

11241  
10  
2ej.

UNIVERSIDAD NACIONAL AUTONOMA DE MEXICO

FACULTAD DE MEDICINA

CENTRO MEDICO NACIONAL " 20 DE NOVIEMBRE "  
ISSSTE

FRECUENCIA DE SINTOMATOLOGIA DEPRESIVA Y ANSIOSA EN PACIENTES CON ENFERMEDAD MEDICA HOSPITALIZADOS EN EL CMN.  
20 DE NOVIEMBRE DEL ISSSTE.

# TESIS

QUE PARA OBTENER EL TITULO DE :

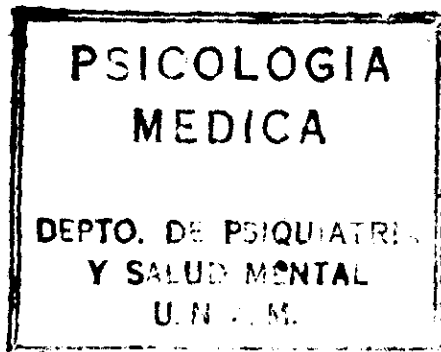
ESPECIALISTA EN PSIQUIATRIA

PRESENTA

DR. ALFREDO GARCIA VAZQUEZ



ASESORES: DR. ALEJANDRO DIAZ MARTINEZ  
DRA. CLAUDIA FOULLOUX MORALES  
DR. JAIME RUIZ ORNELAS.



MEXICO D.F.

*Alfredo Garcia Vazquez*  
1998

TESIS CON FALLA DE ORIGEN

266184



Universidad Nacional  
Autónoma de México

Dirección General de Bibliotecas de la UNAM

**Biblioteca Central**



**UNAM – Dirección General de Bibliotecas**  
**Tesis Digitales**  
**Restricciones de uso**

**DERECHOS RESERVADOS ©**  
**PROHIBIDA SU REPRODUCCIÓN TOTAL O PARCIAL**

Todo el material contenido en esta tesis esta protegido por la Ley Federal del Derecho de Autor (LFDA) de los Estados Unidos Mexicanos (México).

El uso de imágenes, fragmentos de videos, y demás material que sea objeto de protección de los derechos de autor, será exclusivamente para fines educativos e informativos y deberá citar la fuente donde la obtuvo mencionando el autor o autores. Cualquier uso distinto como el lucro, reproducción, edición o modificación, será perseguido y sancionado por el respectivo titular de los Derechos de Autor.

HOJA DE FIRMAS DE LOS ASESORES DE TESIS  
UNAM



DR. ALEJANDRO DIAZ MARTINEZ  
ASESOR TEORICO

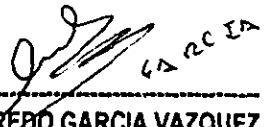


DRA. CLAUDIA FOULLOUX MORALES  
ASESOR METODOLOGICO

FIRMA DE ASESOR ISSSTE Y AUTOR



-----  
DR. JAIME RUIZ ORNELAS  
ASESOR TESIS  
ISSSTE



-----  
DR. ALFREDO GARCIA VAZQUEZ  
AUTOR

**RESUMEN:** El objetivo del presente trabajo fue el de conocer la frecuencia de estados ansiosos y depresivos en pacientes con enfermedad médica, hospitalizados en el CMN 20 de Noviembre del ISSSTE, utilizando la Escala Para Ansiedad y Depresión Hospitalaria, además se buscó conocer la relación de estos estados con las enfermedades médicas más frecuentes, la edad, el sexo, los días de estancia intrahospitalaria y la solicitud de interconsultas al servicio de Psiquiatría.

Entrevistamos a 100 pacientes de diversos servicios del hospital, a los cuales se les aplicó la escala. Los resultados se analizaron mediante las pruebas adecuadas al nivel de medición de las variables mencionadas.

Los resultados mostraron que efectivamente existe una frecuencia elevada de sintomatología ansiosa y depresiva en los sujetos hospitalizados, que las enfermedades crónicas fueron las que se hallaron más relacionadas a esta sintomatología, se encontró que el tiempo de estancia influye definitivamente en la presentación de estos eventos y que existe una nula solicitud de apoyo de los especialistas hacia el psiquiatra.

Se concluyó que es necesario la realización de más estudios en nuestro país para poder determinar con más frecuencia la presencia de esta sintomatología y establecer un adecuado manejo médico en beneficio del paciente y de las instituciones.

## INDICE

I. INTRODUCCION.	1
Antecedentes	3
II. JUSTIFICACION Y OBJETIVOS	7
III. HIPOTESIS	8
IV. MATERIAL Y METODOS	9
Diseño	9
Sujetos	9
Instrumento de Evaluación	10
Procedimiento	10
Tratamiento estadístico de los datos	10
V. RESULTADOS	11
VI. DISCUSION	13
VII. CONCLUSIONES	15
VIII. CUADROS	
VIII. BIBLIOGRAFIA	16

## INTRODUCCION

La prevalencia de trastornos psiquiátricos en hospitales generales es claramente alta. Algunos trastornos emocionales son el resultado de estrés ocasionado por discapacidad física, pero los síntomas somáticos los cuales son referidos a los médicos y cirujanos pueden ser manifestaciones de estados de ansiedad y depresión y no tener base sobre patología orgánica; finalmente una neurosis puede coexistir con una enfermedad médica causando en el paciente una mayor incomodidad, puesto que lo anterior puede complicar la presentación clínica de la enfermedad, o bien que la misma tenga una pobre respuesta al tratamiento lo que ocasiona que en la mayoría de las veces, se soliciten interconsultas innecesarias a otros servicios dentro del Hospital para valoraciones frecuentes en el paciente. (2).

La prevalencia actual de los estados de ansiedad y depresión, se calcula para la población general entre un 10 a un 15%, del 5 al 20% de los todos los pacientes que se encuentran hospitalizados en un Hospital General, sufren de un cuadro de ansiedad y hasta un 40% padecen de sintomatología depresiva. (2).

Feightner menciona la importancia de realizar un diagnóstico diferencial entre los cuadros donde existe una ansiedad previa o si la enfermedad física junto con el estrés de la hospitalización desarrolla los síntomas de la ansiedad.

