



*Asesorías y Tutorías para la Investigación Científica en la Educación Puig-Salabarría S.C.
José María Pino Suárez 400-2 esq a Lerdo de Tejada, Toluca, Estado de México. 7223898475*

RFC: ATI120618V12

Revista Dilemas Contemporáneos: Educación, Política y Valores.

<http://www.dilemascontemporaneoseduccionpoliticaervalores.com/>

Año: VIII

Número: Edición Especial.

Artículo no.:15

Período: Diciembre, 2020

TÍTULO: Aplicación de técnicas de relajación en pacientes preoperatorios, hospitalizados y sus cuidadores.

AUTORES:

1. Est. Frida Carmina Porras-Caballero.
2. Est. Karen Paola Rosales Sánchez.
3. Est. Diana Victoria Medellín Navarro.
4. Est. Daniela Fernanda Sánchez Jáuregui.

RESUMEN: El objetivo del presente estudio fue demostrar la efectividad de tres técnicas cognitivas conductuales, dos de relajación y una de intervención, para disminuir los niveles de ansiedad en pacientes preoperatorios y hospitalizados, así como en sus cuidadores. La muestra estuvo conformada por 155 pacientes y cuidadores, de las áreas de preoperatorio y hospitalización, del Christus Muguerza Hospital Alta Especialidad, de Monterrey, Nuevo León, México, a quienes se les evaluó el nivel de ansiedad previo y posterior a las técnicas de relajación con los instrumentos. Los niveles de ansiedad disminuyeron significativamente, de acuerdo a los resultados, por lo que se podría aseverar, que las técnicas de relajación utilizadas permiten al paciente y/o cuidador tener una sensación de bienestar.

PALABRAS CLAVES: ansiedad, técnicas de relajación, hospitalización, preoperatorios, oxímetro.

TITLE: Application of relaxation techniques in preoperative, hospitalized patients and their caregivers.

AUTHORS:

1. Stud. Frida Carmina Porras-Caballero.
2. Stud. Karen Paola Rosales Sánchez.
3. Stud. Diana Victoria Medellín Navarro.
4. Stud. Daniela Fernanda Sánchez Jáuregui.

ABSTRACT: The objective of the present study was to demonstrate the effectiveness of three cognitive behavioral techniques, two relaxation techniques and one intervention, to reduce anxiety levels in preoperative and hospitalized patients, as well as in their caregivers. The sample consisted of 155 patients and caregivers, from preoperative and hospitalization areas, of the Christus Muguerza Hospital Alta Especialidad de Monterrey, Nuevo León, Mexico, who were evaluated for their level of anxiety before and after the relaxation techniques with the instruments. Anxiety levels decreased significantly according to the results. So, it could be asserted that the relaxation techniques used allow patients and caregivers to have a feeling of well-being.

KEY WORDS: anxiety, relaxation techniques, hospitalization, preoperatory, oximeter.

INTRODUCCIÓN.

La ansiedad y estrés afectan a los pacientes de diversas áreas de un hospital (Rojas y Azevedo, 2013), pero existe una alta probabilidad que durante la hospitalización, el paciente se vea sujeto a más ansiedad momentos previos a pasar al quirófano, ya que se ha reportado una alta prevalencia de ansiedad especialmente en pacientes quirúrgicos hospitalizados, debido al miedo que presentan a los procedimientos anestésicos, y con un tiempo de internación preoperatoria durante ese mismo día (Melchior et al, 2018). Al respecto, García et al (1998) mencionó, que este estado de ansiedad se debe al miedo a las circunstancias ligadas a la intervención como lo son el miedo a lo desconocido, el dolor y la dependencia a personas ajenas. Por su parte, Aylas (2018) argumentó, que los pacientes en preoperatorio

presentan niveles de ansiedad y sentimientos contrariados, así como nerviosos, ligados a la preocupación y la incertidumbre de su estado futuro de salud (Aylas, 2018).

Se conoce como ansiedad preoperatoria a la condición emocional transitoria con sentimientos de nerviosismo, tensión, aprehensión, temor y actividad elevada del sistema nervioso autónomo, que puede variar tanto en tiempo como en intensidad (Figuroa, et al. 2018). La ansiedad se define como un tipo de respuesta ante diversos estímulos, por medio de un sistema de triple respuesta, involucrando la parte cognitiva, fisiológica y conductual de las personas. Cada sistema es diferente, por lo cual estos mismos deben de ser separados con el objetivo de analizarlos individualmente para así poder generar un tratamiento efectivo personalizado (Lang, 1968). Por otro lado, Jawaid et al (2007) definen la ansiedad como un estado displacentero de tensión o inquietud resultante de una estimulación endocrina, parasimpática y simpática del organismo.

En cuanto al estrés, Martínez, 2017 señala que este fue definido por el Dr. Hans Selye en 1935 como el «*Síndrome general de adaptación*», y también lo definió como un mecanismo de protección o incluso una respuesta del organismo tanto física como psicológica ante situaciones o momentos amenazantes que causan tensión.

Después de arduas investigaciones y estudios realizados la ansiedad y el estrés son conceptos que se siguen confundiendo, lo que los diferencia a ambos es que la ansiedad parte de la filosofía, teniendo diferentes significados desde los modelos cognitivos y conductuales. Por otra parte, el estrés se basa en la física explicado desde un modelo bio-pisco-social definiéndolo como una reacción ante un estímulo (Sierra, 2003).

La ansiedad presentada en los pacientes preoperatorios genera efectos negativos en su estado emocional, al considerar un peligro la operación quirúrgica, lo que puede llegar a afectar el procedimiento quirúrgico adecuado (Gordillo et al, 2011).

Se ha demostrado en investigaciones (Bernardos, 2019; Sianes, 2019) que la recuperación postquirúrgica se ve afectada por el estado psicológico preoperatorio que presenta el paciente, en especial la ansiedad (Carapia et al, 2011). Al respecto, Atchison et al (2005) demostraron, que el estrés y ansiedad en pacientes preoperatorios provocan una falta de comunicación y comprensión en el tratamiento postoperatorio y recuperación del paciente; por ello, en diferentes países se han llevado a cabo estudios para evitar o disminuir la ansiedad en pacientes preoperatorios, Rojas y Azevedo (2013), en Venezuela, evidenciaron el efecto positivo de la preparación psicoeducativa por parte del personal de enfermería, al reducirla ansiedad del paciente.

Además de Venezuela, en otros países como Brasil se demostró que la prevalencia de ansiedad es alta especialmente en pacientes quirúrgicos hospitalizados, debido a el miedo que presentan a los procedimientos anestésicos, y con un tiempo de internación preoperatoria durante ese mismo día (Melchior et al, 2018). Inclusive en Perú, se evidenció que pacientes en preoperatorio presentan niveles de ansiedad y sentimientos contrariados, así como nerviosos, ligados a la preocupación y la incertidumbre de su estado futuro de salud (Aylas, 2018); por otro lado, los pacientes hospitalizados pueden llegar a sufrir ansiedad debido a la situación en la que se encuentran, al no estar cerca de sus familiares, por el dolor que presentan en ese momento, o por pensar en cómo afrontar su enfermedad.

