

11209

2 y 23

**UNIVERSIDAD NACIONAL AUTONOMA DE MEXICO**

**FACULTAD DE MEDICINA**

**División de Estudios de Posgrado**

**Hospital General del Centro Médico Nacional**

**Instituto Mexicano del Seguro Social**



**“ANSIEDAD EN EL PACIENTE QUIRURGICO”**

**T E S I S**

Para obtener la Especialidad de

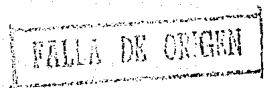
**CIRUGIA GENERAL**

presenta

**IRMA SANCHEZ MONTES**

**MEXICO, D. F.**

**1983**





Universidad Nacional  
Autónoma de México



**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.

## I N D I C E

	Págs.
INTRODUCCION	1
ANTECEDENTES HISTORICOS	4
GENERALIDADES	8
OBJETIVOS	18
MATERIAL Y METODO	19
ANALISIS Y DISCUSION DE LOS RESULTADOS	25
CONCLUSIONES	37
RESUMEN	39
ANEXOS	41
BIBLIOGRAFIA	48

## INTRODUCCION

Desde la aparición del hombre, como tal, en la tierra éste ha sufrido del desequilibrio ecológico, manifestándose como enfermedad y se ha tratado de curar, para seguir viviendo y poder expresarse en los diferentes campos como: pintura, astrología, canto y otros.

La evolución a través de la historia ha sido lenta y paulatina en las áreas de la ciencia, pero en el presente siglo ha sido vertiginosa, con los descubrimientos en física, química, energía solar: gracias a la tecnología aplicada en muchos otros campos de la ciencia. Los adelantos de ésta han permitido al hombre tener más y mejor conocimiento de él en el campo de la mente y del cuerpo, esto lo ha condicionado a vivir más cómodamente, disminuir su esfuerzo físico para cubrir sus necesidades básicas, disfrutar de múltiples diversiones, gozar de música electrónica y otras.

Pero el precio que debe pagar a cambio de estos adelantos es muy elevado. En las grandes ciudades esto se hace patente y el hombre percibe que es un tornillo de una gigantesca máquina, pierde su identidad y es reconocido solamente como un número en el trabajo, el comedor, la cuenta de cheques, el expediente médicos, y otros.

Dentro del campo de la medicina los avances han sido increíbles en anestesia, ultrasonografía, inmunología, nutrición parenteral, terapia intensiva y otras, - que en forma multidisciplinaria han permitido logros importantes en la cirugía para poder realizar intervenciones altamente especializadas, con una baja morbi-mortalidad; pero aún quedan múltiples problemas por resolver, - uno de ellos, es la investigación en aspectos psicológicos del paciente candidato a estas intervenciones.

La estructura mental del médico de nuestros días resultado del proceso educativo al que se somete desde, los niveles de educación superior que incluyen la profesional y especialización y esto ha provocado que la amplia gama de conocimientos técnicos y científicos desplaze uno de los aspectos fundamentales de la relación médico-paciente, que es el contacto profundo que establece vínculos fuertes, que permite sentir apoyo en su médico en quién está confiando su salud y no pocas ocasiones su vida.

Es dentro de este aspecto de la relación médico-paciente donde cabe la exploración desde el punto de vista psicológico, que permita determinar el comportamiento del paciente ante su enfermedad y específicamente ante - la cirugía. El acto quirúrgico es interpretado por él -

como un "ir en contra" de su integridad física. ¿Nos preguntamos que sucede con su integridad mental?.

Esta pregunta es, en cierta forma, la justificación de nuestra tesis, que limita solo a un parámetro: "la medición de la ansiedad del paciente". El medir su ansiedad nos permitirá establecer medidas correctivas -- y/o de apoyo, mismas que redundarán en beneficio del médico, en este caso el cirujano, para mejorar su relación con el paciente y su propio desarrollo profesional.

Hay que recordar que el trabajo debe ser interdisciplinario y que los profesionistas: psicólogos, psiquiatras y trabajadoras sociales deben brindar la terapia específica y subrayar que el anesthesiólogo, intensivista y personal paramédico (enfermeras), deben dar apoyo para el bienestar físico y mental del paciente.

Si el esfuerzo, aquí manifiesto, logra una modificación de la conducta actual de los cirujanos y de todos los profesionistas, en general, que rodean a una persona enferma, considero que se habrán alcanzado los objetivos.

"No hay enfermedades sino enfermos"

CLAUDE BERNARD

## ANTECEDENTES HISTORICOS

En cualquier rama del conocimiento, el estudio del proceso que conduce a los conceptos y a los métodos actuales tiene la virtud de ampliar la perspectiva individual, enriqueciéndola con la experiencia de los predecesores.<sup>4</sup>

Una revisión histórica de la ansiedad es imperiosa, para conocer su evolución hasta la actualidad.

El concepto de ansiedad es tan viejo como la humanidad. Quizá el primer reconocimiento de la importancia de la ansiedad, como una determinante del conocimiento, se encuentra en un tratado del filósofo árabe Alá -- Ibn Hazim de Córdoba, en el cual propone la universalidad de la ansiedad como una condición básica de la existencia humana y motivador primario de cuanto hacemos.<sup>18</sup>

Freud fue el primero en formular la teoría acerca de la angustia en 1895-1900. Para él, la angustia es energía sexual no elaborada a la que se rehusa la posibilidad de cierta elaboración y que se descarga de manera más o menos anárquica, o sea como si la libido insatisfecha se transformara directamente en angustia. La segunda teoría de Freud en 1920 aparece en el texto "El --

Problema de la Angustia", en el que desarrolla una nueva teoría, que no contradice a la anterior, pero la reduce a un caso especial tan sólo. La angustia, se origina en la incapacidad del niño para dominar las excitaciones. La mente del niño está inevitablemente expuesta a estímulos poderosos que trascienden su capacidad para competir con ellos. Estas experiencias traumáticas crean en el niño el sentimiento de impotencia desesperada. Este es el sentimiento doloroso, de la "angustia primaria". La primera experiencia de este tipo es el trauma del nacimiento: en él desempeñan un papel decisivo: la acción acelerada del corazón y de los pulmones, características principales de la angustia. Más tarde, la separación de la madre produce angustia; durante la etapa fálica, el miedo a la castración; en el período de latencia, el miedo al super-yo. La angustia es signo de debilidad del yo. Cuando el yo experimenta fuertes presiones procedentes de la realidad externa, produce una "angustia de la realidad", cuando el yo es presionado por el super-yo que crea sentimientos de culpa e inferioridad, aparece la "angustia moral". Cuando las presiones del ello amenazan con perturbar el yo, se establece una "angustia neurótica".<sup>10, 11, 15, 16, 20</sup>

Rank divulgó el concepto de trauma del nacimiento o ansiedad sobre la fantasía de separación de la propia



madre.<sup>16</sup>

Sullivan subrayó el vínculo emocional entre la madre y el niño. La ansiedad de la madre se transmite al niño, que vuelve a transmitir su ansiedad a la madre. La ansiedad aparece siempre que el niño nota la desaprobación de su madre, ya que aprende que su bienestar o malestar dependen de ella.<sup>10</sup>

Adler consideraba la ansiedad como temor a una amenaza al modo de vida de una persona, mientras que Horney la consideraba como una consecuencia de una amenaza a la autoimagen de la persona. Horney y otros subrayaron el conflicto como el origen de la ansiedad, como por ejemplo un conflicto entre las necesidades de dependencia y los impulsos hostiles hacia uno de los padres.<sup>10</sup>

Masserman y Fromm subrayaron las ansiedades existenciales: miedo a la muerte, al daño físico, a la soledad, a la insignificancia relativa. Masserman señala que no es necesario que el conflicto esté basado en el miedo; pautas positivas dirigidas hacia una finalidad, pero que se excluyen mutuamente pueden ser casi tan importantes como conflictos basados en el miedo.<sup>10, 16</sup>

Rado consideró los términos de miedo y ansiedad -

como sinónimos. El niño nace con cierto equipo emocional de emergencia que comprende el miedo y la rabia. Enfatizó el efecto del desarrollo de la conciencia sobre el miedo culpable, la más importante de las emociones de emergencia. En su opinión, el medio culpable es la causa primaria de la mayor parte de disfunciones de la conducta.<sup>10</sup>

