

UNIVERSIDAD ABIERTA INTERAMERICANA  
Facultad de Psicología y Relaciones Humanas



Tesis de Grado

Ansiedad Estado y Ansiedad Preoperatoria en Pacientes del  
Hospital Universitario

Tesista: Pandolfi, Nicolás

Tutor: Dr Prof Cavagña, Alejandro

Co- Tutora: Lic. Prof Di Puglia, Gabriela

Título a obtener: Licenciatura en Psicología

Sede: Centro

Turno: Tarde

## **AGRADECIMIENTOS**

Tantos años de esfuerzo y dedicación en mi carrera no hubiesen sido posibles sin el apoyo y confianza de mi familia y amigos.

Agradezco enormemente a mis padres que me acompañaron en todo momento.

A mi pareja y Bianca que fueron mi sostén y el apoyo incondicional que me brindaron.

A mis compañeros de la universidad que me facilitaron herramientas y acompañamiento para este designio.

A todos los profesores de la licenciatura en psicología de la Universidad Abierta Interamericana por su compromiso e intelectualidad con la profesión.

A mis tutores por su acompañamiento y colaboración.

A los pacientes del Hospital Universitario por su colaboración de manera anónima, confidencial y voluntaria.

Pandolfi Nicolás

### **Resumen**

El objetivo de la presente tesis consistió en evaluar la ansiedad estado y ansiedad preoperatoria en pacientes del hospital universitario. Para ello se realizó un diseño cuantitativo, transversal, descriptivo y correlacional, se tomó un muestreo no probabilístico intencional de alrededor de 60 pacientes mayores de 18 años de ambos géneros que fueron sometidos a cirugía electiva. La técnica que se utilizó para evaluar la ansiedad estado fue el Cuestionario de ansiedad estado-rasgo (stai), en su adaptación al castellano (Spielberger et al., 1970). El instrumento para medir la ansiedad preoperatoria fue la escala de ansiedad e información preoperatoria de Amsterdam (Moerman, et al., 1996 adaptación mexicana: Méndez-Meneses et al., 2019). Se administró un cuestionario sociodemográfico ad hoc, los cuestionarios fueron entregados a los pacientes de manera presencial dentro de las 24 hs previo a la intervención quirúrgica. Los datos se analizaron con el programa SPSS en su versión 22. Conclusiones: Los pacientes preoperatorios obtuvieron un nivel de ansiedad estado y ansiedad preoperatoria elevadas, correlaciones significativas y directas entre ambas variables y las mujeres tienen mayor prevalencia de ansiedad que los hombres.

Palabras clave: (ansiedad preoperatoria- pacientes del hospital universitario-ansiedad estado)

## State Anxiety and Preoperative Anxiety in university hospital patients

Pandolfi Nicolás

### **Abstract**

The objective of this thesis was to evaluate state anxiety and preoperative anxiety in university hospital patients. For this, a quantitative, cross-sectional, descriptive and correlational design was carried out, an intentional non-probabilistic sampling was taken of around 60 patients over 18 years of age of both genders who underwent elective surgery. The technique used to evaluate state anxiety was the state-trait anxiety questionnaire (stai), in its adaptation to Spanish (Spielberger et al., 1970). The instrument to measure preoperative anxiety was the Amsterdam Preoperative Anxiety and Information Scale (Moerman, et al., 1996 Mexican adaptation: Méndez-Meneses et al., 2019). An ad hoc sociodemographic questionnaire was administered; the questionnaires were delivered to the patients in person within 24 hours prior to the surgical intervention. The data were analyzed with the SPSS program in version 22. Conclusions: preoperative patients obtained a high level of state anxiety and preoperative anxiety, significant and direct correlations between both variables and women have a higher prevalence of anxiety than men.

Keywords: ( Preoperative anxiety- university hospital patients- State anxiety)

## Indice general

|                                                       |    |
|-------------------------------------------------------|----|
| AGRADECIMIENTOS .....                                 | 2  |
| Resumen.....                                          | 3  |
| Abstract .....                                        | 4  |
| Capítulo 1 .....                                      | 7  |
| 1. Introducción .....                                 | 7  |
| 1.2 Objetivos .....                                   | 10 |
| 1.2.1 <i>Objetivo general</i> .....                   | 10 |
| 1.2.2 <i>Objetivos específicos</i> .....              | 11 |
| 1.3 Hipótesis.....                                    | 11 |
| <b>1.3.1 Hipótesis General</b> .....                  | 11 |
| <b>1.3.2 Hipótesis Específicas</b> .....              | 11 |
| <b>1.4 Relevancia</b> .....                           | 11 |
| <b>1.4.1 Relevancia Teórica</b> .....                 | 11 |
| <b>1.4.2 Relevancia Práctica</b> .....                | 11 |
| <b>1.4.3 Relevancia social</b> .....                  | 11 |
| Capítulo 2 .....                                      | 13 |
| 2. Marco Teórico .....                                | 13 |
| 2.1 Ansiedad.....                                     | 14 |
| 2.1.1 <i>Definiciones</i> .....                       | 14 |
| 2.1.2 <i>Ansiedad estado-rasgo de Spielberg</i> ..... | 15 |
| 2.1.3 <i>Ansiedad preoperatoria</i> .....             | 16 |
| 2.2 La cirugía .....                                  | 17 |
| <b>2.2.1 Tipos de cirugías</b> .....                  | 18 |
| <b>2.2.2 Ramas de la cirugía</b> .....                | 18 |
| 2.3 La anestesia.....                                 | 19 |
| 2.3.1 <i>Anestesia y ansiedad</i> .....               | 20 |
| 2.4 Pacientes.....                                    | 20 |
| <b>2.4.1 Relación Médico-Pacientes</b> .....          | 21 |
| <b>2.4.2 Exámen preoperatorio</b> .....               | 21 |
| 2.5 Estado del arte .....                             | 22 |

|                                                                                                        |    |
|--------------------------------------------------------------------------------------------------------|----|
| Capítulo 3 .....                                                                                       | 25 |
| 3. Metodología .....                                                                                   | 26 |
| 3.1 Diseño .....                                                                                       | 26 |
| 3.2 Población.....                                                                                     | 26 |
| 3.3 Muestra.....                                                                                       | 26 |
| 3.4 Criterios de inclusión .....                                                                       | 26 |
| 3.5 Criterios de exclusión.....                                                                        | 26 |
| 3.6 Instrumentos .....                                                                                 | 27 |
| 3.6.1 <i>Cuestionario de Ansiedad Estado-Rasgo (stai)</i> .....                                        | 27 |
| 3.6.2 <i>Escala de ansiedad e información preoperatoria de Amsterdam (apais)</i> .....                 | 27 |
| 3.7 Procedimiento .....                                                                                | 28 |
| Capítulo 4.....                                                                                        | 29 |
| 4 Resultados .....                                                                                     | 30 |
| 4.1 Análisis de resultados.....                                                                        | 30 |
| 4.2 Caracterización de la muestra .....                                                                | 30 |
| 4.3 Descripción de las variables.....                                                                  | 32 |
| 4.3.1 <i>Estadísticas de las variables sociodemográficas</i> .....                                     | 32 |
| 4.3.2 <i>Estadísticas de las variables ansiedad estado y ansiedad preoperatoria de Amsterdam</i> ..... | 33 |
| 4.4 Correlación de variables.....                                                                      | 34 |
| 4.4 Análisis de comparación de variables .....                                                         | 34 |
| Capítulo 5 .....                                                                                       | 36 |
| 5 Conclusión y Discusión .....                                                                         | 37 |
| 6 Referencias .....                                                                                    | 40 |
| 7 Anexos .....                                                                                         | 45 |
| 1 Cuestionario socio-demográficos.....                                                                 | 45 |
| <b>2 Cuestionario de Ansiedad Estado-Rasgo</b> .....                                                   | 46 |
| <b>3 Escala de ansiedad e información preoperatoria de Amsterdam</b> .....                             | 49 |
| 4 Carta de consentimiento informado. ....                                                              | 50 |

# Capítulo 1

## **1. Introducción**

Con el presente trabajo se pretendió describir y medir los niveles de ansiedad estado y ansiedad preoperatoria que presentan los pacientes para cirugías programadas del Hospital Universitario ubicado en Capital federal.

Según la Organización Mundial de la Salud (2011) se estima que en todo el mundo anualmente más de 63 millones de pacientes se someten a cirugía, se llevan a cabo aproximadamente 234 millones de actos quirúrgicos, entre las que se destacan son por lesiones traumáticas, complicaciones relacionadas con el embarazo, por problemas oncológicos y por patologías diversas, se considera que del 50 al 75% desarrollan algún grado de ansiedad durante el periodo preoperatorio; es decir, de 31,5 a 47,25 millones de pacientes sufren ansiedad antes de someterse a cirugía. Por otra parte Jaimes et. al. (2015) enuncia que los pacientes que van hacer sometidos a una cirugía acuden a un quirófano con una carencia de información y poco conocimiento sobre el proceso quirúrgico, aquí surgen en los pacientes necesidades físicas y emocionales ya que enfrenta situaciones desconocidas que también pueden implicar riesgos para su vida, llevando una gran carga de ansiedad en el paciente.

La ansiedad es un sistema complejo de respuesta conductual, fisiológica, afectiva y cognitiva, a modo de amenaza, que se activa al anticipar sucesos o circunstancias que se juzgan como muy aversivas porque se perciben como acontecimientos imprevisibles, incontrolables que potencialmente podrían amenazar los intereses vitales de un individuo (Beck y Clarck, 2010). Se logran distinguir diferentes niveles de ansiedad, leve la persona se encuentra en estado de alerta y domina la situación, moderada la persona tiene consecuencia fisiológicas, frecuente respiración entrecortada, tensión arterial elevada, , dificultad de dormir o relajarse y la grave la persona es incapaz de analizar lo que le sucede, aumenta a nivel neurovegetativo mayor respiración entrecortada, sensación de ahogo o sofocación, movimientos involuntarios o temblor corporal, expresión facial de terror, hipertensión arterial (Ruiz y Lago, 2005).

La ansiedad preoperatoria se define como una condición emocional transitoria con sentimientos de tensión, aprehensión, nerviosismo, temor y elevada actividad del sistema nervioso autónomo, pudiendo variar tanto en el tiempo como en la intensidad (Figuerola y Ramos, 2017). La ansiedad preoperatoria está asociada a mayor frecuencia de accidentes anestésicos, mayor vulnerabilidad a las infecciones, mayor estadía hospitalaria, y mayores niveles de dolor posoperatorio (Perez et al., 2000).



Los procesos quirúrgicos son un ámbito desconocido para el paciente que desencadenan una serie de reacciones cognitivas, emocionales y físicas antes, durante y después del procedimiento, que pueden aumentar los niveles de ansiedad y podrían, incluso, influir en el proceso de recuperación de los pacientes que son sometidos a cirugías (Quintero et al., 2017). La cirugía se encuentra entre los acontecimientos más estresantes para los seres humanos obliga a hacer importantes adaptaciones físicas y psicológicas.

Es importante el estado psicológico prequirúrgico en especial la ansiedad que incide en la recuperación postquirúrgica, es primordial el control del nivel de ansiedad preoperatorio que permite disminuir la incidencia de inestabilidad cardiovascular y arritmias cardíacas durante la anestesia y la cirugía (Carapia-Sadurni et al., 2011).

