



UNIVERSIDAD CÉSAR VALLEJO

FACULTAD DE HUMANIDADES

ESCUELA PROFESIONAL DE PSICOLOGÍA

“Adaptación de la escala hospitalaria de ansiedad y depresión en pacientes
oncológicos, Lima 2018”

TESIS PARA OBTENER EL TÍTULO PROFESIONAL DE:

Licenciada en Psicología

AUTORA:

Vilela Estrada, Ana Lucia

ASESOR:

Dr. Vallejos Saldarriaga, José Francisco

LÍNEA DE INVESTIGACIÓN:

Psicométrica

Lima- Perú

2018

Página de jurado

Dedicatoria

Para Gerardo “Lalo” Estrada, porque peleaste la batalla, terminaste la carrera y fortaleciste mi fe; enseñándome que ahora y siempre puedo encontrarte en tu hogar, aquel bello hogar, más allá de sol.

A mi madre Rosario, mi padre Pedro, mi tía Martha, y mi tía Socorro, quienes son el eje angular y mi motivación, para esta investigación.

Y a Óscar Garcés porque, aunque la realidad intriga debemos seguir adelante con tu recuerdo...

Agradecimiento

El desarrollo del más importante de los trabajos hasta este momento de mi vida, se pudo llevar a cabo gracias a la bendición del Señor y la Virgen del Perpetuo Socorro, quienes me fortalecen y me guían en el camino.

Al grupo de investigación de la Unidad de Salud Mental del Instituto Nacional de Enfermedades Neoplásicas (INEN) por la confianza, el profesionalismo, el apoyo y los ánimos otorgados en el desarrollo del presente trabajo, a los psicólogos del servicio de psicología y a mis amigos internos 2017 I – 2018 I, 2017II-2018II y 2018 I-2019 I por el apoyo durante la etapa de las evaluaciones.

A cada uno de los pacientes con los que pude compartir durante estos meses de evaluación, por su disponibilidad, tiempo y paciencia en la evaluación; pero sobre todo por enseñarme con su ejemplo a crecer como ser humano y perder mis miedos.

Por otro lado, es importante recalcar y aplaudir el apoyo de mis padres, mis grandes motivadores, de mi hermano, por su interés y dedicación en cada consulta, a mi tía Socorro, por la confianza y el apoyo en este, uno de mis grandes sueños, y a cada uno de los familiares que intervinieron motivándome a perseguir mi objetivo con valentía.

A Ángel, Josselyn y Samantha por ser mis personas favoritas, por la ayuda, comprensión y preocupación en todo este camino, a Daniel por hacer de este un reto más para vencer juntos, por tu amor, paciencia y dedicación.

A Rosa Arguelles por ser una guía en lo profesional y personal, por tu calidad humana y el soporte en este camino.

A mis asesores, Mg. Manuel Cueva, por guiarme desde el inicio y otorgarme la confianza necesaria para hacer lo que me propusiera, al Dr. José Vallejos, por su exigencia y confianza para la estructuración de este trabajo, al Mg. Antonio Serpa por su disposición y cada uno de los conocimientos compartidos y a la Universidad por confiar en el proyecto y motivarme con exigencia y rigurosidad

Declaratoria de autenticidad

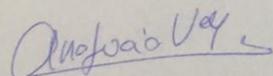
DECLATORIA DE AUTENTICIDAD

Yo, Ana Lucía Vilela Estrada, con DNI 72247542 a efecto de cumplir con las disposiciones vigentes consideradas en el Reglamento de Grados y Títulos de la Universidad César Vallejo, Facultad de Humanidades, Escuela de Psicología, declaro bajo juramento que toda la documentación que acompaño es veraz y autentica.

Así mismo, declaro también bajo juramento que todos los datos e información que se presenta en la presente tesis son autenticidad y veraces.

En tal sentido asumo la responsabilidad que corresponda ante cualquier falsedad, ocultamiento u omisión tanto de los documentos como de información aportada por lo cual me someto a lo dispuesto en las normas académicas de la Universidad César Vallejo.

Lima, 24 de Setiembre del 2018



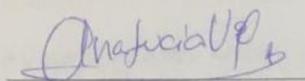
Ana Lucía Vilela Estrada
72247542

Presentación

PRESENTACIÓN

Señores miembros del jurado:

Presento la tesis titulada "Adaptación de la escala hospitalaria de ansiedad y depresión (HADS) en pacientes oncológicos, Lima 2018". Con la finalidad de adecuar la escala HADS para ansiedad y depresión, en pacientes oncológicos del Instituto Nacional de Enfermedades Neoplásicas (INEN). En cumplimiento del reglamento de Grados y Titulos de la Universidad César Vallejo para obtener la licenciatura en Psicología.



Ana Lucía Vilela Estrada
72247542

La autora.

Índice

Página del jurado	ii
Dedicatoria	iii
Agradecimiento	iv
Declaratoria de autenticidad	v
Presentación	vi
Índice	vii
Índice de tablas	x
Índice de figuras	xi
Resumen	xii
Abstract	xiii
I. Introducción	14
1.1 Realidad problemática	15
1.2 Trabajos previos	19
1.3 Teorías relacionadas al tema	24
Ansiedad	24
Depresión	26
Psicometría	28
Oncología, neoplasia y cáncer	33
1.4 Formulación del problema	36
1.5 Justificación del estudio	36
1.6 Objetivos	37
Objetivo general	37
Objetivos específicos	37

II. Método	38
2.1 Diseño de investigación	39
2.2 Variables	39
2.3 Población y muestra	40
2.4 Técnicas e instrumentos de recolección de datos	45
2.5 Método de análisis de datos	47
2.6 Aspectos éticos	48
III. Resultados	49
IV. Discusión	62
V. Conclusiones	66
VI. Recomendaciones	67
VII. Referencias	68
VIII. Anexos	78

Índice de tablas

Tabla 1.	Operacionalización de variables de la Escala Hospitalaria de Ansiedad y Depresión	40
Tabla 2.	Distribución de pacientes según departamento oncológico	43
Tabla 3.	Distribución de pacientes por estadio clínico (EC	43
Tabla 4.	Distribución de pacientes por lugar de procedencia	44
Tabla 5.	Distribución de pacientes por edad	44
Tabla.6	Distribución de pacientes por sexo	45
Tabla 7.	Coefficientes de Aiken para la evidencia de validez de contenido en claridad, pertinencia y relevancia de los ítems de la Escala Hospitalaria de Ansiedad y Depresión en pacientes oncológico	50
Tabla 8.	Requisitos para ejecución de Análisis factorial exploratorio en la Escala la Escala Hospitalaria de Ansiedad y Depresión en pacientes oncológicos	51
Tabla 9.	Varianza explicada bajo el modelo de dos factores de la Escala Hospitalaria de Ansiedad y Depresión en pacientes oncológicos	51
Tabla 10.	Pesos factoriales de la Escala Hospitalaria de Ansiedad y Depresión en pacientes oncológicos por medio del método de cuadrado mínimo generalizado y rotación promax con normalización de Kaiser	52
Tabla 11.	Índices de ajuste al modelo bifactorial según análisis factorial confirmatorio de la Escala Hospitalaria de Ansiedad y Depresión en pacientes oncológicos	53
Tabla 12.	Saturaciones estimadas de cada uno de los reactivos de la Escala Hospitalaria de Ansiedad y Depresión en pacientes oncológicos según los modelos planteados	57
Tabla 13.	Evidencias de validez convergente con análisis factorial confirmatorio en AMOS de la Escala Hospitalaria de Ansiedad y Depresión en pacientes oncológicos	58
Tabla 14.	Evidencias de validez convergente r de Pearson de la Escala Hospitalaria de Ansiedad y Depresión en pacientes oncológicos	59
Tabla 15.	Evidencias de fiabilidad de la Escala Hospitalaria de Ansiedad y Depresión	59

en pacientes oncológicos

Tabla 16. Puntos de corte de la Escala Hospitalaria de Ansiedad y Depresión en 60 pacientes oncológicos

Tabla 17. *Sensibilidad y especificidad de la Escala Hospitalaria de Ansiedad y Depresión en pacientes oncológicos* 60

Índice de figuras

Figura 1.	Modelo 1 de análisis factorial confirmatorio de la Escala Hospitalaria de Ansiedad y Depresión en pacientes oncológicos	54
Figura 2.	Modelo 1 de análisis factorial confirmatorio de la Escala Hospitalaria de Ansiedad y Depresión en pacientes oncológicos.	55
Figura 3.	Modelo 2 de análisis factorial confirmatorio de la Escala Hospitalaria de Ansiedad y Depresión en pacientes oncológicos.	55
Figura 4.	Modelo 3 de análisis factorial confirmatorio de la Escala Hospitalaria de Ansiedad y Depresión en pacientes oncológicos.	56
Figura 5.	Modelo 4 de análisis factorial confirmatorio de la Escala Hospitalaria de Ansiedad y Depresión en pacientes oncológicos.	56
Figura 6.	Validez convergente con análisis factorial confirmatorio en AMOS de la Escala Hospitalaria de Ansiedad y Depresión en pacientes oncológicos	58

Resumen

La presente investigación es de tipo instrumental, el objetivo principal es adaptar la Escala Hospitalaria de Ansiedad y Depresión (HADS) en pacientes oncológicos del Instituto Nacional de Enfermedades Neoplásicas (INEN), se evaluó a 475 pacientes entre los 18 y 84 años. Se determinaron evidencias de validez basadas en el contenido de la prueba con índices altamente significativos ($p < .01$) y significativos ($p < .05$), logrando realizar la adecuación contextual para la población objetivo; se evaluó la estructura interna de la prueba mediante AFE y AFC reafirmando la existencia de 2 subescalas (ansiedad y depresión) con 14 ítems; sin embargo se plantea un modelo diferente de 2 factores eliminando los ítems 7 y 8 con mejores índices de ajuste global, parsimonia y ajuste comparativo; ambos modelos presentan adecuados coeficientes de fiabilidad por consistencia interna (ω y α) superiores a .70. Se obtienen altas estimaciones de validez convergente ($> .80$) con el Inventario de Depresión de Beck (BDI) y el Inventario de Ansiedad de Beck (BAI) y reporta correlaciones estadísticamente significativas ($< .01$) con $r > .50$, finalmente se proponen puntos de corte para la escala HADS y cada una de las subescalas de ansiedad (HADA) y depresión (HADD) para la detección de problemas clínicos (> 9 para ansiedad, > 8 en el caso de depresión y > 17 para la escala total) en los pacientes oncológicos del INEN.

Palabras clave: HADS, oncología, ansiedad, depresión, psicooncología.

Abstract

The present investigation is of instrumental type, the main objective is to adapt the Hospital Anxiety and Depression Scale (HADS) in cancer patients of the Instituto Nacional de Enfermedades Neoplásicas (INEN), 475 patients between 18 and 84 years were evaluated. Validity evidences were determined based on the content of the test with acute ($p < .01$) and significant ($p < .05$) results, achieving contextual adaptation for the target population; the internal structure of the test was evaluated by AFE and AFC reaffirming the existence of 2 subscales (anxiety and depression) with 14 items; however, a different model of 2 factors is proposed, eliminating items 7 and 8 with better global adjustment indexes, parsimony and comparative adjustment; both models are suitable reliability coefficients for internal consistency (ω and α) greater than .70. The convergent validity index ($> .80$) with the Beck Depression Inventory (BDI) and the Beck Anxiety Inventory (BAI) and reports statistically significant correlations ($< .01$) with $r > .50$, points are finally proposed. of cut for the HADS scale and each of the subscales of anxiety (HADA) and depression (HADD) for the detection of clinical problems (> 9 for anxiety, > 8 in the case of depression and > 17 for the total scale) in the oncological patients of INEN.

Keywords: HADS, oncology, anxiety, depression, psycho-oncology

I. Introducción

1.1 Realidad Problemática

La salud es un término referido desde 1947 por la Organización Mundial de la Salud (OMS) como el estado completo bienestar físico, mental y social (Morrison y Bennet, 2008), abarca más allá del esquema biomédico y considera importante el bienestar subjetivo y la conducta del ser humano (Oblitas, 2016). Una de las importantes esferas a considerar dentro del campo de la salud, es la salud mental, que se explica como la base del bienestar y del funcionamiento efectivo de un individuo y de la sociedad, la cual puede ser deteriorado por distintos factores y circunstancias individuales, los procesos de interacción social, los recursos y estructuras de la sociedad, los valores y malestares físicos (OMS, 2004).

Al entender la salud mental como un estado dinámico y cambiante (Becoña, Vázquez y Oblitas, 2000), existe un interés creciente por su estudio en poblaciones afectadas por enfermedades crónicas (enfermedades cardiovasculares, pulmonares, diabetes y cáncer) , dada la importancia de estudiar las percepciones, modificaciones o impedimentos que interfieren en su calidad de vida, estados funcionales, integración social y los discernimientos generados por el diagnóstico, lesiones o tratamientos y que van generando cambios significativos y profundos en las personas que afrontan dicha incidencia (Ocando , 2013), produciendo una modificación en el estilo de vida de los pacientes, que involucraría su funcionamiento emocional, conductual, social y de pensamiento (Oblitas, 2016).

El cáncer es un problema de salud pública a escala mundial, considerado como un prototipo de incurabilidad, sufrimiento, incapacidad y muerte (Cruzado, 2010). Así lo evidencian los niveles de morbilidad y mortalidad en el último reporte de la OMS donde refiere que existen 14 millones de nuevos casos diagnosticados y 8,8 millones de muertes a nivel mundial; y que en Latinoamérica las enfermedades neoplásicas ocupan el tercer lugar de las causas de muerte, existiendo 163 casos por cada 100 mil habitantes (OMS, 2015). En el Perú el Ministerio de Salud (MINSA, 2014) indicó que las neoplasias malignas ocuparon el primer lugar dentro de las principales causas de mortalidad y según el último registro epidemiológico del Instituto Nacional de Enfermedades Neoplásicas (INEN, 2012) durante el año se registraron 11,583 casos registrados en varones y mujeres. Además, la evolución de los casos nuevos registrados muestra tendencia de crecimiento de la

enfermedad en el país, en ambos sexos y en diferentes edades (Payet, Poquioma, Rojas, Díaz y Cruzado, 2016).

Al enfrentar un diagnóstico oncológico, la incorporación al ambiente hospitalario y la adjudicación de algún tipo de tratamiento, los pacientes se exponen a un suceso vital estresante debido a los altos niveles de incertidumbre que genera la enfermedad (De la Torre, Cobo, Mateo y Vicente, 2008; Ehrenzweig, 2007; Robert, Álvarez y Valdiviezo, 2013), por lo cual los individuos perciben, consciente o inconscientemente, una amenaza para su vida, que es originada por la pérdida de la salud y la frustración que implica su vulnerabilidad corporal (Solana, 2005). Por lo anteriormente descrito, es comprensible la repercusión psicológica en un paciente con cáncer, y la presencia de malestar emocional que repercute en el funcionamiento cognitivo, conductual, social, emocional y espiritual del paciente oncológico y que va a intervenir en la capacidad de afrontamiento, los malestares físicos y el tratamiento médico (Duffy, 2011; Hernández y Cruzado, 2013).

Entre los problemas psicológicos en pacientes con cáncer más frecuentes se puede mencionar la depresión. Según el DSM-V se trata de un trastorno del estado de ánimo presente durante al menos dos semanas y que genera una diferencia en el desempeño del individuo, y trae consigo un estado de ánimo depresivo, pérdida de interés o placer, alteraciones en el apetito, un grado de sentimientos de desesperanza, infravaloración personal, entre otros (Cruzado, 2010). Otro de los frecuentes problemas son los trastornos de ansiedad, que se trata de un estado emocional en donde un individuo experimenta tensión, nerviosismo, preocupación y temor de forma desagradable (Maté, Hollenstein y Gil, 2004) y que se podría entender como la preocupación o anticipación de un peligro (físico/emocional) que amenaza al sujeto y que le pone en estado de alerta (dimensión cognitivo emocional) y de tensión (dimensión fisiológica) (Rando y Cano, 2013).

Es relevante el adecuado diagnóstico y tratamiento de dichas complicaciones psicológicas, pues pueden interferir de manera directa en el cumplimiento y aceptación de los tratamientos y dietas prescritas por el médico, el tipo de afrontamiento psicológico del paciente ante la enfermedad, la relación con el personal sanitario, la colaboración en la resolución de problemas potencialmente modificables (como náuseas, vómitos e insomnio)

y la relación interpersonal e intrapersonal del individuo (Cruzado, 2010). Además, que las emociones influyen en la respuesta inmunológica, en el desarrollo y la progresión del cáncer (Prieto, 2004).

Con fines de diagnóstico los psicólogos se apoyan de herramientas, como lo son la entrevista psicológica, la observación y los instrumentos psicológicos (Muñiz, Hernández y Ponsada, 2015). En el campo de la psico-oncología los instrumentos comúnmente usados para detectar trastornos psicosociales en pacientes oncológicos son: El termómetro de Distrés (DT), la escala hospitalaria de ansiedad y depresión (HADS), el Inventario de ansiedad de Beck (BAI), el inventario de depresión de Beck (BDI), el cuestionario para la salud del paciente (PHQ9), entre otros (Duffy, 2011). Sin embargo, en la evaluación de pacientes en un sistema hospitalario, por lo general, se utilizan instrumentos de screening que permiten obtener información rápida sobre determinada condición clínica, que deben contar con evidencias de validez y confiabilidad y que deberían tener puntos de corte para identificar casos que han de ser derivados a la atención psicológica como: la medida de screening para el manejo del malestar (DMSM), el cuestionario breve de 18 ítems (DSSI-18), la escala de ansiedad y depresión hospitalaria (HADS) y el cuestionario de salud general de Goldberg (GHQ-28) (Cruzado, 2010).

HADS es considerado a nivel mundial uno de los instrumentos más importantes para la evaluación de ansiedad y depresión de pacientes con padecimientos físicos y en contextos hospitalarios, siendo validada y traducida a numerosas lenguas, para diversos países y culturas, tanto para muestras clínicas (pacientes de cirugía, psiquiátricos, atención primaria, oncología, fibromialgia, VIH, ginecología, entre otros) como para población en general (Terol – Cantero, Cabrera-Perona y Martín- Aragón, 2015), el cual fue creado en 1983 por Zigmond y Snaith con el objetivo de valorar ansiedad y depresión en sujetos con enfermedades físicas, refiriéndose exclusivamente a los aspectos psicológicos de ambos trastornos. Siendo una herramienta breve y sencilla, que permite medir ansiedad y depresión en una misma escala y excluye reactivos que puedan evidenciar un carácter somático relacionado con los síntomas que genere la enfermedad del evaluado, por lo cual sus ítems comprenden respuestas emocionales, comportamentales y cognitivas relacionadas con depresión y ansiedad frente a un contexto de salud (Terol et. al 2007, 2015).