## GENERALIDADES

Definición: La ansiedad es un fenómeno humano, -- crítico, universal<sup>8</sup>. Es la reacción a una fuente interna (rasgo), que amenaza la integridad del individuo y está relacionada con sus vivencias y con una fuente externa (estado), que ocurre en un tiempo determinado, esta ansiedad se presenta como una señal de alarma ante un peligro.<sup>2, 3, 10, 17</sup>

Características: Es un sentimiento de temor difuso, muchas veces vago acompañado de una o más sensaciones corporales recurrentes. Es una señal de alerta que advierte un peligro amenazante y permite a la persona -- que tome medidas para enfrentarse con la amenaza. El -- miedo, señal parecida de alerta se distingue normalmente de la ansiedad. En el miedo, la amenaza es reconocida -- como externa, inmediatamente definida y de origen no conflictivo. En la ansiedad la amenaza es desconocida, interna, futura, vaga y de origen conflictivo. Psicofisiológicamente, los síntomas de ansiedad y de miedo son -- iguales. Psicológicamente, la diferencia estriba en el grado en que la persona está consciente del objeto de -- sus temores.<sup>10, 2, 16</sup>

La ansiedad va asociada normalmente al crecimiento, al cambio, al hecho de experimentar algo nuevo y desconocido, de encontrar la propia identidad y significado de la vida. La ansiedad patológica es una respuesta inadecuada a un estímulo dado ya sea en virtud de su intensidad o de su duración. En general la ansiedad conduce a la acción destinada a hacer desaparecer o reducir la amenaza.<sup>15, 18</sup>

Niveles de Ansiedad: Los niveles son tres, neuroendocrino, visceromotor y del conocimiento consciente. El sujeto es consciente de un sentimiento desagradable y raramente de intenso malestar, pero en general no conoce la causa de la ansiedad. El sentimiento desagradable -- tiene dos componentes: la consciencia de las sensaciones fisiológicas y el sentir que se está nervioso o asustado.<sup>10</sup>

Cannon (1920) y Seyle (1930), fueron los primeros en estudiar las reacciones fisiológicas que resultan de la exposición a estímulos nocivos, a través de la activación del "eje hipotálamo-pituitario-adrenocorticoide".<sup>18</sup>

Bioquímicamente existe una producción excesiva de lactato de calcio, que resulta de la producción aumenta-

da de adrenalina. Esta sensibilidad va asociada con la producción crónica de adrenalina, la hiperactividad del sistema nervioso central, o un defecto en el metabolismo que resulta de la producción excesiva de lactato, o un defecto en el metabolismo del calcio o una combinación de alguna de estas situaciones (teoría de Pitts).

Clinicamente se manifiestan los síntomas de ansiedad por la descarga masiva o fraccionada del sistema nervioso autónomo (predominio simpático) con: taquicardia, arritmia, disnea, náuseas, diarrea, sensación vertiginosa subjetiva, sentimiento de irritabilidad.<sup>3, 4, 15, 18</sup>

Técnicas de Medición de Ansiedad: Existen diferentes técnicas para medir el grado de ansiedad, varían mucho y ninguna se considera hasta la actualidad como definitiva, hay dos clases de medicas.

a) Instrumentos de medición fisiológica

b) Instrumentos de medición psicológica

a) Las técnicas de medición fisiológica tienen como parámetros: la tensión arterial, la frecuencia cardíaca y respiratoria, la respuesta galvánica de la piel. - Con estos signos se detectan los síntomas de ansiedad en

forma subjetiva, pero la desventaja estriba en un equipo costoso, procedimientos analíticos complejos, son pruebas individuales, poco confiables, y se alteran por enfermedades concomitantes y no miden el grado de intensidad de la ansiedad.<sup>3, 4, 10</sup>

b) Los instrumentos de medición psicológica, se iniciaron con Taylor en los años cincuentas. Para su medición existen dos corrientes: la primera consta de pruebas proyectivas que miden la ansiedad con otros factores de la personalidad; la segunda se basa en las escalas o cuestionarios para la valoración directa de la ansiedad.<sup>3, 20</sup>

De las pruebas proyectivas tenemos las manchas de tinta de Holtzman (HIT), T.A.T., Frases Incompletas y otras. Son adecuadas porque el sujeto examinado ignora el objetivo de la prueba y se libera de sus presiones, pero las desventajas son que deben ser aplicadas por un psicólogo avezado en éstas y es más difícil establecer niveles de significancia estadística respecto a su validez para medir la ansiedad.<sup>20</sup>

De la segunda corriente Taylor en el año de 1953 introdujo la "Taylor's Manifest Anxiety Scale" (TMAS), el objetivo de este inventario es medir el estado de an-

siedad, consta de 50 preguntas y mide 5 factores: 1) conocimiento de sí mismo, 2) sudoración, 3) insomnio, ---  
4) sentimientos de inadaptación insuperables, y 5) fatiga.<sup>10</sup>

El I.P.A.T. de R.B. Catell mide los rasgos de la personalidad, consta de 40 reactivos, se aplica en forma individual o en grupo, no tiene tiempo fijo para su aplicación.<sup>3, 10</sup>

El "Freedman Manifest Anxiety Test" mide la estructura nuclear de la ansiedad, su neurosis e implicaciones psicossomáticas.<sup>3,4</sup>

El "S-R Inventory of Anxiousness de Perkins" mide la inclinación a la ansiedad.

El "Multiple Affect Adjective Check List" (MAACL) de Zuckermann y otros, clasifican los estados afectivos: consta de 3 dimensiones: ansiedad, hostilidad y depresión. Mide rasgo y estado de ansiedad.<sup>3, 20</sup>

The Children's Manifest Anxiety Scale tiene como objetivo medir la ansiedad en el niño.<sup>13</sup>

Charles D. Spielberger y R.L. Gorsuch en 1964 en

la Universidad de Vanderbilt introdujeron el "State ---- Trait-Anxiety Inventory" (STAI), este inventario se desarrolló como un instrumento de investigación para la autoevaluación que pudiera medir la ansiedad estado y la ansiedad rasgo en adultos normales. Se fue perfeccionando hasta quedar constituido en 1969, como en la actualidad se conoce. El Dr. Rogelio Díaz Guerrero y más de una docena de psicólogos latinoamericanos (1975), tradujeron - al español el inventario y han realizado varios estudios de validez del test en Español, así como comparaciones - de calificaciones en Inglés y Español en sujetos bilingües. Este inventario en Español se conoce como el --- IDARE.<sup>9, 17</sup> Este consta de dos escalas de 20 items. Es una prueba de fácil aplicación y entendimiento, sin un - entrenamiento especializado, accesible a los sujetos de nivel cultural bajo.

El Inventario de Ansiedad Rasgo-Estado consta de dos escalas separadas de autoevaluación. La escala --- A-Rasgo tiene 20 afirmaciones en la que se pide a los sujetos describan como se sienten generalmente. La escala A-Estado también consta de 20 items, pero las instrucciones requieren que los sujetos indiquen cómo se sienten - en un momento dado.<sup>17</sup>

La Ansiedad-Estado (A-Estado) se conceptualiza co



mo una condición o estado emocional transitorio del organismo humano, caracterizado por sentimientos de tensión y de aprensión subjetivos conscientemente percibidos, y por un aumento de la actividad del sistema autónomo. Los resultados de ansiedad pueden variar de intensidad y --- fluctuar a través del tiempo.

La Ansiedad-Rasgo (A-Rasgo), se refiere a las diferencias individuales, relativamente estables, en la -- propensión a la ansiedad, es decir, a las diferencias entre las personas en la tendencia a responder a situaciones percibidas como amenazantes con elevación de la - A-Estado.<sup>17</sup>

El IDARE está diseñado para ser autoadministrable y puede ser aplicado ya sea individualmente o en grupo. Las instrucciones completas están impresas en el protocolo de ambas escalas. El inventario no tiene límite de - tiempo, pero por lo general se hace en un período de 10 a 20 minutos, dependiendo del nivel cultural. Se aplica - primero la escala A-Estado y enseguida la escala A-Rasgo, este es el orden cuando se aplican ambas escalas.

