



**UNIVERSIDAD AUTÓNOMA DEL ESTADO DE HIDALGO
INSTITUTO DE CIENCIAS DE LA SALUD
ÁREA ACADÉMICA DE MEDICINA**

**SECRETARÍA DE SALUD DEL ESTADO DE HIDALGO
HOSPITAL GENERAL DE PACHUCA**

**TEMA:
PREVALENCIA DE ANSIEDAD Y DEPRESIÓN EN PACIENTES HOSPITALIZADOS
EN EL HOSPITAL GENERAL DE PACHUCA**

**QUE PRESENTA EL MÉDICO CIRUJANO
ALBERTO LÓPEZ LUNA**

**PARA OBTENER EL DIPLOMA DE ESPECIALISTA EN
MEDICINA INTEGRADA**

**DR. LEOPOLDO NORBERTO OLIVER VEGA
ESPECIALISTA EN CIRUGÍA GENERAL
PROFESOR TITULAR DEL PROGRAMA
EN MEDICINA INTEGRADA**

**DRA. ANELL VICENTA CASTAÑO SUÁREZ
ESPECIALISTA EN PSIQUIATRÍA
ASESOR CLÍNICO**

**DR. SERGIO MUÑOZ JUÁREZ
DOCTOR EN CIENCIAS
ASESOR METODOLÓGICO**

**DRA. CLAUDIA MARGARITA GONZÁLEZ FRAGOSO
DOCTORA EN PSICOLOGÍA
ASESOR METODOLÓGICO**

**MTRA. ANTONIA YUGOESLAVIA IGLESIAS HERMENEGILDO
MAESTRA EN PSICOLOGÍA
ASESOR METODOLÓGICO**

**PERIODO DE ESPECIALIDAD
2012-2014**

POR LA UNIVERSIDAD AUTÓNOMA DEL ESTADO DE HIDALGO

M.C. ESP. JOSÉ MARÍA BUSTO VILLARREAL
DIRECTOR DEL INSTITUTO DE CIENCIAS DE LA SALUD
DE LA UAEH

DR. LUIS CARLOS ROMERO QUEZADA
JEFE DEL ÁREA ACADÉMICA DE MEDICINA DEL ICsA

DR. ERNESTO FRANCISCO GONZÁLEZ HERNÁNDEZ
COORDINADOR DE ESPECIALIDADES MÉDICAS

DRA. LOURDES CRISTINA CARRILLO ALARCÓN
CATEDRÁTICO TITULAR Y ASESOR DEL CURSO DE
METODOLOGÍA DE LA INVESTIGACIÓN

DRA. CLAUDIA MARGARITA GONZÁLEZ FRAGOSO
DOCTORA EN PSICOLOGÍA
ASESOR METODOLÓGICO DEL CUERPO ACADÉMICO
PSICODIAGNÓSTICO E INTERVENCIÓN CLÍNICA EN
PROBLEMAS ACTUALES DE LA SALUD MENTAL

MTRA. ANTONIA YUGOESLAVIA IGLESIAS HERMENEGILDO
MAESTRA EN PSICOLOGÍA
ASESOR METODOLÓGICO DEL CUERPO ACADÉMICO
PSICODIAGNÓSTICO E INTERVENCIÓN CLÍNICA EN
PROBLEMAS ACTUALES DE LA SALUD MENTAL

POR EL HOSPITAL GENERAL DE PACHUCA DE LA SECRETARÍA DE
SALUD DEL ESTADO DE HIDALGO

DR. FRANCISCO JAVIER CHONG BARREIRO
DIRECTOR DEL HOSPITAL GENERAL DE PACHUCA
DE LA SECRETARÍA DE SALUD DE HIDALGO

DRA. MICAELA MARICELA SOTO RÍOS
SUB. DIRECTORA DE INVESTIGACIÓN Y ENSEÑANZA
DEL HOSPITAL GENERAL DE PACHUCA DE LA
SECRETARÍA DE SALUD DE HIDALGO

DR. LEOPOLDO NORBERTO OLIVER VEGA
ESPECIALISTA EN CIRUGÍA GENERAL
PROFESOR TITULAR DEL PROGRAMA
DE MEDICINA INTEGRADA

DRA. ANELL VICENTA CASTAÑO SUÁREZ
ESPECIALISTA EN PSIQUIATRÍA
ASESOR CLÍNICO

DR. SERGIO MUÑOZ JUÁREZ
DOCTOR EN CIENCIAS
ASESOR METODOLÓGICO

AGRADECIMIENTOS

A DIOS: Por darme la vida y la oportunidad de realizar mis sueños para poder servir a mis semejantes.

A MIS PADRES: A pesar de sus dificultades supieron guiarme por el buen camino y hacer de mí un hombre de provecho.

A MÍ TÍO: Sin ser tu obligación haz sido más que un padre, sin tu apoyo no estuviera aquí.

A MIS SUEGROS: Porque sin su apoyo no lo hubiera logrado.

A MIS HIJOS: Son el motor de mi vida, por ustedes me esfuerzo cada día para darles un mejor futuro.

A MÍ ESPOSA: Tu amor me ha dado fuerzas para seguir adelante, gracias por todo tu apoyo incondicional, te amo eres la razón de mi existir.

ÍNDICE

▪ Resumen.....	8
▪ Abstract.....	9
▪ Capítulo 1.....	10
Ansiedad y Depresión.....	10
Definición de Ansiedad.....	12
Definición de Depresión.....	12
▪ Capítulo 2.....	15
Prevalencia de ansiedad y depresión en pacientes hospitalizados.....	15
▪ Método.....	22
Objetivos.....	23
Pregunta de investigación.....	23
Variables.....	24
Definición conceptual.....	24
Definición operacional.....	24
Tipo de estudio.....	25
Participantes.....	25
Muestra.....	25
Criterios de inclusión.....	26
Criterios de exclusión.....	26
Escenario.....	27

Instrumentos.....	27
Procedimiento.....	28
Análisis de datos.....	29
Aspectos éticos.....	29
▪ Resultados.....	30
▪ Discusión y Conclusiones.....	44
▪ Referencias bibliográficas.....	48
▪ Anexos.....	51

ÍNDICE DE TABLAS

Tabla 1. Variables dependientes e independientes.....	30
Tabla 2. Sexo de los pacientes encuestados para determinar la prevalencia de ansiedad y depresión en el mes de diciembre 2013.....	30
Tabla 3. Edad de los pacientes encuestados para determinar la prevalencia de ansiedad y depresión en el mes de diciembre 2013.....	31
Tabla 4. Estado civil de los pacientes encuestados para determinar la prevalencia de ansiedad y depresión en el mes de diciembre 2013.....	31
Tabla 5. Escolaridad de los pacientes encuestados para determinar la prevalencia de ansiedad y depresión en el mes de diciembre 2013.....	32
Tabla 6. Ocupación de los pacientes encuestados para determinar la prevalencia de ansiedad y depresión en el mes de diciembre 2013.....	32
Tabla 7. Nivel socioeconómico de los pacientes encuestados para determinar la prevalencia de ansiedad y depresión en el mes de diciembre 2013.....	33
Tabla 8. Días de estancia hospitalaria de los pacientes encuestados para determinar la prevalencia de ansiedad y depresión en el mes de diciembre 2013.....	33
Tabla 9. Enfermedades médicas de los pacientes encuestados para determinar la prevalencia de ansiedad y depresión en el mes de diciembre 2013.....	38
Tabla 10. Ansiedad y depresión según la edad en pacientes hospitalizados en el Hospital General de Pachuca en el mes de diciembre 2013.....	38
Tabla 11. Ansiedad y depresión según el estado civil en pacientes hospitalizados en el Hospital General de Pachuca en el mes de diciembre 2013.....	39
Tabla 12. Ansiedad y depresión según el nivel de escolaridad en los pacientes hospitalizados en el Hospital General de Pachuca en el mes de diciembre 2013.....	40

Tabla 13. Ansiedad y depresión según la ocupación en pacientes hospitalizados en el Hospital General de Pachuca en el mes de diciembre 2013.....	42
Tabla 14. Ansiedad y depresión según la enfermedad actual en pacientes hospitalizados en el Hospital General de Pachuca en el mes de diciembre 2013.....	43

ÍNDICE DE FIGURAS

Figura 1. Prevalencia de ansiedad y depresión en pacientes hospitalizados en el Hospital General de Pachuca en el mes de diciembre 2013, según la escala HAD y BDI-II.....	35
Figura 2. Depresión en pacientes hospitalizados en el Hospital General de Pachuca en el mes de diciembre 2013, según el BDI-II.....	36
Figura 3. Ansiedad y depresión según el sexo en pacientes hospitalizados en el Hospital General de Pachuca en el mes de diciembre 2013.....	37
Figura 4. Ansiedad y depresión según el nivel socioeconómico en pacientes hospitalizados en el Hospital General de Pachuca en el mes de diciembre 2013.....	41

ÍNDICE DE ANEXOS

Anexo 1. Consentimiento informado.....	51
Anexo 2. Escala Hospitalaria Ansiedad y Depresión (HAD).....	52
Anexo 3. Inventario de Depresión de Beck II (BDI-II).....	54
Anexo 4. Ficha de datos sociodemográficos y clínicos.....	57
Anexo 5. Glosario de términos.....	58

RESUMEN

El objetivo del presente estudio fue conocer la prevalencia de los trastornos de ansiedad y depresión en pacientes hospitalizados en el Hospital General de Pachuca y la prevalencia de los trastornos de ansiedad y depresión en los siguientes factores sociodemográficos: edad, sexo, escolaridad, estado civil, ocupación y nivel socioeconómico, en las enfermedades médicas: infecciosas, metabólicas, cardiovasculares, endocrinológicas, traumáticas, degenerativas, neoplásicas, quirúrgicas, obstétricas y ginecológicas y en los pacientes hospitalizados con una estancia hospitalaria corta y prolongada. Fue un estudio no experimental de corte transversal. La muestra fue de 385 pacientes hospitalizados, del servicio de medicina interna, cirugía, traumatología y ginecología. Se aplicaron los instrumentos Escala Hospitalaria Ansiedad y Depresión (HAD) y el Inventario de Depresión de Beck II (BDI-II). Se encontró una prevalencia de ansiedad del 30.65% y de depresión del 32.65% según la escala HAD y una prevalencia de depresión del 39.22% según el BDI-II, observándose una prevalencia de depresión moderada del 10.13% y del 29.09% de depresión severa en pacientes hospitalizados en el Hospital General de Pachuca en el mes de diciembre del año 2013. Dentro de los hallazgos del presente estudio, se observa una elevada prevalencia de los trastornos de ansiedad y depresión en los pacientes hospitalizados, mayor prevalencia en mujeres, en pacientes con mayor edad, con nivel de escolaridad bajo, casados, amas de casa, nivel socioeconómico bajo, con enfermedades infecciosas y cardiovasculares y en pacientes con estancia hospitalaria prolongada.

Palabras clave: Prevalencia, ansiedad, depresión, enfermedades médicas, estancia hospitalaria.

ABSTRACT

The aim of this study was to determine the prevalence of anxiety disorders and depression in hospitalized patients in the General Hospital of Pachuca and prevalence of anxiety disorders and depression in the following sociodemographic factors : age, sex, education, marital status, occupation and socioeconomic status in medical diseases : infectious, metabolic, cardiovascular, endocrine, traumatic, degenerative, neoplastic, surgical, obstetrical and gynecological and in hospitalized patients with short and prolonged hospital stay. It was a non- experimental cross-sectional study. The sample consisted of 385 inpatients of internal medicine, surgery, orthopedics and gynecology. Instruments Hospital Anxiety and Depression Scale (HAD) and the Beck Depression Inventory II (BDI- II) were applied. Prevalence of anxiety of 30.65 % and depression 32.65 % according to the HAD scale and prevalence of depression of 39.22 % was found depending on the BDI- II, observed a prevalence of moderate depression of 10.13 % and 29.09 % severe depression patients hospitalized in the General Hospital of Pachuca in December 2013. Among the findings of this study, a high prevalence of anxiety disorders and depression in hospitalized patients , higher prevalence in women, in patients seen with older age, low education level, married, housewives, low socioeconomic status, cardiovascular and infectious diseases and in patients with prolonged hospital stay.

Keywords: Prevalence, anxiety, depression, medical illness, hospital stay.

