

**UNIVERSIDAD DE SAN CARLOS DE GUATEMALA
ESCUELA DE CIENCIAS PSICOLOGICAS**

**EFFECTIVIDAD DE UN PROGRAMA PSICOPROFILACTICO
EN LA REDUCCION DE ANSIEDAD EN PACIENTES
PRE – OPERATORIOS CON FRACTURAS FACIALES**

**EDY FERNANDO CRUZ NOJ
LILIAN JEANNETTE JUAREZ GONZALEZ**

GUATEMALA, 15 DE JUNIO 2006

**UNIVERSIDAD DE SAN CARLOS DE GUATEMALA
ESCUELA DE CIENCIAS PSICOLOGICAS**

**EFFECTIVIDAD DE UN PROGRAMA PSICOPROFILACTICO
EN LA REDUCCION DE ANSIEDAD EN PACIENTES
PRE - OPERATORIOS CON FRACTURAS FACIALES**

POR

**EDY FERNANDO CRUZ NOJ
LILIAN JEANNETTE JUAREZ GONZALEZ**

**PREVIO A OPTAR EL TITULO DE
PSICOLOGOS**

**EN EL GRADO ACADEMICO DE
LICENCIATURA**

GUATEMALA, 15 DE JUNIO 2006

CONSEJO DIRECTIVO

Licenciada Mirna Marilena Sosa Marroquín
DIRECTOR ESCUELA DE CIENCIAS PSICOLÓGICAS

Licenciado Byron Ronaldo González; M.A.
SECRETARIO ESCUELA DE CIENCIAS PSICOLÓGICAS

Licenciado Luis Mariano Codoñer Castillo
Doctor René Vladimir López Ramirez
REPRESENTANTES DEL CLAUSTRO DE CATEDRÁTICOS
ESCUELA DE CIENCIAS PSICOLÓGICAS

Licenciada Loris Pérez Singer de Salguero
REPRESENTANTE DE LOS PROFESIONALES EGRESADOS DE LA
ESCUELA DE CIENCIAS PSICOLÓGICAS

Estudiante Brenda Julissa Chamám Pacay
Estudiante Edgard Ramiro Arroyave Sagastume
REPRESENTANTES ESTUDIANTILES
ESCUELA DE CIENCIAS PSICOLÓGICAS



ESCUELA DE CIENCIAS PSICOLÓGICAS
CENTRO UNIVERSITARIO METROPOLITANO -CUM-
9a. Avenida 9-45, Zona 11 Edificio "A"
TEL.: 2485-1910 FAX: 2485-1913 Y 14
e-mail: usacpsic@usac.edu.gt

c.c. Control Académico
CIEPs.
Archivo
Reg. 1398-98
CODIPs. 1030-2006

De Orden de Impresión Informe Final
de Investigación

15 de junio de 2006

Estudiante
Edy Fernando Cruz Noj
Lilian Jeannette Juarez González
Escuela de Ciencias Psicológicas
Edificio

Estudiantes:

Para su conocimiento y efectos consiguientes, transcribo a ustedes el Punto QUINTO (5°) del Acta VEINTINUEVE GUIÓN DOS MIL SEIS (29-2006) de la sesión celebrada por el Consejo Directivo el 15 de junio de 2006, que copiado literalmente dice:

"**QUINTO**: El Consejo Directivo conoció el expediente que contiene el Informe Final de Investigación titulado: "EFECTIVIDAD DE UN PROGRAMA PSICOPROFILÁCTICO EN LA REDUCCIÓN DE ANSIEDAD EN PACIENTES PRE-OPERATORIOS CON FRACTURAS FACIALES", de la carrera de Licenciatura en Psicología, realizado por:

EDY FERNANDO CRUZ NOJ
LILIAN JEANNETTE JUAREZ GONZÁLEZ

CARNÉ 93-11041
CARNÉ 93-11083

El presente trabajo fue asesorado durante su desarrollo por la Licenciada Brenda Ivonne Donis Rossel y revisado por el Licenciado Iván Rocaél Monzón Muñoz. Con base en lo anterior, el Consejo Directivo **AUTORIZA LA IMPRESIÓN** del Informe Final para los trámites correspondientes de graduación, los que deberán estar de acuerdo con el Instructivo para la Elaboración de Investigación o Tesis, con fines de graduación profesional."

Atentamente,

"ID Y ENSEÑAD A TODOS"

Licenciada Blanca Leonor Peralta Yanes
SECRETARIA



/Gladys

UNIVERSIDAD DE SAN CARLOS
DE GUATEMALA



ESCUELA DE CIENCIAS PSICOLÓGICAS
CENTRO UNIVERSITARIO METROPOLITANO -CUM-
9ª Avenida 9-45 Zona 11 Edificio "A"
TEL. 2485-1910 FAX 2485-1913 Y 14
e-mail: usacpsic@usac.edu.gt

CIEPs. 63-2006
REG. 1398-9898

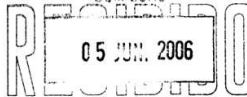
Guatemala, 30 de mayo de 2006

INFORME FINAL

SEÑORES
CONSEJO DIRECTIVO
ESCUELA DE CIENCIAS PSICOLÓGICAS
EDIFICIO

SEÑORES CONSEJO DIRECTIVO:

Escuela de Ciencias Psicológicas
Recepción e Información
CUMUSAC



Firma: *[Signature]* Fecha: 19:00 Registro: 1398-1998

Me dirijo a ustedes para informarles que el Licenciado Iván Rocael Monzón Muñoz, ha procedido a la revisión y aprobación del INFORME FINAL DE INVESTIGACION, titulado:

"EFECTIVIDAD DE UN PROGRAMMA PSICOPROFILÁCTICO EN LA REDUCCIÓN DE ANSIEDAD EN PACIENTES PRE-OPERATORIOS CON FRACTURAS FACIALES"

ESTUDIANTE:

CARNÉ No

Edy Fernando Cruz Noj
Lilian Jeannette Juarez González

9311041
9311083

CARRERA: Licenciatura en Psicología

Agradeceré se sirvan continuar con los trámites correspondientes para obtener ORDEN DE IMPRESIÓN.

Atentamente,

"ID Y ENSEÑAD A TODOS"

[Signature]
LICENCIADA MAYRA LUNA DE ÁLVAREZ
COORDINADORA

CENTRO DE INVESTIGACIONES EN PSICOLOGÍA -CIEPs.- "Mayra Gutiérrez"

c.c. Revisor/a
Archivo
MLDA / edr





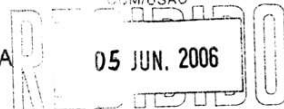
ESCUELA DE CIENCIAS PSICOLÓGICAS
CENTRO UNIVERSITARIO METROPOLITANO -CUM-
9ª. Avenida 9-45 Zona 11 Edificio "A"
TEL. 2485-1910 FAX 2485-1913 Y 14
e-mail: usacpsic@usac.edu.gt

CIEPs. 64-2006

Guatemala, 30 de mayo de 2006

LICENCIADA
MAYRA LUNA DE ÁLVAREZ, COORDINADORA
CENTRO DE INVESTIGACIONES EN PSICOLOGIA
CIEPs. "MAYRA GUTIÉRREZ"
ESCUELA DE CIENCIAS PSICOLÓGICAS

Escuela de Ciencias Psicológicas
Recepción e Información
CUM/USAC



Wdr. Hora 17:00 Registro 1392/1998

LICENCIADA DE ÁLVAREZ:

De manera atenta me dirijo a usted para informarle que he procedido a la
revisión del **INFORME FINAL DE INVESTIGACION**, titulado:

**"EFECTIVIDAD DE UN PROGRAMA PSICOPROFILÁCTICO EN LA
REDUCCIÓN DE ANSIEDAD EN PACIENTES PRE-OPERATORIOS CON
FRACTURAS FACIALES"**

ESTUDIANTE:

CARNÉ No

Edy Fernando Cruz Noj
Lilian Jeannette Juarez González

9311041
9311083

CARRERA: Licenciatura en Psicología

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

Atentamente,

"ID Y ENSEÑAR A TODOS"

X


LICENCIADO IVAN ROCAEL MONZÓN MUÑOZ
DOCENTE REVISOR

c.c.: Archivo
Docente Revisor / a

IRMM / edr

Guatemala, agosto del año 2001

Licenciada:
Mayra Luna de Alvarez
Coordinadora CIEPs
Escuela de Ciencias Psicológicas
Universidad San Carlos de Guatemala

Estimada Licenciada de Alvarez:

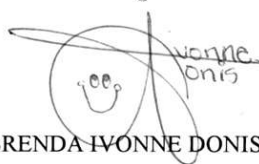
De manera atenta informo a usted, que he concluido la asesoría del informe final de la investigación titulada: **UN PROGRAMA PSICOPROFILACTICO ES EFECTIVO PARA LA DISMINUCION DE ANSIEDAD EN PACIENTES PRE OPERATORIOS CON FRACTURAS FACIALES CON ATENCION HOSPITALARIA** (estudio realizado en el Hospital General de Accidentes del Instituto Guatemalteco de Seguridad Social I.G.S.S.), preparado por los estudiantes:

EDY FERNANDO CRUZ NOJ
LILIAN JEANNETTE JUAREZ GONZALEZ

Carnet 9311041
Carnet 9311083

El trabajo referido cumple con los requisitos establecidos por su departamento, por lo que me permito dar mi APROBACION al mismo.

Sin otro particular, me suscribo atentamente,

A handwritten signature in black ink, appearing to read "Brenda Ivonne Donis Rosell". The signature is stylized and somewhat illegible due to the cursive and overlapping lines.

Licenciada: BRENDA IVONNE DONIS ROSSELL



ESCUELA DE
CIENCIAS PSICOLÓGICAS
Edificio M-5 Ciudad Universitaria, Zona 12
Tels.: 4760790-4, 4760985, ext. 490-1
Directos: 4769902, 4767219, fax 4769914
e Mail: USACPSIC@edu.gt
GUATEMALA, CENTRO AMÉRICA

cc.: Control Acad.
CIEPs.
archivo

REG. 1398-98

CODIPs. 1025-2000

APROBACION DE PROYECTO DE INVESTIGACION Y
NOMBRIAMIENTO DE ASESOR

08 de noviembre 2000

Señores Estudiantes
Edy Fernando Cruz Noj
Lilian Jeannette Juárez González
Escuela de Ciencias Psicológicas
Edificio

Señores Estudiantes

Para su conocimiento y efectos consiguientes, transcribo a ustedes el Punto DECIMO SEXTO (16o.) del Acta CINCUENTA Y NUEVE DOS MIL (59-2000) de Consejo Directivo, de fecha 25 de octubre del año en curso, que copiado literalmente dice:

"DECIMO SEXTO: El Consejo Directivo conoce el expediente que contiene el Proyecto de Investigación titulado: "EFICACIA DE UN PROGRAMA PSICOPROFILACTICO PRE-OPERATORIO PARA LA DISMINUCION DE ANSIEDAD EN PACIENTES CON FRACTURAS FACIALES, DEL HOSPITAL GENERAL DE ACCIDENTES", de la carrera: LICENCIATURA EN PSICOLOGIA, elaborado por:

EDY FERNANDO CRUZ NOJ

CARNET No. 93-11041

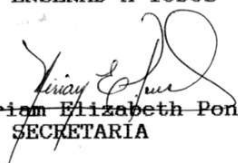
LILIAN JEANNETTE JUAREZ GONZALEZ

CARNET No. 93-11083

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 a la Licenciada Brenda Ivonne Donis Rossell."

Atentamente,

" ID Y ENSEÑAD A TODOS "


Licenciada ~~Miriam Elizabeth Ponce Ponce~~
SECRETARÍA



/Rosy

Instituto Guatemalteco de Seguridad Social
Ciudad de Guatemala, C. A.



Dirección Cablegráfica IGSSO
Dirección Postal: Apartado 349
Teléfono: 232-6001 al 9

20 de agosto del 2,001

LICDA. MAYRA LUNA DE ALVAREZ
Coordinadora CIEPS
Escuela de Ciencias Psicológicas
Universidad San Carlos de Guatemala

Estimada Licenciada de Alvarez:

Por medio de la presente se hace constar que EDY FERNANDO CRUZ NOJ carnet 9311041 y LILIAN JEANNETTE JUAREZ GONZALEZ con carnet 9311083, realizaron durante los meses de diciembre-99 y enero-2,000, el trabajo de campo correspondiente a la investigación titulada "UN PROGRAMA PSICOPROFILACTICO ES EFICAZ PARA LA DISMINUCION DE ANSIEDAD, EN PACIENTES PRE OPERATORIOS CON FRACTURAS FACIALES, CON ATENCION HOSPITALARIA".

Sin otro particular me suscribo de usted.
Deferentemente,

DR. MARIO RICARDO DEBROY NAJERA
Jefe de Residentes
Cirugía Oral y Maxilo Facial
Hospital Gral. de Accidentes

Dr. Mario Ricardo Debroy Najera
Cirugía Oral y Maxilofacial
Colegiado No. 1637

cc. Archivo

MRDN/tm

PADRINOS

POR EDY FERNANDO CRUZ NOJ

CLAUDIO DAVID CRUZ NOJ
MEDICO Y CIRUJANO
Colegiado activo No. 13082

MAYRA BRAN
LICENCIADA EN PSICOLOGIA
Colegiado activo No. 7515

POR LILIAN JEANNETTE JUÁREZ GONZÁLEZ

ALBERTO DEL CID DURAN
MEDICO Y CIRUJANO
Colegiado activo No. 2544

LUIS EDMUNDO MORALES SOSA
MEDICO Y CIRUJANO
Colegiado activo No. 2172

DEDICATORIAS

POR LILIAN JUAREZ

A Dios: por darme la vida y guiar mis pasos para llegar a culminar este triunfo tan importante en mi vida.

A mi madre: Lidia Bernarda González Girón (+), por su dedicación y esfuerzo al hacer de mí, una persona de bien.

A mi esposo: por su apoyo en cada momento.

A mis hijos: Reijar Alexander y Luís Fernando Pérez Juárez, por que mi esfuerzo sea un ejemplo para sus vidas.

A mi hermano: por estar siempre a mi lado.

A mis sobrinos: Daniel Alejandro y Mónica Sofía Juárez Valdez

A mis suegros: José Luís Pérez y Olga Marina García de Pérez (+)

A mis cuñados: Mónica, Lesly Henry y Marlyn

A mi compañero Edy Fernando Cruz Noj por el trabajo realizado para llegara culminar mi carrera.

A usted: muy especialmente por acompañarme en este momento tan especial de mi vida.

POR EDY FENANDO CRUZ NOJ

A Dios: por brindarme la vida, las fuerzas y el tiempo que es de él para llegar hasta este momento tan importante para mí.

A mis padres: María Raymunda y Juan Fernando, por su dedicación y palabras de ánimo para completar mi carrera universitaria.

A mis hermanos Claudio David y Marta Ileana, por apoyarme siempre.

A mi esposa: Thelma por su amor y apoyo en todo momento.

A mis hijos: Pablo Fernando y Thelma Azucena, dos pedacitos de cielo, bendición de Dios, para que este triunfo sea ejemplo en sus vidas

A mis abuelitos, tíos, tías, primos y primas y demás familia, por sus palabras de aliento en los momentos difíciles en la realización de este trabajo.

A mi compañera Lilian Juárez por el esfuerzo y dedicación en la realización de esta investigación.

A usted: muy especialmente por acompañarme en este momento tan importante y especial.

AGRADECIMIENTOS

- A la universidad de San Carlos de Guatemala, y a la escuela de Ciencias Psicológicas, por contribuir en nuestra formación profesional.
- A nuestra Asesora, Licenciada Brenda Donis, por su valiosa colaboración.
- Al hospital General de Accidentes del Instituto guatemalteco de Seguridad Social I.G.S.S. por su valiosa colaboración en el engrandecimiento de la labor científica, al permitirnos realizar nuestra investigación de campo en dicho hospital, generando así la expansión del que hacer psicológico.
- A la Doctora Claudina Pineda por su interés y colaboración.
- En especial al doctor Roberto Elgueta y Ricardo Debroy por su interés, tiempo paciencia y apoyo.