Si la ansiedad permanece en el paciente, al percibir el entorno como amenazante para sí mismo, puede empeorar su estado de salud y generar estrés postraumático, así mismo evita que pueda afrontar su enfermedad o estado delicado en el que se encuentra, dificultando su tratamiento y diagnóstico clínico (Hernández et al, 2005).

La hospitalización no solo representa una experiencia inesperada para los pacientes sino también para sus cuidadores, ya que muestra una alteración en el orden físico, psicológico y socioeconómico, lo que resulta en una interferencia en el manejo adecuado de la enfermedad del enfermo y de la evolución de esta (Hernández-Cantú et al, 2017).

Los familiares que son cuidadores del paciente conllevan una relación con la persona cuidada haciendo a un lado sus propias necesidades, por lo que, la ansiedad surge al cargar con la responsabilidad de ser su cuidador y atender sus necesidades, de la incertidumbre de lo que pueda pasar en el proceso, de la duración de la enfermedad y de la posibilidad de enfrentarse a una noticia desfavorable (Tripodoro et al, 2015).

Existe una fuerte presión sobre familiares dedicados al cuidado de personas dependientes derivada de la exigencia y demanda de los cuidados que requiere dicha persona, además de los cambios sociodemográficos que está experimentando la familia (Hunt, 2003). Lo anterior puede repercutir en su salud y calidad de vida, al presentar dolores de espalda, cansancio, disminución del tiempo de ocio, alteraciones del sueño, de la vida familiar, entre otros (Roger et al, 2000).

Existen pocos estudios que hacen referencia a las repercusiones en salud y calidad de vida que los cuidadores enfrentan al hacerse cargo de un familiar dependiente, ya que el cuidar de otras personas es considerada una actividad solidaria que enriquece a aquellos que la realizan (Boerner et al 2004).

El cuidador asume una parte importante del cuidado del paciente, creando un sentimiento de seguridad y apoyo emocional para el paciente, convirtiéndose en una pieza fundamental para afrontar juntos el proceso de hospitalización, y ejerciendo como un vínculo de comunicación entre los profesionales de salud y sus familiares, haciendo de este una figura clave en el proceso de recuperación del paciente (Covarrubias y Andrade, 2012). Estudios muestran que cuando el paciente tiene mayor información médica y buena comunicación con el equipo de salud disminuye la ansiedad (Rocha-Márquez, et al 2017).

Se ha comprobado que pacientes que creen necesitar información sobre el procedimiento que se les realizará quirúrgicamente presentan niveles de ansiedad más altos que los que necesitan menor información, por lo que se debe ser claro y conciso, ayudar al paciente a comprender su proceso quirúrgico, así como responder sus dudas acerca del mismo, pero sin abrumarnos o darles información de más (Doñate et al, 2015).

El prestarle atención al paciente tanto en el cuidado de la salud física como el cuidado de la salud mental son igual de esenciales, si se trabaja el área mental se experimentan cambios notorios físicamente, en beneficio de este (De la Fuente y Leefmans, 2016). Estos mismos autores, argumentaron que la psicología médica, que une a las escuelas de psicología y a las del área médica se han fusionado.

En este proceso, se han incrementado los conocimientos del área psicológica en la médica, tanto en patologías como en el área terapéutica, por lo que ha aumentado el interés por las investigaciones que buscan evaluar el efecto de las intervenciones psicológicas en el ámbito de salud, con el propósito de mejorar el entendimiento de los pacientes con respecto a sus condiciones y sus consecuencias, para así mejorar las decisiones que toman con respecto a ellas desde un ámbito clínico (Riveros et al, 2005).

Lo anterior ha permitido que los médicos puedan favorecerse de la psicología a través del entrenamiento en comunicación con los pacientes, resultando una satisfacción que conlleva una tranquilidad, estabilidad y adaptación en los mecanismos psicológicos del paciente, lo que repercute de manera positiva en su comportamiento (García-López et al, 2008).

De la Fuente y Leefmans (2016) describieron la psicología médica como: un campo de la psicología aplicada que reúne conocimientos y provee conceptos explicativos y criterios clínicos en relación con los aspectos psicológicos de los problemas médicos y del trabajo del médico. Al hacerlo, tiende un puente entre las ciencias biomédicas y las ciencias sociomédicas, en lo que se refiere a las primeras, relaciona la personalidad, sus trastornos y desviaciones con un sustrato orgánico: neural y endocrino; y por lo que respecta a las segundas, estudia la interacción de eventos psicológicos con eventos familiares y sociales (p. 16).

DESARROLLO.

Antecedentes.

Una herramienta para trabajar el área mental es la técnica de relajación, la cual se define como un estado de equilibrio físico, mental, emocional y espiritual que requiere una actitud determinada. Las técnicas de relajación actúan manteniendo la atención centrada en un estímulo simple de forma pasiva mientras se detiene toda actividad (Meléndez, 2010).

Existen diversos estudios que hablan del efecto de la psicología médica mediante la aplicación de técnicas o test, e intervenciones sobre el nivel de ansiedad en pacientes (Rojas y Azevedo, 2013). Chóliz (2000) encontró que la relajación funciona como reductor de los niveles de ansiedad, ya que cumple su utilidad llevando al cuerpo a un estado de reducción de la activación general, suponiendo un beneficio para el paciente a nivel subjetivo, físico y psicológico, y agregó, que en la dimensión fisiológica, la relajación constituye efectos opuestos a la activación simpática, es decir una disminución de la tensión muscular tónica, la frecuencia, intensidad y latido cardíaco, la secreción de adrenalina y noradrenalina, la vasodilatación arterial, entre otros. Al respecto, Erickson (citado en Zeig, 2013, p. 15) reportó que el terapeuta puede inducir que el paciente tenga el poder de cambiar mediante el uso de hipnosis a través de anécdotas. En algunas investigaciones se ha reportado la utilización de ejercicios respiratorios en pacientes sometidos a cirugías por diversas razones médicas, para mejorar su estado emocional antes de la intervención (Tisalema y Vanessa, 2017).

La respiración es un mecanismo autorregulatorio que permite la actividad metabólica del organismo, eso ocurre por medio de la inhalación y la exhalación, lo cual aporta el oxígeno necesario para las funciones celulares (Chóliz, 2000); sin embargo, existen diversos factores (necesidades fisiológicas, estado emocional, entre otros) que pueden alterar la respiración notablemente, lo cual podría causar un problema si estos patrones son inapropiados o inconvenientes (Speads, 1988).

