

11202



UNIVERSIDAD NACIONAL AUTONOMA DE MEXICO

FACULTAD DE MEDICINA
INSTITUTO MEXICANO DEL SEGURO SOCIAL
HOSPITAL DE ESPECIALIDADES
CENTRO MEDICO NACIONAL LA RAZA

63
29.

**"RELACION ANESTESIOLOGO-PACIENTE
Y LA ANSIEDAD"**

TESIS DE POSTGRADO
PARA OBTENER EL TITULO DE
ESPECIALISTA EN ANESTESIOLOGIA
PRESENTA:
DRA. FELISA GPE. MENDOZA GUTIERREZ



IMSS

MEXICO, D. F.

FEBRERO 1998

**TESIS CON
FALLA DE ORIGEN**

261102



Universidad Nacional
Autónoma de México

Dirección General de Bibliotecas de la UNAM

Biblioteca Central



UNAM – Dirección General de Bibliotecas
Tesis Digitales
Restricciones de uso

DERECHOS RESERVADOS ©
PROHIBIDA SU REPRODUCCIÓN TOTAL O PARCIAL

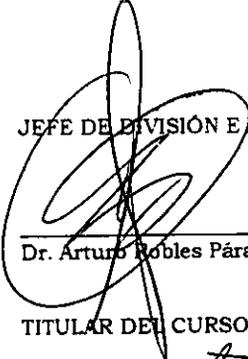
Todo el material contenido en esta tesis esta protegido por la Ley Federal del Derecho de Autor (LFDA) de los Estados Unidos Mexicanos (México).

El uso de imágenes, fragmentos de videos, y demás material que sea objeto de protección de los derechos de autor, será exclusivamente para fines educativos e informativos y deberá citar la fuente donde la obtuvo mencionando el autor o autores. Cualquier uso distinto como el lucro, reproducción, edición o modificación, será perseguido y sancionado por el respectivo titular de los Derechos de Autor.

"RELACIÓN ANESTESIÓLOGO PACIENTE Y LA ANSIEDAD"

Registro No. 98-690-0002

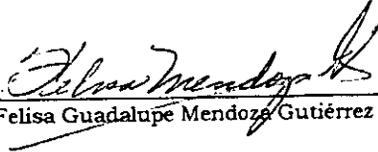
JEFE DE DIVISIÓN E INVESTIGACIÓN MÉDICA


Dr. Arturo Robles Páramo

TITULAR DEL CURSO UNIVERSITARIO DE ESPECIALIZACIÓN

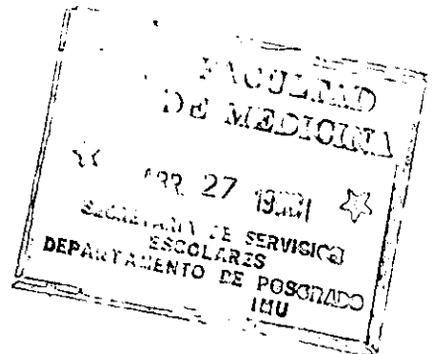

Dr. Juan José Dosta Herrera

RESIDENTE


Dra. Felisa Guadalupe Mendoza Gutiérrez



INSTITUTO VENEZOLANO DE INVESTIGACIONES CIENTÍFICAS
DIVISIÓN DE EDUCACIÓN E INVESTIGACIÓN MÉDICA



DEDICATORIA

*A los compañeros que me han precedido
en el camino de la vida, llevando:*

- *LUZ en la mente,*
- *PAZ en el corazón y*
- *FUERZA en la voluntad .*

ÍNDICE

- Resumen en Español	2
- Resumen en Inglés	3
- INTRODUCCIÓN	4
- MATERIAL Y MÉTODO	7
- RESULTADOS	9
- DISCUSIÓN	10
- CONCLUSIONES	14
- BIBLIOGRAFÍA	15
- ANEXOS	17

RESUMEN

LA RELACIÓN ANESTESIÓLOGO-PACIENTE Y LA ANSIEDAD. Mendoza Gutiérrez Felisa Guadalupe, Dosta Herrera Juan José. Hospital de Especialidades, Centro Médico "La Raza". Instituto Mexicano del Seguro Social. Anestesiología. México, D.F.

OBJETIVO: Determinar si la adecuada relación Anestesiólogo-Paciente (A-P) modifica o no la ansiedad de éste ante un evento anestésico-quirúrgico. MATERIAL Y MÉTODO:

En forma aleatoria de la Programación Quirúrgica, se escogieron a 130 pacientes que cumplieran con los criterios de inclusión: de ambos sexos, entre 20 y 70 años, con estado físico: ASA I, II y III, bajo Anestesia Regional o Local + Sedación y que voluntariamente desearan participar en el estudio. Se formaron dos grupos: el Control y el Experimental a los que se les aplicó el cuestionario "Escala de Ansiedad de Hamilton" en dos ocasiones, la tarde previa al evento y al día siguiente de su cirugía, comparándose los resultados obtenidos. El análisis estadístico con que se trabajó fue el de Variancia donde valores de $p < 0.05$ fueron significativos. RESULTADOS: Previo a Cirugía: GRUPO CONTROL. En hombres el grado más frecuente de ansiedad encontrado fue de tipo Moderado, entre 61-70 años (17.1%); y en mujeres fue de tipo Leve entre 41-50 años (16.6%). GRUPO EXPERIMENTAL. La mayor frecuencia de ansiedad obtenida fue de tipo Moderado para hombres de 61-70 años (29.2%) y para mujeres de tipo Leve entre 51-60 años (16.6%). Después de Cirugía: GRUPO CONTROL. La ansiedad más frecuente fue de tipo Leve tanto en hombres mayores de 60 años (28.5%) como en mujeres entre 41-50 años (26.6%). GRUPO EXPERIMENTAL. El grado de ansiedad más frecuente fue de tipo Ausente tanto en hombres de 61-70 años (24.3%) como en mujeres de 51-60 años (20.8%). Antecedente de Cirugías Previas. Mujeres 85% y hombres 53%. CONCLUSIÓN: A pesar de que la ansiedad de los pacientes disminuyó en ambos grupos posterior al evento quirúrgico, se encontraron valores de ansiedad menores o incluso ausentes en el grupo experimental en el que la efectiva participación del binomio A-P fue definitiva. Palabras Clave: Ansiedad, Cirugía, Edad. Sexo.

