

UNIVERSIDAD DE CUENCA



FACULTAD DE PSICOLOGÍA

CARRERA DE PSICOLOGÍA CLÍNICA

**ANSIEDAD Y DEPRESIÓN, EN ADULTOS VARONES
DROGODEPENDIENTES, EN PROCESO DE INTERNAMIENTO.**

Trabajo de titulación
previo a la obtención del
título de Psicóloga Clínica

AUTORAS: Gabriela Elizabeth Araujo Quinde

Fernanda Piedad Clavijo Coronel

DIRECTORA: Máster Ivonne Elizabeth Álvarez Idrovo

Cuenca, Julio del 2016



Resumen.

El presente trabajo busca identificar los niveles de ansiedad y depresión en las etapas de un proceso de internamiento, determinar en qué etapa del proceso existe un mayor nivel de ansiedad y depresión. Esta investigación se desarrolló con un enfoque cuantitativo a nivel exploratorio-descriptivo. El proceso de recolección de información cuenta con tres instrumentos: El Cuestionario de Ansiedad de Hamilton, la Escala de Depresión de Hamilton y Neuropsi. La muestra estuvo conformada por 40 usuarios varones del Centro de Tratamiento de Adicciones Proyecto Esperanza, de edades comprendidas entre 18 a 65 años. Luego del análisis se obtuvo que: en la etapa de ingreso existe un mayor índice de ausencia de ansiedad; en cuanto a la fase de progreso se observa que lo predominante es la ansiedad moderada siendo ésta la etapa en la que se presenta mayor nivel de ansiedad. Por último en la fase de egreso encontramos que los índices predominantes son de no ansioso, seguido de ansiedad muy severa. En cuanto a la depresión en la fase de ingreso se evidencia depresión ligera y en la de progreso este valor se mantiene y por último en la fase de egreso no presente depresión pero le sigue la depresión muy severa.

Palabras clave: ANSIEDAD, DEPRESIÓN, DROGODEPENDENCIA, PROCESO DE INTERNAMIENTO.



Abstract

This work seeks to identify the levels of anxiety and depression in the stages of a commitment process, as well as to determine the stage in this process when there is a higher level of anxiety and depression. This investigation adopted a quantitative approach at an exploratory-descriptive level. The process to collect information has three instruments: Hamilton Anxiety Rating Scale, Hamilton Depression Rating Scale and the Neuropsi Screener. The sample consisted of 40 male users from the Addiction Rehabilitation Center of Esperanza Project, aged 18-65. After the analysis, it was concluded that: a higher rate of absence of anxiety exists at the admission stage; regarding the progress stage, it has been observed that moderate anxiety prevails, this stage being the one when the highest anxiety level exists. Finally, at the discharge stage, we find that the prevailing rates are non-anxious, followed by highly severe anxiety. As far as depression is concerned, the admission stage evidences light depression and this level is maintained along the progress stage. Finally, at the discharge stage, there is no depression but highly severe depression follows.

Key Terms: ANXIETY, DEPRESSION, DRUG ADDICTION, COMMITMENT PROCESS.



Índice de contenido

Introducción	12
Metodología	16
Resultados	19
Discusión	24
Conclusiones	28
Referencias bibliográficas	31
Anexos	34

Índice de gráficos

Gráfico 1. Nivel de ansiedad de la muestra	19
Gráfico 2. Niveles de ansiedad por fase de internamiento	21
Gráfico 3. Nivel de depresión del total de la muestra	21
Gráfico 4. Niveles de depresión por fase de internamiento	22
Gráfico 5. Relación entre ansiedad y depresión	23

Índice de tablas

Tabla 1. Relación entre Ansiedad Psíquica y Somática	19
Tabla 2. Niveles de ansiedad en relación al total de la muestra	20
Tabla 3. Niveles de depresión en relación al total de la muestra	22



Universidad de Cuenca

Cláusula de propiedad intelectual

Gabriela Elizabeth Araujo Quinde, autora del trabajo de titulación "*Anstedad y depresión, en adultos varones drogodependientes, en proceso de internamiento*", reconozco y acepto el derecho de la Universidad de Cuenca, en base al Art. 5 literal c) de su Reglamento de Propiedad Intelectual, de publicar este trabajo por cualquier medio conocido o por conocer, al ser este requisito para la obtención de mi título de Psicóloga Clínica. El uso que la Universidad de Cuenca hiciere de este trabajo, no implicará afección alguna de mis derechos morales o patrimoniales como autora.

Cuenca, 22 de julio de 2016

Gabriela Elizabeth Araujo Quinde.

C.I: 0104508338

Gabriela Araujo Quinde - Fernanda Clavijo Coronel



Universidad de Cuenca



Universidad de Cuenca

Cláusula de propiedad intelectual

Fernanda Piedad Clavijo Coronel, autora del trabajo de titulación “Ansiedad y depresión, en adultos varones drogodependientes, en proceso de internamiento”, reconozco y acepto el derecho de la Universidad de Cuenca, en base al Art. 5 literal c) de su Reglamento de Propiedad Intelectual, de publicar este trabajo por cualquier medio conocido o por conocer, al ser este requisito para la obtención de mi título de Psicóloga Clínica. El uso que la Universidad de Cuenca hiciera de este trabajo, no implicará afección alguna de mis derechos morales o patrimoniales como autora.

Cuenca, 22 de julio de 2016

Fernanda Piedad Clavijo Coronel

C.I: 0302204094

Gabriela Araujo Quinde - Fernanda Clavijo Coronel



Universidad de Cuenca



Universidad de Cuenca

Cláusula de derechos de autor

Gabriela Elizabeth Araujo Quinde, autora del trabajo de titulación “Ansiedad y depresión, en adultos varones drogodependientes, en proceso de internamiento”, certifico que todas las ideas, opiniones y contenidos expuestos en la presente investigación son de exclusiva responsabilidad de su autora.

Cuenca, 22 de julio 2016

Gabriela Elizabeth Araujo Quinde

C.I: 0104508338

Gabriela Araujo Quinde - Fernanda Clavijo Coronel



Universidad de Cuenca



Universidad de Cuenca

Cláusula de derechos de autor

Fernanda Piedad Clavijo Coronel, autora del trabajo de titulación “Ansiedad y depresión, en adultos varones drogodependientes, en proceso de internamiento”, certifico que todas las ideas, opiniones y contenidos expuestos en la presente investigación son de exclusiva responsabilidad de su autora.

Cuenca, 22 de julio de 2016

Fernanda Piedad Clavijo Coronel

C.I: 0302204094

Gabriela Araujo Quinde - Fernanda Clavijo Coronel



Dedicatoria

Dedico este trabajo mi amado hijo Gabriel de quien he sacrificado tanto tiempo y quien ha sido mi motor, mi motivación y mi alegría durante todos estos años de carrera.

A mi esposo Santiago con quien he compartido desde el primer día de clases por lo que ha sido un apoyo durante todo este tiempo y junto a quien he crecido y he compartido mis triunfos y tristezas.

A mis padres Flavio y Marlene quienes me enseñaron a nunca rendirme, a dar mi mayor esfuerzo y que a pesar de las dificultades se tiene que llegar a la meta.

A mi hermano Mateo por ser mi pequeño conejillo de indias de todos los tests, experimentos y condicionamientos.

Gabriela



Dedicatoria

A mi querida abuelita Tunita, quien ha sido el pilar fundamental para la culminación de mi carrera, al estar junto a mí en cada momento brindándome sus consejos, su sabiduría, su apoyo y motivación, pero sobre todo su amor en cada faceta de mi vida.

A mis padres Alipio y Gloria, quienes pese a la distancia, me han brindado su confianza y apoyo incondicional durante mi formación profesional.

A mis hermanos Ximena, Stuard y Dylan, quienes siempre han confiado en mí y me han apoyado en cada meta propuesta.

A mi sobrino Fernandito por brindarme su amor y contagiarme de alegría en todo momento.

Fernanda



Agradecimiento

Agradezco a la Facultad de Psicología de la Universidad de Cuenca por haberme permitido ser parte de esta experiencia de vida.

A los docentes quienes con su experiencia y sabiduría han podido brindarme las herramientas necesarias para apoyar a las personas que solicitan mi ayuda.

A mi tutora de tesis Magister Ivonne Álvarez, por apoyarme durante este proceso final tan importante, y a la Dra. Catalina Mora por brindarme su ayuda en la parte estadística, fundamental para la culminación de esta investigación.

A mi familia quienes siempre han estado apoyándome en cada paso durante todos mis años de estudio.

