

# EL IMPACTO EMOCIONAL DE LA INFORMACIÓN MÉDICA EN PACIENTES QUIRÚRGICOS

---

**José Carlos Rodríguez Navarro**

*Médico especialista en Psiquiatría  
Dr en Medicina y Cirugía General*

**Enrique Gómez Gracia**

*Profesor Titular del Dpto. de Medicina Preventiva de la  
Fac. de Medicina de la Univ. de Málaga*

**Joaquín Fernández-Crehuet Navajas**

*Catedrático del Dpto. de Medicina Preventiva de la  
Fac. de Medicina de la Univ. de Málaga  
Jefe del Servicio de Medicina Preventiva en el  
Hospital Univ. Ntra. Sra. de la Victoria en Málaga*

## INTRODUCCIÓN

La información médica es un elemento fundamental de la actividad sanitaria. El derecho a la información médica tiene su fundamento en nuestra Constitución. La Ley General de Sanidad (LGS) de 25 de Abril de 1986 es la primera referencia concreta en cuanto al consentimiento informado (CI) <sup>1</sup>. El contenido de la carta de los derechos expresa la traducción y la adaptación de las facultades que nuestra Carta Magna de 1978 sancionó para todos los ciudadanos, por tanto no se trata de nuevos y diferentes derechos. Básicamente se trata de la aplicación de los derechos ya existentes al mundo de la medicina, donde se entiende debe existir una mayor protección y tutela de la persona, por el hecho de estar enferma y por tanto con limitaciones en la defensa de sus intereses <sup>2</sup>.

A nivel de la comunidad autónoma andaluza, el CI aparece legislado en la Ley de Salud de Andalucía, ley 2/1998 de 15 de junio. Los artículos que en la LGS hacen referencia expresa al CI son los que van desde el 10.4 al 10.6. En concreto el art. 10.5 indica que todos los enfermos tienen derecho “a que se dé en términos comprensibles, a él y a sus familiares o allegados, información completa y continuada, verbal y escrita sobre su proceso, incluyendo diagnóstico, pronóstico y alternativas de tratamiento” <sup>1</sup>.

Es una tradición muy arraigada en la práctica médica, sobre todo en nuestro entorno cultural, la idea de no decir la verdad al enfermo basándose para ello en la convicción de que un paciente que conoce su pronóstico fatal puede mostrar una actitud negativista y no colaborar en el tratamiento a seguir y en que, dada la irreversibilidad del proceso, el dar una información completa no contribuirá más que a añadir un dolor innecesario. Asimismo, una de las razones usadas por los médicos para no informar a los pacientes es la idea de que la información médica puede elevar los niveles de ansiedad del enfermo <sup>3</sup>.

Al analizar la bibliografía reciente, se encuentra cierta disparidad entre algunos autores en cuanto a opinar si la información médica eleva o no los niveles de ansiedad de los enfermos. Spring<sup>4</sup> postula que la información médica, además de elevar los niveles de ansiedad del paciente, puede contribuir a aumentar el número de complicaciones en el período de postoperatorio. Otro autor en esa misma línea es Alfidí<sup>5</sup>, quien encuentra un porcentaje del 35% de pacientes en los que se elevó la ansiedad de forma cuantitativa tras ser informados de su enfermedad y del tratamiento.

Frente a esos autores, existen otros<sup>6,7</sup> que en sus respectivos estudios, encontraron porcentajes cercanos al 70% de pacientes que opinaban que la información médica que habían recibido les había ayudado a manejar mejor la ansiedad previa a la intervención a que iban a ser sometidos. En el estudio de Freeman no se encuentran diferencias estadísticamente significativas en cuanto a elevación en los niveles de ansiedad entre un grupo de pacientes, que fue informado de forma exhaustiva sobre su enfermedad y el tratamiento correspondiente, y otro que no recibió información médica<sup>8</sup>.

