



UNIVERSIDAD DE CUENCA
FACULTAD DE CIENCIAS MÉDICAS
POSTGRADO EN CIRUGÍA GENERAL

**TRASTORNO ANSIOSO DEPRESIVO REACTIVO EN PACIENTES
QUIRÚRGICOS Y COMPLICACIONES. CUENCA. 2014.**

**Tesis previa a la obtención del título
de Especialista en Cirugía General**

AUTOR: MD. Juan Josué Salamea Avilés

DIRECTOR: Dr. Raúl Haldo Pino Andrade

ASESOR: Mgtr. Dr. José Ricardo Charry Ramirez.

**Cuenca – Ecuador
2016**



RESUMEN

Objetivo: determinar el trastorno ansioso depresivo reactivo en pacientes quirúrgicos y complicaciones, en el Hospital Vicente Corral Moscoso. Cuenca. 2014.

Método: estudio observacional, analítico y de corte transversal, realizado en 642 con una frecuencia esperada 7,2, precisión 2%; nivel de confianza 95, da un tamaño de la muestra de 642 pacientes quirúrgicos del servicio de Consulta Externa de Cirugía del Hospital Vicente Corral Moscoso entre febrero y octubre del 2014.

Resultados: la prevalencia pre-quirúrgica de la Ansiedad fue de 89,72% y de Depresión reactiva fue de 65,68%. Mayores frecuencias de: grupo etario las personas mayores de 65 años (42,67%), mujeres (58,1%), casados/as (44,24%), del sector rural (51,7%) y trabajadores laboralmente activos (55,3%). La edad entre 18 a 34 años, actúa como factor protector para evitar desarrollar Depresión pre-quirúrgica OR 0,612 ($p=0,015$). Encontramos además que el 66,82% de los pacientes deben esperar al menos un año para su cirugía; estadísticamente, esperar menos de un mes, es factor protector para desarrollar Ansiedad (OR 0,387 y $p=0,01$). El apoyo familiar pre-cirugía fue alto (88,94%), mientras que el psicológico profesional fue bajo (8,57%). La colelitiasis fue el diagnóstico más reportado (33,18%) actuó como factor protector para no desarrollar depresión (OR 0,699 y $P=0,039$), la patología prostática (10,9%) actúa como factor de riesgo (OR 1,885 y $p=0,031$) para desencadenar depresión reactiva. Entre las complicaciones postquirúrgicas se presentaron en mayor cantidad pacientes con dolor (93,15%), tolerancia a la dieta (76,32%) y deambulación con el 89,88%.

Palabras clave: ANSIEDAD, DEPRESION, PRE QUIRURGICO, COMPLICACIONES.



ABSTRACT:

Objective: To determine the reagent depressive anxiety disorder and complications in surgical patients at the Vicente Corral Moscoso Hospital. 2014.

Method: An observational, analytical and cross-sectional study, conducted in 642 with an expected frequency 7.2, 2% accuracy; confidence level 95, giving a sample size of 642 surgical patients from the Outpatient Surgery Vicente Corral Moscoso Hospital between February and October 2014.

Results: The pre-surgical prevalence of anxiety was 89.72% and Reactive depression was 65.68%. Higher frequencies of: age group people over 65 (42.67%), women (58.1%), married / as (44.24%), the rural sector (51.7%) and workers occupationally active (55.3%). Age between 18 and 34, acts as a protective factor to avoid developing pre-surgical depression OR 0.612 ($p = 0.015$). We also found that 66.82% of patients must wait at least one year for surgery; statistically, expect less than a month, it is a protective factor for developing anxiety (OR 0.387 and $p = 0.01$). Family support pre-surgery was high (88.94%), while the professional psychological was low (8.57%). Cholelithiasis diagnosis was the most reported (33.18%) served as a protective factor against developing depression (OR 0.699 and $P = 0.039$), the prostate pathology (10.9%) acts as a risk factor (OR 1.885 and $p = 0.031$) to trigger reactive depression. Among the postoperative complications in as many pain patients (93.15%), tolerance to the diet (76.32%) and walking with 89.88%.

Keywords: ANXIETY, DEPRESSION, PRE-SURGICAL COMPLICATIONS.



ÍNDICE

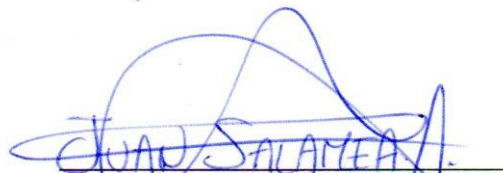
RESUMEN	2
ABSTRACT	3
1. INTRODUCCIÓN	8
2. PLANTEAMIENTO DEL PROBLEMA	9
3. JUSTIFICACIÓN	10
4. FUNDAMENTO TEÓRICO	10
5. HIPOTESIS	14
6. OBJETIVOS DE LA INVESTIGACIÓN	14
7. DISEÑO METODOLOGICO	15
7.8 Aspectos Éticos:	17
8. RESULTADOS	18
9. DISCUSIÓN	31
10. CONCLUSIONES Y RECOMENDACIONES	33
11. REFERENCIAS BIBLIOGRÁFICAS	35
12. ANEXOS	40
12.5. CRONOGRAMA DE ACTIVIDADES	46
12.6. RECURSOS	46



CLÁUSULA DE RESPONSABILIDAD

Yo, **Juan Josué Salamea Avilés**, autor de la tesis “**TRASTORNO ANSIOSO DEPRESIVO REACTIVO EN PACIENTES QUIRÚRGICOS Y COMPLICACIONES. CUENCA. 2014**”, certifico que todas las ideas, opiniones y contenidos expuestos en la presente investigación son de exclusiva responsabilidad de su autor.

Cuenca, 23 de Febrero de 2016



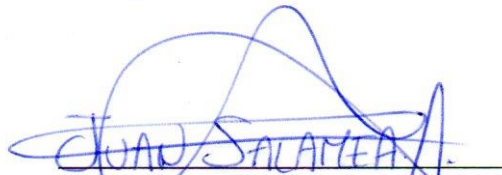
MD. Juan Josué Salamea Avilés
C.I. # 010332036-2



DERECHO DE AUTOR

Yo, Juan Josué Salamea Avilés, autor de la tesis **“TRASTORNO ANSIOSO DEPRESIVO REACTIVO EN PACIENTES QUIRÚRGICOS Y COMPLICACIONES. CUENCA. 2014”**, reconozco y acepto el derecho de la Universidad de Cuenca, en base al artículo 5 literal c) de su reglamento de propiedad intelectual, de publicar este trabajo por cualquier medio conocido o por conocer, al ser este requisito para la obtención de mi título de Cirujano. El uso que la Universidad de Cuenca hiciere de este trabajo, no implica afección de mis derechos morales o patrimoniales como autor.

Cuenca, 23 de Febrero de 2016



MD. Juan Josué Salamea Avilés
C.I. # 010332036-2



AGRADECIMIENTO

A la Facultad de Ciencias Médicas de la Universidad de Cuenca. A los Doctores Ricardo Charry, Genaro Sánchez, Raúl Pino, Ángel Tenezaca quienes me incentivaron y apoyaron en la realización del presente trabajo.

A los directivos, administrativos y demás personal del Hospital Regional “Vicente Corral Moscoso” de Cuenca, por la autorización y facilidades brindadas para llevar a término esta investigación; además, por haberme ayudado a formar y crecer personal y profesionalmente.

Juan Josué



DEDICATORIA

A Dios, por darme la oportunidad de ayudar a la gente.

A mis padres Román y Margot, y mi hermano Pablo, que me han apoyado en este largo camino, porque sin su amor, sabiduría y consejos no habría sido posible progresar. A mí querido Peke por regalarme una sonrisa cada día.

A mi novia Majito, por creer en mí, ayudarme a ser mejor, darme su amor y confianza, por ser transparente conmigo y darme lo mejor de sí.

AUTOR.



1. INTRODUCCIÓN

La ansiedad y la depresión son desórdenes psiquiátricos muy comunes, idealmente en pacientes que serán intervenidos quirúrgicamente, no deberían tener mayores preocupaciones que las relacionadas con su propia enfermedad, sin embargo, la anticipación del dolor, el estar lejos de su familia, la pérdida de la independencia, el miedo de convertirse en personas con discapacidad, el miedo a entrar al quirófano, con frecuencia conducen a los síntomas de ansiedad y depresión en el período pre quirúrgico (1).

Ante la proximidad de una intervención quirúrgica, la ansiedad hace acto de presencia en mayor o menor grado, ésta, ha sido, y es objeto de estudio, ya que por un lado, las consecuencias en la recuperación física y emocional en el paciente, y por otro porque resulta idónea para desarrollar la investigación en materia de afrontamiento de agentes estresantes (2).

Después de la ansiedad, la depresión es el trastorno de mayor frecuencia, ya que, ante un evento quirúrgico los pacientes podrían adoptar manifestaciones de tristeza, desasosiego y excesiva preocupación por su salud, y en algunos casos demostrar un cuadro de depresión ya marcado (1).

El procedimiento quirúrgico lleva implícito una serie de temores tales como el no despertar de la anestesia, sentir dolor durante la cirugía, revelar información personal debido a los efectos de la anestesia o a los resultados de la cirugía; por tanto, se encuentran inmersos en una situación susceptible de provocar altos niveles de ansiedad repercutiendo en el sujeto desfavorablemente (2).



2. PLANTEAMIENTO DEL PROBLEMA

La prevalencia de depresión es variable, en un estudio llevado a cabo en España (3) encontraron que la prevalencia de depresión en el preoperatorio fue del 54%; lo que resulta ser un dato bastante alto, al menos uno de cada 2 pacientes en espera de cirugía presenta depresión; además se menciona que en el post operatorio la prevalencia disminuyó hasta el 28%.

En lo que se refiere a la ansiedad, Barrilero y col., encontraron que utilizando la Escala de Ansiedad y Depresión Hospitalaria, el 20% presentó síntomas emocionales, ansiedad en su mayoría, el 9,4% fueron casos dudosos; además concluyen que las mujeres presentan mayor ansiedad y depresión que los hombres, a mayor edad se observa menor grado de ansiedad. Y que entre los factores desencadenantes de la ansiedad se destacan la preocupación por la familia o personas a las que atiende habitualmente, no obtener alivio para el dolor con los fármacos, tener molestias por la operación, el dolor debido a ésta, y; el estar encamado (2).

