

Ansiedad y Depresión en Pacientes prequirúrgicos:  
una revisión bibliográfica

Loly Luz Anaya

María Olga Gamarra

Programa de Psicología

Universidad Tecnológica de Bolívar

Monografía entregada como requisito para obtener  
el Minor de Psicología Clínica y de la Salud

Cartagena, 2009

*Tabla de Contenido*

1. Capítulo Primero
  - 1.1. Introducción
  - 1.2. Justificación
  - 1.3. Objetivo
2. Capítulo Segundo
  - 2.1. Contexto Teórico
    - 2.1.1. Psicología de la salud
    - 2.1.2. Criterios diagnósticos de Ansiedad y depresión
    - 2.1.3. Ansiedad y Depresión en pacientes prequirúrgicos
    - 2.1.4. Estrategias o Técnicas de Afrontamiento
3. Capítulo Tercero
  - 3.1. Metodología
4. Capítulo Cuarto
  - 4.1. Discusión y Conclusiones
5. Capítulo Quinto
  - 5.1. Referencias

## CAPITULO PRIMERO

### *Introducción*

Los trastornos mentales, incluyendo la ansiedad y la depresión, se sitúan como la segunda causa de enfermedad e incapacidad en el mundo en el año 2020 (Global Burden of Disease Study, 1996, citado por Grau, Comas, Suñer, Peláez, Sala, y Planas, 2007). Por otro lado la Organización Panamericana de la Salud (OPS) estima que el número de personas con trastornos mentales en la Región de las Américas aumentará de 114 millones en 1990 a 176 millones en el 2010, ocupando los primeros lugares de prevalencia el trastorno depresivo mayor (Tomado de Posada, Buitrago, Medina y Rodríguez, 2006). En Colombia los trastornos de ansiedad son de mayor prevalencia que otros trastornos mentales; el 19.3 % de la población entre 18 y 65 años reporta haber tenido alguna vez en la vida un trastorno de ansiedad, siendo más frecuentes entre las mujeres (21.8%); comparando las cinco regiones en las que se divide el territorio nacional, se encontró que la Región Pacífica y Bogotá D.C son las que presentan la prevalencia más elevada de trastorno de ansiedad con 22% y 21.7% respectivamente. La Región Atlántica presenta la menor prevalencia (14.9%) y la región Caribe se encuentra situada con un promedio de prevalencia del trastorno (Posada, Buitrago, Medina, Rodríguez; 2006).

A partir de la revisión anterior se observa que los trastornos mentales de mayor prevalencia son la ansiedad y la depresión, los cuales son el objeto principal de estudio de esta monografía. La ansiedad es

definida como un estado de ánimo que tiene como principales características la tensión corporal, el afecto negativo y la preocupación respecto al futuro, mientras que la depresión es un trastorno del estado de ánimo que incluye síntomas cognoscitivos y funciones físicas perturbadas, exigiendo mayor esfuerzo ante una ligera actividad (Barlow, 2001).

Por otro lado un paciente próximo a ser intervenido quirúrgicamente presenta ciertos niveles de ansiedad y depresión, especialmente durante la fase de hospitalización prequirúrgica (Giacomantone y Mejia, 1997; Corona, et al., 2008).

Es por esto que se revisarán las dos reacciones emocionales específicas, ansiedad y depresión, en pacientes que van a ser intervenidos quirúrgicamente.

### *Justificación*

Hernández, Orellana, Kimelman, Núñez e Ibáñez, (2005) proponen que la ansiedad es una vivencia universal, la cual surge en respuesta a amenazas como señal en busca de adaptación. En el contexto quirúrgico, las situaciones en la que se encuentran inmersos los pacientes son percibidas como amenazantes. El evaluar dichas reacciones emocionales en pacientes prequirúrgicos permite tomar medidas que reduzcan los niveles de ansiedad y depresión, debido a la situación de salud específica y la calidad de la experiencia de los pacientes. La situación de cirugía puede presentarse en el contexto de urgencia, donde el riesgo vital obliga a la intervención inmediata, promoviendo un alto impacto psicológico y fisiológico para el paciente donde el apoyo psicológico estará probablemente en el trabajo con la familia del paciente y con éste después de la operación (Barrales y Castillo, 2009).

Es así como se remite específicamente a la depresión y a la ansiedad dentro de las reacciones emocionales que presentan los pacientes prequirúrgicos, ya que estas son las de mayor prevalencia en los pacientes hospitalizados por enfermedades agudas y crónicas (Grau, Suñer, Abulí & Comas, 2003). Pero se destaca el interés por conocer y describir cuales son los factores internos y/o externos que influyen en la presencia de ansiedad y depresión en los pacientes en la etapa prequirúrgica, ya que a partir de la descripción de cada uno de estos factores se permite resaltar la importancia del trabajo interdisciplinario, el papel del psicólogo clínico y de la salud,

promoviendo la intervención psicológica y generando beneficios en la etapa pre y postquirúrgica.

## *Objetivos*

### *Objetivo General*

Describir las reacciones emocionales, ansiedad y depresión presentes en los pacientes próximos a ser intervenidos quirúrgicamente.

### *Objetivos Específicos*

Revisar la prevalencia de ansiedad y depresión en los pacientes prequirúrgicos.

Identificar los factores desencadenantes de la ansiedad y la depresión en pacientes en la etapa prequirúrgica.

Analizar la información revisada para sacar conclusiones.

## CAPITULO SEGUNDO

### *Contexto Teórico*

#### *Psicología de la salud*

El impacto global de la ansiedad generalizada y la depresión mayor se convertirán, según la Organización Mundial de la Salud (OMS), en la segunda causa de discapacidad para el año 2020, después de la cardiopatía isquémica, en los países en desarrollo.

A partir de esto se remite a las definiciones de salud, destacando la visión positiva de ésta. El término salud ha sufrido constantes modificaciones a lo largo de su historia, ya que ha variado entre diversos puntos de vista, desde el neutralista hasta el idealista o utópico. El primero en hablar de salud dentro de la sociedad occidental fue Hipócrates con su teoría sobre los humores. Después de la revolución industrial y con el inicio del S. XX se propone una definición negativa de salud, dada como ausencia de enfermedad. Luego la OMS (1946, citado por Pardo, 1997) proporciona una definición más positiva, la salud es el estado de perfecto bienestar físico, psíquico y social, y no sólo la ausencia de lesión o enfermedad, integrando tres aspectos importantes en su definición. Brannon (2001) da la siguiente definición de salud: “es la presencia de un bienestar positivo, y no solo la ausencia de enfermedad” (p. 26), la cual se articula a la de la OMS y se encuentra vigente. Con el surgimiento del enfoque biomédico la medicina empezó a controlar muchas enfermedades que han amenazado la humanidad por muchos años, pero este se encuentra enfocado en la enfermedad mas no en el paciente, desconociendo otros aspectos del sujeto



como son los sociales y los psicológicos, llevando de esta forma que el proceso salud-enfermedad sea insatisfactorio. Luego a finales del siglo XX muchos autores empiezan a cuestionarse al respecto, surgiendo de esta forma el modelo biopsicosocial, el cual hace énfasis en la salud positiva y contempla la enfermedad crónica como resultado del conjunto de ciertas condiciones biológicas, psicológicas y sociales. Al integrar los aspectos psicológicos y sociales en la definición de salud le abre camino a la psicología de la salud para que esta se encargue de estudiar y desarrollar diferentes métodos de intervención que tengan lugar a partir del proceso salud- enfermedad.

Matarazzo (1980, citado por Oblitas 2004) propone la siguiente definición de psicología de la salud:

Es el conjunto de contribuciones de la psicología desde diversos campos, como son el profesional, científico y educativo; para la promoción y mantenimiento de la salud, la prevención y tratamiento de la enfermedad, la identificación de los correlatos etiológicos y diagnósticos de la salud, la enfermedad y la disfunción asociada, además del mejoramiento del sistema sanitario y la formulación de una política de la salud. (p. 15).

La psicología de la salud tiene dentro de sus muchos campos a la psicología hospitalaria, la cual se encarga de estudiar e investigar los comportamientos concernientes a la experiencia hospitalaria del paciente vivida como estresante (Guerra, Haranburu, Escalante, Novo & López, 2009).

A partir de los procesos de salud y enfermedad surgen diferentes conductas en el individuo enfermo, teniendo en cuenta el papel que cumple en cada situación. Kasl y Cobb (1966, citado por Brannon 2001) definieron las conductas en el papel de enfermo como la acción que llevan a cabo los sujetos que se creen enfermos con el fin de restablecer su estado de salud. Pero un sujeto enfermo puede manejar un papel diferente al mencionado, si es un paciente hospitalizado; este último se diferencia del papel del enfermo no hospitalizado, en que el paciente hospitalizado no tiene muchas opciones de cuidado doméstico, dando por definido su papel de paciente por la organización hospitalaria. Es de esperar que los pacientes hospitalarios acaten las normas del hospital, pero la enfermedad y la hospitalización en algunos casos hacen que la persona pierda el control sobre sus funciones corporales normales; además, la incapacidad de tomar decisiones sobre aspectos simples de su vida, es asumido por el paciente como una pérdida psicológica, la cual reduce las medidas eficaces que la persona adopta sobre su salud (Brannon, 2001). De esta forma la psicología hospitalaria se encarga del paciente hospitalizado, el cual a diferencia del papel del enfermo no hospitalizado, trae consigo más limitantes a los sujetos, ya que en ocasiones el trato es despersonalizado, no tienen acceso a la información que solicitan, hasta sobre su propia enfermedad, la rutina y tipo de alimentación cambia y está dada por la condición hospitalaria, además, al ser sometidos a situaciones aversivas que están fuera de su control, sienten que en ocasiones pierden su autonomía, su libertad; a partir de esta pérdida de control percibida por el paciente, busca distintas estrategias que le permitan restaurarlo, en lo cual se puede ver afectada su salud, ya que

pueden incurrir en acciones como fumar, beber y hasta ingerir medicamentos no recetados por el médico.

Experiencias que llevan a la pérdida de control físico y psicológico pueden manifestarse en el sujeto a través de ciertos niveles de estrés (Brannon, 2001). Éste es definido biológicamente por Valdés (1997) como “un estado de activación simpático-adrenal y neuroendocrina, que se acompaña de inhibición inmunitaria y conductual, y de estados emocionales negativos (miedo, indefensión, ansiedad, depresión)” (p. 7); una persona con estrés puede manifestar síntomas como irritabilidad, ansiedad, miedo, fluctuación del ánimo, excesiva autocrítica, dificultad para concentrarse y tomar decisiones, tartamudez u otras dificultades del habla, llanto, reacciones impulsivas, músculos contraídos, manos frías o sudorosas, dolor de cabeza, respiración agitada o palpitaciones, temblores, boca seca, entre otros.

Estos síntomas pueden producirse por estímulos que incitan la activación fisiológica y psicológica tanto del estrés normal, como aquellas situaciones que se convierten en enfermedad. Dichos estímulos son denominados estresores. Existen distintos tipos de estresores, los estresores remotos, los cuales se remontan a la infancia y a la adolescencia ocasionando enfermedades psíquicas o determinando cierta susceptibilidad que se evidencia en la adultez. A partir de su duración, los estresores se clasifican en muy breves (horas), breves (días), prolongados (meses) y crónicos (años). Otra clasificación los divide en físicos, químicos o fisiológicos, intelectuales o psicosociales. Vale la pena resaltar que los

estímulos no son estresantes por si solos, sino que son valorados indistintamente por las personas a partir de la experiencia, de esta forma, una situación específica puede ser estresante para una persona, pero no serlo para otra. Sin embargo hay estímulos que son amenazantes para todas las personas, tales como terremotos o bombardeos y lleva a reacciones diferentes por cada persona (Orlandini, 1999).