Es por ello que el objetivo principal del presente trabajo es evaluar la ansiedad estado y ansiedad preoperatoria como también la correlación entre ambas variables en pacientes prequirúrgicos del hospital universitario, la presente investigación pretende tener un alcance para ayudar aquellos pacientes que deben realizarse un procedimiento quirúrgico, con la ayuda de los profesionales disminuir la ansiedad preoperatoria para lograr una mejor evolución postoperatoria, la psicoprofilaxis quirúrgica ha demostrado ser efectiva para disminuir la ansiedad prequirúrgica, la recuperación postoperatoria, reduce los tiempos de estancia hospitalaria y la ingesta de analgésicos (Madrigal et al., 2015).

Una investigación relevante contribuyó a realizar la presente tesis fue la investigación que realizó el equipo de psicoprofilaxis quirúrgicas en el año 2005 en Argentina en la Provincia de Buenos Aires, aplicaron el Inventario de Ansiedad Estado-Rasgo de Spielberger a una población de 64 sujetos de ambos sexos, 32 mujeres y 32 varones afectados por cáncer colorrectal, sometidos a cirugías programadas, los resultados obtenidos fueron que la medida de la ansiedad estado del grupo, muestra una ansiedad estado alta 26 pacientes (40.7%); con ansiedad estado moderada 15 enfermos (23.5%); con ansiedad estado leve / ausente 23 pacientes (36%), es decir, el 64.2% se opera con un estado de ansiedad alto a moderado y sólo un 36% se interviene con niveles leves bajos (Mucci et al., 2005).

Algunos autores evaluaron la ansiedad preoperatoria y encontraron presencia de esta respuesta desde una semana antes del procedimiento, más complicaciones postoperatorias a medio y largo plazo, mayor prevalencia de dolor crónico postoperatorio, mayor tasa de reingresos hospitalarios y menor supervivencia final. (Figuerola y Ramos, 2017).

Cada vez son más numerosos los estudios que muestran que el estado psicológico prequirúrgico en especial la ansiedad, incide en la recuperación posquirúrgica, porque sus procesos para obtener información y prepararse mentalmente están inhibidos. El control de la ansiedad favorece una recuperación más rápida en el postoperatorio (Carrillo y Calle, 2015). La falta de conocimiento de los pacientes sobre la anestesia y el papel del anestesista en sus cuidados puede contribuir a miedos y ansiedades, investigaciones sobre la anestesia han revelado que entre el 5 y el 48% de los pacientes sometidos a cirugías programadas sienten miedo de morir durante la anestesia y/o de despertar durante la anestesia (Jaime et al., 2015). Las investigaciones han demostrado los beneficios de proporcionar información preoperatoria a los pacientes, que incluyen una menor duración de la estadía, una menor demanda de analgesia postoperatoria y una mayor satisfacción del paciente (Garretson, 2004).

Se investigó con la hipótesis de que los pacientes sometidos a cirugía del hospital universitario presentarán un nivel alto de ansiedad estado y ansiedad preoperatoria 24hs previa y hasta 2 horas antes a la intervención quirúrgica y que ambas variables presentarán una correlación positiva.

## **1.2 Objetivos**

### **1.2.1 Objetivo general**

“El objetivo principal del presente trabajo es evaluar la ansiedad estado y ansiedad preoperatoria en pacientes del Hospital Universitario”

### **1.2.2 Objetivos específicos**

1: “Determinar el nivel de ansiedad estado y ansiedad preoperatoria entre pacientes del género masculino y femenino del Hospital Universitario”

2: “Determinar el perfil sociodemográfico de la muestra”

3 “Estudiar la relación entre la ansiedad estado y ansiedad preoperatoria en pacientes del Hospital Universitario”

## **1.3 Hipótesis**

### **1.3.1 Hipótesis General**

H “La hipótesis general que guía este trabajo es que la ansiedad estado y ansiedad preoperatoria de los pacientes del Hospital Universitario serán elevadas”

### **1.3.2 Hipótesis Específicas**

H1 “La ansiedad estado y ansiedad preoperatoria de pacientes del Hospital Universitario en género femenino será más elevado que en el género masculino”

H2 “A mayor ansiedad estado habrá mayor ansiedad preoperatoria”

## **1.4 Relevancia**

### **1.4.1 Relevancia Teórica**

La investigación planteada contribuirá a considerar la ansiedad como un factor significativo en la etapa preoperatoria del paciente.

### **1.4.2 Relevancia Práctica**

Se estima que los resultados hallados en esta investigación sirvan como referencia para otras investigaciones, aportando y coadyuvando a la literatura existente sobre la cuestión, con el designio de prevenir y promover en la ausencia o disminución de la ansiedad ante una intervención quirúrgica y en efecto su mejor evolución posquirúrgica.

### **1.4.3 Relevancia social**

Se busca con los resultados hallados en la investigación contribuya a diseñar modelos de psicoprofilaxis quirúrgica de manera indispensable en los hospitales y clínicas con el designio de disminuir la ansiedad preoperatoria para favorecer la recuperación posoperatoria, reducir la estancia hospitalaria y disminuir la ingesta de analgesicos (Madrigal et al., 2015).

# Capítulo 2

## **2. Marco Teórico**

## **2.1 Ansiedad**

### **2.1.1 Definiciones**

La ansiedad es un vocablo y una expresión que puede escucharse en el uso ordinario de las comunicaciones de las personas, no obstante, es un término y concepto que ha sido definido por diferentes autores en el ámbito de la psicología, psiquiatría y medicina a través de los años.

La palabra ansiedad tiene un antepasado directo en latín, *anxietas*, que refiere a un estado afligido y agitado con sensación de dificultad respiratoria y presión sobre la región precordial (Sarudiansky, 2013). En la misma línea Sierra et al.(2003) consideran a la ansiedad refiriendo un estado de agitación, inquietud o zozobra del ánimo y suponiendo una de las sensaciones más frecuentes del ser humano, siendo ésta una emoción complicada y displacentera que se manifiesta mediante una tensión emocional acompañada de un correlato somático. La ansiedad no es siempre patológica, se considera a la ansiedad normal como una emoción psicobiológica básica adaptativa ante un desafío o peligro futuro cuya función es la de adaptar conductas apropiadas para superar una situación amenazadora para la persona, la diferencia entre la ansiedad normal y la patológica radica principalmente en que la primera produce una sensación de inquietud, desasosiego y la patológica puede llegar a paralizar al individuo (Salaverría et al., 1995). En este mismo camino Ellis y Grieger (1990) menciona dos tipos de ansiedad, la dividen en ansiedad sana que es la simple inquietud y la definen sana porque preserva la vida, mantiene activa y vigilante a la persona sobre los riesgos que enfrenta para sobrevivir, mantiene el control de las emociones y toma precaución, vigilancia y alerta activa ante situaciones y creencias realistas, mientras que la ansiedad malsana es destructiva porque hace que la persona pierda el control sobre sus emociones, la debilita en el logro de sus propósitos y pudiendo enfermar debido a sus propias creencias irracionales.

Otros autores de la psicología cognitiva son Beck y Clark (2012) quienes define a la ansiedad como el producto de un sistema de procesamiento de la información que interpreta una situación como amenazadora para los intereses vitales y para el bienestar del individuo, además al constructo ansiedad lo consideran como un sistema complejo de respuesta conductual, fisiológica, afectiva y cognitiva que se activa al anticipar sucesos o circunstancia que se juzgan como muy aversivas.

Desde la psiquiatría el DSM IV (2002) define a la ansiedad como la anticipación aprensiva de un futuro peligro o adversidad, acompañado por un sentimiento de disforia

o síntomas somáticos de tensión, el foco de peligro anticipado puede ser interno o externo.

Más allá de todas las definiciones generales y globales de la ansiedad este constructo requiere de una definición más específica, la ansiedad no es una sola y de tiempo determinado, según Spielberg et al. (1973) una adecuada definición de la ansiedad debe diferenciarse conceptual y operacionalmente como estado transitorio o como un rasgo relativamente estable de la personalidad.

Para esta tesis el marco teórico más adecuado y el que se va a utilizar para evaluar y describir la ansiedad de los pacientes prequirúrgico cardíacos es la ansiedad estado-rasgo de Spielberg.

### **2.1.2 Ansiedad estado-rasgo de Spielberg**

Spielberg et al. (1973) para diferenciar la ansiedad como concepto unívoco y de una sola dimensión, divide a la ansiedad en ansiedad estado y ansiedad rasgo que le permite poder operacionalizar las distintas variables.

La ansiedad-estado, es un estado emocional inmediato, modificable en el tiempo, caracterizado por una combinación única de sentimientos de tensión, aprensión y nerviosismo, pensamientos molestos y preocupaciones, junto a cambios fisiológicos. Por otra parte, la ansiedad-rasgo hace referencia a las diferencias individuales de ansiedad relativamente estables, siendo éstas una disposición, tendencia o rasgo. La ansiedad-rasgo no se manifiesta directamente en la conducta y debe ser inferida por la frecuencia con la que un individuo experimenta aumentos en su estado de ansiedad.

De esta manera, se clasifica a la ansiedad en dos formas de presentación, un estado ansioso caracterizado por sentimientos subjetivos como la percepción consciente de tensión y una elevada actividad del sistema nervioso autónomo, a la que llamó ansiedad-estado, mientras que a la tendencia o predisposición relativamente estable a presentar ansiedad, como aspecto de la personalidad, la denominó ansiedad-rasgo. (Spielberger et al 1973, como se citó en Koung y Concha, 2017). La relevancia y trascendencia de la división de la ansiedad en ansiedad estado-rasgo fue demostrada en investigaciones científicas por los autores Roig et al. (1991) que revelaron en un análisis correlacional la relación significativa y de sentido positivo entre la ansiedad rasgo y ansiedad estado en pacientes sometidos a cirugías oftalmológicas programadas, consideran que la ansiedad rasgo es un factor predeterminante a desencadenar un nivel alto en la ansiedad estado frente a una cirugía.

Para la presente tesis se administró a los participantes el cuestionario de ansiedad estado-rasgo (stai), una escala autoaplicada que mide los dos conceptos independientes de la ansiedad: la ansiedad como estado, condición emocional transitoria, y la ansiedad como rasgo, propensión ansiosa relativamente estable, Consta de 40 ítems, 20 para cada uno de los conceptos (Spielberger et al., 1970).

### **2.1.3 Ansiedad preoperatoria**

La ansiedad preoperatoria es del tipo ansiedad estado que se presenta en los pacientes que van a ser sometidos a un procedimiento quirúrgico, la ansiedad antes de la cirugía no es patológica ni se considera extravagante y tampoco el paciente debe tener un trastorno de la ansiedad para sentir una ansiedad-estado previo a la operación (Quintana et al., 2020). La ansiedad preoperatoria se describe como un estado desagradable de malestar o tensión que es secundaria a una enfermedad, hospitalización, anestesia, cirugía, o inclusive a lo desconocido (Olguín et al., 2010)

En una investigación científica realizada por Spanner y Sayer (2019) hallaron que la ansiedad preoperatoria es un problema común que afecta al 60-85% de los pacientes sometidos a cirugía. Diferentes son los motivos por el cual un paciente puede experimentar ansiedad previo a la cirugía, incluye la ansiedad a la anestesia y la ansiedad a errores durante el procedimiento anestésico-quirúrgico que se configuran en predictores para ansiedad en altos niveles en el período preoperatorio (Melchior, et al., 2018).