Con respecto de la depresión, algunos autores mencionan que hasta un 40% de los pacientes hospitalizados la presentan, algunos reportes refieren que la depresión tiende a presentarse hasta en un 10% de la población general Mientras que en los pacientes que sufren de un problema físico se desarrolla en casi un 75%. (2).

Se menciona al respecto que existen tres factores que pueden contribuir a ésta alta incidencia de síntomas depresivos en los pacientes médicamente enfermos. :

1. - La reacción psicológica del paciente al problema médico.
2. - La enfermedad médica y sus características propias; y :
3. - La terapéutica médica usada para combatir la enfermedad física. (3).

Tanto la depresión como la ansiedad, son padecimientos que provocan un gran impacto sobre las enfermedades médicas, básicamente las enfermedades crónicas.

La ansiedad se define como un estado donde predomina el temor sin que se encuentre una situación real que lo provoque, en tanto que la depresión es una alteración en el afecto o humor del individuo, el cual llega a ser permanente e incluso incapacitante. (1).

Desde que Lipowsky en los años 60s y 70s comenzó a investigar acerca del impacto que los trastornos psiquiátricos provocan en los sujetos enfermos, varios autores han tratado de enfocar sus esfuerzos en dicho campo de investigación, así tenemos que Halles en 1986 realizó una investigación para determinar cuales eran las causas más frecuentes por las cuales se solicitaban interconsultas psiquiátricas en un hospital general, encontrando lo siguiente: de un total de 1065 interconsultas, el 50% correspondió a casos de trastornos afectivos asociados a toda clase de enfermedad médica, seguido por los trastornos adaptativos de tipo depresivo y ansioso. (9).

Katon en Nueva York (1992), realizó una revisión de el impacto que provoca la depresión sobre la evolución y el tratamiento de las enfermedades médicas de tipo crónico, él encontró que hasta en un 41% de los pacientes hospitalizados se pueden encontrar alteraciones de índole psiquiátrico, principalmente ansiedad y depresión, además reporta que dichos padecimientos aparte de provocar una evolución tórpida en los enfermos debido a que tienden a amplificar su sintomatología, impiden que el tratamiento instituido sea eficaz, todo lo anterior provoca que los individuos pasen largos periodos de internamiento que a su vez provoca un mayor desgaste físico y emocional en los pacientes y altos costos por hospitalización en los hospitales. (10).

Con el advenimiento de nuevos modelos biopsicosociales aplicables al diagnóstico y tratamiento de las enfermedades médicas, también surgió la necesidad de crear nuevas herramientas que permitieran apoyar los diagnósticos obtenidos a través de la clínica, dentro de estas herramientas se hallan las llamadas escalas clinimétricas, que son de utilidad para el diagnóstico y conocimiento de la intensidad de ciertos síntomas y signos que se presentan en la clínica, para el diagnóstico de sintomatología depresiva y ansiosa, las de mayor utilidad clínica son el Hamilton para depresión y Ansiedad las cuales determinan la intensidad de dicha sintomatología y la Escala para Depresión y Ansiedad Hospitalaria o HAD en ingles, la cual permite diagnosticar la presencia de estados depresivos y ansiosos en pacientes tanto hospitalizados como de Consulta Externa. (4,5,6).

Más sin embargo es de suma importancia que dichas escalas sean aplicadas cada vez con más frecuencia y en varios sitios para poder establecer su utilidad como indicadores de enfermedad.



## ANTECEDENTES

En 1982, Zigmond y Snaith introdujeron en el medio hospitalario una nueva escala que permitía el diagnóstico de estados depresivos y ansiosos en pacientes médicamente enfermos, internados en hospitales generales y también de consulta externa. (7).

Para la validación de dicha escala, los autores junto con otros médicos del Hospital Universitario de San James, en Inglaterra, decidieron la incorporación de los ítems por consenso de acuerdo a la experiencia clínica a través de la observación de la evolución del padecimiento físico y emocional de los pacientes hospitalizados y de la consulta externa no psiquiátrica, es por ello que se decidió la incorporación a la escala de 7 ítems para la determinación de estados ansiosos y 7 ítems para la determinación de sintomatología depresiva, una vez obtenida la escala se procedió a aplicarse a 50 pacientes de la consulta externa del hospital, cuyas edades fluctuaban entre los 16 y 65 años y de ambos sexos todos con una gran variedad de enfermedades médicas, después de la aplicación de la escala a éstos pacientes, los cuales desconocían como iba a ser calificada, se procedió a la realización de un cálculo matemático para obtener la consistencia interna de la prueba, esta prueba fue la correlación de Spearman, la cual fue aplicada tanto a cada ítem como al puntaje final de cada subescala, encontrándose grados de significancia estadística importantes, posterior a esto se decidió aplicar la escala a 50 nuevos pacientes, pero con la diferencia de que ahora se tendría que determinar la existencia de sintomatología en base a calificar el puntaje obtenido, así ellos determinaron en base a los resultados obtenidos previamente que un puntaje menor de 7 era aplicable a, los no casos, un puntaje de entre 8 y 10 determinaba a los casos dudosos y un puntaje de 11 o más determinaba a los casos definitivos, cabe mencionar que cada uno de los ítems contenía 4 respuestas que se calificaban con un número que iba del 0 cuando no existía sintomatología hasta 3 que el grado máximo de manifestación del síntoma y así el puntaje máximo de cada subescala podría ser de 21.(7).

Una vez aplicada la escala a estos 50 pacientes nuevos, se procedió nuevamente a la aplicación de la prueba de correlación de Spearman, la cual nuevamente mostró grados de significancia estadística tanto entre ítems como entre subescalas, estos datos concordaban con los obtenidos previamente lo cual confirmó la consistencia interna de la prueba, también fueron realizadas pruebas estadísticas con el fin de determinar si la existencia de enfermedad médica concomitante alteraba los resultados obtenidos con la escala, pero las pruebas demostraron finalmente que la escala conservaba su capacidad de diagnosticar sintomatología depresiva y ansiosa aún en presencia de enfermedad médica, por lo cual ellos concluyeron que dicho instrumento es de utilidad como herramienta diagnóstica para la detección de estados ansiosos y depresivos en pacientes médicamente enfermos.(7).

En un estudio realizado en México en 1992, Ortega Soto y Whalley, aplicaron el HAD a 40 pacientes de la unidad de Quemados del Hospital de Traumatología de Magdalena de las Salinas, con dicho estudio se buscaba determinar la sensibilidad y especificidad de distintos puntos de corte del HAD para cada una de las condiciones diagnósticas para ansiedad y depresión.

