

ANSIEDAD POSTQUIRÚRGICA EN CIRUGÍA PODOLÓGICA

Nuria Espada Martín¹, Dolors Arxé Planella², Silvia Edo Izquierdo³, Jordi Fernández Castro⁴.

1. Podóloga. Estudiante de doctorado en Psicología de la Salud, Universitat Autònoma de Barcelona.
2. Estudiante de doctorado en Psicología de la Salud, Universitat Autònoma de Barcelona. Profesora Asociada Podología. Universidad de Barcelona.
3. Catedrática Departamento de psicología básica, evolutiva y de la educación. Universitat Autònoma de Barcelona.
4. Catedrático Departamento de psicología básica, evolutiva y de la educación. Universitat Autònoma de Barcelona.

CORRESPONDENCIA

Nuria Espada Martín
nuriesma@gmail.com

RESUMEN

Marco teórico: la aparición de ansiedad desde el momento que finaliza la cirugía hasta el momento del alta quirúrgica ha recibido una atención insuficiente en la literatura. Existe una sólida evidencia que demuestra que la percepción de control influye en la ansiedad.

Material y Método: la determinación de la ansiedad frente al estrés postquirúrgico se realizó mediante la versión española de la escala estado del cuestionario State-Trait Anxiety Inventor (STAI (E)). Con el fin de evaluar la percepción de control se diseñó un cuestionario propio. El dolor se registró mediante una escala análoga visual (VAS) y un registro domiciliario de medicación. Los pacientes respondieron el cuestionario a las 48 h de la cirugía, a los 10 días y a las 3 semanas

Resultados: se detectó un nivel de ansiedad moderado y muy variable entre pacientes, no se hallaron diferencias estadísticamente significativas entre las tres recogidas de datos. Los pacientes que toman más medicación de la pauta fueron los más ansiosos, no los que presentaron más dolor. El hecho de que el paciente se sienta capaz de seguir la pauta de medicación a las 48 horas es un buen indicador de la ansiedad que presentara durante todo el proceso quirúrgico

Conclusión: la ansiedad postquirúrgica, según nuestros datos, existe de forma moderada. Dada la gran variabilidad observada es posible que haya un grupo de pacientes para los que la ansiedad postquirúrgica sea un factor determinante en su recuperación. En futuros estudios se debería poder identificar a este grupo de pacientes y analizar el impacto de la ansiedad en la recuperación y las repercusiones que de esta se derivan, como un mayor consumo de fármacos.

Relevancia para la práctica clínica: conocer la ansiedad en el proceso postquirúrgico nos ayuda a mejorar la experiencia quirúrgica del paciente y a poder tomar medidas preventivas para reducir la ansiedad a lo largo de la recuperación.

PALABRAS CLAVE

Ansiedad postquirúrgica; Cirugía podológica; Percepción de control; Proceso postquirúrgico; Cirugía ambulatoria.

ABSTRACT

Theoretical frame: the appearance of the anxiety from the end of the surgery until they are discharged, has received an insufficient attention. Solid evidence in literature shows that the perception of control influences anxiety.

Material and Method: the determination of the anxiety related to postoperative stress was made by the Spanish version of the state scale of the questionnaire State-Trait Anxiety Inventor (STAI (E)). To evaluate the perception of control a new questionnaire was designed. The pain was registered through a visual analogue scale (VAS) and a home record of the medication. The patients answered the questionnaire 48 hrs after the surgery, on the 10th day and on the 3rd week.

Results: according to our data there is a moderate level of anxiety and a high variability between patients, no significant statistical differences were found between the three data collection. The patients taking more medication than the prescribed are the most anxious and not the ones with more pain. The fact that the patient feels able to take medication after 48

hours was a good indicator of the anxiety that they will experience during the entire surgical process.

Conclusion: the postoperative anxiety, according to our data, exists in a moderate way. Given the large variability observed it is possible that there is a group of patients for which the postoperative anxiety is an important factor in their recovery. In future studies it should be possible to identify this group of patients and to analyze the impact of anxiety in their recovery.

Clinical practice relevance: to know that the existence of psychological factors like the anxie-

ty or the perception of control can influence the postoperative process will help us to improve the surgical experience and to be able to take preventive measures to reduce the anxiety through the recovery.

KEY WORDS

Postoperative anxiety; Podiatric surgery; Perception of control; Outpatient surgery.

