



Universidad Abierta Interamericana

Facultad de Psicología y Relaciones Humanas

Título: Calidad de vida y Ansiedad - Depresión hospitalaria en pacientes con malformación de la pared torácica.

Autora: Johanna Segovia

Tutora: Lic. Roció Hauché

Número de legajo: B00025923-P1

Año: 2024

Título por obtener: Licenciatura en Psicología

Resumen

Objetivo general: analizar la relación entre los niveles de la Calidad de Vida y Ansiedad y Depresión Hospitalaria en los pacientes diagnosticados con malformación de la pared torácica en Buenos Aires, Argentina. *Metodología:* La muestra está conformada por N=30 de ambos sexos, con edades comprometidas entre 14 a 45 años. Los instrumentos utilizados fueron un cuestionario sociodemográfico *ad - hoc*, cuestionario SF-36 (36-item Medical Outcomes Study Short-Form General Health Survey, Ware et al., 1992) y la escala de Ansiedad y Depresión Hospitalaria (HAD, Hospital Anxiety and Depression Scale-HADS, Zigmond & Snaith, 1983). Para el análisis y procesamiento de datos se utilizó el programa SPSS (Statistical Package for the Social Sciences) 25. *Resultados:* Los resultados indicaron una relación estadísticamente significativa en algunas de las dimensiones de Calidad de Vida como Salud General [SG] (.393*) y la Subescala de Ansiedad (HAD – A). Por otro lado, el Rol Físico [RF] (-.461*), Dolor Corporal [DL] (-.388*), Salud Mental [SM] (.420*) y Vitalidad [VIT] (.368*) con la Subescala de Depresión (HAD – D).

Palabras Claves: malformación - pared torácica - calidad de vida - ansiedad y depresión hospitalaria

Abstract

General objective: analyze the relationship between the levels of Quality of Life and Hospital Anxiety and Depression in patients diagnosed with chest wall malformation in Buenos Aires, Argentina. *Methodology:* The sample is made up of 30 of both sexes, with ages between 13 and 45 years. The instruments used were an *ad - hoc* sociodemographic questionnaire, SF-36 questionnaire (36-item Medical Outcomes Study Short-Form General Health Survey, Ware et al., 1992) and the Hospital Anxiety and Depression Scale (HADS, Zigmond & Snaith, 1983). For data analysis and processing, the SPSS (Statistical Package for the Social Sciences) program was used. *Results:* The results indicated a statistically significant relationship in some dimensions of Quality of Life such as General Health [GH] (.393*) and the Anxiety Subscale (HAD – A). On the other hand, Physical Role [PR] (-.461*), Bodily Pain [BP] (-.388*), Mental Health [MH] (.420*), and Vitality [VT] (.368*) were associated with the Depression Subscale (HAD – D).

Key words: malformation - chest wall - Quality of life - Hospital Anxiety and Depression

Introducción

Las malformaciones de la pared torácica, también conocida como malformación del “Pectus”, constituyen un grupo variado de defectos que afectan a la caja torácica (costillas, esternón y columna dorsal). Estas deformidades están presentes al nacimiento, pero pueden llegar a mostrarse por primera vez en la adolescencia (Obermeyer y Goretsky, 2012).

Tanto niños como jóvenes que se encuentran con esta problemática, ya sea hombres o mujeres, además de ser usualmente delgados y altos, son retraídos y con un bajo autoestima. Debido a esto, no suelen usar traje de baño en la playa, no van a la piscina, no hacen deportes, les da temor entrar al baño con sus compañeros, no tienen pareja, entre otras cosas. A su vez, la malformación del Pectus tienen dos variantes: el Pectus Excavatum que en la actualidad se soluciona mediante la colocación de una barra que empuja el esternón desde adentro del tórax, y se coloca mediante video cirugía. Esto implica que es una cirugía sin corte, sin sangrado, con mínima cicatriz, de recuperación rápida y menos dolor postoperatorio y recibe el nombre de operación de Nuss. La otra variante es el Pectus Carinatum, se trata mediante un corsé que ejerce una compresión controlada durante 24 horas, y con resultados sorprendentes a corto plazo. Es el llamado compresor dinámico FMF. Ocasionalmente, se realizaría la operación de Abramson, que es la operación de Nuss “al revés” (Segura, 2012).

Para los afectados por esta patología, repercute de forma importante sobre la calidad de vida debido a complicaciones psicológicas y sociales asociadas a la imagen corporal (Ates O et al., 2013; Lee RT et al., 2013). Existen diferentes tratamientos desde los no invasivos o conservadores como el tratamiento ortopédico, a los quirúrgicos que a su vez pueden ser más o menos invasivos (Paz Valiñas et al., 2015).

Con respecto a el concepto de Calidad de Vida (CV) propuesto por la Organización Mundial de Salud (OMS) corresponde a la percepción del individuo sobre su posición en la vida, en el contexto de la cultura y el sistema de valores en los cuales está inserto, y en relación con sus objetivos, expectativas, estándares y preocupaciones (WHOQOL GROUP, 1998). La OMS es un organismo de la Organización de las Naciones Unidas (ONU), especializado en salud

desde 1948. Su objetivo principal es elevar el nivel de salud de las personas en todas las sociedades y culturas del mundo (Alves Corrêa et al., 2013)

Desde la segunda mitad del siglo XX hasta nuestros días, el concepto ha pasado de ser un constructo filosófico y/o sociológico, a definirse y concretarse en las prácticas profesionales de los servicios sociales, la salud y la educación, adquiriendo un rol fundamental en las ciencias sociales (Schalock & Verdugo, 2006). Asimismo, debe ser abordada desde un análisis transcultural, reconociendo tanto sus aspectos universales (éticos), como sus elementos dependientes de la cultura (émicos). Para que de esta manera sea posible realizar generalizaciones respecto al tema (Markus & Kitayama, 1991; Schalock & Verdugo, 2003; Verdugo, Jenaro & Schalock, 2006). Por consiguiente, el concepto puede ser utilizado para una serie de propósitos, tales como: la evaluación de las necesidades de las personas y sus niveles de satisfacción, la evaluación de los resultados de los programas y servicios humanos, la dirección y guía en la provisión de estos servicios y la formulación de políticas nacionales e internacionales dirigidas, tanto a la población general, como a grupos específicos (Gómez-Vela y Sabeh, 2000).

Es relevante considerar que Schwartz y Schwartz (1983) proponen sobre el término de salud mental, que engloba la totalidad del comportamiento humano, el énfasis dado a la salud en el estudio de la calidad de vida tiene toda su justificación. El concepto de salud está fundamentado en un marco biopsicológico, socioeconómico y cultural, teniendo en cuenta los valores positivos y negativos que afectan nuestra vida, nuestra función social y nuestra percepción; por lo que la redefinición del concepto de salud es de naturaleza dinámica y multidimensional. De ahí procede la importancia de medir la Calidad de Vida. El cual es un concepto relacionado con el bienestar social y depende de la satisfacción de las necesidades humanas y de los derechos positivos (libertades, modos de vida, trabajo, servicios sociales y condiciones ecológicas). Los cuales son elementos indispensables para el desarrollo del individuo y de la población; por tanto, caracterizan la distribución social y establecen un sistema de valores culturales que coexisten en la sociedad (Tuesca Molina, 2005).

Por otro lado, Felce y Perry (1995) puntualizan cuatro criterios para definir la CV. El primero como la calidad de las condiciones de vida de una persona; el segundo, la satisfacción experimentada por la persona con dichas condiciones vitales; el tercero, la combinación de componentes objetivos y subjetivos, o sea, la calidad de vida definida como la calidad de las

condiciones de vida de una persona junto a la satisfacción que ésta experimenta; y como cuarto y último, como la combinación de las condiciones de vida y la satisfacción personal ponderadas por la escala de valores, aspiraciones y expectativas personales. Dado que, en la CV están presentes las ideas de bienestar y felicidad, surge cuando las necesidades primarias básicas del hombre fueron satisfechas con un mínimo de recursos, y por lo tanto, aparece cuando está establecido el bienestar social (Felce y Perry, 1995; Gómez-Vela y Sabhe, 2002).

En relación con la ansiedad, Johnson y Melamed (1979) indican que la ansiedad se diferencia del miedo, debido a que la primera consiste en la emisión de una respuesta más difusa, menos focalizada, ocurriendo sin causa aparente y quizás mejor descrita como aprehensión para el individuo. Su característica más llamativa es su carácter anticipatorio, ya que posee la capacidad de prever o señalar el peligro o amenaza para el propio individuo, confiriéndole un valor funcional importante (Sandín y Chorot, 1995); también tiene una función activadora y facilitadora de la capacidad de respuesta del individuo, concibiendo como un mecanismo biológico adaptativo de protección y preservación ante posibles daños presentes en el individuo desde su infancia (Miguel Tobal, 1996). Sin embargo, la ansiedad provoca manifestaciones patológicas en el individuo, tanto a nivel emocional como funcional (Vila, 1984).