Todas las personas en algún momento de la vida presentan ansiedad, se acentúan más antes situaciones sumamente estresantes como lo es una cirugía programada, en ese momento de espera la ansiedad se acrecienta, Moura et al. (2016). En una investigación de cohorte longitudinal con una muestra de niños entre 5 y 12 años con indicación de cirugías electivas para hernia umbilical e inguinal y riesgo quirúrgico asa I y II, demostraron que el 42% de 210 niños de ambos género presentaban ansiedad en la sala de espera del hospital. Por otro lado, para ratificar la presencia de ansiedad preoperatoria Valenzuela et al. (2010) en un estudio de tipo observacional con una muestra de 106 pacientes adultos de ambos género con cirugía electiva de los servicios de ortopedia, cirugía general, oncología y ginecología, con clasificación asa de I a III, edad de 18 a 60 años, con o sin antecedente de cirugías previas, luego de administrar la escala de ansiedad preoperatoria y de información Ámsterdam hallaron grados elevados de ansiedad preoperatoria en 76 % de los



pacientes sometidos a cirugía programada. Es evidente, que la presencia de ansiedad preoperatoria además de ser un malestar psicofisiológico per se, trae consigo consecuencias asociada a mayor frecuencia de accidentes anestésicos, mayor vulnerabilidad a las infecciones, mayor estadía hospitalaria, y mayores niveles de dolor posoperatorio (Díaz et al., 2000).

A los pacientes que son sometidos a cirugías y en especial a las cirugías cardiovasculares son premedicados con ansiolíticos para disminuir la ansiedad, por lo general se administra al paciente midazolam al entre 3 y 5 mg y fentanilo a 1 mcg/kg (Di Blanco, 2016). Más allá de la administración de un fármaco es importante la información que se le brinda al paciente sobre la intervención quirúrgica y el postoperatorio, el acercamiento del cirujano y anesthesiólogo al paciente antes de ingresar al quirófano disminuyen notablemente la ansiedad preoperatoria (Guillén et al., 2016).

Para evaluar y describir la ansiedad preoperatoria en la presente tesis se utilizó la escala de ansiedad preoperatoria y de información Ámsterdam (Apaís) la cual es más específica para medir la ansiedad asociada al procedimiento anestésico y quirúrgico.

## **2.2 La cirugía**

Cuando algo no funciona bien en nuestro cuerpo, la máquina perfecta del organismo, la medicina ha desarrollado desde tiempos antaño una intervención llevada a cabo por el médico cirujano denominada cirugía, la palabra cirugía que viene del latín *chirurgia*, que significa mano y *ergía*, acción, obra, trabajo, puede definirse como una parte de la medicina que tiene por objeto curar las enfermedades por medio de operaciones sobre el propio paciente hechas con la mano o con instrumentos como prolongación de aquélla (García-Sancho, 1981). El acto quirúrgico, también llamado operación o intervención quirúrgica, puede realizarse con intencionalidad curativa, paliativa, diagnóstica o profiláctica, y consta de una serie de maniobras elementales que pueden denominarse gestos quirúrgicos (Hernández-Sánchez, 2017). La cirugía es una rama de la medicina que emplea procedimientos invasivos que modifican la anatomía del ser humano y, en consecuencia, las funciones normales de los diferentes órganos, aparatos y sistemas.

Los actos quirúrgicos varían según su dificultad y el tipo de anestesia, la menos grave e invasiva es la cirugía menor que incluye una serie de procedimiento quirúrgicos sencillos y generalmente de corta duración, realizado sobre tejidos superficiales y/o

estructuras fácilmente accesibles, bajo anestesia local, que tienen bajo riesgo y tras lo que no son esperables complicaciones postquirúrgicas significativas (Sales et al., 2012). Por otro lado, la OMS (s.f.) define a la cirugía mayor como todo procedimiento realizado en un quirófano que comprende la incisión, escisión, manipulación o sutura de un tejido y generalmente requiere anestesia regional, general o sedación profunda para controlar el dolor. No todas las cirugías mayores requieren internaciones de los pacientes, la otra alternativa es la cirugía mayor ambulatoria que se define como el procedimiento en el cual el paciente puede acudir al hospital el día de la intervención quirúrgica y egresar después de un período corto, regresando a su domicilio incluso el mismo día (Nazar et al., 2015). La Organización Mundial de la Salud (2008) informó que en todo el mundo se calcula que se realizan en cada año 234 millones de operaciones de cirugías mayores.

### **2.2.1 Tipos de cirugías**

Las cirugías según Bofei et. al. (2013) pueden ser de dos tipos, el primero es la cirugía que se planea denominada cirugía electiva, y por otro lado, la cirugía no electiva que es aquella que se necesita realizar por una emergencia. De esta manera, los mismos autores subclasifican a las cirugías electiva en pacientes internos y pacientes externos siendo estos últimos los pacientes que no requieren internación mientras que los primeros requieren internación posterior a la internación. En la presente tesis se investigó sobre los pacientes de cirugía electiva en diferentes ramas de la cirugía.

### **2.2.2 Ramas de la cirugía**

En la actualidad, con el devenir de nuevas tecnologías y la sofisticación de los procesos diagnósticos y terapéuticos, la cirugía ha dado un salto cualitativo en la taxonomía de los actos quirúrgico, las nuevas especializaciones del profesional del arte quirúrgico se encuentran clasificadas según García-Sancho (1981)

Cirugía general comprende aquellas operaciones relacionadas con el aparato digestivo, sistema endocrino, mama, abdomen y su contenido, piel y partes blandas, cabeza y cuello.

Cirugía cardiovascular es una especialidad de la medicina que se ocupa de los trastornos y enfermedades del sistema cardiocirculatorio que requieren una terapéutica quirúrgica.

Neurocirugía abarca el tratamiento quirúrgico de enfermedades del sistema nervioso central, periférico, vegetativo y estructuras adyacentes.

Traumatología y Cirugía ortopédica reagrupa las intervenciones dirigidas a los miembros superiores e inferiores y a la columna vertebral.

Cirugía Urológica es la que trata las enfermedades que afectan el tracto urinario, enfermedades genitourinarias masculinas, infertilidad y tumores de la vía urinaria.

Los progresos de esta clasificación en las cirugías se deben en gran parte a las consecuencias del adelanto de la anestesia (Velásquez et. al., 2019).

## **2.3 La anestesia**

Desde el año 1846 surge una revolución en el proceso quirúrgico, a partir de entonces ir al quirófano no es un sufrimiento, en el Hospital General de Massachusetts emerge la primera anestesia con la sustancia química denominada éter (Moreno, 2012).

En la actualidad existen diferentes tipos de anestesia dependiendo su localización y efectos, se encuentran los anestésicos locales que son los fármacos aplicados en concentración suficiente en su lugar de acción, impiden la conducción de impulsos eléctricos por las membranas del nervio y el músculo de forma transitoria y predecible, originando la pérdida de sensibilidad en una zona del cuerpo. Otro tipo de anestesia entre la general y la local es la anestesia epidural también denominada extradural o peridural, consiste en la inyección de la solución anestésica en el espacio comprendido entre la duramadre y el canal espinal y por último la anestesia general que es el procedimiento que comprende la utilización de fármacos anestésicos de muy diversos grupos que permite la máxima protección neurovegetativa al paciente sujeto a técnicas quirúrgicas, diagnósticas o terapéuticas que generan dolor. Los anestésicos generales deprimen el sistema nervioso central a un grado suficiente que permite la realización de intervenciones quirúrgicas u otros procedimientos nocivos o desagradables. (Rodríguez et al., 2007; Hospital Univesitario Donostia, 2014; MSP, 2013).

No todos los pacientes que son sometidos a un acto quirúrgico entran en las mismas condiciones físicas como psíquicas, por eso la American Society of Anesthesiologists establece un sistema de clasificación del estado psicofísico de los pacientes antes de su intervención quirúrgica (López-Herranz y Torres-Gómez, 2017). La American Society of Anesthesiologists las clasifica en 6 estados del paciente. ASA-PS I Paciente sano.

ASA-PS II Paciente con enfermedad sistémica leve.

ASA-PS III Paciente con enfermedad sistémica grave.

ASA-PS IV Paciente con enfermedad sistémica grave que es una amenaza constante para la vida.

ASA-PS V Paciente moribundo que no se espera que sobreviva en las siguientes 24 horas con o sin cirugía.

ASA-PS VI Paciente declarado con muerte cerebral cuyos órganos serán removidos para donación.

Los pacientes que sean sometidos a cirugía, desde el Asa-PsI hasta el Asa-Ps III son los que pueden realizar el instrumento psicológico para la presente tesis.

### **2.3.1 Anestesia y ansiedad**

En los últimos tiempos se diseñaron varios instrumentos para operacionalizar el constructo ansiedad pero fue la escala de información y ansiedad preoperatoria de Amsterdam (apais) la que fue creada específicamente para evaluar la ansiedad ante la anestesia y determinar el nivel de ansiedad e información en el estado preoperatorio y ha demostrado adecuada validez y confiabilidad (Hernandez et al., 2015).

En las cirugías antes de colocar la anestesia a los pacientes, los anestesiólogos suelen administrar fármacos específicos para disminuir la ansiedad, estrés, excitación e irritabilidad (Oriol-López et al., 2008). Cuando tenemos una cirugía programada las personas se preocupan a veces de manera exagerada, en una investigación de tipo observacional Valenzuela-Millán et al., (2010) demostraron que 72 pacientes tuvieron una puntuación promedio de escala de información y ansiedad preoperatoria de Amsterdam (apais) igual a  $17 \pm 7.0$ . Otra investigación no experimental realizada por Cardozo et. al. (2018) con una muestra de 76 pacientes de ambos género de mayores de edad que iban a ser sometidos a diferentes intervenciones quirúrgicas se le administró la escala de información y ansiedad preoperatoria Ámsterdam (apais), hallaron que el 64,5% de los pacientes presentaron ansiedad leve, los pacientes manifestaron requerir más información acerca de la anestesia y la cirugía.

## **2.4 Pacientes**

La etimología del término paciente deriva de la palabra paciencia que hace referencia a la capacidad de un individuo de soportar y tolerar un determinado acontecimiento sin percibir ansiedad y perder la calma (Restrepo, 2012).

Por otro lado, Adam et. al. (2000) establecen que el término paciente proviene del latín *-patientis-* que significa padecer, por consiguiente se define como aquel que siente un daño, enfermedad o dolor, de igual modo el vocablo paciente puede referirse a una persona enferma o en tratamiento, de allí que un paciente es una persona que sufre por su enfermedad y deja todo a disposición de los profesionales de la salud quedando en un rol de ente pasivo ante las imposiciones de los médicos.

#### **2.4.1 Relación Médico-Pacientes**

Por lo que se refiere a la relación médico-paciente Rodríguez (2006) considera diferentes vínculos que se puede generar entre profesional de la salud y paciente que no sea únicamente el rol pasivo por parte del enfermo. Las clasifica en relación activo-pasivo siendo aquella que se establece en una situación que no les permite establecer una relación más participativa sino unidireccional, relación de cooperación guiada siendo aquella más participativa que incluye en las decisiones y por último la relación de participación mutua que no sólo contempla el cumplimiento del tratamiento sino que confronta en discusiones acerca de la evolución del tratamiento y enfermedad.

En relación con este tema, el vínculo médico-paciente en el proceso quirúrgico se establece en diferentes momentos, el preoperatorio, el operatorio y el postoperatorio siendo que en el primero el profesional debe tener en cuenta la característica de personalidad del paciente para prepararlo ante una situación que genera angustia, estrés y ansiedad (Rodríguez, 2008). Una investigación científica llevada a cabo por Rojas et al. (2011) hallaron que la ansiedad estado prevalece en el momento prequirúrgico mientras que disminuye en el postoperatorio, la presencia de ansiedad estado fue evaluada con el cuestionario de ansiedad estado-rasgo de spielberg.

