
ARTÍCULO DE INVESTIGACIÓN

ANSIEDAD, DEPRESIÓN, ESTRÉS Y APOYO SOCIAL PERCIBIDO EN EL PROCESO DE HOSPITALIZACIÓN DE LA SOCIEDAD DE CIRUGÍA HOSPITAL DE SAN JOSÉ DE LA CIUDAD DE BOGOTÁ-COLOMBIA

ANXIETY, DEPRESSION, STRESS AND PERCEIVED SOCIAL SUPPORT IN THE HOSPITALIZATION PROCESS OF THE HOSPITAL OF SAN JOSÉ AT BOGOTÁ-COLOMBIA

NIDIA YINETH PRECIADO-DUARTE^{1*}, DANIELA TRUJILLO-MADRIGAL, HÉCTOR FABIO ROJAS-ESPITIA
¹FUNDACIÓN UNIVERSITARIA DE CIENCIAS DE LA SALUD FUCS, BOGOTÁ-COLOMBIA

FECHA RECEPCIÓN: 20/10/2017 • FECHA ACEPTACIÓN: 28/11/2017

Para citar este artículo: Preciado-Duarte, N., Trujillo-Madrigal, D., & Rojas-Espitia, H. (2018). Ansiedad, depresión, estrés y apoyo social percibido en el proceso de hospitalización de la Sociedad de Cirugía Hospital de San José de la ciudad de Bogotá-Colombia. *Psychologia*, 12(1), 71-87. doi: 10.21500/19002386.3263

Resumen

Se determinó la presencia de ansiedad, depresión, estrés y apoyo social percibidos en el proceso de hospitalización, en una muestra probabilística de 232 personas, con un protocolo que incluyó entrevista semiestructurada, inventario de depresión de Beck (BDI), Escala de ansiedad y depresión hospitalaria (HADS) (subescala de ansiedad), entrevista de apoyo social basada en la escala de Zimet y Escala de estrés percibido (PSS-14). Los resultados indican presencia de depresión en el 55% y de ansiedad en el 16% de los participantes, estrés percibido en promedio de 24.50 *DE*: 7.45 y mayor apoyo social percibido por parte de personas significativas y familiares. En relación con las variables socio-demográficas, se encontró mayor depresión en los adultos tardíos de sexo masculino, en unión libre y con estancia hospitalaria larga. La ansiedad y el estrés percibido fueron superiores en las mujeres solteras con estancia hospitalaria corta. El apoyo social percibido fue menor en los adultos de sexo masculino, casados y con estancia hospitalaria media. Se concluyó que es fundamental profundizar en la relación de las variables estudiadas para su correcto y oportuno tratamiento con un enfoque biopsicosocial, lo que es coherente con reportes de la literatura.

Palabras clave: ansiedad, depresión, estrés percibido, apoyo social percibido, hospitalización.

¹ Psicóloga, Mag. en Psicología, Esp. En Psicología Médica y de la Salud, Esp. en Docencia Universitaria. Docente de planta Fundación Universitaria de Ciencias de la Salud FUCS. Citación Preciado-Duarte N. Y. Recepción de correspondencia: nypreciado@fucsalud.edu.co.

Abstract

Presence of anxiety, depression, stress and social support perceived was determined in the hospitalization process, in a probabilistic sample of 232 people, with a protocol that included Semistructured Interviews, Beck's Depression Inventory (BDI), Hospital Anxiety and Depression Scale (HADS) (anxiety subscale), Social Support Interview based on the Zimet's scale and Perceived Stress Scale (PSS-14). The results include 55% depression and 16% anxiety, average stress of 24.50 *DE*: 7.45 and higher perceived social support from families and significant others's side. About sociodemographic variables, greater depression was found in late male adults, unmarried with long hospitalization. Anxiety and perceived stress was higher in single women who have short hospitalization, finally perceived social support was lower in adult men, married and with average hospital stay. It is concluded, that is fundamental to merge on the relationship of the studied variables in order to get an accurate and appropriate treatment with a biopsychosocial approach in according to the literature.

Keywords: anxiety, depression, perceived stress, perceived social support, hospitalization.

Introducción

El surgimiento de la psicología de la salud se dio en los años 70, cuando se reconoció la importancia de la integración de los conocimientos derivados de la psicología con los de la medicina. Este avance permitió observar la repercusión del comportamiento, las creencias, las emociones, la personalidad, las relaciones sociales y los estilos de afrontamiento sobre el proceso de salud-enfermedad (Snooks, 2009). De ahí que Taylor (2015) mencione como los principales intereses de la psicología de la salud a la prevención de la enfermedad, el manejo de las respuestas emocionales experimentadas tras el diagnóstico y los mecanismos de afrontamiento empleados por las personas, con el fin de mitigar los efectos que la enfermedad produce en el sujeto, su familia y su entorno.

De igual forma, la aplicación del modelo biopsicosocial al interior de los contextos médicos y hospitalarios materializó los presupuestos teóricos de la psicología de la salud, ya que puso de manifiesto la existencia de factores psicológicos, biológicos y sociales, que se relacionan entre sí y determinan los procesos de salud-enfermedad (Biderman, Yeheskel, & Herman, 2005).

Desde la perspectiva de la atención médica, el informe de la Asociación Colombiana de Empresas de Medicina (ACEMI) (2015) estimó que la frecuencia del uso de los servicios hospitalarios para el año 2013 fue de 40.5 por cada 1000 afiliados. De ellos, la población de 60 años o más se caracterizó por tener las frecuencias de hospitalización más altas, con 85.5 veces por cada 1000

afiliados. Aspecto que representa un elevado costo económico para los sistemas de salud debido a la alta frecuencia y la larga internación, por lo cual, la psicología de la salud debe ocuparse de plantear medidas que no solo reduzcan la estancia hospitalaria y contengan su impacto emocional, sino que consideren la hospitalización como un recurso que se debe implementar en casos estrictamente necesarios (Asociación Colombiana de Empresas de Medicina, 2013).

Esto fue reafirmado por Mora, Barreto y García (2015), quienes estudiaron las variables que mediaban la estancia hospitalaria de los pacientes, al interior de una institución de cuarto nivel; se concluyó que los riesgos de infección, las alteraciones psicológicas, los cambios en la red de apoyo y las características del sistema de salud son los aspectos determinantes de la prolongación del tiempo de estadía de los pacientes en las instituciones, demostrando la necesidad de intervenir sobre cada aspecto para reducir la permanencia e incrementar la calidad de los servicios asistenciales. En la misma línea, López, Pastor y Neipp (2013) afirmaron que las alteraciones psicológicas que se derivan de la hospitalización están directamente relacionadas con una baja percepción de control, que a su vez favorece la presentación de alteraciones emocionales como ansiedad y depresión, repercutiendo de manera negativa en el proceso de atención médica y recuperación de la salud.

A partir de lo anterior, diversos autores han conducido estudios para determinar la presencia de depresión y ansiedad al interior de los contextos hospitalarios encontrando prevalencias de depresión entre 21% a 95.3%, con variación de leve a grave (Huffman et al., 2006; Ma-

sood, Salim, Nasim, Khalid, & Afzal, 2007; Solaro et al., 2016), y de ansiedad entre el 34.8% y el 48.8% (Meneghetti, Guidolin, Zimmermann, & Sfoglia, 2017; Soares et al., 2009; Yohannes, Baldwin, & Connolly, 2008).

