

“INTERVENCIÓN BREVE CON ACTIVACIÓN CONDUCTUAL SOBRE LOS NIVELES DE ANSIEDAD Y DEPRESIÓN DE PACIENTES HOSPITALIZADOS CON ENFERMEDAD CRÓNICA”

“BRIEF INTERVENTION WITH BEHAVIORAL ACTIVATION ON ANXIETY AND DEPRESSION LEVELS IN PATIENTS HOSPITALIZED WITH CHRONIC DISEASE”

Investigadora Titular: Sandra Angélica Anguiano Serrano¹

Investigadores Auxiliares: Mayra Alejandra Mora Miranda, Santiago Iván Sandoval
Mendoza y Cynthia Zaira Vega Valero

Universidad Nacional Autónoma de México, Facultad de Estudios Superiores Iztacala, México.

CDID “Centro de Documentación, Investigación y Difusión de Psicología Científica”²
Universidad Católica “Ntra. Sra. De la Asunción”

Recibido: 18 de Setiembre 2017

Aceptado: 3 de Diciembre de 2017

213

Resumen

Una de las alternativas que ha probado su eficacia para el manejo de ansiedad y depresión es la Activación Conductual (AC), ya que empíricamente ha demostrado tener buenos resultados, además de presentar menos abandonos (Pérez-Álvarez, 2007). Hopko, Lejuez, LePage, Hopko y McNeil (2003), señalan que la AC es igual de eficaz que el tratamiento médico para la depresión mayor. La AC tiene como objetivo que el paciente esté “en acción”, más a conductas que a pensamientos o ideas irracionales (Barraca, 2009). El objetivo del presente estudio fue determinar los niveles de ansiedad y depresión de pacientes con enfermedad crónica hospitalizados, del Hospital Juárez de México, y aplicar un programa breve de intervención cognitivo-conductual, con activación conductual, basado en un programa elaborado por Becerra-Gálvez (2013), y analizar el efecto de esta intervención sobre la mejoría de los niveles de ansiedad y depresión en pacientes hospitalizados. Los resultados demostraron que después de esta intervención los pacientes redujeron significativamente sus niveles de ansiedad y depresión. Asimismo, se analizaron las implicaciones de estos resultados y las limitaciones.

¹ Correspondencia remitir a: sandraaa@unam.mx o vegavalero@hotmail.com “Universidad Nacional Autónoma de México”, FES Iztacala, México. El presente estudio fue posible gracias al financiamiento PAPIIT IT300215. Asimismo, la 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. Un agradecimiento especial a Guillermo Cárdenas Guzmán por la corrección de estilo en el texto.

² Correspondencia remitir a: revistacientificaureka@gmail.com, o norma@tigo.com.py “Centro de Documentación, Investigación y Difusión de Psicología Científica”, FFCH-Universidad Católica de Asunción-Paraguay.

Palabras clave: Ansiedad, Activación Conductual, Depresión, Hospitalización, Intervención Breve.

Abstract

One of the alternatives that has proven its efficacy in anxiety and depression management is Behavioral Activation (BA). Empirically, it has been shown that this alternative has a high level of efficacy, having low treatment abandonment (Pérez-Álvarez, 2007). Hopko, Lejuez, LePage, Hopko y McNeil (2003) noted that the BA is as efficient as medical treatment applied to major depression. BA objective is to "sustain activity" in the patient toward behavior rather than thoughts or irrational ideas (Barraca, 2009). The objective of this study was to determine anxiety and depression levels in hospitalized chronic disease patients from Juarez de Mexico Hospital to apply a brief cognitive-behavioral intervention using behavioral activation; this based on Becerra-Gálvez (2013) program. The intervention effect was analyzed in terms of the hospitalized patients' improvement in anxiety and depression levels. Results show that, after the intervention, anxiety and depression levels were significantly reduced. The implications of the results are discussed in terms of its implications and limitations.

Keywords: Anxiety, Behavioral Activation, Depression, Hospitalization, Brief Intervention.

Actualmente las enfermedades infecciosas han sufrido un decremento en su aparición en países industrializados para dar lugar a un incremento en las enfermedades crónicas no transmisibles (ENT) y lesiones. Las enfermedades crónicas no transmisibles, son afecciones de larga duración con una progresión generalmente lenta. Estas enfermedades se dividen en cuatro categorías: 1) Enfermedades cardiovasculares, 2) Enfermedades oncológicas, 3) Enfermedades respiratorias crónicas, y 4) Diabetes.

Según la OMS (2015), 38 millones de personas fallecen cada año, debido a ENT, aproximadamente el 75% de las defunciones se producen en países de ingresos bajos y medios. El 82% de estos fallecimientos "prematurados" ocurren en personas menores de 70 años.

