trasversal.

**Cuantitativa:** ya que los datos que se obtenga serán analizados de forma numérica apoyándose en la estadística y tabulación.

**Cualitativa:** se hacen registros narrativos de los fenómenos que son estudiados.

**Transversal:** Su propósito es describir variables y analizar su incidencia e interrelación en un momento dado.

### **b) LUGAR DE INVESTIGACIÓN.**

La presente investigación se desarrollara en el Hospital Manuel Ygnacio Monteros “IESS” de la Ciudad De Loja, ubicada en el barrio Gran Colombia, en la calle Ibarra entre Tarqui y Santo Domingo de los Colorados.

### **c) UNIVERSO Y MUESTRA.**

**Universo:** Corresponde a todas los pacientes que van a ser intervenidos en Colectectomía programada, Histerectomía y Prostatectomía en el Hospital Manuel Ygnacio Monteros “IESS”.

**Muestra:** Son los pacientes que se encuentren hospitalizados en el área de cirugía y ginecología del Hospital Manuel Ygnacio Monteros "IESS".

#### **d) CRITERIOS DE INCLUSIÓN Y CRITERIOS DE EXCLUSIÓN.**

**Criterios de inclusión:** Participaran en el estudio:

1. Pacientes de ambos sexos.
2. Pacientes hospitalizados previos a cirugía y ginecología del Hospital Manuel Ygnacio Monteros "IESS".
3. Pacientes que van a ser intervenidos previa programación en Colectomía Laparoscópica Programada, Histerectomía y Prostatectomía del Hospital Manuel Ygnacio Monteros "IESS".

**Criterios de exclusión:** No participaran en este estudio:

1. Pacientes que fuesen intervenidos de emergencia, por no poder valorar su estado preoperatorio.
2. Pacientes que sean diagnosticados con otras patologías.
3. Pacientes con alteraciones o discapacidad sensorial grave que dificulten la obtención de la información.
4. Todos los pacientes que por cuestiones médicas y psicológicas no estén en condiciones para participar en la entrevista psicológica y en la aplicación de los reactivos.

### e) INSTRUMENTOS DE RECOLECCIÓN DE DATOS.

Se aplicara los siguientes test psicológicos:

**Escala de Ansiedad de Hamilton:** fue diseñada en 1959, inicialmente constaba de 15 ítems, quedando posteriormente, en el año de 1969, dividida en 14, esta versión es la más ampliamente utilizada hasta la actualidad. La presente es la versión española realizada por Carrobles y cols en 1986, es una escala autoaplicada de 14 ítems, 13 referentes a síntomas ansiosos y el otro es relacionado con el comportamiento del paciente durante la entrevista. Es un reactivo que ayuda a determinar el nivel global de ansiedad del paciente. Cada ítem se valora en una escala de 0 a 4 puntos, Hamilton reconoce que el valor máximo de 4 es principalmente un punto de referencia, después se realiza la sumatoria total para brindar los siguientes puntuaciones para los parámetros:

- ✓ Ansiedad Leve = 14-17
- ✓ Ansiedad Moderada = 18-24.
- ✓ Ansiedad Severa = 25-30.

**Fiabilidad:** muestra una buena consistencia interna (alfa de Cronbach de 0.79 a 0.86). Posee excelentes valores test-retest tras un día y tras una semana ( $r= 0.96$ ) y aceptable estabilidad después de un año ( $r=0.64$ ).

**Validez:** La puntuación total tiene una elevada validez concurrente con otras escalas que valoran ansiedad, como The Global Rating of Anxiety by Covi ( $r=0.63 - 0.75$ ) y con el inventario de ansiedad de Beck ( $r=0.56$ ).

Distingue adecuadamente entre pacientes con ansiedad y controles sanos (puntuaciones medias respectivas de 18.9 y 2.4).

**El Inventario de Situaciones y Respuestas de Ansiedad (ISRA):** que será utilizado específicamente para la medición de los sistemas de respuesta de ansiedad (fisiológica, cognitiva y motora) que las clasifica según el puntaje obtenido en:

- ✓ Ansiedad Extrema.
- ✓ Ansiedad Severa.
- ✓ Ansiedad Moderada O Marcada.
- ✓ Ansiedad Mínima o Ausencia de Ansiedad.

**Fiabilidad:** muestra una buena consistencia 0.78 a 0.79. Posee excelentes valores test-retest 0.75 a 0.86 (total), 0.68 a 0.80 (escala cognitiva), 0.74 a 0.79 (escala fisiológica) y 0.75 a 0.82 (escala motora).

**Validez:** muestra correlaciones con la escala MAS de Taylor 0.56 a 0.61; y con la escala estado-rasgo de (STAI) 0.54 A 0.63. Muestra una buena capacidad de discriminación entre distintos grupos y patologías, como hipertensión y otras patologías, como hipertensión y otros trastornos fisiológicos, fobia simple,

agorafobia, síndrome premenstrual, ansiedad generalizada y fobia social. Es sensible al cambio terapéutico.

Posteriormente se realizara un plan de intervención psicológica basado en la psicoterapia breve y de emergencia con las respectivas técnicas, que tienen como objetivo principal disminuir la sintomatología ansiosa en los pacientes que son nuestro objeto de estudio:

**Terapia Explicativa:** el objetivo principal es reducir de los miedos y creencias disfuncionales mediante técnicas psicoterapéuticas encargadas de clarificar, enseñar, despejar dudas, esclarecer, aclarar la naturaleza exacta de su padecimiento, en este caso el procedimiento quirúrgico, el efecto de la ansiedad no tratado o controlada en el instante de la operación y su recuperación. La Terapia explicativa es el paso previo a cualquier tratamiento o intervención terapéutica, donde se asientan las bases y se establece la línea de salida, es decir, el lugar donde el sujeto y su familia van a partir para alcanzar las metas terapéuticas, personales, familiares y de futuro.

