

“PREVALENCIA DE ANSIEDAD Y DEPRESIÓN EN PACIENTES HOSPITALIZADOS”¹

“PREVALENCE OF ANXIETY AND DEPRESSION IN HOSPITALIZED PATIENTS”

Investigadora Titular: Sandra Angélica Anguiano Serrano²

Investigadores Auxiliares: Mayra Alejandra Mora Miranda³, Reynoso Erazo Leonardo Reynoso Erazo⁴ y Cynthia Zaira Vega Valero⁵

Universidad Nacional Autónoma de México, Facultad de Estudios Superiores Iztacala

CDID “Centro de Documentación, Investigación y Difusión de Psicología Científica”⁶
Universidad Católica “Ntra. Sra. De la Asunción”

Recibido: 4 de Abril de 2017

Aceptado: 27 de Junio de 2017

Resumen

La ansiedad como la depresión conllevan una serie de respuestas emocionales en los pacientes, que alteran el funcionamiento general, la morbimortalidad y los costos de atención en salud, al prolongar la estancia del paciente en el hospital. Es importante detectar oportunamente los estados de ánimo depresivos y ansiosos en pacientes hospitalizados, esto con el fin de mejorar la recuperación del paciente, disminuir la vulnerabilidad a diversas enfermedades y evitar prolongar la estancia hospitalaria. El propósito del presente fue evaluar a pacientes hospitalizados en los servicios de medicina interna y hematología del Hospital Juárez de México, para: 1) determinar niveles de ansiedad y depresión, y 2) determinar relaciones entre depresión, ansiedad y tiempo con la enfermedad. Participaron 111 pacientes hospitalizados a los cuales se les aplicó la Escala de ansiedad y depresión hospitalaria (*Hospital Anxiety and Depression Scale, HADS*). Se identificó mayor presencia de ansiedad y depresión a mayor tiempo de enfermedad.

Palabras Clave: Ansiedad, Depresión, HADS, Hospitalización.

¹ Proyecto financiado por PAPIIT, clave IT300215.

² Correspondencia a remitir a: sandraaa@unam.mx Anguiano Serrano Sandra Angélica. Profesora Titular B. UNAM, FES Iztacala.

³ Correspondencia a remitir a: psi.mayra.mora@gmail.com Mora Miranda Mayra Alejandra. Profesora Asignatura A. UNAM, FES Iztacala.

⁴ Correspondencia a remitir a: leoreynoso@gmail.com Reynoso Erazo Leonardo. Profesor Asociado C. UNAM, FES Iztacala.

⁵ Correspondencia a remitir a: vegavalero@hotmail.com Vega Valero Cynthia Zaira. Profesora Titular B. UNAM, FES Iztacala.

⁶ Correspondencia remitir a: revistacientificaeureka@gmail.com, o norma@tigo.com.py “Centro de Documentación, Investigación y Difusión de Psicología Científica”, FFCH-Universidad Católica de Asunción-Paraguay.

Abstract

Anxiety and depression lead to a series of emotional responses in patients which alter general functioning, morbidity-mortality, and health care costs, by prolonging the patient's stay in the hospital. It is important to timely detect depressive and anxious moods in hospitalized patients in order to improve patient's recovery and to avoid a longer hospital stay. The propose of this paper was to assess hospitalized patients in intern and hematological medicine services areas in the Juárez's hospital in Mexico to: 1) determine anxiety and depression levels, and 2) determine the relationship between depression, anxiety and period with an illness. A total of 111 hospitalized patients participated, whom which the Hospital Anxiety and Depression Scale (HADS) was applied. It was identified a major presence of anxiety and depression when the period with an illness variable was high.

Keywords: Anxiety, Depression, HADS, Hospitalization.

Las enfermedades crónicas no transmisibles (ECNT), son uno de los mayores problemas que enfrenta el sector salud en México. Lo son por varios factores: 1) un número importante de afectados, 2) su mortalidad, 3) la causa más frecuente de incapacidad prematura y el costo elevado de su tratamiento, y 4) porque se han convertido en un problema de salud pública. La alta frecuencia hoy en día de este tipo de enfermedades ha sido por el resultado de cambios sociales y económicos que han venido modificando el estilo de vida de un gran porcentaje de la población (Córdova, et. al., 2008).

La Organización Mundial de la Salud (OMS, 2015), señala las siguientes cifras epidemiológicas:

1) prácticamente el 75% de las defunciones por ECNT se producen en los países de ingresos bajos y medios,

2) aproximadamente 16 millones de las muertes atribuidas a las enfermedades no transmisibles se dan con frecuencia en personas menores de 70 años, y el 82% de estas muertes prematuras ocurren en países de ingresos bajos y medios, y

3) comparten cuatro factores de riesgo: el consumo de tabaco, la inactividad física, el abuso del alcohol y las dietas inadecuadas. Las ECNT no sólo afectan la economía de las familias que las padecen, sino que también representan altos costos para el sector salud, sobre todo, cuando no hay una adherencia adecuada a los tratamientos médicos y a los cambios de estilo de vida que tienen que realizar las personas que padecen alguna enfermedad crónica.

Aunado a todo lo anterior, también existen estados emocionales negativos, como la ansiedad y depresión que padecen un gran número de personas que son diagnosticadas con alguna enfermedad crónica.