INTRODUCCIÓN

La ansiedad es un estado emocional complejo que tiene como detonantes característicos el desconocimiento, el temor y la falta de control^{11,12}. Existe una extensa literatura que constata las consecuencias de la ansiedad sobre el organismo^{20,14,18,3,5}. Diferentes estudios sobre ansiedad y cirugía muestran como la ansiedad altera parámetros fisiológicos (aumenta la tensión arterial, produce taquicardia...)^{8,13}. Existe una amplia evidencia que permite afirmar que la ansiedad y el estrés prequirúrgicos son comunes en los pacientes que se someten a intervenciones quirúrgicas^{17,22}. Sin embargo, la literatura sobre la ansiedad postquirúrgica en cirugías ambulatorias es en general limitada y nula en el campo de la podología, al menos en las bases de datos Medline o Psycinfo que son las más utilizadas en este campo. Pero se ha podido demostrar la relación entre ansiedad prequirúrgica y dolor postquirúrgico^{7,16,9,21,9} y se ha sugerido que existe una relación entre la ansiedad prequirúrgica y la recuperación del paciente^{15,10}. La satisfacción del paciente también se ha evaluado en diversas investigaciones pero siempre desde el punto de vista de la ansiedad prequirúrgica¹⁶. En cirugía podológica, al tratarse de una cirugía ambulatoria, el paciente asume más responsabilidad que los pacientes que permanecen hospitalizados (Por ejemplo, han de prepararse y tomar su medicación según la pauta del cirujano, detectar signos de alerta...)^{22,7}. Un alto nivel de ansiedad hace que sea difícil el cumplir las pautas marcadas por el médico y que el paciente coopere menos ya que le cuesta entender las instrucciones y puede alterarse su concentración^{20,9}.

Hemos detectado que en los protocolos más utilizados de cirugía podológica¹ no se contempla la ansiedad que el paciente puede sufrir durante el proceso quirúrgico. Desafortunadamente esta importante área ha recibido una atención insuficiente tanto en la literatura médica podológica⁶ como en la práctica profesional diaria.

Teniendo en cuenta que las características de la cirugía podológica requieren que el paciente ejerza un grado importante de control sobre el proceso postquirúrgico y que existe una sólida evidencia que demuestra que la percepción de control influye en la ansiedad^{20,5,4} y dada la falta de estudios sobre esta cuestión; el objetivo de esta investigación es evaluar la ansiedad y la percepción de control postquirúrgicos en pacientes podológicos. Se espera comprobar que:

- 1) la ansiedad postquirúrgica está relacionada positivamente con el dolor postquirúrgico,
- 2) la ansiedad postquirúrgica está relacionada negativamente con la recuperación postquirúrgica,

- 3) la ansiedad postquirúrgica está relacionada negativamente con la satisfacción del paciente y,
- 4) el grado de control percibido está relacionado negativamente con el nivel de ansiedad postquirúrgica.

MATERIALES Y METODO

Participantes

Durante un período de dos meses (Mayo y junio del 2010) se realizó un muestreo no probabilístico accidental para seleccionar a los posibles participantes de nuestro estudio en la Clínica Universitaria de Podología de la Universidad de Barcelona (Bellvitge, Barcelona).

Los participantes se seleccionaron según los siguientes criterios de inclusión: firma voluntaria del consentimiento informado, edad mayor a 18 años, ASA I-II, ser intervenido a nivel podológico por primera vez, anestesia local o regional y paciente consciente. Los criterios de exclusión fueron: tener patología psicológica previa, haber tomado medicación ansiolítica o relajante durante el período postoperatorio y la aparición de complicaciones postquirúrgicas.

La muestra consistió en 17 sujetos. Inicialmente, 27 pacientes fueron incluidos, pero de estos, tres pacientes no quisieron participar en el estudio, dos no completaron el estudio por complicaciones postoperatorias, uno no acudió a todas las visitas postquirúrgicas programadas y en cuatro casos la recogida de datos no se realizó correctamente. Los datos descriptivos de la muestra se encuentran en la tabla I.