INDICE	PAGINA
Prólogo	1
CAPITULO I	
Introducción	3
Marco Teórico	5
Premisas	17
Indicadores	19
CAPITULO II	
Técnicas e instrumentos	21
CAPITULO III	
Presentación, Análisis e Interpretación de Resultados Análisis interpretativo	25
CAPITULO IV	
Conclusiones y Recomendaciones	31
Bibliografía	33
Resumen	35
Anexos	37

PROLOGO

Cada día son más las afecciones y los ingresos que se observan en los centros hospitalarios de Guatemala, algunos, producto de la ola de violencia que por múltiples razones existe en nuestro país, otros producidos por enfermedades de diversa índole como el estrés (el gran mal del siglo) debido a la mala calidad de vida que se vive en las grandes ciudades y, en el peor de los casos, aquellas afecciones que se originan de traumatismos inesperados para los afectados. Cuando hablamos de traumatismo nos referimos a todo trastorno inmediato, producido en uno o más tejidos del cuerpo humano afectados por un agente de origen externo generalmente mecánico, que choca bruscamente, produciendo una desaceleración de golpe, o la desaceleración del cuerpo contra un objeto en reposo. En Guatemala la mayoría de traumatismos suceden a causa de accidentes de tránsito y los ocurridos en el área de trabajo. Como fuere, estas situaciones merman la continuidad física, emocional y de trabajo del individuo que la padece. A consecuencia de lo anterior, el Instituto Guatemalteco de Seguridad Social (I.G.S.S.) recibe en el hospital General de Accidentes a través del servicio de urgencias así como de sus unidades médicas en todo el país, a pacientes que se verán afectados por múltiples y muy diversos traumatismos, entre estos, aquellos que afectan el rostro, de estas situaciones se encarga la unidad de cirugía maxilo facial, donde son atendidos todos los referidos, quienes generalmente necesitan para su recuperación de cirugía.

Desde el punto de la teoría de crisis, la atención en los hospitales se limita sólo al tratamiento de la lesión física, olvidando la parte psíquica, provocando que el paciente genere incertidumbre sobre qué le va a suceder, y cómo irá a quedar su rostro.

Esta investigación buscó desarrollar y analizar la eficacia de un programa psicoprofiláctico para la disminución de ansiedad en pacientes con fracturas faciales, identificando cuantitativa y cualitativamente los niveles de ansiedad que se generan a raíz de una cirugía.

La realización del estudio se consideró de gran importancia debido a la ausencia de programas como éste y la poca importancia que le da a la atención emocional del paciente, olvidando que el ser humano es una interacción entre el soma y la psique, demostrando que se pueden obtener mejores resultados evolutivos del proceso quirúrgico a través de una atención integral.

Esta investigación pretende sensibilizar a todas las personas e instituciones que trabajan con seres humanos para que comprendan la necesidad de implementar programas de atención emocional, necesarios para mejorar la salud de los pacientes en todos sus aspectos.

Nuestro agradecimiento a todos los que hicieron realidad este estudio: Instituto Guatemalteco de Seguridad Social I.G.S.S. (Hospital General de Accidente), al Doctor Ricardo De Broy, y en especial a todos los pacientes que muy amablemente accedieron a colaborar.

CAPITULO I

INTRODUCCIÓN

En Guatemala, según datos obtenidos a través del ministerio de Salud Pública y Asistencia Social, no existen programas de apoyo psicológico para pacientes que van a ser intervenidos quirúrgicamente, o a ningún otro, por lo cual, la atención se limita solamente a la obtención de la recuperación física, dejando de lado la recuperación emocional, como un vacío inexistente. Se carece de programas que permitan dar a conocer al paciente, en qué va a consistir su tratamiento y su posterior recuperación, esto, por supuesto, esto genera en la mayoría de los casos ansiedad, la cual, se define como un estado de alerta ante un suceso que puede provocar o no desventura o peligro anterior; se ha demostrado en más de una oportunidad en la postergación de una cirugía, debido en ocasiones, a la hipertensión arterial que sufre el paciente, como síntoma claro de ansiedad por temor a la cirugía misma. Esto naturalmente retarda la pronta recuperación física y emocional del afectado, aunado a toda la crisis psíquica que acompaña la lesión en sí, por el lugar de la afección, (el rostro) por ser ésta una zona de imagen corporal. Además la lesión puede producir afecciones en los huesos craneales y al propio cerebro, ya sea directa o indirectamente por infecciones consecuentes al mismo trauma.

Esta investigación bajo la metodología experimental, buscó conocer de cerca las carencias de conocimiento del paciente sobre su proceso quirúrgico. Fue así como se creó, desarrolló y ejecutó todo un programa psicoprofiláctico que permitió dar a conocer al paciente pre – operatorio, las acciones, proceso y desarrollo de la cirugía y posterior recuperación, explicando al paciente paso a paso su ejecución. También nos preocupamos por dar un seguimiento al proceso evolutivo de la afección, donde se intentó involucrar a la familia del afectado en el proceso de recuperación como un elemento de apoyo integral.

Nuestro objeto de estudio se basó en el supuesto de que un programa psicoprofiláctico era efectivo en la disminución de ansiedad y más pronta recuperación de pacientes que sufrían de fracturas faciales con atención hospitalaria, al conocer éstos, en que iba a consistir su cirugía, su desarrollo, sus objetivos, y por que no decirlo, también sus riesgos y limitaciones, pero explicadas en forma sencilla, sutil y clara, para que el paciente lograra de ésta forma desvanecer por lo menos en un porcentaje sus temores naturales sobre la operación, y sus posibles dudas de ¿"Qué me ira a pasar".? "¿Cómo iré a quedar"? entre otras.

El estudio se llevó a cabo en el Hospital General de Accidentes del Instituto Guatemalteco de Seguridad Social I.G.S.S. En el servicio de maxilo facial. La ejecución del programa psicoprofiláctico se aplico a un grupo control y a uno experimenta, de quince pacientes cada uno, de ambos sexos, todos mayores de edad, y que fueron ingresados por el servicio de urgencias del hospital o referidos por otras unidades médicas del país para su posterior tratamiento quirúrgico.

A cada uno de los pacientes del grupo experimental se les aplicó la prueba de medición de ansiedad del autor William W. Zung, SAS, al ingresar a la sala de encamamientos previo una entrevista dirigida, que buscó establecer un ambiente de cordialidad (rapport), y una percepción del comportamiento del paciente ante su situación. También se logró tener acceso a cada uno de los expedientes con la finalidad de establecer cómo había sucedido la fractura y si era la primera vez que la persona era intervenida quirúrgicamente.

Posteriormente, sólo al grupo experimental de pacientes se le aplicó la profilaxis, que básicamente consistió en explicar detalladamente el nombre de la fractura que tenían, todas las acciones dentro y al terminar la cirugía, y la importancia de la misma para su pronta recuperación, así como también se les mostraron fotografías de cirugías exitosas con el propósito, todo de disminuir la ansiedad en el paciente. Al finalizar el proceso del programa psicoprofiláctico, de nuevo se aplicó la prueba de medición de ansiedad, la cual reveló que la mayoría había disminuido considerablemente sus niveles de ansiedad con respecto a la primera aplicación.

La función principal de la psicoprofilaxis en este estudio fue precisamente coadyuvar en la creación de la estructura psicológica que permitió disminuir los índices de ansiedad en ese tipo de paciente, y comprobar el beneficio que tiene la Psicología en este tipo de acciones cuando se cuenta con áreas y programas de atención emocional, la cual se debiera tener en todos los centros de atención hospitalaria para beneficio del paciente, ya que siendo el ser humano un ser integral, necesita de cuidados tanto físico como psíquicos.

Fue así como se buscó un equilibrio psicológico del paciente que permitió que los niveles de ansiedad disminuyeran y de esa forma, se lograra una “aceptación” a la cirugía, que redundó en la mejor y más pronta recuperación del paciente.

El objetivo de este estudio fue establecer si efectivamente un programa psicoprofiláctico disminuiría los niveles de ansiedad en pacientes pre – operatorios con fracturas faciales, lo cual se verificó y afirmó con datos positivos para la investigación.

Toda la información cuantitativa se recabó, tabuló y graficó para una mayor comprensión del estudio.

Se espera que este aporte sea de beneficio real para las instituciones que trabajan con seres humanos, y permita una pronta y urgente atención integral.

MARCO TEORICO

REALIDAD DE LA ATENCIÓN HOSPITALARIA EN GUATEMALA

La atención hospitalaria que existe en nuestro país no es una de las mejores, ni de las más adecuadas que se necesitan para asistir a un paciente, se tiene un déficit en salud muy elevado, según datos obtenidos en los diferentes centros de asistencia de salud pública. Los médicos no son suficientes para cubrir la demanda existente de personas que buscan alivio a sus padecimientos, y en otras circunstancias se debe también a la falta de equipo y medicamentos que escasean.

Algunas personas refieren que el personal que trabaja en los hospitales no atiende a los pacientes como es debido, que al llegar a las emergencias pasan inclusive horas antes de ser atendidos. Como consecuencia, la atención sólo se limita al aspecto físico, no tomando en cuenta el factor psicológico del paciente.

Cuando se analiza que sucesos como el diagnóstico de una enfermedad grave, cirugía, pérdida de un miembro del cuerpo o incapacidad física, son potencial para contemplarse como una pérdida, amenaza o desafío a enfrentar, será decisivo para la resolución del problema, la forma como el suceso se interprete ya sea en relación a la auto imagen, planes futuros, y de cómo se realicen las adaptaciones conductuales.

Si tomamos en cuenta que el ser humano está atento a la comunicación que recibe de parte de su sociedad, todo indica que los mensajes que le son transmitidos influyen sobre su pensamiento, conducta y acciones, de tal modo que siendo susceptible a dicha información, esta puede ser utilizada en beneficio de él mismo de manera que pueda participar en su pronta recuperación, aunado a los cuidados que recibe, "estos cuidados pueden ser de carácter físico, psicológico y social"¹

En el lenguaje de sistemas, la enfermedad física y las lesiones tienen un impacto sobre los otros aspectos de los sistemas de la persona (sentimientos, pensamientos), y unos mayores impactos sobre los suprasistemas más elevados como la estructura social y familiar. La información de la psicoprofilaxis se dirige hacia la ayuda del individuo para la comprensión y en enfrentamiento con la lesión física en el contexto integral de la persona.

"Desde el punto de vista de la teoría de crisis, la enfermedad física y las lesiones son sucesos que desafina la habilidad del individuo y de la familia, para enfrentarlos y adaptarse"²

1 Moraga García, Jorge Raúl, informe del ejercicio profesional supervisado en psicoprofiláctica quirúrgica. Tesis Escuela de Psicología USAC 1979

2 Slaikiu, Karl A. Manual Moderno de intervención en Crisis. Editorial Manual moderno S. A. De C. V. México D. F. 1,988 pp. 50. 51

Muchos fracasos en el diagnóstico para el tratamiento de una lesión obedece a que los pacientes generalmente presentan una mezcla de quejas somáticas y psicológicas, y para los médicos es de especial importancia atender los factores físicos ya que es tarea difícil atender los de la persona, la atención de heridas, las lesiones y la hemorragia, como resultantes de la agresión del ambiente biofísico, socio – cultural sobre el hombre, ha sido el quehacer de la cirugía desde la prehistoria”³

Entre los traumatismos, el de más alto impacto para el ser humano es el producido en el rostro. Las lesiones maxilo faciales pueden ser el resultado de accidentes automovilísticos, lesiones deportiva, accidentes en casa o en el propio lugar de trabajo, también están las producidas en riñas, asaltos, u otras formas de incidentes. Estas lesiones pueden estar limitadas a los tejidos blandos de la cara, pero también pueden involucrar múltiples fracturas de los huesos faciales.

Las fracturas del maxilar superior son aquellas del proceso alveolar de estos huesos. Las fracturas de otras regiones del maxilar superior están siempre ligadas a las lesiones de importantes estructuras adyacentes como: la nariz, senos maxilares, órbitas, huesos craneanos y el propio cerebro.

Las fracturas del tercio medio de la cara son el resultado de los estudios del médico francés René Lefort, que ha hecho que universalmente estas fracturas sean clasificadas en fracturas de Lefort I, fracturas de Lefort II y fracturas de Lefort III.

La fractura de Lefort I se denomina también, fractura de Guerin, es una fractura subzigomática baja, consiste en el desprendimiento total del borde alveolar y del paladar (desprendimiento horizontal del maxilar superior a nivel del piso de la nariz).

La fractura de Lefort II recibe también el nombre de fractura piramidal, es una fractura subzigomática que pasa por la mitad interna (medial) de ambos senos maxilares y del reborde inferior de la órbita, tomando después el piso orbitario y la pared interna de la órbita y se extiende a los huesos nasales y al etmoides (fractura a través de los maxilares superiores, senos, huesos malaes y rebordes infra – orbitarios).

La fractura de Lefort III es una disyunción cráneo - facial. Es una fractura supra – zigomática a nivel alto. Se extiende a través de las órbitas y es piso orbitario, de los huesos propios y de la base de la nariz y de la región etmoidea hasta los arcos zigomáticos. El borde lateral de las órbitas es separado en la unión frontal. (Fractura a través de los huesos malaes y de las órbitas separando los huesos faciales de la bóveda craneana).

1 Berges, Gustavo. Fracturas Maxilo faciales. Guatemala junio 1,992 pp. 1

Debido a la lesión, las fracturas se clasifican en: Sínfisis, Cuerpo, Ángulo, Rama ascendente, Cóndilo, Apófisis corónides, y proceso alveolar.

La Sínfisis es una fractura en línea media y es muy rara (la mayor parte de las fracturas son en dirección oblicua).

Las fracturas del cuerpo de la mandíbula, generalmente son el resultado de golpes directos. La línea de fractura pasa a través de los alvéolos de los dientes adyacentes.

La fractura del Ángulo de la mandíbula posterior a la última molar, puede ser causada por un golpe directo en la rama o indirectamente por un golpe en la región de las bicúspides del lado opuesto (fractura de contragolpe).

Las fracturas de la rama ascendente son el resultado de un golpe lateral directo, producida por una herida punzante o por una herida provocada por arma de fuego.

La fractura del Cóndilo: bajo esta denominación se incluyen las fracturas del cuello del cóndilo y la cabeza articulada.

Son muy raras las fracturas por traumatismo directo. Estas fracturas son generalmente producidas por una fuerza indirecta. Estas se clasifican en tres: fracturas altas, arriba de la inserción del pterigoideo externa, fracturas medianas, inmediatamente debajo de la inserción del músculo, y las fracturas bajas.

Para el tratamiento de las fracturas, los postulados de Hipócrates siguen siendo la norma inamovible, y son a saber: 1) llevar los fragmentos a su posición correcta (reducir la fractura). 2) mantener los fragmentos en posición hasta su consolidación (inmovilización). El método se aplica en el tratamiento cerrado y abierto.

El traumatismo que provoca una fractura en cualquier parte del cuerpo genera un malestar físico y psíquico, provocando ansiedad, ésta es descrita en forma diferente por cada individuo, pero su característica esencial es la anticipación desagradable de alguna clase de desventura, o peligro. A menudo vuelve a una persona hiperalerta, irritable o incierta, puede inquietarse o permanecer tensa, e inmóvil, también "afecta la memoria, el raciocinio abstracto y la habilidad para calcular la eficacia psicomotora limitando de esta manera las actividades"⁴

La ansiedad constituye un fenómeno complejo, ya que se trata de un mecanismo que nos prepara ante un acontecimiento desfavorable, su función es de gran utilidad para estimular los esfuerzos, la vivacidad y contribuir a que una persona se mantenga en un elevado nivel de trabajo y conducta, sin embargo en exceso, la ansiedad compromete la eficacia y presenta una actitud

1 Sarason, I Psicología Anormal Editorial Trillas. México 1986 pp 86

de comportamiento aprehensivo y tenso, que se convierte en una desagradable experiencia aunque se trate de una reacción protectora, cuando alcanza cierta intensidad, resulta paradójicamente no solo paralizante sino desintegradora.

Es una asociación de sentimientos desagradables y una tensión interna que en más de alguna oportunidad todos hemos experimentado, ya sea en forma de temor, preocupación y zozobra.

Existe tensión cuando se percibe una opinión desfavorable previamente de una persona importante, para describir la experiencia subjetiva de una tensión desagradable, inquietud y angustia que acompaña la amenaza y el conflicto físico. Se da una respuesta fisiológica característica de los seres humanos cuando confrontan una situación en la que algunos de sus valores vitales se encuentran amenazados.