Las enfermedades cardiovasculares constituyen la mayoría de las defunciones (17.5 millones por año), seguidas por el cáncer (8.2 millones), las enfermedades respiratorias (4 millones) y la diabetes (1.5 millones).

El aumento en el consumo de tabaco, la inactividad física, así como el abuso del alcohol, y la alimentación inadecuada aumentan el riesgo de padecer una ENT.

En este contexto, existen dos variables psicológicas que resultan importantes, por un lado, la ansiedad, y por otro, la depresión, ambas son estados emocionales que se presentan con frecuencia en enfermos hospitalizados.

Al respecto, Grau, Suñer, Abulí y Comas (2003), señalan que no hay datos concluyentes para saber si el grado de ansiedad y depresión dependen de la gravedad de la enfermedad o si es independiente, ya que existen estudios en donde no han hallado alguna asociación, y otros que han encontrado una mayor gravedad de la enfermedad médica entre los deprimidos. También se ha visto en diversos estudios, que 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, Orellana, Kimelman, Núñez & Ibañez, 2005; Lecrubier, 2001).

Los estados emocionales negativos pueden prolongar las infecciones y retardar la cicatrización de heridas, así como aumentar la vulnerabilidad a diversas enfermedades (Barra, 2004; Kiecolt-Glaser, McGuire, Robles & Glaser, 2002; Salovey, Rothman, Detweiler&Steward, 2000). Garay (et al., 2013) señala que los pacientes que están esperando resultados de diferentes estudios o que están a la espera de algún procedimiento médico importante, suelen presentar niveles elevados de ansiedad, y la depresión generalmente está asociada a temores sobre la evolución de la enfermedad (Valencia, 2006), además de que la enfermedad y la hospitalización por sí mismas constituyen un cambio en los hábitos y las relaciones personales del paciente, que son un factor de riesgo para que presente depresión (Alberdi, Fernández & Iglesias, 2013).

Al respecto, Iglesias (1999) realizó un estudio en donde encontró que una tercera parte de los pacientes que son ingresados para hospitalización por alguna enfermedad médica, presentan trastornos depresivos con sintomatología ansiosa, y que el 25% de estos pacientes son vulnerables a un diagnóstico de depresión mayor; a su vez Bagué (2015), señala que los pacientes que se encuentran hospitalizados pueden presentar trastornos emocionales, escasas estrategias de afrontamiento efectivas, así como un estado emocional y cognitivo deficientes.

Una de las alternativas que ha probado su efectividad para el manejo de ansiedad y depresión es la Activación Conductual (AC), al respecto, Pérez-Álvarez (2007); Barraca y Pérez-Álvarez, 2015, señalan que la AC es una terapia que presenta menos abandonos, y que ha dado buenos resultados en aplicaciones breves (6-10 sesiones), además de que ha sido probada en muchos contextos, mostrando también su efectividad en otro tipo de trastornos, como el estrés postraumático, trastornos de ansiedad y en personalidad límite. Barraca (2016); Dimidjian, et al. (2006); Hopko, Lejuez, LePage, Hopko y McNeil (2003); Samaan (2017), mencionan que la AC es igual de eficaz que el tratamiento médico para la depresión mayor. Bianchi y Muñoz (2014), señalan que la utilización de la AC para tratar otros problemas psicológicos, se han llevado a cabo tanto en estudios de caso como nomotéticos, en donde el diagnóstico principal era depresión, junto con otros problemas concomitantes, dando resultados exitosos en todos los casos.

Es importante enfatizar que la AC tiene como objetivo que el paciente esté “en acción”, realizando actividades que él mismo haya decidido junto con el terapeuta, enfocándose más a conductas que a pensamientos o ideas irracionales (Barraca, 2009), pues la premisa de esta terapia es que la mejoría en el estado de ánimo no va a darse de “dentro hacia fuera”, sino a la inversa, “de fuera hacia adentro”, y es por ello que se busca que el paciente se comprometa en trabajar para lograr una meta. Esto sólo se hace posible cuando el paciente acepta su situación presente y se compromete a actuar para alcanzar metas, teniendo un efecto en sus estados de ánimo (Martell, Addis & Jacobson, 2001).

Una tendencia que se ha estado observando en los últimos años, es la aplicación de la AC en ámbitos hospitalarios con enfermos crónicos. Schneider, et., al. (2011), aplicó con éxito esta intervención en pacientes con diabetes, que presentaban problemas de sedentarismo, además de depresión. Los resultados mostraron mejoría en cuanto a los índices de depresión, de glicemia y del estado de ánimo.