Instrumentos de Evaluación

La determinación de la ansiedad frente al estrés postquirúrgico se realizó mediante el cuestionario State-Trait Anxiety Inventory (STAI)¹⁹ un cuestionario que comprende dos escalas separadas que miden conceptos independientes de la ansiedad, como estado y como rasgo. Para el presente estudio se administró la versión española de la escala de ansiedad estado, que consta de 20 ítems a responder en una escala Likert de 4 puntos (donde 0 corresponde a Nada y 3 a Mucho). Este instrumento presenta un alpha de Cronbach entre 0.90 y 0.93 y una fiabilidad por el procedimiento de las dos mitades de 0.94

Con el fin de evaluar la percepción de control y las preocupaciones de los participantes se diseñó un cuestionario propio. En este instrumento se preguntaba a los sujetos a cerca de su percepción de control en el proceso postquirúrgico. Los tres aspectos sobre los que se preguntó fueron:

Variables	(n)	
Sexo	Masculino	13 76,5%
	Femenino	4 23,5%
Edad	M=52,2	DS=13,9
Situación laboral	Activo	10 58,8%
	En paro	1 5,9%
	Otros	6 35,3%
Estadio previo del organismo	ASA I	16 94,1%
	ASA II	1 5,9%
Tipo de cirugía	Partes blandas	3 17,6%
	Osteo articular	5 29,4%
	Ungueal	9 52,9%
Diagnóstico	Onicocriptosis	6 35,3%
	Exostosis subungueal	5 29,4%
	Quiste	1 5,9%
	Exostosis interdigital	2 11,8%
	Dedo en garra	1 5,9%
	Hallux valgus	1 5,9%
	Hallux rigidus	1 5,9%

ASA=American Society of Anesthesiologists

Tabla 1. Descripción de la muestra de pacientes.

1. ¿Se siente capaz de realizarse las curas correctamente?
2. ¿Se siente capaz de seguir la pauta de medicación?
3. ¿Se siente capaz de detectar signos de alerta de posibles complicaciones?

También se les preguntó a cerca de sus posibles preocupaciones, los tres aspectos sobre los que se preguntaron fueron:

1. ¿Le preocupa tener dolor?
2. ¿Le preocupan los días de baja profesional?
3. ¿Le preocupa el resultado de la cirugía?

En la última recogida de datos (a las 3 semanas postoperatorias) se incluyeron dos preguntas de satisfacción: ¿Ha ido todo como usted esperaba? ¿Se siente satisfecho con el resultado? Las respuestas se registraban en una escala de 4 puntos que oscilaba entre 0= nada y 4= mucho.

El dolor, como en la mayoría de los estudios consultados, fue evaluado con una escala análogo visual (VAS) con puntuaciones de 0 (no dolor) a 10 (dolor extremo)².

Utilizamos un registro domiciliario para controlar si el paciente necesitaba más medicación de la pautada inicialmente.

Los parámetros fisiológicos, tensión arterial y pulsaciones, fueron recogidos con Tensiómetro de brazo M6 – HEM 7001 – E.

Procedimiento

Durante la visita prequirúrgica, aproximadamente 15 días antes de la intervención, se informó a los posibles participantes del estudio y se les invitó a participar. Una

		Nada	Un poco	Bastante	Mucho
1	¿Se siente capaz de realizarse las curas correctamente?				
2	¿Se siente capaz de seguir la pauta de medicación?				
3	¿Cree que será capaz detectar signos de alerta de posibles complicaciones?				
4	¿Le preocupa tener dolor?				
5	¿Esta preocupado acerca de los días de baja profesional?				
6	¿Le preocupa el resultado de la operación?				

Anexo 1: Cuestionario Ad-hoc utilizado en la evaluación de las 48 horas y de los 10 días.

		Nada	Un poco	Bastante	Mucho
1	¿Le preocupa tener dolor?				
2	¿Esta preocupado acerca de los días de baja profesional?				
3	¿Le preocupa el resultado de la operación?				
4	¿Ha ido todo como Uds. esperaba?				
5	¿Se siente satisfecho con el resultado de la operación?				

Anexo 2: Cuestionario Ad-hoc utilizado en la evaluación de las 3 semanas.

vez firmado el consentimiento informado pasaron a formar parte del estudio. La primera visita postquirúrgica se realizó a las 48 horas según el protocolo quirúrgico. Una vez finalizada la primera cura, se administró a los pacientes el cuestionario STAI (E), el cuestionario propio, la VAS y se registraron los parámetros fisiológicos (tensión arterial y pulso). Se explicó al paciente de forma detenida y se entregó el registro domiciliario de medicación. El mismo procedimiento se siguió en las dos restantes recogidas de datos que se realizaron a los diez días y a las tres semanas. En la última visita variamos el cuestionario propio, prescindimos de las preguntas sobre los recursos de los participantes (¿Se siente capaz...?) y añadimos dos preguntas para valorar la satisfacción del participante con el proceso postquirúrgico.

