

Ansiedad: evaluación, diagnóstico e intervención preoperatoria

Dra. Gloria María Alvarez-Bobadilla*

* Médica Anestesióloga adscrita al HCSAE, Petróleos Mexicanos.

Se define ansiedad como «aquél sentimiento desagradable de temor, que se percibe como una señal de alerta que advierte de un peligro amenazante, frecuentemente la amenaza es desconocida, lo que la distingue del miedo donde la amenaza es concreta y definida» (Montelongo, Lara, Morales y Villaseñor, 2005). La ansiedad por sí misma no se considera una enfermedad, ya que es una respuesta emocional de cualquier persona. Cuando conserva cierta frecuencia, intensidad, recurrencia y duración tiene una utilidad y un fin. Puede ser conceptualizada como rasgo de personalidad cuando se expresa como respuesta emocional crónica, en donde está presente una relativa propensión ansiosa y tendencia marcada a percibir las situaciones como amenazadoras, manifestando efectos psicofisiológicos en cualquier tipo de situación. De manera diferente, se concibe como estado de ansiedad a aquella susceptibilidad transitoria a presentar reacciones emocionales sólo en situaciones específicas (Contreras, Espinosa, y Esguerra, 2008). Dentro de las causas que pueden favorecer la presentación de ansiedad se encuentran factores biológicos, ambientales y psicosociales. También es determinante la influencia de las características de la personalidad que se han considerado como un factor predisponente; entre estos la historia familiar de ansiedad u otros trastornos mentales, el antecedente personal de ansiedad en la niñez o adolescencia, incluyendo timidez marcada, eventos de vida estresantes y/o traumáticos, ser mujer, comorbilidad con trastornos psiquiátricos (principalmente depresión) y la existencia de una enfermedad médica o el consumo de sustancias.

De acuerdo a la OMS en 2007 la prevalencia en México para cualquier trastorno de ansiedad a lo largo de la vida es de 14.3%, dato que coincide con la Encuesta Nacional de Epidemiología Psiquiátrica 2003 de México; donde además,

se expresa que los trastornos de ansiedad son los trastornos mentales más frecuentes (CENETEC, 2010).

El desarrollo de diferentes modelos de salud ha dado importante avance en la comprensión de factores etiológicos y perpetuantes del proceso salud-enfermedad. De las características a resaltar es que los modelos de salud nos dan un marco referencial para saber por dónde empezar, son una herramienta relevante para realizar un diagnóstico y llevar a cabo una estrategia de intervención y qué técnicas necesitamos para influir un cambio en las conductas negativas de las personas (Gordillo, Arana y Mestas, 2011; Gil, 2004).

Los programas psicoeducativos, pueden ser considerados como de prevención de problemas tanto emocionales como sociales. Para desarrollar una educación socioafectiva y psicoeducativa hay que tener en cuenta tanto los aspectos individuales, como el sistema de creencias, las actitudes y valores, la autoestima, la autorrealización personal, la auto-percepción de felicidad o la consecución de metas, así como los aspectos interpersonales. La psicoeducación, forma parte de cualquier plan de trabajo en salud y constituye una metodología de atención basada en una información actualizada, así como en la enseñanza de habilidades para preservar la salud y mejorar la convivencia.

Una vez establecido el diagnóstico, la intervención psicológica en el área de la salud, a través de la Medicina Comportamental puede ser una alternativa de elección, ya que puede dirigirse a diferentes niveles de atención de las alteraciones biopsicosociales y psicosomáticas y de sus consecuencias perjudiciales para la salud y el bienestar (Borda, Pérez y Blanco, 2000). En el caso que nos ocupa, la prevención primaria, incluye la aplicación de estrategias comportamentales para fortalecer la salud y prevenir la aparición de enfermedades que todavía no están presentes. Estos mismos autores apuntan

Este artículo puede ser consultado en versión completa en <http://www.medigraphic.com/rma>

que se debe intervenir por dos vías: el entrenamiento de los pacientes para que dominen habilidades psicológicas que les permitan autocontrolar su ansiedad y el debilitamiento de la disposición psicológica rígida, al fomentar hábitos saludables, dado que la disposición psicológica más rígida, tiene que ver con creencias y actitudes irracionales o desproporcionadas que afectan el procesamiento de la información y el comportamiento de los pacientes, favoreciendo la ansiedad.

