UNIVERSIDAD DE SAN CARLOS DE GUATEMALA
ESCUELA DE CIENCIAS PSICOLOGICAS

IMPORTANCIA DE LAS TECNICAS DE PSICOTERAPIA EN PACIENTES PRE-OPERATORIOS COMO FACTOR INHIBIDOR DE LOS PROCESOS DE ANSIEDAD

Experiencia Psicoterapéutica en pacientes pre-operatorios comprendidos entre los 18 a 60 años de edad, recluidos en el Hospital Nacional San Juan de Dios Amatitlán durante el año de 1995.

TESIS

Presentada a la Honorable Junta Directiva de la Escuela de Ciencias Psicológicas de la Universidad de San Carlos de Guatemala.

POR

RONY JOEL LANUZA MUÑOZ

En el acto de investidura de:

LICENCIADO EN PSICOLOGIA

Guatemala, octubre de 1995

UNIVERSIDAD DE SAN CARLOS
DE GUATEMALA

ESCUELA DE
CIENCIAS PSICOLOGICAS
EDIFICIOS "M-5, M-3"
CIUDAD UNIVERSITARIA, ZONA 12
TELEFONOS: 760790-94 Y 760985-86
GUATEMALA, CENTRO AMERICA

TRIBUNAL EXAMINADOR

LICENCIADO WALTER RENÉ SOTO REYES
DIRECTOR

LICENCIADO ABRAHAM CORTEZ MEJÍA
SECRETARIO

LICENCIADO FELIPE ALBERTO SOTO RODRÍGUEZ
REPRESENTANTE CLAUSTRO DE CATEDRATICOS

UNIVERSIDAD DE SAN CARLOS
DE GUATEMALA

ESCUELA DE
CIENCIAS PSICOLOGICAS
EDIFICIOS "M-5, M-3"
CIUDAD UNIVERSITARIA, ZONA 12
TELEFONOS 760790-94 Y 760985-86
GUATEMALA, CENTRO AMERICA

cc.: Control Acad.
CIEPs.
Archivo

REG. 566-95

CODIPs. 451-95

DE ORDEN DE IMPRESION INFORME FINAL DE INVESTIGACION.

Septiembre 26 de 1995

Señor Estudiante
RONY JOEL LANUZA MUÑOZ
Escuela de Ciencias Psicológicas
Edificio

Señor Estudiante:

Para su conocimiento y efectos consiguientes, transcribo a usted el Punto QUINTO del Acta TREINTA Y DOS NOVENTA Y CINCO (32-95) de fecha veintidós de septiembre del año en curso, que copiado literalmente dice:

"QUINTO: El Consejo Directivo conoce el expediente que contiene el Informe final de INVESTIGACION titulado: **"IMPORTANCIA DE LAS TECNICAS DE PSICOTERAPIA EN PACIENTES PRE-OPERATORIOS COMO FACTOR INHIBIDOR DE LOS PROCESOS DE ANSIEDAD"**, de la carrera LICENCIATURA EN PSICOLOGIA, realizado por:

RONY JOEL LANUZA MUÑOZ CARNET No. 90-18430

El presente trabajo fue asesorado durante su desarrollo por el Licenciado Luis Roberto Mazariegos Ríos y revisado por el Licenciado Helvin Orlando Velásquez Ramos.

Con base en lo anterior, el Consejo Directivo AUTORIZA LA IMPRESION del mismo para los trámites correspondientes de graduación, los que deberán estar de acuerdo con el Instructivo para elaborar Investigación o Tesis, con fines de graduación profesional."

Atentamente,

"ID Y ENSEÑAD A TODOS"

ESCUELA DE CIENCIAS PSICOLOGICAS
CONSEJO DIRECTIVO
U.S.A.C.

Licenciado Abraham Cortez Mejía
SECRETARIO

/rmp.

UNIVERSIDAD DE SAN CARLOS
DE GUATEMALA

ESCUELA DE
CIENCIAS PSICOLOGICAS
EDIFICIOS "M-5, M-3"
CIUDAD UNIVERSITARIA, ZONA 12
TELEFONOS: 760790-94 Y 760985-86
GUATEMALA, CENTRO AMERICA

CIEPs. 255-95

REG. 566-95

Guatemala, 5 de septiembre de1995

Universidad de San Carlos
ESC. CIENCIAS PSICOLOGICAS
RECIBIDO
8 SET. 1995
4:00 HORA

INFORME FINAL

SEÑORES
CONSEJO DIRECTIVO
ESCUELA DE CIENCIAS PSICOLOGICAS
EDIFICIO

SEÑORES:

Me dirijo a ustedes para informarles que el Licenciado HELVIN ORLANDO VELASQUEZ RAMOS, ha procedido a la revisión y aprobación del **INFORME FINAL DE INVESTIGACION**, titulado: **"IMPORTANCIA DE LAS TECNICAS DE PSICOTERAPIA EN PACIENTES PRE-OPERATORIOS COMO FACTOR INHIBIDOR DE LOS PROCESOS DE ANSIEDAD"**, que corresponde a la Carrera de **LICENCIATURA EN PSICOLOGIA**, presentado por el estudiante:

NOMBRE	CARNET No.
RONY JOEL LANUZA MUÑOZ	90-18430

Agradeceré se sirvan continuar con los trámites correspondientes.

Atentamente,

"ID Y ENSEÑAD A TODOS"

LIC. FELIPE ALBERTO SOTO RODRIGUEZ
COORDINADOR CENTRO DE INVESTIGACIONES
EN PSICOLOGIA

FASR/edr
c.c. archivo

ESCUELA DE CIENCIAS PSICOLOGICAS
DEPTO. DE INVESTIGACIONES EN PSICOLOGIA
COORDINACION
DEDIPs
UNIVERSIDAD DE SAN CARLOS DE GUATEMALA

UNIVERSIDAD DE SAN CARLOS
DE GUATEMALA

ESCUELA DE
CIENCIAS PSICOLOGICAS
EDIFICIOS "M-5, M-3"
CIUDAD UNIVERSITARIA, ZONA 12
TELEFONOS: 760790-94 Y 760985-86
GUATEMALA, CENTRO AMERICA

CIEPs.

Guatemala,

LICENCIADO
FELIPE ALBERTO SOTO R.
COORDINADOR a.i.
CENTRO DE INVESTIGACIONES EN PSICOLOGIA
EDIFICIO

LICENCIADO SOTO:

De manera atenta me dirijo a usted para informarle que he procedido a la revisión del **INFORME FINAL DE INVESTIGACION**, titulado: **"IMPORTANCIA DE LAS TECNICAS DE PSICOTERAPIA EN PACIENTES PRE-OPERATORIOS COMO FACTOR INHIBIDOR DE LOS PROCESOS DE ANSIEDAD"**, de la Carrera de **LICENCIATURA EN PSICOLOGIA**, elaborado por el estudiante:

NOMBRE	CARNET No.
RONY JOEL LANUZA MUÑOZ	90-18430

Por considerar que el trabajo cumple con los requisitos establecidos por el Centro de Investigaciones en Psicología, emito **DICTAMEN FAVORABLE**, solicitando continuar con los trámites correspondientes.

Atentamente,

"ID Y ENSEÑAD A TODOS"

LIC. ALVIN ORLANDO VELASQUEZ R.
DOCENTE REVISOR

ESCUELA DE CIENCIAS PSICOLOGICAS
DEPTO. DE INVESTIGACIONES EN PSICOLOGIA
COORDINACION
DECIPS
UNIVERSIDAD DE SAN CARLOS DE GUATEMALA

HOVR/edr
c.c. archivo

Guatemala 30 de Julio de 1995.

Licenciado
Felipe Alberto Soto Rodriguez
Coordinador del Departamento de
Investigaciones en Psicologia
Edificio.

Licenciado Soto.

Informo a usted que he procedido a la asesoria del Informe final de investigación titulado "IMPORTANCIA DE LAS TECNICAS DE PSICOTERAPIA EN PACIENTES PRE-OPERATORIOS COMO FACTOR INHIBIDOR DE LOS PROCESOS DE ANSIEDAD". Y llevando por subtitulo "EXPERIENCIAS PSICOTERAPEUTICAS EN PACIENTES PRE-OPERATORIOS COMPRENDIDOS ENTRE LOS 18 A LOS 60 AÑOS DE EDAD RECLUIDOS EN EL HOSPITAL NACIONAL SAN JUAN DE DIOS AMATITLAN DURANTE EL AÑO 1995". Correspondiente a la carrera de Licenciatura en Psicologia presentado por el estudiante:

RONY JOEL LANUZA MUÑOZ CARNET 9018430

Considero que el informe en referencia llena los requisitos exigidos por el Comité de investigación por lo que emito dictamen favorable.

Atentamente

"ID Y ENSEÑAD A TODOS"

LIC. LUIS ROBERTO MAZARIEGOS RIOS.
ASESOR

UNIVERSIDAD DE SAN CARLOS
DE GUATEMALA

ESCUELA DE
CIENCIAS PSICOLOGICAS
EDIFICIOS "M-5, M-3"
CIUDAD UNIVERSITARIA, ZONA 12
TELEFONOS: 760790-94 Y 760985-86
GUATEMALA, CENTRO AMERICA

cc.: Control Acad.
CIEPs.
archivo

REG. 566-95

CODIPs. 160-95

APROBACION DE PROYECTO DE INVESTIGACION Y NOMBRAMIENTO DE ASESOR

12 de junio de 1995

Señor Estudiante
RONY JOEL LANUZA MUÑOZ
Escuela de Ciencias Psicológicas
Edificio

Señor Estudiante

Para su conocimiento y efectos consiguientes, transcribo a usted, el Punto SEXTO (6o.) del Acta DIECISIETE NOVENTA Y CINCO (17-95) de Consejo Directivo, de fecha 8 del mes en curso , que copiado literalmente dice:

"**SEXTO**: El Consejo Directivo conoce el expediente que contiene el Proyecto de Investigación titulado: **"IMPORTANCIA DE LAS TECNICAS DE PSICOTERAPIA EN PACIENTES PRE-OPERATORIOS COMO FACTOR INHIBIDOR DE PROCESOS DE ANSIEDAD"**, de la carrera: LICENCIATURA EN PSICOLOGIA, presentado por:

RONY JOEL LANUZA MUÑOZ **CARNET 90-18430**

El Consejo Directivo considerando que el proyecto en referencia satisface los requisitos metodológicos exigidos por el Centro de Investigaciones en Psicología -CIEPs., resuelve aprobarlo y nombrar como asesor al Licenciado Luis Roberto Mazariegos Ríos ."- - - - -

Atentamente,

" ID Y ENSEÑAD A TODOS "

Licenciado Abraham Cortez Mejía
SECRETARIO

ESCUELA DE CIENCIAS PSICOLOGICAS
CONSEJO DIRECTIVO
USAC.

/Lillian

HOSPITAL NACIONAL DE AMATITLAN
GUATEMALA, C.A.
Dirección: 7a. Calle y 10a. Avenida Esquina
Teléfonos: Nos. 0330-348 y 0330-463

Núm. 173/95
Ref.

Al contestar sírvase mencionar el Número y Referencia de esta hoja.

Agosto 9 de 1,995.

Licenciado
Felipe Alberto Soto Rodríguez
Coordinador del Departamento de
Investigaciones en Psicología
P t e.-

Licenciado Soto:

De manera atenta me dirijo a usted, para hacer de su conocimiento que el estudiante de la carrera de Licenciatura en Psicología RONY JOEL LANUZA MUÑOZ realizó en este Centro Hospitalario su trabajo de tesis titulado "IMPORTANCIA DE LAS TECNICAS DE PSICOTERAPIA EN PACIENTES PRE-OPERATORIOS COMO FACTOR INHIBIDOR DE LOS PROCESOS DE ANSIEDAD".

Sin otro particular, me suscribo de usted.

Atentamente,

Dr. Juan Antonio Villeda R.
Director

HOSPITAL NAC. E INFANTIL
MINISTERIO DE SALUD PUBLICA Y ASISTENCIA SOCIAL
DIRECCION
AMATITLAN

/egs.
cc. archivo

ATO O . DEDICO

A DIOS	Por permitirme llegar a la cuspide de mi carrera.
A MI PATRIA GUATEMALA	Por permitirme a través de la Universidad de San Carlos realizarme como profesional.
A MI INSTITUCION	Por brindarme ese apoyo sin el cual no hubiese podido llegar hasta donde ahora me encuentro.
A MI PADRE DANIEL	y a todos los que como él aún habiendo pasado a la inmortalidad siguen como antorchas vivas iluminando por siempre nuestros senderos.
A MI MADRE REBECA	Por ese ejemplo de bondad y abnegación.
A MI ESPOSA LUCY	Por esa paciencia comprension colaboracion y apoyo.
A MIS HIJAS JAKELINE Y SHARIEL	Pequeños seres que le dan sentido a mi existencia.
A MIS HERMANOS LUIS, ERNESTO, MAYNOR, SERGIO, JULIETA, DINA FLORENCIA, AGUSTIN, JUAN, CAROLINA E IXMUCANE.	Ejemplo de lucha y perseverancia.
A MIS SOBRINOS	
A MIS SUEGROS:	Por su cariño y apoyo moral.
A MIS DOCENTES	Por ser mis forjadores pero en especial al Licenciado Roberto - Mazariegos y al licenciado Helvin Velásquez Ramos por su asesoria profesional que hizo posible éste trabajo, con el más profundo agra decimiento.
AL DR. JUAN A. VILLEDA	Por abrirme las puertas de esa institucion hospitalaria para la elaboración del presente trabajo.

PADRINOS DE GRADUACION

LICENCIADO LUIS ROBERTO MAZARIEGOS RIOS
PSICOLOGO
UNIVERSIDAD DE SAN CARLOS DE GUATEMALA

LICENCIADO HELVIN ORLANDO VELASQUEZ RAMOS
PSICOLOGO
UNIVERSIDAD DE SAN CARLOS DE GUATEMALA

PROLOGO

La presente investigación que se realizó en el hospital nacional San Juan de Dios Amatitlán, con pacientes adultos de ambos sexos, nació de la inquietud del investigador de determinar la importancia de las técnicas de psicoterapia en pacientes pre-operatorios como factor inhibidor de los procesos de ansiedad, y dejarlo como un aporte a las ciencias psicológicas.

En la actualidad como es sabido por todos, la ansiedad ha pasado a formar parte de la división ontológica de la especie humana llegando incluso a decirse que vivimos en un período ansiogenético. La justificación de esta investigación radica en que cada individuo es atendido en forma individual, pero este individuo forma parte integral de nuestra sociedad, por lo que nadie de los integrantes de este gran grupo social, está excento de presentar en determinado momento los síntomas de la ansiedad, que si bien el tratamiento está orientado a pacientes pre-operatorios, la investigación resulta de grán beneficio a nuestra sociedad en general, ya sea recibiendo el tratamiento como paciente pre-operatorio o bien recibiendolo en alguna clínica en particular.

Las circunstancias que llevaron esta investigación son: la constante presencia de los síntomas de la ansiedad en este tipo de pacientes, quienes por presentar estos síntomas tiende a retardar aún más su operación llegando en algunos casos a

suspenderse por lo peligroso que resultaría si se realizara dicha operación en ese momento.

La presente investigación se dedica y agradece especialmente a Dios por permitirme la oportunidad de llegar hasta donde me encuentro acrecentando con esto aún más mis conocimientos, a mi familia por tenerme la paciencia ademas de brindarme el apoyo necesario que requiere la carrera, al Licenciado Helvin Velásquez por su esfuerzo de acrecentar cada vez más mis conocimientos, al Licenciado Roberto Mazariegos por su desinteresada colaboración, y por ultimo al Dr. Antonio Villeda por brindarme todo el apoyo al abrirme las puertas del hospital para la realización de la presente investigación.

CAPITULO I

INTRODUCCION

Si bien en el principio de la evolución humana, la necesidad de subsistencia era la que prevalecía en el individuo para poder alcanzar la plena satisfacción, y ello era la base de la actividad psíquica. Pero al transcurrir del tiempo, el humano ha tenido la capacidad de poder desarrollar su intelecto de forma tal que ya no es la necesidad exclusiva de la subsistencia la base de la actividad psíquica sino por el contrario, el hombre con todo el saber científico, es ahora quien maneja las variables que condicionan su necesidad. En la actualidad dichas variables están enfocadas a acrecentar el acopio científico que ya posée, ya no es manipulado por las necesidades básicas de subsistencia por lo tanto el hombre se vuelve más productivo, más activador y menos pasivo.

Si se observa al hombre como un ser desarrollado y evolucionado y tomando también en cuenta los aspectos bio-psico-sociales en un ordenamiento lógico y secuencial, se intenta hacer una integración de ellos, con el objeto de darle sentido a la individualidad que caracteriza al ser humano, quien suele satisfacer sus necesidades de los nutrimentos biológicos escenciales al ingerir diversos alimentos que incluyen cuatro grupos a saber: (1) Grupo de los lácteos, (2) Grupo de las carnes (3) verduras, y (4) los cereales.

Debe destacarse que la necesidad de un individuo depende de muchas variables que actúan aisladamente en combinación o de modo

sinérgico. La institución genética y los factores ambientales pueden originar falta de afecto en una dieta pobre en un nutrimento escencial para un individuo, en tanto que la misma dieta en otro puede originar enfermedad patente. (1)

En la vida adulta la necesidad diaria de cada uno de los nutrimentos escenciales puede aumentar un grán número de influencias. Por ejemplo un individuo que presente algún tipo de enfermedad puede tener mayor pérdida de nutrimentos escenciales y más aún si descubre que la única manera de solventar dicha problemática es por medio de una intervención quirúrgica, viéndose en la necesidad de internarse en un hospital ya sea éste público o privado, el cual va a estar determinado por su condición socioeconómica. Dicha persona como unidad bio-psico-social responde integralmente a la enfermedad, pero su cuerpo biológico no se reciente sin que su componente psíquico también lo haga requiriendonos esto que el enfoque debe ser multidisciplinario.

La enfermedad o los padecimientos mismos provocan en el paciente el aparecimiento de síntomas específicos tales como: ansiedad, depresión, estress, angústia, desvalorización personal, falta de motivación y otros trastornos que juntamente con los efectos colaterales del medicamento y unidos a la sensación de soledad y abandono, el aislamiento, la reclución y el rompimiento de las relaciones afectivas familiares, sociales

(1) Robbins. Patología Estructural y Funcional. Editorial Interamericana, Mexico, 1975, Pags.177, 178, y 179.

escolares y laborales generan en el individuo actitudes que influyen negativamente en él.

Dentro del factor psicológico el estilo de la personalidad es tan estable y característico, ya que los individuos tienden a comportarse de acuerdo a patrones reconocibles. Aunque cada individuo es único, ciertos rasgos de carácter tienden a presentarse en grupos naturales; por ejemplo las personas muy concientes son con frecuencia ordenadas, meticulosas y (quiza) excesivamente dedicadas al trabajo.

La personalidad de un paciente tiene interés desde el punto de vista médico cuando interfiere con el cumplimiento del tratamiento o contribuye a los síntomas. Durante las enfermedades médicas serias, es frecuente que los pacientes reaccionen y se comporten de modo más inmaduro que lo habitual, y las características de su personalidad tienden a hacerse más prominentes y rígidas, lo cual ocasiona dificultades al médico encargado del caso, existiendo formas bien establecidas para reconocer y resolver el impacto de la personalidad del sujeto sobre el tratamiento.

Existen algunos individuos sin embargo que tienen estilos de personalidad crónicamente mal adaptados, que persisten tanto en la salud como en la enfermedad, conociéndose en términos psicológicos como "trastornos de la personalidad". Los trastornos de la personalidad pueden coexistir, y de hecho lo hacen muchas veces, incluyendo los trastornos de ansiedad; sugiriendonos la

literatura que la presencia de un trastorno de la personalidad en asociación con un trastorno de ansiedad es en realidad fuente primaria de las dificultades de un paciente.

La importancia de los trastornos de la personalidad radica en dos razónes (1) la ansiedad es con frecuencia una característica importante del trastorno de personalidad y (2) muchos pacientes con trastornos de ansiedad tienen rasgos de personalidad que complican o dificultan el tratamiento. Existen varios tipos de trastornos de la personalidad por lo que haremos una descripción breve de algunos trastornos de personalidad.

Los individuos con trastornos de personalidad de evitación desean interaccionar con otras personas y tienen capacidad para hacerlo, pero hacen frente a su ansiedad social mediante la evitación. Son hipersensibles al rechazo, temen el ridículo, desean una aceptación sin críticas y les preocupan de forma exagerada los peligros o las molestias de las situaciones de la vida diaria.

En los Trastornos de personalidad dependiente los individuos se basan de modo excesivo en los demas para obtener soporte. Tienen dificultad para tomar iniciativas y se sienten inútiles por sí mismos; para evitar el abandono muchas veces mantienen relaciones sociales o laborales infelices o improductivas, y permanecen subordinados debido a que temen funcionar independientemente; ademas estos individuos pueden experimentar riesgo de trastorno de ansiedad generalizada.

Por otro lado en el trastorno de personalidad obsesivo compulsiva Este tipo de pacientes son las personas perfeccionistas; la rigidez y el perfeccionismo son suficientemente pronunciados para interferir con su efectividad. Aunque las normas altas pueden tener valor a veces en el trabajo, la incapacidad para tomar decisiones o delegar tareas puede ser perjudicial. Las calidades de control y demanda hacen sus relaciones personales insatisfactorias en muchas ocaciones. Pueden experimentar riesgo aumentado de trastorno obsesivo-compulsivo, que se caracteriza por pensamientos intrusivos persistentes y comportamientos dirigidos y ritualizados.

En el Trastorno de personalidad pasivo agresiva Estos pacientes expresan su agresión indirectamente. Temerosos de ser criticados o rechazados si discuten, se resisten a las demandas mediante obstinación "olvido" o mostrando indiferencia deliberada hacia tareas que no les gustan. Gran parte de ese comportamiento, o todo él puede ser inconciente, y de modo típico estos sujetos no reconocen ni aceptan la responsabilidad de sus maneras exasperantes; muchas veces carecen de confianza y autoestima y con frecuencia no han sido valorados nunca por sus méritos intrínsecos como seres humanos. Para establecer el diagnóstico es necesario que el comportamiento típico tenga carácter permanente y no que aparezca sólo en determinadas situaciones.

En los trastornos de personalidad límite Los individuos con este trastorno conocido también como "borderline" pueden ser difíciles

y demandantes, con un patrón persistente de inestabilidad en sus vidas emocionales y laborales. Las relaciones oscilan con frecuencia entre extremos de idealización y desvaloración de los demás, y pueden tener relaciones tormentosas con sus médicos. Suelen ser impulsivos y tener hábitos autodestructivos, como gasto excesivo, abuso de sustancias, relaciones sexuales indiscriminadas o excesos en comidas. Experimentan cambios de humor marcados, súbitos de corta duración e intensos.

La ira es una característica prominente, con crísis temperamentales frecuentes, pueden existir gestos, amenazas, intentos de suicidio o comportamiento de automutilación; ademas de tener alteraciones de la identidad marcadas y persistentes, que se manifiestan por incertidumbre en temas tan básicos como elección de profesión, orientación sexual, escala de valores y autoimagen. Se sienten crónicamente vacíos y aburridos y muchas veces huyen de los sentimientos que consideran insoportables.

Aunque temen el abandono, muchas veces lo provocan con su comportamiento anómalo. De modo no sorprendente, los pacientes con personalidad límite sufren con frecuencia ansiedad aguda y crónica y trastornos afectivos, quizá complicados por abuso de sustancias. (2)

(2) Silva Jorge Alberto Trastornos de la ansiedad. Editorial Asociación Mundial psiquiatrica, 1992, Págs. 35,36 y 37.

Todos hemos presentado alguna vez ansiedad, que no es mas que es una respuesta normal a amenazas dirigidas contra el cuerpo de uno mismo, posesiones, modo de vida, seres queridos o valores acariciados.

Aunque Freud al principio propuso una base fisiológica de la ansiedad, posteriormente concluyó que la ansiedad servia como una señal para el ego, del surgimiento del conflicto o impulso inconcientes. Lo que sí es cierto es que la ansiedad es un estado emocional displacentero cuyas fuentes son fáciles de identificar, ya que frecuentemente se acompaña de síntomas fisiológicos que pueden conducir a la fatiga o incluso al agotamiento.

La intensidad de la ansiedad tiene muchos grados que van desde inquietudes menores hasta temblores notables e incluso pánico, siendo ésta la forma más extrema de la ansiedad. La evolución de la ansiedad también varía de algunos segundos a horas, o incluso días o meses, aunque los episodios de pánico por lo general se reducen diez minutos y rara vez duran más de 30 minutos. Si la ansiedad surge de forma inesperada se le llama ansiedad espontánea, y si es muy intensa se le llama pánico espontáneo, cuando ocurre la ansiedad predeciblemente en situaciones específicas se le denomina ansiedad situacional o fóbica, y si es extrema pánico situacional o fóbico, y para describir la ansiedad desencadenada por el simple pensamiento de situaciones particulares la describimos como ansiedad anticipatoria o pánico anticipatorio.

La ansiedad comunmente ocurre como una manifestación de la preocupación apropiada acerca de los trastornos médicos y psicológicos, los problemas médicos que involucran cualquier sistema corporal puede producir ansiedad como un síntoma.

Ansiedad y depresión al menos tres cuartas partes de los pacientes con depresión primaria se quejan de sentirse ansiosos, preocupados o temerosos. La ansiedad extrema puede ocurrir, en la depresión agitada, en forma de expresiones faciales angustiadas; morderse los labios, cogerse los dedos uñas o ropa, retorcerse la manos; ir y venir constante, e incapacidad de sentarse tranquilamente. A la inversa de la ansiedad primaria puede ser depresiva por sí sola. Si la ansiedad persiste, y particularmente si interfiere en el funcionamiento, la depresión secundaria es la regla más que la escepción. Algunos pacientes tienen trastornos tanto depresivos primarios, como de ansiedad primaria.

Psicodinamia: De acuerdo a la teoría psicoanalítica la ansiedad es vista como una emoción del ego, ademas de ser vista como el indicio clave de un conflicto psicológico oculto. Algunos terapeutas conductuales sostienen que la ansiedad es una respuesta aprendida a algún estímulo nocivo. Cuando una situación o ún estímulo provocan ansiedad en una persona, que entonces los evita la ansiedad es disminuida y la persona aprende a reducir la ansiedad evitando las situaciones que la provocan.

Agorafobia: Ésta consiste en un temor de ser atrapado en una situación, de la cual, una escapatoria graciosa y rápida hacia la seguridad sería difícil o molesta si el paciente siente incomodidad. Las situaciones con probabilidad de inducir temor y evitación incluyen ir a la iglesia y a los espectáculos deportivos donde el individuo tal vez sea sentado lejos de un pasillo; comer fuera especialmente en restaurantes formales; citas con el dentista, etc. Ser acompañado por un miembro de la familia o un amigo en el que se confía, les permite a muchos individuos agorofóbicos incrementar el número de situaciónes incomodas posibles que pueden tolerar y ampliar la variedad de sus excurciones. En los que sufren pánico el temor de desmayarse durante un ataque, es el temor más común despues del temor al pánico mismo, la depresión con su incremento concomitante en el bióxido de carbono ionizado y fósforo sanguíneos, produce parestesias, cambios visuales y sentimientos de irrealidad que contribuyen al temor de desmayarse.

El desmayo real, si es que ocurre durante el pánico debe ser excesivamente raro, ya que ninguno de los pacientes vistos por los autores se ha desmayado durante un ataque de pánico. Por definición las fóbias son temores irracionales que involucran la evitación de objetos o situaciones, que es muy probable que produzcan daño, y a los que la mayoría de la gente se acerca sin incomodidad. Los pacientes agorofóbicos lamentan su incapacidad para enfrentar las situaciones cotidianas y a menudo se

desalientan, deprimen y desmoralizan por la limitación en sus vidas ocacionadas por la agorafobia. (3)

Las fobias algunas veces comienzan con un ataque de ansiedad, pero este se cristaliza alrededor de un determinado objeto o situación (elevador, serpientes, oscuridad) mientras el objeto o situación temido puede evitarse, la ansiedad no alcanza proporciones que nos alteren.

Trastornos obsesivos compulsivos: Los actos y pensamientos repetitivos tiranizan a los individuos que padecen de trastornos obsesivos compulsivos. Los individuos obsesivos no pueden apartar alguna idea de su mente, se angustian si se les impide realizar sus compulsiones o pensar en sus obsesiones; sin embargo al mismo tiempo, los obsesivos-compulsivos reconocen la irracionalidad de su conducta y tratan periodicamente de resistirla.

Ansiedad patológica: La ansiedad es considerada patológica:

(1) cuando parece ser desencadenada por algún acontecimiento menor u ocurre sin causa conocida o,

(2) cuando es extraoridinariamente intensa y persistente. La persistencia (cronicidad) de la ansiedad es evidencia de que la misma ya no sirve más como señal de peligro sino que se ha convertido en un peligro y en una carga por sí misma.

Existen diferencias constitucionales en la tendencia a

(3) Howard H. Goldman Psiguiatría general. Editorial El Manual Moderno, Mexico, D.F. 1989, Págs. 367 y 368

convertirse en ansioso, las amplias diferencias observadas en la reactividad neurovegetativa y otras medidas del temperamento en los recien nacidos debe tener una base genética, o al menos congénita; ademas cada adulto tiene su propia historia de experiencias diferentes. Por ejemplo para un individuo la visión de un cuello clerical, puede provocar la anticipación ansiosa del infierno y la condenación: mientras que para otros la misma señal provoca una fantasía satisfactoria de bondad y de comodidad. (4)

en el caso de Los pacientes que deben ser hospitalizados para recibir un tratamiento adecuado, con el objeto de intentar por medio de la intervención quirúrgica retornar al paciente a un estado adecuado de normalidad, regularmente se ven atacados por una ansiedad generalizada adoptando la actitud de un centinela respecto a la vida. Ya instalado en su cama mientras espera el día y hora en que será su intervención constantemente escudriña el horizonte en busca de peligros, no necesariamente de naturaleza física, pero que a menudo no puede especificar en que consisten esos peligros, esta vigilancia exagerada está relacionada con su estado sobreexitado; pues sabe y está seguro que alguna clase de desventura ocurrirá durante su operación, y más aún cuando ha presenciado la muerte de algun paciente post-operatorio, trayendo esto consigo síntomas específicos tales como: la ansiedad acompañada de manifestaciones somáticas comunes propias de la ansiedad entre ellas respiración excesiva, tensión

(4) Irwin G. Sarason Psicología anormal. Editorial Trillas México, 1988, Págs. 177, 178, y 179.

músculo esquelética, cefalgia tensional, constricción de la parte posterior del cuello y del pecho, vos temblorosa, dolor de espalda, respiraciones suspirantes, trastornos funcionales gastrointestinales: dolor abdominal, anorexia, nausea, mal sabor de la boca diarrea constipación, hipertensión sistólica pasajera, taquicardia, frecuencia urinaria y aunado a esto en muchos casos el aislamiento del cual se ve envuelto por parte de sus familiares por causas que él sabe que son justificadas, y en otros casos que se les ha recluido bajo el pretexto de que se recupere pero que en muchos casos lleva un metamensaje que el paciente comprende y que consiste en aislarlo de la familia, pues en estos casos la familia a veces considera que su problematica consiste en algún tipo de enfermedad infectocontagiosa, sin tomar en cuenta que esta como cualquier otra persona normal anhela ese cariño y ese afecto de otros y al no tenerlo; el paciente tiende al aislamiento, incapaz de buscar a los demas temiendo un rechazo.

Si a Todas estas alteraciones en el paciente pre-operatorio le agregamos al aislamiento las dolencias la dificultad para dormirse producto siempre de la misma enfermedad, la fatiga que presenta en la mañana al levantarse y un sin fin de cosas más complican aún más su estado de salud, insidiendo en muchos casos el retardo de la operación por las alteraciones somáticas antes mencionadas. Esta ansiedad puede originar una alteración en sentido negativo de amplia repercución pudiendo incluso transformar la percepción de la realidad.

Las respuestas del paciente a cambios internos y externos tambien se van modificando ademas de las acciones a aquellas respuestas. La alteración del estado de ánimo casi siempre ocupa el primer lugar y generalmente es seguida por las formas características en que los cambios del estado de ánimo afectan el curso del pensamiento y la conducta del paciente.

Este tipo de ansiedad no solo acompaña a la enfermedad, y conforme el paciente va concientizando las implicaciones de dicha enfermedad, en la medida en que ocurren las recaídas y las exarservaciones y en tanto se alteran las situaciones vitales es esperable encontrarse con un período de depresión generandole lo siguiente:

1. Cambios negativos en la imagen corporal.
2. una reducción del sentido de identidad, autoestima, de capacidad y seguridad
3. El posible deterioro de la capacidad del paciente para hacer frente a determinadas necesidades y metas
4. La posible incapacidad del paciente para superar determinadas exigencias sociales y sexuales y determinados roles e identidades de aspecto económico
5. Ideas y temores de muerte, incapacidad, dolor, abandono y trastorno de las relaciones, a menudo fundadas en un criterio de realidad. (5)

Los síndromes de la ansiedad aunados a los depresivos indican un trastorno característico, retraso y constricción de procesos de

(5) Ban Thomas. El Diagnóstico de la Depresión. Editorial Barcelona España 1990, Págs. 45 y 46.

pensamientos, espontaneidad lenta y reducida de la conducta, relaciones sociales empobrecidas y cambios fisiológicos que resultan aumentados por preocupación hipocondríaca. La ansiedad puede por algunos momentos desaparecer y ser reemplazada por la apatía y el retraimiento. Siendo este un cuadro corriente en pacientes que han renunciado y se siente desesperanzados.

