



UNIVERSIDAD NACIONAL DE LOJA

AREA DE LA SALUD HUMANA

NIVEL DE PREGRADO

CARRERA DE PSICOLOGÍA CLÍNICA

TÍTULO:

“PROPUESTA DE PSICOTERAPIA BREVE ENFOCADA EN LA DISMINUCIÓN DE LOS SÍNTOMAS ANSIOSO-DEPRESIVOS DE LOS PACIENTES PRE-QUIRÚRGICOS Y SUS FAMILIARES EN EL AREA DE CIRUGÍA DEL HOSPITAL GENERAL ISIDRO AYORA DE LA CIUDAD DE LOJA. PERIODO MAYO – JUNIO 2015”

AUTOR:

RONALD LEONARDO MORA MORALES.

Tesis previa a la
obtención del título de
Psicólogo Clínico.

DIRECTOR:

DR. FERNANDO PATRICIO AGUIRRE AGUIRRE. MG. SC.

LOJA – ECUADOR
2015

1859

CERTIFICACIÓN

Loja, 26 Octubre de 2015

Dr. Fernando Patricio Aguirre Aguirre. Mg. Sc.

DOCENTE DE LA CARRERA DE PSICOLOGIA CLINICA DEL ÁREA DE LA SALUD HUMANA DE LA UNIVERSIDAD NACIONAL DE LOJA

CERTIFICA:

Que el trabajo de investigación de tesis titulado: **“PROPUESTA DE PSICOTERAPIA BREVE ENFOCADA EN LA DISMINUCIÓN DE LOS SÍNTOMAS ANSIOSO-DEPRESIVOS DE LOS PACIENTES PRE-QUIRÚRGICOS Y SUS FAMILIARES EN EL AREA DE CIRUGÍA DEL HOSPITAL GENERAL ISIDRO AYORA DE LA CIUDAD DE LOJA. PERIODO MAYO – JUNIO 2015”**, realizado por el egresado, Ronald Leonardo Mora Morales, ha sido elaborado bajo mi dirección, el mismo que se encuentra dentro de los procedimientos legales que exige la institución. Por lo que autorizo su presentación ante el organismo competente para que le dé el trámite correspondiente.



Dr. Fernando Patricio Aguirre Aguirre. Mg. Sc.
DIRECTOR DE TESIS

AUTORÍA

Yo, **RONALD LEONARDO MORA MORALES**, 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.

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

- **AUTOR:** RONALD LEONARDO MORA MORALES.
- **FIRMA:**  _____
- **NÚMERO DE CÉDULA:** 0705283315.
- **FECHA:** 26 de Octubre de 2015.

CARTA DE AUTORIZACIÓN

Yo, **RONALD LEONARDO MORA MORALES**, declaro ser el autor de la tesis titulada “PROPUESTA DE PSICOTERAPIA BREVE ENFOCADA EN LA DISMINUCIÓN DE LOS SÍNTOMAS ANSIOSO-DEPRESIVOS DE LOS PACIENTES PRE-QUIRÚRGICOS Y SUS FAMILIARES EN EL AREA DE CIRUGÍA DEL HOSPITAL GENERAL ISIDRO AYORA DE LA CIUDAD DE LOJA. PERIODO MAYO – JUNIO 2015”.

Como requisito para optar al grado de Psicólogo Clínico, autorizo al sistema Bibliotecario de la Universidad Nacional de Loja para que con fines académicos, muestre al mundo la producción intelectual de la Universidad, a través de la visibilidad de su contenido de la siguiente manera en el Repositorio Digital Institucional (RDI):

- Los usuarios pueden consultar el contenido de este trabajo en el RDI, en las redes de información del país y del exterior, con los cuales tengan convenio la Universidad.
- La Universidad Nacional de Loja, no se responsabiliza por el plagio o copia de la tesis que realice un tercero.

Para la constancia de esta autorización, en la ciudad de Loja el 26 de Octubre de 2015, firma el autor:

- **Firma:** 
- **Autor:** RONALD LEONARDO MORA MORALES.
- **Cédula:** 0705283315.
- **Dirección:** - El Oro - Piñas, Cdba. El Prado; Av. La Independencia (Diagonal a la Gasolinera). - Loja – Loja, Av. Pío Jaramillo 2095 entre Kennedy y Benjamín Carrión.
- **Teléfono:** 072 974 248
- **Celular:** 0994776019
- **Correo electrónico:** leomora_17@hotmail.com

DATOS COMPLEMENTARIOS

- **Director de Tesis:** Dr. Fernando Patricio Aguirre Aguirre. Mg. Sc
- **Tribunal de Grado:**
Presidenta: Dra. Ana Catalina Puertas Azanza. Mg. Sc.
Vocal: Dra. Verónica Andrea Vélez Mora. Mg. Sc.
Vocal: Lic. Diego Segundo Andrade Mejía. Mg. Sc.

DEDICATORIA

“Establecer metas es el primer paso para transformar lo invisible en visible”

Anthony Robbins

Este trabajo va dedicado de manera principal a Dios por trazar el camino que he recorrido hasta el momento y por brindarme la bendición de haber podido realizar este tan anhelado sueño y a mis padres, pilar fundamental de mi vida y quienes con su ejemplo me han demostrado que hasta lo imposible se puede volver realidad con un poco de motivación y mucho esfuerzo.

A mis hermanos: Juan Carlos, Johanna y Gaby, gracias a ustedes por motivarme a continuar sin límite en la consecución de mis sueños; a mi cuñado: Oscar, gracias por ser parte de mi familia y por brindarme siempre una palabra de aliento; y a mis sobrinos; Ariana, Jean Carlos, Karito y Fiorella; ustedes son mi motor y mi fortaleza, las personitas que sin saberlo llenan mi vida de colores y de emociones positivas.

A mis abuelitas: Victoria y Emelina, gracias a las dos, porque con sus consejos y sus cuidados hoy soy lo que soy.

A esa personita especial, gracias por este tiempo compartido, por ser mi amiga y compañera, gracias por estar a mi lado en mis mejores y peores momentos. Y por último, al resto de mi familia, de manera especial a mis primos, más que mi familia mis amigos; para todos ustedes va dedicado este esfuerzo.

AGRADECIMIENTO

"Es muy común recordar que alguien nos debe agradecimiento, pero es más común no pensar en quienes le debemos nuestra propia gratitud"
Johann Wolfgang Goethe

Mi eterno agradecimiento a la Universidad Nacional de Loja, al Área de la Salud Humana y a mi amada carrera de Psicología Clínica, por la formación académica recibida y por apuntalar las bases de mi desarrollo profesional.

A las autoridades del Hospital General Isidro Ayora de la ciudad de Loja y de forma especial, a quienes dirigen el Área de Cirugía y el departamento de Salud Mental dentro de dicha entidad, por la apertura brindada para la realización de mi trabajo de investigación. Esperando que los resultados de la misma y la propuesta de psicoterapia planteada, sirvan como herramienta para la atención integral de los pacientes y de los familiares que se enmarcan dentro de los procesos quirúrgicos.

Un especial agradecimiento a mis maestros, todos y cada uno de los docentes de la carrera de Psicología Clínica por ser parte de mi formación y de forma especial a la Dra. Lorena Celi, Dr. Luis Fernando Sarmiento, Dr. Germán Vélez, Dra. Verónica Vélez y Psi. Cl. Sara Ayora por enrumbarme en esta hermosa vocación de ayuda y entrega a los demás.

A mi directora de Tesis, la Dra. Alicia Costa Aguirre; también mi maestra, quien más que guiar este trabajo inculcó en mí la necesidad de seguir enmarcado dentro de la investigación. Infinitas gracias y la promesa de dar lo mejor de mí en el ámbito humano y profesional.

A todos ustedes, infinitas gracias por su apoyo, guía e inspiración

a. TÍTULO

“PROPUESTA DE PSICOTERAPIA BREVE ENFOCADA EN LA DISMINUCIÓN DE LOS SÍNTOMAS ANSIOSO-DEPRESIVOS DE LOS PACIENTES PRE-QUIRÚRGICOS Y SUS FAMILIARES EN EL AREA DE CIRUGÍA DEL HOSPITAL GENERAL ISIDRO AYORA DE LA CIUDAD DE LOJA. PERIODO MAYO – JUNIO 2015”

b. RESUMEN

Un proceso quirúrgico demanda estrés, traducido en síntomas psicopatológicos en los pacientes y en sus familiares ante los procesos quirúrgicos. La investigación pretendió generar una propuesta de Psicoterapia Breve enfocada en disminuir los síntomas ansioso-depresivos de los pacientes pre-quirúrgicos y sus familiares; buscó determinar los niveles de ansiedad y depresión en los pacientes pre-quirúrgicos y sus familiares; y, realizar un re-test a los pacientes post-quirúrgicos y sus familiares para valorar sus niveles ansioso-depresivos sin que previamente haya existido ningún tipo de trabajo psicológico en ellos, a fin de plasmar la necesidad de la elaboración de una propuesta de Psicoterapia Breve. La investigación fue descriptiva, de corte transversal, con un enfoque cuanti-cualitativo; para ella se usó una encuesta sociodemográfica, las escalas HAD, HARS y la BDI. La Población se estableció en el Área de cirugía del HGIAL y la muestra quedó delimitada en 20 pacientes y 20 familiares. Los resultados arrojan que; la ansiedad pre-quirúrgica se presentó en el 60% de los pacientes, mientras un 20% mostró depresión. En los familiares la ansiedad preoperatoria fue de 95% y la depresión significó un 80% de los casos. Tras la cirugía, el re-test dilucidó que 75% de los pacientes presentaban ansiedad y 25% depresión, en la misma fase los familiares registraron que el 95% presentaba ansiedad y un 75% depresión. De forma general se concluye que los niveles ansioso-depresivos en los pacientes y sus familiares en los estadios pre y post-quirúrgicos validan la creación e implementación de la propuesta de psicoterapia breve en favor de generar una salud integral, objetiva y real.

Palabras Clave: Psicoterapia Breve, Ansiedad y Depresión Pre-quirúrgica, Salud Integral, Salud Mental.

SUMMARY

A surgical procedure demands stress, expressed in pathological symptoms in patients and their relatives to surgical procedures. The research aimed to generate a proposal of “Brief Psychotherapy”, focused on reducing anxious-depressive symptoms in pre surgical patients and their relatives, determined the levels of anxiety and depression in pre surgical patients and their relatives; and, make a re test to postsurgical patients and their relatives to determine their levels anxious-depressive without previously there any psychological work in them, for the purpose of create the need for the development of a proposal “Brief Psychotherapy” . The research was descriptive of cross-section with a quantitative and qualitative approach, for it was used a socio demographic survey, scales HAD, HARS and BDI. The population was established in the Area of Surgery HGIAL, and the sample was enclosed in twenty patients and twenty relatives. The results show that pre surgical anxiety occurs in 60% of patients, while 20% showed depression. In the families, preoperative anxiety was 95% and 85% showed depression. After surgery the re test clarified that 75% of patients had anxiety and 25% depression. Generally concludes that anxious depression levels in patients and their relatives in the pre and postsurgical stages validate the creation and implementation of the proposal “Brief Therapy” in favor of creating an integral, objective and real health.

Keywords:

Brief Psychotherapy, Anxiety and Pre surgical Depression, Integral Health, Mental Health.

c. INTRODUCCIÓN

A pesar de los avances en la medicina y las técnicas quirúrgicas, la cirugía representa indudablemente un evento estresante para muchos alrededor de la cual existen preocupaciones sobre la muerte, dependencia física, no despertar de la anestesia, el dolor, la enfermedad, la separación con la familia, situación económica y laboral, hospitalización, entre otros. Ante esto pueden surgir varias respuestas emocionales como ansiedad, estrés, depresión. (Escamilla, 2005).

Cuando la persona presenta un alto grado de ansiedad o depresión, esta puede afectar la respuesta a las drogas anestésicas, la tensión arterial o la frecuencia cardiaca; sus heridas tardaran 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 personal sanitario, uso excesivo de analgésicos y actitudes inadecuadas con respecto al cuidado de la propia enfermedad. (Salaverría, Vásquez, Ríos, Zúñiga y Ortiz, 2008).

Una investigación realizada en pacientes ASA (Sistema de clasificación que utiliza la Sociedad Americana de Anestesiología) I-II sometidos a cirugía en el HG1 de Quito en 2010; concluyó que la prevalencia de Ansiedad y Depresión preoperatoria fue del 25%, incluyendo los casos con 7% y los probables casos con 18% de pacientes con dicha psicopatología. En relación al sexo la mujer predomina en una relación 3:1 con respecto al varón. La cirugía ginecológica presenta mayor prevalencia de ansiedad y depresión preoperatoria. Los pacientes con mayor estancia hospitalaria y los reintervenidos quirúrgicamente presentan niveles elevados de ansiedad y depresión preoperatoria. (Castro, Prado y Zurita, 2010, pp. 69-74).

Un participante importante en el proceso quirúrgico y muy relegado además en las investigaciones y planes de intervención psicológica es el familiar, directo o indirecto, que asume toda responsabilidad del paciente pre-operatorio en el medio hospitalario. Este acontecimiento afecta sus esferas psíquicas y su estado emocional al integrarse a la relación médico-paciente-familia (RMPPF), conociendo el proceso quirúrgico y las posibles complicaciones y riesgos del mismo. Aumentando así, sus niveles ansioso-depresivos en vista de los pensamientos catastróficos que pudiese tener, sentimientos irracionales de culpa, impotencia previa a la cirugía y la carga emocional y familiar, por ser él o ellos, los responsables directos del paciente hospitalizado y de la toma de decisiones de ser el caso, ante complicaciones quirúrgicas.

En pro de dar solución al problema planteado y desarrollar adecuadamente el presente trabajo investigativo, se planteó como objetivo general: Generar una propuesta de Psicoterapia Breve enfocada en la disminución de los síntomas ansioso-depresivos de los pacientes pre-quirúrgicos y sus familiares en el Área de Cirugía del Hospital General Isidro Ayora de la ciudad de Loja, encaminada a la prevención y promoción de la salud mental de estos actores, así mismo direccionada para incidir en el accionar sanitario y brindar una atención en salud de forma integral, a su vez y para dar valía a la misma, se formularon los siguientes objetivos específicos: Determinar los niveles de ansiedad en los pacientes pre-quirúrgicos y sus familiares; Establecer los índices de depresión en los pacientes pre-quirúrgicos y sus familiares en el Área de Cirugía del HGIAL y; Realizar un re-test a los pacientes post-quirúrgicos y sus familiares para valorar sus niveles ansioso-depresivos sin que previamente haya existido ningún tipo de trabajo psicológico en ellos; a fin de plasmar la necesidad de la elaboración de una propuesta de Psicoterapia Breve.

Para esto, se utilizó el método descriptivo con la intención de caracterizar las respuestas emocionales de la población en estudio ante la cirugía; el Inductivo-deductivo al momento de hacer el análisis sobre la problemática, en el planteamiento de los objetivos y en la referenciación de las conclusiones y recomendaciones; el estadístico en la tabulación de los resultados obtenidos a partir de los instrumentos aplicados, permitiendo así, elaborar los cuadros estadísticos y representarlos en organizadores gráficos, en tanto que, el analítico sintético que contribuyó a interpretar la información producto de la investigación de campo y facilitó establecer el lineamiento alternativo propuesto.

Indudablemente la teoría en este proceso investigativo es de suma importancia, por lo cual, se realizó una revisión exhaustiva de la literatura, la cual consta de cuatro categorías; la primera que abarca las temáticas de salud integral y mental, promoción de la salud mental, prevención de los trastornos mentales e intervención del psicólogo en el ámbito hospitalario; la segunda, trata sobre la ansiedad y la depresión desde una perspectiva amplia y enmarcada básicamente en la clínica de estas; una tercera categoría hace referencia a los procesos quirúrgicos, su clasificación, su neurofisiología, los factores externos e internos que influyen en el individuo con estos procedimientos, los aspectos psicológicos de los pacientes pre-quirúrgicos y sus familiares. Una última categoría trata sobre la Psicoterapia en cirugía, la psicoterapia breve y de emergencia, la preparación psicológica ante la cirugía, los beneficios y eficacia de dichas intervenciones.

Los instrumentos que se utilizaron para la recolección de la información en relación a las variables en estudio fueron reactivos psicológicos estandarizados y validados, aplicados a los pacientes pre y postquirúrgicos y sus familiares; esto con la finalidad de poder caracterizar e interpretar la sintomatología psicopatológica presente en la población estudiada.

En la muestra significativa, participaron 40 sujetos, 20 pacientes y 20 familiares, con lo que se logró hacer un análisis cuanti-cualitativo, obteniendo resultados que permitieron concluir que los pacientes y sus familiares presentan niveles considerables de ansiedad y depresión en los estadios pre y post-operatorio que ponen en riesgo su salud mental y por tanto la recuperación de su salud integral.

d. REVISIÓN DE LITERATURA

CAPITULO I

SALUD

1.1. SALUD INTEGRAL

La Organización Mundial de la Salud (OMS) define a la salud como el estado de completo bienestar físico, mental y social y no solamente ausencia de enfermedades o afecciones. Posteriormente Milton Terris propuso definirla como un estado de bienestar físico, mental y social con capacidad de funcionamiento y no solamente ausencia de enfermedades o invalidez, la salud no es un concepto negativo (Ausencia de enfermedad), por el contrario es positivo, ya que engloba recursos personales y sociales como capacidades físicas. (Acevedo, Martínez y Estario, 2007, p. 17).

1.2. SALUD MENTAL

La OMS, describe a la salud mental como un estado de bienestar en el cual el individuo se da cuenta de sus propias aptitudes, puede afrontar las presiones normales de la vida, puede trabajar productiva y fructíferamente y es capaz de hacer una contribución a su comunidad. En este sentido positivo, la salud mental es la base para el bienestar y funcionamiento efectivo de un individuo y una comunidad. Este concepto medular de salud mental es consistente con su interpretación amplia y variada en las diferentes culturas. (OMS, Departamento de Salud Mental y Abuso de Sustancias, 2004, p. 14).

1.3. PROMOCIÓN DE LA SALUD MENTAL

La promoción de la salud mental se refiere con frecuencia a la salud mental positiva, considerando la salud mental como un recurso, un valor por sí mismo y como un derecho humano básico que es esencial para el desarrollo social y económico. La promoción de la salud mental tiene el objeto de ejercer un impacto sobre los determinantes de la salud psíquica con el fin de aumentar la salud mental positiva, reducir desigualdades, construir capital social, crear ganancia de salud y reducir la diferencia en la expectativa de salud entre los países y grupos según la declaración de Yakarta para la Promoción de la Salud en 1997. (OMS & Centro de Investigación de Prevención de las Universidades de Nijmegen y Maastricht, 2004, p. 17)

Las intervenciones de promoción de la salud mental varían en su alcance e incluyen estrategias para promover el bienestar mental de aquellos que no están en riesgo, aquellos que están en alto riesgo y aquellos que están padeciendo o recuperándose de problemas relacionados con la salud mental. (OMS et al., 2004, p. 17).

1.4. PREVENCIÓN DE LOS TRASTORNOS MENTALES

La prevención de los trastornos mentales tiene el objeto de reducir la incidencia, prevalencia, recurrencia de los trastornos mentales, el tiempo en que las personas permanecen con los síntomas o la condición de riesgo para desarrollar una enfermedad mental, previniendo o retardando las recurrencias y disminuyendo también el impacto que ejerce la enfermedad en la persona afectada, sus familias y la sociedad. Las intervenciones preventivas funcionan enfocándose en la reducción de los factores de riesgo y aumentando los factores de protección relacionados con los problemas de salud mental. (OMS et al., pp. 17-18).

1.5. INTERVENCIÓN HOSPITALARIA: UNA APROXIMACIÓN DE LA PSICOLOGÍA CLÍNICA

El encargo al psicólogo clínico es amplio y se centra en una respuesta, desde lo externo, se propone un campo de trabajo: poblaciones en riesgo, un objeto de estudio: “factores psicosociales” o “variables comportamentales”, una demanda técnica: la prevención y promoción de nuevos hábitos y estilos de vida, el cambio de comportamiento de la población, y una tarea clara: constituirse en una disciplina de apoyo al trabajo médico. “Quizá uno de los desafíos actuales más importantes de la Psicología Clínica es el desarrollo de métodos para modificar los estilos de vida de las personas tanto con propósitos preventivos como promotores de la salud. Esa modificación en el sentido en que sea posible y deseable, es igualmente uno de los objetivos de la Educación para la Salud”. (Palomino & Hernández, 2003, p. 3).

CAPITULO II

ANSIEDAD Y DEPRESIÓN

2.1. ANSIEDAD

La ansiedad se define como un estado en el que se experimenta un sentimiento de incomodidad que con frecuencia es inespecífico o desconocido para el individuo; también como una reacción compleja frente a situaciones o estímulos actuales, potenciales o subjetivamente percibidos como peligrosos, aunque sólo sea por la circunstancia de parecer inciertos. (Gordillo, Arana y Mestas, 2011).

La ansiedad es una emoción normal que se experimenta en situaciones en las que el sujeto se siente amenazado por un peligro externo o interno. Habría que diferenciar entre miedo (el sujeto

conoce el objeto externo y delimitado que le amenaza y se prepara para responder) y ansiedad (el sujeto desconoce el objeto, siendo la amenaza interna y existiendo una dificultad en la elaboración de la respuesta). La ansiedad es anormal cuando es desproporcionada y demasiado prolongada en relación con el estímulo desencadenante. (Virues, 2015).

