

**UNIVERSIDAD NACIONAL AUTÓNOMA DE NICARAGUA
UNAN-LEÓN
FACULTAD DE CIENCIAS MÉDICAS
CARRERA DE PSICOLOGÍA**



TESIS PARA OPTAR AL TÍTULO DE LICENCIADA EN PSICOLOGÍA

TEMA:

**ANSIEDAD PREOPERATORIA EN PACIENTES QUE SERÁN SOMETIDOS A UNA
CIRUGÍA OFTALMOLÓGICA EN EL HOSPITAL ESCUELA OSCAR DANILO
ROSALES ARGUELLO DURANTE EL PERÍODO JULIO A SEPTIEMBRE DEL 2008**

AUTORAS:

**Bra. IRELA PICHARDO CABALLERO.
Bra. MARIAN SOZA ESPINOZA.**

TUTORAS:

**LIC. MAGALY SÁNCHEZ.
LIC. ZANDRA BLANCO.**

LEÓN, OCTUBRE 2008

INDICE

CONTENIDO	PÁG
Introducción.....	1
Problema.....	5
Objetivos.....	6
Marco teórico.....	7
Diseño metodológico.....	29
Resultados.....	33
Discusión.....	35
Conclusiones.....	37
Recomendaciones.....	38
Bibliografía.....	39
Anexos.....	41

DEDICATORIA

Dedicamos este trabajo de investigación a aquellos que siempre nos brindaron su ayuda incondicional.

A DIOS y A MARÍA SANTÍSIMA.

Quienes nos han dado el don de la existencia y nos ayudaron a llevar a cabo la realización de esta investigación brindándonos sabiduría, fortaleza y perseverancia.

A NUESTROS PADRES

Quienes estuvieron a nuestro lado para guiarnos, brindándonos su apoyo y comprensión incondicional durante toda nuestra trayectoria estudiantil.

A LOS DOCENTES

Que nos brindaron su conocimiento y amistad en el transcurso de nuestro caminar.

AGRADECIMIENTO

Infinitamente Agradecemos:

A DIOS Y MARÍA SANTÍSIMA

Quienes nos han regalado nuestra existencia, sabiduría y la capacidad para culminar nuestro trabajo investigativo logrando vencer grandes retos.

A NUESTROS PADRES

Que con grandes sacrificios y entrega siempre estuvieron a nuestro lado apoyándonos moral y económicamente en todas nuestras necesidades a lo largo de nuestra formación.

EN ESPECIAL A NUESTRAS TUTORAS

Lic. Magali Sánchez y Lic. Zandra Blanco nuestro sincero agradecimiento ya que siempre nos demostraron ser unas amigas y colaboradoras incondicionales.

I-INTRODUCCIÓN

A pesar de lo esperanzador que puede resultar realizarse una cirugía, por los posibles beneficios que se pueden derivar de ella, los pacientes que serán sometidos a una intervención quirúrgica no dejan de temer las complicaciones que se pueden presentar durante esta. (1) En este sentido se considera que la cirugía es una experiencia estresante, en donde las condiciones de recuperación y la evolución del evento quirúrgico pueden variar en función de la situación emocional del paciente. (2)

En el caso de la cirugía que afecta de manera transitoria o permanente los órganos de los sentidos tiene mayor riesgo de desarrollar algún tipo de sintomatología psicológica derivado de los sentimientos de minusvalía y dependencia propias de estas limitaciones.

La presencia de sintomatología Psicológica también se encuentra en cirugías oftálmicas, teniendo en cuenta que este tipo de cirugía tiene una connotación especial, ya que se suele considerar a la vista como el más valioso de los sentidos, cuya ausencia o disminución conlleva a una reestructuración en la vida de la persona. Esto hace que las cirugías oftálmicas tienda a generar algún grado de ansiedad en los pacientes, la cual podría aumentar si la intervención transcurre con dolor. La ansiedad generada por la cirugía oftálmica se suele manifestar mediante tensión, intranquilidad, desequilibrio y agitación.

Así la clásica afirmación de que los nervios del paciente pueden incrementar la presencia de complicaciones quirúrgicas, se hacen más palpable en una especialidad como la oftalmología en la que en muchas ocasiones la cirugía se realiza con anestesia local y requiere la colaboración del enfermo (3).

Por lo tanto la cirugía oftálmica tiende a generar además de problemas psíquicos (ansiedad, depresión etc.), problemas de índole económicos y de otros tipos y por lo que su recuperación constituye todo un anhelo para el paciente.

.El estudio de la ansiedad en el contexto quirúrgico es un tema de interés que se remonta a las décadas de 1940 y 1950. No obstante, ha habido bastante duda por parte de muchos profesionales del área quirúrgica a considerar el estudio de la ansiedad de manera amplia y que implicará a distintos profesionales involucrados en el tratamiento y cuidado de aquellas personas que iban a someterse a cirugía.

Este rechazo a considerar la ansiedad quirúrgica como un problema dio lugar a que en el pasado se considerase la medicación ansiolítica como simplemente innecesaria.

Sin embargo, es bien conocido el hecho de que los pacientes que van a ser sometidos a un procedimiento quirúrgico experimentan algún grado de ansiedad, conocimiento éste que ha sido ampliamente constatado en distintos estudios. Por ello consideramos que ha sido una práctica muy útil la prescripción de ansiolíticos que de manera más o menos sistemática han realizado algunos profesionales sensibles al malestar que experimenta el paciente que va a ser intervenido quirúrgicamente.

Existen trabajos realizados acerca del estrés y la ansiedad que sufren los pacientes en el periodo preoperatorio, entre los cuales cabe destacar las siguientes investigaciones:

En el estudio realizado en Buenos Aires sobre estrés y riesgo quirúrgico, impacto emocional de la cirugía por Giacomantone y Mejía, 1997 se evaluaron a 303 enfermos, en el cual se vieron las diversas reacciones psicológicas, los pacientes con un elevado grado de ansiedad preoperatoria y una actitud quejosa, hostil y desconfiada, presentaron en el postoperatorio una frecuencia 10 veces mayor de problemas en el ritmo de rehabilitación, interferida y demorada por su escasa colaboración y negativismo. Además -y con una frecuencia 9,5 veces mayor en comparación con los normales-, esos enfermos sufrieron dolor postoperatorio más intenso y difícil de controlar con analgésicos.

Cabe destacar, que en el periodo preoperatorio "*cierto nivel de ansiedad es normal y deseable*", según el psiquiatra argentino Eduardo Giacomantone y el cirujano Alberto Mejía, ya que indica que el paciente tiene una visión realista del peligro objetivo que representa la cirugía y trata de adaptarse a la situación, lo que evidencia la adecuación a la realidad de la situación pre quirúrgica. (4)

La investigación realizada por la psicóloga Susana Suárez González, 1997 en la universidad de Oviedo (España) sobre estrés preoperatorio y su impacto sobre el sistema inmunológico ha demostrado que la cirugía de tipo menor puede ser considerada un factor estresante capaz de inducir alteraciones linfocelulares altamente específicas. Como tal factor estresante, las variables psicológicas juegan un papel trascendental, por cuanto se ha podido demostrar que dicho impacto ha sido mayor en aquellos pacientes con valores elevados en ansiedad, así como bajos en estrategias de afrontamiento y afectividad positiva. La muestra de la que se ha partido han sido 13 pacientes en espera de intervención de una operación de tipo menor. El análisis de las principales poblaciones linfocelulares, variables psicológicas, así como variables fisiológicas, y sus variaciones pre y post-operatorias ha permitido demostrar que cambios celulares en el sistema inmune guardan una relación directa con las variables psicológicas consideradas. (5)

La revisión sistemática sobre premedicación para la ansiedad en adultos, cirugías ambulatorias llevada a cabo por Smith y Pittaway en el Reino Unido, año 2000 (anestesiólogos del departamento de anestesiología del Royal Lancaster) pone de manifiesto que un 20% de los pacientes que se someten a cirugía ambulatoria habrían preferido recibir "alguna cosa" antes de la cirugía para disminuir su ansiedad. El concepto de "alguna cosa" expresado por los pacientes, entendemos que hace referencia a algún tipo de medicación ansiolítica, pero además de la medicación existen distintos procedimientos psicológicos que han resultado de utilidad en el manejo de la ansiedad quirúrgica. (6)

El estudio realizado por Ruiz, J, Oliveiro, I. et al en el año 2000 sobre la ansiedad preoperatoria en el hospital general de México demostró que el nivel de ansiedad aumenta con la cirugía y recalca que para disminuir la incidencia de la ansiedad preoperatoria se debe ofrecer un servicio con calidad en la práctica médica orientando e informando adecuadamente al paciente antes de la cirugía. (7)

Los resultados obtenidos en la investigación de la psicóloga Martha Escamilla Rocha publicado en México en el 2005, destacaron que la preparación psicológica a los pacientes que serán sometidos a cirugía disminuye la ansiedad que puede experimentar en su condición preoperatorio, así mismo disminuye su estadía hospitalaria y el dolor es menor y por ende es menor la necesidad de analgésicos, el post operatorio es más corto y la persona tiene un sentido de bienestar y de control". (1)

Cabe destacar la existencia de estudios acerca de la ansiedad en pacientes sometidos a cirugías realizados en otros países, tal como se ha mencionado anteriormente. Sin embargo en nuestro país se carecen de este tipo de estudio. De tal forma que la realización de esta investigación nos va a brindar información acerca del nivel de ansiedad que experimentan los pacientes que serán sometidos a cirugía oftalmológica. Los resultados de esta investigación pueden constituir una fuente de información para el personal sanitario, lo que permitirá que conozcan y tengan presente las posibles reacciones psicológicas que puedan tener los pacientes y que obviamente repercutirán en la cirugía y en la recuperación de la misma. Así también la realización de este estudio puede servir de precedentes a otros estudios orientados a profundizar más acerca del nivel de ansiedad del paciente y su relación con el periodo de recuperación.