A mi amiga Fernanda quien ha sido un complemento durante esta travesía para llegar juntas a la culminación de esta meta y con quién nos embarcamos en un nuevo viaje de logros profesionales.

Al Centro de Tratamiento de Adicciones “Proyecto Esperanza” por abrir sus puertas y brindarnos la oportunidad de realizar este trabajo en su afable entorno terapéutico, del cual he podido obtener grandes conocimientos y experiencias.

Gabriela



Agradecimiento

A la Facultad de Psicología de la Universidad de Cuenca por abrirme sus puertas y permitir que me formara en ella.

A los docentes quienes me han brindado una enseñanza de excelente calidad humana y profesional, al proveerme de herramientas y estrategias para poder enfrentarme a los retos que la vida profesional implica.

A mí querida profesora y directora de trabajo de fin de carrera Magister Ivonne Álvarez quien con paciencia me ha guiado durante este proceso. De igual manera a la Doctora Catalina Mora por su apoyo en la parte metodológica de esta investigación.

A mi compañera y amiga Gabriela quien me ha motivado, apoyado y con quien he compartido cada experiencia que este trabajo nos ha dejado.

A mi familia por su motivación y apoyo incondicional durante estos 5 años de estudio.

Y finalmente a La Comunidad Terapéutica Proyecto Esperanza por la apertura brindada para la realización de este proyecto.

Fernanda



Introducción

La presente investigación titulada *Ansiedad y Depresión, en adultos varones drogodependientes, en proceso de internamiento*, busca describir los niveles de ansiedad y depresión que se presentan dentro de cada etapa que atraviesan los usuarios en el proceso terapéutico, siendo dicho proceso un modelo basado en una comunidad terapéutica, la cual tiene como objetivo la deshabitación, rehabilitación y reinserción de las personas con problemas de drogodependencias (Becoña, Cortés, Arias, Barreiro, Berdullas, Iraurgi, Llorente, López, Madoz, Martínez, Ochoa, Palau, Palomares, y Villanueva, 2010).

Para tratar el tema de drogodependencias es importante tener un concepto de droga el que según la OMS (1964), citado por Assumpta Rigol y Mercedes Ugalde (2006), es “toda sustancia que, introducida en el organismo vivo, puede modificar una o más de las funciones de éste”. Además, según Ruiz (2007), es capaz de producir dependencia psíquica y dependencia física, y su consumo llega a ser problemático.

Al hablar de las conductas adictivas relacionadas a las sustancias psicoactivas, nos centraremos en el término *Dependencia*. Benjamín J. Sadock y Virginia Alcott (2009) nos hablan sobre la etiología de la dependencia, la cual la establecen como el resultado de un proceso en el que interactúan múltiples factores, que influyen sobre la conducta del consumo de drogas y la pérdida de flexibilidad respecto a las decisiones que se refieren al consumo. Y aunque los efectos de una droga son críticos durante el consumo, no se asume que todos los individuos que se convierten en dependientes de la misma experimenten los efectos del mismo modo o estén motivados por el mismo conjunto de factores.

Además se ha considerado importante citar varios autores que nos hablan sobre conceptos generales acerca de las variables de esta investigación, por ejemplo Reynolds y Richmond (1963) mencionan que la ansiedad se puede presentar como un rasgo de personalidad en algunos individuos, esto quiere decir que es un aspecto más permanente



de la forma en la que el individuo funciona. Para que la ansiedad se active es necesario la presencia de un estímulo que la evoque, pero un rasgo de la ansiedad es que el individuo de manera frecuente la experimente.

Parte de la sintomatología ansiosa identificada por Josep Farré (2014) es, sequedad de boca, excesiva sudoración, palpitaciones y una mayor frecuencia en la micción (ansiedad somática), además de preocupaciones, irritabilidad y anticipación de lo peor (ansiedad psíquica), por lo que ante cualquier situación más o menos contradictoria le provocará problemas al individuo aumentando los síntomas antes mencionados y entrando así en un círculo vicioso de: problemas/retos lo que conlleva a una creencia ansiosa la cual provoca síntomas corporales que desencadena aturdimiento y conductas inadecuadas ante el problema .

Al igual que la ansiedad, los síntomas depresivos son frecuentes en los individuos a los que se ha diagnosticado abuso o dependencia de sustancias, acaparando entre un tercio y la mitad de la población con abuso o dependencia de alcohol, quienes llegan a cumplir con los criterios de un trastorno depresivo mayor en algún momento de sus vidas, siendo el consumo de sustancias uno de los principales factores precipitantes del suicidio (Sadock y Alcott, 2009). La expresión de la depresión dentro del proceso de internamiento se ve marcada por la evaluación negativa de cada persona, la culpa y la desesperanza hacia el futuro (Calvete citado por Agudelo et al, 2008), a más de estructuras cognitivas distorsionadas como fracaso interpersonal, incapacidad de realización y logro (Clark y Beck citados por Agudelo et al, 2008).

En lo referente a la conducta depresiva, las manifestaciones pueden ir desde la inhibición psicomotora hasta la excitación que deviene del componente ansioso, movimientos retardados asemejando torpeza motora; mantienen un discurso lento y forzado, desvitalizado y egocéntrico, con una expresión quejosa y monótona; en relación a su postura se puede observar un semblante pálido, mirada orientada hacia el suelo, hombros caídos, espalda encorvada y desaliño, desaseo y envejecimiento (Alarcón, Mazzotti y Nicolini, 2012).



Para abordar esta sintomatología (ansiosa y depresiva) hemos tomado como referente la estructura de comunidad que plantea la Consellería de Sanitat (citado por Becoña et al, 2010) que manifiesta que dentro del proceso desarrollado en la comunidad terapéutica se pueden distinguir tres fases en función del momento y de los objetivos planteados siendo la primera la *fase de acogida*, la segunda la *fase de tratamiento y deshabitación* y por último la *fase de inserción social*.

Por lo que hemos considerado importante analizar dichos factores en las diferentes fases del tratamiento, es así que para la obtención de los resultados de la investigación se siguió un proceso, el mismo que consistió en la elaboración de una metodología acorde a los objetivos y preguntas de investigación, en donde se planteó el enfoque de investigación, la descripción de los participantes a través de los criterios de inclusión y exclusión, los instrumentos para la recolección de información así como el procedimiento desarrollado para cumplir con la metodología establecida, el análisis de los datos y resultados a través de los programas SPSS y Excel, lo cual permitió realizar la discusión del estudio y plantear las respectivas conclusiones y recomendaciones.

Los objetivos planteados fueron: identificar los niveles de ansiedad y depresión presente en cada fase del proceso de internamiento y determinar en qué fase existe un mayor nivel tanto de ansiedad como de depresión, a partir de lo cual se puede observar que a nivel general existe una mayor prevalencia de ansiedad moderada/grave y depresión ligera, a más de que existe mayor nivel de ansiedad con un 69% en la fase de progreso, y de depresión con 33% en la fase de egreso. Cabe recalcar que a más de conseguir los objetivos propuestos, también se obtuvo mayor información sobre la correlación existente entre las dos principales variables planteadas mostrando que la ansiedad explica en un 54,6% la presencia de depresión.

Es pertinente mencionar que el presente estudio se enmarca dentro de promoción y prevención de la salud, ya que buscamos con los resultados obtenidos brindar la información necesaria para que las intervenciones estén dirigidas a reducir los niveles



Universidad de Cuenca

de ansiedad y depresión, puesto que estos intervienen en el bienestar del usuario y su vinculación con el proceso.



Metodología

Para el desarrollo del presente trabajo de investigación se plantearon las siguientes preguntas:

- ¿Cuál es el nivel de ansiedad y depresión que experimentan los usuarios en cada etapa del proceso de internamiento?
- ¿En qué etapa del proceso de internamiento se presenta mayor nivel de ansiedad y depresión?
- ¿La ansiedad y la depresión disminuyen al pasar cada etapa del proceso de internamiento?

De igual manera se establecieron los objetivos que a continuación se describen:

General.

- Identificar los niveles de ansiedad y depresión en las etapas de un proceso de internamiento.

Específicos.

- Determinar los niveles de ansiedad en cada etapa del proceso de internamiento.
- Determinar los niveles de depresión en cada etapa del proceso de internamiento.
- Identificar la etapa del proceso de internamiento en el que se presenta mayor nivel de ansiedad.
- Identificar la etapa del proceso de internamiento en el que se presenta mayor nivel de depresión.

