

UNIVERSIDAD NACIONAL DE LOJA
ÁREA DE LA SALUD HUMANA
PSICOLOGÍA CLÍNICA

Título:

“NIVELES DE ANSIEDAD EN PACIENTES DE 6 A 14 AÑOS QUE HAN SUFRIDO FRACTURAS Y SERÁN INTERVENIDOS QUIRÚRGICAMENTE EN EL ÁREA DE PEDIATRÍA TRAUMATOLÓGICA, DE LOS HOSPITALES DE LA CIUDAD DE LOJA, EN EL PERIODO MAYO - OCTUBRE DEL 2014.”

TESIS PREVIA A LA
OBTENCIÓN DEL TÍTULO
DE PSICÓLOGA CLÍNICA.

AUTORA:

Fanny Maribel Jiménez Sarango

DIRECTORA DE TESIS.

Dra. Lorena Janet Celi Astudillo Mg. Sc.

LOJA - ECUADOR

2014

CERTIFICACIÓN

Dra. Lorena Janet Celi Astudillo Mg. Sc.

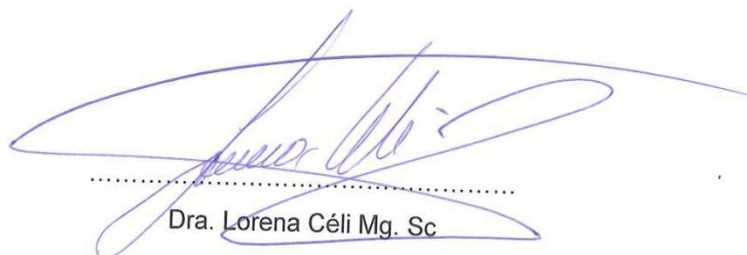
DOCENTE DE LA CARRERA DE PSICOLOGÍA CLÍNICA DEL ÁREA DE LA SALUD HUMANA DE LA UNIVERSIDAD NACIONAL DE LOJA.

CERTIFICA:

Que el trabajo de investigación de tesis titulado, **“NIVELES DE ANSIEDAD EN PACIENTES DE 6 A 14 AÑOS QUE HAN SUFRIDO FRACTURAS Y SERÁN INTERVENIDOS QUIRÚRGICAMENTE EN EL ÁREA DE PEDIATRÍA TRAUMATOLÓGICA, DE LOS HOSPITALES DE LA CIUDAD DE LOJA, EN EL PERIODO MAYO- OCTUBRE DEL 2014**, de autoría de la egresada Fanny Maribel Jiménez Sarango, 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 se ejecute el trámite correspondiente.

Loja, 5 diciembre del 2014



Dra. Lorena Céli Mg. Sc

DIRECTORA DE TESIS

AUTORÍA

Yo, Fanny Maribel Jiménez Sarango declaro ser autora del presente trabajo de tesis y eximo expresamente a la Universidad Nacional de Loja y su Área de la Salud Humana, así como a sus representantes jurídicos de posibles reclamos o acciones legales por el contenido de la misma.

Acepto y autorizo a la Universidad Nacional de Loja, la publicación de mi tesis en el repositorio institucional, Biblioteca virtual, de así considerarlo

Autor: Fanny Maribel Jiménez Sarango

Firma

A handwritten signature in blue ink, written over a horizontal dashed line. The signature is stylized and appears to be 'Fanny Maribel Jiménez Sarango'.

Cédula: 1104937899

Fecha: Loja, diciembre 2014

CARTA DE AUTORIZACIÓN

Yo, Fanny Maribel Jiménez Sarango, declaro ser autora de la tesis titulada, “NIVELES DE ANSIEDAD EN PACIENTES DE 6 A 14 AÑOS QUE HAN SUFRIDO FRACTURAS Y SERÁN INTERVENIDOS QUIRÚRGICAMENTE EN EL ÁREA DE PEDIATRÍA TRAUMATOLÓGICA DE LOS HOSPITALES DE LA CIUDAD DE LOJA EN EL PERIODO MAYO- OCTUBRE DEL 2014”, como requisito para optar el grado de Psicóloga Clínica; autorizo al sistema bibliotecario de la Universidad Nacional de Loja, para que con fines académicos muestre LA CARTA DE AUTORIZACIÓN DE TESIS POR PARTE DE LA AUTORA, PARA LA CONSULTA REPRODUCCION PARCIAL O TOTAL, Y PUBLICACIÓN ELECTRONICA DEL TEXTO COMPLETO.

A través de la visibilidad de su contenido de la siguiente manera en el Repositorio Digital Institucional.

Los usuarios pueden consultar los contenidos de este trabajo en el RDI, en las redes de información del país y el exterior, con las cuales tenga convenio la Universidad.

Para constancia de esta autorización, en la ciudad de Loja, a los 5 días del mes de Diciembre del 2014.

Firma del Autor:

Autora: Fanny Maribel Jiménez Sarango

Cédula: 1104937899

Dirección: Rocafuerte y José María Peña

Correo Electrónico: maribeljimenezsarango1989@hotmail.com

Teléfono: 2683883 **Celular:** 0997121591

DATOS COMPLEMENTARIOS

Directora de tesis: Dra. Lorena Janet Celi Astudillo

Tribunal de tesis: Dra. María Susana González García

Dr. Germán Alejandro Vélez Reyes

Dr. Nerio Vicente Silva Aguilar

DEDICATORIA

Dedico esta meta con todo mi amor y cariño a:

A Dios

Porque ha estado conmigo en cada paso que doy, cuidándome y dándome fortaleza para continuar,

A mis papas especialmente a mi madre Fanny

Quienes a lo largo de mi vida han velado por mi bienestar y educación siendo mi apoyo en todo momento. Depositando su entera confianza en cada reto que se me presentaba sin dudar ni un solo momento en mi inteligencia y capacidad. Es por ellos que soy lo que soy ahora. Los amo con mi vida

A mi abuelita Teresa

Puedo decir plenamente que eres además de mi abuela, mi segunda madre, y los valores y los aportes que has realizado para mi vida son simplemente invaluables. Para el desarrollo de mi tesis tuve que lidiar con toda clase de obstáculos, y muchos de ellos los superé gracias a tus enseñanzas.

Gracias mami, te quiero muchísimo.

A mis demás familiares

Quienes con su apoyo incondicional, compañía han hecho de mi vida una gran experiencia y que cada día sea mejor especialmente a Luis, Truman, Renato, Robert, Gladis, Nayeli, Jostin, Carlos quienes han sido y son un soporte emocional a lo largo de todos estos años siempre ahí para apoyarme en todo momento nunca los olvidare son muy importantes para mi

A todos ustedes muchas gracias por motivarme para concluir mi tesis

Maribel Jiménez

AGRADECIMIENTO

El presente trabajo investigativo y su ejecución no hubiese sido posible sin la contribución y el apoyo de aquellas personas que con su cariño y sabiduría guiaron la realización de la misma.

Es por ello que mi agradecimiento va dirigido a:

Primeramente me gustaría agradecerle a ti Dios por bendecirme para llegar hasta donde he llegado, porque hiciste realidad este sueño anhelado, a la UNIVERSIDAD NACIONAL DE LOJA por darme la oportunidad de estudiar y ser una profesional.

A mi directora de tesis, Dra. Lorena Celi por su esfuerzo y dedicación, quien con sus conocimientos, su experiencia, su paciencia y su motivación ha logrado en mí que pueda terminar mis estudios con éxito.

También me gustaría agradecer a mis profesores durante toda mi carrera profesional porque todos han aportado con un granito de arena a mi formación, a la Dra. Susana González, y en especial a mi profe al Dr. Luis Fernando Sarmiento, por sus consejos, su enseñanza y más que todo por su amistad.

A los Hospitales de la ciudad de Loja Hospital “Manuel Ygnacio Monteros IESS Loja”, Hospital Provincial General “Isidro Ayora”, por abrirme sus puertas y brindarme todos los recursos para la elaboración y ejecución de la presente tesis

Muchas gracias.

“NIVELES DE ANSIEDAD EN PACIENTES DE 6 A 14 AÑOS QUE HAN SUFRIDO FRACTURAS Y SERÁN INTERVENIDOS QUIRÚRGICAMENTE EN EL ÁREA DE PEDIATRÍA TRAUMATOLÓGICA, DE LOS HOSPITALES DE LA CIUDAD DE LOJA, EN EL PERIODO MAYO- OCTUBRE DEL 2014.”

RESUMEN

La ansiedad infantil se concreta como una vivencia displacentera que usualmente sucede ante una situación amenazadora tanto real como imaginada donde ocurren las mismas respuestas fisiológicas mencionadas tales como sudoración, palpitaciones, etc. La ansiedad como emoción es parte constitutiva del desarrollo humano, puede experimentarse como incomodidad emocional asociada a la anticipación de peligro o de amenaza. Se identificó los niveles de ansiedad a través del **TEST DE ANSIEDAD LO QUE PIENSO Y SIENTO (CMAS-R)** en pacientes que han sufrido fracturas y serán intervenidos quirúrgicamente; para lo cual, se tomó una muestra poblacional de 52 pacientes de 6 a 14 años, hospitalizados en las áreas de pediatría traumatológica en el Hospital Manuel Ygnacio Monteros (IESS) y Hospital Regional Isidro Ayora de la ciudad de Loja, se les aplicó el test de ansiedad manifiesta “LO QUE PIENSO Y SIENTO (CMAS-R)” el mismo que permitió medir tres áreas como son: Ansiedad Fisiológica –Inquietud Hipersensibilidad y Preocupaciones Sociales/ Concentración. Se pudo evidenciar que en el área de ansiedad fisiológica prevalece el género masculino con el 49 % con relación al femenino que presenta un 27%, en el área de Inquietud Hipersensibilidad igualmente prevalece el género masculino con un 27% a diferencia del género femenino con un 20%, y en la tercera área Preocupaciones Sociales/ Concentración prevalece el género femenino con un 53% a diferencia del género masculino con un 24%. Se elaboró un Plan de Intervención Psicoterapéutico dirigido a los pacientes y a sus familiares el mismo cuyo propósito fue prevenir alteraciones psicológicas y disminuir los niveles de ansiedad por los acontecimientos estresantes que conllevan a una cirugía. La información obtenida a través de este estudio ayudará al diseño de intervenciones psicoterapéuticas apropiadas para pacientes que se encuentran hospitalizados y serán sometidos a intervenciones quirúrgicas como respuesta a esta problemática se propone un plan terapéutico en niños de 6 a 14 años en los hospitales de la ciudad de Loja con el objetivo de reducir los niveles de ansiedad a través de las técnicas; Ludoterapia, Restructuración Cognitiva y la Detección de pensamientos Distorsionados; Implementar como política Hospitalaria la psicoprofilaxis quirúrgica como método terapéutico en pro de la disminución de los niveles de ansiedad en pacientes con fracturas; y, que esta propuesta de intervención psicológica se ponga en práctica en otras áreas

hospitalarias ya que la psicoprofilaxis es un factor coadyuvante fundamental para la recuperación efectiva y eficaz de la mayoría de patologías físicas.

Palabra Clave: Pacientes fracturados, ansiedad, propuesta psicológica.

ABSTRACT

Child anxiety takes shape as an experience negative which usually happens before a situation threatening both real and imagined where arise the same aforementioned physiological responses such as sweating, palpitations, etc. The Anxiety as excitement is constituent part of human development can be experienced as emotional discomfort associated with the anticipation of danger or threat. Anxiety levels were identified through the Test of anxiety which I think and feel (CMAS-R) in patients who have suffered fractures and will be operated; which, a population sample of 52 patients aged 6 14 years, hospitalized in the areas of Pediatric trauma at the Hospital Manuel Ygnacio Monteros (IESS) and Hospital Regional Isidro Ayora from the city of Loja, it applied the test of manifest anxiety "what I think and feel (CMAS-R)" which allowed to measure three areas such as: Physiological anxiety - anxiety hypersensitivity and social concerns concentration. Demonstrate that in the area of physiological anxiety prevails with 49 male gender in relation to the feminine presenting a 27, in the area of concern hypersensitivity prevails equally masculine gender with a 27 unlike the female gender with a 20, and in the third area concerns social concentration prevails the female gender with a 53 in contrast to the masculine gender with a 24. Developed a psychotherapeutic intervention Plan directed to patients and their families the same whose purpose was to prevent psychological disorders and lower anxiety levels by stressful events that lead to surgery. The information gathered through this study will help the design of psychotherapeutic interventions appropriate for patients who are hospitalized and will undergo surgery as response to this problem is proposed a treatment plan in children aged 6 to 14 in hospitals in the city of Loja, in order to reduce anxiety levels through techniques; Play therapy, cognitive restructuring and the detection of Distorsionados thoughts; Implement as policy hospital surgical psychoprophylaxis as a therapeutic method in favour of the reduction in the levels of anxiety in patients with fractures; and, that this proposal for psychological intervention is put into practice by other hospital areas since the psycho is a key contributing factor to recover effectively and efficiently for the majority of physical pathologies.

Keyword:: Fractured patients, anxiety, and psychological proposal.

INTRODUCCIÓN

Los procedimientos quirúrgicos que se les realizan a personas que han sufrido fracturas de miembros inferiores, fracturas cerradas-fracturas abiertas entre otras son complejas, dolorosas, y traumáticas, aún más en niños, ya que estos por su corta edad les resulta difícil comprender que la intensidad de dichos procedimientos contribuye en la recuperación parcial o definitiva del dolor y la gravedad de sus lesiones.

Los traumatismos en los niños pequeños son a menudo consecuencia de los malos tratos, accidentes de tráfico, que encabezan la lista de los agentes causales, representando aproximadamente un 70%

En el Ecuador, se evidencia un aumento considerable en las estadísticas, epidemiológicas, en la que las enfermedades carenciales y transmisibles comparten un espacio con las enfermedades crónico-degenerativas y los problemas de salud colectiva, entre los más frecuentes son los accidentes de tráfico y la violencia tanto social como familiar, dirigida al menor (Saltos Tonato Rita Mariuxi. 2011).¹

Estos accidentes a más de ocasionar lesiones físicas pueden desencadenar dificultades psicológicas en el menor. Por este motivo la presente investigación denominada “Niveles de ansiedad en pacientes de 6 a 14 años que han sufrido fracturas y serán intervenidos quirúrgicamente en el área de pediatría traumatológica de los hospitales de la ciudad de Loja en el periodo mayo - octubre del 2014”.

En el proceso investigativo se estructuró el marco teórico en dos capítulos: El primer capítulo contiene aspectos relacionados con la ansiedad infantil, en donde se exponen conceptualizaciones, sintomatología física y psicológica de la ansiedad. El segundo capítulo: hace referencia a la psicoprofilaxis quirúrgica, como modelo psicoterapéutico, a su origen, a los niveles de aplicación entre otros.

El presente estudio es de tipo descriptivo, cuantitativo de corte trasversal, en él se tomó una muestra de 52 pacientes que se encontraban hospitalizados en las

áreas de pediatría traumatológica de los Hospitales de la ciudad de Loja, durante el periodo Mayo-Julio 2014, a quienes se les aplicó el test de ansiedad manifiesta (CMAS-R)".

Por lo descrito, este proyecto de investigación pretende construir una propuesta de soporte psicológico y de apoyo emocional para los pacientes que sufren este tipo de traumas, a su vez la intervención psicológica también se matiza dentro de un esquema de tipo preventivo de posibles psicopatologías durante la hospitalización y rehabilitación de los menores, manteniendo el objetivo de promover una mayor adaptación, adhesión y estabilidad psicológica y emocional hacia los tratamientos médicos y quirúrgicos que requieren los pacientes es por ello el interés de este estudio es ayudar al paciente a entender su enfermedad, a aceptar la situación traumática (operación) y apoyar a la familia para que pueda acompañarlo mejor en el proceso.

Proponer a la psicofilaxis quirúrgica como modelo psicoterapéutico que es un conjunto de técnicas psicoterapéuticas empleadas en la psicología pediátrica que se ocupan, dentro de un marco interdisciplinario, de preparar psicológicamente al paciente y a su familia para afrontar una intervención quirúrgica con la menor cantidad de secuelas psicológicas posibles, y se sabe son de gran utilidad clínica para obtener la máxima cooperación de los pacientes, para disminuir su ansiedad ante los procedimientos médicos en el transcurso de alguna enfermedad y en lo relacionado a la recuperación. La tarea abarca la información y contempla la contención y el esclarecimiento de todas las dudas, temores, ansiedades, angustias, sentimientos y emociones que surgen ante una operación.

REVISIÓN DE LITERATURA

CAPÍTULO I

1. ANSIEDAD

1.1.- Definición

La ansiedad puede definirse como una anticipación de un daño o desgracia futuros, acompañada de un sentimiento de disforia (desagradable) y/o de síntomas somáticos de tensión. El objetivo del daño anticipado puede ser interno o externo. Es una señal de alerta que advierte sobre un peligro inminente y permite a la persona que adopte las medidas necesarias para enfrentarse a una amenaza.

Es importante entender la ansiedad como una sensación o un estado emocional normal ante determinadas situaciones y que constituye una respuesta habitual a diferentes situaciones cotidianas estresantes. Así, cierto grado de ansiedad es incluso deseable para el manejo normal de las exigencias del día a día. Tan sólo cuando sobrepasa cierta intensidad o supera la capacidad adaptativa de la persona, es cuando la ansiedad se convierte en patológica, provocando malestar significativo con síntomas que afectan tanto al plano físico, como al psicológico y conductual (Dr. Infante Campos Alberto, 2008).²

La ansiedad es una respuesta normal y adaptativa ante amenazas reales o imaginarias más o menos difusas que prepara al organismo para reaccionar ante una situación de peligro.

La ansiedad es un estado patológico caracterizado por la presencia de sensaciones desagradables en el cuerpo, dolor precordial, se siente físicamente enfermo. Temor y preocupación intensa que vuelve infeliz al sujeto, que tiene algún tiempo de duración, sensaciones extravagantes en la cabeza.

La ansiedad es el miedo a lo desconocido, una sensación de peligro permanente que produce estrés y nos hace perder la fortaleza, dejándonos débiles y sin energías (Echeburua, E. 1993).³

1.2. Ansiedad en niños

A través de la historia no existen vestigios donde el miedo y la ansiedad no hayan sido parte de la humanidad, así comprendemos que las respuestas de ansiedad se encuentran integradas en las conductas de los niños-as como reacciones defensivas innatas y a su vez es un mecanismo de vigilancia del organismo, además estas sirven como un control de alarma ante el menor peligro, es por este motivo que varios autores, señalan que las respuestas de ansiedad en ciertos niveles son más un signo de salud que una señal de enfermedad, bajo ciertos estímulos estos niveles de ansiedad tienden a dispararse causando desadaptación y sufrimiento para los niños y personas que la sufren de una manera desproporcionada (Garrido Franco, Jimmy Alonso. Quito 2012).⁴

1.3. Ansiedad patológica

La ansiedad ha dejado de ser adaptativa para muchas personas y ha pasado a ser algo muy molesto y presente en sus vidas. Si aumenta en exceso, la ansiedad se convierte en negativa y contraproducente y actúa como un inhibidor de la potencialidad y el rendimiento. Entonces se da la ansiedad patológica.

