

Autores

Barrilero Gómez, José Alberto

Casero Mayorga, José Antonio

Cebrián Picazo, Francisco

Córdoba Monedero, César Augusto

García Alcaraz, Francisco

Gregorio González, Eduardo

Hernández Martínez, Antonio

Pérez Morote, Jesús

Tébar Parreño, Francisco Javier

Diplomados Universitarios en Enfermería

RESUMEN

La ansiedad es una reacción compleja de la persona frente a situaciones y estímulos potencialmente peligrosos, o en muchos casos percibidos como cargados de peligro. La cirugía es percibida como agente estresor importante, si estas dos situaciones las unimos nos encontramos ante un problema que debemos solucionar y que podemos resolver desde una perspectiva biopsicosocial.

El estudio es de tipo observacional descriptivo transversal, tiene como objetivo general conocer el nivel de ansiedad (cognitiva y somática) de los pacientes sometidos a cirugía programada, evaluando os distintos agentes estresógenos existentes previo a la cirugía, para ulteriormente poder realizar una intervención preventiva, tratando de realizar un protocolo de actuación consistente en aportar información por escrito de la intervención quirúrgica y de la anestesia, tanto en ventajas como inconvenientes, y aportando apoyo psicológico en la medida de su necesidad, así podremos mejorar el estado del sujeto, ante, durante y después de la intervención.

INTRODUCCIÓN

Ante la proximidad de una intervención quirúrgica, la ansiedad siempre hace acto de presencia en mayor o menor

grado, ésta, ha sido, y es objeto de estudio, por un lado, las consecuencias en la recuperación física y emocional de los pacientes, y por otro porque resulta idónea para desarrollar la investigación en materia de afrontamiento de agentes estresantes (1).

La ansiedad es una reacción compleja del individuo frente a situaciones y estímulos actual o potencialmente peligrosos o subjetivamente percibidos como cargados de peligro, aunque sólo sea por la circunstancia de aparecer inciertos. Incluye componentes psíquicos, fisiológicos y conductuales. Psicológicamente, la ansiedad es vivida por el propio sujeto como un estado de ánimo desagradable, producido por situaciones que, de manera consciente o no, el sujeto las percibe como amenazadoras. La ansiedad, que a menudo, es confundida con el estrés, puede ser experimentado por cualquier persona ya que es esencialmente una respuesta a éste. En cualquier caso, aunque la ansiedad pueda ser un reflejo de estados endógenos se asocia generalmente con sucesos estresantes externos (2, 3, 4).

Existen en el entorno cotidiano multitud de situaciones que resultan estresantes para el individuo; éstas pueden ser muy diversas y surgen de la interacción entre la persona y el medio. No obstante, las características más comunes a todas ellas son la novedad, incontabilidad, incertidumbre, imposibilidad de predecir consecuencias, etc, que hacen que el sujeto perciba la situación externa como una amenaza a su integridad físico-psíquica (5).

La cirugía constituye un potente estresor complejo; y su carácter estresante no se encuentra aislado, depende no sólo de la hospitalización sino de la enfermedad, de acontecimientos y sus consecuencias, responsable todo ello, de las elevaciones de la ansiedad (1); son bien conocidos los agentes estresantes a los que se ve sometido el paciente dentro del mundo hospitalario como desorientación, pérdida de intimidad, abandono del entorno y roles habituales, etc (6). Si a esto le añadimos las propias características del procedimiento quirúrgico, que lleva implícito una serie de temores: miedo a no despertar de la anestesia, sentir dolor durante la operación, al dolor que puedan provocar los procedimientos invasivos previos a la intervención, a revelar información personal debido a los efectos de la anestesia o a los resultados de la cirugía, por tanto, nos encontramos inmersos en una situación susceptible de provocar altos niveles de ansiedad repercutiendo en el sujeto desfavorablemente (7, 8).

El hecho de que el individuo afronte la cirugía con altos niveles de ansiedad puede tener influencias negativas en la recuperación físico-psíquica postquirúrgica, tales como largas estancias hospitalarias o mayor necesidad de analgésicos, lo cual supone un perjuicio tanto para el individuo como para el sistema de salud por su elevado coste económico.

Una mejor preparación psicológica del paciente consistente en facilitar la información (9) y apoyo psicológico (10) en todo el proceso quirúrgico y sobre sensaciones que va a experimentar, equilibra las características estresantes de la cirugía, disminuyendo así el nivel de ansiedad del individuo (5).

Nuestro estudio está motivado por una serie de aspectos como son la frecuencia con la que gran parte de las personas que se encuentran hospitalizadas se someten a intervenciones quirúrgicas programadas (27,2% de 1995), así como considerar la mejora asistencial al sujeto desde una perspectiva biopsicosocial (enfoque integral). Consideramos de notable importancia reorientar y/o crear protocolos de actuación prequirúrgica incidiendo en el aspecto psicológico y formativo del sujeto antes de la intervención, proporcionándole información del proceso al que va a ser sometido (9), ofertando apoyo psicológico y técnicas de afrontamiento, psicoprofilaxis quirúrgica (11), solventándole dudas e inquietudes, con lo que mejoraremos la calidad de los cuidados que se les proporciona, así se posibilita al profesional de Enfermería de un documento escrito para ponerlo en práctica, siempre dentro de los límites propios del marco teórico-práctico de la profesión. De igual manera creemos que esta preparación tendrá efectos beneficiosos para el sujeto en el período quirúrgico, especialmente durante la intervención (anestesia) y concretamente en el postoperatorio tanto inmediato como diferido, disminuyendo los tiempos de estancia en los mismos, así como la reducción en la administración de fármacos (analgésicos, hipnóticos...) y de hospitalización (12).