Una vez los pacientes eran dados de alta, se consultaban sus historias clínicas con el fin de obtener: datos demográficos (género, edad y situación laboral), tipo de cirugía, estado previo del organismo del participante y número de días previstos de recuperación por su podólogo.

Diseño y Análisis Estadístico

Se realizó un análisis descriptivo de las variables sociodemográficas y clínicas. Para determinar la relación existente entre ansiedad y dolor (VAS), entre ansiedad y satisfacción, y entre ansiedad y percepción de control se utilizaron correlaciones de Spearman. Para hallar la relación entre la ansiedad y el registro de medicación y entre ansiedad y recuperación, se utilizó comparación de medias mediante la U Mann-Whitney. Se ha utilizado el paquete estadístico Pass Statistics 17.0.

RESULTADOS

La puntuación media de la ansiedad valorada mediante el STAI(E) a las 48 horas fue de 12,3 (DS=7,6), a los 10 días de 9,7(D.S=7,5) y a los tres meses de 9,8 (D.S=7,7) (Ver Figura 1). No se hallaron con los datos que disponemos diferencias estadísticamente significativas

entre las tres puntuaciones de ansiedad tomadas a lo largo del periodo postquirúrgico mediante el análisis de Friedman; sin embargo la diferencia entre la ansiedad a las 48 h y a los diez días es de 2,5 puntos (DS=7,9), mientras que la diferencia entre los 10 días y los tres meses es de apenas -0,1 (DS=7,2). Por lo tanto se observó un descenso pronunciado entre la ansiedad observada a las 48 horas y la de los diez días mientras que entre los diez días y las tres semanas la ansiedad apenas varió, la disminución de ansiedad entre la primera y la segunda evaluación fue superior de manera estadísticamente significativa a la disminución de ansiedad entre la segunda y tercera evaluación ($p \leq 0,05$). Se halló una correlación significativa entre la ansiedad a las 48 horas y la tensión arterial mínima ($r=0,52$, $p=0,03$) y entre la ansiedad a las diez días y la tensión arterial mínima ($r=0,58$, $p=0,02$) pero entre la ansiedad a las tres semanas y la tensión arterial mínima no se halló correlación significativa ($r=0,14$). No se encontró correlación significativa con el resto de parámetros fisiológicos recogidos.

En relación al objetivo de relacionar la ansiedad con el dolor post quirúrgico no se hallaron correlaciones significativas (Ver tabla 2). La diferencia de ansiedad en el grupo de pacientes que necesitó más medicación de la pauta y en el que no la necesitaron a las 48 horas, fue estadísticamente significativa ($p \leq 0,01$). A los diez días y a las tres semanas esta diferencia no fue estadísticamente significativa (Ver tabla 2); Para analizar el segundo objetivo, la relación entre ansiedad y la recuperación postquirúrgica, se realizó la prueba U Mann-Whitney. La puntuación de ansiedad en el grupo de pacientes que necesitó más días de los previstos fue de

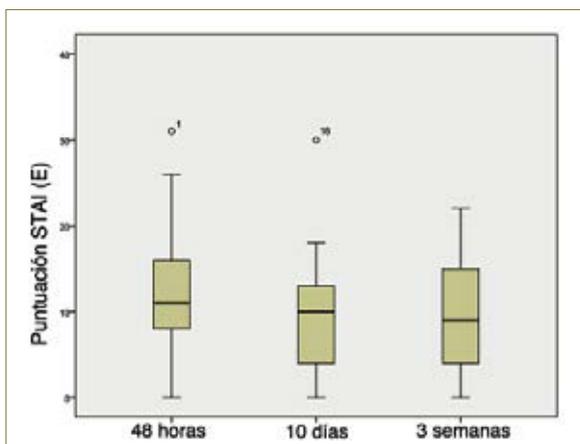


Figura 1. Evolución de la media de ansiedad durante los tres momentos de recogida de datos.