Gawrysiak et al. (2012, citado en Bianchi & Eno, 2015) muestran un estudio de caso en una paciente de 64 años, diagnosticada con cáncer de mama; además de presentar un cuadro depresivo y de ansiedad generalizada, el cual se exacerba después del diagnóstico de cáncer. Se desarrolló un protocolo de *Tratamiento Breve de Activación Conductual para Depresión* de 8 sesiones con una duración de 1 hora por sesión.

Los resultados mostraron una mejoría clínica en la depresión de la paciente. Asimismo, Bianchi y Muñoz (2014), señalan que se han obtenido resultados similares en personas con dolor crónico y enfermedad renal.

Por otra parte, Fernández, Villoria, Fernández y González (2014), aplicaron un programa de AC en pacientes con diagnóstico reciente de cáncer de pulmón, con el objetivo de mejorar calidad de vida y estados emocionales. Fueron un total de 90 pacientes (50 fueron asignados a un grupo experimental y 40 a un grupo control). Al final del tratamiento el grupo experimental obtuvo una mejoría estadísticamente significativa en todas las subescalas del Cuestionario de Calidad de Vida de la EORTC QLQ-C30, así como en la medida de la Escala de Ansiedad y Depresión Hospitalaria (HADS).

Becerra- Gálvez (2013), realizó un programa breve de intervención con AC para manejo de ansiedad y depresión, en 22 pacientes hospitalizados con cáncer torácico en el Área de Hospitalización de Neumología Oncológica del Instituto Nacional de Enfermedades Respiratorias (INER).

Las particularidades de esta intervención, es que se aplicó a pacientes hospitalizados, además de que se diseñó para trabajar en 5 sesiones (con duración de 45 minutos cada una). De acuerdo con los resultados de la Escala de Ansiedad y Depresión Hospitalaria (HADS), y antes de la intervención psicológica (pre-evaluación), los pacientes presentaron una media de ansiedad de 10.5 (ansiedad leve), y una media de depresión de 7.8 (depresión leve).

Una vez que se aplicó el programa de intervención, en la post-evaluación, los valores cambiaron, dando como resultado una media de 6.05 para la ansiedad (ausencia de ansiedad) y una media de 4.3 para la depresión (ausencia de depresión).

Estos niveles obtenidos durante la post-evaluación se mantuvieron durante la fase de seguimiento, aunque la autora de esta investigación señala como una desventaja de este estudio que la mayoría de estos pacientes estaba en una fase avanzada de la enfermedad, y que además se presentaron una serie de variables extrañas relacionadas con el ambiente hospitalario, y que por lo tanto no se pueden extrapolar los resultados de este estudio a otras poblaciones; sin embargo este protocolo de intervención hace un aportación muy relevante, pues abre las posibilidades de seguir desarrollando e implementando este tipo de programas en pacientes que tienen que estar hospitalizados por varios días.

Además de que tiene la ventaja de ser breve, pero sistematizado, y permite aprovechar la estancia hospitalaria para que los pacientes puedan aprender estrategias para el manejo y control de sus estados emocionales negativos. Más adelante, Becerra-Gálvez, Reynoso, Bravo y Ordaz (2017), llevaron a cabo una revisión de los efectos de la AC en pacientes oncológicos de consulta externa, encontrándose la utilidad de la AC para el tratamiento del trastorno depresivo mayor en estos pacientes. Sin embargo, concluyen que aunque la AC es efectiva en pacientes con cáncer, se hace necesario seguir investigando, puesto que no se han encontrado estudios que reporten la aplicación de esta intervención en pacientes oncológicos hospitalizados.

Asimismo, sugieren tener en cuenta otras variables como el estilo de personalidad, la respuesta de adaptación ante la enfermedad, el tipo de cáncer, así como su estadio, y otras comorbilidades médicas y psiquiátricas, así como las expectativas que el paciente tenga del tratamiento y su adherencia al mismo.

Como se puede observar, existen pocos trabajos empíricos en el que se haya aplicado la AC en pacientes hospitalizados, los trabajos anteriormente mencionados, si bien han aplicado esta intervención en pacientes con enfermedad crónica, éstos han sido de consulta externa. Uno de los pocos trabajos conocidos en donde se hace una aplicación a pacientes hospitalizados es el de Becerra-Gálvez (2013).

Por todo lo anterior, el objetivo del presente estudio fue determinar los niveles de ansiedad y depresión de pacientes hospitalizados con enfermedad crónica, en el Hospital Juárez de México, aplicando un programa breve de intervención cognitivo-conductual con AC (elaborado por Becerra-Gálvez, 2013,) y analizar el efecto de esta intervención sobre la mejoría de los niveles de ansiedad y depresión.

