

11202



UNIVERSIDAD NACIONAL AUTONOMA DE MEXICO

**FACULTAD DE MEDICINA
INSTITUTO MEXICANO DEL SEGURO SOCIAL
HOSPITAL DE ESPECIALIDADES
CENTRO MEDICO NACIONAL "LA RAZA"**

**"EFECTO DE LA INFORMACIÓN ANESTÉSICO-QUIRÚRGICA
EN EL GRADO DE ANSIEDAD Y DEPRESIÓN EN PACIENTES
SOMETIDOS A CIRUGÍA CARDIOTORÁCICA"**

TESIS DE POSTGRADO

PARA OBTENER EL TITULO DE ESPECIALISTA EN:

ANESTESIOLOGÍA

PRESENTA:

DRA. ELIZABETH ARACELI ARTEAGA LABRA



**ASESORES:
DR. DANIEL FLORES LÓPEZ,
DR. JUAN JOSE DOSTA HERRERA,
DRA. MARTHA CRUZ RODRIGUEZ,
PSICÓLOGA: EGRIMI CASTILLO VICTORIO.**

MEXICO D.F.

OCTUBRE 2002

**TESIS CON
FALLA DE ORIGEN**



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.

DEDICATORIA:

A MI HIJO " DANY":

POR SER TODO PARA MI EN LA VIDA.

A MIS PADRES:

POR SU AMOR Y COMPRENSION
POR SU APOYO INCONDICIONAL DE SIEMPRE Y SOBRETUDO,
POR DARME LA OPORTUNIDAD DE ESTAR AQUÍ.

A MIS HERMANOS:

AUNQUE LEJOS O CERCA FISICAMENTE,
SIEMPRE ESTAN EN MI CORAZON.

A MI ESPOSO:

POR SU AYUDA Y COMPRENSION.

TESIS CON
FALLA DE ORIGEN

“ EFECTO DE LA INFORMACIÓN ANESTÉSICO - QUIRÚRGICA EN EL GRADO DE ANSIEDAD Y DEPRESIÓN EN PACIENTES SOMETIDOS A CIRUGÍA CARDIOTORÁCICA “

REGISTRO No: 2001 - 690 - 0141



A large, stylized handwritten signature in black ink, consisting of several overlapping loops and lines.

DR. JESÚS ARENAS OSUNA.
JEFE DE EDUCACIÓN E INVESTIGACIÓN MÉDICAS.

A handwritten signature in black ink, appearing to be "Juan José Dosta Herrera".

DR. JUAN JOSÉ DOSTA HERRERA.
TITULAR DEL CURSO DE ANESTESIOLOGÍA.

A handwritten signature in black ink, appearing to be "Elizabeth Araceli Arteaga Labra".

DRA. ELIZABETH ARACELI ARTEAGA LABRA.
MÉDICO RESIDENTE DE ANESTESIOLOGÍA.



DIVISION DE ESPECIALIZACIONES
DIVISION DE ESTUDIOS DE POSGRADO
FACULTAD DE MEDICINA
U. N. A. M.

TESIS CON
FALLA DE CUBIERTA

ÍNDICE

TÍTULO	1
RESÚMEN EN ESPAÑOL	5
RESÚMEN EN INGLÉS	6
INTRODUCCIÓN	7
MATERIAL Y MÉTODOS	10
RESULTADOS	12
DISCUSIÓN	15
CONCLUSIONES	18
BIBLIOGRAFÍA	19
GRÁFICAS Y TABLAS	21
ANEXOS	45

TESIS CON
FALLA DE ORIGEN

RESÚMEN

EFFECTO DE LA INFORMACIÓN ANESTÉSICO - QUIRÚRGICA EN EL GRADO DE ANSIEDAD Y DEPRESIÓN EN PACIENTES SOMETIDOS A CIRUGÍA CARDIOTORÁCICA. Arteaga-Labra E A, Flores-López D, Dosta-Herrera J J, Cruz-Rodríguez M, Castillo Victorio E, Hospital de Especialidades, CMN " La Raza ", México, D.F.

OBJETIVO:

Determinar el efecto de la Información anestésico - quirúrgica en el grado de ansiedad y depresión en pacientes sometidos a una intervención cardiotorácica.

MATERIAL Y MÉTODOS:

Se estudiaron 80 pacientes que fueron sometidos a cirugía cardiotorácica con los siguientes criterios de inclusión: entre 18 y 80 años, ambos sexos, con ASA I, II y III, cirugía electiva y desearan participar en el estudio. Se integraron dos grupos: Grupo I, recibió la información anestésico quirúrgica y Grupo II, no la recibió otorgada de forma aleatoria. Se aplico la escala de Ámsterdam, el Inventario de Ansiedad Rasgo-Estado (IDARE), y Escala para Ansiedad y Depresión de Hamilton (HAD), un día antes de la cirugía, con el objeto de determinar su situación emocional en relación al grado de ansiedad y depresión y su necesidad de ser informados del proceso anestésico - quirúrgico, dos días después de la cirugía se aplico nuevamente IDARE y una semana más tarde HAD.

RESULTADOS:

De 80 pacientes, Grupo I y II 40 cada uno. Con 43 (54%) hombres y 37 (46%) mujeres. Las características predominantes fueron, católicos, casados, con primaria, edad de 51-70 años, masculino, y la cirugía más frecuente fue revascularización. Con IDARE el grado más frecuente para el Grupo I y II antes y después de la cirugía fue Ansiedad Media. Para Ansiedad de Hamilton predomino Leve y Moderado y en lo que respecta a Depresión de Hamilton encontramos ausencia, menor y moderado, algunos mayor la cual en el postoperatorio disminuyó a moderada y ausente.

CONCLUSIONES:

La ansiedad y la depresión disminuyó en ambos grupos posterior al evento quirúrgico, y aunque no existió una p significativa entre estos, pudimos observar diferencias clínicas.

PALABRAS CLAVE:

Cirugía, información, ansiedad, depresión.

TESIS CON
FALLA DE ORIGEN

SUMMARY

EFFECT OF THE INFORMATION ANESTÉSICO - SURGICAL IN THE DEGREE OF ANXIETY AND DEPRESSION IN SUBJECTED PATIENTS TO CARDIOTORASIC SURGERY. It Arteaga-works AND TO, Flower-López D, Dosta-Herrera J J, Cruz-Rodríguez M, Castillo Victorio E. Hospital of Specialties, CMN "La Raza", Mexico, D.F.

OBJECTIVE:

To determine the effect of the Information anesthetic - surgical in the degree of anxiety and depression in subjected patients to cardiothoracic intervention.

METHODS AND MATERIAL:

80 patients were studied that were subjected to cardiothoracic surgery with the following inclusion approaches: between 18 and 80 years, both sexes, with ASA I, II and III, elective surgery and they wanted to participate in the study. They were integrated two groups: Group I, received the surgical information anesthetic and Group II, he/she didn't receive it granted in an aleatory way. You applies the scale of Amsterdam, Anxiety Feature-state's Inventory (IDARE), and it Climbs for Anxiety and Depression of Hamilton (HAD), one day before the surgery, in order to determining their emotional situation in relation to the degree of anxiety and depression and their necessity of being informed of the anesthetic process - surgical, two days after the surgery you applies again later IDARE and one week HAD.

RESULTS:

Of 80 patients, Grup I and II 40 each one. With 43 (54%) men and 37 (46%) women. The predominant characteristics were, Catholic, married, with primary, 51-70 year-old age, masculine, and the most frequent surgery was revascularización. With IDARE the most frequent degree for the Grup I and II before and after the surgery it was Half Anxiety. For Anxiety of Hamilton I prevail Light and Moderate and in what concerns to Depression of Hamilton we find absence, smaller and moderated, some bigger which diminished to moderate in the postoperative one and be absent.

CONCLUSIONS:

The anxiety and the depression diminished in both later groups to the surgical event, and although a significant p didn't exist among these, we could observe clinical differences.

KEYWORDS:

Surgery, information, anxiety, depression.

TESIS CON
FALLA DE ORIGEN

EFFECTO DE LA INFORMACIÓN ANESTÉSICO – QUIRÚRGICA EN EL GRADO DE ANSIEDAD Y DEPRESIÓN EN PACIENTES SOMETIDOS A CIRUGÍA CARDIOTORÁCICA.

Dra. Arteaga Labra Elizabeth Araceli*
Dr. Flores López Daniel**
Dr. Dosta Herrera Juan José***
Dra. Cruz Rodríguez Martha****
Psicóloga Castillo Victorio Egrimi*****

INTRODUCCIÓN :

Todo acto quirúrgico conlleva a un compromiso en la unidad biopsicosocial del paciente, que se manifiesta de formas diversas y en relación al grado de desarrollo y maduración personal.(1). La detección y exploración de los miedos y ansiedades previos a la intervención que el paciente experimente y las estrategias encaminadas a disminuirlos serán de gran ayuda y repercutirán de forma positiva a lo largo de todo el proceso operatorio.(1)

El resultado de una operación quirúrgica depende de muchos factores y es difícil determinar con precisión como puede influir en cada uno de ellos, durante el periodo preoperatorio es frecuente que surjan ansiedades y temores relacionados con el desconocimiento de la enfermedad y de la intervención.(1)

El solo hecho de tener una enfermedad orgánica origina estrés y este se incrementa cuando se agrega un procedimiento quirúrgico. El conocer los peligros quirúrgicos y anestésicos, aunados a las fantasías, miedos y a una inadecuada información conllevan a mayor estrés psicológico y angustia perioperatorios. Es cotidiano que el paciente ignore a que se enfrentara, durante este suceso.(2) Siendo usual cierto grado de aprensión operatoria, muchos individuos bien motivados se plantean la cirugía con relativa calma, mientras que otros aparecen in apropiadamente libres de toda preocupación, lo cual los vuelve motivo de observación.(2)

Existen normalmente varios factores y miedos que intervienen en la aparición de la ansiedad en los pacientes quirúrgicos en el periodo perioperatorio: tales como preocupación por la pérdida de autonomía personal y dependencia de otros, preocupación por la soledad, la separación del trabajo, del hogar, de la familia, y del tipo de atención que se recibirá; el miedo a la lesión corporal y a la muerte; ansiedades diversas relacionadas con el manejo anestésico, tales como temor al dolor y a no despertarse después de la anestesia, ó bien miedo a despertarse durante la cirugía.

- * Residente del tercer año de la Especialidad de Anestesiología HECMN "LA RAZA"
- ** Jefe del Servicio de Anestesiología del HECMN " LA RAZA "
- *** Médico Adscrito al Servicio de Anestesiología del HECMN " LA RAZA "
- **** Médico Adscrito al Servicio de Anestesiología del HECMN " LA RAZA "
- ***** Psicóloga Adscrita al Servicio de Psicología del HECMN " LA RAZA ".

TESIS CON
FALLA DE ORIGEN

La preocupación por el conocimiento y habilidad del cirujano y del anestesiólogo, preocupación por el día y hora de la operación, temor a la pérdida de partes o funciones importantes del cuerpo ó a una invalidez crónica, así como preocupación por el tratamiento quirúrgico y la recuperación postoperatoria.(1-3)

Para afrontar esto, los pacientes movilizan sus recursos emocionales y pueden adaptarse a los requerimientos del proceso perioperatorio en el que se encuentran; sin embargo, este proceso de adaptación resulta no siempre exitoso, ya que el paciente ignora a que se enfrentara exactamente en la mayoría de las ocasiones.(4)

Es importante para el resultado emocional de aprehensión el conocimiento y la orientación del paciente con respecto a los acontecimientos perioperatorios, en particular la apreciación realista de lo que se puede esperar.(1) El paciente con ansiedad presenta un sufrimiento aumentado y a menudo muestra una naturaleza exigente.(2)

Es difícil separar los síntomas de depresión y ansiedad. La depresión es la condición emocional caracterizada básicamente por alteraciones del humor, tristeza, disminución de la autoestima, inhibición, fatigabilidad, insomnio, etc...(5)

El termino de depresión puede referirse a muchas entidades clínicas diferentes, incluyendo depresión mayor, distimia (depresión menor crónica), desordenes con depresión o depresión secundaria a algún desorden médico. Un buen tratamiento de ansiedad y depresión es la mezcla del tratamiento psicofarmacológico y el psicoterapéutico.(6-7)

La depresión es uno de los trastornos que con mayor frecuencia suele retrasar la recuperación. No es de extrañarse que existan pacientes con convalecencia lenta o complicada y se muestren desesperanzados y poco colaboradores en su recuperación. (1).

Al realizar un esfuerzo de adaptación inadecuado para resolver conflictos internos, pueden generarse fobias, reacciones de conversión, estados disociativos, obsesivos y compulsivos.

La ansiedad puede ser transitoria o crónica o de ambas formas. Existiendo diversos tipos de trastornos por ansiedad: de pánico, fobias, desordenes por ansiedad generalizados, trastornos mixto ansioso-depresivo se diferencia del miedo, por que este es un sentimiento de inquietud y malestar suscitado por la presencia de un peligro.(8)

Los psicólogos de la conducta conceptúan a la ansiedad como un fenómeno que ocurre bajo tres formas de reacción: 1) procesos cognoscitivos, como las sensaciones subjetivas de angustia, 2) procesos fisiológicos, como el aumento de las frecuencias respiratoria o cardiaca y 3) reacciones de conducta, como la evitación.(9)

Ansiedad es un termino utilizado habitualmente para designar el temor, aprehensión, tensión o inquietud de un sujeto ante un peligro real o imaginario. Es una alteración emocional caracterizada por no un sentimiento de temor y de aprehensión que puede ser parte de una enfermedad psíquica o un desorden de ansiedad independientes y estar acompañado de componentes somáticos, alteraciones psíquicas e hiperactividad simpática.(10).

