

Temores en el paciente y sus acompañantes ante la consulta médica en atención primaria

Concerns in Patients and Their Companions to the Primary Care Medical Consultation

Dr. Manuel Alberto Avilés Cura, Dra. Mónica Morales Ramírez, Dra. María Cristina Benavides Ibarra, Dra. Patricia Atenea Cáceres Papadakis, Dra. Laura Leticia Reyna Salazar, Dra. Merary García Jaramillo, Dra. Irasema Rodríguez Rodríguez, Dr. Raúl Gutiérrez Herrera

Departamento de Medicina Familiar del Hospital Universitario "Dr. José Eleuterio González". Universidad Autónoma de Nuevo León (UANL).

RESUMEN

Introducción: identificar los principales temores asociados al síntoma del paciente es de gran importancia en la construcción de una relación, ya que el 78 % de la población presenta ansiedad ante la consulta médica.

Objetivo: conocer los temores y el nivel de angustia que presentan los pacientes y sus acompañantes ante la consulta de Medicina Familiar.

Métodos: estudio descriptivo cuya muestra de 264 personas incluyó pacientes y sus acompañantes, en una Unidad de Medicina Familiar durante el primer bimestre del 2014. Se realizó una encuesta antes y después de la consulta médica para explorar los temores y el nivel de ansiedad mediante la escala de ansiedad como estado del Inventario de Ansiedad Rasgo Estado.

Resultados: el 17,8 % de los pacientes acudió con algún acompañante, el principal temor fue padecer una enfermedad grave. Se reportó una diferencia del nivel de ansiedad de 7,7 puntos después de la consulta ($p < 0,0001$).

Conclusiones: los pacientes y acompañantes presentan temores y niveles de ansiedad similares, que disminuyen posterior a la consulta médica.

Palabras clave: ansiedad, consulta médica, temores, relación médico-paciente.

ABSTRACT

Introduction: identify the main fears associated with the symptom of the patient is of great importance in the construction of a relationship. As much as 78 % of the population suffers from anxiety before medical consultation.

Objective: to identify the level of fear and anxiety experienced by patients and their companions in the Family Medicine consultation.

Method: a descriptive research that included 264 patients and their companions in a Unit of Family Medicine during the first two months of 2014. A questionnaire was applied before and after medical consultation to explore the fears and level of anxiety through State Trait Anxiety Inventory (STAI).

Results: the 17.8 % of the patients presented with a companion, the main fear was having a serious illness. Differences in levels of anxiety was reported, decreasing 7.7 points after consultation ($p < 0.0001$).

Conclusions: patients and companion have similar fears and anxiety levels that decreased after medical consultation.

Keywords: anxiety, medical consultation, fears, relationship doctor-patient.

INTRODUCCIÓN

Durante la consulta, para el Médico de Familia es importante identificar la emoción asociada al sintoma del paciente, la cual incluye todos aquellos temores, angustias o fantasías que se presentan al momento de la consulta.¹

*McWhinney*² describe la importancia de identificar este motivo por el cual los pacientes solicitan ayuda médica y los clasificó en 7 categorías: límite de tolerancia, límite de ansiedad, agenda oculta, administrativa, por oportunidad, sin enfermedad y lantánico. Identificar la emoción sería el primer paso para construir una relación médico-paciente efectiva, donde el médico brinda su ayuda en forma sensible, resolviendo las expectativas del paciente y su acompañante, pues ambos presentan temores –que pueden disminuir en base a esta relación– respecto al motivo de su consulta.^{3,4} En Cuba se encontró que los pacientes que no solían tener miedo ante un procedimiento anestésico, poseían una relación médico-paciente basada en la confianza; además, encontraron ansiedad en un 78 % de la población, a la que se le realizó una consulta previa a un procedimiento quirúrgico.⁵ Otros investigadores reportaron que en los adolescentes hospitalizados, los miedos más relevantes son: el propio miedo a estar hospitalizado, a procedimientos médicos o a una enfermedad grave y sus repercusiones.⁶ Estos estudios se han llevado a cabo en el ambiente hospitalario y pueden no reflejar los temores relacionados a la consulta del primer nivel de atención, por lo que consideramos de interés realizar un estudio que explore los principales temores de quienes acuden con su médico familiar, con el fin de ofrecer una atención que fortalezca esta relación.