La ansiedad deja de ser normal para pasar a ser patológica cuando se desconoce aquello que desencadena la sensación de peligro, o bien se lo conoce, pero objetivamente no es lo bastante amenazante como para justificar la intensidad y duración del malestar emocional (sensación de miedo, amenaza o inseguridad) y la activación fisiológica (sudor, palpitaciones, taquicardia, náuseas, diarreas, tensión muscular, sensación de ahogo, temblor) Una persona ansiosa (ansiedad patológica) trata de equilibrar la ansiedad y sus manifestaciones a través de conductas que les proporcionan sensación de seguridad como fumar, beber, comer en exceso o con la administración de fármacos (Garcés Mejía Carolina del Rocío, Quito 2011).⁵

La persona que sufre ansiedad patológica hace una distinción insuficiente y de poca calidad entre lo que es peligroso y lo que no, además tiene problemas para acostumbrarse o habituarse a aquello que le desencadena el malestar, a pesar de saber que es inofensivo. Aquí sus efectos:

1. Dificulta la adaptación al medio
2. Afecta el rendimiento
3. Se acompaña de sensaciones corporales intensas y desagradables
4. El sentimiento de amenaza y de preocupación es desproporcionado a la situación que lo desencadena, o bien, simplemente es inespecífico y no está ligado a situación alguna
5. Es una emoción persistente que reduce la libertad de acción de la persona.

La diferencia que se da entre la ansiedad patológica y normal es la magnitud de respuesta a un estímulo provocador. Cuando el nivel de ansiedad ya no es óptimo se puede dar una disminución del rendimiento y sufrir un bloqueo en nuestras acciones y nuestra mente. Cualquier incremento en el nivel de ansiedad hace que desaparezcan los beneficios que esta trae.

Los individuos que manifiestan una personalidad ansiosa tienen mayor tendencia para percibir como peligrosas situaciones más o menos corrientes y una mayor tendencia a responder ante esas amenazas con fuertes estados de ansiedad. El que una persona tenga rasgos ansiosos de personalidad no supone necesariamente la existencia de un trastorno ansioso, pero sí puede ser precedente del trastorno (Garcés Mejía Carolina del Rocío, Quito 2011).⁶

1.4. Manifestaciones sintomatológicas de la ansiedad

Los síntomas de ansiedad son muy variados y pueden clasificarse en diferentes grupos:

Físicos:

1. Taquicardia,
2. Palpitaciones,
3. Opresión en el pecho,
4. Falta de aire,
5. Temblores,
6. Sudoración, molestias digestivas,

7. Náuseas, vómitos,
8. Nudo en el estómago,
9. Sensación de obstrucción en la garganta,
10. Agarrotamiento,
11. Tensión
12. Rigidez muscular, cansancio,
13. Hormigueo,
14. Sensación de mareo e inestabilidad.

Si la activación neurofisiológica es muy alta pueden aparecer alteraciones del sueño, alimentación entre otras. (Garrido Franco, Jimmy Alonso. Quito 2012).⁷

Los síntomas físicos de la ansiedad estarían provocados por un estado anómalo de hipervigilancia (arousal), que actuaría sobre el sistema nervioso central y periférico, provocando una activación, así como el sistema endocrino, dando lugar a cambios hormonales que pueden ser:

- a) Síntomas Cardiovasculares: Palpitaciones, pulso rápido, tensión arterial alta, accesos de calor.
- b) Síntomas Respiratorios: Sensación de sofoco, ahogo, respiración rápida y superficial, opresión torácica.
- c) Síntomas Gastrointestinales: Náuseas, vómitos, diarrea, aerofagia, molestias digestivas.
- d) Síntomas Genitourinarios: Micciones frecuentes, enuresis, eyaculación precoz, frigidez, impotencia.
- e) Síntomas Neuromusculares: Tensión muscular, temblor, hormigueo, dolor de cabeza tensional, fatiga excesiva.
- f) Síntomas Neurovegetativos: sequedad de boca, sudoración excesiva, mareos.

Psicológicos

- a) Miedo
- b) Preocupación
- c) Temor
- d) Interpretaciones negativas de situaciones

e) Inseguridad, etc.

De conducta

1. Estado de alerta e hipervigilancia,
2. Inhibición
3. Bloqueos
4. Torpeza o dificultad para actuar
5. Impulsividad,
6. Inquietud motora,
7. Dificultad para estar quieto y en reposo.

Estos síntomas vienen acompañados de cambios en la expresividad corporal y el lenguaje corporal: posturas cerradas, rigidez, 49 movimientos torpes de manos y brazos, cambios en la voz, expresión facial de asombro, duda o crispación, etc.

Intelectuales o cognitivo

- 1) Dificultades de atención, concentración y memoria,
- 2) Aumento de los despistes y descuidos,
- 3) Preocupación excesiva,
- 4) Expectativas negativas,
- 5) Rumiaciones,
- 6) Pensamientos distorsionados e importunos,
- 7) Incremento de las dudas y la sensación de confusión,
- 8) Tendencia a recordar sobre todo cosas desagradables,
- 9) Sobrevaloración de pequeños detalles desfavorables,
- 10) Abuso de la prevención y de la sospecha,
- 11) Interpretaciones inadecuadas, susceptibilidad, etc.

Sociales

- I. Irritabilidad,
- II. Hostilidad,
- III. Ensimismamiento,
- IV. Dificultades para iniciar o seguir una conversación, en unos casos, y verborrea en otros,

- V. Bloquearse o quedarse en blanco a la hora de preguntar o responder,
- VI. Dificultades para expresar las propias opiniones o hacer valer los propios derechos,
- VII. Temor excesivo a posibles conflictos, etc.

Es importante señalar que no todas las personas tienen los mismos síntomas, ni estos la misma intensidad en todos los casos. Cada persona, según su predisposición biológica y/o psicológica, se muestra más vulnerable o susceptible a unos u otros (Garrido Franco, Jimmy Alonso Quito 2012).⁸

1.4.1. Los agentes estresantes o situaciones de estrés.

Según refiere Cía. (2002) pueden ser de diferente índole y duración, externos e internos, pudiéndoselos dividir en:

1. Estrés somático o físico
2. Exceso de calor, frío u otras condiciones ambientales adversas.
3. Exceso de ruido, contaminantes ambientales, agresiones visuales.
4. Actividades físicas excesivas o inexistentes (sedentarismo).
5. Dolor y enfermedades somáticas
6. Estrés psíquico
7. Éxitos o fracasos personales notables.
8. Frustración, insatisfacción y ausencia de objetivos.
9. Situaciones de cambio vital o de transición en los roles ejercicios (recibirse, retirarse o jubilarse, separarse o enviudar).
10. Concluyo que: un enfermo frustrado en una necesidad fundamental es doblemente enfermo (Baeza, J.C 2008).⁹

Como consecuencias psicológicas de la hospitalización en los pacientes pueden aparecer:

- a) Irritabilidad
- b) Miedo
- c) Angustia de muerte o de perder alguna parte de su cuerpo

- d) Ganancias secundarias
- e) Tristeza
- f) Llanto
- g) Hiperfagia
- h) Hiporexia
- i) Insomnio
- j) Dificultad para hablar de la enfermedad (Buendía, José.1993).¹⁰

1.5. Ansiedad – Situaciones de estrés

Con frecuencia la reacción del estrés produce emocionalidad negativa, sobre todo ansiedad, que es una reacción de alerta, de activación, ante la posibilidad de obtener un resultado negativo; en cualquier caso, aunque la ansiedad pueda ser un reflejo de estados internos, se asocia generalmente con sucesos estresantes externos teniendo en cuenta que algunas personas pueden ser más vulnerables que otras, es así que la ansiedad puede ser experimentada por cualquier persona, ya que esencialmente es una respuesta al estrés (Latorre, 2009). Aunque el estrés es un proceso normal puede llegar a producir consecuencias patológicas; si se mantiene demasiado tiempo una elevada respuesta a estresantes, puede comenzar un proceso patológico con probabilidades de afectar al rendimiento, a la salud física y a la salud mental.

Es así que una de las causas que condiciona al individuo para la aparición de la ansiedad es el estrés permanente; puesto que, el estrés puede acumularse en el pensamiento como lo hacen los efectos nocivos del sol sobre la piel, por lo que, si una situación de estrés no es temporal, como lo sería la provocada por un viaje, un accidente en auto sin lesiones y por el contrario, se prolonga durante muchos meses o incluso años, acaba por penetrar en el fondo de la mente y propicia el terreno para el desarrollo de un verdadero trastorno de ansiedad (Baeza, J.C 2008).¹¹

1.6. Depresión - Ansiedad

Una de las evidencias más notorias en relación a la complejidad de la depresión es entre otras, su relación con la ansiedad la cual es considerada como un

componente básico asociado a la mayoría de alteraciones psicopatológicas (Sandrin, L & Brusco, A, etal.1993).¹²

Es así que numerosos autores argumentan que muchos cuadros depresivos están originados por un trastorno de ansiedad previo y prolongado, motivado fundamentalmente por las tensiones que existen en los sistemas de relación del sujeto; por lo que la ansiedad definida como resultado de una percepción de amenaza ante la cual el individuo se siente vulnerable y con expectativa de que algo terrible o negativo acontecerá en su futuro (Baeza y col, 2008), unida al sentimiento de impotencia para impedir o resolver la situación problemática, hace que una ansiedad prolongada pueda derivar en un trastorno depresivo de carácter secundario derivado de la falta de control sobre la realidad inmediata (Buendía, J. 1993).¹³

1.7. Depresión–Situaciones Generadores de Estrés

Es evidente que la depresión está relacionada con el estrés. Buendía (1993), refiere que numerosas investigaciones realizadas así parecen demostrarlo, como es el caso de Brown (1978; citado por Buendía, 1993, pp. 55,56), quien realiza una investigación en la cual pretende determinar si los sucesos vitales estresantes estaban relacionados causalmente con la aparición de la depresión en mujeres de clase trabajadora y si ciertos factores sociales hacían más vulnerables a estas personas a la depresión, concluyéndose que la mujer de clase media, circunstancia que tiene que ver con los factores de vulnerabilidad a los agentes externos, y no solo con la presencia de un mayor número de agentes directamente desencadenantes de trastornos depresivos.

En trabajos posteriores se revela que el 98 por 100 de los episodios de depresión están precedidos de un estresor psicosocial importante que precipita la depresión.

Puente et al. (2008) señala que son muchas las investigaciones que acuerdan que la exposición a acontecimientos vitales estresantes puede constituir un importante vínculo entre el entorno social el riesgo de padecer trastornos del estado de ánimo. Con respecto a los acontecimientos vitales, resulta interesante la visión

del trabajo de Kessler (1997), citado por Puente, et al, 2008), en el que llega a cuatro conclusiones principales:

- a. Existe una asociación entre la exposición a acontecimientos vitales subsiguiente inicio de una depresión mayor.
- b. Es más intensa la magnitud de dicha asociación cuando se tienen en cuenta rasgos específicos de la experiencia vital estresante.
- c. Cuanto más graves son los acontecimientos vitales más estrecha es la relación que existe con la depresión mayor.

Chapa (2003), refiere que un cuadro depresivo en el que también puede identificarse un comienzo delimitado en el tiempo, aunque no tan puntual, es aquel que emerge en relación con situaciones de estrés reiteradas o persistentes (Buendía, J. 1993).¹⁴

1.8. SINTOMATOLOGÍA ANSIOSA Y LA RELACIÓN CON EL PROCESO OPERATORIO

1.8.1. Relación de los factores estresantes y los niveles de ansiedad

La ansiedad presente en el ser humano oscila desde una respuesta adaptativa hasta un trastorno incapacitante, es decir, que bajo condiciones normales, mejoran el rendimiento y la adaptación al medio social y académico.

La hospitalización tiene un fuerte significado de amenaza y frustración, es decir, es un evento que causa ansiedad. Los pacientes hospitalizados perciben la experiencia hospitalaria como una situación desconocida y que excede sus capacidades para resolverla y afrontarla, incluso hay elementos que favorecen la elaboración de información y por ende crean actitudes y comportamientos no adecuados a la situación que están viviendo.

Los factores estresantes presentes durante la hospitalización, dan como resultado niveles de ansiedad en los pacientes que pueden reflejarse a través de un sin número de cambios de conducta y afectivos. Las respuestas emocionales más

comunes son problemas alimentarios, alteraciones en sueño, irritabilidad, tensión, temores, preocupaciones por su cuerpo, síntomas somáticos tales como tics (Garcés Mejía. Quito 2011).¹⁵

En el presente trabajo se toma en consideración el modelo de Lazarus y Folkman (1976), tratando de superar las definiciones de ansiedad en términos de estímulo o respuesta predominantes hasta esa fecha. La define como una relación particular entre el individuo y el entorno que es evaluado por éste como amenazante o desbordante de sus recursos y que pone en peligro su bienestar. Desde este punto de vista es como se presentan las relaciones entre los factores estresantes en hospitalización y la presencia de niveles de ansiedad. Según lo que los antes mencionados plantean, es la interpretación que el sujeto hace de los acontecimientos la verdadera fuente del grado del estrés sufrido y no el acontecimiento en sí mismo. Para Lazarus y Folkman, el acontecimiento básico que media entre el acontecimiento y la reacción estresante o no, es la valoración cognitiva que el sujeto hace de la situación, la cual adopta dos formas básicas: evaluación primaria que determina el significado del acontecimiento para el sujeto ¿tengo problemas o puedo verme beneficiado, en el presente o en el futuro? Y si es así, ¿de qué modo? En una evaluación posterior, evaluación secundaria, el sujeto valora los propios recursos para enfrentar la situación (incluyendo las propias habilidades de afrontamiento, el apoyo social disponible, los recursos materiales, etc.) en este caso, la persona se pregunta ¿Qué puedo hacer, si es que puedo hacer algo? (LAZARUS, R. S. 1968).¹⁶

La respuesta de estrés solo aparece si el sujeto valora la situación como potencialmente negativa y se siente incapaz de hacerle frente con sus recursos (Moreno-Jiménez 2004).¹⁷

Los estados de ansiedad pueden convertirse en un problema de salud e impedir el bienestar de las personas. Cada persona según su predisposición biológica o psicológica se muestra más vulnerable o susceptible a unos u otros síntomas. Estos síntomas se manifiestan en los pacientes hospitalizados de manera significativa, alterando todo a su alrededor.

En la presencia de ansiedad en relación con los factores estresantes hay que tomar en cuenta el género, la edad, y el tiempo de hospitalización y como estas variables influyen en la aparición de síntomas ansiosos.

Los estresores se relacionan con la reacción del organismo a las condiciones físicas nocivas. Los recursos orgánicos deben movilizarse para sostener un ataque o para huir del peligro. Esto contribuye a la tensión del organismo para que este mantenga un medio interno estable. En efecto, si los estresores son prolongados e intensos, la ira y el miedo son fisiológicamente estresantes y pueden, por ende, perjudicar al organismo.

Lo que hace que cierto estímulo sea estresante depende, en cierto grado, de las características de la persona expuesta al mismo, lo que conduce a respuestas individuales. Para que una persona se vea expuesta fácilmente hacia la ansiedad, se necesita no solo la condición de estímulos (factores estresantes), sino también una persona vulnerable para generar la reacción de estrés (Moreno-Jiménez 2004).¹⁸

La teoría basada en la interacción (proceso) se fundamenta en la relevancia de los factores psicológicos (básicamente cognitivos) que median entre los estímulos (estresores) y las respuestas de estrés. Los principales exponentes de esta teoría son Lazarus y Folkman, que definen al estrés como un “conjunto de relaciones particulares entre la persona y la situación, siendo está valorada por la persona, como algo que agrava o excede sus propios recursos y que pone en peligro su bienestar personal”. Para ellos el estrés psicológico se refiere a que la respuesta depende de la forma en que el individuo interpreta y evalúa (consciente o inconscientemente) el significado amenazante, dañino o desafiante de un evento (LAZARUS, R. S. 1968).¹⁹

El estrés como factor influyente en los niveles de ansiedad

El organismo vive bajo la actividad normal de sus funciones biopsicosociales. El funcionamiento fisiológico y psicológico está sometido a niveles de activación que cambian según vivencias diarias, asociadas a las emociones (ira, tristeza,

ansiedad, etc.). El estrés se produce cuando ocurre alteración en este funcionamiento por la acción de algún agente externo y/o interno. El organismo reacciona con un esfuerzo para contrarrestar el desequilibrio, y produce una sensación subjetiva de tensión. Esto suele suponer un incremento de la activación o inhibición y un cambio en los estados emocionales.

La ansiedad influye en diversos aspectos del comportamiento humano: la habilidad perceptiva, el aprendizaje, la memoria, el apetito, el funcionamiento sexual y el sueño (entre otras). Así, el problema de la ansiedad puede reflejarse en distintas habilidades y manifestarse por sí solo de diversas formas Kennerley, (1990). El sentimiento de ansiedad es provocado por estímulos antecedentes o sucesos desencadenantes. Estos pueden ser externos o internos (creencias). Por lo tanto, es una combinación de sucesos externos e internos que provocan una incómoda sensación de angustia.

Cuando nos sentimos ansiosos, la mayor parte de nuestra ansiedad suele estar generada por la anticipación de la supuesta aparición de resultados negativos en este caso de nuestro estado de salud (Kennerly, H.1990).²⁰

Sintomatología ansiosa y la relación con el proceso operatorio

La cirugía constituye un potente estresor complejo; su carácter estresante no se encuentra aislado, depende no sólo de la hospitalización sino de la enfermedad, de acontecimientos y sus consecuencias, responsable todo ello, de las elevaciones de la ansiedad.

Son bien conocidos los agentes estresantes a los que se ve sometido el paciente dentro del mundo hospitalario como desorientación, pérdida de intimidad, abandono del entorno y roles habituales, etc. Si a esto se le añaden las propias características del procedimiento quirúrgico, que lleva implícito una serie de temores: miedo a no despertar de la anestesia, sentir dolor durante la operación, al dolor que puedan provocar los procedimientos invasivos previos a la intervención, a revelar información personal debido a los efectos de la anestesia o a los resultados de la

cirugía, por tanto, nos encontramos inmersos en una situación susceptible de provocar altos niveles de ansiedad repercutiendo en el sujeto desfavorablemente.

La carga emocional frente al proceso preoperatorio puede afectar y traer importantes consecuencias haciendo más complicada y lenta la recuperación de una cirugía. A la vez que el sujeto que ya ha sido expuesto a otras intervenciones quirúrgicas pueden revivir experiencias pasadas negativas, lo cual influirá para que presente fácilmente sintomatología ansiosa.

Para que la sintomatología ansiosa no aparezca es necesario preparar al paciente psicológicamente antes de una intervención quirúrgica, brindándole información necesaria sobre el proceso quirúrgico, eliminando miedos, etc. lo cual beneficiará al proceso quirúrgico e incluso, la estadía hospitalaria puede ser más corta, el dolor post operatorio disminuirá y por lo tanto el paciente se sentirá más tranquilo sin presenciar síntomas ansiosos.

Cuando la persona presenta un alto grado de ansiedad o estrés, esta puede afectar la respuesta a las drogas anestésicas, la tensión arterial o la frecuencia cardiaca, sus heridas demoraran en cicatrizar más, su sistema inmunológico se debilitará y el post operatorio será más largo. También puede presentar insomnio, agresividad, problemas en sus relaciones con el médico o el staff, uso excesivo de analgésicos, para controlar el dolor y actitudes inadecuadas con respecto al cuidado de la propia enfermedad. El estrés preoperatorio y la ansiedad pueden demorar la recuperación.

Cuando una persona se ve expuesta a cualquier tipo de cirugía y manifiesta entender la necesidad de la misma para mejorar su estado de salud pueden llegar a presentarse niveles de ansiedad que estarán ligados a antiguas experiencias, tipo de enfermedad, capacidad y tolerancia para soportar situaciones estresantes.

