



**UNIVERSIDAD NACIONAL AUTÓNOMA
DE MÉXICO**



FACULTAD DE PSICOLOGÍA
DIVISIÓN DE ESTUDIOS PROFESIONALES

**VALIDACIÓN DE LA ESCALA HOSPITALARIA DE ANSIEDAD Y DEPRESIÓN
(HADS), EN UNA MUESTRA DE PACIENTES MEXICANOS CON ENFERMEDADES
RESPIRATORIAS CRÓNICAS**

T E S I S

QUE PARA OBTENER EL TÍTULO DE

LICENCIADA EN PSICOLOGÍA

S U S T E N T A N T E S:

ALMA VANESSA MADRIGAL GONZÁLEZ

MARÍA GUADALUPE PABLO DÍAZ

DIRECTOR:

DRA. ERYKA DEL CARMEN URDAPILLETA HERRERA

REVISOR:

DR. EDGAR LANDA RAMÍREZ

SINODALES:

DRA. CORINA MARGARITA CUEVAS RENAUD

DRA. LILIA JOYA LAUREANO

MTRA. LAURA ÁNGELA SOMARRIBA ROCHA

Ciudad Universitaria, Cd. Mx., 2021



Universidad Nacional
Autónoma de México



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.

AGRADECIMIENTOS

Agradecemos a nuestra directora de tesis, la Dra. Eryka Del Carmen Urdapilleta Herrera por su profesionalismo, conocimientos y apoyo en todo este proceso, sobre todo por habernos brindado su comprensión, confianza y paciencia en todo momento, ya que sin ella no hubiera sido posible todo esto.

También agradecemos al Instituto Nacional de Enfermedades Respiratorias (INER) por habernos permitido ingresar y llevar a cabo este proyecto, brindándonos todo su apoyo.

Un agradecimiento a la Universidad Nacional Autónoma de México (UNAM) y a la Facultad de Psicología por darnos las bases formativas para nuestro aprendizaje y desarrollo profesional.

Al Dr. Oscar Galindo Vázquez por su apoyo, observaciones, profesionalismo, conocimientos y experiencia en validaciones de instrumentos.

A la Mtra. Gabriela Lara Rivas por apoyarnos en el proyecto y brindarnos su confianza, paciencia y comprensión.

Al Lic. Joel Flores Juárez por su enorme paciencia, tiempo y dedicación para explicarnos de manera sencilla algunos procesos. Por su aprecio y amistad que nos ha permitido crecer profesionalmente.

Al Dr. Edgar Landa Ramírez por su apoyo, conocimientos y observaciones en la realización de nuestro proyecto.

A nuestro grupo de sinodales, la Dra. Corina Margarita Cuevas Renaud, la Dra. Lilia Joya Laureano y la Mtra. Laura Ángela Somarriba Rocha, por habernos brindado su tiempo, conocimientos y dedicación a la revisión de nuestro proyecto.

Un agradecimiento especial al personal médico y administrativo del INER que nos abrieron sus espacios para poder realizar este trabajo, especialmente al Sr. Humberto. También queremos agradecer a todos los pacientes por su tiempo, confianza y participación, ya que sin ellos nada de esto hubiera sido posible.

DEDICATORIA

Le dedico este proyecto a mi familia. A mi mamá María por todo el cariño y apoyo, por todos los años que se ha dedicado a sus hijos, por tratar de darnos una buena educación y estar para nosotros día y noche. A mi papá José Luis, que siempre ha trabajado por darnos lo mejor a mis hermanos y a mí, que día y noche siempre ha velado por nuestra seguridad, educación y aprendizaje, para que pudiéramos alcanzar nuestras metas. Es para los dos con mucho cariño.

A mis hermanas Adriana y Lisette, a mi hermano Luis y a mis cuñados Javier y Daniel, por su apoyo, cariño y comprensión, que me han hecho una mejor persona. Sigo aprendiendo de todos y comprendo que somos una familia muy unida que se apoya en todo.

A mis sobrinos Leonardo, Bruno y Frida, que son las personas que alegran mis días, quiero que sigan creciendo, aprendiendo y siempre tengan en cuenta que estaré con ustedes.

Alejandro gracias por enseñarme a ser mejor persona, por estar cuando más lo necesito, por impulsarme en mis metas, mis planes y proyectos, y por estar conmigo en las buenas, en las malas y en las peores, tienes mi admiración y amor incondicional.

A mis amigos más cercanos y compañeros de clases, gracias por acompañarme en estos años de universidad, por brindarme su amistad y estar ahí cuando lo necesitaba.

A Lupita mi amiga y compañera de tesis, por tu apoyo, comprensión, tiempo y dedicación para que resultara este proyecto, por compartir tantos momentos juntas y siempre apoyarnos mutuamente.

Con cariño Vanessa

DEDICATORIA

Quiero dedicar este proyecto con todo mi amor y cariño a mis padres Lizbeth y Fernando quienes me han cuidado, guiado y apoyado en todo momento durante todos estos años, quienes me han enseñado a ser una persona con valores y me han enseñado a no rendirme y siempre luchar para alcanzar todos mis anhelos. Sin duda siempre fueron y serán mi mayor ejemplo a seguir.

A mi hermano Fernando quien siempre ha sido mi compañero de vida, mi gran inspiración para salir adelante y por siempre demostrarme que siendo perseverante se puede llegar al objetivo final.

A mi cuñada Stephanie quien ha sido como una hermana para mí, brindándome siempre su apoyo, consejos y cariño en todo momento.

Y sobre todo a mis sobrinos Kevin y Mia quienes son mi mayor motivación en este nuevo camino profesional, para siempre brindarles todo mi amor y apoyo incondicional.

Gracias familia, ustedes son la parte más importante y fundamental para mi desarrollo personal y profesional, gracias a ustedes y a su enorme apoyo incondicional y cariño, he logrado llegar a ser quien soy y he podido cumplir cada una de mis metas, así como lo ha sido este gran proyecto.

Gracias por siempre darme toda su comprensión, motivación y apoyo emocional, y por siempre ayudarme a superarme cada día más.

A mi compañera principal y querida amiga Vane quien me ha brindado no solo su paciencia, apoyo y confianza para juntas poder concluir con este proyecto, sino también una muy bonita amistad y juntas hemos afrontado diversas situaciones.

Y en general a mis compañeros de clases y amigos cercanos quienes siempre me dieron palabras de aliento y motivación para seguir adelante y crearme capaz de poder lograrlo.

Con cariño Ma. Gpe.

ÍNDICE

| | |
|--|----|
| Resumen | 8 |
| Introducción | 9 |
| Capítulo 1. Validez y Confiabilidad de los instrumentos para evaluar Ansiedad y Depresión en México | 12 |
| 1. Conceptos generales en Psicometría | 12 |
| <i>1.1 Confiabilidad de un Instrumento</i> | 12 |
| 1.1.1 Generalidades de la confiabilidad. | 14 |
| 1.1.2 Fuentes de Inconsistencia. | 15 |
| 1.1.4 Coeficiente alfa (alpha α) de Cronbach y análisis de reactivos. | 16 |
| <i>1.2 Validez de un Instrumento</i> | 16 |
| 1.2.1 Validez de Contenido. | 17 |
| 1.2.2 Validez de Constructo. | 19 |
| 1.2.3 Validez Predictiva o de Criterio Externo o Empírica. | 19 |
| 1.2.4 Factores que Afectan la Validez. | 20 |
| 1.2.4.1 Administración y Calificación del Instrumento. | 21 |
| 1.3 Instrumentos Psicológicos útiles en la práctica clínica | 21 |
| <i>1.3.1 Inventarios</i> | 22 |
| <i>1.3.2 Examen Mental</i> | 25 |
| 1.3.3 Escalas | 26 |
| 1.3.3.1 Escalas de Depresión y Ansiedad en México. | 27 |
| 1.3.3.2 Escalas usadas en medios hospitalarios. | 30 |
| Capítulo 2. Origen y Evolución de la Escala Hospitalaria de Ansiedad y Depresión (HADS) | 35 |
| 2.1 Validaciones o estudios realizados para evaluar Ansiedad y Depresión en contexto hospitalario | 40 |
| 2.2 Uso de la HADS a nivel mundial | 42 |
| 2.3 Versión en Español (España) | 42 |
| 2.4 América Latina | 43 |
| 2.5 México | 44 |
| <i>2.5.1 En pacientes oncológicos</i> | 44 |
| <i>2.5.2 En mujeres en puerperio y embarazo</i> | 44 |
| <i>2.5.3 En pacientes quemados</i> | 45 |
| <i>2.5.4 En pacientes con obesidad</i> | 45 |
| <i>2.5.5 Pacientes con infección por VIH</i> | 46 |

| | |
|---|----|
| | 6 |
| 2.5.6 <i>En pacientes con trastorno de la conducta alimentaria</i> | 46 |
| 2.5.7 <i>En pacientes con cáncer de mama</i> | 47 |
| Capítulo 3. Síntomas de Ansiedad y Depresión con relación con la Enfermedad Respiratoria Crónica | 49 |
| 3.1 Salud | 49 |
| 3.2 Salud Mental | 49 |
| 3.3 Ansiedad | 49 |
| 3.4 Depresión | 50 |
| 3.5 Enfermedad crónica | 52 |
| 3.6 Ansiedad y depresión coexistentes con enfermedad médica. | 54 |
| 3.7 Enfermedad crónica respiratoria | 58 |
| 3.7.1 <i>Ansiedad y Depresión en pacientes con enfermedad pulmonar obstructiva crónica (EPOC)</i> | 60 |
| 3.7.2 <i>Ansiedad y depresión en pacientes con Asma Bronquial</i> | 63 |
| 3.7.3 <i>Depresión en pacientes con Tuberculosis</i> | 65 |
| Capítulo 4. Paciente hospitalizado | 67 |
| 4.1 Psicología Hospitalaria | 67 |
| 4.2 Contexto hospitalario | 69 |
| 4.3 El papel de la familia | 75 |
| Planteamiento del problema y Justificación | 78 |
| Método | 80 |
| Pregunta de investigación | 80 |
| Objetivo General: | 80 |
| <i>Objetivos Específicos:</i> | 80 |
| <i>Objetivos Secundarios:</i> | 80 |
| Hipótesis | 81 |
| Variables | 81 |
| Población y tipo de muestreo | 81 |
| Participantes | 82 |
| • <i>Criterios de inclusión:</i> | 83 |
| • <i>Criterios de exclusión:</i> | 85 |
| • <i>Criterios de eliminación:</i> | 85 |
| Tipo de estudio y diseño | 85 |
| Instrumentos | 85 |

| | |
|---|-----|
| Procedimiento | 87 |
| Análisis estadísticos | 90 |
| <i>Análisis realizados</i> | 91 |
| Resultados | 94 |
| Análisis factorial | 97 |
| Consistencia interna | 97 |
| Puntos de corte | 98 |
| Discusión y Conclusiones | 100 |
| Limitaciones del estudio | 105 |
| Referencias | 106 |
| Anexos | 118 |
| Anexo 1. Tamiz Psicológico HADS | 118 |
| Anexo 2. Tamiz Psicológico HADS. Notas clínicas | 119 |
| Anexo 3. Ficha sociodemográfica y examen mental | 120 |
| Anexo 4. Familiograma y notas clínicas | 121 |

Resumen

Los síntomas de ansiedad y depresión son algunos de los principales problemas de salud mental en pacientes hospitalizados con enfermedades respiratorias, por lo que su detección de forma válida y confiable es relevante para una oportuna y adecuada atención psicosocial.

Validar la Escala de Ansiedad y Depresión Hospitalaria (HADS) en una muestra de pacientes con enfermedades respiratorias. Se empleó un diseño transversal, instrumental con un muestreo no probabilístico, por disponibilidad. Se incluyeron 260 participantes diagnosticados con enfermedades respiratorias, con un rango de edad 15-95 años, 50.4% eran hombres y 49.6 % mujeres. Con diagnóstico de enfermedad respiratoria, evaluación dentro de las primeras 24 horas del ingreso, que hayan contestado el instrumento completo, no haber tenido diagnóstico psiquiátrico previo y no estar en tratamiento farmacológico y/o psicológico. La muestra estuvo caracterizada mayormente por enfermedades infecciosas y con comorbilidad. El análisis factorial de la HADS identificó dos factores corroborando la estructura original, con un alfa de la escala global $\alpha = 0.85$ y una varianza explicada de 44.84%. La HADS mostró ser un instrumento válido y confiable para su uso en la atención clínica e investigación dirigida a pacientes con enfermedades respiratorias. Esta población puede requerir atención psicosocial a lo largo de la atención de su salud.

Introducción

De acuerdo con la Organización Mundial de la Salud (2018) a escala mundial, las enfermedades no transmisibles son la causa principal de mortalidad; siendo así que causan 41 millones de defunciones al año, de las cuales 3.9 millones fueron por enfermedades respiratorias. Cientos de millones de personas sufren cada día las consecuencias de una enfermedad respiratoria crónica (ERC). Según estimaciones de la Organización Mundial de la Salud (2004), 235 millones de personas padecen asma, 64 millones enfermedad pulmonar obstructiva crónica (EPOC) y millones más rinitis alérgica y otras ERC que a menudo no llegan a diagnosticarse. Siguiendo con esa misma línea la Organización Mundial de la Salud (2017) de acuerdo con el estudio de la Carga Mundial de Morbilidad estimó la prevalencia de EPOC en 2016 en 251 millones de casos y de asma en 2017 de 235 millones en el mundo.

Los Foros de las Sociedades Respiratorias Internacionales (2017) mencionan que las enfermedades respiratorias imponen una inmensa carga sanitaria a nivel mundial, ya que figuran posicionándose dentro de las primeras treinta causas de muerte en todo el mundo, dentro de las cuales se encuentran (EPOC como tercera; infecciones de las vías respiratorias inferiores en cuarta; cáncer traqueal, bronquial y pulmonar en sexta; tuberculosis como duodécima y asma como veintiocho).

Se estima que 65 millones de personas padecen EPOC de moderada a grave, de los que aproximadamente tres millones mueren cada año, lo que la convierte en la tercera causa de muerte en todo el mundo. Las infecciones agudas de las vías respiratorias bajas se encontraron entre las tres principales causas de muerte. Se estima que los problemas de salud respiratorios causan casi 4 millones de muertes al año, por ejemplo, infecciones del tracto respiratorio, causadas por la influenza, matan de 250.000 a 500.000 personas. En 2015, 10,4 millones de

personas desarrollaron tuberculosis y aproximadamente 1,4 millones de personas murieron a causa de esta infección (Foro de las Sociedades Respiratorias Internacionales, 2017).

En este grupo de pacientes los síntomas de ansiedad y depresión se han asociado con varias patologías crónicas respiratorias (Gada et al., 2014). La prevalencia descrita de síntomas de ansiedad en pacientes con EPOC es del 35-40% (Yohannes y Alexopoulos, 2014), la cual está asociada a la presencia de déficits cognitivos (Roncero et al., 2016). Las dificultades para respirar generan síntomas de ansiedad, y cuando esto es persistente, puede manifestarse no solo como ansiedad generalizada, sino incluso como trastornos de pánico (Pothirat et al., 2015).

Miravittles et al., (2014) en 727 pacientes identificaron un 34,5% de síntomas de ansiedad y 27,6% síntomas de depresión, identificando que la presencia de disnea persistente genera mayores niveles de ansiedad y de depresión si se compara con una manifestación de escasos síntomas. También se han identificado en pacientes con EPOC prevalencia de depresión que oscilan de 6 a 75% (Pothirat et al, 2015). Por su parte Llanos-Tejada y Ponce-Chang (2019) en pacientes con Tuberculosis, identificaron 76% de depresión, siendo el Síndrome Depresivo Mayor (SDM) el 6% de la misma. Por su parte Lugo, Reynoso y Fernández. (2014) en pacientes mexicanos con EPOC identificaron que 50% se encontraban de leve a severamente deprimidos y 75% presentaron ansiedad de leve a severa.

Estas necesidades psicológicas y variaciones en prevalencias en pacientes con enfermedades respiratorias pueden ser debidas a lo heterogéneo de las distintas poblaciones estudiadas y/o a los diversos instrumentos utilizados, ya que en algunos casos se valoraban los síntomas de depresión y en otros se restringen a la presencia a cuadros depresivos establecidos (Roncero et al, 2016) adicionalmente un posible sub diagnóstico y el no tener equipos de salud mental puede interferir en la identificación de este grupo de sintomatología.

Diversos instrumentos se han desarrollado para evaluar síntomas de ansiedad y depresión en pacientes médicamente enfermos, una de las más utilizadas es la Escala de Ansiedad y Depresión Hospitalaria (HADS), desarrollada por Zigmond y Snaith (1983) el cual es útil en medios hospitalarios no psiquiátricos o en atención primaria. Este instrumento considera dimensiones cognitivas, afectivas y omite aspectos somáticos (insomnio, fatiga, pérdida de apetito) y así evita atribuirlos a la enfermedad. Se ha utilizado para fines de atención clínica y para identificar los efectos de intervenciones psicosociales en poblaciones con enfermedades crónicas y agudas.

La HADS ha sido utilizada en México para fines clínicos e investigación y validada en pacientes con obesidad (López et al., 2002) mujeres con diversas condiciones de enfermedad (Villegas, 2004), en pacientes con cáncer de mama (Ornelas-Mejorada y Tufiño y Sánchez-Sosa, 2011), en pacientes con VIH (Noguera et al., 2013), en pacientes mexicanos con cáncer (Galindo et al, 2015), en cuidadores primarios informales de pacientes con cáncer (Galindo et al., 2015), en personas con trastorno de la conducta alimentaria (Barriguete et al., 2017), en pacientes con enfermedades cardiovasculares (Herrera, Galindo y Lerma, 2018) reportando alfas de Cronbach de entre 0.78 y 0.90 y estructuras factoriales similares a la versión original.

Sin embargo, se carece de una versión validada para población mexicana con enfermedades respiratorias en este contexto el objetivo de este estudio fue validar la Escala de Ansiedad y Depresión Hospitalaria (HADS) en una muestra de este grupo de pacientes.

Capítulo 1. Validez y Confiabilidad de los instrumentos para evaluar Ansiedad y Depresión en México

1. Conceptos generales en Psicometría

La psicometría es el área de conocimiento que estudia los instrumentos de medición elaborados, verificando que cuenten con las garantías científicas para su uso de variables psicológicas.

Es a partir de la psicometría que se han estudiado las propiedades métricas exigibles en las mediciones, y con ellas se establecen las bases para que dichas mediciones se realicen de forma adecuada. La psicometría proporciona modelos para transformar los hechos en datos, con la finalidad de asignar valores numéricos a los participantes, sobre la base de sus respuestas (Muñiz, 1992).

Dos características deseables en toda medición son la confiabilidad y la validez; al referirse a cualquier instrumento de medición en el campo de las ciencias sociales y de la conducta, se consideran estas dos cualidades como aspectos claves de la llamada “solidez psicométrica” del instrumento (Cohen y Swerdlik, 2001). Siendo así que la confiabilidad y la validez son aspectos esenciales en la validación de pruebas.

1.1 Confiabilidad de un Instrumento

La confiabilidad indica la medida en que las diferencias individuales en los resultados pueden atribuirse a verdaderas diferencias en las características consideradas, así como también el grado en que pueden deberse a errores fortuitos. De esa forma, las mediciones sucesivas de un fenómeno estable deben dar los mismos resultados (Hernández et al., 2014).

Los procedimientos más utilizados para determinar la confiabilidad mediante un coeficiente son:

1) *Medida de estabilidad* (confiabilidad por *test-retest*): En este procedimiento un mismo instrumento de medición se aplica dos o más veces a un mismo grupo de personas o casos, después de cierto periodo. Si la correlación entre los resultados de las diferentes aplicaciones es muy positiva, el instrumento se considera confiable (Hernández et al., 2014).

2) *Método de formas alternativas o paralelas*: En este método no se administra el mismo instrumento de medición, sino dos o más versiones equivalentes de éste. Las versiones (casi siempre dos) son similares en contenido, instrucciones, duración y otras características, y se administran a un mismo grupo de personas simultáneamente o dentro de un periodo corto. El instrumento es confiable si la correlación entre los resultados de ambas administraciones es positiva de manera significativa (Hernández et al., 2014).

3) *Método de mitades partidas* (*split-halves*): Un método para determinar la confiabilidad de una prueba consiste en la división por mitades. En ese caso es posible obtener una medida de confiabilidad a partir de una única aplicación, ya que las mitades equivalentes de la prueba representan dos puntuaciones de cada persona (Anastasi y Urbina, 1998).

4) *Medidas de consistencia interna*: Éstos son coeficientes que estiman la confiabilidad: a) el alfa de Cronbach (desarrollado por J.L. Cronbach) y b) los coeficientes KR-20 y KR-21 de Kuder y Richardson del año 1937. El método de cálculo de éstos requiere una sola administración del instrumento de medición. Su ventaja reside en que no es necesario dividir en dos mitades a los reactivos del instrumento, simplemente se aplica la medición y se calcula el coeficiente. La mayoría de los programas estadísticos como SPSS y Minitab los determinan y solamente deben interpretarse. Garson (2013) establece que 0.60 es aceptable para propósitos exploratorios y 0.70 para fines confirmatorios, resultando 0.80 “bueno” en un alcance explicativo.

1.1.1 Generalidades de la confiabilidad.

La confiabilidad o fiabilidad, se refiere a la consistencia o estabilidad de una medida. Una definición técnica de confiabilidad que ayuda a resolver tanto problemas teóricos como prácticos, siendo así que es aquella que parte de la investigación de qué tanto error de medición existe en un instrumento de medición, considerando tanto la varianza sistemática como la varianza por el azar (Kerlinger y Lee, 2002). Por lo que dependiendo del grado en que los errores de medición estén presentes en un instrumento de medición, el instrumento será poco o más confiable.

A partir de estas consideraciones, los autores definen la confiabilidad como la ausencia relativa de errores de medición en un instrumento de medida. Considerándose como un puntaje observado o medido; a la suma de un puntaje real o verdadero más un puntaje de error o error de medición (Magnusson, 1978).

El tratamiento dado a la confiabilidad sobre estas premisas se enmarca dentro de la llamada teoría clásica de las pruebas (Kerlinger y Lee, 2002; Magnusson, 1978). Un modelo alternativo a este de las puntuaciones reales o clásico, es el conocido como teoría de la generalización, atribuida a Cronbach en 1970 y a sus colegas en 1972, teoría basada en la idea de que las puntuaciones de una persona varían de una prueba a otra (Cohen y Swerdlik, 2001) rebelándose contra el concepto de una puntuación verdadera.

Existen diversas definiciones de la confiabilidad las cuales son dadas partiendo de ciertas características del instrumento de medición. Sin embargo, una característica común a varios de ellos es la de considerar que mientras la validez se refiere a que se mide lo que se desea medir, la confiabilidad se refiere a la exactitud con que un instrumento de medida mide lo que quiere medir (Magnusson, 1978).

1.1.2 Fuentes de Inconsistencia.

De acuerdo con Nunnally (1970) menciona que entre los factores que reducen la confiabilidad o consistencia de un instrumento de medición pueden considerarse:

- a) Instrucciones no estandarizadas. Son aquellas que se originan por el encuestador, si las instrucciones del instrumento de medición son dadas oralmente sin tener un conjunto estándar de instrucciones que pueda leerse invariablemente.
- b) Errores en el registro de puntajes de respuesta. Son aquellas vinculadas a la transcripción “a mano” de los distintos puntajes de respuesta.
- c) Errores debido al ambiente de medición. Son los relacionados con la aplicación de los instrumentos en condiciones ambientales distintas (iluminación, niveles de ruido, confort, entre otros) a diversos grupos de encuestados.
- d) Errores debidos al muestreo de contenido. Presentes en situaciones cuando el objetivo del instrumento es estimar un puntaje de los encuestados respecto al dominio de ciertos contenidos.
- e) Errores debidos a fluctuaciones en los encuestados. Son aquellos que estrechamente vinculados al individuo encuestado, como distracciones momentáneas, equivocación al momento de marcar una respuesta en la hoja, un lápiz o bolígrafo roto o defectuoso, entre otros.

1.1.3 El Coeficiente α (alpha) de Cronbach.

El coeficiente de confiabilidad vinculado a la homogeneidad o consistencia interna, se compone del coeficiente alfa (alpha α), propuesto originalmente por Cronbach (1916-2001) en el año 1951. Se ha demostrado que este coeficiente representa una generalización de las populares fórmulas KR-20 y KR-21 de consistencia interna, desarrolladas en 1937 por Kuder y Richardson (Kerlinger y Lee, 2002), las cuales eran solo aplicables a formatos binarios de calificación o de

respuesta (dicotómicas). Por lo tanto, con el alfa (alpha α) de Cronbach, se puede evaluar la confiabilidad o consistencia interna de un instrumento constituido por una escala Likert, o cualquier escala de opciones múltiples.

Para determinar el coeficiente alfa (alpha α) Cronbach se calcula la correlación de cada reactivo o ítem con cada uno de los otros, resultando una gran cantidad de coeficientes de correlación. El valor de alfa (alpha α) es el promedio de todos los coeficientes de correlación (Cozby, 2005).

1.1.4 Coeficiente *alfa (alpha α)* de Cronbach y análisis de reactivos.

En la actualidad existen algunos paquetes estadísticos que permiten hacer el análisis de consistencia interna de los reactivos de un instrumento; estos análisis tratan de determinar el grado en el que están relacionados recíprocamente los reactivos (Levy y Varela, 2005).

Magnusson (1978), refiere que es el grado en que una prueba o instrumento mide un solo factor, es decir, el grado en que los reactivos en una escala son unifactoriales. Siendo así que, el coeficiente de consistencia interna dependerá directamente de las correlaciones entre los reactivos, esto es, del grado en que los reactivos midan la misma variable. Mientras más homogéneos sean los reactivos, mayor será el valor de la consistencia interna para un número dado de reactivos.

