View metadata, citation and similar papers at core.ac.uk

brought to you by CORE

provided by Repositorio Documental de la Universidad de Valladolid

Trabajo de Fin de Grado
Curso 2014/2015

Universidad de Valladolid

Facultad de Enfermería

GRADO EN ENFERMERÍA

ANSIEDAD EN EL PACIENTE PREQUIRÚRGICO Y VISITA PREQUIRÚRGICA:

PROGRAMA DE ENFERMERÍA PARA LA DISMINUCIÓN DE LOS NIVELES DE ANSIEDAD

Autora: Teresa de Castro Rodríguez

Tutor: Miguel Ángel Madrigal

ÍNDICE

RESUMEN/ABSTRACT 3
INTRODUCCIÓN 5
OBJETIVO E HIPÓTESIS 8
MATERIAL Y MÉTODO 9
Diseño del estudio 9
Población 9
Características de la intervención: La visita prequirúrgica de enfermería 10
Variables 16
Instrumentación y recogida de datos 16
Instalaciones y personal necesarios 17
Análisis estadístico 18
Limitaciones y sesgos del estudio 18
PLAN DE EJECUCIÓN 20
Cronograma 20
CONCLUSIONES 21
Aplicabilidad y utilidad de los resultados 21
BIBLIOGRAFÍA 22
ANEXOS 26
ANEXO I 26
ANEXO II 27
ANEXO III 29
ANEXO IV: ESCALA HOSPITALARIA DE ANSIEDAD Y DEPRESIÓN (HAD) 31
ANEXO V: INVENTARIO DE ANSIEDAD RASGO-ESTADO (IDARE) 33

RESUMEN

La ansiedad es una de las reacciones más conocidas que se dan en el paciente al enfrentarse a un acto quirúrgico. Numerosos estudios demuestran que el estado psicológico antes de la operación, en especial la ansiedad, incide en la recuperación postoperatoria, y que la educación y el suministro de información en forma de visita prequirúrgica tienen múltiples efectos beneficiosos en estos pacientes. Este trabajo se centra en las herramientas necesarias para medir y controlar la ansiedad antes pasar al quirófano, proponiendo un cuestionario específico de ansiedad prequirúrgica, pendiente de validación, y una intervención de enfermería, en forma de visita prequirúrgica, consistente en dar información adicional y resolver dudas. El objetivo principal de este trabajo es facilitar unos instrumentos para medir y controlar la ansiedad en el paciente que va a someterse a una operación. Además, se pretende comparar la disminución del grado de ansiedad preoperatoria con una visita estructura de enfermería versus la información habitual y conocer el grado de ansiedad de los distintos pacientes. Para ello se llevaría a cabo un ensayo clínico aleatorizado simple ciego, en el que intervendrían entre 450 y 460 pacientes pertenecientes al Hospital de Medina del Campo; éstos serían distribuidos aleatoriamente en dos grupos, uno con el que se realizaría la visita prequirúrgica (grupo intervención) y otro al que no se daría más información que la habitual (grupo control). Este estudio tendría una duración de un año y, si los resultados fueran positivos, la visita prequirúrgica podría ser extrapolada a otro tipo de intervenciones.

Palabras clave: ansiedad prequirúrgica, visita prequirúrgica de enfermería, entrevista prequirúrgica, información preoperatoria

ABSTRACT

Anxiety is one of the best known and most common reactions in the patient who undergoes a surgical procedure. Numerous studies prove that the patient´s psychological condition before the operation, especially anxiety, affects the postoperative recovery, and that the education and the provision of information in the form of a preoperative visit may have multiple beneficial effects in these patients. This work focuses on the necessary tools to measure and control the preoperative anxiety, proposing a specific

preoperative anxiety questionnaire, pending of validation, and a nursing intervention in the form of a preoperative visit, consisting of providing additional information and solving doubts. The main objective of this dissertation is to provide some tools to measure and manage anxiety in the preoperative patient. In addition, it is intended to compare the attenuation in the levels of preoperative anxiety with a structured nursing visit versus usual information, and determine the different patients' grade of anxiety. For that, a single-blind randomized clinical trial would be carried out, which would involve between 450 and 460 patients from the Hospital of Medina del Campo; these would be randomly distributed into two groups, one with the whom preoperative visit would be done (intervention group) and the other would not be given any further information than the usual received (control group). This study would last one year, and, if the result was positive, the preoperative visit could be extrapolated to other different interventions.

Key Words: preoperative anxiety, preoperative nursing visit, preoperative interview, presurgical information

INTRODUCCIÓN

La ansiedad es una de las reacciones más conocidas y comunes que se dan en el paciente al enfrentarse a un acto quirúrgico. Según la NANDA, la ansiedad se define como la vaga sensación de malestar o amenaza acompañada de una respuesta autonómica. Es un sentimiento de aprensión causado por la anticipación de un peligro. Es una señal de alerta que advierte de un peligro inminente y permite al individuo tomar medidas para afrontarlo [1]. En el caso del paciente que va a enfrentarse a una operación, la cirugía se transforma en ese peligro inminente que el paciente tiene que afrontar. Eduardo Mardarás explica en su libro *"Psicoprofilaxis quirúrgica. La preparación psicológica para las intervenciones quirúrgicas"* [2] que en la dinámica psicológica existen tres fuentes de peligro: la confusión, el ataque externo y el vaciamiento, y de cada una emana un tipo de ansiedad diferente:

- **Ansiedad confusional**: El peligro que causa este tipo de ansiedad es la confusión, como su propio nombre indica. La ansiedad confusional puede ser definida como la amenaza de desintegración de la persona por no entender lo que ocurre dentro o fuera de uno, por liarse, por no encontrar la reacción o respuesta adecuada. Se manifiesta a través de temblores, torpeza, tartamudez, vacilación, confusión, etc., y genera conductas niveladoras tendentes a preguntar, entender, ordenar, controlar, clasificar… Lo más frecuente es encontrarla en el preoperatorio representada por una cierta necesidad del enfermo de saber y entender lo que ocurre y lo que se va a hacer con él. La vía más efectiva que médicos y enfermeros suelen emplear para contribuir a que se nivele son las explicaciones breves y sencillas.

- **Ansiedad paranoide o persecutoria**: El peligro que la causa es el ataque externo. Se manifiesta a través de estados de pánico, desconfianza, terror, prevención, etc., y genera conductas niveladoras como la precaución, la huida, la cautela, el contraataque y otras similares, ocasionando a veces situaciones que han sido objeto de humor por lo aparentemente disparatadas como puede ser la del paciente que huye del quirófano o el enfermo que muerde o golpea a los miembros del equipo, aunque normalmente no se manifiesta de forma tan escandalosa como en los ejemplos anteriores. Sus picos más altos se suelen dar

durante la fase intraoperatoria. Para mitigar este tipo de ansiedad el objetivo que hay que conseguir es que el paciente identifique la enfermedad como agresor externo, y no al personal sanitario, haciendo así una alianza con el equipo en la lucha contra ese agresor, para hacer surgir una actitud de colaboración.

- **Ansiedad depresiva**: El peligro causante de este tipo de ansiedad es el vaciamiento, entendido como la disolución de la persona. La diferencia principal con las anteriores es que el peligro no se encuentra fuera del paciente, sino dentro de él mismo. Este tipo de ansiedad aparece profundamente asociado al concepto de muerte, concebida como proceso natural y no como accidente, y alcanza sus niveles máximos en intervenciones mutilantes. Este tipo de ansiedad se manifiesta a través de aburrimiento, insomnio, apatía, anorexia, etc., y las conductas niveladoras suelen ser leer, alimentarse, estudiar o divertirse. El problema que aparece con la ansiedad depresiva es que también se puede exteriorizar a través de la euforia, la alegría, el bienestar y la ensoñación, provocando que en ocasiones pase desapercibida y no sea detectada. La ansiedad depresiva se reduce mediante la reparación, la compensación y la elaboración del duelo, pues alcanza sus niveles máximos durante el posoperatorio.