Esta investigación se desarrolló bajo un enfoque cuantitativo a nivel exploratorio-descriptivo, puesto que además de brindar una primera aproximación en el tema para



estudios posteriores, en el contexto cuencano, caracteriza los niveles de ansiedad y depresión presentes en cada etapa del proceso de internamiento.

Para la selección de los participantes del estudio se establecieron ciertos criterios de exclusión e inclusión, que fueron:

Inclusión:

- Adultos varones.
- Edades comprendidas entre 18 a 65 años.
- Internados por dependencia al consumo de sustancias psicoactivas.
- Usuario de la Comunidad Terapéutica Proyecto Esperanza.
- Sin deterioro cognitivo.

Exclusión:

- Tener más de 65 años.
- Tener deterioro cognitivo.
- Usuarios internos por abuso o consumo perjudicial de sustancias.

El centro seleccionado para el estudio cuenta con la mayor capacidad de usuarios frente a otros centros de tratamiento de adicciones de la ciudad de Cuenca, el mismo que acogió al momento de la investigación a 51 personas.

Dentro del proceso de recolección de información se emplearon tres instrumentos de recolección de información: El Cuestionario de Ansiedad de Hamilton, la Escala de Depresión de Hamilton y Neuropsi.

El Cuestionario de Ansiedad de Hamilton, se trata de una escala de 14 ítems, 13 son referentes a signos y síntomas ansiosos y el último ítem evalúa el comportamiento del paciente durante la aplicación. Cada ítem se valora en una escala de 0 (ausente) a 4 (muy severo). La puntuación total es la suma de los puntajes de cada uno de los ítems. El rango de la suma va de 0 a 56 puntos. Además se pueden obtener puntuaciones que



corresponden a ansiedad psíquica (ítems 1, 2, 3, 4, 5, 6 y 14) y ansiedad somática (ítems 7, 8, 9, 10, 11, 12 y 13). Los puntos de corte son: No ansioso: 0-5, ansiedad leve: 6-14 y ansiedad moderada/grave: > 15 (Hamilton, s.f.).

La Escala de Depresión de Hamilton, fue diseñada para ser utilizada en pacientes diagnosticados previamente con depresión, con el objetivo de evaluar cuantitativamente la gravedad de los síntomas y valorar los cambios del paciente deprimido. Consta de 17 ítems, con una valoración de 0 (ausente) a 4 (muy severo). La puntuación total de la suma de cada ítem va de 0 a 52. Los puntos de corte son: no deprimido: 0-7, depresión ligera/menor: 8-13, depresión moderada: 14-18, depresión severa: 19-22 y depresión muy severa: >23 (Purriños, s.f.).

También se evaluó el nivel de deterioro cognitivo mediante el cuestionario NEUROPSI de Ostrosky, Ardilla y Rosselli (s.f.); se excluyó del grupo de estudio a quienes presentaban un deterioro cognitivo grave que dificultaba el entendimiento de las preguntas.

El procedimiento ejecutado para la realización del estudio inició al gestionar con el Centro de Tratamiento de Adicciones Proyecto Esperanza “PROESPE”, el acceso a la población de estudio; se revisó la documentación de cada uno de los usuarios del Centro con el fin de identificar la etapa en la que se encontraban y seleccionar su participación en el estudio, ya que de encontrarse deterioro cognitivo en los resultados del NEUROPSI, el usuario no podría formar parte de la muestra como se especifica en los criterios de exclusión. El tamaño final de la muestra se alcanzó en cuatro meses ya que el número de usuarios del Centro varía con el tiempo. La recolección de información se realizó en dos etapas: la primera etapa fue de rapport en la que se explicó el motivo de la evaluación, se leyó y firmó el consentimiento informado; la segunda etapa consistió en la aplicación de los reactivos y tuvo una duración de aproximadamente 40 minutos por cada participante.

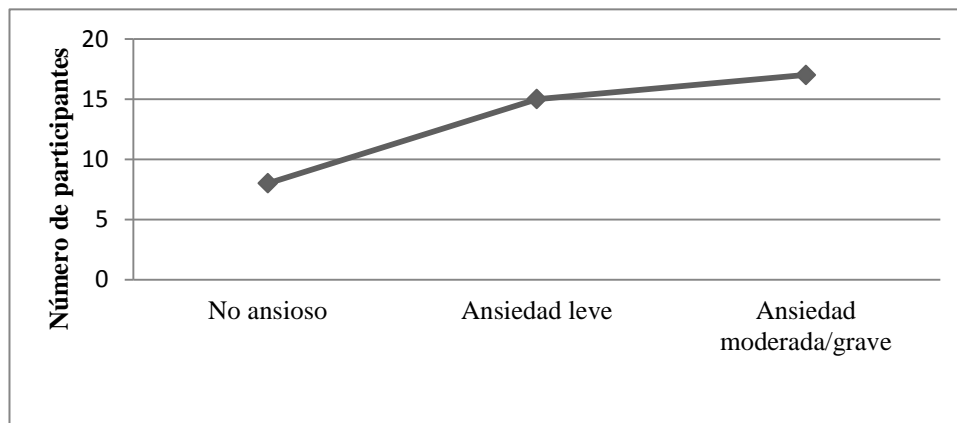
Para el análisis de datos se empleó estadística descriptiva: frecuencias relativas y porcentuales, tablas de contingencia, medidas de tendencia central y variabilidad. Finalmente se estableció relación entre las variables mediante el coeficiente de correlación de Pearson; las decisiones se tomaron con un nivel de significancia de 0,05. Los datos se procesaron en SPSS y las gráficas y tablas se editaron en Excel.

Resultados

Nivel de ansiedad que experimentan los usuarios del proceso de internamiento

Independientemente de la fase de internamiento, se encontró que 15 de los 40 (37,5%) participantes presentan ansiedad leve, seguido de 17 (42,5%) que presentan ansiedad moderada/grave. Gráfico 1.

Gráfico 1. Nivel de ansiedad de la muestra



Relación entre ansiedad psíquica y somática

En la fase de ingreso y progreso predomina la ansiedad psíquica, mientras que en la fase de egreso la media de la ansiedad psíquica es igual a la somática. Tabla 1.

Tabla 1.

Relación entre Ansiedad Psíquica y Somática

Periodo	Tipo de Ansiedad							
	Psíquica				Somática			
	Media	DT	Mínimo	Máximo	Media	DT	Mínimo	Máximo
Ingreso	6	2	3	11	4	3	1	10
Progreso	10	5	3	20	8	5	0	19
Egreso	8	7	1	20	8	8	1	25



Niveles de ansiedad en cada etapa del proceso de internamiento.

Del 100% de la muestra, el 32,5 % se encuentra en la fase de ingreso, el 45% está en progreso y 22,5% en egreso. Se observa que el 22,5% de la población están en la fase de ingreso quienes presentan ansiedad leve, 30,0% está en la etapa de progreso y presentan ansiedad moderada/grave; mientras que observa el mismo porcentaje de 7,5% en los tres niveles de ansiedad en la fase de egreso. Tabla 2.

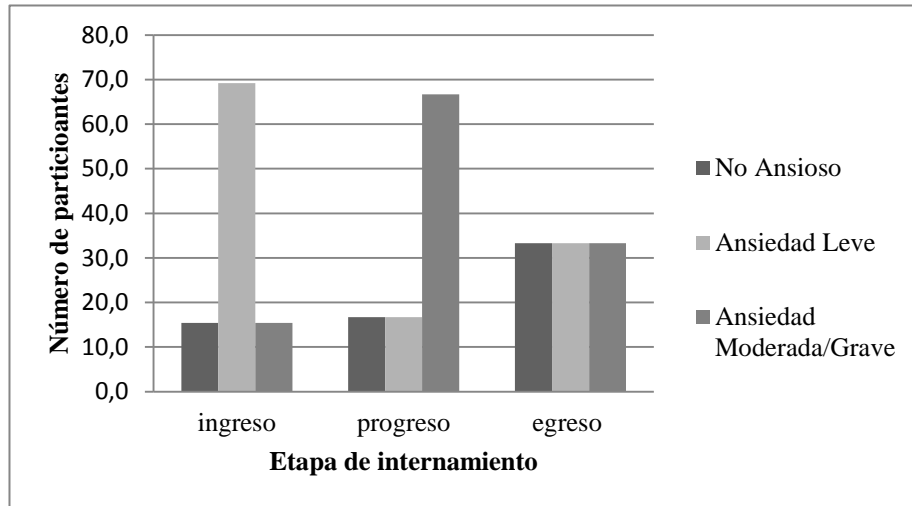
Tabla 2.

