

MIÑANA LÓPEZ MT.

Enfermera. Hospital Universitari Sant Joan de Reus (Tarragona) - Cirugía Especialidades

mteresa.minana@salutsantjoan.cat

Relación entre nivel de ansiedad y apoyo familiar en adultos sometidos a intervención quirúrgica

RESUMEN

El propósito de la investigación es determinar **la relación entre el nivel de ansiedad y el apoyo familiar** en el adulto programado para una intervención quirúrgica (**en adelante IQ**) durante los meses de Octubre a Diciembre del 2020.

El estudio es tipo descriptivo observacional, de corte transversal prospectivo. **Quedando la muestra constituida por 29 adultos que cumplían con los criterios de inclusión establecidos.**

La recolección de información se realizó utilizando instrumentos validados: Cuestionario de ansiedad de estado-rasgo STAI de Spielberg y el Cuestionario de apoyo familiar y escala de Stanones.

Los resultados muestran que los pacientes con alto nivel de apoyo familiar coinciden con los pacientes con nivel de ansiedad bajo. También se observa que los encuestados **con acompañamiento familiar real (72,4%)**, se traduce en una **mayor sensación de apoyo (86,2%)** y una consecuente **menor sensación de ansiedad (57,1%)**.

Concluyendo que existe una **relación** altamente significativa **entre apoyo familiar y grado de ansiedad**.

Palabras Clave: Ansiedad, Apoyo Familiar, Paciente Quirúrgico.

SUMMARY

The purpose of the research is to determine the relationship **between the level of anxiety and family support** in the adult scheduled for **surgery during the months of October to December 2020**.

The study is descriptive, observational, prospective cross-sectional. **Remaining the sample made up of 29 adults who met the established inclusion criteria.**

The data was collected using validated instruments: **the Spielberg's State-Trait Anxiety Inventory questionnaire**, and the **Family Support Questionnaire and Stanones' scale**.

The results show that patients with a high level of family support coincide with patients with a low anxiety level. It is also observed that the surveyed with **real family accompaniment (72.4%)**, translates into a **greater feeling of support (86.2%)**, and a consequent **lower feeling of anxiety (57.1%)**.

Concluding that there is a highly significant **relationship between family support and degree of anxiety**.

Keywords: Anxiety, Family Support, Surgical Patient.

INTRODUCCIÓN

La cirugía viene siendo un componente esencial de la asistencia sanitaria en todo el mundo desde hace más de un siglo. Dada la creciente incidencia de los traumatismos, los cánceres y las enfermedades cardiovasculares, el peso de la cirugía en los sistemas de salud públicos irá en aumento. Se calcula que en todo el mundo se realizan cada año **234 millones de operaciones de cirugía mayor**, lo que equivale a **una operación por cada 25 personas**. Sin embargo, los servicios quirúrgicos están repartidos de manera desigual, **pues el 75% de las operaciones de cirugía mayor se concentran en un 30% de la población mundial**¹.

Durante los momentos de pandemia de **SARS-CoV-19 vividos entre marzo 2019 y agosto del 2021** se ha prohibido la entrada en muchos hospitales a los familiares tanto en las unidades pre quirúrgicas como post quirúrgicas debido a las **restricciones y los pacientes se han encontrado solos sin el apoyo de su familia**. Esta situación ha sido dura, sobre todo a principios de la pandemia, cuando la **gran incertidumbre** sobre lo que podía pasar **se ponía de manifiesto en pacientes, familiares y personal sanitario**.

A raíz del aislamiento que los pacientes quirúrgicos tuvieron que sufrir surgió la necesidad de investigar sobre hasta qué punto el acompañamiento familiar era importante para los **pacientes pre quirúrgicos**.

Debido a esta situación se comenzó un estudio **transversal durante tres meses en el Hospital en la unidad de Cirugía Especialidades a los pacientes urológicos** cuando las restricciones permitieron que el paciente pudiera estar acompañado por un familiar antes de la IQ.

Todo ello partiendo de la premisa contrastada de que el **apoyo emocional y psicológico** en el paciente quirúrgico es uno de los primeros pasos del proceso de atención de enfermería, siendo necesario para **identificar aquellos signos y síntomas de ansiedad**.

Y para ello es necesario primero enmarcar el concepto de ansiedad, el cual ha sido definido por diferentes **expertos en la materia en numerosas ocasiones**:

- **Miguel-Tobal**² define la ansiedad como *“una reacción emocional ante una percepción de peligro o amenaza”* manifestándose mediante un conjunto de respuestas agrupadas en tres sistemas: **cognitivo o subjetivo, fisiológico o corporal y motor, pudiendo actuar como cierta independencia**.
- **Sandín y Chorot (1995)** definen la ansiedad como una respuesta del organismo que se activa ante situaciones de amenaza o peligro tanto físico como psíquico, que busca brindar al organismo la energía para poder lidiar con la situación mediante una respuesta de huida o agresión, lo cual sería adaptativo ante situaciones reales y en su justa medida, pero se puede tornar clínico en las siguientes situaciones: **el estímulo es inofensivo y se activa la respuesta de alerta; la ansiedad persiste en el tiempo con respuesta de alerta permanente y cuando los niveles de alerta y ansiedad no permiten una interacción correcta de la persona con su medio**.
- **Rachman**, descubre que en la ansiedad no existe una correlación positiva entre ella y el peligro objetivo, sino que la ansiedad va a ser irracional, ya que **se produce ante situaciones en las cuales no existe un peligro real**³.

La ansiedad en pacientes que tienen que someterse a una operación quirúrgica conlleva un estado emocional negativo y genera una activación fisiológica en la preparación del organismo para afrontar el peligro percibido en dicha operación que puede perjudicar el correcto desarrollo del procedimiento quirúrgico.

Cuando el cuerpo se encuentra con ansiedad reacciona de diferente forma ante la anestesia y en los periodos postoperatorios, retardando la recuperación y retrasando el alta hospitalaria, lo que podría producir **saturación en el hospital y un mayor costo económico**⁴.

Por lo tanto, comprender las razones que promueven el incremento de incertidumbre que provoca ansiedad antes de la operación, resulta importante para brindar un cuidado de calidad a nuestros pacientes.

- **M. Mishel**⁵ también destaca que el apoyo familiar tiene un efecto directo sobre la incertidumbre, puesto que reduce la complejidad percibida; pero también tenía un efecto indirecto por su influencia en la predictibilidad de la tipología de los síntomas. Ella consideraba que a más apoyo familiar menor será la incertidumbre y, por

tanto, el discomfort emocional y la ansiedad de los pacientes. La enfermera puede disminuir este grado de incertidumbre en la medida en que provea toda la información necesaria para el adulto sobre su estado. Dar soporte educativo y estructural a los adultos para que puedan conocer y comprender el entorno y contexto en el que se está evolucionando, ayuda a poner en marcha mecanismos individuales de afrontamiento.

- Por otro lado, según **Martin, M.⁶**, *“La preparación psicológica para la cirugía disminuye la ansiedad”*.

Y por último, sería necesario contextualizar la *“familia”* para acotar el origen del soporte/apoyo y su posible influencia en el paciente quirúrgico. Así pues, según la Organización Mundial de la Salud (OMS) podemos definir la familia como *“conjunto de personas que conviven bajo el mismo techo, organizadas en roles fijos (padre, madre, hermanos, etc.) con vínculos consanguíneos o no, con un modo de existencia económico y social comunes, con sentimientos afectivos que los unen y aglutinan”*. Por otro lado, tenemos la consideración que según la Declaración Universal de los Derechos Humanos realizó del concepto familia: *“La familia es el elemento natural y fundamental de la sociedad y tiene derecho a la protección de la sociedad y del Estado”*.

- A la familia la compleja atmósfera hospitalaria les crea impotencia y el personal sanitario, como sustituto en los cuidados, les puede generar sentimiento de frustración: se sienten dolidos y enfadados⁸. Todo ello puede dar lugar a un soporte familiar inadecuado: **los familiares son incapaces de dar el confort/apoyo que el paciente necesita y éste se preocupa por ellos**⁹. Se trata del fenómeno de transmisión de ansiedad, recíproco entre familia-paciente, y cuantificado como significativo en un estudio realizado por **Frederikson**¹⁰. Por esta razón, **algunos pacientes prefieren limitar el número de visitas que reciben**¹¹.

Cuantificar el apoyo social percibido puede ser una herramienta importante en la planificación de los cuidados de enfermería del paciente intervenido quirúrgicamente, analizando las repercusiones que dicho apoyo familiar puede tener sobre la ansiedad y el estrés durante el proceso quirúrgico.

Así pues, el presente estudio de investigación fue realizado con el propósito de determinar en qué medida el acompañamiento familiar es importante para **disminuir el nivel de ansiedad de los pacientes antes de una IQ**.

MATERIAL E INSTRUMENTOS DE MEDIDA

• 4.1 Consideraciones generales

Para la elaboración de la investigación se realizarán entrevistas individuales aplicadas a pacientes adultos pre quirúrgicos durante su acogida de ingreso en las plantas de **Cirugía Especialidades del Hospital compuesta por dos cuestionarios validados que permitirán obtener la información necesaria para desarrollarlo**.

Para el presente estudio se utilizará los siguientes instrumentos:

- **Protocolo de Consentimiento Informado** (propio: Anexo 1)
- **Recopilación de datos relevantes del paciente** (propio: Anexo 2)
- **Cuestionario para evaluación del nivel de ansiedad – STAI** (Anexo 3)
- **Cuestionario para evaluar el nivel de apoyo familiar** (adaptado propio: Anexo 4)

• 4.2 Metodología

Para poder iniciar el proceso de recolección de información para el estudio de investigación se solicita la autorización necesaria a **Dirección de Enfermería del Hospital**. Por lo que la presente investigación contó con la autorización del comité de **Investigación y Ética del Hospital**. Y debido a que se trata de un estudio de sección transversal, donde se recogieron datos clínicos de la entrevista directa a los pacientes y de los resultados de la **escala de ansiedad STAI de Spielberger; se tomó en cuenta la declaración de Helsinki II (Numerales: 11, 12, 14, 15, 22 y 23)**¹².

También se informa a la coordinadora del **Área médico-quirúrgica** y a la referente de enfermería de la unidad de **Cirugía Especialidad y Unidad Pre-Quirúrgica** para poder tener acceso a las historias de los pacientes y contar con las facilidades pertinentes para la ejecución de la presente investigación.

Para aplicar los instrumentos y la obtención de la información del presente estudio considero que la duración promedio de la entrevista será de aproximadamente 20 minutos. **El procedimiento a llevar a cabo por el investigador o entrevistador será el que se detalla a continuación:**

- 1. **Acercarse al paciente presentándose y dándole a conocer los objetivos del presente estudio** y así mismo obtener el consentimiento informado del adulto que va a ser operado de forma programada. Se les explicará que dicho trabajo en estudio es de beneficio tanto para el personal de enfermería, como para los propios pacientes. Se les informará que su participación es voluntaria y que se mantendrá el anonimato y confidencialidad en todo momento.
- 2. Una vez realizada la presentación y explicación del objeto del estudio, **se le proporcionará el formulario de consentimiento informado** para que lo lea, cumpla y firme como muestra de aceptación voluntaria a participar en el presente estudio.
- 3. Seguidamente, **el investigador o entrevistador explicará brevemente los dos cuestionarios elegidos para la investigación:**

El primero tiene por objetivo determinar el nivel de ansiedad que presenta en ese momento el paciente. El cuestionario está compuesto por 20 puntos, dividido en dos partes de 10 ítems cada una de ellas. **El segundo se utilizará para identificar el Grado de Apoyo Familiar**, que consta de 14 ítems. Además, se incluye una sección previa donde se tratan los datos generales relacionados con el entrevistado como son la edad, sexo, estado civil, si está acompañado y si es su primera IQ.

Los pasos descritos anteriormente se repetirán para todos y cada uno de los pacientes quirúrgico a formar parte de la muestra de la investigación.

• 4.3 Instrumentos de Medida

Los cuestionarios escogidos para la recopilación de datos son documentos elaborados y validados en estudios previos al presente estudio.

Están compuestos por preguntas de respuesta y/o escalas cerradas.

- **Nivel de Ansiedad.** El cuestionario escogido para la evaluación de la ansiedad, variable dependiente (VD), es la versión española del cuestionario de ansiedad de estado-rasgo, **STAI (State-Trait Anxiety Inventory questionnaire) de Spielberg¹³**, que es uno de los instrumentos que primero se validaron en España y más utilizados por investigadores y profesionales de la salud mental. [Ver Anexo 3.](#)

El autoinforme se compone por **dos subcuestionarios (A/E y A/R)** de 20 puntos cada uno en base a un sistema de respuesta tipo **Likert** de 4 puntos para valorar el nivel según el siguiente criterio:

1.- Nada / Casi nunca = 0	3.- Bastante / A menudo = 2
2.- Algo / A veces = 1	4.- Mucho / Casi siempre = 3

Así la puntuación total en cada una de las subescalas oscilará entre 0 y 60 puntos.

Teniendo en cuenta que el cuestionario está compuesto por preguntas afirmativas y negativas para evitar la aquiescencia, el cálculo para obtener el resultado final deberá sumar o restar **el valor de cada una de las preguntas según el tipo de ésta (afirmativa o negativa)**. La puntuación final se obtendrá siguiendo las siguientes fórmulas:

$$1.- \text{SubEscala A/E} \cdot 30 + x - y =$$

$$2.- \text{Subescala A/R} \cdot 21 + x + y =$$

Las preguntas clasificadas como positivas o negativas en cada subescala son:

SubEscala A/E	
Positivas	('x') • 3, 4, 6, 7, 9, 12, 13, 14, 17 y 18.
Negativas	('y') • 1, 2, 5, 8, 10, 11, 15, 16, 19 y 20.

SubEscala A/R	
Positivas	('x') • 22, 23, 24, 25, 28, 29, 31, 32, 34, 35, 37, 38 y 40.
Negativas	('y') • 21, 26, 27, 30, 33, 36 y 39.

- **Apoyo Familiar Para la poder medir esta segunda variable (VI)** también se ha escogido el uso de un cuestionario con respuestas y escala cerradas como instrumento. [Ver Anexo 4.](#)

El cuestionario permite medir el **grado de apoyo familiar**, a través de 14 preguntas cuyas respuestas se han escalado según el siguiente puntaje:

1.- Nunca = 1 punto	2.- A veces = 2 puntos
3.- Siempre = 3 puntos	

Y para trasladar el resultado de la **aplicación del instrumento (encuesta)** y determinar el apoyo familiar recibido por el paciente se establecen **tres categorías (según la escala de Stanones)**:

Grado de Apoyo Familiar	
“BAJO”	= 0 – 31 puntos.
“MODERADO”	= 32 – 38 puntos.
“ALTO”	= 39 – 42 puntos.

EVALUACIÓN DE LOS RESULTADOS

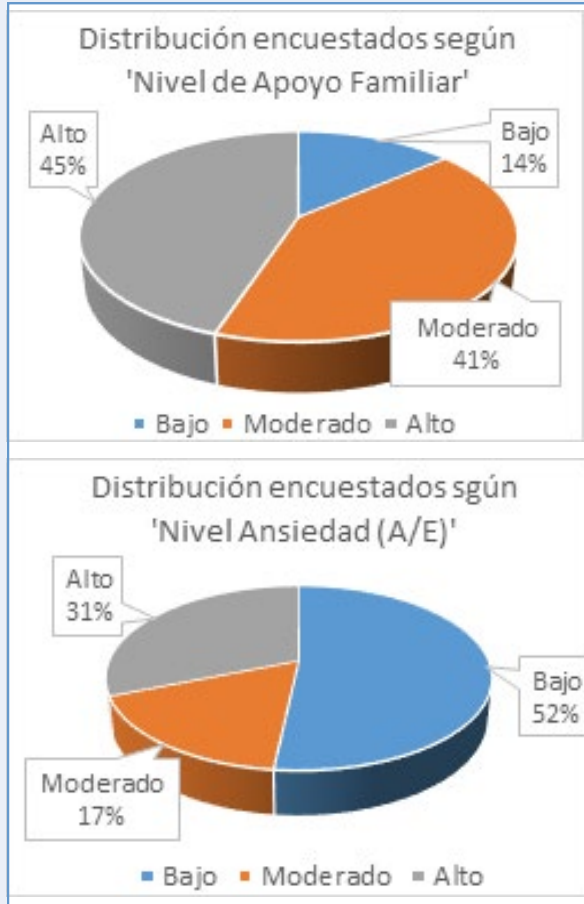
Considerando una población diana de 505 intervenciones quirúrgicas de especialidad Urológica dentro de la planta de **Cirugía Especialidades del Hospital** según censo oficial de altas para el año 2019, cuya población origen de referencia considerando el período entre Octubre a Diciembre del 2020 es de 136, conlleva que el muestreo de población objetivo a conseguir para una **nivel de confianza del 95% estándar y un error del 5% debería ser de 101 encuestados**.

No obstante, y precisamente por encontrarse durante el periodo de realización del muestreo en **plena pandemia de covid-19**, no ha sido posible realizar las entrevistas al número total de pacientes de urología calculado debido a las restricciones de quirófano durante toda esa época. Siendo posible poder recoger **el testimonio voluntario de 29 pacientes que cumplieran con los requisitos de inclusión/exclusión** determinados para el estudio. No llegando apenas a un tercio del muestro objetivo a conseguir, concretamente: **28,82%**

Una vez contextualizada el número de población que compone la muestra y base del proyecto, **se procede a realizar una evaluación de los valores obtenidos fruto de las entrevistas:**

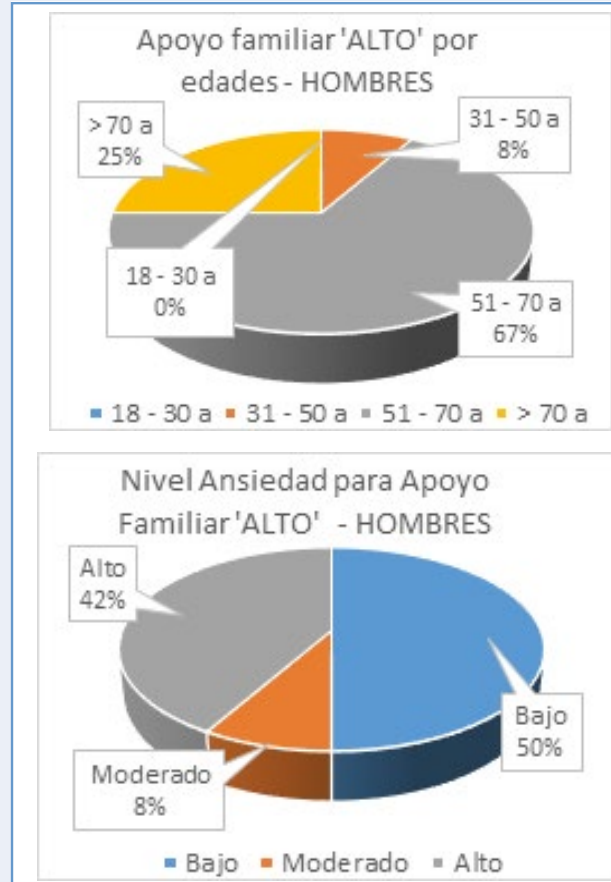
- De los resultados obtenidos, realizando una valoración global se puede apreciar que **la tendencia a presentar un mayor grado de ansiedad de estado (A/E) disminuye con la percepción de acompañamiento familiar** por parte del paciente como muestran los valores porcentuales representados en los siguientes gráficos y que señalan que el 45% de los pacientes con un alto nivel de apoyo familiar, coincidiendo prácticamente con el 52% de encuestados con bajo nivel de estado de ansiedad:

“Distribución Niveles de Apoyo Familiar y Ansiedad en los entrevistados”



- Por otro lado, haciendo un análisis más en **detalle**, según las diferentes variables sociales evaluadas podemos observar que dicha tendencia se mantiene mucho más en los hombres y con una consideración relevante si los resultados se estudian según las diferentes horquillas de edad. Detectando cierta tendencia al alza a media que aumenta la edad de los hombres. En el caso concreto de la franja de entre 51 a 70 años de edad **incluso se supera el 66% de pacientes con un nivel de apoyo familiar alto** y una correspondencia directa de un **nivel de ansiedad bajo**:

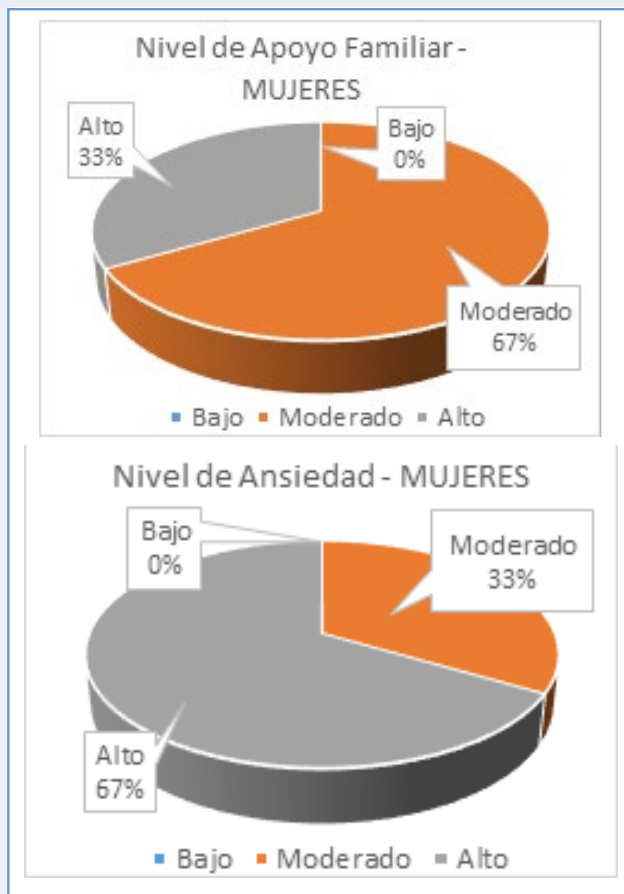
“Distribución Niveles de Apoyo Familiar en Hombres según franjas de edad”



- En el caso de las encuestas a la **población femenina no reflejan unos resultados equivalentes a los obtenidos** en el caso de la población masculina. Dónde, si bien a nivel global la sensación de apoyo familiar siempre es como mínimo moderado/alto, dicho acompañamiento no se refleja de una forma tan evidente y directa a que el nivel de ansiedad sea menor (bajo). **Únicamente se percibe una cierta transposición entre los niveles de apoyo alto a ansiedad moderada y viceversa.**

No obstante, debido a la escasa coincidencia de población femenina encuestada, **los resultados no pueden tenerse en consideración como una tendencia generalizada de forma fiable:**

“Distribución Niveles de Apoyo Familiar en Mujeres según franjas de edad”



• 3. El acompañamiento familiar en los adultos operados de forma programada en el Hospital se da en un 72,4% de los pacientes entrevistados y como resultado en cuanto a la sensación de apoyo se obtuvo en mayor porcentaje el nivel moderado/alto con un 86,2%, y en consecuencia un nivel de sensación de ansiedad moderado/bajo del 69,0%.

• 4. Aun no habiendo podido llegar al número mínimo de encuestas para tener el grado de confianza estándar esperado del 95% (1,96) y un error esperado del 5%, todo ello debido a que por las restricciones durante el período covid-19 la actividad quirúrgica ha sido drásticamente reducida, operando solo la patológica urgente. Queda de manifiesto en dicho estudio que el acompañamiento familiar ayuda a paliar el grado de ansiedad en los pacientes que van a ser sometidos a una IQ. El nivel de ansiedad es un factor que Sí se relaciona significativamente con el apoyo familiar, es decir, que existe una relación significativa y evidente entre el apoyo familiar y el nivel de ansiedad en los pacientes pre quirúrgicos operados de forma programada en el Hospital.

• 5. Realizar más estudios en esta línea para poder determinar qué medidas se pueden adoptar/cumplimentar desde el rol de enfermería para mejorar la asistencia brindada a estos pacientes pre quirúrgicos para poder disminuir el grado de ansiedad.

CONCLUSIONES

- 1. El nivel de apoyo familiar alto en los adultos que van a ser sometidos a una IQ programada en el Hospital hace descender el nivel del estado de ansiedad a un nivel bajo/moderado en un 51,7% del global de los pacientes encuestados.
- 2. Considerando distinción según la variable sociodemográfica de género, los resultados pasan a ser del mencionado casi 58% en el caso de los hombres y del 33% para las mujeres (dato no significativo por el bajo número de entrevistadas).

AGRADECIMIENTOS

Me gustaría agradecer la inestimable ayuda a las compañeras de enfermería de la Planta de Cirugía Especialidades del Hospital Universitari Sant Joan de Reus que me ayudaron en la realización de las encuestas.

Y en especial a Montserrat Bernad que como enfermera referente de la planta me ayudó en la coordinación para la realización del muestreo durante el ingreso de los pacientes quirúrgicos.

BIBLIOGRAFÍA

- 1. **Organización Mundial de la Salud.** La Cirugía Segura Salva Vidas .WHO Guidelines for Safe Surgery (First Edition), Ginebra: OMS; 2011, [citado el 14 de octubre del 2017]. Disponible en: http://www.who.int/patientsafety/safesurgery/sssl_brochure_spanish.pdf
- 2. **Miguel-Tobal JJ.** La ansiedad. En: Tratado de psicología general: Motivación y emoción. Pinillos JL y Mayor J Madrid: Editorial Alambra; 1990. 309-344.
- 3. **Sierra JC, Ortega V, Zubeidat I.** Ansiedad, Angustia y estrés. Tres conceptos a diferenciar. Revista Malestar e Subjetividades 2003; 3(1): 10-59.
- 4. **Gordillo F, Arana J, Mestas L.** Tratamiento de la ansiedad en pacientes prequirúrgicos. Clin MEd Fam [Internet]. 2011; 4(3):228-233.
- 5. **Mishel MH.** Reconceptualization of the uncertainty in illness theory. The Journal of Nursing Scholarship. 1990; 22:256-62.
- 6. **Enfermería Práctica Cuidando de las Personas** [Internet]. Preparación y cuidados del paciente quirúrgico Actuación de enfermería ante el paciente quirúrgico. Disponible en: <https://enfermeriapractica.com/procedimientos/preparacion-y-cuidados-del-paciente-quirurgico>
- 7. **Fundación Internacional de Derechos Humanos** [Internet]. 2021 [citado 9 abril 2021]; Artículo 16.3. Disponible en: <https://dudh.es/16/>
- 8. **Shirley I, Egger NR.** En un lugar especial para la relación. Atención integral en enfermería. El paciente Crítico. Barcelona: Doyma; 1988; 25-35.
- 9. **A.A.C.N. (American Association of Critical Care Byrses).** Outcome standards for nursing care on critically ill. Ed. USA: Portcity Press, 1990.
- 10. **Frederikson K.** Anxiety transmission in the patient with myocardial infarction. Heart & Lung 1989; 18:617-622
- 11. **Walsh DJ, Shustak CL.** Cuidado general de enfermería del paciente de UCI. En: Rippe JM. Manual de cuidados intensivos. Barcelona: Salvat; 1991. 595-597.
- 12. **Declaración de Helsinki de la Asociación Médica Mundial.** Adoptada por la 18 Asamblea Médica Mundial, Helsinki, Finlandia, junio de 1964 y enmendada por la 29 Asamblea Médica Mundial, Tokio, Japón, octubre de 1975, la 35 Asamblea Médica Mundial, Venecia, Italia, octubre de 1983 y la 41 Asamblea Médica Mundial, Hong Kong, septiembre de 2011.
- 13. **C. D. Spielberger, R. L. Gorsuch y R. E. Lushene.** "State-Trait Anxiety Inventory (Self Evaluation Questionnaire)". Adaptación española: Gualberto Buela-Casal, Alejandro GuillénRiquelme y Nicolás Seisdedos Cubero, 1982, 2011.