SUMMARY

ANESTHESIOLOGIST-PATIENT RELATIONSHIP AND ANXIETY. Mendoza G, MD; Dosta, H, MD. Specialties Hospital, Medical Center "La Raza". Department of Anesthesiology, Mexico City.

OBJECTIVE: Determine if the anxiety of the patient, programmed for surgery, diminishes with a good anesthesiologist-patient relationship. MATERIAL AND METHODS: 130 patients, male and female, programmed for surgery, were chosen for the study. Ages varying from 20 to 70 years and with ASA I, II or III. The surgery was going to be under Regional Anesthesia or Local + Sedation. Their participation was voluntary. The patients were divided into two groups: Control group and Experimental group. They were asked to answer the "Anxiety Scale" test of Hamilton, before and after the surgery. The results obtained were compared. Data was examined using Variancia analysis. For all statistical comparisons, $p < 0.05$ was considered significant. RESULTS: Control Group: BEFORE surgery, the most frequently anxious are old men, ages from 61 to 70 years (17.1%) with a Moderate kind of anxiety. The Low kind of anxiety was the most frequent in women with ages from 41 to 50 years (16.6%). Experimental Group. The anxiety grade obtained was Moderate in old men too, ages from 61 to 70 years (29.2%) and in women was Low in ages from 51 to 60 years (16.6%). AFTER surgery. The kind of anxiety most frequently found in the Control Group was the Moderate one, both in men from 61 to 70 years (28.5%) and in women ages 41 to 50 years (26.6%). Experimental Group. The anxiety found was Absent both in men from 61 to 70 years (24.3%) and women 51 to 60 years (20.8%). Our patients had previous surgeries: women 85% and men 53%. CONCLUSIÓN: The patient's anxiety decreased after the surgery in both groups. Lower and even absent percentages of anxiety were obtained in the Experimental Group in which the Anesthesiologist-Patient relation was efficient.

Key Words: stress, anxiety, surgery, age, sex.

RELACIÓN ANESTESIÓLOGO PACIENTE Y LA ANSIEDAD

INTRODUCCIÓN

"Lo que el bisturí es al cirujano, las palabras son al clínico. La conversación entre el médico y el paciente es el corazón de la práctica de la Medicina".

En la ansiedad hablamos de una reacción del organismo frente a una situación que pone en peligro la vida o la integridad emocional del individuo.

El primero en detectar este tipo de reacción fue Hans Selye en la década de los 30's. Dadas las características de este comportamiento decidió llamarlo "Síndrome General de Adaptación", término que abreviado, forma el famoso vocablo inglés "stress", angustia, ansiedad, tensión emocional.

Un factor característico de la ansiedad es la resistencia inicial del organismo a estímulos externos. Sin embargo con el tiempo esta lucha incrementa el nivel de ansiedad experimentada por el paciente. (1,2,3).

La ansiedad no es un fenómeno uniforme, sino que varía de acuerdo con sus causas e intensidad. Existe ansiedad sociológica, propia de situaciones de catástrofe natural o social; fisiológica, resultado de enfermedades o cambios ambientales bruscos; y psicológica, cuando los estímulos generadores de la ansiedad son de carácter emocional. (4).

La ansiedad se asocia a una alteración particular del medio endócrino caracterizado por la secreción de catecolaminas, niveles elevados de glucagon y secreción aumentada de cortisol. La secreción de catecolaminas ha sido considerada por Wilmore como el principal mediador hormonal en la respuesta al estrés. En esta ansiedad las eferencias simpáticas desempeñan un papel crucial, sinérgico con el del glucagon y el cortisol. Las catecolaminas provocan una respuesta mixta, cardiocirculatoria y metabólica, mediada por los receptores adrenérgicos alfa y beta. (5).

En la práctica médica general y en otras especialidades, como en Anestesiología, debemos de enfrentarnos todos los días a algún paciente que presenta un trastorno médico que genera ansiedad o en el que la ansiedad está asociada al ser sometido a un procedimiento anestésico-quirúrgico. (6).

La vista tradicional sobre la relación médico-paciente, fue implícita en la descripción platónica del médico libre, como marcó Siegler donde el médico examina al paciente y después presenta los hallazgos e indicaciones de su manejo y del de su familia. (6.). Esto fue socialmente aceptado y una relación paternalista sobrevivió a través de los siglos con relativa poca modificación hasta el trabajo de Balist y de Szasz y Hollander. (7).

El trabajo de Balint describió tres aspectos en la relación médico-paciente:

- a) Reconocimiento del médico como aquel que prescribe medicamentos.
- b) Diagnóstico profundo: influencia del médico sobre su paciente y sobre la familia de éste.
- c) Función apostólica del médico: maestro, entrenador y moldeador del paciente y su familia. (7, 8).

Todos los avances que han hecho a la Medicina Moderna tan efectiva han aislado a los médicos de sus pacientes, olvidándose de tratarlos como personas. En el proceso, el arte terapéutico de escuchar está siendo ignorado, consternando a algunos médicos que reconocen los límites de la Tecnología. (9, 10).

La relación médico-paciente es el centro de la medicina. El convenio médico-paciente debería ser una empresa moral fundamentada en un convenio de confianza. Esta se encuentra amenazada por la Alta Tecnología que maneja el anesthesiólogo. El cuidado médico ha empezado a tomarse como un servicio impersonal, como una entidad sin sentimientos, que no vive. (11).

Esta relación anesthesiólogo-paciente se construye a través de la comunicación y del uso efectivo del lenguaje. Durante razonamientos clínicos, observacionales, señales no verbales, el uso efectivo y habilidad del lenguaje dota a la entrevista médica preanestésica como la herramienta más poderosa para el Anesthesiólogo. (12, 13, 14).

El lenguaje adquiere significado y es el medio por el que el Anesthesiólogo se pone en contacto con el paciente acerca del procedimiento anestésico-quirúrgico, creando una oportunidad para dirigirse y unir sus objetivos. Aún más, es a través del lenguaje que los médicos y pacientes llevan a cabo una unión empática que puede ser terapéutica por ella misma, disminuyendo tensiones nerviosas, engendrando un ambiente de confianza y seguridad, brindando un clima de calidez, de cariño que tanta falta hace en esos momentos de ansiedad prequirúrgica y transquirúrgica. (14).