Niveles de ansiedad en relación al total de la muestra

Nivel	Ingreso		Progreso		Egreso		Total	
	n	%	n	%	N	%	n	%
No Ansioso	2	5,0	3	7,5	3	7,5	8	20,0
Ansiedad leve	9	22,5	3	7,5	3	7,5	15	37,5
Ansiedad moderada/grave	2	5,0	12	30,0	3	7,5	17	42,5
Total	13	32,5	18	45,0	9	22,5	40	100,0

Considerando los niveles de ansiedad en cada etapa, se encontró que en la fase de ingreso: 9 de los 13 (69,2%) participantes presentan ansiedad leve, en la fase de progreso: 12 de los 18 (66,7%) muestran ansiedad moderada/grave; en tanto que en la fase de egreso se evidencia un igual número de usuarios en los distintos niveles de ansiedad (33,3%). Gráfico 2.

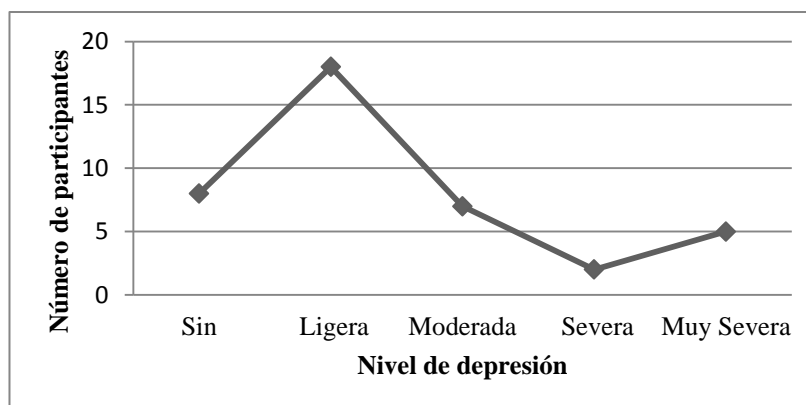
Gráfico 2. Niveles de ansiedad por fase de internamiento



Nivel de depresión que experimentan los usuarios del proceso de internamiento.

Se encontró que 18 de los 40 (45%) participantes presenta ansiedad ligera, seguida de 8 (20%) que no presenta ansiedad. Gráfico 3.

Gráfico 3. Nivel de depresión del total de la muestra.



Niveles de depresión en cada etapa del proceso de internamiento.

Del 100% de la población 32,5% están ubicados en la fase de ingreso, 45,0% están en progreso y 22,5% en egreso. Del total de muestra 22,5 % que están en la fase de ingreso presentan depresión ligera, 20,0% en la fase de progreso también presenta depresión ligera, mientras que el mayor porcentaje de participantes sin depresión están



en la fase de egreso representando el 10,0% de la población, sin embargo en la misma fase se evidencia un 7,5% que presenta depresión muy severa. Tabla 3.

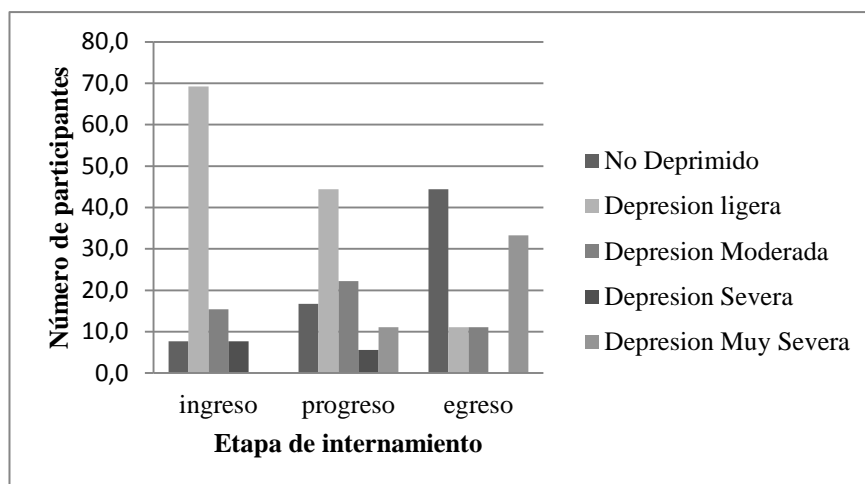
Tabla 3.

Niveles de depresión en relación al total de la muestra

Nivel	Ingreso		Progreso		Egreso		Total	
	N	%	N	%	N	%	n	%
No Deprimido	1	2,5	3	7,5	4	10,0	8	20,0
Depresión ligera	9	22,5	8	20,0	1	2,5	18	45,0
Depresión Moderada	2	5,0	4	10,0	1	2,5	7	17,5
Depresión Severa	1	2,5	1	2,5	0	0,0	2	5,0
Depresión Muy Severa	0	0,0	2	5,0	3	7,5	5	12,5
Total	13	32,5	18	45,0	9	22,5	40	100,0

En cuanto a depresión en cada etapa de internamiento se encontró que en la fase de ingreso 9 de los 13 (69,2%) manifiestan depresión ligera; en la siguiente fase, 8 de los 18 (44,4%) presentan depresión ligera, a éstos le siguen 4 (22,2%) con depresión moderada; en cuanto a la fase de egreso 4 de los 9 (44,4%) no presentan depresión y 3 (33,3%) tienen depresión muy severa, siendo esta última la etapa en donde mayor nivel de depresión presenta. Gráfico 4.

Gráfico 4. Niveles de depresión por fase de internamiento

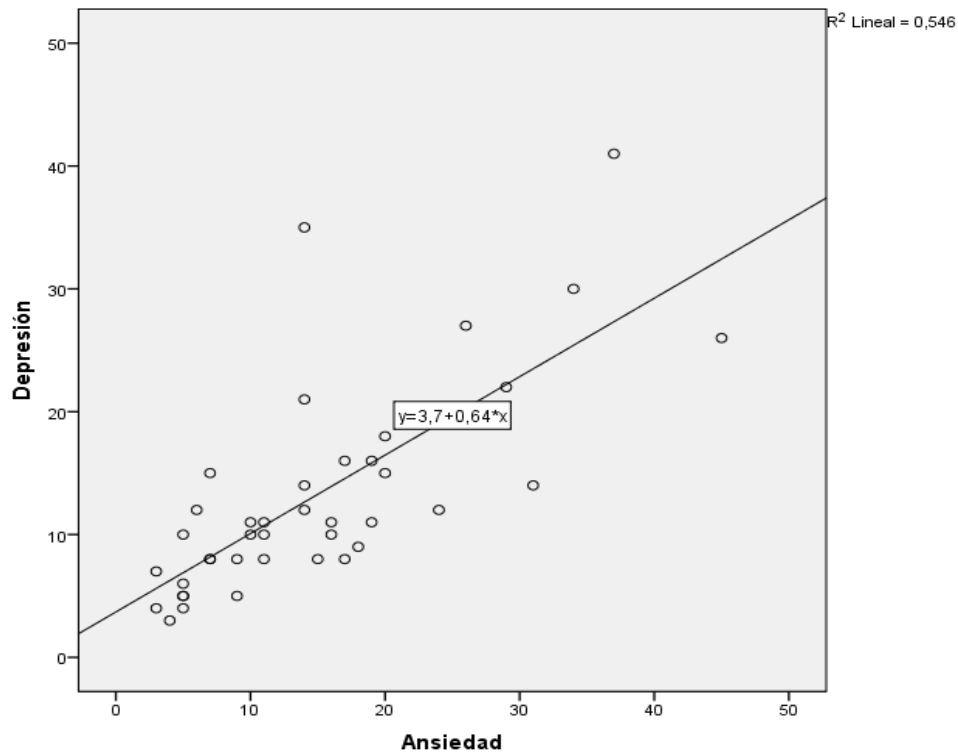




Relación entre ansiedad y depresión.

Se encontró una relación positiva alta entre ansiedad y depresión ($r = 0,01$; $p = 0,739$). El análisis de regresión lineal indica que la variable ansiedad explica en un 54,6% la variabilidad de la depresión. ($R^2 = 0,546$) Gráfico 5.

Gráfico 5. Relación entre ansiedad y depresión.