El problema de estos estados emocionales, es que influyen negativamente en la evolución de la enfermedad, la adherencia al tratamiento y en la recuperación; aumentando la frecuencia de hospitalizaciones por el número de recaídas que se pueden presentar.

Al respecto, existen estudios empíricos, que señalan que la ansiedad vulnera la resistencia inmunológica. En cuanto a la depresión, se ha encontrado, que puede contribuir al empeoramiento de una enfermedad preexistente, además de ser un factor de riesgo grave para supervivientes de ataques cardíacos, ya que complica la recuperación de intervenciones quirúrgicas y aumenta el riesgo de muerte en personas con trasplantes (Domínguez, 1998; Martín, Soler, Picart & Comas, 2003).

Cotidianamente, este tipo de estados emocionales no son detectados por los médicos, porque por lo regular las visitas de éstos a los pacientes son cortas y las entrevistas son rápidas porque se hacen en poco tiempo, además de la poca privacidad que se da en contextos de salud. Otra variable a considerar, es que muchos médicos no tienen el entrenamiento para manejar las emociones de sus pacientes con respecto a su enfermedad, y por eso prefieren no indagar al respecto. Asimismo, existen muchos pacientes que no reconocen los síntomas depresivos o ansiosos, o bien, consideran que son parte de su enfermedad física, o incluso los consideran como “apropiados” o “normales” por la situación que están padeciendo, llegando a considerar que no necesitan tratamiento para un adecuado manejo de estas emociones (Vilchis, Secín, López & Córdova, 2010).

Durante una hospitalización, el paciente puede padecer ansiedad si percibe un ambiente hospitalario hostil o amenazante, además de que estos síntomas empeoran por el hecho de estar lejos de sus familiares y de su vida cotidiana. La ansiedad puede limitar al paciente para enfrentar su enfermedad, y al médico puede dificultarle el diagnóstico y el tratamiento (Hernández, et al., 2005; Ballenger, et al., 2001).

La comorbilidad entre enfermedad física y depresión puede entenderse en la línea de que la condición física causa la depresión, o también que la condición física desarrolla o incrementa la depresión, dependiendo de la complejidad de la enfermedad y los síntomas asociados. Al respecto, Goodwin, Kroenke, Hoven y Spitzer (2003); Alonso-Fernández (2009); MacHale (2002), señalan que hay enfermedades crónicas donde la prevalencia de la depresión es mayor que en otras. En la diabetes, las enfermedades cardíacas y las neurológicas la prevalencia de padecer depresión es mucho mayor, probablemente por los efectos que tienen estos padecimientos sobre el desempeño cotidiano a partir de padecer este tipo de enfermedades. Campo (1999), afirma que este trastorno puede afectar alrededor del 25% de los pacientes ambulatorios y hasta un 50% de los pacientes hospitalizados.

Clarke y Currie (2009), realizaron una revisión epidemiológica sobre la ocurrencia de ansiedad y depresión en distintas enfermedades crónicas, encontrando lo siguiente: la prevalencia de depresión fue significativa y consistentemente mayor en las personas con enfermedades del corazón, diabetes mellitus, artritis reumatoide, osteoporosis que en la población general.

En pacientes con cáncer, la prevalencia de la depresión se ha estimado en hasta cuatro veces mayor que en la población general. Esto varía según el momento de recibir el diagnóstico y a través de las etapas de la enfermedad. Aunque la prevalencia parece ser mayor en los cánceres de peor pronóstico.

En el caso de pacientes con artritis reumatoide, las variaciones van desde 13-17%, hasta del 21-80% con respecto a la población sana. Con respecto a la prevalencia de los trastornos de ansiedad, los autores señalan que existen pocas revisiones sistemáticas; sin embargo, se ha encontrado una prevalencia de trastornos de pánico del 10-50% en pacientes con trastornos cardíacos. En pacientes con cáncer, existen estimaciones que van del 19.29 al 69% cuando la enfermedad está avanzada. Por otra parte, en las personas con enfermedades cardiovasculares, encontraron que entre estos pacientes, los niveles de ansiedad son más elevados en los hombres, y en las mujeres los niveles de depresión (Acuña, García, Cruz, Morales, Enríquez & Román, 2011).

En un estudio transversal (Bayat et al. 2011) se comparó la presencia de síntomas de ansiedad y depresión en más de 1800 pacientes con diferentes enfermedades crónicas con un grupo de adultos sanos (n=362). Los pacientes crónicos padecían las siguientes condiciones médicas: enfermedad arterial coronaria, trasplante renal, hemodiálisis crónica, afecciones reumatoides (artritis reumatoide, osteoartritis, lupus eritematoso sistémico y espondilitis anquilosante) y hepatitis viral.

Los resultados señalan que la artritis reumatoide y la hepatitis fueron predictores de los síntomas de ansiedad más elevados, mientras que la enfermedad arterial coronaria y la hemodiálisis crónica fueron predictores de los síntomas de depresión.

Por lo anterior, es de suma importancia detectar estados de ánimo depresivos y ansiosos en pacientes hospitalizados, ya que existen evidencias empíricas sobre cómo influyen las experiencias emocionales a nivel fisiológico. Los estados emocionales negativos pueden prolongar las infecciones y retardar la cicatrización de heridas, así como aumentar la vulnerabilidad a diversas enfermedades (Barra, 2003; Kiecolt-Glaser, McGuire, Robles & Glaser, 2002; Salovey, Rothman, Detweiler & Steward, 2000).