El objetivo de este estudio fue demostrar la efectividad de tres técnicas cognitivas conductuales, dos de relajación y una de intervención, para disminuir los niveles de ansiedad en pacientes preoperatorios y hospitalizados, así como en sus cuidadores del Christus Muguerza Hospital Alta Especialidad, a través de tres técnicas cognitivas conductuales, dos de relajación y una de intervención.

Metodología.

En esta investigación, se trabajó con cuatro muestras estratificadas por conveniencia, no probabilísticas, de 155 sujetos en total, usuarios del Christus Muguerza Hospital Alta Especialidad (CMHAE), ubicado en la ciudad de Monterrey, Nuevo León, México, de los cuales, 54 fueron pacientes del área de hospitalización (34.83%), 40 del área de preoperatorios (25.80%) y 61 cuidadores, siendo 37 cuidadores de pacientes de hospitalización (23.86%), además de dos cuidadores mujeres del personal CMHAE (1.29%) y 22 cuidadores de pacientes del área de preoperatorios (14.19%).

En el área de hospitalización, 25 pacientes fueron mujeres (16.12%), mientras que 29 fueron hombres (18.70%); en el área de preoperatorio, 18 pacientes fueron mujeres (11.61%) y 22 hombres (14.19%). De igual manera, en el área de hospitalización se contaron con 24 cuidadores mujeres incluyendo a las dos cuidadoras del personal CMHAE (15.48%) y 15 hombres (9.67%), a diferencia de los cuidadores del área de preoperatorios en la que participaron 15 cuidadores mujeres (9.67%) y 7 hombres (4.56%); esto forma un total de 82 participantes mujeres (52.9%) y 73 participantes hombres (47.1%).

Uno de los criterios de inclusión de la población estudiada, de los grupos de pacientes hospitalizados y preoperatorios, fue en base a disponibilidad de pacientes cuyos médicos tratantes ya habían dado su consentimiento para trabajar con ellos. Además, tenían que firmar tanto los cuidadores como los pacientes la carta de consentimiento informado para formar parte del estudio. La edad, sexo y diagnóstico de la enfermedad no fueron factores de inclusión.

Diseño.

El estudio se categoriza como cuasiexperimental con prueba-posprueba, de tipo mixta, debido a que utilizaron variables cualitativas, con una escala de medición nominal (Tabla de indicadores de Oblitas, 2005) y otras dos escalas de medición ordinal, una pregunta del Cuestionario Tiempo de Espera y Sufrimiento de Ramón Bayés (2012); y la Escala de Bienestar de Ramón Bayés (2012) (donde se consideró presencia de ansiedad en la escala de Likert, (1932) del 7 al 10). También se registraron observaciones de investigadoras durante las tres técnicas cognitivo-conductuales, para lo cual recibieron previa capacitación por parte de la Dra. Angélica Quiroga Garza.

Las variables cuantitativas son de escala de razón, ya que se emplearon las mediciones arrojadas por el oxímetro. Tomando en cuenta la población general de pacientes y cuidadores presentes en el Christus Muguerza Hospital Alta Especialidad, se llevó a cabo el muestreo estratificado por conveniencia para hacer la selección de los participantes del estudio, para posteriormente realizar la intervención con una técnica de relajación escogida de manera aleatoria. El utilizar la hipnosis como una intervención psicológica mejora la calidad de vida y bienestar del paciente (Pérez et al, 2012). Para este estudio, se utilizó la hipnosis Ericksoniana, que consiste en una relajación basada en metáforas, que se pueden aplicar en cualquier tipo de tratamiento psicoterapéutico y no se conocen contraindicaciones para ellas (Zeig, 2013).

Una metáfora implica el establecer una asociación entre objetos e ideas para hacer más comprensible la realidad en la que se encuentra el paciente, ya que permite que se recuerden y se logran analizar los problemas con facilidad. Erickson utilizaba recursos narrativos con los cuales insertaba sugerencias terapéuticas vinculadas a las inquietudes del paciente (Zeig, 2013), aplicando, por ejemplo, la “Metáfora del árbol” y “Lugar Favorito”. Cada una de las técnicas aplicadas conlleva a imaginar diferentes escenarios con la finalidad de que el paciente o cuidador centre su atención en un pensamiento relajante y se concientice de su cuerpo.

Previo a la aplicación de las técnicas mencionadas, se aplicó la técnica de respiración profunda 4-7-8 de Andrew Weil (2000), a los 4 grupos, que consiste en exhalar el aire de los pulmones por medio de la boca, empezando por inhalar aire por la nariz por cuatro segundos, aguantar la respiración por 7 segundos y exhalar por la boca por 8 segundos, y repetirlo tres veces más (Jiménez, 2019). La “Metáfora del árbol” tiene como fin inducir al participante a recordar un momento difícil en su vida, después empoderar y animar a que este siga adelante, ya que es capaz de hacerlo. Para ello, Erickson detalla un árbol (raíces, altura, corteza, marcas), y describe cómo todos estos aspectos fueron creados a lo largo de su vida, pero sigue de pie e invita a la persona a proyectarse como el árbol. Después menciona, que a diferencia de un árbol, la persona puede moverse y razonar (Hammond, 1990).

En “Lugar Favorito”, Hammond, 1990 señala que Erickson persuade a la persona a recorrer un pasillo y, al final de este, imaginarse en un lugar donde la persona se siente relajada, tranquila y feliz. Para poder visualizarse en este lugar, se le pide activar los sentidos: “*ver cada rincón de aquel lugar... tocar las cosas que se encuentran ahí... puedes sentirlas y quizá olerlas.*” Al final, invita a la persona a visualizarse en aquel lugar cuando se vuelva a sentir abrumado por alguna situación de la vida (Hammond, 1990).

La técnica de relajación “El Árbol” permite pensar en un recuerdo del pasado o imaginar cualquier sitio en donde la persona puede identificarse como un árbol fuerte que ha sobrevivido distintos problemas, haciendo conciencia de la fuerza, habilidades y capacidades que tiene la persona para afrontar alguna situación; por otro lado, la técnica de relajación “Lugar Favorito” se centra más en la respiración e imaginación de un lugar que le brinda confort a la persona, haciendo conocimiento sobre la movilidad del cuerpo.