Se puede utilizar para detectar toda reacción ansiosa antes y después de una consulta médica, antes y -- después de someter a un paciente a una intervención qui-

rúrgica y al personal administrativo en situaciones difíciles.<sup>17</sup>

La dispersión de posibles puntuaciones para el --IDARE varía desde una puntuación mínima de 20 hasta una máxima de 80, en ambas escalas. Los sujetos responden a cada uno de los reactivos, valorándose ellos mismos en una escala de cuatro puntos. Las cuatro categorías para la escala A-Estado son: 1) No en lo absoluto, 2) Un poco, 3) Bastante y 4) Mucho. Las categorías para la escala A-Rasgo: 1) Casi nunca, 2) Algunas veces, 3) Frecuentemente y 4) Casi siempre (Anexo 1).

La escala A-Estado está balanceada mediante 10 --reactivos con calificación directa y 10 reactivos con calificación invertida. Los reactivos directos expresan la ansiedad directa, la emoción negativa, emoción de temor directamente. Los reactivos invertidos expresan que tan tranquilos o que tan agradablemente se sienten.<sup>9, 17</sup>

La escala A-Rasgos tiene siete reactivos invertidos y 13 reactivos de calificación directa. Los reactivos invertidos de las escalas son los siguientes:

Escala A-Estado: 1, 2, 5, 8, 10, 11, 15, 16, 19 y 20.

Escala A-Rasgo: 1, 6, 7, 10, 15, 16 y 19.

Hay plantillas para la calificación manual de las escalas A-Rasgo y A-Estado del IDARE (Anexo 2). Si un sujeto emite uno o dos reactivos en cualesquiera de las escalas, la calificación prorrateada de toda la escala puede ser obtenida a través del siguiente procedimiento: 1) Determinése la calificación media para los reactivos a los cuales el sujeto ha respondido. 2) Multiplíquese ese valor por veinte, y 3) Ajuste el producto al número entero inmediato superior que corresponda. Sin embargo, si 3 ó más reactivos son omitidos la validez de la escala debe considerarse dudosa.<sup>17</sup>

Para calificar el inventario, las claves de los reactivos directos e inversos deberán estar separadas y pueden calcularse en la siguiente forma.<sup>17</sup>

	ESTADO	RASGO
1) Determinése la suma de las calificaciones pesadas para los reactivos directos.	+	+
2) Réstese la suma de las calificaciones pesadas para los reactivos inversos.	-	-
3) Añádase la constante	+50	+35
4) Los totales de las operaciones anteriores, nos dan las calificaciones de las escalas A-Estado y A-Rasgo.		

Descripción de un servicio de Cirugía General: Es  
tá constituido por diversas subespecialidades quirúrgi--  
cas como: angiología, urología, proctología, cirugía gas  
troenterológica y otras. En cada una de estas se inter-  
vienen a los pacientes en forma electiva o programada, -  
internándose un día antes de la cirugía para su prepara--  
ción preanestésica. La cirugía puede ser de urgencia --  
por un cuadro agudo y el paciente se ingresa a través -  
del servicio de Urgencias. El tiempo de hospitalización  
depende de la cirugía efectuada, pero el promedio es de  
2 a 6 días, en intervenciones no complicadas. Los pacien  
tes por lo general son jóvenes entre la 3a. y 5a. década  
de la vida, sin padecimientos crónicos asociados.

Descripción de un servicio de Medicina Interna: -  
Está constituido por las subespecialidades médicas de --  
cardiología, neumología, reumatología, endocrinología, -  
ematología y otras. La hospitalización de los pacien--  
tes se debe a la agudización o descompensación de su en-  
fermedad crónica, por lo que ya han tenido varios inter-  
venciones previas. El tiempo de permanencia hospitala--  
ria es prolongada con un rango de 8 a 16 días.

## OBJETIVOS

Analizar la respuesta del paciente al enfrentarse a una situación que rompe su integridad emocional como - lo es una intervención quirúrgica, a través de la ANSIEDAD.

Analizar el grado de intensidad de la ansiedad -- por medio del Inventario de Ansiedad Rasgo-Estado (IDARE).

Analizar la respuesta de la ansiedad en los pacientes quirúrgicos en el preoperatorio y en el postoperatorio.

Analizar la respuesta del grado de ansiedad entre los pacientes quirúrgicos y los pacientes hospitalizados en el servicio de Medicina Interna.

Analizar la respuesta de los pacientes quirúrgi--cos y cómo influye sobre ellos el medio ambiente.

## MATERIAL Y METODO

Sujetos. En la presente investigación se formaron cuatro grupos seleccionados en los hospitales del Instituto Mexicano del Seguro Social (I.M.S.S.). (Anexos 3, 4, 5.)

El primer grupo lo integraron 30 pacientes, los que se intervinieron quirúrgicamente en forma electiva o de urgencia. En base a la frecuencia de su presentación en Cirugía General, como se observa en la tabla I.

<u>Padecimiento</u>	<u>Técnica Quirúrgica</u>	<u>Núm. de casos</u>	<u>%</u>
Apendicitis Aguda	Apendicectomía	10	33.3
Colecistitis Aguda (U)	Colecistectomía	10	33.3
Varices (E)	Safenectomía	4	13.3
Hemorroides (E)	Hemorroidectomía	3	10.0
Hernia inguinal (E)	Plastía Inguinal	3	10.0
<u>TOTAL</u>		<u>30</u>	<u>100.0</u>

TABLA I. Intervenciones más frecuentes en Cirugía General.

(E)= Cirugía Electiva

(U)= Cirugía de Urgencia

La edad varió en un rango de 18 a 65 años con una media de-

34.2; en ambos sexos, 13 hombres y 17 mujeres. De este grupo el 66.6% (20), lo constituyó la cirugía de urgencia; en el 33.3% (10) de estos. La patología fue una -- apendicitis aguda y se sometieron a apendicectomía. El -- otro 33.3% (10) de los pacientes presentaron colecistitis aguda en sus diferentes etapas evolutivas de hidrocolecisto y piocolecisto, practicandoles colecistectomía. En el 33.3% (10) restante lo formó la cirugía electiva, con un 13.3% (4) por varices de miembros inferiores efectuándose safenectomía; en el 10% (3) presentaron hemorroides efectuando hemorroidectomía y en el 10% (3) con hernia inguinal practicándose plastia inguinal.

Para la aplicación de la prueba psicológica se -- tomó como base los criterios de C.D. Spielberger et, al. (1973) refinados por Auerbach: a) edad menor de 65 años, b) sin antecedentes de cirugía dos años previa a la --- actual, c) excluía cirugía mutilante; así como con daño -- cerebral, cáncer, alteraciones psiquiátricas, enfermedades de la colágena y diabetes mellitus.

El segundo grupo se formó con 30 pacientes hospitalizados en Medicina Interna, en las diferentes subespecialidades. como se observa en la tabla II.

ESPECIALIDAD	NOM. DE CASOS	%
Cardiología	7	23.3
Hematología	7	23.3
Neumología	6	20.0
Reumatología	4	13.3
Endocrinología	3	10.0
Gastroenterología	3	10.0
TOTAL	30	100.0

TABLA II. Grupo de los pacientes de Medicina Interna.

La edad varió en un rango de 23 a 53 años, con una media de 35.4; en ambos sexos 14 hombres y 16 mujeres. Estos pacientes cursaban con enfermedades crónicas y tenían internamientos previos. Se encontraban clínicamente estables. Predominaron los pacientes de cardiología (7), -- 23.3% con padecimientos tales como cardiopatía isquémica miocardiopatía, tromboembolia pulmonar, cardiopatía reumática inactiva. Los pacientes de hematología lo constituyeron el 23.3% siendo las principales entidades: hipoplasia medular, leucemia granulocítica crónica, hemofilia clásica. Los pacientes de neumología (6), 20% estuvieron integrados por patología como asma bronquial, tuberculosis pulmonar. Los pacientes de reumatología con el 13.3% estuvo integrado por lupus eritematoso sistémi-



co. De los pacientes de endocrinología (3), 10% lo constituyeron diabéticos y obesos. Por último los pacientes de gastroenterología (3) 10% estuvieron integrados por -patología como hepatitis crónica activa, y cirrosis hepática. Se seleccionaron con los siguientes criterios para la aplicación de la prueba psicológica: a) ambos sexos, b) edad menor de 65 años, c) sin padecimientos psiquiátricos y d) no amputados.

El tercer y cuarto grupos lo integraron los amigos que visitaban a los pacientes hospitalizados tanto en Cirugía General como en Medicina Interna . Cada grupo estuvo formado por 15 sujetos.

