



UNIVERSIDAD NACIONAL DE LOJA

FACULTAD DE SALUD HUMANA CARRERA DE PSICOLOGÍA CLÍNICA

TÍTULO:

“Locus de control y su relación con estados ansiosos en pacientes previo a someterse a intervenciones quirúrgicas en el Hospital General Isidro Ayora de la ciudad de Loja. Periodo 2018 - 2019”.

AUTOR:

Cristian Pavel Lanchi Ochoa

Tesis previa a la obtención del título de
Psicólogo Clínico

DIRECTOR:

Psic. Clin. Marco Vinicio Sánchez Salinas, Mg. Sc.

LOJA ECUADOR
2019

CERTIFICACIÓN

Loja, 16 de agosto del 2019

Psic. Clin. Marco Vinicio Sánchez Salinas, Mg. Sc.

DIRECTOR DE TESIS

CERTIFICA:

Haber dirigido, revisado y corregido el desarrollo del trabajo de titulación “Locus de control y su relación con estados ansiosos en pacientes previo a someterse a intervenciones quirúrgicas en el Hospital General Isidro Ayora de la ciudad de Loja. Periodo 2018 – 2019” de la autoría del egresado de la carrera de Psicología Clínica, Cristian Pavel Lanchi Ochoa, con número de cedula 110516232-3.

Por lo que, en cuanto a mi criterio personal el trabajo de titulación del estudiante reúne satisfactoriamente los requerimientos de forma y fondo, exigidos y estipulados en el régimen académico de la Universidad Nacional de Loja, por lo que autorizo su presentación para la asignación del Tribunal de Calificación y su disertación pública de la misma graduación.



Psic. Clin. Marco Vinicio Sánchez Salinas, Mg. Sc.

DIRECTOR DE TESIS

AUTORÍA

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

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

Autor: Cristian Pavel Lanchi Ochoa

Firma:

A handwritten signature in blue ink, consisting of a large, stylized 'C' followed by a series of loops and a horizontal line extending to the right.

Cédula de identidad: 110516232-3

Fecha: 16 de agosto de 2019

CARTA DE AUTORIZACIÓN

Yo, **Cristian Pavel Lanchi Ochoa**, declaro ser autor de la tesis titulada “**LOCUS DE CONTROL Y SU RELACIÓN CON ESTADOS ANSIOSOS EN PACIENTES PREVIO A SOMETERSE A INTERVENCIONES QUIRÚRGICAS EN EL HOSPITAL GENERAL ISIDRO AYORA DE LA CIUDAD DE LOJA. PERIODO 2018 – 2019**”, como requisito para optar el grado de Psicólogo Clínico; autorizo al Sistema Bibliotecario de la Universidad Nacional de Loja para que, con fines académicos, muestre al mundo la producción intelectual de la Universidad, a través de la visibilidad de su contenido de la siguiente en el Repositorio Digital Institucional (RDI):

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

Para constancia de esta autorización, en la ciudad de Loja, a los dieciséis días del mes de agosto del dos mil diecinueve, firma el autor.

Firma:



Autor: Cristian Pavel Lanchi Ochoa **Cédula:** 1105162323

Dirección: Pasaje Milagro 06-27 e. Machala y Sto. Domingo

Correo electrónico: cristianpavel@live.com.ar

Teléfono: 072-579797 **Móvil:** 0997578685

DATOS COMPLEMENTARIOS

Director de tesis: Psic. Clin. Marco Vinicio Sanchez Salinas Mg.Sc.

Tribunal de grado:

Dra. Ana Catalina Puertas Azanza, Mg. Sc. Presidenta

Dra. María Susana Gonzalez Garcia, Mg.Sc. Vocal

Psic. Clin. Leonardo Eliecer Tarqui Silva, Mg Sc. Vocal

DEDICATORIA

Este trabajo está dedicado a mis padres, muestra fundamental de fuerza y perseverancia, quienes con su ejemplo me han demostrado que lo único imposible es lo que no se intenta. A mis hermanos: John Paul y Michelle Alexandra, gracias a ustedes por motivarme con su apoyo y por brindarme siempre una palabra de aliento; a mis tías, tíos y primos, por estar pendientes de mi formación y motivando a continuar adelante.

A mis amigos/amigas de La Asociación y compañeros que durante esta última etapa han estado pendientes apoyando en cada paso.

A mi amiga y compañera María Soledad Carrión Rojas, por estar de inicio a fin en este proceso alentándome y no dejarme ni por un solo momento desistir en la realización de la presente investigación.

Cristian Pavel Lanchi Ochoa

“Los mejores años de tu vida son aquellos en los que decides que tus problemas son sólo tuyos. No es culpa de tu madre, la ecología, o el presidente. Uno se da cuenta así del control de su propio destino.”

- Albert Ellis

AGRADECIMIENTO

Agradezco a la Universidad Nacional de Loja, a la Facultad de Salud Humana por haberme acogido en sus aulas y a los docentes de la institución, quienes han compartido sus conocimientos durante el transcurso de mi vida universitaria.

Al personal administrativo y Departamento de Docencia del Hospital General Isidro Ayora de la Ciudad de Loja, especialmente al Psic. Clin. Pablo José Tapia Castillo, por darme la apertura para ejecutar mi proyecto de tesis en la institución, además de abrirme las puertas durante los años de formación. Así mismo a la Med. María Cecilia Palacio, responsable de la Sala de Primera Acogida de la institución, quien también formó parte de este proceso.

De la misma forma, agradezco a mi director de tesis por las continuas revisiones y gracias a su asesoría hoy puedo culminar mi trabajo de titulación.

Cristian Pavel Lanchi Ochoa

ÍNDICE GENERAL

CARÁTULA	i
CERTIFICACIÓN.....	ii
AUTORÍA	iii
CARTA DE AUTORIZACIÓN	iv
DEDICATORIA.....	v
AGRADECIMIENTO	vi
ÍNDICE GENERAL.....	vii
ÍNDICE DE TABLAS.....	x
1. TÍTULO	1
2. RESUMEN.....	2
ABSTRACT.....	3
3. INTRODUCCIÓN	4
4. REVISIÓN DE LITERATURA.....	6
4.1. Locus de Control.....	6
4.1.1. Antecedentes históricos	6
4.1.2. Definición.....	6
4.1.3. Conceptos básicos del constructo locus de control	8
4.1.3.1. Conducta potencial.....	9
4.1.3.2. Expectativas.....	9
4.1.3.3. Valor del reforzamiento.....	9
4.1.3.4. Situación Psicológica.....	9
4.1.4. Desarrollo del locus de control.....	10
4.1.5. Tipos de locus de control.....	10
4.1.5.1. Locus de control interno.....	11

4.1.5.2.	Locus de control externo.....	11
4.1.6.	Diferencias entre las personas con locus de control interno y externo.....	12
4.2.	Ansiedad	14
4.2.1.	Antecedentes y enfoques teóricos de la ansiedad.....	14
4.2.2.	Definición.....	15
4.2.3.	Etiología y mantenimiento de la ansiedad.....	18
4.2.4.	Sintomatología.....	19
4.2.4.1.	Cognitiva.....	19
4.2.4.2.	Fisiológica.....	20
4.2.4.3.	Motor o conductual.....	20
4.2.5.	Tipos de ansiedad	20
4.2.5.1.	Ansiedad como Estado situacional.....	21
4.2.5.2.	Ansiedad como rasgo de personalidad.....	22
4.2.6.	Ansiedad prequirurgica.....	23
4.2.7.	Sintomatología ansiosa de los procesos quirúrgicos	24
4.2.8.	Temores y creencias más comunes asociadas a la cirugía.....	25
4.2.8.1.	Miedo a la anestesia	25
4.2.8.2.	Miedo a morir en la operación	25
4.2.9.	Tratamiento para la ansiedad previo a intervenciones quirúrgicas.....	26
5.	MATERIALES Y MÉTODOS	29
6.	RESULTADOS	37
7.	DISCUSIÓN.....	40
8.	CONCLUSIONES	43
9.	RECOMENDACIONES	45
10.	BIBLIOGRAFÍA	46
11.	ANEXOS	54
	Anexo 1: Plan de intervención.....	54

Anexo 2: Aprobación del proyecto de tesis	64
Anexo 3: Autorización para aplicación de reactivos	65
Anexo 4: Consentimiento Informado.....	66
Anexo 5: Cuestionario de Ansiedad Estado-Rasgo	67
Anexo 6: Escala Internalismo-Externalismo	69
Anexo 7: Memoria Fotográfica.....	72
Anexo 8: Certificado de traducción	74
Anexo 9: Proyecto de tesis.....	75

ÍNDICE DE TABLAS

Tabla 1 Prevalencia del Locus de Control en Pacientes del Área de Cirugía Previo a ser Intervenido Quirúrgicamente.....	37
Tabla 2 Ansiedad como Estado en Pacientes previo a someterse a Procedimientos Quirúrgicos	38
Tabla 3 Relación entre Locus De Control y Estados Ansiosos en los Pacientes Previo a una Intervención Quirúrgica.....	39

1. TÍTULO

“LOCUS DE CONTROL Y SU RELACIÓN CON ESTADOS ANSIOSOS EN PACIENTES PREVIO A SOMETERSE A INTERVENCIONES QUIRÚRGICAS EN EL HOSPITAL GENERAL ISIDRO AYORA DE LA CIUDAD DE LOJA. PERIODO 2018 – 2019”.

2. RESUMEN

En la actualidad, a pesar de la evolución de técnicas y procedimientos quirúrgicos para lograr tratamientos más seguros y exitosos, el riesgo ante estos procedimientos sigue existiendo, y más aún para pacientes que experimentan ansiedad, relacionando esta experiencia con fenómenos como el dolor, la hospitalización, el procedimiento, la anestesia, la recuperación posoperatoria y sus posibles complicaciones e incapacidad física por un determinado tiempo. La literatura sugiere que existen ciertas características de la personalidad, tal como el Locus de Control, a través del cual las personas atribuyen las situaciones de su vida a factores internos o externos. El presente estudio pretende determinar la relación entre locus de control y la ansiedad prequirúrgica. Para el desarrollo de la investigación se ejecutó un diseño descriptivo - correlacional y de corte transversal, en el que participaron 97 pacientes del Área de Cirugía del Hospital Isidro Ayora de la Ciudad de Loja, los mismos que fueron seleccionados mediante un muestreo no probabilístico intencional. Las pruebas utilizadas fueron: ficha sociodemográfica, historial clínico de cirugías programadas, Cuestionario de Ansiedad Estado-Rasgo y Escala Internalismo-Externalismo. Los hallazgos obtenidos revelan que la mayor parte de la población presenta un estado de ansiedad previo a una intervención quirúrgica, además de una prevalencia elevada de un locus de control interno.

Palabras clave: ansiedad estado; ansiedad prequirúrgica; personalidad; locus de control.

ABSTRACT

Nowadays, in spite of the evolution of techniques and surgical procedures to accomplish safe and successful treatments, the risk to these procedures still exists, and even more to patients that experience anxiety, relating this experience with phenomena such as pain, hospitalization, procedure, anesthesia, postoperative recovery and their possible complications and physical disability to for a certain time.

Literature suggests the existence of certain personality traits, such as the Locus of Control through which people attribute the situations of their lives to internal and external factors. The present research pretend to determine the relation between locus of control and preoperative anxiety. To the development of the investigation it was done a descriptive design - correlational and cross-sectional, which participated 97 patients of the Surgery Area of the Isidro Ayora Hospital of the city of Loja, which were selected through an intentional non-probabilistic sampling. The tests used were: sociodemographic record, clinical history of scheduled surgeries, State-Trait Anxiety Questionnaire and Internalism-Externalism Scale. The discoveries obtained revels that the majority of the population a state of anxiety prior to surgery, furthermore it revealed a high prevalence of an internal locus of control.

Keywords: anxiety state; preoperative anxiety; personality; locus of control

3. INTRODUCCIÓN

La presente investigación tiene como propósito principal el estudio de Locus de Control (LC) y Ansiedad Estado (AE) en un contexto clínico, al ser un tema de investigación relevante en nuestro medio, es importante definir al Locus de Control como el grado con el que los individuos creen controlar su vida en base a una serie de eventos y acontecimientos que intervienen en ella (Casique y López, 2007). Así mismo se define a la Ansiedad Estado como una fase transitoria o situacional del organismo que dependiendo de un acontecimiento concreto caracterizada por sentimientos subjetivos, conscientemente percibidos, de tensión y aprensión, así como por una hiperactividad del sistema nervioso autónomo (Spielberger, Gorsuch y Lushene, 2015).

Se ha demostrado que los procedimientos quirúrgicos pueden causar una perturbación en el estado emocional del paciente, ya sea en mayor o menor proporción, lo cual lo conducirá a cambios psicopatológicos tal como la ansiedad prequirúrgica, entre otras enfermedades mentales, que con su manifestación y en comorbilidad con la patología médica pueden llegar a confundir el cuadro clínico presente (Cárdenas, González, González & Pérez, 2011). De la misma manera Williams y Wilkins (citado por Ahumada, 2010) mencionan que la ansiedad previa a procedimientos quirúrgicos es reportada a nivel mundial con una frecuencia de hasta el 85% y es independiente de la edad o sexo, nivel socioeconómico o naturaleza de la intervención quirúrgica.

De esta forma existen autores que mencionan que el Locus de Control puede influir positiva o negativamente en situaciones enfocadas en la salud, como es una intervención prequirúrgica, llegando así a acelerar o retardar la recuperación de los pacientes y teniendo en cuenta que en el sector público una prolongada recuperación llevaría como consecuencia un mayor costo económico para el paciente y para el estado. Gordillo, Arana,

y Mestas (2011) también manifiestan que un adecuado locus de control permite la adaptación a estilos de vida saludables promoviendo una adherencia al tratamiento. Es por ello que al analizar la problemática de la ansiedad prequirúrgica se estableció la importancia de realizar la presente investigación con un enfoque mixto cuali-cuantitativo, descriptivo/correlacional cuyo objetivo general se orientó a: Determinar la relación entre el locus de control y el estado de ansiedad en pacientes previo a una intervención quirúrgica, el objetivo fue alcanzado a través de los siguientes objetivos específicos: a) Identificar el locus de control prevalente en los pacientes del Área de Cirugía previo a ser intervenidos quirúrgicamente, b) evaluar la ansiedad como estado en los pacientes previo a someterse a procedimientos quirúrgicos, c) establecer la relación entre locus de control y estado de ansiedad en los pacientes previo a una intervención quirúrgica, y d) elaborar un plan de intervención que permita disminuir la ansiedad previo a la cirugía, promoviendo en el paciente la capacidad de adaptación a la situación estresante y al periodo de hospitalización posterior. Tras la revisión de la literatura se planteó la siguiente pregunta de investigación: ¿El locus de control del paciente, tiene relación con el estado de ansiedad que experimenta, previo a una intervención quirúrgica?

Esta investigación se encuentra dividida en 2 Capítulos: Locus de Control: enfocado en el desarrollo teórico sobre el constructo, y Ansiedad: basándose en el contexto clínico de la ansiedad como estado en pacientes previo a intervenciones prequirúrgicas.

Tras la investigación se concluye que los resultados señalaron la existencia de una prevalencia elevada de Estados de Ansiedad y Locus de Control Interno en pacientes previo a ser sometidos a una cirugía, a pesar de esto no existe una correlación estadísticamente significativa entre las variables.

4. REVISIÓN DE LITERATURA

4.1.Locus de Control

4.1.1. Antecedentes históricos

Los estudios sobre el locus de control tuvieron su inicio en los años 50 en la Universidad de Ohio, llegando a ser uno de los campos de la investigación con más resultados durante la década de los años 80. La teoría del aprendizaje social de Rotter postula que cuando una persona se considera a sí misma como una causa de una conducta reforzante fortalecerá el potencial para repetirla, mientras que, si no se considera a sí misma como agente causal del refuerzo, entonces es menos probable que repita su comportamiento. Phares, en 1957, James y Rotter en 1958 confirmaron estas hipótesis concluyendo que las expectativas propias ya sean internas o externas son más determinantes para la conducta futura de un sujeto que los mismos refuerzos o castigos (Oros, 2005).