II-PROBLEMA

¿Qué nivel de ansiedad presentan los pacientes según el tipo de patología Oftalmológica por el que serán sometidos a cirugía en el Hospital Escuela Oscar Danilo Rosales durante el periodo Julio-Septiembre 2008?

III-OBJETIVOS

Objetivo general:

- Conocer el nivel de ansiedad presente en pacientes según el tipo de patología oftálmica por el que serán sometidos a cirugía en el Hospital Escuela Oscar Danilo Rosales durante el periodo comprendido de Julio a Septiembre del 2008.

Objetivos Específicos:

1. Identificar las características generales de los pacientes que serán sometidos a cirugías oftalmológicas.
2. Determinar los tipos de enfermedades oftalmológicas que presentan estos pacientes.
3. Especificar el nivel de ansiedad presente en estos pacientes.
4. Clasificar el nivel de ansiedad que presentan dichos pacientes según el tipo de patología oftalmológica.

IV- MARCO TEORICO

4.1-Concepto de cirugía

La cirugía es una actividad en busca del bien y gobernada por la razón, o sea, que la cirugía, fundamentalmente, es una actividad intelectual con un profundo compromiso moral. La cirugía combina conocimiento con acción. La acción, o sea, la intervención operatoria, que no es sino la aplicación racional del conocimiento, se fundamenta en destreza y es de tipo instrumental y, cada vez más, tecnología-dependiente. La combinación del conocimiento, el juicio racional y la actividad operatoria, hace de la cirugía tal vez la más integral de todas las especialidades médicas. Produce satisfacción a quien la practica, y también felicidad, entendida, en el sentido aristotélico, como el ejercicio intelectual dentro del marco de la perfecta virtud, que es la excelencia en su aplicación y ejecución.

La cirugía oftalmológica es la rama de la medicina que se ocupa del tratamiento de las enfermedades, lesiones y deformidades por medio de operaciones o manipulaciones al aparato visual. (8)

4.2-Clasificación de las cirugías oftalmológicas

En un sentido específico la cirugía Oftalmológica trata la corrección de los defectos refractivos del ojo. Esta se puede clasificar en:

4.2.1-Cirugía Mayores: Son todas aquellas intervenciones quirúrgicas que implican en la mayoría de los casos una intervención en la estructura interna del ojo, siendo mayor el riesgo para el paciente (perforación de la retina, lastimar el nervio óptico entre otras). Además requiere la aplicación de anestesia general, lo que va a repercutir en el proceso de recuperación del paciente. Entre estas se encuentran:

1-Miopía: Hace referencia a las personas de ojos mayores cuya visión es mejor de cerca, es decir, la cornea y cristalino poseen una capacidad de refracción para su longitud focal o bien un ojo es demasiado largo para el poder refractivo de su cornea y cristalino.

Es el más inconveniente de los errores de refracción, el mundo es perpetuamente borroso y solo ven claramente cuando las cosas están cerca de sus ojos, antes de que se le adapten sus anteojos la mayoría aprende a cerrar sus ojos de modo que solo queda una diminuta abertura a través de la cuál ven más claramente.

2-Hipermetropía: Es el opuesto directo de la miopía. En estos pacientes su visión es mejor de largo según el grado de hipermetropía. En este defecto óptico los rayos de luz paralela llegan a la retina antes que se converjan. El ojo hipermetrope puede ser más corto que el ojo normal o tener una capacidad de refracción demasiado débil para la longitud del ojo. Puede ajustarse para una visión clara mediante la acomodación, cuando es joven rara vez necesita anteojos.

3-Astigmatismo: La curvatura corneal es diferente. En este caso se debe a una cornea de forma irregular. La cornea normal es uniforme y esférica en tanto que la curvatura de cornea astigmatismo no es uniforme en todos los meridianos. Ve puntos luminosos , visión borrosa, visión distorsionada, si el eje es horizontal todo se ve alto y delgado y puede producir cefalea.

4-Catarata: Es una opacificación gradual del cristalino, es decir se trata de un ordenamiento molecular de los componentes del cristalino la cual incrementa la dispersión de la luz. El desarrollo de la catarata es un proceso lento con frecuencia de muchos años. Así la catarata subcapsular, la más común de las cataratas, es una expresión que generalmente lleva menos de 24 meses para ocasionar ceguera. La extracción de catarata se lleva a cabo bajo anestesia local o general y la operación dura menos de una hora. (9)

5-Glaucoma: El glaucoma constituye un grupo de enfermedades oculares en el que el aumento de la presión intraocular puede producir atrofia óptica, con excavación del

disco y pérdida de campo visual. El aumento de la presión que produce cambios orgánicos no es el mismo en ambos ojos. Hay dos razones principales que intervienen en la pérdida visual del glaucoma:

1- Presión intraocular que depende del ritmo de producción del humor acuoso y de la facilidad con que pueda salir a través del área trabecular, proporcionando el control homeostático del grado de presión intraocular.

2- Resistencia de la porción intraocular del nervio óptico al desarrollo de atrofia óptica.

El glaucoma se divide en: ángulos abiertos donde el humor acuoso tiene libre acceso hacia la redcilla trabecular y ángulo estrecho donde la raíz del iris está en contacto con la redcilla trabecular y el humor acuoso no puede salir del ojo, si la causa es manifiesta el glaucoma se designa como secundarios pero si no se conoce se designa como primario. (10)

A continuación se hará mención de las principales características de las cirugías menores y de las principales enfermedades oftálmicas que las requieren.

4.2.2-Cirugías menores: Son aquellas intervenciones oftálmica que tienen una corta duración, ya que se trabaja a un nivel externo del ojo. No se requiere anestesia general y el riesgo es menor en comparación a las cirugías mayores. Se considera que las siguientes enfermedades oftálmicas requieren cirugías menores:

1-Chalazión: Es un lipogranuloma inflamatorio crónico de una glándula de meibomio. Se caracteriza por tumefacción gradual indolora de la glándula. Sin síntomas inflamatorios manifiestos. La palpación descubre una tumefacción como perdigón pequeño en la sustancia palpebral que quizás sea el único signo. Al aumentar de tamaño podría producir astigmatismo por disformidad del globo ocular o manifestarse debajo de la piel como una pequeña masa. El tratamiento consiste en una extirpación, por lo general a través de una incisión en la conjuntiva.

2-Pterigión: Es un pliegue triangular de conjuntiva bulbar que avanzan progresivamente sobre la cornea por la abertura interpalpebral, de ordinario desde el lado nasal. Ocurre

como reacción a la sequedad recurrente crónica a nivel del limbo esclerocorneal, que a menudo se relaciona con una concavidad corneal.

3-Estrabismo: Consiste en un trastorno en el cual los ojos visuales de cada ojo no se dirigen simultáneamente hacia el mismo punto de fijación. Puede ser de diferentes tipos:

a-Intermitente o periódico: Los ojos son paralelos y contaste.

b- Monocular: cuando los ojos nunca son paralelos.

c- Alternante: Cuando se desvía siempre el mismo ojo y el otro siempre se fija (8).

Hasta ahora hemos comentado de forma general acerca de las principales características de los dos tipos de cirugías que se pueden llevar a cabo en las enfermedades oftálmicas. Es importante destacar que las reacciones emocionales del paciente son distintas según el tipo de cirugía que requiera, debido a la presencia de una serie de indicadores que las caracterizan (duración, riesgo, tipo de anestesia etc.) y que a continuación se analizarán.

4.3-LA ENFERMEDAD Y EL PROCESO QUIRÚRGICO

El paciente está expuesto, en el plano objetivo a las condiciones propias de la enfermedad, y a los factores que actúan después, asociados con la enfermedad.