1.2 Validez de un Instrumento

La validez indica si el resultado de la medición corresponde a la realidad del fenómeno que se está midiendo. El constructo cuantificado por una prueba puede definirse mediante el examen de las fuentes objetivas de información. La validación que compara el puntaje de la escala que se está validando, con un patrón de oro que generalmente es una escala reconocida por su alta calidad de medición, se denomina validez concurrente (Anastasi y Urbina, 1998).

Aunque existen diversos tipos de validez, se habla en términos generales de validez de constructo teniendo en cuenta que los otros tipos de validez y sus procedimientos representan fuentes de información que contribuyen a la definición y comprensión de los conceptos evaluados por la prueba. Un procedimiento comúnmente utilizado para este tipo de validación es el análisis factorial. Ese método utiliza una gran variedad de técnicas estadísticas cuyo objetivo común es representar un conjunto de variables observadas en términos de un número menor de variables hipotéticas latentes denominadas factores (Muñiz, 1996).

Corral (2009) define que la validez de un instrumento consiste en que mida lo que tiene que medir (autenticidad), dentro de los cuales algunos procedimientos a emplear son: Known-groups (preguntar a grupos conocidos), predictive validity (comprobar comportamiento) y cross-check- questions (contrastar datos previos). Al estimar la validez es necesario saber a ciencia cierta qué rasgos o características se desean estudiar, a este rasgo o característica se le denomina validez de criterio.

Ruiz (2002) afirma que lo que interesa saber es que tan bien corresponden las posiciones de los individuos en la distribución de los puntajes obtenidos con respecto a sus posiciones que representa la variable de criterio.

Corral (2009) Menciona tres tipos de validez: de contenido, de constructo y predictiva o de criterio externo.

1.2.1 Validez de Contenido.

Se refiere al grado en que un instrumento refleja un dominio específico del contenido de lo que se quiere medir, se trata de determinar hasta donde los reactivos de un instrumento son representativos del universo de contenido de la característica o rasgo que se quiere medir.

La validez de contenido no puede expresarse cuantitativamente es más bien una cuestión de juicio, se estima de manera subjetiva o intersubjetiva empleando, usualmente, el denominado Juicio de Expertos. Se recurre a ella para conocer la probabilidad de error probable en la configuración del instrumento, pueden emplearse diversos métodos como son:

- Método de Agregados Individuales: Esta consiste en que cada experto da una estimación directa de los reactivos del instrumento de manera individual, en la cual, cada uno juzga la relevancia y congruencia de los reactivos con el contenido teórico, la claridad en la redacción y el sesgo o tendenciosidad en la formulación de los reactivos, es decir, si sugieren o no una respuesta (Corral, 2009).
- Método Delphi: este método fue creado en 1948 para obtener la opinión de expertos de una manera sistemática. Consiste en que cada experto responde de manera individual y anónima a un cuestionario, después se analizan las respuestas del conjunto de expertos, se remite a cada uno la respuesta mediana obtenida, así como el intervalo intercuartil para cada cuestión y se les pide que reconsideren su juicio anterior, teniendo en cuenta estos datos. Con este método los expertos comparten en cierto modo sus opiniones, sin que existan discusiones ni confrontaciones directas entre ellos (Corral, 2009).
- Técnica de Grupo Nominal: en general, esta técnica tiene un parecido al método delphi, solo que en esta técnica se permite algún debate entre los expertos, para que aclaren y compartan la información que cada uno está considerando. Aunque hay un intercambio de pareceres, los juicios se emiten de forma individual y la estimación final suele ser la media aritmética del conjunto de las estimaciones dadas por los expertos (Corral, 2009).

- Método del Consenso Grupal: Se reúne a los expertos en un lugar determinado, en el que se les indica que su tarea consiste en lograr una estimación de la pertinencia y otros aspectos relacionados con la elaboración de los reactivos, que sea satisfactoria para todos los expertos, llegando así a un consenso grupal (Corral, 2009).

1.2.2 Validez de Constructo.

Esta validez interesa cuando se quiere usar el desempeño de los participantes con el instrumento para inferir la posesión de ciertos rasgos.

Para estudiar este tipo de validez es necesario que exista una conceptualización clara del rasgo estudiado basado en una teoría determinada.

Muchas pruebas psicológicas intentan medir rasgos generales o cualidades de un individuo, tales como: razonamiento verbal, visualización espacial, sociabilidad, introversión e interés mecánico son designaciones de constructos o de rasgos. Las pruebas de estas funciones son válidas en tanto se comporten de la manera que cabría esperar que se comportara el rasgo (Corral, 2009)

1.2.3 Validez Predictiva o de Criterio Externo o Empírica.

Esta pretende determinar, hasta dónde se puede anticipar el desempeño futuro de una persona en una actividad determinada. La validez predictiva se estudia comparando los puntajes de un instrumento con una o más variables externas denominadas variables de criterio. Se establece una correlación, la cual se interpreta como índice de validez.

Existen cuatro cualidades deseables en una medida criterio, en orden de importancia son:

- Atingencia: Se considera que un criterio es atingente en la medida en que esta medida criterio corresponde con o ejemplifica el éxito en el trabajo.

- Libre de sesgos: La medida debería ser aquella en la que cada persona tiene las mismas oportunidades de obtener una buena puntuación.
- Confiabilidad: Debe ser estable o reproducible si ha de ser predicha por algún tipo de prueba.
- Disponibilidad: Debe tener en cuenta límites prácticos como: ¿Qué tanto se debe esperar para obtener una puntuación?, ¿cuánto dinero costarán las interrupciones de las actividades? (Corral, 2009).

1.2.4 Factores que Afectan la Validez.

Existen varios factores que tienden a distorsionar los coeficientes de validez y a complicar su interpretación, algunos de ellos son:

Construcción del Instrumento

Algunos de los factores a evitar, para que el instrumento sea válido son:

- Instrucciones imprecisas o vagas
- Estructura sintáctica de las oraciones muy difíciles
- Preguntas inadecuadas respecto a las especificaciones (sobre todo en pruebas escritas y orales)
- Preguntas que sugieren la respuesta
- Ambigüedad en la formulación de los reactivos, que lleven a diferentes interpretaciones
- Cuestionarios demasiado cortos (no incluyen una muestra adecuada de los indicadores a medir), con pocos reactivos
- Reactivos incongruentes con el universo de contenido, sin relación con los rasgos o características a medir

- Ordenamiento inadecuado de los reactivos
- Patrón identificable de respuestas (sobre todo en pruebas de selección)

1.2.4.1 Administración y Calificación del Instrumento.

Entre estos factores se encuentran: tiempo insuficiente para responder, ayuda adicional de otros participantes, y en caso de pruebas: las chuletas o copias, la subjetividad en los puntajes de las preguntas.

Respuestas de los Participantes

Los factores que influyen son: bloqueo de los participantes al responder debido a situaciones emocionales y las respuestas al azar.

Naturaleza del Grupo y del Criterio.

Debe ser aplicado el instrumento para el grupo al cual fue diseñado, ya que puede ser inapropiado para otros grupos (Corral, 2009).

1.3 Instrumentos Psicológicos útiles en la práctica clínica

Las pruebas psicométricas o también llamados tests psicométricos son instrumentos que se utilizan en psicología para la medición de los atributos psicológicos y que utilizan el concepto de medición con fundamento en la psicometría (Aliaga, 2006). Todos ellos requieren para un correcto uso, la medición de la validez y confiabilidad antes de ser aplicados y utilizados clínicamente.

Autores como Rey (1973) citado por Aliaga (2006), menciona que el test psicométrico es un procedimiento estandarizado compuesto por reactivos seleccionados y organizados, concebidos para provocar en el individuo ciertas reacciones registrables; reacciones de toda naturaleza en cuanto a su complejidad, duración, forma, expresión y significado.

Otros autores como Anastasi y Urbina (1998) consideran a la prueba o tests psicométrico como un conjunto de estímulos seleccionados haciendo uso de una fundamentación teórica, psicológica y psicométrica, en función de un propósito. Estos estímulos son presentados a participantes en condiciones controladas con el objeto de poner de manifiesto conductas relevantes que debidamente interpretadas con base a normas y/o criterios permiten la toma de decisiones respecto a un individuo, un grupo o un proceso.

Los tests son tantos y con objetivos tan distintos que es posible clasificarlos de muchas maneras. Así se han hablado de test verbales y motores, de tests de rendimiento y de ejecución, de tests objetivos y proyectivos, entre otros. Pudiéndose clasificar según el método en psicométricos o proyectivos, según el área del comportamiento estudiado, por ejemplo, tests de inteligencia, de aptitudes, de rendimiento, de personalidad, de intereses, de actitudes, entre otras; según la finalidad de investigación o diagnóstico o por la forma de aplicación (lápiz y papel, individual, colectiva) (Cortada, 1999).

Las escalas psicométricas son instrumentos de medición frecuentemente utilizados en muy diversas áreas del conocimiento, ya que permiten evaluar una vasta gama de constructos psicosociales y de la salud (Calleja, 2011).

Los profesionales clínicos, con orientación psicométrica, utilizan métodos objetivos más estructurados para la evaluación de la personalidad. Dado que las pruebas de personalidad miden rasgos, cualidades o conductas que determinan la individualidad de una persona;-aparecen en muchas variedades, incluyendo lista de cotejo, inventarios y técnicas proyectivas (Urbina, 2007).

1.3.1 Inventarios

Los inventarios son: instrumentos de autoinforme que describen algunos rasgos o indicadores de alguna conducta o estado emocional de un individuo.

Estos abundan en los detalles de la metodología psicométrica, destacando los índices de confiabilidad, las claves o criterios empíricos, el análisis factorial, la validación de constructo y otras formas de conocimiento técnico (Gregory, 2012).

Gregory (2012) menciona que los psicólogos contemporáneos se han basado sobre todo en tres tácticas para el desarrollo de las pruebas de personalidad:

- *Inventarios basados en la teoría:* la elaboración de varios inventarios de autoinforme se basó buena medida en teorías formales o informales de la personalidad, siendo así que en este grupo se incluyen aquellos inventarios donde el creador de la prueba diseñó el instrumento alrededor de una teoría existente. Un ejemplo de estos inventarios es el Formato de Investigación de la Personalidad (*Personality Research Form, PRF*) que se basó en la teoría de la personalidad de Murray, de necesidades y presiones.
- *Inventarios derivados del análisis factorial:* los cuales producen una teoría retrospectiva basada en los hallazgos iniciales de la prueba. Un ejemplo de este grupo de inventarios es el Cuestionario de Personalidad de Eysenck, el cual se diseñó para medir las principales dimensiones de la personalidad normal y anormal. La utilidad práctica del instrumento encuentra apoyo en numerosas investigaciones publicadas.
- *Inventarios con clave o criterio empírico:* En este enfoque los reactivos son asignados a una escala particular si, y sólo si, discriminan entre un grupo criterios bien definidos y un grupo de control relevante. El Inventario Multifásico de Personalidad de Minnesota 2 (MMPI-2), es un ejemplo de este tipo de inventarios.

Debido a esto, principalmente se cuentan con dos tipos de inventarios, dirigidos a diferentes tipos de pacientes, ambulatorios y hospitalizados López e Iriando (2019) los definen de la siguiente manera:

- *Inventarios para pacientes ambulatorios:* Son aquellos inventarios que se aplican a pacientes derivados desde diferentes servicios a las consultas de psicología clínica, o aquellos pacientes que visitan un consultorio médico o psicológico por razones de diagnóstico o tratamiento sin pasar la noche en el mismo, poniendo el énfasis en aspectos relacionados con la salud o determinada situación traumática severa, bien con una perspectiva preventiva y de promoción de salud o terapéutica. Aunque no siempre, en bastantes casos la consulta ambulatoria supone la continuación de una intervención iniciada durante el ingreso, por ello una de las tareas es discriminar de forma adecuada un siguiente nivel de atención.

- *Inventarios para pacientes hospitalizados:* Son aquellos inventarios que se aplican a pacientes que por su condición médica o mental se encuentran hospitalizados por motivos diferentes a su condición mental, es decir, por una condición médica. Estos pacientes pueden tener previamente antecedentes de salud mental, los cuales requieren de un seguimiento, o bien, también puede haber pacientes que no tengan antecedentes previos, pero se da el caso, de que se detecten en ese momento, o incluso esté presente cierta sintomatología reactiva, en ocasiones severa, esto como fruto de la condición que provoca el ingreso. Una consideración especial merecen todos aquellos casos en los que puede concurrir un componente conversivo o facticio en la presentación del cuadro clínico, precisándose tanto de un diagnóstico adecuado, como de un tratamiento acorde al mismo. Esto se puede presentar tanto en los pacientes que sufren pérdidas de gran

impacto, con riesgo de evolucionar hacia duelos patológicos u otras alteraciones, como aquellos en los que se detecta un componente psicossomático en el inicio o curso de la enfermedad.

1.3.2 Examen Mental

El estado mental o psíquico es una categoría primaria del examen del sistema nervioso. El examen mental como método del diagnóstico neurológico se impone ante la necesidad de integrar la historia clínica y los elementos aportados por el examen físico y las pruebas diagnósticas especiales. Ningún diagnóstico del estado neurológico está completo sin una adecuada evaluación mental. Siguiendo con ello, el propósito del examen mental es separar a los enfermos que tienen evidencias firmes para un diagnóstico clínico, de los que requieren una investigación más completa y detallada. Su fin específico es identificar la enfermedad cerebral y, en lo posible, señalar las áreas de disfunción (Rodríguez-García y Rodríguez-Pupo, 2006).

Usualmente la valoración inicial dura cerca de 10-15 minutos. Una valoración completa puede llegar a extenderse entre 45 y 90 minutos. En ocasiones se requiere de tiempo adicional para completar la evaluación, siendo recomendable programar una sesión adicional.

De acuerdo con Rodríguez-García y Rodríguez-Pupo (2006), el examen mental, al igual que el examen físico, comienza con las primeras palabras de la entrevista. Al obtenerse los antecedentes se puede discernir el nivel de alerta, orientación, estado de ánimo, atención y memoria, así como los trastornos del pensamiento o las percepciones. La presencia de deterioro del nivel de conciencia o de la atención limitará marcadamente la profundidad del examen mental. El lenguaje espontáneo y al responder las preguntas se evaluará tempranamente en el curso de la entrevista porque ciertos enfermos con afasia no ejecutan con validez la mayoría de las pruebas referentes a la memoria verbal, razonamiento abstracto, y cálculo. La edad, destreza

manual, nivel educacional, lenguaje primario y bases socioculturales son factores que también se determinarán al inicio del examen.

- Nivel de conciencia: se define operacionalmente como el estado de percepción de la persona de sí mismo y el ambiente, y la capacidad de reacción a la estimulación externa y las necesidades internas. El nivel de conciencia se equipara con el estado de excitación o su grado de variación a partir del estado de alerta normal (Rodríguez-García y Rodríguez-Pupo, 2006).
- Orientación: capacidad de apreciar la identidad personal y su relación temporal y espacial (Rodríguez-García y Rodríguez-Pupo, 2006).
- Pensamiento: los procesos del pensamiento hacen referencia a la forma en que las ideas se relacionan y progresan hacia un objetivo específico, no a las ideas en sí (Rodríguez-García y Rodríguez-Pupo, 2006).
- Discurso: es un sistema simbólico complejo para expresar, recibir y comprender las ideas y pensamientos. Es una función necesaria para un examen detallado de las funciones mentales (Rodríguez-García y Rodríguez-Pupo, 2006).

1.3.3 Escalas

Se trata de un método para medir las variables que constituyen las actitudes, siendo las más comunes las de Likert y las de Guttman. Consta de un conjunto de reactivos en forma de afirmaciones que miden la reacción de un sujeto utilizando tres, cinco o siete categorías. (De acuerdo, desacuerdo, favor, en contra, indiferente, entre otras). Es un instrumento mecánico (variables objetivas) usa una escala ordinal.

Los datos recabados son transformados a números para su análisis, utiliza la estadística para resolver el análisis de los resultados. El análisis del contenido se efectúa por medio de la

codificación y la obtención de unidades que permitan efectuar descripciones precisas (Hernández et al., 2006).

Como se mencionó con anterioridad, existen en México diversas escalas para medir diversos factores psicológicos. Por ejemplo; Distrés psicológico, ansiedad en los diferentes contextos, depresión, entre otros.

Tanto las escalas como los inventarios, así como las demás pruebas psicométricas, deben contar con validez y confiabilidad suficiente y estar adaptadas a la población específica donde se pretende aplicar. Esto favorece la utilidad y la toma de decisiones en el contexto clínico ya sea ambulatorio u hospitalario.

1.3.3.1 Escalas de Depresión y Ansiedad en México.

- Escala de Birleson para el trastorno depresivo mayor, validado en México por De la Peña, et al, (1996). Validación de la Escala Birleson (DSRS). Evalúa la sensación de tristeza, pérdida del humor, reducción de respuestas voluntarias, pasividad, sensación de incapacidad y desesperanza. Mide la variación de los efectos de la depresión, desde un abatimiento ligero hasta una desesperación extrema, así como la sensación consistente de insuficiencia y de falta de ánimo. Cuenta con 18 afirmaciones, validado en 349 adolescentes. Con un análisis factorial de componentes principales sin rotación se produjo un factor que explicó 28.8% de la varianza total. El índice de confiabilidad para la escala completa fue de alfa de Cronbach = 0.85, lo cual indica una alta confiabilidad.
- Escala para evaluar los subtipos del trastorno depresivo mayor de Ramos y Silva (2016) la cual es una escala útil para diferenciar los subtipos del trastorno depresivo mayor, conformada por dos factores: depresión atípica y depresión melancólica, con un

grupo de 266 pacientes con trastorno depresivo mayor, con un promedio de edad de 32.14 años (D.E. = 11.20 años). Tiene 12 reactivos, con 4 opciones de respuesta agrupados en 2 factores, y su alfa de Cronbach es de 0.68, lo cual indica un buen índice de confiabilidad.

- La Escala de Depresión del Centro de Estudios Epidemiológicos (CES-D), es una revalidación de la escala original, consta de 20 reactivos agrupados en 4 factores para para detectar probables casos de depresión. Fue diseñada a partir del estudio en poblaciones clínica y general, y en la actualidad es una de las más utilizadas para evaluar sintomatología depresiva en ámbitos clínicos y de investigación a nivel internacional y nacional. El índice de confiabilidad (alfa de Cronbach) obtenido para la escala total fue de 0.83, lo cual indica una alta confiabilidad para la escala. La muestra en la que se validó la escala estuvo integrada por 57,403 estudiantes de nuevo ingreso a bachillerato y licenciatura de México (González-Forteza, et al, 2011).

- Escala de depresión de Girardi (1988). Evalúa la tendencia, en adolescentes, a experimentar tristeza, pérdida de la confianza en sí mismo, disminución de las relaciones interpersonales, confrontación y desesperanza. Conformada por 19 afirmaciones validada en 1440 estudiantes de preparatorias de la UNAM, aparentemente sanos. Los cuatro factores de la escala, obtenidos con un análisis factorial con rotación oblicua, explicaron 95.3% de la varianza total. La confiabilidad de las subescalas osciló entre (alfa de Cronbach) = 0.70 y 0.83, lo cual indica un buen índice de confiabilidad.

- Escala de depresión para adolescentes mexicanos (EDAM) de Axelrod y Pick (1988). Evalúa síntomas depresivos en jóvenes, tales como: desgano, insatisfacción, inseguridad, tristeza, soledad y pesimismo. Con 29 adjetivos. En una población de 455 hombres y mujeres de 18 a 21 años de edad, mexicanos, aparentemente sanos. Los seis

factores de la escala, obtenidos con un análisis factorial del tipo PA2 con rotación varimax, explicaron el 86.7% de la varianza total. La confiabilidad de las subescalas osciló entre un alfa de Cronbach de 0.57 y 0.83, lo cual indica una alta confiabilidad para la escala.

- Lista de adjetivos de depresión de Axelrod (1990). Evalúa sentimientos y estados de ánimo que experimenta la persona en el momento presente, en términos de felicidad versus tristeza, seguridad versus inseguridad, optimismo versus pesimismo y satisfacción versus insatisfacción. Con 41 adjetivos. En una muestra de 990 personas: 527 adultos y 463 adolescentes mexicanos, aparentemente sanos. Se efectuó un análisis factorial con rotación varimax. Se produjeron cuatro factores que explicaron el 77.4% de la varianza total. El índice de confiabilidad para la escala completa fue de un alfa de Cronbach 0.94, lo cual indica una alta confiabilidad para la escala.

- Escala de ansiedad de Cañizales (1994). Evalúa las respuestas de nerviosismo o agitación asociadas comúnmente con un acontecimiento futuro. Contiene 24 afirmaciones de Casi nunca (0) a Siempre (4), validada en una muestra de 500 mujeres embarazadas entre los 13 y 43 años, mexicanas, aparentemente sanas. El análisis factorial con rotación varimax y rotación oblicua produjo cuatro factores que explicaron 46.8% de la varianza total. Los índices de confiabilidad obtenidos para las subescalas oscilaron entre (alfa de Cronbach) 0.80 y 0.83, lo cual es un buen indicador de confiabilidad y validez psicométrica.

- Escala de estrés cotidiano social de González (1992). Evalúa la presencia, en el contexto social, de situaciones de la vida diaria que significan simbólicamente daño, amenaza o desafío. Con 17 afirmaciones de Nada (0) a Mucho (3) validada en 423

estudiantes de secundarias públicas y privadas de 1o., 2o. y 3o mexicanos. Se efectuó un análisis factorial con rotación varimax. Se produjeron cuatro factores que explicaron 54.2% de la varianza total. Los índices de confiabilidad obtenidos para las subescalas oscilaron entre (alfa de Cronbach) 0.52 y 0.78, lo cual es un indicador de alta confiabilidad.

1.3.3.2 Escalas usadas en medios hospitalarios.

En medios hospitalarios, las escalas e inventarios que frecuentemente se utilizan para medir síntomas de ansiedad y depresión son:

Escala de Ansiedad y Depresión de Goldberg

En su versión castellana, validada por Montón et al., (1993) ha demostrado confiabilidad y validez en el ámbito de la atención primaria y presenta una sensibilidad de 83.1%, una especificidad de 81.8% y un valor predictivo de 95.3%. Es una prueba que consta de dos subescalas: una para las detecciones de síntomas de ansiedad y otra para síntomas de depresión, conformadas por nueve preguntas con respuesta dicotómica (sí/no).

Los puntos de corte son igual o mayor a 4 para la escala de ansiedad, e igual o mayor a 2 para la de depresión. Existe una clara mejora de la sensibilidad al aumentar la gravedad del trastorno psicopatológico, obteniendo puntuaciones más altas que pueden proporcionar una medida dimensional de la gravedad de cada trastorno por separado. La elevación de los puntos de corte igual o mayor a 5 e igual o mayor a 3 mejora la especificidad y la capacidad discriminante de las escalas, con una ligera disminución de la sensibilidad.

La Escala de Ansiedad y Depresión de Goldberg (EADG) está diseñada para detectar “probables casos”, no para diagnosticarlos; su capacidad discriminativa ayuda a orientar el diagnóstico, pero no puede sustituir al juicio clínico.

El hecho de que las respuestas sean dicotómicas obliga a interpretar la respuesta en los casos de intensidad leve en función de su significación clínica. Algunas situaciones, tales como acontecimientos vitales estresantes, problemática social, y enfermedad somática grave, pueden producir falsos positivos al reflejar el malestar del paciente en las contestaciones a algunos reactivos, pero sin que ello comporte un estado psicopatológico con relevancia clínica. Otras situaciones (trastornos crónicos, trastornos de la personalidad, alcoholismo, conductas de negación) pueden producir falsos negativos.

En México se validó en una muestra de 276 participantes masculinos de 18 a 65 años atendidos en consulta externa de diversas instituciones de salud de Ciudad Victoria, Tamaulipas. En el cual se obtuvo un coeficiente alfa de consistencia interna de 0.85 para síntomas de ansiedad y 0.83 para síntomas de depresión, lo cual indica un buen indicador de confiabilidad y validez de la escala (Espinosa et al., 2015).

Inventario de Ansiedad de Beck (BAI)

El Inventario de Ansiedad de Beck, cuyas siglas son BAI, originalmente de Aarón Beck y Robert Steer. Validada en México por Robles et al., (2011). Evalúa la severidad de los síntomas de ansiedad y los diferencia de los de depresión. Es uno de los instrumentos más empleados en población clínica y no clínica, para evaluar sintomatología ansiosa, se ha estudiado tanto en población general como psiquiátrica, adolescentes y adultos. Consta de 21 reactivos con 4 opciones de respuesta. El índice de confiabilidad (alfa de Cronbach), obtenido para la escala total fue de 0.83, lo cual indica una alta confiabilidad. Se obtuvo la confiabilidad test-retest del inventario (20 días entre aplicaciones); el índice de correlación intraclase fue $r = .75$. La validez convergente se obtuvo correlacionando los puntajes del inventario con los del IDARE (Inventario de Ansiedad Rasgo Estado); con la escala de ansiedad de estado: $r = .60$; con la de

ansiedad de rasgo, $r = .59$. Los pacientes con trastornos de ansiedad obtuvieron puntuaciones medias significativamente más altas que los participantes de población sana. El inventario fue evaluado en 4 estudios: Estudio 1. 350 estudiantes universitarios. Estudio 2. 1,000 personas, hombres y mujeres, de 15 a 80 años de edad, que acudían a centros comerciales, escuelas, bancos y parques de la ciudad de México. Estudio 3. 188 personas, hombres y mujeres, de 15 a 65 años de edad, entrevistados en su domicilio. Estudio 4. 60 pacientes psiquiátricos con trastornos de ansiedad y 132 personas sanas, con edad promedio de 34.5 y 31.40 años, respectivamente.