Navarro y col., mencionan que el interés por encontrar bases fisiológicas que expliquen como la variación del estado de ánimo puede influir en la recuperación postoperatoria de los pacientes, se ha manifestado en numerosos estudios (4).

Según Castro y col (1) en su estudio mencionan que la ansiedad y depresión pueden condicionarse y volverse reactivas ante estímulos, en su estudio mucha influencia tiene el que sus pacientes no estuvieran informados adecuadamente del procedimiento quirúrgico a realizárseles, el desconocimiento de su diagnóstico o el tiempo de cirugía, motivo por el cual 25% de los pacientes de su estudio presentó ansiedad y depresión previo a la intervención quirúrgica.



PREGUNTA DE INVESTIGACION

¿Cuál es la frecuencia con que los pacientes con cirugías programadas, presentan trastorno ansioso depresivo reactivo, y cuál es la asociación con las complicaciones post quirúrgicas, en el Hosp. Vicente Corral Moscoso de Cuenca durante el 2014?

3. JUSTIFICACIÓN

El impacto científico de la investigación se verá reflejado en los datos de la esfera psicológica de los pacientes que serán sometidos a procesos quirúrgicos, bajo este marco los datos contribuirán a la toma de decisiones antes de la cirugía con el afán de mejorar la salud de los pacientes, no solo en el ámbito quirúrgico, sino psicológico.

Los resultados obtenidos podrán ser difundidos y podrán servir como un instrumento de información científico, así como de promoción de este tipo de intervenciones en otros centros hospitalarios; además, servirá como instrumento epidemiológico de consulta para futuros trabajos de investigación y podrá ser publicada en la revista de la F.CC.MM. Indexada a la LILACS.

Los resultados obtenidos en lo referente a las complicaciones post quirúrgicas permitirán que estas sean manejadas de mejor manera.

Con los datos recolectados y analizados se podrán generar intervenciones psicológicas destinadas a disminuir la prevalencia de ansiedad y depresión reactiva.

4. FUNDAMENTO TEÓRICO

Según la Organización Mundial de la Salud (OMS), la depresión es un trastorno mental frecuente, que se caracteriza por la presencia de tristeza, pérdida de interés o placer, sentimientos de culpa o falta de autoestima, trastornos del sueño o del apetito, sensación de cansancio y falta de concentración (7).

Otra definición menciona que, la depresión mayor es un síndrome o agrupación de síntomas, en el que predominan los síntomas afectivos (tristeza



patológica, decaimiento, irritabilidad, sensación subjetiva de malestar e impotencia frente a las exigencias de la vida) aunque, en mayor o menor grado, también están presentes síntomas de tipo cognitivo, volitivo o incluso somático, por lo que podría hablarse de una afectación global de la vida psíquica, haciendo especial énfasis en la esfera afectiva (8).

La ansiedad es una anticipación de un daño o desgracia futuros, acompañada de un sentimiento de disforia (desagradable) y/o de síntomas somáticos de tensión. El objetivo del daño anticipado puede ser interno o externo. Es una señal de alerta que advierte sobre un peligro inminente y permite a la persona que adopte las medidas necesarias para enfrentarse a una amenaza. Es importante entender la ansiedad como una sensación o un estado emocional normal ante determinadas situaciones y que constituye una respuesta habitual a diferentes situaciones cotidianas estresantes. (8)

4.1 Ansiedad y depresión en paciente quirúrgicos

Barrilero y cols, realizaron un estudio para determinar los niveles de ansiedad en pacientes pre quirúrgicos, encontraron que el 20% presentó claramente síntomas de ansiedad, el 9,4% era caso dudoso y el 70,6% no presentó síntomas ansiosos; además nos brinda datos sobre depresión donde el 8,2% presentó claros síntomas de depresión, el 11,8% caso dudoso y el 80% no presentó síntomas de depresión; analizando los datos bivariantes se encontró diferencias estadísticamente significativas ($p < 0,05$) para la presentación de estos trastornos y el sexo femenino mientras que no se relacionó con la variable edad(2).

Castro y cols., en una población pre-quirúrgica ASA I y ASA II en Ecuador, encontraron que un 7,2% de pacientes con ansiedad y depresión que requieren evaluación profesional, pero si se analiza los casos probables esta prevalencia asciende hasta los 25% esto significa que las personas en su tiempo peri operatorio están afectadas y este factor debería tomarse en cuenta al momento de la valoración pre-anestésica (1).

Castillero y cols., mencionan que pueden surgir variadas respuestas emocionales ante el proceso quirúrgico, que cuando son muy intensas tienen



importantes consecuencias para la recuperación; además que un gran número de evidencias sugieren que mientras mayor es la ansiedad, más lenta y complicada resulta la recuperación postoperatoria, lo que ocurre a través de mecanismos tanto conductuales como fisiológicos (3).

Estos autores encontraron que si bien el 46% de los pacientes no estaban deprimidos en la fase preoperatoria, 22% estaba moderadamente deprimido y 30% se ubicó en la categoría leve. Con depresión elevada encontramos solo 2%. En la fase posoperatoria los niveles de depresión disminuyeron significativamente; sin depresión encontramos al 72% de los pacientes y 22% con depresión leve, en las categorías moderada y elevada, 2% y 4% respectivamente (3).

Khaoime y cols., en un estudio sobre la calidad de vida, ansiedad y depresión en pacientes obesos, encontraron que existen diferencias significativas en la mayoría de las dimensiones de la variable calidad de vida entre los pacientes en preoperatorio y los pacientes en postoperatorio: funcionamiento físico, rol físico, función social, vitalidad y percepción general de salud. Con respecto a la ansiedad y a la depresión, sólo se encontraron diferencias significativas en la variable depresión. Todos los hallazgos son consistentes con la mayoría de estudios recientes a nivel internacional, ratificando, los beneficios en la calidad de vida y disminución de los niveles de depresión y ansiedad que trae para un paciente obeso someterse a esta intervención quirúrgica (15).

4.2 Ansiedad en pacientes pre quirúrgicos y sus complicaciones en el postoperatorio

Según Mirabal y cols., existe relación entre la ansiedad con la presencia de náusea y vómito en el post operatorio (21), el mismo que coincide con un estudio realizado por Ochoa Vásquez en el 2010. (22)

Según un estudio realizado por Moix en España, en el cual la muestra estuvo formado por 30 pacientes varones entre los 18 y 65 años de edad que debían someterse a una herniorrafia. La ansiedad pre-quirúrgica fue evaluada el día anterior a la cirugía. Los resultados muestran que las preocupaciones más



estrechamente ligada a la ansiedad pre-quirúrgica es la referida con el dolor y al malestar postquirúrgico (23), estos resultados coinciden con los realizados por Muñoz - Blanco, estudio refiere a pacientes que recibieron una adecuada terapia psicológica pre-quirúrgica presentaron menor dolor en el post operatorio (24).

Según el estudio de Gélvez – Bermúdez, en 50 pacientes quirúrgicos de cirugía cardíaca, se encontró que, el no disminuir los niveles de ansiedad antes de ser intervenidos cardíacamente, afecta indicadores de recuperación como son el dolor, el tiempo de estancia hospitalaria, náusea, fiebre, presión arterial, frecuencia respiratoria. Tener en cuenta que si la ansiedad y la depresión se mantienen elevados por un largo periodo, el cerebro envía señales a las glándulas adrenales, y estas a su vez, liberan cortisol, el mismo que causa alteraciones a nivel metabólico y, esto, influencia en la recuperación postquirúrgica (26).

Ante situaciones que provocan ansiedad en el sujeto, se produce una activación del sistema nervioso central, así como, una activación autonómica y neuroendocrina. Estos tres sistemas se retroalimentan de forma constante incrementando, manteniendo o disminuyendo la activación producida por la ansiedad. Se ha comprobado que durante una situación que origina ansiedad se produce un incremento de cortisol en el plasma causado por la activación del sistema nervioso simpático y del eje hipotalámico-hipofisario-adrenal (HHA). A su vez, se ha observado un aumento de factor de necrosis tumoral durante situaciones de ansiedad elevada y a su vez alteraciones en la percepción del dolor, modificaciones en la presión arterial, frecuencia cardíaca. (27)

Chapman y otros autores, señalan que la ansiedad experimenta grandes cambios a lo largo del post-operatorio, sobre todo en pacientes con una inadecuada preparación psicológica.

El ingreso en un hospital origina ansiedad y estrés que se traducen en grados directamente proporcionales de dolor postoperatorio. El grado de estrés hospitalario parece relacionarse con un entorno desconocido, separación de la familia, carencia de información y experiencia previa con tratamientos analgésicos inadecuados.



El miedo suele ser consecuencia de la angustia de padecer dolor cuando desaparezcan los efectos de la anestesia. (29)

Respecto al segundo componente de la ansiedad, la incertidumbre, cobra mayor importancia cuando, por un déficit de información, el paciente no sabe qué esperar de la intervención. Todo ello conduce a un estado de hipervigilancia y ansiedad, que disminuye el umbral de percepción del dolor, y abre la puerta a un auténtico círculo vicioso. (29)

Por último, la inevitable incapacidad física agrava la situación: el paciente se encuentra encamado, en una determinada posición y cualquier movilización exacerba el dolor (29).

5. HIPOTESIS

La prevalencia de ansiedad y depresión reactiva en los pacientes quirúrgicos programados es mayor al 7,2 por ciento, y está asociada a complicaciones como dolor, náusea, fiebre, tiempo de diagnóstico y cambios hemodinámicos (presión arterial, frecuencia cardiaca).

6. OBJETIVOS DE LA INVESTIGACIÓN

6.1 Objetivo general

Determinar el trastorno ansioso depresivo reactivo en pacientes quirúrgicos y complicaciones, en el Hospital Vicente Corral Moscoso. Cuenca. 2014.

6.2 Objetivos específicos

1. Describir las variables: socio-demográficas (edad, sexo, estado civil, lugar de procedencia y ocupación laboral), apoyo psicológico (profesional, familiar) y fisiológicas (tipo de diagnóstico, patología crónica, cirugías previas).



