



## ARTÍCULO ORIGINAL

 Vol. 29. No. 3 Julio-Septiembre 2006  
 pp 159-162

## Miedo y ansiedad a la anestesia en pacientes sometidos a cirugía

Dr. Carlos de la Paz-Estrada,\* Dr. César Prego-Beltrán,\*\* Dr. Elián Barzaga-Hernández\*\*\*

 \* Especialista 1<sup>er</sup> Grado en Anestesiología y Reanimación.

 \*\* Especialista 1<sup>er</sup> Grado en Psiquiatría Infantil.

 \*\*\* Especialista 1<sup>er</sup> Grado en Medicina Interna y Cuidados Intensivos.

 Hospital General Docente "Guillermo Luis Fernández Hernández-Baquero"  
 Moa Holguín, CUBA.

*Solicitud de sobretiros:*

 Dr. Carlos de la Paz-Estrada  
 Edif. 14 Apto. 14 Rpto. Rolo Monterrey  
 Moa Holguín, CUBA  
 CP: 83330  
 E-mail: carlosdelapaz36@yahoo.es

*Recibido para publicación:* 13-07-05

*Aceptado para publicación:* 26-09-05

## RESUMEN

**Objetivo:** Lograr una mejor comprensión de la temática de los miedos a la anestesia. **Material y Métodos:** Se realizó un estudio descriptivo con 1,353 pacientes ingresados en el Hospital "Guillermo Luis Fernández Hernández-Baquero", Holguín, Cuba, desde septiembre hasta abril de 2005, que fueron intervenidos de forma electiva para Cirugía General, Ginecología y Traumatología. Presentaron estado físico I y II según la clasificación de la American Society of Anesthesiologists. En la consulta preanestésica obtuvimos la puntuación de evaluación de ansiedad "Amsterdam preoperative anxiety and information scale" y a las 24 horas del acto quirúrgico se evaluó encuesta sobre miedos a la anestesia, recogiendo datos relacionados con motivos, qué motivo confianza en el anestesiólogo, así como argumentos más importantes de aquellos que manifestaron no tener miedo. El 31% pensó constantemente en la anestesia antes de la intervención. **Resultados:** El 27% manifestó tener miedo a la anestesia y de ellos el 42.6% tuvo miedo a morir, el 21.3% temor a permanecer consciente y el 10.6% temor a despertar con secuelas. **Conclusiones:** El acto quirúrgico desencadena aspectos estructurales desde el punto de vista psicológico en el paciente, provocando miedo y ansiedad.

**Palabras clave:** Miedo, visita preanestésica, perfil psicológico.

## SUMMARY

**Objective:** To achieve a better understanding of the fear of anesthesia. **Material and methods:** A descriptive study was carried out in 1,353 patients admitted to the "Guillermo Luis Fernández Hernández-Baquero" Hospital, Holguín, Cuba, from September 2004 through April 2005, for elective procedures in general surgery, gynecology, and traumatology. Patients were classified ASA I and II, according to the American Society of Anesthesiologists. Patients completed the Amsterdam preoperative anxiety and information scale (APAIS) at the preanesthetic interview; 24 hours after surgery, a survey on fear of anesthesia was carried out. The latter collected information on the reasons for trusting the anesthesiologist, as well as other, more important declarations from patients stating not to be afraid. **Results:** Before surgery, 31% of patients had continuously thought about anesthesia. Twenty-seven percent of patients admitted to have fear of anesthesia; of them, 42.6% were afraid to die, 21.3% were afraid of remaining conscious during surgery, and 10.6% were afraid of waking up with some kind of sequela. **Conclusions:** Surgical procedures give rise to structural processes in the patient, from a psychological point of view, causing fear and anxiety.

**Key words:** Anxiety, fear, preanesthetic visit, psychological profile.

## INTRODUCCIÓN

El miedo y la ansiedad son sensaciones inherentes al ser humano, las que se expresan en general cuando el paciente será sometido a una cirugía<sup>(1)</sup>.