		STAI a las 48 horas	STAI a los 10 días	STAI a las 3 semanas
Dolor		$r=0,44$ $p=0,07$	$r=0,20$ $p=0,44$	$r=0,60$ $p=0,15$
Registro de consumo de analgésicos	Consumo más medicación de la pauta	$t=17,6$ DS=7,42 n=8	$t=12,67$ DS=9,62 n=6	$t=22$ --- n=1
	No consumo más medicación de la pauta	$t=7,6$ DS=3,77 n=9	$t=8,18$ DS=6,09 n=11	$t=9,06$ DS=7,22 n=16
		$p=0,00^*$	$p=0,39$	$p=0,25$

* $p < 0,01$

Tabla 2. Correlaciones entre la puntuación de STAI a las 48 horas, a los 10 días y a las 3 semanas y el dolor. Comparación de medias no paramétricas entre la puntuación de STAI a las 48 horas, a los 10 días y a las 3 semanas y el registro de consumo de analgésicos a las 48 horas, a los 10 días y a las 3 semanas.

	STAI a las 48 horas	STAI a los 10 días	STAI a las 3 semanas
¿se siente capaz de realizarse las curas ?	$r=-0,61$ $p=0,81$	$r=-2,54$ $p=0,32$	-----
¿se siente capaz de seguir la pauta de medicación ?	$r=-0,54$ $p=0,02^*$	$r=-0,46$ $p=0,08$	-----
¿se siente capaz de detectar signos y síntomas de alerta?	$r=-0,23$ $p=0,37$	$r=-0,11$ $p=0,67$	-----
¿le preocupan los días de baja profesional?	$r=0,49$ $p=0,04^*$	$r=0,49$ $p=0,04^*$	$r=0,384$ $p=0,12$
¿le preocupa tener dolor?	$r=0,35$ $p=0,1$	$r=0,65$ $p=0,00^*$	$r=0,55$ $p=0,02^*$
¿le preocupa el resultado la intervención?	$r=0,04$ $p=0,89$	$r=0,33$ $p=0,19$	$r=0,60$ $p=0,01^*$

* $p < 0,05$

Tabla 3. Correlaciones entre la puntuación de STAI a las 48 horas, a los 10 días y a las 3 semanas, y el cuestionario propio diseñado para evaluar la percepción de control del paciente y las preocupaciones.

13,7 (DS=8,1) y la del grupo que se recuperó en los días previstos fue de 11,11 (DS=7,2) esta diferencia no fue estadísticamente significativa.

Con el fin de valorar la relación entre ansiedad y satisfacción se calculó la correlación de Spearman entre la ansiedad y las dos preguntas de satisfacción incluidas en el cuestionario que diseñamos. La ansiedad se correlaciona de forma significativa y negativa con la pregunta ¿Se siente satisfecho con el resultado? ($r=-0,63$, $p=0,006$) en cambio no correlaciona con ¿ Ha ido todo como Uds. esperaba? ($r=0,38$, $p>0,05$).

En relación al último objetivo, el grado de control percibido está relacionado negativamente con el nivel de ansiedad postquirúrgica, la tabla 3 muestra las correlaciones entre la ansiedad y la percepción de control y las preocupaciones de los pacientes. La pregunta ¿ Se siente capaz de seguir la pauta de medicación? realizada a las 48 horas correlaciona con la ansiedad a las 48 horas y con la ansiedad a los 10 días ($r=-0,51$, $p=0,03$) y con la ansiedad a las tres semanas ($r=-0,53$, $p=0,03$).

DISCUSIÓN

El objetivo de este estudio es evaluar la ansiedad postquirúrgica y comprobar si se esta ansiedad influye en el proceso postquirúrgico, especialmente en el dolor, la recuperación y la satisfacción del paciente. Los resultados con los datos que disponemos muestran que aunque el grado de ansiedad postquirúrgica no es elevado, esta ansiedad se mantiene durante todo el proceso postquirúrgico. No tenemos constancia de que esto hubiera sido valorado antes en este tipo de cirugías aunque si que es sugerido en estudios como futuras líneas de investigación¹⁶. Sorprendentemente, en nuestra muestra, solamente la tensión arterial mínima se relaciona con la ansiedad a las 48 horas y a los diez días pero no a las tres semanas, y el resto de parámetros fisiológicos registrados no guardan relación con la ansiedad. Estos resultados se contradicen con la literatura revisada^{4,5}.