Cuenta 14 reactivos distribuidos en dos escalas, ansiedad (HADA) y depresión (HADD) con 7 ítems respectivamente, los cuales han sido analizados en los diversos estudios, existiendo diferencias en sus características psicométricas y puntos de corte planteados según población, lo cual puede deberse a las traducciones, la población, rangos de edad y contexto de enfermedad, sensibilidad, especificidad y estructura factorial, la cual varía entre un factor, dos factores, tres factores y hasta cuatro factores (Terol et al., 2015). Es importante considerar que, según los aspectos éticos y deontológicos relacionados con el uso de instrumentos psicométricos, es necesario utilizar instrumentos válidos y confiables adaptados a la población objetivo (Meneses, 2013; Santiesteban, 2009), sin embargo, hasta el momento no se han reportado datos sobre sus propiedades métricas en población oncológica peruana, que permitan compararlo con anteriores estudios internacionales y proponer recomendaciones que generaran mejoras para detectar de forma adecuada de malestar emocional (ansiedad y depresión) en nuestro contexto.

1.2 Trabajos Previos

Li et al (2016) en el estudio denominado “La versión China de la escala de ansiedad y depresión: propiedades psicométricas en pacientes chinos con cáncer y sus familiares cuidadores” la cual tenía el propósito de establecer las características psicométricas de la versión China (C-HADS) en términos estructura interna, fiabilidad por consistencia interna y validez concurrente en pacientes con cáncer y sus cuidadores de 7 hospitales en el país, logrando una muestra total de 641 personas, quienes completaron una encuesta de evaluación sociodemográfica, la escala de calidad de vida (QOL) versión SF-12 en chino y el HADS. Se realizó análisis factorial confirmatorio (CFA) y correlaciones de Pearson para el análisis de los datos, resultando que tanto el modelo de dos factores (pacientes, ansiedad $\alpha= 0.87$ y depresión $\alpha=0.87$ y en cuidadores ansiedad, $\alpha= 0.85$ y depresión $\alpha= 0.85$) como el de un factor (pacientes $\alpha= 0.92$ y en cuidadores $\alpha=0.91$, correlaciones adecuadas $r=0.84$ (pacientes) y $r=0.81$ (familiares), ofrecen un adecuado ajuste de datos tanto en pacientes como en cuidadores evidencia buena consistencia interna y aceptable validez, lo que indica que es una herramienta de cribado fiable y válida.

Cabrera, Marín-Aragón, Terol, Núñez y Pastor (2015) trabajaron un estudio denominado “La Escala de Ansiedad y Depresión Hospitalaria (HAD) en fibromialgia: Análisis de sensibilidad y especificidad”, donde buscaban comprobar las propiedades psicométricas, aplicabilidad, y sensibilidad/ especificidad de dicha escala en pacientes con fibromialgia (FM). Para lo cual, se administró la escala a pacientes ambulatorios del Hospital de San Vicente en Alicante, España, considerando una muestra total de 131 sujetos a los cuales se les aplicó el instrumento a evaluar, el Cuestionario de Ansiedad-Estado de Spielberger (STAI-E) y el Inventario de depresión de Beck (BDI) para la medición de criterios externos. Por lo cual, se analizaron ítems, se midió la fiabilidad del instrumento con el coeficiente alfa de Cronbach, se analizó con el índice de correlación de Pearson, su estructura factorial en base a análisis factorial confirmatorio y los puntos de corte mediante el análisis de curvas de ROC. Obteniendo como resultados la confirmación de la estructura de dos factores planteada por Zigmonth y Snaith (1983), niveles de fiabilidad adecuados en las escalas (HADA = .80 Y HADD =.85), todos los ítems mostraron correlación ítem-test ($r>.40$) y correlaciones significativas entre el BDI ($r=.52$ a $.67$) y STAI ($r=.41$ a $.65$). Además, se muestran diferentes puntos de corte (depresión: menor a 8 bajo, entre 8 y 12 moderado y mayor a 12 diagnóstico clínico; y ansiedad entre

12 y 15 moderado y mayor a 15 diagnóstico clínico) con sensibilidad/especificidad superior al 70% para ansiedad y depresión. Concluyendo que el instrumento presenta adecuadas propiedades métricas y resulta un cuestionario de “screening” útil para la evaluación de sintomatología ansioso-depresiva en población con FM

Galindo et al. (2015), presentan la investigación denominada “Propiedades psicométricas de la Escala de Ansiedad y Depresión (HADS) en una población de pacientes oncológicos mexicanos”, trabajo que tuvo como propósito determinar las propiedades psicométricas del HADS en pacientes oncológicos, muestra que estuvo conformada por 400 pacientes (varones y mujeres) entre los 16 y 80 años del Instituto Nacional de Cancerología. A cada sujeto se le administró HADS, el Inventario de depresión de Beck (BDI), el Inventario de ansiedad de Beck (BAI) y el termómetro de Distrés; para la obtención de resultados se determinó la estructura factorial mediante análisis factorial exploratorio (AFE) de componentes principales con rotación Varimax, coeficiente de correlación de Pearson para determinar la correlación entre el HADS y las medidas concurrentes y se determinó la confiabilidad mediante alfa de Cronbach. Se determinó un índice de adecuación muestral ($KMO=.83$), en el primer AFE arrojó un modelo con tres factores (lo cual no concordaba con el modelo original), por lo cual se eliminaron 2 ítems (7 y 8) que no ajustaban al modelo bifactorial propuesto y se obtuvo el 48.04% de la varianza, índices de confiabilidad adecuados 0.86 para el instrumento con 12 reactivos, 0.79 para la subescala de ansiedad y 0.80 para la subescala de depresión, además todas las correlaciones fueron positivas (r de Pearson de 0.51 - 0.71, $p<0.05$). Concluyendo que el instrumento presenta adecuadas características métricas, aunque, fue necesario la omisión de ítems pues podía indicar un constructo diferente.

Galindo, Meneses, Herrera, Caballero y Aguilar presentan en el año 2015 el estudio denominado “Escala Hospitalaria de Ansiedad y Depresión (HADS) en cuidadores primarios informales de pacientes con cáncer: propiedades psicométricas”, buscando identificar las propiedades métricas de la escala en cuidadores primarios informales. La muestra estuvo constituida por 200 sujetos entre 14 y 47 años del Instituto Nacional de Cancerología quienes contestaron el HADS y la Escala de evaluación de Zarit para cuidadores primarios, determinando las evidencias de validez de constructo mediante análisis de componentes principales con rotación Varimax, se evaluó el nivel de confiabilidad con alfa de Cronbach y se determinó la validez externa con el coeficiente de

correlación de Pearson. Finalmente, el análisis factorial replicó la estructura factorial original, de 2 factores con los 14 reactivos, el nivel de fiabilidad de la escala global evidenció índices satisfactorios ($\alpha=0.83$); además, las subescalas obtuvieron valores de consistencia interna de 0.82 y 0.78 respectivamente que representa el 42.58% de la varianza y en la validez por medio de la correlación con medidas concurrentes se evidenció resultados significativos (r de Pearson de 0.41-0.64, $p<0.05$), por lo cual presenta características psicométricas adecuadas.

Noguera, Pérez, Barrientos, Robles, y Sierra (2013) realizan el estudio “Escala de Ansiedad y Depresión Hospitalaria (HADS): validación en pacientes mexicanos con infección por VIH” para analizar la validez y confiabilidad del HADS en español en un grupo de pacientes mexicanos con diagnóstico de VIH. La muestra estuvo constituida por 150 sujetos mayores de 18 años, de ambos sexos, quienes iniciaban reciente el tratamiento retroviral en la Clínica de VIH del Instituto Nacional de Ciencias Médicas y Nutrición Salvador Zubirán (INCMNSZ), a quienes se les administró el cuestionario autoaplicable de 14 ítems, evaluando las variables clínicas y sociodemográficas en base a un análisis descriptivo de media, desviación estándar y rango para continuas, se midió consistencia interna y se correlacionó (r de Pearson) las subescalas de ansiedad y depresión con la escala total del instrumento. Los resultados indicaron un adecuado índice de adecuación muestral (KMO =0.90) que explicaba un 54.65% de varianza con 13 reactivos (se eliminó el ítem 6 de depresión por presentar similar carga factorial en ambos factores), alfa de Cronbach de 0.78 para la subescala de ansiedad y 0.85 para la subescala de depresión y en la escala total fue de 0.90, además las correlaciones fueron significativas en ansiedad y depresión con un 78.2% y 87.7% respectivamente. Concluyendo que es una escala breve adecuada para medir ambas variables; y además se sugiere que el puntaje total puede medir malestar emocional o estrés general.

Ocando (2013) realiza la tesis denominada “Propiedades psicométricas de la Escala Hospitalaria de Ansiedad y Depresión (HAD) en pacientes crónicos” en donde busca identificar las propiedades psicométricas de la escala de ansiedad y depresión (HAD) en una muestra de 140 pacientes crónicos hospitalizados del Hospital Universitario de Maracaibo. Utilizando para el análisis de datos el método de correlación ítem-total y análisis factorial para determinar las evidencias de validez vinculada con la estructura interna del instrumento, para analizar la fiabilidad del instrumento se realizó mediante Alfa

de Cronbach y para el caso de validez de criterio U de Mann Whitney. Con un índice de adecuación muestral (KMO) de 0.90, se demuestra que existe una alta correlación ítem-total en la mayoría de los ítems y que ambas escalas explican el 40% de la varianza según el análisis factorial, además las escalas presentan una adecuada confiabilidad con 0.83 para ansiedad y 0.77 en el caso de la escala de depresión. Por lo cual, se concluyen que la escala presenta adecuadas características psicométricas.

Martínez et al. (2012) desarrollan en España el trabajo "Validez estructural y potencial de detección de angustia de la Escala de Ansiedad y Depresión Hospitalaria en cáncer "con el propósito de analizar en el instrumento el modelo de dos factores propuesto por Zigmond y Snaith y un modelo jerárquico, asimismo identificar los puntos de corte para estrés clínicamente significativa en el instrumento. Participaron 892 pacientes oncológicos del Instituto Valenciano de Oncología, los cuales desarrollaron el HADS y la versión de 18 ítems del Inventario Breve de Síntomas (BSI18), se utilizó análisis factorial confirmatorio (CFA) y análisis de la curva de ROC. El alfa de Cronbach de las subescalas de ansiedad y depresión fue adecuada con 0.83 en ambos casos y en lo relacionado a la escala total evidenció 0.89. Se obtuvo tras el CFA que la puntuación del HADS total como una medida de angustia general en los pacientes oncológicos y se identificó que es una escala eficiente para identificar entre pacientes con angustia clínica y sin la presencia de la misma, tras el análisis de curvas ROC se identifica puntos de corte similares propuestos por Zigmond y Snaith y se propone que puntuación > 16 es adecuada para medir angustia. Concluyendo que el modelo jerárquico de tres factores tiene mejores resultados que el modelo de dos factores.

Vallejo, Rivera, Esteve-Vives, Rodríguez-Muñoz y Grupo ICAF presentan en el 2012 su original denominado "Uso del cuestionario Hospital Anxiety and Depression Scale (HADS) para evaluar la ansiedad y la depresión en pacientes con fibromialgia", que busca identificar las propiedades del HADS en la evaluación de aspectos emocionales en pacientes con fibromialgia. Para lo cual, se estudió una muestra de 301 pacientes diagnosticados de 15 clínicas de reumatología de todo España a quienes se les administró el instrumento a evaluar, además de considerarse el número de puntos dolorosos a la palpación del ACR y la situación laboral de cada paciente, analizando la bondad del cuestionario y comparando el análisis factorial exploratorio con anteriores investigaciones. Teniendo como resultado adecuada fiabilidad (0.83 depresión y 0.87 ansiedad) y un

modelo de tres factores que ajusta adecuadamente con datos, pero que no resulta más útil que una escala bifactorial al relacionarlo con los criterios externos utilizados.

Cabe mencionar que no se han reportado estudios en nuestro país sobre la adaptación de la mencionada escala.

1.3 Teorías relacionadas al tema

Ansiedad

La ansiedad alude a un estado complejo, emocional, adaptativo y fenomenológicamente pluridimensional (Crespo,2015), que está relacionada con la anticipación a eventos futuros indefinibles e imprevisibles (Marks, 1986 citado por Sierra, Ortega y Zubeidat,2003), inquietud o zozobra, aprehensión, inseguridad, displacer (Patilla,2011), inhibición, afecto negativo y percepciones exageradas de catástrofe o peligro ante determinados aspectos de su vida (Toro, Nieto, Mayorga y Montaña, 2013), tras la presencia de un estímulo nocivo que significa una amenaza; como situaciones de la vida diaria, enfermedades médicas o psiquiátricas y también por miedos irracionales, fobias, tristeza o incluso felicidad (Bagué,2015;Maté, Hollenstein y Gil,2004), por lo cual una persona se siente amenazada y se le complica enfrentarse a determinadas situaciones y ajustarse a diversos contextos (Patilla, 2011, Toro, Nieto, Mayorga y Montaña, 2013) . Esto dependerá de cada sujeto, pero puede llegar a provocar manifestaciones patológicas en el individuo a nivel fisiológico, conductual y cognitivo (Sierra, Ortega y Zubeidat,2003), llegando a ser para los centros de salud uno de los motivos de consulta más frecuentes (Oblitas,2016).

Durante el transcurso de tiempo diferentes teorías han tratado de explicar la ansiedad, como por ejemplo según la teoría psicoanalítica se concibe como una respuesta interna la cual informa al cuerpo de una situación de peligro y que viene a ser el reflejo de vivencias desagradables en los primeros años de vida (Casado, 1994) y diferencia tres tipos de ansiedad (Freud, 1971): la ansiedad de realidad, que surge entre el mundo exterior y el yo; la ansiedad neurótica, la señal de peligro se origina en los impulsos reprimidos (el ello) y la ansiedad moral, en este caso la situación amenazante proviene del mundo social que interioriza el Super-yo.

Posteriormente, el enfoque conductual avanza considerablemente pues considerando el principio básico del enfoque, la conducta consiste en una serie de hábitos desadaptativos condicionados (clásica o instrumentalmente) por ciertos estímulos en el estudio de la ansiedad, refiriéndose a ella como respuesta o estado evaluable en relación a su antecedente (E) y consecuente (R) y que permitía determinar un patrón de frecuencia y duración (Casado, 1994), además tal respuesta puede generalizarse a nuevos estímulos en

función de la semejanza con los presentes en la situación traumática (Watson y Rayner, 1920) y posteriormente consideró a la ansiedad como un impulso que provocaría la realización de determinada conducta a un individuo y que generará una respuesta emocional (Toro, Nieto, Mayorga y Montaña, 2013).

El enfoque cognitivo de Beck, por su parte, refiere que los trastornos emocionales parten de un procesamiento de la información con cierto nivel de sesgo o distorsión, y plantea esquemas cognitivos relativos al peligro, exageración del riesgo y predicción de sucesos negativos (Beck,1996). Por lo que en la ansiedad la percepción de peligro se encuentra sobreestimada generando una reacción en base a la interpretación que el individuo otorga a determinada situación en base a sus pensamientos, creencias e ideas (Sanz, 1992).

Por otro lado, los modelos biológicos indagan las causas que generan la ansiedad en base a los niveles bioquímicos, psicofisiológicos y neuroanatómicos en el cuerpo humano, mencionando que ciertos sistemas de neurotransmisión (serotonina, dopamina y noradrenalina) funcionan de manera inadecuada por exceso o defecto en la neurotransmisión excitadora e inhibidora(Rodríguez-Testal y Mesa, 2011) .Además, se han relacionado que en personas con ansiedad ciertas estructuras cerebrales se activan con menor estimulación (que en personas sanas) en determinadas áreas del cerebro como el sistema límbico, la amígdala y el sistema septohipocámpico (Oblitas, 2017).

En el ámbito sanitario y de atención al paciente oncológico es frecuente que los sujetos se encuentren frente a situaciones que suponen una alteración de su bienestar y para el cual debe desarrollar estrategias de afrontamiento, lo cual es un factor importante para la activación de síntomas ansiosos (Portillo, M., Portillo R. y Rodrigo, F; 2015). Los principales agentes generadores de ansiedad en el ámbito hospitalario son: estresores físicos, los cuales están relacionados con la enfermedad, tratamiento, el entorno de asistencia hospitalaria, el consumo de medicamentos y efectos secundarios, la pérdida de la funcionalidad; estresores psicológicos, como sentimientos de vulnerabilidad, dependencia, duelos, aislamiento, incapacidad para cambiar de estilos de vida; y los estresores sociales, en relación a cual la visión de la sociedad sobre la enfermedad, en este caso el cáncer, y el impacto que puede existir en sus relaciones sociales, laborales,etc.

La ansiedad es un elemento clave que puede influir en la respuesta individual de cada paciente durante todo el proceso de enfermedad y puede afectar a la elección del

tratamiento y su forma de asumirlo, por lo cual dificultaría la adaptación a la enfermedad y resulta necesaria su detección (García-Torres, Alós, Pérez Dueñas y Moriana, 2016). Para el diagnóstico adecuado en pacientes con cáncer, es importante identificar que los síntomas relacionados con la ansiedad clínica pueden ser cognitivos, conductuales o somáticos, los cuales según Hollenstein, Maté y Gil (2003) se detallan:

- Síntomas Somáticos: Alteraciones del ritmo cardiaco, sensación de ahogo, disnea, opresión torácica, molestias gástricas, náuseas, vómitos, inestabilidad, mareos, cefalea, tensión muscular, parestesias, sudoración, escalofríos, sofocación, temblores, cansancio, dolor, pérdida de apetito, insomnio, disminución de la libido.
- Síntomas cognitivos: Pensamientos negativos, distorsionados y recurrentes, miedos acerca de la muerte, sobre generalización, magnificación de los aspectos negativos y minimización de los positivos, abstracción selectiva, indefensión, pensamientos de culpa, desrealización, despersonalización, miedo a perder el control.
- Síntomas conductuales: Aislamiento social, evitación de los estímulos temidos, irritabilidad, mutismo, verborrea, inquietud interna, agitación psicomotriz e hiperactividad.

Depresión

Clínicamente, la depresión es un trastorno en donde el estado de ánimo se ve afectado y se caracteriza por una gran sentimiento de tristeza, desinterés por lo que lo rodea, relevante disminución de actividades físicas y psicofisiológicas en el individuo, insomnio, pérdida de ganas de vivir, falta de motivación, apetito, y libido (Carrobbles, 2011), además puede incluir síntomas cognitivos o síntomas somáticos (Bagué, 2015) dichas características deben presentarse por lo menos con 2 semanas de duración (Maté, Hollenstein y Gil, 2004) dicho trastorno suele ser recurrente y su inicio estará en relación a acontecimientos o eventos estresante (CIE, 10) y es uno de los cuadros clínicos más frecuentes en pacientes oncológicos (Bagué, 2015; Maté, Hollenstein y Gil, 2004).