El paciente participará acaso en la vida si se le impele a hacerlo pero si se le deja así mismo es probable que se retraiga. Las actividades son pasivas y a menudo socialmente aisladas. La preocupación de esta persona por sí misma se expresa a menudo concretamente en una preocupación por su cuerpo y su salud física. La hipocondriasis y las ideas francamente erróneas acerca de su cuerpo constituyen una manifestación más grave del mismo proceso. La velocidad metabólica del paciente es más baja, su funcionamiento gastrointestinal es anormal y su boca es seca, dandose ademas cambios en casi toda la función del cuerpo que se encuentra bajo el control neurohormonal.

Las dolencias de su enfermedad comprenden dificultad en dormirse y despertar temprano en la mañana, la fatiga la anorexia dolor de cabeza, hiperhidrosis, frecuencia cardíaca alta, hiperventilación y otros síntomas propios de la ansiedad aumentan paralelamente conforme se acerca el momento de su intervención, pero sí mostrando un aferramiento a querer mantenerse con vida, y en algunos de los casos el paciente expresa para otros o para sí mismo "espero que el médico tenga tiempo para escucharme", "espero que el médico me diga que todos mis síntomas son imaginarios", "espero que el médico no descubra que tengo algo

grave" y "espero que el médico me diga que no necesito la operación". (6)

Reacciones psicodinámicas a la enfermedad o cirugía:

Una grán variedad de reacciones emocionales van acompañadas de ansiedad. Puede producir síntomas de dolor psicógeno reacciones de dependencia, convalecencia prolongada, drogadicción o reacciones de psicofisiológicas.

Los síndromes pre-operatorios tienen lugar, con más frecuencia como resultado de temores, fantasias o recuerdos del pasado del paciente, que condujeron a determinadas anticipaciones llenas de ansiedad en ralación con la cirugía. La ansiedad en este paciente se intensifica y no responde a los elementos de seguridad, las explicaciones y el tratamiento simpatizante usuales. Esta ansiedad se relaciona a menudo con las actitudes de la familia hacia los hospitales, los médicos, y los tratamientos médicos y quirúrgicos. Las experiencias de la niñez del paciente podrán haber incluido tantos relatos atemorizantes de médicos y hospitales como experiencias traumáticas.

Algunas ocaciones la pérdida de un órgano importante con significado simbólico, podrá ser sufiecientemente impresionante para precipitar un síndrome posoperatorio. Una enfermedad grave representa una amenaza directa del narcisismo infantil; es esta

(6) Cameron Norman Desarrollo y Psicopatología de la personalidad Editorial Trillas, Mexico 1990, Págs. 525 y 526.

lesión narcicista la que sirve de base para muchas reacciones patológicas a la enfermedad.

Reacciones psicodinámicas al ambiente hospitalario:

Estas reacciones las tipifica el paciente que amenaza con irse, en contra del concejo médico, o rechaza algún procedimiento médico o quirúrgico a pesar de su necesidad obvia. Otras veces nos encontramos con que el paciente no coopera o prescinde de las normas de la sala. Al tratar de comprender esta reacción, es necesario explorar la acción recíproca entre el paciente y el personal. ya que no sería raro que alguna rigidez u hostilidad de un miembro del personal, que ha sido dirigida hacia el paciente, sirva para desencadenar en este una psicopatología latente, de modo que se convierta en un problema de tratamiento.

En ocaciones el paciente reaccionará acaso a un médico, o ha una enfermera, con una conducta basada en su relación con una persona importante en su vida pasada, estas reacciones se ven facilitadas por la regresión que se produce en el medio ambiente hospitalario. Hay algunos pacientes que no pueden tolerar confinamiento o restricción y, en estas circunstancias, florecerá una psicopatología latente. Este proceso se ve acelerado además por la precencia de enfermedad física de malestar de procedimientos desagradables y de otras molestias inherentes a la hospitalización.

La dramatización por el paciente por su incapacidad provoca a menudo al personal y lo enajena a medida que el proceso se va haciendo más aparente. Cuando el psicólogo es llamado en este momento, se encuentra con el personal desepcionado por falta de voluntad del paciente de cooperar con el programa de tratamiento. El paciente en cambio se siente totalmente mal comprendido y está abrumado por sus sentimiento de desamparo y resentimiento. El terapeuta apresia la necesidad de el paciente de manipular al personal del hospital tal como lo hizo con sus padres sirviéndose del uno contra el otro. Valiendose de esto el consultante podrá utilizar su comprensión psicodinámica de los orígenes de esta conducta para ayudar al personal a adoptar una actitud más aceptante.

La consulta de la sala presenta dificultades particulares porque el psicólogo no está en condiciones, a menudo de servirse de una de sus técnicas de principio, esto es, la interpretación del material inconciente. Muchas consultas se solicitan para satisfacer las necesidades del médico o personal paramédico y no tanto en buscar el bienestar del paciente. Es inhapropiado que el terapeuta interprete dichas necesidades al personal remitente pese a que el psicólogo pueda entenderlas inmediatamente. Un examen con el médico solicitante de la consulta es necesario antes de la entrevista con el paciente.

Un repaso de la ficha del paciente con particular atención dedicada a las notas de enfermería, proporcionará datos valiosos relativos al problema psicológico. La relación del consultante

con el médico remitente reviste una importancia primordial. En efecto, el médico es su paciente, y él es la persona que solicita ayuda. El consultante podrá tener que adoptar una función terapéutica en el tratamiento del paciente, pero solamente después de un examen y de llegar a un acuerdo con el médico del paciente.

Aunque al principio el paciente hospitalizado no es receptivo a la interpretación del material inconciente durante un tiempo de enfermedad física, el terapeuta tratará de obtener las condiciones máximas de intimidad para la entrevista ya sea trasladando al paciente a una sala de visitas o clínica si este es ambulatorio, y en el caso de que no lo sea el entrevistante podrá evitar interrupciones presentandose a la jefatura de enfermera y explicarles su solicitud de intimidad, ademas de esto dentro de las posibilidades correr las cortinas alrededor de la cama, procediendo luego a sentarse en la cama del paciente y hablarle en voz baja, de modo que la menor cantidad de gente posible pueda enterarse de la conversación.

Despues de algunas visitas el paciente se muestra aliviado y complacido por el hecho de encontrar, finalmente a alguien con quien pueda examinar sus asuntos personales, pues tiene la impresión de que todo el mundo esta demasiado atareado, o que la preocupación de los demás por sus problemas físicos es insignificante. Pero en cambio otros pacientes resultan más dificiles de entrevistar y los principales mecanismos de defensa

utilizados por estos pacientes son la negativa y la regresión, y otro grupo en cambio saluda al psicólogo con enojo. Despues de la concentración inicial y de las posteriores que han motivado la consulta y de un examen de la experiencia inmediata del paciente en el hospital y de sus sentimientos acerca de la sala el psicoterapeuta puede seguir con el tratamiento terapeutico del paciente.