En el plano subjetivo o personal el paciente está expuesto a las predisposiciones hereditarias que no son modificables y en algunos casos, limitan o restringen la terapia; está expuesto también a las influencias de los sucesos infantiles, que pertenecen al pasado, y que no se pueden deshacer u olvidar; y, a la frustración real, por dichos sucesos, ya sea privación del amor, pobreza, discordias familiares, etc.

El impacto de la enfermedad depende del significado que se le otorgue y como se la ubique dentro del contexto personal. A continuación se hará mención de este aspecto.

4.4-REACCIONES PSICOLÓGICAS ANTE LAS CIRUGÍAS

Las reacciones emocionales de un paciente que será sometido a una intervención quirúrgica se puede entender teniendo en cuenta los siguientes tres aspectos que se relacionan entre sí:

- a)-Los cirujanos, quienes conciben que su actividad dentro de la medicina, es un arte, siendo su escenario el cuerpo del paciente.
- b)-El paciente por ser un humano, es inteligente y libre, corporal, social y espiritual; no es solamente un mecanismo biológico, compuesto de tejidos, órganos y sistemas.
- c)-La enfermedad como entidad que altera íntegramente a la persona que la padece.

Así, el paciente, dueño del cuerpo sobre el cual el médico interviene, percibe lo que le sucede desde la totalidad de su ser; la atención que se le otorgue debe contemplar la diversidad de sus necesidades: biológicas, psicológicas, sociales y espirituales (de carácter ético y religioso); la atención, entonces, deberá tener en cuenta estos factores que provienen, no tanto del cuerpo enfermo, sino del sujeto que sufre la enfermedad.

Las necesidades emocionales del paciente estarían determinadas por su capacidad de adaptarse a las situaciones que le representen peligro, de adaptarse al riesgo que la cirugía represente y al enfrentarse a temores y ansiedades asociadas con acontecimientos de su historia.

La enfermedad y el proceso quirúrgico, leve o grave, trae consigo una serie de pérdidas: intimidad, autodeterminación, rutina diaria, compañía, confort de hogar, imagen corporal.

Se da un efecto de dificultad en cualquiera de las distintas etapas de la experiencia quirúrgica, desde el momento de la indicación de la operación hasta cada alternativa del proceso.

Por ejemplo, los principales temores surgen en torno a: la anestesia general, a no despertar, a la pérdida del control consciente de la situación, a la sensación de indefensión; la vivencia de pasividad y dependencia; a la herida que marca al cuerpo; a la pérdida del órgano; a la irrupción de la intimidad; al dolor; a “no quedar como antes”; a no ser aceptado.

Otras preocupaciones son fuente también de ansiedad pre operatoria y están ligadas a la aceptación de la realidad del cuerpo que se lo percibe vulnerable y mortal; así como la posibilidad de daños en la imagen corporal como consecuencia de la cicatriz que queda como marca.

En general se puede considerar que las reacciones emocionales que experimentan los pacientes ante una cirugía son variadas, y van desde las respuestas consideradas “normales”, hasta las de tinte patológico. Para las primeras, el cirujano, concediendo tiempo y atención personalizada a su paciente puede generar aceptación. Ante la segunda alternativa debe estar cauto y observar el alcance de las mismas para que no se salgan de su control. En este sentido es conveniente profundizar un poco acerca de los principales estilos de afrontamiento o reacción que pueden asumir los pacientes ante una intervención los cuales serán mencionados a continuación:

a)-Respuestas de pasividad y dependencia extremas: Cuando un paciente refiere “doctor, yo estoy en sus manos, lo que usted diga se hará; ¿qué le puedo decir?”. El profesional quedará encantado con la confianza dada, no va a percibir que se trata de una actitud muy infantil, en la que toda la responsabilidad será de él; ante cualquier eventualidad deberá enfrentar reacciones desorganizadas, por parte del paciente y de su familia, quien lo hará único responsable de la situación.

La contestación oportuna ante una situación de este tipo será la que le permita al paciente participar activamente en el proceso, eligiendo lo elegible, como parte

interesada. Lo que tendrá el cirujano en sus manos, no será la salud del paciente, sino únicamente el bisturí; a la enfermedad tendrán que combatirla juntos.

b)-Respuesta de tipo melancólico: “yo esto lo sabía, ya me lo imaginaba, y ahora ¿qué será de mí?” El paciente da por seguro lo peor. La actitud es de entrega pasiva no al profesional sino al destino, a la fatalidad, más en el fondo culpa y castigo.

Ante este tipo de pacientes, el médico deberá diferenciar entre la depresión reactiva o la personalidad melancólica; será necesario tener en cuenta antecedentes psiquiátricos, familiares, consumo de fármacos.

c)- La respuesta fóbica: “no doctor, no me operaré, tengo miedo de morir, de no despertarme, de que me pase algo durante la operación”. La actitud pesimista, no es de resignación, como la anterior respuesta melancólica, sino de terror y deseos de fugarse.

d)-Respuesta contra fóbica: vea doctor, si hay algo que hacer, hay que hacerlo enseguida, mientras más pronto mejor”: Las respuestas contra fóbicas consiste en que el paciente trata de negar el temor ante la cirugía, sin embargo su cuerpo exterioriza tales temores mediante una serie de sintomatología físicas tales como taquicardia, piel húmeda, temblor, etc. Ante situaciones como ésta el profesional no debe dejarse apresurar, más bien tomar las cosas con la calma correspondiente, sin olvidar detalles.

e)-Respuesta maníaca: “no puede ser doctor, si yo siempre he sido sano. Hace poco que tengo esta molestia, ¿está seguro?”: En este caso lo que se niega no es el riesgo de la cirugía sino la misma enfermedad. Este paciente demorará en regresar al consultorio, en realizarse los exámenes complementarios, incluso podrá no aparecer.

d)-Respuesta histérica: El paciente hace un drama de su situación, y convertirá al cirujano en su héroe y a la familia en sus espectadores. No va a manifestar sus miedos mediante la huida, sino por medio de síntomas de conversión somática, difusos: dolores inespecíficos, taquicardia, etc.

Este estilo de respuesta del paciente, obliga al cirujano a ir descartando, a veces con dificultades, uno a uno el origen orgánico de las “complicaciones”. En estos casos el

profesional afable, con toda cordialidad, tratará de no caer en el juego seductor de su paciente, y se mantendrá alerta para no plegarse a su voluntad.

e)-Respuesta paranoide: “**doctor usted me examinó hace poco tiempo y no me dijo nada; será que el diagnóstico anterior no era apropiado. ¿Es necesaria la operación?**”.

Se evidencia una gran desconfianza por parte del paciente, quien se siente perjudicado por la propuesta, creándose un clima de agresión que llega a involucrar al personal auxiliar, al médico, etc., ante cualquier dificultad.

Ante este paciente, el médico debe documentar sólidamente su propuesta, sin traspasar el límite del sometimiento. Es necesario no enojarse y comprender que de lo que el paciente desconfía es de sus propias capacidades para hacer frente a la situación y no del médico quien es solo objeto de las proyecciones del paciente.

f)-Respuesta obsesiva: Este paciente se muestra controlado y razonador: El médico no debe dejarse engañar por el aparente equilibrio y tranquilidad de su paciente; el miedo es muy intenso y lo controla mediante su excesivo control y rigurosidad. Lo hacen candidato a una gran tensión con todas sus complicaciones, puesto que el acto quirúrgico y la anestesia le impiden ejercer el control que desea.

Este paciente necesita sentir, con tendencia a prolongar la conversación sobre aspectos técnicos y no hablar de sus temores. A veces una mano en el hombro, en el momento oportuno, puede resquebrajar la coraza de estos pacientes.

g)-Respuesta hipocondríaca: Es el tipo de paciente que manifiesta síntomas complicados y múltiples, así como, su desconfianza, su conocimiento de la patología y de las contraindicaciones de la medicina. Por esta razón constituyen la pesadilla para algunos médicos. El cirujano se erige en su salvador, es la forma de demostrar que tenía razón. Aunque proteste verbalmente, sin embargo su rostro transmite gran satisfacción ante la indicación quirúrgica. El peligro con estos pacientes es extralimitarse en la indicación e importancia de la operación (11).

Como hemos visto todas las cirugías incluyendo las oftalmológicas provocan estrés y ansiedad, ya que la respuesta de estrés es una respuesta automática del organismo a

cualquier cambio ambiental, externo o interno, mediante la cual se prepara para hacer frente a las posibles demandas que se generan como consecuencia de la nueva situación, (Labrador, 1992). Por tanto, ello no es algo "malo" en sí mismo, al contrario; facilita el disponer de recursos para enfrentarse a situaciones que se suponen excepcionales. En este sentido es necesario profundizar acerca de una de las reacciones que con mayor frecuencia se tiende a presentar en los pacientes ante la cirugía como es la ansiedad. A continuación se hará mención de la misma.