El BAI se administra habitualmente antes y después del tratamiento, indicando una reducción estadísticamente significativa en la puntuación media como una respuesta positiva al tratamiento (Magán et al., 2008).

El BAI puede ayudar a responder a la pregunta de si un paciente está igual, ha disminuido o incrementado su ansiedad de forma clínicamente significativa (Sanz, 2014).

Inventario de depresión de Beck (BDI)

El inventarios de depresión de Beck, cuyas siglas son BDI, originalmente fue desarrollado por Beck et al., en 1988, fue estandarizado por Jurado et al., (1998) en México con 3 estudios: Estudio 1: 81 personas, hombres y mujeres, para el estudio piloto, y 1,508 (650 personas de población general y 858 estudiantes) para el estudio normativo. Estudio 2: 120 pacientes con diagnóstico de depresión del Instituto Nacional de Neurología y Neurocirugía y Estudio 3: 546 alumnos de bachillerato. El BDI evalúa la severidad de los síntomas de la depresión. Es una de las escalas más utilizadas tanto en muestras clínicas como no clínicas. Tiene 21 afirmaciones De 0 (ausencia de síntomas depresivos) a 3 (depresión severa). El análisis de consistencia interna arrojó un valor confiabilidad (alfa de Cronbach) de .87, lo cual indica que tiene una buena confiabilidad. Todos los reactivos mostraron capacidad discriminativa (obtenida

mediante el contraste del 25% de puntajes bajos contra el 25% de puntajes altos). Se obtuvieron normas mexicanas para cada submuestra mediante el procedimiento de rango percentil. La validez concurrente entre el BDI y la escala Zung con pacientes con diagnóstico de depresión fue de $r = 0.70$, y con estudiantes de bachillerato fue de $r = .65$.

Inventario de Ansiedad Rasgo: Estado (IDARE)

Inventario de ansiedad: Rasgo-Estado (IDARE) de Díaz-Guerrero y Spielberger. (1975).

El objetivo del IDARE es medir dos dimensiones de ansiedad: Estado (se refiere a cómo se siente el sujeto en ese momento) y Rasgó (cómo se siente generalmente). Consta de veinte afirmaciones en las que se pide a los examinandos describir cómo se sienten generalmente. También consta de 20 afirmaciones, pero las instrucciones requieren que los participantes indiquen cómo se sienten en un momento dado. Evalúa a personas con nivel educativo medio-superior en adelante, su aplicación puede ser individual, colectiva o autoaplicable, el tiempo de aplicación es de 15 a 25 minutos. En cuanto a los coeficientes de confiabilidad, estos son los más adecuados ya que de acuerdo a la propuesta de Campo-Arias y Oviedo (2008) se encuentran entre 0,80 y 0,90, lo cual indica un buen índice de confiabilidad y validez desde la parte psicométrica.

Escala de síntomas Depresivos de Zung (ESD-Z).

Escala de Depresión de Zung (1965), es una revalidación de la escala original. Consta de 20 que exploran síntomas relacionados con episodios depresivos en el transcurso de las dos últimas semanas (estado de ánimo y síntomas cognoscitivos y somáticos). Cada pregunta tiene cuatro opciones de respuesta que van de 1 (muy pocas veces) a 4 (la mayoría de las veces); la suma de las 20 preguntas produce una puntuación que posteriormente permite identificar el nivel de depresión: < 50 puntos para personas que se encuentran en un rango normal, es decir, sin

depresión; 50-59 puntos para personas que experimentan depresión mínima; 60-69 puntos para personas que experimentan depresión moderada y > 70 puntos para personas que experimentan depresión severa. El índice de confiabilidad (alfa de Cronbach) obtenido para la escala total fue de 0.88, lo cual indica una alta confiabilidad para la escala. La muestra en la que se validó la escala estuvo integrada 62 personas con VIH mexicanos (Rivera et al., 2007).

Escala de Hamilton (HDRS)

La escala fue diseñada en 1959 se trata de una escala, heteroaplicada, diseñada para ser utilizada en pacientes diagnosticados previamente de depresión, con el objetivo de evaluar cuantitativamente la gravedad de los síntomas y valorar los cambios del paciente deprimido. Su versión original constaba de 21 reactivos, posteriormente se realizó una versión reducida con 17 reactivos, que es la recomendada por el Instituto Nacional de Salud Mental de los Estados Unidos. La validación de la versión castellana de esta escala se realizó en 1986 por Ramos-Brieva. Diferentes evaluaciones han permitido comprobar la validez discriminante, la fiabilidad y la sensibilidad al cambio, tanto en poblaciones hospitalizadas como ambulatorios.

Cada cuestión tiene entre tres y cinco posibles respuestas, con una puntuación de 0-2 o de 0-4 respectivamente. La puntuación total va de 0 a 52. Pueden usarse diferentes puntos de corte a la hora de clasificar el cuadro depresivo. Puntos de corte: No deprimido: 0-7, Depresión ligera/menor: 8-13, Depresión moderada: 14-18, Depresión severa: 19-22 y Depresión muy severa: >23 (Hamilton, 1960).

Capítulo 2. Origen y Evolución de la Escala Hospitalaria de Ansiedad y Depresión (HADS)

Entre las dificultades que se encuentran para detectar la ansiedad y depresión de forma precisa y oportuna en medios hospitalizados son: la alteración de las puntuaciones por la salud física de la persona (enfermedad), y la distinción entre un trastorno de ánimo y otro es insuficiente, así como la extensión de los instrumentos, al ser largos y de una prolongada duración. Por ello, Zigmond y Snaith desarrollaron en 1983 la Escala de Ansiedad y Depresión en Hospital (HADS), como respuesta a estos problemas.

Hospitalized Anxiety and Depression Scale (HADS) o Escala Hospitalaria de Ansiedad y Depresión, fue diseñada hace 37 años por Zigmond y Snaith (1983) como un instrumento de autoevaluación para la detección de pacientes con trastornos afectivos, en respuesta ante los importantes inconvenientes que instrumentos ampliamente utilizados presentaban, ya que como menciona Zigmond y Snaith en 1983 “El trastorno emocional es el resultado del estrés causado por la discapacidad física, pero los síntomas somáticos que conducen a la derivación a departamentos médicos y quirúrgicos pueden ser una manifestación de ansiedad o estados depresivos, sin tener como base una patología orgánica; finalmente, una neurosis puede coexistir con una enfermedad física, lo cual hace que el paciente se sienta más angustiado por los propios síntomas de la enfermedad, lo que puede llevar a una presentación clínica complicada, una respuesta deficiente al tratamiento...” (Zigmond & Snaith, 1983, p.25).

Para evitar las posibles altas puntuaciones engañosas que implica la evaluación de síntomas somáticos cuyo origen se presume psicógeno, Zigmond y Snaith (1983), al desarrollar la Hospital Anxiety Depression Scale (HADS), no incluyeron ningún reactivo que hiciera referencia a funciones físicas o síntomas somáticos. Además, a diferencia de otras escalas, este

instrumento posee escalas derivadas de la experiencia clínica, más que del análisis factorial (Ryde, 1990).

Es conocido por los médicos, los componentes emocionales de las enfermedades de sus pacientes, pero, bajo la presión del trabajo en los hospitales, tienen poco tiempo para resolver cómo es que la neurosis, término usado por los autores Zigmond y Snaith (1983), puede contribuir al trastorno. En este sentido la HADS, nace con el objetivo principal de ayudar a los médicos a una detección confiable de posibles trastornos psiquiátricos.

El interés por estudiar las características psicométricas de la Escala de Ansiedad y Depresión en Hospitales, surgió porque se requería de un instrumento confiable y válido, que fuera útil para detectar pacientes en riesgo, sin invertir mucho tiempo en realizar la entrevista, o en la aplicación de un instrumento más extenso, considerando la elevada demanda de atención que existe en los hospitales.

Se diseñó también con el fin de evaluar el malestar emocional en pacientes con diferentes padecimientos crónicos, valorando los síntomas cognitivos y conductuales de la ansiedad y la depresión. Entre estos síntomas se encuentran: insomnio, fatiga, pérdida y/o aumento de peso y/o de apetito (Barriguete et al., 2017).

Ventajas:

- a) Sencillez y brevedad, que aumenta la probabilidad de aceptación para su uso
- b) Posibilidad de evaluar ansiedad y depresión con la misma escala
- c) Exclusión de reactivos de carácter somático que pudieran confundirse en la evaluación de pacientes con síntomas físicos asociados a la enfermedad médica como

pérdida de apetito y/o energía, fatiga, insomnio, cambios en actividad, u otros trastornos fisiológicos

d) Sus reactivos aluden a contenidos especialmente relevantes en contextos de salud, incluyendo respuestas cognitivas, emocionales y comportamentales de la ansiedad y la depresión (Terol et al., 2007).

Rivera et al., (2006) mencionan que la Escala Hospitalaria de Ansiedad y Depresión (HADS), ha sido el instrumento de autoevaluación más usado para detectar malestar emocional (ansiedad y depresión) en poblaciones con enfermedad física, siendo un instrumento que ha mostrado fiabilidad y validez, utilizado tanto para el diagnóstico como para evaluar la gravedad del trastorno.

Con la HADS se ha evaluado ansiedad y depresión tanto en enfermos físicos y mentales como en población general, obteniendo resultados que, en general, apoyan su uso como herramienta útil para detectar Distrés psicológico en pacientes no psiquiátricos (Brennan et al., 2010).

La HADS es una escala corta, fácil de contestar por el paciente, que proporciona en un solo instrumento datos diferenciados para evaluar ansiedad y depresión, características que la hacen especialmente útil en el contexto hospitalario y asistencial para evaluar los efectos de los trastornos y enfermedades físicas sobre el estado emocional del paciente (Comeche et al., 1995).

Conformada por 14 reactivos, consta de dos series de siete cuestiones, una representa la subescala de ansiedad y la otra la de depresión, siendo ambos conceptos psicopatológicos de ansiedad y depresión independientes (De las Cuevas et al., 1995).

La puntuación de cada subescala puede variar entre 0 y 21, ya que cada ítem presenta cuatro opciones de respuesta, que van desde ausencia o mínima presencia = 0, hasta máxima

presencia = 3. Cuanto mayor sea la puntuación obtenida, habrá mayor intensidad o gravedad de los síntomas. Además, el periodo con el que se contesta la HADS corresponde a los últimos siete días.

Los propios autores recomiendan los puntos de corte originales: ocho para casos posibles y >10 para casos probables en ambas subescalas (Zigmond y Snaith, 1983; Bjelland et al., 2002).

Autores como Snaith (2003) menciona que los puntos de corte de cero a siete implican la ausencia de ansiedad y/o depresión clínicamente relevante, de ocho a diez que requiere consideración y del 11 al 21 la presencia de sintomatología relevante y un probable caso de ansiedad y/o depresión.

El coeficiente de Cronbach para la versión alemana de la escala va de 0.81 a 0.90 lo que denota que posee buena consistencia interna. La confiabilidad test-retest, después de dos semanas, fue $r > 0.80$ (Hermann et al., 1995), lo que indica la estabilidad de la medida en el tiempo. En cuanto a la validez de la HADS, los valores de sensibilidad y especificidad obtenidos son superiores a 0.80 (Hermann, 1997).

Las propiedades psicométricas de la HADS se han examinado en pacientes hispanos, afectados por alguna enfermedad física, demostrando ser una herramienta útil en la detección de malestar psicológico en este tipo de población (Noguera et al., 2013).

Autores como López et al., (2003) mencionan que un efecto colateral no deseado debido a una hospitalización, pudiera ser el padecimiento de estrés, presentando algunas de las respuestas más frecuentes, como son la ansiedad, seguido de depresión e irritabilidad.

Los síntomas de ansiedad y depresión son los principales problemas emocionales que se presentan en los pacientes hospitalizados, siendo una de las principales causas de interconsulta a psicología y psiquiatría (Agudelo et al., 2014).

Es fundamental el diagnóstico y tratamiento de ambas patologías (ansiedad y depresión), ya que pueden influir negativamente en: la calidad de vida, duración del ingreso hospitalario, ideación suicida, autocuidado, adhesión al tratamiento y en síntomas (dolor, náuseas, vómito y fatiga) (Andrews et al., 2000).

Los síntomas depresivos son un problema de salud pública, debido no sólo a su alta prevalencia, sino también a las repercusiones que traen consigo a nivel físico, psicológico, social y económico (Andrews et al., 2000).

De acuerdo con Alberdi et al., (2013), existen tres formas en las que la ansiedad y la depresión se manifiestan en los pacientes hospitalizados.

1. Comorbilidad entre la ansiedad o la depresión con las enfermedades médicas.
2. Ansiedad o depresión como consecuencia de la enfermedad médica.
3. Ansiedad o depresión primarias que causan problemas médicos o somáticos.

Cada padecimiento tiene sus propias características, muchas veces conllevan una temprana disfunción en la dinámica personal, social y laboral la relación con síntomas de ansiedad está bien definida y si además se agrega la hospitalización como factor de estrés puede alterar de manera sustancial la evolución del paciente.

En particular los síntomas de ansiedad y depresión se han asociado con varias patologías crónicas (Gada et al., 2014), como: enfermedades cardiovasculares, enfermedad pulmonar crónica, diabetes, entre otras.

2.1 Validaciones o estudios realizados para evaluar Ansiedad y Depresión en contexto hospitalario

Landa (2014) realizó una revisión de los principales instrumentos utilizados para evaluar la depresión en pacientes con cáncer terminal, en un contexto mexicano. Se describieron cinco instrumentos que evalúan directamente la sintomatología depresiva y que suelen utilizarse como herramientas de tamizaje para evaluar la presencia de depresión. La primera es una versión corta de 13 reactivos de la Escala de Depresión de Beck, la cual evalúa sintomatología depresiva en pacientes con enfermedades crónicas y que se correlaciona altamente ($r=.96$) con el instrumento original de 21 reactivos. Se ha utilizado en dos estudios con pacientes con cáncer terminal; en dichos trabajos se ha reportado baja interconfiabilidad y una moderada especificidad.

La Escala de Depresión del Centro de Estudios Epidemiológicos (CES-D) por sus siglas en inglés (Center for Epidemiologic Studies Depression Scale) fue desarrollada por Radloff en 1977. Es un instrumento válido y confiable que funciona en diferentes poblaciones mexicanas (González-Forteza et al., 2012).

Dicha escala sirve para evaluar los síntomas depresivos en pacientes con cáncer avanzado. Consta de 20 reactivos, y ha mostrado una buena consistencia interna, sensibilidad y especificidad. Sin embargo, al compararla con otros instrumentos, como la HADS, obtiene menores propiedades psicométricas, por lo que su uso se recomienda sólo parcialmente (Landa, 2014).

La escala hospitalaria de ansiedad y depresión (HADS) es uno de los instrumentos más utilizados para evaluar la sintomatología depresiva en el contexto paliativo. A finales de la década de los noventa y principios de este siglo, se realizaron trabajos que validaron el uso de la HADS en población paliativa presentando una buena confiabilidad, sensibilidad y especificidad.

Existen otros instrumentos más extensos como el Cuestionario de Evaluación del Estado de Ánimo (MEQ) que está formado por veintitrés reactivos y ha mostrado buena consistencia interna en pacientes con cáncer terminal. Sin embargo, dado el número de reactivos del instrumento y el tiempo que toma aplicarlo, no se recomienda utilizarlo de manera rutinaria en la práctica clínica paliativa. Así como también la Escala de Depresión de Hamilton tiene una alta confiabilidad y validez en pacientes con cáncer terminal. Sin embargo, no existen más estudios que corroboren lo anterior, por lo cual se necesitan más investigaciones al respecto (Landa, 2014).

Por lo que al realizar esta comparación de diversas escalas, el autor, Landa (2014) concluye que la mejor manera de evaluar la depresión en esta población es por medio de la condición emocional del paciente, apoyándose en menor medida en los criterios somáticos de la depresión. A nivel internacional, se recomienda abordar el problema de la depresión por medio de la combinación de preguntas de uno y dos reactivos, así como el uso de algún instrumento que dé peso a las condiciones de anhedonia de la depresión (primordialmente, la HADS), ya que presenta una buena confiabilidad, sensibilidad y especificidad.

Aunque actualmente su uso es ampliamente difundido para la evaluación de la depresión en el contexto paliativo, sin embargo, una revisión sistemática realizada por Mitchell et al., (2010) advierten que dado el poco número de pacientes utilizados para las validaciones de la HADS en este contexto, es necesario realizar más estudios para probar contundentemente su uso. Se recomienda el uso de otros instrumentos de manera paralela a la aplicación de la HADS para identificar sintomatología depresiva en la práctica clínica diaria (Landa et al., 2014).

Bjelland et al., (2002) en una revisión de 747 estudios sobre la validez de la HADS en diferentes enfermedades crónico degenerativas, encontraron una adecuada estructura factorial del instrumento con un alfa de Cronbach para el factor de sintomatología ansiosa de 0.68 a 0.93 y para sintomatología depresiva de 0.67 a 0.90, lo cual indica una alta confiabilidad. En relación con la sensibilidad y especificidad para ambos factores es de 0.80. Los autores concluyeron que la HADS es un instrumento válido y confiable para la población hospitalaria.

La escala original ha sido adaptada y validada en diversas poblaciones y culturas, y ha mostrado una sensibilidad y especificidad adecuada en la discriminación de ansiedad y depresión.

2.2 Uso de la HADS a nivel mundial

En Noruega, Mykletun et al., (2001) realizaron un estudio con una muestra de 51 930 personas en un rango de edad de 20 a 89 años y también encontraron que la HADS está constituida por dos factores que explican el 57% de varianza, donde las dos subescalas de ansiedad y depresión comparten el 30% de la varianza explicada; en ambas subescalas se observó una consistencia interna con un coeficiente alfa de Cronbach 0.80 y 0.76 respectivamente, por lo que concluyeron que con base a sus propiedades psicométricas, la HADS es un instrumento bastante adecuado en términos de su estructura factorial, homogeneidad y consistencia interna.

2.3 Versión en Español (España)

En el 2003 Quintana et al., mostraron que la versión en español de la HADS adaptada en España, ha demostrado ser confiable y válida para su uso en pacientes con enfermedades médicas; presentando adecuada consistencia interna con alfas de Cronbach de 0.86 para ambas

subescalas y estabilidad temporal obtenida mediante tests-retest con un coeficiente de correlación de 0.85, además, de tener alta validez concurrente con el Inventario de Depresión de Beck y el Inventario de Ansiedad Estado-Rasgo.

Siguiendo la misma línea Herrero et al., (2003) confirmaron los resultados de confiabilidad y validez de lo HADS en su versión en español con una muestra de 385 pacientes externos atendidos en el Hospital Clínico de Barcelona, encontraron dos factores correspondientes a las dos subescalas de lo HADS y concluyeron que tiene buena consistencia interna y validez externa.

2.4 América Latina

En América Latina, en Colombia, Rico et al., (2005), adaptaron y validaron la HADS versión española, en una población latinoamericana, con un grupo de 89 pacientes con cáncer de Colombia. Mostraron que la adaptación de la versión española de la HADS mostró buena consistencia interna y validez. El coeficiente alfa de Cronbach fue de 0.85 y la confiabilidad por mitades de 0.8, lo cual indica una alta confiabilidad. Un punto de corte de 8 para la subescala de ansiedad y de 9 para la subescala de depresión mostró una mayor sensibilidad y concordancia de la HADS con la entrevista psiquiátrica.

Se encontró una solución de dos factores que se corresponde con las dos subescalas de la HADS. Las propiedades psicométricas más consistentes fueron constatadas al eliminar los reactivos 8 y 9 de la escala. El cambio de estilo de vida y la separación del núcleo familiar son factores psicosociales relacionados con el diagnóstico. Rico et al., concluyeron que las propiedades psicométricas y brevedad de la escala la hacen muy útil como prueba de tamizaje para problemas psicológicos en pacientes con cáncer.

2.5 México

2.5.1 *En pacientes oncológicos*

En población mexicana, se ha validado en pacientes oncológicos por Galindo et al., (2015), examinaron la HADS en 400 pacientes de entre 16 y 80 años de edad (56.5% mujeres y 43.6% hombres), bajo tratamiento curativo o paliativo, ambulatorio u hospitalario. El primer análisis de tipo exploratorio, utilizando el método de ACP con rotación varimax, arrojó un modelo con tres factores que explicaron el 53.7% de la varianza total; sin embargo, al no agruparse en los factores, los reactivos 7 y 8 fueron eliminados. Un segundo análisis explicó, con dos factores, el 48.0% de la varianza. El instrumento final mostró tener una adecuada consistencia interna, tanto general (0.86) como de sus dos subescalas (cada una con seis reactivos): Ansiedad (0.79) y Depresión (0.80).

Por último, Galindo et al. examinaron la validez concurrente de la HADS considerando tres medidas diferentes: el Inventario de Depresión de Beck (Beck et al., 1961), que fue estandarizado para población mexicana por Jurado et al., (1998); el Inventario de Ansiedad de Beck (Beck et al., 1988), estandarizado por Robles et al., (2011) y el Termómetro de Distrés (Holland, 1998), estandarizado por Almanza et al., (2008) instrumentos que correlacionaron significativamente con la HADS ($r = 0.51-0.71$).

2.5.2 *En mujeres en puerperio y embarazo*

En 2004 Villegas, validó la HADS en mujeres en puerperio complicado, embarazo de alto riesgo, ginecología y oncología, en una población de 927 mujeres, con una edad promedio de 28 años, lo mayoría reportó vivir en pareja (69%) y en promedio tenían dos hijos. En los resultados para la HADS la confiabilidad se obtuvo mediante el índice de consistencia interna con un alfa de Cronbach de 0.80, lo cual indica una alta confiabilidad, en sus subescalas obtuvo

un coeficiente de 0.71 para ansiedad y de 0.70 para depresión, lo que indica que tiene un grado de confiabilidad aceptable. Sin embargo, en el análisis de reactivos donde se correlacionó a cada reactivo con la calificación total el reactivo 9 obtuvo correlaciones menores o 0.20.

2.5.3 En pacientes quemados

Whaley (1992) realizó un estudio, en la que evaluó la prevalencia de trastornos por ansiedad y/o depresión en pacientes quemados. Se aplicó el HAD a 40 pacientes de ambos sexos, hospitalizados en la unidad de quemados del hospital “Rubén leñero”.

Siendo el 75% del sexo masculino (Media de edad= 28.5, DE= 10.6) y el 25% femenino (Media de edad= 35.8, DE= 14.8). Los pacientes previamente fueron sometidos a una entrevista semiestructurada con la finalidad de analizar la presencia o ausencia de algún diagnóstico previo de tipo ansioso o depresivo. Se encontró que el 30% de los hombres tenían ansiedad, el 53.3% depresión y el 10% tenían stress postraumático, mientras que el 70% de las mujeres mostraban ansiedad, el 90% depresión y el 40% presentaban datos de stress post- traumático. Los resultados indicaron que el punto de corte que mostró mejor equilibrio entre sensibilidad y especificidad fue 8 para la subescala de ansiedad y 7 para la de depresión. Por lo que se concluyó que su uso resulta importante, considerándola una buena herramienta diagnóstica, y complementaria a una evaluación clínica.

2.5.4 En pacientes con obesidad

López et al., (2002) realizaron un estudio sobre la utilidad diagnóstica de la HADS en 75 pacientes mexicanos con obesidad (Media de edad = 39.7, DE = 11.5), cuyo índice de masa corporal promedio fue 39.1 (DE = 9.6). Los resultados indicaron que el punto de corte que mostró mejor equilibrio entre sensibilidad y especificidad fue 8 para la subescala Ansiedad y 7 para la de Depresión, mientras que los valores de Kappa fueron 0.68 y 0.73, respectivamente.

Concluyen que este instrumento puede utilizarse para la investigación médica de la ansiedad y la depresión en pacientes con obesidad.

2.5.5 Pacientes con infección por VIH

Noguera et al., (2013) examinaron las propiedades psicométricas de la HADS en pacientes con infección por VIH; en 150 pacientes mexicanos adultos (11.4% mujeres) con VIH bajo tratamiento antirretroviral. Ambas subescalas mostraron tener adecuada consistencia interna: Ansiedad con 0.78 y Depresión con 0.85. El ACP rotados reveló un factor principal (con 11 reactivos) y un indicador (con 2 reactivos) que explican el 54.65% de la varianza total. La consistencia interna no se modificó al eliminar los dos reactivos relativos al indicador, por lo que se decidió conservarlos; sin embargo, el reactivo 6 se eliminó por tener cargas factoriales similares en ambos factores, quedando así una versión del instrumento con 13 reactivos.

2.5.6 En pacientes con trastorno de la conducta alimentaria

Barriguet et al., (2017), validaron la HADS en pacientes mexicanos con trastorno de la conducta alimentaria en una muestra de 325 pacientes (Media de edad = 22.0, DE = 9.7). Con base en el análisis de componentes principales, con rotación oblimin, la escala quedó conformada por 12 reactivos divididos en las dos subescalas predichas: Depresión (con nueve reactivos) y Ansiedad (con tres reactivos). Con base en esta estructura, se confirmó la consistencia interna tanto de la escala (0.88) como de sus dos subescalas (> 0.80). Con base en la estructura obtenida, con 12 reactivos, la HADS mostró poseer adecuada consistencia interna, tanto global (0.88) como de sus subescalas: Depresión (= 0.87) y Ansiedad (= 0.81).