El locus de control es un importante factor protector de la salud mental, que puede ser utilizado con fines predictivos de la conducta posterior al diagnóstico de una patología, además de que se logra el respectivo plan de tratamiento, en caso de ser una adherencia farmacológica o si es el caso, una cirugía, sobre todo para que la recuperación sea la esperada (Oros, 2005).

4.1.2. Definición

La teoría del aprendizaje social de Rotter (1966) refiere que entre la situación y los reforzadores ambientales intervienen factores cognitivos, y tanto los valores y las expectativas personales las que determinan el comportamiento. Según Góngora (2000), una expectativa generalizada surge de la combinación que Rotter hace de la teoría de la

atribución con el concepto de reforzamiento, proponiendo de esta manera la teoría de “locus de control”, la cual explica la percepción del origen del reforzador.

Rotter (1966) estableció la definición de locus de control refiriéndose al grado con el que el individuo cree controlar su vida en base a una serie de eventos y acontecimientos que intervienen en ella. Así mismo, se postula que si la persona percibe que el acontecimiento es contingente con su conducta o sus propias características relativamente permanentes, entonces esto es una creencia en el control interno; en cambio, sostiene que cuando un refuerzo es percibido como siguiendo alguna acción personal, pero no siendo enteramente contingente con ella, es típicamente percibido, en nuestra cultura, como el resultado de la suerte, y en este sentido se ha dicho que es una creencia en el control externo.

Por su parte, Domingo (2018) menciona que el locus de control es un término que se usa en psicología para referirse a la percepción que tiene una persona sobre las causas o atribuciones de lo que pasa en su vida. Es la manera en que percibe una persona si el origen de su propio comportamiento es interno o externo a ella. No se trata de una característica fija en las personas, sino que se trata más bien de un contenido, pues en la percepción de las causas de lo que sucede, habrá elementos tanto internos como externos.

El locus de control implica una relación entre la conducta del individuo y las consecuencias que esta tiene. Manstead y Van Der Pligt (1998) afirman que el mayor o menor control conductual percibido está formado por dos elementos, uno interno orientado a la auto-dirección y otro externo, correspondiente a factores ajenos al sujeto, orientados a otras personas, o al azar, y que dificultarían o facilitarían, la realización de la conducta que permite obtener o eliminar premios o castigos.

De acuerdo a Selart (2005), se considera que el locus de control es un rasgo de la personalidad destacado por ser estable en el tiempo, el cual sitúa a las personas en un continuo de acuerdo a la responsabilidad con la cual cada una de ellas acepta los eventos que experimenta a diario en su vida. Estos pueden ser positivos, negativos o neutros. De esta forma se demuestra el grado en el que un individuo percibe el origen de su propio comportamiento, ya sea de forma externa o interna.

Cuando un individuo siente que no puede hacer nada para modificar algún aspecto importante de su medio o predecir un acontecimiento futuro, pierde el deseo y la voluntad de cambiar otros aspectos del ambiente que son factibles de cambio. Esto lleva a una ejecución poco efectiva tanto a nivel cognitivo como conductual y a la aparición de signos de indefensión, depresión y desesperanza. Estudios sobre el locus de control y la salud, han indicado que el locus de control interno amortigua el efecto de síntomas físicos y emocionales de la enfermedad. Por el contrario, el locus de control externo puede tomarse como predictor de enfermedades, baja satisfacción laboral, peor ajuste emocional y mayor percepción de amenaza (Oros, 2005).

Se ha considerado el modelo de Rotter para el desarrollo de la presente investigación ya que se concuerda con el autor, pues explica la definición del locus de control y su dimensionalidad con claridad, destacando que el constructo realizado por el mismo autor sigue siendo válido y utilizado hasta la actualidad.

4.1.3. Conceptos básicos del constructo locus de control

Rotter (1966) establece una teoría basado en las diferentes variables que permiten predecir la conducta de una persona en distintas situaciones, variables como: la conducta potencial, la expectativa, el valor del reforzamiento y la situación psicológica.

4.1.3.1. Conducta potencial.

En cualquier situación concreta las personas podrían reaccionar de múltiples formas, mientras que a través del potencial conductual la probabilidad de que una respuesta particular (movimientos, expresiones verbales, cogniciones o emociones) se manifieste es mayor, ya que la conducta se asocia tanto a la meta alcanzada como al tipo de reforzamiento perseguido. Por tanto, es importante saber con qué objetivo está relacionada la conducta antes de poder decir cuanta probabilidad hay de que ocurra (Engler, 1999).

4.1.3.2. Expectativas.

Las expectativas son aquellas estimaciones subjetivas anticipatorias que elaboran los individuos en relación a la consecuencia de su comportamiento, valorando el reforzamiento que se conseguirá si actúa de una manera establecida, basándose en sus aprendizajes de experiencias del pasado (Engler, 1999).

4.1.3.3. Valor del reforzamiento.

Definida como el grado de relevancia que las personas otorgan a un refuerzo específico, de acuerdo a sus experiencias, el valor de reforzamiento de una recompensa particular difiere de un individuo a otro (Engler, 1999). Rotter (1966) sugiere que los individuos tienden a ser consistentes en el valor que otorgan a los diferentes reforzamientos.

4.1.3.4. Situación Psicológica.

Contexto o situación definida desde la perspectiva personal, ya que cada situación establece significados diferentes en cada individuo que determinan la forma en la que reaccionan (Engler, 1999). El concepto de Rotter (1966) sobre la situación psicológica toma en cuenta la importancia de las influencias tanto disposicionales como situacionales, estableciendo que de acuerdo al contexto psicológico y las necesidades la persona puede

comportarse de una manera u otra dependiendo de sus expectativas a conseguir o su reforzamiento.

4.1.4. Desarrollo del locus de control

Carrillo y Díaz (2016) en un estudio con adolescentes y el desarrollo de su locus de control concluyen que el locus de control interno es relativamente constante, aunque tiende a ser mayor en la preadolescencia seguido por la adolescencia propiamente. Por lo que refieren que es durante la preadolescencia, cuando el locus de control interno es más alto, dado a que en esta etapa se dan los primeros intentos de independencia y comienzan a atribuirse la responsabilidad de diferentes situaciones en las que se encuentran. De igual manera, se asocia a que es en estas etapas cuando la persona se encuentra con un mayor ensimismamiento, y cualquier circunstancia la tomará como un compromiso propio. Sin embargo, el locus de control externo, también puede ser elevado en la preadolescencia ya que a pesar de que está intentando independizarse también es la etapa donde son más dependientes de su entorno.

En la adolescencia media también se observa este ligero aumento, debido al peso que le dan al grupo de pares, el cual sirve para repartir las culpas entre ellos y aún más en un líder definido. Por su parte, en la postadolescencia el locus de control externo es menor debido a que la persona se encuentra mucho más estable y puede asumir su responsabilidad ante diversas circunstancias, pues el yo del adolescente se encuentra fortalecido (Carrillo y Díaz, 2016).

4.1.5. Tipos de locus de control

Rotter (1966) postula una división dicotómica: locus de control interno y locus de control externo.

4.1.5.1. Locus de control interno.

Dentro de la investigación de Bandura (1999) y De Minzi (1990), el locus de control interno se presenta cuando cada situación es contingente con la conducta de cada uno; en este caso la persona o individuo tiene la capacidad de tener el control en cada acontecimiento.

Para McCombs (1991) lo que interfiere en el locus de control interno es el concepto del “sí mismo como un agente”. Lo cual quiere decir que los pensamientos de cada individuo controlan sus acciones, afectando positivamente sus creencias, la motivación y el desempeño. De esta manera, la persona percibe que su esfuerzo es contingente con sus conductas o sus características internas.

Góngora y Reyes (2000) mencionan que las personas en las que prevalece un locus de control interno tienen una mejor ejecución de sus actividades y menos emociones negativas, ya que sus estrategias de enfrentamiento están más orientadas a la tarea y menos orientadas a la emoción.

Los sujetos con un locus de control interno atribuyen sus logros a su propio esfuerzo y a su habilidad para obtener el éxito, sus fracasos los atribuyen a ellos mismos y experimentan culpa y vergüenza (Gómez y Valdés, 1994).

4.1.5.2. Locus de control externo.

El locus de control externo, como su nombre lo indica es externo al individuo en donde este atribuye los eventos que le ocurren al destino, la suerte, relacionándolo con alguna actividad de cualquier ámbito, los individuos con este locus de control no toman como suyas las responsabilidades de sus acciones, mentalizando que los resultados obtenidos son provenientes del azar y de cosas sobrenaturales (Casique y López, 2007; Woolfolk, 1995);

es decir, que su futuro no depende de ellos mismos sino se lo atribuye a circunstancias ambientales en el cual se desenvuelve.

Oros (2005) indica que el locus de control externo se desarrolla cuando la situación que se le presenta al individuo no es contingente con la conducta del mismo, de modo que no importa cuántos esfuerzos haga, la situación se desarrollará y será el resultado del azar o del poder de los demás, algo ajeno a sí mismo.

Lefcourt (1984) afirma que los individuos con un locus de control externo consideran que la casualidad resolverá sus problemas y son menos productivos.

4.1.6. Diferencias entre las personas con locus de control interno y externo

Una persona con un locus de control interno cree en establecer metas porque cree que tiene el poder para alcanzarlas, mientras que una persona que tiene un locus de control externo cree que factores como el destino, el tiempo, la suerte u otras razones son más importantes que los esfuerzos personales para controlar lo que puede lograr. Una persona con un locus externo responde como víctima y una persona con locus de control interno responde como creadora, es decir que ella puede crear una solución para superar su adversidad. Se menciona una analogía de que la persona con un locus de control interno es similar a un conductor, pues ella hace ajustes por las condiciones en que se encuentre el camino, mientras que la persona con el locus de control externo es el pasajero, él cree que no tiene control sobre dónde va el vehículo o dónde se detendrá (Hopper, 2009).

Las personas que poseen un locus de control externo carecen de motivación para lograr objetivos difíciles y tienen pocas aspiraciones, ya que consideran que sus esfuerzos tienen escasa o ninguna relación con lo logrado. El sujeto con locus de control interno es más propenso a tener elevadas aspiraciones y persistencia, a participar en la actividad política, a

ser reacio a la persuasión, a ejercer influencia sobre los demás y a ser independiente. Quien tiene un locus de control externo tiende a tener las características opuestas, rehusando aceptar la culpa personal y siendo propenso al malhumor (Peck y Whitlow, 1980).

En el análisis de las diferencias cognitivas y conductuales entre sujetos internos y externos se dice que los internos son dominantes, independientes y con autoestima elevada, mientras que los externos son ansiosos, dogmáticos y evidencian escasa confianza en sí mismos; los internos persisten más en la realización de tareas complejas, prefieren actividades de capacidad en lugar de tareas de azar, muestran mayor preferencia por gratificaciones diferidas y recogen más información relevante sobre las situaciones en que se desenvuelven (Difabio, 2017).

Amelang y Bartussek (1986) mencionan que, en cuanto a la conducta relacionada con la salud, se comprobó que quienes poseen un locus de control interno reflejan una preocupación activa por ella, es decir acuden más a menudo a controles de salud, aún sin existir ningún motivo urgente, se hacen vacunar con más frecuencia, realizan deporte o participan en entrenamientos, tienen más en cuenta su salud.

Debido a las conceptualizaciones anteriores puede dar la impresión errónea de que toda atribución interna es benéfica y toda externa es nociva, sin embargo, esta mirada reduccionista se aleja mucho de la realidad. Al interpretar las distintas atribuciones, deben analizarse de manera holística múltiples factores, uno de ellos implica determinar si las atribuciones se han realizado frente a sucesos de éxito o de fracaso. Una atribución interna para el éxito puede ser beneficiosa y saludable, mientras que una atribución interna para el fracaso puede resultar desventajosa, sobre todo, si es estable en el tiempo (Oros, 2005).

4.2. Ansiedad

4.2.1. Antecedentes y enfoques teóricos de la ansiedad

La teoría psicodinámica creada por Freud (1917), donde denomina a la ansiedad como el concepto de angustia; manifestando que la angustia es más que un proceso biológico insatisfecho, que sería la señal peligrosa en situaciones de alarma. Según esta teoría, la angustia procede de la lucha del individuo entre el rigor del súper yo y de los instintos prohibidos que viene a ser el Ello, donde los estímulos instintivos inaceptables para el sujeto desencadenan un estado de ansiedad.

Desde un enfoque conductista, Hull (1952) menciona que la ansiedad es un impulso motivacional responsable de la capacidad del individuo para responder ante una situación que conduce a un estímulo determinado. Siguiendo el mismo sentido Sandin y Chorot (1991), añaden que la ansiedad puede ser entendida de dos formas, como una respuesta normal y necesaria, o una respuesta desadaptativa patológica. Mediante el experimento realizado por Watson al niño Albert, donde se dio un proceso de condicionamiento clásico; permitió explicar la aparición de temores y ansiedad irracionales, mediante la relación de las situaciones ya olvidadas, de aprendizaje temprano; la cual se adquieren reacciones inadaptadas que servirían como fundamento para temores posteriores (Perpiña, 2012).

Aproximadamente en los años 70 se empieza a dar importancia a los factores cognitivos en cuanto a la aparición y desarrollo de la ansiedad; donde la ansiedad no sería solo una respuesta emocional ante estímulos externos, sino también ante estímulos internos del sujeto como la imaginación, ideas, entre otros elementos cognitivos; siendo está considerada como el resultado de las cogniciones. La persona con ansiedad interpreta la realidad como amenazante, sin embargo, en otros casos la situación percibida puede no

constituir de una amenaza real; donde dicha interpretación suele venir acompañada de una sensación subjetiva de nerviosismo, interpretación catastrófica de los sucesos, infravaloración de la capacidad de afrontamiento, disfunción de la capacidad de memoria, entre otros (Sierra, Ortega y Zubeidat, 2003).

El modelo biológico conlleva a considerar a la ansiedad como una reacción psicológica y biológica que va acompañada de modificaciones, como: el reflejo de la estimulación del sistema nervioso central, siendo esto consecuente con los estímulos externos o como resultado de un trastorno endógeno de las estructuras o de la función cerebral. La activación se traduce como síntomas periféricos derivados del sistema nervioso vegetativo teniendo el aumento del tono simpático y del sistema endocrino (hormonas suprarrenales), que dan los síntomas de la ansiedad. Por otro lado, los síntomas en estimulación del sistema límbico y de la corteza cerebral que se traducirán en síntomas psicológicos de ansiedad. Por tanto, existe una afectación de los sistemas cardiovasculares, respiratorios, motor y de la musculatura lisa. Así mismo, estas respuestas biológicas, se dan en función de la situación percibida por el sujeto; ya sea de carácter del acontecimiento, calidad de respuesta del individuo y del resultado alcanzado con sus respuestas. Por ello, se da modificaciones electroencefalograficos; así mismo, existiría una correlación positiva entre la intensidad de la ansiedad y la respuesta de la actividad a ciertas situaciones de estrés; donde el sistema autónomo simpático aumenta su funcionalidad (Virues, 2005).

4.2.2. Definición

La ansiedad es una emoción humana que fue reconocida desde hace 5000 años y aunque es claro que los niveles altos de ansiedad y temor pueden conducir a errores psicomotores e intelectuales, deterioro psicológico, y perturbación de concentración y memoria, existen evidencias de que la ansiedad puede cumplir una función adaptativa (Sue y Stanley, 1996).

Montelongo, Lara, Morales y Villaseñor (2005) definen a la ansiedad como *“aquel sentimiento desagradable de temor, que se percibe como una señal de alerta, que advierte de un peligro amenazante, frecuentemente la amenaza es desconocida, lo que la distingue del miedo donde la amenaza es concreta y definida”*.