El HAD fue contrastado con la Entrevista Semiestructurada del DSM-III-R, la primera fue aplicada con el fin de observar el comportamiento de ésta contra la segunda que se diseñó para determinar la presencia de algunos de los diagnósticos del apartado de trastornos de ansiedad y depresión mayor. Ellos utilizaron la correlación entre variables o correlación de Spearman para obtener la sensibilidad y especificidad de la prueba, ellos encontraron los siguientes resultados:

Se observó que del total de hombres entrevistados el 30% de éstos presentaban sintomatología ansiosa y el 53.3% sintomatología depresiva.

En contraste el 70% de las mujeres mostraron ansiedad y el 90% estaban deprimidas.

La puntuación para la subescala de ansiedad fue de 7.7 + 4.3., en tanto que para la subescala de depresión fue de 8.9\_+ 4.7.

El estudio mostró que el punto de corte con mejor equilibrio para la subescala de ansiedad se halló en un puntaje de 7, el cual mostraba una sensibilidad de 76%.

Para el caso de la subescala de depresión, el punto de corte se situó en 8, con una sensibilidad de 62%.

Finalmente ellos concluyen que el 7 tiene el mejor equilibrio entre la sensibilidad y especificidad para la subescala de depresión y un punto de corte de 8 es el más adecuado para la subescala de ansiedad. ( 8).

En 1993, Carroll y cols, realizaron un estudio en el Hospital para Veteranos y en Hospital Universitario, ambos en Iowa, EEUU, ellos eligieron a 930 pacientes tanto de consulta externa como pacientes hospitalizados, los cuales tenían el diagnóstico de cáncer, a éstos se les aplicó la Escala para Ansiedad y Depresión Hospitalaria. Del total de pacientes, 809 aceptaron participar en el tamizaje. Se tomó como parámetro para determinar la existencia de estados ansiosos y depresivos un punto de corte de 11.

Se encontró que un 23% de los pacientes tuvieron un puntaje igual o mayor a 11 y al ser separados ambos rubros se encontró que la ansiedad estaba presente en un 17% de los pacientes y la depresión en un 9.9%, pacientes con actividad maligna tumoral y los pacientes hospitalizados fueron quienes mostraron tener los puntajes más altos con la escala. Ellos concluyen que la utilización del HAD además de tener una aplicación sencilla y rápida, permite determinar altos niveles de estados depresivos y ansiosos en pacientes de hospital general. (11).

Silverstone en Canadá (1993), realizó un estudio para tratar de determinar si el HAD servía como instrumento para determinar la existencia de trastornos afectivos tanto en pacientes medicamente enfermos como en pacientes psiquiátricos, para ello el y su equipo aplicaron la escala a 153 pacientes hospitalizados y 147 pacientes de consulta externa, el HAD fue comparado el DSM III-R, respecto de los diagnósticos de trastornos afectivos, encontraron que la sensibilidad del HAD para ambos casos fue de 80 a 100% tomando como punto de corte 8, más sin embargo el Valor predictivo positivo fue solo del 17% para pacientes con enfermedad física y de 29% para pacientes psiquiátricos, por lo que ellos concluyen que el HAD, no es el instrumento más adecuado para determinar la presencia de trastornos afectivos en pacientes psiquiátricos, pues no fue creado para tal propósito, más sin embargo si es de gran utilidad al ser aplicado en pacientes con enfermedades físicas. (12).

Ahora haremos referencia a los estudios más recientes enfocados a determinar la utilidad del HAD como instrumento diagnóstico de ansiedad y depresión en el mundo.

Karakula y cols en Polonia (1996), realizaron un estudio para determinar la eficacia del HAD en pacientes con trastornos psicosomáticos, este autor comparó los resultados obtenidos contra la escala de Beck, él aplicó ambas escalas a 98 pacientes hospitalizados, encontrando que la sensibilidad obtenida con el HAD fue de 87% además encontró que de estos 98 pacientes, el 44% presento datos de estado ansioso y el 35% de estado depresivo, finalmente él comparó estos resultados con los obtenidos con el inventario de Beck, reportando que la sensibilidad fue mucho mayor con el HAD al ser comparada con el inventario de Beck (65%), por lo que considera que el instrumento es de utilidad para el diagnóstico de estados depresivos y ansiosos en pacientes hospitalizados. (13).

Julius y cols en EEUU (1997), hizo una comparación de los resultados obtenidos con la aplicación del HAD y de cuestionario de evaluación de la calidad de vida, ambos instrumentos los aplicó a pacientes con cáncer, él aplicó ambos

instrumentos a los pacientes y después procedió a compararlos, encontrando lo siguiente: de los pacientes a los cuales les aplicó el HAD, tomando como punto de corte 11, el 43% mostraron estado ansioso y el 38% estado depresivo, estas cifras fueron mucho más bajas con el uso del cuestionario de calidad de vida. Ellos concluyen que el HAD puede ser un instrumento de gran utilidad para ser aplicado en pacientes hospitalizados para el diagnóstico de estados afectivos. (14).

Spinhoven y cols en Alemania (1997), realizaron un estudio en pacientes hospitalizados de diferentes edades y buscaron comparar los resultados obtenidos en cada grupo de edad, para ello eligieron a 6165 pacientes a los cuales agruparon en grupos de edad, siendo el primer grupo de 18 a 60 años, el segundo de 57 a 65 y el tercero de 65 en adelante, además también fue aplicada a sujetos de consulta externa y a sujetos con sintomatología física de origen desconocido, los resultados obtenidos fueron los siguientes: se encontró que en la mayoría de los casos había una fuerte correlación entre ambas subescalas del HAD, se encontró que el HAD mostraba estabilidad tanto en los grupos de edad como en los diferentes sitios donde fue aplicada, consulta externa y hospital, además mostró un excelente balance entre la sensibilidad y el valor predictivo positivo en todos los pacientes, por lo cual ellos concluyen que dicho instrumento es una excelente herramienta para tamizaje de trastornos afectivos en pacientes hospitalizados. (15).