OBJETIVOS

Nuestro objetivo general es : estimar el nivel de ansiedad prequirúrgica del paciente que es sometido a cirugía programada.

Para conseguir este propósito general se trazan los siguientes objetivos específicos:

1. describir la respuesta somática de la ansiedad de los pacientes quirúrgicos
2. valorar la dimensión cognitiva de este tipo de sujetos

3. identificar factores predisponentes ansiógenos del paciente para cirugía

MÉTODO

La línea de investigación (ansiedad y cirugía) que se plantea el equipo de trabajo pretende realizar un estudio observacional descriptivo transversal

Población objeto de estudio pacientes que van a ser intervenidos quirúrgicamente de forma programada de Cirugía General y Traumatología, por ser estos los servicios quirúrgicos con mayor actividad, como se aprecia, conociendo su nivel de ansiedad prequirúrgico y observando los factores que intervienen en la aparición de ésta.

Siendo la población de muestreo todas las intervenciones quirúrgicas de Cirugía General y Traumatología de los meses de Octubre, Noviembre y Diciembre, es decir, cuarto trimestre del año 1996, ya que es uno de los de mayor actividad quirúrgica, como la población de muestreo es desconocida se realiza una población de estimación a partir de los últimos tres años 1993, 1994 y 1995, y durante este mismo período, resultando este valor de 3.319 pacientes totales, de los que al Servicio de Cirugía General pertenecían 1.042 pacientes, tomando como referencia la media de estos, siendo de 347,3 sujetos intervenidos, mientras que al Servicio de Traumatología correspondían 1.277 pacientes, tomando como referencia la media, obteniéndose 425,6 intervenidos, escogiendo como valor poblacional el sumatorio de las medias de ambos servicios, es decir, 772 personas sometidas a cirugía programada en los dos servicios, siendo este último dato la población de estudio.

Tamaño muestral. Para calcular la muestra se utilizó el paquete informático Epi Info 6.04. A partir de un tamaño poblacional de 772 personas, con una frecuencia esperada del factor a estudio de un 50% (frecuencia apreciada en la prueba piloto y por carecer de referencias bibliográficas concretas en poblaciones similares, se optó por el valor de prevalencia mayor permitido) y con un error máximo absoluto de +/- 0.1 sobre la frecuencia anterior, obteniéndose para un nivel de confianza del 95% un tamaño muestral de 85 sujetos, a ésta se le suman 12 sujetos sobre la estimación inicial del tamaño muestral, así intentaremos corregir el porcentaje de posibles pérdidas en el estudio (13,5% observado en el pretest sobre un 16,84% de sujetos de la muestra), consiguiendo una muestra definitiva de 97 pacientes.

Selección de sujetos. La forma de selección de los sujetos a estudio, mediante asignación aleatoria, es la siguiente: se observarán 6 pacientes diarios durante dos días a la semana, martes y jueves, de los cuales 3 pertenecerán a cada especialidad hasta completar 44 sujetos para Cirugía General y 53 para Traumatología, valores proporcionales al porcentaje de intervenidos en cada especialidad.

Recogida de información. Consiste en pasar un cuestionario previamente validado a las personas objetos de estudio, este se lleva a cabo por dos investigadores preparados para ello y así poder evitar sesgos interobservadores. Las visitas para realizar las entrevistas fueron entre las 17:00 y las 20:00 horas la tarde previa del día de la intervención. La duración del estudio es de tres meses aproximadamente, se realiza un pretest para la corrección de los cuestionarios durante la primera quincena de octubre a un 14,7% del tamaño muestral, iniciándose el estudio el 14 de octubre de 1996 y finalizando el 29 de diciembre del mismo año. Durante las tarde previas a la intervención se estudiará a los pacientes que serán intervenidos quirúrgicamente los días martes y jueves de cada semana. Cuando el parte de quirófano sea menor o igual a tres sujetos se tomarán todos ellos y en ese orden, cuando sea mayor a tres se seguirá el siguiente criterio: segundo, tercero y cuarto del parte. Si es menor de tres sujetos, se tomarán pacientes de estas especialidades de otros quirófanos, el orden de elección de los quirófanos será:

-Cirugía General. Quirófano 7, 4, 6.

-Traumatología. Quirófano 2, 5, 3.

El equipo entrevistador pasará los cuestionarios la tarde anterior a la cirugía, éste lo formarán dos personas, la primera se ocupará de entrevistar al sujeto, mientras que la segunda medirá los parámetros fisiológicos citados: frecuencia cardíaca, presión arterial y glucemia capilar al azar con monitores validados para evitar sesgos de instrumentos de medida.

Cuestionarios y escalas de medición de ansiedad. Junto al cuestionario general, realizado por el equipo de estudio y compuesto de variables biológicas, sociodemográficas y clínicas, se utilizarán una serie de escalas psicológicas, y el orden de presentación al paciente será el siguiente:

1- Cuestionario general: datos fisiológicos, datos personales, datos clínicos.

- 2- Escala conductual de Ansiedad Estado: ECAE, que describe reacciones en el momento de la entrevista.
- 3- Escala de evaluación de estrés por hospitalización, cirugía y enfermedad
- 4- Escala hospitalaria de ansiedad y depresión: HAD, que refleja el estado del paciente durante la semana anterior al momento de la entrevista.
- 5- Cuestionario para conocer el grado de satisfacción del Hospital General de Albacete, Servicio de Admisión al paciente.
- 6- Escala de Acontecimientos Ansiógenos.