Que la ansiedad sea normal o anormal, depende de su intensidad, duración y las circunstancias que la generen. La diferencia entre el miedo y la ansiedad radica en que el miedo es la respuesta a un peligro real, y la ansiedad es el resultado de las causas irracionales. La ansiedad intensa, desorganizada se denomina comúnmente con el nombre de pánico.

La ansiedad es considerada patológica cuando parece ser desencadenada por algún acontecimiento menor u ocurre sin causa conocida, o bien cuando es extremadamente persistente.

Lo patológico suele ser manifestado visiblemente por medio de experiencias ansiógenas, que en nosología se conoce como neurosis de ansiedad.

Según la corriente genética y evolucionista, la ansiedad se concibe hereditaria. La escuela organística, dice que implica la propia naturaleza del ser humano y lo tanto es orgánico, al igual que sus manifestaciones y repercusiones; la filosofía la plantea como una enfermedad del organismo contra peligros internos y externos, por lo cual afecta el cuerpo movilizándolo para lograr un equilibrio aceptable.

La corriente conductista dice que la ansiedad "es un mecanismo defensivo, siendo un proceso de condicionamiento, porque el hombre recibe estímulos condicionales ya aprendidos, por medio de refuerzos negativos y positivos"⁵

De acuerdo a la teoría psicoanalítica la ansiedad es vista como una emoción del ego, además de ser vista como el indicio clave de un conflicto psicológico oculto. En la teoría Psicoanalítica el término ansiedad tiene un sentido adicional más abstracto, puede decirse que es inconsciente lo mismo que consiente. Algunos terapeutas conductuales sostienen que la ansiedad es una respuesta aprendida a algún estímulo nocivo.

5 Barillas de León, Claudia Isabel y otros. Índices y Niveles de Ansiedad y /o depresión en individuos que padecen una enfermedad de transmisión sexual Guatemala 1983. pp. 37

La ansiedad a menudo vuelve a una persona hiperalerta, irritable o incierta. Puede inquietarse o permanecer tensa e inmóvil. Puede ser excesivamente dependiente, constriñendo el alcance de las actividades del individuo y disminuyendo su productividad en el trabajo.

Algunos síndromes psicológicos específicos podrán apreciarse en el paciente ya que éste con una estructura de carácter pasivo dependiente o pasivo agresivo, mostrará al principio no estar motivado con la relación a la ayuda psicológica. 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 esencialmente psicológica, por parte del paciente. "Como sabemos la psicoterapia básicamente se constituye en el tratamiento de los problemas y trastornos emocionales y de la personalidad por medio psicológicos"⁶

Realmente la ansiedad tiene siempre una causa interna al individuo, y es una reacción o una situación interna de peligro somático o psicológico. Así pues la ansiedad es una señal de peligro y al mismo tiempo no pueden tener lugar de no existir una predisposición particular y esencialmente psicológica, por parte del paciente. Como sabemos la psicoterapia básicamente se constituye en el tratamiento de los problemas y trastornos emocionales y de la personalidad por medio psicológicos. Realmente la ansiedad tiene siempre una causa interna al individuo, y es una reacción interna de peligro somático o psicológico. Así, la ansiedad es una señal de peligro y al mismo tiempo una reacción de defensa que puede asumir en ciertas circunstancias un significado patológico por cuanto se refuerza de continuo. Por otra parte la percepción de los trastornos somáticos periféricos contribuyen a aumentar la sensación de incomodidad, de inquietud, peligro y temor, típica de la situación ansiosa"⁷

A saber, la ansiedad no excesiva es la base del aprendizaje y de la motivación para obtener placer y evitar el sufrimiento. Supone un poderoso estímulo para el desarrollo de la maduración de la personalidad, forma parte de la existencia humana, y no es un estado psicológico en sí mismo, sino una forma de prepararse para el peligro. Se vuelve anormal cuando es extremadamente fuerte, cuanto aparece en situaciones que se conocen que no son dañinas, o cuando ocurre sin causa aparente. La ansiedad anormal puede ser transitoria o volverse crónica.

El temor es una emoción claramente enfocada a peligros inmediatos, en tanto la ansiedad suele presentarse por la previsión del peligro angustia o dificultades futuras.

6 Makinnon, Rogers. Psiquiatría Clínica Aplicada. Ed. Interamericana. México 1990 pp. 131, 138,139

7 Pérez de Chavaría, rosa E La psicoterapia como medio de superación de la ansiedad y la depresión en el paciente con cáncer. Guatemala 1990. pp. 23, 24

La ansiedad no es más que una respuesta normal a amenazas dirigidas contra el cuerpo de uno mismo, (nuestro cuerpo) posesiones, modo de vida, seres queridos o valores acariciados.

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. Sin embargo es normal durante un esfuerzo extremo o una situación de la vida cambiante que requiere una adaptación continua.

La ansiedad excesiva no solo hace infeliz al individuo, sino tiene un efecto deletéreo sobre su funcionamiento. Es primariamente un estado subjetivo del consciente diferentemente descrito como una emoción, un efecto o un sentimiento. "Se manifiesta por ciertas clases de conducta y va acompañada por cambios fisiológicos característicos"⁸

El trastorno de la ansiedad generalizada se caracteriza por un sentimiento de ansiedad de carácter persistente, insidioso y generalizado pero sin síntomas específicos que caracterizan los trastornos fóbicos.

En la ansiedad generalizada puede haber preocupación inmotivada y excesiva respecto a dos o más circunstancias de la vida.

Cuando el sujeto está ansioso presenta: Tensión motora, hiperactividad autonómica y "no puede establecerse que un factor orgánico que haya originado y mantenido la perturbación "⁹

Como es sabido por todos, la ansiedad ha pasado a formar parte de la división antológica de la especie humana, llegando incluso a decirse que vivimos en un constante período angustioso.

El ser humano es una unidad biopsicosocial que responde en forma integral a las alteraciones, y su parte biológico no se resiente sin que su componente psíquico también lo haga. Mostrando que un enfoque de cura ha de ser multidisciplinario.

El paciente y su enfermedad, los efectos colaterales de los medicamentos, el rompimiento de las relaciones sociales, escolares, laborales, familiares; provocan en el paciente síntomas específicos tales como la ansiedad, depresión, temor, desvalorización y otros, que generan actitudes que negativamente influyen en él.

Ante la ansiedad el paciente se siente paralizado con un sentimiento de indiferencia o se considera incapaz de tomar la acción apropiada para neutralizar las situaciones provocadoras de la misma. Ésta compromete el funcionamiento del individuo, impulsándolo frecuentemente a pedir ayuda

8 Sraon. I. Psicología Anormal Ed. Trillas. México 1986 pp. 5,8

9 Ayuso, José Luis. Trastornos de Angustia Ed. Martínez Roca, S.A. España 1988 pp. 14, 15, 26, 27, 34

médica. Básicamente, todos los paciente con enfermedades somáticas tienen componentes emocionales asociados, especialmente en el caso de las afecciones invalidantes, graves o crónicas.

Estos correlatos emocionales expresan cómo el sujeto siente su enfermedad y cómo reacciona frente a ella. En algunos casos, la ansiedad generalmente responde bien al apoyo y al tranquilizante apropiado.

Entre la constelación de factores que condicionan esta respuesta se encuentran, el proceso diagnóstico y la implicación pronóstica, la modalidad de terapia, el tratamiento quirúrgico, el dolor la experiencia morbosa previa y, en muchos casos el ambiente hospitalario. "Como factores que contribuyen a conseguir una buena adaptación ante el cambio que significa la enfermedad figuran los recursos personales, soporte familiar y la red social".¹⁰

La crisis se contempla como puente decisivo y crítico donde el peligro y la oportunidad coexisten, y los riesgos son altos. En sentido concreto, los resultados peligrosos pueden ser físicos o psicológicos.

Antes de un suceso de crisis, el individuo, se encuentra estable, seguro, funcionando adecuadamente como un miembro de un grupo familiar – social que está alojado en un ambiente comunitario, como parte de una amplia cultura social. Pero la crisis psicológica que acompañan una enfermedad grave o lesión física, se relacionan con frecuencia a la amenaza percibida hacia los propósitos importantes de la vida.

La histeria, la cólera, y aún la violencia física no son síntomas raros en pacientes con traumas en los centros de asistencia hospitalarios. "Por tradición estas salas ofrecen tratamiento médico, de protección a la vida, con poca atención en lo emocional".¹¹

La ansiedad y otros estados defensivos desempeñan un importante papel en los procesos en que debe efectuarse una adaptación. La teoría de la ansiedad puede entonces ser original desde distintas fuentes del aparato mental. La ansiedad instintiva se debe a la anticipación de la inundación del organismo por una tensión excesiva y por los estímulos desde sus propios drives. La ansiedad del ego resulta de la percepción interiorizada de una situación de peligro que fue sentida.

"La ansiedad del super ego se debe a la interiorización de una amenaza de castigo o pérdida de efecto sobre bases morales, experimentadas actualmente por el individuo como un sentimiento de culpa".¹²

Para William Zung la clasificación de la ansiedad es sintomática, a saber: A) Afectiva y B) Somática.

10 Ayuso, José Luis. Trastornos de Angustia Ed. Martínez Roca, S.A. España 1988 pp.55, 57, 110.

11 Slaikou, Karl A. Manual Moderno de intervención en Crisis. Ed. Manual Moderno S.A. de C.V. México D. F. 1988 pp. 19, 28

12 Dewal, Paul A. Psicoterapia un Enfoque Dinámico. Editorial Toray S.A. Barcelona S /F pp 21, 23,24

Según Paolo Pancheri, la ansiedad puede ser determinada en tres grupos: A) Trastornos somáticos, B) trastornos psíquicos, y C) Trastornos conductuales.

En los casos en que el individuo fracasa al intentar vivir de acuerdo con su ego ideal, se tiene una forma de ansiedad, cuando hablamos de ello podemos resumir que nos referimos a una característica existente de todos los comportamientos.

La intensidad de la ansiedad tiene muchos grados, que van desde inquietudes menores hasta temblores notables e incluso pánicos, siendo esta 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 a diez minutos y rara vez duran más de treinta. Si la ansiedad surge de forma inesperada se le llama ansiedad espontánea, si es muy intensa recibe el nombre de pánico espontáneo, cuando ocurre la ansiedad predeciblemente en situaciones específicas se le denomina ansiedad situacional o fóbica, si es extrema pánico situacional o fóbico, y “para describir la ansiedad desencadenante por el simple pensamiento de situaciones particulares la describimos como ansiedad anticipada”.¹³

La ansiedad es un estado caracterizado por un sentimiento de temor acompañado de signos somáticos que indican una hiperactividad del sistema nervioso autónomo. Se diferencia del miedo, el cual constituye una respuesta a una causa conocida.

La ansiedad se manifiesta en diferentes esferas:

1. Cognitiva: preocupación obsesiones, conciencia de sí mismo.
2. Afectiva: intranquilidad y disforia.
3. Conductista: evitar, huir, repetición compulsiva.
4. Física: anorexia, dispareunia, disfunción sexual, dolor abdominal, hiperventilación, náuseas, palidez, palpitaciones, parestesias, tensión muscular, taquicardia, vómitos.

¹³ Lunuza Muñoz, Nery Importancia de las técnicas de Psicoterapia en pacientes pre-operados como factor inhibidor de los procesos de ansiedad. Guatemala 1986 pp.11

La ansiedad anormal o patológica se distingue por:

1. Autonomía: ocurre no, a una causa externa.
2. Intensidad: el grado de sufrimiento excede la capacidad del individuo de manejar estrés.
3. "Duración de los síntomas: persisten o recurren en el tiempo" .¹⁴

Estos desordenes pueden clasificarse así: De ansiedad generalizada, pánicos, fobias, desorden de ansiedad post – traumática, desordenes de ansiedad obsesivo – compulsivo.

Es justificable responder con temor ante el diagnóstico médico si el tratamiento requiere de una operación inmediata, pero con una persona que sufre de ansiedad generalizada, sufrirá el continuo temor de que algo malo podría ocurrir, y por ello sufre de preocupaciones y temores irreales. Estos temores se tornan tan intensos y persistentes que impiden el funcionamiento normal de la persona, debilitan su rendimiento y su capacidad de concentración

Con frecuencia para evitar estos temores, la persona se obliga a sí misma a realizar una serie de hábitos ritualísticos (compulsiones), característicos de la ansiedad post – traumática, en la cual persona sufre reacciones perturbadoras al volver a vivir y experimentar el evento traumático. Así pues la persona revive tales reacciones como recuerdos y sensaciones de recurrencia frecuente que afecta su vida diaria. Escenas como imágenes y pesadillas son en parte la expresión angustiada que vive el afectado como parte de la situación traumática sin causa alguna que motive o estimula tales acontecimientos.

Las víctimas de la ansiedad post – traumática viven una sensación de adormecimiento o indiferencia general, especialmente perdiendo el interés por las demás personas y las actividades que antes disfrutaban. "Algunas veces una víctima de esta lesión han sufrido un gran trauma en la que otros han muerto y se sienten culpables de haber quedado con vida mientras que los otros no. La vida de la persona corre riesgo si el trauma no es tratado convenientemente".¹⁵

Cualquier médico, enfermera o profesional de la salud sabe perfectamente bien que una remota perspectiva de cirugía a menudo produce extrema ansiedad en los pacientes. Tales individuos asustadizos a veces consideran la cirugía como una amenaza a su vida. Sentimientos similares están frecuentemente asociados con procedimientos radiológicos y otras clases.

14 Tesar G.Rosenbaum J. Manual of Psychiatric Emergencies. Ed. Little Brown 1994 pp. 432

15 Slaikeu, Karl A. Manual Moderno de Intervención en Crisis. Ed. Manual Moderno, S. A. De C.V. México D. F. 1988 pp. 184, 185

Aun antes de enfrentarse a una recomendación para diagnóstico o tratamiento, muchos pacientes se sienten ansiosos y deprimidos por la enfermedad que los llevó hacia el doctor en primer término. Las reacciones psicológicas a sugerencias a favor de la cirugía varían desde el interés racional hasta el trastorno emocional profundo. Afortunadamente, el profesional puede ayudar a sus pacientes en buena medida a cambiar sus propios sentimientos sobre la amenaza de la cirugía y otros procedimientos "riesgosos" para la salud.

La importancia de los trastornos de la personalidad radican en dos razones: Primero, la ansiedad es con frecuencia una característica importante del trastorno de personalidad y segundo, muchos pacientes con trastornos de ansiedad tienen rasgos de personalidad que complican o dificultan el tratamiento médico.

Existen varios tipos de trastornos de personalidad, trastornos de "personalidad dependiente: en donde los individuos se basan de modo excesivo en los demás para obtener soporte, tienen dificultad para tomar sus propias decisiones, se sienten inútiles por sí mismos y temen funcionar independientemente, pueden experimentar riesgo de trastorno de ansiedad generalizada".¹⁶

La ansiedad es más psíquica, siendo vivenciada en forma de inquietud y sobre salto.

La represión es en esta formulación, una maniobra psíquica que intenta reducir el grado de ansiedad percibida y facilitar la evitación de la situación peligrosa. Esta teoría constituye el soporte conceptual del tratamiento psicoanalítico que pone el acento en la experiencia adquirida y el conflicto inconsciente.

La categoría de estados de ansiedad engloba a la ansiedad generalizada y al ataque de pánico descrito único en una fase "la ansiedad es usualmente difusa y puede extenderse al pánico".

En otras palabras, el trastorno de pánico es visto como un grado que denota severidad del trastorno de ansiedad y no como un trastorno separado y con sus propias particularidades.

Los trastornos de ansiedad causan mucho malestar a los pacientes, disminuyendo notoriamente la calidad de vida y la capacidad funcional. La ansiedad no debe ser abordada sólo con un paradigma farmacológico.

La intervención terapéutica debe considerarse en el contexto de la relación médico, paciente y alguna forma de consejo merece ser otorgada en cada visita.

