



Grado en Psicología

Trabajo de Fin de Grado

Curso 2016/2017

Convocatoria de Junio

Modalidad: Otros trabajos.

Título: Ansiedad en personas mayores sometidas a intervención quirúrgica: propuesta de servicio.

Autor/a: María Inmaculada García Sánchez

Tutora: Beatriz Bonete López

Elche, 14 de junio de 2017



ÍNDICE

1. RESUMEN.....	6
1.1 ABSTRACT.....	7
2. INTRODUCCIÓN.....	8
3. PROCEDIMIENTO.....	11
3.1 INSTRUMENTOS.....	11
3.2 PROCEDIMIENTO.....	12
3.3 PARTICIPANTES.....	13
4. RESULTADOS	14
4.1 DESCRIPCION DEL SERVICIO.....	14
4.2 EVIDENCIAS DE LA NECESIDAD DEL SERVICIO.....	15
4.3 FUNCIONAMIENTO DEL SERVICIO.....	16
4.4 ANÁLISIS DAFO.....	16
4.5 PLAN DE OPERACIONES.....	17
4.6 RECURSOS.....	18
4.7 INTERVENCIONES.....	20
5. CONCLUSIONES.....	23
6. REFERENCIAS BIBLIOGRÁFICAS.....	25
7. ANEXO 1. CONSENTIMIENTO INFORMADO.....	28
8. ANEXO 2. CUESTIONARIO SOBRE ANSIEDAD PREOPERATORIA....	29
9. ANEXO 3. ANÁLISIS DAFO.....	31

1. RESUMEN

El envejecimiento poblacional es un hecho que acontece en la actualidad con un imparable avance, es por ello necesario indagar sobre aquellos factores que puedan influir positiva y negativamente en la calidad de vida de las personas mayores. En concreto en el ámbito hospitalario, un 44'4% de las altas correspondan a personas mayores, siendo quienes precisan estancias más largas en comparación con el resto de población.

La mayoría de personas que se someten a operaciones tienen en común la ansiedad que sufren, y es por ello que cada día son más los estudios que defienden el papel de la ansiedad en la recuperación posquirúrgica, ya que el control de la ansiedad previo a la intervención puede tener beneficios a corto y largo plazo, tales como un postoperatorio satisfactorio con una reducción de los problemas asociados, como son alteraciones físicas y emocionales y una menor estancia hospitalaria.

Por esta razón, se presenta un servicio de apoyo psicológico para la puesta en práctica del control de ansiedad en personas mayores, proporcionando a través de técnicas de psicoeducación, dinámicas de grupo y relajación, una forma de aprender y controlar la ansiedad, tanto en los momentos donde ésta puede afectar al sujeto, como en otros ámbitos de su vida.

Palabras clave: ansiedad preoperatoria, empresa, personas mayores, psicoeducación, dinámicas de grupo y relajación.

1.2 ABSTRACT

Nowadays, the population aging it's a fact that happens with an unstoppable advance. Due to this fact, it is necessary inquire about factors that can influence positively and negatively in the quality of lives of the elderly. Specific, in the hospital setting, a 44'4% of hospital discharges correspond to older people, being who need longer stays in comparison with the rest of population.

The most of the people that go through an operation have in common the anxiety that they suffer, therefore, everyday there are more studies supporting the role of anxiety in post-surgical recovery since the control of pre-operative anxiety may have short-and long-term benefits, such as a satisfactory postoperative with a reduction of the associated problems, like physical and emotional disturbances and a shorter hospital stay.

For this reason, a psychological support service is presented for the implementation of anxiety control in the elderly, providing through psychoeducation techniques, group dynamics and relaxation, a way to learn and control anxiety, both in the moments where it can affect the subject, as in other areas of their life.

Keywords: pre-operative anxiety, company, old people, psychoeducation techniques, group dynamics and relaxation.

2. INTRODUCCIÓN

Los cambios suscitados en el entorno de la vejez son, hoy en día, cada vez más visibles. En la actualidad, se estima que entre los años 2015 y 2050 la población de mayores de 60 años pasará de un 12 a un 22%, aumentando por lo tanto por dos. Dentro de este envejecimiento, nos encontramos con diferentes afecciones y síndromes propios de la edad (OMS, 2015), los cuales pueden llevar al sometimiento de diversas intervenciones quirúrgicas.

La cantidad de personas ingresadas en el entorno hospitalario aumenta dependiendo de la edad, ya que ésta correlaciona con su estado de salud y con la cronicidad de sus enfermedades. Según el INE (2017), a partir de los 55-60 años la morbilidad hospitalaria va en aumento, alcanzando su pico más alto en hombres mayores de 85. Del mismo modo, el 44'4% de las altas hospitalarias corresponden a personas mayores, y éstas son las que presentan unos periodos de estancia mayor que el resto de la población (Abellán, Ayala y Pujol, 2017).

Según la Escala de eventos estresantes de Holmes y Rahe (González de Rivera y Revuelta y Morera, 1983), se señala en el puesto número 6 de 43 (siendo el 1 el elemento más estresante y el 43, el menos), una lesión o enfermedad personales –hechos que pueden llevar a una operación en la mayoría de los casos-. Y es que, a pesar de que el momento previo a la intervención quirúrgica sea el más estresante, el miedo que produce todo lo que concierne la operación, como es el ambiente, el personal sanitario, los cambios corporales, la anestesia y la posibilidad de morir, son aspectos que dificultan la adaptación del paciente (Carapia, Mejía, Nacif y Hernández, 2011). En base a esto, es importante resaltar el miedo como un aspecto primordial en cuanto a operaciones se refiere, y es por ello que siguiendo con la propuesta de Clark y Beck (2012), está claro que éste es una emoción básica, consecuencia de una adaptación al medio, pero, ¿en qué momento pasa a convertirse en algo perjudicial?

Se ha demostrado que el hecho de estar en un medio inexplorado por el paciente, tal y como es el hospital y la situación de someterse a una operación, la escasa comunicación (la cual normalmente lleva a desconocimiento y por ende, desconfianza), además de la atención y el servicio de los profesionales puede hacer que el paciente desarrolle ansiedad, la cual se presentará tanto semanas antes de la intervención, como justo en el momento previo. (Ruíz, Muñoz, Olivero e Islas, 2000).

