

R1.12
A614

UNIVERSIDAD DE LOS ANDES

FACULTAD DE MEDICINA

INSTITUTO AUTÓNOMO HOSPITAL UNIVERSITARIO DE LOS ANDES

POSTGRADO DE MEDICINA INTERNA

**FRECUENCIA DE SÍNTOMAS DE ANSIEDAD Y DEPRESIÓN ASOCIADOS A
LAS ENFERMEDADES DE LOS PACIENTES DE LA CONSULTA DE
MEDICINA INTERNA.**

INSTITUTO AUTÓNOMO HOSPITAL UNIVERSITARIO DE LOS ANDES.

www.bdigital.ula.ve

SERBIULA
Tullio Febres Cordero

AUTOR: RESD. EVELYN G. VELÁSQUEZ P.

TUTORA: DRA. TIVIZAY MOLINA

CO-TUTOR: ESP. JUAN PABLO GONZALEZ

ASESOR METODOLÓGICO: ESP. MARIFLOR VERA

DONACION

Mérida, 2011

**FRECUENCIA DE SÍNTOMAS DE ANSIEDAD Y DEPRESIÓN ASOCIADOS A
LAS ENFERMEDADES DE LOS PACIENTES DE LA CONSULTA DE MEDICINA
INTERNA.**

INSTITUTO AUTÓNOMO HOSPITAL UNIVERSITARIO DE LOS ANDES.

www.bdigital.ula.ve

**TRABAJO ESPECIAL DE GRADO PRESENTADO POR EL MÉDICO CIRUJANO
EVELYN GECELLE VELASQUEZ PLAZA, C.I. V- 15.895.325, ANTE EL CONSEJO
DE LA FACULTAD DE MEDICINA DE LA UNIVERSIDAD DE LOS ANDES, COMO
CREDENCIAL DE MÉRITO PARA LA OBTENCIÓN DEL GRADO DE
ESPECIALISTA EN MEDICINA INTERNA.**

Autor:

Resd. Evelyn Gecelle Velásquez Plaza.

Médico Cirujano.

Médico residente del 3er año del Postgrado de Medicina Interna. IAHULA.

Tutor:

Dra. Tivizay Molina de González

Profesora asociada de la Facultad de Medicina de la Universidad de los Andes.

Médico Adjunto de la Unidad de Medicina Interna IAHULA.

Co-tutor: www.bdigital.ula.ve

Esp. Juan Pablo González

Especialista en Medicina Interna.

Asesor Metodológico:

Esp. Mariflor Vera.

Especialista en Medicina Interna.

Profesor Asistente de la Facultad de Medicina de la Universidad de Los Andes.

Laboratorio Multidisciplinario de Investigaciones Clínico Epidemiológica.

AGRADECIMIENTOS

A Dios y la Virgen del Valle que han sido mis guías espirituales en mis metas.

A mis padres y hermanos por darme las bases fundamentales en mi formación profesional y personal, más su apoyo, comprensión y amor hacen posibles mis metas.

A toda mi familia por su mano amiga. Son pilar fundamental en mi formación.

A Ibrahin por su confianza y su gran aporte para lograr nuestra meta. Sus grandes abrazos, me han llenado de amor.

A la Dra. Tivizay Molina por las herramientas para finalizar este trabajo y por el aprendizaje para la vida.

A Dr. Juan Pablo y Dra. Mariflor su apoyo que me permitió culminar con éxitos.

A los pacientes que han sido mi gran motivación para dar lo mejor.

A las Lic. Belkis, Alicia y Zoraida por manifestar su gran espíritu de trabajo.

A los pasantes de medicina general integral: Eiker, Maira y Francisco por su labor desinteresada en la elaboración de este trabajo.

A los profesores del IAHULA, específicamente a los de la Unidad de Medicina Interna, en especial al Dr. Ciro por enseñarme vocación, profesionalidad y esperanza.

A la casa del aprendizaje el IAHULA, y a todos sus trabajadores que permiten su funcionamiento.

A mis compañeros de postgrado Liliana, Carolina, Jackelin, Eliana, Keila, David, Rafael, ejemplo de perseverancia y resistencia.

DEDICATORIA

A MI GRAN FAMILIA

A mis abuelas que siempre están en mi camino.

A mis padres con su maravilloso amor y sus trasnochos para verme crecer, soy quien soy.

A mis hermanos y a Gabriela por sus sonrisas encantadoras que me hacen crecer cada día.

A mis primos y tías soporte incondicional en mis metas.

A Ibrahin y a su familia por brindarme apoyo en todo momento.

Evelyn Velásquez

www.bdigital.ula.ve

ÍNDICE DE CONTENIDO

Agradecimientos.....	4
Dedicatoria.....	5
Indice de contenido.....	6
Indice de tabla.....	8
Indice de gráficos.....	9
Resumen.....	10
Abstract.....	11
Introducción.....	12
Justificación e Importancia.....	15
Antecedentes.....	16
Marco Teórico.....	20
Ansiedad.....	20
Depresión.....	26
Instrumento de Medida.....	31
Objetivos.....	35
Objetivos Generales.....	35
Objetivos Específicos.....	35

Metodología.....	36
Diseño del Estudio.....	36
Tamaño de la Muestra.....	36
Criterios de Inclusión.....	36
Criterios de Exclusión.....	37
Sistemas Variables.....	37
Recolección de Datos.....	38
Análisis de Datos.....	39
Aspectos Éticos.....	39
Instituciones que apoyan la investigación	39
Resultados.....	41
Discusión.....	61
Conclusiones.....	64
Recomendaciones.....	65
Bibliografía.....	66
Anexos.....	72

ÍNDICE DE TABLAS

Tabla 1. Clasificaciones actuales de los trastornos afectivos según CIE-10 y DSM-IV-TR	29
Tabla 2. Medicamentos Antidepresivos.....	30
Tabla 3. Frecuencia y porcentajes de las variables demográficas.....	41
Tabla 4. Distribución por edad según diagnóstico de la escala HAD.....	45
Tabla 5. Distribución por género según diagnóstico de la escala HAD	46
Tabla 6. Distribución por procedencia según diagnóstico de la escala HAD	47
Tabla 7. Distribución por estado civil según diagnóstico de la escala HAD	48
Tabla 8. Numero y porcentaje de los diagnósticos de ansiedad y depresión encontrados en la historia clínica, relacionados con la escala HAD	49
Tabla 9. Frecuencias y porcentaje de enfermedades reportadas en las historias clínicas	51
Tabla 10. Análisis bivariantes según el diagnóstico HAD con Hipertensión Arterial, Dislipidemia, Obesidad y Diabetes Mellitus.....	53
Tabla 11. Análisis bivariantes según el diagnóstico HAD con Síndrome Metabólico, Enfermedad Cerebrovascular, Insuficiencia Venosa y Colon Irritable.....	55
Tabla 12. Análisis bivariantes según el diagnóstico HAD con Cardiopatía Isquémica, Hipotiroidismo, Artrosis, Enfermedad renal crónica.....	57
Tabla 13. Análisis bivariantes según el diagnóstico HAD con Migraña, Artritis, Hepatopatía alcohólica, Epilepsia.....	59

INDICE DE GRAFICOS.

Grafico 1. Histograma de la variable Edad.....	43
Grafico 2. Porcentaje de pacientes con ansiedad, depresión o ambas según la escala hospitalaria de ansiedad y depresión (HAD) aplicada en la consulta de medicina interna en el IAHULA.....	44

www.bdigital.ula.ve

“FRECUENCIA DE SÍNTOMAS DE ANSIEDAD Y DEPRESIÓN ASOCIADOS A LAS ENFERMEDADES DE LOS PACIENTES DE LA CONSULTA DE MEDICINA INTERNA.

INSTITUTO AUTÓNOMO HOSPITAL UNIVERSITARIO LOS ANDES.”

Autor: Evelyn Velásquez

Tutora: Tivizay Molina

RESUMEN

Introducción: La ansiedad y la depresión son alteraciones psiquiátricas con alta prevalencia a nivel mundial, tienden a la cronicidad y a una evolución variable en el tiempo, suelen estar asociadas al inicio, progresión y exacerbación de enfermedades físicas.

Objetivo: Determinar la frecuencia de ansiedad y depresión además de las enfermedades relacionadas a estos síntomas en los pacientes de la consulta de Medicina Interna, del Instituto Autónomo Hospital Universitario los Andes (I.A.H.U.L.A.) en el periodo de mayo a junio 2011.

Método: Se realizó un estudio transversal descriptivo, utilizando como instrumento de medida la escala hospitalaria de Ansiedad y Depresión (HAD), y la revisión de las historias clínicas.

Resultado: El instrumento fue aplicado a 203 pacientes, 24,1% presentaron ansiedad, 6,9% depresión, 23,6% ambas patologías y 45% no presentaron sintomatología de ansiedad ni depresión. En el reporte de las historias clínicas se encontró que solo 3,4% historias reportaban Diagnóstico de ansiedad, 5,1% historias diagnóstico de depresión y solo 0,49% registraba ambas patologías y el 90% de los pacientes no tenían diagnósticos de ansiedad, ni depresión.

Conclusión: Los síntomas de ansiedad y depresión son elevados en la consulta de medicina interna según la escala HAD. En la consulta de medicina interna hay un subdiagnóstico de ansiedad y depresión.

Palabras claves: Ansiedad, Depresión, Escala hospitalaria Ansiedad y Depresión (HAD)

"FREQUENCY OF ANXIETY AND DEPRESSION SYMPTOMS ASSOCIATED WITH DISEASES OF PATIENTS OF INTERNAL MEDICINE CONSULTATION.

INSTITUTE LOS ANDES UNIVERSITY HOSPITAL."

Author: Evelyn Velásquez

Tutor: Tivizay Molina

ABSTRACT

Introduction: Anxiety and depression are psychiatric disorders with high prevalence worldwide, tend to be chronic and variable evolution over time, often associated with the onset, progression and exacerbation of physical illnesses.

Objective: To determine the frequency of anxiety and depression related illnesses in addition to these symptoms in patients at the Internal Medicine Institute of the Andes University Hospital (IAHULA) in the period from May to June 2011.

Method: We conducted a descriptive cross-sectional study, using the scale measuring instrument Hospital Anxiety and Depression (HAD), and review of medical records.

Results: The instrument was administered to 203 patients, 24.1% had anxiety, depression 6.9%, 23.6% had both conditions and 45% had no symptoms of anxiety and depression. In the report of the medical records found that only 3.4% reported histories of anxiety diagnosis, 5.1% diagnosed with depression histories and only 0.49% recorded both conditions and 90% of patients had no anxiety diagnosis or depression.

Conclusion: Symptoms of anxiety and depression are high in internal medicine consultation by the HAD scale. In internal medicine consultation is an underdiagnosis of anxiety and depression.