**Terapia Cognitiva:** es un enfoque estructurado, activo, directivo y de tiempo limitado que se utiliza para tratar distintas patologías psicológicas y psiquiátricas entre ellas, la de nuestro interés la Ansiedad. Se fundamenta en que los sentimientos y comportamientos están determinados por las cogniciones del individuo condicionados previamente por experiencias previas. “El objetivo de las técnicas cognitivas es delimitar y poner a prueba las falsas creencias y los supuestos desadaptativos específicos del paciente. El método consiste en

experiencias de aprendizaje altamente específica dirigidas a enseñar al paciente las siguientes operaciones: 1) Controlar pensamientos (cogniciones) automáticos negativos. 2) Identificar las relaciones entre cognición, afecto y conducta. 3) Examinar la evidencia a favor y en contra de sus pensamientos distorsionados. 4) Sustituir estas cogniciones desviadas por interpretaciones más realistas. 5) Aprender a identificar y modificar las falsas creencias que le predisponen a distorsionar sus experiencias.” (Brouwer)

**Relajación:** el objetivo principal de esta técnica terapéutica es disminuir los niveles de tensión, ansiedad, stress o malestar del paciente para conseguir elevar los niveles de calma y armonía, hay variedad de técnicas pero nuestro trabajo lo basaremos en dos técnicas específicas que son:

- 1. Relajación Autógena de Schultz:** esta técnica consiste en la utilización de una serie de frases elaboradas que tienen con objetivo inducir al paciente a un estado de bienestar a través de autosugestiones sobre sensaciones de pesadez y calor en sus extremidades, regulación de los latidos del corazón, concentración pasiva en su respiración, sensación de tranquilidad y confianza en sí mismo.
- 2. Relajación pasiva:** se basa en el aflojamiento de grupos musculares sin la necesidad de percibir estados de tensión muscular como se lo hace en la relajación progresiva, su aplicación es útil en pacientes que no puedan o no sea aconsejado tensar ciertos músculos debido a problemas orgánicos.



Los resultados de la investigación recopilada, serán expuestas en el informe final, el que se concentrara una síntesis estadística y analítica de los resultados, para finalizar con la redacción de las conclusiones, recomendaciones y finalmente con la presentación del Modelo de Intervención Psicológica.



## **VII. PRESUPUESTO Y FINANCIAMIENTO.**

### **Recursos Institucionales:**

Universidad Nacional de Loja.

Hospital Manuel Ygnacio Monteros Valdivieso "IESS"

Carrera de Psicología Clínica de la UNL.

### **Recursos Humanos:**

Director del Hospital Manuel Ygnacio Monteros Valdivieso "IESS"

Responsable del Área de Cirugía del Hospital

Psiquiatra del Hospital Manuel Ygnacio Monteros Valdivieso "IESS"

Psicóloga de planta del Hospital Manuel Ygnacio Monteros Valdivieso "IESS"

Pacientes ingresados en el servicio de cirugía y requieran en Colectomía Laparoscópica programada, Histerectomía y Prostatectomía.

**Director de Tesis:** Psic. Cli. Luis Fernando Sarmiento Lemus.

**Proponente del Proyecto:** Ehinsteen Leonardo Monteros Carreño.

**Población Investigada:** Pacientes ingresados en el servicio de cirugía, diagnosticado e intervenidos de una Colectomía Laparoscópica programada y Histerectomía y Prostatectomía.

**Recursos Materiales:**

- Material de Escritorio \$ 250.00
- Test Psicométricos \$ 450.00
- Bibliografía Especializada \$ 300.00
- Transporte y Movilización \$ 100.00
- Reproducción del Informe Final de la Investigación \$ 250.00
- Imprevistos \$ 600.00
- Contratación de servicios de Internet \$ 400.00

**TOTAL**.....  
\$ 2.350.00



## IX. BIBLIOGRAFÍA:

*Guía de práctica clínica para el manejo de pacientes con trastorno de ansiedad en atención primaria.* (2008). Madrid.

Brouwer, D. d. (s.f.). *Terapia cognitiva de la depresión.*

Fernández M, O. B. (2002). *La sexualidad en pacientes con cáncer de mama o cérvix sometidas a tratamiento quirúrgico en el Hospital General, San Vicente de Paúl e instituto de Cancerología de la Clínica las Américas.* Medellín.

Fernando Gordillo León, J. M. (2011). Tratamiento de ansiedad en pacientes prequirúrgicos. *Revista clínica familiar.*

<http://www.susmedicos.com.artestrespreoperatorio.htm>. (s.f.).

[http://www.susmedicos.com/art\\_estres\\_preoperatorio.htm](http://www.susmedicos.com/art_estres_preoperatorio.htm). (s.f.).

Masson. (2005). *Manual Diagnóstico y Estadístico de los trastornos mentales (DSM-IV.TR).*

Maya R. Rodríguez-López, I. B.-C.-V. (2007). *Patologías benignas de la próstata: prostatitis e hiperplasia benigna.*

Mtra. Adriana Carapia-Sadurni, D. G.-T.-G.-O. (2011). *Efecto de la intervención psicológica sobre la ansiedad preoperatoria.* Mexico.

Ruiliba, V. (2006). *Introducción a la psicología y la psiquiatría, Elsevier Masson* (Sexta edición ed.).

## ANEXO VIII.

## TABLAS ADICIONALES.

CUADRO 7.