¹⁶ Silvia, Jorge Alberto. Trastornos de la Ansiedad. Editorial Asociación mundial psiquiátrica. 1992 pp. 35, 37

“En realidad, un leve grado de ansiedad es comúnmente constructivo, ya que es motivante y a menudo incrementa el estado de alerta. Sin embargo, la ansiedad más severa puede ser contraproducente, preocupando al individuo con sentimientos inestables y frecuentemente produciéndole síntomas somáticos”.¹⁷

El paciente que va a ser intervenido quirúrgicamente presenta sentimientos de tensión, aprehensión y miedo acompañado de palpitaciones, sudores, temblores, aumento de los movimientos respiratorios, frío en las extremidades y otros signos más. Toda esa sintomatología no se presenta continuamente en todos los pacientes, sino solamente en las crisis de mayor o menor importancia que se presenta durante la estancia en un hospital. La intensidad o el grado de ansiedad va proporcional al tipo de intervención quirúrgica a la que se somete el paciente lo cual es observable objetivamente.

La ansiedad pre – operatoria es una señal del organismo. Para prepararse ante un conflicto en todos los frentes. Antes del acto quirúrgico existen conflictos no resueltos, que pueden generar ansiedad, la cual también es propiciada por los propios aspectos de la experiencia quirúrgica.

Con frecuencia de tiempo, se debe dar al paciente información sobre su estado y progreso; así como recibir explicaciones adecuadas a cerca de todas las actividades, de enfermeras y otros profesionales que asistirán. Las declaraciones que haga cualquier miembro del personal o aún los mismos médicos, sean directas o indirecta pueden afectar la psique del paciente, pre disponiéndolo a sufrir un trastorno de ansiedad.

El impacto de la cirugía con frecuencia no termina cuando se completa el procedimiento. Se sugiere que las enfermeras tome un papel activo en la discusión sobre algunas preocupaciones que pueden estar afectando al paciente como pueden ser: miedo a morir, desfiguración por el área afectada, y las etapas del proceso de convalecencia.

Los profesionales, de la salud deben desarrollar una comprensión exacta de sus propias limitaciones, y aprender a valorar los objetivos reales del paciente, así como desarrollar sus propias teologías /filosóficas de la vida, en el contexto del trabajo en crisis. El rango total de los profesionales de la salud y personal de apoyo en hospitales, así como en las clínicas de consulta externa, debe familiarizarse con los principios básicos de la primera ayuda psicológica.

Nuestra experiencia es que este componente de la primera ayuda psicológica captura mucho de lo que los pacientes y practicantes quieren dar a entender cuando hablan sobre el procedimiento del médico o la enfermera. Una de las necesidades principales de los pacientes es saber escuchar sus preocupaciones.

¹⁷ Andrade, Carlos León y otros. Trastornos de Ansiedad. Editorial Laboratorios Ujohn. Caracas 1,992 pp. 5, 8, 17, 18, 21.

“Un impedimento para la primera ayuda psicológica en ambientes médicos, es la idea de que el papel del paciente es describir síntomas, y lo exclusivo del médico es recomendar o prescribir tratamiento.”¹⁸

“La enfermedad causa desequilibrio en las tres esferas esenciales del ser humano a saber: biológico, psicológico y social; cualquier alteración de una de ellas, causa la falta de armonía y provoca estrés”.¹⁹

La ansiedad como otras de las causas, es una forma de estrés en que la gente siente todos los síntomas del temor, pero no logran identificar las causas de su miedo o perturbación.

“Muchos psicólogos piensan que la ansiedad, es un signo de conflicto interno e inconsciente y a la vez la define como un fenómeno humano normal que únicamente debe ser considerado patológico cuanto compromete el bienestar general del paciente o la eficacia personal”.²⁰

La ansiedad y la depresión son emociones comunes, presentes en una amplia gama de estados tanto normales como patológicos. Por lo tanto no ha de sorprender que los síntomas asociados a los trastornos depresivos y ansiosos con frecuencia se presenten juntos.

La depresión constituye una enfermedad extremadamente común incapacitante pero con posibilidades de tratamiento.

La depresión clínica es el resultado final de la interacción entre factores vinculados a composiciones genéticas, experiencias infantiles, estructuras psicológicas y de la personalidad, estresores psicosociales y la neurobiología. La relativa contribución de cada uno de estos elementos podrá variar en diferentes individuos, pero al final, los trastornos patológicos de los estados afectivos se reflejarán en los cambios funcionales de los sistemas neurológicos.

Los síntomas de ansiedad y depresión están relacionados a entidades distintas pero debido a que cada trastorno es muy frecuente, el alto nivel de ocurrencia conjunta es simplemente lo que uno esperaría.

Los síntomas asociados a ambos padecimientos son en realidad parte de un trastorno único y de mayor complejidad. “Aunque los síntomas están asociados a padecimientos distintos, la presencia en uno de los trastornos incrementa la posibilidad de que se presenten en el otro”.²¹

18 Slaikeu, Karl A. Manual Moderno de intervención en Crisis. Ed. Manual Moderno, S. A. De C. V. México D. F. 1988. pp. 184, 185

19 León Oliva, Vilma Lorena. Efectividad en el Taller de Relajación para Disminuir Niveles de Estrés. Tesis Escuela de Psicología, USAC. Guatemala, 1,994 pp. 4,6

20 Sánchez López, Victor Adelo y otros. La eficacia de un programa de Psicología Laboral. Tesis de Psicología USAC Guatemala 1,989.

21 Simithkline Beechaam. Aspectos sobre depresión. Guatemala S/F pp. 3, 8,

PREMISAS

1. En Guatemala se carece de una adecuada atención psicológica - Hospitalaria
2. Las fracturas faciales producen desequilibrio psicológico, ya que es la cara la que se desfigura y esto causa altos niveles de ansiedad.
3. Todo paciente que sufre traumas físicos sufre altos niveles de ansiedad.
4. Un programa psicoprofiláctico es necesario para la disminución de ansiedad.

HIPOTESIS

Un programa psicoprofiláctico es efectivo en la disminución de ansiedad y más rápida recuperación de pacientes hospitalarios con fracturas faciales

VARIABLES

DEPENDIENTE:

Disminución de ansiedad.

INDEPENDIENTE:

Aplicación de un programa psicoprofiláctico

DISMINUCIÓN DE ANSIEDAD:

Consiste en reducir los estados de aprehensión, inseguridad y terror causados por amenazas hacia alguna parte del cuerpo o de la psique.

PROGRAMA PSICOPROFILACTICO:

Sistematización de métodos, técnicas y procedimientos relacionados con procesos mentales y emocionales que intervienen en la preparación del individuo para la contingencia de un traumatismo.

INDICADORES

V.D.

- Es accesible el paciente al tratamiento.
- Está relajado el cuerpo durante el traumatismo.
- Se aumenta la confianza en el médico.
- Disminuye la tensión en el paciente
- Evitar las perturbaciones del estado de ánimo y el estado afectivo.
- Establecer una mejor relación entre paciente y médico.
- Facilitar la labor del cirujano maxilo facial.

V.I.

- Información apropiada al paciente.
- Mantenimiento y protección de la salud mental de los pacientes.
- Ganar completamente la confianza del paciente.
- Conocimiento integral del paciente.
- Respeto a su personalidad.
- Familiarizar al paciente con el proceso en su tratamiento quirúrgico y post – quirúrgico.

CAPITULO II

TÉCNICAS E INSTRUMENTOS

SELECCIÓN DE LA MUESTRA:

Nuestra muestra la constituyó un grupo de quince pacientes con fracturas faciales, seleccionados al azar, que para su recuperación debían ser intervenidos quirúrgicamente, éstos fueron todos ingresados al Hospital General de Accidentes del Instituto Guatemalteco de Seguridad Social I.G.S.S. por el servicio de urgencias, o remitidos por unidades médicas del país.

TÉCNICA DE MUESTREO:

Nuestra muestra fue de tipo intencional, debido a que se pretendía carecer de influencias que pudieran sesgar la muestra como sexo, edad y condición socio – económica.

INSTRUMENTOS DE RECOLECCION DE DATOS:

La observación fue la mejor herramienta como fuente de investigación para el estudio, ya que la experiencia nos ha demostrado, ya sea de forma vivencial o no, que todo proceso quirúrgico conlleva un riesgo, tanto físico como emocional. Es ahí donde se presenta la ansiedad con todos sus signos y síntomas, los cuales en más de una oportunidad, ha negado inconscientemente la ejecución de una cirugía.

La revisión de expedientes de cada uno de los pacientes permitió conocer, de donde había ocurrido el accidente, cómo había sucedido, qué causa originó el traumatismo, a demás permitió conocer que tipo de fractura poseía el paciente.

También se recurrió al diagnóstico realizado por el médico especialista a cargo, quien proporcionó con detalle cada uno de los procesos de las intervenciones quirúrgicas, para su posterior traslado en forma de psicoprofilaxis a cada uno de los pacientes antes de la cirugía.

Se utilizó también la técnica de la entrevista, que consistió básicamente en hablar con el paciente sobre la condición que presentaba y el motivo de su lesión, a fin de conocer de la fuente misma los detalles del traumatismo, su comportamiento y actitudes ante lo sucedido, y a la vez establecer rapport con el paciente.

Para establecer cuantitativamente el nivel de ansiedad que el paciente experimentaba al momento de conocer que iba a ser intervenido quirúrgicamente, al ingresar a la sala de encamamiento, se le aplicó el test de ansiedad SAS del autor William W. Zung, que consiste en una hoja escrita con una escala de autoevaluación que comprende una lista de veinte afirmaciones redactadas de forma sencilla para que el paciente las pueda interpretar.

Cada una de estas afirmaciones está relacionada con una característica específica de ansiedad como síntoma y signo. Al lado de las afirmaciones existen cuatro columnas tituladas: No o muy pocas veces, A veces, a menudo y Todo o casi todo el tiempo. Se da al paciente el test y se le pide que marque la casilla que más se asocia a él de acuerdo a la situación que está experimentando en ese preciso momento, bajo las condiciones que se encuentra.

Las veinte afirmaciones delimitan en forma global el nivel y el grado de ansiedad que el paciente experimenta en ese momento de la forma siguiente:

Ninguna, mínima, moderada y severa, la cual da un cuadro cuantitativo del grado de ansiedad que se presenta al momento de ser aplicado el test.

El programa psicoprofiláctico fue el responsable directo de mantener equilibrada la salud emocional y afectiva del paciente, mediante al información anticipada de los que iba a ocurrir, preparando al psique para la cirugía.

Por pequeño y sencillo que sea el acto quirúrgico, siempre remite una serie de situaciones que representan una amenaza a la identidad, a las condiciones esenciales de seguridad. Es en este momento donde aparecen síntomas del trauma y ansiedad, manifestándose de manera fisiológica y psicológica. Sin embargo las situaciones del trauma no siempre son las causas en sí de los mecanismos que desencadenan el proceso quirúrgico, la energía residual de un trauma no resuelto de manera insatisfactoria, puede originar, acrecentar y hacer revivir de nuevo una situación de inseguridad y malestar.

El programa psicoprofiláctico tuvo como objetivo el minimizar los grados de ansiedad en los pacientes que serían intervenidos quirúrgicamente en un área tan importante como lo constituye el rostro, buscando que el grado de incertidumbre del proceso fuera más manejable para el paciente. El siguiente bloque contiene la estructura del programa.

1. La etapa prequirúrgica: Esta tuvo como objetivo la conversación terapéutica que el paciente para conociera los procedimientos a los cuales sería sometido, dejando que manifestara sus miedos y temores que se activaron a raíz de la noticia de la operación. La dinámica incluía preguntas como ¿Cómo se siente en este momento ante la operación? ¿siente algún tipo de miedo con respecto de la operación? Generando de alguna manera interés y empatía ante su situación. Luego se realizó una historia familiar, personal o de allegados sobre sucesos similares y como se transitaron o resolvieron, discriminando lo positivo y lo negativo, utilizando el primero como reactor de recursos para su propio beneficio, en el caso de sucesos negativos, se trabajó enfatizando diferencias entre ambos casos, señalando lo que aprendió si fuera así de experiencias pasadas, además se mostraron fotografías de operaciones exitosas en áreas igualmente afectadas como las del paciente, observando que las cicatrices del proceso quirúrgico eran casi invisibles.

CAPITULO III

PRESENTACIÓN, ANÁLISIS E INTERPRETACIÓN DE RESULTADOS

La investigación principia al observar que pacientes llevados a la sala de encamamiento de la unidad maxilofacial del Hospital General De Accidentes del Seguro Social (I.G.S.S.) necesitaban indispensablemente para su recuperación de cirugía, y que algunos eran retrasados en sus intervenciones, ya sea por una u otra causa.

La observación de los pacientes hizo posible determinar que presentaban síntomas y signos propios de la ansiedad, la cual podría ser la causa de los retrasos en las cirugías, ya que manifestaban quejas somáticas y psicológicas como: hiperventilación sudoraciones, sequedad de boca, temblor en diferentes partes del cuerpo, como manos, piernas, brazos, hipertensión arteria, temores irritabilidad, trastornos de humor, etc. Además de manifestar sentimientos desagradables y una gran tensión interna que les hacia estar mal con ellos mismos y sentir, en algunas oportunidades agresión para con los demás.

Se logró constatar a base de entrevistas preliminares pero con intención, que muchos de los pacientes tenían miedo a la cirugía, por la posibilidad de "no quedar bien" según exponían, ya que este suceso se contemplaba como una amenaza al cuerpo mismo y a la psique. También se logró el acceso a la revisión de cada uno de los expedientes con la finalidad de establecer cómo había ocurrido la fractura y si era la primera vez que el paciente era intervenido quirúrgicamente. Luego, se aplicó una entrevista semi dirigida para conocer más sobre su edad, estado civil, ocupación, inclinación religiosa y de sus emociones en ese momento, después, se aplicó a todos, el test del Dr. William W. Zung (S. A. S.), el cual a través de un cuestionario de preguntas, mide la ansiedad presente en ese momento. Más adelante, se conformaron las dos muestras para la investigación, entre hombres y mujeres, con una población total de treinta y un pacientes entre las dos muestras. Después, a un grupo se le aplicó psicoprofilaxis la cual consistía en transmitir de manera ordenada, concisa y clara todo el proceso quirúrgico al cual sería sometido mostrándole fotografías de operaciones exitosas, hablándole sobre el proceso de recuperación, y como el estado anímico del paciente ayudaba para dicho proceso. Se les indicaba el área donde se realizarían los cortes en la cirugía y como suturarían.

La psicoprofilaxis se dirige hacia la ayuda del individuo, para la comprensión y un mejor enfrentamiento de la lesión. Los pasos a seguir fueron: la etapa pre - quirúrgica, la etapa de que hacer hasta el momento de la cirugía, la etapa post operatoria y la etapa que corresponde al deseo de alivio por parte del paciente brindándole toda la información de forma clara, sin olvidar la parte emocional del ser humano, transmitiendo a cada uno de ellos, seguridad, confianza, y serenidad para afrontar de mejor forma la cirugía.

La pregunta de todos cuando explicábamos lo anterior era, ¿y como voy a quedar? ¿Cómo me va a quedar la cara? ¿Se me van a ver las cicatrices? Entre otras. Se respondía en base a las indicaciones que los médicos nos proporcionaban de cada paciente. Se pudo observar que los pacientes después de la charla amena que se sostenía con ellos en relación a la operación, y después de éstos conocer todo lo que les ocurriría, se mostraban más relajados y menos tensos. Lo anterior se ponía de manifiesto al observar su conducta al finalizar.

La psicoprofilaxis sirvió como parámetro para verificar la hipótesis de que un programa de esta naturaleza es efectivo en la disminución de ansiedad en pacientes preoperatorios con lesiones faciales, para lo cual a ambas muestras se les aplicó el test S.A. S. Con la variante de que al grupo control se le aplicó antes y después de la psicoprofilaxis.

Entre muchos de los pacientes, se pudo observar una adolescente que mostró un cuadro general de histeria cuando se enteró que iba a ser operada, y al preguntársele el por que de su alteración, respondió que tenía miedo de quedar desfigurada de la cara.

ANÁLISIS INTERPRETATIVO

La experiencia de la ansiedad se maneja de distintas maneras por todos los seres humanos, pero en general presentan los mismos orígenes psíquicos, la característica esencial es la misma, la anticipación desagradable de alguna clase de desventura, peligro o mal, que a menudo, vuelve a una persona hiperalerta, irritable e impredecible.

Cuando la ansiedad resulta de una amenaza externa conocida, recibe el nombre de miedo, y es común en todos los seres humanos como una reacción protectora, pero cuando pasa a ser intensa puede convertirse en desintegradora de la personalidad.