#### **2.4.2 Exámen preoperatorio**

Los pacientes antes de ingresar a la sala de operaciones deben realizarse una serie de exámenes de rutina que según Rojas (2006) dicha evaluación preoperatoria consiste en un proceso que trata de identificar la presencia de factores determinantes de riesgo perioperatorio, cuya detección y corrección permiten la disminución de la morbilidad.

Troncoso (2011) manifiesta que los exámenes prequirúrgicos que se someten los pacientes deben ser justificados por la historia clínica, entre los estudios se destacan.

- Electrocardiograma: El paciente manifiesta algún síntoma o signo cardiovascular o una enfermedad cardíaca inestable.
- Estudio de coagulación: Paciente en tratamiento con anticoagulantes
- Hemoglobina: Paciente con historia de anemia o de hemorragia reciente
- Radiografía de torax: Paciente con signo o síntoma de enfermedad cardiopulmonar.

## **2.5 Estado del arte**

Numerosas investigaciones se han ocupado de evaluar la ansiedad estado y ansiedad preoperatoria a pacientes de diversas patologías ante situaciones estresantes, intervenciones médicas y cirugías electivas.

Una investigación relevante se publicó en México en el 2012, de una muestra no probabilística de 262 sujetos cardíacos sometido a una tomografía axial computada, Merced halló que el 69,5% presentó un nivel medio de ansiedad estado y el 8,4% nivel alto, destacó que las mujeres presentan mayor nivel de ansiedad que los hombres. Para la medición referente a la presencia de ansiedad- estado usó el cuestionario State and Trait Anxiety Inventory (STAI).

Asimismo, otra investigación para evaluar la ansiedad estado en intervención médica fue el estudio de Bassi et. al. (2015) en una muestra de 80 pacientes 40 mujeres y 40 hombre, edades entre 18 a 60 años para estudio de periodoncia, se encontró diferencia significativas en que las mujeres mostraron mayor ansiedad estado que los hombres, pero no diferencia significativas de la ansiedad estado en las distintas franjas etaria. La recolección de datos fue a través del cuestionario ansiedad estado-rasgo.

Otra investigación científica de un diseño no experimental de un muestreo no probabilístico de 30 sujetos con el objetivo de evaluar la ansiedad estado ante y post cirugía, Rojas et al. (2011) evaluaron que la ansiedad estado luego de la cirugía disminuye. Para la medición referente a la presencia de ansiedad los autores usaron el cuestionario State and Trait Anxiety Inventory (STAI).

Otra de las maneras de evaluar la ansiedad preoperatoria es utilizar la Escala de Ansiedad Preoperatoria y de Información de Ámsterdam (apais), utilizando este instrumento Valenzuela-Millán et al. (2010) ante una intervención quirúrgica demostraron con un muestreo de 106 participantes de los cuales 88 % del sexo femenino, que el 76% de la muestra presentaron ansiedad preoperatoria, obtuvieron una puntuación promedio en la escala de ansiedad preoperatoria y necesidad de información (apais) igual a  $17 \pm 7.0$ .

Celik y Edipoglu (2018) con la misma escala de medición pero con una muestra más amplia de 499 sujetos de los cuales 47,9% eran mujeres y el 52,1 % eran hombres y la edad media fue de  $42 \pm 14$  años, evaluaron que la ansiedad preoperatoria, de los pacientes sometidos a anestesia general fueron estadísticamente significativamente más altas que las de los pacientes sometidos a anestesia regional. Coinciden con investigaciones previas en que las mujeres presentaron ansiedad preoperatoria significativamente más altas que las de los hombres.

No todas las investigaciones demuestran que la prevalencia de ansiedad preoperatoria es alta en mujeres, en el estudio de Guardo et. al. (2020) con un estudio transversal y una muestra de 326 de mujeres embarazadas sin complicaciones médicas de  $28,5 \pm 6,4$  años., hallaron que sólo el 9,2% (N=30) manifestaron tener ansiedad

preoperatoria. El instrumento que utilizaron fue la escala de ansiedad preoperatoria y necesidad de información (apais).

En el mismo año Melchior et al. (2018) utilizaron otro instrumento de medición, para evaluar la ansiedad preoperatoria, administraron la escala de ansiedad de Hamilton en un estudio de tipo transversal a una muestra de 200 pacientes y hallaron que el 33% presentaron ansiedad moderada y grave. De los pacientes ansiosos también se encontraron diferencia significativa entre el sexo, a diferencia de los otros estudios la prevalencia de la ansiedad preoperatoria es mayor en sexo masculino que en el femenino con un 82.3% de los pacientes.

Con el mismo instrumento de recolección de datos Rentería y Fierro (2018) con el objetivo de determinar el nivel de ansiedad del paciente en el preoperatorio, realizaron un estudio descriptivo con una muestra de 75 pacientes prequirúrgicos. Hallaron que el 2.7% presentó nivel de ansiedad grave, 33.3% moderado, 50.7% leve y 13.3% no tuvo ansiedad.

Hay más instrumentos para evaluar la ansiedad preoperatoria, para la recolección de datos Kanwal et al (2018) utilizaron la escala analógica visual (vas) en un estudio trasversal para demostrar la prevalencia de la ansiedad preoperatoria. Para la muestra se seleccionaron a 363 pacientes de ambos generos con el 52% (n=192) de sexo femenino para cirugía electiva de reparación de hernias y cirugía de tiroides para el estudio. En los resultados encontraron que 228 (62,8%) pacientes tuvieron ansiedad preoperatoria elevada. Además, hubo una diferencia significativa siendo el género femenino más prevalente que el masculino.

Otra investigación científica Hernández et. al. (2015) con el objetivo de evaluar el grado de ansiedad e información preoperatoria con una muestra de 100 pacientes, con edad promedio de 43 años, 79% eran pacientes femeninas, hallaron que el 25% de los pacientes en cirugía ambulatoria con ASA 1 a ASA 3 presentaron ansiedad preoperatoria. Para la recolección de datos utilizaron la escala de ansiedad preoperatoria y necesidad de información (apais).

Un lustro después, con la misma cantidad en la muestra, Piñón-García et al. en 2020 con el objetivo de determinar el nivel de ansiedad preoperatoria en pacientes programados para cirugía electiva no cardiaca hallaron que el 57% presenta ansiedad preoperatoria moderada mientras que grave es del 3% y el 40% entre ausente y leve. Utilizaron la escala de ansiedad preoperatoria e información de Amsterdam.

La ansiedad estado y la ansiedad preoperatoria ambas variables pueden evaluarse juntas administrando el cuestionario de ansiedad estado-rasgo (stai) y la



escala de ansiedad preoperatoria e información de Ámsterdam (apais) a la vez, es el caso de la investigación realizada por Marín et al. en el año 2015 en el hospital Royo Villanova en Zaragoza, con una muestra de 99 pacientes seleccionados aleatoriamente programados para intervención quirúrgica, hallaron que el 100% de los pacientes que van a ser sometidos a una intervención quirúrgica por primera vez tiene ansiedad, siendo del 11% de la muestra, mientras los que tienen experiencia en cirugía es del 85,2% los que sufren ansiedad. Además han demostrado que las variables de tipo de cirugía, especialidad e intervención quirúrgica previa, no muestran una significación estadística.

Por otro lado, algunas investigaciones científicas evaluaron el efecto de la psicoprofilaxis quirúrgica sobre la ansiedad, Tercero-Quintanilla et al. (2011) en un diseño experimental mediante una población pediátrica con un muestreo de 64 sujetos, 27 mujeres (42%) y 37 hombres (55%) y la media de edad del grupo experimental fue de 7 años 1 mes y de 7 años 5 meses para el grupo Control, hallaron que el grupo experimental luego de una intervención de psicoprofilaxis quirúrgica la ansiedad estado era significativamente menor que la de grupo control. La recolección de datos fue con el cuestionario ansiedad estado-rasgo para niños (staic).

Se suma a los datos precedente otra investigación científica que avala y comparte los resultados de la eficacia de la psicoprofilaxis en la disminución de la ansiedad preoperatoria es la que realizaron García et al. en Argentina (2019) en una población de adultos, con el objetivo de describir y analizar el trabajo realizado sobre psicoprofilaxis quirúrgica durante 8 años en la División Neurocirugía del Hospital de Clínicas José de San Martín de la Ciudad de Buenos Aires. Recibieron psicoprofilaxis quirúrgica 1517 pacientes, todos ellos intervenidos quirúrgicamente por diferentes patologías. El 50% de los pacientes reportaban síntomas de ansiedad antes de la cirugía, dichos síntomas disminuyeron en un 83% después de la intervención psicológica. Los instrumentos de evaluación fueron la escala de Goldberg y el cuestionario de ansiedad estado-rasgo (STAI).

# Capítulo 3

## 3. Metodología

### 3.1 Diseño

La investigación tendrá finalidad básica de fuente primaria. El diseño de investigación será no experimental, cuantitativo, transversal, descriptivo y correlacional debido al propósito de medir el grado de relación existente entre las variables propuestas.

### **3.2 Población**

La población está constituida por 60 adultos entre 18 y 90 años del hospital universitario que fueron sometidos a cirugía programada.

### **3.3 Muestra**

El muestreo ha sido no probabilístico, de tipo intencional y estuvo conformado por 60 pacientes del hospital universitario. La unidad de análisis se constituyó por cada una de dichas personas que debían cumplir con los siguientes requisitos.

### **3.4 Criterios de inclusión**

Paciente con riesgo de ASA I, II, III,

Dentro de las 24 hs y 2 horas antes de la cirugía programada

### **3.5 Criterios de exclusión**

Estar diagnosticado con trastorno de ansiedad

Pacientes que ingresan para cirugía de urgencia

Paciente con deterioro del sensorio

### **3.6 Instrumentos**

En esta investigación se utilizaron dos instrumentos para evaluar el nivel de ansiedad de los pacientes prequirúrgicos.

#### **3.6.1 Cuestionario de Ansiedad Estado-Rasgo (stai)**

El cuestionario de ansiedad estado-rasgo (Spielberger, Gorsuch y Lushene, 1970), Stai es una escala autoaplicada que mide dos conceptos independientes de la ansiedad: la ansiedad como estado (condición emocional transitoria) y la ansiedad como rasgo (propensión ansiosa relativamente estable) Consta de 40 ítems, 20 para cada uno de los conceptos.

El marco de referencia temporal es, en el caso de la ansiedad estado (stai-s) “ahora mismo, en este momento”, a diferencia de la ansiedad de rasgo (stai-t) que se

enmarcaría como “en general, en la mayoría de las ocasiones”. Está validada y adaptada en la población española.

Ansiedad estado: denominada como la condición emocional transitoria que varía en intensidad y tiempo de acuerdo a la situación vivida. Tiene una puntuación de escala Likert de 4 puntos. 0 nada, 1 algo, 2 bastante, 3 mucho. El cuestionario tiene una buena consistencia interna en la adaptación española, entre ( $\alpha=0.9$  y  $0.93$ ) en la ansiedad/estado.

Corrección e interpretación: la puntuación de la escala ansiedad estado puede oscilar de 0-60, indicando las puntuaciones más altas, mayores niveles de ansiedad.