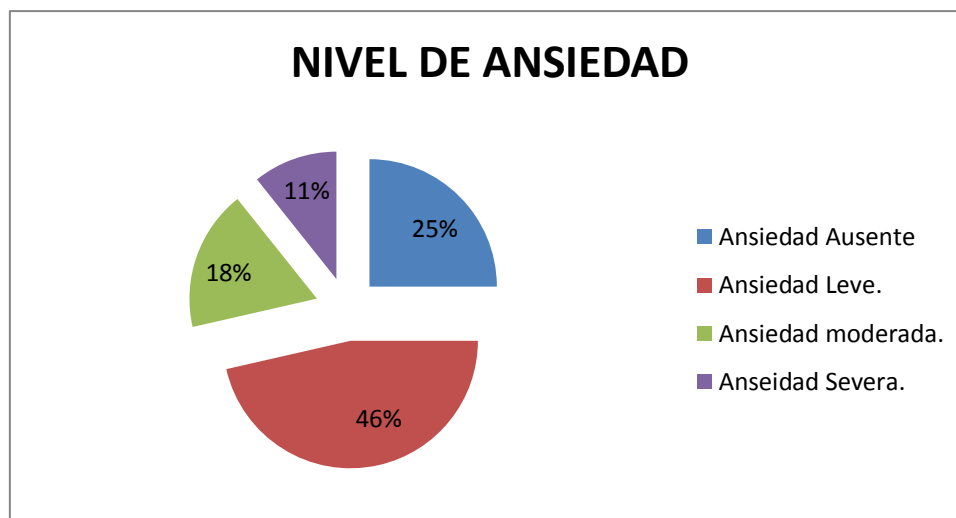
## NIVEL DE ANSIEDAD (COLECISTECTOMÍA)

Variable	FRECUENCIA	PORCENTAJE
Ansiedad Ausente	7	25%
Ansiedad Leve	13	46%
Ansiedad moderada	5	18%
Ansiedad Severa	3	11%
<b>TOTAL</b>	<b>28</b>	<b>100%</b>

**Fuente:** Test Ansiedad de Hamilton.

**Elaborado por:** Ehinsteen Leonardo Monteros Carreño.

GRÁFICO 7.



**ANÁLISIS DE RESULTADOS:** En la aplicación del reactivo psicológico Ansiedad de Hamilton los resultados obtenidos muestran que el 46% de los pacientes sometidos en Colecistectomía Laparoscópica Programada presentan ansiedad leve, el 25% presenta ansiedad ausente, el 18% presenta ansiedad moderada y finalmente el 11% percibe una ansiedad severa.

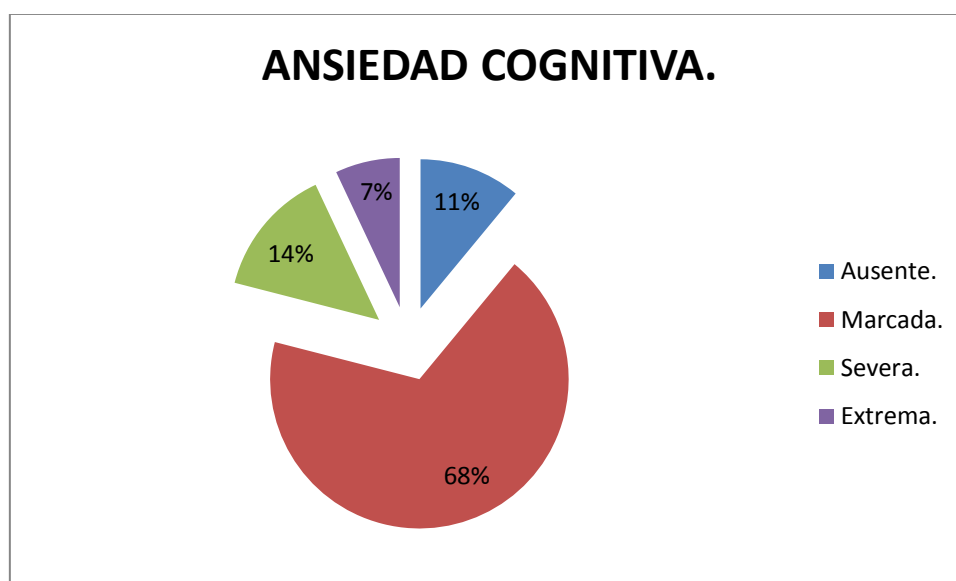
**CUADRO 8.**  
**ANSIEDAD COGNITIVA (COLELAP)**

Variable	FRECUENCIA	PORCENTAJE
Ausente	3	11%
Marcada	19	68%
Severa	4	14%
Extrema	2	7%
<b>TOTAL</b>	<b>28</b>	<b>100%</b>

**Fuente:** Inventario De Situaciones y Respuestas (ISRA).

**Elaborado por:** Ehinsteen Leonardo Monteros Carreño.

**GRÁFICO 8**



**ANÁLISIS DE RESULTADOS:** El 68% de los pacientes que ingresaron para ser sometidos en Colecistectomía Laparoscópica programada presentan ansiedad cognitiva marcada, el 14% presenta ansiedad cognitiva severa, el 11% percibe una ansiedad cognitiva ausente y finalmente el 7 % tiene una ansiedad extrema.