2.5.7 En pacientes con cáncer de mama

Ornelas-Mejorada et al., (2011) Evaluaron la prevalencia de ansiedad y depresión en 203 mujeres mexicanas adultas con diagnóstico confirmado de cáncer de mama que se encontraban bajo el tratamiento de radioterapia. Los resultados derivados de la HADS mostraron que el 27% y 28% de las participantes presentaron sintomatología ansiosa y depresión clínica respectivamente. La media de edad de las participantes fue de 52.46 (DE= 11.04, con variabilidad total 27-90).

Los puntajes que establecen un nivel de sintomatología ansiosa y depresión leve se derivaron de los puntos de corte obtenidos en la validación de la escala para esta población. La confiabilidad alpha de Cronbach para la escala de ansiedad es de 0.77, para la escala de depresión 0.79, y para la escala total 0.85. Lo cual indica un buen índice de confiabilidad y validez para la escala. El promedio de la puntuación para la subescala de sintomatología ansiosa fue de 4.04 (DE= 2.82, variabilidad total 0-15); para la escala de depresión la media fue de 5.43 (DE= 3.72, variabilidad total 0-17). Por lo que concluyen que este instrumento puede utilizarse para la evaluación clínica de la ansiedad y la depresión en pacientes con cáncer de mama.

En México se ha validado la HADS en diferentes grupos de pacientes pero no aún en pacientes con enfermedad crónica respiratoria y la utilidad de tener un instrumento específico para este grupo de pacientes podría ser muy amplia y favorecer un abordaje integral del paciente ofreciendo mejores alternativas para una mejor evolución en el mejor de los casos o para una atención de mayor calidad durante su hospitalización (Cuadro 1).

Cuadro 1.

*COMPARACIÓN DE PROPIEDADES PSICOMÉTRICAS DE DIFERENTES VALIDACIONES
DE LA HADS EN POBLACIÓN MEXICANA.*

| Validaciones | Coefficiente alfa de Cronbach | Varianza explicada | Factores | Número total de reactivos |
|--|-------------------------------|--------------------|---------------------------|---------------------------|
| Sujetos objetos (López et al., 2000). | 0.84 | - | 1 Ansiedad 2 Depresión | 14 |
| Mujeres en puerperio complicado, embarazo de alto riesgo, cirugía general, ginecología u oncología (Villegas, 2004). | 0.78 | 44% | 1 Ansiedad 2 Depresión | 14 |
| Pacientes con cáncer de mamá únicamente (Ornelas et al, 2011). | 0.85 | 51.79% | 1 Ansiedad 2 Depresión | 13 |
| Pacientes con infección por VIH (Noguera et al, 2013). | 0.90 | 54.65% | 1 Distrés | 13 |
| Pacientes oncológicos (Galindo et al, 2015). | 0.86 | 48.04% | 1 Ansiedad 2 Depresión | 12 |
| Personas con trastorno de la conducta alimentaria (Barriguete et al, 2017). | 0.88 | 56.30% | 1 Ansiedad 2 Depresión | 12 |

Capítulo 3. Síntomas de Ansiedad y Depresión con relación con la Enfermedad

Respiratoria Crónica

3.1 Salud

Para la Organización Mundial de la Salud (OMS) “La salud es un estado de completo bienestar físico, mental y social, y no solamente la ausencia de afecciones o enfermedades” La cita procede del Preámbulo de la Constitución de la Organización Mundial de la Salud, que fue adoptada por la Conferencia Sanitaria Internacional, celebrada en Nueva York del 19 de junio al 22 de julio de 1946, firmada el 22 de julio de 1946 por los representantes de 61 Estados (Official Records of the World Health Organization, p. 100), y entró en vigor el 7 de abril de 1948. La definición no ha sido modificada desde 1948.

3.2 Salud Mental

La Organización Mundial de la Salud (OMS) concibe la salud mental como un “estado de bienestar en que el individuo realiza sus capacidades, supera el estrés normal de la vida, trabaja de forma productiva y fructífera y aporta algo a su comunidad”. Cuando esta capacidad se rompe pueden aparecer alteraciones emocionales y del comportamiento dentro de las cuales se encuentran la depresión y ansiedad. (Bones et al., 2010 y Ospina et al., 2011).

3.3 Ansiedad

La ansiedad es un estado disfórico; es una sensación de aprehensión anticipación o temor al posible riesgo; también se puede definir como un estado fisiológico de excitación vegetativa, alerta, vigilancia o tensión (Hernández, 2012).

La Clasificación Internacional de las Enfermedades, en su décima edición (CIE-10), perteneciente a la Organización Mundial de la Salud (OMS), define ansiedad como: Trastorno de ansiedad Generalizada (F41.1).

“Ansiedad que es generalizada y persistente, pero que no se limita o incluso ni siquiera predomina en ningunas circunstancias ambientales particulares (es decir, es una "ansiedad libre flotante"). Los síntomas predominantes son variables, pero las quejas más frecuentes incluyen constante nerviosismo, temblores, tensión muscular, sudoración, aturdimiento, palpitaciones, mareos y malestar epigástrico.” (Organización Mundial de la Salud, 2000, p. 115).

3.4 Depresión

La depresión se caracteriza por la presencia de tristeza, pérdida de interés o placer, sentimientos de culpa o falta de autoestima, trastornos del sueño o del apetito, sensación de cansancio y falta de concentración; puede llegar a hacerse crónica o recurrente y dificultar sensiblemente el desempeño en el trabajo o la escuela y la capacidad para afrontar la vida diaria (Zarragoitía, 2010).

Es un estado afectivo anormal por su intensidad, duración y condiciones de aparición, es un sentimiento de tristeza intenso; desproporcionado con respecto a la magnitud del hecho y persiste más allá de un periodo justificado (González, 2007).

Entre los principales síntomas están: sensación de incertidumbre, nerviosismo y preocupación, igual que cambios físicos y de conducta como temblores, palpitaciones y náuseas, además, trastornos cardiovasculares (taquicardia), respiratorios (dificultad respiratoria), gastrointestinales (anorexia), indigestión (gastritis), y síntomas psicósomáticos que están dados por cefaleas y desesperación, trastornos del sueño e irritabilidad (González, 2007).

La Clasificación Internacional de las Enfermedades, en su décima edición (CIE-10), perteneciente a la Organización Mundial de la Salud (OMS), para diagnosticar la depresión, hay que establecer primero la presencia de un episodio depresivo.

F32.0 Episodio depresivo

“En los episodios depresivos típicos, ya sean leves, moderados o graves, el paciente sufre un estado de ánimo bajo, reducción de la energía y disminución de la actividad. La capacidad para disfrutar, interesarse y concentrarse está reducida, y es frecuente un cansancio importante incluso tras un esfuerzo mínimo. El sueño suele estar alterado y el apetito disminuido. La autoestima y la confianza en uno mismo casi siempre están reducidas e, incluso en las formas leves, a menudo están presentes ideas de culpa o inutilidad. El estado de ánimo bajo varía poco de un día a otro, no responde a las circunstancias externas y puede acompañarse de los denominados síntomas "somáticos", como son: pérdida de interés y de la capacidad de disfrutar, despertar precoz varias horas antes de la hora habitual, empeoramiento matutino del humor depresivo, enlentecimiento psicomotor importante, agitación, pérdida de apetito, pérdida de peso y disminución de la libido. En función del número y severidad de los síntomas, un episodio depresivo puede especificarse como leve, moderado o grave (Organización Mundial de la Salud, 2000).

En la misma línea La Clasificación Internacional de las Enfermedades, en su décima edición (CIE-10), perteneciente a la Organización Mundial de la Salud (OMS), menciona el Trastorno mixto ansioso-depresivo (F41.2)

Esta categoría debe utilizarse cuando se presenten ambos tipos de síntomas, de ansiedad y de depresión, pero ninguno de ellos predomine claramente. Además, ningún tipo de síntomas está presente hasta el extremo que justifique un diagnóstico por separado.

Cuando los síntomas depresivos y ansiosos sean lo suficientemente severos como para justificar un diagnóstico individual de cada tipo, deben registrarse ambos diagnósticos y no utilizar esta categoría. Depresión ansiosa (leve o no persistente) (Organización Mundial de la Salud, 2000).

3.5 Enfermedad crónica

La Organización Mundial de la Salud (2018) nos dice que las enfermedades no transmisibles (ENT), también conocidas como enfermedades crónicas, tienden a ser de larga duración y resultan de la combinación de factores genéticos, fisiológicos, ambientales y conductuales. Los principales tipos de ENT son las enfermedades cardiovasculares (como los ataques cardíacos y los accidentes cerebrovasculares), el cáncer, las enfermedades respiratorias crónicas (como la enfermedad pulmonar obstructiva crónica y el asma) y la diabetes.

La Organización Mundial de la Salud (2018) reporta que las ENT afectan desproporcionadamente a los países de ingresos bajos y medios, donde se reporta que estas enfermedades matan a 41 millones de personas cada año, lo que equivale al 71% de las muertes que se producen en el mundo. Las enfermedades cardiovasculares constituyen la mayoría de las muertes por ENT (17,9 millones cada año), seguidas del cáncer (9,0 millones), las enfermedades respiratorias (3,9 millones) y la diabetes (1,6 millones).

Las ENT afectan a todos los grupos de edad y a todas las regiones y países, aunque estas enfermedades se suelen asociar a los grupos de edad más avanzada, pero los datos muestran que 15 millones de todas las muertes atribuidas a las ENT se producen entre los 30 y los 69 años de edad. Más del 85% de estas muertes “prematuras” ocurren en países de ingresos bajos y medianos. Niños, adultos y ancianos son todos ellos vulnerables a los factores de riesgo que

favorecen las ENT, como las dietas malsanas, la inactividad física, la exposición al humo del tabaco o el uso nocivo del alcohol (Organización Mundial de la Salud, 2018).

Anguiano (2017) menciona que 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
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.

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 (Anguiano, 2017).

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 (Anguiano, 2017).

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.

Por lo que 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 aumentar la vulnerabilidad a diversas enfermedades (Barra, 2004; KiecoltGlaser et al., 2002; Salovey et al., 2000).

3.6 Ansiedad y depresión coexistentes con enfermedad médica.

La relación entre la patología orgánica y el desarrollo de alteraciones emocionales, está claramente establecida. La asociación entre los trastornos del estado de ánimo y las enfermedades orgánicas, cuando ambas coexisten en un mismo paciente, pueden exacerbarse mutuamente o presentar síntomas similares en algún momento de la evolución.

La prevalencia de depresión entre los pacientes hospitalizados por un problema médico se calcula entre el 10 y el 14%; en los pacientes ambulatorios la prevalencia oscila entre el 9 y el 16% (Cardoner y Benllock, 2000)

La relación entre la ansiedad y la depresión es frecuente, por lo que no es raro que en un paciente, se dé el humor depresivo estando en un estado de ansiedad y a su vez los síntomas ansiosos contaminan los cuadros depresivos (Vallejo y Bataller, 2000).

Hamilton (1983) menciona que el 95% de pacientes depresivos presentan síntomas psíquicos de ansiedad y el 85% aquejan síntomas somáticos. Por el contrario, el 80% de ansiosos refieren humor depresivo.

González et al., (2001), mencionan que numerosas enfermedades médicas se asocian con los trastornos depresivos (Cuadro 2) y ansiosos (Cuadro 3), no pareciera haber grandes diferencias en su distribución por sexos, pero cuanto más grave la enfermedad médica más probable resulta que aparezca un trastorno. Menciona que los síntomas ansiosos y depresivos pueden coexistir por diferentes razones:

1. Los síntomas de ansiedad y depresión no tienen relación causal con la enfermedad médica.
2. Los síntomas de ansiedad y depresión son una reacción psicológica a la enfermedad médica (trastorno adaptativo).
3. Los síntomas de ansiedad y depresión es una consecuencia biológica de la propia enfermedad médica (trastorno secundario).

Cuadro 2*ENFERMEDADES MÉDICAS ASOCIADAS A LA DEPRESIÓN**Enfermedades cardiovasculares*

Infarto agudo de miocardio

Trastornos inflamatorios

Fibromialgia reumática

Artritis reumatoide

Lupus eritematoso sistémico

Arteritis de la temporal

Síndromes dolorosos

Trastornos neurológicos

Accidente vascular cerebral

Demencias

Epilepsia

Enfermedad de Parkinson

Esclerosis múltiple

Tumores cerebrales

Traumatismo craneoencefálico

Enfermedad de Huntington

Migraña

Miastenia grave

Enfermedad de Wilson

Infecciones del SNC

Hidrocefalia

Infecciones

SIDA

Hepatitis

Tuberculosis

Sífilis

Otras infecciones víricas

Otras infecciones bacterianas

Alteraciones endocrinológicas y metabólicas

Diabetes

Trastornos tiroideos

Enfermedades suprarrenales

Trastornos paratiroides

Trastornos hipotálamo hipofisarios

Deficiencias vitamínicas

Otras enfermedades

Neoplasias

Enfermedades digestivas

Síndrome de fatiga crónica

Enfermedades dermatológicas

Enfermedades pulmonares

Anemias

Enfermedades renales

Porfiria

Síndrome carcinoide

Nota: Cuadro sustraído de González, J; Ramos, Y; Fernández, C y Martínez, S. (2001). Trastorno de ansiedad y depresión secundarios. En Bobes, J; Bousño, M; González, M y Saiz, P. Trastornos de ansiedad y trastornos depresivos en atención primaria. (105-128). Barcelona: MASSON.

Cuadro 3**ENFERMEDADES MÉDICAS ASOCIADAS A ANSIEDAD**

| | |
|--|---|
| <i>Enfermedades cardiovasculares</i> | <i>Trastornos inflamatorios</i> |
| Insuficiencia cardiaca congestiva | Lupus eritematoso sistémico |
| Prolapso de válvula mitral | Artritis reumatoide |
| Arritmias | Arteritis de la temporal |
| Miocardiopatías | |
| <i>Trastornos neurológicos</i> | <i>Enfermedades respiratorias</i> |
| Tumores cerebrales | Asma |
| Traumatismo craneal | Enfermedad pulmonar obstructiva crónica |
| Enfermedades vasculares cerebrales | Neumonía |
| Cefaleas | Hipoxia |
| Encefalitis | Apnea del sueño |
| Esclerosis Múltiple | Síndrome de hiperventilación |
| Enfermedad de Wilson | Embolismo pulmonar |
| Enfermedad de Huntington | |
| Epilepsia | |
| Demencia | |
| Encefalopatías | |
| Actasia | |
| <i>Alteraciones endocrinológicas y metabólicas</i> | <i>Otras enfermedades</i> |
| Trastornos hipofisarios | Neoplasias |
| Trastornos tiroideos | Síndrome carcinoide |
| Trastornos paratiroideos | Infecciones crónicas |
| Trastornos suprarrenales | Porfiria |
| Feocromocitoma | Uremia |
| Hipoglucemia | Anemia |
| Insulinomas | Enfermedades vestibulares |
| Hiponatremia | Enfermedades digestivas |
| Deficiencias vitamínicas | |

Nota: Cuadro sustraído de González, J; Ramos, Y; Fernández, C y Martínez, S. (2001). Trastorno de ansiedad y depresión secundarios. En Bobes, J; Bousoño, M; González, M y Saiz, P. Trastornos de ansiedad y trastornos depresivos en atención primaria. (105-128). Barcelona: MASSON.

Los pacientes con una enfermedad crónica pueden presentar cogniciones negativas u otros síntomas depresivos que acaban desembocando en un auténtico trastorno de este tipo (Roncero, 2016).

3.7 Enfermedad crónica respiratoria

De acuerdo con la Organización Mundial de la Salud (2018) el término enfermedades respiratorias crónicas (ERC) describe una gama de enfermedades de las vías respiratorias y otras estructuras del pulmón, en las cuales se incluyen el asma y las alergias respiratorias, la enfermedad pulmonar obstructiva crónica (EPOC), enfermedades pulmonares de origen laboral, el síndrome de apnea del sueño e hipertensión pulmonar. Estas son solo algunas de las enfermedades respiratorias crónicas que afectan la vida de millones de personas en todo el mundo.

El Foro de las Sociedades Respiratorias Internacionales en el 2017 menciona que las enfermedades respiratorias imponen una inmensa carga sanitaria a nivel mundial, y cinco enfermedades respiratorias figuran entre las causas más comunes de muerte en todo el mundo.

- Se estima que 65 millones de personas padecen de enfermedad pulmonar obstructiva crónica (EPOC) de moderada a grave, de los que aproximadamente tres millones mueren cada año, lo que la convierte en la tercera causa de muerte en todo el mundo; y los números están aumentando.
- Se calcula que 334 millones de personas sufren de asma, que es la enfermedad crónica más común de la infancia y que afecta al 14% de los niños en todo el mundo. La prevalencia del asma en los niños está aumentando.
- Durante décadas, las infecciones agudas de las vías respiratorias bajas se encontraron entre las tres principales causas de muerte y discapacidad entre niños y adultos. Aunque la carga es difícil de cuantificar, se estima que las infecciones respiratorias bajas causan casi 4 millones de muertes al año y es la causa principal de muertes entre niños menores de 5 años de edad. Además, las infecciones agudas del

tracto respiratorio inferior en niños marcan el escenario para enfermedades respiratorias crónicas más tarde en la vida. Las infecciones del tracto respiratorio, causadas por la influenza, matan de 250.000 a 500.000 personas y cuestan entre 71 a 167 mil millones de dólares anuales.

- En 2015, 10,4 millones de personas desarrollaron tuberculosis y aproximadamente 1,4 millones de personas murieron a causa de esta infección.
- El cáncer letal más común en el mundo es el de pulmón, que mata a 1,6 millones de personas cada año y los números aún siguen creciendo.

Además de estos cinco hay varios trastornos respiratorios cuya carga es grande pero menos cuantificada:

- Más de 100 millones de personas sufren de trastornos respiratorios del sueño.
- Millones viven con hipertensión pulmonar.
- Más de 50 millones de personas luchan contra las enfermedades pulmonares ocupacionales (Foro de las Sociedades Respiratorias Internacionales, 2017).

Además, las enfermedades respiratorias constituyen 5 de las 30 causas más comunes de muerte; la EPOC es la tercera; las infecciones de las vías respiratorias inferiores son la cuarta; el cáncer traqueal, bronquial y pulmonar sexto; la tuberculosis es la duodécima; y el asma es la veintiocho. Al mismo tiempo más de mil millones de personas sufren de condiciones respiratorias agudas o crónicas. La cruda realidad es que cada año, cuatro millones de personas mueren prematuramente de enfermedades respiratorias crónicas. Los lactantes y los niños pequeños son particularmente susceptibles. Nueve millones de niños menores de 5 años mueren anualmente, y la neumonía es la principal causa de muerte en el mundo de estos niños. Por lo que

se considera que las enfermedades respiratorias crónicas son un enorme desafío para la vida, la salud y la actividad humana productiva (Foro de las Sociedades Respiratorias Internacionales, 2017).

3.7.1 Ansiedad y Depresión en pacientes con enfermedad pulmonar obstructiva crónica (EPOC)

La enfermedad pulmonar obstructiva crónica (EPOC) está asociada a la presencia de déficits cognitivos (Roncero et al., 2016) y trastornos mentales, especialmente de tipo ansioso-depresivo. Ello es comprensible, ya que las dificultades para respirar generan ansiedad, y como la situación es persistente, puede manifestarse no solo como ansiedad generalizada, sino incluso como auténticos trastornos de pánico (Pothirat et al., 2015). La prevalencia descrita para los síntomas de ansiedad en los pacientes con EPOC es de alrededor del 35-40%, aunque en algunos trabajos es incluso superior (Yohannes y Alexopoulos, 2014).

Hay diversos estudios en que se observa una gran prevalencia de síntomas o trastornos depresivos en pacientes con EPOC, aunque se han dado cifras muy variables, que oscilan entre el 6 y el 75% (Pothirat et al., 2015). Estas variaciones pueden ser debidas a la variabilidad de las distintas poblaciones estudiadas y/o a los diversos instrumentos utilizados, ya que en algunos casos se valoraban los síntomas de depresión y en otros se restringen a la presencia de cuadros depresivos bien establecidos (Roncero, 2016).

Algunos trabajos realizados en nuestro medio y con muestras amplias de pacientes con EPOC intentan delimitar la magnitud del problema. Así, Miravittles et al., (2014), en una muestra de 836 pacientes, estudiaron la prevalencia de depresión, así como su gravedad e impacto sobre la calidad de vida mediante el Beck Depression Inventory (BDI), el COPD Assessment Test (CAT) y la EuroQoL-5 Dimensions (EQ-5D). La gravedad de la EPOC fue

evaluada mediante el índice multidimensional BODEx y la actividad física se estimó con la declaración de la distancia media caminada por día. De los pacientes analizados, un 74,6% presentaba depresión, que en el 51,5% era moderada o grave. En este mismo trabajo se describió que esta última se asociaba a ideas suicidas, peor calidad de vida y peores puntuaciones en el CAT. La presencia y la intensidad de la depresión se asociaban también con la comorbilidad (índice de Charlson), los minutos caminados diariamente y la gravedad de la enfermedad respiratoria.

En un estudio realizado en 2014 en Europa, se utilizó la Hospital Anxiety and Depression Scale (HADS). De los 727 pacientes incluidos en dicho estudio, un 34,5% y un 27,6% presentaban ansiedad y/o depresión, respectivamente. En este estudio también se encontró que la presencia de disnea persistente genera mayores niveles de ansiedad y de depresión si se compara con la manifestación de escasos síntomas (Miravittles et al., 2014).

En un estudio desarrollado en cinco ciudades colombianas (Bogotá, Cali, Barranquilla, Bucaramanga y Medellín) por Caballero et al., (2003) se encontró que la prevalencia de la EPOC es de 8.9%, lo cual se considera como elevada. Con respecto al género, esta enfermedad se presentó significativamente en hombres mayores de 60 años y en relación a la posición geográfica, la prevalencia de EPOC en la ciudad de Medellín fue la más alta del país, con un 13.5%. En Europa, se calcula que solamente se diagnostica un 25% de los pacientes con EPOC. Esta es una enfermedad que afecta a la población adulta o de edad avanzada y tiene una prevalencia mayor en población urbana de sexo masculino. Es la causa más frecuente de consulta en las personas mayores de 60 años. La EPOC por lo común es más severa en los alcohólicos, y los pacientes con enfermedad coronaria están particularmente predispuestos al desarrollo de

epoc; igualmente, es más probable que los pacientes con EPOC tengan antecedentes familiares de enfermedades torácicas (Álvarez-Sala et al., 2001).

Por consiguiente, el desarrollo de una enfermedad como esta altera la calidad de vida del paciente, debido a que puede verse seriamente afectado cuando aparece la enfermedad crónica, ya que es en la que el paciente experimenta el empobrecimiento de las actividades diarias y el progresivo o permanente acortamiento de las propias posibilidades, lo cual afecta asimismo al autoconcepto, al sentido de la vida y provoca estados depresivos (Gil-Roales, 2004).

A nivel general las enfermedades crónicas suelen afectar de manera importante varios aspectos de la vida de los pacientes (Rodríguez, 1995); desde la fase inicial aguda, en la que los pacientes sufren un período de crisis caracterizado por un desequilibrio físico, social y psicológico, acompañado de ansiedad, miedo y desorientación (Brannon & Feist, 2001), hasta la asunción del carácter crónico del trastorno, que implica, en mayor o menor medida, cambios permanentes en la actividad física, laboral y social de los pacientes, condición que suele durar toda la vida (Latorre y Beneit, 1994).

Van Manen et al., (2002) encontraron en un estudio epidemiológico con 162 pacientes con diagnóstico de EPOC y 359 participantes control, que la prevalencia de depresión resultó ser muy superior en el grupo EPOC en relación al grupo sano.

Autores como Vinaccia et al., en el 2006 realizaron un estudio en 60 pacientes entre los 35 y 88 años de edad de ambos géneros, con diagnóstico de enfermedad obstructiva crónica (EPOC) pertenecientes a diferentes IPSS (Institución Prestadora de Servicios de Salud) de la ciudad la ciudad de Medellín, Colombia. En estos pacientes evaluaron los niveles de ansiedad y depresión utilizando la Escala Hospitalaria de Ansiedad y Depresión (HAD), en la versión en castellano desarrollada en Colombia por Rico et al., (2005). Encontraron que los síntomas

depresivos eran relativamente bajos con respecto a los puntos de corte de validación de esta escala en Colombia, la cual era de 8 puntos para diagnosticar síntomas depresivos. En cuanto a la variable ansiedad se acercaron a los niveles de corte de 9 puntos planteados por Rico et al., (2005), para indicar presencia de síntomas de ansiedad.

Dichos autores concluyeron que la salud mental se correlaciona positivamente con el rol emocional (0.74), lo cual muestra que los problemas emocionales, tales como ansiedad y depresión, pueden interferir en las actividades diarias de los participantes, y se manifiesta en la reducción de tiempo y rendimiento deseado dedicado a actividades como el trabajo, el estudio, la recreación, entre otros, lo que posiblemente lleva a perder el control tanto de sus conductas como de sus emociones y afecta a nivel general su salud mental.

Así como también concluyen, que la salud mental se correlaciona negativamente con las variables Ansiedad (-0.69); la salud mental está fuertemente relacionada con el control de esta emoción negativa que se caracteriza por síntomas de “hiperventilación fisiológica” e “incertidumbre”. Por lo tanto, señalan que si los pacientes con EPOC tienen buena salud mental posiblemente pueden presentar bajos niveles de ansiedad, y viceversa. El control de la conducta que puedan o no tener los pacientes con EPOC podría estar ligado a una percepción óptima o deficitaria de salud mental (Vinaccia et al., 2006).