2. Establecer la prevalencia de ansiedad y depresión reactivas pre y post quirúrgica.
3. Determinar la frecuencia de complicaciones: náusea, fiebre, dolor, deambulación, tolerancia a la dieta y cambios hemodinámicos (HTA y Taquicardia postquirúrgica).
4. Establecer la asociación entre ansiedad y depresión reactivas con los factores estudiados.

7. DISEÑO METODOLOGICO

7.1 Tipo de estudio

Estudio observacional, analítico y de corte transversal.

7.2 Muestra

Se parte de un universo infinito y se aplicó los siguientes criterios de cálculos con la ayuda del programa EpiDat: con una frecuencia esperada 7,2, precisión 2%; nivel de confianza 95%, lo cual nos da un tamaño de la muestra de 642 pacientes entre los meses de febrero y octubre del 2014.

7.3 Variables

Variables Dependientes: trastorno Ansioso – Depresivo.

Variables Independientes: complicaciones somáticas (náusea, fiebre, dolor), tiempo de diagnóstico, tolerancia de dieta, deambulación, complicaciones hemodinámicos (presión arterial, frecuencia cardiaca).

Variables Intervinientes: Edad, sexo, estado civil, situación laboral, procedencia, tiempo desde el diagnóstico hasta la cirugía, tipo de diagnóstico, patología asociada, intervención quirúrgica anterior, apoyo psicológico profesional y apoyo familiar.

7.4. Criterios de inclusión



Pacientes con tratamiento quirúrgico y a la espera de la misma, de ambos sexos, mayores de 18 años hasta los 65 años. Ingresados como mínimo 24 horas antes del procedimiento quirúrgico. Pacientes que firmen el Consentimiento y acepten participar en el estudio.

7.5 Criterios de exclusión

Pacientes con diagnóstico y/o tratamiento previo de ansiedad, o con otras enfermedades mentales o neurológicas, que no le permitan participar de manera adecuada en este estudio.

7.6 Procedimientos y técnicas

Autorización por escrito de las autoridades del Hospital Vicente Corral Moscoso y la aprobación del Departamento de Posgrado de la Universidad de Cuenca.

Los instrumentos fueron: la escala de Hamilton para Ansiedad, este consta de 14 preguntas calificadas: de 0 - 5 no ansiedad; de 6 - 14 ansiedad leve; igual o más de 15 ansiedad moderada / grave, mientras que para a Depresión, se aplicó la escala de Hamilton para Depresión, cuestionario que consta de 21 preguntas las que se califica 0-7 no depresión; 8-14 distimia; igual o más de 15 depresión.

Estas escalas se aplicaron a los pacientes de cirugía programada antes de la visita pre-anestésica y luego de la intervención quirúrgica, a las 24 horas.

7.7 Tabulación y análisis

Los datos fueron ingresados en un base de datos en el paquete estadístico SPSS versión de libre distribución 15.0 para Windows; esta base de datos fue pre-codificada al mismo momento de la recolección de datos, pudiendo prescindir incluso de los formatos físicos de los formularios de recolección de datos; para el análisis de datos fueron distribuidos en primera instancia en una tabla basal.

Los resultados han sido obtenidos de una base de datos en que constan 642 casos válidos; dichos resultados serán expuestos en dos partes: la primera corresponde a la estadística descriptiva de variables intervinientes e



independientes; en la segunda parte se detalla los resultados obtenidos de la estadística inferencial para comparar el grado de asociación entre las variables independientes con las dependientes (estado de ansiedad y depresión).

7.8 Aspectos Éticos:

De acuerdo con los principios establecidos en el reporte de Belmont, el estudio se desarrolla conforme a los siguientes criterios:

- Respeto a las personas que colaboran dentro de esta investigación.
- Asegurando el bienestar de las personas que colaboran en esta investigación.
- Utilizando un consentimiento informado debidamente estructurado con el fin que las personas estén debidamente informadas y puedan tomar la libre decisión de formar o no parte del estudio.
- Asegurarse que las personas que vayan a firmar el consentimiento informado hayan comprendido a cabalidad de que se trata el estudio.

8. RESULTADOS

Tabla N° 1 Distribución de las variables socio-demográficas de los pacientes en estudio. Hospital “Vicente Corral Moscoso”. Cuenca. 2014.

VARIABLES	Frecuencia n = 642	Porcentaje 100%
Edad (Grupos)		
18 a 34 años	126	19,63
35 a 64 años	242	37,70
≥ 65 años	274	42,67
Sexo		
Hombre	269	41,9
Mujer	373	58,1
Estado Civil		
Soltero / a	65	10,13
Casado / a	284	44,24
Divorciado / a	113	17,60
Viudo / a	92	14,33
Unión de hecho	88	13,71
Lugar de procedencia		
Urbana	310	48,3
Rural	332	51,7
Ocupación laboral		
SI	355	55,3
NO	287	44,7

Fuente: base de datos de la investigación

Elaborado por: MD: Juan Josué Salamea A.

Al analizar las variables socio-demográficas (Tabla N°1) de la muestra de pacientes (642) intervenidos quirúrgicamente en el período de estudio en el Hospital Vicente Corral Moscoso, se encontró que los mayores de 65 años son la mayoría (42,67%) de pacientes intervenidos y el 19,63% están en edades de 18 a 34 años.

La variable sexo las mujeres con el 58,1% de la población muestra; mientras que en el estado civil 284 son casados /as (44,24%).

El mayor lugar de procedencia de los pacientes fue el rural (51,7%), es decir, no hubo mucha diferencia respecto a la urbana (48,3%).

En cuanto a los pacientes con ocupación laboral, 355 (55,3%), fueron intervenidos quirúrgicamente.

Tabla N° 2 Distribución del apoyo psicológico de pacientes quirúrgicos con posible trastorno ansioso depresivo reactivo. Hosp. Vicente Corral Moscoso. Cuenca. 2014.

VARIABLES	Frecuencia n = 642	Porcentaje 100%
Apoyo profesional previo		
SI	55	8,57
NO	587	91,43
Apoyo familiar previo		
SI	571	88,94
NO	71	11,06

Fuente: base de datos de la investigación

Elaborado por: MD: Juan Josué Salamea A.

En el análisis de las variables de apoyo psicológico (tabla N°2) se observa que el apoyo psicológico profesional pre operatorio es muy bajo (8,57%), mientras que el apoyo familiar, una vez fueron diagnosticados para cirugía, es muy importante ya que 88,94% (571) del total de pacientes en estudio, fue apoyado psicológicamente por sus familiares.

Tabla N° 3 Distribución del tiempo de espera de pacientes quirúrgicos con posible trastorno ansioso depresivo reactivo. Hosp. Vicente Corral Moscoso. Cuenca. 2014.

VARIABLES	Frecuencia n = 642	Porcentaje 100%
Tiempo de espera entre el Diagnóstico y la Cirugía		
Menos de un mes	103	16,04
12 meses	429	66,82
Más de 12 meses	110	17,14

El análisis del tiempo de espera (tabla N°3), demuestra que la mayoría (66,82%) de pacientes deben esperar al menos un año luego de su diagnóstico para ser intervenidos quirúrgicamente por su afección, lo cual podría desencadenar ansiedad o depresión en los pacientes.

Tabla N° 4 Distribución de las variables fisiológicas de pacientes quirúrgicos con posible trastorno ansioso depresivo reactivo. Hosp. Vicente Corral Moscoso. Cuenca. 2014.

VARIABLES	Frecuencia n = 642	Porcentaje 100%
Tipo de diagnóstico		
Colelitiasis	213	33,18
Hernias	100	15,57
Patología Prostática	70	10,90
Patología Vascular	46	7,17
Otros	213	33,18
Enfermedad Crónica		
SI	243	37,85
NO	399	62,15
Cirugías anteriores		
SI	232	36,14
NO	410	63,86

Fuente: base de datos de la investigación

Elaborado por: MD: Juan Josué Salamea A.

Revisando las denominadas variables biológicas del estudio (Tabla N°4), se observa que el tipo de diagnóstico más realizado fue la Colelitiasis (33,18%), similar en cantidad a un conjunto de patologías de muy diversa índole, seguido en orden descendente en cantidades por las Hernias, patologías prostáticas y vasculares, entre otras.

La mayoría de pacientes quirúrgicos (62,15%), no presentaron enfermedades crónicas, previo a la cirugía.

De la misma forma, a 410 (63,86%) pacientes no se les había realizado intervención quirúrgica por algún motivo.

Tabla N° 5 Prevalencia de ansiedad y depresión realizado mediante Test de Hamilton en los pacientes quirúrgicos. Hospital Vicente Corral Moscoso. Cuenca. 2014.

Estado	Test de HAMILTON					
	Ansiedad Antes			Ansiedad Después		
	n=642	%	IC 95%	n=642	%	IC 95%
NO ANSIEDAD	66	10,28	7,93 – 12,63	197	30,68	27,11–34,25
ANSIEDAD LEVE	378	58,88	55,07–62,69	331	51,56	47,69–55,43
ANSIEDAD MODERADA / GRAVE	198	30,84	27,27–34,41	114	17,76	14,8–20,72
TOTAL ANSIEDAD	576	89,72	87.2–92.2	445	69,32	65.0-73.6
Estado	Depresión Antes			Depresión Después		
	n=642	%	IC 95 %	n=642	%	IC 95%
	n=642	%	IC 95 %	n=642	%	IC 95%
NO DEPRESION	221	34,42	30,74–38,1	312	48,60	44,73–52,47
DISTIMIA	315	49,07	45,2–52,94	217	33,80	30,14–37,46
DEPRESION	106	16,51	13,64–19,38	113	17,60	14,65–20,55
TOTAL DEPRESIÓN	421	65,58	61.0-70.1	330	51.4	46.0-56.8

Fuente: base de datos de la investigación

Elaborado por: MD: Juan Josué Salamea A.

Analizando los resultados de los Test de Hamilton pre y post cirugía para determinar Ansiedad y Depresión en los pacientes intervenidos quirúrgicamente en el periodo de estudio en el Hospital Vicente Corral Moscoso de Cuenca, se encontró que entre la ansiedad leve (58,88%) y, la ansiedad moderada y grave (30,84%), en total hay una prevalencia para la ansiedad preoperatoria del 89,72% (IC 95%: 87.2-92.2); mientras que entre la Distimia (49,07%) y la Depresión propiamente dicha (16,51%), en total hay una prevalencia de Depresión Preoperatoria del 65,58% (IC 95%:61.0-70.1).