La angustia es un malestar psíquico y físico que nace de la sensación de peligro inmediato y se caracteriza por un temor difuso, que va de la inquietud al pánico. La ansiedad generada por la anestesia y la cirugía no tiene necesariamente un impacto negativo en el período perioperatorio y, en cierta medida, se trata de una disposición psicológica normal que permite al paciente afrontar mejor la intervención. Ciertos tipos de cirugía que conciernen a la propia imagen del paciente pueden necesitar un manejo psicológico particular. La consulta puede tener un efecto tranquilizador, sobre todo si es la primera anestesia en la vida del paciente. Si la personalidad y el nivel sociocultural lo permiten, el anestesiólogo debe establecer con él una relación de confianza, darle un papel activo y hacerle participar en las decisiones terapéuticas<sup>(2)</sup>.

La importancia de la interpretación del miedo y la ansiedad radica no sólo por su incidencia en el estudio del control de calidad anestésica, sino además y básicamente en que las manifestaciones somáticas del miedo pueden producir efectos de relevancia en la experiencia anestésico-quirúrgica del paciente y en la práctica médica, observándose desórdenes intestinales, perturbaciones del sueño, palpitaciones, tensión muscular, entre otras<sup>(3)</sup>.

El anestesiólogo trabaja con personas cuyas emociones facilitan u obstaculizan la eficacia de su práctica. El temor o la angustia son sin duda, aun cuando no se pueden explicar, un inconveniente para el médico y el paciente<sup>(4)</sup>.

Este es el fenómeno que desencadena el acto anestésico-quirúrgico, una situación riesgosa, sin posibilidad de reacción ante la misma. La anestesia general suprime el control del Yo, sus funciones quedarán abolidas, es ahí donde irrumpe el miedo y la ansiedad con anticipación, y a la vez como un efecto de su propia ineficacia de defensa.

Basándonos en estudios realizados por otros autores y con el objetivo de lograr una mejor comprensión de la temática de los miedos a la anestesia, quisimos mostrar nuestra experiencia en la valoración psicológica del miedo y la ansiedad en un grupo de pacientes seleccionados.

## MATERIAL Y MÉTODOS

Previa elaboración de protocolo y permiso del Comité de Ética e Investigación del hospital "Guillermo Luis Fernández Hernández-Baquero", Moa, Holguín, Cuba, bajo consentimiento informado, se elaboró este estudio descriptivo en 1,353 pacientes desde septiembre de 2004 hasta abril de 2005, programados para cirugía electiva en procedimientos de

Cirugía General, Ginecología y Traumatología; presentaron estado físico I y II según la clasificación de la *American Society of Anesthesiologists* (ASA). Las edades oscilaron entre 18 y 70 años.

La distribución por sexo fue: 803 femenino y 550 masculino.

No se tuvo en cuenta el nivel educacional, excluyéndose del estudio a aquellos que no se expresaran verbalmente y pacientes con patología psiquiátrica.

En la consulta de anestesia se valoró la ansiedad a través de la puntuación de evaluación preoperatoria "**Amsterdam Preoperative Anxiety and Information Scale**" (APAIS), de la cual se escogieron cuatro preguntas a las que el paciente respondió según escala de 5 puntos, de 1 = absolutamente NO a 5 = enormemente:

- Estoy inquieto con respecto a la anestesia
- Pienso continuamente en la anestesia
- Me gustaría recibir una información lo más completa posible con respecto a la anestesia
- Estoy inquieto con respecto a la intervención

En los casos donde no se realizó la consulta, al paciente se le interrogó 1 hora antes del proceder.