El término “depresión” tiene origen desde el campo de la psiquiatría (Korman y Sarudiansky, 2011), sin embargo; distintas corrientes psicológicas intentar comprender y explicar dicho cuadro. Freud en 1915 propone una de las primeras propuestas explicativas sobre la depresión refiriéndose al génesis etiopatogénico de la depresión basada en la noción de “pérdida del objeto” mencionando su origen estaría en el autoerotismo, la sexualidad (tensión sexual psíquica), la desazón periódica entre el Yo y el Ideal del Yo (Muñoz, 2009). El modelo conductual aportó significativamente a la explicación de la

depresión, pues refería que el origen de la misma partiría de la fragmentación de la cadena conductual , lo que sometería al organismo a un programa de extinción del repertorio conductual y se generarían las denominadas conductas depresivas (Skinner, 1970) y posteriormente se apuntó a que la depresión es un fenómeno que es aprendido en base de relaciones negativas entre una persona y su entorno, viéndose influenciadas por los pensamientos, conductas y emociones del propio sujeto (Rodríguez y Mesa, 2011), posteriormente estos cocimientos fueron tomados en el desarrollo del Modelo Cognitivo de la depresión por Beck en 1967 (Ocando , 2013) haciendo énfasis en la percepción inadecuada que se tiene de uno mismo, de lo demás y los hechos que dan lugar a un trastorno depresivo (Vázquez, Muñoz y Becoña, 2000).

En tal sentido, Beck desarrolla su teoría de la depresión en base a tres elementos importantes: la triada cognitiva; patrones cognitivos que explicarían los síntomas depresivos como consecuencia de una mirada negativa de sí mismo, sus experiencias y del futuro, los esquemas; son modelos cognitivos estables que cada individuo utiliza para interpretar y estructurar determinados acontecimientos de su vida ; y los errores cognitivos, son una cadena de deslices sistemáticos que validan la percepción de la situación y son responsables de la alteración en el procesamiento de la información (Beck, Rush, Shaw y Emery, 2010) .

La décima revisión de la Clasificación Internacional de Enfermedades (CIE-10) en el capítulo de los Trastornos mentales y del comportamiento, hace referencia a los trastornos del humor o afectivos, en la que se encuentra clasificado la depresión (F32). Dicho sistema se basa en que la depresión se trataría de cuadro clínico sindrómico que se diferencia y se caracteriza por un conjunto de síntomas, que presentan una severidad y temporalidad, y que además se relacionan con el deterioro funcional, laboral y social del individuo (Maté, Hollenstein y Gil, 2004). Síntomas como humor depresivo, pérdida de capacidad de interesarse y disfrutar de las cosas, disminución de la vitalidad, reducción del nivel de actividad, un cansancio exagerado, disminución de la atención y concentración, pérdida de confianza en sí mismo, ideas de culpa y de ser inútil, perspectiva sombría del futuro, pensamiento y actos suicidas o de autoagresión, trastornos del sueño y pérdida del apetito (CIE-10) nos llevarían a un presunto diagnóstico de depresión.

La depresión se describe a menudo como el estado psicológico más asociado con el cáncer (Oblitas,2016), sin embargo, existe mucha dificultad para diagnosticar, debido a la superposición de síntomas explicables por la condición médica propia del paciente por

lo que la consideración sobre la presencia de ciertos síntomas corporales (tales como: astenia, pérdida de peso, enlentecimiento, pérdida de interés sexual, anorexia) tendrían poca utilidad en el diagnóstico de pacientes oncológicos (Rojas, Fuentes y Robert, 2017), dado que son una constante en la enfermedad neoplásica, por ello Endicott (1984) (citado por Maté, Hollentein y Gil, 2004) propone una serie de criterios que puedan sustituir a los síntomas somáticos por síntomas cognitivo y considera:

- Estado de ánimo deprimido la mayor parte del día
- Disminución acusada del interés o de la capacidad de placer en todas o casi todas las actividades
- Apariencia depresiva
- Aislamiento social o reducción de la expresión verbal
- Agitación o enlentecimiento psicomotor casi cada día
- Pensamiento melancólico, autocompasivo o pesimista
- Sentimientos de inutilidad o culpa excesiva o inapropiada
- Baja reactividad, incapaz de levantar el ánimo
- Pensamientos recurrentes de muerte, ideación suicida recurrente sin un plan específico o una tentativa de suicidio o un plan específico para suicidarse.

Psicometría

La psicometría, se trata de una rama de la psicología que, basándose en las técnicas, teorías y métodos relacionados al desarrollo de los fundamentos de construcción y administración de los test, evalúa los fenómenos psicológicos. Buscando describir, explicar, clasificar, diagnosticar y/o predecir acciones para la toma de decisiones y la orientación del comportamiento de cada persona en el ejercicio de la psicología (Meneses, 2013). En la actualidad los estudios basados en este tipo de investigaciones han ido creciendo notoriamente, dado que nos encontramos en un contexto más multicultural y multilingüe en el que los test se utilizan como una importante herramienta en la toma de decisiones (Muñiz, Elousa y Hambleton, 2013).

Adaptación, proceso en el que se busca adecuar (en relación a la prueba original) un instrumento de evaluación psicológica en los niveles: lingüístico, cultural, conceptual y métrico en una población específica; por lo cual es importante calificar el grado de solapamiento entre la variable en la población inicial y en la población diana con el objetivo de determinar y definir un adecuado nivel de equivalencia (Muñiz, Elousa y

Hambleton, 2013). De ahí el estudio de las propiedades psicométricas de los instrumentos de evaluación psicológica, y por lo cual se examina las propiedades de interpretación, inferencias o usos específicos de las medidas que cada instrumento proporciona (Prieto y Delgado, 2010).

Confiabilidad, entendida como aquella propiedad que valora la consistencia, precisión y estabilidad en las medidas obtenidas internamente (que cada ítem mida una misma dimensión) y cuando el proceso de evaluación se repita permita que la variabilidad de los resultados indique con precisión las medidas del objetivo a estudiar (Anastasi et al, 1998; Barrios et al., 2013; Brown 1980; Prieto y Delgado, 2010), según la Teoría clásica de los Test (TCT) la confiabilidad se explicaría como la correlación entre las puntuaciones obtenidas por un grupo en dos formas paralelas del test ,y se le denominaría “coeficiente de confiabilidad”, el cual es la representación de la estimación de una medida/instrumento que se explica como el cociente entre la varianza de las puntuaciones verdaderas y la varianza de las puntuaciones empíricas. Al interpretar dicho resultado, los valores cercanos a 1 mostrarán una baja proporción de la varianza de los errores en las puntuaciones empíricas, lo que permite interpretar que el test estudiado es fiable (Anastasi et al, 1998; Barrios et al, 2013; Brown 1980; Prieto y Delgado, 2010)

Algunas de las medidas más importantes que podemos utilizar para el análisis de la confiabilidad de un instrumento son:

- Equivalencia de las medidas: El método de formas paralelas busca determinar la magnitud de los errores de medida de un instrumento, el proceso radica en calcular el coeficiente de correlación de Pearson en las calificaciones de una vasta muestra de individuos que representan a la población objetivo, en base a los resultados de dos formas paralelas de una prueba anteriormente obtenidas (Meneses, 2013). Es decir; se construye un test y una segunda versión del instrumento para evaluar lo mismo que el test original, con similar contenido y aplicadas a una misma muestra (Abad, Olea, Ponsada y García, 2011), las diferencias que se observan en las puntuaciones de los mismos sujetos entre ambas formas paralelas del instrumento serán consideradas como los errores de medida del test e indicaran el grado en que pueden considerarse equivalentes o fiables (Abad, Olea, Ponsada y García, 2011; Meneses 2013).
- Estabilidad de las medidas: También llamado fiabilidad como estabilidad temporal, es un método para la obtención de la confiabilidad de un instrumento basado en la

administración de un test a los mismos sujetos en dos ocasiones diferentes, considerando que una prueba de medición fiable debería brindar valores estables en distintas medidas de la misma muestra secuencialmente obtenidas (Meneses, 2013). El presente proceso de análisis para estudiar la fiabilidad de un instrumento se denomina método test-retest y se calcula en base a el valor del coeficiente de correlación de Pearson entre la evaluación del test y la evaluación retest, con la expectativa de un coeficiente de fiabilidad test-retest elevado entre ambas mediciones (Abad, Olea, Ponsada y García, 2011).

- **Consistencia Interna:** La fiabilidad por consistencia interna, se trata de determinar el grado en que cada una de las partes (ítems) que componen el instrumento son consistentes entre sí para evaluar el constructo medido, dado que cada elemento que constituye el test deberá mostrar una equivalencia aceptable con el resto de ítems, así mismo esta equivalencia supone que las respuestas de los sujetos en los distintos reactivos estarán correlacionadas y aún si los dividimos en diferentes partes mostrarán una elevada covariación (Abad, Olea, Ponsada y García, 2011; Meneses 2013). Para el análisis de consistencia interna se presentan dos variantes:

Método de dos mitades: Se divide el instrumento en dos mitades equivalentes, para calcular la correlación entre las puntuaciones de la muestra, sus valores pueden estar entre 0 y 1, lo que será un indicador del grado de consistencia interna del test y por lo tanto de su fiabilidad. (Abad, Olea, Ponsada y García, 2011; Meneses 2013).

Coefficiente de alfa de Cronbach: Se trata de un coeficiente que evalúa la consistencia interna en base a las covariaciones entre los reactivos del test, considerando que mientras mayor sea el grado de covarianza entre los ítems y la varianza general de test, mayor será el grado del coeficiente de alfa de Cronbach (α) y presentará mayor confiabilidad. Dicho coeficiente suele presentar un rango de valores entre cero (0) y uno (1), donde aquellos coeficientes con mayor proximidad a la unidad (1) evidenciarán fiabilidad alta.

Validez, es el grado en que la evidencia empírica y la teoría de un instrumento miden la variable que se pretende estudiar, refiriéndose a la pertinencia significado y utilidad de las interpretaciones realizadas con las puntuaciones que proporciona un instrumento en relación a un uso específico, además de considerarse como la proporción de varianza real que es relevante para los fines de un examen, la evolución de dicho concepto ha generado que para comprobar la validez de un instrumento se acumulen evidencias que permitan una base científica para interpretar las propiedades de un test (Abad, Olea, Ponsoda y García, 2011; Brown 1980; Hernández, Fernández y Baptista, 2014; Lozano y Turbany, 2013; Prieto y Delgado, 2010) Dicho proceso consistirá en identificar la evidencia de que los reactivos o ítems en un instrumento son representativos y relevantes para evaluar una variable psicológica (contenido del instrumento), lo que facilita la obtención de respuestas indicadoras según el objetivo de evaluación (proceso de respuesta), por lo que será necesario verificar que cada ítem sea congruente con la teoría que define la variable (estructura interna). Para establecer relaciones entre el tema evaluado y otros constructos relacionados según el marco teórico (relación con otras variables), para que las consecuencias de la aplicación del instrumento (tanto sean positivas, como negativas) sean las previstas (Abad et al, 2011; Lozano y Turbany, 2013).

Actualmente según lo expuesto por APA para comprobar la validez de un instrumento se debe tener en cuenta cinco evidencias: (AERA,APA,y NCME, 2014),las cuales son evidencia de validez por el contenido del test, evidencia de validez en base al proceso de respuesta, evidencia de validez en base a la estructura interna, evidencia de validez por la relación entre variables y evidencia por las consecuencias de la aplicación del cuestionario.

- Evidencia de validez basada en el contenido del instrumento: Se trata de la relación existente entre los reactivos del instrumento y lo que pretende evaluar o medir, para dicho proceso se solicita el apoyo de jueces expertos en la materia a investigar. Quienes analizarán cada uno de los ítems valorando en qué medida definen, representan y son relevantes con el constructo a estudiar (Sireci, 2003 citado por Abad et al, 2011).
- Evidencia de validez basada en el proceso de respuesta; es un estudio vinculado al desarrollo que realizan los sujetos de estudio para emitir una respuesta, siendo un tema que involucra más el proceso de construcción del instrumento. Se identifican diferentes factores que pueden afectar la respuesta, como: el contenido, la redacción y

la validez aparente de los ítems, la cantidad de opciones de respuesta, las instrucciones al llenar el cuestionario y las características individuales de aquellos que desarrollan el instrumento (Meneses, 2013).

- Evidencia de validez basada en la estructura interna: Permite determinar si un instrumento mide el constructo a estudiar de manera coherente, para dicho análisis se realizan estudios sobre la dimensionalidad y el funcionamiento diferencial de cada uno de los reactivos. Para el estudio de la dimensionalidad se utilizará en base a diversos modelos de la técnica estadística del análisis factorial, como el análisis factorial exploratorio (AFE) o análisis factorial confirmatorio (AFC) (Abad et al, 2011).
- Evidencia de validez basada en la relación con otras variables: Durante el proceso de validación de un instrumento se pueden determinar relaciones entre los resultados proporcionados por otros test de medida del constructo de interés, otras variables diferentes que se relacionen con el modelo teórico donde se encuadra el constructo o algún tipo de variable que pretendamos predecir en base a las puntuaciones obtenidas (Abad et al, 2011).

Evidencias convergentes y/o discriminantes: Busca evaluar la relación existente entre las puntuaciones recogidas por el instrumento y otros constructos. La validez convergente se determina utilizando diferentes pruebas que midan el mismo constructo, en el caso de la validez discriminante se determina por diferentes constructos dentro de la misma prueba (Meneses,2013).

Evidencias basadas en las relaciones entre el instrumento y algún criterio relevante: Se realiza cuando se usa un instrumento que mide otra variable de interés que se encuentra vinculada y permite pronosticar determinados criterios de rendimiento (Abad et al, 2011).

Evidencia de decisión (sensibilidad y especificidad): Se realiza cuando los objetivos de un test son la clasificación o el diagnóstico de una variable en una muestra determinada. Se distinguen dos procesos: sensibilidad de la prueba, es la detección de verdaderos positivos; y especificidad de la prueba, definida como la capacidad de determinación de diagnósticos negativos verdaderos (Meneses, 2013).

- Evidencias de validez basadas en las consecuencias de la aplicación: Uno de los principales fundamentos de la validación de un test es determinar en qué casos se obtendrá un beneficio al aplicar el instrumento en determinada población (Meneses, 2013), ya que al decidir en base a la aplicación de algún instrumento es importante considerar las consecuencias que trae consigo la aplicación de dicho test, dado que deben utilizarse para generar beneficios y disminuir consecuencias negativas.

Finalmente, es importante determinar e interpretar el valor que obtiene un sujeto en una medida de interés psicológico (Meneses, 2013), en este caso en un test de implicancia clínica. Por lo cual es importante establecer puntos de corte, en lo que se apoyará la presencia de un diagnóstico o la negación del mismo y la capacidad discriminativa del test a estudiar (Cerca y Cifuentes, 2012). Para lo cual se utilizan métodos estadísticos en busca de determinar la exactitud diagnóstica de un instrumento, como el análisis de curvas ROC (receiver operating characteristic curve) (Cerca y Cifuentes, 2012).

Oncología, neoplasia y cáncer

La oncología, es una rama de la ciencia que se ocupa del estudio de bultos, masas, tumores o neoplasias que se proliferan anormalmente en los tejidos del cuerpo (Lizón, 2006), dichas neoplasias se definen como un crecimiento anormal de células en un tejido, pueden ser benignas o presentarse de forma agresiva y denominarse como malignas o cáncer. Por ende, cáncer es un término que agrupa diversas enfermedades en donde existen modificaciones en los genes que regular el funcionamiento celular, generando una división y proliferación exagerada de algunas células del cuerpo que pueden esparcirse a los tejidos circundantes. Dichas células cancerosas crecen sin control y tienden a ser invasivas, suelen ser menos especializadas al no tener una función en específico, motivo por el cual siguen dividiéndose ignorando los procesos de apoptosis (muerte celular) y evadiendo el sistema inmunitario, los cuales normalmente generan que el cuerpo se deshaga de las células que no son necesarias, llegando a afectar a las células, moléculas, vasos sanguíneos y tejidos normales que lo rodean para que suministren oxígeno y nutrientes al tumor (Ehrenzweig, 2010; NIH, 2015).

Para la clasificación de los tipos de cáncer, por lo general, se realiza denominando el cáncer según el órgano o tejido donde se ha formado (por ejemplo: cáncer de mama, próstata, entre otros.), sin embargo hay algunas categorías que se generarán en base de los distintos tipos específicos de células, ya sea el caso de: Carcinoma, se forman en células

epiteliales que cubren las superficies internas y externas del cuerpo; Sarcoma, surgen en el hueso y tejidos blandos; Leucemia, se origina en los tejidos que forman la sangre en la médula ósea; Linfoma, inicia en los linfocitos y se acumulan en los ganglios linfáticos, vasos linfáticos y otros órganos del cuerpo; Mieloma, empieza en las células plasmáticas para acumularse en la médula ósea y formar tumores en los huesos del cuerpo; Melanoma, se forma en las células especializadas en producir mielina y por lo general se desarrollan en la piel; Tumores neuroendocrinos, formados en aquellas células que segregan hormonas; Tumores de células germinales, se originan en células que forman óvulos o espermatozoides; Tumores de cerebro y de la médula espinal, estos se denominarán según el tipo de célula que lo formará (por ejemplo: tumor astrocítico) (NIH, 2015).

Para la comprensión de la situación de cada paciente, el tratamiento y el pronóstico de la enfermedad, se realiza una clasificación sobre la extensión de la enfermedad en los pacientes llamado estadiaje, para lo cual es necesario considerar datos de la historia clínica como tipo de cáncer (según los estudios patológicos), localización, tamaño, extensión, grado histológico y análisis moleculares del tumor. Para ello surge el modelo TNM el cual se basa en tres componentes: T, extensión del tumor primario (considera tamaño e invasión de otras estructuras); N, extensión tumoral a los ganglios linfáticos del área del tumor primario y M, el análisis de la presencia o ausencia de metástasis a distancia. De donde se desprende para efectos prácticos la clasificación en 5 estadios enumerados del I al IV en número romanos, los cuales son: Estadio 0, se identifican células anormales focalizadas que

TTAA pueden convertirse en cáncer (tumores in situ); Estadio I, tumores pequeños, localizados y normalmente curables; Estadio II y III, se encuentran avanzados localmente y/o han afectado ganglios linfáticos a nivel regional y Estadio IV, cáncer diseminado en distintas partes del cuerpo (metástasis) (ECO, 2014; NIH, 2015).

El tratamiento de la enfermedad dependerá de la situación de cada paciente, dichos procedimientos pueden ayudar en la curación, supervivencia, reducción del volumen tumoral, impedimento de complicaciones y mejorar la calidad de vida del paciente; dentro de dicho tratamiento encontramos: La quimioterapia, es un procedimiento sistémico que usa una gama de medicamentos que son administrados por vía oral, intravenosa o subcutánea para destruir las células cancerígenas; la radioterapia, prescripción médica en donde se utilizará un tipo de energía (denominada radiación ionizante) para la destrucción o reducción de las neoplasias, limitado el daño al tejido sano

de los pacientes. Por otro lado, con la cirugía se busca extirpar o reducir tumores primarios, metástasis y recidivas, además de evitar complicaciones y mejorar la calidad de vida. Existen otros tratamientos tales como el trasplante de médula ósea, la hormonoterapia y los tratamientos de soporte (Solidoro , 2005; NIH, 2015).

