



UNIVERSIDAD DE ORIENTE
NÚCLEO ANZOÁTEGUI
ESCUELA DE CIENCIAS DE LA SALUD
DEPARTAMENTO DE MEDICINA INTERNA

**INCIDENCIA DE SÍNTOMAS DEPRESIVOS Y ANSIOSOS EN
PACIENTES CON ANEMIA DREPANOCÍTICA ATENDIDOS EN LA
UNIDAD DE HEMATOLOGIA DEL COMPLEJO HOSPITALARIO DR.
LUIS RAZETTI DE BARCELONA.**

Tesis de grado como requisito parcial para optar al título de **MÉDICO
CIRUJANO.**

Tutor académico:

Profesor Amel Guánchez

Autores:

Córdova S., Francisco J.

Tineo C., María de L.

Co-asesor académico:

Profesora María Ovalles

Barcelona, 2010



UNIVERSIDAD DE ORIENTE
NÚCLEO ANZOÁTEGUI
ESCUELA DE CIENCIAS DE LA SALUD
DEPARTAMENTO DE MEDICINA INTERNA

INCIDENCIA DE SÍNTOMAS DEPRESIVOS Y ANSIOSOS EN PACIENTES
CON ANEMIA DREPANOCÍTICA ATENDIDOS EN LA UNIDAD DE
HEMATOLOGIA DEL COMPLEJO HOSPITALARIO DR. LUIS RAZETTI DE
BARCELONA.

Tesis de grado como requisito parcial para optar al título de **MÉDICO
CIRUJANO.**

Tutor académico:

Profesor Amel Guánchez

Autores:

Córdova S., Francisco J.

Tineo C., María de L.

Co-asesor académico:

Profesora María Ovalles

Barcelona, 2010

RESUMEN

La anemia de células falciformes, es una afección genética, caracterizada por la presencia de una hemoglobina anormal, que vuelve rígido al eritrocito, perdiendo así éste su capacidad para deformarse y pasar por los vasos sanguíneos de pequeño calibre. La sintomatología es muy variada, principalmente, los pacientes manifiestan crisis dolorosas que son recurrentes. Esta enfermedad produce complicaciones en órganos diana como el sistema nervioso central, renal y cardiovascular.

Para efectos de la siguiente investigación, se indaga acerca de la incidencia de sintomatología ansiosa y depresiva que pudiese existir en los pacientes con anemia drepanocítica, para ello se aplicó el cuestionario de Golberg, que es usado por médicos no psiquiatras para la pesquisa de ansiedad y depresión. Y se correlacionaron las variables ansiedad y depresión con el número de transfusiones al año, el número de crisis dolorosas, la edad de aparición de la primera crisis dolorosa y la intensidad del dolor (medido por la escala análoga visual del dolor).

Con una muestra de 30 pacientes, obtenidos de la población de pacientes que acuden a la consulta en la unidad de hematología del complejo hospitalario Dr. Luís Razetti de Barcelona, los resultados señalan que un 70 % de los pacientes presentan ansiedad y depresión y que la edad de aparición de los síntomas, la intensidad del dolor y el número de transfusiones sanguíneas al año, no tienen relación estadísticamente significativa con la aparición de los mismos.

DEDICATORIA

A Dios, porque siempre está allí a mi lado, mi mejor aliado en los momentos difíciles, a quien recorro como todo mortal cuando me siento en un callejón sin salida, y quien siempre socorre mis necesidades.

A mí padre, José Armando Córdova, quien fue sinónimo de alegría, respeto, cariño y comprensión. Uno de mis héroes, por ser un excelente profesional, dedicado y entregado a su trabajo y familia. (Estés donde estés sabes que te amo).

A mi madre, Rosa Salzalejo, mi segundo héroe, porque aunque ella no lo sabe, para mí representa esfuerzo, sacrificio y dedicación. A quien amo y por quien lucho cada día, para ser mejor persona, mejor profesional y mejor hijo.

A mis abuelas, Trina Mago, Briseida Salzalejo, Carmen Abreu y Rosa Abreu, quienes han sido símbolo de cariño, amor y apoyo en mi vida.

A mis hermanos, porque son muchos, y sin embargo cada uno con sus particularidades han ayudado a mi formación; de quienes nunca he tenido queja y con quienes sé, puedo contar toda mi vida, (especialmente: María Gabriela, Armando José y Lorena Gabriela).

A mis tíos, porque ellos siempre han confiado en mí como profesional y en quienes siempre he encontrado amistad, alianza y apoyo.

A mis primos, que realmente más que eso, unos mis hermanos, otros casi mis padres, pero en general mis grandes amigos.

A mi universidad, porque con sus defectos y virtudes, en definitiva, es la mejor del mudo.

A mis profesores (incluyendo los de mis formación primaria y secundaria), unos muy buenos, otros muy malos, sin embargo de cada uno aprendí lo que ellos tenían para enseñar.

A esa personita especial que me motiva día a día a realizar las más alocadas aventuras, que me inspira a realizar un dibujo, a cocinar alguna exquisitez o simplemente a ser mejor profesional. Te amo V. B.

A mis compañeros y amigos (Mario Albani, Daniela Rendón, María Patricia Rodríguez, Sara Peña, María de Lourdes Tineo, Osmar Alcalá, Jesús Velásquez, Tamara Ortiz, Bianca Rodríguez, María Virginia Rodríguez, Fanny Quijada, y Jeannireth Palomo), con los que he compartido, alegrías, tristezas, desilusiones, frustraciones, triunfos y que siempre se han caracterizado por ser constante, perseverantes y emprendedores.

Y para finalizar, también es necesario dedicar este trabajo, a todas aquellas personas que he conociendo a lo largo de mi carrera y que han dejado una huella, una experiencia o una simple anécdota (que al final todo se resume en aprendizaje para la vida).

Francisco Javier Córdova Salzalejo.

DEDICATORIA

Dedicatorias, para mí una de las partes más difíciles del trabajo de grado, es difícil mencionar y agradecerle a tantas persona que con solo un gesto o una palabra me dieron animo y fuerza para continuar a lo largo de estos años que si bien fueron los más hermosos también fueron los más fuertes y sacrificados, pero puedo decir que valieron la pena.

En primer lugar quiero darle gracias a Dios padre, a Urimate y al Prof. Lino Valles mis protectores, a mis padres Hernán y Eneida, quienes me han dado fe, fuerza, apoyo por enseñarme que no hay nada que no se pueda hacer o aprender, siempre que dediques tiempo, esfuerzo y le pongas corazón todo es posible . A mi hermano Alejandro por levantarte y salir en mi auxilio cuando te necesitaba, eres el mejor.

A mi abuela María por sus consejos y por todo su cariño, a mis abuelos que desde el cielo me guían y protegen, nunca olvidare sus enseñanzas, a mis tías y primos, en especial a mi tía Nubia, mis primas Virginia y Ana Lucia por estar pendientes, por la fe y confianza tan grande que tienen en mi, por acompañarme desde el principio.

A mis queridos amigos Mario, Jesús, Bianca, Daniela, Thamara, María Patricia, Andreyana, Vicky, francisco, amigos con los que he reído y llorado, más que amigos mis hermanos y segunda familia gracias por todos los momentos que hemos vivimos juntos, han hecho de estos años los mejores y espero que vengan muchos más! Sobre todo gracias por su paciencia, los quiero!!!!

María De Lourdes Tineo Cedeño

AGRADECIMIENTOS

Al Dr. Amel Guánchez, excelente profesor y asesor académico de este trabajo de grado y a la Dra. María Ovalles, co-asesor académico del mismo.

A la Universidad De Oriente Núcleo Anzoátegui y al Complejo Hospitalario Dr. “Luis Razetti” De Barcelona, instituciones participantes en el desarrollo de esta investigación.

A los pacientes que muy amablemente contribuyeron a la realización de esta investigación de manera libre y voluntaria.

Al personal de en enfermería de la unidad de hematología, que ofrecieron un gran apoyo y en la búsqueda de los pacientes que conformarían la muestra.

A todos los compañeros, en especial: Sara Peña, Daniela Rendón, Mario Albani, María patricia Rodríguez, Thamara Ortiz, Jesús Velásquez, Anyuri Bello, Virmar Bellorín y Fanny Quijada, quienes contribuyeron de manera activa en la consolidación del presente informe.

INDICE

RESUMEN	III
DEDICATORIA	IV
AGRADECIMIENTOS	VII
INDICE.....	VIII
LISTA DE TABLAS	XI
INTRODUCCIÓN.....	14
CAPITULO I: EL PROBLEMA.....	16
1.1 PLANTEAMIENTO DEL PROBLEMA	16
1.2 OBJETIVOS	17
1.2.1 <i>Objetivo General</i>	17
1.2.2 <i>Objetivos Específicos</i>	17
1.3 JUSTIFICACIÓN.....	18
CAPITULO II: MARCO TEORICO.....	20
2.1 ANEMIA DREPANOCÍTICA	20
2.1.1 <i>Datos clínicos</i>	21
2.1.2 <i>Complicaciones</i>	23
2.1.3 <i>Datos de laboratorio</i>	23
2.1.4 <i>Estudios complementarios</i>	24
2.1.5 <i>Tratamiento</i>	24
2.1.6 <i>Nuevos enfoques para el tratamiento</i>	26
2.1.7 <i>Pronóstico</i>	27
2.2 ANSIEDAD Y DEPRESIÓN	28
2.2.1 <i>Ansiedad</i>	28

2.2.2 <i>Depresión</i>	29
2.3 ANEMIA DREPANOCÍTICA EN RELACIÓN CON LA APARICIÓN DE ANSIEDAD Y DEPRESIÓN.....	31
CAPITULO III: MARCO METODOLÓGICO.....	33
3.1 TIPO DE INVESTIGACIÓN	33
3.2 POBLACIÓN Y MUESTRA.....	33
3.2.1 <i>Población</i>	33
3.2.2 <i>Muestra</i>	34
3.3 TIPO DE MUESTRA.....	34
3.3.1 <i>Criterios de inclusión</i>	34
3.3.2 <i>Criterios de exclusión</i>	34
3.4 TAMAÑO DE LA MUESTRA	35
3.5 INSTRUMENTOS DE RECOLECCIÓN DE LA INFORMACIÓN	35
3.5.1 <i>Escala de depresión y ansiedad de Golberg</i>	35
3.5.2 <i>Escala analógica visual del dolor</i>	37
CAPITULO IV: ANALISIS Y PRESENTACION DE RESULTADOS.....	40
4.1 RESULTADOS	40
4.2 DISCUSIÓN.....	59
CAPITULO V: CONCLUSIONES Y RECOMENDACIONES.....	62
5.1 CONCLUSIONES.....	62
5.2 RECOMENDACIONES	63
BIBLIOGRAFÍA	64
APENDICES.....	66
APÉNDICE I.....	66
APÉNDICE II.....	67
APÉNDICE III	69