Keywords: Anxiety, Depression, Anxiety and Depression Scale Hospital (HAD)

INTRODUCCION

Los trastornos emocionales y desordenes psiquiátricos tienen una alta prevalencia a nivel mundial.¹ Perteneciendo la ansiedad y la depresión a los trastornos psiquiátricos más frecuentes en la práctica médica.²⁻³ En el año 2000 la depresión se convirtió en la primera causa de discapacidad mundial, La Organización Mundial de la Salud (OMS) estima que para el año 2020, la depresión sea la segunda causa de discapacidad, la cual determina la pérdida de un año de “vida saludable”.⁴⁻⁵

La ansiedad se entiende como una sensación subjetiva de inquietud, temor o aprensión, puede indicar un proceso psiquiátrico primario, o ser secundario a la presencia de una enfermedad médica.⁶ La depresión se relaciona con trastornos del estado de ánimo, cuya característica principal es la alteración del humor, con disminución acusada del interés o de la capacidad para el placer, asociada a sentimientos de inutilidad o culpa excesivos.^{2,7}

La ansiedad y la depresión son enfermedades con tendencia a la cronicidad y con una evolución variable en el tiempo.⁸ La depresión en las mujeres tiene peor pronóstico que en los hombres, siendo los síntomas de mayor duración y con mas exacerbaciones en el sexo femenino.⁶

Se calcula que más del 20% de la población sufrirá ansiedad o depresión en algún momento de su vida. Teniendo en cuenta que un 30% de los pacientes que inicialmente presentan

ansiedad desarrollan una depresión secundaria, comúnmente diagnosticadas en forma simultánea.³

En Latinoamérica se reportan cifras de prevalencia de ansiedad en 14.3% y 19.3% en México⁹ y Colombia¹⁰ respectivamente. Mientras que la frecuencia de depresión en países como Chile, Brasil y México, medidas en un período de 12 meses, variaban entre 4,5% y 7,1% de la población adulta estudiada,¹¹⁻¹² siendo más elevada en Colombia, en donde al menos el 10% de las personas encuestadas presentaron por lo menos un episodio depresivo en los 12 meses previos a la encuesta, y el 8,5% algún episodio durante el último mes.¹³ Reportes de la Organización Panamericana de la Salud (OPS) señalan un aumento de la prevalencia de individuos con depresión, de 20 a 35 millones de pacientes en América latina y el Caribe, desde el año 1990 al 2010.¹⁴ En Venezuela la frecuencia de ansiedad es de 13,8% y de depresión es de 7,6% en la consulta de medicina interna.¹⁵

Las emociones positivas favorecen una serie de conductas (ejercicio, adherencia al tratamiento, adecuada alimentación, entre otras) que mejoran el estado de salud y la recuperación de las enfermedades, evidenciándose un efecto contrario en la presencia de emociones negativas.¹⁶⁻¹⁹

Existe un subdiagnóstico de ansiedad y depresión en las distintas áreas de consulta, lo que dificulta la adecuada evolución de los pacientes.²⁰ Se han desarrollado múltiples escalas que mejoran la sensibilidad diagnóstica de estas patologías, dentro de estas, la escala

Hospitalaria de Ansiedad y Depresión (HAD) es un instrumento rápido y fácil de aplicar, que ha demostrado su poder estadístico tanto en fiabilidad como en validez en distintos estudios.²¹ Se desarrolló como un cuestionario para identificar síntomas de ansiedad y depresión en pacientes hospitalizados y de consulta externa de medicina general.²¹⁻²²

La ansiedad y depresión comúnmente se asocia a otras comorbilidades,²³ empeorando el pronóstico y la evolución de las enfermedades coexistentes.²⁴⁻²⁵ Lo anterior expuesto expresa la necesidad del diagnóstico sistemático y el manejo del paciente con ansiedad y depresión en el área de consulta, favoreciendo la visión integral del paciente en la perspectiva del médico internista.²⁶

Por tanto, se realizó un estudio observacional tipo transversal descriptivo para determinar frecuencia de síntomas de ansiedad y depresión asociados a las enfermedades de los pacientes de la Consulta de Medicina Interna, del Instituto Autónomo Hospital Universitario De Los Andes (I.A.H.U.L.A.) durante mayo - junio 2011.

JUSTIFICACION E IMPORTANCIA

Actualmente no existen registros sobre el porcentaje de ansiedad y depresión en los pacientes que acuden a la consulta de medicina interna del I.A.H.U.L.A. No obstante, en la consulta de Medicina interna si los síntomas de ansiedad y depresión no se diagnostican y no se tratan, seria de suma importancia para el médico internista de la consulta, debido a que el subdiagnóstico de estas patologías impide el tratamiento respectivo y podría empeorar las enfermedades médicas agudas y crónicas que presenten.

En vista de no conocer cuál es la frecuencia de síntomas de ansiedad y depresión en la consulta de Medicina Interna del I.A.H.U.L.A, ni cuáles son las enfermedades que más se asocian a estos síntomas, se realizó el presente estudio.

www.bdigital.ula.ve

ANTECEDENTES

En Latinoamérica, principalmente en Colombia y en Europa existen múltiples estudios que describen una alta y variada frecuencia de síntomas de ansiedad y depresión en el área de consulta de atención primaria de especialidades no psiquiátricas, específicamente en oncología, gastroenterología, cardiología, neumonología y nefrología.²⁷

Monsalve, en España en el año 2000, realizó un estudio transversal, con el fin de medir las diferencias entre ansiedad y depresión en pacientes con dolor crónico aplicando la escala Hospitalaria de Ansiedad y Depresión (HAD); participaron 190 pacientes tratados por dicho dolor. La muestra fue dividida en 2 grupos, ambos grupos representados por 95 pacientes. Al grupo 1 se le aplicó la encuesta domiciliariamente, obteniendo como resultado: un 25,3% de ansiedad y un 46,3% para la depresión. Al grupo 2 se le aplicó la encuesta en el consultorio, se obtuvo un 46,3% en la escala de ansiedad y un 36% para la depresión. Concluyen que, predominaron síntomas de depresión en pacientes tratados en su domicilio, al compararlo con los pacientes tratados en el consultorio donde resaltaron los síntomas de ansiedad.²⁸

En el año 2005 Vinaccia en Colombia, evaluó en la consulta de gastroenterología, a través de un estudio transversal: la calidad de vida, ansiedad y depresión en pacientes diagnosticados con síndrome de colon irritable, aplicando la escala HAD. Participaron 73 pacientes de los cuales 86,3% eran mujeres y 13,7% fueron hombres. Se evidenció que el

35% de los pacientes presentaban trastornos de ansiedad, y de depresión se reportó un porcentaje bajo (5,5%).²⁹

En Colombia, Suarez en el año 2005, realizó un estudio transversal, buscando la asociación de síntomas de ansiedad y depresión en pacientes oncológicos. Participaron 48 mujeres y 30 hombres con edades comprendidas entre 26 a 77 años. Fueron evaluados con la escala HAD, obteniéndose un 28,2% para ansiedad y un 23.1% para depresión. Al siguiente año, en Colombia el mismo autor realizó otro estudio transversal aplicando la escala HAD en 60 pacientes que acudieron a consulta externa con diagnóstico de enfermedad pulmonar obstructiva crónica (EPOC); el 7,78% presentó síntomas de ansiedad y el 5,53% de depresión. Concluyen que no se demostraron niveles clínicamente significativos de ansiedad y depresión, por presentar muy bajos niveles de estos síntomas.³⁰

www.bdigital.ula.ve

En Colombia, en el año 2009, Millán realizó un estudio transversal, para determinar la calidad de vida relacionada con la salud y la prevalencia de depresión y ansiedad en pacientes que estaban en hemodiálisis por más de 6 meses. Participaron 163 pacientes a quienes le aplicaron la escala HAD, obteniendo para la ansiedad 13,29 % y para depresión 5,52 %. Concluyen que en estos pacientes predominan trastornos de ansiedad.³¹

En Grecia Roupa, en el año 2009, realizó una investigación de tipo transversal para determinar la aparición de síntomas de ansiedad y depresión en pacientes con diabetes mellitus tipo 2 con respecto al índice de masa corporal (IMC) y al sexo, aplicando la auto

encuesta HAD. Participaron 310 pacientes, de los cuales 56% eran mujeres y 44% eran hombres. Se observó que, las mujeres presentaron tres veces más altos porcentajes de ansiedad (62%) en comparación con los hombres (21,5%). Al mismo tiempo, se evidenció que las mujeres presentaron un porcentaje de depresión elevado (41,4%) que duplicó el de los hombres (17,8%). Llama la atención que en las personas viudas y divorciadas se apreciaron los mayor porcentajes de ansiedad (56%) y depresión (36%) en relación con las personas casadas y no casadas; al igual que en los individuos con IMC > 35 (obesos): ansiedad (52,5%) y depresión (35,4%) en comparación con las personas de normopeso.³²

Freire en España, entre mayo de 2008 y enero de 2009, realizó un estudio transversal, en 75 centros hospitalarios para conocer la prevalencia de los síntomas de ansiedad y depresión en pacientes con artritis psoriásica que acuden a consultas de reumatología. Participaron 495 pacientes con artritis psoriásica, en quienes se aplicó la encuesta HAD. Los resultados demostraron que presentaron ansiedad 26,1% y depresión 11,7%. Además el 54,1% de los pacientes presentaban enfermedades crónicas asociadas a la artritis psoriásica, las enfermedades crónicas más frecuentes fueron las endocrinas, metabólicas destacando la hipercolesterolemia y la diabetes mellitus.³³

Zavala, en Mérida, Venezuela, en Junio - Agosto 2008 a través de un estudio transversal, determino los síntomas de ansiedad y depresión en los pacientes de consulta de Primera de la Unidad de Oncología del Instituto Autónomo Hospital Universitario de los Andes, aplicando la escala de HAD, donde participaron 87 pacientes. Obtuvo 19,5% de ansiedad y

6,9% de depresión. Los diagnósticos oncológicos que predominaron correspondieron a cáncer de mama, de cuello uterino (cervical), piel, prostático y pulmón.³⁴

Marsiglia, Caracas 2010, realizó un estudio transversal donde analizó las características epidemiológicas y clínicas de la ansiedad y la depresión en una muestra de 1.159 pacientes vistos consecutivamente y por primera vez, en una consulta de Medicina Interna del área metropolitana de Caracas. Utilizaron los criterios diagnósticos del Diagnostic and Statistical Manual of Mental Disorders, 4th ed (DSM-IV). Obtuvo para depresión 88 casos, con una prevalencia de 7,6 % y para ansiedad 160 casos con una prevalencia del 13,8 %.¹⁵

www.bdigital.ula.ve

MARCO TEORICO

ANSIEDAD

La ansiedad se define como una sensación subjetiva de inquietud, temor o aprensión que puede indicar un proceso psiquiátrico primario o formar parte de una enfermedad médica primaria o ser una reacción de ésta, los trastornos primarios de ansiedad se clasifican de acuerdo con su duración y evolución y según la existencia y naturaleza de todos los factores desencadenantes, en la evaluación del paciente ansioso.⁶

Todas las personas experimentan ansiedad, que se caracteriza la mayoría de las veces por una sensación de aprensión difusa, desagradable y vaga acompañada de síntomas vegetativos como cefalea, diaforesis, taquicardia, opresión torácica, malestar epigástrico e inquietud y se manifiesta por la incapacidad de estar sentado o de pie durante mucho tiempo.³⁵⁻³⁶

En tal sentido, el médico debe establecer primero si la ansiedad precede o sigue a la enfermedad médica o si se debe a un efecto secundario de los medicamentos. Alrededor de la tercera parte de los pacientes que se presentan con ansiedad tienen una etiología médica de sus síntomas psiquiátricos, pero también puede haber un trastorno de ansiedad con síntomas somáticos en ausencia de una enfermedad médica identificable.⁶

Así mismo, muchos autores afirman que los trastornos de ansiedad son las enfermedades psiquiátricas de mayor prevalencia en la población y se encuentran en 15 a 20% de los pacientes que acuden a la consulta médica.⁶ Hay casi 30 millones de individuos afectados y su frecuencia en las mujeres duplica a la de los varones. Dichos trastornos se asocian a una morbilidad significativa y habitualmente son crónicos y resistentes al tratamiento.³⁵

Por otro lado, un aspecto fascinante de los trastornos de ansiedad es la asombrosa interrelación existente entre los factores genéticos y las vivencias, existen dudas de que los genes anormales predisponen a estados patológicos de ansiedad, sin embargo, los estudios genéticos han generado sólidas evidencias de que al menos algunos elementos genéticos contribuyen al desarrollo de los trastornos de ansiedad. Además, se ha reconocido que la herencia es un factor que predispone al desarrollo de estos trastornos, y casi la mitad de los pacientes con un trastorno de angustia cuenta al menos con un familiar afectado.³⁵