Para el grupo de los amigos de los pacientes quirúrgicos el rango de edad varió de 20 a 53 años, con una media de 31.2, en cuanto a sexo estuvo formado por 10 mujeres y 5 hombres.

Para el grupo de los amigos de los pacientes de Medicina Interna el rango de edad varió de 20 a 45 años, con una media de 32.7, estuvo formado por 7 mujeres y 8 hombres.

Se tomaron en cuenta dos criterios para aplicar la prueba psicológica ; a) edad menor de 65 años y b) am

bos sexos.

Procedimiento. Al primer grupo ó sea el quirúrgico se le aplicó la prueba en el preoperatorio, en las salas de urgencia de los diferentes hospitales, cuando la cirugía fué de urgencia como en los casos de apendicitis aguda, y colecistitis aguda. El test fué aplicado por los médicos residentes de la especialidad de Cirugía General, con las instrucciones del Manual del IDARE. A los pacientes que se sometieron a cirugía electiva, se les aplicó la prueba un día antes de la intervención en la sala donde se encontraban hospitalizados. Tanto a los pacientes intervenidos quirúrgicamente de urgencia ó en forma electiva se les aplicó el retest a las 24 ó 48 horas del postoperatorio de acuerdo con la cirugía. El lapso para reunir este grupo fué de tres meses.

Al segundo grupo el de Medicina Interna, la autora aplicó en forma personal, el test completo, en las salas de hospitalización.

Los sujetos que integraron el tercer y cuarto grupos, la autora aplicó el test, a los amigos, cuando se encontraban de visita en las salas de hospitalización, o en las de recibimiento. (tabla III)

GRUPO	TEST	RETEST
Quirúrgico	+	+
Medicina Interna	+	
Amigos de los pacientes	+	
Quirúrgicos		
Amigos de los pacientes	+	
de Medicina Interna		

TABLA III. Aplicación del IDARE a los grupos de la investigación

TEST = Prueba psicológica

RETEST = Prueba psicológica que se aplica por segunda vez al mismo sujeto.

## ANÁLISIS Y DISCUSIÓN DE LOS RESULTADOS

En este estudio se trató de analizar hasta que punto difieren los pacientes quirúrgicos y los pacientes de medicina interna, de los grupos control (amigos de estos), en cuanto al grado de ansiedad, al ser expuestos a una emoción negativa, como lo es de estar hospitalizado para un acto quirúrgico ó por descompensación o agudización de una enfermedad crónica.

Al aplicar la prueba del IDARE a los sujetos, presentaron síntomas ansiosos manifestados por diaforesis y nerviosismo. La comprensión de los ítems fué difícil por el nivel sociocultural, ya que en el 42.4% cursaron sólo la instrucción primaria (tabla IV). A pesar de que Díaz-Guerrero y Spielberger (1975), argumentan que es fácil la comprensión para sujetos con una preparación de 5o y 6o de primaria. En estos grupos los reactivos en la escala A-Estado, difíciles de comprender, fueron los siguientes: 3, 14, 16, 18 y en la escala A-Rasgo 34 y 35.

Al aplicar el test a los pacientes en el preoperatorio, en los casos de cirugía de urgencia, fue difícil, hasta que se lograba tener una adecuada relación médico-paciente, pues los sujetos se encontraban en con

diciones generales malas, manifestadas por dolor, -- hipertemia, emesis, y sepsis.

VARIABLE	Gpo. "Q" N = 30	Gpo. "M.I." N = 30	Gpo. "A.Q." N = 15	Gpo. "A.M.I." N = 15
ESCOLARIDAD	%	%	%	%
Primaria	56.6	46.6	6.6	60.0
Secundaria	23.3	26.6	26.6	0.0
Comercio	3.3	13.3	26.6	13.3
Normal	3.3	3.3	0.0	6.6
Preparatoria	10.0	3.3	13.3	0.0
Profesional	3.3	6.6	26.6	20.0

TABLA IV. Escolaridad de los grupos de investigación.

Gpo. "Q" = Grupo Quirúrgico

Gpo. "M.I." = Grupo de Medicina Interna

Gpo. "A.Q." = Grupo de los amigos de los pacientes quirúrgicos

Gpo. "A.M.I." = Grupo de los amigos de los pacientes de medicina-interna.

Se analizaron los resultados de la escala A-Estado desglosada en los reactivos directos, inversos y en el total de la calificación; en la misma forma la A-Rasgo. En la tabla V se muestra los resultados en forma global.

GRUPOS	A-Estado			A-Rango		
	DIRECTO	INVERSO	TOTAL	DIRECTO	INVERSO	TOTAL
Gpo. "Q" en Preop.						
Media	22.36	30.46	41.70	26.46	15.46	45.53
S.D.	±6.63	±5.63	±4.17	±8.03	±3.79	±6.44
Gpo. "Q" en Postop.						
Media	17.13	24.36	42.16	25.23	14.50	45.83
S.D.	±4.94	±6.33	±3.58	±6.99	±4.52	±5.26
Gpo. "M.I."						
Media	17.80	23.53	43.96	30.96	14.50	51.16
S.D.	±5.80	±6.20	±6.01	±7.22	±4.42	±6.94
Gpo. "A.Q."						
Media	15.86	25.53	40.40	23.00	13.13	44.73
S.D.	±5.70	±6.87	±5.72	±6.16	±4.70	±5.53
Gpo. "A.M.I."						
Media	19.86	25.53	44.40	27.40	14.80	47.60
S.D.	±7.04	±5.33	±5.71	±8.13	±5.38	±5.75

TABLA V. RESULTADOS DEL I.D.A.R.E EN LOS GRUPOS DE INVESTIGACION

Al aplicarles el test-retest para la A-Estado a los pacientes que se sometían a un acto quirúrgico, se observó que los reactivos directos en el preoperatorio tuvieron una media de 22.36 en comparación con un --- descenso de la media en el postoperatorio hasta 17.13 y con una p significativa  $< 0.01$  por "t" de student. Estos resultados indicaron que los pacientes se encontraban más ansiosos antes de la cirugía y que esto se manifestó solo en la ansiedad directa.

Ahora bien, cuando se cotejaron los resultados de los items inversos se observó que hubo descenso del preoperatorio con una media de 30.46 y en el retest la media fue de 24.36 y una p significativa  $< 0.02$ . Esto nos informa que los pacientes estaban menos tranquilos o contentos en el postoperatorio. La explicación parcial de este hecho es que el sujeto experimentó una --- agresión física y emocional como lo es el ser operado. Así, en el total de la calificación para la A-Estado no existió diferencia en ninguno de sus reactivos: en la calificación total en el test-retest, ya que se supone que es un rasgo estable de la personalidad (tabla VI).

GRUPO	A-ESTADO			A-RASGO		
	Directo	Inverso	Total	Directo	Inverso	Total
Gpo. "Q" en Preoperatorio						
Media	22.36	30.46	41.70	26.46	15.46	45.53
S.D.	$\pm 6.63$	$\pm 5.63$	$\pm 4.17$	$\pm 8.03$	$\pm 3.79$	$\pm 6.44$
Gpo. "Q" en Postoperatorio						
Media	17.13	24.36	42.16	25.23	14.50	45.83
S.D.	$\pm 4.94$	$\pm 6.33$	$\pm 3.58$	$\pm 6.99$	$\pm 4.52$	$\pm 5.26$

TABLA VI. Comparación del paciente quirúrgico en el preoperatorio y el postoperatorio.