A las 24 horas del acto quirúrgico se aplicó un cuestionario sobre miedos y temores a la anestesia que incluyó:

- ¿Tienes miedo a la anestesia? SÍ o NO
- Motivo del miedo:
  - A morir
  - Permanecer consciente
  - A despertar con secuelas
  - Sentir dolor
  - Temor inexplicable
- Tuvo visita preanestésica:
  - SÍ
  - NO
  - NO SABE
- Argumentos más frecuentes para tener confianza en el anestesiólogo:
  - Confianza en el médico
  - Trato humano
- Si no tuvo miedo, argumentos más importantes:
  - Ya había recibido anestesia general
  - Quería operarse
  - Nunca había recibido anestesia
  - Explicación previa

El análisis estadístico se realizó con porcentaje y medidas de tendencia central (media aritmética y desviación estándar).

## RESULTADOS

El estudio se llevó a cabo en 1,353 pacientes (n = 1,353); la edad promedio de los encuestados fue de  $38 \pm 15$  años, estado físico de la ASA I-II, cuya distribución fue de 66% pacientes en Cirugía General, 18% intervenidos de Ginecología y 16% de Traumatología.

En cuanto a la valoración de la ansiedad, el 26% de los pacientes describieron estar inquietos con respecto a la anestesia, el 31% pensó continuamente en la anestesia; un 24% manifestó recibir una información lo más completa posible con respecto a la anestesia y el 19% estuvo inquieto con respecto a la intervención.

Se observó que 366 pacientes tenían miedo a la anestesia (27%) y 987 de ellos no lo manifestaron para un 73%; de los 366 que tuvieron miedo, los motivos más frecuentes fueron representados en la figura 1.

El haber recibido anestesia general anteriormente, la misma lo dejó:

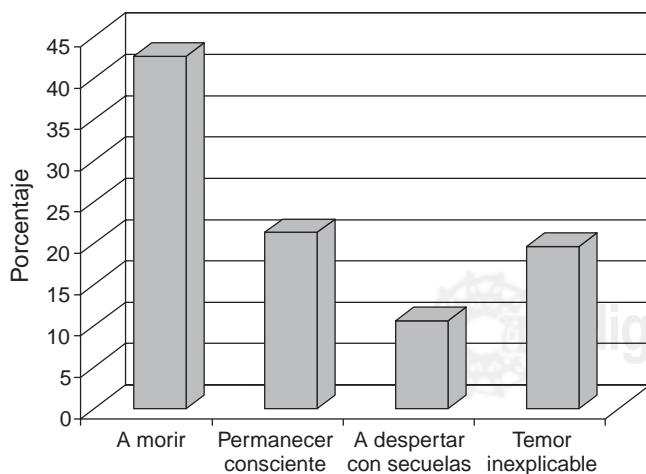
- Sin miedo 44% (595 pacientes)
- Menos miedo 53% (717 pacientes)
- Más miedo 3% (41 pacientes)

Dentro de los pacientes que refirieron más miedo, en el 71% de los casos se debió a la mala experiencia anestésica y/o quirúrgica anterior.

En el grupo que refirió menos miedo, el 87% fue por conocimiento sobre la intervención y el 13% por saber que tenía el apoyo del anestesiólogo y el técnico a su lado.

Tuvo visita preanestésica (Figura 2):

- SÍ 79%
- NO 19%
- NO SABE 2%



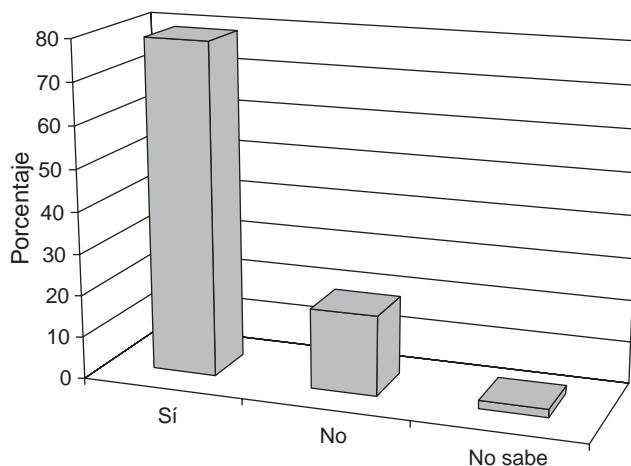
**Figura 1.** Motivos del miedo en los pacientes seleccionados.

Los argumentos más frecuentes para tener confianza en el anestesiólogo fueron:

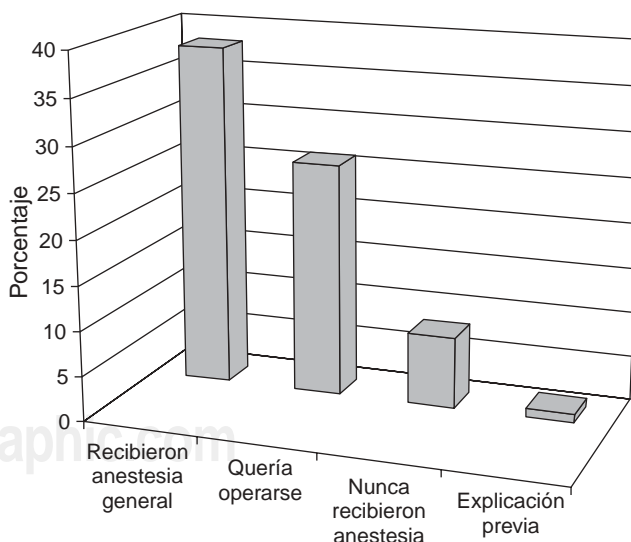
- Confianza en el médico 91%
- Trato humano 9%

De los pacientes que manifestaron no tener miedo, los argumentos más importantes fueron (Figura 3):

- Ya había recibido anestesia general 38%
- Quería operarse 26%
- Nunca había recibido anestesia 8%
- Explicación previa 1%



**Figura 2.** Pacientes vistos en la consulta de anestesia.



**Figura 3.** Argumentos más importantes de los pacientes que no tuvieron miedo.

Los pacientes que manifestaron no tener miedo debido a la explicación previa, se basaron en la observación y relación médico-paciente apreciada en la visita preanestésica.

## DISCUSIÓN

El hecho de llevar a cabo la valoración preoperatoria y ofrecer información, desde el punto de vista psicológico, permite orientar mejor al paciente que va a recibir anestesia y lograr con esto elevar la calidad de la asistencia. Esta afirmación se traduce en altos porcentajes en miedo o temor y ansiedad a la anestesia confirmado por varios autores y que coinciden con los resultados obtenidos en el estudio<sup>(1,2,5,6)</sup>.

En relación a la ansiedad, aunque en nuestra investigación un 26% de los pacientes manifestó estar inquieto con respecto a la anestesia, los estudios clínicos han puesto en evidencia la dificultad para apreciar, durante la consulta preanestésica, el grado de ansiedad del paciente, debido a que aunque éstos pueden manifestar ansiedad durante la anamnesis, los más introvertidos suelen reprimirla, apareciendo luego eventos hemodinámicos y somáticos<sup>(7-9)</sup>.

El miedo en nuestro estudio representó un 27%; se describe el mismo como un efecto de origen estrictamente psíquico que el psicoanálisis lo traduce como angustia<sup>(10)</sup>.

La muerte fue el miedo más frecuente que se encontró en nuestra muestra con 42.6% y esto se relaciona generalmente al riesgo que provoca el acto quirúrgico y al miedo inducido por la anestesia general provocando lo descrito por Freud en sus estudios "una muerte temporal" del YO<sup>(4)</sup>.

El miedo de permanecer consciente representa en la muestra el 78%, muy por encima de lo encontrado en otros estudios que oscilan alrededor del 20.3 al 23%, por lo que esto sigue permaneciendo como una preocupación latente para los anestesiólogos<sup>(11)</sup>. Esto supone para el paciente que el anestesiólogo es quien controla su vida entre los límites de la conciencia y la muerte.