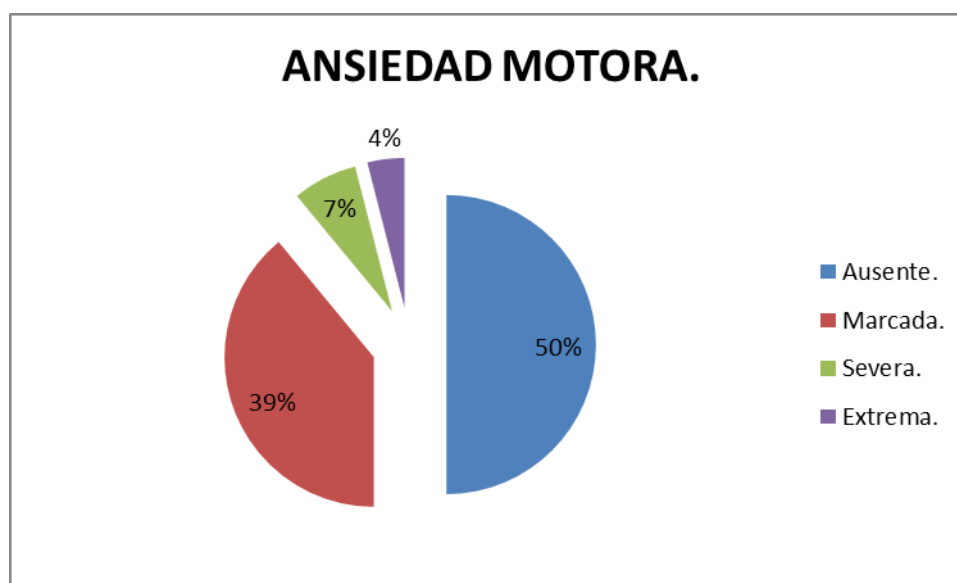


**CUADRO 9.**  
**ANSIEDAD MOTORA. (COLELAP.)**

Variable	FRECUENCIA	PORCENTAJE
Ausente	14	50%
Marcada	11	39%
Severa	2	7%
Extrema	1	4%
<b>TOTAL</b>	<b>28</b>	<b>100%</b>

**Fuente:** Inventario De Situaciones y Respuestas (ISRA).  
**Elaborado por:** Ehinsteen Leonardo Monteros Carreño.

**GRÁFICO 9.**



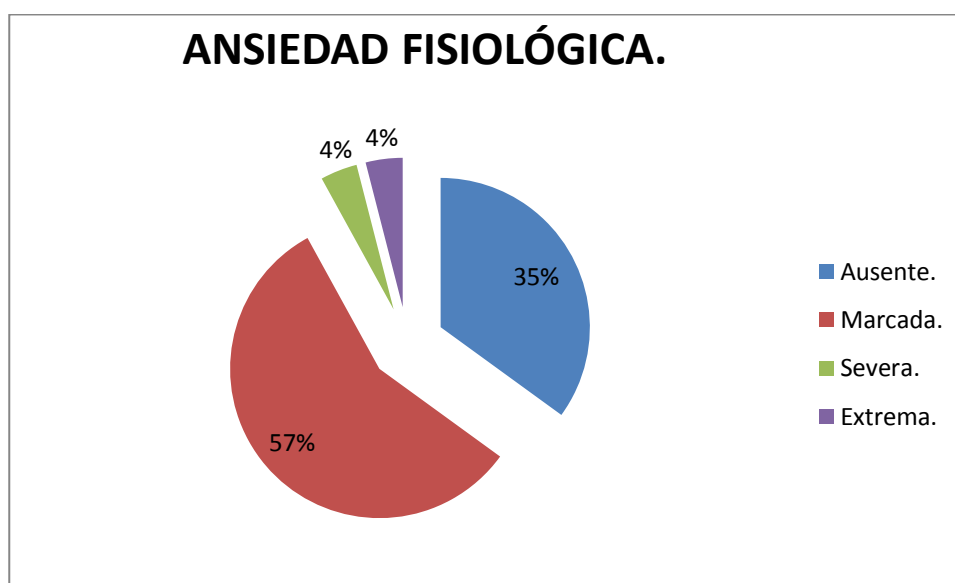
**ANÁLISIS DE RESULTADOS:** Del 100% de pacientes que ingresaron para ser sometidos en Colecistectomía Laparoscópica programada, el 50% presentan ansiedad motora ausente, el 39% presenta ansiedad motora marcada, el 7% percibe una ansiedad motora severa y finalmente el 4% tiene una ansiedad motora extrema.

**CUADRO 10.**  
**ANSIEDAD FISIOLÓGICA.**

Variable	FRECUENCIA	PORCENTAJE
Ausente	10	35%
Marcada	16	57%
Severa	1	4%
Extrema	1	4%
<b>TOTAL</b>	<b>28</b>	<b>100%</b>

**Fuente:** Inventario De Situaciones y Respuestas (ISRA).  
**Elaborado por:** Ehinsteen Leonardo Monteros Carreño.

**GRÁFICO 10.**



**ANÁLISIS DE RESULTADOS:** el 57% de los pacientes sometidos en Colecistectomía Laparoscópica programada presentan ansiedad fisiológica marcada, el 35% presenta ansiedad fisiológica ausente, el 4% percibe una ansiedad fisiológica severa y finalmente el 4% tiene una ansiedad fisiológica extrema.

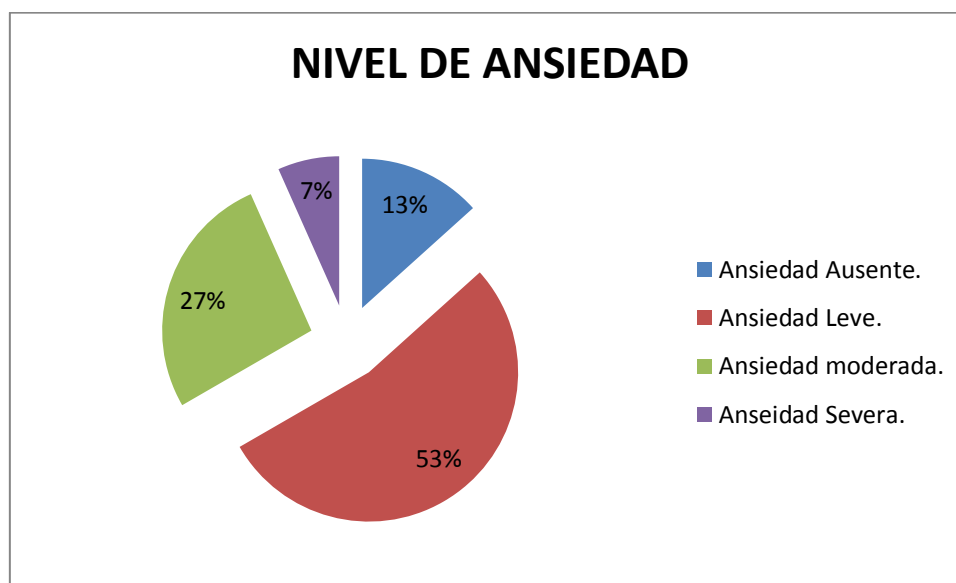
**CUADRO 11.**  
**NIVEL DE ANSIEDAD (PROSTATECTOMÍA)**