Además, debe notarse la diferencia porcentual entre el estado de ánimo de los pacientes, antes y después del acto quirúrgico, ya que la prevalencia de Ansiedad descendió post cirugía de 89,72% a 69,32%, por lo que podemos mencionar que se encontró una diferencia estadísticamente significativa ($p < 0.05$) $p = 0.0232$. Similar situación aconteció con la Depresión total al pasar, post cirugía, de 65,58% a 51,4% encontrándose una diferencia estadísticamente significativa $p = 0.0098$. Obsérvese también que la Depresión pura, aparentemente tuvo la tendencia a aumentar (de 16,51 a 17,60%) porque de 106 pacientes quirúrgicos que estuvieron con depresión, post quirófano aparecen 113 pacientes con depresión; pero esta diferencia entre el pre y el post no es estadísticamente significativa ($p = 0.603$).

Tabla N° 6 Distribución de las complicaciones somáticas/hemodinámicas presentadas por los pacientes en estudio. Hospital Vicente Corral Moscoso. Cuenca. 2014.

VARIABLES	Frecuencia n = 642	Porcentaje 100%
Nausea		
SI	86	13,40
NO	556	86,60
Fiebre		
SI	217	33,80
NO	425	66,20
Dolor		
SI	598	93,15
NO	44	6,86
HTA post quirúrgica		
SI	129	20,09
NO	513	79,91
Taquicardia post quirúrgica		
SI	172	26,79
NO	470	73,21
Tolerancia a la dieta		
SI	490	76,32
NO	152	23,68
Deambulaci3n		
SI	577	89,88
NO	65	10,12

Fuente: base de datos de la investigaci3n

Elaborado por: MD. Juan Josu3 Salamea A.

Al Analizar las complicaciones postquirúrgicas (Ver Tabla N°6), presentadas por los pacientes quirúrgicos que acudieron al Hosp. Vicente Corral Moscoso de Cuenca durante el 2014, observamos que solo el 13,4% (86/642) presentaron náusea; el 33,8% (217/642) desarrollaron un período febril. El Dolor post cirugía estuvo presente en el 93,15% (598/642) de los pacientes.

Entre las respuestas fisiológicas de mayor inquietud en el cuerpo médico, como es el aumento de tensi3n arterial y frecuencia cardíaca, se encontr3, en el estudio, que aproximadamente un quinto de la poblaci3n presenta HTA postquirúrgica (20,09%) y un cuarto de la poblaci3n en estudio (26,79%) present3 taquicardia postquirúrgica.

La mayoría de pacientes demostraron tolerancia a la dieta (76,32%) y a la deambulaci3n (89,88%).

Para determinar la asociación entre el estado de Ansiedad y Depresión con las variables socio-demográficas, psicológicas, biológicas y complicaciones postquirúrgicas, utilizamos el intervalo de confianza al 95%, además, el valor de p, que es considerado estadísticamente significativo si es menor de 0,05.

Tabla N° 7 Relación entre el estado Ansiedad con las variables socio-demográficas de los pacientes quirúrgicos. Hospital Vicente Corral Moscoso. Cuenca. 2014.

Variable	ANSIEDAD		No Ansiedad		OR	IC 95% LI LS	Valor p
	n=576	%	n=66	%			
Edad (Grupos)							
18 a 34 años	116	20,1	10	15,2	1,412	0,699 – 2,852	0,334
Otros	460	79,9	56	84,8			
35 a 64 años	213	37,0	29	43,9	0,749	0,447 – 1,253	0,269
Otros	363	63,0	37	56,1			
≥ 65 años	247	42,9	27	40,9	1,084	0,646 – 1,820	0,759
Otros	329	57,1	39	59,1			
Sexo							
Hombre	239	41,5	30	44,5	0,851	0,510 – 1,420	0,537
Mujer	337	58,5	36	54,5			
Estado Civil							
Casado/a	249	43,2	35	53,0	0,674	0,405 – 1,124	0,129
Otros	327	56,8	31	47,0			
Divorciado/a	107	18,6	6	9,1	2,281	0,961 – 5,419	0,055
Otros	469	81,4	60	90,9			
Viudo/a	83	14,4	9	13,6	1,066	0,508 – 2,236	0,865
Otros	493	85,6	57	86,4			
Lugar procedencia							
Urbana	226	46,2	44	66,7	0,429	0,251 – 0,734	0,002
Rural	310	53,8	22	33,3			
Ocupación laboral							
Si	318	55,2	37	56,1	0,966	0,578 – 1,614	0,895
No	258	44,8	29	43,9			

Fuente: base de datos de la investigación.

Elaborado por: MD. Juan Josué Salamea A.

Al estudiar los estados de Ansiedad como valores dicotómicos de ansiedad (leve y, moderada y grave) y No Ansiedad (Ver Tabla N°7), frente a las variables socio-demográficas, se observa que existe una asociación estadísticamente significativa con el lugar de procedencia de los pacientes OR 0,429 IC: 0,251 – 0,734 y valor p=0,002, es decir, para este estudio, el proceder de la zona urbana se convierte en un factor protector contra la ansiedad. Con las demás variables socio-demográficas no existe asociación estadísticamente significativa, según la prueba de Chi².



Tabla N° 8 Relación entre la ANSIEDAD con la variable APOYO PSICOLÓGICO en los pacientes quirúrgicos. Hospital Vicente Corral Moscoso. Cuenca. 2014.

Variable	ANSIEDAD		No Ansiedad		OR	IC 95%		Valor p
	n=576	%	n=66	%		LI	LS	
Tiempo de espera entre Diagnóstico y Cirugía								
Menos de 1 mes	83	14,4	20	30,3	0,387	0,218 – 0,688		0,01
Otros	493	85,6	46	69,7				
12 meses	391	67,9	38	57,6	1,557	0,927 – 2,616		0,092
Otros	185	32,1	28	42,4				
Más de 1 año	102	17,7	8	12,1	1,560	0,723 – 3,368		0,254
Otros	474	82,3	58	87,9				
Apojo profesional								
Si	49	8,5	6	9,1	0,930	0,382 – 2,261		0,872
No	527	91,5	60	90,9				
Apojo familiar								
Si	513	89,1	58	87,9	1,123	0,513 – 2,460		0,771
No	63	10,9	8	12,1				

Fuente: base de datos de la investigación.
Elaborado por: MD. Juan Josué Salamea A.

Analizando el estado de Ansiedad como valores dicotómicos (Ansiedad y No Ansiedad) (Ver Tabla N°8), frente a las variables denominadas para el estudio como psicológicas, se observa que existe asociación estadísticamente significativa con la variable “Tiempo de espera (Menos de 1 mes) entre el Diagnóstico y la Cirugía” OR 0,387 IC95%: 0,218 – 0,688 y valor p=0,01. Para este estudio la espera inferior a un mes se convierte en un factor protector contra la ansiedad. Con las otras variables psicológicas no existe asociación estadísticamente significativa.

**Tabla N° 9** Relación entre la ANSIEDAD con las variables FISIOLÓGICAS en los pacientes quirúrgicos. Hospital Vicente Corral Moscoso. Cuenca. 2014.

Variable	ANSIEDAD		No Ansiedad		OR	IC 95%		Valor p
	n=576	%	n=66	%		LI	LS	
Tipo de Diagnóstico								
Colelitiasis	195	33,9	18	27,3	1,365	0,773 – 2,410	0,282	
Hernias	92	16,0	8	12,1	1,378	0,637 – 2,983	0,414	
Patología prostática	63	10,9	7	10,6	1,035	0,453 – 2,364	0,935	
Patología vascular	42	7,3	4	6,1	1,219	0,423 – 3,514	0,713	
Enfermedad crónica								
Si	221	38,4	22	33,3	1,245	0,727 – 2,134	0,424	
No	355	61,6	44	66,7				
Cirugías Anteriores								
Si	206	35,8	26	39,4	0,857	0,508 – 1,444	0,561	
No	370	64,2	40	60,6				

Fuente: base de datos de la investigación.

Elaborado por: MD. Juan Josué Salamea A.

Según la Tabla N°9, haciendo su análisis, no se observa asociación estadísticamente significativa entre el estado de Ansiedad y las denominadas variables biológicas (Tipo de diagnóstico, enfermedad crónica y cirugías anteriores).

**Tabla N° 10** Relación entre la ANSIEDAD con las COMPLICACIONES Postquirúrgicas en los pacientes en estudio. Hospital Vicente Corral Moscoso. Cuenca. 2014.

Variable	ANSIEDAD		No Ansiedad		OR	IC 95%		Valor p
	n=576	%	n=66	%		Li	LS	
Nausea								
Si	78	13,5	8	12,1	1,136	0,522 – 2,469		0,748
No	498	86,5	58	87,9				
Fiebre								
Si	195	33,9	22	33,3	1,024	0,596 – 1,757		0,932
No	381	66,1	44	66,7				
Dolor								
Si	533	92,5	65	98,5	0,191	0,026 – 1,408		0,120*
No	43	7,5	1	1,5				
HTA postquirúrgica								
Si	118	20,5	11	16,7	1,288	0,654 – 2,538		0,463
No	458	79,5	55	83,3				
Taquicardia Postquir.								
Si	156	27,1	16	24,2	1,164	0,642 – 2,099		0,622
No	420	72,9	50	75,8				
Tolerancia a la Dieta								
Si	438	76,0	52	78,8	0,855	0,460 – 1,589		0,619
No	138	24,0	14	21,2				
Deambulaci3n								
Si	518	89,9	59	89,4	1,060	0,462 – 2,428		0,891
No	58	10,1	7	10,6				

Fuente: base de datos de la investigaci3n.

*Con correcci3n por continuidad

Elaborado por: MD. Juan Josu3 Salamea A.

No se observa asociaci3n estadística ni significancia estadística entre los estados de Ansiedad con las complicaciones analizadas en el estudio. Ver Tabla N°10.

Tabla N° 11 Relación entre la DEPRESIÓN con las variables SOCIO-DEMOGRÁFICAS de los pacientes quirúrgicos. Hospital Vicente Corral Moscoso. Cuenca. 2014.

Variable	DEPRESIÓN		No Depresión		OR	IC 95%		Valor p
	n=421	%	n=221	%		Li	LS	
Edad (Grupos)								
18 a 34 años	71	16,9	55	24,9	0,612	0,411 – 0,911		0,015
Otros	350	83,1	166	75,1				
35 a 64 años	167	39,7	75	33,9	1,280	0,911 – 1,798		0,155
Otros	254	60,3	146	66,1				
≥ 65 años	183	43,5	91	41,2	1,098	0,790 – 1,528		0,577
Otros	238	56,5	130	58,8				
Sexo								
Hombre	185	43,9	84	38,0	1,279	0,916 – 1,783		0,148
Mujer	236	56,1	137	62,0				
Estado Civil								
Casado/a	197	46,8	87	39,4	1,355	0,973 – 1,886		0,072
Otros	224	53,2	134	60,6				
Divorciado/a	75	17,8	38	17,2	1,044	0,679 – 1,604		0,845
Otros	346	82,2	183	82,8				
Viudo/a	65	15,4	27	12,2	1,312	0,810 – 2,124		0,268
Otros	156	84,6	194	87,8				
Lugar procedencia								
Urbana	202	48,0	108	48,9	0,965	0,697 – 1,337		0,831
Rural	219	52,0	113	51,1				
Ocupación laboral								
Si	238	56,5	117	52,9	1,156	0,834 – 1,603		0,385
No	183	43,5	104	47,1				

Fuente: base de datos de la investigación.

Elaborado por: MD. Juan Josué Salamea A.

Al estudiar los estados de Depresión como valores dicotómicos de depresión (Distimia y Depresión) y No Depresión (Ver Tabla N°11), frente a las variables socio-demográficas, se observa que existe asociación estadísticamente significativa con el grupo etario de 18 y 34 años OR 0,612 IC95%: 0,411 – 0,911 y valor $p=0,015$, es decir, según esta investigación, la menor edad es un factor protector para presentar depresión pre quirúrgica.

**Tabla N° 12** Relación entre la DEPRESIÓN con las variables PSICOLÓGICAS en los pacientes quirúrgicos. Hospital Vicente Corral Moscoso. Cuenca. 2014.

Variable	DEPRESIÓN		No Depresión		OR	IC 95%		Valor p
	n=421	%	n=221	%		Li	LS	
Tiempo de espera entre Diagnóstico y Cirugía								
Menos de 1 mes	63	15,0	40	18,1	0,796	0,516 – 1,230		0,304
12 meses	278	66,0	151	68,3	0,901	0,636 – 1,276		0,558
Más de 1 año	80	19,0	30	13,6	1,494	0,947 – 2,355		0,083
Apoyo psicológico								
Si	32	7,6	23	10,4	0,708	0,404 – 1,243		0,227
No	389	92,4	198	89,6				
Apoyo familiar								
Si	372	88,4	199	90,0	0,839	0,493 – 1,423		0,518
No	49	11,6	22	10,0				

Fuente: base de datos de la investigación.

Elaborado por: MD. Juan Josué Salamea A.

Analizando el estado de Depresión como variable dicotómica (Depresión y No Depresión) (Tabla N°12), frente a las variables denominadas psicológicas, para este estudio, no se observa asociación estadísticamente significativa.

**Tabla N° 13** Relación entre la DEPRESIÓN con las variables BIOLÓGICAS en los pacientes quirúrgicos. Hospital Vicente Corral Moscoso. Cuenca. 2014.

Variable	DEPRESIÓN		No Depresión		OR	IC 95%		Valor p
	n=421	%	n=221	%		Li	LS	
Tipo de Diagnóstico								
Colelitiasis	128	30,4	85	38,5	0,699	0,497 – 0,983		0,039
Otros	293	69,6	136	61,5				
Hernias	67	15,9	33	14,9	1,078	0,686 – 1,696		0,744
Otros	354	84,1	188	85,1				
Patología prostática	54	12,8	16	7,2	1,885	1,052 – 3,379		0,031
Otros	367	87,2	205	92,8				
Patología vascular	29	6,9	17	7,7	0,888	0,477 – 1,654		0,707
Otros	392	93,1	204	92,3				
Enfermedad crónica								
Si	163	38,7	80	36,2	1,114	0,795 – 1,560		0,532
No	258	61,3	141	63,8				
Cirugías Anteriores								
Si	160	38,0	72	32,6	1,269	0,900 – 1,788		0,174
No	261	62,0	149	67,4				

Fuente: base de datos de la investigación.

Elaborado por: MD. Juan Josué Salamea A.

Según la Tabla N°13, haciendo su análisis, se observa asociación estadísticamente significativa entre los estados de Depresión con el tipo de Diagnóstico “Colelitiasis” OR 0,699 IC95%: 0,497 – 0,983 y valor p=0,039. Y “patología prostática” OR 1,885 IC95%: 1,052 – 3,379 y valor p=0,031; es decir, la patología prostática se convierte en un factor de riesgo para desencadenar un estado de Depresión en los pacientes quirúrgicos.

**Tabla N° 14** Relación entre la DEPRESIÓN con las COMPLICACIONES Postquirúrgicas los pacientes quirúrgicos. Hospital Vicente Corral Moscoso. Cuenca. 2014.

Variable	DEPRESIÓN		No Depresión		OR	IC 95%		Valor p
	n=421	%	n=221	%		LI	LS	
Nausea								
Si	59	14,0	27	12,2	1,171	0,719 – 1,907		0,525
No	362	86,0	194	87,8				
Fiebre								
Si	159	37,8	58	26,2	1,706	1,192 – 2,441		0,03
No	262	62,2	163	73,8				
Dolor								
Si	393	93,3	205	92,8	1,095	0,579 – 2,071		0,779
No	28	6,7	16	7,2				
HTA postquirúrgica								
Si	87	20,7	42	19,0	1,110	0,376 – 1,674		0,618
No	334	79,3	179	81,0				
Taquicardia postquir.								
Si	119	28,3	53	24,0	1,249	0,859 – 1,817		0,244
No	302	71,7	168	76,0				
Tolerancia a la Dieta								
Si	311	73,9	179	81,0	0,663	0,445 – 0,990		0,044
No	110	26,1	42	19,0				
Deambulaci3n								
Si	377	89,5	200	90,5	0,900	0,520 – 1,555		0,705
No	44	10,5	21	9,5				

Fuente: base de datos de la investigaci3n.

Elaborado por: MD. Juan Josu3 Salamea A.

Se observa la asociaci3n estadística mente significativa entre el estado de Depresi3n con las complicaciones quirúrgicas, primero como un factor de riesgo al producir periodos febriles en los pacientes OR 1,706 IC95%: 1,192 – 2,441 y valor $p=0,03$; adem3s, como un factor protector para producir tolerancia a la dieta OR 0,663 IC95%: 0,445 – 0,990 y valor $p=0,044$. Con las otras complicaciones quirúrgicas no se observa asociaci3n estadística mente significativa.



9. DISCUSIÓN

En nuestro estudio se encontró que el 89,72% de los pacientes sometidos a cirugía planificada presento ansiedad y el 65,58% depresión, dato que difieren con el estudio realizados por Castro- Prado (1) en el cual el porcentaje de ansiedad y depresión fue del 25%, mientras que Franco y cols., en Colombia llega a identificar hasta 45% de problemas psiquiátricos (32), con la diferencia que él utiliza otros tests menos específicos, el estudio de Márquez y cols., con pacientes preoperatorios, mostró que 35 pacientes (44,3%) se los considero con ansiedad y 21 pacientes (26,6%) fueron considerados con depresión (28).

Con los datos obtenidos podemos ver también que el tipo de diagnóstico más reportado fue la coleditiasis 33,18%, seguido de las hernias 16%, este valor se diferencia del obtenido por Barrilero y cols., en el cual la patología biliar fue diagnosticada en 17,6% y hernias en un 10,6% (2).

La mayoría de pacientes quirúrgicos no presentaban enfermedades crónicas (62,15%), dato que es similar al obtenido por Barrilero y cols., en su estudio el 60% de los pacientes tampoco presentan ninguna patología crónica (2).

La mayoría de pacientes intervenidos (66,82%), debieron esperar alrededor de un año después del diagnóstico, para su cirugía, este valor difiere con el obtenido por Barrilero, en cuyo estudio se puede observar que el mayor porcentaje de pacientes tuvo que esperar aproximadamente 4 meses (2).

Las complicaciones postquirúrgicas observadas en la presente investigación, fueron: náusea (13,4%), fiebre (33,80%), HTA postquirúrgica (20,09%), taquicardia postquirúrgica (26,79%); mientras que el estudio de Barrilero presenta datos similares, pues en el mismo, 20% de los estudiados presentó HTA postquirúrgica y taquicardia postquirúrgica en el 16,5% (2).

Debe considerarse, además, que en este estudio la mayoría de pacientes tuvieron alto apoyo psicológico familiar (88,94%), contrario a lo ocurrido con el apoyo psicológico profesional u hospitalario, que no hubo en la mayoría de pacientes (91,43%); esto contrasta con los resultados del estudio de Rodríguez Navarro, en el que 82,3% de los pacientes que recibieron alguna información médica de



aspectos relacionados con su enfermedad, pronóstico y tratamiento de la misma, contestaron no haber tenido sensación subjetiva de ansiedad al recibir dicha información frente a un 16,8% que sí se habían puesto nerviosos y frente a un 0,9% que afirmaron que se pusieron muy nerviosos (33).

La prevalencia de Ansiedad total fue 89,72%, dato que concuerda con lo obtenido por Valenzuela y cols, cuyo estudio coloca la frecuencia de ansiedad pre quirúrgica alrededor del 76%, resaltando el gran porcentaje de ansiedad previo a la cirugía (19).

La depresión reactiva se evidencio en 65.58% datos que se corroboran con el estudio de Castillero y cols., en el cual 54% de los pacientes presentaron depresión reactiva (3).

Es evidente que, la depresión conjuntamente con la ansiedad son situaciones no deseables en un proceso peri operatorio; a su vez también tenemos que resaltar que, si bien es cierto, estadísticamente no se demostró que el apoyo psicológico o familiar jueguen un papel importante en esta población, en la práctica es diferente, pues es obvio que el paciente al verse inmerso en un ambiente familiar adecuado que lo apoya y respalda su estado de ánimo, variará al hacerle frente a un proceso quirúrgico; por otro lado, el apoyo psicológico que se pueda brindar al enfermo es vital.



10. CONCLUSIONES Y RECOMENDACIONES

CONCLUSIONES

Los pacientes quirúrgicos ingresados en el estudio para observar la relación con los estados de ansiedad y depresión intervenidos quirúrgicamente en el Hosp. Vicente Corral Moscoso, durante el año 2014, en su generalidad fueron mayores de 65 años (42,67%), mujeres (58,1%), casados/as (44,24%), del sector rural (51,7%) y trabajadores laboralmente activos (55,3%). A pesar de los resultados presentados, el tener de 18 a 34 años de edad, es decir la menor edad sería, estadísticamente, un factor protector para desarrollar Depresión previa a una intervención quirúrgica OR 0,612 (0,015). Y el vivir en la zona urbana, estadísticamente se muestra como un factor protector para desarrollar Ansiedad previa a una cirugía OR 0,429 ($p=002$).

La mayoría (66,82%) de pacientes intervenidos debieron esperar alrededor de un año después del diagnóstico para su cirugía. Además, previo a la cirugía, la mayoría de pacientes tuvieron apoyo psicológico familiar (88,94%) contrario a lo ocurrido con el apoyo psicológico profesional u hospitalario que, en la mayoría de pacientes (91,43%), NO hubo. Se demuestra estadísticamente en forma significativa que esperar menos de un mes para una cirugía es un factor protector para desarrollar Ansiedad (OR 0,387 y $p=0,01$) en los pacientes quirúrgicos.

El tipo de diagnóstico más reportado fue la coleditiasis (33,18%), seguido de las hernias, patología prostática y vascular. La mayoría de pacientes quirúrgicos no presentaban enfermedades crónicas (62,15%), ni cirugías anteriores (63,86%); sin embargo, y a pesar de estos resultados, se demuestra que estas variables biológicas no presentan asociación con la Ansiedad pre-quirúrgica; mientras se demuestra que, como factores que influyen para desencadenar estado de Depresión (como riesgo) se tiene al diagnóstico de patología prostática OR 1,885 y $p=0,031$. Y como factor protector para no desarrollar depresión tenemos el diagnóstico de coleditiasis.

Las complicaciones postquirúrgicas estuvieron marcadas por la baja incidencia de casos positivos: náusea (13,4%), fiebre (33,80%), HTA postquirúrgica (20,09%), taquicardia postquirúrgica (26,79%); mientras que se presentaron en mayor



cantidad pacientes con dolor (93,15%), tolerancia a la dieta (76,32%) y deambulaci3n con el 89,88%. A pesar de los valores descritos de las complicaciones, no presentan asociaci3n estadística significativamente con la Ansiedad, mientras que la Depresi3n tiene una relaci3n de riesgo para desarrollar la fiebre postquirúrgica OR 1,706 ($p=0,03$); y con la tolerancia a la dieta actúa como un factor protector OR 0,663 ($p=0,044$).

Prevalencia de Ansiedad total del 89,72%, correspondiendo a 58,88% ansiedad leve y 30,84% ansiedad moderada y grave. Prevalencia de Depresi3n total 65,58%, correspondiendo a 49,07% Distimia y 16,51% a depresi3n, propiamente.

RECOMENDACIONES

1. Que el tiempo de espera entre el diagnóstico y la intervenci3n quirúrgica, sea el menor posible, ya que contribuye a disminuir la ansiedad y depresi3n reactivas.
2. Que se proporcionen apoyo psicol3gico profesional, previo a la cirugía y durante la visita de sala posterior a la cirugía, es decir, tener mayor contacto entre el personal médico y pacientes quirúrgicos, disminuirá los índices de depresi3n y ansiedad reactivas.
3. Que se proporcione adecuado apoyo familiar de manera pre y postquirúrgica, la familia influenciará de forma positiva en la mejoría del paciente.
4. Mayor control con los pacientes que presenten depresi3n reactiva por el riesgo de incrementar las complicaciones hemodinámicas y psicosomáticas postquirúrgicas.
5. Usar este trabajo de investigaci3n para estructurar líneas de base y poder manejar a los pacientes que vayan a ser intervenidos quirúrgicamente de forma multidisciplinaria e integral.



11. REFERENCIAS BIBLIOGRÁFICAS

1. Castro, F, Prado M, Zurita J. Frecuencia de ansiedad y depresión en pacientes ASA I-II sometidos a cirugía, en el HG1 de Quito en el Periodo de Febrero a Abril del 2010. Universidad Central del Ecuador. 2010. Disponible en: <http://www.dspace.uce.edu.ec/bitstream/25000/628/1/T-UCE-0006-20.pdf> Último Acceso: 01 de Octubre de 2013.
2. Barrilero J, Casero J, Cebrian F, et al. Ansiedad y Cirugía. Repercusiones en el paciente sometido a cirugía programada. Revista de la UCML. Número 8. Universidad Complutense de Madrid. Disponible en: <http://www.uclm.es/ab/enfermeria/revista/numero%208/ansicirug.htm> Último Acceso: 01 de Octubre de 2013.
3. Castellero Y, Perez M. Preparación psicológica para la cirugía mayor. Revista Electrónica de Motivación y Emoción. VOLUMEN: 6 NÚMERO: 13. Disponible en: <http://reme.uji.es/articulos/ayalia1990710102/texto.html> Último Acceso: 01 de Octubre de 2013.
4. Navarro M, Marin B, Alegre V, et al. Trastornos del ánimo preoperatorios en cirugía cardiaca: factores de riesgo y morbilidad postoperatoria en la unidad de cuidados intensivos. Revista Española de Cardiología, Volumen 64, Issue 11, Pages 1005-1010. Disponible en: <http://www.elsevier.es/sites/default/files/elsevier/eop/S0300-8932%2811%2900604-X.pdf> Último Acceso: 01 de Octubre de 2013.
5. Ibañez L, Escalona A, Devaud N, et al. Colectectomía laparoscópica: experiencia de 10 años en la Pontificia Universidad Católica de Chile. Rev Chil Cir [revista en la Internet]. 2007 Feb [citado 2013 Sep 18] ; 59(1): 10-15. Disponible en: http://www.scielo.cl/scielo.php?script=sci_arttext&pid=S0718-40262007000100004&lng=es. <http://dx.doi.org/10.4067/S0718-40262007000100004>. Último Acceso: 01 de Octubre de 2013.
6. Verdugo C. Prevalencia de lesiones quirúrgicas de la vía biliar post colectectomía y determinación de sus factores asociados, Hospital Vicente Corral Moscoso 1994-2010. Universidad de Cuenca. Facultad de Ciencias



Médicas. Escuela de Medicina. Disponible en: <http://dspace.ucuenca.edu.ec/bitstream/123456789/3983/1/MEDCG8.pdf> Último Acceso: 01 de Octubre de 2013.

7. Organización Mundial de la Salud. OMS. Temas de salud. Depresión. 2013. Disponible en: <http://www.who.int/topics/depression/es/> Último Acceso: 01 de Octubre de 2013.

8. Guía de Práctica Clínica sobre el manejo de la depresión mayor en el adulto. Guía Salud. España. Disponible en: http://www.guiasalud.es/egpc/depresion/resumida/documentos/apartado02/definicion_y_diagnostico.pdf Último Acceso: 01 de Octubre de 2013.

9. Guía de Práctica Clínica para el manejo de pacientes con trastornos de ansiedad en atención primaria. Guía Salud. Disponible en: <http://www.guiasalud.es/egpc/ansiedad/completa/documentos/apartado04/Definicion.pdf> Último Acceso: 01 de Octubre de 2013.

10. Organización Mundial de la Salud. OMS. La depresión es una enfermedad frecuente y las personas que la padecen necesitan apoyo y tratamiento. 2010. Disponible en: http://www.who.int/mediacentre/news/notes/2012/mental_health_day_20121009/es/ Último Acceso: 01 de Octubre de 2013.

11. World Federation for Mental Health. Depresión: una crisis global. Día Mundial de la Salud Mental. 2012. Disponible en: <http://www.wfmh.com/2012DOCS/WMHDay%20Packet%20-%20Spanish%20Translation%20.pdf> Último Acceso: 01 de Octubre de 2013.

12. Poy L. En 2020, la depresión será la segunda causa de incapacidad en el mundo: OMS. La Jornada. UNAM. México. 2008. Disponible en: <http://www.jornada.unam.mx/2008/12/28/index.php?section=sociedad&article=034n1soc> Último Acceso: 01 de Octubre de 2013.

13. Cano A. Epidemiología de los trastornos de ansiedad. Sociedad Española para el Estudio de la Ansiedad y el estrés. Disponible en: <http://pendientedemigracion.ucm.es/info/seas/ta/epidemi/>



14. Goldberg, DP & Lecrubier, Y (1995). Form and frequency of mental disorders across centres. En : Üstün TB, Sartorius N. (Eds.) Mental illness in general health care. An international study. Wiley.

15. Bascarán M, García P, Jiménez L. Epidemiología del trastorno de ansiedad generalizado. Universidad de Oviedo. 2005. Disponible en: http://www.unioviedo.es/psiquiatria/publicaciones/documentos/2005/2005_Bascarán_Epidemiologia.pdf Último Acceso: 01 de Octubre de 2013.

15. Khaoime A, Amir A, Lucena S. CALIDAD DE VIDA, ANSIEDAD Y DEPRESIÓN EN PACIENTES OBESOS EN PREOPERATORIO Y POSTOPERATORIO DE BYPASS GÁSTRICO Caso práctico: Consulta Externa del Hospital Universitario “Dr. Luís Razetti” de Barcelona, estado Anzoátegui. Enero – Marzo 2008. Disponible en: <http://ri.biblioteca.udo.edu.ve/handle/123456789/1086> Último Acceso: 01 de Octubre de 2013.