Aunque la comunicación generalmente desemboca en algún tipo de intercambio verbal, hay en ella mucho más que simples palabras. De hecho, los pacientes juzgan la calidad de la comunicación no sólo por las palabras, sino por un apretón de manos,

el contacto visual y "los espacios blancos", o sea. los momentos en que no se está hablando, pero hay una evidente conexión emocional y personal. Esta debe ser sincera y honesta. Una actitud de verdadero interés no puede fingirse. (15).

La interacción creada entre el médico anesthesiologo y el paciente, es el hilo que teje la satisfacción y el éxito como médico. Es lo que hace leales a los pacientes, que sientan confianza en nosotros, sus médicos. Si hacemos todo lo que podamos para que sea una experiencia positiva para nuestros pacientes, disfrutaremos mucho más de lo que hacemos y nuestros resultados anestésicos serán más satisfactorios. y consecuentemente la recuperación del paciente será más pronta y mejor. (16, 17).

Por todo esto, decidimos plantearnos el siguiente objetivo:

Determinar si la efectiva relación Anesthesiologo-Paciente disminuye la ansiedad de los pacientes que serán sometidos a un evento anestésico-quirúrgico.

::

MATERIAL Y MÉTODO

Previa autorización por el Comité Local de Investigación del Hospital de Especialidades Centro Médico "La Raza", nuestro grupo de estudio estuvo integrado por 130 pacientes, seleccionados de la Programación Quirúrgica, en forma aleatoria, que reunieron los siguiente criterios de inclusión:

- de ambos sexos
- edad comprendida entre 20 y 70 años
- con un estado físico ASA I, II o III
- programados para Cirugía Electiva
- a los que se les administrara Anestesia Regional o Local + Sedación
- que aceptaran participar voluntariamente en el estudio.

Para determinar si la efectiva relación Anestesiólogo-Paciente disminuye la ansiedad de nuestros pacientes que serán sometidos a un evento anestésico-quirúrgico, se les aplicó la "Escala de Ansiedad" de Hamilton (Anexo No. 1) en dos ocasiones: la primera durante la Visita Preanestésica y la segunda, el día siguiente de su cirugía; datos que una vez obtenidos, se compararon.

El Dr. Hamilton publicó su escala en 1959 subrayando que ésta fue diseñada para evaluar neurosis de ansiedad como un síndrome y no para evaluar ansiedad como un síntoma. La escala consiste en 12 incisos, referentes cada uno a grupos de síntomas (estado de ánimo ansioso, tensión, miedos...) junto con una variable que es el inciso 13 (conducta durante la entrevista). Durante su publicación esta escala ha sido utilizada a nivel mundial y en la mayoría de los reportes de investigación clínica es un instrumento básico cuando se requiere la evaluación de ansiedad. Originalmente fue diseñada como un instrumento para su utilización en la investigación clínica. Su uso a nivel clínico ha sido limitado principalmente por dos factores: Primero: porque no incluye todas las presentaciones de los trastornos de ansiedad, como es el caso de los ataques de pánico y Segundo: porque no se propone ninguna clasificación de la ansiedad en base al resultado de la escala ni el artículo original, ni en ninguna otra clasificación psiquiátrica. Sin embargo ofrece la posibilidad de evaluar tanto síntomas psíquicos como físicos, que en la práctica general pueden ser de gran utilidad, además de poder utilizarse repetidamente para evaluar la evolución del cuadro.

Esta clasificación de la Ansiedad, aunque es arbitraria, se basa en el Sistema de Calificación que Hamilton estableció para cada uno de los reactivos.

0	a	6 puntos	= Ausente
7	a	20	= Leve
21	a	34	= Moderada
35	a	48	= Severa
mayor de		49	= Muy severa, altamente incapacitante

La encuesta que se aplicará a los pacientes que van a ser intervenidos quirúrgicamente, está tomada de la Escala de Ansiedad de Hamilton, en una versión más sencilla, de más fácil comprensión para todo tipo de pacientes con diferentes niveles culturales; es decir, adaptada a los síntomas que experimentan a su ingreso al hospital sabiendo que van a ser sometidos a un evento anestésico-quirúrgico.

El análisis estadístico utilizado fue el de Varianza, donde valores de $p < 0.05$ se consideraron estadísticamente significativos.

::

RESULTADOS

Se estudiaron 130 pacientes, siendo 76 hombres (58%) y 54 mujeres (42%) divididos en dos grupos: el Control y el Experimental, con el 50% de la población en cada uno de ellos. (Tabla y Gráfica No.1) El grupo Control estuvo integrado por 35 hombres y 30 mujeres; el Experimental por 41 hombres y 24 mujeres. La edad de los pacientes entrevistados se clasificó por décadas.

De los 2 grupos establecidos, predominaron en ambos, pacientes masculinos entre 61-70 años de edad; en los de sexo femenino se encontró la mayor frecuencia entre 41-60 años. (Tabla y Gráfica No.2)

Los grados de ansiedad que se obtuvieron después de aplicar la "Escala de Ansiedad" de Hamilton, fueron: Ausente, Leve y Moderada, no contando con algún caso de Ansiedad Altamente Incapacitante en ambos grupos. (Tabla y Gráfica No. 3 y 4)

GRUPO CONTROL.- (Gráfica No. 5) Previo a Cirugías: El grado más frecuente de ansiedad se halló en masculinos mayores de 60 años, de Tipo Moderado, representando el 17.1%. En femeninos fue de Tipo Leve entre 41-50 años, correspondiendo al 16.6%. Después de Cirugía: En estos mismos grupos el grado más frecuente de ansiedad fue de Tipo Leve tanto para hombres (28.5%) como para mujeres(26.6%). (Tabla y Gráfica No. 5) Contaban con antecedentes quirúrgicos en este grupo: Hombres 45.4% y mujeres 87.5% (Gráfica No.7)

GRUPO EXPERIMENTAL.- (Gráfica No. 6) Previo a Cirugía: El grado más frecuente de ansiedad en hombres mayores de 60 años fue de Tipo moderado (29.2%) y en mujeres de 51-60 años fue de Tipo Leve (16.6%). Después de Cirugía: En estos mismos grupos el grado más frecuente de ansiedad tanto para hombres (24.3%) como para mujeres (20.8%) fue de Tipo Ausente. Contaban con cirugías previas: (Gráfica No.7) hombres 59% y mujeres 100%.

