

**INFORMACIÓN PREOPERATORIA, ANSIEDAD Y CAPACIDAD DE
AFRONTAMIENTO ANTE EL PROCESO QUIRÚRGICO Y
EVOLUCIÓN POSOPERATORIA**

José F. Guillén Perales

Tesis Doctoral

-

Departamento de Medicina Preventiva y Salud Pública

Universidad de Granada

Editor: Editorial de la Universidad de Granada
Autor: José F. Guillén Perales
D.L.: GR 1861-2014
ISBN: 978-84-9083-045-1

A mi familia

D. José F. Guillén Solvas, Catedrático de Salud Pública de la Universidad de Granada, y D. Aurelio Luna Maldonado, Catedrático de Medicina Legal de la Universidad de Murcia, y Alberto Guillén Perales, Profesor Titular de Arquitectura y Tecnología de Computadores, CERTIFICAN:

Que la memoria presentada por D. José F. Guillén Perales, con el título **INFORMACIÓN PREOPERATORIA, ANSIEDAD Y CAPACIDAD DE AFRONTAMIENTO ANTE EL PROCESO QUIRÚRGICO Y EVOLUCIÓN POSOPERATORIA**. ha sido realizada bajo mi dirección y demuestra la capacidad técnica e interpretativa de su autor, en condiciones tan aventajadas que le hacen acreedor del título de Doctor, siempre que así lo considere el Tribunal designado para su juicio por el Comité de Dirección de la Escuela de Doctorado de Ciencias de la Salud de la Universidad de Granada.

Granada, a 12 de diciembre de 2013

José F. Guillén Solvas

Aurelio Luna Maldonado

Alberto Guillén Perales

El doctorando José F. Guillén Perales y los directores de la tesis José F. Guillén Solvas, Aurelio Luna Maldonado y Alberto Guillén Perales

Garantizamos, al firmar esta tesis doctoral, que el trabajo ha sido realizado por el doctorando bajo la dirección de los directores de la tesis y hasta donde nuestro conocimiento alcanza, en la realización del trabajo, se han respetado los derechos de otros autores a ser citados, cuando se han utilizado sus resultados o publicaciones.

Granada, a 12 de diciembre de 2013

Director/es de la Tesis

Doctorando

Fdo.: José F. Guillén Solvas

Fdo.: José F. Guillén Perales

Fd.: Aurelio Luna Maldonado

Fd.: Alberto Guillén Perales

Agradecimientos

Me gustaría que estas líneas sirvieran para expresar mi más profundo y sincero agradecimiento a todas aquellas personas que con su ayuda han colaborado en la realización del presente trabajo, en especial al Profesor D. Aurelio Luna Maldonado, ideólogo e impulsor de este trabajo, por la orientación, el seguimiento y la supervisión continua de la misma, pero sobre todo por la motivación y el apoyo recibido a lo largo de estos años. Especial reconocimiento merece el interés mostrado por mi trabajo y las sugerencias recibidas de la Profesora D^a Aurora Bueno Cavanillas, con la que me encuentro en deuda por el ánimo infundido y la confianza en mí depositada, por su importante aporte y participación activa en el desarrollo de esta tesis. Debo destacar, por encima de todo, su disponibilidad y paciencia. No cabe duda que su participación ha enriquecido el trabajo realizado.

Un agradecimiento singular debo al Profesor D. José Guillén Solvas y al Profesor D. Alberto Guillén Perales que, como directores de esta tesis y como padre y hermano respectivamente, me han orientado, apoyado y corregido en mi labor científica con un interés y una entrega inconmensurable. Las ideas propias, siempre enmarcadas en su orientación y rigurosidad, han sido la clave del buen trabajo que hemos realizado juntos, el cual no se puede concebir sin su siempre oportuna participación. Sin vosotros nunca hubiera sido posible la realización de este trabajo.

Quiero agradecer al Departamento de Medicina Preventiva y Salud Pública de la Universidad de Granada por su acogida y el apoyo recibido durante este tiempo. Del mismo modo quiero hacer extensibles estas palabras de agradecimiento al Departamento de Dermatología y Venereología de la Universidad de Granada donde comencé a desarrollar mi labor investigadora allá por el año 2003 obteniendo el Diploma de Estudios Avanzados del Tercer Ciclo al año siguiente.

También quiero dar las gracias a María Fernández Prada, Médico Interno Residente del Servicio de Medicina Preventiva del Hospital Universitario San Cecilio, y a Joaquín por su colaboración en la recogida de la información y en el análisis preliminar de los datos, así como al resto de personal del Servicio por el apoyo recibido y como no a Pilar y Eloísa del Servicio de Documentación Clínica por su colaboración en el suministro de los datos y las facilidades dadas en todo momento.

A todos mis compañeros del Servicio de Anestesiología y Reanimación con los que comparto día a día mi trabajo les agradezco toda la ayuda que me han prestado así como los buenos momentos que paso en su compañía.

Todo esto nunca hubiera sido posible sin el amparo incondicional de mi madre, la comprensión, paciencia, el ánimo y el amor de mi mujer, Rocío y sin el estímulo de mis hijos, Jose y el que viene de camino. Esto también es vuestro premio.

A todos ellos, muchas gracias.

Índice

REVISIÓN DOCTRINAL.....	9
Introducción.....	10
Morbilidad anestésica. Valoración del riesgo	12
Consentimiento Informado: Derecho del Paciente, Deber del Profesional y Principio Terapéutico	18
Ansiedad Prequirúrgica.....	28
Miedo al dolor	35
Miedo a la anestesia	37
Hospitalización.....	38
Información al paciente	39
Satisfacción y calidad en cuidados de salud	39
Satisfacción con el proceso perioperatorio	40
Aspectos psicológicos del paciente oncológico sometido a cirugía.	41
Influencia de los factores psicosociales en el cáncer	44
Indicadores de alto riesgo quirúrgico de origen psicológico	48
Problemática asociada al Cáncer	49
Preoperatorio.....	52
Relación Pre-postquirúrgica.....	53
Postoperatorio	55
El proceso de afrontamiento ante la enfermedad.....	56
La medida del afrontamiento	62
HIPÓTESIS Y OBJETIVOS	65
Hipotesis	66
Objetivos.....	66
MATERIAL Y MÉTODOS	68
Material y Métodos	69
Diseño	69
Población de estudio	69

Recogida de Información	70
Variables de estudio.....	71
Análisis Estadístico	77
RESULTADOS	78
RESULTADOS	79
Características de la muestra	79
Información recibida para el Consentimiento Informado	79
Estudio de la Ansiedad.....	81
Análisis de la capacidad de afrontamiento.....	83
DISCUSIÓN	120
DISCUSION	121
Sobre el consentimiento informado	121
Sobre la ansiedad.....	126
Capacidad de afrontamiento prequirúrgico	132
Evolución postoperatoria.....	138
CONCLUSIONES.....	141
REFERENCIAS BIBLIOGRÁFICAS.....	144
Referencias Bibliográficas	145
ANEXOS.....	160

REVISIÓN DOCTRINAL

Introducción

El consentimiento informado es un concepto relativamente nuevo. Hasta los primeros años del siglo XX, los médicos consideraban el acuerdo tácito por parte del paciente a someterse a un procedimiento, pero no el consentimiento como autorización informada y escrita de los mismos. El médico actuaba indicando unos cuidados específicos en base al conocimiento adquirido, pero sin el consentimiento escrito e informado por parte de sus pacientes (Mendelson, 1996).

En la década de los cincuenta, cuando los derechos de los consumidores fueron interpretados como libertad individual y autonomía surgió el concepto de consentimiento informado.

Diversos procesos judiciales en EEUU han ido definiendo la teoría del Consentimiento Informado estableciendo el término de persona o paciente razonable como aquella que requiere información de todo su proceso y de los procedimientos a realizar a fin de poder tomar una decisión consentida e informada.

Pero la mayoría de nuestros pacientes firman documentos que apenas han leído y en muchas ocasiones casi no han comprendido o no quieren saber los riesgos que comporta el procedimiento diagnóstico o terapéutico a realizar.

Por esto se debe considerar el perfil de subjetividad individual que engloba las necesidades y particularidades de cada paciente. Aunque este resulte difícil de usar a nivel legal permite establecer el nivel ideal de información. Utilizando dicho perfil, se podría determinar el nivel de información que sobre su proceso, el paciente prefiere conocer (Waisell y Truog, 1997)

Los anestesiólogos deberían considerar la necesidad de conseguir el consentimiento informado tanto desde el punto de vista legal como desde el punto de vista ético y práctico, convirtiendo al paciente en colaborador terapéutico. El consentimiento informado se nos convertiría así en una estrategia de doble finalidad: reducir el número

de demandas judiciales y conseguir la participación activa del paciente en el procedimiento diagnóstico o terapéutico (Hirs, 1995)

Aun desde una perspectiva práctica y siguiendo a Beauchamps (2011) el ideal de una completa información y conocimiento por parte del paciente podrá ser sustituida por una información suficiente y relevante y adaptada a su perfil subjetivo.

El recuerdo de la información proporcionada al paciente, si se valora posteriormente, puede verse influido de manera adversa por diversos factores, entre ellos una información insuficiente, información rápida y no comprensible, con exceso de terminología médica (Byrne, Napier y Cuschieri, 1998; Donovan-Kicken et al, 2013). Aunque también existen otros condicionantes que influyen de manera directa en el grado de información obtenido y plasmado en la firma del consentimiento informado y que son de carácter personal, tales como edad, nivel de educación o la atención que se presta a la información (Cassileth, 1980)

El presente trabajo pretende conocer el grado de información y comprensión de nuestros pacientes ante el proceso operatorio a que van a ser sometidos. Así mismo se intenta evaluar la ansiedad y el grado de afrontamiento con que se enfrentan a dicho proceso y su repercusión en el postoperatorio inmediato

Morbilidad anestésica. Valoración del riesgo

El riesgo forma parte de nuestra vida. Desde el punto de vista de la medicina y de la salud individual y pública, el riesgo se asocia al sentido de probabilidad. la probabilidad de que acontezca algo malo para nuestra salud.

El riesgo en anestesia tiene unas características particulares debido por una parte a su estrecha relación con el propio de la cirugía y por otra al propio carácter finalista de la especialidad que no tiene un objetivo terapéutico propio sino que casi siempre se realiza para llevar a cabo otras intervenciones que si tienen finalidad curativa o preventiva

Sin embargo el anestesiólogo, además de tener insensible al paciente durante el acto quirúrgico evitando los estímulos dolorosos, deberá mantener la homeostasis utilizando técnicas de monitorización cruentas, administrar varios fármacos anestésicos y no anestésicos a veces inseguros, efectuar transfusiones u otros líquidos y en definitiva prevenir o corregir los desequilibrios que puedan surgir durante las intervenciones. Todo ello conlleva cierto grado de morbimortalidad. El desconocimiento de estos hechos hace que a veces el riesgo anestésico se infravalore o que en otras se hipertrofie llegando a confundirse al asimilarlo con el riesgo de la propia operación

Valgan estas primeras líneas como homenaje a William Morton que ejecutó por primera vez el acto anestésico administrando éter sulfúrico y a James Simpson que introdujo el cloroformo como producto anestésico en clínica humana y a John Snow al que se considera el padre de la epidemiología y que estudia la mortalidad por el cloroformo. Precisamente la muerte sorprendió a este último de manera súbita cuando escribía su último libro: "Sobre el cloroformo y otros anestésicos" debido al parecer a una hemorragia cerebral acontecida cuando acababa de escribir la palabra "exit" (Armijo Rojas, 1974)

Desde 1846, cuando se utiliza por primera vez el éter sulfúrico, la historia de la anestesia ha pasado por muchas vicisitudes, la mayoría de las cuales se pueden calificar de históricas, tales como la anestesia epidural con procaina o novocaína, la

administración de pentotal intravenoso y con ello la profesionalización de la especialidad en 1943, o el descubrimiento del halotano, sintetizado en Inglaterra por el español Reventos.

En todas estas etapas se ha discutido sobre la bondad o el efecto pernicioso de la anestesia, aunque quizás, y tratando de buscar la evidencia científica, el punto de partida de la evaluación del riesgo anestésico habría que situarlo en 1.944, cuando Trent y Gaster, tras la revisión de más de 54.000 historias de anestesia, señalan 27 muertes directamente atribuibles a la anestesia, lo que hace una tasa de mortalidad de aproximadamente 5 casos por cada 10.000 intervenciones. Posteriormente otros estudios señalan diferentes tasas de mortalidad con mayor o menor rigor metodológico, pero casi son unánimes al señalar que el riesgo anestésico depende de la gravedad del paciente y del tipo de anestesia, más para la general que para la epidural.

En la actualidad y en la revisión que hace el Prof. D. Raimundo Carlos García (2005), en su discurso de recepción como académico de número de la Real Academia de Medicina de Granada, destaca la gran variabilidad de las tasas registradas, que se justifica por la gran variabilidad de los pacientes, el diferente tipo de cirugía e incluso el diferente periodo en el que ésta se lleva a cabo. Basta decir que en la década de los 60 el riesgo se estimaba en un caso por cada 10.000 anestésias y hoy se calcula que la probabilidad de tener un problema serio durante la anestesia es de un caso por cada 100.000 anestésias (Sanchez de la Cuesta , 2005).

De un modo general podemos decir que el riesgo anestésico depende de tres factores básicos: el estado del paciente, las características de la cirugía y el propio proceso anestésico, que va desde la evaluación preoperatoria hasta el postoperatorio, hasta que el paciente recupere y mantenga en estabilidad sus funciones vitales sin necesidad de ningún soporte físico o farmacológico.

El estado del paciente se evalúa según los parámetros establecidos por la Sociedad Americana de Anestesiólogos, lo que venimos conociendo como riesgo ASA, que en función de la gravedad se clasifica en cinco grados de menor a mayor gravedad. El ASA se considera como buen predictor de la mortalidad postoperatoria, pero como

predictor de la causa anestésica tiene un valor relativo, ya que valora de modo subjetivo el estado físico del paciente y no contempla otros aspectos tales como la edad, con mayor riesgo en las edades extremos de la vida (Braz et al, 2009; Keenan y Boyan, 1985; Gibbs, 2013), la presencia de anomalías que no repercuten en el estado físico del paciente, o el tipo de cirugía que se realiza.

Las enfermedades cardiovasculares y respiratorias suponen un riesgo adicional debido a que el margen de seguridad del acto anestésico se estrecha considerablemente cuando la capacidad funcional de estos dos sistemas se encuentra reducida (Goldman et al, 1977, Detsky et al, 1986; Serejo et al, 2007)

Determinadas circunstancias operatorias también pueden propiciar complicaciones anestésicas, como el momento y circunstancias en el que la cirugía se lleva a cabo (mayor riesgo para la cirugía de urgencia), o la duración de la intervención, fundamentalmente en lo que respecta a las complicaciones respiratorias (McLister et al, 2005) o el lugar anatómico sobre el que se interviene, en relación al que se han establecido tres niveles de riesgo, excluidas las operaciones cardíacas, el más alto para la cirugía aórtica u otras con grandes pérdidas hematólogicas, el grado intermedio para la cirugía intratorácica o abdominal y el más bajo para las cirugías endoscópicas y superficiales (Eagle et al, 2002)

Como se ha podido comprobar las graves complicaciones que surgen en el enfermo operado rara vez tienen su origen en el acto anestésico. Cooper et al (2002) se plantean estudiar la morbilidad anestésica mediante la técnica del análisis de incidentes críticos o, lo que es lo mismo, el resultado desfavorable que va desde la simple prolongación de la estancia hasta la muerte del enfermo (Cooper, Newbower, y Kitz, 1984). El mismo sentido pero con diferente metodología lo presenta el denominado CLOSED CLAIMS PROJET (proyecto de demandas cerradas), en el que se estudiaron 5.480 expedientes producidos en más de 20 años y derivados de daños anestésicos, con objeto de determinar la naturaleza y la causa de las complicaciones denunciadas. El análisis de los datos, llevado a cabo por prestigiosos anestesiólogos, dio lugar a conocer no solo la incidencia de tales complicaciones, sino ante todo a esclarecer sus causas y sentar las bases para su prevención. Así se ha podido determinar que el manejo impropio de la

vía aérea constituye la primera causa de morbilidad anestésica (Caplan et al, 1990; Kawashima et al, 2003).

También se ha determinado que las complicaciones anestésicas tienen su origen en un error humano en un 70% de los casos, pero el resto son consecuencia de la variable respuesta de los pacientes a estímulos o a fármacos de distinto tipo que se administran, sin olvidar las reacciones anómalas o idiosincrásicas que se presentan a veces en determinados individuos, portadores de alteraciones orgánicas o funcionales sin manifestación clínica que pueda predecir tal comportamiento (Keats, 1979)

Se puede decir que las investigaciones sobre morbilidad anestésica desarrolladas en los últimos años han demostrado que detrás de la mayoría de las complicaciones estrictamente anestésicas hay un error humano o un fallo tecnológico propiciado por un mal funcionamiento de los sistemas sanitarios. Sin duda, estos actos erróneos han decrecido en los últimos años y con ello el número y la gravedad de las complicaciones anestésicas, lo que permite afirmar con el Instituto de Medicina de los Estados Unidos que *"la anestesia es un área en la cual se han dado los mayores avances en seguridad"* (Kohn y Donalson, 1999)

Esta seguridad compartida por casi todos los profesionales no se percibe en el ámbito profano. Es probable que esto sea así porque la tasación que estos últimos hacen del riesgo anestésico este modulada por distintos condicionantes personales y ambientales (Slovic, 1992) Los sociólogos en general apuntan la idea de que se aceptan peor los riesgos de baja frecuencia y gran peligrosidad que los que se presentan con una mayor incidencia, pero con menor gravedad. Así mismo se aceptan mejor aquellos riesgos que el individuo puede controlar que los que no. Algo similar ocurre cuando los riesgos se asumen de manera voluntaria respecto a cuándo nos son impuestos. También influye en la percepción del riesgo la inmediatez de su presentación o la familiaridad que se tenga con él, en individuos que han sufrido diversas intervenciones de mayor o menor gravedad, la percepción de riesgo se va atenuando de manera progresiva. Otros factores de carácter personal a considerar serían la orientación psicológica hacia el riesgo, la actitud más o menos optimista, la facilidad para recordar o imaginar un suceso adverso y la emotividad que ello suscita, las creencias arraigadas o el exceso de

confianza.

Además de la edad, sexo y la condición sociocultural, influyen factores de naturaleza sociológica como la cobertura mediática ofrecida por los medios de comunicación, u otros grupos de presión, que en función de sus intereses pueden incrementar o disminuir la sensación de un riesgo determinado (Mavridou et al, 2013).

Todos estos factores o circunstancias variables que modulan la percepción de los riesgos en general, son de aplicación al caso del riesgo anestésico y han determinado que la visión de esta haya ido cambiando a lo largo del tiempo.

En conclusión, se puede afirmar que el riesgo anestésico no es bien valorado por los pacientes que se someten a distintas intervenciones quirúrgicas. Por ello es trascendente el papel de comunicador que el anestesiólogo tiene respecto a sus pacientes, quienes tienen el derecho de conocer todas las vicisitudes a las que pueden verse sometidos para contraponerlas con los beneficios de cualquier intervención y, de esta manera, adoptar una decisión consciente sobre la ejecución o no de la misma.

Una buena comunicación con los pacientes antes de anestesia es una excelente manera de disipar dudas, reducir miedos y ganar confianza. El anestesiólogo se nos presenta como aquél médico que con sus conocimientos científicos y técnicos procura que la intervención quirúrgica, o de cualquier otra naturaleza, transcurra con los mayores índices de seguridad.

Por tanto, es de la mayor importancia que el paciente esté bien informado sobre su proceso anestésico y quirúrgico. Proporcionar una información fiable mejora las condiciones para el proceso y posibilita que el individuo asuma sus propios cuidados. El anestesiólogo debe informar a sus pacientes acerca de su próxima anestesia, pero no siempre conoce el grado en que el paciente entiende los términos médicos que se utilizan (Hume, Kennedy y Asbury, 1994)

Los anesthesiólogos son a menudo *los médicos desconocidos*, donde su quehacer y, especialmente su vocabulario, es poco familiar. La información que aumenta el conocimiento del paciente sobre el papel del anestesista contribuirá a adecuar la

imagen de la especialidad.

La visita pre-quirúrgica es fundamental pues proporciona información, ayuda a resolver dudas no resueltas en la consulta de anestesia y sobretodo contribuye a mitigar el miedo y la ansiedad. La visita con el anestesiólogo puede ser más beneficiosa que una pre medicación para reducir la ansiedad (Snyder-Ramos, 2005)

Klafta y Roizen (1996) consideran que la visita preoperatoria tiene seis propósitos:

- Adecuar y entender la predisposición del paciente a la anestesia y cirugía
- Escoger el tipo de anestesia y educar al paciente hacia una técnica anestésica adecuada
- Disminuir la ansiedad del paciente
- Proponer tratamiento postquirúrgico para el dolor
- Disminuir costes al disminuir estancia hospitalaria
- Obtener el consentimiento informado del paciente

La ansiedad y el miedo son consecuencias inevitables de una pobre comunicación entre el médico y el enfermo. Para algunos pacientes el medio a lo desconocido produce más ansiedad que el total conocimiento de la enfermedad, "*no news is bad news*", No tener noticias es señal de malas noticias

Consentimiento Informado: Derecho del Paciente, Deber del Profesional y Principio Terapéutico

La nueva Ley básica reguladora de la autonomía del paciente y de derechos y obligaciones en materia de información y documentación clínica 41/2002, refuerza y consolida la necesidad de informar al paciente sobre las consecuencias y alternativas de su proceso. Dar información no sólo es una cuestión ética sino también legal (Dustan, Kark y Burnum, 1984). La información debe ser oral y escrita. El consentimiento informado (CI) da testimonio escrito de la información recibida.

El CI, legalmente obligatorio desde 1986 para determinados procedimientos médicos, como es el acto anestésico, ha sido percibido por muchos pacientes como un documento exculpatorio para el profesional, en virtud del cual éste no sería responsable de las complicaciones descritas en el mismo, cuando en realidad, el consentimiento informado pretende garantizar que el paciente recibe información sobre su proceso. No obstante es preciso plantearse si la información que consta en el CI es realmente la información adecuada, y lo que es más, si se consigue o no una comunicación efectiva. Informar no es comunicar.

El consentimiento informado es definido por la propia Ley 41/2002 en su artículo 3 como “la conformidad libre, voluntaria y consciente de un paciente, manifestada en el pleno uso de sus facultades después de recibir la información adecuada, para que tenga lugar una actuación que afecte a su salud”.

Así el consentimiento informado se nos presenta como un derecho del paciente y de un deber por parte del profesional sanitario.

Este derecho a la autonomía del paciente se recoge expresamente en convenios internacionales que por haber sido firmados y ratificados por España, forman parte de nuestro ordenamiento jurídico (art. 96 de la Constitución Española), y deberán ser tenidos en cuenta en la interpretación de los derechos fundamentales regulados en nuestra Constitución (art. 10.2), en concreto los derechos a la vida e integridad física y moral (art. 15) y a la libertad de conciencia (art. 16). Estas normas internacionales son:

el Convenio de Oviedo de 4 de abril de 1997 del Consejo de Europa (arts. 5 y ss), y la Carta Europea de Derechos Humanos (art. 3.2).

La jurisprudencia del Tribunal Supremo ha catalogado el consentimiento informado como “un derecho humano fundamental (...). Derecho a la libertad personal, a decidir por sí mismo en lo atinente a la propia persona y a la propia vida y consecuencia de la auto disposición sobre el propio cuerpo”. Y entiende que es “consecuencia necesaria o explicitación de los clásicos derechos a la vida, a la integridad física y a la libertad de conciencia” (Sancho, 2004)

Propiamente, declara el Tribunal que, la imposición a una persona de una “asistencia médica en contra de su voluntad (...) constituiría una limitación vulneradora del derecho fundamental -a la integridad física y moral (art. 15 de la Constitución)-, a no ser que tenga justificación constitucional”. Por la misma razón se podría extender el supuesto de hecho a los casos en los que la asistencia médica se ha practicado sin recabar el consentimiento informado del paciente, o con un consentimiento viciado por falta o defecto de información. En estos casos se afectaría también el derecho a la integridad aunque, lógicamente, su gravedad sería menor que si la actuación médica se hiciera en contra de la voluntad del paciente.

Con carácter general, el art. 8 de la Ley 41/2002 previene que “toda actuación en el ámbito de la salud de un paciente necesita el consentimiento libre y voluntario del afectado”. La ley define el supuesto de hecho en términos muy amplios “en toda actuación médica”, por lo que en principio no excluye ninguna, pero su cumplimiento variará dependiendo de la importancia de la actuación médica. Si esta no encierra riesgo, se cumplirá con naturalidad, de forma oral, y sin especiales formalidades. Sólo si la actuación médica supone una intervención o un procedimiento invasivo, que encierre un riesgo para el paciente, la información previa y el consentimiento deben prestarse de una forma completa y clara que no deje lugar a duda.

Por tanto esta información habrá de ser exhaustiva, suficiente correcta, veraz y leal, y realizada de forma clara y comprensible para el enfermo o los familiares que deben prestar el consentimiento en su representación.

Los defectos en esta información dan lugar a que de prestarse el consentimiento este se encuentre viciado, al no conocer el paciente las consecuencias de la intervención, los riesgos y las contraindicaciones. Es un consentimiento prestado sin conocimiento de causa y, por ello, ineficaz. Se trataría de un consentimiento desinformado, como lo califica en ocasiones la jurisprudencia

Como señala Sancho (2004) La presentación de la información, por regla general será de forma oral, aunque no se dice si el consentimiento debe ser expreso o tácito. Aplicando la doctrina general sobre la voluntad en la perfección de los negocios y la teoría de los actos propios, debe entenderse que los actos concluyentes de consentir en el tratamiento o intervención, bastarán para considerar cumplido el requisito del consentimiento informado. Aunque estos actos deben ser concluyentes de que prestó su consentimiento con conocimiento de causa.

La especialidad es la necesidad de transcribir por escrito el consentimiento, en los siguientes casos:

- Intervención quirúrgica
- Procedimientos diagnósticos y terapéuticos invasores
- Y, en general, aplicación de los procedimientos que suponen riesgos o inconvenientes de notoria y previsible repercusión negativa sobre la salud del paciente.

El consentimiento informado trae consigo la asunción por el paciente de los riesgos y consecuencias inherentes o asociados a la intervención autorizada (Morrow, 1980); pero no excluye la responsabilidad médica por daños imputables a una actuación negligente del facultativo o al mal funcionamiento del centro o servicio médico.

Es por ello que la falta de conocimiento, derivado de una ausencia de consentimiento informado, puede valorarse como un daño moral grave en sí mismo, distinto y ajeno al daño corporal derivado en la intervención.

Por último la prestación del consentimiento será realizada por el propio paciente

cuando este esté capacitado u otorgada por representación en caso de menores de edad, sin juicio suficiente, o mayores incapacitados judicialmente, o aquellos que no tengan capacidad real.

Según señala Idoate (1994) es necesaria la comprobación de lo explicado para tener la certeza de lo comprendido por el paciente. De la misma forma es preciso el estudio de la comprensibilidad y legibilidad del documento del consentimiento informado. El formulario escrito debe ser tenido como un documento de apoyo a la información (Simon, 1993) pero para que así sea, el documento debe ser comprensible. En el mundo anglosajón se han hecho estudios para comprobar la comprensibilidad del formulario del consentimiento informado (Gray et al, 1978; Morrow, 1980; Baker y Taub, 1983; Sand et al, 2012), pero en los países de lengua castellana se han hecho pocos estudios sobre la comprensibilidad de tales escritos (Navarro et al, 2002; Idoate, 2000).

Para establecer la legibilidad, la mayoría de los investigadores utilizan las fórmulas establecidas en 1978 por Grunder. Otros estudios utilizan las fórmulas de Flesch (Farr y Jenkins, 1949) o de Fry (1977) para obtener una valoración numérica que permita clasificar un escrito como fácil (que llegue a mucha gente) o muy difícil (que correspondería al de una revista especializada). Sin embargo, la transposición al castellano de las puntuaciones no es posible en el caso de la de Fry (debido a la implicación del nivel cultural de la sociedad americana), y sólo con grandes modificaciones (por lo tanto totalmente experimental) en el caso de Flesch (Paasche-Orlow, Taylor y Brancati, 2007).

Existe una tercera forma de evaluar un escrito, y es utilizando la fórmula de SMOG, que está basada en que a mayor número de polisílabos, mayor dificultad para leer y comprender lo escrito (Hedman, 2008).

La ya citada Ley 41/2002, regula el contenido de la información en su artículo 4.1 “ *la finalidad y la naturaleza de cada intervención, sus riesgos y sus consecuencias*” y la completa en el artículo 10 que señala la información básica que ha de suministrarse al paciente: “*las consecuencias relevantes o de importancia que la intervención origina con seguridad, los riesgos relacionados con las circunstancias personales o*

profesionales del paciente, los riesgos probables en condiciones normales, conforme a la experiencia y al estado de la ciencia o directamente relacionados con el tipo de intervención y las contraindicaciones”.

En todo caso la información está en función del consentimiento. Para que este sea prestado libremente y con conocimiento de causa es preciso que el enfermo conozca lo esencial y en términos que le sean fácilmente comprensibles y que le permitan libremente optar por las diversas alternativas ofrecidas, incluida la no intervención. Esta información se suministra en términos de probabilidad, ya que no puede haber certeza de las consecuencias derivadas de cada una de las opciones. Por el contrario, una información desproporcionada o en términos incomprensibles para el paciente puede provocar su embotamiento, incrementar su estado de ansiedad y disminuir su capacidad de afrontamiento, lo que pudiera llevar a una situación en la que la información pudiera ser perjudicial.

En Andalucía, la Orden de 8 de julio de 2009 de la Consejería de Salud dicta instrucciones a los Centros del Sistema Sanitario Público de Andalucía en relación al procedimiento de Consentimiento Informado.

El Consentimiento Informado es un proceso de información dirigido al paciente o persona usuaria del sistema sanitario, expresado de manera verbal por regla general, salvo en los casos legalmente exigidos para que se preste de forma escrita, pero que en cualquier caso ha de tener un reflejo documental en la historia clínica y que responde a un desarrollo práctico fundamental del principio de autonomía, en relación a potenciar el desarrollo efectivo de los derechos de la ciudadanía. Estos aspectos están regulados en la Ley 41/2002, de 14 de noviembre, básica reguladora de la autonomía del paciente y de derechos y obligaciones en materia de información y documentación clínica.

La Comisión Autónoma de Ética e Investigación Sanitarias es el órgano consultivo de participación y asistencia en materia de ética e investigación sanitarias de la Consejería de Salud, creado por el Decreto 232/2002, de 17 de septiembre, por el que se regulan los órganos de ética e investigación sanitarias y los de ensayos clínicos en Andalucía.

Entre los objetivos de dicha Comisión está el promover la adopción de medidas adecuadas para velar por la garantía de los derechos de la ciudadanía, en aspectos relacionados con la aplicación de la medicina y la investigación y fomentar la bioética en la actividad asistencial.

En reunión ordinaria, celebrada el 18 de diciembre de 2007, la Comisión Autonómica de Ética e Investigación Sanitaria acordó, por unanimidad, trasladar a la Consejería de Salud una serie de Recomendaciones relacionadas con el procedimiento de consentimiento informado, atendiendo a un nuevo modelo de relación clínica con quien es paciente del Sistema Sanitario Público de Andalucía. En su virtud, de conformidad con lo establecido en el artículo 98.2 de la Ley 9/2007, de 22 de octubre, de la Administración de la Junta de Andalucía y a propuesta de la Comisión Autonómica de Ética e Investigaciones Sanitarias, se procede a dictar las siguientes

INSTRUCCIONES

Primera. Sobre el procedimiento General de Consentimiento Informado.

1. Antes de realizar una actuación o intervención en el ámbito de la sanidad es preciso obtener el consentimiento libre, voluntario e informado de las personas que vayan a recibirla. No puede haber actividad sanitaria que no vaya precedida de un proceso de información y consentimiento, salvo en los supuestos excepcionales reconocidos en la legislación vigente y recogidos en el apartado 13 de esta Instrucción.

2. Al ser el Consentimiento Informado un proceso comunicativo y participativo de carácter verbal, que se realiza en el seno de la relación profesional-paciente. Siempre debe dejarse constancia escrita de los aspectos fundamentales de este proceso de información en la Historia Clínica, como se hace con todos los demás aspectos de la actividad asistencial.

3. La cantidad de información proporcionada a la persona paciente o usuaria del sistema sanitario debe ser la adecuada a sus necesidades y nivel de comprensión, de tal forma que pueda decidir libremente. Esto exige del personal sanitario una actitud

activa de exploración expresa de dichas necesidades en el contexto de la relación sanitaria.

4. La oferta explícita de información, abarcará, como mínimo, aspectos relacionados con las circunstancias de la indicación, la manera en que se realizará el procedimiento, los beneficios esperados y los riesgos en función de las características específicas de la persona, del estado actual del conocimiento científico y del centro donde se va a realizar la intervención. También será informado de los riesgos derivados de la no realización del procedimiento así como de las alternativas que en su caso existieran.

5. La información debe comunicarse a la persona interesada de forma comprensible, evitando en lo posible el uso de tecnicismos, de tal forma que, sin menoscabar la veracidad científica, se optimice al mismo tiempo la comunicación efectiva. El uso complementario de soportes audiovisuales, informáticos o herramientas de ayuda a la toma de decisiones es altamente recomendable.

6. La obligación de ofrecer información alcanza a todo el personal que participe en el proceso de atención a la persona paciente o usuaria del sistema sanitario, aunque limitada a su ámbito de competencia y grado de cualificación y participación. Quien debe asegurar que el proceso de Consentimiento Informado ha sido correctamente realizado será quien lleve efectivamente a cabo la intervención o actuación.

7. Ha de respetarse la voluntad de la persona paciente o usuaria de no ser informada. Sin embargo, este derecho a no ser informada está limitado excepcionalmente por el interés de la salud de la propia persona, de terceros, de la colectividad y por las exigencias terapéuticas del caso. Cuando quien es paciente del sistema sanitario manifieste expresamente su deseo de no recibir información, se respetará su voluntad haciendo constar su renuncia documentalmente, sin perjuicio de la obtención de su consentimiento previo para la intervención.

8. Quienes sean pacientes o personas usuarias del sistema sanitario tienen derecho a decidir libremente, después de recibir la información adecuada, entre las opciones clínicas disponibles. Esa decisión puede ser la de negarse a que se le realice la intervención o actuación propuesta, salvo en las situaciones excepcionales

contempladas en la legislación vigente. Dicha negativa deberá ser registrada por escrito.

9. La persona que vaya a ser atendida es el titular del derecho a la información y la única reconocida para otorgar, de forma voluntaria, su consentimiento a la intervención propuesta. Cuando esta persona no sea capaz de tomar decisiones, a criterio del profesional sanitario responsable de la asistencia, o su estado físico o psíquico no le permita hacerse cargo de su situación, se otorgará el consentimiento por representación. No obstante, el personal sanitario podrá llevar a cabo las intervenciones clínicas necesarias e indispensables a favor de la salud de las personas, sin necesidad de contar con su consentimiento, cuando exista un riesgo para la salud pública a causa de razones sanitarias establecidas en la Ley, o cuando exista un riesgo inmediato y grave para la integridad física o psíquica de la propia persona, de acuerdo con lo dispuesto en el apartado 13 de la presente Instrucción.

10. La prestación del consentimiento emitido por representación habrá de ser adecuada a las circunstancias y proporcionada a las necesidades que haya que atender, siempre a favor de la persona enferma y con respeto a su dignidad personal. En caso de existir declaración de voluntad vital anticipada esta prevalecerá sobre la opinión y las indicaciones que puedan ser realizadas por sus familiares, allegados o, en su caso, por quien haya sido designado representante por el autor de la declaración y por el personal sanitario que participen en su atención.

