

ANSIEDAD Y CIRUGÍA. UN ESTUDIO CON PACIENTES OFTALMOLÓGICOS

S. LÓPEZ ROIG; M. A. PASTOR; J. RODRÍGUEZ; S. SÁNCHEZ; J. BELMONTE

Universidad de Alicante

Resumen

El estudio que presentamos tiene como objetivo el análisis del perfil de ansiedad situacional de un grupo de pacientes que ingresan de forma no programada para ser intervenidos por desprendimiento de retina. Examinamos el papel de la ansiedad rasgo como predictor de la ansiedad situacional pre- y post-quirúrgica junto con otras posibles variables predictoras.

Los resultados confirman la importancia de explorar y tener en cuenta los factores que puedan determinar las elevaciones en los niveles de ansiedad de los pacientes quirúrgicos de cara a un enfoque más eficaz de las técnicas de preparación y manejo de estos pacientes para la intervención quirúrgica.

Abstract

This work investigated state anxiety profile in a retinal detachment surgical in-patients group from a General Hospital. The Spielberger's state trait Anxiety Inventory was used to assess pre and post-surgical anxiety level. We used trait anxiety rating as a predictor of pre and post-surgical state anxiety, with other possible predictor variables.

Results showed that trait anxiety level is a good predictor of state anxiety, and state anxiety is good predictor of pre and post surgical stress scores.

Finally, we emphasized the importance of exploring all these factors that are able to determine the anxiety levels in surgical patients in order to increase an efficient intervention.

Introducción

La ansiedad ante una próxima intervención quirúrgica, ha sido, y es, objeto de estudio, tanto por las consecuencias que se le atribuyen en la recuperación física y emocional de los pacientes, como porque proporciona un marco natural de investigación en materia afrontamiento de acontecimientos estresantes. Son muchos los trabajos realizados en ambos sentidos y con distintas muestras de pacientes quirúrgicos, y la mayoría parecen coincidir en que los niveles de ansiedad se elevan antes de la cirugía, disminuyendo después a lo largo del período posquirúrgico (De Long, 1970; Auerbach, 1973; Matthews y Ridgeway, 1981; Wallace, 1987, etc).

Aunque la ansiedad en este tipo de trabajos se ha medido de diversas maneras, con cuestionarios, escalas, métodos de registro, etc., desde el desarrollo del Inventario de ansiedad (STAI: State-Trait Anxiety Inventory) de Spielberger, Gorsuch, y Lushene, (1970), este instrumento ha sido uno de los más utilizados. De hecho, muchos autores han probado la validez del concepto de ansiedad estado o situacional (STAI-S) mediante el procedimiento test-retest

con la subescala correspondiente, utilizando la cirugía como acontecimiento estresante entre las dos aplicaciones del STAI-s, demostrando disminuciones significativas de las puntuaciones en dicha medida (Auerbach, 1973; Martínez-Urrutia, 1975; Spielberger, Wadsworth, Auerbach, Dunn y Taulbee, 1973; Smorenburg, Van Der Ent, Bonke, 1986). Todo ello corrobora, por una parte, el concepto de ansiedad de Spielberger y, por otra, el hecho de que, en general, una intervención quirúrgica es un acontecimiento generador de ansiedad.

Sin embargo, los incrementos de ansiedad situacional pueden producirse no únicamente en los momentos en que se anticipa la amenaza física de forma inminente (en la mañana de la operación o el día anterior), sino durante periodos relativamente largos incluso antes del ingreso hospitalario (por ejemplo, unas semanas antes de la cirugía, cuando, en consulta externa, se comunica al paciente la fecha de la intervención) (Wallace, 1987). Además, aunque exista acuerdo en el incremento de la ansiedad prequirúrgica, en diversos estudios se ha encontrado que son pequeñas proporciones de pacientes los que alcanzan su máxima puntuación en ansiedad-estado

en la mañana de la cirugía (Johnston, 1980; Taenzer, 1986).