DISCUSIÓN

La Visita Preoperatoria es un proceso esencial en la preparación del paciente para la anestesia y la intervención quirúrgica. Deben probarse en primer lugar los métodos no farmacológicos de alivio de la ansiedad, a pesar de que representen un consumo de tiempo, tanto para el paciente como para el personal médico. (3)

Desde el punto de vista psicológico y corroborado al conocer a nuestros pacientes, la etapa preoperatoria es generalmente percibida como amenazadora para el enfermo, sobre todo cuando éste experimenta dolor; cuando cree que se alteran las interacciones sociales, colocándolo en una situación de dependencia con respecto al personal hospitalario o a su núcleo familiar; cuando carece de conocimientos o experiencias quirúrgicas previas o bien, cuando la cirugía es reconocidamente peligrosa. Todos estos factores originan ansiedad y miedo como una reacción natural frente a circunstancias que la mayoría de los seres humanos procuramos rehuir, terminar o evitar. (1) Sin embargo la habilidad de regular y controlar tal ansiedad varía de una persona a otra. (6)

Al realizar la visita preanestésica en nuestro estudio nos dimos cuenta de que los pacientes están preocupados por lo que sucederá en cuanto al acto anestésico-quirúrgico. La mayoría de ellos presentaron temor, angustia, tensión emocional. Lo que parece ser una intervención menor para el personal médico, puede suponer una experiencia penosa para ellos. Egbert et al demostraron que una visita preoperatoria efectiva por un Anestesiólogo era más eficaz para disminuir la ansiedad que el empleo de un barbitúrico. (17) Como afirma Martínez L. (2), los pacientes que recibieron mayor información a través de un folleto preoperatorio o en forma verbal y de un buen trato de sus médicos, fueron los que tuvieron un mejor comportamiento. Tras la intervención, tanto el dolor como la ansiedad fueron menores. Así en nuestro grupo Control en el que la relación con el paciente fue mínima, pudimos observar que la ansiedad disminuyó en parte por el solo hecho de haber finalizado la cirugía, pero con tendencia a permanecer en el posoperatorio, de Tipo Moderado y Leve. En cambio en el Grupo Experimental en el que esta relación Anestesiólogo-Paciente se dio en una forma intencionada y en algunos casos hasta exagerada, la ansiedad se clasificó en su mayoría de Tipo Ausente.

Aunque la ansiedad existe habitualmente antes de que el paciente sea conducido al área pre-anestésica, alcanza su pico máximo hasta después de la cirugía (12). En algunos estudios realizados en Estados Unidos de Norteamérica, bajo Anestesia Regional o General, la tensión y la ansiedad fueron Moderadas antes de la intervención, pero aumentaron de forma considerable durante los primeros dos días posteriores a la cirugía, disminuyendo paulatinamente hasta el día de la alta a domicilio (11,20) Sin embargo en nuestro grupo de investigación, después de aplicar la Escala de Ansiedad de Hamilton, encontramos que los grados de ansiedad más frecuentes se obtuvieron la tarde previa a la cirugía en ambos grupos, disminuyendo en todos los casos posteriores al evento anestésico-quirúrgico. Entre los factores que condicionaron este comportamiento, se mencionan: falta de información sobre el procedimiento quirúrgico a realizar, desconocimiento de su enfermedad y las posibles complicaciones que pudieran presentarse, pérdida de control de lo que se les hace, visitas médicas impersonales, interrupción abrupta del hábito de cigarrillo y/o del alcohol, extracción de muestras sanguíneas, traslado a diferentes servicios dentro del hospital, entre otras.

Otros estudios (10, 12, 20, 21) añadieron los posibles efectos de la edad en la investigación de la ansiedad preoperatoria y del resultado posoperatorio. En uno de ellos, los individuos fueron jóvenes y adultos sanos de ambos sexos. Ambos grupos de edad no difirieron de forma significativa en el grado de ansiedad experimentado antes de la cirugía. Sin embargo, los pacientes más ancianos presentaron mayores grados de ansiedad durante el transoperatorio y una recuperación más lenta. En nuestro estudio encontramos que efectivamente, el paciente geriátrico masculino (61-70 años de edad) fue el que presentó el grado más frecuente de ansiedad, de Tipo Moderado según la Escala de Hamilton, en la que ciertos factores influyeron como:

- Tipo de cirugía que se realiza en el Hospital de Especialidades C.M. "La Raza"
- Tipo de actividad que desempeña nuestra población de investigación predispone a ciertas enfermedades que requieren tratamiento quirúrgico.
- El sedentarismo
- La actitud de dependencia hacia el personal médico y familiar
- La desintegración familiar, la soledad, el abandono, la falta de comprensión por parte de familiares; todos ellos predisponen a los pacientes a vivir con cierta inseguridad, con temor a todo y a todos.

Se ha demostrado que a mayor número de cirugías previas, la angustia y ansiedad experimentada por los pacientes en cada nuevo evento anestésico-quirúrgico se incrementa (15).

En nuestro estudio, a pesar de que los pacientes de sexo femenino contaban con un porcentaje mayor de antecedentes quirúrgicos, los diversos grados de ansiedad se presentaron en una forma menos frecuente que en los de sexo masculino, tal vez debido a la propia psicología de la mujer mexicana, tan arraigada al cuidado de la familia; así como también a desear una pronta recuperación, ya que ellas son parte fundamental del núcleo familiar.