El estudio comparativo entre la evaluación pre y post del programa psicoprofiláctico es accesible, ya que el cuerpo durante el tratamiento aumentó la confianza del paciente hacia el médico y hacia el proceso quirúrgico, además aminoró los miedos a través de la etapa pre – quirúrgica, que dio a conocer al paciente lo que iba a ocurrir durante la cirugía; disminuyó la tensión y las perturbaciones del estado de ánimo en la recuperación en la recuperación por medio de la etapa post – operatoria, así como los niveles de ansiedad durante todo el proceso.

Fue satisfactorio observar la buena evolución tanto psicológica como fisiológica de cada uno de los pacientes, que por medio de la cuarta fase: enfatizar el proceso de curación, propició confianza en sus propios recursos internos.

Al iniciar el estudio, los pacientes manifestaron en su mayoría, interés por conocer el proceso de su recuperación que incluía desde luego la operación y lo que les sucedería en el quirófano, el tratamiento a seguir, etc. Reaccionando casi todos de forma positiva, cabe la pena mencionar también que existieron personas que se mostraron indiferentes ante el estudio, pero se cree que esto obedeció a múltiples factores, entre ellos, el hecho de ya haber atravesado anteriormente por un trauma similar, otros mencionaban que “tenían confianza en Dios de que todo fuera a salir bien”. También existieron pacientes que como una muchacha reaccionó con un cuadro de histeria al enterarse de que iba a ser operada.

Entre todos los pacientes, la mayoría fueron varones sobre el total de la población, alcanzando casi el 90% y el restante 10% del género femenino (ver gráfica No. 2). En su estado civil, casi el 40% eran solteros, el 3% divorciados y casados o unidos casi el 60% (ver cuadro y gráfica No. 4). En estos últimos se reflejaba preocupación, pues como ellos mismos manifestaban, sentían miedo de no sobre vivir, y quedar mal tras la operación, perder su trabajo y el sentimiento de zozobra e impotencia de sentirse con la cara desfigurada, y el malestar de no poder llevar dinero a casa, ya que sabían que la recuperación tardaría.

Por otra parte los médicos sólo proporcionaban los pasos a seguir en cuanto a la cirugía prestando mayor atención al factor físico de la lesión, descuidando el aspecto psíquico de la persona, olvidando que el ser humano es un ser integral que no puede dispensar de su psique.

Se observa también que más del 40% de la población total de pacientes se encuentra dentro de la edad mental de Adulto medio, correspondiente a la edad cronológica de 30 a 55 años, observándose entre los extremos de edad mental, adolescentes de 19 años y adulto mayor de 56 a 75 años, que se ubican entre el 10% y el 15% (Ver cuadro y gráfica No. 3). Lo cual demuestra que la gran mayoría de los pacientes pertenecen al sector laboral productivo (ver cuadro y gráfica No. 6) siendo el sector de servicios el que ocupa más del 45% del total de los pacientes, el 10% se ubican en el sector industrial y más del 15% pertenecen al sector no productivo.

Las dos muestras fueron formadas al azar en cuanto a sus integrantes, el primer grupo de pacientes antes de la aplicación de la psicoprofiláxis, casi el 50% en su primera aplicación del test S:A:S: se encontraban en la categoría de mínimo a moderada (de 45 a 59 grados); no existiendo ninguno entre la categoría de severa a extrema de (75 100 grados). Encontrándose un promedio general ligeramente superior a los 50 grados de ansiedad. (ver cuadro y gráfica No. 7)

Luego de la aplicación de la psicoprofiláxis, en su segunda aplicación del S.A.S. Casi el 95% de los pacientes se ubicaron en la categoría de ansiedad de ninguna a mínima (de 25 a 44 grados), obteniéndose un promedio general de un poco más de 35 grados de ansiedad en contraste de los 50 antes de la psicoprofiláxis. (Ver cuadro y grafica 7)

Lo contrario sucedió con la segunda muestra, que sin la aplicación de la Psicoprofiláxis, en su primera aplicación S.A.S. encuentra que casi el 65% de los pacientes se encontraban en la categoría de mínima a moderada (de 45 a 59 grados); no existiendo ningún paciente entre los niveles de moderada a extrema, con un promedio general de más de 45 grados de ansiedad (ver cuadro y gráfica No. 8)

Debido a la ausencia de psicoprofiláxis y luego de la segunda prueba S.A.S. los pacientes se mantenían dentro de la categoría del nivel mínima a moderada, pero aumentando en un promedio general de más de 50 grados de ansiedad y observándose una disminución en el nivel de ansiedad, de ninguna a mínima de un casi 36% a un 22% (ver cuadro y grafica No 8)

Al contrastar las dos muestras, se observa como la aplicación de la psicoprofiláxis reduce los grados de ansiedad de 50 a 38 grados promedio de ansiedad en la primera muestra, versus los 45 grados y su tendencia a incrementarse a 50 grados promedio de ansiedad en la muestra dos. (ver cuadro 9)

Haciendo una comparación, los pacientes de la muestra número uno, en su primera aplicación del test S.A.S. y sin psicoprofiláxis, el casi 30 % se encontraban en el nivel de ansiedad de ninguna a mínima (de 24 a 44 grados), luego en su segunda aplicación del test S.A.S. y ya habiendo recibido la psicoprofiláxis casi el 95% de los pacientes se ubicaban en este mismo nivel de ansiedad. Lo anterior, versus los pacientes de la muestra número dos, los cuales en su primera aplicación del test y sin psicoprofiláxis se encontraban con el casi 36% en el nivel de ansiedad de ninguna a mínima de (25 a 44 grados),

redujeron a casi el 22% en el mismo nivel de ansiedad después de la segunda aplicación del test S.A.S. y sin recibir la psicoprofiláxis, es decir, aumento de casi 65% de los pacientes que se encontraban en el nivel de ansiedad de mínima a moderada (de 45 a 59 grados) a un 71% en el mismo nivel de ansiedad, lo cual demuestra que la psicoprofiláxis si es efectiva en la disminución de ansiedad en pacientes pre – operatorios con problemas faciales, y sugiere que podría ser utilizada efectivamente en otras esferas de atención física del paciente ayudando a que su psique se equilibre, para lograr una mejor y pronta recuperación. Sabiendo que el paciente puede responder mejor si se le proporciona una atención integral.

Después de aplicar la psicoprofiláxis a la muestra número uno, se puede comprobar que la curva de valores de dicha muestra, se sesga hacia el rango de ninguna a mínima en poco mas del 90% de los pacientes en sus segunda aplicación del test S.A.S, en comparación del casi 30% de sus primera aplicación, contrastando con la curva de la muestra número dos, cuya curva es similar en ambas aplicaciones del test S-A-S aumentando de casi 65% a poco más del /1% del total de pacientes cayendo en el nivel de mínima a moderada en su segunda aplicación del test (ver graficas No. 10 y 11)

CAPITULO IV

CONCLUSIONES Y RECOMENDACIONES

4.1 CONCLUSIONES

1. Según la investigación, que afirma que un programa psicoprofiláctico es efectivo para la disminución de ansiedad y pronta recuperación de fracturas faciales con atención hospitalaria, es aceptada y confirmada a través de la técnica estadística de prueba de hipótesis en muestras pequeñas para muestras por pares, comprobándose por medio de la ejecución de dicho programa, por lo tanto se concluye que los pacientes que recibieron la psicoprofilaxis, redujeron sus niveles de ansiedad y lograron afrontar de mejor forma la cirugía.
2. En su segunda aplicación de prueba S.A.S. con psicoprofilaxis, redujo sus grados de ansiedad al rango de ninguna a mínima, aumentando el promedio poblacional a un 955 en dicho rango, versus, el grupo control que sin psicoprofilaxis, en su segunda prueba S.A.S. aumento sus grados de ansiedad y disminuyó su promedio poblacional en el rango de ninguna a mínima de un 35% a un 21%
3. La psicología puede llegar a ser efectiva para contrarrestar cualquier otro tipo de padecimiento emocional de carácter hospitalario.
4. Al manejarse de mejor forma los miedos y situaciones traumáticas, utilizándolos en forma constructiva, se revierte el efecto negativo de estos, según se pudo demostrar en la aplicación del programa psicoprofiláctico en la etapa del desarrollo del confianza en si mismo.

4.2 RECOMENDACIONES

Se recomienda a instituciones hospitalarias, personal médico y paramédico

- La atención emocional que ayude a la pronta recuperación física de los pacientes, por lo cual debe tomarse en consideración en la aplicación de una terapia.

- Es preciso implementar programas de atención psicoprofilácticas en los centros de atención hospitalaria para la más pronta recuperación emocional y física de los pacientes ahí reclusos.

- La Psicología debe ser utilizada como una herramienta de ayuda para la mejor y más pronta recuperación de pacientes que sufren de diferentes traumatismos físicos.

- La escuela de Ciencias Psicológicas de la U.S.A.C. incremente el número de investigaciones, hacia este campo de estudio, haciendo énfasis en la realización de programas que conlleven a la búsqueda del equilibrio emocional de pacientes que sufren de algún tipo de traumatismo.

- El instituto Guatemalteco de Seguridad Social elabore planes de integración fisiológico – psicológico de salud en pacientes con traumas que ameriten una intervención quirúrgica.

BIBLIOGRAFIA

1. Archila de Monzón, Marina y otros
Tratamiento psicoterapéutico Tendiente a Reducir Ansiedad y Angustia Pacientes cuyo diagnóstico Amerita histerectomía Guatemala Abril 1,982. 50 páginas.
2. Aguilar Marroquín, Gloria Esperanza y otros La Función de la Psicoterapia en la Depresión del Paciente Tuberculoso del hospital de Amatitlán, Guatemala 1,980 42 páginas.
3. Andrade, Carlos León y otros, Trastornos de Ansiedad. Editorial Laboratorios upjohn, Caracas 1,992 105 páginas.
4. Ayudso, José Luis, Trastornos de Angustia. Editorial Martínez Roca S.A. España 1,988. 225 páginas.
5. Bakiwin, Harry y Ruth Bakiwin, desarrollo Psicológico del Niño Normal y Patológico editorial Mexicana, México 1,974. 452 páginas.
6. Ban, Thomas, El Diangóstico de la Depresión. Editorial Barcelona. España 1,990. 385 páginas.
7. Barillas de León, Claudia Isabel y otros, índices y niveles de Ansiedad y/o Depresión en individuos que padecen de una enfermedad de transmisión sexual, Guatemala 1,993. 36 páginas.
8. Dr. Berges, Gustavo, Fracturas Maxilo Faciales, Guatemala junio 1,992 154 páginas.
9. Bonilla Martínez, Georgina Eleonora, Psicoprofiláxis odontológica una Alternativa Eficaz en el Tratamiento de niños. Impresos Ramírez. Guatemala octubre 1,995. 40 páginas.
10. Chacón Vargas, María Francisca, Psicoterapia Racional y de Apoyo en Pacientes Intervenidos Quirúrgicamente. Guatemala 1,982. 34 páginas.
11. De la Fuente M. ramón, Psicología Médica. Editorial Mexicana, México 1,962. 655 páginas.
12. Dedal, Paul A. Psicoterapia un Enfoque Dinámico. Editorial Toray, S.A. Barcelona s/f 467 páginas.
13. Dr. Ellis, Albert, Terapia Racional y Emotiva. Editorial Pax México julio 1,994 645 páginas.

14. Goldman, Howard H. *Psiquiatría General*. Editorial Manual Moderno. México 1,986. 534 páginas.
15. Kolb, Lawrence *Psiquiatría Clínica Moderna*. Editorial mexicana, México 1,986. 786 páginas.
16. Lanuza Muñoz, Nery. *Importancia de las técnicas de Psicoterapia en pacientes pre – operados como factor inhibidor de los procesos de Ansiedad*. Guatemala 1,986. 42 páginas.
17. León Oliva, Vilma Lorena, *Efectividad en el Taller de Relajación para Disminuir Niveles de Estrés*. Guatemala 1,994. 45 páginas.
18. Pérez Chavarría, Rosa E. *La Psicología como Medio de Superación de la Ansiedad y la Depresión en le Paciente con Cáncer*. Guatemala 1,990. 46 páginas.
19. Pharmacia & Upjohn, *Información para el paciente*. Editorial upjohn. Guatemala s/f 25 páginas.
20. Slaukeu, Karl A. *Manual Moderno de Intervención en Crisis*. Editorial Manual Moderno S.A. de C.V. México D.f. 1,988 567 páginas.
21. Sarason, I. *Psicología Anormal*. Editorial Trillas, México 1,986. 489 páginas.
22. Smithkline Beecham. *Aspectos Sobre Depresión*. Guatemala s/f 59j páginas.

RESUMEN

En Guatemala no se cuenta con programas que ayuden a los pacientes a tener un control emocional sobre sus afecciones físicas, más aun cuando estas afecciones son de tipo traumático.

Esta investigación buscó conocer si era posible que a través de la aplicación de un programa psicoprofiláctico, se pudieran reducir los niveles de ansiedad en pacientes que a ser iban operados del rostro a causa de accidentes.

La investigación fue de tipo intencional, consta de una muestra control y una experimental de quince pacientes cada una, de diferentes sexos, todos mayores de edad y activamente productivos, tomados al azar al ingresar al hospital del seguro social por el área de emergencia que para su recuperación ameritaba operación en el rostro.

Antes de la psicoprofiláxis que solo se aplicó al grupo experimental, fue importante conocer el estado emocional de los pacientes, por ello se aplicó a todos de una entrevista inicial, después, un test para medir los niveles de ansiedad con que los pacientes llegaban y se enteraban que iban a ser operados. El test utilizado fue el de William Zung, que brinda niveles de identificación muy fáciles de conocer y medir.

La psicoprofiláxis brindó soporte emocional a los pacientes, pues permitió que estos conocieran en que consistiría su operación, los procedimientos, el tipo de sutura que les harían, si quedaría cicatriz en su rostro, el tamaño de la operación, entre otros.

Al finalizar el desarrollo de la psicoprofiláxis se aplicó el mismo test a todos los pacientes de las dos muestras y se pudo conocer, que los pacientes que habían recibido psicoprofiláxis habían reducido sus niveles de ansiedad.

Al contrastar las dos muestras, se observó como la aplicación de la psicoprofiláxis, ayudó a reducir los grados de ansiedad de cincuenta a treinta y ocho grados promedio en la muestra experimental, versus los cuarenta y cinco y su tendencia a incrementarse a cincuenta grados promedio de ansiedad en la muestra control que no recibió psicoprofiláxis

La psicoprofiláxis sirvió como parámetro para verificar la hipótesis de que un programa de esta naturaleza es efectivo en la disminución de ansiedad en pacientes pre –operatorios con lesiones faciales

Se afirma que un programa psicoprofiláctico es efectivo para la disminución de ansiedad en pacientes pre –operatorios con fracturas faciales.

Se demuestra como la Psicología puede ayudar a contrarrestar de forma efectiva un padecimiento físico a través de un tratamiento emocional, e interesar a los centros de atención hospitalaria a que implementen programas de esta naturaleza para la más pronta recuperación integral de los pacientes.