Es por esta razón que cada vez son más los estudios que confirman que la ansiedad preoperatoria afecta a la posterior recuperación del paciente (Carapia, Mejía, Nacif y Hernández, 2011). ; es por lo tanto un aspecto relevante a tratar la ansiedad en los momentos previos a la intervención –ya que puede estar presente en la mayor parte de los procedimientos quirúrgicos- , pero para ello es necesario saber qué es la ansiedad.

Haciendo un recorrido histórico, como se puede observar más resumidamente en la *Tabla 1*, Lazarus y Folkman (1986) exponen la ansiedad como la falta de control y de habilidades de afrontamiento ante una situación amenazante para el sujeto; Chaveau (1989), la define como un sentimiento de peligro inminente ante algo; asimismo, según la propuesta de Barlow (2002), la ansiedad sería una señal utilizada para conseguir una reacción de defensa, de un modo rápido y eficaz, ante sucesos aversivos. Finalmente, Franco (2013) la describe como inquietud, desasosiego, agobio, nerviosismo... es una respuesta ante lo nuevo, lo desconocido, ante el estrés, acompañado de una “reacción física de constricción, de estrechamiento”.

	Definición de ansiedad
Lazarus y Folkman (1986)	Falta de habilidades ante situación amenazante
Cheveau (1989)	Sentimiento de peligro inminente ante algo
Barlow (2002)	Reacción de defensa sobre sucesos aversivos
Franco (2013)	Inquietud, nerviosismo, respuesta ante lo nuevo

Tabla 1. *Definiciones de ansiedad a lo largo de la historia.*

Es decir, todos los autores coinciden en un punto en común: la ansiedad como una respuesta ante un acontecimiento amenazante, pero, ¿qué ocurre a nivel neuropsicológico?

Desde el punto de vista fisiológico según Ramos et al. (2008), se ha confirmado que al exponerse a una situación que produce estrés, tal y como puede ser una operación quirúrgica, el organismo libera corticotropina (CHR), lo cual lleva a su vez a la liberación de la hormona corticotrópica adrenal (ACTH), esta última hace que se segreguen glucocorticoides con efectos inmunosupresores. Es decir, la respuesta estresante ante una situación amenazante hace que se deprima el sistema inmunológico y se hiperactive el eje hipotálamo-hipofisario, haciendo a su vez que los pacientes sean vulnerables a enfermedades y llevando a que esto

suponga un problema a la hora de la recuperación, provocando como resultado que esta sea más larga y probablemente conlleve a problemas asociados.

En resumen, los datos obtenidos sobre las tasas de hospitalización que demuestran que hay una gran incidencia de personas mayores hospitalizadas, la gran preocupación y ansiedad que esto puede ocasionar, aunado a la posterior recuperación más dificultosa en el caso de presentarse dicha ansiedad evidencian la necesidad de crear un servicio que ofrezca talleres a dichas personas haciendo que así su ansiedad disminuya y su recuperación se vea beneficiada en post de su salud; en este caso, los métodos se dividen principalmente en tres, los cuales se describen a continuación.

Psicoeducación: según Sánchez, Velasco, Rodríguez y Baranda (2006), las técnicas psicoeducativas son eficaces para disminuir la ansiedad preoperatoria; en su estudio queda evidenciado cómo aquellos pacientes que se sometieron al programa que mezclaba técnicas psicoeducativas y conductuales, lograron reducir su sintomatología ansiosa, ya que a través de estos procedimientos consiguieron hacer que el paciente tuviera información sobre todo lo relacionado con su salud y la intervención, y además promovieron cambios conductuales y actitudinales, haciendo de este modo que se eliminaran esas creencias erróneas que habitualmente son las que hacen que la ansiedad aumente exponencialmente.

Métodos de relajación: las técnicas relacionadas con la relajación se utilizan constantemente para intentar calmar al organismo, y por lo tanto están constituidas como uno de los pilares fundamentales para que esto suceda; en este caso y como bien señaló Payné (2002), la relajación se utilizará como una medida de prevención, haciendo que aquellos órganos que se relacionan con el estrés o ansiedad que se sufre se relajen. Del mismo modo, tal y como apunta Kareaga (2000) la relajación puede hacer que el afrontamiento, como estrategia para superar una situación estresante o ansiosa, sea efectivo y además puede incrementar el propósito de aquellos programas relacionados en el manejo del estrés (como sería este caso).

Dinámicas de grupo: la terapia de grupo intenta utilizar la interacción que se da entre las emociones de todos los miembros para así mejorar la salud psicológica de éstos (Díaz, 2000). Asimismo, cabe destacar que dentro de este grupo terapéutico todos los pacientes buscan un objetivo común, siendo además su participación voluntaria y su admisión reconocida en función de la deficiencia que padezcan.

En definitiva, tras todo lo mencionado con anterioridad, el objetivo principal es crear Talleres de Ansiedad Preoperatoria para personas mayores de 60 años que se vayan a someter en un periodo de máximo 1 mes a una operación quirúrgica, dotándoles de habilidades para gestionar dicha ansiedad en el momento previo a la intervención.

3. PROCEDIMIENTO

3.1 Instrumentos

Debido a la escasez de instrumentos que determinen el nivel de ansiedad preoperatoria, así como para detectar la necesidad de una intervención, tanto en población general, como más específicamente en personas mayores, se diseñó ad hoc una entrevista semiestructurada (véase *Anexo 2*) en primera instancia, para así recoger información acerca de variables sociodemográficas como edad, sexo, nivel educativo, estado civil y número de hijos. Asimismo, a esto se le añadieron siete preguntas que hacían referencia a la ansiedad preoperatoria, siendo éste el cuerpo de la entrevista; la particularidad de estas preguntas es que todas ellas son abiertas, ofreciendo al entrevistado la posibilidad de extenderse y reflexionar en sus respuestas.

La aplicación de este instrumento tiene una duración media de 10-15 minutos, donde el entrevistador recoge las respuestas proporcionadas del sujeto. La finalidad de esta entrevista es detectar si existe la necesidad de este tipo de talleres.

Por otra parte, se decidió utilizar el STAI-E, fiabilidad $\alpha = 0,94$, validez $F = 17,60$, $p < 0,001$ (Guillén y Buela, 2011), ya que se pretendía conocer el curso emocional desde un punto de vista temporal –tal y como se da ante un acontecimiento concreto e identificable-.

Este instrumento conlleva una duración de 15 minutos para su aplicación; en este caso, excepto para aquellas personas que no tengan la autonomía suficiente como para poder escribir, se trata de un cuestionario autoadministrado.