Sin embargo, las reacciones de ansiedad y depresión no son las únicas asociadas a la hospitalización, también se ha estudiado la percepción subjetiva de estrés y el apoyo social percibido (Stark & Brinkley, 2007; Roohafza et al., 2016; Tramonti, Gerini, & Stamaccia, 2015; Xu et al., 2015). Producto de las investigaciones referidas, las reacciones emocionales encontradas en pacientes hospitalizados son reconocidas como variables que median entre la atención médica, la estancia hospitalaria y la calidad de la atención percibida al interior de las instituciones, porque se vinculan con una mayor exacerbación de síntomas, menor efectividad de los tratamientos recibidos y baja adherencia al tratamiento, alcanzando un alto impacto en la vida del enfermo (Pachi, Bratis, Mousas, & Tselebis, 2013; Wu et al., 2013).

Específicamente, se ha reportado que la depresión es un factor de riesgo para el desarrollo de enfermedades cardiovasculares y un elemento que incrementa la morbilidad y la mortalidad en los pacientes coronarios (Van et al., 2004). Además, Gado, Basony, Ibrahim, Shady y Affara (2015) concluyeron que la presencia de ansiedad en pacientes con enfermedad pulmonar obstructiva crónica disminuye la calidad de vida por la exacerbación de síntomas, al tiempo que aumenta la estancia hospitalaria y los reingresos a los servicios de salud. Con respecto al estrés percibido en mujeres gestantes hospitalizadas, se encontró que su presencia constante, junto con síntomas de ansiedad, influyó en su salud y en la del feto al ser asociado con bajo peso al nacer, menor tamaño de la circunferencia de la cabeza y parto pretérmino (Hasanzadeh & Faramarzi, 2017).

Los hallazgos mencionados son consistentes con lo reportado por Xu et al. (2015), cuando manifiestan que en los pacientes coronarios con elevados niveles de estrés percibido se evidencian mayores dificultades en el proceso de recuperación. Por el contrario, una adecuada percepción de apoyo social facilita el afrontamiento de los cambios generados por la enfermedad y contribuye con la disminución de los síntomas ansiosos y depresivos que, a su vez, reduce la mortalidad (Dour et al., 2014; Frasure et al., 2000).

A pesar de la alta prevalencia de comorbilidades psicológicas y su impacto en el proceso de salud-enfermedad, no existe un diagnóstico oportuno por parte de los profesionales. Situación que incide sobre la calidad de vida y el bienestar de los usuarios al no desarrollar intervenciones que permitan la detección y reducción de síntomas emocionales, especialmente durante el proceso de hospitalización (Huffman et al., 2006).

En consecuencia, se hace evidente la necesidad de desarrollar investigaciones que desde la psicología de la salud, demuestren la presencia de dichas alteraciones en el contexto colombiano para posteriormente implementar estrategias de intervención contextualizadas, dirigidas a la atención integral y humanizada de las personas en condición de hospitalización. De esta forma, se lograría un adecuado manejo e incremento de la calidad de la atención en los servicios médicos hospitalarios.

Esta investigación contribuirá con el fortalecimiento de los conocimientos en el área de la psicología de la salud, y se convertirá en un aporte clínico para los profesionales de la salud mental al interior de instituciones hospitalarias, siendo un recurso científico de orden investigativo, que permite soportar intervenciones y cambios organizacionales que incrementen la calidad de la atención en la salud.

Por lo tanto, el presente estudio determinó la presencia de ansiedad, depresión, estrés y apoyo social percibido en pacientes hospitalizados con diferentes enfermedades en una institución de cuarto nivel de complejidad, ubicada en la ciudad de Bogotá D.C., Colombia, revisando las diferencias en las variables de acuerdo con características sociodemográficas relevantes.

Método

Participantes

El estudio, de carácter cuantitativo y de corte transversal descriptivo se desarrolló en el Hospital de San José de la ciudad de Bogotá D.C., institución de cuarto nivel de atención. La muestra probabilista fue de 232 personas, calculada con un intervalo de confianza del 95% y un margen de error del 6%, asumiendo la máxima variabilidad de los resultados. Se tuvieron en cuenta los siguientes criterios de inclusión: i) paciente mayor de

edad y ii) en condición de hospitalización con mínimo de dos días. Se excluyeron los participantes que cumplieran con lo siguiente: i) desorientación en persona, tiempo y espacio; ii) dificultades en el proceso de comunicación verbal y escrito que impidieran la administración de los instrumentos y el desarrollo de la entrevista; iii) discapacidad intelectual, y iv) aquellas personas que rechazaron participar de manera voluntaria en la investigación.

Con relación a las características de la muestra, es preciso destacar que el 57.8% (n : 134) de los participantes fueron del sexo femenino y el 42.2% (n : 98) restante, del sexo masculino. La edad promedio fue de 45.7 DE : 18.06 años, con un rango de edades que varió entre los 19 y los 88 años de edad.

Tabla 1. Características sociodemográficas de la muestra

	M	DE	Frecuencia	Porcentaje (%)
Edad	45.7	18.06	232	100
Sexo				
Femenino			134	57.8
Masculino			98	42.2
Estado civil				
Soltero			91	39.2
Casado			69	29.7
Unión libre			59	25.4
Viudo			13	5.6
Escolaridad				
Sin escolaridad			3	1.3
Primaria incompleta			14	6
Primaria completa			29	12.5
Secundaria incompleta			42	18.1
Secundaria completa			65	28
Estudios superiores			79	34
Estrato socioeconómico				
Bajo (1 y 2)			129	55.6
Medio (3 y 4)			99	42.6
Alto (5 y 6)			4	1.72
Creencias religiosas				
Si			210	90.5
No			22	9.48

Instrumentos

Entrevista semiestructurada. Se diseñó a partir de preguntas abiertas y en algunos casos dicotómicas con el fin de recolectar los datos sociodemográficos y clínicos de los participantes. En cuanto a los datos clínicos, se indagó la presencia de alteraciones en el sueño y el apetito, la intención del tratamiento y el diagnóstico principal.

La entrevista incluyó un apartado para evaluar el apoyo social percibido basado en la Escala Multidimensional de Apoyo Social Percibido (MSPSS), que permite conocer el grado en que el individuo percibe los recursos emocionales e instrumentales provenientes de la familia, los amigos y otras personas significativas (Zimet, Dahlem, Zimet, & Farley, 1988); y para la que Ortiz y Baeza (2011) estimaron un coeficiente interno de alfa de Cronbach de .84.

La valoración incluyó los 4 reactivos que conforman cada una de las subescalas para convertirlas en las categorías de la evaluación del apoyo social, obteniendo al final 12 preguntas con opciones de respuesta tipo Likert, que variaron entre casi nunca, a veces, con frecuencia y casi siempre/siempre (Arechabala & Miranda, 2002). Posteriormente, estas fueron calificadas en una escala de 1 a 4 puntos, lo que permitió alcanzar un máximo de 16 en cada una de las categorías y de 48 en la evaluación total. Debido a que el apoyo social percibido se evaluó a través de una entrevista no estandarizada, no se registró análisis de confiabilidad y validez.

Escala de Ansiedad y Depresión Hospitalaria (HADS). Propuesta por Zigmond y Snaith (1983), es de administración individual para la detección de síntomas de ansiedad y de depresión en contextos hospitalarios. Cuenta con dos subescalas, cada una de las cuales posee 7 reactivos con opciones de respuesta tipo Likert (Zigmond & Snaith, 1983; Snaith, 2003). La puntuación máxima en cada una de las subescalas es de 21 puntos. Para su interpretación se sugieren los siguientes puntos de corte: i) de 0 a 7, ausencia de sintomatología; ii) de 8 a 10, probable presencia de síntomas, y iii) de 11 a 21, presencia de síntomas (Zigmond & Snaith, 1983). Noguera, Pérez, Barrientos, Robles y Sierra (2013) determinaron un alfa de Cronbach de .78 para la subescala de ansiedad y de .85 para la de depresión. Es importante destacar que en el análisis del presente estudio solo se

tuvieron en cuenta los resultados de la subescala de ansiedad.