Por otra parte, existen también discrepancias respecto a que los niveles de ansiedad desciendan rápidamente una vez realizada la intervención. En otros trabajos, se ha comprobado que se mantienen durante un período posoperatorio más o menos inmediato, descartando así la idea de que haya una simple reducción de la ansiedad desde el período pre- al post-quirúrgico (Johnston, 1980; Ray & Fitzgibbon, 1981; Ruiz-López, Ruiz López, Ortega Carrasco, y Curbera, 1986; Taenzer, 1986).

Determinar cuál puede ser el perfil evolutivo de la ansiedad, desde que un paciente sabe que ha de operarse hasta que le dan el alta médica, tiene implicaciones prácticas para aquellos intentos de reducir la ansiedad asociado con la cirugía o de ayudar a los pacientes a desarrollar métodos de afrontamiento de dicha ansiedad. En pacientes con operaciones quirúrgicas programadas puede ser apropiado adaptar intervenciones preparatorias que influyan en la ansiedad pre-quirúrgica (A pre-Q) desde que sus niveles se elevan (Johnston, 1980).

Ansiedad estado y ansiedad rasgo

En el Inventario de ansiedad de Spielberger *et al.* (1970) la ansiedad se conceptualiza como un estado emocional transitorio que varía en intensidad y fluctúa con el tiempo (ansiedad-estado) y como una disposición personal que aparece relativamente estable en el tiempo (ansiedad-rasgo). Los autores que utilizan el STAI investigan y/o suponen que es la ansiedad-estado (A-E) la que se eleva en los momentos de amenaza física anticipatoria, en el contexto pre-quirúrgico, y que son sus niveles altos los que se asocian, también, con el ajuste emocional y físico pos-operatorios. Además, en otros estudios se ha confirmado el concepto de ansiedad como rasgo, ya que al aplicarlo antes y después de un evento estresante, como la cirugía, sus puntuaciones no se diferencian significativamente (Smorenburg, *et al.*, 1986).

Una cuestión interesante es saber si los pacientes con niveles más altos de ansiedad rasgo están más ansiosos en una situación de cirugía que los pacientes con baja ansiedad rasgo (a-rasgo). En este sentido, algunos trabajos han encontrado que los niveles más altos de ansiedad-rasgo se asociaron a mayores niveles de ansiedad-estado medidos antes y después de la cirugía, (Auerbach, 1973; George, 1980; George y Scott, 1982; Johnson, Dabbs y Leventhal, 1970; Martínez-Urrutia, 1975; Regel, Röse, Hähnel y Krause, 1985). Los autores sugieren, en general, que la predisposición personal es una variable predictora de la respuesta de ansiedad ante situaciones de amenaza, y que, por tanto, los pacientes que muestren altas puntuaciones en a-rasgo, presentarán también unos niveles de ansiedad-estado pre-altos. Sin embargo, también es posible que los pacientes con alta a-rasgo no reaccionen de modo más intenso ante la cirugía, sino, simplemente,

que tengan una línea base de ansiedad estado más alta.

Predictores de la ansiedad prequirúrgica

Si la ansiedad prequirúrgica es importante por su influencia en el ajuste post-quirúrgico, parece entonces prioritario encontrar qué factores determinan dicha ansiedad, de cara a considerar cualquier tipo de intervención preparatoria. La literatura presenta una larga lista de factores que se relacionan y pueden llegar a determinar incrementos en ansiedad preoperatoria. Entre ellas, características demográficas, cognitivas, de personalidad y experienciales.

En un estudio cuyo objetivo fue determinar estas variables (Regel *et al.*, 1985) los niveles menores de ansiedad o miedo antes de la anestesia se relacionaron con: el padecimiento de enfermedades dolorosas o incapacitantes, o graves trastornos de calidad de vida, originados por la enfermedad objeto del tratamiento quirúrgico; el padecimiento de un dolor intenso y frecuente; la mayor urgencia de la cirugía; el haber sufrido intervenciones previas con experiencias de anestesia positivas; el conocimiento del medio hospitalario; la confianza en el médico; unas condiciones hospitalarias agradables; vivencias de altas en los pacientes próximos. Por el contrario, una angustia o ansiedad pre-Q elevada aparecía más asociada a una escasa motivación del paciente para la cirugía, a una explicación insuficiente de la necesidad de la cirugía y del desarrollo de la anestesia, a un clima hospitalario desagradable, una habitación saturada, etc., y a experiencias negativas previas con la anestesia.