Existen baremos de puntuaciones para adultos de diferentes sexos. La escala ansiedad estado se conforma de 20 ítems de los cuales 1, 2, 5, 8, 10, 11, 15, 16, 19 y 20, se puntúan de forma invertida mientras que los ítems 3, 4, 6, 7, 9, 13, 14, 17 y 18 de manera directa. Luego de la sumatoria de los puntajes, dando como resultados puntuaciones directas, se busca en la tabla de baremos las puntuaciones transformadas en percentiles.

### **3.6.2 Escala de ansiedad e información preoperatoria de Amsterdam (apais)**

Escala de ansiedad e información preoperatoria de Amsterdam (Moerman et al.1996), versión validada en México por Méndez-Meneses et al. en 2019 en una población de mujeres latinoamericanas con cáncer de mama, el Alfa de Cronbach indicó una adecuada consistencia interna ( $\alpha=0,816$ ). Es un cuestionario que se compone de seis preguntas. Cuatro preguntas representan el miedo a los procedimientos anestésicos y quirúrgicos y dos preguntas representan la necesidad de recibir información. Cada pregunta se valora con la escala Likert de cinco puntos, desde “lo mínimo” hasta “lo máximo”.

Una puntuación total menor o igual a cuatro es igual a paciente no ansioso; ansiedad baja se diagnostica con puntaje de cinco a doce, y moderada de trece a diecinueve puntos, mientras que la obtención de veinte puntos indica nivel alto de ansiedad. La necesidad de información se demuestra con una puntuación entre seis a diez.

## **3.7 Procedimiento**

Se contactó con los sujetos luego de la observación de la planilla de pacientes sometidos a cirugía programada, la misma indicó la habitación que se encontraban los

participantes y el horario de la cirugía dentro del Hospital Universitario. Los cuestionarios fueron entregados de manera presencial respetando el protocolo por covid-19, luego de firmar el consentimiento informado siendo anónimo, confidencial y voluntario. En todos los casos se entregó en primer lugar el cuestionario sociodemográfico, en segundo lugar el cuestionario de ansiedad estado-rasgo y en última instancia la escala de ansiedad preoperatoria y de información de Ámsterdam. El promedio en terminar los cuestionarios fue entre 10-15 minutos.

# Capítulo 4

## **4 Resultados**

### **4.1 Análisis de resultados**

Los datos se analizaron con el programa SPSS v22, se utilizó criterios de significación:  $p < .05$ . Se hizo un análisis de fiabilidad de los cuestionarios mediante el

alfa de Cronbach en los pacientes de la investigación tanto para la escala ansiedad estado como para la escala de ansiedad preoperatoria, los resultados fueron los siguientes: ansiedad estado= 0.960, ansiedad preoperatoria=0.766. Por tanto los instrumentos presentaron valores de fiabilidad suficiente para su utilización. Se realizó la estadística descriptiva de la muestra, no se hallaron posibles outliers. Se realizó una prueba de normalidad de Kolmogorov-Smirnov para evaluar la normalidad de la muestra. Siendo que la misma poseía distribución anormal, se procedió a realizar estadística no paramétrica. Se aplicó la prueba de correlación Rho de Spearman para evaluar la asociación de las variables. Por último, se aplicó la prueba U de Mann-Whitney de comparación de grupos para evaluar la diferencia en los niveles de ansiedad en función del género.

## **4.2 Caracterización de la muestra**

La muestra sobre la que se realizó la recolección de datos para la presente investigación estuvo conformada por 60 sujetos de ambos géneros, el (n=34; 56,7%) eran femeninos mientras que el (n=16; 43,3%) del género masculino. La edad promedio de los pacientes fue del 61 años con un máximo de 88 y un mínimo de 27, el desvío estándar es de 13,6 años.

De los participantes el (n=17; 28,3%) realizó el secundario completo mientras que el (n=15; 25%) no lo completó, el (n=5; 8,3%) terminó una carrera terciaria y el (n=1; 1,7%) la abandonó, el (n=4; 6,7%) tiene un título universitario mientras que el (n=15; 25%) completó únicamente el primario. En cuanto a la ocupación el (n=27; 45%) son jubilados, mientras que el 40% tienen un empleo formal y el 15% tienen una ocupación profesional.

La comorbilidad que padecen los pacientes preoperatorio del estudio a la enfermedad del proceso quirúrgico es del (n=19; 31,7%) hipertensión arterial, el (n=10; 16,7%) diabetes, el (n=3; 5%) enfermedades pulmonares y solo el (n=2; 3,3%) declararon tener otras comorbilidades mientras que el (n=26; 43,3%) no presenta ningún tipo de comorbilidad. Asimismo, (n=40; 66,7%) de los pacientes prequirúrgico del hospital universitario tenían cirugías previas y el (n=37; 90,2%) de ellos fue hace más de 1 año. Una gran parte de cirugías que fueron sometidos los pacientes para esta investigación fue del (n=60; 46,7%) para la rama de cirugía general, para la rama de cirugía cardiovascular el (n=18; 30%) mientras que para la rama de cirugía urológica es del (n=8; 13,3%) y tan solo el (n=6; 10%) para la rama de neurocirugía. De los

pacientes operados el (n=56; 93,3%) conoce al cirujano antes del acto quirúrgico mientras el (n=25; 41,7%) conoce al anestesiólogo.

Sólo el (n=14; 23,3%) de los pacientes realiza tratamiento psicológico y/o psiquiátrico fuera de la institución.

Los datos se detallan en la siguiente tabla:

Tabla I: *Características sociodemográficas*

|                                   | Variable                     | Etiqueta                 | N  | Porcentaje |
|-----------------------------------|------------------------------|--------------------------|----|------------|
| Datos del Paciente pre quirúrgico | Género                       | Femenino                 | 34 | 56,7       |
|                                   |                              | Masculino                | 26 | 43,3       |
|                                   | Nivel de instrucción         | Primario completo        | 15 | 25         |
|                                   |                              | Secundario incompleto    | 15 | 25         |
|                                   |                              | Secundario completo      | 17 | 28,3       |
|                                   |                              | Terciario incompleto     | 1  | 1,7        |
|                                   |                              | Terciario completo       | 5  | 8,3        |
|                                   |                              | Universitario incompleto | 3  | 5          |
|                                   |                              | Universitario completo   | 4  | 6,7        |
|                                   |                              |                          |    |            |
|                                   | Ocupación                    | Empleado                 | 24 | 40         |
|                                   |                              | Profesional              | 9  | 15         |
|                                   |                              | Jubilado                 | 27 | 45         |
|                                   | Cirugías previas             | Si                       | 40 | 66,7       |
|                                   |                              | no                       | 20 | 33,3       |
|                                   | Cirugía previa Más de un año | Si                       | 37 | 90,2       |
|                                   |                              | No                       | 3  | 9,8        |
| Tipo de cirugía a realizar        |                              | Cirugía general          | 28 | 46,7       |
|                                   |                              | Cirugía cardiovascular   | 18 | 30         |
|                                   |                              | neurocirugía             | 6  | 10         |
|                                   |                              | Cirugía urológica        | 8  | 13,3       |



|                                                    |    |    |      |
|----------------------------------------------------|----|----|------|
| ¿Conoce al cirujano?                               | Si | 56 | 93,3 |
|                                                    | no | 4  | 6,7  |
| ¿Conoce al anestesiólogo?                          | Si | 25 | 41,7 |
|                                                    | no | 35 | 56,3 |
| ¿Realiza Tratamiento psicológico y/o Psiquiátrico? | Si | 14 | 23,3 |
|                                                    | no | 46 | 76,7 |
| Nota. N=60.                                        |    |    |      |

### 4.3 Descripción de las variables

#### 4.3.1 Estadísticas de las variables sociodemográficas

En el presente estudio, la edad mínima de los paciente sometido a cirugía electiva fue de 27 años y la máxima de 88 años, mientras que la media fue de 61 años y un desvío estándar de 13,6 años.

Los datos se detallan en las siguientes tablas:

Tabla II. *Estadísticos descriptivos de las variables sociodemográficas en la muestra general.*

|                      | N  | Mínimo | Máximo | Media | Desviación estándar |
|----------------------|----|--------|--------|-------|---------------------|
| Edad                 | 60 | 27     | 88     | 61    | 13,62               |
| Nivel de instrucción | 60 | 1      | 7      | 2,85  | 1,774               |

#### 4.3.2 Estadísticas de las variables ansiedad estado y ansiedad preoperatoria de Ámsterdam

Tabla III. *Resúmenes estadísticos de las variables ansiedad estado y ansiedad preoperatoria de Ámsterdam.*

|                 | N  | Mínimo | Máximo | Media | Desviación estándar |
|-----------------|----|--------|--------|-------|---------------------|
| Ansiedad/Estado | 60 | 4      | 56     | 25,12 | 15,55               |
| Ansiedad Apais  | 60 | 4      | 20     | 10,33 | 5,34                |

Tabla IV *niveles de ansiedad estado*

|                 | N  | Muy bajo | Bajo promedio | promedio | Sobre promedio | Muy alto |
|-----------------|----|----------|---------------|----------|----------------|----------|
| Ansiedad/Estado | 60 | 30%      | 10%           | 5%       | 18,3%          | 36,7%    |

Tabla V *niveles de ansiedad Apais según los puntos de corte.*

|                | N  | No ansioso | Ansiedad baja | moderada | Ansiedad alto |
|----------------|----|------------|---------------|----------|---------------|
| Ansiedad Apais | 60 | 26,7%      | 36,7          | 31,7%    | 5%            |

Los resultados muestran que la mayoría de los sujetos de la muestra poseen alto nivel de ansiedad estado (n=22; 36,7%) y en la escala apais el (n=43; 71,66%) presentan ansiedad siendo el (n=21; 71,66%) ansiedad baja, (n=19; 31,7%) moderada y (n=3; 5%) ansiedad alta.

#### 4.4 Correlación de variables

Con el objetivo de indagar si existen correlaciones entre las variables de ansiedad estado y ansiedad preoperatoria, se realizó una prueba Rho de Spearman, ya que los datos mostraron una distribución anormal y sin homogeneidad de varianzas. Los resultados arrojaron un coeficiente de correlación de 0,785\*\* demostrando correlaciones positivas y directas entre la ansiedad estado y la ansiedad preoperatoria, lo cual indica que al aumentar la ansiedad estado aumenta la ansiedad preoperatoria antes de la práctica quirúrgica.

A continuación, se detallan los resultados en la siguiente tabla:

Tabla VI. *Correlaciones entre ansiedad, estado y ansiedad apais.*

| Medida          | Ansiedad apais |
|-----------------|----------------|
| Ansiedad Estado | 785**          |

Nota. Las correlaciones de Rho de Spearman fueron reportadas para las variables. \* $p < .05$  y \*\* $p < .01$

#### 4.4 Análisis de comparación de variables

Con el objetivo de indagar si existen diferencias estadísticamente significativas en las variables de ansiedad estado y ansiedad preoperatoria, según género entre femenino y masculino, se realizó una prueba U de Mann Whitney, la cual arrojó los siguientes resultados: se observó diferencias significativas en cuanto a la ansiedad estado y ansiedad preoperatoria, se evidenció un mayor rango promedio en el género femenino, lo cual indica que antes de un procedimiento quirúrgico las mujeres tiene más ansiedad estado y preoperatoria que los hombres.