Es por esto que la ansiedad es considerada como un trastorno mental prevalente en la actualidad, ya que engloba toda una serie de cuadros clínicos que comparten, como rasgo común, angustia extrema de carácter patológico, que se manifiesta en múltiples disfunciones y desajustes a nivel cognitivo, conductual y psicofisiológico. Estos factores son expresados en diferentes ámbitos como el familiar, social, laboral, etc. (Virues, 2015).

Dentro de la sintomatología que presenta la ansiedad se podría diferenciar entre síntomas o cuadros físicos tales como: Vegetativos, entre ellos la sudoración, sequedad de boca, mareo, inestabilidad; Neuromusculares como temblor, tensión muscular, cefaleas y parestesias; Cardiovasculares así tenemos, las palpitaciones, taquicardias, dolor precordial; Los respiratorios como la disnea; digestivos, entre ellos las náuseas, vómitos, dispepsia, diarrea, estreñimiento, aerofagia, meteorismo y los genitourinarios así tenemos, la micción frecuente, problemas de la esfera sexual. Y los síntomas psicológicos como la preocupación, aprensión, sensación de abatimiento, miedo a perder el control, a volverse loco o sensación de muerte inminente, dificultad de concentración, quejas de pérdida de memoria, irritabilidad, inquietud, desasosiego, conductas de evitación a determinadas situaciones, inhibición o bloqueo psicomotor y obsesiones o compulsiones. (Ministerio de Sanidad y Consumo de España, 2008, p. 20).

Ahondando en esta problemática sanitaria se debe tomar en cuenta que para el manejo de este concepto en el contexto hospitalario, el individuo debe ser visto de manera global como un organismo de gran complejidad cognitiva a través de factores como el físico, psíquico, social y espiritual que pudieran estar operando como mediadores o protectores de la ansiedad. Tener en cuenta estos aspectos resulta importante dado que algunos estudios reportan porcentajes de diagnóstico y niveles de ansiedad elevados en pacientes pre quirúrgicos. (Gordillo et al., 2011).

El factor físico comprende la amenaza experimentada por el individuo en acciones de rutina hospitalaria, como la integridad cutánea, la inmovilidad, la deprivación del sueño y la agresión fisiológica. El factor psíquico es el más directamente relacionado con la ansiedad que experimenta el enfermo, ya que esta ansiedad surge de la pérdida de intimidad, de la necesidad de afrontar una situación desconocida, de la incertidumbre presente y futura. Los factores sociales pueden resultar atenuadores si están adecuadamente consolidados en el individuo, mediante redes familiares y de amistad con una relación de cariño y comprensión adecuada. Por otro lado, la espiritualidad parece ser beneficiosa a todo tipo de pacientes. (Gordillo et al. 2011).

La intensidad de la ansiedad frente a una intervención quirúrgica viene determinada por diversos factores. El primero es la magnitud del agente traumático externo o real, es decir, la gravedad de la enfermedad. Otro factor importante a tener en cuenta es la duración del periodo preoperatorio: cuanto mayor sea la urgencia de la operación menor será el tiempo que tendrá el enfermo para adaptarse emocionalmente, lo que dará lugar a crisis de ansiedad y muchas manifestaciones somáticas y neurovegetativas. Los antecedentes familiares sobre intervenciones, como problemas con la anestesia o experiencias pasadas con pérdida de algún ser querido, suelen ser una de las principales fuentes de ansiedad. El último factor es la capacidad subjetiva del

paciente para hacer frente a la ansiedad. Este es un factor determinante que casi siempre suelen pasar por alto los profesionales de la medicina. Intervenciones de "*pequeña importancia*" o "*rutinarias*" pueden suponer en pacientes con una débil estructura emocional un verdadero escollo, que, de no tenerse en cuenta, repercutirá en la recuperación, facilitando la aparición de complicaciones que a priori parecían de escasa probabilidad. (Gordillo et al. 2011).

La intervención quirúrgica en un ambiente extraño, el conocimiento de los peligros de la anestesia y la cirugía, más las fantasías y los miedos al respecto (miedo a lo desconocido, miedo a no despertar jamás o el miedo a despertar en medio de la cirugía, miedo a los errores técnicos dentro de ella, miedo al dolor, etc.), conducen al estrés psicológico de manera por demás importante. Para enfrentar esto, los pacientes movilizan sus recursos emocionales y pueden adaptarse a los requerimientos del proceso preoperatorio en el que se encuentran. Sin embargo, este proceso de adaptación resulta no siempre exitoso, ya que el paciente ignora a qué se enfrentará exactamente en la mayoría de las ocasiones. (Carapia, Mejía, Nacif y Hernández, 2011, p. 261).

Es así como el control del nivel de ansiedad preoperatorio permite disminuir la incidencia de inestabilidad cardiovascular y arritmias cardíacas durante la anestesia y la cirugía, además de favorecer una recuperación más rápida en el postoperatorio al reducir o evitar los trastornos del comportamiento que se observan en algunos pacientes, sobre todo en edades extremas (ancianos y niños), y que se manifiestan en formas de desorientación, agresividad, requerimientos excesivos de analgesia, conductas psicóticas, hipocinesia, aislamiento e incluso conductas regresivas, lo que produciría un descenso en la morbimortalidad. La ansiedad preoperatoria está asociada a mayor

frecuencia de accidentes anestésicos, mayor vulnerabilidad a las infecciones, mayor estadía hospitalaria y mayores niveles de dolor postoperatorio. (Carapia et al., 2011, p. 261).

2.2. DEPRESIÓN

La Depresión Clínica es una condición bio-psicológica que afecta el estado de ánimo, los pensamientos, el comportamiento, y el cuerpo de las personas. Cambia la manera en que una persona se siente, piensa y actúa. Cosas que eran fáciles y agradables, como pasar tiempo con la familia y amigos, leer un buen libro, o ir al cine, toman más esfuerzos. Hasta algunas cosas básicas como: comer, dormir, y actividades sexuales pueden llegar a ser un problema. Es importante resaltar, que en la depresión clínica, los sentimientos y pensamientos de infelicidad y ansiedad no desaparecen. Están presentes casi todo el tiempo. Si no es tratada, la depresión puede afectar seriamente al individuo en el ámbito laboral, personal, familiar y social. (APA, 2003).

El concepto de Depresión, recoge la presencia de síntomas afectivos (esfera de los sentimientos o emociones: tristeza patológica, decaimiento, irritabilidad, sensación subjetiva de malestar e impotencia frente a las exigencias de la vida), aunque, en mayor o menor grado, siempre están también presentes síntomas de tipo cognitivo, volitivo o incluso somático. (Castro, Prado y Zurita, 2010, p.43).

Después de la ansiedad, la depresión es el trastorno psiquiátrico más frecuente. Se estima que un 10% de la gente que consulta a un médico pensando que tiene un problema físico tiene en realidad una depresión. Al valorar a los enfermos ingresados en hospitales no psiquiátricos por procesos agudos orgánicos, se obtienen prevalencias de depresión que oscilan entre 16 y 43%,

atendiendo a la presencia de síntomas recogidos mediante cuestionarios validados. (Castro et al., 2010, p.43).

Se ha documentado que este trastorno esta infradiagnosticado e infratratado, quedando reflejado como diagnóstico al alta o en el curso clínico tan sólo del 1 al 3% de los casos, y más del 60% permanece sin tratamiento durante la hospitalización o en el seguimiento posterior. Se ha discutido si el grado de depresión depende de la gravedad de la enfermedad física acompañante o es independiente, con estudios que no han hallado asociación con la depresión, y otros que han observado mayor gravedad de la enfermedad médica entre los deprimidos. (Castro et al., pp. 43-44).

Este concepto es importante para el abordaje del proceso psicológico y de ser necesario psiquiátrico, ya que, si fuera consecuencia de la enfermedad física, únicamente actuando sobre el proceso orgánico se reducirían los niveles de depresión dependientes de éste, sin necesidad de reconocer la enfermedad mental ni actuar sobre ella. (Castro et al., pp. 43-44).

Si bien se detecta casi invariablemente en los pacientes una respuesta de depresión asociada a la presencia de una enfermedad orgánica, la intervención quirúrgica en un ambiente extraño, el conocimiento de los peligros de la anestesia y la cirugía, más las fantasías y los miedos al respecto (miedo a lo desconocido, miedo a no despertar jamás o el miedo a despertar en media cirugía, miedo a los errores técnicos dentro de ella, miedo al dolor), conducen a la depresión preoperatoria de manera por demás importante. Para afrontar esto, los pacientes movilizan sus recursos emocionales y pueden adaptarse a los requerimientos del proceso preoperatorio en el que se encuentran. Sin embargo, este proceso de adaptación resulta no siempre exitoso, ya que el

paciente ignora a qué se enfrentará exactamente en la mayoría de las ocasiones. (Castro, pp. 44-45).

La depresión en los pacientes hospitalizados dificulta la adhesión al tratamiento, hace más lenta la recuperación del paciente, altera el pronóstico y curso de la enfermedad, incrementa el riesgo de mortalidad, aumenta el número de días de hospitalización, y por consiguiente, los costes económicos de la enfermedad. Por otro lado, la frecuencia de presentación del cuadro depresivo es la más alta de las encontradas, dentro de la amplia gama de los trastornos mentales en el ámbito hospitalario. Sin embargo, es frecuente que se infradiagnostiquen cuadros de ansiedad o depresión en los pacientes ingresados, y no se prescriba tratamiento cuando se detectan porque se atribuyan al proceso de la hospitalización y a la enfermedad orgánica asociada. (Costas, Prado y Crespo, 2013, pp. 17-18).

Identificar y tratar la depresión en estos pacientes con trastornos somáticos es importante, no solo porque interfiere en la evolución del episodio intercurrente, sino porque es un factor de predicción de morbilidad y mortalidad, se ha demostrado que los pacientes depresivos tienen una mortalidad (no solo atribuible al suicidio) superior al resto de la población general, esto se ha visto de manera más específica en algunos estudios, donde la depresión, ha sido identificada como factor independiente de predicción de mortalidad en pacientes que han tenido un infarto agudo de miocardio (Costas et al., 2013, pp. 17-18).

La depresión puede provenir del miedo o un peligro real, de un estado emocional (como la aflicción) o una condición física (exceso/déficit de actividad tiroidea, hipoglicemia). De forma general, los pacientes con una buena adaptación preoperatoria son aquellos que tienen una visión

realista de su experiencia quirúrgica y el grado esperable de depresión frente al peligro objetivo de la cirugía, por lo que presentan una evolución preoperatoria satisfactoria. Los que tienen una adaptación ineficaz frente a la depresión preoperatoria tienen un riesgo quirúrgico adicional, convalecencia prolongada, mal control del dolor, actitudes inadecuadas con respecto al cuidado de la propia enfermedad y en ocasiones complicaciones orgánicas. (Castro et al.).

Por último, Castro et al. (2010) refieren que la magnitud de depresión experimentada por el paciente y la capacidad para tolerarla y dominarla, dependen de la interacción de varios factores, la severidad del factor traumático, la duración del periodo preoperatorio (cuanto más urgente sea menos tiempo de reconocer y controlar sus temores) lo que condiciona un elevado nivel de ansiedad dando manifestaciones somáticas y neurovegetativas (nausea, insomnio, pesadillas, cefalea tensional, dispepsias, sensación de disnea, opresión precordial atípica), los antecedentes personales y familiares en cuanto a historias de complicaciones anestésicas o quirúrgicas que el paciente teme se repitan.

2.3. ANSIEDAD Y DEPRESIÓN EN LOS FAMILIARES DE PACIENTES HOSPITALIZADOS

La ansiedad generalizada y la depresión mayor ocurren en 66% de los pacientes hospitalizados y sus familiares; estas alteraciones afectan en la toma de decisiones y evolución del paciente; por lo general se acompañan de un desgaste familiar, este último ocasiona daño emocional, físico y mental en los familiares o acompañantes que cuidan al enfermo (padecimientos agudos o crónicos), principalmente alteraciones de ansiedad generalizada y depresión (69.1 y 35.4%, respectivamente). Esto implica la toma de decisiones por parte del representante legal, familiares o acompañantes del enfermo. (Esquivel, Molina. C. G., et al., 2007, p. 512).

Los datos que avalan la información antes referida se enmarcan en una investigación realizada en México en la que se pretendió determinar la prevalencia de ansiedad y depresión en los familiares o acompañantes de pacientes hospitalizados, para ello se encuestaron a 197 familiares o acompañantes de pacientes hospitalizados de 24 servicios médico-quirúrgicos. Se obtuvieron los datos sociodemográficos y se realizaron dos encuestas para evaluar el grado de ansiedad y depresión (cuestionario HAADS e inventario de Beck). (Esquivel, Molina. C. G., et al., p. 514).

Los resultados obtenidos determinan que la prevalencia de ansiedad fue de 49.2% y depresión de 35.0% mediante el cuestionario (HAADS). Con el inventario de Beck se obtuvo una prevalencia de ansiedad de 25.9%. Concluyendo así que la prevalencia de ansiedad y depresión en pacientes hospitalizados, en salas generales como de áreas críticas, es parecida a la de sus acompañantes; dichas alteraciones afectan en el retraso, evolución de los enfermos y toma de decisiones. (Esquivel, Molina. C. G., et al., p. 514).

CAPITULO III

INTERVENCIONES QUIRÚRGICAS

3.1. DEFINICIÓN

La cirugía según Arias, (2001) se puede definir como “la suma de la ciencia y el arte, referidas a aquellas enfermedades que necesitan para su tratamiento de una acción manual o instrumental, acción que no es solo técnica, sino también ciencia al necesitar del conocimiento de sus justificaciones y consecuencias”. (p. 268).

3.2. CLASIFICACIÓN

La cirugía se puede clasificar de acuerdo a su extensión en cirugía mayor y cirugía menor. La cirugía mayor supone el uso de anestesia general y entraña más riesgo para el paciente, mientras que la menor puede realizarse con anestesia local. (Arias, 2001, p. 269).

Atendiendo al objetivo de la intervención nos encontramos con la siguiente clasificación:

Cirugía diagnóstica o exploradora._ Biopsia, laparoscopia diagnóstica. Se realiza para determinar el origen de los síntomas o la extensión de una lesión o enfermedad; **Cirugía curativa.**_ Extirpación del apéndice, o de una vesícula biliar. Se lleva a cabo para reparar, sustituir o eliminar tejidos enfermos; **Cirugía reparadora.**_ La estabilización de una fractura, colocación de una prótesis mitral. Se hace para devolver la función, pérdida o corregir deformidades; **Cirugía paliativa.**_ No cura al enfermo pero le alivia los síntomas. Ej. La extirpación parcial del tumor; **Cirugía plástica.**_ Su finalidad es mejorar el aspecto físico del paciente. (Arias, 2001, p. 269).

En función del grado de urgencia:

Cirugía programada._ No existe una necesidad especial de rapidez. Su retraso no es peligroso para el paciente. Ejemplo: Colectomía. (Arias, 2001, p. 269).

El mismo autor Arias (2001) incluye dentro de los tipos de cirugía las siguientes clasificaciones:

Cirugía de urgencia._ Un retraso puede resultar peligroso para el paciente. Debe llevarse a cabo lo antes posible, en un plazo no superior a 12-24 horas. Ejemplo: Apendicetomía; **Cirugía de emergencia.**_ Debe llevarse a cabo de inmediato para salvar la vida del paciente. Ejemplo:

Aneurisma de aorta, herida por arma; **Cirugía electiva.**_ A pesar de ser necesaria su realización no implica consecuencias negativas para el paciente. Ejemplo: Hernia simple; **Cirugía opcional.**_ Cuando lo que se persigue es por ejemplo conseguir mejorar el aspecto estético del paciente. Ejemplo: Cirugía plástica. (p. 269).

3.3. NEUROFISIOLOGÍA DE LOS PROCESOS QUIRÚRGICOS

Se debe tener en cuenta que el estrés provocado por la cirugía no solo tiene efectos a corto plazo, sino que pueden persistir mucho más tiempo de lo que el acontecimiento pueda durar. Dado que el estrés implica una sobreactivación biológica promovida por el eje neuroendocrino (hipotálamo-hipofisario), puede convertirse en un factor de riesgo sobreañadido a los que están presentes en el proceso quirúrgico y que pueden complicar el proceso en sí mismo y los resultados, perjudicando la recuperación postoperatoria. Los pacientes continúan manifestando reacciones emocionales negativas tras la cirugía después de que las respuestas endocrinas han remitido. (Arias, Aller, Miranda, Arias .I, y Lorente, 2004, p. 698).

Los cambios de la respuesta metabólica y endócrina dependen de la severidad de la cirugía. Los cambios hormonales inducen un aumento de los niveles de cortisol circulante que comienza en la incisión y alcanza el máximo en las horas siguientes después de la cirugía. Los cambios en adrenalina y noradrenalina son menos consistentes. También se producen incrementos en la producción de hormonas, tales como, oxitocina, vasopresina, B- endorfinas, y hormona del crecimiento. (Arias et al., 2004, pp. 698-699).

La respuesta endocrina está causada por el estrés físico de la cirugía, donde los principales estímulos son somatosensoriales y señales aferentes simpáticas. Muchos de los cambios

endocrinos en pacientes hospitalizados son sensibles a amenazas psicológicas. Las dificultades prácticas han impedido la amplia adopción de medidas endocrinas en investigaciones psicológicas sobre la cirugía. Los costos y la colaboración de otros profesionales, constituyen otro impedimento. (Arias et al., pp. 698-699).

3.4. FACTORES QUE INFLUYEN EN LA INTERVENCIÓN QUIRÚRGICA

Resultan ser los responsables de las diversas manifestaciones de ansiedad y depresión en el paciente. Así tenemos:

3.4.1. FACTORES EXTERNOS

Ambiente extraño: Referido al ambiente hospitalario, que requiere del individuo un esfuerzo adicional de adaptación en aspectos tales como cambios en los hábitos de comer, interacciones con extraños, el propio quirófano.

Falta de intimidad: Las habitaciones compartidas, el tránsito de personas tanto profesionales como familiares de otros pacientes. (Muñoz, 2011, p. 21).

Sometimiento a técnicas: Que incluyen miedos relativos al empleo de la anestesia. También se incluye el grado de invasividad, de manera que cuanto más invasiva sea la técnica mayor es la ansiedad experimentada.

Ausencia de apoyo social: La ausencia de un soporte social adecuado (familiar o de otro tipo) es otro de los elementos que condiciona las manifestaciones de ansiedad y depresión. (Muñoz, 2011, p. 22).

3.4.2. FACTORES INTERNOS

Personalidad tipo A: Aquellas personas con las características típicas de este patrón (impaciencia, urgencia temporal, sobreesfuerzo por el logro, agresividad y hostilidad, entre otras).

Locus de control interno (LCI): Hace referencia a una característica de personalidad según la cual el individuo tiene habitualmente una fuerte necesidad de sentir que posee el control de las cosas que le suceden. Es obvio pues que las personas con LCI experimentan con más facilidad ansiedad o depresión, puesto que, el individuo, posee escaso o ningún control sobre el proceso en cualquiera de sus fases. (Muñoz, 2011, pp. 22).

Afrontamiento centrado en la emoción: Cuando predominan las reacciones emocionales (frente a las racionales) sean positivas o negativas.

Escasa capacidad de adaptación: En una situación quirúrgica, se corresponde al grado en que una persona acepta o se adapta a los posibles cambios que se pueden operar en su estado de salud. (Muñoz, 2011, pp. 23).

3.5. ASPECTOS PSICOLÓGICOS EN EL PACIENTE QUIRÚRGICO

Pardo & García (2006) refieren que en la etapa del preoperatorio, el paciente mientras vive el conflicto entre aceptar o rechazar la cirugía, e incluso cuando ya ha consentido la intervención, presenta una reacción afectiva de tipo ansioso, que es la que con más frecuencia se detecta en estos casos y que vuelve a presentarse después a lo largo del período postquirúrgico. (p. 151).

En cuanto al ingreso, hay datos que afirman la presencia en los pacientes de niveles menores de ansiedad antes de la anestesia, cuando se dan en éstos condiciones hospitalarias agradables y

vivencias de altas en los pacientes próximos a ellos; sucediendo lo inverso, cuando hay escasa motivación del paciente para realizase la cirugía, poseer una explicación insuficiente de su necesidad y del procedimiento anestésico, un clima hospitalario desagradable y tenso, una habitación saturada de pacientes y experiencia previa negativa con la anestesia. (Pardo & García, 2006, p. 151).

3.6. TEMORES Y CREENCIAS MÁS COMUNES EN EL PACIENTE, ASOCIADAS A LA INTERVENCIÓN QUIRÚRGICA

Los temores presentados y asociados a las intervenciones quirúrgicas se podrían describir con el tipo de temor presentado, la relación que estos tengan y los ejemplos de creencias. Al respecto, Pardo & García (2006) describen: La muerte dentro de un proceso quirúrgico se relaciona con la anestesia general y con la creencia irracional de “Y si no despierto...”; el invalidismo dependiente de la anestesia epidural y con la idea de “si me pinchan la médula”; los errores quirúrgicos y las complicaciones y secuelas formarían parte de los tipos de temores asociados también a las intervenciones quirúrgicas y la anestesia, creyendo al respecto “si operan lo que no es”, “peor el remedio que la enfermedad”; quedar o ponerse “bobo”, el revelar algún secreto al no tener control consciente y la sensación de indefensión que padece el paciente ante la cirugía, en dependencia de la anestesia y regidos por las opiniones de “si se ponen más de la que necesito”, “si me pongo a decir lo que no debo” y “no me puedo defender”. Por último los pacientes presentan temor a que le descubran otra enfermedad, el dolor y los errores quirúrgicos relacionados con las intervenciones quirúrgicas y con las afirmaciones de “si no me coge la anestesia”, “si operan lo que no es” y “si tengo algo malo”. (p. 151).