En otro trabajo sobre posibles predictores de la ansiedad prequirúrgica, se estudiaron tres grupos de variables: características demográficas, cognitivas (Locus de control externo o interno; estrés anticipado) y Experienciales (historia de hospitalización y diagnóstico) (Friedlander, Steinhart, Daly y Snyder, 1982). Las tres series de variables predijeron significativamente la ansiedad pre-Q, medida la víspera de la operación. Sin embargo, las variables cognitivas fueron las únicas determinantes significativas de forma individual. Este hecho apoya, según los autores la importancia del papel de la anticipación de la amenaza en la ansiedad pre-quirúrgica; es decir, que el estilo atribucional junto con la medida de estrés ante la situación específica de la hospitalización y la enfermedad aparecieron como importantes determinantes de la ansiedad pre-quirúrgica.

El estudio que presentamos tiene como objeto el análisis del perfil de ansiedad situacional de un grupo de pacientes que ingresan de forma no programada para ser intervenidos por desprendimiento de retina. Examinamos, además, la relación de la ansiedad como rasgo con los distintos valores de ansiedad situacional, y el papel de la ansiedad rasgo como predictor de la ansiedad situacional pre- y post-quirúrgica junto con otras posibles variables predictoras.

Método

Sujetos

La muestra estudiada está compuesta por 25 sujetos, 15 (60 por 100) varones y 10 (40 por 100) mujeres, que ingresan en el Servicio de Oftalmología del Hospital de Alicante del S.V.S. (Servicio Valenciano de Salud), por diagnóstico de «desprendimiento de retina» unilateral. La edad media es de 55 años (DT = 11,79; rango 26-76). Un 84 por 100 están casados. El nivel educativo medio (estudios primarios) es el más frecuente (48 por 100), distribuyéndose el resto de la muestra entre los niveles inferiores (28 por 100 analfabetos y 20 por 100 saben leer y escribir); sólo un 4 por 100 tiene estudios superiores. La mayoría de los sujetos (72 por 100) tiene un nivel económico bajo o muy bajo (≤ 50.000 y entre 50 y 100.000 ptas/mes, respectivamente) mientras que un 20 por 100 es de nivel medio y un 8 por 100 de nivel alto. Respecto al nivel profesional, un 48 por 100 pertenece a niveles bajo o medio-bajo; un 36 por 100 al nivel medio-medio; 12 por 100 medio-alto y 4 por 100 alto.

El promedio de ingresos hospitalarios previos oscila entre 0 y 7 ingresos anteriores por distintas cau-

sas, con una media de 2,5 (DT = 2,2). Los pacientes fueron operados por patología no ocular una media de 1,08 veces (DT = 1,3); un 44 por 100 no había sido operado antes en ninguna ocasión. Por patología ocular de causa distinta al desprendimiento de retina, 6 pacientes (24 por 100) habían sido intervenidos 1 vez y 4 pacientes (16 por 100) en 2 ocasiones. En un 80 por 100 de los casos ésta era la primera vez que iban a ser operados por desprendimiento de retina.

Intrumentos y medidas

Datos demográficos

Se obtuvieron datos referidos a variables sociodemográficas como edad, sexo, estado civil, niveles educativo, profesional y de ingresos, y datos de historia clínica respecto al número de hospitalizaciones, intervenciones quirúrgicas y diagnósticos anteriores de patología ocular y de otras patologías.

Medidas de ansiedad y estrés

Mediante la Escala de Ansiedad Estado- Rasgo de Spielberger (STAI) (Spielberger, Gorsuch y Lushene

