



**UNIVERSIDAD NACIONAL DE ROSARIO  
FACULTAD DE CIENCIAS MEDICAS  
ESCUELA DE ENFERMERIA**

**PROYECTO DE TESIS:**

**“Relación entre el tipo de cirugía, y la experiencia quirúrgica  
previa, con el tipo de ansiedad prequirúrgica, según  
sexo, edad y el nivel de instrucción de los  
pacientes adultos en el servicio de  
cirugía, en la entidad provincial  
de la ciudad de Granadero  
Baigorria, durante el  
primer semestre  
del año 2018”**

Por:

**Marta Paniagua**

Director de Tesina

**Lic. Claudio Dalman**

Docente Asesor

**Lic. Natalí Córdoba**

Rosario, marzo de 2018

*Protocolo de investigación para regularizar la actividad académica de tesina*

**Como dice Aristóteles:**

“Todo arte y toda investigación, igualmente, toda acción y libre elección parecen tender a algún bien, por esto se ha afirmado con razón, que el bien es aquello hacia lo que todas las cosas tienden”.

OBM. Ética Nicómaco.

Agradezco a mi familia por el apoyo incondicional durante el cursado de la carrera, a mi sobrina Romina, por la paciencia en ayudarme a usar la computadora, a mis hijas de corazón Delfina, Jazmín y Ruby, quienes sufrieron mi ausencia, y son la motivación y la razón de superarme cada día más, a mi docente asesor Lic. Natali Córdoba, por su gran ayuda, dedicación y paciencia durante el proceso de aprendizaje, por último, al Lic. Claudio Dalman por ayudarme y brindarme su disponibilidad de tiempo para discutir ideas, conceptos, y a todos por su disposición incondicional para llevar adelante este proyecto.

## **RESUMEN**

En el presente estudio se explicará a las cirugías como parte de la medicina en la que se intenta curar a través de intervenciones quirúrgicas. La mano aparece como un acto central del acto quirúrgico. El cirujano está dedicado a su arte, esa actividad que involucra la capacidad de hacer con las manos lo que el intelecto dicta y el tipo de ansiedad es la sensación de malestar o amenaza acompañada de una respuesta autonómica, sentimiento de aprensión causada por la anticipación de peligro, al tener una experiencia quirúrgica previa por parte del paciente.

El objetivo de este estudio es determinar la relación que existe entre el tipo de cirugía según sexo, edad, nivel de instrucción y experiencia quirúrgica previa, con el tipo de ansiedad pre-quirúrgica que presentan los pacientes en el servicio de cirugía en la entidad hospitalaria Provincial de la ciudad de Granadero Baigorria, durante el primer semestre del año 2018.

Se realizará un estudio con abordaje cuantitativo, descriptivo de corte transversal. La población estará conformada de aproximadamente 60 pacientes en período pre-quirúrgico. La técnica de recolección de datos, será mediante la encuesta y el instrumento que se utilizará será un cuestionario con preguntas cerradas y abiertas, administrada por el investigador, que será de carácter confidencial.

En el plan de análisis se utilizará el tipo de estadística descriptiva, de escala nominal, (porque identifica, clasifica y categoriza las variables), en esto se tendrá en cuenta la distribución, frecuencia, los porcentajes, el modo, las medidas de dispersión y correlación apropiada. Los mismos se representarán con gráfico de barras adosadas, se analizarán las frecuencias absolutas y relativas, porque se comparan los resultados a través de incidencias de cirugías.

Para las variables simples como edad, sexo, nivel de instrucción y experiencia quirúrgica previa, se utilizarán gráficos circulares, donde se podrá analizar la frecuencia relativa de la incidencia de los mismos.

### **Palabras clave:**

Tipo de ansiedad, tipo de cirugías, experiencia quirúrgica previa, pacientes adultos.

## INDICE GENERAL

	Pag.
<b>Resumen y Palabras clave</b> .....	4
<b>Índice General</b> .....	5
<b>Introducción:</b>	
Estado actual del conocimiento o Estado del Arte .....	6
Planteamiento del problema en estudio .....	9
Hipótesis y objetivos .....	9
<b>Marco Teórico</b> .....	11
<b>Material y Métodos:</b>	
Tipo de estudio o Diseño .....	33
Sitio o contexto de la investigación .....	33
Población y Muestra .....	34
Técnicas e instrumentos para la recolección de datos .....	34
Personal a cargo de la recolección de datos .....	36
Plan de Análisis .....	37
<b>Anexos:</b>	
I.    Guía de estudio de convalidación o exploratorio de los sitios .....	40
II.   Instrumentos de recolección de datos.....	41
III.  Resultados del estudio exploratorio .....	46
IV.  Resultados de la prueba Piloto del instrumento .....	48
<b>Bibliografía</b> .....	55

## INTRODUCCIÓN

La ansiedad tiene una utilidad adaptativa, pero puede llegar a constituir una enfermedad si ésta es desproporcionada. El momento previo a una intervención quirúrgica en la sala, constituye un suceso estresante para el paciente, que depende de varios factores (sexo, edad, nivel de instrucción, experiencia quirúrgica previa, tipo de cirugía...). El nivel de ansiedad aumentará si no existe una buena información por parte del equipo que lo atiende, referente tanto a su estado de salud como a su posible enfermedad y al tratamiento que debe seguir (1).

La ansiedad se define como una vaga sensación de malestar o amenaza acompañada de una respuesta autonómica, sentimiento de aprensión causado por la anticipación de un peligro. Es una señal de alerta que se advierte de un peligro inminente y permite a la persona tomar medidas para afrontar la amenaza (2).

La intervención quirúrgica en un ambiente extraño, el conocimiento de los peligros de la anestesia y la cirugía, más las fantasías y los miedos al respecto (miedo a lo desconocido, miedo a la anestesia, miedo a no despertar jamás o el miedo a despertar en medio de la cirugía, miedo a los errores técnicos dentro de ella, miedo al dolor, etc.), conducen al estrés psicológico de manera por demás importante. Para enfrentar esto, los pacientes movilizan sus recursos emocionales y pueden adaptarse a los requerimientos del proceso preoperatorio en el que se encuentran. Sin embargo, este proceso de adaptación resulta no siempre exitoso, ya que el paciente ignora a qué se enfrentará exactamente en la mayoría de las ocasiones. Psicológicamente, la ansiedad es vivida por el propio sujeto como un estado de ánimo desagradable, producido por situaciones que, de manera consciente o no, el sujeto las percibe como amenazadoras.

La ansiedad, que a menudo, es confundida con el estrés, puede ser experimentado por cualquier persona ya que es esencialmente una respuesta al estrés. En cualquier caso, aunque la ansiedad pueda ser un reflejo de estados endógenos se asocia generalmente con sucesos estresantes externos. La cirugía constituye un potente estresor complejo; y su carácter estresante no se encuentra aislado, depende no sólo de la hospitalización sino de la enfermedad, de acontecimientos y sus consecuencias, responsable todo ello, de las elevaciones de la ansiedad (3).

Así es como Alejandro H, Cía, en su libro “Tratamiento de la ansiedad en la clínica y atención primaria”, menciona a Peter Lang, que expresa su teoría tripartita de la ansiedad mediante manifestaciones que se agrupan en tres áreas bien diferenciadas: 1- Fisiológico, somático, 2-Cognitivo, mental o subjetivo, 3-Conductual. Si bien estos tres sistemas se manifiestan en forma conjunta, pueden ser activados en mayor o en menor grado en diferentes individuos, significa que cada persona tiene una forma particular de reaccionar, en la que algunas de estas respuestas pueden destacarse sobre las demás o darse una respuesta en forma proporcionada (4).

Este estudio se realiza por las diferentes situaciones que se presentan a diario en el que hacer del enfermero del servicio de cirugía del Hospital Provincial de la ciudad de Granadero Baigorria. Entre las distintas magnitudes de las problemáticas que se mencionan, están relacionada a los distintos estados emocionales, por los que atraviesa el paciente prequirúrgico, en especial las cirugías programadas. La ansiedad prequirúrgica repercute directamente en el postoperatorio, produciendo complicaciones en la recuperación (5). Si bien es sabido que la ansiedad es un estado por el cual todo ser humano experimenta en situaciones estresantes, se le debería dar la importancia del caso en aquellos que mencionan sus necesidades y emociones. Por ello se considera necesario realizar esta investigación que brindará información acerca de la planificación del cuidado en su ansiedad. De esta manera se beneficia al personal de enfermería mejorando su calidad de atención y sus competencias, y a los pacientes quienes se sentirán más seguros y confiados en el proceso quirúrgico al que serán sometidos disminuyendo su nivel de ansiedad y en consecuencia a la institución que reflejará la calidad humana del personal de enfermería.

Según los resultados del estudio sobre el tratamiento de la ansiedad en pacientes pre-quirúrgicos de la Revista Clínica de Medicina de Familia, el 82,3% de los pacientes informaron no haber tenido sensación subjetiva de ansiedad al recibir la información médica, frente al 16,8% que afirmaban haberse puesto nerviosos, y el 0,9% que decían haberlo estado mucho. El 87,7% dijo preferir saber en todo momento lo que les pasaba y lo que se les iba a hacer. El 91,3% de los pacientes que puntuaron alto en ansiedad, no recibieron información alguna por parte del médico sobre la intervención a la que iban a ser sometidos. Tal es así que una intervención quirúrgica viene determinada por diversos factores. El primero es la magnitud del agente traumático externo, es decir, la

gravedad de la enfermedad. Otro factor importante a tener en cuenta es la duración del periodo preoperatorio, cuanto mayor sea la urgencia de la operación menor será el tiempo que tendrá el enfermo para adaptarse emocionalmente, lo que dará lugar a crisis de ansiedad y muchas manifestaciones somáticas y neurovegetativas. Los antecedentes familiares sobre intervenciones quirúrgicas, como problemas con la anestesia o experiencias pasadas con pérdida de algún ser querido, suelen ser una de las principales fuentes de ansiedad (6).

Esto demuestra que los pacientes que reciben información por parte del personal de la salud, como enfermeros, médicos, anestesiistas, en el preoperatorio resulta muy útil para mejorar su capacidad de afrontamiento al estrés causado por el acto quirúrgico y obtener mejores resultados en el postoperatorio.

Según un estudio de la revista Médica mexicana, sobre el nivel de ansiedad e información preoperatorio en pacientes programados para cirugía se estudiaron que 100 pacientes con edad promedio de 43 años, el 79% eran pacientes femeninas, el 89% recibió anestesia general, 9% anestesia regional y el 2% combinación de ambas. La incidencia de la de ansiedad preoperatoria se ha reportado entre el 60 y el 80 %. Se asocia a diversos factores como tipo de cirugía, grado de información, experiencias previas y el sexo femenino. La ansiedad es considerada como predictor de dolor postoperatorio. El 25% de los pacientes estuvieron ansiosos por la anestesia y cirugía, los cuales recibieron medicación ansiolítica. El 40% necesitaron más información relacionada con la anestesia y cirugía. El 60% de los pacientes habían experimentado procedimientos quirúrgicos previo, de los cuales el 42% mencionó haber tenido buena experiencia, y el 21% fueron consideradas como malas experiencias previas. La preocupación por diversas complicaciones quirúrgicas que pueden ocurrir fue del 69%, la cual amerita tener presente para generar intervenciones terapéuticas que disminuyan su intensidad (7). Por el cual se concluyó que la prevalencia de la ansiedad es alta y puede disminuirse con mayor información sobre los procedimientos quirúrgicos, con el propósito de disminuir la ansiedad y mejorar la satisfacción, predominando el sexo femenino, edad promedio de 43 años, siendo menor el porcentaje de quienes tuvieron una mala experiencia quirúrgica previa.