Inventario de Depresión de Beck (BDI II). Valora la depresión mediante la presencia de síntomas cognitivos, afectivos y somáticos. Se compone de 21 ítems, cada uno con cuatro opciones de respuesta tipo Likert, que dan cuenta de la intensidad de los síntomas, además, puede ser autoaplicado o heteroaplicado (Beck, Ward, Mendelson, Mock, & Erbaugh, 1961). Beck y Steer (1993) dan un valor de 0 a 3 a cada ítem, donde la puntuación máxima es de 63. Se interpretan con los siguientes puntos de corte: i) de 0 a 9, ausencia de depresión; ii) de 10 a 16, depresión leve; iii) de 17 a 29, depresión moderada, y iv) de 30 a 63, depresión grave. Estrada, Delgado, Landero y González (2015) estimaron un alfa de Cronbach de .90; cerca al reportado por Sanz, Perdígón y Vázquez (2003) que es de .87.

Escala de Estrés Percibido (PSS 14). Instrumento propuesto por Cohen, Kamarck y Mermelstein (1983) para determinar la percepción de estrés frente a situaciones de la vida cotidiana. Se compone de 14 ítems, con cinco opciones de respuesta tipo Likert. Para la calificación, se asignan puntuaciones de 0 a 4, con un puntaje máximo de 56 puntos. Se interpreta teniendo en cuenta que a mayor puntaje, mayor percepción de estrés. Sin embargo, para la presente investigación se utilizaron los siguientes puntos de corte para determinar niveles de estrés: bajo (de 0 a 18), moderado (de 19 a 37) y alto (de 38 a 56), soportados en otros reportes de investigación (Díaz, Córdón, & Rubio, 2015). Torres, Vega, Vinalay, Arenas y Rodríguez (2015) determinaron un alfa de Cronbach de .71 y Remor (2006) de .81.

Es importante resaltar que los instrumentos utilizados no se encuentran validados en la población colombiana, no obstante, han sido ampliamente utilizados en investigaciones al interior de contextos hospitalarios y en poblaciones con características sociales similares a las colombianas, lo que justifica y valida su aplicación para lograr los objetivos del presente estudio.

Procedimiento

La investigación se desarrolló en cinco etapas. La primera consistió en el entrenamiento de cinco estudiantes de psicología de semestre superior a VI, para la recolección de los datos; se capacitaron en el desarrollo del

protocolo de entrevista e intervención en crisis de primera instancia para garantizar contención emocional en aquellos participantes que lo requiriesen. En la segunda etapa se realizó la prueba piloto del protocolo de entrevista. La tercera implicó la aprobación del proyecto en el comité de ética en investigación con seres humanos de la Sociedad de Cirugía del Hospital de San José. Luego, en la cuarta etapa se llevó a cabo la recolección de los datos y, por último, en la quinta se organizó y codificó la información en la base de datos mediante el paquete estadístico SPSS, versión 21.

Análisis estadístico

Se realizó un análisis descriptivo de la información recolectada mediante el paquete estadístico SPSS, versión 21. Se obtuvieron las medidas de tendencia central y de dispersión de cada una de las variables del estudio de manera independiente y de acuerdo con el sexo, la edad, el estado civil y el estrato socioeconómico.

Consideraciones éticas

Previo a la realización del proyecto, para salvaguardar los principios de ética en investigación se obtuvo el aval por parte del comité de ética en investigación con seres humanos de la Sociedad de Cirugía del Hospital de San José. Durante su ejecución, se implementaron las disposiciones establecidas en la resolución 008430

de 1993 y la ley 1090, proferida por el Congreso de la República de Colombia, razón por la que se hizo firmar el consentimiento informado por parte de los participantes y se garantizó el uso académico de la información, la confidencialidad y el derecho de participación o retiro voluntario.

Resultados

A continuación se presentarán los datos clínicos, seguidos de la evaluación del apoyo social percibido y así dar paso a las puntuaciones obtenidas en cada uno de los instrumentos y sus distribuciones de acuerdo con el sexo, la edad, el estado civil y la estancia hospitalaria.

Características clínicas

Dentro de las características clínicas (Tabla 2) se encontró que al momento de la evaluación los participantes tenían en promedio 7.41 *DE*: 11.09 días de permanencia en la institución. Las enfermedades más frecuentes fueron las relacionadas con el sistema digestivo (12.9%, *n*: 30), parto, embarazo y puerperio (12.9%, *n*: 30) y las neoplasias (12.1%, *n*: 28); además, el 58.6% (*n*: 136) recibía un tratamiento de intención curativa y el 46.6% (*n*: 108) no presentó alteraciones en el apetito. En contraste, el 66.6% de los participantes manifestaron cambios en el patrón del sueño.

Tabla 2. Características clínicas de los participantes del estudio

	<i>M</i>	<i>DE</i>	Frecuencia	Porcentaje (%)
Días de estancia hospitalaria	7.41	11.09	232	100
Corta estancia (2 a 9 días)			191	82.3
Media estancia (10 a 19 días)			25	10.8
Larga estancia (20 a 96 días)			16	6.9
Enfermedades				
Del sistema digestivo			30	12.9
Embarazo, parto y puerperio			30	12.9
Tumores (neoplasias)			28	12.1
Del sistema genitourinario			27	11.6
Traumatismos, envenenamiento y otras consecuencias de causas externas			23	9.9

	<i>M</i>	<i>DE</i>	Frecuencia	Porcentaje (%)
Síntomas, signos y hallazgos anormales clínicos y de laboratorio no clasificados en otra parte			21	9.1
Del sistema respiratorio			14	6
Infecciosas o parasitarias			12	5.2
De la sangre y de los órganos hematopoyéticos y ciertos trastornos que afectan el mecanismo de la inmunidad			11	4.7
Del sistema osteomuscular y del tejido conjuntivo			11	4.7
Del sistema circulatorio			9	3.9
De la piel y el tejido subcutáneo			7	3
Endocrinas, nutricionales y metabólicas			3	1.3
Del sistema nervioso			3	1.3
Del ojo y sus anexos			3	1.3
Intención del tratamiento				
Curativo			136	58.6
Paliativo			29	12.5
Rehabilitación			17	7.3
Procedimientos diagnósticos			50	21.6
Alteraciones del apetito				
Sí			124	53.4
No			108	46.5
Alteraciones del sueño				
Sí			154	66.3
No			78	33.6

Apoyo social percibido

La Tabla 3 da cuenta de la percepción del apoyo social obtenido mediante la entrevista de evaluación basada en la MSPSS, al tiempo que expone las puntuaciones por cada una de las categorías y distribuciones, de acuerdo con el sexo, la edad, el estado civil y la estancia hospitalaria. La puntuación promedio de la evaluación fue de 38.76 *DE*: 7.50, y de 14.19 *DE*: 3.04, 13.99 *DE*: 3.05 y 10.59 *DE*: 4.16 para las categorías de otros significativos, familia y amigos.

Por su parte, las mujeres presentaron una mayor puntuación en la evaluación del apoyo social percibido y en las categorías de amigos y otros significativos, frente a la de los hombres. Teniendo en cuenta que puntuaron 39.07 *DE*: 7.57 en la evaluación total, 10.85 *DE*: 3.96 en la categoría de amigos y 14.35 *DE*: 2.96 en otros significativos, por lo que las mujeres perciben mayor apoyo social. Los adultos tardíos fueron quienes obtuvieron el promedio más bajo en toda la evaluación con 37.34

DE: 8.40 puntos, y en las categorías de amigos y otros significativos con promedios de 10.24 DE: 4.63 y 13.21 DE: 3.72, respectivamente. Las personas en unión libre y con larga estancia hospitalaria tienen las puntuaciones

más bajas, que indican una menor percepción de apoyo social, con promedios de 38.22 DE: 6.91 y 37.94 DE: 7.69, respectivamente.