Entonces se entiende que mientras más larga es la carga ansiosa que presente un paciente antes de una cirugía más larga y difícil será la recuperación (Garcés Mejía, Quito 2011).²¹

CAPITULO II

2. PSICOPROFILÀXIS QUIRÚRGICA

2.1. Definición

Muchos autores han descrito a la psicoprofiláxis quirúrgica dentro del contexto de las denominadas psicoterapias breves, las cuales son mencionadas como un modelo de psicoterapia rápida con fines a corto plazo, según Mucci (2004), “la psicoprofiláxis es un método planificado para promover recursos dentro del funcionamiento afectivo, cognitivo, interaccionar y comportamental del paciente, estos recursos se encuentran orientados hacia la importancia de enfrentar adecuadamente una operación y reducir los efectos eventualmente adversos para el psiquismo” (Mucci, M. 2004).²²

Además de lo descrito la psicoprofiláxis quirúrgica proporciona y facilita el procesamiento de la información, fortaleciendo los sistemas de afrontamiento del paciente frente a las preocupaciones que la enfermedad y cirugía imponen. Uno de los objetivos se dirige hacia el poder estabilizar los síntomas psicológicos adversos en niveles tolerables, disminuyendo los cuadros ansiosos y depresivos. De igual forma la psicoprofiláxis tiende a prevenir que la ansiedad y otros componentes negativos puedan estructurarse de manera psicopatológica.

Así también el control psicoprofiláctico está orientado a la adaptación, recuperación del menor en función de su esquema corporal, inserción social y vínculo con el equipo de salud (Mucci, M. 2004).²³

2.2. ETAPAS

2.2.1. Etapa: Pre-quirúrgica

La preparación pre-quirúrgica se centra en las dificultades emocionales que se experimentan para enfrentar la intervención. Apunta a diluir hasta hacer desaparecer los temores, las fantasías de pérdida de vitalidad, de posibilidades de vida, de amputación, de dolor insoportable y hasta de muerte que inspiran las

intervenciones quirúrgicas. Teniendo en cuenta que la tensión emocional en el paciente, cuando debe exponerse a una situación quirúrgica, surge del desconocimiento al que el cuerpo del mismo será sometido, es necesario habilitarle un espacio previo diferente en la relación vincular médico - paciente, donde éste pueda preguntar todo lo que necesite saber - conocer acerca de la operación a la que sea necesario someterlo, como así también pueda desplegar todas las emociones (miedo, temor, ansiedad, angustia, etc.) inherentes a la operación que deberá atravesar. Y al mismo tiempo generarle el permiso a preguntar y preguntarse ya que no siempre está instalada esta posibilidad en el ser humano, por lo que en las primeras sesiones, en los primeros encuentros el psicólogo es la voz del paciente, auspicia de Yo Auxiliar hasta tanto el enfermo enfrenta por sí mismo este espacio inquisidor e investiga y se investiga, quién será su médico cirujano, quién el médico anesthesiólogo, cómo es el quirófano, qué se siente estando allí, la temperatura, olores, ropa a emplear, si se despertará de la anestesia, si le dolerá, si sentirá cómo lo operan, si tendrán en cuenta los médicos sus alergias a medicamentos (en los casos que así suceda y en relación fundamentalmente con el antibiótico: la penicilina y /o el calmante: la dipirona), tiempo de duración de la operación, tiempo de internación, cuidados corporales específicos a seguir antes y luego de ser intervenido (Solano, Vanina, 2003).²⁴

2.2.2. Etapa: El Acto Quirúrgico (Intra-quirúrgica)

El paciente requiere ser contenido emocionalmente en el momento exacto en el que será intervenido porque el hecho de que pueda preguntar y saber qué le están haciendo, permitirá una mejor entrega y mayor tranquilidad en el momento de ser dormido anestésicamente. Ídem al despertar, por lo que el acompañamiento terapéutico le permite jugar al objeto transicional con el terapeuta y transferir en su persona los miedos y ansiedades que vivencia y al terapeuta cuidar el psiquismo del paciente como su proceso de aprendizaje de esa situación especial que está atravesando. El acompañamiento psicológico táctil durante esta faz forma parte indispensable de todo este proceso psicoterapéutico. El lugar del psicólogo dentro del quirófano se encuentra junto al paciente ubicado sobre la mesa de operaciones, tomándole la mano que pertenece al brazo que no está siendo afectado en la cirugía.

Este acompañamiento emocional y corporal del paciente que realiza el psicólogo es desde lo más originario, primitivo, primario. Desde lo más contenedor, limitador, demarcador del contorno corporal y de la diferenciación Yo-No Yo: el tacto. El paciente a ser operado se siente solo inmerso entre profesionales que llevarán a cabo la operación y aparatos técnicos que controlarán su estabilidad orgánica durante la misma. Un decir constante de los enfermos está referido al temor a "estar solo en ese quirófano tan frío", como así también el miedo a "no despertar de la anestesia". Por lo tanto, cuando un paciente está pronto a ser anestesiado, el tacto puede infundirle la confianza de que no está solo, porque no lo está realmente.

El trabajo del psicólogo con el paciente dentro del quirófano, antes, durante y a posterior de la cirugía no está relacionado con la sugestión. No es método catártico. No es hipnosis. No se sugiere, ni fabula, ni recuerda, ni actúa una realidad; la realidad está presente: el paciente tiene que ser operado y siente temor, miedo, ansiedad, o angustia. El contacto táctil sostenedor que ofrece el terapeuta, ayudan al enfermo a entregarse al acto quirúrgico ([http 2014](#)).²⁵

2.2.3. Etapa: Postquirúrgica

La preparación post quirúrgica (que se viene preparando desde la pre quirúrgica), se centra en la disminución de las percepciones de dolor y de molestias post quirúrgicas y en la preparación anímica necesaria para que el paciente actúe de manera óptima y positiva en su propia rehabilitación, de modo que la misma sea rápida evitando así la mayor cantidad de imprevistos posibles. Será imprescindible por tanto, continuar abordando terapéuticamente al paciente en el postquirúrgico para que pueda elaborar el duelo que dicha cirugía le produce en su cuerpo y en su psiquismo a partir de la afección que padezca su organismo. Así como también calmar la ansiedad de sus familiares, quienes muchas veces, inquietan al paciente aún cuando el intervenido éste al principio tranquilo y colaborador.

Los recursos técnicos que se utilizan en la preparación son variados, dependiendo de algunos factores, como ser: edad del paciente, tipo de intervención que se debe efectuar, el significado biológico, socio-antropológico y simbólico de la

intervención, la organización psíquica del paciente y sus recursos actitudinales, el tiempo de que se dispone para trabajar, los familiares que acompañan (grado de parentesco, número, etc.), etc.

El psicólogo es quien codifica y decodifica, comprende los diferentes lenguajes, las necesidades, los requerimientos, deseos y motivaciones de unos y otros, y traduce los mensajes entre emisor y receptor (lugares alternativos entre el médico y el paciente) en pos de una mejor y más clara comunicación que redundará en un postoperatorio de calidad saludable superior para el enfermo (http 2014).²⁶

2.3. El Proceso de la Psicoprofilaxis Quirúrgica

La psicoprofilaxis quirúrgica es un proceso terapéutico focalizado con un objetivo preventivo. Es acompañar al paciente, sea éste niño o adulto, y a su familia a atravesar una situación potencialmente traumática como es una cirugía u otra práctica médica. La enfermedad tiene un efecto desorganizador en el psiquismo, no sólo porque compromete intensamente la vivencia corporal sino porque está acompañada de efectos que pueden ser traumáticos. La psicoprofilaxis quirúrgica tiene como objetivo disminuir la morbilidad psicológica postquirúrgica y favorecer la recuperación del paciente, en relación con su esquema corporal, inserción social y vínculo con el equipo médico. La misma es aplicable a todas las personas, aunque con variantes. El encuadre terapéutico de la psicoprofilaxis quirúrgica implica tres etapas bien diferenciadas:

2.3.1. Psicoprofilaxis y los Niveles de Aplicación

Rinaldi (citado en Vanina, 2003), “Refiere que la psicoprofilaxis quirúrgica forma parte de la psicología preventiva, definiendo lo preventivo como la evitación o anticipación de un daño o perjuicio que pueda ocurrir en el futuro, así el trabajo psicoterapéutico está orientado a controlar y evitar la estructuración de psicopatologías en relación a los miedos, ansiedades y temores propios de las intervenciones quirúrgicas, las mismas que pueden afectar al paciente tanto en el proceso de tratamiento como en su rehabilitación. Según la Organización Mundial

de la Salud (citado en Vanina, 2003) menciona que el proceso de prevención distinguen tres niveles”:

- a) Prevención primaria: aquí está ubicada la promoción de la salud y protección contra la aparición de trastornos
- b) Prevención secundaria: diagnóstico y tratamiento precoz con tendencia a reducir la duración de los trastornos y las secuelas incapacitantes.
- c) Prevención terciaria: realizar la rehabilitación biopsicosocial, una vez que ya se ha producido la incapacidad.

Lescano (citado en Vanina, 2003), con respecto a la utilización de la psicoprofiláxis quirúrgica y sus beneficios sugiere lo siguiente:

- 1. Se reduce el uso de analgésicos en el post-operatorio.
- 2. Los niveles de ansiedad, angustia y estrés disminuyen a niveles tolerables.
- 3. La cicatrización es más rápida y aparecen menos infecciones.
- 4. El tiempo promedio de hospitalización desciende.

Para Rinaldi (citado en Vanina, 2003), la prevención de patologías y otros síntomas adversos para la salud física y mental se alinean bajo los siguientes parámetros:

- i. Integrar el derecho que tiene el paciente a ser informado sobre todo lo relacionado a la cirugía, los riesgos, los dolores y particularmente los cambios corporales previsibles, incluyendo los que pudiera tener.
- ii. Ofrecer al paciente la aclaración y la contención emocional adecuada, para que este pueda enfrentar la cirugía en las mejores condiciones psicobiológicas posibles.
- iii. Promover la salud mental evitando la estructuración de trastornos y patologías. Al encontrarse el paciente preparado adecuadamente, tiende a elevar su sistema de afrontamiento, por ende también disminuyen los riesgos psicosomáticos. El mismo autor menciona algunas variantes consideradas como no factibles para la aplicación de la psicoprofiláxis, estas son:

- a) Operaciones no programadas.

- b) Casos agudos urgentes y accidentes en los cuales no se pueda contar con el tiempo suficiente para facilitar la intervención en la etapa pre-quirúrgica, posterior a esto se puede aplicar en la etapa post-quirúrgica. Así de esta manera la psicoprofilaxis queda enmarcada como una práctica interdisciplinaria ubicada entre la ciencia médica y la psicológica (Solano, Vanina, 2003).²⁷

2.3.2. Origen de la Psicoprofilaxis Quirúrgica en niños

“Rinaldi (citado en Vanina, 2003) sitúa en Argentina los antecedentes de la prevención psicosomática quirúrgica infantil, esto a partir de las observaciones en el campo médico sobre la intensa angustia, el dolor y varios sentimientos de desvalimiento que las internaciones y operaciones quirúrgicas provocaban en los niños. Es así que se inicia un movimiento con enfoque preventivo liderado por Florencio Escardó, en el hospital de niños Ricardo Gutiérrez, que genera la posibilidad de acompañamiento materno durante la internación” (Solano, Vanina, 2003).²⁸

Asimismo en este campo son pioneras: María Inés Egozcue, María Rosa Glasseman, Armindia Aberasturi, Florinda Glocer y María Mucci. Las mismas que a través de sus trabajos y fundamentos describen a la psicoprofilaxis como una psicología de tipo preventiva, la misma que en las últimas décadas se ha encauzado hacia la Psicología Clínica y aspectos de la Salud.

A la cual también la mencionan como una práctica de límites precisos, que se ubica en la intersección interdisciplinaria de la Psicología y la Medicina. Dicha intersección da la posibilidad de integrar a la psicología en equipos médicos y servicios quirúrgicos. Su práctica no se limita a la asistencia psicológica de enfermos quirúrgicos, también se extiende a sus familias y al integrarse interdisciplinariamente con los equipos quirúrgicos. En esta práctica el espectro de aplicaciones es heterogéneo, dado que los procedimientos quirúrgicos están en relación con la enfermedad, el órgano, el sistema comprometido y el acto médico. Además posibilita detectar precozmente síntomas psicológicos negativos que pueden afectar la recuperación y rehabilitación del paciente (Garrido Franco, 2012).²⁹

MATERIALES Y MÉTODOS

Diseño de investigación

El presente trabajo de investigación tiene un enfoque cuantitativo, de corte transversal. Porque la ejecución fue en un momento dado y no existe continuidad en el tiempo. Descriptiva porque a través del test CMAS-R detalla las características fisiológicas y psicológicas de los pacientes e intenta demostrar la influencia de ansiedad en los niños que van a ser intervenidos quirúrgicamente y así contribuir a comprender y sugerir alternativas al problema en estudio.

Área de Estudio

Área de Pediatría del Hospital Regional Isidro Ayora. Y Área de Pediatría del Hospital Manuel Ygnacio Monteros IESS Loja.

Universo y muestra

El universo corresponde a todos los pacientes que han sufrido fracturas y se encuentran en edades de 6 a 14 años de edad, los mismos que están ingresados en la Unidad de Pediatría Traumatológica de los Hospitales de la ciudad de Loja, durante el periodo de la investigación fue un total de 105 pacientes ingresados en el áreas de pediatría mientras que la muestra corresponde a 52 pacientes que fueron intervenidos quirúrgicamente y que presentaban indicadores de Ansiedad durante el periodo Mayo-Julio del 2014, trabajando de esta manera con el 100% de los pacientes.

Criterios de Inclusión

- a) Que firmen el Consentimiento informado los padres de los pacientes
- b) Pacientes de 6 a 14 años de edad que serán sometidos a cirugía y que se encuentran internados en la Unidad de Pediatría Traumatológica de los Hospitales desde el mes de Mayo 2014 hasta Julio del 2014.

Criterios de Exclusión

- a) Pacientes mayores a los 14 años de edad y menores de 6 años
- b) Pacientes con alguna enfermedad crónica
- c) Pacientes que presenten imposibilidad física para hablar o que se encuentren en estado de inconsciencia o aislamiento
- d) Pacientes que presenten algún tipo de retraso mental.
- e) Pacientes cuya resolución no sea quirúrgica.
- f) Pacientes que expresen su negatividad a participar.

Proceso de Investigación

a) Etapa 1:

En la primera fase, se presentó a las instituciones hospitalarias la solicitud y aprobación respectiva para el proceso de investigación, luego para la pertinencia de la aplicación del test se presentó a los padres de familia el consentimiento informado, asimismo es de suma importancia la observación clínica a toda la población atendida en el área de pediatría traumatológica de los hospitales. “Hospital Manuel Ygnacio Monteros IESS Loja” y “Hospital General Isidro Ayora” se hizo un tamizaje de los pacientes fracturados para determinar niveles de ansiedad.

b) Etapa 2:

Una vez identificados los niveles de ansiedad con el reactivo psicológico CMAS-R “Lo que pienso y siento” se procedió a hacer un análisis de quienes presentan mayor ansiedad, y finalmente.

c) Etapa 3:

Se elaboró un Plan de Intervención Terapéutico dirigido a los pacientes que presentan niveles de ansiedad y a sus familiares.

A continuación se detalla cada uno de los materiales y métodos que se utilizaron en la presente investigación

INSTRUMENTOS

Los materiales y métodos empleados durante el desarrollo de la presente investigación fueron:

MATERIAL 1:

La Observación Clínica

Es una de las técnicas de mayor aplicación en el trabajo de diagnóstico psicológico puesto que se asocia al trabajo senso-perceptivo y a las funciones superiores del investigador a través de cuyos mecanismos se puede lograr alguna inferencia sobre el comportamiento del paciente.

El método clínico utiliza la observación como primer paso para el conocimiento de la persona sobre la base de lo que representa, lo que es y lo que manifiesta, ya sea en forma verbal, y/o en forma no verbal, lo que permite que parta de lo general o conocido, a lo particular o lo desconocido, de lo consciente a lo inconsciente.

Método 1:

Directa, individual y analítica, cuya aplicación se realizó desde la primera entrevista con uno de los pacientes y sus familiares para corroborar con la del paciente, tomando en cuenta su condición física (de salud), su comportamiento, su actitud al primer contacto, su expresión facial y verbal.

MATERIAL 2:

Test de Ansiedad Manifiesta “Lo que pienso y siento” CMAS-R: Me permitió determinar los niveles de ansiedad en niños de 6 a 14 años que se encuentran internados por fracturas y serán intervenidos quirúrgicamente.

Para poder establecer cuantitativamente el nivel de ansiedad que los niños con fracturas experimentaban previo a las curaciones e intervenciones quirúrgicas, se aplicó el test CMAS-R subtitulada “lo que pienso y siento” de Reynolds y Richmond (1997), el cual se diseñó para aplicarse en forma individual o grupal en pacientes de 6 y 19 años de edad. Este es un instrumento de auto informe que consta de 37 reactivos diseñado para valorar el nivel y la naturaleza de la ansiedad en niños y adolescentes.

La suma de las respuestas positivas, nos determina la puntuación de ansiedad total, así mismo como de las Sub-escalas descritas como:

Ansiedad Fisiológica:

Es un índice de la expresión del niño, hacia las manifestaciones físicas o fisiológicas que se experimentan durante la ansiedad.

Inquietud/ Hipersensibilidad:

Aquí los reactivos contienen la palabra preocupación o bien pueden sugerir que la persona se muestra miedosa, nerviosa, o expresa que es hipersensible a las presiones ambientales.

Preocupaciones Sociales/ Concentración:

Dentro de esta sub-escala se evidencia la preocupación acerca de la auto-comparación con otras personas, experimentando ansiedad por no ser capaces de vivir de acuerdo con las expectativas de otros individuos significativos en su vida,

además de la sensación de que no se es tan bueno, tan afectivo o capaz como los otros, o de alguna manera expresan cierta dificultad en la concentración debido a cualquier tipo de ansiedad.

Método 2:

La aplicación se la realizo en forma individual con una duración de 15 a 20 minutos. Los datos obtenidos fueron interpretados a través del método analítico-sintético lo que me permitió obtener estadísticamente el índice de ansiedad en cada uno de los pacientes.

RESULTADOS

TABLA N° 1

EDAD DE LOS PACIENTES INTERVENIDOS QUIRURGICAMENTE EN LAS ÁREAS DE PEDIATRIA DE LOS HOSPITALES DE LA CIUDAD DE LOJA

EDAD DE LOS PACIENTES QUE SERAN INTERVENIDOS	FRECUENCIA	PORCENTAJE
6 años	7	13%
7 años	8	15%
8 años	7	13%
9 años	7	13%
10 años	5	10%
11 años	5	10%
12 años	7	13%
13 años	7	13%
14 años	0	0
TOTAL	52	100%

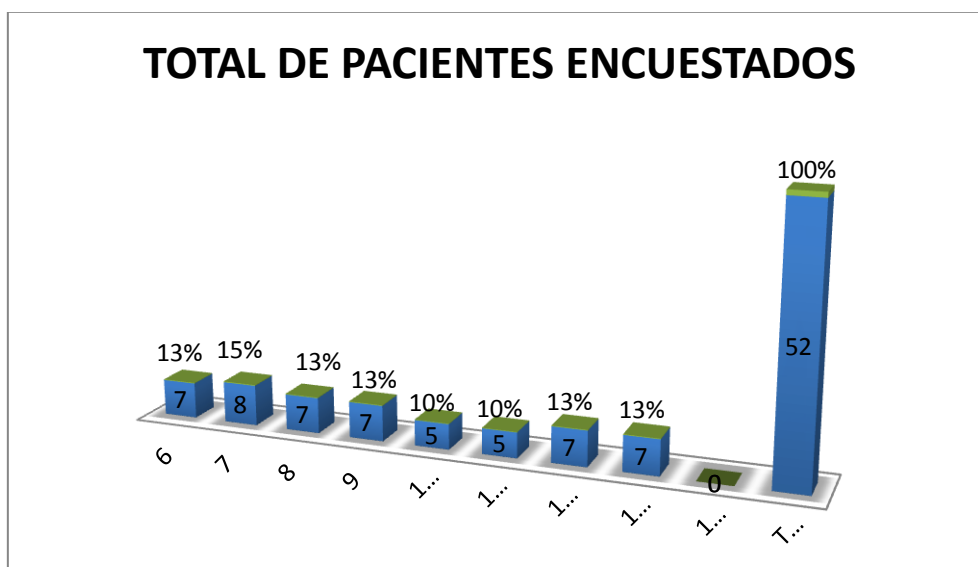
Fuente: Test de ansiedad "LO QUE PIENSO Y SIENTO CMAS-R"

Autor: Cecil R. Reynolds; Bert O. Richmord.