Observaremos a los pacientes a través de pruebas objetivas midiendo parámetros

Físicos como frecuencia cardíaca, presión arterial, glucemia capilar al azar y cuestionarios generales y específicos para medir la ansiedad validados, durante su estancia en el hospital en la unidad de encamación de los servicios antes citados.

Criterios de inclusión de sujetos. Todos los pacientes, >14 años, sometidos a cirugía programada de los servicios de Cirugía General y Traumatología durante el cuarto trimestre de 1996.

Criterios de exclusión de sujetos. El equipo de estudio no tendrán en cuenta a la hora de realizar la investigación la cirugía pediátrica, ya que resultaría compleja la entrevista de este tipo de pacientes, así como consideramos que este tipo de población debe ser tratada más profundamente como acápite especial. La población diana (característica etaria) a estudio son todos aquellos mayores o igual a 14 años de edad, edad pediátrica.

Aquellos pacientes con alteración mental diagnosticada (neurosis obsesiva, depresión, etc) así como todos los que presenten deficiencia mental demostrada (Síndrome de Down, demencia senil, enajenación, etc)

También se excluyen todas aquellas personas que vayan a ser intervenidas de forma ambulatoria, ya que no ingresan la tarde de antes.

Criterios de no respuestas. El equipo de investigación considera la negación voluntaria a realizar el cuestionario y las ausencias de la habitación debido a las razones cualesquieran que sean como no respuestas para el estudio. Estos datos no influirán en los resultados finales del mismo, por lo que no se incluyen a la hora del análisis.

Intervenciones quirúrgicas observadas. Relación de patologías por servicio:

-Cirugía general (N1 = 1042) Tamaño muestral n1 = 43

*neoplasias gastrointestinales (estómago, colon, unión rectosigmoidal..)

*neoplasia de mama

*hernia (umbilical, inguinal, diafragmática...)

*colelitiasis y colecistitis

-Cirugía Traumatológica (N2 = 1277) Tamaño muestral n2 = 53

*osteosíntesis

*rodilla

*cadera

RESULTADOS Y DISCUSIÓN

ANÁLISIS DE LOS DATOS

ANÁLISIS UNIVARIANTE

ESTUDIO DESCRIPTIVO

PERFIL DEL PACIENTE

1. Sexo: cualitativa dicotómica (hombre, mujer). Se aprecia un predominio de las mujeres 52 (61,2%) sobre los hombres 33 (38,8%), en el grupo muestral estudiado
2. Edad: cuantitativa continua (años). Media = 55,98 años, DE = 16,88 años. Agrupando la edad en intervalos de 20 años, para poder hacer más fácil su estudio y sencillo el cruce de variables, podemos observar que el 47,1% de los estudiados se encuentra entre los 60 y 79 años. Entre 40 y 59 años están el 29,4% de la muestra estudiada, es decir el sector más amplio de sujetos se encuentra entre los 40 y 79 años de edad.
3. Estado civil: cualitativa (soltero, casado, viudo, otros). El estado civil predominante es el de casado con un 67,1% seguido de solteros y viudos con porcentajes de 16,5% y 15,3% respectivamente.
4. Residencia: Cualitativa dicotómica (rural, urbana). En la muestra, la residencia rural y urbana tienen igual peso, ya que representan un 50,6% y un 49,4% respectivamente.
5. Nivel cultural: cualitativa (sin estudios, primarios, secundarios, superiores). El 62,4% de los encuestados no tiene ningún tipo de estudio, siendo el porcentaje de las personas con estudios primarios de un 25,9%.
6. Situación laboral: cualitativa (activo, ama de casa, parado, jubilado y estudiante). Destacamos la existencia de un mayor número de las amas de casa (34,1%) sobre dos grupos que a continuación le siguen, como son el caso de las personas activas (28,2%) y el sector de los jubilados (28,2%).
7. Servicio: cualitativa dicotómica (C. General, Traumatología). El 54,1% de los intervenidos, lo han sido por el servicio de Traumatología y el resto de Cirugía General.
8. Tipo de intervención quirúrgica: cualitativa (gastrointestinal, biliar, hernias, tiroides, mamas, osteosíntesis, cadera, rodilla, columna, otras). Predomina en la muestra observada las intervenciones de osteosíntesis (25,9%) en el servicio de Traumatología y en Cirugía General destacan las de cirugía biliar (17,6%), prótesis de cadera (12,9%) y herniorrafias (10,6%), como intervenciones destacables dentro de cada servicio quirúrgico.
9. Diagnóstico: cualitativa dicotómica (tumoral, no tumoral). El 15,3% de la muestra estudiada tiene un diagnóstico tumoral, siendo el resto no tumoral.
10. Patología asociada: cualitativa (HTA, DM, respiratoria, ginecológica, HTA + DM, digestiva, cardiaca, sin patología). Las patologías asociadas más frecuentes entre los encuestados son HTA (17,6%), seguidas de la diabetes mellitus con un 9,4%. El 60% de los sujetos estudiados no presentaban patología asociada alguna.
11. Primer ingreso: variable dicotómica cualitativa. El 76,5% de los pacientes encuestados habían estado ingresados al menos otra vez, mientras que el resto, 23,7%, no había sido ingresado anteriormente en un hospital.
12. Primera intervención quirúrgica: variable cualitativa dicotómica. El 69,4% de las personas de la muestra había sido intervenidas quirúrgicamente con anterioridad; para el 30,6% restante era la primera vez que se enfrentaban a esta situación.
13. Tiempo de espera: variable cuantitativa discreta (nº de días aproximados). El tiempo promedio que han

estado esperando los pacientes encuestados para ser intervenidos es de 146,49 días (4 meses y 26 días), DE = 195,25 días de espera.