El mismo Spinhoven, en 1997 aplicó la escala a pacientes con trastornos de somatización, para ello seleccionó a 617 pacientes de consulta externa, los resultados obtenidos fueron los siguientes: tomando como punto de corte el 11, el 48% de estos pacientes mostró presencia de estado ansioso, pero solo el 25% mostró sintomatología depresiva, ellos concluyen que los estados de somatización tienden a amplificar el estado ansioso del sujeto, pero no provocan cambios importantes en su estado de ánimo, también concluyen que el HAD es de utilidad como instrumento para la detección de estados ansiosos y depresivos en pacientes tanto de consulta externa como hospitalizados. (16).

Hosaka y cols en Japón en 1996, aplicaron el HAD a 50 pacientes, tanto femeninos como masculinos, con diagnóstico de cáncer ya 50 sujetos con enfermedad física, se encontró que de los pacientes con cáncer 44% presentaban algún trastorno psiquiátrico y de los pacientes con enfermedad física el 38% estaban afectados por problemas psiquiátricos, el trastorno psiquiátrico más frecuentemente encontrado fue la depresión, la cual se encontró en un 28% de los pacientes con cáncer y en un 30% de los pacientes con enfermedad física, además el HAD demostró tener una sensibilidad alta para ambos casos, por lo que este autor considera que el HAD es una herramienta de gran utilidad para la detección de estados afectivos en pacientes medicamente enfermos. (17).

Porcelli en Suecia en 1996 evaluó el estado psicológico de pacientes con síndrome de colon irritable, él aplicó el HAD a 104 pacientes de consulta externa, encontrando los siguientes resultados: el 46% de los sujetos mostraron datos de sintomatología ansiosa, en tanto que el 35% mostró estado depresivo, tomando en ambos casos como punto de corte de la escala 8, la sensibilidad y el valor predictivo también fueron evaluados, encontrándose una sensibilidad de 86% en este caso, ellos concluyen que con el uso del HAD puede determinarse la participación de estados ansiosos en la evolución de padecimientos psicósomáticos. (18).

Pincus en Inglaterra en 1996, realizó un estudio para conocer la prevalencia de sintomatología depresiva en pacientes con el diagnóstico de Artritis Reumatoide, a 167 pacientes de consulta externa les aplicó él HAD reportando los siguientes hallazgos: él halló que el 15% de los pacientes con AR mostraron estados depresivos, en tanto que solo el 9% mostró datos de estado ansioso, por lo cual ellos concluyen que en el caso de pacientes con AR tiende a predominar

más la presencia de estados depresivos que ansiosos y para ello el HAD es de utilidad como instrumento de tamizaje para su detección. (19).

En 1997, Herrmann realizó la revisión más completa que existe hasta ahora acerca de las experiencias que a nivel internacional se han tenido con el uso del HAD, en su artículo hace referencia a dichos estudios desde que Zigmond y Snaith introdujeron dicha escala como instrumento diagnóstico a nivel hospitalario.

Dentro de lo que él menciona como relevante, hace referencia a que la escala ha tenido una excelente aceptación por la mayoría de los pacientes hospitalizados y de consulta externa, llegando a ser en algunos casos hasta del 100%.

La consistencia interna de la misma ha sido ampliamente comprobada en los países donde ha sido aplicada, encontrándose en general una consistencia de 0.8 a 0.9 para la ansiedad y de 0.81 a 0.93 para la depresión.

En cuanto a su validación, esta ha sido determinada fundamentalmente por los ingleses y alemanes y en ambos casos y en ambos casos encontraron que para las subescalas que conforman el HAD, la correlación se hallaba en 0.90.

Así por ejemplo en Canadá, se utilizó en pacientes con diagnóstico de asma, AR con excelentes resultados, en Francia se utilizó en pacientes con problemas cardiológicos y psiquiátricos así como en asmáticos, en España se utilizó en pacientes geriátricos y en todos los casos demostró ser una prueba con alta sensibilidad.

En esta revisión se hace mención a los países en los cuales ha sido aplicada como instrumento de detección de trastornos afectivos y ansiosos, en total suma 23 países de todos los continentes, lo mismo ha sido aplicada en Arabia que en Brasil, España, Alemania, EEUU, China o México, en todos los países mencionados su aplicación fue enfocada a pacientes de hospital general tanto hospitalizados como de consulta externa y en todos los casos se concluye que la Escala para depresión y Ansiedad Hospitalaria o HAD es un instrumento con validez para la evaluación de estados ansiosos y depresivos en pacientes medicamente enfermos, que requiere más sin embargo seguir siendo aplicado en muchas más partes del mundo para llegar a tener un consenso general de su utilidad para el fin con el cual fue creado.(21).

## JUSTIFICACION

Los trastornos depresivos y ansiosos se presentan en un porcentaje alto en la población general, éste porcentaje aumenta de manera considerable en un hospital general y se sabe que éste tipo de padecimientos prolonga la estancia hospitalaria de los pacientes al no ser tratados y como consecuencia esto incrementa los costos por hospitalización.(1,2,3).

La importancia de éste estudio radica básicamente en que un adecuado diagnóstico de la depresión y ansiedad asociadas a enfermedad médicas de base, favorecería un manejo multidisciplinario adecuado que como resultado mejoraría la calidad de vida del paciente y reduciría de forma importante los costos económicos por hospitalizaciones prolongadas en beneficio de las instituciones de salud.

## OBJETIVOS

**Objetivo General:** Determinar la frecuencia de sintomatología depresiva y ansiosa en pacientes hospitalizados en el CMN 20 de Noviembre del ISSSTE con enfermedad médica de base.

**Objetivos Específicos:** Conocer cuales son las enfermedades médicas de base que con mayor frecuencia se encuentran asociadas a la sintomatología depresiva y ansiosa en los pacientes hospitalizados.

Establecer que edad y sexo se halla más afectado por la sintomatología depresiva y ansiosa en Los pacientes estudiados.

Conocer en que porcentaje de los pacientes en los cuales se aplicó la escala se solicitó interconsulta al servicio de Psiquiatría.

## HIPOTESIS

Hay una frecuencia alta de sintomatología depresiva y ansiosa en pacientes médicamente enfermos hospitalizados en el CMN 20 de Noviembre del ISSSTE.

## MATERIAL Y METODOS

### Diseño:

Se realizó un estudio descriptivo, observacional, clínico, transversal y prolectivo.