El cáncer afecta todos los aspectos en la vida del paciente, por lo cual dicha enfermedad es objeto de representaciones sociales negativas, lo cual está relacionado con las experiencias médicas y consecuencias físicas y/o emocionales que se generan en los pacientes oncológicos, además confrontará el malestar propio de la enfermedad y de su tratamiento (Castaño y Palacios-Espinoza, 2013). La atención psicológica por ende tomará en cuenta variables sociodemográficas, médicas, estado mental, apoyo sociofamiliar, vulnerabilidad psicológica, afrontamiento, problemas psicológicos y sociales, conocimiento y conciencia de enfermedad, entre otros (Cruzado, 2010).

1.4. Formulación del problema

¿La Escala hospitalaria de ansiedad y depresión (HADS) es adaptable para pacientes oncológicos, Lima 2018?

1.5. Justificación del estudio

La pertinencia de este estudio responde a la creciente necesidad en la detección de síntomas y necesidades psicológicas que presentan los pacientes con cáncer, mediante instrumentos con adecuadas evidencias de confiabilidad y validez en la población de interés, además de adaptarse al ámbito asistencial y al contexto de la enfermedad oncológica. Lo que permitirá conocer diversas circunstancias que generan malestar psíquico en los pacientes, la detección pronta de dificultades en el proceso de enfermedad y adaptación al tratamiento (Hernández y Limonero, 2015), lo que apoya la necesidad creciente de generar esfuerzos dirigidos a generar y garantizar el acceso a los servicios de salud en este grupo de pacientes (Galindo et al., 2015).

Desde el punto de vista práctico este trabajo permitirá establecer perfiles clínicos de los pacientes, lo que facilitará la intervención inmediata y adecuada en los pacientes, dado que el instrumento podrá ser utilizado por trabajadores de salud en el tamizaje de trastornos depresivos y ansiosos en pacientes con cáncer.

La relevancia ética de poseer un instrumento con apropiadas propiedades psicométricas y con puntos de corte adecuados a la población objetivo, que posibilite el diagnóstico, clasificación y evaluación de ansiedad y depresión en pacientes oncológicos, permitiendo el adecuado desempeño del profesional en psicooncología en el proceso de evaluación de los pacientes.

El valor teórico radica en la contribución como antecedente científico a nivel nacional para nuevas investigaciones respecto del análisis del instrumento, además que permite ampliar la base de conocimientos que se tiene sobre los constructos de ansiedad y depresión en pacientes con enfermedades crónicas.

A nivel metodológico el presente trabajo permite analizar las propiedades psicométricas (validez y confiabilidad) de la escala hospitalaria de ansiedad y depresión en pacientes oncológicos, lo cual aporta en el ámbito de la psicometría al realizar la descripción de las características psicométricas de la escala a estudiar en una población con

características sociodemográficas y clínicas diferentes a las anteriormente estudiadas (Terol, et al., 2007) y en el desarrollo de investigaciones a futuro de los constructos de ansiedad y depresión. Además, será un referente para el uso del HADS en nuevas validaciones dado que aporta una herramienta científica para la exploración e intervención de pacientes oncológicos.

1.6. OBJETIVOS

1.6.1 OBJETIVO GENERAL

Adaptar la escala hospitalaria de ansiedad y depresión para su aplicación en pacientes oncológicos, Lima 2018.

1.6.2 OBJETIVOS ESPECÍFICOS

▪ Objetivo Específico 1

Establecer la evidencia de validez basada en el contenido de la escala hospitalaria de ansiedad y depresión en pacientes oncológicos, Lima 2018.

▪ Objetivo Específico 2

Establecer la evidencia de validez basada en la estructura interna de la escala hospitalaria de ansiedad y depresión en pacientes oncológicos, Lima 2018.

▪ Objetivo Específico 3

Establecer la evidencia de validez convergente de la escala hospitalaria de ansiedad y depresión en pacientes oncológicos, Lima 2018.

▪ Objetivo Específico 4

Establecer la confiabilidad por consistencia interna de la escala hospitalaria de ansiedad y depresión en pacientes, Lima 2018

▪ Objetivo Específico 5

Establecer los puntos de corte de la escala hospitalaria de ansiedad y depresión en pacientes oncológicos, Lima 2018.

▪ Objetivo Específico 6

Establecer el nivel de sensibilidad y especificidad de la escala hospitalaria de ansiedad y depresión en pacientes oncológicos, Lima 2018

II. Método

2.1. Diseño de investigación

El presente estudios de tipo tecnológico, dado que mediante aspectos teóricos relacionados a la investigación se pretende generar bienes o servicios para la vida del hombre (Kerlinger y Lee,2001), se trata de un trabajo no experimental, ya que el investigador no genera cierto nivel de control y no involucra manipulación sobre la variable a estudiar (Tam, Vera y Oliveros, 2008; Kerlinger y Lee, 2001). De nivel descriptivo pues se pretende medir u obtener información sobre el objeto de estudio para describir cada una de sus características, propiedades y perfiles que fueron sometidos a un análisis (Martínez y Chacón, 2016), su diseño es instrumental o psicométrico pues en base de diversos procedimientos se realiza el análisis de las atribuciones numéricas que se realizan sobre los diferentes constructos psicológicos en términos de precisión y validez (Abad, Olea, Ponsada y García, 2011; Montero y León, 2007); y de corte transversal dado que el recojo de los datos se realizará en un solo momento determinado por el investigador (Hernández et al, 2014).

2.2. Variables

Se denomina variable a una característica del objeto de estudio que puede asumir diferentes valores y someterse a comparaciones (Gonzales, Faas y Bologna, 2011), las variables de la presente investigación son ansiedad y depresión, las cuales son de tipo cualitativo dado que las mismas se formulan en base a cualidades estableciendo niveles o jerarquías (León y Valderrama, 2009).

2.2.1. Operacionalización de variables

Tabla 1: *Operacionalización de variables de la Escala Hospitalaria de Ansiedad y Depresión*

Variable	Definición operacional	Definición conceptual	Indicadores	Escala de medición
Ansiedad	La variable ansiedad fue medida a través de la escala HADS, según Zigmond y Snaith en 1983.	Estado emocional, entendido como la preocupación o anticipación a un peligro que amenaza al sujeto y que lo pone en estado de alerta, manifestándose en la persona con tensión, nerviosismo, preocupación o temor de forma desagradable (Mate, Hollenstein y Gil, 2004)	<p>A.1. Me siento tenso o nervioso</p> <p>A.2. Tengo una sensación de miedo, como si algo malo fuera a suceder.</p> <p>A.3. Tengo mi mente llena de preocupaciones</p> <p>A.4. Puedo estar sentado tranquilamente y sentirme relajado</p> <p>A.5. Tengo una sensación extraña como hormigueo en el estómago</p> <p>A.6. Me siento inquieto que no puedo dejar de moverme</p> <p>A.7. Tengo sentimientos repentinos de pánico</p>	Ordinal

Depresión	La variable depresión fue medida a través de la escala HADS, según Zigmond y Snaith en 1983.	Trastorno del estado de ánimo, que genera un cambio en el desempeño del individuo y que trae consigo un estado de ánimo depresivo, pérdida de interés o placer, alteraciones en el apetito, sentimientos de desesperanza, entre otros. (Cruzado, 2010)	D.1. Todavía disfruto las cosas como antes D.2. Puedo reírme y ver el lado divertido de las cosas D.3. Me siento alegre D.4. Me siento como si estuviera más lento D.5. He perdido el interés por mi aspecto personal D.6. veo las cosas con optimismo D.7. Puedo disfrutar de un buen libro, la radio o programas de televisión.	Ordinal
------------------	--	--	---	---------

Fuente: Elaboración propia (2018)

2.3. Población, muestra y muestreo

2.3.1. Población

Conjunto de personas, casos y/o elementos con características específicas, las cuales se estudian y dan origen a los datos de la investigación (Bernal, 2014). En el presente trabajo la población objeto de estudio está integrada por pacientes con cáncer atendidos en el Instituto Nacional de Enfermedades Neoplásicas (INEN).

2.3.2. Muestra y muestreo

La muestra, se trata de un sub-grupo representativo de la población objetivo de la que se recolectarán datos y que debe ser delimitada con precisión (Bernal, 2014; Hernández et al.2014), para el presente estudio se evaluará un sub-grupo de pacientes diagnosticados con algún tipo de cáncer que son tratados en los diferentes servicios del Instituto Nacional de Enfermedades Neoplásicas (INEN).

La técnica de muestreo que se utilizó se denomina muestreo no probabilístico o determinístico, dado que la elección de los elementos dependerá solamente de las causas relacionadas a las características de la investigación (Namakforoosh, 2013). Siendo de tipo accidental, dado que según Kerlinger y Lee (2001), este tipo de muestreo se caracteriza por emplear unidades que se tienen al alcance, es decir, que se toman las muestras disponibles sin modificación, por lo que el criterio de selección de sujetos depende de la probabilidad de tener acceso a ellos.

Para esta investigación, el muestreo se realizará con una muestra de 475 pacientes oncológicos que reúnan los criterios de elegibilidad para este estudio:

Criterio de inclusión

- Pacientes mayores a 18 años
- Ambos sexos
- Padecer algún tipo de enfermedad oncológica
- Ser pacientes del Instituto Nacional de Enfermedades Neoplásicas (INEN)
- Saber leer y escribir

Criterio de exclusión

- No estar en el rango de edad establecida
- No tener algún tipo de diagnóstico oncológico

- No ser pacientes del Instituto Nacional de Enfermedades Neoplásicas (INEN)
- No saber leer, ni escribir
- Presentar discapacidad cognitiva que limite la comprensión del instrumento
- Presentar malestar físico significativo durante la evaluación
- No haber completado el cuestionario correctamente

Tabla 2: *Distribución de pacientes según departamento oncológico*

Departamento médico	Cantidad	Porcentaje
Mamas y tumores mixtos	145	31%
Ginecología	95	20%
Medicina oncológica	89	19%
Abdomen	55	12%
Cabeza y cuello	38	8%
Urología	22	5%
Tórax	13	3%
Neurooncología	9	1%
Ortopedia	9	1%
Total	475	100%

Tabla 3: *Distribución de pacientes por estadio clínico (EC)*

Estadío clínico	Cantidad	Porcentaje
0	19	4%
I	54	12%
II	120	25%
III	113	24%
IV	68	14%
No existe registro	101	21%
Total	475	100%

Tabla 4: *Distribución de pacientes por lugar de procedencia*

Procedencia	Cantidad	Porcentaje
Lima	188	39,6%
Cajamarca	28	5,9%
Piura	28	5,9%
Ancash	27	5,7%
Junín	27	5,7%
Lambayeque	25	5,3%
Ayacucho	22	4,6%
Ica	17	3,6%
La Libertad	13	2,7%
San Martín	12	2,5%
Huancavelica	11	2,3%
Huánuco	10	2,1%
Loreto	10	2,1%
Cusco	9	1,9%
Ucayali	8	1,7%
Amazonas	7	1,5%
Apurímac	5	1,1%
Caracas-Venezuela	5	1,1%
Tumbes	5	1,1%
Puno	4	,8%
Arequipa	3	,6%
Madre de Dios	3	,6%
Moquegua	3	,6%
Tacna	2	,4%
Bogotá-Colombia	1	,2%
Miami- Estados Unidos	1	,2%
Sao Paulo - Brasil	1	,2%
Total	475	100,0%

Tabla 5: *Distribución de pacientes por edad*

	N	Mínimo	Máximo	Media	Moda
Edad	475	18	84	45,96	44

Tabla 6: *Distribución de pacientes por sexo*

	Cantidad	Porcentaje	Porcentaje acumulado
Femenino	355	74,7%	74,7%
Masculino	120	25,3%	100%
Total	475	100,0 %	

2.4. Técnicas e instrumentos de recolección de datos

2.4.1. Técnica

La técnica a usar en el presente estudio será la encuesta, que se puede definir como conjunto de preguntas organizadas sobre uno o más constructos a evaluar (Bernal,2014).

2.4.2. Instrumentos

Escala Hospitalaria de Ansiedad y Depresión (HADS) en su versión en español adaptada para evaluar a pacientes con cáncer del INEN.

2.4.3. Ficha técnica

Nombre	: Escala Hospitalaria de Ansiedad y Depresión (HADS)
Autor	: Zigmond y Snaith
Año	: 1983
Materiales	: Cuestionario de 14 preguntas
Aplicación	: Individual y colectiva
Duración	: 10 a 15 minutos
Finalidad	: La valoración psicológica de ansiedad y depresión en ámbitos hospitalarios

2.4.4. Descripción del instrumento

El HADS fue creado en 1983 por los psiquiatras británicos Zigmond y Snaith con el objetivo de realizar una valoración psicológica de la ansiedad y depresión en ámbitos hospitalarios, por lo cual diseñaron una escala que sustituye los síntomas que pueden haber sido ocasionados o ser producto de las dolencias físicas por otros

relacionados exclusivamente con la experiencia emocional del trastorno, con el objetivo de crear una escala para la detección de estados de ánimo como depresión y ansiedad en pacientes que se atienden en servicios hospitalarios no psiquiátricos.

Con el objetivo de minimizar las puntuaciones engañosas, se prescinde de evaluar aquella sintomatología somática o que tuviera relación con las funciones físicas de los constructos a estudiar, el HADS consta de 2 sub-escalas psicopatológicamente independientes, una de ansiedad y otra de depresión, posee una escala Likert de 4 puntos en rangos del 0 al 3, con distintas formulaciones de respuesta y ubica las circunstancias a evaluar a los síntomas vividos durante la última semana.

Para puntuar las respuestas en cada sub escala se sumará las opciones de respuesta (0-3) respectivamente, siendo el rango de puntuación por cada sub escala del 0-21 y de 0-42 para la puntuación global. Los autores proponen los siguientes puntos de corte:

- 0-7 : Normal
- 8-10 : Dudoso
- > 11 : Problema clínico

2.4.5. Validez y confiabilidad del instrumento

2.4.5.1. Validez

La escala original, creada en 1983 presentó una adecuada validez convergente ($p < 0,05$); mostrando rangos de sensibilidad entre 0,74 y 0,84, especificidad de 0,78 a 0,80.

2.4.5.2. Confiabilidad

La escala original presentada en 1983 evidenció alta consistencia interna (alfas entre 0,83 y 0,85), alta confiabilidad test re-test ($r=0,75$).

2.5. Método de análisis de datos

Para desarrollar el presente estudio se realizaron distintos métodos para la obtención de cada uno de los objetivos planteados, para determinar las evidencias de validez del contenido de la prueba se usó el programa informático en el lenguaje

Visual Basic para calcular el coeficiente V de Aiken en base a las puntuaciones planteadas por los jueces expertos. Al ser este trabajo parte de una investigación institucional sobre características métricas de 7 instrumentos de evaluación psicológica y en busca de reducir sesgos por cansancio se crea un protocolo de orden aleatorizado para estructurar cada batería de pruebas por paciente.

Tras la aplicación de 550 baterías de pruebas en pacientes oncológicos, se realizó la revisión de protocolos y el descarte de 75 cuadernillos de evaluación por no cumplir con los criterios solicitados para la investigación; posteriormente se llevó a cabo la creación de la base de datos en una hoja de cálculo Excel; posteriormente, se utilizó para el procesamiento de los datos el paquete estadístico SPSS 22.0. Se realizaron análisis utilizando el método cuantitativo mediante estadística descriptiva (porcentajes y frecuencias, medias de tendencia central, moda, media, mínimo y máximo), para determinar las características de la muestra evaluada y en lo relacionado a estadística inferencial se usaron técnicas como el coeficiente de confiabilidad Alfa de Cronbach, en la evaluación de la consistencia interna de la escala; el análisis ítem-test, para la discriminación de los reactivos, para la evidencia de validez se utilizó la r de Pearson. Para el análisis factorial exploratorio se utilizó el programa Factor analysis application, el método de cuadrados mínimos generalizados y rotación promax con normalización de Kaiser; en lo relacionado al análisis factorial confirmatorio y la obtención de evidencias de validez convergente se utilizó el paquete estadístico Amos graphics para la evaluación de las cargas factoriales.

Además, se utilizó el paquete estadístico Medcalc statistical software para la el análisis de los puntos de corte, sensibilidad y especificidad por el método de curvas ROC.

2.6. Aspectos éticos

Teniendo en cuenta el proceder ético para la realización del presente estudio se entregó una carta de presentación a la unidad de investigación del Instituto Nacional de Enfermedades Neoplásicas (INEN) y se generó una reunión con los integrantes de dicho departamento para la explicación y sustentación del trabajo. Tras ser aprobada la investigación por dicho departamento (Anexo 2), el expediente fue derivado al comité de ética del INEN y se llevó a cabo una reunión para la presentación del presente trabajo, consiguiéndose la aprobación (Anexo 3) y se determinó que es importante garantizar la precisión del conocimiento científico, proteger los derechos y garantías de los pacientes que participan de la investigación y cuidar los derechos de propiedad intelectual vinculado al uso de referencias bibliográficas como lo sugiere la Asociación Americana de Psicología (APA)

Para la aplicación de las pruebas a los pacientes se les presentó un consentimiento informado (Anexo 4) donde se explica el motivo de la investigación, la autorización para hacer uso de la información recabada y el compromiso de salvar guardar la confidencialidad de sus datos personales.

III.Resultados

3.1. Evidencias de validez basada en el contenido de HADS en pacientes oncológicos

Tabla 7: *Coefficientes de Aiken para la evidencia de validez de contenido en claridad, pertinencia y relevancia de los ítems de HADS en pacientes oncológico*

Ítem	% de acuerdos								
	Claridad			Relevancia			Pertinencia		
	V	%	Sig (p)	V	%	Sig (p)	V	%	Sig (p)
1	1.00	100%	.001**	1.00	100%	.001**	1.00	100%	.001**
2	1.00	100%	.001**	1.00	100%	.001**	1.00	100%	.001**
3	1.00	100%	.001**	1.00	100%	.001**	1.00	100%	.001**
4	1.00	100%	.001**	1.00	100%	.001**	1.00	100%	.001**
5	1.00	100%	.001**	1.00	100%	.001**	1.00	100%	.001**
6	1.00	100%	.001**	1.00	100%	.001**	1.00	100%	.001**
7	1.00	100%	.001**	.83	83%	.011*	.87	87%	.011*
8	.83	83%	.011*	.83	83%	.011*	.83	83%	.011*
9	.87	87%	.011*	.83	83%	.011*	.83	83%	.011*
10	0.95	95%	.001**	1.00	100%	.001**	1.00	100%	.001**
11	1.00	100%	.001**	1.00	100%	.001**	1.00	100%	.001**
12	1.00	100%	.001**	1.00	100%	.001**	1.00	100%	.001**
13	1.00	100%	.001**	1.00	100%	.001**	1.00	100%	.001**
14	0.87	87%	.011*	1.00	100%	.001**	1.00	100%	.001**

Nota: V: Coeficiente V de Aiken, **p<.01: Muy significativa, *p<.05:

Significativa, Sig. (p): Probabilidad de rechazar la hipótesis nula siendo cierta

En la tabla 7, se observan los resultados obtenidos tras la evaluación de 10 jueces expertos a los ítems de la escala HADS con respecto a claridad, relevancia y pertinencia de sus ítems. Identificando que en las tres categorías examinadas se obtienen resultados muy significativos (p<.01) y significativos (p<.05) y se presentan porcentajes entre 83 y 100% lo cual indicaría que existen evidencias suficientes para afirmar que la escala a estudiar

presenta validez en relación al contenido de las variables de interés (Aiken,1985; Merino y Livia, 2009).