Ahora bien, desde la psicología de la personalidad (Endler y Okada, 1975; Eysenck, 1967, 1975; Gray, 1982; Sandín, 1990) se concibe la ansiedad en términos de rasgo y estado. Desde el punto de vista de rasgo (personalidad neurótica), presenta tendencia individual a responder de forma ansiosa, es decir, se tiende hacia una interpretación situacional-estimular caracterizada por el peligro o la amenaza, respondiendo ante la misma con ansiedad. La ansiedad-estado, según Spielberger (1972), es un “estado emocional” inmediato, modificable en el tiempo, caracterizado por una combinación única de sentimientos de tensión, aprensión y nerviosismo, pensamientos molestos y preocupaciones, junto a cambios fisiológicos. Por su parte, la ansiedad-rasgo hace referencia a las diferencias individuales de ansiedad relativamente estables, siendo éstas una disposición, tendencia o rasgo.

No obstante, durante una hospitalización médica, el enfermo puede sufrir ansiedad si percibe el medio hospitalario amenazante, en virtud de estar alejado de sus familiares, si fracasa en afrontar su enfermedad o si es portador de algún trastorno de ansiedad; después de infarto miocárdico y tratamientos como cáncer de mama, se ha descrito estrés postraumático. A su vez,

perturba y limita al paciente para enfrentar la enfermedad y, al médico, puede dificultar diagnósticos y tratamientos (Hernández G. et al., 2005). La ansiedad puede influir en el resultado final de prácticamente todas las enfermedades médicas. Por ello es importante que todos los profesionales de la salud se familiaricen con el diagnóstico y tratamiento de la ansiedad. El reconocer la ansiedad en los pacientes que asisten al consultorio aumenta la capacidad del médico para dar una atención total a su paciente. El conocimiento de los mecanismos subyacentes ofrece una base científica para el tratamiento (Reyes – Ticas, 2006).

En cuanto al Trastorno Depresivo, es una de las entidades clínicas más investigadas por la población psicológica, debido a la gran influencia que puede tener como consecuencia en las actividades diarias a las que está expuesta la mayoría de los jóvenes, junto a otros factores que influyen en su vida, como el socioeconómico (el estrato), el género y la edad, los cuales son elementos que predisponen al desarrollo de la depresión (Guavita & Sanabria, 2006).

Desde el punto de vista de la quinta edición del "Diagnostic Statistical Manual of Mental Disorders" (DSM-5), la depresión es un trastorno del estado de ánimo, donde la principal característica es una alteración del humor y, según su temporalidad y origen sintomático, tiene una clasificación particular; distinguiéndose del trastorno depresivo mayor, trastorno distímico y trastornos bipolares como los principales (Diagnostic and statistical manual of mental disorders (5th ed.), 2013). De hecho, para la Organización Mundial de la Salud (OMS), es un trastorno mental afectivo común y tratable, frecuente en el mundo y caracterizado por cambios en el ánimo con síntomas cognitivos y físicos, y estos pueden ser de etiología primaria o secundaria al encontrarse enfermedades de base, como el cáncer, enfermedad cerebro vascular, infartos agudos al miocardio, diabetes, VIH, enfermedad de Parkinson, trastornos alimenticios y abuso de sustancias (OMS, 2021).

La depresión es considerada como un trastorno del estado de ánimo. Dicho concepto se refiere a una diversidad de condiciones clínicas caracterizadas, fundamentalmente, por cambios del estado de ánimo y del afecto. El estado de ánimo es el estado emocional subjetivo de la persona y el afecto es lo objetivo o lo observable del estado de ánimo. Los TEA incluyen trastornos en los que el estado de ánimo es deprimido, aunque también en algunas ocasiones puede ser eufórico. Estas fluctuaciones patológicas del estado de ánimo, ya sea depresión o euforia, se distinguen de las normales en: 1) la intensidad del estado de ánimo; 2) su duración; 3)

su asociación con otras señales y síntomas clínicos; y 4) su impacto sobre el funcionamiento del individuo (Friedman y Thase, 1995).

Para Aaron Beck (1967), padre de la terapia cognitiva, el paciente con depresión presenta un esquema que involucra una visión negativa de sí mismo, del entorno y del futuro. A este esquema se lo conoce como triada cognitiva. El paciente se ve a sí mismo incapaz e inútil, quizás despreciable o defectuoso. Con relación a su entorno, interpreta en términos de daños y pérdidas mayor parte de sus experiencias vitales a tiempo que cree que el futuro vendrá acompañado de fracasos y frustraciones. Dado que la persona con depresión se siente desesperanzada, cree que las situaciones venideras serán incontrolables; responde entonces con pasividad, resignadas a no poder modificarlas (Dahab, et al, 2002).

Es posible medir la ansiedad y depresión con la escala de Ansiedad - Depresión Hospitalaria (HAD) diseñada por Zigmond y Snaith (1983) la cual fue diseñada para la detección de trastornos afectivos en el ámbito del Hospital General. Es un Instrumento de screening para la detección de pacientes con trastornos afectivos. Para evitar puntuaciones engañosas, que implica la evaluación de síntomas somáticos, evitaron incluir ítems con síntomas físicos o somáticos. Además, posee dos series de cuestiones, una representa la escala de ansiedad y la otra de depresión.

De acuerdo con investigaciones previas con referencia al impacto de una enfermedad y/o patología en la Calidad de Vida de los pacientes se detecta que la malformación del Pectus, provoca en los pacientes una imagen corporal alterada, baja autoestima, sentimientos de inferioridad, ansiedad social, depresión, dificultad para adaptarse y reducción de la calidad de vida (Chavoin, et al., 2019; Orrick, B.A. et al., 2021). Sin embargo, la corrección de la malformación da como consecuencia una mejora tanto en la calidad de vida como la imagen corporal, autoestima, actividades físicas y sociales, además de mejorar la función cardíaca y tolerancia al ejercicio (Ajila, J. A. S, 2022). Con lo que refiere al Pectus Excavatum, las complicaciones que se suelen observar en estos pacientes generalmente se originan como consecuencia de la compresión pulmonar y cardíaca, infecciones frecuentes del tracto respiratorio, atelectasias, prolapso de la válvula mitral, alteraciones secundarias de la columna vertebral y restricciones en la realización de actividades físicas. Por lo tanto, es crucial no pasar

por alto la baja autoestima que experimentan estos pacientes (Vasquez Chacon V. et al., 2021). Por su parte, el Pectus Carinatum presenta signos y síntomas que a menudo se derivan de desórdenes psicológicos, lo que resulta en la tendencia de estos pacientes a volverse más introvertidos y reservados. Además, pueden experimentar manifestaciones cardiorrespiratorias, como palpitations, dificultad para respirar y sibilancias, vinculadas con la disminución de la circunferencia de la pared torácica debido a la reducción de la dimensión lateral (Pian L.C.M. et al., 2022). Asimismo, en ambos tipos de pectus, la operación tiene como finalidad la de corregir la deformidad en el tórax para facilitar el desarrollo normal tanto de la función cardiopulmonar y rectificar un defecto estético que ocasiona una notable disminución en la autoestima de los pacientes (Lavaderos J.F. et al., 2020). Por otro lado, en pacientes oncológicos se demostró que cerca de la mitad de los participantes habían percibido su calidad de vida como mala y muy mala. En las áreas afectadas se encontró que tanto el apoyo familiar y social eran positivos, en contraste con la mala adherencia al tratamiento y una relación negativa entre médico-paciente (Rodas Mosquera, 2020). De igual manera, con respecto a la Severidad de la epilepsia, dio como resultado que su parámetro frecuencia de crisis influye negativamente en la calidad de vida del paciente epiléptico (Acevedo Orellano y Pinchi Ramirez, 2019). Sin embargo, una buena adhesión al tratamiento está asociada a evitar el comportamiento depresivo y a la ausencia de adicciones y, además, no se asoció a una baja calidad de vida (Gutierrez - Gabriel et al., 2019). De hecho, la calidad de vida difiere significativamente en función de la percepción de salud, la presencia de enfermedades y el grupo de edad. Es así como las personas mayores con mala percepción de salud y con enfermedades obtienen una peor calidad de vida, en comparación con las personas jóvenes, sin enfermedades y con buena percepción de salud. Por lo tanto, la percepción de la calidad de vida se va a ver afectada por la propia percepción de la salud, pero también por la aparición de enfermedades, y esto varía dependiendo del grupo etario (Razo Gonzalez, et al., 2018). Asimismo, la presencia de la incertidumbre, el temor a la enfermedad, la situación de confinamiento o la carencia de ingresos pueden desencadenar o intensificar los trastornos de salud mental (Conesa, A. G., 2021).

Por lo que se refiere a Ansiedad y Depresión, presentar una enfermedad crónica durante la adolescencia supone una perturbación importante. Los problemas de salud mental en la adolescencia pueden interferir negativamente en el tratamiento y en el curso de la enfermedad ya que los adolescentes con problemas crónicos de salud física suelen referir síntomas ansioso-

depresivos (Valero - Moreno, et al, 2019). Además, el periodo pre - operatorio es considerada la etapa más sensible para el paciente, debido a que se torna más vulnerable en sus necesidades, en particular las psicológicas, siendo más propenso a un desequilibrio emocional, angustia, miedo, que se traducen muchas veces en ansiedad y depresión. Por lo que la cirugía genera sufrimiento en diversos aspectos, desde el dolor y los riesgos a que lo expone el aislamiento de su vida cotidiana, incertidumbres y limitaciones implicadas (Tavares, E. et al., 2019). Asimismo, Paredes Pérez et al. (2020) informa que la hospitalización puede generar descompensaciones de enfermedades mentales ya preexistentes en el paciente. De este modo, sugirió que es necesario seguir protocolos de emergencia para intervención oportuna, principalmente dirigidos a pacientes hospitalizados. Vale la pena decir que tanto la ansiedad como la depresión pueden presentarse en pacientes con distintas patologías, y con mayor riesgo en aquellos con hospitalización prolongada (Noguera M. et al., 2020). De este modo, se detectó que, durante la hospitalización, las personas tienden a presentar problemas emocionales ya que los pacientes internados tienden a presentar problemas de ansiedad y depresión, sin diferenciar el tipo de hospital. (Preciado - Duarte N. Y., et al., 2018; Muñoz-Najar Pacheco, A.O. et al., 2019; Duran-Badillo, et al., 2021).