TABLA 1
Instrumentos, variables y momento de aplicación

Instrumento	Variables	Momento de medida
DATOS SOCIODEMOGRÁFICOS Y DE HISTORIA CLÍNICA	<ul style="list-style-type: none"> - Edad, sexo - Niveles Educativo (ed), - Profesional (Prof.), y Ingresos (Ing.) - N.º hospitalizaciones (N.º h) - N.º cirugías no oftalm. (CNO) - N.º cirugías oftalmológicas (CO) - Tiempo desde última op. (T) - Tiempo entre ingreso e intervención. (TI-C) 	Ingreso
ESCALA DE ANSIEDAD-ESTADO (STAI-e. Spielberger <i>et al.</i> , 1970)	<ul style="list-style-type: none"> - Ansiedad situacional (SIT-I) (SIT-PRE) (SIT-POST) (SIT-ALTA) 	Ingreso Mañana de la cirugía Post-cirugía Post-alta
ESCALA DE ANSIEDAD-RASGO (STAI-t. Spielberger <i>et al.</i> , 1970)	<ul style="list-style-type: none"> - Ansiedad rasgo (RAS) 	Post-ingreso
ESCALA DE LOCUS DE CONTROL DE SALUD (Wallston <i>et al.</i> , 1976)	<ul style="list-style-type: none"> - Locus de control (LOCUS) 	Post-ingreso
CUESTIONARIO DE PERSONALIDAD (Eysenck & Eysenck, 1975) Adaptación de ESCALA DE VALORACIÓN DEL ESTRÉS HOSPITALARIO. (HSRS. Volicer <i>et al.</i> , 1975)	<ul style="list-style-type: none"> - Neuroticismo (N) - Extraversión (E) - Estrés: por hospitalización (H) por cirugía (Q) por enfermedad (E) Total (TOT) 	Post-ingreso 3.º-4.º día post-ingreso 4.º-5.º día post-cirugía

(1970) obtuvimos una medida de ansiedad como rasgo (RAS) y varias medidas de ansiedad situacional (SIT) en distintos momentos del proceso de hospitalización.

Para medir el grado de estrés que le producían al sujeto los distintos acontecimientos inherentes a la hospitalización, la cirugía y la enfermedad, utilizamos una adaptación de la escala de Volicer (la HRSR de Volicer y Bohannon, 1975). La escala adaptada consta de 40 ítems; en cada uno de ellos, el paciente valora el grado de estrés (tensión, nerviosismo, preocupación) que le produce el acontecimiento mediante una escala tipo lickert de 1 a 5 (0 = el acontecimiento no ha lugar; 1 = no preocupa en absoluto..., 5 = produce muchísima tensión, nerviosismo, preocupación). Además, agrupamos los ítems según su contenido hiciera referencia a la hospitalización (H), la cirugía (Q) la enfermedad (E); y cada uno de ellos antes (PRE) y después (POST) de la operación (ver tabla 1).

El número de ítems de cada bloque varía, así como el número de ítems por sujeto (ya que puede que no haya lugar para determinados acontecimientos), pero las puntuaciones están ponderadas de 0 a 100 para poder establecer comparaciones entre e intrasujeto. En la tabla 2 se expresan los contenidos de cada uno de estos bloques.

TABLA 2

Contenidos de la Escala de valoración del Estrés Hospitalario

Contenido de los ítems	
Enfermedad:	<ul style="list-style-type: none"> - Desconocimiento de la enfermedad. - Desconocimiento de la evolución y pronóstico. - Consecuencias de la enfermedad (pérdida de visión, condiciones de hospitalización de reposo absoluto, ojos vendados, etc.). - Miedo a recidivas.
Cirugía:	<ul style="list-style-type: none"> - La proximidad de la intervención y anestesia. - Anticipación de resultados. - Temor a consecuencias posquirúrgicas.
Hospitalización:	<ul style="list-style-type: none"> - Pérdida de autonomía. - Cambio de hábitos. - Pérdida de intimidad. - Separación de la familia, amigos... - Hospitalización repentina. - Relaciones con el personal sanitario y otros enfermos.

Otras medidas

Fueron utilizados, además, un cuestionario de personalidad (Eysenck y Eysenck, 1975) para medir rasgos de neuroticismo (N) y extraversión (E) y una

escala de Locus de Control de Salud (Wallston, Wallston, Kaplan y Maides, 1976) que mide el estilo atribucional de la causalidad de los acontecimientos en materia de salud: interno/externo.

Procedimiento

1. *Entrevista al ingreso.* Al ingreso del paciente en la planta hospitalaria se obtuvo el consentimiento verbal del paciente para el estudio y, a continuación, datos demográficos. Se administró el STAI completo.