3.2. Evidencias de validez basadas en la estructura de la escala HADS en pacientes oncológicos

3.2.1. Análisis factorial exploratorio

Tabla 8: *Requisitos para ejecución de HADS en pacientes oncológicos*

Índices		
Índice de adecuación muestral		
	KMO	.897
Test de esfericidad de Bartlett		
	Aprox. Chi-cuadrado	1649.7
	gl	91
	Sig.	,000

Nota: gl: grados de libertad, KMO: índice Kaiser Mayer- Olkin

En la tabla 8, se evidencia que el KMO es igual a .897 lo cual es satisfactorio para la ejecución de un análisis factorial, dado que se consideran adecuados los valores mayores a .80 (Kaiser,1970). Por otro lado, la prueba de esfericidad de Bartlett muestra que la matriz de correlación entre los ítems es altamente significativa ($p < 0,01$).

Tabla 9: *Varianza explicada bajo el modelo de dos factores de HADS en pacientes oncológicos*

Factor	Total	% de varianza	Varianza acumulada
1	4,747	33,906	33,906
2	1,246	8,900	42,806
3	,990	7,070	49,875
4	,955	6,820	56,696
5	,819	5,851	62,547
6	,761	5,437	67,984
7	,740	5,289	73,272
8	,678	4,846	78,119
9	,614	4,388	82,506
10	,547	3,907	86,414

11	,525	3,752	90,166
12	,506	3,614	93,780
13	,459	3,276	97,056
14	,412	2,944	100,000

Nota: % de varianza: Porcentaje de varianza por cada factor

En la tabla 9, se puede observar la formación de 2 factores, dado que la variabilidad total de los factores formados es mayor a 1 (Lozano y Turbany, 2013). Por otro lado, se evidencia que la varianza explicada asciende el 42% en representación de 2 componentes.

Tabla 10: *Pesos factoriales de HADS en pacientes oncológicos por medio del método de cuadrado mínimo generalizado y rotación promax con normalización de Kaiser.*

Ítem	Factores	
	Factor 1: Ansiedad	Factor 2: Depresión
1	.577	
2		.649
3	.786	
4		.743
5	.644	
6		.447
7	.312	.339
8		.271
9	.283	
10		.388
11	.524	
12		.476
13	.684	
14		.577

En la tabla 10, se presentan los pesos factoriales rotados de cada uno de los ítems por método promax, evidenciando que los reactivos del segundo factor (depresión) serían los ítems 2,4,6,8,10,12 y 14 tal como lo menciona Zigmond y Snait (1983). Sin embargo, el ítem 7 que corresponde a el factor 1 (ansiedad) reporta cargas factoriales en ambas variables, aunque con mayor proporción en la dimensión depresión (.339); aspecto que no se asemeja con el modelo propuesto por los autores. Por otro lado, los ítems 1,3,5,9,11 y 13 estarían relacionados con el primer factor correspondiente a la dimensión ansiedad.

3.2.2. Análisis Factorial Confirmatorio

Tabla 11: *Índices de ajuste al modelo bifactorial según análisis factorial confirmatorio de HADS en pacientes oncológicos*

Modelo	χ^2	df	CMIN/DF(χ^2)	p	CFI	IFI Delta 2	TLI rho	AGFI	GFI	RMSEA	AIC
Modelo 1	256.614	77	3.333	.000	.886	.887	.865	.892	.921	.70	312.614
Modelo 2 (Propuesto por el autor original)	177.868	76	2.340	.000	.935	.936	.923	.929	.948	.053	235.868
Modelo 3 (ítem 7 modificado a dimensión ansiedad)	169.845	76	2.235	.000	.941	.941	.929	.933	.952	.051	227.846
Modelo 4 (se retira ítem 8)	131.710	64	2.058	.000	.955	.955	.955	.941	.945	.047	185.710
Modelo 5 (se retira ítem 7 y 8)	114.133	53	2.153	.000	.954	.954	.943	.942	.961	.049	164.133

Nota: χ^2 : Chi cuadrado, df: grados de libertad; CMIN/DF (χ^2): razón chi cuadrado/grados de libertad, p: significancia del ajuste, CFI: índice de ajuste comparativo, IFI: índice de ajuste incremental, TLI: índice de Tucker Lewis, AGFI: índice de bondad de ajuste ajustado, RMSEA: raíz cuadrada del error medio cuadrático, AIC: criterio de Akaike

En la tabla 11, se detallan los resultados tras analizar 5 modelos, en la primera propuesta se plantea la posibilidad de la estructura unifactorial para el instrumento y tras el AFC se obtienen resultados aceptables en los índices de parsimonia y regulares índices de ajuste comparativo y de bondad; por lo cual se considera la existencia de una estructura de 2 factores. Por otro lado, el segundo modelo (ver gráfico 2) se observan índices de parsimonia CMIN/DF (>2) y AGFI (>.90) con un adecuado ajuste del modelo; en lo relacionado a los índices de ajuste global, poseen una adecuada variabilidad explicada por el modelo pues poseen un buen ajuste en GFI (>.90) e indicadores de bondad moderada (RMSEA =.053); y en lo vinculado a los índices de ajuste comparativo, presentó un ajuste tradicional en CFI (>.90), aceptable índice de TLI (.923) y adecuado IFI (>.90).

En lo vinculado con el modelo 5 con la exclusión de los ítems 7 y 8 (ver gráfico 5), se identificó un CMIN/DF (>2) y AGFI (.942) que son índices de parsimonia que evidencian

que el modelo presenta un adecuado ajuste (Jöreskog y Sörbom, 1986). Lo mismo sucede con los índices de ajuste global, dado que determinan un buen ajuste en GFI (>.95), RMSEA (<.05) (Steiger y Lind, 1980); además en lo relacionado con los índices de ajuste comparativo se observa un estupendo ajuste en CFI (>.95) (Bentler y Bonett, 1980) y adecuados índices TLI (.943) e IFI (>.95) (Bollen, 1989). De todos los modelos propuestos el modelo 5 presenta menor valor de AIC (164.133), lo que explicaría que es el mejor ajuste del modelo para HADS en población oncológica (Akaike,1987).

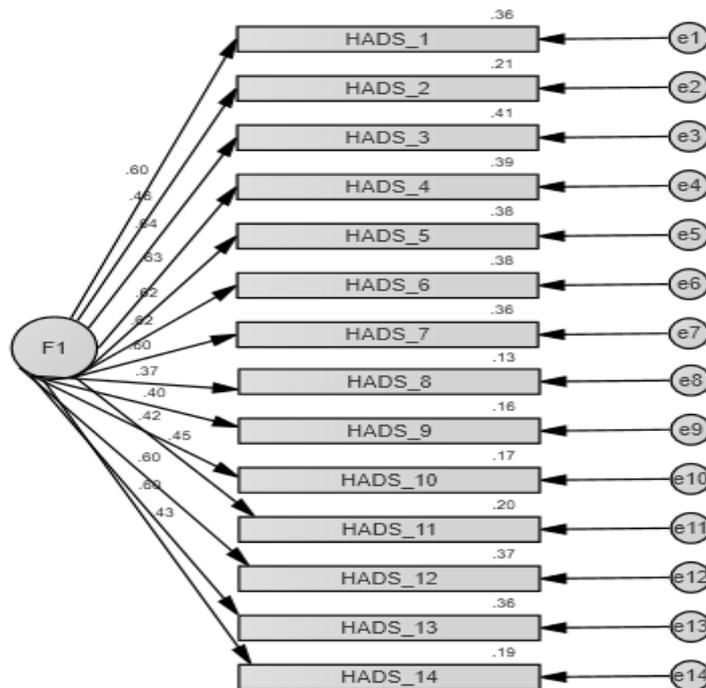


Figura 1: Modelo 1 de análisis factorial confirmatorio de HADS en pacientes oncológicos

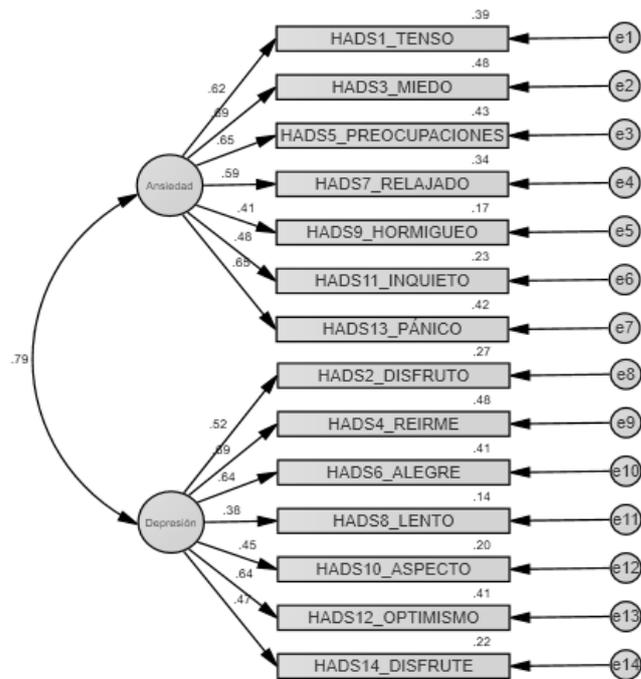


Figura 2: Modelo 2 de análisis factorial confirmatorio de HADS en pacientes oncológicos.

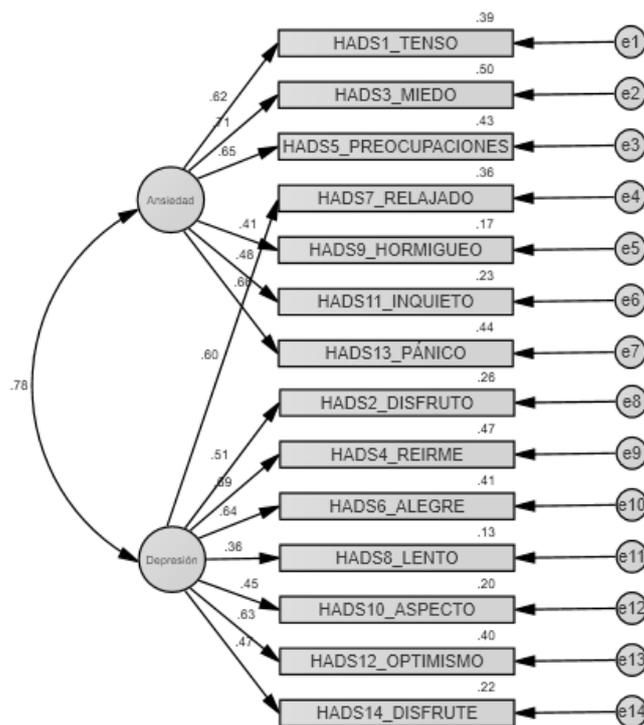


Figura 3: Modelo 3 de análisis factorial confirmatorio de HADS en pacientes oncológicos.

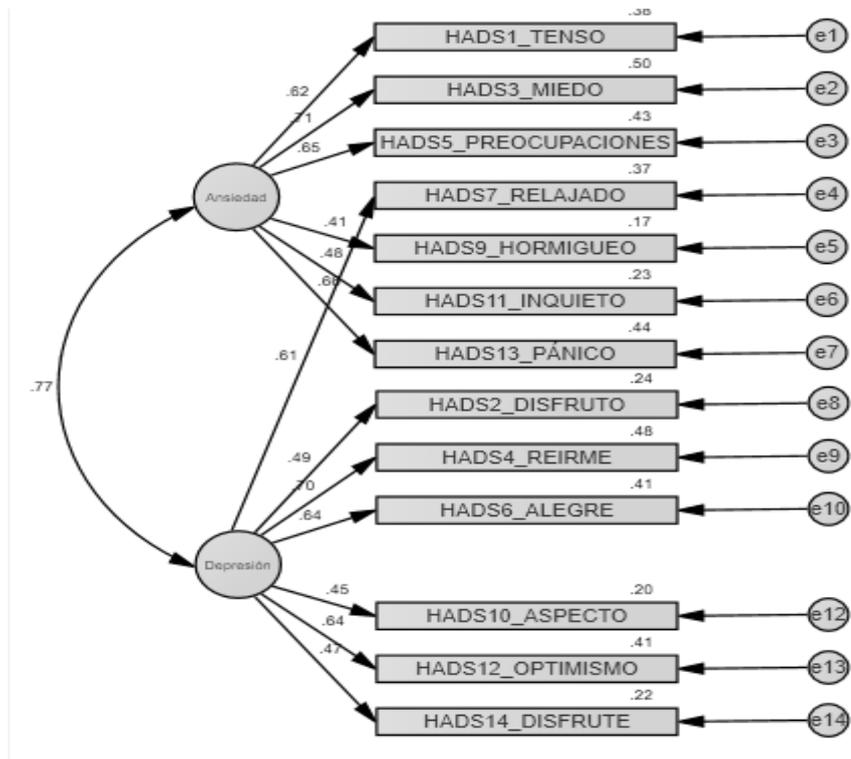


Figura 4: Modelo 4 de análisis factorial confirmatorio de HADS en pacientes oncológicos.

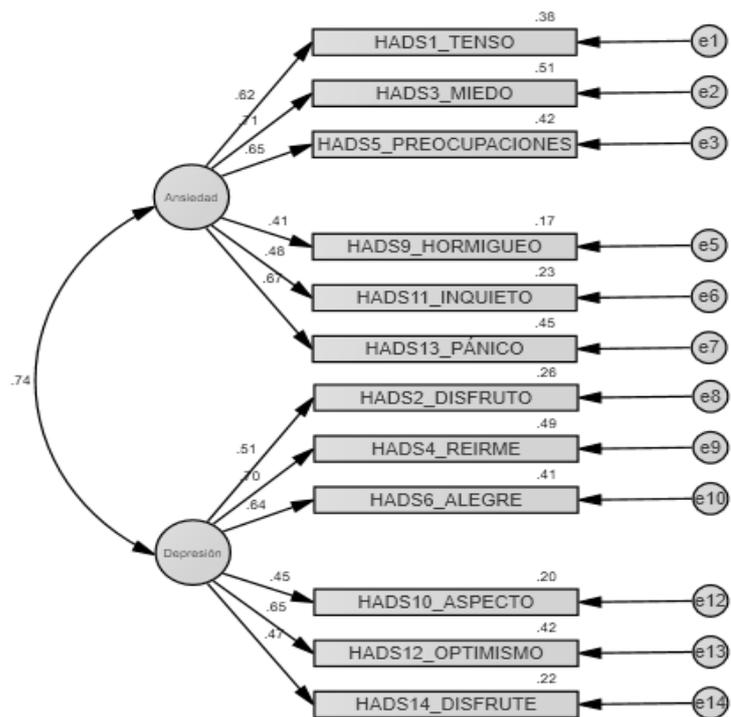


Figura 5: Modelo 4 de análisis factorial confirmatorio de HADS en pacientes oncológicos.

Tabla 12: Saturaciones estimadas de cada uno de los reactivos HADS en pacientes oncológicos según los modelos planteados

Ítem	Modelo 2		Modelo Propuesto	
	Ansiedad	Depresión	Ansiedad	Depresión
1	.62		.62	
2		.52		.51
3	.69		.71	
4		.69		.70
5	.65		.65	
6		.64		.64
7	.59		-----	
8		.38		
9	.41		.41	-----
10		.45		.45
11	.48		.48	
12		.64		.65
13	.65		.67	
14		.47		.47
Correlación entre variables		.79		.74

En la tabla 12, se aprecian las cargas factoriales de HADS en pacientes oncológico en los dos modelos planteados. En el primer caso (modelo 1) en la variable ansiedad con 7 ítems se observan saturaciones entre .41 a .69 y en la variable depresión con 7 ítems las saturaciones oscilan entre .38 a .69; además la correlación entre factores es de .79.

En el caso del modelo propuesto con 12 ítems, se consideran 6 ítems para la dimensión ansiedad con cargas factoriales entre .41 a .71, en el caso de la dimensión depresión también con 6 factores los pesos factoriales se encuentran entre .45 y .70; y ambas variables correlacionan en .74.

3.3. Evidencias de validez en la relación con otras variables (validez convergente) de la escala HADS en pacientes oncológicos

Tabla 13: Evidencias de validez convergente con análisis factorial confirmatorio en AMOS de HADS en pacientes oncológicos

Correlación	El estimado	Error estándar aproximado	Radio crítico	p	Estimación de correlación
HADS <- -> BDI	.108	.017	6.425	***	.89
HADS <- -> BAI	.149	.019	7.666	***	.84
BDI <- -> BAI	.113	.016	7.104	***	.80

Nota: *** Nivel de significancia menor a 0.01, BDI: Inventario de Depresión de Beck, BAI: Inventario de Ansiedad de Beck

En la tabla 13 se presentan los resultados obtenidos en el análisis de validez convergente basada en AFC (ver Gráfico 6) donde todas las correlaciones se aproximan a la unidad (.89 HADS – BDI y .84 HADS – BAI) lo que demostraría correlaciones significativas y que el instrumento estudiado presenta validez convergente.