Variable	FRECUENCIA	PORCENTAJE
Ansiedad Ausente.	2	13%
Ansiedad Leve.	8	53%
Ansiedad moderada.	4	27%
Ansiedad Severa.	1	7%
<b>TOTAL.</b>	<b>15</b>	<b>100%</b>

**Fuente:** Test de Ansiedad de Hamilton

**Elaborado por:** Ehinsteen Leonardo Monteros Carreño.

**GRÁFICO 11.**



**ANÁLISIS DE RESULTADOS:** En la aplicación de la reactiva psicológica Ansiedad de Hamilton los resultados obtenidos muestran que el 53% de los pacientes sometidos en Prostatectomía presentan ansiedad leve, el 26% presenta ansiedad moderada, el 14% no presenta ansiedad y finalmente el 7% percibe una ansiedad severa.

CUADRO 12.

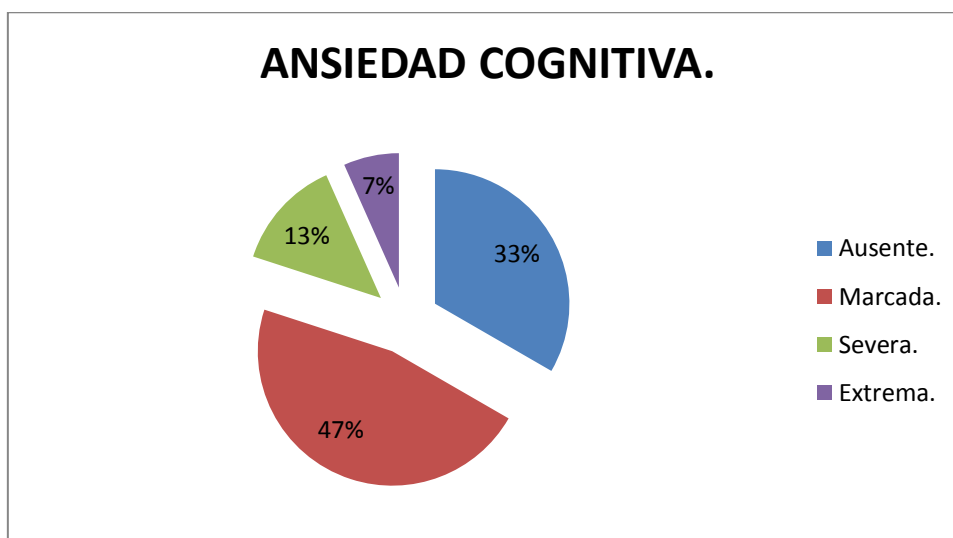
**ANSIEDAD COGNITIVA. (PROSTATECTOMÍA)**

Variable	FRECUENCIA	PORCENTAJE
Ausente	5	33%
Marcada	7	47%
Severa	2	13%
Extrema	1	7%
<b>TOTAL</b>	<b>15</b>	<b>100%</b>

**Fuente:** Inventario De Situaciones y Respuestas (ISRA).

**Elaborado por:** Ehinsteen Leonardo Monteros Carreño.

GRÁFICO 12.



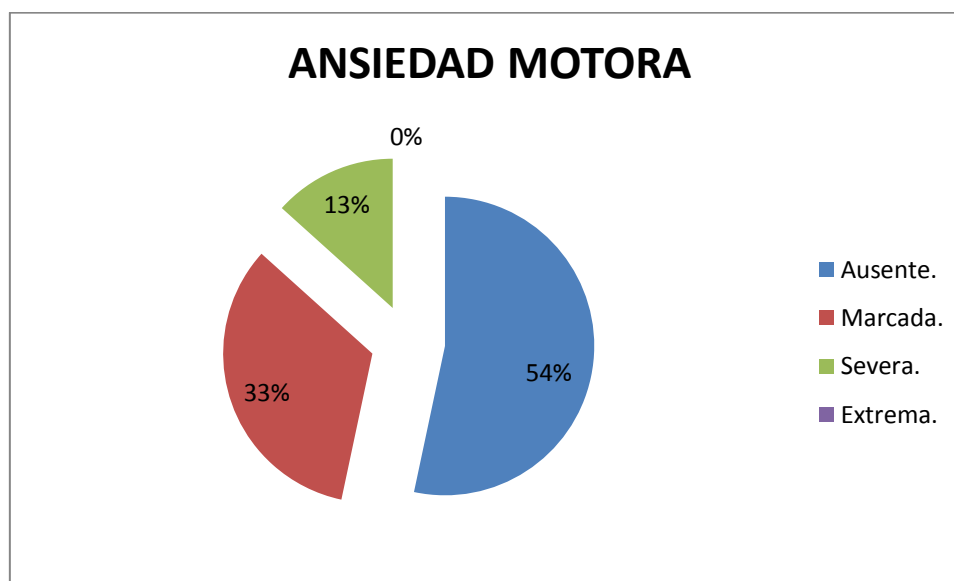
**ANÁLISIS DE RESULTADOS:** el 47% de los pacientes sometidos a en Prostatectomía presentan ansiedad cognitiva marcada, el 33% presenta ansiedad cognitiva ausente, el 13% percibe una ansiedad cognitiva severa y finalmente el 7% tiene una ansiedad cognitiva extrema.

