

PREVALENCIA DE TRASTORNOS PSICOPATOLÓGICOS: ANSIEDAD Y DEPRESION,  
EN PACIENTES CON ANTICOAGULACION CRONICA ORAL (ACO) CON WARFARINA  
DEL INSTITUTO DEL CORAZÓN

ESTUDIANTES:

ERIKA JOHANA LOPEZ MONTES

ELIANA MARCELA GARCIA PIMIENTA

INSTITUCIÓN UNIVERSITARIA DE ENVIGADO

FACULTAD DE CIENCIAS SOCIALES

PROGRAMA DE PSICOLOGÍA

ENVIGADO

2019

PREVALENCIA DE TRASTORNOS PSICOPATOLÓGICOS: ANSIEDAD Y DEPRESION,  
EN PACIENTES CON ANTICOAGULACION CRONICA ORAL (ACO) CON WARFARINA  
DEL INSTITUTO DEL CORAZÓN

ESTUDIANTES:

ERIKA JOHANA LOPEZ MONTES

ELIANA MARCELA GARCIA PIMIENTA

ASESOR

SANDRA MILENA CASTAÑO

Trabajo de grado presentado como requisito para optar al título de PSICÓLOGO(S).

INSTITUCIÓN UNIVERSITARIA DE ENVIGADO

FACULTAD DE CIENCIAS SOCIALES

PROGRAMA DE PSICOLOGÍA

ENVIGADO

2019

## HOJA DE ACEPTACIÓN

---

---

---

---

---

---

---

---

Firma del jurado

Envigado, 2019

## AGRADECIMIENTOS

Después de este recorrido académico solo tenemos palabras de agradecimiento para todas aquellas personas que contribuyeron indirecta o directamente en el desarrollo de nuestro proceso y así mismo, al logro de nuestras metas.

Le agradecemos eternamente a nuestras familias por el apoyo y acompañamiento durante toda la carrera. Igualmente, le agradecemos a nuestros maestros, a nuestra asesora de grado por guiarnos en la elaboración de nuestro proyecto, al Instituto del Corazón por brindarnos la oportunidad de acercarnos a sus pacientes y a estos últimos por su participación... MUCHAS GRACIAS.

DEDICATORIA

A nuestras familias

A los pacientes del programa de anticoagulación del Instituto del Corazón

Gracias por ser parte de este proceso.

## Glosario

A

### ANSIEDAD

Es un estado emocional compuesto por reacciones de miedo, angustia o aprensión anticipatorias ante un peligro o amenaza existente o no, esta reacción se produce por una activación del sistema nervioso autónomo (Belloch, Sandín y Ramos, 2008)

### ANSIEDAD ESTADO (AE)

Es una situación o estado emocional transitoria del organismo, caracterizada por sentimientos subjetivos de nerviosismo, tensión, pensamientos molestos y preocupantes y aprensión, acompañados a su vez de respuestas fisiológicas (Del Río Olvera, Cabello Santamaría, Cabello García, Aragón Vela, 2015).

### ANSIEDAD RASGO (AR)

Se caracteriza por una respuesta ansiosa relativamente estable que hace que las personas perciban la mayoría de las situaciones como amenazadoras, experimentando aumento en su estado de ansiedad (Del Río Olvera, Cabello Santamaría, Cabello García, Aragón Vela, 2017).

### ANTICOAGULACIÓN:

Es un tratamiento mediante la utilización de fármacos que se utilizan como profilaxis y tratamiento de la enfermedad trombótica, evitando que formen coágulos (trombos) en la circulación venosa arterial (Moya Rodríguez y Montero Balosa, 2012)

D

#### DEPRESION:

Es uno de los trastornos del estado de ánimo que se caracteriza por una sensación de tristeza de gran intensidad con duración superior a dos meses, ocasionado por diversas causas: situaciones cotidianas, cambios químicos en el cuerpo, alteraciones físicas o médicas (Piqueras Rodríguez, Martínez González, Ramos Linares, Rivero Burón, García López, Oblitas Guadalupe, 2008).

E

#### ENFERMEDAD CRONICA:

Se caracterizan por tener una larga duración con una progresión lenta. Algunas enfermedades como las cardiopatías, cáncer, enfermedades respiratorias y la diabetes son las principales causas de muerte en el mundo (OMS, 2008).

## **Resumen**

La presente investigación pretende identificar los niveles de depresión, ansiedad estado y ansiedad rasgo en un grupo de pacientes con enfermedades crónicas no transmisibles y en tratamiento farmacológico con anticoagulantes orales como la warfarina, además de identificar las diferencias a partir de algunas variables sociodemográficas como la edad, el sexo, el nivel sociocultural, la existencia de redes de apoyo, incluyendo aspectos como la enfermedad de base y el tiempo de tratamiento. Este estudio se realizó a través del enfoque cuantitativo de corte transversal descriptivo. Para evaluar la presencia de estos trastornos psicopatológicos se aplicaron los cuestionarios STAI (para ansiedad estado y ansiedad rasgo) y el Inventario de Depresión de Beck-II (BDI-II). La muestra fue conformada por 296 pacientes voluntarios pertenecientes al programa de anticoagulación del Instituto del Corazón, dentro de los cuales 175 fueron mujeres y 121 hombre, con edades comprendidas entre los 18 y 60 años. Los resultados obtenidos señalan relaciones estadísticamente significativas entre la depresión y variables como edad, presencia de redes de apoyo, diagnóstico o motivo de la anticoagulación y tiempo de tratamiento.

## **Palabras clave**

Ansiedad estado, Ansiedad Rasgo, Depresión, Enfermedad crónica, Anticoagulación.



## **Abstract**

The present research aims to identify levels of depression, anxiety state and trait anxiety in a group of patients with chronic noncommunicable diseases and in pharmacological treatment with oral anticoagulants such as warfarin, in addition to identifying the differences based on some sociodemographic variables such as age, sex, the sociocultural level, the existence of support networks, including aspects such as the basic disease and the treatment time. This study was carried out through the descriptive cross section quantitative approach. To assess the presence of these psychopathological disorders, the STAI questionnaires (for anxiety state and trait anxiety) and the Beck-II Depression Inventory (BDI-II) were applied. The sample consisted of 296 patients belonging to the anticoagulation program of the Heart Institute, among which 175 were women and 121 men, aged between 18 and 60 years. The results obtained indicate statistically significant relationships between depression and variables such as age, presence of support networks, diagnosis or reason for anticoagulation and treatment time.

## **Keyword**

State Anxiety, Trait Anxiety, Depression, Chronic disease, Anticoagulation.

## Tabla de contenido

Introducción .....	13
1. Planteamiento del problema .....	17
2. Justificación .....	14
3. Pregunta de investigación .....	17
4. Objetivo general .....	19
4.1 Objetivos específicos .....	19
5. Marco institucional .....	20
5.1 Misión y visión del Instituto del Corazón .....	20
6. Antecedentes investigativos .....	21
6.1 Antecedentes internacionales .....	21
6.2 Antecedentes nacionales .....	31
7. Marco teórico .....	35
7.1 Depresión .....	35
7.2 Ansiedad .....	41
7.3 Anticoagulación crónica oral (ACO) .....	47
7.4 Enfermedad Crónica (EC) – Enfermedad crónica no transmisible (ECNT). .....	51
8. Marco legal y ético .....	54
9. Diseño metodológico .....	55
9.1 Metodología .....	55
9.2 Enfoque .....	55
9.3 Tipo de estudio .....	56
9.4 Diseño .....	56
9.5 Nivel .....	57
9.6 Población .....	57
9.7 Muestra .....	57
9.8 Procedimiento .....	58
9.9 Análisis de datos .....	59
10. Consideraciones éticas .....	59

11. Variables .....	61
12. Cuestionarios.....	68
12.1 Ficha técnica.....	68
12.1.1 Nombre: Inventario de Depresión de Beck-II (BDI-II).....	68
12.1.2 Autor (es): Aaron T. Beck, Robert A. Steer y Gregory K. Brown (1996). 1.4. ....	68
12.1.3 Fiabilidad del cuestionario.....	68
12.1.4 Validez del cuestionario .....	68
12.1.5 Descripción: .....	69
12.2 Ficha técnica .....	69
12.2.1 Nombre: STAI, Cuestionario de Ansiedad Estado-Rasgo.....	69
12.2.2 Autor (es): C. D. Spielberger, R. L. Gorsuch y R. E. Lushene. ....	69
12.2.3 Fiabilidad del cuestionario.....	70
12.2.4 Validez del cuestionario .....	70
13. Resultados.....	71
13.1 Descripción de las variables demográficas de la muestra.....	71
13.2 Descripción de las variables demográficas con respecto a la ansiedad estado .....	75
13.3 Descripción de las variables demográficas con respecto a la ansiedad rasgo.....	81
13.4 Descripción de las variables demográficas con respecto a la Depresión .....	87
14. Discusión.....	92
15. Conclusiones .....	96
16. Recomendaciones .....	98
17. Referencias.....	99
18. Anexos .....	107
18.1 Consentimiento informado.....	107
18.2 Instrumento 1: Inventario de Depresión de Beck-II (BDI-II). ....	108
18.3 Instrumento 2: STAI, Cuestionario de Ansiedad Estado-Rasgo. ....	109
18.4 Cuestionario: Datos sociodemográficos.....	110

## Índice de tablas

<b>Tabla 1.</b> Criterios diagnóstico DSM-5 para el trastorno de depresión mayor	38
<b>Tabla 2.</b> Criterios diagnósticos del TAG de acuerdo con el DSM-5	44
<b>Tabla 3.</b> Variables sociodemográficas	73
<b>Tabla 4.</b> Ansiedad estado en relación con el sexo	75
<b>Tabla 5.</b> Ansiedad estado en relación a la edad	76
<b>Tabla 6.</b> Ansiedad estado en relación con estado civil	77
<b>Tabla 7.</b> Ansiedad estado en relación con nivel socioeconómico	77
<b>Tabla 8.</b> Ansiedad estado en relación con el nivel de escolaridad	78
<b>Tabla 9.</b> Ansiedad estado en relación con presencia de red de apoyo	79
<b>Tabla 10.</b> Ansiedad estado en relación al diagnóstico de anticoagulación	80
<b>Tabla 11.</b> Ansiedad estado en relación al tiempo de tratamiento	80
<b>Tabla 12.</b> Ansiedad rasgo en relación al sexo	82
<b>Tabla 13.</b> Ansiedad rasgo en relación a la edad	82
<b>Tabla 14.</b> Ansiedad rasgo en relación al estado civil	83
<b>Tabla 15.</b> Ansiedad rasgo en relación al nivel socioeconómico	83
<b>Tabla 16.</b> Ansiedad rasgo en relación al nivel de escolaridad	84
<b>Tabla 17.</b> Ansiedad rasgo en relación a la presencia de red de apoyo	85
<b>Tabla 18.</b> Ansiedad rasgo en relación al diagnóstico motivo de la anticoagulación	85
<b>Tabla 19.</b> Ansiedad rasgo en relación a tiempo de tratamiento	86
<b>Tabla 20.</b> Depresión en relación al sexo	87
<b>Tabla 21.</b> Depresión en relación a la edad	88
<b>Tabla 22.</b> Depresión en relación estado civil	89
<b>Tabla 23.</b> Depresión en relación al nivel socioeconómico	89
<b>Tabla 24.</b> Depresión en relación la presencia de redes de apoyo	90
<b>Tabla 25.</b> Depresión en relación al diagnóstico o motivo de la anticoagulación	91
<b>Tabla 26.</b> Depresión en relación al tiempo de tratamiento	92

## **Introducción**

En la actualidad va en aumento las expectativas de la calidad de vida en nuestro país y cada vez tiene mayor auge hablar de los aspectos psicológicos en términos de salud, dotando de igual importancia los aspectos tanto físicos como mentales y su influencia en el estado emocional de las personas y más aún en las enfermedades crónicas nos trasmisibles. Sin importar la fase de una enfermedad, vemos como las emociones juegan un papel importante, además de ello existen diversas consecuencias relacionadas con la salud mental de los pacientes como la ansiedad y depresión. Intrínsecamente en los procesos de los pacientes con enfermedades crónicas que asisten al Instituto del Corazón y que son tratados con medicamentos anticoagulantes como la Warfarina en la actualidad no presentan ningún tipo de atención en el aspecto psicosocial. Por otra parte, es evidente como este tipo de patologías afectan a los pacientes en su calidad de vida al igual que la de sus familias.

En esta investigación se estudiaron diversas variables de los pacientes con enfermedades crónicas y que por su condición, requieren un tratamiento prolongado de anticoagulantes orales y se relacionaron con la prevalencia de trastornos del estado de ánimo como lo son la depresión y la ansiedad, evidenciando no solo la existencia de estos en los diferentes grupos de pacientes sino también teniendo en cuenta aspectos como el tiempo de tratamiento en el que está el paciente, nivel sociocultural, entre otros.

Este trabajo pretende demostrar gracias a la utilización de pruebas de ansiedad (STAI, Cuestionario de Ansiedad Estado-Rasgo) y depresión (Inventario de Depresión de Beck-II (BDI-II) la prevalencia de estos trastornos y si hay circunstancias sociales que influyen en la activación de alguno de ellos.

## 1. Planteamiento del problema

Es evidente como va aumentando la utilización de anticoagulantes orales para la corrección y/o prevención de procesos tromboembólicos, lo que trae consigo una serie de consecuencias médicas y sociales.

Como refiere Castro (como se citó en Gómez, 2005), la anticoagulación crónica oral (ACO) con Warfarina por sí sola no hace referencia a una enfermedad sino a un tratamiento que, de no usarse correctamente puede generar altos costos al sistema de salud, puesto está implicado el uso de un medicamento que requiere un control estricto y múltiples cuidados con el fin de vigilar unos niveles de coagulación sanguínea para prevenir complicaciones hemorrágicas o tromboembólicas.

Las aplicaciones médicas de la anticoagulación han sido demostradas a través de diferentes estudios y bajo diversas condiciones, es común el uso de este medicamento en el tratamiento de enfermedades como fibrilación auricular, tromboembolismo pulmonar y/o trombosis del sistema venoso profundo, presencia de prótesis cardiacas mecánicas o biológicas, existencia de trombos cardiacos y algunas situaciones especiales (Gómez, Peixoto, Azcúnaga, Gama, Lluberas, y Álvarez, 2014).

La enfermedad crónica y los múltiples tratamientos farmacológicos llevan al paciente a adoptar o cambiar sus hábitos y estilos de vida, ejemplo de esto, es cuando se acogen nuevas practicas alimenticias, evitan las bebidas alcohólicas, se inician rutinas de ejercicio, se disminuye o elimina el consumo del tabaco y/o se implementan técnicas de respiración que disminuyen los niveles de ansiedad, entre otros. Todos estos cambios, dependiendo de la capacidad de aceptación del paciente pueden contribuir al bienestar o afectar su salud mental, ocasionando trastornos en el estado del ánimo como ansiedad y/o depresión.

Varela (como se citó en Gómez, 2005), expone que el tratamiento farmacológico busca generar modificaciones al interior del organismo, pero esto a su vez produce cambios en la conducta de un paciente, un fármaco posee dos efectos, por un lado, el efecto farmacodinámico y por otro, el efecto placebo, para el primer caso se producen ciertas modificaciones fisiológicas y químicas. En el segundo caso, se refiere a un efecto sugestivo propio de cada paciente, que depende del grado de cultura, las creencias, valores y actitudes de cada paciente. Todos estos aspectos pueden determinar que el cumplimiento terapéutico se lleve a cabo o que, por el contrario, surjan dificultades; ejemplo de esto son las variables cognitivas y la personalidad de cada paciente, en especial las creencias que se tengan sobre la salud, siendo estas condicionantes para la respuesta a la hora de tener una adherencia al tratamiento farmacológico o a un programa de atención primaria. Además de esto, el tipo de enfermedad y su gravedad, el entorno familiar y social, las experiencias de aprendizaje previas, son factores que ejercen una influencia positiva o negativa en la conducta que se asuma frente a una enfermedad.

Dentro de las consecuencias más frecuentes asociadas a las enfermedades crónicas y al tratamiento farmacológico se encuentran la depresión y ansiedad, con consecuencias importantes para la salud, dado que se manifiestan a través de una mala calidad de vida que afecta, no solo al paciente sino a su ambiente familiar y social (Orozco-Gómez y Castiblanco-Orozco, 2015).

Existen estudios que relacionan las enfermedades crónicas con la depresión y/o ansiedad, pero son escasas las investigaciones que abarcan estos estados emocionales en pacientes que pertenecen a un programa cuyo objetivo es el tratamiento terapéutico para prevenir complicaciones asociadas a un medicamento como la Warfarina.

Los pacientes con ACO, son una población que pueden presentar el riesgo de desarrollar alguno de estos trastornos, no sólo porque la presencia de una enfermedad asociada, sino también

por las transformaciones en los estilos de vida que el tratamiento genera, ejemplo de ellas son los controles periódicos, la aparición de interacciones medicamentosas, la restricción de algunos alimentos, las posibles complicaciones como el riesgo de sangrado, etc. (Gómez, Peixoto, Azcúnaga, Gama, Lluberas, y Álvarez, 2014).

Explicar una enfermedad a través de un modelo biomédico tradicional donde los signos y síntomas solo pueden ser explicados por un trastorno fisiológico, donde las intervenciones son regidas por principios netamente biológicos y el pensamiento mecanicista basado en unas explicaciones unicasales; dan cuenta de una intervención reduccionista o simplista, donde no puede entenderse de manera global ni integral la enfermedad, debido a que variables como el sufrimiento o la experiencia de la enfermedad no son fáciles de ser explicadas. Es fundamental que haya una formulación comprensiva de la enfermedad, donde adquiera igual relevancia el factor biológico, como el psicológico y social, a través de la implementación de un modelo biopsicosocial que responde a los procesos de salud, el cual tiene como principio la interacción de estos tres factores.

Actualmente el Instituto del Corazón S.A.S de la ciudad de Medellín, cuenta con más de mil pacientes con este tipo de tratamiento -ACO con Warfarina- en un programa cuyo objetivo es el manejo integral, pero enfocado al seguimiento médico y la educación, pero no cuenta con un acompañamiento de su salud mental, no existe una evaluación de aspectos psicológicos que permitan identificar diversas variables que pueden ser cruciales para entender su comportamiento durante la permanencia en dicho programa y que son fundamentales puesto pueden afectar negativa o positivamente la salud física y/o mental. Es por esto que se formuló la siguiente pregunta de investigación ¿Cuál es la prevalencia de trastornos psicopatológicos: ansiedad y



depresión, en pacientes pertenecientes al programa de anticoagulación crónica oral con Warfarina del Instituto del Corazón de Medellín?

## **2. Pregunta de investigación**

¿Cuál es la prevalencia de trastornos psicopatológicos: ansiedad y depresión, en pacientes pertenecientes al programa de anticoagulación crónica oral con Warfarina del Instituto del Corazón de Medellín?

## **3. Justificación**

Cuando se pregunta ¿Cuál es la prevalencia de trastornos psicopatológicos: ansiedad y depresión, en pacientes pertenecientes al programa de anticoagulación crónica oral con Warfarina del Instituto del Corazón de Medellín? se tiene como propósito dar a conocer cómo los pacientes con enfermedades crónicas no transmisibles en tratamiento farmacológico, específicamente con anticoagulantes orales como la Warfarina, muestran una tendencia a desarrollar trastornos del estado del ánimo como la ansiedad y depresión. En cualquiera de los casos una persona enfrentada a la pérdida o disminución de la salud siente su vida amenazada y se confronta con una serie de experiencias cognitivas, emocionales y conductuales, que afectan su estado emocional y por ende su calidad de vida. Por un lado, es común encontrar sensaciones de sorpresa, pero al mismo tiempo aparece el temor al diagnóstico y miedo al futuro (pronóstico). El tratamiento médico, puede crear en el paciente

y su familia sufrimiento y dolor, según la forma en que sea afrontada y la manera en que el paciente percibe su estado de salud.

Está claro que los diferentes pacientes que padecen una enfermedad crónica tienen muchos cambios físicos, químicos y orgánicos, pero es indispensable ir más allá, hay que entender e intervenir en los cambios psicológicos que una enfermedad o tratamiento médico puedan generar; y eso es lo que busca esta investigación, medir que tanto se ve afectado el paciente emocionalmente por este tipo de tratamientos. La psicología de la salud facilita la terapia para los problemas psicológicos que estas enfermedades puedan generar, mejorando los hábitos de vida y promoviendo el autocuidado en los pacientes. Cuando el dolor aparece en este tipo de enfermedades hay una repercusión muy significativa y negativa en las emociones. (Piqueras Rodríguez, Martínez González, Ramos Linares, Rivero Burón, García López, Oblitas Guadalupe, 2008).

La viabilidad de esta investigación se dio pensando en la atención integral, tanto física como psicosocial donde los pacientes que ingresan a los programas de gestión del riesgo del Instituto del Corazón de Medellín, quienes esperan de su institución prestadora de servicios en salud un seguimiento y control de su tratamiento con la anticoagulación crónica oral (ACO), pero que además por su enfermedad de base y múltiples comorbilidades, requieren más que una atención médica y física; este estudio pretende indagar en estos pacientes como se procesan las emociones, y a partir de esto evaluar la prevalencia y grado de la depresión y ansiedad.

Además, se busca demostrar con evidencia científica la importancia no solo del tratamiento médico (enfocado en aspectos biológicos) sino una atención integral donde se evalúen las variables psicológicas y sociales de cada paciente.

La investigación está enfocada en la psicología de la salud a partir del estudio de los pacientes pertenecientes a un programa de anticoagulación crónica oral, que, a su vez permite explicar como un tratamiento médico y una enfermedad crónica pueden ser factor de riesgo para desencadenar ansiedad y depresión. Con la identificación de este fenómeno se pueden propiciar estrategias o programas enfocados en una atención integral (médica y psicológica) en pro del bienestar del paciente y/o entorno familiar / social.

Como psicólogos en formación es importante desarrollar este tipo de estudios, puesto que se genera un espacio que integra por un lado los conocimientos obtenidos en el trayecto de la carrera y por el otro, porque se consolida el ser y hacer del profesional. Además, es un estudio que puede generar un impacto académico, puesto que, realiza una serie de aportes a la Psicología de la Salud, que pueden motivar a otros estudiantes de la Institución Universitaria de Envigado a realizar sus trabajos de grado bajo esta línea o tema de investigación.

#### **4. Objetivo general**

Identificar la prevalencia de trastornos psicopatológicos: ansiedad y depresión, en pacientes con anticoagulación crónica oral (ACO) con Warfarina del Instituto del Corazón.

##### **4.1 Objetivos específicos**

- Identificar el grado de ansiedad y depresión, según el diagnóstico de anticoagulación del paciente.
- Comparar el nivel de ansiedad y depresión con el tiempo de tratamiento farmacológico.

- Determinar cómo las variables sociodemográficas influyen en la prevalencia de ansiedad y depresión.

## **5. Marco institucional**

El Instituto del Corazón fue fundado en la ciudad de Medellín en 1990 por un grupo de especialistas del sector salud, que tenían como propósito brindar una atención diagnóstica no invasiva en el campo cardiovascular. Su actividad se despliega entre otros en la búsqueda de mecanismos para mejorar la salud y calidad de vida de las personas por medio de la detección temprana y la gestión del riesgo (Instituto del Corazón, 1990).

### **5.1 Marco legal**

La base jurídica o legal está constituida por el derecho fundamental de la salud donde todo paciente del Instituto del Corazón, sin importar los estereotipos ni condiciones como el sexo, raza, edad, idioma, ideología, religión, condición social y económica, tiene derecho acceder a los diferentes servicios de la institución (Instituto del Corazón, 1990).

### **5.2 Misión y visión del Instituto del Corazón**

El Instituto del Corazón es una Institución Prestadora de Servicios en salud (IPS) que evalúa y minimiza el riesgo de los usuarios para que encuentren una solución a su situación de salud garantizando siempre una experiencia agradable y un impacto en la calidad de vida de sus

usuarios. Apoyándose no solo en la parte médica sino también en la administrativa con tecnología y calidad humana (Instituto del Corazón, 1990).

Para el Instituto del Corazón, la vida es su esencia, se apropia de la salud de sus usuarios para guiarlos hacia el bienestar, generando un nivel de confianza para que el paciente se sienta protegido. Por medio de la prevención se garantiza la seguridad, inspirando a crear o enriquecer los estilos de vida saludables. La tecnología e innovación son las herramientas para acompañar a los usuarios en este proceso, brindando un completo acompañamiento de la mano de los diferentes especialistas y ofreciendo servicios de calidad. Su lema “No salvamos vidas, las mejoramos; porque tus órganos y sentidos crean un sistema que nos importa” (Instituto del Corazón, 1990).

## **6. Antecedentes investigativos**

### **6.1 Antecedentes internacionales**

Una investigación de corte transversal y descriptiva realizada en España titulada Prevalencia de ansiedad y depresión en pacientes anticoagulados, realizada entre el 2004 y 2005, corresponde a un estudio realizado con 166 pacientes con anticoagulación crónica oral de un centro en Madrid, dentro de los cuales la mayoría de los participantes fueron hombres (53,6%), con una edad media de 67 años de la población general, el tiempo del tratamiento con este tipo de medicamento fue en promedio de 4,2 años, la principal causa o motivo de anticoagulación es la presencia de fibrilación auricular (59,6%). Su objetivo era medir la tendencia de reacciones ansiosas y depresivas en esta población, utilizando el cuestionario de la Escala de Ansiedad y Depresión de Goldberg (EADG), en el cual detectó que la prevalencia de ansiedad y depresión en este tipo de pacientes es significativa. En el caso de la ansiedad, existe una población

previamente diagnosticada del 9,6% y con la prueba se diagnosticó el 31,3% (que corresponden a casos nuevos), con una tendencia total de ansiedad del 40,9%. Por otro lado, en el caso de depresión 12% corresponde a diagnóstico previo y el 51% a nuevos diagnósticos, con una prevalencia total estimada del 63%. Se identificaron diferencias en relación al género para el caso de la ansiedad - donde existe mayor ansiedad en mujeres (54,5% frente a 29,2% en los hombres)-. No se encontraron diferencias importantes tras la evaluación de la prevalencia de trastornos de ansiedad y/o depresión con respecto a la edad o la presencia de alguna comorbilidad ajena al motivo de anticoagulación (HTA, Enfermedad pulmonar obstructiva crónica, cáncer, diabetes, dislipidemia, enfermedad renal crónica o demencia). Los autores indican que existe un infra diagnóstico de ansiedad y depresión en estos pacientes, es decir, no todos han sido debidamente diagnosticados, la identificación de dichos trastornos permitiría una intervención oportuna e integral sobre ellos (López, De Jaén, Sánchez-Guerrero, Barrera, Del Río y Sánchez, 2008).

Por otro lado, un estudio epidemiológico realizado por Pinto-Meza, Haro, Palacín, Torres, Ochoa, Vilagut, Martínez-Alonso, Codony y Alonso (2007) a una población española titulado “Impacto de los trastornos del ánimo, de ansiedad y de las enfermedades físicas crónicas en la calidad de vida de la población general de España”, donde se evidencian las afecciones negativas a la calidad de vida relacionadas con la salud (CVRS). El estudio tiene como finalidad evaluar la afectación de la vida laboral de una persona, su CVRS y en la discapacidad funcional como respuesta de los trastornos del estado de ánimo y de algunas enfermedades físicas crónicas. Éste estudio fue transversal, en el cual se utilizó la encuesta ESEMED-ESPAÑA, arrojó una muestra representativa donde los trastornos mentales fueron evaluados con la Composite International

Diagnostic Interview (CIDI 3.0), la CVRS con el 12-Item Short Form Health Survey (SF-12) y la discapacidad funcional con la WHO Disability Assessment Schedule. Los trastornos evaluados en este estudio fueron el episodio depresivo mayor, distimia y los trastornos de ansiedad, también se evaluaron la presencia de enfermedades físicas crónicas. El total de la población evaluada fue de 2.121 personas, las cuales fueron mayores de 18 años y el 51,35% corresponde al sexo femenino. Dentro de los resultados obtenidos mostraron que el Episodio Depresivo Mayor fue el trastorno con mayor prevalencia (n=247, 4,05%). Así mismo, se evidenció que el 54,03% de la población estuvo afectada por enfermedades físicas con predominio de la artritis y reumatismo (n=617, 21,42%). Los trastornos mentales y las enfermedades físicas crónicas presentes tales como las anteriormente mencionadas, en los últimos 12 meses fueron: agorafobia, trastorno de angustia, fobia social, distimia, trastorno de ansiedad generalizada. El episodio depresivo mayor presentó la más baja puntuación con respecto a la calidad de vida mental (por debajo de la media de la población). Otra de las evaluaciones realizadas es la calidad de vida física la cual se vio negativamente afectada por enfermedades como la artritis/reumatismo, la diabetes, el dolor de espalda y la cefalea. Como producto de las comorbilidades entre los grupos de trastorno y la enfermedad física, sobre la calidad de vida de la salud y la discapacidad funcional, se puede observar el impacto de la interacción entre los trastornos del estado de ánimo y los de ansiedad sobre el componente mental ( $\beta$  estimada:  $-6,73$ ; intervalo de confianza del 95%:  $-10,97, -2,52$ ;  $p=0,002$ ). En conclusión, la peor salud mental predomina en un grupo de personas que presentaron algún trastorno del estado de ánimo y que tienen como comorbilidad algún trastorno de ansiedad.

Otro estudio realizado en el 2011 en México sobre la prevalencia de ansiedad y depresión en las personas con diabetes mellitus, utilizó un diseño de tipo descriptivo trasversal, que buscaba medir estas variables a través de dos instrumentos: El cuestionario Clínico para el Diagnóstico del Síndrome Depresivo y el Inventario de Ansiedad Rasgo Estado (IDARE). La población general fue de 100 pacientes diagnosticados con Diabetes Mellitus, pertenecientes a un centro en Tabasco, México. Los participantes de la investigación tenían entre los 30 a 80 años de edad con un promedio de 56,15, donde el 55% pertenece al sexo femenino y 45% al sexo masculino. Los resultados muestran que en la variable de Ansiedad - Estado, un 53% de la muestra estudiada presenta niveles altos. El 54,5% de los hombres mostraron niveles altos de depresión, muy similar al estado de las mujeres quienes presentaron ansiedad estado en un 50%. En cuanto a la variable Ansiedad-Rasgo, se identificó que un 51% resultó con un nivel de ansiedad alta. El 38.2% de las mujeres encuestadas se encuentran sin depresión, 47% presentaron depresión media, el 12.7% con nivel de depresión incipiente y el 1.8% presentó reacción de ansiedad frente a la resolución del instrumento. Cuando se describe el componente depresivo las variables que marcan una menor afectación es el sexo masculino, puesto que el 47.7% se encontraron en rangos normales, se observa además que el 40.9% presentó depresión media y el 11.4% depresión incipiente (Rivas-Acuña, García-Barjau, Cruz-León, Morales-Ramón, Enríquez-Martínez y Román-Alvarez, 2011).

En comparación a esta última población de pacientes anticoagulados, un estudio descriptivo de corte trasversal realizado en el Estado de Sao Paulo – Brasil titulado “Calidad de vida relacionada a la salud de pacientes que usan anticoagulación oral”, se analizaron estas variables y su relación con el sexo, la edad, el tiempo y motivo de uso de anticoagulantes orales.



La muestra obtenida fue de 178 participantes, el 65,2% corresponde a mujeres, con edad promedio de 55,6 años. Con relación a la evaluación de la Calidad de Vida relacionada a la SALUD, la mejor evaluación fue para Aspectos sociales  $p=80,7$  y la peor para los Aspectos físicos  $p=55,4$ . Algunos dominios que presentaron resultados por encima de 60, lo que en comparación con los demás porcentajes esta por encima algo que no suele ser tan positivo, además fueron la capacidad funcional, vitalidad y estado general de salud. La relación de la Calidad de vida con la variable edad, se probaron diferencias significativas, la mejor puntuación obtenida para el caso de capacidad funcional, fue por sujetos con menos de 40 años con una puntuación de 77,7 y la peor para aquellos con más de 60 años con una puntuación de 60,2. Ese resultado confirma que individuos jóvenes presentan mejor capacidad funcional, es decir, presentan menores limitaciones físicas para realizar actividades rutinarias. El dominio dolor tuvo la mejor evaluación para personas mayores de 60 años con una puntuación de 66,3 y la peor fue para los individuos entre 40 y 59 años con una puntuación de 54,6. La relación de la calidad de vida con el sexo mostró que los hombres presentaron mejores puntajes que las mujeres, en todos los estándares del SF-36, excepto para Estado General de Salud (mujeres  $p=69,5$  y hombres  $p=68$ ). La Calidad de Vida relacionada a la Salud, muestra diferencias según el tiempo de uso del anticoagulante, estos resultados sugieren que la causa puede estar relacionada al período de adaptación que tare consigo una terapia, puesto que se encontraron mayores puntuaciones en todas las variables en los pacientes con un periodo de tratamiento superior a 10 años en comparación con pacientes con menos de 1 año de tratamiento (Almeida Corbi, Spadoti Dantas, Martinelli Pelegrino y da Silva Carvalho, 2011).

Este estudio realizado por González Nieves, Herrera Jiménez, López Romero y Nieves Achón (2011) titulado “Características del estado emocional en pacientes con enfermedad renal crónica(ERC)”, fue una investigación desarrollada en un hospital de Cuba, orientada al análisis de los estados emocionales que permanecen durante la evolución de la enfermedad. Su objetivo estaba centrado en comparar las características emocionales y la relación con el progreso de la enfermedad. La muestra obtenida fue de 32 pacientes, de los cuales 16 estaban con tratamiento renal sustitutivo y 16 con otras alternativas terapéuticas. De la población total (32 pacientes) ninguno tuvo previamente tratamiento psicológico y/o psiquiátrico. La muestra contó con una participación muy baja del sexo femenino (6 de 32 pacientes seleccionados, es decir, un 18,72%). Además, este grupo – las mujeres- presentaron menor predisposición a presentar hábitos nocivos, ya que un 65% de la población general refiere haber fumado por más de 10 años, de los cuales solo tres (3) son mujeres. Igualmente, el 15 % refiere haber consumido bebidas alcohólicas con mayor frecuencia, pero ninguno es de sexo femenino. La edad de los participantes oscila entre los 23 y los 75 años; el 48.75 % de la muestra se ubica entre 41 y 60 años, lo cual indica que es el grupo de mayor vulnerabilidad en este tipo de enfermedad. En los resultados obtenidos de ansiedad, se manifestaron niveles más altos en el estado del grupo de diálisis, siendo un estado afectivo que se caracteriza como un miedo indeterminado y la preocupación de un peligro inminente ante la cronicidad y severidad de la enfermedad. Por otro lado, se observó en ambos grupos niveles moderados y graves de depresión. Siendo ligeramente más alta la expresión de depresión grave en el grupo de diálisis. Estos resultados indican que hay un aumento proporcional según la severidad de la enfermedad; dentro de las pérdidas que la persona debe aceptar, comienza a elaborar o reelaborar el sentido de la muerte, lo que conlleva a la reestructuración o supresión de sus proyectos. También se identificó que las respuestas de los

pacientes en relación a hábitos alimenticios, el 90 % de las respuestas fueron “mi apetito no es peor que de costumbre”, esto se debe a que en este grupo de pacientes lo que presenta es producto de las prohibiciones y limitaciones adquiridas y no como consecuencia de la pérdida de apetito. El 90% expresó no tener disminución en su interés por el sexo, evidenciándose un deterioro de origen orgánico y no motivacional. Los resultados de la presente investigación indican que las vivencias subjetivas de los pacientes con enfermedad renal crónica están marcadas por afectaciones emocionales, lo que requiere intervenciones psicológicas como parte del tratamiento.

Otro estudio realizado en Madrid en 2012 sobre la “Evaluación de la calidad de vida, estado emocional (ansiedad y depresión) y estrategias de afrontamiento en pacientes con enfermedad neoplásica pulmonar”, busca estudiar las relaciones entre estas variables. Los participantes fueron 121 pacientes con diagnóstico de cáncer de pulmón no microcítico, de los cuales el 62% fueron hombres, con una edad media de 63 años. Los cuestionarios empleados fueron: la Escala de Depresión y Ansiedad Hospitalaria que mide la Sintomatología depresiva. La Escala de Depresión y Ansiedad Hospitalaria que mide la Sintomatología ansiosa. El Cuestionario de Calidad de Vida EORTC QLQ-C30. El Cuestionario de Calidad de Vida en su módulo específico para cáncer de pulmón que mide los síntomas específicos del cáncer de pulmón y el Cuestionario de Ajuste Mental al Cáncer que mide las estrategias de afrontamiento. La ansiedad y depresión se relacionaron de manera positiva. La calidad de vida se correlaciona negativamente en cuanto a depresión y ansiedad, también da un resultado negativo las subescalas funcionales con la depresión y el funcionamiento físico – cognitivo – emocional y social. De igual forma se identifica una correlación negativa entre ansiedad y todas las subescalas

funcionales: físico ( $r=-0,221$ ;  $p=0,021$ ), rol ( $r=-0,364$ ;  $p=0,000$ ), cognitivo ( $r=-0,34$ ;  $p=0,000$ ), emocional ( $r=-0,805$ ;  $p=0,000$ ), y social ( $r=-0,311$ ;  $p=0,001$ ). Las estrategias de afrontamiento (MAC) más utilizadas por los pacientes fueron en primer lugar el fatalismo (71,67%) seguido del espíritu de lucha (70,49%). Las menos utilizadas fueron la indefensión (14,52%) y la preocupación ansiosa (8,06%). A pesar del diagnóstico de este tipo de enfermedad y su severidad, solo el 20,53% presentó sintomatología depresiva y el 32,15% presentó sintomatología ansiosa (Rodríguez-Quintana, Hernando-Trancho, Cruzado, Olivares, Jamal y Laserna, 2012).

Otro estudio descriptivo correlacional de corte transversal realizado en por Pascual Sánchez y Caballo Escribano (2017) titulado “Funcionamiento y Calidad de vida en personas con enfermedades crónicas: poder predictivo de distintas variables psicológicas”, se evaluaron las variables emocionales (ansiedad, depresión), cognitivas y conductuales utilizando los siguientes instrumentos de evaluación: Inventario de Depresión de Beck, Cuestionario de Ansiedad Estado-Rasgo, Cuestionario SF-36 de calidad de vida relacionada con la salud, Escala de Autoeficacia Percibida para Enfermedad Crónica, Inventario de Estrategias de Afrontamiento, Cuestionario de Afrontamiento del Dolor Crónico y Cuestionario de Estrategias de Afrontamiento del Dolor. La muestra empleada fueron 35 pacientes pertenecientes a distintas sociedades de Enfermedades Crónicas de Salamanca - España, de las cuales el 68.6% eran mujeres y 31.4% hombres. Las edades oscilaban entre 31 y 88 años. Las enfermedades crónicas estaban comprendidas por distintos diagnósticos, como lupus, espondilitis anquilosante, fibromialgia, artritis reumatoide, enfermedad de Crohn, enfermedad pulmonar, colitis ulcerosa, insuficiencia renal y esclerosis múltiple. Las puntuaciones obtenidas indican la existencia de

niveles leves de depresión y tendencia a la ansiedad, además de una moderada autoeficacia percibida; en cuanto a la calidad de vida relacionada con la salud, las medias obtenidas en el SF-36 (0 - 100) tienden a ser bajas en las diferentes dimensiones, cuyas puntuaciones oscilan entre 34 – 35 en todas las variables: rol físico y emocional, salud general, dolor corporal, funcionamiento físico, social y vitalidad, siendo p la puntuación directa. Las estrategias de afrontamiento más utilizadas son: ignorar el dolor, uso de conductas distractoras, autoinstrucciones y acudir a la religión . Los resultados revelan la existencia de diferencias significativas entre el sexo, a favor de los hombres en algunas dimensiones de calidad de vida como dolor corporal, funcionamiento social y el componente mental estandarizado.

Una investigación publicada por Pino-Ramírez y Solis-Añez (2018), titulada “Percepción de enfermedad en personas con trastornos hereditarios del tejido conectivo, específicamente en población afectada por el Síndrome de Marfan (SM) y Ehlers-Danlos (SED)”, es un estudio descriptivo con un diseño no experimental de tipo transeccional, la recolección de los datos se obtuvo mediante la participación de las asociaciones de pacientes con SM y SED en Iberoamérica (Argentina, Chile, Colombia, España, México, Perú, Venezuela y otros países). Donde la mayor parte de los afectados de SM son españoles (n=16), seguidos los argentinos (11); la mayoría de los pacientes con SED provienen de los mismos países, aunque el grupo argentino fue ligeramente mayor (n=13). Se seleccionaron 86 afectados (74.2% mujeres), de los cuales el 61,63% reportaron tener diagnóstico de SM y el 38,37% SED. El rango de edad de los participantes fue de 16 a 69 años, con un promedio de la muestra de 33,90 años y un promedio de tiempo de diagnóstico de 19,82 años (con un rango: 6m-58 años). La percepción de enfermedad (PE) fue evaluada mediante el Illness Perception Questionnaire-Revised (IPQ-R).

