

¿Es posible disminuir la ansiedad del paciente quirúrgico? Papel de la información en la consulta de preanestesia

The aim of the study is to evaluate the anxiety level in patients that will go through surgery and that were properly informed during the pre-anesthesia meeting

José Guillén-Perales¹, Aurelio Luna-Maldonado², Jose Luis Costela-Villodres¹, Jose Francisco Guillén-Solvas^{4,5}, Aurora Bueno-Cavanillas^{4,5,6}

¹Servicio de Anestesia y Reanimación. Hospital Universitario San Cecilio, Granada.

²Departamento de Medicina Legal. Universidad de Murcia.

⁴Departamento de Medicina Preventiva y Salud Pública. Universidad de Granada.

⁵CIBER de Epidemiología y Salud Pública (CIBERESP), Spain.

⁶IBS Granada

Resumen

Objetivos. Se pretende valorar el grado de ansiedad que presentan distintos tipos de pacientes que van a ser sometidos a un proceso quirúrgico y que previamente han sido informados en la consulta de preanestesia y la influencia que sobre él ejerce dicha información.

Métodos. Estudio transversal de una muestra de pacientes oncológicos ingresados para cirugía en el Hospital Universitario San Cecilio de Granada durante el año 2011. Tras comprobar los criterios de inclusión y recabar su consentimiento, se recogieron datos demográficos y del proceso. A todos ellos se les entregaron cuestionarios autoadministrados que valoran el estado de ansiedad (STAI) y un breve cuestionario diseñado "ad hoc" para valorar la información recibida y la comprensión de la misma.

Resultados. Las mujeres presentaron un mayor grado de ansiedad tanto de estado (STAI E), como de rasgo (STAI R) que los hombres. En estos se observa un nivel de ansiedad mayor en aquellos que dijeron no haber recibido información sobre los posibles problemas derivados de la anestesia ($p < 0,05$) y en los que no recordaban que les hubieran comentado ningún problema o complicación de la anestesia ($p < 0,05$). Sin embargo en las mujeres es la propia información la que contribuye a crear mayor ansiedad en su variante estado, al mismo tiempo que se asocia, como en hombres, a menor ansiedad rasgo.

Conclusión. La ansiedad preoperatoria se asocia con la calidad de la información recibida. En general, los pacientes que consideran haber recibido una información suficiente, identifican correctamente al profesional que les proporciona la información y han comprendido mejor dicha información son los que presentan los niveles más bajos de ansiedad.

Abstract

Methods. The patients were chosen from the oncology section of the San Cecilio University Hospital of Granada (Spain) during year 2011 that were planned to be operated. After validating the inclusion criteria and collect their informed agreement, other data were collected such as demographic and about the process. Patients were given a form including questions to evaluate the anxiety (STAI) and "ad hoc" questions to evaluate the information received and how much they understood it.

Results. Female patients showed a higher anxiety level (both STAI E and STAI R) than male ones. Among this last ones, there is a higher level of anxiety in the ones that state that no information of problems derived with the anesthesia ($p < 0,05$) was told to them or do not remember that anesthesia could imply complications or further problems ($p < 0,05$). There is a hint that suggests that information is better understood when is given by the anesthesiologist although there are no significant results. On the other hand, in women, the more they know, the higher their anxiety levels are.

Conclusion. This study remarks the importance and utility of the pre-anesthesia meeting in order to study and control anxiety levels, promote decision taking and active patient participation during the whole process.

Palabras clave: Consulta Preanestesia, ansiedad, paciente quirúrgico.

Keywords: anxiety, preanesthesia consultation, surgical patient

INTRODUCCIÓN

La perspectiva de una intervención quirúrgica genera, en distinta medida, ansiedad y estrés. Cuando estos fenómenos alcanzan un grado medio, potencian un estado de alerta positivo que actúa como activador y motivador de la acción; pero sobrepasado un umbral dado, predominan los aspectos negativos de la ansiedad que repercuten en la evolución y recuperación post-operatoria. Spielberg (1) diferencia entre ansiedad-estado, condición emocional transitoria del organismo humano, caracterizada por sentimientos subjetivos y conscientes de tensión y aprensión, acompañados por un estado de hiperactividad del sistema nervioso autónomo, y la ansiedad-rasgo, que expresa una propensión ansiosa relativamente estable, por la que difieren los sujetos en su percepción de situaciones como amenazadoras.