En el ANEXO I se puede observar de manera esquematizada las tres ansiedades explicadas en *"Psicoprofilaxis quirúrgica. La preparación psicológica para las intervenciones quirúrgicas"* [2].

Los tres tipos de ansiedad se dan a lo largo de todo el proceso quirúrgico, sin embargo, como se ha explicado, dependiendo de la fase en la que el paciente se encuentre siempre hay un tipo que predomina sobre los demás. El preoperatorio se presenta como el momento idóneo para abordar una estrategia que nos permita preparar al paciente en el enfrentamiento de los tres tipos de ansiedad y así disminuirla.

Son numerosos los estudios que demuestran que el estado psicológico prequirúrgico, en especial la ansiedad, incide en la recuperación postquirúrgica. Cuanta más ansiedad experimenta el paciente antes de la operación más larga y difícil suele ser la convalecencia [3]. Y es que, la recuperación del paciente que se somete a una intervención quirúrgica depende, principalmente, de tres factores: el estado físico de su

organismo antes de la operación, la complejidad de la misma y el estado psicológico del paciente antes de la intervención [8].

La revisión de la bibliografía disponible demuestra que la educación preoperatoria y el suministro de información tienen múltiples efectos beneficiosos en los pacientes prequirúrgicos. Se ha demostrado que los pacientes que reciben este tipo de intervenciones, en forma de visita prequirúrgica, tienen niveles más bajos de ansiedad, y no sólo eso, también un mejor control del dolor en el postoperatorio, disminuyen su estancia hospitalaria, perciben una mayor calidad asistencial y refieren mayor satisfacción [4, 5, 6, 7].

La visita prequirúrgica se podría definir como un intento de personalización de los cuidados que se realiza a través de una entrevista personalizada y cuyos objetivos son proporcionar información, disminuir la ansiedad y el temor, aumentar los conocimientos en autocuidados y asesorar al paciente.

Sin embargo, a pesar de los datos, las actuaciones estructuradas para disminuir la ansiedad prequirúrgica no son muy numerosas. Además, las escalas empleadas para la medición de este tipo de ansiedad no parecen ser demasiado específicas para el momento del que se trata. Esta carencia motivó la realización de este TFG que tiene como objetivos, por un lado, la creación de una intervención en forma de visita prequirúrgica llevada a cabo por los profesionales de enfermería para conseguir una disminución de los niveles de ansiedad antes de la intervención quirúrgica; y por otro lado, la creación de una escala específica para medir la ansiedad prequirúrgica, pendiente aún de validación.

OBJETIVOS E HIPÓTESIS

En base a los argumentos expuestos, el objetivo principal de este trabajo consiste en facilitar unos instrumentos para, por una parte, medir y, por otra parte, controlar la ansiedad en el paciente prequirúrgico mediante la escala de ansiedad prequirúrgica y la visita prequirúrgica estructurada, respectivamente. Los objetivos específicos de este trabajo son comparar la disminución del grado de ansiedad preoperatoria con una visita estructura de enfermería versus la información habitual y conocer el grado de ansiedad de los distintos pacientes que van a ser intervenidos y de las distintas operaciones que tienen lugar en una planta de Cirugía General.

La hipótesis que motiva este TFG es que la intervención que aquí se propone sería una herramienta útil para la disminución de los niveles de ansiedad en los pacientes que están a punto de someterse a una intervención, así como que la escala propuesta sería apropiada y específica para la medición de dicha ansiedad. Para la comprobación de dicha hipótesis se llevaría a cabo un estudio que se presenta a continuación.

MATERIAL Y MÉTODO

Diseño del estudio

El proyecto que se llevaría a cabo, consistiría en un ensayo clínico aleatorizado simple ciego, siendo ésta la mejor forma de comparar la alternativa de utilizar una visita prequirúrgica estructurada de enfermería para aportar más información al paciente (grupo intervención) con la situación actual en la que no se da más información que la ofrecida por el cirujano y el anestesista en las visitas previas a la intervención (grupo control). Con este planteamiento se intentaría ser lo más objetivo posible.

Población

El ámbito de estudio sería el Hospital de Medina del Campo (HMdC), hospital público perteneciente al Sistema Sanitario Público de la Junta de Castilla y León (SACYL) que atiende, desde el año 1987, a la población perteneciente a seis Zonas Básicas de Salud (Medina del Campo, Medina del Campo Rural, Alaejos, Íscar, Olmedo y Serrada).

La población del estudio estaría formada por pacientes mayores de 18 años pertenecientes al área de Cirugía General y Digestiva del HMdC que se encuentren en las listas de programación quirúrgica y que cumplan los criterios de inclusión.

Criterios de inclusión:

- Pacientes mayores de 18 años
- En lista de espera para cirugía programada de la especialidad de Cirugía General y Digestiva
- Anestesia general o raquídea

Criterios de exclusión:

- Pacientes con patología psiquiátrica de base
- Pacientes con trastornos cognitivos
- Pacientes sometidos a Cirugía Mayor Ambulatoria

- Pacientes que fuesen a ser intervenidos bajo anestesia local
- Pacientes intervenidos de urgencia

La selección de los participantes se realizaría de forma aleatoria a través de los listados de programación quirúrgica. Cuando el parte de quirófano llegue a la planta, las enfermeras de la unidad serían las responsables de observar qué pacientes cumplen con los criterios de inclusión y exclusión. Una vez seleccionados los pacientes se procedería a su distribución en el grupo intervención o en el grupo control. Para dicha distribución se utilizaría el programa informático *Microsoft® Excel* empleando la función *aleatorio.entre()*, la cual genera números aleatorios entre los valores que se indiquen. En este caso los valores que se emplearían serían 1 y 2, correspondiendo el valor 1 al grupo intervención y el valor 2 al grupo control. De este modo los pacientes que fueran seleccionados con el número 1 estarían incluidos en el grupo intervención y los que fueran seleccionados con el número 2 se incluirían en el grupo control.

El periodo de estudio sería de 1 año, desde el 31 de enero de 2016 hasta el 30 de enero del año siguiente.

En cuanto al tamaño de la muestra, se extraería de la lista de espera del quirófano del servicio de Cirugía General y Digestivo, pero la cual estaría pendiente de concretar. Su determinación se basaría en que se realiza una media genérica de unas 40 intervenciones por mes, con lo que se calcula que el tamaño de la muestra aproximado podría ser de entre 450 y 460 pacientes.

Características de la intervención: La visita prequirúrgica de enfermería

El médico, en la consulta previa a la operación, puede haber informado debidamente del proceso fisiopatológico, así como el anestesista de los riesgos y ventajas de un tipo u otro de anestesia, pero en la mayoría de los casos existe un vacío de información acerca de: circuito fisico que seguirá el paciente durante su estancia en el centro hospitalario, sobre el sistema de información a la familia, sobre el control del dolor postoperatorio, sobre cómo se pueden llegar a sentir y sobre el manejo de los efectos secundarios de la medicación [5], y es ahí donde reside la importancia de llevar a cabo este tipo de

intervención. De modo que esta intervención tendría dos funciones básicas: dar información, acerca de los puntos expuestos anteriormente, y resolver dudas.