4.5-CONCEPTO DE ANSIEDAD

La ansiedad es un estado emocional displacentero de aprensión y tensión cuya causa es generalmente desconocida para el sujeto. Desde un punto de vista cualitativo y fisiológico la ansiedad y el miedo son indiferenciables. Sin embargo la ansiedad y miedo difiere en que este último implica la presencia de un peligro real conocido. Por esta razón se considera que la ansiedad es una emoción indeseable e injustificada, cuya intensidad no guarda proporción con la posible amenaza que lo provoca. La ansiedad suele manifestarse externamente con un estado de hiperexcitación, nervios. A continuación haremos mención de la sintomatología física y psicológica de la ansiedad.

4.6-Manifestaciones físicas y psicológicas de la ansiedad:

La ansiedad puede manifestarse a través de diversos síntomas tanto físicos como psicológicos. A continuación se detallan:

Físicas: Se define como aquellas reacciones en la que se presentan alteraciones en una o más variables medibles físicamente tales como la temperatura, presión, densidad. Entre esta encontramos las siguientes: anorexia, vomito, diarrea, palpitaciones, taquicardia, temblores, mareos, desmayos, disnea, hiperventilación, etc.

Psicológicos: Son aquellas reacciones en la que se presentan alteraciones observables en el comportamiento de las personas, como: temor, desosiego, susto, agitación, nerviosidad, irritabilidad etc.

En general la ansiedad se manifiesta en los siguientes niveles:

1. Niveles Cognitivos: Sentimientos de aprensión, tensión emocional, miedo, dificultad para superar problemas por baja autoestima.

2. Niveles Fisiológicos: Actividad del sistema nervioso autónomo (aumenta tasa cardiaca, tensión arterial, Palpitaciones), sistema cardiovascular, Alteraciones en aparato Respiratorio (hiperventilación) y Sistema Muscular.

3. Nivel Motriz: Vienen a ser el resultado de interacción fisiológica como de interacción cognitiva. Se caracteriza por temblores, tartamudeo, incluso no pronunciar palabra, pánico.

En un estudio del 80, como respuesta fisiológica en pacientes con un nivel de ansiedad se daba:

- Descarga de adrenalina.
- De glucosa en sangre.
- Aceleración de pulsaciones.
- Incremento amplitud y ritmo respiratorio.
- Variación rápida de Tª y presión arterial.
- Deseo imperioso de micción.
- Modificación eventual de la cantidad de menstruación.

Las reacciones adecuadas a la ansiedad son:

- Superación de la enfermedad, serenidad, deseo de curarse y colaboración.
- Reacción de resignación .
- Reacciones de la aparición de la enfermedad, si esta implica un replanteamiento de su vida.

Dentro de actuaciones de la enfermería que pueden generar ansiedad, están:

1. Urgencias, alteración de fechas.

2. Cambios en los planes.
3. Dificultades en la comunicación interpersonal.
4. Cuando existen cambios frecuentes de personal.
5. Cuando el paciente desconoce que tipo de pruebas o instrumental se utiliza.
6. Cuando se habla a espaldas de el paciente con otros familiares, (familia/médico).
7. Cuando hay actividades autoritarias y se dan regímenes disciplinarios excesivamente estrictos.
8. En situaciones de dieta alimentaria poco variada e insípida.
9. El tipo de decoración de las salas del hospital.
10. Cohabitación con enfermos más graves.
11. Tipo de regulación del régimen de visitas.
12. En situaciones pre y post quirúrgicas. (12)

4.7-TIPOS DE ANSIEDAD

Desde un punto de vista conceptual y sin considerar parámetros psicopatológicos (trastorno de ansiedad) la ansiedad puede ser dividida de la siguiente forma:

Ansiedad- estado: Estado o condición emocional transitoria del organismo humano que se caracteriza por sentimientos subjetivos, conscientemente percibidos, de tensión y aprensión, así como una hiperactividad del sistema nervioso autónomo. Puede variar con el tiempo y fluctuar en intensidad.

Ansiedad- rasgo: Relativamente estable propensión ansiosa por la que difieren los sujetos en su tendencia a percibir las situaciones como amenazadoras y a elevar consecuentemente su ansiedad-estado. En general se acepta que a mayor Ansiedad-Rasgo, habrá mayor Ansiedad-Estado. (6)

4.8-ANSIEDAD EN LAS INTERVENCIONES QUIRÚRGICAS.

Antes de todo es necesario destacar que cuando se habla de la situación quirúrgica se hace referencia a un concepto amplio que incluye tanto factores externos al propio

individuo (el hospital, el quirófano y las técnicas aplicadas) como factores internos o individuales (factores de personalidad, percepción de amenaza, percepción de control de la situación) que son en definitiva los responsables de las manifestaciones de ansiedad.

Las intervenciones quirúrgicas constituyen una fuente de ansiedad porque obligan a los pacientes a enfrentar situaciones desconocidas y que, además, implican ciertos riesgos.

Los enfermos deben apelar a sus recursos emocionales para hacer frente a la realidad de la enfermedad orgánica y la cirugía, e intentar sortear con mayor o menor éxito las exigencias de la recuperación postoperatoria. Como resultado de las alternativas de ese complejo proceso de adaptación psicológica a la cirugía, la ansiedad es un síntoma frecuente en los pacientes quirúrgicos.

En el período preoperatorio suele aparecer un estado de ansiedad que desencadena en el organismo una respuesta que se englobaría dentro de la reacción general al estrés. (4)

De la misma forma, Moix Queraltó indica que "el estudio de la ansiedad adquiere una especial relevancia en el campo de las intervenciones quirúrgicas, no solo porque la ansiedad constituye una reacción usual en las personas que deben ser intervenidas, sino también por las consecuencias negativas que pueden tener en la recuperación posquirúrgica".

En páginas anteriores hemos mencionado de forma general algunos factores que inciden en las reacciones emocionales que pueden desarrollar los pacientes ante la cirugía. A continuación vamos a revisar con mayor profundidad aquellos factores que facilitan la presencia de la ansiedad en estos pacientes.

4.9-FACTORES QUE INCIDEN EN EL NIVEL DE ANSIEDAD ANTE LA CIRUGÍA

En cirugía, la magnitud de la ansiedad que experimenta el paciente y su capacidad para tolerarla y dominarla, depende de la presencia de dos tipos de factores: Externos e internos:

4.9.1-Factores Externos:

1-**Ambiente extraño:** Referido por una parte al ambiente hospitalario, que requiere del individuo un esfuerzo adicional de adaptación en aspectos tales como cambios en los hábitos de comer, interacciones con extraños, confusión, frecuente sentido de pérdida de control y por otra, al propio quirófano como elemento extraño.

2-**Falta de intimidad:** Las habitaciones compartidas, la circulación de personas tanto profesionales como familiares de otros pacientes contribuyen a esta falta de intimidad experimentada por el paciente, la cuál se hace más patente en los pacientes quirúrgicos.

3- **Sometimiento a técnicas:** Que incluyen miedos relativos al empleo de la anestesia (miedo a no despertar o a despertar antes de que termine la intervención o de que ésta empiece antes de estar dormido, miedo a lo nuevo o a lo desconocido, miedo a sentir vómitos o malestar tras la intervención y finalmente, miedo a hablar y decir cosas no deseadas durante la intervención). Dentro de este apartado también se incluye el grado de invasividad que implica la propia técnica quirúrgica, de manera que cuanto más invasiva sea la técnica mayor es la ansiedad experimentada por el paciente.

4-**Ausencia de apoyo social:** La ausencia de soporte social (familiar o de otro tipo) es otro de los elementos que condiciona las manifestaciones de ansiedad.

5- **La magnitud del factor traumático externo o real:** Es decir, la gravedad de la enfermedad orgánica, si se realizara una intervención de cirugía mayor o mutilante.

6- **La duración del período preoperatorio:** Cuanto más urgente sea la necesidad de operar, menos tiempo tiene el paciente para reconocer y controlar sus temores. Ello condiciona un elevado nivel de ansiedad, que con frecuencia adopta la forma de un

estado de angustia con crisis emocionales y muchas manifestaciones somáticas y neurovegetativas.

7- **Antecedentes familiares en cuanto a cirugías:** Historias de complicaciones anestésicas o quirúrgicas que el enfermo teme se repitan, lo que puede transformarse en la principal fuente de ansiedad.

4.9.2-Factores internos:

1 -**Personalidad tipo A:** Aquellas personas con las características típicas de este patrón de personalidad (impaciencia, urgencia temporal, sobreesfuerzo por el logro, competitividad excesiva, agresividad y hostilidad, entre otras) son más propensas a experimentar reacciones de ansiedad.