Un diagnóstico oportuno, es el primer paso para generar programas de intervención, que pueden ser de mucha utilidad para la recuperación del paciente, y acortar el tiempo de hospitalización, así que el primer paso es utilizar instrumentos de evaluación fáciles de aplicar y económicos, con adecuadas propiedades psicométricas, para que los resultados sean confiables, como el *Hospital Anxiety and Depression Scale (HADS)*, que es un instrumento que se elaboró como un cuestionario para identificar casos clínicos de ansiedad y depresión en pacientes de consulta externa. Gracias a la facilidad y rapidez de aplicación, se ha utilizado en una variedad de poblaciones clínicas en donde la ansiedad y depresión coexisten con la manifestación de enfermedades (Vilchis, Secín, López & Córdova, 2010; Üstün & Sartorius, 1995; Rico, Restrepo & Molina, 2005).

El propósito del presente trabajo fue evaluar a pacientes hospitalizados en los servicios de medicina interna y hematología del Hospital Juárez de México, para: 1) determinar niveles de ansiedad y depresión, y 2) determinar relaciones entre depresión, ansiedad y tiempo con la enfermedad.

Método

Participantes

En este estudio participaron 111 pacientes hospitalizados de los servicios de Hematología y de Medicina Interna del Hospital Juárez de México, quienes firmaron una carta de consentimiento informado. Fueron 63 mujeres y 48 hombres, con un rango de edad de 17-81 años, y una media de edad de 45,4 años [DT= 15,2].

En esta muestra la escolaridad de los participantes se distribuyó de la siguiente manera: el 7.2% contaban con primaria trunca, 39.6% contaban con estudios de primaria, 31.5% con secundaria, el 17.1% con preparatoria y el 4.5% con estudios universitarios. El 58% de la muestra era casado o vivía en pareja, y el 42% era soltero, viudo o divorciado. Este grupo de pacientes presentaba diversos padecimientos crónicos, de los cuales, 42 padecía una enfermedad crónica, 38 tenía 2 o más enfermedades crónicas, y 31 tenían un diagnóstico de alguna enfermedad oncológica. Con respecto al tiempo con el padecimiento, 90 pacientes tenía menos de dos años con la enfermedad, y 21, más de dos años.

Instrumentos

Se utilizó la “Escala de ansiedad y depresión hospitalaria” (*Hospital Anxiety and Depression Scale, HADS*; Zigmond & Snaith, 1983), que es un cuestionario autoaplicado de 14 ítems, que consta de dos subescalas de 7 ítems, una de ansiedad (ítems impares) y otra de depresión (ítems pares). Esta escala posee un alfa de Cronbach de 0.85, La intensidad o frecuencia del síntoma se evalúa en una escala de Likert de 4 puntos (rango 0 - 3). Los puntos de corte para cada subescala son los siguientes: 0-7= Normal; 8-10= Dudoso, y ≥ 11 = Problema clínico. Existen autores, como Spinhoven, Ormel, Sloekers y Kempen (1997) y Le Fevre, Devereux, Smith, Lawrie y Cornbleet (1999), que recomiendan la utilización de la puntuación global y no las de las subescalas por separado. Asimismo, Noguera, Pérez, Barrientos, Robles y Sierra (2013), validaron este instrumento en una muestra con pacientes mexicanos diagnosticados con VIH, y obtuvieron un alfa de Cronbach de 0.90, además de encontrar una fuerte correlación entre ansiedad y depresión, lo que indica que este instrumento también es útil para medir el nivel de estrés general. Por otra parte, Galindo, Meneses, Herrera, Caballero y Aguilar (2015), validaron esta escala en una muestra de pacientes oncológicos mexicanos, encontrando un alfa de Cronbach de 0.86. Para el presente estudio se obtuvo un alfa de .90, lo que indica que el instrumento tiene un buen nivel de consistencia, además de estar cercano al del estudio original, de Zigmond y Snaith (1983).

Para este estudio, aún cuando no era su objetivo, se aplicó un análisis factorial de máxima verisimilitud obteniendo que éste es un buen modelo para ubicar los factores del instrumento (KMO=.895) explicando el 47.14% de la varianza y agrupándose los factores de la misma manera que indicaron Zigmond y Snaith (1983).

Procedimiento

La aplicación de los cuestionarios se llevó a cabo dentro de las instalaciones del hospital, con los pacientes que aceptaron participar, firmaron un consentimiento informado y que estuvieron en condiciones de responder el cuestionario. Como criterios de inclusión se consideraron que fueran pacientes hospitalizados por una enfermedad orgánica, mayores de edad, con capacidad cognitiva conservada, y que llevaran dos o más días de hospitalización. Se excluyeron pacientes que por su nivel educativo y determinadas patologías no fueran capaces de comprender las preguntas del cuestionario y contestar de forma adecuada.

Para analizar los resultados del estudio, se dividió la muestra en dos grupos: *Grupo A*) pacientes que tenían menos de dos años con el diagnóstico, y *Grupo B*) pacientes con más de dos años con el diagnóstico. Asimismo se clasificaron 3 categorías diagnósticas de enfermedad: *Categoría 1*) pacientes con una enfermedad crónica, *Categoría 2*) pacientes con 2 o más enfermedades crónicas, y *Categoría 3*) pacientes con enfermedad oncológica.