CAPÍTULO 1

ANSIEDAD Y DEPRESIÓN

La salud mental, como parte indivisible de la salud, contribuye de manera significativa a la calidad de vida y a una plena participación social. Los trastornos mentales constituyen una importante carga económica y social, tanto por su frecuencia, coexistencia y comorbilidad, como por la discapacidad que producen.³

En nuestro contexto, se confirma como una de las causas que más contribuyen a la pérdida de años de vida libre de enfermedad. Por ello, la salud mental ha requerido una atención especial por parte de todos los agentes implicados.³

Entre los problemas de salud mental, los trastornos de ansiedad se asocian con sustanciales niveles de incapacidad, y son, junto con la depresión, los que más contribuyen a la morbimortalidad a través del sufrimiento que generan y los que más repercuten en las economías nacionales. Los trastornos de ansiedad y depresión dificultan la funcionalidad del sujeto allí donde se desenvuelve, limitándole su autonomía y dejándole atrapado y amenazado por la misma angustia.³

Los trastornos de ansiedad, en sí mismos o asociados a otras patologías, son una de las causas más frecuentes de consulta en Atención Primaria y representan uno de los principales problemas de salud en México. La prevalencia de los trastornos de ansiedad en México, varía en torno al 2,3%-8,9%, llegando a cifras entre el 9% y el 19,5% cuando hablamos de pacientes que acuden a un centro sanitario por tener percepción de malestar. La edad de inicio de los trastornos de ansiedad es menor que la de los trastornos depresivos, siendo las mujeres las que tienen más riesgo de padecer un trastorno de ansiedad.³

La ansiedad y la depresión son síntomas de consulta muy frecuentes, la mayoría de las veces inespecíficos y que se pueden enmascarar somáticamente. El manejo del paciente con trastorno de ansiedad en Atención Primaria resulta por tanto, complejo, sobre todo si consideramos la dificultad del diagnóstico diferencial, la necesidad de un

tratamiento específico y en ocasiones prolongado en el tiempo para cada forma de la enfermedad, así como la necesidad, en ciertas ocasiones, de derivación a Atención

Especializada cuando la etiología, el trastorno o las manifestaciones de la enfermedad así lo requieran.³

La prevalencia de depresión en México en el 2004 fue de 4.5%: 5.8% en las mujeres y 2.5% en hombres. La prevalencia se incrementa con la edad y disminuye al aumentar la escolaridad. Según datos aportados por la OMS la prevalencia de depresión alcanza el 8% en las personas jóvenes y cerca de 100 000 000 de personas padecen depresión en algún momento de sus vidas por año, pero solo un pequeño porcentaje es diagnosticado, ya sea por falta de capacitación sanitaria o por desconocimiento de los síntomas. El 80% de los pacientes con patologías crónicas sufren depresión en algún momento.¹⁰

De acuerdo con Vilchis, Secín, López y Córdova. (2010), se requiere la identificación sistemática y oportuna de los trastornos de ansiedad y depresión en las salas de urgencias porque es el punto de partida del seguimiento de estos pacientes. La falta de atención a esta esfera de padecimientos puede elevar la morbilidad y la mortalidad.¹⁵

La ansiedad perturba y limita al paciente para enfrentar la enfermedad y al médico, puede dificultarle realizar diagnósticos y llevar a cabo el tratamiento.¹⁸

La ansiedad y la depresión en los pacientes hospitalizados dificultan la adhesión al tratamiento, hacen más lenta la recuperación del paciente, alteran el pronóstico y curso de la enfermedad, incrementan el riesgo de mortalidad, aumenta el número de días de hospitalización y por consiguiente los costos económicos de la enfermedad.³⁰

DEFINICIÓN DE ANSIEDAD

La ansiedad puede definirse como la anticipación de un daño o desgracia futura, acompañada de un sentimiento desagradable y/o de síntomas somáticos de tensión. El objetivo del daño anticipado puede ser interno o externo. Es una señal de alerta que advierte sobre un peligro inminente y permite a la persona que adopte las medidas necesarias para enfrentarse a una amenaza.³

Según el DSM-IV, los trastornos de ansiedad se clasifican en: trastornos de angustia sin agorafobia, trastorno de angustia con agorafobia, agorafobia sin historia de trastorno de angustia, fobia específica, fobia social, trastorno obsesivo-compulsivo, trastorno por estrés postraumático, trastorno por estrés agudo, trastorno de ansiedad generalizada, trastorno de ansiedad debido a enfermedad médica, trastorno de ansiedad inducido por sustancias y trastorno de ansiedad no especificado.⁴

La característica esencial del Trastorno de Ansiedad Generalizada es la ansiedad y la preocupación excesiva (expectación aprensiva) que se observan durante un período superior a 6 meses y que se centran en una amplia gama de acontecimientos y situaciones. El individuo tiene dificultades para controlar este estado de constante preocupación. La ansiedad y la preocupación se acompañan de al menos tres de los siguientes síntomas: inquietud, fatiga precoz, dificultades para concentrarse, irritabilidad, tensión muscular y trastornos del sueño. En los niños basta con la presencia de uno de estos síntomas adicionales.⁴

DEFINICIÓN DE DEPRESIÓN

La depresión (del latín *depressio*, que significa «opresión», «encogimiento» o «abatimiento») es el diagnóstico psiquiátrico que describe un trastorno del estado de ánimo, transitorio o permanente, caracterizado por sentimientos de abatimiento, infelicidad y culpabilidad, además de provocar una incapacidad total o parcial para disfrutar de las cosas y de los acontecimientos de la vida cotidiana (anhedonia). Los desórdenes depresivos pueden estar, en mayor o menor grado, acompañados de

ansiedad. Esta alteración psiquiátrica, en algunos casos, puede constituir una de las fases del trastorno bipolar.²

El trastorno depresivo mayor se caracteriza por uno o más episodios depresivos mayores (p. ej., al menos 2 semanas de estado de ánimo depresivo o pérdida de interés acompañados por al menos otros cuatro síntomas de depresión).⁴

La característica esencial de un episodio depresivo mayor es un período de al menos 2 semanas, durante el cual hay un estado de ánimo deprimido o una pérdida de interés o placer en casi todas las actividades. En los niños y adolescentes el estado de ánimo puede ser irritable en lugar de triste. El sujeto también experimenta al menos cuatro de los siguientes síntomas: cambios de apetito o de peso, del sueño y de la actividad psicomotora; falta de energía; sentimientos de infravaloración o culpa; dificultad para pensar, concentrarse o tomar decisiones, y pensamientos recurrentes de muerte o ideación, planes o intentos suicidas. Para indicar la existencia de un episodio depresivo mayor, un síntoma debe ser de nueva presentación o haber empeorado claramente si se compara con el estado del sujeto antes del episodio.⁴

Los trastornos de ansiedad son los trastornos mentales más comunes, de acuerdo a la Organización Mundial de la Salud (OMS) en los servicios de atención primaria en el mundo, dentro de la población adulta, se encuentra una prevalencia del 12% para los trastornos de ansiedad. Esta misma organización establece que los trastornos de ansiedad inician a una edad temprana, con una media de 15 años de edad y alcanzan la prevalencia más alta entre los 25 y 45 años, encontrándose más alta en mujeres que en hombres. De acuerdo a la OMS, en el 2007 la prevalencia en México para cualquier trastorno de ansiedad a lo largo de la vida era de 14.3%.⁵ Este último dato coincide con la Encuesta Nacional de Epidemiología Psiquiátrica 2003 en México, que muestra que los subtipos con prevalencia más altas son la Fobia Específica (FE), Fobia Social (FS) y el Trastorno de Estrés Postraumático (TEP) y en todos ellos la prevalencia es mayor en mujeres que en hombres.⁶

Más de 150 millones de personas en el mundo sufren de depresión en algún momento de su vida. En el año 2001 la prevalencia de depresión en el mundo fue de 5.8% para

hombres y de 9.5% en mujeres. La OMS estima que la carga de los trastornos mentales aumentará de manera significativa en los próximos 20 años. La depresión para el año 2020 será la segunda causa de años de vida saludable perdidos a escala mundial, y la primera en países desarrollados.⁵

Según la Organización Panamericana de Salud (OPS) en un estudio sobre los Trastornos mentales en América Latina y el Caribe, los trastornos de ansiedad más frecuentes son el Trastorno de Ansiedad Generalizada (TAG), el Trastorno Obsesivo Compulsivo (TOC) y el Trastorno de Pánico (TP) con una prevalencia media al último año de 3.4%, 1.4% y 1.0% respectivamente, mostrando una mayor prevalencia en mujeres que en hombres en el TAG y el TP, no así en el TOC.⁷

CAPITULO 2

PREVALENCIA DE ANSIEDAD Y DEPRESIÓN EN PACIENTES HOSPITALIZADOS

La prevalencia de depresión en México en el 2004 fue de 4.5%: 5.8% en las mujeres y 2.5% en hombres. La prevalencia se incrementa con la edad y disminuye al aumentar la escolaridad. En los hombres la prevalencia es más alta en áreas rurales que en zonas urbanas. Un alto porcentaje de los afectados no refiere haber recibido atención médica.⁵

Según datos aportados por la OMS la prevalencia de depresión alcanza el 8% en las personas jóvenes y cerca de 100 000 000 de personas padecen depresión en algún momento de sus vidas por año, pero solo un pequeño porcentaje es diagnosticado, ya sea por falta de capacitación sanitaria o por desconocimiento de los síntomas. El 80% de los pacientes con patologías crónicas sufren depresión en algún momento. En los jóvenes se asocia con altos grados de disfunción social, bajo rendimiento académico, abuso de sustancias, casos de intentos de suicidio y suicidios con sumados.¹³

Corona, et al. (2008), evaluaron la prevalencia de síntomas de ansiedad y depresión en la fase de aislamiento en la Unidad de Trasplante de Médula Ósea (UTMO) del Instituto Nacional de Cancerología de México. Se seleccionaron 7 pacientes, los cuales fueron evaluados durante la fase de hospitalización mediante la escala de Depresión y Ansiedad Hospitalaria (HAD). La evaluación se realizó en tres momentos del tratamiento, un día después del trasplante (T1), 15 días después del trasplante (T2) y un día antes del alta hospitalaria (T3). Encontrándose que 28.6% de los pacientes presentaron síntomas de ansiedad en T1 y T3. Mientras que la depresión disminuyó entre el T1 (28.6%) y T3 (14.3%). Al realizar el Análisis de Varianza de Friedman no se encontraron diferencias significativas en la prevalencia de síntomas de ansiedad y depresión. Por lo que se concluye que la atención de Psicooncología debe ser continua durante el proceso de tratamiento.¹⁴

Vilchis, Secín, López y Córdova. (2010), realizaron un estudio con el objetivo de determinar la frecuencia de ansiedad y depresión en una muestra de pacientes adultos que acuden al servicio de Urgencias del Hospital Ángeles del Pedregal. El estudio fue efectuado con el propósito de investigar los síntomas ansioso-depresivos en pacientes

que acuden a la sala de urgencias por cualquier motivo médico. Se determinó la frecuencia de los síntomas ansiosos y depresivos mediante la Escala de Ansiedad y Depresión Hospitalaria. Se encontró una frecuencia de 34.8% de pacientes con ansiedad y 8.7% con depresión. De acuerdo con Vilchis, Secín, López y Córdova, se requiere la identificación sistemática y oportuna de los trastornos de ansiedad y depresión en las salas de urgencias porque es el punto de partida del seguimiento de estos pacientes. La falta de atención a esta esfera de padecimientos puede elevar la morbilidad y la mortalidad.¹⁵

Durante una hospitalización médica, el enfermo puede sufrir ansiedad si percibe el medio hospitalario amenazante, por estar alejado de sus familiares, si fracasa en afrontar su enfermedad o si es portador de algún trastorno de ansiedad; después de infarto al miocardio y de tratamientos como cáncer de mama, se han descrito síntomas por estrés postraumático. La ansiedad perturba y limita al paciente para enfrentar la enfermedad y al médico, puede dificultarle realizar diagnósticos y llevar a cabo el tratamiento.¹⁸

Grau, Suñer, Abulí y Comas. (2003), realizaron un estudio donde determinaron que la prevalencia de ansiedad y depresión en enfermos hospitalizados es alta, especialmente en mujeres, sin guardar relación con la gravedad de la enfermedad, y se asocia a una percepción subjetiva del enfermo de mayor gravedad y menor mejoría. Se estudiaron 260 ingresos, con una edad media de 64.1 años, un 66.2% eran varones. La ansiedad estaba presente en el 39.8% de las mujeres y el 21.5% de los varones ($p=0.003$) y la depresión en el 31.8% de las mujeres y 16.3% de los varones ($p=0.006$).¹⁹

Según Grau *et al.* (2007), pretendieron evaluar la presencia de depresión en pacientes hospitalizados por distintas enfermedades médicas, en una muestra de 82 pacientes con un rango de edades entre 22 y 76 años, a quienes se les aplicó el Inventario de Depresión de Beck (BDI-II) y la escala de Ansiedad y Depresión Hospitalaria (HAD). Se observó una prevalencia del 41.5% de depresión en la muestra, de acuerdo con el BDI-II y una prevalencia de trastorno depresivo del 11% de la muestra según la Escala HAD. Mayor prevalencia de síntomas somático-motivacionales, frente a los síntomas cognitivo-afectivos.²⁰

Teva, De la Paz, Hernández y Buela. (2005), realizaron un estudio con el objetivo de identificar y comparar los niveles de ansiedad y depresión en pacientes con VIH, tanto asintomáticos (n = 10) y sintomáticos (n = 10). Para evaluar a los pacientes se utilizaron el Inventario de Depresión de Beck y el inventario de autoevaluación de ansiedad. Los pacientes, en general, presentaron mayor incremento de la sintomatología de depresión en el área física, cuanto más recientemente habían conocido su diagnóstico. Si bien, los pacientes sintomáticos tuvieron un mayor nivel de ansiedad y depresión que el grupo asintomático, las diferencias no tuvieron significancia estadística. El análisis de las áreas efectivas, cognitiva, conductual y motivacional de ambos grupos, tampoco demostró diferencias significativas. En conclusión, los pacientes con VIH/SIDA presentan manifestaciones de ansiedad y depresión, principalmente en las primeras etapas de la enfermedad, pero sin diferencias significativas entre asintomáticos y sintomáticos.²¹

Millán *et al.* (2010), investigaron los niveles de ansiedad y depresión en 30 pacientes (15 mujeres) de edades comprendidas entre 25 y 85 años (media: 53,67; DE: 15,83) con insuficiencia renal crónica en tratamiento de hemodiálisis. Como instrumentos se utilizaron: una entrevista semiestructurada para pacientes dializados, el Inventario de Depresión de Beck-II y el Inventario de Ansiedad Rasgo-Estado de Spielberger. El 56,7% de los participantes manifestó algún grado de depresión. Los niveles de ansiedad (estado y rasgo) correlacionaron positivamente con los de depresión. La ansiedad fue mayor en los enfermos renales crónicos de más edad y durante los primeros meses de hemodiálisis. El grado de depresión fue mayor en los pacientes sin actividad laboral y de edad superior a la media.²²

Esquivele *et al.* (2009), realizaron un estudio para determinar la prevalencia de depresión en sujetos con Síndrome de Insuficiencia Coronario Agudo (SICA). Se realizó una encuesta a 139 sujetos con SICA. Se aplicaron inventarios: ansiedad y depresión en pacientes hospitalizados y con cardiopatía isquémica. La prevalencia de depresión en pacientes con SICA fue de 8.6% y de Ansiedad de 38.12%, según la Escala Hospitalaria Ansiedad y Depresión (HAD).²³

López. (2007), realizó un estudio donde se demostró que la prevalencia para los trastornos depresivos es el doble en la mujer que en el varón, al menos en edades medias de la vida. Además el riesgo de cronicidad es mayor en la mujer. Las diferencias entre los sexos no tienen una causa clara, pero sin duda intervienen tanto factores socioculturales (mayor expresión de quejas psíquicas en la mujer, obligaciones domésticas y familiares), como biológicas (hormonales). El estado civil de "previamente casado" (separado o divorciado) es el que con más frecuencia se asocia a padecer trastornos depresivos mayores. Finalmente, una amplia red de apoyo social parece ser un claro factor de protección de la depresión.²⁴

Páez, Jofré, Azpiroz y De Bortoli. (2009), realizaron un estudio para determinar la calidad de vida relacionada con la salud (CVRS) y la prevalencia de depresión y ansiedad en pacientes de seis unidades renales de Bogotá, Colombia. El estudio fue multicéntrico, descriptivo, de corte trasversal, en adultos de ambos sexos con Insuficiencia Renal Crónica (IRC) y que reciben tres sesiones semanales de hemodiálisis. Se les administraron las fichas de datos sociodemográficos SF-36 y HAD. Participaron 174 sujetos en el estudio, de los cuales 163 fueron considerados para el análisis final (entre 19 y 86 años de edad; 57,06% hombres). La CVRS física general fue de 38,70 (DE 8,62) y la CVRS mental general, de 44,73 (DE 10,39). Se sospechó de depresión en 15,95%, de problema clínico en 5,52%, de ansiedad en 16,46%. Se presentó un problema clínico en 13,29%. Este estudio usó la muestra latinoamericana más grande de la que se tenga conocimiento. La CVRS fue comparable con la hallada en otras poblaciones, excepto por el rango anormalmente bajo de desempeño físico. Al situar el punto de corte de la HAD para depresión en 9, se podría aumentar su sensibilidad aumentando la prevalencia de depresión. Conforme descende la CVRS mental general, es mayor la presencia de depresión; a medida que descende la CVRS total, es más probable la existencia de un cuadro ansioso.²⁵

Costas, Prado y Crespo. (2013), estudiaron la evolución de los síntomas de ansiedad y depresión a los dos meses del alta hospitalaria y los factores asociados con su persistencia. Los pacientes con ansiedad o depresión, detectada mediante la escala Hospitalaria Ansiedad y Depresión (HAD) en el cuarto día de estancia hospitalaria,

fueron seguidos durante dos meses sin recibir psicofármacos. Se valoraron factores sociodemográficos, historia psiquiátrica, estado funcional, comorbilidad y el HAD del estado que tenía tres semanas antes del ingreso. Se siguieron 38 pacientes con ansiedad (22 varones), edad media 62,2 años, y 35 pacientes con depresión (22 varones), edad media 68,1 años. Persistieron con síntomas de ansiedad a los dos meses 23 pacientes (60,5%; IC95%: 43,4 - 76) y con depresión 18 (51,4%; IC95%: 34 - 68,6). La ansiedad previa al ingreso y un menor nivel de estudios se asociaron con persistencia de ansiedad, y la edad de 70 o más años, sexo femenino, estudios primarios, Barthel durante el ingreso menor a 100 y depresión en las tres semanas previas se asociaron con persistencia de depresión. Persistió la sintomatología en más de la mitad de los pacientes.²⁶

Rivas. (2008), realizó un estudio con el objetivo de determinar la incidencia de depresión en pacientes hospitalizados por padecimientos médicos. Se aplicó a 120 pacientes del área de Medicina Interna del hospital la “Escala Hospitalaria de Ansiedad y Depresión” y la “Escala Hamilton para la Depresión”. Los resultados fueron procesados y organizados de acuerdo a cada variable. Se describió la frecuencia en que se presentó cada variable y se comparó mediante gráficos la distribución de la población deprimida con la normal. Rivas concluyó que el 19.2% de los pacientes padecía de depresión mayor y esta cifra ascendía en los pacientes con dolor crónico, diabetes mellitus tipo 2 y VIH hasta 28%, 30%, y 40% respectivamente. Se detectaron como factores de riesgo para depresión: sexo femenino, estar desempleado, padecer de enfermedad hematológica u oncológica, ansiedad, entre otros. Rivas demostró una alta incidencia de depresión en pacientes hospitalizados por padecimientos médicos, especialmente en portadores del VIH, diabéticos y pacientes con dolor crónico.²⁷

Betancourt y Aristizábal. (2010), realizaron un estudio en pacientes con cáncer de mama, se evaluaron 40 pacientes, el 57,5% presentó trastorno de ansiedad y depresión según la escala de Zigmond y Snaith, en un 25 % hubo ausencia del trastorno y un 17,5% trastorno dudoso. El grupo etáreo que presentó más frecuencia fue entre 41- 50 años en un 25 %, seguido del grupo mayor de 51-60 años con 15%, observándose el trastorno presente en un 25% en las mujeres entre 41-50 años, seguido de un 15% de

estas en el grupo comprendido entre 51-60 años. Hubo mayor frecuencia del trastorno presente en las mujeres casadas en un 37,5%. En cuanto al grado de instrucción un 20% de las pacientes con el trastorno, tenían una escolaridad Básica y Bachiller respectivamente. El grupo de mujeres estudiadas pertenecían en su mayoría al estrato social medio - bajo en un 42,5% y obrero en un 35%, de las cuales, 25% pertenecientes al estrato obrero presentaron las patologías objeto de estudio y presentando el trastorno ansiedad y depresión 22,5% que pertenecían al estrato medio- bajo. Es importante destacar que en las mujeres donde estuvo presente el trastorno el signo y síntoma más frecuente fue el dolor en un 32,5%, seguido de insomnio en 30%, se pudo observar que este trastorno fue más frecuente en pacientes con 6 meses - 1 año de diagnóstico con 17,5%, seguido de 0-6 meses en un 15%. De acuerdo al tratamiento recibido el trastorno se observó con mayor frecuencia en pacientes que recibieron quimioterapia en un 35% y en aquellas a las que se practicó cirugía en 22,5 %. Al relacionar la variable recidiva con la presencia del trastorno, este estuvo presente con mayor frecuencia en un 50%, en la mujeres con recidiva entre 1 – 3 veces. Se pudo observarla presencia de trastorno de ansiedad y depresión con más frecuencia en pacientes con estadio II en un 25% y estadio III 22,5 %. Siendo relevante mencionar que de 2 pacientes encuestadas en estadio IV la totalidad de estas presentaron el trastorno con un porcentaje de 5%. Sólo la mitad de las pacientes, es decir, 50% de las mujeres con diagnóstico histopatológico de cáncer de mama que presentaron el trastorno según la escala utilizada, no fueron evaluadas por la consulta de psiquiatría. Se llegó a la conclusión que el diagnóstico, tratamiento y evolución del cáncer de mama es un predictor de ansiedad y depresión.²⁸

García, Caballero, Pérez y López. (2012), realizaron un estudio para determinar las características clínicas de los pacientes recién diagnosticados de TAG. Se llevó a cabo un estudio multicéntrico, transversal, observacional en los servicios de atención primaria. Los pacientes con TAG fueron diagnosticados según la entrevista psiquiátrica MINI, y fueron incluidos en el estudio si su puntuación en el GAD-7 fue ≥ 10 . Los niveles de depresión y ansiedad, y las alteraciones del sueño fueron determinados por el HAD y la escala de sueño MOS, respectivamente. También se recogieron los datos respecto al tratamiento farmacológico y la asistencia a los servicios de salud en los 3 meses

previos. El 96,9% de los pacientes tenía una enfermedad médica comórbida, con un 83,9% de pacientes que sufrían dolor. Las comorbilidades psiquiátricas estuvieron presentes en el 66,4% de los pacientes (ansiedad social 37%, depresión mayor 19,1%). Las puntuaciones en depresión de la Escala HAD mostraron un 28,4% de casos probables y un 55,9% de casos depresivos.²⁹

Agudelo, Lucumí y Santamaría. (2008), identificaron una mayor tendencia a desarrollar trastornos depresivos en las personas con más tiempo de hospitalización (10 días).³⁰

Este estudio se realizó con la finalidad de conocer la prevalencia de los Trastornos de Ansiedad y Depresión en los pacientes hospitalizados en el Hospital General de Pachuca en el mes de diciembre del 2013, según la literatura revisada en este estudio, la prevalencia de ansiedad y depresión es muy alta y se atribuye a varios factores como la estancia hospitalaria prolongada, la gravedad de la enfermedad, así como también los factores sociodemográficos se asocian al desarrollo de dichos trastornos, como lo referido en la literatura; a mayor edad mayor ansiedad y depresión, más frecuente en mujeres que en hombres, es más frecuente en personas con escolaridad baja y nivel socioeconómico bajo y en amas de casa según lo reportado en este estudio. Se demostró también que a mayor edad mayor ansiedad y depresión.

Es importante detectar los casos de ansiedad y depresión en los pacientes hospitalizados debido a que de esa forma podremos dar una terapéutica adecuada y oportuna por el bienestar del paciente, debido a que el estado emocional repercute en el estado inmunológico del paciente y en el empeoramiento de la patología y contribuye a una mayor estancia hospitalaria y a mayores gastos médicos, por tal motivo es conveniente hacer mayor énfasis en el diagnóstico y referir al paciente si así lo requiere con el psicólogo o psiquiatra de manera oportuna.

MÉTODO

Planteamiento del problema

La prevalencia de ansiedad y depresión en enfermos hospitalizados es alta, especialmente en mujeres, sin guardar relación con la gravedad de la enfermedad, y se asocia a una percepción subjetiva del enfermo de mayor gravedad y menor mejoría. Los trastornos de ansiedad y depresión también se asocian a un nivel socioeconómico bajo, así como a un nivel de escolaridad bajo y son más frecuentes en divorciados y viudos. Los niveles de ansiedad y depresión son mayores en los enfermos renales crónicos de más edad y durante los primeros meses de hemodiálisis. El grado de depresión es mayor en los pacientes sin actividad laboral y de edad superior a la media.

Es común que no se reconozca la sintomatología de los trastornos de ansiedad y depresión en los pacientes hospitalizados. El bajo reconocimiento de estos padecimientos, puede justificar el escaso número de pacientes tratados por estas enfermedades que se ha observado reiteradamente. La importancia de establecer un diagnóstico de estos, radica que si persisten pueden facilitar un mayor deterioro funcional y una peor calidad de vida relacionada con la salud en los pacientes. Adicionalmente, la presencia de ansiedad y depresión se ha asociado a una estancia hospitalaria más larga, con mayores costos, mayor número de procedimientos y de diagnósticos.

Identificar en una muestra de pacientes los niveles de sintomatología ansiosa y depresiva durante la hospitalización, permitirá a los médicos tratantes del servicio dar cuenta de los altos niveles de prevalencia de los trastornos de ansiedad y depresión existentes para que a su vez puedan tomar las medidas necesarias para tener un diagnóstico oportuno y brindar una terapéutica adecuada, lo que conllevaría a corto plazo, a mejorar su calidad de vida durante la hospitalización y, a largo plazo, mejorar su pronóstico funcional y vital.

Por tal motivo es importante conocer la prevalencia de los trastornos de ansiedad y depresión en los pacientes hospitalizados, para demostrar la alta prevalencia de dichos

trastornos y tomar las medidas adecuadas para un diagnóstico oportuno y una terapéutica efectiva.

Objetivos

Objetivo general

Conocer la prevalencia de los trastornos de ansiedad y depresión en una muestra de pacientes hospitalizados en el Hospital General de Pachuca.

Objetivos específicos

Conocer la prevalencia de los trastornos de ansiedad y depresión en los siguientes factores sociodemográficos: edad, sexo, escolaridad, estado civil, ocupación y nivel socioeconómico.

Conocer la prevalencia de los trastornos de ansiedad y depresión en pacientes con enfermedades médicas infecciosas, metabólicas, cardiovasculares, endocrinológicas, traumáticas, degenerativas, neoplásicas, quirúrgicas, obstétricas y ginecológicas.

Conocer la prevalencia de los trastornos de ansiedad y depresión en pacientes hospitalizados con estancia hospitalaria corta y con estancia hospitalaria prolongada.

Preguntas de investigación

¿Cuál es la prevalencia de los trastornos de ansiedad y depresión en una muestra de pacientes hospitalizados en el Hospital General de Pachuca?

¿Cuál es la prevalencia de los trastornos de ansiedad y depresión en los factores sociodemográficos, las enfermedades médicas y la estancia hospitalaria?

Variables

Ansiedad

Depresión

Variables sociodemográficas

Enfermedad

Estancia hospitalaria

Definición conceptual:

Ansiedad: Conjunto de respuestas que engloba: aspectos subjetivos o cognitivos de carácter displacentero, aspectos corporales o fisiológicos caracterizados por un alto grado de activación del sistema periférico, aspectos observables o motores que suelen implicar comportamientos poco ajustados y escasamente adaptativos.¹

Depresión: Conjunto de sentimientos de tristeza, melancolía, infelicidad, abatimiento o derrota. La depresión clínica es un trastorno del estado anímico en el cual los sentimientos de tristeza, pérdida, ira o frustración interfieren con la vida diaria durante un período de tiempo prolongado, de manera significativa.²

Enfermedad: Alteración estructural o funcional que afecta negativamente al estado de bienestar.

Días de estancia hospitalaria: Número de días que permanece hospitalizado cada uno de los pacientes hasta su egreso.

Definición operacional:

Ansiedad: Puntaje obtenido en la Escala Hospitalaria, Ansiedad y Depresión (HAD).

Depresión: Puntaje obtenido en la Escala Hospitalaria, Ansiedad y Depresión (HAD) y puntaje obtenido en el Inventario de Depresión de Beck II (DBI-II).

Enfermedad: Padecimiento que presenta el sujeto durante el momento del estudio.

Días de estancia hospitalaria: Número de días transcurridos desde el momento de su ingreso al momento del estudio.

Estancia hospitalaria corta: De 1 a 5 días.

Estancia hospitalaria prolongada: Igual o mayor a 6 días.

Tipo de estudio

Es un estudio descriptivo, de campo, *expost-facto* y transversal, con una muestra. Es descriptivo porque se identificaron y describieron los trastornos psicológicos de ansiedad y depresión en una muestra de pacientes con enfermedades médicas con un determinado tiempo de estancia hospitalaria. De campo porque sólo se limitó a recolectar la información en el ambiente natural de pacientes hospitalarios; y de corte transversal porque la medición de las variables se llevó a cabo en una sola medición así como en un solo momento a cada sujeto.¹³

Participantes

Se trabajó con 385 pacientes hospitalizados en el Hospital General de Pachuca que cumplieron con los criterios de inclusión.

Determinación del tamaño de la muestra

Es una muestra no probabilística

Tamaño de la muestra.¹⁴ Considerando que la prevalencia de ansiedad y depresional menos sería del 50% de la población hospitalizada²⁶ y considerando un nivel de confianza del 95% con un margen de error del 5% y dado que el Hospital General cuenta con 135 camas censables, la muestra mínima calculada para el desarrollo de la investigación fue de 385 pacientes a encuestar.

$$Z = 1.96 \quad p = 0.5 \quad q = 0.5 \quad d = 0.05$$

$$n = \frac{Z^2 \times (p) \times (q)}{d^2}$$

$$= \frac{(1.96)^2 \times (0.5) \times (0.5)}{(0.05)^2}$$

$$= \frac{0.9604}{0.0025}$$

$$= 385 \text{ pacientes}$$

Criterios de inclusión

Ser pacientes hospitalizados en el servicio de Medicina Interna, Cirugía, Traumatología y Ginecología del Hospital General de Pachuca que aceptaron participar en el estudio

Pacientes que sepan leer y escribir

Criterios de exclusión

Pacientes menores de edad

Pacientes intubados

Pacientes con déficit neurológico

Pacientes con retraso psicomotor

Pacientes con el diagnóstico de puerperio, postparto, postcesárea y aborto

Pacientes que se encuentren en tratamiento psicológico o farmacológico a base de ansiolíticos y antidepresivos

Escenario

En las habitaciones de los pacientes del servicio de Medicina Interna, Cirugía, Traumatología y Ginecología del Hospital General de Pachuca, Hidalgo.

Instrumentos

Se utilizó la escala Hospitalaria Ansiedad y Depresión (HAD), diseñada por Zigmond y Snaith, (1983). Dicha escala sustituye los síntomas que pueden ser provocados por la dolencia física por otros más específicos de la vivencia psíquica del trastorno, con la finalidad de proporcionar un instrumento para detectar estados de depresión y ansiedad en pacientes de servicios hospitalarios no psiquiátricos.⁸ La escala HAD consta de 14 reactivos de los cuales 7 son para ansiedad y 7 para depresión, las respuestas van del 0 al 3 y al final se suma la puntuación obtenida: Si se obtiene una puntuación de 0 a 7 puntos se considera normal, de 8 a 10 puntos caso dudoso e igual o mayor a 11 puntos se considera problema clínico.

Se utilizó el Inventario de Depresión de Beck-II (BDI-II). Jurado *et al.* (1998), realizaron la estandarización del Inventario de Depresión de Beck (BDI). Lo anterior lo lograron a través de varios estudios que, como primer paso implicó el pilotaje de la herramienta. El pilotaje siguió los lineamientos internacionales establecidos para traducir y adaptar instrumentos de evaluación psicológica, aplicando la versión preliminar a 45 mujeres y 36 hombres; en la versión piloto se obtuvo una alfa de Cronbach de 0.78 y mediante la prueba t, se obtuvo la capacidad discriminativa de los reactivos a través de la contrastación del 25% de puntajes bajos contra el 25% de puntajes altos, encontrando

que, excepto un ítem, todos los reactivos, discriminaban adecuadamente con una probabilidad $p < 0.001$.¹¹

Los niveles de severidad de depresión corresponden a la sumatoria de los 21 reactivos. Las respuestas van del 0 al 3 y al final se suma la puntuación obtenida: Si se obtiene una puntuación de 0 a 13 se considera depresión mínima, de 14 a 19 depresión leve, de 20 a 28 depresión moderada e igual o mayor a 29 puntos se considera depresión grave. El coeficiente alfa de la prueba es de 0,89, lo cual indica un nivel de consistencia interna elevado. Los ítem del BDI-II cubren todos los criterios diagnósticos sintomáticos del DSM-IV para el trastorno depresivo mayor y el distímico, lo que apoya su validez de contenido.¹²

Procedimiento

Se solicitó permiso a las autoridades del Hospital General de Pachuca. Una vez que se autorizó la aplicación de la encuesta por el comité de Ética e Investigación, se solicitó permiso a cada uno de los jefes de servicios de Medicina Interna, Cirugía, Traumatología y Ginecología donde se realizó el estudio. Se le explicó a los aspirantes a encuestar que el estudio a realizar era para conocer la Prevalencia de Ansiedad y Depresión en pacientes hospitalizados y que constaba de una pequeña evaluación, y se solicitó su participación en el estudio. Si aceptaba se le daba el Consentimiento informado para que lo leyera detalladamente y firmara si estaba de acuerdo. Inmediatamente, se les aplicó la escala Hospitalaria Ansiedad y Depresión (HAD) y el Inventario de Depresión de Beck II (BDI-II), se leyeron las instrucciones de cada uno. La recolección de datos se hizo por el médico residente y el tiempo estimado para el Test fue de 15 minutos.

La aplicación de los instrumentos y del cuestionario se realizó en 4 semanas, se encuestó 1 día de cada semana, para dar tiempo al flujo de pacientes hasta lograr la muestra mínima deseada. Posteriormente se capturó la información de dichas encuestas en una base de datos del programa estadístico SPSS versión 15 para su análisis estadístico.

Análisis de datos

El análisis estadístico se realizó mediante el Programa SPSS versión 15 para Windows.

Se utilizó estadística descriptiva: medidas de tendencia central, así como análisis de frecuencias de los reactivos de cada prueba, se calcularon los porcentajes de cada una de las categorías para determinar la prevalencia de los trastornos de ansiedad y depresión.

Aspectos éticos

En toda investigación en la que el ser humano sea sujeto de estudio, deberán prevalecer el criterio del respeto a su dignidad y la protección de sus derechos y bienestar según el artículo 13 del **Reglamento de la Ley General de Salud en Materia de Investigación para la Salud**, según el artículo 14 en su fracción V establece que la investigación que se realice en seres humanos contará con el consentimiento informado y por escrito del sujeto de investigación o su representante legal, el estudio que se realizará será una investigación sin riesgo según el artículo 17 en su fracción I.

RESULTADOS

El presente estudio pretendió determinar la prevalencia de ansiedad y depresión en pacientes hospitalizados en el Hospital General de Pachuca, en una muestra de 385 usuarios, a quienes se les aplicó la escala Hospitalaria Ansiedad y Depresión (HAD) y el Inventario de Depresión de Beck II (BDI-II). Los datos fueron procesados a través SPSS versión 15, el cual arrojó los siguientes resultados:

La Tabla 1 muestra el sexo de los pacientes encuestados, el 48.83% fueron del sexo masculino y el 51.17% del sexo femenino (Ver Tabla 1).

Tabla 1. Sexo de los pacientes encuestados para determinar la prevalencia de ansiedad y depresión en el mes de diciembre 2013

Sexo	Frecuencia	Porcentaje
Masculino	188	48.83
Femenino	197	51.17
Total	385	100

Fuente: Encuesta

La Tabla 2 muestra la edad de los pacientes encuestados, con una edad media de 42.50 y una desviación estándar de 17.95 con un rango de edades entre 18 a 83 años (Ver Tabla 2).

Tabla 2. Edad de los pacientes encuestados para determinar la prevalencia de ansiedad y depresión en el mes de diciembre 2013

Variable	Encuestados	Media	Desviación Estándar	Mínima	Máxima
Edad	385	42.50909	17.95308	18	83

Fuente: Encuesta

La Tabla 3 muestra el estado civil de los pacientes encuestados, el 21.56% son solteros, el 11.95% viven en unión libre, el 51.95% son casados, el 4.42% son divorciados y 10.13% son viudos (Ver Tabla 3).

Tabla 3.Estado civil de los pacientes encuestados para determinar la prevalencia de ansiedad y depresión en el mes de diciembre 2013

Estado civil	Frecuencia	Porcentaje
Soltero	83	21.56
Unión libre	46	11.95
Casado	200	51.95
Divorciado	17	4.42
Viudo	39	10.13
Total	385	100

Fuente: Encuesta

La Tabla 4 muestra la escolaridad de los pacientes encuestados, el 35.58% cuenta con primaria, el 28.05% con secundaria, el 34.03% con bachillerato y el 2.34% con licenciatura (Ver Tabla 4).

Tabla 4.Escolaridad de los pacientes encuestados para determinar la prevalencia de ansiedad y depresión en el mes de diciembre 2013

Escolaridad	Frecuencia	Porcentaje
Primaria	137	35.58
Secundaria	108	28.05
Bachillerato	131	34.03
Licenciatura	9	2.34

Tabla 4. Continuación

Total	385	100
-------	-----	-----

Fuente: Encuesta

La Tabla 5 muestra la ocupación de los pacientes encuestados, el 5.45% son estudiantes, el 0.78% son jubilados, el 42.86% son empleados, el 35.84% son amas de casa y el 15.06% son desempleados (Ver Tabla 5).

Tabla 5. Ocupación de los pacientes encuestados para determinar la prevalencia de ansiedad y depresión en el mes de diciembre 2013

Ocupación	Frecuencia	Porcentaje
Estudiante	21	5.45
Jubilado	3	0.78
Empleado	165	42.86
Ama de casa	138	35.84
Desempleado	58	15.06
Total	385	100

Fuente: Encuesta

La Tabla 6 muestra el nivel socioeconómico de los pacientes encuestados, el 40.78% fue medio y el 59.22% bajo (Ver Tabla 6).

Tabla 6. Nivel socioeconómico de los pacientes encuestados para determinar la prevalencia de ansiedad y depresión en el mes de diciembre 2013

Nivel socioeconómico	Frecuencia	Porcentaje
Alto	0	0
Medio	157	40.78

Tabla 6. Continuación

Bajo	228	59.22
Total	385	100

Fuente: Encuesta

La Tabla 7 muestra los días de estancia hospitalaria de los pacientes encuestados, el 70.65% tuvo una estancia de 1 a 5 días y el 29.35% tuvo una estancia hospitalaria \geq 6 días. (Ver Tabla 7).

Tabla 7. Días de estancia hospitalaria de los pacientes encuestados para determinar la prevalencia de ansiedad y depresión en el mes de diciembre 2013

Días de estancia hospitalaria	Frecuencia	Porcentaje
1 a 5 días	272	70.65
\geq 6 días	113	29.35
Total	385	100

Fuente: Encuesta

La Tabla 8 muestra el tipo de enfermedad de los pacientes encuestados, el 19.22% tuvieron enfermedades infecciosas, el 3.12% metabólicas, el 9.09% cardiovasculares, el 7.53% endocrinológicas, el 18.96% traumáticas, el 8.31% degenerativas, el 8.05% neoplásicas, el 16.36% quirúrgicas y el 9.35% obstétricas y ginecológicas (Ver Tabla 8).

Tabla 8. Enfermedades médicas de los pacientes encuestados para determinar la prevalencia de ansiedad y depresión en el mes de diciembre 2013

Enfermedades	Frecuencia	Porcentaje
Infecciosas	74	19.22
Metabólicas	12	3.12

Tabla 8. Continuación

Cardiovasculares	35	9.09
Endocrinológicas	29	7.53
Traumáticas	73	18.96
Degenerativas	32	8.31
Neoplásicas	31	8.05
Quirúrgicas	63	16.36
Obstétricas y ginecológicas	36	9.35
Total	385	100

Fuente: Encuesta

La Figura 1 muestra la prevalencia de ansiedad y depresión, se obtuvo una prevalencia de ansiedad del 30.65% y de depresión del 32.47% según la Escala Hospitalaria Ansiedad y Depresión y una prevalencia de Depresión del 39.22% según el Inventario de Depresión de Beck II (Ver Figura 1).

Prevalencia de ansiedad y depresión

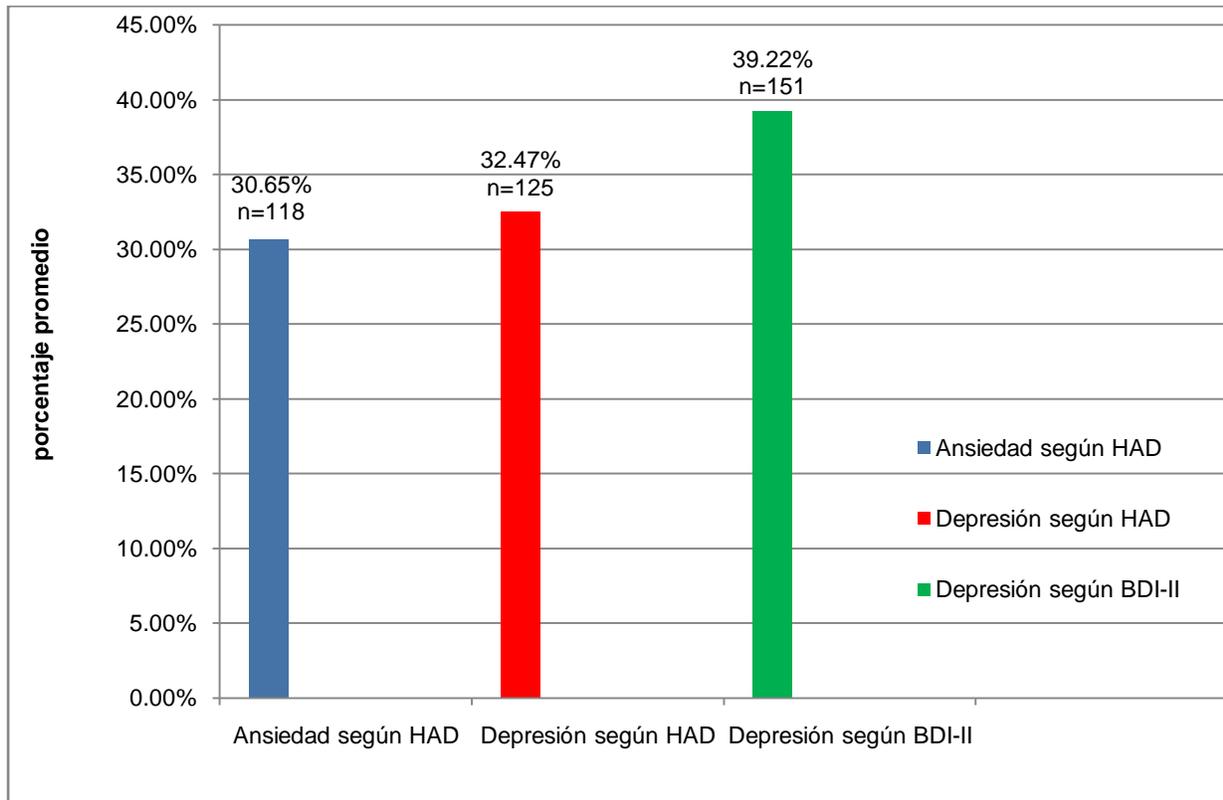


Figura 1. Prevalencia de ansiedad y depresión en pacientes hospitalizados en el Hospital General de Pachuca en el mes de diciembre 2013, según la escala HAD y el BDI-II.

Nota. En la Figura se muestra el porcentaje promedio hasta el 45% debido a que la categoría alcanzó el 39.22%. Fuente: Escala HAD y BDI-II. HAD = Escala Hospitalaria Ansiedad y Depresión, BDI-II = Inventario de Depresión de Beck II, n = número de pacientes y % = porcentaje.

La Figura 2 muestra la prevalencia de depresión del 39.22% según el Inventario de Depresión de Beck II (BDI-II). El 10.13% un puntaje entre 20-28 que señala depresión moderada y el 29.09% obtuvo un puntaje ≥ 29 que indicó depresión severa (Ver Figura 2).

Prevalencia de depresión

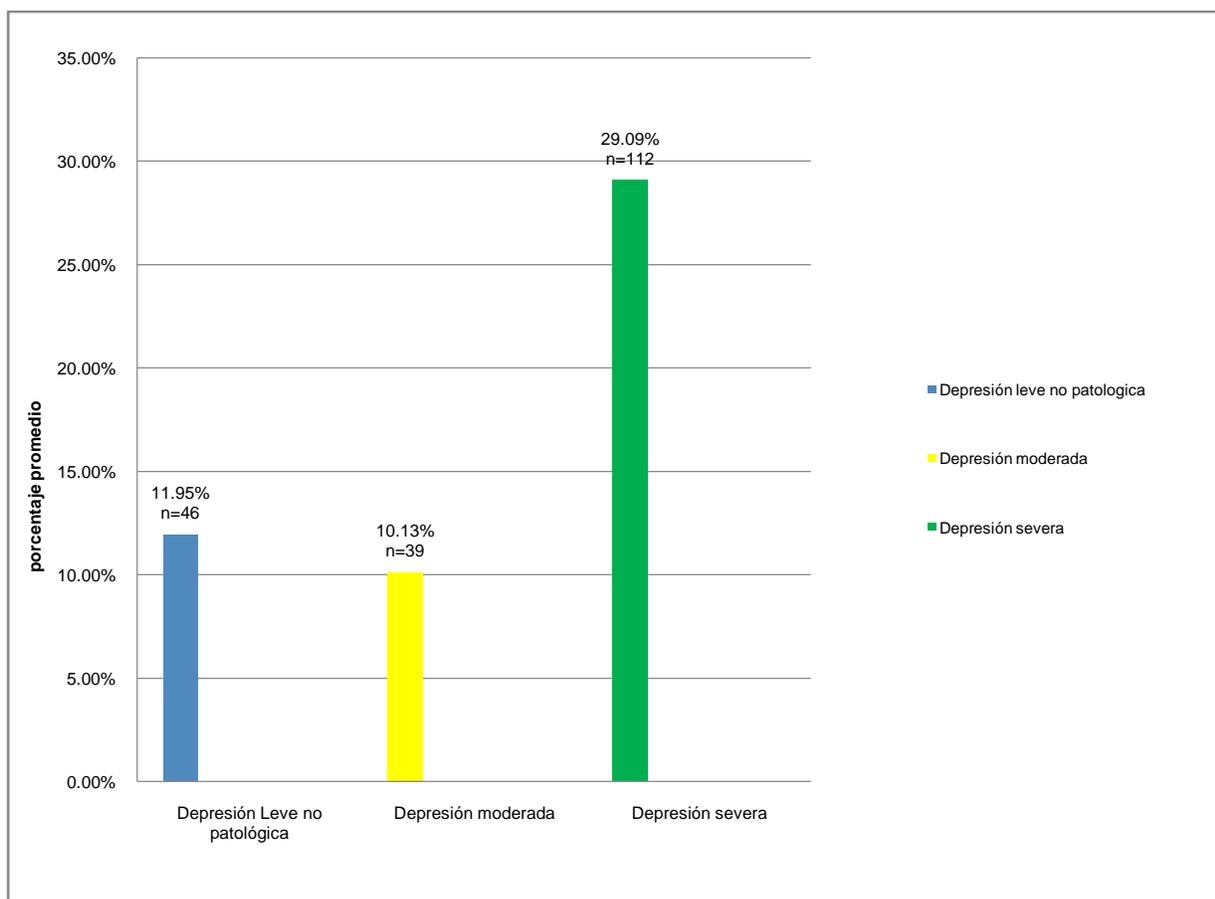


Figura 2. Depresión en pacientes hospitalizados en el Hospital General de Pachuca en el mes de diciembre 2013, según el BDI-II.

Nota. En la Figura se muestra el porcentaje promedio hasta el 35% debido a que la categoría alcanzó el 29.09%. Fuente: BDI-II = Inventario de Depresión de Beck, n = número de pacientes y % = porcentaje.

La Figura 3 muestra la prevalencia de ansiedad y depresión según la variable sexo, de los pacientes con ansiedad según la escala HAD el 22.88% fueron del sexo masculino y el 77.12% del sexo femenino, el 38.40% de los pacientes con depresión según la escala HAD eran del sexo masculino y el 61.60% del sexo femenino y el 40.60% de los pacientes con depresión según BDI-II eran del sexo masculino y el 59.39% del sexo femenino (Ver Figura 3).

Prevalencia de ansiedad y depresión según el sexo

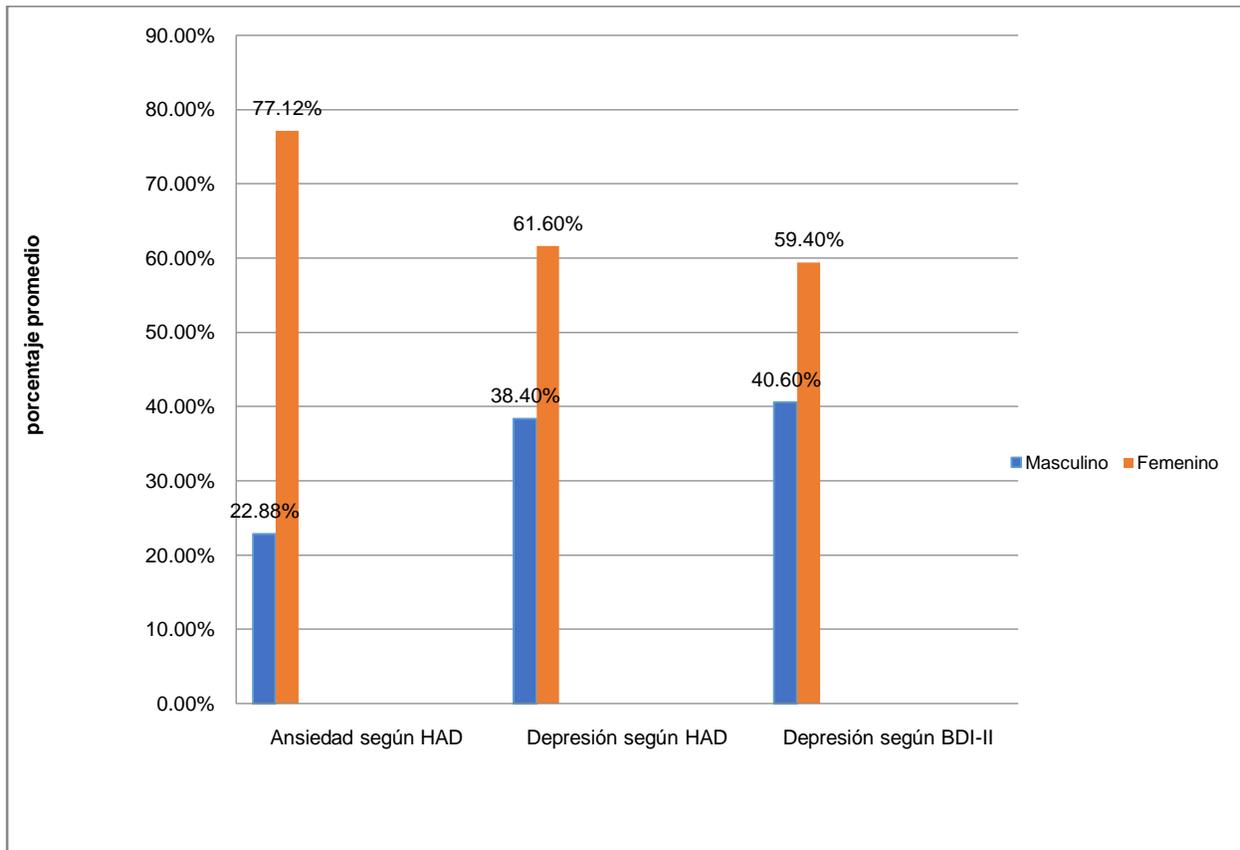


Figura 3. Ansiedad y depresión según el sexo en pacientes hospitalizados en el Hospital General de Pachuca en el mes de diciembre 2013.

Nota. En la Figura muestra el porcentaje promedio hasta el 90% debido a que la categoría alcanzó el 77.12%. Fuente: HAD, BDI-II y encuesta. HAD = Escala Hospitalaria Ansiedad y Depresión, BDI-II = Inventario de Depresión de Beck, n = número de pacientes y % = porcentaje.

La Tabla 9 muestra la prevalencia de ansiedad y depresión según la variable edad, la edad media para ansiedad fue de 51.03 con una desviación estándar de 16.79, la edad media para depresión según la escala HAD fue de 55.6 con una desviación estándar de 16.53 y la edad media para depresión según BDI-II fue de 57.06 con una desviación estándar de 12.68 (Ver Tabla 9).

Tabla 9. Ansiedad y depresión según la edad en pacientes hospitalizados en el Hospital General de Pachuca en el mes de diciembre 2013

Edad	Ansiedad según HAD	Depresión según HAD	Depresión según BDI-II
Media	51.03	55.6	57.06
Desviación Estándar	16.79	16.53	12.68

Fuente: HAD, BDI-II y encuesta. HAD = Escala Hospitalaria Ansiedad y Depresión, BDI-II = Inventario de Depresión de Beck II.

La Tabla 10 muestra la prevalencia de ansiedad y depresión según la variable estado civil, el 9.32% de los pacientes con ansiedad eran solteros, el 10.17% viven en unión libre, el 54.24% eran casados, el 4.24% divorciados y el 22.03% eran viudos, el 7.20% de los pacientes con depresión según la escala HAD eran solteros, el 9.60% viven en unión libre, el 52% eran casados, el 7.20% divorciados y el 24% viudos y el 12.69% de los pacientes con depresión según BDI-II eran solteros, 6.59% viven en unión libre, 56.34% eran casados, 4.56% divorciados y el 19.79% viudos (Ver Tabla 10).

Tabla 10. Ansiedad y depresión según el estado civil en pacientes hospitalizados en el Hospital General de Pachuca en el mes de diciembre 2013

Estado civil	Ansiedad según HAD		Depresión según HAD		Depresión según BDI-II	
	n	%	n	%	n	%
Soltero	11	9.32	9	7.20	19	12.69
Unión libre	12	10.17	12	9.60	10	6.59
Casado	64	54.24	65	52	85	56.34

Tabla 10. Continuación

Divorciado	5	4.24	9	7.20	7	4.56
Viudo	26	22.03	30	24	30	19.79
Total	118	100	125	100	151	100

Nota. Fuente: HAD, BDI-II y encuesta. HAD = Escala Hospitalaria Ansiedad y Depresión, BDI-II = Inventario de Depresión de Beck II, n = número de pacientes y % = porcentaje.

La Tabla 11 muestra la prevalencia de ansiedad y depresión según la variable escolaridad, el 43.22% de los pacientes con ansiedad cursaron la primaria, el 22.88% la secundaria y el 33.90% el bachillerato, el 57.60% de los pacientes con depresión según la escala HAD cursaron la primaria, el 24% la secundaria y el 18.40% el bachillerato y el 46.70% de los pacientes con depresión según BDI-II cursaron la primaria, el 24.87% la secundaria y el 28.42% el bachillerato (Ver Tabla 11).

Tabla 11. Ansiedad y depresión según el nivel de escolaridad en los pacientes hospitalizados en el Hospital General de Pachuca en el mes de diciembre 2013

Escolaridad	Ansiedad según HAD		Depresión según HAD		Depresión según BDI-II	
	n	%	n	%	n	%
Primaria	51	43.22	72	57.60	70	46.70
Secundaria	27	22.88	30	24	38	24.87
Bachillerato	40	33.90	23	18.40	43	28.42
Total	118	100	125	100	151	100

Fuente: HAD, BDI-II y encuesta. HAD = Escala Hospitalaria Ansiedad y Depresión, BDI-II = Inventario de Depresión de Beck II, n = número de pacientes y % = porcentaje.

La Tabla 12 muestra la prevalencia de ansiedad y depresión según la variable ocupación, el 1.69% de los pacientes con ansiedad eran estudiantes, el 31.36% empleados, el 51.69% ama de casa y el 15.25% estaban desempleados, el 1.60% de los pacientes con depresión según la escala HAD eran estudiantes, el 22.40% empleados, el 46.40% amas de casa y el 29.60% estaban desempleados y el 2.03% de los pacientes con depresión según BDI-II eran estudiantes, 36.04% empleados, 41.11% amas de casa y el 20.81% estaban desempleados (Ver Tabla 12).

Tabla 12. Ansiedad y depresión según la ocupación en pacientes hospitalizados en el Hospital General de Pachuca en el mes de diciembre 2013

Ocupación	Ansiedad según HAD		Depresión según HAD		Depresión según BDI-II	
	n	%	n	%	n	%
Estudiante	2	1.69%	2	1.60%	3	2.03%
Empleado	37	31.36%	28	22.40%	54	36.04%
Ama de casa	61	51.69%	58	46.40%	62	41.11%
Desempleado	18	15.25%	37	29.60%	32	20.81%
Total	118	100	125	100	151	100

Nota. Fuente: HAD, BDI-II y encuesta. HAD = Escala Hospitalaria Ansiedad y Depresión, BDI-II = Inventario de Depresión de Beck II, n = número de pacientes y % = porcentaje.

La figura 4 muestra la prevalencia de ansiedad y depresión según la variable nivel socioeconómico, el 64.41% de los pacientes con ansiedad tenían un nivel socioeconómico bajo y el 35.59% medio, de los pacientes con depresión según la escala HAD, el 76% tenían un nivel socioeconómico bajo y el 24% medio y el 65.48% de los pacientes con depresión según BDI-II tenían un nivel socioeconómico bajo y el 34.51% medio (Ver Figura 4).

Prevalencia de ansiedad y depresión según el nivel socioeconómico

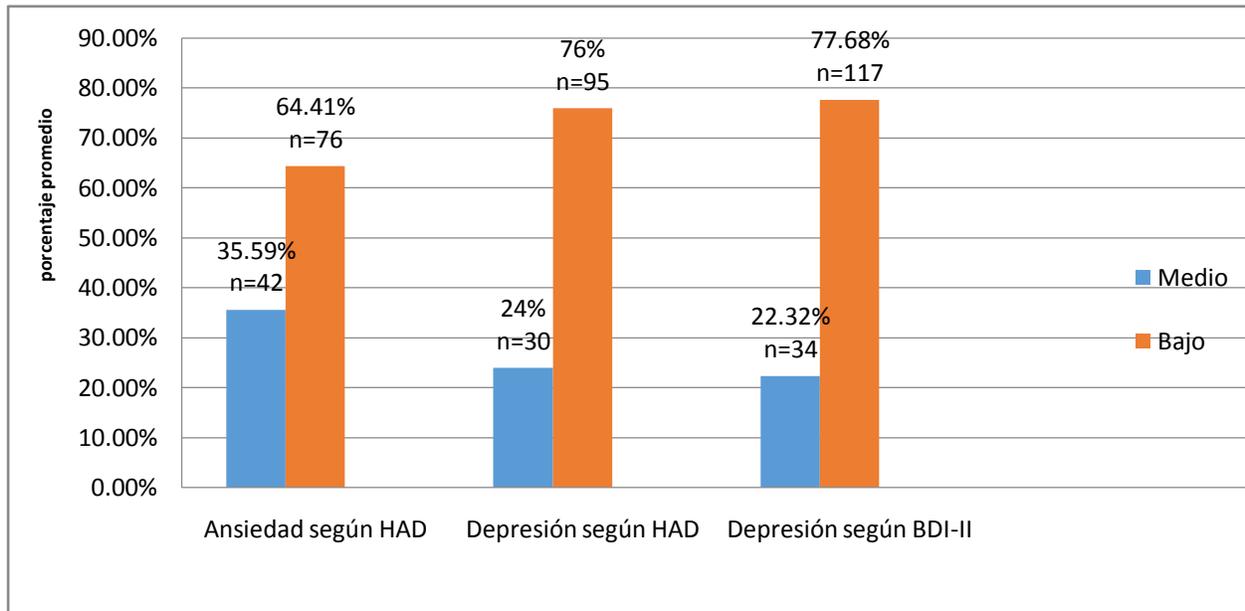


Figura 4. Ansiedad y depresión según el nivel socioeconómico en pacientes hospitalizados en el Hospital General de Pachuca en el mes de diciembre 2013.

Nota. En la Figura se muestra el porcentaje promedio hasta el 90% debido a que la categoría alcanzó el 77.68%. Fuente: HAD, BDI-II y encuesta. HAD = Escala Hospitalaria Ansiedad y Depresión, BDI-II = Inventario de Depresión de Beck II, n = número de pacientes y % = porcentaje.

La Tabla 13 muestra la prevalencia de ansiedad y depresión según la variable enfermedad, el 14.41% de los pacientes con ansiedad cursaban con enfermedades infecciosas, el 1.69% metabólicas, el 21.19% cardiovasculares, el 7.63% endocrinológicas, el 13.56% traumáticas, el 16.10% degenerativas, el 16.95% neoplásicas y el 8.47% obstétricas y ginecológicas, el 12.80% de los pacientes con depresión según HAD tenían enfermedades infecciosas, el 4.80% metabólicas, el 20% cardiovasculares, el 5.60% endocrinológicas, el 11.20% traumáticas, el 15.20% degenerativas, el 18.40% neoplásicas, el 7.20% quirúrgicas y el 4.80% obstétricas y ginecológicas y el 15.73% de los pacientes con depresión según BDI-II tenían enfermedades infecciosas, el 5.07% metabólicas, el 13.70% cardiovasculares, el 10.15% endocrinológicas, el 10.15% traumáticas, el 12.69% degenerativas, el 14.21%

neoplásicas, el 12.69% quirúrgicas y el 5.58% obstétricas y ginecológicas (Ver Tabla 13).

Tabla 13. Ansiedad y depresión según la enfermedad actual en pacientes hospitalizados en el Hospital General de Pachuca en el mes de diciembre 2013

Enfermedad	Ansiedad según HAD		Depresión según HAD		Depresión según BDI-II	
	n	%	n	%	n	%
Infecciosas	17	14.41	16	12.80	24	15.73
Metabólicas	2	1.69	6	4.80	8	5.03
Cardiovasculares	25	21.19	25	20	21	13.70
Endocrinológicas	9	7.63	7	5.60	15	10.15
Traumáticas	16	13.56	14	11.20	15	10.15
Degenerativas	19	16.10	19	15.20	19	12.69
Neoplásicas	20	16.95	23	13.40	22	14.21
Quirúrgicas	0	0	9	7.20	19	12.69
Obstétricas	10	8.47	6	4.80	8	5.58
Total	118	100	125	100	151	100

Nota. Fuente: HAD, BDI-II y encuesta. HAD = Escala Hospitalaria Ansiedad y Depresión, BDI-II = Inventario de Depresión de Beck II, n = número de pacientes y % = porcentaje.

La Tabla 14 muestra la prevalencia de ansiedad y depresión según la variable estancia hospitalaria, de los pacientes con ansiedad el 44.91% tenían una estancia hospitalaria de 1 a 5 días (estancia corta) y el 55.09% tenían una estancia hospitalaria \geq 6 días (estancia prolongada), el 40.8% de los pacientes con depresión según la escala HAD tenían una estancia hospitalaria de 1 a 5 días, el 59.2% tenían una estancia hospitalaria \geq 6 días y con respecto a la depresión según BDI-II el 54.82% tenían una estancia

hospitalaria de 1 a 5 días y el 45.18% tenían una estancia hospitalaria \geq 6 días (Ver Tabla 14).

Tabla 14. Ansiedad y depresión según los días de estancia hospitalaria en pacientes hospitalizados en el Hospital General de Pachuca en el mes de diciembre 2013

Días de estancia hospitalaria	Ansiedad según HAD		Depresión según HAD		Depresión según BDI-II	
	n	%	n	%	n	%
1-5 días (estancia corta)	53	44.91	51	40.8	83	54.82
\geq 6 días (estancia prolongada)	65	55.08	71	56.8	68	45.18
Total	118	100	125	100	151	100

Nota. Fuente: HAD, BDI-II y encuesta. HAD = Escala Hospitalaria Ansiedad y Depresión, BDI-II = Inventario de Depresión de Beck II, n = número de pacientes y % = porcentaje.

DISCUSIÓN Y CONCLUSIONES

Algunos datos presentados en este estudio confirman varios hallazgos previos y añaden información adicional; en este estudio se encontró una prevalencia de ansiedad del 30.65% y de depresión del 32.65% según la escala HAD y una prevalencia de depresión del 39.22% según BDI-II, esto se asemeja a las cifras indicadas en las investigaciones previas donde se encontró una prevalencia de ansiedad del 34.8%¹² y de depresión del 11%¹⁰ según la escala HAD y una prevalencia de depresión del 41.5% según el BDI-II.²⁰

Asimismo, es de indicar que la prevalencia de depresión según el BDI-II en este estudio es alta ya que constituyó casi la mitad de la muestra evaluada 39.22%; depresión moderada 10.13% y depresión severa 29.09%, los resultados varían en comparación a la literatura donde se reporta una prevalencia de depresión moderada del 19.5% y depresión severa del 7.2%.³⁰

Mientras que la prevalencia de depresión evaluada por el BDI-II en la muestra total fue alta, la escala HAD detectó un porcentaje más bajo de casos de depresión; esto permite analizar que el BDI-II fue más sensible para este tipo de muestra, pese a que la escala HAD fue construida específicamente para una población hospitalaria no psiquiátrica o para un medio de atención primaria.¹⁵

Esta mayor sensibilidad puede deberse a que el BDI-II no sólo diferencia presencia o ausencia de depresión, tal como lo hace la escala HAD, sino que estima distintos niveles de afectación desde sus síntomas más bajos hasta los más graves (leve, moderado y severo). Lo anterior, permite observar que el BDI-II prestó una mayor utilidad clínica en el presente estudio, esto se asemeja a la investigación realizada por Grau, al indicar en una de sus conclusiones que la escala HAD es mejor predictor para la ansiedad y el BDI-II para depresión.¹⁹

Con relación a la variable sexo, las mujeres presentan mayor ansiedad y depresión ya que mostraron una mayor tendencia en las puntuaciones. Esto coincide con la literatura, donde distintos autores exponen una prevalencia de depresión dos o tres veces mayor en mujeres que en hombres.^{16,19}

Con respecto a la variable edad, se observó una mayor prevalencia de ansiedad y depresión en pacientes de la quinta década de la vida, lo que se asemeja a lo reportado por la literatura donde se demostró que a mayor edad mayor ansiedad y depresión.^{19,30}

De acuerdo al estado civil, las personas casadas, mostraron una tendencia significativa a puntuar alto, esto debido a que más del 50% de la muestra pertenecían a este grupo, lo que concuerda con la literatura^{16,17} y algunos estudios demuestran mayor prevalencia de ansiedad y depresión en personas viudas.³⁰

Se establece una relación inversamente proporcional entre ansiedad, depresión y escolaridad, ya que a medida que el nivel educativo de los pacientes hospitalizados aumenta, la sintomatología ansiosa y depresiva tiende a disminuir. Esto se evidencia en las puntuaciones de la muestra, ya que se observó la tendencia a mayor puntuación en los pacientes con escolaridad baja, lo que se asemeja a los estudios de diversos autores.^{16,17,19}

En lo que corresponde a la variable ocupación, se observó mayor prevalencia de ansiedad y depresión en amas de casa, en la literatura se demostró mayor ansiedad en personas empleados y mayor depresión en desempleados.¹⁶

Con respecto a la variable nivel socioeconómico se observó una mayor prevalencia de ansiedad y depresión en pacientes con un nivel socioeconómico bajo, como lo referido en la literatura.^{16,17,19,20}

Entre las enfermedades médicas que presentaron los pacientes con ansiedad y depresión se encuentran las enfermedades cardiovasculares e infecciosas. Adicional a esto, las investigaciones han registrado la alta comorbilidad entre ansiedad, depresión y enfermedades cardiovasculares.²³

Asimismo, las repercusiones que traen consigo estas patologías y sus síntomas fisiológicos se convierten en otro elemento en común entre las distintas enfermedades médicas, puesto que generan en los pacientes un impacto negativo en su calidad de vida, expresado en alteraciones en el rol familiar, social y laboral.²³

Se observó una mayor prevalencia de ansiedad y depresión en pacientes con una estancia hospitalaria prolongada (estancia hospitalaria \geq 6 días), lo que concuerda con la literatura que dice que a mayor estancia hospitalaria mayor riesgo de desarrollar ansiedad y depresión.³⁰

En este estudio se obtuvo una prevalencia de ansiedad de 30.65% y depresión del 32.47% según la escala Hospitalaria Ansiedad y Depresión (HAD). Una prevalencia de depresión del 39.22% según el Inventario de Depresión de Beck II (BDI-II). Se observó una mayor prevalencia de ansiedad y depresión en mujeres que en hombres, en casados, amas de casa, con nivel socioeconómico bajo, entre la quinta década de la vida. Se observó una mayor frecuencia de ansiedad y depresión en pacientes con enfermedades cardiovasculares e infecciosas y con una estancia hospitalaria prolongada.

Finalmente, con el cumplimiento de los objetivos del estudio y la respuesta a la pregunta de investigación se logra reafirmar: que los trastornos de ansiedad y depresión son problemas de salud pública y trastornos psiquiátricos altamente prevalentes en el contexto hospitalario, donde variables sociodemográficas, patologías asociadas y la estancia hospitalaria prolongada influyen de manera significativa en la instauración o mantenimiento de dichos trastornos.

Por esta razón se considera de vital importancia el acompañamiento psicológico, toda vez que se conocen ampliamente los efectos de las alteraciones emocionales sobre el pronóstico del paciente en la situación hospitalaria, además del papel preponderante del trabajo interdisciplinario como medida para incrementar los efectos de la intervención médico-psicológica.

La mayoría de las veces nos preocupamos solo por el problema orgánico que presenta el paciente y nos olvidamos de la parte emocional la cual juega un papel muy importante en el bienestar del paciente debido a que se ha comprobado que un paciente deprimido tiene una respuesta inmunológica deficiente, por lo que es de vital importancia que el paciente reciba una atención adecuada, pero para eso es importante detectar los casos de ansiedad y depresión en los pacientes hospitalizados para darle el manejo adecuado, mejorar su calidad de vida y así poder reincorporarlo de manera inmediata al entorno familiar, social y laboral.

LIMITACIONES Y SUGERENCIAS

Este estudio tiene varias limitaciones, las cuales a su vez proponen nuevos retos para el desarrollo de futuras investigaciones en el área.

En primer lugar, algunos pacientes rechazaron el estudio por que se sentían muy agotados y sin ánimos de contestar el cuestionario.

En segundo lugar, hubo rechazo al estudio por lo extenso del cuestionario.

En tercer lugar hubo rechazo al estudio por parte del familiar del paciente, para evitar fatigarlo por su estado de salud.

En cuarto lugar, muchos pacientes fueron excluidos del estudio debido a que no sabían leer ni escribir.

En quinto lugar, varios pacientes tenían problemas visuales por lo que fue imposible aplicarles el cuestionario.

Por tal motivo recomendamos a los médicos tratantes, solicitar el apoyo por parte de psicología y psiquiatría para la valoración de los pacientes con sintomatología ansiosa o depresiva para que reciban un manejo integral tanto del servicio tratante como por parte de ellos, ya que eso ayudará a una pronta recuperación del paciente y evitará una mayor estancia hospitalaria.

La parte emocional juega un papel muy importante en la salud del ser humano por lo que es de vital importancia tener presente que un paciente hospitalizado por el simple hecho de estar ahí, sufre algún grado de ansiedad y depresión por lo que recomendamos aplicar las escalas de ansiedad y depresión a los pacientes con mayor riesgo de padecer o desarrollar alguno de éstos trastornos, para detectarlo de manera temprana y referirlo con el especialista para que reciba una terapéutica adecuada y darle seguimiento de manera ambulatoria si así lo requiere.

REFERENCIAS BIBLIOGRÁFICAS

1. Guía de Práctica Clínica Diagnóstico y Tratamiento de Ansiedad en el Adulto, México; Secretaria de Salud. 2010.
2. Espinosa A, Caraveo J, Zamora M, Arronte A, Krug E, Olivares R et al. Guía práctica clínica para el diagnóstico y tratamiento de depresión en los adultos mayores. *Salud Mental*. 2007; 30(6): 69-80.
3. Grupo de Trabajo de la Guía de Práctica Clínica para el Manejo de Pacientes con Trastornos de Ansiedad en Atención Primaria. Madrid: Plan Nacional para el SNS del MSC. Unidad de Evaluación de Tecnologías Sanitarias. Agencia Laín Entralgo. Comunidad de Madrid; 2008. Guías de Práctica Clínica en el SNS: UETS N° 2006/10.
4. American Psychiatric Association: Diagnostic and Statistical Manual of Mental Disorders TR (DSM-IV-TR). 4th ed. Washington, 2000.
5. Organización Mundial de la Salud. Instrumento de evaluación para sistemas de salud mental (WHO-AIMS, Versión 2.1). Ginebra: OMS; 2005.
6. Medina-Mora ME, Borges G, Lara MC, Benjet C, Blanco JJ, Fleiz BC, et al. Prevalencia de trastornos mentales y uso de servicios: Resultados de la Encuesta Nacional de Epidemiología Psiquiátrica en México. *Salud Mental*. 2003;26(4):1-16.
7. Organización Panamericana de la Salud. Estrategia y plan de acción sobre salud mental. Washington, DC: OPS; 2009.
8. Zigmond AS, Snaith RP. The Hospital Anxiety and Depression Scale. *Acta Psychiatr Scand*.1983; 67: 361-370.
9. Rico JL, Restrepo M, Molina M. Adaptación y validación de la escala hospitalaria de ansiedad y depresión (HAD) en una muestra de pacientes con cáncer del Instituto Nacional de Cancerología de Colombia. *Revista del laboratorio de psicometría*. 2005; 3(1): 73-86.
10. López JC, Vázquez V, Arcila D, Sierra AE, González J, Salín RJ. Exactitud y utilidad diagnóstica del Hospital Anxiety and Depression Scale (HAD) en una muestra de sujetos mexicanos obesos. *Revista de Investigación Clínica*. Septiembre-Octubre 2002; 54 (5): 403-409.

11. Jurado S, Villegas M, Méndez L, Rodríguez F, Loperena V, Varela R. La estandarización del Inventario de Depresión de Beck para los residentes de la ciudad de México. *Salud Mental*. 1998; 21 (3): 26-31.
12. Sanz J, Perdigón AL, Vázquez C. Adaptación de la versión española del Inventario para la Depresión de Beck-II (BDI-II): 2. Propiedades psicométricas en población general. *Clínica y Salud [Internet]*. 2003; 14 (3): 249-280. [Citado 13 sep 2013]. Disponible en: <http://www.redalyc.org/articulo.oa?id=180617972001>.
13. Bello M, Puentes E, Medina ME, Lozano R. Prevalencia y diagnóstico de depresión en población adulta en México. *Salud Pública*. 2005; 47: 4-11.
14. Corona LR, Rojas CE, Alvarado AS, Calderón FE, Ochoa AS. Prevalencia de síntomas de ansiedad y depresión en pacientes en aislamiento por trasplante de médula ósea. *Gaceta Médica de México*. 2008; 7 (2): 40-44.
15. Vilchis IA, Secín R, López A, Córdova VH. Frecuencia de ansiedad y depresión en pacientes adultos en la sala de urgencias de un hospital general no gubernamental e identificación por el médico de urgencias. *México Int Méx*. 2010; 26 (1): 5-10.
16. Hernández R, Baptista P. Metodología de la Investigación. Tercera ed. México D.F. Mc Graw Hill Interamericana; 2003.
17. Dawson B, Trapp R. Bioestadística médica. 3ª ed. México, D.F. El Manual Moderno; 2002.
18. Hernández G, Orellana G, Kimelman M, Núñez C, Ibáñez C. Trastornos de ansiedad en pacientes hospitalizados en Medicina Interna. *Rev. méd. Chile*. 2005; 133(8): 895-902.
19. Grau A, Suñer R, Abulí P., Comas P. Niveles de ansiedad y depresión en enfermos hospitalizados y su relación con la gravedad de la enfermedad. *Medicina clínica*. 2003; 120(10): 370-375.
20. Grau A, Comas P, Suñer R, Peláez E, Sala L, Planas M. Evolución de la ansiedad y de la depresión detectada durante la hospitalización en un servicio de Medicina Interna. In *Anales de medicina interna*. 2007; 24 (5): 212-216.
21. Teva I, De la Paz M, Hernández J, Buena G. Evaluación de la depresión, ansiedad e ira en pacientes con VIH/SIDA. *Salud Mental*. 2005; 28 (5): 40-49.

22. Millán R, Gómez C, Gil FA, Oviedo GF, Villegas F. Calidad de vida relacionada con la salud y prevalencia de síntomas depresivos y ansiosos en pacientes en hemodiálisis, en seis unidades renales de Bogotá, Colombia. *Revista Colombiana de Psiquiatría*. 2009; 38 (4): 622-634.
23. Esquivel CG, Gámez JA, Villa F, García FA, Martínez JA, Aguirre B, Velasco VM. Ansiedad y Depresión en Síndrome Coronario Agudo. *Medicrit*. 2009; 6(1):18-23.
24. López MI. Ansiedad y depresión, reacciones emocionales frente a la enfermedad. In *Anales de Medicina Interna*. 2007; 24 (5): 209-211.
25. Páez A, Jofré M, Azpiroz C, de Bortoli M. Ansiedad y depresión en pacientes con insuficiencia renal crónica en tratamiento de diálisis. *UniversitasPsychologica*. 2009; 8(1): 117-124.
26. Costas M, Prado V, Crespo JM. Ansiedad y depresión entre los pacientes hospitalizados en el complejo hospitalario de Ferrol. *Cuadernos de medicina psicosomática y psiquiatría de enlace [Internet]*.2013; (107) 3. [Citado 27 sep 2013]. Disponible en: <http://dialnet.unirioja.es/servlet/oaiart?codigo=4394399>.
27. Rivas JA. Incidencia de depresión en pacientes hospitalizados, período 15 de noviembre de 2006 al 15 de marzo de 2007, hospital Guayaquil "Dr. Abel Gilbert Pontón. *Revista Medicina*. 2008; 13 (4): 274-279.
28. Betancourt E, Aristizábal A. Cáncer de Mama como actor predictivo de Ansiedad y Depresión. *Consulta Externa de Oncología. Hospital Universitario Ruíz y Páez. Ciudad Bolívar-Estado Bolívar. Febrero-Abril 2008 [Internet]*. 2010. [Citado 12 oct 2013]. Disponible en: <http://hdl.handle.net/123456789/2897>.
29. García J, Caballero F, Pérez M, López V. Prevalencia y síntomas del trastorno de ansiedad generalizada recién diagnosticado en los servicios de atención primaria: El estudio GADAP. *Actas españolas de psiquiatría [Internet]*. 2012; 40(3): 105-113.
30. Agudelo DM, Lucumí LM, Santamaría YJ. Evaluación de la depresión en pacientes hospitalizados por distintas enfermedades médicas en la ciudad de Bucaramanga. *Pensamiento Psicológico*. 2008; 4 (10): 59-83.

ANEXOS

Anexo 1. Consentimiento informado

HOSPITAL GENERAL DE PACHUCA

SECRETARIA DE SALUD

CONSENTIMIENTO INFORMADO

Pachuca se Soto, Hidalgo., a _____ de 2013.

Por medio del presente Yo _____ autorizó que se me aplique la escala Hospitalaria Ansiedad y Depresión y el Inventario de Depresión de Beck II, estando enterado de que éste es un estudio de investigación sin riesgo y con el fin de realizar el protocolo de investigación titulado: **“Prevalencia de Ansiedad y Depresión en pacientes Hospitalizados en el Hospital General de Pachuca”**

Manifiesto que lo que he expresado en la encuesta realizada es por mi libre albedrio.

BENEFICIOS PARA EL VOLUNTARIO:

- 1) Tener la experiencia de colaborar en el desarrollo científico.
- 2) Diagnóstico de su estado de salud sin costo alguno.
- 3) El estudio no tiene ningún beneficio terapéutico para usted.

Los investigadores a cargo del estudio son:

Investigador clínico: Dr. Alberto López Luna

Domicilio San Ángel 211, colonia Santiago Jaltepec, Pachuca, Hidalgo.

Asesor clínico: Dra. Anell Vicenta Castaño Suarez

Asesor universitario: Dra. Claudia Margarita González Fragoso.

Anexo 2. Escala Hospitalaria Ansiedad y Depresión (HAD).

Lea cada pregunta y coloque en el recuadro de la derecha el número de respuesta que usted considere que coincide con su propio estado emocional en la última semana.

No es necesario que piense mucho tiempo cada respuesta en este cuestionario las respuestas espontáneas tienen más valor que las que se piensan mucho.

A.1. Me siento tenso/a o nervioso/a: 3. Casi todo el día 2. Gran parte del día 1. De vez en cuando 0. Nunca	
D.1. Sigo disfrutando de las cosas como siempre: 0. Ciertamente, igual que antes 1. No tanto como antes 2. Solamente un poco 3. Ya no disfruto con nada	
A.2. Siento una especie de temor como si algo malo fuera a suceder: 3. Sí, y muy intenso 2. Sí, pero no muy intenso 1. Sí, pero no me preocupa 0. No siento nada de eso	
D.2. Soy capaz de reírme y ver el lado gracioso de las cosas: 0. Igual que siempre 1. Actualmente, algo menos 2. Actualmente, mucho menos 3. Actualmente, en absoluto	
A.3. Tengo la cabeza llena de preocupaciones: 3. Casi todo el día 2. Gran parte del día 1. De vez en cuando 0. Nunca	
D.3. Me siento alegre: 3. Nunca 2. Muy pocas veces 1. En algunas ocasiones 0. Gran parte del día	
A.4. Soy capaz de permanecer sentado/a tranquilo/a y relajado/a: 0. Siempre 1. A menudo 2. Raras veces 3. Nunca	

<p>D.4. Me siento lento/a y torpe:</p> <ul style="list-style-type: none"> 3. Gran parte del día 2. A menudo 1. A veces 0. Nunca 	
<p>A.5. Experimento una desagradable sensación de “nervios y hormigueos” en el estómago:</p> <ul style="list-style-type: none"> 0. Nunca 1. Solo en algunas ocasiones 2. A menudo 3. Muy a menudo 	
<p>D.5. He perdido el interés por mi aspecto personal:</p> <ul style="list-style-type: none"> 3. Completamente 2. No me cuido como debería hacerlo 1. Es posible que no me cuide como debiera 0. Me cuido como siempre lo he hecho 	
<p>A.6. Me siento inquieto/a como si no pudiera parar de moverme:</p> <ul style="list-style-type: none"> 3. Realmente mucho 2. Bastante 1. No mucho 0. Nunca 	
<p>D.6. Espero las cosas con ilusión:</p> <ul style="list-style-type: none"> 0. Como siempre 1. Algo menos que antes 2. Mucho menos que antes 3. En absoluto 	
<p>A.7. Experimento de repente sensaciones de gran angustia o temor:</p> <ul style="list-style-type: none"> 3. Muy a menudo 2. Con cierta frecuencia 1. Raramente 0. Nunca 	
<p>D.7. Soy capaz de disfrutar con un buen libro o con un buen programa de radio o televisión:</p> <ul style="list-style-type: none"> 0. A menudo 1. Algunas veces 2. Pocas veces 3. Casi nunca 	

Anexo 3. Inventario de Depresión de Beck-II (BDI-II).

Para completar el cuestionario, lee cada punto con atención y coloque en el recuadro de la derecha el número que se encuentra junto a la respuesta que mejor se adapte a lo que ha estado sintiendo últimamente.

1. Tristeza. 0. No me siento triste. 1. Me siento triste. 2. Me siento triste continuamente y no puedo dejar de estarlo. 3. Me siento tan triste o desgraciado que no puedo soportarlo.	
2. Pesimismo 0. No me siento especialmente desanimado de cara al futuro. 1. Me siento desanimado de cara al futuro. 2. Siento que no hay nada por que luchar. 3. El futuro es desesperanzador y las cosas no mejorarán.	
3. Sensación de fracaso 0. No me siento fracasado. 1. He fracasado más que la mayoría de las personas. 2. Cuando miro hacia atrás lo único que veo es un fracaso tras otro. 3. Soy un fracaso total como persona.	
4. Insatisfacción 0. Las cosas me satisfacen tanto como antes. 1. No disfruto de las cosas tanto como antes. 2. Ya no obtengo ninguna satisfacción de las cosas. 3. Estoy insatisfecho o aburrido con respecto a todo.	
5. Culpa 0. No me siento especialmente culpable. 1. Me siento culpable en bastantes ocasiones. 2. Me siento culpable en la mayoría de las ocasiones. 3. Me siento culpable constantemente	
6. Expectativas de castigo 0. No creo que esté siendo castigado. 1. Siento que quizás esté siendo castigado. 2. Espero ser castigado. 3. Siento que estoy siendo castigado.	

<p>8. Autoacusación</p> <p>0. No me considero peor que cualquier otro.</p> <p>1. Me autocrítico por mi debilidad o por mis errores.</p> <p>2. Continuamente me culpo por mis faltas.</p> <p>3. Me culpo por todo lo malo que sucede.</p>	
<p>9. Idea suicidas</p> <p>0. No tengo ningún pensamiento de suicidio.</p> <p>1. A veces pienso en suicidarme, pero no lo haré.</p> <p>2. Desearía poner fin a mi vida.</p> <p>3. Me suicidaría si tuviese oportunidad.</p>	
<p>10. Episodios de llanto</p> <p>0. No lloro más de lo normal.</p> <p>1. Ahora lloro más que antes.</p> <p>2. Lloro continuamente.</p> <p>3. No puedo dejar de llorar aunque me lo proponga.</p>	
<p>11. Irritabilidad</p> <p>0. No estoy especialmente irritado.</p> <p>1. Me molesto o irrito más fácilmente que antes.</p> <p>2. Me siento irritado continuamente.</p> <p>3. Ahora no me irritan en absoluto cosas que antes me molestaban.</p>	
<p>12. Retirada social</p> <p>0. No he perdido el interés por los demás.</p> <p>1. Estoy menos interesado en los demás que antes.</p> <p>2. He perdido gran parte del interés por los demás.</p> <p>3. He perdido todo interés por los demás.</p>	
<p>13. Indecisión</p> <p>0. Tomo mis propias decisiones igual que antes.</p> <p>1. Evito tomar decisiones más que antes.</p> <p>2. Tomar decisiones me resulta mucho más difícil que antes.</p> <p>3. Me es imposible tomar decisiones.</p>	
<p>14. Cambios en la imagen corporal.</p> <p>0. No creo tener peor aspecto que antes</p> <p>1. Estoy preocupado porque parezco envejecido y poco atractivo.</p> <p>2. Noto cambios constantes en mi aspecto físico que me hacen parecer poco atractivo.</p> <p>3. Creo que tengo un aspecto horrible.</p>	

<p>16. Insomnio</p> <p>0. Duermo tan bien como siempre.</p> <p>1. No duermo tan bien como antes.</p> <p>2. Me despierto una o dos horas antes de lo habitual y ya no puedo volver a dormirme.</p> <p>3. Me despierto varias horas antes de lo habitual y ya no puedo volver a dormirme.</p>	
<p>17. Fatigabilidad</p> <p>0. No me siento más cansado de lo normal.</p> <p>1. Me canso más que antes</p> <p>2. Me canso en cuanto hago cualquier cosa.</p> <p>3. Estoy demasiado cansado para hacer nada.</p>	
<p>18. Pérdida de apetito</p> <p>0. Mi apetito no ha disminuido.</p> <p>1. No tengo tan buen apetito como antes.</p> <p>2. Ahora tengo mucho menos apetito.</p> <p>3. He perdido completamente el apetito.</p>	
<p>19. Pérdida de peso</p> <p>0. No he perdido peso últimamente.</p> <p>1. He perdido más de 2 kilos.</p> <p>2. He perdido más de 4 kilos.</p> <p>3. He perdido más de 7 kilos.</p>	
<p>20. Preocupaciones somáticas</p> <p>0. No estoy preocupado por mi salud</p> <p>1. Me preocupan los problemas físicos como dolores, malestar de estómago, catarros, etc.</p> <p>2. Me preocupan las enfermedades y me resulta difícil pensar en otras cosas.</p> <p>3. Estoy tan preocupado por las enfermedades que soy incapaz de pensar en otras cosas.</p>	
<p>21. Bajo nivel de energía</p> <p>0. No he observado ningún cambio en mi interés por el sexo.</p> <p>1. La relación sexual me atrae menos que antes.</p> <p>2. Estoy mucho menos interesado por el sexo que antes.</p> <p>3. He perdido totalmente el interés sexual.</p>	

Anexo 4. Ficha de datos sociodemográficos y clínicos

Fecha	
Nombre	
Edad:	
Sexo:	
Estado civil:	
Escolaridad:	
Ocupación actual:	
Nivel socioeconómico:	
Días de estancia hospitalaria:	
Enfermedad médica actual:	

Anexo 5. Glosario de términos

Ansiedad: Del latín *anxietas*, angustia, aflicción. La angustia es el sentimiento que experimentamos cuando sin motivo nos preocupamos en exceso por la posibilidad de que en el futuro nos ocurra algo temido sobre lo que no tenemos control y que, en caso de que sucediera consideraríamos “terrible” o haría que nos consideráramos personas totalmente inútiles.¹

Trastorno de Ansiedad Generalizada: Preocupación excesiva (expectación aprensiva) que se observa durante un período superior a 6 meses y que se centran en una amplia gama de acontecimientos y situaciones.¹

Depresión: La depresión (del latín *depressio*, que significa «opresión», «encogimiento» o «abatimiento») es el diagnóstico psiquiátrico que describe un trastorno del estado de ánimo, transitorio o permanente, caracterizado por sentimientos de abatimiento, infelicidad y culpabilidad, además de provocar una incapacidad total o parcial para disfrutar de las cosas y de los acontecimientos de la vida cotidiana (anhedonia).²

Depresión Mayor: Es un período de al menos 2 semanas, durante el cual hay un estado de ánimo deprimido o una pérdida de interés o placer en casi todas las actividades. El sujeto también experimenta al menos cuatro de los siguientes síntomas: cambios de apetito o de peso, del sueño y de la actividad psicomotora; falta de energía; sentimientos de infravaloración o culpa; dificultad para pensar, concentrarse o tomar decisiones, y pensamientos recurrentes de muerte o ideación, planes o intentos suicidas.²

HAD: Escala Hospitalaria Ansiedad y Depresión.

BDI-II: Inventario de Depresión de Beck II.