La estructura de la intervención sería la siguiente:

1. RECEPCIÓN DEL PACIENTE

   En primer lugar, y como se hace habitualmente cuando un paciente que ingresa en cualquier unidad, se recibirá al paciente y se presentará al personal de la planta a su cargo. Se le guiará a la habitación y se explicará todo lo relacionado con ella durante su estancia.

2. ENTREVISTA PREQUIRÚRGICA

   Una vez instalado el paciente se realizará la entrevista prequirúrgica propiamente dicha. Será la enfermera de la planta la encargada de llevarla a cabo pues se ha observado que cuanta menos diversidad haya entre el personal que atiende al paciente, menos aumenta la ansiedad. La entrevista se llevará a cabo en una sala de la unidad acondicionada para ello, de modo que la información que se dé y los sentimientos que se expresen sean completamente confidenciales, quedando entre el paciente y la enfermera y favoreciendo la creación de un clima de confianza. La duración prevista sería de unos 15 minutos. Si el paciente lo desease, podría intervenir en la entrevista un familiar, pues hay personas que se sienten más seguras cuando reciben la información acompañados. La entrevista prequirúrgica consistirá, básicamente, en una explicación cronológica de los sucesos que le irán aconteciendo al paciente, explicando el por qué de la realización de las diversas técnicas y resolviendo todas aquellas dudas que le puedan surgir, así como comentando las diversas sensaciones (ruidos, sensaciones térmicas…) y emociones que podrá experimentar:

   a. DÍA DEL INGRESO

      En primer lugar, se le dará información acerca de las diferentes técnicas que se le aplicarán ese mismo día: se le tendrá que canalizar una vía venosa, comenzará con sueroterapia, cenará como un día normal, tomará o no tomará ciertos medicamentos de su medicación habitual (si fuese

necesario) y permanecerá en ayunas desde las 24h. Se explicará la importancia de realizar bien el ayuno y la necesidad de no beber si quiera agua, así como se aconsejarán medios para paliar la posible sequedad de boca que pueda experimentar. Se comentará también la posibilidad de pedir un ansiolítico si lo creyese necesario para obtener un buen descanso la noche previa a la operación.

b. CIRCUITO FÍSICO EL DÍA DE LA INTERVENCIÓN QUIRÚRGICA

Después se explicará cuál será el circuito fisico que seguirá durante el proceso quirúrgico. Esta es una de las informaciones que más interesan, especialmente a los familiares. Se explicará que primero será trasladado a la zona quirúrgica, una vez allí será recibido por las enfermeras de la unidad, que le recibirán y le harán diversas preguntas. De allí pasará al quirófano propiamente dicho, donde será también recibido por el personal de anestesia y los cirujanos, y que será normal que tenga frío, porque es la temperatura normal del lugar. Después de la operación permanecerá un tiempo en la zona de recuperación postanestésica, comúnmente conocido como REA, donde permanecerá unas horas que variarán dependiendo del tipo de operación. En el caso de tuviese que pasar un día entero en la REA se informará de los horarios de visita para que su familia pueda acudir a visitarlo, así como de la cantidad de personas que podrán pasar y las normas que deberán cumplir. Cuando el tiempo de permanencia en la REA termine el paciente pasará a planta, a la misma habitación en la que ingresó, y permanecerá allí hasta el día de su alta hospitalaria. En este momento se informará también a la familia acerca del sistema de información, pues es un punto que crea mucha ansiedad, tanto en los familiares como en el paciente. Se les indicará dónde deben esperar mientras la intervención quirúrgica se lleva a cabo y cuánto tiempo durará la intervención, de forma aproximada. Se hará especial hincapié en que serán llamados por megafonía, de modo que deberán estar atentos para cuando sean llamados. También se les explicará dónde tienen que acudir para recibir la información del cirujano

una vez terminada la operación, así como del lugar donde se encuentra la REA y se recordarán los horarios de visita, si precisase.

c. INFORMACIÓN ANESTÉSICA

Hablaremos con el paciente acerca del tipo de anestesia, pues son muchos los pacientes que tienen grandes dudas acerca del tipo de anestesia que se va a emplear en la intervención. Se explicará el tipo de anestesia, cómo se administra, las diferentes sensaciones que podrán experimentar, la necesidad de pensar en algo agradable en el caso de la general, así como de la necesidad de estar tranquilo en el caso de la raquídea. Se informará también acerca del proceso de despertar y de las sensaciones que podrán sentir según se vayan pasando los efectos de la anestesia. Se explicará que el tiempo de recuperación tras la anestesia puede variar, que la recuperación total de las funciones, así como de la sensibilidad depende de cada persona, de modo que no se sienta asustado si al despertarse de la anestesia “aun siente sus piernas dormidas”, por ejemplo.

d. INTERVENCIONES DE ENFERMERÍA

Puesto que la entrevista prequirúrgica sería llevada a cabo por el personal de enfermería, será necesario explicar los diferentes procedimientos que podrán tener lugar, dependiendo de cada tipo de operación. Se explicará, por ejemplo, si será necesario vendar las piernas y se justificará el por qué; si precisará un sondaje vesical y la finalidad del mismo, además de comentar el tiempo estimado que deberá estar con ella; se explicará también si será necesaria la canalización de otro tipo de vías (ya sea central y/o arterial), su uso y el tiempo estimado que tendrá que estar con ellas. Se informará acerca de los drenajes, puesto que su utilización o no dependerá del transcurso de la operación, o, si fuese necesario, de la realización de una ostomía, así como de la información necesaria, poniendo énfasis en que tendrá toda la ayuda que precise por parte del personal. Se informará también de que es posible que muchas de estas técnicas se realizarán cuando el paciente ya esté bajo los efectos de la

anestesia, y que en ese caso no será consciente de ello, pero al despertarse de la anestesia será el momento en que se dé cuenta modo que sepa que es algo normal y no se asuste. Se le informará sobre cómo puede sentirse, cansado, dolorido, incomodo… Son sensaciones normales, y como tal no debe angustiarse ante ellas.

e. DOLOR POSTQUIRÚRGICO

El tema del dolor postquirúrgico es también uno de los que más ansiedad crea en el paciente. Se explicará que es normal sentir dolor, así como la posibilidad de que este vaya aumentando a medida que vaya despertando de la anestesia, se indicará que los primeros días suelen ser los peores, pero que el dolor irá remitiendo a medida que se vaya recuperando. Se informará también de la posibilidad de dolor tipo gases, pues es una consecuencia normal de las intervenciones quirúrgicas. Además se explicarán los distintos métodos de control del dolor (si precisarán bombas de analgesia, bloqueos nerviosos, los primeros días tendrá la analgesia pautada de modo que esté cubierto todo el día, tendrán analgesia de rescate si no fuera suficiente…)

f. RECUPERACION HOSPITALARIA

Para finalizar se explicará cómo será la estancia en el hospital los días posteriores a la intervención. Cuándo se retirarán los diferentes catéteres, la retirada de sondas, cuándo se comenzará la tolerancia de alimentos, cómo se realizarán las curas, cuándo pasará el médico a hacer las visitas y a informarles y cuánto suele ser el tiempo de estancia general en cada caso. Se hará especial hincapié en que este tiempo es un tiempo de recuperación, que el paciente debe estar tranquilo, por lo que las visitas deben ser controladas, tanto por respeto al paciente convaleciente como a su compañero de habitación.

g. RESOLUCIÓN DE DUDAS

La resolución de dudas es una de las intervenciones que más ayuda a la diminución de la ansiedad, principalmente la ansiedad confusional, de