Los datos se detallan en la siguiente tabla

Tabla VII. *Comparación de las escala de ansiedad estado, ansiedad apais en relación al género*

| Género          |          |           |        |      |
|-----------------|----------|-----------|--------|------|
|                 | Femenino | Masculino |        |      |
|                 | R.P.     | R. P.     | U      | P    |
| Ansiedad Estado | 36,19    | 23,06     | 248,50 | ,002 |
| Ansiedad Apais  | 35,24    | 24,31     | 281,00 | ,011 |

Nota. Prueba utilizada U de Mann Whitney

# Capítulo 5

## 5 Conclusión y Discusión

La presente investigación planteó como objetivo general evaluar la ansiedad estado y ansiedad preoperatoria en pacientes del hospital universitario. Los principales resultados extraídos del programa estadístico spss v22 sobre la ansiedad estado y ansiedad preoperatoria en pacientes para cirugía electiva se podría afirmar que las hipótesis que fueron planteadas para este trabajo, se lograron positivamente.

En concordancia con los resultados obtenidos, la hipótesis general de trabajo, que señala que los pacientes sometidos a cirugías electivas, experimentan un nivel de ansiedad estado y ansiedad preoperatoria elevados fueron confirmados. Estos hallazgos de nivel de ansiedad elevados son congruentes con los resultados de Valenzuela-Millán et al. (2010) que sugieren la presencia de grados elevados de ansiedad preoperatoria en pacientes electivos aunque consideran que se debe a varios factores, del mismo modo Melchior et al. (2018) arrojaron resultados similares, describieron y concluyeron que en el procedimiento anestésico-quirúrgico se configuran en predictores de ansiedad moderada y grave en el período preoperatorio. Podemos añadir que más estudios coinciden con los resultados de la presente investigación, se trata del análisis transversal descriptivo de Hernández et. al. (2015) donde la prevalencia de ansiedad fue alta, aunque concluyeron que puede disminuirse brindándole al paciente más información y/o administrándole medicamentos. Asimismo, la reciente investigación de Piñón-García et al. (2020) demuestran que una gran mayoría de los pacientes sometidos a cirugía electiva presentan un alto nivel de ansiedad por lo que concluyen usar técnicas para la disminuir la ansiedad ante del acto quirúrgico. Más estudios evidencian el alto nivel de ansiedad preoperatoria en pacientes de cirugías programada, es el caso de Rentería y Fierro (2018) donde la mayor parte de los pacientes experimentan ansiedad moderada. La mayor parte de todas las investigaciones que confluyen en los resultados en altos niveles de ansiedad aplicaron el cuestionario de ansiedad preoperatoria y necesidad de información de Ámsterdam, se podría contemplar que los resultados se deben a que la intervención quirúrgica desencadenan en el paciente diversas manifestaciones psíquicas que son síntomas característicos de la ansiedad.

Por otro lado, los principales resultados arrojaron una fuerte correlación entre la ansiedad estado y ansiedad preoperatoria (apais). También, las mujeres con una diferencia significativa presentan más ansiedad estado que los hombres. De esta manera, una de las hipótesis específica para este estudio es la diferencia de grupos que asevera que la ansiedad estado y ansiedad preoperatoria de pacientes del hospital universitario

en género femenino será más elevado que en el género masculino, los resultados arrojados del programa estadístico corroboran la hipótesis siendo que se hallaron diferencias significativas entre hombres y mujeres existiendo posiblemente a una propensión mayor a contraer ansiedad estado y ansiedad preoperatoria en el género femenino que en el género masculino. Los resultados hallados en esta diferencia de grupos coinciden con los estudios de Merced (2012), Kanwal et al (2018) y Celik y Edipoglu (2018) donde destacaron en sus investigaciones que las mujeres presentan ansiedad preoperatoria más elevada que los hombres. La ansiedad estado en prevalencia en mujeres no se debe únicamente ante una cirugía, los resultados de Bassi et. al. (2015) encontró esta diferencia significativa en el tratamiento de periodoncia. Se podría contemplar la casualidad de los resultados ya que la ansiedad estado y preoperatoria que evaluaron los investigadores se debía a intervenciones quirúrgicas de cualquier índole. Asimismo, existe evidencia reciente de resultados que no son congruentes con las conclusiones previas y resultados de esta investigación, es el estudio de Guardo et. al. (2020) dónde se hallaron niveles bajos de ansiedad en mujeres en gestación, tal vez los resultados se deban a que las embarazadas eran sanas sin complicaciones médicas y obstétricas. Podemos añadir que la ansiedad estado y la ansiedad preoperatoria posiblemente se deba a múltiples factores debido a que en la investigación de Melchior et al. (2018) hallaron resultados y conclusiones opuestas a investigaciones previas y a este estudio, encontraron diferencia significativa en la prevalencia de la ansiedad preoperatoria, es mayor en sexo masculino que en el femenino. Cabe señalar, que en los resultados en donde la prevalencia de ansiedad era mayor en el sexo femenino se administró en su mayoría el cuestionario de ansiedad estado y la escala de ansiedad y preoperatoria de Ámsterdam, mientras que para la prevalencia de ansiedad preoperatoria fue mayor en género masculino se administró la escala de ansiedad de Hamilton. Sería conveniente utilizar la misma escala para evaluar la ansiedad preoperatoria y comparar los resultados. No obstante, las diferencias en las conclusiones y resultados se deben probablemente a diferentes variables.

Por otro lado, en el presente estudio se planteó una hipótesis correlacional que sostuvo que a mayor ansiedad estado habrá mayor ansiedad preoperatoria, los resultados la corroboran siendo que existe una relación estadísticamente significativa y de tipo directa entre la ansiedad estado y la ansiedad preoperatoria. Se podría decir que esta correlación coincide con la investigación de Marín et al. (2015) si bien no fue un estudio correlacional, en sus resultados el 85,2% de una muestra de 99 paciente demuestran tener ansiedad en las dos escalas de medición ya sea en la escala ansiedad

estado cómo en la ansiedad preoperatoria, desde ese lugar se puede concluir que aquellos pacientes prequirúrgicos que tengan ansiedad preoperatoria probablemente también obtengan un nivel alto de ansiedad estado.

Se concluye que los resultados en esta investigación son congruentes con hallazgos de investigaciones previas, confirmando la presencia de ansiedad y siendo mayor en las mujeres antes de un proceso quirúrgico.

En consideración, algunas limitaciones que presenta este estudio se encuentran aquellas derivadas del posible sesgo de selección al haber utilizado una muestra no probabilística intencional en una muestra homogénea de un hospital, por lo tanto, hay dificultad para generalizar los datos a la población general, cabe mencionar que el tamaño de la muestra es relativamente reducido al esperado. Asimismo, dentro de las limitaciones podemos encontrar el diseño no experimental, ya que no se logra el control total de las variables contaminadoras, se le agrega que fue un estudio de corte transversal. Se suma a las limitaciones que los test estandarizados no están validados en Argentina, siendo uno de ellos validado en México. Se cree que pudo haber interferido y sesgado en las respuestas la presencia del encuestador en el momento de que los participantes responden a los cuestionarios, otro de los motivos que tal vez haya sesgado en la respuesta que los instrumentos fueron tomados en diferentes horarios.

Para contrarrestar las limitaciones se pretende en futuras investigaciones de los tesisistas de grado, los doctorados o aquellos que se dedican a la investigación que logren conseguir una muestra probabilística y representativa, que el estudio tenga un alcance longitudinal y en lo posible un diseño experimental donde se logre controlar las variables contaminadoras.

Por último, como reflexión final, es menester destacar las implicancias prácticas que este tipo de estudio presenta en el ámbito de la psicoprofilaxis, conocer la ansiedad que presentan los pacientes antes de una intervención quirúrgica nos da herramientas no sólo a los profesionales de la salud mental sino a todo el equipo multidisciplinario, enfermería, cirujano, anestesiólogo a intervenir de manera indispensable en la prevención y disminución de la ansiedad preoperatoria. Esta conclusión tiene la apoyatura de García et al. (2019) quienes demostraron que luego de una intervención psicológica disminuye la ansiedad preoperatoria y de Tercero-Quintanilla et al. (2011) de lo fundamental y valioso de una psicoprofilaxis quirúrgica en la disminución de ansiedad.



## 6 Referencias

- Asociación Americana de Psiquiatría. (2002). *Manual Diagnóstico de los trastornos mentales*. Ed: Masson.
- Azzara, S., Squillace, R, Jeifetz, M., y Lores, R. (2004). Un Estudio de perfil psicológico en una muestra de pacientes coronarios. XI Jornadas de Investigación. Facultad de Psicología Universidad de Buenos Aires, Buenos Aires. <https://www.aacademica.org/000-029/213>
- Beck, A. y Clark, D. (2010). *Terapia Cognitiva para trastorno de ansiedad*. Ed Desclée.
- Bofei, S., Song, J., y Leyuan, S. (2013). Integrated Operating Room Scheduling Optimization under Particularly Workload Constrain of Surgeon. IEEE. International Conference on Automation Science and Engineering. pp. 972-977. <http://dx.doi.org/10.1109/CoASE.2013.6653965>
- Carapia-Sadurni, A., Mejía-Terrazas, G., Nacif-Gobera, L., y Hernández-Ordóñez, N. (2011). Efecto de la intervención psicológica sobre la ansiedad preoperatoria. *Mexicana de anestesiología*, Vol. 34. No. 4, pp 260-263.
- Carbonell, M., Díaz, R., y Castro, M. (2010). Caracterización de la ansiedad en la cirugía de las varices. *Revista Cubana de Angiología y Cirugía Vascular*, 1 (2), 111-117.
- Cardozo, R., Bentancourt, L., Migdalia, M., y Sirit, I. (2018). Niveles de ansiedad en pacientes durante la evaluación preanestésica para cirugía electiva. *Academia Biomédica Digital*, págs. 1-10.
- Celik, F., y Edipoglu, I (2018). Evaluación de la ansiedad preoperatoria y el miedo a la anestesia mediante la puntuación apais. *Revista europea de investigación médica*, 23 (1), 1-10. doi: 10.1186 / s40001-018-0339-4.
- De la Merced, S. H. (2012). Nivel de ansiedad estado del paciente cardíopata previo a estudio de tomografía computada. *Revista Mexicana de enfermería cardiológica*, 20 (3), 94-98.
- Del Pino, A. (1998). Tratamiento cognitivo-conductual para modificar el patrón de conducta tipo A . En V. Caballo (Ed.), *Manual para el tratamiento cognitivo-conductual de los trastornos psicológicos* (págs. 359-367). Siglo Veintiuno.
- Di Blanco, A. (2016). Anestesia en cirugía cardiovascular. En F. Donnini (Ed.), *Manual de técnica quirúrgica en cirugía cardiovascular* (págs. 16-18). Intermédica.
- Donostia, H. U. (2014). *Actualizaciones en anestesiología para enfermería*. Osakidetza.
- Ellis, A., y Grieger, R. (1990). *Manual de Terapia Racional-Emotiva*. Ed Deesclée.