Tabla 3. Puntuaciones obtenidas por la muestra en la evaluación del apoyo social percibido y su distribución de acuerdo con el sexo, la edad, el estado civil y la estancia hospitalaria

	Total		Familia		Amigos		Otros significativos	
	M	DE	M	DE	M	DE	M	DE
Participantes (n: 232)	38.76	7.50	13.99	3.05	10.59	4.16	14.19	3.04
Sexo								
Masculino	38.34	7.42	14.14	2.76	10.22	4.42	13.97	3.15
Femenino	39.07	7.57	13.87	3.25	10.85	3.96	14.35	2.96
Edad								
Adultos emergentes (18 a 25 años)	38.72	5.47	13.63	2.87	10.50	3.75	14.59	2.51
Adultos (26 a 65 años)	39.14	7.79	14.12	3.17	10.70	4.18	14.32	2.97
Adultos tardíos (66 a 88 años)	37.34	8.40	13.89	2.80	10.24	4.63	13.21	3.72
Estado civil								
Soltero	38.64	7.42	13.91	3.01	10.96	4.00	13.77	3.22
Unión libre	38.22	6.91	13.80	3.24	9.66	4.34	14.76	2.61
Casado	39.75	7.96	14.29	2.91	11.10	4.13	14.36	3.12
Viudo	36.85	8.31	13.77	3.37	9.46	4.19	13.62	3.01
Estancia hospitalaria								
Corta (2 a 9 días)	38.81	7.43	13.94	3.01	10.69	4.15	14.18	3.06
Media (10 a 19 días)	38.92	8.15	14.32	2.85	10.48	3.89	14.12	2.99
Larga (20 a 96 días)	37.94	7.69	14.00	3.84	9.56	4.80	14.38	3.16

Depresión

La Tabla 4 presenta los promedios y las desviaciones estándar de la muestra en el BDI-II, así como el número de personas que alcanzó puntuaciones para depresión leve, moderada y grave, de acuerdo con el sexo, la edad, el estado civil y la estancia hospitalaria. El promedio en el BDI-II de los participantes fue de 12.45 *DE*: 9.05, lo cual indica la presencia de depresión leve; no obstante, las distribuciones de las personas para depresión leve, moderada y grave fueron del 31%, el 17.2% y el 7.3% respectivamente.

Con relación al sexo, los hombres tienen una puntuación promedio superior con 13.36 *DE*: 9.79 en comparación con la de las mujeres que es de 11.79 *DE*: 8.44. En cuanto a la presencia de depresión leve de acuerdo con la edad, el estado civil y la estancia hospitalaria los adultos emergentes, las personas solteras y aquellos con estancia larga tienen las puntuaciones promedio más elevadas con 13.74 *DE*: 9.91, 13.11 *DE*: 9.76 y 13.81 *DE*: 9.66, respectivamente.

Tabla 4. Puntuaciones obtenidas por la muestra en el BDI-II y su distribución de acuerdo con el sexo, la edad, el estado civil y la estancia hospitalaria

	Total		Ausencia		Leve		Moderada		Grave	
	M	DE	F	%	F	%	F	%	F	%
Participantes (n: 232)	12.45	9.05	103	44.4	72	31	40	17.2	17	7.3
Sexo										
Masculino	13.36	9.79	38	38.8	32	32.7	19	19.4	9	9.2
Femenino	11.79	8.44	65	48.5	40	29.9	21	15.7	8	6
Edad										
Adultos emergentes (18 a 25 años)	13.74	9.91	18	39.1	15	32.6	9	19.6	4	8.7
Adultos (26 a 65 años)	12.01	8.99	61	48	43	29.1	24	16.2	10	6.1
Adultos tardíos (66 a 88 años)	12.63	8.23	14	36.8	14	36.8	7	18.4	3	7.9
Estado civil										
Soltero	13.11	9.76	41	45.1	24	26.4	19	20.9	7	7.7
Unión libre	12.42	8.70	25	42.4	21	35.6	9	15.3	4	6.8
Casado	11.64	8.88	33	47.8	21	30.4	9	13.0	6	8.5
Viudo	12.31	6.44	4	30.8	6	46.2	3	23.1		
Estancia hospitalaria										
Corta (2 a 9 días)	12.57	9.38	34	44	58	30.4	34	17.8	15	7.9
Media (10 a 19 días)	10.72	5.38	12	48	9	36	4	16		
Larga (20 a 96 días)	13.81	9.66	7	43.8	5	31.3	2	12.5	2	12.5

Ansiedad

La Tabla 5 presenta los resultados que la muestra obtuvo en la HADS-A (subescala de ansiedad) y su distribución de acuerdo con el sexo, la edad, el estado civil y la estancia hospitalaria. Con base en lo anterior, se observa que la muestra puntuó en promedio 5.96 *DE*: 3.51, lo

que corresponde a la ausencia de síntomas ansiosos; sin embargo, al revisar las distribuciones se observa que el 16% de las personas presentó los síntomas.

Las mujeres tienen una puntuación promedio cercana al punto de corte (6.16 *DE*: 3.73), superior a la obtenida por los hombres (5.68 *DE*: 3.17), no obstante, los

dos promedios corresponden a su ausencia. Los adultos emergentes, las personas solteras y la estancia hospitalaria corta tienen las puntuaciones promedio más elevadas,

con 6.61 *DE*: 3.52, 6.60 *DE*: 3.86 y 6.21 *DE*: 3.53, respectivamente.

Tabla 5. Puntuaciones obtenidas por la muestra en la HADS-A y su distribución de acuerdo con el sexo, la edad, el estado civil y la estancia hospitalaria

	Total		Ausencia		Probable		Síntoma	
	<i>M</i>	<i>DE</i>	F	%	F	%	F	%
Participantes (<i>n</i> : 232)	5.96	3.51	195	84.1	35	15.1	2	0.9
Sexo								
Masculino	5.68	3.17	85	86.7	12	12.2	1	1
Femenino	6.16	3.73	110	82.1	23	17.2	1	0.7
Edad								
Adultos emergentes (18 a 25 años)	6.61	3.52	38	82.6	7	15.2	1	2.2
Adultos (26 a 65 años)	5.97	3.67	122	82.4	25	16.9	1	0.7
Adultos tardíos (66 a 88 años)	5.11	2.65	35	92.1	3	7.9		
Estado civil								
Soltero	6.60	3.86	72	79.1	17	18.7	2	2.2
Unión libre	5.83	3.46	48	81.4	11	18.6		
Casado	5.43	3.08	63	91.3	6	8.7		
Viudo	4.77	2.68	12	92.3	1	7.7		
Estancia hospitalaria								
Corta (2 a 9 días)	6.21	3.53	158	82.7	31	16.2	2	1
Media (10 a 19 días)	5.32	3.09	22	88	3	12		
Larga (20 a 96 días)	3.94	3.23	15	93.8	1	6.3		

Estrés

La Tabla 6 expone la percepción subjetiva del estrés, derivada de la PSS-14 y la distribución de las puntuaciones con relación al sexo, la edad, el estado civil y la estancia hospitalaria. La puntuación promedio de los participantes fue de 24.50 *DE*: 7.45, correspondientes a un nivel medio o moderado, precisando que el 77.2% de los individuos se clasificó con estrés moderado y un 4.7% con un nivel alto.