Apoyándose en la idea de que la información médica puede elevar los niveles de ansiedad en los enfermos, surge desde la cultura anglosajona el concepto de *privilegio terapéutico* como una de las excepciones al principio general de obtención del CI. El privilegio terapéutico se define como aquella situación en que el médico, amparándose en la certeza absoluta de que la información médica puede causar un daño psicológico importante al paciente, no lleva a cabo el proceso del consentimiento informado<sup>4</sup>.

El objetivo planteado en este estudio ha sido conocer cual es el impacto emocional de la información médica en una serie de pacientes procedentes de tres servicios médico-quirúrgicos de dos Hospitales de la provincia de Málaga. Asimismo, también se han planteado como objetivos específicos investigar la existencia de una variable objetiva que sirva de marcador para el adecuado uso del privilegio terapéutico y conocer la demanda de información médica por parte de los pacientes.

## **SUJETOS Y MÉTODO.**

Se ha analizado una serie 220 pacientes ingresados en dos hospitales de la provincia de Málaga. Los pacientes procedían de los servicios de: Urología, Cirugía de mama y endocrina y Cirugía digestiva. El estudio ha sido realizado desde el 8 de enero de 1998 hasta el 24 de febrero de 1999. Los 220 pacientes fueron seleccionados de forma aleatoria partiendo de las hojas de quirófano de los servicios ya comentados. Una vez planteado el estudio nos pusimos en contacto con los Jefes de los respectivos Servicios para darles a conocer los objetivos de nuestro estudio, y obtener el permiso correspondiente para la realización del trabajo de campo. Todos los pacientes que participaron en el estudio se encontraban en el período de postoperatorio, que no superó en ningún caso los cinco días, tras haber sido intervenidos, de forma programada y no urgente, de las siguientes patologías oncológicas y no oncológicas: neoplasia (n) de vesícula biliar, n de recto, n de sigma, n de colon, n de estómago, n de hígado, n de esófago, tumores malignos de próstata (intervenidos con y sin resección transuretral RTU), tumores malignos de vejiga urinaria (intervenidos con y sin RTU), carcinoma de tiroides, carcinoma de mama, hipertrofia benigna de próstata (intervenidos con y sin RTU), hiperparatiroidismo, bocio nodular.

Del total de pacientes, 124 eran hombres (43,6%) y 96 mujeres (56,4%). En cuanto a la distribución por edades, más del 50 % de la serie se encontraba entre los 55 y los 74 años. En concreto: el 3% de los pacientes entre los 25 y los 34 años. El 18% entre los 35 y los 44 años; el 13% entre los 45 y los 54 años; el 33,6% de los pacientes entre los 55 y los

64 años; el 25% entre los 65 y los 74 años; el 7% entre los 75 y los 84 años y finalmente, el 0,4% eran pacientes mayores de 81 años.

En relación al estado civil, 180 pacientes estaban casados (81,8%), 15 solteros (6,8%), 23 viudos (10,5%) y 2 pacientes estaban separados/divorciados (0,9%).

Relativo al nivel educacional, 21 pacientes tenían un nivel universitario o superior (9,5%), 54 pacientes un nivel de BUP, FP o COU (24,5%), 60 pacientes tenían el nivel de graduado escolar (27,3%), 66 pacientes no tenían estudios pero sabían leer y/o escribir (30%) y 19 pacientes no tenían estudios ni sabían leer y/o escribir (8,6%).

La distribución por servicios fue la siguiente: 71 pacientes de Urología (32,3%), 52 pacientes de Cirugía de mama y endocrina (23,6%) y 97 pacientes de Cirugía digestiva (44,1%).