Para Spielberger (1966), la ansiedad es el proceso que comienza por una valoración de estímulos por parte del individuo, cuando estos estímulos no sean amenazantes no se producirá reacciones de ansiedad. Si la valoración es positiva ese individuo mostrará un incremento de ansiedad. Estos mecanismos defensivos son entendidos como respuestas adaptativas que el individuo ha desarrollado al enfrentarse frecuentemente a situaciones o estímulos similares. Spielberger (citado por Carrillo, 2006) también menciona que la ansiedad es una reacción emocional desagradable producida por un estímulo externo, que es considerado amenazante produciendo cambios fisiológicos y conductuales en el sujeto.

Beck, Emery y Grenberg (1985) la definen como un estado emocional subjetivamente desagradable caracterizado por sentimientos molestos tales como tensión o nerviosismo, y síntomas fisiológicos como palpitaciones cardíacas, temblor, náuseas y vértigo.

Existen múltiples definiciones de la ansiedad, pero todos concuerdan en que consiste en una respuesta emocional compleja, potencialmente adaptativa y fenomenológicamente pluridimensional, en la que coexisten una percepción de amenaza al organismo (no específica) con una activación biológica orientada a reaccionar ante la percepción (Vallejo, 2006).

La ansiedad es una emoción natural, presente en todos los seres humanos, que resulta muy adaptativa pues nos pone en alerta ante una posible amenaza; sin embargo, a veces se vive como una experiencia desagradable, especialmente cuando alcanza una elevada

intensidad, que se refleja en fuertes cambios somáticos, algunos de los cuales son percibidos por el individuo; además, esta reacción, cuando es muy intensa, puede provocar una pérdida de control sobre nuestra conducta normal (Gómez, 2002).

Así mismo Sadock y Kaplan (2015) conciben a la ansiedad como un estado emocional desagradable en el que existe sensaciones de peligro amenazador caracterizado por malestar, tensión o aprehensión. Sin embargo, clasifican la ansiedad como normal y patológica.

- Ansiedad normal: constituye un mecanismo adaptativo ante situaciones de estrés que facilita el rendimiento adecuado y permite la resolución de los problemas cotidianos.
- Ansiedad patológica: cuando la respuesta de alerta – alarma se desencadena ante estímulos o situaciones objetivamente irrelevantes o cuando se produce una persistencia en el tiempo de la respuesta de manera innecesaria, provocando un malestar significativo y síntomas que afectan tanto al plano físico como al psicológico y conductual.

Sierra (2014) resume el concepto de ansiedad a un estado de agitación e inquietud desagradable caracterizado por la anticipación del peligro, el predominio de síntomas psíquicos y la sensación de catástrofe o de peligro inminente, es decir, la combinación entre síntomas cognitivos y fisiológicos, manifestando una reacción de sobresalto, donde el individuo trata de buscar una solución al peligro, por lo que el fenómeno es percibido con total nitidez.

Por las definiciones anteriores se concluye que la ansiedad es una emoción presente en todos los seres humanos y es considerada como una señal de alarma que se da como

defensa especialmente frente a una situación desconocida. La ansiedad es atribuible tanto a estímulos internos (pensamientos) como externos (situaciones), factores que el individuo percibe como novedosos o peligrosos, por tanto, la ansiedad no es concretamente negativa ya que nos prepara para el peligro, sin embargo, se torna como un problema cuando la reacción resulta exagerada o provoca un malestar intenso sin beneficio alguno para el sujeto.

De los estudios y definiciones previamente mencionadas podemos evidenciar que los distintos autores consideran que la ansiedad cumple una función adaptativa la cual nos previene de situaciones que se perciben como desconocidas o amenazantes, y se manifiesta de diferentes maneras; sin embargo, se convierte en un problema cuando se presenta ante estímulos o situaciones que son irrelevantes provocando una pérdida de control de la conducta normal.

4.2.3. Etiología y mantenimiento de la ansiedad

En la aparición y mantenimiento de la ansiedad como trastorno influyen tres grandes grupos de factores, según Baeza (2008):

- Factores predisposicionales. se refiere a variables biológicas y constitucionales, hereditarias, que hacen más probable que un individuo desarrolle alteraciones de ansiedad. Dentro de este grupo de factores podrían considerar a la personalidad, dependiente de la historia del individuo, condicionada por la biología y el aprendizaje. Son factores de vulnerabilidad, en las cuales hay personas que cuentan con un sistema de alerta más sensible y más complejo de desactivar una vez presentado. En cierto sentido, son personas que se encuentran regularmente en una especie de pre-alerta que condiciona su disposición hacia el medio

externo o interno, la advertencia y el registro de determinados acontecimientos, y la prefiguración de un tipo de respuestas defensivas como más probables.

- Factores activadores. son las situaciones o circunstancias que son capaces de activar el sistema de alerta, la preparación para responder ante ellas y la respuesta propiamente dicha. Los factores activadores de la ansiedad son aquellos que están relacionados con la amenaza y su naturaleza; esta percepción de riesgo considerado amenazante, depende fundamentalmente de un proceso de evaluación, consciente o automático, determinado por la valoración del suceso y de sus consecuencias.
- Factores de mantenimiento: Este grupo de factores afectan fundamentalmente a aquellos casos en que los problemas originarios de ansiedad no se resuelven satisfactoriamente; una vez que la ansiedad se manifiesta como problema tiene ciertas probabilidades de incrementarse. En el momento en que aparece, debido a los factores activadores, ayudados en mayor o menor medida por los factores predisposicionales, si es excesiva y sostenida, propicia la aparición de la ansiedad como trastorno.

4.2.4. Sintomatología

Lang (citado por Martínez, Inglés, Cano & García, 2012) postula que la ansiedad se manifiesta como un conjunto de respuestas, a partir de este momento comienza a hablarse de un sistema de respuestas, que conceptualmente se mantiene hasta la actualidad. Este sistema puede agruparse en tres tipos de respuesta:

4.2.4.1. Cognitiva.

La ansiedad normal se manifiesta en pensamientos o sentimientos de miedo, preocupación, temor o amenaza; mientras que la ansiedad psicopatológica se vivencia como una amenaza inminente y se puede experimentar como trastornos de pánico, manifestando consigo pensamientos o imágenes muy específicos, como anticipaciones catastrofistas de un problema (Martínez et al., 2012).

4.2.4.2. Fisiológica.

Estas respuestas se asocian a un incremento en la actividad de dos sistemas principalmente, el sistema nervioso autónomo y el sistema nervioso somático, así mismo parte de la activación de la actividad neuroendocrina del sistema nervioso central. Como consecuencia de este incremento se pueden producir una alteración en los sistemas cardiovasculares, respiratorios, gastrointestinales, genitourinarios, neuromusculares, neurovegetativos (Martínez et al., 2012).

4.2.4.3. Motor o conductual.

Se manifiestan como respuestas directas (tics, temblores, inquietud motora, tartamudeo, gesticulaciones innecesarias), o indirectas (conductas de escape o evitación), esto debido a los aumentos en las respuestas fisiológicas y cognitivas (Martínez et al., 2012).

4.2.5. Tipos de ansiedad

Spielberger (citado por Ries, et al., 2012) considera que para definir la ansiedad de forma adecuada hay que tener en cuenta la diferenciación entre la ansiedad como estado emocional y la ansiedad como rasgo de personalidad, y por ello propuso la Teoría de Ansiedad Estado-Rasgo.

Los conceptos de Ansiedad-Estado y Ansiedad-Rasgo pueden concebirse como análogos, en cierto sentido, a los conceptos de energía cinética y potencial en la física. La ansiedad como estado, como la energía cinética, se refiere a un proceso de reacción que se realiza en un momento particular y en un determinado grado de intensidad. La ansiedad como rasgo, como la energía potencial, indica las diferencias de grado de una disposición a manifestar un cierto tipo de reacción. En donde la energía potencial destaca las diferencias entre los objetos físicos, respecto a la cantidad de energía cinética que puede ser liberada si se le dispara a través de una fuerza apropiada, la ansiedad como rasgo implica las diferencias entre las personas en la disposición para responder a situaciones de tensión con cantidades variables de ansiedad como estado (Spielberger, 1975).

4.2.5.1. Ansiedad como Estado situacional.

La ansiedad como estado está conceptualizada como un estado transitorio o condición emocional situacional del organismo dependiendo de un acontecimiento concreto e identificable que posteriormente se caracterizará por sentimientos subjetivos, conscientemente percibidos, de tensión y aprensión, así como por una hiperactividad del sistema nervioso autónomo. Puede variar con el tiempo y fluctuar en intensidad llegando a provocar un estado de ansiedad agudo o de pánico (Spielberger, Gorsuch y Lushene, 2015).

Las reacciones a las situaciones angustiosas se basan en las percepciones e interpretaciones que cada individuo le atribuye; no obstante, algunas situaciones son más angustiosas que otras (Spielberger, 1982).

El proceso de ansiedad se manifiesta a través de la secuencia de eventos cognitivos, afectivos, fisiológicos y comportamentales. Este proceso puede ser desencadenado por un

estímulo estresante que se ha interpretado como peligroso o amenazante, o ser un pensamiento que pronostica una amenaza o que le causa al escuchar relatos de personas ante una situación estresante o incluso al recordar una situación específica.

Para el presente trabajo de investigación se ha considerado relevante la evaluación de la ansiedad como estado, debido a la variabilidad de emociones que pueden presentarse ante un hecho estresante y en muchas veces situaciones desconocidas, tal como es como es un procedimiento quirúrgico, presentándose un estado de ansiedad, la cual cualquier persona puede ser propensa a presentar, independientemente de la edad o sexo, nivel socioeconómico o naturaleza de la intervención quirúrgica, al contrario de la ansiedad como rasgo de personalidad, el cual estará presente la mayor parte del tiempo en el individuo.

4.2.5.2. Ansiedad como rasgo de personalidad.

La ansiedad como rasgo se encuentra a niveles altos, en un estado continuo, se caracteriza en individuos que presentan una tendencia a percibir la mayor parte de situaciones como amenazantes; así mismo, observa un estilo característico o tendencia temperamental a responder todo el tiempo de la misma forma, sean circunstancias estresantes o no. Una persona que ha estado ansiosa todo el tiempo, posee una actitud de aprensión, y ha conformado toda una estructura más o menos estable de vida en función al rasgo de ansiedad, siendo esta conocida como ansiedad crónica. Esta persona tiene más probabilidades en el futuro de desarrollar un trastorno de ansiedad que otra que no posee este rasgo; teniendo así mayores posibilidades de ser más vulnerables al estrés, donde a su vez considerará un gran número de situaciones como peligrosas (Spielberger, 1982). Es así que los sujetos que presentan altos niveles de ansiedad en su personalidad, esta viene a significar ansiedad como rasgo, por lo tanto, tienden a formar condicionamientos más

rápidos y estables por presentar un subsistema del sistema nervioso autónomo lábil y sobreactivo (Rojas, 1989, citado en Echeburúa, 1993).

La ansiedad Rasgo señala una relativamente estable propensión ansiosa por la que difieren los sujetos en su tendencia a percibir las situaciones como amenazadoras y a elevar, consecuentemente, su ansiedad Estado. Como un concepto psicológico, la A/R posee características similares a los constructos que Atkinson llama “motivos” (esas disposiciones que permanecen latentes hasta que son activadas por algunos estímulos de la situación), y que Campbell alude como “disposiciones comportamentales adquiridas” (residuos de experiencias pasadas que predisponen tanto a ver el mundo de una determinada manera como a manifestar unas tendencias de respuesta vinculada al objeto (Spielberger, Gorsuch y Lushene, 2015).

4.2.6. Ansiedad prequirurgica

Los pacientes previo a ser intervenidos quirúrgicamente presentarán una ansiedad flotante que se puede definir como una emoción ansiosa persistente y mantenida sin causa aparente pero que se pone de manifiesto ante diversos acontecimientos o sucesos. La ansiedad situacional sólo se presenta en relación con situaciones u objetos concretos (Ruiloba, 2006).

La ansiedad preoperatoria es una manifestación frecuente, poco evaluada en los pacientes que serán sometidos a una intervención quirúrgica, a menudo el médico anestesiólogo evalúa la ansiedad del paciente, pero de una manera superficial, por consiguiente, es habitual que exista discordancia entre la valoración de la ansiedad por parte del médico y el grado de ansiedad real por parte el paciente. La visita pre anestésica es el momento técnico en el cual se disipan dudas y se prepara al paciente mentalmente

para enfrentar el procedimiento, la ausencia de la visita pre anestésica es un factor que incrementa la ansiedad preoperatoria (García, 2013).

Valenzuela, Barrera y Ornelas (2010) en un estudio mencionan que la ansiedad preoperatoria se mantiene en gran cantidad de pacientes manifestando múltiples explicaciones para el fenómeno, entre ellas la edad, el sexo, la escolaridad, la capacidad del paciente para comprender los sucesos que acontecen durante el acto quirúrgico-anestésico, el miedo a la cirugía, la separación de la familia o el miedo a la muerte, entre otros; resaltando un punto en el que se coincide, el cual es la falta de información adecuada y oportuna al paciente durante la consulta preanestésica.

De la misma forma De la Paz, Prego y Barzaga (2006) demuestran en un estudio que el miedo y la ansiedad se ven reducido de una manera abrupta luego que los pacientes reciben visita del anesthesiólogo, luego de la visita manifestaron confianza en el medico y por saber que tenían apoyo del anesthesiólogo; mientras que quienes aun así mantienen su estado ansioso son personas quienes han pasado por una mala experiencia anestésica y/o quirúrgica anterior.

4.2.7. Sintomatología ansiosa de los procesos quirúrgicos

La ansiedad se encuentra acompañada de diversos signos y síntomas que pueden dificultar la progresión del acto quirúrgico como temblores, tensión muscular, sudoración, dolores de cabeza, que son los principales y más comunes. Algunas veces, otros síntomas secundarios acompañan a la ansiedad como mareo, taquicardia, frecuencia respiratoria rápida, diarrea o necesidad frecuente de orinar, fatiga, irritabilidad, incluyendo pérdida del temperamento, dificultad para dormir, pesadillas, disminución de la capacidad de concentración, sudoración, resequedad en la boca (Naranjo y Salazar, 2012).

4.2.8. Temores y creencias más comunes asociadas a la cirugía

Carapia et al. (2011) describen que una intervención quirúrgica es vivida por el paciente como una amenaza para su existencia, lo cual le provoca un incremento de la ansiedad, pudiendo llegar a ser patológica; sin embargo, se menciona que la operación actúa como fuente de ansiedad separada de otro tipo de ansiedad reportada como lo es la producida por miedo al dolor, así como la incertidumbre que presenta al desconocer el tipo de anestesia que utilizarán en su caso.

4.2.8.1. Miedo a la anestesia

Anestesiarse es un procedimiento médico controlado que tiene como finalidad provocar una pérdida total o parcial de la sensibilidad por medio de un anestésico, sin embargo a pesar de los avances tecnológicos, del desarrollo de nuevos, seguros y efectivos fármacos, la escasa tasa de mortalidad, existen múltiples mitos que han sido generados en su mayoría por la difusión en los medios de comunicación, prensa amarillista de algunos accidentes anestésicos, que han ocurrido, que son mínimos pero que han originado en la colectividad en general un rechazo y temores irracionales relacionados con este proceso médico. Unos de los pensamientos automáticos más comunes que se puede evidenciar en el paciente prequirúrgico o preanestésicos son ¿Despertaré durante la anestesia? ¿Dolerá? ¿Podré morir?, pensamientos que son invariablemente generadores de sintomatología ansiosa (Monteros, 2015).

4.2.8.2. Miedo a morir en la operación

Si es la primera vez que una persona es intervenida quirúrgicamente, además del miedo a que el procedimiento médico tenga complicaciones, encontramos un temor latente a lo desconocido, como la hospitalización, en algunos casos tener que compartir habitación con

personas extrañas, las visitas médicas a mitad noche, la medición de la presión, el traslado de la camilla, tener que confiar su cuerpo y vida a un desconocido son factores estresores que aumentan la preocupación del paciente acompañado siempre de la amenaza de perder la vida en el procedimiento quirúrgico.