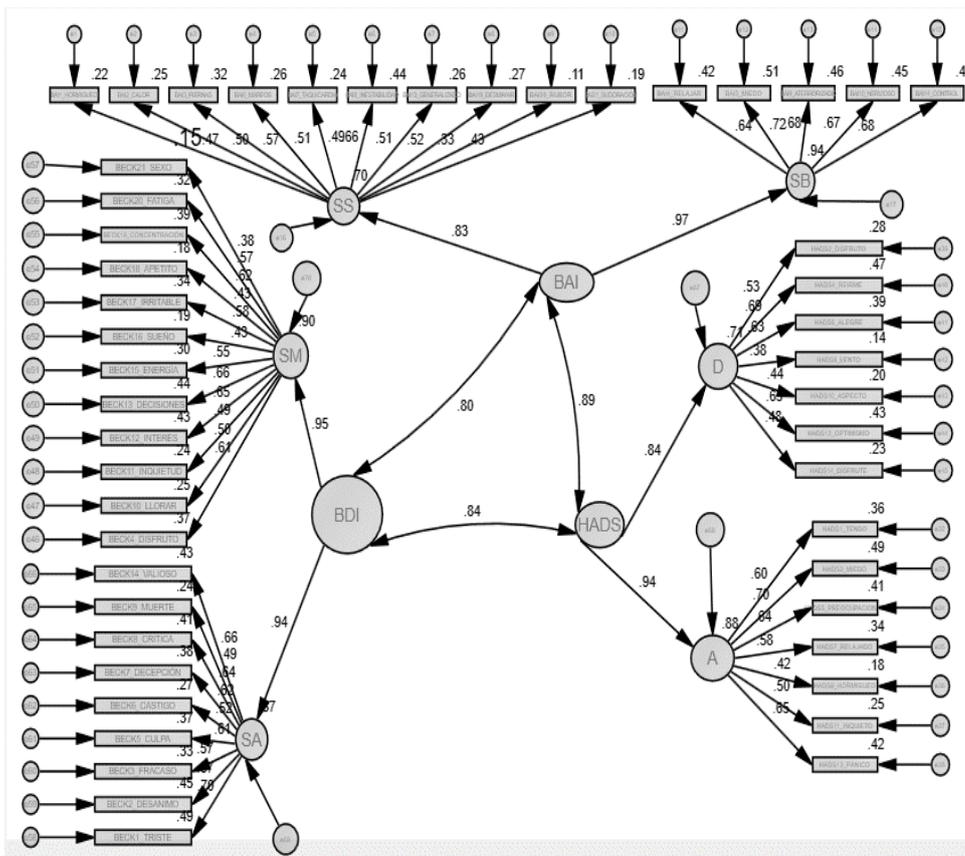


Figura 6: Validez convergente con análisis factorial confirmatorio en AMOS de HADS en pacientes oncológicos

Tabla 14: Evidencias de validez convergente r de Pearson de HADS en pacientes oncológicos

Correlaciones	r de Pearson			
	BAI	BDI	HADA	HADD
HADA	.68**	.65**		.60**
HADD	.52**	.61**	.60**	
HADS TOTAL	.67**	.70**	.90**	.89**

Nota: **Nivel de significancia menor a 0.01, BDI: Inventario de Depresión de Beck, BAI: Inventario de Ansiedad de Beck, HADA: escala de ansiedad, HADD: escala de depresión.

la tabla 14 evidencia el resultado de los coeficientes de correlación (r) para el análisis de las evidencias de validez convergente de HADS en pacientes oncológicos, todas las correlaciones son estadísticamente significativas (<.01). La escala de ansiedad y depresión presenta correlaciones entre el BDI, BAI, HADA, HADD y la escala total mayores a .50.

3.4. Evidencias de fiabilidad de la escala HADS en pacientes oncológicos

Tabla 15: Evidencias de fiabilidad de HADS en pacientes oncológicos

	Modelo 1			Modelo propuesto		
	Nº	ω	α	Nº	ω	α
HADS TOTAL	14	.87	.84	12	.86	.82
HADA	7	.79	.78	6	.77	.76
HADD	7	.77	.74	6	.75	.73

Nota: Nº: número de elementos analizados, ω : coeficiente de fiabilidad omega de McDonald's, α : coeficiente de fiabilidad alfa de Cronbach's, HADA: escala de ansiedad, HADD: escala de depresión.

En la tabla 15, se muestran los resultados obtenidos mediante el análisis de confiabilidad de HADS en pacientes oncológicos, en el primer modelo de dos factores con 14 ítems (7 ítems para cada una de las dimensiones) se reportan coeficientes adecuados de fiabilidad para la escala total al ser >.80 (Barrios y Cosculluela, 2013; Nunnally, 1978), en el caso de las dimensiones se evidencian valores aceptables de fiabilidad tanto para ansiedad como para depresión siendo >.70 (Kaplan y Saccuzo, 2009).

En el modelo propuesto tras el análisis factorial confirmatorio (ver tabla 9 y gráfico 4) con 12 ítems (6 reactivos para depresión y 6 para ansiedad) se reportan coeficientes de fiabilidad adecuados para la escala total (>.80) y en cada una de las dimensiones analizadas (HADA Y HADD) se observan coeficientes de fiabilidad aceptables (>.70).

3.5. Puntos de cortes de HADS en pacientes oncológicos y sensibilidad-especificidad en las dos sub-escalas.

Tabla 16: Puntos de corte *de HADS en pacientes oncológicos*

Niveles	HADA	HADD	HADS
Problema clínico	9 -- Max	8-- Max	17 -- Max
Dudoso	6-8	5-7	10--16
Normal	Min-5	Min -- 4	Min-9

Nota: HADA: escala de ansiedad, HADD: escala de depresión, HADS: escala total.

En la tabla 16 se puede observar los puntos de corte para la población, en el caso de la dimensión ansiedad entre 0 a 5 normal, 6 y 8 dudoso y > a 9 problema clínico; en lo relacionado con depresión la puntuación sería normal entre 0 a 4, dudosa entre 5 a 7 y problema clínico >8. Por otro lado, se propone la posibilidad de una puntuación total la cual identificaría dificultades emocionales al ser >17.

Tabla 17: Sensibilidad y especificidad de HADS *en pacientes oncológicos*

		Punto de corte	Sensibilidad%	Especificidad%	AUC
BAI	No Ansiedad	<8	75%	74%	.80
	Ansiedad	>9			
BDI	No Depresión	<7	73%	66%	.76
	Depresión	>8			

Nota: BDI: Inventario de Depresión de Beck, BAI: Inventario de Ansiedad de Beck, AUC: área bajo la curva

En la tabla 17 se observan las puntuaciones de sensibilidad y especificidad de la sub escala de ansiedad en relación al BAI con punto de corte >9 para el diagnóstico de ansiedad en los pacientes oncológicos y con 75% de sensibilidad y 74% de especificidad. En lo vinculado con la sub-escala de depresión con el BDI, de identifica >8 como punto de corte para el diagnóstico de depresión, considerando 73% de sensibilidad y 76% de especificidad, lo cual demuestra la capacidad discriminativa del test para detectar casos y descartar ansiedad y depresión (Burgueño, García-Bastos y Gonzales-Buitrago, 1995).

IV. Discusión

La escala hospitalaria de ansiedad y depresión (HADS) es considerado el instrumento de autoevaluación más usado para la detección de ansiedad, depresión y malestar emocional a nivel mundial en muestras de participantes con enfermedades físicas (Terol et al., 2015). Y se distingue por ser una escala sencilla y breve, que con 14 ítems brinda la posibilidad de evaluar dos variables: ansiedad y depresión en un mismo instrumento, excluyendo reactivos de naturaleza somática que pudieran interferir en un adecuado diagnóstico en pacientes con malestar físico y en contextos hospitalarios, por lo cual se enfoca en considerar respuestas de tipo emocional, comportamental y cognitivo (Zigmond y Snaith, 1983), motivo por el que se han realizado numerosas traducciones y adaptaciones a diversas lenguas, culturas y contextos; como por ejemplo poblaciones con enfermedades físicas como fibromialgia, cáncer, VIH, diabetes, entre otros (Cabrera et al., 2015; Galindo et al., 2015; Li et al., 2016; Noguera et al., 2013; Martínez et al., 2012, Ocando, 2013; Terol et al., 2015, Vallejo et al., 2012).

La evaluación psicológica de pacientes con padecimientos físicos, como el cáncer, obliga el uso de métodos sencillos, rápidos y eficaces (Grau, Llanta y Chacón, 2016); los cuales permitan identificar el estado emocional de los sujetos al verse expuesto a la pérdida de su salud, vulnerabilidad corporal, sufrimiento, representaciones sociales negativas, entre otros, que pueden repercutir emocionalmente e impactar en el funcionamiento cognitivo, conductual, social y emocional del individuo (Duffy, 2011). Motivo por el cual se consideró relevante efectuar un estudio con la finalidad de evaluar las propiedades métricas de HADS y la adaptación de la misma en pacientes oncológicos atendidos en el Instituto Nacional de Enfermedades Neoplásicas (INEN), se trabajó con 475 pacientes (entre los 18 y 84 años) procedentes de diferentes lugares a nivel nacional (39,6% Lima y 58.7% provincia) y el extranjero (1.7% de los participantes).

En primer lugar se buscó identificar evidencias de validez en el contenido de la prueba, que partió de la traducción de la prueba original de Zigmond y Snaith (1983) al español, seguida de la traducción inversa (español – inglés). Posteriormente a ello se realizó el análisis en cuanto a su claridad, relevancia y pertenencia con 10 jueces expertos (8 psicooncólogos y 2 psicómetras), para el análisis de las puntuaciones se utilizó el índice de validez de contenido (V) propuesto por Aiken (1985) identificándose

índices altamente significativos ($p < .01$) y significativos ($p < .05$), además de intervalos de confianza mayores a 80%, exceptuando los ítems 7,8,9 y 14 que serían modificados contextualmente para nuestra población dadas las sugerencias de los jueces expertos; tal como lo haría Ocando (2013) en población venezolana (ítems 8,9 y 12).

En lo relacionado a las evidencias de validez basadas en la estructura interna de HADS se inició el análisis reportando un índice de adecuación muestral (KMO) de .897 que permitió satisfactoriamente iniciar el análisis factorial exploratorio (Kaiser, 1970). Con una varianza explicada mayor al 42% se formaron 2 factores, tal como lo proponen los autores (Zigmond y Snaith, 1983); sin embargo, al examinar los pesos factoriales de cada uno de los reactivos de la escala se identifica al ítem 8 (“*Me siento como si estuviera más lento para pensar y/o realizar mis actividades diarias*”) como el reactivo con menor carga (.271), tal como lo identifica Terol et al. (2015) en una revisión de la escala en población española, reportándolo como un ítem de valoración negativa al identificarse en 6 estudios como el ítem de menor carga. Además, se observan dificultades en el ítem 7 (“*Puedo estar sentado tranquilamente y sentirme relajado*”) correspondiente a ansiedad; dado que presenta valores en ambos factores y con mayor peso factorial en depresión (.339). Situación que se asemeja en la investigación realizada por Gale, Allershand, Sayer, Cooper, Dennison, Starr, et al. (2010), en población no clínica, donde el reactivo antes señalado diverge del patrón planteado con un peso factorial de .46 en depresión; lo mismo ocurre en el estudio de Helvik, Engedal, Skancke y Selbæk (2011) con adultos mayores, dado que no carga adecuadamente en el factor ansiedad; finalmente es importante mencionar que existe una valoración negativa del ítem según la revisión realizada por Terol et al. (2015) de la escala HADS en muestras españolas, en donde se identifica como un ítem de carga baja en su dimensión (ansiedad) y de carga anómala ($> .40$) que lo ubicaría en la variable depresión.

Lo concerniente al análisis factorial confirmatorio se plantean 5 modelos de ajuste para la escala HADS en pacientes oncológicos; en el segundo modelo planteado se replica la distribución factorial de los autores (Zigmond y Snaith, 1983) identificándose índices de parsimonia con adecuado ajuste del modelo a los datos, se reconoce adecuada variabilidad explicada, indicadores de bondad moderados y aceptables índices de ajuste comparativo. En el segundo modelo (gráfico 2) evidencia

resultados adecuados al obtener CMIN/DF (>2), AGFI ($>.90$), IFI ($>.90$), TLI ($>.90$), AGFI ($>.90$), GFI ($>.95$) y RMSEA ($.05$), aquí se propone (según los índices de estimación del modelo 1) introducir el ítem 7 en la dimensión Depresión (ítems: 2,4,6,7,8,10,12 y 14) y modificando la dimensión de ansiedad con 6 reactivos (1,3,5,9,11 y 13); situación que también es propuesta en población oncológica por Moorey (1991) en población estadounidense y Li et al (2016) en población China. El tercer modelo presenta adecuados índices de ajuste global, ajuste comparativo e índices de parsimonia, en este modelo se elimina el ítem 8, tal como lo realiza Ocando (2013), Gibbons et al. (2011) en pacientes con esclerosis lateral amiotrófica y Hung, Bounsanga, Tang, Chen y Cheng, C. (2015) en pacientes con traumatismos ortopédicos. Finalmente, el modelo 4 elimina los ítems 7 y 8, tal como lo realiza Galindo et al. (2015) en población oncológica mexicana, tras el análisis se reportan índices de parsimonia con un adecuado ajuste al modelo (CMIN/DF >2 y AGFI =.942) (Jöreskog y Sörbom, 1986); buen ajuste en los índices de ajuste global (GFI $>.95$, RMSEA $<.05$) (Steiger y Lind, 1980) y un estupendo ajuste en los índices de ajuste comparativo (CFI $>.95$), adecuado índice de TLI (.943) y adecuado IFI $>.95$ (Bentler y Bonett, 1980; Bollen, 1989). Es importante señalar que de todos los modelos propuestos este es el modelo con menor valor de AIC (164.133), lo cual refiere que es el mejor ajuste del modelo en esta muestra (Akaike, 1987).

Para determinar la evidencia de validez de la escala HADS con otras variables, se realizó el análisis de validez convergente por análisis factorial confirmatorio, correlacionándolo con el BDI y BAI, todas las correlaciones se aproximan a la unidad (.89 HADS – BDI y .84 HADS – BAI) lo que demostraría correlaciones significativas y que el instrumento estudiado presenta validez convergente. De la misma forma se identifican correlaciones de Pearson significativas con el BAI ($r = .52$ a 68) y BDI ($r = .65$ a 70), evidencia que también es reportada por Cabrera et al. (2015) y Galindo et al. (2015); además se correlacionaron ambas variables HADA y HADD con la escala total del instrumento reportando correlaciones significativas ($r = .90$ en ambos casos) tal como lo señala Noguera et al. (2013) en pacientes mexicanos con VIH.

En lo relacionado al análisis de fiabilidad de la prueba se reportan en el primer modelo de dos factores con 14 ítems (7 ítems para cada una de las dimensiones) coeficientes adecuados de fiabilidad para la escala total al ser $>.80$ (Barrios y

Cosculluela, 2013; Nunnally, 1978), en el caso de las dimensiones se evidencian valores aceptables de fiabilidad tanto para ansiedad como para depresión siendo $>.70$ (Kaplan y Saccuzo, 2009), aunque por lo general los estudios revisados presenten índices superiores a $.80$ para ambos factores como es el caso de Li et al (2016), Cabrera et al. (2015), Galindo et al. (2015) , Terol et al, (2015),Martínez et al. (2012), Vallejo (2012), entre otros.

Terol et al. (2015) plantea que es importante el análisis de las propiedades métricas del instrumento y resalta la importancia de proponer puntos de corte independientemente de las poblaciones, por lo cual en la investigación se plantean puntos de cortes diferentes para cada subescala del instrumento según nuestra población objetivo; en el caso de ansiedad se propone menor a 8: normal, entre 6 a 8: dudoso y >9 problema clínico (con sensibilidad de 75% y especificidad de 75%); para la subescala depresión se consideraría normal de 0 a 4, dudoso entre 5 a 7 y problema clínico $>$ a 8 puntos (con sensibilidad del 75% y especificidad del 66%) ; y para la escala total se considera normal a puntuaciones menores e iguales a 9, dudosas entre 10 y 16 y problemas clínicos a puntuaciones $>$ a 17.

Finalmente en base a los resultados presentados, se establece que HADS posee adecuadas bondades psicométricas, que presentan los requisitos de validez y fiabilidad adecuados para la medición de los constructos de ansiedad y depresión en pacientes oncológicos del Instituto Nacional de Enfermedades Neoplásicas (INEN).

V. Conclusiones

1. Se determinó las propiedades psicométricas de HADS en pacientes oncológicos del Instituto Nacional de Enfermedades Neoplásicas (INEN).
2. Se estableció la evidencia de validez basada en el contenido del instrumento mediante resultados altamente significativos ($p < .01$) y significativos ($p < .05$), logrando realizar la adecuación contextual para la población objetivo.
3. El instrumento posee evidencias de validez con relación a su estructura interna confirmando la existencia de 2 variables: ansiedad y depresión y 14 ítems; sin embargo, se propone una estructura de 2 variables con 12 ítems (6 para cada una de las subescalas) dado que identifican mejores ajustes al modelo y presenta mejores índices de ajuste global, índices de parsimonia y ajuste comparativo.
4. HADS evidencia validez en relación con otras variables, dado que se demuestran altas estimaciones de validez convergentes ($> .80$) con el Inventario de Depresión de Beck (BDI) y el Inventario de Ansiedad de Beck (BAI), además reporta correlaciones estadísticamente significativas ($< .01$) con $r > .50$, lo cual indica que es un instrumento rápido y adecuado para la medición de ansiedad y depresión.
5. Se determinó que la escala HADS presenta consistencia, precisión y estabilidad en las medidas obtenidas al presentar adecuados coeficientes de confiabilidad por consistencia interna (ω y α) mayores a $.70$.
6. Se logró determinar puntos de corte para la escala HADS y cada una de las subescalas de ansiedad y depresión (> 9 para ansiedad, > 8 en el caso de depresión y > 17 para la escala total) para la detección de problemas clínicos en los pacientes oncológicos del INEN.

VI. Sugerencias

1. Replicar la investigación en contextos regionales y nacionales sobre las propiedades métricas del instrumento en otros centros de atención a pacientes oncológicos donde se precisa la administración de la Escala Hospitalaria de Ansiedad y Depresión.
2. Utilizar la escala adaptada en pacientes oncológicos como instrumento de tamizaje para la evaluación de pacientes oncológicos en el Instituto Nacional de Enfermedades Neoplásicas (INEN) y los Institutos Regionales de Enfermedades Neoplásicas (IREN) norte y sur.
3. Proponer próximas investigaciones considerando la recolección de evidencias de validez divergente a la escala de estudio.
4. Proponer nuevos estudios sobre HADS en diferentes tipos de poblaciones para establecer las propiedades métricas del instrumento.
5. Nuevas líneas de investigación en la Universidad César Vallejo que permitan realizar investigación y reportar evidencias empíricas sobre psicología de la salud.

VII. Referencias

- Abad, F. , Olea, J., Ponsoda, V. y García, C. (2011). *Medición en ciencias sociales y de la salud*. Madrid: Síntesis. +A3A2:A36
- AERA, APA, y NCME. (2014). *Standards for Educational and Psychological Testing*. Washington DC: AERA.
- Aiken, L. R. (1985). Three coefficients for analyzing the reliability and validity of ratings. *Educational and Psychological Measurement*, 45, 131-142.
- Akaike, H. (1987). Factor analysis and AIC. *Psychometrika*, 52(3), 317–332. <https://doi.org/10.1007/BF02294359>
- Anastasi, A. y Urbina, S. (1998). *Test Psicológicos*, 7ma edición. México: Prentice Hispanoamerica S.A.
- Bagué, L. (2015). Depresión y ansiedad en pacientes Letiné, B. (2015). Depresión y ansiedad en pacientes oncológicos hospitalizados . Universidad de La Laguna. Tesis de Doctorado
- Barrios, M. y Cosculluela, A. (2013). Fiabilidad. En Meneses, Barrios, Bonillo, Cosculluela, Lozano, Turbany y Valero, *Psicometría* (págs. 75-130). Barcelona: Editorial UOC.
- Beck, A. (1996). Beyond belief: A theory of modes, personality, and psychopathology. En P. M. Salkavskis (Ed), *Frontiers of Cognitive Therapy* (pp 1-25). New York: Guilford Press.
- Beck, A., Rush, J., Shaw, B. y Emery, G. (2010). *Teoría cognitiva de la depresión* -19 ava edición . Bilbao: Editorial Desclée de Browe.
- Beck, K., Tan, S. M., Lum, S. S., Lim, L. E. y Krishna, L. K. (2016). Validation of the emotion thermometers and hospital anxiety and depression scales in Singapore: Scrennig cancer patients for distress, anxiety and depression. *Asia-Pacific Journal of Clinical Oncology*, 241-249.
- Becoña E, F. L., Vázquez , y Oblitas, L. (2000). *Psicología de la salud: Antecedentes, desarrollo, estado actual y perspectivas*. México: Plaza y Valdés.