Teniendo en cuenta lo anterior, se plantea la siguiente pregunta de investigación ¿Cuál es la relación entre la Calidad de Vida y la Ansiedad y Depresión hospitalaria en pacientes con malformación de la pared torácica de Buenos Aires, Argentina?. Por lo cual, se plantea como objetivo general analizar la relación entre los niveles de la Calidad de Vida y Ansiedad y Depresión Hospitalaria en los pacientes diagnosticados con malformación de la pared torácica de Buenos Aires, Argentina. Como objetivos específicos: a) Describir los niveles de la Calidad de Vida; b) Caracterizar los niveles de Ansiedad y Depresión hospitalaria; c) Comparar la muestra en relación a las variables mencionadas y variables sociodemográficas tales como Edad, Sexo, Obra Social/ Prepaga/ Particular, Tipo de malformación del pectus, Tratamiento para el pectus y Tratamiento Psicológico. En esta línea, se plantea la siguiente hipótesis general en la que aquellos pacientes con malformación de la pared torácica presentaran una relación significativa entre la Calidad de Vida y la Ansiedad- Depresión hospitalaria. Hipótesis específicas: a y b) En los adolescentes se presentarán bajos niveles en su Calidad de Vida y altos niveles en su Ansiedad y Depresión hospitalaria; c) A mayor edad, y con el tipo de Pectus Excavatum, mayor será el impacto de la malformación en su Calidad de Vida y en su Ansiedad y Depresión

hospitalaria; A menor edad, y con el tipo de Pectus Excavatum, menor será el impacto del diagnóstico en su Calidad de Vida y en su Ansiedad y Depresión hospitalaria.

Relevancia

En la presente investigación se intentará ser parte del estado del arte de la ciencia, contribuyendo como tal a la búsqueda de respuestas científicas en relación con el impacto que tiene la malformación de la pared torácica (Pectus) en la Calidad de Vida del sujeto y en relación, a su vez, con la Ansiedad y Depresión hospitalaria. Pues, al dar cuenta sobre el impacto que tiene dicha patología en la Calidad de Vida y a su vez, con la Ansiedad y Depresión hospitalaria del sujeto nos permitirá elaborar nuevas técnicas que posibiliten el desarrollo de la práctica médica, al mismo tiempo que reconocer su importancia a nivel psicológico. De este modo, podrá ser de referencia, no solamente para psicólogos que trabajen en un ambiente hospitalario, sino que también para especialistas como cirujanos pediátricos y torácicos, cirujanos plásticos, cardiólogos, especialistas en imágenes, kinesiólogos e instrumentadores quirúrgicos. De modo que, se pretende concientizar a la sociedad de la importancia de lo que significa atravesar por una patología de este tipo y en qué consiste el hecho de vivir con una malformación. De este modo, se podrá ver cómo afecta al aspecto psicológico de los pacientes que traspasan por dicha problemática.

Metodología

Diseño

La presente investigación es de tipo no experimental, de alcance correlacional-comparativo, de corte transversal y con un enfoque cuantitativo. Teniendo en cuenta la conceptualización de Hernández Sampieri (2014), es no experimental ya que no se ejerce manipulación sobre la variable estudiada, la cual se analizará en su contexto natural. No obstante, es de alcance correlacional, ya que este tipo de estudio tiene como finalidad conocer la relación o grado de asociación que puede existir entre dos o más variables en una muestra en particular. Asimismo, es de corte transversal debido a que la recopilación de datos será en un momento único. Y con un enfoque cuantitativo a fin de analizar de forma estadística los resultados obtenidos.

Participantes

La muestra adoptó un muestreo no probabilístico de tipo bola de nieve (Hernández Sampieri et al., 2014) y estuvo conformada por N= 30 pacientes de ambos sexos ($F=11$; $M=19$) de edad comprometida a partir de los 14 años de edad. A continuación, en la Tabla 1 se presentan las características sociodemográficas de los participantes.

Tabla 1.

Datos sociodemográficos de la muestra

	<i>Participantes</i>	<i>% (n)</i>
Edad	Adolescentes (14 a 20 años)	33,3 % (10)
	Juventus (21 a 25 años)	36,7 % (11)
	Adulthood (26 a 45 años)	30 % (9)
Sexo	Femenino	36,7 % (11)
	Masculino	63,3% (19)
Obra Social/ Prepaga / Particular	Obra Social	43,3 % (13)
	Prepaga	23,3 % (7)
	Particular	33,3 % (10)
Tipo de Pectus	Pectus Excavatum	70% (21)
	Pectus Carinatum	30% (9)
Tratamiento para el Pectus	Ninguno	83,3 % (25)
	Fisioterapia	16,7% (5)

Tratamiento psicológico	Si	26,7% (8)
	No	73,3 % (22)

Procedimiento

Se comenzó a enviar el formulario a distintos sujetos para luego re enviar el cuestionario, aclarando que la misma es con fines exclusivamente académicos en cuanto a los aspectos éticos guiados por la Declaración de Helsinki (2000) para la investigación médica en seres humanos, incluida la investigación del material humano y la información identificables. Por otro lado, los participantes son pacientes de distintas instituciones que participan por voluntad propia. Luego, se realizaron las encuestas de manera virtual, mediante el uso de plataformas digitales Google Form®, WhatsApp, Instagram y Facebook . Así mismo, aquellos pacientes que contaban con menos de 18 años se les presentó el Consentimiento Informado para que pueda ser completado por los tutores a cargo. Por consiguiente, se revisaron los datos de las personas voluntarias a participar de la muestra, para así, lograr corroborar que cumplieran con los requisitos incluyentes de la investigación. En el protocolo se presentó en primera instancia el consentimiento informado, luego el cuestionario sociodemográfico ad hoc, seguido el cuestionario SF-36 (36-item Medical Outcomes Study Short-Form General Health Survey) y finalmente de Ansiedad y Depresión Hospitalaria (HAD). Los participantes tardaron aproximadamente 10 minutos en contestar la totalidad de los cuestionarios. Los datos fueron recabados en los meses de Agosto del 2023 hasta Enero del 2024.

Instrumentos

Para la recopilación de la información de los pacientes se utilizó un formulario con la herramienta Google Form® que posee un cuestionario sociodemográfico, cuestionario SF-36 (36-item Medical Outcomes Study Short-Form General Health Survey) y la escala de Ansiedad y Depresión Hospitalaria (HAD, Hospital Anxiety and Depression Scale-HADS, Zigmond & Snaith, 1983).

Para el cuestionario sociodemográfico de tipo *ad - hoc* tiene el objetivo de caracterizar la muestra en edad, sexo, estado civil, nivel educativo, obra social, prepaga, particular, cuidador

primario, tratamiento, medicación, edad actual, edad de inicio de la malformación, si ha empeorado o no, cronicidad, consultas previas, antecedentes familiares de pectus, antecedentes patológicos del paciente, si hace deportes y con qué frecuencia y síntomas fisiológicos.

Además, se administró el cuestionario SF-36 (36-item Medical Outcomes Study Short-Form General Health Survey, Ware et al., 1992) fue desarrollado en Estados Unidos a principios de los años noventa en el Estudio de los Resultados Médicos (Medical Outcomes Study, MOS) y fue traducido por dos personas de habla bilingüe quienes realizaron una traducción en común de los ítems del cuestionario y también de las opciones de respuesta para medir el impacto de la Calidad de Vida en Relación a la Salud (CVRS) en España. Asimismo, se tomó en cuenta la adaptación hecha en Cuba de Blanco, W. G. T et al., (2014) que consta de 36 ítems agrupadas en 8 dimensiones de salud: Función física (FF): Se encarga de medir el grado en que las afectaciones a la salud limitan las actividades físicas, Rol físico (RF): analiza cuánto las afectaciones a la salud obstaculizan el trabajo y otras actividades de la vida diaria. Se puede traducir en un rendimiento limitado de las actividades que puedan realizar, Dolor corporal (DC): investiga cómo el dolor percibido se proyecta en el trabajo habitual y las actividades de la vida diaria, Salud general (SG): busca la percepción que tienen los pacientes sobre su estado de salud e incluye la situación actual, perspectivas futuras y la resistencia a enfermar, Vitalidad (VT): escudriña la percepción del sentimiento de energía y la cualidad de tener vida frente al cansancio y el desánimo, Función social (FS): analiza en qué medida los problemas emocionales derivados de su estado de salud, interfieren en la vida social habitual, Rol Emocional (RE): **calcula en qué grado los problemas emocionales afectan el trabajo y otras actividades diarias, teniendo en cuenta la reducción del tiempo dedicado, disminución del rendimiento y del esmero y Salud mental (SM):** investiga la salud mental en general, considerando aspectos como la depresión, ansiedad, autocontrol y bienestar general. El Cuestionario está dirigido a personas de ≥ 14 años y puede ser autoadministrado, mediante entrevista personal y telefónica. Además, mide los estados positivos y negativos de la calidad de vida relacionada con la salud física y psíquica, y cuenta con las siguientes características métricas: los ítems con 3 opciones de respuestas se puntúan con valores de 0–50–100; las que tuvieron 5 opciones de respuestas: 0–25–50–75–100; con 6 opciones de

respuestas: 0–20– 40–60–80–100. Los 36 ítems tienen categorías con un recorrido de 0 a 100 (de la menor a la mayor calidad posible) o viceversa, por lo que a mayor sea la calificación mejor va a ser el estado de salud. Una vez marcada las opciones de respuesta, se promedian los cuestionarios para crear las dimensiones y así obtener el valor de calidad de vida relacionado con la salud para las 8 dimensiones previamente mencionadas, las cuales van de 0 a 100 con punto de corte en 50, en el que tanto por encima o por debajo se obtendrán resultados negativos y positivos de salud. Asimismo, se ha demostrado una confiabilidad satisfactoria, con un Alfa de Cronbach de 0,9066 para la salud física y de 0,8769 para la salud mental.