ANEXOS

3.- EDAD DE LOS PACIENTES

C U A D R O No. 3

EDAD MENTAL	EDAD CRONOLOGICA	POBLACION TOTAL	MUESTRA No.1 EXPERIMENTAL	MUESTRA No. 2 CONTROL
ADOLESCENTE	0 - 19	5	3	2
ADULTO JOVEN	20 - 29	9	7	2
ADULTO MEDIO	30 - 55	13	5	8
ADULTO MAYOR	56 - 75	4	2	2
T O T A L E S		31	17	14
ADOLESCENTE	0 - 19	16.13%	17.65%	14.29%
ADULTO JOVEN	20 - 29	29.03%	41.18%	14.29%
ADULTO MEDIO	30 - 55	41.94%	29.41%	57.14%
ADULTO MAYOR	56 - 75	12.90%	11.76%	14.29%
T O T A L E S		100.00%	100.00%	100.00%

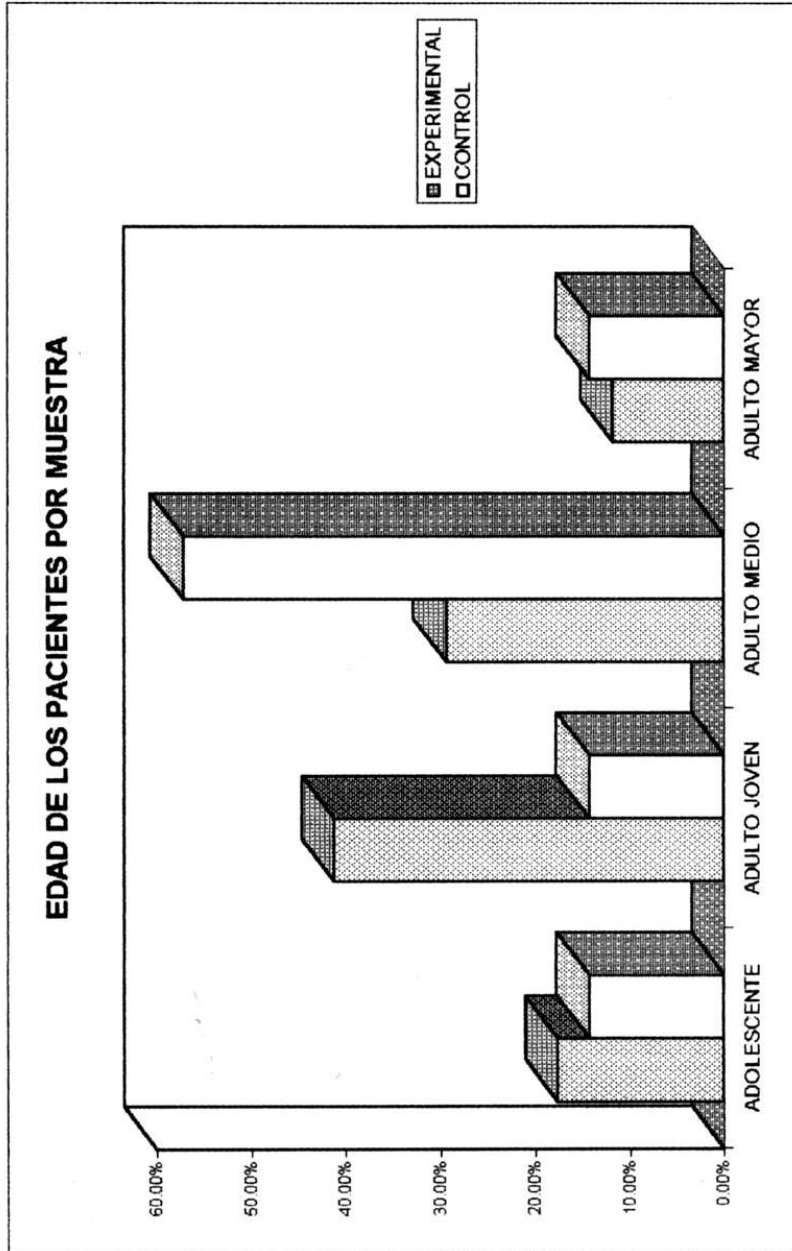
Fuente: Estudio realizado en Hospital General de Accidentes del 6 de Diciembre 99 al 16 de Enero de 2000

DESCRIPCION:

Como puede observarse en el Cuadro anterior, más del 40 % de la Población Total de Pacientes se encuentran dentro de la Edad Mental de Adulto Medio, correspondiente a la edad Cronológica de 30 a 55 años de edad; observándose entre los extremos de Edad Mental Adolescente y Adulto Mayor que e ubican entre el 10 % y el 15 % de la Población Total.

Al comparar las Muestras Experimental-Control, se puede observar que la mayoría del Adulto Joven quedó dentro de la Muestra Experimental; por el contrario, en la Muestra Control casi el 60 % de los Adultos Medios quedaron dentro de dicha Muestra.

G R A F I C O No. 3



Fuente: Estudio realizado en Hospital General de Accidentes del 6 de Diciembre 99 al 16 de Enero de 2000

4.- ESTADO CIVIL DE LOS PACIENTES

C U A D R O No. 4

ESTADO CIVIL	POBLACION TOTAL	MUESTRA No.1 EXPERIMENTAL	MUESTRA No. 2 CONTROL
SOLTEROS	12	7	5
CASADOS	9	5	4
UNIDOS	9	5	4
DIVORCIADOS	1	0	1
T O T A L E S	31	17	14
SOLTEROS	38.71%	41.18%	35.71%
CASADOS	29.03%	29.41%	28.57%
UNIDOS	29.03%	29.41%	28.57%
DIVORCIADOS	3.23%	0.00%	7.14%
T O T A L E S	100.00%	100.00%	100.00%

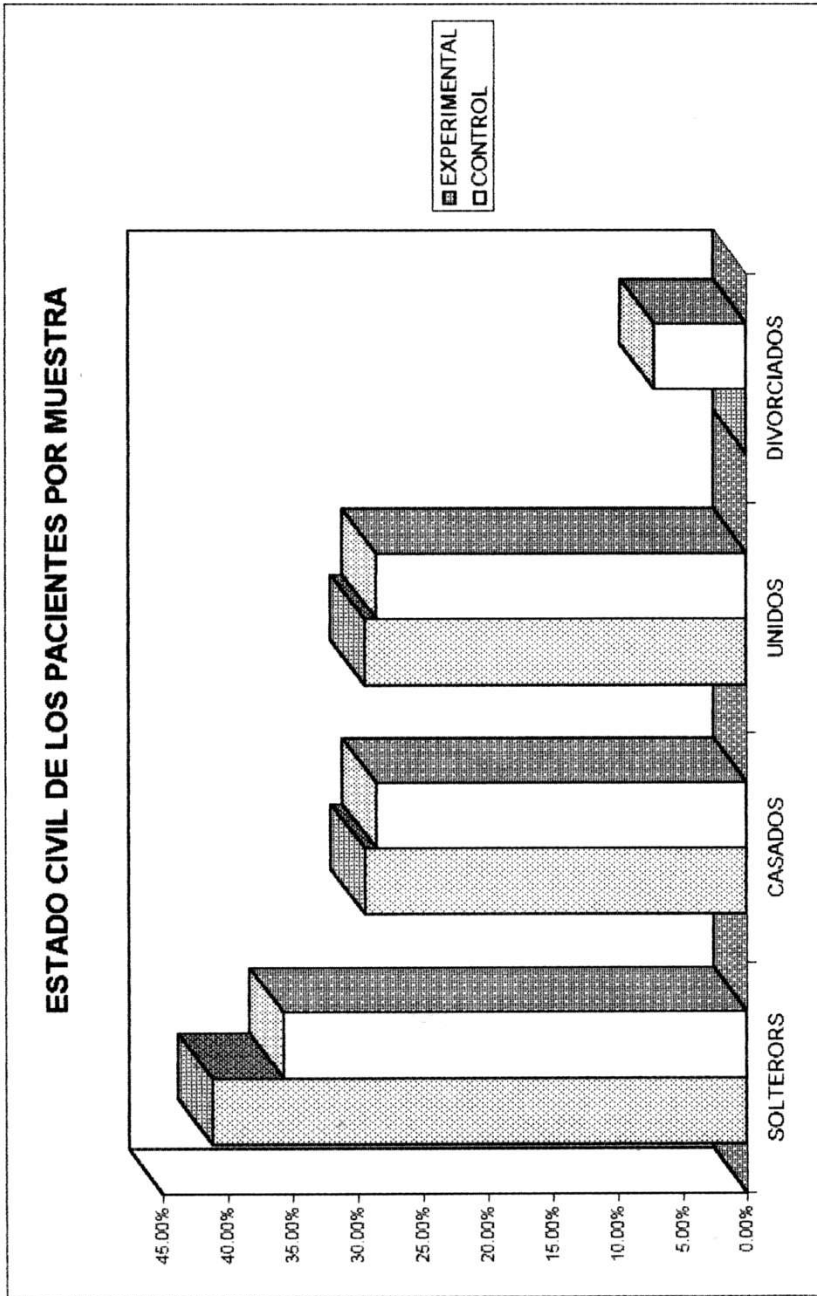
Fuente: Estudio realizado en Hospital General de Accidentes del 6 de Diciembre 99 al 16 de Enero de 2000

DESCRIPCION:

Como puede observarse en el Cuadro anterior, en la columna de la población total, casi el 40 % manifestaron ser solteros; mientras que casi el 60 % manifestaron ser Casados o Unidos y solo el 3 % de los pacientes manifestaron ser Divorciados.

Ambas muestras mantienen la misma tendencia de la Población Total, siendo ligeramente superior la proporción de solteros en la Muestra Experimental y no encontrándose ningún paciente divorciado en dicha muestra.

G R A F I C O No. 4



Fuente: Estudio realizado en Hospital General de Accidentes del 6 de Diciembre 99 al 16 de Enero de 2000

5.- **INCLINACION RELIGIOSA DE LOS PACIENTES**

C U A D R O No. 5

INCLINACION RELIGIOSA	POBLACION TOTAL	MUESTRA No. 1 EXPERIMENTAL	MUESTRA No. 2 CONTROL
CATOLICOS	21	10	11
EVANGELICOS	4	4	0
SIN RELIGION	6	3	3
T O T A L E S	31	17	14
CATOLICOS	67.74%	58.82%	78.57%
EVANGELICOS	12.90%	23.53%	0.00%
SIN RELIGION	19.35%	17.65%	21.43%
T O T A L E S	100.00%	100.00%	100.00%

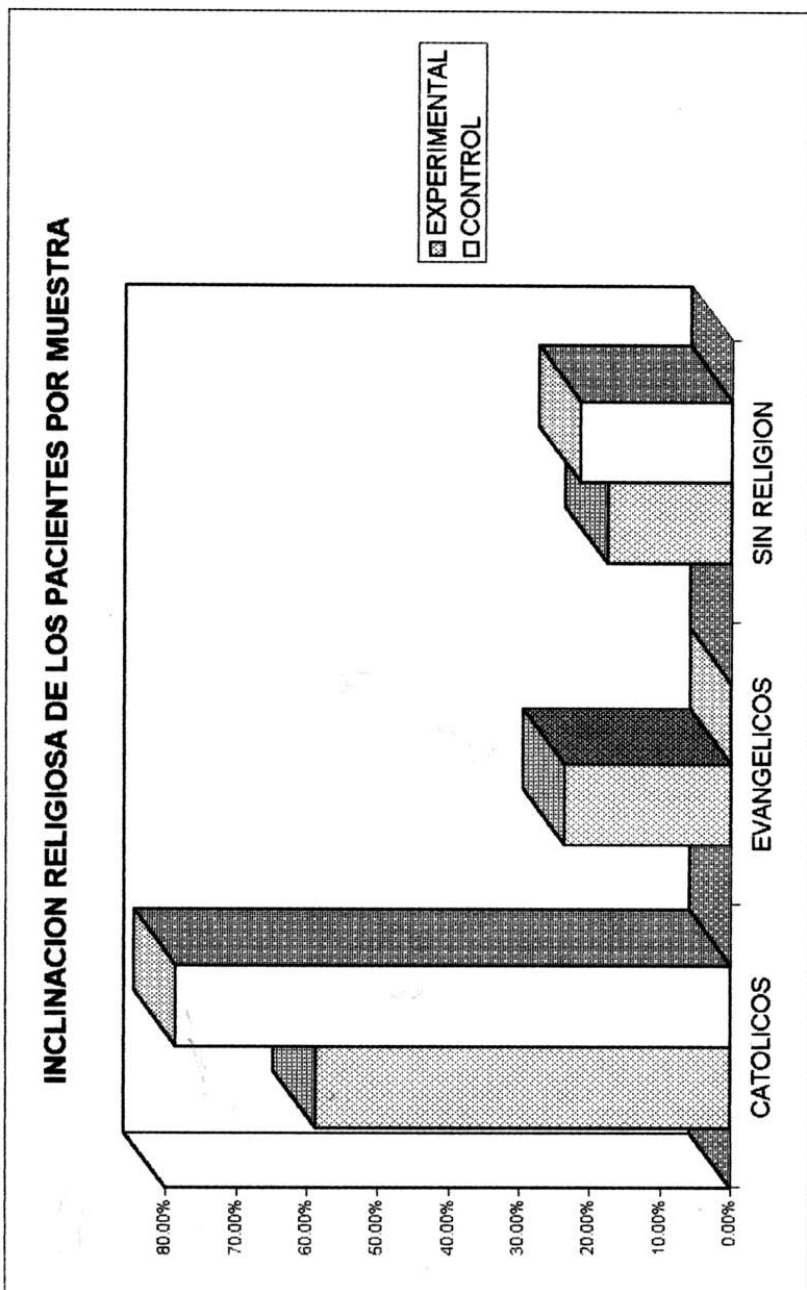
Fuente: Estudio realizado en Hospital General de Accidentes del 6 de Diciembre 99 al 16 de Enero de 2000

DESCRIPCION:

Como se puede observar en el Cuadro anterior casi el 70 % de la Población Total de Pacientes manifestaron tener inclinación a la Religión Católica; únicamente un poco más del 10 % manifestaron tener inclinación Religiosa Evangélica y casi el 20 % restante manifestaron no tener ninguna inclinación religiosa.

Al comparar la Muestras Experimental-Control, se puede observar que la distribución de los Pacientes con inclinación Religiosa Evangélica, quedaron en su totalidad dentro de la Muestra Experimental

G R A F I C O No. 5



Fuente: Estudio realizado en Hospital General de Accidentes del 6 de Diciembre 99 al 16 de Enero de 2000

6.- OCUPACION POR SECTOR PRODUCTIVO DE LOS PACIENTES

C U A D R O No. 6

OCUPACIONES POR SECTOR	POBLACION TOTAL	MUESTRA No. 1 EXPERIMENTAL	MUESTRA No. 2 CONTROL
NO PRODUCTIVA	5	2	3
AGRICOLA	8	4	4
INDUSTRIAL	4	3	1
SERVICIOS	14	8	6
T O T A L E S	31	17	14
NO PRODUCTIVA	16.13%	11.76%	21.43%
AGRICOLA	25.81%	23.53%	28.57%
INDUSTRIAL	12.90%	17.65%	7.14%
SERVICIOS	45.16%	47.06%	42.86%
T O T A L E S	100.00%	100.00%	100.00%

Fuente: Estudio realizado en Hospital General de Accidentes del 6 de Diciembre 99 al 16 de Enero de 2000

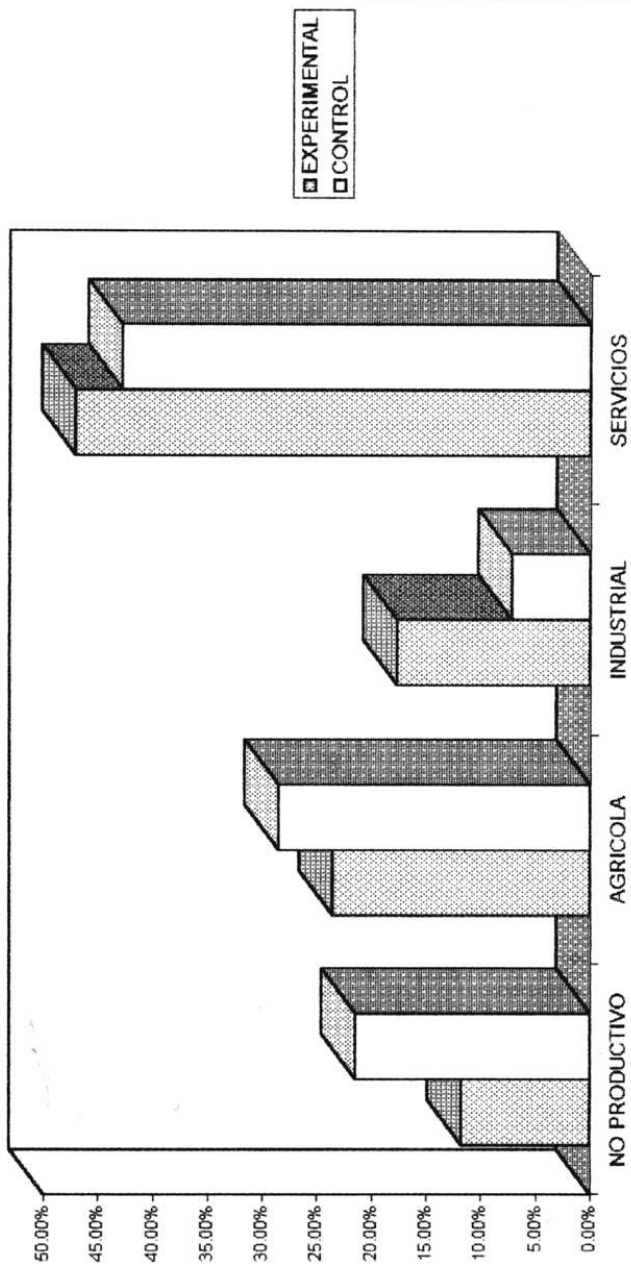
DESCRIPCION:

Como puede observarse en el Cuadro anterior un poco más del 45 % del Total de los Pacientes se emplean en el Sector Servicios; siendo únicamente más del 10 % los pacientes que se emplean en el Sector Industrial; y más del 15 % del total de los pacientes pertenecen al Sector No-productivo.