La terapia cognitivo conductual para la ansiedad se basa en el que “el modo en que pienso afecta sobre el modo en el que me siento”. Esta base fundamenta la teoría cognitiva, así como la terapia. Existe la posibilidad de que muchas personas no logren identificar el modo en que sus pensamientos les afectan no solo en la mente si no en la conducta. En base a esto, ellos suelen asumir las situaciones, pero no los

pensamientos, y como estos son responsables de la ansiedad, a su vez la perspectiva cognitiva puede ayudar a entender algunas situaciones o pensamientos que son nublados por la misma ansiedad (Beck, 2013 p. 41). En estas técnicas de relajación, el psicólogo tiene una doble función, ser guía del paciente y llevarlo a entender la manera en la que sus emociones tienen relación con su conducta y como se debe trabajar con ambas. Además, es un catalizador, el cual se encarga de promover experiencias correctivas o incluso nuevas maneras de aprendizaje que ayuden a tener una visión más clara de sus pensamientos (Muñoz y Ruiz, 2007, p. 2-4).

Se elaboraron las siguientes hipótesis para comprobar el objetivo del estudio:

H₁: la ansiedad disminuye al aplicar las técnicas de relajación en pacientes hospitalizados y preoperatorios, como en sus cuidadores.

H₂: el estrés disminuye al aplicar las técnicas de relajación en pacientes hospitalizados y preoperatorios, como en sus cuidadores.

H₃: los cuidadores mostraran mayores niveles de ansiedad que los pacientes antes de las técnicas de relajación.

H₄: Se disminuirán los pensamientos irracionales de los pacientes, después de aplicar la intervención TCC.

Instrumentos.

Los instrumentos de medición utilizados son el oxímetro, la Técnica de respiración 4-7-8 de Andrew Weil 2000, la Tabla de Indicadores de Ansiedad de Oblitas (2005), el Cuestionario Tiempo de Espera y Sufrimiento de Ramón Bayés (2012), la Escala de Bienestar de Ramón Bayés (2012).

Se utilizaron tres técnicas de relajación cognitivo conductuales como la Hipnosis Ericksoniana - *El Árbol y Lugar Favorito*- y de respiración profunda (Costa, 2011), en pacientes preoperatorios y hospitalizados, y cuidadores de las mismas áreas, del Christus Muguerza Hospital Alta Especialidad, y la Técnica de Reestructuración Cognitiva de Meichenbaum (1988) en pacientes hospitalizados. Se registraron

observaciones realizadas por las investigadoras durante las intervenciones cognitivo-conductuales por medio de un programa estadístico.

Procedimientos.

Se acudió con los médicos tratantes con el propósito de conseguir su consentimiento informado para trabajar con sus pacientes. Posteriormente, se acudió a las áreas de preoperatorios y hospitalización, con la intención de obtener el consentimiento informado por parte de los pacientes y cuidadores interesados en participar en la intervención de manera voluntaria.

Para la intervención con los pacientes y cuidadores en áreas de preoperatorio y hospitalizados, primero, se aplicó el Cuestionario de tiempo de espera y sufrimiento de Ramón Bayés (2012), para saber cómo percibió el día de ayer y por qué; y la Escala de Bienestar de Ramón Bayés (Bayés, 2012) para determinar el nivel de ansiedad, estrés y bienestar físico que está sintiendo el paciente en ese momento. Después, una de las investigadoras midió la frecuencia cardíaca y oxigenación, empleando un oxímetro. Mientras, la otra investigadora llenaba la tabla de Oblitas (2005) y la tabla de evaluación de los signos vitales, de acuerdo a sus observaciones del comportamiento del paciente.

Previa a la intervención con las dos técnicas de relajación y/o respiración se les realizó la Técnica de respiración Andrew Weil, 2000 a los 4 grupos, con la finalidad de preparar a los sujetos de investigación para la aplicación de las TCC. En cuanto a las técnicas de relajación utilizadas para disminuir los niveles de ansiedad, se aplicaron la Metáfora del Árbol y Lugar Favorito de manera alterna a todos los participantes del estudio. La Técnica del Árbol, no fue aplicada a pacientes con problemas respiratorios o enfermedades asociadas a ello, debido a que se requieren ejercicios de respiración profunda. Sin embargo, también se aplicó a otros pacientes que no tenían ese tipo de padecimiento.

Debido a que se contaba con poco tiempo para realizar la captura de datos y la aplicación de técnicas de relajación con los pacientes preoperatorios, se aplicó solamente a los pacientes hospitalizados, la

intervención de la técnica cognitivo conductual para la identificación de pensamientos irracionales y de técnicas de afrontamiento a estos mismos, para que sustituyeran sus pensamientos y emociones desadaptativos que una situación traumática les ocasiona.

Para la postprueba se aplicaron los mismos instrumentos y se evaluaron de nuevo los signos vitales, para tener registro de los datos después de la aplicación, y así poder realizar una comparación del pre y post de los pacientes. La captura de datos previa y posterior a la aplicación de la técnica de relajación con el grupo de pacientes preoperatorios y cuidadores de ambos grupos tuvo una duración de entre 15-20 minutos, a diferencia de la duración de 40-50 minutos con los pacientes hospitalizados, donde además se aplicó la intervención TCC.

Análisis de datos.

Se usó el programa estadístico IBM SPSS Statistics Standard 25 (IBM, 2019) con el propósito de procesar la información obtenida para su análisis e interpretación de la asociación de las variables.

Consideraciones éticas.

Las consideraciones éticas que se deben tomar en cuenta, es la confidencialidad buscando siempre el bienestar del paciente y personas involucradas en la investigación. De acuerdo al Código Ético del Psicólogo (2010), se utilizó el artículo 15 al desarrollar una intervención psicológica mediante una terapia cognitivo conductual utilizando técnicas de relajación con fines educativos y clínicos. Así mismo, se aplicó el artículo 61, donde la información obtenida de las personas involucradas y sus resultados son completamente confidenciales, y el artículo 67 al no mencionar dicha información a personas externas del proyecto.

Resultados.

La edad media de los 54 participantes del área de hospitalización fue de 46.05 años ($SD = 15.76$), con una mínima de 17 años y una máxima de 76 años. Y la edad media de los 40 participantes en el área de

preoperatorio fue de 41.30 años ($SD = 17.75$), con una mínima de 18 años y máxima de 76 años. Por otro lado, la edad media de los 39 cuidadores de pacientes de hospitalización fue de 48.01 ($SD = 11.95$), con una mínima de 25 y una máxima de 68. Y la edad media de los 22 cuidadores de pacientes del área de preoperatorios fue de 39.86 ($SD = 16.65$) con una mínima de 21 años y máxima de 73 años.

La ansiedad y estrés se presentó en la población estudiada antes de la aplicación de las TCC en un 96% y 94.19 %, respectivamente. La ausencia de ansiedad fue reportada únicamente en pacientes hospitalizados, mientras que la ausencia del estrés se detectó en los dos grupos de pacientes estudiados. La primera y segunda hipótesis planteadas, H_1 : la ansiedad disminuye al aplicar las técnicas de relajación en pacientes hospitalizados y preoperatorios, como en sus cuidadores; y H_2 : el estrés disminuye al aplicar las técnicas de relajación en pacientes hospitalizados y preoperatorios, como en sus cuidadores, se comprobaron al encontrar que las técnicas de relajación aplicadas lograron disminuir los niveles de ansiedad y estrés en la muestra general (Tabla 1, 2, 3 y 4).