2-**Locus de control interno (LCI):** Hace referencia a una característica de personalidad según la cuál el individuo tiene habitualmente una fuerte necesidad de sentir que posee el control de las cosas que le suceden. Es obvio pues que las personas con LCI experimentan con más facilidad ansiedad o estrés puesto que tal y como está concebida actualmente la atención quirúrgica , el individuo que va a ser sometido a una intervención, posee escaso o ningún control sobre el proceso en cualquiera de sus fases (escaso o ningún conocimiento sobre: la técnica a realizar, el ambiente del quirófano, las sensaciones a experimentar tras la intervención, el tipo de cuidados de que dispondrá una vez realizada la intervención y dónde le serán practicados.). En nuestro medio empiezan a protocolizarse las visitas preoperatorias como forma habitual de atención por lo que sería de esperar que la ansiedad consecuente a la falta de información en aquellas personas con LCI no se produzca o al menos no sea relevante.

3-**Ansiedad-Rasgo (A-R) elevada:** Aquellas personas que puntúan alto en ansiedad como característica de personalidad (A-R) son más propensas a manifestar ansiedad situacional, ya que perciben muchas más situaciones como "amenazadoras". Así, la

situación quirúrgica es percibida por las personas con A-R elevada como más amenazante que aquellas personas con A-R baja.

4 -Escasa tolerancia a la ambigüedad: La tolerancia a la ambigüedad es una característica de personalidad que hace referencia al grado de adaptabilidad de una persona a diversas circunstancias cambiantes, o sea, su grado de flexibilidad para encajar los cambios.

En la situación quirúrgica, la tolerancia a la ambigüedad debe entenderse como el grado en que una persona acepta o se adapta a los posibles cambios que se pueden operar en su estado de salud (complicaciones quirúrgicas) y que modifican la evolución previsible. De esta forma, cuanto menos tolerante a la ambigüedad sea la persona, mayor probabilidad tiene de experimentar ansiedad en la situación quirúrgica.

5-Afrontamiento centrado en la emoción: El tipo de afrontamiento es otra característica de personalidad referida a la "forma básica" que tienen las personas de afrontar o encajar los acontecimientos de la vida. Cuando en esta "forma básica" predominan las reacciones emocionales (frente a las racionales) sean positivas o negativas, se habla de "*afrontamiento centrado en la emoción*". Así, las personas con estilos de afrontamiento centrados fundamentalmente en la emoción, son más susceptibles de experimentar ansiedad ante situaciones como la que estamos considerando, la situación quirúrgica.

De la interacción de todos estos factores resulta un determinado grado de ansiedad, que varía en un amplio espectro desde aquellos pacientes que impresionan como absolutamente tranquilos, hasta los enfermos con una notable angustia e inquietud motora, e incluso crisis de excitación psicomotriz con agresividad (6).

Estos factores inciden en la ansiedad que el paciente puede presentar, modificando los aspectos cualitativos y cuantitativos de la misma. En las siguientes líneas haremos mención de los aspectos cualitativos y cuantitativos de la ansiedad.

4.10-ASPECTOS CUALITATIVOS Y CUANTITATIVOS DE LA ANSIEDAD:

Ahora bien, es útil distinguir en la ansiedad preoperatorio aspectos cuantitativos y aspectos cualitativos; los primeros se refieren a la magnitud del estado de ansiedad, que puede influir en el margen de seguridad anestésico y tiene una relación directa con la intensidad del dolor postoperatorio, entre otros parámetros.

El aspecto cualitativo de la ansiedad lo proporciona su tinte hostil o depresivo, el que forme parte de una reacción maníaca con omnipotencia y minimización de los riesgos de la cirugía, etcétera. Esa cualidad del estado ansioso preoperatorio es un indicador de las conductas con que el paciente afronta el estrés, del tipo de su personalidad y de algunas posibles dificultades psicológicas u orgánicas que pueden surgir en el pre o el postoperatorio. Con esto se quiere señalar que la ansiedad, a la que es muy conveniente disminuir con medicación, también puede transformarse en una interesante variable en la evaluación preoperatoria de los enfermos.

A pesar de los avances en la medicina y las técnicas quirúrgicas, la cirugía representa indudablemente un evento estresante para muchos, alrededor de la cual existen preocupaciones sobre la muerte, dependencia física, no despertar de la anestesia, el dolor, la enfermedad, recuperación, separación con la familia, situación económica y laboral y hospitalización entre otros. Ante todos estos interrogantes, pueden surgir varias respuestas emocionales; ansiedad, estrés, depresión, que cuando son muy intensas tienen importantes consecuencias haciendo más lenta y complicada la recuperación postoperatoria.

El sufrimiento psicológico y el estrés preoperatorio pueden retrasar la recuperación. Las intervenciones quirúrgicas, aunque pueden representar un alivio, también están cargadas de ansiedad y constituyen una fuente de estrés psicológico para el paciente, porque lo obliga a enfrentar situaciones desconocidas, que implican ciertos riesgos de vida. La carga emocional propia que cualquier intervención pueda tener, puede aumentar, si el paciente al recibir la noticia, revive recuerdos traumáticos de pasadas cirugías propias o de personas cercanas.

Luego el paciente debe recurrir a sus recursos emocionales para hacerle frente a la realidad de la enfermedad, la cirugía, y las exigencias de la recuperación

postoperatoria. Cuando la persona presenta un alto grado de ansiedad o estrés, esta puede afectar la respuesta a las drogas anestésicas, la tensión arterial o la frecuencia cardiaca, sus heridas demorarán en cicatrizar más, su sistema inmunológico se debilitará y el post operatorio será más largo.

También puede presentar insomnio, agresividad, problemas en sus relaciones con el médico o el staff, uso excesivo de analgésicos, para controlar el dolor y actitudes inadecuadas con respecto al cuidado de la propia enfermedad.

La cantidad de ansiedad que la persona pueda experimentar y la capacidad del paciente para manejar la ansiedad en la cirugía depende de: haber sido testigo o haber experimentado complicaciones quirúrgicas pasadas, duración y magnitud de la enfermedad, tipo y gravedad de la intervención quirúrgica, tiempo de preparación previa para la cirugía, capacidad y tolerancia para soportar situaciones estresantes.

Por tanto la evaluación y tratamiento de un paciente que va a ser sometido a una cirugía, requiere de especial atención a nivel médico y psicológico.

Como ya se ha mencionado la ansiedad, junto con las otras reacciones emocionales, pueden incidir desfavorablemente en tanto en el periodo operatorio y de rehabilitación, por lo que resulta necesaria que los trabajadores sanitarios puedan evaluar la presencia e intensidad de la ansiedad en estos pacientes. A continuación haremos mención de este importante aspecto.

4.11-EVALUACION DE LA ANSIEDAD PREOPERATORIA POR PARTE DEL PERSONAL SANITARIO

Es muy útil que, durante la evaluación prequirúrgica o el día de la internación, el anestesiólogo destine un tiempo de la consulta para mantener una conversación más informal con cada enfermo, y lo estimule a que cuente como enfrenta anímicamente la operación y que piensa o teme de ella. Esto suele permitir una indagación más allá de las apariencias, y surgen los verdaderos temores y preocupaciones, que el paciente no habría manifestado si la consulta hubiese estado dirigida únicamente al interrogatorio

clínico-quirúrgico. Además habilita al anestesiólogo para tranquilizarlo eficazmente con respecto a los temores específicos detectados. Las tranquilizaciones globales como: "quédese tranquilo, es una operación sin importancia y no pasará nada malo"(logran poco y dejan en el enfermo la sensación de no ser escuchado.) (Mardarás Platas, 1980).

Para evaluar la ansiedad preoperatorio, el médico debe atender no sólo a los aspectos verbales (si el paciente expresa su ansiedad, si la reconoce y tolera o no, si puede hablar acerca de sus dudas o temores, etcétera).

También deberá observar manifestaciones no verbales de la ansiedad: expresión del rostro y la mirada, temblor, sudoración, etcétera.

Es necesario detectar, además, cambios fisiológicos que suelen acompañar los estados de ansiedad y pueden afectar la respuesta a las drogas anestésicas, como variaciones de la tensión arterial o la frecuencia cardiaca.

Algunos síntomas deben alertar sobre la probable existencia de un cuadro de ansiedad preoperatoria anormal y/o mal tolerada: insomnio, pesadillas, cefaleas tensionales, náuseas, dispepsias, sensación de disnea u opresión precordial atípica, etcétera. En ciertos pacientes, su incapacidad para afrontar el estrés prequirúrgico se expresa en el antecedente de reiteradas suspensiones de la operación y cambios de fecha por parte del enfermo, motivados por el temor o por trastornos somáticos como reacciones alérgicas o resfriados, por ejemplo.