Al revisar las puntuaciones correspondientes a un nivel moderado en los hombres y las mujeres, se destaca

su cercanía con promedios de 24.83 *DE*: 7.47 y 24.27 *DE*: 7.46, respectivamente. Al igual que en el BDI-II y la HADS-A los adultos emergentes fueron quienes tuvieron el promedio más alto, con 25.59 *DE*: 6.11 puntos. Las personas casadas y con estancia hospitalaria corta fueron las que obtuvieron las puntuaciones promedio más altas dentro de sus grupos de comparación; sin embargo, se destaca que todas las variables indicaron una percepción media o moderada de estrés percibido.

Tabla 6. Puntuaciones obtenidas por la muestra en la PSS 14 y su distribución de acuerdo con el sexo, la edad, el estado civil y la estancia hospitalaria

	Total		Baja		Moderada		Alta	
	<i>M</i>	<i>DE</i>	F	%	F	%	F	%
Participantes (<i>n</i> : 232)	24.50	7.45	42	18.1	179	77.2	11	4.7
Sexo								
Masculino	24.83	7.47	19	19.4	72	73.5	7	7.1
Femenino	24.27	7.46	23	17.2	107	79.9	4	3
Edad								
Adultos emergentes (18 a 25 años)	25.59	6.11	4	8.7	40	87	2	4.3
Adultos (26 a 65 años)	24.51	7.98	29	19.6	110	74.3	9	6.1
Adultos tardíos (66 a 88 años)	23.16	6.70	9	23.7	29	76.3		
Estado civil								
Soltero	23.83	7.95	18	19.8	68	74.7	5	5.5
Unión libre	24.90	6.37	8	13.6	50	84.7	1	1.7
Casado	25.36	7.55	12	17.4	53	76.8	4	5.8
Viudo	22.92	8.12	4	30.8	8	61.5	1	7.7
Estancia hospitalaria								
Corta (2 a 9 días)	24.76	7.13	31	16.2	150	78.5	10	5.2
Media (10 a 19 días)	24.11	6.69	4	16	21	84		
Larga (20 a 96 días)	22.00	11.48	7	43.8	8	50	1	6.3

Discusión

El objetivo del presente artículo fue determinar la presencia de ansiedad, depresión, estrés y apoyo social percibido en pacientes con diferentes enfermedades, dentro una institución de cuarto nivel de complejidad, en la ciudad de Bogotá D.C. En consecuencia, los resultados permitieron observar la existencia de síntomas ansiosos en el 16% de las personas hospitalizadas, lo cual es inferior a lo reportado por Soares et al., (2009), Hong y Tian (2014) y Chung et al. (2017) en sus estudios desarrollados al interior de centros asistenciales, con pacientes oncológicos, donde se indicaban valores cercanos al 34.8%.

Las mujeres presentaron un nivel de ansiedad mayor, teniendo en cuenta que 24 de ellas tuvieron los síntomas, lo que concuerda con estudios previos, desarrollados en pacientes hospitalizados con diferentes enfermedades en Brasil y Corea (Gullich, Barcellos,

Scherer, & Mendoza, 2013; Kim et al., 2017). Asimismo, Kim et al. (2017) observaron más síntomas ansiosos en las personas jóvenes, tal y como se presentó en los resultados derivados de la presente investigación; no obstante, son contradictorios con los reportados por Tavoli et al. (2007), al haber más síntomas ansiosos en los hombres hospitalizados con cáncer gástrico, lo cual puede ser atribuido al proceso de salud-enfermedad que afrontan los pacientes oncológicos y el factor de riesgo que representa una edad avanzada para la aparición de comorbilidades psicológicas, sin dejar de lado la diversidad de diagnósticos de la muestra del presente estudio.

Otro aspecto a resaltar fue la mayor puntuación obtenida en la HADS-A por las personas solteras, en comparación con las casadas, viudas y aquellas que conviven en unión libre; lo que difiere de lo reportado por Yildirim y Hacıhasanoglu (2010), en la medida en que concluyeron que esta variable no es un mediador de la

presentación o intensidad de la ansiedad, teniendo en cuenta la ausencia de diferencias estadísticamente significativas entre las variables mencionadas. El contraste de los resultados puede obedecer a las características culturales de los colombianos y también a las edades de las personas solteras incluidas en el presente estudio, por lo que se requiere realizar investigaciones similares en la población colombiana que permitan elaborar conclusiones más certeras.

Frente al tiempo de permanencia en la institución, las personas con corta estancia tienen una mayor puntuación promedio, así como una mayor cantidad de casos probables de ansiedad, en comparación con las de media y larga estancia hospitalaria. Estos aspectos difieren de lo reportado por Hong y Tian (2014), puesto que en sus participantes con larga estancia hospitalaria se encontró una mayor presentación de síntomas ansiosos, que son una respuesta emocional esperada ante el afrontamiento de la incertidumbre, provocada por la enfermedad oncológica.

A pesar de todo, la ansiedad es considerada como una de las reacciones emocionales más frecuente en los procesos de salud-enfermedad que incluye la hospitalización, convirtiéndola en una respuesta de adaptación frente a los cambios percibidos como amenazantes por parte de los pacientes (López et al., 2013). Para el caso de la muestra evaluada, es fundamental identificar que la presencia de ansiedad no fue tan alta como se esperaba, dada la condición de la enfermedad; esto implica que fue inferior a la reportada en otros estudios, como consecuencia de las diferencias en las condiciones clínicas de los pacientes oncológicos y cardiovasculares, ya que se reportó una mayor incertidumbre frente al pronóstico, un mayor riesgo de comorbilidades y una cercanía con la muerte.

Por su parte, los resultados en el BDI-II dieron a conocer que el 55.5% de los participantes experimentó síntomas depresivos que variaron de leve a grave, siendo el 31% de ellos depresión leve, el 17.2% depresión moderada y tan solo el 7.3% depresión grave. Poole et al. (2014) hallaron una prevalencia de depresión leve del 25.5% en una muestra de pacientes coronarios hospitalizados, lo cual es similar a lo encontrado en este estudio. En cambio, Tanajura, Santos, Tavares y Reis (2002), por un lado, y Fagundes, Jones, Vichaya, Lu y Cleeland

(2014), por el otro, evaluaron la depresión en pacientes hospitalizados con diferentes diagnósticos, reportando un 76% y un 91.1% para depresión, con variación de leve a moderada, lo que es significativamente superior a lo encontrado en el presente estudio.

Las anteriores diferencias pueden ser explicadas por las características propias de los procesos de ajuste de la enfermedad oncológica, puesto que propician un proceso de duelo ante la pérdida de la salud y el inminente riesgo de muerte en los estadios más avanzados. Se debe tener presente que la literatura ha reportado mayores comorbilidades psicológicas en los pacientes que ingresan a las instituciones de salud para la realización de procedimientos quirúrgicos y que la depresión es una característica del perfil de los pacientes hospitalizados.

Otros estudios han puesto de manifiesto prevalencias inferiores a las encontradas, puesto que reportaron entre el 21% y el 23.4% de personas con depresión, con variación de leve a grave. Esto es debido al alto impacto observado en la calidad de vida de las personas con enfermedades dermatológicas y a la presencia de otras comorbilidades, como la ansiedad (Huffman et al., 2006; Zachariae, Zachariae, Ibsen, Mortensen, & Wulf, 2004).

En cuanto al sexo, la mayor puntuación promedio en el instrumento fue de los hombres. Sin embargo, al revisar el número de casos se pudo observar que existió mayor número de personas con depresión leve, moderada y severa en las mujeres. Esto también lo evidenciaron Masood et al. (2007) en su estudio, ejecutado en pacientes hospitalizados en Pakistán. Por su parte, Marosti, Souza, Bolela, Aparecida y Spadoti (2013) dieron a conocer que las personas jóvenes presentan más depresión en comparación con los adultos; tendencia similar a los resultados de la presente investigación.