Por otra parte, las evidencias indican claramente que los episodios vitales traumáticos y el estrés también son etiológicamente importantes. Por tanto, los trastornos de ansiedad suponen una oportunidad única para comprender la relación entre la naturaleza y el entorno en la etiología de los trastornos mentales.³⁵

Algunos autores señalan que la ansiedad es una señal de alerta ante una amenaza desconocida que advierte de un peligro inminente y permite al individuo adoptar medidas para afrontar la amenaza; si se compara con el miedo que es una señal de alerta ante una

amenaza conocida, externa, definida o no conflictiva. Es por ello que, se puede conceptualizar la ansiedad como una respuesta normal y adaptativa que puede salvar la vida y que advierte de amenazas de daño corporal, dolor, indefensión, posible maltrato o la frustración de necesidades corporales o sociales, de separación de los seres queridos, de una amenaza contra el propio bienestar o éxito y por último de amenazas a la integridad.³⁵

Por ende, impulsa al individuo a adoptar las medidas necesarias para evitar la amenaza o reducir sus consecuencias; esta preparación se acompaña de un incremento de la actividad somática y autónoma controlada por la interacción de los sistemas nerviosos simpático y parasimpático, desregulación del sistema nervioso autónomo, que conlleva a una reducción del tono vagal e hiperactividad simpática. Este fenómeno se asocia con un incremento de la frecuencia cardiaca en reposo, disfunción de la sensibilidad barorrefleja, y alteración de la repolarización ventricular; los cuales a su vez son marcadores predictivos de arritmia fatal y muerte súbita cardiaca.³⁷ Además, la disfunción autonómica crónica promueve el proceso de aterosclerosis, por un incremento en la concentración de glucosa, colesterol y ácidos grasos.³⁸

La experiencia de la ansiedad tiene dos componentes: la consciencia de las sensaciones fisiológicas (palpitaciones, diarrea, epigastralgia, midriasis, diaforesis, entre otros) y la de estar nerviosos y asustados.³⁵ Además de los efectos motores y viscerales la ansiedad afecta al pensamiento, a la percepción y al aprendizaje. Tiende a producir confusión y distorsiones de la percepción no sólo del tiempo y del espacio, sino también de los individuos y del significado de los acontecimientos. Estas distorsiones pueden entorpecer el

aprendizaje, deteriorar la concentración y la memoria, así como la capacidad para establecer asociaciones. Un aspecto importante de las emociones es su efecto sobre la selectividad de la atención. Los individuos ansiosos probablemente seleccionan ciertas cosas en su entorno y descuidan otras en su esfuerzo por demostrar su justificación al considerar que la situación causa miedo. Si justifica falsamente su temor, aumenta la ansiedad por la respuesta selectiva y establecen un círculo vicioso de ansiedad, percepción distorsionada y aumento de la ansiedad.³⁶

Es importante saber, que en la décima revisión de la clasificación internacional de enfermedades (CIE-10), los trastornos neuróticos (ansiedad) se agrupan con los trastornos relacionados con el estrés y trastornos somatomorfos por su relación histórica con el concepto de neurosis y la asociación de una proporción sustancial aunque incierta de dichos trastornos con la causa psicológica. Las principales categorías de la CIE-10 para los trastornos neuróticos de la ansiedad son los trastornos fóbicos (agorafobia, fobia social y específica), otros trastornos de ansiedad (pánico, trastorno de ansiedad generalizado y trastorno mixto ansioso-depresivo, trastorno obsesivo compulsivo (TOC) (con pensamientos predominantemente obsesivos, actos principalmente compulsivos o mixtos con pensamientos y actos obsesivos).³⁵

En la CIE-10 la relación con estrés agudo y los trastornos de adaptación se agrupan en una categoría que se clasifica conjuntamente con los trastornos neuróticos y somatomorfos, sin embargo, la categoría con el estrés difiere de las otras porque puede definirse sobre bases sintomáticas y una de las dos influencias causales: un acontecimiento vital estresante que

provoca una reacción aguda de estrés o un cambio vital significativo que produce un trastorno de adaptación, en este grupo el CIE-10 clasifica las reacciones de estrés grave (reacción al estrés agudo, trastorno por estrés postraumático) trastorno de adaptación también incluyen los trastornos disociativos.³⁵

Dentro de otros trastornos de la ansiedad encontramos: la ansiedad debido a una enfermedad médica, cuyos síntomas pueden consistir en crisis de angustia, ansiedad generalizada, obsesiones y compulsiones y otros signos de malestar y angustia. En todos los casos los signos y síntomas se deberán a los efectos fisiológicos directos de la enfermedad médica, esta ansiedad es frecuente en la población aunque la incidencia del trastorno varía con cada enfermedad médica específica.³⁵

www.bdigital.ula.ve

Las diversas enfermedades médicas causan síntomas del trastorno de ansiedad a través de un mecanismo común: sistema noradrenérgico, aunque los efectos sobre el sistema serotoninérgico también se encuentran en estudio, todas estas enfermedades se caracterizan por una ansiedad destacada que surge como resultado directo de algún trastorno subyacente.^{6, 35-36} No obstante, el diagnóstico del trastorno de ansiedad debido a enfermedad médica según DSM-IV-TR (Manual Diagnóstico y Estadístico de los Trastornos Mentales) permite especificar si el trastorno se caracteriza por síntomas de ansiedad generalizada, crisis de angustia o síntomas obsesivos compulsivos, los clínicos mantendrán un alto índice de sospecha cuando la ansiedad crónica o paroxística se asocie a una enfermedad física que causa tales síntomas en algunos pacientes, el tratamiento primario del trastorno de ansiedad debido a una enfermedad médica, es el de la enfermedad

médica subyacente, si la resolución de la enfermedad médica primaria no revierte los síntomas del trastorno de ansiedad, el tratamiento de dichos síntomas seguirá recomendaciones terapéuticas del trastorno mental específico; en general las técnicas de modificación conductual, los ansiolíticos y los antidepresivos serotoninérgicos han sido las modalidades terapéuticas efectivas.³⁶

www.bdigital.ula.ve

DEPRESION

En el antiguo testamento, la *Ilíada* de Homero se describe el síndrome depresivo, aproximadamente en el año 400 a.C. Hipócrates usaba los términos de manía y melancolía para describir los trastornos mentales. En el año 30 d.C Celso describía a la melancolía como bilis negra. Para 1894 Jules Falret describía pacientes que presentaban estados de ánimo alternante. En 1882 Karl Kahlbaum utilizó el término de ciclotimia para describir la manía y la depresión como estadios de la misma enfermedad. En 1889 Emil Kraepelin describió, la psicosis maniaco depresiva utilizando los criterios que hoy en día se usan para describir el trastorno bipolar I.³⁹

La depresión se define como un trastorno del estado de ánimo, cuya característica principal es la alteración del humor, con disminución acusada del interés o de la capacidad para el placer, asociada a sentimientos de inutilidad o culpa excesivos.⁴⁰ Según el DSM-IV- TR (Manual Diagnóstico y Estadístico de los Trastornos Mentales), el trastorno depresivo mayor aparece sin antecedente de un episodio de manía, mixto o hipomanía. El episodio depresivo mayor debe durar al menos 2 semanas y las personas con éste diagnóstico experimentan al menos 4 de los siguientes síntomas: cambios en el apetito y peso, en el sueño y la actividad, falta de energía, sentimientos de culpa, problemas para pensar, tomar decisiones y pensamientos recurrentes de muerte y suicidio.³⁹ Los trastornos depresivos se clasifican a través del DSM-IV- TR de la Asociación Psiquiátrica de los Estados Unidos; o por la OMS que recomienda el uso del Sistema Internacional denominado CIE-10, cuyo uso está generalizado en todo el mundo. Ver Tabla 1.⁴¹

La prevalencia de la depresión en enfermos generales oscila entre 10 - 20% y en los pacientes psiquiátricos las cifras aumentan hasta un 50%. Solo el 10% de estos pacientes llegan a consulta psiquiátrica especializada porque los 90% restantes son tratados por médicos generales o especialistas no psiquiatras o no reciben tratamiento.³⁵⁻³⁶ Independientemente del país o cultura, la prevalencia del trastorno depresivo mayor es el doble en las mujeres que en los varones.³⁹ El trastorno depresivo es más común en divorciados y solteros.³⁶

La etiología de la depresión: 1) Factores biológicos: alteración de los neurotransmisores monoamínicos (Noradrenalina, dopamina, serotonina e histamina), de los segundos mensajeros y cascada intracelulares. 2) Alteración de la regulación hormonal: aumento de la actividad del eje hipotálamo-hipófisis-suprarrenal (HHS) produciendo cambios estructurales en la corteza cerebral: disfunción tiroidea por aumento de la hormona estimulante de tiroides (TSH) y de la hormona del crecimiento (GH) que inhibe la somatostatina. 3) Alteraciones del sueño: aumento de los despertares nocturnos, descenso de las horas de sueño, aumento del sueño REM. 4) Factores genéticos 5) factores psicosociales: estrés ambiental y personalidad.³⁹

Clínicamente se manifiesta por episodios de tristeza, indiferencia, apatía o irritabilidad, y suele asociarse a cambios de los patrones de sueño, apetito o peso corporal; agitación o retardo motores; fatiga; pérdida de la capacidad de concentración y de decisión; sensación de culpa o vergüenza; y pensamientos relacionados con la muerte. Los pacientes presentan pérdida de la capacidad de sentir placer, despiertan muy pronto por la mañana con peor

estado de ánimo, y tendencia al abuso de alcohol y sustancias ilícitas. La ansiedad afecta en un 90% a todos los pacientes con depresión.⁶ Las enfermedades cardiovasculares, diabetes, cerebrovasculares y cáncer son factores de riesgo para depresión.³⁹

El tratamiento debe ir dirigido a garantizar la seguridad del paciente, y efectuar una evaluación diagnóstica completa. Actualmente resalta el uso del tratamiento farmacológico y la psicoterapia, hay estudios que indican que la combinación de ambos es más eficaz, aunque otros avalan que ambos aumentan los costos al paciente y los expone a acontecimientos adversos. El tratamiento farmacológico tiene como objetivo la remisión de los síntomas. Todos los antidepresivos actuales ejercen su efecto entre 3 y 4 semanas. La elección del antidepresivo va a depender de los efectos secundarios, de la situación física, el temperamento y el estilo de vida del paciente. Se debe mantener al menos durante 6 meses y reducir la dosis progresivamente si se va a suspender el antidepresivo. De acuerdo con el mecanismo de acción, los antidepresivos se clasifican en varios tipos: Inhibidores de la recaptación de noradrenalina, inhibidores de la recaptación de serotonina, inhibidores de la recaptación de noradrenalina y serotonina, fármacos pre y postsinápticos, inhibidores de la recaptación de dopamina, fármacos de acción mixta. Ver tabla 2.³⁵

Tabla 1. Clasificaciones actuales de los trastornos afectivos según CIE-10 y DSM-IV-TR

CIE-10	
- Episodio maníaco	- Trastorno depresivo recurrente
- Trastorno bipolar	- Trastornos del humor sin especificar
- Episodio depresivo	- Trastorno del humor persistente
Leve	Ciclotimia
Moderado	Distimia
Grave	Otros
Sin síntomas psicóticos	- Otros trastornos del humor
Con síntomas psicóticos	
Otros episodios depresivos	

Fuentes: De World Health Organization. *The ICD-10 classification of mental and behavioural disorders: diagnostic criteria for research*. WHO, 1993.

DSM-IV-TR	
- Trastornos depresivos	- Trastornos bipolares
Trastornos depresivos mayor, episodio único	Bipolar I, episodio maniaco único
Trastornos depresivos mayor, recurrente	Bipolar I, episodio hipomaniaco
Trastornos distímico	actual
	Bipolar I, episodio maniaco actual
	Bipolar I, episodio mixto actual
	Bipolar I, episodio depresivo actual
	Bipolar II
	Trastorno ciclotímico
	Bipolar no especificado

Fuentes: De American Psychiatric Association. *DSM- IV-TR. Manual diagnóstico y estadístico de los trastornos mentales*. Masson, 2002.