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.

Aunque de principio todos los participantes estaban interesados en recibir el tratamiento que se les propuso, por diferentes circunstancias (alta hospitalaria, deterioro físico, cambio de opinión o procedimientos

administrativos del hospital), sólo continuaron con el tratamiento 3 participantes hospitalizados en el Servicio de Oncología para diversos estudios y tratamientos médicos. Las características sociodemográficas de los participantes pueden consultarse en la Tabla 1.

Tabla 1.

Datos sociodemográficos de los participantes

Participante	Género	Edad	Estado civil	Escolaridad	Dx médico
1	Femenino	40	Casada	Media superior	Cáncer de mama
2	Femenino	38	Casada	Secundaria	Cáncer de páncreas
3	Masculino	54	Casado	Secundaria	Cáncer gástrico

Instrumentos

Escala de ansiedad y depresión hospitalaria (*Hospital Anxiety and Depression Scale, HADS*; Zigmond y 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 .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= Ausencia de ansiedad y depresión; 8-10= Dudoso (que puede ser de leve a moderada), y ≥ 11 = Problema clínico.

Otros autores, como Spinhoven, Ormel, Sloekers y Kempen (1997); Le Fevre, Devereux, Smith, Lawrie y Cornbleet (1999), que han empleado esta escala, analizaron sus datos sumando las dos subescalas, ansiedad y depresión, con la finalidad de obtener una puntuación total, la cual interpretan como una medida de distrés. El punto de corte en la escala global, según estos autores es de ≥ 12 en pacientes médicos y de ≥ 20 en pacientes paliativos.

Para este estudio, 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). Para este trabajo se exponen los datos de cada subescala, así como de la puntuación total.

Tipo de estudio

Se empleó un diseño cuasi-experimental pretest-postest de un solo grupo. Este diseño ofrece de manera aceptable la diferencia entre O₁-O₂ aunque presenta limitaciones en su validez externa (Campbell & Stanley, 1978).

Procedimiento

El programa estaba constituido de la siguiente manera:

1) *Fase de reclutamiento y evaluación*, en donde se captaron a los pacientes hospitalizados de los diferentes servicios de salud que desearan participar en un programa de

manejo de ansiedad y depresión, firmando una carta de consentimiento informado. Una vez que aceptaban participar se les aplicó una entrevista semiestructurada y el HADS, para determinar niveles de ansiedad y depresión.

2) *Fase de intervención*. En esta fase se aplicó el programa de intervención breve de 4 sesiones para manejar y reducir los niveles de ansiedad y depresión de Becerra-Gálvez (2013) (Ver Tabla 2).

3) *Fase de post-evaluación*. se realizó nuevamente la entrevista clínica y otra aplicación del HADS para comparar resultados pre-post.

Tabla 2.

Programa breve de intervención (Programa basado en el de Becerra-Gálvez, 2013)

Sesiones	Intervención
Sesión 1	Psicoeducación a pacientes (proporcionar información relacionada a la enfermedad y el tratamiento que recibirán).
Sesión 2	Entrenamiento en relajación pasiva a base de imaginación guiada y autoinstrucciones.
Sesión 3	Implementación de programa basado en activación conductual. intrahospitalaria (promover la puesta en práctica de actividades distractoras durante el internamiento).
Sesión 4	Entrenamiento básico en solución de problemas subyacentes a padecimiento y/o estancia intrahospitalaria.

Variables dependientes y análisis de resultados.

Niveles de ansiedad y depresión, obtenidos con la aplicación de la *Escala de Ansiedad y Depresión Hospitalaria (HADS)*. Se aplicó una *t de Student* para medidas repetidas con la finalidad de identificar las posibles diferencias Pre-Post Tratamiento.

Resultados

Como se había mencionado antes, al final sólo 3 pacientes participaron para recibir la intervención, así que se presentaron los resultados de manera individual.

Al aplicar el HADS, antes de la intervención psicológica (pre-evaluación), la Participante 1 (Diagnóstico de cáncer de mama), presentaba una media de ansiedad de 17(ansiedad grave), una media de depresión de 13 (depresión grave), y una media de distrés de 30.

Una vez aplicado el programa de intervención breve, los valores cambiaron, dando como resultado una media de 7 para ansiedad (ausencia de ansiedad), una media de 7 para depresión (ausencia de depresión), y una media de distrés de 14.

Para la Participante 2 (diagnóstico de cáncer de páncreas), las medias en la fase de pre-evaluación, fueron: 15 para ansiedad (grave), 8 para depresión (de leve a moderada) y 23 para distrés, después de recibir el tratamiento, las medias cambiaron a: 7 para ansiedad (ausencia de ansiedad), 3 para depresión (ausencia de depresión), y 10 para distrés.