Estas sugerencias son solo importantes en el sentido humanitario de atenuar el sufrimiento moral de los pacientes operados; son también indispensables para agilizar su recuperación, lograr un mejor tratamiento clínico-quirúrgico y optimizar así el resultado de las cirugías.

Pero además de tener en cuenta los diferentes mecanismos que existen para evaluar la ansiedad, los profesionales sanitarios deben considera aquellos factores que permiten

reducir el nivel de ansiedad del paciente. A continuación se hará mención de los mismos.

4.12-FACTORES QUE REDUCEN LA ANSIEDAD EN PACIENTES

Existen muchos factores que permiten reducir la ansiedad en pacientes, entre estas se encuentran las TÉCNICAS DE PREPARACIÓN PSICOLÓGICA PARA LA CIRUGÍA. Algunos autores han propuesto que el empleo de técnicas psicológicas no sería adecuado ya que impediría la respuesta emocional necesaria para afrontar la situación, no obstante, existen básicamente cuatro grupos de técnicas que han mostrado su utilidad en la preparación para la cirugía.

a) Información:

La forma más accesible para enfermeras y médicos de preparar a los pacientes que van a ser intervenidos es proporcionar información relativa a la situación quirúrgica. Distintos autores informan sobre la adecuación de esta estrategia. Esta información puede referirse bien a los procedimientos quirúrgicos o bien hacia las sensaciones que tendrá el paciente en la fase postquirúrgica, así como a los cuidados que le serán prestados.

La información sobre el procedimiento incluye explicar al paciente la naturaleza de la intervención a la que se someterá, cómo se realiza, quién la realiza, aplicación de la anestesia, traslado a la sala de recuperación, preparación de la piel, sueroterapia y demás cuidados de enfermería, en definitiva, todo lo que ocurre durante el proceso pre, intra y postoperatorio.

La información sobre las sensaciones hace referencia a las sensaciones más importantes que se espera que sienta el paciente, como son el dolor (tipo, intensidad, frecuencia, localización), somnolencia, sequedad de boca, náuseas. También la información puede referirse a ambos aspectos, es decir, tanto a los procedimientos como a las sensaciones. Toda esta información deben proporcionarla los distintos

profesionales según sus competencias y según el protocolo que haya especificado en su caso.

El objetivo del método informativo es intentar que los pacientes no se vean sorprendidos por los acontecimientos que ocurren durante todo el proceso quirúrgico y por tanto, que estos no le provoquen estrés. Esta predictibilidad y controlabilidad de las expectativas de los pacientes sobre el proceso quirúrgico no ha estado libre de controversia puesto que se ha argumentado si precisamente esa anticipación de los acontecimientos no sería propiamente un factor de estrés más potente que la ausencia misma de información.

Actualmente las opiniones a este respecto son dispares pero apuntan en la dirección de que ofrecer información sobre el proceso quirúrgico es más beneficioso que perjudicial. Esto último es especialmente cierto cuando se informa de la sensación de dolor: aquellos pacientes a los que se informa de la sensación de dolor de manera concisa y a los que además se enseñan estrategias cognitivas y conductuales de afrontamiento del dolor y otras molestias, informan menos dolor que aquellos otros pacientes con los que no se procede de esta manera.

b) Técnicas conductuales:

Los métodos de preparación conductual proporcionan al paciente instrucciones sobre conductas específicas a realizar de manera que faciliten su recuperación física.

Estas instrucciones conductuales son proporcionadas normalmente por las enfermeras y variarán en función del tipo de intervención, no obstante, incluyen típicamente ejercicios de respiración profunda o abdominal que estimulan la respuesta de relajación, el movimiento de extremidades, la forma adecuada de toser, la deambulación, etc.

También dentro de este grupo se incluyen técnicas de relajación muscular que facilitan al paciente el autocontrol de su respuesta emocional.

c) Técnicas de afrontamiento cognitivo:

Estas técnicas consisten fundamentalmente en ayudar al paciente a identificar sus miedos y preocupaciones referidas a la cirugía e intentar eliminarlos o modularlos, para cuyo fin se emplean distintas técnicas de orden cognitivo. En definitiva, estas técnicas

pretenden modificar la apreciación de la situación quirúrgica en el paciente y su tipo de afrontamiento desadaptado para así disminuir el estrés y sus efectos indeseables.

Los trabajos realizados en este sentido se han mostrado eficaces en lo referente a la recuperación del paciente, pero lógicamente y puesto que en estas técnicas están implicadas variables de personalidad, las técnicas cognitivas son un elemento a utilizar a largo plazo y en el contexto de un equipo multidisciplinar.

d) Otras técnicas cognitivo-conductuales (inoculación del estrés, de sensibilización sistemática):

Estas técnicas pretenden reducir la ansiedad experimentada en este caso por los pacientes que van a someterse a cirugía enfrentándolos a distintas situaciones relacionadas en algún punto con el proceso quirúrgico a la vez que se entrena a dichos pacientes para obtener una respuesta de relajación en esas situaciones inicialmente estresantes. Información más detallada sobre dichas técnicas se puede encontrar en Caballo. Finalmente, cabe destacar que estas técnicas se han mostrado útiles en la reducción de los niveles de ansiedad pre y postquirúrgica, así como del dolor, según las valoraciones médicas, lo que a su vez va a incidir significativamente en la recuperación del paciente. En las siguientes líneas haremos mención de este aspecto.

4.13-ANSIEDAD Y RECUPERACIÓN

La intervención quirúrgica puede considerarse como una situación estresante para el paciente. Muchos estudios han puesto de relieve que el estrés puede repercutir negativamente en el estado fisiológico del paciente, es decir, en su recuperación posquirúrgica.

Para evaluar el alcance de esta repercusión se utilizan diferentes parámetros que son comunes a casi todas las intervenciones, como la duración de la estancia hospitalaria, el número de analgésicos consumidos, las quejas de dolor, la fiebre, complicaciones, etc., e indicadores psicológicos como la depresión y la ansiedad. En concreto esta última variable psicológica, ha puesto de relieve que grados elevados de ansiedad en

el período prequirúrgico se asocian a una peor adaptación postquirúrgica por lo que se refiere a los indicadores de recuperación.

La ansiedad actúa alargando el proceso de recuperación postquirúrgica y lo hace a través de dos tipos de mecanismos. Por un lado los mecanismos cognitivo-conductuales, por ejemplo, los pacientes más ansiosos siguen peor las indicaciones o prescripciones médicas, y son también los que tienen tendencia a procesar prioritariamente la información amenazante.

Por otro lado, los mecanismos fisiológicos, puesto que altos niveles de ansiedad parecen producir inmunodepresión, y por tanto los individuos más ansiosos serían más propensos a las infecciones y complicaciones postquirúrgicas. De hecho en una investigación reciente publicada en la prestigiosa revista The Lancet, se ha comprobado que el estrés psicológico afecta al sistema inmunitario de tal manera que incluso enlentece la cicatrización de las heridas. (6)

V- DISEÑO METODOLÓGICO.

Tipo de estudio: Descriptivo de corte trasversal.

Área de estudio: Los pacientes del Hospital Escuela Oscar Danilo Rosales, ubicado de la basílica catedral de la Asunción de María una cuadra al sur.

Población: Total de pacientes que fueron sometidos a cirugía oftalmológica en el período de estudio, siendo un total de 41 pacientes.

Tamaño y selección de la muestra: Debido a que la población es pequeña, en nuestro estudio se tomaron como muestra el total de pacientes que fueron sometidos a cirugías oftálmicas durante el periodo de nuestro estudio y que además cumplían con los criterios de inclusión.

Criterios de inclusión:

- Que sean pacientes del hospital escuela.
- Que se encuentren en el departamento de oftalmologías.
- Que vayan a ser sometidos a cirugía oftalmológica.
- Que sean mayores de 15 años.
- Que esté en disposición de participar en el estudio.

Criterios de exclusión:

- Que no sean pacientes del hospital escuela.
- Que no se encuentren en el departamento de oftalmologías.
- Que no vayan a ser sometidos a cirugía oftalmológica.
- Que sean menores de 15 años.
- Que no esté en disposición de participar en el estudio.

Procedimiento para la recopilación de la información:

Para recolectar la información del estudio se llevaron a cabo las siguientes actividades:

1-Se solicitó la autorización del director del HEODRA. Así también en el área de admisión nos proporcionaron los datos de los pacientes disponibles en ese momento, para aplicarle el test.

2-Se seleccionó a los pacientes que cumplan con nuestros criterios de inclusión.

3-Se Solicitó consentimiento a los pacientes para participar en el estudio.

5-Aplicar el test STAI.