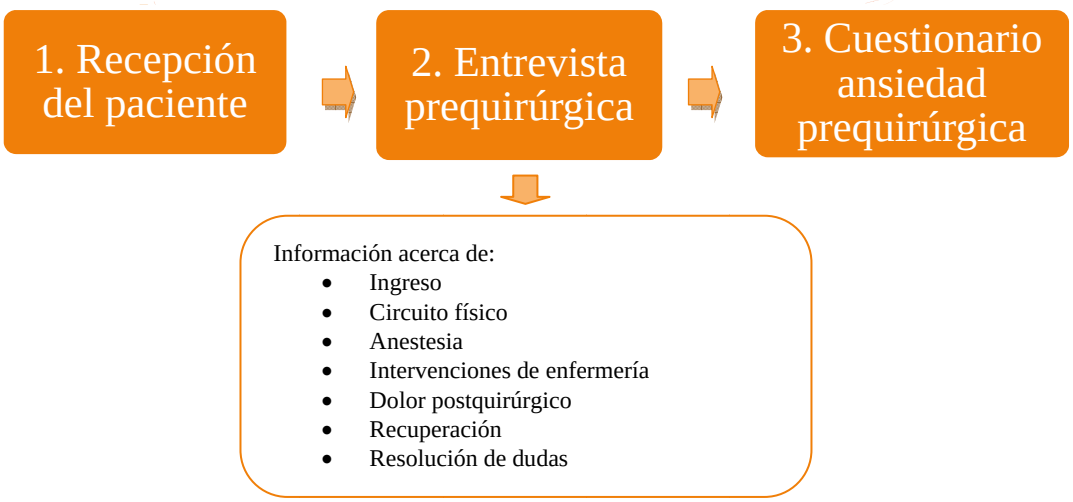
modo que no daremos la entrevista por terminada hasta que el paciente no se sienta debidamente informado. Además, se facilitará también la expresión de los diferentes sentimientos que el paciente pueda estar experimentando y se dará pie a la creación de un vínculo de apoyo entre el paciente, la familia y la enfermera/o, favoreciendo la disminución de la ansiedades paranoide y depresiva.

3. CUESTIONARIO ANSIEDAD PREQUIRÚRGICA

   Al terminar la entrevista se le darán al paciente dos cuestionarios: un cuestionario sobre variables sociodemográficas y un cuestionario de ansiedad prequirúrgica, de creación propia y pendiente de validación, para recoger datos acerca de cada paciente y medir su ansiedad, respectivamente.

Esta visita se realizaría únicamente con los pacientes del grupo intervención. El grupo control no recibiría ningún tipo de información adicional, simplemente la información habitual dada por su cirujano/a y su anestesista en las consultas previas a la intervención. El grupo control también recibiría ambos cuestionarios para que los cumplimente el día previo a la intervención. En el esquema [1] se pueden observar las tres fases que conforman esta intervención de enfermería.

El mismo día de la operación, antes de pasar a quirófano, se les entregará de nuevo, a ambos grupos, el mismo cuestionario de ansiedad prequirúrgica, para valorar diferencias entre el día anterior y el mismo día de la operación.



1

[1] Esquema 1: Fases de la visita prequirúrgica

Variables

Variables principales:

- Información a través de la visita prequirúrgica de enfermería es pertinente.
- Grado de ansiedad prequirúrgica y consumo de ansiolíticos el día previo a la operación.

Variables secundarias:

- Edad, sexo, estado civil, nivel socioeconómico, nivel cultural, situación laboral, intervenciones quirúrgicas previas, intervención actual, ASA.

Instrumentación y recogida de datos

- "Cuestionario de variables sociodemográficas". Este cuestionario recogerá todas las variables secundarias expuestas anteriormente. [ANEXO II]
- "Cuestionario de Ansiedad Prequirúrgica". Se trata de un cuestionario de creación propia pendiente aún de validación. [ANEXO III]. Este cuestionario se ha realizado usando como referencias la Escala Hospitalaria de Ansiedad y Depresión (HAD) de Zigmond y Snaith (1983) [ANEXO IV] y el Inventario de la Ansiedad Rasgo-Estado (IDARE) [ANEXO V]. La HAD consta originariamente de 14 ítems y fue diseñada para la evaluación de la ansiedad y la depresión en servicios hospitalarios de consulta externa no psiquiátricos [6]. El IDARE es la versión española del STAI (State Trait-Anxiety Inventary de Spielberg), que está constituido por dos escalas separadas de autoevaluación de 20 afirmaciones cada una que se utilizan para medir dos dimensiones distintas de la ansiedad: por un lado la llamada Ansiedad-Rasgo, que es una propensión ansiosa relativamente estable, y por otro lado la Ansiedad_Estado, que es una condición emocional transitoria. El "Cuestionario de Ansiedad Prequirúrgica" es una adaptación de la subescala de ansiedad de la HAD y de las preguntas del IDARE que consta de 10 preguntas breves y de fácil respuesta focalizadas en la ansiedad referente al momento prequirúrgico. Cada pregunta consta de cuatro

simples opciones que valorarían de 0 a 3 puntos. La puntuación obtenida en esta escala la podríamos clasificar en cuatro grupos:

- El primer grupo quedaría definido por poca o ninguna ansiedad, con una puntuación de 0 a 7 puntos.
- En el segundo grupo se incluirían los pacientes con una ansiedad leve, con puntuaciones entre 8 y 15 puntos.
- El tercer grupo estaría formado por los pacientes con ansiedad moderada, ya significativa, y las puntuaciones se situarían entre los 16 y los 23 puntos.
- Por último, el cuarto grupo sería el destinado a los pacientes con mucha o demasiada ansiedad, cuyas puntuaciones se encontrarían entre los 24 y los 30 puntos.

La recogida de los datos se realizaría el día previo a la operación, mediante el cuestionario de variables sociodemográficas y el cuestionario de ansiedad prequirúrgica, y el mismo día de la intervención, antes de pasar a quirófano, mediante el mismo cuestionario de ansiedad prequirúrgica. Los diferentes datos se almacenarían informáticamente empleando del programa *Microsoft® Excel.*

Instalaciones y personal necesarios

Para la realización de la intervención de enfermería que aquí se propone únicamente sería necesaria una sala de la propia unidad acondicionada para ello, con una mesa y varias sillas para que la entrevista prequirúrgica se pudiera realizar de una forma cómoda para paciente, familiar (si interviniese) y enfermera.

El personal encargado serían las enfermeras de la planta de Cirugía General y Digestivo del HMdC, y sólo precisarían para ello la utilización de los cuestionarios y un ordenador para el posterior almacenamiento de los datos.

Análisis estadístico

En primer lugar, se realizaría un estudio descriptivo, detallando todas las variables del estudio. Las cuantitativas, como es la edad, se expresarían con la media y desviación típica; mientras que las cualitativas como el sexo y el estado civil se darían mediante frecuencias y porcentajes.

En segundo lugar se analizaría la relación entre la presencia/ausencia de intervención (variable cualitativa) y la ansiedad (variable cuantitativa) según escala numérica. La descripción entre ambas se realizaría con el cálculo de los valores de las medias y las desviaciones típicas para cada uno de los subgrupos implicados. El análisis estadístico se realizaría mediante T de Student.

En el caso de la relación entre dos variables cuantitativas como la ansiedad y la edad se utilizaría el coeficiente lineal de Pearson para determinar la intensidad de la relación entre las dos variables.