METADATOS PARA TRABAJOS DE GRADO, TESIS Y ASCENSO:.....1

LISTA DE TABLAS

Tabla N° 1. Frecuencia de aparición de las primeras crisis dolorosas en pacientes con anemia drepanocítica atendidas en la unidad de hematología del complejo hospitalario Dr. Luis Razetti en Barcelona.	40
Tabla N° 2. Frecuencia de puntuación del dolor en la escala visual análoga del dolor, por los pacientes con anemia drepanocítica atendidas en la unidad de hematología del complejo hospitalario Dr. Luis Razetti en Barcelona.	41
Tabla N° 3. Número de crisis dolorosas en pacientes con anemia drepanocítica atendidas en la unidad de hematología del complejo hospitalario Dr. Luis Razetti en Barcelona.	42
Tabla N° 4. Número de transfusiones sanguíneas en pacientes con anemia drepanocítica atendidas en la unidad de hematología del complejo hospitalario Dr. Luis Razetti en Barcelona.	43
Tabla N° 5. Frecuencia de aparición de síntomas ansiosos en pacientes con anemia drepanocítica atendidos en la unidad de hematología del complejo hospitalario Dr. Luis Razetti en Barcelona.	44
Tabla N° 6. Frecuencia de aparición de síntomas depresivos en pacientes con anemia drepanocítica atendidos en la unidad de hematología del complejo hospitalario Dr. Luis Razetti en Barcelona.	45
Tabla N° 7. Relación entre la aparición de síntomas ansiosos y edad de aparición de la primera crisis en pacientes con anemia drepanocítica atendidas en la unidad de hematología del complejo hospitalario Dr. Luis Razetti en Barcelona.....	46

Tabla N° 8. Relación entre la aparición de síntomas ansiosos y la puntuación subjetiva del paciente en la escala del dolor	47
Tabla N° 9. Relación entre la presencia de síntomas ansiosos y el número de crisis dolorosas al año en los pacientes con anemia drepanocítica.....	48
Tabla N° 10. Presencia de síntomas ansiosos en pacientes con anemia drepanocítica y su relación con el número de transfusiones sanguíneas que reciben estos al año.....	49
Tabla N° 11. Presencia de síntomas depresivos y su relación con el valor subjetivo del dolor.	50
Tabla N° 12. Presencia de síntomas depresivo y su relación con la edad de aparición de la primera crisis dolorosas en los pacientes con anemia drepanocítica evaluados.	51
Tabla N° 13 Presencia de síntomas depresivos y numero de crisis dolorosas al año en pacientes con drepanocitosis.	52
Tabla N° 14. Presencia de síntomas depresivos en relación con el numero de transfusiones recibidas al año.....	53
Tabla N° 15. Frecuencia de aparición de síntomas depresivos y ansiosos simultáneos en pacientes con anemia drepanocítica.	54
Tabla N° 16. Relación entre la presencia de síntomas ansiosos y depresivos, simultáneos y el número de transfusiones sanguíneas al año.	55
Tabla N° 17. Relación entre la presencia de síntomas ansiosos y depresivos, simultáneos y el número de crisis dolorosas al año	56
Tabla N° 18. Relación entre la presencia de síntomas ansiosos y depresivos, simultáneos y la edad de aparición de la primera crisis dolorosa.	57

Tabla N° 19. Relación entre la presencia de síntomas ansiosos y depresivos simultáneamente y la intensidad del dolor.....58

INTRODUCCIÓN

Actualmente, no existe un tratamiento curativo para la enfermedad. El tratamiento paliativo solo sirve para disminuir la frecuencia, severidad y duración de los episodios dolorosos. En casos prolongados y severos pueden requerir hospitalización. Sin embargo, hace dos décadas esta patología causaba muerte durante la infancia. Con los nuevos avances se ha extendido la expectativa de vida en más del 50% de los pacientes quienes tienen una sobrevida por encima de los 50 años, dejando de ser esta, una enfermedad mortal en el niño para convertirse en la enfermedad crónica del adulto (McCrae Jocelyn D., 1998).

Los pacientes que presentan crisis dolorosas recurrentes y síndrome torácico agudo tienen asociación con variaciones serias del estado de ánimo, siendo la población afro-americana la más afectada según estudios realizados por la Universidad de Carolina del Norte en Estados Unidos. Según McCrae Jocelyn D. y colaboradores, el sentimiento de desesperanza y depresión en estos pacientes, eran comunes; incluso antes de la aparición de las crisis dolorosas y que aquellos que tenían un mayor apoyo social, trabajo o la participación social tendían a manejar mejor el dolor en casa que en el hospital; lo que hace pensar que ciertas situaciones socioemocionales y familiares positivas hacia quienes la padecen, tienen mejor curso que los que no cuentan con ella. Asociado a su vez, a bajo nivel socioeconómico y mayor frecuencia e intensidad de las crisis dolorosas, en estos últimos casos se encuentra mayor incidencia de ansiedad y depresión.

En Venezuela no existen estadísticas que reporten la presencia de ansiedad y depresión en pacientes con enfermedades crónicas y aún menos en pacientes con Anemia Drepanocítica. Es por esto, que se desconoce la incidencia y prevalencia de

los mismos. En consecuencia las alteraciones del estado de ánimo pasan desapercibido ante el examinador y no llegan a ser atendidos por especialistas en el área, pudiendo generar un malestar mayor. La inexistencia de trabajos previos en el tema en estudio, resulta interesante y necesario en función de la novedad y los aportes que pueda brindar a nivel académico, y salud pública, Por todo lo antes mencionado resulta interesante investigar para responder la pregunta: ¿existe alguna relación entre los síntomas depresivo, ansiosos y el padecimiento de Anemia Drepanocítica en los pacientes que acuden al HULR en la ciudad de Barcelona? Así como correlacionar aspectos de la enfermedad que tengan una posible relación directamente proporcional a la aparición de los mismos, teniendo en cuenta su importancia para la realización de una buena terapéutica, que comprenda la integración de un equipo multidisciplinario en el manejo de la enfermedad así como mejorar el curso de la misma.

CAPITULO I: EL PROBLEMA

1.1 PLANTEAMIENTO DEL PROBLEMA

Los pacientes que presentan crisis dolorosas recurrentes y síndrome torácico agudo tienen asociación con variaciones serias del estado de ánimo, siendo la población afro-americana la más afectada según estudios realizados por la Universidad de Carolina del Norte en Estados Unidos. Según McCrae Jocelyn D. y colaboradores, el sentimiento de desesperanza y depresión en estos pacientes, eran comunes; incluso antes de la aparición de las crisis dolorosas y que aquellos que tenían un mayor apoyo social, trabajo o la participación social tendían a manejar mejor el dolor en casa que en el hospital; lo que hace pensar que ciertas situaciones socioemocionales y familiares positivas hacia quienes la padecen, tienen mejor curso que los que no cuentan con ella. Asociado a su vez, a bajo nivel socioeconómico y mayor frecuencia e intensidad de las crisis dolorosas, en estos últimos casos se encuentra mayor incidencia de ansiedad y depresión.

En Venezuela no existen estadísticas que reporten la presencia de ansiedad y depresión en pacientes con enfermedades crónicas y aún menos en pacientes con Anemia Drepanocítica. Es por esto, que se desconoce la incidencia y prevalencia de los mismos. En consecuencia las alteraciones del estado de ánimo pasan desapercibido ante el examinador y no llegan a ser atendidos por especialistas en el área, pudiendo generar un malestar mayor. La inexistencia de trabajos previos en el tema en estudio, resulta interesante y necesario en función de la novedad y los aportes que pueda brindar a nivel académico, y salud pública, Por todo lo antes mencionado resulta interesante investigar para responder la pregunta: ¿existe alguna relación entre los síntomas depresivo, ansiosos y el padecimiento de Anemia Drepanocítica en los

pacientes que acuden al HULR en la ciudad de Barcelona? Así como correlacionar aspectos de la enfermedad que tengan una posible relación directamente proporcional a la aparición de los mismos, teniendo en cuenta su importancia para la realización de una buena terapéutica, que comprenda la integración de un equipo multidisciplinario en el manejo de la enfermedad así como mejorar el curso de la misma.

1.2 OBJETIVOS

1.2.1 Objetivo General

Determinar la incidencia de síntomas depresivos y ansiosos en pacientes con anemia drepanocítica atendidos en la unidad de hematología, del Hospital Universitario: “Dr. Luis Razetti”, de Barcelona en el periodo Febrero- Junio de 2010.

1.2.2 Objetivos Específicos

1. Establecer la relación entre la aparición síntomas depresivos y ansiosos y el número de crisis dolorosas del paciente drepanocítico.
2. Examinar si existe relación entre la aparición de sintomatología depresiva, ansiosa y número de transfusiones sanguíneas al año en el paciente.
3. Identificar si existe relación entre la edad de aparición de los síntomas clínicos de la anemia drepanocítica y la aparición del cuadro depresivo- ansioso.

1.3 JUSTIFICACIÓN

La anemia de células falciformes es una enfermedad autosómica, que según estudios en Estados Unidos de América se presenta en mayor proporción en individuos de raza negra y con mayor predisposición al sexo femenino. En estos pacientes quienes sufren crisis dolorosas recurrentes y fallo orgánico, la aparición de sintomatología ansiosa – depresiva es muy común, sin embargo pasan desapercibidos al especialista en el área porque los trabajos respecto a ansiedad y depresión en este tipo de pacientes son muy pocos a nivel mundial, y en nuestro país no existe datos al respecto. El siguiente estudio tiene importancia epidemiológica no solo por buscar la incidencia de sintomatología ansiosa y depresiva en pacientes con anemia drepanocítica. Sino también en el hecho de considerar un cuadro clínico amplio en una cierta cantidad de pacientes y en la posibilidad de idear una terapéutica completa para ellos, que garantice la remisión del cuadro clínico y una mejor calidad de vida, en un medio donde no ha habido investigaciones al respecto. Y como punto de partida además para la investigación, respecto a la aparición de ansiedad y depresión en otras enfermedades crónicas.

Es además importante este estudio, para buscar que el paciente no se sienta como un ente portador de una enfermedad, sino como un organismo capaz de superarla, donde la aparición de un tratamiento que incluya una terapia contra la ansiedad y la depresión sea la guía para un manejo efectivo de la enfermedad como tal, y para que los familiares sientan que es más llevadera esta dolencia de carácter crónico.