Tabla 2. Medicamentos Antidepresivos

Medicamentos	Dosis (mg)
Inhibidores de la recaptación de noradrenalina	
Desipramina	75-300
Protriptilina	20-60
Nortriptilina	40-200
Maprotilina	100-225
Inhibidores de la recaptación de serotonina	
Citalopram	20-60
Escitalopram	10-20
Fluoxetina	10-40
Fluvoxamina	100-300
Sertralina	50-150
Inhibidores de la recaptación de noradrenalina y serotonina	
Amitriptilina	75-300
Doxepina	75-300
Trimipramina	75-300
Venlafaxina	150-375
Duloxetina	30-60
Fármacos Pre y postsinápticos	
Nefazodona	300-600
Mirtazapina	15-30
Inhibidores de la recaptación de Dopamina	
Bupropión	200-400
Fármacos de acción mixta	
Amoxapina	100-600
Clomopramina	75-300
Traxodona	50-600

Fuente: Ruiloba. JV. *Introducción a la Psicopatología y la Psiquiatría*. 2009

Instrumento de medida

La Escala Hospitalaria de Ansiedad y Depresión (HAD) fue originalmente diseñada por Zigmond y Snaith (1983) como instrumento de screening para la detección de pacientes con trastornos afectivos, con la finalidad de proporcionar un instrumento para detectar estados de depresión y ansiedad en pacientes de servicios hospitalarios no psiquiátricos.⁴²

Es un cuestionario autoaplicado de 14 ítems, integrado por dos subescalas de 7 ítems, una de ansiedad (ítems impares) y otra de depresión (ítems pares). Los ítems de la subescala de ansiedad están seleccionados a partir del análisis y revisión de la escala de ansiedad de Hamilton, evitando la inclusión de síntomas físicos que puedan ser confundidos por parte del paciente con la sintomatología propia de su enfermedad física. Los ítems de la subescala de depresión se centran en el área de la anhedonia (pérdida de placer).⁴³⁻⁴⁴

www.bdigital.ula.ve

El paciente tiene que seleccionar, para cada ítem, la alternativa de respuesta que mejor refleje su situación durante la última semana. La puntuación para cada subescala se obtiene sumando los valores de las frases seleccionadas (rango 0-3) en los ítems respectivos. El rango de puntuación es de 0-21 para cada subescala, y de 0-42 para la puntuación global. La versión original de la escala propone los mismos puntos de corte para las dos subescalas: 0-7 Normal, 8-10 Dudoso, ≥ 11 Problema clínico.⁴³⁻⁴⁴

La traducción y adaptación al castellano fue realizada por Snaith, en colaboración con Bulbena A. y Berrios G.; la primera validación fue realizada por Tejero y colaboradores en

1986. El HAD ha sido traducido a la mayoría de las lenguas europeas, al árabe, al israelí, al japonés y al chino, y ha demostrado ser altamente fiable y válida en numerosos estudios.⁴⁵

Validación de la HAD

Rico, Colombia 2005, validó la versión española de la HAD y evaluó su utilización como prueba de tamizaje para detectar desórdenes de ansiedad y depresión en pacientes oncológicos. Una vez adaptada la escala, se evaluaron sus propiedades psicométricas en un grupo de 89 pacientes de consulta externa del Instituto Nacional de Cancerología de Colombia (INC); además, se realizó una valoración psiquiátrica de acuerdo con los criterios del DSM-IV. La adaptación de la versión española de la HAD mostró buena consistencia interna y validez. El coeficiente alfa de Cronbach fue de 0.85 y la confiabilidad por mitades de 0.8. Un punto de corte de 8 para la subescala de ansiedad y de 9 para la subescala de depresión mostró una mayor sensibilidad y concordancia de la HAD con la entrevista psiquiátrica. Propiedades psicométricas más consistentes fueron constatadas al eliminar los ítems 8 y 9 de la escala. Las propiedades psicométricas y brevedad de la escala la hacen muy útil como prueba de tamizaje para problemas psicológicos en pacientes con cáncer.⁴³

En Atenas, Ioannis en el año 2008, fue validada la traducción griega de la HAD, evaluó las propiedades psicométricas en 521 pacientes (275 pacientes hospitalizados y 246 pacientes ambulatorios de la Medicina Interna y de los servicios quirúrgicos). El Inventario de Depresión de Beck (BDI) y la Ansiedad Estado-Rasgo (STAI) fueron utilizados como "normas de oro" para la depresión y la ansiedad, respectivamente. La

Escala hospitalaria de ansiedad y depresión presentó una alta consistencia interna; Cronbach α coefficient fue 0,884 (0,829 para la ansiedad y 0.840 para la depresión) y la estabilidad (test-retest coeficiente de correlación interclase 0.944). La HADS mostró alta validez concurrente; las correlaciones de la escala y sus subescalas con el BDI y el STAI fueron altos (0.722-0.749), mostrando buenas propiedades psicométricas, pudiendo servir como una herramienta útil para los clínicos para evaluar la ansiedad y la depresión en los pacientes en general.⁴⁶

En 2009, Wenru realizó una evaluación psicométrica de la versión china de la Escala Hospitalaria de ansiedad y depresión en pacientes con enfermedad coronaria, fue aplicada a 314 pacientes chinos con enfermedad coronaria y se repitió en 173 dos semanas más tarde. El tipo de estudio fue transversal. Dos técnicas se utilizaron para evaluar la consistencia interna: el ítem escala correlaciones (con coeficientes de correlación de Pearson) y el cálculo de alfa de Cronbach. La fiabilidad interna es aceptable si el coeficiente alfa de Cronbach es mayor que 0.70. La validez concurrente de la HAD fue examinado y comparado con el CM: SF-36 en 160 pacientes para determinar si era psicométricamente significativa. La ansiedad se presentó más en pacientes con infarto al miocardio que con angina de pecho, pero que no hubo diferencias estadísticamente significativas en la depresión entre los dos grupos de pacientes. Los coeficientes alfas de Cronbach para la escala total, subescala de ansiedad y subescala de depresión fueron de 0.85, 0.79 y 0.79. El coeficiente de correlación intraclass (CCI) 0.90 de las puntuaciones HADS total, 0.87 para el HADS-A (Ansiedad) y 0.86 para el HADS-D (Depresión). La validez de la HAD se estableció de manera satisfactoria, ya que converge con la medida validada de la CM: SF-

36 en la medición de la salud física y mental. Los coeficientes de correlación negativa indicaron que los niveles más altos de trastornos psicológicos se relacionaron con una peor función física y salud mental.⁴⁷

www.bdigital.ula.ve

OBJETIVO GENERAL:

1. *Determinar la frecuencia de ansiedad y depresión además de las enfermedades relacionadas a estos síntomas en los pacientes de la consulta de Medicina Interna, del I.A.H.U.L.A en el periodo de mayo a junio 2011.*

OBJETIVOS ESPECÍFICOS:

1. Describir las variables demográficas (edad, género, estado civil, procedencia).
2. Determinar la frecuencia de ansiedad
3. Determinar la frecuencia de depresión
4. Correlacionar las variables demográficas según la escala Hospitalaria de Ansiedad y Depresión.
5. Determinar la frecuencia de las enfermedades reportadas en la historia clínica.
6. Correlacionar las enfermedades reportadas en la historia clínica según la escala Hospitalaria de Ansiedad y Depresión.

METODOLOGÍA

1. Diseño del Estudio

Estudio observacional tipo transversal descriptivo, basado en la aplicación de una encuesta a los pacientes que asisten a la consulta de medicina interna del I.A.H.U.L.A. junto con la revisión de la historia clínica de los participantes durante el periodo mayo a junio 2011.

2. Tamaño de la Muestra

Para calcular la población a estudiar nos basamos en los estudios encontrados en la literatura, donde los porcentajes para ansiedad variaban entre 7,78 % y 53 % y para depresión fluctuaban entre 5% y 46%; con un índice de confianza de 95% y una amplitud del intervalo de confianza entre 5% a 10%.

Se aplicó la siguiente fórmula $n=f(1-\alpha)(p)(1-p)/\Delta^2$ ⁴⁸ que estimó una muestra suficiente entre 147 y 288 pacientes. Para desarrollar este estudio se tomó como promedio 203 pacientes que acudieron a la consulta de medicina interna del I.A.H.U.L.A. en el periodo mayo a junio de 2011.

3. Criterios de Inclusión

Pacientes que asisten a la consulta de medicina interna y que acepten participar en el estudio durante el periodo de mayo a junio de 2011.

4. Criterios de Exclusión

Pacientes cuya comorbilidad impida llenar por sí mismo la encuesta. Además pacientes de consultas sucesivas que hayan aplicado la encuesta.

5. Sistema Variables:

- ✓ **Síntomas de Ansiedad.**
- ✓ **Síntomas de Depresión.**
- ✓ **Diagnóstico de ansiedad y/o depresión y otras patologías reportadas en la historia clínica del paciente:**
 - a) **Hipertensión Arterial.**
 - b) **Diabetes Mellitus.**
 - c) **Obesidad.**
 - d) **Dislipidemia.**
 - e) **Síndrome Metabólico.**
 - f) **Fibromialgia.**
 - g) **Epilepsia.**
 - h) **Enfermedad cerebrovascular.**
 - i) **Cardiopatía isquémica crónica.**
 - j) **Artritis.**
 - k) **Artrosis.**

- l) Insuficiencia renal crónica.
- m) Lupus eritematoso sistémico.
- n) Migraña
- o) Colon irritable
- p) Insomnio
- q) Otras

Variables Demográficas

- ✓ Edad.
- ✓ Genero.
- ✓ Estado civil.
- ✓ Procedencia

6. Recolección de Datos

A través de una encuesta autoaplicable se recogieron datos demográficos como edad, genero, procedencia, estado civil y los síntomas de detección de ansiedad y depresión con la Escala Hospitalaria de Ansiedad y Depresión (HAD). Al momento que el paciente ingresa al consultorio se le explico el contenido y cómo llenar la encuesta. Todos los participantes fueron informados acerca del estudio, garantizándole confidencialidad y anonimato de los datos aportados, y posterior a esto, previa lectura, firmaron el consentimiento informado y llenaron la encuesta escala HAD. Luego al terminar la

consulta fueron recogidos de la historia clínica los diagnósticos de las enfermedades que presentaron en ese momento los pacientes. (Véase anexo). Se obtuvo la puntuación para cada subescala, sumando los valores de las frases seleccionadas (rango 0-3) en los ítems respectivos. El rango de puntuación es de 0-21 para cada subescala, que se dividen en 0-7 Normal, 8-10 Dudoso, ≥ 11 Problema clínico. En este trabajo definimos el diagnóstico de ansiedad y depresión un rango mayor de 8 puntos y sin ansiedad y sin depresión menor de 8 puntos.

7. Análisis de Datos

Todos los cálculos estadísticos se realizaron con el programa SPSS 17. Se utilizó para analizar las variables cuantitativas: medidas de tendencia central (media, mediana y moda) y dispersión (desviación estándar, rango, valor máximo y mínimo). Para analizar las variables cualitativas se utilizaron medidas absolutas y relativas de frecuencia, y como comparación descriptiva, la estimación de algunas proporciones y razones deducidas a partir de tablas 2x2 de contingencia. Los resultados fueron graficados en diagramas barras, sectores e histogramas según las variables en cuestión.

8. Aspecto Ético

Todos los componentes del trabajo de investigación fueron llevados a cabo en base a las normas éticas internacionales expuestas en la declaración de Helsinki.

9. Instituciones que apoyan la investigación

Facultad de Medicina, de la Universidad de los Andes.

Instituto Autónomo Hospital Universitario de los Andes.