En los pacientes de hospitalización (Tabla 1), después de la intervención de las tres TCC, se detectó una disminución significativa ($p < .001$) en las variables de ansiedad, estrés y ritmo cardíaco, y un incremento significativo ($p < .001$) en la variable de bienestar físico, en comparación con los resultados de la preprueba.

La reducción de niveles de ansiedad se reportó en 39 pacientes (81.25%: de los 48 de este grupo que tenían ansiedad; y 72. 22%: de los 54 sujetos que integran este grupo), mientras que el estrés se registró en 36 pacientes (78.26%: de los 46 de este grupo que tenían estrés y 66.66%: de los 54 sujetos que conforman este grupo).

Ambos niveles disminuyeron en 32 pacientes (69.56% de los pacientes que registraron estrés y 69.66% de los pacientes que registraron ansiedad; 59.25% de los 54 sujetos que integran este grupo).

Tabla 1. Análisis de prueba T para muestras relacionadas de las preguntas de la escala Bienestar, frecuencia cardíaca y saturación de oxígeno en la sangre en pacientes en el área de hospitalización.

Variable	Media		<i>t</i>	<i>p</i>
	Pre	Post		
Ansiedad	5.21	3	6.89	<.001
Estrés	4.43	2.19	7.03	<.001
Bienestar físico	6.81	8.08	-6.61	<.001
Ritmo cardíaco	76.76	70.04	5.46	<.001
Oxigenación en la sangre	96.22	96.30	-.30	.760

Nota: t = resultado de los análisis de la prueba T para muestras relacionadas, p <.05 significancia.

En los pacientes preoperatorios (Tabla 2), después de la intervención de las dos TCC de relajación, se encontró una disminución significativa ($p < .001$) en las variables de ansiedad, estrés y ritmo cardíaco, y un incremento significativo ($p < .001$) en la variable de bienestar físico, en comparación con los resultados de la preprueba.

Los niveles de ansiedad y el estrés se redujeron en 34 pacientes (85%) y 33 pacientes (87.17%, de los 39 pacientes que registraron estrés; 82.5%, de los 40 sujetos que integran este grupo), respectivamente; mientras que ambos niveles se redujeron en 31 pacientes (77.5%).

Un paciente de este grupo no presentó síntomas ni antes ni después de la intervención.

Tabla 2. Análisis de prueba T para muestras relacionadas de las preguntas de la escala de Bienestar, frecuencia cardíaca y saturación de oxígeno en la sangre en pacientes en el área de preoperatorios.

Variable	Media		<i>t</i>	<i>p</i>
	Pre	Post		
Ansiedad	5.97	3.38	9.28	<.001
Estrés	5.31	3.08	11.36	<.001
Bienestar físico	6.92	7.56	-3.66	.001
Ritmo Cardíaco	77.42	70.79	5.49	<.001
Oxigenación en la sangre	96.18	96.79	-1.50	.142

Nota: t = resultado de los análisis de la prueba T para muestras relacionadas, p <.05 significancia.

En relación a la tercera hipótesis, H₃: los cuidadores mostrarán mayores niveles de ansiedad que los pacientes antes de las intervenciones, esta hipótesis fue rechazada, al presentar una media de 5.56 los cuidadores, mientras que la media de los pacientes fue de 5.59 (Tablas 1, 2, 3 y 4).

La presencia de ansiedad y estrés en los dos grupos también fue más alta (2.59) en los pacientes, que en los cuidadores (2.56) (Tabla 3); sin embargo, en los cuidadores preoperatorios (Tabla 4) se registró el mayor nivel de ansiedad de los cuatros grupos estudiados, pero los cuidadores del área de hospitalización tuvieron el nivel de ansiedad más bajo (Tabla 3).

En el grupo de los cuidadores de pacientes hospitalizados, después de la intervención de las dos TCC de relajación, se reportó una disminución significativa ($p < .001$) en las variables de ansiedad, estrés y ritmo cardíaco, mientras que en la variable de bienestar físico, se presentó un incremento significativo ($p < .001$), en comparación con los resultados de la preprueba.

La ansiedad y el estrés se redujo en 39 cuidadores (76.92%) y 22 cuidadores (58.97%), respectivamente.

En 24 cuidadores (56.41%) disminuyeron tanto los niveles de ansiedad como los de estrés.

Tabla 3. Análisis de prueba T para muestras relacionadas de las preguntas de la escala de Bienestar, frecuencia cardíaca y saturación de oxígeno en la sangre en cuidadores de hospitalización.

Variable	Media		<i>t</i>	<i>p</i>
	Pre	Post		
Ansiedad	4.84	2.58	6.48	<.001
Estrés	4.23	2.20	6.03	<.001
Bienestar físico	7.63	8.30	-2.94	.006
Ritmo cardíaco	75.24	68.95	3.26	.002
Oxigenación en la sangre	96.63	96.87	-1.33	.193

Nota: t = resultado de los análisis de la prueba T para muestras relacionadas, p <.05 significancia.

En el grupo de los cuidadores preoperatorios, después de la intervención de las dos TCC de relajación, se encontró una disminución significativa ($p < .001$) en las variables de ansiedad y estrés, mientras que en el ritmo cardíaco, aunque disminuyó el valor, no fue significativo.

En la variable bienestar físico, se presentó un incremento; sin embargo, no fue significativo. Lo anterior en comparación con los resultados de la preprueba.

Los niveles de ansiedad y el estrés disminuyeron en 16 pacientes (72.72%) y 14 pacientes (63.63%), respectivamente; mientras que ambos niveles disminuyeron en 12 pacientes (54.54%).

Tabla 4. Análisis de prueba T para muestras relacionadas de las preguntas de la escala de Bienestar, frecuencia cardíaca y saturación de oxígeno en la sangre en cuidadores preoperatorios.

Variable	Media		<i>t</i>	<i>p</i>
	Pre	Post		
Ansiedad	6.29	3.43	4.94	<.001
Estrés	5.95	3.16	3.85	.001
Bienestar físico	8.37	8.84	-1.58	.132
Ritmo cardíaco	73.33	71.67	.95	.353
Oxigenación en la sangre	96.52	96.95	-1.09	.289

Nota: t = resultado de los análisis de la prueba T para muestras relacionadas, p <.05 significancia.

Tras realizar el análisis del chi cuadrada a los datos de indicadores de ansiedad de las muestras, se observó que también se cumple la H₁: la ansiedad disminuye al aplicar las técnicas de relajación en pacientes hospitalizados y preoperatorios, como en sus cuidadores, ya que se muestra una significancia ($p < .001$) en la disminución de las variables de: agitación, temor, cansancio, falta de concentración, irritabilidad y temblores.