TESIS CON
FALLA DE ORIGEN

La ansiedad en el periodo preoperatorio depende de varios factores, edad, sexo, estado socioeconómico, ocupación, estado físico, tipo de cirugía, temor al ambiente hospitalario, calidad de la atención médica, etc..(11)

Por todo esto nosotros nos planteamos el siguiente objetivo:

Determinar el efecto de la Información anestésico – quirúrgica en el grado de ansiedad y depresión en pacientes que son sometidos a una intervención cardiorácica.

TESIS CON
FALLA DE ORIGEN

MATERIAL Y MÉTODOS

Prevía autorización por el Comité Local de Investigación del Hospital de Especialidades del Centro Médico " La Raza " y obteniendo el consentimiento informado y por escrito de los pacientes, se realizó un estudio observacional, prospectivo, longitudinal y comparativo, en el cual se estudiaron 80 pacientes sometidos a cirugía cardiotorácica; divididos en dos grupos (Grupo I Recibió información y Grupo II No recibió información). Los pacientes reunieron los siguientes criterios de inclusión: Ser derechohabientes, de cualquier sexo, edad comprendida entre 18 y 80 años, con cualquier grado académico, Estado Físico: ASA I, II ó III, programados para cirugía electiva y que aceptaran participar voluntariamente en el estudio.

Eliminándose aquellos cuya edad no entrara en este rango, se trataran de una cirugía de urgencia, cursaran con un Estado Físico ASA IV ó V, presentaran una patología siquiátrica conocida y/o un tratamiento farmacológico psiquiátrico en el momento del estudio.

Se excluyeron del estudio pacientes que no desearan participar y aquellos que fallecieron.

El día anterior a la cirugía se realizaba la visita preanestésica y previo a la aplicación de los cuestionarios se procedía a informar al paciente la finalidad del estudio y se le pedía firmara la carta de consentimiento informado para participar en el estudio.

Así mismo en forma aleatoria, se proporciono la información anestésico-quirúrgica, el Grupo I la recibió, y el Grupo II únicamente recibió la visita preanestésica; para determinar su situación emocional y valorar el grado de ansiedad y depresión, así como la necesidad de ser informados del proceso anestésico - quirúrgico se les aplicó los cuestionarios validados: Datos generales, Escala de Ansiedad e Información prequirúrgica "Ámsterdam" (APAIS), Inventario de Ansiedad Rasgo-Estado de IDARE y Escala de Ansiedad y Depresión de "Hamilton" (HAD) 24 hrs antes de la cirugía; a las 48 hrs después se les aplicó IDARE y una semana después HAD. Datos que una vez obtenidos se compararon.

Los recursos materiales empleados fueron los cuestionarios impresos, necesarios para recabar la información necesaria. Los recursos humanos incluyeron a los asesores y a el investigador asociado (tesista).

El investigador responsable fue la persona que estableció los criterios y aspectos a tomarse en consideración durante el estudio para que este se llevara a cabo con la debida precaución y asegurar que la investigación fuera con la mayor veracidad posible.

El investigador asociado (tesista) fue la persona que se encargo de realizar la aplicación de los cuestionarios a los pacientes en estudio, de su evaluación y del asentamiento de los resultados en las hojas correspondientes para su posterior integración en resultados.

TESIS CON
FALLA DE ORIGEN

Después de terminar el llenado de los cuestionarios se llevó a cabo la recolección de los datos para su tabulación, presentándose los resultados mediante gráficas de pastel, gráficas de barras continuas, determinando medidas de tendencia central y dispersión estándar en el estudio, comparando los datos obtenidos por los análisis estadístico Chi cuadrada y T de student; donde los valores de $p < 0.05$ se consideraron estadísticamente significativos.

TESIS CON
FALLA DE ORIGEN

RESULTADOS

Se estudiaron 80 pacientes, siendo 43 hombres (54 %) y 37 mujeres (46 %). Tabla I. Divididos en dos grupos: Grupo I el que recibió la información preanestésica y Grupo II el que no, distribuidos de la siguiente manera: Mujeres que recibieron información 22 (59.5%), que no 15 (40.5%); Hombres que recibieron información 18 (41.9%), que no 25 (58.1%). Gráfica 1

El rango de edad que predominó para quien recibió información fue de 51 a 60 años en mujeres y de 61 a 70 años en hombres. Gráfica 2. Y los que no recibieron la información fue de 31 a 40 años en mujeres y para hombres de 51 a 60 años. Gráfica 3.

Siendo la mayor frecuencia en rango de edad para ambos sexos de 51 - 60 años, Mujeres 27 % y Hombres 32.6 %; siendo el 30% del total de la población en estudio. Gráfica 4.

La distribución de la población estudiada arrojó una mayor frecuencia en casados, tanto para mujeres (28 - 75.5%) como para hombres (30 - 69.8%), representando el 72.5 % de nuestra muestra, 58 sujetos. Gráfica 5.

En lo que respecta a grado máximo de estudios predominó el nivel primaria en ambos sexos con 43.2% en mujeres y 53.5% en hombres. Tabla II.

La ocupación más frecuente para mujeres fue el hogar con 28 sujetos que representan el 75.5% y para hombres empleado con 23 sujetos, 53.5% de su grupo. Gráfica 6.

La religión católica predominó con 91.9% para mujeres y 88.4% en hombres, 72 de un total de 80 sujetos. Gráfica 7.

En cuanto al lugar de nacimiento de los pacientes, el lugar que predominó fue el Distrito Federal con 46.3% del total de la muestra. Gráfica 8.

El Cambio Valvular Mitral (CVM) fue para las mujeres la cirugía más frecuente con un 35.1%, y para hombres la Revascularización, con un 72.1%. Para ambos grupos la Revascularización representa el 45% de la población encuestada. Gráfica 9.

Los grados de ansiedad que se obtuvieron después de aplicar la "Escala de IDARE", fueron: Bajo, Medio y Alto. Dividido en dos grupos, Antes y Después de la cirugía, para cada sexo respectivamente, obteniendo los siguientes resultados:

Mujeres del Grupo I: Antes de la cirugía, Bajo 4.5%, Medio 81.8%, Alto 13.6%; después de la cirugía Bajo 18.2%, Medio 77.3%, Alto 4.5%. Gráfica 10.

Mujeres del Grupo II: Antes de la cirugía, Bajo 0%, Medio 66.7%, Alto 33.3%; después de la cirugía, Bajo 13.3%, Medio 73.3%, Alto 13.3%. Gráfica 11.

TESIS CON
FALLA DE ORIGEN

Hombres del Grupo I: Antes de la cirugía, Bajo 0%, Medio 83.3%; Alto 16.7%; después de la cirugía, Bajo 11.1%, Medio 77.8%, Alto 11.1%. Gráfica 12.

Hombres del Grupo II : Antes de la cirugía, Bajo 8%, Medio 80 %, Alto 12 %; después de la cirugía, Bajo 4 %, Medio 88 %, Alto 8 %. Gráfica 13.

Encontramos para los pacientes del Grupo I una Chi – cuadrada antes de la cirugía de 27.45; después de la cirugía de 12.2 , con una $p = 0.071$ antes y $p = 0.788$ después. Para el Grupo II una Chi – Cuadrada de 14.6 y después 26.3 con una $p = 0.799$ antes y después $p=0.050$.

La prueba T – Student para los pacientes del Grupo I en IDARE, antes de la cirugía, presenta una desviación estándar de 4.11, una media de 34.5 y una $p = 0.150$, después de la cirugía, la desviación estándar fue 3.65, una media de 29.5 y una $p = 0.337$.

La prueba T – Student para los pacientes del Grupo II en IDARE, antes de la cirugía, presenta una desviación estándar de 5.69, una media de 33 con una $p = 0.788$; después de la cirugía, la desviación estándar fue 4.61 con una media de 30.37 se obtuvo una $p = 0.165$.

La segunda escala aplicada fue **Ansiedad de “Hamilton”**, en donde los grados de calificación encontrados fueron: Leve, Moderada, Severa y Muy severa, sin encontrarse ausencia de ansiedad. Dividido en dos grupos Antes y Después de la cirugía, para cada sexo respectivamente obteniendo los siguientes resultados:

Mujeres del Grupo I antes de la cirugía, Leve 27.3%, Moderada 45.5%, Severa 18.2% , Muy Severa 9.1% ; después de la cirugía Leve 50%, Moderada 36.4%, Severa 9.1%, Muy Severa 4.5%. Gráfica 14.

Mujeres del Grupo II antes de la cirugía, Leve 20%, Moderada 53.3%, Severa 26.7%, no presentando el último rango; después de la cirugía Leve 33.3%, Moderada 66.7 %, sin presentarse los rangos Severa y muy severa. Gráfica 15.

Hombres del Grupo I, antes de la cirugía, Leve 16.7%, Moderada 61.1%, Severa 22.2%; después, Leve 27.8%, Moderada 66.7%, Severa 5.6%. Gráfica 16.

Hombres del Grupo II antes de la cirugía , Leve 20%, Moderada 76.0%, Severa 4 %; después de la cirugía Leve 32.0 %, Moderada 64 %, Severa 4 %. Gráfica 17.

El grupo I antes de la cirugía presento una Chi – cuadrada de 12,5 y después de 17,2, con una $p = 0.974$ y $p= 0.699$ respectivamente. Y el Grupo II una Chi cuadrada de 12.9 antes y después 14.15; con una p antes de 0.936 y después de 0.719.

TESIS CON
FALLA DE ORIGEN

La prueba T – Student para el Grupo I en Ansiedad de Hamilton, antes de la cirugía, presenta una desviación estándar de 9.80, con una media de 23 , y una $p = 0.923$, después de la cirugía, la desviación estándar fue 8.60, con una media de 20 y $p = 0.729$.

La prueba T – Student para los pacientes del Grupo II en Ansiedad de Hamilton antes de la cirugía, presenta una desviación estándar de 8.35, con una media de 19 con una $p = 0.193$; después de la cirugía, la desviación estándar fue 5.93 con una media de 17 y una $p = 0.144$.

La tercera escala de evaluación, utilizada en este estudio fue “ **Depresión de Hamilton** “ , evaluado también en dos grupos, antes y después de la cirugía, para cada sexo. Siendo los grados de esta escala: Ausente, Menor, Moderada, Mayor y + que mayor.

Mujeres del Grupo I antes de la cirugía, Ausente 22.7%, Menor 22.7%, Moderada 31.8%, Mayor 22.7%; después de la cirugía Ausente 31.8%, Menor 36.4%, Moderada 27.3%, Mayor 4.5%. Gráfica 18.

Mujeres del Grupo II antes de l cirugía, Ausente 26.7%, Menor 13.3%, Moderada 33.3%, Mayor 26.7%; después de la cirugía Ausente 33.3%, Menor 13.3%, Moderada 53.3%. Gráfica 19.

Hombres del Grupo I antes del evento quirúrgico, Ausente 27.8 %, Moderada 33.3%, Mayor 38.9% ; después de la cirugía Ausente 27.8 %, Menor 22.2 %, Moderada 44.4%, Mayor 5.6 %. Gráfica 20.

Hombres del Grupo II antes, Ausente 8 %, Menor 36 %, Moderada 44 %, Mayor 12%; después de la cirugía Ausente 12 %, Menor 40 %, Moderada 40 %, Mayor 8 % . Gráfica 21.

Los pacientes del Grupo I, tuvieron una Chi – Cuadrada antes de la cirugía 13.0, y después de 10.4, con una $p = 0.839$ y una $p = 0.886$ respectivamente.

Los del Grupo II una Chi cuadrada de 14 antes de cirugía y 21.6 después; con $p = 0.667$ y una $p = 0.062$ respectivamente.

La prueba T – Student para los pacientes del Grupo I en Depresión de Hamilton, antes de la cirugía, presenta una desviación estándar de 6.26, con una media 14 y una $p = 0.484$; después de la cirugía, la desviación estándar fue 5.30, con una media de 11 y una $p = 0.636$.

La prueba T – Student para los pacientes del Grupo I en Depresión de Hamilton antes de la cirugía, presenta una desviación estándar de 4.84, con una media de 13 y una $p = 0.722$; después de la cirugía, la desviación estándar fue 4.15 con una media de 12.5 y $p = 0.261$.

Ver Tabla IV.



DISCUSION

La visita preoperatoria es esencial en la preparación del paciente para un evento anestésico - quirúrgico, y cuando el paciente muestra sus sentimientos al anestesiólogo y manifiesta su necesidad de ser informado, se le puede informar sobre lo que vivirá el día de su intervención quirúrgica, cuestión que el paciente agradece, ya que es muy frecuente encontrar el desconocimiento sobre lo que se relaciona a su cirugía. Esta demostrado a través de estudios que una visita preoperatoria, por parte del personal responsable de la anestesia, es mucho más eficaz para disminuir el grado de estrés y ansiedad que cualquier fármaco, dichos estudios demuestran que los sujetos que tuvieron acceso a información preoperatorio, fueron los que mejor reaccionaron antes y después de su cirugía. (19, 20).

La ansiedad independientemente de tener o no acceso a la información anestésico - quirúrgica, disminuye después de la cirugía, como se demuestra en los resultados; y existiendo una diferencia clínicamente. Las tendencias estadísticas presentadas en los cuadros y gráficas muestran un descenso en la ansiedad en las personas con información y una prevalencia en aquellos que no aceptaron la información.

El tener acceso a la información parece ser necesario, pero no es suficiente para modificar significativamente la tendencia de la ansiedad, estudios realizados de ansiedad, sugieren que un contacto más completo y estrecho a la información, puede llegar a modificar el grado de ansiedad en un paciente, relacionando el medio intelectual y emocional del mismo.

Es lógico que algunos pacientes no quieran tener acceso a la información por que piensan que al conocer el procedimiento, los tendrán constantemente en la cabeza. Esto nos lleva a pensar, como debemos hacerle llegar la información al paciente; de forma estructurada, de forma preestablecida o a través de un interrogatorio al paciente, acerca de lo que quiere y necesita hacer (Lonsdale) (16).