2. *Entrevista durante la estancia hospitalaria prequirúrgica.* Antes de la cirugía y durante el 3.º ó 4.º día de estancia, los pacientes respondieron a los ítems contenidos en la Escala de Estrés Hospitalario. Además completaron la Escala de Locus de Control de Salud (Wallston *et al.*, 1976) y el cuestionario de personalidad (Eysenck y Eysenck, 1975).

3. *Entrevista en la mañana de la cirugía,* antes de que los pacientes fueran trasladados al quirófano, completaron el STAI-e.

4. *Entrevista dos días después de la cirugía,* los pacientes completaron nuevamente el STAI-e.

5. *Entrevista durante la estancia hospitalaria postquirúrgica.* Durante el 4.º ó 5.º día de estancia después de la cirugía, los sujetos respondieron a los ítems contenidos en la Escala de Estrés Hospitalario.

6. *Entrevista post-alta.* Cuando los pacientes acudían a revisión por su oftalmólogo, completaron nuevamente la STAI-e.

Resultados

Perfil de ansiedad

Los niveles de ansiedad situacional medidos con la escala STAI-s aparecen elevados al ingreso (I) y disminuyen lentamente hasta el alta (ver figura 1).

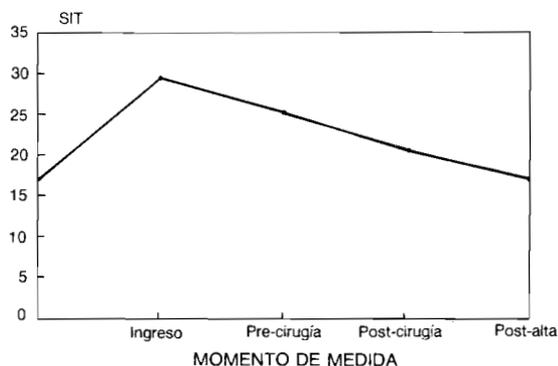


Figura 1. Perfil de ansiedad.

TABLA 3
Puntuaciones en ansiedad situacional

	ANSIEDAD SITUACIONAL			
	Ing.	Precir.	Postcir.	Alta
X:	29,5	25,2	20,6	17,0
DE:	11,8	9,8	10,8	10,5

El análisis de varianza realizado con las cuatro puntuaciones de ansiedad situacional indicó la existencia de un efecto temporal significativo ($F(3) = 6,22$; $p < 0,001$ (puntuaciones medias en tabla 3). Así, tomando la puntuación posalta como indicador el nivel «basal» de ansiedad, los pacientes presentaron puntuaciones elevadas en los distintos momentos intrahospitalarios. No aparecen diferencias significativas entre los niveles de ansiedad en la mañana de la cirugía y la medida post-quirúrgica ($t(48) = 1,6$; p : ns).

Ansiedad situacional y ansiedad rasgo

Un análisis de correlación muestra la relación significativa y de sentido positivo entre la medida de ansiedad como rasgo y las diferentes puntuaciones de ansiedad situacional, a excepción de la puntuación correspondiente al periodo post-alta (véase tabla 4). Por otro lado, las únicas medidas de ansiedad situacional relacionadas significativamente son las dos puntuaciones pre-quirúrgicas: al ingreso y en la mañana de la cirugía.

TABLA 4
Correlación entre medidas de ansiedad

	ANSIEDAD SITUACIONAL			
	I	Pre	Post	Alta
RAS	0,49**	0,59**	0,50**	—
PRE	0,61**			

($N = 25$); **: $P \leq .01$

Predictores de ansiedad

Se realizó un análisis de regresión múltiple por pasos sobre las medidas de ansiedad situacional. Los predictores fueron agrupados en cuatro bloques: variables sociodemográficas, de historia clínica, de personalidad y cognitivas (percepción de estrés ante los acontecimientos asociados a cirugía, enfermedad y hospitalización).

La ansiedad como rasgo predijo significativamente una proporción de varianza de la ansiedad situacional pre- y post-quirúrgica (24 y 21 por 100, respectivamente). Respecto a la ansiedad al ingreso hospitalario, un 22 por 100 de su varianza fue predicha significativamente por el *locus* de control interno.