La distribución por patologías fue la siguiente: tumor vesical intervenido por RTU (18 pacientes), tumor vesical no intervenido por RTU (8 pacientes), hipertrofia benigna de próstata intervenida por RTU (22 pacientes), hipertrofia benigna de próstata no intervenida por RTU (11 pacientes), tumor de próstata intervenido por RTU (10 pacientes), tumor de próstata no intervenido por RTU (2 pacientes), carcinoma de tiroides (6 pacientes), bocio nodular (19 pacientes), hiperparatiroidismo (5 pacientes), neoplasia rectal (21 pacientes), neoplasia de sigma (21 pacientes), neoplasia de colon (28 pacientes), neoplasia de esófago (7 pacientes), neoplasia de vesícula biliar (9 pacientes), neoplasia de estómago (8 pacientes), neoplasia hepática no metastásica (6 pacientes), cáncer de mama (22 pacientes).

A los potenciales participantes y a sus familiares y/o cuidadores se les explicó, de forma verbal y escrita, los pormenores y objetivos del presente estudio, solicitándoles la firma del documento de CI previo a formar parte de la serie final de pacientes. Todos los pacientes pasaron a formar parte del estudio en el período de postoperatorio que osciló entre el quinto día, para los pacientes con patología digestiva, y el tercer día, para el resto de patologías.

Los criterios de exclusión que se usaron a la hora de concretar qué pacientes pasaban a formar parte del estudio y cuales no fueron los siguientes:

1. Ser menor de edad.
2. Tener una grave discapacidad sensorial que dificultara la comprensión y la realización de las pruebas que se usaron (p. ej.: sordera grave ).
3. No dominar el idioma español con fluidez.
4. Tener un trastorno psiquiátrico agudo o crónico deteriorante.
5. Padecer un grave deterioro cognitivo.

A todos los pacientes se les realizó la siguiente batería de pruebas: un cuestionario de evaluación del estado mental (Mini Mental Test) ; un cuestionario de ansiedad (STAI: State and Trait Anxiety Inventory); un cuestionario de personalidad (EPI: Eysenck Personality Inventory) y un cuestionario general de evaluación de actitud del paciente hacia el proceso de consentimiento informado (Cuestionario General CI).

En primer lugar se realizó el Mini-Mental Test. Este test tiene utilidad para confirmar una disfunción de la cognición, para apreciar su gravedad y para evaluar su evolución en función del tiempo y la respuesta al tratamiento. Esta prueba se le realizó a cada paciente una vez que dio su consentimiento para formar parte del estudio y previo al resto de pruebas<sup>9,10</sup>.

En segundo lugar se usó un test para medir la ansiedad. Este test fue el Inventario de Ansiedad Estado-Rasgo de Spielberger (STAI: State-Trait Anxiety Inventory). 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 una forma ansiosa. La ansiedad estado es el nivel de ansiedad en un momento concreto, es función de una situación concreta y no de rasgos de personalidad del sujeto. Puede variar con el tiempo y fluctuar en intensidad <sup>11,12</sup>.

La evaluación cualitativa de la ansiedad provocada por la información médica se realizó mediante un sencillo ítem incluido en el Cuestionario General CI: “¿piensa que al informarle el médico sobre los detalles de la enfermedad y de la intervención que le iban a realizar se puso Vd. más nervioso” (Respuestas: No; Si, algo; Si, bastante, Si, mucho).

En tercer lugar se utilizó un test para evaluar la personalidad del paciente. Se utilizó el Cuestionario de Personalidad EPI de Eysenck. Es una prueba autoadministrada. Evalúa dos grandes dimensiones de la personalidad: neuroticismo y extraversión. El neuroticismo señala la hiperreacción emocional general y la predisposición a la depresión neurótica bajo los efectos de “stress”; la extraversión, en tanto que opuesta a la introversión, indica las tendencias impulsivas y sociales a la exteriorización y la no inhibición de un sujeto. Puntuaciones altas en neuroticismo son indicativas de labilidad emocional e hiperactividad; las personas que obtienen esas puntuaciones tienden a ser emocionalmente hipersensibles, con dificultades para recuperarse después de una situación emocional estresante. Las puntuaciones altas en extraversión son obtenidas por sujetos que tienen tendencia a ser expansivos, impulsivos y no inhibidos, que tienen numerosos contactos sociales y frecuentemente toman parte en las actividades de grupo <sup>13,14</sup>.