Es inevitable relacionar el estrés o la angustia, con una enfermedad orgánica o una cirugía, realizada totalmente en un ambiente extraño para el paciente, el estar conciente de los riesgos que tiene un evento quirúrgico- anestésico, aunada a los temores y fantasías del paciente sobre todo el temor de no despertar de la anestesia o el temor extremo de despertar en medio de la cirugía, eleva la angustia y el estrés psicológico de manera realmente importante.

Poco se sabe sobre la frecuencia o la etiología de la ansiedad. Se han implementado estrategias para disminuir la aparición de la ansiedad; información audiovisual, material didáctico, visitas guiadas previas en salas de operaciones, e incluso hipnosis por medio de grabaciones que cada paciente escucha previamente a su cirugía.(12-13). En este caso la importancia de la visita preanestésica radica en la disminución del grado para ansiedad y depresión, presentándose una diferencia clínica observable.

En estudios previos se ha observado que la ansiedad, se presenta por lo menos una semana antes de su admisión al hospital, desapareciendo en el periodo posoperatorio, cuando el

TESIS CON
FALLA DE ORIGEN

paciente recupera el estado de alerta y revalora que su entorno no presenta cambios importantes, que le signifiquen modificación de sus hábitos de vida previos.(11). En nuestro estudio se observó que después de una cirugía de cardiotorax el hecho de despertar en la unidad de Terapia Intensiva, puede mantener o incrementar el grado de ansiedad, y la tendencia refiere que la ansiedad prevalece o se eleva, según los resultados obtenidos.

Janis, opina que los pacientes que presentan grados moderados de ansiedad preoperatoria suelen tener una buena adaptación postoperatoria. Por el contrario los que no manifiestan ansiedad previa a la intervención presentarán mayores dificultades de adaptación postoperatoria, con hostilidad e irritabilidad y aquellos que presentan grados altos de ansiedad podrán ir a engrosar cualquiera de los dos grupos anteriores.(1) . Nosotros observamos que aquellos pacientes que no presentaban ansiedad previa a la cirugía, a través de los cuestionarios, clínicamente mostraban una ansiedad y en algunas ocasiones incluso depresión que no aceptaban tener y manifestaban un mecanismo de negación. Ahora en relación a los pacientes con grados altos de ansiedad en el preoperatorio, esta mostró una disminución notable para el postoperatorio.

A diferencia del médico general, del clínico o del cirujano el anestesiólogo tiene generalmente poco tiempo para estudiar a cada uno de los pacientes antes de la intervención quirúrgica, pero este tiempo tiene que ser suficiente para establecer una buena relación medico paciente, realizar una evaluación clínica del enfermo, reconocer los factores predictivos de riesgo anestésico quirúrgico, prescribir fármacos, para disminuir el estado de ansiedad del paciente, previo a la cirugía y seleccionar la técnica anestésica y medicamentos a emplear en el periodo perioperatorio.(11) Además, el paciente al cual se valora en la visita preanestésica, pocas veces corresponde al paciente del cual nos encargamos para el manejo anestésico.

En la actualidad es cada vez mas importante el otorgar un servicio de calidad de atención medica, y el. médico anestesiólogo debe tomarlo en cuenta para la visita pre y postanestésica, ya que la evaluación preoperatoria de los pacientes quirúrgicos, facilitan el plan de cuidados intra y postoperatorios.(3,14)

Estudios previos han demostrado que la información preoperatoria es benéfica en la recuperación del paciente. Sin embargo en otros estudios es controversial si dicha información beneficia a todos los pacientes, ya en muchos puede generar mayor estrés al conocer algo que no deseaban escuchar.(15) En nuestro estudio pudimos observar que los pacientes que recibieron la información preoperatoria presentaban una disminución de ansiedad y depresión en el postoperatorio, así como una aceptación en los cuidados de la Unidad de Terapia Intensiva, siendo benéfica para el paciente.

Lonsdale M, encontró en sus investigaciones que los pacientes mayores de 50 años mostraron desagrado al recibir información previa a su cirugía y en cuanto a la aceptación esta fue mejor en el sexo femenino.(15-16). Datos con los cuales coincidimos en nuestro estudio.

TESIS CON
FALLA DE ORIGEN

La Dra. Mendoza y col, encontraron que el paciente geriátrico con rango de 61-70 años presentaba un grado más frecuente de ansiedad, nuestro estudio coincidió y predominó en aquellos pacientes con rangos de edad de 51- 60 y 61 -70, quienes tuvieron un grado alto de ansiedad. (21)

Lesas y cols, evaluaron ansiedad de los pacientes con el cuestionario " Rasgo - Estado de Spielberger" en donde se observó una diferencia poco significativa en la ansiedad entre los pacientes con información rutinaria.(16-17) Nosotros también evaluamos Ansiedad pero con 2 Escalas IDARE y Hamilton, presentándose también una diferencia estadística poco significativa, pero sí notable clínicamente.

Moerman y cols, evaluaron el nivel de ansiedad y la necesidad de la información en la fase preoperatoria, encontrando mayor ansiedad en las mujeres que en los hombres, y observaron que en cuanto a mayor información se recibe es mayor la ansiedad que se presenta, además en los pacientes sin experiencia previa de una cirugía se observó que solicitaban mayor información.(17) Nuestro estudio coincidió con estos datos ya que la mujer se mostró más ansiosa y preocupada por el evento anestésico - quirúrgico y por otro lado al tener el conocimiento de lo que el paciente viviría en este procedimiento, elevó su estrés seguramente a consecuencia de la falta de conocimiento sobre el procedimiento quirúrgico a realizar, desconocimiento de su enfermedad y las posibles complicaciones que pudieran presentarse, pérdida de control de lo que se les hace, visitas médicas impersonales, entre otros. En lo que respecta a pacientes que no habían sido operados se encontró de igual forma la necesidad de conocimiento en comparación a los que ya alguna vez se les había realizado algún procedimiento quirúrgico.

Badner y cols, realizaron un estudio para determinar la correlación entre la ansiedad la noche antes de la cirugía y la existente inmediatamente antes de la misma, encontrando que fue mayor en mujeres y en quienes no han tenido una anestesia previa.(6,18)

El paciente Testigo de Jehová muestra más tranquilidad y aceptación del evento anestésico - quirúrgico en comparación con otras religiones, sin embargo la religión más frecuente fue la católica.

Durante nuestro estudio, pudimos observar que el grado de ansiedad y depresión en pacientes de cirugía de Revascularización es mayor que en pacientes que son sometidos a Cambios valvulares.

La visita preanestésica debe ser el instrumento de todo Anestesiólogo antes de cualquier procedimiento, ya que al conocer al paciente, otorgar información y ganar su confianza, aporta seguridad al mismo, además puede ser eficaz para disminuir la ansiedad, contar con tiempo para digerir la información proporcionada y prepararse psicológicamente para enfrentar el evento anestésico - quirúrgico de la mejor manera. La ansiedad de los pacientes está en nuestras manos y la comprensión de su estrés dependerá de lo que nosotros seamos capaces de ponernos en su lugar.

TESIS CON
FALLA DE ORIGEN

CONCLUSIONES

- 1.- La información anestésico – quirúrgica, disminuye clínicamente el grado de ansiedad y depresión en pacientes sometidos a Cirugía Cardiotorácica.
- 2.- Entre mayor es el grado de escolaridad, mayor es el grado de ansiedad y menor es la aceptación de la información anestésico – quirúrgica.
- 3.-La mujer cursa con grados más altos de Ansiedad y Depresión en comparación con el hombre.
- 4.- Los grados de Ansiedad y Depresión son mayores en pacientes de cirugía de Revascularización que en cirugía de Cambio Valvular Mitral.
- 5.-El nivel más alto de Ansiedad se presentó en el rango de edad de 51 – 60.
- 6.-El paciente Testigo de Jehová, muestra mayor tranquilidad y mejor aceptación al procedimiento anestésico-quirúrgico, aunque la religión más frecuente fue la católica.

Limitante del Estudio:

El tamaño de la muestra de 80 pacientes ya que en nuestro hospital solo se llevan a cabo 5 procedimientos quirúrgicos por semana y de estos solo 3 o 4 entran al estudio.

BIBLIOGRAFÍA:

- 1.- Rojo J E, Cirera E. Interconsulta Psiquiátrica. Barcelona Masson. 1997: 447- 460.
- 2.- Cassem N H. Psiquiatría de Enlace en el Hospital General. Hospital General de Massachusetts. Mosby year book. 1994: 86-107.
- 3.- Alvarado E, Álvarez J C. Visitas pre y postanestésicas: Elementos esenciales en la calidad de atención. Experiencia en El hospital General de México. S.S. Rev Mex Anest. 2000; 23: 11-15.
- 4.- Gavito M C, Corona N A, Villagrán M E. La información anestésico quirúrgica: su efecto sobre la ansiedad y el dolor de los pacientes toracomizados. Rev Inst Nal Enf Resp Mex. 2000;13:3:153-156.
- 5.- Guggenheim F. Advances in psychosomatic medicine. Psychological aspects of surgery. Karger. 1986:124-139.
- 6.- Mackenzie J W, Daycase anaesthesia and anxiety. Anaesthesia. 1989;44:437-440.
- 7.- Heinze G, Escalante C, Fernández R. The coexistence of depression and anxiety. Task Force for depression and anxiety disorders, Union Latino Americana contra depresión (ULAD). Salud Mental. 1999;22:3:1-4.
- 8.- Arellano R, Cruise Ch, Chung F. Timing of the anesthetists preoperative outpatient interview. Anesth Analg. 1989;68:645-8.
- 9.- Gullledge A, Calabrese J. Clínicas Medicas de Norteamérica "Ansiedad y Depresión". 1988;72:4:803-814.
- 10.- Valdés M, Pichot P. DSM-III. Manual diagnostico y estadístico de los trastornos mentales. Barcelona. Masson. 1987: 240-252.
- 11.- Ruiz E, Muñoz JH, Olivero Y I. Ansiedad preoperatoria en el Hospital General de México. Rev Med Hosp Gen Mex. 2000; 63:4: 231-236.

TESIS CON
FALLA DE ORIGEN

- 12.- Ghoneim M, Block R, Sarasin DS. Tape recorded hypnosis intructions as adjuvant in the care of patients scheduled for third molar surgery. *Anaesth Analg.* 2000;90:64-68.
- 13.- Conway JB. Preadmission anaesthesia consultation clinics. *Can J Anaesth* 1992; 39:1009-1011.
- 14.-Fischer S. Development and effectiveness of an anesthesia preoperative evaluation clinic in a teaching hospital. *Anesthesiology*; 1996;85:196-206.
- 15.- Elpass P, Eikard B, Junge J. Psychological effect of detailed preanesthetic information. *Acta Anaesthesiol Scand.* 1987; 31:579 – 583.
- 16.- Lonsdale M, Hutchison G L. Patients desire for information about anaesthesia. *Anaesthesia.* 1991; 46: 410- 412.
- 17.- Moerman N, Van Dan F, Muller M J. The Amsterdam preoperative anxiety and information scale (APAIS) *Anesth Analg.* 1996; 82:445 - 51.
- 18.- Badner N, Nielson W, Munk S. Preoperative anxiety. Detection and contributing factors. *Can J Anaesth* 1990;37:4:444-7.
- 19.- Martínez Lemus. Trastornos de ansiedad. Lab. Farmasa. 1995. México, D.F.
- 20.- Neil B. La satisfacción de su paciente reditúa. Tomo I y II .Glaxo de México, 1994.
- 21.-Mendoza Gutiérrez, Dosta Herrera. Relación Anestesiólogo – Paciente y la Ansiedad Tesis de Postgrado. Febrero 1998.México, D.F.

TESIS CON
FALLA DE ORIGEN

GRÁFICAS Y TABLAS

**TESIS CON
FALLA DE ORIGEN**

TABLA I

DISTRIBUCIÓN DE LA POBLACIÓN TOTAL POR SEXO Y RANGO DE EDAD

POBLACION TOTAL		
	No.	%
MUJERES	37	46%
HOMBRES	43	54%
Total	80	100%

TABLA II

GRADO MAXIMO DE ESTUDIOS

ESTUDIOS	MUJERES	%	HOMBRES	%	Total	% Total
ANALFABETA	6	16.2%	0	0%	6	7.5%
PRIMARIA	16	43.2%	23	53.5%	39	48.8%
SECUNDARIA	9	24.3%	7	16.3%	16	20%
BACHILLERATO	2	5.4%	6	14%	8	10%
LICENCIATURA	4	10.8%	6	14%	10	12.5%
MAESTRIA	0	0%	1	2.3%	1	1.3%
Totales	37	100%	43	100%	80	100%

**TESIS CON
FALLA DE ORIGEN**

TABLA III
RANGOS DE EDAD

EDAD	MUJERES	%	HOMBRES	%	Total	% Total
18 - 20	0	0%	0	0%	0	0%
21 - 30	3	8.1%	1	2.3%	4	5%
31 - 40	7	18.9%	2	4.7%	9	11.3%
41 - 50	7	18.9%	7	16.3%	14	17.5%
51 - 60	10	27%	14	32.6%	24	30%
61 - 70	9	24.3%	14	32.6%	23	28.8%
71 - 80	1	2.7%	5	11.6%	6	7.5%
Totales	37	100%	43	100.0%	80	100%