Algunos síndromes psicológicos específicos podrán apreciarse durante la consulta, ya que el paciente con una estructura de carácter pasivo-dependiente o pasivo agresivo podrá parecer al principio no estar motivado en relación con la ayuda pero con persistencia se podrá establecer con él una relación psicoterapéutica. Pero el interés por el mejoramiento del paciente y los cambios resultantes en los esquemas conceptuales y en los métodos de exploración no pueden tener lugar de no existir una predisposición particular y escencialmente psicológica, por parte del paciente. Como sabemos la psicoterapia basicamente se constituye en el tratamiento de los problemas y trastornos emocionales y de la personalidad por medios psicológicos, empleando técnicas psicoterapeuticas. (8)

El factor importante que se encuentra en cada una de estas técnicas es la relación entre el terapeuta y el paciente cuya intensidad va a variar dependiendo del tipo y duración del método terapeutico, así como la duración entre la personalidad del

(8) Mackinnon, Rogers Psiquiatria clinica aplicada. Editorial Interamericana, México, 1988, págs. 137, 138, y 139.

paciente y la de quien imparte el tratamiento. Los enfoques terapeuticos actuales podemos agruparlos en dos: Aquellos en los cuales el objetivo es llevar al paciente a la comprensión de las fuerzas psicodinámicas, y en segundo lugar las psicoterapias directivas que enfocan a eliminar los síntomas sin preocuparse de que desarrolle el insight. (9)

Con frecuencia el paciente está parcial o totalmente equivocado sobre las causas o incluso la naturaleza específica de su perturbación, pero está convencido de que se encuentra en difícil situación y de que si en verdad necesita la ayuda profesional. Un segundo componente de la psicoterapia es la presencia de la persona que tiene a su cargo la tarea de ayudar al paciente, percibiendo el terapéuta que el paciente se haya en cierto estado de aprensión, ademas sabe que él se encuentra en un estado relativo de armonía, y considera la relación entre él y el paciente como una situación en la que debe ayudar al paciente a alcanzar un estado de mayor armonía y menor angustia.

Aunque la mayoría de los psicoterapéutas se adhieren a algún tipo de teoría ya sea esta psicodinámica o cognocitiva, en donde la psicodinámica le da importancia al papel que desempeña el inconciente en los problemas personales de la vida mientras que la orientación cognocitiva hace incapie en el papel de los pensamientos irracionales o poco realistas.

Muchos terapeutas utilizan tanto el concepto psicodinámico,

(9) Lawrence C. Kolb. **Psiquiatría clínica moderna** Editorial La Prensa Médica Mexicana, S.A. México, 1983, Págs. 862 y 863.

como el cognocitivo en su trabajo con los pacientes; pero sea cual sea su orietación teorica particular la mayoría consideran que su tarea es ayudar al paciente a aprender nuevas formas de conducta más satisfactorias.

Aunque el psicólogo es requerido a menudo para arreglar la hospitalización involuntaria del paciente en algunos casos y en otros la intervención, esto constituye para el psicólogo, lo mismo que un juicio para el abogado, esto es un curso de acción que hay que seguir después que todos los demas medios de negociación han fallado; es el tribunal de última instancia de los médicos.

Finalmente la consulta la vamos a considerar como completa hasta tanto que el psicólogo haya redactado una nota en la ficha y haya hablado con el médico remitente para discutir sus hallazgos. La nota en cuestión deberá ser breve y debe comprender observaciones, concluciones y recomendaciones de tratamiento. La conversación personal podrá comprender una dilucidación de los problemas del paciente, una descripción de los precipitantes inmediatos y un exámen complementario de las recomendaciones terapeuticas, para ayudar al médico remitente y al paciente a hacer frente a la sutuación. Pudiendo incluirse una formulación más detallada de la psicodinámica de desarrollo de la vida entera del paciente, según el grado de interés que muestre el médico remitente. (10).

(10) Robert A. Harper 36 Sistemas de psicoanálisis y psicoterapia Editorial Herrero Hermanos Sucs. México, 1966, Págs. 11,12 y 13.

En base al problema seleccionado que fué el de "Técnicas de de psicoterapia como factor inhibidor de los procesos de ansiedad en pacientes pre-operatorios comprendidos entre 18 a 60 años de edad recluidos en el hospital San Juan de Dios Amatitlán durante el año 1995" se definieron los siguientes objetivos:

1.- Establecer el nivel de ansiedad en pacientes pre-operatorios, por medio de la escala de Sheehan.

2.- Determinar la eficacia de la psicoterapia de apoyo en la disminución de la ansiedad del paciente pre-operatorio.

3.- Profundizar el conocimiento que existe en el campo de la Psicología sobre la ansiedad.

3.- Brindar tratamiento psicoterapéutico a los pacientes que serán intervenidos quirúrgicamente.

Los objetivos antes mencionados nos permitieron elaborar la siguiente hipótesis:

La Psicoterapia de apoyo incide en la disminución de la ansiedad de pacientes pre-operatorios, comprendidos entre los 18 a 60 años de edad recluidos en el hospital San Juan de Dios Amatitlán durante el año 95.

Las variables de las hipótesis fueron:

- independiente: Psicoterapia de apoyo
- dependiente: Ansiedad.

Los indicadores de la variable independiente fueron:

- Psicoterapia individual
- Programa de orientación
- Pláticas
- Actividades de relajamiento
- Dinámica
- Entrevista

Dentro de los indicadores de la variable dependiente encontramos:

- mareos
- diarrea
- pérdida del apetito
- desmayos
- hiperhidrósis
- insomnio
- mayor frecuencia urinaria
- temblores
- contacto deficiente de la realidad

CAPITULO II

TECNICAS E INSTRUMENTOS

1.- Descripción de la muestra:

El hospital nacional de Amatitlán es una institución que por su localización geográfica, además de ser una institución pública atiende a la población de Amatitlán, Villa Nueva, Villa Canales, Santa Elena Barillas y Escuintla entre otros, quedando comprendida la población atendida desde recien nacidos, hasta la edad senil, quienes buscaron en la institución disminuir su problemática de salud.

Dentro de la población antes descrita pudimos encontrar al paciente pre-operatorio de ambos sexos comprendidos entre los 18 a 60 años de edad, quien ya sea que fuera su primera experiencia de intervención quirúrgica o bien era otra de muchas antes experimentadas en muchos casos no dejó de presentar características tales como: mareos, diarrea, pérdida del apetito, desmayos, sudoración, insomnio, y mayor frecuencia urinaria entre otros, y más aun si el paciente había presenciado la muerte de pacientes post-operatorios dentro de su ambiente hospitalario o bien un ambiente ageno a éste, lo cual fué complicando aún más su estado de salud, lo que obligó en algunos casos al médico a retrasar la operación por la alteración fisiológica que en ese momento presentó el paciente.

Las características antes mencionadas fueron las causas que despertaron la inquietud del investigador, que motivó a la implementación de técnicas psicoterapéuticas, que se utilizaron

para preparar al paciente en su situación operatoria, con lo cual no solo se benefició el paciente sino la institución, ya que el hecho de estar postergando la operación repercute en el factor económico de la institución.

2.- Técnicas de muestreo:

La técnica que se utilizó fué la no aleatoria en donde los pacientes debieron presentar las siguientes características: ser pacientes de ambos sexos, estar comprendidos entre los 18 a 60 años de edad, haber sido clasificado por el médico tratante como paciente pre-operatorio, haber sido un paciente abordable, así como el hecho de haber sido referido por el médico tratante a la clínica de psicología por presentar síntomas tales como: mareos, diarrea, pérdida del apetito, desmayos, sudoración, insomnio, mayor frecuencia urinaria y contacto deficiente con la realidad.

3.- Técnicas de recolección de datos:

El trámite legal para la autorización de la presente investigación, constituyó en ademas de una autorización verbal, en una carta presentada al director de dicho centro hospitalario, Dr. Juan Antonio Villeda.

Luego de contar con la autorización se atendió a los pacientes que fueron remitidos por los médicos tratantes de las salas de cirugías tanto de hombres como de mujeres, realizándose esto en dias hábiles de 15 a 17 hrs.

El rapport con los pacientes se realizó en sus respectivas camas, a través de visitas personales a cada paciente. Para las entrevistas posteriores, en el caso de los pacientes ambularotios se realizó la entrevista en la clínica de psicología, y en el caso de los pacientes retinentes, o que su condición de salud no se los permitiera se realizaron las entrevistas posteriores siempre en su cama habiéndose realizado todo lo antes mencionado de forma individual.

Para la aplicación de la prueba se tomaron en cuenta los mismos criterios antes mencionados tanto en el paciente ambulatorio como en el no ambulatorio, lo cual permitió elaborar un diagnóstico, que sirvió de base para dar tratamiento a un grupo de pacientes, haciendo posteriormente una nueva evaluación para poder comparar los niveles de ansiedad entre un grupo de pacientes y el otro, clasificados de acuerdo al sexo.

4.- Analisis estadístico:

Ya que la hipótesis fué hecha de tipo asociativo le correspondió el analisis porcentual estadistico, en donde la presentación de los resultados se realizó por medio de cuadros y gráficas porcentuales con el fin de que reflejaran, que la psicoterapia de apoyo incide en la disminución de la ansiedad de pacientes pre-operatorios, comprendidos entre los 18 a 60 años de edad, recluidos en el hospital nacional San Juan de Dios Amatitlán durante el año 1995.