### Sujetos:

Se seleccionaron a 100 pacientes de un total de 300 que se hallaban hospitalizados al momento del estudio, estos pacientes se obtuvieron de los siguientes servicios: Oncología, Hematología, Neurocirugía, Cirugía Cardiovascular, Medicina Interna, Unidad Coronaria y Cardiología, la selección de los servicios y de los pacientes se realizó de manera aleatoria, a través de asignación de números a cada uno de los servicios del Hospital, una vez obtenidos los servicios por medio de sorteo, se asignaron números a los pacientes hospitalizados en dichos servicios, y se procedió nuevamente a sorteo para la obtención de la muestra. Para ambos casos, servicios y pacientes, se seleccionaron los números nones.

Los criterios de inclusión fueron:

- Edad entre los 18y 80 años.
- Pacientes que supieran leer y escribir.
- Pacientes que se encontraran hospitalizados por enfermedad médica.

Los criterios de exclusión fueron:

- Pacientes que por su condición médica no estuvieran aptos para contestar la escala. Pacientes con ventiladores mecánicos, politraumatizados, con quemaduras extensas).
- Pacientes que estuvieran bajo tratamiento con ansiolíticos y/o antidepresivos.

Se evaluaron a un total de 100 pacientes, distribuidos de la siguiente manera:

- Oncología: 22
- Hematología: 22
- Cirugía Cardiovascular: 15
- Cardiología: 14
- Neurocirugía: 11
- Unidad Coronaria: 8
- Medicina Interna: 8.

### **Instrumento de Evaluación**

#### **Escala de Ansiedad y Depresión para Hospital General (HAD).**

Es una escala diseñada específicamente para detectar sintomatología ansiosa y depresiva en pacientes de hospitales no psiquiátricos. Esta es autoaplicable, contiene 7 ítems de depresión y 7 de ansiedad, basados en las manifestaciones psíquicas de la enfermedad, que además no se alteran por las enfermedades físicas. Cada uno de los ítems tiene cuatro respuestas, y a estas se les ha dado un valor numérico que va desde el 0 cuando la manifestación se halla ausente, hasta el 3 cuando la manifestación es intensa. Cada subescala se cuantifica individualmente, estableciéndose el punto de corte entre 7 y 11 dependiendo de la sensibilidad y especificidad que se requiera, en el caso de nuestro estudio se tomaron dos puntos de corte, el primero se centra en un puntaje de 8 basándonos en el estudio del Dr. Ortega Soto y el segundo en 11, tomando como base la validación original realizada por Sigmond y Snaith. Con éste instrumento se evaluó la psicopatología de los pacientes. (7,20).

### **Procedimiento**

Después de la selección, se procedió a visitar a los pacientes en sus camas de los servicios en los cuales se hallaban hospitalizados, se les explicó en que consistía el estudio y la escala, y se les pidió consentimiento para su aplicación, cada uno de los ítems y de las posibles respuestas se les mencionó de la manera más clara para que fueran entendibles los reactivos y no tuvieran problemas a la hora de responder las preguntas.

### **Tratamiento estadístico de los datos**

La frecuencia de sintomatología ansiosa y depresiva se describe con porcentajes, promedios y desviación estándar.

Las enfermedades médicas se describen en porcentajes.

La edad se describe en rango, promedio y desviación estándar.

El sexo se describe en porcentajes.

Los días de estancia Intrahospitalaria se describen en rangos, promedios y desviación estándar.



## RESULTADOS

### Frecuencia de sintomatología depresiva y ansiosa

Se evaluaron a 100 pacientes, obteniéndose los siguientes resultados:

Al tomar como punto de corte un puntaje de 8 se encontró que 88 pacientes (88%), presentaron sintomatología ansiosa, en tanto que 82 pacientes (82%), presentaron sintomatología depresiva durante su internamiento.

Cuando tomamos como punto de corte un puntaje de 11 se encontró que 82 pacientes (82%), presentaron sintomatología ansiosa y 28 pacientes (28%), presentaron sintomatología depresiva.

El rango de los puntajes para la sintomatología ansiosa obtenido con la escala fue de 6 a 21, con un promedio de 13.7 puntos, y una desviación estándar de  $\pm 3.78$ .

El rango de los puntajes para la sintomatología depresiva fue de 5 a 20, con un promedio de 9.84 y una desviación estándar de  $\pm 2.92$ .

### Enfermedades médicas.

Se anotan a continuación los 5 padecimientos médicos que se encontraron mayormente asociados a la sintomatología depresiva y ansiosa en los pacientes hospitalizados, así como el porcentaje de cada uno de éstos, respecto del total de pacientes entrevistados:

1. - Enfermedades Neoplásicas (mama, cerebrales, útero y tubo digestivo): 26 pacientes (26%).
2. - Enfermedades hematológicas (leucemias, linfomas, anemia): 23 pacientes (23%).
3. - Cardiopatía isquémica y valvular: 22 pacientes. (22%).
4. - Enfermedades neurológicas (Malformaciones arterio-venosas, epilepsia y hemorragias): 8 pacientes (8%).
5. - Hepatopatías (cirrosis hepática, hepatitis alcohólica y viral): 6 pacientes. (6%). ( Ver Gráfica I).

### Edad de los pacientes:

El rango de edad de los pacientes fue de 21 a 78 años, con un promedio de 48.8 años y una desviación estándar de  $\pm 13.41$ . En cuanto al promedio de edad por sexo se halló que para las mujeres fue de 40.2 años con una desviación estándar de  $\pm 12.5$  y para los hombres fue de 38.7 con una desviación estándar de 10.1.

El grupo de edad con mayor proporción de pacientes fue el de 31 a 40 años con un total de 27 pacientes, seguido del de 41 a 50 con un total de 23 pacientes. (Ver Cuadro I).

Se encontró que el grupo de pacientes que presentó la mayor frecuencia de sintomatología ansiosa y depresiva fue el de 41 a 50 años con un total de 19 pacientes tomando como punto de corte un puntaje de 8, pero este disminuyó a 12 con un punto de corte de 11.

## **SEXO**

Del total de los pacientes, 58 (58%) correspondieron al sexo masculino, en tanto que 42 (42%) correspondieron al sexo femenino.

Al hacer un análisis se encontró que de los 58 hombres, 42 de éstos mostraron conjuntamente sintomatología ansiosa y depresiva, tomando como punto de corte una puntuación de 8 en la escala, en tanto que de las 42 mujeres, 30 mostraron tener en forma simultáneamente sintomatología ansiosa y depresiva.