La ansiedad no correlaciona con el dolor medido a través de VAS, este resultado es contrario al que refieren los trabajos encontrados más afines al nuestro como los que analizan la relación entre ansiedad prequirúrgica y

dolor postquirúrgico en pacientes de cirugía hospitalaria^{13,14}; sin embargo la ansiedad si que se relaciona de forma significativa con la necesidad de tomar más medicación de la pauta a las 48 horas y se observa una tendencia aunque no significativa a los diez días y a las tres semanas. Según nuestros resultados toman más medicación los pacientes que están más ansiosos, no los que tienen más dolor. Por lo que con los datos que tenemos, el registro domiciliario de consumo de medicación va a ser mejor indicador de la ansiedad postquirúrgica que la medición del dolor con VAS. Los trabajos más comparables a nuestro estudio miden la relación entre ansiedad prequirúrgica y consumo de analgésicos, llegando a resultados muy diversos y opuestos entre sí¹³. No hemos podido demostrar que exista una relación entre ansiedad postquirúrgica y si han necesitado o no más días de los previstos de recuperación. A nivel de cirugía general hospitalaria y desde el punto de vista de la ansiedad prequirúrgica si que existen estudios que muestran esta relación^{16,22}.

Los pacientes que se sienten satisfechos con el resultado de la intervención tienen poca ansiedad postquirúrgica. Estos resultados van en la línea de los estudios que muestran que la ansiedad prequirúrgica correlaciona con la satisfacción postquirúrgica^{16,12}. Si conseguimos que nuestros pacientes no presenten ansiedad postquirúrgica aumentaremos su satisfacción con el resultado de la cirugía.

Sentirse capaz de seguir la pauta de medicación a las 48 horas esta relacionado con la ansiedad durante todo el proceso quirúrgico (a las 48 horas, a los 10 días y a las 3 semanas). Esta pregunta realizada en la primera recogida de datos, según nuestros resultados, es un buen indicador de la ansiedad postquirúrgica en el mismo momento y en el resto del proceso quirúrgico. Estos resultados van en la línea de que la percepción de control influye en la ansiedad^{3,23}. Conseguir que el paciente se sienta capaz de preparar y tomar su medicación correctamente es importante para disminuir la ansiedad

postquirúrgica.

La preocupación por los días de baja profesional esta relacionada con la ansiedad durante todo el proceso postquirúrgico. Así podríamos decir que este es un buen indicador de la ansiedad postquirúrgica. La preocupación por tener dolor correlaciona con la ansiedad a los diez días y a las tres semanas sin embargo no a las 48 horas.

Una limitación del estudio es el tamaño de la muestra y el hecho de que la ansiedad postquirúrgica en este estudio presenta una gran variabilidad. Sin embargo, hemos conseguido tener una muestra bastante homogénea desde el punto de vista del tipo de cirugía, tipo de anestesia y estado previo del organismo, esto es una limitación en muchos de los estudios consultados¹⁶. No existen instrumentos diseñados expresamente para medir la ansiedad postquirúrgica y el cuestionario propio que hemos utilizado no ha estado validado previamente, lo que también representa una limitación del estudio. Serían necesarios más estudios en el futuro para evaluar la ansiedad postquirúrgica y como ésta se relaciona con la percepción de control.

Consideramos, en conclusión, que el nivel de ansiedad medio registrado durante el proceso postquirúrgico es menor que el esperado pero presenta una gran variabilidad. Es posible que haya un grupo de pacientes para los que la ansiedad postquirúrgica sea un factor importante en su recuperación. Los pacientes que toman más medicación de la pauta son los más ansiosos, no los que presentan más dolor. El registro de medicación domiciliario, en nuestra muestra, es mejor indicador de la ansiedad que el dolor que presenta el paciente. La preocupación a cerca de los días de baja laboral durante todas las recogidas de datos esta relacionado con la ansiedad. El hecho de que el paciente se sienta capaz de tomarse la medicación a las 48 horas es un buen indicador de la ansiedad que presentara durante todo el proceso quirúrgico.