5.- Instrumentos: (ver Anexos).

FUNDAMENTACION TEORICA

El instrumento utilizado en el presente trabajo fué el de la escala de ansiedad autovalorada de Sheehan, pues el síntoma de ansiedad se constituye en formas comunes de hacer frente a la adaptación, pero cuando el síntoma se presenta en niveles excesivos, y en combinación con otras reacciones emocionales, se enfocan en situaciones vitales, y más aún si es un paciente pre-operatorio, para quien la preocupación excesiva, la aprensión y el miedo que sienten las personas con trastornos de ansiedad, pueden acompañarse de síntomas físicos tales como:

molestias gastricas, dificultad para respirar y aumento de la frecuencia cardíaca entre otros; por lo que se vió necesario la aplicación de la escala de ansiedad autovalorada de Sheehan la que evaluó los siguientes criterios:

- Sensanción de nudo en la garganta
- Palpitaciones excesivas.
- Debilidad en las piernas
- Náuseas
- Temblor
- Dificultad para respirar
- Molestias toráxicas
- Mareos

- Sesación de pérdida del equilibrio
- Hormigueo
- Sofocos.
- Preocupacion por la salud
- Sensación de que las cosas del medio ambiente son irreales
- Sensación de distanciamiento
- Miedo a morir
- Miedo a volverse loco
- Fobias
- Miedo sin razón
- Nudo en la garganta
- Frecuencia cardíaca aumentada
- Molestias gástricas
- Sensación de tensión
- Incapacidad de relajarse
- Sequedad en la boca
- Miedo a dormir o que sucedad algo
- Accesos de calor o frio
- Sensación de flotar
- Sudoración excesiva
- Flojedad en las piernas

Todos los criterios antes mencionados fueron calificados con una puntuación de 0 hasta 4 cada uno.

CAPITULO III

PRESENTACION Y ANALISIS DE RESULTADOS

Por el carácter de la investigación se tomaron del Hospital de Amatitlán unicamente las salas de cirugias tanto de hombres como de mujeres obteniendo de cada una de ellas 15 pacientes para hacer un total de 30 constituyendose en el 100% de la muestra.

Para obtener los resultados sobre la ansiedad en los pacientes, se le pasó la escala autovalorada de Sheehan al momento de su hospitalización y posterior al tratamiento psicoterapéutico, pero antes de su intervención quirúrgica, para determinar si el nivel de ansiedad habia disminuido, se mantenia en el mismo nivel o en el peor de los casos si había aumentado.

En el cuadro #1 se puede observar que en el rango de 10 a 20 años de edad no se encuentran pacientes evaluados, lo que nos permite afirmar que en este rango de edades, los pacientes se encuentran en perfecto estado de salud, ademas de ser dependientes en su mayoría lo que no les exige el exponerse a los riesgos, peligros y ansiedad que puede producirles el trabajo.

Al momento de su hospitalización en el cuadro #1 se pudo encontrar que el 6.66% de los pacientes evaluados no mostraron ningun nivel de ansiedad, lo que nos permite determinar que los pacientes estaban empleando sus mecanismos de defensa básicamente el de racionalización, buscando con ello escapar de la realidad; el restante de la población evaluada se pudo evidenciar que manifestaban los síntomas de la ansiedad, y aunque

en algunos rangos se pudo evidenciar más que en otros no dejaron de manifestarse escalas considerables.

Entre los rangos de 21 a 30 años de edad de 41 a 50 del sexo masculino y de 51 a 60 años en ambos sexos siempre en el cuadro #1 es bastante notorio que los niveles de ansiedad se mantienen por debajo de la puntuación de 15 considerandose estos niveles como normales de acuerdo a la escala, pues según el psicoanálisis la ansiedad es normal cuando sirve como indicio clave de un conflicto psicológico oculto.

Continuando con el cuadro #1 podemos ver que en el rango de 21 a 30 hay un leve incremento de la ansiedad, pero que según la escala de Sheehan ya se encuentra en los niveles de anormalidad, en el rango de 31 a 40 en ambos sexos y de 41 a 50 en el sexo femenino, aunque los niveles de ansiedad fueron bastante elevados no fueron superiores a 40 lo que nos da un indicio de que aunque existen afecciones, no puede ser considerada como una ansiedad neurótica (aquella que parece ser desencadenada por un acontecimiento menor, que alcanza niveles exorvitantes, y que ya no sirve más como señal de alarma sino que se ha constituido en un peligro por si misma). A pesar de que la intensidad de la ansiedad es proporcional al tipo de intervención a la que se someterá el paciente, se pudo constatar a través de las medias que en la población masculina los niveles de ansiedad fueron mucho más bajos que en la femenina a pesar del incremento observado en el rango de 31 a 40 años en el sexo masculino.

Posterior a la primera evaluación, a los pacientes se les proporcionó el tratamiento, constituido en psicoterapia de apoyo, cuya esencia radica en la sensación general de bienestar y satisfacción que el paciente experimenta en presencia de ciertas actitudes del consultor.

El apoyo estuvo considerado de tres manera: a) como sucitador de seguridad b) como tranquilizador, c) como un soporte temporal.

a) Fue considerado el apoyo como un sucitador de seguridad debido a que el paciente, no experimenta que hay alguien que lo apruebe o desapruebe constantemente, sino que existe una persona que lo acepta tal y como es, que se interesa por él y lo respeta.

b) Se consideró como un tranquilizador debido a que por medio del apoyo se reducen o suprimen las presiones y tensiones internas y/o del medio ambiente.

c) Se consideró como un soporte temporal pues el prolongado apoyo podría producir un reforzamiento de la dependencia y con esto disminuir el grado de responsabilidad del paciente.

Los valores terapéuticos que se buscaron fueron cuatro:
-. El primero fué reducir la ansiedad debido a que al paciente se le permitió sentirse digno, amado y respetado, que no se encontraba solo, que hubo alguien con quien pudiera examinar sus asuntos personales, alguien que le comprendiera y que sintiera.

-. El segundo valor que posee el apoyo fué la seguridad que le proporcionó el terapeuta al paciente por medio de una actitud tranquilizante y de aceptación.

-. El tercer valor fué el sentimiento de libertad para cambiar ideas y conductas por parte del paciente.

-. y el cuarto valor fué el proporcionarle al paciente un medio por el cual pudiera exteriorizar en forma adecuada sus problemas.

Después del tratamiento psicoterapeutico y antes de ingresar a la sala se procedio a pasarles nuevamente la escala de ansiedad lo que nos permitio constatar que si bien la ansiedad no disminuyo en su totalidad, se pueden observar datos muy inferiores a los manifestados con anterioridad siendo los siguientes:

De toda la población atendida se puede observar en el cuadro #2 que el 75% de los pacientes tratados con psicoterapia de apoyo, el nivel de ansiedad disminuyó considerablemente, un 10% se mantuvo en su nivel de ansiedad la cual cae dentro de la normalidad pues se encuentra por debajo de la puntuación de 15, el restante 15% tuvo un leve incremento en su nivel de ansiedad que también se encuentra dentro de la normalidad, dentro de los pacientes que bajaron sus niveles de ansiedad en las dos muestras, se puede evidenciar en el cuadro #2 que la muestra femenina tuvo diferencias mas notables que la muestra masculina despues de la psicoterapia.

aunque la tendencia en un centro hospitalario es de que la ansiedad aumente paralelamente conforme se acerca el dia y hora de la operación para los pacientes que no tienen ningún tipo de tratamiento, estos resultados nos permiten asegurar que el tratamiento sí llenó las espectativas esperadas, porque si bien es cierto no se redujo a cero en ninguno de los casos los niveles alcanzados en el cuadro #2 son mucho más bajos a los del cuadro #1.

Dentro de las causas más encontradas que favorecieron al incremento de la ansiedad en los pacientes pre-operatorios, podemos mencionar: el desconocimiento de la enfermedad creando esto dudas e ideas erróneas, la falta de apoyo en el paciente creando sentimientos de minusvalía y depresión, favoreciendo esto al incremento de la ansiedad por el temor a lo desconocido, sin dejar por un lado las influencias externas, que en muchos casos se constituyen en temores fantasías y recuerdos del pasado que condujeron al paciente a determinadas anticipaciones llenas de ansiedad en relación a la cirugia, siendo ésto a menudo relacionado con las actitudes de la familia hacia los hospitales, médicos y tratamientos médico-quirúrgicos, en donde las experiencias de la niñez del paciente podran haber incluido tantos relatos atemorizantes de médicos y hospitales como experiencias traumáticas.