11. En cualquier caso, la persona paciente o usuaria del sistema sanitario, deberá ser siempre informada de modo adecuado a sus posibilidades de comprensión y participará en el proceso de toma de decisiones en la medida de sus posibilidades.

12. También tendrá derecho a revocar el consentimiento otorgado sin obligación de argumentar los motivos que le llevan a esta decisión. La revocación deberá ser expresa por escrito y rubricada por la persona interesada.

13. De conformidad con lo dispuesto en el artículo 9.2 de la Ley 41/2002, de 14 de noviembre, básica reguladora de la autonomía del paciente y de derechos y obligaciones en materia de información y documentación clínica, los profesionales

podrán llevar a cabo las intervenciones clínicas indispensables a favor de la salud del paciente, sin necesidad de contar con su consentimiento, excepcionalmente en los siguientes casos:

a) Cuando existe riesgo para la salud pública a causa de razones sanitarias establecidas por la Ley. En todo caso, una vez adoptadas las medidas pertinentes, de conformidad con lo establecido en la Ley Orgánica 3/1986, se comunicarán a la autoridad judicial en el plazo máximo de 24 horas siempre que dispongan el internamiento obligatorio de personas.

b) Cuando existe riesgo inmediato grave para la integridad física o psíquica del enfermo y no es posible conseguir su autorización, consultando, cuando las circunstancias lo permitan, lo dispuesto en su declaración de Voluntad Vital Anticipada, y si no existiera esta, a sus familiares o a las personas vinculadas de hecho a él.

Segunda. Sobre el Consentimiento Informado expresado de forma escrita.

1. De conformidad con lo establecido en el artículo 8.2 de la Ley 41/2002, de 14 de noviembre, básica reguladora de la autonomía del paciente y de derechos y obligaciones en materia de información y documentación clínica, el consentimiento será verbal por regla general; pero establecen aquellos casos en los que será necesario recoger por escrito el consentimiento informado.

2. Por consentimiento informado escrito se entiende aquel que es expresado de forma escrita, quedando plasmado en un documento específico que recoge tanto la información clínica suministrada a la persona enferma o a su representante, como su conformidad a la intervención o actuación clínica a realizar. Este documento se conoce como formulario escrito de consentimiento informado.

3. El consentimiento informado por escrito se prestará en el modelo de formulario recogido en el Anexo a la presente Instrucción.

4. La utilización de este formulario no excluye la información verbal, sino que es complementaria de esta, de tal manera que pueda asegurarse que el proceso comunicativo y de toma de decisiones ha sido realizado con la mayor calidad.

5. Una vez concluido el procedimiento para recabar el consentimiento escrito, se le entregará a la persona interesada una copia del formulario, quedando archivado el original en la historia clínica, independientemente del soporte en el que se contenga.

Ansiedad Prequirurgica

En una intervención quirúrgica se produce, en distinta medida, ansiedad y estrés. Si lo hace en grado medio, se potencia un estado de alerta positivo que actúa como activador y motivador de la acción; pero si sobrepasa el umbral, desencadena aspectos negativos de la ansiedad que repercuten en la evolución y recuperación del post-operatorio.

Podemos considerar desde un punto de vista médico general que la ansiedad es una actitud de alerta excesiva que se expresa tanto en el plano psico-relacional como vegetativo-somático. Es posible distinguir por tanto, dos aspectos de la ansiedad: la ansiedad-estado y la ansiedad-rasgo (Spielberg, 2008)

Spielberg refiere que la ansiedad es un concepto plural o multidisciplinar y puede constituir por tanto un trastorno clínico, un síntoma acompañante de otros trastornos, así como una característica de personalidad que nos hace diferencialmente susceptibles a experimentarla, pudiéndose puntualizar las diferencias de la misma en la ansiedad-estado (A-E), la que se puede experimentar ante determinadas situaciones o hechos y la ansiedad-rasgo (A-R), cuando nos referimos a ella como característica de personalidad. (Spielberg, 2008)

La ansiedad-estado (A-E) está considerada como un estado o condición emocional transitoria del organismo humano, que se caracteriza por sentimientos subjetivos, conscientemente percibidos de tensión y aprensión, así como por una hiperactividad del sistema nervioso autónomo. Puede variar con el tiempo y fluctuar en intensidad.

La ansiedad-rasgo (A-R) expresa una propensión ansiosa relativamente estable, por la que difieren los sujetos en su percepción de las situaciones como amenazadoras y que consecuentemente eleva su ansiedad-estado.

En general se acepta que a mayor A-R habrá mayor A-E, relación directamente proporcional, lógico porque los A-R positivos consideran mayor número de situaciones como amenazadoras. Sin embargo, el hecho de que las personas que difieren en A-R

muestran diferencias en A-E depende del grado en que la situación específica es percibida por un determinado individuo como peligrosa o amenazadora, estando todo ello muy influido por las particulares experiencias pasadas.

Los pacientes necesitan información general sobre la anestesia y sobre su proceso, ya que esta información disipa las dudas y minimiza la ansiedad, objetivo primordial de la anestesia (Lee y Gin, 2005). La ansiedad ante una intervención quirúrgica puede influir sobre la inducción y recuperación del paciente, así como sobre la satisfacción del paciente con los cuidados anestésicos perioperatorios (Kindler et al, 2000).

En la literatura científica encontramos diferentes estudios descriptivos que demuestran la importancia de las medidas cuantitativas de la ansiedad del paciente mediante escalas como la EVA -Escala Visual Analógica- (Huskisson, 1974; Maurice-Szamburski, 2013), ó STAI (Spielberger, 2008), así como la determinación de los miedos más frecuentes (Matthey, Finucane y Finegan 2001; Maurice-Szamburski et al, 2013). De hecho uno de los objetivos de la valoración pre-anestésica es reducir el miedo y la ansiedad, ya que al menos uno de cada tres pacientes presenta malestar psicológico, por lo que deberían tomarse las medidas oportunas para una mejora de la calidad (Beydon y Emmanuel, 2007; Van Den Bosch, 2005).

El miedo y la ansiedad son dos emociones diferentes, pero con características comunes. La especie humana es la más miedosa por su desarrollada propensión a ser previsor y sentir ansiedad. El miedo pertenece al sistema defensivo de la naturaleza, es un sentimiento, un balance constante de la situación. La percepción del peligro se vive como miedo, aunque muchos de estos miedos tienen difícil explicación por no saber muy bien de donde proceden. El miedo es el sentimiento desencadenado por la aparición del peligro pero la peligrosidad de una situación va a depender de la propia evaluación que realiza el sujeto. El miedo y la ansiedad pueden ser condicionados.

Un miedo patológico se corresponde con una alarma desmesurada, con umbrales de peligrosidad muy bajos, que se convierten con facilidad en pánico. Terminológicamente, se trata de un vocablo procedente del latín *metus*. La Real Academia Española (RAE) lo define como la perturbación angustiosa del ánimo por un riesgo o daño real o imaginario y en su segunda acepción, como recelo o aprensión

que alguien tiene de que le suceda algo contrario a lo que se desea. María Moliner también describe el miedo con una doble interpretación, el estado afectivo del que ve ante sí un peligro o ve en algo una causa posible de padecimiento o molestia para él, y/o como la creencia de que ocurrirá o puede ocurrir algo contrario a lo que se desea.

Como cabía esperar en ambos diccionarios encontramos semejanzas, no obstante, reclama nuestra atención la consulta realizada a diccionarios de terminología médica, en los que la palabra miedo ofrece escasos resultados.

En la Clasificación Internacional de las Enfermedades (CIE), el miedo, es la reacción emocional de alarma angustiante ante un peligro o ataque real.

A pesar de la riqueza del léxico, conlleva la dificultad de la definición de un sentimiento. La que más se aproxima al interés del presente trabajo es la de Marina (2006) *"un sujeto experimenta miedo cuando la presencia de un peligro le provoca un sentimiento desagradable, aversivo, inquieto, con activación del sistema nervioso autónomo, sensibilidad molesta en el sistema digestivo, respiratorio o cardiovascular, sentimiento de falta de control y puesta en práctica de alguno de los programas de afrontamiento: huida, lucha, inmovilidad, sumisión. El miedo es la ansiedad provocada por la anticipación de un peligro"*

La ansiedad es una sensación, un estado emocional que experimentan todos los individuos. No se sabe muy bien a qué se debe, ya que no existe un evento o estímulo específico relacionado, siendo esta una de las características que permite diferenciar la ansiedad del miedo.

Aparece cuando la persona se enfrenta a situaciones estresantes cotidianas, supone una señal de alerta que pone en marcha una serie de respuestas adaptativas que se pueden considerar respuestas naturales, y nos ofrecen la capacidad de huir o afrontar la situación (Kaplan y Sadock, 1999).

Las respuestas fisiológicas del organismo ante la ansiedad son muy similares a las del miedo. El miedo es una respuesta clara ante una amenaza concreta, que puede variar en intensidad. Si un individuo siente que su vida está en peligro, la respuesta

emocional natural del organismo será el miedo, en esos momentos ante la súbita producción de adrenalina el cerebro activará una movilización psicológica intensa en busca de una solución: afrontar o huir, si es posible. Sin embargo, en la ansiedad, la respuesta que se da no es tan inmediata ni tan intensa; lo que aparece es un conjunto de sensaciones difusas que impregnan el estado de ánimo y generan un sentimiento de incomodidad continuo y permanente, que ni llega pronto ni se va rápido (Varela, 2002).

En la ansiedad no hay un estímulo claro que la produzca, es un estado de aprehensión hacia algo impreciso. La sensación es incómoda y tiene que ver con un acontecimiento que puede suceder o está por suceder. Advierte de un peligro inminente y permite a la persona tomar medidas para prevenir la amenaza o reducir sus consecuencias

Cierto grado de ansiedad es deseable para el manejo normal de las exigencias de la vida cotidiana. Juega un papel muy necesario en la respuesta general de adaptación al estrés del individuo. La ansiedad normal es una respuesta motivada, con explicación cuantitativa y cualitativa, por el estímulo desencadenante. Es adaptativa, cumple una función siempre y cuando sea adecuada y proporcional al estímulo, es de utilidad para el individuo. Pero si rebasa cierto límite aparece una evidente sensación de malestar importante y desadapta al sujeto, en lugar de ajustarlo (Echevarría et al, 1997).

Podemos considerar que mientras el miedo es una emoción justificada, más elemental, incluso animal, la ansiedad es una emoción más racional, más compleja y en definitiva más humana.

El miedo y la ansiedad, son utilizados frecuentemente como sinónimos y esto genera confusión. Sin embargo, no se trata de procesos idénticos, ya que el miedo puede causar ansiedad, pero la ansiedad no es la causante del miedo. No obstante, en la revisión literaria realizada encontramos múltiples ejemplos de investigadores, que en sus estudios no diferencian entre ansiedad y miedo, para referirse al estado emocional del individuo (Schiff et al, 2008)

Esta iteración aparece al considerar al miedo y a la ansiedad como emociones, con una respuesta similar de adaptación o afrontamiento, la misma respuesta neurofisiológica,

idénticas reacciones físicas, motoras y de secreción hormonal y que se presentan de forma conjunta o independiente, en el individuo que va a ser sometido a una intervención quirúrgica.

La preparación psicológica de los pacientes quirúrgicos no solo supone un beneficio humano al disminuir la ansiedad, el dolor y otras complicaciones perioperatorias, sino también un beneficio económico al reducir la estancia hospitalaria, siendo esta una de las funciones primordiales de la consulta de preanestesia. Varios autores han comprobado que los pacientes más optimistas fueron los que necesitaron menos días para ser dados de alta y para volver a sus actividades cotidianas, asimismo fueron los que presentaron mayor calidad de vida tras la intervención (Scheier et al, 1989). Por el contrario la ansiedad prequirúrgica puede afectar a diferentes indicadores de recuperación como dolor, toma de analgésicos y sedantes, la adaptación psicológica, duración de la estancia hospitalaria, las náuseas, la frecuencia cardíaca, la temperatura corporal, o la presión sanguínea.

Algunas hipótesis y datos a este respecto apuntan hacia la existencia de dos tipos de mecanismos para explicar esta influencia: los conductuales y los fisiológicos.

Muchos de los indicadores de recuperación que hemos ido mencionando pueden depender, en gran medida, del comportamiento del enfermo, por ejemplo, la toma de analgésicos y sedantes. Quizás los pacientes ansiosos son los que más se quejan y por ello reciben más analgésicos.

Otro indicador para el que se podría pensar que depende, en cierta medida, del comportamiento del paciente es la duración de la estancia hospitalaria. Es posible que los pacientes con más ansiedad sean los que manifiesten de forma más acusada sus preocupaciones sobre su estado, retrasando de esta forma la decisión de los médicos respecto al alta. Hay otros comportamientos que también pueden determinar, en parte, cómo será la convalecencia. Por ejemplo, es factible que la forma en que los enfermos siguen los consejos médicos influya sobre cómo se recuperan. A este respecto, se puede plantear la hipótesis de que los pacientes más nerviosos son los que peor siguen las instrucciones de los médicos y por ello son los que tardan más en recuperarse.

Partiendo de que la ansiedad corre paralela a una activación fisiológica de los sistemas autonómico, neuroendocrino e inmunitario (Valdés y de Flores, 1985), una segunda hipótesis es que la ansiedad afecta a la recuperación a través de esta activación. Aunque todavía son pocas las investigaciones que han intentado comprobar esta hipótesis, los resultados hallados parecen corroborarla. Por ejemplo, Holden-Lund (1988) llevó a cabo un estudio en el que la mitad de los pacientes, con el fin de reducir su ansiedad, practicaron la relajación y ejercicios de imaginación sobre la curación de la herida. Estos pacientes comparados con un grupo control, no sólo presentaron menos ansiedad sino que también presentaron niveles inferiores de cortisol y tuvieron menos eritemas en la herida. Podemos establecer la hipótesis de que la curación de la herida fue más fácil en el grupo experimental porque presentó menos niveles de cortisol debido, a su vez, a su menor ansiedad. Los trabajos de Linn, Linn y Klimas (1988), entre otros, corroboran igualmente la hipótesis de mediación fisiológica. En estos dos trabajos se pudo comprobar que los pacientes con más estrés prequirúrgico fueron los que tuvieron una respuesta inmunitaria inferior, e igualmente los que presentaron más complicaciones.

Los factores psicológicos, como la emotividad y la ansiedad, el miedo y la falta de sueño previos a la cirugía, son capaces de poner en marcha la respuesta neuroendocrina por la percepción de peligro, provocando un aumento de diversas hormonas de estrés el día anterior a la cirugía (Watkins y Glynn, 1981)

Además, el organismo responde a la agresión quirúrgica con un aumento del tono simpático (Cryer, 1980; Langer y Hicks, 1984) con un cambio en el patrón de secreción de numerosas hormonas y con alteraciones inmunológicas y homeostasis (Bardosi y Tekeres, 1985).

El dolor postoperatorio es otra de las causas involucradas en la respuesta endocrinometabólica del organismo a la agresión quirúrgica. Esta respuesta, que incluye la activación del sistema simpático y la estimulación del eje hipotálamo-hipofiso-suprarrenal, es el resultado de la estimulación nociceptiva directa vehiculizada por las fibras nerviosas correspondientes (Segawa et al, 1996). Además, la liberación de mediadores por los tejidos dañados y los macrófagos causa la estimulación de

sustancias hormonales, asociadas con la inflamación provocada por la lesión quirúrgica. Entre otras alteraciones endocrinas, Kehlet et al (1979) describen un aumento de ACTH y cortisol.

Las modificaciones fisiológicas consecutivas a la agresión, se consideran como la suma de los efectos del arco eferente de un reflejo neuroendocrino complejo. Reflejo que se inicia con una serie de estímulos, siendo los más importantes y precoces, el impulso nociceptivo que parte del lugar de la agresión y el impulso aferente, relacionado con los cambios de la volemia.

Los mecanismos y las vías neuronales que conducen a la respuesta endocrina de la agresión quirúrgica se conocen sólo a medias y resulta difícil identificar la parte de la respuesta debida a la anestesia y la parte debida a la cirugía.

Los impulsos nociceptivos que llegan a la médula espinal por fibras aferentes sensitivas somáticas, alcanzan la zona de Lissauer antes de establecer sinapsis en la sustancia gelatinosa y en las columnas dorsales.

Las fibras del dolor se entrecruzan y ascienden por el tracto espinoso-talámico para alcanzar el núcleo ventral posterior del tálamo y desde este lugar, las neuronas alcanzan la corteza (Raja, Meyer y Campbell, 1988). Esta información llega al hipotálamo que es el coordinador central de la respuesta endocrina.

En cada sinapsis de la vía nerviosa que transporta el mensaje nociceptivo intervienen controles de tipo inhibitor o facilitador y, por tanto, la información inicial puede encontrarse amplificada o atenuada. La última etapa en la transmisión nociceptiva es la percepción dolorosa, y al igual que el mensaje, puede propagarse a numerosas estructuras nerviosas, sin conducir necesariamente una sensación dolorosa proporcional a la intensidad del estímulo causal (Conseiller, 1988).

El patrón de la respuesta hormonal a la agresión quirúrgica, resulta de los reflejos fisiológicos iniciados por aspectos específicos de la lesión en sí.

Los estímulos son percibidos por receptores periféricos y centrales especializados, que traducen a señales neurales aferentes discretas que se transmiten al sistema nervioso

central (SNC) por vías específicas. Se integran con otras señales, originando un impulso eferente que determina la liberación de numerosas sustancias neuroendocrinas que actúan para conservar la homeostasis. La respuesta a una lesión la modulan diversos factores, como la edad del paciente, estado nutricional, enfermedad concurrente, fármacos e intensidad de la lesión quirúrgica (Traynor y Hall, 1981).

Cuando no existe una hemorragia importante, traumatismo o sepsis, las alteraciones de la homeostasis suelen ser pequeñas y la respuesta se dirige a un ajuste fino del medio interno. Sin embargo, si existe una lesión mayor, estímulos múltiples e intensos pueden iniciar varios reflejos y originar la liberación de sustancias que al parecer tienen por objeto restablecer el volumen circulante efectivo y proporcionar sustratos de energía importantes. Es decir, existen muchos otros factores que pueden amplificar la respuesta al estrés: la extensión de la lesión, desnutrición preoperatoria, hemorragia e hipovolemia, infección, etc. Cuando son exageradas, algunas de estas respuestas pueden tornarse perjudiciales (Hall y Desborough, 1996).

Los estímulos primarios de reflejos neuroendocrinos incluyen alteraciones en: volumen circulante efectivo, intercambio gaseoso, dolor, estímulos emocionales como miedo y ansiedad, sustratos de energía, temperatura y herida quirúrgica.

La traducción neuroendocrina de la agresión quirúrgica es la elevación de los niveles plasmáticos de las hormonas contrarreguladoras (glucagón, cortisol y catecolaminas), así como de la hormona del crecimiento, aldosterona, ACTH, prolactina y vasopresina. Elevaciones que representan la respuesta hipotalámica a los impulsos nociceptivos aferentes desde la zona quirúrgica y quizá reflejo de una serie de mecanismos humorales todavía por dilucidar.

En el proceso perioperatorio suceden situaciones que se pueden considerar como adversas y que influyen en la evolución más o menos tórpida del proceso quirúrgico tales como:

Miedo al dolor

El fenómeno doloroso puede contemplarse como una experiencia fundamentalmente emocional e integrada por dos componentes. Un componente físico, cuyas

características vienen definidas por el tipo y la intensidad de la sensación experimentada, y un componente psicológico, integrado por factores de índole cognitivo y emocional (Martínez-Vázquez y Torres, 2000). El influjo nociceptivo puede activar sistemas de control central, relacionados estrechamente con factores emocionales, cognitivos y motivacionales que contribuyen a facilitar o inhibir dicho influjo. En consecuencia, las características del componente físico del dolor están determinadas por los mecanismos psicológicos, lo cual evidencia la preponderancia del componente emocional en la percepción dolorosa. Las emociones que suelen aparecer de manera concomitante con el dolor son la ansiedad, el miedo y la depresión (Craig, 1984).

La ansiedad constituye uno de los problemas más relevantes en el contexto quirúrgico y en general se acepta que a mayor ansiedad, mayor dolor. Sin embargo, la relación ansiedad-dolor no está clara, ya que son muchos los factores susceptibles de modificar dicha relación, como son la ansiedad preoperatoria, personalidad y características del procedimiento quirúrgico (Miranda, 1992). Resulta indudable el impacto emocional del dolor, aunque es muy difícil desligarlo del que genera la intervención quirúrgica por sí misma y las circunstancias que la rodean. Al ser el dolor una experiencia subjetiva, para su cuantificación se requiere de la información suministrada por el paciente, ya que los signos físicos y metabólicos son inespecíficos y no mantienen una relación proporcional a la magnitud del dolor .

En la actualidad, el dolor postoperatorio se considera la fase inicial de un proceso nociceptivo persistente y progresivo, desencadenado por la lesión tisular quirúrgica . Los efectos perjudiciales del dolor postoperatorio sobre el organismo han sido estudiados tanto en el ámbito experimental como clínico. La aferencia nociceptiva continuada determina una estimulación simpática mantenida y la activación de hormonas relacionadas con el estrés y la ansiedad responsables de la disfunción de múltiples sistemas y órganos. Esta disfunción puede aumentar la incidencia de complicaciones postoperatorias (Jayr, 1998).

Parece claro que la intensidad del dolor está influenciada por factores físicos, psíquicos y emocionales, aspectos de la personalidad, factores sociales, culturales e

interpersonales, así como por la experiencia previa frente al dolor. También son muy importantes la ansiedad, la aprehensión y miedo ante la intervención quirúrgica. (Vidal y Torres, 2008)

Miedo a la anestesia

Los pacientes con ansiedad previa a la anestesia y/o al proceso de Cirugía Mayor Ambulatoria, responden de diferente manera en el perioperatorio, respecto a los pacientes que no presentan ansiedad. Por ejemplo, la inserción de un catéter intravenoso en el momento inmediato a entrar en el quirófano, para la administración de los fármacos anestésicos, puede resultar una tarea difícil como consecuencia de la vasoconstricción inducida por la ansiedad (Wallin, 1990)

Existen otros indicadores que demuestran cómo la ansiedad influye sobre la anestesia. En general, los pacientes ansiosos suelen necesitar dosis más altas de agentes anestésicos en la inducción de la anestesia. La anestesia en sí misma puede estar asociada a fluctuaciones del Sistema Nervioso Autónomo (Goldmann, Ogg y Levey, 1988).

El porcentaje de pacientes que presentan ansiedad en la fase preoperatoria no se conoce con exactitud, no obstante la literatura sugiere una incidencia entre el 60% y el 80% (Shevde y Panagopoulos, 1991). Aunque a los pacientes ansiosos se les administra con frecuencia un fármaco sedante como premedicación para disminuir su miedo y ansiedad, también sería beneficioso que pudieran recibir más atención e información.

De los muchos intentos por determinar el miedo en el ámbito sanitario han surgido diferentes propuestas que facilitan la identificación y cuantifican el grado o nivel del miedo, en los distintos escenarios en los que el paciente puede situarse en un hospital (HEATON et al, 2007). De todos ellos, estamos convencidos, de que uno de los ambientes que más ansiedad y miedo provocan en el paciente es el relacionado con el proceso quirúrgico, es decir, el cuidado anestésico, la intervención quirúrgica y todo lo que el proceso conlleva implícito.

El miedo y la ansiedad, son dos situaciones emocionales que pueden presentarse en el paciente, de forma conjunta o aislada. Aunque los dos estados emocionales pueden ser caracterizados por los cambios conductuales, son diferentes con respecto al tipo, duración y magnitud de la respuesta (Roelofs et al, 2002). No es el objetivo de este trabajo el establecer diferencias entre ellas, sino determinar la frecuencia e intensidad con que las mismas están presentes en los sujetos de nuestro estudio.

La sensibilidad ante la ansiedad representa un estímulo, si las personas creen que las sensaciones corporales son una señal de daño personal e inminente o una amenaza, experimentarán niveles elevados de ansiedad. Esta graduación de la ansiedad ocupa un lugar importante en teoría e investigación sobre el pánico y los trastornos del miedo, que puede actuar como variable de vulnerabilidad específica en el desarrollo de los ataques de pánico (Zvolensky et al, 2003).

Hospitalización

Durante el periodo de hospitalización, las emociones en los pacientes suelen ser negativas, debido a que en la mayoría de los casos el hecho de estar ingresado en un hospital supone un acontecimiento vital estresante. Se puede considerar la hospitalización como un estresor en cuatro ámbitos: (Rodríguez Marín, 1995)

- Cultural. El paciente debe aceptar nuevas normas, valores y símbolos de la subcultura hospitalaria, que frecuentemente no son consecuentes con él mismo.
- Social. El rol del paciente hospitalizado entraña elementos que presionan fuertemente sobre la identidad psicosocial del individuo. Las interacciones sociales en un hospital pueden llegar a ser una importante fuente de estrés por sí mismas.
- Psicológico. Puede introducir fenómenos de disonancia entre dos o más fenómenos cognitivos, situaciones de dependencia o situaciones consideradas infantiles.

- Físico. Las percepciones físicas del hospital –olores, ruidos, etc.- y el propio entorno físico, pueden causar emociones negativas en la mayoría de los pacientes.

La duración de la convalecencia es una medida común de la recuperación cuando se comparan técnicas quirúrgicas diferentes, por ejemplo, colecistectomía laparoscópica versus colecistectomía tradicional. Pero consideramos que existen otros factores: socioculturales, médicos, o de información, que pueden influir en el tiempo de recuperación postoperatoria (Bisgaard et al, 2001).

Información al paciente

Como se comentó anteriormente, la importancia que tienen los derechos de los pacientes como eje básico de las relaciones clínico asistenciales, ha concluido en la adaptación de la Ley General de Sanidad. La ley 41/2002, de 14 de noviembre, básica reguladora de la autonomía del paciente y de derechos y obligaciones en materia de información y documentación clínica, tiene como objeto la regulación de los derechos y obligaciones de los pacientes, usuarios y profesionales. De entre sus principios básicos y relacionados con el tema que nos ocupa, cabe destacar que el paciente o usuario tiene derecho a decidir libremente, después de recibir la información adecuada, entre las opciones clínicas disponibles; por lo tanto, todo profesional que interviene en la actividad asistencial está obligado no solo a la correcta prestación de sus técnicas, sino al cumplimiento de los deberes de información y de documentación clínica, y al respeto de las decisiones adoptadas libre y voluntariamente por el paciente.

Devine y Westlake (1995) demostraron que aquellos pacientes que no recibían una adecuada información preoperatoria, experimentaban mayores niveles de ansiedad y una recuperación de la cirugía más lenta y complicada.

Satisfacción y calidad en cuidados de salud

La valoración de la calidad de la asistencia sanitaria percibida por los pacientes mediante encuestas de satisfacción, se ha convertido en uno de los indicadores más importantes de un sistema de salud. La satisfacción del enfermo con la atención

sanitaria es un concepto psicológico complicado, más relevante cuando tratamos con los cuidados que se asocian al periodo perioperatorio. En España, la calidad está íntimamente relacionada con la efectividad, es decir, con el mejor resultado posible (Muñoz-Ramón, 1995).

Satisfacción con el proceso perioperatorio

Hoy en día, en el ámbito concreto de los servicios de anestesia, los indicadores utilizados están escasamente relacionados con la satisfacción del paciente. Hasta hace poco, los resultados de los estudios epidemiológicos en anestesia, se centraban en el análisis de las causas de la morbi-mortalidad, la predicción de las mismas y el establecimiento de estándares de trabajo.

Sin embargo, estudios posteriores han demostrado las limitaciones que concurren con el empleo de indicadores restringidos a los efectos adversos del cuidado anestésico (como la muerte, el infarto de miocardio, el paro cardíaco y la lesión cerebral, etc.) dado que son poco frecuentes.

Teniendo en cuenta la seguridad demostrada en anestesia en los últimos tiempos, es necesario un nuevo enfoque, una redefinición que sirva para valorar la calidad de la práctica actual (Fung y Cohen, 1998). Además la valoración de la anestesia mediante cuestionarios multi-ítem ajenos a las opiniones del paciente tampoco ha contribuido a optimizar los parámetros determinantes de la satisfacción de los pacientes.

Hoy esta limitación se ha superado de manera parcial, ya que existen estudios que indagan en el papel que tiene la información y la comunicación eficaz sobre el proceso de comunicación entre anestesiólogo – paciente, sobre los efectos secundarios y sobre lo que el paciente considera mejor para su cuidado (Fung y Cohen 2001). Esos trabajos muestran que la información adicional sobre los resultados y las complicaciones que pudieran presentarse han resultado vitales para los pacientes. Conclusiones similares han obtenido otros autores que han realizado cuestionarios post-anestesia para valorar la calidad del proceso (Myles et al 1999).

Aspectos psicológicos del paciente oncológico sometido a cirugía.

Ya en los escritos de los antiguos filósofos griegos podemos encontrar reflexiones acerca de la influencia de los estados emocionales sobre la salud aunque no fue hasta el siglo pasado cuando se empezó a comprobar de forma experimental. El reconocimiento de esta influencia ha constituido uno de los pilares principales en los que se sustenta la Psicología de la Salud.

Mientras en un principio se creía que sólo era en las llamadas enfermedades psicosomáticas (úlceras de estómago, migrañas, etc.) donde los componentes emocionales jugaban un papel importante, actualmente se reconoce que trastornos tan “orgánicos” como el Cáncer pueden estar afectados por los mismos (Moix, 1994).

Entre un 12% y un 47% de los pacientes con Cáncer cumplen criterios de trastorno mental durante el proceso de la enfermedad (Kadan-Lottick et al, 2005). En los pacientes más sintomáticos se observa una mayor presencia de trastorno mental (Derogatis et al, 1983; Gil-Moncayo et al, 2008). Por lo que se refiere a la morbilidad psicológica de los pacientes con cáncer en España, un estudio multicéntrico desarrollado en el Instituto Catalán de Oncología, junto con otros 2 centros de oncología de Italia y Portugal, señala que un 28,5% de los pacientes presenta síntomas ansioso-depresivos suficientes para ser definidos como “casos clínicos”, que precisan derivación a un especialista de salud mental para su valoración diagnóstica y su posible tratamiento psicológico (Grassi, Travado, Gil et al, 2004). Según Gil-Moncayo et al (2008) un 24% de los pacientes con Cáncer presenta criterios para un diagnóstico psicopatológico según los criterios del DSM-IV y de éstos el 77% corresponden a trastornos adaptativos.

Dentro de las enfermedades crónicas se encuentran las enfermedades neoplásicas (tumores), la mayor parte de estos cuadros son graves y constituyen una amenaza para la vida (Brannon y Feist, 2001). Muchos de los problemas psicológicos de los pacientes con cáncer son similares a otros pacientes con patología crónica (Olivares-Crespo, 2004). La enfermedad crónica se define como un trastorno orgánico funcional que obliga a una modificación de los estilos de vida de una persona y que tiende a persistir

a lo largo de su vida (OMS, 1979). Los trastornos o enfermedades crónicas varían desde los relativamente benignos hasta enfermedades graves como el cáncer (Pearce, 1996).

La mayoría de las enfermedades crónicas afectan aspectos importantes de la vida en las personas que las padecen. También representan un problema significativo para la medicina y la psicología de la salud, ya que no sólo afectan a la persona que la padece, sino también a familiares y amigos. Enfermedades como el cáncer, no sólo alteran al paciente por el proceso de adaptación que implican, sino que pueden producir dificultades económicas, cambiar la visión que la persona tiene de sí misma o afectar las relaciones con los miembros de la familia y amigos (Brannon y Feist, 2001). Uno de los principales cambios y quizás el que genera mayor deterioro es el aspecto emocional, ya que la persona se ve obligada necesariamente a un proceso adaptativo rápido para el cual pasa por diferentes etapas que suscitan una serie de emociones comúnmente negativas (miedo, ira, ansiedad) (Gil-Roales, 2004). La experiencia asociada al cáncer está condicionada por los tratamientos posibles dentro de los existentes y por las creencias sociales respecto al cáncer en general y al tipo de cáncer en particular. La vivencia del cáncer es altamente estresante ya que fuerza al individuo a enfrentarse con temas tan inconmensurables como el sufrimiento, el deterioro, la muerte, la trascendencia, temas para cada uno de los cuales debe encontrar un sentido personal. Para esto debe integrar la enfermedad a su identidad y redefinir sus relaciones con los otros y con el medio, sus expectativas con respecto a sí mismo y a los demás y finalmente el sentido último de su existencia (Barroilhet, Forjaz y Garrido, 2005). Según Spencer, Carver y Pricel (1998), más que un acontecimiento estresante aislado, el tener cáncer implica padecer series de acontecimientos estresantes interconectados.

Lazarus y Folkman (1986) hablan de la negación que se presenta inmediatamente después del diagnóstico, la cual cumple para el paciente una función protectora al reducir los niveles de estrés. Así, la negación cumpliría un papel importante en el manejo de la enfermedad, pues disminuiría el nivel de estrés en el paciente y permitiría un manejo más adecuado de su proceso de adaptación posterior a la enfermedad. De forma conjunta, el sentimiento de miedo se hace presente a lo largo de la enfermedad. Así, cada recaída, visita médica y análisis frecuentes pueden convertirse en una gran

fuente de temor ante la posibilidad de agravamiento de la enfermedad.

Después de un lapso, el paciente comprende las implicaciones que tiene su enfermedad; en ese momento aparecen los sentimientos depresivos, luego de entender las consecuencias y condiciones de padecer una enfermedad crónica. Estas reacciones emocionales no se presentan en todos los pacientes ni su orden de aparición es el mismo en todos los casos, por lo que no tienen una secuencia previamente establecida. Estas reacciones deben ser consideradas como normales y su ausencia puede ser relacionada con un proceso de recuperación más lento y doloroso (Lazarus y Folkman, 1986).

El cáncer es una enfermedad que demanda importantes recursos y exige una optimización en la eficacia y eficiencia de las intervenciones. En este sentido, la consideración de los aspectos psicológicos y sociales en el manejo integral y multidisciplinario del fenómeno oncológico está cobrando una importancia cada vez mayor (Kornfeld, 2002).

El “ajuste” o “adaptación psicosocial” al cáncer se concibe como un proceso continuado en el cual el paciente individual procura manejar el sufrimiento emocional, solucionar problemas específicos relacionados con el cáncer y obtener dominio o el control de acontecimientos de la vida en conexión con esta afección existencial (Barroilhet, Forjaz y Garrido, 2005). La adaptación normal o exitosa ocurre en los pacientes que son capaces de reducir al mínimo los trastornos en sus distintas áreas de funcionamiento, regulando el malestar emocional y manteniéndose implicados en los aspectos de la vida que aún están revestidos de significado e importancia para ellos. Actualmente no existe un modelo unitario que incorpore todos los factores que influyen en este sufrimiento asociado al cáncer.

Para Folkman y Greer (2000) los pilares de este modelo son dos procesos: “valoración” y “enfrentamiento”. La valoración tiene que ver con la evaluación individual del significado personal de un evento dado y la adecuación de los recursos del individuo para afrontarlo. El proceso de valoración se basa en la suposición de que las personas

están constantemente evaluando su relación con el ambiente. La valoración de un determinado evento influye en las emociones y el afrontamiento subsecuentes. Por su parte, el afrontamiento se refiere a los pensamientos y comportamientos específicos que una persona utiliza en sus esfuerzos por adaptarse al cáncer, para lo cual puede recurrir a tres estrategias de afrontamiento principales: estrategias centradas en las emociones, estrategias centradas en los problemas y estrategias centradas en el significado. Las primeras ayudan a los pacientes oncológicos a regular su grado de sufrimiento emocional (evitación, escape, búsqueda de soporte social, distanciamiento), las segundas les ayudan a manejar problemas específicos tratando de modificar directamente las situaciones problemáticas que causan dicho sufrimiento (búsqueda de información, resolución de problemas pendientes) y las terceras les ayudan a comprender el porqué de la enfermedad y el impacto que tendrá en sus vidas. Las personas varían sus estrategias de afrontamiento dependiendo de la intensidad de su respuesta emocional y de su habilidad para regularlas, de las oportunidades para la resolución de problemas en cada situación y de los cambios en la relación persona-entorno a medida que se desenvuelve la situación.