Es también necesario resaltar la factibilidad del mismo, aunque la drepanocitosis no es una afección común, la cantidad de pacientes que sean entrevistados en el lapso de tiempo planteado en la metodología, formaran una muestra representativa. Además

de lo antes expuesto, es un trabajo de gran importancia a bajo costo y que puede ser realizado en un corto periodo de tiempo.

CAPITULO II: MARCO TEORICO

2.1 Anemia Drepanocítica

La enfermedad de células falciformes es una afección hereditaria que es frecuente en poblaciones de origen africano aunque no se limita a ellas. Es el resultado de una anomalía en la cadena beta de la hemoglobina adulta. El aminoácido valina reemplaza al ácido glutámico que normalmente se encuentra en la posición 6 a partir del aminoácido terminal. Esta sustitución modifica la carga eléctrica de la hemoglobina falciforme y causa la diferencia electroforética que se utiliza para detectarla. Este cambio también conduce a una polimerización molecular con la desoxigenación, que hace que el glóbulo rojo se deforme y adquiera una disposición falciforme (Cantalejo L, 2005).

Las concentraciones altas de cadena beta, y por tanto de hemoglobina S, no se producen hasta los 3-6 meses de vida post natal, y por tanto los síntomas de la enfermedad son raros antes de los 3 meses. El fenómeno de la falciformación es reversible, entre el 5 y el 50% de eritrocitos falciformes no pueden recuperar su forma original, por lo que son eliminados de la circulación por el sistema mononuclear fagocítico (Rivas, 2004).

En general la enfermedad de células falciforme ocurre en cerca de uno de cada 400 Lactantes afro estadounidenses. De estos 8% son portadores heterocigotos del gen falciforme y se dice que tienen el rasgo de células falciformes. Las manifestaciones clínicas variables de las hemoglobinopatías falciformes pueden todas relacionar de manera directa e indirecta con propensión de la hemoglobina S desoxigenada a polimerizar. La polimerización de la hemoglobina falciforme distorsiona la

morfología del eritrocito, disminuye la deformidad eritrocítica, causa una reducción de grado muy manifiesto en el periodo de vida del eritrocito, aumentando la viscosidad de la sangre y predispone a episodios de oclusión vascular. Estos procesos pueden ser desencadenados por infecciones, fiebre, deshidratación, intensa fatiga física, traumas, anestésicos, diuréticos o sea todas las condiciones que directa e indirectamente pueden causar una disminuida disponibilidad de oxígeno. (BEHRMAN, 2001).

2.1.1 Datos clínicos

Existen dos formas clínicas de hemoglobinopatías S: homocigota en la que los pacientes sufren anemia falciforme (anemia hemolítica y crisis vasooclusivas) y la heterocigota generalmente asintomático y del que se cree existen en el mundo más de 30 millones de individuos afectados. Por otra parte, los síntomas y signos de la enfermedad de células falciformes pueden relacionarse con la anemia hemolítica y con la isquemia tisular causada por oclusión vascular. Los niños son normales al nacer y la iniciación de los síntomas no es común antes de 3 a 4 meses de edad, ya que las concentraciones elevadas de hemoglobina fetal inhiben la formación falciforme (Rivas, 2004).

La anemia drepanocítica presenta un curso crónico caracterizado por palidez e ictericia, crisis vasooclusivas intermitentes y lesiones diversas a muchos órganos. Las manifestaciones clínicas varían de sujeto a sujeto y en general tienden a mejorar con la edad. La consecuencia inmediata de la crisis vasooclusiva es el dolor, que puede ser leve, moderado o severo y puede durar varios días en cuyo caso es necesario la atención intra-hospitalaria del paciente. En el lactante la enfermedad se manifiesta en el 30% de los casos con alteraciones en las manos y los pies, que aparecen con signos de inflamación. Las crisis dolorosas como el síndrome mano-pie pueden ser una las

primeras manifestaciones de los fenómenos vasooclusivos de esta anemia. Afecta los huesos pequeños de las manos y pies, pudiendo ser unilateral o bilateral. La crisis de dolor abdominal se inicia súbitamente, puede durar cuatro a cinco días y en ocasiones mayor tiempo; se acompaña de signos de irritación peritoneal, que constituyen otra de las manifestaciones de los fenómenos vasooclusivos y se relacionan con pequeños infartos del mesenterio y de las vísceras abdominales. Es frecuente la hepatomegalia y puede haber colelitiasis en pacientes con enfermedad hemolítica crónica; pueden presentar ictericia grave o casos de hepatitis viral. El 30% de los pacientes con edad superior a los 10 años presentan cálculos en la vesícula y pueden tener crisis dolorosas, disturbios digestivos e ictericia y a menudo es necesaria la intervención quirúrgica para eliminar los cálculos.

Más del 30% de los pacientes experimentan la llamada crisis de secuestro esplénico. Ocurre casi exclusivamente en lactantes y niños pequeños quienes cursan con esplenomegalia. En este caso el bazo se dilata y atrapa gran cantidad de glóbulos rojos provocando grave anemia y colapso circulatorio el niño se presenta afebril, pálido, con afectación importante del estado general, con el abdomen globoso y doloroso. En estos casos el paciente debe ser internado inmediatamente para un urgente y adecuado manejo. La lesión crónica de los vasos renales se manifiesta con hematuria y en algunos casos, síndrome nefrótico.

El síndrome torácico agudo es una complicación que se caracteriza por dolor torácico de tipo pleural, fiebre, estertores en campos pulmonares y la demostración de infiltrados radiográficos. A menudo es un hecho de resolución espontánea similar a las crisis vasooclusivas, pero la lesión pulmonar puede ser muy extensa y poner en peligro la vida de los pacientes. Los fenómenos trombóticos de los vasos cerebrales pueden producir lesiones graves del sistema nervioso central; coexistir con hemorragia subaracnoidea, y son de las complicaciones de pronóstico más desfavorable. Las trombosis de los vasos cerebrales afectan a los niños de 2 a 15 años

con un promedio de edad de 6 a 7 años. A veces hay hemiparesias, afasias, convulsiones, alteraciones de la conciencia y de la sensibilidad. Estos fenómenos se producen en casi 8% de los niños y tienden a ser recurrentes. Las crisis de hiperhemolisis es otro de los sucesos que complican la evolución de los pacientes y consiste en la aceleración súbita de la hemólisis la cual se ha relacionado con procesos infecciosos, siendo un germen común el *Mycoplasma pneumoniae*. Las enfermedades infecciosas, sobre todo en el niño son muy frecuentes y deben ser tratadas adecuadamente. Traumas aunque ligeros, junto a la oclusión de los pequeños vasos pueden provocar úlceras maleolares que son de difícil curación y requieren un tratamiento largo y constante (Rivas, 2004).

2.1.2 Complicaciones

La isquemia y el infarto tisular repetidos causan daños a prácticamente todos los órganos del cuerpo. Los pacientes requieren transfusiones múltiples y están en riesgo de hemosiderosis transfusional y desarrollo de alo-anticuerpos eritrocíticos, así como de transmisión de agentes infecciosos. Las manifestaciones agudas son Sepsis o meningitis bacteriana, secuestro esplénico y crisis aplásica, eventos vasooclusivos, dactilitis, infarto óseo, síndrome de tórax agudo, apoplejía, priapismo y las complicaciones crónicas: Asplenia funcional, demora del crecimiento y del desarrollo, necrosis aséptica de la cadera.

2.1.3 Datos de laboratorio

Los niños con anemia de células falciformes suelen mostrar concentraciones Basales de hemoglobina entre 7 y 10 g/dL. Este valor puede descender a

concentraciones que ponen en riesgo la vida en momentos de un secuestro o crisis aplásica. La línea basal del recuento de reticulocitos esta elevada en grado notable.

La anemia es normocítica ó macrocítica, y el frotis de sangre muestra típicamente a las células falciformes características, así como a células blanco múltiples. La bioquímica del suero con frecuencia es anormal dependiendo de la gravedad de la hemólisis y de la presencia de disfunción hepática.

Las alteraciones más frecuentes son la elevación de la bilirrubina a expensas de la no conjugada y de la LDH sérica. Las radiografías del cráneo y de la columna vertebral revelan adelgazamiento cortical, crecimiento de los espacios medulares y con un marcado aumento de los relieves óseos (Rivas, 2004).

2.1.4 Estudios complementarios

- * Biometría hemática completa y reticulocitos.
- * Electroforesis de hemoglobina.
- * Bilirrubina y transaminasas.
- * Urea y creatinina.
- * Hemoglobina fetal.
- * La electroforesis de la hemoglobina hace el diagnóstico definitivo.

2.1.5 Tratamiento

La base fundamental del tratamiento es la inclusión en un programa que proporciona educación al paciente y a la familia. Una vez hospitalizado, el paciente con anemia drepanocítica, el tratamiento debe ser el siguiente: Mantener buena

hidratación con líquidos de mantenimiento o de acuerdo a la situación de hidratación del niño. Una buena hidratación contribuye a bloquear el progreso de fenómeno vasooclusivo. Mantener un buen estado de oxigenación. Controlar la fiebre y control del dolor con analgésicos de acuerdo a las normas del dolor. Control de las infecciones con antibióticos de acuerdo al foco infeccioso. Todas las siguientes condiciones necesitan de transfusión de paquete globular a 10 ml /kg/dosis.

- A) Anemia marcada menos de 6 gr. de Hemoglobina e insuficiencia cardiaca.
- B) Procesos infecciosos que empeoran su cuadro clínico.
- C) Secuestro esplénicos.
- D) Crisis hemolítica y hemoglobina menor de 5 gr.
- E) Priapismo.
- F) Hematuria por necrosis papilares.
- G) Preparación para intervenciones quirúrgicas.
- H) Preparación para exámenes radiológicos que necesiten medio de contraste.
- I) Úlceras Bimaleolares y eventos cerebrovasculares.

Las úlceras de las piernas, en especial las regiones maleolares, mejoran con la corrección de la anemia con transfusión, curación y apósitos con sulfato de zinc o Lio colágenas. El síndrome torácico agudo requiere oxigenar al paciente y aumentar las cifras de hemoglobina A, por medio de transfusión, con lo cual se logra resolverse en alrededor de cinco a siete días. Las complicaciones neurológicas son trastornos graves que requieren que al paciente se le haga hipertransfusión periódica. Esto tiene como consecuencia sobrecarga de hierro que debe impedirse por medio de quelación con desferroxiamina, medicamento costoso y no accesible en nuestro país. El uso de quelantes orales tales como la vainilla y el té negro está actualmente en valoración. Prevención de infecciones: Los niños con hemoglobinopatía S, menores de seis años deben recibir vacuna antineumocócica y en algunos casos profilaxis permanente con penicilina. El diagnóstico temprano de las complicaciones infecciosas y la terapéutica

antimicrobiana adecuada y oportuna, permiten resolver la mayor parte de los procesos infecciosos bacterianos sin secuelas. El trasplante de medula ósea efectuado con éxito, es el método definitivo de curación de la enfermedad de células falciformes pero hasta la fecha su uso ha sido limitado debido a los riesgos relacionados con procedimientos, la incapacidad de las complicaciones futuras y la rareza de hermanos donadores con HLA idéntico (Rivas, 2004).