La relación Médico-Paciente es la piedra angular para poder llevar a cabo, mantener y mejorar la salud. Esencial para obtener la confianza del paciente es infundirle seguridad con respecto a nuestra técnica anestésica, hablar con expresiones sencillas que comprendan fácilmente, hacerles sentir que son importantes para nosotros, que les brindemos atención en todo lo que mencionan por mínimo que sea, en una palabra, que exista un acercamiento, una coerción amigable, un ambiente de paz interior, de simpatía, de cordialidad, de interés personal. Esta intimidad impuesta por el proceso de atención médica hace más sencillo establecer una efectiva relación Anestesiólogo-Paciente; a pesar de ello, el proceso de nutrir y mantener esa relación se vuelve más crítico. Pueden ocurrir mal entendidos y temores injustificados si no hay comunicación constante y una actitud apropiada, compasión y paciencia hacia ellos.

(5)

Esta Valoración Preanestésica con el paciente hospitalizado, debe de ser el instrumento de todo Anestesiólogo antes de realizar cualquier procedimiento anestésico. Esta visita realizada con anticipación, resulta a menudo muy eficaz para reducir la ansiedad, además de ofrecer un margen de tiempo para digerir la información proporcionada y prepararse psicológicamente para enfrentar este evento anestésico-quirúrgico de la mejor manera posible.

Cuando este médico Anestesiólogo "conoce" realmente a su paciente, un compromiso de conciencia puede surgir, generando amor propio y la motivación para influir sobre el paciente. Sabemos que las actitudes de deseos, ánimo y aceptación por parte del médico hacen la diferencia en la forma como el paciente percibe la enfermedad o la sensación de bienestar. Es por ello que el papel del Anestesiólogo se extiende más allá de la Sala de Operaciones e incluye tratamiento del dolor y del sufrimiento (físico y moral) tanto agudo como crónico, en situaciones clínicas o de hospital.

Como todo Anestesiólogo de calidad debemos de estar bien entrenados no sólo en aspectos técnicos anestésicos, sino también debemos saber aplicar destrezas psicológicas para saber influir sobre nuestros pacientes y lograr su cooperación, su aceptación e interactuar con ellos; además debemos ser médicos internistas e intensivistas dentro de la Sala de Quirófano. La ansiedad de los pacientes está en nuestras manos, seamos moldeadores de su comportamiento durante su estancia hospitalaria. Tengamos la vista puesta en la búsqueda de nuevos horizontes, sin olvidar que los pacientes sienten y sufren igual que nosotros.

CONCLUSIONES

1. La Visita Preanestésica, entre otros objetivos, tenderá al alivio del dolor y sufrimiento que acompañan a nuestros pacientes ante un evento anestésico-quirúrgico.
2. La comunicación adecuada Anestesiólogo-Paciente tiene el poder de modelar la realidad y controlar los eventos anestésico-quirúrgicos.
3. La calidez, una actitud de interés y el servicio personal son los medios por los cuales se puede llevar a cabo una muy buena relación Anestesiólogo-Paciente.
4. El impacto que un simple apretón de mano y/o una palabra agradable pueden tener sobre el paciente favorece la creación de un ambiente de paz interior.
5. Si evaluamos los planes de este cuidado intencionado, necesitamos asegurarnos que esa relación Anestesiólogo-Paciente se esté llevando a cabo en los siguientes siete factores: competencia, comunicación, compasión, continuidad, no conflicto de interés, confidencia y preferencia.
6. La ansiedad de todo individuo que enfrenta un evento anestésico-quirúrgico se ve disminuida e incluso llega a desaparecer, cuando se vive una afectiva-efectiva relación Anestesiólogo-Paciente, donde la participación y aceptación de ambos es definitiva.

BIBLIOGRAFÍA

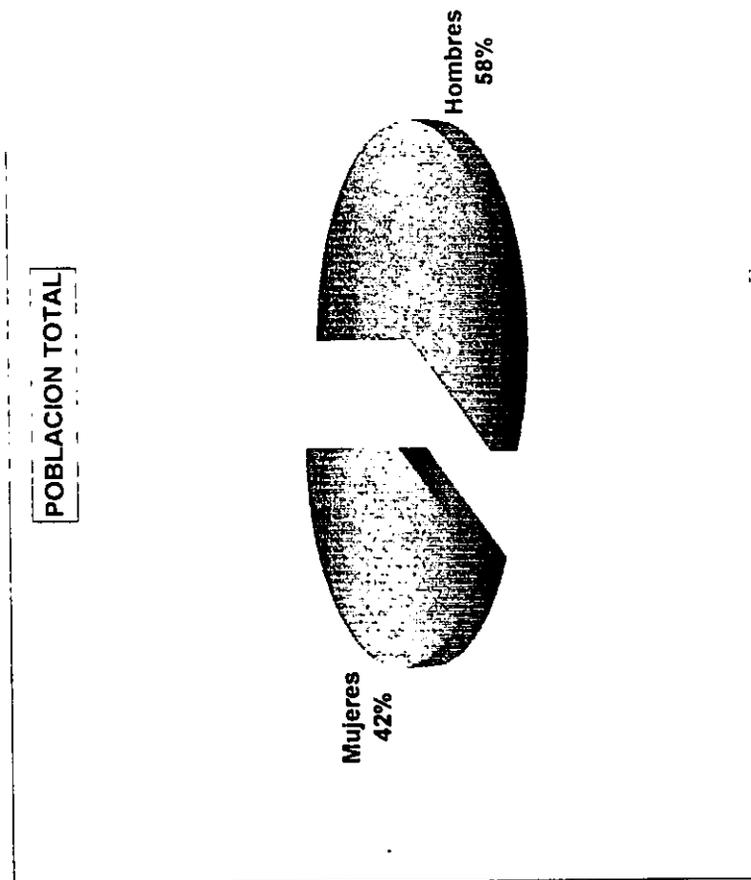
1. Glass R. The patient-physician relationship. Focuses on the center of Medicine. JAMA. 1996; 275 (2): 147-8.
2. Martínez Lemus. Trastornos de ansiedad. Lab. FARMASA. 1995. México, D. F.
3. Laine Ch, Davidoff F. Patient-centered medicine. A professional evolution. JAMA. 1996; 275 (2): 152-6.
4. Gaerfein J. The patient's perspective. JAMA. 1996; 275 (17): 1371-2.
5. Wilmore D. The metabolic management of the critically ill. Plenum. Nueva York. 1977; 22 y 25.
6. Peskin T, Micklitsch C, Quirk M, Sims H, Primark W. Malpractice, patient satisfaction and physician-patient communication. JAMA. 1995; 274 (1): 22-4.
7. Balint J, Shelton W. Regaining the initiative. Forging a new model of the patient-physician relationship. JAMA. 1996; 175 (11): 887-92.
8. Reyes C. Patient-centered medicine. JAMA. 1996; 275 (15): 1156-7.
9. Ubel P. Doctor talk: technology and modern conversation. Am J Gastroenterol. 1995; 90 (1): 4-8.
10. Roizen M, Klock P, Klawfta J. How much do they really want to know? Preoperative patient interviews and the anesthesiologist. Anesth Anal. 1996; 275 (5): 343.
11. Mechanic D, Schlesinger M. The impact of managed care on patients' trust in medical care and their physicians. JAMA. 1996; 275 (21): 1693-7.
12. Crawshaw R, Rogers D, Pellegrino E, Bulger R, Lundberg G, Bristow L. Patient-physician covenant. JAMA. 1995; 273 (19): 1553-4.
13. Gunby P. Computer-based medical translator system helps bridge language gap between physician patient. JAMA. 1995; 274 (13): 1002-4.
14. Parmley W. What's in a name? J Am Coll Cardiol. 1995; 26 (7): 1755-6.
15. Parmley W. The decline of the doctor-patient relationship. J Am Coll Cardiol. 1995; 26 (1): 287-8.
16. Gilligan T, Raffin T. End of life discussions with patients. Chest. 1996; 109 (1): 1-2.
17. Neil B. La satisfacción de su paciente redivua. Tomo I y II. Glaxo de México. 1994.
18. Hamilton M. The assesment of anxiety states by rating. Br J Med Physiol. 1959; 32:50-5.
19. Hamilton A. Diagnosis and rating of anxiety. Br J Psych. 1969; 3:76-9.