En otro trabajo de investigación realizado en el Hospital General de México, en

relación a la edad, el sexo y escolaridad, predominaron pacientes de la cuarta década de la vida y el sexo femenino (66,6%), según los estudios que mencionamos anteriormente con escolaridad máxima de secundaria (31,2%). Al referirse temor al ambiente hospitalario 35% respondió afirmativamente, un 45% presentó miedo a la anestesia y un 33% manifestó tener miedo a la cirugía. El 47% no conocía al cirujano que los operaría y el 45% de la población no sabía en qué consistía el procedimiento que se le aplicaría. Además, a la inspección visual mostró datos sugestivos de ansiedad como preocupación, inseguridad, dificultad en la concentración para responder, tensión muscular y alteraciones del sueño, todas de intensidad variable, que pudieran manifestarse como ataques de pánico y/o síntomas fóbicos. De acuerdo a la escala visual de la ansiedad, mostraron que los pacientes se manifestaron entre la ansiedad de leve a moderado. Siendo la ansiedad un sentimiento de temor y aprehensión que puede tener repercusiones en el entorno familiar, social, afectivo y ocupacional, en este estudio se demostró que puede haber factores importantes a considerar como son la frecuencia en sexo femenino (8). De este modo se afirma que la presencia de ansiedad se reactiva en pacientes que se someten a cirugía. Es sabido que la cirugía provoca estrés psicológico en grados variables y que se puede manifestar por diversas reacciones por parte del paciente, siendo las alteraciones de ansiedad las más frecuentes, encontrándose pacientes que tienen temor al ambiente hospitalario, casi la mitad no sabía en qué consistía la cirugía, y casi la otra mitad no conocía al médico que lo operaría.

Sobre este recorrido y en función de lo que se conoce sobre el tema en estudio, la autora de la investigación plantea como **problema estudio** ¿Qué relación existe entre el tipo de cirugías según sexo, edad, nivel de instrucción y experiencia quirúrgica previa, con el tipo de ansiedad pre-quirúrgica que presentan los pacientes en el servicio de cirugía en la entidad Hospitalaria Provincial de la ciudad de Granadero Baigorria, en el primer semestre del año 2018? Planteándose como **hipótesis** que: las mujeres adultas, según nivel de instrucción y experiencia quirúrgica previa, presentan mayor ansiedad pre-quirúrgica que los hombres adultos, según tipo de cirugía, en el Servicio de Cirugía, en la entidad hospitalaria provincial de la ciudad de Granadero Baigorria.

Planteándose como **objetivo general**: determinar la relación que existe entre el tipo de cirugía según sexo, edad, nivel de Instrucción y experiencia quirúrgica previa con el tipo de ansiedad pre-quirúrgica que presentan los pacientes en el servicio de cirugía en

la entidad hospitalaria Provincial de la ciudad de Granadero Baigorria, en el primer semestre del año 2018.

**Los Objetivos Específicos son:**

-Identificar la edad, sexo y el nivel de instrucción del paciente pre-quirúrgico con relación a la ansiedad pre quirúrgica.

-Conocer la experiencia quirúrgica previa del paciente.

-Conocer el tipo de cirugía que se realizará al paciente pre-quirúrgico.

-Identificar el sexo, edad y el nivel de instrucción del paciente.

-Identificar el tipo de ansiedad del paciente pre-quirúrgico con respecto al estado conductual.

-Identificar el tipo de ansiedad del paciente pre-quirúrgico en relación con el estado cognitivo.

-Identificar el tipo de ansiedad del paciente pre-quirúrgico con relación al aspecto fisiológico.

**El propósito** de esta investigación es que con los resultados obtenidos en el presente estudio se obtendrá información sobre el tipo de ansiedad que experimentan los pacientes en el preoperatorio, con la finalidad de elaborar un programa de contención psicológica para ayudar al paciente a identificar, disminuir las emociones negativas que tenga con respecto a su experiencia quirúrgica. Aplicando este programa de contención una semana antes de la cirugía mediante técnicas de relajación, asistencia de equipo de salud para minimizar el miedo, sufrimiento psicológico y el estrés pre-quirúrgico.

## MARCO TEORICO

Según Manuel Richard, la salud mental se define como un estado de bienestar en el cual el individuo es consciente de sus propias capacidades, puede afrontar las tensiones normales de la vida diaria, puede trabajar de forma productiva relacionarse con otras personas y tomar decisiones. La salud mental es importante en todas las etapas de la vida, desde la niñez y la adolescencia, hasta la edad adulta. En su libro este autor cita la definición de salud según la OMS, "La salud es un estado de bienestar, físico, mental, y social, con capacidad de funcionamiento, y no sólo la ausencia de afecciones o enfermedades y en armonía con el medio ambiente" (9).

Como dice Beverly W. Du Gas, la ansiedad es una amenaza de peligro que causa ciertas reacciones fisiológicas. Su grado varía en los individuos según las características físicas, aunque muchas se observan en la mayoría de las personas angustiadas. Este trastorno también origina cambios de conducta, cuya naturaleza depende de diversos factores como la gravedad de la ansiedad o angustia, algo que puede ser una preocupación menor cuando se está sano, quizá origine gran ansiedad cuando disminuyen las defensas del cuerpo o las manifestaciones fisiológicas, el principal mecanismo que actúa es la "reacción de alarma", fundamental a medida que el organismo intenta protegerse del peligro. En un principio se pensó que dependía de la secreción de adrenalina al torrente sanguíneo en respuesta a una emoción intensa. Sin embargo, se piensa que resultan de la estimulación del sistema nervioso autónomo. Con mayor frecuencia se afecta el simpático, si el estímulo es bastante intenso, también se alertará el parasimpático. En consecuencia, en el individuo angustiado puede haber pruebas de tensión muscular; que depende de la estimulación del sistema nervioso simpático, y al mismo tiempo diarrea, por aumento de la motilidad intestinal debida a la hiperactividad del parasimpático (10).

La ansiedad puede definirse como una anticipación de un daño a futuro, acompañado de un sentimiento desagradable y/o de síntomas somáticos de tensión. Pero no siempre es patológica o mala; es una emoción común, junto con el miedo, la ira, la tristeza, incapacidad o felicidad en raras ocasiones, y tiene una función muy importante relacionada con la cotidianidad del medio donde nos desarrollamos.

Para el manejo del concepto ansiedad en el contexto hospitalario, el individuo debe ser visto de manera integral, biopsicosocial, como un organismo de gran complejidad cognitiva, a través de factores como el físico, psíquico, social y espiritual. Estos aspectos son importantes dado que algunos estudios presentan porcentajes de diagnóstico y

niveles de ansiedad elevados en pacientes prequirúrgicos. Al hablar de factores físicos, el mismo comprende la amenaza experimentada por el individuo en acciones de rutina hospitalaria, como la integridad cutánea, la inmovilidad, la privación del sueño y la agresión fisiológica. El factor psíquico es el más relacionado con la ansiedad que experimenta el enfermo, ya que surge de la pérdida de intimidad, de la necesidad de afrontar una situación desconocida, de la incertidumbre presente y futura. Los factores sociales pueden resultar atenuadores si están adecuadamente consolidados en el individuo, mediante redes familiares y de amistad con una relación de cariño y comprensión adecuada. Por otro lado, la espiritualidad parece ser beneficiosa para todo tipo de pacientes (11).

Según Alejandro Horacio Cia los trastornos de ansiedad, como grupo, son los trastornos psiquiátricos considerados de mayor prevalencia poblacional. Según distintos estudios, entre los que se encuentra la replicación del Estudio Nacional de Comorbilidad de Estados Unidos, un estudio epidemiológico muy amplio ha determinado que cerca de un 29% de la población sufre un trastorno de ansiedad a lo largo de su vida. Estudios recientes indican que estos trastornos aún en sus formas subclínicas, pueden estar asociados con una morbilidad, comorbilidad e incapacidad significativas.

Estos trastornos se clasificaban hasta 2013 en:

**1) Trastorno de Ansiedad Generalizada (TAG):** se trata de una tensión crónica aun cuando nada parece provocarla. Esta preocupación o nerviosismo excesivo e incontrolable, sobre dos o más aspectos de la vida cotidiana de un individuo, es casi diario y se diagnostica como tal cuando tiene una duración mínima de seis meses, provocándole interferencias en su habilidad para desempeñarse normalmente.

El TAG incluye irritabilidad, tensión, dificultades en la concentración, imposibilidad para descansar y trastornos del sueño. La prevalencia de por vida de la enfermedad va de un 4% a un 7% en la población general adulta. Esta enfermedad es de naturaleza crónica, con fluctuaciones en cuanto a su severidad. En consecuencia, requiere, en la mayoría de los casos, un tratamiento a mediano plazo.

**2) Trastorno de Pánico (o ataque de angustia):** el paciente experimenta crisis recurrentes de angustia que surgen espontáneamente, se trata de una ansiedad aguda y extrema en la que es frecuente que la persona que la padece crea que va a morir. Estos ataques repentinos de miedo intenso o terror intenso con sensación a descontrol, desmayo o muerte inminente, no tienen una causa directa, y forma parte del cotejo de síntomas de una crisis o ataque de pánico que se presentan súbitamente en individuos

vulnerables o predispuestos. En ocasiones, los pacientes que sufren este trastorno desarrollan angustia, experimentan el próximo ataque, cuya ocurrencia no pueden prever; es la llamada ansiedad anticipatoria.

-Característica de una crisis o ataque de pánico:

Para definirla podemos decir que comprende la “aparición temporal y aislada de miedo o de malestar intensos acompañada de 4 ó más de los siguientes síntomas, que se inician bruscamente y alcanzan su máxima expresión dentro de los primeros 10 minutos”.

Los síntomas de las crisis o ataques de pánico pueden ordenarse, según la frecuencia estadística de aparición, de mayor a menor, de acuerdo al siguiente esquema:

- |   |   |                         |
|---|---|-------------------------|
| 1- Palpitaciones o taquicardia                  | } |                         |
| 2- Sudoración                                   | } |                         |
| 3- Temblores o sacudidas                        | } | Síntomas fisiológicos o |
| 4- Sensación de ahogo                           | } | somáticos               |
| 5- Sensación de atragantamiento                 | } |                         |
| 6- Opresión o malestar torácico                 | } |                         |
| 7- Náuseas o molestias abdominales              | } |                         |
| 8- Inestabilidad, mareos o sensación de desmayo | } |                         |
| 9- Desrealización o despersonalización          | ] |                         |
| 10-Miedo a volverse loco o descontrolarse       | ] | Síntomas Cognitivos     |
| 11-Miedo a morir                                | ] |                         |
| 12-Parestesias (hormigueos o entumecimientos)   | } | Síntomas fisiológicos o |
| 13-Escalofríos                                  | } | somáticos               |

De los mencionados, como dijimos, debe haber 4 o más para que la crisis sea completa.