El participante 3 (diagnóstico de cáncer gástrico), obtuvo durante la pre-evaluación, una media de ansiedad de 16 (grave), una media de depresión de 8 (de leve a moderada), y una media de distrés de 24, después de recibir el tratamiento, estos valores se modificaron como sigue: 10 para ansiedad (de leve a moderada), 5 para depresión (ausencia de depresión), y 15 para distrés.

En las Figuras 1, 2 y 3 se pueden consultar de manera visual los cambios en pre-post de los participantes.

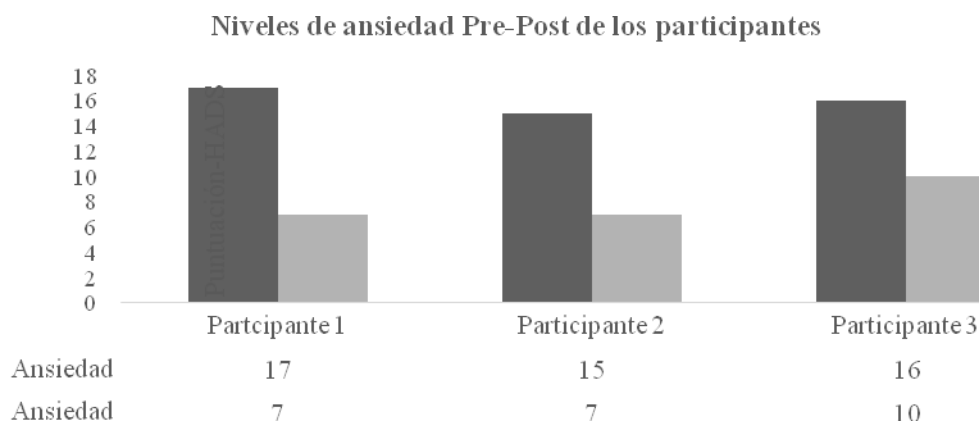


Figura 1. Resultados Pre-Post de los niveles de ansiedad

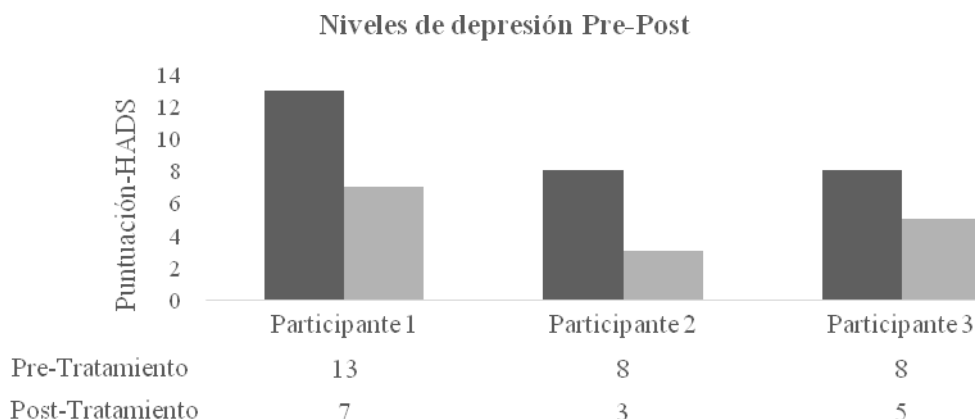


Figura 2. Resultados Pre-Post de los niveles de depresión

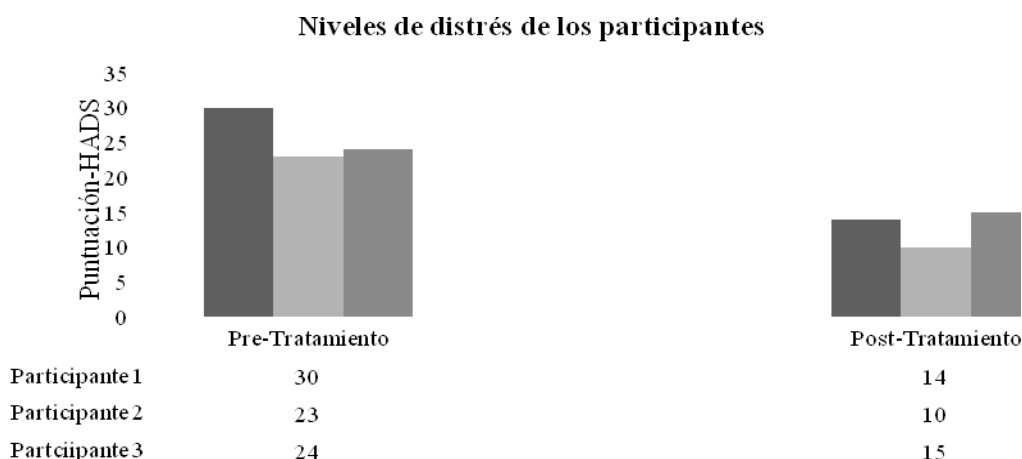


Figura 3. Resultados Pre-Post de los niveles de distrés (puntuación global).

Posteriormente se realizó una prueba *t* de Student de medidas repetidas para comprobar si hubo diferencias significativas Pre-Post Tratamiento, se encontraron diferencias significativas en los niveles de distrés ($t=4.7500$, $gl=4$, $sig=.009$), que sería la puntuación global del HADS, así como en los niveles de ansiedad ($t=6.928$, $gl=2$, $sig=.020$), y de depresión ($t=5.292$, $gl=2$, $sig=.034$). Todas las puntuaciones bajaron significativamente después del tratamiento.

Conclusiones

El presente estudio cumplió el objetivo de comprobar el efecto de una Terapia Cognitivo-Conductual breve, con énfasis en la Activación Conductual (AC). En este estudio, al igual que el realizado por Becerra-Gálvez (2013), también se encontraron efectos significativos en la reducción de los niveles de ansiedad y depresión en un corto plazo, en los tres pacientes que participaron en el estudio.

En cuanto a ansiedad los tres participantes en la fase de Pre-Tratamiento presentaron valores en la escala HADS que según, Zigmond y Snaith (1983), ya se considera un problema clínico; después del tratamiento, estas cifras disminuyeron a un nivel “normal”, en los pacientes 1 (Diagnóstico de cáncer de mama), y 2 (Diagnóstico de cáncer de páncreas), menos en el paciente 3 (Cáncer gástrico), que obtuvo una puntuación, que según este instrumento se considera “dudosa”, que aunque no se considera un problema clínico, de todas maneras el paciente sigue estando en riesgo de volver a aumentar sus niveles de ansiedad.

Con respecto a la variable de depresión, durante la fase de Pre-Tratamiento, el paciente 1, obtuvo una puntuación, que según esta escala la clasificaba como problema clínico, los otros dos pacientes, obtuvieron puntuaciones “dudosas” que, si bien indican que sus niveles de depresión no constituían un problema clínico, sí estaban dentro de un rango que los hacía vulnerables a que sus niveles de depresión se agravaran.

Después del tratamiento, los tres pacientes obtuvieron un rango “normal” de depresión, en cuanto a la puntuación global del HADS.

Como se había mencionado antes, Spinhoven, Ormel, Sloekers y Kempen (1997) y Le Fevre, Devereux, Smith, Lawrie y Cornbleet (1999), sugieren la utilización de la puntuación global del HADS, porque dicen que no se ha encontrado un buen poder discriminativo de las dos escalas. Esta puntuación daría como resultado la media de distrés global.

También se realizó este cálculo, y en la fase de Pre-Tratamiento se obtuvieron puntuaciones que, según los autores mencionados, se considerarían también como un problema clínico, ya que los 3 pacientes tuvieron una media mayor a 20 puntos, que normalmente obtienen los pacientes en cuidados paliativos. Después del tratamiento, el paciente 2, obtuvo una puntuación, que se considera “normal”, y aunque los pacientes 1 y 2 bajaron esa puntuación significativamente, los valores que obtuvieron todavía se consideran en “riesgo”, pues indican síntomas somáticos.

Aunque no se pudo recabar otro tipo de registros para complementar la evaluación, los pacientes que recibieron este tratamiento en general refirieron que les fue útil el realizar actividades agradables y distractoras, ya que eso les permitió afrontar de una manera más efectiva su estancia en el hospital. Los tres pacientes en ese lapso de tiempo estuvieron ingresados, tanto para recibir tratamiento para su enfermedad, así como para la práctica de diversos estudios clínicos.

Este estudio tiene dos limitaciones, la primera es que no se pudo contactar a los pacientes una vez que egresaron de su estancia hospitalaria, para hacer un seguimiento y comprobar si ellos seguían poniendo en práctica lo que estuvieron haciendo durante su internamiento. Otra limitación importante es el número de pacientes que participaron en este estudio, que si bien se recabó una cantidad importante durante la fase de Pre-evaluación, al final sólo participaron 3 pacientes.

Esta situación es muy representativa de lo que ocurre al trabajar en ámbitos hospitalarios, las causas son de muy diversa índole, desde variables que tienen que ver con la estructura hospitalaria, hasta variables que tienen que ver con el paciente mismo, tales como disposición, deterioro físico, alta hospitalaria, entre otras.