2.1.6 Nuevos enfoques para el tratamiento

Se han realizado muchos intentos de encontrar agentes antifalciformes efectivos partiendo del supuesto de que inhibiendo el proceso de deformación falciforme podrán aliviarse las manifestaciones de la enfermedad. Se han podido inducir concentraciones más altas de hemoglobina fetal con la administración de hidroxiurea. Esto ha producido una reducción significativa de la prevalencia de las crisis dolorosas y de las necesidades de transfusiones en un grupo seleccionado de adultos gravemente afectados.

El conocimiento de la historia natural de la enfermedad no está lo suficientemente detallado como para predecir las formas más apropiadas de intervención. Los trasplantes de medula ósea pueden presentar una opción de tratamiento para prevenir la recidiva de accidentes vasculares cerebrales. Sin embargo, el costo, la mortalidad de un 10% a corto plazo, la disponibilidad limitada de donantes compatibles y los riesgos de esterilidad a largo plazo obligan a usar este enfoque con precaución. La asistencia se presta mejor en centros especiales que tengan amplia experiencia en el tratamiento satisfactorio de la enfermedad y con un equipo que sea competente y en el cual el paciente tenga confianza. Los pacientes deben ser examinados regularmente, a intervalos de 3 – 6 meses, cuando está clínicamente bien, y se les debe recomendar que soliciten tratamiento en cualquier momento si enferman. El

consejo genético y otros servicios de apoyo deben estar disponibles dentro del propio centro. Un centro de cuidados diurnos para el tratamiento de las crisis dolorosas puede facilitar una alternativa más aceptable que el acudir a los servicios de urgencia o ingresar en el hospital. Los primeros cinco años de vida tienen mayor riesgo de mortalidad para los pacientes con anemia de células falciformes y la prevención o un tratamiento más efectivo de las complicaciones comunes pueden mejorar significativamente la supervivencia en los pacientes con enfermedad SS en Estados Unidos es de aproximadamente 50 años. Esta longevidad puede continuar mejorando con buenos cuidados médicos y sociales.

2.1.7 Pronóstico

La identificación temprana por detección neonatal de los lactantes con enfermedad de células falciformes combinada con cuidados extensos que incluyen penicilina profiláctica ha reducido en grado manifiesto el índice de mortalidad en la infancia. En la actualidad se espera que la mayoría de los pacientes viva hasta la edad adulta; pero por lo general sucumben a las complicaciones. Sin embargo la mayor parte de sus complicaciones pueden prevenirse o tratarse de un modo más efectivo si se detecta la enfermedad subyacente. El tratamiento óptimo de la anemia de células falciformes está basado en el diagnóstico precoz, preferentemente mediante el despistaje neonatal y un seguimiento estrecho en centros con especial conocimiento y experiencia en la enfermedad de células falciformes. El tratamiento de esta enfermedad ha mejorado notablemente en los últimos 30 años y el promedio de supervivencia en los pacientes con enfermedad SS está aproximándose en la actualidad a los 50 años. Los pediatras tienen un papel esencial en la reducción de la morbilidad y de la mortalidad y en promover la supervivencia hasta la vida adulta.

2.2 Ansiedad y depresión

2.2.1 Ansiedad

Se trata de una entidad, con sintomatología no específica y manifestaciones muy diversas. Está definido como “miedo sin objeto”, es decir el paciente tiene una sensación de miedo pero no tiene claro cuál es la fuente u origen del mismo (Hales, 1996).

Los signos y síntomas físicos que refiere el paciente son: anorexia, aturdimiento, boca seca, cefalea, diaforesis, diarrea, disfunción sexual, disnea, epigastralgia, falta de aliento, poliuria, polaquiuria, hiperventilación, mareo, nauseas, palidez, palpitaciones, parestesias, rubor, taquicardia, temblor, tensión muscular, vértigo y vómitos. (Hales, 1996).

Estos síntomas pueden aparecer de manera temporal, manifestándose en forma de crisis, cuya duración es alrededor de 10 minutos según el DSM – IV. Si los síntomas persisten por más de seis meses hay que considerar la presencia de alguno de los trastornos de ansiedad (trastorno de ansiedad generalizado con o sin agorafobia, fobia social y trastorno obsesivo-compulsivo, entre otros).

El Trastorno de Ansiedad Generalizada es la principal categoría diagnóstica para los trastornos de ansiedad. Su sintomatología esencial, según el DSM-IV, es la ansiedad persistente durante por lo menos seis meses. Los síntomas de este tipo de ansiedad encajan, habitualmente, dentro de dos categorías amplias: expectación aprensiva y síntomas físicos. Los pacientes con un Trastorno de Ansiedad Generalizada se preocupan constantemente por asuntos triviales, sienten temor y anticipan lo peor. La tensión muscular, la incapacidad para relajarse, la dificultad de

concentración, el insomnio, la irritabilidad y la fatiga son signos característicos de la ansiedad generalizada.

Hasta ahora no se han llevado a cabo estudios sistemáticos que correlacionen determinados tipos de carácter con el trastorno de angustia. Los trastornos de personalidad histriónica, compulsiva, narcisista, límite, dependiente y por evitación se encuentran entre los pacientes con un trastorno de angustia, pero la mayoría de pacientes no tiene ningún trastorno de personalidad. Es más, Noyes y sus colaboradores (1991) realizaron el seguimiento de la personalidad de pacientes con un trastorno de angustia tratados durante 3 años por este trastorno y observaron que los rasgos iniciales de evitación y de dependencia estaban relacionados en gran parte con el estado patológico y se desvanecían al ser tratadas las crisis de angustia. Por otra parte los pacientes que sufren agorafobia y crisis de angustia suelen mostrar rasgos de personalidad dependiente previos al inicio de las crisis. En un estudio, se observó que aproximadamente un tercio de los pacientes con un trastorno de ansiedad generalizada, presentaban un trastorno de personalidad del DSM-III y el más frecuente de ellos era el trastorno dependiente de la personalidad.

2.2.2 Depresión

Según el manual diagnóstico y estadístico de enfermedades mentales (DSM-IV), la depresión es un término con un significado que varía desde bajadas transitorias del estado de ánimo que son características de la vida misma hasta el síndrome clínico con sintomatología consistente en pérdida de interés o de placer en la mayoría de sus actividades. Adicionalmente presenta: pérdida del apetito y de peso, disminución del nivel de energía, sentimiento de minusvalía o culpa, dificultad en la concentración o toma de decisiones, y pensamientos relacionados con la muerte o el suicidio.

Cuando la depresión se presenta como un Episodio Depresivo aislado, los síntomas deben persistir por dos semanas consecutivas e ir acompañados de un malestar significativo o de deterioro en su funcionamiento ocupacional y social, o también se puede manifestar como un trastorno Depresivo, en el que los síntomas tienen una duración de por lo menos seis meses.

El humor en el episodio depresivo mayor se describe usualmente como triste y desesperanzado. Algunas personas presentan irritabilidad, cólera o sentimiento de frustración; otras, pérdida del placer e interés en actividades que antes disfrutaban, incluyendo los pasatiempos; otras, se quejan de molestias somáticas más que de sentimientos de tristeza. Las relaciones interpersonales son afectadas, incluidas las sexuales. Usualmente, el apetito se encuentra disminuido con cambios en el peso corporal; menos frecuentemente, se puede apreciar un aumento en la ingesta de alimentos, aunque a menudo el comer produce poco placer; asimismo, disminución del tiempo total del sueño, que se asocia a un despertar temprano; muchos pacientes deprimidos tratan, sin lograrlo, de dormir durante el día; y, una minoría tiene hipersomnia y duerme 12 ó más horas al día.

El retardo psicomotor es común y se manifiesta por movimientos lentos, respuestas demoradas frente al interrogatorio, lenguaje lentificado y disminución de la atención. Algunos pacientes deprimidos presentan, contrariamente, inquietud psicomotora traducida en un caminar constante, aumento en el fumar, ansiedad y desasosiego. Durante la depresión, se observan dificultades en las funciones cognoscitivas tales como disminución de la atención, incapacidad para concentrarse, terminar una tarea o tomar decisiones. No son infrecuentes sentimientos excesivos de culpa que pueden adquirir proporciones descomunales. Los pacientes tienden a recordar transgresiones menores o perjuicios sin importancia causados a otros, culpase exageradamente por ello. La rumiación obsesiva de acontecimientos penosos pasados o problemas específicos ocupan generalmente gran parte de los pensamientos

del deprimido. La ideación suicida es muy común. Algunos pacientes se preocupan por la muerte y las posibles reacciones de sus familiares luego de su fallecimiento, o por reunirse con sus seres queridos ya fallecidos después de su deceso. Asimismo, las preocupaciones excesivas por las funciones corporales y somáticas son comunes en las depresiones severas (Hales, 1996).

La depresión es un trastorno potencialmente letal: aproximadamente el 15% de los individuos con un trastorno afectivo primario se suicidan. Aproximadamente el 50% de las personas que se suicidan presentaban un diagnóstico primario de depresión.

Los factores asociados con un aumento precoz (definido como hasta 1 año después de la entrevista) del riesgo de suicidio en los pacientes deprimidos son las crisis de angustia, la ansiedad psicótica, la pérdida importante del interés y del placer (es decir, anhedonia), la dificultad para concentrarse, el abuso de sustancias y el insomnio importante. Los factores de riesgo a largo plazo (entre 1 y 5 años después de la entrevista) son la desesperación, la ideación suicida y los intentos anteriores de suicidio. También existen pruebas de que la depresión comórbida aumenta la probabilidad de muerte por otras patologías orgánicas de carácter crónico como las enfermedades cardiovasculares y el cáncer (Hales, 1996).