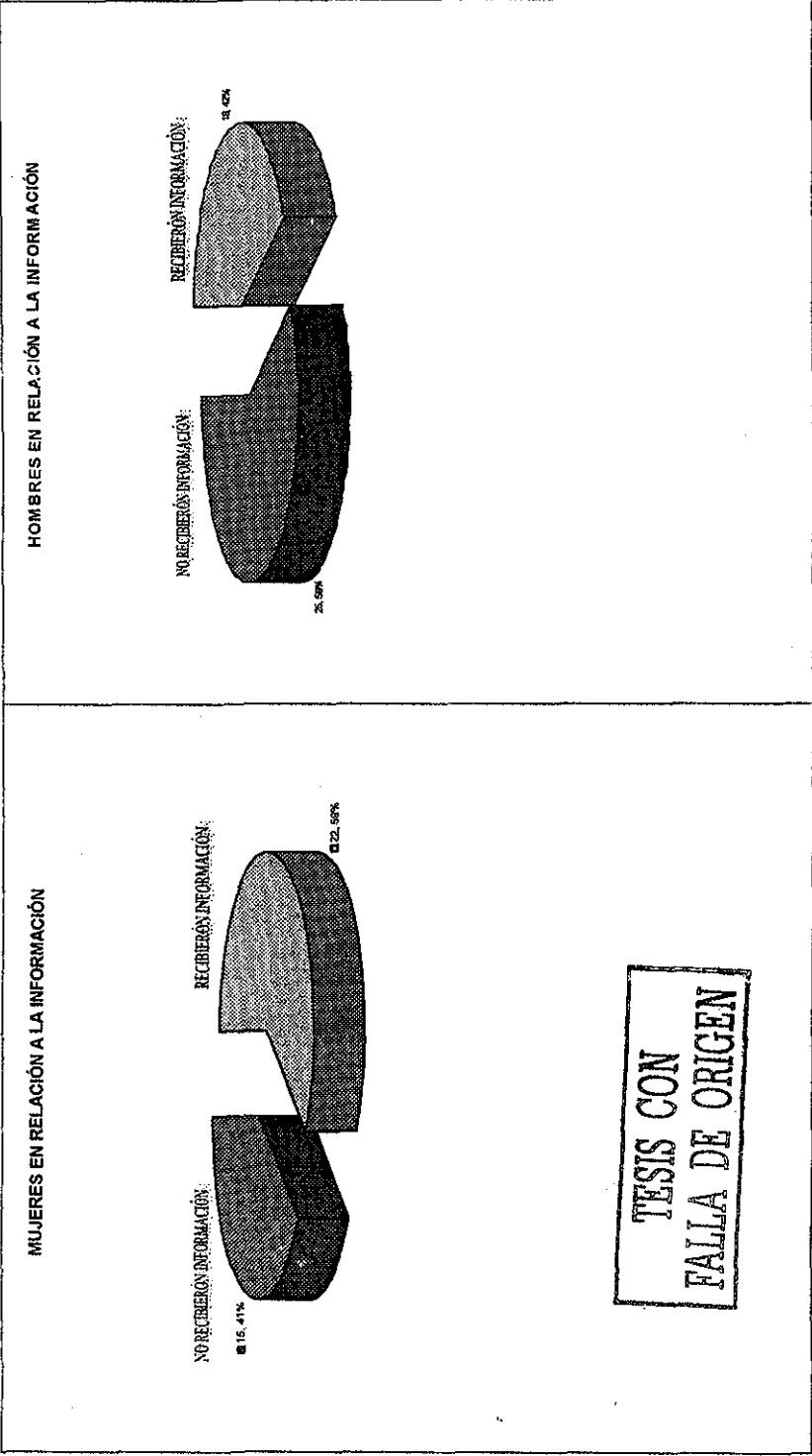
TABLA IV
PRUEBA ESTADÍSTICA

		ANSIEDAD				DEPRESION	
		IDARE		HAMILTON		HAMILTON	
		X	DS	X	DS	X	DS
PREOPERATORIO	GRUPO I *	34.5	4.11	23	9.8	14	6.26
	GRUPO II **	33	5.69	19	8.35	13	4.84
POSTOPERATORIO	GRUPO I *	29.5	3.65	20	8.6	11	5.3
	GRUPO II **	30.37	4.61	17	5.93	12.5	4.15

- * GRUPO I: SI RECIBIO INFORMACIÓN.
- ** GRUPO II: NO RECIBIO INFORMACIÓN.