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. (2) Los pacientes necesitan información general sobre la enfermedad, las alternativas terapéuticas y cuando se opta por un tratamiento quirúrgico, el procedimiento de anestesia. Esta información contribuye a disipar las dudas y minimiza la ansiedad, (3) al mismo tiempo, la ansiedad que genera tanto la enfermedad como el tratamiento propuesto, dificulta la comprensión y retención de la información ofrecida, e influye tanto sobre la recuperación del paciente, como sobre su satisfacción con los cuidados anestésicos perioperatorios. (4)

Es por ello que uno de los objetivos de la valoración preanestésica es reducir el miedo y la ansiedad, ya que al menos uno de cada tres pacientes presenta malestar psicológico. (5,6) La visita pre-quirúrgica con el anestesiólogo puede ser tan beneficiosa o incluso más que una premedicación para reducir la ansiedad, (7) proporciona información, ayuda a resolver dudas no resueltas en la consulta de anestesia y sobretodo contribuye a mitigar el miedo, mejora la confianza y reduce los miedos y la ansiedad. (8)

Nuestro objetivo fue valorar el grado de ansiedad que presentaban distintos tipos de pacientes que iban a ser sometidos a un procedimiento quirúrgico y que previamente habían asistido a la consulta de preanestesia, y la influencia que sobre él ejerce la información previa.

MÉTODOS

Estudio transversal de una muestra de pacientes oncológicos ingresados para cirugía en el Hospital Universitario San Cecilio de Granada durante el año 2011.

Criterios de inclusión: 1) Capacidad para participar en el estudio y contestar el cuestionario autoadministrado; 2) Consentimiento para participar en el estudio; 3) Ingreso relacionado con el proceso oncológico de base para cirugía por primera vez; 4) Ser mayor de edad.

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.

Recogida de Información: Al ingreso del paciente, tras comprobar los criterios de inclusión y obtener su consentimiento, se recogieron datos demográficos y del proceso. A todos ellos se les entregaron cuestionarios autoadministrados para valorar estado de ansiedad (STAI) y un breve cuestionario diseñado "ad hoc" para evaluar la información recibida y la comprensión de la misma. Todos los pacientes incluidos en el estudio dieron su consentimiento a participar después de haber sido informados de manera exhaustiva.

Variables dependientes: Ansiedad Estado y Ansiedad rasgo, escala numérica que oscila en cada caso entre 0 y 60 puntos.

Variables independientes: Edad (años cumplidos), Sexo, Estado civil (Casado, otros), Nivel de estudios (Sin estudios, primarios, secundarios, universitarios), Trabajo (Activo, Jubilado, Ama de Casa, Otros), Soledad (Vive solo o acompañado), Riesgo anestésico (ASA), Anestesia previa (No, Si), variables relacionadas con la información proporcionada (se detallan en las tablas 3 y 5)

La muestra final estuvo integrada por 150 pacientes ingresados en los servicios de cirugía general y de aparato digestivo, urología, ginecología y otros, seleccionados de forma aleatoria durante la 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%.

Análisis de los datos: El análisis estadístico se realizó con el paquete Stata 12.0. Para las variables cualitativas se han estimado frecuencias y se ha utilizado la Chi cuadrado para verificar asociaciones. Para las variables cuantitativas se estimó el valor medio y su intervalo de confianza al 95%, y se utilizó el análisis de la varianza de una vía para comparar medias. Finalmente se utilizó el análisis de varianza multivariante, ajustando por anestesia previa, edad, nivel de estudios, y nivel de riesgo ASA.

RESULTADOS

En general y, teniendo en cuenta los valores del test de ansiedad STAI, las mujeres presentaron un mayor grado de ansiedad, tanto de estado (STAI E), como de rasgo (STAI R). Estos datos, junto a las medidas de dispersión, así como la mediana, rango y percentiles se detallan en la tabla 1.