Con el punto de corte de la escala en 11 se encontró que de los 58 hombres, solo 15 presentaron sintomatología ansiosa y depresiva en forma conjunta, en tanto que de las 42 mujeres, 10 presentaron ambas sintomatologías en forma simultánea.

## **DIAS DE ESTANCIA INTRAHOSPITALARIA**

El rango de días de estancia intrahospitalaria fue de 1 a 66 días, con un promedio de 8.08 días y una desviación estándar de  $\pm 10.4$ .

Al organizar los días de estancia hospitalaria en intervalos, se encontró que el intervalo de 1 a 5 días contenía a 54 pacientes del total seguido del de 6 a 10 días con un total de 24. ( Ver cuadro II ).

Se encontró que los pacientes que se hallaban entre el 1° y el 10 día de estancia hospitalaria mostraron la frecuencia más alta de estados depresivos y ansiosos, con 72 pacientes de un total de 78, tomando como punto de corte un puntaje de 8, y con 59 pacientes de 78, tomando un punto de corte de 11 en la escala.

## **SOLICITUD DE INTERCONSULTAS.**

Por último, se encontró que solo en 10 pacientes del total de entrevistados (10%), se solicitó interconsulta psiquiátrica con anterioridad a la entrevista, en tanto que el 90% restante carecía de la misma.

## DISCUSION

Este estudio se caracteriza por ser el primero que se realiza en México con una población abierta de Hospital General, básicamente pacientes hospitalizados de diversos servicios y con variadas patologías, revisando la literatura, encontramos que el Dr. Ortega Soto junto con Whalley en 1992, realizaron el único estudio de validación del HAD que existe en nuestro país, ellos lo aplicaron en pacientes quemados de un hospital de Traumatología obteniendo una sensibilidad de 75% tomando como punto de corte de la escala un puntaje de entre 7 y 8 para las subescalas. (8).

En nuestro estudio nosotros tomamos ambos puntos de corte, tanto el puntaje de 8 establecido por Ortega Soto y el de 11 establecido por los autores originales de la escala, Zigmond y Snaith (7). Los resultados obtenidos con el corte de 8 mostraron frecuencias elevadas tanto de sintomatología depresiva como ansiosa, predominando siempre la sintomatología ansiosa, al utilizar el punto de corte en 11 llama la atención que la sintomatología depresiva disminuye de manera considerable en los pacientes, pero la sintomatología ansiosa se conserva, los resultados obtenidos en ambos casos son concordante con la literatura respecto de el hallazgo de cifras altas de sintomatología depresiva y ansiosa en pacientes de hospital general, pero en nuestro caso estas cifras se incrementaron hasta en un 50 a 100%, respecto de lo mencionado por otros investigadores en el mundo; por ejemplo Julius (14) refiere un porcentaje de 43% de sintomatología ansiosa y un 38% de sintomatología depresiva en pacientes con cáncer, en tanto que las cifras de nuestro estudio muestran entre un 82 a 88% de sintomatología ansiosa dependiendo del punto de corte y entre un 28 y 82% de sintomatología depresiva, el Dr. Ortega Soto reporta cifras de sintomatología ansiosa en alrededor de un 70% y de sintomatología depresiva en alrededor del 90%, Es de resaltar que los pacientes estudiados por el Dr. Ortega Soto presentaban una patología severa como lo son las quemaduras corporales extensas que tienden a provocar en los sujetos estados extremos de ansiedad en un inicio y tienden a progresar a estados depresivos por las deformaciones severas que quedan como secuelas, lo anterior nos hace pensar que las cifras elevadas sobre todo de depresión y ansiedad halladas por el Dr. Ortega en éstos pacientes se vieron influenciadas por el trauma físico y mental al que se hallaban sometidos los pacientes en ese momento. (8).

Respecto del sexo se encontró que fueron más los pacientes hombres afectados que las mujeres en relación de 1.3 a 1, que es contrario a lo mencionado en la literatura, pero concordante con lo encontrado por Ortega Soto (8), quien en su muestra obtuvo una relación de 1.5 a 1 hombre/mujer, hay que tener en cuenta que dentro de la muestra obtenida en nuestro estudio predominaron los pacientes de sexo masculino.

Respecto de la edad, solo el estudio de Ortega Soto hace mención a esta, él refiere que en su estudio la edad promedio de los pacientes fue de  $28.5 + 10.6$  años para hombres y de  $35.8 + 14.8$  para mujeres, en nuestro estudio el promedio general de edad fue de  $48.8 + 13.4$  años. En nuestro caso la edad promedio para las mujeres fue de 40.2 años con una desviación estándar de  $\pm 12.5$  años y para los hombres de 38.7 años con una desviación estándar de  $\pm 10.1$  años. Es notoria la diferencia en los promedios de edad entre los estudios, en el caso de nuestra investigación los pacientes se hallaban en una edad que tendía más hacia la madurez y la vejez, en tanto que en el estudio del Dr. Ortega, los pacientes se hallaban dentro de etapas jóvenes, este hecho es importante, puesto que las quemaduras tienden a ser provocadas por accidentes y estos se presentan en grupos de edad joven, en tanto que las enfermedades crónicas encontradas en nuestro estudio tienden a presentarse más en pacientes maduros y ancianos, esto podría explicar la diferencia en cuanto a los promedios de edad.

El resto de las variables, tales como días de estancia intrahospitalaria, solicitud de interconsulta a psiquiatría y enfermedades físicas más frecuentes no pueden ser contrastadas con la literatura, ya que los artículos revisados solo mencionan casos donde la escala se aplicó en pacientes con una sola patología, y no se tomó en cuenta los días de estancia intrahospitalaria ni tampoco si los pacientes habían sido interconsultados por algún psiquiatra.

Pero es de hacer notar que en nuestro estudio se encontró que el grupo de pacientes que se hallaban entre el primer y décimo día de estancia intrahospitalaria mostraron cifras muy altas de ansiedad, en tanto que pacientes con un número alto de días de estancia presentaron cifras altas de depresión y aunque en los artículos revisados no mencionan tal situación, algunos autores como Kaplan si refieren que una estancia intrahospitalaria larga tiende a provocar cuadros depresivos en el paciente, en tanto que los primeros días de internamiento provocan una ansiedad extrema en el paciente, lo cual es concordante con lo obtenido en nuestro estudio.