Como variable dependiente se tuvo los niveles de ansiedad y depresión. Para analizar los datos obtenidos se realizaron análisis descriptivos para los demográficos de la muestra, prueba de correlación de Pearson para identificar correlaciones entre ansiedad y depresión, ANOVA para identificar diferencias entre ansiedad y depresión por diagnóstico y tiempo de enfermedad, prueba de Tukey (HSD) para identificar diferencias entre grupos y, t de Student para identificar diferencias entre grupos.

Resultados

Al realizar la aplicación del HADS, el 53% de los pacientes presentaba síntomas de ansiedad y el 47% síntomas de depresión. La media de ansiedad fue de 9.41 (D.T= 5.10), la media de depresión de 8.82 (D.T= 5.40) y la media de distrés (puntuación global) de 18.24 (D.T= 9.81).

Análisis de datos por tiempo de padecimiento.

Para cada grupo se calculó la media de las escalas de ansiedad y depresión, así como la media total de la Escala HADS (véase figura 1). El *Grupo A*, pacientes con menos de dos años de diagnóstico, obtuvo una media de ansiedad de 8.66 (D.T=4,98), una media de depresión de 7.77 (D.T=5.20), y una media total de distrés 16.44 (D.T= 9.38). El *Grupo B*, pacientes con más de dos años con el diagnóstico, obtuvo una media de ansiedad de 12.61 (D.T= 4.43), una media de depresión de 13.33 (D.T= 4.27) y una media total de distrés de 25.95 (D.T= 7.80).

Se aplicó la *t* de *Student* para identificar posibles diferencias entre la ansiedad ($t [109]= -3.33; p<0.01$), Depresión ($t [109]= -4.54; p<0.01$) y la puntuación total de la escala ($t [109]= -4.30; p<0.01$),

en todas se encontraron diferencias estadísticamente significativas, lo que indica que los del *Grupo A* presentan menos ansiedad y depresión que los del *Grupo B*.

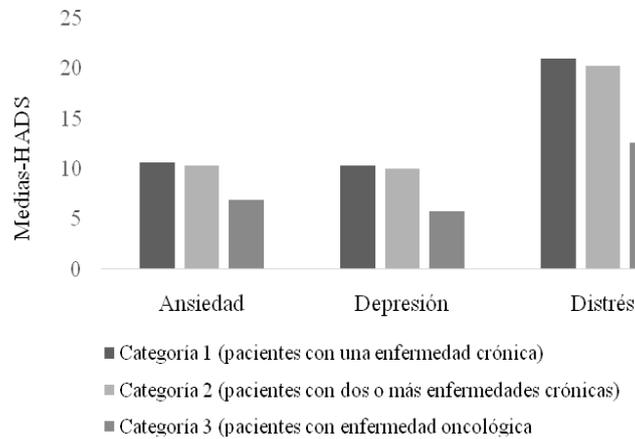


Figura 1. Medias de ansiedad, depresión y distrés por tiempo de diagnóstico

Análisis de datos por categorías de diagnóstico

La *Categoría 1*, pacientes con una sola enfermedad crónica, obtuvo una media de ansiedad de 10.63 ($D.T=5.22$), una media de depresión de 10.29 ($D.T=5.52$), y una media total de 20.92 ($D.T=10.10$).

La *Categoría 2*, pacientes con dos o más enfermedades crónicas, obtuvo una media de ansiedad de 10.31 ($D.T=4.33$), una media de depresión de 9.97 ($D.T=4.65$), y una media total de 20.28 ($D.T=7.56$). La *Categoría 3*, pacientes con enfermedad oncológica, obtuvo una media de ansiedad de 6.80 ($D.T=5.06$), una media de depresión de 5.74 ($D.T=5.11$), y una media total de 12.54 ($D.T=9.67$). (Véase figura 2).

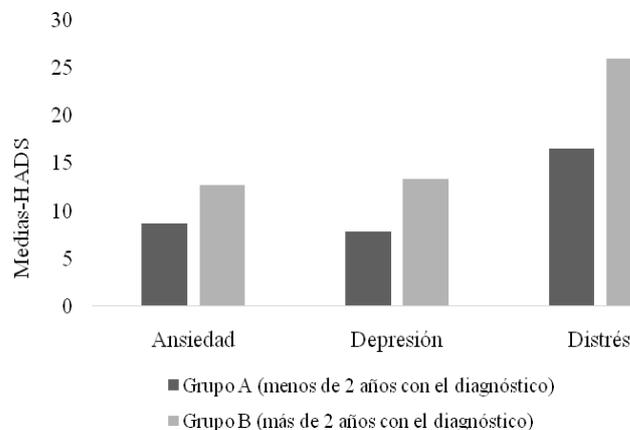


Figura 2. Medias de ansiedad, depresión y distrés por categoría diagnóstica

Se realizó un ANOVA de una vía para comparar las medias de los diferentes grupos y determinar si existían diferencias entre los diferentes grupos entre ansiedad ($F[2,108]=6.152; p<0.01$), depresión ($F [2,108]=8.196; p<0.01$) y el total de la escala ($F[2,108]=8.196; p<0.01$) en todos los casos se identificaron diferencias estadísticas por lo que se realizó una prueba *Tukey* (HSD) para ansiedad encontrándose que quienes hacen la diferencia con los otros grupos, son los pacientes que tienen alguna enfermedad oncológica, ya que en esta muestra son quienes menos niveles de ansiedad tuvieron a diferencia de los otros grupos, y lo mismo ocurrió con la media de depresión, en donde el grupo de pacientes con enfermedad oncológica, muestra un nivel de depresión más bajo que los otros grupos. Lo mismo ocurre con la media de puntuación total del *HADS*, en donde a nivel global, este mismo grupo de pacientes marca la diferencia