3.2 Procedimiento

En primer lugar, para tener en cuenta el procedimiento llevado a cabo para la evolución de este proyecto, es necesaria la comprensión del recorrido realizado; para esto en una primera instancia se participó en el Certamen Innova Emprende desde la categoría de salud, presentando el proyecto GerontUP!: Disminuye tu ansiedad, donde se consiguió una instrucción en aspectos básicos sobre la creación de empresas, así como la defensa ante un jurado tras pasar la primera fase; del mismo modo, esto dio acceso directo a la 6ª Maratón de Creación de Empresas de la UMH, un programa de apoyo al emprendedor donde se proporciona asesoramiento personalizado, espacios de trabajo y financiación para la creación de tu propia start up.

En lo referente a la toma de contacto con los participantes de la muestra, en primer lugar se intentó que los sujetos pertenecieran al servicio de cirugía del hospital de Alicante, mas tras una serie de intentos, el resultado fue negativo, por lo que se optó por acudir a las AUNEX de Orihuela (Aulas Universitarias de la Experiencia). Las AUNEX pertenecen al grupo SABIEEX, el programa integral para mayores de 55 años en la UMH para la promoción del envejecimiento activo y saludable. Para poder recabar los datos, se cumplimentó una hoja de solicitud, donde se establecía el consentimiento para dar paso a la posterior recolección de información, donde se compararía un grupo control (el cual no se hubiese sometido a ninguna operación) con el grupo experimental (sí se había sometido a una operación o tenía prevista una intervención en momentos próximos).

Se realizó una primera toma de contacto a finales del mes de marzo para comprobar que se podía llevar a cabo este estudio y que no había ningún problema; asimismo, se le informó de que la investigación y propuesta de este estudio se centraba en la Universidad Miguel Hernández y además se comunicó cuál era el cometido, objetivos y necesidad de aplicar la entrevista a este campo, puesto que de este modo se abarcaría más rápidamente la población a la que iba destinada. Del mismo modo, se aseguró la discreción, confidencialidad y los fines (meramente investigativos).

Tras notificar el consentimiento a la propuesta, se le informó que debía preguntar a los pacientes si estaban dispuestos a colaborar, detallándoles los objetivos, y acordando el momento recomendable para realizarlo. En abril se efectuó la recogida de información in situ, componiéndose ésta por un Consentimiento Informado (Anexo 1) y el propio cuestionario diseñado ad hoc

(véase Anexo 2) y el cuestionario STAI- E; debido a la gran cantidad de sujetos que no pudieron rellenar el Cuestionario por no haber acudido a clase ese día, se decidió acudir al Centro Social El Barranquet de Campello, donde tras solicitar permiso el mismo día que se acudió, se decidió pasar unos cuestionarios a aquellas personas que estuviesen dispuestas a hacerlo. A continuación en el apartado *Participantes* se detallan los datos sociodemográficos de cada uno de los componentes que formaron parte de la muestra.

3.3 Participantes

Los participantes que se sometieron a la muestra fueron un total de 29, compuestos por 15 mujeres y 14 hombres.

La edad media de las 15 mujeres fue de 66,2, mientras que la de los hombres de 71,85, concluyendo con una edad media de ambos de 69 años.

Haciendo una distinción de la muestra por edades, se hallan, 11 sujetos de entre 50 y 65 años, e igualmente 11 de entre 65 y 75 años, 5 sujetos con edades comprendidas entre los 75 y los 85 años y 2 con edades mayores a 85 años. (Véase Gráfico 1)



Gráfico 1. *Muestra diferenciada por edades.*

Asimismo, se intentó recolectar información acerca de los estudios que éstos poseían, dando lugar a los siguientes datos: estudios universitarios: 2, educación secundaria: 9, educación primaria: 13, bachiller: 1 y sin estudios: 4; por lo tanto, se podría decir que la muestra está compuesta principalmente por personas con estudios primarios.

Los criterios de inclusión de los participantes se muestran a continuación (véase *Tabla 2*).

Tabla 2. *Criterios de inclusión participantes.*

Criterios de inclusión
1. Vivir en la provincia de Alicante
2. Edad= 50 años en adelante
3. Sometidos a una operación cercana o se van a someter próximamente (Grupo experimental)
4. No sometidos a una operación (Grupo control)

4. RESULTADOS

4.1 DESCRIPCIÓN DEL SERVICIO

La propuesta principal que se ofrece a través de este servicio son talleres en los cuales se reduzca la ansiedad propia de los pacientes que van a ser intervenidos quirúrgicamente.

Esta propuesta presenta un elemento diferenciador con respecto a otras actividades relacionadas con la ansiedad preoperatoria, puesto que estos se centran en aspectos meramente fisiológicos. Asimismo, como ventaja cabe destacar que en ningún momento hasta la actualidad se ha comprobado cómo con la ayuda psicológica se pueden realizar talleres en los propios centros hospitalarios u otros semejantes, para que así su ansiedad se vea reducida.

Los clientes a los que va dirigido este servicio son aquellos que se someten a operaciones quirúrgicas con asiduidad, o que por lo contrario se van a someter a una operación aislada en un periodo determinado de tiempo, y su ansiedad es elevada.

La necesidad que desea cubrir esta propuesta es principalmente, la disminución del estrés, ya que de este modo, se conseguirá una mejor recuperación de los pacientes, y por lo tanto, su bienestar también se verá mejorado.

Por otra parte, las alianzas clave que se establecerán se darán como tal son los Hospitales privados y Servicios de Seguros Médicos privados, ya que son el público al cual vamos a ofertar nuestra propuesta, para poder desarrollar la idea en estos centros con total disponibilidad en los momentos previos a la intervención.

Asimismo, se dará a conocer el servicio a aquellas personas cuya ansiedad podría ser prolongada por permanecer en una lista de espera para someterse a una operación.

4.2 EVIDENCIAS DE LA NECESIDAD DEL SERVICIO

Para comprobar la necesidad del servicio se ha realizado una comparación de los datos obtenidos en el cuestionario STAI (Guillén y Buela, 2011), entre el grupo control (9 participantes) y el grupo experimental (20 sujetos) es decir, entre aquellas personas que no se habían sometido a operaciones y aquellas que sí, y los resultados han sido los siguientes (véase *gráfico 2*):

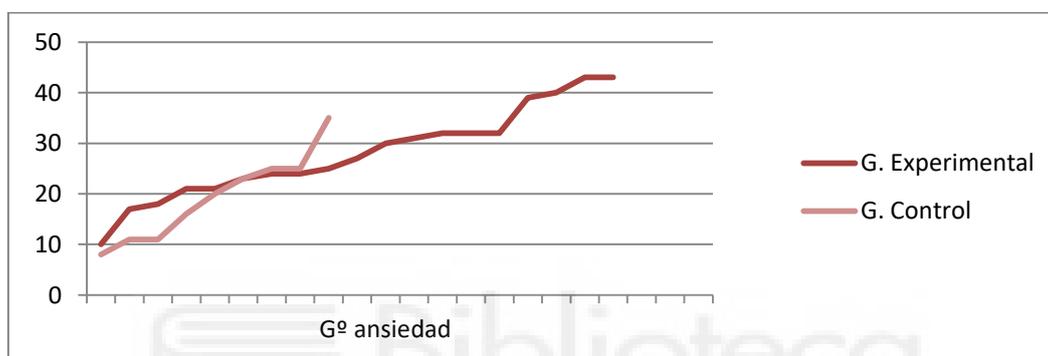


Gráfico 2: *comparación ansiedad entre grupo experimental y control.*

La ansiedad estado se divide en cuatro rangos dependiendo de los niveles obtenidos: ansiedad mínima (1-25), ansiedad leve (26-50), moderada (51-75) y severa (76-100); en este caso tanto el grupo experimental como el control han obtenido resultados concernientes a mínima y leve; en concreto, los datos muestran que 8 de los sujetos del grupo control se encuentran dentro de una ansiedad mínima y uno de ellos leve, mientras que en lo que respecta al grupo experimental, 9 están dentro de ansiedad mínima y 11 en leve; por lo tanto se puede concluir que una vez analizados los datos, el grupo experimental arroja unos mayores porcentajes que el control, aunque hay que tener en cuenta la diferencia de muestra entre ambos.

Por otra parte, a la hora de analizar la necesidad del servicio, se realizó una valoración entre las respuestas, en primer lugar en la pregunta 4, la cual hace referencia a las consecuencias de los síntomas físicos, los sujetos seleccionados señalaron sentir: nerviosismo, preocupación, enfado, ansiedad, mareo, miedo, tristeza, angustia, falta de apetito, mal humor y peor calidad de vida, por lo que, al hilo de esto, se evaluaron los datos obtenidos en el ítem número 5: “¿crees que un programa de apoyo que redujese esos síntomas perjudiciales para su salud en ese momento

podrían hacer que te sometieras a la operación de un modo más tranquilo?”, los resultados mostraron una preferencia por el programa de 28 de los sujetos frente a 1 que no lo creía conveniente.

En lo que respecta a la disposición por parte de los pacientes a pagar el servicio, los datos son similares, predominando en mayor medida aquellas personas que no pagarían por el servicio (16), frente a 13 que sí estarían dispuestos a ello. En cuanto a las personas que no estarían dispuestas a pagar el servicio han destacado que creen que debería de ser un servicio que ofreciese la seguridad social. Asimismo, es importante resaltar que el dinero que estarían dispuestos a pagar por el servicio seguiría un baremo de entre 10 y 40€; por todo ello creemos necesario plasmar en el presente trabajo la creación de una empresa para tal fin.

4.3 FUNCIONAMIENTO DEL SERVICIO

El servicio tiene como finalidad impartir talleres a personas mayores de 60 años que se vayan a someter a una operación, desde estructuras ya consensuadas, tales como Hospitales y los Servicios de Seguros (ya mencionados con anterioridad), ya que actualmente estas necesidades específicas no están cubiertas, puesto que no existe un servicio como tal en los hospitales para que los pacientes puedan recurrir a él de forma individualizada si lo desean; además ese servicio representaría un valor diferencial: la ayuda para reducir la ansiedad desde una perspectiva psicológica, teniendo en cuenta al cliente desde una perspectiva proactiva, ya que se le ayudará a hacer mejor las cosas, o traducido a este ámbito, a conseguir que logren controlar su ansiedad en el momento previo de la operación, para que así, su recuperación se vea favorecida por este hecho.

4.4 ANÁLISIS DAFO

Para estudiar la vigilancia competitiva, es decir realizar un análisis del entorno, se llevó a cabo un análisis DAFO (véase *Anexo 3*), donde se pueden comprobar cuáles son las fortalezas (internas- favorables), debilidades (internas- desfavorables), oportunidades (externas- favorables) y amenazas (externas-desfavorables).

En cuanto a las *fortalezas* sería importante destacar la mejora de la ansiedad preoperatoria y con ello una mejor recuperación postoperatoria -ya que como se ha mencionado en la introducción, son numerosos los estudios que declaran esta

relación-, una mayor asimilación de la información en todos los momentos previos a la intervención, puesto que si la ansiedad está presente la atención estará focalizada sobre ésta, así como la posibilidad de contratar servicios individualizados para familiares con ansiedad elevada ante esta situación (no sólo para el sujeto intervenido en cuestión, sino también para los familiares, los cuales en algunos casos son los que propician el aumento de la ansiedad en el propio paciente).

Siguiendo en la línea del ámbito interno, se encuentran las *debilidades*, cuya línea más importante sería el hecho de ser sesiones grupales, ya que de este modo podría favorecer que los propios sujetos no expresen adecuadamente sus opiniones y pensamientos, asimismo sería importante destacar el precio como un aspecto desfavorable interno, ya que este puede afectar a que los hospitales o seguros privados decidan prescindir del servicio.

En lo que respecta a las *oportunidades* (dentro del factor externo favorable), se hará hincapié sobre: la gran cantidad de personas mayores que se someten a operaciones, además de ser un colectivo en auge, según el INE (2016), la población mayor de 55 años ha aumentado en más de 13.000 desde el año 2002; por otra parte el aspecto central de la propuesta: la ansiedad es un factor clave en las operaciones, por lo que podría resultar un aspecto beneficioso, y para finalizar las consecuencias positivas que puede tener la reducción de la ansiedad preoperatoria en la posterior recuperación, ya que se da un enfoque diferente desde una perspectiva positiva, teniendo como aspecto central la psicología (aspecto novedoso en el ámbito quirúrgico).

Por último, es importante resaltar las *amenazas*, y en ellas la baja importancia que se le da a la psicología, los prejuicios y estereotipos sobre el rol del psicólogo, además de no sentirse identificados y tener una baja percepción de riesgo, ya que no consideran que la ansiedad que tengan sea algo perjudicial para ellos y que mucho menos ésta va a repercutir en su recuperación.

4.5 PLAN DE OPERACIONES

Dentro del plan de operaciones se resaltarán tres aspectos claves, como son: a quién se ofrece el servicio, cómo se difunde, los clientes y usuarios a los que va dirigido y, finalmente el modo de intervención.

En primer lugar, este servicio se ofrecerá a hospitales (tanto públicos como privados), geriátricos, asociaciones, servicios de seguros y ayuntamientos para que de este modo puedan conocer y tener la posibilidad de contratar el servicio desde una amplia gama de puntos.

Para la difusión de éste se han diseñado trípticos específicos donde se muestra la información del servicio; asimismo, cabe destacar que todos los centros donde se va a ofrecer el servicio, han de informar al paciente sobre la posibilidad de solicitarlo, tanto en el momento del ingreso (para que conozca esa posibilidad), como en previos a la intervención.

En lo que respecta a los clientes a los que está dirigido, destacan las entidades anteriormente mencionadas; por otra parte, en cuanto a los usuarios (personas a las que se destina el servicio), es importante resaltar que en esta área se encuentran personas que se van a someter a una operación próximamente, usuarios que permanecen en lista de espera por más de 2 semanas, familiares de usuarios cuya ansiedad es elevada por la próxima intervención, así como personas ajenas a esta situación que les preocupa el hecho de en un futuro tener que someterse a una operación.

Para finalizar, para una correcta intervención como tal se habrá de realizar un pre-test y un post-test – en este caso del cuestionario STAI-, con estas medidas se contemplará cómo han mejorado los resultados en cuanto a ansiedad; del mismo modo, durante el final de la última sesión se comentará la posibilidad de que cada usuario de su opinión acerca del servicio y de la posible mejora que ha percibido, así se podrá comprobar desde un punto de vista cualitativo cómo se han percibido ellos mismos subjetivamente.

4.6 RECURSOS

Para tener en cuenta los recursos de los que dispone el servicio en primer lugar es necesario la aseguración de una buena infraestructura, para ella es necesaria una sala en el hospital en el cual se van a someter a la operación, o por lo contrario en los geriátricos donde se encuentren, con amplio espacio para realizar las dinámicas y con acceso próximo al aseo del edificio; por otra parte, en cuanto a los materiales necesarios para llevar a cabo las intervenciones destacan: diez sillas como máximo (puesto que se trata de intervenciones con grupos reducidos), pizarra, una mesa grande para poder utilizarla tanto para las dinámicas como para la persona que se

encuentre impartiendo el servicio, y material de oficina como folios, rotuladores, lápices...

Por otra parte es de vital importancia resaltar los recursos financieros, ya que sin ellos sería imposible llevar a cabo la puesta en marcha del servicio; este tipo de recursos se dividen en dos: inversiones y financiaciones, las inversiones iniciales son aquellas que ha de costear la persona que lleva a cabo el proyecto, en este sentido es sustancial que la inversión sea devuelta en un plazo específico de tiempo a través del dinero obtenido por las alianzas clave –ya que son éstas las encargadas de solicitar el servicio para su institución-; por otra parte, las financiaciones suelen buscarse en fundaciones y obras sociales que presenten ayudas y subvenciones, y es por ello que dentro de éstas, pueden resaltar las siguientes:

Obra Social La Caixa: busca la mejora de la calidad de vida en personas mayores, las cuales bien por envejecimiento o por enfermedad, padecen una disminución de las capacidades y de la salud; en este sentido se puede orientar en torno a la financiación por un detraimiento de la salud y por ende, una mejora posterior tras el servicio. Ofrece una financiación del 75% del coste total del proyecto, hasta 40.000€ por proyectos presentados por una sola entidad, como sería este caso.

Por otra parte, Triodos Bank, proyecta su financiación en el sector social, centrándose en aquellos relacionados con la salud; en la línea del anterior, busca una mejora de la vida de personas mayores que requieran algún cuidado especial.

Finalmente, como es de esperar son necesarios los recursos humanos, ya que serán los encargados de impartir el servicio, mantener el orden y asegurarse de que se consiguen los resultados esperados; es por ello que dentro de estos recursos como componente principal destaca el psicólogo o psicóloga encargado/a de llevar a cabo este servicio, el cual habrá de tener conocimientos específicos sobre ansiedad y sobre todos aquellos aspectos relevantes en una intervención quirúrgica, así como habilidades de asertividad y empatía, así mismo, este servicio se intenta enfocar desde una perspectiva multidisciplinar, por lo que será necesario el trabajo conjunto (médicos, enfermeros y otros miembros del hospital) para un buen resultado.

4.7 INTERVENCIONES

Las intervenciones que se llevarán a cabo en este proyecto se dividen en tres: psicoeducación, métodos de relajación y dinámicas de grupo.

1. En lo que respecta a la psicoeducación, como bien menciona Ramírez, Espinosa, Herrera, Espinosa y Ramírez (2014), en casos donde la ansiedad es elevada, la psicoeducación puede ser considerada como una terapia de co-ayuda, por lo que ésta constituye un punto clave dentro de la intervención.

Dentro de los objetivos, destacan:

- Informar sobre los beneficios de tener una correcta asimilación de la información para la posterior recuperación
- Relacionar la información anterior con todos los detalles sobre la intervención
- Eliminar creencias erróneas sobre la operación

Por otra parte, en lo referente a instrumentos que valoren el grado de asimilación y de repercusión de la psicoeducación en pacientes con una ansiedad elevada, no se han encontrado datos de que existan y mucho menos que estén validados, por lo que la comprobación de este hecho se efectuará de un modo subjetivo, obteniendo información de los propios pacientes al finalizar las sesiones.

En la primera sesión, se presentará la persona encargada de impartir el taller, así como todos los objetivos que se intentan conseguir durante esta sesión; para ello, posteriormente se trabajará sobre cuáles son los beneficios que tiene el tener claro cuál es el papel de la ansiedad en su posterior recuperación, es necesario que para conseguir esto se les explique cómo una elevada ansiedad afecta a una peor recuperación, teniendo en muchas ocasiones que permanecer un mayor periodo de tiempo en el hospital.

Asimismo, durante esta sesión se relacionará la información anterior con la que previamente poseían, dejando que expresen todos aquellos pensamientos que poseen sobre qué es la intervención, qué va a pasar en ella, y cuáles serán los pasos posteriores a la salida del quirófano. Una vez que terminen de dar su punto de vista, sin confrontar con la opinión del resto, se realizará un breve resumen sobre qué cosas han aprendido en la primera fase de la sesión y se les invitará a reflexionar sobre aquellos aspectos que han mencionado en la segunda fase.

La segunda sesión por lo contrario se tratará de algo más dinámico; tras la puesta en común de todas las opiniones que tenían sobre la intervención, la psicóloga habrá de recolectar todas ellas en cartulinas, las cuales diferenciará por color en función de la persona que lo haya dicho, éstas se entregarán a los asistentes de forma alterna (de modo que posean las cartulinas aquellas personas que no hayan dado esa opinión) y deberán de poner en la parte posterior una forma de solucionarlo. De este modo se consigue mediante la ayuda de los demás, una desmitificación y una eliminación de las creencias erróneas relacionadas con la intervención.

2. En referencia a los métodos de relajación, los objetivos principales son los siguientes:

- Identificar situaciones activadoras que puedan proporcionar ansiedad
- Proporcionar herramientas al paciente aplicables en los momentos previos a la intervención y en otros ámbitos de su vida
- Disminuir reacciones fisiológicas a través de los métodos puestos en práctica

En cuanto a los instrumentos de evaluación, en primer lugar se instará a conocer cuál es el grado de ansiedad de los sujetos previo a la intervención y posterior a ésta; para ello se utilizará la Escala de Ansiedad y Depresión de Goldberg –EADG (Goldberg, Bridge, Duncan-Jones y Grayson, 1988), para así comprobar la efectividad de la intervención. Asimismo, como método de relajación, en este caso se emplearán técnicas cognitivo-conductuales, tal y como es, la relajación en imaginación guiada.

Las técnicas de relajación intentan conseguir una disminución de la ansiedad y de la tensión muscular, usándose especialmente en grupos con trastornos de ansiedad (Blanco, Estupiñá, Labrador, Fernández-Arias, Bernardo y Gómez, 2014); en concreto, la imaginación guiada dirige el pensamiento sobre situaciones placenteras, repercutiendo positivamente en la ansiedad. (Velázquez, Vázquez y Alvarado, 2009)

Cabe mencionar que se descartó la utilización de la técnica de relajación de Jacobson, ya que sería imposible aplicarla a todos los miembros del grupo, al tener que llevar a cabo tensiones y distensiones que probablemente por edad no podrían realizarse.

En la primera sesión, se administrará el EADG, y se explicará el motivo por el cual es necesario saber el grado de ansiedad antes de comenzar la intervención; posteriormente, se le proporcionará al sujeto una lista cuadrículada (jerarquía de exposición), donde habrá de escribir cuáles son las situaciones que activan su

ansiedad y el grado de cada una de ellas, siendo la primera la más estresante y la última de la lista la menos, con esto se conseguirá identificar las situaciones activadoras de ansiedad.

En la segunda sesión se proporcionarán herramientas por parte del profesional que lleve a cabo la intervención y al aplicarlas, conseguir una disminución de las reacciones fisiológicas; para ello, se provocarán los síntomas que suele sentir en aquellas situaciones posicionadas en los primeros puestos en la lista, de este modo se evitará la relación entre sensaciones interoceptivas y la propia enfermedad o el empeoramiento de la situación (Torrents-Rodas, Fullana, Vervliet, Treanor, Conway, Zbozinek y Craske, 2015), y una vez conseguido esto se aplicarán técnicas de relajación en imaginación guiada, ya que como apuntan Bacerra, Reynoso, García y Ramírez (2016), es una de las herramientas más eficaces. Por otra parte, se proporcionará una grabación en formato mp3/mp4 de aproximadamente 20-30 minutos de imaginación guiada (con aquellos escenarios que el sujeto haya decidido aplicar), ajustado a las diferentes situaciones que más estrés le provocaban.

3. Para finalizar, en cuanto a las dinámicas de grupo, es importante resaltar que con ellas se conseguirían cambios tanto emocionales, conductuales y de actitud, consiguiendo por ende una “reflexión, un intercambio de experiencias, el autoconocimiento y el apoyo mutuo” (Rodríguez y Font, 2013).

Los objetivos de esta intervención son los siguientes:

- Identificar conductas inadecuadas previas a la intervención
- Ofrecer apoyo entre todos los miembros
- Proporcionar técnicas de socialización

En este caso en la primera sesión se trabajará con las conductas que dificultan la adaptación a la intervención realizadas por parte de los sujetos, para ello se hará una puesta en común y se tratarán de debatir cuál es la mejor y la peor conducta, proponiéndose en todo momento soluciones, consiguiendo de este modo, el segundo objetivo.

Durante la segunda sesión, se proporcionarán técnicas de socialización, tales como: habilidades sociales o asertividad. En primer lugar, por parejas tendrán que decirse asertivamente aspectos positivos del compañero, además, se visualizará un corto, o en su defecto una representación realizada por el/la psicólogo/a y un/a

ayudante, y habrán de identificar comportamientos no verbales, tal y como se lleva a cabo en el estudio realizado por Wagner, Pereira y Oliveira (2014).

A continuación se muestra una tabla resumen (véase *Tabla 3*) con cada una de las sesiones de la intervención:

Intervención	Sesión 1	Sesión 2
Psicoeducación	Presentación de objetivos Papel de la ansiedad Puesta en común de pensamientos sobre intervención	Dinámicas para desmitificar y eliminar creencias erróneas
Métodos de relajación	Administración EADG Jerarquía de exposición Identificar situaciones activadoras de ansiedad	Exposición interoceptiva Relajación en imaginación guiada
Dinámicas de grupo	Puesta en común sobre adaptaciones inadecuadas Propuestas de resolución	Técnicas de socialización (asertividad, habilidades sociales, identificación comportamientos no verbales)

Tabla 3. *Estructura de intervención por sesiones en psicoeducación, métodos de relajación y dinámicas de grupo.*

5. CONCLUSIONES

El envejecimiento poblacional es un hecho que acontece en la actualidad con un imparable avance, es por ello necesario indagar sobre aquellos factores que puedan influir positiva y negativamente en la calidad de vida de estas personas (López, Montero, Mora y Romero, 2014). En esta línea, tras analizar los datos extraídos sobre la necesidad de intervención y hacer una revisión exhaustiva sobre lo que la literatura científica predice en cuanto al envejecimiento, intervenciones y ansiedad se refiere, se puede deducir una necesidad de intervención en el ámbito hospitalario inminente, ya no solo para mejorar la calidad vida de estas personas –tal y

como se ha mencionado con anterioridad-, sino para alcanzar un avance social, donde se consigan una reducción de costes sanitarios y sociales.

El objetivo principal de este proyecto era la creación de talleres donde se proporcionaran habilidades aplicables en momentos previos a la intervención en ancianos, haciendo que su ansiedad se vea reducida y que sean los propios pacientes los que puedan desarrollar los instrumentos enseñados, tanto en la intervención, como posteriormente, incluso pudiéndose aplicar a otros ámbitos de su vida.

En cuanto a las aplicaciones teóricas sin lugar a duda mencionar la falta de estudios que avalen las intervenciones psicológicas que reduzcan la ansiedad en el ámbito quirúrgico, ya que la mayoría ponen toda su atención a los beneficios de la farmacoterapia sin utilizar una terapia de corte psicológica, al menos como coadyudante; desde el punto de vista práctico, sería interesante llegar a un número elevado de población, tanto en el ámbito público, como privado (hospitales y compañías de seguros), asimismo sería interesante (conveniente)!! una difusión mayor, rompiendo con estereotipos y haciendo que la confianza de los pacientes aumente y se normalice la situación. También sería útil una homogenización de los grupos de trabajo, así como intervenciones con miembros de edades similares a la hora de la puesta en marcha, ya que sería más fácil el modo de trabajo.

Para finalizar, teniendo en cuenta todo lo expuesto se puede concluir que es necesario el desarrollo de un proyecto de empresa que cubra las necesidades propuestas, ya que se ha detectado la necesidad del servicio y se ha presentado un modo de llevarlo a cabo según propuestas científicas.

6. REFERENCIAS BIBLIOGRÁFICAS

- Abellán, A., Ayala, A. y Pujol, R. (2017). *Un perfil de las personas mayores en España, 2017. Indicadores estadísticos básicos*. Informes Envejecimiento en red. (15). Recuperado 7 de marzo de 2017 desde <http://envejecimiento.csic.es/documentos/documentos/enred-indicadoresbasicos17.pdf>
- Amutio, A. (2002). Estrategias de manejo del estrés: el papel de la relajación. *Cuadernos de medicina psicosomática y psiquiatría de enlace*, 62, 19-31.
- Barlow, D. (2002). *Anxiety and its disorders: The nature and treatment of anxiety and panic* (2ª ed.). New York: The Guilford Press.
- Becerra, A.L., Reynoso, L., García, F.M. y Ramírez, A. (2016). Intervención cognitivo-conductual para el control de ansiedad ante la biopsia insinacional en pacientes con cáncer de mama. *Psicooncología*: 13(1), 85-99.
- Blanco, C., Estupiñá, F.J., Labrador, F.J., Fernández-Arias, I., Bernardo, M. y Gómez, L. (2014). El uso de las técnicas de relajación en la práctica de una clínica de psicología. *Anales de Psicología*, 30(2), 403-411.
- Carapia, A., Mejía, G.E., Nacif, L. y Hernández, N. (2011). Efecto de la intervención psicológica sobre la ansiedad preoperatoria. *Revista Mexicana de Anestesiología*, 34(4), 260-263.
- Chauveau, B. (1989). *La ansiedad*. Barcelona: Ediciones Temis.
- Clark, D.A. y Beck, A.T. (2012). Agresividad: una condición común pero multifacética. En D.A., Clark y A.T., Beck (Eds.), *Terapia cognitiva para trastornos de ansiedad* (pp. 6-41). Bilbao: Desclée de Brouwer.
- Díaz, I. (2000). El grupo terapéutico. En I., Díaz (Ed.), *Bases de la terapia de grupo* (pp. 40-62). México: Editorial Pax México.

- Franco, M. D. (2013). Particularidades de los trastornos de ansiedad en el anciano. *Informaciones Psiquiátricas*, 212 (2); 175-183.
- González de Rivera y Revuelta, J.L. y Morera, A. (1983). La valoración de sucesos vitales: Adaptación española de la escala de Holmes y Rahe. *Psiquis*, 4(1), 7-11.
- Goldberg, D., Bridges, K., Duncan-Jones, P., & Grayson, D. (1988). Detecting anxiety and depression in general medical settings. *British Medical Journal*, 297, 897-899.
- Guillén, A. y Buela, G. (2011). Actualización psicométrica y funcionamiento diferencial de los ítems en el State Trait Anxiety Inventory (STAI). *Psicothema* 23 (3), 510- 515.
- Instituto Nacional de Estadística INE (2016). *Índice de envejecimiento por comunidad autónoma*. Sistema Estadístico Europeo. Recuperado 12 de mayo de 2017 desde www.ine.es
- Lazarus, S. & Folkman, S. (1986). Estrés y procesos cognitivos. Barcelona: Martínez Roca. Citado en: Gantivia, C.A, Luna, A., Dávila, A.M. y Salgado, M.J. (2010) Estrategias de afrontamiento en personas con ansiedad. *Psicología: Avances de la disciplina*, 4 (1), 63-70.
- López, M.R., Montero, M.P., Mora, A.I. y Romero, J.F. (2014). Hábitos de alimentación, salud y género en personas mayores. *European Journal of Investigation in Health, Psychology and Education*, 4(1), 31-40.
- Organización Mundial de la Salud (2015). *Envejecimiento y salud*. Recuperado el 7 de marzo de 2017 desde <http://www.who.int/mediacentre/factsheets/fs404/es/>
- Payné, R. A. (2002). *Técnicas de relajación Guía práctica*. 3ª edición. Barcelona: Paidotribo.