3.7.2 Ansiedad y depresión en pacientes con Asma Bronquial

El asma es una enfermedad inflamatoria crónica caracterizada por obstrucción reversible al flujo aéreo e hiperreactividad de la vía aérea. La ansiedad y depresión son patologías psiquiátricas que coexisten en muchos pacientes asmáticos, especialmente en aquellos con asma de control difícil. La prevalencia de estos trastornos probablemente está infra-estimada. Numerosos estudios epidemiológicos ponen de manifiesto que dichas entidades son más

frecuentes en pacientes asmáticos que en el resto de la población. Dado que la presencia de estos trastornos puede influir negativamente en el curso de la enfermedad y en el grado de control del asma (Sanz et al., 2014).

Diferentes estudios muestran una fuerte asociación entre síntomas respiratorios y el estado psíquico. Teniendo en cuenta que el asma se caracteriza por ataques repentinos de dificultad para respirar, las crisis asmáticas pueden suponer una constante amenaza para los asmáticos. Esta amenaza real o anticipada se acompaña de sensación de tensión, conocida como ansiedad. Esta ansiedad lleva implícitas, en cuanto a lo que a sensaciones físicas se refiere, incremento en la tensión muscular, sudoración, aumento de la frecuencia respiratoria y sensación de opresión torácica. La parte cognitiva de la ansiedad implica dificultad para la concentración, a través de tormenta de ideas y pensamientos desordenados.

Por tanto, muchos asmáticos, conviven con la preocupación constante de poder presentar síntomas respiratorios en cualquier momento, lo cual ejerce una influencia negativa sobre su estado mental. La preocupación ante un posible ataque de asma, el deterioro de las relaciones sociales, el absentismo laboral o escolar y la incapacidad para adaptarse a la enfermedad, son piezas clave para entender cómo el asma puede provocar ansiedad o depresión en los pacientes afectados (Sanz et al., 2014).

La depresión es la psicopatología más frecuente en adultos, con cifras de prevalencia publicadas superiores al 16%. Los sentimientos de depresión experimentados por algunos pacientes asmáticos podrían derivarse de una reducida capacidad física para sobrellevar actividades sociales, sexuales, lúdicas y vocacionales (Snadden y Brown, 1992).

Con base a lo expuesto, un adecuado diagnóstico y tratamiento de ansiedad y depresión en los pacientes con asma podría reducir su morbilidad, mejorar su calidad de vida y supondría una clara repercusión positiva sobre el curso de la propia enfermedad (Sanz et al., 2014).

3.7.3 Depresión en pacientes con Tuberculosis

De acuerdo a la Organización Mundial de la Salud menciona que:

“La tuberculosis es una enfermedad infecciosa que suele afectar a los pulmones y es causada por una bacteria (*Mycobacterium tuberculosis*). Se transmite de una persona a otra a través de gotículas generadas en el aparato respiratorio en pacientes con enfermedad pulmonar activa” (Organización Mundial de la Salud, 2019).

De acuerdo con Morales (2015) la tuberculosis (TB) está asociada frecuentemente a la existencia de trastornos emocionales y de conducta.

La tuberculosis (TB) es un problema de salud pública a nivel mundial. En el año 2013, Ugarte-Gil et al, realizó un trabajo en el que demostró que el 37% de los pacientes con TB presentaban un trastorno depresivo mayor y que este se asociaba a resultados negativos en el tratamiento antituberculoso.

Llanos-Tejada y Ponce-Chang (2019) realizaron un estudio en una población peruana con 50 pacientes con TB, a los cuales se les aplicó la Escala de Depresión PHQ-9 (Patient Health Questionnaire), que es un test que consta de 9 reactivos que evalúan la presencia de síntomas depresivos, correspondientes a los criterios DSM-IV, presentes en las dos últimas semanas. La edad promedio fue 35 +/- 12,5 años. De los 50 pacientes, 28 fueron del sexo masculino (56%). En el estado nutricional, predominó el grupo con peso normal con una frecuencia de 33 pacientes (66%). Según la localización de la Tuberculosis (TB), 42 pacientes presentaron TB pulmonar

(84%) y 8 pacientes presentaron TB extra pulmonar. Determinaron una frecuencia de depresión del 76%, siendo el Síndrome Depresivo Mayor (SDM) el 6% de la misma.

Otro estudio realizado por Mendoza y Pérez (2016), en una población de 59 pacientes, formada por 35 hombres y 24 mujeres cuyos rangos de edad fue de 16 a 73 años, siendo el promedio de 33 años. El instrumento utilizado fue el Inventario de depresión de Beck, los resultados que obtuvieron fue que el 13.56% de los pacientes con tuberculosis presentan una depresión moderada y el 6.78% depresión severa; se destaca que el 54.24% no presentan depresión.

Se halló también que la depresión severa, se da cuando el pensamiento del paciente está totalmente absorto en pensamientos negativos, repetitivos, perseverantes y puede encontrar extremadamente difícil concentrarse en estímulos extremos o comprender actividades mentales y voluntarias. Habiéndose hallado que el 6.7% de la población estudiada presenta depresión severa, evidenciándose que los síntomas que tienen más prevalencia son expectativa de castigo 7.1% y alejamiento social 6.4%.

Capítulo 4. Paciente hospitalizado

4.1 Psicología Hospitalaria

Los primeros trabajos de Psicología Hospitalaria fueron en Brasil en la Clínica Ortopédica y Traumatológica de la Universidad de São Paulo que realizó Neder en el año 1954, Brasil es el primer país que inicia el trabajo del psicólogo en el nivel de salud hospitalario, normando sus principales funciones (Hernández & Grau, 2005).

Cuba se convirtió en el primer país desde el año 1968 donde se reconoció al psicólogo ocupando posiciones en el nivel de las políticas centrales de un Ministerio de Salud con la creación del Grupo Nacional de Psicología de Cuba como instancia asesora en el Ministerio Nacional de Salud Pública (MINSAP), con funciones normativas y de asesoría técnica, y donde por primera vez se insertan a trabajar psicólogos en la atención primaria de salud en 1969 (Hernández & Grau, 2005).

Las principales tareas que un psicólogo debía emprender en el contexto hospitalario Angerami, (1996) citado por (Zas-Ros, 2016) y que se resumen en las siguientes:

- Determinación y conocimiento de las condiciones intelectuales de personalidad, intereses, aptitudes, habilidades específicas del paciente, a fin de que el equipo de salud conozca sus habilidades, potencialidades y limitaciones.
- Colaboración con todos los miembros del equipo de salud, definiendo además qué aporte podría dar cada uno de ellos para un mejor trabajo psicológico con el paciente.
- Asistencia psicológica a los pacientes.

- Contacto con la familia del paciente, esclareciendo sobre sus condiciones.
- Investigaciones psicológicas.
- Entrenamiento de otros psicólogos.
- Instrucción y asistencia psicológica a diferentes especialidades médicas.
- Trabajo personal del psicólogo en su formación y autoreconocimiento de límites.

Duque & Grau (2005) mencionan que los lineamientos fundamentales de trabajo del psicólogo en un hospital que aparecen en el libro *Psicología de la salud. Fundamentos y aplicaciones*. Estos lineamientos definen que un psicólogo hospitalario puede y debe:

- Conocer los aspectos motivacionales y de comportamiento preventivo del hombre en su estado de salud: creencias, estilos de vida, redes de apoyo.
- Estudiar los aspectos psicosociales que intervienen en la aparición de la enfermedad “somática”, como las reacciones emocionales ante el estrés.
- Conocer las respuestas psicológicas ante la enfermedad y la hospitalización, reacciones ante situaciones de larga estadía, incapacidad y muerte.
- Manejar la historia clínica de los pacientes como fuente de información de diagnóstico, procedimientos médicos y observaciones del equipo de salud. Debe reflejar de manera comprensible en dicho documento el diagnóstico realizado y el proceder psicoterapéutico.
- Efectuará evaluación y diagnóstico psicológico de pacientes con las más diversas enfermedades.
- Realizará entrevistas necesarias a pacientes, familiares y personal de salud.

- Dirigirá y participará en diversas actividades de atención psicológica mediante manejo psicoterapéutico de diferente tipo (individual, grupal, de pareja) y con las más variadas modalidades psicoterapéuticas.
- Participará en las discusiones colectivas de casos en los servicios médicos.
- Participará en el proceso de rehabilitación de los enfermos.
- Desarrollará tareas de evaluación psicológica con fines de peritaje.
- Conocerá factores psicosociales que intervienen en la prestación de los servicios de salud, tanto de la comunicación y relación médico-paciente como del equipo de salud y su vínculo con la satisfacción laboral.
- Tendrá en cuenta aquellos factores que favorecen o no la adherencia terapéutica a los tratamientos.

De forma congruente con lo mencionado (Zas-Ros et al., 1995), mencionan que el rol del psicólogo en este contexto corresponde a las múltiples actividades relacionadas con prestar atención psicológica a los pacientes, familiares y personal asistencial de la institución, utilizar y aplicar diferentes formas y técnicas de intervención psicológica a nivel individual, grupal e institucional, integrarse en el trabajo multidisciplinar de los diferentes servicios del hospital y contribuir a elevar la satisfacción de la población con los servicios recibidos, participando en la evaluación y ajuste de los mismos a las expectativas de la población y a las posibilidades crecientes de la institución.

4.2 Contexto hospitalario

El hospital ha sido ampliamente descrito en la literatura científica como un estresante de tipo físico, cultural, social y personal; y lo es fundamentalmente para el paciente que ingresa en

él y para las personas que le acompañan, debido a la falta de familiaridad con el entorno. De esta forma, lo que resulta cotidiano para el personal que trabaja dentro del hospital puede ser molesto y estresante para los pacientes (Marín y Zurriaga, 1997).

Es por eso que resulta importante conocer todas las implicaciones psicológicas que puede conllevar la hospitalización, que según Remor (2003), son múltiples e impactan sobre el paciente en diferentes áreas.

Si por salud se entiende la situación o estado libre de enfermedad, y una enfermedad es una afección bien definida, el ingreso hospitalario se asocia necesariamente con un desequilibrio tanto físico como emocional (Marín y Zurriaga, 1997); si a esto le sumamos una larga estancia hospitalaria, este desequilibrio se torna más traumático para los pacientes que por diversos motivos permanecen ingresados ya sea debido a una enfermedad de difícil tratamiento o por otras variables.

López e Iriondo, (2019) concuerdan en que dichas características del contexto hospitalario tienen una influencia tanto en los pacientes como en los propios profesionales, generando un impacto para ambos. Aunque pueda parecer una obviedad, cabe explicitar que el hospital es un escenario en el que la experiencia del sufrimiento, tanto físico como psíquico, está constantemente presente. Si bien el dolor físico pertenece a la esfera de los pacientes, el dolor psíquico se expresa tanto en pacientes como en profesionales; por lo que dicho contexto hospitalario puede reflejarse como un ambiente estresante.

Durante el ingreso hospitalario, las características de alejamiento o reducción de los apoyos sociales y ambientales habituales, así como la pérdida de intimidad, de individualidad y

de control sobre las actividades cotidianas, son para los pacientes algunos de los primeros elementos productores de estrés (Groves y Muskin, 2006).

Así como también existen otros factores que intervienen en las reacciones que puede presentar un individuo en el momento de ser hospitalizado, entre las que destacan la ‘personalidad del paciente, su edad, el tipo de enfermedad que padece, la familia y los amigos, el hospital y la personalidad del médico y demás profesionales de la salud que le rodean (Benítez-Agudelo et al., 2016).

Estos elementos pueden favorecer en el paciente más vulnerable un desequilibrio significativo, que no le permite adoptar estrategias de afrontamiento eficaces. Para el enfermo, desprenderse de su familia, ropa u objetos, someterse a pruebas invasivas, compartir habitaciones, soportar interrupciones del sueño para la realización de distintas actuaciones sobre él mismo o sobre otro enfermo o ruidos constantes en determinadas unidades de vigilancia, suponen un malestar añadido a la propia enfermedad (López & Iriondo, 2019).

Sin embargo, también hay otra serie de circunstancias generadoras de estrés o ansiedad que pueden presentarse en los pacientes. Entre ellas, podemos encontrar el factor de incertidumbre (Rodríguez y Zurriaga, 1997) sobre el pronóstico y evolución de determinadas enfermedades, sobre todo si consideramos que las propias intervenciones clínicas, con frecuencia, forman parte también de ese pronóstico.

En todo este contexto, es fundamental tener presente la importancia de responder a las necesidades psicológicas, ya que suele ocurrir que a mayor gravedad médica, por la urgencia en las actuaciones, menor cuidado se suele tener a los aspectos psicológicos. La necesidad de atención psicológica hospitalaria puede ser detectada y tratada dentro del propio servicio de

psicología, psiquiatría, o en el resto de los servicios hospitalarios. Por lo que se suele delimitar a priori un perfil de pacientes de características diferentes en cuanto a su salud mental y condiciones físicas, los cuales requieren intervenciones diferentes. De igual manera, la relación del psicólogo clínico debe ser dirigida no solo con el paciente, sino también hacia los diferentes servicios hospitalarios, como pueden ser: oncología, digestivo, paliativos, neurología, endocrino y muchos más, esto con la finalidad de brindar una atención médica de manera global, de acuerdo a los requerimientos de cada paciente (López & Iriondo, 2019).

Siguiendo esa misma línea Zas-Ros (2016) menciona que la hospitalización implica para el paciente:

- Una ruptura temporal de su medio habitual de vida (casa, trabajo, familia) y en ocasiones un aislamiento.
- Una pérdida de su espacio privado y personal tanto físico como corporal: Tiene que compartir su habitación con personas desconocidas, ponerse ropa de institución, desnudarse ante otras personas, ser tocado por enfermeros y médicos.
- Someterse a situaciones agresivas, dolorosas, desconocidas: Exámenes, aparatos altamente tecnificados.
- Cambiar hábitos de alimentación y de horarios: “Comer comida de hospital” (baja en sal y grasas, menú prediseñado), acostarse a dormir a cierta hora, establecida por el hospital.
- Escuchar a su alrededor un lenguaje médico y técnico diferente que en la mayoría de las ocasiones desconoce, con nuevas informaciones.
- Implica adaptarse rápido a todos los cambios anteriores en presencia además de un estado de salud desfavorecedor.

La situación de hospitalización pasa a ser determinante de muchas situaciones que pueden ser consideradas invasivas o abusivas en la medida que no se respeten los límites y decisiones de la persona hospitalizada. El paciente al ser hospitalizado sufre un proceso de total despersonalización, deja de tener su propio nombre y pasa a ser un número de cama o el ejemplo portador de una patología (Sebastiani, 1984).

Polaino (1990) menciona que una persona cuando enferma pasa por una experiencia psicológica, que se pudiera resumir en:

- Una experiencia de privación (de la salud), por la que se le priva de ese sentimiento de encontrarse bien, el cual tenía hasta entonces.
- Una experiencia de frustración (impedimento e imposición), por la que las libertades y disponibilidades se ven frustradas, bloqueando la realización del proyecto de vida que tenían hasta ese momento.
- Una experiencia displacentera o álgida (dolorosa), por la que las molestias y/o el dolor se adueña del cuerpo y hacen que oscile la ansiedad a la soledad, del aislamiento a la fobia hospitalaria.

La manera en que el hombre reacciona ante la situación de hospitalización y de su enfermedad es única, pues depende de la personalidad del paciente, del médico y de los cuidadores, de la etapa del desarrollo psíquico en que se encuentre el paciente, del género, del tipo de hospital, la situación socioeconómica que tenga, el tipo de enfermedad y las expectativas de curación, el ambiente físico, entre algunas variables más relevantes (Zas-Ros, 2016).

Se han realizado estudios sobre las reacciones psicológicas más generales y frecuentes que aparecen en los pacientes en situaciones de hospitalización. Encontramos en la literatura la

presencia de las descripciones clínicas más frecuentes (ansiedad, depresión, ira, miedos, fantasías) (Zas-Ros, 2016).

Uno de los autores más importantes o destacados es Polaino (1990) el cual toma como criterio explicativo los comportamientos adaptativos ante la enfermedad, es decir, aquellos que se ajustan a la situación:

- La capitalización de la frustración que resulta de la enfermedad, para la profundización en la significación de la propia existencia.
- La asunción del padecimiento que es mucho más que la propia resignación.
- Una entrega realista a los límites que la enfermedad le impone y a los procedimientos terapéuticos que aquella conlleva.
- Una conducta de ajuste, de adaptación a la enfermedad que se padece, supone la positivización de esta experiencia, obteniéndose el máximo enriquecimiento posible, una vez que se ha puesto el trazo vertical (el del crecimiento personal en su máxima estatura), sobre el signo menos de la enfermedad.

De acuerdo con Zas-Ros (2016) existen algunos tipos más frecuentes de comportamientos desadaptados a la enfermedad en las situaciones de hospitalización tales como:

- Conductas de oposición: El enfermo rechaza y se opone a la enfermedad, esta es vivida como algo absurdo e incomprensible, lo que la hace más insoportable.
- Conductas de negación: El enfermo niega la existencia de la enfermedad. Sigue haciendo su vida sin renunciar a sus hábitos nocivos, no quiere cumplir el tratamiento médico (no existe adherencia terapéutica).

- Conductas de sobre inclusión: El enfermo se entrega tanto a la enfermedad, que queda incluido en ella. Tanto vive para su enfermedad que no vive él, sino su enfermedad en él. Autocuidado excesivo, superexigencia al personal del hospital (puntualidad excesiva en la administración de medicamentos, protesta ante las comidas). Demandante de sus familiares, pérdidas de iniciativas, inhibición.

4.3 El papel de la familia

La familia funciona como un sistema, que ante la privación de uno de sus componentes, entra en un estado de desequilibrio pues pierde uno de sus puntos de sustentación. Por lo tanto ante la amenaza de la integridad del sistema, la familia se moviliza y presenta los comportamientos más disímiles ante el paciente y el personal de salud de la institución hospitalaria. Tavares y Sebastiani (1996), plantean que se pueden describir tres tipos más frecuentes de reacciones familiares:

1. El sistema familiar se moviliza con la intención de rescatar su estado anterior: La familia lucha por buscar la recuperación del paciente, juega un rol activo, coopera. Pasa por diversos estados emocionales: miedo, ansiedad, angustia, aparecen mecanismos de defensa.
2. El sistema familiar se paraliza frente al impacto de la crisis: Reacción semejante a un estado de shock. Predominan sentimientos de desamparo, desesperanza, miedo, ansiedad. Este tipo de reacción es muy negativa para el paciente, el cual puede inclusive llegar a solicitar su alta a voluntad para salir a cuidar de los suyos. Puede solicitarle al equipo de salud que no le dé toda la información a la familia. Puede generar

este sistema sentimientos de hostilidad o sobreprotección del personal de salud hacia la familia, los cuales son negativos para la evolución del paciente.

3. El sistema familiar identifica los beneficios de la crisis y se moviliza para mantenerla: La enfermedad y la hospitalización pueden ser un fenómeno generador de la condición de emergente patológico familiar, por una parte dando a la familia un “real” emergente patológico, o en otros casos posibilitando que aquel que era un emergente le pase ahora la función al paciente. En ambas situaciones existe el riesgo de que se instalen comportamientos de cronificación de la dolencia. La “conspiración del sistema familiar” puede agravar la patología.

Junto a lo anterior, el motivo del ingreso, recurrencia y pronóstico, así como las consecuencias derivadas de dicho ingreso, también van a constituir variables que ponen a prueba la fortaleza de la familia y la relación que esta pueda establecer con su familiar ingresado y con los profesionales (López e Iriondo, 2019).

López e Iriondo (2019), mencionan que actualmente el paciente hospitalizado puede estar acompañado en cada momento. También se han abierto unidades que tradicionalmente habían estado más cerradas, siendo la convivencia con las familias una variable más de la dinámica hospitalaria. Prueba de ello son los tiempos establecidos para la información a familiares, la solicitud de su ayuda y cooperación en el cuidado del paciente y en fomentar la adhesión a los tratamientos, a la vez que aparecen anotaciones en las historias clínicas sobre el acompañamiento o no realizado por la familia.

Por lo que Contreras y Palacios (2014) consideran, que el apoyo emocional de la familia hacia el paciente ingresado es un elemento insustituible y esperanzador para el afrontamiento de la enfermedad y colaboración con los procedimientos médicos.

Planteamiento del problema y Justificación

En pacientes con enfermedades crónicas se da la coexistencia de síntomas de ansiedad y depresión combinada con la enfermedad médica, por lo que resulta fundamental la detección de síntomas de ansiedad y depresión, ya que pueden influir negativamente en: la calidad de vida, duración del ingreso hospitalario, ideación suicida, autocuidado, adhesión al tratamiento y en síntomas (dolor, náuseas, vómito y fatiga). Los síntomas depresivos son un problema de salud pública, debido no sólo a su alta prevalencia, sino también a las repercusiones que traen consigo a nivel físico, psicológico, social y económico (Andrews et al., 2000).

De acuerdo con Alberdi et al., (2013), existen tres formas en las que la ansiedad y la depresión se manifiestan en los pacientes hospitalizados. Comorbilidad entre la ansiedad o la depresión con las enfermedades médicas, ansiedad o depresión como consecuencia de la enfermedad médica y ansiedad o depresión primarios que causan problemas médicos o somáticos.

Cada padecimiento tiene sus propias características, en enfermedades respiratorias crónicas que conllevan una temprana disfunción en la dinámica personal, social y laboral la relación con síntomas de ansiedad está bien definida y si además se agrega la hospitalización como factor de estrés puede alterar de manera sustancial la evolución del paciente con enfermedad respiratoria crónica.

En particular los síntomas de ansiedad y depresión se han asociado con varias patologías crónicas tales como enfermedad coronaria, diabetes, EPOC o asma (Gada et al., 2014). Diferentes estudios muestran una fuerte asociación entre enfermedades respiratorias y el estado psíquico (Leander et al., 2014).

En este sentido Mancuso et al., (2008) y Strine et al., (2008) mencionan que la preocupación ante un posible ataque de asma, el deterioro de las relaciones sociales, el absentismo laboral o escolar y la incapacidad para adaptarse a la enfermedad, son piezas clave para entender cómo los pacientes con asma pueden presentar síntomas de ansiedad y depresión.

En México se ha validado la HADS en diferentes grupos de pacientes pero no aún en pacientes con enfermedad crónica respiratoria y la utilidad de tener un instrumento específico para este grupo de pacientes podría ser muy amplia y favorecer un abordaje integral del paciente ofreciendo mejores alternativas para una mejor evolución en el mejor de los casos o para una atención de mayor calidad durante su hospitalización.

Método

Pregunta de investigación

¿Cuáles son las propiedades psicométricas de la Escala de Ansiedad y Depresión Hospitalaria (HADS) en una muestra mexicana de pacientes con enfermedades respiratorias crónicas?

Objetivo General:

Conocer las propiedades psicométricas de la Escala de Ansiedad y Depresión Hospitalaria (HADS) en una muestra mexicana de pacientes con enfermedades respiratorias crónicas (consistencia interna y varianza explicada).

Objetivos Específicos:

- Determinar la validez de constructo de la HADS por medio de un análisis factorial con rotación Varimax.
- Determinar la confiabilidad por consistencia interna mediante el coeficiente de alfa de Cronbach.

Objetivos Secundarios:

- Evaluar si los pacientes con enfermedades respiratorias crónicas presentan ansiedad y/o depresión durante su estancia hospitalaria.
- Conocer si hay diferencias en los síntomas reportados de ansiedad y depresión de pacientes con enfermedades respiratorias crónicas y otros grupos de pacientes con enfermedades crónicas.

- Conocer si hay diferencias en los síntomas de ansiedad y depresión en pacientes con diferentes tipos de enfermedades respiratorias crónicas (Intersticiales, Infecciosas, Cáncer de Pulmón, Obstructivas, Procedimientos Quirúrgicos y Otras enfermedades).

Hipótesis

Se espera que la varianza explicada sea de al menos 40%, y la consistencia interna mayor a 0.70.

Las propiedades psicométricas de la HADS serán similares a las validaciones previas con otras poblaciones.

Variables

Por el diseño de validación, no hay variables adicionales a ansiedad y depresión que para fines de dar cumplimiento al objetivo de este estudio se reconocen como factores como parte de las propiedades psicométricas de la HADS en pacientes mexicanos con enfermedades respiratorias crónicas.

Población y tipo de muestreo

El tamaño de la muestra fue de 260 participantes con enfermedades respiratorias crónicas, el cual se determinó de acuerdo con Nunnally (1991), que indica un número mínimo de 10 participantes por reactivo, con un 20% más de participantes por las pérdidas experimentales potenciales.

Para la selección aleatoria de la muestra, se utilizó el programa estadístico para ciencias sociales: Statistical Package for the Social Sciences (SPSS) (Versión 21.0) [software], con una licencia recurrente.

Participantes

La muestra final estuvo constituida por 260 pacientes. De los cuales 131 (50.4%) fueron hombres y 129 (49.6%) mujeres, con un rango de edad entre 15-94 años, con un promedio de edad de 52.29 años, siendo el 131 (50.4%) de la muestra era perteneciente a otros estados de la república mexicana.

La mayoría de la muestra tuvo una escolaridad básica, siendo 142 (54.6%) primaria y secundaria, solo 19 (7.3%) refirieron no haber ido a la escuela. El resto 99 (38.1%) contaba con estudios medio superior y superior.

Se observó que 145 (55.8%) de la muestra reportó ser casado o en unión libre, mientras que 72 (27.7%) reportó estar soltero. El resto 43 (16.5%) reportó estar divorciado, separado o viudo. El 211 (81.2%) de la muestra reportó profesar la religión católica, mientras que 32 (12.3%), reportó profesar la religión cristiana, Testigo de Jehová u otra y un 17 (6.5%), reportó no profesar ninguna religión.