Como podemos apreciar, en el cuadro del pánico prevalecen los síntomas fisiológicos, somáticos o neurovegetativos sobre los cognitivos, que se ubican en orden de frecuencia de aparición en los lugares 9 al 11. Entre estos últimos, la sensación de miedo o terror intenso domina el cuadro. Este predominio de los síntomas fisiológicos o somáticos lleva al paciente a suponer que sus síntomas clínicos son más de índole física, por lo que es habitual que concurra a un servicio de emergencia, visite a un cardiólogo o a un clínico, con lo que inicia un largo peregrinar por diferentes especialistas, hasta dar con el

diagnóstico adecuado.

Definición del Trastorno de Pánico. Para que exista un trastorno de pánico es necesario la presencia de:

- Ataques de pánicos recurrente e inesperados, y al menos una de las crisis ha sido seguida durante un mes (o más) de uno (o más) de los siguientes síntomas:
- Inquietud persistente ante la posibilidad de tener más crisis o ataques.
- Preocupación por las consecuencias o implicancias de las crisis.
- Cambio significativo del comportamiento relacionado con las crisis.

**3) Agorafobia (AGF):** es una patología asociada, con altísima frecuencia, al trastorno de pánico y que se desarrolla como consecuencia del mismo, en la mayoría de los casos. Anteriormente se la definía como el miedo a los espacios abiertos, de ahí el nombre, pues AGORA era la plaza o mercado de las ciudades griegas. Hoy se la define como: “el miedo a sentirse solo, desamparado, sin escape e imposibilidad de recibir asistencia en caso de tener una crisis de pánico”. Se la define también como el miedo a encontrarse en lugares o situaciones en los cuales no esté disponible una ayuda, en el supuesto de tener un ataque o en las circunstancias en que el escape resulte dificultoso, debido a restricciones físicas o sociales. Por lo tanto, el agorafóbico evita alejarse de los lugares que consideran seguros, como por ejemplo su hogar, aunque en algunos casos graves tampoco puede quedarse solo en su casa. Si se aleja, es posible que necesite de la compañía de alguien que considera protector.

El enfermo suele preferir aquellos vehículos en los que pueda controlar o modificar el trayecto (auto propio, remise, taxi, motocicleta, bicicleta, etc.) par poder acceder más fácilmente a un lugar seguro, si se descompone. También puede incluir componentes claustrofóbicos, con miedo a lugares cerrados.

**4) Fobias Específicas (FE):** las fobias específicas se caracterizan por la presencia de un temor excesivo y persistente a un objeto o situación. El hecho de enfrentarse al objeto o situación temida, provoca invariablemente en el afectado marcados síntomas de ansiedad por lo que, habitualmente, estas situaciones son evitadas o enfrentadas, con un intenso malestar.

El diagnóstico de FE debe efectuarse sólo si el temor y la evitación son suficientemente severos como para interferir y causar un deterioro en el funcionamiento laboral, escolar, las relaciones interpersonales, las rutinas habituales, o causar un malestar significativo a la persona que la padece.

En las FE el temor generalmente está focalizada en la situación fóbica en sí misma y

sólo secundariamente, en algunos casos, en tener una crisis de pánico. Los temores son excesivos e irracionales, ligados tanto a la presencia, como a la anticipación del objeto o situación específica; como por ejemplo, volar en avión, estar en un sitio elevado o ante un precipicio, acercarse a determinado animal, recibir una inyección o un procedimiento odontológico, etc.

Los adultos pueden reconocer que el temor es excesivo, poco realista o desmedido. Sin embargo, los niños pueden no evidenciar esto con claridad. En estos últimos, la ansiedad puede expresarse mediante llantos, rabietas, quedarse paralizado o aferrarse a los padres. Para que los menores de 18 años sean considerados fóbicos, los síntomas tienen que persistir por lo menos durante 6 meses. La mayoría de las FE comienzan en la infancia y en la pubertad. Si no remiten en la adolescencia tienden a persistir a lo largo de la vida.

**5) Trastorno de Ansiedad Social (TAS):** hasta hace pocos años se la conocía como **fobia social** y este nombre aparece en la literatura psiquiátrica desde hace medio siglo (Marks I.M. y Gelder M.G., 1966). Estos autores informaron que en un grupo de pacientes adultos fóbicos, la fobia social se manifestaba como timidez, temor a ruborizarse en público, a comer en restaurantes, ir a fiestas o bailes o a temblar cuando se sentían el centro de atención.

El TAS ha despertado creciente interés en los últimos años, por ser un problema que genera preocupaciones y limitaciones considerables a muchos individuos. Un espectro bastante amplio de manifestaciones, que abarca desde la inhibición social o timidez, la falta de asertividad, la ansiedad ante las citas y el temor al desempeño ante los demás, entre otros, representa uno de los motivos frecuentes de pedido de asistencia en los servicios psiquiátricos ambulatorios, especialmente en la adolescencia y adultez temprana.

Los principales criterios de diagnósticos que caracterizan al TAS son:

- Temor excesivo y persistente relacionado a situaciones de interacción o desempeño social.
- Temor a ser evaluado, juzgado o criticado, al exponerse al juicio de valor u opinión de los demás.
- Miedo a evidenciar síntomas de ansiedad, sobre todo rubor, sudoración o temblor
- Interferencia notoria con el funcionamiento social, laboral y académico
- Las situaciones temidas se enfrentan con gran incomodidad o tienden a evitarse.

No obstante ser un trastorno de ansiedad de alta prevalencia poblacional, en la

actualidad existen barreras o impedimentos para iniciar un tratamiento. La ignorancia acerca de la existencia del TAS, la trivialización, el subdiagnóstico en los ambientes médicos, al ser considerado un estigma que debe guardarse en secreto, por la vergüenza e incomodidad que provoca, y por último, la falta de información profesional o el confundirlo con la timidez hacen que muchas personas afectadas permanezcan sin recibir un diagnóstico y tratamiento.

Presentación clínica:

- TAS no generalizado: en este subtipo, los temores del ansioso social están circunscriptos a determinadas **situaciones de desempeño** social, como por ejemplo, la imposibilidad o un temor exagerado, a hablar o desempeñarse en público o en grupos, a presentar temblor en la mano al escribir o firmar en presencia de otros, o ante exámenes orales. El temor o intranquilidad que produce al hablar en público a la mayoría de las personas, no justifica en sí mismo hacer un diagnóstico de ansiedad social. Solamente si existe un miedo excesivo e irracional, con ansiedad y evitación persistente, puede efectuarse el diagnóstico de TAS no generalizado.
- TAS Generalizado: abarcando **todas las situaciones de interacción social** como, por ejemplo, temor a decir tonterías, a contestar cuestiones simples a desconocidos o a que las otras personas detecten los signos de su ansiedad en cualquier situación interpersonal.

El diagnóstico de TAS debe hacerse si la conducta de evitación o la resistencia a enfrentar las situaciones antedichas interfiere con la actividad académica o laboral, las relaciones sociales habituales, o si el individuo manifiesta intenso malestar relacionado con sus temores, a los que reconoce como excesivos o irracionales. Cuando se encuentra obligado a enfrentar una situación social temida, el ansioso social sufre una ansiedad anticipatoria notable y es probable que quede paralizado o trate de escapar de la misma. Si se ve forzado a permanecer en ella, casi invariablemente presentará un marcado aumento de la ansiedad, acompañado de sudoración, especialmente en manos y rostro, taquicardia, disnea, rubor y sensación de miedo intenso o terror, que puede adoptar la forma de crisis de pánico situacional. La aparición de estos síntomas, evidenciables por otras personas, incrementa aún más la ansiedad, la vergüenza y la tendencia a evitar. La preocupación o ansiedad asociada a las actividades sociales, puede llevar a que el fóbico social se anticipe ansiosamente, semana o meses a determinado

evento social y termine evitando su participación en una actividad planificada.

**6) Trastorno Obsesivo-Compulsivo (TOC):** es una enfermedad en la cual una persona sufre pensamientos, impulsos e imágenes no deseados y perturbadores (obsesiones) y/o siente la necesidad de completar actos o pensamientos repetitivos (compulsiones o rituales). Se manifiesta a través de una amplia variedad de síntomas, que interfieren de manera acentuada en la vida de quién la sufre, y en la de sus familiares y allegados, se trata de pensamientos o acciones no voluntarios que el paciente no puede dejar de pensar o hacer para no generar ansiedad. En todo caso, el sujeto reconoce el carácter absurdo de sus pensamientos o acciones. Por ejemplo: lavarse las manos cada 5 minutos.

**7) Trastorno de Estrés Agudo (TEA):** comprende a personas que han estado expuestas a un acontecimiento traumático con las siguientes características:

- La persona ha experimentado, presenciado o le han explicado uno (o más) acontecimientos caracterizados por muerte o amenazas para su integridad física o la de los demás.

- La persona ha respondido con temor, desesperanza u horror intenso.

“Estas alteraciones provocan un malestar clínicamente significativo o deterioro social, laboral, o de otras áreas importantes de la actividad del individuo, o interfieren de forma notable con su capacidad de llevar a cabo tareas indispensables, por ejemplo, obtener ayuda o los recursos humanos necesarios explicando el acontecimiento traumático a los miembros de su familia”.

El TEA debe durar como mínimo 2 días y como máximo 4 semanas, y aparecer dentro del primer mes que sigue al acontecimiento traumático. El TEPT no puede ser diagnosticado hasta, por lo menos, 4 semanas después de ocurrida la experiencia traumática.

**8) Trastorno por Estrés Post-Traumático (TEPT):** se da en aquellos casos en los que se presentan secuelas psicológicas desagradables tras el impacto emocional de actos terribles: guerras, migraciones masivas forzadas, torturas, hechos criminales, catástrofes meteorológicas; eventos traumáticos como: accidentes, violaciones o abuso sexual, actos criminales y otras adversidades. Se caracteriza por los recuerdos persistentes del suceso traumático, un estado emocional con exaltada vigilancia y la reducción general de interés por los sucesos cotidianos.

Los síntomas típicos de la ansiedad incluyen: Tensión, irritabilidad, preocupación, desesperación; insomnio, sueño inquieto, despertar fácil; rechinar de los dientes,

dolor mandibular; incapacidad de mantenerse quieto en un sitio, incapacidad de pensar con claridad, disminución de la libido, las mujeres pueden experimentar aumento de los síntomas premenstruales y cambios en el ciclo menstrual, respiración acortada, frecuencia respiratoria y cardíaca aumentada, palpitaciones fuertes, nudo en la garganta, boca seca; tensión en el pecho, calambres intestinales, mareos, temblor del cuerpo; sensación de entumecimiento u hormigueo de las extremidades y contracción muscular. Frente a ellos, muchos individuos han podido, una vez superado el sufrimiento inicial, adaptarse con creatividad y flexibilidad a sus consecuencias, mientras que otros han quedado afectados por esas situaciones traumáticas, sufriendo diversos síntomas y secuelas bio-psicosociales, entre las que se encuentran varias enfermedades. Esto implica que la vivencia de ciertos traumas constituye una parte indisoluble del ser humano y su devenir, pero que no todos los sujetos que viven estas experiencias desarrollan luego de un Trastorno por Estrés Postraumático (TEPT) a otros trastornos psiquiátricos.

A veces las crisis son tan severas que llevan a un ataque de pánico, produciendo síntomas físicos que pueden confundirse con otra enfermedad (4).

## **FACTORES QUE GENERAN ANSIEDAD**

Debe considerarse que cada persona reacciona de modo diferente al mismo estímulo o situación vivenciada. Las intervenciones quirúrgicas constituyen una fuente de estrés psicológico, porque obliga a los pacientes a enfrentar situaciones desconocidas y que, además, implican ciertos riesgos para la salud del mismo individuo.

Los pacientes quirúrgicos manifiestan sentimientos de ansiedad relacionados generalmente al encontrarse en un entorno extraño, miedo a no despertar de la anestesia o a la pérdida de la función corporal o bien sentir dolor durante o después de la operación. Algunos síntomas deben alertar sobre la probable existencia de un cuadro de ansiedad preoperatoria anormal y/o mal tolerada con insomnio, pesadillas, cefaleas tensionales, náuseas, sensación de ahogo, disnea u opresión precordial atípica entre otras.

Esta condición varía en fluctuaciones y grado de intensidad a través del tiempo. El acto quirúrgico genera ansiedad en el paciente, por lo que la atención debe enfocarse a disminuir la ansiedad mediante una adecuada atención de consulta oportuna.

La presencia de ansiedad en el periodo preoperatorio es variable en cada paciente y depende de varios factores: edad, sexo, nivel de instrucción, estado socioeconómico, ocupación, estado físico, experiencia quirúrgica previa, la admisión de un paciente a un

hospital genera ansiedad, etc.

Otros factores asociados a la ansiedad incluyen el tipo de cirugía, temor al ambiente hospitalario y la calidad de la atención médica proporcionada.

Se conoce que la ansiedad provoca incremento en el dolor posoperatorio, mayor necesidad de analgésicos y prolongación en los días de estancia hospitalaria, que repercuten directamente en los costos de la atención.

La preparación psicológica que se le ofrece tiene gran influencia positiva en el estado anímico del paciente, pudiéndose observar en el mismo la disminución de su ansiedad preoperatoria cuantitativamente.

En estudios previos se ha demostrado que, en sujetos que van a ser sometidos a cirugía, la ansiedad se presenta por lo menos una semana antes de su admisión.

El simple hecho de estar involucrado en un medio desconocido como lo es el hospital, la deficiente comunicación por parte del personal intrahospitalario, la desinformación obtenida por terceras personas y, sobre todo, el impacto en la esfera familiar, afectiva, social, laboral y económica, pueden ser detonantes de ansiedad y, por lo tanto, presentarse antes de su ingreso al hospital.

Esta ansiedad puede desaparecer en el periodo posoperatorio, cuando el paciente recupera el estado de alerta (6).

## A) FACTORES PREDISPONENTES

Factores biológicos (reacción física desproporcionada ante el estrés), algunos de ellos genéticos; factores de personalidad (estilo de vida, patrones de afrontamiento al estrés, estilos atribucionales); factores ambientales (aprendizaje, contextos, apoyos sociales entre otros).

### • Genética (Ansiedad de separación)

Esto se presenta en algunos niños por temor a separarse de sus progenitores (más en la madre) y puede acompañarse de preocupaciones exageradas y constantes referentes a la ausencia física, con expectativas catastróficas y trastornos de conducta (negativa a acostarse, ir al colegio, etc.). Se ha comprobado que adultos con pánico y/o agorafobia es por mayor incidencia de ansiedad durante la infancia.

### • Personalidad

Las personas que se describen como preocupadas y nerviosas y que pierden el sueño ante cualquier contrariedad, aquellas personas con inadecuada capacidad de afrontamiento y baja asertividad, son las más predispuestas a desarrollar algunos

trastornos de ansiedad.

## B) FACTORES PSICOLÓGICOS

Situaciones o acontecimientos que son vividos como un peligro o un obstáculo para conseguir logros y estatus o planes de acción, o que limitan nuestra capacidad para alcanzarlos o mantenerlos. También consumo de estimulantes.

- Teoría psicodinámica

El creador es Freud. Dijo que la angustia es más un proceso biológico (fisiológico) insatisfecho (respuesta del organismo ante la sobreexcitación derivada del impulso sexual [libido] para posteriormente llegar a otra interpretación en donde la angustia sería la señal peligrosa en situaciones de alarma. Según esta teoría la angustia procede de la lucha del individuo entre el rigor del superyó y de los instintos prohibidos (ello) donde los estímulos instintivos inaceptables para el sujeto desencadenarían un estado de ansiedad.

- Teorías conductistas

El conductismo se basa en que todas las conductas son aprendidas y en algún momento de la vida se asocian a estímulos favorables o desfavorables adoptando así una connotación que va a mantenerse posteriormente. Según esta teoría la ansiedad es el resultado de un proceso condicionado de modo que los sujetos que la padecen han aprendido erróneamente a asociar estímulos en un principio neutros, con acontecimientos vividos como traumáticos y por tanto amenazantes, de manera que cada vez que se produce contacto con dichos estímulos se desencadena la angustia asociada a la amenaza. La teoría del aprendizaje social dice que se puede desarrollar ansiedad no solo a través de la experiencia o información directa de acontecimientos traumáticos, sino a través del aprendizaje observacional de las personas significativas al entorno.

- Teorías cognitivistas

Considera la ansiedad como resultado de "cogniciones" patológicas. Se puede decir que el individuo "etiqueta" mentalmente la situación y la afronta con un estilo y conducta determinados. Por ejemplo, cualquiera de nosotros podemos tener una sensación física molesta en un momento determinado, si bien la mayoría de nosotros no concedemos ningún significado a esta experiencia. No obstante, existen personas que interpretan ello como una señal de alarma y una amenaza para su salud física o psíquica lo cual provoca una respuesta neurofisiológica desencadenando así la ansiedad.

## C) FACTORES BIOLÓGICOS

- Hipótesis gabaérgica

El GABA es un neurotransmisor de carácter inhibitorio. Posee un receptor en la membrana neuronal asociado a los canales de cloro, de modo que al unirse el GABA junto al receptor ingresan los iones cloro produciendo así una despolarización y por tanto se inhibe la neurona. Se dice que hay una sustancia endógena que actúa como ansiógena en los enfermos, o bien la posible alteración en la configuración o funcionamiento del receptor del GABA.

- Hipótesis noradrenérgica

La actividad noradrenérgica está aumentada durante los trastornos de ansiedad en algunas situaciones experimentales y terapéuticas.

- Hipótesis serotoninérgica

Algunos estudios demuestran que la administración experimental en humanos de agonistas serotoninérgicos tanto de tipo directo como indirectos, pueden provocar ansiedad en pacientes afectados de trastornos de este tipo. El interés de esto es que los antidepresivos serotoninérgicos tenían efectos terapéuticos en algunos trastornos de la ansiedad.

## CONSECUENCIAS DE LA ANSIEDAD:

- Consecuencias físicas.

Cuando el trastorno de ansiedad no se trata puede producir una serie de consecuencias físicas que a largo plazo pueden poner en grave riesgo la salud. Esos efectos o consecuencias de la ansiedad están muy relacionados con sus propios síntomas.

Cuando observamos síntomas como la taquicardia, los mareos o la dificultad para respirar, pueden darnos una pista de hacia dónde se dirigen las consecuencias de la ansiedad.

Existe el riesgo a largo plazo de padecer enfermedades cardiovasculares, neurológicas y pulmonares si el trastorno de ansiedad no recibe el tratamiento adecuado.

A corto plazo, los efectos de los trastornos de ansiedad pueden ser dolor de cabeza recurrente, mareos y vértigos, problemas gastrointestinales, hipertensión, insomnio, dolores musculares y fatiga crónica, entre otros

- Consecuencias psicológicas.

Las consecuencias psicológicas pueden llegar a ser más graves. Síntomas como la

inseguridad y el temor pueden llevarnos a una situación de aislamiento social, a recluirmos en casa paralizadas por el miedo.

La ansiedad también puede llevarnos a padecer otros trastornos psicológicos, otros tipos de trastornos de ansiedad, menos habituales que la ansiedad generalizada, como el trastorno obsesivo compulsivo, el trastorno de pánico o las fobias. Todo ello con grave riesgo de afectar a nuestra vida social, laboral y familiar.

Esta ruptura con la sociedad, con el entorno más cercano y con una misma nos lleva a una de las consecuencias más frecuentes de los trastornos de ansiedad, que son las adicciones. Drogas, alcohol o cualquier otro medio que nos permita evadirnos por un segundo de la ansiedad pero que puede acabar destrozando nuestra vida.

**Modelo de los Tres Sistemas o tripartito de la Ansiedad de Lang:** actualmente se trata de considerar a la ansiedad como un fenómeno unitario y se la tiende a evaluar como un estado que se expresa por vía de, como mínimo, tres sistemas diferentes, mediante el llamado Modelo de los Tres Sistemas o Tripartito de la ansiedad de Lang. Este autor (1971) junto a Lang, Rice y col (1972) han propuesto que las emociones humanas en general y la ansiedad en particular, comprenden respuestas en tres sistemas comportamentales principales, consistentes en componentes independientes de:

- Conductas motoras
- Expresiones lingüísticas y
- Estados fisiológicos

Que constituyen el ya mencionado modelo de los tres sistemas.

La **respuesta motora** habitual, en relación a estímulos que elicitán la ansiedad, comprende conductas evitativas y otros aspectos del comportamiento, como un aumento o una disminución de la gesticulación, cambios en la postura y temblores

El componente de **expresión lingüística**, llamado originariamente por Lang (1985) Sistema Verbal Cognitivo, se refiere a los sucesos cognitivos o a la descripción verbal de los mismos. En este sentido amplio, puede comprender toda la percepción o evaluación individual del estímulo, incluyendo recuerdos pasados, imágenes o pensamientos específicos, descripciones de la ansiedad, del temor, del terror, del pánico y quejas asociadas de preocupaciones, obsesiones, incapacidad de concentrarse e inseguridad. Su evaluación no es materia fácil, porque incluye descripciones del sujeto desde sus percepciones de activación fisiológica.

El componente o **sistema fisiológico** de la ansiedad, se asocia con un aumento de la actividad del sistema nervioso simpático, con incrementos de la tasa cardíaca, respiratoria, sudoración y tono muscular (12).

Según el libro “Fobias, Ansiedad, Miedos” de Cristina Goytia, considera a la ansiedad madre de todos los miedos. La ansiedad es una sensación displacentera y anticipatoria de que algo negativo puede ocurrir, la cual nos provoca inquietud, nos da miedo. El miedo impide sentir confianza, nos torna vulnerables. Al sentirnos vulnerables, somos incapaz de dar una respuesta adecuada a demandas que pueden presentarse en el medio en que estamos, enfrentando situaciones que demandan esfuerzos excesivos que no sabemos si podremos vencer. Esta característica anticipatoria provoca tanta inquietud y miedo que nos impide ser racionales ante la verdadera dimensión del problema. Impide que usemos nuestra capacidad de reacción, disminuye nuestra autoestima, nos invade el miedo y nos sentimos superados por situaciones que vivimos o imaginamos que nos tocará vivir. Revestimos de mayor poder a circunstancias que en realidad no lo tienen. En consecuencia, actuamos equivocadamente. No podemos pensar con claridad, nos sentimos impotentes o incapaces de revertir la situación y actuamos en consecuencia según sentimos que es y no como en realidad es. Pensar así resulta fácil para vencer la ansiedad, pero NO lo es. Se necesita conocer el problema y entrenarnos en nuevas conductas para disminuir la ansiedad. Hay dos clases de ansiedad, la ansiedad causada por hechos positivos, como el casamiento, el nacimiento de un hijo, un viaje, el reencuentro de una gran reunión familiar, la recepción de un premio, son disparadores de ansiedad positiva. Pero nos ocupa la ansiedad negativa porque nos ocasiona displacer y nos limita. Ante una situación considerada amenazante, hay tres formas de comportamiento que son: la fuga o evitación, el enfrentamiento o confrontación, y la paralización. Estas son las tres formas de conductas ante una amenaza, donde la ansiedad se manifiesta en distinta proporción dando síntomas como: corazón acelerado, transpiración en las manos, enrojecimiento facial, temblor, etc.

La ansiedad nos hace vulnerables, crea tensión y no nos permite juzgar adecuadamente la situación que vivimos. Ese desgaste, la falta de equilibrio y serenidad ante desafíos, es la puerta abierta al estrés. “Estrés es la respuesta no específica del cuerpo ante cualquier demanda” (13).

Cuando la salud se altera aparece la enfermedad que amenaza la vida. La enfermedad o alteración de la salud tienen connotaciones psicológicas importantes, que de una forma u otra tienen impacto sobre la respuesta y evolución a los tratamientos, ya

sean médicos o quirúrgicos. Una condición patológica prolongada desorganiza el aparato psíquico, amenaza la integración mente-cuerpo, afecta la capacidad de desear y la actividad de pensar. Las enfermedades son sentidas por el hombre como una prueba y se constituyen en amenazas para el cuerpo físico y para el cuerpo mental.

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, deberá tener en cuenta estos factores que provienen, no tanto del cuerpo enfermo, sino del sujeto que sufre la enfermedad (14).

La cirugía es parte de la medicina en la que se intenta curar a través de intervenciones quirúrgicas. La mano (del griego “quiros”) aparece como un ingrediente central del acto quirúrgico. El cirujano está dedicado a su arte, esa “actividad que involucra la capacidad de hacer con las manos lo que el intelecto dicta”. El cirujano trabaja en forma directa sobre el cuerpo humano y eso da a su actividad una dimensión distinta, ya que lo pone frente a situaciones de responsabilidad extrema, en las que está en juego la vida misma. El ejercicio de la cirugía no es solo la práctica del acto operatorio, sino que implica el conocimiento médico total, psicofísico y social, que hace a la formación integral del cirujano y del medio que lo rodea. La operación es un acto agresivo para el paciente, con fines beneficiosos y pretende, dentro de lo posible, que la agresión sea minimizada al máximo (angustia, respuesta biológica: dolor, hemorragia, infección) y que al mismo tiempo cumple sus objetivos (15).

### **EN CUANTO AL TIPO DE CIRUGÍA:**

**Cirugía de urgencia:** este tipo de cirugía se practica en respuesta a una afección en que la enfermedad o lesiones por accidente ponen en riesgo de vida o la función de alguna parte importante del cuerpo, por lo que requiere una valoración inmediata y acción para salvar al paciente. Estas cirugías de urgencias pueden ser lesiones traumáticas graves, sangrado masivo por problemas vasculares, procesos infecciosos severos con úlcera péptica, son algunos ejemplos. Para este tipo de cirugías, no hay horarios, el paciente llega y dependiendo de su severidad se estabiliza y se pasa inmediatamente al quirófano.

**Cirugía programada:** simplemente significa que se puede programar con anticipación. Siempre hay que evitar que una enfermedad llegue hasta el quirófano, pero si no es posible y podemos programar el procedimiento, esa será la mejor opción,

sabiendo que día será, y la hora dependiendo de la agenda del médico y paciente. Así se podrá tomar las medidas necesarias para que no afecte la estabilidad laboral, emocional y económica. El paciente tiene el tiempo necesario para evaluar cuidadosamente los riesgos y beneficios del procedimiento e identificar qué es lo más adecuado. Y se puede encontrar, entre médico y paciente, el mejor momento para realizarla y obtener el beneficio para ambos (16). En cuanto a los tipos de cirugías programadas podríamos decir que hay varios tipos como ser:

**1) CIRUGÍAS DIGESTIVAS:** en la especialidad médica este tipo de cirugía se encuentra en la cirugía general, que abarca operaciones del aparato digestivo que incluye el tracto gastrointestinal y el sistema hepato-bilio-pancreático, el sistema endocrino; incluyendo las glándulas suprarrenales, tiroides, paratiroides y otras glándulas incluidas en el aparato digestivo. Asimismo, incluye la reparación de hernias y eventraciones de la pared abdominal.

Relación de las patologías más relevantes dentro de la cirugía general y del aparato digestivo:

- Diafragma / Pared abdominal: hernias diafragmáticas; hernias en la ingle; hernias de la pared anterior del abdomen; hernias incisionales y otras hernias.
- Peritoneo: Peritonitis agudas; abscesos intraperitoneales.
- Espacio retroperitoneal: Tumores.
- Esófago: Reflujo gastroesofágico y sus complicaciones: esofagitis, estenosis, ulceraciones y metaplasia / displasia de Barrett; cáncer de esófago y de cardias; trastornos motores y traumatismos del esófago.
- Estómago: Úlcera gastroduodenal; cáncer gástrico.
- Intestino delgado y apéndice: Obstrucción intestinal; apendicitis aguda; traumatismos y fístulas intestinales; oclusión vascular mesentérica; tumores; enfermedad de Crohn; síndrome del intestino corto.
- Colon, Recto y Ano: Pólipos, Poliposis y cáncer; cáncer de colon y recto; enfermedad diverticular y Diverticulitis; enfermedades inflamatorias del colon; traumatismos; lesiones isquémicas del colon; vólvulos; hemorroides; abscesos perianales y fístulas; fisuras; prolapso rectal.

- Hígado: Traumatismos; cáncer de hígado primario y metastásico; abscesos hepáticos; equinocosis hepática; hipertensión portal y sus complicaciones; trasplante hepático.
- Vías biliares: Litiasis biliar; colecistitis agudas; lesiones quirúrgicas, fístulas biliares externas y estenosis; colangitis agudas; neoplasias malignas de la vía biliar.
- Páncreas: Pancreatitis agudas y sus complicaciones; pancreatitis crónicas; cáncer de páncreas; traumatismos; trasplante de páncreas.
- Bazo: Traumatismos; indicaciones de la esplenectomía.
- Mama: Cáncer de mama; patología benigna de la mama; lesiones inflamatorias de la mama.
- Cabeza y Cuello: Traumatismos de la cara y del cuello; tumores del cuello; patología de las glándulas salivales.
- Tiroides: Nódulo tiroideo; cáncer de tiroides; hipertiroidismo.
- Paratiroides: Hiperparatiroidismos.
- Glándulas suprarrenales: Hiperkortisolismos; hiperaldosteronismos; feocromocitomas.
- Sistema endocrino gastroenteropancreático: Insulinoma; otros tumores endocrinos (vipoma, glucagonoma, etc.).
- Piel y partes blandas: Quemaduras; melanomas; epitelomas (17).

## **2) CIRUGÍAS CARDIOLÓGICAS:**

La cirugía cardíaca se encarga de las enfermedades quirúrgicas del corazón y de los grandes vasos, que son la arteria pulmonar, la aorta ascendente y el cayado aórtico. A pesar de un campo de acción aparentemente reducido, existen numerosas técnicas y abordajes distintos para cada enfermedad.

Clásicamente, lo que ha caracterizado a la cirugía cardíaca es la utilización de la circulación extracorpórea para poder llevar a cabo la cirugía con el corazón parado.

Aunque la cirugía cardíaca es una especialidad joven, ha evolucionado mucho a lo largo de la historia. En los últimos años está aumentando el uso de técnicas mínimamente invasivas en todos los procedimientos médicos. La cirugía cardíaca no iba a ser menos, destacando el desarrollo de prótesis valvulares que se implantan sin circulación extracorpórea, como la cirugía aórtica transapical.

Los campos fundamentales de los que se ocupa son:

- Cirugía coronaria (bypass o puentes coronarios).
- Cirugía valvular (sustitución y reparación valvular).
- Cirugía de los grandes vasos (arterias aorta y pulmonar).
- Cirugía de las arritmias.
- Trasplante cardíaco e implante de asistencias ventriculares.

La cirugía cardíaca también tiene un papel relevante en el tratamiento de la endocarditis infecciosa, una enfermedad que consiste en la infección de ciertas partes del corazón, especialmente sus válvulas (18).

### **3) CIRUGÍAS TORÁCICAS**

En la Fundación Favalaro se realiza una amplia variedad de procedimientos quirúrgicos torácicos. Las cirugías realizadas por el servicio incluyen la cirugía pulmonar, del espacio pleural, de la tráquea, de la pared torácica, del mediastino y del esófago. Estas cirugías se realizan mediante el uso de una moderna tecnología y procedimientos innovadores. Actualmente se hacen procedimientos por métodos mini invasivos (cirugía asistida por videotoracoscopia) y por vía convencional (toracotomía).

En la actualidad, hasta el 70% de las cirugías se realiza por videotoracoscopia. Este tipo de cirugía constituye un avance en el campo de la cirugía torácica. Eso no sólo provee un mejor resultado estético, sino que disminuye el dolor postoperatorio, el tiempo de recuperación, el trauma quirúrgico y, al parecer, también las probabilidades de infecciones respiratorias post-quirúrgicas, reconocidas como las complicaciones más frecuentes de la cirugía torácica. Además, reduce el tiempo necesario para retomar las actividades cotidianas. Actualmente, procedimientos tales como biopsias pulmonares, biopsias

pleurales, procedimientos diagnósticos sobre el mediastino y resección de ciertos tumores de pulmón, se realizan en su gran mayoría por videotoracoscopia.

En la cirugía convencional (por toracotomía) se realizan incisiones algo más grandes que permiten trabajar bajo visión directa sobre los órganos que se está operando. Son usualmente procedimientos más complejos que no pueden realizarse por métodos mini-invasivos.

- Cirugía de cáncer de pulmón

La Fundación Favalaro tiene un equipo integral de médicos dedicados al diagnóstico y tratamiento del cáncer de pulmón. Se realizan procedimientos diagnósticos broncoscópicos y percutáneos para el diagnóstico de lesiones pulmonares. Aquellos pacientes con cáncer pulmonar temprano pueden beneficiarse de resecciones pulmonares mini-invasivas, asistidas por métodos videoendoscópicos.

- Cirugía de espacio pleural

La mayor parte de estos procedimientos diagnósticos y terapéuticos se realizan con métodos mini-invasivos videotoracoscópicos, que disminuyen el tiempo de recuperación postoperatorio y el retorno a las actividades cotidianas.

- Cirugía del mediastino

Gran parte de estos procedimientos puede realizarse a través de técnicas mini-invasivas, como la mediastinoscopia, la resección de tumores y los procedimientos diagnósticos por videotoracoscopia

- Cirugía para la enfermedad pulmonar terminal

Las opciones quirúrgicas para este tipo de pacientes incluyen la cirugía de reducción de volumen pulmonar y el trasplante pulmonar (19).

#### **4) CIRUGÍA ORTOPÉDICA Y TRAUMATOLOGÍA**

La cirugía ortopédica en general trata un tipo de cirugía que está conectada con diversas condiciones que implican nuestro sistema músculo-esquelético y que básicamente proporciona apoyo a los seres humanos, su estabilidad, forma y movimiento del

cuerpo. El cuerpo humano se compone de huesos, músculos, cartílagos, ligamentos, tendones, articulaciones y diversos tejidos conectivos que unen a nuestros órganos y tejidos.

Pasando a la traumatología en sí, el término significa el estudio de las heridas y lesiones causadas por accidentes, así como el tratamiento quirúrgico para reparar el daño. Se conoce comúnmente como una subespecialidad de cirugía ortopédica.

Desde el punto de vista funcional y anatómico, se divide en diferentes grupos: caderas, codos, columna vertebral, hombros, manos, rodillas y cirugía del pie (20).

De acuerdo a las teóricas de enfermería, como investigadora se sustenta a:

**Florence Nightingale** (1859) expresó que “la medicina es la cirugía de las funciones, como la cirugía propiamente dicha lo es de los miembros y de los órganos. Ninguna puede hacer otra cosa que quitar obstáculos, ninguna puede curar, solo la naturaleza cura. La naturaleza cura heridas”, poner al paciente en las mejores condiciones para que la naturaleza actúe.

**Virginia Henderson**, nació en 1897, fue la quinta de ocho hermanos. Natural de Kansas City, Missouri. Pasó su infancia en Virginia, debido a que su padre ejercía como abogado en Washington.

Durante la primera Guerra Mundial, Henderson desarrolló su interés por la enfermería. Se graduó en 1921 y aceptó el puesto de enfermera en el Henry Street Visiting Nurse Service de Nueva York. En 1929 Henderson trabajó como supervisora docente en las clínicas del Strong Memorial Hospital de Rochester, Nueva York.

Virginia Henderson ha disfrutado de una larga carrera como autora e investigadora. Después de su muerte, la quinta edición del texto, “Textbook of Principles and Practice of Nursing, publicada en 1955, contenía la propia definición de enfermería, su teoría se basada en la satisfacción de las 14 necesidades básicas fundamentales y el rol de la enfermería que consiste en ayudarle al paciente a recuperar su independencia lo más rápido posible.

**Hildegard E. Peplau** nació el 01 de setiembre de 1909 en Reading, Pensylvania. Se graduó en 1931 en Pottstown, Pensylvania en la escuela Hospitalaria de Enfermería. Obtuvo el B.A. en psicología interpersonal por el Bennington College, en 1943, el M.A. en enfermería psiquiátrica por el Colegio de Profesores de Columbia, New York, en 1947. La experiencia docente y profesional de Peplau ha sido amplia y variada.

El modelo utilizado en la asistencia hospitalaria se basaba en el “Modelo de las

relaciones interpersonales” de Hildegard Peplau, publicado en 1952 en el cual integra las teorías psicoanalíticas, el aprendizaje social, la motivación humana y el desarrollo de la personalidad. Fue la primera en incorporar la sociología en enfermería. Peplau basa su modelo en la enfermería psicodinámica que aplica los principios de las relaciones humanas a los problemas que surgen de las experiencias humanas.

Para ello describe la relación interpersonal en 4 fases:

1-Orientación: cuando la persona “percibe” una necesidad y busca asistencia en los profesionales. Es nuestro rol ayudar a esa persona a reconocer y entender el problema que tiene. 2-Identificación: intentamos facilitar la exploración de los sentimientos que la persona “siente”, para poder ayudarle a sobrellevar la situación de “enfermedad”. 3-Aprovechamiento: la persona intenta sacar el mayor beneficio posible de lo que se le ofrece a través de la relación que establece con el profesional. 4-Resolución: de una forma progresiva, los antiguos objetivos van siendo desplazados por otros nuevos. Durante este proceso, el paciente se libera de su identificación con el enfermero.

Después de hacer referencias a las teóricas de enfermería, puede considerarse que la vida se describe como una fusión de actividades vitales, que la individualidad de la persona debe ser plenamente respetada, ya que la persona tiende a la independencia y que el grado de dependencia-independencia en el que se encuentre no disminuye su dignidad y por lo tanto la persona debe ser valorada independientemente de la etapa de la vida en que se encuentre y de la situación especial en que se enmarque su vida, incluyendo los períodos de crisis, teniendo en cuenta los factores físicos, psicológicos y sociales; cada persona cambia la forma de realizar las actividades de vida dentro de los márgenes que le son propios y que tendrá consideración de normalidad.

La enfermera trabaja junto al sujeto lo que significa que es considerado como un ser autónomo capaz de tomar decisiones.

Finalmente, y después de reflexionar sobre los distintos modelos de enfermería, puede afirmarse que la enfermería se realiza con la persona en una plena interacción dialéctica, que los distintos modelos de enfermería, en estrecho vínculo con el propio método de actuación profesional, el Proceso de Atención de Enfermería, dirigen todo su esfuerzo hacia la persona y así se conforma su “plan de cuidados” dirigido al logro de su mayor bienestar, a partir del pleno respeto de su dignidad (21).



VARIABLES	CONCEPTO	DIMENSIÓN	INDICADORES
<p><b>EXPERIENCIA QUIRÚRGICA PREVIA</b></p> <p><b>Función:</b> independiente</p> <p><b>Tipo:</b> cualitativo</p>	<p>Es importante conocer la sensación y experiencia anterior, ya que si esta fue muy traumática puede el paciente predisponerse a mayor ansiedad y temor.</p>		<p><b>-Con experiencia Quirúrgica</b></p> <p><b>-Sin experiencia quirúrgica</b></p>
<p><b>NIVEL DE INSTRUCCIÓN</b></p> <p><b>Función:</b> independiente</p> <p><b>Tipo:</b> cualitativo</p>	<p>Período de tiempo durante el cual se asiste a la escuela. La información relacionada con los sentidos y con el idioma indica la capacidad del paciente para comprender instrucciones y recibir apoyo durante la experiencia preoperatoria.</p>		<p>-Analfabeto</p> <p>-Primaria incompleta</p> <p>-Primaria completa</p> <p>-Secundaria incompleta</p> <p>-Secundaria completa</p> <p>-Terciario incompleto</p> <p>-Terciario Completo</p> <p>-Universitario</p>

## DATOS (Variables)

**EDAD:** Tiempo que ha vivido una persona, años cumplidos desde el nacimiento hasta la fecha actual.

**Función:** independiente

**Tipo:** cuantitativo (continuo)

**Nivel de medición:** de Razón

**SEXO:** Caracteres genéticos, morfológicos y funcionales, que distinguen a los hombres de las mujeres.

**Función:** independiente

**Tipo:** cualitativo

-Femenino

-Masculino

## MATERIAL Y MÉTODOS

### TIPO DE ESTUDIO O DISEÑO

Según el problema propuesto y los objetivos planteados, el tipo estudio es: **descriptivo** (de acuerdo al análisis y el alcance de los resultados), lo que se hace es observar el fenómeno tal como se da en su contexto natural, para posteriormente analizarlos. Abordaje metodológico cuantitativo, porque se va asignar un valor numérico a la variable de estudio.

**Transversal:** estudia simultáneamente las variables de estudio, (de acuerdo al período y secuencia de los hechos) haciendo un corte en el tiempo para la recolección de los datos, **prospectivo** porque las actividades del plan de trabajo se van registrando desde el comienzo hasta el final, a medida que va desarrollándose el estudio de investigación.

**Sitio de estudio o contexto de la investigación:** este es el primer control de la validez interna del estudio, que se realizará, a través del estudio de convalidación de sitio para lo cual se elaboró un instrumento o guía a fin de:

- Obtener autorización para realizar la investigación
- Identificar la población a fin de decidir tomar o no la muestra
- Identificar las variables de estudio
- Reconocer características del lugar: horarios, rutinas, disponibilidad.
- Criterios de elegibilidad
- Requisitos de los criterios
- Justificación de elección del sitio

(Ver ANEXO I)

La selección del sitio en una primera instancia se basó fundamentalmente en la observación.

- Se realizó la convalidación de sitio en dos efectores provinciales
- Seleccionando el hospital Provincial de Granadero Baigorria por reunir con los criterios acorde a la de elegibilidad, a la de mayor amplitud de los datos que fundamenten la investigación y se observará la actitud del personal de enfermería frente a la ansiedad que presenta los pacientes que acuden en busca de atención.

(Ver ANEXO III)

## **POBLACIÓN Y MUESTRA:**

Este es el segundo control de la validez interna que se realizará en el estudio para poder controlar variables intervinientes, teniendo en cuenta los criterios de inclusión /exclusión de la población.

La población total está conformada por aproximadamente 60 adultos de 35 a 65 años, de ambos sexos, que ingresan al servicio de cirugía por cirugías programados y de urgencias, de Hospital Provincial de Granadero Baigorria, durante el primer semestre del año 2018. Información obtenida del estudio de convalidación de sitio.

## **UNIDAD DE ANÁLISIS:**

Cada uno de los pacientes adultos sometidos a cirugía programada de una entidad Provincial de la ciudad de Granadero Baigorria.

## **CRITERIOS DE SELECCIÓN:**

### **Criterios de inclusión:**

- Pacientes adultos de 35 a 65 años de edad.
- Pacientes que ingresan al servicio por cirugía programada.

### **Criterios de exclusión:**

- Pacientes con alteración del nivel de conciencia
- Pacientes con trastornos psicológicos
- Pacientes con cirugías de urgencias

## **TECNICAS E INSTRUMENTOS DE RECOLECCIÓN DE DATOS:**

Para la recolección de datos, se utilizará como técnica: la encuesta, el instrumento será un cuestionario individual, con un instructivo de llenado informativa /orientativa, con una cantidad de 18 preguntas cerradas dicotómicas, 2 preguntas abiertas de elección múltiple y 3 observaciones, que será administrado por el investigador, de carácter confidencial y conservará el anonimato del mismo, pudiendo dejar de responder cuando así lo deseen. Las preguntas serán contestadas de forma individual por parte del paciente.

El cuestionario con preguntas cerradas para que el entrevistado elija una opción como respuesta, esto da la ventaja de que puedan ser procesadas fácilmente, y su codificación se facilitará, pero tienen la desventaja de que si están mal diseñadas las opciones, el sujeto encuestado no encontrará la opción que el desea y la información se viciará, para

evitar esto se realizó la Prueba Piloto.

**La Prueba Piloto** se establece con 7 pacientes en una comunicación cara a cara con el sujeto y con la encuesta obtenemos datos que provienen de los propios sujetos y tiene las siguientes ventajas y desventajas.