Por otro lado, el estilo de afrontamiento se refiere a la estrategia más común, más frecuente y más a largo plazo que tiende a utilizar el individuo para lidiar con las distintas situaciones de la vida, lo cual está estrechamente relacionado con su disposición general y personalidad.

Las estrategias de afrontamiento empleadas pueden no resultar eficientes para controlar el estrés y el consecuente malestar emocional. Esto puede ocurrir si se mantiene o sigue empeorando (por ejemplo recurrencia de un cáncer) o bien debido a que la estrategia de afrontamiento empleada no fue lo suficientemente adecuada, proporcional y/o persistente como para controlar el estrés (Barroilhet, Forjaz y Garrido, 2005).

Influencia de los factores psicosociales en el cáncer

Los factores que afectan al impacto psicológico del cáncer, es decir, que influyen sobre las valoraciones y configuran estrategias de afrontamiento frente a la enfermedad, se pueden dividir en tres grandes grupos: variables socioculturales, psicológicas y médicas

(Barroilhet, Forjaz y Garrido, 2005).

- **Variables socioculturales.** Entre los factores socioculturales que se asocian al malestar psicológico en pacientes con cáncer destacan la menor edad, pobre apoyo social, dificultades familiares, problemas relacionales, hijos menores de 21 años, dificultades económicas y la presencia de otros sucesos vitales estresantes. Otro factor a tener en cuenta es la etapa del ciclo vital en que se encuentra el paciente. Éste es un factor determinante para la valoración que hará el sujeto del evento ligado al cáncer en cualquiera de sus etapas y para las estrategias de afrontamiento que elegirá a fin de controlar el estrés asociado al cáncer.

La valoración de los eventos ligados al cáncer también está influenciada por la cultura del individuo.

- **Variables psicológicas.** Las variables psicológicas se pueden dividir en tres grandes áreas: preocupaciones/miedos, cambios en el estilo de vida y malestar psicológico. También podemos considerar en este apartado el tipo de estrategia de afrontamiento utilizado y la historia de trastornos psiquiátricos anteriores.

Durante el diagnóstico y tratamiento del cáncer las preocupaciones y miedos varían según las circunstancias. Los cambios en el estilo de vida aparecen como consecuencia de la adaptación a nuevas rutinas y horarios impuestos por el tratamiento y las visitas al hospital, disminución del nivel funcional y menor capacidad para realizar las tareas habituales. El malestar asociado al cáncer puede presentarse en varios niveles, que van desde la ausencia de malestar hasta el malestar extremo, con crisis espirituales y presencia de síndromes psicopatológicos como depresión, ansiedad o crisis de angustia, pasando por sentimientos de vulnerabilidad, tristeza o miedo. La prevalencia de niveles altos de malestar psicológico es del 35,1% en muestras heterogéneas de pacientes con cáncer.

El grado de malestar se ve influido por la personalidad del sujeto con cáncer y de quienes le rodean. Entre los factores de riesgo psicosocial de depresión en los pacientes con cáncer se encuentran pobres habilidades de afrontamiento, escaso apoyo social y presencia de preocupación ansiosa.

- **Variables médicas.** Las variables pertenecientes al ámbito médico también desempeñan un papel fundamental en la adaptación psicosocial al cáncer. La localización del cáncer, el estadio de la enfermedad en el momento del diagnóstico, el tratamiento, el pronóstico o las oportunidades de rehabilitación ciertamente influyen en las valoraciones, afrontamientos y resultados subsecuentes (Barroilhet, Forjaz y Garrido, 2005).

La efectividad de los distintos tipos de tratamiento está condicionada al previo reconocimiento para los factores psicológicos que influyen en la habilidad para entender el procedimiento propuesto, reconocer su necesidad y tolerar el estrés y las molestias asociadas, para así poder valorar sus beneficios. En este sentido, la relación entre el equipo médico y el paciente a lo largo de las distintas fases de la enfermedad es un factor cada vez más reconocido.

El médico debe tener en cuenta que los pacientes están integrados no sólo por componentes biológicos que hay que extirpar o suturar, sino por una mente pensante, con emociones y sentimientos, anhelos y esperanzas y tareas que realizar, en su mayoría para bien de la sociedad.

Según González-Valdés y Casal (2006) la nueva dimensión de la relación médico-paciente se presenta como una relación médico-paciente-familia y médico-paciente-entorno social por la importancia que ésta ejerce en las actitudes que adopta el paciente.

El médico es el principal responsable de la vida de los pacientes y debe velar por mitigar los temores más acuciantes de éstos. Aquí no es sólo el cirujano quien influye en inducir seguridad, el anestesiólogo se convierte en un pilar indiscutible en este

propósito, pues uno de los temores más reiterados en las intervenciones quirúrgicas radica en la anestesia. Pasa este especialista entonces a ocupar su lugar en la relación con el paciente, a través de la consulta de preanestesia, en donde no sólo debe de indagar sobre los antecedentes en salud del paciente que puedan convertirse en posibles complicaciones durante el acto quirúrgico, cumpliendo así la función semiotécnica de la entrevista, sino al mismo tiempo considerar la función terapéutica, al ofrecer al enfermo el apoyo que este demanda, muchas veces en silencio. Además de estar presente de forma muy activa y vigilante del estado del paciente durante la intervención quirúrgica.

Al resto del equipo también les corresponde mostrar la empatía suficiente para cumplir su parte en el común objetivo de tratar al enfermo no como un objeto, sino como una persona que necesita ayuda y respeto.

El paciente es la parte fundamental en la relación médico-paciente-familia desde el momento en que aquejado de dolor, hemorragia, aumento de volumen o endurecimiento en alguna parte de su cuerpo, acude en busca de ayuda médica.

Como se admite que el estrés psicológico es un proceso individual, no se espera que todos los pacientes reaccionen igual ante una prueba diagnóstica o una intervención quirúrgica. La respuesta está mediatizada por el conocido cuadro interno de la enfermedad determinado por el tipo de personalidad del paciente, las circunstancias en que ha aparecido ésta situación en su vida, las responsabilidades y status social que posee y las consecuencias que tendrán para su futuro. De esta forma puede llegar a considerar irrelevante lo que le sucede, o por el contrario, pasar a constituir un peligro o amenaza, y por ende, convertirse la información en un estresor que se suma a la enfermedad, surgiendo entonces, en la mayor parte de los casos, un conflicto de aproximación-evitación, frente al que debe tomar una decisión.

En la etapa del preoperatorio, mientras el paciente vive el conflicto antes referido, e incluso cuando ya lo ha resuelto al aceptar la Intervención quirúrgica, presenta una reacción afectiva de tipo ansioso, que es la que con más frecuencia se detecta en estos casos y que suele mantenerse en el periodo postoperatorio.

Al ingreso hay datos que afirman niveles de ansiedad menores en pacientes con condiciones hospitalarias agradables y vivencias de resultados positivos en pacientes próximos a ellos; sucediendo lo contrario cuando hay escasa motivación del paciente ante la cirugía, una escasa información acerca de las necesidades y del procedimiento anestésico, un clima hospitalario desagradable, una habitación saturada de pacientes o experiencia previa negativa con la anestesia.

Aunque existe el conocimiento de los beneficios que aporta la información, no es menos cierto que no todas las personas desean conocer lo que les sucederá, pues por ser algunas muy aprensivas prefieren ignorarlo, evitando así ponerse más nerviosas. La estrategia de afrontamiento desarrollada por cada individuo permite diferenciar entre pacientes evitadores y aproximadores a la información (Roth y Cohen, 1986).

Indicadores de alto riesgo quirúrgico de origen psicológico

- 1.- Personalidad previa patológica (neurosis graves, psicosis y adicciones)
- 2.- Antecedentes de mala adaptación emocional en cirugías anteriores
- 3.- Marcada ansiedad preoperatorio que no disminuye con la información brindada al paciente por el cirujano
- 4.- Intervenciones quirúrgicas mutilantes o con postoperatorio presumiblemente difíciles
- 5.- Ausencia llamativa de ansiedad preoperatorio o demora en la aceptación de la cirugía.

El último eslabón de la relación médico-paciente-familia es la familia, siendo ésta última la principal fuente de apoyo social para todos sus integrantes. Así cuando uno de sus miembros es un paciente quirúrgico, éste se siente seguro porque sabe que va a ser acompañado y será ayudado durante la hospitalización y rehabilitación. También resulta un eficiente apoyo para el médico, cuando éste tiene que influir sobre el paciente para tratar de convencerlo en alguna de las fases del tratamiento para lograr su adherencia al mismo. Sin embargo, no siempre esto es así, pues a veces ocurre todo lo contrario, convirtiéndose entonces la familia en un agente generador de estrés.

Lo más importante, tanto antes como después de la intervención quirúrgica resulta el mantener en el paciente un estado afectivo positivo, pues tal y como se ha comprobado, el sistema inmunológico altera su funcionamiento, en la medida que haya pesimismo y depresión, al estimular la aparición de infecciones y el enlentecimiento de la cicatrización, por ello, el rol de la familia dentro de la RMP es un hecho de indiscutible valor (González-Valdés y Casal, 2006).

Problemática asociada al Cáncer

La cirugía ha llegado a ser el tratamiento de choque para una gran variedad de patologías oncológicas. Para muchos pacientes, ésta salva la vida y en adición, puede reducir sustancialmente o eliminar dolor incapacitante y facilitar una mayor calidad de vida. Aunque existe una gran probabilidad de resultados positivos, éstos no impiden que la cirugía sea considerada un evento vital estresante, pudiendo tener efectos psicológicos y materiales negativos, que no son sólo experimentados por el paciente, sino también, por familiares y amigos (Olivares Crespo, 2004).

Contrada, Leventhal y Anderson (1994) plantean que en la cirugía existen tres elementos fundamentales: problemas de representación, afrontamiento y resultados. Cada uno a su vez tendría dos procesos paralelos, uno reflejaría la percepción que tiene la persona de la situación objetiva y otra involucraría la emoción y la respuesta subjetiva a tal percepción. Éstos están en constante interacción y se influyen bidireccionalmente.

De este modo, la información sobre la necesidad de una intervención quirúrgica se constituye en un estresor vital mayor, con efecto inmediato en la iniciación del proceso de representación del problema que hace el paciente. La persona activamente crea un problema mental que implica amenaza a su salud. Los riesgos son severos y multifactoriales, incluyen muerte, dolor, desfiguración, pérdida de funcionalidad, pérdida económica, pérdida de roles sociales, incertidumbre sobre el tiempo, amenaza de recurrencia e incertidumbre sobre la habilidad necesaria para hacerle frente. La valoración de esos daños provoca una sensación de amenaza. El nivel de amenaza será

proporcional a la magnitud potencial de la implicación de ese daño, es decir, al nivel de cambios físicos y psicológicos que la enfermedad y los tratamientos puedan generar. Aunque la amenaza experimentada es amortiguada por la percepción de los recursos personales y sociales disponibles para mitigar ese daño. Cuando la percepción de daño es mayor que los recursos de afrontamiento, el resultado es una respuesta de estrés, que podría involucrar reacciones emocionales negativas, actividad autonómica, neuroendocrina, y reducción de la capacidad para realizar tareas cognitivas y conductuales. Pero a veces, la cirugía puede ofrecer una representación potencial de bienestar físico y psicológico, por ejemplo, cuando reduce dolor, incrementa la capacidad física y aumenta la posible longevidad del paciente.

Por tanto, una intervención quirúrgica en la mayoría de las ocasiones es considerada como un acontecimiento vital estresante. Pero el poder estresante de dicho proceso quirúrgico depende de una amplia versatilidad de variables, tales como (López-Roig, Pastor y Rodríguez-Marín, 1992; Gallar, 1998): el riesgo intrínseco que implica toda intervención quirúrgica que requiere anestesia general, máxime si se lleva a cabo en pacientes con riesgo sobreañadido; la incertidumbre por no saber si la intervención resolverá el problema o no; temor a quedar peor tras la operación, con limitaciones físicas o psicológicas, se incluyen aquí también el miedo a los errores médicos y sus consecuencias; falta de control sobre la situación y características de la enfermedad.

Según López-Roig (1992), la anticipación de lo que va a suceder puede ser tan estresante como su ocurrencia real y a menudo lo es más. Como refieren diversos autores (Johnson, Leventhal y Dabbs, 1971; Martínez Urrutia, 1975; Visser, 1982) hay que considerar que la situación quirúrgica no es un estresor simple y unidimensional, sino un complejo entramado de acontecimientos estresantes. De este modo, los pacientes con más ansiedad prequirúrgica presentan peor recuperación emocional (más ansiedad y depresión tras la operación) y peor recuperación física (más intensidad de dolor y molestias, mayor ingesta de medicamentos, mayor número de complicaciones, estancias hospitalarias más largas, etc.). Por tanto, se hace necesario el control del estrés y la ansiedad de los pacientes en fase prequirúrgica.

Contrada, Leventhal y Anderson (1994) proponen que la amenaza podría organizarse

en la mayoría de los pacientes en cuatro cuestiones generales:

- a) El inmediato daño físico representado por la cirugía en sí misma, que incluye percepción de amenaza atribuida a la anestesia general, incisión, resección, amputación, reconstrucción, cateterización.
- b) Efectos secundarios derivados de haberse sometido a dicho proceso, tales como, dolor, molestias, desorientación, fatiga y reducción de la capacidad para la actividad física.
- c) Inhabilidad para desempeñar los roles sociales, es decir, tanto los laborales como los relacionados con la familia.
- d) Manejo a largo plazo de alguna condición médica crónica, es decir, la necesidad de seguir una dieta, ejercicio, toma de medicación, manejo de signos y síntomas de enfermedad, y por último, continuar con un procedimiento de seguimiento.

La conciencia de cada una de estas preocupaciones varía en el tiempo y se distribuiría en varias fases. Una primera, anterior a la cirugía, comprendería el período temporal desde que el individuo conoce que tiene que ser intervenido hasta su admisión en la unidad quirúrgica; la fase de hospitalización, desde el momento de admisión hasta la anestesia; la fase de cuidados intensivos, que hace referencia al período durante el que el paciente se encuentra en la unidad de recuperación; y por último, la fase de rehabilitación que se encuadra en el período temporal en el que el paciente se mantiene en la planta hospitalaria. Durante las dos primeras fases los problemas predominantes son el inmediato daño físico y la pérdida de funcionalidad que puede provocar la cirugía. Cuando la intervención quirúrgica se ha realizado, éstos disminuyen rápidamente durante las fases de cuidados intensivos y rehabilitación. Después el paciente confronta los efectos secundarios a la cirugía y se preocupa por los roles sociales. En adición, la fase de rehabilitación está marcada por la necesidad de aumentar el manejo de una condición médica crónica a largo plazo. En estas dos últimas fases podrían surgir áreas de conocimiento nuevas para el paciente.

Preoperatorio

La noticia de una intervención quirúrgica supone para la mayoría de las personas un acontecimiento estresante, provocando un impacto en su vida habitual (López Roig, Pastor y Rodríguez, 1992). Suele considerarse por sí mismo un estresor importante que provoca respuestas de ansiedad anticipatoria y miedo (Gottesman y Lewis, 1982). Son varias las cuestiones que deben ser tenidas en cuenta en ese momento, tales como: relación problemática con el cirujano y/o personal sanitario, inhabilidad en dar el consentimiento, severa ansiedad preoperatoria, rehusar a la cirugía, exacerbación de trastornos psicopatológicos preexistentes, posibles trastornos psicopatológicos postoperatorios y complicaciones en la rehabilitación. En concreto, en el período preoperatorio las reacciones van a depender según Jacobsen y Holland (1989) de:

a) Variables médicas que incluyen la patología en sí, curabilidad del trastorno por cirugía sola o en combinación con otras modalidades terapéuticas, déficits funcionales como resultado de la cirugía y viabilidad de recuperación.

b) Variables relacionadas con el paciente tales como, estabilidad psicológica del paciente a tolerar eventos estresantes, relación establecida con el cirujano, características demográficas, historia clínica, variables de personalidad y cognitivas y de forma especial, el locus de control.

En cuanto a estas últimas, cuando el locus de control es interno el paciente presenta una mayor ansiedad prequirúrgica. Existen algunas matizaciones como las propuestas por Meichenbaum y Turk (1976) y López Roig, Pastor y Rodríguez-Marín (1990), que indica que el locus de control es más bien una variable que media la anticipación de la amenaza en una situación estresante.

Según Regel et al. (1985) existe un conjunto de variables que pueden aumentar o disminuir la ansiedad prequirúrgica. Entre las que aumentan se encuentran: la escasa motivación del paciente para la cirugía, una explicación insuficiente de la necesidad

quirúrgica y del procedimiento de anestesia, clima hospitalario desagradable, habitaciones múltiples, experiencias negativas previas con anestesia o cirugía y en último lugar, nivel alto de ansiedad rasgo e internalidad. Entre las variables que disminuyen la ansiedad prequirúrgica cabe citar: la existencia de condiciones hospitalarias agradables, cirugía de urgencias, que la enfermedad a tratar conlleva síntomas dolorosos e incapacitantes o perturbe de forma evidente la calidad de vida del paciente, en estos casos la cirugía es vivida incluso como un alivio.

Relación Pre-postquirúrgica

En relación a la incidencia de los efectos de la fase prequirúrgica en la postquirúrgica, habría que hacer especial mención al estado emocional. Janis (1958) ya planteaba que la ansiedad se incrementa inmediatamente ante diversos tipos de cirugía y declina rápidamente después de la misma, la depresión tiene una tendencia similar a la respuesta de ansiedad. El autor realizó diversos trabajos sobre ansiedad preoperatoria y ajuste postoperatorio, los pacientes que tenían un miedo moderado antes de la cirugía tuvieron un mejor ajuste y tolerancia al malestar postoperatorio que aquellos pacientes que tenían altos o bajos niveles de miedo. Los pacientes con bajo miedo operatorio mostraron más cólera, resentimiento y menos cooperación, en tanto que los pacientes con alto miedo preoperatorio mostraron menos implicación en su tratamiento y desarrollaron preocupaciones no productivas o patológicas, fundamentalmente síntomas hipocondríacos.

Auerbach (1973) y Andersen y Tewfik (1985) confirman posteriormente el planteamiento realizado por Janis.

En subsecuentes investigaciones (Jacobsen et al, 1989) no se ha ratificado lo propuesto por Janis, más bien, se encuentra una relación positiva entre la ansiedad prequirúrgica y la medida de ansiedad postquirúrgica, así como una asociación lineal positiva con depresión postoperatoria (Salmon, 1992). Del mismo modo, Wallace (1986) encontró una correlación positiva entre ansiedad pre y postquirúrgica cuando ésta fue medida en el hospital, pero no cuando dicha medición se hacía poco después del alta

hospitalaria; también identificó que los niveles de ansiedad antes del ingreso hospitalario pueden ser un importante predictor de la ansiedad en la mañana de la intervención quirúrgica. Estos estudios corroboran los trabajos realizados con anterioridad en los que un alto miedo preoperatorio causa mayores problemas emocionales postoperatorios, y un bajo nivel de miedo causa menos malestar (Wolfer y Davis, 1970; Chapman y Cox, 1977). Este dato no es consistente en todos los estudios, lo que posiblemente puede atribuirse a las limitaciones metodológicas de los mismos, tales como heterogeneidad en los instrumentos de medida, variables estudiadas, diversidad de muestra y tamaño muestral, diversidad en procedimientos quirúrgicos o tipos de cirugía.

Autores como Johnson (1986) proponen cinco índices de recuperación postquirúrgica: recuperación física, recuperación emocional, dolor, consumo de drogas y otros como tiempo de recuperación, estancia hospitalaria, complicaciones, etc.

Los pacientes con altos niveles de ansiedad rasgo informan de mayor dolor y malestar postoperatorio, requieren más medicación y mayor estancia hospitalaria (Ridgeway y Mathews, 1982), esta podría ser la explicación en personas que están especialmente alerta y que responden a los síntomas físicos de amenaza (Salmon, 1992).

Asimismo, se han encontrado altas correlaciones de los índices de ansiedad hospitalaria con otras medidas, incluidas necesidades anestésicas y autoinforme de dolor (Wells et al, 1986). El dolor es una de las medidas más comúnmente utilizadas en el postoperatorio, aunque obviamente depende del tipo y localización de la cirugía, ya que refleja diversos niveles de trauma físico, así como los relacionados con el estado psicológico. Este síntoma a veces se correlaciona con la ansiedad o con otras medidas de malestar, aunque esto no aparezca hasta algunos días después de la cirugía. Es posible que estas correlaciones reflejen exacerbación del estado físico del paciente o de la percepción del mismo — por ansiedad—, pero a la inversa es también posible que la ansiedad postoperatoria es una consecuencia del dolor y otros síntomas físicos (Salmon, 1992).

Del mismo modo, hay que tener en cuenta que el estrés provocado por la cirugía no sólo tiene efectos a corto plazo, sino que pueden persistir mucho más tiempo de lo que

el acontecimiento pueda durar. Dado que el estrés implica una sobre activación biológica promovida por el eje neuroendocrino (hipotálamo-hipófisis), puede convertirse en un factor de riesgo sobreañadido a los que están presentes en el proceso quirúrgico y que pueden complicar el proceso en sí mismo y los resultados, perjudicando la recuperación postoperatoria (Jacobsen y Holland, 1989). Los pacientes continúan manifestando reacciones emocionales negativas tras la cirugía después de que las respuestas endocrinas han remitido (Salmon, 1992).

Los cambios de la respuesta metabólica y endocrina dependen de la severidad de la cirugía.

Los cambios hormonales inducen un aumento de los niveles de cortisol circulante que comienza en la incisión y alcanza el máximo en las horas siguientes después de la cirugía. Los cambios en adrenalina y noradrenalina son menos consistentes. También se producen incrementos en la producción de hormonas, tales como, oxitocina, vasopresina, Bendorfinas, y hormona del crecimiento (Kaufman, Aiach y Waismann, 1989; Salmon, 1992).

En la literatura sobre anestesia y cirugía se asume que la respuesta endocrina está causada por el estrés físico de la cirugía, donde los principales estímulos son somatosensoriales y señales aferentes simpáticas. Muchos de los cambios endocrinos en pacientes hospitalizados son sensibles a amenazas psicológicas.

Postoperatorio

Dado que el estrés implica una sobre activación fisiológica provocada por el eje neuro endocrino hipotálamo- hipofisario, cabe pensar que éste podría actuar como un factor de riesgo sobreañadido a los ya existentes en el acto quirúrgico. Es por ello necesario, considerar este dato de cara a establecer cualquier intervención preoperatoria. Del mismo modo, es necesario valorar las características específicas de cada tipo de cirugía particular (Olivares Crespo, 2004).

El proceso de afrontamiento ante la enfermedad

En la actualidad es inevitable que en la revisión de temas relacionados con la biología o la sociología nos encontremos con el término estrés. El concepto se discute todavía de forma más amplia en aquellos campos dedicados a la salud.

Desde la perspectiva psicológica, cuando una persona sufre una enfermedad maligna, se enfrenta a una situación estresante a la que se debe adaptar con los recursos de los que dispone. Sufrir una enfermedad grave significa padecer dolor u otros síntomas desagradables, ver limitadas o modificadas las actividades diarias, tener que someterse a procesos diagnósticos o terapéuticos, y tener ante sí un futuro incierto. Adaptarse a la enfermedad significa tanto combatirla como intentar que la enfermedad no deteriore, o deteriore lo menos posible, la autoimagen, el desarrollo laboral, las relaciones interpersonales, la afectividad y el bienestar. Es decir establecer un proceso de afrontamiento con objeto de obtener los mejores resultados de bienestar físico mental y social (Brennan 2001)

El concepto de afrontamiento viene teniendo importancia en el campo de la psicología desde hace más de 50 años. En principio significó un concepto organizativo en la descripción y evaluación clínica y en la actualidad constituye el centro de toda una serie de psicoterapias y de programas educativos que tienen como objetivo desarrollar recursos adaptativos (Lazarus y Folkman 1986).

La adaptación entendida como proceso se refiere a la regulación psicológica de los recursos de las personas para adaptarse a la enfermedad y a cómo estos esfuerzos se desarrollan a lo largo del tiempo. Hay diferentes teorías que han abordado el proceso de adaptación a la enfermedad a partir del análisis de las estrategias de afrontamiento desplegadas por los individuos y orientadas tanto a las emociones como a combatir el proceso patológico.

En términos generales, actualmente se entiende el afrontamiento como los esfuerzos tanto cognitivos como conductuales, que hace el individuo para hacer frente al estrés, es decir, para controlar tanto las demandas externas o internas generadoras del estrés, como el estado emocional desagradable vinculado al mismo (Sanchez-Canovas, 1991)

Lazarus (1986) define el afrontamiento como “aquellos esfuerzos cognitivos y conductuales, constantemente cambiantes, que se desarrollan para manejar las demandas específicas, externas y/o internas, que son evaluadas como excedentes o desbordantes de los recursos del individuo”

Esta teoría propone que los efectos psicológicos de cualquier relación entre sujeto y ambiente vienen modulados por dos tipos de procesos: (a) Evaluación Cognitiva y (b) Afrontamiento (Folkman y Greer, 2000; Lazarus y Folkman, 1987), que tendrán consecuencias en las tres áreas que constituyen la Calidad de Vida del sujeto: Funcionamiento social, ajuste psicológico y salud

La teoría de Lazarus plantea que al interaccionar con el ambiente el sujeto realiza simultáneamente dos tipos de Evaluación Cognitiva: Primaria y Secundaria. Mediante la evaluación primaria se interpretan los hechos como pérdida, amenaza o reto, y a través de la evaluación secundaria se evalúan las opciones de afrontamiento disponibles, cuál es la mejor y los resultados que se obtendrán en base a expectativas de resultados positivos y de eficacia.

Ambos tipos de evaluación están influidos por factores personales y situacionales, e interactúan determinando el nivel de estrés en base a: Grado de novedad del evento, incertidumbre en su ocurrencia, factores temporales (inminencia o duración), ambigüedad (qué y cuánto está en juego), el momento del ciclo vital en que ocurre, y la presencia de otros eventos también estresantes.

Las estrategias de afrontamiento diferirán dependiendo de su objetivo. Las centradas en la emoción serán re-evaluaciones que tenderán a dominar el malestar emocional (evitación, minimización, distanciamiento, comparación positiva), o conductas distractoras (reír, llorar, comer, beber, buscar apoyo social). Las estrategias centradas en el problema adoptan la forma de solución de problemas (definir el problema, generar alternativas, sopesarlas en términos de coste-beneficio y ponerlas en práctica) y pueden operar sobre el mismo sujeto o el entorno (Folkman y Greer, 2000; Folkman et al, 1986).

En base al modelo teórico anterior otros autores adoptan esta misma idea. Por ejemplo Moorey y Greer (1989) proponen un modelo derivado del anterior, centrado en el significado personal del proceso patológico, los autores lo refieren al cáncer (interpretación del sujeto sobre la situación) y en las estrategias de afrontamiento que se ponen en marcha en el proceso de adaptación.

Al igual que Lazarus, Moorey y Greer (1989) proponen una evaluación cognitiva por la que el sujeto da un significado al diagnóstico de cáncer, evaluando la situación como un reto potencialmente superable; como una amenaza capaz de superarle y destruirlo; como daño o pérdida ya ocurrido de hecho o bien, como ausencia de amenaza. Dependiendo de este significado inicial, de la valoración que el sujeto haga de sus mecanismos de afrontamiento y del control percibido, la actuación y el resultado emocional ante la enfermedad será diferente.

Existen otras perspectivas respecto a la adaptación entendida como proceso, que parten del campo de la psicología del control y que plantean diferentes conceptos que se consideran significativos en el ajuste a la enfermedad (Folkman y Greer, 2000; Taylor, Lichtman y Wood, 1984), pues favorecen la adopción de actitudes y comportamientos que ayudan a mantener un bienestar emocional y en consecuencia un mejor grado de adaptación al proceso, disminuyéndola ansiedad y el estrés (Barez et al, 2009).

Una vez que la situación se percibe como estresante, la persona desarrolla una serie de estrategias para enfrentarse a la situación denominadas estrategias de afrontamiento (coping). Son fundamentales porque influyen directamente sobre la valoración que se hace de la situación dada y sobre la respuesta al estrés. Por este motivo, las estrategias de afrontamiento se han considerado como mediadoras e incluso determinantes de las respuestas de estrés (Crespo y Cruzado, 1997).

Lipowski (1970) hace una definición del afrontamiento en el contexto de las enfermedades físicas. Para este autor el afrontamiento sería “toda actividad cognitiva y motora que utiliza una persona enferma para preservar su integridad física y psíquica, para recuperar las funciones dañadas de un modo reversible y para compensar en lo posible cualquier deterioro irreversible”.

Weisman y Worden (1976-1977) definen el afrontamiento como lo que uno hace ante un problema que percibe para conseguir alivio, recompensa, calma o equilibrio. Diferencian afrontamiento de defensa, en el sentido de que el afrontamiento busca solución a un problema que se plantea, mientras que la defensa busca el alivio mediante la evitación o la desconexión.

Pearlin y Schooler (1978) definieron el afrontamiento como toda respuesta ante eventos estresantes que sirve para prevenir, evitar o controlar el malestar emocional que generan dichos eventos estresantes. En función de esta idea el afrontamiento tendría tres funciones de protección que se producirían mediante los siguientes procesos: 1) manejando el problema que causa el malestar a través de la eliminación o modificación de las condiciones que lo generan, 2) alterando el significado de la experiencia para neutralizar su significado problemático y 3) regulando el malestar emocional generado por el problema. La función que predomina estaría en función de la evaluación individual de la situación.

Caplan (1981) define el afrontamiento como el comportamiento que hace el individuo para reducir a límites tolerables las manifestaciones fisiológicas y psíquicas de la activación emocional durante, e inmediatamente después, de un evento estresante. También afirma que moviliza los recursos internos y externos de la persona y desarrolla en ella nuevas capacidades que le llevan a cambiar su entorno o su relación con él, para reducir la amenaza o encontrar fuentes alternativas de satisfacción.

En general, los diferentes autores no distinguen entre estrategias adecuadas o inadecuadas sino que dicha adecuación hay que valorarla individualmente en función de que consigan o no los objetivos que se proponen (Rowland, 1989a).

Lazarus y Folkman (1986) señalan varias estrategias de afrontamiento como fundamentales. Dichas estrategias serían:

- Confrontación: esfuerzos agresivos para cambiar la situación, conllevan hostilidad y asunción de riesgos.
- Distanciamiento: esfuerzos por alejarse del problema y por ignorarlo.

- Auto-control
- Búsqueda de apoyo social
- Aceptación de la responsabilidad
- Escape-evitación
- Solución planificada de problemas: esfuerzos dirigidos al problema para alterar la situación junto con un acercamiento analítico para solucionar el problema.
- Reevaluación positiva. Esfuerzos por dar un significado positivo a la situación, enfocándola por ejemplo hacia el crecimiento personal. A veces puede tener un sentido religioso.

Las consecuencias del afrontamiento se centran en tres grandes áreas: la del funcionamiento social, la de la adaptación psicológica y la de la salud, que en conjunto constituyen la calidad de vida. Las consecuencias pueden ser diferentes a corto y a largo plazo.

Por tanto, desde este enfoque el afrontamiento se concibe como “.....un conjunto de esfuerzos cognitivos y comportamentales, continuamente cambiantes, que se utilizan para afrontar las demandas que son valoradas por el individuo como excesivas con respecto a los recursos de los que dispone - o cree que dispone.....”. El objetivo perseguido en última instancia es reducir el malestar causado por la amenaza percibida.

Las estrategias de afrontamiento nos permiten protegernos del miedo. Son los esfuerzos cognitivos y conductuales que se desarrollan para manejar demandas externas o internas, que el sujeto evalúa como superiores a sus propios recursos. La dotación de recursos de afrontamiento va a disminuir o a aumentar el sentimiento de temor. La vivencia del miedo depende de la evaluación que hace el sujeto y de los rasgos del objeto peligroso (De Lorenzo y Montero, 2003).

Es posible que las estrategias de afrontamiento que elige una persona deriven de ciertas características de su personalidad, pero en general los rasgos de la

personalidad no parecen ser útiles para predecir de una manera exacta las estrategias de afrontamiento, ya que las correlaciones entre estrategias de afrontamiento y características de personalidad son débiles (Carver, Scheier y Weintraub, 1989; Rowland, 1989b; Folkman, 2009).

Las variables de personalidad que podrían influir en el afrontamiento, según Carver, Scheier y Weintraub (1989) se citan a continuación:

- 1) Optimismo y pesimismo: las personas optimistas tienen expectativas más positivas ante su futuro y usan estrategias de afrontamiento más activas; sin embargo los pesimistas al tener unas expectativas peores de futuro utilizan más estrategias centradas en el malestar emocional y en la evitación
- 2) Locus de control Influye en la percepción de control ante la situación de enfermedad y esto parece ser un factor importante en la manera de afrontar enfermedades físicas
- 3) Autoestima: Las personas con más autoestima tienden a utilizar estrategias de afrontamiento más positivas y activas; las que tienen menos autoestima tienden a desatender sus metas bajo estrés.
- 4) Resistencia o resiliencia: parece ser que reduce los efectos del estrés, pues las personas con personalidad más resistente realizan un afrontamiento más activo.
- 5) Personalidad tipo A: prefieren un afrontamiento más activo e ignoran el malestar emocional
- 6) Ansiedad rasgo, el afrontamiento en estos casos no es activo y tienden a ignorar las metas con las que interfiere la situación estresante. Hay una asociación negativa entre ansiedad rasgo y reinterpretación positiva, resiliencia y optimismo.

Por último habría que tener en cuenta que elegir un tipo afrontamiento supone un coste para el sujeto, en el sentido de que implica un esfuerzo que se puede añadir al estrés que de por sí genera la enfermedad por lo que cada paciente ha de valorar el grado de esfuerzo que es capaz de hacer o no ante la situación, lo que también puede repercutir en la estrategia que se elige (Singer, 1984).

Se puede distinguir entre las estrategias de afrontamiento efectivas y las que se consideran no adaptativas en función de las consecuencias positivas o negativas del sujeto que las utiliza (Bayés, 2006).

En este sentido hay datos que indican que el uso de estrategias de afrontamiento efectivas se asocia a una mejor adaptación al proceso patológico que se trate (Merluzzi y Martínez, 1997) y que esta asociación es un predictor positivo de bajos niveles de ansiedad y depresión (Osowiecki y Compas, 1998).

La medida del afrontamiento

Existen diferentes cuestionarios para valorar el proceso de afrontamiento en relación con el proceso de enfermar:

- **Mental Adjustment to Cancer Scale (MAC)** (Ferrero, 1992; Schwartz et al, 1992; Watson et al, 1988): Es uno de los más utilizados en los diferentes estudios en Psico-Oncología. Consta de 40 ítems en una escala de 4 posibilidades: espíritu de lucha, desesperanza, preocupación ansiosa, y negación.
- **Mini-Mental Adjustment to Cancer (Mini-MAC)** (Watson et al, 1994a, 1994b): es la versión corta del anterior.
- **Medical Coping Modes Questionnaire (MCMQ)** (Feifel, Strack y Tong Nagy, 1987a, 1987b): Mide estrategias de afrontamiento a través de tres escalas: Confrontación, Evitación y Aceptación-Resignación.
- **Bernese Coping Modes (BECOMO)** (Heim et al, 1993): Evalúa estrategias de afrontamiento conductuales, cognitivas y emocionales. Ampliamente utilizado en países de lengua germana, también existen versiones en francés, italiano e inglés.
- **Ways of Coping (WOC)** (Folkman y Lazarus, 1980; 1988): La primera versión se pensó para población general y contenía 66 ítems sobre modos generales de afrontamiento cognitivo y conductual ante situaciones estresantes.