Ciento veintidós sujetos (46.9%) reportaron ser empleados, mientras que 39 (15%) se encontraba desempleado, 86 (33.1%) se dedicaban al hogar, 10 (3.8%) eran estudiantes y 3 (1.2%) era pensionado o jubilado. (Ver Tabla 1).

Tabla 1*DESCRIPCIÓN DE LA MUESTRA PARA LA VALIDACIÓN DE LA HADS.*

| | f | % | | f | % |
|---------------------------|-----|-------|----------------------------|-----|------|
| N | 260 | 100 | Lugar de residencia | | |
| | | | CDMX | 129 | 49.6 |
| Edad (rango) 15-94 | x= | 52.29 | Otros estados | 131 | 50.4 |
| Género | | | Ocupación | | |
| Masculino | 131 | 50.4 | Campeño | 13 | 5.0 |
| Femenino | 129 | 49.6 | Comerciante | 31 | 11.9 |
| | | | Desempleado | 39 | 15.0 |
| Escolaridad | | | Empleado (a) | 34 | 13.1 |
| Ninguna | 19 | 7.3 | Estudiante | 10 | 3.8 |
| Primaria | 72 | 27.7 | Hogar | 86 | 33.1 |
| Secundaria | 70 | 26.9 | Jubilado/Pensionado | 3 | 1.2 |
| Preparatoria | 51 | 19.6 | Oficio | 40 | 15.4 |
| Licenciatura | 46 | 17.7 | Actividad Profesional | 4 | 1.5 |
| Posgrado | 2 | .8 | | | |
| | | | Religión | | |
| Estado civil | | | Católica | 211 | 81.2 |
| Soltero | 72 | 27.7 | Cristiana | 21 | 8.1 |
| Casado | 106 | 40.8 | Testigo de Jehová | 5 | 1.9 |
| Viudo | 25 | 9.6 | Otros | 6 | 2.3 |
| Unión libre | 39 | 15.0 | Ninguna | 17 | 6.5 |
| Divorciado | 11 | 4.2 | | | |
| Separado | 7 | 2.7 | | | |

•Criterios de inclusión:

1. Pacientes que fueron hospitalizados en cualquiera de los servicios clínicos del INER por diagnóstico de enfermedad respiratoria crónica. Se agruparon en 7 categorías de acuerdo al tipo de enfermedad: **1) Enfermedades intersticiales**, se refiere a aquellas que causan inflamación o cicatrización de los pulmones, lo cual hace que sea difícil obtener suficiente oxígeno, tales como Fibrosis Pulmonar Idiopática (FPI), Neumonía, Neumonía Intersticial Descamativa (NID), Neumonía Intersticial No Específica (NINE), Neumonía Organizada Criptogénica (NOC), **2) Enfermedades infecciosas**, dentro de

la cual se encuentran aquellas enfermedades que son causadas por microorganismos patógenos como las bacterias, virus, parásitos u hongos, las cuales pueden transmitirse directa o indirectamente de una persona a otra, como: la Influenza, Micosis Pulmonar, Sepsis, Bronquiectasias, Tuberculosis. **3) Cáncer de Pulmón:** es una enfermedad en la cual las células del cuerpo comienzan a multiplicarse sin control, originándose en el pulmón. **4) Enfermedades obstructivas.** En estas se encuentran aquellas enfermedades que obstruyen la vía aérea como el Asma y la Enfermedad Pulmonar Obstructiva Crónica (EPOC). **5) Enfermedades que requieren un procedimiento médico** para poder ser tratada, como lo son Derrame Pleural, Neumotórax, Hemotórax, Traqueostomía, Cateterismo y Quilotórax. **6) Procedimientos quirúrgicos** aquellas enfermedades que tuvieron que ser atendidas en cirugía como lo son: Estenosis Traqueal, Fístula Traqueal, Papilomatosis, entre otras. **7) Otras enfermedades:** En la categoría de otros se encuentran aquellas enfermedades que tienen que ver con distintos sistemas, y dentro de ellos está el sistema respiratorio, como lo son Cor pulmonale, SAOS, cardiopatías, entre otros.

2. Evaluación dentro de las primeras 24 horas del ingreso hospitalario.
3. Que el paciente, haya aceptado ser evaluado mediante la HADS
4. Que se haya contestado el instrumento completo
5. Ser hombre o mujer y tener como mínimo 15 años de edad.
6. Ser mexicano.
7. No haber tenido un diagnóstico Psiquiátrico previamente o no haber estado bajo ningún tratamiento farmacológico y/o psicológico para ansiedad o depresión. Por lo menos un año antes.

•Criterios de exclusión:

1. Pacientes con complicaciones vasculares mayores, disnea, deficiencias cognitivas así como problemas auditivos y visuales severos.
2. Pacientes que estuvieran con ventilación mecánica invasiva (intubados).
3. Pacientes con trastornos mentales o de aprendizaje que pudieran haber limitado o impedido la aplicación del tamizaje.
4. Pacientes con traqueostomía ya que pudieron interferir otros factores como su aspecto quirúrgico, modificando su condición emocional.

•Criterios de eliminación:

1. Si durante el llenado del instrumento el paciente decidió no seguir contestando o que por alguna otra razón tuviera que ser descontinuada la aplicación.

Tipo de estudio y diseño

Se utilizó un diseño no experimental investigación retrospectivo-transversal, instrumental. Se estudió una muestra no probabilística en una institución mexicana pública de tercer nivel de atención hospitalaria.

Una Investigación instrumental: como menciona Ato et al., (2013) “son todos aquellos trabajos que analizan las propiedades psicométricas de instrumentos de medida psicológicos, ya sea de nuevos tests”.

Instrumentos

1. Escala de Ansiedad y Depresión Hospitalaria (Hospitalized Anxiety and Depression Scale, HADS): Rico et al., (2005), es un instrumento de autoevaluación desarrollada por

Zigmond y Snaith en 1983. Consta de 14 reactivos, siete para ansiedad y siete para depresión. Su validez de constructo ha sido probada y presentó una alfa de Cronbach de 0.884 (Rico et al., 2005) (ANEXO 1).

Para esta versión los puntos de corte para síntomas de ansiedad y depresión son:

1-7 Mínima o leve

8-14 Moderada

15-21 Severa

2. Ficha sociodemográfica: con el fin de recolectar datos sociodemográficos, tales como: edad, estado civil, religión, residencia, escolaridad, ocupación actual. Incluye información clínica en cuanto a fecha de ingreso de hospitalización, enfermedad médica actual, atención psicológica o psiquiátrica, antecedentes de depresión personales y familiares, consumo de antidepresivos y/o alcohol, tabaco y otras sustancias adictivas (frecuencia, cantidad y tiempo) (ver ANEXO 3).
3. Examen Mental: Rodríguez-García y Rodríguez-Pupo (2006), conciben el examen mental como método del diagnóstico neurológico se impone ante la necesidad de integrar la historia clínica y los elementos aportados por el examen físico y las pruebas diagnósticas especiales. Ya que ningún diagnóstico del estado neurológico está completo sin una adecuada evaluación mental. Esto para poder ver que se encuentre en las tres esferas, persona (nombre completo), lugar (espacio físico donde se encuentra) y tiempo (fecha de evaluación). Con este mismo se pretende valorar el estado de conciencia, valorando su orientación, pensamiento y discurso (ver ANEXO 3).

Procedimiento

FASE I. Momento de aplicación del Instrumento.

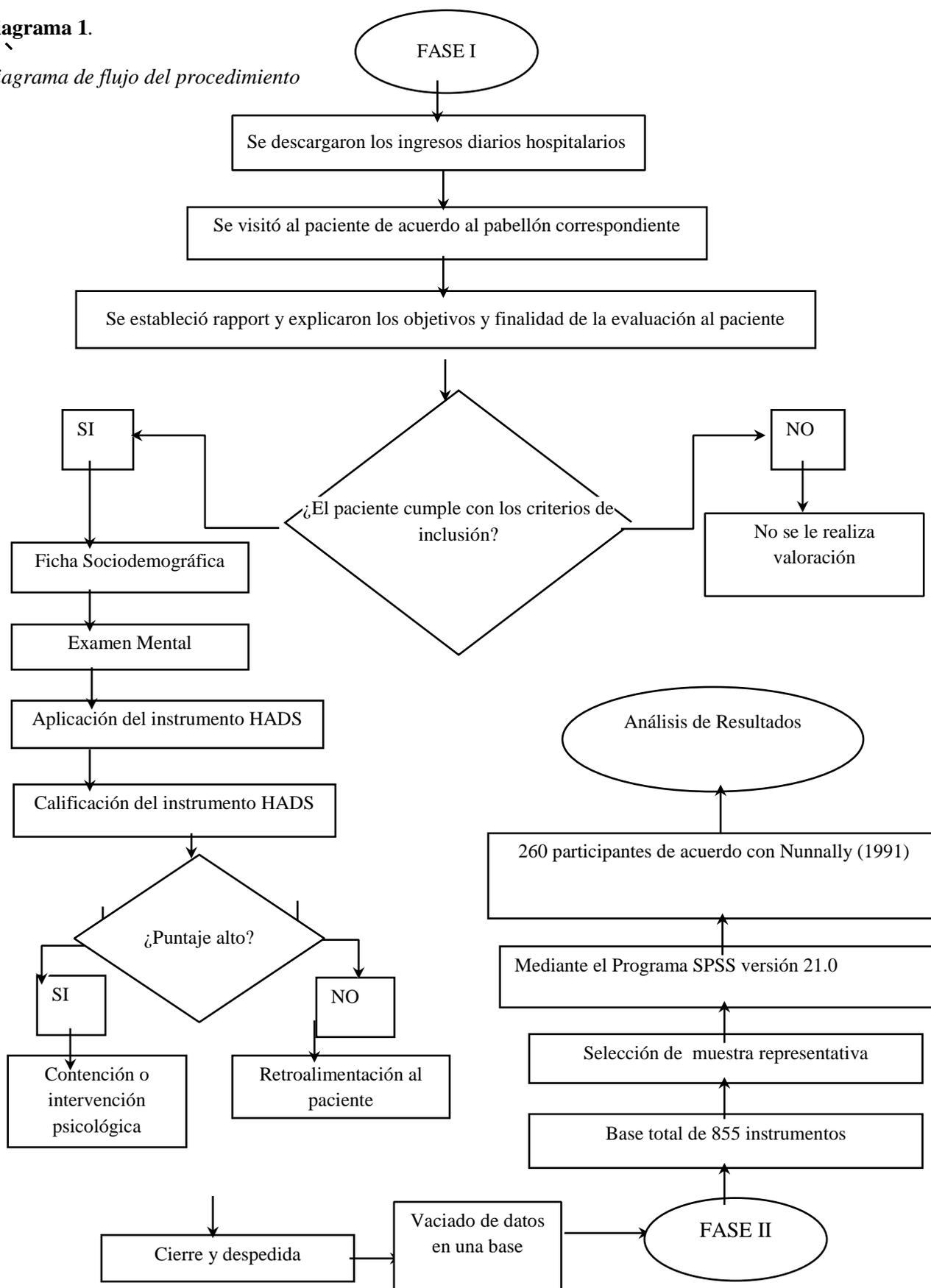
1. Se descargaron del censo institucional diario los nombres de los pacientes ingresados a los diferentes servicios clínicos (Pabellones 1-7) en el último turno. De acuerdo con el procedimiento establecido por las políticas AOP del Consejo General de Salud.
2. Se realizó la visita de acuerdo al pabellón correspondiente, con el objetivo de realizar la aplicación del instrumento. Posterior a la presentación de las psicólogas, se realizó el rapport con el paciente para posteriormente proceder al inicio del proceso de evaluación.
3. Si contaba con criterios de inclusión se realizó la aplicación del instrumento HADS.
4. Comenzando con la evaluación se colectaron datos referentes a la ficha sociodemográfica, tales como: edad, estado civil, religión, residencia, escolaridad y ocupación actual. Al igual que se tomó nota sobre información clínica como: fecha de ingreso de su hospitalización, el diagnóstico médico actual o motivo de ingreso. Y sólo en aquellos casos en los que se sospechó de antecedentes de padecimientos psicológicos tanto personales como familiares, se les cuestionó sobre ellos (ANEXO 3).
5. Se realizó el examen mental, para valorar el estado mental del paciente, orientación, atención, memoria, conciencia, pensamiento y discurso. Se colectaron datos sobre contexto familiar y redes de apoyo. (ver ANEXO 3 y 4).
6. Una vez que se obtuvieron los datos y algunos antecedentes del paciente, se procedió a realizar la aplicación de la Escala Hospitalaria de ansiedad y depresión (HADS), este inventario aunque es de forma auto aplicable, por cuestiones de las condiciones de los pacientes, se aplicó de forma oral, es decir, se les leyeron los reactivos, y las posibles

respuestas, para que así ellos pudieran contestar de acuerdo a su sentir y a lo que definiera mejor a su estado (ANEXO 1 y 2).

7. Una vez concluida la aplicación de la Escala Hospitalaria de Ansiedad y Depresión (HADS), se le brindó retroalimentación al paciente, explicando un poco acerca de lo que se encontró de acuerdo a sus respuestas, especialmente si el puntaje final resultó estar en un rango de 8 a 22. Se procedió a brindar contención o intervención psicológica, de acuerdo a las necesidades que requería cada paciente e incluso a realizar referencia a psiquiatría si el caso lo ameritaba.
8. Para dar cierre a la evaluación, las psicólogas se despidieron cordialmente, agradeciendo su tiempo y disposición por haber permitido llevar a cabo la evaluación. Al igual que se le mencionó, que el área se mantendrá al pendiente para cualquier necesidad, dejándole la libertad para solicitar mediante el personal de enfermería, nuestros servicios.
9. Para este estudio, una vez concentrados los tamizajes fueron vaciados en una base de datos prediseñada para este fin.
10. Se obtuvo un total de 855 tamizajes aplicados (ver Diagrama 1).

FASE II. Selección de instrumentos útiles para la validación.

1. Del total de instrumentos aplicados en la primera fase se seleccionaron 260 conforme a los criterios mencionado para validar el instrumento con una muestra representativa.
2. La selección de la muestra, se realizó mediante el sistema de aleatorización de la muestra, en el programa estadístico Statistical Package for the Social Sciences (SPSS) (Versión 21.0) [software], con una licencia recurrente.
3. Se procedió al análisis de los datos (Diagrama 1).

Diagrama 1.*Diagrama de flujo del procedimiento*

Nota. Incluye dos fases, la FASE I correspondiente a la aplicación del instrumento HADS y la FASE II a la validación de la HADS. Elaboración propia.

Análisis estadísticos

Se realizó una auditoría de la base, del 10% de la muestra para determinar la confiabilidad de los datos. La selección de la muestra, se realizó mediante un sistema de aleatorización, en el programa SPSS versión 21.0, con una licencia recurrente. Se obtuvo una puntuación total de 99.76% de 100%, lo cual indica que es confiable la base de datos, para continuar con los análisis de resultados

Se hizo un análisis descriptivo de cada reactivo para asegurarse de que no existieran datos extremos y que contara con datos en todas las casillas resultantes. Se generó una nueva variable con la suma de todos los reactivos y se identificaron los cuartiles extremos, con los cuales se corrió una prueba t de student para dos muestras independientes, donde se buscó significancia en todos los reactivos, demostrando con ello que eran capaces de discriminar entre tener o no tener el constructo medido.

Posteriormente se corrió un análisis para confirmar que las puntuaciones de los cuartiles extremos identificados corrieran en direcciones opuestas. Finalmente, se identificó la estructura factorial mediante un análisis factorial exploratorio con rotación varimax, y la consistencia interna con el alfa de Cronbach.

Análisis factorial exploratorio (AFE)

Se realizó un AFE con rotación varimax. Los criterios utilizados para el análisis factorial fueron: cargas factoriales $\geq .40$ y por lo menos dos reactivos en un solo factor. Finalmente se determinó su consistencia interna mediante el coeficiente de alfa de Cronbach, se adoptó un nivel de significancia estadística $p < .05$ (Gadner, 2003).

Análisis realizados

- Análisis de distribución de frecuencia: Se validó la base de datos y se identificó que todas las respuestas estuvieran ordenadas en sus respectivas categorías.
- Sesgo: Se determinó la distribución de la muestra, correspondiendo en este caso a muestra no normal ($p < 0.01$).
- Cuartiles: Se identificó los puntajes de los cuartiles extremos a partir de la calificación total.
- Nueva variable para grupos extremos: Se creó una nueva variable para identificar a los sujetos que pertenecen al grupo extremo inferior y superior.
- Prueba T para muestras independientes: Filtro de reactivo de acuerdo de la propiedad de discriminación de los cuartiles extremos.
- Tablas cruzadas: Se verificó la direccionalidad de los reactivos. Se colocaron en filas los extremos y en columnas los reactivos.
- Correlación: Se determinó la correlación múltiple entre sí para determinar el tipo de rotación, se utilizó Varimax, ya que se encontraron correlaciones de medianas a bajas.
- Consistencia interna: Se verificó la correlación de los reactivos.
- Análisis factorial: Se analizó la matriz de componentes rotados, para eliminar los reactivos que pertenecen a más de un factor (Cuadro 4).

Cuadro 4**PASOS DEL ANÁLISIS EXPLORATORIO Y DETERMINACIÓN DE LA ESTRUCTURA FACTORIAL**

| Análisis | Objetivo | Procedimiento |
|-------------------------------------|--|--|
| Análisis de distribución | Validar la base de datos, (identificar casos fuera de rango) y que todas las respuestas estuvieran ordenadas en sus respectivas categorías. | Analizar → Estadísticos descriptivos → Frecuencia → Seleccionar todos los reactivos → Aceptar |
| Sesgo | Determinar el tipo de población que se está analizando. Tendencia no central de los datos (población clínica) rango entre -1.5 y 1.5. | Analizar → Estadísticos descriptivos → Frecuencia → Seleccionar todos los reactivos → Asimetría → Gráficos → Histograma → Aceptar |
| Cuartiles | Identificar a los puntajes de los cuartiles extremos a partir de la calificación total. Primero se tiene que hacer una nueva variable haciendo la sumatoria de todos los reactivos, luego se obtienen los cuartiles. | Estadísticos descriptivos → Frecuencia → Estadísticos → Cuartiles → Seleccionar puntaje total → Aceptar |
| Nueva variable para grupos extremos | Crear nueva variable para identificar a los sujetos que pertenecen al grupo extremo inferior y superior. | Transformar → Recodificación en distintas variables → Seleccionar y nombrar variable → Valores antiguos y nuevos → Rango inferior agregar valor percentil 25 y nuevo valor 1 → Rango superior → Agregar valor percentil 75 y nuevo valor 2 → |

| | | |
|-------------------------------------|--|---|
| | | Aceptar |
| Prueba para muestras independientes | Filtro de reactivo de acuerdo al de la propiedad de discriminación de los cuartiles extremos. | Analizar → Comparar medias → Prueba T para muestras independientes → Selección de todos los reactivos y definir grupos a partir de la variable de grupos extremos → Aceptar |
| Tablas cruzadas | Verificar la direccionalidad de los reactivos. Colocar en fila los extremos y en columnas los reactivos. | Analizar → Estadísticos descriptivos → Tablas de contingencia → Seleccionar todos → Casillas → Observado y Columna → Aceptar |
| Correlación | Determinar la correlación múltiple entre sí para determinar el tipo de rotación, para decidir si es varimax (igual o mayor a .4) u oblimin (menor a .4). | Analizar → Correlación Bivariadas → Seleccionar todos los reactivos → Aceptar |
| Consistencia interna | Verificar la correlación de los reactivos. | Analizar → Escala → Análisis de fiabilidad → Seleccionar todos los reactivos → Aceptar |
| Análisis Factorial | Analizar la matriz de componentes rotados, para eliminar reactivos que pertenecen a más de un factor. | Analizar → Reducción de dimensiones → Factor → Seleccionar reactivos → KMO Varimax → No se suprimen valores → Aceptar |

Nota: Sustraído de Espinoza, J. (2018). Propiedades Psicométricas del Inventario de Evaluación de la Funcionalidad en el tratamiento del cáncer versión próstata (FACT-P) en una población de pacientes con cáncer de próstata en la Ciudad de México. Tesis de maestría en Psicología: Facultad de Psicología, UNAM.

Resultados

La muestra final estuvo constituida por 260 pacientes. Ciento tres sujetos (39.6%) de la muestra contaban con un diagnóstico de enfermedades infecciosas seguido de un 56 (21.5 %) con enfermedades obstructivas y 101 (38.9%), tenía un diagnóstico de enfermedades intersticiales, cáncer, procedimientos, quirúrgico, u otro. (Tabla 2).

Doscientos veintiuno participantes (85.0%) de la muestra tuvo un pronóstico reservado a evolución, un 20 (7.7%) se encontraba en un pronóstico regular o malo y 19 (7.3%) tenían un pronóstico bueno. El 154 (59.2%) de la muestra tenían algún tipo de comorbilidad, dentro del cual el 13.5% estaban dentro de la categoría “otros” tipo de comorbilidad como: Lupus, Hipotiroidismo, Híper-Hipo Hipertiroidismo, Neuropatías, Osteoporosis, Anemia, Neoplasias, entre otras, seguido de Hipertensión 30 (11.5%). (Tabla 2).

El 153 (58.8%) reportaron consumo activo de sustancias, de ellos, el 75 (28.8%) reportó consumo combinado de tabaco y alcohol. (Tabla 2).

Tabla 2*VARIABLES CLÍNICAS DE LA MUESTRA DE LA HADS.*

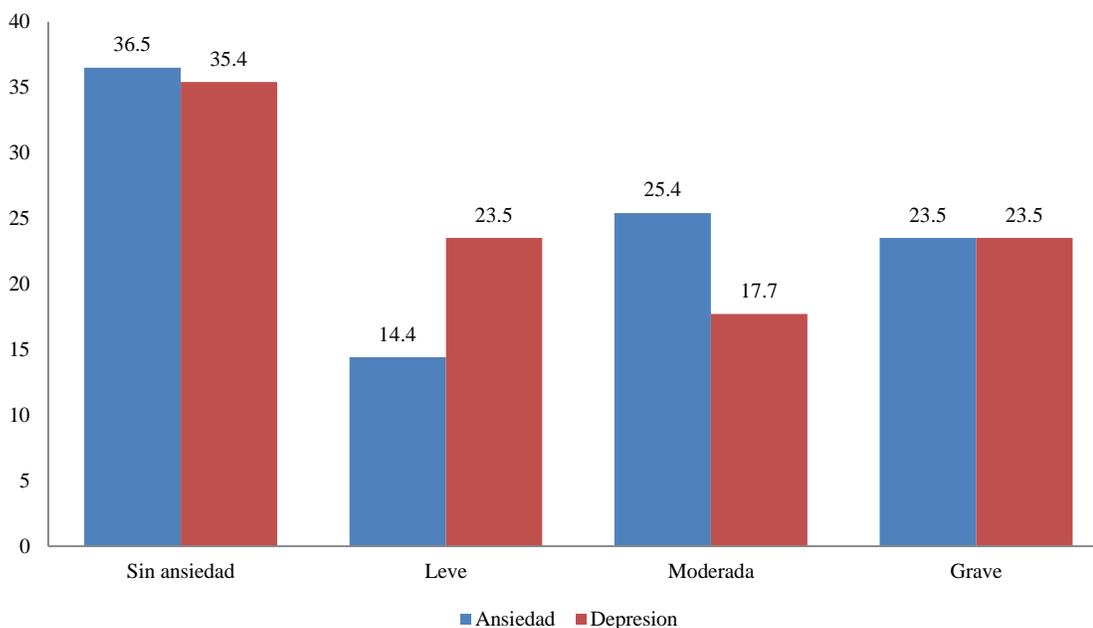
| | F | % | | f | % |
|-----------------------|----------|----------|---|----------|----------|
| Diagnostico | | | Tipo de Comorbilidad | | |
| Intersticiales | 18 | 6.9 | Obesidad | 22 | 8.5 |
| Infecciosas | 103 | 39.6 | Diabetes/Hipertensión | 21 | 8.1 |
| Cáncer | 20 | 7.7 | Enfermedades Cardiometabolicas ¹ | 21 | 8.1 |
| Obstructivas | 56 | 21.5 | Diabetes | 25 | 9.6 |
| Procedimientos | 32 | 12.3 | Hipertensión | 30 | 11.5 |
| Quirúrgicas | 15 | 5.8 | Otros | 35 | 13.5 |
| Otros | 16 | 6.2 | | | |
| | | | Consumo de Sustancias | | |
| Pronostico | | | No | 107 | 41.2 |
| Bueno | 19 | 7.3 | Si | 153 | 58.8 |
| Malo | 14 | 5.4 | | | |
| Regular | 6 | 2.3 | Tipo de Sustancia | | |
| Reservado a evolución | 221 | 85.0 | Alcohol | 34 | 13.1 |
| | | | Tabaco | 27 | 10.4 |
| | | | Alcohol y tabaco | 75 | 28.8 |
| Comorbilidad | | | Alcohol, tabaco y cocaína | 3 | 1.2 |
| Si | 154 | 59.2 | Alcohol, tabaco y marihuana | 4 | 1.5 |
| No | 106 | 40.8 | Otros | 10 | 3.8 |

En cuanto a la prevalencia de sintomatología de ansiedad y depresión en esta muestra de pacientes con enfermedades respiratorias crónicas, se encontró que en 94.9 (36.5 %) de esta muestra no tiene ansiedad ni depresión, un 61.1 (23.5%) cuenta con síntomas de ansiedad y/o depresión graves (Figura 1).

¹ En esta categoría se ubican aquellas enfermedades que pueden llegar a desencadenar otras complicaciones como lo son obesidad, sobrepeso, diabetes, ceguera, neuropatías, cardiopatías, eventos vasculares cerebrales, infartos y fracturas.