Después de las intervenciones TCC en los cuatro grupos, se disminuyó en un 22.44% los signos de ansiedad, de acuerdo a los indicadores de Oblitas (2005).

Tabla 5. Análisis de chi cuadrada para muestras independientes para la frecuencia de presencia y ausencia de indicadores de ansiedad Oblitas (2005) pre y post-intervención en pacientes preoperatorios y hospitalizados.

Signo	Presencia de signo pre	Presencia de Signo Post	<i>p</i>
Agitación	16	12	<.001
Temor	18	11	<.001
Cansancio	80	70	<.001
Agresión	0	0	-
Olvidos	0	0	-
Falta de concentración	24	15	<.001
Irritabilidad	5	2	<.001
Temblores	4	4	<.001

En cuanto a los pensamientos más frecuentes que fueron irracionales previos a la intervención realizada a los pacientes hospitalizados, se logró obtener un cambio de pensamiento significativo ($p < .001$) posterior a la intervención, lo cual acepta la hipótesis H₄: se disminuirán los pensamientos irracionales de los pacientes, después de aplicar la intervención TCC.

Tabla 6. Frecuencia de presencia de pensamiento irracional y presencia o ausencia de pensamientos irracionales tras la intervención de Terapia Cognitivo Conductual (TCC) en pacientes de hospitalización.

Presencia de pensamiento irracional	Cambio de pensamiento	<i>p</i>
49	37	.007

En la mayoría de los casos ($n= 49$) en los que se realizó una intervención TCC ($n=54$), se presentaron pensamientos irracionales previos a dicha intervención. Los pacientes en hospitalización mencionaron diferentes situaciones que les ocasionaron angustia durante la intervención cognitivo conductual (Tabla

7). La situación familiar fue la más frecuente con 26 menciones, mientras que la hospitalización fue la menos frecuente. Durante la intervención se les cuestionó a los participantes de qué manera podrían afrontar la situación que los abrumaba y disminuir los pensamientos y/o sentimientos desagradables que les hacía sentir. Las estrategias adaptativas más recurrentes fueron la resolución de problemas y el apoyo social (Tabla 8).

Tabla 7. Resultados en frecuencias de los tipos de situación que provocaron angustia en los pacientes hospitalizados durante la intervención.

Situación	Frecuencia
Hospitalización	13
Enfermedad	14
Personal	17
Familiar	26
Total	70

Tabla 8. Resultados en frecuencias de los tipos de afrontamiento de Cano (2007) a las situaciones angustiantes de los pacientes hospitalizados y sus cuidadores.

Estilo de Afrontamiento	Frecuencia
Resolución de problemas	19
Reestructuración cognitiva	6
Apoyo social	17
Expresión emocional	9
Evitación del problema	7
Pensamiento desiderativo	13
Autocrítica	3
Total	74

Discusión.

Los resultados de los cuatro grupos estudiados mostraron una disminución en los niveles de estrés y ansiedad, después de las técnicas cognitivas conductuales, lo que coincide con los resultados del estudio previo realizado por Atchison et al (2005).

Con los datos obtenidos en este trabajo, se demostró la eficacia de la utilización de técnicas de relajación Ericksonianas, ya que en ambas técnicas utilizadas hubo una disminución significativa de los niveles de ansiedad en los cuatro grupos, la cual se vio reflejada en la disminución del ritmo cardíaco. De acuerdo con Chóliz (2000), la relajación disminuyó la frecuencia cardíaca de los cuatro grupos de este trabajo. Sin embargo, en los cuidadores preoperatorios no se reportó diferencia significativa, se podría especular que debido a que se encuentran en el área de pre-operatoria y se encuentran preocupados por el procedimiento quirúrgico de su paciente se encuentren más nerviosos o con un ritmo cardíaco más elevado. En cambio, el estudio realizado por Hunt (2003), encontró que los cuidadores de pacientes hospitalizados mostraron mayores niveles de ansiedad y estrés, debido a la responsabilidad de cuidar al paciente y estar en contacto con personal médico y miembros de la familia.

Antes de la intervención, los pacientes preoperatorios tuvieron más nivel de ansiedad que los hospitalizados, ya que de acuerdo a las observaciones registradas por las investigadoras, los primeros se percibieron muy ansiosos antes de su cirugía. Estos datos coinciden con el estudio de Gordillo et al (2011), quien documentó que los pacientes preoperatorios tenían efectos negativos emocionalmente con tan solo pensar en la operación quirúrgica que se les iba a realizar.

En este trabajo, la mayoría de los pacientes estudiados del área de pre operatorios tuvo cirugías no ambulatorias, por lo que se requería que se internaran por lo menos unas horas en el area de hospitalización, lo que también podría asociarse a los niveles de ansiedad y estrés presentados, como lo afirmó Melchior et al (2018), cuando expuso que los pacientes especialmente quirúrgicos hospitalizados presentan miedo, así como ansiedad, debido a el procedimiento en el que someterán, además de que

tendrán que tener un tiempo en el hospital. En cuanto a la frecuencia de presencia y ausencia de indicadores de ansiedad de Oblitas (2005), ningún participante de los cuatro grupos registró signos de agresión y olvidos previos y posteriores, como lo reportó Oblitas (2005) en su estudio.

De acuerdo a los resultados, cansancio y falta de concentración, fueron los indicadores con más frecuencia en la pre y post prueba, sin embargo, disminuyeron de manera significativa posterior a la intervención. Esto concuerda con Roger et. al. (2000), en cuanto a las repercusiones de salud y calidad de vida.

La intervención cognitivo-conductual aplicada únicamente a los pacientes de hospitalización, demostró un cambio de pensamientos irracionales en los participantes que ocasionan ansiedad, por lo que lograron identificar cómo sus pensamientos afectan su conducta y emociones, y qué podrían hacer para cambiarlo (Beck, 2013, p. 41). Así mismo, mostró la importancia de la presencia de un psicólogo profesional o personal de la salud que guíe al paciente a entender que sus emociones influyen en su conducta, permitiendo un aprendizaje para tener una visión más clara de las situaciones que afronta y de sus pensamientos (Muñoz y Ruiz, 2007, pp. 2-4).

También se registró el estilo de afrontamiento frente a este tipo de situaciones, la más frecuente fue resolución de problemas, seguida de apoyo social y pensamiento desiderativo. El apoyo social concuerda con las investigaciones realizadas, donde el no estar cerca de sus familiares o seres queridos, les causa ansiedad (Hernández et al, 2005).