Dentro de los resultados obtenidos, se encontró que el grupo con SED refirió un mayor número de enfermedades distintas a su condición ( $1,58 \pm 2,17$ ,  $p < .05$ ), así como más síntomas asociados ( $9,42 \pm 3,65$ ) y no asociados a su enfermedad ( $10,15 \pm 2,99$ ). Excepto en los problemas visuales que fueron reportados en igual proporción por ambos grupos. Síntomas dolor articular, cansancio, palpitaciones y problemas visuales a pesar de que son efectos secundarios de su enfermedad fueron referidos por más de la mitad los participantes. Por otro lado, la mayoría de las personas con SED seleccionaron 12 síntomas (de los 14 de la lista) como sensaciones propias de su condición, excepto quedarse sin aliento y roncar. También se realizó la comparación entre las respuestas dadas según el sexo en el grupo con SM, debido a que en el de SED la frecuencia de hombres fue muy baja ( $n=4$ ), detectando que las mujeres con SM percibieron un mayor número de síntomas asociados ( $5.97 \pm 2.60$  vs.  $4.39 \pm 2.06$ ;  $p \leq .05$ ) y no asociados al síndrome ( $6.97 \pm 3.02$  vs.  $4.55 \pm 2.52$ ;  $p \leq .01$ ). Con respecto a las creencias sobre la enfermedad, los dos grupos percibieron su estado como crónico, expresando un control moderado sobre su enfermedad (SM:  $4,47 \pm 1,31$ ; SED:  $4,08 \pm 1,35$ ) y con una respuesta emocional ligeramente negativa hacia su condición (SM:  $3,37 \pm 1,43$ ; SED:  $3,77 \pm 1,24$ ). Ambos grupos refirieron que sus condiciones de salud son invariables, teniendo un mayor promedio en esta dimensión los pacientes con SED (SED:  $4,52 \pm 1,00$ ; SM:  $3,65 \pm 1,33$ ). También se observó que los pacientes con SED perciben un mayor impacto de la enfermedad en sus vidas (SED:  $4,12 \pm 1,60$ ; SM:  $3,53 \pm 1,50$ ) y el grupo con SM expresa mayores creencias en el control del tratamiento sobre su enfermedad (SM:  $4,37 \pm 1,26$ ; SED:  $3,45 \pm 1,88$ ). En conclusión, los resultados apuntan a la noción de que existe una fuerte identidad en el grupo con SED, relacionada con una patología crónica, invariable y con consecuencias negativas, además se logra comprender las causas biológicas

(origen genético), la permanencia e incurabilidad y los efectos adversos de su enfermedad, expresando emociones negativas con un nivel moderado.

## **6.2 Antecedentes nacionales**

A diferencia de otros estudios donde se evidencia la prevalencia de la ansiedad y depresión en pacientes con enfermedades crónicas, una investigación realizada en Colombia por Vinaccia, Quiceno, Zapata, Obesso y Quintero (2006) muestra una discrepancia con estas afirmaciones. En un artículo titulado “Calidad de vida relacionada con la salud y emociones negativas en pacientes con diagnóstico de Enfermedad Pulmonar Obstructiva Crónica (EPOC)”, donde participaron 60 pacientes voluntarios entre 35 y 88 años de edad de ambos géneros, pertenecientes a las diferentes IPSS (Instituciones Prestadoras de Servicios de Salud) de la ciudad de Medellín con este diagnóstico, la edad media fue de 67,7 años, donde el 65% son mujeres, se evidencia, además, que el 50% de la muestra pertenece a un estrato socioeconómico bajo – medio. Para evaluar la calidad de vida se utilizó el Cuestionario SF36 diseñado por el Health Institute, New England Medical Center, de Boston Massachusetts; para evaluar el nivel de ansiedad y depresión se utilizó la Escala Hospitalaria de Ansiedad y Depresión (HAD). Se usó la Escala de Apoyo Social (AS). No se evidenciaron niveles clínicamente significativos de ansiedad-depresión con los resultados obtenidos, observando que los síntomas depresivos son relativamente bajos (mediana= 5,5). La calidad de vida de las funciones físicas fueron las más afectadas (mediana=47,5) especialmente el rol físico (mediana=34) en el cuestionario SF36 y en relación al Apoyo Social se observaron niveles muy altos (mediana=28, x=27).

Por otro lado, una investigación realizada en la ciudad de Medellín por Gaviria, Vinaccia, Riveros y Quiceno (2007) titulado “Calidad de vida relacionada con la salud, afrontamiento del estrés y emociones negativas en pacientes con cáncer en tratamiento quimioterapéutico”, tuvo como finalidad evaluar estas variables en 28 pacientes con este diagnóstico, de los cuales las edades oscilaban entre los 18 a 70 años y cuyo diagnóstico corresponde a diferentes tipos de cáncer en tratamiento con quimioterapia del Instituto de Medicancer. Los cuestionarios empleados fueron: EORTC QLQ-C30, que mide Calidad de Vida; el CAE, que evalúa Afrontamiento al Estrés, y la Escala de Ansiedad y Depresión Hospitalaria. La muestra estudiada estaba conformada por mujeres (60.7%) y hombres (39.3%). La mayoría de los participantes pertenecían a un nivel socioeconómico bajo (estrato 1 y 2) con un porcentaje de 89.3%, además presentaron un nivel de estudios en básica primaria del 75.0%. El principal diagnóstico asociado corresponde a pacientes con cáncer de colon (28.6 %) seguido de cáncer de mama (21.4%). A nivel general se observa que los pacientes del estudio tuvieron puntuaciones medio altas en las escalas de Función Física, Función Cognitiva, Función Social y Global, del cuestionario EORTC QLQ-C30. Por otro lado, se obtuvieron porcentajes bajos en la escala de Síntomas como Náuseas y Vómito, Dolor, Disnea, Pérdida de Apetito, Estreñimiento y Diarrea, al igual que en la escala de Dificultades Financieras, con lo que se puede concluir que existe poca manifestación de sintomatología asociada por la enfermedad y los efectos del tratamiento quimioterapéutico como de dificultades económicas. Las estrategias de afrontamiento más utilizadas son medios en las subescalas de Búsqueda de Apoyo Social, Religión, Solución de Problemas y Auto focalización Negativa, son altas en las subescalas de Evitación y Reevaluación Positiva y las menos utilizadas están relacionadas con la Expresión Emocional Abierta. En relación a los puntajes de



la Escala Hospitalaria de Ansiedad y Depresión, se puede apreciar que los síntomas depresivos y manifestaciones ansiosas son muy bajos.

Un estudio relacionado con enfermedad crónica VIH llamado “Estrategias de Afrontamiento y Ansiedad-Depresión en Pacientes Diagnosticados con VIH/Sida”, realizado en la ciudad de Medellín, es una investigación descriptivo transversal correlacional, tenía como finalidad evaluar las estrategias afrontamiento y la ansiedad-depresión en pacientes de la ciudad de Medellín diagnosticados con VIH/Sida y que se encontraban en tratamiento antirretroviral. Los participantes del estudio fueron 92 pacientes de ambos géneros con edad entre los 23 a 68 años y cuyo promedio fue de 39.4. Los resultados mostraron que la mayoría de los participantes fueron hombres (84.8%) y sólo un 15.2% corresponden al sexo femenino, pertenecientes principalmente a un estrato socioeconómico medio – bajo (nivel 2 y 3) con el 64.1%, en cuanto al nivel educativo, la mayoría de pacientes presentan estudios superiores (46.7%), seguido de estudios básicos en secundaria (41.3%) y solo el 12% tenían estudios de primaria. Los instrumentos utilizados para la investigación fueron la Escala de Estrategias de Coping Modificada y para evaluar la ansiedad y la depresión se utilizaron las escalas auto aplicadas de Zung. En cuanto al resultado, las estrategias de afrontamiento más utilizadas por los pacientes son la Búsqueda de alternativas, Religión, Refrenar el afrontamiento, Reevaluación positiva y Búsqueda de apoyo profesional. En conclusión, los factores psicosociales y sociodemográficos (edad, género, nivel educativo, ocupación, estado civil, percepción de apoyo social, creencias, modos de afrontamiento, presencia de emociones negativas, presencia de enfermedades crónicas, psiquiátricas y psicológicas asociadas, tratamientos médicos y farmacológicos), pueden en permitir o no que los pacientes enfrenten la enfermedad. En este estudio los pacientes con VIH/Sida no presentaron niveles clínicamente significativos de ansiedad, en comparación con

otros estudios sobre salud mental con población general colombiana donde se han detectado niveles altos para el caso de ansiedad y depresión (Gaviria, Quiceno, Vinaccia, Martinez y Otalvaro, 2009).

En una investigación realizada por Tobo-Medina y Canaval-Eraza (2010) sobre Las emociones y el estrés en personas con enfermedad coronaria, realizó un estudio de tipo correlacional de corte transversal, con una muestra de 65 personas con diagnóstico de Enfermedad de las arterias coronarias, de una institución de salud en Cali. La edad promedio de los participantes es de 62,7 y el 66,7% de la población fueron hombres. Se empleó un cuestionario sobre 38 estados afectivos y emocionales, más del 70% de la muestra presento: hipersensibilidad, inquietud, miedo, excesiva preocupación por otros, auto represión emocional, rigidez moral, deseo de ser ejemplo para otros, sobreprotección, soledad y aislamiento. De las características afectivas más del 90% de las personas presentaron: auto represión, rigidez moral y el deseo de ser ejemplo para otros.

Otro estudio descriptivo con diseño transversal realizado en la ciudad de Medellín por Moreno Acosta, Krikorian y Palacio (2015) titulado “Malestar emocional, ansiedad y depresión en pacientes oncológicos colombianos y su relación con la competencia percibida”, buscaba determinar las variables mencionadas anteriormente; para esto, se recogieron datos sociodemográficos y clínicos de 42 adultos enfermos de cáncer, todos mayores de 18 años de edad, que se encontraban en diferentes momentos de la enfermedad y en varias etapas del tratamiento. Se empleó la Escala de Ansiedad y Depresión Hospitalaria y la Escala de Competencia Percibida. La edad promedio 49 años, el 83% de sexo femenino, el diagnóstico más

común es el cáncer de mama (26.2%). El 61.9% se encontraba en estadio IV, y más del 50%, en tratamiento paliativo. De la población estudiada el 26.2% eran cuidados por su pareja; el 90% provenía de zona urbana, el 67.7% tenía estudios secundarios y superiores, el 38.1% se desempeñaba como amas de casa, un 92.9% profesaba por religión la católica, e igual porcentaje eran creyentes participantes. Con respecto a las variables de estudio, se obtuvo puntuaciones de 7.8 para el caso de ansiedad, 5.6 para depresión y 13.4 en malestar emocional, siendo una puntuación alta en comparación con los demás resultados. La competencia percibida obtuvo una puntuación moderada ( $p= 37$ ). Por otro lado, los índices de ansiedad, depresión y malestar emocional tuvieron mayor impacto en los estadios más avanzados de la enfermedad, aunque no se encontró diferencia estadísticamente significativa ( $p < .05$ ) en los puntajes de las pruebas según el estadio de la enfermedad ni en el tipo de tratamiento. Tampoco se encontraron diferencias significantes según el sexo en las variables como ansiedad y competencia percibida, aunque los hombres obtuvieron puntuaciones para depresión. El análisis correlacional llevado a cabo entre las variables ansiedad, depresión, malestar emocional y competencia percibida mostró una relación significativa entre el malestar emocional y la competencia percibida.

## **7. Marco teórico**

### **7.1 Depresión**

Diferentes autores han tratado de explicar el trastorno de la depresión y establecer sus causas durante los últimos años, en un primer momento es difícil encontrar similitudes en las teorías puesto que todos planteaban sus puntos de vista.

Spitz (1965), en su texto llamado “el primer año de vida del niño”, expuso una serie de condiciones que hoy son los que caracterizan el trastorno depresivo, entre las más mencionadas están: el llanto, la pérdida de peso, evitación en la interacción social, alteraciones del sueño y la incidencia a contraer enfermedades intercurrentes.

Según Davison (2005), ve la depresión ese estado emocional que tiende a notarse por una gran tristeza y aprensión, donde prevalecen sensaciones de desesperanza, culpa, aislamiento, falta de sueño, alteraciones en el apetito, disminución del deseo sexual y displacer en actividades cotidianas. Es común que las personas experimenten en el transcurso de la vida momentos tristes, aunque no en el grado ni la frecuencia requerida para ser diagnosticado como trastorno depresivo. Los signos o síntomas pueden cambiar en cierto grado a lo largo de la vida. Por ejemplo, en la infancia el comportamiento es altamente activo y agresivo, en los adolescentes es común una manifestación negativista, antisocial y con sentimientos de incomprensión, cuando se cumple la mayoría de edad se identifica falta de concentración y alteraciones de la memoria.

En el ámbito clínico, la depresión es una condición propia del sujeto caracterizada por una sensación tristeza, con una duración por encima a dos meses, la cual es consecuencia de actividades rutinarias, donde se tiene la percepción o sensación de pérdidas o incapacidad para hacerles frente a las diferentes situaciones, esto es producto de unos cambios químicos, de algunos trastornos físicos o médicos. La sintomatología de la depresión varía entre los individuos (Piqueras Rodríguez, Martínez González, Ramos Linares, Rivero Burón, García López, Oblitas Guadalupe, 2008).

Otra definición globalizadora que tiene la ventaja de ser aceptada desde las diferentes posiciones teóricas fue expuesta por Del Barrio y Carrasco (2013), donde refieren que en la depresión se presenta un cambio persistente en la conducta, manifestando de manera permanente tristeza, decadencia para disfrutar de los acontecimientos, dificultad para comunicarse con otros, acciones repetitivas de quejas y/o protestas, afectando la adaptación del sujeto con su entorno.

Según Ezpeleta y Toro (2014) hablar de una persona con depresión es referirse al individuo melancólico, débil, tímido, callado, solitario, inactivo que se abandona a los acontecimientos. En cuanto al diagnóstico, refieren que hay un infra diagnóstico, puesto que, solo al 50% se le atribuye este trastorno.

Los diferentes manuales han jugado un papel fundamental y decisivo ya que consiguieron limitar esas diferencias teóricas y anudar los criterios diagnósticos. Es así como el DSM y CIE han presentado un esfuerzo plausible, ya que generaron una significación estandarizada y, por lo tanto, un lenguaje común de los conceptos usados para el diagnóstico de todos los trastornos incluyendo la depresión. Es así como a través de los criterios del DSM-5, que aporta nuevas precisiones, aunque mantiene integra algunos criterios básicos del DSM-IV-TR, se logra identificar con facilidad la depresión en niños y adolescentes.

El diagnóstico según los criterios de la depresión mayor se mantienen en el DSM-5 con ligeros cambios en la ordenación de las exclusiones diagnósticas, también se añaden una serie de matizaciones que permiten identificar distintos tipos de depresión mayor, como se muestra en la tabla 1.

**Tabla 1. Criterios diagnóstico DSM-5 para el trastorno de depresión mayor**

A. Cinco (o más) de los síntomas siguientes han estado presentes durante un período de dos semanas y representan un cambio del funcionamiento previo; al menos uno de los síntomas es 1) estado de ánimo deprimido o 2) pérdida de interés o de placer.

Nota: No incluir síntomas que se pueden atribuir claramente a otra afección médica.

1. Estado de ánimo deprimido la mayor parte del día, casi todos los días, como lo indica el sujeto
2. Disminución significativa del interés o el placer por todas o casi todas las actividades la mayor parte del día, casi todos los días (según refiere el sujeto o los otros).
3. Pérdida significativa de peso o aumento de peso.
4. Insomnio o hipersomnia casi todos los días.
5. Agitación o retraso psicomotor casi todos los días.
6. Fatiga o pérdida de energía casi todos los días.
7. Sentimiento de inutilidad o culpabilidad excesiva o inapropiada casi todos los días.
8. Disminución de la capacidad para pensar o concentrarse, casi todos los días.
9. Pensamientos de muerte recurrentes (no sólo miedo a morir), ideas suicidas recurrentes sin un plan determinado, intento de suicidio o un plan específico para llevarlo a cabo.

B. Los síntomas causan malestar clínicamente significativo o deterioro en lo social, laboral u otras áreas importantes del funcionamiento.

C. El episodio no se puede atribuir a los efectos fisiológicos de una sustancia o de otra afección médica.

D. El episodio de depresión mayor no se explica mejor por un trastorno esquizoafectivo, esquizofrenia, un trastorno esquizofreniforme, trastorno delirante, u otro trastorno especificado o no especificado del espectro de la esquizofrenia y otros trastornos psicóticos.

E. Nunca ha habido un episodio maníaco o hipomaníaco.

American Psychiatric Association (2013): *Diagnostic and Statistical Manual of Mental*

*Disorders* (DSM-5). Arlington, VA: American Psychiatric Association

El estudio de la depresión, basada según la clínica, muestra una ausencia de placer en las actividades que anteriormente si se lo generaban. Es importante mencionar que la presencia de manifestaciones como tristeza, pérdida del apetito, alteraciones del sueño, etc. no son determinantes para diagnosticar la depresión puesto que es fundamental la presencia de una disfuncionalidad en el sujeto que la padece (Ezpeleta y Toro, 2014).

Por otro lado, también es significativo exponer que el trastorno depresivo varía cualitativa y cuantitativamente según el periodo de vida o la fase de desarrollo del sujeto que la padece. La sintomatología de la depresión puede tener dos moduladores: edad y sexo. Para el primer caso, la etapa evolutiva juega un papel importante, en cada ciclo de vida se da un tipo u otro de sintomatología. Según Ezpeleta y Toro (2014), los síntomas interiorizados que repercuten en el pensamiento y aparecen en la conducta se dan más frecuentes en la pubertad, por otro lado, la somatización es más común en la niñez; esto se debe a la maduración neuronal de los sujetos. En el segundo aspecto – sexo- las diferentes investigaciones hay un dato consistente que refiere mayor frecuencia de depresión femenina sobre la masculina después de los 12 años. Estos datos son explicados a través del modelo biológico, de las hormonas femeninas que son las que hacen que las mujeres sean más vulnerables a este trastorno. Sin embargo, no se puede dejar a un lado el componente social, donde aún existe una presión que promueve la sumisión y dependencia, atribuido al rol femenino que conlleva a una desesperanza implícita en su proyecto de vida.

El trastorno depresivo incorpora más síntomas que los referidos como criterios diagnósticos, aun siendo estos los que hacen operativa su definición. La depresión puede mostrarse a través de muchas conductas como, por ejemplo: con llantos, huida, oposicionismo, soledad, confrontaciones recurrentes, expresión facial de tristeza, alteraciones en el lenguaje, agresiones, consumo de psicoactivos, sexo inseguro, juegos de riesgo, etc. La sintomatología que se desarrolla en el interior del sujeto es accesible por información verbal: desánimo, falta de interés, ideas mórbidas, ideas suicidas, desesperanza, sentimiento de fracaso o de no ser querido. Por otro lado, se observan síntomas de naturaleza somática como: temblores, enrojecimiento, dolores, astenia, problemas de sueño y/o alimenticios (Ezpeleta y Toro, 2014).

La depresión al igual que otros trastornos puede estudiarse desde diferentes dimensiones: cognitiva, fisiológica y motora. Cuando se habla de una emoción como la tristeza, esta tiene una función adaptativa que busca alcanzar el cuidado de los demás, además, constituye la comunicación en momentos de pérdida o separación. Cuando se habla de una experiencia que genera tristeza, esta dependería de la evaluación cognitiva que se hace sobre la demanda de la situación y de los recursos que tienen las personas para afrontar determinadas situaciones, ya que cuando se habla de trastorno sería una evaluación negativa (Piqueras Rodríguez, Martínez González, Ramos Linares, Rivero Burón, García López y Oblitas Guadalupe, 2008).

En su mayoría, las personas en algún momento de su vida pierden interés por las actividades cotidianas, se sienten fatigadas, tienen problemas de concentración, dificultades para conciliar el sueño, presentan culpabilidad, inutilidad o desesperanza, muestran un aumento o pérdida de apetito o del peso y en ocasiones hay poco del deseo sexual, ideación suicida y pensamientos negativos sobre sí. Pero esto no quiere decir que presenta un trastorno del estado del ánimo como lo es la depresión (Ezpeleta y Toro, 2014).