Elaborado Por: Fanny Maribel Jiménez Sarango

GRÁFICO N° 1

EDAD DE LOS PACIENTES INTERVENIDOS QUIRURGICAMENTE EN LAS ÁREAS DE PEDIATRIA DE LOS HOSPITALES DE LA CIUDAD DE LOJA



Fuente: Test de ansiedad "LO QUE PIENSO Y SIENTO CMAS-R"

Autor: Cecil R. Reynolds; Bert O. Richmord.

Elaborado Por: Fanny Maribel Jiménez Sarango

Análisis

Por medio de la aplicación del test “LO QUE PIENSO Y SIENTO CMAS-R” se puede evidenciar que el total de la muestra aplicada fue de 52 pacientes en edades comprendidas de 6 a 14 años en donde 7 pacientes fueron de 6 años equivalente a un 13 % de la muestra, 8 pacientes de 7 años equivalente a 15% de la muestra, 7 pacientes de 8 años equivalente a 13% de la muestra, 7 pacientes de 9 años equivalente a 13% de la muestra, 5 pacientes de 10 años equivalente al 10 % de la muestra, 5 pacientes de 11 años equivalente al 10% de la muestra, 7 pacientes de 12 años equivalente a 13% de la muestra, 7 pacientes de 13 años equivalente a 13% de la muestra, y no se encontraron pacientes de 14 años; dando un resultado de 52 pacientes en general que equivale al 100%.

TABLA N°2

TEST DE ANSIEDAD “LO QUE PIENSO Y SIENTO (CMAS-R) EN PACIENTES DEL GÉNERO MASCULINO INTERNADOS EN LAS ÁREAS DE PEDIATRÍA DE LOS HOSPITALES DE LA CIUDAD DE LOJA.

ÁREAS	FRECUENCIA	PORCENTAJE
ANSIEDAD FISIOLÓGICA	18	49%
INQUIETUD-HIPERSENSIBILIDAD	10	27%
PREOCUPACIONES SOCIALES-CONCENTRACIÓN	9	24%
TOTAL	37	100%

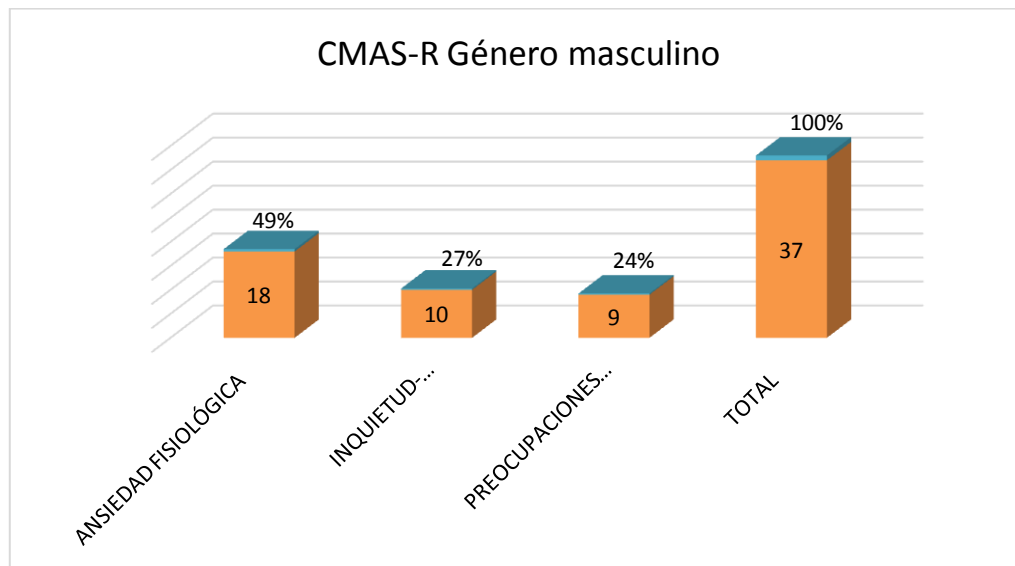
Fuente: Test de ansiedad “LO QUE PIENSO Y SIENTO CMAS-R”

Autor: Cecil R. Reynolds; Bert O. Richmord.

Elaborado Por: Fanny Maribel Jiménez Sarango

GRÁFICO N°2

TEST DE ANSIEDAD “LO QUE PIENSO Y SIENTO (CMAS-R) EN PACIENTES DEL GÉNERO MASCULINO INTERNADOS EN LAS ÁREAS DE PEDIATRÍA DE LOS HOSPITALES DE LA CIUDAD DE LOJA.



Fuente: Test de ansiedad “LO QUE PIENSO Y SIENTO CMAS-R”

Autor: Cecil R. Reynolds; Bert O. Richmord.

Elaborado Por: Fanny Maribel Jiménez Sarango

Análisis

Por medio de la aplicación del test de ansiedad manifiesta “LO QUE PIENSO Y SIENTO CMAS-R” se pudo determinar que 18 pacientes representan el 49% corresponde al área de ansiedad fisiológica, 10 pacientes representan el 27% correspondiente al área de inquietud-hipersensibilidad, y 9 pacientes representan el 24% que corresponde al área de preocupaciones sociales-concentración. Total de 37 pacientes encuestados que equivale al 100% de la población encuestada.

TABLA N°3

TEST DE ANSIEDAD “LO QUE PIENSO Y SIENTO (CMAS-R) EN PACIENTES DEL GÉNERO FEMENINO HOSPITALIZADOS EN LAS ÁREAS DE PEDIATRÍA DE LOS HOSPITALES DE LA CIUDAD DE LOJA.

ÁREAS	FRECUENCIA	PORCENTAJE
ANSIEDAD FISIOLÓGICA	4	27%
INQUIETUD- HIPERSENSIBILIDAD	3	20%
PREOCUPACIONES SOCIALES- CONCENTRACIÓN	8	53%
TOTAL	15	100%

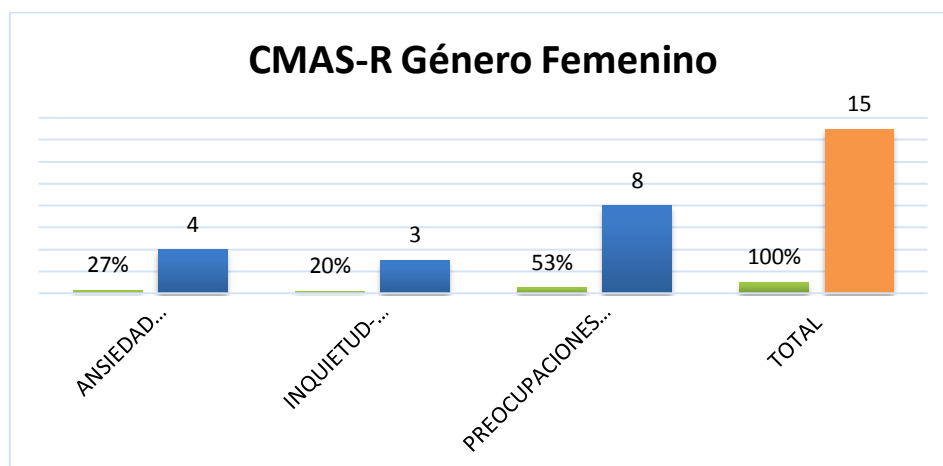
Fuente: Test de ansiedad “LO QUE PIENSO Y SIENTO CMAS-R”

Autor: Cecil R. Reynolds; Bert O. Richmord.

Elaborado Por: Fanny Maribel Jiménez Sarango.

GRAFICO N°3

TEST DE ANSIEDAD “LO QUE PIENSO Y SIENTO (CMAS-R) EN PACIENTES DEL GÉNERO FEMENINO HOSPITALIZADOS EN LAS ÁREAS DE PEDIATRÍA DE LOS HOSPITALES DE LA CIUDAD DE LOJA.



Fuente: Test de ansiedad “LO QUE PIENSO Y SIENTO CMAS-R”

Autor: Cecil R. Reynolds; Bert O. Richmord.

Elaborado Por: Fanny Maribel Jiménez Sarango.

Análisis

Por medio de la aplicación del test de ansiedad “LO QUE PIENSO Y SIENTO CMAS-R” se pudo determinar que 4 pacientes representan el 27% corresponde al área de ansiedad fisiológica, 3 pacientes presentan el 20% correspondiente al área

de inquietud-hipersensibilidad, y 8 pacientes representan el 53% correspondiente al área de preocupaciones sociales-concentración, total de 15 mujeres representan el 100% de la población encuestada. Siendo el área de preocupaciones sociales-concentración el área de mayor prevalencia en el género femenino.

TABLA N°4

TOTAL DE LAS SUBESCALAS DEL TEST DE ANSIEDAD “LO QUE PIENSO Y SIENTO (CMAS-R) EN PACIENTES QUE FUERON INTERVENIDOS QUIRURGICAMENTE DE LAS ÁREAS DE PEDIATRIA DE LOS HOSPITALES DE LA CIUDAD DE LOJA

ÁREAS	FRECUENCIA	PORCENTAJE
ANSIEDAD FISIOLÓGICA	28	54%
INQUIETUD-HIPERSENSIBILIDAD	14	27%
PREOCUPACIONES SOCIALES-CONCENTRACIÓN	10	19%
TOTAL	52	100%

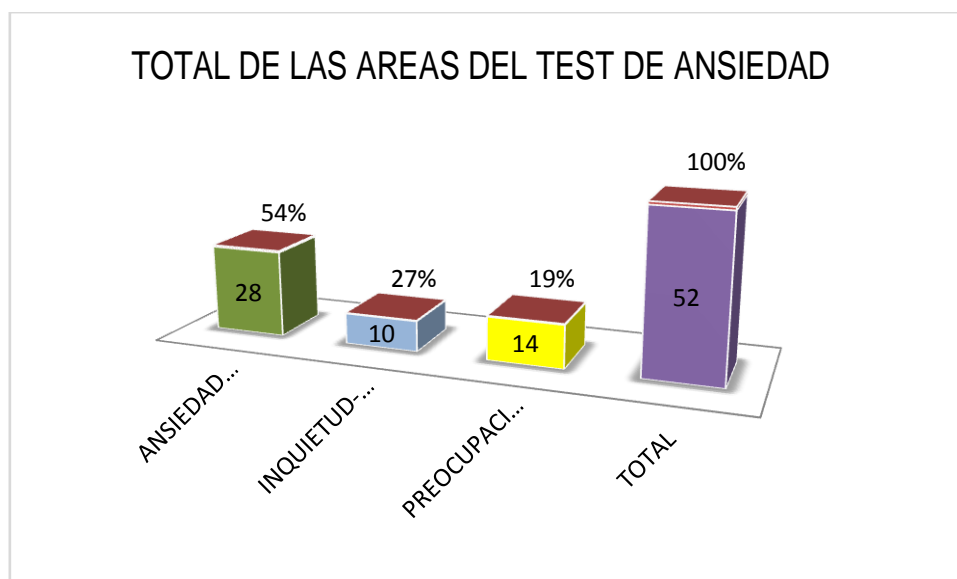
Fuente: Test de ansiedad “LO QUE PIENSO Y SIENTO CMAS-R”

Autor: Cecil R. Reynolds; Bert O. Richmord.

Elaborado Por: Fanny Maribel Jiménez Sarango

GRAFICO N° 4

TOTAL DE LAS SUBESCALAS DEL TEST DE ANSIEDAD “LO QUE PIENSO Y SIENTO (CMAS-R) EN PACIENTES QUE FUERON INTERVENIDOS QUIRURGICAMENTE DE LAS ÁREAS DE PEDIATRIA DE LOS HOSPITALES DE LA CIUDAD DE LOJA



Fuente: Test de ansiedad “LO QUE PIENSO Y SIENTO CMAS-R”

Autor: Cecil R. Reynolds; Bert O. Richmord.

Elaborado Por: Fanny Maribel Jiménez Sarango.

Análisis

En forma general de los datos obtenidos a través del test de ansiedad CMAS-R tenemos que la Ansiedad fisiológica representa el 54%, seguido del área de Inquietud Hipersensibilidad con un 27% y el área de Preocupaciones Sociales/Concentración con un 19 %.

Realizando un análisis comparativo con las demás áreas del test concluimos que en los pacientes fracturados predomina el área de Ansiedad Fisiológica.

DISCUSIÓN

El sometimiento a una intervención quirúrgica sobrelleva unos elevados niveles de ansiedad para los pacientes pediátricos que en algunos casos, pueden resultar incluso traumáticos. Los padres suelen sentirse, en numerosas ocasiones, tan indefensos como sus hijos al no saber cómo deben actuar ni cómo ayudarlos. Ante esta realidad, la preparación psicológica para la cirugía tanto para los pacientes pediátricos como para sus padres se convierte en indispensable.

En las consultas e indagaciones efectuadas, se puede evidenciar que existen investigaciones sobre esta temática a nivel mundial y muy pocas a nivel nacional y ninguna a nivel local es por ello que el presente trabajo denominado “Niveles de ansiedad en pacientes de 6 a 14 años que han sufrido fracturas y serán intervenidos quirúrgicamente en el área de pediatría traumatológica de los hospitales de la ciudad de Loja en el periodo mayo - octubre del 2014” se constituye en una base de datos sobre esta temática para nuestro medio siendo un trabajo innovador con resultados interesantes.

A continuación se presentan trabajos investigativos encontrados en artículos de internet que corroboran y mantienen relación con la temática investigada.

En Hong Kong HC López y Lee TL realizaron su investigación en Enero 2007 cuya temática fue “Efectividad de la Psicoprofilaxis Quirúrgica de los Niños y sus Padres” en niños de 7 a 12 años, donde uno de sus padres debía acompañarlo durante los estudios pre-quirúrgicos y el día de la cirugía. Un total de 203 niños chinos y sus padres participaron y completaron el estudio. Los resultados generales de este estudio sugieren que la intervención terapéutica por medio del juego es efectiva para mejorar los resultados preoperatorios y posoperatorios de los niños sometidos a cirugía (Li HC, López V, Lee TL. 2007).³⁰

Es por ello que en el presente estudio se propone elaborar un abordaje psicoterapéutico en las diferentes etapas pre-intra y post quirúrgico con el paciente y el familiar mediante la psicoprofilaxis quirúrgica como modelo terapéutico con la finalidad de prevenir eventos psicopatológicos.

Miriam E, Rodríguez Velázquez y Patricia Perillo en el 2005, han identificado la falta de control sobre los procedimientos médicos por parte del niño como una de las fuentes principales de estrés de los pacientes sometidos a cirugía; por lo tanto, es razonable que si un niño cree poseer adecuado control sobre los procedimientos a realizarse, la percepción de amenaza disminuye. Estos autores consideran que los resultados obtenidos explican por qué, al mostrarle al niño los procedimientos médicos a realizarse, éste se desensibiliza a situaciones potencialmente estresantes y es capaz de aliviar su ansiedad hacia procedimientos amenazadores y adquiere una sensación de control de la situación en la que se encuentra (Lic. Rodríguez Velázquez 2005).³¹

Existiendo de este modo correlación con la presente investigación, en donde se elabora la propuesta que contempla la psicoeducación que va directamente enfocada al apropiamiento de las circunstancias médicas y psicológicas a las que va ser sometido el paciente en las tres etapas quirúrgicas pre-intra y post quirúrgica.

Un estudio similar fue realizado en el Ecuador en la Universidad Central de Quito en el año 2012, en donde se aplicó la psicoprofilaxis quirúrgica en niños con quemaduras; en esta investigación se utilizó el test de ansiedad CMAS-R (Lo que pienso y siento), el diseño fue mixta no experimental en donde obtuvieron como resultados que en la sub-escala de Ansiedad Fisiológica prevalece con un 74%, en la sub-escala de Inquietud Hipersensibilidad presentan un 56% y en la sub-escala de Preocupaciones Sociales/Concentración presentan un 38%. Previo a la aplicación de la Psicoprofilaxis quirúrgica y las técnicas psicológicas, la mayor parte de los niños-as con quemaduras presentaban un nivel de ansiedad elevado, Posterior a la aplicación del método terapéutico psicoprofilaxis quirúrgica se obtuvo que 19 casos del 100% disminuyeron el nivel de ansiedad alta a niveles bajos manteniéndose en un 27% de promedio (Garrido Franco 2012).³²

Al analizar este estudio los datos se relacionan con el presente trabajo de investigación en el que a través del test de ansiedad manifiesta CMAS-R se evidencio que la ansiedad fisiológica predomina en los pacientes con un 54% mientras que en las sub-escalas de Inquietud Hipersensibilidad, presentan un 19% y la sub-escala de Preocupaciones Sociales/Concentración presentan un 27%.

Por lo descrito anteriormente en esta investigación existe mayor prevalencia de ansiedad fisiológica en los pacientes que fueron intervenidos quirúrgicamente, dando como resultado un sin número de cambios de conducta y afectividad; las respuestas emocionales más comunes son problemas alimentarios, alteraciones en sueño, irritabilidad, tensión, temores, preocupaciones por su cuerpo, síntomas somáticos tales como tics, etc.

Por ello la importancia del presente estudio, que en sí constituye una pequeña parte de esta gran temática como es las Intervenciones quirúrgicas y lo que ellas conllevan, además comprende un campo nuevo que aborda problemáticas que no se han tratado con profundidad y que son de gran relevancia, en este caso el proceso prequirúrgico, quirúrgico y postquirúrgico que son procesos que deben ser llevados a cabo de una manera apropiada tanto por el grupo familiar y de profesionales para poder prevenir posibles crisis o traumas futuros.

CONCLUSIONES

A través del trabajo de investigación denominado “NIVELES DE ANSIEDAD EN PACIENTES DE 6 A 14 AÑOS QUE HAN SUFRIDO FRACTURAS Y SERÁN INTERVENIDOS QUIRÚRGICAMENTE EN EL ÁREA DE PEDIATRÍA TRAUMATOLÓGICA DE LOS HOSPITALES DE LA CIUDAD DE LOJA EN EL PERIODO MAYO - OCTUBRE DEL 2014”. Se concluye:

1. De la población investigada el 100% equivalente a 52 pacientes evaluados, fueron diagnosticados con Ansiedad Fisiológica el 54%, con Inquietud - Hipersensibilidad el 27% y con Preocupaciones Sociales/Concentración el 19%; lo que indica que la prevalencia de ansiedad es alta.
2. Con respecto al test de ansiedad CMAS-R, los niveles de ansiedad fisiológica es mayor en el género masculino con el 49% con relación al femenino que presenta un 27%, ya que los niños son más susceptibles a presentar mayores signos físicos de ansiedad fisiológica.
3. En base a los resultados se elaboró una propuesta de intervención psicológica como es la psicoprofilaxis quirúrgica encaminada a proporcionar a los pacientes como a sus familiares las herramientas necesarias para que atraviesen por esta situación en forma adecuada, superando las conflictivas fisiológicas-psicológicas que pueden dar paso a complicaciones en las etapas quirúrgicas; fomentando además en ellas estrategias de afrontamiento adecuadas que faciliten la resolución de conflictos.
4. La psicoprofilaxis quirúrgica es un modelo psicoterapéutico que ha tenido importantes logros en varios centros hospitalarios a nivel mundial y muy escasos a nivel nacional, según estudios e investigaciones realizadas (Quintanilla 2011, Garrido, 2012), por lo que su implementación y ejecución resulta de suma importancia para bajar los niveles de ansiedad en pacientes pediátricos hospitalizados.

