



UNIVERSIDAD NACIONAL DE CUYO
Facultad de Ciencias Médicas
Escuela de Enfermería
Sede General Alvear

Tema: “Ansiedad Pre-Quirúrgica”

Autores:

Juan Cruz

Francisco Kobayashi

General Alvear, Mendoza. Mayo de 2011.

Advertencia

“El presente estudio de investigación es propiedad de la Escuela de Enfermería, Facultad de Ciencias Médicas, Universidad Nacional de Cuyo, y no puede ser publicado, copiado ni citado, en todo o en parte, sin el previo consentimiento de la citada Escuela o del autor o los autores”.

Aprobación

Integrantes del Tribunal Examinador:

Presidente:.....

Vocal1:.....

Vocal2:.....

Trabajo Aprobado el:...../...../.....Nota:.....

Agradecimientos

Muchos son los que de alguna manera nos han ayudado en este trabajo.

En primer lugar queremos agradecer a Licenciada Reyes, quien nos ha guiado, apoyado e incentivado durante todo el trabajo.

Queremos agradecer a nuestros compañeros de la licenciatura y a los Licenciados que durante toda la carrera nos han brindado sus conocimientos y apoyo.

A todos aquellos que se interesaron por nosotros y que no tenían ni idea lo que estábamos haciendo....

A nuestros viejos que de alguna forma nos ayudaron incondicionalmente.

Y finalmente a nuestros compañeros enfermeros del pabellón de cirugía del Hospital "Enfermeros Argentinos" que gracias a su amabilidad y colaboración pudimos realizar el trabajo.

Prólogo

El ejercicio de esta profesión, en nuestro caso en el Hospital Enfermeros Argentinos y en los Centros de salud, nos ha ido mostrando otras facetas de la realidad. Hemos notado, por ejemplo, que en nuestro ámbito profesional, hablar con el paciente se considera algo ajeno al trabajo y muchas veces hasta como algo que obstaculiza el resto de las tareas. Una frase común que se escucha en el office de enfermería es: “No tengo tiempo para hablar, tengo mucho trabajo”. Sin embargo, las quejas que verbalizan los pacientes sobre los cuidados de enfermería se refieren no a las habilidades técnicas sino a la indiferencia, a la escasa comunicación, o falta de apoyo afectivo, de información, de capacidad de escucha por parte del enfermero.

Contradictoriamente, también nos fuimos encontrando con pre conceptos o prejuicios sobre cuál debe ser el rol del enfermero. Por ejemplo, algunos consideran (la gente en general, médicos e inclusive hasta los propios enfermeros) que más que poseer conocimientos teóricos “que no necesita...”, debe más bien ser un buen técnico con ciertas habilidades y destrezas para manipular instrumentos, realizar curaciones, etc.

La Licenciatura y la realización de este trabajo ha tenido gran significación para nosotros porque nos ha permitido reflexionar sobre la realidad cotidiana, capitalizar nuestras experiencias y reunir en unidad indisoluble teoría y práctica, así como profundizar sobre el significado de nuestro rol cuya esencia es la relación humana y la comunicación

Como egresados aspiramos a romper con el paradigma del rol exclusivamente técnico del enfermero, participando activamente en la recuperación de la salud del paciente prequirúrgico con el aporte de mejoras concretas centrada en la información a cargo del personal de enfermería, tarea que hoy no se realiza en la Institución en que nos desempeñamos.

Convencidos de que la nuestra es una profesión de servicio esperamos con este trabajo haber satisfecho, humildemente, una necesidad.

Índice General

CAPÍTULO I. Planteo del Problema

Introducción.....	2
Planteo del problema.....	4
Formulación del problema.....	5
Objetivo general y específicos.....	6
Justificación.....	7
Marco teórico.....	9
Antecedentes.....	9
El rol de enfermería en el prequirúrgico.....	10
Concepto de Prequirúrgico.....	11
Diferencias conceptuales entre ansiedad, angustia y estrés.....	12
La Ansiedad y su posibilidad de medición.....	17
Relación ansiedad e información.....	18

CAPÍTULO II. Diseño metodológico

Tipo de Estudio, Área de estudio, Universo y Muestra.....	22
Variables: Definición Conceptual y operacionalización.....	23
Hipótesis, Técnicas e instrumentos de recolección de datos, análisis, procesamiento y presentación de datos.....	24

CAPÍTULO III. Análisis y Presentación de Resultados

Resultados.....	41
Conclusiones.....	43
Recomendaciones.....	45
Apéndice y anexos.....	46
Referencias Bibliográficas.....	50

Índice de tablas y gráficos

Tabla 1: Distribución de los pacientes internados próximos a ser sometidos a cirugía en el grupo control y en el grupo casos según su sexo.....	26
Tabla 2: Distribución de los pacientes internados próximos a ser sometidos a cirugía, en el grupo control y en el grupo casos, según grupos etario.....	27
Tabla 3: Distribución de los pacientes internados próximos a ser sometidos a cirugía, en el grupo control y en el grupo casos, según lugar de residencia.....	28
Tabla 4: Distribución de los pacientes internados próximos a ser sometidos a cirugía, en el grupo control y en el grupo casos, según nivel de educación.....	29
Tabla 5: Distribución de los pacientes internados próximos a ser intervenidos quirúrgicamente, en el grupo control y en el grupo casos, según el tipo de cirugía.....	30
Tabla 6: Distribución de los pacientes internados próximos a ser intervenidos quirúrgicamente, en el grupo control y en el grupo casos, según el tipo de anestesia.....	31
Tabla 7: Distribución de los pacientes internados próximos a ser intervenidos quirúrgicamente, en el grupo control y en el grupo casos, según antecedentes de cirugías.....	32
Tabla Nº 8: Promedios de las puntuaciones directas de Ansiedad Estado (A-E) en hombres, en Controles y Casos, según grupo etario.....	33
Tabla Nº 9: Promedios de las puntuaciones directas de Ansiedad Estado (A-E) en mujeres, en Controles y Casos, según grupo etario.....	34

Tabla Nº 10: Promedios de las puntuaciones directas de Ansiedad Estado (A-E), en Controles y Casos, según sexo.....	35
Tabla Nº 11: Promedios de las puntuaciones directas de Ansiedad Rasgo (A-R), en Controles y Casos, según sexo.....	36
Tabla Nº 12: Promedios de las puntuaciones directas de Ansiedad Estado (A-E), en Controles y Casos, en hombres.....	37
Tabla Nº 13: Promedios de las puntuaciones directas de Ansiedad Estado (A-E), en Controles y Casos, en mujeres.....	38
Tabla Nº 14: Promedios de las puntuaciones directas de Ansiedad Rasgo y Ansiedad Estado, en Controles y Casos, en hombres.....	39
Tabla Nº 15: Promedios de las puntuaciones directas de Ansiedad Rasgo y Ansiedad Estado, en Controles y Casos, en mujeres.....	40

CAPÍTULO I

Planteo del problema

CAPÍTULO I

INTRODUCCIÓN

Con el presente trabajo se pretende observar y medir los niveles de ansiedad prequirúrgica que presentan los pacientes internados para cirugías programadas del pabellón de cirugía del Hospital Enfermeros Argentinos.

La proximidad a una cirugía es una experiencia estresante por una variedad de razones. Las intervenciones quirúrgicas constituyen una fuente de estrés psicológico, porque obligan a los pacientes a enfrentar situaciones desconocidas (deben apelar a sus recursos emocionales para hacer frente a la realidad de la enfermedad orgánica y la cirugía, e intentar sortear con mayor o menor éxito las exigencias de la recuperación postoperatoria) y que, además, implican riesgos ciertos. Como resultado de las alternativas de ese complejo proceso de adaptación psicológica, la ansiedad es un síntoma frecuente en los pacientes prequirúrgicos.

Es por ello que el objetivo de este estudio consiste en comprobar si suministrar información acerca del procedimiento quirúrgico mediante folletos específicos diseñados a tal efecto disminuye el nivel de ansiedad prequirúrgica.

En el marco teórico se expone la importancia que cumple el rol de enfermería en el prequirúrgico, específicamente en la visita previa a la cirugía, ya que es en ese momento cuando se pone en marcha el proceso de personalización de los cuidados, con los objetivos de proporcionar información y disminuir la ansiedad.

También se proponen diferentes conceptos sobre ansiedad y las diferencias conceptuales entre ansiedad, angustia y estrés, debido a que es necesario para poder delimitar, medir y estudiar esta variable.

Se explica brevemente la función adaptativa de la ansiedad y la relación entre ansiedad e información en la cual se incluye: la magnitud del factor traumático externo o real, la duración del período preoperatorio, los

antecedentes personales y familiares en cuanto a cirugías y la capacidad subjetiva del paciente para hacer frente a la ansiedad, entre otras cosas.

Finalmente para llevar a cabo la investigación se obtuvo una muestra constituida por 46 pacientes, bajo los siguientes criterios de inclusión: Pacientes con Cirugías programadas en el servicio de cirugía general (incluye: colelitiasis, hernias y patología ana-rectal), alfabetos, edad mayor de 18 años y de cualquier sexo, distribuidos en dos grupos al azar (uno de casos y otro de control).

A los pacientes del grupo experimental (un total de 23) se les entregó un folleto informativo, mientras que al grupo control (23 pacientes) no se les entregó folleto alguno. Al total se les aplicó un instrumento de medición de su situación emocional: escala de ansiedad estado-rasgo Stai ("State-Trait Anxiety Inventory") de C. D. Spielberger, R. L. Gorsuch y r. E. Lushore.

PLANTEO DEL PROBLEMA

El prequirúrgico es uno de los momentos más estresantes para una persona y muchas veces es causa de suspensión de la cirugía y de aumento en los días de recuperación de su salud.

En la visita prequirúrgica, antes de la internación, el médico cita al paciente y le informa los aspectos generales de su cirugía pero, de acuerdo a entrevistas realizadas, muchas veces esta información no es suficiente o no es comprendida por la persona.

También se ha detectado en el pabellón de cirugía que los pacientes que se internan el día anterior a la intervención, deben pasar desde su llegada al hospital por situaciones incómodas o estresantes, por ejemplo realizar trámites administrativos, anunciarse ante estadística, conseguir papeles faltantes y fundamentalmente una larga espera en pasillos del hospital hasta que son llamados a la habitación asignada.

El paciente se interna 24 hs previas a la cirugía y entra en contacto casi exclusivamente con el enfermero/a de turno que en el caso del Hospital "Enfermeros argentinos" son dos por turno.

Es frecuente que una vez en contacto con el personal de enfermería, manifiesten ansiedad o temor por la incertidumbre que le provoca la cirugía a la que se someterá, llegando a modificar sus valores de tensión arterial y frecuencia cardiaca a tal punto de tener que suspender la cirugía.

Importantes estudios corroboran que la ansiedad tiende a aumentar cada vez que el tiempo de espera al día de la cirugía se prolonga, manifestándose orgánicamente por la estimulación adrenérgica, aumento de la agregación plaquetaria, mayor demanda de oxígeno miocárdico, problemas psicológicos que pueden persistir incluso después de la operación.

También las investigaciones asocian a la ansiedad prequirúrgica con una mayor vulnerabilidad a las infecciones, mayor estadía hospitalaria, mayores niveles de dolor postoperatorio y lentitud en la recuperación. Los síntomas psico-fisiológicos que usualmente acompañan la ansiedad durante los

momentos del acto operatorio pueden persistir hasta muchos meses después de la intervención quirúrgica; incluyen taquicardias, arritmias, elevaciones de la tensión arterial, disnea, etcétera.

Frente a estos hechos nos preguntamos:

¿En qué medida inciden el desconocimiento, los preconceptos, la información errónea, distorsionada, insuficiente, recibida muchas veces de su entorno, en sus miedos y su estado de ansiedad frente al inminente acto quirúrgico al que se va a someter?

Y a la inversa, ¿En qué medida una información adecuada a su nivel de comprensión, ajustada, suficiente, oportuna, puede influir en la disminución de su stress o su ansiedad pre quirúrgicos?

¿El enfermero o enfermera es la persona más adecuada y dispone de tiempo suficiente para informar durante las horas previas al acto quirúrgico o debería pensarse en sumar otras alternativas de información para optimizar el tiempo y mejorar la calidad de la información?

Formulación del Problema

¿Cuál es el grado de variación de la ansiedad del paciente próximo a ser sometido a cirugía, al recibir información visual, respecto de los que no la reciben, en el Hospital Enfermeros Argentinos, General Alvear, Mendoza, en los meses de enero 2011 a mayo de 2011?

OBJETIVO GENERAL

Comparar los grados de variación de la ansiedad del paciente próximo a ser sometido a cirugía, al recibir información visual, respecto de los que no la reciben, con la finalidad de determinar la necesidad de aplicar profilaxis prequirúrgica.

Objetivos específicos

- Valorar el grado de conocimiento que tiene el paciente con respecto a su cirugía.
- Medir la ansiedad del paciente a través de cuestionarios.
- Detectar cuales son las principales estrategias que utiliza el paciente para disminuir la ansiedad.
- Elaborar un instrumento alternativo de información (en formato de folleto) destinado al paciente prequirúrgico.

JUSTIFICACIÓN

El Hospital “Enfermeros argentinos” de General Alvear, donde se realizará la experiencia, se caracteriza por ser una Institución con nivel II de complejidad y cobertura de los servicios básicos tales como: Pediatría, Maternidad, Neonatología, Cirugía, Clínica y Terapia Intensiva para adultos.

Esta Institución cuenta actualmente con 2 quirófanos para cirugía mayor un quirófano de cirugía menor y los turnos para su utilización se reparten por día a cada servicio: Ginecología, lunes y miércoles; Traumatología, lunes y jueves y Cirugía General, martes y viernes.

En el servicio de cirugía hay en total 18 camas atendidas por 2 enfermeros que realizan guardias de 24 hs. cada 3 o 4 días.

Según estadísticas del año 2010, sobre 4 cirugías programadas por semana es decir 16 al mes corresponden: 54% colecistectomías; 13 % Hernias Inguinales; 11% hernias umbilicales, 6% anorectales y 16% otras.

Además se atienden cirugías ginecológicas, de traumatología y de urgencias, como las de apendicetomía. El 73% de los pacientes oscila entre los 30 a 59 años y el 57% son mujeres.

Para la mayoría de las personas lo desconocido genera cierto grado de ansiedad. Una cirugía, ya sea programada o no, genera la misma sensación ya que es un acontecimiento desconocido para el paciente.

Según datos, obtenidos de los mismos pacientes, hemos detectado que gran parte de ellos no recibe información adecuada, suficiente o comprensible con respecto a su intervención y todo lo que se refiere a ella.

Además de no tener la suficiente información, los mismos deben soportar largas horas de espera en los pasillos y, en gran medida, en la sala de internación.

Una vez internados en el pabellón de cirugía, los pacientes son atendidos únicamente por los/as enfermeros/as las 24 hs previas a la intervención quirúrgica. En general la relación enfermero/paciente es muy escasa debido a la falta de tiempo, ya que el enfermero/a debe realizar muchas tareas y atender las necesidades de las otras personas internadas, además de todas las actividades burocráticas pertinentes a su trabajo.

Por lo tanto se considera necesario realizar este estudio para determinar si la información ofrecida a través de un folleto informativo, sumado a una entrevista personal para aclarar dudas, ayuda a disminuir la ansiedad prequirúrgica.

Se considera que el resultado de esta investigación aportará grandes beneficios. En primer lugar, a los pacientes, ya que les brindará un mínimo de conocimientos con respecto a los temas que, según algunos estudios, generan mayor inquietud. También beneficiará al enfermero/a debido a que mejorará la calidad de atención y permitirá optimizar el tiempo de atención al paciente (se

entregará un folleto informativo en el momento de la internación y luego a la tarde se aclararán las dudas con respecto a lo que leyó y a sus conocimientos previos). Finalmente beneficiará a la institución por la misma razón en la que se ve reflejada la participación de enfermería, mostrando de esta manera una mayor satisfacción del usuario de los servicios del hospital.

Por otro lado, este trabajo brindará aportes a otros estudios sobre la misma temática.

En cuanto a la viabilidad, no se requerirá tiempo adicional para el personal de enfermería, no incluirá gastos económicos y si los hubiese serian mínimos para la institución ya que se recurrirá al conocimiento y experiencia de los enfermeros/as y en caso de situaciones mas graves (ansiedad patológica) se podrá recurrir al equipo de psicólogos de la institución.

MARCO TEÓRICO

Antecedentes

Cualquier acontecimiento desconocido que irrumpe en la vida cotidiana de la persona produce una carga variable de ansiedad que puede tener influencias negativas en su condición psico-física.

La cirugía, más precisamente el prequirúrgico, constituye un importante acontecimiento que, según muchos estudios, aumentan los niveles de ansiedad influyendo desfavorablemente en la recuperación postquirúrgica, entre otras cosas.

A continuación se hace referencia de algunos estudios e investigaciones sobre ansiedad y cirugía programada.

La Lic. Sandra Barsanti, sostiene que:

“existe un conjunto de factores de riesgo emocional que aparecen asociados a la intervención quirúrgica en niños sin información y sin preparación previa. La alta ansiedad que acompaña este proceso puede desfavorecer la recuperación postquirúrgica, desde lo médico y lo psicológico, si no se trabaja la prevención preoperatoria”.⁽¹⁾

BARRILERO GOMEZ y otros destacan que

“...entre los factores desencadenantes de la ansiedad, la preocupación por la familia, el hecho de no obtener alivio para el dolor con los fármacos, tener molestias por la operación y el dolor debido a ésta... son los factores ansiógenos mas frecuentes”.⁽²⁾

A su vez, en el trabajo de María del Carmen Gavito, María Ángeles Corona y otros manifiestan que

⁽¹⁾BARSANTI, S. Aspectos psicológicos en niño frente a una cirugía. Modulación de la Ansiedad. Departamento de Docencia e Investigación del Hospital Nacional de Pediatría "Dr. Juan P. Garrahan". Junio 1999 a Mayo 2001.)

⁽²⁾BARRILERO GOMEZ, José Alberto y otros. Ansiedad y cirugía. Repercusiones en el paciente sometido a cirugía programada.

“Debido a la serie de elementos involucrados para contender con una situación estresante para enfrentarse a una cirugía de tórax, es conveniente proporcionar la información que los pacientes deseen conocer, pero también implementar una entrevista psicológica en la que se detecten las necesidades emocionales, los mecanismos de defensa y sus recursos de afrontamiento para dar la atención psicoterapéutica pertinente.”⁽³⁾

El rol de enfermería en el prequirúrgico

Uno de los momentos más importantes de la visita prequirúrgica es la entrevista enfermero/a – paciente, ya que el enfermero/a es quien pasará las veinticuatro horas previas a la cirugía con el paciente. Es en ese momento cuando se pone en marcha el proceso de personalización de los cuidados, con los objetivos de proporcionar información y disminuir la ansiedad.

Este conjunto de acciones realizadas al paciente, previo al acto quirúrgico, están destinadas a identificar condiciones físicas y psíquicas que puedan alterar la capacidad del paciente para tolerar el stress quirúrgico y prevenir complicaciones postoperatorias.

Galvez, Toro y otros⁽⁴⁾ identifican tres tipos de entrevistas durante la visita prequirúrgica:

1- Informativa: se establece una relación meramente formal, abarcando el campo de los conocimientos deficientes. Según el autor no ha mostrado un efecto estadísticamente significativo sobre la ansiedad, pero sí sobre la calidad percibida y, por tanto, en la satisfacción de los usuarios

2- Aplicación del Plan de Cuidados Estandarizado: es la más común, además de intervenir sobre los conocimientos deficientes, también se actúa en el campo de la educación sanitaria, los autocuidados y el asesoramiento o consejo de enfermería. Galvez, Toro manifiesta que este tipo de entrevista se prolonga en el tiempo, mediante la adecuada continuidad en el postoperatorio, logrando efectos positivos en el nivel de autocuidados o la adherencia al tratamiento. Con respecto a la ansiedad, es evidente que actúa en aquellos

⁽³⁾ GAVITO, María del Carmen y otros. La información anestésica quirúrgica: su efecto sobre la ansiedad y el dolor de los pacientes toracotomizados Vol. 13, No. 3 Julio - septiembre 2000.

aspectos relacionados con el desconocimiento del procedimiento, pero no sobre otros aspectos más arraigados en la actitud de las personas.

3- Ansiolítica: la más completa, actúa sobre problemas específicos detectados en el paciente, mediante un plan de cuidados individualizado, más centrado en las necesidades, si bien su escasa implantación, debido a problemas de tiempo en la relación enfermera – paciente, no nos posibilita para hablar de evidencia en los resultados conseguidos.

Visto de esta manera, el rol que cumple enfermería en el prequirúrgico es de suma importancia, ya que en este momento el paciente entra en contacto exclusivamente con el enfermero creándose una relación de confianza que permite apoyar a las personas para poder resolver o sobrellevar problemas que se interponen y que influyen en la calidad de vida de cada uno de ellos.

Diferentes conceptos.

Concepto de Prequirúrgico.

La fase preoperatorio comienza con la decisión de efectuar la intervención quirúrgica y termina con el transporte del individuo al quirófano.

Desde el momento que se decide realizar la cirugía el individuo debe tener una preparación previa destinada a identificar condiciones físicas y psíquicas que puedan alterar la capacidad del paciente para tolerar el stress quirúrgico y prevenir complicaciones postoperatorias previas para llegar en condiciones a la intervención.

Es en esta etapa donde se debe informar de manera clara y adecuada todos los aspectos de la cirugía.

Los objetivos de esta etapa, según Lourdes Chocarro Gonzalez⁽⁵⁾, son: detectar las necesidades básicas que se alteran en el paciente que va a ser sometido a cirugía; prepararlo para la intervención y finalmente, instruir al paciente antes de la intervención para favorecer una pronta recuperación y la re inserción a su vida habitual.

Muchos autores sostienen que más allá de la preparación específica es necesario habilitar un espacio previo de contención distinto del espacio médico-paciente, donde este pueda preguntar todo lo que necesite saber acerca de la operación a la que será necesario someterlo, como así también pueda manifestar todas las emociones (miedo, temor, angustia, ansiedad, etc.) inherentes a la situación que esta próximo a atravesar. Y, como dice Lourdes Chocarro, ésta es casi exclusivamente una actividad que tiene que resolver personal de enfermería, ya que el paciente se encuentra en estos momentos, internado en el pabellón.

Diferencias conceptuales entre ansiedad, angustia y estrés.

En los últimos años, el estudio de la ansiedad se ha constituido en uno de los problemas más importantes para las ciencias médicas y psicológicas. Sin embargo no se ha podido evitar fuertes polémicas teóricas, enfoques diferentes para abordar su estudio. Para empezar, muy frecuentemente el término “ansiedad” se ha utilizado en forma indistinta y confusa para referirse a conceptos diferentes como es el caso de usarlo como sinónimos ansiedad, angustia y estrés.

Como señalan Juan Carlos Sierra; Virgilio Ortega y otros, la gran confusión terminológica han dado lugar a diversas investigaciones para delimitar los conceptos, establecer diferencias y evitar el solapamiento. Aún así, en la práctica actual dichos términos se siguen utilizando indistintamente.

Luego de un exhaustivo análisis de los términos estrés, angustia y ansiedad (desde su evolución histórica y desde enfoques o paradigmas distintos) los autores citados concluyen que:

“El **estrés** es claramente diferenciable de los conceptos de ansiedad y angustia al considerarlo como un resultado de la incapacidad del individuo frente a las demandas del ambiente, mientras que la **ansiedad** es destacable al entenderla como una reacción emocional ante una amenaza manifestada a nivel cognitivo, fisiológico, motor y emocional; por último, la **angustia** forma una amenaza a la existencia del individuo, a sus valores morales y a su integridad tanto física como psicológica. “⁽⁶⁾

⁽⁶⁾SIERRA, J.C., ORTEGA, V. y otros. *Ansiedad, Angustia y Estrés: tres conceptos a diferenciar*. En Revista Mal Estar e Subjetividades. Vol 3 Nº 1.Marzo 2003. Versión impresa ISSN 1518-6148.

EL ESTRÉS no se considera una emoción en sí mismo, sino que es el agente generador de las emociones; es una relación entre la persona y el ambiente, en la que el sujeto percibe que la demanda del ambiente es excesiva para él por lo que su repertorio conductual para hacer frente a la situación es insuficiente.

Tener estrés es estar sometido a una gran presión, sentirse frustrado, aburrido, encontrarse en situaciones difíciles de controlar. Esta tensión puede provocar distintos problemas de salud, entre ellos el asma, el infarto de miocardio y las alteraciones gastrointestinales e inmunológicas. Las experiencias estresantes proceden de tres fuentes básicas: el cuerpo, el entorno y los pensamientos; existen innumerables circunstancias en la vida que afectan al organismo como por ejemplo, las restricciones en la dieta, los malos hábitos, las problemáticas y dificultades de la adolescencia, el envejecimiento, etc. Entre las amenazas procedentes del ambiente podemos mencionar por ejemplo, el tener que mantener horarios rígidos en su vida diaria, aguantar las exigencias de las relaciones sociales, soportar el ruido, la contaminación y las aglomeraciones de la gran ciudad, influyendo negativamente en su seguridad. También la muerte reciente de algún ser querido, la pérdida de trabajo, una mala experiencia. Sin embargo, una situación o hecho positivo igualmente causa estrés como, por ejemplo el cambiar de casa, el ascender en el trabajo y tener más responsabilidades.

LA ANGUSTIA ha acompañado y acompaña al hombre en el curso de su existencia. Para la Filosofía, la mera condición del ser existencial es ya la base de la angustia, o forma parte de la misma en sí. Todo hombre experimenta el estado anímico de la angustia alguna vez en su vida

Desde la Psicología se caracteriza por tener un efecto de inmovilización; es un sentimiento vinculado a situaciones de desesperación, donde la característica principal es la pérdida de la capacidad de actuar voluntaria y libremente por parte del sujeto, es decir, la capacidad de dirigir sus actos; es visceral, obstructiva y aparece cuando un individuo se siente amenazado por algo.

La reacción del individuo ante la angustia es de paralización. Si bien en ella participan factores biológicos, psicológicos, sociales y existenciales predominan los síntomas físicos. En la angustia patológica el sujeto no se ve capaz de iniciar una acción que alivie el sentimiento que está provocando esa angustia; ese estado de indefensión es el que le impide ser libre.

Su sintomatología de índole somática pueden ser; taquicardia, palpitaciones, dolor u opresión precordial, palidez, exceso de calor, sensación de ahogo, náuseas, dispepsia, sensación de bolo esofágico, pesadez y sensación de hinchazón, frigidez, eyaculación precoz, enuresis, temblor, hormigueo, cefalea, vértigo, mareo, sudoración y sequedad de boca, entre otros. A nivel fisiológico aparece, un aumento de la frecuencia cardiaca, a nivel sanguíneo se observa un aumento de cortisol, adrenalina y noradrenalina

Respecto de la ANSIEDAD Existen casi tantas definiciones de ella como modelos teóricos que abordan su estudio. Sin embargo todas las teorías están de acuerdo en que consiste en una respuesta emocional compleja, adaptativa y fenomenológicamente pluridimensional.

Brevemente expondremos los modelos teóricos.

El **Conductismo** El conductismo parte de una concepción ambientalista: esto explica que en este enfoque la ansiedad se puede aprender y también se puede entender el escenario en el que se aprende la conducta de ansiedad a través del aprendizaje por observación y el proceso de modelado.

Skinner, B. representante del neoconductismo, considera que la ansiedad es más que una expectativa y la define como "miedo a un evento inminente;...", En la misma línea Wolpe, J. entiende por ansiedad "aquella pauta o pautas de respuesta autonómica que constituyen una parte característica de las respuestas de los organismos a los estímulos nocivos".

En la visión puramente conductista, si observamos al paciente podemos advertir cambios fisiológicos como sudoración, aumento de la frecuencia cardiaca, etc.

Los teóricos conductistas al tener sólo en cuenta las conductas observables, no diferencian entre miedo y ansiedad ya que ambos se manifiestan fisiológicamente de la misma forma y coinciden al afirmar que la ansiedad perturba el funcionamiento y no parece servir a ningún fin práctico.

El conductismo sostiene la concepción del sujeto pasivo y en la explicación de su conducta mediante el esquema estímulo respuesta. Es decir, estamos frente a una concepción mecánica, lineal, automática de la conducta.

El enfoque **Cognitivo** lleva este nombre, porque acentúan la importancia de los procesos cognitivos del sujeto. Aquí se considera que el individuo percibe la situación, la evalúa y valora sus implicaciones; si el resultado de dicha evaluación es amenazante, entonces se iniciará una reacción de ansiedad modulada por otros procesos cognitivos;

Otro aporte del cognitivismo es que distingue la ansiedad del miedo afirmando que la ansiedad es un proceso emocional y el miedo es un proceso cognitivo. El miedo involucra una apreciación intelectual de un estímulo amenazante; y la ansiedad involucra una respuesta emocional a esa apreciación.

Es interesante también la explicación que brinda sobre la ansiedad, el enfoque **existencialista**. Por ejemplo, R. May sostiene que "la ansiedad es la experiencia de la amenaza inminente de "no ser" derivada "de que el hombre es el animal que valora, el ser que interpreta su vida y su mundo en términos de símbolos y significados, e identifica esto con su existencia como Yo" El génesis de la ansiedad reside en la amenaza a los valores, bien sea a la vida física a la psicológica o a algún otro valor como el patriotismo o el amor. También diferencian la ansiedad del miedo argumentando que "la ansiedad toca el nervio vital de la propia estima... en cambio, el miedo es una amenaza contra la periferia de la existencia... la ansiedad es ontológica; el miedo no".

Es por esto que define a la ansiedad como "la aprensión producida por la amenaza a algún valor que el individuo juzga esencial para su existencia como un yo".

Desde el enfoque **psicoanalítico**, Sigmund Freud afirma que la ansiedad es un síntoma; una señal de peligro procedente de los impulsos reprimidos; una reacción del Yo a las demandas inconscientes del Ello que podían emerger sin control. Vista así, la ansiedad es una consecuencia de los conflictos intra psíquicos de carácter generalmente inconsciente.

Más allá de la variedad de escuelas, enfoques o teorías hoy se admite que en la ansiedad se conjugan tres sistemas de respuesta o dimensiones y por eso Tobal⁽⁷⁾ dice que la ansiedad es una conducta pluridimensional:

La **Subjetivo-Cognitiva**: es el componente que tiene que ver con la propia experiencia interna, e incluye un espectro de variables relacionadas con la percepción y evaluación subjetiva de los estímulos y estados asociados con la ansiedad. A esta dimensión pertenecen las experiencias de miedo, pánico, alarma, inquietud, aprensión, obsesiones, y pensamientos intrusivos de tipo catastrófico

La **Fisiológico-Somática**: la ansiedad se acompaña invariablemente de cambios y activación fisiológica de tipo externo (sudoración, dilatación pupilar, temblor, tensión muscular, palidez facial, entre otros), interno (aceleración del ritmo cardíaco y respiratorio, descenso de la salivación, entre otros), e involuntarios o parcialmente voluntarios (palpitaciones, temblor, vómitos, desmayos, entre otros).

Estas alteraciones se perciben subjetivamente de forma desagradable y ayudan a conformar el estado subjetivo de ansiedad.

La **Motor-Conductual**: Trata de los cambios observables de conducta que incluyen la expresión facial, movimientos y posturas corporales, aunque principalmente se refiere a las respuestas de evitación y escape de la situación generadora de ansiedad.

Función adaptativa de la ansiedad.

La ansiedad es una respuesta adaptativa que tiene como fin la preparación del organismo para satisfacer las demandas que le hace el medio.

Funciona como una señal de alarma ante la presencia de estímulos potencialmente nocivos para la homeostasis del individuo, el cual hace una evaluación subjetiva de la situación estímulo y actúa de acuerdo a los recursos que considere tener. Sin esta activación de alarma no sería posible asumir, de manera exitosa, los cambios de conducta necesarios para enfrentar la situación estímulo y recuperar el equilibrio.

Dentro del cognitivismo, **Spielberger** desarrolla la idea de que una adecuada teoría de la ansiedad debe distinguir conceptual y operacionalmente entre ansiedad como **estado** transitorio (situación) y como **rasgo** de personalidad relativamente estable (predisposición). En relación al primer concepto, la ansiedad puede presentarse como una reacción temporal, transitoria del organismo humano que se caracteriza por sentimientos de tensión y aprensión subjetivos conscientemente percibidos. Los estados de ansiedad pueden variar en intensidad y fluctuar a través del tiempo.

Para Spielberger el proceso comienza por una valoración por parte del individuo. Cuando los estímulos valorados no sean amenazantes no se producirá reacciones de ansiedad. Si la valoración es positiva ese individuo mostrará un incremento de ansiedad o intentará reducir el estado de ansiedad. Estos mecanismos defensivos son entendidos como respuestas adaptativas que el individuo ha desarrollado al enfrentarse frecuentemente a situaciones o estímulos similares.

La Ansiedad-Rasgo se refiere a las diferencias individuales, relativamente estables, en la propensión a la ansiedad; es decir, se refiere a las diferencias entre las personas en la tendencia a responder a situaciones percibidas como amenazantes.

La Ansiedad y su posibilidad de medición

Existe una amplia variedad de instrumentos sobre la ansiedad.

C. D. Spielberger, R. L. Gorsuch y r. E. Lushore , desarrollaron el State-Trait Anxiety Inventory for Children (STAIC) para el estudio de la ansiedad en

niños estadounidenses. También desarrollaron el State-Trait Anxiety Inventory (STAI) para adolescentes y adultos, con un nivel cultural mínimo para comprender las instrucciones y enunciados del cuestionario. A su vez creó la adaptación española del STAI en el año 1982.

El STAI es un inventario de carácter psicométrico que consta de dos escalas que miden facetas diferentes, pero relacionadas, de la ansiedad: el estado y el rasgo. Es lo más utilizado. La escala de estado responde informando sobre la intensidad con que aparecen en un momento concreto sentimientos o sensaciones de ansiedad (nada, algo, bastante, mucho). La escala de rasgo debe responder indicando como se siente habitualmente (casi nunca, a veces, a menudo, casi siempre).

Relación ansiedad e información

Las intervenciones quirúrgicas constituyen una fuente de estrés psicológico, porque obligan a los pacientes a enfrentar situaciones desconocidas y que, además, implican riesgos ciertos. Muchas veces la falta de información o la “mal información” aumenta, en grados variables la ansiedad, incluso modificando valores fisiológicos basales, llegando a suspender la intervención.

En general, los enfermos con una adaptación preoperatoria normal (aquellos que tienen una visión realista de su experiencia quirúrgica y el grado esperable de ansiedad frente al peligro objetivo de la cirugía) presentan una buena evolución postoperatoria.

Pero que sucede con aquellos que no se adaptan a tal situación y llega el día de la internación y su nivel de ansiedad aumenta a niveles patológicos. Esta claro que esta situación depende del tipo personalidad del paciente. No es el caso de esta investigación trabajar con estos pacientes (ansiedad patológica), pero el caso es tratar de disminuir la ansiedad a niveles tolerables y que no influyan posteriormente en la recuperación del paciente.

En cirugía, la magnitud de la ansiedad que experimenta el paciente y su capacidad para tolerarla y dominarla, dependen de la interacción de varios factores ⁽⁸⁾:

1) La magnitud del factor traumático externo o real: es decir, la gravedad de la enfermedad orgánica, si se realizara una intervención de cirugía mayor o mutilante, etcétera.

2) La duración del período preoperatorio: cuanto más urgente sea la necesidad de operar, menos tiempo tiene el paciente para reconocer y controlar sus temores. Ello condiciona un elevado nivel de ansiedad, que con frecuencia adopta la forma de un estado de angustia con crisis emocionales y muchas manifestaciones somáticas y neurovegetativas.

3) Los antecedentes Personales y familiares en cuanto a cirugías: historias de complicaciones anestésicas o quirúrgicas que el enfermo teme se repitan, lo que puede transformarse en la principal fuente de ansiedad.

4) La capacidad subjetiva del paciente para hacer frente a la ansiedad, es decir su natural tolerancia y capacidad para defenderse y controlar psicológicamente las situaciones estresantes. Es por eso que, en ocasiones, una intervención menor, que el cirujano no vacila en considerar "sin importancia", puede ser muy traumática para un enfermo con una personalidad débilmente estructurado o que se encuentra en una situación emocional que lo torna más vulnerable.

De la interacción de todos estos factores resulta un determinado grado de ansiedad, que varía en un amplio espectro desde aquellos pacientes que impresionan como absolutamente tranquilos, hasta los enfermos con una notable angustia e inquietud motora, e incluso crisis de excitación psicomotriz con agresividad.

Diversas investigaciones parecen mostrar que mientras la información puede ser beneficiosa para algunos pacientes, disminuyendo su ansiedad y facilitando su recuperación, no lo es para otros. Concretamente, dichos estudios indican que la información tranquiliza a los pacientes "vigilantes" (aquellas personas que suelen solucionar sus problemas informándose sobre

los mismos), y aumenta la ansiedad de los pacientes "evitadores" (aquellas personas que afrontan sus ansiedades intentándose distraer y evitando cualquier información)".

Como se decía anteriormente, no siempre la información es beneficiosa. En realidad es necesario saber con que tipo de pacientes nos encontramos para saber que tipo de datos debemos suministrarle.

Así pues, parece necesario crear un sistema para facilitar información unificada, universalizada y autoaplicable.

Por todo lo expuesta, es que los autores consideran de suma importancia realizar esta investigación para contar con información suficiente que permita innovar en los actuales protocolos de atención prequirúrgica que reciben los pacientes.

CAPÍTULO II

Diseño Metodológico

CAPÍTULO II

▪ **Tipo de Estudio**

Cuantitativo – Observacional – Analítico - De Cohorte – Prospectivo – Transversal

▪ **Área de Estudio**

Servicio de Cirugía General. Hospital Enfermeros Argentinos. General Alvear, Mendoza (Argentina). Periodo diciembre 2010 a mayo 2011.

▪ **Universo y muestra**

Universo: 141 pacientes de cirugías programadas anuales según criterios de inclusión.

Muestra: Aleatoria, 33% de la población en estudio que equivale a 46 pacientes

Criterios de inclusión:

- Pacientes con Cirugías programadas en el servicio de cirugía general. Incluye: coleditiasis, hernias y patología ana-rectal, etc.
- Hombres y mujeres.
- Mayores de 18 años

Criterios de exclusión

- Se excluyen pacientes de cirugías ginecológicas, cirugías menores, otorrinolaringología, odontológicas y de traumatología.
- Menores de 18 años.
- Pacientes con capacidades diferentes.
- Pacientes que no saben leer ni escribir

▪ **Variables: Definición Conceptual y operacionalización**

1- Ansiedad: variable dependiente

Ansiedad de Estado: Estado caracterizado por sentimientos de aprensión, incertidumbre, tensión, preocupación que experimenta una persona delante de una situación determinada por la anticipación de una amenaza real o imaginaria.

Angustia: Delante de una situación concreta una persona puede expresar una reacción de ansiedad durante un período de tiempo acompañado de cambios conductuales y fisiológicos.

Ansiedad como Rasgo: Diferencias individuales relativamente estables que muestran las personas respecto a la propensión a la tendencia a padecer estados de ansiedad.

Operacionalización de la variable: Un decápito mayor o igual a seis (6) indica un sujeto ansioso en la escala A/E o un sujeto con la ansiedad como rasgo de su personalidad en la escala A/R.

2- Información: Variable independiente - se elabora un folleto informativo.

Operacionalización de la variable: Con información a través de folleto y sin Información a través de folleto

3- Sexo: Hombres – Mujeres

4- Nivel de Educación: Primaria incompleta/primaria completa – secundaria incompleta/secundaria completa – superior o universitario incompleto/superior o universitario completo.

5- Grupo etario: Medido en años. De 19 a 29 – 30 a 39 – 40 a 49 – 50 a 59 y mas de 60.

6- Lugar de residencia: Distrito (Bowen, Carmensa, Real del Padre, Jaime Prats, Alvear Oeste) y Ciudad.

7- Tipo de anestesia: General – Raquídea.

8 - Cirugías anteriores: Si – No.

9 - Tipo de cirugía: Colectomía – Hernias – Ano rectales – Otras.

▪ **Hipótesis:**

La información suministrada a través de folletos disminuye significativamente la ansiedad de los pacientes sometidos a cirugías programadas

▪ **Técnicas e instrumentos de recolección de datos**

Cuestionario autoaplicable de STAI adaptación española de 1982. Escala de ansiedad estado-rasgo Stai (“State-Trait Anxiety Inventory”) de C. D. Spielberger, R. L. Gorsuch y r. E. Lushore.

- Grupo control: solamente se les entrega el test a todos entre las 20 y 21 hs.
- Grupo casos: Se les entrega el folleto informativo a las 13 hs. pidiéndole que lo lean. Luego a las 20 hs, previo a la entrega del cuestionario, se les pide que aclaren dudas si las tuviesen.

En ambos grupos se les explica la forma de llenado del formulario.

▪ **Análisis, procesamiento y presentación de datos**

Plantilla de Excel 2003.

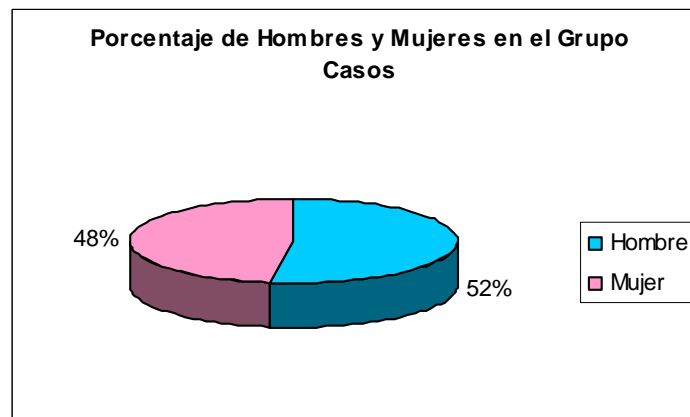
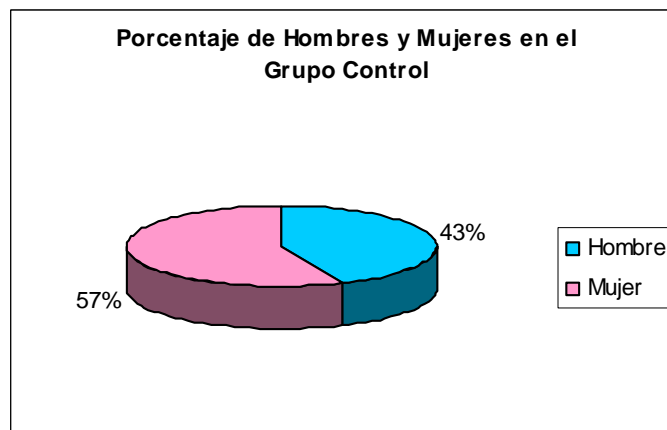
CAPÍTULO III

Resultados: discusión y propuestas

Tabla 1: Distribución de los pacientes internados próximos a ser sometidos a cirugía en el grupo control y en el grupo casos según su sexo. Hospital Enfermeros Argentinos, enero-mayo 2011.

Variable	Control		Casos	
Sexo	Hombre	10	Hombre	12
	Mujer	13	Mujer	11
	Total	23	Total	23

Fuente: Datos obtenidos por los propios investigadores mediante aplicación de cuestionario

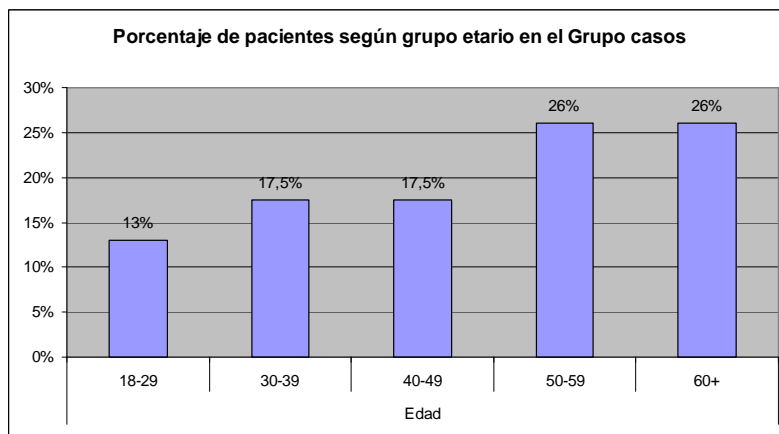
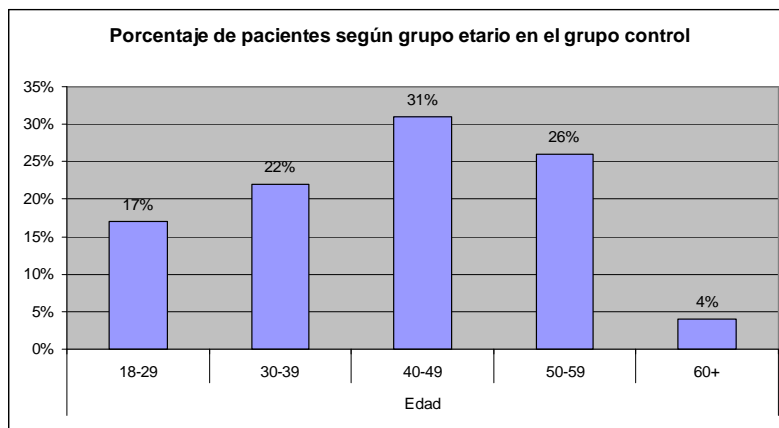


Al comparar los gráficos podemos apreciar que el porcentaje de hombres en el grupo control es de 43% mientras que en el grupo de los casos es de 52%. Por otro lado se observa que el porcentaje de mujeres en el grupo control es de 57% y 48% en el grupo de los casos. Esto denota que el porcentaje en ambos grupos no varía significativamente.

Tabla 2: Distribución de los pacientes internados próximos a ser sometidos a cirugía, en el grupo control y en el grupo casos, según grupos etario. Hospital Enfermeros Argentinos, enero-mayo 2011.

	Control	Casos
Grupo etario	18-29	17%
	30-39	22%
	40-49	31%
	50-59	26%
	60+	4%
		13%
		17,5%
		17,5%
		26%
		26%

Fuente: Datos obtenidos por los propios investigadores mediante aplicación de cuestionario

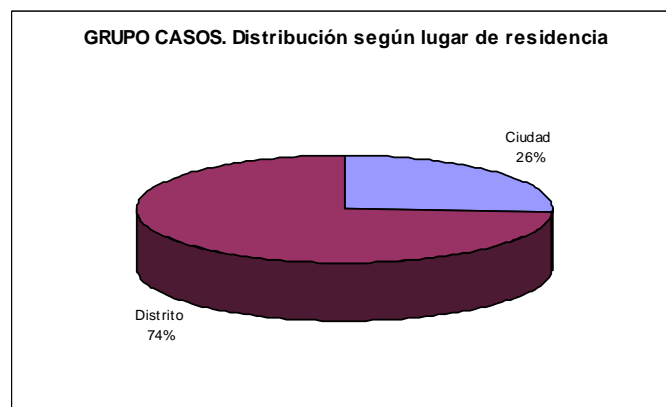
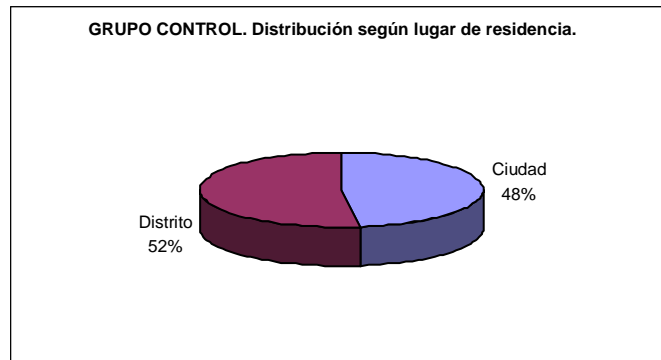


En el grupo control predomina la serie etaria de 40 a 49, sin embargo en el grupo de casos son mayoría los pacientes que se encuentran en el grupo etario que va de los 50 a más de 60 años.

Tabla 3: Distribución de los pacientes internados próximos a ser sometidos a cirugía, en el grupo control y en el grupo casos, según lugar de residencia. Hospital Enfermeros Argentinos, enero-mayo 2011.

Variable	Control		Casos	
Residencia	Ciudad	11	Ciudad	6
	Distrito	12	Distrito	17
	Total	23	Total	23

Fuente: Datos obtenidos por los propios investigadores mediante aplicación de cuestionario

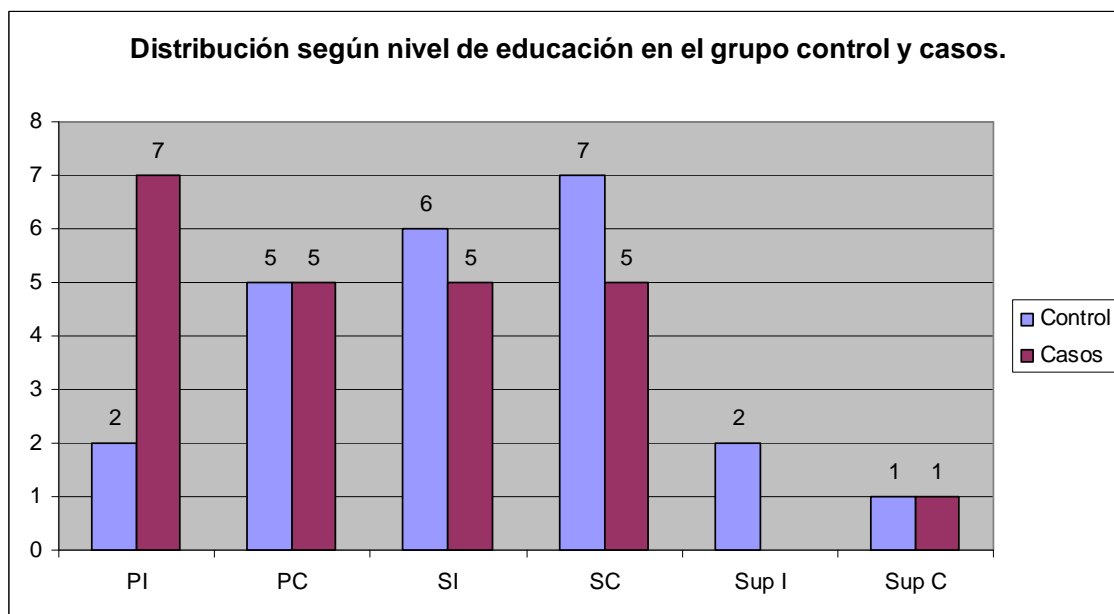


A través de los gráficos se puede observar que el lugar de residencia de los pacientes que serán intervenidos quirúrgicamente, tanto en el grupo control como en el de casos, es superior en la zona de los distritos por sobre la zona de ciudad.

Tabla 4: Distribución de los pacientes internados próximos a ser sometidos a cirugía, en el grupo control y en el grupo casos, según nivel de educación. Hospital Enfermeros Argentinos, enero-mayo 2011.

		Control	Casos
Educación	PI	2	7
	PC	5	5
	SI	6	5
	SC	7	5
	Sup I	2	
	Sup C	1	1
		23	23

Fuente: Datos obtenidos por los propios investigadores mediante aplicación de cuestionario

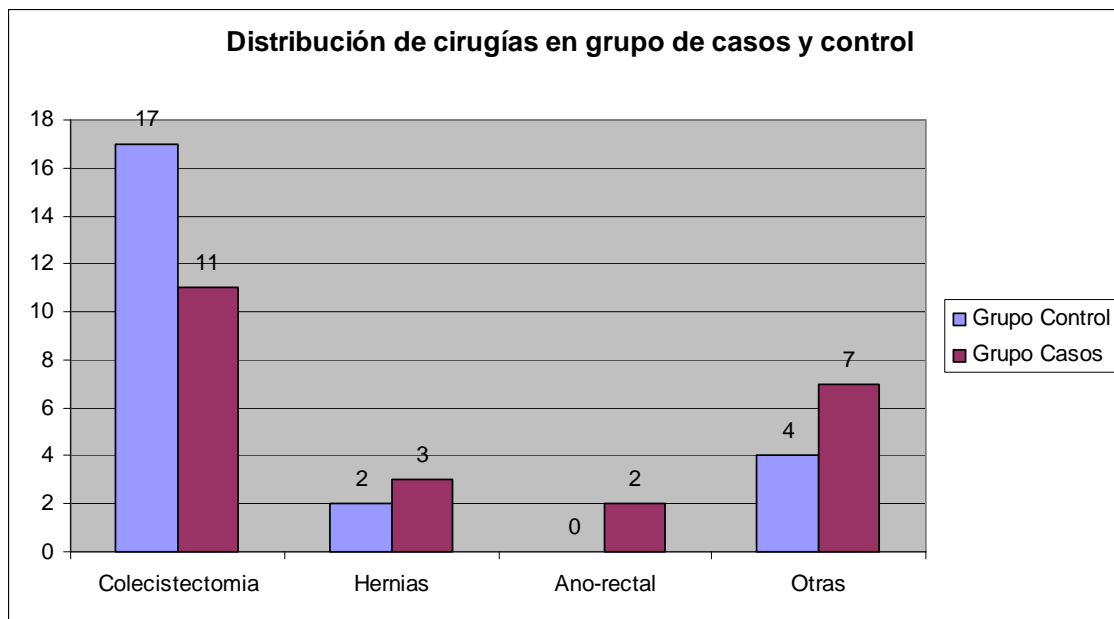


En el gráfico N° 4 se puede observar que el nivel educacional que prevalece en los pacientes que serán intervenidos quirúrgicamente, en el grupo control y el de casos, al menos tienen una educación básica o esencial (PC).

Tabla 5: Distribución de los pacientes internados próximos a ser intervenidos quirúrgicamente, en el grupo control y en el grupo casos, según el tipo de cirugía. Hospital Enfermeros Argentinos, enero-mayo 2011.

		Control	Casos
Tipo de Cirugías	Colecistectomía	17	11
	Hernias	2	3
	Ano-rectal	0	2
	Otras	4	7
	Total	23	23

Fuente: Datos obtenidos por los propios investigadores mediante aplicación de cuestionario

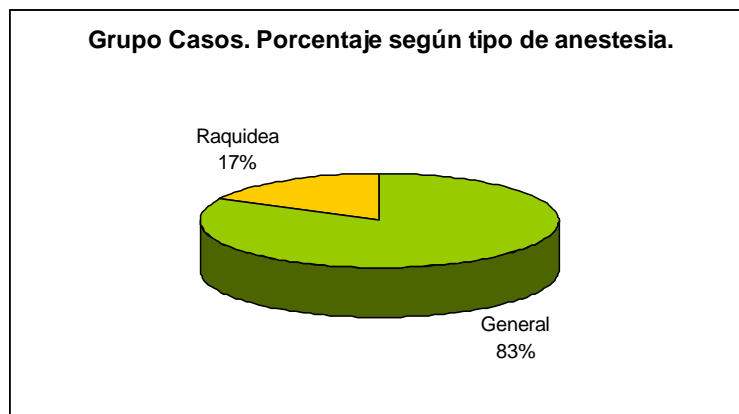
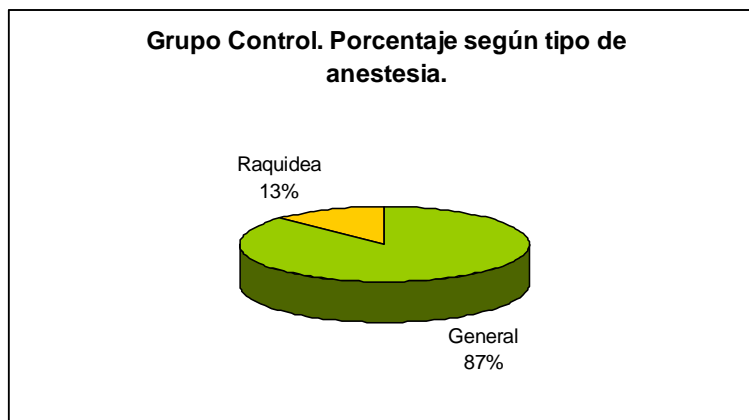


El gráfico comparativo muestra la supremacía de los pacientes con intervención quirúrgica programada del tipo colecistectomía por sobre las cirugías programadas de hernias, ano-réctales y otras.

Tabla 6: Distribución de los pacientes internados próximos a ser intervenidos quirúrgicamente, en el grupo control y en el grupo casos, según el tipo de anestesia. Hospital Enfermeros Argentinos, enero-mayo 2011.

		Control	Casos
Tipo de Anestesia	General	20	19
	Raquídea	3	4
		23	23

Fuente: Datos obtenidos por los propios investigadores mediante aplicación de cuestionario

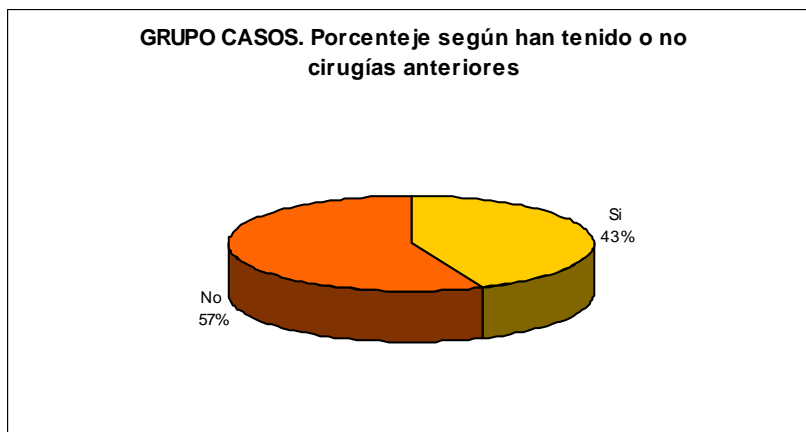
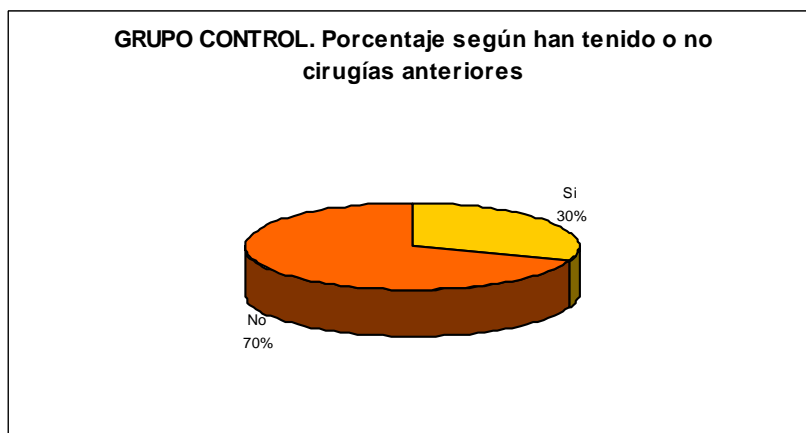


Tanto en el gráfico del grupo control como en el gráfico de casos se puede apreciar que el porcentaje de pacientes con cirugías programadas en las que se utiliza anestesia general, es mayor que el porcentaje de pacientes con cirugías programadas en las que se utiliza anestesia raquídea.

Tabla 7: Distribución de los pacientes internados próximos a ser intervenidos quirúrgicamente, en el grupo control y en el grupo casos, según antecedentes de cirugías. Hospital Enfermeros Argentinos, enero-mayo 2011.

		Casos	Control
Cirugías Anteriores	Si	7	10
	No	16	13
		23	23

Fuente: Datos obtenidos por los propios investigadores mediante aplicación de cuestionario



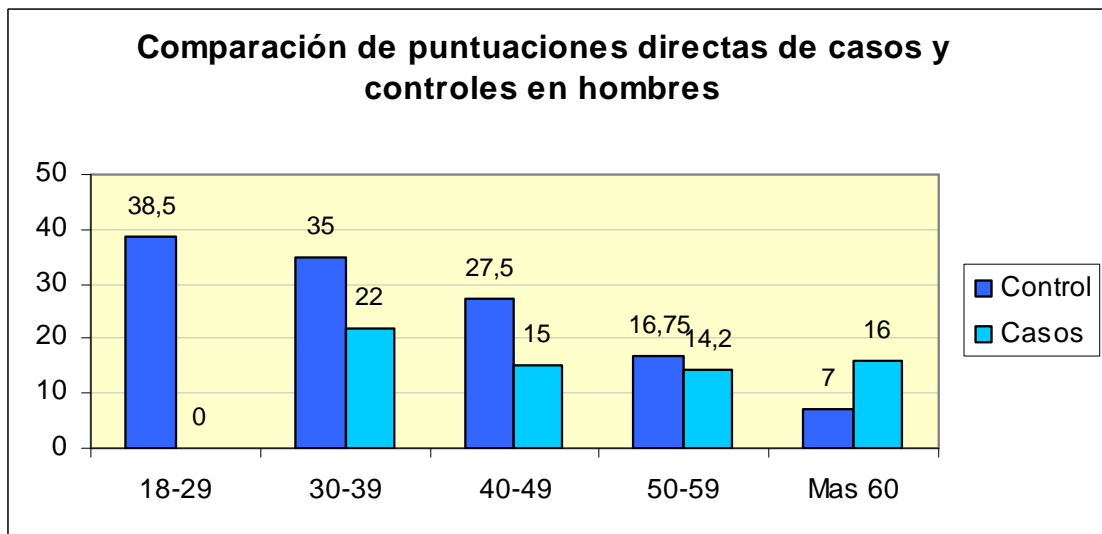
El porcentaje de pacientes con cirugías programadas, del grupo control, que ha tenido anteriormente intervenciones quirúrgicas equivale al 30% del total mientras que en el grupo casos es del 43% del total. Por lo tanto podemos decir que menos del 50% ha tenido antecedentes de cirugías.

Tablas y gráficos sobre los resultados

Tabla Nº 8: Promedios de las puntuaciones directas de Ansiedad Estado (A-E) en hombres, en Controles y Casos, según grupo etario. Hospital Enfermeros Argentinos, enero-mayo 2011.

Grupo Etario	Hombres	
	Control	Casos
18-29	38,5	0
30-39	35	22
40-49	27,5	15
50-59	16,75	14,2
Mas 60	7	16

Fuente: Datos obtenidos por los propios investigadores mediante aplicación de cuestionario

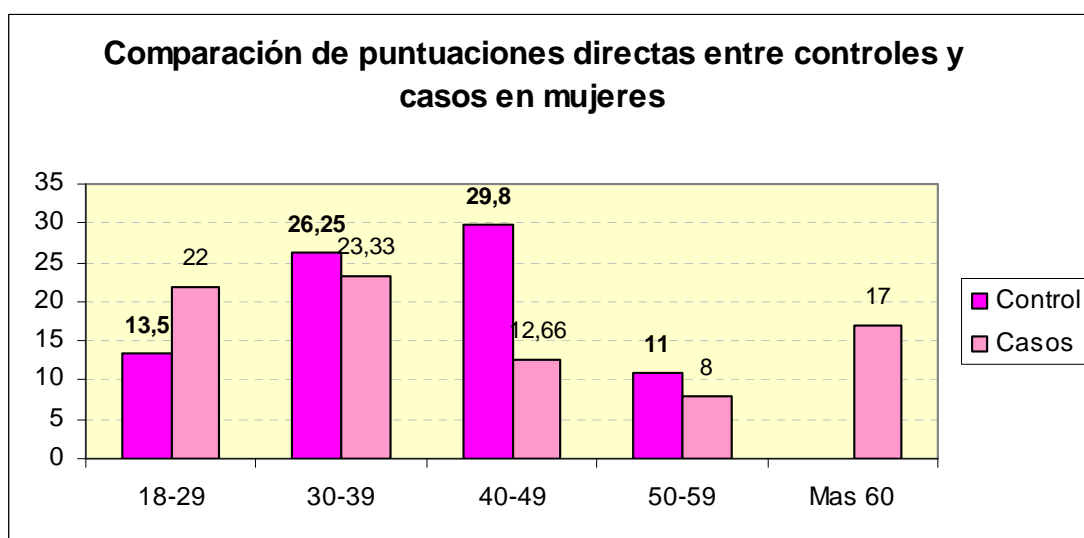


El gráfico muestra que el promedio de las puntuaciones de A-E en los hombres es mayor en el grupo control que en el de casos, fundamentalmente en los grupos etarios comprendidos entre 30-39 y 40-49 años. Mientras que en el grupo etario de mas de 60 años es lo contrario.

Tabla Nº 9: Promedios de las puntuaciones directas de Ansiedad Estado (A-E) en mujeres, en Controles y Casos, según grupo etario. Hospital Enfermeros Argentinos, enero-mayo 2011.

Grupo Etario	Mujeres	
	Control	Casos
18-29	13,5	22
30-39	26,25	23,33
40-49	29,8	12,66
50-59	11	8
Mas 60		17

Fuente: Datos obtenidos por los propios investigadores mediante aplicación de cuestionario

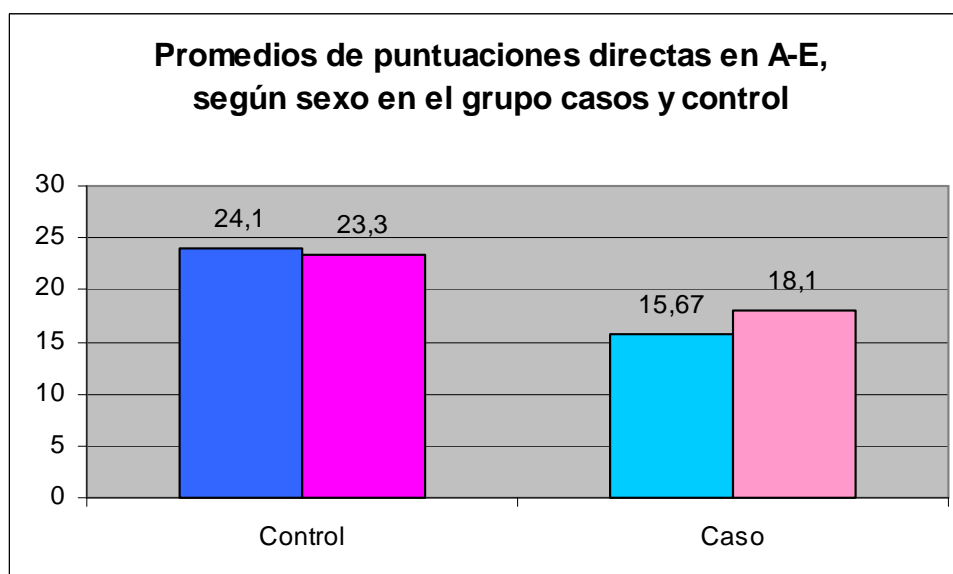


El gráfico comparativo muestra que el promedio de las puntuaciones de A-E en las mujeres es mayor en el grupo control que en el de casos, y se destaca en el grupo etario comprendido entre 40-49 años. Mientras que en el grupo etario de 18-29 años se observa una puntuación mayor en el grupo de casos.

Tabla Nº 10: Promedios de las puntuaciones directas de Ansiedad Estado (A-E), en Controles y Casos, según sexo. Hospital Enfermeros Argentinos, enero-mayo 2011.

Hombres y Mujeres		
	A-E	
Control	24,1	23,3
Caso	15,67	18,1

Fuente: Datos obtenidos por los propios investigadores mediante aplicación de cuestionario

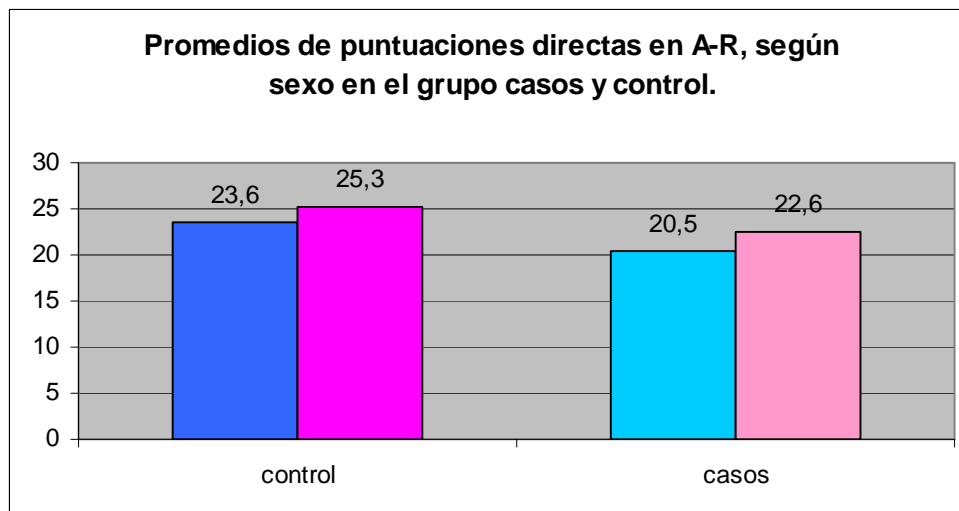


El promedio de la puntuación directa de A-E del grupo control, tanto en hombres como mujeres, es notoriamente superior a la puntuación del grupo casos.

Tabla N° 11: Promedios de las puntuaciones directas de Ansiedad Rasgo (A-R), en Controles y Casos, según sexo. Hospital Enfermeros Argentinos, enero-mayo 2011

Hombres y Mujeres		
	A-R	
Control	23,6	25,3
Casos	20,5	22,6

Fuente: Datos obtenidos por los propios investigadores mediante aplicación de cuestionario

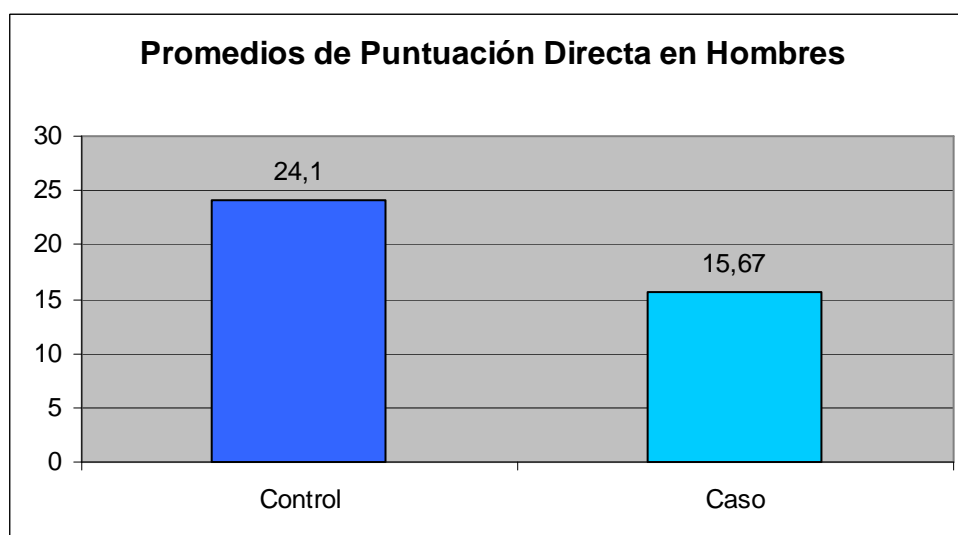


El gráfico comparativo demuestra una mínima diferencia, en el promedio de la puntuación directa de A-R, a favor del grupo control por sobre el de casos, tanto en hombres como mujeres.

Tabla Nº 12: Promedios de las puntuaciones directas de Ansiedad Estado (A-E), en Controles y Casos, en hombres. Hospital Enfermeros Argentinos, enero-mayo 2011.

Hombres	
	A-E
Control	24,1
Caso	15,67

Fuente: Datos obtenidos por los propios investigadores mediante aplicación de cuestionario

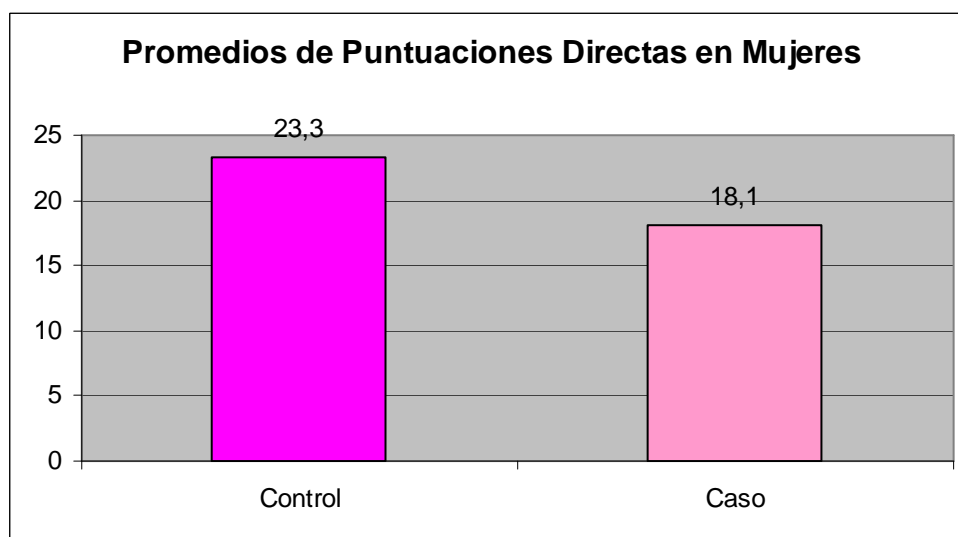


A través del grafico se puede observar con claridad la superioridad existente del promedio de la puntuación directa de A-E del grupo control en hombres con respecto del grupo casos.

Tabla Nº 13: Promedios de las puntuaciones directas de Ansiedad Estado (A-E), en Controles y Casos, en mujeres. Hospital Enfermeros Argentinos, enero-mayo 2011.

Mujeres	
	A-E
Control	23,3
Caso	18,1

Fuente: Datos obtenidos por los propios investigadores mediante aplicación de cuestionario

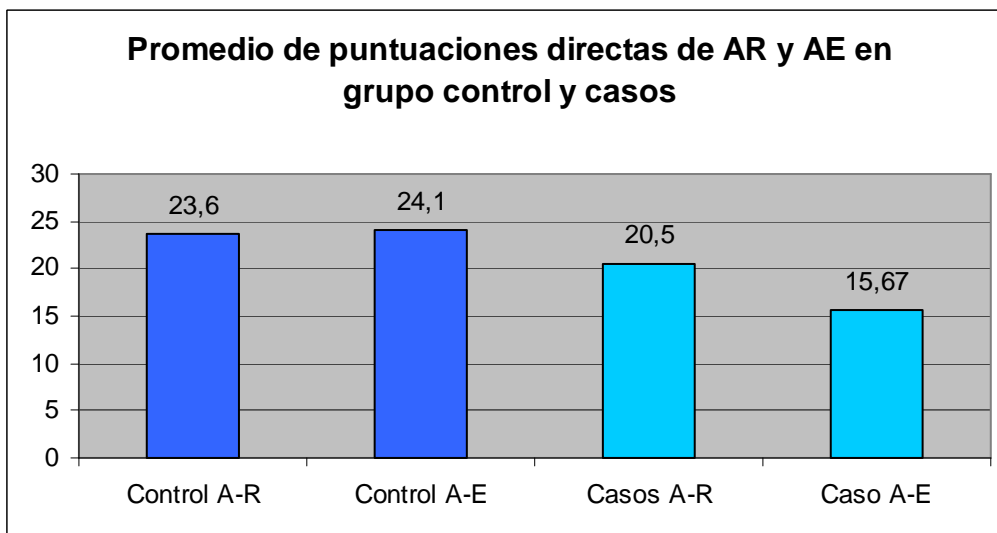


A través del gráfico se puede observar con claridad la superioridad existente del promedio de la puntuación directa de A-E del grupo control en mujeres con respecto del grupo casos.

Tabla Nº 14: Promedios de las puntuaciones directas de Ansiedad Rasgo y Ansiedad Estado, en Controles y Casos, en hombres. Hospital Enfermeros Argentinos, enero-mayo 2011.

Hombres	
Control A-R	23,6
Control A-E	24,1
Casos A-R	20,5
Caso A-E	15,67

Fuente: Datos obtenidos por los propios investigadores mediante aplicación de cuestionario

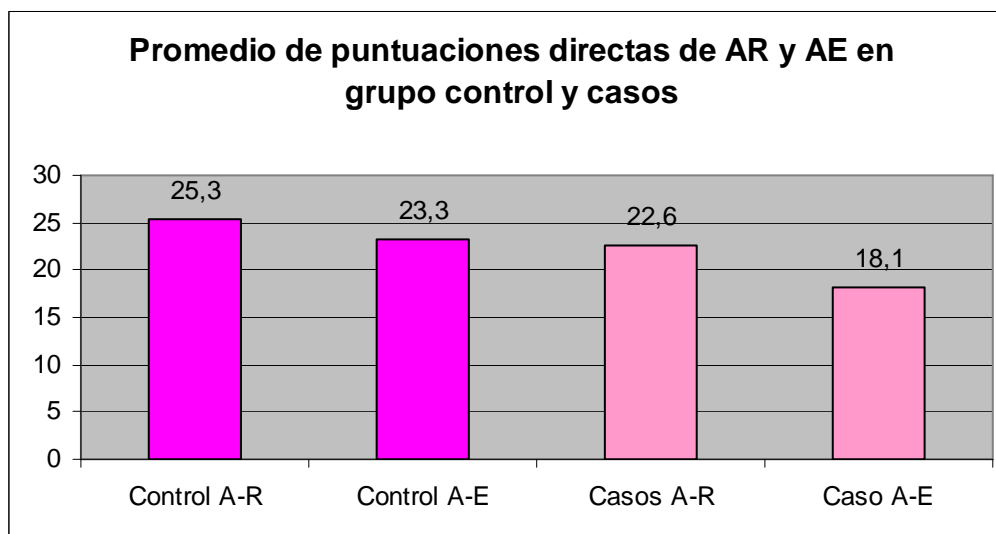


En el gráfico se advierte que en el grupo control hombres el promedio de puntuación A-E aumento en consideración a la puntuación A-R. Por otro lado se observa que en el grupo casos hombres el promedio de puntuación A-E disminuyo considerablemente en comparación a la puntuación A-R.

Tabla Nº 15: Promedios de las puntuaciones directas de Ansiedad Rasgo y Ansiedad Estado, en Controles y Casos, en mujeres. Hospital Enfermeros Argentinos, enero-mayo 2011.

Mujeres	
Control A-R	25,3
Control A-E	23,3
Casos A-R	22,6
Caso A-E	18,1

Fuente: Datos obtenidos por los propios investigadores mediante aplicación de cuestionario



En el gráfico se advierte que en el grupo control mujeres el promedio de puntuación A-E disminuyó en consideración a la puntuación A-R. Por otro lado se observa que en el grupo casos mujeres el promedio de puntuación A-E disminuyó considerablemente en comparación a la puntuación A-R.

Resultados

Los resultados obtenidos en el grupo muestral estudiado denotan que el porcentaje según sexo, en ambos grupos, no varía significativamente. Con respecto a los grupos etarios, en el grupo control predomina la serie etaria de 40 a 49, sin embargo en el grupo casos son mayoría los pacientes que se encuentran en el grupo que va de los 50 a más de 60 años.

El lugar de residencia de los pacientes que serán intervenidos quirúrgicamente, tanto en el grupo control como en el de casos, es superior en la zona de los distritos por sobre la zona de ciudad, y que al menos tienen una educación básica o esencial (PC).

Existe una prevaencia de los pacientes con intervención quirúrgica programada del tipo colecistectomía por sobre las cirugías programadas de hernias, ano-réctales y otras. Además se puede apreciar que el porcentaje de pacientes con cirugías programadas en las que se utiliza anestesia general, es mayor que el de los pacientes con asistencia quirúrgica en las que se utiliza anestesia raquídea.

Menos del 50% de los pacientes de la muestra ha tenido antecedentes de cirugías.

El promedio de las puntuaciones de A-E en los hombres es mayor en el grupo control que en el de casos, fundamentalmente en los grupos etarios comprendidos entre 30-39 y 40-49 años. De la misma manera en el grupo de las mujeres el promedio de las puntuaciones de A-E es mayor en el grupo control que en el de casos y se destaca en el grupo etario comprendido entre 40-49 años. Sin embargo en el grupo etario de 18-29 años se observa una puntuación mayor en el grupo de casos.

En general el promedio de la puntuación directa de A-E del grupo control, tanto en hombres como mujeres, es notoriamente superior a la puntuación del grupo casos.

Con respecto a la ansiedad rasgo (A-R) se observa, tanto en hombres como mujeres, una mínima diferencia en el promedio de la puntuación directa a favor del grupo control por sobre el de casos.

En el grupo de los hombres control el promedio de puntuación A-E aumento en consideración a la puntuación A-R. Lo contrario en el grupo casos que el promedio de puntuación A-E disminuyó considerablemente en comparación a la puntuación A-R.

Por otro lado se observa que en el grupo control mujeres el promedio de puntuación A-E disminuyo en comparación a la puntuación A-R. Mientras que en el grupo casos el promedio de puntuación A-E también disminuyó, pero de forma notable, en comparación a la puntuación A-R.

Los diferentes resultados obtenidos en este estudio nos indican que el método de facilitar información mediante folletos escritos es apropiado.

Cuando comparamos los pacientes que recibieron información a través del folleto con aquéllos que sólo fueron informados por el método tradicional comprobamos, en concordancia con nuestra hipótesis, que los pacientes que recibieron el folleto están más satisfechos y menos ansiosos que aquellos que fueron informados sólo por el método tradicional.

Los resultados logrados al comparar el grupo experimental con el control respecto a la ansiedad prequirúrgica indican que los pacientes que han recibido el folleto están menos ansiosos que el grupo control. Esta diferencia alcanza la significación estadística cuando la ansiedad se evalúa con el Cuestionario autoaplicable de STAI adaptación española de 1982. Escala de ansiedad estado-rasgo Stai ("State-Trait Anxiety Inventory") de C. D. Spielberger, R. L. Gorsuch y r. E. Lushore.

Conclusiones

Al comparar los pacientes del grupo casos que recibieron información a través del folleto informativo con aquellos pacientes del grupo control que sólo fueron informados por el método tradicional comprobamos, en concordancia con nuestra hipótesis, que los pacientes que recibieron el folleto están más satisfechos y menos ansiosos que aquéllos que fueron informados sólo por el método tradicional.

La hipótesis planteada en el presente trabajo se ha podido corroborar y documentar afirmando que metodológicamente la ansiedad bajó. El estudio entonces es válido y confiable, pues se ha podido verificar.

Por estas razones y por lo poco costoso que resulta incluir este método en la rutina hospitalaria, creemos que es sumamente recomendable la utilización de folletos informativos.

Es un instrumento económico y forma parte de la prevención primaria. Brinda varias ventajas, beneficia al enfermero/a debido a que mejora la calidad de atención y permite optimizar el tiempo de atención al paciente (se entrega el folleto informativo en el momento de la internación y luego a la tarde se aclaran las dudas). También beneficia a la institución por la misma razón en la que se ve reflejada la participación de enfermería, mostrando de esta manera una mayor satisfacción del usuario de los servicios del hospital.

En cuanto a la viabilidad no se requiere de tiempo adicional para el personal de enfermería, no genera grandes gastos económicos para la institución ya que se recurre al conocimiento y experiencia de los enfermeros/as y en caso de situaciones más graves (ansiedad patológica) se podrá recurrir al equipo de psicólogos de la institución.

Por otro lado, este trabajo también brinda aportes a otros estudios sobre la misma temática.

Es por ello que si nuestro deseo es aumentar la satisfacción de los pacientes y disminuir su ansiedad prequirúrgica, los folletos informativos son sumamente recomendables.

En resumen se puede decir que el resultado de esta investigación aporta grandes beneficios. En primer lugar, a los pacientes, ya que les brinda un mínimo de conocimientos con respecto a los temas que, según algunos estudios, generan mayor inquietud. En segundo lugar al personal de enfermería ya que mejora la calidad de atención y permite optimizar el tiempo de atención al paciente. Por último beneficia a la institución permitiéndole mejorar la prestación de servicios a la comunidad.

Recomendaciones

- Adaptar la información para pacientes que no saben leer ni escribir o que tengan alguna dificultad visual. (Realizar un video audiovisual informativo).
- Ampliar el estudio y la muestra para disminuir el margen de error.
- Extender la entrega de folletos a todos los pacientes sometidos a una cirugía (traumatología, ginecología, etc).
- Capacitar a los profesionales de enfermería para que puedan aclarar las dudas de los pacientes de la mejor manera.
- Personalizar la información. Adaptarla a la necesidad del paciente.
- Crear un equipo interdisciplinario (Enfermero, médico y psicólogo) para realizar profilaxis prequirúrgica.

APÉNDICE Y ANEXOS

BAREMOS STAI Puntuaciones directas					
Centiles	ADULTOS				Decápitos
	Varón		Mujer		
	Estado	Rasgo	Estado	Rasgo	
99	47-60	46-60	54-60	49-60	10
97	43	39-40	49	45	9
96	42	38	48	44	9
95	40-41	37	47	43	9
90	37	33	41	40	8
89	36	32	40	39	8
85	33	29	37	37	8
80	30	27	34	34	7
77	29	26	32	33	7
75	28	25	31	32	7
70	25	24	29	30	7
65	23	23	26	29	6
60	21	21	24	27	6
55	20	20	23	26	6
50	19	19	21	24	6
45	18	18	19	23	5
40	16	17	18	21	5
35	15	16	17	20	5
30	-	15	16	18	4
25	14	14	15	17	4
23	13	-	14	-	4
20	12	13	13	16	4
15	10	11	12	14	3
11	9	10	11	13	3
10	8	9	10	12	3
5	6	8	7	11	2
4	5	7	6	10	2
1	0-2	0-4	0-2	0-7	1
N	295	318	295	387	N
Media	20,54	20,19	23,3	24,99	Media
D. Típica	10,56	9,1	8,89	10,05	D. Típica

Cuestionario autoaplicable de STAI Ansiedad-Estado

Nombre o Apodo: **Sexo:** **Fecha de Nac. :**/...../.....

Domicilio: **Estado Civil:**.....

Ocupación/Profesión:

Nivel escolaridad: Prim Compl/Incomp. - Sec Compl/Incomp - Superior o Univ. Compl/Incomp.

Cirugías Anteriores: **Cuales:**

INSTRUCCIONES A-E

Lea cada frase y señale la puntuación 0 a 3 que indique mejor **como se SIENTE USTED AHORA MISMO**, en este momento. No hay respuestas buenas ni malas. No emplee demasiado tiempo en cada frase y conteste señalando la respuesta que mejor describa su situación presente

		Nada	Algo	Bastante	Mucho
1	Me siento calmado	0	1	2	3
2	Me siento seguro	0	1	2	3
3	Me siento tenso	0	1	2	3
4	Estoy contrariado	0	1	2	3
5	Me siento a gusto	0	1	2	3
6	Me siento alterado	0	1	2	3
7	Estoy preocupado ahora por posibles desgracias futuras	0	1	2	3
8	Me siento descansado	0	1	2	3
9	Me siento angustiado	0	1	2	3
10	Me siento confortable	0	1	2	3
11	Tengo confianza en mi mismo	0	1	2	3
12	Me siento nervioso	0	1	2	3
13	Estoy desosegado	0	1	2	3
14	Me siento muy atado	0	1	2	3
15	Estoy relajado	0	1	2	3
16	Me siento satisfecho	0	1	2	3
17	Estoy preocupado	0	1	2	3
18	Me siento aturdido	0	1	2	3
19	Me siento alegre	0	1	2	3
20	En este momento me siento bien	0	1	2	3
COMPRUEBE SI HA CONTESTADO A TODAS LAS FRASES CON UNA SOLA RESPUESTA					

Cuestionario autoaplicable de STAI Ansiedad-Rasgo

Lea cada frase y señale la puntuación 0 a 3 que indique mejor **como se SIENTE USTED EN GENERAL, en la mayoría de las ocasiones**. No hay respuestas buenas ni malas. No emplee demasiado tiempo en cada frase y conteste señalando la respuesta que mejor describa como se siente usted generalmente

		Casi Nunca	A veces	A Menudo	Casi Siempre
21	Me siento bien	0	1	2	3
22	Me canso rápidamente	0	1	2	3
23	Siento ganas de llorar	0	1	2	3
24	Me gustaría ser tan feliz como otros	0	1	2	3
25	Pierdo oportunidades por no decidirme rápido	0	1	2	3
26	Me siento descansado	0	1	2	3
27	Soy una persona tranquila, serena y sosegada	0	1	2	3
28	Veo que las dificultades se amontonan y no puedo con ellas	0	1	2	3
29	Me preocupo demasiado por cosas sin importancia	0	1	2	3
30	Soy feliz	0	1	2	3
31	Suelo hacer las cosas demasiado seriamente	0	1	2	3
32	Me falta confianza en mi mismo	0	1	2	3
33	Me siento seguro	0	1	2	3
34	No suelo afrontar las crisis o las dificultades/evito enfrentar a las crisis y dificultades	0	1	2	3
35	Me siento triste (melancólico)	0	1	2	3
36	Estoy satisfecho	0	1	2	3
37	Me rondan y molestan pensamientos sin importancia	0	1	2	3
38	Me afectan tanto los desengaños que no puedo olvidarlos	0	1	2	3
39	Soy una persona estable	0	1	2	3
40	Cuando pienso sobre asuntos y preocupaciones actuales, me pongo tenso y agitado	0	1	2	3
COMPRUEBE SI HA CONTESTADO A TODAS LAS FRASES CON UNA SOLA RESPUESTA					

Referencias Bibliográficas

- 1) BARSANTI, S. Aspectos psicológicos en niño frente a una cirugía. Modulación de la Ansiedad. Departamento de Docencia e Investigación del Hospital Nacional de Pediatría "Dr. Juan P. Garrahan". Junio 1999 a Mayo 2001.)
- 2) BARRILERO GOMEZ, José Alberto y otros. Ansiedad y cirugía. Repercusiones en el paciente sometido a cirugía programada.
- 3) GAVITO, María del Carmen y otros. La información anestésica quirúrgica: su efecto sobre la ansiedad y el dolor de los pacientes toracotomizados Vol. 13, No. 3 Julio - septiembre 2000.
- 4) Gálvez Toro A, Bonill de la Nieves C, Torres Luzón C, Rodríguez Bailón M, Ayudarte Larios ML. Experiencia sobre la visita prequirúrgica: una revisión de evidencias. Evidentia 2006 mar-abr; 3(8). En: <http://www.index-f.com/evidentia/n8/213articulo.php> [ISSN: 1697-638X].
- 5) CHOCARRO GONZALES, Lourdes. Procedimientos y cuidados de enfermería médico-quirúrgica. Capítulo 1. Cuidados preoperatorios. 3ª. edición. Editorial Elsevier. 2006
- 6) SIERRA, J.C., ORTEGA, V. y otros. Ansiedad, Angustia y Estrés: tres conceptos a diferenciar. En Revista Mal Estar e Subjetividades. Vol 3 N° 1. Marzo 2003. Versión impresa ISSN 1518-6148.
- 7) MIGUEL TOBAL, J.J. *Evaluación de respuestas cognitivas, fisiológicas y motoras de ansiedad. Elaboración de un instrumento de medida*. Madrid: Editorial de la Universidad Complutense. 1985.
- 8) Giacomantone, E. y Mejía, A. Estrés preoperatorio y riesgo quirúrgico. El impacto emocional de la cirugía. Buenos, Aires, Paidós, 1997.