Hablar de depresión hace referencia al producto final de la interrelación de factores evolutivos, ambientales, personales e interpersonales, que generan una modificación en la neurotransmisión entre los hemisferios cerebrales y el sistema límbico. El componente bioquímico se comporta igual que el endocrino e inmunológico en situaciones de estrés. En la dimensión motora, es característico presentar disminución de la frecuencia de las conductas, esto puede ser producto de diversos factores ambientales como una ruptura sentimental o también por



las diferentes enfermedades crónicas. Es evidente que a la depresión viene acompañada de un evento previo que es para el sujeto un factor estresante que le genera sensaciones de adversidad y/o estrés psicosocial. A nivel cognitivo la depresión depende de cómo el individuo recibe y procesa los acontecimientos mentalmente, afirmando diferentes teorías que atribuyen distintos elementos cognitivos a la depresión (Piqueras Rodríguez, Martínez González, Ramos Linares, Rivero Burón, García López y Oblitas Guadalupe, 2008).

## **7.2 Ansiedad**

El trastorno de ansiedad se da por un miedo excesivo, además pueda afectar diversos aspectos como el rendimiento escolar, deportivo o laboral, la puntualidad, el cumplimiento de normas o el bienestar de los seres queridos (Ezpeleta y Toro, 2014).

El trastorno por ansiedad generalizada (TAG) ha sido descrito sobre todo en los adultos y se dice que su inicio no es frecuente antes de la adolescencia. Muchas de las personas que tienen este trastorno refieren en común un sufrimiento y preocupación constante. Dentro de las características del trastorno se encuentra una ansiedad excesiva, referida a diferentes situaciones que cursa con síntomas somáticos (tensión muscular, algias, quejas de inconformidad, etc.) y con un componente cognitivo muy acentuado que conlleva a la tendencia de una preocupación incontrolable. Viéndolo así, desde el punto de vista, muchos autores coinciden en que el síntoma central de la ansiedad es la preocupación (Reyes-Ticas, 2005).

La etiología de los trastornos de ansiedad puede describirse a partir de factores biológicos y psicológicos del sujeto que la padece. Desde el primer aspecto, cuando se habla de factores biológicos se refiere al componente genético (hereditario o no) y a su expresión conductual – temperamento -. La existencia de factores contextuales se refiere a los acontecimientos vitales estresantes, las practicas parenterales, la comunicación de experiencias ansiosas y, en general, vivir en un entorno inestable que transmita una falta de control y dificultad para predecir lo que puede ocurrir (Ezpeleta y Toro, 2014).

En la tabla 2, se muestran los criterios diagnósticos del TAG de acuerdo con el DSM-5 (APA, 2013), en la descripción de este manual se observa unas características fundamentales: 1) la intensidad y su duración o continuidad de la ansiedad y su preocupación es desproporcional a la situación real presentada. 2) durante el curso del trastorno las preocupaciones saltan de un tema, situación u objeto a otro. 3) Hay dificultad para controlar la preocupación, hasta el punto que interfiere con la atención y el funcionamiento del individuo.

La ansiedad se da debido al desajuste no solo psicológico sino además fisiológico que se percibe ante una situación amenazante, sea ésta en cierto grado probable. La ansiedad es uno de los estados más comunes en la terapia de conducta, ligado con el cansancio y agotamiento (Amigo, Fernández y Pérez, 2003).

Reyes-Ticas (2005), refiere que la ansiedad tiene diferentes síntomas, pero estos se asocian por un temor o pavor irracional y excesivo. Además, expone diferentes significados clínicos de ansiedad:

1. Ansiedad como sentimiento: es una sensación normal de tensión provocado por factores internos como deseos, recuerdos, pensamientos o problemas.
2. Ansiedad como síntoma: constituye el componente psicológico esencial de los trastornos de ansiedad. Ejemplo, la expresión o sensación de que "tengo un mal presentimiento".
3. Se plantea la ansiedad como el conjunto de síntomas psíquicos, físicos y conductuales, ocasionados por respuestas neurobiológicas y con múltiples causas.
4. La ansiedad como enfermedad hace referencia unas características - cuadro clínico- que tiene su propia etiopatogenia, evolución, pronóstico y tratamiento, también catalogado como un trastorno primario.

Existe un sistema neuronal que se ocupa de preservar la vida, es por esto que se dan reacciones de lucha o de huida, de la alimentación y la actividad sexual, y que van alineadas a una serie de emociones miedo, ansiedad y amor. El sistema límbico se ha definido como el responsable de estas reacciones puesto que dirige y regula la respuesta de la amígdala y el locus ceruleus. Por otro lado, en la ansiedad participan otras estructuras cortico subcorticales donde la entrada sensorial de un estímulo condicionado de amenaza corre a través del tálamo anterior al núcleo lateral de la amígdala y luego es transferido al núcleo central de amígdala, lo que permite el procesamiento de la información, generando una respuesta autonómica (Reyes-Ticas, 2005).

Anteriormente, estos trastornos de ansiedad se relacionaban exclusivamente con conflictos intrapsíquicos. Actualmente hay una aceptación en que su etiología se debe a factores biológicos, sociales y de aprendizaje. Las diferentes teorías muestran como los trastornos presentan una serie de anormalidades neuroquímicas dadas genéticamente, otras pueden estar

asociadas a conflictos intersubjetivos de las personas generando unas conductas aprendidas que se convierten en estresores; siendo la combinación de estas variables lo que más cercanamente se encuentra en su causa. Dentro de los componentes biológicos, se encuentra la propensión genética, que se ha encontrado en la mayoría de los trastornos de ansiedad, pero con mayor tendencia en el trastorno por pánico, trastorno obsesivo compulsivo y fobia social. Hablando de los factores psicosociales, se hace prevalencia en los estresores psicológicos y sociales, los cuales son de vital importancia en muchos de los trastornos de ansiedad, como elementos iniciadores, agravantes o causales. Los problemas adquiridos por relaciones interpersonales, académicas y laborales, se asocian con la aparición de los trastornos de adaptación como la ansiedad. Por último, los factores traumáticos, como accidentes graves, desastres, asaltos, violaciones, torturas, secuestros, etc., pueden desencadenar daños biológicos cerebrales importantes que se relacionan con síntomas graves de ansiedad, como es el caso del estrés agudo y del trastorno de estrés postraumático (Reyes-Ticas, 2005).

***Tabla 2. Criterios diagnósticos del TAG de acuerdo con el DSM-5***

- |   |
|---|
| <p>A. Ansiedad y preocupación excesiva, que se produce durante más días de los que ha estado ausente durante un mínimo de seis meses, en relación con diversos sucesos o actividades.</p> <p>B. Al individuo le es difícil controlar la preocupación.</p> <p>C. La ansiedad y la preocupación se asocian a tres (o más) de los seis síntomas siguientes (y al menos algunos síntomas han estado presentes durante más días de los que han estado ausentes durante los últimos seis meses):</p> <ol style="list-style-type: none"><li>1. Inquietud o sensación de estar atrapado o con los nervios de punta.</li><li>2. Fácilmente fatigado.</li><li>3. Dificultad para concentrarse o quedarse con la mente en blanco.</li><li>4. Irritabilidad.</li><li>5. Tensión muscular.</li><li>6. Problemas de sueño (dificultad para dormirse o para continuar durmiendo, o sueño inquieto e insatisfactorio).</li></ol> <p>D. La ansiedad, la preocupación o los síntomas físicos causan malestar clínicamente significativo o deterioro en las áreas importantes del funcionamiento.</p> <p>E. La alteración no se puede atribuir a los efectos fisiológicos de una sustancia ni a una afección médica.</p> <p>F. La alteración no se explica mejor por otro trastorno.</p> |
|---|

American Psychiatric Association (2013): *Diagnostic and Statistical Manual of Mental Disorders* (DSM-5). Arlington, VA: American Psychiatric Association

El individuo con trastorno de ansiedad experimenta ansiedad permanente, un rasgo característico de este padecimiento en la preocupación crónica e incontrolable donde abundan los malestares somáticos: sudoración, rubor, palpitaciones, malestar gastrointestinal, dificultad para respirar, temblores, contracciones musculares, etc. Reflejando una hiperactividad del sistema nervioso autónomo (Davison, 2005).

El estudio de la ansiedad como una emoción negativa implica una respuesta: fisiológica, cognitiva y motora. Cuando hablamos del nivel fisiológico hace referencia a la activación que se da por dos sistemas interrelacionados: el sistema nervioso autónomo (SNA) y el sistema neuroendocrino (SNE). El primero en activarse es en SNA el cual se da de un modo automático e involuntario cuando se identificada cualquier amenaza. Está constituido por una división simpática y una parasimpática generando un efecto sobre los órganos (Sandín y Chorot en Piqueras Rodríguez, Martínez González, Ramos Linares, Rivero Burón, García López y Oblitas Guadalupe, 2008).

Usualmente el sistema simpático regula actividades relacionadas con el gasto de energía, produciendo una estimulación sobre todos nuestros órganos y a su vez sobre sus funciones o respuestas, liberando energía para preparar al sujeto a luchar o huir. Este sistema es el responsable del incremento de frecuencia cardiaca (taquicardia), de la presión arterial, la dilatación de los bronquios, el aumento de la tensión muscular, entre otros efectos. Por otro lado,

el sistema parasimpático, tiene una función contraria, ya que inhibe la energía (generando un ahorro de esta), por esto se da un efecto opuesto como la disminución los latidos cardiacos, y relaja los músculos. La respuesta adecuada de una persona ante determinadas situaciones se basa en que ambos sistemas están en equilibrio (Sandín y Chorot en Piqueras Rodríguez, Martínez González, Ramos Linares, Rivero Burón, García López y Oblitas Guadalupe, 2008).

El SNE se ha vinculado con la ansiedad, al mismo tiempo que con una serie de respuestas de estrés, ya que genera una activación neuroendocrina que libera o segrega los corticoides. Esta requiere de una exposición más prolongada del sujeto a la situación percibida como amenazante. Los glucocorticoides (cortisol) unidos al SNS y a las del sistema hipófiso-tiroideo, generan una respuesta que implica a prácticamente cualquier sistema neuroendocrino del organismo (Sandín y Chorot en Piqueras Rodríguez, Martínez González, Ramos Linares, Rivero Burón, García López y Oblitas Guadalupe, 2008).

Además de las activaciones fisiológicas, también se asocian otros factores psicológicos a la ansiedad, que conforman unos patrones de respuestas cognitivas y conductuales. El modelo cognitivo-conductual en el curso de las enfermedades físicas se basa en la combinación de dos modelos, donde hay una influencia en la conducta misma de la enfermedad y a partir del significado y afrontamiento de su estado de salud. Se entiende por cognitivo al proceso donde se lleva a cabo la percepción, identificación, contrastación y la toma de decisiones. Algunos pensamientos negativos automáticos y creencias irracionales actúan antes y durante el transcurso de un evento, interpretándolo como peligroso o como con poca capacidad para afrontarlo (Sandín

y Chorot en Piqueras Rodríguez, Martínez González, Ramos Linares, Rivero Burón, García López y Oblitas Guadalupe, 2008).

Estados como la preocupación, anticipación, hipervigilancia, inseguridad, sensación de pérdida de control y los cambios fisiológicos (cardiacos, respiratorios, etc.) son efectos de esta dimensión -cognitiva-. Las respuestas motoras son conductas que están enfocadas en el afrontamiento de una situación determinada. Las conductas más habituales son la confrontación, el distanciamiento, el autocontrol y la búsqueda de apoyo social. Hablando de la ansiedad, algunas conductas beber, fumar, llevar una mala dieta, etc. son prácticas no saludables a las que las personas recurren para sentir alivio del malestar físico o psicológico generado (Ezpeleta y Toro, 2014).

### **7.3 Anticoagulación crónica oral (ACO)**

Como refiere el presidente de la Sociedad Colombiana de Cardiología y Cirugía Cardiovascular, el uso de anticoagulantes es un tratamiento existente en diferentes patologías cardiovasculares, los criterios para su manejo y control, son difíciles ya que están relacionados a los múltiples casos de sobreanticoagulación o al uso subterapéutico de la medicación de los pacientes con este tipo de tratamiento, según Charria García (como se citó en Gómez, 2005).

Charria García (como se citó en Gómez, 2005), refiere que la importancia de la anticoagulación se ha demostrado en los estudios clínicos que han demostrado eficacia, ya que existen diferentes reportes que muestran disminución en la incidencia de trastornos tromboembólicos.

La terapia con warfarina está relacionada a un riesgo mayor de presentar complicaciones hemorrágicas, siendo uno de los factores determinantes para el sangrado controlar y mantener unos niveles de Tasa Internacional Normalizada INR adecuados. Los casos clínicos muestran como los pacientes con INR por encima de 6 tienen alto riesgo de sangrado mayor, siendo la hemorragia intracraneal la complicación más temida. Existen muchos factores que propician el aumento del INR incluyendo el consumo de otras medicaciones -que potencian su efecto-, también algunas enfermedades como el cáncer, la enfermedad diarreica aguda y las infecciones o procesos virales. Otra variable que genera riesgo de sangrados es la edad de los pacientes. Enfermedades como la hipertensión y la diabetes se han considerado como factor de riesgo para presentar hemorragias, relacionadas posiblemente con el origen vascular y neuropatía, según Charria García (como se citó en Gómez, 2005).

Como plantea Mora Pabón (como se citó en Gómez, 2005), el mayor riesgo se explica por algunas comorbilidades e la interacción de fármacos. Otro factor de riesgo para la población con este tratamiento es los valores de INR no estén bien controlados, por esto se requiere de un control periódico y de ajustes frecuentes en las dosis. La terapia con warfarina es utilizada como prevención secundaria a largo plazo – evitando la aparición de trombos-. El control estricto es un procedimiento fundamental para evitar dosis inadecuadas y rangos no terapéuticos, este monitoreo se realiza con la medición del TP y se reportan los resultados como INR obtenidos por exámenes de laboratorio. Existen diversas situaciones en las cuales alteran la absorción del medicamento como la dieta, los demás medicamentos y enfermedades, que deben tenerse en cuenta al inicio de este tipo de terapia – anticoagulante oral con warfarina-.



La duración del tratamiento no es certera en la actualidad; sin embargo, entre menos tiempo de tratamiento es menos eficaz según la patología, en términos de tromboembolismo venoso recurrente, no es lo mismo hablar de 12 semanas a seis meses. Según estudio la duración ideal este tipo de patológicas es de seis meses, dependiendo de su etiología, ya que los pacientes con factores de riesgo irreversibles como causantes del evento deben ser candidatos para anticoagulación indefinida según Mora Pabón (como se citó en Gómez, 2005).

Gómez Flórez y Dennis Verano (como se citó en Gómez, 2005), refieren que los niveles altos de anticoagulación deben ser manejada por medio de protocolos claramente definidos en cada institución. Existen recomendaciones generales del manejo de estos eventos, dependiendo de las características y capacidades de la institución de salud.

Como refiere Mendoza Beltrán (como se citó en Gómez, 2005), los cumarínicos, o antagonistas de la vitamina K, han sido la principal terapia anticoagulante, aunque existen medicamentos de nueva generación también efectivos pero que deben considerarse según la patología del paciente. La warfarina tiene múltiples beneficios que fueron definidos por estudios clínicos realizados en tromboembolismo venoso, embolismo sistémico, válvulas protésicas y fibrilación auricular, también en la prevención primaria del infarto agudo de miocardio y de enfermedad cerebrovascular. Algunos de los problemas inherentes a este tipo de terapias se deben al control del laboratorio, a la adherencia de los pacientes y al riesgo de hemorragias o sangrados. Existe una incidencia anual de hemorragia mayor de 1,2 y 7 episodios por 100 pacientes en diferentes estudios de cohortes. En estudios clínicos con poblaciones de pacientes seleccionadas, este rango está ente 0,5 y 4,2 por 100 pacientes. Los episodios de sangrado menor

que no tienen consecuencias ni costos, tienen una incidencia anual de 2 a 24 episodios por 100 pacientes.

Los eventos secundarios mayores tienen que ver con sangrados fatales o sangrados que comprometen la vida (intracraneal o retroperitoneal) o sangrados con descenso en la hemoglobina donde se requiere transfusión sanguínea. La variabilidad en los niveles de INR, pueden ocurrir por diferentes razones como: inexactitud en la prueba, cambios en la absorción de la vitamina K (existente en muchos alimentos) o de la warfarina, cambios en el metabolismo y utilización otros medicamentos, según Mendoza Beltrán (como se citó en Gómez, 2005).

Castro Aguilar (como se citó en Gómez, 2005) expone la importancia de una clínica de anticoagulación, ya que, a diferencia de otros medicamentos, ajustar su dosis para mantener rangos terapéuticos es todo un desafío por los múltiples factores que afectan sus niveles óptimos (como la farmacodinamia y farmacocinética del medicamento y otros factores genéticos, ambientales, comorbilidades, el grado de aceptación del paciente). En 1949 surgen las primeras clínicas de anticoagulación en Europa, concretamente en pacientes con trombosis, que posteriormente son adoptadas por los demás países ajustando el modelo a pacientes con anticoagulación oral. En los 90 se estableció el Consenso Nacional de Anticoagulación (Anticoagulation Forum), como órgano encargado de brindar orientación y establecer estándares profesionales a partir de las investigaciones respectivas. Una clínica de anticoagulación, implica un cuidado coordinado de un grupo interdisciplinario de especialistas para su adecuado manejo, cuya función debe estar enfocada en proporcionar un manejo organizado y sistematizado del tratamiento anticoagulante. El éxito de una clínica de anticoagulación radica en tres aspectos de gran importancia:

- Seguimiento continuo.
- Educación suministrada a los pacientes sobre hábitos, alimentación y toma adecuada del medicamento.
- Comunicación permanente entre el paciente, la clínica de anticoagulación y el médico tratante.

Como conclusión, se ha evidenciado que las clínicas de anticoagulación deben estar enfocadas en la educación a los pacientes, ya que la información que se brinde debe ser sencilla, fácil de entender y de carácter universal, lo que implica que todos los profesionales involucrados en su seguimiento tengan el mismo tipo de información.

#### **7.4 Enfermedad Crónica (EC) – Enfermedad crónica no transmisible (ECNT).**

Según la Organización Mundial de la Salud (OMS) en el año 2016, la definición tradicional, emitida es corresponde a que la enfermedad crónica es vista como la experiencia vivida de una condición física o alteración de la salud a largo plazo, ya sea porque sea relacionada con una enfermedad contagiosa o no contagiosa o a una condición, síndrome o trastorno.

Por otro lado, la OMS denomina también enfermedad crónica a las afecciones de larga duración y por lo general, de progresión lenta. La enfermedad crónica presenta un largo período de latencia y un curso clínico prolongado, no tiene cura definitiva, es una afección que va generando cambios con el tiempo, su evolución no se da en el mismo momento y tiene un origen heterogéneo.

Los 4 tipos principales de enfermedades crónicas no transmisibles son:

- Las enfermedades cardiovasculares (infartos cardíacos y accidentes cerebrovasculares)
- El cáncer
- Las enfermedades respiratorias crónicas (como la enfermedad pulmonar obstructiva crónica)
- La diabetes.

Según la OMS (2016), estas enfermedades son las principales causas de mortalidad en el mundo, siendo responsables del 63% de las muertes. En 2008, 36 millones de personas murieron de una enfermedad crónica, de las cuales la mitad era de sexo femenino y el 29% era de menos de 60 años (Vinaccia y Quiceno, 2012).

A nivel psicosocial, se ha evidenciado como las enfermedades crónicas ocasionan altos niveles de estrés en las personas que las padecen, teniendo además un efecto negativo que requiere un periodo de adaptación de parte del individuo y de la familia (Vinaccia y Quiceno, 2012)

Los procesos relacionados al ajuste de las enfermedades crónicas: como la adaptación y los cambios generados en sus actividades diarias, la conservación de una condición funcional, la percepción de la calidad de vida en sus diferentes dimensiones y la ausencia de trastornos psicológicos o emociones negativas, hacen parte de la vivencia física y subjetiva de la enfermedad (Vinaccia y Quiceno, 2012).

Existe evidencia de la presencia de estados emocionales o trastornos psicopatológicos existentes en las ECNT, como la depresión y la ansiedad en la diabetes, el síndrome de fatiga crónica, la artritis, la esclerosis múltiple y la artritis reumatoide; por otra parte, la depresión se presenta con mayor frecuencia en la fase terminal de la enfermedad renal crónica. (Orozco-Gómez y Castiblanco-Orozco, 2015).