	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-Límite Inferior	0	6	8	6
Rango-Límite Superior	55	57	49	55

Tabla 1. Características del grado de ansiedad (Estado y Rasgo) estratificadas por Sexo.

Las importantes diferencias por sexo obligan a evaluar los datos por separado. Respecto a la ansiedad estado -STAI E- no se encontró ninguna asociación significativa con las variables demográficas y clínicas, ni en hombres ni en mujeres (Tabla 2). En hombres se observó un nivel de ansiedad mayor en aquellos que no recibieron o no recordaban haber recibido información sobre posibles problemas o complicaciones derivados del procedimiento anestésico ($p < 0,05$). En las mujeres la propia información contribuye a crear mayor ansiedad en su variante estado, al mismo tiempo que se asocia, como en hombres, a menor ansiedad rasgo.

		VARONES			MUJERES		
Variable	Categoría	Media	Desv. Estándar	p	Media	Desv. Estándar	p
Nivel de estudios	Sin estudios o primarios	22,09	8,6	NS	26,81	13,31	NS
	Medio o superiores	20,91	11,96		27,62	11,16	
Edad (Años)	Menor de 65	21,05	11,45	NS	27,66	12,45	NS
	Mayor de 65	22,28	8,33		25,95	11,92	
Estado civil	No casado	21,36	13,6	NS	26,05	10,67	NS
	Casado	21,53	9,55		27,55	12,76	
Riesgo Anestésico ASA	1	19	15,73	NS	34	11,05	NS
	2	23,03	12,27		25,5	12,56	
	3	20,52	6,28		26,72	11,71	
Patología	Digestivo	23,55	10,48	NS	28,44	13,27	NS
	Urología	19,67	9,99		33,63	14,23	
	Ginecología	-	-		25,57	11,19	
	Otros	14,25	8,42		24,44	11,01	
Variación de la estancia respecto a lo esperado	Percentil 25-75	22	8,9	NS	26,22	11,21	NS
	≤ Percentil 25	21	11,56		28,25	12,59	
	≥ Percentil 75	21,39	11,18		29,57	15,7	

Tabla 2. Nivel de Ansiedad estado (STAI E) en función de las variables demográficas y clínicas.

		Hombres			Mujeres		
Variable	Categoría	Media	Desv. Estándar	p	Media	Desv. Estándar	p
Nivel de estudios	Sin estudios o primarios	20,35	10,27	0,0880	26,09	11,83	0,0185
	Medio o superiores	17,51	6,63		20,74	10,79	
Edad (Años)	Menor de 65	18,39	8,78	NS	22,41	11,37	0,0793
	Mayor de 65	19,84	8,58		26,50	11,91	
Estado civil	No casado	20,07	8,3	NS	25,68	11,9	NS
	Casado	18,62	8,82		22,85	11,51	
Riesgo Anestésico ASA	1	14	4,36	NS	27,83	13,96	0,0845
	2	21,45	9,79		20,73	10,09	
	3	17,48	7,51		25,59	11,91	
Patología	Digestivo	19,16	9,56	NS	22,93	12,53	NS
	Urología	19,11	7,93		30,63	12,36	
	Ginecología	-	-		22,59	10,93	
	Otros	15,25	3,59		22,78	10,27	
Variación de la estancia respecto a lo esperado	Percentil 25-75	20	7,7	NS	22,33	11,28	NS
	≤ Percentil 25	19,29	10,21		22,56	9,51	
	≥ Percentil 75	17,39	8,32		28,93	13,94	

Tabla 4. Nivel de Ansiedad "reacción" (STAI R) en función de las variables demográficas y clínicas.