RESULTADOS SEGÚN OBJETIVOS DEL ESTUDIO

Primer objetivo específico: Describir la respuesta somática de los paciente sometidos a cirugía programada.

ANÁLISIS UNIVARIANTE

-presión arterial sistólica: cuantitativa continua. (mm Hg). Media PAS = 147,41 mm Hg. DE = 16,95 mm Hg. De todos los encuestados y según criterio de clasificación para la HTA de la OMS obtenemos los siguientes resultados:

*31,8% normotensión: PAS < 140 mm Hg

*48,2% Bordeline: PAS 140-160 mm Hg

*20,0% Hipertensión: PAS > 160 mm Hg

-presión arterial diastólica: Media PAD = 83,84 mm Hg. DE = 13,86.

*72,9% normotensión: PAD < 90 mm Hg

*9,5% Bordeline: PAD 90-95 mm Hg

*17,6% Hipertensión: PAD > 95 mm Hg

-pulso: frecuencia cardiaca (ppm). Media Pulso = 84,73 ppm. DE = 14,92 ppm.

*valores normales: 50-100 ppm 83,5%

*taquicardia: > 100 ppm 16,5%

-glucemia capilar al azar. Media: 114,65 mg/dl. DE = 33,69 mg/dl

*valores normales: 60-120 mg/dl 65,9%

*posible intolerancia a hidratos de carbono: 120-200 mg/dl 35,5%

*posible diabetes mellitus: > 200 mg/dl 1,2%

ANÁLISIS BIVARIANTE

Utilizando el Coeficiente de Correlación de Pearson para variables cuantitativas se obtuvieron los siguientes resultados:

-ECAE-pulso, se obtiene un valor de $r = 0,42$ con un intervalo de confianza del 95%, y con unos límites para este valor de $0,23 < r < 0,58$ con lo que podemos afirmar la correlación positiva fuerte de ambas variables, es decir, existe asociación estadística entre ambas variables. La dependencia entre ambas queda demostrada.

-Ansiedad-PAD, existe correlación negativa débil entre estas variables al obtener un valor de $r = -0,23$ entre unos límites de $0,42 < r < 0,01$, y con un intervalo de confianza del 95%.

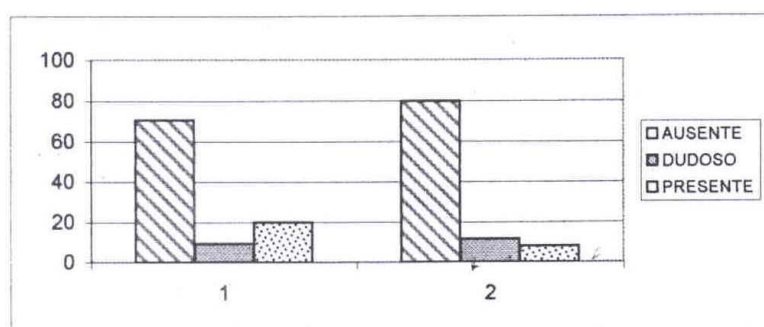
Segundo objetivo específico: Valorar la dimensión cognitiva de este tipo de pacientes

ANÁLISIS UNIVARIANTE

-Escala hospitalaria de ansiedad y depresión (HAD):

según criterios establecidos por Snaith (1983), para incluir o excluir a un enfermo del grupo de los que padecen trastornos emocionales son:

- 1) 0-7: ausentes de síntomas
- 2) 8-10: caso dudoso
- 3) 11-21: presenta síntomas de depresión y/o ansiedad, resultando los siguientes datos en nuestro estudio. (GRÁFICO 1)



ESCALA HOSPITALARIA DE ANSIEDAD Y DEPRESIÓN (GRÁFICO 1)
1. ANSIEDAD
2. DEPRESIÓN

*ansiedad: media = 5,3, EE = 0,5

-ausente de síntomas: 70,6%

-caso dudoso: 9,4%

-presencia de síntomas de ansiedad: 20%

Cabe suponer que ante la proximidad de la intervención quirúrgica aumentará el porcentaje de personas con síntomas de ansiedad.

*depresión: media = 4,2, EE = 0,4

-ausente de síntomas: 80%

-caso dudoso: 11,8%

-presencia de síntomas de depresión: 8,2%

Al comparar el estudio de Caro e Ibáñez sobre la utilización de la escala hospitalaria de ansiedad y depresión (HAD), utilizado en personas normales, enfermos mentales y enfermos físicos se observan las siguientes diferencias y semejanzas con nuestro estudio (14). (TABLA 1):

| MUESTRA ESTUDIADA | | HOMBRES N = 33 | | | MUJERES N = 52 | | |
|-------------------------------|-----|----------------|------|-------|----------------|-----|-----|
| PACIENTES QUIRÚRGICOS | | EDAD | A(*) | D(**) | EDAD | A | D |
| N = 97 | X | 51,1 | 3,7 | 2,6 | 59 | 6,3 | 5,2 |
| Fuente propia, abril 1997 | DE | 17,5 | 4,8 | 2,9 | 15,8 | 4,9 | 3,9 |
| | Mín | 16 | 0 | 0 | 15 | 0 | 0 |
| (*) Ansiedad | Max | 83 | 17 | 12 | 90 | 19 | 15 |
| (**) Depresión | | | | | | | |
| ENFERMOS FÍSICOS | | HOMBRES N = 74 | | | MUJERES N = 57 | | |
| N = 131 | X | 54,4 | 5,4 | 5,8 | 51,9 | 9 | 7,9 |
| Fuente: boletín de Psicología | DE | 18,2 | 4,3 | 4,6 | 16,9 | 5,6 | 4,3 |
| Nº 136, | Mín | 14 | 0 | 0 | 18 | 1 | 1 |
| Septiembre 1992 | Max | 85 | 19 | 17 | 81 | 21 | 19 |

TABLA 1: Análisis comparativo de nuestro estudio y el realizado por Caro e Ibáñez.