Cuando se analizaron los resultados obtenidos - al comparar la A-Estado de los pacientes quirúrgicos en el preoperatorio, con los pacientes de medicina interna, se demostró que el paciente quirúrgico tiene mayor grado de ansiedad directa, teniendo una media para los pacientes en el preoperatorio de 22.36, en comparación con los de medicina interna de 17.80 siendo significativa - la  $p < 0.01$ . Se interpretó este hecho pensando que el paciente que se somete a cirugía está más críticamente ansioso que el que está hospitalizado. Sucede lo mismo con la ansiedad indirecta. Así, los pacientes en el preoperatorio obtuvieron una media de 30.46 y los pacientes de medicina interna de 24.36, siendo significa-



tiva la  $p < 0.01$ . Con estos resultados se interpretó -- que los pacientes en el preoperatorio están más conten-- tos y tranquilos, y por esto no existe diferencia en la calificación total. Respecto a la A-Rasgo, los items -- directos en el grupo de pacientes en el preoperatorio ob-- tuvieron una media de 26.46, en comparación con los pa-- cientes de medicina interna con 30.66, siendo la  $p$  signi-- ficativa  $< 0.05$ ; no habiendo diferencia estadística en -- los reactivos inversos, pero sí en la calificación total para el primer grupo con una media de 45.53 y los pacien-- tes de medicina interna de 51.16 teniendo una  $p < 0.01$ . Se piensa que estos resultados se debieron a que los pa-- cientes de medicina interna padecían de mayor grado de -- ansiedad en forma permanente, como consecuencia de su pa-- decimiento crónico, manifestándose como rasgo de la per-- sonalidad, es decir un rasgo estable (tabla VII).

GRUPO	A-ESTADO			A-RASGO		
	Directo	Inverso	Total	Directo	Inverso	Total
Gpo. "Q" en Preoperatorio						
Media	22.36	30.46	41.70	26.46	15.46	45.53
S.D.	±6.63	±5.63	±41.7	±8.03	±3.79	±6.44
Gpo. "M.I."						
Media	17.80	23.53	43.96	30.66	14.50	51.16
S.D.	±5.80	±6.20	±6.01	±7.22	±4.42	±6.94

TABLA VII. Comparación entre los pacientes quirúrgicos en el preop-- ratorio y los pacientes de medicina interna

Ahora bién, cuando se analizaron los resultados - de los pacientes quirúrgicos en el postoperatorio, en -- comparación con los pacientes de medicina interna, en la A-Estado no existió diferencia, lo que probablemente se debió a que el paciente operado ya pasó el momento de mayor ansiedad por el trauma quirúrgico, y en el postoperatorio mostró ansiedad igual que la de los pacientes hospitalizados. Para la A-Rasgo sí hubo diferencia, ya que los pacientes de medicina interna, en forma permanente - estaban más ansiosos, como se demostró con anterioridad, teniendo una p significativa  $< 0.01$ , para los reactivos directos y el total de la escala (tabla VIII).

GRUPO	A-ESTADO			A-RASGO		
	Directo	Inverso	Total	Directo	Inverso	Total
Gpo. "Q" en Postoperatorio						
Media	17.13	24.36	42.16	25.23	14.50	45.83
S.D.	±4.94	±6.33	±3.58	±6.99	±4.52	±5.26
Grupo "M.I."						
Media	17.80	23.53	43.96	30.66	14.50	51.16
S.D.	±5.80	±6.20	±6.01	±7.22	±4.42	±6.94

Tabla VIII. Comparación entre los pacientes quirúrgicos en el postoperatorio y los pacientes de medicina interna.

Al revisar los resultados obtenidos de los pacientes en el preoperatorio con respecto a los amigos que los visitaban, para la escala A-Estado, en los reactivos directos la media para los pacientes quirúrgicos fue de 22.36 en comparación con la de sus amigos de 15.86, siendo significativa la  $p < 0.01$ ; con lo que se demostró que el sujeto que se somete a cirugía tiene mayor grado de ansiedad que el sujeto "normal". Para la ansiedad indirecta existió diferencia para los pacientes quirúrgicos que tuvieron una media de 30.46, y para sus amigos una media de 25.53, siendo significativa la  $p < 0.01$ . Estos resultados mostraron que el paciente en el preoperatorio estaba más tranquilo. Pensamos que esto es debido al apoyo de sus amigos al brindarles optimismo y tranquilidad, teniendo un efecto psicoterapéutico, pero que no fue suficiente, ya que el paciente quirúrgico continuó con mayor grado de ansiedad por ser intervenido, manifestándose en la ansiedad directa. Para disminuir esta ansiedad es necesario el trabajo multidisciplinario y apoyarse en un profesional capacitado, como lo es el psicólogo, para enseñar al paciente técnicas de relajación anti-ansiosas. En cuanto a la escala A-Rasgo no hubo diferencias, ya que era esperado por ser una característica estable de la personalidad (tabla IX).

GRUPO	A-ESTADO			A-RASGO		
	Directo	Inverso	Total	Directo	Inverso	Total
Gpo. "A" en Preoperatorio						
Media	22.36	30.46	41.70	26.46	15.46	45.53
S.D.	±6.63	±5.63	±4.17	±8.03	±3.79	±6.44
Grupo "A.Q."						
Media	15.86	25.53	40.40	23.00	13.13	44.73
S.D.	±5.70	±6.87	±5.72	±6.16	±4.70	±5.53

TABLA IX. Comparación entre los pacientes quirúrgicos en el postoperatorio y sus amigos.

Ahora al cotejar los resultados de los pacientes en el postoperatorio y sus amigos que los visitaban en las dos escalas A-Estado y A-Rasgo, no existió diferencia estadística, ya que el paciente pasó el momento crítico de mayor stress como lo es una intervención, en esta etapa del postoperatorio, no necesitaba de ayuda de un profesional, psicólogo o psiquiatra (tabla X).

GRUPO	A-ESTADO			A-RASGO		
	Directo	Inverso	Total	Directo	Inverso	Total
Gpo. "Q" en Postoperatorio						
Media	17.13	24.36	42.16	25.23	14.50	45.83
S.D.	±4.94	±6.33	±3.58	±6.99	±4.52	±5.26
Gpo. "A.Q."						
Media	15.86	25.53	40.40	23.00	13.13	44.73
S.D.	±5.70	±6.87	±5.72	±6.16	±4.70	±5.53

TABLA X. Comparación entre los pacientes quirúrgicos en el postoperatorio y sus amigos.

Se muestra en la tabla XI la comparación en cuanto a las medias entre el grupo de pacientes de medicina interna y los amigos que los visitaban y cómo influyó la ansiedad. Los resultados nos indicaron que no hubo diferencia en ninguna de las dos escalas de A-Estado y A-Rasgo, es decir que los pacientes crónicos de medicina interna, no sentían mayor ansiedad que la que le puedan tener por empatía los amigos que los visitaban. Díaz-Guerrero y cols.<sup>7, 8, 9</sup> han corroborado que el Mexicano es bastante impermeable a la ansiedad, aún en enfermedades crónicas. Los mexicanos realmente parecen interpretar - como tristeza a la ansiedad y esto es lo más cercano que puede percibir, de lo que en otras culturas se llama angustia.

GRUPO	A-ESTADO			A-RASGO		
	Directo	Inverso	Total	Directo	Inverso	Total
Gpo. "M.I."						
Media	17.80	23.53	43.96	30.66	14.50	51.16
S.D.	±5.80	±6.20	±6.01	±7.22	±4.42	±6.94
Gpo. "A.M.I."						
Media	19.86	25.53	44.40	27.40	14.80	47.60
S.D.	±7.04	±5.33	±5.71	±8.13	±5.38	±5.75

Tabla XI. Comparación entre los pacientes de medicina interna y sus amigos.

En la última comparación entre los amigos de los pacientes quirúrgicos y los amigos de los pacientes de medicina interna que los visitaban en el hospital, existió diferencia en la escala A-Estado, en cuanto a la ansiedad directa con una media para los primeros de 15.86 y para el segundo grupo de 19.86, siendo significativa  $p < 0.10$ . En el total de la calificación existió igualmente diferencia, que fué de 40.40 en el primer grupo y en los amigos de los pacientes de medicina interna de 44.40, siendo significativa la  $p < 0.10$ . Se interpretaron estos resultados por la existencia de un mayor grado de empatía hacia los amigos de los pacientes quirúrgicos y que el trauma quirúrgico afectó y puso más ansioso al amigo. (tabla XII).

GRUPO	A-ESTADO			A-RASGO		
	Directo	Inverso	Total	Directo	Inverso	Total
Gpo. "A.Q."						
Media	15.86	25.53	40.40	23.00	13.13	44.73
S.D.	±5.70	±6.87	±5.72	±6.16	±4.70	±5.53
Gpo. "A.M.I."						
Media	19.86	25.53	44.40	27.40	14.80	47.60
S.D.	±7.04	±5.33	±5.71	±8.13	±5.38	±5.75

Tabla XII. Comparación entre los amigos de los pacientes quirúrgicos y los amigos de los pacientes de medicina interna.