	HOMBRES					MUJERES				
	No NS/NC		Si		p	No NS/NC		Si		p
	Media	Desv. Estándar	Media	Desv. Estándar		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	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	17,57	5,29	21,94	10,75	NS	25,71	9,29	27,34	12,54	NS
Le han informado sobre posibles problemas derivados anestesia	24,46	11,77	19,91	9,32	0,0416	27,57	12,92	27,05	12,09	NS
Recuerda, en concreto, algún problema o complicación posible que le comentaran	23,20	11,66	18,48	6,88	0,0345	25,2	10,86	29,83	13,59	0,0460
Cree que el lenguaje con el que le han informado era adecuado	24,25	7,21	20,66	11,09	NS	25,29	10,71	27,87	12,77	NS
Considera que la información recibida es suficiente	20,47	9,07	21,83	10,84	NS	28,96	12,11	26,46	12,34	NS
Considera que se debe informar a la familia	23,21	9,97	21,05	10,53	NS	32,00	11,45	26,44	12,28	0,0817
Ha recibido anestesia previa	22,92	8,94	21,19	10,71	NS	30,12	15,3	26,42	11,33	NS
	El Cirujano		El Anestesiista/ambos			El Cirujano		El Anestesiista/ambos		
La información le fue proporcionada por...	23,57	11,13	19,76	9,86	0,0712	29,61	13,55	25,59	11,23	0,0798
	Incorrecta		Correcta			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	26,5	11,95	28,03	12,72	NS
Si se le opera después de comer, ¿qué problema cree que podría suceder?	21,44	10,42	21,58	10,54	NS	25,98	10,46	29,77	15,31	0,0980
¿Cuántas horas es conveniente guardar ayuno antes de una intervención?	20,97	8,77	21,92	11,63	NS	27,61	11,01	26,84	13,38	NS
¿Qué molestias le podrían aparecer debidas a la anestesia después de la intervención?	21,44	9,80	21,55	11,14	NS	24,57	10,46	29,2	13,22	0,0463
	Mala		Buena			Mala		Buena		
Comprensión, según nº respuestas correctas	22,35	10,71	20,08	9,87	NS	25,65	10,59	28,95	13,84	NS

Tabla 3. Nivel de Ansiedad estado (STAI E) en función de las variables de información y comprensión.

	HOMBRES					MUJERES				
	No NS/NC		Si		p	No NS/NC		Si		p
	Media	Desv. Estándar	Media	Desv. Estándar		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	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	14,00	3,32	19,47	8,93	0,0573	27,14	9,79	23,18	11,74	NS
Le han informado sobre posibles problemas derivados anestesia	20,54	10,31	18,04	7,65	NS	22,83	11,70	23,79	11,64	NS
Recuerda, en concreto, algún problema o complicación posible que le comentaran	20,20	10,07	16,64	4,8	0,0506	23,70	11,32	23,29	12,09	NS
Cree que el lenguaje con el que le han informado era adecuado	22,63	10,52	17,79	7,81	0,0250	25,00	11,00	23,00	11,84	NS
Considera que la información recibida es suficiente	19,53	11,3	18,71	7,75	NS	26,63	12,93	22,21	10,83	0,0590
Considera que se debe informar a la familia	19,71	9,72	18,71	8,47	NS	24,00	13,10	23,44	11,43	NS
Ha recibido anestesia previa	18,75	7,71	18,95	8,93	NS	24,47	12,10	23,27	11,53	NS
	El Cirujano		El Anestesiista/ ambos			El Cirujano		El Anestesiista/ ambos		
La información le fue proporcionada por...	21,47	10,35	17,11	6,74	0,0209	24,36	11,58	22,84	11,80	NS
	Incorrecta		Correcta			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	22,07	10,80	25,24	12,39	NS
Si se le opera después de comer, ¿qué problema cree que podría suceder?	19,56	9,27	17,71	7,46	NS	23,49	10,91	23,58	13,14	NS
¿Cuántas horas es conveniente guardar ayuno antes de una intervención?	19,23	9,44	18,66	8,12	NS	24,71	11,61	22,47	11,60	NS
¿Qué molestias le podrían aparecer debidas a la anestesia después de la intervención?	20,14	10,35	17,58	6,25	NS	22,54	11,04	24,26	12,06	NS
	Mala		Buena			Mala		Buena		
Calidad, según nº respuestas correctas	20,26	9,61	16,69	6,43	0,0492	22,63	10,52	24,53	12,76	NS

Tabla 5. Nivel de Ansiedad "reacción" (STAI R) en función de las variables de información y comprensión.