Y la Escala de Ansiedad y Depresión Hospitalaria (HAD, Hospital Anxiety and Depression Scale-HADS, Zigmond & Snaith, 1983) como instrumento de screening que permita detectar en los pacientes trastornos afectivos, dejando afuera funciones físicas o síntomas somáticos (insomnio, fatiga, pérdida de apetito, etc.). Ahora bien, se tomó la adaptación colombiana de Rico J.L et al., 2005 en pacientes con cáncer del instituto nacional de cancerología de Colombia. Asimismo, posee subescalas que derivan de la experiencia clínica, que consta de dos series de siete preguntas en ambas secciones. Una representa la escala de ansiedad y la otra de depresión. La subescala de depresión está centrada en el concepto de anhedonia como síntoma principal y que diferencia primordialmente la ansiedad de la depresión. Está estructurada por una escala tipo Likert con cuatro opciones de respuestas que puntúan de 0 a 3, servía para detectar la sintomatología ansiosa (ítems impares) y depresiva (ítems pares) para un total de 0 a 21. Ha mostrado una alta consistencia interna con alfas entre 0,83 y 0,85, además de una alta confiabilidad test retest ($r=0,75$) y una adecuada validez convergente ($p < 0,05$); en un principio se desarrolló para personas de entre 16 y 65 años, se ha ampliado el rango de edad de su uso y se ha utilizado desde los 10 años hasta los 85 años, mostrando rangos de sensibilidad entre 0,74 y 0,84, especificidad de 0,78 a 0,80. Antes de cumplir con el instrumento, el paciente debe previamente inferir cómo se siente en ese momento dado y cómo se sintió los días previos al cuestionario. Todas aquellas puntuaciones mayores a 10 van a ser consideradas como indicativos de morbilidad. Además de que las puntuaciones de 8 – 10 se interpretaría como posibles casos de borderline o fronterizo. Por otro lado, las puntuaciones inferiores a 8 se las considerará como ausencia de morbilidad significativa (Ryde-Brandt, 1990).

Análisis de los datos

Para los datos que fueron recabados se utilizó el programa SPSS (Statistical Package for the Social Sciences) 25. Asimismo, se realizó un análisis descriptivo de las principales variables de estudio. Posteriormente se procedió a evaluar la normalidad de las variables utilizando la prueba Kolmogorov- Smirnov y se utilizó la prueba de Levene para medir la homogeneidad de varianzas.

Para evaluar la asociación entre variables se utilizó la prueba de correlación de Rho de Spearman. Para las comparaciones de grupos se utilizó la prueba U de Mann Whitney. Para comparaciones múltiples se utilizó H de Kruskal -Wallis. En todos los casos se considera significativo un $p < .05$.

Resultados

Estadística descriptiva de las principales variables medidas

En la Tabla 2 se presenta la descripción de las variables de estudio utilizando medidas de tendencia central tales como media (M), desviación típica (DT), intervalo de confianza del 95% para la media (95% IC), puntajes mínimos (Mín.) y puntajes máximos (Máx.). Se observa que para la Calidad de Vida, los pacientes obtuvieron puntuaciones moderadas en lo que refiere a la Medida Sumario Físico, en contraste, con la Medida Sumario Mental se presentaron puntuaciones bajas. Por otro lado, en relación a la Ansiedad - Depresión Hospitalaria, las puntuaciones obtenidas de la Subescala de Ansiedad (HAD - A) fueron moderadas, mientras que las de la Subescala de Depresión (HAD - D) fueron más elevadas.

Tabla 2.

Descripción de las variables de estudio

	<i>M (DT)</i>	<i>95% IC</i>	<i>Mín.</i>	<i>Máx.</i>
Función Física (FF)	27. 83 (1.577)	[27.24 – 28.42]	25	32
Rol Físico (RF)	9.53 (0.819)	[9.23 – 9.23]	8	10

Dolor Corporal (DC)	2.70 (0.915)	[2.36 – 3.04]	2	4
Salud General (SG)	20.0 (2.213)	[19.17 – 20.83]	13	24
Rol Emocional (RE)	4.97 (1.033)	[4.58 – 5.35]	3	6
Función Social (FS)	4.30 (1.442)	[3.76 – 4.84]	2	7
Salud Mental (SM)	17.37 (1.974)	[16.63 – 18.10]	13	22
Vitalidad (VIT)	11.67 (1.373)	[11.15 – 12.18]	9	14
Medida Sumario Físico	60.07 (3.629)	[57.71 – 61.42]	54	67
Medida Sumario Mental	38.300 (3.629)	[36.937 – 39.662]	31	45
Subescala de Ansiedad (HAD – A)	12.93 (2.116)	[14.85 – 17.35]	8	21
Subescala de Depresión (HAD – D)	16.10 (3.346)	[12.14 – 13.72]	10	19

Nota. N = 30.

Análisis de la correlación entre variables de Calidad de Vida y Ansiedad - Depresión hospitalaria

En la Tabla 3 se presentan las correlaciones entre las variables de estudio. Se observa una relación significativa y positiva entre Salud General (SG) y la Subescala de Ansiedad (HAD -

A). Asimismo, también se observaron correlaciones significativas y negativas en Rol Físico (RF), Dolor Corporal (DC), Rol Emocional (RE) con la Subescala de Depresión (HAD - D). Por otro lado, se registró una correlación significativa y positiva en las dimensiones de Salud Mental (SM) Y Vitalidad (VIT) en la Subescala de Depresión (HAD - D). Las fuerzas de correlación fueron bajas y moderadas.

Tabla 3.

Correlación entre Calidad de Vida y Ansiedad - Depresión Hospitalaria

	Subescala Ansiedad (HAD – A)	Subescala Depresión (HAD -D)
Función Física (FF)	-.062	.323
Rol Física (RF)	.068	-.461*
Dolor Corporal (DC)	.232	-.388*
Salud General (SG)	.393*	-.055
Rol Emocional (RE)	.172	-.348
Función Social (FS)	-.010	.354
Salud Mental (SM)	.143	.420*
Vitalidad (VIT)	-.158	.368*
Medida Sumatoria Física	.306	-.134
Medida Sumatoria Mental	-.033	.410*

*Prueba Rho de Spearman **=p<.01. *=p<.05.*

Comparación entre Calidad de Vida y Ansiedad - Depresión hospitalaria

Sociodemográficas

En la Tabla 4 se resumen las diferencias entre grupos en función de la Edad y las variables de estudio. Se encontraron diferencias estadísticamente significativas en la dimensión de Rol Físico (RF) en el cual, puntuaron niveles más elevados la Adultez. Asimismo, se encontraron diferencias estadísticamente significativas en la dimensión de Función Social (FS), en el que puntuaron niveles más elevados los Adolescentes.

Tabla 4.

Comparación según Edad

	<i>Adolescencia (14 a 20 años)</i>	<i>Juventud (21 a 25 años)</i>	<i>Adultez (26 a 60 años)</i>	<i>h.</i>	<i>p.</i>
Función Física (FF)	13.55	17.36	15.39	1.063	.596
Rol Físico (RL)	11.90	15.50	19.50	5.904	.052
Dolor Corporal (DC)	13.85	14.00	19.17	2.949	.229
Salud General (SG)	13.25	13.77	20.11	3.689	.158
Rol Emocional (RL)	14.20	13.59	19.28	2.665	.264
Función Social (FS)	18.70	18.00	8.89	7.605	.022

Salud Mental (SM)	19.70	15.36	11.00	4.889	.087
Vitalidad (VIT)	15.70	18.14	12.06	2.509	.285
Medida Sumario Físico	12.25	14.59	20.22	4.126	.127
Medida Sumario Mental	18.15	17.59	10.00	5.092	.078
Subescala de Ansiedad (HAD – A)	16.20	12.18	18.78	2.915	.233
Subescala de Depresión (HAD – D)	17.25	17.41	11.22	3.189	.203

Prueba H de Kruskal-Wallis.

En la Tabla 5 se resumen las diferencias entre grupos en función del Sexo y las variables de estudio. No se hallaron diferencias estadísticamente significativas en estos grupos ($p > .05$).

Tabla 5.