La relación entre dos variables cualitativas como el sexo y la presencia/ausencia de intervención se realizaría mediante la prueba de chi cuadrado.

Limitaciones y sesgos del estudio

- Imposibilidad de poder realizar este estudio mediante un doble ciego, debido a que el personal responsable de llevar a cabo la entrevista prequirúrgica conocería qué pacientes se encuentran dentro del grupo intervención y qué pacientes se encuentran en el grupo control.
- La diversidad de intervenciones quirúrgicas podría suponer una limitación puesto que el grado de ansiedad de los pacientes que vayan a ser sometidos a intervenciones quirúrgicas más complejas o con consecuencias más traumáticas será mayor. Sin embargo, se ha decidido establecer un grupo más heterogéneo precisamente para poder estudiar las diferencias, en cuanto a nivel de ansiedad prequirúrgica se refiere, entre unas intervenciones quirúrgicas y otras.
- Diferencia de edad entre el grupo intervención y el grupo control, que se intenta minimizar con la aleatorización.
- Diferencia de sexo entre el grupo intervención y el grupo control, que se intenta minimizar mediante la aleatorización

- La estructura de la planta de hospitalización. La mayor parte de las habitaciones son dobles, de modo que lo más probable es que los pacientes tengan que compartir habitación con otro paciente y su familia. Si en la misma habitación hay un paciente del grupo intervención y un paciente del grupo control podría haber una contaminación de información que afecte a los resultados del estudio. Para intentar minimizar esta situación, las enfermeras responsables de asignar las habitaciones a los pacientes tendrán este hecho en cuenta para intentar no juntar en la misma habitación a pacientes de grupos contrarios, salvo que fuese imprescindible. Esta distribución de los pacientes genera un sesgo del que somos conscientes.
- Uso de medicación ansiolítica. El uso de medicación ansiolítica puede distorsionar los resultados del cuestionario. Para minimizar este hecho se intentará protocolizar, por parte del servicio de anestesia, lo máximo posible el tipo de medicación ansiolítica a utilizar. Por otra parte, el uso de medicación ansiolítica también será empleado como indicador de si la entrevista prequirúrgica ha sido efectiva o no. Para poder observar este hecho, sería necesario dejar el uso de la medicación ansiolítica a conveniencia del paciente, esto es, informarle de que existe la posibilidad de que pueda tomar un ansiolítico para ayudarle a dormir esa noche, pero que dependerá de él la decisión de pedírselo a las enfermeras, dependiendo de cómo él mismo se encuentre.
- Abandono de la intervención. Se prevé que haya pacientes que, habiendo siendo incluidos aleatoriamente en el grupo intervención, no quieran recibir información extra.

PLAN DE EJECUCIÓN

Cronograma

1. Presentación y aprobación del estudio y obtención de los permisos para llevarlo a cabo por parte del Comité de Ética e Investigación del Hospital de Medina del Campo. Septiembre de 2015.

2. Sesión informativa al personal de la planta de Cirugía General y adiestramiento del personal de enfermería para la realización de la intervención. Octubre 2015.

3. Realización de una prueba piloto. Remodelación y ajuste en caso necesario. Noviembre 2015.

4. Realización de la intervención y recogida de los datos. Enero 2016 - enero 2017 (en el caso de no haber obtenido el número de participantes estimado se alargaría este periodo).

5. Tratamiento y análisis estadístico de los datos. Enero 2017 - marzo 2017.

6. Revisión bibliográfica. Abril 2017.

7. Conclusión del estudio y publicación de resultados. Mayo 2017 – junio 2017.

8. Presentación de las conclusiones al personal implicado. Junio 2017.

9. Elaboración de un protocolo específico de información y visita prequirúrgica de enfermería del HMC. Julio 2017.

10. Presentación del protocolo al hospital. Agosto 2017
    .
11. Posible publicación del estudio en revistas médico-científicas, jornadas, congresos y/o reuniones nacionales e internacionales. 2017 - 2018.

CONCLUSIONES

Aplicabilidad y utilidad de los resultados

Una vez finalizado el estudio se comprobaría si los resultados obtenidos son los deseados en el objetivo principal y en la hipótesis de este trabajo. Se sabría así si la intervención y el cuestionario propuestos son útiles para el manejo y valoración de la ansiedad prequirúrgica, así como si la efectividad de los mismos ha sido positiva. En caso de que así fuera se podría emplear esta intervención de manera estandarizada elaborando un protocolo para ello.

Además se evaluarían también los objetivos específicos propuestos, y se podrían obtener conclusiones acerca de, por ejemplo, qué tipo de intervenciones causan más ansiedad, pudiendo así trabajar con esos pacientes de una manera más individualiza.

Este trabajo se centra en los pacientes de la planta de Cirugía General y Digestivo, sin embargo, si los resultados fueran beneficiosos, se podría extrapolar esta intervención a otros tipos de cirugía (Traumatología, Urología, Ginecología, etc.)

Basándonos en la propia experiencia, se podría suponer que los resultados de esta intervención serían positivos, aun sin tener todavía ningún dato. En la práctica diaria de la enfermería los pacientes preguntan muchas dudas, especialmente cuando se encuentra a las puertas de actos tan estresantes como es una operación quirúrgica. La experiencia personal nos permite observar lo fácil que resulta tranquilizar a un paciente que va a pasar a quirófano resolviendo estas dudas, y en esto es en lo que se basa este TFG para creer que la intervención propuesta sería beneficiosa.

BIBLIOGRAFÍA

1. Diagnósticos enfermeros: definiciones y clasificación. 2007-2008. NANDA. Madrid: Elsevier España; 2007

2. Mardarás Plata E. Psicoprofilaxis quirúrgica. La preparación psicológica para las intervenciones quirúrgicas. 2ª edición. Barcelona: Ediciones ROL; 1990.

3. Moix Queraltó J. Evaluación de la ansiedad en la antesala del quirófano. Medicina Clínica. 1997. 108 (4): 157-158.

4. Pérez Díaz R, Martín Carbonell M de la C, Quiñones castro M, Influencia de la ansiedad prequirúrgica en la evolución de la cirugía de las varices. Rev Cubana Angiol y Cir Vasc [Internet]. 2000 [consultado el 6 de abril de 2015]; 1(2): 95-100. Disponible en: http://bvs.sld.cu/revistas/ang/vol1_2_00/ang02200.pdf

5. Orihuela Pérez I, Pérez-Espinosa JA, Aranda Salcedo T, Zafra-Norte J, Jiménez Ruiz RM, Martínez-García A et al. Visita preoperatoria de enfermería: evaluación de la efectividad de la intervención enfermera y percepción del paciente. Enferm Clin [Internet]. 2010 [Consultado 20 diciembre 2014]; 20 (6): 349-354. Disponible en: http://www.sciencedirect.com/science/article/pii/S1130862110001683 3

6. Jlala HA, French JL, Foxall GL, Hardman JG, Bedfoth NM. Effect of preoperative multimedia information on perioperative anxiety in patients undergoing procedures under regional anesthesia. Br J Anaesth [Internet]. 2010 [Consultado el 14 de marzo de 2015]; 104 (3): 369-374. Disponible en: http://www.ncbi.nlm.nih.gov/pubmed/20124283

7. Cárdenas A, Quiroga C, Restrepo M, Cortés D, M.D. Histerectomía y ansiedad: estudio comparativo entre dos tipos de preparación psicológica prequirúrgica. Revista Colombiana de obstetricia y Ginecología [Internet]. 2005 [Consultado 25 febrero 2015]; 56 (3): 209-215. Disponible en:

http://www.scielo.org.co/scielo.php?script=sci_arttext&pid=S0034-74342005000300003

8. Moix Queraltó J. Emoción y cirugía. Anales de psicología [Internet]. 1994 [Consultado 6 diciembre 2014]; 10 (2): 167-175. Disponible en: http://ddd.uab.cat/pub/artpub/1994/71601/nanal.pdf

9. Ministerio de Sanidad. Guía de Práctica Clínica para el manejo de Pacientes con Trastornos de Ansiedad en Atención Primaria. Madrid: Agencia Laín Entralgo. Unidad de Evaluación de tecnologías Sanitarias; 2008. p23-p42.