- Figueroa, L., Mora, O., y Ramos R. (2017). Relación entre la ansiedad preoperatoria y las estrategias de afrontamiento en pacientes hospitalizados con cardiopatía isquémica candidatos a bypass cardiaco. *Rev Esp Cienc Salud.*; 20 (1):5-9.
- Garretson, S. (2004). Beneficios de los programas de información preoperatoria. *Norma de enfermería vol.18 Edición 47*,33-37.
- García-Sancho, M. (1981). Desarrollo histórico de la Cirugía. Discurso de la Apertura del Curso. Universidad de Extremadura. Badajoz, Secretariado de Publicaciones.
- Garcia, S., Di Masi, G., Mezzadri, j., Zaninovich, R., y Socolovsky, M. (2019). Psicoprofilaxis quirúrgica en neurocirugía: experiencia en el Hospital de Clínicas “José de San Martín”. *Rev Argent Neuroc*, 33 (3), 151-155.
- Guillén-Perales, J., Maldonado, A., Costela-Villodres, J., Solvas, J., y Cavanillas, A. (2016). ¿Es posible disminuir la ansiedad del paciente quirúrgico? Papel de la información en la consulta quirúrgico? Papel de la información en la consulta. *Actualidad Médica*, 101 (799)164-170. DOI: 10.15568/am.2016.799.or03
- Jaimes, E., Bacca,Y., y Calderón, E. (2015). El cuidado de enfermería ante los procesos quirúrgicos estéticos. *Enfermería global*, 14(4), 362-374.
- Jaime, O., Suwei b.,MacArthur , A., Elayda, A., y Tolpinc, D. (2015). Información preoperatoria al paciente: ¿podemos mejorar la satisfacción y reducir la ansiedad?. *Rev, bras anestesiol.*:65 (1):7-13. doi: 10.1016/j.bjanes.2013.07.011
- Hernandez, A., Bascope, A., y Sánchez, J. (2015). Nivel de ansiedad e información preoperatoria en pacientes programados para cirugía. Un estudio transversal descriptivo. *Acta Médica Grupo Ángeles*, 14 (1),6-11.
- Hernández-Sánchez, R. (2017). El cirujano. *Revista sanidad Militar de México*, 71 (2), 177-184.
- Kanwal, A., Asghar, A., y Ashraf, A. (2018). Prevalence of preoperative anxiety and its causes among surgical patients presenting in rawalpindi medical university and allied hospitals, Rawalpindi. *Journal of Rawalpindi Medical College*, 22(S-2), 64-67.
- Kuong, L., y Concha, A. (2017). Niveles de ansiedad y la calidad de vida en estudiantes de una universidad privada de Arequipa. *Unifé*, 25 (2),153-169. doi.org/10.33539/avpsicol.2017.v25n2.351
- López-Herranz, G., y Torres-Gómez, O. (2017). Variabilidad de la clasificación del estado físico de la Sociedad Americana de Anestesiólogos entre los anestesiólogos del Hospital General de México. *Revista Mexicana de Anestesiología*, 40 (3), 190-194.

- Madrigal, I., Moreno, J., Rubio A, Ibañez, A., López, J., y Martínez, L. (2005). Respuesta al estrés prequirúrgico en la cirugía sin ingreso: efectos sobre las poblaciones linfocitarias de un procedimiento de psicoprofilaxis quirúrgica. *Rev. Esp. Anestesiología*, 52, 383-88.
- Marín, M. D., Cortes, A. L., Sanz, Y., y Serrano, R. (2015). Aspectos de la información pre operatoria relacionada con la ansiedad del paciente programado para cirugía. *Enfermería Global*, 14(1), 170-191. DOI: <https://doi.org/10.6018/eglobal.14.1.185281>
- Melchior, L., Barreto, R., Prado, M., Caetano, K., Bezerra, A., y Vilela de Sousa, T. (2018). Predictores de ansiedad preoperatoria moderada y grave en pacientes quirúrgicos hospitalizados. *Enfermería Global*, 17 (52) 64-74. <http://dx.doi.org/10.6018/eglobal.17.4.309091>
- Moerman N., Van Dam FS., Muller M., y Osting, H. (1996). La escala de ansiedad e información preoperatoria de Amsterdam (apais). *Anesth Analg.*;82: 445–451.
- Moreno-Guzmán, A. (2012). Breve historia de la anestesia. *Sanidad Militar de México*, 66 (4) 189-194.
- Moreno, P., y Calle, A. (2015). Detección y actuación en la ansiedad preoperatoria inmediata. *Cir may amb*, 20 (2): 74-78.
- Mucci, M., Besada, M., García, S., Lado, M., y Font, M. (2005). Intervención psicológica en cirugía del cáncer colorrectal. XII Jornadas de Investigación y Primer Encuentro de Investigadores en Psicología del Mercosur. Facultad de Psicología - Universidad de Buenos Aires, Buenos Aires.
- Moura, L., Guimarães Dias, I., y Pereira, L. (2016). Prevalencia y factores asociados con la ansiedad preoperatoria en niños de 5 a 12 años. *Latino-Am. Enfermagem*, 24, 1-7. DOI: 10.1590/1518-8345.0723.2708
- Nazar, C., Zamora, M., y Gonzalez, A. (2015). Cirugía Ambulatoria: Selección de pacientes y procedimientos quirúrgicos. *Revista Chilena de Cirugía*, 67 (2) 207-213. <http://dx.doi.org/10.4067/S0718-40262015000200017>
- Olguín-Ramírez, C., Sobrino-Cossío, S., y López-Alvarenga, J. (2010). Correlación entre el grado de ansiedad basal y los requerimientos anestésicos durante la endoscopia. *Revista Mexicana de Anestesiología*, 33 (3), 128-141.
- Oriol-López, S., Maldonado-Sánchez, K., Hernández-Bernal, C., Castelazo- Arredondo, J., y Moctezuma, L. (2008). Dexmedetomidina peridural en anestesia regional para disminuir la ansiedad. *Revis Mexicana de Anestesiología*, 31 (4), 271-277.

- Organización Mundial de la Salud. (2011). Ansiedad preoperatoria de la apendicitis aguda en el mundo. Ginebra. <https://apps.who.int/iris/handle/10665/70084>
- Ortiz Diaz, F., y Beneyto Castelló, F. (2012). Actuación quirúrgica en AP: principios básicos de CM en AP. En M. Batalla Sales, F. Beneyto Castelló. y F. Ortiz Diaz (Eds.), *Manual práctico de cirugía menor* (15-23). Obrapropia.
- Pérez, R., Carbonell, M., y Quiñones, M. (2000). Influencia de la ansiedad prequirúrgica en la evolución de la cirugía de las várices. *Rev Cubana Angiol y Cir*, (2):95-100.
- Piñón-García, K., Aportela-Balmaseda, B. S., Almeida-Esquivel, Y., Pozo-Romero, J. A., y Correa-Borrell, M. (2020). Nivel de ansiedad preoperatoria en pacientes programados para cirugía electiva no cardíaca. *Revista Electrónica Dr. Zoilo E. Marinello Vidaurreta*, 45(6).
- Quintero, A., Yasnó, D., Riveros, O., Castillo, J., y Borráez, B. (2017). Ansiedad en el paciente prequirúrgico: un problema que nos afecta a todos. *Rev Colomb Cir*. ;32: 115-20. <https://doi.org/10.30944/20117582.15>
- Quintana-Guardo, F., Monterrosa-Castro, A., y Beltrán-Barrios, T. (2020). Frecuencia de ansiedad preoperatoria y factores asociados. *Iatreia*, 33 (1),5-16. <https://doi.org/10.17533/udea.iatreia.31>
- Restrepo, P. A. (2012). La relación médico-paciente. Un ideal para el siglo XXI. *Médicas UIS*, 25(1).
- Ruiz, A., y Lago, B. (2005). Trastornos de ansiedad en la infancia y la adolescencia. Curso de actualización Pediatría. (pp. 265-280). Madrid: Exlibris ediciones.
- Rodríguez, G., Martínez, D., Pérez, M., y Albacete, A. (2007). Historia de la raquianestesia y de la anestesia epidural en España. *Asociación Española de Urología*, 60 (8), 973-978.
- Rojas, C., Brante, M., Miranda, E., y Pérez-Luco, R. (2011). Descripción de manifestaciones ansiosas, depresivas y autoconcepto en pacientes obesos mórbidos, sometidos a cirugía bariátrica. *Revista médica de Chile*, (5), 571-578. <http://dx.doi.org/10.4067/S0034-98872011000500002>
- López-Roig, S., Pastor, M., Rodríguez-Marín, J., Sánchez, S., y Belmonte, J. (1991). Ansiedad y cirugía. Un estudio con pacientes oftalmológicos. *Rev Psicología General y Aplicada*. 44 (1), 87-94.
- Rodríguez, M. (2008). *Relación médico paciente*. La habana
- Rodríguez, H. (2006). La relación médico-paciente. *Revista Cubana de Salud Pública*, 32(4), 1-8.

- Rojas-Rivera, W. (2006). Evaluación de los exámenes preoperatorios. *Acta Médica Costarricense*, 48(4), 208-211.
- Sala Adam, M. R., Cárdenas Sotelo, O. D., Sala Adam, A., y González Jacomino, J. F. (2000). Paciente: por qué?. *Revista Cubana de Estomatología*, 37(2), 123-126.
- Salaberría, K., Fernandez, J., y Echeburúa, E. (1995). Ansiedad Normal, Ansiedad Patológica y Trastorno de Ansiedad ¿un camino discontinuo? *Boletín de Psicología*, (48),67-81.
- Sarudiansky, M. (2013). Ansiedad, angustia y neurosis. Antecedentes conceptuales e históricos. *Psicología Iberoamericana*, 21 (2), 19-28.
- Sierra, J. C., Ortega, V., y Zubeidat, I. (2003). Ansiedad, angustia y estrés: tres conceptos a diferenciar. *Revista Mal-estar E Subjetividades*, 3 (1)10-59.
- Spanner, S. y Sayer, L. (2019). ¿Es la Escala de Información y Ansiedad Preoperatoria de Ámsterdam (APAIS) una herramienta válida para guiar el manejo de la ansiedad preoperatoria en pacientes adultos? Una revisión de la literatura. *Revista de enfermería y práctica*, 16 (1), 95-102. DOI: 10.36959/545/368
- Spielberg, C., Gorsuch, R. y Lushene, R. (1973). *Manual para la evaluación de la Ansiedad Estado-Rasgo*. Tea Ediciones.
- Tercero-Quintanilla, G., Hernández-Roque, A., Luque-Coqui, M., Chartt-León, R. M., De la Torre-González, C., Verduzco-Serrano, A., y Fuentes-García, V. (2011). Efectos de la psicoprofilaxis quirúrgica en los niveles de ansiedad de pacientes pediátricos sometidos a adeno y/o amigdalectomía. *Archivos de Investigación Materno Infantil*, 3(1), 24-29.
- Troncoso, C. V. (2011). Evaluación preoperatoria. *Revista Médica Clínica Las Condes*, 22(3), 340-349. DOI: 10.1016/S0716-8640(11)70434-5
- Valenzuela-Millán, J., Barrera-Serrano, J. R., y Ornelas-Aguirre, J. M. (2010). Ansiedad preoperatoria en procedimientos anestésicos. *Academia Mexicana de Cirugía*, 78 (2), 151-156.
- Velásquez, M., Vásquez, A., Carranza, L., Mendoza, A., Gavilanes, M., y Mercado, E. (2019). Procedimiento de anestesiología para proteger al paciente de la agresión antes, durante y después de la intervención quirúrgica. *reciamuc*, 3(3), 1076-1090. DOI: 10.26820/reciamuc/3.(3).julio.2019.1076.-1090

## 7 Anexos

### 1 Cuestionario socio-demográficos

Género:            M                    V

Edad: \_\_\_\_\_

Ocupación: \_\_\_\_\_

Nivel de estudio: Primario C   I   Secundario C   I   Terciario C   I   Universitario C   I

Comorbilidad a la enfermedad:            SI            NO

Hipertensión Arterial

Diabetes

Pulmonares

Enfermedad Renal

Otras: \_\_\_\_\_

Cirugías previas:            SI            NO

¿Cuándo fue tu última cirugía? Menos de 1 año            Más de 1 año

Usted está pronto a realizarse una cirugía...