Comparación según Sexo

	<i>Femenino</i>	<i>Masculino</i>	<i>Z</i>	<i>p.</i>
Función Física (FF)	14.00	16.37	-.728	.466
Rol Físico (RL)	14.05	16.34	-.890	.373

Dolor Corporal (DC)	12.91	17.00	-1.410	.159
Salud General (SG)	13.95	16.39	-.746	.456
Rol Emocional (RL)	12.18	17.42	-1.658	.097
Función Social (FS)	17.09	14.58	-.770	.442
Salud Mental (SM)	15.55	15.47	-.022	.982
Vitalidad (VIT)	17.45	14.34	-.952	.341
Medida Sumario Físico	13.18	16.84	-1.105	.269
Medida Sumario Mental	15.45	15.53	-.022	.983
Subescala de Ansiedad (HAD – A)	14.27	16.21	-.585	-1.455
Subescala de Depresión (HAD – D)	18.50	13.76	.558	.146

Prueba de U de Mann – Whitney

En la Tabla 6 se resumen las diferencias entre grupos en función de la Obra social/ Prepaga/ Particular y las variables de estudio. Se encontraron diferencias estadísticamente significativas en las dimensiones de Dolor Corporal (DC), Salud General (SG) y Rol Emocional (RE) en el que las puntuaciones con niveles más elevados provinieron de la Obra Social. A su vez, hubo diferencias significativas en Función Social (FS), en donde los niveles más elevados provinieron de la Prepaga.

Tabla 6.

Comparación según Obra Social/ Prepaga/ Particular

	<i>Obra Social</i>	<i>Prepaga</i>	<i>Particular</i>	<i>h.</i>	<i>p.</i>
Función Física (FF)	16.85	13.50	15.15	.716	.699
Rol Físico (RL)	17.04	13.21	15.10	1.488	.475
Dolor Corporal (DC)	18.27	9.50	16.10	6.057	.048
Salud General (SG)	19.58	8.86	14.85	7.103	.029
Rol Emocional (RL)	18.50	9.07	16.10	5.892	.053
Función Social (FS)	10.96	20.71	17.75	6.854	.032
Salud Mental (SM)	13.58	17.93	16.30	1.305	.521

Vitalidad (VIT)	13.81	18.57	15.55	1.411	.494
Medida Sumario Físico	19.46	9.50	14.55	6.083	.048
Medida Sumario Mental	13.23	17.64	16.95	1.566	.457
Subescala de Ansiedad (HAD – A)	13.58	17.86	16.35	1.233	.540
Subescala de Depresión (HAD – D)	16.00	12.50	16.95	1.182	.554

Prueba H de Kruskal-Wallis.

En la Tabla 7 se resumen las diferencias entre grupos en función del Tipo de Pectus y las variables de estudio. Se encontraron diferencias significativas en las dimensiones de Dolor Corporal (DC) y Rol Emocional (RE). Los que puntuaron niveles más elevados fueron los que tienen Pectus Excavatum.

Tabla 7.

Comparación según Tipo de Pectus

	<i>Pectus Excavatum</i>	<i>Pectus Carinatum</i>	<i>Z</i>	<i>p.</i>
Función Física (FF)	16.69	12.72	-1.160	-.702
Rol Físico (RL)	16.07	14.17	-1.195	.483

Dolor Corporal (DC)	17.29	11.33	-1.951	.051
Salud General (SG)	17.00	12.00	-1.454	.146
Rol Emocional (RL)	17.62	10.56	-2.126	.034
Función Social (FS)	14.48	17.89	-.994	.320
Salud Mental (SM)	14.21	18.50	-1.256	.209
Vitalidad (VIT)	14.10	18.78	-1.374	.170
Medida Sumario Físico	17.38	11.11	-1.800	.072
Medida Sumario Mental	14.76	17.22	-.705	.481
Subescala de Ansiedad (HAD – A)	15.17	16.28	-.319	.750
Subescala de Depresión (HAD – D)	15.62	15.22	-.116	.908

Prueba de U de Mann – Whitney

En la Tabla 8 se resumen las diferencias entre grupos en función del Tratamiento del Pectus y las variables de estudio. Se encontraron diferencias estadísticamente significativas en Rol Físico (RF), Dolor Corporal (DC) y Rol Emocional (RE). Los que puntuaron niveles más elevados fueron los que no han recibido ningún tipo de tratamiento.

Tabla 8.

Comparación según Tratamiento del Pectus

	<i>Ninguno</i>	<i>Fisioterapia</i>	<i>Z</i>	<i>p.</i>
Función Física (FF)	17.50	14.50	-.285	.775
Rol Físico (RL)	16.62	9.90	-2.015	.044
Dolor Corporal (DC)	16.70	9.50	-1.919	.055
Salud General (SG)	16.40	11.00	-1.277	.202
Rol Emocional (RL)	17.02	7.90	-2.232	.026
Función Social (FS)	15.12	17.40	-.540	.589
Salud Mental (SM)	14.90	18.50	-.858	.391
Vitalidad (VIT)	14.82	18.90	-.973	.330

Medida Sumario Físico	16.64	9.80	-1.597	.110
Medida Sumario Mental	15.40	16.00	-.140	.889
Subescala de Ansiedad (HAD – A)	14.84	18.80	-.925	.355
Subescala de Depresión (HAD – D)	15.54	15.30	-.057	.955

Prueba de U de Mann – Whitney

En la Tabla 9 se resumen las diferencias entre grupos en función del Tratamiento Psicológico y las variables de estudio. No se encontraron diferencias estadísticamente significativas en estos grupos ($p > .05$).

Tabla 9.

Comparación según Tratamiento Psicológico

	<i>Si</i>	<i>No</i>	<i>Z</i>	<i>p.</i>
Función Física (FF)	14.56	15.84	-.361	.718
Rol Físico (RL)	18.00	14.59	-1.213	.225
Dolor Corporal (DC)	12.88	16.45	-1.132	.258

Salud General (SG)	13.88	16.09	-.622	.534
Rol Emocional (RL)	12.56	16.57	-1.163	.245
Función Social (FS)	17.38	14.82	-.719	.472
Salud Mental (SM)	15.13	15.64	-.145	.885
Vitalidad (VIT)	16.63	15.09	-.434	.664
Medida Sumario Físico	14.31	15.93	-.449	.654
Medida Sumario Mental	15.56	15.11	-.024	.981
Subescala de Ansiedad (HAD – A)	15.38	15.11	-.402	.688
Subescala de Depresión (HAD – D)	15.38	15.55	-.048	.962

Prueba de U de Mann – Whitney

Discusión y Conclusión

El objetivo principal de la presente investigación fue conocer la relación entre los niveles de la Calidad de Vida y Ansiedad y Depresión Hospitalaria en los pacientes diagnosticados con malformación de la pared torácica. Asimismo, como objetivos específicos se plantearon: a) Describir los niveles de la Calidad de Vida; b) Caracterizar los niveles de Ansiedad y Depresión hospitalaria; c) Comparar la muestra en relación a las variables mencionadas y variables sociodemográficas como Edad, Sexo, Obra Social/ Prepaga/ Particular, Tipo de pectus, Tratamiento para el pectus y Tratamiento Psicológico.

Teniendo en cuenta la hipótesis general la cual establece que aquellos pacientes con malformación de la pared torácica presentaran una relación significativa entre la Calidad de Vida y la Ansiedad- Depresión hospitalaria. Los resultados indicaron que hay una relación significativa y positiva entre Salud General (SG) y la Subescala de Ansiedad (HAD - A). Debido a la percepción que el paciente tiene con su aspecto físico, ya sea en su situación actual, su perspectiva futura o su resistencia a la enfermedad, generaría mayor ansiedad. Por lo que a medida que los puntajes en la dimensión de Salud General (SG) aumentan, los puntajes en la subescala de Ansiedad (HAD - A) también tienden a aumentar. A su vez, se observaron correlaciones significativas y negativas en Rol Físico (RF) y Dolor Corporal (DC), con la Subescala de Depresión (HAD - D). Los pacientes que presentan mejores niveles en las dimensiones de Rol Físico y Dolor Corporal tienden a mostrar menores niveles de depresión. Ya que no se ven afectados en su totalidad su rendimiento en su vida cotidiana. Asimismo, se registró una correlación significativa y positiva en las dimensiones de Salud Mental (SM) Y

Vitalidad (VIT) en la Subescala de Depresión (HAD - D). Es decir que aquellos pacientes que tenían una percepción de la vida más desfavorable aumentaron los sentimientos de depresión. Según estudios previos, estos datos pueden deberse a la presencia de incertidumbre, el temor a la enfermedad en sí misma, la situación de confinamiento o la carencia de ingresos pueden desencadenar o intensificar los trastornos de salud mental (Conesa, A. G., 2021).

Sin embargo, no hay una relación significativa con las demás dimensiones de Calidad de Vida y las de Ansiedad y Depresión Hospitalaria. En concordancia con lo expuesto previamente, la hipótesis se corrobora en determinadas dimensiones de las variables, aunque no se corrobora en la totalidad para ambas escalas.

Con respecto a la Edad de los pacientes evaluados y las variables de estudio, se encontraron diferencias estadísticamente significativas en la dimensión de Rol Físico (RF) en el cual, puntuaron niveles más elevados la Adultez. Esto puede deberse a que la malformación del Pectus limita el rendimiento de las actividades que puedan realizar. Por otro lado, se encontraron diferencias estadísticamente significativas en la dimensión de la Función Social (FS), en el que puntuaron niveles más elevados los Adolescentes.