Postgrado de Medicina Interna de la Universidad de los Andes.

Unidad de Medicina Interna del Instituto Autónomo Hospital Universitario de los Andes.

Biblioteca del Instituto Autónomo Hospital Universitario de los Andes y de la Facultad de Medicina de la Universidad de los Andes.

Servicio de Historias Medicas del Instituto Autónomo Hospital Universitario de los Andes.

Laboratorio Multidisciplinario de Investigaciones Clínico Epidemiológica.

www.bdigital.ula.ve

RESULTADOS

Características demográficas

Tabla 3. Frecuencia y porcentajes de las variables demográficas de los pacientes que acudieron a la consulta de medicina interna del IAHULA en el periodo mayo- junio 2011.

Edad	Frecuencia	Porcentaje
18 – 30	10	4,93
31 – 42	18	8,87
43 – 54	68	33,5
55 – 65	62	30,54
66 – 77	28	13,79
78+	17	8,37

Género		
Masculino	57	28,08
Femenino	146	71,92

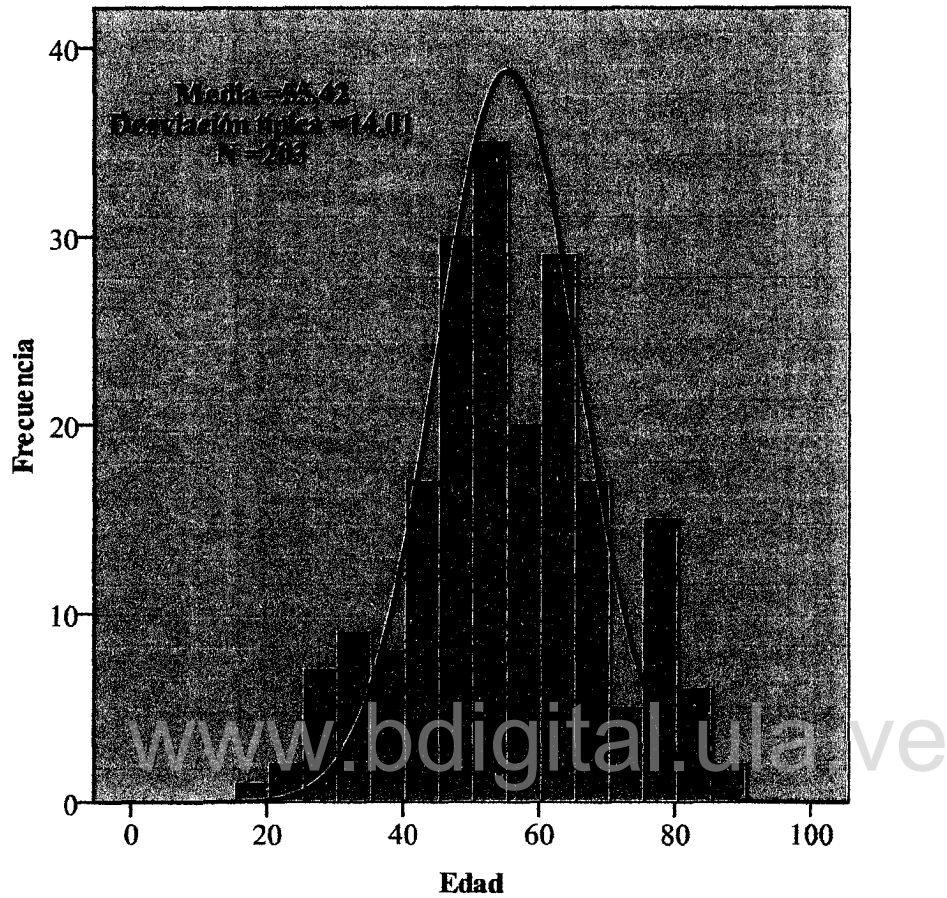
Procedencia		
Urbano	146	71,92
Rural	57	28,08

Estado Civil		
Soltero	68	33,5
Casado	93	45,81
Divorciado	20	9,85
Viudo	15	7,39
Concubino	7	3,45

Se estudió un total de 203 pacientes en la consulta de medicina interna en el periodo mayo - junio 2011, a través de la aplicación de la escala HAD, donde 146 (71,92 %) fueron mujeres y 57 (28 %) fueron hombres. La edad promedio fue de 55,42 años, el rango de edad osciló entre 18 y 89 años. De los 203 pacientes el 71,92 % procedían de área urbana y 28,08 % del área rural. El estado civil fue casados un 45.81% (93 pacientes), solteros 33,5% (68 pacientes), divorciados 9,85 % (20 pacientes), Viudos 7,39 % (15 pacientes) y concubinos 3,45 % (7 pacientes). Ver tabla 3.

www.bdigital.ula.ve

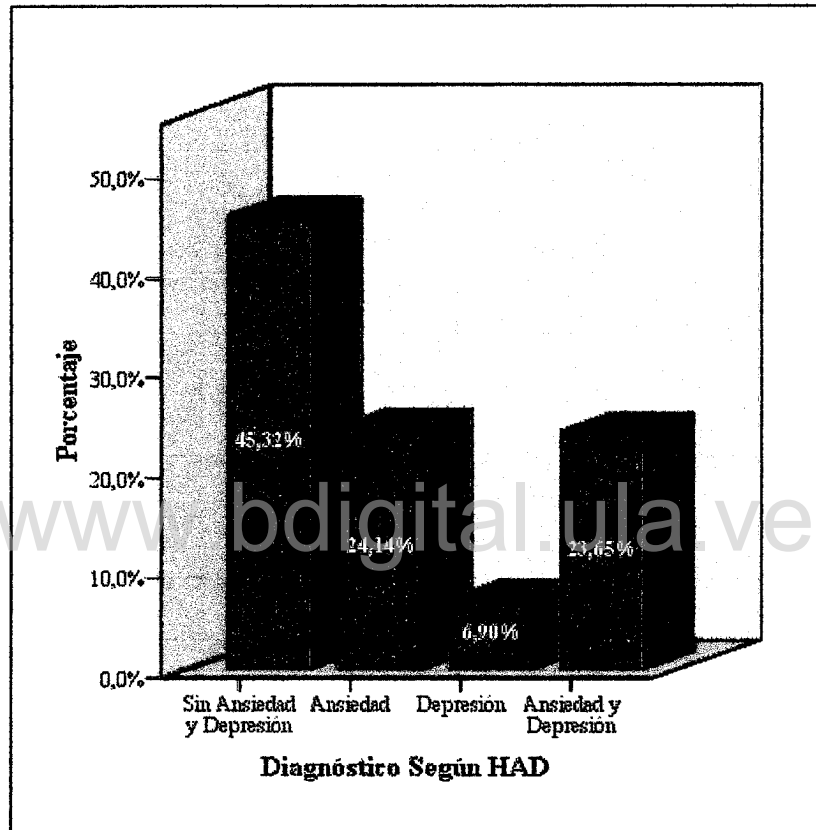
Grafico 1. Histograma de la variable Edad



La edad en los pacientes que acudieron a la consulta de medicina interna vario desde los 18 años hasta 89 años con una media de 55,42 y desviación estándar de 14,01.

Diagnóstico de ansiedad y depresión.

Grafico 2. Porcentaje de pacientes con ansiedad, depresión o ambas según la escala hospitalaria de ansiedad y depresión (HAD) aplicada en la consulta de medicina interna en el IAHULA.



La escala HAD reveló que 49 pacientes (24,1 %) presentaron ansiedad, 14 pacientes (6,9%) presentaron depresión, 48 pacientes (23,6%) presentaron ambas patologías y 92 pacientes (45%) no presentaban sintomatología de ansiedad ni depresión. Ver grafico 2

Tabla 4. Distribución por edad según diagnóstico de la escala HAD aplicada en la consulta de medicina interna en el IAHULA en el periodo de mayo – junio 2011.

		Diagnóstico Según HAD					
			Ansiedad	Depresión	Ansiedad y Depresión	Sin Ansiedad y Depresión	Total
Edad	18 - 30 años	n	1	1	1	7	10
		%	0,5%	0,5%	0,5%	3,4%	4,9%
	31 - 42 años	n	4	1	2	11	18
		%	2,0%	0,5%	1,0%	5,4%	8,9%
	43 - 54 años	n	19	5	16	28	68
		%	9,4%	2,5%	7,9%	13,8%	33,5%
	55 - 65 años	n	16	3	14	29	62
		%	7,9%	1,5%	6,9%	14,3%	30,5%
	66 - 77 años	n	5	2	10	11	28
		%	2,5%	1,0%	4,9%	5,4%	13,8%
	78+ años	n	4	2	5	6	17
		%	2,0%	1,0%	2,5%	3,0%	8,4%
Total		n	49	14	48	92	203
		%	24,1%	6,9%	23,6%	45,3%	100%

Chi-cuadrado de Pearson (X^2): 10,170

Significancia estadística (p): 0,809

La ansiedad y la depresión se distribuyen en todas las edades, según el diagnóstico de la escala HAD. Siendo más frecuente en las categorías de grupo de edad 43 – 65 años, con un 17,3% para ansiedad, 4 % para depresión y 14,8 % para ambas patologías. Ver tabla 4.

Se realizaron las pruebas de significancia estadística entre la variable edad y el diagnóstico según la escala HAD y se obtuvo un valor de $p = 0,809$, indicativa de que no se encontró ninguna relación entre las variables.

Tabla 5. Distribución por género según diagnóstico de la escala HAD aplicada en la consulta de medicina interna en el IAHULA en el periodo de mayo – junio 2011.

		Diagnóstico Según HAD					
			Ansiedad	Depresión	Ansiedad y Depresión	Sin Ansiedad y Depresión	Total
Género	Masculino	n	12	5	10	30	57
		%	5,9%	2,5%	4,9%	14,8%	28,1%
	Femenino	n	37	9	38	62	146
		%	18,2%	4,4%	18,7%	30,5%	71,9%
Total		n	49	14	48	92	203
		%	24,1%	6,9%	23,6%	45,3%	100%

Chi-cuadrado de Pearson (X^2): 2,89

Significancia estadística (p): 0,407

En relación a la distribución por género se encontró que el 14,8% del género masculino no presentaron diagnóstico de ansiedad ni depresión, el 5,9% presentaron ansiedad, el 2,5 % presentaron depresión y 4,9% presentaron ambas patologías. Para el género femenino: el 18,2% presentaron ansiedad, 4,4% depresión, 18,7% ambas, y el mayor porcentaje 30,5% no presentaron Diagnóstico de ansiedad ni depresión. Ver tabla 5. Las pruebas de significancia estadística obtienen un valor de $p= 0,407$ por tanto no se encontró ninguna relación entre las variables, son independientes.

Tabla 6. Distribución por procedencia según diagnóstico de la escala HAD aplicada en la consulta de medicina interna en el IAHULA en el periodo de mayo – junio 2011.

Diagnóstico Según HAD						
		Ansiedad	Depresión	Ansiedad y Depresión	Sin Ansiedad y Depresión	Total
Procedencia	Urbano	n 36	10	31	69	146
		% 17,7%	4,9%	15,3%	34,0%	71,9%
	Rural	n 13	4	17	23	57
		% 6,4%	2,0%	8,4%	11,3%	28,1%
	Total	n 49	14	48	92	203
		% 24,1%	6,9%	23,6%	45,3%	100%

Chi-cuadrado de Pearson (X^2): 1,77

Significancia estadística (p): 0,621

La distribución por procedencia, demostró: En el área urbana: el 17,7% presentaron ansiedad, el 4,9 % depresión, el 15,3 % presentaron ambas patologías y 34% no presentaron Diagnóstico de ansiedad ni depresión. Para el área rural: 6,4% presentaron ansiedad, 2 % depresión, 8,4 % ambas, y el mayor porcentaje 11,3 % no presentaron Diagnóstico de ansiedad ni depresión. Ver tabla 6. Las pruebas de significancia estadística obtienen un valor de $p= 0,621$ por tanto no se encontró ninguna relación entre las variables, son independientes.