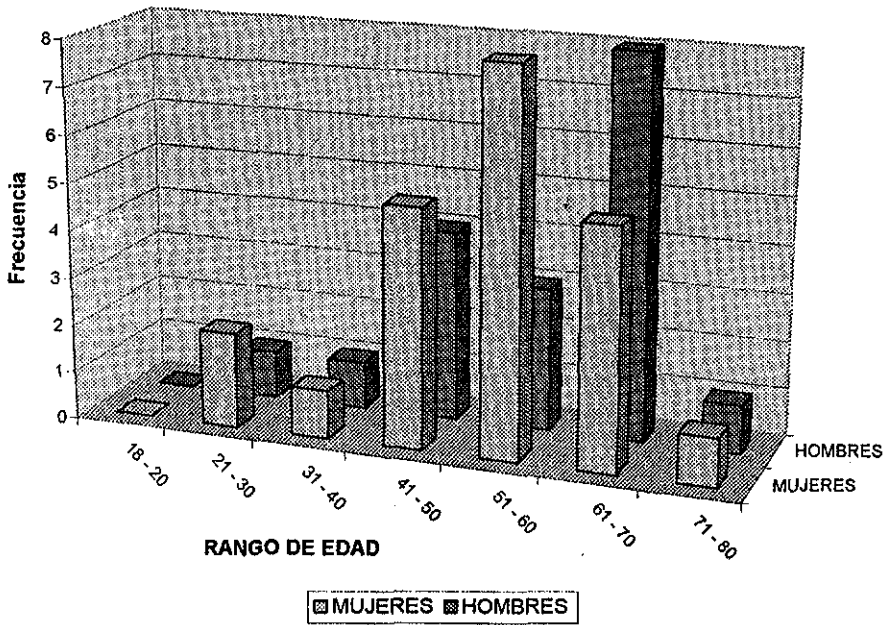
**TESIS CON
FALLA DE CENGEN**

GRÁFICA 1
DISTRIBUCION TOTAL EN PACIENTES QUE RECIBIERON O NO LA INFORMACION



GRÁFICA 2

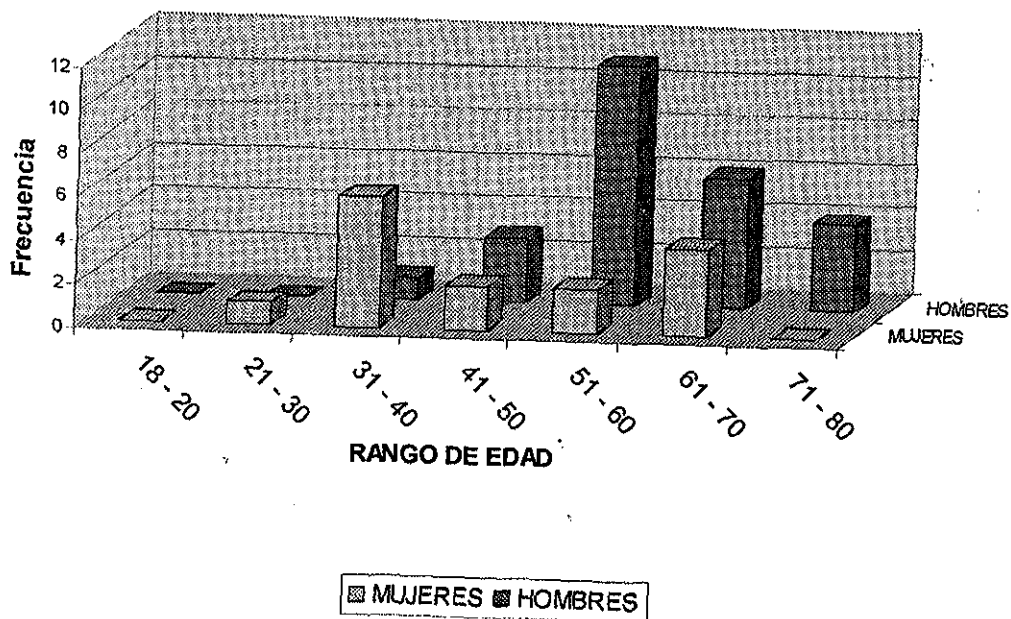
PACIENTES QUE SI RECIBIERÓN INFORMACIÓN



TESIS CON
FALLA DE ORIGEN

GRÁFICA 3

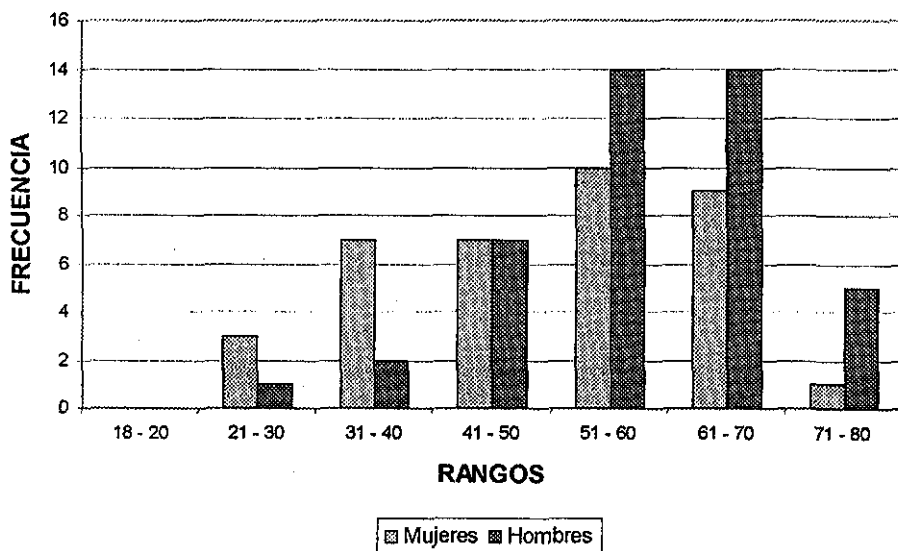
NO RECIBIERÓN INFORMACION



TESIS CON
FALLA DE ORIGEN

GRÁFICA 4

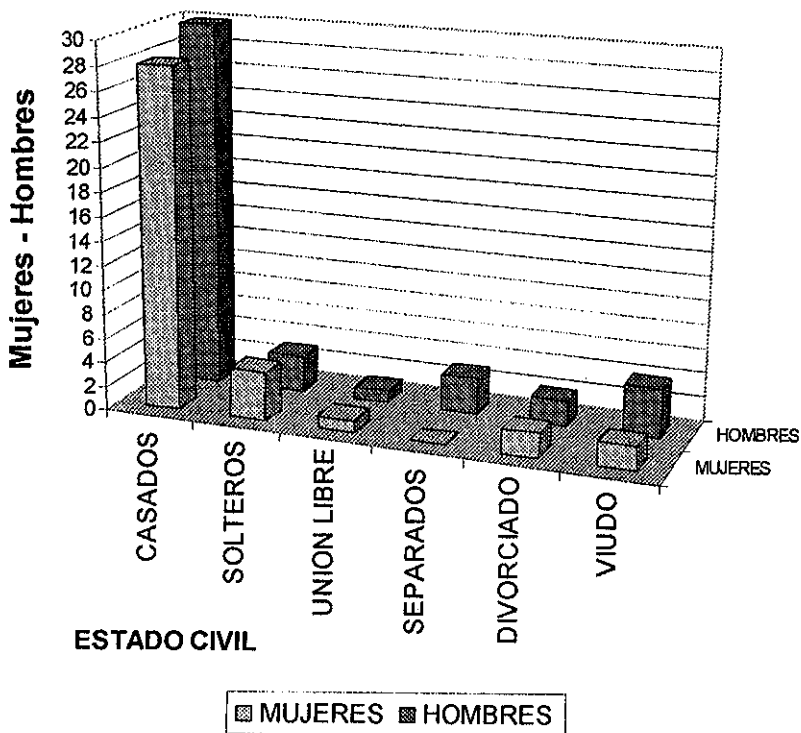
RANGOS DE EDAD



TESIS CON
FALLA DE ORIGEN

GRÁFICA 5

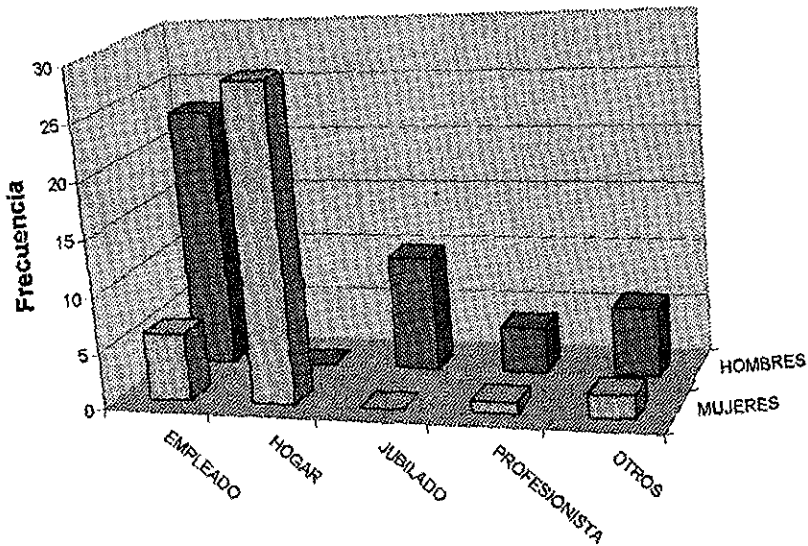
ESTADO CIVIL



TESIS CON
FALLA DE ORIGEN

GRÁFICA 6

OCUPACIÓN



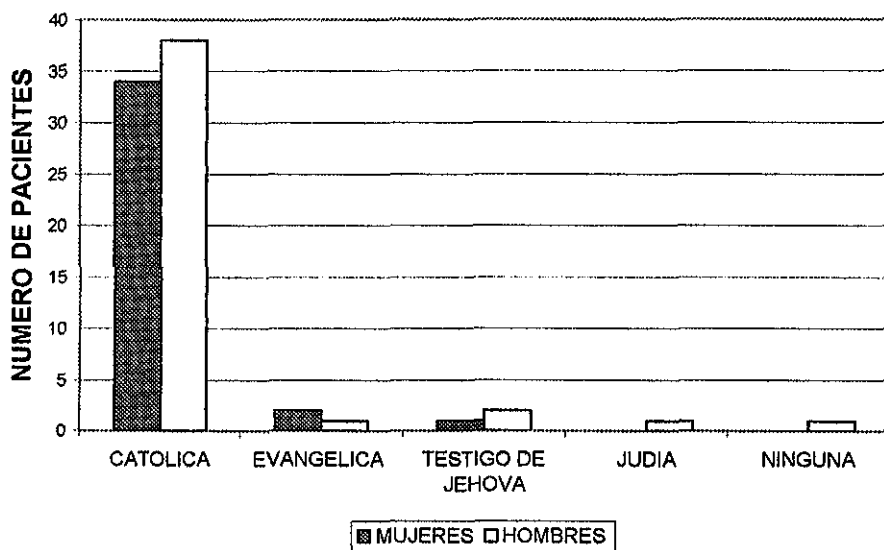
PROFESIÓN

■ MUJERES ■ HOMBRES

TESIS CON
FALLA DE ORIGEN

GRÁFICA 7

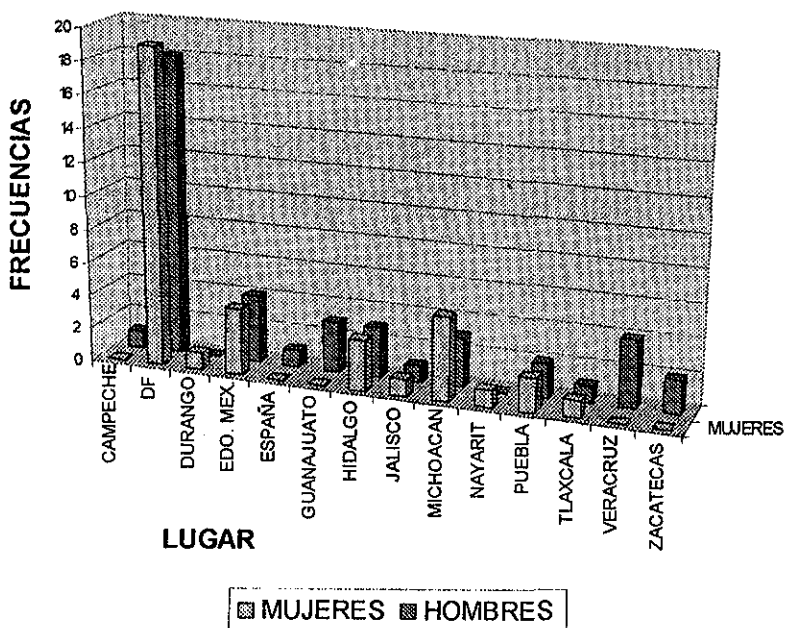
RELIGION



TESIS CON
FALLA DE ORIGEN

GRÁFICA 8

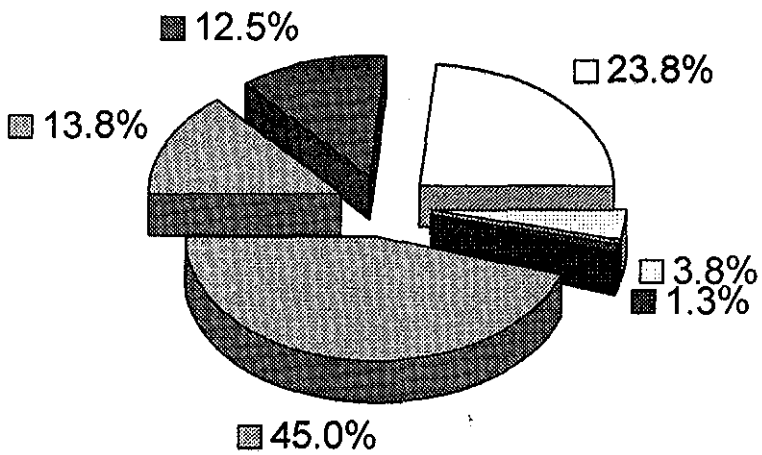
LUGAR DE NACIMIENTO



TESIS CON
FALLA DE ORIGEN

GRÁFICA 9

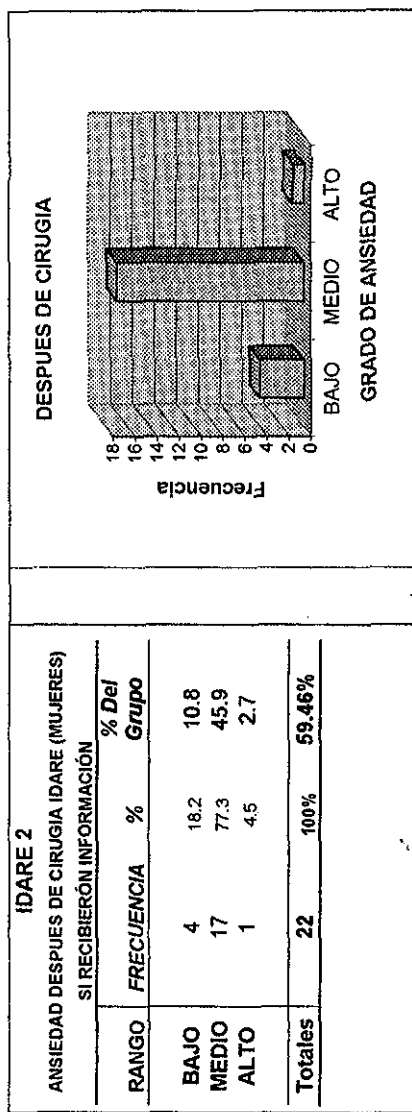
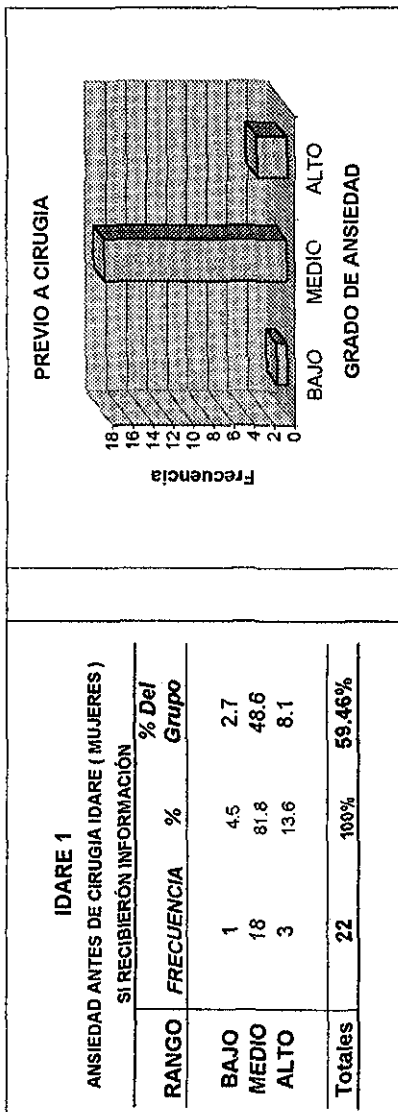
FRECUENCIA DE CIRUGIAS



■ CIA ■ CVAo □ CVM □ CVM/CVAo ■ MIXOMA ■ REVAS

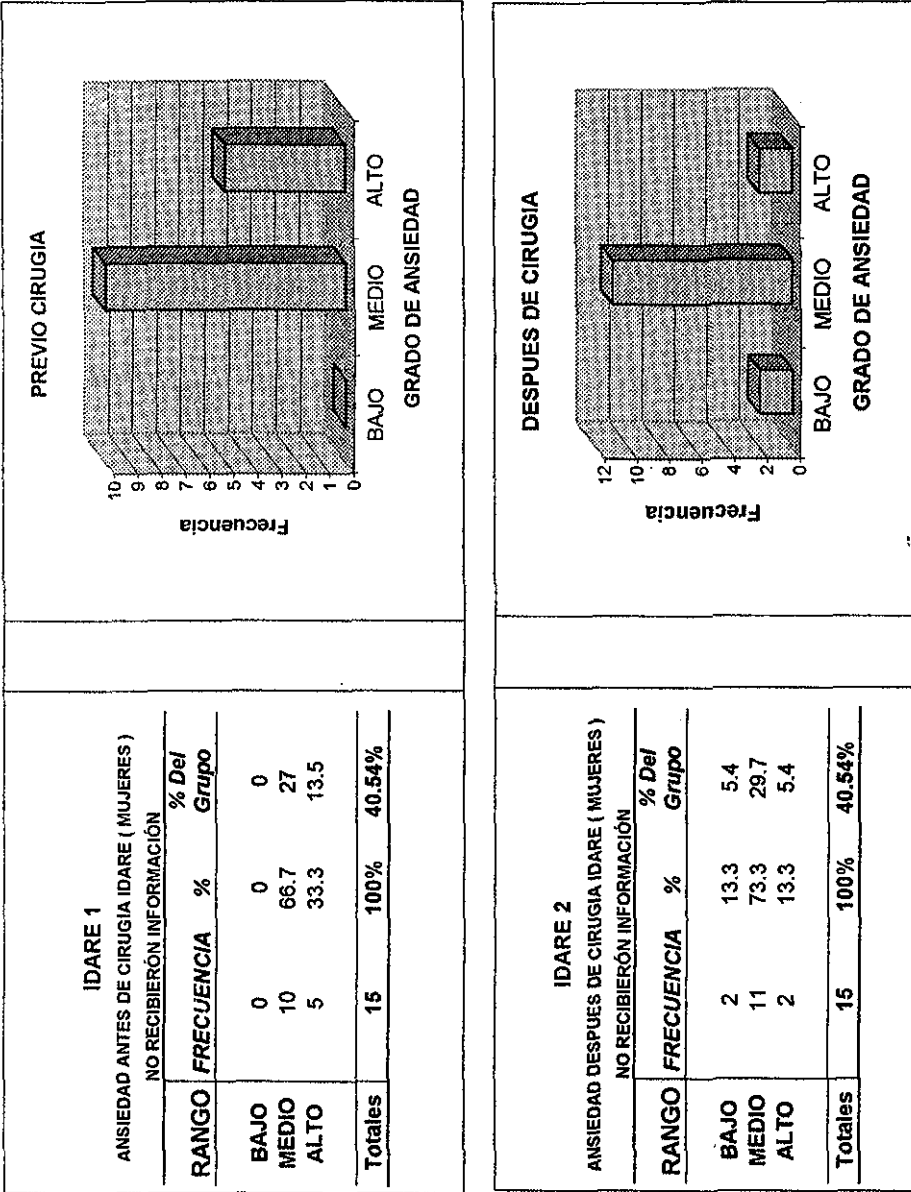
TESIS CON
FALLA DE ORIGEN

GRÁFICA 10
GRUPO I - MUJERES



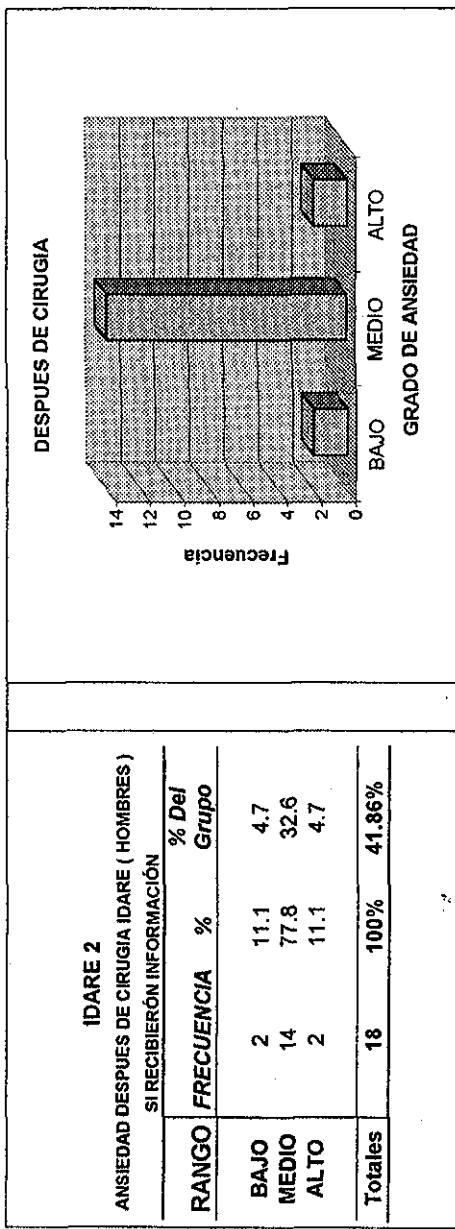
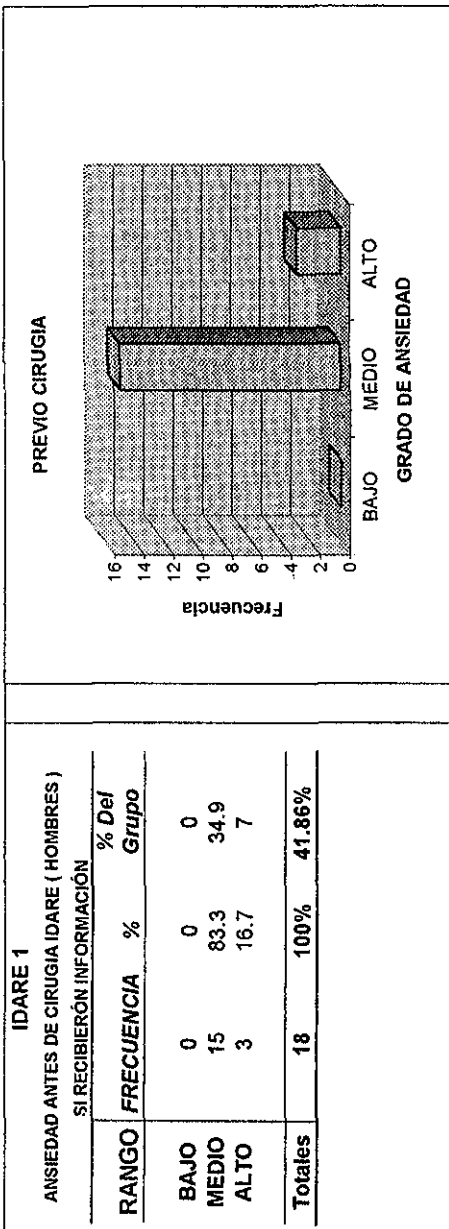
TESIS CON FALLA DE ORIGEN