Lo mencionado anteriormente nos permite discutir varias situaciones, primero las frecuencias obtenidas en el estudio, respecto de la sintomatología ansiosa y depresiva, mostraron variaciones respecto de las mencionadas en la literatura, pero se debe de tomar en cuenta que en el estudio utilizamos pacientes hospitalizados, con diversas patologías físicas, en tanto que la mayoría de los estudios reportados fueron hechos en pacientes con un solo padecimiento, aún así, existió concordancia respecto de la literatura referente a una frecuencia alta de sintomatología depresiva y ansiosa en pacientes de hospital general.

En cuanto a las enfermedades encontradas que con mayor frecuencia se asociaron a estados depresivos y ansiosos, se constató que los padecimientos crónicos, tales como las cardiopatías y las neoplasias fueron los que mayor alteración emocional provocan en los pacientes hospitalizados, cabe mencionar que es cierto que algunos servicios de los obtenidos en forma aleatoria, es en donde se maneja gran cantidad de estrés, como el caso de la Unidad Coronaria o el servicio de Oncología, lo cual también nos hace pensar en la necesidad de que en estudios posteriores se incluyan todos los servicios del hospital.

Respecto del sexo, como se mencionó anteriormente, los resultados se debieron a que en la muestra, los pacientes obtenidos fueron mayoritariamente hombres; tomando en consideración lo anterior, la relación obtenida entre hombre/mujer respecto de la sintomatología depresiva y ansiosa en el estudio, no puede tomarse como un dato definitivo puesto que los grupos no fueron homogéneos respecto de la cantidad de pacientes, es decir, no fue la misma cantidad de hombres que de mujeres, es por ello que este resultado es contrario a lo reportado en la literatura respecto de que la relación mujer/hombre en cuanto a la sintomatología ansiosa depresiva sea de 1.5 a 1.

En cuanto a los días de estancia intrahospitalaria, se constató que durante los primeros días de hospitalización los pacientes mostraron mayor sintomatología ansiosa, pero que a medida que la estancia se prolongó mostraron una tendencia mayor a presentar sintomatología depresiva, esto va muy en relación con los mecanismos psicológicos de adaptación del sujeto los cuales se ven afectados no solo por la enfermedad, sino también por el ambiente hospitalario.

Quizás el hallazgo más importante, del estudio fue el hecho de que prácticamente sea nulo el apoyo que se solicita al psiquiatra, esto demostrado a través de la escasa solicitud de interconsultas al servicio, esto puede hacer pensar dos cosas, primero: que el médico de otras especialidades no se interese por el aspecto psicológico de sus pacientes, lo cual es una situación seria y segundo, que el trabajo del psiquiatra dentro del hospital general no sea realmente valorado.

Podemos pensar que es necesario que se lleven a cabo muchos más estudios de este tipo, lo cual permitiría determinar la presencia de sintomatología ansiosa y depresiva en pacientes médicamente enfermos hospitalizados, lo anterior serviría para poder establecer un adecuado manejo de los trastornos ansiosos y depresivos con el fin de mejorar el estado general del paciente y reducir el tiempo de estancia hospitalaria con el consecuente ahorro de costos para las instituciones de salud.