10. Shuldham C. A review of the impact of pre-operative education on recovery from surgery. International Journal of Nursing Studies [Internet]. 1998 [Consultado 13 marzo2015]; 36 (1999): 171-177. Disponible en: http://www.ncbi.nlm.nih.gov/pubmed/10376227

11. Díez-Álvarez E, Arróspide A, Mar J, Álvarez U, Beláustegui A, Lizaur B at al. Efectividad de una intervención preoperatoria de enfermería sobre el control de la ansiedad de los pacientes quirúrgicos. Enferm Clin [Internet]. 2012 [Consultado 6 diciembre 2014]; 22 (1); 18-26. Disponible en: http://www.elsevier.es/es-revista-enfermeria-clinica-35-pdf-90093446-S300

12. Moix Queraltó J. Ansiedad, dolor y recuperación postquirúrgica. Cirugía Española [Internet]. 1996 [Consultado 6 diciembre 2014]; 60: 337-338. Disponible en: http://www.google.es/url?sa=t&rct=j&q=&esrc=s&source=web&cd=1&ved=0CCEQFjAA&url=http%3A%2F%2Fpagines.uab.cat%2Fjennymoix%2Fsites%2Fpagines.uab.cat.jennymoix%2Ffiles%2F05.-cirugiaadultos96.rtf&ei=tydsVZ_8L8arU_jggqgF&usg=AFQjCNE9O1JXeh2QPCNX_LkuD609fcXcOw&sig2=GZfwH7hXeqGK0sUhrmy5XQ&bvm=bv.94455598,d.d24

13. Molina Martínez S, Martín Aguilar MM. Afrontamiento y vivencias de los familiares en el tiempo de espera quirúrgico. Biblioteca Lascasas [Internet]. 2007 [Consultado 17 enero 2015]; 3 (2). Disponible en: http://www.index-f.com/lascasas/documentos/lc0220.php

14. Gálvez Toro A, Bonil de las Nieves C, Torres Luzón C, Rodríguez Bailón M, Ayudarte Larios ML. Experiencia sobre la visita prequirúrgica: una revisión de evidencias. Evidentia [Internet]. 2006 [Consultado 6 marzo 2015]; 3 (8). Disponible en: http://www.index-f.com/evidentia/n8/213artidulo.php[ISSN:1697-638X]

15. Moix Queraltó J, Casas Piferré JM, López Herce E, Quintana Escandell C, Ribera Serra C, Gil Goñi A. Facilitación de la recuperación postquirúrgica a través del suministro de información y del apoyo psicológico. Control de Calidad Asistencial [Internet]. 1993 [Consultado 6 diciembre 2014]; 8 (1): 13- Disponible en: http://ddd.uab.cat/pub/artpub/1993/71608/cirujan2.pdf

16. Spielberg CD, Díaz-Guerrero R. IDARE. Inventario de Ansiedad Rasgo-Estado. Manual e instructivo. México D.F.: Editorial El Manual Moderno; 1975.

17. Font Calafell A, Prat Borras I, Arnau Bartes A, Torra Feixas MJ, Baeza Ransanz T. Intervención educativa de enfermería para la gestión del dolor post-operatorio en cirugía mayor ambulatoria. Enferm Clin [Internet]. 2011 [Consultado 25 febrero 2015]; 21 (5): 248-255. Disponible en: http://www.sciencedirect.com/science/article/pii/S1130862111000659

18. Bosh Olivella O, López Salguero LM, Pérez Sancho C. Efecto del uso de dispositivos multimedia en relación a la ansiedad preoperatoria en enfermos intervenidos de colecistectomía laparoscópica programada en el Hospital del Mar durante el año 2012 [Tesis]. Barcelona: Universitat de Barcelona, 2011.

19. Bloque quirúrgico de Traumatología y Cirugía Plástica Hospital Universitarios La Paz. Proyecto de Visita Preoperatoria de Enfermería. Madrid: 2012. 15p.

20. Aparcero Bernet L, Núñez García A, Ramos Fernández M, Zahino Ruiz G, Olcina Santoja R, Romero Sánchez M et al. La visita entrevista prequirúrgica: Intervención de enfermera e instrumento para la calidad. Enfuro [Internet]. 2003 [Consultado el 22 de enero de 2015]; (88): p 9-13. Disponible en: http://dialnet.unirioja.es/servlet/articulo?codigo=3100686

21. Walter Checa G. Estudio comparativo de protocolos de preparación prequirúrgica [Trabajo de Fin de Grado]. Almería: Universidad de Almería; 2013.

22. Badner NH, Nielson WR, Munk S, Kwiatkowska C, Gelb AW. Preoperative anxiety: detection and contributing factors. Can J Anaesth [Internet]. 1990 [Consultado el 27 de enero de 2015]; 37(4): p 444-447.

23. Moerman N. anesthesiological and postoperative implications of preoperative anxiety. En: Noerman N, editor. Psycological Aspects of Anesthesia. Amsterdam: Ridderprint BV; 1996. p 23-33.

24. Feixas G, Saldivar-Maldonado P. Eficacia de la intervención psicológica en la reducción de la ansiedad en pacientes quirúrgicos de banda gástrica ajustable. Boletín de Psicología [Internet]. 2010 [Consultado el 3 de marzo de 2015]; (99): p 71-87. Disponible en: http://www.uv.es/seoane/boletin/previos/N99-4.pdf

.

ANEXOS

ANEXO I: TABLA 1: TIPOS DE ANSIEDAD

Tipo de ansiedad	*Algunas de sus manifestaciones*	*Algunas conductas niveladoras*	*Incidencia en el acto quirúrgico*
CONFUSIONAL (Amenaza de desestructuración por confusión)	CONFUSIÓN INDECISIÓN VACILACIÓN INCOORDINACIÓN TARTAMUDEZ TEMBLORES TORPEZA INCERTIDUMBRE	ORDENAR CLASIFICAR PREGUNTAR ENTENDER REFLEXIONAR PLANIFICAR PROGRAMAR CONTROLAR	No tiene un peso excesiv Abunda en el preoperatc rio. Se contrarresta co explicaciones breves y ser cillas.
PARANOIDE (Amenaza de desestructuración por ataque externo)	MIEDO DESCONFIANZA TERROR PARALIZACIÓN POR PÁNICO	PRECAUCIÓN CAUTELA INDAGACIÓN HUIDA CONTRAATAQUE	Tiene una importanci fundamental; es caracterís tica del operatorio, dond alcanza sus mayores cotas aunque campea en toda l situación quirúrgica. Des ciende si se consigue un alianza entre el pacient y el equipo.
DEPRESIVA (Amenaza de desestructuración por vaciamiento)	TRISTEZA ABURRIMIENTO FATIGA INSOMNIO IMPOTENCIA EUFORIA O MANÍA ANOREXIA	CREAR TRABAJAR LEER ENTABLAR RELACIONES SOCIALES Y AMOROSAS COMER BEBER DORMIR ESTUDIAR DIVERTIRSE	Se incrementa en el pos operatorio, alcanza monto muy elevados en las inter venciones mutilantes. Se reduce lentamente median te la reparación, la com pensación y la elaboración del duelo.