GRÁFICA 11: GRUPO II - MUJERES



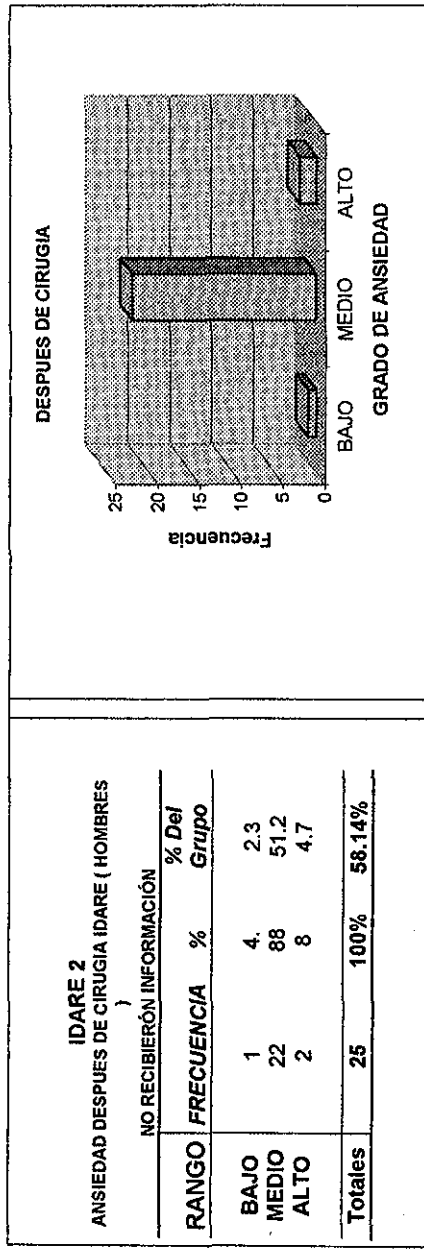
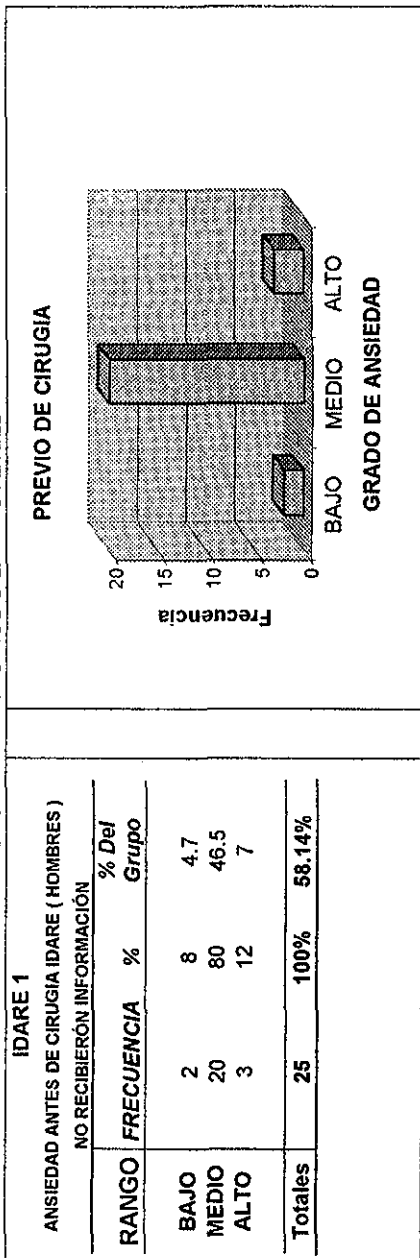
TESIS CON
 FALLA DE ORIGEN