La angustia, agitación psicomotora, pensamientos intrusivos, taquicardia, insomnio son algunos de los síntomas comunes de las personas que sienten que su fin está cerca, que su vida está siendo amenazada o ante el sentimiento de la pérdida del control de la situación. No obstante, algunas personas magnifican tanto estos sentimientos que puede llegar a crearse una auténtica fobia hacia la muerte o el ambiente hospitalario, convirtiendo el miedo en pánico irracional, llegando a ser completamente intolerantes con todo aquello que tenga que ver con su cirugía (Monteros, 2015).

4.2.9. Tratamiento para la ansiedad previo a intervenciones quirúrgicas

Carapia et al. (2011) en su estudio del efecto de intervención psicológica mencionan que la reacción ansiosa de un paciente al experimentar una cirugía es uno de los mayores factores que afectan los ajustes perioperatorios. El modelo de ajuste sugiere que existen tres niveles de ansiedad que los pacientes pueden experimentar con relación a la cirugía.

- Los pacientes extremadamente ansiosos son quienes tienen una recuperación pobre porque sus procesos para obtener información y para prepararse mentalmente están inhibidos.
- Los pacientes moderadamente ansiosos tienen mejor recuperación.
- Los pacientes mínimamente ansiosos tienen una pobre recuperación porque sus expectativas son mucho más optimistas.

En el mismo estudio se empleó el uso de varias técnicas como la psicoeducación, respiración diafragmática, reestructuración cognitiva, habilidades de comunicación y reforzamiento positivo; entre todas ellas sugieren que la técnica más efectiva a llevar a cabo desde un inicio, luego de la entrevista y valoración psicológica es la psicoeducación ya que a los pacientes que se les expone en qué consiste su intervención, llegan a tener menor ansiedad prequirúrgica, asociado a que en el periodo postoperatorio se reduce el dolor y el estado ansioso, produciendo una recuperación más rápida, ante lo cual cabe mencionar que es una de las técnicas psicológicas no sólo más viables sino también conforme a la necesidad identificada de los pacientes; esto es, información acerca del proceso de la cirugía (Carapia et al., 2011).

Delgadillo (2016), Moix (1998); y Gordillo et al., (2011), mencionan las siguientes recomendaciones que pueden ser útiles en este proceso:

- Tratar los trastornos de ansiedad de forma individual en el ámbito hospitalario, si bien la aplicación de un protocolo que asista al profesional, nunca debe ir separado de una entrevista directa que le ayude conocer la personalidad del paciente y de la misma forma permita observar las reacciones del paciente, evitando que se pasen por alto estados de ansiedad no reflejados en los cuestionarios estándar propiciando la efectividad de los tratamientos psicológicos orientados a reducir la ansiedad prequirúrgica.
- Enseñar a los profesionales sanitarios el modo de comunicarse con los enfermos de la manera más precisa, efectiva e inocua, evitando el estrés que supondría una mala información, o la ausencia de la misma.
- Hacer partícipe al enfermo de su recuperación. Tener en cuenta la forma habitual que tiene el sujeto de explicar los acontecimientos vitales, en otras palabras:

conocer primero donde se sitúa el locus del paciente, para optimizar la terapia psicológica, si fuera necesaria, para reducir los niveles de ansiedad.

- La psicoterapia breve puede reducir la sintomatología ansiosa en la aplicación de ejercicios que reduzcan el estrés como de respiración o de tensión y relajación muscular.
- Los investigadores de los estudios coinciden en que la entrevista psicológica y el brindar información mediante el diálogo tiene un efecto positivo para las personas que van a ser operadas accediendo a someterse a la cirugía y permitiendo el tratamiento de la ansiedad del paciente durante su estancia hospitalaria y su prevención fuera del hospital, fomentando hábitos saludables y estrategias de afrontamiento.

Carapia et al., (2011) en su estudio del efecto de la intervención psicológica sobre la ansiedad preoperatoria concluyen que existe una disminución en los niveles de ansiedad antes y después de la cirugía debido a la intervención psicológica efectuada, lo que facilita la adaptación a dicha situación; con esto, los pacientes tienen una visión realista de su experiencia quirúrgica y un grado normal de ansiedad frente al peligro, lo que es relevante en el bienestar de los pacientes durante el período perioperatorio.

5. MATERIALES Y MÉTODOS

Tipo de enfoque

El estudio se realizó con un enfoque de tipo mixto cuali-cuantitativo, utilizando reactivos psicológicos validados para evaluar las variables, que dieron lugar a resultados cuantificables, para su análisis e interpretación.

Tipo de diseño

El estudio tuvo un tipo de diseño, prospectivo, según el periodo y secuencia es de tipo transversal dado que se realizó en un periodo de tiempo único, de acuerdo al alcance de los resultados fue descriptivo/correlacional, ya que se analizó las características de las variables de forma independiente y se las asoció para conocer la relación en la población a trabajar.

Unidad de estudio

Se ejecutó en el Hospital General Isidro Ayora de la Ciudad de Loja (HGIAL), una institución de segundo nivel de atención, forma parte del Ministerio de Salud Pública de la República del Ecuador.

Universo y muestra

El universo constó de la totalidad de los pacientes hospitalizados por consulta preoperatoria durante los meses de marzo, abril y mayo del presente año, dando como resultado una muestra de 97 pacientes; se realizó en pacientes con diferentes patologías quienes serían sometidos a un procedimiento quirúrgico en el Área de Cirugía del Hospital General Isidro Ayora de Loja.

Para la investigación, la muestra fue tomada por muestreo no probabilístico por conveniencia, que se caracteriza porque los participantes son elegidos dada la conveniente accesibilidad y proximidad para el investigador y según los criterios de selección del estudio.

Criterios de inclusión

- Pacientes con edades comprendidas entre 18 a 60 años de edad que se encuentran en el Área de Cirugía.
- Pacientes pre-quirúrgicos ingresados en cualquiera de las subáreas o unidades del Área de Cirugía.
- Pacientes que ingresan por cirugía programada.
- Al momento de la aplicación de reactivos deben tener como mínimo un día de hospitalización previo a la cirugía.

Criterios de exclusión

- Pacientes ingresados al Área de Emergencia, con diagnóstico que requiera una intervención quirúrgica inmediata.
- Pacientes que presentan problemas psicóticos y alteraciones graves de las funciones psíquicas superiores.
- Pacientes en estado de sedación o alteraciones de la conciencia.
- Pacientes con alteraciones o discapacidades sensoriales graves que dificultaban la entrevista.

Técnicas

Para la recolección información fue necesario el uso de las siguientes técnicas:

Análisis de documentos e historial médico. Se tuvo acceso a esta información y documentos que reposan en la institución, los cuales se revisaron minuciosamente con el objetivo de comprobar y a su vez registrar los datos demográficos del paciente como: características personales (edad, sexo, estado civil), familiares (tipo de familia, familiar responsable, apoyo familiar, número de hijos), sociales (nivel de instrucción, ocupación, nivel socioeconómico), tipo de operación a la que va a ser sometido, durante la hospitalización colaboración del paciente con el personal del Área de Cirugía.

Aplicación de reactivos psicológicos. Se procedió a la recolección de información a través de la aplicación de instrumentos de forma individual bajo la supervisión del investigador. Los cuestionarios fueron autoaplicados luego de haber comprendido las instrucciones de cada uno de los reactivos.

Instrumentos

Para la recolección información fue necesario el uso de los siguientes instrumentos:

Consentimiento informado. Con la finalidad de cumplir con los criterios éticos, el consentimiento informado garantizó que el participante expresó voluntariamente su intención de participar en la investigación, después de haber comprendido los objetivos del estudio, los beneficios, las alternativas, sus derechos y responsabilidades. Las personas eligieron participar en la investigación, teniendo en cuenta que en cualquier momento podrían retirarse de la investigación. Por lo tanto, se procedió a actuar con total responsabilidad, ética, consideración y respeto hacia los pacientes teniendo en cuenta la confidencialidad de la información recogida.

Ficha Sociodemográfica. Cuestionario diseñado a través del cual se recolectó información sobre datos sociodemográficos y nivel de educación de cada una de los pacientes previo a ser sometido a una intervención quirúrgica.

Cuestionario de Ansiedad Estado-Rasgo (STAI) de C.D. Spielberger. El inventario de Ansiedad estado rasgo es un instrumento diseñado para evaluar dos conceptos independientes de la ansiedad, la ansiedad como estado, que es la condición emocional transitoria, y la ansiedad rasgo, que viene a ser la respuesta ansiosa relativamente estable, dicho de otra forma, que es propia de la personalidad. Este inventario utiliza el tipo de escala Likert.

El marco referencial temporal en el caso de la ansiedad como estado es el mismo momento en que se desarrolla la prueba, mientras que la ansiedad como rasgo, es cualquier situación o la mayoría de veces.

Este instrumento puede utilizarse en poblaciones normales y clínicas. Su utilidad se extiende al ámbito clínico, técnica diagnóstica y la investigación.

Tiempo de aplicación. El cuestionario no tiene tiempo limitado, y los estudiantes universitarios emplean entre seis y ocho minutos para cada parte, es decir, aproximadamente un cuarto de hora para la aplicación completa del STAI; cuando es necesario repetir la parte A/E, sólo se necesitan unos cinco minutos.

Distribución de los ítems. Las puntuaciones A/E y A/R pueden variar desde un mínimo de 0 puntos hasta un máximo de 60 puntos. Los sujetos mismos se evalúan en una escala que va de 0 a 3 puntos en cada elemento. En cada parte, las categorías son las siguientes: STAI A/E, 0 Nada, 1 Algo, 2 Bastante, 3 Mucho; STAI A/R, 0 Casi nunca, 1 A veces, 2 A menudo, 3 Casi Siempre.

En la elaboración del STAI se han entre-mezclado los elementos de ambos tipos (escala directa y escala inversa) para soslayar el efecto de aquiescencia en las respuestas del sujeto. En la parte A/E hay 10 elementos de escala directa y otros 10 de escala invertida, mientras que en la parte A/R, como no se disponía de suficiente número de elementos satisfactorios de escala invertida, sólo se incluyeron 7 de éstos, y los 13 restantes son de escala directa. Los elementos de escala invertida en cada parte son los siguientes:

A/E: 1, 2, 5, 8, 10, 11, 15, 16, 19 y 20.

A/R: 21, 26, 27, 30, 33, 36 y 39.

Calificación. La puntuación total de la prueba oscila entre 0 y 60 puntos, siendo los puntajes parciales desde 0 hasta 30 puntos para cada dimensión (Estado y Rasgo). El supuesto de las dos escalas (Ansiedad Rasgo y Ansiedad Estado) permite considerar que, a más puntaje total obtenido, mayor será la posibilidad de poseer signos y síntomas ansiosos. No existen puntos de corte propuestos, dado que las puntuaciones directas obtenidas en cada sujeto, se trasforman en centiles en función del sexo y la edad.

Validez. Arias – Galicia (1990) demostró la validez y confiabilidad del STAI en cuatro países latinoamericanos: Argentina, Ecuador, México y Perú; lo más resaltante fue apreciado en la muestra peruana, se observó indicadores de Ansiedad significativamente altos. La muestra peruana estuvo conformada por 93 casos, el 67% fue de género femenino y el 32% masculino, en edades de 21 a 46 años. Se utilizó el coeficiente Alfa, en el caso de Perú se obtuvo un coeficiente de 0.87 para Ansiedad Estado y 0.84 para Ansiedad Rasgo. En términos generales tanto la escala Ansiedad Estado como Ansiedad Rasgo ofrecen coeficientes psicométricamente adecuados respecto a la confiabilidad del instrumento.

Escala Internalismo – Externalismo de Rotter. Rotter, en su famoso artículo de 1966, publicó lo que se considera el primer instrumento elaborado para medir el constructo locus de control. Dicho instrumento se denominó Escala Locus de Control Interno - Externo para Adultos (Adult Internal-External Locus of Control Scale).

La Escala Internalismo - Externalismo de Rotter (1966) ha sido y sigue siendo el instrumento de media preferido para medir la dimensión locus de control. Esta escala estaba constituida por un número de subescalas que evaluaban las expectativas de control de diversas áreas específicas: logro, reconocimiento social, amor y afecto, etc. Posteriormente y después de varios refinamientos, la escala se convirtió en la conocida escala de Locus de Control I-E de Rotter de 23 ítems.

La dimensión que forma esta escala la constituyen dos polos opuestos: el polo interno y el polo externo.

Distribución de los ítems. La Escala Internalismo - Externalismo de Rotter (1966), en su versión española de Pérez García (1984), consta de 29 ítems: 23 de ellos (ítems 2, 3, 4, 5, 6, 7, 9, 10, 11, 12, 13, 15, 16, 17, 18, 20, 21, 22, 23, 25, 26, 28, 29) persiguen evaluar la variable y los otros seis buscan enmascarar el objetivo de la prueba.

Cada ítem está compuesto por dos frases, una referida a las expectativas de control externo y la otra relativa a expectativas de control interno. Se calcula una puntuación total a partir de la suma de ítems contestados en la dirección externa (2A, 3B, 4B, 5B, 6A, 7A, 9A, 10B, 11B, 12B, 13B, 15B, 16A, 17A, 18A, 20A, 21A, 22B, 23A, 25A, 26B, 28B, 29A). De esta manera, la puntuación que se obtiene habla de la parte del locus de control externo.

Calificación. La puntuación en esta escala puede ir de 0 a 23 puntos. Si la puntuación obtenida en esta escala se encuentra más cerca de 23 que de 0, el locus de control es más externo que interno. Si por el contrario dicha puntuación se encuentra más cerca de 0 que de 23, el locus de control es más interno que externo.

Validez. La validez de la escala a través de un análisis sobre la validez de constructo, nos la ofrece la medida de adecuación muestral que indicó la posibilidad de factorización Coeficiente Kaiser- Meyer-Olkin, de correlación entre medidas de ,67. Al hablar de la consistencia interna, Rotter (1966) plantea un α de Cronbach que va de ,66 a ,79.

Procedimiento

El presente estudio se desarrolló a través de las siguientes fases que permitieron la obtención de los objetivos del estudio.

Primera fase. Se realizó un sondeo previo que permitió corroborar la problemática a abordar, a través de la visita en las instalaciones hospitalarias. Consecutivamente se llevó a cabo la realización de los oficios para la autorización respectiva dirigida al Director de Docencia del HIAL para el desarrollo de la investigación.

Segunda fase. Se estableció el horario de evaluación según el lugar y disponibilidad de los profesionales de la institución; seguidamente se llevó a cabo la recolección de datos en aquellos sujetos que accedieron a participar en la investigación, cumpliendo con los criterios de inclusión, y habiendo firmado el consentimiento informado; posteriormente se aplicó los reactivos psicológicos de forma individual, respondiendo los formularios y respetando el anonimato de los investigados. A través de los datos recogidos se procedió al análisis e interpretación de los resultados, permitiendo la elaboración de la discusión, y la

aseveración de los objetivos, la hipótesis, y construcción de conclusiones y recomendaciones.

Tercera fase. Se elaboró un Plan de Intervención Psicoterapéutico enfocado en la terapia breve con la finalidad de reducir de la sintomatología ansiosa previa a intervenciones quirúrgicas en pacientes del área de cirugía, teniendo en cuenta la localización del locus de control de cada paciente y de esta forma promover en el paciente la capacidad de adaptación a la situación estresante y al periodo de recuperación posterior.

Análisis de datos

Los datos obtenidos en los reactivos psicológicos: Escala Internalismo – Externalismo de Rotter y STAI, fueron ingresados al programa Microsoft Excel 2016, posterior a ello fueron exportados al software estadístico SPSS versión 25, a través del cual se realizó el análisis estadístico. En un inicio se utilizó el programa, el mismo que identificó que las pruebas utilizadas, Escala Internalismo – Externalismo de Rotter y STAI, presentaron un alto índice de confiabilidad, con valores equivalentes a un alfa de 0,78 y 0,85 respectivamente, según la prueba de confiabilidad de Cronbach.