3.7. LA FAMILIA DEL PACIENTE QUIRÚRGICO

La cirugía constituye una situación de estrés psicológico también para la familia de cualquier paciente. La internación hospitalaria implica separaciones y el abandono del hogar por parte del enfermo, por cuyo futuro temen los restantes miembros del grupo familiar. Se agregan también muchas dificultades prácticas: mayores gastos económicos, problemas en el manejo del hogar o la atención de los niños, la alteración del ritmo de vida familiar por la necesidad de acompañar y cuidar al paciente durante su recuperación, etcétera. (Muñoz, 2011, p. 38).

Muñoz (2011) cita también a Caplan (1993) quien menciona que, la familia es fuente de ayuda concreta y de servicios prácticos en tiempos de necesidad, y una internación quirúrgica sin duda lo es. Por ello, el apoyo del grupo familiar en su interacción con el enfermo puede favorecer mucho su recuperación. Es necesario otorgar a la familia el grado de participación que le corresponde en el proceso quirúrgico, pero a la vez corregir los modos de interacción personal y de adaptación al estrés que suelen provocar complicaciones. En aquellos enfermos que presentan una adaptación preoperatoria muy patológica (ansiedad confusional, reacciones paranoides agudas, antecedentes psicóticos o depresivos graves), es imprescindible conocer bastante a la familia y evaluar su capacidad para acompañar al enfermo en las dificultades del posoperatorio. (p. 38).

En condiciones favorables, la familia contribuye al control emocional de cada paciente en su recuperación tras la cirugía, pues le ayuda a tolerar la frustración, contrarrestar la desesperanza y adaptarse al duelo y las inevitables privaciones psicofísicas de todo posoperatorio. La dinámica de la interacción entre el enfermo quirúrgico y su familia durante la internación depende del tipo de vínculos preexistentes, y en este sentido un factor limitante de los efectos beneficiosos de la

acción del grupo familiar lo constituye la falta de comunicación o su distorsión, al igual que una estructura familiar aglutinada o con roles fijos e inflexibles. (Muñoz, 2011, pp. 38).

Las familias más normales tienen con respecto al cuidado del paciente un funcionamiento naturalmente autorregulado, y su presencia es gratificante. Atienden al operado de una manera flexible, a veces lo acompaña un integrante del grupo, a veces otro, y saben captar las necesidades del enfermo (cuándo dejarlo solo, cuándo estar en silencio, cómo tranquilizarlo cuando sufre). En cambio, las familias más aglutinadas suelen ejercer una acentuada sobreprotección, con roles fijos (siempre la misma persona cuida de forma exagerada y asfixiante al paciente, a quien jamás lo deja solo). (Muñoz, 2011, pp. 38-39).

Tampoco permiten un adecuado manejo de la atención médica y de enfermería: controlan permanentemente la tarea de las enfermeras en busca de errores. En muchas ocasiones, detrás de estas actitudes existe fuerte ambivalencia, y junto al amor y los aparentes cuidados solícitos hay reproches, agresión o sentimientos de culpa; no es raro que, de pronto, ello derive en conflictos y peleas, y por etapas el enfermo sea abandonado en mayor o menor grado por su familia. (Muñoz, 2011, pp. 39).

CAPITULO IV

PSICOTERAPIA EN CIRUGIA

4.1. LA PSICOTERAPIA BREVE Y DE EMERGENCIA (PBIU DE BELLAK)

Psicoterapia rápida o breve es aquella que cumple fines a corto plazo y su descripción varía de acuerdo a los autores; para algunos es aquella que se efectúa entre una a seis sesiones, en una

posición que la coloca como sinónima de emergente. Para otros es aquella que dura entre tres a seis meses, criterio prevalente en los esquemas psicoanalíticos. La psicoterapia de emergencia es la empleada en las situaciones de crisis personales, grupales o comunales y cuando la intervención debe ser inmediata al evento surgido. (Balarezo, 2007, p.226).

4.1.1. INDICACIONES Y CONTRAINDICACIONES

La psicoterapia breve está indicada en los siguientes casos: En situaciones de crisis o descompensaciones agudas, en desadaptaciones por cambio, trastornos reactivos, en problemas neuróticos y psicósomáticos reciente, como tratamiento preparatorio para utilizar posteriormente otras técnicas y en pacientes inmovilizados con crisis menores. En tanto que, la psicoterapia breve está contraindicada en: Los casos en que anteriormente ha fracasado, en psicopatías y en psicosis, neurosis crónicas y en pacientes con tendencia al acting-out. (Balarezo, 2007, p.227).

4.2. BENEFICIOS QUE OTORGA LA PREPARACIÓN PSICOLÓGICA PRE-QUIRÚRGICA

Algunos de los beneficios que se han señalado son disminución de la estadía hospitalaria; mejoramiento del estado inmunológico, circulación y metabolismo; menor estrés antes, durante y después de la cirugía; mayor tranquilidad y autocontrol; disminución importante de depresión o ansiedad (predictor clave de recuperación); menos dolor, menor necesidad de analgésicos; mejor preparación para el alta, mayor satisfacción con la atención recibida y una percepción más positiva de la experiencia hospitalaria. (Cárdenas, González, González. Y., Pérez y Maradona, 2011).

En este sentido se hace necesario evaluar el estado psicológico de los pacientes que serán sometidos a cirugía por lo que se propone un programa para evaluar el antes y después en cuanto a la preparación psicológica de los mismos para el proceso que van a enfrentar. (Cárdenas et al., 2011).

4.3. PREPARACIÓN PSICOLÓGICA ANTE LA CIRUGÍA

Uno de los primeros procedimientos de preparación psicológica para la cirugía fue el realizado por Egbert y cols. (1964) con pacientes sometidos a cirugía abdominal. Estos recibieron tratamiento habitual frente a cuidados especiales, este último constaba de información sobre las sensaciones físicas e instrucciones sobre el uso de la respiración profunda, como técnica de relajación. Los resultados indicaron que los pacientes que recibían tratamiento especial, requerían menor medicación analgésica y la estancia hospitalaria era más corta que el grupo control. (Arias et al., 2004, p. 698).

Así mismo la intervención de Schmitt y Wooldridge (1973) obtuvo los mismos resultados y consistía en información e instrucciones de actividades físicas a realizar tras la cirugía. Otro estudio propuesto por Yudofsky (1971), reduce el índice de psicosis post-operatoria, síndrome confusional y delirium inmediatamente después de la cirugía mayor. La intervención implicaba atención pre y post-quirúrgica, consistente en información sobre el procedimiento quirúrgico y facilitar a los pacientes la oportunidad de expresar sus miedos ante la cirugía. (Arias et al., 2004, pp. 698-699).

4.3.1. EFICACIA DE LAS INTERVENCIONES PSICOLÓGICAS ANTE LA RECUPERACIÓN QUIRÚRGICA

La evidencia indica que la intervención psicológica puede facilitar la recuperación quirúrgica. Esta conclusión se apoya en un amplio número de meta-análisis. Cabe citar el de Mumford, Schlesinger y Glass (1982) quienes revisaron 34 estudios con pacientes quirúrgicos y sometidos a tratamiento psicológico dirigido a facilitar la recuperación. El tamaño del efecto a través de los distintos tipos de intervención psicológica fue de +0,49 indicando de este modo que los grupos de tratamiento fueron mejores que los grupos control. (Arias et al., 2004, pp. 698-699).

Los mismos autores llevaron a cabo otro análisis estadístico del tamaño del efecto para un subgrupo de 13 estudios y examinaron la estancia hospitalaria como variable dependiente. Encontraron que la estancia hospitalaria en los sujetos que recibieron tratamiento psicológico se redujo en dos días frente al grupo control y estas diferencias alcanzaban la significación estadística. Corroborando los datos anteriores, Devine y Cook (1983), Hathaway (1986), Heater, Becker y Olson (1988), realizaron sucesivos meta-análisis con 49,68 y 84 estudios, y obtuvieron un efecto del tamaño de +0,39, +0,44, +0,59 respectivamente. (Arias et al., 2004, p. 699).

e. MATERIALES Y MÉTODOS

La presente investigación se manejó de forma descriptiva enfocada en comprender, registrar, analizar e interpretar las condiciones psicológicas de los pacientes pre-quirúrgicos y sus familiares, además, fue de corte transversal con un enfoque mixto cuanti-cualitativo, que se rigió a través de métodos científicos como el inductivo-deductivo y el analítico sintético; que se apoyaron en el uso de técnicas e instrumentos para la investigación del problema planteado.

Método Inductivo-Deductivo: Mediante este método y como lo refiere su nomenclatura se pudo inducir y deducir la investigación, partiendo de lo general a lo particular en el diseño y en cada una de las etapas planteadas para la consecución de los objetivos.

Método Analítico-Sintético: A través de este método y una vez obtenidos los resultados del trabajo de campo se pudo hacer un análisis minucioso de los datos referidos por los pacientes pre-quirúrgicos y sus familiares para determinar la factibilidad del objetivo general propuesto en nuestro trabajo y a su vez sintetizar los resultados obtenidos.

POBLACIÓN Y MUESTRA

La población investigada se centró en los pacientes pre-quirúrgicos y sus familiares que acuden al Área de Cirugía del Hospital General Isidro Ayora de la ciudad de Loja, y que según los datos referidos por el departamento de estadística de dicha área, en lo que va del 2015, los procesos quirúrgicos realizados se estiman en un promedio mensual de ± 150 pacientes intervenidos quirúrgicamente, sin tener datos específicos de las cirugías programadas, las interconsultas a otros servicios del mismo hospital y las cirugías efectuadas por emergencia. A su

vez, se deduce la misma cantidad de familiares en el mismo lapso de tiempo, y que acuden por la necesidad de informarse acerca del estado del paciente internado o por razones de cuidado en vista de la falta de personal para cumplir al 100% esta demanda.

El Área cuenta con una capacidad máxima para 54 camas. Las sub-áreas o unidades con las que cuenta el Área de Cirugía del HGIAL son: Traumatología, que recibe en promedio ± 60 pacientes mensuales; Otorrinolaringología, con aproximadamente ± 10 atenciones por mes; Neurocirugía, ± 5 atenciones en el mismo lapso de tiempo; Cirugía General, ± 60 pacientes intervenidos quirúrgicamente en promedio cada mes; Oftalmología, que realiza ± 5 intervenciones quirúrgicas mensualmente y la Unidad de Quemados con ± 10 procedimientos quirúrgicos. Cabe resaltar que el promedio de edad de los pacientes que ingresan al Área de Cirugía del HGIAL oscila entre los ± 16 hasta los ± 70 años de vida a excepción de la Unidad de Quemados que recibe pacientes de todas las edades. Dicho esto, el 100% de nuestra población estaría bordeando en promedio, alrededor de 150 pacientes y en igual número de familiares

Selección de la muestra

De manera particular y tomando en cuenta los criterios de inclusión y exclusión, de entre ellos, el que los pacientes para ser parte de la investigación debieron ingresar al área mediante cirugía programada, y al no contar con un número específico de estos procedimientos de entre las ± 150 cirugías que se realizan en esta área y además, dando valía al criterio de las autoridades y personal de dicha área, quienes refirieron que los procesos quirúrgicos de forma programada son los menos numerosos; se tomó a consideración una muestra significativa de 40 personas en edades comprendidas entre ± 16 y ± 70 años que en promedio son las edades atendidas en el Área de Cirugía del Hospital General Isidro Ayora de la ciudad de Loja, de entre ellos, 20 pacientes

pre-quirúrgicos y 20 familiares que acuden al área referida. Cabe referir que la muestra significativa se tomó también en base a los objetivos planteados en favor de la obtención de información de calidad, puesto que, la generación del lineamiento alternativo no es un aspecto singular sino que engloba tanto a los pacientes como a sus familiares.

Criterios de inclusión:

- Pacientes pre-quirúrgicos ingresados en cualquiera de las sub-áreas o unidades del Área de Cirugía del HGIAL.
- Tener un familiar directo o indirecto como su responsable ante el Área y el Hospital.
- Pacientes que ingresan con cirugía programada cuyos familiares tienen conocimiento y participan del proceso.
- Al momento de la aplicación de reactivos deben tener como mínimo 2 días de hospitalización previos a la cirugía.

Criterios de Exclusión:

- A quienes fueron intervenidos de emergencia, por no poder valorar su estado preoperatorio.
- A los pacientes que presentaron problemas psicóticos y alteraciones graves de las funciones psíquicas superiores.
- A los pacientes en estado de sedación o alteraciones de la conciencia.
- Por último, a los pacientes con alteraciones o discapacidades sensoriales graves que dificultaban la entrevista.

Criterios de Salida:

- Pacientes que tras pedir el alta médica voluntaria no pudieron ser evaluados en el período postoperatorio.
- Se debió eliminar toda la información recabada al paciente y su familiar, en los casos en los que el familiar evaluado en el estado pre-operatorio no se encontró al momento de la evaluación postoperatoria.

TÉCNICAS E INSTRUMENTOS

Se utilizaron técnicas como:

Encuesta: La encuesta estuvo compuesta de 7 interrogantes que permitieron en primer lugar recoger datos de filiación en los pacientes pre-quirúrgicos y sus familiares; antecedentes de procedimientos quirúrgicos que facilitaron la exploración de ciertos significados del paciente como el temor o no a la anestesia, sus ideas o miedos a la muerte; el tipo de cirugía a ser intervenido el paciente. También estimó el nivel de confianza de los pacientes pre-quirúrgicos y sus familiares hacia la cirugía, sus temores ante estos procedimientos, el tipo de familia al que pertenecen y por último, la encuesta arrojó datos desde la perspectiva del paciente y sus familiares ante la necesidad o no de la implementación de una propuesta de psicoterapia breve.

Y el uso de instrumentos tales como:

Escala Hospitalaria de Ansiedad y Depresión (Hospital Anxiety and Depression Scale, HAD)

Objetivo: Determinar los niveles de ansiedad y depresión pre y postoperatoria en los pacientes seleccionados para nuestra muestra de investigación.

Descripción: Elaborada por A.S. Zigmong, R.P. Snaith. 1983; La HAD fue diseñada con la intención de crear un instrumento de detección de trastornos depresivos y ansiosos en el marco de los servicios hospitalarios. La HAD está constituida por 14 ítems y dos subescalas, cada una de ellas con 7 ítems, con una subescala de ansiedad centrada en sus manifestaciones psíquicas y una subescala de depresión: centrada en la anhedonía. Puede ser auto o heteroaplicada.

Inventario de Depresión de Beck (Beck Depression Inventory, BDI)

Objetivo: Determinar los niveles de depresión pre y postquirúrgica en los familiares escogidos para nuestra muestra en el trabajo de investigación.

Descripción: Diseñada por A. T. Beck, C. H. Ward, M. Mendelson, J. Mock, J. Erbaugh. 1961; El BDI consta de 21 ítems que evalúan fundamentalmente los síntomas clínicos de melancolía y los pensamientos intrusivos presentes en la depresión. Es, dentro de las escalas de depresión, la que mayor porcentaje de ítems cognitivos presenta, lo que está en consonancia con la teoría cognitiva de la depresión de Beck. Otro elemento distintivo en cuanto a síntomas es la ausencia de síntomas motores y de ansiedad. Es Autoaplicada, aunque inicialmente había sido diseñada para administrar mediante entrevista. El BDI ha sido adaptado y validado al castellano por Conde y Useros.

Escala de Hamilton para la Ansiedad (Hamilton Anxiety Rating Scale, HARS)

Objetivo: Establecer los rangos de ansiedad pre y postquirúrgica en los familiares que forman parte de la muestra a ser investigada.

Descripción: Max Hamilton la propuso en 1959; La HARS es una escala de estado cuyo objetivo es valorar la intensidad de la ansiedad. Consta de un total de 14 ítems que evalúan los aspectos

psíquicos, físicos y conductuales de la ansiedad. Además un ítem evalúa específicamente el ánimo deprimido. Es una escala heteroaplicada.

PROCEDIMIENTO

La investigación quedó estructurada en tres etapas. A continuación se detalla exhaustivamente el proceso seguido en las mismas para la consecución de los objetivos planteados en esta investigación:

Primera Etapa.

1. En un primer momento se procedió a la observación del lugar de estudio y a la entrevista con los encargados del Área de Cirugía del HGIAL para medir la factibilidad de la investigación y la apertura de la misma por parte de sus autoridades. Para fines de emplazamiento, cabe decir que, el contexto de la investigación estuvo enmarcado en el Hospital General Isidro Ayora, que está ubicado en la Provincia de Loja, Cantón Loja, en la Av. Universitaria y calle Manuel Ygnacio Monteros; así mismo, el Área de Cirugía, lugar específico de la investigación cuenta con los servicios de: Traumatología, Otorrinolaringología, Neurocirugía, Cirugía General, Oftalmología y Unidad de Quemados. Para cada uno de los servicios, el área cuenta con profesionales capacitados en el tratamiento de las diversas patologías quirúrgicas, a más de personal de enfermería y equipo auxiliar, no contando así con un equipo especialista y de planta en el área de Salud Mental.

2. Solicitud formal dirigida al Gerente del Hospital General Isidro Ayora y posterior aprobación por parte del mismo, de los encargados del departamento de Docencia e Investigación

y de los responsables del Área de Cirugía, del respectivo permiso para la realización del trabajo de campo.

3. Aplicación de forma permanente los meses de Mayo y Junio de 2015 y en forma individual, de los reactivos psicológicos y la encuesta estructurada a los pacientes pre y postquirúrgicos y sus familiares que en su mayoría provienen de estratos socio-económicos de índole media-baja. En este punto vale resaltar que, en los pacientes se usó la Escala Hospitalaria de Ansiedad y depresión (HAD) por ser un test especializado para personas hospitalizadas en cualquier servicio sanitario de salud, mientras que, los familiares fueron abordados a través de la Escala para la Depresión de Beck (BDI) y la Escala de Hamilton para la Ansiedad (HARS), a fin de medir los niveles de ansiedad y depresión presentes en ellos y recoger datos que permitieron ampliar la investigación.

La aplicación de los reactivos y la entrevista a los pacientes pre-quirúrgicos se ejecutó en las jornadas matutinas de lunes a viernes, mientras que, el trabajo de recolección de datos con los familiares se efectuó en horarios igualmente matutinos y vespertinos conforme al horario de visitas establecido por la institución.

Segunda Etapa.

Se procedió a la tabulación de los datos recogidos a través de los reactivos psicológicos y la encuesta estructurada. A más de la realización del análisis de forma cuantitativa y cualitativamente, tomando en cuenta los objetivos de la investigación y utilizando técnicas no paramétricas de estadística descriptiva tales como: Tablas de frecuencias absolutas y análisis porcentual. En esta etapa además y para finalizar la misma, se efectuó la realización de las

interpretaciones de los resultados a través del análisis tanto cuantitativo como cualitativo y la discusión de dichos datos.

Tercera Etapa.

Una vez recolectada la información deseada y entendidas las dificultades psicológicas como los síntomas de ansiedad y depresión en los pacientes pre-quirúrgicos y sus familiares, se procedió a la elaboración de una propuesta de Psicoterapia breve enfocada en la disminución de los síntomas ansioso-depresivos de los pacientes pre-quirúrgicos y sus familiares, misma que fue diseñada a través del juicio de especialistas con experticia en el tema y que quedará como precedente a fin de poderse implementar a futuro como un protocolo de intervención psicológica en el Área de Cirugía del HGIAL.

f. RESULTADOS

FASE PRE-QUIRÚRGICA

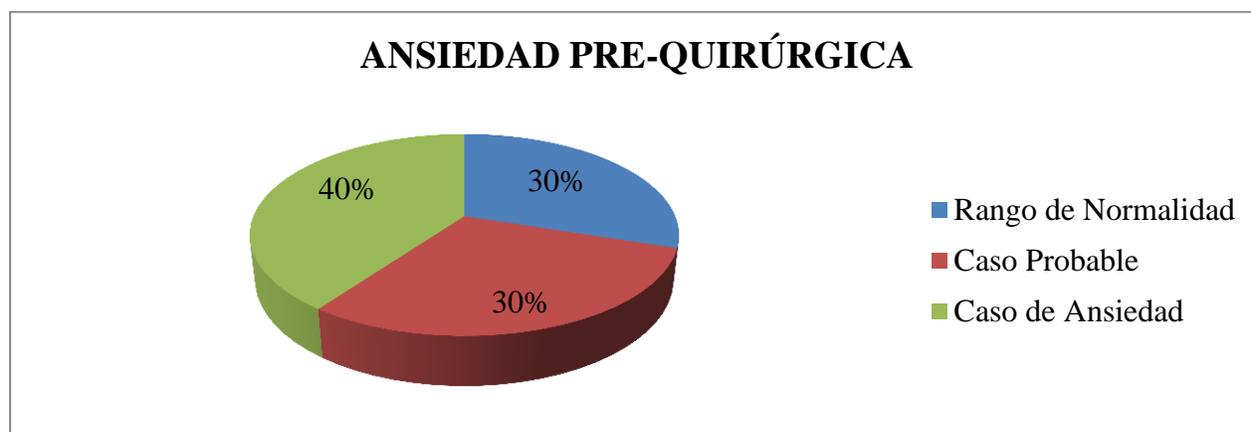
6.1 RESULTADOS QUE CORRESPONDEN AL OBJETIVO UNO: Determinar los niveles de ansiedad en los pacientes pre-quirúrgicos y sus familiares en el Área de Cirugía del Hospital General Isidro Ayora.