Aunado a lo anterior, se piensa en las limitaciones de corte metodológico en el sentido del alcance de estos resultados, con un número reducido de participantes hace que se sospeche de la generalidad de los datos, Campbell y Stanley (1978), argumentaron que puede agregarse un grupo control y contar con las dos mediciones (O₁–O₂) que se realizaron al grupo de tratamiento pero sin intervención, esto con la finalidad de comparar los datos de un grupo y el otro, antes y después, se piensa que en la primera medición no debe haber diferencias en la evaluación, mientras que en la segunda, si deben de existir diferencias estadísticas. En lo referente a este estudio se contó con tres pacientes ubicados en el grupo control, sin embargo no se pudo obtener la segunda evaluación (postest) ya que éstos no asistieron; en cuanto a la medición pretest no se encontraron diferencias estadísticas en la ansiedad y depresión.

La generalidad de los datos de este estudio atiende en todo caso, a que la activación conductual ha mostrado ser una técnica que modifica el comportamiento de aquellos a quienes se les aplica, ya que como se mencionó antes, ayuda a disminuir los niveles de ansiedad y depresión (Dimidjian, et al., 2006; Hopko, Lejuez, LePage, Hopko y McNeil, 2003; Pérez-Ávarez, 2007).

A pesar de estas limitaciones, el estudio demostró que este tipo de intervenciones en los hospitales son de una gran utilidad para la adaptación del paciente a las condiciones hospitalarias.

Referencias

- Alberdi, J., Fernández, A. & Iglesias, F. (2013). Depresión en pacientes hospitalizados en el Servicio de Medicina Interna de un Hospital General. *Galicia Clínica*, 74, 161-174. Recuperado en 15 de marzo de 2017, de <https://dialnet.unirioja.es/descarga/articulo/4661733.pdf>
- Bagué, L. (2015). *Depresión y ansiedad en pacientes oncológicos hospitalizados*. (Tesis de fin grado). Universidad de La Laguna, España. Recuperado 15 de marzo de 2017, de <https://riull.ull.es/xmlui/bitstream/handle/915/2206/Depresion%20y%20ansiedad%20en%20pacientes%20oncologicos%20hospitalizados..pdf?sequence=1>
- Barra, E. (2004). Apoyo social, estrés y salud. *Psicología y Salud*, 14, 237-243.
- Barraca, J. (2009). La activación conductual (AC) y laterapia de activación conductual para la depresión (TACD). Dos protocolos de tratamiento desde el modelo de la activación conductual. *EduPsykhé. Revista de Psicología y Pedagogía*, 8, 23-50. Recuperado en 15 de marzo de 2017, de <https://dialnet.unirioja.es/descarga/articulo/3040305.pdf>

- Barraca, J. (2016). La Activación Conductual en la Práctica: Técnicas, organización de la intervención, dificultades y variantes. *Análisis y Modificación de Conducta*, 42, 15-33. Recuperado en 4 de diciembre de 2017, de <http://www.uhu.es/publicaciones/ojs/index.php/amc/article/view/2792/2538>
- Barraca, J., & Pérez-Álvarez (2015). *Activación Conductual para el tratamiento de la depresión*. Madrid: Síntesis.
- Becerra-Gálvez, A. (2013). *Manejo de síntomas de ansiedad y depresión en pacientes hospitalizados con cáncer torácico*. (Tesis de Maestría). Universidad Nacional Autónoma de México, México.
- Becerra-Gálvez A., Reynoso, L, Bravo. M. & Ordaz, M. (2016). Activación conductual para el control de la depresión en pacientes oncológicos: Una revisión. *Psicooncología*, 14, 203-216. Doi: 10.5209/PSIC.57080.
- Bianchi, J., & Henao, A. (2015). Activación conductual y depresión: Conceptualización, evidencia y aplicaciones en Iberoamérica. *Terapia psicológica*, 33, 69-80. Recuperado en 4 de diciembre de 2017, de <https://dx.doi.org/10.4067/S0718-48082015000200002>
- Bianchi, J., & Muñoz, A. (2014). Activación conductual: revisión histórica, conceptual y empírica. *Psychologia: Avances de la disciplina*, 8, 83-93.
- Campbell, D. & Stanley, J. (1978). *Diseños experimentales y cuasiexperimentales en la investigación social*. Amorrortu: Buenos Aires.
- Dimidjian, S., Hollon, S., Dobson, K., Schmalting, K., Kohlenberg, R., Addis, M., Gallop, R., McGlinchey, J., Markley, D., Gollan, J., Atkins, D., Dunner, D., & Jacobson, N. (2006). Randomized trial of behavioral activation, cognitive therapy, and antidepressant medication in the acute treatment of adults with major depression. *Journal of Consulting and Clinical Psychology*, 74, 658-670. Doi: 10.1037/0022-006X.74.4.658.
- Fernández, C., Villoria, E., Fernández, P. & González, S. (2014). Efectos de la activación conductual en la calidad de vida y estado emocional de los pacientes con cáncer de pulmón. *Psicooncología*, 11, 199-215. Recuperado en 4 de diciembre de 2017, de <https://revistas.ucm.es/index.php/PSIC/article/viewFile/47383/44416>
- 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 14°. Congreso Virtual de Psiquiatría.com. *Interpsiquis 2013*.