Por lo tanto, con lo que respecta a las hipótesis específicas a y b) En los adolescentes se presentarán bajos niveles en su Calidad de Vida y altos niveles en Ansiedad y Depresión hospitalaria. De acuerdo con los resultados obtenidos, se encontró que los adolescentes no han presentado alteraciones significativas en las dimensiones de Ansiedad - Depresión hospitalaria, pero sí en las dimensión de Calidad de Vida de Función Social (FS), confirmando resultados con investigaciones previas que atribuyen que la malformación del Pectus provoca en los pacientes una imagen corporal alterada, baja autoestima, sentimientos de inferioridad, ansiedad social, depresión, dificultad para adaptarse y reducción de la calidad de vida analiza en qué medida los

problemas emocionales derivados de su estado de salud, interfieren en la vida social habitual (Chavoín, et al., 2019; Orrick, B.A. et al., 2021).

Ahora bien, en cuanto a la hipótesis c) A mayor edad, y con el tipo de Pectus Excavatum, mayor será el impacto de la malformación en su Calidad de Vida y en su Ansiedad y Depresión hospitalaria; A menor edad, y con el tipo de Pectus Excavatum, menor será el impacto del diagnóstico en su Calidad de Vida y en su Ansiedad y Depresión hospitalaria. Se comprobó que a mayor edad, mayor es el impacto de la malformación en su Calidad de Vida y en la Ansiedad - Depresión hospitalaria, ya que se observaron puntuaciones más elevadas en los adultos que en los adolescentes. Es por eso que, de acuerdo con la lectura existente, es recomendable que los pacientes logren operarse, ya que la corrección de la malformación daría como resultado una mejora tanto en la calidad de vida como la imagen corporal, autoestima, actividades físicas y sociales, además de mejorar la función cardíaca y tolerancia al ejercicio (Ajila, J. A. S, 2022).

De acuerdo al Tipo de Pectus se encontraron diferencias significativas en las dimensiones de Dolor Corporal (DC) y Rol Emocional (RE). Los que puntuaron niveles más elevados fueron los que tienen Pectus Excavatum. En virtud de un estudio anterior, los pacientes que tienen este tipo de Pectus, frecuentemente presentan síntomas que surgen como resultado de la compresión pulmonar y cardíaca, infecciones frecuentes del tracto respiratorio, atelectasias, prolapso de la válvula mitral, alteraciones secundarias de la columna vertebral y limitaciones en la participación en actividades físicas. Sin embargo, es fundamental no subestimar la baja autoestima que experimentan estos individuos como consecuencia (Vasquez Chacon V. et. al., 2021). Lo cual podría vincularse en relación con el Tratamiento del Pectus que se encontraron diferencias estadísticamente significativas, quienes no han recibido ningún tipo de tratamiento, en Rol Físico (RF), Dolor Corporal (DC) y Rol Emocional (RE). Ya que conforme con investigaciones previas,

es necesario que estos pacientes puedan realizarse la intervención necesaria para mejorar su condición, tanto física como mental (Lavaderos J.F. et al., 2020).

No obstante, con lo que refiere a Obra social/ Prepaga/ Particular, se encontraron diferencias estadísticamente significativas en las dimensiones de Dolor Corporal (DC), Salud General (SG) y Rol Emocional (RE) en el que las puntuaciones con niveles más elevados provinieron de la Obra Social. A su vez, hubo diferencias significativas en Función Social (FS), en donde los niveles más elevados provinieron de la Prepaga. Esto puede deberse al acceso y disponibilidad que los pacientes tienen con respecto al sistema de salud y sus servicios.

Por otro lado, no se han identificado diferencias estadísticamente significativas en el análisis comparativo entre pacientes que han recibido tratamiento psicológico y aquellos que no, así como en función del sexo. La ausencia de significancia estadística podría atribuirse, en parte, a la disparidad en el tamaño de ambos grupos de muestra. El grupo de pacientes que ha recibido tratamiento psicológico constituye una minoría, mientras que la distribución de género revela que los participantes masculinos conforman la mayoría en la muestra estudiada. Estas variaciones demográficas podrían influir en la capacidad de detectar diferencias significativas entre los subgrupos, destacando la importancia de considerar la representatividad de las muestras al interpretar los resultados obtenidos.

Como principal aporte de la investigación, se destaca los altos niveles presentados por las escalas para evaluar a los pacientes que padecen de la malformación del pectus en Buenos Aires, Argentina. Tal es así, que atribuye un mayor reconocimiento de las necesidades que los pacientes tienen al presentar dicha patología, no solamente desde el aspecto físico, sino desde el aspecto psicológico y del impacto que tiene en el mismo. Permitiendo no solo revelar la magnitud del

impacto de la condición física en los pacientes, sino que también subraya la necesidad de reconocer y abordar las complejidades asociadas desde una perspectiva más integral.

En las limitaciones destaca que hubo una escasa cantidad de participantes, ya que solo se obtuvieron 30 pacientes debido a la especificidad de la patología. A su vez, al ser una investigación transversal, no se puede trazar trayectorias de desarrollo de la variable. Ya que la recopilación de datos se realizó en un momento específico en el tiempo, sin la posibilidad de realizar un seguimiento a lo largo del desarrollo temporal de la variable estudiada. Esta característica limita la capacidad para trazar trayectorias de desarrollo, comprender las fluctuaciones a lo largo del tiempo y captar posibles cambios en las variables de interés. Por otro lado, al utilizar instrumentos caracterizados por el autorreporte, los resultados pueden haber sido influenciadas por elementos como la deseabilidad social, la autoevaluación positiva, interpretación subjetiva y la falta de autoconocimiento de la propia experiencia. Al ser el tipo de muestreo no probabilístico, los resultados no podrían generalizarse en la población. Asimismo, puede considerarse la variabilidad de las edades en cuestión, ya que se presentaron participantes con rangos etarios distintos, posibilitando que ciertos resultados estén vinculados a características generacionales o etapas específicas de la vida. A su vez, la información recabada es mediante la experiencia que cada participante vive diariamente, por lo que es independiente en cada caso. No obstante, algunos han optado por no completar el formulario debido al temor de exponer sus datos en redes sociales a desconocidos.

Para un estudio futuro, se proyecta llevar a cabo un estudio longitudinal con el objetivo de realizar un seguimiento más detenido de los pacientes a lo largo del tiempo. Este enfoque longitudinal permitirá una exploración más exhaustiva de las variables psicológicas, ya que

posibilitará la observación de sus evoluciones y cambios a medida que los individuos atraviesan diferentes etapas o situaciones.

La elección de un diseño de estudio longitudinal se justifica por la necesidad de capturar no sólo instantáneas puntuales de las variables psicológicas, sino también comprender cómo estas fluctúan y se desarrollan a lo largo del tiempo. Este tipo de enfoque proporciona una perspectiva más holística y dinámica, permitiendo identificar patrones, tendencias y correlaciones que podrían pasar desapercibidos en estudios de corte transversal.

Además, al establecer un contacto continuo y cercano con los pacientes, se facilita un mayor acercamiento, lo que a su vez contribuye a un mejor manejo y acceso a la información relevante. La interacción sostenida con los participantes no sólo enriquecerá la comprensión de las variables psicológicas, sino que también establecerá una relación más sólida y confiable entre los investigadores y los sujetos de estudio.

Anexos

Cuestionario Sociodemográfico

¿Sos mayor de 16 años?

- Si
- No

Permiso del adulto responsable para responder el cuestionario:

Autorizo la participación del cuestionario

- Si
- No

Quiero participar (dirigido al menor de edad)

- Si
- No

Mayor de 16 años:

Quiero participar

- Si
- No

Edad

Fecha de nacimiento

Sexo

- Femenino
- Masculino

Género

- Cisgénero
- Transgénero
- Queer

- Género fluido
- Sin género
- Bigénero
- Intergénero
- Tercer género o No binarios
- Pangénero
- Otro

Estado civil

- Soltero/a
- Casado/a
- Separado/a
- En pareja

Nivel educativo

- Primario Completo
- Primario Incompleto
- Secundario Completo
- Secundario Incompleto
- Terciario Completo
- Terciario Incompleto
- Universitario Completo
- Universitario Incompleto
- Posgrado Completo
- Posgrado Incompleto

Obra social/ prepaga /particular

Nombre de la institución en la que se atienden

¿A qué zona usted pertenece?

¿Quién es su cuidador primario al momento de la internación?

Cuidador Primario: persona (puede ser o no un familiar) que asume la responsabilidad total en la atención y el apoyo diario

- Mama
- Papa
- Hermano/a
- Familiar
- Amigo
- Pareja
- Otro

¿Qué tipo de malformación de la pared torácica tiene?

- Pectus Excavatum
- Pectus Carinatum
- Pectus Mixto
- Otro

¿Qué tipo de tratamiento realiza para la malformación del pectus?

Además de la malformación del pectus ¿Realiza otro tipo de tratamiento que no sea en relación a la malformación de la pared torácica? Especificar

¿Qué edad tenía cuando se dio cuenta de presentar una malformación en el pecho?

¿A qué edad fue diagnosticado?

¿Su condición empeoró desde que fue diagnosticado?

- Si
- No

¿Cuáles fueron los síntomas que ha presentado?

Síntoma: es algo que es perceptible por la persona que lo está teniendo, por ejemplo: dolor de pecho, cansancio, problemas para respirar, etc.