En último lugar se realizó el Cuestionario General CI. Para la realización del cuestionario, que fue elaborado expresamente para este estudio, nos apoyamos en los cuestionarios previos de Dawes <sup>15,16</sup>. En dichos cuestionarios se evaluaban aspectos relacionados con la actitud del paciente hacia el documento de CI, hacia la relación médico-paciente y hacia la información médica recibida. Nuestro cuestionario constó de 58 ítems. Para las respuestas se utilizó una escala ordinal que permitiera realizar la estadística paramétrica. No era autoadministrado y la duración de su realización oscilaba entre los 35 y los 40 minutos. Se evaluaron los siguientes aspectos:

1. Datos generales: edad, sexo, tiempo de evolución de la enfermedad y tratamientos previos recibidos, día del postoperatorio en el que se encuentra.
2. Actitud hacia el consentimiento informado.
3. Cantidad de información médica recibida por el paciente.
4. Recuerdo de la información médica recibida por el paciente.
5. Actitud del paciente hacia la relación médico-enfermo y enfermo-resto del personal sanitario.
6. Grado de satisfacción del paciente con la información médica recibida.

El cuestionario se sometió a un período de prueba en el que se utilizó en 25 enfermos y 15 sujetos sanos con el fin de evaluar la comprensión de las preguntas así como solucionar las dificultades que aparecieran. El investigador encargado de administrar este cuestionario a los enfermos fue el mismo en todos los casos con el fin de evitar el sesgo al usar diferentes investigadores. Una vez realizados algunos cambios en el cuestionario, se procedió a su definitiva elaboración y utilización.

Una vez asignadas las variables los datos obtenidos se han tratado estadísticamente utilizando el paquete informático SPSS/PC+. Se ha aplicado el proceso Frecuencias para calcular frecuencias absolutas y relativas. El contraste estadístico se ha realizado mediante el procedimiento T-Test que nos calcula el valor de la t de Student para comparar las

medias de cada grupo, y su significación estadística. Para el análisis de las variables cualitativas se ha usado la Chi.cuadrado. Sólo se han elegido aquellos cruces estadísticamente significativos ( $p < 0.05$ ).

## RESULTADOS.

En cuanto a la sensación subjetiva de ansiedad, variable que se midió mediante un sencillo ítem incluido en el cuestionario general de evaluación de actitud del paciente hacia el proceso de CI, el 82,3% de los pacientes que recibieron alguna información médica de aspectos relacionados con su enfermedad, pronóstico y tratamiento de la misma, contestaron no haber tenido sensación subjetiva de ansiedad al recibir dicha información frente a un 16,8% que sí se habían puesto nerviosos y frente a un 0,9% que afirmaron que se pusieron muy nerviosos. El 87,7% de los pacientes dijo que prefería conocer en todo momento lo que les pasaba y lo que se les iba a hacer frente al 12,3% que prefería no conocer nada de su enfermedad ni del tratamiento de la misma.

Se contrastó la variable “ansiedad subjetiva” con la variable “explicación por parte del médico de los riesgos y complicaciones de la intervención”. Se utilizó la prueba estadística Chi-cuadrado obteniéndose un “p” estadísticamente significativa ( $p = 0,009$ ). Los resultados muestran que el 92,4% de los pacientes que recibieron alguna explicación por parte del médico no tuvieron sensación subjetiva de ansiedad (Tabla 1). Además, se obtuvieron resultados estadísticamente significativos al contrastar la variable “STAI Estado” con la variable “explicación de riesgos y complicaciones de la intervención por parte del médico”. Los resultados indican que el 91,3% de los pacientes que puntuaron alto en el STAI Estado no recibieron ninguna explicación por parte del médico sobre la intervención a la que iban a ser sometidos (Tabla 2).

Se contrastó la variable “STAI Rasgo” con la variable “explicación por parte del médico de la intervención”. Se utilizó la prueba estadística Chi-cuadrado obteniéndose un “p” estadísticamente significativa ( $p = 0,044$ ). Los resultados muestran que el 93,3% de los sujetos a los que un médico les explicó en que consistiría la intervención quirúrgica, puntuaron normal o bajo en el STAI Rasgo. Al contrastar la variable “STAI Estado” con la variable “explicación por parte del médico de la intervención”, el porcentaje de sujetos que recibieron explicación por parte del médico y que puntuaron normal o bajo en el STAI Estado fue del 95%. Esos resultados fueron estadísticamente significativos ( $p = 0,011$ ) (Tablas 3 y 4).

Se contrastó la variable “STAI Estado” con la variable “*explicación por parte del médico de las posibilidades de éxito de la intervención*”. Se utilizó la prueba Chi.cuadrado obteniéndose una “p” estadísticamente significativa ( $p = 0,007$ ). El 95,1% de los sujetos a los que se les había explicado las posibilidades de éxito de la intervención quirúrgica puntuaron bajo o normal en el STAI Estado (Tabla 5).

Utilizando nuevamente la prueba Chi-cuadrado se obtuvieron diferencias estadísticamente significativas al contrastar las variables “STAI Estado” y “*explicación por el médico de las complicaciones de la anestesia*”. El 93,5% de los sujetos a los que se les explicó las complicaciones de la anestesia puntuaron bajo o normal en el STAI Estado, mostrando este resultado una “p” estadísticamente significativa ( $p = 0,006$ ).

Al contrastar la variable “EPI” con la variable “ansiedad subjetiva”, el rasgo de personalidad que se elevó de forma estadísticamente significativa en aquellos pacientes que tuvieron sensación subjetiva de ansiedad con la información médica recibida fue el rasgo de Neuroticismo alto (Tabla 6).

## DISCUSIÓN.

En la cultura anglosajona, el uso del privilegio terapéutico, deriva del temor de que la información médica pueda causarle al paciente aumento en la ansiedad y el estrés siendo ambos elementos muy perjudiciales para la evolución del enfermo <sup>5</sup>. El 82,3% de los pacientes del presente estudio contestó que no se habían puesto nerviosos con la información médica recibida. En un estudio reciente de Pascual <sup>17</sup>, el 57,7% de los pacientes contestó que conocer los detalles de la prueba a la que iban a ser sometidos, así como los riesgos, no les generó sensación de angustia (sólo contestaron afirmativamente el 21% de los pacientes).

En cuanto a lo que los pacientes demandaban con respecto a la información médica, al preguntarles sobre lo que les gustaría conocer en un futuro si tuvieran que volver a intervenir, contestaron, en diferentes porcentajes, que preferían conocer desde los detalles de su intervención hasta el tiempo que tardarían en hacer una vida normal. Es más, un porcentaje del 87,7% afirmó que prefería estar informado de lo que les pasaba frente al 12,3% que prefería no saber nada de su enfermedad ni del tratamiento de la misma. Esos datos coinciden con los de un estudio anglosajón reciente <sup>15</sup>. El estudio ya comentado de Pascual <sup>17</sup>, refleja como al 86,5% de los sujetos encuestados les tranquilizó conocer los detalles de la prueba a la que iban a someterse. Cabe destacar, como la actitud general de los pacientes ante la información recibida no es de una ansiedad desorbitada ni de un estrés incontrolable. Es más, los pacientes insisten en conocer, en futuras intervenciones, cosas sobre su proceso patológico sin expresar que ello les cause tanta ansiedad que prefieran el silencio y el mutismo por parte del médico, o lo que es peor la mentira y el engaño.

Por otra parte, un porcentaje elevado de pacientes que no recibieron información médica sobre los riesgos y complicaciones de la intervención quirúrgica a la que iban a ser sometidos, puntuaron alto en el STAI Estado. La fiabilidad y la validez de la escala STAI como instrumento de medida del estado de ansiedad es bien conocida <sup>12</sup> y ha sido utilizada para la evaluación de la ansiedad quirúrgica en numerosos trabajos <sup>18</sup>. Existen otras pruebas para medir la ansiedad: Rating Scales of Zung; la Escala de medición de estresores vitales; la Escala de analogía linear de Aitken y la Escala de ansiedad de Hamilton. De todas esas escalas, la más usada para medir la ansiedad prequirúrgica y postquirúrgica en pacientes hospitalizados es la de Spielberger <sup>19</sup>. En un trabajo reciente, se comprobó que las puntuaciones obtenidas al evaluar cualitativamente la ansiedad postquirúrgica, se correlacionaban significativamente con las obtenidas al utilizar la escala STAI-Estado 3 días después de la intervención (correlación de Pearson  $r = 0,37$ ;  $p = 0,01$ ) <sup>20</sup>.

Sería factible plantear que la falta de información médica puede contribuir a aumentar los niveles de ansiedad en los pacientes y que no por informar a los enfermos se les va a ocasionar un problema de ansiedad como se ha demostrado al aplicar la escala STAI.

Indicar finalmente, que en cuanto a los resultados obtenidos en el Test EPI, destacó que el porcentaje más alto de los pacientes que afirmaron haberse puesto nerviosos al recibir la información médica correspondió a los sujetos que presentaron un rasgo de neuroticismo alto. El EPI "Eysenck Personality Inventory" es el resultado del desarrollo de un instrumento similar, el "Maudley Personality Inventory" (MPI), y como él está diseñado para evaluar dos grandes dimensiones de la personalidad: neuroticismo y extraversión. Las ventajas que presenta el EPI frente al MPI son:

- a) haber cuidado especialmente la redacción verbal de los elementos para hacerlos más comprensibles, incluso para sujetos con un bajo nivel intelectual o educativo;

- b) contar con una escala de “sinceridad” (S) con la que se pueden identificar a los sujetos que tienden a responder en una dirección “deseable”;
- c) conseguir mayores niveles de fiabilidad “test-retest”, incluso con períodos de intervalo de varios meses, llegando a obtener un coeficiente de 0,85 bastante elevado en una prueba de personalidad de este tipo <sup>13</sup>.

El EPI permite, por tanto, una medida rápida, fiable y válida de las dos dimensiones más importantes de la personalidad y juega un papel importante en todos aquellos estudios donde se considere que la personalidad y las diferencias individuales influyen de alguna manera.

Los sujetos que obtienen puntuaciones altas en neuroticismo presentan dificultades para recuperarse después de una situación emocional estresante. Son personas predispuestas a manifestar problemas neuróticos bajo el efecto de situaciones de estrés. Existe un estudio reciente en donde se analizaron los rasgos de personalidad y la actitud de los pacientes hacia el CI <sup>21</sup>. Destacar de ese estudio que más individuos con bajo neuroticismo estuvieron en el grupo de pacientes que consintieron recibir anestesia regional frente a los que no lo consintieron.

Se puede plantear, a la luz de los resultados obtenidos en nuestra serie, que el rasgo de neuroticismo alto puede servir de marcador para diferenciar a aquellos pacientes que están más predispuestos a angustiarse con la información médica de los que no lo están. En definitiva, estamos hablando de un posible marcador para el uso del privilegio terapéutico.

Que duda cabe que nuestros resultados deben ser tomados con cautela. No se puede obviar un claro sesgo que presenta el estudio de inicio puesto que se ha analizado el problema de la información médica desde el punto de vista del paciente y no del médico. Sería muy interesante conocer cual es la actitud del médico hacia la información médica, así como qué es lo que informa.

Por tanto, una línea de investigación a plantear en un futuro próximo sería realizar un estudio de cohortes partiendo de dos poblaciones que recibieran distintos niveles de información médica, (una informada exhaustivamente de su enfermedad y del tratamiento de la misma y otra informada de manera superficial). A dichas poblaciones se les realizaría el Test STAI y EPI y de ese modo se podría matizar el alcance real de los resultados que se han obtenido en este estudio.