Instrumento de recolección de datos:

Para valorar el nivel de ansiedad en los pacientes con enfermedades oftálmicas que fueron operados, se utilizó el cuestionario de Ansiedad Estado-Rasgo (STAI). Este cuestionario comprende escalas separadas de autoevaluación que miden dos conceptos independientes de la ansiedad, como estado (E) y como rasgo (R).

En nuestro caso utilizamos la primera parte del test que corresponde a la medición de la ansiedad como estado, que permite determinar los niveles actuales de intensidad de la ansiedad inducidos por procedimientos experimentales cargados de tensión o estrés o como un índice del nivel del impulso. A pesar que este cuestionario fue diseñado para una autoaplicación, debido a las circunstancias de nuestra población él cuestionario se aplicó en forma de una entrevista leyendo las instrucciones y las preguntas del cuestionario, así mismo las investigadoras fueron responsables de llenar el cuestionario en base a las respuestas dadas por los pacientes.

Se realizó de manera individual. Donde las puntuaciones pueden variar desde un mínimo de 0 puntos a un máximo de 60 puntos. Cada pregunta tiene 4 alternativas de

respuestas que va desde Nada a Mucho (0=nada, 1=algo, 2=bastante, 3=Mucho). En la elaboración del STAI se han entremezclado los elementos de la escala directa (para obtener la puntuación se pondrán en el mismo sentido de la escala) y los elementos de la escala inversa (en este se invierte la escala es decir, se conceden tres puntos si el sujeto marca el 0, dos si el señala el 1, y cero si se da el 3) para soslayar el efecto de aquiescencia en las respuestas del sujeto. En esta parte de test hay 10 elementos de escala directa y 10 de escala invertida (los elementos de la escala invertida son 1, 2, 5, 8, 10, 11, 15, 16, 19 y 20). Para obtener las puntuaciones directas se suman las puntuaciones de la escala directa y aparte las puntuaciones de la escala inversa luego se restan las directas menos las inversas. Las puntuaciones directas obtenidas son transformadas en puntuaciones centiles o decatípicas para su posterior interpretación. Se consideran que los elementos del STAI son suficientemente discriminadores y diferenciadores y posee una buena consistencia interna (0.90-0.93). (13)

Aspectos éticos: se tomaron en cuenta los siguientes principios éticos:

- Confidencialidad de los datos proporcionados por el paciente.
- Respeto de las respuesta de los pacientes.
- Anonimato de los pacientes.
- Consentimiento informado por escrito de los participantes.

Plan de análisis de los resultados: Se estimó frecuencia de todas las variables y se calculó el promedio de alteración en la población de estudio y en grupos específicos. Los datos fueron analizados mediante el paquete estadístico SPSS versión 15, haciendo uso de las estadísticas descriptivas (Frecuencia porcentual). Los datos son presentados en tablas.

VI- OPERATIVIZACIÓN DE VARIABLES

VARIABLE	CONCEPTO	DIMENSIÓN	INDICADORES
Características generales	Rasgos individuales que diferencian a cada persona.	Edad Estado civil Sexo Procedencia	Número de años. Soltero, casado. Viudo, unión libre. Femenino, masculino. Rural, urbano.
Cirugía Oftalmológica	Rama de la medicina que se ocupa del tratamiento de las enfermedades, lesiones y deformidades por medio de operaciones o manipulaciones al aparato visual.(8)	Mayor Menor	Estrabismo, Glaucoma, catarata, retina, Ulceras Chalazión, parpado, pterigión, otros.
Nivel de ansiedad	Estado o condición emocional transitoria del organismo humano que se caracteriza por sentimientos subjetivos, conscientemente percibidos de tensión y aprehensión, así como por una hiperactividad del sistema nervioso autónomo.	Alto Medio Bajo	puntuaciones decatípicas del STAI 8-10 4-7 1-3

VII- RESULTADOS

I-CARACTERÍSTICAS GENERALES:

En los resultados del estudio se observa que el grupo de edades más frecuente encontradas en el estudio es el de 62 a más años con un 39% y el grupo con menos representación es el de 15-30 años con un 17% (ver anexo tabla nº 01). La mayoría de éstos son casados representando el 46.3%, seguido del viudo con un 29.3% y el soltero con un 24.4% (ver anexo tabla nº 02).

En cuanto al sexo encontramos que el 53.7% son mujeres y un 46.3% son hombres. (Ver anexo nº 03).

El 65.9% de la muestra son procedente de los municipios (Ver anexo tabla nº 04), de los cuales la mayoría de nuestra muestra son del municipio de Malpaisillo con un 34.1% (ver anexo tabla nº 05).

En relación al tipo de cirugía la que más predominó en nuestro trabajo fue la de catarata obteniendo un 48.8%, la cirugía de chalazión y pterigión obtuvieron un 12.2% cada una, el glaucoma con un 2.4%, al igual que la de parpado y un porcentaje de 19.5 aseguró no saber el nombre de su cirugía (ver anexo tabla nº 06).

Con respecto a la clasificación de las cirugía oftalmológicas, las mayores son las que más se realizaron con un 53.7% y la menores con 46.3%(Ver anexo tabla nº 07)

II- NIVEL DE ANSIEDAD

De acuerdo a los niveles de ansiedad obtenidos por los pacientes la mayoría demostraron tener un nivel medio de ansiedad con un 73.2%, seguido por el nivel alto con un 19.5% y un nivel bajo con un 7.3%.

III-NIVEL DE ANSIEDAD Y PATOLOGÌA OFTÀLMICA

En todas las cirugías el nivel de ansiedad que más predominó es el nivel medio.

Así en las cirugías mayores la distribución porcentual es la siguiente:

*En la catarata el 36.5%.

*Glaucoma: 2.44%

*Úlcera: 2.44%

Con respecto a las cirugías menores la distribución porcentual es la siguiente:

*Chalazión: 7.32%

*Pterigión: 9.76%

El nivel bajo se distribuye de la siguiente manera:

Cirugía mayor: Este nivel de ansiedad solamente se presenta en el 4.8% de los pacientes con catarata.

Cirugía menor: El 2.44% de los pacientes con cirugía del párpado presenta un nivel bajo de ansiedad.

Y el nivel alto se presenta en el 7.3% de los que presentan catarata (Cirugía mayor).

Con respecto a las cirugías menores la distribución porcentual es la siguiente:

Chalazión: 4.8%; Pterigión: 2.44%

VIII- DISCUSIÓN

Una complejidad de factores determina las reacciones ansiosas ante la enfermedad y la cirugía, entre los que destacan: la edad, el sexo, la cultura, las experiencias anteriores y el apoyo social existente.

Se han elaborado estudios en los que se demuestran que la ansiedad preoperatoria predomina en los pacientes del sexo femenino (I Omaque, E Carrero, 2000) y los sujetos en la cuarta década de la vida, en comparación con nuestros resultados hay una ligera diferencia con respecto al sexo, obteniéndose un mayor porcentaje de hombres con un nivel de ansiedad medio y alto en comparación al sexo femenino, sin embargo esta diferencia no resulta tan representativa teniendo en cuenta el tamaño muestral. Con lo que respecta a la edad no se puede establecer propiamente una diferencia teniendo en cuenta la distribución etarea de la muestra. Sin embargo, según nuestros resultados no hay diferencia notable entre el nivel de ansiedad y la edad.

Como sabemos las intervenciones quirúrgicas constituyen una fuente de ansiedad porque obligan a los pacientes a enfrentar situaciones desconocidas y que, además, implican ciertos riesgos. El nivel de ansiedad que predominó en los pacientes de nuestro estudio fue el de nivel medio, reafirmando la existencia de ansiedad preoperatoria.

Se considera el momento de toda la hospitalización en el que el paciente experimenta más ansiedad es justo antes de la cirugía; esto es, mientras se encuentra esperando para ser intervenido.

En un estudio (I Omaque, E Carrero, 2000) no hubo diferencias significativas de la ansiedad preoperatoria entre los pacientes de las diversas especialidades quirúrgicas, destacando que en nuestro estudio tampoco se encontró diferencias significativas entre los tipos de cirugía oftálmica. Considerando que el factor traumático externo o real es decir, la gravedad de la enfermedad orgánica, no tuvo influencia en nuestra muestra sin embargo pudo influir en ellos factores internos como la personalidad y tolerancia a la ambigüedad que es una característica de personalidad que hace referencia al grado de adaptabilidad de una persona a diversas circunstancias cambiantes, o sea, su grado de flexibilidad para encajar los cambios, aspectos no abordados en este estudio.

IX- CONCLUSIONES.

Al concluir nuestro trabajo satisfactoriamente podemos deducir las siguientes conclusiones:

El grupo de edades más frecuentes en estos pacientes es el 62 a más, predominando las mujeres y el estado civil más frecuente es el casado.