16. Carneiro A, et al. Avaliação da ansiedade e depressão no período pré-operatório em pacientes submetidos a procedimentos cardíacos invasivos. Rev. Bras. Anesthesiol. [serial on the Internet]. 2009 Aug [cited 2013 Sep 18] ; 59(4): 431-438. Available from: http://www.scielo.br/scielo.php?script=sci_arttext&pid=S0034-70942009000400005&lng=en. <http://dx.doi.org/10.1590/S0034-70942009000400005>. Último Acceso: 01 de Octubre de 2013.

17. Naranjo K, Salazar J. Comparación del nivel de ansiedad en los pacientes de cirugía programada mediante la aplicación de la escala de Amsterdam realizada en la visita pre anestésica y comparada con grupo control en los hospitales Eugenio Espejo y Clínicas Pichincha. Marzo-Octubre 2012. Universidad Central del Ecuador. Disponible en: <http://www.dspace.uce.edu.ec/bitstream/25000/1113/1/T-UCE-0006-39.pdf> Último Acceso: 01 de Octubre de 2013.

18. Purriños M. Escala de Hamilton- Hamilton Depression Rating Scale (HDRS). Servizo de Epidemioloxía. Dirección Xeral de Saúde Pública. Servicio Galego de



Saúde. Disponible en: <http://www.meiga.info/escalas/depresion-escala-hamilton.pdf> Último Acceso: 01 de Octubre de 2013.

19. Valenzuela J, Barrera J, Ornelas J. Ansiedad preoperatoria en procedimientos anestésicos. Medigraphic. México. 2010. Disponible en: <http://www.medigraphic.com/pdfs/circir/cc-2010/cc102h.pdf> Último Acceso: 01 de Octubre de 2013.

20. Marcolino J. Escala hospitalar de ansiedade e depressão: estudo da validade de criterio e da confiabilidad con pacientes no pré-operatório. Rev. Bras. Anesthesiol. [serial on the Internet]. 2007 Feb [cited 2013 Sep 18]; 57(1): 52-62. Available from: http://www.scielo.br/scielo.php?script=sci_arttext&pid=S0034-70942007000100006&lng=en. <http://dx.doi.org/10.1590/S0034-70942007000100006>. Último Acceso: 01 de Octubre de 2013.

21. Mirabal Rodríguez C, López N. Náuseas y vómitos postoperatorios. El pequeño gran problema, Hospital General Docente Dr. Antonio Luaces Iraola, disponible en: http://bvs.sld.cu/revistas/mciego/vol14_supl1_08/revisiones/r9_v14_supl108.htm

22. Ochoa Vásquez, Predictores de náusea y vómito postoperatorio en pacientes intervenidos bajo anestesia general balanceada en el hospital José Félix Valdiviezo de Sta. Isabel, 2010, disponible en: <http://dspace.ucuenca.edu.ec/bitstream/123456789/4022/1/MEDDI1.pdf>

23. Moix Queralto, Efectos de Ansiedad pre quirúrgica en la recuperación, Universidad Autónoma de Barcelona, disponible en: <http://www.copmadrid.org/webcopm/publicaciones/clinica/1995/vol2/arti7.htm>

24. Muñoz- Blanco, Complicaciones del Dolor Postoperatorio, 2001, disponible en: <http://www.respira.com.mx/docs/f1284577912-0.pdf>

25. Dagnino Sepulveda, Definiciones y Clasificación del Dolor, Universidad Católica de Chile, disponible en: http://escuela.med.puc.cl/paginas/publicaciones/boletin/html/dolor/3_2.html

26. Gélviz Bermúdez, Implementación de un protocolo de intervención psicológica pre y post quirúrgico en pacientes adultos del Instituto del Corazón de



Bucaramanga, 2013, disponible en:
<http://repository.upb.edu.co:8080/jspui/handle/123456789/905>

27. Ramos- Cardoso, Influencia del grado de ansiedad y el nivel de cortisol sobre la recuperación posquirúrgica, 2008, disponible en:
<http://webcache.googleusercontent.com/search?q=cache:http://www.actaspsiquiatria.es/repositorio/9/51/ESP/9-51-ESP-133-137-806606.pdf>

28. Márquez Marcolino, Medida de la ansiedad y de la depresión en pacientes en el preoperatorio, 2007, disponible en:
http://www.scielo.br/scielo.php?script=sci_arttext&pid=S0034-70942007000200004&lang=pt

29. Prevalencia del dolor postoperatorio. Alteraciones fisiopatológicas y sus repercusiones; J. Martínez-Vázquez de Castro y L. M. Torres, Rev Soc Esp Dolor 2000; 7: 465-476.

30. Gordillo F, Arana J, Mestas L. Tratamiento de la ansiedad en pacientes prequirúrgicos. Rev Clin Med Fam vol.4 no.3 Albacete oct. 2011. Disponible en:
http://scielo.isciii.es/scielo.php?pid=S1699-695X2011000300008&script=sci_arttext

31. Clínica Universidad de Navarra, Diccionario Médico. 2013, disponible en:
<http://www.cun.es/diccionario-medico>

32. Franco José I, Gómez Pablo, Ocampo María, Vargas Alejandro, Berríos Diana Prevalence of psychiatric disorders in medical-surgical hospitalized patients in the Clinica Universitaria Bolivariana from Medellín, Colombia. Colomb. Med. 2005 Sep; 36(3): 186-193. Available from:
[http://www.scielo.org.co/scielo.php?script=sci_arttext&pid=S1657-](http://www.scielo.org.co/scielo.php?script=sci_arttext&pid=S1657-95342005000300009&lng=en)

[95342005000300009&lng=en.](http://www.scielo.org.co/scielo.php?script=sci_arttext&pid=S1657-95342005000300009&lng=en)

33. Rodríguez Navarro, El impacto emocional de la información médica en pacientes quirúrgicos. Departamento de Medicina Preventiva, Facultad de Medicina de la Universidad de Málaga, 2001. Disponible en:
[http://aebioetica.org/revistas/2001/3/46/367.pdf.](http://aebioetica.org/revistas/2001/3/46/367.pdf)

12. ANEXOS

12.1 Operacionalización de variables

Variable	Definición	Dimensión	Indicador	Escala
Trastornos Ansioso Depresivo	Ansiedad: caracterizada por miedo, pánico, sentimientos de desvalido y nerviosismo, Depresión: caracteriza por sentimientos de vacío, tristeza, culpa, desesperanza, pérdida de interés en actividades que antes eran divertidas,	Estado de ánimo	Escala de Hamilton (ansiedad y depresión)	(c/u) Nominal SI NO
Edad	Periodo de tiempo desde el nacimiento hasta la fecha de la encuesta	Años cumplidos	Cédula de identidad	Numérica
Sexo	Condición biológica que diferencia a los varones de las mujeres.	Caracteres sexuales secundarios	Fenotipo	Nominal Hombre Mujer
Procedencia	Lugar geográfico de donde procede	Geográfica	Documento municipal	Nominal Urbano Rural
Estado civil	Condición civil en relación con su pareja.	Civil / legal	Cédula de ciudadanía	Nominal Soltero/a Casado/a Viudo/a Divorciado/a Unión Libre
Situación laboral actual	Condición del paciente en relación a su trabajo	Laboral	Trabaja No trabaja	Nominal SI NO
Tiempo de espera	Periodo de tiempo desde el diagnóstico hasta la cirugía	Temporal	Meses	Numérico
Variables Fisiológicas	Situación patológica que genera la cirugía.	Tipo de diagnóstico	Colelitiasis, Hernias, patología Prostática, patol. Vascular.	(c/u) Nominal SI NO
	Tipo de enfermedad presente en el momento de la cirugía.	Patología crónica	HTA, Diabetes, Cardiopatía, EPOC.	Nominal SI NO
	Procedimientos quirúrgicos mayores antes de la cirugía actual.	Intervenciones quirúrgicas anteriores	Cirugías	Nominal SI NO
Apoyo psicológico	Intervenciones destinadas a mejorar el estado de ánimo antes de la cirugía	Psicológica	Mención del paciente.	Nominal SI NO
Apoyo familiar	Sentimiento de respaldo percibido por el paciente proveniente de su círculo familiar	Psicológica	Mención del paciente	Nominal SI NO
Tolerancia a la dieta	Capacidad del organismo de permitir la ingesta de alimentos posterior a procedimiento quirúrgico.	Ingesta de alimentos	Ingesta de alimentos	Nominal SI NO
Tiempo de Dx	Condición mórbida que lleve a diagnóstico que amerite quirófano	Tiempo transcurrido	Días	Numérica
Deambulación	Capacidad de caminar que tiene el paciente posterior a procedimiento quirúrgico	Tiempo trascurrido	Días	Numérica
Complicaciones somáticas	Cualquier situación no deseada pos operación derivada de esta.	Patológica	Nausea Fiebre Dolor	(c/u) Nominal SI NO



Complicaciones Hemodinámicas	Modificaciones que se presentan en los signos vitales debido a una condición predefinida.	Modificaciones de los signos vitales	-Tensión Arterial -Frecuencia Cardíaca -Temperatura	(c/u) Nominal Normal Anormal
------------------------------	---	--------------------------------------	---	------------------------------------

12.2 GLOSARIO:

-Nausea: ansias de vomitar (31).

-Temperatura: grado de frío o calor sensible, expresado en términos de una escala específica; la temperatura corporal se mide con un termómetro clínico y representa un equilibrio entre el calor que produce el cuerpo y el calor que pierde, valores normales 36-37 grados centígrados (31).

-Dolor: según la Asociación Internacional para Estudio del Dolor, este se define como una desagradable experiencia sensorial y emocional que se asocia a una lesión actual o potencial de los tejidos, o que se describe en función de dicha lesión. El dolor es siempre subjetivo; cada individuo aprende a aplicar ese término a través de sus experiencias traumáticas juveniles (31).

-Tolerancia a dieta: deseo de ingerir alimentos (31).

-Tensión Arterial: fuerza que ejerce la sangre contra las paredes de las arterias (31). La lectura con valores de:

- 120/80 o menos son normales, valores por debajo hipotensión arterial.
- 140/90 o más indican hipertensión arterial

-Frecuencia Cardíaca: número de contracciones del corazón o pulsaciones por unidad de tiempo. Su medida se realiza en unas condiciones determinadas (reposo o actividad) y se expresa en latidos por minutos. La medida del pulso se puede efectuar en distintos puntos, siendo los más habituales, la muñeca, en el cuello. Valor normal entre 60 a 100 latidos por minuto, por encima de estos valores se define como taquicardia por debajo bradicardia (31).