2.3 Anemia Drepanocítica en Relación con la Aparición de Ansiedad y Depresión.

En la actualidad se presta poca atención a investigaciones referidas a síntomas depresivos en pacientes con enfermedades crónicas. Destacan pocas estadísticas a nivel mundial en cuanto al tema en cuestión. Los estudios más recientes reportan en la población estadounidense de un 2% - 10 % de la misma tienen criterios para diagnóstico de depresión (Grant, 2000). Resulta interesante que enfermedades

específicas como el cáncer y degeneraciones neurológicas tengan un potencial efecto en la aparición de sintomatología ansiosa y/o depresiva; teniendo un abordaje integral por un equipo multidisciplinario. Para el año 1987 en Estados Unidos 1 de cada 375 pacientes con Anemia Drepanocítica de raza negra, padecía de síntomas depresivos según Kalota y colaboradores y para el año 2000 cada 1 de 400 afroamericanos, con anemia de células falciformes presentaba ansiedad y depresión según un estudio realizado por Grant y colaboradores.

CAPITULO III: MARCO METODOLÓGICO

3.1 Tipo De Investigación

Es de tipo **prospectivo** ya que toda la información se recoge en un futuro según criterios del investigador, de corte **transversal** ya que se examinan las características de una población de una sola ocasión y se procede a describirlas o analizarlas, es una investigación **descriptiva**, que es definida como aquella donde se describen las variables de un fenómeno y sus magnitudes en una población sin hacer comparaciones (Romero, 1999).

3.2 Población y muestra

3.2.1 Población

Teniendo en cuenta que una población esta definida como cualquier conjunto de elementos de los que se quiere conocer o investigar alguna o algunas de sus características (Alcáida, 1979), la población en el siguiente trabajo de investigación esta representado por los pacientes adultos diagnosticados con anemia drepanocítica que acuden a la unidad de hematología del Hospital Universitario: “Dr. Luis Razetti” de la ciudad de Barcelona, en período comprendido de Octubre de 2009 a Enero de 2010. Está constituida por 83 pacientes.

3.2.2 Muestra

Se define como parte una población, es decir, un número de individuos u objetos escogidos científicamente, cada uno de los cuales es parte de un universo, esta es obtenida con el fin de investigar, a partir del conocimiento de sus características particulares, las propiedades de una población (Balestrini, 2002).

3.3 Tipo de muestra

No probabilística

3.3.1 Criterios de inclusión

Pacientes de mayores de 12 años con diagnóstico de anemia drepanocítica.

3.3.2 Criterios de exclusión

1. Pacientes con diagnóstico de enfermedad mental previa.
2. Paciente con tratamiento antidepressivo y ansiolítico.
3. Pacientes con trastorno mental orgánico documentado a consecuencia de la enfermedad de base (ACV, etc).
4. Denegación por parte del paciente, o en los menores de 18 años, de su representante legal para participar en el estudio.

3.4 Tamaño de la muestra

La constituye 30 individuos, que son el 80% de la población que acudió a la consulta de hematología en el período febrero – junio de 2010.

3.5 Instrumentos de recolección de la información

3.5.1 Escala de depresión y ansiedad de Golberg

El Cuestionario de Goldberg, o E.A.D.G. en la versión española (Escala de Ansiedad y Depresión de Goldberg), fue desarrollado por este autor en 1988 a partir de una versión modificada de la Psychiatric Assessment Schedule, con la finalidad de lograr una entrevista de corta duración para ser utilizada por médicos no psiquiatras como instrumento de despistaje. La versión en castellano ha sido validada por Montón C. y cols (1993).

Consta de dos escalas, una de ansiedad y otra de depresión, con 9 items cada una, todos ellos de respuesta dicotómica (Si / No); se da una puntuación independiente para cada escala, con un punto para cada respuesta afirmativa. Su aplicación es intercalada en el contexto de la entrevista clínica, en la que se interroga al paciente sobre si ha presentado *en las últimas dos semanas* algunos de los síntomas a los que hacen referencia los items; no se puntúan los síntomas que duren menos de dos semanas o que sean de leve intensidad. Puede ser aplicado incluso por personal no médico, sin precisar estandarización.

Cada una de las subescalas se estructura en 4 items iniciales de despistaje para determinar si es o no probable que exista un trastorno mental, y un segundo grupo de

5 items que se formulan sólo si se obtienen respuestas positivas a las preguntas de despistaje (2 o más en la subescala de ansiedad, 1 o más en la subescala de depresión). Los puntos de corte son ≥ 4 para la escala de ansiedad, y ≥ 2 para la de depresión. Existe una clara mejora de la sensibilidad al aumentar la gravedad del trastorno psicopatológico, obteniendo puntuaciones más altas que pueden proporcionar una medida dimensional de la gravedad de cada trastorno por separado. La elevación de los puntos de corte a ≥ 5 y ≥ 3 mejora la especificidad y la capacidad discriminante de las escalas, con una ligera disminución de la sensibilidad (especificidad 93 %, sensibilidad 74 %).

Como cualquier instrumento de su género, el EADG está diseñado para detectar “probables casos”, no para diagnosticarlos; su capacidad discriminativa ayuda a orientar el diagnóstico, pero no puede sustituir al juicio clínico. El hecho de que las respuestas sean dicotómicas, obliga a interpretar la respuesta en los casos de intensidad leve en función de su significación clínica. Algunas situaciones, tales como acontecimientos vitales estresantes, problemática social, y enfermedad somática grave, pueden producir falsos positivos al reflejar el malestar del paciente en las contestaciones a algunos items, pero sin que ello comporte un estado psicopatológico con relevancia clínica. Otras situaciones (trastornos crónicos, trastornos de la personalidad, alcoholismo, conductas de negación) pueden producir falsos negativos.

Su sencillez, unida a los buenos índices de sensibilidad y especificidad, a su capacidad discriminante entre ansiedad y depresión y a su capacidad de aportar información dimensional sobre gravedad, han hecho que esta escala haya sido ampliamente recomendada como instrumento de cribaje, tanto con fines asistenciales como epidemiológicos, y/o como guía de la entrevista clínica en el ámbito de la Atención Primaria⁸⁻¹⁰. Su utilidad en población geriátrica está peor establecida.

3.5.2 Escala analógica visual del dolor

Valoración de la intensidad del dolor. El dolor es siempre subjetivo. La escala analógica visual permite una determinación consistente en esa subjetividad. Fue desarrollada por Hiskinsson en 1974.

La escala visual análoga es una línea de 100 mm que mide la intensidad del dolor. El extremo izquierdo de la raya representa la ausencia del dolor mientras que el extremo derecho de la raya representa el peor dolor imaginable.

Historia Clínica:

Es un documento médico legal, de carácter confidencial donde se lleva un registro de todos datos, padecimientos y consultas hechas por el paciente, permite llevar una base de datos, tomar decisiones acertadas sobre el tratamiento y control de los pacientes, proyectos de investigación, docencia y control de recursos hospitalarios

Será un recurso valioso para el grupo de investigación, ya que servirá para proporcionar y/o corroborar información personal, antecedentes, enfermedad actual, estado físico y tratamientos de los pacientes en estudio.

Materiales y Métodos:

Se decidió trabajar con una población de pacientes que acuden a la consulta de hematología del hospital universitario doctor Luis Razetti de Barcelona, que cumplan con los criterios de inclusión antes mencionados, a quienes previo consentimiento informado, se les aplicaran los instrumentos antes descritos.

Variables en estudio:

Se define variable como: “las observaciones sobre un determinado fenómeno en un universo o muestra, producen un conjunto de datos, los cuales son tomados, de acuerdo a características particulares susceptibles de análisis (colegio universitario cecilio acosta, 1996).

Las Variables pueden ser **independientes**, “a las inherentes al elemento en estudio, o a las que el investigador modifica intencionalmente, los cambios en estas producen efectos a otras variables llamadas **Variables dependientes**”

Variables dependientes:

Depresión

Ansiedad

Variables independientes:

Intensidad de las Crisis dolorosas

Transfusiones sanguíneas.

Primera crisis dolorosa.

Sistema de hipótesis:

Teniendo en cuenta que la anemia drepanocítica es una enfermedad congénita de curso crónico, donde los pacientes que la padecen son susceptibles de presentar sintomatología depresiva y ansiosa, se puede plantar que:

1.- existe una alta incidencia de síntomas ansiosos y depresivos en pacientes drepanocíticos.

2.- a menor edad de inicio de la sintomatología y/o tratamiento en el paciente mayor incidencia de síntomas depresivos y ansiosos.

3.- El número de crisis dolorosas al año están en relación directamente proporcional con la aparición de dicha sintomatología.

4.-El número de transfusiones al año están en relación directamente proporcional con la aparición de dicha sintomatología.

5.- la intensidad del dolor está en relación directamente proporcional a la aparición de depresión y ansiedad en el paciente.

Procedimiento estadístico:

Se diseñó una hoja de cálculo en el programa Microsoft Excel® desde donde se exportó al programa EpiInfo distribuido gratuitamente por la OMS.

Se calculó medias y desviaciones estándar para las variables continuas (Edad, Cifras de hemoglobina, etc). Las variables cualitativas se compararon usando la prueba exacta de Fisher, diferencias con número p menor de 0,05 fueron consideradas estadísticamente significativas.

CAPITULO IV: ANALISIS Y PRESENTACION DE RESULTADOS

4.1 RESULTADOS

Tabla N° 1. Frecuencia de aparición de las primeras crisis dolorosas en pacientes con anemia drepanocítica atendidas en la unidad de hematología del complejo hospitalario Dr. Luis Razetti en Barcelona.

Primera dolorosa	Crisis	Frecuencia	Porcentaje
1		1	3,3%
2		3	10,0%
3		6	20,0%
4		2	6,7%
5		7	23,3%
6		2	6,7%
7		1	3,3%
8		2	6,7%
10		3	10,0%
15		1	3,3%
26		1	3,3%
30		1	3,3%
Total		30	100,0%

La tabla N° 1, nos informa que de la muestra seleccionada, el 90 %, tuvieron su primera crisis dolorosa antes de los diez años de edad, y de estos la mayoría (54% de la muestra) presentó su primera crisis antes de los 5 años. Solo un 3,3% de los pacientes presentó su primera crisis dolorosa en la adolescencia y el 6% restante tuvo su primera crisis entre los 25 y 30 años.

Tabla N° 2. Frecuencia de puntuación del dolor en la escala visual análoga del dolor, por los pacientes con anemia drepanocítica atendidas en la unidad de hematología del complejo hospitalario Dr. Luis Razetti en Barcelona.

Puntuación del dolor	Frecuencia	Porcentaje
1	1	3,3%
7	3	10,0%
8	2	6,7%
9	6	20,0%
10	18	60,0%
Total	30	100,0%

En la tabla N° 2, se observa que de los pacientes estudiados, el 60% de los mismos, piensan que el dolor en cada crisis es insostenible. El restante de la muestra, el 37,7% le dan una puntuación al dolor entre 7 – 9, se asume que para estos el dolor es de muy fuerte intensidad. Solo un 3,3% de los mismos, catalogan al dolor de muy baja intensidad o no dolor durante las crisis dolorosas.

Tabla N° 3. Número de crisis dolorosas en pacientes con anemia drepanocítica atendidas en la unidad de hematología del complejo hospitalario Dr. Luis Razetti en Barcelona.

Numero de crisis dolorosas (al año)	Frecuencia	Porcentaje
Menos de 5	17	56,7%
Entre 5 y 10	8	26,7%
Más de 10	5	16,6%
Total	30	100,0%

La tabla N° 3 muestra la frecuencia del número de crisis dolorosas al año de los pacientes estudiados. El 56,7 % de los pacientes, presentan menos de 5 crisis dolorosas, y el resto es decir el 43,3 % de los mismos presentan más de 5 crisis dolorosas al año.

Tabla N° 4. Número de transfusiones sanguíneas en pacientes con anemia drepanocítica atendidas en la unidad de hematología del complejo hospitalario Dr. Luis Razetti en Barcelona.

Número de transfusiones anuales	Frecuencia	Porcentaje
Menos de 5	26	86,7%
Mayor o igual a 5 y menor de 10	1	3,3 %
Mayor o igual a 10	27	10,0%
Total	30	100,0%

Según los datos reflejados en la tabla N° 4, correspondiente a la frecuencia de transfusiones sanguíneas que reciben los pacientes al año, el mayor porcentaje de los mismos, es decir el 86,7 %, reciben menos de 5 transfusiones al año y apenas 13,3 % reciben más de 5 transfusiones al año.

Tabla N° 5. Frecuencia de aparición de síntomas ansiosos en pacientes con anemia drepanocítica atendidos en la unidad de hematología del complejo hospitalario Dr. Luis Razetti en Barcelona.

Presencia De Síntomas Ansiosos	Frecuencia	Porcentaje
Si	18	60,0%
No	12	40,0%
Total	30	100,0%

En la tabla N° 5 se registran la frecuencia de presentación de síntomas ansiosos en los pacientes estudiados. En estos el 60 % obtuvo más de 4 respuestas afirmativas en la escala de ansiedad de Golberg, lo que se resume en presencia de sintomatología ansiosa en ellos.

Tabla N° 6. Frecuencia de aparición de síntomas depresivos en pacientes con anemia drepanocítica atendidos en la unidad de hematología del complejo hospitalario Dr. Luis Razetti en Barcelona.

Presencia De Síntomas Depresivos	Frecuencia	Porcentaje
Si	21	70,0%
No	9	30,0%
Total	30	100,0%

Se observa en la tabla N° 6 la frecuencia de aparición de la sintomatología depresiva en los pacientes con anemia drepanocítica que conforman la muestra en estudio. 21 pacientes de los encuestados dieron por lo menos 2 respuestas afirmativas en la escala de depresión del cuestionario de Golberg, lo que se resumen en que el 70% de los mismos presentan sintomatología ansiosa.

Tabla N° 7. Relación entre la aparición de síntomas ansiosos y edad de aparición de la primera crisis en pacientes con anemia drepanocítica atendidas en la unidad de hematología del complejo hospitalario Dr. Luis Razetti en Barcelona.

Primera Crisis dolorosa (edad en años)	Síntomas Ansiosos	Sin síntomas ansiosos
7 o menos	12(33,3%)	10 (83,3%)
Más de 7	6(66,7%)	2 (16,7%)
Total	18	12

Prueba exacta de Fisher: $p = 0,22$

La tabla N° 7 muestra la relación entre la edad de aparición de las crisis dolorosas y la presencia actual de sintomatología ansiosa. Como se puede detallar, 27 pacientes, más el 90% de los pacientes iniciaron sus crisis dolorosas antes de los 14 años de edad. Y de los 18 pacientes con sintomatología ansiosa, 15 se encuentra en este grupo etario. Sin embargo, con una $p >$ de 0,05, se concluye que los datos en este cuadro no son estadísticamente significativos.

Tabla N° 8. Relación entre la aparición de síntomas ansiosos y la puntuación subjetiva del paciente en la escala del dolor

Intensidad del dolor	Síntomas Ansiosos	Sin síntomas ansiosos
Severo	10 (44,4%)	8 (66,7%)
No Severo	8 (55,3%)	4 (33,3%)
Total	18	12

Prueba exacta de Fisher, p = 0,4121

La tabla N° 8, refleja la relación que existe entre el valor subjetivo del dolor en una escala del 1 al 10, siendo el uno “no dolor” y diez dolor “insoportable”, con la presencia de síntomas ansiosos en la actualidad. Teniendo en cuenta que el 55,6% de los pacientes que le dieron que puntuaron al dolor como insoportable y presenta sintomatología ansiosa, los datos en la tabla no son estadísticamente significativo ya que la $p >$ de 0,05

Tabla N° 9. Relación entre la presencia de síntomas ansiosos y el número de crisis dolorosas al año en los pacientes con anemia drepanocítica.

Número de crisis dolorosas			Presentan Síntomas ansiosos	No Presentan Síntomas ansiosos	TOTAL
Menos	de	5	10 (55,6%)	7 (58,3%)	17 (56,7%)
Más	de	5 crisis	8 (44,4%)	5 (41,7%)	13 (43,3%)

Prueba exacta de Fisher. $p= 0,5901954286$

La tabla N° 9, presenta la relación entre el número de crisis dolorosas al año en los pacientes estudiados y la presencia o no de sintomatología ansiosa en los mismos. Como se puede observar el 55,6% de los pacientes que presentan síntomas ansiosos tienen menos de 5 crisis dolorosas al año. No se puede afirmar que los pacientes que padecen un determinado número de crisis dolorosas al año, son más susceptibles de presentar sintomatología ansiosa, ya que con una $p > 0,05$ los datos en la tabla no son estadísticamente significativos.

Tabla N° 10. Presencia de síntomas ansiosos en pacientes con anemia drepanocítica y su relación con el número de transfusiones sanguíneas que reciben estos al año.

Número de Transfusiones Sanguíneas al año	Presencia de síntomas ansiosos	No presentan síntomas ansiosos	Total
Menos de 10	16 88,9	11 91,7	27 90,0
Más de 10	2 11,1	1 8,3	3 10,0
TOTAL	18 60,0	12 40,0	30 100,0

Prueba exacta de Fisher, $p > 0,05$

La tabla N° 10 muestra la relación que existe en el número de trasfusiones al año que reciben los drepanocíticos que conforman la muestra de la investigación con respecto a la presencia en ellos de síntomas ansiosos. La mayor parte de los mismos es decir el 90 % recibe menos de 10 transfusiones al año, de los cuales el 59, 3% (que se traduce en el 88,9% de la muestra total) presentan sintomatología ansiosa. Los datos en la tabla no son estadísticamente significativos, la $p >$ de 0,05.

Tabla N° 11. Presencia de síntomas depresivos y su relación con el valor subjetivo del dolor.

Puntuación del dolor	Presentan Síntomas depresivos	No presentan síntomas depresivos	TOTAL
1	1 (4,8%)	0 (0,0%)	1 (3,3%)
7	3 (14,3%)	0 (0,0%)	3 (10,0%)
8	1 (4,8%)	1 (11,1%)	2 (6,7%)
9	5 (23,8%)	1 (11,1%)	6 (20,0%)
10	11 (52,4%)	7 (77,8%)	18 (60,0%)
TOTAL	21 (70,0%)	9 (30,0%)	30 (100,0%)

Prueba exacta de Fisher, $p > 0,05$

En la tabla N° 11, se detalla la relación que existe entre la puntuación del dolor en la escala visual análoga y la presencia de sintomatología depresiva, como se puede observar, más del 90 % de los pacientes que dieron una puntuación mayor de 7, presentan sintomatología depresiva, de los que un 52,4% puntuaron al dolor como insoportable. Aun así los datos en la tabla no son estadísticamente significativos ya que la $p >$ de 0,05.

Tabla N° 12. Presencia de síntomas depresivo y su relación con la edad de aparición de la primera crisis dolorosas en los pacientes con anemia drepanocítica evaluados.

Primera crisis dolorosa (edad en años)	Presencia de síntomas	Ausencia de síntomas
1 – 7	15	7
8 – 14	3	2
15 -	21 1	0
22 -	28 1	0
29 -	35 1	0
TOTAL	21	9

Prueba Exacta de Fisher, $p > 0,05$

Se puede observar en la tabla N° 12 que cuando se relacionan las variables edad de inicio de las crisis dolorosas con la presencia de síntomas depresivos, teniendo en cuenta que más del 90 % iniciaron las crisis dolorosas antes de los 14 años, y que es este el grupo de pacientes donde existe más incidencia de síntomas depresivos, no es estadísticamente significativo ya que $p > 0,05$,

Tabla N° 13 Presencia de síntomas depresivos y numero de crisis dolorosas al año en pacientes con drepanocitosis.

Numero de crisis	Presentan síntomas depresivos	No presentan síntomas depresivos	TOTAL
5 ó menos	12 (57,1%)	5 (55,6%)	17 (56,7%)
Más de 5	9 (42,9%)	4 (44,4%)	13 (43,3%)
TOTAL	21 (70,0%)	9 (30,0%)	30 (100,0%)

Prueba exacta de Fisher, $p > 0,05$.

Se puede detallar en la tabla N° 13 que de los 21 pacientes que presentan sintomatología depresiva (70%), 12 de ellos tienen menos de 5 crisis dolorosas al año (57,1%), y con una $p > 0,05$, no es estadísticamente significativa la relación que posiblemente existe entre el numero de crisis dolorosas al año y la incidencia de síntomas depresivos.

Tabla N° 14. Presencia de síntomas depresivos en relación con el número de transfusiones recibidas al año.

Número de transfusiones	Presentan síntomas depresivos	No Presentan Síntomas depresivos	TOTAL
10 ó menos	19 (90,5%)	8 (88,9%)	27 (90,0%)
Más de 10	2 (9,5%)	1 (11,1%)	3 (10,0%)
TOTAL	21 (70,0%)	9 (30,0%)	30 (100,0%)

Prueba exacta de Fisher, $p > 0,05$.

En la tabla 14 se evidencia la posible relación entre la presencia de sintomatología depresiva y el número de transfusiones sanguíneas al año. Aquí se observa que el 90 % de los pacientes que presentan sintomatología depresiva reciben menos de 10 transfusiones sanguíneas al año, y con una $p >$ de 0,05, se puede decir que los datos no son estadísticamente significativos.

Tabla N° 15. Frecuencia de aparición de síntomas depresivos y ansiosos simultáneos en pacientes con anemia drepanocítica.

presencia de ambos síntomas (depresión y ansiedad)	Frecuencia	Porcentaje
Si	16	53,3%
No	14	46,7%
Total	30	100,0%

En la tabla número 15 esta refleja la frecuencia en que aparecen ambos síntomas en los pacientes en estudio. Se puede observar que del total de pacientes el 53,3% de los mismos presenta simultáneamente ansiedad y depresión.

Tabla N° 16. Relación entre la presencia de síntomas ansiosos y depresivos, simultáneos y el número de transfusiones sanguíneas al año.

Número de Transfusiones sanguíneas al año			Presencia de Síntomas depresivos ansiosos	Presencia de Síntomas depresivos ansiosos y	TOTAL
10	ó	más	1 (6,3%)	2 (14,3%)	3 (10,0%)
Menos	de	10	15 (93,8%)	12 (85,7%)	27 (90,0%)
TOTAL			16	14	30 (100,0%)

Prueba exacta de Fisher, $p > 0,05$.

En la tabla número 16, se detalla la relación que existe entre la presencia de síntomas ansiosos y depresivos simultáneamente en los pacientes con anemia drepanocítica y el número de transfusiones sanguíneas al año, en esta se puede observar que los pacientes con menos de 10 transfusiones sanguíneas al año presentan sintomatología ansiosa y depresiva a la vez, sin embargo para esta relación $p > 0,05$ por lo que no hay significancia estadística.

Tabla N° 17. Relación entre la presencia de síntomas ansiosos y depresivos, simultáneos y el número de crisis dolorosas al año

Número de crisis dolorosas al año	Presencia de Síntomas depresivos y ansiosos	de Ausencia de Síntomas depresivos y ansiosos	TOTAL
10 ó más	1 (6,3%)	4 (28,6%)	5 (16,7%)
Menos de 10	15 (93,8%)	10 (71,4%)	25 (83,3%)
TOTAL	16	14	30 (100,0%)

Prueba exacta de Fisher, $p > 0,05$.

La tabla número 17 refleja la relación entre el número de crisis dolorosas al año y la presencia de síntomas ansiosos y depresivos a la vez en pacientes con anemia drepanocítica. El 98,8% del total de pacientes con ambos síntomas, reibe menos de 10 transfusiones sanguíneas al año, sin embargo la relación no es significativamente estadística ya que $p > 0,05$.

Tabla N° 18. Relación entre la presencia de síntomas ansiosos y depresivos, simultáneos y la edad de aparición de la primera crisis dolorosa.

Primera crisis dolorosa (edad en años)	Presencia de síntomas	Ausencia de síntomas
1 – 7	11 (68,75%)	11 (78,57%)
8 – 14	3 (18,75%)	2 (14,28%)
15 - 21	0	1 (7,15%)
22 - 28	1 (6,25%)	0
29 - 35	1 (6,25%)	0
TOTAL	16 (53,3%)	14 (46,7%)

Prueba exacta de Fisher, $p > 0,05$.

La tabla numero 18, da relación entre la edad de aparición de la primera crisis dolorosa y la presencia simultánea de ansiedad y depresión, siendo el 68,75 % de los pacientes con síntomas depresivos y ansiosos, iniciado sus crisis dolorosas a los 7 años de edad o menos. Esta tendencia no es significativamente estadística, $p > 0,05$.

Tabla N° 19. Relación entre la presencia de síntomas ansiosos y depresivos simultáneamente y la intensidad del dolor.

Intensidad del dolor	Presencia de Síntomas depresivos y ansiosos	Ausencia de Síntomas depresivos ansiosos	TOTAL
No severo	3 (18,8%)	1 (7,1%)	4 (20,0%)
Severo	13 (81,2%)	13 (92,9%)	26 (80,0%)
TOTAL	16 (53,3%)	14 (46,7%)	30 (100,0%)

Prueba exacta de Fisher, $p > 0,05$

La tabla número 19 nos muestra la relación entre la intensidad del dolor y la presencia simultánea de síntomas ansiosos y depresivos, se observa que del total de pacientes con ansiedad y depresión a la vez, el 81,2% de los mismos afirma que el dolor que sienten durante sus crisis es de severa intensidad, sin embargo esta tendencia es estadísticamente no significativa, ya que $p > 0,05$.

4.2 DISCUSIÓN

En el estudio sobre incidencia de síntomas depresivos y ansiosos en los pacientes con diagnóstico de anemia drepanocítica, se encontró que por lo menos un 60% de la muestra presenta sintomatología depresiva y un 70% de la misma presenta sintomatología ansiosa, esto de acuerdo a los resultados obtenidos luego de la aplicación del cuestionario de Golberg a los pacientes en estudio. Por ello, el 60% de los pacientes tuvieron por lo menos 4 respuestas positivas en la escala de ansiedad y un 70% dio al menos 2 respuestas positivas en la escala de depresión del instrumento antes mencionado.

De los resultados obtenidos, se puede observar la diferencia con los encontrados por Kalota en 1987, o por Grant, en el año 2000 en Estados Unidos, donde cada uno encontró que 1 de cada 375 o 1 de cada 400 afroamericanos respectivamente, padecía de depresión-ansiedad, sin embargo para este estudio por lo menos 18 de 30 (1/1,6) de los pacientes, presenta ansiedad y 21 de 30 (1/1,4) presenta depresión, anexando también que de los pacientes estudiados, el 53,3% de los mismo presenta a la vez sintomatología ansiosa y depresiva.

En los trabajos antes mencionados, con respecto al estudio de ansiedad y depresión en los pacientes con anemia drepanocítica, las variables independientes relacionadas con la presencia o no de sintomatología ansiosa-depresiva fueron: situación socioeconómica y apoyo familiar encontrándose que los estratos socioeconómicos bajos y los pacientes que no contaban con el apoyo de su núcleo familiar, eran más propensos a padecer de depresión que en los casos contrarios. Para efectos de esta investigación se decidió trabajar con variables tales como: edad de inicio de las crisis dolorosas, puntuación del dolor en la escala visual análoga del dolor, número de

transfusiones sanguíneas al año y número de crisis dolorosas al año y su posible relación en la presencia de ansiedad y depresión en los pacientes con drepanocitosis.

De los pocos trabajos encontrados, ninguno había conjugado las variables acá estudiadas, sin embargo los resultados encontrados fueron los siguientes: más del 90% de los pacientes estudiados iniciaron sus crisis dolorosas en edades por debajo de los 14 años, más del 90% de ellos, coinciden que el dolor que sienten en cada crisis dolorosa, es de fuerte intensidad y el 56% afirma que más que eso el dolor es insoportable. En los que el inicio de las crisis dolorosas fue por debajo de los 14 años de edad y la puntuación del dolor del dolor fue de 10 (es decir insoportable), la incidencia de síntomas depresivos y ansiosos fue alta (más de 55%) sin embargo, con una $p >$ de 0,05 para las tablas respectivas, nos hace suponer que estos datos no son estadísticamente significativos. Por otro lado, como se pudo evaluar, la mayor parte de los pacientes presentan menos de 5 crisis dolorosas al año. Y en estos, la incidencia de síntomas depresivos es de 57,1% y la incidencia de síntomas ansiosos es de 58,8%, teniendo en cuenta que no son significativamente estadísticos por una $p >$ de 0,05, no se puede decir que en los pacientes estudiados el número de crisis dolorosas recurrentes en el año no tiene relación con la posible incidencia de síntomas ansiosos y depresivos. Con respecto al número de transfusiones sanguíneas anuales en dichos pacientes, el 90% reciben menos de 10 transfusiones en el año, de estos por lo menos un 70% presenta sintomatología depresiva y un 59,3% presenta ansiedad. Sin embargo, teniendo en cuenta que para esta relación la $p >$ 0,05, para efectos de esta investigación no se puede afirmar que el número de transfusiones sanguíneas al año esté en relación a la aparición de síntomas depresivos y/o ansiosos.

En síntesis, existe una alta incidencia de sintomatología ansiosa y depresiva en la población estudiada, sin embargo las variables: edad de inicio de las crisis dolorosas, intensidad del dolor, número de transfusiones sanguíneas al año y número de crisis

dolorosas, no tienen relación con la aparición de la misma. Es por ello necesario indagar acerca de otros posibles factores influyentes en el mismo.

CAPITULO V: CONCLUSIONES Y RECOMENDACIONES

5.1 CONCLUSIONES

Las variables como edad de inicio de las crisis dolorosas y puntuación en la escala visual análoga del dolor no tienen una influencia en la aparición de sintomatología ansiosa en el paciente con anemia drepanocítica.

Con respecto al número de transfusiones sanguíneas, a menor número de transfusiones sanguíneas en la muestra estudiada se presenta mayor incidencia de síntomas depresivos, dicha tendencia no fue estadísticamente significativa.

Los pacientes que reciben menor número de transfusiones sanguíneas, presentan mayor incidencia de síntomas ansiosos, siendo esta tendencia estadísticamente no significativa.

Con respecto al número de crisis dolorosas, se observó que los pacientes con crisis dolorosas recurrentes tienen menor incidencia de sintomatología depresiva, siendo dicha tendencia estadísticamente no significativa.

Los pacientes con menos crisis dolorosas al año presentan mayor incidencia de síntomas ansiosos, tendencia que resultó no ser estadísticamente significativa.

5.2 RECOMENDACIONES

Recolectar información en un lapso de tiempo mayor, en la que la muestra se más amplia, estudiar la posibilidad de incluir otros centros de salud, debido a que la anemia de células falciformes es una afección rara en la población general.

Hacer una investigación de corte longitudinal para ver si las variaciones de la enfermedad es decir aumento del número de crisis dolorosas al año o aumento en el número de transfusiones sanguíneas al año hacen variar la aparición de sintomatología ansioso – depresiva.

Incluir más variables tales como problemas socioeconómicos y familiares de los pacientes en la aparición de sintomatología ansioso-depresiva.

Realizar pruebas de hemoglobina para verificar los niveles plasmáticos de la misma y relacionarlos con la aparición de sintomatología ansiosa y/o depresiva.

Hacer estudios bioquímicos y/o imagenológicos, como por ejemplo el eco doppler transcraneal, para verificar el funcionamiento del sistema nervioso central, buscando las bases fisiopatológicas de la depresión en los pacientes con anemia drepanocítica, teniendo en cuenta el daño a órganos diana que ocurre como consecuencia del bajo aporte de oxígeno en estos pacientes.