Últimamente se ha utilizado más la intervención de TCC, mostrando su eficacia en los resultados de diferentes intervenciones realizadas (Hernández y Sánchez, 2007, p. 12; Magidson y Weisberg, 2014; Hudiyawati y Prakoso, 2019). Se ha comprobado que la TCC puede disminuir síntomas y trastornos afectivos que se pueden presentar por los pensamientos irracionales, por eso, es importante realizar un cambio en el pensamiento con la intervención cognitivo-conductual y entender lo que ocasiona ansiedad (Muñoz y Ruiz, 2007, pp. 2-4). Además, con la intervención de la TCC, se encontró que los participantes tienden a buscar apoyo social para afrontar situaciones angustiantes, por lo que los cuidadores son de gran

apoyo para ellos.

De acuerdo a los resultados de este estudio, es benéfico disminuir los niveles de ansiedad y estrés en pacientes y cuidadores, pues la salud emocional es parte integral de la salud física. La psicología médica tiene esta área de atención como oportunidad para reafirmar su aplicación.

Los pacientes y cuidadores de este estudio disminuyeron de manera significativa los niveles de ansiedad y estrés, después de las técnicas cognitivas-conductuales. Además de que aumentó el bienestar físico, por lo que se corroboró el beneficio de las técnicas de relajación para apoyar al paciente y cuidadores a enfrentar la situación de vulnerabilidad en la que se sienten. De acuerdo con estos resultados, se podría sugerir que la intervención de la psicología médica en este padecimiento emocional mejora el estado anímico del paciente para ingresar a una operación quirúrgica o para hacer más placentera su estancia hospitalaria, lo que algunas ocasiones incluso hasta ayuda en salud física.

CONCLUSIONES.

Las áreas en las cuales se trabajó dentro del hospital, aunque pareciera que son parecidas, son extremadamente diferentes pero complementarias a su vez. En el área preoperatoria, no existe un tiempo definido en el cual el paciente esté en el cubículo sin ninguna interrupción, por lo que esta limitación afecta durante la intervención.

Algunos doctores, en particular, pueden llegar antes de tiempo, o presentarse incluso una interrupción por parte del personal CMHAE para suministrar al paciente algún medicamento preoperatorio, o para hacer un chequeo rutinario. Además, por la falta de aislamiento de sonido, la mayoría del tiempo se escucha el ruido externo o de cubículos adjuntos.

El área de hospitalización se basa en la estancia de una persona dentro del hospital, ya sea por herida o enfermedad, sin un periodo de tiempo establecido, con el objetivo de su recuperación con el apoyo del personal CMHAE. Esta área no presenta los mismos distractores que el área preoperatoria. Los pacientes

en hospitalización se encuentran aislados del ruido en sí y con un menor nivel de distractores. Se presentaron algunas limitaciones dentro del área tanto preoperatoria como en hospitalización debido al ruido presentado en el hospital debido a la remodelación del mismo en diferentes áreas, esto causaba distracción en los pacientes además de cuidadores al momento de la aplicación de técnicas de relajación.

Agradecimiento

A la Dra. Angélica Quiroga Garza por su supervisión, apoyo y capacitación durante la realización de este trabajo.

REFERENCIAS BIBLIOGRÁFICAS.

1. Atchison, K., Black, E., Leathers, R., Belin, T., Abrego, M. y Girona, M. (2005). A qualitative report of patient problems and postoperative instructions. *J Oral Maxillofac Surg.* 449-56.
2. Aylas, L. (2018). Ansiedad del paciente en el preoperatorio programado en la especialidad de traumatología del servicio de cirugía del Hospital María Auxiliadora, 2017.
3. Bayés, R. (2012). Aprender a investigar, aprender a cuidar. Plataforma Editorial. Barcelona, España.
4. Beck, A. (2013). Terapia cognitiva para trastornos de ansiedad. Descleé de Brouwer, Bilbao.
5. Bernardos, N. (2019). Impacto de una intervención educativa de enfermería sobre el dolor postoperatorio y ansiedad preoperatorio. Universidad de La Laguna en el Grado en Enfermería. Santa Cruz de Tenerife, España.
6. Boerner, K., Schulz, R. y Horowitz, A. (2004). Positive aspects of caregiving and adaptation to bereavement. *Psychol Aging.* 668-75.
7. Cano, F. J., Rodríguez Franco, L., & García Martínez, J. (2007). Adaptación española del Inventario de Estrategias de Afrontamiento. *Actas Españolas de Psiquiatría*, 35, 29-39.
8. Carapia, A., Mejía, G., Nacif, L., y Hernández, N. (2011). Efecto de la intervención psicológica sobre la ansiedad preoperatoria. *Revista Mexicana de Anestesiología*, 34(4), 260-263.

9. Chóliz, M. (2000). Técnicas para el control de la activación: Relajación y respiración. Universidad de Valencia. Facultad de Psicología. Valencia, España.
10. Costa, E. (2011). Hipnosis (+ DVD). Editorial HISPANO EUROPEA.
11. Covarrubias, L. y Andrade, R. (2012). Calidad de Vida de Cuidadores de Pacientes Hospitalizados, nivel de dependencia y red de apoyo. *Index de Enfermería*, 21(3), 131-135.
12. De la Fuente, R. y Leefmans, F. (2016). *Psicología médica*. Fondo de cultura económica.
13. Doñate, M., Litago, A., Monge, Y. y Martínez, R. (2015). Aspectos de la información pre operatoria relacionada con la ansiedad del paciente programado para cirugía. *Enfermería Global*, 14(37), 170-180.
14. Figueroa, C., Mora, R., y Ramos, B. (2018). Relación entre la ansiedad preoperatoria y las estrategias de afrontamiento en pacientes hospitalizados con cardiopatía isquémica candidatos a bypass cardiaco. *Vertientes. Revista Especializada en Ciencias de la Salud*, 20(1), 5-9.
15. García, F., Cebrián, F., Casero, J., Barrilero, J., Hernández, A., Córdoba, C., y Tébar, F. (1998). Ansiedad y cirugía. Repercusiones en el paciente sometido a cirugía programada.
16. García-López, L., Piqueras, J., Rivero, R., Ramos, V., y Oblitas, L. (2008). Panorama de la Psicología Clínica y de la Salud. *CES Psicología*, 1(1),70-93.
17. Gordillo, F., Arana, J. y Mestas, L. (2011). Tratamiento de la ansiedad en pacientes prequirúrgicos. *Revista Clínica de Medicina de Familia*, 4(3), 228-233.
18. Hammond, D. C. (1990). *Handbook of hypnotic suggestions and metaphors*. EUA: The American Society of Clinical Hypnosis.
19. Hernández-Cantú, E. I., Reyes-Silva, A. K. S., Villegas-García, V. E., y Pérez-Camacho, J. (2017). Ansiedad, depresión y sobrecarga en cuidadores primarios de pacientes internados en un hospital general de zona en Nuevo León, México. *Revista de Enfermería del Instituto Mexicano del Seguro Social*, 25(3), 213-220.