BIBLIOGRAFÍA

1. Crausman, Robert S. and Glod, Douglas J. Preoperative Medical Assessment of the Podiatric Surgical Patient. *Journal of the American Podiatric Medical Association*, 2004; 94 (2) 86-89.
2. Fedlit, Karen. Pain measurement: present concerns and future directions. *Pain Medicine*.2007.8(7):541-543
3. Fernández Castro, Jordi y Edo Izquierdo, Silvia. ¿Se puede medir el estrés? Un análisis de los elementos que componen el proceso del estrés. *Avances Psico. Clin Latinoamericana* 1998; 16:133-148.
4. Fernández Castro, Jordi y Edo Izquierdo, Silvia. ¿Como influye el control percibido en el impacto que tienen las emociones sobre la salud?. *Monografico: Emoción y Salud*. 1994. 10(2),127-133.
5. Fernández Castro, Jordi. Las estrategias para afrontar el estrés y la competencia percibida: influencias sobre la salud. En: Enrique G. Fernández-Abascal y Francesc Palomero. *Emociones y Salud*. Barcelona: Ariel.1999. p.364-385.
6. Gijón Noguearón, Gabriel Antonio, Cervera Marín, José Antonio, Jiménez Cebrián, Ana M^o, Páez Moguer, Joaquín, Domínguez Merino, Jose Miguel, y Ortega Ávila, Ana Belén. Reflexiones de la investigación en España en el ámbito de la podología. *Podoscopio*.2009.
7. Gramke H-F, de Rijke JM, Van Kleef M, Kessels A, Peters M L, Sommer M, and Marcus M. Predictive factors of postoperative pain after day-case surgery. *Clin J Pain* 2009; 6 (25): 455-460.
8. Hughes S. The effects of giving patients pre-operative information. *Nurs Stand* 2002; 28 (16): 33-37.
9. Hui Yun Vivian, Amir Abrishami, Philip W.H.Peng, Jean Wong and Frances Chung. Predictors of Postoperative Pain and Analgesic Consumption. A qualitative Systematic Review. *Anesthesiology* 2009; 111: 657-77.
10. Ilya Kagan Ma, Yoram Bar-Tal. The effect of preoperative uncertainty and anxiety on short term recovery after elective arthroplasty. *Journal of Clinical Nursing*.2007. 51:576-583.
11. Lazarus, R.S., *Psychological stress and the coping process*. New York: McGraw-Hill.1986.
12. Lazarus, R.S., and Folkman, S. *Stress, appraisal and coping*. New York: Springer Publishing Company.1984.
13. Madrigal García, J. Moreno Cuesta, A. Rubio Vitaller, A. Ibañez García, J. López Santiago, LL. y Martínez Gómez. Respuesta al estrés prequirúrgico en la cirugía sin ingreso: efectos sobre las poblaciones linfocitarias de un procedimiento de psicoprofilaxis quirúrgica. *Rev. Esp. Anestesiol. Reanim*. 2005;52:383-388.
14. Margaret E. Kemeny. *The Psychobiology of Stress*. *Curr. Dir Psychol Sci*. 2003;12(4):124-129.
15. Moix, J. Efectos de la ansiedad prequirúrgica en la recuperación. *Clinica y Salud*.1995. 6:203-215.
16. Niemi-Murolo, Leila, Reino Poybija, Kaarina Onfinen, Birtbe Rben and Tomi T.Niemi. Patient Satisfaction with Postoperative Pain Management-Effect of Preoperative Factors. *Pain Management Nursing*, 2007;Vol 8 No 3 pp 122-129.
17. Pritchard M J, Identifying and assessing anxiety in pre-operative patients. *Nurs Stand* 2009; 51 (23): 35-40.
18. Sapolsky, Robert M. ¿Por qué las cebras no tienen úlceras? Madrid: Alianza Editorial, S.A. 2008.
19. Spielberger, C.D., Gorsuch, R.L and Lushene, R.E.. *Manual for State-Trait Anxiety Inventory*.1970.Palo Alto, CA: Consulting Psychologist Press (Self Evaluation Questionnaire). Sección de Estudios de TEA Ediciones, S.A, Madrid. 2007.
20. Taylor, Shelley E. and Stanton, Annette L. *Coping Resources, Coping Processes, and Mental Health*. *Annu. Rev. Clin. Psychol*. 2007; 3:377-401.
21. Vaughn F, Wichowski H, and Bosworth G. Does preoperative anxiety level predict postoperative pain? *Aorn Journal*. 2007; 85 (3): 589-604
22. Wetsch W A, Pircher I, Lederer W, Kinz J F, Traweger C, Heinz-Erian P and Benzer A. Preoperative stress and anxiety in day-care patients and inpatients undergoing fast-track surgery. *Br J Anstih* 2009; 103 (2): 199-205.