## **BIBLIOGRAFÍA**

1. Romeo Casabona CM. El médico ante el Derecho. Madrid: Ministerio de Sanidad y Consumo. Servicio de Publicaciones; 1990.
2. Martínez Aguado LM. Análisis de los Derechos y Deberes de los pacientes. Actualidad del derecho sanitario 1997; 142: 31-42.

3. Cabello LM, Ruíz P, Rosique I. El consentimiento informado en un hospital terciario. Opinión de los profesionales y percepción de los pacientes. *Rev Cal Asist* 1999; 14: 145-150.
4. Spring D, Akin J, Margulis A. Informed consent for intravenous contrast-enhanced radiography: a national survey of practice and opinion. *Radiology* 1984; 152: 609-613.
5. Alfidi R. Informed consent: a study of patient reaction. *JAMA* 1971; 216: 1325-1329.
6. Jensen AB, Madsen B, Andersen P. Information for cancer patients entering clinical trial - an evaluation of an information strategy. *Eur J Cancer* 1993; 29: 2235-2238.
7. Warner E. Should you tell your patients the truth?. *Can Med Assoc J* 1983; 129: 278-280.
8. Freeman W, Pichard A, Smith H. Effect of informed consent and educational background on patient knowledge, anxiety and subjective responses to cardiac catheterization. *Cathet cardiovas Diagn* 1981; 7: 119-134.
9. Folstein MF, Folstein SE, McHugh PR. Mini-Mental State. *J Psychiatr Res* 1975; 12: 189-198.
10. Lobo. El Mini-Examen Cognoscitivo: un test sencillo, práctico, para detectar alteraciones intelectuales en pacientes médicos. *Actas Luso-Españolas de neurología, Psiquiatría y Ciencias afines* 1979; 3 (7); 189-202.
11. Spielberger CD, Gorsuch RL, Lushene RE. STAI. Manual for the State-Trait Anxiety Inventory (Self Evaluation Questionnaire). Palo Alto California: Consulting Psychologist. En prensa; 1970.
12. Spielberger ChD, Gorsuch RL, Lushene RE. Cuestionario de ansiedad estado-rasgo. Madrid: TEA; 1982.
13. Eysenck S, Eysenck H. Acquiescence response set in personality questionnaires. *Life Sciences* 1963; 2: 144- 147.
14. Escolar Castillon MV. Validación del Eysenck Personality Inventory (EPI) en población española. Tesis doctoral. Universidad de Zaragoza, 1975.
15. Dawes P, Davidson P. Informed consent: what do patients want to know. *Journal of the Royal Society of Medicine* 1994; 87: 149-152.
16. Dawes P, O'Keefe L, Adcock S. Informed consent: using a structured interview changes patients' attitudes towards informed consent. *J Laryngol Otol* 1993; 107: 775-779.
17. Pascual D. Implementación del Consentimiento Informado en un área de pruebas especiales y evaluación del grado de satisfacción en función de la información recibida. *Rev Cal Asist* 1999; 14: 129-138.

18. Antrobus JH. Anxiety and informed consent. *Anaesthesia* 1988; 43: 267-269.
19. Markland D, Hardy L. Anxiety, relaxation and anaesthesia for day, case surgery. *Br J Clin Psychol* 1993; 32: 493-504.
20. Moix J. Emoción y cirugía. *An Psicol* 1994; 10: 111-118.
21. Papanikolaou MN, Voulgari A, Lykouras L. Psychological factors influencing the surgical patients' consent to regional anaesthesia. *Acta Anaesthesiol Scand* 1994; 38: 607-611.

Tabla 1. Relación entre el ítem “aumento del nerviosismo por la explicación médica” y el ítem “explicación de los riesgos o complicaciones de la intervención quirúrgica por el médico”.