### *Criterios Diagnósticos de Ansiedad y Depresión*

La ansiedad es definida por Barlow (2001), como “un estado de ánimo dado por un afecto negativo, aprensión respecto al futuro y síntomas corporales de tensión” (p.128). Respecto a los criterios diagnósticos del trastorno de ansiedad generalizada el DSM IV-TR presenta los siguientes síntomas (p.447-448):

1. Ansiedad y preocupación excesivas (expectación aprensiva) sobre una amplia gama de acontecimientos o actividades (como el rendimiento laboral o escolar), que se prolongan más de 6 meses.
2. Al individuo le resulta difícil controlar este estado de constante preocupación.
3. La ansiedad y preocupación se asocian a tres (o más) de los seis síntomas siguientes (algunos de los cuales han persistido más de 6 meses). En los niños sólo se requiere uno de estos síntomas:
  - a. Inquietud o impaciencia

- b. Fatigabilidad fácil
  - c. Dificultad para concentrarse o tener la mente en blanco
  - d. Irritabilidad
  - e. Tensión muscular
  - f. Alteraciones del sueño (dificultad para conciliar o mantener el sueño, o sensación al despertarse de sueño no reparador).
4. El centro de la ansiedad y de la preocupación no se limita a los síntomas de un trastorno; por ejemplo, la ansiedad o preocupación no hacen referencia a la posibilidad de presentar una crisis de angustia (como en el trastorno de angustia), pasarlo mal en público (como en la fobia social), contraer una enfermedad (como en el trastorno obsesivo-compulsivo), estar lejos de casa o de los seres queridos (como en el trastorno de ansiedad por separación), engordar (como en la anorexia nerviosa), tener quejas de múltiples síntomas físicos (como en el trastorno de somatización) o padecer una enfermedad grave (como en la hipocondría), y la ansiedad y la preocupación no aparecen exclusivamente en el transcurso de un trastorno por estrés postraumático.
5. La ansiedad, la preocupación o los síntomas físicos provocan malestar clínicamente significativo o deterioro social, laboral o de otras áreas importantes de la actividad del individuo.
6. Estas alteraciones no se deben a los efectos fisiológicos directos de una sustancia (p. ej., drogas, fármacos) o a una enfermedad médica (p. ej., hipertiroidismo) y no aparecen

exclusivamente en el transcurso de un trastorno del estado de ánimo, un trastorno psicótico o un trastorno generalizado del desarrollo.

Los síntomas de ansiedad que mayor prevalencia tienen en los pacientes prequirúrgicos son los somáticos, dentro de los que se incluyen: fatigabilidad, tensión corporal, irritabilidad y alteraciones en el sueño, inseguridad, disminución de la concentración para responder acompañado de preocupación excesiva (González, Landero & García, 2009; Ruiz, Muñoz, Olivero e Islas, 2000).

La otra reacción emocional de interés, la cual puede presentarse en los pacientes en el ámbito hospitalario es la depresión, la característica principal en el paciente depresivo es la falta de atención ante estímulos ambientales, lo cual da cuenta del flujo continuo de ideas negativas en la cognición del paciente depresivo (Beck, 1979). Seligman (1998) afirma que la mayoría de las depresiones graves pueden tener causas bioquímicas y genéticas, al mismo tiempo que argumenta que los padres crean entornos para sus hijos en los que de alguna manera se aprende el pesimismo, directamente relacionado con la depresión.

Dentro de los factores predisponentes que crean vulnerabilidad en el desarrollo de la depresión se encuentran: las cogniciones profundas, las cuales incluyen los esquemas, las actitudes, las suposiciones básicas y las creencias centrales. Beck y Freeman (1995, citado por Olivares y Méndez 1998) afirman que las personas normales tienen esquemas más flexibles que los que presentan trastornos mentales; según la clasificación del DSM

IV-TR, en los trastornos del eje I, se incluyen todos los trastornos clínicos y no clínicos que puedan ser objeto de atención clínica, exceptuando los trastornos de personalidad y abordando los trastornos de interés de este estudio, ansiedad y depresión, en los cuales los esquemas podrían ser activados ante situaciones estresantes y relacionadas con el contenido del esquema (Freeman y Oster, 1999).

Es así como el enfoque cognoscitivo propone que en la depresión se encuentra inmerso un trastorno del pensamiento, dando por hecho que cada persona tiene un esquema a partir del cual enfoca su vida, entonces las personas depresivas poseen esquemas relacionados con la depreciación de sí mismos (Barlow, 2001). En cuanto al desarrollo de la depresión Oblitas (2004) reconoce que distintos factores psicosociales pueden llevar a la precipitación y desarrollo de síntomas depresivos.

Según el DSM IV T-R (p.333) los síntomas que presenta un sujeto durante un episodio Depresivo Mayor son los siguientes: presentando mínimo cinco durante un periodo de dos semanas:

1. Presencia de cinco (o más) de los siguientes síntomas durante un período de 2 semanas, que representan un cambio respecto a la actividad previa; uno de los síntomas debe ser estado de ánimo depresivo o pérdida de interés o de la capacidad para el placer.

No se incluyen los síntomas que son claramente debidos a enfermedad médica o las ideas delirantes o alucinaciones no congruentes con el estado de ánimo.

- a. Estado de ánimo depresivo la mayor parte del día, casi cada día según lo indica el propio sujeto (p. ej., se siente triste o vacío) o la observación realizada por otros (p. ej., llanto). En los niños y adolescentes el estado de ánimo puede ser irritable.
  - b. Disminución acusada del interés o de la capacidad para el placer en todas o casi todas las actividades, la mayor parte del día, casi cada día (según refiere el propio sujeto u observan los demás).
  - c. Pérdida importante de peso sin hacer régimen o aumento de peso (p. ej., un cambio de más del 5 % del peso corporal en 1 mes), o pérdida o aumento del apetito casi cada día. Nota: En niños hay que valorar el fracaso en lograr los aumentos de peso esperables.
  - d. Insomnio o hipersomnia casi cada día.
  - e. Agitación o enlentecimiento psicomotores casi cada día (observable por los demás, no meras sensaciones de inquietud).
  - f. Fatiga o pérdida de energía casi cada día.
  - g. Sentimientos de inutilidad o de culpa excesivos o inapropiados (que pueden ser delirantes) casi cada día (no los simples autorreproches o culpabilidad por el hecho de estar enfermo).
  - h. Disminución de la capacidad para pensar o concentrarse, o indecisión, casi cada día (ya sea una atribución subjetiva o ajena).
  - i. Pensamientos recurrentes de muerte (no sólo temor a la muerte), ideación suicida recurrente sin un plan específico o una tentativa de suicidio o un plan específico para suicidarse.
2. Los síntomas no cumplen los criterios para un episodio mixto.



3. Los síntomas provocan malestar clínicamente significativo o deterioro social, laboral o de otras áreas importantes de la actividad del individuo.
4. Los síntomas no son debidos a los efectos fisiológicos directos de una sustancia (p. ej., una droga, un medicamento) o una enfermedad médica (p. ej., hipotiroidismo).
5. Los síntomas no se explican mejor por la presencia de un duelo (p. ej., después de la pérdida de un ser querido), los síntomas persisten durante más de 2 meses o se caracterizan por una acusada incapacidad funcional, preocupaciones mórbidas de inutilidad, ideación suicida, síntomas psicóticos o enlentecimiento psicomotor.

Se ha encontrado que los síntomas depresivos que mayor prevalencia tienen en los pacientes hospitalizados en la etapa prequirúrgica son los somáticos-motivacionales sobre los cognitivo-afectivos, al igual que los síntomas de ansiedad, destacándose la pérdida de apetito, la pérdida de peso, trastornos en el sueño y pérdida de energía (Agudelo, Lucumí & Santamaria, 2008);

### *Ansiedad y Depresión en Pacientes Prequirúrgicos*

En el caso de los pacientes enfermos que requieren de una intervención quirúrgica con hospitalización, se ven inmersos en dos etapas que pueden provocar diversos cambios, estas etapas son: la prequirúrgica, la cual incluye la preparación del paciente antes de la cirugía, la cita con el

anestesiólogo hasta el ingreso a la sala de operaciones; y la postquirúrgica, en la cual se encuentran los cuidados básicos realizados después de la intervención quirúrgica específica en el marco hospitalario; Pudiéndose presentar sintomatología ansiosa y/o depresiva en ambos casos, gracias a la situación inducida por la enfermedad, además de la incertidumbre experimentada por los pacientes.

Según Giacomantone y Mejía (1997) un paciente próximo a ser intervenido quirúrgicamente presenta ciertos niveles de ansiedad, los cuales son determinados por un conjunto de factores, dentro de los cuales destaca: a.) la gravedad de la enfermedad, ya que si el riesgo vital es mayor genera ansiedad con una intensidad más alta; b) la duración del periodo prequirúrgico, en donde la necesidad de operar es urgente proporcionando menor tiempo para controlar el estado emocional; c) la anestesia, los antecedentes personales y familiares en cuanto a cirugías, si estas son negativas o positivas influyen en la experiencia del paciente y en la presencia de ansiedad; y d) la capacidad subjetiva del paciente para hacer frente a la ansiedad, lo cual incluye la percepción y la capacidad individual de cada paciente. Entonces a partir de la asociación de estos factores se define la magnitud de la ansiedad percibida por cada paciente.

Es así como la anestesia juega un papel importante en el estado físico y psicológico de los pacientes prequirúrgicos, esta es definida por Barash (1999) como la falta parcial o total de la sensibilidad producida de forma artificial, lo cual permite bloquear la sensibilidad dolorosa del paciente. La anestesiología es la especialidad de la medicina que dirige su atención

hacia el cuidado de los pacientes durante intervenciones quirúrgicas; clasificando la anestesia en general, a partir de la cual se compromete la conciencia, se suprimen los reflejos y se presenta la amnesia; y la local, en donde se suprime la sensibilidad dolorosa del paciente en una zona específica del cuerpo.

Para cualquier sujeto, una intervención quirúrgica puede ocasionar un estado de estrés físico y psicológico, al incluir procesos médicos que comprometen la salud de la persona, lo cual da lugar a la presencia de un riesgo vital. De esta forma la ansiedad prequirúrgica puede determinar las conductas de los pacientes, aumentando su sensibilidad al dolor y el consumo de analgésicos y sedantes no recetados por el médico, interfiriendo en la adherencia a las indicaciones medicas (Barrales y Castillo, 2009).

Las reacciones emocionales en pacientes prequirúrgicos con diversas afecciones médicas afectan su calidad de vida. En un estudio realizado en 114 pacientes mujeres divididas en dos grupos, pacientes con sospecha de cáncer de mama a ser sometidas a la retirada de nódulo o tejido mamario para diagnóstico, y pacientes sometidos a procedimientos quirúrgicos estéticos, se evaluaron los niveles de ansiedad y se recogieron datos sociodemográficos. Los resultados mostraron que el primer grupo presentó altos niveles y prevalencia de ansiedad, mientras que el segundo grupo aunque presentó niveles de ansiedad estos fueron más bajos. No se encontraron diferencias significativas frente a los factores sociodemográficos (Melo, Jucá, Guaratin, Marques, Lauzi, Andrade 2007).

Mucci (2007) realizó un estudio a 1.631 sujetos adultos hospitalizados para cirugías programadas o por patologías agudas, se les aplicó el Inventario de Ansiedad Estado-Rasgo de Spielberger, una entrevista que recogió datos demográficos, y una entrevista dirigida a los familiares de los pacientes. A partir de esto se encontró que los niveles de ansiedad aumentan durante el periodo prequirúrgico, destacándose dentro de los factores predisponentes la enfermedad y la cirugía, encontrando niveles mayores de ansiedad en los pacientes oncológicos.

En otro estudio realizado por Corona, Rojas, Alvarado, Calderón, y Ochoa (2008) se evaluó la prevalencia de los síntomas de ansiedad y depresión en la fase de aislamiento en la Unidad de Trasplante de Médula Ósea (UTMO) del Instituto Nacional de Cancerología de México. Los pacientes fueron evaluados durante la fase de hospitalización prequirúrgica mediante la escala de Depresión y Ansiedad Hospitalaria (HAD), encontrándose que el 28.6% de los pacientes presentaron síntomas de ansiedad. Al realizar el análisis de varianza de Friedman, no se encontraron diferencias significativas en la prevalencia de síntomas de ansiedad y depresión. Los autores concluyeron que la atención de Psicooncología debe ser continua durante el proceso de tratamiento.

En los estudios anteriores se observa como los niveles de ansiedad son mayores en los pacientes que van a ser intervenidos quirúrgicamente a causa del cáncer o por sospecha de cáncer, lo cual da cuenta de la influencia que tiene el tipo de enfermedad en los niveles de ansiedad. Además el último estudio muestra la presencia de niveles de depresión

semejantes a los de ansiedad presentes en los pacientes prequirúrgicos con cáncer.

En un estudio realizado por Grau, Comas, Suñer, Peláez, Sala, y Planas (2007), se evaluó la evolución de la ansiedad y de la depresión en tres momentos de la vida del paciente. Se observó un incremento de las puntuaciones medias del HAD en ansiedad y depresión durante la hospitalización, mientras que las puntuaciones medias de ansiedad y depresión de tres semanas antes del ingreso y de dos meses después del alta eran similares. En definitiva, se aprecia un incremento de los síntomas de ansiedad y depresión durante el ingreso con tendencia a regresar al estado habitual tras el impacto de la hospitalización.

En otro estudio realizado por Agudelo, Lucumí & Santamaria (2008) en donde querían evaluar la depresión en pacientes hospitalizados en la etapa prequirúrgica por distintas enfermedades medicas en la ciudad de Bucaramanga, aplicaron el inventario de depresión de Beck y la escala HAD a 82 pacientes, en donde encontraron que los pacientes presentaban altos niveles de depresión, destacándose los síntomas somático-motivacionales.

Barrilero, Casero, Cebrián, Córdoba, García, Gregorio, Hernández, Pérez, Tébar, (2005) tenían como objetivo conocer el nivel de ansiedad de los pacientes sometidos a cirugía programada, evaluando los distintos agentes estresógenos existentes previo a la cirugía. Para lo cual aplicaron la escala HAD y la escala conductual de ansiedad estado ECAE, encontrando que las mujeres presentan mayores niveles de ansiedad, que la enfermedad influye en los niveles de ansiedad, siendo mayor en patologías tumorales y

que entre los factores desencadenantes se destacan la preocupación por la familia o personas que atiende habitualmente, el no obtener alivio para el dolor con los medicamentos, tener molestias de la operación; destacándose sobre los demás el dolor producto de la cirugía.

Ruiz, Muñoz, Olivero e Islas (2000) querían evaluar la ansiedad prequirúrgica en 500 pacientes de distintas afecciones médicas del hospital de México, para lo cual aplicaron una escala visual análoga que permitía evaluar la ansiedad y un cuestionario que evaluaba factores sociodemográficos. Los autores encontraron que el 35% de los pacientes presentaba temor al ambiente hospitalario, el 45% de los pacientes presentó miedo a la anestesia, mientras que el 33% manifestó miedo a la cirugía. Asimismo la inspección visual mostró datos que muestran la presencia de ansiedad leve o moderada, con mayor prevalencia en las mujeres, con síntomas tales como: preocupación, inseguridad, dificultad en la concentración para responder, irritabilidad, tensión muscular y alteraciones del sueño, todas de intensidad variable, que pudieran manifestarse como ataques de pánico y/o síntomas fóbicos.

En un estudio realizado por Magalhaes, Segurado, Marcolino & Mathias (2006) buscaron verificar el impacto de la evaluación preanestésica sobre los niveles y predominio de la ansiedad y la depresión de los pacientes quirúrgicos con cáncer. Seleccionaron 63 pacientes adultos, con cáncer que serían sometidos a una intervención quirúrgica relacionada con la enfermedad. Los pacientes fueron separados en dos grupos con aplicación de la escala HAD antes o al final de la consulta preanestésica. La

evaluación preanestésica redujo el predominio y los niveles de ansiedad de los pacientes de este estudio, pero no hubo ningún efecto sobre el predominio ni sobre los niveles de la depresión. La variable edad presentó un valor menor o igual a 60 años y fue identificada como factor de riesgo para la ansiedad.

Paz, Prego & Barzaga (2006) querían comprender la relación entre la ansiedad y la anestesia en pacientes sometidos a cirugía. Evaluaron 1.353 pacientes próximos a ser intervenidos quirúrgicamente, a los cuales le aplicaron la escala Amsterdam preoperative anxiety and information scale durante la consulta preanestésica. Los autores encontraron altos niveles de ansiedad, el 31% de los pacientes pensó constantemente en la anestesia antes de la intervención, el 27% manifestó tener miedo a la anestesia, el 42% tuvo miedo a morir, el 21% presentó temor a permanecer consciente y el 10% temía por despertar con secuelas.

En los estudios realizados por Ruiz, Muñoz, et al. (2000), Magalhaes, Segurado, et al. (2006) y Paz, et al (2006) se destaca la importancia de la anestesia sobre la presencia de ansiedad y depresión en la etapa prequirúrgica y la destaca como factor desencadenante de estas reacciones emocionales.

Esquivel, Buendía, Villa, Martínez, Velasco y Martínez (2007) encuestaron 197 pacientes y familiares de pacientes hospitalizados de 24 servicios médico-quirúrgicos y encontraron que la prevalencia de ansiedad y depresión en pacientes hospitalizados pre y postquirúrgicos, es parecida a la

de sus acompañantes; dichas alteraciones afectan en la evolución de los enfermos y en la toma de decisiones.

A partir de los hallazgos encontrados en las diferentes investigaciones, Moix (1994) argumenta que la presencia de reacciones emocionales tales como ansiedad y depresión durante el periodo prequirúrgico afectan la recuperación postquirúrgica, haciéndola más larga y difícil; a su vez Azabache, Aguilar, Pantigoso, & Sigüeñas, (2002) apoyan la idea propuesta por Moix al exponer que los pacientes con altos niveles de estrés antes de la intervención quirúrgica presentan mayores dificultades en su evolución postquirúrgica.

#### *Estrategias o Técnicas de Afrontamiento*

Cuando un individuo manifiesta reacciones de estrés tiende a utilizar estrategias que le permitan afrontar las situaciones amenazadoras las cuales le proporcionan a éste habilidades que lo ayudan a sobrevivir y de igual forma disminuir la activación fisiológica y las reacciones emocionales. Las estrategias de afrontamiento son aquellos esfuerzos conductuales y cognitivos variantes que un individuo desarrolla para responder ante las demandas que pueden ser internas o externas y que son evaluadas en mayor medida que los recursos del sujeto (Lazarus y Folkman, 1986).

La ansiedad y la depresión, como reacciones emocionales pueden reducirse a partir de una o la combinación de las siguientes técnicas de afrontamiento: recibir información exacta, entrenamiento en relajación y modelado. Deben tenerse en cuenta los estilos individuales de



afrontamiento, las cuales permiten la determinación de las técnicas adecuadas para cada persona.

En un estudio realizado por Gaviria, Vinaccia, Quiceno, Martínez, Yépez, Echevarria, Contreras y Pineda (2006), en donde querían evaluar los rasgos de personalidad, estrategias de afrontamiento y dolor en pacientes con fibromialgias, encontraron que algunas estrategias de afrontamiento tuvieron manifestaciones significativas entre sí, dando lugar a un patrón de conductas adaptativas. Entre ellas se encontraron la reevaluación positiva, la cual consiste en percibir los posibles aspectos positivos que tenga o haya tenido la situación estresante; y el control emocional, que es la habilidad de lidiar con los propios sentimientos, adecuándolos a cualquier situación. De igual manera combinaron la solución de problemas, la cual es un procedimiento cognitivo-conductual que busca la generación de varias respuestas conductuales ante la ocurrencia de un problema e incrementar la probabilidad de elegir la alternativa más eficaz ante el problema. Se hizo uso de estas estrategias de afrontamiento, por que los autores encontraron niveles de ansiedad en los pacientes. Además de dar cuenta de la presencia de ansiedad en sujetos en el ámbito hospitalario, muestra la efectividad sobre la consecución de una conducta adaptativa con el uso de estrategias de afrontamiento.

Similarmente en un estudio realizado por González, Valencia y Bersh (2006) se encontró que los pacientes con enfermedades médico-quirúrgicas emplean diferentes mecanismos de defensa en diferentes situaciones o niveles de estrés. Estos autores mencionan que algunas

estrategias de afrontamiento que se pueden tener en cuenta son: comprender y explicar al paciente los efectos de la enfermedad e incluir explicaciones alternativas; abordar los efectos del rol de enfermo y del estrés en la persistencia del síntoma; enseñar técnicas para identificar y cuestionar las distorsiones cognitivas, cómo detenerlos y cómo distraer la atención, y enseñar técnicas de manejo de estrés y solución de problemas. Dichas estrategias le proporcionan al paciente herramientas para su autorregulación, devolviéndole el control sobre su cuerpo y sus reacciones emocionales.

Además de las estrategias de afrontamiento, reevaluación positiva y control emocional, las técnicas de relajación y respiración se usan con mucha frecuencia, más específicamente en intervenciones y problemáticas como: hipertensión, dolor crónico, dismenorrea funcional, lumbalgias, cefaleas, diabetes, oncología, asma y preparación a la hospitalización y a la cirugía. En cuanto a los procedimientos quirúrgicos estos siempre son evaluados como situaciones estresantes productoras de ansiedad que dependen de múltiples variables, siendo la de mayor importancia la evaluación cognitiva negativa que permite percibir la situación como amenazante y estresante y los recursos como inapropiados para hacer frente a dicha situación (Olivares y Méndez, 1998). Rodríguez, Castro, Navarro y Bernal (2008) realizaron un estudio en el que intentaron realizar un control elemental de las emociones a través de técnicas de relajación en pacientes con infarto agudo del miocardio con riesgo vital. Los autores encontraron que la atención psicológica (relajación) a pacientes con infarto

cardiaco hospitalizados, redujo la ansiedad, la depresión y el estrés logrando un aumento de la capacidad de relajación y modificación del enfrentamiento a situaciones estresantes.

Para Olivares y Méndez (1998) el control de la ansiedad prequirúrgica proporciona reacciones positivas sobre la recuperación emocional postquirúrgica. El entrenamiento en relajación brinda a los sujetos herramientas que le permitan controlar su respuesta emocional durante el periodo prequirúrgico, los procedimientos médicos dolorosos y la recuperación, tal y como lo muestran los resultados del estudio de Rodríguez, et. al., (2008). Teniendo en cuenta que la mayor parte de los pacientes trata de sobrellevar los procedimientos médicos que percibe como estresantes y dolorosos, a pesar de que hacen todo lo que pueden por si solos, no obtienen los beneficios esperados que le permitan afrontar eficazmente dichas situaciones (Oblitas 2005). Frente a esa situación los psicólogos de la salud han desarrollado diversos programas de apoyo y entrenamiento específico para ayudar a la preparación de los pacientes; el entrenamiento se da por diferentes técnicas que incluyen las siguientes: el modelado que es un proceso de aprendizaje observacional, en donde la conducta de un individuo actúa como estímulo para generar conductas y/o pensamientos semejantes; la relajación progresiva que consiste en la identificación de zonas musculares tensas debido a los efectos de la ansiedad y su posterior e inmediata relajación a voluntad de la persona que la aplica; la respiración diafragmática, en la cual el paciente sigue un patrón de respiración abdominal lento que reduce la activación fisiológica producida

por la ansiedad; la inoculación de estrés, la cual se compone de diversas técnicas y estrategias cognitivas, emocionales y conductuales que permiten afrontar las situaciones estresantes de forma adaptativa; y otras que se consideren pertinentes para la preparación del paciente, que permitan disminuir la tensión y la activación fisiológica y sustituir las antiguas interpretaciones negativas por pensamientos positivos de afrontamiento, que en el caso específico de los pacientes prequirúrgicos lograría disminuir los niveles de ansiedad y estrés y con ellos los de sus familias (Olivares & Méndez, 1998).

## CAPITULO TERCERO

### *Metodología*

Para la realización de la presente monografía se tuvo en cuenta el siguiente procedimiento: se realizó una búsqueda de información sobre las reacciones emocionales de mayor prevalencia en pacientes prequirúrgicos. Después de encontrar y seleccionar como reacciones emocionales a la ansiedad y a la depresión, se establecieron los objetivos y se realizó la revisión de cada uno de los conceptos que enmarcan la ansiedad y la depresión en el ámbito hospitalario en pacientes prequirúrgicos con distintas afecciones medicas, pasando de lo general a lo específico, desde la definición de salud hasta las técnicas de afrontamiento que le permiten al paciente prequirúrgico disminuir las reacciones emocionales objeto de estudio.

## CAPITULO CUARTO

### *Discusión y Conclusiones*

A partir de la revisión conceptual y empírica se encontró que las principales reacciones emocionales que presentan los pacientes prequirúrgicos son la ansiedad y la depresión, existiendo una mayor prevalencia de síntomas de ansiedad. Además se destaca que los niveles de ansiedad presentes en los pacientes en el periodo prequirúrgico son mayores que en el postquirúrgico.

Por otro lado no se encontró una influencia significativa de los factores sociodemográficos sobre los niveles de ansiedad y depresión, aunque se determinó que el género femenino presenta una mayor prevalencia de ansiedad en el periodo prequirúrgico, destacándose síntomas como: preocupación, inseguridad, dificultad en la concentración para responder, irritabilidad, tensión muscular y alteraciones del sueño; en cuanto a los síntomas de depresión presentes en los pacientes prequirúrgicos predominan los somáticos-motivacionales, lo cual se asemeja a los síntomas de ansiedad presentados en dichos pacientes (Ruiz, et al., 2000). Cabe resaltar que el estudio de Magalhaes, et al. (2006) identifica como factor de riesgo para la ansiedad en el periodo prequirúrgico una edad promedio de 60 años. Además se creía que los aspectos sociodemográficos intervendrían en la prevalencia de la ansiedad y la depresión, pero a partir de los estudios revisados se pudo concluir que solo existe incidencia significativa sobre el género.

Dentro de los factores desencadenantes de la ansiedad como principal reacción emocional encontrada en pacientes prequirúrgicos se destacan los siguientes:

Antecedentes familiares y personales en cuanto a cirugías, capacidad subjetiva del paciente para hacerle frente a la ansiedad.

La enfermedad, en cuanto a este aspecto se encontró que el tipo de enfermedad influye en los niveles de ansiedad presentes en el periodo prequirúrgico, siendo mayor en cirugías producto del cáncer, sospecha de cáncer y patologías tumorales (Melo, et al., 2007; Mucci, 2007; Corona, et al., 2008; & Barrilero, et al., 2005).

El procedimiento quirúrgico genera altos niveles de ansiedad en los pacientes antes de ser efectuada, resaltando el miedo a morir, la preocupación por la familia o personas que atiende habitualmente, y el no obtener alivio para el dolor con los medicamentos. Además cuando la necesidad de operar es urgente, y es mayor el riesgo vital (Mucci, 2007; Ruiz, et al., 2000; Barrilero, et al., 2005).

La situación hospitalaria, provoca cambios en el sujeto, dentro de los cuales se incluye: cambios en las rutinas alimentarias, en los hábitos, pérdida del control sobre las funciones corporales normales, incapacidad para tomar decisiones sobre aspectos simples de la vida, desorientación, pérdida de intimidad (Ruiz, et al., 2000; Kasl & Cobb, 1966).

La anestesia, es uno de los aspectos de mayor importancia en los estudios con pacientes prequirúrgicos expresado con miedo a la anestesia,

temor a permanecer consciente, y temor a despertar con secuelas (Ruiz, et al., 2000; Magalhaes, et al., 2006; Paz, et al., 2006).

Es así como la situación prequirúrgica constituye un estresor complejo; y su carácter estresante depende no sólo de la hospitalización, sino de la enfermedad, de acontecimientos y sus consecuencias, responsables del incremento de los niveles de ansiedad y depresión. A esto se le suman las propias características del procedimiento quirúrgico, que lleva implícito una serie de temores relacionados en su mayoría con la anestesia y el dolor producto de la cirugía.

Se esperaba encontrar que la situación hospitalaria en pacientes prequirúrgicos aumentaría la prevalencia de ansiedad y depresión en esta población, además se encontró que existían muchos otros factores desencadenantes de la ansiedad y depresión prequirúrgica.

En lo que respecta a las técnicas o estrategias que permiten reducir los niveles de ansiedad y depresión en los pacientes prequirúrgicos, se encuentran la consulta preanestésica, ya que el hecho de llevar a cabo la valoración prequirúrgica y ofrecer información, desde el punto de vista psicológico permite orientar mejor al paciente que va a recibir anestesia y lograr con esto elevar la calidad de la experiencia. También son utilizadas las estrategias de afrontamiento, como son la reevaluación positiva, el control emocional, el modelado, las técnicas de relajación y respiración; siendo estas últimas las de mayor eficacia al momento de reducir los niveles de ansiedad y depresión en pacientes prequirúrgicos.



Finalmente se concluye que a partir del surgimiento del enfoque biopsicosocial, la visión positiva de la definición de salud y el auge de la psicología médica y de la salud, permiten la presencia del psicólogo en el ámbito hospitalario, resaltando la importancia del trabajo interdisciplinario como medida para incrementar los efectos positivos de la intervención medico-psicológica. En estos casos la intervención puede tener implicaciones importantes en la rápida recuperación de personas sometidas a cirugía, acelerando la entrada y atención de nuevos pacientes a hospitalización, mejorando el estado de salud de una mayor cantidad de personas en un menor tiempo. La intervención valida la importancia del desarrollo de estrategias de afrontamiento en pacientes en el ámbito hospitalario, promoviendo la creación y puesta en acción de programas en los hospitales que incluyan el aprendizaje de estas técnicas para el control emocional, el mejoramiento de la calidad de vida de los pacientes y sus familiares.

Otro aspecto que se debe tener en cuenta para valorar la importancia del psicólogo clínico y de la salud es que el tratamiento psicológico de los pacientes quirúrgicos en los hospitales, no sólo supone un beneficio humano, disminuyendo la ansiedad, depresión, dolor, etc., sino también un beneficio económico; ya que, la aplicación de técnicas psicológicas al paciente quirúrgico suele reducir su estancia hospitalaria, lo cual genera beneficios económicos.

Se recomienda que para próximos estudios de esta línea se centren en estudiar el género, en especial el femenino, como factor desencadenante

con incidencia significativa sobre los niveles de ansiedad y depresión, lo cual complementaria lo encontrado en el presente estudio. Por otro lado se recomienda que las universidades y entidades hospitalarias realicen programas que incluyan la intervención psicológica a partir del control emocional haciendo uso de las diferentes técnicas de afrontamiento.

## CAPITULO QUINTO

### *Referencias*

Agudelo, D.; Lucumí, L. & Santamaría, Y. (2008). Evaluación de la depresión en pacientes hospitalizados por distintas enfermedades médicas en la ciudad de Bucaramanga. *Pensamiento Psicológico*, 4(10), 59-83.

Azabache, P.; Aguilar, C.; Pantigoso, S.; Sigüeñas, L. (2002). Ansiedad preoperatoria. *Psicología Medica*, 4, 8-12.

American Psychiatric Association (2002). *Manual diagnóstico y estadístico de los trastornos mentales texto revisado (DSM IV-TR)*. Barcelona: Massons S.A.

Barlow, D., & Durand, M. (2001). *Psicología anormal*. México: Thomson.

Barrales, C. & Castillo, R. (2009). Aplicaciones de la psicología de la salud en situaciones quirúrgicas. *Celapsa* 15, 19-23.

Barash, J. (1999). *Anestesia Clínica*. España: Mc Graw Hill interamericana

Barrilero, J.; Casero, J.; Cebrián, F.; Córdoba, C.; García, F.; Gregorio, E.; Hernández, A.; Pérez, J.; & Tébar, F. (2005). Ansiedad y cirugía.

Repercusiones en el paciente sometido a cirugía programada.  
*Dyalnet*, 8, 15-19.

Beck, A. (1979). *Terapia cognitiva de la depresión*. Bilbao: Desclée de Brouwer.

Brannon, L. & Feist, M. (2001). *Psicología de la salud*. México: Thomson.

Corona, L., Rojas, C., Calderón, F., Alvarado, A., Ochoa, A. (2008).  
Prevalencia de síntomas de ansiedad y depresión en pacientes en  
aislamiento por trasplante de médula ósea. *Gamo*, 7(2), 40-44.

Esquivel, C., Buendía, F., Villa, F., Ontiveros, R., Velasco, V. & Martínez,  
J. (2007). Ansiedad y depresión en familiares de pacientes  
hospitalizados. *Medicina Interna de México*, 23(6) 10-18

Freeman, A., & Oster, C. (1999). *Cognición y psicoterapia*. España:  
Paidós.

Gaviria, M., Vinaccia, S., Quiceno, J., Martínez, K., Yepez, M., Echevarría,  
C., Contreras, F., & Pineda, R. (2006). Rasgos de personalidad,  
estrategias de afrontamiento y dolor en pacientes con fibromialgias.  
*Psicología y Salud*, 18, 129-138.

- Giacomantone, E. & Mejía, A. (1997). *Estrés preoperatorio y riesgo quirúrgico, el impacto emocional de la cirugía*. Buenos Aires: Paidós.
- González, M.; Landero, R. & García, J. (2009). Relación entre la depresión, la ansiedad y los síntomas psicósomáticos en una muestra de estudiantes universitarios del norte de México. *Lilacs*, 25(2), 141-145.
- González, C., Valencia, H., & Bersh, S. (2006). Intervenciones psicoterapéuticas en los pacientes con enfermedad médico-quirúrgica. *Revista Colombiana de Psiquiatría*, 35, 347-352. Recuperado el 29 de Abril de 2009, de la base de datos Scielo.
- Grau, A., Comas, P., Suñer, R., Peláez, E., Sala, L., Planas, M. (2007). Evolución de la ansiedad y de la depresión detectada durante la hospitalización en un servicio de medicina interna. *Anales De Medicina Interna*, 24(5), 212-216.
- Grau, A.; Suñer, R.; Abulí, P.; & Comas, P. (2003). Niveles de ansiedad y depresión en enfermos hospitalizados y su relación con la gravedad de la enfermedad. *Medicina Clínica*, 120, 370-375.
- Guerra, J.; Haranburu, M.; Escalante, M.; Novo, I. & López, M. (2009). Psicología hospitalaria: validación estructural de la hoja de registro

hospitalario (H.R.H.), y diferencias psicológicas entre pacientes con enfermedades crónicas y agudas. *Interpsiquis* 1, 4-7

Hernández, G., Orellana, G., Kimelman, M., Núñez, C., e Ibáñez, C. (2005). Trastornos de ansiedad en pacientes hospitalizados en Medicina Interna. *Revista Médica de Chile* 133(8), 895-902.

Lazarus, R. & Folkman, S. (1986). *Estrés y procesos cognitivos*. España: Martínez Roca S.A.

Magalhaes, L.; Segurado, A.; Marcolino, J.; Mathias, L. (2006). Impacto de la evaluación preanestésica sobre la ansiedad y la depresión de los pacientes quirúrgicos con cáncer. *Revista Brasileira de Anestesiología*, 56(2), 126-136.

Melo, M., Jucá, A., Guaratini, A., Marques, J., Lauzi, L., Andrade, L. (2007). Ansiedad en el período preoperatorio de cirugías de mama: estudio comparativo entre pacientes con sospecha de cáncer a ser sometidas a procedimientos quirúrgicos Estéticos. *Revista Brasileira de Anestesiología*, 57(2), 84-89

Moix, J. (1994). Emoción y cirugía. *Anales de Psicología*, 10(2), 167-175.

Mucci, M. (2007). Psicología y salud: La integración interdisciplinaria en psicoprofilaxis quirúrgica. *Psicoterapias*, 4, 5-9.

Oblitas, L. (2004). *Psicología de la salud y calidad de vida*. México: Thomson, 15, 253-254.

Oblitas, L. (2005). *Manual de psicología clínica y de la salud hospitalaria*. Mexico: Psicom Editores.

Olivares, J. & Méndez, F. (1998). *Técnicas de modificación de conducta*. Madrid: Biblioteca Nueva.

Orlandini, A. (1999). *El estrés, que es y como evitarlo*. México: Fondo de Cultura Económica.

Pardo, A. (1997). ¿Qué es la salud?. *Revista de Medicina de la Universidad de Navarra*, 41(2), 4-9.

Paz, C.; Prego, C. & Barzaga, E. (2006). Miedo y ansiedad a la anestesia en pacientes sometidos a cirugía. *Revista Mexicana de Anestesiología*, 29(3), 159-162.

Posada. J., Buitrago, J., Medina, Y., & Rodríguez, M. (2006). Trastornos de ansiedad según distribución por edad, género, variaciones por regiones, edad de aparición, uso de servicios, estado civil y funcionamiento/discapacidad según el estudio nacional de salud mental. *Nova*, 5(6), 33-41.

Rodríguez, T., Castro, C., Navarro, J. & Bernal, J. (2008). Control elemental de las emociones a través de técnicas de relajación en pacientes con infarto agudo al miocardio con riesgo vital. *Psicología Científica* 12, 5-9.

Ruiz, E.; Muñoz, J.; Olivero, Y.; Islas, M. (2000). Ansiedad preoperatoria en el Hospital General de México. *Revista Médica del Hospital General de México*, 63(4), 18-22.

Seligman, M. (1998). *Niños Optimistas*. Madrid: Pirámide.

Valdés, M. (1997). *El Estrés*. Madrid: Acento.