Se procedió a determinar la prevalencia del Locus de Control y de Estados Ansiosos en la muestra evaluada. Posteriormente utilizando la prueba estadística de Kolmogorov - Smirnov se determinó la distribución de las muestras. De esta manera, conociendo que la distribución de la muestra es heterogénea, se utilizó la prueba de correlación de Spearman ya que las variables ocupadas en este estudio son de tipo categóricas. Los resultados obtenidos se encuentran detallados e interpretados en los apartados de resultados y conclusiones, con sus respectivos gráficos estadísticos en respuesta a los objetivos propuestos en la investigación.

6. RESULTADOS

Resultados en Base a los Objetivos Propuestos

Objetivo 1:

Identificar el Locus de Control prevalente en los pacientes del Área de Cirugía previo a ser intervenidos quirúrgicamente.

Tabla 1

Prevalencia del Locus de Control en Pacientes del Área de Cirugía Previo a ser Intervenidos Quirúrgicamente

Locus de Control	Frecuencia	Porcentaje
Locus de control Interno	66	68,0
Locus de control Externo	31	32,0
Total	97	100,0

Fuente. Escala Internalismo – Externalismo de Rotter, aplicada a los pacientes del área de cirugía del Hospital Isidro Ayora de la Ciudad de Loja.

Elaboración. Cristian Pavel Lanchi Ochoa.

Análisis e interpretación:

En la Tabla 1, se puede observar que existe mayor prevalencia de Locus de control Interno en la muestra tomada para la investigación.

Objetivo 2:

Evaluar la Ansiedad como Estado en los pacientes previo a someterse a procedimientos quirúrgicos.

Tabla 2

Ansiedad como Estado en Pacientes previo a someterse a Procedimientos Quirúrgicos

<u>Ansiedad/Estado</u>	<u>Frecuencia</u>	<u>Porcentaje</u>
Ausencia de estado ansioso	33	34,0
Presencia de estado ansioso	64	66,0
Total	97	100,0

Fuente. STAI – Cuestionario de Ansiedad Estado Rasgo, aplicado a los pacientes del área de cirugía del Hospital Isidro Ayora de la Ciudad de Loja.

Elaboración. Cristian Pavel Lanchi Ochoa.

Análisis e interpretación:

En la Tabla 2, la mayor parte de la población evaluada presenta ansiedad antes de ser sometida a una cirugía.

Objetivo 3:

Establecer la relación entre locus de control y estado de ansiedad en los pacientes previo a una intervención quirúrgica.

Tabla 3

Relación entre locus de control y estados ansiosos en los pacientes previo a una intervención quirúrgica.

		Presencia de ansiedad				Total	p
		Ausencia de estado ansioso		Presencia de estado ansiedad			
		Frecuencia	Porcentaje	Frecuencia	Porcentaje	Frecuencia	Porcentaje
Locus de control	Locus de control interno	25	37,8	41	62,2	66	68,0
	Locus de control externo	8	25,8	23	74,2	31	32,0
Total		33	100	64	100	97	100

Fuente. Locus de Control relacionado con Presencia de Ansiedad en pacientes del área de cirugía del Hospital Isidro Ayora de la Ciudad de Loja.

Elaboración. Cristian Pavel Lanchi Ochoa.

Análisis e interpretación:

En la Tabla 3, a partir de los hallazgos encontrados no se aprecia una correlación significativa entre el Locus de Control y la Ansiedad como Estado en pacientes previo a una intervención quirúrgica

7. DISCUSIÓN

En la presente investigación, se planteó como objetivo principal establecer la relación entre el locus de control y los estados de ansiedad en pacientes previo a una intervención quirúrgica, con una muestra constituida por 97 pacientes pertenecientes al Área de Cirugía del Hospital Isidro Ayora de Loja.

Los resultados generales de la presente investigación evidencian un predominio del locus de control interno en pacientes previo a ser intervenidos quirúrgicamente, es decir estas personas explican los acontecimientos como contingencia de su propia conducta, resultados consistentes con el estudio de López, et al. (2014) que establece a la variable cognición como un predictor de ansiedad dentro de la cual se encuentra el locus de control. En tanto que la investigación de Carmona y López (2015) revela que en pacientes oncológicos la percepción de salud depende del azar, suerte o dogmas, es decir un locus de control externo, lo cual reafirma Gordillo, Arana y Mestas (2011) ya que refieren que los pacientes que presentan un locus de control interno tendrán mejor salud que aquellas que creen que las causas de la enfermedad son ajenas a ellas (locus de control externo).

En el presente estudio, los resultados respecto a estados de ansiedad manifiestan un alto índice en pacientes previo a ser intervenidos quirúrgicamente, resultados similares a la mayoría de estudios, así como los obtenidos por Carapia, Mejía, Nacif y Hernández (2011) ya que la intervención quirúrgica es vivida por el paciente como una amenaza para su existencia causando un incremento en los niveles de ansiedad. De la misma forma Quintero, et al. (2017) mencionan que este tipo de ansiedad se considera uno de los mayores problemas durante la preparación quirúrgica. Pereira, Figueiredo, Carvalho (2016) explican que las cirugías influyen negativamente en este proceso, generando cambios en el sistema inmunológico, asociándose a una recuperación más lenta y dolorosa con una

mayor cantidad de complicaciones. Quintero, et al. (2017) concluyen que la mayor parte de procedimientos quirúrgicos, incluso la Colecistectomía Laparoscópica, cirugía más prevalente en el presente estudio, es consideradas como procedimiento rutinario y de bajo riesgo que genera estados de ansiedad en niveles leves o moderados; independientemente del sexo o del tiempo de hospitalización. En el estudio de Paz, Prego y Barzaga (2005) también se menciona el temor a la anestesia como una variable adicional predictora de ansiedad prequirúrgica ya que, en este estado, el cuerpo reacciona de manera adversa.

A partir de los hallazgos encontrados, se acepta la hipótesis nula, ya que la significancia es mayor a 0,05 ($p=0,246$) que estable que las variables locus de control y estados de ansiedad en pacientes previo a someterse a intervenciones quirúrgicas, funcionan de manera independiente, al igual que Maezono (2018) revela en su estudio en una población similar que, a nivel general, no se aprecia una relación significativa entre la Ansiedad Estado y el Locus de Control. Estos estudios se contraponen al de Pastor (2016) quien en su investigación encontró una relación débil entre el locus de control interno y los niveles más altos de ansiedad en los pacientes previo a someterse a intervenciones de tipo oftalmológicas; al igual que el estudio de Kulpa (2014) quien también encontró dicha relación en pacientes oncológicos, cabe recalcar que el presente estudio se realizó con la totalidad de los pacientes del área de cirugía en las especialidades de gastroenterología, ginecología, urología, otorrinolaringología, neurología, cirugía vascular, plástica y traumatología sin establecer un tipo de cirugía específica; pudiendo ser esta la causa la ausencia de la relación directa entre las variables.

A pesar de que no se establece asociación entre las variables locus de control y estados de ansiedad. Gordillo, Arana, y Mestas (2011) consideran esencial conocer donde se sitúa el locus del paciente, para optimizar la terapia psicológica y para reducir los niveles de

ansiedad, ya que López, et al. (2014) determina que la cirugía no es el único acontecimiento estresante que los pacientes necesitan afrontar ya que, una vez desaparecido este estresor, los niveles de ansiedad no se reducen inmediatamente.

8. CONCLUSIONES

Una vez finalizado el trabajo investigativo y tomando como referente el cumplimiento de los objetivos planteados para la presente investigación, se concluye que:

- Se identificó que el Locus de Control Interno es el más prevalente en los pacientes del Área de Cirugía previo a ser intervenidos quirúrgicamente. Esto debido a que las personas poseen un Locus de Control Interno tienden a conseguir una motivación adecuada para llevar a cabo conductas para mantenerse saludables acudiendo oportunamente a atención médica llegando a programar sus cirugías con antelación.
- La mayor parte de los pacientes hospitalizados indican un estado de ansiedad previo a someterse a procedimientos quirúrgicos, esto como una consecuencia de que toda cirugía es percibida como un suceso amenazante para la vida del paciente, generando estrés psicológico; además de los peligros de la anestesia y la cirugía, miedos y pensamiento catastrófico (temor a tener secuelas como resultado de una mala práctica médica, miedo a no despertar, miedo a morir, etc.), que conducen a un estado ansioso.
- A partir de los hallazgos encontrados, no se aprecia una correlación significativa entre el Locus de Control y la Ansiedad como estado en pacientes previo a una intervención quirúrgica.
- Se plantea una propuesta de psicoterapia breve enfocada en la reducción de la sintomatología ansiosa en pacientes previo a la cirugía, promoviendo en el paciente la capacidad de adaptación ante la situación estresante y al periodo de hospitalización posterior; la propuesta se sustenta en base a los resultados obtenidos y necesidades del paciente observados durante la investigación. Mismo que será

entregado al departamento de Salud Mental del Hospital General Isidro Ayora de la ciudad de Loja.

9. RECOMENDACIONES

- En base a los resultados de la investigación, para futuros estudios se recomienda a la Universidad Nacional de Loja y por ende a la carrera de Psicología Clínica, realizar un estudio con una muestra más amplia a fin de que los resultados sean más confiables. También se encontró otras variables como tipo de anestesia, tipo de cirugía según su especialidad y riesgo que están íntimamente asociadas a los estados ansiosos previo a las cirugías y podrían ser estudiadas a futuro. Así como también se podría ejecutar una investigación con las variables del presente estudio enfocadas en cirugías emergentes.
- Durante la investigación se observó que el personal médico no dedica suficiente tiempo para explicar los procedimientos que se van a llevar a cabo con el paciente previo a la cirugía, lo cual podría ser un indicador adicional predictor de ansiedad, por lo que se recomienda al Hospital Isidro Ayora de la ciudad de Loja enfatizar el trabajo interdisciplinario y capacitaciones constantes a todo el personal de salud, para brindar una mejor atención. Además, basado en los resultados obtenidos de la investigación se recomienda la implementación del plan de intervención realizado como un protocolo obligatorio para el manejo de atención de pacientes que presenten estados ansiosos previo a someterse a una intervención quirúrgica.

10. BIBLIOGRAFÍA

- Ahumada, M. (2010). *Efecto del estímulo del punto Yintang (extra)sobre el índice biespectral en la ansiedad preoperatoria*. (Trabajo de Especialidad). Escuela Nacional de Medicina y Homeopatía, México, México.
- Amelang, M., y Bartussek, D. (1986) *Psicología diferencial e investigación de la personalidad*. España: Editorial Herder.
- Baeza, J. (2008). *Higiene y prevención de la ansiedad*. Madrid: Díaz de Santos.
- Bandura, A. (1999). *Auto-Eficacia: Cómo afrontamos los cambios de la sociedad actual*. España: Desclée De Brouwer.
- Beck, A.; Emery, G., y Grenberg, R. (1985). Anxiety disorders and phobias: A cognitive perspective. *Health & Social Work*. doi: 0.1093/hsw/13.1.76
- Carapia A., Mejía G., Nacif L., Hernández N. (2011). Efecto de la intervención psicológica sobre la ansiedad preoperatoria. *Revista Mexicana de Anestesiología*. 34 (4), 260-263. Recuperado de <http://www.medigraphic.com/pdfs/rma/cma-2011/cma114e.pdf>
- Cárdenas, D., González, M., González, Y., Pérez, Y. E. & Maradona, J. (2011). Propuesta de un programa de atención psicológica a pacientes tributarios a cirugía y trasplante. *Revista Psicología Científica.com*, 13(18). Disponible en: <http://www.psicologiacientifica.com/pacientes-tributarios-trasplante-atencion-psicologica>
- Carmona L, y Lopez. (2015) Locus de control y calidad de vida relacionada a la salud en pacientes con cáncer de una clínica de la ciudad de Chiclayo. *Revista Científica PAIAN*

- Carrillo, C. Diaz D. (2016). Desarrollo del locus de control en las etapas de la adolescencia. *Revista de Educación y Desarrollo*. 39, 27-33. Disponible en http://www.cucs.udg.mx/revistas/edu_desarrollo/anteriores/39/39_Carrillo.pdf
- Carrillo, I. (2016). Un estudio sobre ansiedad. *Coordinación de investigación Avances*. 1, 4. Recuperado de <http://www.uacj.mx/DGDCDC/SP/Documents/avances/Documents/2006/Avances%20124.%20Irene%20Carrillo.pdf>
- Casique, A. & López, J. (2007). El Locus de Control. *Revista Panorama Administrativo*, 1(2). Recuperado de <http://admon.itc.mx/ojs/index.php/panorama/article/viewArticle/72>
- Cázares F, Vinaccia S., Quiceno & Montoya, B. (2016). Preparación psicológica para la intervención quirúrgica: Revisión sistemática de la literatura. *Psychologia*. Avances de la disciplina, 10 (2), 73-85.
- De La Paz, C., Prego, C., & Barzaga, E. (2006). Miedo y ansiedad a la anestesia en pacientes sometidos a cirugía. *Revista Mexicana de Anestesiología*. 29, 159-162
Recuperado de <http://www.medigraphic.com/pdfs/rma/cma-2006/cma063d.pdf>
- De Minzi, M. C. (1990). A new multidimensional children's locus of control scale. *Journal of Genetic Psychology*, 1(1), 109– 118. doi:0.1080/00223980.1991.10543276
- Delgadillo, G. (2016). Nivel de ansiedad del paciente en el pre quirúrgico en el servicio de cirugía de emergencia en el Hospital Regional Miguel Ángel Mariscal Llerena Ayacucho - 2016. (Trabajo de Grado). Universidad Nacional Mayor de San Marcos, Lima, Perú.

- Difabio, H. (2017) Neoconductismo Contemporáneo: Locus. *Revista Española de Pedagogía*. 52(197), 37–56. Recuperado de <http://www.jstor.org/stable/23765135>
- Domingo, R. (2018). Locus de control. *Revista de psicología Insight*. Recuperado de www.revistainsight.es/locus-de-control
- Dulmus, C. & Wodarski, J. (2002). Six Critical Questions for Brief Therapeutic Interventions. *Brief Treatment and Crisis Intervention*, 2 (4), 279-285.
- Echeburúa, E. (1993). *Ansiedad crónica. Evaluación y tratamiento*. Madrid:
- Engler, B. & Mancilla, B. (1999). *Introducción a las teorías de la personalidad*. México: McGraw-Hill.
- Eudema.
- Freud, S. (1892). Fragmentos de la correspondencia con Fliess. J. Strachey. *Sigmund Freud: Obras Completas*. 1, 211-322.
- Freud, S. (1917). Mourning and melancholia. *The Standard Edition of the Complete Psychological Works of Sigmund Freud*. 14(239), 57-61. doi:10.1590/0047-2085000000137
- García, R. (2013). *Nivel de ansiedad según la escala de Zung en los pacientes que acuden a la consulta de emergencia del Hospital Regional de Loreto julio-septiembre 2013*. Universidad Nacional de la Amazonía Peruana, Iquitos, Perú.
- Gómez C. (2002). *Fundamentos de Psiquiatría Clínica: Niños, Adolescentes y Adultos*. Colombia: Editores académicos Bogotá. 31 (1), 73-74. Recuperado de <https://www.redalyc.org/html/806/80631102/>

- Gómez, A. & Valdés, R. (1994). El locus de control en el sexo femenino y su influencia en la deserción escolar universitaria. *La Psicología Social en México*, 5, 424–430.
Recuperado de <https://www.redalyc.org/pdf/284/28438209.pdf>
- Góngora, E. & Reyes, I. (2000). El enfrentamiento a los problemas y el locus de control. *La Psicología Social en México*, 8, 165-172.
- Gordillo F, Arana J., & Mestas L. (2011). Tratamiento de la ansiedad en pacientes prequirúrgicos. *Revista Clínica de Medicina de Familia*, 4(3), 228-233.
<https://dx.doi.org/10.4321/S1699-695X2011000300008>
- Hopper, C. *Practicing college learning strategies* (7th ed.). California, USA: Academic Press
<http://www.psicologiacientifica.com/bv/psicologia-69-1-estudio-sobre-ansiedad.html>.
- Kulpa, M., Kosowicz, M., Stypuła – Ciuba, B. y Kazalska, D. (2014). *Prz Gastroenterol*, 9 (6), 329 – 335
- Landeta, G. (2016). *Locus de control y calidad de vida en pacientes con insuficiencia renal crónica* (Trabajo de Grado). Universidad Técnica de Ambato, Ambato, Ecuador.
- Lefcourt, H. M. (1984). *Research with the locus of control construct (Vol. 3): Extensions and limitations*. Orlando, USA: Academic Press.
- Lopez S., Pastor M., Rodriguez J., Sanchez S. Belmonte J. (2014). Ansiedad y Cirugía. Un estudio con pacientes oftalmológicos. *Revista de Psicología de la Salud* 2.
- Maezono, B. (2018). *Locus de control de la salud y Ansiedad Estado y Rasgo en Estudiantes Universitarios de Ayacucho* (Trabajo de Grado). Universidad San Marcos de Perú, Lima, Perú.

- Manstead, A. & van der Pligt, J., (1998). Should we expect more from expectancy-value models of attitude and behaviour? *Journal of Applied Social Psychology*, 28, 1313-1316 doi:10.1111/j.1559-1816.1998.tb01678.x
- Martinez, C. Inglés, C, Cano, A, y García, J. (2012). Estado actual de la investigación sobre la teoría tridimensional de la ansiedad de Lang. *Ansiedad y estrés.*, 18(2014), 201–219. Recuperado de https://www.researchgate.net/publication/232706973_Estado_actual_de_la_investigacion_sobre_la_teor%C3%ADa_tridimensional_de_la_ansiedad_de_Lang_Current_status_of_research_on_Lang%27s_three-dimensional_theory_of_anxiety
- McCombs, B. (1991). Metacognition and Motivation in Higher Level Thinking. *Artículo presentado en la reunión anual de la asociación Americana educacional de investigación*, Chicago, Estados Unidos. Disponible de <http://revistasinvestigacion.unmsm.edu.pe/index.php/educa/article/download/7666/6674>
- Moix J. (1998) Emoción y cirugía. *Anales de Psicología*. 10, 167-75. Recuperado de <https://digitum.um.es/xmlui/bitstream/10201/10081/1/Emocion%20y%20cirugia.pdf>
- Montelongo, R., Lara, A., Morales, G. y Villaseñor S. (2005) Los trastornos de ansiedad. *Revista Digital Universitaria*, 6, 2-11. Recuperado de http://www.revista.unam.mx/vol.6/num11/art109/nov_art109.pdf
- Monteros, E. (2015). *Niveles de Ansiedad Prequirúrgica en Pacientes que van a ser Intervenidos en Colectomía Laparoscópica Programada, Histerectomía y Prostatectomía en el Hospital Manuel Ygnacio Monteros "IESS" de la Ciudad de*

- Loja en el Periodo Noviembre 2014 – Marzo 2015.* (Trabajo de Grado). Universidad Nacional de Loja, Loja, Ecuador.
- Naranjo, K., Salazar, J. (2012). *Comparación del nivel de ansiedad en los pacientes de cirugía programada mediante la aplicación de la escala de ansiedad e información preoperatoria de Amsterdam realizada en la visita pre anestésica y comparada con grupo control en los Hospitales Eugenio Espejo y Clínicas Pichincha marzo – octubre 2012.* (Tesis de segunda especialidad). Quito: Ecuador.
- Oros, L. (2005). Locus de control: evolución de su concepto y operacionalización. *Revista de Psicología*, 14(1), 89–98. doi:10.5354/0719-0581.2005.17338
- Pastor M., (2016). Ansiedad y Cirugía. Un estudio con pacientes oftalmológicos. *Revista de Psicología de la Salud* 2
- Paz C., Prego C. y Barzaga E. (2005) Miedo y ansiedad a la anestesia en pacientes sometidos a cirugía. *Rev Mex Anest* 2006;29:159-162.
- Peck, D., Whitlow, D. (1980). *Enfoque sobre la teoría de la personalidad.* México: Editorial Continental.
- Pereira L, Figueiredo M., Carvalho I. (2016) Preoperative anxiety in ambulatory surgery: The impact of an empathic patient-centered approach on psychological and clinical outcomes. *Patient Educ Couns.*
- Perpiña, J. (2012). *Adaptación de una versión corta de la subescala estado del “State-trait Anxiety Inventory” de Spielberger (STAI) en pacientes españoles conectados a ventilación mecánica invasiva* (Tesis doctoral) Universidad de Alianca.

- Quintero A., Yasnó D., Riveros O. Castillo, J. & Borráez, B. (2017). Ansiedad en el paciente prequirúrgico: un problema que nos afecta a todos. *Revista Colombiana de Cirugía*, 32 (2), 115-120.
- Rasgo en estudiantes universitarios de Ayacucho. (Trabajo de Grado). Universidad de San Martín de Porres, Lima, Perú.
- Ries, F., Castañeda, C., Campos, M. C. y Del Castillo. (2012). Relación entre ansiedad-rasgo y ansiedad-estado en competiciones deportivas. *Cuadernos de Psicología del Deporte*, 12(2), 9-16. doi: 10.4321/S1578-84232012000200002
- Rodríguez R., & Vetere, G. (2010). Ansiedad rasgo y creencias relacionadas con trastornos de ansiedad: Una comparación entre el trastorno de ansiedad generalizada y otros cuadros de ansiedad. *Perspectivas en Psicología: Revista de Psicología y Ciencias Afines*, 7 (1), 8-15.
- Rotter, J. (1966). Generalized expectancies for internal versus external control of reinforcement. *Psychological Monographs: General and Applied*, 80(1), 1-28.
- Ruiloba, V. (2006). *Introducción a la psicología y la psiquiatría*. Madrid: Elsevier Masson.
- Sadock, B., Kaplan., Sadock., Ruiz, P., & Sadock, V. (2015). *Sinopsis de psiquiatría*. Philadelphia: Wolters Kluwer.
- Selart, M. (2005). Understanding the role of locus of control in consultative decision-making: a case study. *Management Decisión*, 43(2), 397-412. doi:10.1108/00251740510589779

- Sierra, J. (2014). Ansiedad, angustia y estrés: tres conceptos a diferenciar. *Revista Subjetividades*, 3(1), 10–59. doi:10.1093/med/9780199380183.003.0001
- Spielberger, C., Gorsuch, R. and Lushene, R. (2015). STAI, Cuestionario de Ansiedad Estado-Rasgo. Madrid: TEA.
- Spielberger, D. (1966). *Theory and research on anxiety*. New York: Academic Press.
- Sue, D., Derald. & Stanley. (1996). *Comportamiento Anormal*. México: Mc. Graw Hill.
- Uman LS, Chambers CT, McGrath PJ, Kisely S (2008) A systematic review of randomized controlled trials examining psychological interventions for needle-related procedural pain and distress in children and adolescents: an abbreviated cochrane review. *J Pediatr Psychol* 33: 842–854.
- Valenzuela, J., Barrera, J. R., & Ornelas, J. (2010). Ansiedad preoperatoria en procedimientos anestésicos. *Cirugia y Cirujanos*, 78(1), 151-156. Recuperado de <http://www.medigraphic.com/pdfs/circir/cc-2010/cc102h.pdf>
- Vallejo, J. (2006). Trastornos de Angustia. Introducción a la Psicopatología y Psiquiatría (Cap. 25 pp.373-388) España: Masson
- Virues, R. (2005). *Psicología Científica*.
- Woolfolk, A. (1995). *Psicología Educativa*. México: Prentice Hall Hispanoamericana, S.A.

11. ANEXOS

Anexo 1: Plan de intervención

Objetivo 4:

Elaborar un plan de intervención que permita disminuir la ansiedad previo a la cirugía, promoviendo en el paciente la capacidad de adaptación a la situación estresante y al periodo de hospitalización posterior.

PLAN DE INTERVENCIÓN

Presentación

El presente plan de intervención es dirigido al departamento de Salud Mental del Hospital Isidro Ayora de la ciudad de Loja, el cual es diseñado a partir de las necesidades encontradas durante la investigación y de acuerdo a las necesidades presentes en los pacientes previo a someterse a intervenciones quirúrgicas, promoviendo en ellos la capacidad de adaptación a la situación estresante y al periodo de hospitalización posterior.

Justificación

En los últimos años, la práctica médica se ha beneficiado con los múltiples avances de la ciencia, con innovadoras técnicas, el desarrollo de la tecnología, medicamentos, materiales y de los procedimientos en general. Sin embargo, a pesar de que las técnicas y procedimientos quirúrgicos han dado un gran paso, es importante señalar que el riesgo ante estos procedimientos sigue existiendo, y más para los pacientes que experimentan alteraciones emocionales, así como la ansiedad previa a la situación a enfrentarse. Esta sintomatología va acompañada de fenómenos relacionados al dolor, la hospitalización, el tipo de procedimiento, la recuperación posoperatoria y sus posibles complicaciones e

incapacidad física por cierto tiempo (Cázares, Vinaccia, Quiceno & Montoya; 2016). Uman, Chambers, Mcgrath, & Kiseley (2006) encontraron que las técnicas psicológicas tienen un beneficio para los pacientes en su afrontamiento a la enfermedad, su recuperación postoperatoria y además como un beneficio económico tanto para la institución de salud pública, como para los pacientes.

Metodología:

Este plan de intervención está basado en la psicoterapia breve, debido a su alta eficacia en la práctica clínica y al tiempo reducido de atención en el sistema de salud pública; está enfocado en la disminución del estado ansioso en los pacientes previo a someterse a una intervención quirúrgica; el mismo que está estructurado en tres sesiones individuales y se distribuyen en cuatro fases: presentación, evaluación, intervención y seguimiento.

Se considera a la psicoterapia breve como una intervención primaria encaminada a la resolución de dificultades específicas, como conductas desadaptativas, alteraciones emocionales, entre otras, aumentando la conciencia sobre estas, teniendo en cuenta que todo problema tiene una solución (Dulmus & Wodarski, 2002).

Objetivo general

Promover en el paciente la capacidad de adaptación a la situación estresante y al periodo de hospitalización posterior.

Objetivos específicos

- Evaluar la ansiedad como estado presente en los pacientes que van a ser sometidos a una intervención quirúrgica.
- Identificar la el tipo de manifestación o respuesta del estado ansioso (motor, conductual o fisiológico).

- Reducir la sintomatología ansiosa en los pacientes
- Evaluación postquirúrgica y seguimiento de la intervención.

Fases del Plan de Intervención Psicoterapéutica

Fase 1: Presentación

Posteriormente al análisis del historial clínico del paciente, se trabaja conjuntamente con el médico tratante, profesional encargado de informar la condición médica del paciente. Posteriormente, se establece una relación terapéutica, un elemento fundamental en la terapia, necesario para establecer la confianza y entendimiento necesario en el proceso.

De la misma forma, se explica al paciente el procedimiento que se va a llevar a cabo, los objetivos que se pretende alcanzar, la confidencialidad del proceso y compromisos por parte del terapeuta y del paciente.

Fase 2: Evaluación

La evaluación psicológica se lleva a cabo a través de la recolección de información de la sintomatología, determinando el tipo de manifestación de la ansiedad, ya sea de tipo cognitivo, fisiológico o conductual, con el objetivo de direccionar la intervención.

Los instrumentos de evaluación empleados en la exploración psicológica inicial y los resultados obtenidos se realizarán a través de los siguientes reactivos:

Cuestionario de Ansiedad Estado-Rasgo (STAI) de C.D. Spielberger: Es un instrumento diseñado para evaluar dos conceptos independientes de la ansiedad, la ansiedad como estado, que es la condición emocional transitoria, y la ansiedad rasgo, que viene a ser la respuesta ansiosa relativamente estable, dicho de otra forma, que es propia de la personalidad

Inventario de Ansiedad de Beck (BAI): Es una escala que mide de manera autoinformada el grado de ansiedad. Está especialmente diseñada para medir los síntomas de la ansiedad menos compartidos con los de la depresión; en particular, los relativos a los trastornos de angustia o pánico y ansiedad generalizada, de acuerdo con los criterios sintomáticos que se describen en el DSM-III-R para su diagnóstico.

Fase 3: Intervención

Se ejecuta la intervención de acuerdo al objetivo de proporcionar a los pacientes un tratamiento oportuno y promover la capacidad de adaptación a la situación estresante y al periodo de hospitalización posterior.

Fase 4: Seguimiento

En esta fase, teniendo en cuenta los resultados obtenidos en la evaluación de rasgo de ansiedad, se motiva a la participación de sesiones posteriores de seguimiento.

Seguidamente, se evalúa al paciente en la utilización de estrategias y técnicas aprendidas durante la terapia en el proceso de hospitalización; finalizando con ello el proceso de intervención psicoterapéutica.

PLAN DE INTERVENCIÓN INDIVIDUAL

Sesión 1

Tema: Establecimiento de la relación terapéutica y evaluación

Objetivos:

- Evaluar ansiedad como estado/rasgo.
- Evaluar las respuestas predominantes de ansiedad (cognitivo, fisiológico y motor).

Técnica: Observación clínica

Aplicación de reactivos

Duración: 25 a 30 minutos

Procedimiento:

Se inicia el procedimiento con la revisión de la historia y cuadro clínico del paciente, seguidamente se lleva a cabo la presentación y establecimiento de la alianza terapéutica, generando un adecuado enganche psicológico con el paciente brindándole seguridad y un ambiente de libre expresión. Concluyendo con la aplicación de los reactivos psicométricos (Cuestionario de Ansiedad Estado/Rasgo e Inventario de Ansiedad de Beck), acompañada de la observación, que perimirá direccionar y estructurar adecuadamente el plan de intervención.

Material utilizado en la sesión:

Cuestionario de Ansiedad Estado-Rasgo (STAI) de C.D. Spielberger

Inventario de Ansiedad de Beck (BAI)

Sesión 2

Tema: Adaptación a la situación estresante y al periodo de hospitalización posterior.

Objetivos:

- Brindar psicoeducación sobre la ansiedad.
- Modificar ideas irracionales presentes ante la cirugía.
- Enseñar técnicas respiratorias y de relajación.
- Hacer sugerencias directas sobre expectativas positivas de recuperación tanto en relación con el estado psicológico como el fisiológico.

Técnica:

- Terapia explicativa y proporción de información
- Dialogo socrático
- Reestructuración cognitiva de ideas irracionales
- Respiración diafragmática
- Entrenamiento en relajación breve de Huber (Acortamiento del entrenamiento autógeno de Schultz)
- Sugestión directa

Duración: 30 minutos.

Procedimiento:

Psicoeducación:

Una vez comprobado el conocimiento del paciente acerca del procedimiento quirúrgico se llevará a cabo la psicoeducación en los siguientes parámetros:

- ¿Qué es ansiedad?

- Ante qué situaciones surge la ansiedad
- Respuestas de ansiedad
- Consecuencias de la ansiedad en procedimientos quirúrgicos
- ¿Por qué seguir un tratamiento?

Reestructuración cognitiva

El terapeuta iniciará con la evaluación de las principales ideas irracionales que el paciente presenta sobre la cirugía, a través del dialogo socrático, determinando aquellas ideas que dificultan el proceso de intervención quirúrgica a la que van a ser sometidos. El dialogo socrático se lleva a cabo a través de preguntas encaminadas a determinar la presencia de pensamientos como: pensamiento polarizado, filtraje, sobregeneralización, visión catastrófica, falacia de control, culpabilidad, debería, razonamiento emocional, etc. De acuerdo a los resultados de la interacción el terapeuta puede extender el interrogatorio, según crea conveniente en la recolección de información. Seguidamente se lleva a cabo un debate de dichos pensamientos irracionales determinados, con el objetivo de desestructurarlos a través de los siguientes métodos:

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

Se explica al paciente que tipo de pensamiento se está trabajando, analizando lo que esté causa en su diario vivir y como dificulta el estado preoperatorio, generando con ello nuevos estilos de pensamientos más adaptativos.

Respiración diafragmática

Para realizarla se llevará a cabo los siguientes pasos:

1. Póngase en una posición cómoda. Puede ser de pie, sentado o acostado boca arriba.
2. Póngase una mano en el pecho y la otra en el estómago. La mano en su pecho no debe moverse. La mano encima de su estómago permitirá que sienta su estómago subir y bajar al respirar.
3. Inhale por la nariz si puede, por 3 a 5 segundos o tanto como se sienta cómodo. Permita que el estómago suba conforme el aire entra a sus pulmones.
4. Exhale por la boca si puede por 3-5 segundos o tanto como se sienta cómodo. Permita que su estómago baje conforme el aire sale de sus pulmones.
5. Repita cada paso hasta que su cuerpo se sienta relajado.

Entrenamiento breve de Huber

1. Acortamiento de las fórmulas del entrenamiento: el esquema del entrenamiento general se realizará de la siguiente manera.

- Repetir 6 veces la frase: "El brazo derecho es muy pesado"
- Repetir 1 vez la frase: "Estoy muy tranquilo"
- Repetir 6 veces la frase: "El brazo derecho está muy caliente"
- Repetir 1 vez la frase: "Estoy muy tranquilo"
- Repetir 6 veces la frase: "El pulso es tranquilo y regular"
- Repetir 1 vez la frase: "Estoy muy tranquilo"
- Repetir 6 veces la frase: "Respiración muy tranquila"
- Repetir 1 vez la frase: "Estoy respirando"
- Repetir 1 vez la frase: "Estoy muy tranquilo"
- Repetir 6 veces la frase: "El plexus solar es como una corriente de calor"
- Repetir 1 vez la frase: "Estoy muy tranquilo"

- Repetir 6 veces la frase: "La frente está agradablemente fresca"
- Repetir 1 vez la frase: "Estoy muy tranquilo"
- Terminar con las frases: "Brazos firmes" "Respirar hondo" "Abrir los ojos".

2. Entrenamiento de tiempo limitado: el objetivo de este entrenamiento breve es poder relajarse en un espacio de tiempo muy limitado, 2-3 minutos, en una situación natural. En estos casos será suficiente con el esquema siguiente.

"pesadez"- "tranquilidad" - "calor" - "tranquilidad" - "cabeza despejada y clara" - "brazos firmes" - "respirar hondo" - "abrir los ojos".

Sugestión directa:

«Cierra los ojos y comienza a respirar lenta y profundamente sin otro propósito más que vivenciar la experiencia. Y puedes ser consciente de la repetición de mi voz, la temperatura de la habitación, algunos sonidos que provienen del exterior, como la lluvia que cae y las gotas que repiquetean en la ventana y esto podría proporcionarte una sensación de cansancio, incluso de paz. Porque mientras yo te hablo tu respiración cambió, tu ritmo cardíaco cambió. Y los músculos empiezan a relajarse cada vez más de manera muy natural y agradable. Y es innecesario que tú hagas nada, todo sucederá por sí solo y sin esfuerzo. Y poco a poco puedes comenzar a sentir una sensación de sosiego, de cansancio que podría llevarte a un cierto sopor, un gran bienestar, mientras tienes los párpados cerrados y la respiración cada vez es más profunda y lenta, y esta sensación de calma y relajación te conduce a una experiencia de sosiego y tranquilidad que te va a llevar a un estado de paz que se extiende por todo el cuerpo y se siente de manera muy agradable».

Sesión 3

Tema: Seguimiento

Objetivos:

- Motivar a la participación de sesiones posteriores de intervención si se considera oportuno.
- Evaluar la utilización y resultados del tratamiento

Técnica:

- Aplicación de reactivos psicológicos

Duración: 60 minutos.

Procedimiento:

Posterior a la recuperación del paciente, se ejecuta una nueva evaluación con las baterías antes aplicadas, con la finalidad de comparar los resultados anteriormente obtenidos y de evaluar la eficacia y utilidad de las estrategias aprendidas durante la intervención psicoterapéutica, finalizando con ello la intervención motivando a los pacientes a la participación de sesiones posteriores de intervención si estos presentaron ansiedad-rasgo como parte integrada de su personalidad.

Material utilizado en la sesión

Cuestionario de Ansiedad Estado-Rasgo (STAI) de C.D. Spielberger

Inventario de Ansiedad de Beck (BAI)

Anexo 2: Aprobación del proyecto de tesis



UNIVERSIDAD NACIONAL DE LOJA
FACULTAD DE LA SALUD HUMANA
CARRERA DE PSICOLOGÍA CLÍNICA



Of. Nro. 484-DPSCL-FSH-UNL
 Loja, 26 de noviembre de 2018

Señor
 Cristian Pavel Lanchi Ochoa
ESTUDIANTE DE LA CARRERA DE PSICOLOGÍA CLÍNICA
 Ciudad.

De mi consideración:

Por medio del presente; y, dando cumplimiento a lo dispuesto en el "Capítulo II del Proyecto de Tesis, Artículos 133 y 134 del Reglamento de Régimen Académico de la Universidad Nacional de Loja, aprobado el 7 de julio de 2009", y de acuerdo al pedido de anulación del tema, solicitado por usted en petición de fecha 12 de noviembre del año en curso; me permito comunicarle que su Tema aprobado mediante Of. Nro.334-DPSCL-FSH-UNL, de 27 de julio de 2018, "PROPUESTA DE INTERVENCIÓN PSICOLÓGICA EN PACIENTES QUE PRESENTAN NIVELES DE ANSIEDAD PREVIO A SOMETERSE A PROCEDIMIENTOS QUIRÚRGICOS EN EL HOSPITAL GENERAL ISIDRO AYORA DE LA CIUDAD DE LOJA". Me permito informarle que el mencionado tema **queda anulado**.

Asimismo, se aprueba el nuevo tema "**LOCUS DE CONTROL Y SU RELACIÓN CON ESTADOS ANSIOSOS EN PACIENTES PREVIO A SOMETERSE A INTERVENCIONES QUIRÚRGICAS EN EL HOSPITAL GENERAL ISIDRO AYORA DE LA CIUDAD DE LOJA. PERIODO 2018-2019**", por lo que debe continuar con el trámite respectivo, debiendo solicitar la PERTINENCIA en su estructura y coherencia del mencionado proyecto.

Particular que hago de su conocimiento para los fines consiguientes.

Atentamente,


 Psic. Clin. Zhenid Muñoz Vincés., Mg. Sc.
GESTORA ACADÉMICA DE LA
CARRERA DE PSICOLOGÍA CLÍNICA

Copia: CARPETA DEL ESTUDIANTE
 Archivo

ZMV/mltp



Anexo 3: Autorización para aplicación de reactivos



Ministerio
de Salud Pública



HOSPITAL GENERAL ISIDRO AYORA

Proceso de Gestión de Docencia e Investigación

Oficio 081- DDI-HIAL-MSP

Loja, 25 de marzo del 2019

Sr.

Cristian Pavel Lanchi Ochoa

ESTUDIANTE DE LA CARRERA DE PSICOLOGIA CLINICA DE LA UNL

Ciudad.-

De mis consideraciones

Por medio del presente me permito informar a usted, que atendiendo la solicitud presentada y luego de revisar nuestra base de datos de investigaciones, **SE AUTORIZA** realizar en este hospital su tesis titulada "LOCUS DE CONTROL Y SU RELACION CON ESTADOS ANSIOSOS EN PACIENTES PREVIO A SOMETERSE A INTERVENCIONES QUIRURGICAS EN EL HOSPITAL GENERAL ISIDRO AYORA DE LOJA, PERIODO 2018-2019", para lo cual usted debe coordinar con la Lic. Mirian Vacacela, responsable de Cirugía. Y por sugerencia del psicólogo Pablo Tapia, responsable del proceso de Psicología, "se realice un plan de intervención el mismo que deberá ser entregado a nuestra institución".

Particular que comunico para los fines consiguientes.

Atentamente,

Dr. Carlos Orellana Ochoa

RESPONSABLE DE DOCENCIA E INVESTIGACIÓN DEL HIAL .

D/R

HOSPITAL GENERAL
"ISIDRO AYORA"

COORDINACIÓN DE DOCENCIA
E INVESTIGACIÓN

Av. Manuel Agustín Aguirre y Juan José Samaniego
Teléfono: 2570540 ext. 7277
hialdireccion@hotmail.com



Anexo 4: Consentimiento Informado



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



CONSENTIMIENTO INFORMADO

El presente documento tiene el propósito de informarlo e invitarlo a participar en el proyecto de investigación titulado: “LOCUS DE CONTROL Y SU RELACIÓN CON ESTADOS ANSIOSOS EN PACIENTES PREVIO A SOMETERSE A INTERVENCIONES QUIRÚRGICAS EN EL HOSPITAL GENERAL ISIDRO AYORA DE LA CIUDAD DE LOJA. PERIODO 2018 - 2019” que tiene como objetivo determinar la relación entre el locus de control y el estado de ansiedad en pacientes previo a una intervención quirúrgica. El presente estudio se realizará mediante la aplicación, análisis, e interpretación de pruebas psicológicas.

La información obtenida a partir de sus respuestas en la prueba tendrá un carácter eminentemente confidencial de tal manera que su nombre no se hará público por ningún medio. Igualmente, usted podrá tener conocimiento de la interpretación de sus resultados y puntuaciones obtenidas en la prueba.

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

(Yo) _____, portador de la cédula de ciudadanía número _____ expreso voluntaria y conscientemente mi deseo de participar en la realización de la prueba en el lugar y hora prevista por el evaluador.

En constancia firma, _____.

Cristian Pavel Lanchi Ochoa

Anexo 5: Cuestionario de Ansiedad Estado-Rasgo

STAI

INSTRUCCIONES

A continuación, encontrará unas frases que se utilizan corrientemente para describirse uno a sí mismo. Lea cada frase e indique mejor cómo se **SIENTE USTED AHORA MISMO**, en este momento. No hay respuestas buenas ni malas. No emplee demasiado tiempo en cada frase y conteste señalando la respuesta que mejor describa a su situación presente

	Nada	Algo	Bastante	Mucho
1. Me siento calmado				
2. Me siento seguro				
3. Estoy Tenso				
4. Estoy contrariado				
5. Me siento cómodo (estoy a gusto)				
6. Me siento alterado				
7. Estoy preocupado ahora por posibles desgracias futuras				
8. Me siento descansado				
9. Me siento angustiado				
10. Me siento confortable				
11. Tengo confianza en mí mismo				
12. Me siento nervioso				
13. Estoy desasosegado				
14. Me siento muy “atado” (como oprimido)				
15. Estoy relajado				
16. Me siento satisfecho				
17. Estoy preocupado				
18. Me siento aturdido y sobreexcitado				
19. Me siento alegre				
20. En este momento me siento bien				

COMPRUEBE SI HA CONTESTADO A TODAS LAS FRASES CON UNA SOLA RESPUESTA

INSTRUCCIONES

A continuación, encontrará unas frases que se utilizan corrientemente para describirse uno a sí mismo. Lea cada frase e indique mejor cómo se **SIENTE USTED AHORA MISMO**, en este momento. No hay respuestas buenas ni malas. No emplee demasiado tiempo en cada frase y conteste señalado la respuesta que mejor describa a su situación presente.

	Nada	Algo	Bastante	Mucho
21. Me siento bien				
22. Me canso rápidamente				
23. Siento ganas de llorar				
24. Me gustaría ser tan feliz como otros				
25. Pierdo oportunidades por no decidirme pronto				
26. Me siento descansado				
27. Soy una persona tranquila, serena y sosegada				
28. Veo que las dificultades se amontonan y no puedo con ellas				
29. Me preocupo demasiado por cosas sin importancia				
30. Soy feliz				
31. Suelo tomar las cosas demasiado seriamente				
32. Me falta confianza en mí mismo				
33. Me siento seguro				
34. No suelo afrontar las crisis o dificultades				
35. Me siento triste (melancólico)				
36. Estoy satisfecho				
37. Me rondan y molestan pensamientos sin importancia				
38. Me afectan tanto los desengaños, que no puedo olvidarlos				
39. Soy una persona estable				
40. Cuando pienso sobre asuntos y preocupaciones actuales, me pongo tenso y agitado				

COMPRUEBE SI HA CONTESTADO A TODAS LAS FRASES CON UNA SOLA RESPUESTA

Anexo 6: Escala Internalismo-Externalismo

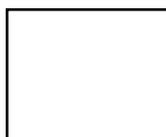
CLCR

A continuación, encontrará una serie de enunciados. Elija el que más se adecúe a su forma de pensar tachando A o B. Ninguna respuesta es correcta o incorrecta.

1	Los niños se meten en líos porque sus padres les castigan demasiado.	A
	Hoy en día, el problema con la mayoría de los niños es que sus padres son demasiado permisivos con ellos.	B
2	La mayoría de las situaciones tristes que ocurren en la vida de las personas se deben, en parte, a la mala suerte.	A
	Las desgracias que sufren las personas son el resultado de los errores que cometen.	B
3	Una de las principales razones de que haya guerras es que la gente no muestra suficiente interés en la política.	A
	Siempre habrá guerras, por mucho que la gente intente evitarlas.	B
4	A la larga, la gente logra el respeto que se merece en este mundo.	A
	Desafortunadamente, muchas veces el valor de una persona no es reconocido, a pesar de lo mucho que haga.	B
5	La idea de que los profesores son injustos con los alumnos es una tontería.	A
	La mayoría de los estudiantes no se da cuenta hasta qué punto las situaciones inesperadas influyen en sus calificaciones	B
6	Sin apoyo suficiente, uno no puede ser un líder eficaz	A
	Las personas capaces que no logran ser líderes es porque no han sabido aprovechar sus oportunidades.	B
7	No importa lo que hagas, siempre habrá alguien a quien no le caes bien.	A
	Las personas que no logran agradar a los demás es porque no saben relacionarse con los otros.	B
8	La herencia juega el principal papel en la determinación de la personalidad.	A
	Son nuestras experiencias de vida lo que determinan qué somos.	B
9	A menudo he notado que lo que tiene que suceder, sucederá.	A
	Confiar en el destino nunca ha resultado para mí tan bueno como el decidirme por un determinado curso de acción.	B
10	Para un estudiante bien preparado raramente existen los exámenes injustos	A
	Muchas veces las preguntas de los exámenes tienden a estar tan poco relacionadas con el trabajo en el curso, que estudiar resulta realmente inútil.	B
11	Llegar a tener éxito es cuestión de trabajo duro, la suerte tiene poco o nada que ver con ello.	A
	Conseguir un buen trabajo depende, principalmente, de estar en el lugar correcto, en el momento oportuno.	B

12	El ciudadano común puede tener influencia en las decisiones del gobierno.	A
	Este mundo está manejado por unas pocas personas que se encuentran en el poder, y el hombre común no puede hacer mucho respecto de ello.	B
13	Cuando hago planes estoy casi seguro de que podré ponerlos en marcha.	A
	No siempre es sensato hacer planes a demasiado largo plazo, porque muchas cosas se dañan, de algún modo, una cuestión de buena o mala suerte.	B
14	Hay ciertas personas que no son precisamente buenas.	A
	Hay algo bueno en cada uno.	B
15	En mi caso, conseguir lo que quiero tiene poco nada que ver con la suerte.	A
	Muchas veces podríamos decidir qué hacer simplemente tirando una moneda al aire.	B
16	Frecuentemente, llegar a ser jefe depende de haber tenido la buena suerte de estar primero en el lugar correcto.	A
	Lograr que las personas hagan lo correcto depende de su capacidad, la suerte tiene poco o nada que ver con ello.	B
17	En relación a los sucesos mundiales, la mayoría de nosotros somos las víctimas de fuerzas que no podemos ni entender ni controlar.	A
	Participando activamente en la política y en las cuestiones sociales, las personas pueden controlar lo que sucede en el mundo.	B
18	La mayoría de las personas no se dan cuenta hasta qué punto sus vidas están controladas por hechos accidentales.	A
	En realidad, no existe algo llamado "suerte"..	B
19	Uno debería estar siempre dispuesto a admitir sus errores.	A
	Generalmente, es mejor ocultar los propios errores.	B
20	Es difícil saber si, realmente, le agradas o no a una persona.	A
	La cantidad de amigos que tienes depende de cuán agradable eres.	B
21	A la larga, las cosas malas que nos suceden, se compensan con las buenas.	A
	La mayoría de las desgracias son el resultado de la falta de capacidad, ignorancia, pereza, o de las tres cosas a la vez.	B
22	Si nos esforzamos lo suficiente, podemos eliminar la corrupción en la política.	A
	Es difícil para la gente tener demasiado control sobre lo que hacen los políticos en su cargo.	B
23	A veces me cuesta entender cómo los maestros llegan a las notas que ponen.	A
	Hay una relación directa entre lo que estudio y las calificaciones que obtengo.	B
24	Un buen líder espera que las personas decidan por sí mismas lo que deben hacer.	A
	Un buen líder indica claramente a todos cuáles son sus tareas.	B
25	Muchas veces siento que tengo poca influencia sobre las cosas que me	A

	sucedan.	
	No me puedo creer que el azar y la suerte tienen un papel importante en mi vida.	B
26	Las personas que están solas es porque no intentan ser amigables.	A
	No tiene mucho sentido esforzarse demasiado en agradar a la gente, si les caes bien, les caes bien, y si no, nada.	B
27	En la escuela secundaria se pone mucho énfasis en el deporte.	A
	Los deportes en equipo son una excelente manera de moldear el carácter.	B
28	Lo que me sucede es el resultado de mis propias acciones.	A
	A veces siento que no tengo suficiente control sobre el rumbo que está tomado mi vida.	B
29	La mayoría de las veces no puedo comprender por qué los políticos se comportan de la forma en que lo hacen.	A
	A la larga, las personas son responsables de los malos gobiernos, tanto a nivel nacional como local.	B



Anexo 7: Memoria Fotográfica





Anexo 8: Certificado de traducción

Lic. Rafael Silva
DOCENTE DE FLUENCY LANGUAGE CENTER

CERTIFICA:

Que el documento aquí compuesto es fiel traducción del idioma español al idioma inglés del resumen de la tesis titulada: LOCUS DE CONTROL Y SU RELACIÓN CON ESTADOS ANSIOSOS EN PACIENTES PREVIO A SOMETERSE A INTERVENCIONES QUIRÚRGICAS EN EL HOSPITAL GENERAL ISIDRO AYORA DE LA CIUDAD DE LOJA. PERIODO 2018 – 2019, de la autoría del Sr. Cristian Pavel Lanchi Ochoa, con número de cédula 1105162323.