5. En nuestro medio debido a la poca importancia que se le da a la salud mental no se ha realizado mayores investigaciones ni aplicaciones de estas técnicas las mismas que son de fundamental importancia para coadyuvar en la recuperación fisiológica de los pacientes fracturados concomitantemente se realizó la prevención secundaria en salud mental que tienen que ver con niveles presentados por los pacientes investigados, previniendo la estructuración de un cuadro psicopatológico.

6. En conclusión la información obtenida a través de este estudio ayudara al diseño de intervenciones psicoterapéuticas apropiado para pacientes que se encuentra hospitalizados y serán sometidos a intervenciones quirúrgicas como respuesta a esta problemática se propone un plan terapéutico en pacientes de 6 a 14 años en los hospitales de la ciudad de Loja con el objetivo de reducir los niveles de ansiedad a través de las técnicas; Ludoterapia, Restructuración Cognitiva y la Detección de pensamientos Distorsionados

RECOMENDACIONES

1. Implementar como política Hospitalaria la psicoprofilaxis quirúrgica como método terapéutico en pro de la disminución de los niveles de ansiedad de los niños-as con fracturas.
2. Que se ejecute y replique esta propuesta de intervención psicológica a otras áreas hospitalarias debido a que la psicoprofilaxis es un factor coadyuvante fundamental para la recuperación efectiva y eficaz de la mayoría de patologías físicas; con esto podemos acogernos a la unidad indivisible que somos los seres humanos biopsicosocial.
3. Dentro de la unidad de traumatología que atiende a pacientes con fracturas, se recomienda realizar capacitaciones frecuentes en relación a: manifestaciones sintomatológicas, comportamientos y conducta de los niños con fracturas, en especial al personal de enfermería, y profesionales que comparten un mayor tiempo junto a estos niños. De esta manera se fomentara una mayor comprensión de los factores sintomatológicos y adversos que son propios de este tipo de accidentes.
4. Contratar psicólogos con la finalidad que apliquen la psicoprofilaxis, y acompañen a todos los niños, adolescentes durante el pre - intra y post quirúrgico, además de dar soporte familiar.

11. PLANIFICACIÓN TERAPÉUTICO DIRIGIDO A LOS PACIENTES Y A SUS FAMILIARES CON LA FINALIDAD DE DISMINUIR LA ANSIEDAD Y GENERAR MODELOS DE AFRONTAMIENTO

La psicoterapia tiene como finalidad alcanzar la estabilidad emocional de los pacientes, para lo cual se hace uso de la técnica cognitiva conductual.

Para la realización del presente Plan de Intervención he decidido proyectarlo bajo un enfoque Cognitivo-Conductual. Existen una gran cantidad de evidencia científica que demuestra que este tipo de tratamiento es efectivo para distintos desordenes psicológicos como depresión, ansiedad, fobias, trastorno obsesivo compulsivo, agresión timidez entre otros.

La terapia cognitivo- conductual se refiere a las terapias que incorporan tanto intervenciones conductuales (intentos directos de disminuir las conductas y emociones disfuncionales modificando las evaluaciones y los patrones de pensamiento del individuo). Ambos tipos de intervenciones se basan en la suposición de que un aprendizaje anterior está produciendo actualmente consecuencias desadaptativas y que el propósito de la terapia consiste en reducir el malestar o la conducta no deseados desaprendido lo aprendido o proporcionando experiencias de aprendizaje nuevas, mas adaptativas. (Brewin, 1996).³³

Uno de los principios básicos de la psicoprofiláxis quirúrgica es la prevención de psicopatologías que pueden estructurarse como consecuencia de las experiencias traumáticas, procedimientos médicos dolorosos y las cirugías. Así uno de los aspectos a considerar dentro de la psicoprofiláxis quirúrgica es la intervención del terapeuta, quien asume un papel protagonista y mantiene la flexibilidad para poder utilizar cualquier tipo de recurso en favor de la prevención de síntomas adversos que bloqueen e impidan un inadecuado afrontamiento por parte del paciente.

En el caso de los niños-as con fracturas, al enfrentarse al proceso quirúrgico se distinguen tres momentos, la etapa pre- quirúrgica, el acto- quirúrgico y la etapa post- quirúrgica, **Una de los objetivos durante estas fases es superar o disminuir los síntomas de ansiedad a niveles bajos** utilizando varias técnicas

psicológicas, que están orientadas a promover en los menores un adecuado sistema de afrontamiento previo, durante y posterior a los procedimientos médicos.

a) Fase 1

En esta primera fase, es fundamental el papel de la relación entre el paciente y el terapeuta se establece Rapport y Empatía.

Se comenzara informando a los padres y a los pacientes (Encuadre) que se va a realizar un plan de intervención destinado a provocar cambios positivos en la manera de sobrellevar la situación quirúrgica mediante la adquisición de una serie de herramientas. Se enfatizará en ventajas y desventajas tanto de participar como de no participar en el proceso como una estrategia de motivación. Se le aplicará al paciente el reactivo psicológico de Ansiedad Manifiesta CMAS-R (Anexo3) para poder establecer un diagnostico e intervenir psicológicamente en la siguiente fase.

b) Fase 2

Primero se analizará cuáles han sido los resultados del test, luego se procederá a efectuar el tratamiento individual con los pacientes y con los padres. Se realizara terapia de apoyo, psicoeducación sobre la primera etapa quirúrgica, sobre la ansiedad, los síntomas, consecuencias si no recibe tratamiento, y así conozcan en qué consiste el proceso quirúrgico y lo que el mismo conlleva. Ludoterapia, Relajación- Respiración, Distracción en los niños pequeños para que a través de esta técnica puedan comprender lo que está pasando y así puedan disminuir su ansiedad. Restructuración Cognitiva, Detención de pensamientos en pacientes de 10 a 14 años para que evidencien que la frustración no viene dado por una situación si no por como la interpreto. Entrenamiento en autocontrol, resolución de problemas para afrontar los conflictos.

c) Fase 3

Se realizará psicoeducación sobre la segunda etapa quirúrgica, identificando las emociones como los pensamientos que surgen por esta etapa y retomando las técnicas que se han trabajado en las etapas anteriores (Ludoterapia, Relajación- Respiración Restructuración Cognitiva, Detención de Pensamientos Relajación- Respiración) y prevención de recaídas (Seguimiento post-hospitalización).

d) Fase 4

Por último se realizará Psicoeducación sobre la tercera etapa Post-quirúrgica, reconocimiento de las emociones de los pensamientos que aparecen en esta etapa retomando las técnicas que se han trabajado en las etapas anteriores (Ludoterapia, Relajación- Respiración Restructuración Cognitiva, Detención de Pensamientos) y prevención de recaídas (Seguimiento post-hospitalización).

Propósito:

Reducir el nivel de ansiedad en pacientes quirúrgicos expresados predominantemente a nivel cognitivo y fisiológico por medio del adiestramiento en técnicas psicoterapéuticas para la ansiedad y estrategias de afrontamiento eficaces.

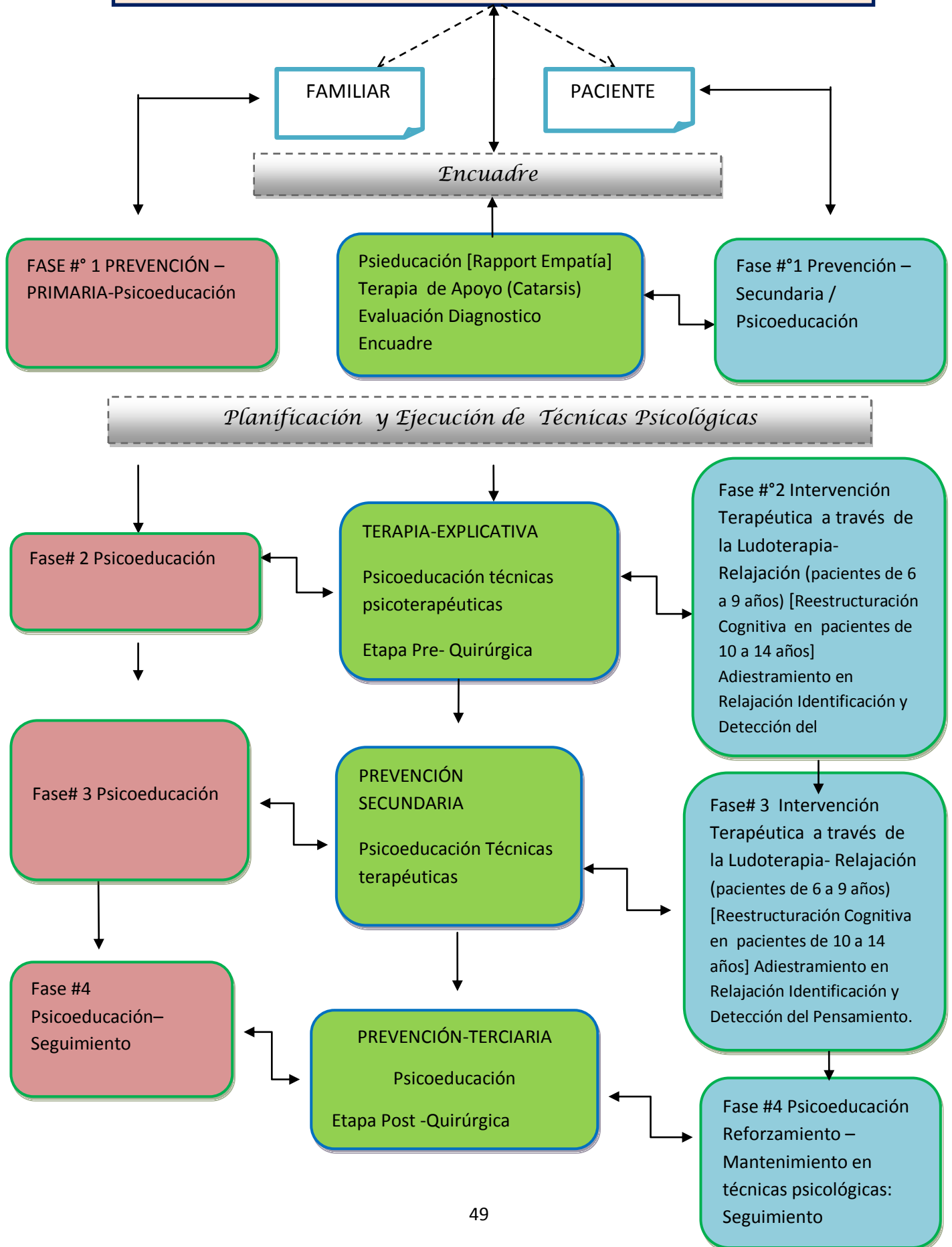
Metas

- Psicoeducar al paciente como a sus familiares sobre el proceso quirúrgico, sus etapas, y los efectos psicológicos que surgen.
- Identificar y combatir las distorsiones cognitivas generadoras de ansiedad, sustituyendo los pensamientos negativos por otros más adaptativos.
- Adiestramiento en la práctica de relajación para controlar y disminuir la sintomatología

- Enseñar a los pacientes para que puedan autocontrolar pensamientos, imágenes, sentimientos y conductas a fin de facilitar interpretaciones adaptativas a la situación.
- Instruir a los pacientes en la resolución del problema.

A continuación se presenta un esquema del proceso de intervención y, posteriormente las técnicas estructuradas.

INTERVENCIÓN PSICOTERAPÉUTICA EN PACIENTES FRACTURADOS ESQUEMA GENERAL



**PLAN TERAPÉUTICO DIRIGIDO AL
FAMILIAR DE LOS PACIENTES
FRACTURADOS**

FASE N°1

SESIÓN N°1 Encuadre

OBJETIVOS	PROCEDIMIENTO	RESULTADOS	DURACIÓN
<p>1. Crear Rapport y Empatía</p> <p>2. Desarrollar la alianza terapéutica</p> <p>3. Establecer metas y compromisos a cumplir con el familiar del paciente</p> <p>Objetivos de la terapia de apoyo</p> <p>La misma que se base en tres objetivos:</p> <p>1. Reducir la ansiedad.</p> <p>2. Aumento de la</p>	<p>Terapia de Apoyo</p> <p>a) Escucha empática de las demandas de los familiares</p> <p>b) Realizar un convenio de confidencialidad con el cuidador</p> <p>c) Esclarecimiento de objetivos terapéuticos, metodología y funcionamiento</p> <p>d) Establecimiento de horarios, normas y reglas.</p> <p>e) Explicar la importancia y la necesidad del tratamiento psicoterapéutico para disminuir niveles de ansiedad durante su estancia hospitalaria.</p>	<p>a) Propiciar un ambiente de confianza con el paciente</p> <p>b) Que el cuidador comprenda el proceso terapéutico a llevar a cabo con el paciente.</p> <p>c) Es necesario que el paciente y su familia tengan una entrevista psicológica en la que el familiar complemente la entrevista del menor (evaluación psicológica, aplicación del test de ansiedad).</p> <p>d) Se le brindará apoyo psicoterapéutico durante todo el proceso médico-quirúrgico,</p> <p>e) Se le adiestrara y guiara al paciente en técnicas terapéuticas en el manejo de ansiedad y técnicas de</p>	<p>45minutos</p>

<p>capacidad de análisis de sus relaciones interpersonales.</p> <p>3. Aumento de la capacidad de introspección</p>	<p>f) Recolección de información para complementar la entrevista psicológica del paciente.</p> <p>3.-Alentar el sentimiento de esperanza real.</p>	<p>confrontación.</p> <p>f) El propósito de la intervención psicológica es tranquilizar al paciente como a sus familiares para que atraviesen la cirugía en óptimas condiciones emocionales.</p>	
--	--	--	--

FASE N°2

SESIÓN N° 2 *Etapa #1 Pre- quirúrgica.*

OBJETIVOS	PROCEDIMIENTO	RESULTADOS	DURACIÓN
<p>1. El objetivo va encaminado a detectar la enfermedad en estadios tempranos en los que el establecimiento de medidas adecuadas puede impedir su progresión.</p> <p>2. Concienciar lo que es la ansiedad física y</p>	<p>Técnica Psicoeducación Mediante Comunicación Directa</p> <p><i>Etapa #1 Pre-quirúrgica.</i></p> <p>El período pre-quirúrgico se extiende desde el momento en que se planifica la cirugía hasta la intervención. Según como se desarrolle la etapa pre y post quirúrgica va a depender el surgimiento de efectos adversos de tipo emocional en el paciente.</p> <p>El niño que será sometido a una cirugía está ubicado en un complejo campo interdisciplinario. (Rinaldi, 2001). En donde</p>	<p>Brindar información esencial de la Etapa #1 Pre- Quirúrgica a llevarse a cabo con el paciente en términos que pueda comprender.</p>	<p>45 minutos</p>

<p>psicológica, consecuencia</p>	<p>el pediatra y los demás profesionales médicos son los encargados de derivar al psicólogo clínico.</p> <p>En síntesis, la intervención, el período preoperatorio tiene como objetivo detectar síntomas, temores, ansiedades, para así poder prevenir futuras secuelas psicológicas tanto en el paciente como en su entorno familiar. Además, generar una cadena de confianza entre el paciente y el equipo, proveer información e integrar a la familia en el proceso de decisión quirúrgica.</p> <p>Ansiedad fisiológica</p> <p>En el paciente a nivel físico, la ansiedad revela un incremento de la activación neurofisiológica como:</p> <p>Taquicardia, Opresión en el pecho, Dificultad para respirar, Temblores,</p>		
--------------------------------------	--	--	--

	<p>Sudoración excesiva entre otras</p> <p>Ansiedad psicológica</p> <p>Dentro de los factores psicológicos consideraremos:</p> <p>Sensación de amenaza y peligro, Inseguridad, sensación de vacío, temor a perder el control, pensamientos relacionados con la muerte, sospechas y desconfianza. Entre otras.</p> <p>Consecuencias de la ansiedad si no recibe tratamiento</p> <p>La cirugía constituye un potente estresor complejo; y su carácter estresante no se encuentra aislado, depende no sólo de la hospitalización sino de la enfermedad, de acontecimientos y sus consecuencias, responsable todo ello, de las elevaciones de la ansiedad; son bien conocidos los agentes estresantes a los que se ve</p>		
--	--	--	--

	<p>sometido el paciente dentro del mundo hospitalario como desorientación, pérdida de su privacidad, abandono del entorno y roles habituales, etc.</p> <p>El hecho de que el paciente afronte la cirugía con altos niveles de ansiedad puede tener influencias negativas en la recuperación físico-psíquica postquirúrgica, tales como largas estancias hospitalarias o mayor necesidad de analgésicos, lo cual supone un perjuicio tanto para el individuo como para el sistema de salud por su elevado costo económico. Una mejor preparación y apoyo psicológico en todo el proceso quirúrgico disminuye el nivel de ansiedad en el niño.</p> <p><u>Recomendaciones</u></p> <ol style="list-style-type: none">1. Que durante esta etapa puede		
--	--	--	--

	<p>acercarse al personal médico para clarificar dudas e inquietudes que pueda tener del proceso quirúrgico.</p> <ol style="list-style-type: none">2. Que transmita en lo posible serenidad, seguridad y confianza durante todo el procedimiento quirúrgico.3. No ocultar información ni engañarlos a los niños con la intención de tranquilizarlos, esta forma de actuación, en algunas ocasiones, puede incrementar la ansiedad. <p>No es aconsejable utilizar frases como "no te va a pasar nada" o "no te va a doler". Si engañamos al niño, nunca más va a confiar en nuestras palabras por lo que estará constantemente en tensión.</p>		
--	---	--	--

FASE N°3

SESIÓN °3 Etapa #2 Intra quirúrgica o Acto Quirúrgico

OBJETIVOS	PROCEDIMIENTO	RESULTADOS	DURACIÓN
<p>1. Brindar información esencial de la Etapa # 2 Acto Quirúrgico.</p> <p>2. Concienciar a los pacientes a realizar las técnicas psicológicas previamente aplicadas para disminuir la ansiedad.</p>	<p>Técnica- Psicoeducación -Mediante Comunicación Directa</p> <p>Etapa #2 Intra quirúrgica o Acto Quirúrgico</p> <p>Es una acción esencial y necesaria, ya que se somete al paciente a una situación cruenta para recuperar o mejorar su salud. Se debe aceptar como un “trauma necesario” para que se pueda llevar a cabo el proceso quirúrgico.</p> <p>En esta fase, la intervención del terapeuta se convierte en el nexo de apoyo entre la experiencia preoperatoria y la postoperatoria.</p>	<p>Contribuir a la resolución de la ansiedad derivada de las tensiones que surgen como consecuencia del rígido sistema de cuidados intensivos.</p>	<p>Sesión de 45 minutos</p>

	<p>Recomendaciones</p> <p>Es más apropiado indicar a los pacientes cuándo van a sentir dolor, porque de esta forma confiarán más en nosotros y podrán estar relajados cuando no se les indica ningún "peligro". Es frecuente que los pacientes reaccionen del mismo modo (gritos, llantos, etc.) ante procedimientos dolorosos (inyección) que no dolorosos (radiografía, electrocardiograma), si avisamos sobre el momento en que el niño va a sentir dolor, los ayudaremos a distinguir entre ambos tipos de procedimiento.</p>		
--	---	--	--

SESIÓN N° 4 Etapa# 3: Post quirúrgica

OBJETIVOS	PROCEDIMIENTO	RESULTADOS	DURACIÓN
<p>1. Brindar información esencial del procedimiento Post-Quirúrgico a realizarle al paciente así como también hablar sobre la importancia y la necesidad del tratamiento psicoterapéutico para disminuir</p>	<p>TÉCNICA PSICOEDUCACIÓN a través de la Comunicación Directa Etapa# 3: Post quirúrgica</p> <p>Debemos referir que esta etapa está orientada hacia la disminución de las percepciones de dolor y a la contención de las molestias post-quirúrgicas, por las cuales inevitablemente tiene que atravesar un paciente que haya sufrido un accidente por cualquier tipo de fractura, esta fase inicia desde que el paciente regresa del quirófano y se</p>	<p>Comprender aquellas medidas dirigidas al tratamiento y a la recuperación del proceso médico para ralentizar su progresión y con ello la aparición o el agravamiento de complicaciones e invalidades, intentando mejorar la calidad de vida de los pacientes.</p>	<p>45 minutos</p>

<p>niveles de ansiedad durante su estancia hospitalaria.</p>	<p>encuentra orientado en tiempo, espacio y persona.</p> <p>Recomendaciones</p> <ol style="list-style-type: none"> 1. Que durante las visitas del personal médico, él clarifique dudas e inquietudes que pueda tener del proceso post quirúrgico. 2. Que sigan transmitiendo en lo posible serenidad, seguridad y confianza durante esta etapa quirúrgica. 3. No ocultar información ni engañarlos a los niños con la intención de tranquilizarlos, esta forma de actuación, en algunas ocasiones, puede tener consecuencias muy negativas. 		
--	---	--	--

4. Que los cuidadores Indiquen a los pacientes cuándo vayan a sentir dolor.

Porque a través de la anticipación confiarán más en nosotros y podrán estar relajados cuando no se les indica ningún "peligro". Es usual que los niños reaccionen del mismo modo (gritos, llantos, etc.) ante procedimientos dolorosos (inyección) que no dolorosos (radiografía, electrocardiograma), si avisamos sobre el momento en que el niño va a sentir dolor, los ayudaremos a distinguir entre ambos tipos de procedimiento para disminuir su ansiedad.