GRÁFICA 12: GRUPO I - HOMBRES



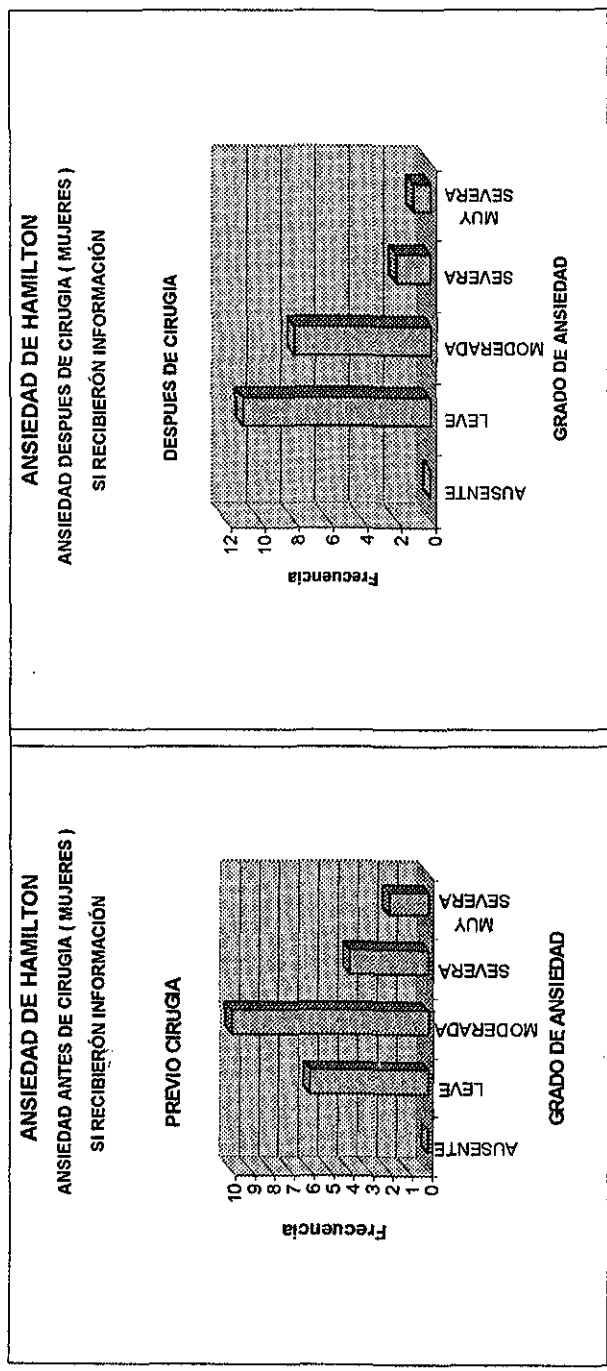
TESIS CON
FALLA DE ORIGEN

GRÁFICA 13: GRUPO II - HOMBRE



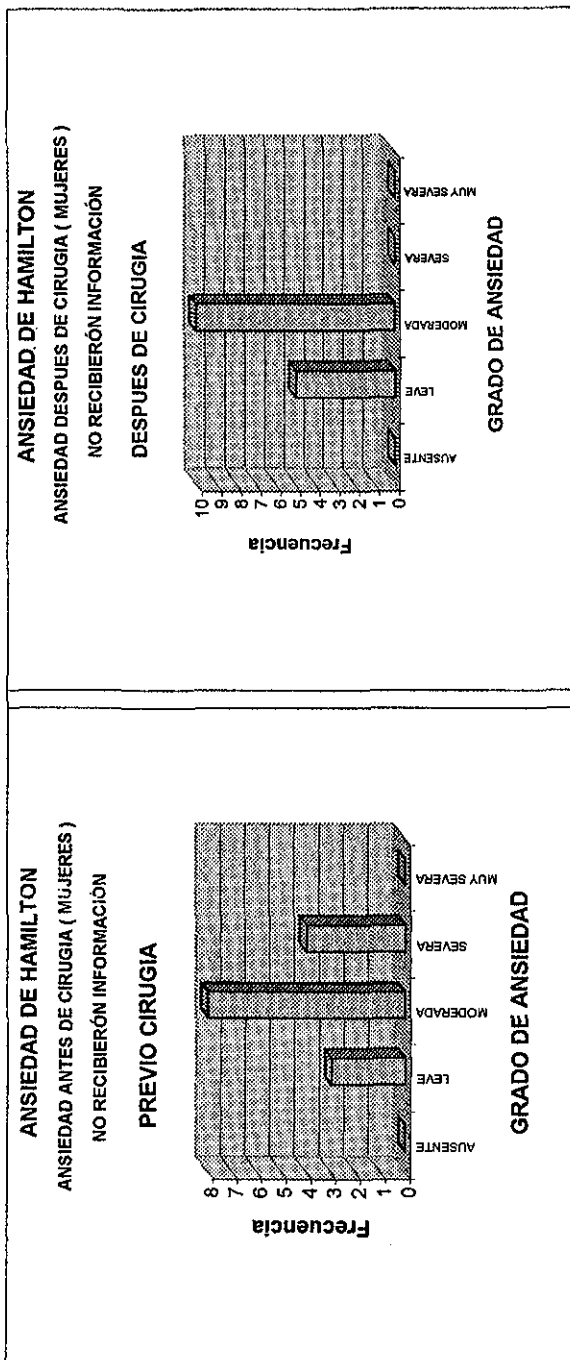
TESIS CON FALLA DE ORIGEN

GRÁFICA 14. GRUPO I : MUJERES



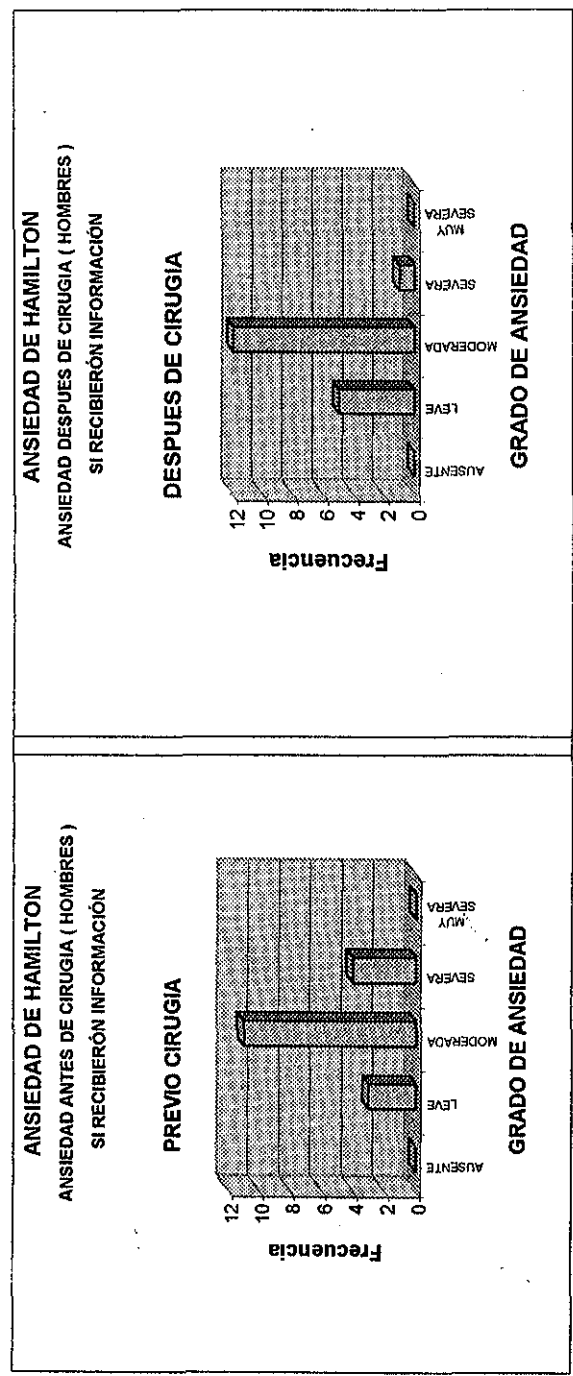
TESIS CON FALLA DE ORIGEN

GRÁFICA 15, GRUPO II - MUJERES



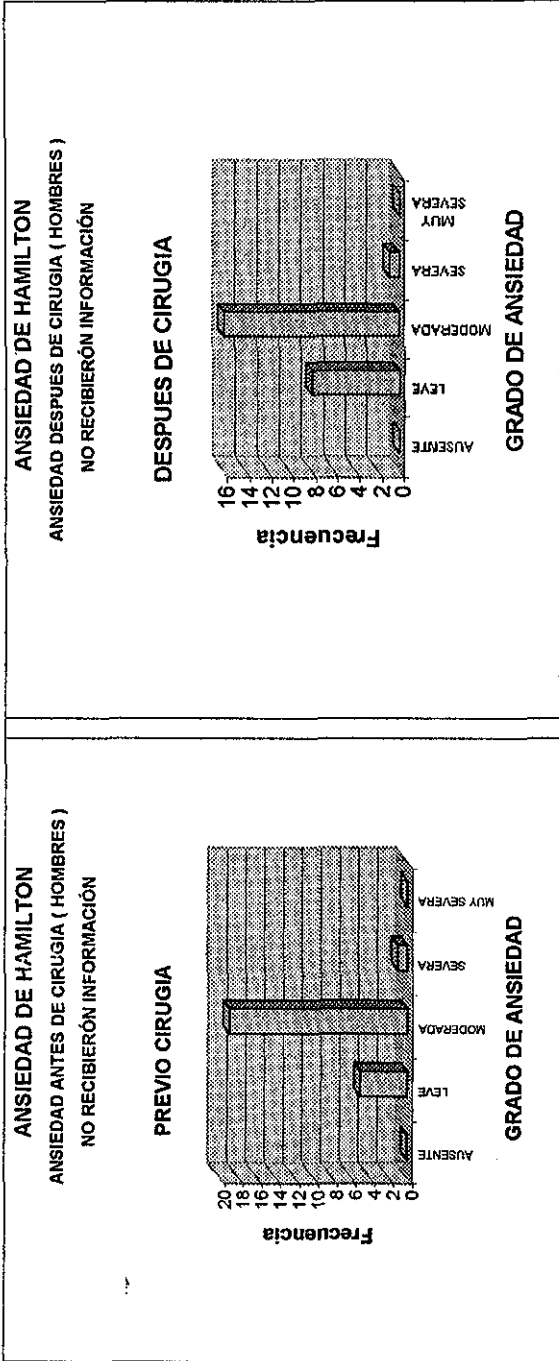
TESIS CON
FALLA DE ORIGEN

GRÁFICA 16. GRUPO I - HOMBRES



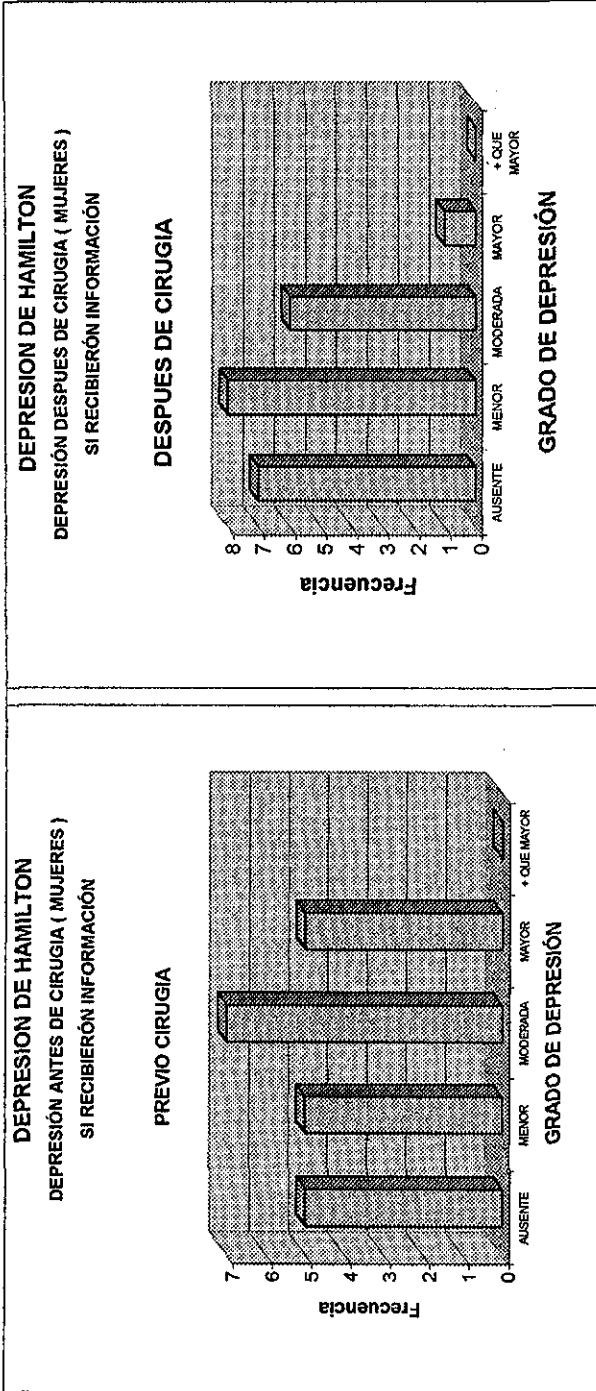
TESIS CON FALLA DE ORIGEN

GRÁFICA 17. GRUPO II - HOMBRES



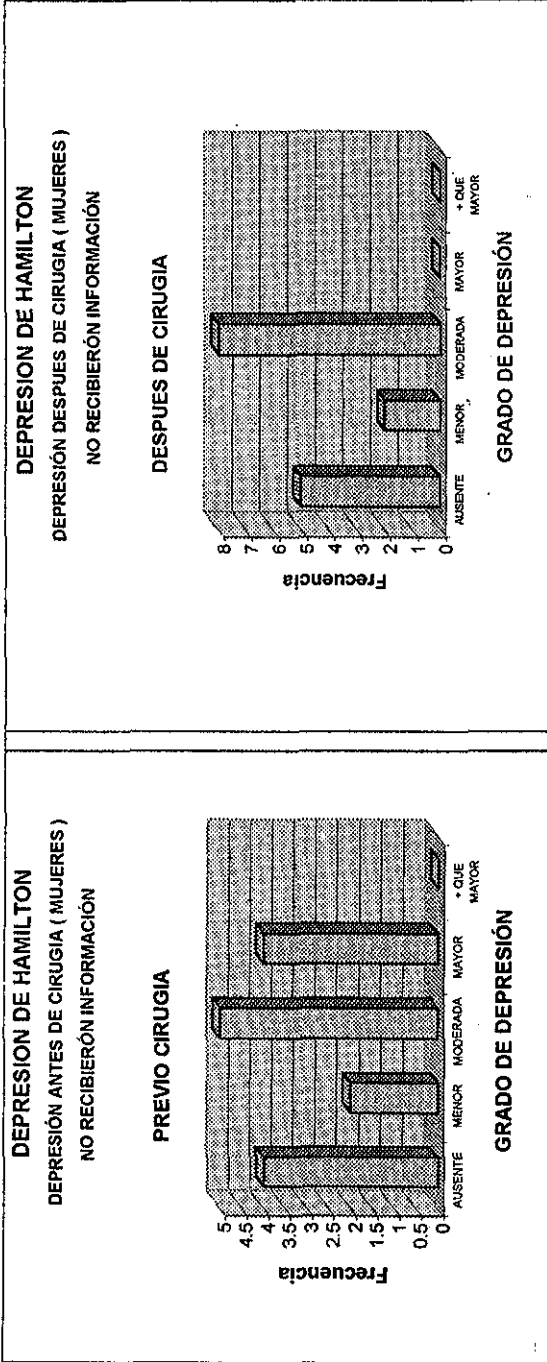
TESIS CON FALLA DE ORIGEN

GRÁFICA 18. GRUPO I - MUJERES



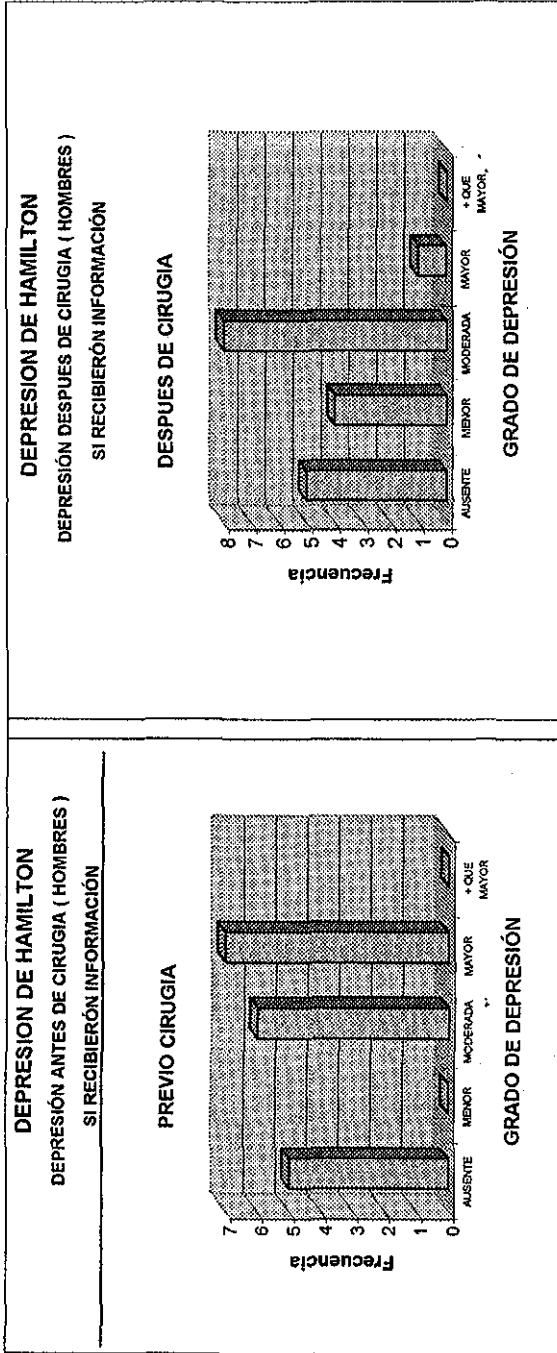
TESIS CON
FALLA DE ORIGEN

GRÁFICA 19. GRUPO II - MUJERES



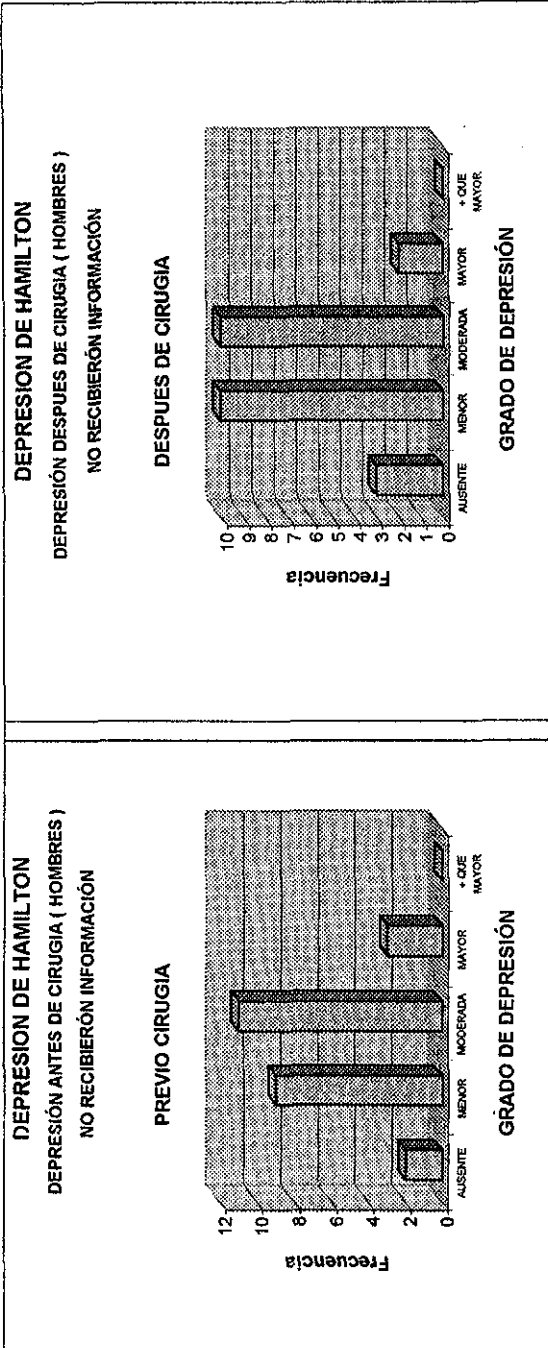
TESIS CON FALLA DE ORIGEN

GRÁFICA 20. GRUPO I - HOMBRES



TESIS CON FALLA DE ORIGEN

GRÁFICA 21. GRUPO II - HOMBRES



TESIS CON
FALLA DE ORIGEN

ANEXOS

TESIS CON
FALLA DE ORIGEN

ANEXO (1):

CUESTIONARIO DE DATOS GENERALES:

1.- **NOMBRE:** _____

2.- **SEXO:** M F

3.- **EDAD (AÑOS):** 18 - 20 21 - 30 31 - 40 41 - 50 51 - 60 61 - 70.

4.- **EDO. CIVIL:** SOLTERO CASADO U.LIBRE VIUDO DIVORCIADO.

5.- **GRADO MÁXIMO DE ESTUDIOS:**

ANALFABETA PRIMARIA SECUNDARIA BACHILLERATO LICENCIATURA O MÁS.

6.- **OCUPACIÓN:** HOGAR EMPLEADO PROFESIONISTA JUBILADO OTROS

7.- **RELIGIÓN:** CATOLICA EVANGELICA MORMON TESTIGO DE JEHOVA OTROS

8.- **LUGAR DE NACIMIENTO:** D.F. PROVINCIA.

9.- **LUGAR DE RESIDENCIA:** D.F. PROVINCIA.

10.- **NÚMERO DE CIRUGIAS PREVIAS:** 0 1 2 3 4 5 Ó MÁS

ANEXO (2):

**ESCALA DE INFORMACIÓN Y ANSIEDAD PREOPERATORIA DE
AMSTERDAM**

Nombre: _____ Fecha: _____

- 1.- YO ESTOY PREOCUPADO POR LA ANESTESIA.
- 2.- LA ANESTESIA ESTA CONTINUAMENTE EN MI MENTE.
- 3.- ME GUSTARÍA SABER TANTO COMO SEA POSIBLE ACERCA DE LA ANESTESIA.
- 4.- YO ESTOY ANGUSTIADO SOBRE EL PROCEDIMIENTO.
- 5.- EL PROCEDIMIENTO ESTA CONTINUAMENTE EN MI MENTE.
- 6.- ME GUSTARÍA SABER TANTO COMO SEA POSIBLE ACERCA DEL PROCEDIMIENTO.