Tabla 7. Distribución por estado civil según diagnóstico de la escala HAD aplicada en la consulta de medicina interna en el IAHULA en el periodo de mayo – junio 2011.

Diagnóstico Según HAD							
Estado Civil		n	Ansiedad y Depresión		Sin Ansiedad y Depresión		Total
			Ansiedad	Depresión	Depresión	y Depresión	
Soltero	n	15	7	16	30	68	
	%	7,4%	3,4%	7,9%	14,8%	33,5%	
Casado	n	23	5	21	44	93	
	%	11,3%	2,5%	10,3%	21,7%	45,8%	
Divorciado	n	6	1	5	8	20	
	%	3,0%	0,5%	2,5%	3,9%	9,9%	
Viudo	n	3	0	4	8	15	
	%	1,5%	0,0%	2,0%	3,9%	7,4%	
Concubino	n	2	1	2	2	7	
	%	1,0%	0,5%	1,0%	1,0%	3,4%	
Total	n	49	14	48	92	203	
	%	24,1%	6,9%	23,6%	45,3%	100%	

Chi-cuadrado de Pearson (X^2): 4,79

Significancia estadística (p): 0,965

La ansiedad se distribuye en todas las categorías del estado civil, predominó ligeramente en los casados con 11,3%. No se evidenció depresión en los viudos. Predomina la depresión en los solteros 3,4%. Ambas patologías se presentaron en todas las categorías, siendo más frecuente en los casados con 10,3%. Ver tabla 7. Las pruebas de significancia estadística obtienen un valor de $p= 0,965$, indicativa de que no se encontró ninguna relación entre las variables.

Diagnósticos de la historia clínica relacionado con escala HAD

Tabla 8. Número y porcentaje de los diagnósticos de ansiedad y depresión encontrados en la historia clínica, relacionados con la escala HAD aplicada en la consulta de medicina interna en el IAHULA en el periodo de mayo – junio 2011.

		Diagnósticos Historia Clínica	Diagnóstico según HAD
Ansiedad	n	7	49
	%	3,44%	24,1%
Depresión	n	11	14
	%	5,41%	6,9%
Ansiedad y Depresión	n	1	48
	%	0,49%	23,6%
Sin Ansiedad y Depresión	n	184	92
	%	90%	45%
Total	n	203	203
	%	100%	100%

Chi-cuadrado de Pearson (X^2): 107.61

Significancia estadística (p): 0,00

Se encontró que el 90% de los pacientes no tenían diagnósticos de ansiedad, depresión o ambas en la historia clínica, solo 3,44% historias reportaba diagnóstico de ansiedad, 5,41% historias diagnóstico de depresión y solo 0,49% historia registraba ambas patologías. Al

compararla con el diagnóstico según HAD 24,1% presentaron ansiedad, 6,9% depresión, ambas 23,6% y sin ansiedad y depresión 45%.

Las pruebas de significancia estadística obtienen un valor de $p= 0,00$ indicativa de que si hubo relación estadísticamente significativa entre las variables.

www.bdigital.ula.ve

Tabla 9. Frecuencias y porcentaje de enfermedades reportadas en las historias clínicas de los pacientes que acudieron a la consulta de medicina interna en mayo – junio 2011.

Enfermedades reportadas en historia clínica	Frecuencia	Porcentaje
Hipertensión Arterial	127	62,6%
Dislipidemia	68	33,5%
Obesidad	43	21,2%
Diabetes Mellitus	35	17,2%
Síndrome Metabólico	34	16,7%
ECV	28	13,8%
Insuficiencia Venosa	28	13,8%
Colon Irritable	21	10,3%
Cardiopatía Isquémica	18	8,9%
Hipotiroidismo	17	8,4%
Artrosis	16	7,9%
ERC	11	5,4%
Migraña	6	3%
Artritis	5	2,5%
Hepatopatía Alcohólica	4	2%
Epilepsia	3	1,5%
LES	2	1%
Insomnio	1	0,5%
Fibromialgia	0	0%

ECV: Enfermedad Cerebro Vascular, ERC: Enfermedad Renal Crónica,

LES: Lupus Eritematoso Sistémico.

Las principales enfermedades que se diagnosticaron en la consulta de medicina interna son de características crónicas. También se evidenció que las historias reportaban más de dos diagnósticos, es decir son pacientes con múltiples diagnósticos. La patología que se presentó con mayor frecuencia fue hipertensión arterial.

www.bdigital.ula.ve

Tabla 10. Análisis bivariantes según el diagnóstico HAD con Hipertensión Arterial, Dislipidemia, Obesidad y Diabetes Mellitus.

		Diagnóstico Según HAD					Total	X ²	p
		Ansiedad	Depresión	Ansiedad y Depresión	Sin Ansiedad y Depresión				
Hipertensión Arterial	Presente	n	31	9	29	58	127		
		%	15,3%	4,4%	14,3%	28,6%	62,6%		
	Ausente	n	18	5	19	34	76		
		%	8,9%	2,5%	9,4%	16,7%	37,4%		
	Total	n	49	14	48	92	203	0,13	0,98
		%	24,1%	6,9%	23,6%	45,3%	100%		
Dislipidemia	Presente	n	12	3	13	40	68		
		%	5,9%	1,5%	6,4%	19,7%	33,5%		
	Ausente	n	37	11	35	52	135		
		%	18,2%	5,4%	17,2%	25,6%	66,5%		
	Total	n	49	14	48	92	203	7,70	0,05
		%	24,1%	6,9%	23,6%	45,3%	100%		
Obesidad	Presente	n	7	2	9	25	43		
		%	3,4%	1%	4,4%	12,2%	21,1%		
	Ausente	n	42	12	39	67	160		
		%	20,7%	5,9%	19,2%	33%	78,8%		
	Total	n	49	14	48	92	203	4,67	0,58
		%	24,1%	6,9%	23,6%	45,3%	100%		
Diabetes Mellitus	Presente	n	5	4	11	15	35		
		%	2,5%	2%	5,4%	7,4%	17,2%		
	Ausente	n	44	10	37	77	168		
		%	21,7%	4,9%	18,2%	37,9%	82,8%		
	Total	n	49	14	48	92	203	4,10	0,25
		%	24,1%	6,9%	23,6%	45,3%	100%		

Se evidencia que las primeras patologías registradas en la historia clínica fueron hipertensión arterial, dislipidemia, obesidad y diabetes mellitus. Según el diagnóstico de HAD reporta que los pacientes que tenían el diagnóstico de hipertensión arterial presentan ansiedad 15,3%, depresión 4,4% y ambas patologías 14,3%. Los pacientes con dislipidemia presentan ansiedad 5,9%, depresión 1,5% y ambas patologías 6,4%. Los pacientes con Obesidad presentan ansiedad 3,4%, depresión 1% y ambas patologías 4,4%. Los pacientes con diabetes mellitus presentan ansiedad 2,5%, depresión 2% y ambas patologías 5,4%. Las pruebas de significancia estadística obtienen un valor de p mayor de 0,05 indicativa de que no se encontró ninguna relación entre las variables.

www.bdigital.ula.ve

Tabla 11. Análisis bivariantes según el diagnóstico HAD con Síndrome Metabólico, Enfermedad Cerebrovascular, Insuficiencia Venosa y Colon Irritable.

		Diagnóstico Según HAD					Total	X ²	P
		Ansiedad	Depresión	Ansiedad y Depresión	Sin Ansiedad y Depresión				
Síndrome Metabólico	Presente	n	9	0	5	20	34		
		%	4,4%	0%	2,5%	9,9%	16,7%		
	Ausente	n	40	14	43	72	169		
		%	19,7%	6,9%	21,2%	35,5%	83,3%		
	Total	n	49	14	48	92	203	5,93	0,11
		%	24,1%	6,9%	23,6%	45,3%	100%		
Enfermedad Cerebrovascular	Presente	n	8	2	9	4	28		
		%	3,9%	1%	4,4%	4,4%	13,8%		
	Ausente	n	41	12	39	83	175		
		%	20,2%	5,9%	19,2%	40,9%	86,2%		
	Total	n	49	14	48	92	203	2,5	0,47
		%	24,1%	6,9%	23,6%	45,3%	100%		
Insuficiencia Venosa	Presente	n	7	2	5	14	28		
		%	3,4%	1%	2,5%	6,9%	13,8%		
	Ausente	n	42	12	43	78	175		
		%	20,7%	5,9%	21,2%	38,4%	86,2%		
	Total	n	49	14	48	92	203	0,63	0,89
		%	24,1%	6,9%	23,6%	45,3%	100%		
Colon Irritable	Presente	n	5	3	6	7	21		
		%	2,5%	1,5%	3%	3,4%	10,3%		
	Ausente	n	44	11	42	85	182		
		%	21,7%	5,4%	20,7%	41,9%	89,7%		
	Total	n	49	14	48	92	203	2,83	0,41
		%	24,1%	6,9%	23,6%	45,3%	100%		

Según el diagnóstico de HAD reporta que los pacientes con diagnóstico de síndrome metabólico presentan ansiedad 4,4%, depresión 0% y ambas patologías 2,5%. Los pacientes con enfermedad cerebrovascular presentan ansiedad 3,9%, depresión 1% y ambas patologías el 4,4%. Los pacientes con insuficiencia venosa presentan ansiedad 3,4%, depresión 1% y ambas patologías el 2,5%. Los pacientes con colon irritable presentan ansiedad 2,5%, depresión 1,5% y ambas patologías el 3%.

Las pruebas de significancia estadística obtienen un valor de p mayor de 0,05 indicativa de que no se encontró ninguna relación entre las variables.

www.bdigital.ula.ve

Tabla 12. Análisis bivariantes según el diagnóstico HAD con Cardiopatía Isquémica, Hipotiroidismo, Artrosis, Enfermedad renal crónica.

		Diagnóstico Según HAD				Total	X ²	p
		Ansiedad	Depresión	Ansiedad y Depresión	Sin Ansiedad y Depresión			
Cardiopatía Isquémica	Presente	n	5	1	5	7	18	
		%	2,5%	0,5%	2,5%	3,4%	8,9%	
	Ausente	n	44	13	43	85	185	
		%	21,7%	6,4%	21,2%	41,9%	91,1%	
	Total	n	49	14	48	92	203	0,48 0,92
		%	24,1%	6,9%	23,6%	45,3%	100%	
Hipotiroidismo	Presente	n	8	1	5	3	17	
		%	3,9%	0,5%	2,5%	1,5%	8,4%	
	Ausente	n	41	13	43	89	186	
		%	20,2%	6,4%	21,2%	43,8%	91,6%	
	Total	n	49	14	48	92	203	7,4 0,05
		%	24,1%	6,9%	23,6%	45,3%	100%	
Artrosis	Presente	n	5	1	6	4	16	
		%	2,5%	0,5%	3%	2%	7,9%	
	Ausente	n	44	13	42	88	187	
		%	21,7%	6,4%	20,7%	43,3%	92,1%	
	Total	n	49	14	48	92	203	3,36 0,33
		%	24,1%	6,9%	23,6%	45,3%	100%	
Enfermedad Renal Crónica	Presente	n	4	1	3	3	11	
		%	2%	0,5%	1,5%	1,5%	5,4%	
	Ausente	n	45	13	45	89	192	
		%	22,2%	6,4%	22,2%	43,8%	94,6%	
	Total	n	49	14	48	92	203	1,70 0,63
		%	24,1%	6,9%	23,6%	45,3%	100%	

Según el diagnóstico de HAD reporta que los pacientes con diagnóstico de cardiopatía isquémica presentan ansiedad 2,5%, depresión 0,5% y ambas patologías 2,5%. Los pacientes con Hipotiroidismo, presentan ansiedad 3,9%, depresión 0,5% y ambas patologías el 2,5%. Los pacientes con artrosis, presentan ansiedad 2,5%, depresión 0,5% y ambas patologías el 3%. Los pacientes con enfermedad renal crónica presentan ansiedad 2%, depresión 0,5% y ambas patologías el 1,5%.