Discusión

En la presente investigación se analiza que la ansiedad es significativa en la fase de progreso, así como la depresión lo es en la fase de egreso, encontrando un estudio que analiza variables similares realizado por Pedrero y López (2005), titulado *Autoinformes de sintomatología depresiva en drogodependientes: nivel de coincidencia del BDI, SCL-90-R y MCMI-II. ¿Depresión o malestar inespecífico?* que examina la sintomatología depresiva y también la ansiedad a partir de tres cuestionarios: Inventario de Depresión de Beck (BDI), Cuestionario de los 90 Síntomas (SCL-90-R) y el Inventario Clínico Multiaxial de Millon (MCMI-II), en cuatro etapas del proceso de tratamiento por abuso o dependencia de sustancias. A partir del Cuestionario SCL-90-R y del Inventario de Depresión de Beck, se evidencia que en la etapa de inicio la depresión alcanza niveles más elevados en comparación de las otras tres etapas, ya que al pasar las etapas se observa que disminuyen los síntomas de depresión, evidenciado nuestro estudio una coincidencia con la fase de ingreso, puesto que, como se observa en la Tabla 3, se presentan síntomas de depresión ligera, pero al pasar a la etapa de progreso dichos síntomas se mantienen; en tanto que en la fase final se observa una notable disminución de sintomatología depresiva aunque también se observa la presencia de síntomas de depresión muy severa, mostrando que en esta etapa es donde se presenta un mayor índice de este nivel de depresión en comparación con las otras; por lo que diferimos de su estudio.

En relación a la ansiedad según los datos de los cuestionarios antes mencionados, se puede notar que en la fase de inicio existe un mayor nivel de ansiedad y este también disminuye con el pasar de las etapas del tratamiento, contraponiéndose a nuestro estudio, como se observa en la Tabla 2, pues en la primera etapa prevalece la ansiedad leve, mientras que en la segunda etapa es la moderada/grave, siendo en esta etapa donde se presentan mayores niveles de ansiedad; en cambio en la tercera etapa se evidencia un mismo número de personas ubicadas en los tres niveles de ansiedad.

Las diferencias mencionadas pueden deberse a que el estudio comparado toma la muestra de cuatro Centros de Tratamiento de Adicciones en los cuales no explica si se mantiene la misma metodología a pesar de tener las mismas etapas para el tratamiento,



pero en cuanto a la población existe una notable diferencia entre la cantidad de participantes de cada etapa, algo que sucede también en nuestro estudio. Otra diferencia es que en el estudio contrastado la población es mixta mientras que el presente estudio la población es únicamente de varones. Podemos agregar también que estos cuestionarios no miden únicamente la depresión sino también tienen otras sub escalas para medir ansiedad y además dimensiones sintomatológicas, lo cual difiere de nuestro trabajo ya que usamos cuestionarios específicos para medir los síntomas de ansiedad y depresión por separado.

En el estudio, *Ansiedad en drogodependientes. Diferencias existentes en función del programa de tratamiento* (Rodríguez, González, Cano y Iruarrizaga, 2007), se compara la ansiedad de un grupo control con el grupo que tiene consumo de sustancias, se observa que en este último la ansiedad es mayor, con 79% sobre un 66% del primero, con lo cual se puede demostrar que en grupos en los que prevalece un consumo de sustancias existen mayores problemas de ansiedad. Esta situación también es observable en el estudio de *Pedrero y López (2005)*, en el cual también se compara un grupo de personas con problemas de dependencia a sustancias y otro que no lo es y se observa una diferencia significativa tanto en niveles de ansiedad y depresión los mismos que son claramente menores en las personas que no tienen dependencia a sustancias. Tal como se presentó en esta investigación con los datos obtenidos de ansiedad y depresión.

En el presente estudio se observa que el 20% de la población en general no presenta ansiedad mientras que un 80% si presenta algún nivel de ansiedad y el **42,5%** presenta **ansiedad significativa**, como se observa en la Tabla 1, contrastándola con el estudio denominado *Comorbilidad entre dependencia al alcohol y trastornos de ansiedad en pacientes hombres ingresados realizado en la Habana Cuba* (Leal, Caballero, Calvo y Diago, 2015), ya que en dicho estudio, cerca del **50%** de la población global presentó esta variedad de ansiedad; en cuanto al género podemos expresar que en el estudio *Patología dual: trastornos del estado de ánimo y de ansiedad en mujeres drogodependientes* (Salazar, Caballero, Carballoso y Mendoza 2014), se encontró que la **ansiedad significativa** es de aproximadamente un **51%**, lo cual también se contrasta de nuestro estudio presentando nuestra muestra un porcentaje menor de ansiedad.



La abstinencia juega un papel circunstancial en la presente investigación, puesto que en la etapa de ingreso el 22,5% de la muestra presenta ansiedad leve, la misma que no es significativa, ya que ésta puede presentarse ante cualquier situación nueva, como nos lo dice la Guía de Práctica Clínica para el Manejo de Pacientes con Trastornos de Ansiedad en Atención Primaria (2008: 31):

Es importante entender la ansiedad como una sensación o un estado emocional normal ante determinadas situaciones y que constituye una respuesta habitual a diferentes situaciones cotidianas estresantes. Así, cierto grado de ansiedad es incluso deseable para el manejo normal de las exigencias del día a día.

Observando en nuestro trabajo, que a pesar de haber aumentado el tiempo de abstinencia la ansiedad no ha bajado, por el contrario ha experimentado un incremento con respecto a pacientes recién ingresados, descartando en esta etapa una ansiedad por síndrome de abstinencia, ya que como anteriormente lo explicamos en el Gráfico 2, lo prevalente es la ansiedad leve, Sutherland (1997, citado por Handelsman, 2010:518) nos dice que:

Aún después del periodo inicial de abstinencia, las personas que abusan de sustancias y solicitan tratamiento continúan manifestando sentimiento ansioso intenso unido a otros sentimientos negativos como depresión tensión, hostilidad y vergüenza (...) persisten en gran medida durante meses después del tratamiento, pero declinan ligeramente al cabo de unos 6 meses de abstinencia.

Esta misma situación se puede evidenciar en el estudio *Ansiedad en drogodependientes. Diferencias existentes en función del programa de tratamiento* (Rodríguez López et al, 2007), en el cual se estudian cuatro grupos: un grupo control, uno en proceso de desintoxicación, programa libre de drogas en rehabilitación, y el último un programa de mantenimiento con metadona, siendo el segundo, es decir el grupo en proceso de desintoxicación, análogo a la primera etapa del proceso de internamiento del centro donde se realizó el presente estudio, **que demuestra en dicha etapa una menor prevalencia de ansiedad significativa que en los dos siguientes grupos.**



En cuanto a la depresión se pudo observar que los síntomas depresivos leves en el presente estudio, representan un 65% del total de la población, como se puede ver en el Gráfico 3 y comparando con el estudio de *Ansiedad y depresión en fumadores mexicanos y su relación con el grado de adicción* (Urdapilleta, Sansores, Ramírez, Méndez, Lara, Guzmán, Ayala, Haro, Cansino y Moreno, 2010) en el cual los pacientes presentan un 63% de síntomas depresivos leves, por lo que podemos observar una similitud entre ambos estudios; en cuanto a los síntomas graves vemos un aumento en los usuarios del presente estudio, que representan el 17% mientras que el estudio comparado muestra un 12% con dichos síntomas.

Se pudo observar también que al avanzar el proceso de tratamiento bajan los niveles de depresión en general pero en cambio en la ansiedad ocurre lo contrario, contraponiéndose al estudio comparado ya que en este se mantiene la ansiedad, un factor para que esto suceda es que estos auto informes no evalúan la sintomatología de ansiedad sino síndromes, en cambio el presente estudio si lo hace, evaluando síntomas de ansiedad tanto somáticos como del pensamiento o psíquicos y lo mismo se realiza con la sintomatología depresiva.



Conclusiones

En base a los resultados hemos podido concluir que, en el estudio realizado en el Centro de Tratamiento de Adicciones “Proyecto Esperanza” en el periodo enero-abril 2016, el mismo que busca identificar los niveles de ansiedad y depresión en las etapas de un proceso de internamiento, prevalece la ansiedad moderada/grave. En cuanto a la depresión se puede observar que hay un predominio de depresión ligera seguido de ausencia de depresión.

En relación a los niveles de ansiedad en cada etapa del proceso podemos observar que en la etapa de ingreso existe un mayor índice de ansiedad leve, seguido de ansiedad moderada/grave. En cuanto a la fase de progreso se observa el predominio de ansiedad moderada/grave. Por último en la fase de egreso existe igualdad en los tres niveles de ansiedad. Y siendo las etapas de *progreso* y *egreso* las que presentan mayor índice de ansiedad *moderada/grave*. De esta manera se evidencia que la ansiedad no reduce su nivel al pasar las etapas, sino por el contrario aumenta su nivel.