Por último se obtuvieron correlaciones entre ansiedad y depresión por tiempo de padecimiento y por categoría. Para el caso del tiempo se obtuvo una correlación para el Grupo A de $r^2 (90)= .697(p<0.01)$ y para el Grupo B de $r^2 (21)= .607(p<0.01)$. En el caso de las categorías diagnósticas, se obtuvo una correlación para el Grupo 1 de $r^2 (41)= .767(p<0.01)$, para el Grupo 2 de $r^2 (38)= .417(p<0.01)$, y para el Grupo 3 de $r^2 (31)= .808(p<0.01)$. En todos los casos es una relación positiva y moderada alta lo cual indica que a mayor ansiedad mayor depresión.

También se realizó una *t de Student* para comparar las medias de ansiedad y depresión entre hombres y mujeres, pero no se encontraron diferencias estadísticamente significativas (véase Tabla 1).

Tabla 1.

Prueba t de Student de diferencias entre hombres y mujeres

Media de Ansiedad- HADS	[$t (109)= -.782; > 0.05$]
Media de Depresión- HADS	[$t (109)= -.062; > 0.05$]
Total-HADS	[$t (109)= -.625; > 0.05$]

Por último, se realizó un ANOVA para comparar medias de ansiedad y depresión, y determinar si había diferencias entre estas variables y estado civil, escolaridad, y rangos de

edad (17-39 años, 40-59 años y de 60 años en adelante), sin embargo, tampoco se encontraron diferencias estadísticamente significativas (véase Tabla 2).

Tabla 2.

ANOVA de medias de ansiedad y depresión en estado civil, escolaridad y rangos de edad

Estado civil	
Media de Ansiedad-HADS	[F (4,106)=.681; p>0.05]
Media de Depresión-HADS	[F (4,106)=.909; p>0.05]
Escolaridad	
Media de Ansiedad-HADS	[F(4,106)=1.139; p>0.05]
Media de Depresión-HADS	[F(4,106)=.747; p>0.05]
Rangos de Edad	
Media de Ansiedad-HADS	[(F(2,108)=.254; p>0.05)]
Media de Depresión-HADS	[F(2,108)=.548; p>0.05)]

Discusión

El estudio mostró una prevalencia de pacientes con síntomas de ansiedad y depresión a nivel general, independientemente del diagnóstico y el tiempo de padecimiento. Si bien los puntos de corte para la escala HADS indican que la sintomatología es moderada, un paciente hospitalizado se encuentra en un estado de vulnerabilidad que podría predisponer a que estos síntomas se agravaran durante su estancia hospitalaria (Clarke, Mina S. & Stuart, 1991; Costas, Prado & Crespo, 2013; Mogollón, Jinete, Moreno & Álvarez, 2005; Rothenhäusler, 2006).

Estos resultados son muy parecidos, a los encontrados por Ünsal, Ünaldi y Baytemir (2011), en donde identificaron en promedio una media de ansiedad de 8.75 y de depresión de 8.62 en pacientes con estancias hospitalarias que iban de 1 a 10 días.

Por otra parte, Martín, Soler, Picart, Abuli y Comas, 2003, señalan que un número importante de estos pacientes son infradiagnosticados y aproximadamente, más del 60%, permanece sin tratamiento durante la hospitalización.

Ahora bien, en cuanto al análisis que se realizó para determinar si el factor tiempo influye en las puntuaciones obtenidas, se encontró que hay diferencias significativas entre los pacientes que llevan menos de dos años con el diagnóstico, con respecto a quienes ya tienen más de dos años, encontrándose que quienes ya llevan más de dos años con el diagnóstico presentaron medias de ansiedad y depresión significativamente más altas que los del otro grupo, aunque faltaría información para determinar si estos niveles de ansiedad o depresión son transitorios, consecuencia de la hospitalización, o si se mantienen con el tiempo. Si bien hay diferencia en estas medias, ambos grupos todavía se encuentran dentro de lo que serían niveles de ansiedad y depresión moderados, estas puntuaciones obtenidas deben de poner en alerta al personal de salud que se encuentre trabajando con estos pacientes, dado que aunque es un nivel moderado, ya existen síntomas que pueden originar un deterioro funcional, e influir en la recuperación y la adaptación del paciente, prolongando su estancia en el hospital.

En cuanto a la categoría diagnóstica, mientras en la categoría 1 (Pacientes con 1 enfermedad crónica) y la categoría 2 (Pacientes con 2 o más enfermedades crónicas) los niveles de ansiedad y depresión son moderados, en los pacientes con la categoría 3 (pacientes con enfermedad oncológica), presentaron un nivel normal de ansiedad y depresión, que no se consideraría como un problema clínico; sin embargo, en la puntuación total, si se encontró una media de malestar o distrés moderado.