MÉTODOS

Se realizó un estudio descriptivo durante el primer bimestre del año 2014. Se incluyeron 264 sujetos mediante un cálculo de tamaño de muestra, utilizando la fórmula de estimación de una proporción en una población infinita ($p= 0,78$, $Z= 1,96$ y un error de 0,05). Previo consentimiento informado, se incluyeron todos aquellos pacientes y sus acompañantes mayores de edad que acudían a la consulta de una unidad de Medicina Familiar, no se aceptaron sujetos con diagnóstico de trastorno psiquiátrico y se eliminaron todas aquellas personas que no completaran el cuestionario. El instrumento consistía en una encuesta auto aplicable con datos sociodemográficos y relacionados al motivo de consulta, que incluía la encuesta de escala de ansiedad como estado del Inventario de Ansiedad Rasgo Estado (IDARE), el cual consta de 20 afirmaciones en una escala tipo likert con una calificación de 20 a 80 puntos, clasifica a la población en ansiedad baja (< 30), media (31 a 44) y alta (> 45) y explora el nivel de ansiedad transitoria presente en un momento dado, ha sido validado en diversas partes del mundo incluyendo México, su Alfa de Cronbach es de 0,89.⁷ El cuestionario se aplicó antes de la consulta, donde se incluía en su totalidad, y posterior a la consulta sólo la escala IDARE junto a un cuestionario que exploraba los temores. Por último, se clasificaba a los pacientes según McWhinney respecto al tipo de consulta. Cabe señalar que el médico que realizaba la consulta no tenía acceso a la información proporcionada en el cuestionario. Una vez obtenida la base de datos, se procedió a su análisis mediante el paquete estadístico SPSS, versión 20 para Windows.

RESULTADOS

El promedio de edad fue de 43,6 años. El 17,8 % (47) era acompañante; 52,3 % (138), pacientes de primera vez y el 29,9 % (79), pacientes subsecuentes. Un 59,9 % (130) del total de pacientes fue de sexo femenino y 40,1 % (87), de sexo masculino. El 85,1 % (40) de los acompañantes fue de sexo femenino y sólo el 14,9 % (7) eran de sexo masculino. En cuanto al parentesco el 72,3 % (34) eran pareja del paciente; 14,9 % (7), la madre y el restante, 12,8 % (6), primos o amigos.

La población reportó un nivel medio de ansiedad de acuerdo a la escala IDARE (media= 41,5 desviación estándar de 8,8). Se buscaron diferencias entre los pacientes y sus acompañantes respecto al nivel de ansiedad (tabla 1).

Tabla 1. Nivel de ansiedad y subsecuente o primera vez

		Ansiedad baja		Ansiedad media		Ansiedad alta		Total	p
		No.	%	No.	%	No.	%		
Paciente	Primera	5	3,6	79	57,3	54	39,1	138,0	0,036
	sub	9	11,4	48	60,8	22	27,8	79,0	
Acompañante	Primera	3	9,4	18	56,2	11	34,4	32,0	0,269
	sub	1	6,7	12	80,0	2	13,3	15,0	

Sub: Subsecuente.

El motivo de consulta más frecuente fue por enfermedades crónicas, no existieron diferencias significativas entre el nivel de ansiedad y el motivo de consulta ($p > 0,05$) (tabla 2).

La principal preocupación en los pacientes y acompañantes antes de consultar con el médico, era la idea de padecer de una enfermedad grave (tabla 3).

Tabla 2. Frecuencia de motivo de consulta y niveles de ansiedad

Motivo de Consulta	Ansiedad baja (%)	Ansiedad media (%)	Ansiedad Alta (%)	n
Problemas gastrointestinales	3,8	57,7	38,5	52
Problemas urinarios	6,2	66,7	27,1	48
Problemas dermatológicos	0,0	60,0	40,0	15
Problemas neurológicos	0,0	59,1	40,9	22
Problemas en articulaciones	7,7	59,0	33,3	39
Problemas respiratorios	0,0	62,5	37,5	8
Problemas inespecíficos	0,0	71,4	28,6	14
Enfermedades crónicas y complicaciones	15,2	53,0	31,8	66
				N= 264

$p > 0,05$.

En cuanto al tipo de consulta el 34,6 % (75) de los pacientes acudió por límite de ansiedad; 32,3 % (70), por límite de tolerancia; 12,4 % (27), por agenda oculta; 10,1 % (22), lantánico; 6,0 % (13) administrativo; 3,2 % (7) por oportunidad y sólo el 1,4 % (3) sin enfermedad.