Durante el proceso de la enfermedad es probable encontrar síntomas de depresión, ansiedad y angustia que se generan por las situaciones de encierro como el caso de la hospitalización, los pacientes experimentan sensaciones y pensamientos relacionados al deterioro de la salud, la aparición de nuevos síntomas asociados a la enfermedad o la recurrencia de algunos que ya habían disminuido o desaparecido. Los pacientes experimentan incertidumbre con respecto a su enfermedad, debido al curso fortuito de la misma y la sensación continua amenaza a la vida (Orozco-Gómez y Castiblanco-Orozco, 2015).

En la enfermedad crónica, la aparición de trastornos como la depresión se encuentra relacionada con factores que predicen la supervivencia. Es decir, la depresión puede generar en el sujeto la disminución de la motivación, la concentración y la energía requerida para llevar a cabo, de forma consistente, las recomendaciones brindadas por sus especialistas, como el autocuidado, la toma adecuada de la medicación y la actividad física; y esto a su vez aumenta el riesgo de presentar condiciones físicas negativas y discapacidad (Orozco-Gómez y Castiblanco-Orozco, 2015).

## 8. Marco legal y ético

Según la ley 1751 de 2015 por medio de la cual se regula el derecho fundamental a la salud, establece:

“El derecho fundamental a la salud comprende el acceso a los servicios de salud de manera oportuna, eficaz y con calidad para la preservación, el mejoramiento y la promoción de la salud. El Estado adoptará políticas para asegurar la igualdad de trato y oportunidades en el acceso a las actividades de promoción, prevención, diagnóstico, tratamiento, rehabilitación y paliación para todas las personas. De conformidad con el artículo 49 de la Constitución Política, su prestación como servicio público esencial obligatorio, se ejecuta bajo la indelegable dirección, supervisión, organización, regulación, coordinación y control del Estado” (Ministerio de Salud y Protección Social, Ley 1751, 2015).

Así mismo, según el Ministerio de Salud y Protección Social (2015) define los elementos y principios del derecho fundamental a la salud:

- Disponibilidad: el Estado deberá garantizar la existencia de servicios, tecnologías, instituciones, programas y profesionales para la prestación de servicios en salud.
- Aceptabilidad: los diferentes agentes del sistema deberán ser respetuosos de la ética médica, así como de las diversas culturas de las personas, respetando sus particularidades socioculturales, permitiendo su participación en las decisiones sobre su atención.
- Accesibilidad: los servicios y tecnologías de salud deben ser accesibles a todos en condiciones de igualdad.

- Calidad e idoneidad profesional: los establecimientos, servicios y tecnologías de salud deberán responder a estándares de calidad aceptados por las comunidades científicas. El personal de la salud debe ser competente, con educación continua e investigación científica.

## **9. Diseño metodológico**

### **9.1 Metodología**

Cuantitativo-Descriptivo y transversal

### **9.2 Enfoque**

Cuantitativo

Para este estudio se seleccionó un enfoque cuantitativo puesto que inicialmente se plantea un problema o campo de estudio delimitado y basados en la revisión de literatura que constituye el marco teórico, se postulan algunas teorías que orientan las hipótesis de la investigación y se lleva a cabo la recolección de datos, orientándolos a un análisis de resultados basados en datos estadísticos. El método cuantitativo es secuencial y probatorio, como describe Hernández Sampieri, Fernández-Collado y Baptista Lucio (2006), es un estudio que emplea la recolección de datos para probar hipótesis, con base en la medición numérica y el análisis estadístico, a partir de esto, establece patrones de comportamiento y busca probar teorías. Se caracteriza porque se plantea un problema, el cual es delimitado y concreto, sus preguntas de investigación se refieren

a temas específicos y relacionados a la revisión de la literatura para la construcción del marco teórico.

### **9.3 Tipo de estudio**

#### Descriptivo

Se realizó la medición de las variables “Depresión” y “Ansiedad”, en un grupo específico de pacientes, a través de la utilización de unos instrumentos que miden e identifican las características propias de cada una de estas. Lo que se hace en este tipo de investigación es observar fenómenos tal como se dan en su contexto natural, para posteriormente analizarlos. Este tipo de estudio permite describir cómo se manifiestan estos fenómenos y busca especificar cuáles son las propiedades, características y perfiles importantes de este grupo de personas. Se lleva a cabo una medición, evaluación y recolección de datos sobre diversos conceptos (variables), aspectos, dimensiones o componentes del fenómeno a investigar (Hernández Sampieri, Fernández-Collado y Baptista Lucio, 2006).

### **9.4 Diseño**

Es transversal, ya que se recolectan datos en un solo momento, cuyo propósito es describir variables y asociarlas. Son cuantificados y descritos para después realizar la asociación de las variables, para así conocer la vinculación, ya sea positiva o negativa, es decir, directa o inversamente proporcional (Hernández-Sampieri, Fernández-Collado y Baptista-Lucio, 2014).



## **9.5 Nivel**

Esta investigación gira en torno al nivel correlacional, puesto que relaciona las variables que se tienen para ser analizadas posteriormente. Se pretende recoger información específica sobre las variables a trabajar es decir la depresión y ansiedad (Hernández, Fernández y Baptista, 2010).

## **9.6 Población**

Población de referencia:

Todos los pacientes que asisten a programas de gestión del riesgo del Instituto del Corazón (programas de riesgo cardiovascular y programa de anticoagulación) durante el año 2018 (aproximadamente 1.600 pacientes).

Población de selección:

Todos los pacientes atendidos por la Clínica de Anticoagulación crónica oral con Warfarina del Instituto del Corazón de Medellín, con fecha de corte del 31 de diciembre de 2018, pertenecientes al régimen subsidiado.

## **9.7 Muestra**

La población de estudio es el total de pacientes pertenecientes a la Clínica de Anticoagulación crónica oral con Warfarina del Instituto del Corazón en el año 2018. Para la selección de los participantes se utilizó un muestreo a conveniencia. El tamaño de la muestra se calculó con un nivel de confianza del 95%, con un error de muestreo del 5%.

Cálculo de la muestra:

Total de la población: 1298

Nivel de confianza: 95%

Proporción esperada: 50%

Efecto de diseño: 1

Error muestral: 5%

Muestra:

La muestra obtenida fue de 296 pacientes de la población, mayores de 18 años y que acepten voluntariamente participar de la investigación. Se seleccionarán los pacientes con unas características propias y que obedecieron a los siguientes criterios de inclusión: ser mayor de edad, estar en tratamiento con la ACO con warfarina con más de 6 meses de tratamiento y con los siguientes criterios de exclusión: mayores de 60 años, enfermedades terminales, tener dificultad cognitiva y verbal para responder a los instrumentos de la investigación.

## **9.8 Procedimiento**

La investigación inicio con la autorización para acceder a la población de estudio de los pacientes pertenecientes al programa de anticoagulación crónica oral con warfarina del Instituto del Corazón. Luego, se revisó el universo para calcular la muestra, y se consideraron las siguientes variables o criterios de inclusión: pacientes entre los 18 y 60 años de edad, con más de 6 meses de tratamiento y aceptar voluntariamente su participación. Y como criterios de exclusión: enfermedades terminales, tener dificultad cognitiva y verbal para responder a los instrumentos de la investigación. La recolección de los datos y aplicación de los instrumentos se obtuvo en seis semanas, debido a la extensión de la muestra, en tres etapas de desarrollo: primera, la presentación del grupo investigador, la exposición de motivos y objetivos del estudio a los participantes; segundo, se procedió a leer y firmar los consentimientos informados; y la

tercera etapa consistió en la aplicación de los test o instrumentos y la recolección de datos sociodemográficos. La aplicación siempre fue individual.

La investigación debe ser aprobada por el Instituto del Corazón, todos los participantes deben firmar el consentimiento informado de la participación voluntaria en el estudio. Además, se aclara que cada participación es de manera privada y anónima.

Los datos sociodemográficos a recolectar fueron: edad, sexo, estado civil, escolaridad y estrato socioeconómico, con o sin presencia de red de apoyo. Además de eso, fueron incluidos datos como: indicación para el uso de ACO y duración del tratamiento.

## **9.9 Análisis de datos**

Para realizar el análisis e interpretación de los datos se empleó estadística descriptiva a partir de las escalas y puntuaciones obtenidas tanto para ansiedad y depresión en un grupo de pacientes con anticoagulación crónica oral con warfarina pertenecientes al programa del Instituto del Corazón de la ciudad de Medellín con respecto a las variables sociodemográficas. Para esto, se realizó el análisis a través de los programas estadísticos y de aplicaciones como Excel para el análisis mediante correlaciones, a través de la Prueba de Asociación Chi Cuadrado, la cual nos permite determinar si existe una relación entre dos variables categóricas (Mendivelso y Rodríguez, 2018)

## **10. Consideraciones éticas**

La presente investigación hizo uso de la Ley 1090 de 2006, código deontológico y bioético y otras disposiciones del psicólogo. Teniendo en cuenta el artículo 1, la investigación se sustentó desde las bases teóricas a partir de variables como ansiedad y depresión en un grupo de pacientes pertenecientes al programa de anticoagulación crónica oral con warfarina del Instituto del Corazón; esto con el propósito de conocer y comparar la prevalencia estos trastornos del estado de ánimo en este grupo poblacional (Ministerio de la Protección Social, ley 1090, 2006).

Por otra parte, partiendo de las disposiciones generales establecidas en el artículo 2, la investigación se rigió por los principios fundamentales de responsabilidad, desde la adecuada participación en los espacios intervenidos, de manera competente y a su vez reconociendo los límites que implica el ejercicio del psicólogo, guiados por los estándares de moralidad y legalidad, dando así un uso adecuado en el manejo de la información y la confidencialidad proporcionado, además velando por el bienestar de sus participantes, desde una adecuada actuación bajo las relaciones estrictamente profesionales. Es por ello que dicha investigación fue fundamentada desde conocimientos en psicología aplicándose de manera ética y responsable partiendo de la validez de estos mismos (Ministerio de la Protección Social, ley 1090, 2006).

Con el fin de llevar a cabo la finalidad investigativa en buenos términos, según la Ley 1090 de 2006, artículo 2 todo psicólogo en Colombia deberá regirse por los siguientes principios: la responsabilidad, los estándares legales y morales, la competencia, el bienestar del usuario, las relaciones profesionales, la confidencialidad y evaluación de técnicas con participantes humanos, siendo los últimos dos principios parte fundamental para la elaboración del consentimiento informado que respaldó el cuestionario aplicado.

Este consentimiento se elaboró de manera tal que los participantes fueran adultos en la capacidad de aprobar su participación, allí de forma escrita se esclareció el objetivo del estudio, la ley mencionada anteriormente la cual rige la investigación y según la ley 8430 de 1993, la cual hace referencia de manera clara y precisa a la importancia de un consentimiento de manera previa a la investigación, ya que por medio de este el estudiante establece su pleno conocimiento de la naturaleza del procedimiento y autoriza su participación anexando la fecha, su firma y el número de identificación (Ministerio de Salud, ley 8430, 1993).

## 11. Variables

<b>Nombre Variable</b>	<b>Definición concepto</b>	<b>Definición operativa (Indicadores de medida)</b>	<b>Naturaleza</b>	<b>Unidad de medida</b>	<b>Valor final</b>
Edad	Según la Real Academia Española (2014), tiempo que ha vivido una persona o ciertos animales o vegetales.	La muestra poblacional fue tomada desde la consideración de la edad adulta la cual va a partir de los 18 hasta los 60 años de edad.	Cuantitativa	Entre 18 – 29 años (1) Entre 30 y 55 años (2) Mayores de 55 años (3)	1 - 3
Sexo	Según la Real Academia Española (2014),	La variable sexo se tomó como hombre (1) y	Cualitativa	Hombre (1) Mujer (2)	1- 2

	es una condición orgánica, masculina o femenina	mujer (2)			
Nivel educativo	Serie ordenada de categorías que corresponden en términos generales a los conocimientos, destrezas y capacidades que se exigen a los participantes para que puedan terminar con éxito los programas de esas categorías (Cultura, 2006).	La variable de nivel educativo se tomó desde la medida de paso de nivel educativo nacional; Ninguna (1), primaria (2), secundaria (3) y superior (4)	Cualitativa	Ninguna (1) Primaria (2) Secundaria (3) Superior (4)	1 - 4
Estado civil	Según la Real Academia (2014) lo define como una condición de una persona según el registro civil en función de si tiene o no pareja y su situación legal respecto a esto	Esta variable se definió según la situación legal de una persona según las medidas de Con pareja y sin pareja	Cualitativa	Casado (a) (1) Soltero (a) (2) Unión libre (3) Divorciado (a) (4) Viudo (a) (5)	1- 5

Temporalidad con el tratamiento farmacológico	Según la Real Academia Española (2014) define temporalidad lo perteneciente o relativo al tiempo	La variable se establece por el número de meses en el tratamiento farmacológico.	Cuantitativa	Meses de tratamiento: 6- 12 meses (1) 13 – 24 meses (2) 25 – 36 meses (3) 37 – 48 meses (4) 49 -60 meses (5) >60 meses (6)	1 - 6
Redes de apoyo	Estrategias que proponen en función la búsqueda de apoyo emocional	Se estimó esta variable desde las consideraciones con red de apoyo (1) y sin red de apoyo (2)	Cualitativa	Con red de apoyo (1) Sin red de apoyo (2)	1- 2
Estrato socioeconómico	Según la descripción del DANE (2018) La estratificación socioeconómica es una clasificación en estratos de los inmuebles	Se establece según el estrato socioeconómico de los pacientes Bajo (1) Estrato 1 - 2 Medio (2) 3 - 5	Cualitativa	Bajo (1) Medio (2)	1- 2

	residenciales que deben recibir servicios públicos, para el cobro diferencial, es decir, para asignar subsidios y cobrar sobrecostos o contribuciones.				
Diagnóstico de anticoagulación	Las aplicaciones clínicas de la ACO han sido evidenciadas por medio de estudios en diversas condiciones, utilizada en enfermedades como fibrilación auricular, tromboembolismo pulmonar y/o trombosis del	Las variables evaluadas fueron a partir del diagnóstico de base o motivo de la anticoagulación	Cualitativa	Prótesis mecánica (1) Fibrilación auricular (2) TVP y/o TEP (3) Otros diagnósticos (4)	1- 4



	<p>sistema venoso profundo, presencia de prótesis cardíacas mecánicas y otras situaciones especiales (Gómez, Peixoto, Azcúnaga, Gama, Lluber, y Álvarez, 2014).</p>				
Ansiedad estado	<p>Es un estado emocional transitorio del organismo, caracterizada por sensación de nervios, tensión, preocupación y aprensión, acompañados a su vez de respuestas fisiológicas (Del</p>	<p>Según el cuestionario STAI los resultados apuntan a los siguientes niveles de ansiedad: alto – promedio y bajo</p>	Cualitativa	<p>Alto (1) Promedio (2) Bajo (3)</p>	1-3

	Río Olvera, Cabello Santamaría, Cabello García, Aragón Vela, 2015).				
Ansiedad rasgo	Es la propensión ansiosa relativamente estable que hace que las personas perciban la mayoría de las situaciones como amenazadoras, experimentando aumento en su estado de ansiedad (Del Río Olvera, Cabello Santamaría, Cabello García, Aragón Vela,	Según el cuestionario STAI los resultados apuntan a los siguientes niveles de ansiedad: alto – promedio y bajo	Cualitativa	Alto (1) Promedio (2) Bajo (3)	1-3

	2017).				
Depresión	Es un trastorno del estado de ánimo caracterizado por una sensación de tristeza intensa superior a dos meses (Piqueras Rodríguez, Martínez González, Ramos Linares, Rivero Burón, García López, Oblitas Guadalupe, 2008).	Según el Inventario de Depresión de Beck (BDI-II) sus resultados indican los siguientes niveles de depresión: normal, leve, moderada y severa.	Cualitativa	Normal (1) Leve (2) Moderada (3) Severa (4)	

## 12. Cuestionarios

### 12.1 Ficha técnica

**12.1.1 Nombre:** Inventario de Depresión de Beck-II (BDI-II).

**12.1.2 Autor (es):** Aaron T. Beck, Robert A. Steer y Gregory K. Brown (1996). 1.4.

**Autor de la adaptación española:** Jesús Sanz y Carmelo Vázquez, en colaboración con el Departamento de I+D de Pearson Clinical and Talent Assessment España: Frédérique Vallar, Elena de la Guía y Ana Hernández (2011).

#### 12.1.3 Fiabilidad del cuestionario

Los datos sobre la fiabilidad de las puntuaciones se basan exclusivamente en la consistencia interna. Los coeficientes son elevados (superiores a 0.85) y similares a los obtenidos en los estudios internacionales con la versión original del BDI-II.

#### 12.1.4 Validez del cuestionario

El BDI-II es fácil de utilizar. Se puede aplicar de forma individual o colectiva, con formato de papel y lápiz o de forma oral. En general, requiere entre 5 y 10 minutos para ser completado; aunque los pacientes con depresión grave o trastornos obsesivos a menudo pueden tardar más tiempo en cumplimentarlo. Las instrucciones para el BDI-II solicitan a las personas evaluadas que elijan las afirmaciones más características que cubren el marco temporal de las últimas dos semanas, incluido el día de hoy, para ser consistente con los criterios del DSM-IV para la depresión mayor. Cada ítem se responde en una escala de 4 puntos, de 0 a 3, excepto los ítems 16 (cambios en el patrón de sueño) y 18 (cambios en el apetito) que contienen 7 categorías. Si una persona ha elegido varias categorías de respuesta en un ítem, se toma la categoría a la que corresponde la puntuación más alta. Las puntuaciones mínima y máxima en el test son 0 y 63. Se han establecido puntos de corte que permiten clasificar a los evaluados en uno de los siguientes

cuatro grupos: 0-13, mínima depresión (normal); 14-19, depresión leve; 20-28, depresión moderada; y 29-63, depresión grave - severa (Muñiz y Fernández-Hermida, 2010)

### **12.1.5 Descripción:**

El BDI-II es un autoinforme que proporciona una medida de la presencia y de la gravedad de la depresión en adultos y adolescentes de 13 años o más. Se compone de 21 ítems indicativos de síntomas tales como tristeza, llanto, pérdida de placer, sentimientos de fracaso y de culpa, pensamientos o deseos de suicidio, pesimismo, etc. Estos síntomas se corresponden con los criterios para el diagnóstico de los trastornos depresivos recogidos en el DSM-IV (Manual diagnóstico y estadístico de los trastornos mentales, cuarta edición, American Psychiatric Association, 1994) y CIE-10 (Clasificación Estadística Internacional de Enfermedades y Problemas relacionados con la Salud, Organización Mundial de la Salud, 1993). En concreto, se incluyen todos los criterios propuestos en las dos referencias citadas para el diagnóstico de un episodio depresivo mayor y casi todos los propuestos para el diagnóstico de distimia - en concreto, todos los del DSM-IV y el 75% del CIE-10 (Muñiz y Fernández-Hermida, 2010).

## **12.2 Ficha técnica**

### **12.2.1 Nombre:** STAI, Cuestionario de Ansiedad Estado-Rasgo.

Nombre original: “State-Trait Anxiety Inventory (Self Evaluation Questionnaire)”.

### **12.2.2 Autor (es):** C. D. Spielberger, R. L. Gorsuch y R. E. Lushene.

**Adaptación española:** Gualberto Buela-Casal, Alejandro Guillén-Riquelme y Nicolás Seisdedos Cubero, 1982, 2011.

### **12.2.3 Fiabilidad del cuestionario**

Fiabilidad: Consistencia interna: 0.90-0.93 (subescala Estado) 0.84-0.87 (subescala Rasgo).  
Fiabilidad test-retest: 0.73-0.86 (subescala Rasgo).

### **12.2.4 Validez del cuestionario**

Muestra correlaciones con otras medidas de ansiedad, como la Escala de Ansiedad Manifiesta de Taylor y la Escala de Ansiedad de Cattell (0.73-0.85). Presenta un cierto solapamiento entre los constructos de ansiedad y depresión, ya que la correlación con el Inventario de Depresión de Beck es de 0.60. Tiempo de administración: 15 minutos Normas de aplicación: El paciente contesta a los ítems teniendo en cuenta que 0 = nada, 1 = algo y 2= bastante, 3= mucho.