Posteriormente se han hecho muchas otras versiones para adaptarlo a pacientes con cáncer, atendiendo y eliminando ítems y obteniéndose una diversidad de nuevos factores y escalas. Diferentes versiones son:

-Coping Strategies Inventory (CSI) (Tobin et al, 1989; Cano, Rodríguez y García, 2007).

-Versión WOC (Vitaliano et al, 1985).

-Versión WCQ (Jarrett et al, 1992) para pacientes de cáncer de mama.

-Versión COPE (Carver, Scheier y Weintraub, 1989).

- The Faith Courtauld Schedule for Coping with Cancer (Burgess, Morris Y Pettingale, 1988): No es un cuestionario, sino una entrevista semi-estructurada referida a respuestas cognitivas y conductuales al diagnóstico de cáncer.
- Coping Response Indices (R) (Billings y Moos, 1981): Se miden tres maneras de afrontar: Afrontamiento Cognitivo Activo, Afrontamiento Conductual Activo y Evitación.
- Dealing with Illness Coping Inventory (DWICI) (Fawzy et al, 1990; 1993; Fawzy, Fawzy, y Wheeler, 1996): Propone tres métodos generales de afrontar: a) Conductual-Activo, b) Cognitivo-Activo y c) Evitación.
- Impact of Event Scale (IES) (Horowitz, Wilner y Alvarez, 1979): Se evalúan las reacciones del sujeto tras sufrir un evento estresante.
- Courtauld Emotional Control Scale (CECS) (Watson y Greer, 1983). Se valora la represión de emociones.
- Internal-External Locus of Control Scale (Rotter, 1966): La más utilizada para medir el Locus de Control
- Multidimensional Health Locus of Control Scale (MHLC) (Wallston, Wallston y DeVellis 1978; Wallston y Wallston, 1981): Contiene tres sub-escalas: De

control interno, de control externo correspondiente al azar y, de control externo de otras personas.

HIPÓTESIS Y OBJETIVOS

Hipotesis

Los pacientes con mayor grado de ansiedad y con menor capacidad de afrontamiento presentan un menor conocimiento sobre su proceso, a pesar de haber firmado el consentimiento informado, y una mayor probabilidad de padecer complicaciones reflejadas en una prolongación de su estancia hospitalaria.

Objetivos

Objetivo General

Valorar la información recibida y aceptada con la firma del consentimiento informado, los valores de ansiedad estado y rasgo y la capacidad de afrontamiento, y la relación de estos parámetros con la duración del proceso post-operatorio, en una muestra de pacientes oncológicos.

Objetivos Específicos

- 1.- Conocer la calidad de la información proporcionada en el proceso del consentimiento informado.
- 2.- Valorar la influencia que las variables demográficas (edad, género, nivel de educación) y clínicas (riesgo anestésico -ASA-) tienen sobre la asimilación de la información recibida y rubricada en el consentimiento informado; el estado de ansiedad y la capacidad de afrontamiento.
- 3.- Determinar la influencia de la asimilación del contenido en el consentimiento informado sobre la ansiedad y la capacidad de afrontamiento.

4.- Valorar la influencia que el grado de ansiedad, como estado y rasgo, y la capacidad de afrontamiento presentan sobre la duración del proceso quirúrgico, medido por la prolongación de la estancia hospitalaria

MATERIAL Y MÉTODOS

Material y Métodos

Diseño

Estudio transversal realizado en el Hospital Universitario San Cecilio, Granada, durante el año 2011.

Población de estudio

Población de referencia: pacientes oncológicos sometidos a Cirugía.

Población elegible: Pacientes ingresados para cirugía en los servicios de Cirugía General y del Aparato Digestivo, Urología o Ginecología del Hospital Universitario San Cecilio.

Criterios de selección:

- 1) Ingreso relacionado con el proceso oncológico de base para cirugía por primera vez
- 2) Procedimiento quirúrgico que requiere anestesia general
- 3) Ser mayor de edad
- 4) Capacidad para participar en el estudio y contestar el cuestionario auto administrado
- 5) Consentimiento para participar en el estudio

Criterios de exclusión:

- 1) Discapacidad sensorial grave que dificulte la comprensión y la realización de las pruebas que se utilizarán
- 2) No dominar el idioma español con fluidez

3) Tener un trastorno psiquiátrico agudo o crónico

4) Deterioro cognitivo grave

Población Muestral: 150 pacientes ingresados en los servicios de cirugía general y de aparato digestivo, urología, ginecología u otros, seleccionados de forma secuencial durante estancia preoperatoria. Con este número de pacientes se pueden detectar diferencias significativas para variaciones porcentuales de 12 puntos sobre un porcentaje de referencia inferior a 18 puntos, con una potencia del 80% y un error alfa del 5%. Todos los pacientes habían sido informados en la consulta preanestésica, realizada con anterioridad al ingreso hospitalario, sobre las características de la anestesia que iban a recibir y habían firmado el consentimiento informado para Anestesia General, Regional o Local, de acuerdo con el modelo disponible en:

http://www.juntadeandalucia.es/salud/export/sites/csalud/galerias2/documentos/ci2/anestesia_general_y_local.pdf (accedido el 15 de marzo de 2013).

Este documento proporciona suficiente información sobre el proceso anestésico, riesgos, molestias, efectos secundarios y beneficios del mismo con claridad suficiente para permitir su comprensión con una lectura rápida o una sencilla explicación.

Recogida de Información

Una vez cursado el ingreso, a los potenciales participantes y a sus familiares y/o cuidadores se les explicó de forma verbal el objeto del presente estudio. A la vez se le entregó un documento de consentimiento informado en el que se les explicaba también el propósito del estudio (Anexo I). Se les insistió que preguntasen cualquier duda que tuviesen sobre la explicación que recibieron o sobre el documento que leyeron y tras dejarle un tiempo de 15 minutos para que reflexionaran sobre su decisión o no de participar en el estudio, se les solicitaba que firmaran el consentimiento informado que previamente se les había entregado para su lectura, con objeto de dar fe que aceptaban participar en el estudio.

A continuación se les entregaron los cuestionarios autoadministrados que valoran el estado de ansiedad (STAI) y la capacidad de afrontamiento (MCMQ), así como un breve cuestionario diseñado "ad hoc" para valorar la información recibida y la comprensión de la misma (AnexoII)

Variables de estudio.

Se recogieron las siguientes variables:

- Edad. Recogida en años cumplidos y posteriormente categorizada en dos grupos: ≤ 60 años; > 60 años.
- Sexo. Variable dicotómica.
- Estado civil (Soltero, casado, viudo, otros; Posteriormente se agruparon todos los casos en dos categorías: casado y otros)
- Nivel de estudios. Sin estudios, estudios primarios, secundarios, estudios superiores.
- Actividad laboral: Variable categórica con las siguientes opciones: Activo, parado; jubilado, invalidez; estudiante, ama de casa;
- Antecedentes de anestesia: Si/No.
- Riesgo anestésico (ASA), valorado de 1 a 4. (Dripps, 1963)
- Patología: Se recogió la localización del tumor primario que motivó el ingreso. Posteriormente se agrupó en tumores de localización digestiva, ginecológica, urológica, y otros (incluyen tumores de tiroides, melanomas y otorrinolaringológicos).
- Estancia hospitalaria. Recogida en días.
- GRD (Grupo relacionado con el diagnóstico). Como sistema de clasificación de

pacientes se optó por los GRD, dado que proporcionan una clasificación de los pacientes hospitalarios en grupos homogéneos en cuanto al consumo de recursos, y puesto que se utilizan ampliamente, permiten acceder a estimaciones de estancias medias esperadas para cada uno de dichos GRD.

Comparación de la estancia observada con la estancia esperada en función del GRD. Se estimó la diferencia entre la estancia hospitalaria y la estancia esperada, se consideró que era igual cuando la variación fue igual o inferior a dos días, una estancia inferior a la esperada cuando la estancia observada fue al menos dos días inferior a la esperada, y una estancia superior a la esperada cuando esta excedía en más de dos días sobre la media para el GRD correspondiente. Para el análisis descriptivo se agruparon también los pacientes en tres categorías, definidas en función de los percentiles en los que se distribuyen las diferencias en las estancias.

- **Inventario de Ansiedad Estado-Rasgo de Spielberger (STAI: State-Trait Anxiety Inventory)** (Anexo III) Este test ha sido usado ampliamente en la evaluación de la ansiedad asociada con tratamientos hospitalarios. El instrumento incluye escalas separadas para la ansiedad rasgo y estado. La ansiedad rasgo se relaciona con la susceptibilidad individual para percibir situaciones estresantes como peligrosas y responder de forma ansiosa.

La ansiedad estado es el nivel de ansiedad en un momento concreto, en función de una situación concreta y no de rasgos de personalidad del sujeto. Está conceptualizada como un estado o condición emocional transitoria del organismo humano, que se caracteriza por sentimientos subjetivos, conscientemente percibidos de tensión y aprensión, así como por una hiperactividad del sistema nervioso autónomo. Puede variar con el tiempo y fluctuar en intensidad (Spielberger, 1970).

En principio, el cuestionario STAI fue diseñado para una autoaplicación y puede ser administrado individual o colectivamente. Las instrucciones necesarias para cada una de las dos partes (ansiedad estado A/E y ansiedad rasgo A/R) están impresas en el ejemplar.

La puntuación total en cada uno de los conceptos oscila entre 0 y 60 puntos. El cuestionario proporciona una puntuación de ansiedad como estado y otra de ansiedad como rasgo, cada una de las cuales se obtiene sumando las puntuaciones en cada uno de los 20 ítems correspondientes.

La puntuación en los ítems de estado oscila entre 0 y 3, estableciendo los criterios operativos según la intensidad (0 - nada; 1 - algo; 2 - bastante; 3 - mucho). En algunos de los ítems de la ansiedad-estado es necesario invertir la puntuación asignada a la intensidad (3 - nada; 2 - algo; 1 - bastante; 0 - mucho); esos ítems son: 1, 2, 5, 8, 10, 11, 15, 16, 19 y 20.

La puntuación en los ítems de rasgo también oscila entre 0 y 3, pero en este caso se basa en la frecuencia de presentación (0 - casi nunca; 1 - a veces; 2 - a menudo; 3 - casi siempre). En algunos de los ítems de la ansiedad-rasgo es necesario invertir la puntuación asignada a la frecuencia de presentación (3 - casi nunca; 2 - a veces; 1 - a menudo; 0 - casi siempre); esos ítems son: 21, 26, 27, 30, 33, 36 y 39.

No existen puntos de corte determinados a priori, sino que las puntuaciones directas que se obtienen se transforman en percentiles en función del sexo y la edad. En la siguiente tabla se detallan las puntuaciones correspondientes a los percentiles 50, 75, 85 y 99.

	Percentil 50		Percentil 75		Percentil 85		Percentil 99	
	A/E	A/R	A/E	A/R	A/E	A/R	A/E	A/R
	Puntuación directa varones							
Adolescentes	20	20	31	26	36	30	47-60	46-60
Adultos	19	19	28	25	33	29	47-60	46-60
	Puntuación directa mujeres							
Adolescentes	22	22	31	29	36	33	53-60	49-60
Adultos	21	24	31	32	37	37	54-60	49-60

La suma de los distintos ítems permitió calcular el valor global, que posteriormente se categorizó, tanto para el STAI/Rasgo como para el STAI/Estado en tres grupos: inferior al percentil 25, entre los percentiles 25 y 75,

y superior al percentil 75; utilizando para ello los valores proporcionados por Spielberger (1970) en función del sexo del sujeto.

- **Cuestionario Médico de Estrategias de Afrontamiento (MCMQ) de Herman Feifel (Anexo 2)** (Feifel, 1987). Consta de 19 ítems puntuados de 1 a 4 y evalúa el funcionamiento psicológico y conductual de las personas ante el hecho o la posibilidad de enfermar, según tres diferentes estilos de afrontamiento: Confrontación, Evitación y/o Aceptación Resignada. Se recogió cada uno de los ítems incluidos en el test (Anexo IV). Tras corregir los ítems que puntúan de forma inversa (1, 10 y 12 para la confrontación, 9 para la evitación y 4, 13 y 18 para la aceptación-resignación), se calcularon los índices de afrontamiento confrontación, resignación y aceptación descritos posteriormente.

El estilo confrontativo corresponde a aquéllos que tratan de entender y abordar abiertamente su situación conflictiva intentando dar la mejor respuesta posible, o buscar la salida menos mala a tal situación, es el estilo más eficaz y de mejor pronóstico. Su rango de puntuación se sitúa entre 8 y 32.

El estilo evitativo suele darse en personas con baja autoeficacia y autoestima negativa, no suelen involucrarse en los avatares de la vida con entusiasmo, por el contrario, evitan o escapan de dar una respuesta franca a la situación. (Rango de puntuación de 7 a 28)

El uso de aceptación resignada como estilo de afrontamiento se da en personas que sienten tener pocas expectativas de resolver su problema o recuperarse de su enfermedad y la aceptan de forma resignada porque se ven impotentes, con sentimientos de “coping” inadecuados. (Rango de puntuación de 4 a 16).

Se estima un Índice Total de Afrontamiento, a través del cociente efectuado entre respuestas de afrontamiento eficaz, o confrontación, y la suma de respuestas de evitación más las de aceptación resignada, considerando indicativo de mejor pronóstico cuanto más próximo sea dicho cociente a 1, tomando como base para ello las medias y desviaciones típicas en los datos normativos del cuestionario original.

- **Valoración del contenido de la hoja preanestésica** (Anexo 3). Se elaboró un cuestionario de 12 ítems con objeto de valorar las características de la información que se da al paciente, a los que se añadieron 4 más con objeto de valorar la comprensión de la información recibida. Los 11 primeros se refieren a la calidad de la información, 4 pretenden valorar la comprensión de la información recibida y el último pregunta directamente si el paciente conoce la intervención que se le va a realizar.

A continuación se relacionan los cuatro ítems que valoran la comprensión de la información, de respuesta abierta y las opciones de respuesta recogidas, subrayando las que se han considerado correctas.

- ¿Qué elemento de la boca se puede dañar, excepcionalmente, al introducir el tubo?
 - Piezas dentarias
 - Laringe y cuerdas vocales
 - Epiglotis
 - La lengua
 - La garganta
 - "No sabe/No Contesta"
- Si se le operara después de comer, ¿qué problema cree que podría suceder?
 - Vomitara
 - No tener limpios los intestinos
 - Entrar en coma
 - Que pase el alimento a las vías respiratorias

- Paro cardiaco
 - Vómitos y asfixia
 - "No sabe/No Contesta"
- ¿Cuántas horas es conveniente guardar ayuno?
 - Número de horas (correcto 8-12 horas)
 - "No sabe/No Contesta"
- ¿Qué molestias le podrían aparecer, debidas a la anestesia, después de la intervención?
 - Náuseas y vómitos
 - Desorientación
 - Ninguna
 - Dolor de cabeza
 - Pérdida de memoria
 - Dolor
 - Sequedad
 - Piernas dormidas
 - No echar la anestesia
 - No poder orinar
 - Cansancio
 - "No sabe/No Contesta"

Para cada una de estas cuestiones se delimitaron las respuestas correctas y

se valoró el resultado como 0-incorrecto, 1-correcto, de forma que posteriormente pudo sumarse el resultado de los cuatro items. Se consideró que la información había reunido una calidad suficiente cuando el paciente contestaba de forma correcta tres o más cuestiones.

Análisis Estadístico

Los datos recogidos se introdujeron en una base de datos elaborada “ad hoc” en un libro de Excel. El análisis estadístico se ha realizado con el paquete estadístico Stata versión 10.0.

En primer lugar se realizó un análisis descriptivo, calculando la distribución de frecuencias para las variables cualitativas y la media, desviación estándar, mediana, percentiles y rango para las variables cuantitativas.

Para los contrastes estadísticos se ha utilizado el test de la chi cuadrado para la comparación de proporciones, cuantificando la asociación entre variables mediante la estimación de OR y su intervalo de confianza al 95%. Para el análisis de variables cuantitativas se ha utilizado el test de la T de Student. En todos los casos se ha aceptado la significación estadística para una $p < 0,05$.

RESULTADOS

RESULTADOS

Características de la muestra

En total se estudiaron 150 pacientes cuyas características demográficas se muestran en la tabla 1. Algo menos de la mitad, 69 (46%), eran varones y 81 (54%) mujeres. Respecto a la edad el 52% tenía 60 años o menos mientras que el 48% fue mayor de 60 años. Entre ellos, 21 mujeres y 25 hombres habían cumplido 65 o más años. El mayor porcentaje estaba casado (78%), no vivía solo y tenían dos o más hijos. En cuanto a su nivel de estudios, más de la mitad de la muestra señala tener sólo estudios primarios o ningún nivel escolar; sólo un 36% trabajaban, el 11% estaban parados y el resto pertenecían a la población pasiva. Respecto a las variables clínicas (Tabla 2), destacó la elevada frecuencia de antecedentes quirúrgicos, casi el 80% de la población estudiada ya se había sometido en alguna otra ocasión al proceso anestésico y por ende a alguna intervención quirúrgica. La patología que motivó el ingreso ya agregada fue digestiva 65 casos (43,3%), ginecológica y urológica 72 (58,0%) y otros procesos 13 (8,7%). El riesgo anestésico ASA se estimó como 1 o 2 en el 60,0% de los pacientes, 3 en un 36,7%. Sólo 5 pacientes se valoraron como un riesgo 4.

Información recibida para el Consentimiento Informado

En lo referente a los conocimientos de los pacientes sobre su enfermedad y tratamiento (Tabla 3), un 37% afirmó no conocer el tipo de intervención a la que iba a ser sometido, aunque simultáneamente más del 90% reconocían que habían sido informados sobre la intervención quirúrgica que le iban a realizar.

La mayoría de los pacientes de nuestra muestra (103) señalaban que habían recibido información sobre posibles problemas o complicaciones derivados de la anestesia, pero cuando se les preguntó si recordaban alguno de ellos, solo el 40% decía recordar alguno de estos posibles problemas relacionados con el procedimiento quirúrgico o anestésico.

La mayoría de nuestros pacientes referían haber recibido información sólo por parte del cirujano (42%), menos sólo por parte del anestesista (14%). El resto, 40%, dijeron que habían recibido información tanto del anesthesiólogo como del cirujano y solo un 4% dijo que ni el anestesista ni el cirujano les habían informado.

La mayoría de los encuestados estuvieron de acuerdo en que el médico debe informar de los riesgos de la operación, pero hubo aproximadamente un 10% que no querían saber nada, o que solo querían recibir alguna información en aquellos casos de mayor gravedad. En general, los resultados mostraron el acuerdo en relación a que la información la debe recibir tanto el paciente como los familiares directos, a ser posible en forma tanto oral como escrita (corroborado por el 66% de los pacientes) y en un lenguaje comprensible. En este sentido, el 25% de los pacientes consideraron que el lenguaje utilizado era demasiado complejo, a pesar de ello el 72% de los pacientes estudiados juzgaron suficiente la información recibida y la mayoría, el 81%, reconoció haber tenido posibilidad de preguntar las dudas que tuviera. No se ha detectado ninguna diferencia significativa en relación a la percepción de la información recibida en función del sexo del paciente (tabla 4).

En la tabla 5 se detallan las respuestas obtenidas para las cuestiones referidas a la comprensión de la información, cuyos porcentajes de aciertos se muestran global y estratificados por sexo en la tabla 6. Cuando se preguntó qué elemento de la boca se podía dañar excepcionalmente a la hora de la intubación, respondieron de modo correcto 64 pacientes. A la pregunta de qué ocurre cuando se le opera después de comer las respuestas correctas fueron 50. Cuando se preguntó por tiempo conveniente de ayuno respondieron correctamente 81. Sobre las molestias post-anestesia, el número de contestaciones que podían valorarse como correctas fue de 79. En general no hubo diferencias significativas en las respuestas acertadas según sexo, aunque parece haber una cierta ventaja para las mujeres respecto a los hombres.

Cuando se valora de forma conjunta el número de respuestas acertadas (tabla 7 y figura 1), la calidad de la información es baja para el 57,3% de los pacientes, que contestaron de forma correcta dos o menos cuestiones, y aceptable para el resto, el

42,7% de la muestra, que contestó correctamente al menos tres de las cuatro cuestiones, sin que tampoco para esta variable se observasen diferencias por sexo.

Posteriormente se analizó la asociación entre la calidad de la información y el resto de las variables recogidas (Tabla 8). Se encontraron asociaciones significativas con la calidad de la información para el hecho de conocer la intervención a la que el paciente iba a ser sometido ($p < 0,001$); el saberse informado de los riesgos anestésicos ($p < 0,001$); el considerar que la información recibida había sido suficiente ($p < 0,05$) y valorar el lenguaje utilizado como adecuado ($p < 0,05$).

El efecto que las distintas variables tienen sobre la calidad de la respuesta se midió estimando la Odds Ratio (OR) de asociación, mostrada en la tabla 9. Destaca una importante asociación entre poseer estudios superiores (OR = 2,73), que implica una probabilidad casi tres veces mayor de comprensión correcta de la información para los sujetos con mayor nivel de educación respecto al resto de categorías. También se encontró mayor calidad de la información, es decir una comprensión significativamente mejor de la información, para aquellos que dijeron haber sido informados sobre los posibles riesgos derivados de la anestesia (OR = 4,84), consideraban adecuado el lenguaje empleado por el informador (OR = 2,47), habían recibido información suficiente (OR = 2,58), o recordaban algún problema potencialmente relacionado de la anestesia (OR 2,62).

Estudio de la Ansiedad

En general y, teniendo en cuenta los valores del test de ansiedad STAI, las mujeres presentaron un mayor grado de ansiedad, tanto de ansiedad estado (STAI E), con un valor medio de 27,20 frente a 21,49 para los varones, como de ansiedad rasgo (STAI R), parámetro para el que presentaron un valor medio de 23,52, frente a sólo 18,91 en los varones. Estos datos, junto a las medidas de dispersión, así como la mediana, rango y percentiles se detallan en la tabla 10.

En las tablas 11 y 12 se recoge la distribución de las respuestas obtenidas para cada una de los ítems del cuestionario, respectivamente para mujeres y para varones, dadas

las importantes diferencias existentes en función del sexo, todo el análisis se ha hecho de forma estratificada.

Respecto a la ansiedad estado -STAI E- entre los varones no se ha encontrado ninguna asociación significativa con las variables demográficas y clínicas (Tabla 13), aunque sí se observa un nivel de ansiedad significativamente superior entre aquellos que dicen no haber recibido información sobre los posibles problemas derivados de la anestesia ($p < 0,05$), o los que no recuerdan que le hayan comentado ningún problema o complicación de la anestesia ($p < 0,05$). Igualmente se observa un mayor nivel de ansiedad para quienes dicen haber sido informados por el cirujano respecto a los que han sido informados por el anestesista o ambos, y los que no saben los elementos de la boca que podrían dañarse al introducir el tubo, sin que en ninguno de estos dos casos las diferencias lleguen a alcanzar diferencias estadísticamente significativas ($p < 0,10$). En función del resto de preguntas no se han encontrado diferencias significativas, aunque el nivel de ansiedad apunta más alto en aquellos casos que señalan que el lenguaje con el que han sido informados no fue el adecuado (Tabla 14).

En relación con el nivel de Ansiedad rasgo (STAI R) los resultados fueron muy similares a los comentados previamente. Se observó una diferencia casi significativa en relación al nivel de estudios, con mayor nivel de ansiedad rasgo entre los sujetos sin estudios o con sólo estudios primarios (tabla 15).

Se observa también una diferencia casi significativa en función del conocimiento de la intervención que se va a realizar, con mayor nivel de ansiedad rasgo entre los que si la conocen, mientras que este valor fue significativamente inferior para aquellos que consideraban el lenguaje de la información adecuado, habían recibido información del anestesista, o sabían los elementos que podían ser dañados al introducir el tubo. Igualmente presentaron un nivel significativamente inferior de ansiedad rasgo aquellos para los que la calidad de la información pudo considerarse buena (Tabla 16).

En el caso de las mujeres, cuando se analiza la **Ansiedad estado (STAI E)** no se encuentran diferencias estadísticamente significativas en función de las variables demográficas y clínicas, tabla 17, pero se encuentra un nivel de ansiedad estado significativamente superior en aquellas que recuerdan algún problema o complicación

derivado de la anestesia ($p < 0,05$), e igualmente para las que contestan correctamente a la pregunta sobre las molestias secundarias a la anestesia que pueden padecer ($p < 0,05$). Resultados casi significativos ($p < 0,10$) en relación a la consideración de que se debe informar a la familia (mayor ansiedad estado entre las que contestaban que no), o al médico que informa (mayor nivel de ansiedad cuando fue exclusivamente el cirujano), o contestaron correctamente a la pregunta sobre los riesgos de una intervención realizada después de comer (Tabla 18).

Para la **Ansiedad rasgo (STAI R)** destacó la observación de valores significativamente superiores entre mujeres sin estudios o con sólo estudios primarios, y casi significativamente superiores en las mayores de 65 años (Tabla 19). Para el resto de las variables estudiadas, tabla 20, sólo destacó una diferencia casi significativa en el sentido de mayor ansiedad entre aquellas que valoraron como no suficiente la información recibida.

Análisis de la capacidad de afrontamiento

En cuanto al índice MCMQ, o capacidad de afrontamiento, presentó un valor global de 0,87, sin diferencias significativas entre sexos (0,88 en mujeres frente a 0,85 en varones), por lo que se optó por presentar exclusivamente el análisis global. En la tabla 21 se describen las puntuaciones obtenidas para cada uno de los componentes del MCMQ, así como para la estimación del índice de afrontamiento.

Cuando se analizó el comportamiento del índice de afrontamiento en relación a las variables clínicas y demográficas, se observó un índice significativamente mayor en los sujetos con estudios medios o superiores, así como en los de menor edad, tabla 22, pero solo conocer el tipo de intervención mostró alguna asociación con el índice de afrontamiento, sin que se alcanzara el nivel de significación (Tabla 23).

El análisis de los distintos componentes del afrontamiento: Confrontación (tabla 24 y 25), Evitación (tablas 26 y 27) y Aceptación/Resignación (tablas 28 y 29) permite destacar mayor puntuación para la confrontación en las mujeres, pero también mayor nivel de evitación, sin que existieran diferencias para la Aceptación/Resignación. El grado de evitación fue superior en los mayores de 65 años, en los que igualmente era

significativamente superior la aceptación/resignación. Éste último parámetro fue también superior en los sujetos con menor nivel de estudios.

El afrontamiento confrontación fue mayor en aquellos que sabían el tipo de intervención que iban a sufrir e igualmente para aquellos que reconocían haber sido informados sobre ello, grupo en el que simultáneamente se encontraba mayor aceptación/resignación. Diferencias casi significativas se encuentran al comparar en función de la consideración de que se debe informar a la familia, con mayor aceptación/resignación para los que consideran que no.

En la tabla 30 se muestran los resultados de la estancia hospitalaria, la estancia esperada en función de la estancia media para el GRD del proceso y el peso medio de los GRD. La estancia media fue de 12,1 días, significativamente superior a la esperada, con una media de 10,4 días ($p < 0,05$). Sólo un 34% de los pacientes presentaron una estancia más de dos días superior a lo esperado, mientras que un 27% permanecieron en el hospital un tiempo más de dos días inferior a lo esperado (figura 2).

Se analizó la posible asociación entre calidad de la información recibida y prolongación de estancia, sin encontrar ninguna asociación significativamente. Igualmente se estudiaron los parámetros de ansiedad y tipos de afrontamiento, sin que se apreciara ninguna variación significativa en relación a la duración de la estancia (tabla 31). No obstante, el valor de la ansiedad estado fue discretamente superior en aquellos que permanecieron más tiempo en el hospital, mientras que la ansiedad rasgo fue algo inferior entre los que tuvieron una estancia menor a la esperada, grupo en los que igualmente, el índice de afrontamiento estuvo más próximo a uno, indicando una mejor calidad de afrontamiento.

Tabla 1. Características de la población estudiada. Variables Demográficas

	N	Porcentaje
Sexo		
Hombre	69	46.0%
Mujer	81	54.0%
Edad		
≤ 60 años	78	52.0%
> 60 años	72	48.0%
Estado civil		
Soltero	18	12.0%
Casado	117	78.0%
Viudo	15	10.0%
Vive solo		
Si	16	10.7%
No	134	89.3%
Número de hijos		
Ninguno	22	14.7%
1	14	9.3%
2	50	33.3%
3 ó más	64	42.7%
Nivel de Estudios		
Sin estudios	19	12.7%
Primaria	57	38.0%
Estudios medios	52	34.7%
Estudios superiores	22	14.7%
Actividad Laboral		
Trabaja	54	36.0%
Parado	11	7.3%
Jubilado	43	28.7%
Invalidez	10	6.7%
Estudiante	1	0.7%
Ama de casa	31	20.7%

Tabla 2. Características de la población estudiada. Variables Clínicas

	N	Porcentaje
Patología		
Digestivo	65	43.3%
Ginecología	37	24.7%
Uro	35	23.3%
Tiroides	6	4.0%
Melanoma	1	0.7%
ORL	5	3.3%
Liposarcoma	1	0.7%
Riesgo Anestésico ASA		
1	19	12.7%
2	71	47.3%
3	55	36.7%
4	5	3.3%
Anestesia en otra ocasión		
Si	121	80.7%
No	29	19.3%

Tabla 3. Opinión del paciente sobre la información recibida.

Pregunta	Respuesta	N (%)
P.1. ¿Conoce el tipo de intervención que le van a realizar?	Si No/no sabe	94 (62,6%) 56 (37,3%)
P.2. ¿Le han informado en qué consiste la intervención quirúrgica a la que va a ser sometido?	Si No/no sabe	136 (90,7%) 14 (9,3%)
P.3. ¿Le han informado de los posibles problemas o complicaciones derivados de la anestesia?	Si No/no sabe	103 (68,7%) 47 (31,3%)
P.4. ¿Recuerda, en concreto, algún problema o complicación posible que le comentaran?	Si No/no sabe	60 (40,0%) 90 (60,0%)
P.5. ¿Qué médico le informó?	El cirujano El anestesista Ambos Ninguno	63 (42,0%) 21 (14,0%) 60 (40,0%) 6 (4,0%)
P.6. ¿Sabe si a alguna persona que lo acompañaba le informaron de algún riesgo o complicación?	Si No No está seguro	9 (6,0%) 135 (90,0%) 6 (4,0%)
P.7. ¿Cree usted que el médico debe informar de los riesgos de la operación?	Si No Sólo en casos graves	137 (91,3%) 4 (2,7%) 9 (6,0%)
P.8. ¿A quien piensa que se deben de explicar los riesgos derivados de una anestesia?	Al paciente A la familia A ambos	25 (16,7%) 14 (9,3%) 111 (74,0%)
P.9. ¿Cómo piensa que se debe transmitir el mensaje sobre los riesgos operatorios?	Escrito Oral Oral y escrito	10 (6,7%) 41 (27,3%) 99 (66,0%)
P.10. ¿Cree usted que el lenguaje con el que le han informado era adecuado o era demasiado complejo?	Adecuado Complejo No tengo opinión	113 (75,3%) 21 (14,0%) 16 (10,7%)
P.11. ¿Ha podido preguntar las dudas que tenía?	Si No	122 (81,3%) 28 (18,7%)
P.12. ¿La información recibida le ha parecido suficiente?	Si No	109 (72,6%) 41 (27,4%)

Tabla 4. Opinión del paciente sobre la información recibida estratificada por sexo.

Pregunta	Respuesta	N (%)	
		Hombres	Mujeres
¿Conoce el tipo de intervención que le van a realizar?	Si No/no sabe	44 (63,8%) 25 (36,2%)	50 (61,7%) 31 (38,3%)
¿Le han informado en qué consiste la intervención quirúrgica a la que va a ser sometido?	Si No/no sabe	62 (89,9%) 7 (10,1%)	74 (91,4%) 7 (8,6%)
¿Le han informado de los posibles problemas o complicaciones derivados de la anestesia?	Si No/no sabe	45 (65,2%) 24 (34,7%)	58 (71,6%) 23 (28,4%)
¿Recuerda, en concreto, algún problema o complicación posible que le comentaran?	Si No/no sabe	25 (36,2%) 44 (63,8%)	35 (43,2%) 46 (56,8%)
¿Qué médico le informó?	El cirujano El anestesista Ambos Ninguno	30 (43,5%) 8 (11,6%) 29 (42,0%) 2 (2,9%)	33 (40,7%) 13 (16,0%) 31 (38,3%) 4 (4,9%)
¿Sabe si a alguna persona que lo acompañaba le informaron de algún riesgo o complicación?	Si No No está seguro	5 (7,2%) 59 (85,5%) 5 (7,2%)	4 (4,9%) 76 (93,8%) 1 (1,2%)
¿Cree usted que el médico debe informar de los riesgos de la operación?	Si No, o sólo en casos graves	63 (91,3%) 6 (8,7%)	74 (91,4%) 7 (8,6%)
¿A quién piensa que se deben de explicar los riesgos derivados de una anestesia?	Al paciente A la familia A ambos	14 (20,3%) 4 (5,8%) 51 (73,9%)	11 (13,6%) 10 (12,3%) 60 (74,1%)
¿Cómo piensa que se debe transmitir el mensaje sobre los riesgos operatorios?	Escrito Oral Oral y escrito	4 (5,8%) 20 (29,0%) 45 (65,2%)	6 (7,4%) 21 (25,9%) 54 (66,7%)
¿Cree usted que el lenguaje con el que le han informado era adecuado o era demasiado complejo?	Adecuado Complejo No tengo opinión	53 (76,8%) 8 (11,6%) 8 (11,6%)	60 (74,1%) 13 (16,0%) 8 (9,9%)
¿Ha podido preguntar las dudas que tenía?	Si No	57 (82,6%) 12 (17,4%)	65 (80,2%) 16 (19,8%)
¿La información recibida le ha parecido suficiente?	Si No No tengo opinión	52 (75,4%) 7 (10,1%) 10 (14,5%)	57 (70,4%) 16 (19,8%) 8 (9,9%)

Tabla 5. Valoración de los conocimientos adquiridos en relación a la anestesia

¿Qué elemento de la boca se puede dañar, excepcionalmente, al introducir el tubo?			
	Incorrecto	Correcto	Total
Piezas dentarias	-	50	50
Laringe y cuerdas vocales	-	14	14
Epiglotis	1	-	1
Lengua	2	-	2
Garganta	19	-	19
No sabe, No contesta	64	-	64
Total	86	64	150
Si se le operara después de comer ¿qué problema cree que podría suceder?			
	Incorrecto	Correcto	Total
Vomitir	-	42	42
No tener limpios los	4	-	4
Entrar en coma	2	-	2
Que pase el alimento	-	4	4
Paro cardiaco	2	-	2
Vomitos y asfixia	-	4	4
No sabe, No contesta	92	-	92
Total	100	50	150
¿Cuántas horas es conveniente guardar ayuno?			
	Incorrecto	Correcto	Total
No sabe, No contesta	51	-	51
5	1	-	1
6	6	-	6
8	-	40	40
9	-	1	1
10	-	2	2
12	-	38	38
18	1	-	1
24	9	-	9
48	1	-	1
Total	69	81	150

Tabla 5 (continuación). Valoración de los conocimientos adquiridos en relación a la anestesia

¿Qué molestias le podrían aparecer, debidas a la anestesia, después de la intervención?			
	Incorrecto	Correcto	Total
Náuseas y vómitos	-	61	61
Desorientacion	-	6	6
Ninguna	-	1	1
Dolor de cabeza	-	6	6
Perdida de memoria	1	-	1
Dolor	3	-	3
Sequedad	-	1	1
Piernas dormidas	-	1	1
No echar la anestesia	1	-	1
No poder orinar	0	2	2
Cansancio	0	1	1
No sabe, No contesta	66	-	66
Total	71	79	150

Tabla 6. Valoración de la comprensión del paciente de la información recibida (Porcentaje de respuestas correctas).

	Global	Hombres	Mujeres
¿Qué elementos de la boca se pueden dañar, excepcionalmente, al introducir el tubo?	64 (42,7%)	27(39,1%)	37(45,68%)
¿Cuántas horas es conveniente guardar ayuno antes de una intervención?	81 (54,0%)	38 (55,1%)	43 (53,1%)
Si se le opera después de comer, ¿qué problema cree que podría suceder?	50 (33,3%)	24 (34,8%)	26 (32,1%)
Que molestias le podrían aparecer debidas a la anestesia después de la intervención?	79 (52,7%)	33 (47,8%)	46 (56,8%)

Tabla 7. Calidad del proceso de información valorada en función del número de respuestas correctas

Número de Respuestas Correctas	Calidad			
	Mala		Buena	
	N	%	N	%
0	44	29.3%		
1	24	16.0%		
2	18	12.0%		
3			42	28.0%
4			22	14.7%
Total	86	57.3%	64	42.7%

Figura 1. Porcentaje de respuestas correctas a las variables que indican comprensión de la información contenida en el Texto del Consentimiento Informado estratificado por género

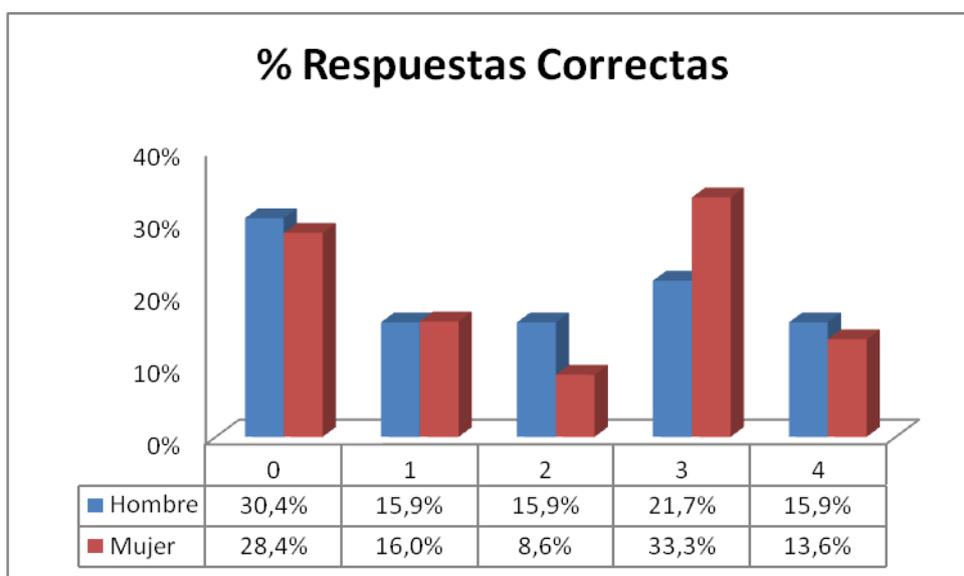


Tabla 8. Variables asociadas a la calidad de la información

	VARIABLES	CALIDAD DE LA INFORMACION		
		Mala (0-2)	Buena (3-4)	Valor p
Sexo	Hombres	43 (62,3)	26 (37,7)	NS
	Mujeres	43 (53,1)	38 (46,9)	
Edad	Menor 60	45 (57,7)	33 (42,3)	NS
	Mayor 60	41 (56,9)	31 (43,1)	
Estado civil	Casado	67 (57,3)	50 (42,7)	NS
	Otros	19 (57,6)	14 (42,4)	
Nivel de estudios	Sin estudios, Primarios, Secundarios	78 (60,9)	50 (39,1)	p<0,05
	Superiores	8 (36,4)	14 (63,6)	
Tipo de Patología	Digestiva	40 (61,5)	25 (38,5)	NS
	Ginecológica	21 (56,8)	16 (43,2)	
	Urológica	17 (48,6)	18(51,4)	
	Otras	8 (61,5)	5 (38,5)	
Riesgo Anestésico (ASA)	1 - 2	54 (60,0)	36 (40,0)	NS
	3 - 4	32 (53,3)	28 (46,5)	
Ha recibido Anestesia previa	Si	69 (57,0)	52 (43,0)	NS
	No	17 (58,6)	13(41,4)	
Conoce la intervención que se va a realizar	Si	39 (41,5)	55(58,5)	p<0,001
	No	47 (83,9)	9 (16,1)	
Le han informado sobre posibles problemas derivados anestesia	Si	48 (46,6)	55 (53,4)	p<0,001
	No	38 (80,6)	9 (19,2)	
Considera que la información recibida es suficiente	Si	56(51,4)	53(48,6)	p<0,05
	No	30 (73,2)	11(26,8)	
Considera que el lenguaje utilizado ha sido adecuado	Si	59 (52,2)	54 (47,5)	p<0,05
	No	27 (73,0)	10 (27,0)	
Ha tenido la posibilidad de preguntar dudas	Si	67 (54,9)	55(45,1)	NS
	No	19 (67,9)	9 (32,1)	
Considera que la información se debe proporcionar de forma ...	Escrita	7 (70,0)	3 (30,0)	NS
	Oral	26 (63,4)	15(36,6)	
	Ambos	53 (53,5)	46 (46,5)	

Tabla 8 (Continuación). Variables asociadas a la calidad de la información

Cree que se debe de informar de los riesgos	Si	78 (56,9)	59 (43,1)	NS
	No	3 (75,0)	1 (25,0)	
El médico que le informó fue un...	Cirujano	41 (65,1)	22 (34,9)	NS
	Anestesiista	10 (47,6)	11 (52,4)	
	Ambos	30 (50,0)	30 (50,0)	
	Ninguno	5 (83,3)	1 (16,7)	

Tabla 9. Efecto de las variables sobre la calidad de las respuestas

	OR Cruda	(IC 95%)	OR Ajustada	(IC 95%)
Sexo (ref. hombre)	1,46	(0,76 - 2,81)	1,74	(0,70 - 4,3)
Edad (Ref <60)	1,03	(0,54 - 1,97)	0,90	(0,39 - 2,09)
Estudios superiores (Ref: resto de categorías)	2,73	(1,07 - 6,98)	2,63	(0,82 - 8,37)
Estado Civil (Casado vs resto de situaciones)	1,01	(0,46 - 2,2)	1,03	(0,42 - 2,5)
Patología Urológica ¹	1,22	(0,54 - 2,77)	1,0	(0,34 - 2,95)
Pat. Ginecológica ¹	1,69	(0,74 - 3,89)	1,61	(0,61 - 4,25)
Otras patologías ¹	1,0	(0,29 - 3,4)	0,75	(0,19 - 3,0)
Riesgo ASA ≥3	1,31	(0,68 - 2,5)	1,83	(0,77 - 4,36)
Anestesia previa	1,07	(0,47 - 2,4)	0,83	(0,32 - 2,15)
Qué Médico le informa?	1,91	(0,97 - 3,76)	1,24	(0,57 - 2,69)
Le han informado sobre los riesgos potenciales de la anestesia ²	4,84	(2,12 - 11,0)	4,0	(1,32 - 12,1)
El lenguaje empleado por el cirujano, ¿le ha parecido asequible? ²	2,47	(1,09 - 5,58)	1,38	(0,49 - 3,87)
Considera que ha recibido información suficiente ²	2,58	(1,18 - 5,67)	1,44	(0,52 - 3,99)
Recuerda algún problema relacionado con la anestesia ²	2,62	(1,33 - 5,1)	1,41	(0,61 - 3,26)

² Referencia: Patología digestiva

² Referencia: No sabe o no contesta

Tabla 10. Características del grado de ansiedad (Estado y Rasgo) estratificadas por Sexo

	Ansiedad - Estado		Ansiedad - Rasgo	
	Varones	Mujeres	Varones	Mujeres
Media	21,49	27,20	18,91	23,52
Desv. Estándar	10,38	12,25	8,67	11,59
Varianza	107,84	150,16	75,23	134,30
Mediana	21	25	17	22
Percentil 25	14	19	12	14
Percentil 75	25	34	24	33
Rango-Limite Inferior	0	6	8	6
Rango-Limite Superior	55	57	49	55

Tabla 11. Respuestas obtenidas para cada uno de las cuestiones incluidas en el índice

STAI. Varones

	Casi nunca		A veces		A menudo		Casi siempre	
	N	%	N	%	N	%	N	%
Me siento calmado	7	10,1%	27	39,1%	29	42,0%	6	8,7%
Me siento seguro	3	4,3%	18	26,1%	37	53,6%	11	15,9%
Me siento tenso	29	42,0%	27	39,1%	11	15,9%	2	2,9%
Estoy contrariado	36	52,2%	23	33,3%	8	11,6%	2	2,9%
Me siento a gusto	12	17,4%	22	31,9%	30	43,5%	5	7,2%
Me siento alterado	35	50,7%	26	37,7%	6	8,7%	2	2,9%
desgracias futuras	16	23,2%	29	42,0%	18	26,1%	6	8,7%
Me siento descansado	3	4,3%	13	18,8%	45	65,2%	8	11,6%
Me siento angustiado	30	43,5%	30	43,5%	5	7,2%	4	5,8%
Me siento confortable	6	8,7%	29	42,0%	27	39,1%	7	10,1%
Tengo confianza en mi mismo	2	2,9%	11	15,9%	30	43,5%	26	37,7%
Me siento nervioso	24	34,8%	32	46,4%	8	11,6%	5	7,2%
Estoy desasegado	41	59,4%	24	34,8%	2	2,9%	2	2,9%
Me siento muy atado	42	60,9%	20	29,0%	5	7,2%	2	2,9%
Estoy relajado	5	7,2%	20	29,0%	38	55,1%	6	8,7%
Me siento satisfecho	10	14,5%	18	26,1%	37	53,6%	4	5,8%
Estoy preocupado	18	26,1%	30	43,5%	17	24,6%	4	5,8%
Me siento aturdido	47	68,1%	14	20,3%	5	7,2%	3	4,3%
Me siento alegre	18	26,1%	32	46,4%	14	20,3%	5	7,2%
En este momento me siento bien	7	10,1%	21	30,4%	34	49,3%	7	10,1%
Me siento bien	8	11,6%	20	29,0%	33	47,8%	8	11,6%
Me canso rápidamente	29	42,0%	27	39,1%	11	15,9%	2	2,9%
Siento ganas de llorar	46	66,7%	19	27,5%	3	4,3%	1	1,4%
Me gustaría ser tan feliz como otros	35	50,7%	15	21,7%	14	20,3%	5	7,2%
Pierdo oportunidades por no decidir pronto	40	58,0%	20	29,0%	7	10,1%	2	2,9%

Tabla 11 (Continuación). Respuestas obtenidas para cada uno de las cuestiones incluidas en el índice STAI. Varones

	Casi nunca		A veces		A menudo		Casi siempre	
	N	%	N	%	N	%	N	%
Me siento muy descansado	3	4,3%	18	26,1%	43	62,3%	5	7,2%
Soy una persona tranquila, serena y sosegada	7	10,1%	24	34,8%	24	34,8%	14	20,3%
Veo que las dificultades se amontonan y no puedo con ellas	40	58,0%	23	33,3%	5	7,2%	1	1,4%
Me preocupo demasiado por cosas sin importancia	28	40,6%	22	31,9%	15	21,7%	4	5,8%
Soy feliz	2	2,9%	13	18,8%	39	56,5%	15	21,7%
Suelo tomar las cosas demasiado seriamente	12	17,4%	32	46,4%	18	26,1%	7	10,1%
Me falta confianza en mí mismo	42	60,9%	18	26,1%	6	8,7%	3	4,3%
Me siento seguro	5	7,2%	14	20,3%	41	59,4%	9	13,0%
No suelo afrontar las crisis o dificultades	20	29,0%	18	26,1%	26	37,7%	5	7,2%
Me siento triste (melancólico)	35	50,7%	26	37,7%	6	8,7%	2	2,9%
Estoy satisfecho	6	8,7%	16	23,2%	37	53,6%	10	14,5%
Me rondan y molestan pensamientos sin importancia	31	44,9%	27	39,1%	9	13,0%	2	2,9%
Me afectan tanto los desengaños, que no puedo olvidarlos	30	43,5%	24	34,8%	12	17,4%	3	4,3%
Soy una persona estable	1	1,4%	13	18,8%	40	58,0%	15	21,7%
Cuando pienso sobre asunto y preocupaciones actuales, me pongo tenso y agitado.	25	36,2%	23	33,3%	16	23,2%	5	7,2%

Tabla 12. Respuestas obtenidas para cada uno de las cuestiones incluidas en el índice

STAI. Mujeres

	Casi nunca		A veces		A menudo		Casi siempre	
	N	%	N	%	N	%	N	%
Me siento calmado	18	22,2%	36	44,4%	24	29,6%	3	3,7%
Me siento seguro	10	12,3%	29	35,8%	29	35,8%	13	16,0%
Me siento tenso	23	28,4%	36	44,4%	11	13,6%	11	13,6%
Estoy contrariado	42	51,9%	27	33,3%	8	9,9%	4	4,9%
Me siento a gusto	23	28,4%	27	33,3%	29	35,8%	2	2,5%
Me siento alterado	35	43,2%	29	35,8%	10	12,3%	7	8,6%
desgracias futuras	20	24,7%	29	35,8%	18	22,2%	14	17,3%
Me siento descansado	14	17,3%	24	29,6%	33	40,7%	10	12,3%
Me siento angustiado	22	27,2%	33	40,7%	17	21,0%	9	11,1%
Me siento confortable	15	18,5%	34	42,0%	25	30,9%	7	8,6%
Tengo confianza en mi mismo	3	3,7%	20	24,7%	39	48,1%	19	23,5%
Me siento nervioso	16	19,8%	37	45,7%	16	19,8%	12	14,8%
Estoy desasegado	39	48,1%	23	28,4%	9	11,1%	10	12,3%
Me siento muy atado	43	53,1%	17	21,0%	11	13,6%	10	12,3%
Estoy relajado	17	21,0%	28	34,6%	29	35,8%	7	8,6%
Me siento satisfecho	17	21,0%	24	29,6%	33	40,7%	7	8,6%
Estoy preocupado	12	14,8%	35	43,2%	15	18,5%	19	23,5%
Me siento aturdido	41	50,6%	23	28,4%	13	16,0%	4	4,9%
Me siento alegre	29	35,8%	38	46,9%	13	16,0%	1	1,2%
En este momento me siento bien	18	22,2%	32	39,5%	28	34,6%	3	3,7%
Me siento bien	10	12,3%	25	30,9%	36	44,4%	10	12,3%
Me canso rápidamente	25	30,9%	31	38,3%	18	22,2%	7	8,6%
Siento ganas de llorar	38	46,9%	23	28,4%	8	9,9%	12	14,8%
Me gustaría ser tan feliz como otros	35	43,2%	19	23,5%	14	17,3%	13	16,0%
Pierdo oportunidades por no decidir pronto	35	43,2%	29	35,8%	10	12,3%	7	8,6%

Tabla 12 (Continuación). Respuestas obtenidas para cada uno de las cuestiones incluidas en el índice STAI. Mujeres

	Casi nunca		A veces		A menudo		Casi siempre	
	N	%	N	%	N	%	N	%
Me siento muy descansado	7	8,6%	27	33,3%	40	49,4%	7	8,6%
Soy una persona tranquila, serena y sosegada	22	27,2%	20	24,7%	28	34,6%	11	13,6%
Veo que las dificultades se amontonan y no puedo con ellas	39	48,1%	28	34,6%	7	8,6%	7	8,6%
Me preocupo demasiado por cosas sin importancia	28	34,6%	19	23,5%	15	18,5%	19	23,5%
Soy feliz	3	3,7%	15	18,5%	42	51,9%	21	25,9%
Suelo tomar las cosas demasiado seriamente	10	12,3%	28	34,6%	25	30,9%	18	22,2%
Me falta confianza en mí mismo	37	45,7%	30	37,0%	8	9,9%	6	7,4%
Me siento seguro	13	16,0%	24	29,6%	36	44,4%	8	9,9%
No suelo afrontar las crisis o dificultades	29	35,8%	27	33,3%	19	23,5%	6	7,4%
Me siento triste (melancólico)	32	39,5%	31	38,3%	10	12,3%	8	9,9%
Estoy satisfecho	13	16,0%	18	22,2%	46	56,8%	4	4,9%
Me rondan y molestan pensamientos sin importancia	30	37,0%	30	37,0%	16	19,8%	5	6,2%
Me afectan tanto los desengaños, que no puedo olvidarlos	21	25,9%	27	33,3%	20	24,7%	13	16,0%
Soy una persona estable	4	4,9%	14	17,3%	41	50,6%	22	27,2%
Cuando pienso sobre asunto y preocupaciones actuales, me pongo tenso y agitado.	19	23,5%	28	34,6%	21	25,9%	13	16,0%

Tabla 13. Nivel de Ansiedad estado (STAI E) en varones en función de las variables demográficas y clínicas

Variable	Categoría	STAI_E		p
		Media	Desv. Estándar	
Nivel de estudios	Sin estudios o primarios	22,09	8,6	NS
	Medio o superiores	20,91	11,96	
Edad (Años)	Menor de 65	21,05	11,45	NS
	Mayor de 65	22,28	8,33	
Estado civil	No casado	21,36	13,6	NS
	Casado	21,53	9,55	
Riesgo Anestésico ASA	1	19	15,73	NS
	2	23,03	12,27	
	3	20,52	6,28	
Patología	Digestivo	23,55	10,48	NS
	Urología	19,67	9,99	
	Otros	14,25	8,42	
Variación de la estancia respecto a lo esperado	Percentil 25-75	22	8,9	NS
	≤ Percentil 25	21	11,56	
	≥ Percentil 75	21,39	11,18	

Tabla 14. Nivel de Ansiedad estado (STAI E) en varones en función de las variables de información y comprensión

	No NS/NC		Si		p
	Media	Desv. Estándar	Media	Desv. Estándar	
Conoce el tipo de intervención que le van a realizar	21,44	7,89	21,52	11,65	NS
Le han informado en qué consiste la intervención quirúrgica a la que va a ser sometido	17,57	5,29	21,94	10,75	NS
Le han informado sobre posibles problemas derivados anestesia	24,46	11,77	19,91	9,32	0,0416
Recuerda, en concreto, algún problema o complicación posible que le comentaran	23,20	11,66	18,48	6,88	0,0345
Cree que el lenguaje con el que le han informado era adecuado	24,25	7,21	20,66	11,09	NS
Considera que la información recibida es suficiente	20,47	9,07	21,83	10,84	NS
Considera que se debe informar a la familia	23,21	9,97	21,05	10,53	NS
Ha recibido anestesia previa	22,92	8,94	21,19	10,71	NS
	El Cirujano		El Anestesiista /ambos		
La información le fue proporcionada por...	23,57	11,13	19,76	9,86	0,0712
	Incorrecta		Correcta		
¿Qué elementos de la boca se pueden dañar, excepcionalmente, al introducir el tubo?	23,05	10,16	19,07	10,45	0,0608
Si se le opera después de comer, ¿qué problema cree que podría suceder?	21,44	10,42	21,58	10,54	NS
¿Cuántas horas es conveniente guardar ayuno antes de una intervención?	20,97	8,77	21,92	11,63	NS
¿Qué molestias le podrían aparecer debidas a la anestesia después de la intervención?	21,44	9,80	21,55	11,14	NS
	Mala		Buena		
Calidad, según nº respuestas correctas	22,35	10,71	20,08	9,87	NS

Tabla 15. Nivel de Ansiedad "reacción" (STAI R) en varones en función de las variables demográficas y clínicas

Variable	Categoría	STAI_R		p
		Media	Desv. Estándar	
Nivel de estudios	Sin estudios o primarios	20,35	10,27	0,0880
	Medio o superiores	17,51	6,63	
Edad (Años)	Menor de 65	18,39	8,78	NS
	Mayor de 65	19,84	8,58	
Estado civil	No casado	20,07	8,3	NS
	Casado	18,62	8,82	
Riesgo Anestésico ASA	1	14	4,36	NS
	2	21,45	9,79	
	3	17,48	7,51	
Patología	Digestivo	19,16	9,56	NS
	Urología	19,11	7,93	
	Otros	15,25	3,59	
Variación de la estancia respecto a lo esperado	Percentil 25-75	20	7,7	NS
	≤ Percentil 25	19,29	10,21	
	≥ Percentil 75	17,39	8,32	

Tabla 16. Nivel de Ansiedad "reacción" (STAI R) en varones en función de las variables de información y comprensión

	No NS/NC		Si		p
	Media	Desv. Estándar	Media	Desv. Estándar	
Conoce el tipo de intervención que le van a realizar	18,88	7,08	18,93	9,54	NS
Le han informado en qué consiste la intervención quirúrgica a la que va a ser sometido	14,00	3,32	19,47	8,93	0,0573
Le han informado sobre posibles problemas derivados anestesia	20,54	10,31	18,04	7,65	NS
Recuerda, en concreto, algún problema o complicación posible que le comentaran	20,20	10,07	16,64	4,8	0,0506
Cree que el lenguaje con el que le han informado era adecuado	22,63	10,52	17,79	7,81	0,0250
Considera que la información recibida es suficiente	19,53	11,3	18,71	7,75	NS
Considera que se debe informar a la familia	19,71	9,72	18,71	8,47	NS
Ha recibido anestesia previa	18,75	7,71	18,95	8,93	NS
	El Cirujano		El Anestesta/ ambos		
La información le fue proporcionada por...	21,47	10,35	17,11	6,74	0,0209
	Incorrecta		Correcta		
¿Qué elementos de la boca se pueden dañar, excepcionalmente, al introducir el tubo?	20,81	9,64	15,96	5,95	0,0112
Si se le opera después de comer, ¿qué problema cree que podría suceder?	19,56	9,27	17,71	7,46	NS
¿Cuántas horas es conveniente guardar ayuno antes de una intervención?	19,23	9,44	18,66	8,12	NS
¿Qué molestias le podrían aparecer debidas a la anestesia después de la intervención?	20,14	10,35	17,58	6,25	NS
	Mala		Buena		
Calidad, según nº respuestas correctas	20,26	9,61	16,69	6,43	0,0492

Tabla 17. Nivel de Ansiedad estado (STAI E) en mujeres en función de las variables demográficas y clínicas

Variable	Categoría	STAI E		p
		Media	Desv. Estándar	
Nivel de estudios	Sin estudios o primarios	26,81	13,31	NS
	Medio o superiores	27,62	11,16	
Edad (años)	Menor de 65	27,66	12,45	NS
	Mayor de 65	25,95	11,92	
Estado civil	No casado	26,05	10,67	NS
	Casado	27,55	12,76	
Riesgo Anestésico ASA	1	34	11,05	NS
	2	25,5	12,56	
	3	26,72	11,71	
Patología	Digestivo	28,44	13,27	NS
	Ginecología	25,57	11,19	
	Urología	33,63	14,23	
	Otros	24,44	11,01	
Variación de la estancia respecto a lo esperado	Percentil 25-75	26,22	11,21	NS
	≤ Percentil 25	28,25	12,59	
	≥ Percentil 75	29,57	15,7	

Tabla 18. Nivel de Ansiedad estado (STAI E) en mujeres en función de las variables de información y comprensión

	No NS/NC		Si		p
	Media	Desv. Estándar	Media	Desv. Estándar	
Conoce el tipo de intervención que le van a realizar	26,45	11,3	27,66	12,9	NS
Le han informado en qué consiste la intervención quirúrgica a la que va a ser sometido	25,71	9,29	27,34	12,54	NS
Le han informado sobre posibles problemas derivados anestesia	27,57	12,92	27,05	12,09	NS
Recuerda, en concreto, algún problema o complicación posible que le comentaran	25,2	10,86	29,83	13,59	0,0460
Cree que el lenguaje con el que le han informado era adecuado	25,29	10,71	27,87	12,77	NS
Considera que la información recibida es suficiente	28,96	12,11	26,46	12,34	NS
Considera que se debe informar a la familia	32,00	11,45	26,44	12,28	0,0817
Ha recibido anestesia previa	30,12	15,3	26,42	11,33	NS
	El Cirujano		El Anestesiista/ ambos		
La información le fue proporcionada por...	29,61	13,55	25,59	11,23	0,0798
	Incorrecta		Correcta		
¿Qué elementos de la boca se pueden dañar, excepcionalmente, al introducir el tubo?	26,5	11,95	28,03	12,72	NS
Si se le opera después de comer, ¿qué problema cree que podría suceder?	25,98	10,46	29,77	15,31	0,0980
¿Cuántas horas es conveniente guardar ayuno antes de una intervención?	27,61	11,01	26,84	13,38	NS
¿Qué molestias le podrían aparecer debidas a la anestesia después de la intervención?	24,57	10,46	29,2	13,22	0,0463
	Mala		Buena		
Calidad, según nº respuestas correctas	25,65	10,59	28,95	13,84	NS

Tabla 19. Nivel de Ansiedad rasgo (STAI R) en mujeres en función de las variables demográficas y clínicas

Variable	Categoría	STAI R		p
		Media	Desv. Estándar	
Nivel de estudios	Sin estudios o primarios	26,09	11,83	0,0185
	Medio o superiores	20,74	10,79	
Edad (Años)	Menor de 65	22,41	11,37	0,0793
	Mayor de 65	26,50	11,91	
Estado civil	No casado	25,68	11,9	NS
	Casado	22,85	11,51	
Riesgo Anestésico ASA	1	27,83	13,96	0,0845
	2	20,73	10,09	
	3	25,59	11,91	
Patología	Digestivo	22,93	12,53	NS
	Ginecología	22,59	10,93	
	Urología	30,63	12,36	
	Otros	22,78	10,27	
Variación de la estancia respecto a lo esperado	Percentil 25-75	22,33	11,28	NS
	≤ Percentil 25	22,56	9,51	
	≥ Percentil 75	28,93	13,94	

Tabla 20. Nivel de Ansiedad rasgo (STAI R) en mujeres en función de las variables de información y comprensión

	No NS/NC		Si		p
	Media	Desv. Estándar	Media	Desv. Estándar	
Conoce el tipo de intervención que le van a realizar	23,29	9,26	23,66	12,91	NS
Le han informado en qué consiste la intervención quirúrgica a la que va a ser sometido	27,14	9,79	23,18	11,74	NS
Le han informado sobre posibles problemas derivados anestesia	22,83	11,70	23,79	11,64	NS
Recuerda, en concreto, algún problema o complicación posible que le comentaran	23,70	11,32	23,29	12,09	NS
Cree que el lenguaje con el que le han informado era adecuado	25,00	11,00	23,00	11,84	NS
Considera que la información recibida es suficiente	26,63	12,93	22,21	10,83	0,0590
Considera que se debe informar a la familia	24,00	13,10	23,44	11,43	NS
Ha recibido anestesia previa	24,47	12,10	23,27	11,53	NS
	El Cirujano		El Anestesta/ ambos		
La información le fue proporcionada por...	24,36	11,58	22,84	11,80	NS
	Incorrecta		Correcta		
¿Qué elementos de la boca se pueden dañar, excepcionalmente, al introducir el tubo?	22,07	10,80	25,24	12,39	NS
Si se le opera después de comer, ¿qué problema cree que podría suceder?	23,49	10,91	23,58	13,14	NS
¿Cuántas horas es conveniente guardar ayuno antes de una intervención?	24,71	11,61	22,47	11,60	NS
¿Qué molestias le podrían aparecer debidas a la anestesia después de la intervención?	22,54	11,04	24,26	12,06	NS
	Mala		Buena		
Calidad, según nº respuestas correctas	22,63	10,52	24,53	12,76	NS

Tabla 21. Modos de afrontamiento según el índice MCMQ. Datos globales.

	CONFRONTACIÓN	EVITACIÓN	ACEPTACIÓN/ RESIGNACIÓN	ÍNDICE
Media	18,39	15,24	6,73	0,87
Desv. Estándar	3,98	3,30	2,11	0,25
Varianza	15,81	10,92	4,44	0,06
Mediana	18	15	6,5	0,83
Percentil 25	16	13	5	0,70
Percentil 75	21	18	8	1,04
Rango-Limite Inferior	8	7	4	0,21
Rango-Limite Superior	30	27	13	1,58

Tabla 22. Índice de Afrontamiento en función de las variables demográficas y clínicas

Variable	Categoría	Índice		p
		Media	Desv. Estándar	
Sexo	Hombre	0,85	0,26	NS
	Mujer	0,88	0,24	
Nivel de estudios	Sin estudios o primarios	0,83	0,24	0,0171
	Medios o superiores	0,91	0,25	
Edad (Años)	Menor de 65	0,91	0,25	0,0034
	Mayor de 65	0,79	0,22	
Estado civil	No casado	0,89	0,29	NS
	Casado	0,86	0,24	
Riesgo Anestésico ASA	1	0,85	0,26	NS
	2	0,91	0,26	
	3	0,83	0,23	
Patología	Digestivo	0,87	0,26	NS
	Ginecología	0,91	0,24	
	Urología	0,83	0,26	
	Otros	0,89	0,22	
Variación de la estancia respecto a lo esperado	Percentil 25-75	0,86	0,23	NS
	≤ Percentil 25	0,92	0,28	
	≥ Percentil 75	0,85	0,25	

Tabla 23. Índice de Afrontamiento en función de las variables de información y comprensión

	No NS/NC		Si		p
	Media	Desv. Estándar	Media	Desv. Estándar	
Conoce el tipo de intervención que le van a realizar	0,83	0,24	0,89	0,25	0,0827
Le han informado en qué consiste la intervención quirúrgica a la que va a ser sometido	0,81	0,22	0,88	0,25	NS
Le han informado sobre posibles problemas derivados anestesia	0,87	0,28	0,87	0,24	NS
Recuerda, en concreto, algún problema o complicación posible que le comentaran	0,87	0,25	0,88	0,26	NS
Cree que el lenguaje con el que le han informado era adecuado	0,88	0,26	0,87	0,25	NS
Considera que la información recibida es suficiente	0,88	0,25	0,87	0,25	NS
Considera que se debe informar a la familia	0,84	0,24	0,88	0,25	NS
Ha recibido anestesia previa	0,83	0,19	0,88	0,26	NS
	El Cirujano		El Anestesta/ ambos		
La información le fue proporcionada por...	0,86	0,27	0,89	0,24	NS
	Incorrecta		Correcta		
¿Qué elementos de la boca se pueden dañar, excepcionalmente, al introducir el tubo?	0,86	0,26	0,88	0,23	NS
Si se le opera después de comer, ¿qué problema cree que podría suceder?	0,87	0,24	0,88	0,27	NS
¿Cuántas horas es conveniente guardar ayuno antes de una intervención?	0,86	0,27	0,88	0,23	NS
¿Qué molestias le podrían aparecer debidas a la anestesia después de la intervención?	0,87	0,27	0,87	0,23	NS
	Mala		Buena		
Calidad, según nº respuestas correctas	0,87	0,27	0,87	0,23	NS

Tabla 24. MCMQ-Confrontación en función de las variables demográficas y clínicas

Variable	Categoría	MCMQ-C		p
		Media	Desv. Estándar	
Sexo	Hombre	17,59	4,00	0,0119
	Mujer	19,06	3,85	
Nivel de estudios	Sin estudios o primarios	18,08	4,24	NS
	Medio o superiores	18,70	3,69	
Edad (Años)	Menor de 65	18,63	3,84	NS
	Mayor de 65	17,85	4,25	
Estado civil	No casado	18,67	4,73	NS
	Casado	18,31	3,76	
Riesgo Anestésico ASA	1	18,58	4,18	0,03
	2	19,20	3,90	
	3	17,37	3,83	
Patología	Digestivo	18,62	4,28	NS
	Ginecología	18,78	2,77	
	Urología	17,06	3,99	
	Otros	19,69	4,77	
Variación de la estancia respecto a lo esperado	Percentil 25-75	18,32	3,24	NS
	≤ Percentil 25	19,16	4,43	
	≥ Percentil 75	17,76	4,79	

Tabla 25. MCMQ-Confrontación en función de las variables de información y comprensión

	No NS/NC		Si		p
	Media	Desv. Estándar	Media	Desv. Estándar	
Conoce el tipo de intervención que le van a realizar	17,64	3,66	18,83	4,11	0,0385
Le han informado en qué consiste la intervención quirúrgica a la que va a ser sometido	16,36	4,14	18,60	3,91	0,0223
Le han informado sobre posibles problemas derivados anestesia	18,15	4,31	18,50	3,83	NS
Recuerda, en concreto, algún problema o complicación posible que le comentaran	18,43	4,10	18,32	3,81	NS
Cree que el lenguaje con el que le han informado era adecuado	18,57	4,03	18,33	3,97	NS
Considera que la información recibida es suficiente	18,17	4,02	18,47	3,98	NS
Considera que se debe informar a la familia	18,12	2,89	18,44	4,17	NS
Ha recibido anestesia previa	18,21	3,14	18,43	4,16	NS
	El Cirujano		El Anestesta/ ambos		
La información le fue proporcionada por...	18,11	3,93	18,72	4,03	NS
	Incorrecta		Correcta		
¿Qué elementos de la boca se pueden dañar, excepcionalmente, al introducir el tubo?	18,38	3,93	18,39	4,07	NS
Si se le opera después de comer, ¿qué problema cree que podría suceder?	18,31	3,88	18,54	4,19	NS
¿Cuántas horas es conveniente guardar ayuno antes de una intervención?	18,32	4,27	18,44	3,73	NS
¿Qué molestias le podrían aparecer debidas a la anestesia después de la intervención?	18,10	4,04	18,65	3,93	NS
	Mala		Buena		
Calidad, según nº respuestas correctas	18,36	3,92	18,42	4,08	NS

Tabla 26. MCMQ-Evitación en función de las variables demográficas y clínicas

Variable	Categoría	MCMQ-E		p
		Media	Desv. Estándar	
Sexo	Hombre	14,80	3,36	0,0651
	Mujer	15,62	3,23	
Nivel de estudios	Sin estudios o primarios	15,50	3,38	NS
	Medio o superiores	14,97	3,23	
Edad (Años)	Menor de 65	14,92	3,44	0,0407
	Mayor de 65	15,94	2,90	
Estado civil	No casado	15,58	3,83	NS
	Casado	15,15	3,15	
Riesgo Anestésico ASA	1	16,05	3,79	NS
	2	15,34	3,56	
	3	14,87	2,80	
Patología	Digestivo	15,49	3,51	NS
	Ginecología	15,03	2,99	
	Urología	14,74	3,48	
	Otros	15,92	2,66	
Variación de la estancia respecto a lo esperado	Percentil 25-75	15,51	3,26	NS
	≤ Percentil 25	15,08	3,40	
	≥ Percentil 75	14,84	3,35	

Tabla 27. MCMQ-Evitación en función de las variables de información y comprensión

	No NS/NC		Si		p
	Media	Desv. Estándar	Media	Desv. Estándar	
Conoce el tipo de intervención que le van a realizar	15,45	3,07	15,12	3,45	NS
Le han informado en qué consiste la intervención quirúrgica a la que va a ser sometido	15,00	3,19	15,26	3,33	NS
Le han informado sobre posibles problemas derivados anestesia	14,98	3,12	15,36	3,40	NS
Recuerda, en concreto, algún problema o complicación posible que le comentaran	15,36	3,30	15,07	3,34	NS
Cree que el lenguaje con el que le han informado era adecuado	14,97	3,19	15,33	3,35	NS
Considera que la información recibida es suficiente	14,78	3,26	15,41	3,32	NS
Considera que se debe informar a la familia	15,28	3,40	15,23	3,30	NS
Ha recibido anestesia previa	15,90	2,77	15,08	3,41	NS
	El Cirujano		El Anestesta/ ambos		
La información le fue proporcionada por...	15,27	3,62	15,16	3,12	NS
	Incorrecta		Correcta		
¿Qué elementos de la boca se pueden dañar, excepcionalmente, al introducir el tubo?	15,45	3,32	14,95	3,28	NS
Si se le opera después de comer, ¿qué problema cree que podría suceder?	15,20	3,23	15,32	3,48	NS
¿Cuántas horas es conveniente guardar ayuno antes de una intervención?	15,26	3,35	15,22	3,29	NS
¿Qué molestias le podrían aparecer debidas a la anestesia después de la intervención?	15,08	3,45	15,38	3,18	NS
	Mala		Buena		
Calidad, según nº respuestas correctas	15,24	3,30	15,23	3,34	NS

Tabla 28. MCMQ-Afrontación/Resignación en función de las variables demográficas y clínicas

Variable	Categoría	Índice		p
		Media	Desv. Estándar	
Sexo	Hombre	6,70	2,19	NS
	Mujer	6,77	2,04	
Nivel de estudios	Sin estudios o primarios	7,20	2,33	0,0029
	Medio o superiores	6,26	1,74	
Edad (Años)	Menor de 65	6,49	1,99	0,0162
	Mayor de 65	7,28	2,27	
Estado civil	No casado	6,52	1,89	NS
	Casado	6,79	2,17	
Riesgo Anestésico ASA	1	7,21	2,30	NS
	2	6,62	2,16	
	3	6,72	1,99	
Patología	Digestivo	6,80	2,22	NS
	Ginecología	6,54	1,92	
	Urología	6,89	2,21	
	Otros	6,54	1,90	
Variación de la estancia respecto a lo esperado	Percentil 25-75	6,82	1,98	NS
	≤ Percentil 25	6,62	1,93	
	≥ Percentil 75	6,68	2,54	

Tabla 29. MCMQ-Aceptación/Resignación en función de las variables de información y comprensión

	No NS/NC		Si		p
	Media	Desv. Estándar	Media	Desv. Estándar	
Conoce el tipo de intervención que le van a realizar	6,55	2,01	6,84	2,17	NS
Le han informado en qué consiste la intervención quirúrgica a la que va a ser sometido	5,64	1,50	6,85	2,13	0,0208
Le han informado sobre posibles problemas derivados anestesia	6,66	2,24	6,77	2,05	NS
Recuerda, en concreto, algún problema o complicación posible que le comentaran	6,67	2,15	6,83	2,05	NS
Cree que el lenguaje con el que le han informado era adecuado	7,05	2,40	6,63	2,00	NS
Considera que la información recibida es suficiente	6,71	2,33	6,74	2,03	NS
Considera que se debe informar a la familia	7,32	2,38	6,62	2,04	0,0638
Ha recibido anestesia previa	6,41	1,84	6,81	2,17	NS
	El Cirujano		El Anestesta/ ambos		
La información le fue proporcionada por...	7,08	2,46	6,53	1,78	0,0615
	Incorrecta		Correcta		
¿Qué elementos de la boca se pueden dañar, excepcionalmente, al introducir el tubo?	6,83	2,20	6,61	1,98	NS
Si se le opera después de comer, ¿qué problema cree que podría suceder?	6,71	1,95	6,78	2,42	NS
¿Cuántas horas es conveniente guardar ayuno antes de una intervención?	6,88	2,17	6,60	2,06	NS
¿Qué molestias le podrían aparecer debidas a la anestesia después de la intervención?	6,80	2,07	6,67	2,15	NS
	Mala		Buena		
Calidad, según nº respuestas correctas	6,79	2,05	6,66	2,20	NS

Tabla 30. Resultados de la Estancia Hospitalaria, el Peso del GRD y la Estancia Esperada en función de la Media para el GRD.