Las personas con larga estancia hospitalaria presentaron una puntuación promedio superior; no obstante, es necesario precisar que la mayor parte de los casos para depresión leve, moderada y grave se presentaron en la estancia corta, contrario a lo reportado por Poole et al. (2014). Sus hallazgos sugieren que la depresión es una característica del perfil psicosocial de los pacientes coronarios, ya que el período de recuperación tras intervenciones quirúrgicas se vincula con mayor dependencia, dolor, discapacidad y baja percepción de control; estos elementos favorecen la aparición de síntomas depresivos

en una estancia hospitalaria prolongada. En el caso de la muestra incluida aquí, existen condiciones culturales y socioambientales, como las pérdidas de roles y funciones, fallas en acceso a la salud y demoras en procedimientos, que pueden llegar a explicar la presencia de síntomas depresivos en cortas estancias.

En el presente estudio las personas solteras fueron las que obtuvieron la puntuación promedio más elevada y en las mismas se presentó un mayor número de casos para depresión leve, moderada y severa, en comparación con los demás estados civiles. Al tomar en consideración los resultados de esta y otras investigaciones, es posible afirmar que, como sucede con la ansiedad, la depresión es una de las reacciones emocionales más observadas en los pacientes que, con diversas enfermedades, se encuentran hospitalizados. Esto podría ser el resultado de la disminución en el funcionamiento, la percepción de vulnerabilidad, los temores y el pronóstico (Robles, 2010).

Por otro lado, la puntuación promedio de los sujetos en la PSS-14 fue de 24.50 *DE*: 7.45, lo cual corresponde a un nivel moderado de estrés, especificando que el 77.2% de los participantes se clasificó en un nivel moderado y el 4.7% en un alto nivel de estrés. Estas puntuaciones fueron similares a las reportadas por Lambert et al. (2014) en una muestra de pacientes hospitalizados por trastorno temporomandibular. En contraste, la literatura ha reportado promedios más elevados como el de Stark y Brinkley (2007), en una muestra de mujeres gestantes hospitalizadas, debido al riesgo de muerte fetal por el embarazo de alto riesgo; situación que no se presentó en todos los casos evaluados en esta muestra, aclarando que sí hubo presencia significativa de embarazadas y mujeres en postparto.

Las diferencias con este último estudio pueden deberse a variables culturales e incluso a la calidad de la atención que recibieron en el hospital donde fueron entrevistadas, lo cual se observó en otras investigaciones que han hallado resultados inferiores, atribuidos a las características clínicas y sociodemográficas de las muestras de diferentes salas hospitalarias (Hasanjanzadeh & Faramarzi, 2017; Wu & Amtmann, 2013).

Para el caso de esta muestra, se evidenció que los adultos emergentes fueron los que presentaron las mayores puntuaciones, lo cual también fue descrito por Leung, Lam y Chan (2010) en su estudio con pacientes

coronarios hospitalizados. De igual forma, las personas casadas y con larga estancia hospitalaria se caracterizaron por tener puntuaciones superiores en el instrumento. Lo cual permite afirmar que el evento de hospitalización y la enfermedad son situaciones que presentan exigencias que los usuarios deben atender para adaptarse a las condiciones de los centros asistenciales. De este modo, se propicia tanto una baja percepción del control como una valoración problemática de la situación (Medinas, Más, & Renom, 2009), puesto que existe una presencia significativa de estrés percibido, con mayor riesgo para las mujeres y las personas casadas.

Finalmente, los resultados obtenidos mediante la evaluación del apoyo social percibido a través de la entrevista permiten concluir que la mayoría de las personas hospitalizadas presentaron mayor apoyo social en los recursos provenientes de otros significativos, seguido de los familiares y, en menor medida, los amigos. Estos aspectos fueron previamente descritos en estudios con personas hospitalizadas por alteraciones de la salud mediante la MSPSS (Alexopoulou et al., 2016; Uyaroglu, Gul, Sari, & Goktas, 2016; Waqas et al., 2016).

Las mujeres, comparadas con los hombres perciben mayor apoyo social, lo cual no corresponde con lo descrito por Han et al. (2014), en la medida que en su estudio los hombres fueron los que más apoyo social percibieron de acuerdo con los resultados de la MSPSS. Las diferencias entre dichos hallazgos y los reportados en el presente trabajo pueden obedecer a la alta prevalencia de ansiedad y depresión en las mujeres evaluadas, lo que a su vez redujo la percepción de recursos provenientes de las diferentes fuentes de apoyo.

En su conjunto, los resultados encontrados permiten afirmar que el apoyo social percibido es un recurso que ayuda a afrontar la enfermedad y a la disminución de las reacciones emocionales, lo que puede explicar la baja prevalencia de reacciones emocionales en contraste con la literatura aquí presentada. La categoría de otros significativos es la principal fuente de recursos emocionales e instrumentales, de ahí que el apoyo social no haya tenido una interferencia clínicamente significativa o resultados notablemente bajos durante el proceso de hospitalización evaluado.

Conclusión

A partir de los resultados expuestos se resalta la importancia de considerar las relaciones existentes entre el componente psicológico, biológico y social que se presenta en los procesos de salud-enfermedad de los pacientes en condición de hospitalización. Lo anterior se efectúa teniendo en cuenta que una correcta valoración y temprana detección de reacciones emocionales negativas mitiga la vulnerabilidad para el desarrollo de complicaciones médicas que afectan la calidad de vida y el bienestar de los usuarios, así como la reducción de la estancia hospitalaria y los costos de atención (Asociación Colombiana de Empresas de Medicina, 2013; Biderman et al., 2005).

De ahí que sea necesario profundizar en estos aspectos, con el fin de identificar relaciones entre las variables estudiadas para, de esta forma, desarrollar estrategias de intervención eficaces al interior de las instituciones. El presente estudio es pionero en la identificación de las reacciones emocionales en el contexto hospitalario colombiano, puesto que frecuentemente se hace mención de ellas, pero, empíricamente, son poco estudiadas en el país. Ello resulta trascendental al momento de aplicar estrategias de intervención derivadas de otras investigaciones internacionales, en la medida que no son ajustadas a la realidad contextual y cultural del país.

Por último, las limitaciones del presente estudio correspondieron al tamaño y método de la selección de la muestra, ya que no permite realizar generalizaciones acerca de las reacciones emocionales secundarias a todos los procesos de hospitalización a nivel nacional, teniendo en cuenta que responde a las características médicas, sociales y culturales de las personas atendidas en la institución de cuarto nivel de complejidad seleccionada; sin embargo, es un punto de partida para futuras investigaciones. Otro factor a considerar se relaciona con el uso de una entrevista para la evaluación del apoyo social percibido, razón por la cual se recomienda el uso del instrumento MSPSS para el desarrollo de futuras investigaciones, debido a sus propiedades psicométricas y a su pertinencia, además de utilizar instrumentos de medición que se encuentren validados en la población colombiana.