CUADRO #1

ESCALA DEL NIVEL DE ANSIEDAD EN EL PACIENTE

PRE-OPERATORIO AL MOMENTO DE SU INGRESO

EDAD	SEXO		PUNT. OBTEN.		PRCENTAJES DE EVALUADOS
	MASCULINO	FEMENINO	MASC.	FEM.	
10-20	00	00	00	00	00%
21-30	04	02	10	16	20%
31-40	02	07	21	24	30%
41-50	05	04	11	35	30%
51-60	04	02	13	14	20%
TOTAL	15	15			100%

FUENTE: ESCALA DE ANSIEDAD DE SHEEHAN

CUADRO #2

ESCALA DE ANSIEDAD EN PACIENTES PRE-OPERATORIOS

PREVIO A SU OPERACION

EDAD	SEXO MASCULINO	SEXO FEMENINO	PUT. OBTEN MASC.	PUT. OBTEN FEM.	PORCENT. EV
10-20	00	00	00	00	00%
21-30	04	02	10	09	20%
31-40	02	07	16	10	30%
41-50	05	04	12	14	30%
51-60	04	02	07	08	20%
TOTAL	15	15			100%

FUENTE: ESCALA DE ANSIEDAD DE SHEEHAN

CAPITULO IV

CONCLUSIONES:

1.- En base a los datos obtenidos se aprueba la hipótesis del proyecto la cual dice: "La psicoterapia de apoyo incide en la disminución de la ansiedad de pacientes, pre-operatorios comprendidos entre los 18 a 60 años de edad, recluidos en el hospital nacional San Juan de Dios Amatitlán durante el año 1995.

2.- Se comprobó que las técnicas de psicoterapia son eficaces en la reducción de los niveles de ansiedad, del paciente pre-operatorio.

3.- La incertidumbre de no saber los alcances y concecuencias de su tratamiento quirúrgico, incrementa en los pacientes los niveles de ansiedad.

4.- los pacientes de ambas muestras eran originarios tanto de áreas urbanas como rurales, no predominando ninguna de las dos procedencias.

5.- Se pudo comprobar que el sexo femenino responde mejor a la psicoterapia de apoyo, que el sexo masculino.

6.- Que los familiares y amigos cercanos de los pacientes influyen en el incremento de la ansiedad del paciente en los tratamientos médico-quirúrgicos.

RECOMENDACIONES

1.- Que las instituciones hospitalarias y centros asistenciales que se ven en la necesidad de someter a tratamiento médico-quirurgico al paciente, le proporcionen una orientación multidisciplinaria más detallada respecto al tratamiento al cual será sometido.

2.- Que el departamento de psicologia de estas instituciónes elabore un programa permanente de atención psicoterapéutica a pacientes a pacientes con tratamiento médico-quirúrgico..

3.- Que el paciente con Diagnóstico de tratamiento quirúrgico sea referido al departamento de Psicología por su médico tratante luego de determinar dicho tratamiento.

4.- Que los familiares de los pacientes que serán intervenidos quirúrgicamente se les proporcione psicoterapia de apoyo, pudiendo posteriormente utilizarse como agentes de salud mental, de modo que puedan participar en el tratamiento del paciente.

BIBLIOGRAFIA

Ban Thomas "El diagnóstico de la depresión" Editorial Barcelona España 1990, 86 Páginas.

Cameron Norman "Desarrollo y Psicopatología de la personalidad" Editorial Trillas México 1990, 767 Págs.

Carrol Herbert "Higiene Mental. Dinámica del ajuste Psíquico Editorial Continental, S.A. México 1961, 402 Páginas.

Howard H. Woldman "Psiquiatria General. Editorial el Manual Moderno, México D.F. 1989, 736 Páginas.

Harper A. Robert "36 Sistemas de psicoanálisis y psicoterapia" Editorial Herrero Hermanos Sucs. México, 1966, 182 págs.

Irwin G. Sarasson "Psicología anormal" Editorial Tillas México, 1975, 604 Páginas.

Lawrence C. Kolb "Psiquiatría Clínica Moderna" Editorial la prensa Médica Mexicana, S.A. México, 1983, 1016 Páginas.

Makinnon, Rogers "Psiquiatría clínica Aplicada"

Editorial Interamericana México, 1990, 432 Páginas.

Robbins "Etiologia Estructural y funcional, Editorial Interamericana, México, 1975, 1516 páginas.

Silva Jorge Alberto "Trastornos de la ansiedad. Editorial Asociación mundial Psiquiatrica, 1992, 131 Págs.

UNIVERSIDAD DE SAN CARLOS DE GUATEMALA
HOPITAL NACIONAL DE AMATITLAN
CLINICA DE PSICOLOGIA
ESCUELA DE CIENCIAS PSICOLOGICAS
ESCALA DE SHEEHAN
FORMA "A"

NOMBRE DEL PACIENTE:_____ NUMERO DE CAMA_____

NUMERO DE EXPEDIENTE:_____MOTIVO DE INGRESO_____

	NADA 0	POCO 1	MODERADO 2	BASTANTE 3	MUCHO 4
1. Dificultad para respirar, sofoco hiperventilación					
2. Taquicardia, palpitaciones o pérdida de latidos					
3. Episodios de sudoración excesiva					
4. Sensación de <<flojedad en las piernas>>					
5. Náuseas o molestias gástricas					
6. Sensación de separación y extraneza de una parte del cuerpo o de todo él, o sensación de flotar.					
7. Accesos de calor o frio.					
8. Miedo a dormir o que suceda algo terrible.					
9. Crisis súbitas de ansiedad con tres o más de los sintomas listados, que ocurren cuando se encuentra (o va a encontrarse) en una situación donde, de acuerdo con su experiencia, es probable que se produzca un ataque.					
10. Episodios súbitos e inesperados con solo uno o dos de los sintomas listados, que ocurren con provacación escasa o nula (es decir, cuando no se encuentra en una situación donde de acuerdo con su experiencia, es probable que se produzca un ataque).					
11. Evitación de situaciones que le asustan					
12. Tensión e incapacidead de relajarse.					
13. Episodios de sencibilidad aumenta el sonido, la luz o el tacto.					
14. Se preocupa mucho por la salud					
15. Cefaleas o dolor en el cuello o la cabeza.					

16. Desvelo durante la noche o sueño inquieto.

17. Grandes subidas y bajadas de la emoción y el humor en respuesta a cambios externos.

18. Necesidad de repetir la misma acción de forma ritual, por ejemplo comprobar, labarse, contar, etc cuando en realidad no es necesario hacerlo.

UNIVERSIDAD DE SAN CARLOS DE GUATEMALA
HOPITAL NACIONAL DE AMATITLAN
CLINICA DE PSICOLOGIA
ESCUELA DE CIENCIAS PSICOLOGICAS
ESCALA DE SHEEHAN
FORMA B

NOMBRE DEL PACIENTE:_____ NUMERO DE CAMA_____

NUMERO DE EXPEDIENTE:_____MOTIVO DE INGRESO_____

	NADA 0	POCO 1	MODERADO 2	BASTANTE 3	MUCHO 4
1. Sensación de atragamiento o nudo en la garganta					
2. Dolor, presión o molestia en el tórax					
3. Desvanecimiento, vahidos o mareos.					
4. Sesación de desequilibrio, como si se cayese					
5. Sesación de que las cosas que le rodean son extrañas, irreales, nebulosas o distanciadas de usted.					
6. Hormigueo o entumecimiento en partes del cuerpo					
7. Agitación o temblor.					
8. Sensación de pérdida de control o de volverse loco					
9. Crisis súbitas e inesperadas de ansiedad con tres o más de los sintomas listados, que ocurren con provocación escasa o nula (es decir, cuando no se encuentra en una situación donde, de acuerdo a su experiencia, es probable que se produzca un ataque)					
10. Episodios de ansiedad progresiva cuando piensa hacer algo que, de acuerdo con su experiencia, es probable que le provoque ansiedad más intensa de la que suelen experimentar la mayoría de las personas en tales situaciónes.					
11. Dependencia de otros					
12. Ansiedad, nerviosismo, inquietud.					
13. Crisis de diarrea.					
14. Se siente cansado, débil y agotado con facilidad.					
15. Dificultad para conciliar el sueño.					

16. Fases inesperadas de depresión que ocurren con provocación escasa o nula.

17. Ideas, pensamientos, impulsos persistentes, intrusivos, indeseados, sin sentido o repugnancia

I N D I C E