Por otra parte se observa un mayor nivel de ansiedad para quienes decían haber sido informados sólo por el cirujano respecto a los que han sido informados por el anestesista o ambos, tanto en hombres como en mujeres, sin que la diferencias llegasen a ser 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 3). El análisis multivariable, ajustado por anestesia previa, edad, nivel de estudios, y nivel de riesgo ASA, confirmó el efecto detectado para la información sobre los posibles problemas derivados de la anestesia sobre la ansiedad ($p = 0,0373$).

La ansiedad rasgo (tabla 4) presentó valores superiores en los pacientes con menor nivel educativo, aunque las diferencias solo alcanzaron la significación estadística en las mujeres, en las que también parece influir la edad (menor ansiedad rasgo en las más jóvenes).

En relación a las variables de información (tabla 5), al contrario que lo observado para la ansiedad estado, la ansiedad rasgo es mayor en hombres que declaran haber sido informados sobre la intervención, pero no de manera satisfactoria como cuando no recuerdan problemas relacionados con la anestesia, consideran que se les ha informado con un lenguaje poco adecuado, dicen haber sido informados sólo por el cirujano o contestan erróneamente a las cuestiones sobre los riesgos de la anestesia. En las mujeres, sólo se encontraron diferencias en la ansiedad rasgo casi significativas cuando se dividió la muestra en función de que se consideraran o no suficientemente informadas, siendo mayor la ansiedad en el segundo caso. En el modelo ajustado, en varones mantuvo el efecto significativo el hecho de considerar que la información recibida utilizaba un lenguaje adecuado ($p = 0,0305$), en un modelo en el que el riesgo ASA ejercía también un efecto significativo. En mujeres sólo el riesgo ASA ejerció un efecto significativo.

DISCUSIÓN

Los resultados indican que los niveles de ansiedad, tanto ansiedad estado como ansiedad rasgo, son menores cuando el paciente está bien informado, datos consistentes con los referidos por Betti et al (9); e igualmente sugieren que la información proporcionada por el anestesista es mejor valorada, como ya se ha referido previamente en la literatura. (10,11)

No hemos detectado diferencias en función de la edad o el estado civil, pero sí en cuanto a ansiedad-rasgo para el nivel educativo, Navarro-García et al (12) encuentran solo la edad < 65 años como único factor de riesgo de ansiedad preoperatoria significativo.

Hay que destacar que todos los pacientes de la serie fueron correctamente informados por el anestesista y habían firmado el consentimiento para la anestesia. Sin embargo, aquellos que declaraban haber sido informados sólo por el cirujano, los que consideraban que el lenguaje no fue el adecuado, o los que no eran capaces de recordar los riesgos relacionados con la anestesia presentaban mayores niveles de ansiedad, en sus dos vertientes. Dado el carácter transversal de nuestro estudio, el sentido de esta asociación no puede precisarse, por una parte las personas más ansiosas presentan peor comprensión de la información y por tanto una peor valoración de su consentimiento informado, (13) pero también las personas peor informadas muestran mayores niveles de ansiedad. (14) La ruptura de este círculo vicioso requiere una valoración del estado de ansiedad previo a la información y la adaptación de las características de la información aportada al nivel de ansiedad del paciente. 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. (15)

Recientemente, Granciera et al, (16) demuestran que una intervención multifactorial, con una intervención psico-oncológica, mejora la comprensión de la información proporcionada por el anestesista y reduce la ansiedad del paciente.

En mujeres, por el contrario, la ansiedad estado parece asociarse a la información. Y son las mujeres que consideran que debe informarse a la familia las que presentan mayores puntuaciones de ansiedad estado. El privilegio terapéutico permite omitir una información que pueda causar daño físico o mental, cuando sea preciso obtener el consentimiento informado para un proceso. Pero con frecuencia se usa en exceso dicho privilegio, presuponiendo erróneamente que el paciente aumentará su ansiedad con la información. Ornaque et al, (18) 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 anesestesiólogo, y por la premedicación ansiolítica. Sin embargo, ni la visita preoperatoria ni la premedicación parecen bloquear completamente la respuesta al estrés.