ANSIEDAD EN LOS PACIENTES PRE-QUIRÚRGICOS DEL ÁREA DE CIRUGÍA DEL HIGIAL

Variable	Frecuencia	Porcentaje
Rango de Normalidad	6	30%
Caso Probable	6	30%
Caso de Ansiedad	8	40%
TOTAL	20	100%

FUENTE: Escala de Ansiedad y Depresión Hospitalaria (HAD) aplicada a los pacientes pre-quirúrgicos del Área de Cirugía del Hospital General Isidro Ayora de Loja.

ELABORADO POR: Ronald Leonardo Mora Morales.



FUENTE: Escala de Ansiedad y Depresión Hospitalaria (HAD) aplicada a los pacientes pre-quirúrgicos del Área de Cirugía del Hospital General Isidro Ayora de Loja.

ELABORADO POR: Ronald Leonardo Mora Morales.

INTERPRETACIÓN DE RESULTADOS:

Virues (2015) define a la ansiedad como una emoción normal que se experimenta en situaciones en las que el sujeto se siente amenazado por un peligro externo o interno. Dicho esto, resultan coherentes los resultados de la investigación que revelan elevados niveles de ansiedad en los pacientes pre-quirúrgicos como una reacción análoga ante un evento desconocido y los temores que radican en ellos frente al proceso quirúrgico, tal y como se señalan en la encuesta aplicada a la población investigada (Anexo 2) en la que destacan los temores por parte del paciente hacia las ideas de, no quedar bien, el entrar en estado de coma y el morir.

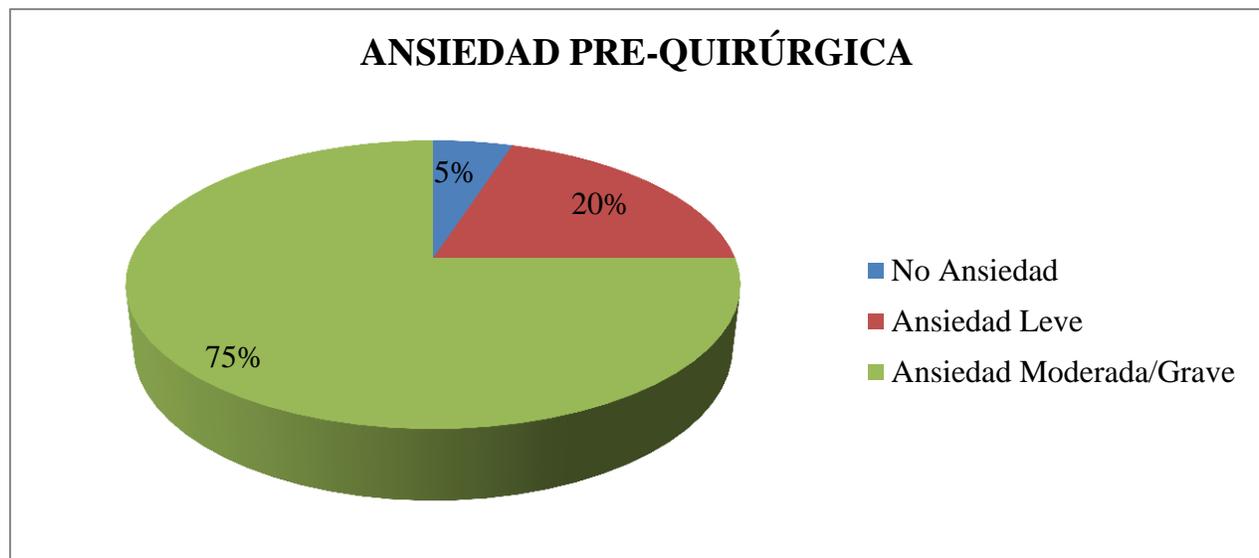
6.2. RESULTADOS QUE CORRESPONDEN AL OBJETIVO UNO: Determinar los niveles de ansiedad en los pacientes pre-quirúrgicos y sus familiares en el Área de Cirugía del Hospital General Isidro Ayora.

ANSIEDAD EN LOS FAMILIARES DE LOS PACIENTES PRE-QUIRÚRGICOS DEL ÁREA DE CIRUGÍA DEL HGIAL

Variable	Frecuencia	Porcentaje
No Ansiedad	1	5%
Ansiedad Leve	4	20%
Ansiedad Moderada/Grave	15	75%
TOTAL	20	100%

FUENTE: Escala de Ansiedad de Hamilton aplicada a los familiares de los pacientes pre-quirúrgicos del Área de Cirugía del Hospital General Isidro Ayora de Loja.

ELABORADO POR: Ronald Leonardo Mora Morales.



FUENTE: Escala de Ansiedad de Hamilton aplicada a los familiares de los pacientes pre-quirúrgicos del Área de Cirugía del Hospital General Isidro Ayora de Loja.

ELABORADO POR: Ronald Leonardo Mora Morales.

INTERPRETACIÓN DE RESULTADOS:

Los resultados apuntan directamente a una incidencia altamente significativa de los niveles de ansiedad en los familiares de los pacientes pre-quirúrgicos, esto se explicaría según lo postulado por Esquivel et al., (2007) quienes exponen que el desgaste familiar que genera un proceso quirúrgico ocasiona daño emocional, físico y mental en los familiares o acompañantes que cuidan al enfermo, principalmente alteraciones de ansiedad generalizada y depresión. Ansiedad que se hace prevalente en nuestro estudio y que al igual que en los familiares estaría relacionada a su vez por los temores presentes en ellos ante la cirugía y el grado de consanguineidad que tienen con los pacientes preoperatorios. (Anexo 2).

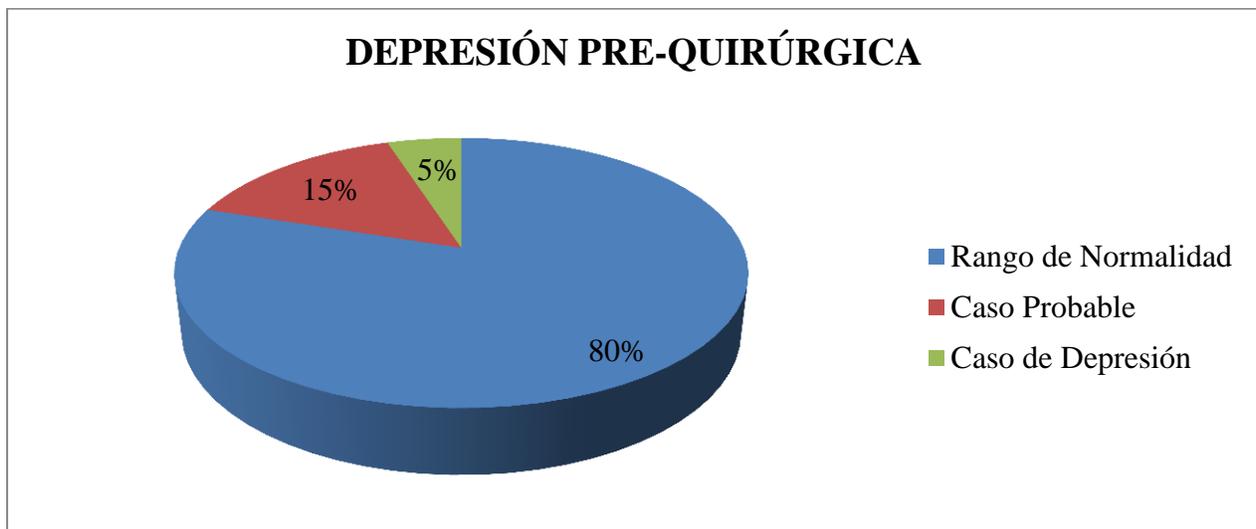
6.3. RESULTADOS QUE CORRESPONDEN AL OBJETIVO DOS: Establecer los índices de depresión en los pacientes pre-quirúrgicos y sus familiares en el Área de Cirugía del Hospital General Isidro Ayora.

DEPRESIÓN PRE-QUIRÚRGICA EN LOS PACIENTES DEL ÁREA DE CIRUGÍA DEL HIGIAL

Variable	Frecuencia	Porcentaje
Rango de Normalidad	16	80%
Caso Probable	3	15%
Caso de Depresión	1	5%
TOTAL	20	100%

FUENTE: Escala de Ansiedad y Depresión Hospitalaria (HAD) aplicada a los pacientes pre-quirúrgicos del Área de Cirugía del Hospital General Isidro Ayora de Loja.

ELABORADO POR: Ronald Leonardo Mora Morales.



FUENTE: Escala de Ansiedad y Depresión Hospitalaria (HAD) aplicada a los pacientes pre-quirúrgicos del Área de Cirugía del Hospital General Isidro Ayora de Loja.

ELABORADO POR: Ronald Leonardo Mora Morales.

INTERPRETACIÓN DE RESULTADOS:

En este punto de la investigación se observa que la depresión no es un indicador que pueda estar fuertemente presente, al menos no en los pacientes pre-quirúrgicos de nuestro estudio. Al respecto y tomando en consideración a la literatura científica, la baja presencia de depresión se relacionaría directamente con el tipo de personalidad de los pacientes, descartando a los de tipo A, un locus de control de nivel bajo, mayor afrontamiento centrado en las emociones positivas y mayor capacidad de adaptación; sin desconocer los mecanismos de defensa de negación presentes en ellos a la hora de la evaluación. (Muñoz, 2011).

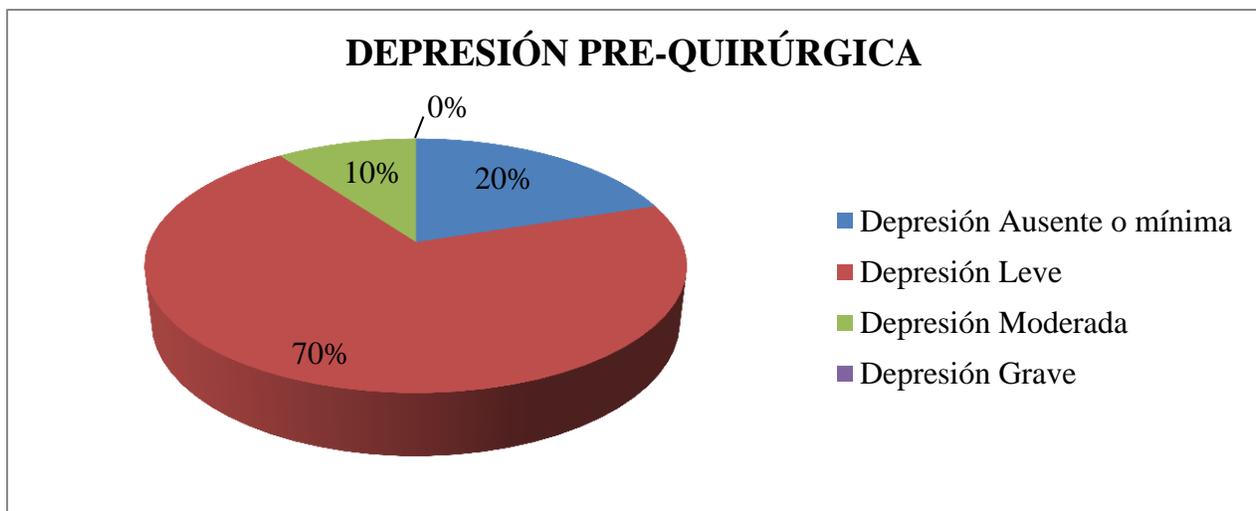
6.4. RESULTADOS QUE CORRESPONDEN AL OBJETIVO DOS: Establecer los índices de depresión en los pacientes pre-quirúrgicos y sus familiares en el Área de Cirugía del Hospital General Isidro Ayora.

DEPRESIÓN EN LOS FAMILIARES DE LOS PACIENTES PRE-QUIRÚRGICOS DEL ÁREA DE CIRUGÍA DEL HGIAL

Variable	Frecuencia	Porcentaje
Depresión Ausente o mínima	4	20%
Depresión Leve	14	70%
Depresión Moderada	2	10%
Depresión Grave	0	0%
TOTAL	20	100%

FUENTE: Escala de Depresión de BECK (BDI) aplicada a los familiares de los pacientes pre-quirúrgicos del Área de Cirugía del Hospital General Isidro Ayora de Loja.

ELABORADO POR: Ronald Leonardo Mora Morales.



FUENTE: Escala de Depresión de BECK (BDI) aplicada a los familiares de los pacientes pre-quirúrgicos del Área de Cirugía del Hospital General Isidro Ayora de Loja.

ELABORADO POR: Ronald Leonardo Mora Morales.

INTERPRETACIÓN DE RESULTADOS:

Al contrario de los índices depresivos en los pacientes pre-quirúrgicos, sus familiares muestran niveles muy elevados de depresión pre-quirúrgica. Caplan (1993), menciona que la familia es fuente de ayuda concreta y de servicios prácticos en tiempos de necesidad, y una internación quirúrgica sin duda lo es. Pero a su vez, es necesario otorgar a la familia el grado de participación que le corresponde en el proceso quirúrgico y corregir los modos de interacción personal y de adaptación al estrés que suelen provocar complicaciones (Muñoz, 2011). En este caso la presencia de sintomatología depresiva de forma elevada y en rangos que de no ser tratados pueden tender a la agudización y cronificación.

RESULTADOS – FASE POST-QUIRÚRGICA (RE-TEST)

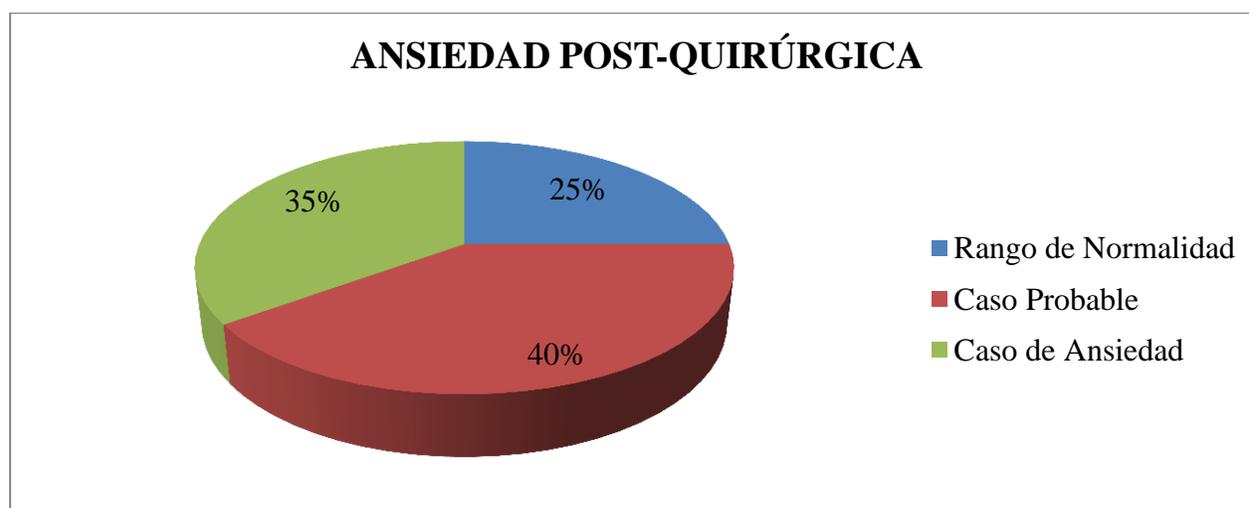
6.5. RESULTADOS QUE CORRESPONDEN AL OBJETIVO TRES: Realizar un re-test a los pacientes post-quirúrgicos y sus familiares para valorar sus niveles ansioso-depresivos sin que previamente haya existido ningún tipo de trabajo psicológico en ellos; a fin de plasmar la necesidad de la elaboración de una propuesta de Psicoterapia Breve.

ANSIEDAD POST-QUIRÚRGICA EN LOS PACIENTES DEL ÁREA DE CIRUGÍA DEL HIGIAL

Variable	Frecuencia	Porcentaje
Rango de Normalidad	5	25%
Caso Probable	8	40%
Caso de Ansiedad	7	35%
TOTAL	20	100%

FUENTE: Escala de Ansiedad y Depresión Hospitalaria (HAD) aplicada a los pacientes post-quirúrgicos del Área de Cirugía del Hospital General Isidro Ayora de Loja.

ELABORADO POR: Ronald Leonardo Mora Morales.



FUENTE: Escala de Ansiedad y Depresión Hospitalaria (HAD) aplicada a los pacientes post-quirúrgicos del Área de Cirugía del Hospital General Isidro Ayora de Loja.

ELABORADO POR: Ronald Leonardo Mora Morales.

INTERPRETACIÓN DE RESULTADOS:

El fin de la preparación psicológica en el preoperatorio radica en favorecer una recuperación más rápida en el postoperatorio al reducir o evitar los trastornos del comportamiento que se observan en algunos pacientes, y que se manifiestan en formas de desorientación, agresividad, requerimientos excesivos de analgesia, conductas psicóticas, hipocinesia, aislamiento e incluso conductas regresivas. (Gordillo, Arana y Mestas, 2011). El resultado podría rotularse en las conductas antes mencionada debido a que en el re-test se evidencia aún una alta prevalencia de ansiedad pese a haber sucedido incluso con éxito evento desencadenante y sustentador de la ansiedad.

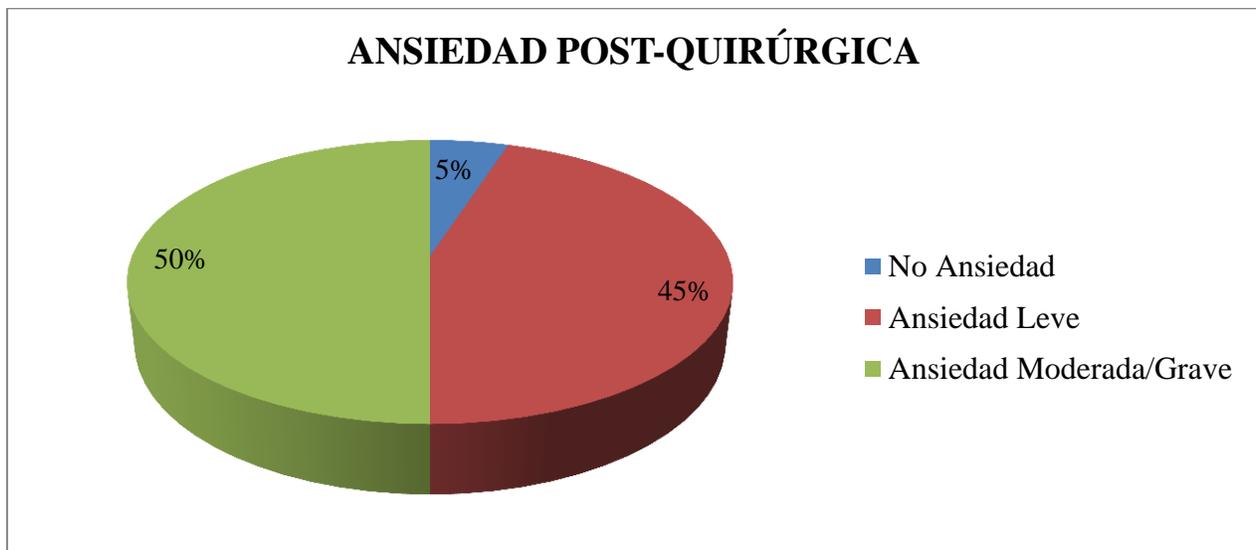
6.6. RESULTADOS QUE CORRESPONDEN AL OBJETIVO TRES: Realizar un re-test a los pacientes post-quirúrgicos y sus familiares para valorar sus niveles ansioso-depresivos sin que previamente haya existido ningún tipo de trabajo psicológico en ellos; a fin de plasmar la necesidad de la elaboración de una propuesta de Psicoterapia Breve.

ANSIEDAD EN LOS FAMILIARES DE LOS PACIENTES POST-QUIRÚRGICOS DEL ÁREA DE CIRUGÍA DEL HGIAL

Variable	Frecuencia	Porcentaje
No Ansiedad	1	5%
Ansiedad Leve	9	45%
Ansiedad Moderada/Grave	10	50%
TOTAL	20	100%

FUENTE: Escala de Ansiedad de Hamilton aplicada a los familiares de los pacientes post-quirúrgicos del Área de Cirugía del Hospital General Isidro Ayora de Loja.

ELABORADO POR: Ronald Leonardo Mora Morales.



FUENTE: Escala de Ansiedad de Hamilton aplicada a los familiares de los pacientes post-quirúrgicos del Área de Cirugía del Hospital General Isidro Ayora de Loja.

ELABORADO POR: Ronald Leonardo Mora Morales.

INTERPRETACIÓN DE RESULTADOS:

El re-test para medir la ansiedad en los familiares de los pacientes posterior al proceso quirúrgico denuncia la permanencia de la ansiedad en el periodo post-quirúrgico en niveles incluso similares y como única diferencia, se encuentra la disminución del rango de intensidad con que se pueda presentar. Siguiendo a Esquivel et al., (2007) esto repercutiría entonces en un mayor desgaste familiar, mayor daño emocional, físico y mental en los familiares o acompañantes que cuidan al paciente en recuperación, y principalmente alteraciones de ansiedad generalizada que pueden desencadenarse hacia la depresión.