Figura 1

Prevalencia de síntomas de ansiedad y depresión en pacientes con enfermedades respiratorias crónicas



Respecto a la diferencia entre géneros, se observó que las mujeres puntúan significativamente más alto tanto en síntomas de ansiedad (4.29 vs 3.30, $p < 0.05$) (Tabla 3) como de depresión. (3.46 vs 2.44, $p < 0.05$). (Tabla 4).

En cuanto a la variable de comorbilidad, se realizó el estudio pero no se encontró significancia.

Tabla 3

DIFERENCIAS ENTRE GRUPOS POR GÉNERO PARA VARIABLE DE ANSIEDAD

| | N | Media | Desviación estándar | Sig. (Bilateral) |
|-----------|-----|-------|---------------------|------------------|
| Masculino | 131 | 10.72 | 3.306 | .000 |
| Femenino | 129 | 12.28 | 4.297 | |

Tabla 4*DIFERENCIAS ENTRE GRUPOS POR GÉNERO PARA VARIABLE DE DEPRESIÓN*

| | N | Media | Desviación estándar | Sig. (Bilateral) |
|-----------|-----|-------|---------------------|------------------|
| Masculino | 131 | 8.73 | 2.440 | .000 |
| Femenino | 129 | 9.84 | 3.466 | |

Tabla 5*DIFERENCIAS ENTRE GRUPOS POR GÉNERO PARA PUNTUACIÓN TOTAL*

| | N | Media | Desviación estándar | Sig. (bilateral) |
|-----------|-----|-------|---------------------|------------------|
| Masculino | 131 | 19.44 | 4.934 | .000 |
| Femenino | 129 | 22.12 | 6.971 | |

Análisis factorial

El análisis factorial en la prueba de esfericidad de Bartlett obtuvo una $p = 0.001$ y un valor de 0.864 en la prueba de adecuación muestral Káiser- Meyer- Olkin (KMO).

El análisis factorial con rotación Varimax, con 14 reactivos identificó un modelo con dos factores (ansiedad y depresión) cada uno con 7 reactivos, que en un conjunto explican el 44.84% de la varianza (Tabla 6).

Consistencia interna

El alfa de Cronbach de la subescala de ansiedad de la HADS (7 reactivos) fue de 0.795, en tanto que la subescala de depresión (7 reactivos), de 0.776. El alfa de Cronbach, con 14 reactivos, alcanzó 0.852 que explica el 44.84% de la varianza (ver Tabla 6).

Tabla 6*RESULTADOS DE LA HADS*

| Escala Global | α 0.852 | | Varianza explicada= 44.84% | Alfa de Cronbach |
|--|----------------|-------|----------------------------|------------------|
| Factores | 1 | 2 | | |
| 1.- Me siento tenso o nervioso | 0.729 | | | |
| 3.- Tengo una sensación de miedo, como si algo horrible fuera a suceder | 0.719 | | | |
| 13.- Presento una sensación de miedo muy intenso de un momento a otro | 0.653 | | | |
| 9.- Tengo una sensación extraña, como de aleteo o vacío en el estómago | 0.642 | | 34.690% | $\alpha=0.795$ |
| 5.- Tengo mi mente llena de preocupaciones | 0.613 | | | |
| 11.- Me siento inquieto, como si no pudiera parar de moverme | 0.559 | | | |
| 7.- Puedo estar sentado tranquilamente y sentirme relajado | 0.496 | | | |
| 14.- Me divierto con un buen libro, la radio o un programa de televisión | | 0.670 | | |
| 6.- Me siento alegre | | 0.655 | | |
| 12.- Me siento con esperanzas respecto al futuro | | 0.635 | | |
| 4.- Puedo reírme y ver el lado positivo de las cosas | | 0.633 | 10.156% | $\alpha=0.776$ |
| 2.- Todavía disfruto con lo que me ha gustado hacer | | 0.596 | | |
| 10.- He perdido el deseo de estar bien arreglado o presentado | | 0.574 | | |
| 8.- Siento como si yo cada día estuviera más lento | | 0.566 | | |

Puntos de corte

Se recodificó el sumatorio total y por factores dividiéndose por cuartiles (25, 50, 75) con el objetivo de obtener los puntos de corte y sus prevalencias. Los puntos de corte para síntomas de Ansiedad son: 0 a 8 sin ansiedad o ansiedad mínima, de 9 y 10 leve, de 11 a 13 moderado y de

14 en adelante sintomatología grave (Tabla 7). Síntomas de Depresión: 0 a 6 sin depresión o depresión mínima, de 7 y 8 leve, 9 y 10 moderada y 11 en adelante sintomatología grave (Tabla 8). Los puntos de corte de la HADS total son: 0 a 16 sin síntomas o síntomas mínimos, de 17 a 19 síntomas leves, de 20 a 23 síntomas moderados y de 24 en adelante síntomas graves (Tabla 9).

Tabla 7

PUNTOS DE CORTE DE LA HADS PARA ANSIEDAD

| Cuartil | Total | (N = 260) | Clasificación |
|---------|-------|----------------|---------------|
| | | 14 en adelante | Grave |
| 75 | | 11 a 13 | Moderada |
| 50 | | 9 a 10 | Leve |
| 25 | | 0 a 8 | Sin ansiedad |

Tabla 8

PUNTOS DE CORTE DE LA HADS PARA DEPRESIÓN

| Cuartil | Total | (N = 260) | Clasificación |
|---------|-------|----------------|---------------|
| | | 11 en adelante | Grave |
| 75 | | 9 a 10 | Moderada |
| 50 | | 7 a 8 | Leve |
| 25 | | 0 a 6 | Sin ansiedad |

Tabla 9

PUNTOS DE CORTE DE LA HADS TOTAL

| Cuartil | Total | (N = 260) | Clasificación |
|---------|-------|----------------|---------------|
| | | 24 en adelante | Grave |
| 75 | | 20 a 23 | Moderada |
| 50 | | 17 a 19 | Leve |
| 25 | | 0 a 16 | Sin ansiedad |

Discusión y Conclusiones

Los síntomas depresivos son un problema de salud pública, debido no sólo a su alta prevalencia, sino también a las repercusiones que traen consigo a nivel físico, psicológico, social y económico (Andrews et al., 2000).

La evaluación de la sintomatología de ansiedad y depresión en pacientes con enfermedad crónica respiratoria, es de suma importancia ya que en esta población se da la coexistencia de síntomas psicológicos combinados con la enfermedad médica, por lo que se sabe que estos pueden influir negativamente en: la calidad de vida, duración del ingreso hospitalario, ideación suicida, autocuidado, adhesión al tratamiento y en síntomas (dolor, náuseas, vómito y fatiga) (Andrews et al., 2000).

Debido a la alta relación entre síntomas de ansiedad y depresión y algunas enfermedades crónicas, resulta interesante identificar cómo comportan los síntomas en un grupo de pacientes con enfermedad crónica respiratoria, cuyas características de la enfermedad exponen a una pérdida de la función a veces a temprana edad y traen consigo alteraciones en el estado de ánimo. Por ello, resulta de gran importancia tener un instrumento que permita detectar estos síntomas en este grupo de pacientes, en virtud de la importancia de la intervención temprana. Siendo este precisamente el objetivo de este estudio, validar la Escala Hospitalaria de Ansiedad y Depresión (HADS).

A diferencia del resto de las validaciones de este mismo instrumento, en el caso de este estudio, la variabilidad de características de las enfermedades crónicas respiratorias, expone también las razones por las que la ansiedad y la depresión podrían ser también distintas en frecuencia e intensidad respecto a enfermedades como cáncer, obesidad o VIH, en cuyas poblaciones ya se ha validado este mismo instrumento.

Ejemplo de ello, son las enfermedades infecciosas, causadas por microorganismos patógenos como las bacterias, virus, parásitos u hongos los cuales pueden transmitirse directa o indirectamente de una persona a otra (Tuberculosis, Influenza, Neumonías, Bronquiectasias, Micosis pulmonar y sepsis), en su mayoría con un pronóstico reservado a su evolución lo cual implica una falta de certeza en su mejoría. Que podría contribuir a un incremento en síntomas como la ansiedad y la depresión, tal como lo mencionan Vinaccia et al., (2006) la salud mental está fuertemente relacionada con el control de esta emoción negativa que se caracteriza por síntomas de “hiperventilación fisiológica” e “incertidumbre”. Siguiendo la misma línea Mendoza y Pérez (2016) mencionan que la depresión severa, se da cuando el pensamiento del paciente está totalmente absorto en pensamientos negativos, repetitivos y perseverantes. El factor de incertidumbre (Rodríguez y Zurriaga, 1997) sobre el pronóstico y evolución de determinadas enfermedades, sobre todo si consideramos que las propias intervenciones clínicas, con frecuencia, forman parte también de ese pronóstico, son una serie de circunstancias generadoras de estrés o ansiedad que pueden presentarse en los pacientes. Lo cual se puede relacionar con los resultados obtenidos dentro de la población de pacientes con enfermedad crónica respiratoria, debido a que gran parte de esta, contaban con un diagnóstico respecto a una enfermedad infecciosa y con un pronóstico reservado a evolución, lo cual esto pudo haber influido en la presencia o aumento de algunos de los síntomas tanto de ansiedad como depresión, principalmente por la incertidumbre que se pudo haber generado al desconocer la evolución y eficacia de su tratamiento.

En este estudio se identificó que además de la enfermedad respiratoria coexistían otras enfermedades que aumentaban el riesgo de una buena evolución y mejoría, además de que se detectó que la muestra de este estudio reportó ser consumidor de alcohol y tabaco. Siendo estos

consumos asociados a altos niveles de ansiedad y depresión, de acuerdo a la Organización Mundial de la Salud (2018) favorecen las Enfermedades no Transmisibles (como lo son las enfermedades respiratorias). Lo cual en conjunto dificulta una respuesta positiva a los esquemas terapéuticos y la mejoría de este grupo de pacientes durante y posterior al tratamiento Córdova et al., (2009). Lo cual refleja que es una población que requiere una atención multidisciplinaria, de acuerdo a las necesidades médicas y modificación de estilos de vida dentro de la cual la identificación de síntomas de ansiedad y depresión es primordial para un buen apego y evolución de su tratamiento de acuerdo a su enfermedad crónica respiratoria, al igual que resulta importante generar una buena atención médica, hacia el paciente durante la estancia de su hospitalización.

La HADS de Zigmond y Snaith (1983) es un instrumento diseñado para medir estos constructos (ansiedad y depresión), el cual ha mostrado adecuadas características psicométricas replicadas en estudios en diversos países. Esta versión en población mexicana resultó ser similar a la estructura factorial de la versión original (Zigmond y Snaith, 1983) y a los estudios que se han reportado anteriormente (Galindo et al., 2015; Whaley, 1992; López et al., 2002; Noguera et al., 2013; Barriguete et al., 2017 y Ornelas-Mejorada et al., 2011). Resultando similar a la mayoría de los estudios previos, ya que se identificaron 2 factores en dicha versión, determinando que un factor va dirigido a medir sintomatología ansiosa y otro factor dirigido a la sintomatología depresiva, con 7 reactivos cada uno, siendo la HADS con un total de 14 reactivos. Se reportó una adecuada varianza explicada, señalando que no se eliminó ningún reactivo. Siendo similar como en algunas de las versiones previas con diferentes poblaciones, dentro de las cuales se encuentran investigaciones como la validación en cuidadores informales de pacientes con cáncer (Galindo et al; 2015), en paciente obesos (López et al; 2000) y en mujeres con embarazo de alto riesgo (Villegas, 2004).

El número de participantes para la validación de la escala HADS resultó tener los criterios adecuados para una validez psicométrica adecuada, además del análisis factorial de acuerdo con la prueba de esfericidad de Bartlett y la prueba de Káiser-Meyer-Olkin y la rotación Varimax se decidió porque las correlaciones entre reactivos resultaron ser pequeñas y medianas.

La ventaja adicional de esta versión mexicana de la HADS consiste en que se modificaron los puntos de corte, dado que Rico et al., (2005), mencionan que los puntos de corte para ansiedad y depresión son 0-7 mínima o leve, 8-14 moderada y 15-21 severa, mientras que en el presente estudio se encontró que para este tipo de pacientes con enfermedad respiratoria crónica, los puntos de corte se modificaron, quedando así para la sintomatología de ansiedad 0-8 sin ansiedad o ansiedad mínima, 9 y 10 leve, 11-13 moderada y de 14 en adelante severa. Así como para depresión son: 0-6 sin depresión o depresión mínima, 7 y 8 leve, 9 y 10 moderada y 11 en adelante severa. Los puntos de corte de la HADS total son: 0-16 sin síntomas o síntomas mínimos, 17-19 síntomas leves, 20-23 síntomas moderados y de 24 en adelante síntomas graves; Rico et al., (2005), cuenta con tres puntos de corte para síntomas de ansiedad y depresión, mientras que en este estudio se encontraron cuatro puntos de corte para la sintomatología de ansiedad y depresión, lo cual podría deberse a que cada padecimiento tiene sus propias características, en enfermedades respiratorias crónicas, las cuales conllevan una temprana disfunción en la dinámica personal, social y laboral la relación con síntomas de ansiedad y depresión está bien definida y sumándole la hospitalización como factor de estrés esto altera de manera sustancial la evolución del paciente con enfermedad crónica respiratoria; como lo menciona Mancuso et al.. (2008) y Strine et al., (2008) que la preocupación ante un posible ataque de asma, el deterioro de las relaciones sociales, el absentismo laboral o escolar y la

incapacidad para adaptarse a la enfermedad, son factores para entender la presencia de los síntomas de ansiedad y depresión en este tipo de pacientes.

Otro hallazgo importante en este estudio resulta ser la diferencia en síntomas entre hombres y mujeres, permite identificar que las mujeres presentan más síntomas de ansiedad y depresión en comparación con los hombres con enfermedad crónica respiratoria, lo cual puede representar un elemento importante en la práctica clínica ya que las necesidades de atención pudieran ser distintas en cada caso. Estos resultados parecen coincidir con los reportados en diversos estudios sobre depresión en los cuales las mujeres suelen tener mayor prevalencia (Urdapilleta-Herrera et al., 2010 y Moreno-Coutiño et al., 2007).

El alfa de Cronbach de la HADS es consistente en cuanto a los valores previamente reportados (Galindo et al., 2015; Whaley, 1992; López et al., 2002; Noguera et al., 2013; Barriguet et al., 2017 y Ornelas-Mejorada et al., 2011), lo cual sugiere que la escala mexicana en enfermedades respiratorias crónicas es equivalente en cuanto a sus propiedades psicométricas y puede ser utilizada de forma confiable.

La HADS es un instrumento que mostró una estructura factorial de acuerdo a lo esperado, así como propiedades psicométricas adecuadas para la evaluación de sintomatología de ansiedad y depresión en pacientes con enfermedades respiratorias crónicas. Siendo así que esta versión concuerda con la estructura factorial de la versión original y otros estudios realizados, el hallazgo más importante de este estudio es que los puntos de corte se disminuyeron.

Se recomienda su uso en escenarios hospitalarios en particular con pacientes hospitalizados, como el presente estudio.

Por lo que se recomienda su adecuado uso para la práctica clínica y futuras investigaciones y más aún en población con enfermedad respiratoria crónica.

Limitaciones del estudio

Entre las limitaciones de este estudio destacan:

1. Debido a la muestra no probabilística este tipo de muestras selecciona a sujetos “típicos” con la vaga esperanza de que serán casos representativos de una población determinada. Por lo que los datos no pueden generalizarse a una población, que no se consideró ni en sus parámetros, ni en sus elementos para obtener la muestra. Debido a que en las muestras de este tipo, la elección de los sujetos no depende de que todos tengan la misma probabilidad de ser elegidos, sino de la decisión del investigador (Hernández et al., 2014).
2. La falta de un diagnóstico realizado por algún profesional de la salud mental, o bien una entrevista psiquiátrica para la confirmación del posible diagnóstico de ansiedad y/o depresión.
3. Se sugiere que futuras investigaciones se dirijan a realizar la validez concurrente con otros instrumentos como BDI y BAI; efectuar un diagnóstico clínico para determinar la sensibilidad y especificidad del instrumento, así como también se pretende realizar la fiabilidad test retest y llevar a cabo el análisis confirmatorio de este estudio, con la finalidad de obtener una validación más útil/completa/eficaz de la Escala Hospitalaria de Ansiedad y Depresión (HADS) por sus siglas en inglés.

Referencias

- Agudelo, D., Lucumi, L y Santamaría, Y. (2008). Evaluación de la depresión en pacientes hospitalizados por distintas enfermedades médicas en la ciudad de Bucaramanga. *Pensamiento Psicológico*, 4(10), 59-83.
- Alberdi, J., Fernández, A. e Iglesias, F. (2013). Depresión en pacientes hospitalizados en el servicio de medicina interna de un hospital general. *Galicia Clínica*, 74(4), 161-174.
- Alcázar, M., Fidalgo, M. y Laplana, O. (2014). Ansiedad percibida por los pacientes hospitalizados por quemaduras, en una unidad de quemados. *Cirugía Plástica Ibero-Latinoamericana*, 40(2), 159-169.
- Aliaga, J. (2006). *Psicometría: Tests Psicométricos, Confiabilidad y Validez*. En Quintana, A y Montgomery, W. (Eds.) (2006). *Psicología. Tópicos de actualidad*. (85-108). Universidad Nacional Mayor de San Marcos.
- Almanza, J., Juárez, R. y Pérez, S. (2008). Traducción, adaptación y validación del Termómetro de Distrés en una muestra de pacientes mexicanos con cáncer. *Revista Sanidad Militar*, 62 (5), 209-217.
- Álvarez-Sala, J.L., Cimas, E., Masa, J.F., Miravittles, M., Molina, J., Naberan, K, Viejo, J.L. (2001). Recomendaciones para la atención al paciente con enfermedad pulmonar obstructiva crónica. *Archivos de Bronconeumología*, 37, 269-278.
- Anastasi, A. y Urbina, S. (1998) *Test psicológicos*. 7ma. Ed. Prentice Hall Hispanoamérica S.A.
- Andrews, G., Sanderson, K., Slade, T. & Issadikis, C. (2000). Why does the burden of disease persist? Relating the burden of anxiety and depression to effectiveness of treatment. *Bulletin of the world Health Organization*, 78, 446-454.
- Anguiano, S.A., Mora, M.A., Erazo, R. & Vega, C.Z. (2017). Prevalencia de ansiedad y depresión en pacientes hospitalizados. *Eureka: Asunción (Paraguay)* 14(1):24-38. <http://docs.bvsalud.org/biblioref/2018/06/905744/eureka-14-1-9.pdf>
- Ato, M., López, J. y Benavente, A. (2013). Un sistema de clasificación de los diseños de investigación en psicología. *Anales de Psicología*. 29 (3), 1038-1059.
- Axelrod, R. (1990). *Una alternativa para la medición de la depresión*. Tesis de Doctorado en Psicología. Facultad de Psicología, UNAM.
- Axelrod, R. y Pick, S. (1988). EDAM: Desarrollo y validación de una escala de depresión para adolescentes mexicanos. *La Psicología Social en México*, 2, 34-41.

- 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.
- Barra, E. (2004). Apoyo social, estrés y salud. *Psicología y Salud*, 14, 237-243.
- Barriguete, J., Pérez, R., De la Vega, R., Barriguete, P. y Rojo, L. (2017). Validation of the Hospital Anxiety and Depression Scale in Mexican population with eating disorders. *Revista Mexicana de Trastornos Alimenticios*, 8, 123-130. <https://doi.org/10.1016/j.rmta.2017.05.001>
- Beck, A., Epstein, N., Brown, G & Steer, R. (1988). An inventory for measuring clinical anxiety: Psychometric properties. *Journal of Consulting and Clinical Psychology*, 56 (6), 893-897.
- Beck, A., Ward, C., Mendelson, M., Mock, J. & Erbaugh, J. (1961). An inventory for measuring depression. *Archives of General Psychiatry*, 4(6), 561-571.
- Benítez-Agudelo, J.C., Barceló-Martínez, E. A. & Gelves-Ospina, M. (2016). Características psicológicas de los pacientes con larga estancia hospitalaria y propuesta de protocolo para su manejo clínico. *Cirugía Plástica Ibero-Latinoamericana*, 42(4), 391-398. http://scielo.isciii.es/scielo.php?script=sci_arttext&pid=S0376-78922016000400012&lng=es&tlng=es.
- Bones, K., Pérez, K., Rodríguez, M., Borrell, C. y Obiols, J. (2010). Prevalencia de problemas de salud mental y su asociación con variables socioeconómicas, de trabajo y salud: resultados de la Encuesta Nacional de Salud de España. *Psicothema*; 22 (3): 389-395.
- Bjelland, I., Dahl, A., Haug, T. & Neckelmann, D. (2002). The validity of the Hospital Anxiety and Depression Scale. An updated literature review. *Journal of Psychosomatic Research*. 52, 69-77.
- Brannon, L. & Feist, J. (2001). *Psicología de la Salud*. Paraninfo.
- Brennan, C., Worrall, A., McMillan, D., Gilbody, S. & House, A. (2010). The Hospital Anxiety and Depression Scale: A diagnostic meta-analysis of case-finding ability. *Journal of Psychosomatic Research*, 69, 371-378.
- Caballero, A.S., Torres, C., Maldonado, D., Jaramillo, C. & Guevara, D. (2003, octubre). Prevalencia de la enfermedad pulmonar oclusiva crónica en cinco ciudades colombianas.

- Trabajo presentado en X Congreso Colombiano de Neumología y Cirugía de tórax. Cartagena.
- Calleja, N. (2011). *Inventario de Escalas Psicosociales en México 1984-2005*. UNAM: Facultad de Psicología. Recuperado el 20 de Septiembre del 2019 de <http://www.psicologia.unam.mx/documentos/pdf/repositorio/InventarioEscalasPsicosocialesNaziraCalleja.pdf>
- Cañizales, M. (1994). *La ansiedad: su relación con un curso gestacional*. Tesis de Doctorado en Psicología Social. Facultad de Psicología, UNAM.
- Campo-Arias, A. & Oviedo, H. (2008). Propiedades psicométricas de una escala: la consistencia interna. *Revista de Salud Pública*, 10(5), 831-839.
- Cardoner, N y Benllock, L. (2000). *Depresión orgánica*. En Vallejo, J y Gastó, C. Trastornos afectivos: ansiedad y depresión. (396-424). MASSON.
- Cohen, R y Swerdlick, M. (2001). *Pruebas y Evaluación Psicológicas. Introducción a las Pruebas y a la Medición*. McGraw Hill.
- Comeche, M., Díaz, G. y Vallejo, P. (1995). *Cuestionarios inventarios y escalas: ansiedad, depresión y habilidades sociales*. Fundación Universidad Empresa.
- Contreras, A y Palacios, X. (2014). Contribuciones de la Psicología al manejo interdisciplinario del paciente en Unidad de Cuidados Intensivos (UCI). *Revista de la Universidad Industrial de Santander. Salud*, 46(1), 47-60. http://www.scielo.org.co/scielo.php?script=sci_arttext&pid=S0121-08072014000100006&lng=en&tlng=es
- Córdova-Villalobos, J. A., Sarti, E., Arzoz-Padrés, J., Manuell-Lee, G., Méndez, J. R., y Kuri-Morales, P. (2009). The influenza A (H1N1) epidemic in Mexico. Lessons learned. *Health research policy and systems*, 7(1), 21. <https://doi.org/10.1186/1478-4505-7-21>
- Corral, Y. (2009). Validez y confiabilidad de los instrumentos de investigación para la recolección de datos. *Revista ciencias de la educación*, 19 (33), 228-247. <http://servicio.bc.uc.edu.ve/educacion/revista/n33/art12.pdf>
- Cortada, N. (1999). *Teorías Psicométricas y Construcción de Tests*. Lugar Editorial.
- Cozby, P. (2005). *Métodos de Investigación del Comportamiento*. McGraw Hill.
- De las Cuevas, C., García, A. y González, J. (1995). “Hospital Anxiety and Depression Scale” y Psicología Afectiva. *Anales Psiquiatría*, 11(4), 126-130.

- De la Peña, F., Lara, M., Cortés, J., Nicoloni, H., Páez, F. y Almeida, L. (1996). Traducción al español y validez de la Escala Birleson (DSRS) para el Trastorno Depresivo Mayor en la adolescencia. *Salud Mental*, 19 (3), 17-23.
- Díaz-Guerrero, R y Spielberger, CD. (1975). *IDARE: Inventario de ansiedad: rasgo-estado*. El Manual Moderno.
- Duque, E. & Grau, J. (2005). La Psicología de la salud en la atención hospitalaria. . En Duque, E & Grau, J. *Psicología de la salud. Fundamentos y aplicaciones* (págs. 295-321). Universidad de Guadalajara.
- Espinoza, J. (2018). Propiedades Psicométricas del Inventario de Evaluación de la Funcionalidad en el tratamiento del cáncer versión próstata (FACT-P) en una población de pacientes con cáncer de próstata en la Ciudad de México. Tesis de maestría en Psicología: Facultad de Psicología, UNAM.
- Espinosa, M., Orozco, L & Ybarra, J. (2015). Síntomas de ansiedad, depresión y factores psicosociales en hombres que solicitan atención de salud en el primer nivel. *Salud Mental*, 38 (3). <https://doi.org/10.17711/SM.0185-3325.2015.028>
- Foro de las Sociedades Respiratorias Internacionales (2017). El impacto global de la Enfermedad Respiratoria – Segunda edición. México, Asociación Latinoamericana de Tórax. Disponible en: https://www.who.int/gard/publications/The_Global_Impact_of_Respiratory_Disease_ES.pdf
- Galindo, O., Benjet, C., Juárez García, F., Castillo, E., Rosas, A., Ponce, J, & Aguilar, S. (2015). Propiedades psicométricas de la Escala Hospitalaria de Ansiedad y Depresión (HADS) en una población de pacientes oncológicos mexicanos. *Salud mental*, 38(4), 253-258.
- Gada, E., Khan, D., DeFina, L. y Sherwood, E. (2014). The relationship between asthma and self-reported anxiety in a predominantly healthy adult population. *Ann Allergy asthma Immunol.* 112: 329-332.
- Gadner, R. (2003). *Estadística para psicólogos utilizando SPSS*.
- Garson, G. (2013). *Validity and reliability*. Amazon Digital Services.
- Gil-Roales, J. (Ed.) (2004). *Psicología de la salud: Aproximación histórica, conceptual y aplicaciones*. Pirámide.