2

[2] Eduardo Mardarás Plata. Psicoprofilaxis quirúrgica. La preparación psicológica para las intervenciones quirúrgicas. 2ª edición. Barcelona: Ediciones ROL; 1990. [2]

ANEXO II: CUESTIONARIO DE VARIABLES SOCIODEMOGRÁFICAS

Nombre y apellidos: ……

Edad (años): ……..

Sexo:……

1. Estado civil:

a) Soltero/a
b) Casado/a
c) Separado/a
d) Divorciado/a
e) Viudo/a

2. Número de hijos y edad de los mismos: ……..

3. Ocupación:

a) Autónomo/a
b) Trabajador/a por cuenta ajena
c) En situación de paro
d) Ama de casa
e) Estudiante

4. Nivel de estudios:

a) Básico
b) Formación media / superior
c) Estudios universitarios

5. Nivel económico:

a) Bajo
b) Medio
c) Alto

6. Intervenciones quirúrgicas previas:

a) No
b) Si

7. Intervención actual:……

8. ASA:

a) I
b) II
c) III
d) IV

ANEXO III: CUESTIONARIO DE ANSIEDAD PREQUIRURGICA

1. Me siento tenso/nervioso:

0. Nada
1. Poco
2. Bastante
3. Mucho

2. Me siento calmado:

0. Mucho
1. Bastante
2. Poco
3. Nada

3. Siento una especie de temor, como si algo malo fuera a suceder:

0. No siento nada de eso
1. Sí, pero no me preocupa
2. Sí, pero no muy intenso
3. Sí, y muy intensamente

4. La operación ocupa gran parte de mis pensamientos:

0. No
1. De vez en cuando
2. Gran parte del día
3. Casi todo el día

5. Me siento capaz de permanecer sentado/a, tranquilo/a y relajado/a:

0. Si, sin problema
1. Me siento bastante capaz de estar tranquilo/a
2. Me siento poco capaz de estar tranquilo/a
3. Me siento incapaz, no puedo mantenerme quieto/a

6. Experimento una desagradable sensación de “nervios y hormigueo” en el estómago:

0. Nada
1. Un poco
2. Bastante
3. Mucho

7. Me siento inquieto/a, como si no pudiera parar de moverme:

0. Nada
1. No mucho
2. Bastante
3. Realmente mucho

8. La operación me hace sentir gran angustia o un temor muy grande:

0. No
1. No mucho
2. Bastante
3. Mucho

9. Estoy preocupado ahora por posibles consecuencias de la operación:

0. Nada
1. No mucho
2. Bastante
3. Mucho

10. Tengo confianza en la operación y en que va a ir todo bien:

0. Mucha confianza
1. Bastante confianza
2. No mucha confianza
3. Ninguna confianza

ANEXO IV: ESCALA HOSPITALARIA DE ANSIEDAD Y DEPRESIÓN (HAD)

HAD[69]: Hospital, ansiedad y depresión (autoadministrada)

Los médicos conocen la importancia de los factores emocionales en la mayoría de enfermedades. Si el médico sabe cual es el estado emocional del paciente puede prestarle entonces mejor ayuda.

Este cuestionario ha sido confeccionado para ayudar a que su médico sepa cómo se siente usted afectiva y emocionalmente. No es preciso que preste atención a los números que aparecen a la izquierda. Lea cada pregunta y subraye la respuesta que usted considere que coincide con su propio estado emocional en la última semana.

No es necesario que piense mucho tiempo cada respuesta: en este cuestionario las respuestas espontáneas tiene más valor que las que se piensan mucho.

A.1. Me siento tenso/a o nervioso/a:
3. Casi todo el día
2. Gran parte del día
1. De vez en cuando
0. Nunca

D.1. Sigo disfrutando de las cosas como siempre:
0. Ciertamente, igual que antes
1. No tanto como antes
2. Solamente un poco
3. Ya no disfruto con nada

A.2. Siento una especie de temor como si algo malo fuera a suceder:
3. Sí, y muy intenso
2. Sí, pero no muy intenso
1. Sí, pero no me preocupa
0. No siento nada de eso

D.2. Soy capaz de reírme y ver el lado gracioso de las cosas:
0. Igual que siempre
1. Actualmente, algo menos
2. Actualmente, mucho menos
3. Actualmente, en absoluto

A.3. Tengo la cabeza llena de preocupaciones
3. Casi todo el día
2. Gran parte del día
1. De vez en cuando
0. Nunca

D.3. Me siento alegre:
3. Nunca
2. Muy pocas veces
1. En algunas ocasiones
0. Gran parte del día

A.4. Soy capaz de permanecer sentado/a tranquilo/a y relajado/a:
0. Siempre
1. A menudo
2. Raras veces
3. Nunca

[3]

[3] Ministerio de Sanidad. Guía de Práctica Clínica para el manejo de Pacientes con Trastornos de Ansiedad en Atención Primaria. Madrid: Agencia Laín Entralgo. Unidad de Evaluación de tecnologías Sanitarias; 2008. p23-p42. [9]

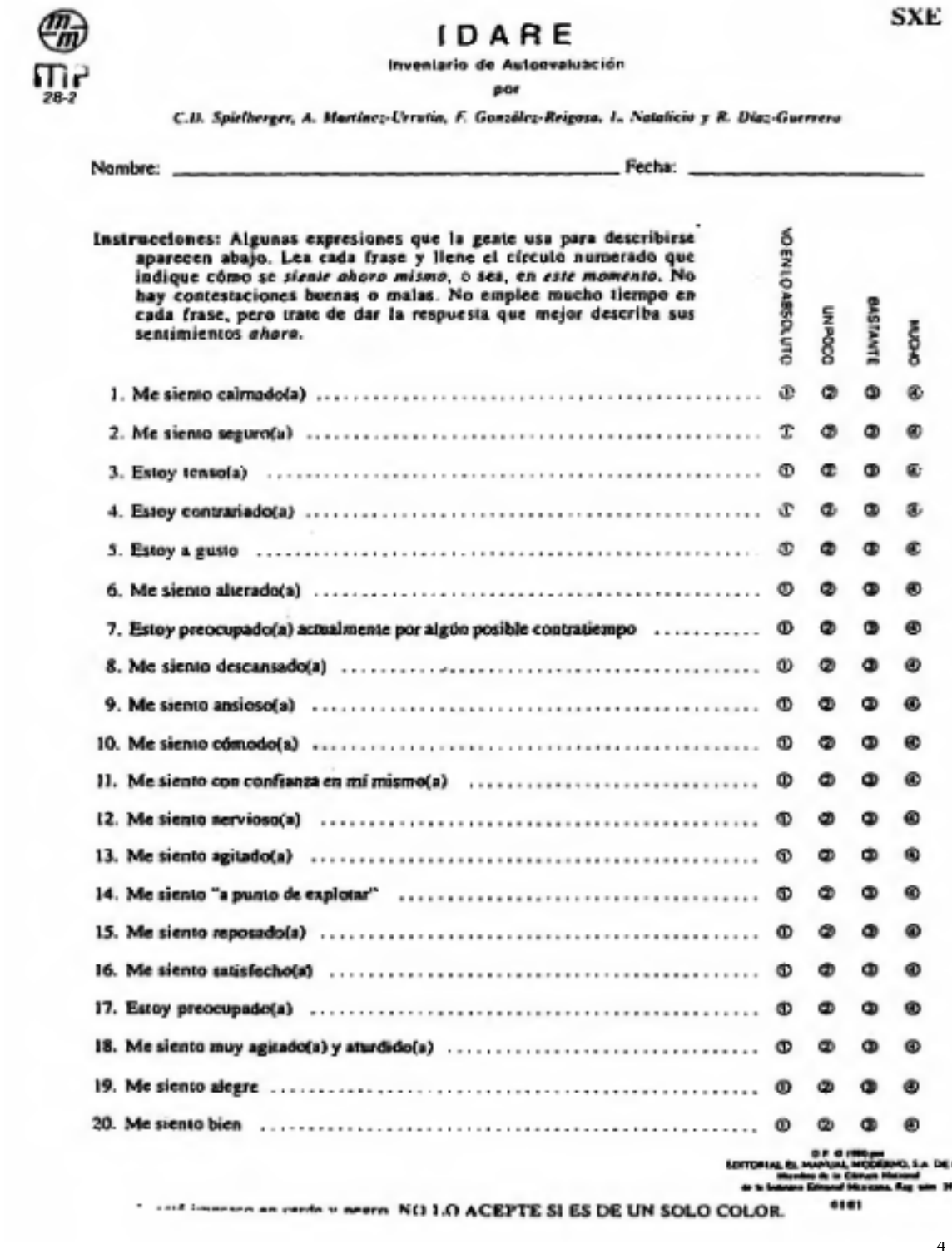
HAD[65]: Hospital, ansiedad y depresión (autoadministrada)