En lo que respecta a la depresión en cada una de las etapas, observamos que los datos son distintos a los de la ansiedad, identificando en la primera etapa un predominio de depresión ligera, la cual se mantiene hasta la etapa de progreso. En cambio en la etapa de egreso se observa la prevalencia de ausencia de depresión, resultado al cual le sigue la depresión muy severa con una mínima diferencia porcentual. Entonces podemos observar que, por un lado, la depresión se reduce al pasar a la última etapa, pero al mismo tiempo existe un índice que demuestra que la ansiedad aumenta en esta misma etapa.

Dentro de estas cifras hay datos que debemos considerar como en el caso del 33,3% de la población de *egreso* presentan depresión severa lo cual podría ser un factor predisponente de recaída (*Sadock y Alcott Sadock, 2009*), considerando además que los datos de depresión moderada llegan a un 44,4 % de población que estaría en riesgo de recaída. Con la ansiedad ocurre algo similar ya que los resultados nos muestran que un 22,2% de la muestra total de esta etapa presentan ansiedad muy severa, a lo que sumado la ansiedad moderada y severa nos da un porcentaje de 44,4%



de personas con ansiedad en la etapa final, lo que podría ser también considerado un factor de riesgo para la recaída ya que como nos dicen *Sadock y Alcott (2008)*, en su libro *Sinopsis de psiquiatría. Ciencias de la conducta / psiquiatría clínica*, muchos individuos emplean el alcohol por su eficacia para mitigar la ansiedad.

Además, en el estudio *Comorbilidad psiquiátrica en pacientes internados en el servicio de varones del Hospital Hermilio Valdizán*, (*Jiménez y Chero, 2011*), se refiere que la depresión incrementa la vulnerabilidad de la persona a desarrollar un trastorno por uso de sustancias debido a las estrategias limitadas de afrontamiento de problemas, baja autoestima y distorsiones cognitivas debido al estado depresivo, así como en el estudio sobre *Influencia de las emociones negativas (ansiedad, depresión e ira) sobre la eficacia de un programa de tratamiento cognitivo conductual de deshabituación al tabaco* (*Pérez, Sesé, Romo, Palmer y Tomás, 2010*), demuestra que la depresión en pacientes drogodependientes disminuye la posibilidad de éxito del tratamiento.

Recomendaciones.

Una vez finalizado el estudio, es importante señalar que, la cantidad de participantes de cada etapa debería ser la misma, pues de esa manera los datos obtenidos serían más precisos. Es importante analizar cada etapa de manera más detallada, al evaluar a los usuarios al inicio y al final de cada una de ellas, y de esa manera identificar mejor cuanta ansiedad o depresión puede generar el paso del proceso.

Sería oportuno continuar con estudios posteriores que consideren una población y muestras más grandes, así como también un periodo de estudio más prolongado para tener mayor cantidad de usuarios en cada etapa. Consideramos oportuno realizar un estudio longitudinal con estas variables, para poder generalizar los datos. Así como también realizar un estudio en función a cada sustancia de consumo.



Recomendamos también la utilización de los tests aplicados para este trabajo, pues presentan índices de viabilidad y validez significativos, además miden una extensa gama de síntomas, que han permitido determinar las variables de ansiedad y depresión en esta investigación.



Referencias bibliográficas

Agudelo, D., Casadiegos, C. y Sánchez, D. (2008). *Relación entre esquemas maladaptativos tempranos y características de ansiedad y depresión en estudiantes universitarios*. Univ. Psychol. Bogotá, Colombia V. 8 No. 1 PP. 87-104 ene-abr 2009 ISSN 1657-9267. Recuperado de: <http://www.scielo.org.co/pdf/rups/v8n1/v8n1a7.pdf>

Alarcon, R., Mazzotti, G. y Nicolini, H. (2012). *Psiquiatría 3ª edición*. Estados Unidos de América. Organización Panamericana de la Salud. ISBN: 978-92-75-31646-7

Becoña, E., Cortés, M., Arias, F., Barreiro, J., Berdullas, J., Iraurgi, I., Llorente, J., López, A., Madoz, A., Martínez, J., Ochoa, E., Palau, C., Palomares, A. y Villanueva, V. (2010). *Manual de adicciones para psicólogos especialistas en psicología clínica en formación*. España: sociodrogalcohol.

Ferré, J. (2014). *Psicología para todos: guía completa para el crecimiento personal: trastornos, somatizaciones y terapias, v.4*. Barcelona. Océano. ISBN: 978-84-494-3669-7

Grupo de Trabajo de la Guía de Práctica Clínica para el Manejo de Pacientes con Trastornos de Ansiedad en Atención Primaria. *Guía de Práctica Clínica para el Manejo de Pacientes con Trastornos de Ansiedad en Atención Primaria*. Madrid: Plan Nacional para el SNS del MSC. Unidad de Evaluación de Tecnologías Sanitarias. Agencia Laín Entralgo. Comunidad de Madrid; 2008. Guía de Práctica Clínica: UETS N° 2006/10. Recuperado de:

http://www.guiasalud.es/GPC/GPC_430_Ansiedad_Lain_Entr_resum.pdf

Hamilton, M (s.f.) *Escala de ansiedad de Hamilton*. Servicio Andaluz de Salud. *Consejería de salud*. Recuperado de: <https://www.google.com.ec/webhp?sourceid=chrome-instant&ion=1&espv=2&ie=UTF-8#q=ESCALA+DE+ANSIEDAD+DE+HAMILTON>

Jiménez, J. y Chero, E. (2011). *Comorbilidad psiquiátrica en pacientes internados en el servicio de varones del Hospital Hermilio Valdizán*. Revista de psiquiatría y salud mental "Hemilio Valzán. Vol XII N° 1 Enero-Junio 2011 pp31-40. Recuperado de: http://www.hhv.gob.pe/revista/2011/2011_1_02.pdf



Leal, B., Caballero, J., Clavo, E. y Diago, Z. (2015) *Comorbilidad entre dependencia al alcohol y trastornos de ansiedad en pacientes hombres ingresados*. Revista Hospital Psiquiátrico de la Habana. Volumen 12 No. 1 – 2015. Recuperado de: <http://new.medigraphic.com/cgi-bin/resumen.cgi?IDARTICULO=63487>

Ostrosky, F., Ardilla, A. y Rosselli, M. (s.f) *Evaluación Neuropsicológica Breve en Español-NEUROPSI*. Editado por Publingenio, S.A. de C.V. México, D.F.

Pedrero, E. y López, A. (2005). *Autoinformes de sintomatología depresiva en drogodependientes: nivel de coincidencia del BDI, SCL-90-R y MCMI-II. ¿Depresión o malestar inespecífico*. Adicciones, vol. 17, núm. 3, 2005, pp. 215-230. Sociedad Científica Española de Estudios sobre el Alcohol, el Alcoholismo y las otras Toxicomanías Palma de Mallorca, España. Recuperado de: <http://www.redalyc.org/pdf/2891/289122011005.pdf>

Pérez, F., Sesé, A., Romo, A., Palmer, A., Tomás, M. (2010). *Influencia de las emociones negativas (ansiedad, depresión e ira) sobre la eficacia de un programa de tratamiento cognitivo conductual de deshabituación al tabaco*. Clínica y Salud, 21, 9-19. doi: 10.5093/cl2010v21n1a2

Purriños. M. (s.f.) *Escala de Hamilton - Hamilton Depression Rating Scale (HDRS)*. Servizo de Epidemioloxía. Dirección Xeral de Saúde Pública. Servicio Galego de Saúde. Recuperado de: <http://www.meiga.info/Escalas/Depresion-Escala-Hamilton.pdf>

Reynolds, C. y Richmond, B. (1978) *Escala de ansiedad manifiesta en niños (CMAS-R)*.

Rigol, A. Ugalde, M. (2006). *Enfermería de salud mental psiquiátrica*. España. MASSON.

Rodríguez, J., González, H., Cano, A., y Iruarrizaga, I. (2007). *Ansiedad en drogodependientes: diferencias existentes en función del programa de tratamiento*. ISSN 1134-7937, [Vol. 13, N° 2-3](#), págs. 241-252. Recuperado de: <http://dialnet.unirioja.es/servlet/articulo?codigo=2579831>



Ruiz, J. (2007) *Manual básico de prevención de adicciones II*. Argentina. La comuna ediciones.