La puntuación total en la escala HSRS adaptada (TOT) fue un predictor significativo de la ansiedad al ingreso (SIT-I) y de la ansiedad post-quirúrgica (SIT-POST) (56 y 64 por 100, respectivamente). En la mañana de la cirugía, los acontecimientos asociados específicamente a la intervención fueron los predictores más significativos de la ansiedad (SIT-PRE) (57 por 100 de la varianza). Respecto a la ansiedad en el periodo de convalecencia posalta (SIT-ALTA), no aparecieron predictores significativos a excepción de la escala HSRS, y, concretamente, el bloque de acontecimientos asociados a la hospitalización (66 por 100) (véase tabla 3).

Dentro del grupo de variables sociodemográficas no hubo predictores importantes en ninguna de las medidas de ansiedad. El tiempo transcurrido desde el ingreso hospitalario y el día de la operación aparece como variable importante en la predicción de la ansiedad post-quirúrgica (64 por 100).

Discusión

El perfil de ansiedad obtenido en este estudio indica que la ansiedad de un paciente aparece con bastante antelación a la proximidad de la intervención (el tiempo transcurrido entre el ingreso y la operación es de una media de 7 días) y que se mantiene hasta el periodo post-quirúrgico. Además, la cirugía no es el único acontecimiento estresante que los pacientes necesitan afrontar, ya que, una vez desaparecido este potente estresor, los niveles de ansiedad no caen bruscamente a su «situación basal» (considerando «basal» la puntuación obtenida en el periodo post-alta). Los acontecimientos asociados a la hospitalización y la enfermedad, así como sus consecuencias, son también responsables de las elevaciones de la ansiedad en distintos momentos de la estancia hospitalaria de los pacientes quirúrgicos.

El hecho de que la ansiedad continúe alta después de la cirugía, indica, además, y como sugieren otros trabajos, que los pacientes podrían beneficiarse también de aquellas técnicas preoperatorias dirigidas a la reducción de la ansiedad, incluso después de la intervención; y, además, que el evento quirúrgico no es el único al que hay que dirigir las distintas técnicas (Volicer, Isenberg y Burns, 1977; Johnston, 1980; Wallace, 1984). Es posible que las amenazas asociadas con el malestar y la discapacidad sean más relevantes cuando el paciente está realmente experimentándolas, más que anticipándolas (Johnston, 1980).

La ansiedad como rasgo está relacionada con las tres puntuaciones de ansiedad situacional que aparecen elevadas: las tres medidas hospitalarias, dos pre- y una post-quirúrgica. Como Wallace (1987) sugiere a partir de resultados similares en su estudio, las puntuaciones de ansiedad rasgo predicen puntuaciones en ansiedad estado bajo condiciones de amenaza. Es decir, puede existir una mayor predisposición de los pacientes con niveles importantes de a-rasgo a informar de estados emocionales negativos en momento de estrés. En su trabajo, la medida

TABLA 5

Análisis de Regresión Múltiple por pasos. Predictores sobre ansiedad situacional

V. Dep.	Predictores	R	R ²	F	(DF)	P	C. Reg. (E. E.)	
SIT-I	LOCUS....	0,47	0,22	6,23	(1,22)	*	54,59 (10,85)	
	RAS					ns		
	EPQN					ns		
	EPQE					ns		
	TOT....	0,56	0,32	8,64	(1,18)	**	15,16 (10,75)	
	H					ns		
	Q					ns		
	E					ns		
	SIT-PRE	RAS.....	0,49	0,24	7,07	(1,22)	**	13,02 (8,89)
		LOCUS					ns	
EPQN						ns		
EPQE						ns		
Q.....		0,57	0,33	8,81	(1,18)	**	12,72 (8,95)	
H						ns		
E						ns		
TOT						ns		
SIT-POS		RAS.....	0,45	0,21	5,70	(1,22)	**	8,39 (10,01)
		LOCUS					ns	
	EPQN					ns		
	EPQE					ns		
	TOT....	0,64	0,41	12,69	(1,18)	**	3,93 (8,96)	
	H					ns		
	E					ns		
	T I-C...	0,64	0,42	15,27	(1,21)	***	9,19 (8,70)	
	N.º h					ns		
	CNO					ns		
CO					ns			
SIT-ALTA	H.....	0,66	0,44	13,45	(1,17)	***	9,66 (8,50)	
	E					ns		
	TOT					ns		