-Escala Conductual de Ansiedad Estado (ECAE): Media = 15,4, EE = 0,6, min: 2, max: 33. No tiene interpretación diagnóstica individual, solamente la utilizaremos para el análisis bivalente.

ANÁLISIS BIVARIANTE. CRUCE DE VARIABLES CUANTITATIVA Y CUALITATIVA

-Ansiedad-Sexo. Mediante la prueba de la t de Student se ha comprobado la existencia de significación estadística ($p = 0,01$) entre estas dos variables, coincidiendo con Lobo y Campos en su trabajo sobre ansiedad en el que situaban como factor de riesgo potencial el sexo femenino (12).

-Depresión-Sexo. Se aprecia una dependencia estadística importante entre ambas variables, esta asociación se establece con elevada fuerza estadística ($p = 0,001$) tras la prueba de la t de Student para comparación de dos medias (13, 14)

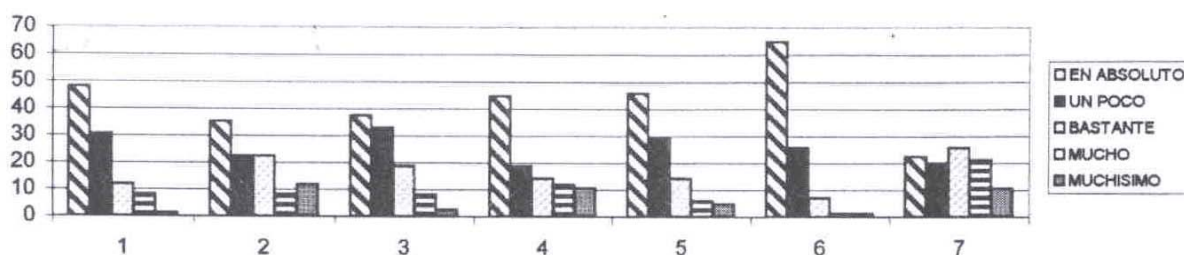
-Ansiedad-Tipo de Intervención. Se determina que existe una asociación estadística entre la variable Ansiedad perteneciente a la escala HAD y el Tipo de Intervención a la cual iba a ser sometido el paciente, obteniendo mediante el análisis de la varianza (ANOVA) con un valor de $p < 0,05$, siendo esta observación coincidente con la que realizan Lobo y Campos en su estudio sobre la ansiedad en pacientes en el que resalta este síntoma particularmente en sujetos con hipertiroidismo o cáncer, ajustándose a los resultados obtenidos en nuestro estudio, donde se observa un incremento de la ansiedad en pacientes con cáncer gastrointestinal y trastorno tiroideo, seguido de las intervenciones de mamas en la especialidad de cirugía, hay que decir que no se encuentran diferencias importantes entre los diferentes tipos de intervención de cirugía traumatológica (12).

-Ansiedad-Diagnóstico. Observamos asociación estadística entre ambas variables ($p < 0,05$) mediante la prueba de la t de Student, esta relación señala mayor ansiedad en los pacientes diagnosticados con patología tumoral (12).

-Depresión-Grupo de Edad. Al cruzar estas dos variables, y mediante la prueba de la t de Student, resultando un valor de $p < 0,05$ podemos rechazar la hipótesis nula por la que queda patente la dependencia intervariables (13).

Tercer objetivo específico: Identificar factores predisponentes ansiógenos del paciente programado para cirugía

ESCALA DE ACONTECIMIENTOS ANSIÓGENOS (GRÁFICO 2)



ACONTECIMIENTOS ANSIÓGENOS (GRÁFICO 2)

1. HOSPITALIZACIÓN
2. ENFERMERDAD
3. CIRUGÍA
4. ANESTESIA
5. RESULTADOS
6. PRUEBAS
7. DOLOR

1. Hospitalización. aproximadamente la mitad de los encuestados un 48,2% no les pone nervioso en absoluto la hospitalización; un 51,8% refieren diferentes grados de nerviosismo al enfrentarse al hecho de estar hospitalizados.

2. Cirugía. De las personas encuestadas un 37,6% manifiestan no preocuparle en absoluto el someterse a cirugía, mientras que un 62,4% señala cierta tensión, nerviosismo ante esta situación.

3. Dolor. Es el acontecimiento que más preocupa a los encuestados, manifestando esta situación un 77,6% de la muestra; por el contrario el 22,4% restante no siente ningún temor ante el hecho del dolor.

4. Pruebas. Un 64,7% no sienten preocupación al someterse a las distintas pruebas, por lo tanto podemos decir que este es el acontecimiento ansiógeno que menos malestar les produce, encontrándonos con un 35,3% que les crea

cierta tensión el hecho de someterse a las pruebas diagnósticas complementarias.