**CUADRO 13.**  
**ANSIEDAD MOTORA (PROSTATECTOMÍA)**

Variable	FRECUENCIA	PORCENTAJE
Ausente	8	54%
Marcada	5	33%
Severa	2	13%
Extrema	0	0%
<b>TOTAL</b>	<b>15</b>	<b>100%</b>

**Fuente:** Inventario De Situaciones y Respuestas (ISRA).  
**Elaborado por:** Ehinsteen Leonardo Monteros Carreño.

**GRÁFICO 13.**



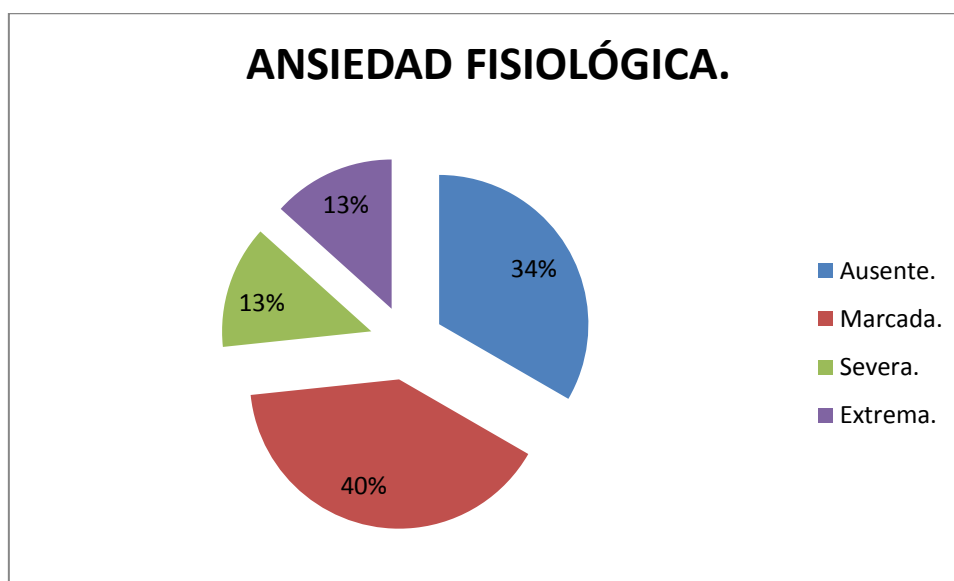
**ANÁLISIS DE RESULTADOS:** Del 100% de pacientes que ingresaron para ser sometidos en Prostatectomía, el 54% presentan ansiedad motora ausente, el 33% presenta ansiedad motora marcada y finalmente el 13% tiene una ansiedad motora severa.

**CUADRO 14.**  
**ANSIEDAD FISIOLÓGICA.**

Variable	FRECUENCIA	PORCENTAJE
Ausente	5	33%
Marcada	6	41%
Severa	2	13%
Extrema	2	13%
<b>TOTAL</b>	<b>15</b>	<b>100%</b>

**Fuente:** Inventario De Situaciones y Respuestas (ISRA).  
**Elaborado por:** Ehinsteen Leonardo Monteros Carreño.

**GRÁFICO 14**



**ANÁLISIS DE RESULTADOS:** el 40% de los pacientes sometidos en Prostatectomía presentan ansiedad fisiológica marcada, el 34% presenta ansiedad fisiológica ausente, el 13% percibe una ansiedad fisiológica severa y finalmente el 13 % tiene una ansiedad fisiológica extrema.

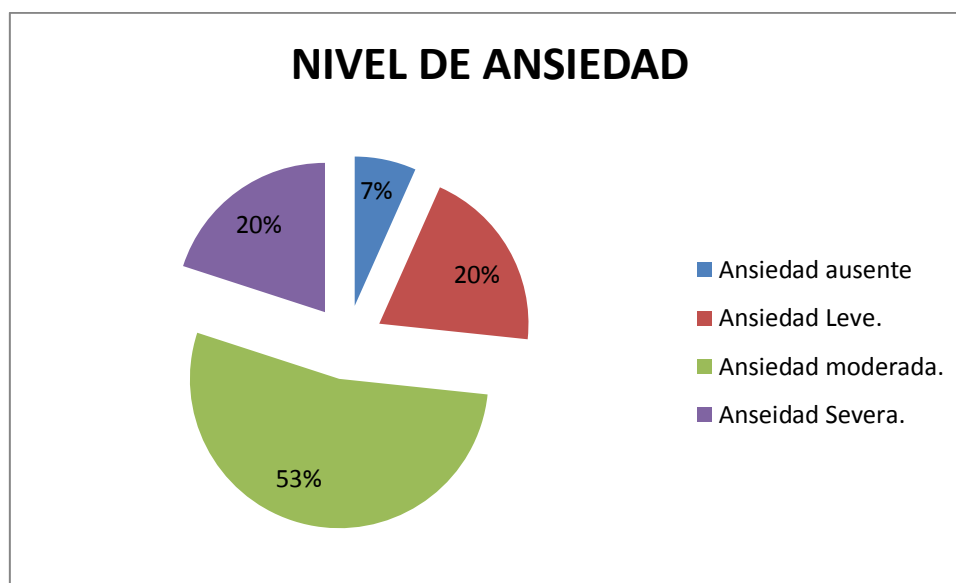
**CUADRO 15**  
**NIVEL DE ANSIEDAD. (HISTERECTOMÍA)**