### **12.2.5 Descripción:**

El Cuestionario STAI comprende escalas separadas de autoevaluación que miden dos conceptos independientes de la ansiedad, como estado (E) y como rasgo (R). Aunque originalmente fue ideado como instrumento para investigar los fenómenos de la ansiedad en adultos “normales” (sin alteraciones psiquiátricas), el STAI ha mostrado ser útil para medir ambos conceptos tanto en escolares de estudios medios y superiores como en pacientes de diversos grupos clínicos.

La ansiedad Estado (A/E) está conceptualizada como un estado o condición emocional transitoria del organismo humano, que se caracteriza por sentimientos subjetivos, conscientemente percibidos, de tensión y aprensión, así como por una hiperactividad del sistema nervioso autónomo. Puede variar con el tiempo y fluctuar en intensidad.

La ansiedad Rasgo (A/R) señala una relativamente estable propensión ansiosa por la que difieren los sujetos en su tendencia a percibir las situaciones como amenazadoras y a elevar, consecuentemente, su ansiedad Estado (A/E). La A/R posee características similares a los constructos “motivos” (esas disposiciones que permanecen latentes hasta que son activadas por algunos estímulos de la situación), y “disposiciones comportamentales adquiridas” -residuos de experiencias pasadas que predisponen tanto a ver el mundo de una determinada manera como a manifestar unas tendencias de respuesta vinculada al objeto - (Del Río Olvera, Cabello Santamaría, Cabello García y Aragón Vela, 2018).

### **13. Resultados**

Tras la tabulación de los datos recogidos en la muestra de la presente investigación, se presentan a continuación los siguientes hallazgos:

#### **13.1 Descripción de las variables demográficas de la muestra**

De acuerdo con la tabulación de las diferentes variables se evidencia que hay mayores niveles de AE (medio – alto) sobre AR (medio - alto) en los pacientes con anticoagulación crónica oral. Por otro lado, se evidencia que la depresión severa o moderada no es significativa en esta población general, puesto que predomina el rango de normalidad seguido de depresión leve.

Predominan los pacientes que cuentan con redes de apoyo y que pueden corresponder a familiares cercanos como hijos, hermanos, padres, conocidos y familiares lejanos.

Así mismo, con respecto al nivel de escolaridad se confirma que la mayor proporción de los pacientes solo realizaron el nivel educativo de primaria, seguido de secundaria y con una muy baja proporción el nivel educativo alcanzado es superior.

Por otro lado, se evidencia que hay mayor porcentaje de pacientes con un nivel socioeconómico bajo y una limitada población manifiesta pertenecer a un estrato socioeconómico medio.

Con base al estado civil, se encontró que la mayoría de pacientes en algún momento de su vida o actualmente cuentan con una pareja, es decir tuvieron una relación mediada por el compromiso del matrimonio o con unión marital de hecho y en menor proporción se arrojó que algunos de ellos no cuentan y/o contaron con una pareja, es decir, nunca se casaron o tuvieron compañero (a) permanente.

Lo correspondiente a la variable de sexo se encontró mayor cantidad de mujeres en relación a los hombres.

En la variable edad se encuentra que la mayor población de pacientes corresponde a edades entre 30 y 55 años, teniendo en cuenta que la población incluida dentro la muestra fueron pacientes con edades de 18 – 65 años. La menor población corresponde a adultos jóvenes menores de 30 años.

En cuanto al diagnóstico o motivo de anticoagulación la mayor población con este tipo de tratamiento corresponde a pacientes con prótesis cardíaca mecánica seguido de fibrilación auricular y en menor cantidad pacientes con otros diagnósticos como ectasia coronaria, enfermedades cerebrovasculares de origen isquémico, nefropatías, entre otros.



En la variable de temporalidad, se valida que el tiempo de tratamiento con el anticoagulante oral (warfarina) corresponde en mayor medida un tiempo superior de 49 meses y en muy poca cantidad en pacientes con 6 – 12 meses de tratamiento.

**Tabla 3. Variables sociodemográficas**

		FRECUENCIA	PORCENTAJE
<i>Edad</i>	Entre 18 y 29 años	30	10,1
	Entre 30 y 55 años	175	59,1
	> 55 años	91	30,7
<i>Sexo</i>	Femenino	175	59,1
	Masculino	121	49,9
<i>Redes de apoyo</i>	Con redes de apoyo	271	91,6
	Sin redes de apoyo	25	8,4
<i>Escolaridad</i>	Ninguna	33	11,1
	Primaria	161	54,4
	Secundaria	94	31,8
	Superior	8	2,7
<i>Estado civil</i>	Con pareja	121	40,9
	Sin pareja	175	59,1

<i>Sexo</i>	Hombre	17	51,5
	Mujer	16	48,5
<i>Estrato socioeconómico</i>	Bajo	241	81,4
	Medio	55	18,6
<i>Diagnostico anticoagulación</i>	Primaria Presencia de válvula mecánica cardiaca	125	42,2
	Fibrilación auricular	80	27
	TVP/TEP	46	15,5
	Otros	45	15,2
<i>Tiempo de tratamiento en meses</i>	6 – 12 meses	30	10,1
	13 – 24 meses	46	15,5
	25 – 36 meses	36	12,2
	37 – 48 meses	54	18,2
	49 – 60 meses	70	23,6
	>61 meses	60	20,3
<i>Ansiedad estado</i>	Alto	33	11,1
	Promedio	174	58,8
	Bajo	89	30,1
<i>Ansiedad Rasgo</i>	Alto	44	14,9

	Promedio	153	51,7
	Bajo	99	33,4
<i>Depresión</i>	Normal	205	69,3
	Leve	65	22,0
	Moderado	25	8,4
	Severo	1	,3

### 13.2 Descripción de las variables demográficas con respecto a la ansiedad estado

#### **Ansiedad de estado en relación al sexo:**

Según el valor p no hay una asociación significativa entre el sexo y ansiedad estado, sin embargo, con la población estudiada se observa que la ansiedad estado alto y promedio en las mujeres tiene mayor prevalencia con respecto al grupo ansiedad estado bajo, lo que indica que son más susceptibles de percibir y sentirse en los últimos días como inseguras, alteradas, incomodas, tensas, contrariadas y preocupadas. En los hombres por el contrario se evidencia mayor prevalencia de ansiedad estado bajo, con respecto a los niveles promedio y alto, mostrando que ellos presentan mayor estado de tranquilidad, confianza, calma, comodidad y descanso.

**Tabla 4.** *Ansiedad estado en relación con el sexo*

Sexo	Ansiedad estado			Prueba Chi-Cuadrado	Valor P
	Alto	Promedio	Bajo		
Femenino	20 60,6%	110 63,2%	45 50,6%	3,93	0,14

Masculino	13	64	44
	39,4%	36,8%	49,4%

Nota: Sig. Estadística valor  $p < 0.05$

### **Ansiedad de estado en relación a la edad:**

Según el valor  $p$  no hay una asociación significativa entre edad y ansiedad estado, pero se evidencia que los pacientes con edad entre 18 y 29 años presentan mayores niveles de ansiedad estado alto, con respecto al grupo promedio y bajo. Por otro lado, las personas entre 30 y 55 años tienden a presentar menores niveles de ansiedad estado (bajo) en relación al grupo promedio y alto. Para los mayores de 55 años, existe mayores niveles de ansiedad estado alto con respecto a los otros grupos.

**Tabla 5.** Ansiedad estado en relación a la edad

Edad	Ansiedad estado			Prueba Chi-Cuadrado	Valor P
	Alto	Promedio	Bajo		
Entre 18 y 29 años	4 12,10%	19 10,90%	7 7,90%		
Entre 30 y 55 años	15 45,50%	105 60,30%	55 61,80%	3,57	0,46
Más de 55 años	14 42,40%	50 28,70%	27 30,30%		

Nota: Sig. Estadística valor  $p < 0.05$

### **Ansiedad de estado en relación al estado civil:**

Según el valor  $p$  no hay una asociación significativa entre estado civil y ansiedad estado, se evidencia que en la población en general no existe diferencia importante entre las personas que tienen pareja y las que no.

**Tabla 6.** Ansiedad estado en relación con el estado civil

Estado civil	Ansiedad estado			Prueba Chi-Cuadrado	Valor P
	Alto	Promedio	Bajo		
Casado	11 33,30%	58 33,30%	24 27,00%	3,52	0,89
Soltero	7 21,20%	27 15,50%	17 19,10%		
Unión libre	2 6,10%	15 8,60%	11 12,40%		
Divorciado	10 30,30%	49 28,20%	25 28,10%		
Viudo	3 9,10%	25 14,40%	12 13,50%		

Nota: Sig. Estadística valor  $p < 0.05$

**Ansiedad de estado en relación al nivel socioeconómico:**

Según el valor p no hay una asociación significativa entre el nivel socioeconómico y la ansiedad estado, aunque según los resultados se observa que las personas con estrato socioeconómico bajo tienen menores niveles de ansiedad estado (bajo) con respecto a los otros grupos (alto y promedio), lo contrario ocurre con la población de estrato socioeconómico medio, quienes presentan niveles más altos de ansiedad estado - alto y promedio - en comparación al grupo de ansiedad estado bajo.

**Tabla 7.** Ansiedad estado en relación con nivel socioeconómico

Estrato socioeconómico	Ansiedad estado			Prueba Chi-Cuadrado	Valor P
	Alto	Promedio	Bajo		
Bajo	26	137	78	3,25	0,19

	78,80%	78,70%	87,60%
Medio	7	37	11
	21,20%	21,30%	12,40%

Nota: Sig. Estadística valor  $p < 0.05$

### **Ansiedad de estado en relación al nivel de escolaridad:**

Según el valor p no hay una asociación significativa entre el nivel de escolaridad y la ansiedad estado, no obstante, se observan que las personas sin estudio presentan mayores niveles de ansiedad estado alto con respecto a los otros grupos. Las personas con estudios primarios presentan mayor nivel de ansiedad estado promedio y bajo con respecto al grupo de ansiedad estado alto. Las personas con educación secundaria presentan mayores niveles de ansiedad estado alto y promedio con respecto al grupo de ansiedad estado bajo. Las personas estudios superiores tienden a presentar ansiedad estado promedio, con respecto al grupo de ansiedad estado alto y bajo.

**Tabla 8.** *Ansiedad estado en relación con el nivel de escolaridad*

Nivel de escolaridad	Ansiedad rasgo			Prueba Chi-Cuadrado	Valor P
	Alto	Promedio	Bajo		
Ninguna	7 15,90%	13 8,50%	13 13,10%	1,48	0,96
Primaria	21 47,70%	84 54,90%	56 56,60%		
Secundaria	15 34,10%	50 32,70%	29 29,30%		
Superior	1 2,30%	6 3,90%	1 1,00%		

Nota: Sig. Estadística valor  $p < 0.05$

### **Ansiedad de estado en relación a presencia de red de apoyo:**

Según el valor p no hay una asociación significativa entre la red de apoyo con la ansiedad estado, no existen cifras significativas que demuestren que las personas con red de apoyo presenten diferencias entre los grupos de ansiedad estado. Para las personas sin red de apoyo existe mayor prevalencia de presentar ansiedad estado alto y promedio, con respecto al grupo de ansiedad estado bajo.

**Tabla 9.** Ansiedad estado en relación con presencia de red de apoyo

Red de apoyo	Ansiedad estado			Prueba Chi-Cuadrado	Valor P
	Alto	Promedio	Bajo		
Con red de apoyo	30 90,90%	158 90,80%	83 93,30%	0,47	0,78
Sin red de apoyo	3 9,10%	16 9,20%	6 6,70%		

Nota: Sig. Estadística valor  $p < 0.05$

### **Ansiedad de estado en relación al diagnóstico o motivo de la anticoagulación:**

Según el valor p no hay una asociación significativa entre el motivo de anticoagulación y la ansiedad estado, sin embargo, se observa que los niveles de ansiedad estado alto tiene mayor prevalencia para los pacientes con prótesis cardiaca mecánica, la ansiedad estado promedio tiene para fibrilación auricular y otros diagnósticos. Y la ansiedad estado bajo para la población con TVP y TEP.

**Tabla 10.** Ansiedad estado en relación al diagnóstico de anticoagulación

Diagnostico anticoagulación	Ansiedad estado			Prueba Chi- Cuadrado	Valor P
	Alto	Promedio	Bajo		
Presencia de válvula mecánica cardiaca	15 45,50%	71 40,80%	39 43,80%		
Fibrilación auricular	7 21,20%	52 29,90%	21 23,60%	3,28	0,77
TVP/TEP	6 18,20%	23 13,20%	17 19,10%		
Otros	5 15,20%	28 16,10%	12 13,50%		

Nota: Sig. Estadística valor  $p < 0.05$

### **Ansiedad de estado en relación al tiempo del tratamiento con anticoagulantes**

#### **orales:**

Según el valor p no hay una asociación significativa entre el tiempo de tratamiento y la ansiedad estado, aunque se observa que los niveles de ansiedad estado alto tienen mayor prevalencia en relación a los otros grupos, en los pacientes con tiempo de tratamiento de 6 a 12 meses y de 49 a 60 meses. La ansiedad estado promedio tiene mayor puntuación en la población con 13 a 24 meses de tratamiento. Y la ansiedad estado bajo en personas con 25 - 48 meses y mayores de 60 meses.

**Tabla 11.** Ansiedad estado en relación al tiempo de tratamiento

Tiempo de tratamiento en meses	Ansiedad estado			Prueba Chi- Cuadrado	Valor P
	Alto	Promedio	Bajo		
Entre 6 y 12 meses	8	19	3	17,35	0,06



	24,20%	10,90%	3,40%
Entre 13 y 24 meses	2	30	14
	6,10%	17,20%	15,70%
Entre 25 y 36 meses	2	22	12
	6,10%	12,60%	13,50%
Entre 37 y 48 meses	4	31	19
	12,10%	17,80%	21,30%
Entre 49 y 60 meses	11	39	20
	33,30%	22,40%	22,50%
Más de 60 meses	6	33	21
	18,20%	19,00%	23,60%

Nota: Sig. Estadística valor  $p < 0.05$

### 13.3 Descripción de las variables demográficas con respecto a la ansiedad rasgo

#### **Ansiedad de rasgo en relación al sexo:**

Según el valor  $p$  no hay una asociación significativa entre el sexo y la ansiedad rasgo, sin embargo se observa que la ansiedad rasgo promedio prevalece en la población de sexo femenino con respecto a los otros grupos (alto – bajo), lo que indica que las mujeres generalmente experimentan sensaciones o pensamientos como: deseo de ser tan feliz como otras personas, sentirse tristes o con ganas de llorar a menudo, cansancio más de lo habitual, inseguridad y poca confianza hacia sí mismo, poca capacidad para afrontar las crisis, preocupación por situaciones poco importantes, estados de tensión y agitación continuos. En el caso de los hombres, estos presentan prevalencia de ansiedad rasgo bajo con respecto a los otros grupos.

**Tabla 12.** Ansiedad rasgo en relación al sexo

Sexo	Ansiedad rasgo			Prueba Chi-Cuadrado	Valor P
	Alto	Promedio	Bajo		
Femenino	26 59,10%	98 64,10%	51 51,50%	3,9	0,14
Masculino	18 40,90%	55 35,90%	48 48,50%		

Nota: Sig. Estadística valor  $p < 0.05$

### **Ansiedad de rasgo en relación a la edad:**

Según el valor p no hay una asociación significativa entre la edad y la ansiedad rasgo, pero los pacientes con edad entre 18 y 29 años y mayores de 55 años presentan mayores niveles de ansiedad rasgo alto con respecto a los otros grupos. Las personas de 30 a 55 años tienen mayor prevalencia de presentar niveles de ansiedad rasgo bajo en relación a los otros grupos (promedio y alto).

**Tabla 13.** Ansiedad rasgo en relación a la edad

Edad	Ansiedad rasgo			Prueba Chi-Cuadrado	Valor P
	Alto	Promedio	Bajo		
Entre 18 y 29 años	6 13,60%	15 9,80%	9 9,10%	2,96	0,56
Entre 30 y 55 años	21 47,70%	92 60,10%	62 62,60%		
Más de 55 años	17 38,60%	46 30,10%	28 28,30%		

Nota: Sig. Estadística valor  $p < 0.05$

### **Ansiedad de rasgo en relación al estado civil:**

Según el valor p no hay una asociación significativa entre el estado civil y la ansiedad rasgo, sin embargo, los resultados muestran que las personas con pareja tienen mayor prevalencia de presentar ansiedad rasgo promedio con respecto a los otros grupos. Mientras que las personas sin pareja tienen mayor prevalencia de presentar ansiedad rasgo alto.

**Tabla 14.** Ansiedad rasgo en relación al estado civil

Estado civil	Ansiedad rasgo			Prueba Chi-Cuadrado	Valor P
	Alto	Promedio	Bajo		
Con pareja	17 38,6%	65 42,5%	39 39,4%	0,34	0,84
Sin pareja	27 61,4%	88 57,5%	60 60,6%		

Nota: Sig. Estadística valor  $p < 0.05$

### **Ansiedad de rasgo en relación al estrato socioeconómico:**

Según el valor p no hay una asociación significativa entre el nivel socioeconómico y la ansiedad rasgo, los resultados obtenidos muestran que los pacientes de estrato socioeconómico bajo tienen mayores niveles de ansiedad rasgo bajo con respecto a los otros grupos. Las personas de nivel socioeconómico medio tienen tendencia a presentar ansiedad rasgo alto y promedio con respecto al grupo de ansiedad rasgo bajo.

**Tabla 15.** Ansiedad rasgo en relación al nivel socioeconómico

Estrato socioeconómico	Ansiedad rasgo			Prueba Chi-Cuadrado	Valor P
	Alto	Promedio	Bajo		
Bajo	34	120	87	4,13	0,12

	77,30%	78,40%	87,90%
Medio	10	33	12
	22,70%	21,60%	12,10%

Nota: Sig. Estadística valor  $p < 0.05$

### **Ansiedad de rasgo en relación al nivel de escolaridad:**

Según el valor  $p$  no hay una asociación significativa entre el nivel educativo y ansiedad rasgo, aunque las personas sin ningún tipo de educación tienden a presentar niveles de ansiedad rasgo alto con respecto a los otros grupos, lo que ocurre del mismo modo con las personas con nivel educativo hasta secundaria. Para las personas con estudios primarios hay mayor prevalencia de ansiedad rasgo bajo. Y las personas con un nivel superior de educación (técnica, tecnología y profesional) presentan niveles promedio de ansiedad rasgo con respecto a los otros grupos (alto y bajo).

**Tabla 16.** Ansiedad rasgo en relación al nivel de escolaridad

Nivel de escolaridad	Ansiedad rasgo			Prueba Chi-Cuadrado	Valor P
	Alto	Promedio	Bajo		
Ninguna	7 15,90%	13 8,50%	13 13,10%	4,88	0,55
Primaria	21 47,70%	84 54,90%	56 56,60%		
Secundaria	15 34,10%	50 32,70%	29 29,30%		
Superior	1 2,30%	6 3,90%	1 1,00%		

Nota: Sig. Estadística valor  $p < 0.05$

### **Ansiedad de rasgo en relación a la presencia de red de apoyo:**

Según el valor p no hay una asociación significativa entre la red de apoyo y la ansiedad rasgo, no obstante, cuando se habla de pacientes con red de apoyo (familiar, amigo) hay una mayor prevalencia de ansiedad rasgo bajo con respecto a los otros grupos. Para el caso de las personas sin red de apoyo se observa que existe mayor tendencia de ansiedad rasgo promedio.

**Tabla 17.** Ansiedad rasgo en relación a la presencia de red de apoyo

Presencia de red de apoyo	Ansiedad rasgo			Prueba Chi-Cuadrado	Valor P
	Alto	Promedio	Bajo		
Con red de apoyo	40 90,90%	137 89,50%	94 94,90%	2,3	0,31
Sin red de apoyo	4 9,10%	16 10,50%	5 5,10%		

Nota: Sig. Estadística valor  $p < 0.05$

### **Ansiedad de rasgo en relación a al diagnóstico o motivo de la anticoagulación crónica oral:**

Según el valor p no hay una asociación significativa entre el motivo de anticoagulación y la ansiedad rasgo, pero se observa que la ansiedad rasgo alto tiene mayor tendencia en pacientes con prótesis cardíaca mecánica y otros diagnósticos. La ansiedad rasgo promedio con más prevalencia en pacientes con fibrilación auricular y la ansiedad rasgo bajo en TVP y TEP.