Variable	Media	Desv. Estándar	Mediana	Min	Max
Estancia Hospitalaria	12.14	10.01	9.00	1.00	66.00
Estancia Esperada	10.40	6.25	8.47	2.30	29.64
Peso del GRD	2.52	1.52	2.09	0.68	6.81

Figura 2. Estancia Hospitalaria en Relación a la Estancia Esperada

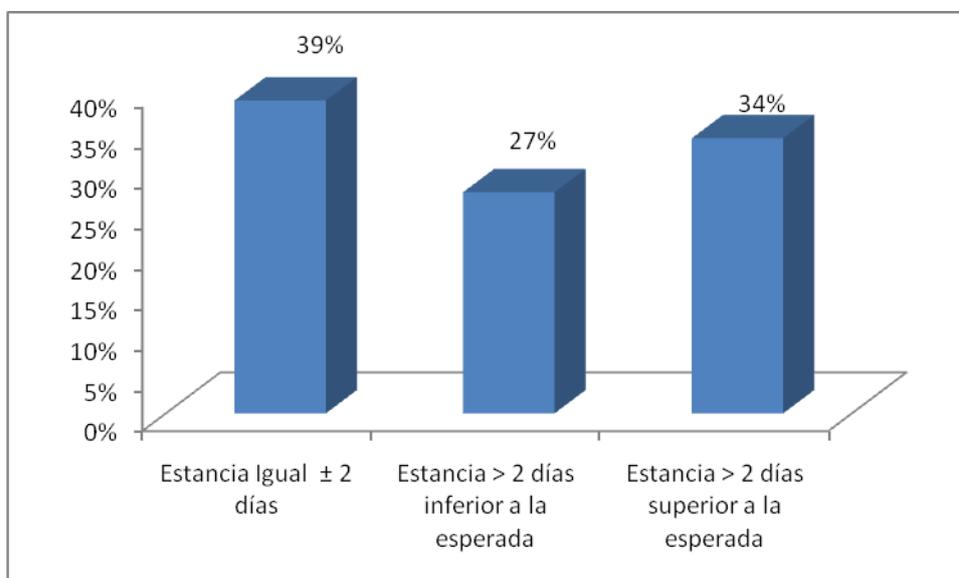


Tabla 31. Análisis de los índices de Ansiedad y Afrontamiento en función de la Estancia

	Estancia igual a la Esperada (± 2 días)		Estancia menor a la Esperada		Estancia mayor a la Esperada		P
	Media	Desv. Estándar	Media	Desv. Estándar	Media	Desv. Estándar	
STAI_E	23.09	5.82	23.44	5.33	24.43	6.36	NS
STAI_R	24.60	5.90	23.37	6.76	24.61	6.01	NS
Índice	0.85	0.25	0.91	0.27	0.86	0.24	NS
MCMQ_C	18.59	3.46	18.95	4.28	17.71	4.25	NS
MCMQ_E	15.86	3.31	15.07	3.37	14.67	3.19	NS
MCMQ_AR	6.91	2.11	6.51	1.90	6.71	2.28	NS

DISCUSIÓN

DISCUSION

Sobre el consentimiento informado

Desde la antigüedad la práctica de la medicina se ha inspirado en el principio ético de la beneficencia, que exige del médico procurar el beneficio del paciente (Gracia, 1989). El médico determinaba lo que era beneficioso para el paciente sin que se contara con la voluntad de este.

En las últimas décadas se ha pasado a otro modelo de relación más participativo, con una idea básica: la toma de decisiones compartida entre el médico y el enfermo (Hartlaub, Wolkenstein y Laufenburg, 1993). En este modelo el paciente tiene derecho a tomar sus propias decisiones y a optar por lo más beneficioso para él según sus propios valores personales. La responsabilidad fundamental del médico sería respetar la autodeterminación del paciente adulto y facilitarla a través de la información, valorar su comprensión y plasmarla en el documento de consentimiento informado.

Hablar del consentimiento informado es hablar de una mejor calidad de la relación médico-paciente. Es hablar en definitiva de informar sobre su enfermedad y tratamiento buscando la plena participación de aquel en su proceso. Sin lugar a dudas, el deber de información del médico es el que más relevancia ha cobrado en los últimos años y ello es consecuencia del reconocimiento de la autonomía del paciente.

Los trabajos realizados sobre la comprensión de los pacientes se centran en muchas ocasiones en verificar la consistencia de la información. Las distintas alternativas del proceso deben de llegar al paciente de forma clara y precisa. Se debe recordar que los pacientes están con frecuencia sobrepasados por una situación para ellos compleja y en la que además se les requiere que tomen una decisión (Berman et al, 2008)

La información proporcionada debe ser lo más objetiva posible, teniendo en cuenta no solo los conocimientos teóricos, sino también la propia experiencia del cirujano o del anestesista según el proceso del que se trate. Una comunicación efectiva debe reflejar

la información necesaria sobre el proceso patológico y la técnica quirúrgica a realizar, incluyendo los factores de riesgo más relevantes (Childers, Lipsett y Pawlik, 2009).

Los pacientes que tienen un papel más activo en la toma de decisión se sienten más satisfechos con el tratamiento elegido. La mejor de la comprensión del proceso no va a influir en la técnica quirúrgica o en el proceder anestésico pero si puede reducir la ansiedad previa a su paso por el quirófano si de un proceso quirúrgico se tratara (Mulsow, Feeley y Tierney, 2012).

En el acto de informar en la consulta a los pacientes para la obtención del consentimiento informado se exploran por un lado la decisión a tomar en base a la naturaleza del problema clínico, las opciones que se nos presentan, los pro y contra de cada una de ellas, las incertidumbres y las alternativas y asegurándonos, en todo caso la perfecta comprensión y garantizando la libertad en la toma de decisión. (Braddock et al, 2008).

Los resultados indican que en una muestra de pacientes que han firmado previamente un consentimiento preanestésico, la mayoría declaran haber recibido información suficiente (72,6%), en un lenguaje adecuado (75,3%) y con la posibilidad de preguntar las dudas que tuvieran sobre su proceso (81,3%); sin embargo, las preguntas que registran la comprensión o asimilación de la información muestran resultados muy pobres; sólo el 63% de los pacientes conoce la intervención que se les va a realizar y menos de la mitad de los pacientes contestan correctamente 3 o más de las 4 preguntas valoradas. Esto implica que se cumplen los dos aspectos destacados por la Ley de autonomía del paciente (Ley Básica Reguladora de la Autonomía del Paciente y de Derechos y Obligaciones en materia de Información y Documentación Clínica, 2004): el deber de información y el deber de obtener la autorización del paciente para la práctica del acto clínico. Sin embargo, la finalidad última del consentimiento informado, tal como se desprende de dicha Ley es proporcionar al paciente una herramienta de decisión, lo que no es factible si el paciente no llega a comprender y asimilar la información que se le proporciona.

Los resultados obtenidos son consistentes con los referidos en el Hospital del Mar en 2007, en un estudio en el que se incluyeron 291 pacientes, en el que el sólo el 11%

declaró no haber recibido explicaciones, a pesar de ello únicamente la mitad de los pacientes reconocían entender bien los riesgos y beneficios (Solsona-Durán et al, 2011). Otros autores también refieren un bajo nivel de comprensión y escasa participación en el proceso de decisión. (Pérez-Moreno et al, 1998; Brezis et al, 2008). Rodríguez-Navarro (1999) en un ambiente muy similar al nuestro destaca también el bajo nivel de comprensión de los pacientes sobre su proceso, destaca que el 36,8% decía no ser capaz de explicar en qué consistía su enfermedad y el 86,8% desconocía en qué consistía la intervención que se les iba a practicar. Todo ello a pesar de que en el Hospital Virgen de la Victoria de Málaga, donde se realizó éste estudio, el 90,9% de los pacientes referían haber recibido la información en un lenguaje sencillo y comprensible, cifras aún superiores a las detectadas en nuestro estudio, en el que el 75,3% de los pacientes encuestados declararon que se le había explicado con un lenguaje adecuado.

Con frecuencia, la escasa preocupación sobre la calidad y comprensión de la información que se proporciona al paciente se justifica por la creencia de que en realidad el paciente no desea recibir información. Estamos en una sociedad en la que a los mayores se les tiende a aislar de la realidad con el fin de evitarle sufrimientos. Esa práctica se suele hacer con frecuencia cuando el anciano cae enfermo. Tanto el médico como la familia intentan ocultar al enfermo su padecimiento bajo la suposición de que será incapaz de soportar la realidad de la enfermedad que sufre. En este sentido, sólo el 9,3% de nuestros pacientes (el 5,8% de los varones y el 12,3% de las mujeres) opinaron que la información sobre los riesgos de la anestesia debería darse exclusivamente a la familia. Rosique-Belmonte (2004), en un estudio realizado en el Hospital 12 de Octubre de Madrid, detectó que el 5,5% de su población no quería recibir información alguna y Sala, Moya y Edo (2000), en Barcelona, reducen esta cifra de pacientes que no quieren información a sólo un 3,3%. Contrastan estos datos con diversos trabajos internacionales sobre el deseo de los pacientes de conocer todos los problemas posibles derivados de la anestesia, como por ejemplo el 63% de una población francesa (Asehnoune et al, 2000) o el 92% en Australia (Farnill e Inglis, 1994), o el 89% en EEUU descrito por Kain et al (1997), incluso cuando existen antecedentes de una anestesia previa, más del 94% de los pacientes quiere una

entrevista con el anestesista y casi el 80% expresan su deseo de recibir aún más información (Mavridou et al, 2012). Relacionado con ello, es importante valorar la necesidad de profesionales empáticos, que dispongan del tiempo y la capacidad para identificar las preferencias, temores y necesidades de los pacientes (Bensing, Romindini y Visser, 2013; Kim et al 2013; Burkle et al, 2012).

La edad avanzada y otros factores que influyen en la capacidad de comunicación como la educación, el nivel de estudios, el origen étnico podrían tener un alto impacto en la comprensión y por tanto en la decisión que se tome sobre el tratamiento (Falagas et al, 2009). En nuestro caso ni la edad ni el sexo mostraron una influencia significativa, y aunque en el análisis bivariable se encontró una ligera diferencia a favor de los sujetos con estudios universitarios, al ajustar por los posibles factores de confusión sólo el haber recibido información sobre los riesgos anestésicos mantuvo su efecto independiente. De hecho nuestros resultados otorgan mayor importancia a las características de la información suministrada que a las variables relacionadas con el paciente. Sin embargo, otros autores señalan algunas características personales favorecedoras de la mejor comprensión de la información como por ejemplo la edad, generalmente las personas más jóvenes recuerdan mejor la información recibida, el nivel de estudios o la empatía establecida con el propio informador (Kim et al, 2013; Kain et al, 1997).

En cuanto a la educación, se podría pensar que un mayor nivel educacional supone también una facilitación en el proceso informativo, incluso además del sistema sanitario, pero también podría darse la situación de que el médico, ante un paciente más preparado, se esfuerce más en el proceso por la idea preconcebida de que comprenderá mejor la información que un paciente con menor nivel de estudios (Fink et al, 2010). Bugge, Bertelsen y Bendtsen (1998) en Dinamarca, señalan que las variables edad, nivel de estudios, riesgo anestésico o haber recibido anestesia en otra ocasión influye en la información y comprensión requerida para la firma del consentimiento.

Aunque la comprensión es clave para el consentimiento informado, y cada vez son más las voces que reclaman una mayor atención sobre la necesidad de favorecer una

comunicación efectiva y sobre la comprensión del paciente (Falagas et al 2009; Brezis, et al, 2008) no hay una herramienta validada y ampliamente aceptada para evaluarla (Mulsow, Feeley y Tierney, 2012). En este estudio se ha usado el recuerdo de una serie de variables relacionadas con la anestesia y recogidas en el documento escrito que se entrega al paciente, y se ha asumido que existía una buena comprensión cuando se obtenían al menos 3 respuestas correctas. No se ha incluido el conocimiento general sobre la intervención, los beneficios o las alternativas existentes, dimensiones señaladas por Schenker et al (2011) para evaluar la comprensión, debido a que nos interesaba fundamentalmente evaluar el conocimiento sobre los riesgos anestésicos.

El consentimiento informado es algo más que una simple firma en un papel (Leclercq et al, 2010). Es un proceso que requiere a un médico competente y una adecuada transmisión de la información, disponer del tiempo suficiente para discutir los pros y las contras de las diferentes alternativas que se pueden ofrecer al paciente, y utilizar algún tipo de retroalimentación que permita garantizar la comprensión por parte del paciente de la información recibida (Mulsow, Feeley y Tierney, 2012; Braddock et al, 2008).

Es posible que la escasa asimilación de la información observada se deba a una falta de interacción entre facultativo y paciente o a la consideración del consentimiento informado como un acto administrativo más, sin otra trascendencia que la estrictamente legal (Simon Lorda, 1999). A pesar de la obtención sistemática del consentimiento informado, la mitad de los pacientes ignoran los riesgos asociados a la anestesia.

En nuestro estudio se refleja que los pacientes recuerdan más la información del cirujano que la de otros profesionales aunque hay un porcentaje alto que prefiere recibir la información tanto por parte del cirujano como del anestesiólogo o por ambos (Childers, Lipsett y Pawlik, 2009; Braddock et al, 2008). Otros trabajos refieren la buena calidad de la información dada por el anestesiólogo e incluso se habla de una relación afectuosa y comunicativa aunque también en el mismo porcentaje dicen desconocer el nombre de su anestesiólogo. (Rodríguez Navarro, 1999)

Tener tiempo suficiente para la consulta es un prerrequisito indispensable. Algunos autores sugieren que la comprensión del consentimiento informado es mayor cuando esta dura entre 15 y 20 minutos (Braddock et al, 2008; Fink et al, 2010). No podemos olvidar que los pacientes sienten cierto pudor a la hora de expresar sus dudas por lo que se debe hacer un esfuerzo mayor en motivarlos en este sentido. Una nueva revisión del problema, aún en el mismo acto médico, puede suponer una nueva oportunidad para la discusión y facilitar la transferencia de conocimientos y mejorar la comprensión. (Flory y Emanuel, 2004)

En nuestro trabajo, las variables que más influyeron sobre la calidad de las respuestas fueron el ser consciente de haber recibido información sobre los riesgos potenciales de la anestesia (OR = 4,84) y el recordar algún problema relacionado con la anestesia; lo que significa, aunque sea de modo indirecto, una valoración positiva de la labor informativa del anestesiólogo en la consulta preanestésica. Otras variables influyentes en la calidad de las respuestas fueron la valoración del lenguaje empleado por parte del informador como adecuada y la consideración de la información recibida como suficiente.

El consentimiento informado entrará definitivamente en la práctica clínica diaria como un elemento más de la relación médico-enfermo cuando se comprenda la dimensión ética de esta relación y no solo su dimensión técnica (Fernandez-Crehuet 1996).

Sobre la ansiedad

Existen numerosos cuestionarios para medir la ansiedad (Inventario de Ansiedad de Beck, Inventario de Situación y Respuestas Ansiosas, Escala de Ansiedad Manifiesta de Taylor...). Entre los cuestionarios para evaluar este trastorno se encuentra el State-Trait Anxiety Inventory (STAI), desarrollado por Spielberger, Gorsuch y Lushene (1970). Este instrumento fue creado para evaluar la ansiedad según el modelo del propio Spielberger, que postulaba que dicho trastorno está constituido por dos componentes: un factor de personalidad que comprendería las diferencias individuales, relativamente estables, para responder ante situaciones percibidas como amenazantes con una

subida en la ansiedad. También se define como una tendencia a percibir las situaciones como más amenazantes (ansiedad rasgo). El segundo factor (ansiedad estado) hace referencia a un período transitorio caracterizado por un sentimiento de tensión, aprensión y un aumento de la actividad del sistema nervioso autónomo, pudiendo variar tanto en el tiempo como en la intensidad (Spielberger, Gorsuch y Lushene, 1970).

La elección de este cuestionario sobre el resto de pruebas para evaluar ansiedad se debe a que el STAI es uno de los más utilizados; de hecho Muñiz y Fernández-Hermida (2010) encontraron que es el séptimo cuestionario más utilizado en España.

Cada una de las escalas del STAI (ansiedad rasgo y ansiedad estado) está compuesta por 20 ítems; una parte de los mismos redactada de forma positiva y otra de forma negativa. Diversos estudios mostraron reducciones factoriales muy robustas con cuatro factores. Estos factores estaban basados en la inversión de parte de las preguntas y se definían como ansiedad rasgo afirmativa y negativa y ansiedad estado afirmativa y negativa (Hishinuma et al, 2000; Suzuki, Tsukamoto y Abe, 2000; Vigneau y Cormier, 2008). En la adaptación española (Spielberger, Gorsuch y Lushene, 1982) se encuentran resultados muy similares.

El número de factores que subyacen en el STAI han sido objeto de numerosos análisis, existiendo defensores del modelo bifactorial, tetrafactorial y, en menor medida, un modelo pentafactorial, compuesto por los factores presentados anteriormente más un factor adicional, compuesto por dos ítems, llamado "*happiness*" (Suzuki, Tsukamoto y Abe, 2000). Este instrumento ha sido traducido a más de cuarenta lenguas (Spielberger, Díaz-Guerrero y Strelau, 1990) y se han realizado más de 3.000 investigaciones que lo utilizan. En el 2002, Barnes, Harp y Jung realizaron una revisión del STAI y encontraron 909 artículos (publicados desde el año 1990 hasta el 2000) que lo citaban. Así pues, hasta el año 2000 se realizaron, al menos, 3.909 investigaciones con este cuestionario.

El STAI se adaptó al español a partir de los trabajos de Bermúdez (1978a; 1978b) y su versión comercial se realizó por la sección de estudios de TEA Ediciones (Spielberger et al, 1982). En estos artículos se comprueba que las medias y la fiabilidad (alfa de

Cronbach y correlación test-retest) resultan similares a la versión original. Respecto a la dimensionalidad de la escala, se mantiene el modelo de cuatro factores presentado anteriormente. (Guillén-Riquelme y Buela-Casal, 2011).

La ansiedad estado (A/E) está conceptualizada como un estado o condición emocional transitoria del organismo humano, que se caracteriza por sentimientos subjetivos, conscientemente percibidos, de tensión y aprensión, así como por una hiperactividad del sistema nervioso autonómico. Puede variar con el tiempo y fluctuar en intensidad.

La ansiedad rasgo (A/R) señala una relativamente estable propensión ansiosa por la que difieren los sujetos en su tendencia a percibir las situaciones como amenazadoras y a elevar, consecuentemente, su ansiedad estado. Como un concepto psicológico, La A/R posee características similares a los constructos que Atkinson llama “motivos”, disposiciones que permanecen latentes hasta que son activadas por algunos estímulos de la situación y a los que Cambell alude como “disposiciones comportamentales adquiridas” que son residuos de experiencias pasadas que predisponen tanto a ver el mundo de una determinada manera como a manifestar unas tendencias de respuesta vinculada al objeto.

Spielberger, Gorsuch y Leshenene (2008) explican estos conceptos desde el punto de vista de la física. Para ellos, ambos conceptos, en ciertos aspectos, se asemejan a las energías cenestésica y potencial en el mundo de la física. La primera es una manifestación en un determinado momento y con un grado de intensidad, de un proceso o reacción empírica, mientras que la segunda indica diferencias de fuerza en una disposición latente para manifestar un determinado tipo de reacción. De la misma manera que la energía potencial presenta diferencias entre los objetos en la cantidad de energía cenestésica que puede ser liberada mediante la aplicación de una fuerza apropiada, la ansiedad rasgo implica diferencias entre los sujetos en su disposición para responder a situaciones tensas con diferentes cantidades de ansiedad estado.

En general, los sujetos con mayor ansiedad rasgo presentaran mayor ansiedad estado, ya que ven muchas situaciones amenazadoras. Por tanto, los individuos de mayor ansiedad rasgo son más propensos a responder con un aumento de su ansiedad en situaciones interpersonales que impliquen alguna amenaza a la autoestima como por

ejemplo enfrentarse a una tarea difícil o novedosa, como en nuestro caso sucede en la intervención quirúrgica o en el preoperatorio inmediato.

En nuestro estudio la media de la puntuación para Test de la ansiedad estado ha sido de 21,49 para los varones y de 27,20 para las mujeres, siendo los valores extremos 13 y 40 para los varones y entre 11 y 40 para las mujeres. En la medición de la ansiedad rasgo los valores han sido de 18,91 para los varones y de 23,52 para las mujeres oscilando los valores entre 11 y 41 para los varones y entre 14 y 40 para las mujeres. Estos valores son menores a los encontrados por Rosique-Belomonte (2004) en el hospital 12 de Octubre de Madrid para la ansiedad estado, si bien hay que considerar que su muestra engloba tanto a hombres como mujeres y como el mismo Spielberger expresa, generalmente las mujeres dan valores más altos. Sin embargo, en el caso de la ansiedad rasgo nuestros valores son ligeramente más altos que los de la muestra del hospital madrileño.

Nuestros datos se aproximan más a los baremos establecidos en la propia ficha técnica del test que señalan como valores medios en el caso de la ansiedad estado 20,54 para los varones adultos y 23,30 para las mujeres y en el caso de la ansiedad rasgo 20,19 y 24,99 respectivamente. Estos valores, reflejo de una situación normal, nos pueden servir para valorar los cambios en situaciones anómalas como una enfermedad o una intervención quirúrgica.

En relación a las variables demográficas y clínicas, para nuestros varones no se detectan variaciones estadísticamente significativas en la puntuación del test en su variable estado (Tabla 13). No obstante si aparece mayor puntuación, sin llegar a la significación estadística, en las personas de más de 65 años, las que tienen un riesgo anestésico ASA de 2, o aquellos que van a ser intervenidos a causa de una patología digestiva, patología que en nuestra muestra se refiere sobre todo a casos de cáncer de colon y recto.

En referencia a las variables que inciden en la información y la comprensión (tabla 14) si se observa un mayor estado de ansiedad, de manera significativa, en los varones que refieren no haber sido informados sobre los posibles problemas derivados de la anestesia o no recuerdan que le comentaran algún problema o complicación que se

podiera presentar. Es difícil precisar el sentido de esta asociación. Aún cuando la información relacionada con el consentimiento informado se da en la consulta preanestésica, tanto la evaluación de la comprensión y la información recordada como la valoración de la ansiedad se hacen al ingreso del paciente, por lo que igualmente cabe considerar que los pacientes con menor comprensión o recuerdo de la información son los que presentan una mayor puntuación de la ansiedad estado, que por el contrario, los pacientes con mayores niveles de ansiedad son los que dicen haber sido peor informados o recuerdan menos información. Para la ansiedad estado también se detecta un mayor nivel, con diferencias casi significativas, cuando los pacientes refieren que la información se la presenta el cirujano respecto a cuando lo hace el anestesista o ambos. Esto sugiere que la información proporcionada por el anestesista sea mejor valorada, como ya se ha referido previamente en la literatura (Fink et al, 2010; Schenker et al, 2011).

La ansiedad como rasgo sí parece presentarse con mayor grado de intensidad, en la muestra de varones con un menor nivel educativo, pero sin llegar a alcanzar la significación estadística (Tabla 15). Presentan la puntuación más alta casi los mismos ítems que en el caso anterior, por ejemplo, los que no recuerdan que se le comentara nada sobre posibles problemas o complicaciones, los que dicen que el lenguaje no ha sido adecuado, y cuando la información la proporciona el cirujano (Tabla 16). De nuevo hay que insistir en la dificultad para precisar el sentido de esta asociación, por una parte las personas más ansiosas presentan peor comprensión de la información y por tanto una peor valoración de su consentimiento informado si se valorara este, pero también las personas peor informadas muestran mayores niveles de ansiedad (Sala, Moya y Edo, 2000; Fitzgerald y Elder, 2008).

Resultados parecidos, en cuanto a su aspecto epidemiológico, encontramos al analizar el grado de ansiedad estado en la muestra de mujeres. No hemos encontrado diferencias significativas en las variables demográficas y clínicas (Tabla 17) y en lo que respecta a la información y comprensión solo da significativo el hecho de recordar algún problema o complicación que le comentaran en relación la anestesia, diríamos en este caso que la propia información contribuye a crear un mayor estado de ansiedad. Este hecho podría estar en relación con la variable que pregunta sobre las

molestias que podrían aparecer después de la intervención relacionadas con la anestesia; las mujeres que contestan de manera correcta presentan puntuación más alta en STAI/E (Tabla 18).

La ansiedad rasgo se presenta con una puntuación más alta en las mujeres con menor nivel educativo y también aunque sin llegar a la significación cuando se considera que la información recibida parece insuficiente, datos que en esta ocasión son bastante coincidentes con los observados en varones.

Para Rosique-Belmonte (2004) ninguna de las variables demográficas (estado civil, número de hijos, vivir solo o no, o la actividad laboral) se asocia de forma significativa con la ansiedad estado o la ansiedad rasgo. Lo mismo sucede con variables clínicas como el haber sido anestesiado previamente o el riesgo anestésico-quirúrgico en ambos tipos de ansiedad. Sin embargo si puntúan más alto, en la escala ansiedad estado, las personas que refieren haber comprendido con facilidad la información y que esta les ha resultado suficiente. Fenómeno este contrario al observado en varones, pero que pudiera ser consistente con los datos obtenidos para las mujeres.

En el estudio sobre cambios de ánimo preoperatorio en cirugía cardiaca realizado por Navarro-Garcia et al (2011) encontraron que la edad <65 años fue el único factor de riesgo de ansiedad preoperatoria significativo, aunque en este caso se utilizó el Hospital Anxiety and Depression Scale y se realizó en una Unidad de Cuidados Intensivos. En Málaga, Rodríguez-Navarro (1999) refiere que los pacientes que conocían en qué consistía su intervención quirúrgica, o a los que se les habían explicado las complicaciones de la anestesia, puntuaban bajo tanto en el STAI/E como en el STAI/R, a pesar de lo que afirma que la información recibida no afecta al estado de ansiedad.

Un deber principal para el médico es hacer lo que es beneficioso para el paciente y no causar daño innecesario. Cuando una información pueda causar un daño físico o mental, el privilegio terapéutico permite retener tal información cuando sea preciso obtener el consentimiento informado para un proceso. Con frecuencia se usa en exceso ese privilegio terapéutico presuponiendo erróneamente que el paciente se va a poner muy nervioso con la información (Inglis y Farnill, 1993; Gilies, Gilies y Weinberg,

2013), aunque en algunos casos pudiera estar indicado, ante la posibilidad de que la información recibida pudiera ocasionar un daño psíquico que perjudicara el éxito de la intervención.

Llama la atención un artículo escrito por Ramos et al (2005) en el que estudia de manera retrospectiva casos de hiperhidrosis, enfermedad que se caracteriza por un hiperactividad del sistema vegetativo y un grado de ansiedad que incapacita para llevar una vida normal y que, sin embargo, no se detecta mediante el cuestionario STAI.

Bisbe y Escolano (1998) se muestran partidarios de valorar la ansiedad en la visita preoperatoria y no en la antesala del quirófano cómo se hace en algunos estudios. En la visita preoperatoria se puede establecer un diagnóstico oportuno y plantear un tratamiento adecuado e incluso, si fuese necesario, de carácter psicológico o psiquiátrico. Por otro lado la visita preoperatoria en si reduce de manera importante la ansiedad, incluso en mayor medida que la premedicación, tal y como demuestran ya en 1977 Leigh, Walker y Janaganathan.

Ornaque et al (2001) estudian la ansiedad prequirúrgica sin encontrar diferencias significativas entre los pacientes de las distintas especialidades quirúrgicas. Concluyen que la discrepancia entre la respuesta psicológica y somática ante esta situación de estrés podría ser el resultado del efecto tranquilizador ejercido por la visita preoperatoria, realizada por el anestesiólogo, y por la premedicación ansiolítica. Sin embargo, ni la visita preoperatoria ni la premedicación parecen bloquear completamente la respuesta al estrés.

Capacidad de afrontamiento prequirúrgico

Una cirugía es similar, en muchos aspectos esenciales, para todo individuo que va a ser intervenido, pero también es vivida como una experiencia propia con un significado individual. No obstante, se considera una experiencia estresante. La mayoría de los pacientes que se enfrentan al proceso quirúrgico lo consideran como algo desconocido, que no puede controlarse, que ocasiona ansiedad y de lo que podrían

derivarse resultados negativos. Y no sólo ello, sino que a su vez, en los resultados de la cirugía pueden influir de forma importante variables psicológicas del paciente como la ansiedad estado y rasgo, la capacidad de afrontamiento y el soporte social y familiar disponible.

Uno de los modelos más importantes y en el que se basa una gran parte de la investigación en Psico-Oncología es la teoría sobre estrés psicológico y proceso de afrontamiento desarrollada por Lazarus y sus colaboradores. Esta teoría propone que los efectos psicológicos de cualquier relación entre sujeto y ambiente vienen modulados por dos tipos de procesos: (a) Evaluación Cognitiva y (b) Afrontamiento (Folkman y Greer, 2000; Lazarus y Folkman, 1986; 1987), que tendrán consecuencias en las tres áreas que constituyen la Calidad de Vida del sujeto: Funcionamiento social, ajuste psicológico y salud.

La teoría de Lazarus plantea que al interactuar con el ambiente el sujeto realiza simultáneamente dos tipos de Evaluación Cognitiva: primaria y secundaria. Mediante la evaluación primaria se interpretan los hechos como pérdida, amenaza o reto, y a través de la evaluación secundaria se evalúan las opciones de afrontamiento disponibles, cuál es la mejor y los resultados que se obtendrán en base a expectativas de resultados positivos y de eficacia.

Ambos tipos de evaluación están influidos por factores personales y situacionales e interactúan determinando el nivel de estrés en base a: Grado de novedad del evento, incertidumbre en su ocurrencia, factores temporales (inminencia o duración), ambigüedad (qué y cuánto está en juego), el momento del ciclo vital en que ocurre, y la presencia de otros eventos también estresantes.

Se considera el afrontamiento como un proceso variable, donde el individuo varía la estrategia usada de acuerdo con las demandas psicológicas y ambientales que le afecten en cada momento determinado. Esto supone que un paciente puede afrontar su proceso de forma diferente en cada una de las etapas del acto quirúrgico, e incluso de la empatía que le sugieran los diferentes actores intervinientes en el proceso.

De acuerdo con este modelo teórico se plantea que la adaptación o ajuste del paciente al proceso quirúrgico del cáncer está basada especialmente en el proceso de afrontamiento, es decir, en el conjunto de respuestas cognitivas y comportamentales que el sujeto pone en marcha ante el diagnóstico de cáncer y sus tratamientos.

Algunos autores encuentran asociación entre los diversos tipos de afrontamiento y los resultados de la cirugía. El modo de conducta evitativa o de confrontación del paciente durante la visita preanestésica influye en los resultados quirúrgicos: días de estancia o complicaciones siendo estos más favorables en los pacientes que muestran un afrontamiento predominante del tipo de confrontación, adoptando estrategias de afrontamiento optimistas, que favorecen la búsqueda de ayuda y que enfocan el problema de forma constructiva, que en aquellos en los que destaca una conducta evitativa (Tian J, 2011; Palese et al, 2012). El conocimiento de la intensidad del estrés, la ansiedad y la depresión, junto a las estrategias de afrontamiento adoptadas por el paciente es por tanto importante para los clínicos, y favorece sus esfuerzos por adaptar el modelo de cuidados a las necesidades individuales de cada paciente (Palese et al, 2012).

Otros autores, sin embargo no encuentran asociación entre los diversos tipos de afrontamiento y los resultados quirúrgicos, por ejemplo, Buddeberg et al (1996) en una muestra de pacientes con cáncer de mama, tras realizar un análisis discriminante concluyen que los parámetros somáticos son más importantes para explicar la evolución del cáncer que los aspectos psicológicos del afrontamiento, aconsejando que se profundice en el estudio de la influencia de las variables psicosociales sobre los resultados del tratamiento oncológico (Falagas et al, 2007).