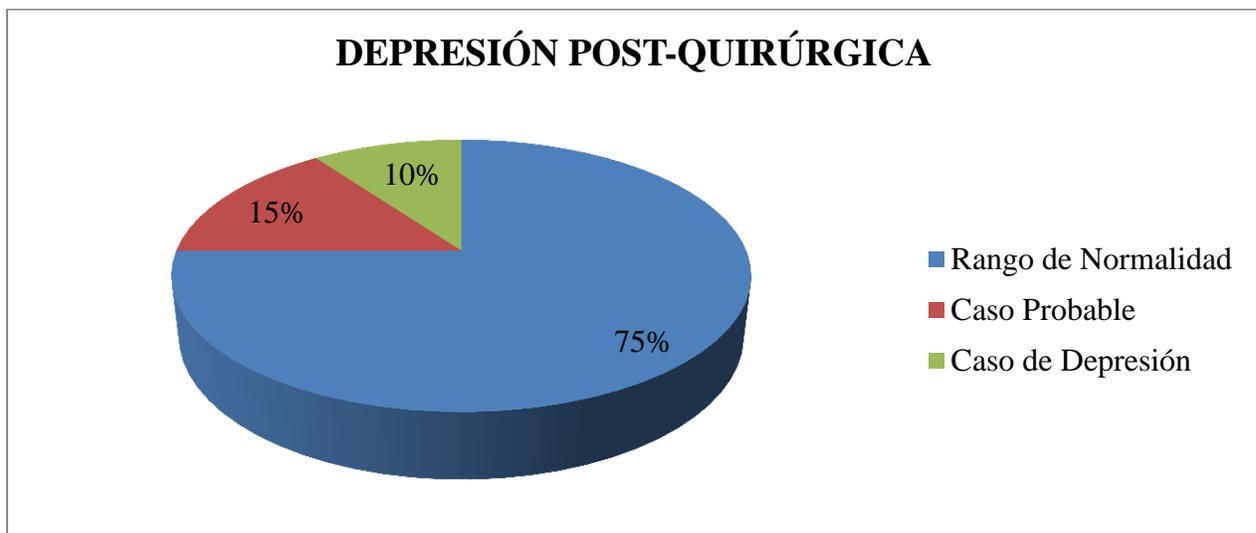
6.7. RESULTADOS QUE CORRESPONDEN AL OBJETIVO TRES: Realizar un re-test a los pacientes post-quirúrgicos y sus familiares para valorar sus niveles ansioso-depresivos sin que previamente haya existido ningún tipo de trabajo psicológico en ellos; a fin de plasmar la necesidad de la elaboración de una propuesta de Psicoterapia Breve.

DEPRESIÓN POST-QUIRÚRGICA EN LOS PACIENTES DEL ÁREA DE CIRUGÍA DEL HGIAL

Variable	Frecuencia	Porcentaje
Rango de Normalidad	15	75%
Caso Probable	3	15%
Caso de Depresión	2	10%
TOTAL	20	100%

FUENTE: Escala de Ansiedad y Depresión Hospitalaria (HAD) aplicada a los pacientes post-quirúrgicos del Área de Cirugía del Hospital General Isidro Ayora de Loja.

ELABORADO POR: Ronald Leonardo Mora Morales.



FUENTE: Escala de Ansiedad y Depresión Hospitalaria (HAD) aplicada a los pacientes post-quirúrgicos del Área de Cirugía del Hospital General Isidro Ayora de Loja.

ELABORADO POR: Ronald Leonardo Mora Morales.

INTERPRETACIÓN DE RESULTADOS:

Los síntomas depresivos en los pacientes hospitalizados dificultan la adhesión al tratamiento, hacen más lenta la recuperación del paciente, alteran el pronóstico y curso de la enfermedad, incrementan el riesgo de mortalidad, aumentan el tiempo de hospitalización, y por consiguiente, los costes económicos de la enfermedad. (Costas, Prado y Crespo, 2013). Información alentadora para el propio paciente, familiares y los equipos sanitarios es la encontrada en la investigación en la que la gran mayoría de pacientes evaluados se encuentran dentro de un rango de normalidad referente a la depresión. Sin embargo, el restante es un dato no despreciable y que sustenta en parte la implementación del lineamiento alternativo propuesto.

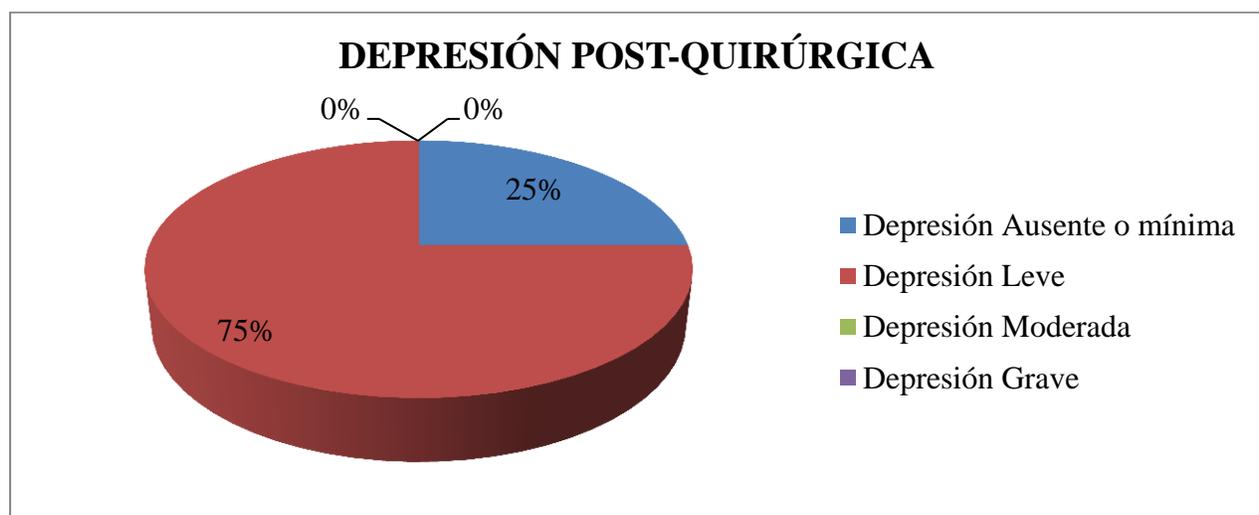
6.8. RESULTADOS QUE CORRESPONDEN AL OBJETIVO TRES: Realizar un re-test a los pacientes post-quirúrgicos y sus familiares para valorar sus niveles ansioso-depresivos sin que previamente haya existido ningún tipo de trabajo psicológico en ellos; a fin de plasmar la necesidad de la elaboración de una propuesta de Psicoterapia Breve.

DEPRESIÓN EN LOS FAMILIARES DE LOS PACIENTES POST-QUIRÚRGICOS DEL ÁREA DE CIRUGÍA DEL HGIAL

Variable	Frecuencia	Porcentaje
Depresión Ausente o mínima	5	25%
Depresión Leve	15	75%
Depresión Moderada	0	0%
Depresión Grave	0	0%
TOTAL	20	100%

FUENTE: Escala de Depresión de Beck (BDI) aplicada a los familiares de los pacientes post-quirúrgicos del Área de Cirugía del Hospital General Isidro Ayora de Loja.

ELABORADO POR: Ronald Leonardo Mora Morales.



FUENTE: Escala de Depresión de Beck (BDI) aplicada a los familiares de los pacientes post-quirúrgicos del Área de Cirugía del Hospital General Isidro Ayora de Loja.

ELABORADO POR: Ronald Leonardo Mora Morales.

INTERPRETACIÓN DE RESULTADOS:

Es importante resaltar que, en la depresión clínica los sentimientos y pensamientos de infelicidad y ansiedad no desaparecen. Están presentes casi todo el tiempo. Si no es tratada, la depresión puede afectar seriamente al individuo en el ámbito laboral, personal, familiar y social. (APA, 2003). Esto se traduce gráficamente en los resultados obtenidos, en los que se evidencia similares niveles de depresión en los familiares de los pacientes a ese momento ya post-quirúrgicos, con los niveles presentados en el período pre-quirúrgico. Y nuevamente ponen en palestra la necesidad de trabajar previo a cirugía no solamente con los pacientes, con el propósito de reducir daños y riesgos futuros en los familiares.

g. DISCUSIÓN

Brindar herramientas válidas e implementarlas dentro del ámbito hospitalario resulta ser uno de los fines de la investigación para la psicología clínica; siguiendo esta línea es que, a través de este trabajo se procuró conocer, analizar e interpretar los síntomas emocionales presentes en el marco de los procesos quirúrgicos y traducir estos datos en la generación de una propuesta de psicoterapia breve enfocada en la disminución de los síntomas ansioso-depresivos de los pacientes pre-quirúrgicos y sus familiares en el área de cirugía del Hospital General Isidro Ayora de la ciudad de Loja.

Al respecto, los resultados sobre las variables y contextos de nuestra investigación; revelan elevados niveles de ansiedad (30% casos probables y 40% casos de ansiedad) en los pacientes pre-quirúrgicos como una reacción análoga ante un evento desconocido y los temores que radican en ellos frente al proceso quirúrgico, tal y como lo señala Virues (2015). En tanto que, se evidencia niveles altamente significativos de ansiedad (20% leve y 75% de casos de ansiedad moderada/grave) en los familiares de los pacientes pre-quirúrgicos, esto se explicaría según Esquivel (2007) por el desgaste familiar que genera un proceso quirúrgico ocasionando daño emocional, físico y mental en los familiares o acompañantes que cuidan al enfermo.

En lo referente a los datos obtenidos sobre la depresión pre-quirúrgica, esta se presenta con bajos niveles en los pacientes pre-quirúrgicos (15% de casos probables y 5% de casos de depresión), relacionándose según Muñoz (2011), directamente con el tipo de personalidad de los pacientes, descartando a los de tipo A, un locus de control de nivel bajo, mayor afrontamiento

centrado en las emociones positivas y mayor capacidad de adaptación. Al contrario, sus familiares muestran niveles depresivos elevados (70% con depresión leve, 10% con moderada), según Caplan (1993) es necesario otorgar a la familia el grado de participación que le corresponde en el proceso quirúrgico y corregir los modos de interacción personal y de adaptación al estrés que suelen provocar complicaciones.

Haciendo alusión a la segunda parte de nuestra investigación tenemos que, el fin de la preparación psicológica preoperatoria radica en favorecer una recuperación más rápida en el postoperatorio al reducir o evitar los trastornos del comportamiento que se observan en algunos pacientes como desorientación, agresividad, requerimientos excesivos de analgesia, conductas psicóticas, hipocinesia, aislamiento e incluso conductas regresivas. (Gordillo et al., 2011).

El resultado podría rotularse en las conductas antes mencionada debido a que en el re-test efectuado, los pacientes post-quirúrgicos presentan aún una alta prevalencia de ansiedad (40% para casos probables y 35% para casos de ansiedad) pese a haber sucedido incluso con éxito el evento desencadenante y sustentador de esta sintomatología. Así también, se visualiza la permanencia de los niveles de ansiedad (45% para ansiedad leve y un 50% para moderada/grave) en los familiares de los pacientes post-quirúrgicos. Siguiendo a Esquivel et al. (2007) esto repercutiría generando principalmente alteraciones de ansiedad generalizada que pueden desencadenarse hacia la depresión.

Dentro de la misma línea se sustenta que la depresión en los pacientes hospitalizados dificulta la adhesión al tratamiento, lentifica su recuperación, altera el pronóstico y curso de la enfermedad, incrementa el riesgo de mortalidad y el tiempo de hospitalización. (Costas et al.,

2013). Un dato alentador con los datos obtenidos en la investigación (15% como casos probables y un 10% como casos de depresión). Sin embargo, resulta una cifra nada despreciable que sustenta en parte la implementación del lineamiento alternativo propuesto. Los familiares en esta etapa del proceso develan elevados índices depresivos (75% para depresión leve y 0% para moderada y grave), traduciendo esto; la depresión clínica, los sentimientos y pensamientos de infelicidad al mantenerse pueden afectar seriamente al individuo en todas sus esferas de desarrollo. (DSM IV-TR, 2003). Poniendo nuevamente en palestra la necesidad de trabajar previo a cirugía no solamente con los pacientes sino también con sus familiares, con el propósito de reducir daños y riesgos futuros.

Contrastando estos resultados con otras investigaciones tenemos que, Valenzuela et al., (2010) al investigar la ansiedad preoperatoria en procedimientos anestésicos en un grupo de pacientes pre-quirúrgicos encontró que, de 135 pacientes entrevistados; la ansiedad preoperatoria se encontró en 72 pacientes que equivalen al 76% ($p = 0.001$), con una puntuación promedio de APAIS igual a 17 ± 7.0 . Además se observa que dentro de los factores asociados a mayor riesgo de ansiedad se encuentran el sexo femenino en 70 %, la escolaridad a nivel profesional en 13 % de los casos y el poco tiempo de sueño en 29%. Comparando los estudios se puede dilucidar la correlación existente entre ambos y la similitud de los resultados referentes a la ansiedad preoperatoria en los pacientes ingresados a cirugía programada, lo que da mayor consistencia a los datos encontrados en nuestra muestra.

Así mismo, a nivel local, una investigación realizada por Muñoz (2011) en la misma Área de cirugía del HGIAL con el fin de medir la efectividad de un tratamiento cognitivo-conductual y en el que se evaluaron a 20 pacientes en edades de entre 20 y 40 años de edad, de los cuales 10

pacientes no fueron intervenidos psicoterapéuticamente y en los que se evidenció que, el 70% se enmarcó como casos de ansiedad pre-quirúrgica; Seguido por un 30%, que presentaron casos probables. En cuanto a los niveles de depresión, se evidenció que el 20%, presentaron casos de depresión, mientras un 40% corresponde a casos probable y otro 40% no presenta depresión. En tanto que, los datos posteriores a la cirugía recogidos a través de la escala HAD, muestran que un 70%, presentaron ansiedad postoperatoria. Seguido de un 20% de casos probables de ansiedad. En lo referente a depresión postoperatoria, el 60% presentaron casos probables de depresión y el 30% de casos de depresión.

Al analizar estos datos y trayendo nuevamente en alusión la investigación mexicana, es evidente que, los niveles de ansiedad previo a un procedimiento quirúrgico siguen siendo preponderantes. En tanto que, en el trabajo de Muñoz (2011) los niveles de depresión pre-quirúrgica son bastante elevados mientras que en nuestros datos se evidencia la baja pero nada despreciable presencia de depresión preoperatoria. Datos que pudieron haber variado debido a la diferencia en las edades abordadas en ambas muestras. También, otra variable que pudo interferir en los resultados podría estar radicada en el tiempo de aplicación de los reactivos psicológicos, que en promedio en nuestro trabajo fue de entre 4 a 8 horas en su mayoría previos al evento. Todo esto en vista de la necesidad de lograr datos mayormente objetivos, pero sin tener en cuenta que esta podría ser la causa del despunte elevado de la sintomatología ansiosa sobre la depresiva.

Concerniente a los datos post-quirúrgicos, los índices de ansiedad en nuestra investigación se asemejan a los encontrados por Muñoz (2011) en los pacientes, posterior a ser intervenidos quirúrgicamente. Pero, nuevamente los resultados de depresión post-quirúrgica difieren en ambas investigaciones, asumiendo un rol crítico sobre lo encontrado en nuestra investigación.

Dentro del mismo sentido, el proceso investigativo se dirigió también hacia los familiares de los pacientes en los momentos pre y post-quirúrgicos. Para ello se contrasta estos datos con los encontrados por Esquivel et al. (2007) en una investigación realizada en México en la que se pretendió determinar la prevalencia de ansiedad y depresión en los familiares o acompañantes de pacientes hospitalizados; se encuestaron a 197 familiares o acompañantes de pacientes de 24 servicios médico-quirúrgicos. Los resultados obtenidos determinan que la prevalencia de ansiedad fue de 49.2% y de depresión de 35.0% mediante el cuestionario (HAADS). Con el inventario de Beck se obtuvo una prevalencia de ansiedad de 25.9%. Los resultados obtenidos en nuestra investigación se asemejan a los hallados por Esquivel y colaboradores en cuanto a la prevalencia de estos trastornos, aunque difieran en intensidad pese a ser poblaciones con características socio-culturales similares.

Los datos post-quirúrgicos encontrados en nuestro trabajo investigativo denotan la alta prevalencia de ansiedad y depresión ante un evento quirúrgico, mismos que validan la necesidad de generar una propuesta de psicoterapia breve acorde a las necesidades de los pacientes pre-quirúrgicos y sus familiares; basados además en que el 87% del total de la muestra solicita la ejecución de un trabajo psicoterapéutico preoperatorio en favor de lograr una mayor y mejor adaptación al proceso operatorio y una recuperación satisfactoria del paciente post-quirúrgico y por ende, una mayor promoción y prevención de la salud mental en los familiares. (Anexo 2). Dejando sentada así la fuerte necesidad de que el papel de la salud mental juegue un rol más importante del dado en la actualidad en los centros sanitarios públicos del país y de que el manejo y tratamiento del paciente no se limite a la parte física sino, a brindar al usuario la oportunidad de ser evaluado y tratado de forma integral.

h. CONCLUSIONES

Después de culminado el trabajo investigativo y tomando como referente el cumplimiento de los objetivos planteados para nuestra investigación se concluye que:

- La ansiedad preoperatoria se encuentra latente y en niveles altamente considerables en los pacientes pre-quirúrgicos y sus familiares en el Área de Cirugía del Hospital General Isidro Ayora de la ciudad de Loja. Todo esto como una reacción análoga y normal ante el desconocimiento y la presencia de temores irracionales propios del suceso y con la posibilidad de generarse complicaciones a posterior en la psique de los pacientes y sus familiares de no existir un adecuado tratamiento de dicha sintomatología.
- La depresión resulta no ser un factor altamente presente en los pacientes pre-quirúrgicos, en tanto que si afecta y en rangos elevados a sus familiares; probablemente la ansiedad pre-quirúrgica al presentarse en índices elevados en los pacientes previo a la cirugía y a través de sus mecanismos de defensa ocultarían los síntomas depresivos de los mismos; mientras que, los familiares ante los temores propios de la cirugía como el que su ser querido no quede bien, entre en estado de coma o que muera, inducirían a una alta presencia de síntomas depresivos en ellos, actuando así mismo como agentes patologizantes a posterior.
- Después de efectuado el procedimiento quirúrgico y ya en la etapa de recuperación, la ansiedad se encuentra latente en los pacientes incluso en índices superiores, en tanto que, los familiares presentan niveles elevados de ansiedad pero en el mismo nivel que en el

periodo pre-quirúrgico. Por tanto, la ansiedad no sería propia del estadio preoperatorio sino más bien de todo el proceso quirúrgico, en el que se incluye el momento de recuperación tanto para los pacientes como para sus familiares y se hace más evidente la necesidad de efectuar un trabajo psicoterapéutico en estos actores, en pro de evitar in situ y a posterior problemas mayores en su estado mental y su salud integral.

- Así mismo en el estado post-operatorio, la depresión escala sus rangos en los pacientes, aunque cabe resaltar que esta continua siendo de prevalencia sumamente baja, mientras que, en los familiares la psicopatología depresiva disminuye un mínimo de su latencia pero persiste en niveles bastante agudos. Traduciendo esto se concluye que, se hace evidente ya, la presencia de síntomas depresivos en los pacientes y a pesar de disminuir los niveles de depresión de sus familiares, estos permanecen latentes ante el proceso de recuperación, aumentando así la posibilidad de presentarse complicaciones en los pacientes y sus familiares.
- Se plantea una propuesta de Psicoterapia Breve enfocada en la disminución de los síntomas ansioso-depresivos de los pacientes pre-quirúrgicos y sus familiares en el Área de Cirugía del HGIAL; la misma que se sustenta en base a los resultados obtenidos y analizados anteriormente en toda la investigación y se desarrolla de acuerdo a las necesidades y limitaciones interpuestas por el paciente o el área de cirugía.

i. RECOMENDACIONES

Así mismo, tomando como referencia las conclusiones planteadas en nuestra investigación, se generan las siguientes recomendaciones:

- Que el departamento de Salud Mental del Hospital General Isidro Ayora plantee planes de promoción y prevención de la Salud Mental de forma intra y extra hospitalaria a fin de dar la relevancia debida ante la sociedad a la psicología clínica y a la psicología en general.
- Que el trabajo en el Área de Cirugía del Hospital General Isidro Ayora de la ciudad de Loja se intensifique por parte de los internos de psicología clínica y del Departamento de Salud Mental, en favor de aminorar los índices presentados en la investigación al brindar una atención integral (bio-psicológica) a los pacientes y, de acuerdo a la propuesta planteada, disminuir los riesgos de daño o afección a la psique de sus familiares.
- A las autoridades del Hospital y basados en la investigación efectuada, dispongan en primer lugar la implementación de este protocolo de atención psicológica como parte de los protocolos que se manejan de forma obligatoria en la institución. Y en segundo lugar, para el correcto manejo del mismo y en vista de las posibilidades, se pueda dar paso a la contratación de personal especializado, con el único propósito de brindar atención, prevención y promoción en Salud Mental.

- Por último, se recomienda al sector sanitario en general, se tome en cuenta el tratamiento psicológico de los familiares y de manera especial a los familiares de los pacientes pre-quirúrgicos con la finalidad de preservar su salud mental y generar una adecuada adaptación al suceso quirúrgico y así incluso minimizar costes para la institución hospitalaria, evitando quejas y denuncias por mala práctica profesional ante situaciones que resultan de simple desconocimiento para el familiar de un paciente sometido a cirugía.

j. BIBLIOGRAFÍA

REFERENCIAS BIBLIOGRÁFICAS

APA (Asociación Americana de Psiquiatría). (2003). Manual diagnóstico y estadístico de los trastornos mentales *DSM IV-TR*. Barcelona, España: Elsevier Masson.