El promedio de ansiedad posterior a la consulta médica fue de 33,8 puntos, con una desviación estándar de 9,5. Se compararon las medias antes y después de la consulta mediante la prueba de los rangos con signo de Wilcoxon, ya que la prueba de Kolgomorov-Smirnov no arrojó normalidad obteniendo diferencias significativas ($Z < 0,0001$); además mediante la prueba T de Student se encontró una diferencia de medias 7,7 (Intervalo de confianza de 6,2 - 9,1 $p < 0,0001$). Tanto los pacientes como sus acompañantes hasta en un 26,5 % (70) posterior a la consulta médica, comunicaron que el médico ayudó a resolver sus temores; un 25,8 % (68), refirió sentirse preocupado por los gastos económicos; el 20,8 % (55) del total de la población, mencionó sentirse angustiado por el pronóstico de la enfermedad; 12,9 % (34) porque el médico ordenó pruebas de laboratorio para estudiar el problema; 7,2 % (19) mencionó sentir que su médico no abordó sus principales temores y el restante, 6,8 % (18) comentó que le angustiaba que su enfermedad fuera incapacitante.

Tabla 3. Temores de los pacientes y acompañantes previos a la consulta médica

Temores de los pacientes	n	%
Temor a padecer una enfermedad grave	74	34,1
Preocupación por costos respecto a su atención	47	21,6
Temor a padecer una enfermedad contagiosa	40	18,4
Temor a necesitar cirugía o internarse	31	14,3
Temor a necesitar estudios invasivos	15	7,0
Temor a perder empleo a causa de enfermedad	10	4,6
Total	217	100
Temores de los acompañantes	n	%
Temor a una enfermedad grave del paciente	21	44,7
Temor a que el paciente requiera cirugía o internarse	15	31,9
Temor a que el paciente tenga una enfermedad contagiosa	4	8,5
Preocupación por costos respecto a la atención del paciente	7	14,9
Total	47	100

DISCUSIÓN

Coincidimos con *Castillo*,⁸ el cual señala que los pacientes acuden acompañados hasta en un 23,8 % de los casos a su cita médica, esta cifra es muy cercana a la encontrada en el presente estudio. Sin embargo, encontramos diferencia con lo reportado por *Rodríguez Gonzales y cols.*,⁹ quienes mencionan que hasta el 76,5 % de las consultas médicas se llevaban a cabo junto a un acompañante en el primer nivel de atención. A pesar de que el perfil de las poblaciones era similares, existieron diferencias, ya que la muestra de nuestro estudio fue mayor y pertenecían en su mayoría a personas sin seguridad social. Por otra parte, en la mayoría de los casos es la pareja quien acompaña a los pacientes, con mayor frecuencia la mujer, lo cual coincide con lo señalado por otros investigadores, donde ella es quien asume un rol protector y proporciona los cuidados necesarios para la salud.⁹⁻¹¹ Otro hallazgo referente al género femenino fue que, en su mayoría, es el sexo que solicita con mayor frecuencia consulta médica, tal y como lo reportan otros investigadores.¹²

La población consultó por motivos similares a lo reportado por otros autores, donde los problemas crónicos son cada vez más frecuentes.¹³ Un estudio llevado a cabo por *Muñoz y cols.*,¹⁴ exploró el significado simbólico de las enfermedades crónicas, encontrando que gran parte experimenta sensaciones como pérdida del bienestar, soporte social, miedo a la invalidez y a la muerte. Esto puede explicar el nivel de ansiedad presente en la población al momento del estudio. Si bien no se reportó diferencia entre el motivo de la consulta y la ansiedad del paciente, inferimos que el acto de acudir a consulta médica en el primer nivel de atención, brinda la oportunidad

a los pacientes y a sus acompañantes de resolver su angustia, ya que el acto de que el médico dé un informe de la salud del paciente es, por sí mismo, un momento terapéutico, logrando disminuir la angustia presente.¹⁵ Otros investigadores señalan que la prevalencia de ansiedad y depresión en pacientes hospitalizados es similar a la de sus acompañantes, y con los resultados de ésta investigación, agregaríamos que el nivel de ansiedad de estos es similar al observado en los pacientes que acuden a consultar en el primer nivel de atención.¹⁶ Por último, una gran cantidad de la población acudió a consulta porque se rebasó su límite de ansiedad o por una agenda oculta. Esto representa una oportunidad, ya que como lo señalan en diversas investigaciones llevadas a cabo en Unidades de Medicina Familiar, la atención primaria proporciona el escenario perfecto para que –desde una relación interpersonal– se resuelvan las angustias de los pacientes.^{2,17}

En conclusión, la principal fuente de ansiedad en las personas que acuden a la consulta con el Médico de Familia están relacionadas al temor de padecer una enfermedad grave. Tanto los pacientes como sus acompañantes presentan temores y niveles de ansiedad semejantes, antes y después de la consulta médica. Estos niveles de ansiedad y temores suelen disminuir posterior a la consulta, en el primer nivel de atención.