Para valorar el grado de afrontamiento en nuestro estudio hemos utilizado el Cuestionario Médico de Estrategias de Afrontamiento (Medical Coping Modes Questionnaire, MCMQ) de los autores Feifel y col (1987a) Este cuestionario consta de 19 preguntas, cada una de ellas con cuatro respuestas posibles, graduadas según la frecuencia (nunca, poco, mucho y siempre). Está realizado y validado para procesos médicos y clasifica las respuestas de afrontamiento (coping) ante las enfermedades en tres tipos de estrategias: Confrontación, Evitación y Aceptación/ Resignación.

Según Feifel el uso de estrategias de confrontación es característico de las personas más extrovertidas y que perciben la enfermedad como un problema serio. Las estrategias de evitación son más frecuentes en personas de nivel socio-económico bajo y con un autoconcepto negativo, locus de control externo y sensación de que no afrontan bien su enfermedad, con menor inclinación a vivir su vitalidad. Las estrategias de aceptación/resignación se manifiestan en pacientes con mínimas expectativas de recuperación, disforia, locus de control externo y sentimientos de afrontamiento inadecuados.

La validación de los datos del cuestionario se obtuvo teniendo en cuenta actitudes de personalidad (auto-concepto, locus de control, religiosidad y valores morales), actitudes acerca de la enfermedad por parte del paciente (soporte social, miedo a la muerte, expectativa de futuro y conocimiento de la enfermedad) y del médico que les trataba (como valoraba las reacciones del paciente a la enfermedad) (Feifel 1987a).

Nuestra población presentó un índice de afrontamiento negativo, con un nivel medio de puntuación de 0,87, oscilando sus límites entre 0,21 y 1,58, datos que coinciden con los expresados en el trabajo de Rosique-Belmonte (2004) en la comunidad madrileña. Éste índice se calcula dividiendo la puntuación de las estrategias de confrontación por la suma de los puntos de evitación y aceptación-resignación. Un valor mayor de 1 significa que dominan los aspectos de confrontación, mientras que por el contrario, valores inferiores a 1 indican un predominio de evitación o aceptación/resignación.

Cuando se analizó el comportamiento del índice en relación a las variables demográficas y clínicas, igual que se comprobaba en el trabajo anteriormente citado, fueron las personas más jóvenes las que obtuvieron mayor puntuación en el índice de afrontamiento, detectándose también diferencias significativas a favor de las personas con un nivel educativo superior, asociado a una afrontamiento más positivo de la intervención quirúrgica y su proceso anestésico. No hubo sin embargo diferencias en función del sexo del paciente, la gravedad del enfermo (riesgo anestésico) o la duración de la estancia.

En relación con el consentimiento informado y la valoración de la calidad de la información en nuestra muestra no se han encontrado diferencias significativas en el

índice de afrontamiento, si bien parece que presentan cierta tendencia positiva aquellos que dicen que conocen el tipo de intervención a realizar.

Cuando se analizan independientemente las distintas estrategias de afrontamiento, las mujeres mostraron una capacidad de confrontación de la enfermedad significativamente superior. Es decir, se percibe la enfermedad como un problema serio, pero al que se puede hacer frente. Se identifica también una puntuación de confrontación significativamente superior entre los pacientes que presentan un riesgo anestésico moderado. Entre las variables relacionadas con la información y la comprensión, igual que se ha comentado para el índice de afrontamiento, solo en virtud de conocer o no la intervención que se va a realizar se identifica un modo de confrontación significativamente superior. Realmente se obtuvieron también resultados significativamente superiores para quienes dijeron haber sido informados de en qué consiste la intervención quirúrgica a la que iban a ser sometidos, si bien debe recordarse que sólo 11 pacientes dijeron que no, aparte de otros 3 que no sabían o no contestaron. Incluso estos pacientes que negaron haber sido informados habían firmado el consentimiento y posteriormente eran capaces de identificar al profesional que les proporcionó la información, por lo que parece coherente encontrar entre ellos menor puntuación de confrontación.

Para las estrategias de evitación los valores más elevados se encontraron en personas mayores de 65 años, en los que como dice Feifel (1987a) predomina un autoconcepto negativo y con una menor inclinación a vivir su vitalidad, tal como refieren otros autores, que señalan que los ancianos utilizan tipos de afrontamiento para los problemas cotidianos menos agresivos y más evasivos que los pacientes más jóvenes, e incluso que los modos de afrontamiento siguen una tendencia negativa al aumentar la edad (McCrae et al, 1989; Shallcross et al, 2013). De acuerdo con ellos, los ancianos utilizarían menos estrategias activas de solución de problemas y más el afrontamiento pasivo. Lo mismo se podría decir del modo de aceptación-resignación, significativamente mayor en personas mayores y con bajo nivel de estudios, que conocedoras de la gravedad de la enfermedad, renuncian a su recuperación. Ambos modos de afrontamiento, evitación y resignación, se consideran estrategias de afrontamiento inadecuadas (Merluzzi y Martínez, 1997; Bayes, 2006), aunque no todos

los estudios llegan a esta misma conclusión, la falta de consistencia entre diferentes estudios se atribuye a problemas metodológicos, particularmente relacionados con los instrumentos de medida utilizados (Hopkins et al, 2005).

En relación con el estrés y su afrontamiento, en la vejez puede haber razones evolutivas que hagan que dada la mayor experiencia de vida con situaciones y sucesos difíciles, se hayan desarrollado más recursos de afrontamiento en la medida en que se envejece más. No obstante, la mayor disminución en la capacidad de reserva para los mayores puede generar dificultades imposibles de superar. Los modos de afrontamiento de las personas mayores son una prueba del valor de adaptación que tiene el conformismo en la vejez ante las condiciones que no pueden ser modificadas por la acción personal (Bueno y Navarro 2003).

También para el sexo se han descrito modelos de evitación más prevalentes entre las mujeres (Diehl, Coyle y Labouvie-Vief, 1996), que en nuestro caso se aprecian, aunque sin que las diferencias lleguen a ser significativas, y coexisten con una mayor confrontación.

En cuanto a la localización de la patología no hemos observado ninguna diferencia en las estrategias de afrontamiento. Se han descrito estrategias de afrontamiento adaptativas frente al cáncer pulmonar, con carácter fatalista, pero también se presentan estrategias evitativas en pacientes con otras localizaciones del proceso maligno, como por ejemplo en el caso del cáncer de mama o de ovario (Rodríguez-Quintana et al, 2012), lo que permite suponer que al igual que en nuestro caso, la localización del tumor no implica una determinada estrategia de afrontamiento.

El punto sobre el que coinciden los diversos autores consultados es en la importancia de las estrategias de afrontamiento en relación con la evolución del proceso, lo que implica la necesidad de identificar dichas estrategias, reforzando los modelos positivos y potenciando estrategias para evitar los modos de afrontamiento negativos. Sin embargo, la formación de cirujanos y anestesiólogos en estos aspectos es mínima, o incluso inexistente, aspecto que debería considerarse en los programas de formación de especialistas (Wetzel et al 2006).

Evolución postoperatoria

La calidad asistencial se puede considerar desde distintos enfoques: el técnico, el de la gestión y el del paciente. Entre las variables del paciente que también deben ser evaluadas y tratadas como indicadores de calidad asistencial, se debe incluir la ansiedad que sufre el paciente. Esta es una de las variables clave dado que, como se ha descrito, la ansiedad incide directamente en el proceso curativo del paciente (Moix, 1998). A mayor ansiedad, más difícil y lenta suele ser la recuperación postquirúrgica (Moix, 1996). En general, se ha mostrado que la ansiedad puede afectar a diferentes indicadores de recuperación como: el dolor, la toma de analgésicos y sedantes, la adaptación psicológica, las náuseas, las complicaciones, la fiebre, la presión sanguínea y la duración de la estancia hospitalaria.

Por otro lado la ansiedad es una de las variables a considerar si se pretende evaluar la calidad asistencial, se basa en que la ansiedad se encuentra estrechamente relacionada con la satisfacción. Esto es, los pacientes que viven la experiencia quirúrgica como más estresantes son aquéllos que muestran menor satisfacción con el hospital. Así si, como se ha mencionado, muchos autores otorgan una especial importancia a la satisfacción como indicador de calidad, este énfasis también debe ser trasladado a la ansiedad puesto que incide en la misma.

Dado que, como se ha demostrado en varios estudios, la disminución de la ansiedad supone disminuir la estancia hospitalaria y teniendo en cuenta el elevado coste que supone un día en el hospital, otro de los motivos por los que la reducción de la ansiedad se debe convertir en un objetivo primordial es el económico.

La conveniencia de la reducción de la ansiedad en pacientes quirúrgicos se convierte todavía en más patente si pensamos que la disminución de la estancia hospitalaria, podría contribuir a solucionar el problema de las largas listas de espera que sufren los hospitales de nuestro país.

Asimismo, como comenta Martínez-Valiente (1994), la reducción de la ansiedad del paciente quirúrgico se basa en gran medida en proporcionarle información. Así nos

interesa estudiar cómo reducir la ansiedad por la vía informativa dado que el consentimiento informado se ha convertido en un derecho del paciente. Por todos estos motivos, consideramos la ansiedad junto con la capacidad de afrontamiento una de las variables más importantes a tratar para optimizar la calidad asistencial en el paciente quirúrgico.

En nuestro caso se ha pretendido valorar la evolución posoperatoria en función de la estancia hospitalaria, bajo la hipótesis de que una peor evolución posoperatoria se reflejaría en una prolongación de la estancia. Los resultados obtenidos en nuestro estudio señalan que ni el grado de ansiedad medido por el test de STAI ni la capacidad o los estilos de afrontamiento tienen influencia en la duración de la estancia aunque no podamos hablar de otras posibles complicaciones, como la intensidad del dolor o un incremento en la número de fármacos, porque eso no ha sido objeto de nuestro trabajo.

Dada la diversidad de procesos incluidos en el estudio, la estancia no pudo ser analizada directamente, incluso aunque todos los pacientes recibieron algún tipo de intervención quirúrgica, la trascendencia de esta cirugía fue enormemente variable. Para analizar la estancia como indicador de la evolución postoperatoria lo que se hizo fue comparar la estancia observada con la esperada para cada uno de los posibles GRDs, entendiendo que la mejor opción para clasificar y homogeneizar el proceso era precisamente esta estrategia de identificación de pacientes clínicamente similares y con parecido consumo de recursos. Asumimos que una estancia superior a la esperada para el proceso estandarizado podía considerarse como un indicio de complicación. Igualmente, una estancia inferior a la esperada podría indicar malos resultados o desestimación de recursos, y por lo tanto asociarse a peor pronóstico. En cualquier caso adoptamos una actitud conservadora al aceptar un margen de más menos dos días en relación a la estancia esperada.

Ciertamente esta es una valoración indirecta, y precisamente por ello no puede descartarse que exista un efecto de la ansiedad y la capacidad de afrontamiento sobre la evolución del paciente, a pesar de la ausencia de asociaciones significativas entre nuestros resultados.

Diversos estudios llegan a las mismas conclusiones, entre los que destacaríamos el realizado por Walter K y Smith A (2009) en una revisión mediante búsquedas electrónicas en el Registro Cochrane Library, además de verificar listas de referencia de ensayos y búsqueda manual en las principales revistas de anestesia, estos autores no encontraron diferencias en el tiempo hasta el alta hospitalaria. Sin embargo, señalan que en vista de las distintas variables como la edad, la variedad de técnicas anestésicas utilizadas y la heterogeneidad clínica entre estudios las inferencias obtenidas deben de tomarse con precaución.

Por el contrario Ramos et al (2008) estudian 42 pacientes que van a ser intervenidos y sus resultados demuestran que los sujetos que puntuaban de forma elevada en el STAI presentaban un mayor nivel de cortisol en saliva y su recuperación fue peor que la de otros pacientes con bajo nivel de ansiedad . Proporcionan de esta manera una explicación fisiológica a los fenómenos ampliamente descritos de evolución más favorable en los pacientes con menor temor y ansiedad, y estrategias de afrontamiento más positivas (Scheier et al, 1989; Roscoe et al, 2013;

CONCLUSIONES

CONCLUSIONES

1ª A pesar de la obtención sistemática del Consentimiento Informado, aproximadamente la mitad de los pacientes ignoran información relevante en relación al proceso quirúrgico al que se van a someter, así como los riesgos asociados a la anestesia. Nuestros resultados demuestran la necesidad de contextualizar el Consentimiento Informado, no tanto como una obligación más sino como una herramienta de ayuda en la información del paciente.

2ª Ni la edad, ni el sexo, ni la localización tumoral o el riesgo anestésico se asociaron de forma significativa con la comprensión de la información, si lo hizo el nivel de estudios. La calidad de la información recibida se valoró significativamente mejor para los pacientes que afirmaron conocer la intervención que iban a sufrir y los posibles problemas derivados anestesia, haber recibido información suficiente y con un lenguaje adecuado a su capacidad de comprensión.

3ª En nuestro estudio las mujeres presentan mayor grado de ansiedad que los varones tanto en lo que se refiere al test de ansiedad –estado como al test de ansiedad-rasgo. No se detectaron diferencias significativas en función de la edad, el nivel de estudios o las variables clínicas.

4ª Los valores de ansiedad estado más bajos se detectaron entre los pacientes varones que habían sido informados sobre los posibles problemas derivados anestesia y recordaban alguno de los posibles problemas o complicaciones asociados. La ansiedad rasgo se asoció a una mejor calidad y comprensión de la información, sin que sea factible precisar el sentido de dicha asociación.

5ª. Entre las mujeres, por el contrario, el mayor grado de ansiedad-estado se detecta en aquellas que se consideran bien informadas e incluso refieren que recuerdan problemas derivados del proceso anestésico. La ansiedad rasgo fue inferior entre las

mujeres más jóvenes y con mayor nivel educativo.

6ª Nuestra muestra presentan una moderada capacidad de afrontamiento, tanto en las mujeres como en los varones, mejor en las personas más jóvenes y con un buen nivel de estudios. Los distintos tipos de afrontamiento en nuestra muestra se presentan con una puntuación mayor para el tipo evitativo, menor para el tipo de confrontación, e igual para la aceptación/resignación comparándolos con los estándares de una población normal.

7ª. El modelo de afrontamiento positivo (confrontación) fue superior en mujeres, con un riesgo anestésico medio, y entre los pacientes bien informados sobre la intervención quirúrgica a la que van a ser sometidos. La valoración de los tipos de afrontamiento, y la potenciación de los modelos positivos aportando una información completa y comprensible podría contribuir a la mejora de la calidad asistencial y la satisfacción del paciente. Particularmente entre los pacientes mayores y de menor nivel educativo, entre los que predominan modelos de afrontamiento negativos (Evitación y Aceptación-Resignación)

8ª No se ha detectado una asociación significativa entre la calidad de la información, los patrones de ansiedad o los modelos de afrontamiento y la prolongación de la estancia. No obstante, entre los pacientes con una estancia superior a lo esperado se aprecia una mayor ansiedad-estado y valores más bajos de afrontamiento-confrontación, mientras que el mejor índice de afrontamiento se encuentra entre los pacientes con una estancia inferior a la esperada.

9ª Como conclusión global, destacar que la consulta preoperatoria de anestesia aparte de una necesidad para la valoración médica adecuada y la obtención de consentimiento informado, proporciona una magnífica oportunidad para facilitar la Educación Sanitaria del paciente, disminuir su nivel de ansiedad, aumentar su capacidad de afrontamiento y promover la toma de decisiones y la participación activa del paciente en su proceso de salud-enfermedad.

REFERENCIAS BIBLIOGRÁFICAS

Referencias Bibliográficas

1. Andersen BL, Tewfik HH. Psychological reactions to radiation therapy. reconsideration of the adaptive aspects of anxiety. *J Pers Soc Psychol.* 1985;48(4):1024-32.
2. Armijo Rojas R, *Epidemiología.* Buenos Aires: Inter-Médica, 1974
3. Asehnoune K, Albaladejo P, Smail N, Heriche C, Sitbon P, Gueneron JP, et al. Information and anaesthesia: What does the patient desire? *Ann Fr Anesth Reanim.* 2000;19(8):577-81.
4. Auerbach SM. Trait state anxiety and adjustment to surgery. *J Consult Clin Psychol.* 1973;40(2):264-71.
5. Baker MT, Taub HA. Readability of informed consent forms for research in a veterans administration medical center. *J Am Med Assoc.* 1983;250(19):2646-8.
6. Bardosi L, Tekeres M. Impaired metabolic activity of phagocytic cells after anaesthesia and surgery. *Br J Anaesth.* 1985;57(5):520-3.
7. Báñez M, Blasco T, Fernández-Castro J, Viladrich C. A structural model of the relationships between perceived control and adaptation to illness in women with breast cancer. *J Psychosoc Oncol.* 2007;25(1):21-43.
8. Barnes LLB, Harp D, Jung WS. Reliability generalization of scores on the spielberger state-trait anxiety inventory. *Educational and Psychological Measurement.* 2002;62(4):603-18.
9. Barroilhet Díez S, Forjaz MJ, Garrido Landívar E. Concepts, theories and psychosocial factors in cancer adaptation. *Actas Esp Psiquiatr.* 2005;33(6):390-7.
10. Bayés R. *Afrontando la vida, esperando la muerte.* Madrid: Alianza Editorial; 2006.
11. Beauchamp TL. Informed consent: Its history, meaning, and present challenges. *Cambridge Quarterly of Healthcare Ethics.* 2011;20(4):515-23.
12. Bensing J, Rimondini M, Visser A. What patients want. *Patient Educ Couns.* 2013;90(3):287-90.
13. Berman L, Dardik A, Bradley EH, Gusberg RJ, Fraenkel L. Informed consent for abdominal aortic aneurysm repair: Assessing variations in surgeon opinion through a national survey. *Journal of Vascular Surgery.* 2008;47(2):287,295.e2.
14. Bermúdez J. Anxiety and performance. *Rev. Psicología General y Aplicada,* 1978a;151:183-207.
15. Berrmúdez J. Functional analysis of anxiety. *Rev. Psicología General y Aplicada.* 1978b;153:617-34.
16. Beydon L, Emmanuel Dima C. Perioperative anxiety: Evaluation and prevention. *Praticien en Anesthesie Reanimation.* 2007;11(3):161-70.
17. Billings AG, Moos RH. The role of coping responses and social resources in attenuating

- the stress of life events. *J Behav Med.* 1981;4(2):139-57.
18. Bisbe E, Escolano F. Evaluation of presurgical anxiety. *Medicina clínica.* 1998;110(1):38-9.
 19. Bisgaard T, Klarskov B, Rosenberg J, Kehlet H. Factors determining convalescence after uncomplicated laparoscopic cholecystectomy. *Archives of Surgery.* 2001;136(8):917-21.
 20. Braddock III C, Hudak PL, Feldman JJ, Berekenyi S, Frankel RM, Levinson W. "Surgery is certainly one good option": Quality and time-efficiency of informed decision-making in surgery. *Journal of Bone and Joint Surgery - Series A.* 2008;90(9):1830-8.
 21. Brannon L; Feist J. *Psicología de la salud.* Madrid; Paraninfo, 2001.
 22. Braz LG, Braz DG, da Cruz DS, Fernandes LA, Módolo NSP, José RCB. Mortality in anesthesia: A systematic review. *Clinics.* 2009;64(10):999-1006.
 23. Brennan J. Adjustment to cancer - coping or personal transition? *Psychooncology.* 2001;10(1):1-18.
 24. Brezis M, Israel S, Weinstein-Birenshtock A, Pogoda P, Sharon A, Tauber R. Quality of informed consent for invasive procedures. *International Journal for Quality in Health Care.* 2008;20(5):352-7.
 25. Buddeberg C, Sieber M, Wolf C, Landolt-Ritter C, Richter D, Steiner R. Are coping strategies related to disease outcome in early breast cancer? *J Psychosom Res.* 1996;40(3):255-64.
 26. Bueno B, Navarro AB. Identificación de los problemas, afrontamiento y relación con la satisfacción vital en personas mayores. *Mapfre Medicina.* 2003; 14 (1):37-50
 27. Bugge K, Bertelsen F, Bendtsen A. Patients' desire for information about anaesthesia: Danish attitudes. *Acta Anaesthesiol Scand.* 1998;42(1):91-6.
 28. Burgess C, Morris T, Pettingale KW. Psychological response to cancer diagnosis - II. evidence for coping styles (coping styles and cancer diagnosis). *J Psychosom Res.* 1988;32(3):263-72.
 29. Burkle CM, Pasternak JJ, Armstrong MH, Keegan MT. Patient perspectives on informed consent for anaesthesia and surgery: American attitudes. *Acta Anaesthesiol Scand.* 2013;57(3):342-9.
 30. Byrne DJ, Napier A, Cuschieri A. How informed is signed consent? *Br Med J.* 1988;296(6625):839-40.
 31. Cano García FJ, Rodríguez Franco L, García Martínez J. Spanish version of the coping strategies inventory. *Actas Esp Psiquiatr.* 2007;35(1):29-39.
 32. Caplan G. Mastery of stress: Psychosocial aspects. *Am J Psychiatry.* 1981;138(4):413-20.
 33. Caplan RA, Posner KL, Ward RJ, Cheney FW. Adverse respiratory events in anesthesia: A closed claims analysis. *Anesthesiology.* 1990;72(5):828-33.
 34. Carlos-García R , *Evidencia Científica y Percepción social del Riesgo anestésico.* Real Academia de Medicina y Cirugía de Andalucía Oriental. Granada, 2005

35. Carta de los Derechos Fundamentales de la Unión Europea. Diario Oficial de la Unión Europea, 2007.
36. Carver CS, Scheier MF, Weintraub KJ. Assessing coping strategies: A theoretically based approach. *J Pers Soc Psychol.* 1989;56(2):267-83.
37. Cassileth BR, Zupkis RV, Sutton-Smith K, March V. Informed consent - why are its goals imperfectly realized? *N Engl J Med.* 1980;302(16):896-900.
38. Chapman CR, Cox GB. Anxiety, pain, and depression surrounding elective surgery: A multivariate comparison of abdominal surgery patients with kidney donors and recipients. *J Psychosom Res.* 1977;21(1):7-15.
39. Childers R, Lipsett PA, Pawlik TM. Informed consent and the surgeon. *J Am Coll Surg.* 2009;208(4):627-34.
40. Conseiller C, Ortega D. La Douleur Postoperatorie. In: Balagny E, Clergue F, Conseiller C, et al, editors. *La Douleur et son Traitement. Journées D'enseignement Postuniversitaire D'anesthesia et Reanimation.* Paris; Arnette, 1988.
41. Consejería de Salud. Orden de 8 de julio de 2009, por la que se dictan instrucciones a los Centros del Sistema Sanitario Público de Andalucía, en relación al procedimiento de Consentimiento Informado. *Boja 152: 77-79*
42. Constitución Española 1978. BOE de 29 de diciembre 1978
43. Contrada RJ, Leventhal EA, Anderson JR. Psychological preparation for surgery: Marshaling individual and social resources to optimize self-regulation. *International Review of Health Psychology; S. Maes, H. Leventhal, & M. Johnson (Eds.), New York: Wiley and Sons; 1994: 219-266.*
44. Convenio para la protección de los derechos humanos y la dignidad del ser humano con respecto a las aplicaciones de la Biología y la Medicina (Convenio relativo a los derechos humanos y la biomedicina), hecho en Oviedo el 4 de abril de 1997. BOE de 20 de octubre de 1999, 36825 - 36830.
45. Cooper JB, Newbower RS, Kitz RJ. An analysis of major errors and equipment failures in anesthesia management: Considerations for prevention and detection. *Anesthesiology.* 1984;60(1):34-42.
46. Cooper JB, Newbower RS, Long CD, McPeck B. Preventable anesthesia mishaps: A study of human factors. *Quality & safety in health care.* 2002;11(3):277-82.
47. Craig KD. Emotional aspects of pain. In: Wall & Melzack (Eds). *Textbook of Pain.* Edinburgh; Churchill Livingstone, 1984:153-61.
48. Crespo M, Cruzado JA. Estrategias de afrontamiento ante el posible diagnóstico de neoplasia mamaria. *Ansiedad y estrés.*1998;4(2-3): 259-79.
49. Cryer PE. Physiology and pathophysiology of the human sympathoadrenal neuroendocrine system. *N Engl J Med.* 1980;303(8):436-44.
50. De Lorenzo y Montero R. Manual práctico de la Ley básica de Autonomía de los pacientes para especialistas en ginecología y obstetricia. Madrid: Saned SI ; 2003

51. Derogatis LR, Morrow GR, Fetting J, Penman D, Piasetsky S, Schmale AM, et al. The prevalence of psychiatric disorders among cancer patients. *J Am Med Assoc.* 1983;249(6):751-7.
52. Detsky AS, Abrams HB, McLaughlin JR, Drucker DJ, Sasson Z, Johnston N, et al. Predicting cardiac complications in patients undergoing non-cardiac surgery. *Journal of General Internal Medicine.* 1986;1(4):211-9.
53. Devine EC, Westlake SK. The effects of psychoeducational care provided to adults with cancer: Meta-analysis of 116 studies. *Oncol Nurs Forum.* 1995;22(9):1369-81.
54. Diehl M, Coyle N, Labouvie-Vief G. Age and sex differences in strategies of coping and defense across the life span. *Psychol Aging.* 1996;11(1):127-39.
55. Donovan-Kicken E, Mackert M, Guinn TD, Tollison AC, Breckinridge B. Sources of patient uncertainty when reviewing medical disclosure and consent documentation. *Patient Educ Couns.* 2013;90(2):254-60.
56. Dripps RD. New classification of physical status. *Anesthesiol.* 1963;24:111.
57. Dustan HP, Kark RM, Burnum JF. American college of physicians ethics manual. I: History of medical ethics, the physician and the patient, the physician's relationship to other physicians, the physician and society. *Ann Intern Med.* 1984;101(1):129-37.
58. Eagle KA, Berger PB, Calkins H, Chaitman BR, Ewy GA, Fleischmann KE, et al. ACC/AHA guideline update for perioperative cardiovascular evaluation for noncardiac surgery - executive summary: A report of the american college of Cardiology/American heart association task force on practice guidelines (committee to update the 1996 guidelines on perioperative cardiovascular evaluation for noncardiac surgery). *Anesth Analg.* 2002;94(5):1052-64.
59. Echevarria Pérez R, Fernández de Sanmamed Santos MJ, Iglesias Serrano C, Moretó Reventos A, Rodríguez Morató M. Protocolo de Ansiedad y Depresión. FMC, Formación médica continuada en atención primaria, 1997: Supp. IV: 9-14.
60. Falagas ME, Korbila IP, Giannopoulou KP, Kondilis BK, Peppas G. Informed consent: How much and what do patients understand? *Am J Surg.* 2009;198(3):420-35.
61. Falagas ME, Zarkadoulia EA, Ioannidou EN, Peppas G, Christodoulou C, Rafailidis PI. The effect of psychosocial factors on breast cancer outcome: A systematic review. *Breast Cancer Research.* 2007;9(4).
62. Farnill D, Inglis S. Patients' desire for information about anaesthesia: Australian attitudes. *Anaesthesia.* 1994;49(2):162-4.
63. Farr JN, Jenkins JJ. Tables for use with the flesch readability formulas. *J Appl Psychol.* 1949;33(3):275-8.
64. Fawzy FI, Cousins N, Fawzy NW, Kemeny ME, Elashoff R, Morton D. A structured psychiatric intervention for cancer patients. I. changes over time in methods of coping and affective disturbance. *Arch Gen Psychiatry.* 1990;47(8):720-5.
65. Fawzy FI, Fawzy NW, Hyun CS, Elashoff R, Guthrie D, Fahey JL, et al. Malignant melanoma: Effects of an early structured psychiatric intervention, coping, and affective

- state on recurrence and survival 6 years later. *Arch Gen Psychiatry*. 1993;50(9):681-9.
66. Fawzy FI, Fawzy NW, Wheeler JG. A post-hoc comparison of the efficiency of a psychoeducational intervention for melanoma patients delivered in group versus individual formats: An analysis of data from two studies. *Psychooncology*. 1996;5(2):81-9.
 67. Feifel H, Strack S, Tong Nagy V. Coping strategies and associated features of medically ill patients. *Psychosom Med*. 1987a;49(6):616-25.
 68. Feifel H, Strack S, Tong Nagy V. Degree of life-threat and differential use of coping modes. *J Psychosom Res*. 1987b;31(1):91-9.
 69. Fernandez-Crehuet J. *Humanismo y Bioética*. Real Academia de Medicina y Cirugía de Andalucía Oriental. Granada, 1996.
 70. Ferrero J. *Evaluación cognitiva y afrontamiento en pacientes con cáncer de mama*. Tesis Doctoral; Universidad de Valencia; 1992.
 71. Fink AS, Prochazka AV, Henderson WG, Bartenfeld D, Nyirenda C, Webb A, et al. Predictors of comprehension during surgical informed consent. *J Am Coll Surg*. 2010;210(6):919-26.
 72. Fitzgerald BM, Elder J. Will a 1-page informational handout decrease patients' most common fears of anesthesia and surgery? *Journal of Surgical Education*. 2008;65(5):359-63.
 73. Flory J, Emanuel E. Interventions to improve research participants' understanding in informed consent for research: A systematic review. *J Am Med Assoc*. 2004;292(13):1593-601.
 74. Folkman S, Greer S. Promoting psychological well-being in the face of serious illness: When theory, research and practice inform each other. *Psychooncology*. 2000;9(1):11-9.
 75. Folkman S, Lazarus RS, Dunkel-Schetter C, DeLongis A, Gruen RJ. Dynamics of a stressful encounter. cognitive appraisal, coping, and encounter outcomes. *J Pers Soc Psychol*. 1986;50(5):992-1003.
 76. Folkman S, Lazarus RS. An analysis of coping in a middle-aged community sample. *J Health Soc Behav*. 1980;21(3):219-39.
 77. Folkman S, Lazarus RS. Coping as a mediator of emotion. *J Pers Soc Psychol*. 1988;54(3):466-75.
 78. Folkman S. Questions, answers, issues, and next steps in stress and coping research. *European Psychologist*. 2009;14(1):72-7.
 79. Fry E. Fry's Readability Graph: Clarifications, Validity, and Extension to Level 17. *Journal of Reading*; 1977, 21 (3);242-252.
 80. Fung D, Cohen MM. Measuring patient satisfaction with anesthesia care: A review of current methodology. *Anesth Analg*. 1998;87(5):1089-98.
 81. Fung D, Cohen M. What do outpatients value most in their anesthesia care? *Canadian*

- Journal of Anesthesia. 2001;48(1):12-9.
82. Gibbs NM. National anaesthesia mortality reporting in australia from 1985-2008. *Anaesth Intensive Care*. 2013;41(3):294-301.
 83. Gil Moncayo FL, Requena GC, Pérez FJ, Salamero M, Sánchez N, Sirgo A. Psychological adjustment and prevalence of psychiatric disorders in cancer patients. *Med Clin*. 2008;130(3):90-2.
 84. Gilies A, Gilies R, Weinberg L. Patient recollections of perioperative anaesthesia risks. *Anaesth Intensive Care*. 2013;41(2):247-50.
 85. Gil-Roales J. *Psicología de la Salud: aproximación histórica conceptual y aplicaciones*. Madrid; Pirámide, 2004.
 86. Goldman L, Caldera DL, Nussbaum SR, Southwick FS, Krogstad D, Murray B, et al. Multifactorial index of cardiac risk in noncardiac surgical procedures. *N Engl J Med*. 1977;297(16):845-50.
 87. Goldmann L, Ogg TW, Levey AB. Hypnosis and daycase anaesthesia: A study to reduce pre-operative anxiety and intra-operative anaesthetic requirements. *Anaesthesia*. 1988;43(6):466-9.
 88. González Valdés T, Casal Sosa A. Aspectos psicológicos en el paciente quirúrgico. En: García Gutierrez A, Pardo Gomez G, (Ed). *Cirugía*. tomo 1. La Habana; Editorial Ciencias Médicas; 2006:147-56.
 89. Gottesman D, Lewis MS. Differences in crisis reactions among cancer and surgery patients. *J Consult Clin Psychol*. 1982;50(3):381-8.
 90. Gracia D. Changes in the physician-patient relationship. *Med Clin*. 1989;93(3):100-2.
 91. Grassi L, Travado L, Moncayo FLG, Sabato S, Rossi E. Psychosocial morbidity and its correlates in cancer patients of the mediterranean area: Findings from the southern european psycho-oncology study. *J Affect Disord*. 2004;83(2-3):243-8.
 92. Gray BH, Cooke RA, Tannenbaum AS. Research involving human subjects. the performance of institutional review boards is assessed in this empirical study. *Science*. 1978;201(4361):1094-101.
 93. Grunder TM. Two formulas for determining the readability of subject consent forms. *Am Psychol*. 1978;33(8):773-5.
 94. Guillén-Riquelme A, Buéla-Casal G. Psychometric revision and differential item functioning in the state trait anxiety inventory (STAI). *Psicothema*. 2011;23(3):510-5.
 95. Hall GM, Desborough JP. Endocrine and metabolic responses to surgery and injury. Effects of anaesthesia. In: Prys-Robert & Brown (Eds). *International Practice of Anaesthesia*. Vol 1. Oxford; Butterworth-Heinemann, 1996:1-11.
 96. Hall GM. The anaesthetic modification of the endocrine and metabolic response to surgery. *Ann R Coll Surg Engl*. 1985;67(1):25-9.
 97. Hartlaub PP, Wolkenstein AS, Laufenburg HF. Obtaining informed consent: It is not simply asking "do you understand?". *J Fam Pract*. 1993;36(4):383-4.

98. Heaton LJ, Carlson CR, Smith TA, Baer RA, De Leeuw R. Predicting anxiety during dental treatment using patients' self-reports: Less is more. *J Am Dent Assoc.* 2007;138(2):188-95.
99. Hedman AS. Using the SMOG formula to revise a health-related document. *American Journal of Health Education.* 2008;39(1):61-4.
100. Heim E, Augustiny KF, Schaffner L, Valach L. Coping with breast cancer over time and situation. *J Psychosom Res.* 1993;37(5):523-42.
101. Hirsh HL. A visitation with informed consent and refusal. *Leg Med.* 1995:147-203.
102. Hishinuma ES, Miyamoto RH, Nishimura ST, Nahulu LB. Differences in state-trait anxiety inventory scores for ethnically diverse adolescents in hawaii. *Cultural Diversity and Ethnic Minority Psychology.* 2000;6(1):73-83.
103. Holden-Lund C. Effects of relaxation with guided imagery on surgical stress and wound healing. *Res Nurs Health.* 1988;11(4):235-44.
104. Hopkins ML, McDowell I, Le T, Fung MFK. Coping with ovarian cancer: Do coping styles affect outcomes? *Obstetrical and Gynecological Survey.* 2005;60(5):321-5.
105. Horowitz M, Wilner N, Alvarez W. Impact of event scale: A measure of subjective stress. *Psychosom Med.* 1979;41(3):209-18.
106. Hume MA, Kennedy B, Asbury AJ. Patient knowledge of anaesthesia and peri-operative care. *Anaesthesia.* 1994;49(8):715-8.
107. Huskisson EC. Measurement of pain. *Lancet.* 1974;2(7889):1127-31.
108. Idoate Garcia VM. Aspectos bioeticos en el concepto y la comprensión del consentimiento informado. *Cuadernos de Bioética,* 1998; 9(33);9-11.
109. Idoate VM. Readability of informed consent. *Anales del Sistema Sanitario de Navarra.* 2000;23(1):109-13.
110. Inglis S, Farnill D. The effects of providing preoperative statistical anaesthetic-risk information. *Anaesth Intensive Care.* 1993;21(6):799-805.
111. Jacobsen P, Holland J. Psychological reactions to cancer surgery. In: Holland J, Rowland J (Eds). *Handbook of psychooncology. Psychological care of the patients with Cancer.* Oxford: Oxford University Press; 1989.
112. Janis I. *Psychological Stress.* Nueva York: Wiley; 1958.
113. Jarrett SR, Ramirez AJ, Richards MA, Weinman J. Measuring coping in breast cancer. *J Psychosom Res.* 1992;36(6):593-602.
114. Jayr C. Repercussions of postoperative pain. expected therapeutic benefits. *Ann Fr Anesth Reanim.* 1998;17(6):540-54.
115. Johnson JE, Leventhal H, Dabbs JM. Contribution of emotional and instrumental response processes in adaptation to surgery. *J Pers Soc Psychol.* 1971;20(1):55-64.
116. Johnston M. Pre-operative emotional states and post-operative recovery. *Adv Psychosom Med.* 1986;15:1-22.