## C O N C L U S I O N E S

Se concluyó que el paciente en el preoperatorio -  
presentó mayor grado de ansiedad directa, que en el post  
operatorio, en la escala de A-Estado.

El paciente en el postoperatorio, presentó menor  
tranquilidad y disminuyó la ansiedad directa, en la esca  
la de A-Estado.

Los pacientes en el preoperatorio estaban más ---  
tranquilos y optimistas, debido al apoyo que les brinda-  
ron sus amigos, pero no lograron disminuir la ansiedad  
directa en la escala de A-Estado.

El paciente en el postoperatorio así como el pa--  
ciente hospitalizado en medicina interna, presentaron el  
mismo grado de ansiedad estado.

Los pacientes en el período del preoperatorio pre  
sentaron mayor grado de ansiedad, que los amigos que los  
visitaban, en la escala A-Estado en forma directa.

El paciente de medicina interna presentó mayor --  
grado de A-Rasgo, debido a que cursaba, con una enferme-  
dad crónica y estaba ansioso de manera permanente.



En cuanto a los amigos que visitaban a los pacientes quirúrgicos, se manifestaban con mayor grado de ansiedad estado, con respecto a los amigos de los pacientes de medicina interna. Debido a que existía mayor grado de empatía hacia los amigos de los pacientes quirúrgicos y que el trauma quirúrgico los afecto.

Se comprueba una vez más que el mexicano es impermeable a la ansiedad, aún en enfermedades crónicas, como lo demostraron los amigos que visitaban a los pacientes de medicina interna.

Es necesario que el cirujano adquiriera conocimientos básicos en psicología, para que le brinde al paciente mayor comprensión a nivel psicológico y así pueda -- darle psicoterapia de apoyo, con lo que mejorará la relación médico-paciente.

Deberán de formarse grupos interdisciplinarios -- con los psicólogos y psiquiatras, para que en forma integral se maneje al paciente quirúrgico.

## R E S U M E N

Se realizó un estudio prospectivo, para conocer el grado de ansiedad que presentaban los sujetos que iban a ser intervenidos quirúrgicamente, con respecto a pacientes hospitalizados en el servicio de medicina interna, y como influyó la presencia de sus amigos, en esos momentos.

Se formaron cuatro grupos seleccionados en hospitales del I.M.S.S.; los dos primeros lo formaron 30 pacientes cada uno, y los dos grupos restantes lo integraron 15 sujetos en cada uno de ellos. Fueron homogéneos en cuanto a las variables de sexo, edad, estrato socio-cultural.

El IDARE se aplicó a los pacientes quirúrgicos el test retest y a los otros tres grupos únicamente el test.

Se concluyó que el paciente que se someterá a un acto quirúrgico, presenta mayor grado de ansiedad.

Los pacientes en el preoperatorio estuvieron más tranquilos y optimistas, debido al apoyo que les dieron

sus amigos, pero no lograron disminuir la ansiedad.

Se interpretó que los pacientes de medicina inter  
na presentaron mayor grado de ansiedad rasgo, debido a -  
que cursaban con una enfermedad crónica.

## IDARE

SXE

Inventario de Autoevaluación

por

C. D. Spielberger, A. Martínez-Urrutía, F. González-Reigosa, L. Natalicio y R. Díaz-Guerrero

Nombre: \_\_\_\_\_ Fecha: \_\_\_\_\_

Instrucciones: Algunas expresiones que la gente usa para describirse aparecen abajo. Lea cada frase y llene el círculo del número que indique cómo se siente *ahora mismo*, o sea, en *este momento*. No hay contestaciones buenas o malas. No emplee mucho tiempo en cada frase, pero trate de dar la respuesta que mejor describa sus sentimientos ahora.

	NO EN LO ABSOLUTO	UN POCO	BASTANTE	MUCHO
1. Me siento calmado	<input type="radio"/>	<input type="radio"/>	<input type="radio"/>	<input type="radio"/>
2. Me siento seguro	<input type="radio"/>	<input type="radio"/>	<input type="radio"/>	<input type="radio"/>
3. Estoy tenso	<input type="radio"/>	<input type="radio"/>	<input type="radio"/>	<input type="radio"/>
4. Estoy contrariado	<input type="radio"/>	<input type="radio"/>	<input type="radio"/>	<input type="radio"/>
5. Estoy a gusto	<input type="radio"/>	<input type="radio"/>	<input type="radio"/>	<input type="radio"/>
6. Me siento alterado	<input type="radio"/>	<input type="radio"/>	<input type="radio"/>	<input type="radio"/>
7. Estoy preocupado actualmente por algún posible contratiempo	<input type="radio"/>	<input type="radio"/>	<input type="radio"/>	<input type="radio"/>
8. Me siento descansado	<input type="radio"/>	<input type="radio"/>	<input type="radio"/>	<input type="radio"/>
9. Me siento ansioso	<input type="radio"/>	<input type="radio"/>	<input type="radio"/>	<input type="radio"/>
10. Me siento cómodo	<input type="radio"/>	<input type="radio"/>	<input type="radio"/>	<input type="radio"/>
11. Me siento con confianza en mi mismo	<input type="radio"/>	<input type="radio"/>	<input type="radio"/>	<input type="radio"/>
12. Me siento nervioso	<input type="radio"/>	<input type="radio"/>	<input type="radio"/>	<input type="radio"/>
13. Me siento agitado	<input type="radio"/>	<input type="radio"/>	<input type="radio"/>	<input type="radio"/>
14. Me siento "a punto de explotar"	<input type="radio"/>	<input type="radio"/>	<input type="radio"/>	<input type="radio"/>
15. Me siento reposado	<input type="radio"/>	<input type="radio"/>	<input type="radio"/>	<input type="radio"/>
16. Me siento satisfecho	<input type="radio"/>	<input type="radio"/>	<input type="radio"/>	<input type="radio"/>
17. Estoy preocupado	<input type="radio"/>	<input type="radio"/>	<input type="radio"/>	<input type="radio"/>
18. Me siento muy excitado y aturdido	<input type="radio"/>	<input type="radio"/>	<input type="radio"/>	<input type="radio"/>
19. Me siento alegre	<input type="radio"/>	<input type="radio"/>	<input type="radio"/>	<input type="radio"/>
20. Me siento bien	<input type="radio"/>	<input type="radio"/>	<input type="radio"/>	<input type="radio"/>

**IDARE**

Inventario de Autoevaluación

SXR

Instrucciones: Algunas expresiones que la gente usa para describirse aparecen abajo. Lea cada frase y leñe el círculo del número que indique cómo se siente *generalmente*. No hay contestaciones buenas o malas. No emplee mucho tiempo en cada frase, pero trate de dar la respuesta que mejor describa cómo se siente *generalmente*.

	CASI NUNCA	ALGUNAS VECES	FRECUENTEMENTE	CASI SIEMPRE
21. Me siento bien . . . . .	<input type="radio"/>	<input type="radio"/>	<input type="radio"/>	<input type="radio"/>
22. Me canso rápidamente . . . . .	<input type="radio"/>	<input type="radio"/>	<input type="radio"/>	<input type="radio"/>
23. Siento ganas de llorar . . . . .	<input type="radio"/>	<input type="radio"/>	<input type="radio"/>	<input type="radio"/>
24. Quisiera ser tan feliz como otros parecen serlo . . . . .	<input type="radio"/>	<input type="radio"/>	<input type="radio"/>	<input type="radio"/>
25. Pierdo oportunidades por no poder decidirme rápidamente . . . . .	<input type="radio"/>	<input type="radio"/>	<input type="radio"/>	<input type="radio"/>
26. Me siento descansado . . . . .	<input type="radio"/>	<input type="radio"/>	<input type="radio"/>	<input type="radio"/>
27. Soy una persona "tranquila, serena y sosegada" . . . . .	<input type="radio"/>	<input type="radio"/>	<input type="radio"/>	<input type="radio"/>
28. Siento que las dificultades se me amontonan al punto de no poder superarlas . . . . .	<input type="radio"/>	<input type="radio"/>	<input type="radio"/>	<input type="radio"/>
29. Me preocupo demasiado por cosas inimportantes . . . . .	<input type="radio"/>	<input type="radio"/>	<input type="radio"/>	<input type="radio"/>
30. Soy feliz . . . . .	<input type="radio"/>	<input type="radio"/>	<input type="radio"/>	<input type="radio"/>
31. Tomo las cosas muy a pecho . . . . .	<input type="radio"/>	<input type="radio"/>	<input type="radio"/>	<input type="radio"/>
32. Me falta confianza en mí mismo . . . . .	<input type="radio"/>	<input type="radio"/>	<input type="radio"/>	<input type="radio"/>
33. Me siento seguro . . . . .	<input type="radio"/>	<input type="radio"/>	<input type="radio"/>	<input type="radio"/>
34. Trato de sacarle el cuerpo a las crisis y dificultades . . . . .	<input type="radio"/>	<input type="radio"/>	<input type="radio"/>	<input type="radio"/>
35. Me siento melancólico . . . . .	<input type="radio"/>	<input type="radio"/>	<input type="radio"/>	<input type="radio"/>
36. Me siento satisfecho . . . . .	<input type="radio"/>	<input type="radio"/>	<input type="radio"/>	<input type="radio"/>
37. Algunas ideas poco importantes pasan por mi mente y me molestan . . . . .	<input type="radio"/>	<input type="radio"/>	<input type="radio"/>	<input type="radio"/>
38. Me afectan tanto los desengaños que no me los puedo quitar de la cabeza . . . . .	<input type="radio"/>	<input type="radio"/>	<input type="radio"/>	<input type="radio"/>
39. Soy una persona estable . . . . .	<input type="radio"/>	<input type="radio"/>	<input type="radio"/>	<input type="radio"/>
40. Cuando pienso en los asuntos que tengo entre manos me pongo tenso y alterado . . . . .	<input type="radio"/>	<input type="radio"/>	<input type="radio"/>	<input type="radio"/>