BIBLIOGRAFÍA

1. Alcaida, A. (1979). *estadística aplicada a las ciencias sociales*. España: ediciones piramide.
2. Anie, K. A. (2005). Psychological complications in sickle cell disease. *British Journal of Haematology* , 723 - 729.
3. Balestrini, M. (2002). *¿Cómo se elabora el proyecto de investigación?* caracas : BL consultores y asociados servicio editorial.
4. BEHRMAN, K. J. (2001). *Tratado De Pediatría*. MCGRAW - HILL INTERAMERICANA.
5. Cantalejo L, M. A. (2005). Protocolo de anemia de células falciformes o drepanocitosis. *Bol. S vasco - nav Pediatría* , 20 - 38.
6. Grant, M. (2000). depresión and funtioning in relationto help care use in sickle cell disease. *annals of behavioral medicine* , 149 - 157.
7. Hales, R. y. (1996). *TRATADO DE PSIQUIATRIA*. WASHINGTON D.C.: ANCORA S.A.
8. Lamia P., B. E. (2007). Negative Thinking as a Coping Strategy Mediator of Pain. *journal of medicine* , 199 - 208.
9. McCrae Jocelyn D., L. M. (1998). health status in sickle cell disease: examining the roles of paint coping strategies, somatic awareness, and negative affectivity. *journal of behavioral medicine* , 35-55.
10. perez, p. (193). la maldad. *ciencias* , 45-89.
11. Rivas, M. (2004). *Epidemiología de la anemia drepanocítica y características clínicas de los pacientes atendidos en la sala de hematología del hospital infantil manuel de jesus rivera la mascota 2000 - 2004*. NICARAGUA.
12. Romero, H. &. (1999). *Metodología de la investigación en salud*. México: Mc Graw Hill.

13. Wilson Jennifer, G. K. (1999). Depression, Disease Severity, and Sickle Cell Disease. *Journal of behavioral medicine* , 115-116.

APENDICES

APÉNDICE I

INSTRUMENTO PARA LOS DATOS DE CADA PACIENTE

N ° de historia: _____

Fecha: _____

Edad de aparición de los primeros síntomas: _____ años

Dirección:

Teléfono: _____

Número de transfusiones al año: ____ menos de 5 _____ más de 5

Inicio de las crisis dolorosas:

Número de episodios dolorosos al año: ____ menos de 10 _____ más de 10.

Intensidad del dolor:

Marque con un punto la intensidad del dolor en la siguiente línea:

No dolor Insoponable

1 2 3 4 5 6 7 8 9 10

APÉNDICE II

CONSENTIMIENTO INFORMADO

Por medio de la presente yo, _____ de _____ años de edad, portador(a) de la cédula de identidad n° _____, declaro que se me ha informado en forma clara, precisa detallada y objetiva sobre los propósitos de la encuesta, para la realización de la tesis de grado titulada: " Incidencia de síntomas depresivos y ansiosos en pacientes con anemia drepanocítica atendidos en la unidad de hematología, del Hospital Universitario: "Dr. Luis Razetti", de Barcelona, como requisito parcial para la obtención del título de médico cirujano, de los bachilleres: Francisco Javier Córdova Salzalejo, C. I. 17.540.433 y María de Lourdes Tineo Cedeño, C. I. 17.535.811, han brindado su orientación sobre el tema y esta ha sido de claridad y calidad para mi entendimiento. Comprendo que mi participación es voluntaria, que es un estudio de investigación sin fines de lucro, no pretendo recibir ninguna remuneración al respecto y que mi cooperación es significativa.

Presto libremente mi conformidad para la realización de la encuesta y datos personales que sean necesarios, según los acuerdos estipulados entre mi persona y los investigadores.

Barcelona, ___ de _____ de 2010.

Firma de la paciente

Le hemos explicado todos los detalles de nuestra investigación a la paciente, y hemos contestados todas sus preguntas e inquietudes. El colaborador comprende toda la información descrita en este documento. Nosotros los investigadores, nos

comprometemos a no divulgar la información que se nos confía, esta será usada solo con fines científicos y no devengaremos ninguna ganancia económica del mismo.

Francisco Javier Córdova Salzalejo

C.I:17.540.433

María de Lourdes Tineo Cedeño

C.I:17.535.811

APENDICE III

ESCALA DE ANSIEDAD Y DEPRESION DE GOLDBERG

Versión adaptada al castellano por A. Lobo y cols.

	<u>si</u>	<u>no</u>
<p>Sub-escala de ansiedad</p> <p>1.- ¿Se ha sentido muy excitado, nervioso o en tensión?</p> <p>2.- ¿Ha estado muy preocupado por algo?</p> <p>3.- ¿Se ha sentido muy irritable?</p> <p>4.- ¿Ha tenido dificultad para relajarse?</p> <p>(Si hay tres o más respuestas afirmativas continuar preguntando)</p> <p>5.- ¿Ha dormido mal, ha tenido dificultades para dormir?</p> <p>6.- ¿Ha tenido dolores de cabeza o de nuca?</p> <p>7.- ¿Ha tenido alguno de los siguientes síntomas: temblores, hormigueos, mareos, sudores, diarrea? (síntomas vegetativos)</p> <p>8.- ¿Ha estado preocupado por su salud?</p> <p>9.- ¿Ha tenido alguna dificultad para conciliar el sueño, para quedarse dormido?</p>		
<p>Sub-escala de depresión</p> <p>1.- ¿Se ha sentido con poca energía?</p> <p>2.- ¿Ha perdido Ud. el interés por las cosas?</p>	<u>si</u>	<u>no</u>

<p>3.- ¿Ha perdido la confianza en si mismo?</p> <p>4.- ¿Se ha sentido Ud. desesperanzado, sin esperanzas?</p> <p>(Sí hay respuestas afirmativas a cualquiera de las preguntas anteriores continuar)</p> <p>5.- ¿Ha tenido dificultades para concentrarse?</p> <p>6.- ¿Ha perdido peso? ¿A causa de su falta de apetito?</p> <p>7.- ¿Se ha estado despertando demasiado temprano?</p> <p>8.- ¿Se ha sentido Ud. enlentecido?</p> <p>9.- ¿Cree Ud. que ha tenido tendencia a encontrarse peor por las mañanas?</p>		
---	--	--

**METADATOS PARA TRABAJOS DE GRADO, TESIS Y
ASCENSO:**

TÍTULO	Incidencia de síntomas depresivos y ansiosos en pacientes con anemia drepanocítica atendidos en la unidad de hematología, del Hospital Universitario: “Dr. Luis Razetti”, de Barcelona.
SUBTÍTULO	

AUTOR (ES):

APELLIDOS Y NOMBRES	CÓDIGO CULAC / E MAIL
Cordova S., Francisco J.	CVLAC:17.540.433 E MAIL: fjcordovas@gmail.com
Tineo C., Maria De L.	CVLAC: 17.535.811 E MAIL: maruchatice@gmail.com
	CVLAC: E MAIL:

PALÁBRAS O FRASES CLAVES:

___Incidencia_____

Anemia Drepanocítica_____

___Ansiedad_____

___Depresión_____

METADATOS PARA TRABAJOS DE GRADO, TESIS Y ASCENSO:

ÀREA	SUBÀREA
Ciencias de la Salud	Medicina

RESUMEN (ABSTRACT):

se indaga acerca de la incidencia de sintomatología ansiosa y depresiva que pudiese existir en los pacientes con anemia drepanocítica, para ello se aplicó el cuestionario de Golberg, que es usado por médicos no psiquiatras para la pesquisa de ansiedad y depresión. Y se correlacionaron las variables ansiedad y depresión con el número de transfusiones al año, el número de crisis dolorosas, la edad de aparición de la primera crisis dolorosa y la intensidad del dolor (medido por la escala análoga visual del dolor). Con una muestra de 30 pacientes, obtenidos de la población de pacientes que acuden a la consulta en la unidad de hematología del complejo hospitalario Dr. Luís Razetti de Barcelona, los resultados señalan que un 70 % de los pacientes presentan ansiedad y depresión y que la edad de aparición de los síntomas, la intensidad del dolor y el número de transfusiones sanguíneas al año, no tienen relación estadísticamente significativa con la aparición de los mismos.

METADATOS PARA TRABAJOS DE GRADO, TESIS Y ASCENSO:

CONTRIBUIDORES:

APELLIDOS Y NOMBRES	ROL / CÓDIGO CVLAC / E_MAIL				
Guánchez, Amel	ROL	CA	AS x	TU	JU
	CVLAC:	9.968.147			
	E_MAIL	amelguanchez@gmail.com			
	E_MAIL				
Ovalles, María	ROL	CA x	AS	TU	JU
	CVLAC:	4.004.630			
	E_MAIL	draovalles@gmail.com			
	E_MAIL				
Villegas, Rosibel	ROL	CA	AS	TU	JU x
	CVLAC:	5.692.135			
	E_MAIL	rosibelvillegas@hotmail.com			
	E_MAIL				
Haddad, José	ROL	CA	AS	TU	JU x
	CVLAC:	3.686.130			
	E_MAIL	Jose_haddad@hotmail.com			
	E_MAIL				

FECHA DE DISCUSIÓN Y APROBACIÓN:

AÑO	MES	DÍA
2010	07	16

LENGUAJE. SPA

METADATOS PARA TRABAJOS DE GRADO, TESIS Y ASCENSO:

ARCHIVO (S):

NOMBRE DE ARCHIVO	TIPO MIME
Tesis. Incidencia de ansiedad y depresión. doc	Application/msword

CARACTERES EN LOS NOMBRES DE LOS ARCHIVOS: A B C D E F G H I J
 K L M N O P Q R S T U V W X Y Z. a b c d e f g h i j k l m n o p q r s t u v w x y z.
 0 1 2 3 4 5 6 7 8 9.

ALCANCE

ESPACIAL: _____ (OPCIONAL)

TEMPORAL: _____

TÍTULO O GRADO ASOCIADO CON EL TRABAJO:

___Médico cirujano_____

NIVEL ASOCIADO CON EL TRABAJO:

___Pregrado_____

ÁREA DE ESTUDIO:

___Ciencias de la salud_____

INSTITUCIÓN:

___Universidad de oriente/ Núcleo Anzoátegui_____

METADATOS PARA TRABAJOS DE GRADO, TESIS Y ASCENSO:

DERECHOS

ARTÍCULO 41. Del Reglamento de Trabajo de Grado: “Los trabajos de grado son exclusiva propiedad de la Universidad de Oriente y sólo podrán ser utilizados a otros fines con el consentimiento del Consejo de Núcleo respectivo quien lo participará al Consejo Universitario”.

Cordova S., Francisco J. Tineo c., María de L.

AUTOR

AUTOR

Guánchez, Amel

TUTOR

Villegas, Rosibel

JURADO

Haddad, José

JURADO

Profa. Rosibel Villegas

POR LA SUBCOMISION DE TESIS