Enfocando la ansiedad en la zona hospitalaria que compete al área quirúrgica, es común detectar que la ansiedad preoperatoria se manifiesta desde el momento en que al enfermo se le informa de la intervención quirúrgica a la cual será sometido, se agudiza minutos previos al evento y se extiende al posoperatorio incluso hasta 48 horas después y en relación directa a la recuperación (Cárdenas, González, González y Pérez, 2013; Vargas y López, 2010).

Por ejemplo, se ha descrito que cuanto mayor es el grado de ansiedad, existirá aumento de inestabilidad cardiorrespiratoria, incremento ante la posibilidad de sangrado, conductas inadecuadas, acrecentamiento en los requerimientos anestésicos, difícil control del dolor posoperatorio y por ende, mayor necesidad de administración de medicamentos; en suma, elevación de la morbimortalidad y en consecuencia, prolongación en los días de estancia hospitalaria, que repercuten directamente en los costos de la atención (Carrascosa, Aguilar y Carrascosa, 2011; Gavito, Corona, Villagrán, Morales, Téllez y Ortega, 2000).

Desde otra perspectiva que merece atención, es en torno al modelo asistencial de salud que impera en gran parte del mundo. Este sistema es excesivamente medicalizado y biologicista, lo que aunado al escaso número de psicólogos en el sistema sanitario, impiden el acceso al mejor tratamiento posible para las personas afectadas por ansiedad preoperatoria (Valenzuela, Barrera y Ornelas, 2010; Dolinsky, Vecchiotti, Tarragó y Sena, 2003). Numerosos organismos tal como la Organización Mundial de la Salud (OMS), el Instituto Nacional para la Salud y la Excelencia Clínica del Reino Unido (NICE) o la Federación Mundial de la Salud Mental (WFMH), señalan las ventajas económicas y psicosociales de la implementación de terapias psicológicas en los servicios de Atención Primaria, así como la necesidad de que los pacientes puedan recibir otro tipo de atención sanitaria más humanizada empleando menos fármacos y sobre todo, más centrada en las necesidades del enfermo.

Lograr una atención integral de los pacientes, que disminuya los estados emocionales negativos, específicamente la ansiedad, propiciará una adecuada evolución del paciente, lo que se verá proyectado en la menor incidencia de complicaciones, reducción de terapia farmacológica, mejor recuperación y ventajas económicas para la institución.

El Modelo de Creencias de la Salud (MCS) postula que para que ocurra un cambio en la conducta de la salud de una

persona en la dirección deseable, ésta deberá sentirse amenazada con su patrón de comportamiento presente, creer que el cambio será beneficioso para ella, creer que éste tendrá un mínimo de consecuencias negativas y sentirse competente para ejecutar la debida acción (Moreno y Gil, 2003). En el modelo se contemplan además las claves para la acción, los estímulos internos como síntomas de una enfermedad o externos (los anuncios en los medios de comunicación, relaciones interpersonales) y, avisos escritos que impulsen a la persona al cambio conductual deseable.

Acorde al MCS, la susceptibilidad percibida es definida como la percepción de riesgo o la vulnerabilidad percibida, términos que indican la probabilidad subjetiva de contraer la enfermedad. Para ello es necesario que la persona haya escuchado o conozca acerca del riesgo de padecer el problema. Esta percepción puede estar influenciada, por múltiples factores que hacen que la persona sobrestime o subestime su percepción del riesgo a padecer ansiedad. En los modelos teóricos de prevención y protección de la salud, entre ellos el MCS, la susceptibilidad percibida se identifica como el constructo más importante.

La magnitud de la ansiedad que experimenta un paciente y su capacidad de afrontarla, dependen de la interacción de varios factores, tales como: antecedentes personales y familiares en cuanto a cirugías (historia de complicaciones anestésicas o quirúrgicas que el enfermo teme se repitan); lenguaje técnico poco comprensible (nomenclatura médica que el enfermo percibe como grave); temores en torno a la intervención (posible dolor, complicaciones derivadas de la cirugía o de la anestesia, angustia por la posibilidad a no despertar jamás o a despertar en medio de la cirugía, a los errores técnicos que le pueden llevar incluso a la muerte) (Jlala, French, Foxall, Hardman y Bedford, 2010; Giacomantone y Mejía, 1997).

Siguiendo el MCS según Moreno y Gil (2003), la severidad percibida se relaciona por un lado con las consecuencias médico-clínicas (como muerte, incapacidad o dolor) y por otro, las posibles consecuencias sociales (tales como la merma de las relaciones sociales, los efectos sobre la capacidad laboral o sobre sus relaciones familiares). En la construcción del marco conceptual del manejo preoperatorio, se ha encontrado importante incorporar el concepto magnitud del factor traumático generador de ansiedad; es decir, la gravedad de la enfermedad orgánica (intervención quirúrgica mayor o mutilante), como variable relacionada con el constructo severidad percibida del MCS. Pues descrito está que pacientes con una clasificación de ASA III (con enfermedad sistémica grave de cualquier causa), ASA IV (con enfermedad sistémica grave que amenaza constantemente su vida), y ASA V (paciente moribundo cuyo padecimiento es previsible en las próximas 24 horas), presentan respectivamente una proporción de mortalidad de 1:347, 1:134 y 1:64 (Aguilar, De Andrés, De León, Gómez y Montero, 2001).

En lo que respecta a beneficios y barreras percibidos, Cabrera (2008) comenta que para que la persona pueda realizar la acción preventiva deseada y así evitar la amenaza de la enfermedad, ésta tiene que saber que obtendrá beneficios a un coste aceptable y que la medida a tomar es accesible a ella. Para la ansiedad preoperatoria se han descrito algunas medidas preventivas, algunas de ellas hablan de los factores sociales que pueden resultar atenuadores si están adecuadamente consolidados en el individuo, mediante redes de apoyo y el apuntalamiento a través de la espiritualidad o religiosidad, el optimismo de las personas que le circundan y los rasgos humanistas, el trato personalizado, así como la explicación de la infraestructura y rutina hospitalaria a partir de las necesidades del usuario. (Aparicio, Ramos, Salguero y Sanz, 2011; Gordillo et al, 2011).

Finalmente en torno a las medidas de acción o medidas externas para completar el MCS, se define como aquella información que haya recibido el paciente y el grado de información a través de los medios de comunicación. Al respecto, en nuestro país se comenta que la ansiedad preoperatoria depende, en gran parte, de la cooperación entre el anestesió-

logo, el cirujano, el equipo quirúrgico, quienes, al conocer el plan terapéutico basado en la historia clínica del paciente, deben ofrecer al mismo información, orientación, orientado a dar mayor seguridad (Ruiz, Muñoz, Olivera, Islas, 2000). Por otra parte, subrayo las políticas que nuestro sistema de salud establecen para la atención médica, ciertos lineamientos y recomendaciones, como la Carta de los derechos de los pacientes y el consentimiento informado, que dan a conocer los beneficios, riesgos y posibles complicaciones derivados de la cirugía, anestesia y el manejo del dolor y, que de manera indirecta pueden influir en el grado de ansiedad de un paciente (Peñuelas, Oriol, Popoca y Aguilar, 2008).

En suma, favorecer la adopción de patrones de conducta con el objetivo de disminuir los niveles de ansiedad preoperatoria, a través de principios fundamentados en el MCS, en una opción viable y que hasta el momento, no se tienen implementada esta posibilidad como tal dentro de los hospitales; únicamente los estudios al respecto se tienen en el campo de la investigación, tal como se ha constatado ante una amplia revisión de la literatura, parte de ella incluida en esta revisión.

REFERENCIAS

- Aguilar JL, De Andrés JA, De León O, Gómez LA, Montero A. 2001. Tratado de Anestesia y Reanimación (pp. 1361-1374). España: Arán. Recuperado de http://books.google.com.mx/books?id=W3eIk22N_soC&pg=PA1364&lpg=PA1364&dq=riesgo+anestésico+quirúrgico+y+mortalidad
- Aparicio GM, Ramos CJ, Salguero JM, Sanz BR. 2011. Trait anxiety and self-rated health as predictor variables of medical attention in spanish population. *Ansiedad y Estrés*, 17 (2-3), pp: 125-136. Recuperado de <http://emotional.intelligence.uma.es/documentos/16-Aparicio2011Traitanxiety.pdf>
- Cárdenas OD, González PM, González NY, Pérez MY. 2013. Propuesta de un programa de atención psicológica a pacientes tributarios a cirugía y trasplante. *Revista Psicológica Científica.com*, 15. Recuperado de <http://www.psicologiacientifica.com/pacientes-tributarios-trasplante-atencion-psicologica/>
- Dolinsky MS, Vecchietti HE, Tarragó FJ, Sena ML. 2003. Estrés Preoperatorio y cortisol plasmático, efectos de la premedicación anestésica. Congreso Argentino de Anestesiología. Recuperado de http://www.anestesia.org.ar/search/articulos_completos/2/13/411/c.pdf
- Jlala HA, French JL, Foxall GL, Hardman JG, Bedford NM. 2010. Effect of Preoperative Multimedia Information on Perioperative Anxiety in Patients Undergoing Procedures Under Regional Anaesthesia. *British Journal of Anaesthesia*, 104 (3), pp: 369-374. Recuperado de <http://bjaoxfordjournals.org/content/104/3/369.full>
- Moreno SE, Gil RN. 2003. El Modelo de Creencias de Salud: Revisión Teórica, Consideración Crítica y Propuesta Alternativa. I: Hacia un Análisis Funcional de las Creencias en Salud. *International Journal of Psychology and Psychological Therapy*, 3 (1), pp: 91-109. Universidad de Almería, España. Recuperado de ISSN impreso: 1577-7057. pdf: <http://www.redalyc.org/pdf/560/56030105.pdf>
- Peñuelas AJ, Oriol LS, Popoca MX, Aguilar JI. 2008. Consentimiento informado para la anestesia. *Revista Mexicana de Anestesiología*, 31 (2), pp: 101-107 Recuperado de <http://www.medigraphic.com/pdfs/rma/cma-2008/cma082f.pdf>
- Valenzuela MJ, Barrera SJ, Omelas AJ. (2010). Ansiedad preoperatoria en procedimientos anestésicos. *Cirugía y Cirujanos*, 78 (2), pp: 151-156. Recuperado de <http://www.medigraphic.com/pdfs/circcir/cc-2010/cc102h.pdf>
- Vargas MJ, López SA. (2010). Factores emocionales en pacientes sometidas a histerectomía. *Centro Regional de Investigación en Psicología*, 4 (1), pp: 5-10. Recuperado de http://www.conductitlan.net/centro_regional_investigacion_psicologia/47_factores_emocionales_histerectomia.pdf
- Wetsch WA, Pircher I, Lederer W, Kinzl JF, Traweger C, Heinz-Erian P, Benzer A. 2009. Preoperative stress and anxiety in day-care patients and in patients undergoing fast-track surgery. *British Journal of Anaesthesia*, 103 (2), pp: 199-205. Recuperado de <http://bjaoxfordjournals.org/content/103/2/199.full.pdf>

www.medigraphic.org.mx