- Bentler, P. y Bonett, D. (1980). Significance test and goodness of fit in the analysis of covariance structures. *Psychological Bulletin*, 88, 588-60
- Bernal, C. (2014). *Metodología de la investigación*. Tercera edición. Colombia: Pearson Educación.
- Bollen, K. (1989). *Structural equations with latent variables*. New York: John Wiley y Sons.
- Brown, F. (1980). *Principios de la medición en psicología y educación*. México: Manual Moderno.
- Cabrera, V., Martín-Aragón, M., del Carmen Tero, M., Núñez, R., y de los Ángeles Pastor, M. (2015). La Escala de Ansiedad y Depresión Hospitalaria (HAD) en fibromialgia: Análisis de sensibilidad y especificidad. *Terapia Psicológica*, 33(3), 181–193. https://doi.org/10.4067/S0718-48082015000300003sensibilidad_y_especificidad. *Terapia Psicológica*, 33(3), 181-193.
- Carrobbles, J. (2011). Trastornos depresivos. En Caballo, Salazar y Carrobbles, *Manual de psicopatología y trastornos psicológicos* (págs. 311-337). Madrid: Ediciones Pirámide.
- Casado, I. (1994). *Ansiedad, estrés y trastornos psicofisiológicos*. <https://doi.org/10.2307/302397>
- Castaño, A. y Palacios- Espinoza, X. (2014). Representaciones sociales del cáncer y de la quimioterapia en pacientes oncológicos . *Psicooncología*, 10(1), 79–93.
- Cerda, J. y Cifuentes, L. (2012). Uso de curvas ROC en investigación clínica. Aspectos teórico- prácticos. *Revista Chilena de Infectología*, 29(2), 138-141.
- Crespo. (2015). Psicopatología de la afectividad. En J. Vallejo, *Introducción a la psicopatología y la psiquiatría* (págs. 94-110). España: Elsevier.
- Cruzado, J. A. (2010). Evaluación psicológica en pacientes con cáncer . En J. A. Cruzado, *Anual de Psicooncología : Tratamiento psicológico en pacientes con cáncer*. Madrid: Síntesis S.A.
- Duffy, J. D. (2011). The Clinical Psycho-oncology Assessment. En Duffy, y . Valentine, MD Anderson: *Manual of Psychosocial Oncology* (págs. 3-16). Mc Graw Hill.

- ECO. (2014). *Fundación para la Excelencia y la Calidad de la Oncología*. Recuperado de Generalidades del Cáncer: <https://www.fundacioneco.es/wp-content/uploads/2014/04/1.Generalidades.pdf>
- Ehrenzweig, Y. (2007). Modelos de cognición social y adherencia terapéutica en pacientes con cáncer. En L. Flores, M.M. Botero y B. Moreno-Jiménez (Eds.). *Psicología de la salud: temas actuales de investigación en Latinoamérica* (pp. 133-152). Barranquilla, Colombia: UNINORTE
- Ehrenzweig, Y. (2010). Modelos de cognición social y adherencia terapéutica en pacientes con cáncer. En L. Oblitas, *Psicología de la salud y calidad de vida* (págs. 421-432). D.F: Cengage Learning Editores, S.A.
- Endicott, J. (1984). Measurement of depression in patients with cancer patients with cancer. *Cancer*, 53, 2243-8.
- Freud. (1971). *Introducción al Psicoanálisis*. Madrid: Alianza.
- Gale,C., Allerhand,M., Sayer,A., Cooper, C., Dennison, E., Starr, j., et al. (2010). The structure of the Hospital Anxiety and Depression Scale in four cohorts of community-based, healthy older people: the HALCYon program. *Int Psychogeriatr IPA*;22:559-71.
- Galindo, O., Benjet, C., Juárez , F., Rojas , E., Riveros, A., Aguilar, J. L., Alvarado , S. (2015). Propiedades psicométricas de la Escala Hospitalaria de Ansiedad y Depresión (HADS) en una población de pacientes oncológicos mexicanos. *Salud Mental*, 38(4), 253-258.
- Galindo-Vásquez, Ó., Meneses, A., Herrera, Á., Caballero, M., y Aguilar , J. (2015). Escala Hospitalaria de Ansiedad y Depresión (HADS) en cuidadores primarios informales de pacientes con cáncer: propiedades psicométricas. *Psicooncología*, 12(2-3), 383-392.
- García-Torres, F., Alós, F., Pérez-Dueñas, C., Moriana, J. (2016). *Guía de tratamientos psicológicos eficaces en psicooncología: Alteraciones psicológicas y físicas*. Madrid: Ediciones Pirámide

- Gibbons CJ, Mills RJ, Thornton EW, Ealing J, Mitchell JD, Shaw PJ, et al. Rasch analysis of the Hospital Anxiety and Depression Scale (HADS) for use in motor neurone disease. *Health Quality of Life Outcomes*, 2011;9:82.
- Gonzales, M., Faas, A. E., y Bologna, E. (2011). Las variables y su nivel de medición. En E. Bologna (2011), *Estadística para psicología y educación*-1a ed. (págs. 19-20). Córdoba: Brujas.
- Grau, Llanta y Chacón (2016). *Psicooncología: Aportes a la comprensión y la terapéutica*. Chile: Nueva Mirada Ediciones.
- Helvik A-S, Engedal K, Skancke RH, Selbæk G. A psychometric evaluation of the Hospital Anxiety and Depression Scale for the medically hospitalized elderly. *Nord J Psychiatry*, 2011;65:338-44
- Hernández, M., y Cruzado, J. (2013). La atención psicológica a pacientes con cáncer: de la evaluación al tratamiento. *Clínica y Salud*, 2(1)1-9.
- Hernández, M., y Limonero, J. (2015). Instrumentos de detección y evaluación psicológica. En F. Gil, *Counselling y psicoterapia en cáncer* (págs. 77-82). Barcelona: Elsevier España.
- Hernández, R., Fernández, C., y Baptista. (2014). *Metodología de la Investigación*, Sexta edición. México D.F: McGraw-Hill/ Interamerica Editores
- Hollenstein, M. F., Gil, F., y Maté, J. (2003). Dificultades diagnósticas en Psico-oncología. *Rev Psicol Univ Tarracon*, 25(1-2), 52-66.
- Hung, M., Bounsanga, J., Tang, P., Chen, W., y Cheng, C. (2015). The Factor Structure of the Hospital Anxiety and Depression Scale in Orthopedic Trauma Patients. *Journal of Clinical Medicine Research*, 7(6), 453–459.
- <http://doi.org/10.14740/jocmr2140w>INEN. (2012). Registro Nacional de Cáncer de Lima Metropolitana: incidencia y mortalidad 2010-2012. Instituto Nacional de Enfermedades Neoplásicas. Recuperado de http://www.inen.sld.pe/portal/documentos/pdf/banners_2014/2016/Registro%20de%20C%C3%A1ncer%20Lima%20Metropolitana%202010%20-%202012_02092016.pdf

- NH. (s.f.). Instituto Nacional del Cáncer. Recuperado el 2017, de *Depresión (PDQ®)*– Versión para profesionales de salud:
[https://www.cancer.gov/espanol/cancer/sobrellevar/sentimientos/depresion-pro-pdq#link/ 229 toc](https://www.cancer.gov/espanol/cancer/sobrellevar/sentimientos/depresion-pro-pdq#link/229_toc)
- Jöreskog, K. G., y Sörbom, D. (1986). LISREL VI: *analysis of linear structural relationships by maximum likelihood, instrumental variables and least squares methods*. Mooresville: IN: Cientific Software, Inc.
- Kaiser, H.F., (1970). A second generation little jiffy. *Psychometrika* 35, 401-416.
- Kaplan y Saccuzo (2009) *Pruebas Psicológicas: Principios Aplicaciones y Temas*. 8ava edición. Cengage Learning
- Kerlinger, F., y Lee, H. (2001). *Investigación del comportamiento*. California: McGraw-Hill .
- Korman, G., y Sarudiansky, M. (2011). Modelos teóricos y clínicos para la conceptualización y tratamiento de la depresión. *Subjetividad y Procesos Cognitivos*, 15(1), 119-145. Recuperado de <http://www.scielo.org.ar/pdf/spc/v15n1/v15n1a05.pdf>
- Lee, Y., Wu, Y., Chien, C., Fang, F.-M., y Hung, C.-(2016). Use of the Hospital Anxiety and Depression Scale and the Taiwanese Depression Questionnaire for screening depression in head and neck cancer patients in Taiwan. *Neuropsychiatric Disease and Treatment*, Volume 12, 2649–2657. <https://doi.org/10.2147/NDT.S112069>
- León, L., y Valderrama, S. (2009). *Técnicas e instrumentos para la obtención de datos en la investigación científica*. Lima: San Marcos.
- Li, Q., Lin, Y., Hu, C., Xu, Y., Zhou, H., Yang, L., y Xu, Y. (2016). The Chinese version of hospital anxiety and depression scale: Psychometric properties in Chinese cancer patients and their family caregivers. *European Journal of Oncology Nursing*, 16-23.
- Lizón, J. (2006). Evolución de la Oncología Médica desde sus inicios. Marco actual. En S. E. Médica, *Libro Blanco de la Oncología Médica en España* (Dossier 2006) (págs. 17-28). Madrid: Dispublic, S.L.

- Lozano, J. M., y Turbany, J. (2013). Validez. En J. Meneses, M. Barrios, A. Bonillo, A. Cosculluela, J. M. Lozano, J. Turbany, y S. Valero, *Psicometría* (págs. 141-200). Barcelona: Editorial UOC.
- Martinez y Chacón (2016). *Análisis de datos y diseño en psicología*. España: Centro de Estudios Financieros.
- Martínez, P., Durá, E., Andreu, Y., Galdón, M. J., Murgui, S., e Ibañez Guerra, E. (2012). Structural validity and distress screening potencial of the Hospital Anxiety and Depression Scale in cancer. *Interanational Journal of Clinical and Health Psychology*, 12(3)435-447.
- Matarazzo, J. D. (1980). "Behavioral Health and Behavioral Medicine: Frontiers for a New Health psychology. *American Psychologist*, 35, 807-817.
- Maté, J., Hollenstein, M. F., y Gil, F. L. (2004). Insomnio, ansiedad y depresión en el paciente oncológico. *Psicooncología*, 211-230. Recuperado de <http://revistas.ucm.es/index.php/PSIC/article/view/PSIC0404120211A/16254>
- Meneses, J. (2013). Aproximación histórica y conceptos básicos de la psicometría. En Meneses, Barrios, Bonillo, Cosculluela, Lozano, JTurbany, y Valero, *Psicometría* (pág. 25.74). Barcelona: Editorial UOC.
- Merino Soto, C., & Livia Segovia, J. (2009). Intervalos de confianza asimétricos para el índice la validez de contenido: Un programa Visual Basic para la V de Aiken. *Anales de Psicología*, 25(1), 169–171. <https://doi.org/10.6018/71631>
- MINSA. (2014). *Principales causas de mortalidad por sexo*. Lima: Ministerio de Salud del Perú. Recuperado el 02 de 05 de 2017, de <http://books.google.com.pe/books?id=55xW13RGJlC&pg=PA968&dq>
- Montero, I., y León, O. (2007). La guía para los estudios de investigación en la psicología. *International Journal of Clinic and Health Psychology*, 7(3), 847-862.
- Moorey S, Greer S, Watson M, Gorman C, Rowden L, Tunmore R, et al. The factor structure and factor stability of the Hospital Anxiety and Depression Scale in patients with cancer. *Br J Psychiatry* 1991;158:255-9.

- Moreno, B., y Ortiz- Tallo, M. (2015). *Conceptos de la psicopatología clínica. Objeto, criterios y causas. Psicopatología clínica: Adaptado al DSM-5* (págs. 24-25). Madrid: Ediciones Pirámide.
- Morrison, V., y Bennett, P. (2008). *Psicología de la salud*. Madrid: Pearson Educación.
- Muñiz, J., Elousa, P., y Hambleton, R. (2013). Directrices para la traducción y adaptación de los test: segunda edición. *Psicothema*, 25, 151-157. doi:doi:10.7334/psicothema2013.24
- Muñiz, J., Hernández, A., y Ponsada, V. (2015). Nuevas directrices sobre el uso de los test: Investigación, control de calidad y seguridad. *Papeles del Psicólogo*, 36(3), 161-173.
- Muñoz, P. (2009). *La invención lacaniana del pasaje al acto: De la psiquiatría al psicoanálisis*. Buenos Aires: Manantial.
- Namakforos, M. (2013). *Metodología de la investigación*. México: Limusa
- NIH. (05 de 06 de 2015). *Instituto Nacional del Cáncer*. Recuperado de ¿Qué es el cáncer?: <https://www.cancer.gov/espanol/cancer/naturaleza/que-es#diferencias-celulas-cancerosas-y-normales>
- Noguera, M, Pérez, B., Barrientos, V., Robles, R., y Sierra, J. (Julio-Diciembre de 2013). Escala de Ansiedad y Depresión Hospitalaria (HADS): validación en pacientes mexicanos con infección por VIH. *Psicología Iberoamericana*, 21(2), 29-37.
- Nunnally, J.C. (1978) *Psychometric theory*. 2nd Edition, McGraw-Hill, New York.
- Oblitas, L. A. (2016). *Psicología de la salud y calidad de vida: Cuarta edición*. México: Cengage Learning Editores,S.A.
- Ocando, M. A. (2013). *Propiedades psicométricas de la Escala Hospitalaria de Ansiedad y Depresión (HAD) en pacientes crónicos*. Universidad Rafael Urdaneta Facultad de Ciencias Políticas, Administración y Sociales. Escuela de Psicología. (Tesis de licenciatura).
- OMS. (2001). *Salud mental: Nuevo entendimiento, nueva esperanza. El informe Mundial de Salud*. Ginebra: Organización Mundial de la Salud.

- OMS. (2004). *Promoción de la Salud Mental*. Ginebra. Recuperado el 04 de 05 de 2017, de http://www.who.int/mental_health/evidence/promocion_de_la_salud_mental.pdf
- Organización Mundial de la Salud. (01 de 05 de 2017). *Preguntas más frecuentes*. Recuperado de <http://www.who.int/suggestions/faq/es/>
- Patilla, C. (2011). *Ansiedad, depresión y situaciones generadoras de estrés en pacientes diabéticos tipo 2 con adherencia y sin adherencia al tratamiento*. Universidad Nacional Mayor de San Marcos. (Tesis de licenciatura), Lima-Perú.
- Payet, E., Poquioma, E., Díaz, E., Villanueva, L., y Cruzado, J. (Abril-Junio de 2016). *Registro hospitalario de cáncer en el Instituto Nacional de Enfermedades Neoplásicas en Lima- Perú 2000-2012*. (E. P. Meza, Ed.) Boletín Científico del INEN, 30(2), 4-14.
- Prieto Fernández, A. (2004). Psicología oncológica. *Revista Profesional Española de Terapia Cognitivo-Conductual*, 107-120.
- Prieto, G., y Delgado, A. R. (2010). Fiabilidad y Validez. *Papeles del Psicólogo*, 3(1), 67-74.
- Portillo, M., Portillo, R, y Rodrigo, F. (2015). *Promoción de la Salud y Apoyo Psicológico al paciente*. España: Macmillan Iberia.
- Rando, M., y Cano, J. (2013). Trastornos de ansiedad. En O.-T. Margarita, *Psicopatología Clínica: Adaptada al DSM-5* (págs. 33-45). Madrid: Pirámide.
- Robert, Álvarez, y Valdivieso. (2013). Psicooncología: Un modelo de intervención y apoyo psicosocial. *Revista Médica Clínica Las Condes*, 677-684.
- Rodríguez, J. y Mesa, P. (2011). *Manual de psicopatología clínica*. Madrid: Ediciones Pirámide.
- Rojas, O., Fuentes, C. y Robert, V. (2017). Psicooncología en el hospital general. Alcances en depresión y cáncer. *Revista de Medicina Clínica Condes*; 28(3) 450-459.
- Santesteban, C. (2009). *Principios de Psicometría*. Madrid: Editorial Síntesis.
- Sanz, J. (1992). *Procesos cognitivos en la ansiedad y en la depresión*. Universidad Complutense de Madrid.

- Sierra, J., Ortega, V., y Zubeidat, I. Ansiedad, angustia y estrés: tres conceptos a diferenciar. *Revista Malestar e subjetividade*, III (1), 10-59. Recuperado de <http://www.redalyc.org/pdf/271/27130102.pdf>
- Skinner, B.F. (1970) *Ciencia y conducta humana*. Barcelona: Fontanella
- Solana, A. (marzo de 2005). *Aspectos psicológicos en el paciente superviviente*. *Oncología*, 28(3), 157-163. Recuperado de http://scielo.isciii.es/scielo.php?pid=S037848352005000300009&script=sci_arttext&tlng=en
- Solidoro, A. (2005). Tratamiento Médico del Cáncer. En Solidoro y López (Ed.), *Apuntes de Cancerología* (págs. 55-72). Lima: Fundación Peruana de Cáncer.
- Steiger, J. H., y Lind, C. (1980). Statistically based tests for the number of common factors. Paper presented at the annual meeting of the Psychometric Society, Iowa City, IA.
- Tam, J., Vera, G. y Oliveros. (2008). Tipos, métodos y estrategias de la investigación científica. *Pensamiento y acción*, 2(1)145-154.
- Terol- Cantero, M., Cabrera-Perona, V., y Martín-Aragón, M. (mayo de 2015). Revisión de estudios de la Escala de Ansiedad y Depresión Hospitalaria (HAD) en muestra española. *Anales de psicología*, 31(2), 494-503. Recuperado de <http://dx.doi.org/10.6018/analesps.31.2.172701>
- Terol, M., López-Roig, S., Rodríguez-Marín, J., Martín-Aragón, M., Pastor, M., y Reig, M. (2007). Propiedades psicométricas de la Escala Hospitalaria de Ansiedad y Estrés (HAD) en población española. *Ansiedad y estrés*, 3(2) 163-176.
- Toro, R., Nieto, T., Mayorga, N., & Montaña, L. (Octubre- marzo de 2013). Ansiedad clínica: Instrumentos de autoreportes más usados en población adulta. *Revista Vanguardia Psicológica Clínica, Teórica y Práctica*, 3(2), 173-183.
- Torre de la, I., Cobo, M., Mateo, T. y Vicente, L. (2008). Cuidados enfermeros al paciente oncológico. Recuperado de https://books.google.com.pe/books?id=YD8OR_WZufgC&pg=PA29&dq

- Vallejo, M., Rivera, J., Esteve-Vives, J., Rodríguez-Muñoz, M., y Grupo ICAF. (2012).
Uso del cuestionario Hospital Anxiety and Depression Scale (HADS) para evaluar la
ansiedad y la depresión en pacientes con fibromialgia. *Revista de Psiquiatría y Salud
Mental*, 107-114.
- Watson, J. y Rayner (1920). Conditioned emotional reactions. *Journal of Experimental
Psychology*.3(1-14)

VIII. Anexos

Anexo 1: Matriz de consistencia

Problema general	Objetivo general	Objetivos específicos	Variables	Metodología
¿La Escala hospitalaria de ansiedad y depresión (HADS) es adaptable para pacientes oncológicos, Lima 2018?	Adaptar la escala hospitalaria de ansiedad y depresión para su aplicación en pacientes oncológicos, Lima 2018.	Objetivo Específico 1		
		Establecer la evidencia de validez basada en el contenido de la escala hospitalaria de ansiedad y depresión en pacientes oncológicos, Lima 2018.	▪ Ansiedad	Tipo de investigación: Instrumental
		▪ Objetivo Especifico 2		
		Establecer la evidencia de validez basada en la estructura interna de la escala hospitalaria de ansiedad y depresión en pacientes oncológicos, Lima 2018.	▪ Depresión	Línea de investigación: Psicométrica
		▪ Objetivo Específico 3		
		Establecer la evidencia de validez convergente de la escala hospitalaria de ansiedad y depresión en pacientes oncológicos, Lima 2018.		