**Tabla 18.** Ansiedad rasgo en relación al diagnóstico motivo de la anticoagulación

Diagnostico anticoagulación	Ansiedad rasgo	Prueba Chi-	Valor
-----------------------------	----------------	-------------	-------

	Alto	Promedio	Bajo	Cuadrado	P
Presencia de válvula mecánica cardíaca	22	60	43		
	50,00%	39,20%	43,40%		
Fibrilación auricular	10	47	23		
	22,70%	30,70%	23,20%	6,27	0,39
TVP/TEP	3	25	18		
	6,80%	16,30%	18,20%		
Otros	9	21	15		
	20,50%	13,70%	15,20%		

Nota: Sig. Estadística valor  $p < 0.05$

### **Ansiedad de rasgo en relación al tiempo de tratamiento con el anticoagulante oral**

Según el valor p no hay una asociación significativa entre el tiempo de tratamiento y la ansiedad rasgo, aunque según los datos obtenidos, muestran que los pacientes con mayor prevalencia de ansiedad rasgo alto llevan entre 13 - 24 meses y 37 - 48 meses de tratamiento. Los pacientes con 6 - 12 meses, 25 - 36 meses y más de 48 meses, presentan tendencia a padecer ansiedad rasgo promedio y bajo con respecto al otro grupo (alto).

**Tabla 19.** Ansiedad rasgo en relación a tiempo de tratamiento

Tiempo de tratamiento en meses	Ansiedad rasgo			Prueba Chi-Cuadrado	Valor P
	Alto	Promedio	Bajo		
Entre 6 y 12 meses	1	18	11		
	2,30%	11,80%	11,10%		
Entre 13 y 24 meses	12	22	12	6,27	0,39
	27,30%	14,40%	12,10%		
Entre 25 y 36 meses	2	22	12		
	4,50%	14,40%	12,10%		

Entre 37 y 48 meses	16	17	21
	36,40%	11,10%	21,20%
Entre 49 y 60 meses	7	39	24
	15,90%	25,50%	24,20%
Más de 60 meses	6	35	19
	13,60%	22,90%	19,20%

Nota: Sig. Estadística valor  $p < 0.05$

### 13.4 Descripción de las variables demográficas con respecto a la Depresión

#### Depresión en relación al sexo:

Según el valor  $p$  no hay una asociación significativa entre el sexo y la depresión, aunque los resultados obtenidos muestran que los hombres tienen mayor tendencia a presentar depresión severa con respecto a los otros grupos de depresión. Por otro lado, las mujeres presentan resultados contrarios, con una mayor prevalencia de presentar depresión leve.

**Tabla 20. Depresión en relación al sexo**

Sexo	Depresión				Prueba Chi-Cuadrado	Valor P
	Normal	Leve	Moderado	Severo		
Femenino	120	42	13	0	2,81	0,42
	58,50%	64,60%	52,00%	0,00%		
Masculino	85	23	12	1	2,81	0,42
	41,50%	35,40%	48,00%	100,00%		

Nota: Sig. Estadística valor  $p < 0.05$

### **Depresión en relación a la edad:**

Según el valor p hay una asociación significativa entre la edad y la depresión, según los resultados obtenidos se evidencia que los más jóvenes (entre 18 y 29 años) tienden a la depresión moderada y severa en comparación con los grupos de depresión normal y leve. Las personas mayores de 55 años presentan mayor prevalencia de presentar depresión moderada con respecto a los otros grupos.

**Tabla 21.** Depresión en relación a la edad

Edad	Depresión				Prueba Chi-Cuadrado	Valor P
	Normal	Leve	Moderado	Severo		
Entre 18 y 29 años	18 8,8%	6 9,2%	5 20,0%	1 100,0%		
Entre 30 y 55 años	125 61,0%	40 61,5%	10 40,0%	0 0,0%	14,18	0,02
Más de 55 años	62 30,2%	19 29,2%	10 40,0%	0 0,0%		

Nota: Sig. Estadística valor  $p < 0.05$

### **Depresión en relación al estado civil:**

Según el valor p no hay una asociación significativa entre el estado civil y la depresión, aunque teniendo en cuenta los resultados arrojados, se observa que las personas con pareja tienden a presentar depresión severa con respecto a los otros grupos y las personas sin pareja tienden a presentar depresión leve a moderada.



**Tabla 22. Depresión en relación estado civil**

Estado civil	Depresión				Prueba Chi-Cuadrado	Valor P
	Normal	Leve	Moderado	Severo		
Con pareja	89	23	8	1	3,61	0,3
	43,40%	35,40%	32,00%	100,00%		
Sin pareja	116	42	17	0	3,61	0,3
	56,60%	64,60%	68,00%	0,00%		

Nota: Sig. Estadística valor  $p < 0.05$

### **Depresión en relación al nivel socioeconómico:**

Según el valor p no hay una asociación significativa entre el nivel socioeconómico y la depresión, sin embargo, los resultados muestran las personas con estrato socioeconómico bajo tienen mayor tendencia a presentar depresión severa con respecto a los otros grupos de depresión. Y las personas con nivel económico medio mayor prevalencia para depresión moderada.

**Tabla 23. Depresión en relación al nivel socioeconómico**

Estrato socioeconómico	Depresión				Prueba Chi-Cuadrado	Valor P
	Normal	Leve	Moderado	Severo		
Bajo	166	55	19	1	7,32	0,29
	81,00%	84,60%	76,00%	100,00%		
Medio	39	10	6	0	7,32	0,29
	19,00%	15,40%	24,00%	0,00%		

Nota: Sig. Estadística valor  $p < 0.05$

### **Depresión en relación a la presencia de redes de apoyo:**

Según el valor p existe una asociación significativa entre la red de apoyo y la depresión, los resultados obtenidos apuntan a que las personas sin red de apoyo tienden a presentar depresión severa con respecto a los otros grupos de depresión, mientras que las personas que cuentan con una red de apoyo (familiar, amigo) presentan mayores índices de normalidad.

**Tabla 24.** Depresión en relación la presencia de redes de apoyo

Red de apoyo	Depresión				Prueba Chi-Cuadrado	Valor P
	Normal	Leve	Moderado	Severo		
Con red de apoyo	200 97,60%	56 86,20%	15 60,00%	0 0,00%	55,04	0,00
Sin red de apoyo	5 2,40%	9 13,80%	10 40,00%	1 100,00%		

Nota: Sig. Estadística valor  $p < 0.05$

### **Depresión en relación al diagnóstico o motivo de anticoagulación:**

Según el valor p existe una asociación significativa entre el diagnóstico de anticoagulación y la depresión, los resultados encontrados muestran mayor prevalencia de depresión severa en pacientes con prótesis cardiaca mecánica en relación a los otros grupos de depresión. Para el caso de TVP/ TEP y otros diagnósticos la tendencia apunta a presentar depresión leve. Y los mayores índices de normalidad en pacientes con fibrilación auricular.

**Tabla 25. Depresión en relación al diagnóstico o motivo de la anticoagulación**

Diagnostico anticoagulación	Depresión				Prueba Chi- Cuadrado	Valor P
	Normal	Leve	Moderado	Severo		
Presencia de válvula mecánica cardiaca	91 44,40%	20 30,80%	13 52,00%	1 100,00%		
Fibrilación auricular	63 30,70%	14 21,50%	3 12,00%	0 0,00%	20,43	0,01
TVP/TEP	30 14,60%	13 20,00%	3 12,00%	0 0,00%		
Otros	21 10,20%	18 27,70%	6 24,00%	0 0,00%		

Nota: Sig. Estadística valor  $p < 0.05$

#### **Depresión en relación al tiempo del tratamiento:**

Según el valor p existe una asociación significativa entre el tiempo de tratamiento y la depresión, según los resultados se evidencia que entre más tiempo de tratamiento mayor es la tendencia a presentar depresión; como se muestra en la tabla, las personas con tratamiento prolongado (>60 meses) tienden a presentar depresión severa en comparación a los otros grupos de depresión, las personas con tratamiento entre 25 y 60 meses tienen prevalencia para depresión moderada y las personas con menos de 25 meses de tratamiento presentan mayores niveles de normalidad.

**Tabla 26.** Depresión en relación al tiempo de tratamiento

Tiempo de tratamiento en meses	Depresión				Prueba Chi-Cuadrado	Valor P
	Normal	Leve	Moderado	Severo		
Entre 6 y 12 meses	23 11,20%	6 9,20%	1 4,00%	0 0,00%	30,37	0,01
Entre 13 y 24 meses	37 18,00%	9 13,80%	0 0,00%	0 0,00%		
Entre 25 y 36 meses	18 8,80%	10 15,40%	8 32,00%	0 0,00%		
Entre 37 y 48 meses	39 19,00%	9 13,80%	6 24,00%	0 0,00%		
Entre 49 y 60 meses	46 22,40%	22 33,80%	2 8,00%	0 0,00%		
Más de 60 meses	42 20,50%	9 13,80%	8 32,00%	1 100,00%		

Nota: Sig. Estadística valor  $p < 0.05$

## 14. Discusión

Este estudio comparo las variables de Ansiedad Estado (AE), Ansiedad Rasgo (AR) y la Depresión, con respecto a una población de pacientes con anticoagulación crónica oral que de base presentan una enfermedad crónica no transmisible. Las reacciones de ansiedad y depresión aparecen con gran frecuencia ante las diferentes demandas que exigen el manejo de diferentes patologías y más aún cuando esto implica cambiar una serie de actividades o hábitos a los cuales el sujeto estaba acostumbrado (Gallego Villa, 2010).

De acuerdo con los hallazgos encontrados y en relación con el objetivo principal de esta investigación, el cual estaba enfocado en la identificación de la prevalencia de ansiedad y depresión en pacientes con anticoagulación crónica oral (ACO) con Warfarina del Instituto del Corazón, se contrastan los resultados con algunas investigaciones realizadas previamente sobre este tipo de trastornos y las enfermedades crónicas.

A nivel general, se evidencia que hay mayores niveles de ansiedad en los pacientes con anticoagulación crónica oral con respecto a la depresión. Los niveles altos de AE corresponden a un 11% y promedio 59%, en el caso de AR los niveles altos corresponden a 15% y promedio 52%. De acuerdo con dichos resultados, esta muestra presenta que un 70% de los participantes tienen rasgos de AE (medio o alto) y 67% para el caso de AR (medio o alto). Para el caso de la depresión la prevalencia de este trastorno es del 31% (leve, moderado y severo).

Un estudio realizado en España entre el 2004 y 2005 con 166 pacientes en anticoagulación crónica oral del Centro de salud de San Blas en Parla – Madrid, demostró que la prevalencia estimada de ansiedad y depresión entre este tipo de pacientes es significativa, para el caso de la ansiedad, la prevalencia estimada es del 41% y la prevalencia de la depresión es de 63,6% (López, De Jaén, Sánchez-Guerrero, Barrera, Del Río y Sánchez, 2008).

Dentro de los resultados obtenidos, se encuentra que la depresión arrojó resultados estadísticamente significativos con respecto a diferentes variables: edad, presencia de red de apoyo, tiempo de tratamiento y diagnóstico de anticoagulación.

Con respecto a la depresión y la edad, se evidenció que los pacientes jóvenes tienden a presentar depresión severa y moderada; si bien, el trastorno depresivo, también conocido, como depresión clínica, es un desorden mental caracterizado por largos periodos de tristeza, afectando la conducta, así como, la manera de pensar del individuo. La ocurrencia de depresión en personas jóvenes ha ido incrementando en los últimos años y es un trastorno que produce aislamiento social y puede, en casos muy severos, culminar en el suicidio (Acosta, Mancilla, Correa, Saavedra, Ramos, Cruz y Duran, 2011)

La depresión es un desorden que se presenta en alrededor de un 3 a 8 % en personas jóvenes, mientras que en los adultos se presenta en aproximadamente un 4.5 % de la población (Ossa, Sánchez Ochoa, Mejía y Bareño, 2016).

En contraste a estos hallazgos una investigación realizada en Brasil sobre la calidad de vida de pacientes que usan anticoagulación oral y a diferencia de la presente investigación se demostró que individuos jóvenes presentan mejor capacidad funcional, es decir, menor limitación física para realizar actividades, sin embargo, en la esfera de aspectos emocionales y sociales tienen menor capacidad con respecto a los otros grupos (Almeida , Spadoti, Martinelli y da Silva, 2011).

En cuanto a la relación de depresión y la presencia de redes de apoyo, los resultados obtenidos apuntan a que las personas sin red de apoyo tienden a presentar depresión severa, mientras que las personas que cuentan con una red de apoyo, presentan mayores índices de

normalidad. La relación de estas variables, indican que no contar con familiares o amigos como figuras de protección y soporte, pueden generar en los pacientes sentimientos de soledad, que lo llevan a desarrollar trastornos psicopatológicos como la depresión, y que no solo tienen que ver con la presencia o no de una enfermedad crónica; el papel que cumple una red de apoyo es que se convierte en un factor protector para trastornos psicopatológicos.

Un estudio relacionado con enfermedad crónica VIH/Sida y las estrategias de afrontamiento y Ansiedad-Depresión, realizado en la ciudad de Medellín concluye que los factores psicosociales y sociodemográficos entre los cuales se denota el estado civil y la percepción de apoyo social, no presenta cifras significativas que puedan tener repercusiones en niveles altos de ansiedad y depresión. Sin embargo, los niveles de depresión son prevalentes en personas que no cuentan con una persona de apoyo o sin vida afectiva estable (Gaviria, Quiceno, Vinaccia, Martínez y Otalvaro, 2009).

Por otro lado, se evidenció que existe una asociación entre depresión y el diagnóstico de anticoagulación, donde existe mayor prevalencia de depresión severa en pacientes con prótesis cardíaca mecánica en relación a los otros grupos de depresión. Lo cual puede relacionarse con los cambios en los hábitos de vida y los cuidados que se deben adoptar con este tipo de enfermedad.

En contraste a estos resultados, una investigación realizada en España sobre la prevalencia de ansiedad y depresión en pacientes anticoagulados mostró que no existen diferencias estadísticamente significativas con respecto a la presencia de cualquiera de las enfermedades crónicas analizadas (HTA, diabetes mellitus, dislipidemia, EPOC, cáncer,

insuficiencia renal crónica o demencia), sin embargo, este estudio no correlacionó las variables de ansiedad y depresión con respecto al diagnóstico de la anticoagulación, pero si se describe que el mayor grupo de pacientes tienen como motivo de la anticoagulación fibrilación auricular (López, De Jaén, Sánchez-Guerrero, Barrera, Del Río y Sánchez, 2008).

En cuanto a la depresión y su relación con el tiempo de tratamiento, los resultados indican que entre más tiempo de tratamiento mayor es la tendencia a presentar depresión, puesto que las personas con tratamiento prolongado (>60 meses) tienden a presentar depresión severa en comparación a los otros grupos de depresión y las personas con menos de 25 meses de tratamiento presentan mayores niveles de normalidad.

En comparación a estos resultados, un estudio realizado en el Estado de Sao Paulo – Brasil sobre la calidad de vida relacionada a la salud de pacientes que usan anticoagulación oral, evidencio que según el tiempo de uso del anticoagulante se obtuvieron mayores puntuaciones en todas las variables en los pacientes con un periodo de tratamiento superior a 10 años en comparación con pacientes con menos de 1 año de tratamiento, estos resultados sugieren que la causa puede estar relacionada al período de adaptación y al cambio de hábitos provenientes de la terapia (Almeida, Spadoti, Martinelli y Da Silva, 2011).

## **15. Conclusiones**

Los factores psicosociales y sociodemográficos como la edad, el sexo, nivel educativo, el estado civil, presencia de redes de apoyo, nivel socioeconómico, el tiempo de tratamiento y la presencia de enfermedades crónicas no transmisibles pueden en algunos casos, favorecer la



enfermedad para lograr la adaptación y el bienestar de su salud general, o también ser propenso a desarrollar trastornos psicopatológicos como la ansiedad y depresión; esto como producto de unas creencias relacionadas con la enfermedad, autoesquemas, rasgos de personalidad, formas de afrontamiento y la vivencia de emociones negativas, que cada paciente pueda experimentar en el transcurso de una enfermedad o tratamiento médico.

Existen algunas variables sociodemográficas que se convierten en factores de riesgo para padecer depresión, como la edad, la presencia de red de apoyo, el motivo de anticoagulación y el tiempo de tratamiento.

Para el caso de la edad, existe mayor prevalencia de presentar depresión severa en pacientes jóvenes, lo cual coincide que los estudios donde se habla de aumento de la prevalencia de este tipo de trastornos en esta población.

Los síntomas depresivos son estadísticamente significativos según algunas variables como el tiempo de uso del anticoagulante, el cual puede estar relacionado al período de adaptación y al cambio de hábitos provenientes de algún tratamiento.

La presencia o no de redes de apoyo, es decir, contar con un cuidador primario (amigo, familia) se convierte en un factor protector para los pacientes con tratamientos farmacológicos, puesto que como se evidencio en este estudio los menores niveles de ansiedad y depresión, se dieron en las personas que cuentan con red de apoyo como mecanismo para el desarrollo psicosocial adecuado de cualquier individuo, ya que el contacto con los demás comprende interacciones de tipo social y emocional, que favorecen el manejo de cualquier enfermedad.

La percepción de la enfermedad y los tratamientos de la anticoagulación crónica oral con Warfarina generan repercusiones a nivel emocional, probando la importancia implementar

terapias psicosociales en la atención integral de estos pacientes, y de considerar su expresión en el cuadro clínico de la enfermedad.

## **16. Recomendaciones**

Se recomienda que los resultados del presente trabajo se tengan en cuenta para el abordaje y el acompañamiento psicológico de los pacientes con tratamientos farmacológicos como la warfarina, puesto que, si bien hay una enfermedad de base, los pacientes con este tipo de medicamentos deben adoptar unos hábitos diferentes a los que estaban acostumbrados generando manifestaciones ansiosas o síntomas depresivos.

Para futuras investigaciones se recomienda aumentar el número de la población y de la muestra, para obtener así, datos más significativos y realizar mejores correlaciones. Debe incluirse la población con un mejor nivel socioeconómico, puesto que como se describen en los resultados de la población estudiada el 81,4 % corresponde a pacientes con un nivel bajo.

Se recomienda al Instituto del Corazón SAS incluir y contar con un profesional en psicología dentro de la institución que permita el acompañamiento de esta población, que se haga cargo de los procesos e intervenciones psicosociales de los pacientes pertenecientes a los programas de gestión del riesgo, ya que se encontró la necesidad de la presencia de un especialista en esta área que permita la atención integral de los pacientes.

## 17. Referencias

- Almeida Corbi, I.S., Spadoti Dantas, R.A., Martinelli Pelegrino, F. & da Silva Carvalho, A.R. (2011). Calidad de vida relacionada a la salud de pacientes que usan anticoagulación oral. *Latino-Am. Enfermagem*, 19(4): 09 pantallas. Recuperado de [www.eerp.usp.br/rlae](http://www.eerp.usp.br/rlae)
- American Psychiatric Association (2013): *Diagnostic and Statistical Manual of Mental Disorders* (DSM-5). Arlington, VA: American Psychiatric Association
- Amigo, I, Fernández, C. y Pérez, M. (2003). *Manual de Psicología de la Salud* (2ª ed.). Madrid: Pirámide.
- Beck, A.T., Steer, R.A. & Brown, G.K. (2009). *BDI-II Inventario de Depresión de Beck*. Buenos Aires: Paidós.
- Belloch, A. Sandín, B. & Ramos, F. (2008): *Manual de psicopatología*. Madrid, España: MacGraw-Hill Interamericana.
- Buela-Casal, G., Guillén-Riquelme, A. & Seisdedos Cubero, N. (2015). *STAI Cuestionario de Ansiedad Estado-Rasgo*. Madrid: TEA Ediciones.
- Davison, G. C. (2005). *Psicología de la conducta anormal*. México: Limusa.

Del Barrio, V. & Carrasco, M. A. (2013). *Depresión en el niño y el adolescente*. Madrid: Síntesis.

Del Río Olvera, F., Cabello Santamaría, F., Cabello García, M.A. & Aragón Vela, J. (2017). Cuestionario de Ansiedad Estado Rasgo (STAI): análisis psicométrico y funcionamiento en una muestra de drogodependientes y controles. *Universitas Psychologica*, 17(1), 1-10. Recuperado de <https://doi.org/10.11144/Javeriana.upsy17-1.caer>

Departamento Administrativo Nacional de Estadística (2018). Estratificación socioeconómica para servicios públicos domiciliarios. Recuperado de: <https://www.dane.gov.co/index.php/servicios-al-ciudadano/servicios-informacion/estratificacion-socioeconomica#generalidades>

Ezpeleta, L. & Toro, J. (2014). *Psicopatología del desarrollo*. Madrid: Pirámides.