Las pruebas de significancia estadística obtienen un valor de p mayor de 0,05 indicativa de que no se encontró ninguna relación entre las variables.

www.bdigital.ula.ve

Tabla 13. Análisis bivariantes según el diagnóstico HAD con Migraña, Artritis, Hepatopatía alcohólica, Epilepsia.

		Diagnóstico Según HAD					Total	X ²	p
		Ansiedad	Depresión	Ansiedad y Depresión	Sin Ansiedad y Depresión				
Migraña	Presente	n	2	1	3	0	6		
		%	1%	0,5%	1,5%	0%	3%		
	Ausente	n	47	13	45	92	197		
		%	23,2%	6,4%	22,2%	45,3%	97%		
	Total	n	49	14	48	92	203	5,69	0,12
		%	24,1%	6,9%	23,6%	45,3%	100%		
Artritis	Presente	n	1	0	1	3	5		
		%	0,5%	0%	0,5%	1,5%	2,5%		
	Ausente	n	48	14	47	89	198		
		%	23,6%	6,9%	23,2%	43,8%	97,5%		
	Total	n	49	14	48	92	203	0,66	0,88
		%	24,1%	6,9%	23,6%	45,3%	100%		
Hepatopatía Alcohólica	Presente	n	0	1	2	1	4		
		%	0%	0,5%	1%	0,5%	2%		
	Ausente	n	49	13	46	91	199		
		%	24,1%	6,4%	22,7%	44,8%	98%		
	Total	n	49	14	48	92	203	4,49	0,21
		%	24,1%	6,9%	23,6%	45,3%	100%		
Epilepsia	Presente	n	0	0	1	2	3		
		%	0%	0%	0,5%	1%	1,5%		
	Ausente	n	49	14	47	90	200		
		%	24,1%	6,9%	23,2%	44,3%	98,5%		
	Total	n	49	14	48	92	203	1,37	0,71
		%	24,1%	6,9%	23,6%	45,3%	100%		

Según el diagnóstico de HAD reporta que los pacientes con diagnóstico de Migraña presentan ansiedad 1%, depresión 0,5% y ambas patologías 1,5%. Los pacientes con artritis presentan ansiedad 0,5%, depresión 0% y ambas patologías el 0,5%. Los pacientes con hepatopatía alcohólica no presentaron ansiedad, depresión 0,5% y ambas patologías el 1%. Los pacientes con epilepsia no presentaron ni ansiedad ni depresión. Las pruebas de significancia estadística obtienen un valor de p mayor de 0,05 indicativa de que no se encontró ninguna relación entre las variables.

www.bdigital.ula.ve

DISCUSIÓN

En nuestro estudio, encontramos que la frecuencia de ansiedad (24,14%) y depresión (6,9%) se encuentra dentro del porcentaje encontrado en la revisión bibliográfica de las diferentes consultas hospitalarias que oscila entre un 8 a 36% para ansiedad y para depresión entre un 5 a 23 %.^{15, 29-33, 49}. Un estudio donde detectaron ansiedad y depresión en la consulta de medicina interna del área metropolitana de Caracas en el 2011, y aplicaron como instrumento de medida los criterios diagnósticos del Diagnostic and Statistical Manual of Mental Disorders, 4th ed (DSM-IV) obtuvieron para depresión una frecuencia solo del 7,6% y para ansiedad del 13,8 %.¹⁵ Al compararlo con nuestro trabajo, observamos que la frecuencia de ansiedad se duplica (24,1%) y para la depresión (6,9%) no hay gran diferencia.

Por otra parte, en nuestro estudio encontramos que los síntomas de ansiedad 18,2% aparecen 3 veces más en las mujeres que en los hombres, y los síntomas de depresión 4,4% se duplican en las mujeres al compararlo con los hombres. Estos hallazgos son similares a otros estudios previos.^{29-30, 32, 49-50} Posiblemente debido a que las mujeres acuden más a las consultas hospitalarias que los hombres, y que las mismas, están más en contacto con sus emociones. Por otra parte, es posible que ellas estén más expuestas a mayor responsabilidad y estrés que los hombres al tener que soportar la doble jornada (hogar-trabajo).

Además, el diagnóstico de depresión se presentó más en los solteros, siendo diferente a lo que reporta la bibliografía que es más frecuente en solteros y divorciados. La soledad es un

serio factor de riesgo para los trastornos del estado de ánimo, mientras que el matrimonio y la compañía ejerce una acción protectora sobre la ansiedad y depresión.³⁹

En este estudio no se estableció relación estadísticamente significativa entre los síntomas de ansiedad y depresión según la escala HAD con las variables edad, género, estado civil y procedencia. (p mayor de 0,05 en todas las variables). Estos resultados coincide con los estudios realizados en la consulta de oncología en Venezuela en el IAHULA³⁴, y otro en Colombia.³⁰

Cabe destacar que solo en 7 (3,4%) de las historias clínicas fue registrado el diagnóstico de ansiedad que al aplicarle la escala HAD reportó 49 (24,1%) pacientes con dicho síndrome. Sin embargo, el diagnóstico de depresión fue reportado en 11 (5,41%) pacientes en la historia clínica y según la escala HAD reflejó una frecuencia similar 14 (6,9%). Con ambas patologías solo se registró 1 (0,49%) diagnóstico en la historia clínica y según la escala HAD 48 pacientes, es decir el 23,6% presentaron ansiedad y depresión. Las pruebas de significancia estadística obtienen un valor de $p= 0,00$ indicativa de que si hubo relación entre las variables. Por lo que podemos afirmar que en la consulta de medicina interna hay un subdiagnóstico importante de ansiedad y depresión, fundamentalmente de la ansiedad, más no ocurre con el diagnóstico de depresión en el que las cifras fueron similares.

Los trastornos de ansiedad y depresión son importantes en la predisposición, el desencadenamiento, progresión o exacerbación de las enfermedades. En este estudio se registraron los diagnósticos de las enfermedades de los pacientes que acudieron a la

consulta de medicina interna en el periodo mayo – junio 2011, a través de revisión de la historia donde predominaron 18 patologías (Ver tabla 11), siendo la hipertensión arterial la de mayor frecuencia. Igualmente se apreció que predominaron en el registro patologías crónicas degenerativas y que cada paciente tenía más de dos diagnósticos registrados. Quizás esto haya sido la razón por lo cual no hubo relación estadísticamente significativa (p mayor a 0,05) entre las enfermedades diagnosticadas en la historia clínica con los diagnósticos de ansiedad y depresión según la escala HAD.

www.bdigital.ula.ve

CONCLUSIONES

- ✓ Los síntomas de ansiedad y depresión son elevados en la consulta de medicina interna del IAHULA según la escala HAD. Reporto para ansiedad 49 (24,1%) pacientes, con depresión 14 (6,9%) pacientes, con ambas patologías 48 (23,6%) pacientes y sin ansiedad y sin depresión a 92 (45%) pacientes.
- ✓ Tanto la ansiedad y la depresión predominó en el grupo de edad de 43 a 64 años, en el sexo femenino, en los habitantes de zona urbana, de acuerdo al estado civil, se observó mayor frecuencia en solteros y casados.
- ✓ Solo se registraron en la historia clínica 7 (3,4%) pacientes con ansiedad y 11 (5,41%) con depresión y con ambas patologías solo se registro 1 (0,49%) paciente, sin ansiedad y sin depresión 184 (90%) pacientes. Se concluye que en la consulta de medicina interna hay un subdiagnóstico de ansiedad y depresión, fundamentalmente de ansiedad.
- ✓ Las enfermedades que predominan son de características crónicas degenerativa.

RECOMENDACIONES

- ✓ La Escala HAD es útil y fácil de usar para la detección precoz de síntomas ansiosos y depresivos en la consulta de medicina interna, por lo que debería utilizarse de manera habitual.
- ✓ Detectar oportunamente los síntomas de ansiedad y depresión, a fin de tratarlos precozmente y evitar que aumenten las manifestaciones físicas al igual que la comorbilidad.
- ✓ Fomentar la investigación sobre los trastornos afectivos asociados a comorbilidad en la consulta de medicina interna del IAHULA, para determinar las características propias de nuestra población y en función de estos hallazgos, desarrollar estrategias de intervención que permitan optimizar los recursos.
- ✓ Capacitar académicamente al residente de medicina interna para diagnosticar los trastornos de ansiedad y depresión.
- ✓ Referir a la consulta externa de Psiquiatría los casos diagnosticados de ansiedad y depresión.

BIBLIOGRAFÍA

1. Luna M LHZ, YC Colmenares, CA Maestre. Ansiedad y Depresión. Archivos Venezolanos de Farmacología y Terapéutica 2001;20:111-2.
2. Vallejo Ruiloba J. CGF. Trastornos Afectivos: Ansiedad y Depresión. 2ª ed. Barcelona; 2000.
3. Campos M.S., Martínez-Larrea JA. Affective disorders: analysis of their comorbidity in the more frequent psychiatric disorders. ANALES Sis San Navarra 2002;25:117-36.
4. OMS. Prevención de los Trastornos Mentales: Intervenciones Efectivas y Opciones de Políticas. Ginebra: OMS.: Informe del Departamento de Salud Mental y Abuso de Sustancias de la Organización Mundial de la Salud; 2004.
5. Salud OMDI. Estadísticas Sanitarias Mundiales Enfermedades Mentales: la depresión empeora la salud de las personas con enfermedades crónicas: Organización Mundial de la Salud; 2007.
6. Dennis L. Kasper EB, Anthony S. Fauci, Stephen L. Hauser, Dan L. Longo, Larry Jameson, y Kurt J. Isselbacher, Eds. Harrison Principios de Medicina Interna. 16 ed; 2004.
7. Cobo Gómez JV. El concepto de depresión. Historia, definicion(es), nosología, clasificación. In. España.: <http://www.psiquiatria.com/articulos/depresion/21833/>; 2005.
8. Fernández JV. Salud Mental: Depresion con ansiedad. Salud Global 2002;2.
9. Medina-Mora ME BG, 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 Agosto 2003;26:1-16.

10. Serrano G. Informe preliminar de Estudio Nacional de Salud Mental. Colombia: Ministerio de protección social de la república de Colombia; 2003.
11. Benjamín Vicente PR, Sandra Saldivia, Robert Kohn, Silverio Torres. Prevalence of psychiatric disorders in Chile (DSM-III-R/CIDI). Rev méd Chile 2003;130.
12. Caraveo-Anduaga J CE, Saldívar G. Estudio clínico-epidemiológico de los trastornos depresivos. Salud mental 1999;22:7-17.
13. Gomez Restrepo BA, Pinto Masis, Gil Laverde, Rondón Sepúlveda M, Díaz-Granados. Prevalencia de depresión y factores asociados con ella en la población colombiana. Rev Panam Salud Publica 2004;16:378-86.
14. OPS O. 43er Consejo Directivo de la OPS, 53.a Sesión del Comité Regional de la OMS para Las Americas. Washington D.C. U.S.A.: OPS; 2001.
15. Marsiglia I. Estudio clínico y epidemiológico de la ansiedad y la depresión en una muestra de 1159 pacientes. Gac Méd Caracas 2010;118:3-10.
16. Fernandez P. Emociones y salud. In. Barcelona: Psicología de la Salud; 1999.
17. Leventhal P, Hirschman. Preventive health behavior across the life-span. Prevention in health psychology 1985.
18. Nezu A M NCMYBSE. Sense of humor as a moderator of the relation between stressful events and psychological distress: A prospective analysis. Journal of Personality and Social Psychology 1988;54:520-5.
19. Piqueras Rodríguez José Antonio AEMG, Victoriano Ramos Linares y cols. Ansiedad, depresión y salud. Suma Psicológica 2008, Bogotá;15:43-74.