Sadock, B. y Alcott, V. (2009) *Sinopsis de psiquiatría. Ciencias de la conducta /psiquiatría clínica*. España. Lippincott Williams & Wilkins

Salazar, Y., Caballero, A., Carballoso, M. y Mendoza, R. (2014) *Patología dual: Trastornos del estado de ánimo y ansiedad en mujeres drogodependientes. La Habana, 2011-2013*. Volumen 11 No. 2 -2014. Recuperado de <http://www.revistahph.sld.cu/2014/nro%202/patologiadual.html>

Handelsman, L. (2010). Ansiedad en el contexto del consumo de sustancias. En Stain, D. y Hollander, E. *Tratado de los trastornos de ansiedad*. (pp. 527-535). Barcelona. Ars Médica. ISBN: 0-88048-829-8

Urdapilleta, E., Sansores, R., Ramírez, A., Méndez, M., Lara, A., Guzmán, S., Ayala, F., Haro, R., Cansino, S., y Moreno, A. (2010). *Ansiedad y depresión en fumadores mexicanos y su relación con el grado de adicción*. Salud Pública de México, Instituto Nacional de Salud Pública Cuernavaca, México. Vol. 52, núm. 2, pp. S120-S128. Recuperado de: <http://www.redalyc.org/articulo.oa?id=10617471007>



Anexos

Cuenca, 17 de diciembre del 2015

Sr. Juan Heredia Idrovo

Director Administrativo del Centro de Tratamiento de Tratamiento Proyecto Esperanza

De nuestra consideraciones.

Reciba un cordial y afectuoso saludo de Gabriela Araujo con C.I. 0104508338 y Fernanda Clavijo con C.I. 03020204094, egresadas de la Facultad de Psicología de La Universidad de Cuenca. La razón de la presente es para solicitarle de la manera más comedida se sirva en autorizar el permiso para la aplicación de reactivos sobre ansiedad y depresión, para la realización del trabajo de titulación.

Por la favorable acogida de la presente anticipamos nuestro agradecimiento.

Atentamente

Gabriela Araujo Q.

Fernanda Clavijo C.



Consentimiento informado

Fecha:

Yo, _____, usuario de Centro de Tratamiento de Adicciones Proyecto Esperanza, certifico que he sido informado con la veracidad y claridad debida al ejercicio académico de las solicitantes, Gabriela Araujo y Fernanda Clavijo; actuó consecuente, libre y voluntariamente como participante.

Soy conocedor de la autonomía suficiente que poseo para retirarme u oponerme al ejercicio académico, cuando lo estime conveniente y sin necesidad de justificación alguna, que no me harán devolución escrita y que no se trata de una intervención psicológica.

Que se respeta la buena fe, la confiabilidad e intimidad de la información por mí suministrada, lo mismo que mi seguridad física y psicológica.

Firma participante:

Firma evaluadoras:



Nombre

Fecha

Unidad/Centro

Nº Historia

ESCALA DE ANSIEDAD DE HAMILTON

Población diana: Población general. Se trata de una escala heteroadministrada por un clínico tras una entrevista. El entrevistador puntúa de 0 a 4 puntos cada ítem, valorando tanto la intensidad como la frecuencia del mismo. Se pueden obtener, además, dos puntuaciones que corresponden a ansiedad psíquica (ítems 1, 2, 3, 4, 5, 6 y 14) y a ansiedad somática (ítems 7, 8, 9, 10, 11, 12 y 13). Es aconsejable distinguir entre ambos a la hora de valorar los resultados de la misma. No existen puntos de corte. Una mayor puntuación indica una mayor intensidad de la ansiedad. Es sensible a las variaciones a través del tiempo o tras recibir tratamiento

Instrucciones para el profesional

Seleccione para cada ítem la puntuación que corresponda, según su experiencia. Las definiciones que siguen al enunciado del ítem son ejemplos que sirven de guía. Marque en el casillero situado a la derecha la cifra que defina mejor la intensidad de cada síntoma en el paciente. Todos los ítems deben ser puntuados.

SÍNTOMAS DE LOS ESTADOS DE ANSIEDAD	Ausente	Leve	Moderado	Grave	Muy grave/ Incapacitante
1. Estado de ánimo ansioso. Preocupaciones, anticipación de lo peor, aprensión (anticipación temerosa), irritabilidad	0	1	2	3	4
2. Tensión. Sensación de tensión, imposibilidad de relajarse, reacciones con sobresalto, llanto fácil, temblores, sensación de inquietud.	0	1	2	3	4
3. Temores. A la oscuridad, a los desconocidos, a quedarse solo, a los animales grandes, al tráfico, a las multitudes.	0	1	2	3	4
4. Insomnio. Dificultad para dormirse, sueño interrumpido, sueño insatisfactorio y cansancio al despertar.	0	1	2	3	4
5. Intelectual (cognitivo) Dificultad para concentrarse, mala memoria.	0	1	2	3	4
6. Estado de ánimo deprimido. Pérdida de interés, insatisfacción en las diversiones, depresión, despertar prematuro, cambios de humor durante el día.	0	1	2	3	4



7. Síntomas somáticos generales (musculares) Dolores y molestias musculares, rigidez muscular, contracciones musculares, sacudidas clónicas, crujir de dientes, voz temblorosa.	0	1	2	3	4
8. Síntomas somáticos generales (sensoriales) Zumbidos de oídos, visión borrosa, sofocos y escalofríos, sensación de debilidad, sensación de hormigueo.	0	1	2	3	4
9. Síntomas cardiovasculares. Taquicardia, palpitaciones, dolor en el pecho, latidos vasculares, sensación de desmayo, extrasístole.	0	1	2	3	4
10. Síntomas respiratorios. Opresión o constricción en el pecho, sensación de ahogo, suspiros, disnea.	0	1	2	3	4
11. Síntomas gastrointestinales. Dificultad para tragar, gases, dispepsia: dolor antes y después de comer, sensación de ardor, sensación de estómago lleno, vómitos acuosos, vómitos, sensación de estómago vacío, digestión lenta, borborigmos (ruido intestinal), diarrea, pérdida de peso, estreñimiento.	0	1	2	3	4
12. Síntomas genitourinarios. Micción frecuente, micción urgente, amenorrea, menorragia, aparición de la frigidez, eyaculación precoz, ausencia de erección, impotencia.	0	1	2	3	4
13. Síntomas autónomos. Boca seca, rubor, palidez, tendencia a sudar, vértigos, cefaleas de tensión, piloerección (pelos de punta)	0	1	2	3	4
14. Comportamiento en la entrevista (general y fisiológico) Tenso, no relajado, agitación nerviosa: manos, dedos cogidos, apretados, tics, enrollar un pañuelo; inquietud; pasearse de un lado a otro, temblor de manos, ceño fruncido, cara tirante, aumento del tono muscular, suspiros, palidez facial. Tragar saliva, eructar, taquicardia de reposo, frecuencia respiratoria por encima de 20 res/min, sacudidas enérgicas de tendones, temblor, pupilas dilatadas, exoftalmos (proyección anormal del globo del ojo), sudor, tics en los párpados.	0	1	2	3	4

Ansiedad psíquica	
Ansiedad somática	
PUNTUACIÓN TOTAL	

Los puntos de corte son:
 No ansioso: 0-5
 Ansiedad leve: 6-14
 Ansiedad moderada/grave: >15



ESCALA DE ANSIEDAD DE HAMILTON

Bibliografía

- Hamilton, M. The assessment of anxiety states by rating. Brit J Med Psychol 1959; 32:50-55.
- Hamilton MC. Diagnosis and rating of anxiety. Br j Psychiatry. 1969; 3: 76 - 79.
- Lobo A, Camorro L, Luque A et al. Validación de las versiones en español de la montgomery Anxiety Rating Scale para la evaluación de la depresión y de la ansiedad. Medicina clínica 2002. 118(13): 493-9.