Existen diversos estudios que señalan que los pacientes con cáncer tienen una alta probabilidad de presentar una prevalencia alta de ansiedad y depresión (Clarke & Currie, 2009; Garay, et., al. 2013; Levenson, Hamer & Rossiter, 1990; Valencia, 2006;). Sin embargo en esta muestra no fue así, esto probablemente se deba por un lado a variables sociodemográficas de esta población en particular, y a que estos pacientes han logrado una adecuada adaptación a su enfermedad y a lo que ésta conlleva (Garay, et., al., 2013; McCorkle, 1998; Murillo & Alarcón, 2006), aunque se necesitaría realizar este mismo estudio a una muestra más grande para obtener resultados más concluyentes, y estudiar otras variables como el apoyo social, y tener acceso a otros datos, como fase de la enfermedad y tipo de tratamiento. La mayoría de los pacientes de esta muestra que tienen una enfermedad oncológica se atiende en el servicio de Hematología, y en ese servicio se exige que esté un familiar prácticamente las 24 horas del día, y probablemente este tipo de apoyo sea una variable que coadyuve para que estos pacientes tengan puntuaciones más bajas de ansiedad y depresión que en otros servicios.

Por otra parte, en esta muestra no se encontraron diferencias significativas en cuanto a género, estado civil, rango de edad y escolaridad, a diferencia de trabajos previos, en donde si han encontrado diferencias en cuanto a variables sociodemográficas. En general se ha encontrado una media más alta de ansiedad y depresión en mujeres, además de que éstas últimas presentan un riesgo mayor de cronicidad en depresión.

En cuanto a edades, en otros estudios han identificado una media de ansiedad más alta en jóvenes que en adultos (Abulí, Martín, Soler, Picart & Comas, 2003; López, 2007; Salvo, et., al., 2012). Con respecto a la escolaridad, Velázquez (2011), encontró que los pacientes con educación básica son más vulnerables a presentar depresión, sin embargo en otras investigaciones, han encontrado lo contrario, que los pacientes con educación universitaria son quienes más índices elevados de depresión presentan (citado en Garay, et. al., 2013).

En cuanto al análisis de correlación se encontró una relación positiva y alta, lo cual indica que a mayor ansiedad, mayor depresión. Existen otros trabajos en donde también han encontrado una correlación significativa entre las dos subescalas, por lo que hay autores que han sugerido, que es mejor utilizar esta escala como una medida de estrés global, ya que no se ha podido establecer si se están midiendo dos constructos diferentes, o si es una escala bidimensional que detecta un desajuste emocional global (Hamer, Sanjeev, Butterworth & Barezak, 1991; Norton, Cosco, Doyle, Done y Sacker, 2013; Rico, Restrepo y Molina, 2005). Sin embargo, Galindo, et., al. (2015); Turk, et., al. (2015), señalan que este instrumento si es útil para identificar correctamente las categorías de ansiedad y depresión en enfermedades físicas, además de ser un instrumento fácil de aplicar en un ambiente hospitalario.

De acuerdo a los resultados obtenidos en esta muestra, se puede concluir que se encontraron niveles de ansiedad y depresión significativos, y esto da pie a la importancia de elaborar programas de intervención breves de corte cognitivo conductual, que ayuden a los pacientes hospitalizados a manejar estos problemas emocionales, ya que si no se tratan adecuadamente pueden repercutir seriamente en su recuperación y adherencia al tratamiento médico.

Una alternativa es la aplicación de la escala HADS una vez que el paciente ha ingresado al hospital para obtener un diagnóstico precoz de estos estados emocionales, además de la entrevista clínica en donde se identifiquen claramente las variables sociodemográficas de estos pacientes y que de alguna manera sirvan de guía para identificar ese nivel de riesgo, que si bien en esta muestra no se encontraron diferencias significativas con respecto a estas variables (tal vez porque la muestra es homogénea o bien, por su tamaño), no hay que descartar lo encontrado en otras investigaciones.

Otro factor importante a considerar es evaluar otros factores como la fase de la enfermedad y la gravedad de la misma. En esta muestra esto no fue posible llevarlo de manera sistemática por las características mismas del Hospital, ya que no tan fácilmente se podía tener acceso a los expedientes médicos de los pacientes para saber con detalle estas cuestiones, y lo más importante es que esta información debe ser tomada en cuenta para elaborar programas breves de intervención de corte cognitivo-conductual para aplicarse al paciente hospitalizado.

Si bien es recomendable personalizar los programas de tratamiento, también es posible realizar programas estandarizados que puedan ser aplicados a los pacientes que ingresan, y que van a estar más de una semana hospitalizada (haciendo ajustes mínimos cuando el caso así lo requiera).

Una ventaja de tener un programa estandarizado es que podría ayudar a cubrir las demandas hospitalarias al contar con un programa básico de intervención, lo que beneficiaría en cuanto a tiempo y costos.