- Grau, A., Suñer, R., Abulí, P. & Comas, P. (2003). Niveles de ansiedad y depresión en enfermos hospitalizados y su relación con la gravedad de la enfermedad. *Medicina Clínica*, 120, 370-375. Recuperado en 15 de marzo de 2017, de <http://www.elsevier.es/es-revista-medicina-clinica-2-articulo-niveles-ansiedad-depresion-enfermos-hospitalizados-13044734>
- 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>.
- Hopko, D., Lejuez, C., LePage, J., Hopko, S. & McNeil, D. (2003). A Brief Behavioral Activation Treatment for Depression. A Randomized Pilot Trial Within an Inpatient Psychiatric Hospital. *Behavior Modification*, 27, 458-469. Recuperado en 15 de marzo de 2017, de http://www.personal.kent.edu/~d_fresco/CBT_Readings/BM_Hopko_BAinpatient.pdf
- Iglesias, F. (1999). *Depresión mayor en la evolución de pacientes tratados por cardiopatía isquémica*. (Tesis Doctoral). Universidad de A Coruña, España. Recuperado en 15 de marzo de 2017, de http://www.psiquiatria.com/wp-content/uploads/2013/08/archivo_doc8959.pdf
- Kiecolt-Glaser, J., McGuire, L., Robles, T. & Glaser, R. (2002). Psychoneuroimmunology and psychosomatic medicine: back to the future. *Psychosomatic Medicine*, 64, 15-28.
- Lecrubier, Y. (2001). The burden of depression and anxiety in general medicine. *The Journal Clinical Psychiatry*, 62, 4-9.
- Le Fevre, P., Devereux, J., Smith, S., Lawrie, S. & Cornbleet, M. (1999). Screening for psychiatric illness in the palliative care inpatient setting: a comparison between the Hospital Anxiety and Depression Scale and the General Health Questionnaire-12. *Palliative Medicine*, 13, 399-407.
- Martell, C., Addis, M., & Jacobson, N. (2001). *Depression in context: Strategies for guided action*. New York: W. W. Norton.
- Organización Mundial de la Salud (2015). *Enfermedades no transmisibles*. Centro de Prensa. Recuperado en 8 de marzo de 2017, de <http://www.who.int/mediacentre/factsheets/fs355/es/>
- Pérez-Álvarez, M. (2007). La activación conductual y la desmedicalización de la depresión. *Papeles del Psicólogo*, 28, 97-110. Recuperado en 15 de marzo de 2017, de <http://batd.com.ar/wp-content/uploads/2014/08/2007-La-activacion-conductual-y-la-desmedicalizacion-de-la-depresion-Perez-Alvarez-M..pdf>

- Salovey, P., Rothman, A., Detweiler, J. & Steward, W. (2000). Emotional states and physical health. *American Psychologist*, 55(1), 110-121.
- Samaan, Z., Dennis, B. B., Kalbfleisch, L., Bami, H., Zielinski, L., Bawor, M., ... Thabane, L. (2016). *Behavioral activation group therapy for reducing depressive symptoms and improving quality of life: a feasibility study. Pilot and Feasibility Studies*, 2, 22. <http://doi.org/10.1186/s40814-016-0064-0>.
- Schneider, K., Pagoto, S., Handschin, B., Panza, E., Bakke, S., Liu, Q., Blendea, M., Ockene, I., & Ma, Y. (2011). Design and methods for a pilot randomized clinical trial involving exercise and behavioral activation to treat comorbid type 2 diabetes and major depressive disorder. *Mental Health and Physical Activity*, 4, 13-21.
- 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.
- Valencia, C. (2006). Depresión es personas diagnosticadas con cáncer. *Revista Diversitas: perspectivas en psicología*, 2, 241-257.
- Zigmond, A. & Snaith, R. (1983). The hospital anxiety and depression scale. *Acta Psiquiátrica Escandinava*, 67, 361-370.