Referencias

- Alexopoulou, M., Giannakopoulou, N., Komna, E., Alikari, V., Toulia, G., & Polikandrioti, M. (2016). The effect of perceived social support on hemodialysis patients' quality of life. *Materia Sociomedica*, 28(5), 338-342. doi: 10.5455/msm.2016.28.338-342
- Arechabala, M., & Miranda, C. (2002). Validación de una escala de apoyo social percibido en un grupo de adultos mayores adscritos a un programa de hipertensión de la región metropolitana. *Ciencia y Enfermería*, 8(1), 49-55. doi:10.4067/s0717-95532002000100007
- Asociación Colombiana de Empresas de Medicina (2013). *Cifras e indicadores del sistema de salud*. Recuperado de https://www.acemi.org.co/images/publicaciones/documentos_de_interes/documentos-interes/salude_en_cifras-2013.pdf
- Asociación Colombiana de Empresas de Medicina (2015). *Cifras e indicadores del sistema de salud*. Recuperado de https://www.acemi.org.co/images/publicaciones/documentos_de_interes/cifras_e_indicadores_de_salud/Informe_Cifras_e_Indicadores_2015_-_WEB.pdf
- Beck, A., & Steer, R. (1993). Beck Depression Inventory. Manual. San Antonio, TX: The Psychological Corporation.
- Beck, A., Ward, H., Mendelson, M., Mock, J., & Erbaugh, J. (1961). An inventory for measuring depression. *Archives of General Psychiatry*, 4(6), 561-571. doi: 10.1001/archpsyc.1961.01710120031004
- Biderman, A., Yeheskel, A., & Herman, J. (2005). The Biopsychosocial model - Have we made any progress since 1977? *Families, Systems, & Health*, 23(4), 379-386. doi: 10.1037/1091-7527.23.4.379
- Chung, J., Ju, G., Yang, J., Jeong, J., Jeong, Y., Choi, M., Han, H. (2017). Prevalence of and factors associated with anxiety and depression in Korean patients with newly diagnosed advanced gastrointestinal cancer. *Korean Journal of Internal Medicine* (2017). doi: 10.3904/kjim.2016.108
- Cohen, S., Kamarck, T. & Mermelstein, R. (1983). A global measure of perceived stress. *Journal of Health and Social Behaviour*, 24(4), 385-396. doi: 10.2307/2136404

- Díaz, A., Córdón, E., & Rubio, R. (2015). Percepción de estrés en personal universitario. *Diversitas Perspectivas en Psicología*, 11(2), 207-215. doi: 10.15332/s1794-9998.2015.0002.03
- Dour, H., Wiley, J., Roy, P., Stein, M., Sullivant, G., Sherbourne, C... Craske, M. (2014). Perceived social support mediates anxiety and depressive symptom changes following primary care intervention. *Depression and Anxiety*, 31(5), 436-442. doi:10.1002/da.22216
- Estrada, B., Delgado, C., Landero, R., & González, M. (2015). Propiedades psicométricas del modelo bifactorial del BDI-II (versión española) en muestras mexicanas de población general y estudiantes universitarios. *Universitas Psychologica*, 14(1), 125-136. doi: 10.11144/Javeriana.upsy14-1.ppmb
- Fagundes, C., Jones, D., Vichaya, E., Lu, C., & Cleeland, C. (2014). Socioeconomic status is associated with depressive severity among patients with advanced non-small-cell lung cancer: treatment setting and minority status do not make a difference. *Journal of Thoracic Oncology*, 9(10), 1459-1463. doi: 10.1097%2FJTO.0000000000000284
- Frasure, N., Lespérance, F., Gravel, G., Masson, A., Juneau, M., Talajic, M., & Bourassa, M. (2000). Social support, depression, and mortality during the first year after myocardial infarction. *Circulation*, 101(16), 1919-1924 doi: 10.1161/01.CIR.101.16.1919
- Gado, O., Basony, L., Ibrahim, M., Shady, I., & Affara, N. (2015). Anxiety-depressive symptoms in patients with chronic obstructive pulmonary disease (COPD) and impact on outcome. *Journal of Depression and Anxiety*, 4(2), 1-6. doi: 10.4172/2167-1044.1000181
- Gullich, I., Barcellos, A., Scherer, C., & Mendoza, R. (2013). Prevalence of anxiety in patients admitted to a university hospital in southern Brazil and associated factors. *Revista Brasileira de Epidemiologia*, 16(3), 644-657. doi: 10.1590/S1415-790X2013000300009
- Han, B., Yan, B., Zhang, J., Zhao, N., Sun., J., Li, C... Chen, J. (2014). The influence of the social support on symptoms of anxiety and depression among patients with silicosis. *The Scientific World Journal*, 2014, 1-6. doi: 10.1155/2014/724804
- Hasanzadeh, P., & Faramarzi, M. (2017). Relationship between maternal general and specific-pregnancy stress, anxiety and depression symptoms and pregnancy outcome. *Journal of Clinical and Diagnostic Research*, 11(4), 4-7. doi: 10.7860/JCDR/2017/24352.9616
- Hong, J., & Tian, J. (2014). Prevalence of anxiety and depression and their risk factors in chinese cancer patients. *Support Care Cancer*, 22(2), 453-459. doi: 10.1007/s00520-013-1997-y
- Huffman, J., Smith, F., Blais, M., Beiser, M., Januzzi, J., & Fricchione, G. (2006). Recognition and treatment of depression and anxiety in patients with acute myocardial infarction. *American Journal of Cardiology*, 98(3), 319-324. doi: 10.1016/j.amjcard.2006.02.033
- Kim, G., Kim, S., Song, S., Kim, H., Kang, B., Noh, S... Rha, S. (2017). Prevalence and prognostic implications of psychological distress in patients with gastric cancer. *BMC Cancer*, 17(286), 1-8. doi: 10.1186/s12885-017-3260-2
- Lambert, C., Sanders, A., Wilder, R., Slade, G., Uum, S., Russell, E... Maixner, W. (2014). Chronic HPA axis response to stress in temporomandibular disorder. *Journal of Dental Hygiene*, 88(spl 1), 5-12.
- Leung, D., Lam, T., & Chan, S. (2010). Three versions of Perceived Stress Scale: validation in a sample of chinese cardiac patients who smoke. *BMC Public Health*, 10(1), 513. doi: 10.1186/1471-2458-10-513
- López, S., Pastor, M., & Neipp, M. (2013). Aspectos psicológicos asociados a la hospitalización. En E. Remor, P. Arranz, & S. Ulla (Eds.). *El Psicólogo en el ámbito hospitalario* (pp. 31-48). España: Desclée De Brouwer.
- Marosti, C., Souza, F., Bolela, F., Aparecida, L., & Spadoti, R. (2013). Presence of depressive symptoms in patients with a first episode of acute coronary syndrome. *Revista Latino-Americana de Enfermagem*, 21(1), 325-331. doi: 10.1590/S0104-11692013000100006
- Masood, A., Salim, B., Nasim, A., Khalid, Z., & Afzal, A. (2007). Are we missing the diagnosis of de-