## ANEXO 2

## IDARE

CLAVE DE CALIFICACION

Forma SXR

	CASI NUNCA	A VECES	A MENUDO	CASI SIEMPRE
21.	4	3	2	1
22.	1	2	3	4
23.	1	2	3	4
24.	1	2	3	4
25.	1	2	3	4
26.	4	3	2	1
27.	4	3	2	1
28.	1	2	3	4
29.	1	2	3	4
30.	4	3	2	1
31.	1	2	3	4
32.	1	2	3	4
33.	4	3	2	1
34.	1	2	3	4
35.	1	2	3	4
36.	4	3	2	1
37.	1	2	3	4
38.	1	2	3	4
39.	4	3	2	1
40.	1	2	3	4

A N E X O 3

VARIABLES Y RESULTADOS EN EL GRUPO DE PACIENTES QUIRÚRGICOS

PADECIMIENTO	EDAD	OCTAVACIÓN	EScolaridad	SEXO	A-ESTADO		A-ESTADO		A-BAJOS		A-BAJOS					
					Preoperatorio		Postoperatorio		Preoperatorio		Postoperatorio					
					D*	I** T***	D	I T	D	I T	D	I T				
1. Apandicitis aguda	18	Estudiante	Normal	F	19	28	41	11	20	41	21	13	43	20	12	43
2. Apandicitis aguda	50	Hogar	Primaria	F	30	37	43	20	24	46	37	17	55	33	16	52
3. Apandicitis aguda	46	Hogar	Primaria	F	28	38	40	21	27	44	37	16	46	28	17	46
4. Apandicitis aguda	20	Hogar	Primaria	F	29	35	44	20	26	44	31	19	47	33	16	52
5. Apandicitis aguda	20	Estudiante	Preparatoria	F	29	38	41	15	32	33	29	16	48	20	15	40
6. Apandicitis aguda	27	Costurera	Primaria	F	23	37	36	19	23	46	28	19	44	25	17	43
7. Apandicitis aguda	24	Fotógrafo	Preparatoria	M	29	32	47	17	20	47	37	22	50	31	19	47
8. Apandicitis aguda	30	Chofer	Secundaria	M	30	34	46	21	28	43	26	20	41	29	21	43
9. Apandicitis aguda	25	Obrero	Secundaria	M	27	34	43	24	27	47	31	19	47	30	20	45
10. Apandicitis aguda	23	Hemisajero	Primaria	M	24	31	43	18	27	41	42	16	57	41	15	61
11. Colectitis aguda	38	Hogar	Primaria	F	20	33	37	21	33	38	20	12	43	17	10	42
12. Colectitis aguda	35	Hogar	Primaria	F	12	20	42	11	17	42	23	14	44	22	11	46
13. Colectitis aguda	36	Hogar	Primaria	F	12	24	38	19	30	39	20	12	43	22	13	44
14. Colectitis aguda	42	Hogar	Primaria	F	13	21	42	13	26	37	19	12	42	16	11	40
15. Colectitis aguda	40	Hogar	Secundaria	F	23	36	37	11	21	38	31	19	47	29	16	48
16. Colectitis aguda	31	Hogar	Primaria	F	33	35	48	13	19	42	22	18	39	21	10	46
17. Colectitis aguda	26	Secretaria	Obrero	F	19	22	47	10	13	17	16	07	44	16	07	44
18. Colectitis aguda	39	Empleado	Preparatoria	F	28	33	45	10	16	44	18	07	46	21	07	49
19. Colectitis aguda	61	Obrero	Primaria	M	10	24	36	18	30	38	15	12	38	15	12	38
20. Colectitis aguda	41	Obrero	Primaria	M	28	37	41	12	21	41	22	21	37	14	13	36
21. Várices de miembros inferiores	41	Lic. Derecho	Profesional	M	20	36	34	19	12	43	36	13	58	26	07	54
22. Várices de miembros inferiores	27	Hogar	Secundaria	F	27	24	47	17	20	47	33	18	50	26	12	49
23. Várices de miembros inferiores	38	Obrera	Secundaria	F	23	29	44	15	19	46	28	18	45	29	17	47
24. Várices de miembros inferiores	46	Obrero	Primaria	M*	21	29	42	16	23	43	26	13	48	25	16	44
25. Hemorroides	29	Obrero	Primaria	M	16	30	36	14	21	43	22	12	45	27	14	51
26. Hemorroides	31	Empleado	Secundaria	M	12	27	35	14	21	43	23	13	45	20	10	45
27. Hemorroides	39	Chofer	Primaria	M	21	25	46	16	28	38	19	16	38	30	17	48
28. Hernia Inguinal	25	Hogar	Primaria	F	31	34	47	28	33	45	45	18	62	42	27	50
29. Hernia Inguinal	32	Obrero	Primaria	M	17	29	38	29	38	41	18	21	32	28	18	45
30. Hernia Inguinal	40	Empleado	Secundaria	M	17	22	45	22	34	38	19	11	43	21	19	37