20.-Angell M. The doctor as double agent. Kennedy Inst Ethics J.1993;3:279-86.

21.-Emanuel E J.Brett AS.Managed competition and the patient-physician relationship. N Engl J Med.1993;329:879-82.

ANEXO

DISTRIBUCION DE LA POBLACION TOTAL POR SEXO

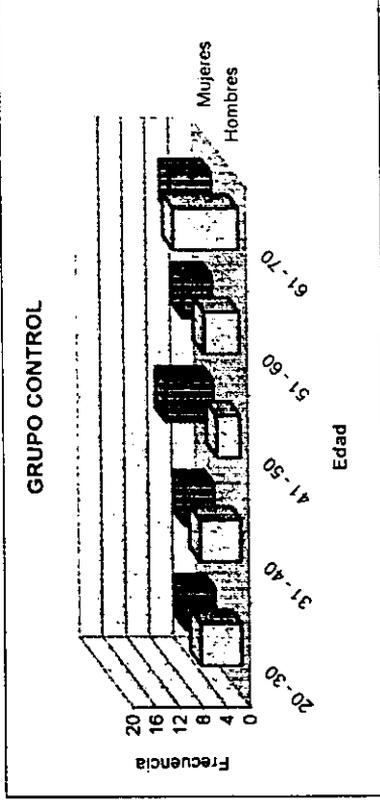


POBLACION TOTAL	
Hombres	76 58%
Mujeres	54 42%
Total	130 100%

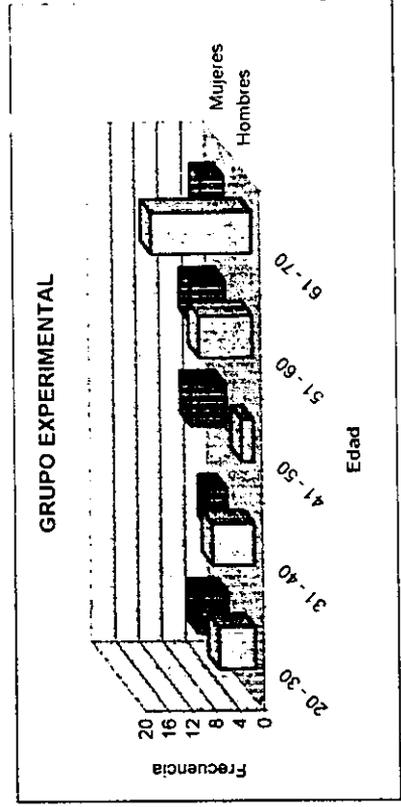
TABLA Y GRAFICA No. 1

DISTRIBUCION DE LA POBLACION POR EDAD Y SEXO

TABLA Y GRAFICA No. 2



..



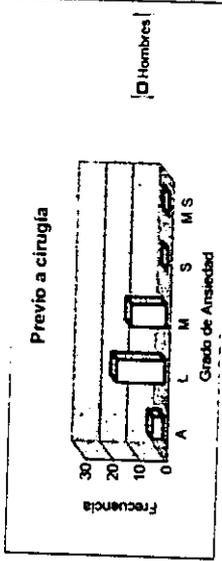
GRUPO CONTROL			
Rango	Hombres	% de hombres	Mujeres % de mujeres
20-30	7	20.00%	11.67%
31-40	7	20.00%	11.67%
41-50	4	11.43%	21.67%
51-60	6	17.14%	11.67%
61-70	11	31.43%	21.33%

GRUPO EXPERIMENTAL			
Rango	Hombres	% de hombres	Mujeres % de mujeres
20-30	6	14.63%	21.83%
31-40	7	17.07%	12.50%
41-50	2	4.88%	25.00%
51-60	9	21.95%	25.00%
61-70	17	41.46%	13.67%

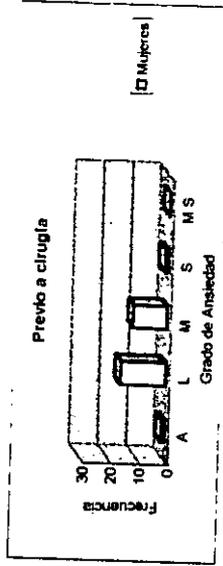
**GRADOS DE ANSIEDAD ANTES Y DESPUES DE CIRUGIA, POR SEXO
GRUPO CONTROL**

TABLA Y GRAFICA No. 3

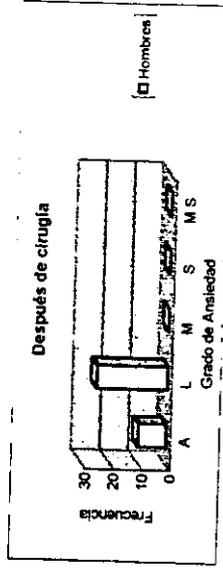
Grado de ansiedad antes de cirugía (hombres)		
Rango	Frecuencia	% de hombres % del grupo
0 - 6	4	11.43%
7 - 20	18	51.43%
21 - 34	13	37.14%
35 - 48	0	0.00%
y mayor...	0	0.00%



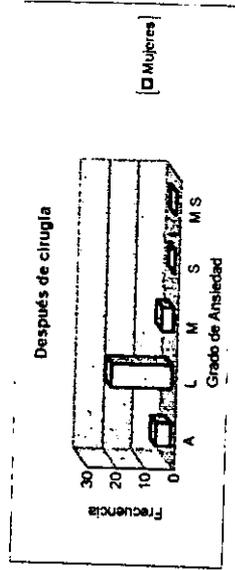
Grado de ansiedad antes de cirugía (mujeres)		
Rango	Frecuencia	% de mujeres % del grupo
0 - 6	1	2.86%
7 - 20	16	45.71%
21 - 34	12	34.29%
35 - 48	1	2.86%
y mayor...	0	0.00%



Grado de ansiedad después de cirugía (hombres)		
Rango	Frecuencia	% de hombres % del grupo
0 - 6	10	0.29
7 - 20	25	0.71
21 - 34	0	0.00
35 - 48	0	0.00
y mayor...	0	0.00



Grado de ansiedad después de cirugía (mujeres)		
Rango	Frecuencia	% de mujeres % del grupo
0 - 6	5	14.29%
7 - 20	21	60.00%
21 - 34	4	11.43%
35 - 48	0	0.00%
y mayor...	0	0.00%



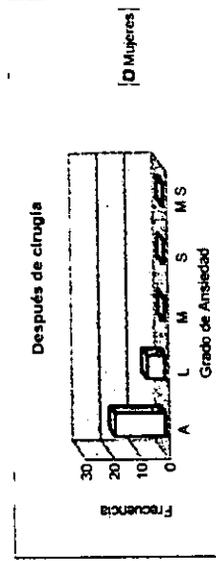
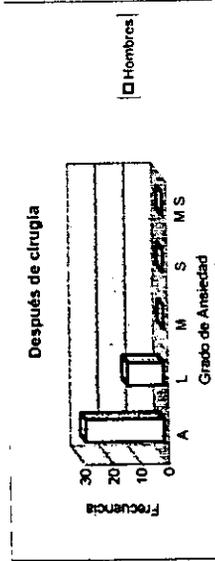
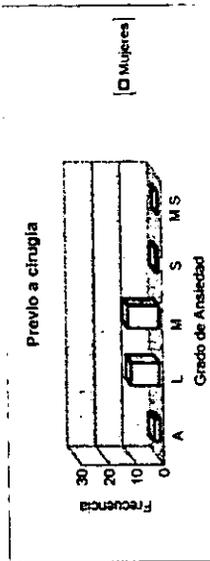
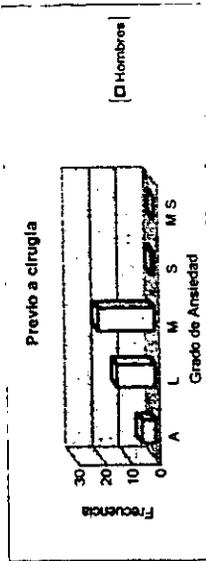
**GRADOS DE ANSIEDAD ANTES Y DESPUES DE CIRUGIA, POR SEXO
GRUPO EXPERIMENTAL**

Grado de ansiedad antes de cirugía (hombres)		
Rango	Frecuencia	% del grupo
0 - 6	5	12.20%
7 - 20	14	34.15%
21 - 34	21	51.22%
35 - 48	1	2.44%
y mayor...	0	0.00%

Grado de ansiedad antes de cirugía (mujeres)		
Rango	Frecuencia	% de mujeres % del grupo
0 - 6	2	4.88%
7 - 20	10	24.39%
21 - 34	11	26.83%
35 - 48	1	2.44%
y mayor...	0	0.00%

Grado de ansiedad después de cirugía (hombres)		
Rango	Frecuencia	% de hombres % del grupo
0 - 6	28	68.29%
7 - 20	13	31.71%
21 - 34	0	0.00%
35 - 48	0	0.00%
y mayor...	0	0.00%

Grado de ansiedad después de cirugía (mujeres)		
Rango	Frecuencia	% de mujeres % del grupo
0 - 6	18	43.90%
7 - 20	6	14.63%
21 - 34	0	0.00%
35 - 48	0	0.00%
y mayor...	0	0.00%

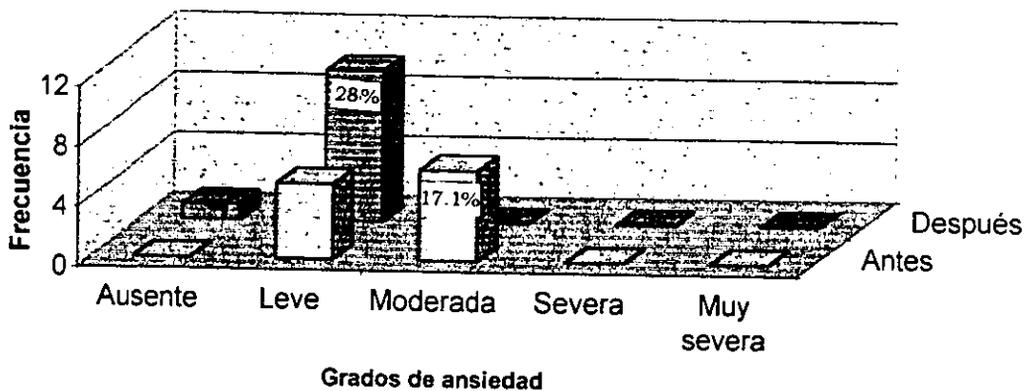


GRADOS DE ANSIEDAD POR EDAD Y SEXO

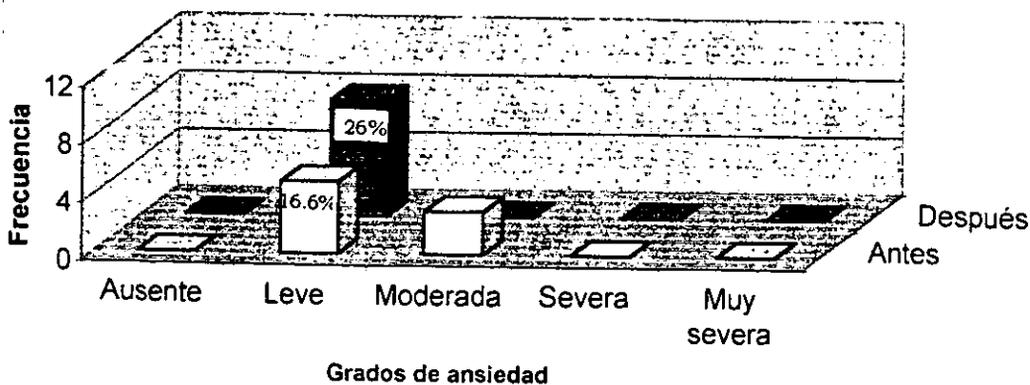
GRAFICA No. 5

GRUPO CONTROL

HOMBRES 61 - 70 años



MUJERES 41 - 50 años

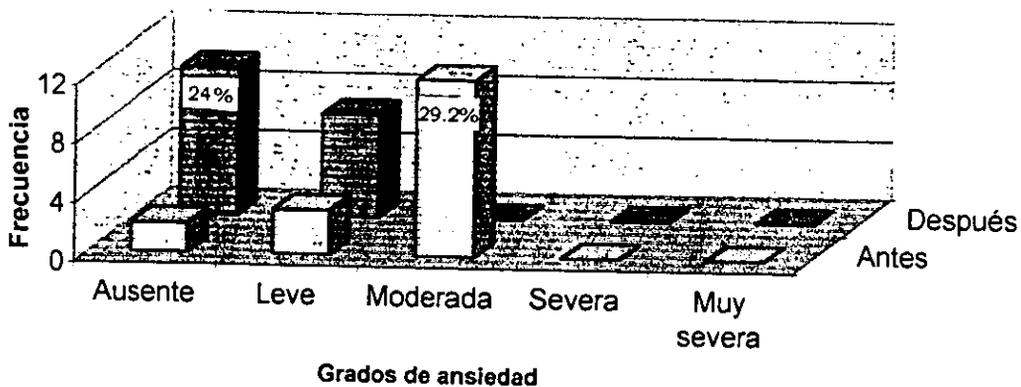


Valor de $p < 0.05$ se consideró estadísticamente significativo.

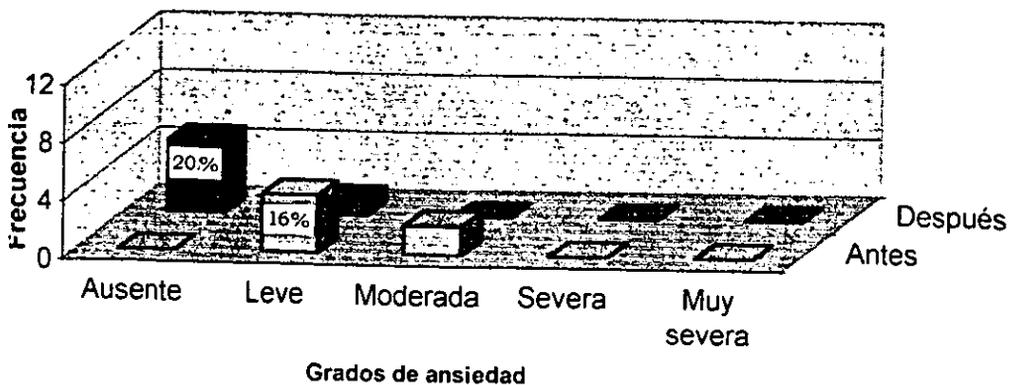
GRADOS DE ANSIEDAD POR EDAD Y SEXO

GRUPO EXPERIMENTAL

HOMBRES 61 - 70 años



MUJERES 51 - 60 años

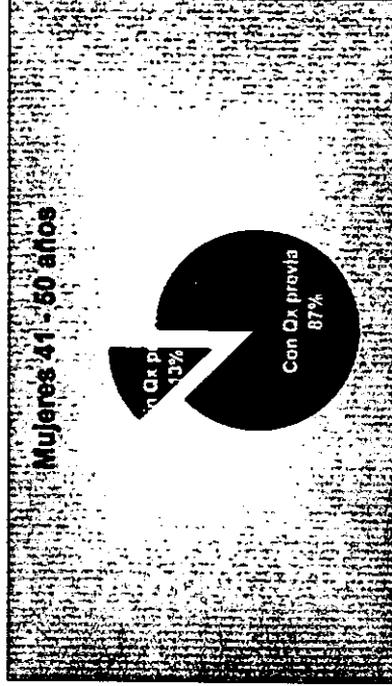
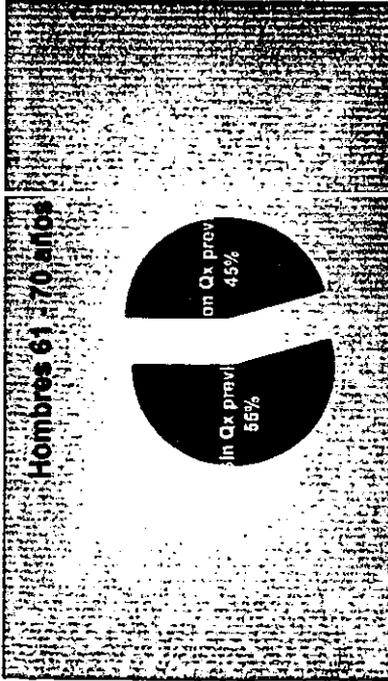


Valor de $p < 0.05$ se consideró estadísticamente significativo

ANTECEDENTES QUIRURGICOS POR SEXO

GRAFICA No. 7

GRUPO CONTROL



GRUPO EXPERIMENTAL