D.4. Me siento lento/a y torpe: 3. Gran parte del día 2. A menudo 1. A veces 0. Nunca
A.5. Experimento una desagradable sensación de "nervios y hormigueos" en el estómago: 0. Nunca 1. Sólo en algunas ocasiones 2. A menudo 3. Muy a menudo
D.5. He perdido el interés por mi aspecto personal: 3. Completamente 2. No me cuido como debería hacerlo 1. Es posible que no me cuide como debiera 0. Me cuido como siempre lo he hecho
A.6. Me siento inquieto/a como si no pudiera parar de moverme: 3. Realmente mucho 2. Bastante 1. No mucho 0. Nunca
D.6. Espero las cosas con ilusión: 0. Como siempre 1. Algo menos que antes 2. Mucho menos que antes 3. En absoluto
A.7. Experimento de repente sensaciones de gran angustia o temor: 3. Muy a menudo 2. Con cierta frecuencia 1. Raramente 0. Nunca
D.7. Soy capaz de disfrutar con un buen libro o con un buen programa de radio o televisión: 0. A menudo 1. Algunas veces 2. Pocas veces 3. Casi nunca

3

[3] Ministerio de Sanidad. Guía de Práctica Clínica para el manejo de Pacientes con Trastornos de Ansiedad en Atención Primaria. Madrid: Agencia Laín Entralgo. Unidad de Evaluación de tecnologías Sanitarias; 2008. p23-p42. [9]

ANEXO V: INVENTARIO DE ANSEDAD RASGO-ESTADO (IDARE)



SXE

IDARE

Inventario de Autoevaluación

por

C.D. Spielberger, A. Martínez-Urrutia, F. González-Reigosa, L. Natalicio y R. Díaz-Guerrero

28-2

Nombre: _____ Fecha: _____

Instrucciones: Algunas expresiones que la gente usa para describirse aparecen abajo. Lea cada frase y llene el círculo numerado que indique cómo se *siente ahora mismo*, o sea, *en este momento*. No hay contestaciones buenas o malas. No emplee mucho tiempo en cada frase, pero trate de dar la respuesta que mejor describa sus sentimientos *ahora*.

	NO EN ABSOLUTO	UN POCO	BASTANTE	MUCHO
1. Me siento calmado(a)	①	②	③	④
2. Me siento seguro(a)	①	②	③	④
3. Estoy tenso(a)	①	②	③	④
4. Estoy contrariado(a)	①	②	③	④
5. Estoy a gusto	①	②	③	④
6. Me siento alterado(a)	①	②	③	④
7. Estoy preocupado(a) actualmente por algún posible contratiempo	①	②	③	④
8. Me siento descansado(a)	①	②	③	④
9. Me siento ansioso(a)	①	②	③	④
10. Me siento cómodo(a)	①	②	③	④
11. Me siento con confianza en mí mismo(a)	①	②	③	④
12. Me siento nervioso(a)	①	②	③	④
13. Me siento agitado(a)	①	②	③	④
14. Me siento "a punto de explotar"	①	②	③	④
15. Me siento reposado(a)	①	②	③	④
16. Me siento satisfecho(a)	①	②	③	④
17. Estoy preocupado(a)	①	②	③	④
18. Me siento muy agitado(a) y aturdido(a)	①	②	③	④
19. Me siento alegre	①	②	③	④
20. Me siento bien	①	②	③	④

D.F. © 1990 por
EDITORIAL EL MANUAL MODERNO, S.A. DE C.V.
Miembro de la Cámara Nacional
de la Industria Editorial Mexicana. Reg. núm. 39
0181

* [illegible] impreso en verde y negro. NO LO ACEPTE SI ES DE UN SOLO COLOR.

[4]

4 Spielberg CD, Díaz-Guerrero R. IDARE. Inventario de Ansiedad Rasgo-Estado. Manual e instructivo. México D.F.: Editorial El Manual Moderno; 1975.[16]

IDARE

Inventario de Autoevaluación

Instrucciones: Algunas expresiones que la gente usa para describirse aparecen abajo. Lea cada frase y llene el círculo numerado que indique cómo se siente *generalmente*. No hay contestaciones buenas o malas. No emplee mucho tiempo en cada frase, pero trate de dar la respuesta que mejor describa cómo se siente *generalmente*.

	CASI NUNCA	ALGUNAS VECES	FRECUENTEMENTE	CASI SIEMPRE
21. Me siento bien	①	②	③	④
22. Me canso rápidamente	①	②	③	④
23. Siento ganas de llorar	①	②	③	④
24. Quisiera ser tan feliz como otros parecen serlo	①	②	③	④
25. Pierdo oportunidades por no poder decidirme rápidamente	①	②	③	④
26. Me siento descansado(a)	①	②	③	④
27. Soy una persona "tranquila, serena y sosegada"	①	②	③	④
28. Siento que las dificultades se me amontonan al punto de no poder superarlas	①	②	③	④
29. Me preocupo demasiado por cosas sin importancia	①	②	③	④
30. Soy feliz	①	②	③	④
31. Tomo las cosas muy a pecho	①	②	③	④
32. Me falta confianza en mí mismo(a)	①	②	③	④
33. Me siento seguro(a)	①	②	③	④
34. Procuro evitar enfrentarme a las crisis y dificultades	①	②	③	④
35. Me siento melancólico(a)	①	②	③	④
36. Me siento satisfecho(a)	①	②	③	④
37. Algunas ideas poco importantes pasan por mi mente y me molestan	①	②	③	④
38. Me afectan tanto los desengaños que no me los puedo quitar de la cabeza	①	②	③	④
39. Soy una persona estable	①	②	③	④
40. Cuando pienso en mis preocupaciones actuales me pongo tenso(a) y alterado(a)	①	②	③	④

4

4. Spielberg CD, Díaz-Guerrero R. IDARE. Inventario de Ansiedad Rasgo-Estado. Manual e instructivo. México D.F.: Editorial El Manual Moderno; 1975. [16]