- Girardi, C. (1988). *Un modelo de incapacidad aprendida para adolescentes mexicanos*. Tesis de Doctorado en Psicología Social. Facultad de Psicología, UNAM.
- González, C. (1992). *Estrés psicosocial y respuestas de enfrentamiento: impacto sobre el estado emocional en adolescentes*. Tesis de Maestría en Psicología Social. Facultad de Psicología, UNAM.
- González-Forteza, C., Solís, C., Jiménez, A., Hernández, I., González-González, A., Juárez, F. y Fernández-Varela, H. (2011). Confiabilidad y validez de la escala de depresión CES-D en un censo de estudiantes de nivel medio superior y superior, en la Ciudad de México. *Salud Mental*, 34(1), 53-59.
- González-Forteza, C., Wagner Echeagaray, F. A; & Jiménez Tapia, A. (2012). Escala de Depresión del Centro de Estudios Epidemiológicos (CES-D) en México: análisis bibliométrico. *Salud mental*, 35(1), 13-20. http://www.scielo.org.mx/scielo.php?script=sci_arttext&pid=S0185-33252012000100003&lng=es&tlng=es.
- González, J., Ramos, Y., Fernández, C y Martínez, S. (2001). *Trastorno de ansiedad y depresión secundarios*. En Bobes, J., Bousoño, M., González, M. y Saiz, P. Trastornos de ansiedad y trastornos depresivos en atención primaria. (105-128). MASSON.
- González, P. (2007). *Nivel de ansiedad y depresión en pacientes con infarto agudo de miocardio atendidos en el Hospital Edgardo Rebagliati Martins*. (Tesis de especialidad). Lima: Universidad Nacional Mayor de San Marcos. Facultad de Medicina Humana.
- Gregory, R. (2012). *Pruebas psicológicas: historia, principios y aplicación*. Pearson Educación.
- Groves, M. S. y Muskin, P. R. (2006). *Tratado de Medicina Psicosomática (Tomo I)*. Ars Médica.
- Hamilton M. (1960) A rating scale for depression. *J Neurol Neurosurg Psychiatry*; 23:56–62.
- Hernández, E & Grau, J. (2005). *Psicología de la salud. Fundamentos y aplicaciones*. Universidad de Guadalajara.
- 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. <https://doi.org/10.4067/S003498872005000800005>.

- Hernández, R., Fernández-Collado, C. y Baptista, P. (2006). *Metodología de la Investigación*. (4° ed). México: Mc Graw Hill. En Garza, T. (2016). *Psicometría. "Cuadro comparativo: Cuestionarios, Escalas e Inventarios"*. (2-4). México: Universidad Latinoamericana. Recuperado el 14 de Octubre del 2019 de: https://www.academia.edu/22962043/PSICOMETR%C3%8DA_CUADRO_COMPARATIVO_CUESTIONARIOS_ESCALAS_E_INVENTARIOS
- Hernández, R., Fernández, C. y Baptista, M. (2014). *Metodología de la Investigación*. McGraw-Hill.
- Hernández, S. (2012). Nivel de ansiedad estado del paciente cardíopata previo a estudio de tomografía computada. *Revista Mexicana de Enfermería Cardiológica*, 20 (1), 94-98.
- Herrero, M., Blanch, J., Peri, J., De Pablo, J., Pintor, L. & Bulbena, A. (2003). A validation study of the hospital anxiety and depression scale in Spanish population. *General Hospital Psychiatry*, 25(4), 277-283.
- Herrmann, C. (1997). International experiences with the Hospital Anxiety and Depression Scale: A review of validation date and clinical results. *Journal of Psychosomatic Research*, 42 (1), 17-41.
- Hermann, C., Buss, U & Snaith, R. (1995). *HADS-D: Hospital Anxiety and Depression Scal, Deutsch versión*. Huber.
- Holland, J. (1998). *Psycho-oncology*. Oxford University Press.
- IBM Copr. (2012). IBM SPSS Estadísticas para Windows, Versión 21.0. Armonk, Nueva York: IBM Corp.
- Jurado, S., Villegas, M., Méndez, L., Rodríguez, F., Loperena, V y Varela, R. (1998). La estandarización del Inventario de Depresión de Beck para los residentes de la Ciudad de México. *Salud Mental*, 21 (3), 26-31.
- Kerlinger, F. y Lee, H. (2002). *Investigación del Comportamiento. Métodos de Investigación en Ciencias Sociales*. McGraw Hill.
- Kiecolt-Glaser, J., McGuire, L., Robles, T. & Glaser, R. (2002). Psychoneuroimmunology and psychosomatic medicine: back to the future. *Psicosomática Medicine*, 64, 15-28.
- Landa, E., Cárdenas, G., Greer, J., Sánchez, S, & Riveros, A. (2014). Evaluación de la depresión en pacientes con cáncer terminal y su aplicación en el contexto mexicano: Una revisión. *Salud mental*, 37(5), 415-422.

- http://www.scielo.org.mx/scielo.php?script=sci_arttext&pid=S0185-33252014000500008&lng=es&tlng=es.
- Latorre, P. & Beneit, J.M. (1994). *Psicología de la salud: Aportaciones para los profesionales de la salud*. Lumen
- Leander, M., Lampa, E. & Rask-Andersen, A. (2014). Impact of anxiety and depression on respiratory symptoms. *Respiratory Medicine*. 108: 1594-1600.
- Lèvy, P. y Varela, J. (2005). *Análisis Multivariable para las Ciencias Sociales*. Pearson. Prentice Hall.
- Lezama, S. (2012). Propiedades psicométricas de la escala de Zung para síntomas depresivos en población adolescente escolarizada colombiana. *Psychologia. Avances de la disciplina*. 91-101.
- López, A e Iriondo, O. (2019). Intervención Psicológica en el ámbito hospitalario. *Revista clínica contemporánea*. 1 (10), 1-19. <https://doi.org/10.5093/cc2019a2>
- López, S., Pastor, M., y Neipp, M. (2003). Aspectos psicológicos asociados a la hospitalización. En Remor, E; Arranz, P y Ullo, S(Eds.). *El psicólogo en el ámbito hospitalario*. Desclée de Brouwer.
- López, J., Verónica, V., Martínez, A. y Sierra, A. (2002). Exactitud y utilidad diagnóstica del hospital anxiety and depression Scale (HAD) en una muestra de sujetos obesos mexicanos. *Revista de Investigación Clínica*, 54(5):403-409.
- Llanos-Tejada, F y Ponce-Chang, C. (2019). Depresión y adherencia en personas afectadas con tuberculosis. Una exploración preliminar de datos. *Revista de Neuropsiquiatría*. 82 (2): 104-109. <https://doi.org/10.20453/rnp.v82i2.3536>
- Magán, I., Sanz, J. y García-Vera, M. (2008). Psychometric properties of a Spanish version of the Beck Anxiety Inventory (BAI) in general population. *Spanish Journal Psychology*, 11, 626-40. <https://doi.org/10.1017/S1138741600004637>
- Magnusson, D. (1978). *Teoría de los Test*. Editorial Trillas.
- Mancuso, C., Westermann, H., Chol, T., Wenderoth, S y Charlson, M. (2008). Psychological and somatic symptoms in screening for depression in asthma patients. *Journal Asthma*. 45: 221-225.
- Marín, J. R y Zurriaga, R. (1997). *Estrés, enfermedad y hospitalización*. EASP. Pp. 85-112.

- Miravittles, M., Molina, J., Quintano, J., Campuzano, A., Pérez, J y Roncero, C. (2014). DEPREPOC Study Investigators. Factors associated with depression and severe depression in patients with COPD. *Respiratory Medicine*; 108:1615–25.
- Miravittles, M., Worth, H., Soler-Cataluña, J., Price, D., De Benedetto, F. & Roche, N. (2014). Observational study to characterise 24-hour COPD symptoms and their relationship with patient-reported outcomes: results from the ASSESS study. *Respiratory Medicine*; 15:122.
- Mendoza, M.J. y Pérez, M.J. (2016). Relación entre depresión y estrategias de afrontamiento al estrés en pacientes con tuberculosis de los centros de salud de José Leonardo Ortiz. Julio-agosto, 2016. Informe de investigación. Universidad Privada Juan Mejía Baca.
- Mitchell., Meader & Symonds. (2010). Diagnostic validity of the Hospital Anxiety and Depression Scale (HADS) in cancer and palliative settings: a meta-analysis. *Journal Affect Disorder*; 126:335-348.
- Montón, C., Pérez-Echevarría, M. y Campos, R. (1993). Escalas de ansiedad y depresión de Goldberg: una guía de entrevista eficaz para la detección del malestar psíquico. *Aten Primaria*, 12, 345-349.
- Morales, H. (2015). *Influencia de la Depresión sobre la Adherencia al Tratamiento En Pacientes Tb-Mdr De La Red Almenara De Essaludlima*. (Título De Médico Cirujano). Universidad Ricardo Palma, Lima – Perú.
- Moreno-Coutiño, A., Calderón-Ezquerro, C., Drucker-Colín, R. (2007). Long-term changes in sleep and depressive symptoms of smokers in abstinence. *Nicotine and Tobacco Research*, 9(3):389-396.
- Muñiz, J. (1992). *Teoría clásica de los tests*. Pirámide.
- Muñiz, J. (1996) *Psicometría*. Ed. Universitas S.A.
- Mykletun, A., Stordal, E. & Dahl, A. (2001). Hospital Anxiety and Depression Scale: factor structure, item analyses and internal. Consistency in a large population. *British Journal of Psychiatry: the journal of mental science*, 179, 540-544.
- Nogeda, M., Pérez, B., Barrientos, V., Robles, R. y Sierra, J. (2013). Escala de ansiedad y Depresión Hospitalaria (HADS): validación en pacientes mexicanos con infección por VIH. *Psicología Iberoamericana*. 21 (2): 29-37.
- Nunnally, J. (1970). *Introduction to Psychological Measurement*. McGraw Hill.

- Nunnally, J. (1991). *Teoría Psicométrica*. Ediciones Trillas.
- Official Records of the World Health Organization. (1948). *Official Records of the World Health Organization*. https://apps.who.int/iris/bitstream/handle/10665/85573/Official_record2_eng.pdf;jsessionid=FED061F9F1D024C00B428487B660C95A?sequence=1
- Organización Mundial de la Salud (2018). Enfermedades no transmisibles. Documento consultado en <http://www.who.int/mediacentre/factsheets/fs355/es/>.
- Organización Mundial de la Salud. (2000). *Guía de Bolsillo de la Clasificación CIE-10. Clasificación de los trastornos mentales y del comportamiento*. Médica Panamericana.
- Organización Mundial de la Salud. (2019). *Tuberculosis*. <https://www.who.int/es/news-room/fact-sheets/detail/tuberculosis>
- Ornelas-Mejorada, R., Tufiño, M. & Sánchez-Sosa, J. (2011). Ansiedad y depresión en mujeres con cáncer de mama en radioterapia: Prevalencia y factores asociados. *Acta de investigación psicológica*, 1(3), 401-414. http://www.scielo.org.mx/scielo.php?script=sci_arttext&pid=S2007-48322011000300003&lng=es&tlng=es.
- Ospina, F., Hinestrosa, M., Paredes, M., Guzmán, Y. y Granados, C. (2011). Síntomas de ansiedad y depresión en adolescentes escolarizados de 10 a 17 años en Chía, Colombia. *Revista de Salud Pública*. 13 (6): 908-920.
- Polaino, A. (1990). *La pedagogía hospitalaria desde la perspectiva médica*. En González, J y Polaino, A. Pedagogía Hospitalaria. Nancea, S.A.
- Pothirat, C., Chaiwong, W., Phetsuk, N., Pisalthanapuna, S., Chetsadaphan, N. & Inchai, J. (2015). Major affective disorders in chronic obstructive pulmonary disease compared with other chronic respiratory diseases. *Int Journal Chronic Obstruct pulmonary Dis*; 10:1583–90.
- Quintana, J., Padierna, A., Esteban, C., Arostegui, I., Bilbao, A. & Ruiz, I. (2003). Evaluation of the psychometric characteristics of the Spanish version of the Hospital Anxiety and Depression Scale. *Act Psychiatric Scandinove*. 107(3) 216-221.
- Ramos, J y Silvia, C. (2016). Construcción y validación de una escala para evaluar los subtipos del trastorno depresivo mayor. *Enseñanza e Investigación en Psicología*, 21(1), 89-95.

- Remor, E. (2003). Aspectos psicológicos asociados a la hospitalización. En Pilar Arranz, and Sara Ulla. Desclee de Brouwer. (2003). El psicólogo en el ámbito hospitalario. 31-45.
- Rico, J., Restrepo, M y 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. *Avances en Medicina*. 3, 73-86.
- Rivera, J., Alegre, C., Ballina, F., Carbonell, J., Carmona, L., Castel, B y Vallejo, M. (2006). Documento de consenso de la Sociedad Española de Reumatología sobre la fibromialgia. *Reumatología Clínica*, 2, 55-66.
- Rivera, I., Corrales, R., Cáceres, R & Pina, L. (2007). Validación de la Escala de Depresión de Zung en Personas con VIH. *Terapia Psicológica*, 25(2), 135-140.
- Robles, R., Varela, R., Jurado, S y Páez, F. (2011). Versión mexicana del inventario de Ansiedad Beck: Propiedades psicométricas. *Revista Mexicana de Psicología*, 8 (2), 211-217.
- Rodríguez-García, P. y Rodríguez-Pupo, L. (2006) Técnicas clínicas para el examen mental. Organización general y principales funciones cognitivas. *Revista Neurología, Neurocirugía y Psiquiatría*. 39 (2).
- Rodríguez- Marín, J. (1995). *Psicología social de la salud*. Síntesis.
- Rodríguez, J. y Zurriaga, R. (1997). *Estrés, enfermedad, hospitalización*. Escuela Andaluza de Salud Pública.
- Roncero, C., Campuzano, A., Quintan, J., Molina, J., Pérez, J y Miravittles, M. (2016). Cognitive status among patients with chronic obstructive pulmonary disease. *Int Journal Chronic Obstruct pulmonary Dis*; 11:543-551. <https://doi.org/10.2147/COPD.S100850>.
- Ruiz, C. (2002). *Instrumentos de Investigación Educativa*. Fedupel.
- Ryde, R. (1990). Anxiety and Depression in Mothers of Children with Psychotic Disorders and Mental Retardation. *Br J Psychiatry*, 156, 118-121.
- Salovey, P., Rothman, A., Detweiler, J. & Steward, W. (2000). Emotional states and physical health. *American Psychologist*, 55, 110-121.
- Sanz, A., Márquez, F. L y Hernández, J. (2014). Relación entre ansiedad y depresión en pacientes con asma bronquial. *Medicina Respiratorias*: 9 (3): 61-70. <http://www.neumologiaysalud.es/descargas/R9/R93-7.pdf>

- Sebastiani, R. (1984). Atendimento *Psicológico e ortopedia*. En Angerami, V.A (org). *Psicologia Hospitalar, a atuação do psicólogo no contexto hospitalar*. Traço.
- Snadden, D y Brown, J. B. (1992). The experience of asthma. *Society Sci Medical*: 34 (42): 1351-1361
- Sanz, J. (2014). Recomendaciones para la utilización de la adaptación española del Inventario de Ansiedad de Beck (BAI) en la práctica clínica. *Clinica Salud*, 25, 39-48. [https://doi.org/10.1016/S1130-5274\(14\)70025-8](https://doi.org/10.1016/S1130-5274(14)70025-8)
- Snaith, R. (2003). The hospital anxiety and depression scale. *Health and Quality of Life Outcomes*, 1, 29.
- Strine, T., Mokdad, A., Baliuz, L., Berry, J y González O. (2008). Impact of depression and anxiety on quality of life, health behaviors and asthma control among adults in United states with asthma, 2006. *Journal of Asthma*. 45: 123-133.
- Tavares, C y Sebastiani, R. (1996). *Acompanhamento Psicológico à pessoa portadora de doença crônica*. En Angerami, V.A. y cols. *E a psicologia entrou no hospital*. Pioneira Psicología.
- Terol, M., López, S., Rodríguez, J., Martín, M., Pastor, M. & Reig, M. (2007). Propiedades psicométricas de la Escala Hospitalaria de Ansiedad y Estrés (HAD) en población española. *Ansiedad y Estrés*, 13 (2-3), 163-176.
- Urbina, S. (2007). *Claves para la evaluación con tests psicológicos*. Tea Ediciones.
- Urdapilleta-Herrera, E., Sansores, R., Ramírez-Venegas, A., Méndez-Guerra, M., Lara-Rivas, A., Guzmán-Barragán, S., Ayala-Guerrero, F., Haro-Valencia, R., Cansino, S y Moreno-Coutiño, A. (2010). Ansiedad y depresión en fumadores mexicanos y su relación con el grado de adicción. *Salud pública de México*, 52 (2), 120-128.
- Ugarte-Gil, C., Ruiz, P., Zamudio, C., Canaza, L., Otero, L., Kruger, H. (2013). Association of major depressive episode with negative outcomes of tuberculosis treatment. *PLoS ONE*. 8(7): e69514. <https://doi.org/10.1371/journal.pone.0069514>

- Vallejo, J y Bataller, R. (2000). *Relación entre los estados de ansiedad y los trastornos depresivos*. En Vallejo, J y Gastó, C. Trastornos afectivos: ansiedad y depresión. (724-761). MASSON.
- Van Manen, J.G., Bindels, P.J., Dekker, F.W., IJzermans, C.J., Van Der Zee, J.S. & Schadé, E. (2002). Risk of depression in patients with chronic obstructive pulmonary disease and its determinants. *Thorax*, 57, 412-416.
- Villegas, G. (2004). *Reporte de experiencia profesional*. (Tesis de maestría en Psicología). UNAM, México.
- Vinaccia, S., Quiceno, J., & Zapata, C., Obesso, S., Quintero, D. (2006). Calidad de vida relacionada con la salud y emociones negativas en pacientes con diagnóstico de enfermedad pulmonar obstructiva crónica (EPOC). *Psicología desde el Caribe*, (18). ISSN: 0123-417X. <https://www.redalyc.org/articulo.oa?id=213/21301805>
- Whaley, J. (1992). *Diagnóstico de ansiedad y depresión en pacientes quemados (Escala HAD como una herramienta diagnóstica)*. (Tesis de maestría), Fac de Medicina, Depto de Psiquiatría, UNAM, México.
- Yohannes, A y Alexopoulos, S. (2014). Depression and anxiety in patients with COPD. *Eur Respiratory Revisit*; 23:345–9.
- Zarragoitia, I. *Depresión: generalidades y particularidades*. Editorial Ciencias Médicas.
- Zas-Ros, B. (2016). *Experiencias en psicología hospitalaria*. ALFEPSI.
- Zas-Ros, B; Carbonell, M; Rial, N & Grau, J. (1995). El tratamiento psicológico del dolor. Un programa para el desarrollo de habilidades para el trabajo multidisciplinario. *Latinoamericana de Psicología*, 21(1), 9-24.
- Zigmond, A & Snaith, R. (1983). The Hospital Anxiety and Depression Scale. *Acta Psychiatr Scand*, 67, 361-370.
- Zung, W. (1965). A self-rating depression scale. *Archive General of Psychiatry*, 12, 63-70.

Anexos

Anexo 1. Tamiz Psicológico HADS

| SALUD SECRETARÍA DE SALUD | | TAMIZ PSICOLÓGICO H.A.D.S. | | INSTITUTO NACIONAL DE ENFERMEDADES RESPIRATORIAS ISMAEL COSÍO VILLEGAS INER DIRECCIÓN MÉDICA SUBDIRECCIÓN DE ATENCIÓN MÉDICA DE NEUMOLOGÍA | |
|--|-----------------------|----------------------------|---|---|------|
| Nombre completo del paciente | | | Fecha de nacimiento (Año/Mes/Día) | | Edad |
| Fecha de evaluación | Servicio Clínico/Cama | No. de expediente | | Diagnóstico | |
| INSTRUCCIONES: Lea cada frase y marque la respuesta que más se ajusta a cómo se sintió durante la semana pasada. No piense mucho las respuestas. Lo más seguro es que si responde rápido sus respuestas se ajustarán mucho más a cómo se sintió la semana pasada. | | | | | |
| 1. Me siento tenso o nervioso 3 Todos los días 2 Muchas veces 1 A veces 0 Nunca | | | 2. Todavía disfruto con lo que me ha gustado hacer 0 Como siempre 1 No lo bastante 2 Sólo un poco 3 Nada | | |
| 3. Tengo una sensación de miedo, como si algo horrible fuera a suceder 3 Definitivamente y es muy fuerte 2 Sí, pero no es muy fuerte 1 Un poco, pero no me preocupa 0 Nada | | | 4. Puedo reirme y ver el lado positivo de las cosas 0 Al igual que siempre lo hice 1 No tanto ahora 2 Casi nunca 3 Nunca | | |
| 5. Tengo mi mente llena de preocupaciones 3 La mayoría de las veces 2 Con bastante frecuencia 1 A veces, aunque no muy seguido 0 Sólo en ocasiones | | | 6. Me siento alegre 3 Nunca 2 No muy seguido 1 A veces 0 Casi siempre | | |
| 7. Puedo estar sentado tranquilamente y sentirme relajado 0 Siempre 1 Por lo general 2 No muy seguido 3 Nunca | | | 8. Me siento como si cada día estuviera más lento 3 Por lo general en todo momento 2 Muy seguido 1 A veces 0 Nunca | | |
| 9. Tengo una sensación extraña, como de aleteo o vacío en el estómago 0 Nunca 1 En ciertas ocasiones 2 Con bastante frecuencia 3 Muy seguido | | | 10. He perdido el deseo de estar bien arreglado o presentado 3 Totalmente 2 No me preocupa como debiera 1 Podría tener un poco más de cuidado 0 Me preocupo al igual que siempre | | |
| 11. Me siento inquieto, como si no pudiera parar de moverme 3 Mucho 2 Bastante 1 No mucho 0 Nada | | | 12. Me siento con esperanzas respecto al futuro 0 Igual que siempre 1 Menos de lo que acostumbraba 2 Mucho menos de lo que acostumbraba 3 Nada | | |
| 13. Me asaltan sentimientos repentinos de pánico 3 Muy frecuentemente 2 Bastante seguido 1 No muy seguido 0 Nada | | | 14. Me divierto con un buen libro, la radio o un programa de televisión 0 Seguido 1 A veces 2 No muy seguido 3 Rara vez | | |
| Suma de esta columna A= | | | Suma de esta columna D= | | |

LICENCIA SANITARIA 12-AM-09-012-0002 INER-EC/SAM-07 (10.2018)

Anexo 2. Tamiz Psicológico HADS. Notas clínicas

SALUD
MINISTERIO DE SALUD

TAMIZ PSICOLÓGICO H.A.D.S.

INER
INSTITUTO NACIONAL DE ENFERMEDADES RESPIRATORIAS ISMAEL COSÍO VILLAGAS
DIRECCIÓN MÉDICA
SUBDIRECCIÓN DE ATENCIÓN MÉDICA DE NEUMOLOGÍA

| Observaciones | |
|--|--|
| | |
| Impresión diagnóstica | |
| | |
| Intervención psicológica para seguimiento, fechas del seguimiento | |
| | |
| Seguimiento del paciente por: Psicología <input type="checkbox"/> Psiquiatría <input type="checkbox"/> IC a otra institución <input type="checkbox"/> | |
| Evaluó (nombre completo, firma y cédula profesional) | |

LICENCIA SANITARIA 12-AM-09-012-0002

INER-EC/SAM-07 (10.2018)

Anexo 4. Familiograma y notas clínicas


CELSIAZ
Centro de Estudios y Servicios de Psicología

Familiograma:

Nombre del paciente: _____
 Fecha de nacimiento: _____
 Lugar de nacimiento: _____
 Fecha de ingreso: _____
 Fecha de egreso: _____
 Comentarios sobre el cuadro clínico y otros aspectos familiares y personales: _____

ANTecedentes

| Edad | Evento | Fecha |
|---------|--------------------|-------|
| 10 años | Inicio de estudios | 1995 |
| 12 años | Inicio de estudios | 1997 |
| 14 años | Inicio de estudios | 1999 |
| 16 años | Inicio de estudios | 2001 |
| 18 años | Inicio de estudios | 2003 |
| 20 años | Inicio de estudios | 2005 |
| 22 años | Inicio de estudios | 2007 |
| 24 años | Inicio de estudios | 2009 |
| 26 años | Inicio de estudios | 2011 |
| 28 años | Inicio de estudios | 2013 |
| 30 años | Inicio de estudios | 2015 |
| 32 años | Inicio de estudios | 2017 |
| 34 años | Inicio de estudios | 2019 |

ACTUALIDAD

Fecha de ingreso: _____
 Fecha de egreso: _____
 Diagnóstico: _____
 Tratamiento: _____

Psicólogo que entrevistó:

Nombre: _____
 Fecha: _____
 Lugar: _____

Nota extra:
