“Frecuencia de ansiedad y depresión en pacientes hospitalizados.”

Estudio realizado en el periodo Julio - Octubre en el año 2024 en el Hospital de Clínicas “Dr. Manuel Quintela, Montevideo, Uruguay”.

Investigadores: Br. Agustina Lopez[1] , Br. Giuliana Marini[1], Br. Mauricio Mendez[1], Br. Rodrigo Yañez[1], Br. Martina Zoppolo[1], Br. Belén Zurbruck[1].

Orientadores: Prof Agr. Ana Bentancor[2], Prof Adj. Jimena Boffa[2], Asist. Joaquin Canavero[2], Prof Agr. Cecilia Duran[2], Asist. Eric Romero[2] y Asist.Rodrigo Villalba[2].

Institución: Hospital de Clínicas “Dr. Manuel Quintela“. Unidad Académica de Psicología Médica.

Fecha: 17/11/2024.

Ciclo de Metodología Científica II-2024: Grupo 40.

1 Ciclo de Metodología Científica II 2024-Facultad de Medicina Universidad de la República, Montevideo, Uruguay.

2 Departamento al que pertenecen el/los orientadores-Facultad de Medicina-Universidad de la República, Montevideo, Uruguay.

ÍNDICE:

RESUMEN..... 3

INTRODUCCIÓN..... 4

MARCO TEÓRICO..... 7

Depresión..... 7

Ansiedad..... 8

Ansiedad y depresión en asociación con patologías médicas..... 9

OBJETIVOS..... 12

Objetivo general..... 12

Objetivos específicos..... 12

METODOLOGÍA..... 13

Plan de análisis..... 14

Consideraciones éticas..... 15

RESULTADOS..... 16

DISCUSIÓN..... 23

CONCLUSIONES..... 25

REFERENCIAS BIBLIOGRÁFICAS..... 26

AGRADECIMIENTOS..... 28

ANEXO..... 29

ÍNDICE DE FIGURAS:

Tabla 1. Frecuencia de sexo, procedencia y tiempo de internacion de los pacientes en el HC..... 18

Tabla 2. Frecuencia de patologías crónicas en pacientes internados en el HC..... 19

Gráfico 1. Distribución de ansiedad por tiempo de internación en pacientes del HC. 20

Gráfico 2. Distribución de depresión por tiempo de internación en pacientes del HC..... 20

Tabla 3. Frecuencia de ansiedad y depresión..... 21

Gráfica 3. Distribución de los puntajes obtenidos en el HADS..... 22

Tabla 4. Frecuencia de ansiedad en relacion al sexo, en pacientes entrevistados en el HC..... 22

Tabla 5. Frecuencia de depresion en relación al sexo, en pacientes entrevistados en el HC..... 23

Tabla 6. Frecuencia de personas hospitalizadas en el HC que tienen ansiedad y poseen antecedentes de depresión y/o ansiedad..... 23

Tabla 7. Correlación de ansiedad y depresión con patologías crónicas..... 24

RESUMEN

Introducción: La ansiedad y la depresión son trastornos de alta prevalencia a nivel mundial. Hay antecedentes de un estudio realizado en Montevideo en el Hospital de Clínicas "Dr. Manuel Quintela" (HC) en 2019, donde se encontró que la frecuencia de estos trastornos es alta, en base a esto surgió la intención de realizar este estudio, el cual buscó establecer cuál es la frecuencia de ansiedad y depresión en pacientes hospitalizados en el HC. Los objetivos planteados fueron evaluar la relación de estos trastornos con el tiempo de internación, discriminar la frecuencia entre ambos sexos y determinar la relación entre una enfermedad aguda o crónica en base al desarrollo de ansiedad y/o depresión.

Métodos: Se realizó un estudio observacional, descriptivo, transversal y correlacional donde se utilizó una escala Ad hoc sociodemográfica y la Hospital Anxiety and Depression Scale (HADS), que permitió observar la influencia de las variables (independientes) con la prevalencia de ansiedad y depresión en dichos pacientes.

Resultados: La muestra estuvo conformada por n = 143 pacientes de las clínicas médicas A, B y C. La prevalencia de ansiedad fue 45.56% y para depresión fue 23.68%. Se constató un mayor nivel de ansiedad y depresión en el sexo femenino. En relación al tiempo de internación, la mayor prevalencia para ambos trastornos se observó en el rango de 16-30 días. No se encontró evidencia estadísticamente significativa con el resto de las patologías crónicas, excepto para enfermedad pulmonar obstructiva crónica, el cual se evidenció una asociación moderada.

Conclusión: Se encontró un alto porcentaje de pacientes con screening positivo tanto de ansiedad como de depresión en esta población; sería importante continuar la investigación de estas patologías en nuestro país y su asociación con distintas variables, ampliando a distintos centros de salud para poder mejorar el abordaje en salud mental.

Palabras clave: Ansiedad, depresión, hospitalización.

Introduction: Anxiety and depression are highly prevalent disorders worldwide. A study conducted in Montevideo at the Hospital de Clínicas "Dr. Manuel Quintela" in 2019 found that the frequency of these disorders is high.

Based on this, the intention to conduct this study arose, aiming to determine the prevalence of anxiety and depression in hospitalized patients at HC.
The main objective of this study was to determine the prevalence of anxiety and depression among hospitalized patients at HC, evaluating their relation with hospitalization duration, differences between sexes, and potential associations with acute or chronic diseases.

Methods: An observational, descriptive**,** cross-sectional, and correlational study was conducted, using; an ad hoc socio-demographic scale and the Hospital Anxiety and Depression Scale (HADS), to assess the influence of independent variables on the prevalence of anxiety and depression in the patients. A sample randomly selected of 143 hospitalized patients from medical clinics A, B, and C was collected.

Results: Among the 143 patients who participated in the study, the prevalence of anxiety was 45.56%, and the prevalence of depression was 23.78%. A higher level of anxiety and depression was observed in females. In relation to the length of hospitalization, the highest prevalence of both disorders was found in the 16-30 day range. No statistically significant evidence was found for other chronic conditions, except for COPD (Chronic Obstructive Pulmonary Disease), which showed a moderate association.

Conclusions: The study found a high prevalence of anxiety and depression among hospitalized patients at Hospital de Clínicasl, with a more significant impact on women and those with prolonged hospital stays. While no substantial associations were observed with most chronic conditions, further research is necessary to explore these mental health issues in greater depth, especially in relation to various health variables, and to expand studies across different healthcare centers in order to improve mental health care approaches.

Keywords: Anxiety, Depression, Hospitalization

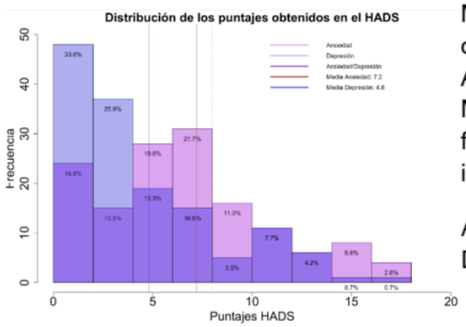
Frecuencia de ansiedad y depresión en pacientes hospitalizados.

Estudio realizado en el período Julio - Octubre en el año 2024 en el Hospital de Clínicas “Dr. Manuel Quintela, Montevideo, Uruguay”.

INTRODUCCION

La ansiedad (4%) y la depresión (3.8%) son trastornos de alta prevalencia a nivel mundial. Estudios previamente realizados en el Hospital de Clínicas, encontraron alta frecuencia de estos trastornos.

RESULTADOS



Muestra n= 143 pacientes de las Clínicas medicas A,B,C.
Mayor prevalencia en sexo femenino y en aquellos con internacion de 16 - 30 dias.

Ansiedad - 45.56%
Depresión - 23.78%.

METODOS

Estudio observacional, descriptivo, transversal y correlacional, donde se utilizo una escala Ad hoc y la Hospital Anxiety Depression Scale.

CONCLUSIONES

Se encontro un alto porcentaje de pacientes con screening positivos tanto para ansiedad como para depresión en esta poblacion.

INTRODUCCIÓN

La ansiedad y la depresión son trastornos de alta prevalencia a nivel mundial, con valores de 4% (301 millones) y 3.8% (280 millones) en adultos respectivamente según la Organización Mundial de la Salud (OMS)(1,2). Dichos trastornos son factores de riesgo para múltiples patologías, la depresión influye en el progreso de las patologías orgánicas preexistentes de los pacientes; y la ansiedad vulnera la resistencia inmunológica y aumenta la probabilidad de desarrollar depresión (3).

Según la OMS (2022), uno de cada ocho personas en el mundo sufre algún trastorno mental. Los trastornos mentales son la principal causa de años perdidos por discapacidad, siendo la esquizofrenia aguda, la ansiedad y la depresión los más prevalentes. Esto lleva a grandes pérdidas económicas y genera una sobrecarga para el sistema de salud. Se estima que los países dedican menos del 2% del presupuesto en salud, a la salud mental.(4)

Luego de la pandemia COVID-19 hubo un notorio aumento de ambos trastornos observándose un aumento del 26% correspondiente a los trastornos de ansiedad y de 28% para los trastornos depresivos graves en un año.(5)
Un estudio realizado por Calatayuda, Marcén-Román, y Rodríguez-Roc (2023), revelo una diferencia significativa entre el sexo y la presencia de ansiedad y depresion en adultos mayores. El mismo destaca que las mujeres presentaban niveles más altos de ansiedad y depresión en comparación con los hombres. Los hallazgos indicaron que las mujeres presentaban síntomas derivados de factores de estrés psicosocial. Por el contrario, la depresión en los hombres se relacionaba con aspectos específicos de su entorno, incluyendo su salud, su funcionamiento cognitivo y su participación en actividades sociales. Algunos autores señalan que las personas más jóvenes, tendrían mayor predisposición a desarrollar sintomatología mixta debido a que presentarían un sesgo negativo al evaluar determinados estímulos neutros. Sin embargo, este estudio no encontró tales diferencias según la edad.(6) Estos datos concuerdan con los administrados por la OMS, en los cuales se evidencia que las mujeres son afectadas el doble en proporción a los hombres, y este incremento también se observa en grupos etarios más jóvenes. (4)

El DSM V define la ansiedad como una respuesta anticipatoria a una amenaza futura, asociada con tensión muscular, vigilancia en relación a un peligro futuro y comportamientos cautelosos o evitativos. Estos pacientes presentan preocupaciones las cuales pueden ser penetrantes, pronunciadas y angustiosas que tienen una mayor duración y se producen con frecuencia sin desencadenantes. Por otro lado, el trastorno depresivo se define como un trastorno de desregulación disruptiva del estado de ánimo. Característicamente presentan un estado de ánimo triste, vacío o irritable. Este trastorno presenta episodios de mínimo dos semanas de duración que implican cambios claros en el afecto, la cognición y las funciones neurovegetativas.(7)

Hay evidencia científica, en donde se estudió la relación causal del desarrollo de trastorno de ansiedad y la presencia de una enfermedad orgánica; se constató que un paciente puede desarrollar ansiedad si percibe que se encuentra en un medio hospitalario hostil o si presenta distanciamiento familiar, sentimiento de soledad y estrés frente al desconocimiento de la patología presente.(8)
Estudios realizados en Uruguay en el Hospital de Clínicas "Dr. Manuel Quintela" Montevideo - Uruguay, en el año 2018, informan que hay una alta prevalencia de depresión entre los pacientes estudiados. También se observó que este trastorno genera un impacto en el bienestar y el tratamiento médico. Dicho estudio enfatiza que las enfermedades preexistentes, apoyo social deficiente y/o tiempo de estancia hospitalaria prolongada, son factores relevantes al momento del desarrollo de dicho trastorno.(8)

Varios factores dificultan que las personas busquen ayuda en salud mental, como la pobre accesibilidad de los servicios, escasos conocimientos sobre salud mental, la estigmatización y discriminación que generan. Esto podría llevar a que las personas acepten sufrir las molestias que producen los trastornos mentales antes que buscar ayuda. (4)

Un estudio realizado por la Unidad Académica de Psiquiatría de la Universidad de la República en 2021 analizó el estigma de la enfermedad mental. Manifiesta que la estigmatización tendría varias fuentes: la familia, comunidad, amistades, medios de comunicación y profesionales de la salud. Estos estigmas

pueden estar presentes en el trato que se le da a las personas que sufren enfermedades mentales, generando sentimientos de vergüenza, aislamiento y sufrimiento, provocando que se desarrolle un círculo vicioso que impide que el paciente busque ayuda. Es frecuente que los profesionales de la salud, contrario de la creencia popular, tengan actitudes estigmatizantes similares a las de la población en general o peores. (9)

Estos aspectos mencionados anteriormente contribuyen a un sub diagnóstico de dichos trastornos, desencadenando un inadecuado seguimiento y tratamiento, produciendo un aumento de las complicaciones asociadas. La mitad de los casos de trastornos de ansiedad son reconocidos y solo a un tercio de los pacientes afectados se les ofrece tratamiento farmacológico (10). A su vez, existen barreras al momento del diagnóstico en el primer nivel de atención vinculadas frecuentemente, a la falta de participación de los profesionales de salud mental en la Atención Primaria de Salud. Un factor importante a considerar es la precaria accesibilidad a servicios de salud mental, los cuales se encuentran concentrados en Montevideo y algunas capitales departamentales. Es por estos motivos que en Uruguay, desde el año 2020, se está llevando a cabo un "Plan Nacional de Salud Mental 2020-2027" que busca atacar estas problemáticas para diagnosticar, tratar y realizar el seguimiento de estos pacientes. (11)

Dentro de los objetivos del "Plan Nacional de Salud Mental 2020-2027", se encuentra mejorar la calidad de vida, y reforzar los lazos familiares y comunitarios, generando más inclusión y empoderamiento. Además, se plantea sensibilizar a las comunidades sobre temas enfocados en el cuidado de la salud mental, sobre todo a poblaciones de riesgo. (11)

MARCO TEÓRICO

Depresión.

La depresión es un trastorno caracterizado por la desregulación disruptiva del estado de ánimo, el cual se destaca por un estado de tristeza permanente la mayor parte del día. (12) En los últimos años, el criterio diagnóstico se apoya en el DSM-V. Este es un manual que ofrece criterios que se utilizan para identificar y categorizar trastornos mentales. A continuación, explicaremos los conceptos de trastorno depresivo mayor y trastorno depresivo persistente que se encuentran señalados y clasificados en el DSM-V. (7)

El trastorno depresivo mayor se manifiesta por la presencia durante dos o más semanas, de cinco o más de los siguientes síntomas: 1). Estado de ánimo deprimido la mayor parte del día, casi todos los días 2). Disminución importante del interés o el placer por todas o casi todas las actividades la mayor parte del día, casi todos los días 3). Pérdida importante de peso sin hacer dieta o aumento de peso o disminución o aumento del apetito casi todos los días. 4). Insomnio o hipersomnia casi todos los días. 5). Agitación o retraso psicomotor casi todos los días. 6). Fatiga o pérdida de energía casi todos los días. 7). Sentimiento de inutilidad o culpabilidad excesiva o inapropiada casi todos los días. 8). Disminución de la capacidad para pensar o concentrarse, o para tomar decisiones, casi todos los días . 9). Pensamientos de muerte recurrentes, ideas suicidas recurrentes sin un plan determinado, intento de suicidio o un plan específico para llevarlo a cabo. (7)

Estos síntomas generan un estado de malestar psicológico, deterioro social y laboral, afectando múltiples aspectos del funcionamiento de la vida del paciente. Es importante destacar que estos síntomas no deben atribuirse a este trastorno si los mismos se encuentran dados por efectos fisiológicos de alguna sustancia o afectación médica. (7)

Además, debemos considerar si el sujeto experimentó una pérdida significativa recientemente, dado que el proceso de duelo cursa con elementos similares a un episodio depresivo. Es en estos casos donde debemos poder discriminar entre un

trastorno depresivo mayor y un episodio de tristeza pasajero dado por un suceso vital estresante.(7)

Por otra parte, el trastorno depresivo persistente o distimia no difiere tanto de lo ya mencionado antes. El mismo es una depresión crónica que tiene una duración mayor a la planteada en el trastorno depresivo mayor. Para el mismo, se considera un periodo de al menos dos años en adultos o un año en niños y adolescentes. Los pacientes que cumplan cinco o más de los nueve síntomas ya mencionados durante el periodo de dos años tendrán el diagnóstico de trastorno depresivo persistente además del de trastorno depresivo mayor.(7)

Ansiedad.

Según el DSM-V, los trastornos de ansiedad son los que comparten características de miedo y ansiedad excesivos, así como alteraciones conductuales asociadas. El miedo es una respuesta emocional a una amenaza inminente, real o imaginaria, mientras que la ansiedad es una respuesta anticipatoria a una amenaza futura. Ambas respuestas se pueden diferenciar, el miedo está asociado a pensamientos de peligro inminente real, a conductas de defensa o fuga, mientras que la ansiedad está más asociada a tensión muscular, vigilancia en relación a un posible peligro futuro y a comportamientos evitativos (7).

Los trastornos de ansiedad se diferencian del miedo o ansiedad fisiológicos normales por ser excesivos o persistir a menudo más de 6 meses. Se caracterizan por la manifestación de síntomas en situaciones que no representan una amenaza real o cuando responden de manera desproporcionada ante amenazas mínimas. (7,13)

Los trastornos de ansiedad se clasifican de la siguiente manera: trastorno de ansiedad por separación, mutismo selectivo, fobia específica, trastorno de ansiedad social o fobia social, trastorno de pánico, agorafobia y trastorno de ansiedad generalizada. Se ha visto que las fobias específicas y la fobia social son los trastornos de ansiedad más prevalentes. La etiopatogenia de los trastornos de ansiedad involucra tanto factores biológicos como psicosociales, traumáticos, psicodinámicos, cognitivos y conductuales.(7)

La ansiedad puede manifestarse a través de diferentes sistemas corporales desde síntomas motores, síntomas de hiperactividad vegetativa y síntomas de hipervigilancia. Algunos de estos son: temblor, contracciones o sensación de agitación, tensión o dolor en los músculos, inquietud, dificultad para respirar o sensación de ahogo, palpitaciones, sudoración o manos frías, náuseas, diarrea u otras molestias abdominales, sensación de que va a suceder algo, respuesta de alarma exagerada, dificultad para concentrarse o mente en blanco, irritabilidad, dificultad para conciliar el sueño.(7,14)

Ansiedad y depresión en asociación con patologías médicas.

Las personas con enfermedades crónicas suelen enfrentar desafíos todos los días, relacionados con sus síntomas, su independencia y su propio cuidado. Tomando esto en cuenta, es esperable que estas personas tengan un mayor riesgo de desarrollar depresión y/o ansiedad. En particular, ciertas patologías requieren un seguimiento y atención más estrechas que otras. Estas enfermedades crónicas suelen acompañarse de consultas frecuentes, estricto control de cifras y adecuada adhesión a los tratamientos, lo que implica un alto compromiso y cambios en el estilo de vida, generando una gran repercusión sobre paciente y familias.(15)

Un estudio realizado en Colombia evaluó la presencia de trastornos de ansiedad y depresión en personas con condiciones crónicas. El mismo manifiesta que existe una relación bidireccional entre los trastornos mentales y las enfermedades crónicas. Por ejemplo, las personas con enfermedades gastrointestinales, cardíacas y artritis tienen un mayor riesgo de sufrir trastornos del humor y de ansiedad. A su vez, se observó que la prevalencia de los trastornos mentales se correlaciona directamente con la presencia de patologías crónicas, acentuándose aún más en los que tienen alguna condición que limita la funcionalidad diaria. También existiría una relación positiva con la edad, siendo más frecuentes dichos trastornos en personas de mayor edad. En cuanto a las enfermedades crónicas, las que se asocian en mayor medida con trastornos mentales son las enfermedades del aparato gastrointestinal, el dolor crónico, las enfermedades cardíacas y pulmonares (16).

Tratamiento.

El tratamiento de la ansiedad y depresión varía según la severidad de los síntomas. En sintomatología leve se recomienda el tratamiento inicial con psicoterapia acompañado de cambios en el estilo de vida. Por otro lado, se recomienda el inicio de tratamiento farmacológico en episodios depresivos únicos o recurrentes con gravedad moderada - grave o en casos leves cuando persisten los síntomas a pesar de implementar los cambios en el estilo de vida y psicoterapia. Existen múltiples opciones farmacológicas, dentro de los que se encuentran los inhibidores selectivos de la recaptación de serotonina (ISRS), siendo éstos los de primera línea, y se deben elegir siempre teniendo en cuenta las comorbilidades del paciente, efectos secundarios y tolerancia. Por último, se recomienda asociar terapia cognitiva conductual al tratamiento farmacológico ya que se ha visto que tiene mayor eficacia que este último en monoterapia(17,18)

Complicaciones asociadas al no tratamiento.

Las dificultades de acceso al tratamiento o el abordaje inadecuado de la ansiedad y la depresión puede llevar a una serie de complicaciones y dificultades significativas, tanto a nivel individual como en el entorno que rodea a la persona. Dentro de estas complicaciones las que suelen aparecer con más frecuencia son: (A) empeoramiento de los síntomas: la ansiedad y la depresión tienden a intensificarse con el tiempo si no se tratan, los síntomas pueden volverse más graves, afectando la capacidad de la persona para hacer una vida normal volviéndose incapacitante para el paciente; (B) desarrollo de problemas de salud física, como enfermedades cardiovasculares, trastornos gastrointestinales (gastritis), problemas en conciliar o mantener el sueño, desórdenes alimenticios; (C) aislamiento social, las personas con ansiedad y/o depresión no tratadas a menudo se aíslan socialmente, lo que puede llevar a una mayor soledad y a una reducción en el apoyo social, exacerbando aún más los síntomas; (D) disminución en el rendimiento laboral o académico, afectándose la capacidad de concentrarse, realizar tareas y mantener la productividad. A su vez esto puede llevar a problemas con los ingresos y calidad de vida; (E) aumento del riesgo de conductas autodestructivas, como lesiones autoinflingidas, o conductas suicidas. Ésto es de

las consecuencias más peligrosas, dado el aumento de éste fenómeno en nuestro país.(19–21)

Problema de investigación.

La pandemia de COVID-19 repercutió negativamente en la salud mental a nivel mundial y en particular en el Uruguay. A su vez, no existen datos actualizados sobre la prevalencia de los trastornos de ansiedad y depresión en el período post-pandemia en nuestro medio. Los últimos estudios en nuestra población datan de los años 2018 y 2019.

Siguiendo la línea del plan nacional de salud mental, que busca darle relevancia a estos temas, queremos aportar a esta problemática desde la situación de los pacientes internados en el Hospital de Clínicas "Dr Manuel Quintela".

En consideración con lo previamente descrito se plantea la siguiente pregunta de investigación: ¿Cuál es la prevalencia de ansiedad y depresión en pacientes hospitalizados en el Hospital de Clínicas "Dr Manuel Quintela" en el periodo julio-octubre del año 2024? Se hace importante actualizar estos datos a nivel nacional, generando así más conciencia a nivel poblacional.

OBJETIVOS.

Objetivo general.

Analizar la frecuencia de ansiedad y depresión en pacientes hospitalizados en el Hospital de Clínicas "Dr. Manuel Quintela" en el periodo de julio - octubre del año 2024, en las clínicas médicas A, B y C.

Objetivos específicos.

1. Distinguir la prevalencia de estos trastornos entre hombres y mujeres.
2. Evaluar la relación entre ansiedad y depresión con el tiempo de internación.
3. Determinar el grado de relación entre enfermedades agudas o crónicas con el desarrollo de ansiedad y/o depresión.

METODOLOGÍA.

Se diseñó un estudio de tipo observacional, descriptivo, transversal y correlacional. La población estudiada fueron los pacientes hospitalizados en las clínicas médicas A, B y C, en el Hospital de Clínicas "Dr. Manuel Quintela" en el periodo de julio - octubre 2024, Montevideo, Uruguay. En cuanto a la selección de la muestra, se tomó en consideración el número de ingresos del año 2023 de 9580 pacientes, que fue aportado por el Departamento de Estadística del Hospital de Clínicas, y fue ajustado al período de tiempo a evaluar. Así, el tamaño de muestra se obtuvo en base a la ecuación:

$$n = \frac{N \cdot Z^2 \cdot p \cdot (1-p)}{(N-1) \cdot e^2 + Z^2 \cdot p \cdot (1-p)}$$

En donde N es el tamaño poblacional.

Z_{α} es el nivel de confianza que toma un valor de 1,96;

p es la proporción estimada cuyo valor es 0.05;

e es el margen de error del 5%.

La población objetivo fue de 2395 sujetos, que se corresponden a un tamaño muestral de 332.

En cuanto a los criterios de inclusión, se abarcaron pacientes de 18 años en adelante de cualquier género. Por otro lado, los criterios de exclusión fueron pacientes menores de 18 años, aquellos con antecedentes de discapacidad intelectual o deterioro cognitivo, así como aquellos que presentaron patologías psiquiátricas descompensadas.

Los sujetos incluidos en el estudio fueron abordados por el equipo de investigación durante su internación en el hospital.

Para la recolección de datos biomédicos y sociodemográficos se diseñó y utilizó una escala Ad-Hoc. Este cuestionario proporcionó datos fundamentales para

completar los objetivos, a partir de ellos se pudo obtener una visión más clara de la influencia de las variables en estos trastornos.

Para evaluar los síntomas de ansiedad y depresión se utilizó la escala HADS (HADS-Hospital Anxiety and Depression Scale-HADS, Zigmond & Snaith, 1983). Esta es una escala de screening que permite detectar malestar emocional tal como, ansiedad y depresión en pacientes hospitalizados. Consta de 14 items, siendo 7 para ansiedad y 7 para depresión con puntuaciones de 0 a 3. Los puntos de corte utilizados para concluir son, menos de 7 para los no casos, 8-10 puntos para casos posibles de ambos dos trastornos y mayor a 11 puntos para casos probables. La escala presenta una sensibilidad y especificidad de 80% y una consistencia interna de α = 0.82.7. (22)

Ambos instrumentos fueron implementados mediante un formulario de Google y almacenados en Google drive.

Las variables observadas en este estudio se diferencian en dependientes las cuales son ansiedad y depresión, y variables independientes, dentro de ellas entran el tiempo de internación que se categorizo en tres grupos (0 a 15 días, 16 a 30 días y mas de 30 días), edad que es una variable cuantitativa continua, la preexistencia de una enfermedad agudo o cronica y el sexo que son variables cualitativas dicotomicas.

Plan de análisis.

Los datos obtenidos se analizaron con los programas de análisis estadístico R y SPSS. Se realizaron análisis descriptivos de tablas de frecuencias, medias, desvíos estándar y gráficos de las variables estudiadas. Se emplearon modelos estadísticos no paramétricos para las pruebas correlacionales (Modelo correlacional de Kendall), a efectos de buscar asociaciones entre las distintas variables independientes como el tiempo de internación, presencia de patologías crónicas, sexo, antecedentes de ansiedad y depresión, con las variables dependientes como ansiedad y depresión.

Consideraciones éticas

El presente estudio fue aprobado por el Comité de Ética de Investigación del Hospital de Clínicas "Dr. Manuel Quintela". Se recabaron todos los consentimientos informados de los participantes del estudio. Se les informó sobre los objetivos de la investigación a través de una hoja de información, y se les transmitió que la participación era totalmente voluntaria, en caso de no querer participar de la misma esto no afectaría la atención en el hospital. Para asegurar la confidencialidad de los datos, a cada sujeto se le asignó un código de identificación denominado *paciente id*.

Se siguieron los principios éticos para el desarrollo de investigaciones biomédicas en seres humanos, explicitados en la Declaración de Helsinki del año 2000, así como la normativa nacional Nº 379/008, que establece principios fundamentales para el cuidado de las personas que participan en estudios de investigación en las áreas de la salud, como la protección de la identidad de las personas, la confidencialidad de los datos sensibles a la identificación, el consentimiento libre e informado y un adecuado balance de riesgos y beneficios para quienes participan de los estudios. Asimismo, se hace hincapié en el caso de personas con alguna vulnerabilidad para la protección de sus intereses o que tengan su capacidad de autodeterminación afectada (Ley 18.331).

RESULTADOS.

En el presente estudio, la muestra se conformó por un total de 143 personas; de los cuales el 62.24% de los pacientes fueron de sexo masculino y el 37.76% fueron de sexo femenino. El 61.54% provienen de la capital, el 35.66% del interior del país y el 2.80% del exterior. La media de edad fue de 53.65 años, en un rango de 19 años a 86 años. En relación al tiempo de internación, se observó un 66.43% de pacientes con un tiempo de internación de 0 - 15 días y 33,57% con un tiempo de internación mayor o igual a 16 días (Ver tabla 1) se encontró una asociación débil entre el tiempo de internación y estas patologías (TAU = - 0.004 para depresión y TAU = 0.04 para ansiedad)(Ver tabla 7).

En cuanto a las enfermedades crónicas se encontró, que las personas padecían más frecuentemente las siguientes patologías: un 34.27% presentaba diagnóstico de hipertensión arterial (HTA); 22.38% de diabetes mellitus (DM); 18.88% padecían de arritmias; 16.08% con insuficiencia cardiaca crónica (ICC), 16.08% con dislipemia y 12.59% con enfermedad renal crónica (EPOC) (Ver tabla 2).

Tabla 1. Frecuencia de sexo, procedencia y tiempo de internacion de los pacientes en el HC.

		Frecuencia	***% Válido***	***Total***
Sexo	Masculino	89	62.24	62.24
	Femenino	54	37.76	37.76
Procedencia	Capital	88	61.54	61.54
	Interior	51	35.66	35.66
	Exterior	4	2.80	2.80
Tiempo de internación	0 - 15	88	66.43	66.43
	16 - 30	51	23.08	23.08
	+30	4	10.49	10.49

Tabla 2. Frecuencia de patologías crónicas en pacientes internados en el HC.

	NO		***SI***	
Variables	***Frecuencia***	***% Total***	***Frecuencia***	***%Total***
HTA	94	65.73	49	34.27
ICC	120	83.92	23	16.08
Arritmias	116	81.12	27	18.88
Dislipemia	120	83.92	23	16.08
DM	111	77.62	32	22.38
Epoc	123	86.01	20	13.99
Asma	130	90.91	13	9.09
ERC	125	87.41	18	12.59
Its	135	94.41	8	5.59
Artritis	132	92.31	11	7.69
Artrosis	126	88.11	17	11.89

En la gráfica 1 y 2 se observa que hay una alta frecuencia de personas que obtienen un puntaje positivo de screening para ansiedad según el tiempo de internación en contraposición a aquellas que obtienen puntajes para screening de depresión.

Gráfico 1. Distribución de ansiedad por tiempo de internación en pacientes del HC.

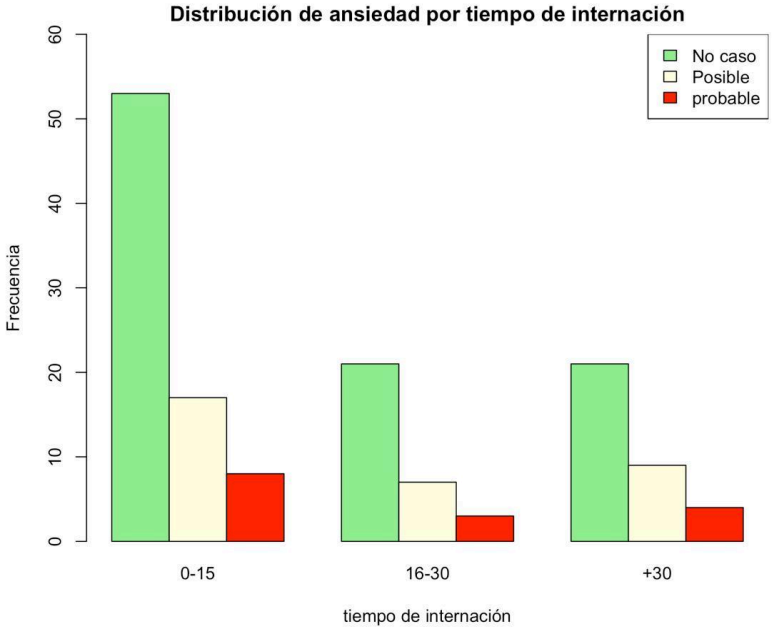
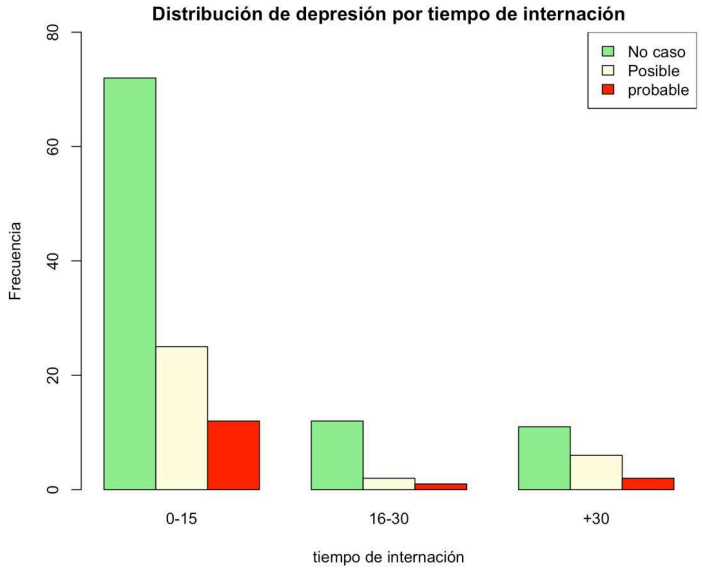


Gráfico 2. Distribución de depresión por tiempo de internación en pacientes del HC.



Con respecto a los resultados obtenidos con la escala ansiedad y depresión hospitalaria (HADS) se obtuvo una consistencia interna adecuada con un α de Cronbach = 0,82. Se encontró un 45,46% de screening positivo de ansiedad y un

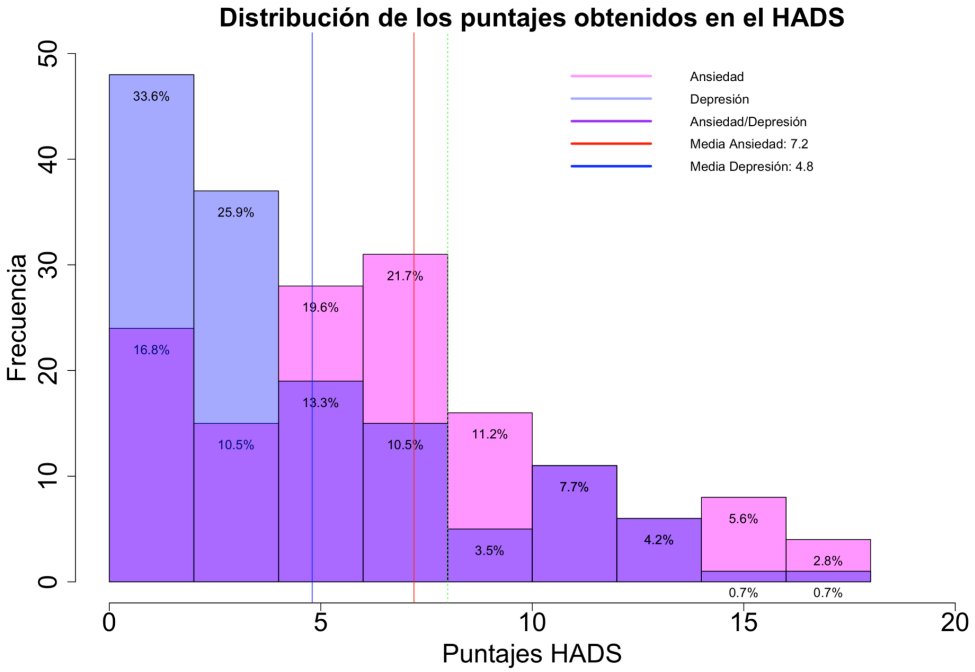
23.78% para depresión, discriminado en casos posibles y casos probables (Ver tabla 3).

Tabla 3. Frecuencia de ansiedad y depresión.

	Depresión			***Ansiedad***		
	Frecuencia	***% Válido***	***Total%***	***Frecuencia***	***% Válido***	***% Total***
No caso	109	76.22	76.22	78	54.55	54.55
Probable	19	13.29	13.29	34	23.78	23.78
Posible	15	10.49	10.49	32	21.68	21.68
Total	**143**	**100**	**100**	**143**	**100**	**100**

Se evidencia la presencia de screening positivos para ambos trastornos con su respectiva media de puntajes (depresión $\bar{x}$ = 4.8, DE: $\pm$3.91; ansiedad $\bar{x}$ = 7.2; DE: $\pm$ 4.3; y ansiedad/depresión $\bar{x}$ = 22.89, DE: $\pm$ 4.53) y su aproximación al umbral diagnóstico (punto corte para screening positivo = 8). Se evidencia una alta frecuencia de ansiedad, ansiedad/depresión; y una baja frecuencia de diagnóstico de depresión (Ver gráfica 3).

Gráfica 3. Distribución de los puntajes obtenidos en el HADS.



A su vez, se observó un screening positivo de ansiedad (61,11 %) y de depresión (25,92%) a favor del sexo femenino en comparación con el sexo masculino (Ver tabla 4 y 5).

Tabla 4. Frecuencia de ansiedad en relacion al sexo, en pacientes entrevistados en el HC.

Frecuencia de ansiedad						
	Masculino		Femenino		Total	
	Frecuencia	***%Válido***	***Frecuencia***	***%Válido***	***Frecuencia***	***%Válido***
No caso	57	64	21	38.9	78	54.4
Posible	16	18	15	27.8	31	21.7
Probable	16	18	18	33.3	34	23.8
Total	**89**	**100**	**54**	**100**	**143**	**100**

Tabla 5. Frecuencia de depresion en relación al sexo, en pacientes entrevistados en el HC.

Frecuencia de depresión						
	Maculino		Femenino		Total	
	Frecuencia	***% Válido***	***Frecuencia***	***%Válido***	***Frecuencia***	***%Válido***
No caso	69	77.5	40	74.1	109	76.2
Posible	10	11.2	5	9.3	15	10.5
Probable	10	11.2	9	16	19	13.3
Total	**89**	**100**	**54**	**100**	**143**	**100**

De los pacientes que presentaban antecedentes de depresión (23,1%), un 39,4% arrojó un screening positivo para depresión en el HADS. Mientras tanto, de los pacientes que presentaban antecedentes de ansiedad (28,0%), un 67,5% arrojó un screening positivo para ansiedad en el HADS (ver Tabla 6).

Tabla 6. Frecuencia de personas hospitalizadas en el HC que tienen ansiedad y poseen antecedentes de depresión y/o ansiedad.

	Frecuencia de Depresión			***Frecuencia Ansiedad***		
	Ant. Depresión			Ant. Ansiedad		
	NO	***SI***	***TOTAL***	***NO***	***SI***	***TOTAL***
No caso	89	20	109	65	13	78
Posible	9	6	15	20	11	31
Probable	12	7	19	18	16	34
Total	**110**	**33**	**143**	**103**	**40**	**143**

Para estudiar la asociación entre las variables biomédicas y los resultados de ansiedad y depresión se realizaron correlaciones de Kendall. De estos datos

destacamos una asociación moderada entre depresión y enfermedad pulmonar obstructiva crónica (0.474) y una asociación débil con el resto de las variables (Ver Tabla 7).

Tabla 7. Correlación de ansiedad y depresión con patologías crónicas.

	Depresión	***Ansiedad***
Variables	***TAU de Kendal***	***TAU de Kendal***
Tiempo internación	-0.004	0.040
HTA	0.161	0.216
ICC	0.172	0.208
Arritmias	0.184	0.161
Dislipemia	0.125	0.097
DM	0.146	0.156
EPOC	0.474	0.254
Asma	0.001	0.109
ERC	-0,163	0.007
ITS	0.097	0.103
Artritis	0.027	0.125
Artrosis	0.080	0.038
Ant. depresión	0.191	0.173
Ant. ansiedad	0.246	0.275

DISCUSIÓN.

El estudio de frecuencia de ansiedad y depresión destacó un relevante screening positivo para la presencia de ansiedad, en mayor proporción que la presencia de depresión en la población hospitalaria estudiada. Estos datos coinciden con los de la población general mundial, divulgados por la OMS en el año 2023. Igualmente son de muy difícil comparación debido a que las condiciones en que se realizó la recolección de datos del presente estudio fueron muy distintas a las relevadas por la OMS.

Una de las variables que tomamos en cuenta es el tiempo de hospitalización. Con respecto a esto, se observó que la prevalencia de ansiedad y depresión es mayor en el periodo de 16-30 días . Sin embargo, estos resultados no fueron estadísticamente significativos (p=0.4786). Esto concuerda con los estudios realizados en el Hospital de Clínicas en los años 2018, 2019 y 2020, de los cuales se presentó una asociación débil entre el tiempo de internación prolongado con la presencia de estos trastornos(8,23,24). Los resultados obtenidos en la presente investigación se respaldan con base a las investigaciones realizadas previamente por otros equipos en este hospital; estos datos se contraponen a la evidencia internacional que asegura que los pacientes con internaciones prolongadas presentan un mayor riesgo de padecer ansiedad y depresión.(25) Trabajos recientes indican que la hospitalización podría influir en la predisposición al desarrollo de depresión y ansiedad , aunque no se puede considerar como la única variable determinante. Hay otros factores como la causa de ingreso, condición de salud, el tiempo de hospitalización y variables sociodemográficas que se deberían considerar (26). A su vez la internación prolongada es un factor de riesgo para el desarrollo de estos trastornos pudiendo generar estrés, incertidumbre, lo que aumenta la vulnerabilidad de las personas.(27)

Los datos obtenidos en el presente estudio llaman la atención del equipo investigador, dado que no tienen concordancia con la evidencia internacional. Consideramos que habría que estudiarlos con mayor profundidad, con un tamaño muestral más grande y un intervalo de confianza que estime con mayor precisión la asociación de estas variables.

En cuanto a la variable sexo, se encontró que las mujeres presentaron mayor frecuencia de ansiedad y depresión, en comparación con los hombres. Algunas de las razones que podrían explicar estas diferencias son que, según estudios previos los síntomas de las mujeres se manifiestan como estrés psicosocial, mientras que en los hombres aparecen problemas relacionados con su salud física y problemas de relacionamiento con su entorno social.(6) Sin embargo, estudios realizados previamente en Uruguay no hallaron evidencia significativamente estadística que relacione la presencia de ansiedad y depresión con el sexo.(8,23,24)

Se evidenció una alta frecuencia de determinadas patologías crónicas (Tabla 3). A su vez, se observó una asociación moderada entre la presencia de depresión con EPOC. Este resultado concuerda con estudios previos que enfatizaron la alta prevalencia de depresión en pacientes hospitalizados con patologías respiratorias.(28)

Con respecto a la relación entre otras enfermedades crónicas y sintomatología ansiosa y depresiva, en general se encontró asociaciones débiles. Estos resultados se contraponen con evidencia internacional que destaca una fuerte presencia de depresión en los pacientes oncológicos, cardiovasculares y prequirúrgicos. Según Amelia J. Scott ett.al (2023) esto podría deberse a que estas patologías pueden generar síntomas invalidantes, seguimiento intenso, fuerte adherencia al tratamiento y disminución de su independencia, entre otras causas. (16)(15)

Un aspecto destacado dentro de la asociación entre enfermedades crónicas y depresión es la asociación negativa entre ERC y depresión. Si bien el estadístico hallado nos traduce una asociación muy débil entre ambas variables, esto implicaría que los pacientes con ERC tendrían menor probabilidad de padecer un screening positivo de depresión. Sin embargo, un estudio realizado en Chile en 2024 destaca que la depresión es la enfermedad psiquiátrica más prevalente en pacientes con ERC, causando un impacto significativo en la salud, llegando a ser una patología que ha resultado ser un predictor de mortalidad. (15,29)

CONCLUSIONES.

Se observó una mayor prevalencia de ansiedad que de depresión en los pacientes hospitalizados en el Hospital de Clínicas, y esto no dependió del tiempo de internación, ni de las patologías médicas salvo el EPOC.

No se encontró una vinculación fuerte entre los trastornos de ansiedad y depresión y las variables tiempo de internación y patologías crónicas. Sin embargo, hay una moderada vinculación entre la presencia de depresión y ÉPOC.

Por otra parte, hay más personas del sexo femenino que presentan sintomatologia ansiosa y depresiva que del sexo masculino.

Como limitaciones del estudio, la principal dificultad se encontró en el reclutamiento de la muestra por la cual no se alcanzó el tamaño muestral estimado. Al pasar visita a las distintas salas de hospitalización, nos encontramos con la dificultad de la escasa rotación de los pacientes, las camas vacías y la gran cantidad de pacientes en salas de aislamiento. Esto es algo a tener en cuenta en futuras investigaciones.

Otra limitación fue el hecho de tratarse de una muestra de un único centro hospitalario. Se podrían incluir otros centros a nivel nacional a futuro para tener una visión más general de la situación de la población hospitalaria del Uruguay.

Se destaca que es importante continuar la investigación de estas patologías en nuestro país y su asociación con distintas variables para poder mejorar su abordaje, tanto en la comunidad como en el sistema de salud, siguiendo los lineamientos del Plan Nacional de Salud Mental.(11)
Además, nos parece relevante ampliar la población en futuros estudios permitiendo comparar el comportamiento de distintos grupos y si existen diferencias en la prevalencia de ansiedad y depresión en otros centros.

Por lo tanto, sería deseable continuar con está línea de investigación a futuro para seguir profundizando en esta temática que tanto nos interpela.

REFERENCIAS BIBLIOGRÁFICAS.

1. Trastornos de ansiedad [Internet]. [citado 15 de noviembre de 2024]. Disponible en: https://www.who.int/es/news-room/fact-sheets/detail/anxiety-disorders
2. Depresión [Internet]. [citado 15 de noviembre de 2024]. Disponible en: https://www.who.int/es/news-room/fact-sheets/detail/depression
3. Serrano SAA, Miranda MAM, Leonardo RE, Valero CZV. Prevalencia de Ansiedad y Depresión en Pacientes Hospitalizados. Eureka Asunción En Línea [Internet]. 2017 [citado 29 de mayo de 2024]; Disponible en: http://fi-admin.bvsalud.org/document/view/m9hxd.
4. Informe Mundial Sobre Salud Mental: Transformar la Salud Mental para Todos. Panorama General. 1st ed. Geneva: World Health Organization; 2022. 1 p.
5. Salud mental y COVID-19: datos iniciales sobre las repercusiones de la pandemia [Internet]. [citado 15 de noviembre de 2024]. Disponible en: https://www.who.int/es/publications/i/item/WHO-2019-nCoV-Sci_Brief-Mental_health-2022.1
6. Calatayud E, Marcén-Román Y, Rodríguez-Roca B, Salavera C, Gasch-Gallen A, Gómez-Soria I. Sex differences on anxiety and depression in older adults and their relationship with cognitive impairment. Med Fam SEMERGEN [Internet]. mayo de 2023 [citado 15 de noviembre de 2024];49(4):101923. Disponible en: https://linkinghub.elsevier.com/retrieve/pii/S1138359323000023
7. Morrison JR. DSM-5 made easy: the clinician's guide to diagnosis. New York: The Guilford Press; 2014. 652 p.
8. Moreira R. A, Fieltiz G. P, López R. G, Aguerre R, Ezeiza G, Martino V, et al. Depresión asociada al apoyo social, estancia hospitalaria y patología médica en pacientes ingresados en hospital de clínicas Dr. Manuel Quintela. Rev Chil Neuro-Psiquiatr [Internet]. 2018 [citado 17 de noviembre de 2024];56(4):219-27. Disponible en: http://www.scielo.cl/scielo.php?script=sci_abstract&pid=S0717-92272018000400219&lng=es&nrm=iso&tlng=es
9. Brescia MS, Mattos S de, Porto V, Redes ML, Wschebor M. Estigma y enfermedad mental: intervención en estudiantes de Medicina. Rev Médica Urug [Internet]. 31 de marzo de 2021 [citado 17 de noviembre de 2024];37(1):e37104-e37104. Disponible en: https://www2.rmu.org.uy/ojsrmu311/index.php/rmu/article/view/672
10. Domínguez Domínguez JA, Expósito Duque V, Torres Tejera E. Epidemiología de la ansiedad y su contexto en atención primaria. Aten Primaria Práctica [Internet]. 1 de abril de 2024 [citado 17 de noviembre de 2024];6(2):100194. Disponible en: https://www.sciencedirect.com/science/article/pii/S260507302400004X
11. Dr. Ariel Montalbán Dr. Horacio Porciúncula Dra. Psic. Denisse Dogmanas Dra.S.P. Mónica Castro Dr. Gabriel Rossi Mag. Soc. Agustín Lapetina. Plan Nacional de Salud Mental.
12. Depresión - OPS/OMS | Organización Panamericana de la Salud [Internet]. 2023 [citado 17 de noviembre de 2024]. Disponible en: https://www.paho.org/es/temas/depresion
13. Epidemio de La Ansiedad y Su Contexto en Atencion Primaria | PDF [Internet]. [citado 17 de noviembre de 2024]. Disponible en: https://es.scribd.com/document/768266172/epidemio-de-la-ansiedad-y-su-contexto-en-atencion-primaria
14. Reyes-Ticas DrJA. TRASTORNOS DE ANSIEDAD GUIA PRACTICA PARA DIAGNOSTICO Y TRATAMIENTO [Internet]. [citado 17 de noviembre de 2024]. Disponible en: https://usam.siabcloud.com/backendsiab/viewer/viewer.php?idobra=10357&urlindex=0
15. Scott AJ, Correa AB, Bisby MA, Dear BF. Depression and Anxiety Trajectories in Chronic Disease: A Systematic Review and Meta-Analysis. Psychother Psychosom [Internet]. 2023 [citado 17 de noviembre de 2024];92(4):227-42. Disponible en: https://karger.com/PPS/article/doi/10.1159/000533263
16. Martínez NT, Gómez-Restrepo C, Ramírez S, Rodríguez MN. Prevalencia de

trastornos del afecto y de ansiedad en personas con condiciones crónicas. Resultado de la Encuesta Nacional de Salud Mental Colombia 2015. Rev Colomb Psiquiatr [Internet]. diciembre de 2016 [citado 17 de noviembre de 2024];45:141-6. Disponible en: https://linkinghub.elsevier.com/retrieve/pii/S0034745016300403
17. Also Fontanet A, Echiburu Salinas N, Pinto Asenjo J. Tratamiento farmacológico de los trastornos de ansiedad. Aten Primaria Práctica [Internet]. 1 de enero de 2024 [citado 17 de noviembre de 2024];6(1). Disponible en: http://www.elsevier.es/es-revista-atencion-primaria-practica-24-articulo-tratamiento-farmacologico-trastornos-ansiedad-S2605073023000238
18. Hernández JV, Barrera Robledo ME, Hernández JV, Barrera Robledo ME. Manejo del trastorno depresivo ¿Qué tratamiento elegir? Rev Médica Risaralda [Internet]. junio de 2021 [citado 17 de noviembre de 2024];27(1):85-91. Disponible en: http://www.scielo.org.co/scielo.php?script=sci_abstract&pid=S0122-06672021000100085&lng=en&nrm=iso&tlng=es
19. Wang J, Li Z. EFFECT OF PHYSICAL EXERCISE ON MEDICAL REHABILITATION TREATMENT OF DEPRESSION. Rev Bras Med Esporte [Internet]. 28 de febrero de 2022 [citado 17 de noviembre de 2024];28:174-6. Disponible en: https://www.scielo.br/j/rbme/a/vLjPFmPMd7jxHB4Pf7GyV5Q/?lang=en
20. Salinas-Contreras M, Vargas B, Crockett MA, Martinez V, Salinas-Contreras M, Vargas B, et al. Disparidades en el uso de servicios de salud mental de adolescentes en Chile. Andes Pediatr [Internet]. diciembre de 2023 [citado 17 de noviembre de 2024];94(6):681-8. Disponible en: http://www.scielo.cl/scielo.php?script=sci_abstract&pid=S2452-60532023000600681&lng=es&nrm=iso&tlng=es
21. Roth E, Choque G, García MF, Villalobos A, Roth E, Choque G, et al. Depression in Bolivian adults during COVID 19 social confinement: Moderating effects of resilience and self-efficacy. Ajayu Órgano Difus Científica Dep Psicol UCBSP [Internet]. marzo de 2024 [citado 17 de noviembre de 2024];22(1):98-119. Disponible en: http://www.scielo.org.bo/scielo.php?script=sci_abstract&pid=S2077-21612024000100098&lng=es&nrm=iso&tlng=en
22. Zigmond AS, Snaith RP. The hospital anxiety and depression scale. Acta Psychiatr Scand. junio de 1983;67(6):361-70.
23. Amexis F, Ferreira C, Klüver A, Laborde L, López C, Ruggiero S, et al. Frecuencia de ansiedad y depresión en pacientes coordinados para cirugía electiva en el Hospital de Clínicas Manuel Quintela. Rev Chil Anest [Internet]. 2021 [citado 17 de noviembre de 2024];582-7. Disponible en: https://doi.org/10.25237/revchilanestv50-04-07
24. Amexis F, Ferreira C, Klüver A, Laborde L, López C, Ruggiero S. Frecuencia de ansiedad y depresión en pacientes coordinados para cirugía electiva en el Hospital de Clínicas Manuel Quintela. Google Drive [Internet]. 2019 [citado 17 de noviembre de 2024]; Disponible en: https://drive.google.com/drive/folders/1oM9x1VZFkC2Z7A3lwhmjaiunxH3SopYV
25. Mirani SH, Areja D, Gilani SS, Tahir A, Pathan M, Bhatti S. Frequency of Depression and Anxiety Symptoms in Surgical Hospitalized Patients. Cureus [Internet]. 26 de febrero de 2019 [citado 17 de noviembre de 2024];11(2):e4141. Disponible en: https://pmc.ncbi.nlm.nih.gov/articles/PMC6485537/
26. Benítez M, Noguera Sotto MR, Guggiari B, Iramain M, Acosta L. Predisposición para el desarrollo de trastornos de ansiedad y depresión en pacientes con hospitalización prolongada. Rev Científica Cienc Salud [Internet]. 28 de mayo de 2020 [citado 17 de noviembre de 2024];2(1):10-7. Disponible en: http://www.upacifico.edu.py:8040/index.php/PublicacionesUP_Salud/article/view/62
27. Benítez-Agudelo JC, Barceló-Martínez EA, Gelves-Ospina M. Características psicológicas de los pacientes con larga estancia hospitalaria y propuesta de protocolo para su manejo clínico. Cir Plástica Ibero-Latinoam [Internet]. diciembre de 2016 [citado 17 de noviembre de 2024];42(4):391-8. Disponible en: http://scielo.isciii.es/scielo.php?script=sci_abstract&pid=S0376-78922016000400012&lng=es&nrm=iso&tlng=es
28. Medina Medina, Doris Raquel, Fiallos Bonilla, Angel Fabián, Castañeda Guillot. (PDF)

UNIVERSIDAD REGIONAL AUTÓNOMA DE LOS ANDES UNIANDES FACULTAD DE CIENCIAS MÉDICAS CARRERA DE MEDICINA PROYECTO DE INVESTIGACIÓN PREVIO A LA OBTENCIÓN DEL TÍTULO [Internet]. [citado 17 de noviembre de 2024]. Disponible en: https://www.researchgate.net/publication/353958438_UNIVERSIDAD_REGIONAL_AUTONOMA_DE_LOS_ANDES_UNIANDES_FACULTAD_DE_CIENCIAS_MEDICAS_CARRERA_DE_MEDICINA_PROYECTO_DE_INVESTIGACION_PREVIO_A_LA_OBTENCION_DEL_TITULO

29. Negrón L. R, Deleón G. R, Vergara B. M, Paredes M. P, Álvarez M. M, Negrón L. R, et al. «Prevalencia de depresión en un grupo de adultos mayores en Hemodiálisis crónica del Hospital de Angol». Rev Chil Neuro-Psiquiatr [Internet]. 2024 [citado 17 de noviembre de 2024];62(2):143-9. Disponible en: http://www.scielo.cl/scielo.php?script=sci_abstract&pid=S0717-92272024000200143&lng=es&nrm=iso&tlng=es

AGRADECIMIENTOS.

Esta investigación pudo llevarse a cabo gracias a la buena disposición de la Unidad Académica de Psicología Médica del Hospital de Clínicas. A su vez, queremos agradecer la disponibilidad que hubo de parte de las clínicas médicas A, B y C, al dejarnos acceder a los pacientes internados en sus salas para poder realizar la recolección de datos. Además, también agradecer a los pacientes del Hospital de Clínicas, que participaron voluntariamente en el estudio.

ANEXO

Escala Hospitalaria de Ansiedad y Depresión (Hospital Anxiety and Depression Scale, HADS)

Los médicos conocen la importancia de los factores emocionales en la mayoría de las enfermedades. Si el médico sabe cuál es el estado emocional del paciente puede prestarle entonces mejor ayuda.
Este cuestionario ha sido confeccionado para ayudar a que su médico sepa cómo se siente usted afectiva y emocionalmente. No es preciso que preste atención a los números que aparecen a la izquierda. Lea cada pregunta y subraye la 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

D.4. Me siento lento/a y torpe:
3. Gran parte del día
2. A menudo
1. A veces
0. Nunca

A.5. Experimento una desagradable sensación de «nervios y hormigueos» en el estómago:
0. Nunca

1. Sólo en algunas ocasiones
2. A menudo
3. Muy a menudo

D.5. He perdido el interés por mi aspecto personal:
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

A.6. Me siento inquieto/a como si no pudiera parar de moverme:
3. Realmente mucho
2. Bastante
1. No mucho
0. En absoluto

D.6. Espero las cosas con ilusión:
0. Como siempre
1. Algo menos que antes
2. Mucho menos que antes
3. En absoluto

A.7. Experimento de repente sensaciones de gran angustia o temor:
3. Muy a menudo
2. Con cierta frecuencia
1. Raramente
0. Nunca

D.7. Soy capaz de disfrutar con un buen libro o con un buen programa de radio o televisión:
0. A menudo
1. Algunas veces
2. Pocas veces
3. Casi nunca

Enlace google forms-
https://docs.google.com/forms/d/1SvMl39JtOMR6NF7LYhTY21beBhob_3B8IbrSvt3bCek/edit?usp=drive_web

FICHA DE DATOS SOCIODEMOGRÁFICOS:

Edad:_____

Estado civil: Soltero ( ) Casado ( ) Otros _____

Sexo: Femenino ( ) Masculino ( )

Género: Femenino ( ) Masculino ( ) Otros ( )_____

Ocupación:_____

Mayor nivel de educación alcanzado: Primaria: Completa ( ) Incompleta ( )
Secundaria: Completa ( ) Incompleta ( )
Terciario: Completa ( ) Incompleta ( )
UTU: Completa ( ) Incompleta ( )

Procedencia?_____

¿Hace cuánto tiempo está internado? _____ DÍAS
_____ MESES
_____ AÑOS

¿Tiene alguna enfermedad? Ej: Diabetes, hipertensión, etc.
_____

¿Se encuentra acompañado por alguien?

Si ( ) No ( )

En caso que sí, ¿qué rol tiene esa persona?

Familiar ( )
Amigo ( )
Cuidador ( )

Usted tiene algún antecedente de ansiedad y/o depresión diagnosticadas previamente?

Si ( ) No ( )

CONSENTIMIENTO INFORMADO

Frecuencia de ansiedad y depresión en pacientes hospitalizados en el Hospital de Clínicas "Dr. Manuel Quintela" Montevideo - Uruguay.

Investigadores responsables: Cecilia Durán, Eric Romero.

Investigadores: Agustina Lopez, Giuliana Marini, Mauricio Mendez, Rodrigo Yañez, Martina Zoppolo, Belén Zurbruck.

Tutores: Cecilia Duran, Ana Bentancor , Jimena Boffa, Eric Romero, Rodrigo Villalba y Joaquín Canavero.

Nos dirigimos a usted con el propósito de invitarlo a un estudio inscripto en el Ministerio de Salud con el Nro. 9070996, realizado por estudiantes de 6to año de Medicina, el mismo se realizará en el Hospital de Clínicas "Dr. Manuel Quintela"- Montevideo - Uruguay. Este proyecto tiene como objetivo estudiar la frecuencia de ansiedad y depresión en pacientes hospitalizados en este hospital. El estudio cuenta con el respaldo técnico por parte de la Unidad Académica de Psicología Médica y la autorización de las tres clínicas médicas A, B y C.

La información recabada nos servirá como insumo para comprender mejor cómo se sienten las personas que se encuentran hospitalizadas y también mejorar su tratamiento y la atención que se les brinda.

Si usted está de acuerdo, le pediremos que conteste un cuestionario que tendrá una duración de aproximadamente 15 minutos que se realizará en las habitaciones o en un área más apartada de su elección. Este cuestionario es una escala (HADS) aprobada por la OMS, que se utiliza para identificar si los pacientes presentan síntomas de ansiedad y depresión en los pacientes hospitalizados.

Su participación en el estudio es voluntaria y no remunerada, usted podrá retirarse en cualquier momento sin penalización alguna, esto no influirá en su tratamiento ni en la atención brindada por el hospital.

La información que Ud brinde será absolutamente confidencial. Sus datos personales no aparecerán en el informe ni en documentos en caso de difusión de los resultados.

Vale aclarar que usted no recibirá ninguna compensación económica por el estudio, pero sí contribuirá al avance del conocimiento sobre ansiedad y depresión en el contexto hospitalario.

Al tratarse de temas sensibles, puede ser que experimentes algún malestar emocional. En caso de que eso suceda, no dudes en hacérnoslo saber y así poder brindarle apoyo y derivarlo con los servicios de asistencia correspondiente. Si lo considera necesario podemos comunicarnos con su médico tratante para que lo ayude. En caso de dudas o si usted considera que requiere alguna aclaración de la información brindada puede contactarse al siguiente correo electrónico hcpsimed@hc.edu.uy o teléfono directo de la cátedra de psicología médica 24873423 en el horario de 09:00 a 15:00 de Lunes a Viernes.

He leído la hoja que se me ha dado, recibí información y he podido hacer las preguntas que consideré prudentes sobre el estudio. Al firmar este documento comprendo que la participación es totalmente voluntaria, puedo retirarme cuando desee y esto no afectará mi atención en el hospital.

Firma del Paciente:_____ (Fecha: _____)

Nombre del investigador:

Hoja de información al paciente:

Estudio sobre la frecuencia de ansiedad y depresión en pacientes hospitalizados en el Hospital de Clínicas ¨Dr. Manuel Quintela¨, en el periodo de julio-agosto de 2024

Investigadores: Agustina Lopez, Giuliana Marini, Mauricio Mendez, Rodrigo Yañez, Martina Zoppolo, Belén Zürbruck.

Introducción:

Nos dirigimos a usted, para invitarlo a participar en nuestro estudio, que se basa en estudiar la frecuencia de la ansiedad y depresión en pacientes hospitalizados en el Hospital de Clínicas "Dr. Manuel Quintela"- Montevideo en camas pares en las clínicas médicas A, B y C, tiene una gran relevancia su estudio ya que son problemáticas comunes a nivel global que impactan considerablemente en la calidad de vida, así como en el curso y la recuperación de la enfermedad.

En caso de que acepte participar, se llevará a cabo un breve interrogatorio en el cual se le solicitarán sus datos personales, así como ciertas preguntas basadas en la escala HADS (Hospital Anxiety and Depression Scale-HADS, Zigmond & Snaith, 1983). Estas preguntas están diseñadas para indagar sobre sus sentimientos, pensamientos y experiencias durante su estadía en el hospital. El tiempo estimado para completar este cuestionario es de 15-20 minutos. Le garantizamos que todas sus respuestas serán tratadas de manera confidencial y anónima.

Beneficios de participar:

- Contribuirás a la investigación médica que podría beneficiar a futuros pacientes.
- Aumenta la consciencia propia y ajena sobre la ansiedad y depresión.

Riesgos:

- Puede que en algún momento del proceso, tenga recuerdos difíciles, o una alteración emocional, por lo tanto en cualquier momento que lo

desees puedes negarte a continuar o formar parte de esta investigación sin ninguna penalización.

Otras consideraciones :

- Participar de esta investigación no conlleva ningún tipo de remuneración.

Al decidir participar en este estudio, confirmas que has leído esta hoja de información y que has tenido la oportunidad de aclarar cualquier duda que pueda tener. Tu participación es completamente voluntaria y puedes retirarte en cualquier momento.

Si tienes alguna pregunta o inquietud adicional , no dude en hacérnoslo saber.

Si usted considera que requiere alguna aclaración de la información brindada puede contactarse al siguiente correo electrónico hcpsimed@hc.edu.uy o teléfono directo de la cátedra de psicología médica 24873423 en el horario de 09:00 a 15:00 de Lunes a Viernes.