Antes del diagnóstico, ¿Ha ido a ver a otros doctores?

¿Alguno de sus familiares tiene antecedentes de malformación del pectus?

¿Actualmente se encuentra en tratamiento psicológico?

¿Practica algún deporte?

- Si
- No

En caso de haber contestado que SI en el apartado anterior, responda con qué frecuencia y que tipo de deporte practica

Cuestionario de salud SF-36

Cuestionario SF-36 modificado

Marque (subraye o circule) una sola respuesta para cada una de las preguntas siguientes:

1. En general, usted diría que su salud es:
1 Excelente; 2 Muy buena; 3 Buena; 4 Regular; 5 Mala
2. ¿Cómo diría que es su salud actual, comparada con la de hace un año?
1 Mucho mejor ahora que hace un año; 2 Algo mejor ahora que hace un año; 3 Más o menos igual que hace un año; 4 Algo peor ahora que hace un año; 5 Mucho peor ahora que hace un año

Las siguientes preguntas se refieren a actividades o cosas que usted podría hacer en un día normal:

3. ¿Su salud actual le limita para hacer esfuerzos intensos tales como correr, levantar objetos pesados, o participar en deportes agotadores?
1 Sí, me limita mucho; 2 Sí, me limita un poco; 3 No, no me limita nada
4. ¿Su salud actual le limita para hacer esfuerzos moderados, como mover una mesa, limpiar el piso, jugar a lanzarse la pelota o caminar más de una hora?
1 Sí, me limita mucho; 2 Sí, me limita un poco; 3 No, no me limita nada
5. ¿Su salud actual le limita para coger o llevar encima el peso de la jaba de compras en la bodega o tienda?
1 Sí, me limita mucho; 2 Sí, me limita un poco; 3 No, no me limita nada
6. ¿Su salud actual le limita para subir varios pisos por la escalera?
1 Sí, me limita mucho; 2 Sí, me limita un poco; 3 No, no me limita nada
7. ¿Su salud actual le limita para subir un solo piso por la escalera?
1 Sí, me limita mucho; 2 Sí, me limita un poco; 3 No, no me limita nada
8. ¿Su salud actual le limita para agacharse o arrodillarse?
1 Sí, me limita mucho; 2 Sí, me limita un poco; 3 No, no me limita nada
9. ¿Su salud actual le limita para caminar diez o más cuadras (un kilómetro o más)?
1 Sí, me limita mucho; 2 Sí, me limita un poco; 3 No, no me limita nada
10. ¿Su salud actual le limita para caminar varias cuadras (de 200 a 900 metros)?
1 Sí, me limita mucho; 2 Sí, me limita un poco; 3 No, no me limita nada
11. ¿Su salud actual le limita para caminar una sola cuadra (unos 100 metros)?
1 Sí, me limita mucho; 2 Sí, me limita un poco; 3 No, no me limita nada
12. ¿Su salud actual le limita para bañarse o vestirse por sí mismo?
1 Sí, me limita mucho; 2 Sí, me limita un poco; 3 No, no me limita nada

Las siguientes preguntas se refieren a problemas en su trabajo o en sus actividades cotidianas:

13. Durante las 4 últimas semanas, ¿tuvo que reducir el tiempo dedicado al trabajo o a sus actividades cotidianas a causa de su salud física?
1 Sí; 2 No
14. Durante las 4 últimas semanas, ¿hizo menos de lo que hubiera querido hacer a causa de su salud física?
1 Sí; 2 No
15. Durante las 4 últimas semanas, ¿tuvo que dejar de hacer algunas tareas en su trabajo o en sus actividades cotidianas, a causa de su salud física?
1 Sí; 2 No
16. Durante las 4 últimas semanas, ¿tuvo dificultad para hacer su trabajo o sus actividades cotidianas (por ejemplo, le costó más de lo normal) a causa de su salud física?
1 Sí; 2 No
17. Durante las 4 últimas semanas, ¿tuvo que reducir el tiempo dedicado al trabajo o a sus actividades cotidianas a causa de algún problema emocional (como estar triste, deprimido, o nervioso)?
1 Sí; 2 No

18. Durante las 4 últimas semanas, ¿hizo menos de lo que hubiera querido hacer a causa de algún problema emocional (como estar triste, deprimido, o nervioso)?
1 Sí; 2 No
19. Durante las 4 últimas semanas, ¿no hizo su trabajo o sus actividades cotidianas tan cuidadosamente como de costumbre a causa de algún problema emocional (como estar triste, deprimido, o nervioso)?
1 Sí; 2 No
20. Durante las 4 últimas semanas, ¿hasta qué punto su salud física o los problemas emocionales han dificultado sus actividades sociales habituales con la familia, los amigos, los vecinos u otras personas?
1 Nada; 2 Un poco; 3 Regular; 4 Bastante; 5 Mucho
21. ¿Tuvo dolor en alguna parte del cuerpo durante las 4 últimas semanas?
1 No, ninguno; 2 Sí, pero muy poco; 3 Sí, un poco; 4 Sí, moderado; 5 Sí, mucho; 6 Sí, muchísimo
22. Durante las 4 últimas semanas, ¿hasta qué punto el dolor le ha dificultado su trabajo habitual (incluye el trabajo fuera y dentro de la casa)?
1 Nada; 2 Un poco; 3 Regular; 4 Bastante; 5 Mucho

Las preguntas que siguen se refieren a cómo se ha sentido y cómo le han ido las cosas durante las 4 últimas semanas. En cada pregunta responda lo que se parezca más a cómo se ha sentido usted.

23. Durante las 4 últimas semanas, ¿cuánto tiempo se sintió lleno de vitalidad?
1 Siempre; 2 Casi siempre; 3 Muchas veces; 4 Algunas veces; 5 Sólo alguna vez; 6 Nunca
24. Durante las 4 últimas semanas, ¿cuánto tiempo estuvo muy nervioso?
1 Siempre; 2 Casi siempre; 3 Muchas veces; 4 Algunas veces; 5 Sólo alguna vez; 6 Nunca
25. Durante las 4 últimas semanas, ¿cuánto tiempo se sintió tan abatido que nada podía animarle?
1 Siempre; 2 Casi siempre; 3 Muchas veces; 4 Algunas veces; 5 Sólo alguna vez; 6 Nunca
26. Durante las 4 últimas semanas, ¿cuánto tiempo se sintió calmado y tranquilo?
1 Siempre; 2 Casi siempre; 3 Muchas veces; 4 Algunas veces; 5 Sólo alguna vez; 6 Nunca
27. Durante las 4 últimas semanas, ¿cuánto tiempo tuvo mucha energía?
1 Siempre; 2 Casi siempre; 3 Muchas veces; 4 Algunas veces; 5 Sólo alguna vez; 6 Nunca
28. Durante las 4 últimas semanas, ¿cuánto tiempo se sintió desanimado y triste?
1 Siempre; 2 Casi siempre; 3 Muchas veces; 4 Algunas veces; 5 Sólo alguna vez; 6 Nunca
29. Durante las 4 últimas semanas, ¿cuánto tiempo se sintió agotado?
1 Siempre; 2 Casi siempre; 3 Muchas veces; 4 Algunas veces; 5 Sólo alguna vez; 6 Nunca
30. Durante las 4 últimas semanas, ¿cuánto tiempo se sintió feliz?
1 Siempre; 2 Casi siempre; 3 Algunas veces; 4 Sólo alguna vez; 5 Nunca
31. Durante las 4 últimas semanas, ¿cuánto tiempo se sintió cansado?
1 Siempre; 2 Casi siempre; 3 Algunas veces; 4 Sólo alguna vez; 5 Nunca
32. Durante las 4 últimas semanas, ¿con qué frecuencia la salud física o los problemas emocionales le han dificultado sus actividades sociales (como visitar a los amigos o familiares)?
1 Siempre; 2 Casi siempre; 3 Algunas veces; 4 Sólo alguna vez; 5 Nunca

Por favor, diga si le parece cierta o falsa cada una de las siguientes frases.

33. Creo que me pongo enfermo más fácilmente que otras personas.
1 Totalmente cierta; 2 Bastante cierta; 3 No lo sé; 4 Bastante falsa; 5 Totalmente falsa
34. Estoy tan sano como cualquiera.
1 Totalmente cierta; 2 Bastante cierta; 3 No lo sé; 4 Bastante falsa; 5 Totalmente falsa
35. Creo que mi salud va a empeorar.
1 Totalmente cierta; 2 Bastante cierta; 3 No lo sé; 4 Bastante falsa; 5 Totalmente falsa
36. Mi salud es excelente.
1 Totalmente cierta; 2 Bastante cierta; 3 No lo sé; 4 Bastante falsa; 5 Totalmente falsa

Cuestionario de Ansiedad y Depresión Hospitalaria (HAD)

1. Me siento tenso o nervioso.

- Todos los días
- Muchas veces
- A veces
- Nunca

2. Todavía disfruto con lo que antes me gustaba.

- Como siempre
- No lo bastante
- Sólo un poco
- Nada

3. Tengo una sensación de miedo, como si algo horrible me fuera a suceder.

- Definitivamente y es muy fuerte
- Sí, pero no es muy fuerte
- Un 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 las veces
- Con bastante frecuencia
- A veces, aunque no muy a menudo
- Sólo en ocasiones