Acevedo. G. E., Martínez. G. A., & Estario. J. C. (2007). Manual de Salud Pública: 7. Córdoba, Argentina: Editorial Brujas.

Arias. J., Aller. M. A., Miranda. E. F., Arias. J. I. y Lorente. L. (2004). *Propedéutica Quirúrgica: Preoperatorio, Operatorio y Postoperatorio*. Madrid, España: Editorial Tébar.

Arias, Pérez. J. (2001). Generalidades Médico-Quirúrgicas. Albacete, España: Editorial Tébar.

Balarezo, Chiriboga. L. (2007). Psicoterapia, (2da ed.). Quito, Ecuador: Centro de Publicaciones de la Pontificia Universidad Católica del Ecuador.

Carapia, Sarduni. A., Mejía, Terrazas. G. E., Nacif, Gobera. L., Hernández, Ordóñez. N. (2011). Efecto de la Intervención Psicológica sobre la Ansiedad Preoperatoria. *Anestesiología*, Vol. 34 (4), 260-263.

Cárdenas, Oliva. D., González, Pérez. M., González, Nieves. Y., Pérez, Mesa. Y. E., Maradona, Cristovao. J. (2011). Propuesta de un programa de atención psicológica a pacientes

tributarios a cirugía y trasplante. Bogotá D.C., Colombia: Revista Psicología Científica – Grupo PSICOM.

Costas, González. M., Prado, Robles. V., Crespo, Iglesias. J. M. (2013). Ansiedad y Depresión entre los Pacientes Hospitalizados en el Complejo Hospitalario de Ferrol. *Iberoamericana de Psicología*, Vol. 1 (107), 16-22.

Castro, Licango. F., Prado, Brito. M., Zurita, Morales. J. (2010). *Frecuencia de Ansiedad y Depresión en pacientes ASA I –II sometidos a cirugía, en el HGI de Quito en el período de febrero a abril del 2010*. (Tesis de Postgrado). Disponible en el repositorio digital de la Facultad de Ciencias Médicas de la Universidad Central del Ecuador.

Esquivel, Molina. C. G., Buendía, Cano. F., Villa, Hernández. F., Ontiveros, Martínez. R., Velasco, Rodríguez. V. M. & Martínez, Mendoza. J. A. (2007). Ansiedad y Depresión en Familiares de Pacientes Hospitalizados. *Medicina Interna de México*. Vol. 23 (6), 512-516.

Gordillo, León. F., Arana, Martínez. J. M., Mestas, Hernández. L. (2011). Tratamiento de la Ansiedad en Pacientes Pre-quirúrgicos. *Clínica de Medicina de Familia*, Vol. 4 (3), 228-233.

Ministerio de Sanidad y Consumo de España. (2008). Guía de Práctica Clínica para el Manejo de Pacientes con Trastornos de Ansiedad en Atención Primaria. Madrid, España: Agencia Laín Entralgo.

Muñoz, Córdova. M. E. (2011). *Eficacia de la intervención psicológica Cognitivo-Conductual en un grupo experimental de pacientes pre-quirúrgicos de 20 a 40 años del área de cirugía del*

Hospital Isidro Ayora de Loja y, su relación con la reducción de la ansiedad y depresión postquirúrgica. (Tesis de pregrado). Disponible en el repositorio digital del Área de la Salud Humana de la Universidad Nacional de Loja. Loja, Ecuador.

OMS & Centro de Investigación de Prevención de las Universidades de Nijmegen y Maastricht. (2004). *Prevención de los Trastornos Mentales: Intervenciones Efectivas y Opciones de Políticas.* Paris, Francia: Publicaciones de la Organización Mundial de la Salud.

OMS, Departamento de Salud Mental y Abuso de Sustancias. (2004). *Invertir en Salud Mental.* Ginebra, Suiza: Publicaciones de la Organización Mundial de la Salud.

OMS, Departamento de Salud Mental y Abuso de Sustancias. (2004). *Promoción de la Salud Mental: Conceptos, Evidencia Emergente y Práctica.* Ginebra, Suiza: Publicaciones de la Organización Mundial de la Salud.

Palomino, Garibay. L. & Hernández, Valderrama. L. (2003). *Intervención Hospitalaria: Una aproximación desde la Psicología Social de la Salud.* Iztacala, México: Facultad de Estudios Superiores Iztacala.

Pardo, Gómez. G. & García, Gutiérrez. A. (2006). *Cirugía, (Tomo I).* La Habana, Cuba: Editorial de Ciencias Médicas.

REFERENCIAS WEB

Escamilla Rocha, Martha. (2005). El estrés preoperatorio y la ansiedad pueden demorar la recuperación. Recuperado de http://www.susmedicos.com/art_estres_preoperatorio.htm

Salaverría, María., Vásquez, Paula., Ríos, Zinzi., Zúñiga, Vidamor., Ortiz, Virginia. (2008). Estrés Post Quirúrgico. Recuperado de <https://psiquiatriafacmed.files.wordpress.com/2011/04/estrc3a9s-postquirc3bargico.pdf>

Virues, Elizondo. R. A. (2015). Estudio sobre Ansiedad. *Psicología Científica.com*, Vol. 17. Recuperado de <http://www.psicologiacientifica.com/ansiedad-estudio/>

k. ANEXOS

ANEXO # 1

LINEAMIENTO ALTERNATIVO

“PROPUESTA DE PSICOTERAPIA BREVE ENFOCADA EN LA DISMINUCIÓN DE LOS SÍNTOMAS ANSIOSO-DEPRESIVOS DE LOS PACIENTES PRE-QUIRÚRGICOS Y SUS FAMILIARES”

JUSTIFICACIÓN E IMPORTANCIA

La Psicología Clínica pese a sus avances y logros científicos obtenidos hasta la fecha en el tratamiento de las diversas patologías que afectan a la psique humana no ha podido dar el despegue absoluto y recibir el reconocimiento que por derecho e historia merece. Al menos no en la sociedad ecuatoriana que centra su atención en gran mayoría en los tratamientos fisiológicos, obviando y a su vez, desconociendo el significado real del término “salud integral”, que se enmarca según la Organización Mundial de la Salud es el estado de completo bienestar físico, mental y social y no solamente ausencia de enfermedades o afecciones, del cual, esa parte mental y social, se ha visto relegada a un segundo plano dentro del sistema de atención sanitario en los centros públicos y privados del país.

La presente propuesta de psicoterapia breve enfocada en la disminución de los síntomas ansioso-depresivos de los pacientes pre-quirúrgicos y de sus familiares, parte de la necesidad de realizar prevención y promoción en salud mental; enfocando su objetivo a hacer un llamado a las

autoridades sanitarias del hospital General Isidro Ayora de la ciudad de Loja y de forma particular a las autoridades del Área de Cirugía del pensamiento erróneo manejado en la institución acerca del tratamiento de los pacientes pre-quirúrgicos, marginando a la salud mental y no concretando así el tratamiento de la salud integral no solo de estos usuarios, sino de todos los pacientes ingresados a las diversas áreas y servicios con los que cuenta el hospital.

Este trabajo a su vez se encamina a incluir al familiar dentro del proceso terapéutico y abordar así sus dolencias psicológicas, a fin de contribuir en la promoción primaria de los trastornos mentales y del comportamiento, que en realidad deberían ser la línea y la puerta de entrada al fortalecimiento y mantenimiento de la salud integral en las instituciones de salud.

La presente propuesta pretende además, la inclusión del personal de psicología clínica, fundamentando su trabajo con objetivos claros y bien definidos en los equipos multi e interdisciplinarios del Hospital General Isidro Ayora y que prestan sus servicios en el Área de Cirugía. Dejando así un camino trazado para modificar la realidad actual, en la que se evidencia un manejo psicológico poco claro en las diferentes áreas y de forma específica en el área de cirugía.

FUNDAMENTACIÓN

La propuesta de psicoterapia breve fundamenta su quehacer en los resultados obtenidos en la presente investigación, en la que se denota altos índices ansioso-depresivos en los pacientes pre y post-quirúrgicos y en sus familiares, a más de la revisión de la literatura en la que se observan similitudes con otras investigaciones de carácter local, nacional e internacional referentes a los

resultados obtenidos en nuestra investigación; mismos que avalan el trabajo efectuado y por tanto el lineamiento propuesto.

Así mismo, el protocolo presentado se apoya en la literatura científica concerniente a las investigaciones que dan valía a los procesos psicoterapéuticos en cirugía; Así tenemos que, uno de los primeros procedimientos de preparación psicológica para la cirugía fue el realizado por Egbert y cols. (1964) con pacientes sometidos a cirugía abdominal. Estos recibieron tratamiento habitual frente a cuidados especiales, este último enfocado en técnicas psicoterapéuticas; los resultados indicaron que los pacientes que recibían psicoterapia, requerían menor medicación analgésica y la estancia hospitalaria era más corta que el grupo control.

Otro estudio propuesto por Yudofsky (1971), reduce el índice de psicosis post-operatoria, síndrome confusional y delirium inmediatamente después de la cirugía mayor. La intervención implicaba atención psicoterapéutica pre y post-quirúrgica, consistente en información sobre el procedimiento quirúrgico (terapia explicativa) y facilitar a los pacientes la oportunidad de expresar sus miedos ante la cirugía (terapia racional emotiva). (Arias Jaime, 2004, pp. 698-699).

OBJETIVOS

- Disminuir los niveles ansioso-depresivos en los pacientes pre-quirúrgicos y sus familiares, logrando así una mejor adaptación al proceso invasivo y una mejor recuperación post-quirúrgica que implicaría también un menor estrés para los familiares.

- Proponer un modelo de atención integral en salud al fusionar los procesos médicos con la propuesta de psicoterapia breve en la atención de los pacientes pre-quirúrgicos.

- Incorporar la atención psicológica a los familiares de los pacientes ingresados mediante cirugía programada, generando así una adecuada adaptación al proceso quirúrgico y sus posibles complicaciones, realizando prevención y promoción de la salud mental.

- Difundir la propuesta de Psicoterapia Breve como recurso de los profesionales e internos de Psicología Clínica que trabajan en las instituciones de salud que presten servicios de cirugía.

DESARROLLO DE LA PROPUESTA

La metodología en la que se desarrolla la propuesta, precisa los procesos evaluativo, diagnóstico y terapéutico. Por su parte, la aplicación converge en los momentos preoperatorio y postoperatorio, este segundo, aunque no se postula en el tema inicial, es en base a los resultados de la investigación que se presenta la necesidad de abordar una última sesión en la fase postquirúrgica, misma que se encamina al trabajo terapéutico de evaluación de la terapia y entrenamiento en prevención de recaídas. El contingente actitudinal del profesional proyecta comportamientos recíprocos de altruismo, carisma, empatía y sintonía con las manifestaciones psicológicas de cada sujeto.

Por último, la propuesta de psicoterapia breve se maneja basada en un modelo psicológico integrativo, con métodos y técnicas adecuadas a dar una mejor y más pronta atención a las necesidades psicológicas de los pacientes y sus familiares.

DESARROLLO POR SESIONES

FASE PRE-OPERATORIA¹

ETAPA 1: PRIMERA SESIÓN

ESTABLECIMIENTO DE LA RELACIÓN TERAPÉUTICA Y EVALUACIÓN.

DURACIÓN: 60 minutos (1 hora).

MODALIDAD: Individual (Paciente/Familiar).

RESPONSABLE: Psicólogo Clínico.

TÉCNICA/ MÉTODO:

- Registro de historia clínica psicológica breve.
- Evaluación de funciones psicológicas superiores.
- Aplicación de reactivos psicométricos.
- Escucha empática.

OBJETIVOS:

- Generar un adecuado establecimiento de la relación terapéutica.
- Evaluar los niveles de ansiedad y depresión en los pacientes pre-quirúrgicos y sus familiares a través de la Escala de Depresión y Ansiedad Hospitalaria (HAD); Escala de Depresión de Beck (BDI); Escala de Ansiedad de Hamilton.
- Obtener información relevante a través de la Historia Clínica que nos permita considerar las debilidades y fortalezas del paciente/familiar para el trabajo psicoterapéutico. Además de valorar

¹ **NOTA:** Para el planteamiento de las sesiones terapéuticas se tomó como referencia a la propuesta psicoterapéutica presentada y validada por Muñoz (2011).

sus funciones mentales en favor de dar una dirección correcta al trabajo psicoterapéutico a efectuarse.

PROCEDIMIENTO:

Antes de proceder a la elaboración de la historia clínica psicológica breve, propuesta así en base al tiempo estimado y a la necesidad de recabar información relevante en el menor tiempo posible, vale la pena iniciar generando un adecuado enganche psicológico con el paciente/familiar; brindándole seguridad, generando un ambiente empático, para luego proceder a dictar una breve explicación del objetivo que pretende lograr nuestra propuesta de psicoterapia breve, el número de sesiones a emplearse y las técnicas a manejarse dentro del proceso terapéutico.

A continuación, se procede a efectuar la entrevista psicológica, la observación y en base a esto la elaboración de la historia clínica psicológica breve, culminando con la aplicación de la Escala HAD en los pacientes preoperatorios y las escalas de ansiedad de Hamilton y la de Depresión de Beck en los familiares, para medir los niveles de ansiedad y depresión presentes previo al proceso invasivo.

Se debe tomar en cuenta durante esta sesión y las subsiguientes: el mantenimiento de la escucha empática y promover feedback o retroalimentación para verificar la comprensión de los procedimientos, despejar dudas y animar al paciente/familiar a manifestar sus desacuerdos.

ETAPA 2: SEGUNDA SESIÓN

PSICOEDUCACIÓN Y REESTRUCTURACIÓN COGNITIVA.

DURACIÓN: 60 minutos (1 hora).

MODALIDAD: Individual/ paciente pre-quirúrgico/

RESPONSABLE: Psicólogo Clínico.

TÉCNICA:

- Observación clínica.
- Terapia Explicativa.
- Terapia Racional Emotivo Conductual de Albert Ellis.

MÈTODO:

- Psicoeducación.

Identificación de distorsiones cognitivas a través de:

- Método socrático.
- Hoja de Identificación de Pensamientos Respecto a la Cirugía.

Reestructuración Cognitiva mediante:

- Debate de pensamientos distorsionados, a través del Método didáctico tradicional; Socrático; Metafórico.

OBJETIVOS:

- Brindar Psicoeducación a los pacientes pre-quirúrgicos/familiares sobre el procedimiento invasivo y sobre los aspectos psicológicos enmarcados en la sintomatología ansiosa-depresiva copartícipe del proceso quirúrgico.

- Estimular la expresión de dudas y preguntas y de esta forma reducir los miedos y creencias disfuncionales referentes al proceso quirúrgico.

- Evaluar, reconocer y modificar los principales tipos de distorsiones cognitivas que se presentan en los pacientes pre-quirúrgicos/familiares concernientes a la intervención quirúrgica y todo el proceso previo que ella conlleva.

PROCEDIMIENTO:

Previo al desarrollo de la terapia, el psicólogo deberá incorporarse al equipo médico y de cirugía en la visita preoperatoria; con el fin de recabar información relevante del proceso quirúrgico, los posibles riesgos, el tiempo de reposo, entre otros datos que faciliten el desarrollo del proceso terapéutico. Además, el psicólogo deberá contar con una alta preparación en psicología de enlace y deberá auto-educarse en la información referente a los procesos quirúrgicos para fortalecer su componente teórico al momento de efectuar la terapia explicativa o la terapia racional emotiva. También, el papel del psicólogo clínico será el de brindar acompañamiento y contención afectiva en caso de diagnósticos de amputación o cirugías de alto riesgo.

PSICOEDUCACIÓN:

Tras las pautas relevantes antes citadas, y para lograr un alivio sintomático temporal, se inicia proporcionando psicoeducación en ansiedad y depresión a los pacientes pre-quirúrgicos/familiares, a través del método didáctico tradicional, sobre el que se deberán trabajar los siguientes aspectos:

1. Definir la ansiedad y la depresión en términos claros y sencillos, acorde a la comprensión del paciente/familiar.

2. Explicar la manifestación de la ansiedad como un mecanismo de alerta y como una reacción normal ante un peligro o ante un evento desconocido.

3. Relacionar la sintomatología presente en el individuo con ejemplos fáciles, de la realidad y que de preferencia sean visibles para el paciente, con el fin de que logre reconocerlos en sí mismo.

4. Educar sobre las consecuencias de la ansiedad y la depresión no tratadas, relacionándolas con la recuperación postquirúrgica y mejoramiento de la calidad de vida en pacientes y familiares.

5. Dar a conocer alternativas de cambio y control de los síntomas, y sus consiguientes beneficios con relación a la salud mental en los pacientes pre-quirúrgicos/familiares.

IDENTIFICACIÓN DE DISTORSIONES COGNITIVAS:

El clínico deberá evaluar y reconocer, las distorsiones del pensamiento o pensamientos irracionales que presenta el paciente/familiar ante la cirugía, e identificar a que tipo pertenecen. Se sugiere iniciar con algunas preguntas de tipo socrático y posteriormente registrar en la hoja para la Identificación de Pensamientos Respecto a la Cirugía. Esto con el fin de acelerar el proceso debido al corto tiempo de internamiento pre-quirúrgico y las dificultades latentes en el ambiente hospitalario.

Las preguntas a través del diálogo socrático deberán ir encaminadas a indagar filtraje, visión catastrófica, falacia de justicia, pensamiento polarizado, presentes en el paciente/familiar. En base a la pertinencia que crea conveniente el psicólogo clínico se puede ampliar el interrogatorio, siempre y cuando se tome en cuenta el tiempo disponible y se prevea dificultades en el área de cirugía.

DEBATE DE PENSAMIENTOS DISTORSIONADOS:

A continuación se procede a debatir y desestructurar los pensamientos distorsionados o irracionales latentes en el paciente/familiar, iniciando por el de mayor intensidad. De acuerdo al tipo de pensamiento, se utilizan distintas formas de cambio, a través del debate de los aspectos:

- Anti-empíricos: Es decir las pruebas a favor y en contra.
- Disfuncionales: Es decir las relaciones entre pensamiento y conducta.
- Lo no-alternativo: Generar otras posibles explicaciones o alternativas.

Es importante, dar a conocer al paciente/familiar de qué tipo de pensamiento se trata, y explicarle lo que este causa en su vida y en el estadio preoperatorio. Esto para a posterior, generar nuevos estilos de pensamiento; ilustrando su relación con la disminución de los síntomas; Dando valía al aspecto científico de las cosas y que sus constructos irracionales terminan siendo inferencias y no realidades científicas.

ETAPA 3: TERCERA SESIÓN

ENTRENAMIENTO EN HABILIDADES DE AFRONTAMIENTO.

DURACIÓN: 60 minutos (1 hora).

MODALIDAD: Individual. Paciente pre-quirúrgico/familiar.

RESPONSABLE: Psicólogo Clínico.

TÉCNICA/ MÉTODO:

- Entrenamiento en autoobservación.
- Reforzamiento Negativo:
Alivio Respiratorio.

- Técnicas Inhibitorias:

Detención del Pensamiento.

- Relajación Muscular:

Desarrollo de una imagen relajante o positiva.

Entrenamiento en relajación progresiva de Jacobson.

- Entrenamiento en autoinstrucciones y diálogo dirigido.

OBJETIVOS:

- Entrenar al paciente en la autoobservación de sus signos y síntomas, para facilitar el desarrollo de habilidades de afrontamiento.

- Aplicar al paciente/familiar técnicas de respiración y relajamiento en favor de brindarle alivio sintomático y disminución de la activación vegetativa.

- Autoinstruir al paciente/familiar con estrategias cognitivas específicas que estos pueden usar en diversas fases de su respuesta al estrés de la cirugía y como parte del afrontamiento positivo a la misma.

PROCEDIMIENTO:

En esta sesión, el objetivo es lograr y entrenar al paciente/familiar en habilidades de afrontamiento a la etapa quirúrgica, mismas que sean fáciles de aplicar en los momentos previos a la cirugía y en los familiares de forma pre y peri-operatoria.

ENTRENAMIENTO EN AUTOOBSERVACIÓN; DETENCIÓN DEL PENSAMIENTO Y REFORZAMIENTO NEGATIVO

Para fines terapéuticos y en virtud del tiempo se procederá a fusionar de forma conjunta todas las técnicas propuestas; iniciando con la incitación al paciente/familiar del reconocimiento y autoobservación de los signos y síntomas ansioso-depresivos a través de lo aprendido en la terapia explicativa; prestando especial atención a los pensamientos de preocupación y los pensamientos intrusivos (pensamientos irracionales) para los cuales se manejara la técnica de detención o stop del pensamiento, que se inicia pidiendo al paciente/familiar que cerrando los ojos verbalice todo lo que le preocupa acerca de la cirugía.

En un momento determinado el clínico lo interrumpirá verbalizando con un tono grave la palabra “ALTO” o “BASTA” con el propósito de suprimir los pensamientos y así entrenarlo para cuando vuelvan aparecer dichos pensamientos, el paciente/familiar pueda auto-inhibirlos diciendo la misma palabra “ALTO” o “BASTA” en voz alta o interiorizándola en su mente. Inmediatamente se utiliza la técnica de alivio respiratorio en la cual se solicita al sujeto que contenga la respiración hasta que este fenómeno se convierta en algo doloroso. Cuando el paciente/familiar ya no resista, asociará la imaginación del estímulo ansiógeno para que el alivio que significa la reiniciación de la respiración inhiba la respuesta de ansiedad.