* = p ≤ 0,05; ** = p ≤ 0,01; *** = p ≤ 0,001

C. Reg. = Coeficiente de Regresión; EE = Error Estándar

de rasgo no se relacionó con la medida situacional después de la cirugía; sin embargo, para los sujetos de su estudio (mujeres para laparoscopia por ligadura de trompas o investigación por esterilidad) después de la intervención habían desaparecido todas las amenazas relativas a la cirugía, no existía enfermedad importante, y el alta hospitalaria era inmediata. Para los pacientes con desprendimiento de retina, la situación post-quirúrgica sigue siendo estresante, ya que están presentes todas las amenazas relativas a la hospitalización, la enfermedad, la incógnita sobre los resultados de la operación

realizada, las molestias post-operatorias tales como el dolor y una perspectiva de alta hospitalaria incierta. Como tal situación estresante, en el periodo post-quirúrgico la ansiedad situacional presenta niveles altos que, a su vez, se relacionan con la ansiedad rasgo Ray y Fitzgibbon, 1981; Regel *et al.*, 1985; Ruiz-López y col., 1986; Taenzer, 1986; Wallace, 1987).

Por otra parte, los análisis de regresión efectuados confirman, por un lado, lo apuntado arriba sobre el papel predictor de la ansiedad rasgo, y, por otro, sugieren que las dimensiones de personalidad medi-

das en este estudio juegan un papel pobre en la predicción de la ansiedad ante la cirugía, en contra de lo que la literatura presenta al respecto (Mathews y Ridgeway, 1984).

Los pacientes con un control interno son los que experimentan niveles más altos de ansiedad al ingreso y durante los primeros días del período hospitalario pre-quirúrgico. Este resultado no es consistente con los obtenidos por otros autores en cuyos trabajos el estilo característico del paciente (I-E), de atribuir los acontecimientos más a causas externas y menos a sus propias acciones, se asoció con los niveles más altos de ansiedad (Lowery, Jacobson y Keane, 1975; Friedlander *et al.*, 1982). Sin embargo, la medida de control utilizada en estos trabajos corresponde a la percepción de control del sujeto ante una situación y un acontecimiento específicos, mientras que, en nuestro caso, el control refleja un rasgo. De este modo, la situación de ingreso hospitalario repentino por una enfermedad que, en la mayoría de los casos, no era predecible, y todos los acontecimientos de extrañamiento y pérdida de intimidad, etc, asociados a la hospitalización, implican una pérdida tan importante de control, que parece lógico que aquellos pacientes con un control interno son los que presentan los niveles más altos de ansiedad.

Los resultados indican, además, que, si bien la proximidad de una intervención quirúrgica es un acontecimiento estresante, la hospitalización, la enfermedad y las consecuencias de ambas pueden ser causas más importantes de estrés para los pacientes (Friedlander *et al.*, 1982; Regel *et al.*, 1985; Jamison *et al.*, 1987).

Nuestro estudio pone de manifiesto que la ansiedad situacional al ingreso viene dada por todos los acontecimientos que afectan al paciente; sin embargo, en la ansiedad situacional en la mañana de la operación sólo influyen los relacionados con la cirugía, pasando la hospitalización y la enfermedad a un segundo plano. Como es lógico, estos factores vuelven a tomar importancia después de la intervención quirúrgica. Así, la secuencia de relaciones con la ansiedad es coherente con la importancia relativa de cada grupo de acontecimientos estresantes en los distintos momentos desde el ingreso hasta el alta.

Creemos que los resultados expuestos son útiles para la planificación de intervenciones específicas, dirigidas a reducir los niveles de preocupación y ansiedad de los pacientes quirúrgicos.

Nota: Este trabajo ha sido realizado con la ayuda de la investigación PA85-0336 de la Comisión Asesora de Investigación Científica y Técnica (CAICYT), Ministerio de Educación.