Ver ANEXO II (pag. 41 a 45 se encuentra el instrumento definitivo).

#### **Ventajas de la encuesta son:**

- La respuesta es independiente del nivel de alfabetización del sujeto
- El entrevistador puede ayudar a expresar los pensamientos o las respuestas, repetir las preguntas, usar otros términos.
- Se pueden captar otros datos sensoriales: gestos, movimientos, tono de voz, énfasis, etc.
- Se obtiene mayor cantidad de respuestas

#### **Desventajas:**

- Del entrevistado: limitaciones en la expresión verbal, falta de sinceridad, divorcio entre lo que se dice y lo que se hace.
- Del entrevistador: influencia en las respuestas, interpretación sesgada, opiniones personales del investigador.

### **PRUEBA PILOTO**

La prueba piloto se realiza en una población de 7 pacientes, o sea una muestra relativamente pequeña con las mismas características de la población de estudio para así asegurar la validez interna de los instrumentos y que mida lo que se pretende medir. El instrumento de medición preliminar se modificará, ajustará, y se mejorará para que pueda ser comprobado antes de ser aplicado a la población estudio.

Mediante la prueba piloto se buscará, según cuestionarios:

- ¿Qué preguntas están mal formuladas?
- ¿Cuáles resultan incomprensibles?
- ¿Cuáles causan molestias al sujeto en estudio?
- Si es correcto el ordenamiento y la presentación de las preguntas.

(Ver ANEXO IV)

## **PERSONAL A CARGO:**

La autora de este estudio investigativo, será la encargada de aplicar el instrumento a los sujetos en estudio para recolectar los datos pertinentes para tal investigación.

## **ASPECTOS ÉTICOS DE LA INVESTIGACIÓN**

La presente investigación, se realizará respetando a las personas, sus conductas, sus ideas, costumbres, valores y creencias. Se realizará con los principios éticos de:

- a) **Principio de Beneficencia:** en el presente estudio de investigación, se realizará respetando a las personas, que conforman la población en estudio, no estén expuestos a daños físicos ni psicológicos. este estudio beneficiará a la muestra con la obtención del resultado de la investigación para poder afrontar la ansiedad. Debe asegurarse a todas las personas participantes, que se mantendrá la confidencialidad, y que bajo ninguna circunstancia los datos obtenidos de las entrevistas serán revelados, ni difundidos.
- b) **Principio de respeto a la dignidad humana o derecho a la autonomía y a la información completa:** esto significa que los sujetos tienen derecho a decidir en forma voluntaria si participan o no en el estudio, el momento que quieren retirarse de ese estudio y a rehusarse de dar información cuando considere que invade su privacidad. En este estudio se respetará la decisión del paciente de participar o no en la investigación.
- c) **Principio de Justicia:** incluye el derecho del sujeto a un trato justo y a preservar su intimidad. En el presente estudio se respetará a todos los pacientes pre-quirúrgicos del servicio de cirugía.

## **PLAN DE ANÁLISIS:**

Después de aplicar de forma completa los cuestionarios, los resultados de los datos obtenidos serán procesados mediante el Programa de Excel, previa elaboración de tabla de códigos, y tabulación. Es un tipo de estadística descriptivo, de escala nominal, (porque identifica, clasifica y categoriza las variables), de esto se obtendrá la frecuencia, los porcentajes, el modo, las medidas de dispersión y correlación apropiada y medidas de concentración, para reconstruir las variables de estudio

La moda indica el valor que se observa con mayor frecuencia.

Los datos se representarán en gráficos de barras adosadas, se utilizarán variables complejas (tipo de cirugía y tipo de ansiedad) las cuales serán dimensionadas, analizando el valor de los indicadores. En el gráfico de barras adosadas, se analizarán las frecuencias absolutas y relativas, y se reconstruirán las variables de estudio.

Para las variables simples como edad, sexo, nivel de instrucción y experiencia quirúrgica previa, se utilizarán gráficos circulares para reflejar los datos.

De cada gráfico se realizará un análisis e interpretación de los resultados obtenidos.

## CRONOGRAMA DE ACTIVIDADES

<b>Actividades</b>	<b>Enero a Junio</b>	<b>julio</b>	<b>Agosto</b>	<b>Setiembre</b>	<b>Octubre</b>	<b>Noviembre</b>	<b>Diciembre</b>
<b>Realizar la recolección de datos</b>	<b>6 meses</b>						
<b>Codificación y agrupamiento de los datos</b>		<b>30 días</b>					
<b>Procesamiento de los datos</b>			<b>25 días</b>				
<b>Tabulación y categorización de los datos estadísticos</b>				<b>15 días</b>			
<b>Presentación de los datos</b>					<b>15 días</b>		
<b>Análisis de los resultados y conclusión de la investigación</b>						<b>25 días</b>	
<b>Publicación de los resultados</b>							<b>20 días</b>

# **ANEXOS**

## ANEXO I

### ESTUDIO DE CONVALIDACIÓN DE SITIO

Nombre de la institución: .....

Dirección: .....

Obtener la autorización para realizar el estudio de convalidación de sitio.

¿Se brinda algún tipo de apoyo, contención previa, algo normatizado, para los pacientes que van a cirugía? Si (...) No (...)

¿Cuántas habitaciones tiene la sala de cirugía? (....)

¿Qué número de médicos tiene la sala? (....)

¿Qué cantidad de enfermeros tiene la sala? (....)

¿Cantidad de camas útiles de la sala? (....)

¿Cuántas cirugías programadas se realizan aproximadamente por día? (....)

¿Poseen protocolo de cirugías programadas? (....)

¿Qué días de la semana se realiza mayor cirugía programada? (.....)

¿Cuántos pacientes hay en la sala de cirugía? (.....)

## **ANEXO II: INSTRUMENTOS DE RECOLECCIÓN DE DATOS**

**INSTRUCCIONES:** A continuación, en el presente instrumento se presenta una serie de preguntas semiestructuradas, lea detenidamente y con atención, tómese el tiempo que sea necesario, luego marque la respuesta correcta. Sus respuestas serán anónimas y confidenciales.

Marque con una cruz lo que corresponda.

### **DATOS**

1-EDAD (....)

2-SEXO (....)

3-NIVEL DE ESCOLARIDAD

- a) Analfabeto ..... (...)
- b) Primaria incompleta ..... (...)
- c) Primaria ..... (...)
- d) Secundaria incompleta ...(...)
- e) Secundario completo .....(...)
- f) Terciario incompleto .....(...)
- g) Terciario completo.....(...)

**VARIABLE EXPERIENCIA QUIRÚRGICA PREVIA**

## 1-Experiencia quirúrgica previa

a) ¿Usted experimentó algún tipo de cirugía anteriormente?

a) No

b) Si

c) ¿Cómo fue? ....¿Programada? ...(...)

¿Urgencia? .....(...)

## VARIABLE TIPO DE CIRUGÍA

1- ¿Qué tipo de cirugía se realizará

a) Abdominal..... (...)

b) Cardiovascular...(...)

c) Torácica .....(...)

d) Traumatológica..(...)

e) Otras .....

## VARIABLE TIPO DE ANSIEDAD PREQUIRÚRGICA

¿Usted presenta alguno de estos signos y síntomas ante la cirugía?

1-¿Usted es hipertenso?

a) Si (...)

b) No (...)

2-¿Cómo está su presión actualmente?

a) Alta ..... (...)

b) Normal . (...)

c) Baja ..... (...)

4-¿Siente palpitaciones?

a) Si .....(...)

b) No .....(...)

5-¿Usted siente angustia por la cirugía?

a) Si (...)

b) No (...)

6-¿Usted presenta falta de aire?

a) Si (...)

b) No (...)

7-¿Usted siente que su respiración está acelerada?

a) Si (...)

b) No (...)

8-¿Usted presentó vómitos en horas anteriores a la cirugía ?

a) Si (...)

b) No (...)

9-¿Usted tuvo diarrea horas previas?

a) Si (...)

b) No (...)

10)-¿Usted tuvo cólicos dolorosos en horas previas?

a) Si (...)

b) No (...)

11) ¿Usted micciona frecuentemente?

a) Si (...)

b) No (...)

12) ¿Usted tiene cefaleas?

a) Si (...)

b) No (...)

13) ¿Usted tiene mareos?

a) Si (...)

b) No (...)

14) ¿Usted se siente seguro en la institución?

a) Si (...)

b) No (...)

15) ¿Usted está preocupada/o por la cirugía?

a) Si (...)

b) No (...)

16) ¿Usted está decidido a realizar la intervención quirúrgica?

a) Si (...)

b) No (...)

17) ¿Usted se siente temeroso de la cirugía?

a) Si (...)

b) No (...)

18) ¿Usted quiere irse del lugar por este temor?

a) Si (...)

b) No (...)

## **OBSERVACIÓN DIRECTA:**

1) Se observa sequedad en las mucosas:

a) Si (...)

b) No (...)

2) Se observa sudoración excesiva:

a) Si (...)

b) No (...)

3) Presenta rubor o palidez:

a) Si (...)

b) No (...)

## ANEXO III

### RESULTADOS DEL ESTUDIO DE CONVALIDACIÓN DE SITIO

Luego de haber realizado la guía de convalidación de sitio en dos efectores Provinciales públicos de la ciudad de Rosario y del Gran Rosario, se seleccionó uno de ellos para realizar el proyecto de investigación.

El hospital Provincial de Rosario, sala 2 es la sala general clínica de pre y postquirúrgicos, tiene 13 habitaciones, con 32 camas útiles y 32 pacientes. Tiene 29 enfermeros, incluido jefe de la sala y subjefe, dos enfermeras con tareas con tarea liviana, 2 ausentismo, uno por embarazo y otro por artículo 16 y la cantidad de médicos son varios ya que están los médicos residentes de las distintas especialidades de traumatología, urología, gastroenterología, ginecología, cardiología (hemodinamia), cirugía general, más los respectivos jefes de la especialidad.

Las cirugías programadas que se realizan por día son de aproximadamente 4 por día, lunes, miércoles y viernes se realiza cirugía general. Martes y viernes cirugía de las otras especialidades. Esta sala no cuenta con protocolo de contención previa para los pacientes quirúrgicos, ya que los pacientes de cirugías programadas se internan el mismo día de la cirugía, solamente se puede dar una contención a los pacientes que están internados y se tienen que operar en forma programada.

Las habitaciones 8 y 9, tienen 2 camas respectivamente, las cuales son utilizadas para pacientes inmunodeprimidos, cuando se produce su ingreso.

En el otro efector Provincial del Gran Rosario, la sala de cirugía que es de cuidados intermedios quirúrgicos, tiene 15 habitaciones, con 36 pacientes, con 38 camas útiles, de los cuales 2 habitaciones son con una cama cada uno está destinado para pacientes inmunodeprimidos, 2 habitaciones con aislamiento respiratorio, tiene la instalación de ventiladores con presión negativa, una habitación con 2 camas destinada para el área de salud mental, generalmente para pacientes adictos, una habitación con una cama para obeso, la habitación 19, consta de 5 camas, y el resto de las habitaciones con 2 y 3 camas respectivamente. Tiene 28 enfermeros incluido el jefe de enfermería. La cantidad de médicos son varios, están los médicos residentes de traumatología, cirugía, ginecología, neurología, médicos clínicos, neumólogos, anestesistas, 12 médicos para Residencia 1, 2 y 3 incluido el jefe de residencia, 2 subjefes para cada especialidad.