☐

Tipo de cirugía a realizar:            ¿cuál?

\_\_\_\_\_

¿Conoce al cirujano?            Sí            No

¿Conoce al anestesiólogo?            Sí            No

¿Le informaron acerca de los efectos de la anestesia?            Sí            No

¿Realiza tratamiento psicológico o psiquiátrico?            Sí            No

--

### 2 Cuestionario de Ansiedad Estado-Rasgo

#### Instrucciones

## STAI. Cuestionario de Ansiedad Estado-Rasgo

A continuación encontrará unas frases que se utilizan corrientemente para describirse uno a sí mismo. Lea cada frase y señale la puntuación 0 a 3 que indique mejor cómo se SIENTE Vd. 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.

### Ansiedad/Estado

|                                                          | Nada | Algo | Bastante | Mucho |
|----------------------------------------------------------|------|------|----------|-------|
| 1 Me siento calmado                                      | 0    | 1    | 2        | 3     |
| 2 Me siento seguro                                       | 0    | 1    | 2        | 3     |
| 3 Estoy tenso                                            | 0    | 1    | 2        | 3     |
| 4 Estoy contrariado                                      | 0    | 1    | 2        | 3     |
| 5 Me siento cómodo (estoy 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 mí mismo                           | 0    | 1    | 2        | 3     |
| 12 Me siento nervioso                                    | 0    | 1    | 2        | 3     |
| 13 Estoy desasosegado                                    | 0    | 1    | 2        | 3     |
| 14 Me siento muy «atado» (como oprimido)                 | 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 y sobreexcitado                    | 0    | 1    | 2        | 3     |
| 19 Me siento alegre                                      | 0    | 1    | 2        | 3     |
| 20 En este momento me siento bien                        | 0    | 1    | 2        | 3     |

Corrección

*Ansiedad/Estado*

| A/E         | Suma las puntuaciones de esta parte (1 a 20) y traslade el resultado a la casilla correspondiente. Una vez obtenidas las puntuaciones directas consulte los baremos en el manual para obtener la puntuación transformada. | Nada | Algo | Bastante | Mucho |   |
|-------------|---------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------|------|------|----------|-------|---|
|             |                                                                                                                                                                                                                           | 1    | 3    | 2        | 1     | 0 |
|             |                                                                                                                                                                                                                           | 2    | 3    | 2        | 1     | 0 |
|             |                                                                                                                                                                                                                           | 3    | 0    | 1        | 2     | 3 |
|             |                                                                                                                                                                                                                           | 4    | 0    | 1        | 2     | 3 |
| <div></div> | A/E= <div></div>                                                                                                                                                                                                          | 5    | 3    | 2        | 1     | 0 |
|             |                                                                                                                                                                                                                           | 6    | 0    | 1        | 2     | 3 |
|             |                                                                                                                                                                                                                           | 7    | 0    | 1        | 2     | 3 |
|             |                                                                                                                                                                                                                           | 8    | 3    | 2        | 1     | 0 |
|             |                                                                                                                                                                                                                           | 9    | 0    | 1        | 2     | 3 |
|             |                                                                                                                                                                                                                           | 10   | 3    | 2        | 1     | 0 |
|             |                                                                                                                                                                                                                           | 11   | 3    | 2        | 1     | 0 |
|             |                                                                                                                                                                                                                           | 12   | 0    | 1        | 2     | 3 |
|             |                                                                                                                                                                                                                           | 13   | 0    | 1        | 2     | 3 |
|             |                                                                                                                                                                                                                           | 14   | 0    | 1        | 2     | 3 |
|             |                                                                                                                                                                                                                           | 15   | 3    | 2        | 1     | 0 |
|             |                                                                                                                                                                                                                           | 16   | 3    | 2        | 1     | 0 |
|             |                                                                                                                                                                                                                           | 17   | 0    | 1        | 2     | 3 |
|             |                                                                                                                                                                                                                           | 18   | 0    | 1        | 2     | 3 |
|             |                                                                                                                                                                                                                           | 19   | 3    | 2        | 1     | 0 |
|             |                                                                                                                                                                                                                           | 20   | 3    | 2        | 1     | 0 |

## Descripción General

### Ficha técnica

- Nombre original: " State-Trait Anxiety Inventory (Self Evaluation Questionnaire)".
- Autores: C. D. Spielberger, R. L. Gorsuch y R. E. Lushene.
- Procedencia: Consulting Psychologists Press, Palo Alto, California.
- Adaptación española: Sección de Estudios de TEA Ediciones, S.A., Madrid.
- Duración: Aproximadamente, unos 15 min.



- Aplicación: Adolescentes y adultos, con un nivel cultural mínimo para comprender las instrucciones y enunciados del cuestionario.
- Tipificación: Muestra de cada sexo de escolares y de población general de adultos, e información estadísticas de grupos clínicos.

#### Baremos

#### Adolescentes y Adultos, Varones y Mujeres

| C      | Puntuaciones Directas |       |         |       |         |       |         |       | D         |
|--------|-----------------------|-------|---------|-------|---------|-------|---------|-------|-----------|
|        | Adolescentes          |       |         |       | Adultos |       |         |       |           |
|        | Varones               |       | Mujeres |       | Varones |       | Mujeres |       |           |
|        | Estado                | Rasgo | Estado  | Rasgo | Estado  | Rasgo | Estado  | Rasgo |           |
| Centil | Estado                | Rasgo | Estado  | Rasgo | Estado  | Rasgo | Estado  | Rasgo | Decatipos |
| 99     | 47-60                 | 46-60 | 53-60   | 49-60 | 47-60   | 46-60 | 54-60   | 49-60 | 10        |
| 97     | 45                    | 41    | 44      | 43    | 43      | 39-40 | 49      | 45    | 9         |
| 96     | 44                    | 40    | 42-43   | 42    | 42      | 38    | 48      | 44    | 9         |
| 95     | 43                    | 39    | 41      | 41    | 40-41   | 37    | 47      | 43    | 9         |
| 90     | 38                    | 33    | 39      | 36    | 37      | 33    | 41      | 40    | 8         |
| 89     | 37                    | 32    | 38      | 35    | 36      | 32    | 40      | 39    | 8         |
| 85     | 36                    | 30    | 36      | 33    | 33      | 29    | 37      | 37    | 8         |
| 80     | 34                    | 28    | 34      | 31    | 30      | 27    | 34      | 34    | 7         |
| 77     | 32                    | 27    | 33      | 30    | 29      | 26    | 32      | 33    | 7         |
| 75     | 31                    | 26    | 31      | 29    | 28      | 25    | 31      | 32    | 7         |
| 70     | 28                    | 24    | 28      | 27    | 25      | 24    | 29      | 30    | 7         |
| 65     | 26                    | 23    | 26      | 26    | 23      | 23    | 26      | 29    | 6         |
| 60     | 24                    | 22    | 25      | 25    | 21      | 21    | 24      | 27    | 6         |
| 55     | 22                    | 21    | 23      | 23    | 20      | 20    | 23      | 26    | 6         |
| 50     | 20                    | 20    | 22      | 22    | 19      | 19    | 21      | 24    | 6         |
| 45     | 19                    | 19    | 20      | 21    | 18      | 18    | 19      | 23    | 5         |
| 40     | 17                    | 18    | 19      | 20    | 16      | 17    | 18      | 21    | 5         |
| 35     | 16                    | 17    | 18      | 19    | 15      | 16    | 17      | 20    | 5         |
| 30     | 14                    | 16    | 17      | 18    | -       | 15    | 16      | 18    | 4         |
| 25     | 13                    | 15    | 16      | 17    | 14      | 14    | 15      | 17    | 4         |
| 23     | -                     | -     | 15      | -     | 13      | -     | 14      | -     | 4         |
| 20     | 12                    | 14    | 14      | 16    | 12      | 13    | 13      | 16    | 4         |
| 15     | 11                    | 13    | 13      | 15    | 10      | 11    | 12      | 14    | 3         |
| 11     | -                     | -     | 12      | 14    | 9       | 10    | 11      | 13    | 3         |
| 10     | 10                    | 12    | 11      | 13    | 8       | 9     | 10      | 12    | 3         |
| 5      | 9                     | 11    | 8       | 12    | 6       | 8     | 7       | 11    | 2         |
| 4      | 8                     | 10    | 7       | 11    | 5       | 7     | 6       | 10    | 2         |
| 1      | 0-2                   | 0-6   | 0-4     | 0-7   | 0-2     | 0-4   | 0-2     | 0-7   | 1         |
| N      | 146                   | 151   | 169     | 180   | 295     | 318   | 365     | 387   | N         |
| X      | 22,4                  | 21,3  | 23,3    | 23,4  | 20,5    | 20,2  | 23,3    | 25,0  | X         |
| Sx     | 11,0                  | 8,53  | 10,6    | 9,10  | 10,6    | 8,89  | 11,9    | 10,0  | Sx        |

### 3 Escala de ansiedad e información preoperatoria de Ámsterdam

### Instrucciones

En una escala donde 1 representa LO MÍNIMO y 5 representa LO MÁXIMO, señale con una “X” el número que exprese su estado de ánimo

|   | <b>Con respecto a la anestesia</b>                         | 1 | 2 | 3 | 4 | 5 |
|---|------------------------------------------------------------|---|---|---|---|---|
| 1 | “Estoy preocupada por la anestesia.”                       |   |   |   |   |   |
| 2 | “La anestesia está en mi mente constantemente ”            |   |   |   |   |   |
| 3 | “Me gustaría saber lo más posible sobre la anestesia ”     |   |   |   |   |   |
|   | <b>Con respecto la Cirugía</b>                             |   |   |   |   |   |
| 4 | “Estoy preocupada por el procedimiento”                    |   |   |   |   |   |
| 5 | “El procedimiento está en mi mente constantemente ”        |   |   |   |   |   |
| 6 | “Me gustaría saber lo más posible sobre el procedimiento ” |   |   |   |   |   |

4 Carta de consentimiento informado.



Responsable de la Investigación: Pandolfi Nicolás, Alumno de la carrera de Lic. en Psicología.

Universidad Abierta Interamericana

Por medio de la presente yo: \_\_\_\_\_ Paciente de esta clínica privada “Hospital Universitario”, autorizo y acepto participar en el estudio titulado “La ansiedad estado-rasgo y ansiedad preoperatoria en pacientes cardíacos”.

Tengo conocimiento que los resultados de la presente investigación formarán parte de una tesis para optar por el Título de Licenciatura en Psicología, del responsable del estudio.

Estoy informado y acepto que mis datos demográficos (edad, profesión y nivel de estudio), así como los resultados de la escala de ansiedad realizada, sean analizados, estudiados, y discutidos en la Universidad Abierta Interamericana. Por tanto autorizo sean utilizados para efectos exclusivos del presente estudio. Se me informó además que el presente estudio no representa ningún riesgo para mi salud e integridad física y/o emocional y que no afectará en ningún momento la continuidad de mi tratamiento en esta clínica. Con el conocimiento de que nunca seré identificado y siempre se mantendrá el anonimato y confidencialidad de mi identidad personal. Los resultados se analizarán como grupo y mi nombre no aparecerá en la Tesis. Estoy enterada que este estudio es confidencial y libre de costo.

ATENTAMENTE

\_\_\_\_\_  
Nombre

\_\_\_\_\_  
Firma