El temor a despertar con secuelas representó un 19.6%, significando que durante la ausencia producida por la anestesia general, el paciente se preocupa por cómo quedará al despertar y esto también es descrito por otros estudios<sup>(1,12)</sup>.

La explicación del evento perianestésico que ocurrió en la consulta preanestésica representó 795, es decir, del conocimiento del procedimiento y sus efectos permite la elaboración psíquica de la situación. Si al paciente no se le explica a lo cual será sometido, entonces dependerá totalmente del accionar del médico, lo que trae consigo temor y angustia<sup>(10)</sup>. Los resultados que obtuvimos en la visita preanestésica confirman la observación realizada por otros autores respecto a que el anestesiólogo puede ofrecer información que pueda darle sentido a ese tiempo vacío de pensamiento e imagen, anticipar lo que van a hacer y las posibles consecuencias<sup>(13)</sup>.

El 91% de los pacientes argumentaron confianza en el anestesiólogo, por lo que éste debe con su actitud, trato e información, acreditar esa confianza.

Concluimos que el 31% de los pacientes pensaron continuamente en la anestesia y el 19% estuvo impaciente y asustadizo respecto a la intervención; pero algunos autores plantean que el anestesiólogo evalúa de forma imperfecta la ansiedad y por consiguiente es frecuente la discordancia entre la valoración de la ansiedad por parte del médico y el grado de ansiedad expresado por el paciente, agregándose además, que en él suelen confundirse los temores causados por la cirugía y los relacionados con la anestesia<sup>(1,8)</sup>.

En el estudio, además se encontró que:

- Aproximadamente uno de cada 3 tuvo miedo a morir
- Aproximadamente uno de cada 9 tuvo miedo a despertar con secuelas
- Aproximadamente uno de cada 5 tuvo temor inexplicable

La situación anestésica moviliza en el paciente aspectos estructurales desde el punto de vista psicológico.

## REFERENCIAS

1. Durán C. Los temores a la anestesia. *Rev Esp Anestesiol Reanim* 1995;42:39-40.
2. Mc Cann ME, Kain Z. The management of preoperative anxiety in children: an update. *Anesth Analg* 2001;93:98-105.
3. Muñoz-Ramón JM. Control de calidad en anestesiología. *Rev Esp Anestesiol Reanim* 1995;42:91-95.
4. FREUD S. "De Guerra y Muerte". *Obras Completas*. Tomo 14. Editorial Amorrortu, Bs. As., 1988.
5. Badner NH, Nielson WR, Munk S, Kwiatkowska C, Gelb AW. Preoperative anxiety: detection and contributing factors. *Can J Anaesth* 1990;37:444-447.
6. Domar AL, Everett LL, Keller MG. Preoperative anxiety: is it a predictable entity? *Anesth Analg* 1989;69:763-767.
7. Leigh JM, Walker J, Janagathan P. Effect of preoperative anaesthetic visit on anxiety. *Br Med J* 1997;2:987-989.
8. McCleane GJ, Cooper R. The nature of pre-operative anxiety. *Anaesthesia* 1990;45:153-155.
9. Moerman N, van Dam FS, Muller MJ, Oosting H. The Amsterdam preoperative anxiety and information scale (APAIS). *Anesth Analg* 1996;82:445-451.
10. FREUD S. "Inhibición, síntoma y angustia". *Obras Completas*. Tomo 20. Editorial Amorrortu, BS As., 1988.
11. Kain Z, Wang C, Mayes L, Caramico L, Hofstadter M. Distress during the induction of anesthesia and postoperative behavioral outcomes. *Anesth Analg* 1999;88:1042-7.
12. Kain Z. Premedication and parenteral presence revisited. *Current Opinion in Anaesthesiology* 2001;14:331-7.
13. Llubia C. La información clínica y el consentimiento informado. *Rev Esp Anestesiol Reanim* 1995;42:405-406.