RELAJACIÓN MUSCULAR

En primera instancia se pide al paciente/familiar que desarrolle una imagen positiva o relajante, se procede a dar una breve descripción de los procedimientos de relajación progresiva y una demostración de los procedimientos exactos de tensión-relajación por los que pasará.

Ejemplo:

“Tensorá cada grupo de músculos durante aproximadamente 10 segundos, durante los cuales, deberá prestar atención a las sensaciones de tensión en aquellos músculos que están contraídos... Luego, relaje lentamente y concéntrese en el contraste entre las sensaciones de tensión y las sensaciones de relajación”

Luego se repite el proceso de tensión-relajación, pasando por diferentes grupos musculares, de forma progresiva iniciando por las manos, continuando con los antebrazos y brazos, los pies, las piernas y muslos y así por cada grupo muscular durante 30 segundos cada uno (esto dependerá del nivel de movilidad sobre todo del paciente, de acuerdo a sus condiciones preoperatorias).

Posterior a la relajación progresiva se trae nuevamente a la psique del individuo la escena relajante por alrededor de unos 30 segundos proporcionando estímulos ocasionales de detalles emocionales y situacionales. Luego, se solicita al paciente/familiar quitar la escena de su cabeza y volver a concentrar su atención en las sensaciones corporales. Si el tiempo lo permite se puede repetir repita la escena de relajación, intercalando con tres o cuatro respiraciones profundas entre escenas u otro repaso de los músculos.

ENTRENAMIENTO EN AUTOINSTRUCCIONES Y DIÁLOGO DIRIGIDO

Se estimula al paciente/familiar al desarrollo de un dialogo introspectivo, a través de la técnica de autoinstrucciones y diálogo dirigido, y en el cual el paciente debe manejar consigo mismo una actitud de positivismo y autorregulación; comunicando también la importancia del papel que esta conversación consigo mismo juega en la normalización de sus emociones.

ETAPA 4: CUARTA SESIÓN

TERAPIA FAMILIAR

DURACIÓN: 60 minutos (1 hora).

MODALIDAD: Grupal: Paciente pre-quirúrgico y su familiar.

RESPONSABLE: Psicólogo Clínico.

TÉCNICA/ MÉTODO:

- Terapia Sistémica Familiar de Minuchin:

Observación Clínica.

Escucha empática.

Apoyo, Educación y Guía.

Manipulación del Humor.

OBJETIVOS:

- Observar detenidamente los comportamientos y actitudes enmarcados en la dinámica familiar de los pacientes pre-quirúrgicos y su familia.

- Generar un espacio armónico y de escucha, que permita disminuir los niveles de tensión en los pacientes y sus familiares.

- Retomar puntos que no hayan quedado esclarecidos en las sesiones anteriores y hacer un recuento del trabajo terapéutico.

- Brindar una guía general de todo el proceso y de cómo el paciente/ familiar pueden usar las técnicas aprendidas durante la terapia.

PROCEDIMIENTO:

Observar la dinámica familiar nos permitirá o bien trabajar en la potenciación de los vínculos positivos o realizar un trabajo breve pero en lo posible efectivo de diálogo y unión familiar al menos previo a la cirugía. El generar un espacio armónico y de escucha empática podría disminuir los niveles de tensión en los pacientes y sus familiares, a la vez que, esta etapa más que trabajar en técnicas lo que se pretende es dar un espacio y oportunidad para la intimidad familiar y el apoyo mutuo necesario previo y durante un proceso de cirugía en cualquiera de sus niveles de gravedad.

APOYO, EDUCACIÓN Y GUÍA

Serán actividades directrices que el clínico asume en un momento determinado cuando las necesidades así lo requieran y que irán encaminadas al acompañamiento y contención emocional tanto para el paciente como para los familiares; educar sobre aspectos que no han quedado claros en ellos, referentes a la intervención y de guía acerca de temas que puedan relucir en el momento de la terapia familiar.

MANIPULACIÓN DEL HUMOR

Consiste en manejar el humor predominante de la familia, en este caso un humor posiblemente depresivo y de tensión, a través de la exageración o control del humor del terapeuta o la redesignación de los afectos del paciente y su familiar, es decir generar un ambiente empático y a la vez de apoyo en los integrantes del grupo familiar.

Cabe señalar que dentro de la terapia familiar se pretendía trabajar básicamente con el paciente pre-quirúrgico y su familiar responsable ante el Área de Cirugía, pero en base a la

disponibilidad del espacio físico y el tiempo, se podrá adaptar de acuerdo al criterio del terapeuta la inclusión de otros familiares presentes en ese momento con el objetivo de brindar a los primeros, un mayor y mejor nivel de apoyo de su grupo primario.

FASE POST-OPERATORIA²

ETAPA 5: QUINTA SESIÓN

CIERRE TERAPÉUTICO; PREVENCIÓN DE RECAÍDAS Y SEGUIMIENTO

DURACIÓN: 60 minutos (1 hora).

MODALIDAD: Individual: Paciente Pos-quirúrgico/Familiar.

RESPONSABLE: Psicólogo Clínico.

TÉCNICA/MÉTODO:

- Reforzamiento de la Reestructuración cognitiva.
- Recuento de las habilidades de afrontamiento (dolor post-quirúrgico).
- Psicoeducación.
- Valoración psicométrica.
- Seguimiento Psicoterapéutico.

OBJETIVOS:

- Identificación y manejo autónomo de los problemas que se puedan presentar a posterior de la cirugía en los pacientes/familiares.

² **NOTA:** Para el planteamiento de las sesiones terapéuticas se tomó como referencia a la propuesta psicoterapéutica presentada y validada por Muñoz (2011).

- Incitar nuevamente al paciente/familiar al trabajo en habilidades de afrontamiento del dolor.
- Educar al paciente/familiar en la prevención de recaídas y en la promoción y valga la redundancia en la prevención de su salud mental.
- Valorar psicométricamente los niveles ansioso-depresivos a fin de verificar la eficacia de la psicoterapia breve en ambos sujetos.

PROCEDIMIENTO:

REFORZAMIENTO DE LA REESTRUCTURACIÓN COGNITIVA

Al iniciar la sesión es necesario verificar nuevamente los pensamientos del paciente/familiar, usando nuevamente el diálogo socrático y la entrevista para detectar pensamientos irracionales o intrusivos que aún estén presentes y que puedan perjudicar la salud mental del paciente/familiar. Una vez identificados se trabajará nuevamente en ellos con el modelo antes propuesto y para efectivizar el trabajo se puede recurrir al contraste de estos pensamientos actuales con sus pensamientos iniciales de carácter catastrófico una vez que se encuentra fuera de peligro y que ha iniciado ya su rehabilitación. Todo esto a fin de evitar un brote depresivo o la exacerbación de los síntomas ya presentes.

RECuento DE LAS HABILIDADES DE AFRONTAMIENTO

El dolor postquirúrgico no es más que una reacción normal del organismo tras el proceso quirúrgico, por tanto, vale la pena recapitular y guiar al sujeto a la utilización en casa de cualquiera de las habilidades de afrontamiento antes propuestas y esta vez encaminarlas al manejo psicoterapéutico del dolor, pero también como técnicas probadas para la disminución de la sintomatología ansiosa.

PSICOEDUCACIÓN Y VALORACIÓN PSICOMÉTRICA

Por último y como cierre terapéutico se retomará la psicoeducación dentro del proceso para advertir al paciente y al familiar en caso de este ser el cuidador del primero, en el proceso de recuperación sobre las posibles complicaciones a presentarse y el beneficio de la adecuada adherencia al tratamiento prescrito por los médicos. Así mismo, se evaluará los niveles de ansiedad y depresión con igual formato de los reactivos usados en la evaluación inicial, constatando así el éxito o no del proceso terapéutico efectuado.

SEGUIMIENTO PSICOTERAPÉUTICO

El cierre terapéutico permitirá también realizar la valoración de la dimensión del cumplimiento de todos los objetivos propuestos anteriormente. Se le explicará al consultante que el seguimiento no tiene por objetivo volver a iniciar un proceso de intervención psicológica, sino, evaluar a mediano plazo la permanencia de los cambios alcanzados durante el proceso. Esto se puede hacer telefónicamente mediante el departamento de trabajo social o personalmente a través de consulta externa y debe haber sido acordado con el paciente/familiar en el encuentro de cierre del proceso.

ANEXO # 2

ENCUESTA APLICADA A LOS PACIENTES PRE-QUIRÚRGICOS Y SUS FAMILIARES				
DATOS SOCIO-DEMOGRÁFICOS				
SEXO	PACIENTES		FAMILIARES	
Variable	Frecuencia	Porcentaje	Frecuencia	Porcentaje
Masculino	12	60%	4	20%
Femenino	8	40%	16	80%
TOTAL	20	100%	20	100%
RELIGIÓN	PACIENTES		FAMILIARES	
Variable	Frecuencia	Porcentaje	Frecuencia	Porcentaje
Católica	19	95%	20	100%
Cristiana	0	0%	0	0%
Mormona	0	0%	0	0%
Testigos de Jehová	0	0%	0	0%
Ateísta	1	5%	0	0%
TOTAL	20	100%	20	100%
ESTADO CIVIL	PACIENTES		FAMILIARES	
Variable	Frecuencia	Porcentaje	Frecuencia	Porcentaje
Soltero	10	50%	5	25%
Casado	7	35%	11	55%
Unión Libre	2	10%	2	10%
Divorciado	0	0%	2	10%
Viudo	1	5%	0	0%
TOTAL	20	100%	20	100%
HIJOS	PACIENTES		FAMILIARES	
Variable	Frecuencia	Porcentaje	Frecuencia	Porcentaje
Si	13	65%	18	90%
No	7	35%	2	10%
TOTAL	20	100%	20	100%
NIVEL ESCOLAR	PACIENTES		FAMILIARES	
Variable	Frecuencia	Porcentaje	Frecuencia	Porcentaje
Ninguno	2	10%	1	5%
Primaria	5	25%	3	15%
Secundaria	11	55%	11	55%
Superior	2	10%	5	25%
TOTAL	20	100%	20	100%

TIPOS DE INTERVENCIONES QUIRÚRGICAS		
Variable	Frecuencia	Porcentaje
Cirugía General	7	35%
Traumatología	7	35%
Neurocirugía	1	5%
Cirugía Plástica	3	15%
Otorrinolaringología	2	10%
Oftalmología	0	0%
TOTAL	20	100%

PREGUNTAS

PREGUNTA # 1: ¿ES LA PRIMERA VEZ QUE USTED SERÁ INTERVENIDO A UN PROCEDIMIENTO QUIRÚRGICO? (PREGUNTA PARA EL PACIENTE)

Variable	Frecuencia	Porcentaje
Si	12	60%
No	8	40%
TOTAL	20	100%

PREGUNTA # 2: ¿HA TENIDO MALAS EXPERIENCIAS CON PROCEDIMIENTOS QUIRÚRGICOS PREVIOS EN USTED O EN UN FAMILIAR?

Variable	PACIENTE		FAMILIAR	
	Frecuencia	Porcentaje	Frecuencia	Porcentaje
Si	2	10%	3	15%
No	18	90%	17	85%
TOTAL	20	100%	20	100%

PREGUNTA # 3: ¿CUÁL ES SU PARENTESCO CON EL PACIENTE A SER INTERVENIDO QUIRÚRGICAMENTE? (PREGUNTA PARA EL FAMILIAR DEL PACIENTE)

Variable	Frecuencia	Porcentaje
Padre	1	5%
Madre	6	30%
Hijo/a	5	25%
Primo/a	0	0%
Tío/a	1	5%
Hermano/a	3	15%
Esposo/a	3	15%
Cuñado/a	1	5%
TOTAL	20	100%

PREGUNTA # 4: ¿CUÁL ES EL NIVEL DE CONFIANZA QUE USTED TIENE ANTE LA CIRUGÍA Y EL EQUIPO MÉDICO?

Variable	PACIENTE		FAMILIAR	
	Frecuencia	Porcentaje	Frecuencia	Porcentaje
Alto	13	65%	15	75%
Medio	4	20%	3	15%
Regular	3	15%	2	10%

Malo	0	0%	0	0%
TOTAL	20	100%	20	100%
PREGUNTA # 5: ¿PRESENTA ALGÚN TIPO DE TEMOR O MIEDO A QUE LA CIRUGÍA NO TENGA EL ÉXITO DESEADO?				
Variable	PACIENTE		FAMILIAR	
	Frecuencia	Porcentaje	Frecuencia	Porcentaje
Si	10	50%	10	50%
No	10	50%	10	50%
TOTAL	20	100%	20	100%
SUB-VARIABLE	Frecuencia	Porcentaje	Frecuencia	Porcentaje
Que yo/familiar, no quede bien	6	60%	6	60%
Que entre en estado de coma	2	20%	1	10%
Que muera	2	20%	3	30%
Otros	0	0%	0	0%
TOTAL	10	100%	10	100%
PREGUNTA # 6: EL PACIENTE A SER INTERVENIDO QUIRÚRGICAMENTE, ¿PROVIENE DE UNA FAMILIA?				
Variable	Frecuencia		Porcentaje	
Nuclear	11		55%	
Monoparental	6		30%	
Extendida	3		15%	
Reestructurada	0		0%	
Otros	0		0%	
TOTAL	20		100%	
PREGUNTA # 7: ¿CONSIDERA USTED QUE TANTO LOS PACIENTES PRE-QUIRÚRGICOS COMO LOS FAMILIARES, DEBERÍAN RECIBIR UNA ADECUADA PREPARACIÓN PSICOLÓGICA A FIN DE ADAPTARSE AL SUCESO (CIRUGÍA) Y SUS CONSECUENCIAS (RECUPERACIÓN, DOLOR, PÉRDIDA DEL SER QUERIDO)?				
Variable	PACIENTES		FAMILIARES	
	Frecuencia	Porcentaje	Frecuencia	Porcentaje
Si, solo pacientes	0	0%	2	10%
Si, solo familiares	1	5%	0	0%
Si, ambos	18	90%	17	85%
No, ninguno de los dos	1	5%	1	5%
TOTAL	20	100%	20	100%

ANEXO # 3

ENCUESTA DIRIGIDA A LOS PACIENTES PRE-QUIRÚRGICOS Y SUS FAMILIARES QUE ACUDEN AL ÁREA DE CIRUGÍA DEL HOSPITAL GENERAL ISIDRO AYORA DE LOJA

Señor/Señora/ita paciente pre-quirúrgico o familiar, en calidad de egresado de la carrera de Psicología clínica del Área de la Salud Humana de la Universidad Nacional de Loja, me encuentro interesado en desarrollar mi tesis de grado para la obtención del título de psicólogo clínico para lo cual, solicito a usted se digne responder el presente cuestionario; el mismo que está encaminado a conocer su relación con el usuario internado en esta casa de salud y así mismo, su estado de ánimo ante la cirugía a la que será sometido su familiar.

Cabe resaltar que las respuestas se quedaran en absoluta reserva y estas serán usadas solo con fines académicos.

Condición: **Paciente** () **Familiar:** ()
Edad: _____ **Sexo:** _____
Religión: _____ **Estado Civil:** _____
Número de hijos: _____ **Nivel Escolar:** _____
Procedencia: _____ **Residencia:** _____
Fecha: _____
Tipo de Intervención a realizarse: _____

1. ¿Es la primera vez que usted será intervenido a un procedimiento quirúrgico? (Pregunta para el paciente).

Si () No ()

De ser negativa su respuesta, responda a cuantos procedimientos ha sido intervenido y de qué tipo han sido estos:

- Que muera ()

- Otros ()

Cual: _____

6. El paciente a ser intervenido quirúrgicamente, ¿proviene de una familia? (Responder paciente y familiar).

Nuclear () Monoparental () Extendida ()

Reestructurada () Otros ()

Cual: _____

7. ¿Considera usted que tanto los pacientes pre-quirúrgicos como los familiares, deberían recibir una adecuada preparación psicológica a fin de adaptarse al suceso (cirugía) y sus consecuencias (recuperación, dolor, pérdida del ser querido)?

Si, solo pacientes ()

Si, solo familiares ()

Si, ambos ()

No, ninguno de los dos ()

Gracias por su colaboración

ANEXO # 4

ESCALA HOSPITALARIA DE ANSIEDAD Y DEPRESIÓN (HOSPITAL ANXIETY AND DEPRESSION SCALE, HAD)

Autores: A.S.Zigmong,R.P.Snaith.

Referencia: The hospital anxiety and depression scale. Acta Psychiatr Scand 1983; 67: 361-370.

Evalúa: Detección de trastornos depresivos y ansiosos en el contexto hospitalario no psiquiátrico.

N. ° de ítems: 14. Administración Autoaplicada.

DESCRIPCIÓN

- La HAD fue diseñada con la intención de crear un instrumento de detección de trastornos depresivos y ansiosos en el marco de los servicios hospitalarios no psiquiátricos que cumpliera las siguientes condiciones:
 - No estar contaminado por la sintomatología de la patología física que presenta el paciente.
 - Diferenciar claramente entre los trastornos de tipo depresivo y los de tipo ansioso.
- Se recomienda que se utilice como instrumento de detección o cribado; en el caso de que puntúe como positivo la evaluación ha de complementarse con otras escalas más específicas y heteroaplicadas (p. ej., las escalas de Hamilton).
- La HAD está constituida por 14 ítems, ninguno de los cuales hace referencia a síntomas somáticos. Los ítems se agrupan en dos subescalas, cada una de ellas con 7 ítems:
 - Subescala de ansiedad: está centrada en sus manifestaciones psíquicas (tensión, nerviosismo, aprensión, preocupación, inquietud, nervios en el estómago, angustia). Son los ítems impares.

- Subescala de depresión: centrada en la anhedonia (disfrute, risa, alegría, torpeza, interés por el aspecto personal, ilusión). Son los ítems pares.

- Tradicionalmente se viene utilizando de forma autoaplicada si bien uno de sus autores (Snaith, 1987) recomienda que sea heteroaplicada.
- El paciente ha de contestar a cada ítem utilizando una escala tipo Likert que unas veces hace referencia a intensidad del síntoma y otras veces a frecuencia de presentación. En cualquier caso, la escala oscila entre 0 (nunca, ninguna intensidad) y 3 (casi todo el día, muy intenso).
- El marco de referencia temporal es la semana previa.
- Está adaptada y validada al español.

CORRECCIÓN E INTERPRETACIÓN

- Para cada subescala la puntuación se obtiene sumando las puntuaciones en cada uno de los ítems que la conforman. Cabe recordar que los ítems impares conforman la subescala de ansiedad y los pares la de depresión.
- En ambas subescalas la puntuación obtenida se interpreta de acuerdo a los siguientes criterios:

- 0-7: rango de normalidad.

- 8-10: caso probable.

- 11-21: caso de ansiedad o de depresión.



UNIVERSIDAD NACIONAL DE LOJA
AREA DE LA SALUD HUMANA
CARRERA DE PSICOLOGIA CLINICA



ESCALA HOSPITALARIA DE ANSIEDAD Y DEPRESIÓN
(Hospital Anxiety and Depression Scale, HAD)

Nombre: _____

Edad: _____ Sexo: _____

Área: _____

Preoperatorio () Postoperatorio ()

Los médicos conocen la importancia de los factores emocionales en la mayoría de enfermedades. Si el médico sabe cuál es el estado emocional del paciente puede prestarle entonces mejor ayuda.

Este cuestionario ha sido confeccionado para ayudar a que su médico sepa cómo se siente usted afectiva y emocionalmente. No es preciso que preste atención a los números que aparecen a la izquierda. Lea cada pregunta y subraye la respuesta que usted considere que coincide con su propio estado emocional en la última semana.

No es necesario que piense mucho tiempo cada respuesta; en este cuestionario las respuestas espontáneas tienen más valor que las que se piensan mucho.

A.1. Me siento tenso/a o nervioso/a:

- 3. Casi todo el día
- 2. Gran parte del día
- 1. De vez en cuando
- 0. Nunca

D.1. Sigo disfrutando de las cosas como siempre:

- 0. Ciertamente, igual que antes
- 1. No tanto como antes
- 2. Solamente un poco
- 3. Ya no disfruto con nada

A.2. Siento una especie de temor como si algo malo fuera a suceder:

- 3. Sí, y muy intenso
- 2. Sí, pero no muy intenso
- 1. Sí, pero no me preocupa
- 0. No siento nada de eso

D.2. Soy capaz de reírme y ver el lado gracioso de las cosas:

- 0. Igual que siempre
- 1. Actualmente, algo menos

<p>2. Actualmente, mucho menos</p> <p>3. Actualmente, en absoluto</p>
<p>A.3. Tengo la cabeza llena de preocupaciones:</p> <p>3. Casi todo el día</p> <p>2. Gran parte del día</p> <p>1. De vez en cuando</p> <p>0. Nunca</p>
<p>D.3. Me siento alegre:</p> <p>3. Nunca</p> <p>2. Muy pocas veces</p> <p>1. En algunas ocasiones</p> <p>0. Gran parte del día</p>
<p>A.4. Soy capaz de permanecer sentado/a tranquilo/a y relajado/a:</p> <p>0. Siempre</p> <p>1. A menudo</p> <p>2. Raras veces</p> <p>3. Nunca</p>
<p>D.4. Me siento lento/a y torpe:</p> <p>3. Gran parte del día</p> <p>2. A menudo</p> <p>1. A veces</p> <p>0. Nunca</p>
<p>A.5. Experimento una desagradable sensación de «nervios y hormigueos» en el estómago:</p> <p>0. Nunca</p> <p>1. Sólo en algunas ocasiones</p> <p>2. A menudo</p> <p>3. Muy a menudo</p>
<p>D.5. He perdido el interés por mi aspecto personal:</p> <p>3. Completamente</p> <p>2. No me cuido como debería hacerlo</p> <p>1. Es posible que no me cuide como debiera</p> <p>0. Me cuido como siempre lo he hecho</p>
<p>A.6. Me siento inquieto/a como si no pudiera parar de moverme:</p> <p>3. Realmente mucho</p> <p>2. Bastante</p> <p>1. No mucho</p> <p>0. En absoluto</p>
<p>D.6. Espero las cosas con ilusión:</p>

0. Como siempre

1. Algo menos que antes

2. Mucho menos que antes

3. En absoluto

A.7. Experimento de repente sensaciones de gran angustia o temor:

3. Muy a menudo

2. Con cierta frecuencia

1. Raramente

0. Nunca

D.7. Soy capaz de disfrutar con un buen libro o con un buen programa de radio o televisión:

0. A menudo

1. Algunas veces

2. Pocas veces

3. Casi nunca

ANEXO # 5

INVENTARIO DE DEPRESIÓN DE BECK (BECK DEPRESSION INVENTORY, BDI)

Autores: A. T. Beck, C. H. Ward, M. Mendelson, J. Mock, J. Erbaugh.