20. Hernández, G., Orellana, G., Kimelman, M., Nuñez, C., e Ibáñez, C. (2005). Trastornos de ansiedad en pacientes hospitalizados en Medicina Interna. *Revista médica de Chile*, 133(8), 895-902.
21. Hernández, N. y Sánchez, J. (2007). *Manual de psicoterapia cognitivo-conductual para trastornos de la salud*. LibrosEnRed.
22. Hunt, C. (2003). Concepts in caregiver research. *J Nurs Scholarsh.* 27-32.
23. Hudiyawati, D., y Prakoso, A. (2019). Effectiveness of Cognitive Behavioral Therapy to Reduce Depression, Anxiety and Stress among Hospitalized Patients with Congestive Heart Failure in Central Java. *Jurnal Ners*, 14(3), 367-373.
24. IBM. (2019). Downloading IBM SPSS Statistics 25. Recuperado de <https://www.ibm.com/support/pages/downloading-ibm-spss-statistics-25>
25. Jawaid, M., Mushtaq, A., Mukhtar, S., y Khan, Z. (2007). Preoperative anxiety before elective surgery. *Neurosciences*, 12(2), 145-148.
26. Jiménez, M. (2019). *Tan solo... respira*. Ediciones Istar Luna-Sol. Madrid, España.
27. Lang, P. (1968). Fear reduction and fear behavior: Problems in treating a construct. En J. U. H. Shilen (Ed.), *Research in psychotherapy*, (Vol. 3, pp. 90- 102). Washington: American Psychological Association.
28. Likert, R. (1932). A technique for the measurement of attitude. *Archives of Psychology*, 140, 5-55.
29. Magidson, J. y Weisberg, R. (2014). Implementing cognitive behavioral therapy in specialty medical settings. *Cognitive and Behavioral Practice*, 24(4), 367-371.
30. Martínez, J. (2017). *Trata el estrés con PNL*. Editorial Centro de Estudios Ramon Areces SA.
31. Melchior, L., Soares Barreto, R., Prado, M, Amorim, K., Queiroz, A., y de Sousa, T. (2018). Predictores de ansiedad preoperatoria moderada y grave en pacientes quirúrgicos hospitalizados. *Enfermería Global*, 17(52), 64-96.

32. Meléndez, J. (2010). La eficacia de las técnicas de relajación en el tratamiento psicoterapéutico de un paciente con rasgos de ansiedad, atendido en clínica psicológica de la universidad Dr. José Matías Delgado. Universidad Dr. José Matías Delgado. Recuperado de <https://webquery.ujmd.edu.sv/siab/bvirtual/BIBLIOTECA%20VIRTUAL/TESIS/03/PSI/ADME000810.pdf>
33. Meichenbaum, D. (1988). Manual de inoculación de estrés. México: Martínez Roca.
34. Muñoz, F. y Ruiz, S. (2007). Terapia cognitivo-conductual en la esquizofrenia. Revista colombiana de psiquiatría, 36(1).
35. Oblitas, L. (2005). Atlas de psicología de la salud. Bogotá: PSICOM
36. Pérez, A., Fernández, C., Fernández, B., y Durán, M. (2012). Revista de Psicopatología y Psicología Clínica 17(1) pp. 57-73
37. Riveros, A., Cortazar-Palapa, J., Alcazar L., y Sánchez-Sosa, J. (2005). Efectos de una intervención cognitivo-conductual en la calidad de vida, ansiedad, depresión y condición médica de pacientes diabéticos e hipertensos esenciales. International Journal of Clinical and Health Psychology, 5 (3), 445-462.
38. Rocha-Márquez, R. E., Lozano-Rangel, O., y Romero-Quechol, G. M. (2017). Nivel de conocimientos del paciente sobre el cateterismo cardiaco y presencia de ansiedad y depresión. Revista de Enfermería del Instituto Mexicano del Seguro Social, 25(4), 257-264.
39. Roger, M., Bonet, I., Gallego, C., Pisa, R., Ribas, A., Viñets, L. y Oriol, R. (2000). Impacto del hecho de cuidar en la salud de los cuidadores familiares. Atención primaria, 26(4), 217-223.
40. Rojas, M. y Azevedo, D. (2013). Estrategia de enfermería para disminuir los niveles de ansiedad en pacientes sometidos a intervención quirúrgica en el hospital universitario Antonio Patricio de Alcalá, Cumana, Venezuela. Saber, 25(3), 273-278.

41. Sianes, M. (2019). Factores psicológicos que influyen en la calidad de vida y en la satisfacción con la recuperación del paciente intervenido en cirugía ortopédica y traumatología. Universitat Autònoma de Barcelona.
42. Sierra, J., Ortega, V., y Zubeidat, I. (2003). Ansiedad, angustia y estrés: tres conceptos a diferenciar. *Revista Mal Estar e Subjetividade*, 3(1), 10-59.
43. Sociedad Mexicana de Psicología. (2010). Código ético del psicólogo. Trillas.
44. Speads, C. (1988): ABC de la respiración. Madrid: EDAF.
45. Tisalema, B., y Vanessa, D. (2017). Intervención de enfermería en el control de la ansiedad de pacientes oncológicos sometidos a cirugía en el Hospital Solca Ambato 2017 (Bachelor's thesis)
46. Tripodoro, V., Veloso, V., y Llanos, V. (2015). Sobrecarga del cuidador principal de pacientes en cuidados paliativos. Recuperado de <https://dialnet.unirioja.es/download/articulo/6154357.pdf>
47. Weil, A. (2000). *Breathing: The Master Key to Self Healing*. Sounds True.
48. Zeig, K. (2013). *Teaching seminar with Milton H. Erickson*. Routledge.

DATOS DE LOS AUTORES.

1. Frida Carmina Porras-Caballero. Universidad de Monterrey. Escuela de Psicología, Vicerrectoría de Ciencias de la Salud. Estudiante de 9º. semestre. Correo electrónico: frida.porras@udem.edu
2. Karen Paola Rosales Sánchez. Universidad de Monterrey. Escuela de Psicología, Vicerrectoría de Ciencias de la Salud. Estudiante de 7º. semestre Correo electrónico: karen.rosaless@udem.edu
3. Diana Victoria Medellín Navarro. Universidad de Monterrey. Escuela de Psicología, Vicerrectoría de Ciencias de la Salud. Estudiante de 7º. semestre. Correo electrónico: diana.medellin@udem.edu
4. Daniela Fernanda Sánchez Jáuregui. Universidad de Monterrey. Escuela de Psicología, Vicerrectoría de Ciencias de la Salud. Estudiante de 7º. Semestre. Correo electrónico: daniela.sanchezj@udem.edu

RECIBIDO: 1 de octubre del 2020.

APROBADO: 13 de octubre del 2020.