PLAN TERAPÉUTICO EN PACIENTES FRACTURADOS

FASE N° 1

SESIÓN N°1: Encuadre

OBJETIVOS	PROCEDIMIENTO	RESULTADOS	DURACIÓN
Establecer el Rapport y la Empatía. Explicar la intervención psicoterapéutica a desarrollar.	Se efectuara la entrevista inicial con el paciente, en términos adecuados y sencillos que permitan generar una relación de trabajo y confianza entre paciente – terapeuta mediante técnicas psicoterapéuticas adecuadas a su edad.	Propiciar un ambiente de confianza para el paciente. Establecer la alianza terapéutica.	25 minutos

Sesión N°2: Evaluación

OBJETIVOS	PROCEDIMIENTO	RESULTADOS	DURACIÓN
Establecer el diagnóstico psicológico.	Realizar la entrevista estructurada. Aplicar y calificar el test de Ansiedad CMAS-R “Lo que pienso y Siento	Establecer los niveles de ansiedad.	25 minutos

SESIÓN # 3: Intervención: PRIMERA ETAPA / PRE QUIRURGICA

OBJETIVOS	PROCEDIMIENTO	RESULTADOS	DURACIÓN
<p>1. Identificar y describir sensaciones fisiológicas y psicológicas de la ansiedad en el paciente.</p> <p>2. Abordar la sintomatología producida por los procesos médicos que le acontece vivir.</p> <p>3. Eliminar pensamientos irracionales que pueden surgir por la etapa pre-quirúrgica.</p> <p>4. Adiestramient</p>	<p><u>TÉCNICAS</u></p> <p>Psicoeducación e Intervención Psicoterapéutica a través de la Ludoterapia en pacientes de 6 a 9 años.</p> <p>Materiales:</p> <p>Biblioteca rodante (libros infantiles dibujos para colorear, títeres etc.)</p> <p>✓ Cajón de juguetes terapéuticos, plastilina, pinturas, etc.)</p> <p>1° TERAPIA EXPLICATIVA</p> <p>[Pacientes de 6 a 14 años]:</p> <p>1.-Etapa Pre- quirúrgica.</p> <p>El período pre-quirúrgico se extiende desde el momento en que se planifica la cirugía hasta la intervención.</p>	<p>1. Que pueda mantenerse informado de los sucesos que le acontece vivir.</p> <p>2. Que el paciente pueda identificar sus sensaciones fisiológicas y psicológicas de la ansiedad a través de las técnicas psicológicas.</p> <p>3. Eliminación de pensamientos irracionales que le puedan estar perturbando.</p>	<p>40 minutos</p>

<p>o en técnicas terapéuticas anteriormente descritas.</p>	<p>La intervención, el período preoperatorio tiene como objetivo detectar síntomas, temores, ansiedades, para así poder prevenir futuras secuelas psicológicas tanto en el niño como en su entorno familiar. Además, generar una cadena de confianza entre el paciente y el equipo médico.</p> <p><u>Explicación breve acerca de la ansiedad:</u></p> <p>Que el paciente pueda entender que es un mecanismo humano de adaptación al medio y nos ayuda (si su intensidad no es excesiva) a superar ciertas exigencias de la vida.</p> <p>El juego terapéutico se desarrolla a través de actividades placenteras para el niño.</p> <p>Se pueda utilizar especialmente el dibujo coloreado o la elaboración con plastilina, títeres para que el construya historietas que se relacionan con sus problemas personales, los cuales tienden a ser manejados por el</p>		
--	---	--	--

terapeuta en forma indirecta para ir solucionando sus problemas; de esta manera puede distraerse de sus pensamientos negativos, pueda enfrentarse a situaciones amenazantes y de esta forma incrementar su tolerancia a la frustración y disminuir su ansiedad a través del juego terapéutico.

La selección de los materiales del juego y la realización de preguntas o estimulación de la imaginación del menor. De esta manera quien dirige el juego adopta un rol activo en su interacción con el niño, por su parte el menor puede adoptar un rol de receptor de la información proporcionada por el juego organizado del adulto, o un rol más activo y participativo en el juego. Es importante recalcar que el nivel de dirección debe ser flexible modulándose en función de distintos factores como: cuando el ambiente hospitalario inhibe al niño del juego o su movilidad se ve comprometida, en estos casos se requiere una mayor dirección con el objetivo de motivar al paciente.

Técnicas de imaginación en pacientes de 6 a 9 años.

- a. **Reenfoque mediante la imaginación:** Implica la repetición de una auto imagen fuerte para poder superar los deseos (Ejemplo vamos a imaginar que tu eres un súper héroe [el paciente puede decir el de su preferencia] que está a punto de salvar al mundo con sus poderes y no le teme a nada.)

- b. **Reemplazo por imágenes positivas:** Se refiere a la sustitución de imágenes negativas del proceso médico - quirúrgico por consecuencias positivas de recuperación.

Repaso mediante la imagen: En esta las imágenes se utilizan como medio de práctica o repaso de ciertas habilidades adquiridas. (Ejemplo, imagina que eres doctor y tu mama es el paciente el niño utiliza material médico, la examina, le hace preguntas. Repaso mediante la imaginación prepararlo para cuando le toque responder correctamente

SESIÓN N°3			
OBJETIVOS	PROCEDIMIENTO	RESULTADOS	DURACIÓN
<p>1. Identificar, y modificar las cogniciones [creencias irracionales, pensamientos distorsionados].</p> <p>2. Disminuir los niveles de ansiedad.</p> <p>3. Adiestramiento en Relajación-Respiración.</p>	<p>TÉCNICAS</p> <p>En pacientes de 10 a 14 años</p> <p>Detección del Pensamiento</p> <p>Reestructuración Cognitiva-Resolución de problemas en pacientes</p> <p>Relajación –Respiración</p>	<p>1. Reducir los niveles de ansiedad luego de las técnicas previamente adiestradas.</p> <p>2. Enseñar al paciente a pensar de la manera correcta</p>	<p>45 minutos aproximadamente</p>

Detección del pensamiento

SITUACIÓN	ESTADO EMOCIONAL	PENSAMIENT O AUTOMÁTICO	CONDUCTA Y RESULTADO
Describe: Situación actual que conduce a la emoción desagradable; o imágenes, recuerdos o corriente de pensamientos que conducen a ella	1. Especificar: Triste, ansioso, irritado..... 2. Evaluar el grado o fuerza de cada emoción (0-100)	1. Escribe: pensamientos automáticos que acompañan a la emoción 2. Evalúa el grado de seguridad en los pensamientos (0-100)	1. Escribe : conducta en esa situación 2. Consecuencias posteriores
Fecha:			

-Hoja de autoregistro de pensamientos automáticos

Se identifica y describe el pensamiento disfuncional que interfiere en el paciente, cuando lo esté verbalizando se lo interrumpe utilizando la orden "ALTO" o mediante el uso de un ruido fuerte el cual interrumpa los pensamientos disfuncionales, luego se sustituye inmediatamente una secuencia de pensamientos agradables.

Reestructuración Cognitiva-Resolución de problemas en pacientes 10-14 años

Se enseña al paciente a localizar las distorsiones cognitivas para poder modificarlas. Para cambiar los estados emocionales negativos es muy importante aprender a identificar los pensamientos automáticos, el paciente identifica y define el problema para poder elaborar soluciones alternativas y de esta manera explorar posibles soluciones y ayudarlo a tomar decisiones más adecuadas. Analizar el problema que le incomoda siguiendo estos pasos:

1. Definir el conflicto o problema con términos específicos que pueda entender.
2. Proponer una serie de soluciones posibles
3. Examinar los pro y contras de cada solución, en presente y futuro.

Se utiliza estas técnicas en combinación con la técnica de Relajación-Respiración

Relajación –Respiración en pacientes de 10 a 14 años.

Imaginarse acostado en una playa soleada o a la orilla de un riachuelo en la montaña

(Peterson y Shigetomi, 1981). También es frecuente dar al niño la

Oportunidad de que evoque su propia imagen, con lo que se logra mayor emotividad y detallismo en el proceso de imaginación. Así mismo se utiliza una variante de afrontamiento de las *imágenes emotivas* de Lazarus y Abramovitz (1962), consisten en identificar un héroe del niño o una imagen fantástica, que le produzca un sentimiento de seguridad que le ayude a superar la ansiedad provocada por la situación médica.

Respiración:

Ejercicio

Se solicita al niño que inspire aire por la nariz y lo expulse por la boca, posterior a esto se pide al paciente que coloque su mano a nivel de su abdomen para que pueda sentir la entrada y salida de aire al respirar. De esta manera es importante que el paciente diferencie que su abdomen sube cuando ingresa el aire y baja al salir, durante este ejercicio el terapeuta mantiene un rol activo poniendo su mano a nivel del abdomen del niño motivándolo a llenarlo de aire y dejarlo salir lentamente.

	<p>a) Hacer inspiraciones y expiraciones con pausa</p> <p>b) Tomar aire por la nariz, sostenerlo 2 o 3 segundos y expulsarlo lentamente por la nariz, se debe hacer el mismo ejercicio espirando por la boca</p> <p>c) Tomar aire por la nariz sostenerlo 2 o 3 segundos y expulsarlo de forma entrecortada por la nariz</p> <p>d) Tomar aire por la nariz sostenerlo 2 o 3 segundos y expulsarlo por la boca formando una U</p> <p>Beneficios:</p> <p>a) Regula la acción cardiaca y mejora la circulación sanguínea</p> <p>b) Control de las emociones</p> <p>c) Incrementa la capacidad de la atención y concentración del niño</p>		
--	--	--	--

FASE# 2

SESIÓN N° 4 SEGUNDA ETAPA INTRA QUIRÚRGICA O ACTO QUIRÚRGICO

OBJETIVOS	PROCEDIMIENTO	RESULTADOS	DURACIÓN
<p>1. Que el paciente pueda tomar conciencia sobre la importancia que representa para su recuperación la Etapa#2 (Acto – Quirúrgico).</p> <p>2. Identificar pensamientos irracionales que pueden aparecer en esta etapa.</p> <p>3. Adiestramiento de las</p>	<p>Seguimiento de Técnicas Psicológicas.</p> <p>TÉCNICA PSICOEDUCACIÓN (de 6 a 14 años)</p> <p>Etapa Intra quirúrgica o Acto Quirúrgico</p> <p>Es una acción esencial y necesaria, ya que se interviene al paciente a una situación delicada para recuperar o mejorar su salud. Se debe aceptar como un “trauma necesario” para que se pueda llevar a cabo el proceso quirúrgico.</p> <p>En esta fase, la intervención del terapeuta se convierte en el vínculo de apoyo entre la experiencia preoperatoria y la postoperatoria; asimismo contribuye a la resolución de la ansiedad derivada de las tensiones que surgen como consecuencia del rígido sistema de cuidados intensivos.</p> <p>Se debe informar del pre y del posquirúrgico inmediato, cómo se</p>	<p>1. Que aprenda a identificar pensamientos irracionales que pueden aparecer en esta etapa.</p> <p>2. Adiestramiento de las técnicas terapéuticas durante esta fase con el propósito de reducir la ansiedad.</p>	<p>45 minutos</p>

<p>técnicas terapéuticas durante esta fase</p> <p>4. Continuar abordando las técnicas con la finalidad de disminuir la ansiedad.</p>	<p>encontrará cuando se despierte y las sondas, vendajes y sueros que le serán colocados. Presencia o ausencia de dolor. Uso de analgésicos y curaciones</p> <p>Técnicas Auto-Verbalizaciones/Auto-Instrucciones Imaginación de Distracción- Ludoterapia a partir de 6 a 9 años</p> <p>Confrontación: Durante el acontecimiento estresante (traslado al quirófano)</p> <ol style="list-style-type: none"> 1. En este hospital operan todos los días y no pasa nada 2. El médico es muy bueno, 3. Estoy en buenas manos no tengo que preocuparme 4. Dentro de un rato ya habrá pasado todo <p>Afrontamiento de momentos críticos: En instantes de máximo estrés (inducción de la anestesia)</p> <ol style="list-style-type: none"> 1. Respiro profundo y me relajo 2. Distráete, piensa en algo agradable 		
--	---	--	--

3. Cierro los ojos y veo el mar calma-calma

4. Tranquilo, tranquilo.

Técnicas de Imaginación Distracción

Se retoma estas técnicas con la finalidad de identificar pensamientos distorsionados que pueden presentarse durante esta etapa, utilizándolos en combinación con la **Técnica de Relajación –Respiración** para disminuir síntomas de ansiedad.

SESIÓN N°4

OBJETIVOS	PROCEDIMIENTO	RESULTADOS	DURACIÓN
<p>1. Disminuir la ansiedad retomando las técnicas previamente aplicadas con la finalidad de prevenir alteraciones psicológicas</p>	<p>Mediante las técnicas aplicadas anteriormente :</p> <p>Detección de Pensamientos Automáticos</p> <p>Reestructuración Cognitiva-Resolución de problemas en pacientes de 10-14 años-</p> <p>Relajación en pacientes de 10 a 14 años</p> <p>Incentivándolo al paciente a continuar desarrollando estas técnica con la finalidad de reducir la ansiedad que puede incrementarse por esta etapa quirúrgica</p>	<p>Que el paciente detecte los pensamientos erróneos que le puedan estar incomodando en la fase # 2 Intra quirúrgica.</p>	<p>45 minutos</p>

FASE #3

SESIÓN N°5 TERCERA ETAPA/ POST QUIRÚRGICA

OBJETIVOS	PROCEDIMIENTO	RESULTADOS	DURACIÓN
<p>1. Disminuir la ansiedad que provoco la Etapa #3 Post-Quirúrgica.</p>	<p>Mediante la técnica de Psicoeducación (en pacientes de 6 a 14 años)</p> <p>Identificar las cogniciones erróneas provocadas por esta etapa.</p> <p>Reforzamiento de las técnicas aplicadas anteriormente para reducir la ansiedad.</p> <p><u>Recuperación en el Hospital</u></p> <p>Debemos referir que esta etapa está orientada hacia la disminución de las percepciones de dolor y a la contención de las molestias post-quirúrgicas, por las cuales inevitablemente tiene que atravesar el paciente que ha sufrido un accidente por cualquier tipo de fractura, esta fase se inicia desde que el paciente regresa del quirófano y se encuentra orientado en tiempo, espacio y persona.</p> <p>Durante esta etapa de recuperación se debe informar:</p> <p>1. Acerca de los cuidados personales que tiene que tener durante la rehabilitación, los síntomas físicos psicológicos que pueda presentar, explicarle que es normal que sienta dolor, desorientación así como el tratamiento médico que deberá utilizar para el proceso</p>	<p>1. Se aclara inquietudes, temores, de la etapa post-quirúrgica; y se retoma las técnicas psicológicas anteriormente manifestadas</p> <p>2. El paciente se adhiere a las intervenciones quirúrgicas que inevitablemente deberá atravesar en esta etapa</p> <p>3. Se encuentra</p>	<p>45 minutos</p>

	<p>de recuperación (sondas, vendajes y sueros que le serán colocados. Uso de analgésicos y curaciones.</p> <ol style="list-style-type: none"> 2. Se realizara una valoración psicológica para detectar posibles alteraciones emocionales (detención de pensamientos irracionales, síntomas de ansiedad, etc.) 3. Explicarle a través del juego terapéutico (desde los 6 hasta los 10 años); agregando láminas, como será la recuperación (efectos, síntomas, emociones). De los once años hasta los 14 años, el niño entiende un esquema sin referencia al resto del cuerpo. Es muy útil explicar con <i>fotografías</i> todo el proceso pos-quirúrgico (efectos, síntomas, emociones). 4. Establecer acuerdos terapéuticos cuando asista al hospital (controles médicos), <p>En la etapa pos-quirúrgica se retoman las técnicas previamente adiestradas en las etapas pre e intra quirúrgicas :</p> <p>Técnicas de Imaginación de Distracción- Ludoterapia en pacientes de 6 a 9 años.</p> <p>Detección del Pensamiento</p> <p>Reestructuración Cognitiva-Resolución de problemas en</p>	<p>motivado para que acuda a los controles psicológicos. (seguimientos)</p>	
--	---	---	--

	<p>pacientes de 10-14 años</p> <p>Relajación- Respiración.</p> <p>En la etapa Post Quirúrgica</p> <p>Para esta etapa se retoma las técnicas previamente aplicadas con el propósito de identificar, describir, prevenir cogniciones erróneas, que pueden interferir en esta fase y poder así disminuir los síntomas de ansiedad.</p>		
--	---	--	--

SESIÓN N°6 Seguimiento #1 Prevención Terciaria – {Cuando acude a la cita programada}

OBJETIVOS	PROCEDIMIENTO	RESULTADOS	DURACIÓN
<p>1. Evaluar la sintomatología de ansiedad</p> <p>2. Incentivar al paciente a realizar todas las indicaciones que dispongan los profesionales de la salud.</p>	<p style="text-align: center;">TERAPIA ORIENTATIVA</p> <p>Se procede a evaluar la ansiedad con el test “Lo que pienso y siento” CMAS-R; y se hace un análisis comparativo de la ansiedad que presento anteriormente con la ansiedad actual</p> <p>Se continúa desarrollando las técnicas previamente aplicadas.</p> <ul style="list-style-type: none"> a. En niños de 6 a 9 años (Imaginación, distracción) b. Relajación- respiración c. (Reestructuración Cognitiva-Detección del pensamiento) en pacientes de 10 a 14 años <p>Psicoeducación dirigida a la Adherencia al tratamiento médico y psicológico:</p> <p>Orientar al cuidador del paciente a seguir las indicaciones previamente</p>	<p>1. Facilitar la adaptación al tratamiento introduciendo un estilo de afrontamiento positivo mediante las técnicas psicológicas</p> <p>2. Disminuir la ansiedad que puede aparecer por la etapa post quirúrgica.</p>	<p>40 Minutos</p>

proporcionadas por el Médico y Psicólogo como son:

MÉDICO

- a. Indicaciones sobre la medicación
- b. Cuidados en la alimentación
- c. Cuidados post -operatorios
- d. Limitaciones en ciertas actividades
- e. Recordatorio de las citas programadas para el proceso de recuperación.

PSICÓLOGO

- a. Reforzamiento de las técnicas aprendidas (Imaginación-distracción, Relajación-respiración, Reestructuración cognitiva), llevándolas a cabo 2 veces al día.
- b. Motivar al paciente a continuar el tratamiento psicológico.
- c. Se continúa abordando las Técnicas anteriormente mencionadas con la finalidad de prevenir alteraciones psicológicas y contribuir de esta forma a reducir los síntomas de ansiedad.

Tarea: Realización de las técnicas con la supervisión de un familiar

	<p><u>Objetivo de las Tareas:</u></p> <ul style="list-style-type: none">a) Modificar pensamientos distorsionadosb) Disminuir los niveles de ansiedadc) Mediante la utilización de técnicas aprendidas adquirir respuestas adaptativas a la etapa de recuperación.d) Citarlo para otra valoración y seguimiento de técnicas psicológicas.		
--	--	--	--

SESIÓN N°7

Seguimiento #2 Reforzamiento-mantenimiento en Técnicas Psicológicas Próxima cita.

OBJETIVOS	PROCEDIMIENTO	RESULTADOS	DURACIÓN
Lograr disminuir niveles de ansiedad a través de las técnicas enseñadas.	<p>Se procede a realizar una valoración psicológica actual y evaluación de las técnicas previamente aplicadas:</p> <p>Técnicas de imaginación combinada con la Relajación – Respiración de acuerdo a la edad del paciente de 6 a 9 años.</p> <p>En los pacientes de 10 a 14 años la técnica de Reestructuración Cognitiva, Detección del Pensamiento combinada con la Relajación – Respiración.</p> <p>Cierre Terapéutico.</p>	Reducir niveles de ansiedad a través de las técnicas previamente aplicadas con la finalidad de afrontar la situación quirúrgica de la mejor manera.	45 minutos

SESIÓN N°8**Seguimiento #3 Reforzamiento-Mantenimiento en Técnicas Psicológicas cuando acudan a la próxima consulta.**

OBJETIVOS	PROCEDIMIENTO	RESULTADOS	DURACIÓN
Establecer el cierre terapéutico	Se realiza una valoración psicológica y evaluación de las técnicas previamente aplicadas;	Haber logrado disminuir la ansiedad con la finalidad de que no se estructure un cuadro psicopatológico y la recuperación fisiológica sea eficaz.	45 minutos

ANEXO 1



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

“NIVELES DE ANSIEDAD EN PACIENTES DE 6 A 14 AÑOS QUE HAN SUFRIDO FRACTURAS Y SERÁN INTERVENIDOS QUIRÚRGICAMENTE EN EL ÁREA DE PEDIATRÍA TRAUMATOLÓGICA, DE LOS HOSPITALES DE LA CIUDAD DE LOJA, EN EL PERIODO MAYO- OCTUBRE DEL 2014”.

Proyecto de Tesis previo a la obtención del título de Psicóloga Clínica.

AUTORA:

Fanny Maribel Jiménez Sarango

DIRECTORA:

Dra. Mgs. Lorena Janet Celi Astudillo

LOJA - ECUADOR

2014

“Niveles de Ansiedad en Pacientes de 6 a 14 años que han Sufrido Fracturas y serán Intervenidos Quirúrgicamente en el Área de Pediatría Traumatológica de los Hospitales de la Ciudad de Loja en el periodo Mayo- Octubre del 2014”.

PROBLEMÁTICA

La ansiedad puede definirse como una anticipación de un daño o desgracia futuros, acompañada de un sentimiento de disforia (desagradable) y/o de síntomas somáticos de tensión. El objetivo del daño anticipado puede ser interno o externo. Es una señal de alerta que advierte sobre un peligro inminente y permite a la persona que adopte las medidas necesarias para enfrentarse a una amenaza. Es importante entender la ansiedad como una sensación o un estado emocional normal ante determinadas situaciones y que constituye una respuesta habitual a diferentes situaciones cotidianas estresantes. Así, cierto grado de ansiedad es incluso deseable para el manejo normal de las exigencias del día a día. Tan sólo cuando sobrepasa cierta intensidad o supera la capacidad adaptativa de la persona, es cuando la ansiedad se convierte en patológica, provocando malestar significativo con síntomas que afectan tanto al plano físico, como al psicológico y conductual.

Toda intervención quirúrgica produce un impacto emocional desde el mismo momento en que se indica la operación. No sólo cuenta el estrés, la ansiedad asociado a la presencia de una intervención quirúrgica, sino también la internación en un ambiente extraño, el conocimiento de los riesgos de la anestesia y la cirugía, más los peligros imaginados por el paciente y su familia. Todo ello configura una situación de estrés psicológico a la que cada individuo responde de manera particular. La experiencia de enfermedad (fractura-intervención quirúrgica) y hospitalización crea en el infante la necesidad de comprensión y de adaptación y, consecuentemente, reacciona ante ellas.

La necesidad de preparación psicológica de los niños hospitalizados que tienen que ser sometidos a cirugía, ha sido asumida en la práctica clínica desde hace varias décadas. Debido a que, desconocer y/o desestimar los efectos de esta situación estresante-ansiógena podría causar complicaciones perioperatorias en el paciente, predominio de actitudes negativas hacia los médicos y los servicios de salud e influir en su evolución y su desarrollo psíquico y físico posterior.

Existen numerosas evidencias que documentan el serio impacto psicológico que la hospitalización y la cirugía pueden producir. Los estudios de Giacomantone y Mejía (1997), por ejemplo, han demostrado que una adaptación psicológica ineficaz frente a la, ansiedad, estrés pre-operatorio determina un riesgo quirúrgico adicional.

Autores como Glocer (1971); Rinaldi y Goldberg (1969); además de los mencionados por Giacomantone y Mejía: Baudry y otros (1966); Rockwell y Rockwell (1979), han señalado que es conveniente la asistencia psicológica de los enfermos que van a ser operados, dado que el impacto emocional de las intervenciones quirúrgicas puede influir en la evolución pre y posoperatoria. En nuestro país no existen en las Unidades Operativas una Planificación Terapéutica que permita a los pacientes como a sus familiares disponer de estos recursos en beneficio para su salud mental y si existe ayuda terapéutica es esporádica.

Por esta razón resulta de suma importancia evaluar eficazmente cuáles son los niveles de ansiedad, en pacientes pediátricos que han sufrido fracturas y serán intervenidos quirúrgicamente y desarrollar una planificación adecuada con el propósito de prevenir alteraciones que puede provocar el proceso quirúrgico. A medida que se van conociendo más y mejor las necesidades del niño hospitalizado y su modo particular de adaptación a la situación médica, se van perfeccionando los programas pre-quirúrgicos de preparación infantil. Teniendo estos antecedentes he creído conveniente realizar esta investigación aplicando el **TEST DE ANSIEDAD LO QUE PIENSO Y SIENTO (CMAS-R:)**

La reacción que presente el niño, ante la hospitalización y la cirugía, estará influenciada por varios factores. Los de tipo personal: dependen exclusivamente del niño que ingresa al hospital. Estos son: La edad y el desarrollo biopsicosocial del niño, ya que todos no responden de igual manera a la hospitalización y la cirugía. Por ende si no se afronta de una manera adecuada se originan alteraciones emocionales y comportamentales desadaptativas a corto, medio y largo plazo tales como: problemas de alimentación, alteraciones del sueño, enuresis, encopresis, regresión a niveles de comportamiento más primitivos, tics, ansiedad, depresión, terror a los hospitales, personal médico, agujas y procedimientos diagnósticos etc.

La naturaleza de las experiencias previas; si el niño ha tenido experiencias previas negativas de la hospitalización, presentará mayores niveles de ansiedad que aquellos niños que hayan tenido una buena experiencia hospitalaria o que no la hayan tenido en absoluto.

El estrés parental dificulta la adaptación a la hospitalización, por conductas como: la sobreprotección, baja tolerancia a la frustración y conflictos familiares (búsqueda de responsables, problemas económicos, etc.) Así como también el constante cambio del personal hospitalario en la atención del niño no permite que éste establezca un sentimiento de apego hacia ellos, esto intensifica la inseguridad del paciente pediátrico.

Asimismo la Psicoprofilaxis Quirúrgica como método terapéutico nos permite mediante técnicas psicológicas, que el paciente pueda afrontar de mejor manera la cirugía, reducir el impacto psíquico, favoreciendo su recuperación y previniendo futuros conflictos relacionados, brindando asistencia a personas que requieran de intervención quirúrgica.

En el presente trabajo, se pretende plantear y dejar como constancia de esta investigación un modelo terapéutico como lo es la Psicoprofilaxis Quirúrgica para brindarle al paciente, a su familia, diferentes técnicas, métodos, recursos psicológicos y asesoramiento para afrontar satisfactoriamente la hospitalización e intervención quirúrgica de los niños; a través del mismo se intentará reducir el impacto psicológico que puede producir la misma. Se le ofrecerá al paciente como a la familia, diversas estrategias de afrontamiento para que puedan enfrentarse a la situación estresante que les acontece vivir. En el hospital especialmente en el Área de Traumatología no se ha dado importancia ni se han realizado estudios con respecto al estado psicológico de los pacientes que ingresan a esta Unidad es por ello mi motivación a realizar éste estudio, tomando como referencia a los Hospitales de la Ciudad de Loja El Hospital Manuel Ygnacio Montero IESS Loja y El Hospital Regional Isidro Ayora en donde se pretenderá prevenir a nivel psicosocial, poniendo énfasis en la interacción del sujeto con el entorno. Con esos antecedentes se estableció como objetivo Evaluar cuál es el nivel de ansiedad si no existe ningún método psicoterapéutico y proponer como modelo terapéutico a la

Psicoprofilaxis Quirúrgica en la disminución de niveles de ansiedad en pacientes de 6 a 14 años que serán intervenidos quirúrgicamente.

JUSTIFICACIÓN

Contribuir a la solución de los problemas que afectan a nuestra sociedad es la tarea fundamental que ha venido desempeñado la Universidad Nacional de Loja, y especialmente la Carrera de Psicología Clínica es por ello que el presente trabajo investigativo se justifica por las siguientes razones:.

Desde la realidad Académica, es conveniente porque hoy en día se hace cada vez más importante evaluar, diagnosticar y proponer alternativas, que ameriten rigor científico en el proceso de promoción de la salud mental, prevención de enfermedades y rehabilitación de trastornos y patologías psicológicas, cuyo propósito es lograr una psicoeducación en el paciente, en las familias, en el personal de salud, y en los cuidadores secundarios de los pacientes en donde se pueda lograr explorar y trabajar sus dudas, miedos y preocupaciones en relación a la misma, al igual que las cirugías previas que pudieron ser traumáticas, de esta manera los beneficios para el paciente serán en cuanto a su recuperación, estará menos tiempo en el hospital, el dolor será menor, luego necesitará menos analgésicos y se reincorporará más rápido a las actividades de la vida diaria.

Esta investigación se vincula con los factores psicológicos que surgen de los accidentes por fracturas en el niño-niña de nuestra ciudad, los accidentes que ocasionan estas fracturas, que requieren inevitablemente la intervención de procedimientos quirúrgicos, los cuales tienen la característica de ser prolongados y dolorosos. Es por este motivo y varios factores que la atención psicológica se convierte en un componente imprescindible durante todas las fases de la rehabilitación física y mental de los menores accidentados.

Se debe mencionar que el trauma y el dolor no solo afecta al paciente, sino también a toda su familia, ya que la misma deberá enfrentar un dolor igual de traumático y angustioso que el menor. Además Los padres tienden a manifestar diversos sentimientos de culpa, los mismos que llegan a constituir un factor adverso para la recuperación del paciente hospitalizado. Es así que la familia deberá poner

en funcionamiento todos sus sistemas de afrontamiento para controlar y superar los estados de crisis de angustia, de ansiedad, de episodios depresivos y los elementos negativos que contienen este tipo de accidentes. Sin lugar a duda la familia constituye una pieza fundamental para la recuperación y rehabilitación del menor, su apoyo y fortaleza deberán ser proyectados en la salud física y emocional del niño-niña afectado.

Además la intención de esta investigación se acomodara en función de evaluar los niveles de ansiedad a través del **TEST DE ANSIEDAD LO QUE PIENSO Y SIENTO (CMAS-R)** así como proponer un programa psicológico previo a las cirugías que se les practicara a los pacientes de 6 a 14 años hospitalizados en el Área de Pediatría Traumatológica del Hospital Manuel Ygnacio Monteros IESS Loja y el Hospital Regional Isidro Ayora, porque los mismos no cuentan con un programa psicológico pre – quirúrgico que ayude a los infantes a disminuir las reacciones emocionales que se presentan antes de una cirugía.

OBJETIVOS:

General

Determinar los niveles de ansiedad en pacientes de 6 a 14 años que han sufrido fracturas y serán intervenidos quirúrgicamente según su género.

Específico

- ✓ Identificar los niveles de ansiedad a través del **TEST DE ANSIEDAD LO QUE PIENSO Y SIENTO (CMAS-R)** en pacientes que han sufrido fracturas y serán intervenidos quirúrgicamente.
- ✓ Proponer como modelo terapéutico a la Psicofilaxis Quirúrgico en la reducción de ansiedad en pacientes de 6 a 14 años sometidos a cirugía por traumas en los hospitales de la ciudad de Loja.

MARCO TEÓRICO

CAPITULO I

1. ANSIEDAD INFANTIL

1.1 Definición

1.2 Manifestaciones Sintomatológicas de la Ansiedad

1.2.1 Características Psicológicas de la Ansiedad

1.2.2 Características Fisiológicas de la Ansiedad

1.3 Estrés

1.3.1 Ansiedad–Situaciones de Estrés

1.3.2 Depresión-Ansiedad

1.3.3 Depresión–Situaciones Generadores de Estrés

CAPITULO II

2. HOSPITALIZACIÓN

2.1 Repercusiones de la hospitalización en niños

2.2 Factores relacionados con la Hospitalización

2.3 Factores Personales:

2.4 Factores relacionados con la familia:

2.6 Factores relacionados con el Equipo de Salud:

2.8 Ambiente Hospitalario:

2.8.1 Agentes estresores de la Hospitalización

2.8.2 Estado emocional del niño durante la hospitalización

2.8.3 Manifestaciones de negación a la Hospitalización en los niños

2.8.4 Enfoques de adaptación a la hospitalización infantil según etapas de desarrollo

CAPITULO III

3. Traumatología

3.1 Fracturas

3.1.1 Concepto,

3.1.2 Causas

3.1.3 Tipos:

3.1.5 Complicaciones

CAPITULO IV

5. PSICOPROFILAXIS QUIRÚRGICA

5.1 Definición

5.2 Etapas

5.2.1 Etapa: Pre Quirúrgica

5.2.2 El Acto Quirúrgico

5.2.3 Etapa: Post quirúrgica

5.3 El proceso de la Psicoprofilaxis Quirúrgica en niños

5.3.1 Psicoprofilaxis y los niveles de aplicación

5.3.2 Origen de la Psicoprofilaxis Quirúrgica en niños

CAPITULO V

6.1 PLANIFICACIÓN TERAPÉUTICA

6.1.2 Nombre de la técnica

6.1.3 Objetivo de la técnica

6.1.4 Sesiones

6.1.5 Tiempo de Duración

6.1.6 Cómo se Desarrolla

METODOLOGIA

Diseño de Investigación

El presente trabajo de investigación tiene un enfoque cuantitativo- **Descriptivo de corte transversal** el mismo se pretende desarrollar en los Hospitales de la Ciudad Loja en el Área de Pediatría Traumatológica; a través de los datos obtenidos mediante la información que se suministre a los pacientes seleccionados, se describe los datos arrojados por el reactivo, el cual permitirá interpretar y analizar una situación de un grupo poblacional que se encuentra en evidente vulnerabilidad con respecto a otros.

Mediante la recolección sistemática de la información obtenida mediante la aplicación del test de **ANSIEDAD LO QUE PIENSO Y SIENTO (CMAS-R)**; lo cual permitirá clasificar y analizar los resultados de la investigación, apoyados en métodos estadísticos que organizan e interpretan los datos obtenidos.

Para el desarrollo del proyecto se espera trabajar con todos los pacientes pediátricos que han sufrido de fracturas y serán intervenidos quirúrgicamente en el Área de Pediatría Traumatológica del Hospital Manuel Ygnacio Monteros IESS Loja y el Hospital Regional Isidro Ayora, durante el periodo Mayo- Julio del 2014.

Población y Grupo de Estudio

La población de estudio abarca a los pacientes con fracturas que se encuentran en edades de 6 a 14 años de edad, los mismos que están ingresados en la Unidad de Pediatría Traumatológica del Hospital Manuel Ygnacio Monteros IESS Loja y el Hospital Regional Isidro Ayora.

Criterios de Inclusión

Pacientes de 6 a 14 años de edad

Que sean ingresados Unidad de Pediatría Traumatológica de los Hospitales de la ciudad de Loja desde el mes de Mayo 2014 hasta Julio del 2014

Criterios de Exclusión

Pacientes mayores a los 14 años de edad

Pacientes menores a los 6 años de edad

Pacientes con alguna enfermedad crónica

Pacientes que presenten imposibilidad física para hablar o que se encuentren en estado de inconsciencia o aislamiento

Pacientes que presenten algún tipo de retraso mental.

Plan de Tabulación de análisis.

Para el procedimiento de la información se utilizaran una base de datos donde se analizara la información debidamente. Para la presentación de los datos, estos serán vertidos en tablas y gráficos donde se utilizara fundamentalmente la frecuencia, y para el análisis de la información se usaran los porcentajes

PRESUPUESTO Y FINANCIAMIENTO

Recursos Humanos

Directora de tesis: Dra. Lorena Celi

Docente de Titulación: Dra. Susana González

Docente Dr. Luis Fernando Sarmiento

Estudiante: Fanny Maribel Jiménez Sarango.

Pacientes: Pediátricos, Familiares (padres) del Hospital Manuel Ygnacio Monteros
less Loja y Hospital Regional Isidro Ayora.