12.3 HOJA DE RECOLECCIÓN DE DATOS

TRASTORNO ANSIOSO DEPRESIVO REACTIVO EN PACIENTES QUIRÚRGICOS Y COMPLICACIONES. CUENCA. 2014.

Nombre _____ HC _____

Edad en años cumplidos _____

Sexo: Hombre _____ Mujer _____

Procedencia: Urbana _____ Rural _____

Estado civil: Soltero _____ Casado _____

Viudo _____ Divorciado _____

Unión de hecho _____

¿Cuánto tiempo usted ha esperado desde que se le diagnosticó la enfermedad hasta el día de la operación? _____

¿Usted actualmente se encuentra trabajando? SI ___ NO___

Tipo de diagnóstico:

Colelitiasis _____

Hernia _____

Patología Prostática _____

Patología Vascular _____

Otras _____

¿Posee usted alguna enfermedad crónica? SI _____ NO _____

¿Cuántas veces se ha operado anteriormente? _____

¿Siente que su familia lo apoya con su enfermedad? SI _____ NO _____

¿Ha recibido apoyo psicológico profesional antes de la cirugía? SI _____ NO _____



Test de Hamilton para Depresión:

TEST DE HAMILTON						N	A	B	C	S
1. Me siento triste, desamparado, inútil. Me encuentro pesimista. Lloro con facilidad	0	1	2	3	4					
2. Me siento culpable. Creo haber decepcionado a los demás. Pienso que mi enfermedad es un castigo	0	1	2	3	4					
3. Me parece que no vale la pena vivir. Desearía estar muerto. Pienso en quitarme la vida.	0	1	2	3	4					
4. Me siento incapaz de realizar mi trabajo. Hago mi trabajo peor que antes. Me siento cansado, débil. No tengo interés por nada.	0	1	2	3	4					
5. Me encuentro lento, parado. Me cuesta concentrarme en algo y expresar mis ideas.	0	1	2	3	4					
6. Me encuentro tenso, irritable. Todo me preocupa y me produce temor. Presiento que algo malo puede ocurrirme.	0	1	2	3	4					
7. Me siento preocupado por notar palpitaciones, dolores de cabeza. Me encuentro molesto por mi mal funcionamiento intestinal. Necesito suspirar. Sudo copiosamente. Necesito orinar con frecuencia.	0	1	2	3	4					
8. Me siento preocupado por el funcionamiento de mi cuerpo y por el estado de mi salud. Creo que necesito ayuda médica.	0	1	2	3	4					
9. A veces me siento como si no fuera yo, o lo que me rodea no fuera normal.	0	1	2	3	4					
10. Recelo de los demás, no me fío de nadie. A veces me creo que alguien me vigila y me persigue donde quiera que vaya.	0	1	2	3	4					
11. Tengo dificultad para conciliar el sueño. Tardo mucho en dormirme.	0	1	2	3	4					
12. Tengo un sueño inquieto, me despierto fácilmente y tardo en volver a dormirme.	0	1	2	3	4					
13. Me despierto muy temprano y ya no puedo volver a dormirme.	0	1	2	3	4					
14. Me siento intranquilo e inquieto, no puedo estar quieto. Me retuerzo las manos, me tiro de los pelos, me muerdo las uñas, los labios.	0	1	2	3	4					
15. Tengo poco apetito, sensación de pesadez en el abdomen. Necesito alguna cosa para el estreñimiento.	0	1	2	3	4					
16. Me siento cansado y fatigado. Siento dolores, pesadez en todo mi cuerpo. Parece como si no pudiera conmigo.	0	1	2	3	4					
17. No tengo ninguna apetencia por las cuestiones sexuales. Tengo desarreglos menstruales.	0	1	2	3	4					
18. Peso menos que antes. Estoy perdiendo peso.	0	1	2	3	4					
19. No se lo que pasa, me siento confundido.	0	1	2	3	4					
20. Por las mañanas (o por las tardes me siento peor)	0	1	2	3	4					
21. Se me meten en la cabeza ideas, me dan constantes vueltas y no puedo librarme de ellas.	0	1	2	3	4					

Puntuación: _____

Test de Hamilton para Ansiedad:

SÍNTOMAS DE LOS ESTADOS DE ANSIEDAD	Ausente	Leve	Moderado	Grave	Muy grave/Incapacitante
1. Estado de ánimo ansioso. Preocupaciones, anticipación de lo peor, aprensión (anticipación temerosa), irritabilidad	0	1	2	3	4
2. Tensión. Sensación de tensión, imposibilidad de relajarse, reacciones con sobresalto, llanto fácil, temblores, sensación de inquietud.	0	1	2	3	4
3. Temores. A la oscuridad, a los desconocidos, a quedarse solo, a los animales grandes, al tráfico, a las multitudes.	0	1	2	3	4
4. Insomnio. Dificultad para dormirse, sueño interrumpido, sueño insatisfactorio y cansancio al despertar.	0	1	2	3	4
5. Intelectual (cognitivo) Dificultad para concentrarse, mala memoria.	0	1	2	3	4
6. Estado de ánimo deprimido. Pérdida de interés, insatisfacción en las diversiones, depresión, despertar prematuro, cambios de humor durante el día.	0	1	2	3	4



7. Síntomas somáticos generales (musculares) Dolores y molestias musculares, rigidez muscular, contracciones musculares, sacudidas clónicas, crujir de dientes, voz temblorosa.	0	1	2	3	4
8. Síntomas somáticos generales (sensoriales) Zumbidos de oídos, visión borrosa, sofocos y escalofríos, sensación de debilidad, sensación de hormigueo.	0	1	2	3	4
9. Síntomas cardiovasculares. Taquicardia, palpitaciones, dolor en el pecho, latidos vasculares, sensación de desmayo, extrasístole.	0	1	2	3	4
10. Síntomas respiratorios. Opresión o constricción en el pecho, sensación de ahogo, suspiros, disnea.	0	1	2	3	4
11. Síntomas gastrointestinales. Dificultad para tragar, gases, dispepsia: dolor antes y después de comer, sensación de ardor, sensación de estómago lleno, vómitos acuosos, vómitos, sensación de estómago vacío, digestión lenta, borborigmos (ruido intestinal), diarrea, pérdida de peso, estreñimiento.	0	1	2	3	4
12. Síntomas genitourinarios. Micción frecuente, micción urgente, amenorrea, menorragia, aparición de la frigidez, eyaculación precoz, ausencia de erección, impotencia.	0	1	2	3	4
13. Síntomas autónomos. Boca seca, rubor, palidez, tendencia a sudar, vértigos, cefaleas de tensión, piloerección (pelos de punta)	0	1	2	3	4
14. Comportamiento en la entrevista (general y fisiológico) Tenso, no relajado, agitación nerviosa: manos, dedos cogidos, apretados, tics, enrollar un pañuelo; inquietud; pasearse de un lado a otro, temblor de manos, ceño fruncido, cara tirante, aumento del tono muscular, suspiros, palidez facial. Tragar saliva, eructar, taquicardia de reposo, frecuencia respiratoria por encima de 20 res/min, sacudidas	0	1	2	3	4

Puntuación: _____

Complicaciones Somáticas (a las 24h luego de la intervención)

Náusea SI _____ NO _____

Fiebre SI _____ NO _____

Dolor SI _____ NO _____

Deambulación SI _____ NO _____

Tolerancia a dieta SI _____ NO _____

Complicaciones Hemodinámicas:

HTA postquirúrgica SI _____ NO _____

Taquicardia postquirúrgica SI _____ NO _____



12.4. CONSENTIMIENTO INFORMADO

Señor (a): _____.

FIRMA: _____.

HC: _____.

FECHA: _____.

EN PLENO USO DE MIS FACULTADES, LIBRE Y VOLUNTARIAMENTE MANFIESTO QUE HE SIDO DEBIDAMENTE INFORMADO ACERCA DE LA INVESTIGACIÓN DE TESIS CON EL TITULO: TRASTORNO ANSIOSO DEPRESIVO REACTIVO EN PACIENTES QUIRÚRGICOS Y COMPLICACIONES EN LA CUAL VOY A FORMAR PARTE Y EN CONSECUENCIA DOY MI AUTORIZACIÓN PARA LA MISMA, TENIENDO EN CUENTA QUE:

1. HE COMPRENDIDO LA NATURALEZA DE LA INVESTIGACIÓN Y EL USO QUE SE DARÁ A LOS DATOS RECOLECTADOS.
2. EL INVESTIGADOR, JUAN SALAMEA AVILÉS HA ACLARADO MIS DUDAS ACERCA DE LA INVESTIGACIÓN.
3. TODOS LOS DATOS QUE ENTREGUE SERÁN VERDADEROS.
4. TENGO EN CUENTA QUE LA INVESTIGACIÓN NO SERÁ COBRADA NI TAMPOCO RECIBIRÉ PAGO ALGUNO POR LA MISMA.
5. QUE PUEDO SALIR DEL ESTUDIO CUANDO CREYESE CONVENIENTE.

DECLARO ESTAR DEBIDAMENTE INFORMADO Y DOY MI EXPRESO CONSENTIMIENTO A LA MISMA.



12.5. CRONOGRAMA DE ACTIVIDADES

CRONOGRAMA	2013	2014
Formulación de la idea a investigar, pregunta de investigación, redacción del protocolo, socialización.	MES 1	
Validación del instrumento, recolección de datos.		MES 2- MES 9
Elaboración de base de datos, análisis de datos, redacción, discusión, conclusiones, recomendaciones.		MES 10- MES 11
Presentación del informe final.		MES 12

12.6. RECURSOS

Recursos Humanos:

Director y asesor de tesis, posgradista, pacientes seleccionados del estudio.

Materiales: materiales de oficina

Presupuesto:

RUBROS	Aporte del autor
	Efectivo
1. Remuneración y recursos humanos	
Investigador Director de Tesis Lector del Informe Final Asesor	300
2. Viajes Técnicos	
Movilización	100
3. Gastos directos de la investigación	
Materiales y Suministros	300
Recursos bibliográficos y software	200
Difusión	200
4. Equipos	
Equipos de computación	200
Cámaras fotográficas	100
TOTAL	1400