Variable	FRECUENCIA	PORCENTAJE
Ansiedad Ausente.	1	7%
Ansiedad Leve.	3	20%
Ansiedad moderada.	8	53%
Ansiedad Severa.	3	20%
<b>TOTAL.</b>	<b>15</b>	<b>100%</b>

**Fuente:** Test de Ansiedad de Hamilton

**Elaborado por:** Ehinsteen Leonardo Monteros Carreño.

**GRÁFICO 15.**



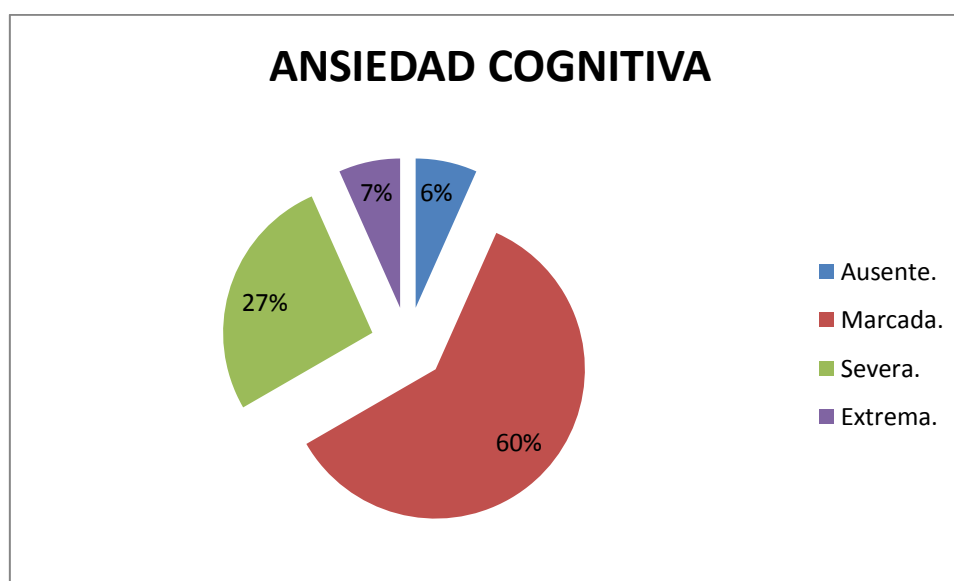
**ANÁLISIS DE RESULTADOS:** En la aplicación del reactivo psicológico Ansiedad de Hamilton los resultados obtenidos muestran que el 53% de los pacientes sometidos en Histerectomía presentan ansiedad moderada, el 20% presenta ansiedad leve y severa, finalmente el 7% percibe una ansiedad ausente.

**CUADRO 16.**  
**ANSIEDAD COGNITIVA. (HISTERECTOMÍA)**

Variable	FRECUENCIA.	PORCENTAJE
Ausente	1	7%
Marcada	9	60%
Severa	4	26%
Extrema	1	7%
<b>TOTAL</b>	<b>15</b>	<b>100%</b>

**Fuente:** Inventario De Situaciones y Respuestas (ISRA).  
**Elaborado por:** Ehinsteen Leonardo Monteros Carreño.

**GRÁFICO 16.**



**ANÁLISIS DE RESULTADOS:** el 60% de los pacientes sometidos en Histerectomía presentan ansiedad cognitiva marcada, el 27% presenta ansiedad cognitiva severa, el 7% percibe una ansiedad cognitiva extrema y finalmente el 6% tiene una ansiedad cognitiva ausente.



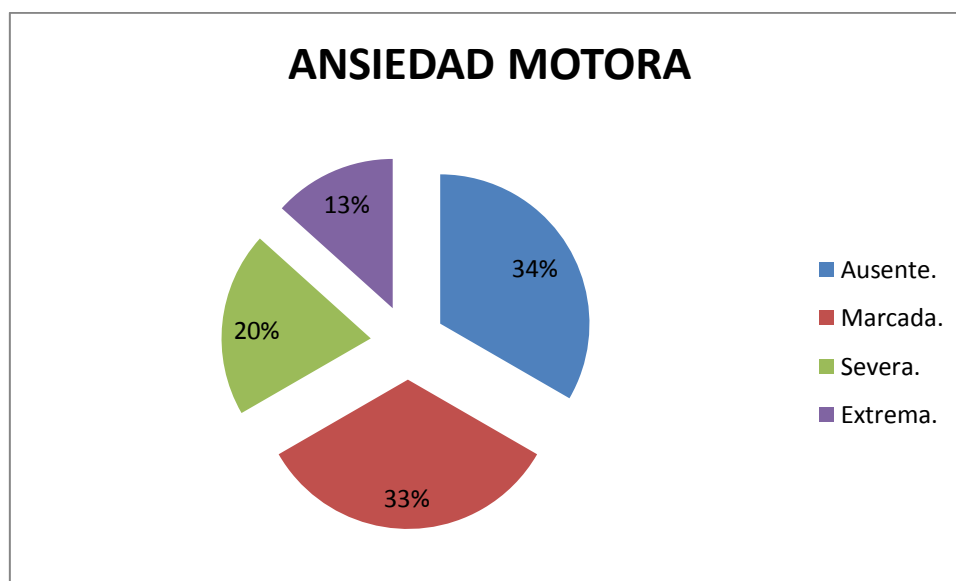
CUADRO 17.