Se realizan 4 cirugías programadas por día, lunes miércoles, jueves y viernes, y el día que mayor cirugía se realizan son los lunes con 6 cirugías.

Las cirugías de urgencias en los 2 efectores Provinciales ingresan por guardia, y van a la sala cursando el postoperatorio. Otros postoperatorios que ingresan por guardia pueden pasar a UTI.

Se eligió la cirugía programada como estudio ya que en la sala 2, donde se realizó la prueba piloto, todos los pacientes estaban para cirugía programada. La jefa del servicio refirió que los que entran por urgencia van a la sala de guardia, y de ahí al quirófano si es que tienen que ser intervenidos quirúrgicamente.

De acuerdo a los criterios de elegibilidad se seleccionó el hospital Provincial de la ciudad de Granadero Baigorria, ya que luego de realizar el estudio exploratorio, se observó que la institución reúne los requisitos para realizar el estudio pretendido:

- Se obtuvo la autorización para realizar la investigación
- Se encuentran las variables del estudio investigativo
- Se encontraron mayor cantidad de pacientes en comparación con el otro efector.
- Se encontraron mayor cantidad de pacientes que se internaban para cirugía programada.
- El sitio de estudio reúne con las características pretendidas para llevar a cabo la investigación.

## **ANEXO IV**

### **RESULTADOS DE LA PRUEBA PILOTO DEL INSTRUMENTO**

Se realizó la prueba piloto con la finalidad de evaluar el Instrumento de Recolección de datos, previa autorización por nota dirigida a la subdirección del hospital Provincial de la ciudad de Rosario.

El instrumento se aplicó a un grupo pequeño de 7 pacientes que van a ir a cirugía programada, del servicio de sala general de clínica quirúrgica, con la finalidad de comprobar si este instrumento logra medir las variables en estudio. Dicho instrumento se tuvo que modificar en algunas preguntas, ya que se podía observar sin tener que preguntar, como, por ejemplo: ¿Usted presenta palidez o rubor?, también se modificó algunas preguntas haciéndolas más comprensible para la persona. La participación fue voluntaria. Por lo tanto, se constató luego de este control de validez, que el instrumento es comprensible, claro y que logra medir las variables en estudio.

# PRUEBA PILOTO

## INSTRUMENTOS DE RECOLECCIÓN DE DATOS

**INSTRUCCIONES:** A continuación, en el presente instrumento se presenta una serie de preguntas semiestructuradas, lea detenidamente y con atención, tómese el tiempo que sea necesario, luego marque la respuesta correcta. Sus respuestas serán anónimas y confidenciales.

Marque con una cruz lo que corresponda.

### DATOS

#### 1-Edad

¿Cuántos años tiene Usted?

- a) Adulto joven (de 35 a 45 años) (....)
- b) Años intermedios (de 46 a 65 años) (....)

#### 2-Sexo

- a) Masculino (...)
- b) Femenino (...)

#### 3-¿Cuál es su nivel de escolaridad alcanzado?

- a) Sin estudio (analfabeto) (...)
- b) Primaria incompleta (...)
- c) Primaria completa (...)
- d) Secundaria incompleta (...)
- e) Secundaria completa (...)
- f) Terciario incompleto (...)
- g) Terciario completo (...)
- h) Universitario (...)

#### 4-Experiencia quirúrgica previa

a)¿ Usted tuvo algún tipo de cirugía anteriormente?

a) No

b) Si

c) ¿Cómo fué? ....¿Programada? ...(...)

¿Urgencia? .....(...)

b)¿Que cirugía le realizarán actualmente?

.....

#### 5-¿Tipo de cirugía ?

1-¿Usted viene por una cirugía programada?

a) Si (...)

b) No (...)

2- ¿Urgencia?

a) Si (...)

b) No (...)

6) -¿Está inquieto con respecto a la intervención quirúrgica?

a) Si (...)

b) No (...)

#### VARIABLE TIPO DE ANSIEDAD PREQUIRÚRGICA

¿Usted presenta alguno de estos signos y síntomas ante la cirugía?

1-¿Usted presenta Hipertensión?

a) Si (...)

b) No (...)

2-¿Usted tiene palpitaciones?

a) Si (...)

b) No (...)

3-¿Usted siente opresión en el pecho?

a) Si (...)

b) No (...)

4-¿Usted siente sensación de ahogo?

a) Si (...)

b) No (...)

5-¿Usted presenta disnea, falta de aire?

a) Si (...)

b) No (...)

6-¿Usted siente que su respiración está acelerada?

a) Si (...)

b) No (...)

7-¿Usted presenta vómitos?

a) Si (...)

b) No (...)

8-¿Usted tiene diarrea?

a) Si (...)

b) No (...)

9)-¿Usted está con cólicos?

a) Si (...)

b) No (...)

10)¿Usted micciona frecuentemente?

a) Si (...)

b) No (...)

11) ¿Usted tiene sequedad de mucosas?

a) Si (...)

b) No (...)

12) ¿Usted tiene sudoración excesiva?

a) Si (...)

b) No (...)

13)- ¿Usted presenta rubor o palidez?

a) Si (...)

b) No (...)

14)- ¿Usted tiene cefaleas tensionales?

a) Si (...)

b) No (...)

15- ¿Usted tiene mareos?

a) Si (...)

b) No (...)

16- ¿Usted está insegura/o de realizarse la cirugía?

a) Si (...)

b) No (...)

17- ¿Usted está preocupada/o por la cirugía?

a) Si (...)

b) No (...)

18- ¿Usted está indecisa?

a) Si (...)

b) No (...)

19-¿Usted está inquieto?

a) Si (...)

b) No (...)

20-¿Usted se aleja de la situación temida?

a) Si (...)

b) No (...)

## CONSENTIMIENTO INFORMADO

En la ciudad de Granadero Baigorria a los .....días del mes de .....de 2017  
Dejo constancia que por medio de la presente, Yo.....  
.....ACEPTO libre y voluntariamente participar en el proyecto de investigación que tiene como objetivo **determinar la relación que existe entre el tipo de cirugía según sexo, edad, nivel de instrucción y experiencia quirúrgica previa con el tipo de ansiedad pre-quirúrgica que presentan los pacientes en el servicio de cirugía en la entidad hospitalaria Provincial de la ciudad de Granadero Baigorria, en el primer semestre del año 2018.**

Con el propósito de que los resultados obtenidos en el presente estudio se obtendrá información actualizada sobre el tipo de ansiedad de los pacientes en el preoperatorio, con la finalidad de que se podrá elaborar un programa de contención psicológica para ayudar al paciente a identificar, y disminuir y eliminar las emociones negativas con respecto a su cirugía.

Declaro que recibí información sobre mi participación en la obtención de los datos los cuales serán confidenciales, sin que mis respuestas afecten mis derechos de atención en este Hospital Provincial de la ciudad de Granadero Baigorria, y ver la posibilidad de rehusarse o abandonar la participación cuando así lo deseé.

Como constancia firmo el presente consentimiento informado en el lugar y fecha consignado en el encabezamiento.

.....

Firma del entrevistado

.....

Firma del entrevistador

.....

Aclaración

.....

D.N.I.

## BIBLIOGRAFÍA

1. Doñate Marin MLCAMSYMS. Aspectos de la información preoperatoria relacionada con la ansiedad del paciente programado para cirugía. *Enfermería Global*. 2015 enero; 14(37).
2. T. Heather Herdman PR. NANDA Internacional - DIAGNÓSTICOS ENFERMEROS. 9th ed. T. Heather Herdman PR, editor. Barcelona - España: ELSEVIER España, S.L.; 2012 - 2014.
3. J. MNAGGLCdCMJB. Ansiedad preoperatoria y cirugía programada en hospital público del estado de aragua, venezuela. *Portales Médicos*. 2015 febrero.
4. Cía AH. Tratamiento de la Ansiedad en la Clínica Médica y Atención Primaria. 1st ed. Autónoma de Buenos Aires: POLEMOS; 2014.
5. Pérez MJRDA. Estrategia de enfermería para disminuir los niveles de ansiedad en pacientes sometidos a intervención quirúrgica en el hospital universitario antonio patricio de alcalá, cumana, venezuela. *Saber*. 2013 setiembre; 25(3).
6. Hernandez FGLJMMLM. Tratamiento de la ansiedad en pacientes prequirúrgicos. *Revista Clínica de Medicina de Familia*. 2011 octubre; 4(3).
7. Sanchez AIHHAJLBJAG. Nivel de ansiedad e información preoperatoria en pacientes programados para cirugía. Un estudio transversal descriptivo. *Acta Médica Grupo Angeles*. 2016 enero - marzo; 14(1).
8. Saucillo ERLJHMCYIOVMI. Ansiedad preoperatoria en el Hospital General de México. *Revista Médica del Hospital General de México, S.S.* 2000 octubre - diciembre; 63(4).
9. Richards MS. Introducción a la Psiquiatría. 3rd ed. Buenos Aires: POLEMOS; 2006.
10. Dymond BWDGBMDG. Tratado de Enfermería. 4th ed. México: INTERAMERICANA S. A. de C.V.; 1986.
11. Marín I. - Martínez PPJPM. Ansiedad en pacientes intervenidos de rodilla (Prótesis total de rodilla). *Enfermería Global*. 2004 abril;(11).
12. Cía AH. Manual Diagnóstico y Terapéutico. La Ansiedad y sus Trastornos 2nd ed. Buenos Aires: Polemos; 2007.
13. Goytia C. Fobias, Ansiedad, Miedos. 4th ed. Buenos Aires: Atlántida; 2008.

14. quirúrgico.html. hebca. Paciente quirúrgico. In ; 2008.
15. Lovesio JJB. Cirugía. Bases fisiológicas para su práctica. 6th ed. Buenos Aires: El Ateneo - Pedro García S.A.; 1989.
16. <http://www.hsj.com.mx/noticias-hsj%C2%BFcirug%C3%ADa-electiva-o-cirug%C3%ADa-urgencia-cuando-y-por-que-programarla.aspx>. ¿Cirugía electiva o cirugía de urgencia? In ; 2015.
17. <https://www.mundolab.com/services-list/cirugia-general-y-aparato-digestivo-proctologia>. Cirugía general, aparato digestivo, proctología. In ; 2015.
18. [cardiaca.eu/tipos-de-cirugia-cardiaca.html](http://cardiaca.eu/tipos-de-cirugia-cardiaca.html) hc. Cirugías cardilógicas. In ; Buenos Aires.
19. [favaloro.org/cirugia-toracica/](http://favaloro.org/cirugia-toracica/) hf. Cirugía Torácica. In Fundación Favaloro - Cirugía torácica; 2016; Buenos Aires.
20. <http://mediterranean-healthcare.com/es/especialidades-medicas/traumatologia-y-cirugia-ortopedica/>. Especialidades médicas, traumatología y cirugía ortopédica. In ; 2015.
21. Ann Marriner-Tomey PD,FAAN. Modelos y teorías en enfermería. 3rd ed. Madrid - España: Mosby - Doyma Libros; 1994.