Referencia: An inventory for measuring depression. Arch Gen Psychiatry 1961; 4: 561-571.

Evalúa: La gravedad del cuadro depresivo.

N.º de ítems: 21 (versión abreviada, 13). Administración Autoaplicada.

DESCRIPCIÓN

- El BDI consta de 21 ítems que evalúan fundamentalmente los síntomas clínicos de melancolía y los pensamientos intrusivos presentes en la depresión.

- Es, dentro de las escalas de depresión, la que mayor porcentaje de ítems cognitivos presenta, lo que está en consonancia con la teoría cognitiva de la depresión de Beck.

- Otro elemento distintivo en cuanto a síntomas es la ausencia de síntomas motores y de ansiedad.

- Autoaplicada, aunque inicialmente había sido diseñada para administrar mediante entrevista.

Existen varias versiones de diferente extensión:

- Una versión más extensa de 42 ítems, en la que el orden de los ítems ha sido modificado de tal forma que empieza por los ítems más neutros como dolores de cabeza y apetito.

- Una versión más breve de 13 ítems.

- El BDI ha sido adaptado y validado al castellano por Conde y Useros.

CORRECCIÓN E INTERPRETACIÓN

En la versión de 21 ítems el valor de cada uno de las respuestas a cada uno de los ítems es distinto y se refiere a continuación (el valor de cada una de las opciones de respuesta sigue el orden en que aparecen en el cuestionario). Ítem 1: 2 (esta tristeza me produce...); 0 (no me encuentro triste); 1 (me siento algo triste y deprimido); 3 (ya no puedo soportar esta pena); 2 (tengo siempre como una pena encima...).

- Ítem 2: 1-2-0-2-3.
- Ítem 3: 3-1-2-0-2.
- Ítem 4: 2-1-1-0-3.
- Ítem 5: 1-2-2-3-0.
- Ítem 6: 1-3-0-2-3.
- Ítem 7: 1-1-2-2-0.
- Ítem 8: 0-2-3-2-1.
- Ítem 9: 1-2-2-3-2-0.
- Ítem 10: 0-3-2-1.
- Ítem 11: 0-1-2-3.
- Ítem 12: 3-1-0-2.
- Ítem 13: 1-0-3-2.
- Ítem 14: 1-3-0-2.
- Ítem 15: 0-1-3-2-1
- Ítem 16: 0-1-2-2-2-3-3-3.
- Ítem 17: 1-2-0-3.

- Ítem 18: 3-1-2-0.
- Ítem 19: 0-1-2-3.
- Ítem 20: 2-1-0-3.
- Ítem 21: 1-3-2-0.

La versión de 21 ítems no tiene puntos de corte establecidos. Las puntuaciones medias correspondientes a las distintas gravedades de la depresión son:

- Depresión ausente o mínima: puntuación media en el BDI de 10,9 puntos.
- Depresión leve: puntuación media de 18,7.
- Depresión moderada: puntuación media de 25,4.
- Depresión grave: puntuación media de 30 puntos.



UNIVERSIDAD NACIONAL DE LOJA
AREA DE LA SALUD HUMANA
CARRERA DE PSICOLOGIA CLINICA



INVENTARIO DE DEPRESIÓN DE BECK

NOMBRE: **FECHA:**.....

INSTRUCCIONES: Delante de cada frase marque con una cruz lo que mejor refleja su situación actual.

1	
1. Esta tristeza me produce verdaderos sufrimientos	
2. No me encuentro triste	
3. Me siento algo triste y deprimido	
4. Ya no puedo soportar esta pena	
5. Tengo siempre como una pena encima que no me la puedo quitar	
2	
1. Me siento desanimado cuando pienso en el futuro	
2. Creo que nunca me recuperare de mis penas	
3. No soy especialmente pesimista, ni creo que las cosas me vayan a ir mal	
4. No espero nada bueno de la vida	
5. No espero nada. Esto no tiene remedio	
3	
1. He fracasado totalmente como persona (padre, madre, esposo/a, hijo, profesional, etc.)	
2. He tenido más fracasos que la mayoría de la gente	
3. Siento que he hecho pocas cosas que valgan la pena	
4. No me considero fracasado	
5. Veo mi vida llena de fracasos	
4	
1. Ya nada me llena	
2. Me encuentro insatisfecho conmigo mismo	
3. Ya no me divierte lo que antes me divertía	
4. No estoy especialmente insatisfecho	
5. Estoy harto de todo	
5	
1. A veces me siento despreciable y mala persona	
2. Me siento bastante culpable	
3. Me siento prácticamente todo el tiempo mala persona y despreciable	
4. Me siento muy infame (perverso, canalla) y despreciable	
5. No me siento culpable	
6	
1. Presiento que algo malo me puede suceder	
2. Siento que merezco ser castigado	
3. No pienso que este siendo castigado	
4. Siento que me están castigando o me castigarán	
5. Quiero que me castiguen	
7	
1. Estoy descontento conmigo mismo	

2. No me aprecio	
3. Me odio (me desprecio)	
4. Estoy asqueado de mi	
5. Estoy satisfecho de mí mismo	
8	
1. No creo ser peor que otros	
2. Me acuso a mí mismo de todo lo que me va mal	
3. Me siento culpable de todo lo malo que ocurre	
4. Siento que tengo muchos y muy graves defectos	
5. Me critico mucho a causa de mis debilidades y errores	
9	
1. Tengo pensamientos de hacerme daño, pero no llegaría hacerlo	
2. Siento que estaría mejor muerto	
3. Siento que mi familia estaría mejor si yo muriera	
4. Tengo planes y he decidido suicidarme	
5. Me mataría si pudiera	
6. No tengo pensamientos de hacerme daño	
10	
1. No lloro más de lo habitual	
2. Antes podía llorar, ahora no lloro ni aun queriendo	
3. Ahora lloro continuamente no puedo evitarlo	
4. Ahora lloro más de lo normal	
11	
1. No estoy más irritable que normalmente	
2. Me irrito con más facilidad que ante	
3. Me siento irritado todo el tiempo	
4. Ya no me irrita lo que antes me irritaba	
12	
1. He perdido todo mi interés por los demás, ya no me importan los demás en absoluto	
2. Me intereso por la gente menos que antes	
3. No he perdido mi interés por lo demás	
4. He perdido casi todo mi interés por los demás y apenas tengo sentimientos hacia ellos	
13	
1. Ahora estoy inseguro de mí mismo y procuro evitar el tomar decisiones	
2. Tomo mis decisiones como siempre	
3. Ya no puedo tomar decisiones en absoluto	
4. Ya no puedo tomar decisiones sin ayuda	
14	
1. Estoy preocupado porque me veo más viejo y desmejorado	
2. Me siento feo y repulsivo	
3. No me siento con peor aspecto que antes	
4. Siento que hay cambios en mi aspecto físico que me hacen parecer desagradable (o menos atractivo)	
15	
1. Puedo trabajar también como antes	
2. Tengo que esforzarme mucho para hacer cualquier cosa	

3. No puedo trabajar en nada	
4. Necesito un esfuerzo extra para empezar hacer algo	
5. No trabajo tan bien como lo hacía antes	
16	
1. Duermo también como antes	
2. Me despierto más cansado por la mañana	
3. Me despierto una o dos horas antes de lo normal y me resulta difícil volver a dormir	
4. Tardo una o dos horas en dormir por la noche	
5. Me despierto sin motivo en la mitad de la noche y tardo en volverme a dormir	
6. Me despierto temprano todos los días y no duermo más de 5 horas	
7. Tardo más de dos horas en dormirme y no duermo más de 5 horas	
8. No logro dormir más de tres o cuatro horas seguidas	
17	
1. Me canso más fácilmente que antes	
2. Cualquier cosa que hago me fatiga	
3. No me canso más de lo normal	
4. Me canso tanto que no puedo hacer nada	
18	
1. He perdido totalmente el apetito	
2. Mi apetito no es tan bueno como antes	
3. Mi apetito es ahora mucho menor	
4. Tengo el mismo apetito de siempre	
19	
1. No he perdido peso últimamente	
2. He perdido más de 2 y medio Kg	
3. He perdido más de 5 Kg	
4. He perdido más de 7 y medio Kg	
20	
1. Estoy tan preocupado por mi salud que me es difícil pensar en otra cosa	
2. Estoy preocupado por dolores y trastornos	
3. No me preocupa mi salud más de lo normal	
4. Estoy constantemente pendiente de lo que me sucede y de cómo me encuentro	
21	
1. Estoy menos interesado que el sexo que antes	
2. He perdido todo mi interés por el sexo	
3. Apenas me siento atraído sexualmente	
4. No he notado ningún cambio en mi atracción por el sexo	

ANEXO # 6

ESCALA DE HAMILTON PARA LA ANSIEDAD (HAMILTON ANXIETY RATING SCALE, HARS)

Autor: M. Hamilton.

Referencia: The assessment of anxiety states by rating. Br J Med Psychol 1959; 32: 50-55.

Evalúa: Intensidad de la ansiedad.

N.º de ítems: 14.

Administración: Heteroaplicada.

DESCRIPCIÓN

- La HARS es una escala de estado cuyo objetivo es valorar la intensidad de la ansiedad.
- Consta de un total de 14 ítems que evalúan los aspectos psíquicos, físicos y conductuales de la ansiedad. Además un ítem evalúa específicamente el ánimo deprimido.
 - Los ítems son manifestaciones inespecíficas de ansiedad, sin haber demostrado su utilidad para la evaluación de un trastorno de ansiedad en concreto.
 - En el caso del trastorno de ansiedad generalizada, diversos autores prefieren utilizar como criterio de respuesta el cambio en las puntuaciones en los 2 primeros ítems (humor ansioso y tensión) que la puntuación total, ya que los 12 ítems restantes no representan adecuadamente al trastorno de ansiedad generalizada.
- El marco de referencia temporal son los últimos días (al menos los 3 últimos) en todos los ítems, excepto el último, en el que se valora la conducta del sujeto durante la entrevista.

- Es una escala heteroaplicada. Ballenger y Lewis han creado unas sencillas instrucciones para asignar las puntuaciones más adecuadas en cada paciente, con el objeto de aumentar la fiabilidad inter-evaluadores. A continuación se describen brevemente (son válidas para los 13 primeros ítems):

1. Identifique de entre todos los síntomas posibles para cada ítem el más problemático en los últimos días, y que sea debido ciertamente a ansiedad.

2. Determine para ese síntoma estos tres aspectos: su gravedad, su frecuencia de presentación y la incapacidad o disfunción que produce.

- a) Gravedad: 1, leve, de poca importancia; 2, gravedad moderada y alteraciones; 3, alteraciones graves derivadas de los síntomas, muy molesto; 4, el peor síntoma que haya padecido nunca.

- b) Tiempo/frecuencia: 1, ocurre con poca frecuencia durante cortos períodos de tiempo; 2, ocurre parte del día o menos de la mitad de los días (menos de una tercera parte del tiempo de vigilia); 3, ocurre gran parte del día, durante la mayoría de los días (más de una tercera parte del tiempo de vigilia); 4, ocurre casi todo el tiempo.

- c) Incapacidad/disfunción: 1, conciencia de los síntomas, pero sin interferir en las actividades normales; 2, los síntomas interfieren en alguna actividad o empeoran debido a las alteraciones; 3, los síntomas causan incapacidad para llevar a cabo (o interfieren gravemente) las actividades sociales, familiares o laborales; 4, los síntomas causan incapacidad para realizar (o llevan a evitar) actividades en 2 o más de las áreas anteriores.

3. Haga la media entre las puntuaciones de gravedad y de tiempo/frecuencia y redondee la media en función de la puntuación de incapacidad.

CORRECCIÓN E INTERPRETACIÓN

- Proporciona una medida global de ansiedad, que se obtiene sumando la puntuación obtenida en cada uno de los ítems.
- Los puntos de corte recomendados son:

* 0-5: no ansiedad.

*6-14: ansiedad leve.

* ≥ 15 : ansiedad moderada/grave.



UNIVERSIDAD NACIONAL DE LOJA
ÁREA DE LA SALUD HUMANA
CARRERA DE PSICOLOGÍA CLÍNICA
ESCALA DE VALORACION DE LA ANSIEDAD DE MAX HAMILTON



DATOS DEL PACIENTE:

Apellidos:..... Nombre:.....Sexo:.....
 Edad:.....Fecha de consulta:..... Hora:.....
 Puntuación total:..... Ansiedad Psíquica:..... Ansiedad somática:.....

INSTRUCCIONES: Seleccione para cada ítem la nota que corresponde, según su experiencia, a la intensidad del comportamiento. Las definiciones que siguen al anunciado del ítem son ejemplos que sirven de guía. Marque en el casillero situado a la derecha la cifra (0 a 4) que define la intensidad.

Todos los ítems deben ser anotados.

- | | |
|---------------------------|----------------------------|
| 0 AUSENTE | 3 INTENSIDAD FUERTE |
| 1 INTENSIDAD LEVE | 4 INTENSIDAD MAXIMA |
| 2 INTENSIDAD MEDIA | (INVALIDANTE) |

1.- HUMOR ANSIOSO Inquietud. Espera de lo peor. Aprensión (anticipación temerosa) Irritabilidad	0	1
	2	
	3	4
2.- TENSIÓN Sensación de Tensión. Fatigabilidad. Imposibilidad de relajarse. Llanto fácil. Temblor. Sensación de no poder quedarse en un lugar.	0	1
	2	
	3	4
3.- MIEDOS A la oscuridad. A la gente desconocida. A quedarse sola. De los animales grandes, etc. Al tránsito callejero. A la multitud	0	1
	2	
	3	4
4.- INSOMNIO Dificultad para conciliar el sueño. Sueño interrumpido. Sueño no satisfactorio con cansancio al despertar. Sueños penosos. Pesadillas. Terrores nocturnos.	0	1
	2	
	3	4
5.- FUNCIONES INTELECTUALES (Gnosicas) Dificultad de concentración. Mala memoria	0	1
	2	

	3	4
6.- HUMOR DEPRESIVO Falta de interés. No disfrutar ya con sus pasatiempos. Depresión. Insomnio de la madrugada. Variaciones de humor durante el día.	0 2 3	1 4
7.- SINTOMAS SOMATICOS GENERALES (Musculares) Dolores y cansancio muscular. Rigidez muscular. Sobresaltos musculares. Sacudidas crónicas. Chirridos de los dientes. Voz poco firme o insegura	0 2 3	1 4
8.- SINTOMAS SOMATICOS GENERALES (Sensoriales) Zumbidos de oídos. Visión borrosa. Sofocación o escalofríos. Sensación de debilidad. Sensación de hormigueo.	0 2 3	1 4
9.- SINTOMAS CARDIOVASCULARES Taquicardia. Palpitaciones. Dolores en el pecho. Latidos vasculares. Extrasístoles.	0 2 3	1 4
10.- SINTOMAS RESPIRATORIOS Peso en el pecho o sensación de opresión torácica. Sensación de ahogo. Suspiros. Fala de aire.	0 2 3	1 4
11.- SINTOMAS GASTROINTESTINALES Dificultad para tragar. Meteorismo. Dispepsia. Dolor antes o después de comer	0 2 3	1 4
12.- SINTOMAS GENITO URINARIOS Amenorrea. Metrorragia. Aparición de la frigidez. Micciones frecuentes. Urgencia de micción. Eyaculación precoz. Ausencia de erección. Impotencia.	0 2 3	1 4
13.- SINTOMAS DEL SISTEMA NERVIOSO AUTONOMO Sequedad de la boca. Accesos de rubor. Palidez. Transpiración excesiva. Vértigos. Cefalea de tensión. Horripilación	0 2 3	1 4
14.-COMPORTAMIENTO DURANTE LA ENTREVISTA (GENERAL) tenso, incomodo. Agitación nerviosa: de las manos, frota sus dedos, prieta los puños. Inestabilidad: postura cambiante, temblor de las manos, ceño arrugado, facies tensa. Aumento de tono muscular. Respiración jadeante. Palidez facial. (FISIOLOGICO) Traga saliva. Eructos. Taquicardia de reposo. Frecuencia respiratoria de más de 20/min. Reflejos tendinosos vivos. Temblor. Dilatación pupilar. Exoftalmia. Sudor. Mioclonías palpebrales.	 0 2 3	 1 4
OBSERVACIONES: _____ _____ _____		

ANEXO # 7

FOTOGRAFÍAS: TRABAJO DE CAMPO



Entrada del Área de Cirugía del HGIAL



Aplicación de encuesta y reactivos pacientes Aplicación de encuesta y reactivos familiares



Aplicación de reactivos psicológicos a los pacientes post-quirúrgicos



Aplicación de reactivos psicológicos a los familiares de los pacientes post-quirúrgicos

INDICE DE CONTENIDOS

CONTENIDO	PÁGINA
Carátula.....	i
Certificación.....	ii
Autoría.....	iii
Carta de Autorización.....	iv
Dedicatoria.....	v
Agradecimiento.....	vi
a. Título.....	1
b. Resumen.....	2
Summary.....	3
c. Introducción.....	4
d. Revisión de Literatura.....	8
Capítulo I	
Salud	
1.1. Salud Integral.....	8
1.2. Salud Mental.....	8
1.3. Promoción de la Salud Mental.....	9
1.4. Prevención de los Trastornos Mentales.....	9
1.5. Intervención Hospitalaria: Una Aproximación de la Psicología Clínica.....	10

Capítulo II

Ansiedad y Depresión

2.1. Ansiedad.....	10
2.2. Depresión.....	14
2.3. Ansiedad y Depresión en los Familiares de Pacientes Hospitalizados.....	17

Capítulo III

Intervenciones Quirúrgicas

3.1. Definición.....	18
3.2. Clasificación.....	19
3.3. Neurofisiología de los Procesos Quirúrgicos.....	20
3.4. Factores que Influyen en la Intervención Quirúrgica.....	21
3.4.1. Factores Externos.....	21
3.4.2. Factores Internos.....	22
3.5. Aspectos Psicológicos en el Paciente Quirúrgico.....	22
3.6. Temores y Creencias más Comunes en el Paciente, Asociadas a la Cirugía.....	23
3.7. La familia del paciente quirúrgico.....	23

Capítulo IV

Psicoterapia en Cirugía

4.1. La Psicoterapia Breve y de Emergencia (PBIU de Bellak).....	25
4.1.1. Indicaciones y Contraindicaciones.....	26
4.2. Beneficios que Otorga la Preparación Psicológica Pre-quirúrgica.....	26
4.3. Preparación Psicológica ante la Cirugía.....	27
4.3.1. Eficacia de las Intervenciones Psicológicas ante la Recuperación Quirúrgica.....	27
e. Materiales y Métodos.....	29

f. Resultados.....	37
Tablas: Resultados Fase Pre-quirúrgica	
Ansiedad en los Pacientes Pre-quirúrgicos del Área de Cirugía del HGIAL.....	37
Ansiedad en los Familiares de los Pacientes Pre-quirúrgicos del Área de cirugía del HGIAL...	39
Depresión Pre-quirúrgica en los Pacientes del Área de Cirugía del HGIAL.....	41
Depresión en los Familiares de los Pacientes Pre-quirúrgicos del Área de cirugía del HGIAL...	43
Tablas: Resultados Fase Post-quirúrgica (Re-Test)	
Ansiedad Post-quirúrgica en los Pacientes del Área de Cirugía del HGIAL.....	45
Ansiedad en los Familiares de los Pacientes Post-quirúrgicos del Área de cirugía del HGIAL..	47
Depresión Post-quirúrgica en los Pacientes del Área de Cirugía del HGIAL.....	49
Depresión en los Familiares de los Pacientes Post-quirúrgicos del Área de cirugía del HGIAL..	51
g. Discusión.....	53
h. Conclusiones.....	58
i. Recomendaciones.....	60
j. Bibliografía.....	62
k. Anexos.....	66
Anexo # 1: Lineamiento Alternativo.....	66
Anexo # 2: Encuesta Aplicada a los Pacientes Pre-quirúrgicos y sus Familiares.....	84
Anexo # 3: Encuesta Sociodemográfica (Formato).....	87
Anexo # 4: Escala Hospitalaria de Ansiedad y Depresión.....	90
Anexo # 5: Inventario de Depresión de Beck.....	95
Anexo # 6: Escala de Hamilton para la Ansiedad.....	101
Anexo # 7: Fotografías: Trabajo de Campo.....	106
Índice.....	108