LA MEDIDA DE ACUERDO CON ESTAS DECLARACIONES DEBE GRADUARSE EN 5 PUNTOS. 1 = NADA Y 5 = EXTREMADAMENTE.

TESIS CON
FALLA DE ORIGEN

ANEXO (3):

IDARE

Inventario de Autoevaluación

por

C.D. Spielberger, A. Martínez-Urrutia, 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 como 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	1	2	3	4
2	Me siento seguro	1	2	3	4
3	Estoy tenso	1	2	3	4
4	Estoy contrariado	1	2	3	4
5	Estoy a gusto	1	2	3	4
6	Me siento alterado	1	2	3	4
7	Estoy preocupado actualmente por algún posible contratiempo	1	2	3	4
8	Me siento descansado	1	2	3	4
9	Me siento ansioso	1	2	3	4
10	Me siento cómodo	1	2	3	4
11	Me siento con confianza en mí mismo	1	2	3	4
12	Me siento nervioso	1	2	3	4
13	Me siento agitado	1	2	3	4
14	Me siento "a punto de explotar"	1	2	3	4
15	Me siento reposado	1	2	3	4
16	Me siento satisfecho	1	2	3	4
17	Estoy preocupado	1	2	3	4
18	Me siento muy excitado y aturdido	1	2	3	4
19	Me siento alegre	1	2	3	4
20	Me siento bien	1	2	3	4

TESIS CON
FALLA DE ORIGEN

IDARE

Inventario de Autoevaluación

Instrucciones: Algunas expresiones que la gente usa para describirse aparecen abajo. Lea cada frase y llene el círculo del número que indique como 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 como se siente generalmente.

		Casi nunca	Algunas veces	Frecuentemente	Casi Siempre
21	Me siento bien	1	2	3	4
22	Me canso rápidamente	1	2	3	4
23	Siento ganas de llorar	1	2	3	4
24	Quisiera ser tan feliz como otros parecen serlo	1	2	3	4
25	Pierdo oportunidades por no poder decidirme rápidamente	1	2	3	4
26	Me siento descansado	1	2	3	4
27	Soy una persona "tranquila, serena y sosegada"	1	2	3	4
28	Siento que las dificultades se me amontonan al punto de no poder superarlas	1	2	3	4
29	Me preocupo demasiado por cosas sin importancia	1	2	3	4
30	Soy feliz	1	2	3	4
31	Tomo las cosas muy a pecho	1	2	3	4
32	Me falta confianza en mí mismo	1	2	3	4
33	Me siento seguro	1	2	3	4
34	Trato de sacarle el cuerpo a las crisis y dificultades	1	2	3	4
35	Me siento melancólico	1	2	3	4
36	Me siento satisfecho	1	2	3	4
37	Algunas ideas poco importantes pasan por mi mente y me molestan	1	2	3	4
38	Me afectan tanto los desengaños que no me los puedo quitar de la cabeza	1	2	3	4
39	Soy una persona estable	1	2	3	4
40	Cuando pienso en los asuntos que tengo entre manos me pongo tenso y alterado	1	2	3	4

**TESIS CON
FALLA DE ORIGEN**

**ESTA TESIS NO SALE
DE LA BIBLIOTECA**

ANEXO (4) :

ESCALA DE ANSIEDAD Y DEPRESION DE HAMILTON

Nombre: _____ Fecha: _____

ESCALA DE ANSIEDAD DE HAMILTON:

1.- HÚMOR ANSIOSO.

Inquietud.
Espera de lo peor.
Aprensión (anticipación temerosa)
Irritabilidad.

2.- TENSIÓN.

Sensación de tensión.
Fatigabilidad.
Imposibilidad de relajarse.
Llanto fácil.
Temblores.
Sensación de no poder quedarse en un lugar.

3.- MIEDOS.

A la oscuridad.
A la gente desconocida.
A quedarse solo.
De los animales grandes, etc.
Al tránsito callejero.
A la multitud.

4.- INSOMNIO.

Dificultad para conciliar el sueño.
Sueño interrumpido.
Sueño no satisfactorio con cansancio al despertar.
Sueños penosos.
Pesadillas.
Terrores nocturnos.

5.-FUNCIONES INTELECTUALES (GNÓSICAS).

Dificultad de concentración.
Mala memoria.

6.-HUMOR DEPRESIVO.

Falta de interés.
No disfrutar ya con sus pasatiempos.
Depresión.
Insomnio de madrugada.
Variaciones de humor durante el día.

7.-SINTOMAS SOMATICOS GENERALES (MUSCULARES).

Dolor y cansancio muscular.
Rigidez muscular.
Sobresaltos.
Sacudidas clónicas.
Chirrido de los dientes.
Voz poco firme y segura.

8. - SÍNTOMAS SOMÁTICOS GENERALES (SOMÁTICOS).

Zumbidos de oídos.
Visión borrosa.
Sofocación o escalofríos.
Sensación de debilidad.
Sensación de hormigueo.

9.-SÍNTOMAS CARDIOVASCULARES.

Taquicardia.
Palpitaciones.
Dolores en el pecho.
Latidos vasculares.
Extrasístoles.

10.-SÍNTOMAS RESPIRATORIOS.

Peso en el pecho o sensación de opresión torácica.
Sensación de ahogo.
Suspiros.
Falta de aire.

TESIS CON
FALLA DE ORIGEN

11.-SÍNTOMAS GASTROINTESTINALES.

Dificultad para tragar.
Meteorismo.
Dispepsia.
Dolor antes o después de comer.
Sensación de ardor.
Distensión abdominal.
Pirosis.
Náuseas.
Vómitos.
Sensación de estómago vacío.
Cólicos abdominales.
Borborismos.
Diarrea.
Constipación.

TESIS CON
FALLA DE ORIGEN

12.-SÍNTOMAS GENITOURINARIOS.

Amenorrea.
Metrorragia.
Aparición de frigidez.
Micciones frecuentes.
Urgencia de la micción
Eyaculación precoz.
Ausencia de erección.
Impotencia.

13.-SÍNTOMAS DEL SISTEMA NERVIOSO AUTONOMO.

Sequedad de boca.
Accesos de rubor.
Palidez.
Transpiración excesiva.
Vértigos.
Cefalea de tensión.
Horripilación.

14.-COMPORTAMIENTO DURANTE LA ENTREVISTA.

GENERAL:

Tenso, incómodo.
Agitación nerviosa de las manos, frota sus dedos, aprieta los puños.
Inestable, postura cambiante.
Temblor en las manos.
Ceño arrugado.

Facies tensa. Aumento del tono muscular.

FISIOLÓGICO:

Traga saliva.

Eructos.

Taquicardia de reposo.

Frecuencia respiratoria de más de 20 por minuto.

Reflejos tendinosos vivos.

Temblor.

Dilatación pupilar.

Exoftalmia.

Sudor.

Mioclónicas.

ESCALA DE DEPRESIÓN DE HAMILTON

1.- HÚMOR DEPRIMIDO:

Ausente.

Estas tendencias no son comunicadas si no se pregunta al paciente.

Son expresadas verbalmente espontáneamente.

Son comunicadas no verbalmente (expresión facial, actitud, voz).

El sujeto comunica estas sensaciones en expresiones espontáneas verbales y no verbales.

2.CULPABILIDAD:

Ausente.

Se culpa a sí mismo, cree haber decepcionado o perjudicado a otras personas.

Ideas de culpabilidad.

La enfermedad actual es un castigo. Ideas delirantes de culpabilidad.

Alucinaciones de culpabilidad.

3.-SUICIDIO:

Ausente.

Le parece que la vida no vale la pena ser vivida.

Desearía morir.

Tiene ideas suicidas.

Intentos de suicidios.

4.-INSOMNIO PRECOZ:

No tiene dificultad para dormir.

Dificultades ocasionales para dormirse, por ejemplo, más de media hora.

Tiene dificultades cada noche para dormirse.

**TESIS CON
FALLA DE ORIGEN**

5.-INSOMNIO MEDIO:

No tiene.

El paciente está inquieto y alterado durante la noche.

Se despierta durante la noche.

6.-INSOMNIO TARDIO:

No tiene.

Se despierta de madrugada.

No puede dormir de nuevo.

TESIS CON
FALLA DE ORIGEN

7.-TRABAJO Y OTRAS ACTIVIDADES:

No hay dificultad.

Sentimientos de incapacidad, negligencia, indecisión, vacilación en las actividades profesionales o de diversión.

Pérdida de interés por las actividades profesionales o diversiones, descrita directamente por su apatía, indecisión, titubeo (impresión de que tiene que esforzarse para realizar una actividad).

Disminución de las actividades o de la productividad laboral.

Dejó de trabajar por su enfermedad actual.

8.- INHIBICIÓN

Lentitud de pensamiento, conversación y actividad:

Normal.

Ligero retraso en el diálogo.

Evidente retraso en el diálogo.

Diálogo difícil.

Torpeza absoluta.

9.-AGITACIÓN:

Ninguna

Enervamiento.

Juega con sus manos, cabellos, etc...

Agitado, no puede estar quieto.

Se retuerce las manos, se muerde las uñas, se tira de los cabellos, se muerde los labios, etc...

10.-ANSIEDAD PSÍQUICA:

Ninguna.

Tensión -- Irritabilidad.

Preocupación por asuntos menores.

Actitud aprensiva. Temores.

11.-ANSIEDAD SOMÁTICA:

Ausente.

Discreta (molestias gastrointestinales, indigestión, meteorismo, boca seca, diarrea, eructos).

Mediana.

Grave (trastornos cardiovasculares, palpitaciones, cefaleas)

Trastornos respiratorios, hiperventilación, suspiros, polaquiuria, transpiración.

12.-SÍNTOMAS SOMÁTICOS DIGESTIVOS:

Ninguno.

Pérdida de apetito, sensación de pesadez en el abdomen.

Dificultad para comer si no se le insiste. Necesidad de laxantes, purgantes.

13.-SÍNTOMAS SOMÁTICOS GENERALES:

Ninguno.

Pesadez en las extremidades inferiores, espalda o cabeza, cefaleas, dolores musculares, pérdida de energía, fatigabilidad.

Cualquiera de estos síntomas es muy evidente.

14.- SÍNTOMAS GENITALES:

Pérdida de libido, alteraciones menstruales.

Ausente.

Leve

Grave.

15.-HIPOCONDRIA:

Ausente.

Atención concentrada en el cuerpo.

Preocupaciones por la salud.

Quejas frecuentes.

Ideas delirantes hipocondríacas.

16.-INSIGHT (CONCIENCIA DE SI MISMO)

Reconoce que está deprimido y enfermo.

Reconoce que está enfermo, pero lo atribuye a otras causas: clima, cansancio, un virus, etc.

Niega que está enfermo.

17.- PERDIDA DE PESO:

No hay
Leve o incierta.
Cierta e importante.

18.-VARIACIÓN DIURNA:

Si los síntomas son peores por la mañana o por la tarde, señálese lo que sea y clasifíquese la gravedad de la variación.
No ha variación.
Variación leve.
Variación marcada o grave.

19.-DESPERSONALIZACIÓN:

Ausente.
Ligera
Moderada
Grave
Incapacitante

20.-SÍNTOMAS PARANOIDES:

Ninguno
Sospechosos
Mayor nivel de sospecha
Ideas de referencia
Delirios de referencias y de persecución.

21.-SÍNTOMAS OBSESIVOS:

Ausentes.
Ligeros
Graves

TESIS CON
FALLA DE ORIGEN

ANEXO (5) :

**ANEXO 7 A
FORMA PARA ADULTO**

**CARTA DE CONSENTIMIENTO INFORMADO PARA PARTICIPACIÓN EN
PROYECTOS EN INVESTIGACION CLÍNICA**

Hospital de Especialidades del Centro Médico Nacional La Raza a _____.
Por medio de la presente acepto participar en el proyecto de investigación titulado:
"EFECTO DE LA INFORMACIÓN ANESTÉSICO – QUIRÚRGICA EN EL GRADO DE
ANSIEDAD Y DEPRESIÓN EN PACIENTES SOMETIDOS A CIRUGÍA
CARDIOTORÁCICA" registrado ante el Comité Local de Investigación con el número:
El objetivo de este estudio es determinar el efecto de la información anestésico – quirúrgica
en el grado de ansiedad y depresión en pacientes que son sometidos a una intervención
cardioraca. Se me ha explicado que mi participación consistirá en contestar cuatro
cuestionarios un día antes de la cirugía, un cuestionario un día después de la misma y por
último uno más en una semana. Declaro que se me ha informado ampliamente sobre los
posibles riesgos, inconvenientes, molestias y beneficios derivados de mi participación en el
estudio, que son los siguientes: no existe ningún riesgo o inconveniente, solo se requiere de
tiempo para contestar los cuestionarios y el beneficio será conocer si es conveniente
proporcionar o no información a los pacientes previo a su cirugía. El investigador principal
se ha comprometido a darme información oportuna sobre cualquier procedimiento
alternativo adecuado que pudiera ser ventajoso para mi tratamiento, así como a responder
cualquier pregunta y aclarar cualquier duda que el plantee acerca de los procedimientos que
se llevaron a cabo, los riesgos, beneficios o cualquier otro asunto relacionado con la
investigación o con mi tratamiento. Entiendo que conservo el derecho de retirarme del
estudio en cualquier momento en que lo considere conveniente, sin que ello afecte la
atención médica que recibo del Instituto. El investigador principal me ha dado seguridades
de que no se me identificará en las presentaciones o publicaciones que deriven de este
estudio y de que los datos relacionados con mi privacidad serán manejados en forma
confidencial. También se ha comprometido a proporcionarme la información actualizada
que se obtenga durante el estudio, aunque esta pudiera hacerme cambiar de parecer respecto
a mi permanencia en el mismo.

Nombre y firma del paciente.

ELIZABETH A. ARTEAGA LABRA.
Matricula: 10878903

Testigo.

Testigo

TESIS CON
FALLA DE ORIGEN