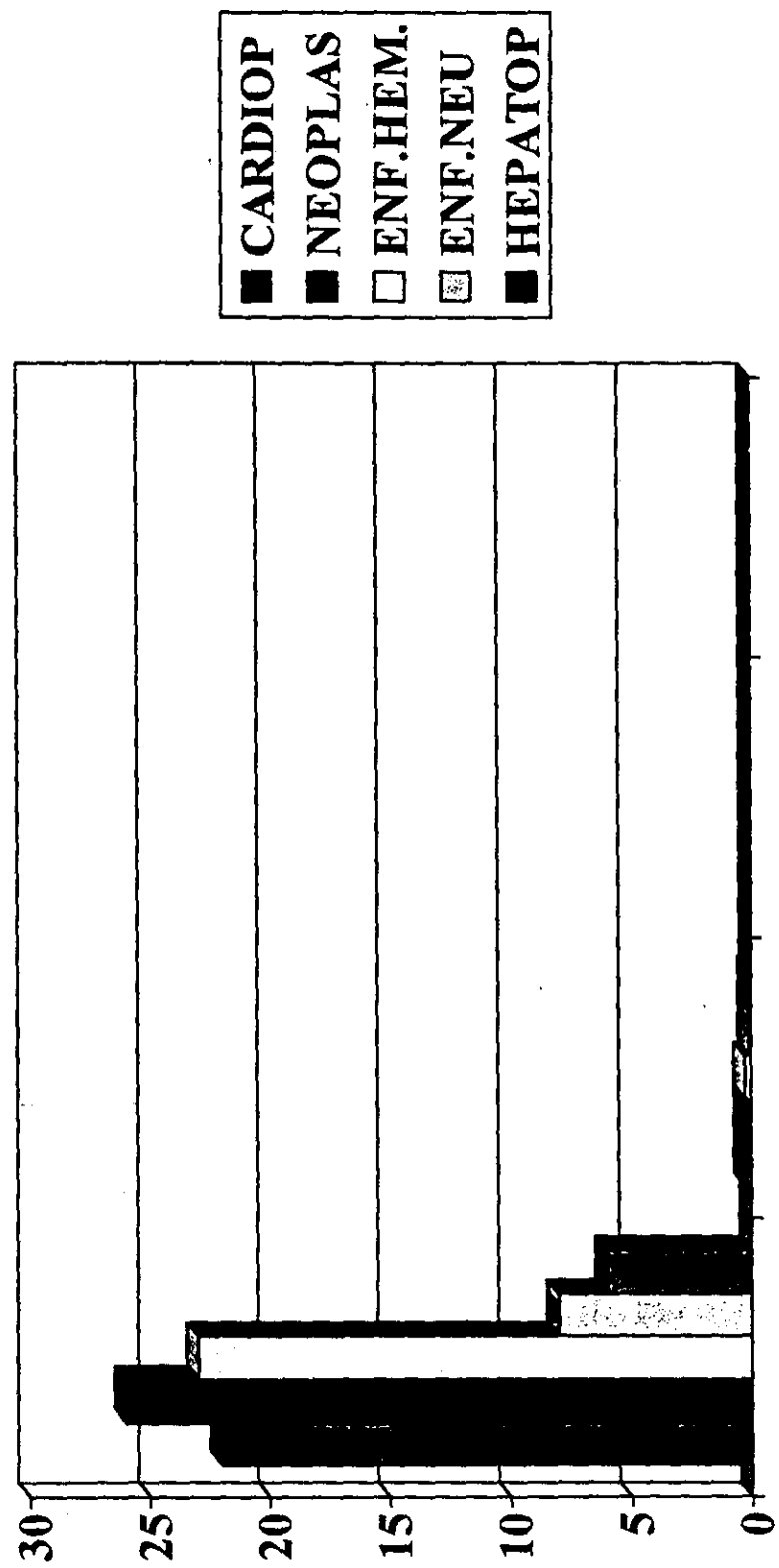
## CONCLUSIONES

- Se comprobó la hipótesis de que hay una frecuencia alta de sintomatología depresiva y ansiosa en los pacientes medicamente enfermos hospitalizados en el CMN 20 de Noviembre del ISSSTE.
- Las enfermedades crónicas como las cardiopatías y las neoplasias son las que con mayor frecuencia se asociaron a la existencia de sintomatología ansiosa y depresiva.

Se constató que los pacientes con pocos días de estancia intrahospitalaria mostraron niveles altos de sintomatología ansiosa pero que a medida que avanzó el tiempo de hospitalización hubo una tendencia mayor a la presentación de sintomatología depresiva.

Es clara la pobre comunicación que existe entre el resto de los especialistas y el psiquiatra, demostrado por la escasa solicitud de interconsultas al servicio.

# CINCO ENFERMEDADES MAS FRECUENTES ASOCIADAS A LA PRESENCIA DE SINTOMATOLOGIA ANSIOSA Y DEPRESIVA



# PORCENTAJE DE PACIENTES POR GRUPO DE EDAD

EDAD	PACIENTES	PORCENTAJE
20-30	10	10%
31-40	27	27%
41-50	23	23%
51-60	18	18%
61-70	16	16%
71-80	6	6%

PORCENTAJE DE PACIENTES DE ACUERDO A DIAS  
DE ESTANCIA INTRAHOSPITALARIA

DIAS DE EIH	PACIENTES	PORCENTAJE
1-5	54	54%
6-10	24	24%
11-20	13	13%
21-30	6	6%
30 y +	3	3%
total	100	100%



## BIBLIOGRAFIA

- 1.- Kaplan. H.I. Sadock. B.J. Trastornos del Humor. En. Tratado de Psiquiatría. 7ª edición. Ed. Panamericana. Argentina. 1996. Pp. 530-47.
- 2.- Cassem. N. Psiquiatría de Enlace Para Hospital General. 2ª. Edición. Ed. Díaz de Santos. Madrid. España. 1987. pp. 150.167.
- 3.- Silverstone. P. Concise Assesment for Depression: A Brief Screening Approach to Depression in the Medically Ill. J. Psychosomatic. Res. Vol. 41. No. 2. Pp. 161-170. 1996.
- 4.- Fava. G. Beyond the Biopsychosocial Model: Psychological Characterizations of Medical Illness. J. Psychoter. Res. Vol. 40. No 2. Pp. 117-120. 1996.
- 5.- Snaith. P. Keedwell. R. What do anxiety scales measure?. Acta Psychiatr Scand. 1996; 93: 177-180. 1996.
- 6.- Gibbons. D. Clark. D. Exactly what does the Hamilton Depression rating scale measure?. J. Psychiatr. Res. Vol. 27. No. 3. Pp. 259-73.
- 7.- Zigmond. A. Snaith. R. The Hospital Anxiety and depression Scale. Acta Psychiatr. Scand. Vol. 67. Pp. 361-70. 1983.
- 8.- Ortega Soto. H. Whalley J. Diagnóstico de ansiedad y depresión en pacientes quemados. El HAD como herramienta diagnóstica. Tesis para la obtención de la especialidad en Psiquiatría. UNAM. Pp. 1-27. 1992.
- 9.- Halles. J.R. Prevalence of psychiatry disorders in General Hospital. Am. J. Psychiatry. Vol. 76. Pp. 12-17. 1986.
- 10.- Katon.W. The impact of mayor depression on chronic medical illness. General. Hospital Psychiatry. Vol.18.pp. 215-219. 1996.
- 11.- Carroll. B. Et al. Screening for depression and anxiety in cancer patients using the HADS. General Hospital Psychiatry. Vol. 15. Pp. 69-74. 1993.
- 12.- Silverstone. P. Efficacy of the HADS in the diagnosis of major depression disorder in both medical and psychiatric patients. J. Psychosomatic. Res. Vol. 38. No. 5. Pp. 441-50. 1994.

13. - Karakula. H. et al. Use the HADS in psychosomatic disorders. *Psychiatria Polska*. 30(4): 653-67. 1996.
14. - Julius. S. George. S. Sample sizes for randomized trials measuring quality of life in cancer patients. *Quality of Life Research*. 6(2): 109-117. 1997.
15. - Spinhoven. P. Et al. A validations study of the HADS in different groups of Dutch subjects. *Psychological Medicine*. 27(2). 363-70. 1997.
- 16.- Spinhoven. P. Somatization and somatosensory amplification in psychiatry outpatients: a study explorative. *Comprehensive Psychiatry*. 38(2): 93-97. 1997.
- 17.- Hosaka. T. Depression among cancer patients. *Psychiatry & Clinical Neurosciences*. 50(6): 309-12. 1996.
- 18.- Porcelli. P. Et al. A prospective study of the relationship between disease activity and psychologic distress in patients wiht inflammatory bowel disease. *Scandinavian J. Gastroenterology*. 31(8). 792-6. 1996.
- 19.- Pincus. T. Prevalence of self-reported depression with rheumatoid arthritis. *B. J. Reumatology*. 35(9): 879-83. 1996.
- 20.- Lara.M.C. Manjarréz. G. Influencia de la Personalidad y Psicopatología del Paciente en su Satisfacción con la Relación Médico-Paciente. Tesis para obtener el título de Especialista en Psiquiatría. UNAM. Pp.12-13. 1996.
- 21.- Herрман.C. International Experiences with The Anxiety and depression Scale. A review of validation data and clinical results. *Journal. Psychotherapy.Res.* Vol. 42. No. 1. Pp. 17-41. 1997.