**ANSIEDAD MOTORA. (HISTERECTOMÍA)**

Variable	FRECUENCIA.	PORCENTAJE
Ausente	5	33%
Marcada	5	33%
Severa	3	20%
Extrema	2	14%
<b>TOTAL</b>	<b>15</b>	<b>100%</b>

**Fuente:** Inventario De Situaciones y Respuestas (ISRA).  
**Elaborado por:** Ehinsteen Leonardo Monteros Carreño.

GRÁFICO 17.



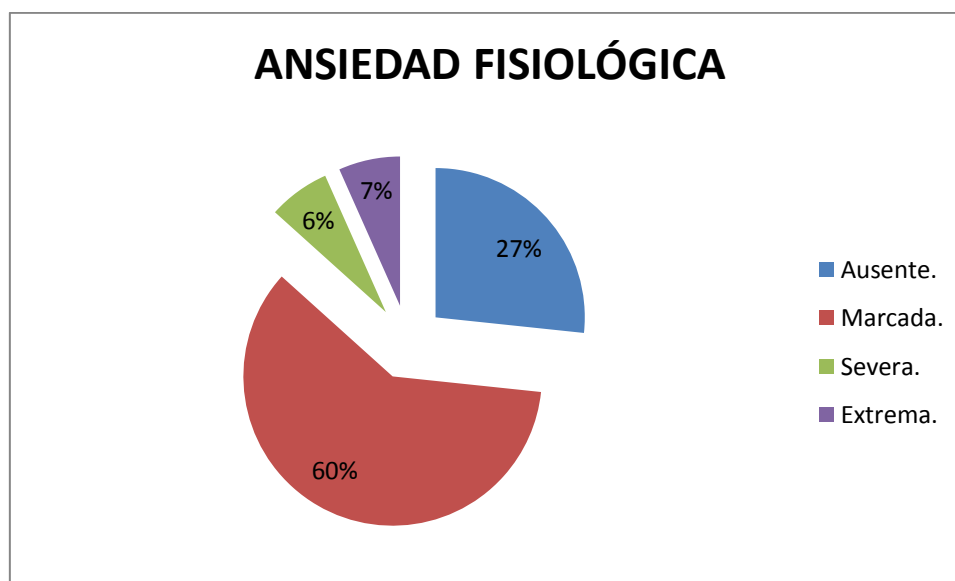
**ANÁLISIS DE RESULTADOS:** Del 100% de pacientes que ingresaron para ser sometidos en Histerectomía, el 34% presentan ansiedad motora ausente, el 33% presenta ansiedad motora marcada, el 20% presenta una ansiedad motora severa y finalmente el 13% tiene una ansiedad motora extrema.

**CUADRO 18.**  
**ANSIEDAD FISIOLÓGICA. (HISTERECTOMÍA)**

Variable	FRECUENCIA	PORCENTAJE
Ausente	4	26%
Marcada	9	60%
Severa	1	7%
Extrema	1	7%
<b>TOTAL</b>	<b>15</b>	<b>100%</b>

**Fuente:** Inventario De Situaciones y Respuestas (ISRA).  
**Elaborado por:** Ehinsteen Leonardo Monteros Carreño.

**GRÁFICO 18.**



**ANÁLISIS DE RESULTADOS:** el 60% de los pacientes sometidos en Histerectomía presentan ansiedad fisiológica marcada, el 27% presenta ansiedad fisiológica ausente, el 7% percibe una ansiedad fisiológica extrema y finalmente el 6 % tiene una ansiedad fisiológica severa.

## ÍNDICE

PORTADA.....	i
CERTIFICACIÓN.....	ii
AUTORÍA.....	iii
CARTA DE AUTORIZACIÓN.....	iv
DEDICATORIA.....	v
AGRADECIMIENTO.....	vi
a. TÍTULO.....	1
b. RESUMEN.....	2
ABSTRACT.....	3
c. INTRODUCCIÓN.....	4
d. REVISIÓN DE LITERATURA.....	6

### CAPÍTULO I.

1. ANSIEDAD.	
1.1. Definición.	6
1.2. Síntomas Fisiológicos.....	8
1.3. Síntomas Motores.....	8
1.4. Síntomas Cognitivos.....	9
1.5. Cirugía y los factores Ansiógenos.....	9
1.5.1. Miedo a la Anestesia.....	11
1.5.2. Miedo a Morir en la operación.....	12
1.6. Clasificación de los trastornos de ansiedad.....	12
1.6.1. Ansiedad Generalizada.....	13
1.6.2. Fobia específica.....	14
1.6.3. Trastorno por Estrés postraumático.....	15
1.6.4. Estrés Agudo.....	16

### CAPÍTULO II.

2. VESÍCULA BILIAR.	19
2.1 Fisiología.....	19
2.2. Litiasis Biliar.....	19

2.2.1. Clasificación.....	19
2.2.2. Síntomas.....	20
2.2.3. Diagnostico.....	20
2.2.4. Colectomía Laparoscópica.....	21

### CAPÍTULO III

3. PRÓSTATA.....	22
3.1. Función.....	22
3.2. Patología.....	22
3.2.1. Prostatitis.....	23
3.2.1.1. Clasificación de Prostatitis.....	23
3.2.2. Hiperplasia Benigna de la Próstata.....	23
3.2.3. Cáncer de próstata.....	24

### CAPÍTULO IV.

4. ÚTERO.....	26
4.1. Función.....	26
4.2. Histerectomía.....	26
4.2.1. Tipos de Histerectomía.....	27
e. MATERIALES Y MÉTODOS.....	29
f. RESULTADOS.....	34
g. DISCUSIÓN.....	40
h. CONCLUSIONES.....	42
i. RECOMENDACIONES.....	43
j. PLAN DE INTERVENCIÓN PSICOTERAPÉUTICA.....	44
k. BIBLIOGRAFÍA.....	59
l. ANEXOS.....	62