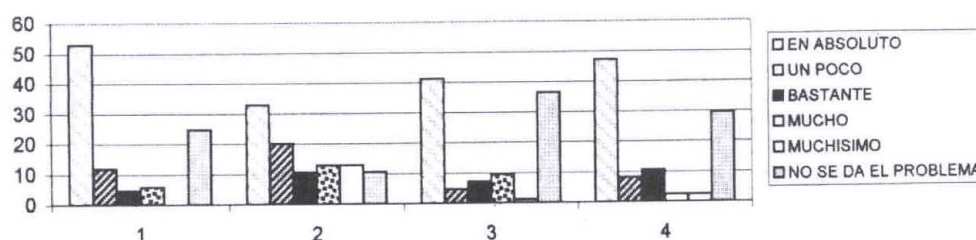
5. Resultado. Ante la situación de conocer el resultado de las pruebas que se le hacen, la mitad de los encuestados no presentan ningún tipo de ansiedad o preocupación, mientras que a la otra mitad si les crea preocupación dichos resultados.

6. Anestesia. Un 44,7% de las personas encuestadas no refieren ningún tipo de nerviosismo ante la administración de anestesia, mientras que un 55,3% si presentan cierta tensión; destacando que en estos últimos un 40,5% manifiestan mucha o muchísima preocupación.

7. Enfermedad. Encontramos ante el acontecimiento de la enfermedad, que un alto porcentaje de las personas encuestadas, el 64,7%, presentan ciertos grados de miedo, el resto un 35,3% no refieren ningún tipo de preocupación

ESCALA DE EVALUACIÓN DE ESTRÉS POR HOSPITALIZACIÓN, ENFERMEDAD Y CIRUGÍA

SUBESCALA DE HOSPITALIZACIÓN (GRÁFICO 3)

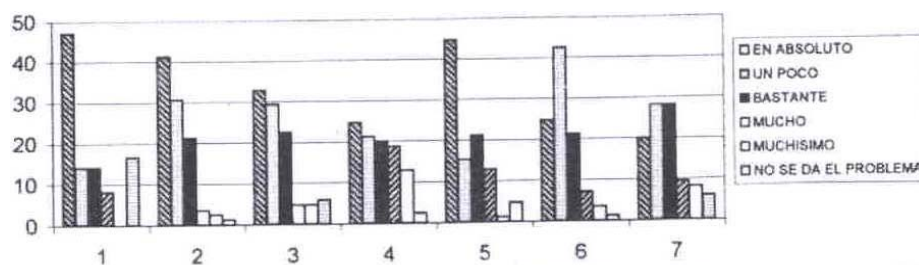


ESTRÉS POR HOSPITALIZACIÓN (GRÁFICO 3)

1. DESCONOCER AL CIRUJANO
2. PREOCUPACIÓN POR LA FAMILIA
3. POSIBLE PÉRDIDA DE INGRESOS ECONÓMICOS
4. INGRESO REPENTINO

- 1- Desconocer al cirujano que le va a operar. Según los resultados obtenidos el 22,4% presenta preocupación como consecuencia de desconocer al cirujano que va a practicar la operación.
- 2- Preocupación por los hijos o personas a quien atienden normalmente. Del total de los encuestados el 56,4% manifiestan preocupación por los hijos o personas a quien atienden normalmente debido a su ingreso hospitalario.
- 3- Pensar en la posible pérdida de ingresos a causa de la enfermedad. Únicamente el 22,4% piensa que su estancia en el hospital pueda repercutir en su economía familiar.
- 4- Haber sido hospitalizado repentinamente. Del total de pacientes un 29,3% no se da este problema, ya que sería mediante ingreso programado, mientras que del resto el 10,6% referían cierta preocupación por su ingreso urgente.

SUBESCALA DE CIRUGÍA (GRÁFICO 4)

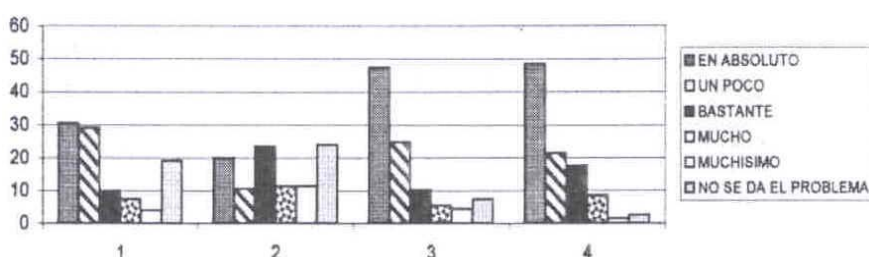


ESTRÉS POR CIRUGÍA (GRÁFICO 4)

1. DESCONOCER EL MOMENTO DE LA OPERACIÓN
2. SABER QUE DEBE OPERARSE
3. DOLOR DEBIDO A LA OPERACIÓN
4. DESCONOCER EL RESULTADO
5. ESTAR BAJO ANESTESIA
6. MOLESTIAS POR OPERACIÓN
7. NO ENCONTRAR ALIVIO CON FÁRMACOS