Referencias

- Alonso-Fernández, F. (2009). Las cuatro dimensiones del enfermo depresivo. *Salud mental*, 32, 443-445.
- Córdova, J., Barriguete, J., Lara, A., Barquera, S., Rosas, M., Hernández, M., de León, M. & Aguilar, C. (2008). Las enfermedades crónicas no transmisibles en México: sinopsis epidemiológica y prevención integral. *Salud Pública de México*; 50, 419-427. Recuperado el 25 de agosto de 2016, de <http://www.scielosp.org/pdf/spm/v50n5/a15v50n5.pdf>
- Ballenger, J., Davidson, J., Lecrubier, Y., Nutt, D., Borkovec, T., Rickels, K. & Wittchen, H.U. (2001). Consensus Statement on Generalized Anxiety Disorder From the International Consensus Group on Depression and Anxiety. *The Journal of Clinical Psychiatry*, 62, 53–58.
- Bayat, N., Hossein, G., Salimzadeh, A., Izadi, M., Kazemi, D., Moghani, M. & Assari, S. (2011). Symptoms of anxiety and depression: A comparison among patients with different chronic conditions. *Journal of Research in Medical Sciences*; 16, 1441-1447.
- Barra, E. (2004). Apoyo social, estrés y salud. *Psicología y Salud*, 14, 237-243.
- Campo, A. (1999). La depresión: problema médico cotidiano. *Revista Colombiana de Psiquiatría*, 2, 7-9.
- Clarke, D. & Currie, K. (2009). Depression, anxiety and the irrelation ship with chronic diseases: a review of the epidemiology, risk and treatment evidence. *Medical Journal of Australia*, 190(7). Recuperado el 26 de agosto de 2016, de <https://www.mja.com.au/journal/2009/190/7/depression-anxiety-and-their-relationship-chronic-diseases-review-epidemiology>
- Clarke, D., Minas, I. & Stuart, G. (1991). The prevalence of psychiatric morbidity in general hospital inpatients. *Australian and New Zealand Journal of Psychiatry*, 25, 322-329.
- Costas González, M., Prado Robles, V. & Crespo Iglesias, J. M. (2013). Ansiedad y depresión entre los pacientes hospitalizados en el complejo hospitalario de Ferrol. *Cuadernos de Medicina Psicosomática*, 16, 107. Recuperado 26/Agosto/2016, de <https://dialnet.unirioja.es/servlet/articulo?codigo=4394399>.

- Domínguez, B. (1998). Bilateral Skin Temperature as an Index of Disclosure with Chronic Pain Pediatric Patients. *Applied Psychophysiology and Biofeedback*, 23(2), 113.
- Galindo, O., Benjet, C., Juárez, F., Rojas, E., Riveros, A., Aguilar-Ponce, J. & Alvarado, S. (2015). Propiedades psicométricas de la Escala Hospitalaria de Ansiedad y Depresión (HADS) para pacientes con cáncer en población mexicana. *Salud Mental*, 4, 38.
- Galindo, O., Meneses, A., Herrera, A., Caballero, M.R. & Aguilar, J.L. (2015). Escala Hospitalaria de Ansiedad y Depresión (HADS) en cuidadores primarios informales de pacientes con cáncer: propiedades psicométricas. *Psicooncología*, 12, 383-392. Recuperado el 19 de junio de 2017, de <https://revistas.ucm.es/index.php/PSIC/article/viewFile/51016/47344>.
- Garay, J. Sánchez, D., Moysén, A., Balcázar, P., Gurrola, G., Valdés, E. & De la Luz, J. (2013). Ansiedad y depresión en pacientes con cáncer. En 14º Congreso Virtual de Psiquiatría.com. *Interpsiquis 2013*.
- Goodwin, R., Kroenke, K., Hoven, C. & Spitzer, R. (2003). Major Depression, Physical Illness, and Suicidal Ideation in Primary care: *Psychosomatic Medicine*, 65, 501-505.
<http://doi.org/10.1097/01.PSY.0000041544.14277.EC>.
- Hamer, D., Sanjeev, D., Butterworth, E. & Barczak, P. (1991). Using the Hospital Anxiety and Depression Scale to screen for psychiatric disorders in people presenting with deliberate self-harm. *The British Journal of Psychiatry*, 158, 782-784.
- Hernández, G., Orellana, V., Kimelman, J., Núñez, M. & Ibáñez, H. (2005). Trastornos de ansiedad en pacientes hospitalizados en Medicina Interna. *Revista Médica de Chile*, 133, 895-902.<http://dx.doi.org/10.4067/S003498872005000800005>.
- Kiecolt-Glaser, J., McGuire, L., Robles, T. & Glaser, R. (2002). Psychoneuroimmunology and psychosomatic medicine: back to the future. *Psychosomatic Medicine*, 64, 15-28.
- Le Fevre, P., Devereux, J., Smith, S., Lawrie, S. & Cornbleet, M. (1999). Screening for psychiatric illness in the palliative care in patient setting: a comparison between the Hospital Anxiety and Depression Scale and the General Health Questionnaire-12. *Palliative Medicine*, 13, 399-407.
- Levenson, J., Hamer, R. & Rossiter, L. (1990). Relation of psychopathology in general medical inpatients to use and cost of services. *American Journal of Psychiatry*, 147, 1498-1503.
- López, M. (2007). Ansiedad y depresión, reacciones emocionales frente a la enfermedad. *Anales de Medicina Interna*, 24, 209-211.

- MacHale, S. (2002). Managing depression in physical illness. *Advances in Psychiatric Treatment*, 8, 297–306. Recuperado el 25 de agosto de 2016, de <http://citeseerx.ist.psu.edu/viewdoc/download?doi=10.1.1.534.7169&rep=rep1&type=pdf>
- Martín, A., Soler, R., Picart, P. & Comas, P. (2003). Niveles de ansiedad y depresión en enfermos hospitalizados y su relación con la gravedad de la enfermedad. *Medicina Clínica*, 120(10), 370–375. [http://doi.org/10.1016/S0025-7753\(03\)73707-5](http://doi.org/10.1016/S0025-7753(03)73707-5).
- McCorkle, R. (1998). *Psychological and Social Factors in Adaptation to Cancer*. En: J.C. Holland (Ed). *Psycho Oncology*. Oxford: University Press.
- Mogollón, J., Jinete, S., Moreno, I. & Álvarez, M. (2005). Prevalencia de trastorno depresivo mayor en pacientes mayores de 50 años hospitalizados en un servicio de medicina interna. *Revista Medunab*, 8(1). Recuperado el 26 de agosto de 2016, de <http://revistas.unab.edu.co/index.php?journal=medunab&page=article&op=view&path%5B%5D=205&path%5B%5D=188>
- Murillo, M. & Alarcón, A. (2006). Tratamientos psicossomáticos en el paciente con cáncer. *Revista Colombiana de Psiquiatría*, 35, 92-111.
- Noguera, M.J., Pérez, B., Barrientos, V. & Sierra, J.G (2013). Escala de Ansiedad y Depresión Hospitalaria (HADS): validación en pacientes mexicanos con infección por VIH. *Psicología Iberoamericana*, 21, 29-37. Recuperado el 19 de junio de 2017, en <http://www.redalyc.org/pdf/1339/133930525004.pdf>
- Norton, S., Cosco, T., Doyle, F., Done, J. & Sacker, A. (2013). The Hospital Anxiety and Depression Scale: a meta confirmatory factor analysis. *Journal of Psychosomatic Research*, 74, 74-81.
- Organización Mundial de la Salud (2015). Enfermedades no transmisibles. Documento consultado en <http://www.who.int/mediacentre/factsheets/fs355/es/>. Recuperado en 25 de agosto de 2016.
- Rico, J., Restrepo, M. & Molina, M. (2005). Adaptación y validación de la escala hospitalaria de ansiedad y depresión (HAD) en una muestra de pacientes con cáncer del Instituto Nacional de Cancerología de Colombia. *Revista del Laboratorio de Psicometría*, 3, 73-86. Recuperado el 26 de agosto de 2016, de http://www.humanas.unal.edu.co/psicometria/files/3213/8574/8906/Articulo_4_Validacin_del_HAD_73-86_2.pdf.

- Román, J., Rivas, V., Cruz, A., García, H., Morales, F. & Enríquez, R. (2011). Prevalencia de ansiedad y depresión en las personas con diabetes mellitus tipo 2. *Salud en Tabasco, Enero-Agosto, 30-35*. Recuperado el 31 de agosto de 2016, de <http://www.redalyc.org/articulo.oa?id=48721182005>.
- Rothenhäusler H. (2006). Mental disorders in general hospital patients. *Psychiatria Danubina, 18, 183-192*.
- Salovey, P., Rothman, A., Detweiler, J. & Steward, W. (2000). Emotional states and physical health. *American Psychologist, 55, 110-121*.
- Salvo, N., Zeng, L., Zhang, L., Leung, M., Khan, L., Presutti, R. & Chow, E. (2012). Frequency of reporting and predictive factors for anxiety and depression in patients with advanced cancer. *Clinical Oncology, 24, 139-148*.
- Spinhoven, Ph., Ormel, J., Sloekers, P. & Kempen, G. (1997). A validation study of the Hospital Anxiety and Depression Scale (HADS) in different groups of Dutch subjects. *Psychological Medicine, 27, 363-370*.
- Turk, D., Dworkin, R., Trudeau, J., Benson, C., Biondi, D., Katz, N. & Kim, M. (2015). Validation of the Hospital Anxiety and Depression Scale in Patients With Acute Low Back Pain. *The Journal of Pain, 16(10), 1012-1021*.
- Ünsal, A., Ünaldi, C. & Baytemir, Ç. (2011). Anxiety and depression levels of inpatients in the city centre of Kirsehir in Turkey. *International journal of nursing practice, 17, 411-418*.
- Üstün, T. & Sartorius, N. (1995). *Mental illness in general healthcare: an international study*. Chichester: John Wiley y Sons.
- Valencia, C. (2006). Depresión en personas diagnosticadas con cáncer. *Revista Diversitas: perspectivas en psicología, 2, 241-257*.
- Vilchis, A., Secín, R., López, A. & Córdova, V. (2010). Frecuencia de ansiedad y depresión en pacientes adultos en la sala de urgencias de un hospital general no gubernamental e identificación por el médico de urgencias. *Medicina Interna de México, 26; 5-10*.
- Zigmond, A. & Naith, R. (1983). The hospital anxiety and depression scale. *Acta Psiquiátrica Escandinava, 67, 361-370*.

⁷Nota de la autor.

⁷La autora agradece el apoyo recibido por el personal del Hospital Juárez de México, especialmente al director de Investigación y Enseñanza, el Dr. José Moreno Rodríguez y al jefe del Servicio de Hematología, el Dr. Jorge Cruz Rico, así como a las residentes de Medicina Conductual, Gabriela Ambrosio Segundo y Gina Carrillo Miranda, y a las tesisistas: Sandra Ivette Rico Torres, Daniela Aranzazu Huerta Gutiérrez y Alejandra García Félix, por su colaboración en el estudio. Un agradecimiento especial a Guillermo Cárdenas Guzmán por la corrección de estilo en el texto.