20. Espinosa Amilcar Jc, Miguel Zamora, Alicia Arronte, Ernesto Krug, Roberto Olivares et al. . Guía de práctica clínica para el diagnóstico y tratamiento de depresión en los adultos mayores. *Salud Mental* 2007;30:69-80.
21. Vilchis-Aguila I Andrea RS-D, Alberto López-Avila, Víctor Hugco Córdova-Pluma. 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. *Med Int Mex* 2010;26:5-10.
22. Caro I IE. La Escala Hospitalaria de Ansiedad y Depresión: su utilidad práctica en psicología de la salud. *Bol Psicol* 1992;36:43-69.
23. Kop G, Tangen, Fried, Mcburnie, Walston, Newman. Inflammation and coagulation factor in persons > 65 years of age with symptoms of depression but without evidence of myocardial ischemia. *American Journal of Cardiology* 2002;89.
24. Cano Vindel Antonio JJMT. Ansiedad y Estrés. In: <http://www.psiquiatria.com/articulos/ansiedad/8652>; 2001.
25. Ibor L. Ansiedad y depresión, reacciones emocionales frente a la enfermedad. *An Med Interna Madrid* 2007;24:209-11.
26. Italo. M. Ansiedad y depresión en la práctica de la medicina interna. *Medicina interna, educación médica y comunidad* 2001, Caracas;17.
27. Piqueras Rodríguez José Antonio AEMG, Victoriano Ramos Linares y cols. Ansiedad, depresión y salud. *Suma Psicológica* 2008, Bogotá;15:43-74.
28. Monsalve V. GC-O, A. Mínguez y J. A. de Andrés. Ansiedad y depresión en pacientes domiciliarios frente a pacientes ambulatorios con dolor crónico. *Rev Soc Esp Dolor* 2000.;7:6-11.

29. Vinaccia Stefano HF, Omar Amador, Ruht Estela Tamayo, Aida Vasquez, Francoise contreras et al. Quality of Life, Anxiety and Depression in patients Diagnosed with Irritable Bowel Syndrome (IBS). *Terapia Psicológica* Diciembre, 2005;23:65-74.
30. Suárez Alejandra PA, Diana Caballero y Lina Cuca. Síntomas de Ansiedad y Depresión en un grupo de pacientes oncológicos del Hospital Departamental de Villavicencio. Colombia: Universidad El Bosque; 2005.
31. Millán Ricardo CG, Fabián Gil, Gabriel Oviedo, Felipe Villegas. 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. *Rev Colomb Psiquiat* 2009;38:622-34.
32. Roupas Z KA, Sotiropoulou P, Makriniika E, Marneras X, Lahana I, Gourni M. Anxiety and depression in patients with type 2 diabetes mellitus, depending on sex and body mass index. *Health Science Journal* 2009;1:32-40.
33. Freire Mercedes JR, Ingrid Möller, Antonio Valcárcel, Carmelo Tornero, Gemma Díaz, Yolanda Armendáriz, y Silvia Paredes. Prevalencia de síntomas de ansiedad y de depresión en pacientes con artritis psoriásica en consultas de reumatología. *Reumatol Clin* 2011.;7:20-6.
34. Zavala A. Síntomas de Ansiedad y Depresión en los Pacientes de Consulta de Primera de la Unidad de Oncología del Instituto Autónomo Hospital Universitario de los Andes Durante el periodo Junio - Agosto 2008. Merida: Universidad de los Andes; 2008.
35. Kaplan S. Sinopsis de Psiquiatría. In: Wilkins LW, ed. 10ª. ed. España; 2009.
36. Ruiloba. JV. Introducción a la Psicopatología y la Psiquiatría. In: Masson. E, ed. 6ª. ed. España.; 2009.
37. Strike C SA. Depression, stress and the heart. *Heart* 2002;88:441-2.

38. Watkins I BA, Carney M. Association of anxiety with reduced baroreflex cardiac control in patients after acute myocardial infarction. *Am Heart J* 2002;143:460.
39. Kaplan S. SINOPSIS DE PSIQUIATRIA. In: Wilkins LW, ed. 10ª. ed. España; 2009.
40. López-Ibor JJ V. DMS-IV-TR-AP. Manual diagnóstico y estadístico de los trastornos mentales. Barcelona; 2004.
41. Ruiloba JV. Introduccion a la Psicopatologia y la Psiquiatria. In: Masson. E, ed. 6ª. ed. España.; 2009.
42. Jordan A, Doherty. EULAR recommendations 2003: An evidence based approach to the management of knee osteoarthritis: Report of a task force of the Standing Committee for International Clinical Studies Including Therapeutic Trials (ESCISIT). *Ann Rheum Dis* 2003;62:1145-55.
43. Rico J RM, 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;3:73-86.
44. Zigmond AS SR. The Hospital Anxiety and Depression Scale. *Acta Psychiatr Scand* 1983.;67:361-70.
45. Moorey S GS, Watson M, Gorman C et al. The Factor Structure and Factor Stability of the Hospital Anxiety and Depression Scale in Patients with Cancer. *Br J Psychiatry* 1991.;158.:255-9.
46. Ioannis Michopoulos AD, Christina Kalkavoura, Christos Christodoulou, Panayiota Michalopoulou, et al. Hospital Anxiety and Depression Scale (HADS): validation in a Greek general hospital sample. *Annals of General Psychiatry* 2008;7:1-5.

47. Wenru Wang SYC, David R Thompson and Sheila F Twinn. A psychometric evaluation of the Chinese version of the Hospital Anxiety and Depression Scale in patients with coronary heart disease. *Journal of Clinical Nursing* 2009;18:2436-43.
48. Perez A RN, Gil JFA, Ramirez G. A computer programa to estimate the required sample size and power in clinical research. *journal of clinical epidemiology* 1999;52:38.
49. Monsalve V CO, Mínguez, A. de Andrés. Ansiedad y depresión en pacientes domiciliarios frente a pacientes ambulatorios con dolor crónico. *Rev Soc Esp Dolor* 2000.;7:6-11.
50. Zhang Cai-Xia Y-MC, Wei-Qing Chen. Association of psychosocial factors with anxiety and depressive symptoms in Chinese patients with type 2 diabetes, research and clinical practice. *Diabetes Research and Clinical Practice* 2008;79:523-30.

www.bdigital.ula.ve

ANEXO 1

Ansiedad y Depresión en la Consulta de Medicina Interna

Trabajo de investigación

CONSENTIMIENTO INFORMADO

Sr(a):

Ante todo reciba un cordial saludo. Me dirijo a usted con la finalidad de informarle que la Dra. Evelyn Velásquez, residente de medicina interna, bajo la tutoría de la Dra. Tivizay Molina, profesora asociada de la Facultad de Medicina. Adjunto del servicio de Medicina interna, estamos realizando un trabajo especial de grado, tipo encuesta y de revisión de historia clínica, que trata de determinar la frecuencia de síntomas de ansiedad y depresión asociados a las enfermedades de los pacientes de la Consulta de Medicina Interna, del Instituto Autónomo Hospital Universitario de los Andes, en el periodo mayo a julio 2011.

Consentimiento de participación en el estudio: el presente estudio será de la absoluta confidencialidad de los autores, y los datos obtenidos en la realización del mismo no serán utilizados para ningún fin distinto a los objetivos de la investigación, por lo que su identidad y resultados quedan protegidos por el secreto médico.

Yo; _____, titular de C.I. _____; acepto voluntariamente participar en este estudio, así mismo me comprometo que la información emitida será confiable.

Firma

Escala Hospitalaria de Ansiedad y Depresión

Hoja de Recolección de Datos			
Nombre y Apellido			
Edad:	Sexo: Masculino <input type="checkbox"/> Femenino <input type="checkbox"/>	Procedencia: Rural <input type="checkbox"/> Urbano <input type="checkbox"/>	
Estado Civil:	Teléfono:	Nº Historia:	
Escala Hospitalaria de Ansiedad y Depresión			
Este cuestionario ha sido confeccionado para ayudar a que su médico sepa cómo se siente usted afectiva y emocionalmente. Lea cada frase y marque la respuesta que más se ajusta a cómo se sintió usted durante la semana pasada. No piense mucho las respuestas. Lo más seguro es que si contesta deprisa, sus respuestas podrán reflejar mejor cómo se encontraba usted durante la semana pasada.			
1. Me siento tenso o "nervioso" <input type="checkbox"/> Todos los días <input type="checkbox"/> Muchas veces <input type="checkbox"/> A veces <input type="checkbox"/> Nunca		8. Me siento como si cada día estuviera más lento <input type="checkbox"/> Por lo general, en todo momento <input type="checkbox"/> Muy a menudo <input type="checkbox"/> A veces <input type="checkbox"/> Nunca	
2. Todavía disfruto con lo que antes me gustaba <input type="checkbox"/> Como siempre <input type="checkbox"/> No lo bastante <input type="checkbox"/> Sólo un poco <input type="checkbox"/> Nada		9. Tengo una sensación de "aleteo" en el estómago <input type="checkbox"/> Nunca <input type="checkbox"/> En ciertas ocasiones <input type="checkbox"/> Con bastante frecuencia <input type="checkbox"/> Muy a menudo	
3. Tengo una sensación de miedo, como si algo horrible me fuera a suceder <input type="checkbox"/> Definitivamente, y es muy fuerte <input type="checkbox"/> Sí, pero no es muy fuerte <input type="checkbox"/> Un poco, pero no me preocupa <input type="checkbox"/> Nada		10. He perdido interés por mi aspecto personal <input type="checkbox"/> Totalmente <input type="checkbox"/> No me preocupo tanto como debiera <input type="checkbox"/> Podría tener un poco más de cuidado <input type="checkbox"/> Me preocupo al igual que siempre	
4. Puedo reírme y ver el lado divertido de las cosas <input type="checkbox"/> Al igual que siempre lo hice <input type="checkbox"/> No tanto ahora <input type="checkbox"/> Casi nunca <input type="checkbox"/> Nunca		11. Me siento inquieto, y no puedo parar de moverme <input type="checkbox"/> Mucho (del 1 al 10) <input type="checkbox"/> Bastante (del 1 al 8) <input type="checkbox"/> No mucho <input type="checkbox"/> Nada	
5. Tengo mi mente llena de preocupaciones <input type="checkbox"/> La mayoría de las veces <input type="checkbox"/> Con bastante frecuencia <input type="checkbox"/> A veces, aunque no muy a menudo <input type="checkbox"/> Sólo en ocasiones		12. Me siento optimista respecto al futuro <input type="checkbox"/> Igual que siempre <input type="checkbox"/> Menos de lo que acostumbraba <input type="checkbox"/> Mucho menos de lo que acostumbraba <input type="checkbox"/> Nada	
6. Me siento alegre <input type="checkbox"/> Nunca <input type="checkbox"/> No muy a menudo <input type="checkbox"/> A veces <input type="checkbox"/> Casi siempre		13. Me asaltan sentimientos repentinos de miedo <input type="checkbox"/> Muy frecuentemente <input type="checkbox"/> Bastante a menudo <input type="checkbox"/> No muy a menudo <input type="checkbox"/> Nada	
7. Puedo estar sentado y sentirme relajado <input type="checkbox"/> Siempre <input type="checkbox"/> Por lo general <input type="checkbox"/> No muy a menudo <input type="checkbox"/> Nunca		14. Me divierto con un buen libro, la radio o la televisión <input type="checkbox"/> A menudo <input type="checkbox"/> A veces <input type="checkbox"/> No muy a menudo <input type="checkbox"/> Rara vez	

EL RESTO DE LA ENCUESTA SERÁ COMPLETADA POR EL MEDICO, GRACIAS POR SU COLABORACION.