MATERIALES	COSTOS
Libros	350
Transporte	200
Anillados / Empastado	100
Impresiones	100
Materiales de Escritorio	40
Consultas en la biblioteca e internet	50
Reproducción de los instrumentos aplicados	130
Imprevistos	50
TOTAL	1020

CRONOGRAMA DEL TRABAJO

FECHA	MAYO			JUNIO			JULIO			AGOSTO			SEPTIEMBRE			OCTUBRE		
ACTIVIDADES																		
Elaboración del Tema	X																	
Compilación de Fuentes Bibliográficas		X																
Elaboración del Proyecto			X X X															
Presentación y Aprobación del Proyecto						X												
Investigación de Campo Recolección de datos					X X	XX X	X X X X	X										
Tabulación de los Resultados											X X	X						
Elaboración del informe final													X X X	X X				
Presentación de la tesis graduación																		X

BIBLIOGRAFIA DEL PROYECTO

1. GUÍA DE PRÁCTICA CLÍNICA PARA EL MANEJO DE PACIENTES CON TRASTORNOS DE ANSIEDAD EN ATENCIÓN PRIMARIA Edita: Agencia Laín Entralgo. 28013 Madrid España-Spain © de la presente edición: Ministerio de Sanidad y Consumo © de los contenidos
2. UNIVERSIDAD DE BELGRANO. Facultad de Humanidades Licenciatura en Psicología Manifestaciones conductuales del estrés prequirúrgico en niños en un Hospital General de Pediatría N° 29 María Jimena Thomann.
3. Psicoprofilaxis quirúrgica en la infancia Surgical psychoprofilaxis in children J. L. PEDREIRA MA55
4. Abordaje psicoanalítico grupal de niños Algunas consideraciones *Alba Busto de Rossi*
5. Víctor Fuentes-García*** Vol. III, no. 1 • enero-abril 2011.pp 24-29; Investigación Materno Infantil Efectos de la psicoprofilaxis quirúrgica en los niveles de ansiedad de pacientes pediátrico sometidos a adeno y/o amigdalectomía;
6. Experiencia de prevención en salud mental pediátrica: psicoprofilaxis quirúrgica en pacientes sometidos a cirugía de escoliosis. Ps. Isidora de la Fuente, Ps. Mackarena Duhalde, Ps. Ana M. Gallardo,Ps. Cecilia V. Ulloa y Ps. Sebastián Valenzuela.
7. Psicoprofilaxis Quirúrgica en la actualidad Congreso del Centenario de la Sociedad Argentina de Pediatría Septiembre 2011 Lic. Susana Mandelbaum
8. MANUAL DE GUIAS CLINICAS código:mg-saf-30 direccion medica fecha: nov 2010 sudireccion de audilogia, foniatria y patologia del lenguaje rev. 00hoja:20 de

9. MODELO DE ACOMPAÑAMIENTO PSICOLÓGICO PRE QUIRÚRGICO APLICADO A LOS NIÑOS HOSPITALIZADOS EN LA UNIDAD DE QUEMADOS ANA MARÍA INSUASTY OBANDO 1075661 GABRIELA GAMBOA VALLEJO 1075660
10. Psicoprofilaxis quirúrgica Prevención en cirugía infantil Lic. María Laura Blanco M.P. 92.427155-724-3356
11. PSICOPROFILAXIS QUIRÚRGICA: RESPUESTA AL ESTRÉS PREOPERATORIO. Doris Suchecki. Lic. en Psicología.
12. UNIVERSIDAD CENTRAL DEL ECUADOR FACULTAD DE CIENCIAS PSICOLÓGICAS CARRERA DE PSICOLOGÍA CLÍNICA “Psicoprofilaxis como método terapéutico frente a los niveles de ansiedad presentes en niños de 7 a 12 años, sometidos a procedimientos médicos en la Unidad de Quemados del Hospital Baca Ortiz” Autor: Jimmy Alonso Garrido Franco Tutora: Dra. Silvia Susana Baldeón Loza Quito-
13. La Utilización de Técnicas Activas en Psicoprofilaxis Quirúrgica Autor Alberto Espina.
14. Universidad de Belgrano Las tesinas Belgrano.
15. Psicoprofilaxis Quirúrgica Psicoanalítica una experiencia en un servicio de Oncología Pediátrica.
16. Psicoprofilaxis de la revisión abriendo puertas para un abordaje integral. Lic Laura Croci de Romero.

DOCUMENTOS ELECTRONICOS

1. <http://www.dspace.uce.edu.ec/bitstream/25000/1350/1/T-UCE-0007-26.pdf>
2. <http://www.biblioteca.ueb.edu.ec/bitstream/15001/433/1/TESIS22.pdf>
3. www.medigraphic.org.mx Infantil Efectos de la psicoprofilaxis quirúrgica en los niveles de ansiedad de pacientes pediátrico sometidos a adeno y/o amigdalectomía.
4. [www. Sap.org.ar/archivos/1998](http://www.Sap.org.ar/archivos/1998). Publicación de la Sociedad Argentina de Pediatría.
5. http://www.susmedicos.com/art_estres_preoperatorio.htm. Revisado: 07 mayo 2012.
6. http://psicopsi.com/Escala-de-ansiedad-de-Hamilton-Hamilton-Anxiety-Scale-HAS_05-febrero-2014, 02:00pm
7. <http://www.revistamedicahjca.med.ec/archivos/notes109%20Crespo%20Paola..pdf,09:00AM, pg.47-48>
8. evirtual.uaslp.mx/ENF/220/.../3.1%20monografia.%20PRL.docx. Revisado: 07 mayo 2012.
9. Wwwramosmejia.org-ar- atención en salud mental psicoprofilaxis quirurgica rol -del psicólogo.
10. <http://www.psicologiacientifica.com/bv/psicologia-69-1-estudio-sobre-ansiedad.html#>. Revisado: 07 mayo 2012.
11. Reynolds, Cecil, Richmond, Bert (1997). Escala de Ansiedad manifiesta en
12. Niños (revisada) CMAS-R. México: El Manual Moderno, p.150; Spielberger, C.D. (1997)
13. Li HC, Lopez V, Lee TL, Patient Education and Counseling 65(1):34-41, Ene 2007, "Psychoeducational Preparation of Children for Surgery: The Importance of Parental Involvement"
14. Garrido Franco, Jimmy Alonso, Dra. Baldeón Loza, Silvia Susana, Quito Ecuador 2012, "Psicoprofilaxis como método terapéutico frente a los niveles de ansiedad presentes en niños de 7 a 12 años, sometidos a procedimientos médicos en la Unidad de Quemados del Hospital Baca Ortiz"

ANEXO N°2

GUÍA DE OBSERVACIÓN

NOMBRE DEL OBSERVADOR.....

EDAD.....

ESTABLECIMIENTO.....

CONTEXTOS	OBSERVACIÓN	COMENTARIOS

ANEXO N°3

LO QUE PIENSO Y SIENTO (CMAS – R)

Nombre: _____ Fecha: _____

Edad: _____ Sexo: _____ Hospital _____

1. Me cuesta trabajo tomar decisiones	SI	NO
2. Me pongo nervioso (a) cuando las cosas no me salen como yo quiero	SI	NO
3. Parece que las cosas son más fáciles para los demás que para mí	SI	NO
4. Todas las personas que conozco me caen bien	SI	NO
5. Muchas veces siento que me falta el aire	SI	NO
6. Casi todo el tiempo estoy preocupado(a)	SI	NO
7. Muchas cosas me dan miedo	SI	NO
8. Siempre soy amable	SI	NO
9. Me enojo con mucha facilidad	SI	NO
10. Me preocupa lo que mis papas me vayan a decir	SI	NO
11. Siento que a los demás no les gusta cómo hago las cosas	SI	NO
12. Siempre me porto bien	SI	NO
13. En las noches me cuesta trabajo quedarme dormido (a)	SI	NO
14. Me preocupa lo que la gente piensa de mí	SI	NO
15. Me siento solo (a) aunque esté acompañado (a)	SI	NO
16. Siempre soy bueno (a)	SI	NO
17. Muchas veces siento asco o náuseas	SI	NO
18. Soy muy sentimental	SI	NO
19. Me sudan las manos	SI	NO
20. Siempre soy agradable con todos	SI	NO
21. Me canso mucho	SI	NO
22. Me preocupa el futuro	SI	NO
23. Los demás son más felices que yo	SI	NO
24. Siempre digo la verdad	SI	NO
25. Tengo pesadillas	SI	NO
26. Me siento muy mal cuando se enojan conmigo	SI	NO
27. Siento que alguien me va a decir que hago las cosas mal	SI	NO
28. Nunca me enojo	SI	NO
29. Algunas veces me despierto asustado (a)	SI	NO
30. Me siento preocupado (a) cuando me voy a dormir	SI	NO
31. Me cuesta trabajo concentrarme en mis tareas escolares	SI	NO
32. Nunca digo cosas que no debo decir	SI	NO
33. Me muevo mucho en mi asiento	SI	NO
34. Soy muy nervioso (a)	SI	NO
35. Muchas personas están contra mí	SI	NO
36. Nunca digo mentiras	SI	NO
37.- Muchas veces me preocupa que algo malo me pase	SI	NO

ANEXO N°4

CONSENTIMIENTO INFORMADO

Yo.....con
N°C..... En pleno uso de mis facultades mentales y habiendo recibido la información completa de la investigación que realiza la Srta. Fanny Maribel Jiménez Sarango, Egresada de la Carrera de Psicología Clínica de la Universidad Nacional de Loja con número de cédula 1104937899 y cuyo tema se titula “NIVELES DE ANSIEDAD EN PACIENTES DE 6 A 14 AÑOS QUE HAN SUFRIDO FRACTURAS Y SERÁN INTERVENIDOS QUIRÚRGICAMENTE EN EL ÁREA DE PEDIATRÍA TRAUMATOLÓGICA DE LOS HOSPITALES DE LA CIUDAD DE LOJA EN EL PERIODO MAYO- OCTUBRE DEL 2014.”

Acepto que mi hijo.....participe libremente en esta investigación estando consciente que puede negarse.

Responsable de la Investigación

Representante del Paciente

ANEXO N°5



INDICE DE CONTENIDOS

PORTADA	i
CERTIFICACIÓN	ii
AUTORÍA	iii
CARTA DE AUTORIZACIÓN	iv
DEDICATORIA	v
AGRADECIMIENTO	vi
TEMA	1
RESUMEN	2
INTRODUCCIÓN	5
REVISIÓN DE LITERATURA	7
CAPITULO I	7
1. ANSIEDAD	7
1.1.- Definición.....	7
1.2. Ansiedad en niños	8
1.3. Ansiedad patológica	8
1.4. Manifestaciones sintomatológicas de la ansiedad	9
1.4.1. Los agentes estresantes o situaciones de estrés.	12
1.5. Ansiedad – Situaciones de estrés.....	13
1.6. Depresión - Ansiedad	13
1.7. Depresión–Situaciones Generadores de Estrés.....	14
1.8. SINTOMATOLOGÍA ANSIOSA Y LA RELACIÓN CON EL PROCESO OPERATORIO	15
1.8.1. Relación de los factores estresantes y los niveles de ansiedad	15
CAPITULO II	20
2. PSICOPROFILAXIS QUIRÚRGICA	20
2.1.- Definición.....	20
2.2. ETAPAS	20
2.2.1. Etapa: Pre-quirúrgica.....	20
2.2.2. Etapa: El Acto Quirúrgico (Intra-quirúrgica).	21
2.2.3. Etapa: Postquirúrgica.	22
2.3. El Proceso de la Psicoprofilaxis Quirúrgica	23
2.3.1. Psicoprofilaxis y los Niveles de Aplicación	23

2.3.2. Origen de la Psicoprofilaxis Quirúrgica en niños.	25
MATERIALES Y MÉTODOS	26
Diseño de investigación	26
Área de Estudio	26
Universo y muestra	26
Proceso de Investigación	27
RESULTADOS	31
DISCUSIÓN	39
RECOMENDACIONES	44
BIBLIOGRAFÍA	121
ANEXOS	86

BIBLIOGRAFÍA

¹ Saltos Tonato, Rita Mariuxi. Ecuador 2011“Sistemas de cuidados prioritarios en el método de enfermería de las taxonomías en pacientes con politraumatismos (fracturas de miembros inferiores) en el área de emergencia del Hospital Luis Vernaza de la Junta de Beneficencia de la ciudad de Guayaquil, provincia del Guayas, Ecuador.p.10

² Dr. Infante Campos, Alberto. 2008. Guía de Práctica Clínica para el Manejo de Pacientes con Trastornos de Ansiedad en Atención Primaria, Madrid España, Agencia Laín Entralgo. Comunidad de Madrid; Guías de Práctica Clínica en el SNS. p. 31.

³ Echeburua, E. 1993. Trastornos de ansiedad en la infancia. *Madrid: Pirámide, 1993. p. 4; p.5; p.6.*

⁴ Garrido Franco, Jimmy Alonso. Quito 2012. Informe final del Trabajo de Titulación de Psicólogo Clínico. Universidad Central del Ecuador “Psicoprofilaxis como método terapéutico frente a los niveles de ansiedad presentes en niños de 7 a 12 años sometidos a procedimientos médicos en la Unidad de Quemados del Hospital Baca Ortiz”. p. 18-28.

⁵ Garcés Mejía, Carolina del Rocío, Quito 2011. “Factores estresantes frente al proceso pre quirúrgico que genera niveles de ansiedad en los pacientes inmovilizados del área de traumatología del HCAM”: Universidad Central del Ecuador, Facultad de Ciencias Psicológicas.p.9.

⁶ Garcés Mejía, Carolina del Rocío, Quito 2011 “Factores estresantes frente al proceso pre quirúrgico que genera niveles de ansiedad en los pacientes inmovilizados del área de traumatología del HCAM”: Universidad Central del Ecuador, Facultad de Ciencias Psicológicas.p.10.

⁷ Garrido Franco, Jimmy Alonso. Quito 2012. Informe final del Trabajo de Titulación de Psicólogo Clínico: Universidad Central del Ecuador. “Psicoprofilaxis como método terapéutico frente a los niveles de ansiedad presentes en niños de 7 a 12 años sometidos a procedimientos médicos en la Unidad de Quemados del Hospital Baca Ortiz” .p. 26; p.27; p. 28.

⁸ Garrido Franco, Jimmy Alonso Quito 2012. Informe final del Trabajo de Titulación de Psicólogo Clínico: Universidad Central del Ecuador. “Psicoprofilaxis como método terapéutico frente a los niveles de ansiedad presentes en niños de 7 a 12 años sometidos a procedimientos médicos en la Unidad de Quemados del Hospital Baca Ortiz”. p. 29; p.30; p.31.

⁹ Baeza, J.C; Balaguer, G.; Belchi, I; Coronas, M. y Guillamón, N. (2008). Higiene y prevención de la ansiedad. España: Díaz de Santos, p. 48.

¹⁰ Buendía, José. (1993). Estrés y depresión. (Eds.), Estrés y Psicopatología. Madrid: Pirámide, p. 6; p. 97; p.165.

¹¹ Baeza, J.C., Balaguer, G., Belchi, I., Coronas, M. y Guillamón, N. (2008). Higiene y prevención de la ansiedad. España: Díaz de Santos, p. 48.

¹² Sandrin, L & Brusco, A, etal. (1993). Comprender y Ayudar al Enfermo, Segunda Edición, Santa Fe de Bogotá, Centro Camiliano de Pastoral de Salud.p.30.

¹³ Buendía, J. (1993). Estrés y depresión. En Buendía, J. (Eds.), Estrés y Psicopatología. Madrid: Pirámide. p. 6; p.97; p.165.

¹⁴ Buendía, J. (1993). Estrés y depresión. En Buendía, J. (Eds.), Estrés y Psicopatología. Madrid: Pirámide, p. 7; p.98; p.166.

¹⁵ Garcés Mejía Carolina del Rocío, Quito 2011. “Factores estresantes frente al proceso pre quirúrgico que genera niveles de ansiedad en los pacientes

inmovilizados del área de traumatología”, Universidad Central del Ecuador, Facultad de Ciencias Psicológicas, p. 35; p.36; p.40; p.41.

¹⁶ LAZARUS, R. S. (1968). “Stress”. En D. L. SILLS (Ed.), *International Encyclopedia of the social sciences*, New York: MacMillan. (vol. 15).

¹⁷ Moreno-Jiménez, B., Garrosa, E., Morante, M.E., Rodríguez, R., & Losada, M. (2004). “El estrés traumático secundario. Evaluación, prevención e intervención”. *Terapia Psicológica*, p. 22.

¹⁸ Moreno-Jiménez, B., Garrosa, E., Morante, M.E., Rodríguez, R., & Losada, M. (2004). El estrés traumático secundario. Evaluación, prevención e intervención. *Terapia Psicológica*, p. 24.

¹⁹ LAZARUS, R. S. (1968). “Stress”. En D. L. SILLS (Ed.), *International Encyclopedia of the social sciences*, New York: MacMillan, (vol. 15).

²⁰ Kennerly, H. 1990. *Managing Anxiety. A Training Manual*. Cary, NC, USA: Oxford University Press.

²¹ Garcés Mejía, Carolina del Rocío. Quito 2011. “Factores estresantes frente al proceso pre quirúrgico que genera niveles de ansiedad en los pacientes inmovilizados del área de traumatología, Universidad Central del Ecuador, facultad de ciencias psicológicas, p. 35; p.36; p.40; p.41.

²² Mucci, M. (2004). *Psicoprofilaxis quirúrgica: una práctica en convergencia interdisciplinaria*. Buenos Aires: Paidós.p.20

²³ Mucci, M. (2004). *Psicoprofilaxis quirúrgica: una práctica en convergencia interdisciplinaria*. Buenos Aires: Paidós.p.28-30.

²⁴ Solano, Natalia Vanina, (2003). *Universidad de Belgrano, Buenos Aires-Argentina, Psicoprofilaxis quirúrgica en niños*. p.33-34.

²⁵ http://www.susmedicos.com/art_estres_preoperatorio.htm. Revisado: 07 Septiembre 2014, 14:38 pm.

²⁶ www.medigraphic.org.mx Infantil Efectos de la psicoprofilaxis quirúrgica en los niveles de ansiedad de pacientes pediátrico sometidos a adeno y/o amigdalectomía, Revisado: 10 de Septiembre 2014 20:05 pm.

²⁷ Solano, Natalia Vanina, 2003, Universidad de Belgrano, Buenos Aires-Argentina, Psicoprofilaxis quirúrgica en niños.p.15-16

²⁸ Solano, Natalia Vanina, 2003, Universidad de Belgrano, Buenos Aires-Argentina, Psicoprofilaxis quirúrgica en niños.p.17.18.

²⁹ Garrido Franco, Jimmy Alonso. Quito 2012 .Informe final del Trabajo de Titulación de Psicólogo Clínico: Universidad Central del Ecuador, “Psicoprofilaxis como método terapéutico frente a los niveles de ansiedad presentes en niños de 7 a 12 años sometidos a procedimientos médicos en la Unidad de Quemados del Hospital Baca Ortiz”. p. 18-23.

³⁰ Li HC, López V, Lee TL. CITA: Patient Education and Counseling 65(1):34-41, Enero 2007, Psychoeducational preparation of children for surgery: The importance of parental involvement.

³¹ Lic. Rodríguez Velázquez, Miriam E; DRES, Alicia Dearmas; Sergio Sauto, Lic. Techera Silvia; Dra. Perillo Patricia; Aux Suarez Adriana; DR. Berazategui Ruver; Arch. Pediatra. Urug. Montevideo mayo 2005, Trabajo de investigación en psicoprofilaxis quirúrgica pediátrica. vol.76 no.1.

³² Garrido Franco, Jimmy Alonso. Quito 2012- Informe final del Trabajo de Titulación de Psicólogo Clínico, Universidad Central del Ecuador, “Psicoprofilaxis como método terapéutico frente a los niveles de ansiedad presentes en niños de 7 a 12

años sometidos a procedimientos médicos en la Unidad de Quemados del Hospital Baca Ortiz". p. 18-23.

³³ Brewin, 1996. Lega, Leonor; Caballo, Vicente; Ellis, Albert .Teoría y Práctica de la terapia cognitiva conductual. Segunda Edición. Siglo XXI de España editores S.A. Madrid 2002.