- pression in patients with rheumatoid arthritis at a tertiary care facility? *Pakistan Journal of Medical Sciences*, 33(2), 300-305. doi: 10.12669/pjms.332.11856
- Medinas, M., Más, C., & Renom, F. (2009). Estrés en ancianos hospitalizados con enfermedad respiratoria crónica: valoración en el hospital sociosanitario. *Revista Española de Geriatria y Gerontología*, 43(3), 130-136. doi: 10.1016/j.regg.2009.01.006
- Meneghetti, C., Guidolin, B., Zimmermann, P., & Sfoglia, A. (2017). Screening for symptoms of anxiety and depression in patients admitted to a university hospital with acute coronary syndrome. *Trends Psychiatry and Psychotherapy*, 39(1), 12-18. doi: 10.1590/2237-6089-2016-0004
- Mora, S., Barreto, C., & García, L. (2015). Procesos médico-administrativos en hospitalizados y prolongación de la estancia. *Repertorio Medicina y Cirugía*, 24(4), 284-293.
- Nogueda, M., Pérez, B., Barrientos, V., Robles, R., & Sierra, J. (2013). Escala de Ansiedad y Depresión Hospitalaria (HADS): validación en pacientes mexicanos con infección por VIH. *Psicología Iberoamericana*, 21(2), 29-37.
- Ortiz, M. & Baeza, M. (2011). Propiedades psicométricas de una escala para medir apoyo social percibido en pacientes chilenos con diabetes tipo 2. *Universitas Psychologica*, 10(1), 189-196.
- Pachi, A., Bratis, D., Moussas, G., & Tselebis, A. (2013). Psychiatric morbidity and other factors affecting adherence in pulmonary tuberculosis patients. *Tuberculosis Research and Treatment*, 2013, 1-37. doi: 10.1155/2013/489865
- Poole, L., Leigh, E., Kidd, T., Ronaldson, A., Jahangiri, M., & Steptoe, A. (2014). The combined association of depression and socioeconomic status with length of post-operative hospital stay following coronary artery bypass graft surgery: data from a prospective cohort study. *Journal of Psychosomatic Research*, 76(1), 34-40. doi: 10.1016/j.jpsychores.2013.10.019
- Remor, E. (2006). Psychometric properties of a European Spanish version of the Perceived Stress Scale (PSS). *The Spanish Journal of Psychology*, 9(1), 86-93. doi: 10.1017/s1138741600006004
- Robles, R. (2010). Manejo de enfermedades crónicas y terminales. En L. Oblitas (Ed.). *Psicología de la salud y de la calidad de vida* (pp. 249 - 278). México: Cengage Learning.
- Roohafza, H., Keshteli, A., Daghighzadeh, H., Afshar, H., Erfani, Z., & Adibi, P. (2016). Life stressors, coping strategies, and social supports in patients with irritable bowel syndrome. *Advanced Biomedical Research*, 29(5), 1-15. doi: 10.4103/2277-9175.190935
- Sanz, J., Perdígón, A., & Vázquez, C. (2003). Adaptación española del Inventarios para la Depresión de Beck-II (BDI-II): 2. Propiedades psicométricas en población general. *Clínica y Salud*, 14(3), 249-280.
- Snaith, P. (2003). The Hospital Anxiety and Depression Scale. *Health and Quality of Life Outcomes*, 1(1), 29-32. doi: 10.1186/1477-7525-1-29
- Snooks, M. (2009). Health psychology: biological, psychological and sociocultural perspectives. USA: Jones & Bartlett learning.
- Soares, G., Freire, R., Biancha, K., Pacheco, T., Volschan, A., Valenca, A., & Nardi, A. (2009). Use of the hospital Anxiety and Depression Scale (HADS) in a cardiac emergency room-chest pain unit. *Clinics*, 64(3), 209-214. doi: 10.1590/S1807-59322009000300011
- Solaro, C., Trabucco, E., Signori, A., Martinelli, V., Radaelli, M., Centonze, D... Truini, A. (2016). Depressive symptoms correlate with disability and disease course in multiple sclerosis patients: an Italian multi-center study using the Beck Depression Inventory. *PLoS One*, 11(9), 1-9. doi: 10.1371/journal.pone.0160261
- Stark, M. & Brinkley, R. (2007). The relationship between perceived stress and health-promoting behaviours in high-risk pregnancy. *Journal of Perinatal and Neonatal Nursing*, 21(4), 307-314. doi:10.1097/01.JPN.0000299788.01420.6e
- Tanajura, D., Santos, R., Tavares, J., & Reis, I. (2002). Prevalence of depression in different groups of inpatients at the University Hospital of Bahia, Brazil. *Revista Brasileira de Psiquiatria*, 24(4), 182-185. doi: 10.1590/S1516-44462002000400007
- Tavoli, A., Mohaguegui, A., Montazeri, A., Roshan, R., Tavoli, Z., & Omidvari, S. (2007). Anxiety and de-

- pression in patients with gastrointestinal cancer: does knowledge of cancer diagnosis matter? *BMC Gastroenterology*, 7(28), 1-6. doi: 10.1186/1471-230X-7-28
- Taylor, S. (2015). What is health psychology. En S. Taylor (Ed.). *Health psychology* (pp. 2-13). Los Angeles, USA: McGraw-Hill.
- Torres, M., Vega, E., Vinalay, I., Arenas, G., & Rodríguez, E. (2015). Validación psicométrica de escalas PSS-14, AFA-R, HDRS, CES-D, EV en puerperas mexicanas con y sin preeclampsia. *Enfermería Universitaria*, 12(3), 122-133. doi: 10.1016/j.reu.2015.08.001
- Tramonti, F., Gerini, A., & Stamáccchia, G. (2015). Relationship quality and perceived social support in persons with spinal cord injury. *Spinal Cord*, 53(2), 120-124. doi:10.1038/sc.2014.229
- Uyaroglu, A., Gul, M., Sari, E., & Goktas, S. (2016). A Study of uro-oncology patient perceptions of social support and hope levels. *Turkish Journal of Oncology*, 31(2), 31-38. doi: 10.5505/tjo.2016.1423
- Van, J., Jonge, P., Spijkerman, T., Tijssen, J., Ormel, J., Veldhuisen, D... Berg, V. (2004). Prognostic association of depression following Myocardial Infarction Mortality and Cardiovascular Events: A Meta-analysis. *Psychosomatic Medicine*, 66(6), 814-822. doi: 10.1097/01.psy.0000146294.82810.9c
- Waqas, A., Naveed, S., Bhuiyan, M., Usman, J., Haq, A., & Cheema, S. (2016). Social support and resilience among patients with burn injury in Lahore, Pakistan. *Cureus*, 8(11), 2-7. doi: 10.7759/cureus.867
- Wu, J., Frazier, S., Rayens, M., Lennie, T., Chung, M., & Moser, D. (2013). Medication adherence, social support, and event-free survival in patients with heart failure. *Journal of Health Psychology*, 32(3), 637-646. doi:10.1037/a0028527.
- Wu, S. & Amtmann, D. (2013). Psychometric evaluation of the Perceived Stress Scale in multiple sclerosis. *Hindawi Publishing Corporation*, 23(2), 1-9. doi: 10.1155/2013/608356
- Xu, X., Bao, H., Strait, K., Spertus, J., Lichtman, J., D'Onofrio, G... Krumholz, H. (2015). Sex differences in perceived stress and early recovery in young and middle-aged patients with acute myocardial infarction. *Circulation*, 131(7), 614-623. doi:10.1161/CIRCULATIONAHA.114.012826
- Yildirim, A., & Hacıhasanoglu, R. (2010). Anxiety and depression in medical inpatients. *New Yeni Symposium Journal*, 48(4), 248-255.
- Yohannes, A., Baldwin, R., & Connolly, M. (2008). Prevalence of depression and anxiety symptoms in elderly patients admitted in post-acute intermediate care. *International Journal of Geriatric Psychiatry*, 23, 1141-1147. doi: 10.1002/gps.2041
- Zachariae, R., Zachariae, C., Ibsen, H., Mortensen, J., & Wulf, H. (2004). Psychological symptoms and quality of life of dermatology outpatients and hospitalized dermatology patients. *Acta Dermato-Venereologica*, 84(3), 205-212. doi: 10.1080/00015550410023284
- Zigmond, A., & Snaith, R. (1983). Hospital Anxiety and Depression Scale. *Acta Psychiatrica Scandinavica*, 67(6), 361-370. doi: 10.1111/j.1600-0447.1983.tb09716.x
- Zimet, G., Dahlem, N., Zimet, S., & Farley, G. (1988). The Multidimensional Scale of Perceived Social Support. *Journal of Personality Assessment*, 52(1), 30-41. doi: 10.1207/s15327752jpa5201_2