ESCALA DE HAMILTON - Hamilton Depression Rating Scale (HDRS)

ESCALA DE HAMILTON - Hamilton Depression Rating Scale (HDRS)

M.J. Purriños

Servizo de Epidemioloxía. Dirección Xeral de Saúde Pública. Servizo Galego de Saúde

- La depresión es una de las enfermedades más frecuentes de la población general y su presentación es cada vez mayor entre los pacientes crónicos atendidos en las consultas de Medicina Interna, habitualmente "disfrazada" como otra patología. De la misma forma que su diagnóstico no siempre es fácil, establecer si un paciente ha mejorado y cuánto, puede ser muy complicado. Las escalas de valoración permiten evaluar ambos hechos.
- La escala de valoración de Hamilton para la evaluación de la depresión (Hamilton depression rating scale (HDRS)) es una escala, heteroaplicada, diseñada para ser utilizada en pacientes diagnosticados previamente de depresión, con el objetivo de evaluar cuantitativamente la gravedad de los síntomas y valorar los cambios del paciente deprimido. Se valora de acuerdo con la información obtenida en la entrevista clínica y acepta información complementaria de otras fuentes secundarias.
- Si bien su versión original constaba de 21 ítems[1], posteriormente se realizó una versión reducida con 17 ítems [2], que es la recomendada por el Instituto Nacional de Salud Mental de los Estados Unidos. La validación de la versión castellana de esta escala se realizó en 1986 por Ramos-Brieva [3]. Diferentes evaluaciones han permitido comprobar la validez discriminante, la fiabilidad y la sensibilidad al cambio, tanto en poblaciones hospitalizadas[3, 4] como ambulatorios[5].
- Cada cuestión tiene entre tres y cinco posibles respuestas, con una puntuación de 0-2 ó de 0-4 respectivamente. La puntuación total va de 0 a 52. Pueden usarse diferentes puntos de corte a la hora de clasificar el cuadro depresivo. La Guía de Práctica Clínica elaborada por el NICE [6], guía con una alta calidad global en su elaboración y una puntuación de "muy recomendada" según el instrumento AGREE, recomienda emplear los siguientes puntos de corte:
 - No deprimido: 0-7
 - Depresión ligera/menor: 8-13
 - Depresión moderada: 14-18
 - Depresión severa: 19-22
 - Depresión muy severa: >23
- Para la evaluación de la respuesta al tratamiento se ha definido como respuesta una disminución mayor o igual del 50% de la puntuación inicial de la escala, respuesta parcial como una disminución entre el 25-49% y una no respuesta como una reducción de menos del 25% [7]. La remisión se ha considerado con una puntuación menor o igual a 7, aunque hay resultados que apoyan que este punto de corte debería de tener un valor más bajo [8].

Humor depresivo (tristeza, desesperanza, desamparo, sentimiento de inutilidad)	
- Ausente	0
- Estas sensaciones las expresa solamente si le preguntan como se siente	1
- Estas sensaciones las relata espontáneamente	2
- Sensaciones no comunicadas verbalmente (expresión facial, postura, voz, tendencia al llanto)	3
- Manifiesta estas sensaciones en su comunicación verbal y no verbal en forma espontánea	4



ESCALA DE HAMILTON - Hamilton Depression Rating Scale (HDRS)	
Sentimientos de culpa	
- Ausente	0
- Se culpa a si mismo, cree haber decepcionado a la gente	1
- Tiene ideas de culpabilidad o medita sobre errores pasados o malas acciones	2
- Siente que la enfermedad actual es un castigo	3
- Oye voces acusatorias o de denuncia y/o experimenta alucinaciones visuales de amenaza	4
Suicidio	
- Ausente	0
- Le parece que la vida no vale la pena ser vivida	1
- Desearía estar muerto o tiene pensamientos sobre la posibilidad de morirse	2
- Ideas de suicidio o amenazas	3
- Intentos de suicidio (cualquier intento serio)	4
Insomnio precoz	
- No tiene dificultad	0
- Dificultad ocasional para dormir, por ej. más de media hora el conciliar el sueño	1
- Dificultad para dormir cada noche	2
Insomnio intermedio	
- No hay dificultad	0
- Esta desvelado e inquieto o se despierta varias veces durante la noche	1
- Esta despierto durante la noche, cualquier ocasión de levantarse de la cama se clasifica en 2 (excepto por motivos de evacuar)	2
Insomnio tardío	
- No hay dificultad	0
- Se despierta a primeras horas de la madrugada, pero se vuelve a dormir	1
- No puede volver a dormirse si se levanta de la cama	2
Trabajo y actividades	
- No hay dificultad	0
- Ideas y sentimientos de incapacidad, fatiga o debilidad (trabajos, pasatiempos)	1
- Pérdida de interés en su actividad (disminución de la atención, indecisión y vacilación)	2
- Disminución del tiempo actual dedicado a actividades o disminución de la productividad	3
- Dejó de trabajar por la presente enfermedad. Solo se compromete en las pequeñas tareas, o no puede realizar estas sin ayuda.	4
Inhibición psicomotora (lentitud de pensamiento y lenguaje, facultad de concentración disminuida, disminución de la actividad motora)	
- Palabra y pensamiento normales	0
- Ligero retraso en el habla	1
- Evidente retraso en el habla	2
- Dificultad para expresarse	3
- Incapacidad para expresarse	4
Agitación psicomotora	
- Ninguna	0
- Juega con sus dedos	1
- Juega con sus manos, cabello, etc.	2
- No puede quedarse quieto ni permanecer sentado	3
- Retuerce las manos, se muerde las uñas, se tira de los cabellos, se muerde los labios	4



ESCALA DE HAMILTON - Hamilton Depression Rating Scale (HDRS)	
Ansiedad psíquica <ul style="list-style-type: none">- No hay dificultad- Tensión subjetiva e irritabilidad- Preocupación por pequeñas cosas- Actitud aprensiva en la expresión o en el habla- Expresa sus temores sin que le pregunten	0 1 2 3 4
Ansiedad somática (signos físicos de ansiedad: gastrointestinales: sequedad de boca, diarrea, eructos, indigestión, etc; cardiovasculares: palpitaciones, cefaleas; respiratorios: hiperventilación, suspiros; frecuencia de micción incrementada; transpiración) <ul style="list-style-type: none">- Ausente- Ligera- Moderada- Severa- Incapacitante	0 1 2 3 4
Síntomas somáticos gastrointestinales <ul style="list-style-type: none">- Ninguno- Pérdida del apetito pero come sin necesidad de que lo estimulen. Sensación de pesadez en el abdomen- Dificultad en comer si no se le insiste. Solicita laxantes o medicación intestinal para sus síntomas gastrointestinales	0 1 2 3 4
Síntomas somáticos generales <ul style="list-style-type: none">- Ninguno- Pesadez en las extremidades, espalda o cabeza. Dorsalgias. Cefaleas, algias musculares. Pérdida de energía y fatigabilidad. Cualquier síntoma bien definido se clasifica en 2	0 1 2
Síntomas genitales (tales como: disminución de la libido y trastornos menstruales) <ul style="list-style-type: none">- Ausente- Débil- Grave	0 1 2
Hipocondría <ul style="list-style-type: none">- Ausente- Preocupado de si mismo (corporalmente)- Preocupado por su salud- Se lamenta constantemente, solicita ayuda	0 1 2 3
Pérdida de peso <ul style="list-style-type: none">- Pérdida de peso inferior a 500 gr. en una semana- Pérdida de más de 500 gr. en una semana- Pérdida de más de 1 Kg. en una semana	0 1 2
Introspección (insight) <ul style="list-style-type: none">- Se da cuenta que esta deprimido y enfermo- Se da cuenta de su enfermedad pero atribuye la causa a la mala alimentación, clima, exceso de trabajo, virus, necesidad de descanso, etc.- No se da cuenta que está enfermo	0 1 2 3



ESCALA DE HAMILTON - Hamilton Depression Rating Scale (HDRS)

BIBLIOGRAFÍA

1. Hamilton, M., A rating scale for depression. *J Neurol Neurosurg Psychiatry* 1960(23): p. 56-62.
2. Hamilton, M., Development of a rating scale for primary depressive illness. *Br J Soc Clin Psychol* 1967(6): p. 278-296.
3. Ramos-Brieva, J.C, A, Validación de la versión castellana de la escala de Hamilton para la depresión. *Actas Luso-Esp Neurol Psiquiatr* 1986(14): p.324-334.
4. Ramos-Brieva, J.C., A A new validation of the Hamilton Rating Scale for Depression. *J Psychiatr Res* 1988(22): p. 21-28.
5. Bobes, J.B., A; Luque, A; et al., Evaluación psicométrica comparativa de las versiones en español de 6, 17 y 21 ítems de la Escala de valoración de Hamilton para la evaluación de la depresión. *Med Clin*, 2003. 120(18): p. 693-700.
6. Depression: management of depression in primary and secondary care- NICE guidance. 2004.
7. Shelton, R., Management of major depressive disorders following failure of antidepressant treatment. *Primary Psychiatry*, 2006. 12(4): p. 73-82.
8. Zimmerman, M.P., MA; Chelminski, I, Is the cutoff to define remission on the Hamilton Rating Scale for Depression too high? *J Nerv Ment Dis*, 2005. 193(3): p. 170-5.