REFERENCIAS BIBLIOGRÁFICAS

1. Garza ET. Trabajo con familias: Aplicaciones. En: Garza ET. Trabajo con Familias. 2da. Ed. Monterrey: Editorial UANL; 2009. p. 55-62.
2. McWhinney IR. Beyond diagnosis: An approach to the integration of behavioral science and clinical medicine. *N Engl J of Med.* 1972;287:284-7.
3. González Menéndez R. La Psicología en el campo de la salud y la enfermedad. La Habana: Editorial Científico Técnico; 2004.
4. Garza ET. Trabajo con familias: Conceptos básicos de familia. En: Garza ET. Trabajo con Familias. 2da. ed Monterrey: Editorial UANL; 2009. p. 29-34.
5. De la Paz EC, Prego BC, Barzaga HE. Miedo y ansiedad a la anestesia en pacientes sometidos a cirugía. *Rev Mex Anest.* 2006;29(3):159-62.
6. Quiles MJ, Ortigosa J, Méndez FX, Pedroche S. The child surgery worries questionnaire adolescent form. *Psychology in Spain.* 2000;4:82-7.
7. Rojas-Carrasco KE. Validación del inventario de ansiedad rasgo-estado en padres con un hijo en terapia intensiva. *Rev Med Inst Mex Seg Soc.* 2010;48(5):491-6.
8. Castillo BJ, Schwartz CP, Pardo AJ, Ortega CA, Aguilar VC, Pedregal MG. El acompañante en la entrevista clínica: frecuencia y técnicas utilizadas. *Medicina de Familia.* 2003;2:136-8.
9. Rodríguez GA, Ramírez AJ, Santacruz BM, Hernández NM, Méndez EE, Guadalupe TM. Percepción médica sobre la influencia del acompañante en la consulta del primer nivel de atención. *Medicina Universitaria.* 2011;13(51):73-8.
10. Quero A. Los cuidados no profesionales en el hospital: La mujer cuidadora. *Enfermería Clínica.* 2003;13(6):348-56.

11. Glasser M, Prohaska T, Gravdal J. Elderly Patients and their Accompanying Caregivers on Medical Visits. *Research on Aging*. 2001;23:326-48.
12. Jimenez FR, Montijano AM, Herraiz CI, Zambrana JL. ¿Solicitan las mujeres más consultas al área médica que los hombres? *An Med Interna*. 2005;22:515-9.
13. Fernández C. Motivos de consulta en medicina familiar en el IMSS 1991-2002. *Rev Med IMSS*. 2003;41:441-8.
14. Muñoz LA, Price Y, Gambini L, Stefanelli MC. Significados simbólicos de los pacientes con enfermedades crónicas. *Rev Esc Enferm USP*. 2003;37(4):77-84.
15. Waitzkin H, Stoeckle JD. Comunicación de información acerca de la enfermedad. Consideraciones clínicas, sociológicas, metodológicas. *Actual Psicol*. 1980;2(2):3-59.
16. Esquivel MC, Buendia CF, Villa HF, Ontiveros MR, Velasco RV, Martínez MJ. Ansiedad y depresión en familiares de pacientes hospitalizados. *Med Int Mex*. 2007;23(6):512-6.
17. Guzman MA, Ramos CL, Castañeda SO, Del Castillo SD, Gomez AA. Satisfacción de los usuarios de una unidad de medicina familiar. *Rev Med Inst Mex Seguro Soc*. 2006;44(1):29-45.

Recibido: 5 de marzo de 2014.

Aprobado: 10 de julio de 2014.

Manuel Alberto Avilés Cura. Especialista en Medicina Familiar. Departamento de Medicina Familiar del Hospital Universitario "Dr. José Eleuterio González". Universidad Autónoma de Nuevo León (UANL).
Correo electrónico: mavilesc@hotmail.com