Gaviria, A.M., Quiceno, J.M., Vinaccia, S. Martinez, L.A. & Otalvaro M.C. (2009). Estrategias de Afrontamiento y Ansiedad -Depresión en pacientes Diagnosticados con VIH/Sida. *Terapia psicológica*, 27(1), 5-13, Recuperado de <http://www.redalyc.org/pdf/785/78511885001.pdf>

Gaviria, A.M., Vinaccia, S., Riveros, M.F. & Quiceno, J.M. (2007). Calidad de vida relacionada con la salud, afrontamiento del estrés y emociones negativas en pacientes con cáncer en tratamiento quimioterapéutico. *Psicología Desde el Caribe*, 20 (1), 50-75. Recuperado de <http://www.redalyc.org/articulo.oa?id=21302004>

Gómez, A. (Ed.). (2005). *Anticoagulación*. Recuperado de <http://scc.org.co/wp-content/uploads/2012/08/ANTICOAGULACION-LIBRO-COMPLETO.pdf>

Gómez, A., Peixoto, S., Azcúnaga, M., Gama, A., Lluberas, N. & Álvarez, P. (2014). Calidad de la anticoagulación oral con warfarina en una policlínica de cardiología: porcentaje de tiempo en rango terapéutico. *Revista Uruguaya de Cardiología*, 29(3), 311-316. Recuperado de [http://www.scielo.edu.uy/scielo.php?script=sci\\_arttext&pid=S1688-04202014000300006&lng=es&tlng=es](http://www.scielo.edu.uy/scielo.php?script=sci_arttext&pid=S1688-04202014000300006&lng=es&tlng=es).

González Nieves, Y., Herrera Jiménez, L.F., López Romero, J.L. & Nieves Achón, Z. (2011). Características del estado emocional en pacientes con enfermedad renal crónica. *Psicología Científica*, 13(20). Recuperado de <http://www.psicologiacientifica.com/enfermedad-renal-cronica-pacientes-estado-emocional/>

Hernández Sampieri, R., Fernández-Collado, C. & Baptista Lucio, P. (2006). *Metodología de la Investigación*. México, D.F.: MacGraw-Hill Interamericana.

Hernández Sampieri, R., Fernández-Collado, C. & Baptista Lucio, P. (2010). *Metodología de la Investigación. Quinta edición*. México, D.F.: MacGraw-Hill Interamericana.

Hernández-Sampieri, R., Fernández-Collado, C. y Baptista-Lucio, P. (2014). Selección de la muestra. En *Metodología de la Investigación* (6ª ed., pp. 170-191). México: McGraw-Hill.

Instituto del Corazón. (1990). Instituto del Corazón. Recuperado de:

<https://www.institutodelcorazon.org/contacto/>

López, A.N., De Jaén, S., Sánchez-Guerrero, A.R., Barrera, E., Del Río, L. & Sánchez, R. (2008). Prevalencia de ansiedad y depresión en pacientes anticoagulados en un centro de Atención Primaria. *Semergen*, 34(1), 3-6. Recuperado de <http://www.elsevier.es/es-revista-medicina-familia-semergen-40-articulo-prevalencia-ansiedad-depresion-pacientes-anticoagulados-13115176>

Mendivelso, F. & Rodríguez, M. (2018). Tópicos en investigación clínica y epidemiológica. *Medica Sanitas*, 21(2), 92 – 85.

Ministerio de Protección Social (2006). *Ley 1090 Código deontológico y bioético del psicólogo*. Colombia: El congreso de Colombia. Recuperado de <http://www.sociedadescientificas.com/userfiles/file/LEYES/1090%2006.pdf>

Ministerio de Salud (1993). Ley 8430. *Normas científicas, técnicas y administrativas para la investigación en salud*. Recuperado de

<https://www.minsalud.gov.co/sites/rid/Lists/BibliotecaDigital/RIDE/DE/DIJ/RESOLUCION-8430-DE-1993.PDF>

Ministerio de Salud y Protección social, (2015). Ley 1751. Recuperado de

[https://www.minsalud.gov.co/Normatividad\\_Nuevo/Ley%201751%20de%202015.pdf](https://www.minsalud.gov.co/Normatividad_Nuevo/Ley%201751%20de%202015.pdf)

Moya Rodríguez, R.M. & Montero Balosa, M.C (2012). Anticoagulantes clásicos. FAP, 10(2), 50-54. Recuperado de <https://www.elsevier.es/es-revista-farmaceuticos-atencion-primaria-317-pdf-X2172376112656193>

Moreno Acosta, A.I., Krikorian, A. & Palacio, C. (2015). Malestar emocional, ansiedad y depresión en pacientes oncológicos colombianos y su relación con la competencia percibida. *Avances en psicología latinoamericana*, 33(3), 517-529. Recuperado de <http://www.scielo.org.co/pdf/apl/v33n3/v33n3a11.pdf>

Organización Mundial de la Salud OMS. (2016). Enfermedades no transmisibles. Recuperado de <http://www.who.int/mediacentre/factsheets/fs355/es/>

Orozco-Gómez, Á. M. & Castiblanco-Orozco, L. (2015). Factores psicosociales e intervención psicológica en enfermedades crónicas no transmisibles. *Revista Colombiana de Psicología*, 24(1), 203-217. doi:10.15446/rcp.v24n1.42949. Recuperado de <http://www.scielo.org.co/pdf/rcps/v24n1/v24n1a13.pdf>

Pascual Sánchez, A. & Caballo Escribano, C. (2017). Funcionamiento y calidad de vida en personas con enfermedades crónicas: poder predictivo de distintas variables psicológicas. *Enfermería Global*, 46(1), 281-294. Recuperado de <http://dx.doi.org/10.6018/eglobal.16.2.243031>

Piqueras Rodríguez, J. A., Martínez González, A. E., Ramos Linares, V., Rivero Burón, R., García López, L. J. & Oblitas Guadalupe, L. A. (2008). Ansiedad, depresión y salud. *Suma Psicológica* 15 (1), 43-73.

Pino-Ramírez, G. & Solis-Añez, E. (2018). Percepción de enfermedad en personas con trastornos hereditarios del tejido conectivo. *Orbis* 39 (13), 44 – 61. Recuperado de <http://www.revistaorbis.org.ve/pdf/39/art4.pdf>

Pinto-Meza A., Haro, J.M., Palacín, C., Torres, J.V., Ochoa, S., Vilagut, G., Martinez-Alonso, M., Codony, M. & Alonso, J. (2007). Impacto de los Trastornos del ánimo, de ansiedad y de las enfermedades físicas crónicas en la calidad de vida de la población general de España. Resultados del Estudio ESEMed-España. *Actas Esp Psiquiatr*, 35(2), 12-20, Recuperado de <http://public-files.prbb.org/publicacions/7054a0d0-0b5f-012e-a84a-000c293b26d5.pdf>

Real Academia Española. (2014). Real Academia Española. Recuperado de Real Academia Española: <http://dle.rae.es/?id=EN8xffh>



Reyes-Ticas, J.A. (2005). *Trastornos de ansiedad. Guía práctica para diagnóstico y tratamiento*. Honduras: Editorial Pfizer

Ries, F., Castañeda Vázquez, C., Campos Mesa, M. & Del Castillo, O. (2012). Relaciones entre ansiedad-rasgo y ansiedad-estado en competiciones deportivas. *Cuadernos de Psicología del Deporte*, 17 (2), 9-16. Recuperado de <http://scielo.isciii.es/pdf/cpd/v12n2/articulo01.pdf>

Rivas-Acuña, V., García-Barjau, H., Cruz-León, A., Morales-Ramón, F., Enríquez-Martínez, R.M & Román-Alvarez, J. (2011). Prevalencia de ansiedad y depresión en las personas con diabetes mellitus tipo 2. *Salud en Tabasco*, 17(1-2), 30-35. Recuperado de <http://www.redalyc.org/articulo.oa?id=48721182005>

Rodríguez-Quintana, R., Hernando-Trancho, F., Cruzado, J., Olivares, M., Jamal, I. & Laserna, P. (2012). Evaluación de la calidad de vida, estado emocional y estrategias de afrontamiento en pacientes con enfermedad neoplásica pulmonar. *Psicooncología*, 9 (1), 95-112. Recuperado de <http://revistas.ucm.es/index.php/PSIC/article/view/39140/37745>

Ossa, A.M., Sánchez Ochoa, A., Mejía, C. E. & Bareño, J. (2016). Prevalencia de depresión y sus factores asociados en adolescentes entre 13 y 17 años en Colombia año 2003. *CES Salud pública*, 40-48. Recuperado de <http://www.scielo.org.co/pdf/psdc/n27/n27a03.pdf>

Spitz, R. A. (1965). *The First Year of Life*. Nueva York: International University Press. (Ed. Española: México, Fondo de cultura económica, 1969).

Tobo-Medina, N. & Canaval-Eraza, G. (2010). Las emociones y el estrés en personas con enfermedad coronaria. *Aquichan 10*(1), 19-33 Sitio web:  
<http://www.scielo.org.co/pdf/aqui/v10n1/v10n1a03.pdf>

Vinaccia, S., Quiceno, J.M., Zapata, C., Obesso, S., & Quintero, D.C. (2006). Calidad de vida relacionada con la salud y emociones negativas en pacientes con diagnóstico de enfermedad pulmonar obstructiva crónica (EPOC). *Psicología desde el caribe. 18*(1). 89-108. Recuperado de  
<http://rcientificas.uninorte.edu.co/index.php/psicologia/article/viewFile/2082/9481>

Vinaccia, S. & Quiceno, J. (2012). Calidad de vida relacionada con la salud y enfermedad crónica: Estudios Colombianos. *Psychologia: Avances de la disciplina / Universidad de San Buenaventura*, 6 (1), pp. 123-136. Recuperado de:  
<http://www.scielo.org.co/pdf/psych/v6n1/v6n1a10.pdf>

## 18. Anexos

### 18.1 Consentimiento informado

Institución Universitaria de Envigado

Facultad de ciencias sociales

Facultad de Psicología

Usted está siendo invitado a participar en el proyecto de investigación “PREVALENCIA DE TRASTORNOS PSICOPATOLÓGICOS: ANSIEDAD Y DEPRESION, EN PACIENTES CON ANTICOAGULACION CRONICA ORAL (ACO) CON WARFARINA DEL INSTITUTO DEL CORAZÓN”, que tiene como objetivo: Identificar la prevalencia de trastornos psicopatológicos: ansiedad y depresión, en pacientes con anticoagulación crónica oral (ACO) con Warfarina del Instituto del Corazón.

Su participación consistirá en responder tres cuestionarios:

- Inventario de Depresión de Beck-II (BDI-II).
- STAI, Cuestionario de Ansiedad Estado-Rasgo.
- Datos sociodemográficos

La aplicación será llevada a cabo por Eliana Marcela García Pimienta con CC 1.020.425.129 y Erika Johana López Montes con CC 1.036.781.147, en calidad de estudiantes de la IUE como equipo de investigación, toda persona estará en capacidad para decidir su libre colaboración en el estudio, la información resultante de esta investigación será manejada confidencialmente por el grupo de investigadores. Su participación y colaboración en el proyecto será de gran ayuda.

Muchas Gracias.

Fecha: \_\_\_\_\_ Nombre: \_\_\_\_\_ Id.: \_\_\_\_\_

## 18.2 Instrumento1: Inventario de Depresión de Beck-II (BDI-II).

### Inventario de Depresión de Beck-II (BDI-II).

Instrucciones: este es un cuestionario; en él hay grupos de afirmaciones; lea cada una de ellas y elija la afirmación en ese grupo que describa mejor como se ha sentido en la ÚLTIMA SEMANA incluyendo HOY.

- 1) a) No me siento triste.  
b) Me siento triste.  
c) Me siento triste todo el tiempo y no puedo librarme de ello.  
d) Me siento tan triste o desdichado que no puedo soportarlo.
- 2) a) No estoy particularmente desanimado con respecto al futuro.  
b) Me siento desanimado con respecto al futuro.  
c) Siento que no puedo esperar nada del futuro.  
d) Siento que el futuro es irremediable y que las cosas no pueden mejorar.
- 3) a) No me siento fracasado.  
b) Siento que he fracasado más que la persona normal.  
c) Cuando miro hacia el pasado lo único que puedo ver en mi vida es un montón de fracasos.  
d) Siento que como persona soy un fracaso completo.
- 4) a) Sigo obteniendo tanto placer de las cosas como antes.  
b) No disfruto de las cosas como solía hacerlo.  
c) Ya nada me satisface realmente.  
d) Todo me aburre o me desagrada.
- 5) a) No siento ninguna culpa particular.  
b) Me siento culpable buena parte del tiempo.  
c) Me siento bastante culpable la mayor parte del tiempo.  
d) Me siento culpable todo el tiempo.
- 6) a) No siento que esté siendo castigado.  
b) Siento que puedo estar siendo castigado.  
c) Espero ser castigado.  
d) Siento que estoy siendo castigado.
- 7) a) No me siento decepcionado en mí mismo.  
b) Estoy decepcionado conmigo.  
c) Estoy harto de mí mismo.  
d) Me odio a mí mismo.
- 8) a) No me siento peor que otros.  
b) Me critico por mis debilidades o errores.  
c) Me culpo todo el tiempo por mis faltas.  
d) Me culpo por todas las cosas malas que suceden.
- 9) a) No tengo ninguna idea de matarme.  
b) Tengo ideas de matarme, pero no las llevo a cabo.  
c) Me gustaría matarme.  
d) Me mataría si tuviera la oportunidad.
- 10) a) No lloro más de lo habitual.  
b) Lloro más que antes.  
c) Ahora lloro todo el tiempo.  
d) Antes era capaz de llorar, pero ahora no puedo llorar nunca, aunque quisiera.
- 11) a) No me irrito más ahora que antes.  
b) Me enoja o irrito más fácilmente ahora que antes.  
c) Me siento irritado todo el tiempo.  
d) No me irrito para nada con las cosas que solían irritarme.
- 12) a) No he perdido interés en otras personas.  
b) Estoy menos interesado en otras personas de lo que solía estar.  
c) He perdido la mayor parte de mi interés en los demás.  
d) He perdido todo interés en los demás.
- 13) a) Tomo decisiones como siempre.  
b) Dejo de tomar decisiones más frecuentemente que antes.  
c) Tengo mayor dificultad que antes en tomar decisiones.  
d) Ya no puedo tomar ninguna decisión.
- 14) a) No creo que me vea peor que antes.  
b) Me preocupa que esté pareciendo avejentado (a) o inactivo (a).  
c) Siento que hay cambios permanentes en mi apariencia que me hacen parecer inactivo (a).  
d) Creo que me veo horrible.
- 15) a) Puedo trabajar tan bien como antes.  
b) Me cuesta un mayor esfuerzo empezar a hacer algo.  
c) Tengo que hacer un gran esfuerzo para hacer cualquier cosa.  
d) No puedo hacer ningún tipo de trabajo.
- 16) a) Puedo dormir tan bien como antes.  
b) No duermo tan bien como antes.  
c) Me despierto 1 o 2 horas más temprano de lo habitual y me cuesta volver a dormir.  
d) Me despierto varias horas más temprano de lo habitual y no puedo volver a dormirme.
- 17) a) No me canso más de lo habitual.  
b) Me canso más fácilmente de lo que solía cansarme.  
c) Me canso al hacer cualquier cosa.
- d) Estoy demasiado cansado para hacer cualquier cosa.
- 18) a) Mi apetito no ha variado.  
b) Mi apetito no es tan bueno como antes.  
c) Mi apetito es mucho peor que antes.  
d) Ya no tengo nada de apetito.
- 19) a) Últimamente no he perdido mucho peso, si es que perdí algo.  
b) He perdido más de 2 kilos.  
c) He perdido más de 4 kilos.  
d) He perdido más de 6 kilos.
- 20) a) No estoy más preocupado por mi salud de lo habitual.  
b) Estoy preocupado por problemas físicos tales como malestares y dolores de estómago o constipación.  
c) Estoy muy preocupado por problemas físicos y es difícil pensar en otra cosa.  
d) Estoy tan preocupado por mis problemas físicos que no puedo pensar en nada más.
- 21) a) No he notado cambio reciente de mi interés por el sexo.  
b) Estoy interesado por el sexo de lo solía estar.  
c) Estoy mucho menos interesado por el sexo ahora.  
d) He perdido por completo mi interés por el sexo.

### 18.3 Instrumentó 2: STAI, Cuestionario de Ansiedad Estado-Rasgo.

S T A I

NOMBRE COMPLETO:

Ansiedad estado A/E

**INSTRUCCIONES:**

A continuación, encontrará unas frases que se utilizan corrientemente para describirse uno a sí mismo. Lea cada frase y señale y señale cómo se SIENTE AHORA MISMO, en este momento. No hay respuestas buenas ni malas. No emplee demasiado tiempo en cada frase y conteste señalando la respuesta que mejor describa su situación presente.

Afirmaciones		Nada	Algo	Bastante	Mucho
1.	Me siento calmado.				
2.	Me siento seguro.				
3.	Estoy tenso				
4.	Estoy contrariado.				
5.	Me siento cómodo (estoy a gusto).				
6.	Me siento alterado.				
7.	Estoy preocupado ahora por posibles desgracias futuras				
8.	Me siento descansado				
9.	Me siento angustiado.				
10.	Me siento confortable				
11.	tengo confianza en mí mismo.				
12.	Me siento nervioso				
13.	Estoy desasosegado.				
14.	Me siento muy "atado" (como oprimido)				
15.	Estoy relajado				
16.	Me siento satisfecho				
17.	Estoy preocupado.				
18.	Me siento aturdido y sobre excitado.				
19.	Me siento alegre.				
20.	En este momento me siento bien				

S T A I

NOMBRE COMPLETO:

Ansiedad estado A/R

INSTRUCCIONES:

A continuación, encontrará unas frases que se utilizan corrientemente para describirse uno a sí mismo. Lea cada frase y señale la puntuación 0 a 3 que indique mejor cómo se SIENTE EN GENERAL, en la mayoría de las ocasiones. No hay respuestas buenas ni malas. No emplee demasiado tiempo en cada frase y conteste señalando la respuesta que mejor describa su situación presente

Afirmaciones		Casi nunca	A veces	A menudo	Casi siempre
21.	Me siento calmado.				
22.	Me Canso rápidamente				
23.	Siento ganas de llorar				
24.	Me gustaría ser feliz como otros				
25.	perdo oportunidades por no decidirme pronto.				
26.	Me siento descansado				
27.	Soy una persona tranquila serena y sosegada				
28.	Veo que las dificultades se amontonan y no puedo con ellas				
29.	Me preocupo demasiado por cosas sin importancia				
30.	Soy feliz				
31.	Suelo tomar las cosas demasiado seriamente.				
32.	Me falta confianza en mí mismo				
33.	Me siento seguro				
34.	No suelo afrontar crisis o dificultades				
35.	Me siento triste (melancólico).				
36.	Estoy satisfecho.				
37.	Me rondan y molestan pensamientos sin importancia				
38.	Me afectan tanto los desengaños que no puedo olvidarlos				
39.	Soy una persona estable.				
40.	Cuando pienso sobre asuntos y preocupaciones actuales, me pongo tenso y agitado				

**18.4 Cuestionario: Datos sociodemográficos**

Fecha: \_\_\_\_\_

Nombre completo: \_\_\_\_\_

Nro. de identificación: \_\_\_\_\_

Fecha de nacimiento: \_\_\_\_\_ Edad: \_\_\_\_\_

Sexo: Masculino \_\_\_ Femenino \_\_\_

Estado civil: Soltero (a) \_\_\_ Casado (a)\_\_\_ Unión libre \_\_\_ Divorciado (a) \_\_\_ Viudo (a) \_\_\_

Estrato socioeconómico: 1 \_\_\_ 2 \_\_\_ 3 \_\_\_ 4 \_\_\_ 5\_\_\_

Nivel educativo:

\_\_\_ Ninguno

\_\_\_ Primaria

\_\_\_ Secundaria

\_\_\_ Superior (técnica, tecnología, profesional)

Red de apoyo (cuenta con cuidador primario): Si\_\_\_ No \_\_\_

Motivo o diagnóstico de la anticoagulación:

\_\_\_ Prótesis cardiaca mecánica

\_\_\_Fibrilación auricular

\_\_\_ TVP / TEP

\_\_\_ Otro

Tiempo de tratamiento:

\_\_\_ 6 – 12 meses

\_\_\_ 13- 24 meses

\_\_\_ 25 – 36 meses

\_\_\_ 37 – 48 meses

\_\_\_ 49 – 60 meses

\_\_\_ >60 meses