Lo certifica en honor a la verdad y autorizo al interesado hacer uso del presente en lo que a sus intereses convenga.

Loja, 30 de Julio de 2019.

Lic. Rafael Silva
DOCENTE DE FLUENCY LANGUAGE CENTER

Anexo 9: Proyecto de tesis



UNIVERSIDAD NACIONAL DE LOJA FACULTAD DE SALUD HUMANA

CARRERA DE PSICOLOGÍA CLÍNICA

TEMA:

Locus de control y su relación con estados ansiosos en pacientes previo a someterse a intervenciones quirúrgicas en el Hospital General Isidro Ayora de la ciudad de Loja. Periodo 2018 - 2019.

AUTOR:

Cristian Pavel Lanchi Ochoa

Proyecto de tesis previo a la obtención del
título de Psicólogo Clínico

a) TEMA

“LOCUS DE CONTROL Y SU RELACIÓN CON ESTADOS ANSIOSOS EN
PACIENTES PREVIO A SOMETERSE A INTERVENCIONES QUIRÚRGICAS EN EL
HOSPITAL GENERAL ISIDRO AYORA DE LA CIUDAD DE LOJA. PERIODO 2018 -
2019”

b) PROBLEMÁTICA

Los trastornos mentales afectan a un 10% de la población a nivel mundial, representando el 30% de enfermedades no mortales. Entre los años 1990 y 2013, el número de personas con trastornos, como depresión y ansiedad ha aumentado cerca de un 50%, es decir de 416 millones a 615 millones, mientras tanto la tasa de prevalencia de trastornos de ansiedad a nivel mundial es de 7,3%. La Organización Mundial de la Salud estima que, durante las emergencias como catástrofes, emergencias sanitarias o procedimientos quirúrgicos, 1 de cada 5 personas se verá afectada por depresión y ansiedad. (Chisholm, et al., 2016; OMS, 2016). La Organización Mundial de la Salud (citado por Motta, Hidalgo, Gola, Ortiz & Miatello, 2005) menciona que *“un 20 por ciento de la población mundial padecerá algún tipo de trastorno de ansiedad en algún momento de su vida”*.

Los procedimientos quirúrgicos son definidos como una forma de corregir una condición patológica, que es previamente evaluada con cuidado por diferentes especialidades médicas mediante exámenes de imagen y de laboratorio, para determinar la enfermedad y sus alcances; se ha demostrado que estos procedimientos pueden causar una perturbación en el estado emocional del paciente, ya sea en mayor o menor proporción, lo cual lo conducirá a cambios psicopatológicos tales como la ansiedad prequirúrgica y depresión, entre otras enfermedades mentales, que con su manifestación y en comorbilidad con la patología médica pueden llegar a confundir el cuadro clínico presente (Cárdenas, González, González & Pérez, 2011).

Las ideas que las personas tienen previo a la cirugía muchas veces están cargadas de creencias que provocan temor y ansiedad que puede llegar a ser excesiva, impidiendo

atravesar la situación con un adecuado control emocional y una recuperación efectiva (Rodríguez, et al. 2005).

Es común detectar que la ansiedad prequirúrgica se manifiesta desde el momento en que el paciente es informado de su diagnóstico, la misma que se mantiene a pesar de las explicaciones por parte del médico tratante, de que la intervención quirúrgica es la única solución a su malestar clínico. Además, esta condición se extiende días después del periodo postoperatorio y se mantiene durante el periodo de recuperación, extendiendo este proceso. Ciertos autores sugieren una preparación psicológica previa a la cirugía, de esta manera reduciendo la sintomatología ansiosa, además de los costos de hospitalización y promoviendo una recuperación adecuada (Cárdenas, González, González y Pérez, 2011; Vargas y López, 2010).

Williams y Wilkins (citado por Ahumada, 2010) mencionan que la ansiedad previa a procedimientos quirúrgicos es *“reportada a nivel mundial con una frecuencia de hasta el 85% y representa una amplia variedad en cuanto a la intensidad de esta respuesta y es independiente de la edad o sexo, nivel socioeconómico o naturaleza de la intervención quirúrgica”*.

Ahora bien, Rotter (1966) menciona que los seres humanos diferimos en la manera de cómo nos enfrentamos a situaciones nuevas y desconocidas, esto dependerá del locus de control, entendido como el grado con el que los individuos creen controlar su vida en base a una serie de eventos y acontecimientos que intervienen en ella, este locus de control puede ser interno, es decir que la persona tiene la capacidad de tener el control en cada acontecimiento de su vida o, por otro lado, si el locus de control es externo, en donde el

individuo no toma como suyas las responsabilidades de sus acciones, mentalizando que los resultados obtenidos son provenientes del azar o de cosas sobrenaturales (Bandura, 1999; De Minzi, 1990; Casique y López, 2007; Woolfolk, 1995)

Así mismo Bastos (2015) manifiesta que respecto a la salud, el locus de control interno es el que permite la adaptación a un nuevo estilo de vida, adoptando hábitos saludables, disminuyendo niveles de ansiedad y estableciendo una adherencia adecuada al tratamiento, sucediendo lo contrario con el locus de control externo, en el que predominan cogniciones negativas por lo que la respuesta al tratamiento no será favorable, debido a que la atribución de factores de casualidad o suerte lo mantendrán en constante inquietud acerca de los resultados de su tratamiento y por ende tendrá niveles más grandes de ansiedad.

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

¿El locus de control del paciente, tiene relación con el estado de ansiedad que experimenta, previo a una intervención quirúrgica?

c) **JUSTIFICACIÓN**

Mediante una revisión de literatura se evidenció que ciertos autores sugieren que la localización del locus de control puede influir en los niveles de ansiedad de un paciente previo a ser intervenido quirúrgicamente, representando una tasa del 85% a nivel global, llegando a acelerar o retardar su recuperación, y teniendo como consecuencia un mayor costo económico para el paciente y para el estado, requiriendo una estadía prolongada en el hospital, llegando a darse la saturación en el mismo. En lo social el presente proyecto de investigación se justifica dada la necesidad de implementar acciones preventivas que permitan mitigar o controlar estos estados emocionales en los pacientes.

Es importante mencionar que a nivel nacional se han detectado investigaciones que utilizan las dos variables de esta investigación, pero de forma independiente, es decir, no se han detectado estudios en la localidad en los que se correlacione el locus de control con la ansiedad prequirúrgica, como se lo plantea en el presente trabajo de investigación (Gaona, 2017; Gallegos, 2017; Landeta, 2016; Monteros, 2015; Mora, 2015).

En lo académico, sobre la base de los conocimientos obtenidos a través de la formación académica definida por la Universidad Nacional de Loja, Facultad de Salud Humana dentro de la Carrera de Psicología Clínica, y en cumplimiento al Reglamento Académico, se propone el presente proyecto de tesis que representa la oportunidad de llevar a la práctica y aplicación para el futuro del desarrollo profesional, contribuyendo como un aporte de investigación para la sociedad en general.

d) OBJETIVOS

OBJETIVO GENERAL

Determinar la relación entre el locus de control y el estado de ansiedad en pacientes previo a una intervención quirúrgica.

OBJETIVOS ESPECÍFICOS

- Identificar el locus de control prevalente en los pacientes del Área de Cirugía previo a ser intervenidos quirúrgicamente.
- Evaluar la ansiedad como estado en los pacientes previo a someterse a procedimientos quirúrgicos.
- Establecer la relación entre locus de control y estado de ansiedad en los pacientes previo a una intervención quirúrgica.
- Elaborar un plan de intervención que permita disminuir la ansiedad previo a la cirugía, promoviendo en el paciente la capacidad de adaptación a la situación estresante y al periodo de hospitalización posterior.

e) METODOLOGÍA

TIPO DE ESTUDIO

Tipo de enfoque

Se realizará un estudio con un enfoque de tipo mixto, es decir cuali-cuantitativo, ya que se utilizará reactivos psicológicos validados para evaluar las variables, que darán lugar a resultados cuantificables, para su análisis e interpretación posterior.

Tipo de diseño

El estudio tendrá un tipo de diseño, prospectivo, según el periodo y secuencia será de tipo transversal dado que se realizará en un periodo de tiempo único, de acuerdo al alcance de los resultados será descriptivo/correlacional, pues se analizará las características de las variables de forma independiente y a su vez se las asociará para conocer la relación en la población a trabajar.

MODALIDAD DE LA INVESTIGACIÓN

Se realizará investigación de campo, ya que se acudirá al Área de Cirugía del Hospital General Isidro Ayora Loja, en donde se utilizarán reactivos psicológicos, para la obtención de los datos.

UNIDAD DE ESTUDIO

Se realizará en el Hospital General Isidro Ayora de la Ciudad de Loja (HGIAL), una institución de segundo nivel de atención, forma parte del Ministerio de Salud Pública de la República del Ecuador, que brinda atención gratuita a la comunidad en diferentes especialidades y áreas, entre ellas se encuentra el Área de Cirugía a los pacientes diagnosticados con patologías que requieren diferentes tipos de intervención quirúrgicas ya sean programadas o emergentes. El HGIAL se encuentra ubicado en el centro de la ciudad, en la avenida Manuel Agustín Aguirre y Juan José Samaniego.

UNIVERSO Y MUESTRA

El universo constará de la totalidad de los pacientes hospitalizados por consulta preoperatoria desde la segunda semana de marzo, hasta la segunda semana del mes de mayo del presente año; se realizará en pacientes con diferentes patologías quienes serán sometidos a un procedimiento quirúrgico en el Área de Cirugía del Hospital General Isidro Ayora Loja.

Para la investigación, la muestra será elegida por muestreo no probabilístico por conveniencia, muestreo que se caracteriza porque los participantes son elegidos dada la conveniente accesibilidad y proximidad para el investigador y según los criterios de selección del estudio.

CRITERIOS DE INCLUSIÓN

- ✓ Pacientes con edades comprendidas entre 18 a 60 años de edad que se encuentran en el Área de Cirugía.
- ✓ Pacientes pre-quirúrgicos ingresados en cualquiera de las subáreas o unidades del Área de Cirugía.
- ✓ Pacientes que ingresan por cirugía programada.
- ✓ Al momento de la aplicación de reactivos deben tener como mínimo un día de hospitalización previo a la cirugía.

CRITERIOS DE EXCLUSIÓN

- X Pacientes menores de 18 años y mayores a los 60 años de edad que se encuentran en el Área de Cirugía.
- X Pacientes ingresados al Área de Emergencia, con diagnóstico que requiera una intervención quirúrgica inmediata.
- X Pacientes que presentan problemas psicóticos y alteraciones graves de las funciones psíquicas superiores.
- X Pacientes en estado de sedación o alteraciones de la conciencia.
- X Pacientes con alteraciones o discapacidades sensoriales graves que dificultaban la entrevista.

OPERACIONALIZACIÓN DE VARIABLES					
CATEGORIA	VARIABLE	DEFINICION	TIPO	INDICADORES	INSTRUMENTO
A	Variable Independiente Locus de control	Es un rasgo de la personalidad destacado por ser estable en el tiempo, el cual sitúa a las personas en un continuo de acuerdo a la responsabilidad con la cual cada una de ellas acepta los eventos que experimenta a diario en su vida. Estos pueden ser positivos, negativos o neutros (Selart, 2005).	Cualitativa Cuantitativa	<ul style="list-style-type: none"> • Locus de control interno. • Locus de control externo. 	Escala Internalismo – Externalismo de Rotter, 1966.
B	Variable dependiente Ansiedad como Estado	La ansiedad estado (A/E) está conceptualizada como un estado o condición emocional transitoria del organismo humano, que se caracteriza por	Cualitativa Cuantitativa	<ul style="list-style-type: none"> • Ansiedad como Estado. • Ansiedad como Rasgo 	Cuestionario de Ansiedad Estado-Rasgo (STAI) de Spielberger, 2015.

		sentimientos subjetivos, conscientemente percibidos, de tensión y aprensión, así como por una hiperactividad del sistema nervioso autónomo. Puede variar con el tiempo y fluctuar en intensidad (Spielberger, et al. 2015).			
DATOS SOCIODEMOGRÁFICOS	Edad	Tiempo transcurrido a partir del nacimiento de un individuo	Cuantitativa	Años cumplidos	Ficha sociodemográfica
	Sexo	Condición biológica que distingue a un ser humano como hombre o mujer	Cuantitativa	Masculino Femenino	
	Nivel de instrucción	Grado obtenido de estudios realizados o en curso, sin tener en cuenta si se han terminado o están incompletos	Cuantitativa	Primario Secundario Medio Superior	
	Estado civil	Situación de	Cuantitativa	Casado/a	

		las <u>personas físicas</u> determinada por sus relaciones de <u>familia</u> , provenientes del <u>matrimonio</u> o del <u>parentesco</u>		Soltero/a Divorciado/a Separado/a Unión Libre	
	Ocupación	Trabajo u oficio que desempeña una persona	Cuantitativa	Empleo que la persona realiza en la actualidad	
	Nivel socioeconómico	Medida total económica y sociológica combinada de la preparación laboral de una persona y de la posición económica.	Cuantitativa	Alto Medio-alto Medio Medio-bajo Bajo	

f) **CRONOGRAMA**

ACTIVIDADES - PERIODO 2018	OCTUBRE					NOVIEMBRE					DICIEMBRE					ENERO				
	1	2	3	4	5	1	2	3	4	5	1	2	3	4	5	1	2	3	4	5
Búsqueda de información para determinar la problemática a investigar	X	X	X	X																
Problematización del tema investigado					X	X	X													
Búsqueda de fuentes bibliográficas		X	X	X						X	X	X	X							
Elaboración de la justificación y operacionalización de variables							X	X	X	X				X	X	X	X	X		
Elaboración de marco teórico													X	X	X	X	X			
Búsqueda de instrumentos y elaboración de metodología																X	X	X	X	
Presentación del proyecto para la aprobación y pertinencia del mismo																				X