Con referencia a la procedencia de los pacientes encontramos que son más de los municipios que de la ciudad de León, siendo la localidad de Malpaisillo donde se encuentra el mayor número de encuestados.

En lo que se refiere al tipo de cirugía las que predominaron fueron las mayores, específicamente la de catarata.

En el estudio se encontró un predominio del nivel de ansiedad medio, independientemente del tipo de cirugía oftálmica a la que fue sometido el paciente.

X- RECOMENDACIONES.

A la dirección del Hospital Escuela Oscar Danilo Rosales

*Capacitar a su personal médico sobre la ansiedad preoperatoria que presentan la mayoría de los pacientes que serán sometidos a cirugía, para que sea de su conocimiento dicho problema y estén preparados para trabajar con dichos pacientes y obtener mejores resultados en el proceso de recuperación.

*Que el equipo multidisciplinario (administrativo, paramédico y médico) actúe de manera coordinada, brindando orientación e información suficiente al paciente y a sus familiares.

Al personal médico:

*Brindar una preparación psicológica a sus pacientes antes de ser sometidos a la cirugía para controlar la ansiedad que estos puedan presentar.

A los familiares

*Comprender y tener paciencia a los familiares que serán sometidos a cirugías, con el fin de hacer más fácil este proceso estresante para dicho paciente.

*Promover un ambiente de tranquilidad desde el hogar, brindándole un apoyo y respaldo ante la cirugía.

XI- BIBLIOGRAFIA

1. Escamilla M. El estrés preoperatoria y la ansiedad pueden demorar la recuperación .sus médicos [seriado en línea] 2005. Disponible en: www.susmedicos.com/art_estres_preoperatorio.htm. Consultado Noviembre 5 2007.
2. Gavito M, Corona M, Villagrán M, Morales J, Téllez J, Ortega H. La información anestésica quirúrgica: su efecto sobre la ansiedad y el dolor de los pacientes toracotomizados. Rev. Inst Nacional Enfermería México Volumen 13 - número 3 Julio - septiembre 2000 Págs. 153-156
Disponible en: <http://www.medigraphic.com/pdfs/iner/in-2000/in003f.pdf>
Consultado el 01.agosto, 2008
3. Aragonis Cruz B. Corcero Escobar I. Febles. Experiencia con el uso de anestesia tópica en la cirugía oftalmológica. Scar 2006 disponible en: <http://bus.sld.cu/revista/scar/vol6/no1/scar02107.pdf> consultado 07/07/08.
4. Gacomantone E, Mejía A. estrés quirúrgico y ansiedad [seriado en línea] 2000. Disponible en: www.gador.com.ar/iyd/ansie2/quiru.htm. consultado 5 de noviembre 2007.
5. Suarez S. el estrés preoperatorio y su impacto en el sistema inmunológico. Cibernética. [seriado en línea] 1997. Disponible en:

www.cibernetia.com/tesis_es/psicologia/psicologia_experimental/psicologia_fisiologica.
consultado 12 de mayo 2008.

6. Hernández, M. Cirugía Habitual [seriado en línea] 2007. Disponible en:
<http://www.cirugiahabitual.org/temas/indice.html>. consultado el 15 de abril del 2008.
7. Ruiz E. Muñoz J. Oliveiro I. Islas M. ansiedad preoperatoria en el Hospital general de México &&. [seriado en línea] 2000. Vol 63.v 231. Disponible en:
www.medigraphic.com/pdfs/h-gral/hg-2000/hg004b.pdf. Consultado 12 de mayo del 2008.
8. Stedman. Diccionario de ciencias Médicas. 25ed. Buenos Aires. Editorial. Medica panamericana. 1993. p 271.
9. Miller, D., Pineda, J. oftalmología, primera edición, México, Editorial Limusa .S.A.1983, 89, 91, 92, 133.
10. Newell, Enfermedad de los ojos. Primera edición. México Bolea de México S.A.1981. p 401 y 426 México.
11. Baquerizo T. Aspectos emocionales en el paciente quirúrgico. [seriado en línea]. 2002. disponible en: www.medicosecuador.com/librosecng/index.html consultado: 20 de Mayo 2008.
12. Anierte N. el proceso salud y enfermedad. Rev. Oncode. [seriado en línea]2001. Disponible en: http://person.wanadoo.es/anierte_nic/apunt/sociolog_salud.htm consultado: 14 de mayo 2008.
13. Spielberg C. Gorsuch R. Lushene R. STAI Cuestionario de Ansiedad Estado Rasgo. Primera edición. España TEA Ediciones.1988.

ANEXOS

Tabla 1

EDAD

Edad	Frecuencia	Porcentaje
15-30	7	17
31-46	9	22
47-62	9	22
62-más	16	39
Total	41	100

Estado civil	Frecuencia	Porcentaje
Soltero	10	24.4
Casado	19	46.3
Viudo	12	29.3
Total	41	100

Fuente cuestionario.

Tabla 2

ESTADO CIVIL.

Fuente cuestionario.

Sexo	Frecuencia	Porcentaje
Hombre	19	46.3

Tabla3

SEXO

Mujer	22	53.7
Total	100	100

Procedencia	Frecuencia	Porcentaje
León	14	34.1
Municipios	27	65.9
Total	41	100

Fuente cuestionario.

Tabla 4

PROCEDENCIA

Fuente cuestionario.

Municipios	Frecuencia	Porcentaje
Malpaisillo	14	34.1
Quezalguaque	4	9.8
Télica	4	9.8
El Sauce	2	4.9
La Paz Centro	2	4.9
Somotillo	1	2.4
Total	27	65.9
León	14	34.1
Total	41	100

Tabla 5
MUNICIPIOS

Fuente cuestionario.

Tabla 6
TIPO DE CIRUGIA

Cirugía	Frecuencia	Porcentaje
Catarata	20	48.8
Chalazión	5	12.2
Pterigión	5	12.2
Glaucoma	1	2.4
Parpado	1	2.4
Úlcera	1	2.4
No conoce la cirugía	8	19.5
Total	41	100

Fuente cuestionario.

Tabla 7

TIPO DE CIRUGIA 2

Cirugía	Frecuencia	Porcentaje
Mayores	22	53.7
Menores	19	46.3
Total	41	100

Fuente cuestionario.

Tabla 8**NIVEL DE ANSIEDAD**

Nivel de ansiedad	frecuencia	Porcentaje
Bajo	3	7.3
Medio	30	73.2
Alto	8	19.5
Total	41	100

Fuente cuestionario.

Tabla 9**TABLA DE CONTINGENCIA NIVEL DE ANSIEDAD Y TIPO DE CIRUGÍA**

Nivel de ansiedad	Tipo de cirugía							Total
	Catarata	Glaucoma	Ulcera	Chalazión	Pterigi3n	Parpado	No sabe	
Bajo	2	0	0	0	0	1	0	3
Medio	15	1	1	3	4	0	6	30
Alto	3	0	0	2	1	0	2	8
Total	20	1	1	5	5	1	8	41

Fuente cuestionario.

Tabla 10**TABLA DE CONTINGENCIA NIVEL DE ANSIEDAD Y EDAD.**

Nivel de ansiedad	Edad				Total
	15-30	31-46	47-62	62-más	
Bajo	1	0	1	1	3
Medio	5	7	5	13	30
Alto	1	2	3	2	8
Total	7	9	9	16	41

Fuente cuestionario.

Tabla 11

TABLA DE CONTINGENCIA NIVEL DE ANSIEDAD Y SEXO.

Nivel de ansiedad	Sexo		Total
	hombre	mujer	
Bajo	1	2	3
Medio	12	18	30
Alto	6	2	8
Total	19	22	41

Fuente cuestionario.

Tabla 12

TABLA DE CONTINGENCIA NIVEL DE ANSIEDAD Y PROCEDENCIA.

Nivel de ansiedad	Procedencia		Total
	León	Municipios	
Bajo	3	0	3
Medio	9	21	30
Alto	2	6	8
Total	14	27	41

Fuente cuestionario.

1. Me siento calmado.
2. Me siento seguro.
3. Estoy tenso.
4. Estoy contrariado.
5. Me siento cómodo (estoy a gusto)
6. Me siento alterado.
7. Estoy preocupado ahora por posibles desgracias futuras.
8. Me siento descansado.
9. Me siento angustiado.
10. Me siento confortable.
11. Tengo confianza en mí mismo.
12. Me siento nervioso.
13. Estoy desasosegado.
14. Me siento muy atado (como oprimido).
15. Estoy relajado.
16. Me siento satisfecho.
17. Estoy preocupado.
18. Me siento aturdido y sobre excitado.
19. Me siento alegre.
20. En este momento me siento bien.

0	1	2	3
0	1	2	3
0	1	2	3
0	1	2	3