Al comparar las Muestras Experimental-Control, se puede observar una tendencia similar en todos los Sectores Productivos a la de la Población total.

G R A F I C O No. 6

OCUPACION POR SECTOR PRODUCTIVO DE LOS PACIENTES POR MUESTRA



Fuente: Estudio realizado en Hospital General de Accidentes del 6 de Diciembre 99 al 16 de Enero de 2000

2.- MUESTRA EXPERIMENTAL CON APLICACION DE PROFILAXIS

2.1 Número de Pacientes por Nivel de Ansiedad

CUADRO No.7

No. Niv.	NIVELES DE ANSIEDAD				EXPERIMENTAL			
	CATEGORIAS				ANTES		DESPUES	
					No. de Pacientes	%	No. de Pacientes	%
I.	De: ninguna	a: minima	25 - 44	5	29.4%	16	94.1%	
II.	De: minima	a: moderada	45 - 59	8	47.1%	1	5.9%	
III.	De: moderada	a: severa	60 - 74	4	23.5%	0	0.0%	
IV.	De: severa	a: extrema	75 - 100	0	0.0%	0	0.0%	
	TOTALES				17	100%	17	100%
PROMEDIO					50.59		38.35	

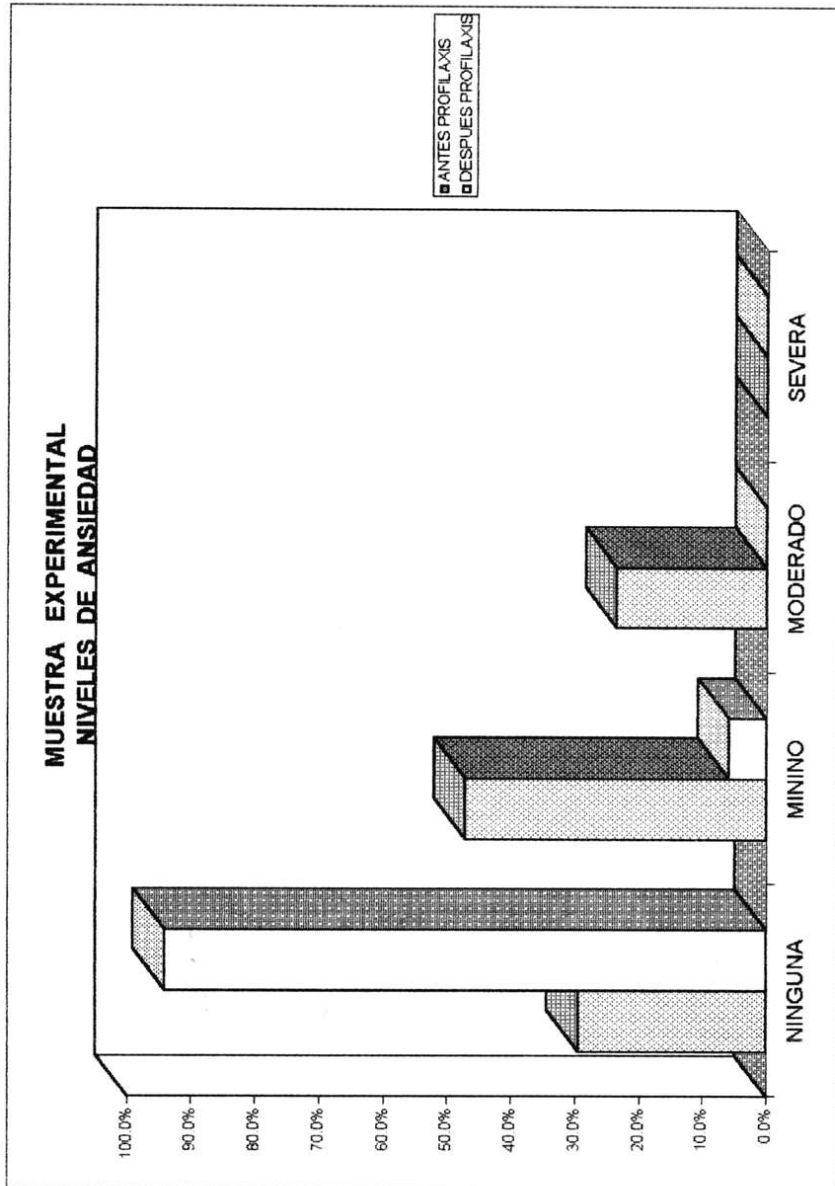
DESCRIPCION:

Como puede observarse en el Cuadro anterior, antes de la aplicación de la Profilaxis, casi el 50 % de los pacientes se encontraban en la categoría de Minimo a Moderada; no existiendo ninguno entre la categoría de Severa a Extrema. Encontrándose un promedio general ligeramente superior a los 50 grados de Ansiedad.

Luego de la aplicación de la profilaxis, casi el 95 % de los pacientes se ubicaron en la Categoría de Ninguna a Minima Ansiedad. Obteniéndose un promedio general de un poco más de 35 grados de ansiedad.

Al comparar los promedios generales de antes de la Profilaxis y despues de la Profilaxis se puede observar que se redujo en un 25 % los grados de ansiedad entre los pacientes de la Muestra Experimental.

G R A F I C O No. 7



Fuente: Estudio realizado por estudiantes de la USAC, Esc. De Ciencias Psicológicas, en el periodo de Dic. 99 a Enero 2000.

3.- MUESTRA CONTROL SIN APLICACION DE PROFILAXIS

3.1 Número de Pacientes por Nivel de Ansiedad

CUADRO No. 8

No.	NIVELES DE ANSIEDAD			C O N T R O L			
				ANTES		DESPUES	
	CATEGORIAS		INTER-VALOS	No. de Pacientes	%	No. de Pacientes	%
I.	De: ninguna	a: minima	25 - 44	5	35.7%	3	21.4%
II.	De: minima	a: moderada	45 - 59	9	64.3%	10	71.4%
III.	De: moderada	a: severa	60 - 74	0	0.0%	1	7.1%
IV.	De: severa	a: extrema	75 - 100	0	0.0%	0	0.0%
TOTALES				14	100%	14	100%
PROMEDIO				45.36		50.29	

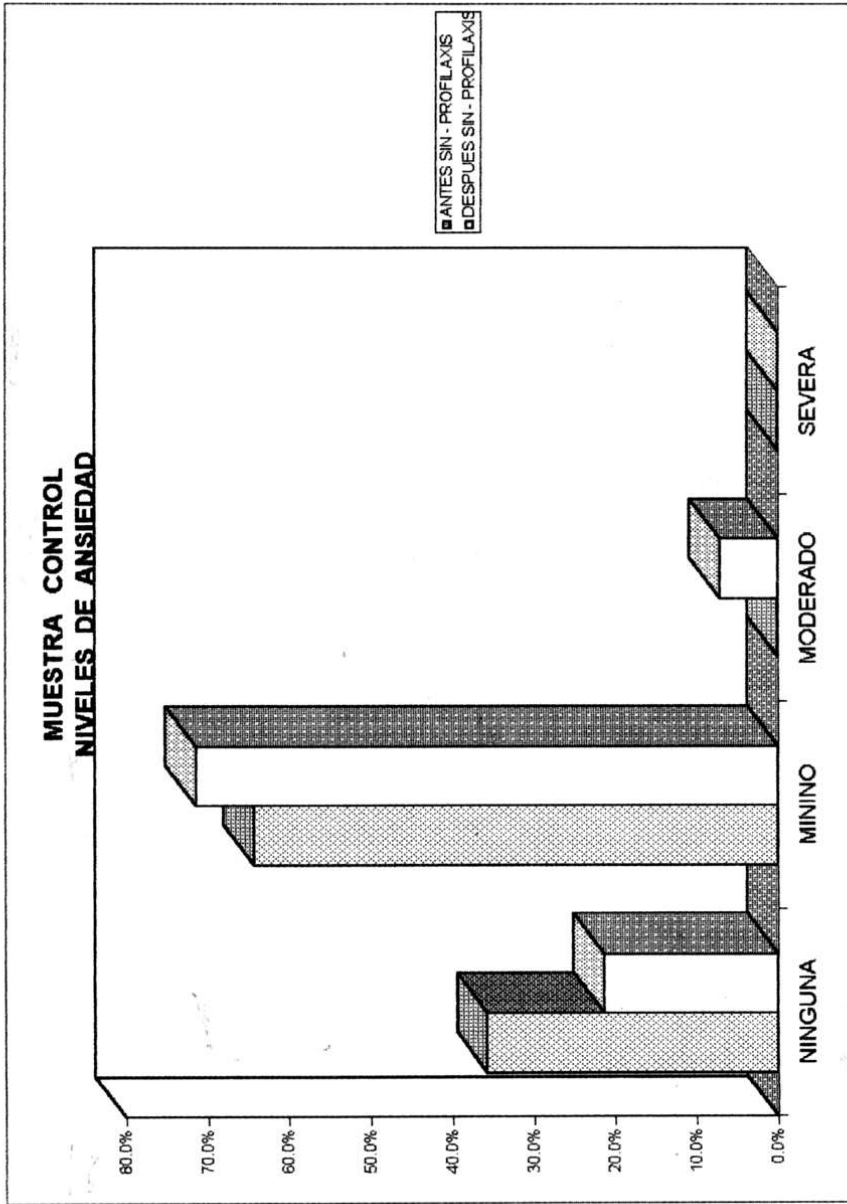
DESCRIPCION:

Como puede observarse en el Cuadro anterior, sin la aplicación de la Profilaxis, se encontro que casi el 65% de los pacientes se encontraban en la categoría de Mínima a Moderada; no existiendo ningun paciente entre los niveles de Moderada a Extrema. Encontrandose un promedio general de mas de 45 grados de Ansiedad.

Luego de la segunda aplicación del test SAS y sin profilaxis, los pacientes se siguen manteniendo dentro de la categoría del nivel de ansiedad, Mínima a Moderada; observandose una ligera disminución en el nivel de ansiedad, de Ninguna a Mínima. Obteniendose un promedio general de más de 50 grados de ansiedad.

Al comparar los promedios generales de antes y después de la aplicación del test SAS sin profilaxis, se puede observar que se incremento en un 10 % los grados de ansiedad entre los pacientes de la Muestras Control

GRAFICO No. 8



Fuente: Estudio realizado por estudiantes de la USAC, Esc. De Ciencias Psicológicas, en el periodo de Dic. 99 a Enero 2000.

4.- CUADRO COMPARATIVO DE MUESTRAS EXPERIMENTAL Y CONTROL

4.1 NIVELES DE ANSIEDAD POR MUESTRAS

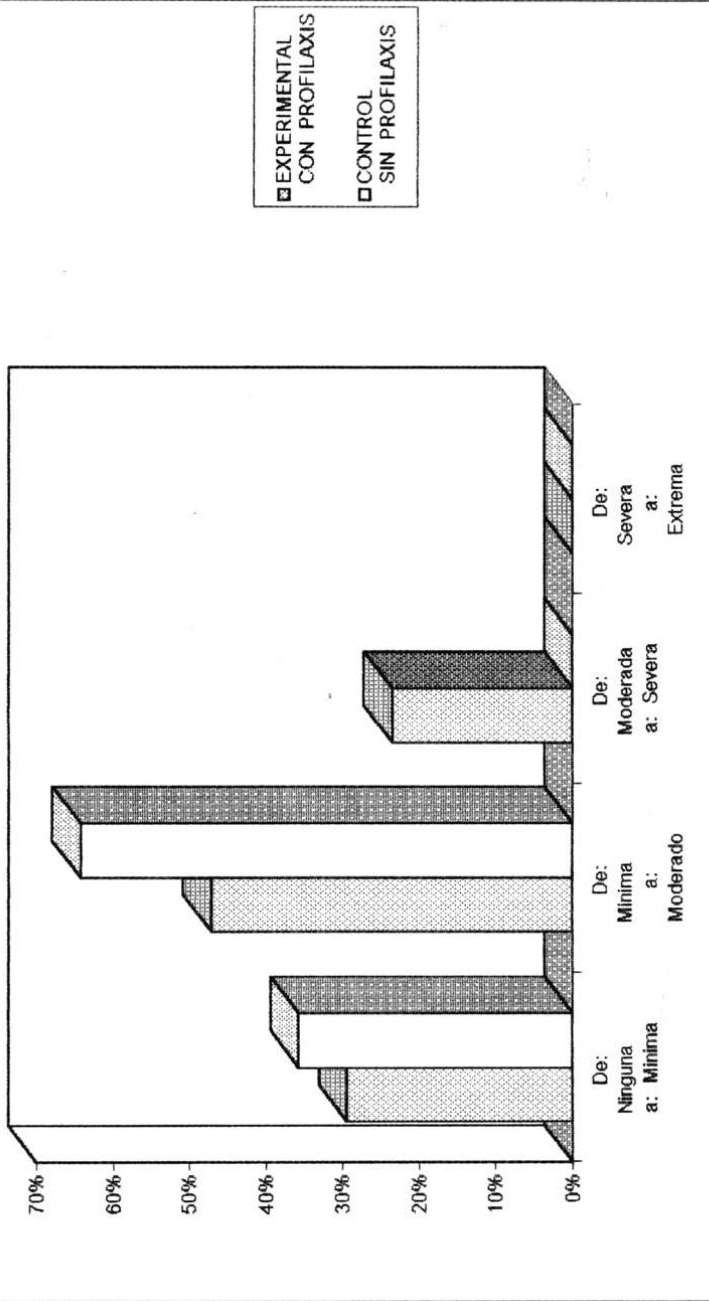
C U A D R O N o. 9

Nivel	NIVELES DE ANSIEDAD		EXPERIMENTAL				CONTROL						
			ANTES		DESPUES		ANTES		DESPUES				
			No. de Pacientes	%	No. de Pacientes	%	No. de Pacientes	%	No. de Pacientes	%			
	CATEGORIAS	INTER-VALOS											
I	De: Ninguna	a: Minima	25 - 44	5	29.4%	16	94.1%	5	35.7%	3	21.4%		
II	De: Minima	a: Moderado	45 - 59	8	47.1%	1	5.9%	9	64.3%	10	71.4%		
III	De: Moderada	a: Severa	60 - 74	4	23.5%	0	0.0%	0	0.0%	1	7.1%		
IV	De: Severa	a: Extrema	75 - 100	0	0.0%	0	0.0%	0	0.0%	0	0.0%		
	TOTALES			17	100%	17	100%	14	100%	14	100%		
	PROMEDIO			50.59 °		38.35 °		45.36 °		50.29 °			

Fuente: Estudio realizado por estudiantes de la USAC, Esc. De Ciencias Psicológicas, en el periodo de Dic. 99 a Enero 2000.