\* D = Directo

\*\* I = Inverso

\*\*\* T = Total



## A M E X O 4

## VARIABLES Y RESULTADOS DEL I.D.V.R.E. EN LOS PACIENTES DE MEDICINA INTERNA

PACIENTE	EDAD	OCCUPACION	ESCOLARIDAD	SEXO	A-ESTADO			A-PASO		
					Directo	Inverso	Total	Directo	Inverso	Total
1. Cardiopatía isquémica	45	Chofer	Secundaria	M	21	28	43	42	13	64
2. Cardiopatía isquémica	49	Chofer	Primaria	M	14	20	43	31	16	50
3. Miocardiopatía	29	Pensionado	Secundaria	M	16	25	41	28	15	48
4. Cardiopatía isquémica	41	Pensionado	Primaria	M	29	26	53	50	10	53
5. Cardiopatía reumática inactiva	38	Utrera	Primaria	F	15	34	31	19	14	40
6. Cardiopatía congénita atriavesicular	26	Secretaría	Comercio	F	13	24	39	27	19	43
7. Cardiopatía	46	Hojar	Primaria	F	30	30	50	46	16	65
8. Leucemia granulocítica crónica	39	Soldador	Primaria	M	13	10	53	22	09	48
9. Hipoplasia retilar	27	Utrero	Primaria	M	24	14	60	30	08	57
10. Hemofilia clásica	27	Técnico eléctrico	Primaria	M	19	26	43	26	16	45
11. Trombocitopenia	25	Utrera	Secundaria	F	18	31	37	37	22	50
12. Leucemia granulocítica crónica	53	Hojar	Primaria	F	15	18	47	25	07	53
13. Hipoplasia retilar	23	Hojar	Secundaria	F	12	22	40	32	17	50
14. Hipoplasia retilar	23	Secretaría	Secundaria	F	11	15	46	27	13	49
15. Tuberculosis pulmonar	38	Auditor	Profesional	M	25	35	41	36	16	55
16. Tuberculosis pulmonar	41	Epilecto	Secundaria	M	23	28	45	32	21	46
17. Anemia larequial	32	Pensionado	Primaria	M	27	28	49	31	21	45
18. Tuberculosis pulmonar	42	Hojar	Primaria	F	18	25	43	36	12	59
19. Anemia larequial	48	Hojar	Primaria	F	25	30	45	46	16	65
20. Trombocitopenia pulmonar	31	Secretaría	Comercio	F	10	16	44	21	11	45
21. Lupus eritematoso sistémico	29	Secretaría	Comercio	F	18	20	48	34	09	60
22. Lupus eritematoso sistémico	41	Destrotradora	Primaria	F	19	33	36	34	22	47
23. Lupus eritematoso sistémico	26	Hojar	Primaria	F	19	27	42	26	17	44
24. Lupus eritematoso sistémico	29	Maestra	Normal	F	17	22	45	29	16	48
25. Diabetes mellitus	48	Pensionado	Secundaria	M	22	21	51	36	14	57
26. Obesidad	38	Comisionado	Preparatoria	M	11	20	41	17	07	45
27. Diabetes mellitus	29	Operador de Teléx	Secundaria	F	14	20	42	36	18	53
28. Cirrosis hepática	31	Administrador Empresas	Profesional	M	10	18	42	21	10	46
29. Hepatitis crónica activa	41	Mecánico	Primaria	M	11	22	33	36	11	60
30. Hepatitis crónica activa	28	Auxiliar de Oficinas	Comercio	F	14	18	46	29	19	45

A N E X O S

VARIABLES Y RESULTADOS DEL I.D.A.-R.E. EN LOS GRUPOS DE LOS AMIGOS DE LOS PACIENTES QUIRURGICOS  
Y LOS AMIGOS DE LOS PACIENTES DE MEDICINA INTERNA

	EDAD	OCCUPACION	ESCOLARIDAD	SEXO	A-ESTADO			A-RAGRO		
					Directo 18	Inverso 28	TOTAL 40	Directo 21	Inverso 16	Total 40
1. A.H.I.	45	Ingeniero	Universidad	M						
2. A.H.I.	39	Hogar	Primaria	F	32	27	55	47	27	55
3. A.H.I.	34	Maestra	Normal	F	10	19	41	17	12	40
4. A.H.I.	21	Clavero	Primaria	F	19	31	38	37	17	55
5. A.H.I.	45	Ciencero	Primaria	M	20	22	48	21	13	43
6. A.H.I.	28	Albuidil	Primaria	M	26	37	41	31	17	49
7. A.H.I.	43	Honero	Primaria	M	33	27	55	25	15	45
8. A.H.I.	25	Secretaria	Comercio	F	17	26	41	27	19	43
9. A.H.I.	33	Alojado	Universidad	M	13	25	38	20	07	48
10. A.H.I.	31	Chofer	Primaria	M	12	16	46	21	09	47
11. A.H.I.	34	Costurera	Primaria	F	14	27	37	29	23	41
12. A.H.I.	30	Recepcionista	Comercio	F	27	31	46	35	15	55
13. A.H.I.	28	Telefonista	Universidad	M	15	19	46	22	09	49
14. A.H.I.	20	Hogar	Primaria	F	23	24	49	34	12	57
15. A.H.I.	35	Estibador	Primaria	M	19	24	45	24	11	48
16. A.Q. **	22	Cajera	Universidad	F	12	36	26	19	21	33
17. A.Q.	22	Estudiante	Preparatoria	F	12	27	35	18	09	44
18. A.Q.	23	Agente ventas	Universidad	M	15	20	45	14	14	35
19. A.Q.	53	Hogar	Comercio	F	24	34	40	33	20	48
20. A.Q.	23	Dentista	Universidad	F	13	22	41	21	14	42
21. A.Q.	40	Comercio	Comercio	M	11	10	51	19	07	47
22. A.Q.	46	Hogar	Secundaria	F	11	25	46	25	14	46
23. A.Q.	29	Electricista	Preparatoria	M	23	32	41	26	09	52
24. A.Q.	31	Epilectol	Secundaria	F	13	23	40	26	14	47
25. A.Q.	21	Hogar	Secundaria	F	26	29	43	34	21	48
26. A.Q.	35	Chofer	Primaria	M	11	26	35	26	09	52
27. A.Q.	45	Catolico	Universidad	F	10	21	39	16	09	42
28. A.Q.	30	Hogar	Secretaria	F	22	39	43	27	16	44
29. A.Q.	20	Secretaria	Comercio	F	22	34	38	15	09	41
30. A.Q.	26	Chofer	Secundaria	M	13	20	43	26	11	50

\*A.H.I. = Amigos de los pacientes hospitalizados en medicina interna.

\*\*A.Q. = Amigos de los pacientes intervenidos quirúrgicamente.

## BIBLIOGRAFIA

1. Arkin, H. Colton, R.: Tables for Statisticians. Barnes & Noble Inc. Canadá. 1964.
2. Bermúdez Moreno, J.: Ansiedad y Rendimiento en las Tareas Intelectuales. Revista de Psicología General y Aplicada. 33 (151); 183, 1978.
3. Chagoya, F., Maza, A.: Estudio Comparativo de la Ansiedad con el Instrumento IDARE antes y después de una Terapia de Apoyo en un grupo de pacientes en salas de Terapia Intensiva. Tesis para obtener el grado de Licenciado en Psicología. Universidad Nacional Autónoma de México. México, 1980.
4. De la Fuente, R.: Psicología Médica. Fondo de Cultura Económica. México, 1965.
5. Díaz-Guerrero, R.: Text Anxiety and General Anxiety in Mexican American School Children. In C.D. Spielberger & Díaz-Guerrero R. (eds). Cross Cultural Anxiety. Vol. 1. Hemisphere Publishing Corp. Washington, 1976.
6. Díaz-Guerrero, R., Linchtszajn, J., Reyes, L.: Alienación de la Madre. Psicología y Práctica Clínica en México. Hispanic Journal of Behavioral Sciences. 1 (2); 117, 1979.
7. Díaz-Guerrero. Psicología del Mexicano. Ed. Trillas. México, 1982.

8. Díaz-Guerrero. R.: Fuentes de Ansiedad en la Cultura. Enseñanza e Investigación en Psicología. 1 (15); 65, 1982.
9. Díaz-Guerrero. Comunicaciones personales. 1983.
10. Freedman, A., Kaplan, H., Compendio de Psiquiatría. Ed. Salvat. Barce-ona, 1982.
11. Laplanche, J.: Problemática Psicoanalítica. I. La -- Angustia en la Neurosis. Ed. Nueva Visión. Buenos Aires, 1979.
12. Martínez-Urrutia: Anxiety and Pain in Surgical Pa--- tients. Journal of Consulting and Clinical Psychology. 43: 437, 1975.
13. Melamed, B., Siegel, L.: Reduction of Anxiety in --- Children Facing Hospitalization and Surgery by Use of Filmed Modeling. Journal of Consulting and Clinical Psychology. 43; 511, 1975.
14. Pichot, P.: Elementos de Metodología Cuantitativa. Perspectivas de Aplicación en la Investigación Psi--- quiátrica. Universidad Nacional Autónoma de México. México, 1975.
15. Rollo May.: La Angustia Normal y Patológica. Ed. Paidós. Buenos Aires, 1975.
16. Sarason, I.: Psicología Anormal. Los Problemas de Conducta de Desadaptación. Ed. Trillas. México, 1981.

17. Spielberger, C., Díaz-Guerrero, R.: IDARE, Inventario de Ansiedad Rasgo-Estado, Primera Parte. Manual e Instructivo. Manual Moderno, S.A. México, 1975.
18. Spielberger, C.: Tensión y Ansiedad. La Psicología y Tú. Harper & Row Latinoamericana. México, 1979.
19. Spielberger, C., Díaz-Guerrero, R.: Cross-Cultural Anxiety, Vol. 2. Hemisphere Publishing Corp. Washington, 1983.
20. Wolman, B.: Teorías y Sistemas Contemporáneos en Psicología. Ed. Martínez Roca. Barcelona, 1975.