▪ Objetivo Específico 4

Establecer la confiabilidad por consistencia interna de la escala hospitalaria de ansiedad y depresión en pacientes, Lima 2018

▪ Objetivo Específico 5

Establecer los puntos de corte de la escala hospitalaria de ansiedad y depresión en pacientes oncológicos, Lima 2018.

▪ Objetivo Específico 6

Establecer el nivel de sensibilidad y especificidad de la escala hospitalaria de ansiedad y depresión en pacientes oncológicos, Lima 2018

Anexo 2: Carta de aceptación por el departamento de investigación

 **PERU** **Ministerio de Salud** **Instituto Nacional de Enfermedades Neoplásicas** 

"AÑO DEL DIÁLOGO Y LA RECONCILIACIÓN NACIONAL"

Surquillo, 11 de Junio de 2018

CARTA N° 060 - 2018-CRP-DI-DICON/INEN

Srta.
ANA LUCÍA VILELA ESTRADA
Investigadora Principal
Presente.-

De nuestra consideración:

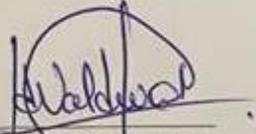
Es grato dirigirme a usted para saludarla cordialmente e informarle que el Comité Revisor de Protocolos del Departamento de Investigación del INEN, ha revisado y aprueba el trabajo de Investigación Titulado: "PROPIEDADES PSICOMÉTRICAS DE LA ESCALA HOSPITALARIA DE ANSIEDAD Y DEPRESIÓN EN PACIENTES ONCOLÓGICOS DEL INSTITUTO NACIONAL DE ENFERMEDADES NEOPLÁSICAS, LIMA 2018". INEN 18-49.

De acuerdo con las normas deberá presentar un informe sobre los avances del dicho proyecto, así como las conclusiones del mismo a esta Oficina.

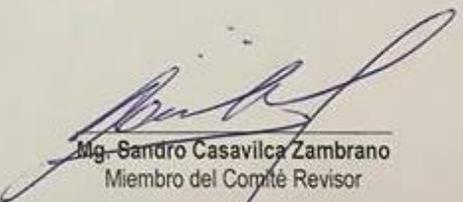
Esperando la respuesta para la respectiva aprobación, quedamos de Usted.

Atentamente,


M.C. Vásquez Chávez Jule
Presidente del Comité Revisor


M.C. Henry Valdivia Franco
Miembro del Comité Revisor


Comité Revisor de Protocolos del INEN


Mg. Sandro Casavilca Zambrano
Miembro del Comité Revisor


M.C. Marga Lopez Contreras
Miembro del Comité Revisor

INSTITUTO NACIONAL DE ENFERMEDADES NEOPLÁSICAS
Av. Angamos Este 2520, Lima - 34 Telf.: 201-6500 Fax: 620-4991 Web: www.inen.sld.pe e-mail: postmaster@inen.sld.pe

Anexo 3: Carta de aceptación por comité de ética

 **PERÚ** **Ministerio de Salud** 

AÑO DEL DIALOGO Y LA RECONCILIACIÓN NACIONAL

Surquillo, 17 de Julio del 2018

CARTA N°239 – 2018 –CIE/INEN

SRTA.
ANA LUCÍA VILELA ESTRADA
Investigadora principal
Presente -

REFERENCIA : PROTOCOLO: "PROPIEDADES PSICOMÉTRICAS DE LA ESCALA HOSPITALARIA DE ANSIEDAD Y DEPRESIÓN EN PACIENTES ONCOLÓGICOS DEL INSTITUTO NACIONAL DE ENFERMEDADES NEOPLÁSICAS, LIMA 2018". INEN 18-49.

ASUNTO: REVISION Y APROBACION

Mediante el presente, tengo bien dirigirme a usted para informarle que los Miembros del Comité Institucional de Ética en Investigación (CIEI) del INEN, **REVISY Y APRUEBA** la siguiente documentación remitida del protocolo en referencia:

- Proyecto de Investigación
- Consentimiento Informado

Sin otro particular, quedo de usted.

Atentamente,



Dr. ARISTIDES JUVENAL SÁNCHEZ LEÓN
Presidente
Comité Institucional de Ética en Investigación
Instituto Nacional de Enfermedades Neoplásicas

c.c.: Archivo
L.C.

INSTITUTO NACIONAL DE ENFERMEDADES NEOPLÁSICAS
Av. Augusto Este 1520, Lima - 34 - Tel: 201-6800 Fax: 620-4991 Web: www.inen.gob.pe e-mail: postmaster@inen.gob.pe

INFORMACIÓN DEL CONSENTIMIENTO INFORMADO PARA ACTIVIDADES DE INVESTIGACIÓN

El Instituto Nacional de Enfermedades Neoplásicas, INEN, brinda atención asistencial altamente especializada y es sede docente-académica de profesionales y técnicos de la salud para la prevención y control del cáncer.

En ese sentido, le solicitamos su **CONSENTIMIENTO**, para incluirlo en el estudio “Adaptación de la Escala Hospitalaria de Ansiedad y Depresión en pacientes oncológicos, Lima 2018”. Su participación es estrictamente voluntaria, tiene una duración aproximada de 45 minutos y consiste en responder un cuadernillo impreso que contiene las escalas consideradas en el presente estudio. En cualquier caso, podré desistir en cualquier momento mi autorización sin ninguna consecuencia. Los investigadores se comprometen al uso exclusivo de los datos con fines científicos, garantizando su identidad y confidencialidad. Si tiene alguna duda o consulta, sírvase comunicarse con Ana Lucía Vilela Estrada (Investigadora principal) al celular 968716479 (RPC) o escribir al correo vilelaestradaana@gmail.com.

De la misma manera, podría comunicarse al comité de ética INEN al teléfono 2016500- 3001 o escribir al comité_etica@gmail.com dirigiéndose al Dr. Juvenal Sánchez (presidente del comité de ética)

EXPRESIÓN DEL CONSENTIMIENTO INFORMADO

Yo,

.....
....., con Historia Clínica N°, declaro haber sido informado (a) del proceso de evaluación, y que han sido resueltas todas mis inquietudes y preguntas al respecto. Por lo tanto, en forma consciente y voluntaria,

SI () NO () doy mi consentimiento para participar en el estudio.

Firma o huella digital del paciente
DNI:

Ana Lucía Vilela Estrada
Investigadora principal

Surquillo,dedel 2018.

Formato adaptado del Consentimiento Informado de Participación de Pacientes en Actividades de Docencia aprobado con la RJ- INEN-Nº 026-2015

CUESTIONARIO SOCIO DEMOGRÁFICO

Fecha de aplicación de protocolo: ___/___/___ Fecha de nacimiento: ___/___/___

Hospitalización () Consulta externa () Ambulatorio ()

INFORMACIÓN PERSONAL

- DNI:
- HC:
- Edad:
- Sexo: () Masculino () Femenino
- Estado civil: () Soltero () Casado () Conviviente () Separado () Divorciado () Viudo
- Lugar de origen: () Perú () Otro especificar _____
- Lugar/ Distrito de residencia actual:
- Departamento de procedencia:
- Grado de instrucción: () Primaria () Primaria incompleta () Secundaria
() Secundaria Incompleta () Técnico () Técnico incompleto
() Superior () Superior incompleta
- Ocupación u oficio:
- Situación laboral actual: () Desempleado () Empleado () Independiente

DATOS DE CONTACTO

- Celular
- Email

INFORMACIÓN MÉDICA

- Departamento médico oncológico: () Abdomen () Cabeza y cuello () Medicina oncológica
() Ginecología () Urología () Neurooncología
() Ortopedia () Senos y tumores mixtos () Tórax
- Tipo de seguro médico: () SIS () Hospital () Seguro Social () Seguro Privado
() Convenio fuerzas armadas
- Diagnóstico oncológico:
- Otros diagnósticos médicos:
- Antecedentes psicopatológicos:
- Recidiva de diagnóstico Si () No ()
- Tiempo de diagnóstico oncológico:
- Estadío clínico: () 0 () I () II () III () IV () Sin estadiaje
- Tipo de tratamiento actual: () QT () RT () Cirugía () Hormonal
() Inmunoterapia () Otros _____
- Tipo de tratamiento previo: () QT () RT () Cirugía () Hormonal
() Inmunoterapia () Otros _____
- Tuvo contacto con algún psicólogo en INEN () Si () No

HADS

Este cuestionario se ha construido para saber cómo te sientes. Lee cada una de las frases y marca la respuesta que más se ajusta a cómo te sentiste durante los últimos siete (7) días.

1. Me siento tenso o nervioso			
Todos los días	Muchas veces	A veces	Nunca
2. Todavía disfruto las cosas como antes			
Muchísimo	No mucho	Un poco	Nada
3. Tengo una sensación de miedo, como si algo malo me va a suceder			
Definitivamente, y es muy fuerte	Si, pero no es muy fuerte	poco, pero no me preocupa	Nada
4. Puedo reírme y ver el lado divertido de las cosas			
Al igual que siempre lo hice	No tanto ahora	Casi nunca	Nunca
5. Tengo mi mente llena de preocupaciones			
La mayoría de veces	Con bastante frecuencia	A veces, aunque no muy a menudo	Sólo en ocasiones
6. Suelo sentirme alegre			
Nunca	No muy a menudo	A veces	Casi siempre
7. Puedo estar sentado tranquilamente y sentirme relajado			
Siempre	Por lo general	No muy a menudo	Nunca
8. Me siento como si estuviera más lento para pensar y/o realizar mis actividades diarias			
Por lo general, en todo momento	Muy a menudo	A veces	Nunca
9. Tengo una sensación extraña, como hormigueo en el estómago			
Nunca	En ciertas ocasiones	bastante frecuencia	Muy a menudo
10. He perdido interés por mi aspecto físico y/o cuidado personal			
Totalmente	No me preocupa tanto como debería	Podría tener un poco más de cuidado	Me preocupo igual que siempre
11. Me siento tan inquieto que no puedo dejar de moverme			
Mucho	Bastante	No mucho	Nada
12. Veo las cosas con optimismo			
Igual que siempre	ps de lo que se acostumbra	Muchos menos de lo que acostumbraba	Nada
13. Tengo sentimientos repentinos de pánico			
frecuentemente	Bastante a menudo	No muy a menudo	Nada
14. Puedo disfrutar de un buen libro, la radio, un programa de televisión o alguna actividad que antes solía hacer.			
A menudo	A veces	No muy a menudo	Rara vez

BAI

INSTRUCCIONES: A continuación, encontrará una lista de síntomas frecuentes de ansiedad. Léalos atentamente e indique el grado en que se ha visto afectado por cada uno de ellos **DURANTE LA ÚLTIMA SEMANA, INCLUIDO EL DÍA DE HOY**, marcando una X en el espacio correspondiente de la columna de cada síntoma.

	NADA EN ABSOLUTO	LEVEMENTE, no me molestó mucho	MODERADAMENTE, fue muy desagradable, pero podía soportarlo	GRAVEMENTE, casi no podía soportarlo
1. Siento hormigueo o entumecimiento	0	1	2	3
2. Tengo sensación de calor en el cuerpo	0	1	2	3
3. Siento debilidad en las piernas	0	1	2	3
4. Me siento incapaz de relajarme	0	1	2	3
5. Tengo miedo a que suceda lo peor	0	1	2	3
6. Tengo mareos o vértigos	0	1	2	3
7. Siento palpitaciones o taquicardia	0	1	2	3
8. Tengo una sensación de inestabilidad	0	1	2	3
9. Tengo la sensación de estar aterrorizado	0	1	2	3
10. Estoy Nervioso	0	1	2	3
11. Tengo la sensación de ahogo	0	1	2	3
12. Tengo temblor de manos	0	1	2	3
13. Tengo temblor generalizado o estremecimiento	0	1	2	3
14. Tengo miedo a perder el control	0	1	2	3
15. Tengo dificultad para respirar	0	1	2	3
16. Tengo miedo a morir	0	1	2	3
17. Siento que estoy asustado últimamente	0	1	2	3
18. Tengo indigestión o molestias en el abdomen	0	1	2	3
19. Tengo la sensación de irme a desmayar	0	1	2	3
20. Tengo rubor facial (sonrojarse, ponerse colorado)	0	1	2	3
21. Tengo sudoración (no debida al calor)	0	1	2	3

BDI

En este cuestionario aparecen varios grupos de afirmaciones. Por favor, lea con atención cada uno de ellos. A continuación, señale cuál de las afirmaciones de cada grupo describe mejor sus sentimientos, **DURANTE LA ÚLTIMA SEMANA, INCLUIDO EL DIA DE HOY**. NO HAY RESPUESTAS BUENAS O MALAS. Recuerde que sus respuestas son confidenciales, así que conteste con plena libertad.

Consigna: "A continuación encontrara algunas frases, le pedimos que marque aquella con la cual se sienta más identificado actualmente".

1.
 - a. No me siento triste
 - b. Me siento triste
 - c. Me siento triste todo el tiempo
 - d. Estoy tan triste o soy tan infeliz que no puedo soportarlo
2.
 - a. No me siento desanimado respecto al futuro
 - b. Me siento más desanimado respecto a mi futuro que lo que solía estarlo
 - c. No espero que las cosas funcionen para mí
 - d. Siento que no hay esperanza para mi futuro y que este solo puede empeorar
3.
 - a. No me siento como un fracasado
 - b. He fracasado más que la mayoría de las personas
 - c. Cuando pienso en el pasado veo muchos fracasos
 - d. Me siento una persona totalmente fracasada
4.
 - a. Obtengo placer como siempre por las cosas de las que disfruto
 - b. No disfruto tanto de las cosas como solía hacerlo
 - c. Obtengo muy poco placer de las cosas que solía hacer
 - d. No puedo obtener ningún placer de las cosas que antes disfrutaba
5.
 - a. No me siento culpable
 - b. Me siento culpable por varias cosas que he hecho o que debería de haber hecho
 - c. Me siento bastante culpable la mayor parte del tiempo
 - d. Me siento culpable todo el tiempo
6.
 - a. No siento que estoy siendo castigado
 - b. Siento que tal vez pueda ser castigado
 - c. Espero ser castigado
 - d. Siento que estoy siendo castigado
7.
 - a. No estoy decepcionado de mí mismo
 - b. He perdido la confianza en mí mismo
 - c. Estoy decepcionada conmigo mismo
 - d. No me gusto en mí mismo
8.
 - a. No me critico ni me culpo más de lo normal
 - b. Me critico más que de costumbre
 - c. Me critico a mí mismo por todos mis errores
 - d. Me culpo a mí mismo por todo lo malo que sucede
9.
 - a. No tengo ningún pensamiento de matarme
 - b. He tenido pensamientos de matarme, pero no lo haría
 - c. Quería matarme
 - d. Me mataría si tuviera la oportunidad de hacerlo
10.
 - a. No lloro más de lo que solía hacerlo
 - b. Ahora lloro más que antes
 - c. Lloro por cualquier cosa
 - d. Siento ganas de llorar, pero no puedo
11.
 - a. No estoy más inquieto o tenso que lo habitual
 - b. Me siento más inquieto o tenso que lo habitual
 - c. Estoy tan inquieto o agitado que me es difícil quedarme quieto
 - d. Estoy tan inquieto o agitado que tengo que estar siempre en movimiento o haciendo algo
12.
 - a. No he perdido el interés en otras actividades
 - b. Estoy menos interesado que antes en otras personas o cosas
 - c. He perdido casi todo el interés en otras personas o cosas
 - d. He perdido todo el interés por las cosas o personas

- 14
- Me siento valioso
 - No me considero a mí mismo tan valioso y útil como solía considerarme
 - Me siento menos valioso cuando me comparo con otros.
 - Siento que no valgo nada.
- 15.
- Tengo tanta energía como siempre
 - Tengo menos energía de la que solía tener
 - No tengo suficiente energía para hacer demasiadas cosas
 - No tengo energía suficiente para hacer nada
- 16.
- No he experimentado ningún cambio en mis hábitos de sueño.
 - Duermo un poco más que lo habitual
Duermo un poco menos que lo habitual
 - Duermo mucho más que lo habitual
Duermo mucho menos que lo habitual
 - Duermo la mayor parte del día
Me despierto 1-2 horas, más temprano y no puedo volver a dormirme
- 17.
- No estoy más irritable que lo habitual
 - Estoy más irritable que lo habitual
 - Estoy mucho más irritable que lo habitual
 - Estoy irritable todo el tiempo
- 18.
- No he experimentado ningún cambio en mi apetito
 - Mi apetito es un poco menor que lo habitual
Mi apetito es un poco mayor que lo habitual
 - Mi apetito es mucho menor que antes
Mi apetito es mucho mayor que habitualmente
 - No tengo apetito en absoluto
Quiero comer todo el tiempo
- 19.
- Puedo concentrarme tan bien como siempre
 - No puedo concentrarme tan bien como habitualmente lo hacía
 - Me es difícil mantener concentrado por mucho tiempo
 - No puedo concentrarme en nada.
- 20.
- No estoy más cansado o fatigado que lo habitual
 - Me fatigo o me canso más fácilmente que lo habitual
 - Estoy demasiado fatigado o cansado para hacer muchas de las cosas que solía hacer
 - Estoy demasiado fatigado o cansado todo el día
- 21.
- No he notado ningún cambio reciente en mi interés por el sexo
 - Estoy menos interesado en el sexo de lo que solía estarlo
 - Ahora estoy mucho menos interesado en el sexo
 - He perdido completamente el interés por el sexo