- 1- No saber cuando le van a hacer las cosas, cuando le van a operar. El 36,4% de los sujetos encuestados se encuentran en mayor o menor grado preocupados como consecuencia de esta circunstancia, cabe destacar que de todas estas personas el 14,1% corresponde a los pacientes con poco y bastante preocupación.
- 2- Saber que debo sufrir una intervención quirúrgica. De los estudiados se observa que el 57,7% muestran cierto temor frente a la sensación de saber que van a sufrir una intervención, de los cuales destacamos a aquellos individuos que reflejan un poco de nerviosismo con un 30,6% y los que se encuentran bastante preocupados un 21,2%.
- 3- Pensar que pueda tener dolor a causa de la operación. Un 61,2% representa al porcentaje total de personas en las que se aprecia preocupación a causa del dolor postoperatorio, dentro de los cuales destacamos al sector con temor en grado menor (un poco y bastante) con un 51,8%
- 4- No saber con seguridad como se va a quedar después de la operación. El 72,9% de individuos del presente estudio se sienten inquietos por desconocer el resultado postoperatorio.
- 5- Saber que tengo que ser operado bajo anestesia: prácticamente un 50,6% de los sujetos estudiados se sienten temerosos como consecuencia de la administración de anestesia.
- 6- Molestias a causa de la operación. Con respecto a este ítem un 74,2% se muestra nervios debido a las molestias que pueda padecer después de la operación, si bien hay que destacar que solamente un 10,8% lo hacen en alto grado (muchísimo).
- 7- No obtener alivio para el dolor mediante medicamentos. Gran parte de los sujetos estudiados, el 74,0%, se encuentran preocupados como consecuencia de no obtener alivio frente al dolor tras recibir tratamiento farmacológico. Reseñar que solamente el 17,6% lo hace en alto grado.

SUBESCALA DE ENFERMEDAD (GRÁFICO 5)



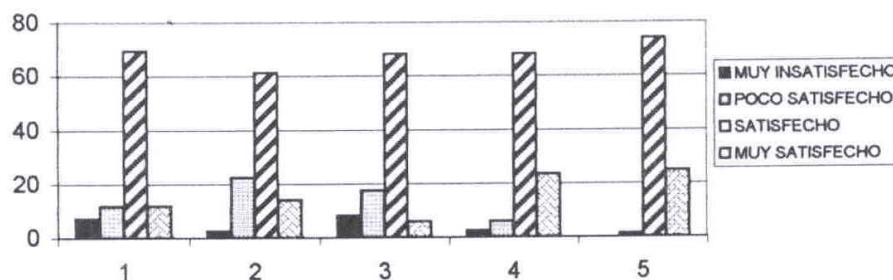
ESTRÉS POR ENFERMEDAD (GRÁFICO 5)

1. DESCONOCER LA ENFERMEDAD

2. ESTAR ENCAMADO
3. DESCONOCER RESULTADOS
4. DESCONOCER FECHA DE ALTA

- 1- No saber con seguridad o no entender en que consiste la enfermedad. Un 50,6% de los sujetos testados presentan distinto grado de nerviosismo como consecuencia del desconocimiento de la enfermedad que padecen, agrupándose la mayoría, el 40%, en un nivel bajo de preocupación.
- 2- Tener que estar en cama todo el día. Obtenemos que un 56,6% se encuentra preocupado debido a esta situación, por el contrario el 20% no presenta en absoluto signos de temor ante esta situación.
- 3- No saber los resultados o razones de los tratamientos o pruebas que se van a aplicar. En este punto no existen diferencias importantes en los sujetos que se muestran preocupados y por los que no lo están, resaltando el 24,7% a los poco preocupados.
- 4- No saber cuando me dará el alta. Un 48,4% supone el grupo de personas que denotan cierta preocupación por la fecha del alta, de los cuales solamente un 19,6% corresponde a aquellas personas inquietas mucho o muchísimo respecto a esta circunstancia.

CUESTIONARIO DE EVALUACIÓN DEL GRADO DE SATISFACCIÓN DURANTE LA HOSPITALIZACIÓN (GRÁFICO 6)



GRADO DE SATISFACCIÓN (GRÁFICO 6)

1. INFORMACIÓN AL INGRESO
2. INFORMACIÓN DEL MÉDICO
3. INFORMACIÓN SOBRE LA OPERACIÓN
4. TRATO DEL MÉDICO
5. TRATO DE ENFERMERÍA

- 1- Información recibida en el momento del ingreso. Como dato más relevante, encontramos que un 18,9% de los encuestados se encontraban de poco satisfechos a muy insatisfechos, en contraposición a un 81,1% que se mostraban satisfechos o muy satisfechos con la información recibida en el momento del ingreso.
- 2- La información recibida del personal médico sobre su enfermedad. Respecto a la información recibida del personal médico, el porcentaje de pacientes poco satisfechos y muy insatisfechos alcanza un 24,8%, mientras que los pacientes satisfechos y muy satisfechos es de 75,3%.
- 3- La información recibida sobre pruebas o intervenciones quirúrgicas. En relación a la información que los pacientes recibieron sobre las pruebas que se les hicieron obtenemos que un 25,8% se encontraban poco satisfechos o muy insatisfechos y un 74,1% estaban satisfechos o muy satisfechos.
- 4- Trato del personal médico en general. Estudiando la satisfacción del paciente respecto al trato del personal médico y de enfermería observamos que el contento es elevado, ya que obtenemos porcentajes de 91,7% y 98,8% (satisfechos y muy satisfechos) respectivamente. Y el descontento atiende a porcentajes de 8,3% y 1,2% (poco satisfechos y muy insatisfechos) respectivamente.

CONCLUSIONES

PRIMERA: Existe una mayor sensibilidad de la escala HAD con respecto a la escala ECAE, debido a que la primera es específica para pacientes hospitalizados.

SEGUNDA: Las mujeres presentan mayor ansiedad y depresión que los hombres

TERCERA: A mayor edad se observa menor grado de ansiedad.

CUARTA: El factor enfermedad influye en el nivel de ansiedad, aumentando éste si se trata de patología tumoral. De la misma forma la ansiedad es superior en intervenciones gastrointestinales y tiroideas.

QUINTA: Entre los factores desencadenantes de la ansiedad en nuestro estudio destacan la preocupación por la familia o personas a las que atiende habitualmente, así como el hecho de no obtener alivio para el dolor con los fármacos, tener molestias por la operación y el dolor debido a ésta, de la misma forma el estar encamado también es otro factor ansiógeno a destacar.

SEXTA: De los factores ansiógenos el dolor destaca sobre los demás

RECOMENDACIONES

Tras las conclusiones enunciadas anteriormente, cabe enunciar una serie de recomendaciones:

-Primera: A la hora de realizar próximos estudios sobre ansiedad indicamos la utilización de la Escala de Ansiedad y Depresión por hospitalización (HAD) en lugar de la Escala Conductual de Ansiedad Estado ya que la primera es mucho más sensible al estar diseñada para pacientes hospitalizados; mientras que la segunda está diseñada para la población general.

-Segunda: Creemos interesante la realización de nuevos estudios de esta índole, centrándose en un momento más próximo a la intervención como puede ser el estudio en la mañana de la intervención en el antequirófano o si cabe la posibilidad en el quirófano y también en el postoperatorio diferido y en el domicilio

-Tercera: Sería conveniente dotar de técnicas de afrontamiento a este tipo de pacientes y más concretamente en aquellos que presentan patología tumoral donde el soporte psicológico es fundamental.

-Cuarta: Sería beneficioso para el paciente aportarle mayor información sobre los distintos temas que acontecen a una intervención quirúrgica y sobre otros específicos que le preocupen en particular, siempre adecuando la información al nivel cultural y de formación del sujeto, haciendo hincapié sobre las mujeres y los jóvenes.

-Quinta: Conociendo que el dolor es un factor ansiógeno importante para el paciente convendría informarles de la existencia de medios analgésicos (farmacológicos y/o físicos), así como medidas psicológicas.

Por último, convendría refundir todas estas recomendaciones junto a otras y crear un protocolo de actuación para los profesionales que en su práctica diaria atienden a este tipo de pacientes.

BIBLIOGRAFÍA ACOTADA

1. López Roig, S; et al. Ansiedad y cirugía: Un estudio con pacientes oftalmológicos. En rev. Revista de Psicología General y Aplicada. Madrid: Ediciones Pirámide, S.A., Enero 1991. Volumen 44: 87-93

2. Latorre Postigo, JM. Estrés: significado, impacto y recursos. En Ciencias Psico-sociales Aplicadas II. Madrid: Ediciones Síntesis, S.A. 1995: 67-85
3. Méndez Carrillo, FX, Maciá Antón D. Evaluación de los problemas de la ansiedad. En Evaluación Conductual Hoy: Un enfoque para el cambio en psicología clínica y de la salud. Madrid: Ediciones Pirámide, S.A., 1993: 426-486
4. Labrador, FJ, Crespo, M. Evaluación del estrés. En Evaluación Conductual Hoy: Un enfoque para el cambio en psicología clínica y de la salud. Madrid: Ediciones Pirámide, S.A., 1993: 484-536
5. López Roig, S. Preparación Psicológica del paciente quirúrgico. En Ciencias Psicosociales Aplicadas II. Madrid: Ediciones Síntesis S.A., 1995: 99-108
6. López Roig, S, Pastor, MA; Rodríguez Marín, J. Programas de preparación psicológica para la cirugía. En Intervención conductual en contextos comunitarios I. Madrid: Ediciones Pirámide, S.A., 1993: 169-233
7. Alorda Teresa, C; Tomás Vidal, MA; Sánchez Flores, MI. Paciente en el quirófano. En rev. Rol año XVII. Barcelona: Ediciones Rol, S.A. Abril 1995, 188: 53-60
8. Sáez Vay, F; et al. Atención integral al paciente quirúrgico. En rev. Enfermería Científica. Madrid: Ediciones Gráficas Alberdi, S.A., Marzo-Abril 1996, 168-169: 48-52
9. García Alonso, I. Et al. Enfermería e información al paciente quirúrgico. En rev. Enfermería Científica. Madrid: Ed. Francisco Alberdi Valdés, Mayo, 1991, 110: 25-27
10. Mardarás Platas, E. La preparación psicológica para las intervenciones quirúrgicas. Barcelona: Ediciones Rol, S.A., 1980
11. Mardarás Platas, E. La preparación psicológica para las intervenciones quirúrgicas. En revista Rol Año I. Barcelona: Ediciones Rol, S.A. Diciembre 1978, 5: 30-50
12. Martín-Santos Laffon, R; Sangorrín García, J; Bulbena Vilarrasa, A. Tratamientos de los trastornos de ansiedad. Rev. Medicine. Madrid: Idepsa, septiembre 1996, 39-46
13. Dio Bleichmar, E. Espacio privado-trabajo remunerado. Factores protectores y de riesgo para la salud mental de la mujer. En Mujer, Trabajo y Maternidad. Madrid: Universidad Pontificia Comillas, 1995, 13-25
14. Caro, Y; Ibáñez, E. La escala hospitalaria de ansiedad y depresión. Su utilidad práctica en Psicología de la salud. Boletín de Psicología, n 1 36, Septiembre 1992, 43-69