La consulta preoperatoria de anestesia además de ser necesaria para realizar una valoración médica y obtener el consentimiento informado, proporciona una magnífica oportunidad para facilitar la Educación Sanitaria del paciente, permite reducir el miedo y ansiedad del paciente. (5,6) Dada la frecuencia con la que se describe la presencia de malestar psicológico deberían tomarse las medidas oportunas para una mejora de la calidad, valorar y disminuir el nivel de ansiedad de los pacientes, y con una información oportuna, suficiente y apropiada promover la toma de decisiones y la participación activa del paciente en su proceso de salud-enfermedad.

La principal limitación de nuestro estudio es su carácter local y el reducido tamaño muestral. Sin embargo los resultados son consistentes con los señalados por otros autores.

En conclusión, la ansiedad preoperatoria se asocia con la calidad de la información recibida. En general, los pacientes que consideran haber recibido una información suficiente, identifican correctamente al profesional que les proporciona la información y han comprendido mejor dicha información son los que presentan los niveles más bajos de ansiedad.

AGRADECIMIENTOS

Agradecemos su colaboración desinteresada a los compañeros del Servicio de Anestesia y a los pacientes que han participado generosamente permitiendo la obtención de la información necesaria para el desarrollo del trabajo.

CONFLICTOS DE INTERESES

No existe ningún conflicto de intereses.

BIBLIOGRAFIA

1. Spielberger CD, Gorsuch RL, Lushene RE. Cuestionario de ansiedad estado-rasgo. Adaptación española de Seisdedos N. 7ª ed. Madrid: TEA Ediciones SA; 2008.
2. 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.
3. 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.
4. Cohen NH. Perioperative management. In: Miller RD, ed. *Miller's Anesthesia*. 8th ed. Philadelphia, PA: Elsevier Saunders; 2015:chap 3.
 5. Beydon L, Emmanuel Dima C. Perioperative anxiety: Evaluation and prevention. *Prat Anest Reanim*. 2007;11(3):161-170.
 6. 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.
 7. Ortiz J, Wang S, Elayda MA, Tolpin DA. Información preoperatoria al paciente: ¿podemos mejorar la satisfacción y reducir la ansiedad? *Braz J Anesthesiol*. 2015; 65(1):7-13
 8. 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. *J Anesth*. 2013;27(1):104-108.
 9. Betti S, Sironi A, Saino G, Ricci C, Bonavina L. Effect of the Informed Consent Process on Anxiety and Comprehension of Patients Undergoing Esophageal and Gastrointestinal Surgery. *J Gastrointest Surg*. 2011;15(6):922-927.
 10. 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.
 11. 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.
 12. 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.
 13. Guillén-Perales J, Luna-Maldonado A, Fernández-Prada M, Guillén-Solvas JF, Bueno-Cavanillas A. Quality of information in the process of informed consent for anesthesia. *Cir Esp*. 2013;91(9):595-601.
 14. Fitzgerald BM, Elder J. Will a 1-Page Informational Handout Decrease Patients' Most Common Fears of Anesthesia and Surgery? *J Surg Educ*. 2008;65(5):359-363.
 15. Leigh JM, Walker J, Janaganathan P. Effect of preoperative anaesthetic visit on anxiety. *Br Med J*. 1977;2(6093):987-9.
 16. Granziera E, Guglieri I, Del Bianco P, Capovilla E, Dona' B, Ciccarese AA, et al. A multidisciplinary approach to improve preoperative understanding and reduce anxiety: A randomised study. *Eur J Anaesthesiol* 2013;30(12):734-742.
 17. Gilies A, Gilies R, Weinberg L. Patient recollections of perioperative anaesthesia risks. *Anaesth Intensive Care*. 2013;41(2):247-50.
 18. 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 Anesthesiol Reanim*. 2000;47(4):151-6.