117. Kadan-Lottick NS, Vanderwerker LC, Block SD, Zhang B, Prigerson HG. Psychiatric disorders and mental health service use in patients with advanced cancer: A report from the coping with cancer study. *Cancer*. 2005;104(12):2872-81.
118. Kain ZN, Kosarussavadi B, Hernandez-Conte A, Hofstadter MB, Mayes LC. Desire for perioperative information in adult patients: A cross-sectional study. *J Clin Anesth*. 1997;9(6):467-72.
119. Kaplan HI, Sadock BJ. Trastornos de ansiedad. In: Kaplan HI, Sahin A, editors. *Sinopsis de psiquiatría. Ciencias de la conducta psiquiátrica*. 8ª ed. Madrid: Médica Panamericana William & Wilkins; 1999; 662-71.
120. Kauffmann A, Aiach P, Waismann R. La enfermedad grave. Aspectos médicos y psicosociales. Madrid: McGraw-Hill Interamericana; 1989.
121. Kawashima Y, Takahashi S, Suzuki M, Morita K, Irita K, Iwao Y, et al. Anesthesia-related mortality and morbidity over a 5-year period in 2,363,038 patients in Japan. *Acta Anaesthesiol Scand*. 2003;47(7):809-17.
122. Keats AS. What do we know about anesthetic mortality? *Anesthesiology*. 1979;50(5):387-92.
123. Keenan RL, Boyan CP. Cardiac arrest due to anesthesia. A study of incidence and causes. *J Am Med Assoc*. 1985;253(16):2373-7.
124. Kehlet H, Brandt MR, Prange Hansen A, Alberti KGMM. Effect of epidural analgesia on metabolic profiles during and after surgery. *Br J Surg*. 1979;66(8):543-6.
125. Kim S, Jabori S, O'Connell J, Freeman S, Fung CC, Ekram S, et al. Research methodologies in informed consent studies involving surgical and invasive procedures: Time to re-examine? *Patient Educ Couns*. 2013;93(3):559-66.
126. Kindler CH, Harms C, Amsler F, Ihde-Scholl T, Scheidegger D. The visual analog scale allows effective measurement of preoperative anxiety and detection of patients' anesthetic concerns. *Anesth Analg*. 2000;90(3):706-12.
127. Klapfta JM, Roizen MF. Current understanding of patients' attitudes toward and preparation for anesthesia: A review. *Anesth Analg*. 1996;83(6):1314-21.
128. Kohn LT, Donaldson M, editors. *To err is human: Building a safer health care system*. Washington, National Academy Press; 1999
129. Kornfeld DS. Consultation-liaison psychiatry: Contributions to medical practice. *Am J Psychiatry*. 2002;159(12):1964-72.
130. Langer SZ, Hicks PE. Physiology of the sympathetic nerve ending. *Br J Anaesth*. 1984;56(7):689-700.
131. Lazarus RS, Folkman S. El concepto de afrontamiento. En: Lazarus RS, Folkman S (ED). *Estrés y procesos cognitivos*. Barcelona: Martínez Roca SA; 1986
132. Lazarus RS, Folkman S. Transactional theory and research on emotions and coping. *Eur J personality*;1987;1(3):141-69.
133. Lazarus RS, Folkman S. *Stress, Appraisal and Coping*. New York: Springer; 1989.

134. Leclercq WKG, Keulers BJ, Scheltinga MRM, Spauwen PHM, Van Der Wilt G-. A review of surgical informed consent: Past, present, and future. A quest to help patients make better decisions. *World J Surg.* 2010;34(7):1406-15.
135. Lee A, Gin T. Educating patients about anaesthesia: Effect of various modes on patients' knowledge, anxiety and satisfaction. *Current Opinion in Anaesthesiology.* 2005;18(2):205-8.
136. Leigh JM, Walker J, Janaganathan P. Effect of preoperative anaesthetic visit on anxiety. *Br Med J.* 1977;2(6093):987-9.
137. Ley 41/2002, de 14 de noviembre, básica reguladora de la autonomía del paciente y de derechos y obligaciones en materia de información y documentación clínica. BOE núm. 274 de 15 de Noviembre de 2002; pp. 40126-32.
138. Linn BS, Linn MW, Klimas NG. Effects of psychophysical stress on surgical outcome. *Psychosom Med.* 1988;50(3):230-44.
139. Lipowski ZJ. Physical illness, the individual and the coping processes. *Psychiatry Med.* 1970;1(2):91-102.
140. López-Roig S, Pastor MA, Rodríguez-Marín J. El papel del apoyo social en pacientes hospitalizados. En: Rodríguez-Marín J (ED). Aspectos psicosociales de la salud y de la comunidad. Barcelona: PPU; 1990.
141. López-Roig S, Pastor MA, Rodríguez-Marín J. Programa de preparación psicológica para la cirugía. En: Méndez F, Macià D, Olivares J (EDs). Intervención conductual en contextos comunitarios, I: programas aplicados de prevención. Madrid; Pirámide; 1992.
142. Marina JA. Anatomía del miedo. Un tratado sobre la valentía. Barcelona: Anagrama SA; 2006.
143. Martínez Urrutia A. Anxiety and pain in surgical patients. *J Consult Clin Psychol.* 1975;43(4):437-42.
144. Martínez-Valiente J. Marcadores fisiológicos y psicológicos de la ansiedad prequirúrgica. *Cir Esp.* 1994;56:140-4.
145. Martínez-Vazquez de Castro J, Torres LM. Prevalence of postoperative pain. 'physiopathological disorder and their impact'. *Revista de la Sociedad Española del Dolor.* 2000;7(7):465-76.
146. Matthey P, Finucane BT, Finegan BA. The attitude of the general public towards preoperative assessment and risks associated with general anesthesia. *Canadian Journal of Anesthesia.* 2001;48(4):333-9.
147. Maurice-Szamburski A, Loundou A, Capdevila X, Bruder N, Auquier P. Validation of the french version of the amsterdam preoperative anxiety and information scale (APAIS). *Health and Quality of Life Outcomes.* 2013;11(1).
148. Mavridou P, Dimitriou V, Manataki A, Arnaoutoglou E, Papadopoulos G. Patient's anxiety and fear of anesthesia: Effect of gender, age, education, and previous experience of anesthesia. A survey of 400 patients. *Journal of Anesthesia.* 2013;27(1):104-8.

149. Mavridou P, Dimitriou V, Papadopoulou M, Manataki A, Arnaoutoglou E, Papadopoulos G. Effect of previous anesthesia experience on patients' knowledge and desire for information about anesthesia and the anesthesiologist: A 500 patients' survey from greece. *Acta Anaesthesiol Belg.* 2012;63(2):63-8.
150. McAlister FA, Bertsch K, Man J, Bradley J, Jacka M. Incidence of and risk factors for pulmonary complications after nonthoracic surgery. *American Journal of Respiratory and Critical Care Medicine.* 2005;171(5):514-7.
151. McCrae RR. Age differences and changes in the use of coping mechanisms. *Journals of Gerontology.* 1989;44(6):P161-9.
152. Meichenbaum D, Turk D. The cognitive-behavioral of anxiety, anger and pain. In: Davidson P (ED). *Behavioral management of anxiety, depression and pain.* Nueva York: Brunner/Mazel; 1976.
153. Mendelson D. Historical evolution and modern implications of concepts of consent to, and refusal of, medical treatment in the law of trespass. *J Leg Med.* 1996;17(1):1-71.
154. Merluzzi TV, Sanchez MAM. Perceptions of coping behaviors by persons with cancer and health care providers. *Psychooncology.* 1997;6(3):197-203.
155. Miranda A. Bases psicológicas del dolor. In: Miranda A (Ed). *Dolor posoperatorio. Estudio, valoración y tratamiento.* Barcelona: JIMS, 1992;169-86.
156. Moix J. Ansiedad, dolor y recuperación postquirúrgica. *Cir Esp.* 1996; 60:337-8.
157. Moix J. Disminución de la ansiedad como factor de mejora de la calidad asistencial en pacientes quirúrgicos. *Rev. Calidad Asistencial.* 1998;13:160-5.
158. Moix Queraltó J. Emoción y Cirugía. *Anales de Psicología.* 1994;10(2):167-75.
159. Moorey S, Greer S. *Psychological therapy for patients with cancer: A new approach.* London: Heinemann Medical Books;1989.
160. Morrow GR. How readable are subject consent forms? *J Am Med Assoc.* 1980;244(1):56-8.
161. Mulsow JJW, Feeley TM, Tierney S. Beyond consent-improving understanding in surgical patients. *Am J Surg.* 2012;203(1):112-20.
162. Muñiz J, Fernández-Hermida JR. The opinion of the spanish psychologists on the use of the tests. *Papeles del Psicologo.* 2010;31(1):108-21.
163. Muñoz-Ramón JM. Quality control in anesthesiology. *Rev Esp Anestesiología Reanim.* 1995;42(3):91-5.
164. Myles PS, Hunt JO, Nightingale CE, Fletcher H, Beh T, Tanil D, et al. Development and psychometric testing of a quality of recovery score after general anesthesia and surgery in adults. *Anesth Analg.* 1999;88(1):83-90.
165. Navarro-García MA, Marín-Fernández B, De Carlos-Alegre V, Martínez-Oroz A, Martorell-Gurucharri A, Ordoñez-Ortigosa E, et al. Preoperative mood disorders in patients undergoing cardiac surgery: Risk factors and postoperative morbidity in the intensive care unit. *Rev Esp Cardiol.* 2011;64(11):1005-10.

166. Navarro-Royo C, Monteagudo-Piqueras O, Rodríguez-Suárez L, Valentín-López B, García-Caballero J. Readability of informed consent documents of the hospital "la paz". *Revista de Calidad Asistencial*. 2002;17(6):331-6.
167. Olivares Crespo ME. Aspectos psicológicos en el cáncer ginecológico. *Avances en Psicología Latinoamericana*. 2004; 22: 29-48.
168. Organización Mundial de la Salud. Formulación de estrategias con el fin de alcanzar la salud para todos en el año 2000 : principios básicos y cuestiones esenciales, documento del Consejo Ejecutivo de la Organización Mundial de la Salud. Serie Salud para todos; nº 2. Organización Mundial de la Salud, Ginebra; 1979.
169. Ornaque I, Carrero E, Villalonga A, Roux C, Y Salvador L. Study of anxiety before urologic, gynecologic and ophthalmologic surgery in relation to premedication or not with diazepam. *Rev Esp Anestesiología Reanimación*. 2000;47(4):151-6.
170. Osowiecki D, Compas BE. Psychological adjustment to cancer: Control beliefs and coping in adult cancer patients. *Cognitive Therapy and Research*. 1998;22(5):483-99.
171. Paasche-Orlow MK, Taylor HA, Brancati FL. Readability standards for informed-consent forms as compared with actual readability. *N Engl J Med*. 2003;348(8):721-6.
172. Palese A, Cecconi M, Moreale R, Skrap M. Pre-operative stress, anxiety, depression and coping strategies adopted by patients experiencing their first or recurrent brain neoplasm: An explorative study. *Stress Health*. 2012;28(5):416-25.
173. Pearce N. Traditional epidemiology, modern epidemiology, and public health. *Am J Public Health*. 1996;86(5):678-83.
174. Pearlin LI, Schooler C. The structure of coping. *J Health Soc Behav*. 1978;19(1):2-21.
175. Pérez-Moreno JA, Pérez-Cárceles MD, Osuna E, Luna A. Preoperative interview and informed consent of surgical patients. *Rev Esp Anestesiología Reanimación*. 1998;45(4):130-5.
176. Raja SN, Meyer RA, Campbell JN. Peripheral mechanisms of somatic pain. *Anesthesiology*. 1988;68(4):571-90.
177. Ramos MI, Cardoso MJ, Vaz F, Torres MD, García F, Blanco G, González EM. Influencia del grado de ansiedad y el nivel de cortisol sobre la recuperación posquirúrgica. *Acta Esp Psiquiatr*. 2008; 36(3):133-7.
178. Ramos R, Moya J, Turón V, Pérez J, Villalong R, Morera R, et al. Primary hyperhidrosis and anxiety: A prospective preoperative survey of 158 patients. *Arch Bronconeumol*. 2005;41(2):88-92.
- 179.
180. Regel H, Rose W, Hahnel S, Krause A. Evaluation of psychological stress before general anaesthesia. *Psychiatrie Neurologie und Medizinische Psychologie*. 1985;37(3):151-5.
181. Ridgeway V, Mathews A. Psychological preparation for surgery: A comparison of methods. *British Journal of Clinical Psychology*. 1982;21(4):271-80.
182. Rodríguez Marín J. *Psicología social de la salud*. Madrid; Síntesis, 1995.

183. Rodríguez-Navarro JC. El Consentimiento informado. Validez en pacientes quirúrgicos de nuestro entorno. Tesis doctoral; Universidad de Málaga; 1999.
184. Rodríguez-Quintana R, Hernando-Trancho F, Cruzado JA, Olivares ME, Jamal I, Laserna P. Assessment of quality of life, emotional state, and coping skills in patients with neoplastic pulmonary disease. *Psicooncología*. 2012;9(1):95-112.
185. Roelofs J, Peters ML, Muris P, Vlaeyen JWS. Dutch version of the pain vigilance and awareness questionnaire: Validity and reliability in a pain-free population. *Behav Res Ther*. 2002;40(9):1081-90.
186. Roscoe JA, Jean-Pierre P, Shelke AR, Kaufman ME, Bole C, Morrow GR. The role of patients' response expectancies in side effect development and control. *Curr Probl Cancer*. 2006;30(2):40-98.
187. Rosique-Belmonte IM. Influencia de variables epidemiológicas en el consentimiento informado preanestésico. Tesis doctoral; Universidad Complutense de Madrid; 2004.
188. Roth S, Cohen LJ. Approach, avoidance, and coping with stress. *Am Psychol*. 1986;41(7):813-9.
189. Rotter JB. Generalized expectancies for internal versus external control of reinforcement. *Psychol Monogr*. 1966;80(1):1-28.
190. Rowland JH. Developmental Stage and Adaptation: Adult Model. En: Holland JC (ED). *Handbook of Psycho-Oncology*. New York: Oxford University Press; 1989a:25-57.
191. Rowland JH. Intrapersonal Resources: Coping. En: Holland JC. *Handbook of Psycho-Oncology*. New York: Oxford University Press; 1989b: 44-56.
192. Royston D, Cox F. Anaesthesia: The patient's point of view. *Lancet*. 2003;362(9396):1648-58.
193. Sala Blanch X, Moya Ruiz C, Edo Cebollada L. Usefulness of an anesthesia information sheet before preoperative visits. *Rev Esp Anestesiología Reanim*. 2000;47(1):10-4.
194. Salmon P. Psychological factors in surgical stress: Implications for management. *Clin Psychol Rev*. 1992;12(7):681-704.
195. Sanchez de la Cuesta y Alarcon F. Contestación al discurso de D. Raimundo de Carlos. Real Academia de Medicina y Cirugía de Andalucía Oriental. Granada, 2005
196. Sanchez-Canovas, J. Evaluación de las estrategias de afrontamiento. En: Buela G, Caballo VE (EDs). *Manual de Psicología clínica y aplicada*. Madrid: Siglo XXI; 1991
197. Sancho Gargallo I. Tratamiento legal y jurisprudencial del consentimiento informado. Indret, Working Paper nº 209, 2004.
198. Sand K, Eik-Nes NL, Loge JH. Readability of informed consent documents (1987-2007) for clinical trials: A linguistic analysis. *Journal of Empirical Research on Human Research Ethics*. 2012;7(4):67-78.
199. Scheier MF, Matthews KA, Owens JF, Magovern Sr. GJ, Lefebvre RC, Abbott RA, et al. Dispositional optimism and recovery from coronary artery bypass surgery: The beneficial effects on physical and psychological well-being. *J Pers Soc Psychol*.

- 1989;57(6):1024-40.
200. Schenker Y, Fernandez A, Sudore R, Schillinger D. Interventions to improve patient comprehension in informed consent for medical and surgical procedures: A systematic review. *Medical Decision Making*. 2011;31(1):151-73.
 201. Schiff JH, Fornaschon AS, Frankenhauser S, Schiff M, Snyder-Ramos SA, Martin E, et al. The heidelberg peri-anaesthetic questionnaire - development of a new refined psychometric questionnaire. *Anaesthesia*. 2008;63(10):1096-104.
 202. Schwartz CE, Daltroy LH, Brandt U, Friedman R, Stolbach L. A psychometric analysis of the mental adjustment to cancer scale. *Psychol Med*. 1992;22(1):203-10.
 203. Segawa H, Mori K, Kasai K, Fukata J, Nakao K. The role of the phrenic nerves in stress response in upper abdominal surgery. *Anesth Analg*. 1996;82(6):1215-24.
 204. Serejo LGG, da Silva-Júnior FP, Bastos JPC, de Bruin GS, Mota RMS, de Bruin PFC. Risk factors for pulmonary complications after emergency abdominal surgery. *Respir Med*. 2007;101(4):808-13.
 205. Shallcross AJ, Ford BQ, Floerke VA, Mauss IB. Getting better with age: The relationship between age, acceptance, and negative affect. *J Pers Soc Psychol*. 2013;104(4):734-49.
 206. Shevde K, Panagopoulos G. A survey of 800 patients' knowledge, attitudes, and concerns regarding anesthesia. *Anesth Analg*. 1991;73(2):190-8.
 207. Simón Lorda P. Informed consent: Theory and practice. *Med Clin*. 1993;101(5):174-82.
 208. Simon Lorda P. La fundamentación ética de la teoría del consentimiento informado. *Rev Calidad Asistencial*. 1999;14:100-9.
 209. Slovic P, Perception of risk: Reflections on the psychometric paradigm. Westport. Conn Praeger; 1992
 210. Snyder-Ramos SA, Seintsch H, Böttiger BW, Motsch J, Martin E, Bauer M. Patient satisfaction and information gain after the preanesthetic visit: A comparison of face-to-face interview, brochure, and video. *Anesth Analg*. 2005;100(6):1753-8.
 211. Solsona Durán JF, Sala Serra M, Álamo Junquera D, García Caselles MP. Informed consent in a university hospital: Evaluation of 291 consents and the opinion of the physicians and patients. *Rev Clin Esp*. 2011;211(3):167-8.
 212. Spencer SM, Carver CS, Price AA. Psychological and social factors in adaptation. In: Holland JC (Ed). *Psycho-oncology*. New York; Oxford University Press, 1998:211-22.
 213. Spielberger C.D, Gorsuch R, Lushene R. *Manual for the State-Trait Anxiety Inventory*. Palo Alto, California: Consulting Psychologist Press; 1970.
 214. Spielberger CD, Díaz-Guerrero R, y Strelau J. (Eds.) *Crosscultural anxiety Vol. 4*. Washington DC: Hemisphere/Wiley; 1990.
 215. Spielberger CD, Gorsuch RL, Lushene RE. *Cuestionario de ansiedad estado-rasgo. Adaptación española de Seisdados N. 7ª ed*. Madrid: TEA Ediciones SA; 2008.
 216. Suzuki T, Tsukamoto K, Abe K. Characteristic factor structures of the Japanese version of

- the state- trait anxiety inventory: Coexistence of positive-negative and state-trait factor structures. *J Pers Assess.* 2000;74(3):447-58.
217. Taylor SE, Lichtman RR, Wood JV. Attributions, beliefs about control, and adjustment to breast cancer. *J Pers Soc Psychol.* 1984;46(3):489-502.
 218. Tian J. Different coping modes and their relationships with depression, performance status, quality of life, and side effects of cancer treatments among stomach cancer patients in china. *Proceedings 2011 international conference on human health and biomedical engineering, HHBE 2011; ; 2011.*
 219. Tobin DL, Holroyd KA, Reynolds RV, Wigal JK. The hierarchical factor structure of the coping strategies inventory. *Cognitive Therapy and Research.* 1989;13(4):343-61.
 220. Traynor C, Hall GM. Endocrine and metabolic changes during surgery: Anaesthetic implications. *Br J Anaesth.* 1981;53(2):153-60.
 221. Trent JC, Gaster E. Anesthetic Deaths in 54,128 Consecutive Cases. *Ann Surg.* 1944;119(6):954-958.
 222. Valdés M y De Flores T. *Psicobiología del estrés.* Barcelona; Martínez Roca;1985
 223. Van Den Bosch JE, Moons KG, Bonsel GJ, Kalkman CJ. Does measurement of preoperative anxiety have added value for predicting postoperative nausea and vomiting? *Anesth Analg.* 2005;100(5):1525-32.
 224. Varela P. *Ansiosamente, claves para reconocer y desafiar la ansiedad.* La Esfera de los Libros, 2002
 225. Vidal MA, Torres LM. Mild to moderate postoperative pain: The PATHOS survey results for spain versus other european countries. *Revista española de anestesiología y reanimación.* 2008;55(7):393-400.
 226. Vigneau F, Cormier S. The factor structure of the state-trait anxiety inventory: An alternative view. *J Pers Assess.* 2008;90(3):280-5.
 227. Visser AP. Situational and individual determinants of state anxiety of surgical patients. In: Spielberger CD, Defares PB & Sarason IG (EDs). *Stress and anxiety.* New York: Academic; 1982.
 228. Vitaliano PP, Russo J, Carr JE, Maiuro RD, Becker J. The Ways of Coping Checklist: Revision and Psychometric Properties. *Multivariate Behavioral Research;* 1985, 20(1): 3-26.
 229. Waisel DB, Truog RD. Informed consent. *Anesthesiology.* 1997;87(4):968-78.
 230. Walter KJ y Smith AF. Premedication for anxiety in adult day surgery. *Cochrane database syst. rev.* 2009; 4:CD002192.
 231. Wallace LM. Pre-operative state anxiety as a mediator of psychological adjustment to and recovery from surgery. *Br J Med Psychol.* 1986;59:Pt 3/.
 232. Wallin BG. Neural control of human skin blood flow. *J Auton Nerv Syst.* 1990;30(SUPPL.):S185-90.

233. Wallston BS, Wallston KA. Health locus of control scales Research with the Locus of Control Construct. Volume 1: Assessment Methods, 1. Lefcourt HM (Ed.). New York: Academic Press; 1981:189-244
234. Wallston KA, Wallston BS, DeVellis R. Development of the multidimensional health locus of control (MHLC) scales. *Health Educ Monogr.* 1978;6(2):160-70.
235. Watkins J, Glynn LE. Symposium on trauma, stress and immunity at Bath. *Anaesthesia.* 1981;36(6):647-53.
236. Watson M, Greer S, Young J, Inayat Q, Burgess C, Robertson B. Development of a questionnaire measure of adjustment to cancer: The MAC scale. *Psychol Med.* 1988;18(1):203-9.
237. Watson M, Greer S. Development of a questionnaire measure of emotional control. *J Psychosom Res.* 1983;27(4):299-305.
238. Watson M, Law M, Dos Santos M, Greer S, Baruch J, Bliss J. The mini-MAC: Further development of the mental adjustment to cancer scale. *J Psychosoc Oncol.* 1994;12(3):33-46.
239. Weisman AD, Worden JW. The existential plight in cancer: Significance of the first 100 days. *Psychiatry Med.* 1976;7(1):1-15.
240. Wells JK, Howard GS, Nowlin WF, Vargas MJ. Presurgical anxiety and postsurgical pain and adjustment: Effects of a stress inoculation procedure. *J Consult Clin Psychol.* 1986;54(6):831-5.
241. Wetzel CM, Kneebone RL, Woloshynowych M, Nestel D, Moorthy K, Kidd J, et al. The effects of stress on surgical performance. *Am J Surg.* 2006;191(1):5-10.
242. Wolfer JA, Davis CA. Assessment of surgical patients' preoperative emotional condition and postoperative welfare. *Nurs Res.* 1970;19(5):402-14.
243. Zvolensky MJ, Arrindell WA, Taylor S, Bouvard M, Cox BJ, Stewart SH, et al. Anxiety sensitivity in six countries. *Behav Res Ther.* 2003;41(7):841-59.

ANEXOS

ANEXO I

HOJA DE INFORMACIÓN Y FORMULARIO DE CONSENTIMIENTO INFORMADO.

Médico a cargo del estudio: Dr. Guillen Perales

Servicio: Anestesiología y Reanimación (H. U. S. Cecilio Granada)

Título del Proyecto: Influencia del consentimiento informado y la capacidad de afrontamiento en la evolución del postoperatorio.

Se le invita a participar como voluntario en un estudio de investigación en el que se pretende valorar la influencia del estado emocional en la evolución postoperatoria.

Se trata de un estudio que no requiere ninguna prueba más de las que requiere su proceso, es totalmente incruento y solo se le pide que rellene el impreso que se le han entregado y que los presente el día que lo hayan citado para acudir a la consulta de anestesia.

Esta hoja de información y formulario de consentimiento informado puede tener palabras que usted no entienda. Solicite al médico o al personal del estudio que le expliquen cualquier palabra o información que no comprenda antes de manifestar su acuerdo de participar como voluntario en este estudio de investigación.

Sus Derechos:

El personal del estudio comentará con usted todo lo que desee saber sobre este trabajo y le responderá a cualquier pregunta sobre el mismo. Si acepta participar firme este formulario.

Nadie puede obligarle a participar en este estudio. Incluso si ahora usted está de acuerdo puede cambiar su opinión en cualquier momento.

(fecha y firma)

ANEXO II
CONSULTA DE ANESTESIA
Encuesta de valoración sobre la hoja informativa preoperatoria

HC n° _____

Señale con un círculo la respuesta que usted considere en cada pregunta. Gracias por su colaboración

1.- ¿ Le han informado en que consiste la intervención quirúrgica a la que va a ser sometido y sobre los posibles problemas o complicaciones derivados de la cirugía?

- A.- NO
- B.- SI
- C.- No lo recuerda

2.- ¿ Le han informado de los posibles problemas o complicaciones derivados de la anestesia?

- A.- NO
- B.- SI
- C.- No lo recuerda

3.-¿ Recuerda, en concreto, algún problema o complicación posible que le comentaran?

- A.- NO
- B.- SI

4.- ¿ Qué médico le informó?

- A.- El Cirujano
- B.- El Anestesiólogo
- C.- Ambos

5.- ¿ Sabe si a alguna persona que lo acompañaba le informaron de algún riesgo que a usted no le mencionaron?

- A.- NO
- B.- SI
- C.- No estoy seguro, pero lo sospecho

6.- ¿ Cree usted que el médico debe informar de los riesgos de la operación ?

- A.- SI
- B.- NO
- C.- Sólo cuando los riesgos sean muy grandes

7.- ¿ A quien piensa que se deben explicar los riesgos?

- A.- Al paciente
- B.- A la familia
- C.- Al paciente y la familia
- D.- A nadie

8.- ¿ Cómo piensa que es mejor que se informe sobre los riesgos operatorios?

- A.- Por escrito
- B.- Oralmente
- C.- Oralmente y por escrito

9.- ¿ Cree usted que el lenguaje con el que le han informado era adecuado o era demasiado complejo ?

- A.- Adecuado
- B.- Complejo
- C.- No tengo opinión

10.- ¿ La información le ha parecido suficiente?

- A.- NO
- B.-SI
- C.- No tengo opinión

11.- ¿ Ha podido preguntar las dudas que tenía?

- A.- NO
- B.- SI

12.- ¿Que elemento de la boca se puede dañar, excepcionalmente, al introducir el tubo de anestesia? _____

13.-Si se le operara despues de comer, ¿que problema cree que podría suceder? _____

14.-¿ Cuantas horas es conveniente guardar ayuno? _____

15.- ¿ Que molestias le podrian aparecer, debidas a la anestesia, despues de la intervención? _____

16.- ¿ Conoce usted el tipo de intervención que le han realizado o le van a realizar? _____

ANEXO III
CONSULTA de ANESTESIA
TEST para ANSIEDAD STAI
ANVERSO DEL DOCUMENTO

HOSPITAL UNIVERSITARIO SAN CECILIO. CONSULTA DE ANESTESIA

INSTRUCCIONES: algunas expresiones que la gente utiliza para describirse aparecen abajo. Lea cada frase y trace un círculo alrededor del número **que mejor refleje cómo se siente usted ÚLTIMAMENTE** en relación a cada una de ellas.

- 1 = Nada.**
2 = Un poco.
3 = Bastante.
4 = Mucho.

1.- Me siento calmado	1	2	3	4
2.- Me siento seguro	1	2	3	4
3.- Estoy tenso	1	2	3	4
4.- Estoy contrariado	1	2	3	4
5.- Estoy a gusto	1	2	3	4
6.- Me siento alterado	1	2	3	4
7.- Estoy preocupado por algún contratiempo	1	2	3	4
8.- Me siento descansado	1	2	3	4
9.- Me siento ansioso	1	2	3	4
10.- Me siento confortable	1	2	3	4
11.- Tengo confianza en mí mismo	1	2	3	4
12.- Me siento nervioso	1	2	3	4
13.- Me siento agitado	1	2	3	4
14.- Me siento excitable	1	2	3	4
15.- Me siento reposado	1	2	3	4
16.- Me siento satisfecho	1	2	3	4
17.- Estoy preocupado	1	2	3	4
18.- Me siento muy excitado y aturdido	1	2	3	4
19.- Me siento alegre	1	2	3	4
20.- Me siento bien	1	2	3	4

ANEXO III
CONSULTA de ANESTESIA
TEST para ANSIEDAD STAI
REVERSO DEL DOCUMENTO

INSTRUCCIONES: algunas expresiones que la gente utiliza para describirse aparecen abajo. Lea cada frase y trace un círculo alrededor del número **que mejor refleje cómo se siente usted GENERALMENTE en su vida** en relación a cada una de ellas.

- 1 = Nada.**
2 = Un poco.
3 = Bastante.
4 = Mucho.

21.- Me siento bien	1	2	3	4
22.- Me canso rápidamente	1	2	3	4
23.- Siento ganas de llorar.....	1	2	3	4
24.- Quisiera ser feliz como otros parecen serlo.....	1	2	3	4
25.- Pierdo oportunidades por no poder decidirme rápidamente	1	2	3	4
26.- Me siento descansado	1	2	3	4
27.- Soy una persona tranquila, serena y sosegada.....	1	2	3	4
28.- Siento que las dificultades se me amontonan hasta el punto de no poder superarlas..	1	2	3	4
29.- Me preocupo demasiado por cosas sin importancia	1	2	3	4
30.- Soy feliz.....	1	2	3	4
31.- Tomo las cosas muy a pecho.....	1	2	3	4
32.- Me falta confianza en mí mismo.....	1	2	3	4
33.- Me siento seguro.....	1	2	3	4
34.- Procuero evitar el afrontar una crisis o dificultad	1	2	3	4
35.- Me siento melancólico.....	1	2	3	4
36.- Me siento satisfecho	1	2	3	4
37.- Algunas ideas poco importantes pasan por mi mente y me molestan	1	2	3	4
38.- Me afectan tanto los desengaños que no me los puedo quitar de la cabeza	1	2	3	4
39.- Soy una persona estable.....	1	2	3	4
40.- Cuando pienso en los asuntos que tengo entre manos me pongo tenso y alterado	1	2	3	4

ANEXO IV
CONSULTA de ANESTESIA
MCMQ: CUESTIONARIO MÉDICO de
ESTRATEGIAS de AFRONTAMIENTO
ANVERSO DEL DOCUMENTO

HOSPITAL UNIVERSITARIO SAN CECILIO. CONSULTA DE ANESTESIA

Cuestionario Médico de Estrategias de Afrontamiento (MCMQ)
(Feifel y col. 1986)

Nombre:

Fecha:

INSTRUCCIONES: Bajo estas líneas se presentan varias cuestiones numeradas, preguntando sobre sus pensamientos típicos, sentimientos y conductas en relación con su enfermedad actual. Por favor, indique Vd. Su respuesta señalando la casilla correspondiente con una [X]:

1.- ¿Cuánto quiere Vd. estar implicado en decisiones con respecto a su tratamiento?

Mucho Moderadamente Algo Muy poco

2.- ¿Con qué frecuencia intenta Vd. hablar sobre su enfermedad con amigos o familiares?

Nunca A veces Frecuentemente Todo el tiempo

3.- En conversaciones con su enfermedad, ¿con qué frecuencia se descubre a sí mismo pensando en otras cosas?

Nunca A veces Frecuentemente Todo el tiempo

4.- ¿Con qué frecuencia siente Vd. que realmente no hay esperanza para su completa recuperación?

Todo el tiempo Frecuentemente A veces Nunca

5.- En los últimos meses, ¿cuánto ha aprendido Vd. sobre su enfermedad a partir de hablar con otros que saben algo sobre ella, tales como doctores, enfermeras, etc.?

Muy poco Algo Bastante Mucho

6.- ¿Con qué frecuencia siente Vd. que no le importa lo que le pasa?

Nunca A veces Frecuentemente Todo el tiempo

7.- ¿Hasta qué punto le gusta a Vd. hablar con sus amigos y familia porque así no tendrá que pensar en su enfermedad?

Muy poco Algo Bastante Mucho

8.- ¿En qué medida su enfermedad le ha llevado a Vd. a pensar sobre ciertas cosas de su vida en un forma más positiva?

Muy poco Algo Bastante Mucho

ANEXO IV
CONSULTA de ANESTESIA
MCMQ: CUESTIONARIO MÉDICO de
ESTRATEGIAS de AFRONTAMIENTO
REVERSO DEL DOCUMENTO

- 9.- Cuando Vd. piensa sobre su enfermedad, ¿con qué frecuencia intenta distraerse haciendo otra cosa?
 Todo el tiempo Frecuentemente A veces Nunca
- 10.- ¿Con qué frecuencia pide Vd. consejo a su médico sobre qué hacer acerca de su enfermedad?
 Todo el tiempo Frecuentemente A veces Nunca
- 11.- Cuando sus amigos o familiares intentan hablarle sobre su enfermedad, ¿con qué frecuencia intenta Vd. cambiar de tema?
 Nunca A veces Frecuentemente Todo el tiempo
- 12.- En los últimos meses, ¿cuánto ha aprendido Vd. sobre su enfermedad leyendo libros, revistas o periódicos?
 Mucho Bastante Algo Muy poco
- 13.- ¿Con qué frecuencia se siente Vd. cediendo a su enfermedad?
 Todo el tiempo Frecuentemente A veces Nunca
- 14.- ¿Hasta qué punto intenta Vd. olvidarse de su enfermedad?
 Muy poco Algo Bastante Mucho
- 15.- ¿Cuántas preguntas ha hecho Vd. a su médico sobre su enfermedad?
 Ninguna Alguna Muchas Todas
- 16.- Cuando Vd. se encuentra a alguien con su tipo de enfermedad, ¿cuánto habla Vd. sobre los detalles de la misma?
 Muy poco Algo Bastante Mucho
- 17.- ¿Con qué frecuencia va Vd. al cine o mira la T.V. para no pensar en su enfermedad?
 Nunca A veces Frecuentemente Todo el tiempo
- 18.- ¿Hasta qué punto siente Vd. que no hay nada que Vd. mismo pueda hacer acerca de su enfermedad?
 Mucho Bastante Un poco Nada
- 19.- Cuando parientes cercanos o amigos le preguntan a Vd. acerca de su enfermedad, ¿con qué frecuencia le habla Vd. de ella?
 Todo el tiempo Frecuentemente A veces Nunca

PT M DS

C= 20.4 3.8

E= 14.6 3.9

AR= 6.8 2.4