- Ramírez, A., Espinosa, C., Herrera, A.F., Espinosa, E. y Ramírez, A. (2014). Beneficios de la psicoeducación de entrenamiento en técnicas de relajación en pacientes con ansiedad. *Revista Enfermería Docente, enero-diciembre* (102), 6-12.
- Ramos, M.I., Cardoso, M.J., Vaz, F., Torres, M.D., García, F, Blanco, G y González, E.M. (2008). Influencia del grado de ansiedad y el nivel de cortisol sobre la recuperación posquirúrgica. *Actas Esp Psiquiatría, 36* (3), 133-137.
- Rodríguez, E. y Font, A. (2013). Eficacia de la terapia de grupo en cáncer de mama: evolución de las emociones desadaptativas. *Pisconcología, 10* (2-3), 275-287.
- Ruíz, E., Muñoz, J.H., Olivero, Y.I., Islas, M. (2000). Ansiedad preoperatoria en el Hospital General de México. *Revista Médica del Hospital General de México, 63* (4), 231- 236.
- Sánchez, S., Velasco, L., Rodríguez, R. y Baranda, J. (2006). Eficacia de un programa cognitivo-conductual para la disminución de la ansiedad en pacientes médicamente enfermos. *Revista de Investigación Clínica, 58*(6), 540-546.
- Torrents-Rodas, D., Fullana, M.A., Vervliet, B., Treanor, M., Conway, C., Zbozinek, T. y Craske, M.G. (2015). Maximizar la terapia de exposición: un enfoque basado en el aprendizaje inhibitorio. *Revista de Psicopatología y Psicología Clínica, 20* (1), 1-24.
- Velázquez, N., Vázquez, L.G. y Alvarado, S. (2009). Ansiedad asociada al dolor agudo en pacientes oncológicos. *Cancerología, 4* (19-29).
- Wagner, M.F., Pereira, A. y Oliveira, M.S. (2014). Intervención sobre las dimensiones de la ansiedad social por medio de un programa de entrenamiento en habilidades sociales. *Psicología Conductual, 22*(3), 423-440.

Anexo 1. CONSENTIMIENTO INFORMADO

Yo, María Inmaculada García Sánchez, alumna de 4º de Grado de Psicología de la Universidad Miguel Hernández de Elche, con la tutorización de la Dra. Beatriz Bonete López, solicito su ayuda para mi Trabajo de Fin de Grado, ya que estoy realizando un estudio para la creación de talleres para aquellas personas que se someten a operaciones quirúrgicas con asiduidad.

Los beneficios que se obtendrían de dichos talleres serían numerosos, pero como el principal, se podría destacar además de una clara disminución de la ansiedad, una mejor recuperación en los momentos posteriores a la intervención.

Asimismo, cabe destacar que la información que se obtenga sobre los datos personales será totalmente confidencial, conforme a la ley Orgánica 15/1999 del 13 de Diciembre.

Por otra parte, los datos serán accesibles en todo momento para los participantes, pudiendo cancelar y oponerse a que éstos sean utilizados en todo momento. En el caso de suceder esto último, los datos se retirarían en momentos posteriores a que así se solicitara.

Para finalizar, es importante resaltar que la participación en este proyecto es totalmente voluntaria, y por lo tanto, la persona abajo firmante afirma consentir a la alumna anteriormente mencionada a utilizar sus datos para su proyecto, manteniendo su anonimato y la confidencialidad de los mismos.

D/Dña.....participante de años de edad y DNI nº, declaro **estar de acuerdo y dar el consentimiento para el uso de mis datos para este estudio.**

En..... de..... de 201

Firma del paciente

DNI:

Fdo.:_____

Anexo 2. CUESTIONARIO SOBRE ANSIEDAD PREOPERATORIA

Soy Inmaculada García, alumna de 4º de psicología y estoy realizando mi Trabajo Fin de Grado. Mediante este cuestionario intento conocer su opinión sobre la ansiedad preoperatoria, además de tener en cuenta sus experiencias previas o próximas con respecto a operaciones.

Las cuestiones presentadas a continuación no son correctas ni incorrectas, solo es un medio para recoger información. Es totalmente anónimo y voluntario. Lea atentamente todas las preguntas que se presentan y si necesita ayuda no dude en preguntar.

1. Por favor, marque con un aspa (X) su **sexo**.

1.HOMBRE	<input type="checkbox"/>
----------	--------------------------

2.MUJER	<input type="checkbox"/>
---------	--------------------------

2. ¿Podría decirme su **edad**, por favor? ANOTAR AÑOS CUMPLIDOS _____

3. Por favor, marque con un aspa (X) su **estado civil**.

1.SOLTERO	<input type="checkbox"/>
-----------	--------------------------

4.SEPARADO	<input type="checkbox"/>
------------	--------------------------

2.CASADO	<input type="checkbox"/>
----------	--------------------------

5.OTRO	<input type="checkbox"/>
--------	--------------------------

3.VIUDO	<input type="checkbox"/>
---------	--------------------------

4. ¿Tiene usted **hijos**? Indique aquí el número: ____

5. ¿Cuál es el máximo **nivel educativo** alcanzado por usted? (Primaria, secundaria, universitaria...)

ANSIEDAD PREOPERATORIA

1. ¿Se ha sometido usted recientemente a alguna operación? _____ ¿Por qué?

2. Si no se ha sometido a ninguna operación, ¿tiene que someterse dentro de poco a una? _____, ¿Por qué? _____

3. ¿Cuáles son los síntomas físicos que destacarías que más afectan en tu vida diaria con respecto a la operación? _____

4. ¿Cuáles son las consecuencias que tienen estos síntomas en tu estado emocional? ¿Crees que alguno de esos síntomas puede afectarte de manera que desees no llevar a cabo la operación? _____

5. ¿Crees que un programa de apoyo que redujese esos síntomas perjudiciales para tu salud en ese momento podrían hacer que te sometieras a la operación de un modo más tranquilo? _____

6. ¿Alguna vez has realizado alguna actividad antes de someterte a una operación para relajarte?, ¿cuál? _____

7. ¿Pagaría por un servicio en el que se redujera la ansiedad preoperatoria?,
¿Cuánto estaría dispuesto a pagar?

¡Muchas gracias por su colaboración!

Universidad Miguel Hernández de Elche

Departamento Psicología de la Salud – Grado en Psicología

Anexo 3. ANÁLISIS DAFO

	Favorable	Desfavorable
Interno	FORTALEZA	DEBILIDAD
	Mejora ansiedad preoperatoria	Grupo amplio: no correcta
	Mayor asimilación de info.	expresión de opiniones/pensam.
	Mejor recuperación postoperatoria	
	Contratar servicios para familiares	
Externo	OPORTUNIDAD	AMENAZA
	Gran porcentaje de mayores de 55 años operados	Baja importancia de la psicología
	Colectivo en auge	Prejuicios y estereotipos
	Ansiedad como factor clave	No sentirse identificados
	Perspectiva psicológica: novedad de riesgo	Baja percepción de
	Consecuencias positivas en la recuperación	

Tabla 4. *Análisis DAFO*