		Explicación de los riesgos o complicaciones de la intervención por el médico		
		NO	SI	Total
ANSIEDAD	NO	120 * Pf 66,3% ** Pc 77,9%	61 33,7% 92,4%	82,3%
	SI	34 * Pf 87,2% ** Pc 22,1%	5 12,8% 7,6%	17,7%
Total		70%	30%	100%

\* Pf: porcentaje de filas.

\*\* Pc: porcentaje de columnas.

(p = 0,009)

Prueba estadística usada: Chi cuadrado.

Tabla 2. Relación entre el ítem “puntuación del Test STAI Rasgo” y el ítem “explicación de los riesgos o complicaciones de la intervención quirúrgica por el médico”.

		Explicación de los riesgos o complicaciones de la intervención por el médico		
		NO	SI	Total
STAI Rasgo	Normal o bajo	133 * Pf 67,5% ** Pc 86,4%	64 32,5% 97%	89,5%
	Alto	21 * Pf 91,3% ** Pc 13,6%	2 8,7% 3%	10,5%
Total		70%	30%	100%

\* Pf: porcentaje de filas.

\*\* Pc: porcentaje de columnas.

(p = 0,018)

Prueba estadística: Chi cuadrado.

Tabla 3. Relación entre el ítem “puntuación en el Test STAI Rasgo” y el ítem “explicación de la intervención quirúrgica por el médico”.

		Explicación de la intervención por el médico		
		NO	SI	Total
STAI Rasgo	Normal o bajo	85 * Pf 43,1% ** Pc 85%	112 56,9% 93,3%	89,5%
	Alto	15 * Pf 65,2% ** Pc 15%	8 34,8% 6,7%	10,5%
Total		45,4%	54,6%	100%

\* Pf: porcentaje de filas.

\*\* Pc: porcentaje de columnas.

(p = 0,044)

Prueba estadística: Chi cuadrado.

Tabla 4. Relación entre el ítem “puntuación en el Test STAI Estado” y el ítem “explicación de la intervención quirúrgica por el médico”.

		Explicación de la intervención por el médico		
		NO	SI	Total
STAI Estado	Normal o bajo	85 * Pf 42,7% ** Pc 85%	114 57,3% 95%	90,5%
	Alto	15 * Pf 71,4% ** Pc 15%	6 28,6% 5%	9,5%
Total		45,4%	54,6%	100%

(p = 0,011)

\* Pf: porcentaje de filas.

\*\* Pc: porcentaje de columnas.

Prueba estadística: Chi cuadrado.

Tabla 5. Relación entre el ítem “puntuación del Test STAI Estado” y el ítem “¿Le dijeron las posibilidades de éxito de la intervención quirúrgica?”

		Conocimiento de las posibilidades de éxito de la intervención		
		NO	SI	Total
STAI Estado	Normal o bajo	82 * Pf 41,2% ** Pc 84,5%	117 58,8% 95,1%	90,5%
	Alto	15 * Pf 71,4% ** Pc 15,5%	6 28,6% 4,9%	9,5%
Total		44,1%	55,9%	100%

(p = 0,007)

\* Pf: porcentaje de filas.

\*\* Pc: porcentaje de columnas.

Prueba estadística: Chi cuadrado.

Tabla 6. Relación entre el ítem “puntuación en el Test de personalidad (EPI)” y el ítem “aumento del nerviosismo por las explicaciones médicas”.

		Aumento del nerviosismo por la explicación		
		NO	SI	Total
EPI	Normal <i>* Pf</i> <i>** Pc</i>	122 92,4% 67,4%	10 7,6% 25,6%	60%
	Neuroticismo alto <i>* Pf</i> <i>** Pc</i>	42 60% 23,2%	28 40% 71,8%	31,8%
	Extraversión alta	17 94,4% 9,4%	1 5,6% 2,6%	8,2%
Total		82,3%	17,7%	100%

*\* Pf: porcentaje de filas.*

*\*\* Pc: porcentaje de columnas.*

(p = 0,001)

*Prueba estadística: Chi cuadrado.*