Referencias

Auerbach, S. M. (1973b): Trait-state anxiety and adjustment to surgery, *Journal Consulting and Clinical Psychology*, 40, 264-271.

- De Long, D. R. (1971): Individuals differences in patterns of anxiety arousal, stress-relevant information, and recovery from surgery, *Dissertation Abstracts International*, 32, 554-b.
- Eysenck, H. J., y Eysenck, S. B. G. (1982): *EPQ-A. Cuestionario de Personalidad*, Versión española, Madrid, Tea Ediciones.
- Friedlander, M. L.; Steinhart, M. J.; Daly, S. S., y Snyder, J. (1982): Demographic, Cognitive and Experiential predictors of presurgical anxiety, *Journal of Psychosom. Res.*, 26 (6), 623-627.
- George, J. M.; Scott, L. E.; Turner, S. P., y Grefgg, J. M. (1980): The effects of psychological factors and physical trauma on recovery from oral surgery, *Journal of Behavioural Medicine*, 3, 291-310.
- George, J. M., y Scott, D. S. (1982): The effects of psychological factors on recovery from surgery, *Journal of The American Dental Association*, 105, 251-258.
- Johnson, J. E.; Dabbs, J. M., y Leventhal, H. (1970): Psychosocial factors in the welfare of surgical patients, *Nursing Research*, 19, 18-28.
- Johnston, M. (1980): Anxiety in surgical patients, *Psychological Medicine*, 10, 145-152.
- Martínez-Urrutia, A. (1975): Anxiety and pain in surgical patients, *Journal of Consulting and Clinical Psychology*, 43, 437-442.
- Mathews, A., y Ridgeway, W. (1981): Personality and surgical recovery: A review, *British Journal of Clinical Psychology*, 20, 243-260.
- Meichenbaum y Turk (1976): The cognitive-behavioral management of anxiety, anger and pain. En P. Davidson (ed.): *Behavioral Management of Anxiety, Depression and Pain*, New York, Brunner/Mazel, pp. 1-34.
- Ray, C. S., y Fitzgibbon, G. (1981): Stress arousal and coping with surgery, *Psychological Medicine*, 11, 741-746.
- Regel, H.; Röse, W.; Hähnel, S., y Krause, A. (1985): Evaluation of psychological stress before general anesthesia, *Psychiatrie, Neurologie und Medizinische Psychologie*, 37 (3), 151-155.
- Ruiz-López, P. M.; Ruiz López, M. C.; Ortega Carrasco, O., y Curbera, F. (1986): Variaciones postquirúrgicas de ansiedad, depresión y estrés. Su posible relación con las complicaciones operatorias. Estudio preliminar, *Cirugía Española*, 15 (1), 157-163.
- Smorenburg, J. M. J.; Van Der Ent, C. K., y Bonke, B. (1986): Note on the validity of the Dutch State-Trait Anxiety Inventory with surgical patients, *Psychological Reports*, 59, 1333-1334.
- Spielberger, C. D.; Gorush, R. L., y Lushene, R. (1970): *The State-trait Anxiety Inventory: Test Manual Form X*, Palo Alto, CA: Consulting Psychologists Press.
- Spielberg, C. D.; Wadsworth, A. P.; Auerbach, S. M.; Dunn, T. M., y Taulbee, T. S. (1973): Emotional reactions to surgery, *Journal of Consulting and Clinical Psychology*, 40, 33-38.
- Taenzer, P. (1986): Influence of psychological factors on postoperative pain, mood and analgesic requirements, *Pain*, 24 (3), 331-342.
- Volicer, B. J., y Bohannon, M. (1975): A hospital stress rating scale, *Nursing Research*, 11, 213-218.
- Wallace, L. M. (1987): Trait anxiety as a predictor of postoperative adjustment and recovery, *British Journal of Clinical Psychology*, 26, 73-74.
- Wallston, B. S.; Wallston, K. A.; Kaplan, G. D., y Maides, S. A. (1976): Development and validation of the Health Locus of Control (HLC) scale, *Journal of Consulting and Clinical Psychology*, 44, 580-585.