G R A F I C O No. 9-A

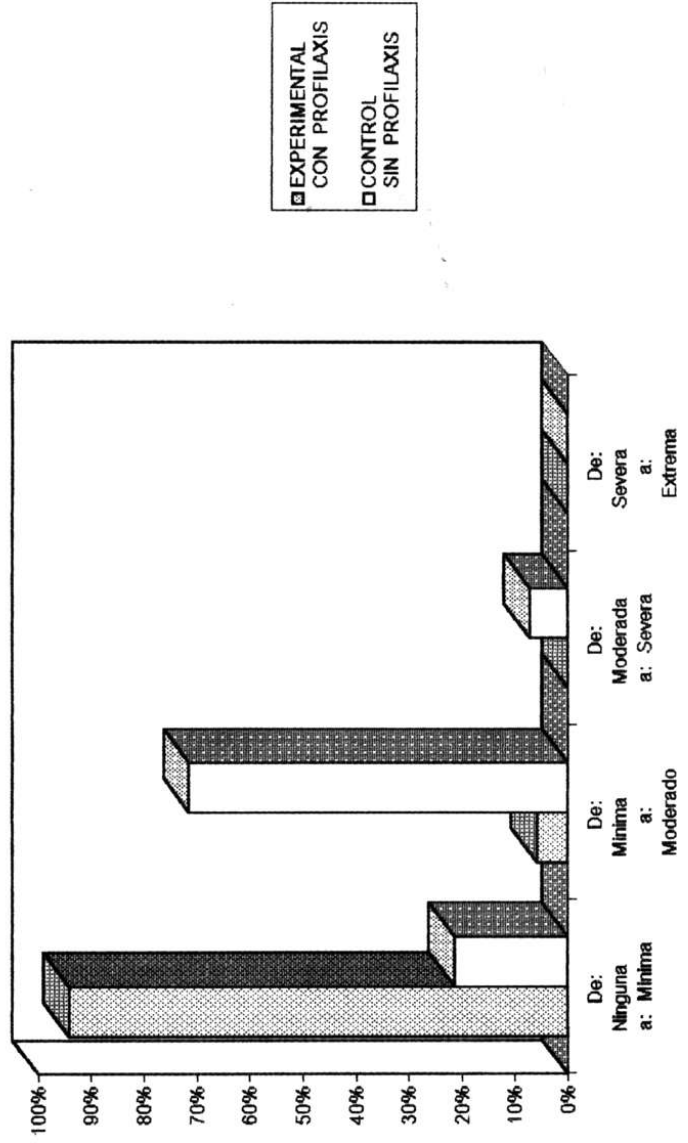
**COMPARACION DE MUESTRAS POR NIVELES,
ANTES DE LA APLICACION DE LA PROFILAXIS**



Fuente: Estudio realizado por estudiantes de la USAC, Esc. De Ciencias Psicológicas, en el período de Dic. 99 a Enero 2000.

G R A F I C O No. 9-B

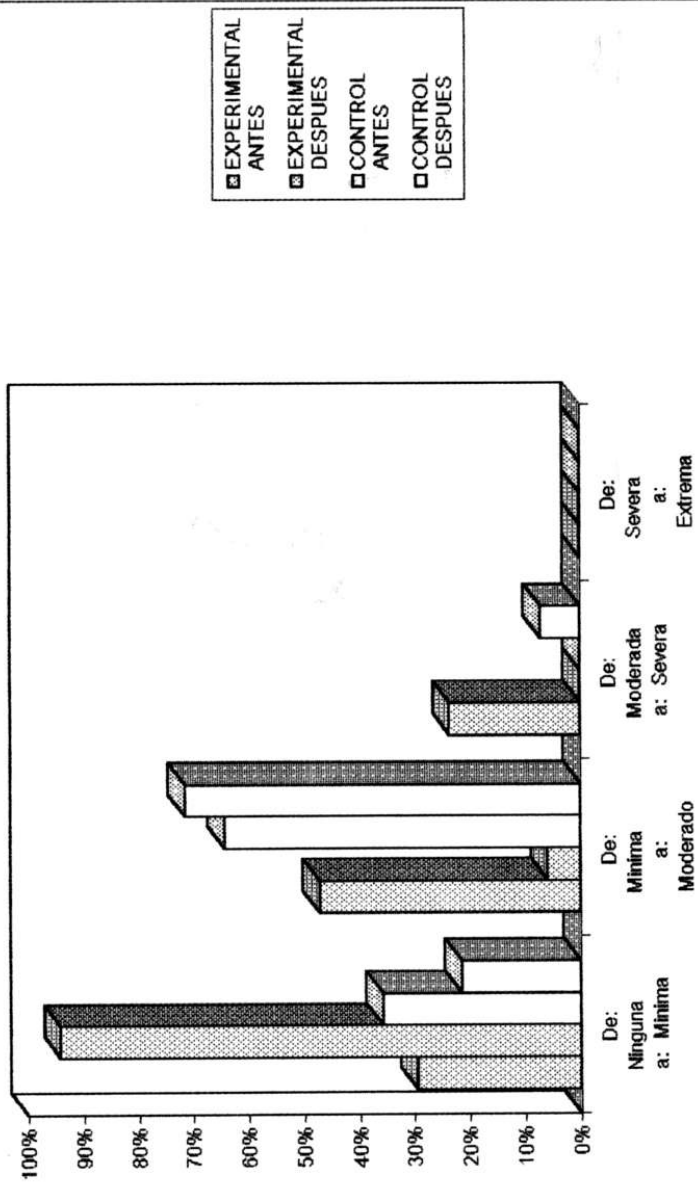
**COMPARACION DE MUESTRAS POR NIVELES,
DESPUES DE LA APLICACION DE LA PROFILAXIS**



Fuente: Estudio realizado por estudiantes de la USAC, Esc. De Ciencias Psicológicas, en el periodo de Dic. 99 a Enero 2000.

G R A F I C O No. 9-C

**COMPARACION DE MUESTRAS POR NIVELES,
CON Y SIN APLICACION DE PROFILAXIS**



Fuente: Estudio realizado por estudiantes de la USAC, Esc. De Ciencias Psicológicas, en el periodo de Dic. 99 a Enero 2000.

5.2 PRUEBA DE HIPOTESIS

Paso No. 1 **Presentación de Hipotesis**

Hipotesis Base (Ho.)

La aplicación de un Programa Psicoprofiláctico es efectivo en la disminución de los niveles de ansiedad, hasta el Nivel de Ninguno a Mínimo (25 - 44 grados); y más rápida recuperación de pacientes con fracturas faciales con atención Hospitalaria, a diferencia de los que no lo reciben.

Hipotesis Alternativa (Ha.)

La aplicación de un Programa Psicoprofiláctico NO es efectivo en la disminución de los niveles de ansiedad, hasta el Nivel de Ninguno a Mínimo (25 - 44 grados); y más rápida recuperación de pacientes con fracturas faciales con atención Hospitalaria, a diferencia de los que no lo reciben.

Paso No. 2 **Nivel de Significación**

Se trabajara la Comprobación de la Hipotesis, con un margen de error del 10% ; es decir, con un nivel de confianza del 90 %

Paso No. 3 **Estadístico de Prueba:**

(Ver Cuadro No. 10)

Paso No. 3
Estadístico de Prueba

C U A D R O No. 10

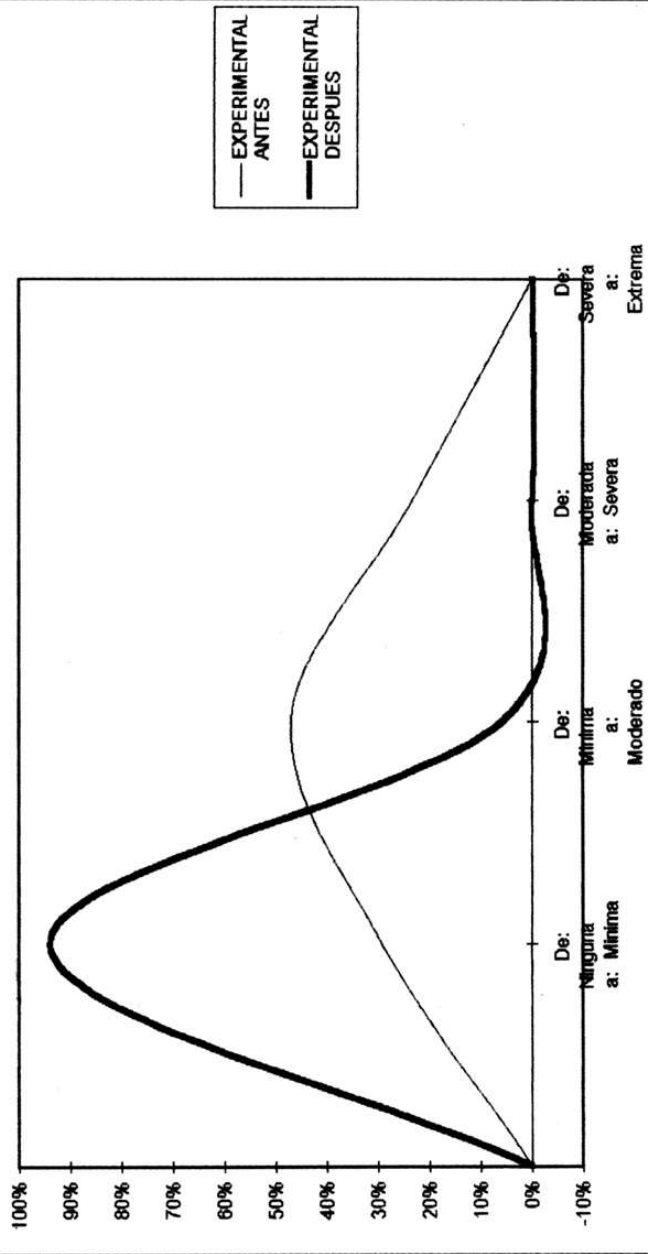
NUMERO DE PACIENTE	GRADOS DE ANSIEDAD		DIFERENCIA	DIFERENCIA AL CUADRADO
	ANTES	DESPUES		
1	56	44	-12	144
2	53	40	-13	169
4	63	44	-19	361
6	54	40	-14	196
7	60	40	-20	400
8	48	38	-10	100
9	38	34	-4	16
10	41	43	2	4
13	50	30	-20	400
14	55	38	-17	289
19	70	36	-34	1156
20	46	36	-10	100
22	40	40	0	0
23	50	44	-6	36
26	61	40	-21	441
28	39	36	-3	9
31	36	29	-7	49
	860	652	-208	3870
	50.59	38.35	-12.24	

Formula: $t = \frac{d}{S_d \sqrt{N}}$ $t = \frac{-12.24}{9.05 \sqrt{17}}$

$t = -5.57$

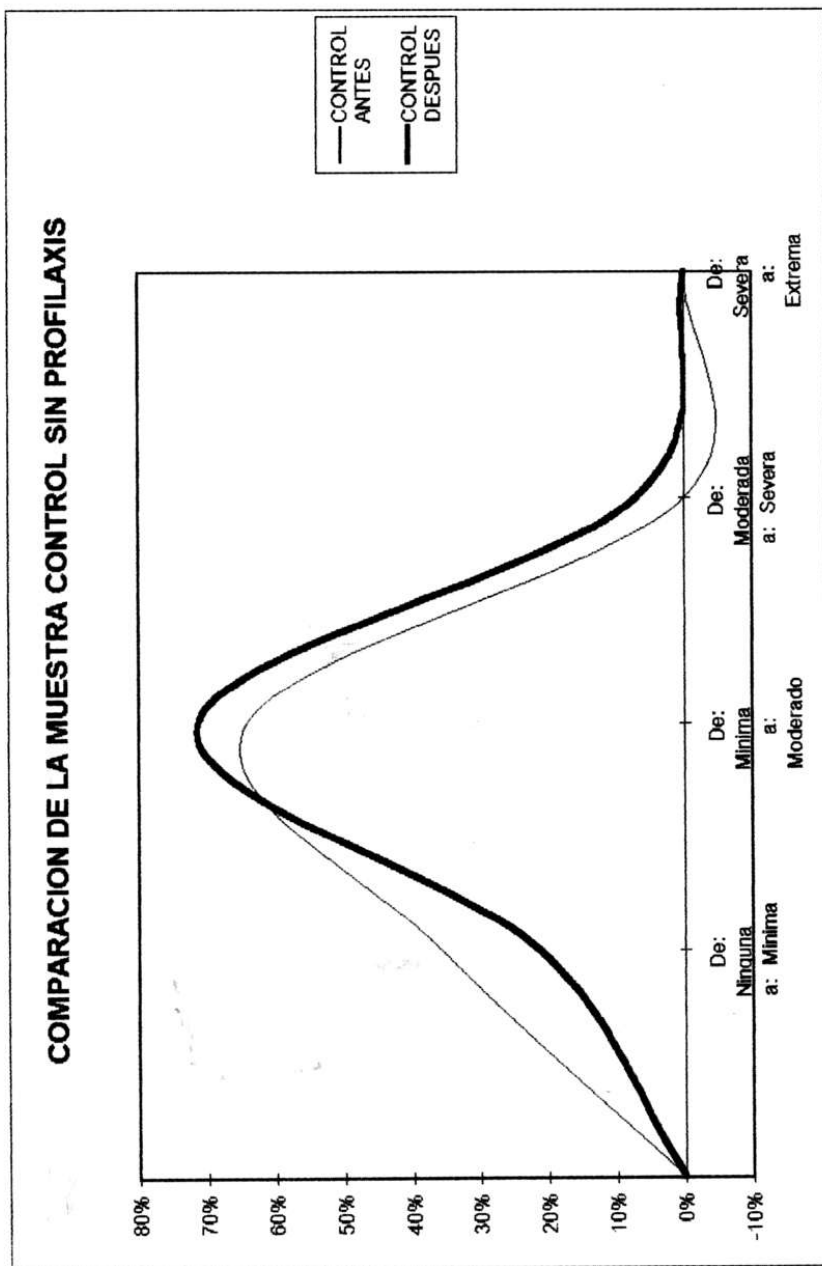
G R A F I C O No. 10

COMPARACION DE LA MUESTRA EXPERIMENTAL CON PROFILAXIS



Fuente: Estudio realizado por estudiantes de la USAC, Esc. De Ciencias Psicológicas, en el periodo de Dic. 99 a Enero 2000.

G R A F I C O No. 11



Fuente: Estudio realizado por estudiantes de la USAC, Esc. De Ciencias Psicológicas, en el periodo de Dic. 99 a Enero 2000.

ENTREVISTA INDIVIDUAL

NOMBRE: _____

EDAD: _____ ESTADO CIVIL: _____

DIRECCIÓN: _____

RELIGIÓN: _____

1. ¿Cómo reaccionó usted cuando se enteró que estaba con una fractura?

2. ¿Cómo le ocurrió el accidente? _____

3. ¿Siente miedo por el tipo de fractura y por el lugar de la lesión? _____

4. ¿Tiene miedo de quedar lisiado? SI _____ NO _____

Por qué _____

5. Durante el tiempo que ha estado en el hospital le han dado información sobre el tipo de fractura que padece SI. _____ NO. _____

Cuál _____

6. ¿Le gustaría recibir información sobre el tipo de fractura que padece?

SI. _____ No. _____ Por qué _____

7. ¿Le gustaría recibir información sobre el tratamiento que le van a dar en el hospital? SI. _____ NO. _____

NOMBRE _____

EDAD: _____ PROFESION: _____ FECHA: _____

Responda por favor a las preguntas marcando con una cruz la casilla que corresponde a lo que usted siente

PREGUNTAS	no o muy pocas veces	a veces	amenudo	todo o casi todo el tiempo
1. ME SIENTO MAS NERVIOSO Y ANSIOSO QUE DE COSTUMBRE				
2. FACILMENTE ME PREOCUPO O SIENTO PANICO				
3. TENCO MIEDO SIN MOTIVO				
4. SIENTO QUE VOY A ESTALLAR				
5. SIENTO QUE TODO ESTA BIEN Y QUE NADA MALO VA A PASAR				
6. ME TIEMBLAN LOS BRAZOS Y LAS PIERNAS				
7. SUFRO DE DOLORES DE CABEZA NUCA Y ESPALDA				
8. ME SIENTO DEBIL Y ME CANSO FACILMENTE				
9. ME SIENTO TRANQUILO Y PUEDO ESTARME QUIETO FACILMENTE				
10. SIENTO QUE EL CORAZON ME LATE CON RAPIDEZ				
11. SIENTO ATARANTAMIENTO				
12. SIENTO VAHIDOS Y QUE ME VOY A DESMAYAR				
13. PUEDO RESPIRAR CON FACILIDAD				
14. SIENTO ADORMECIMIENTO Y HORMIGUEOS EN LOS DEDOS DE LAS MANOS Y LOS PIES				
15. TENGO DOLORES DE ESTOMAGO O INDIGESTION				
16. TENGO QUE ORINAR MUY AMENUDO				
17. POR LO GENERAL TENGO LAS MANOS TIBIAS Y SECAS				
18. LA CARA SE ME PONE CALIENTE Y ROJA				
19. ME DUERMO RAPIDO Y AMANEZCO DESCANZADO				
20. TENGO PESADILLAS CONSTANTES				

FUENTE: Test de Dmedicón de la Ansiedad de William K. Zung, M. D.