6. Me siento alegre.

- Nunca
- No muy a menudo
- A veces
- Casi siempre

7. Puedo estar sentado confortablemente y sentirme relajado.

- Siempre
- Por lo general
- No muy a menudo
- Nunca

8. Me siento como si cada día estuviera más lento.

- Por lo general, en todo momento
- Muy a menudo
- A veces
- Nunca

9. Tengo una sensación extraña, como si tuviera mariposas en el estómago.

- El Nunca
- En ciertas ocasiones
- Con bastante frecuencia
- Muy a menudo

10. He perdido interés en mi aspecto personal.

- Totalmente
- No me preocupo tanto como debiera
- Podría tener un poco más de cuidado
- Me preocupo al igual que siempre

11. Me siento inquieto, como si no pudiera parar de moverme.

- Mucho
- Bastante
- No mucho
- Nada

12. Me siento optimista respecto al futuro.

- Igual que siempre
- Menos de lo que acostumbraba
- Mucho menos de lo que acostumbraba
- Nada

13. Me asaltan sentimientos repentinos de pánico.

- Muy frecuentemente
- Bastante a menudo
- No muy a menudo
- Rara vez

14. Me divierto con un buen libro, la radio, o un programa de televisión.

- A menudo
- A veces
- No muy a menudo
- Rara vez

Referencias Bibliográficas

- Acevedo, C., y Pinchi, W. (2019). Severidad de la epilepsia y calidad de vida de los pacientes del Hospital “Eleazar Guzmán Barrón” Nuevo Chimbote, Enero–Diciembre 2016. *Revista Ciencia y Tecnología*, 15(4), 181-191.
- Ajila, J. A. S., López, V. I. E., Carrera, B. E. L., Niauñay, K. P. P., & Torres, M. G. C. (2022). Malformaciones de la caja torácica: pectus excavatum. *Sapienza: International Journal of Interdisciplinary Studies*, 3(5), 193-203.
<https://journals.sapienzaeditorial.com/index.php/SIJIS/article/view/457/302>
- Ateş, O., Karakuş, O. Z., Hakgüder, G., Olguner, M., y Akgür, F. M. (2013). Pectus carinatum: the effects of orthotic bracing on pulmonary function and gradual compression on patient compliance. *European Journal of Cardio-Thoracic Surgery*, 44(3), e228-e232.
- Blanco, W. G. T., Hernández, J. J. R., Hernández, A. M. L., Falco, E. R., Naite, O. F. A., Porro, E. M., y Romero, J. F. V. (2014). Adaptación del cuestionario SF-36 para medir calidad de vida relacionada con la salud en trabajadores cubanos. *Revista Cubana de salud y trabajo*, 15(1), 62-70.
- Castresana, C. D. L. C., Pérez, A. G. E., & de Rivera, J. G. (1995). Hospital anxiety and depression scale” y psicopatología afectiva. In *Anales de psiquiatría (Vol. 11, No. 4, pp. 126-130)*.
- Corrêa, D. A., Oswaldo, Y. C., y Giuliani, A. C. (2013). Vida con calidad y calidad de vida en el trabajo. *Invenio*, 16(30), 145-163.
- Conesa, A. G. (2021). Impacto de la pandemia de COVID-19 en los síntomas de salud mental y actuaciones de fisioterapia. *Fisioterapia*, 43(1), 1.
- Chavoin, J.-P.; Chaput, B.; André, A.; Moreno, B.; Claro, G.; Dahan, M.; Grolleau, J.-L. (2019). *Cirugía simplificada del pectus excavatum mediante implantes a medida diseñados por ordenador. EMC - Cirugía Plástica Reparadora y Estética*, 27(1), 1–13.
 doi:10.1016/S1634-2143(19)42135-3
- Dahab, J., Rivadeneira, C., & Minici, A. (2002). La depresión desde la perspectiva cognitivo conductual. *Revista de terapia cognitivo conductual*, 3, 1-5.

- Duran-Badillo, T., Benítez-Rodríguez, V. A., de la Luz Martínez-Aguilar, M., Gutiérrez-Sánchez, G., Herrera-Herrera, J. L., y Salazar-Barajas, M. (2021). *Depresión, ansiedad, función cognitiva y dependencia funcional en adultos mayores hospitalizados. Enfermería Global, 20(1), 267-284.*
- Endler, N. S. y Okada, M. (1975). A multidimensional measure of trait anxiety: The S-R inventory of general trait anxiousness. *Journal of Consulting and Clinical Psychology, 43, 319-129.*
- Eysenck, H. J. (1967). *The biological basis of personality (Vol. 689)*. Transaction publishers.
- Eysenck, H. J. (1975). Anxiety and the natural history of neurosis. In C. D. Spielberger (Ed.), *Stress and anxiety* (pp. 51-94). Washington, DC: Hemisphere.
- Felce, D. and Perry, J. (1995). Quality of life: Its definition and measurement. *Research in Developmental Disabilities, 16(1), 51-74.*
- Gómez-Vela, M. y Sabeh, E. (2000). Calidad de Vida. *Evolución del concepto y su influencia en la investigación y la práctica. Integra, 3(9), 1-4.*
- Gray, J. A. (1982). *The neuropsychology of anxiety: An enquiry of the septo-hippocampal system*. Oxford: Oxford University Press.
- Guavita Falla, P. M., y Sanabria Ferrand, P. A. (2006). Prevalencia de sintomatología depresiva en una población estudiantil de la facultad de medicina de la Universidad Militar Nueva Granada, Bogotá Colombia. *Revista de la Facultad de Medicina, 54(2), 76-87.*
- Gutiérrez-Gabriel, I., Godoy-Guinto, J., Lucas-Alvarado, H., Pineda-Germán, B., Vázquez-Cruz, E., y Sosa-Jurado, F. (2019). Calidad de vida y variables psicológicas que afectan la adherencia al tratamiento antirretroviral en pacientes mexicanos con infección por VIH/SIDA. *Revista chilena de infectología, 36(3), 331-339.*
- Hernández, G., Orellana, G., Kimelman, M., Nuñez, C., y Ibáñez, C. (2005). Trastornos de ansiedad en pacientes hospitalizados en Medicina Interna. *Revista médica de Chile, 133(8), 895-902.*

- Hernández Sampieri, R., Fernández Collado, C., y Baptista L. M. (2014). R. Hernández Sampieri, Metodología de la investigación.
- Jiménez, B. M., & Gómez, C. X. (1996). Evaluación de la calidad de vida. *Manual de evaluación en psicología clínica y de la salud. Madrid: Universidad Autónoma.*
- Lavanderos, J., Linacre, V., Cheyre, J. E., Armijo, J., & Prats, R. (2020). Pectus excavatum, manejo mínimamente invasivo con técnica de Nuss. *Experiencia Instituto Nacional del Tórax. Rev. cir.(Impr.), 17-21.*
- Lee, R. T., Moorman, S., Schneider, M., Sigalet, D. L. (2013). *Bracing is an effective therapy for pectus carinatum: Interim results. Journal of Pediatric Surgery, 48(1), 184-190.* doi: 10.1016/j.jpedsurg.2012.10.037
- Manzini, J. L. (2000). Declaración de Helsinki: principios éticos para la investigación médica sobre sujetos humanos. *Acta bioethica, 6(2), 321-334.*
- Markus, H. y Kitayama, S. (1991). Culture and the self: Implications for cognition, emotion and motivation. *Psychological Review, 98, 224-253.*
- Miguel-Tobal, J. J. (1996). La ansiedad. Madrid: Santillana.
- Molina, R. T. (2005). La calidad de vida, su importancia y cómo medirla. *Salud uninorte, (21), 76-86.*
- Mosquera, M. L. R. (2020). Calidad de vida percibida por pacientes oncológicos en estadio III y IV, del Hospital José Carrasco Arteaga. Cuenca. 2018. *Revista de la Facultad de Ciencias Médicas de la Universidad de Cuenca, 38(1), 23-32.*
- Noguera, M., Benítez, M., Guggiari, B., Iramain, M., y Acosta, L. (2020). Predisposición para el desarrollo de trastornos de ansiedad y depresión en pacientes con hospitalización prolongada. *Revista científica ciencias de la salud, 2(1), 10-17.*
- Orrick, B. A., Pierce, A. L., and McElroy, S. F. (2022). *Changes in self-image after pectus carinatum brace treatment. Journal of pediatric surgery, 57(8), 1579-1583.*
- Organización Mundial de la Salud (2021, septiembre) - Depresión <https://www.who.int/es/news-room/fact-sheets/detail/depression>

- Paz Valiñas L., Maceira-Rozas M. C, Varela-Lema L. (2015). Tratamiento no invasivo del Pectus carinatum mediante ortesis de compresión. de Tecnologías Sanitarias, I. D. E.
- Pacheco, A. O. M. N., Rivera, M. D. C. T., Muñoz-Najar, S. D. G., Vera, S. D. O., Jácobo, M. B. G., Paz, E. S. Z., y Pinto, A. E. O. (2019). Ansiedad y depresión en pacientes internados en dos hospitales de Arequipa, Perú. *Revista de psicología de la salud*, 7(1), 333-348.
- Pérez, P. M. P., Dawaher, J. E. D., y Paredes, M. F. C. (2020). Impacto del COVID-19 en la salud mental de los pacientes hospitalizados. *Revista de la Facultad de Ciencias Médicas de la Universidad de Cuenca*, 38(2), 55-64.
- Pian, L. C. M., Xavier, L. V., Fin, T. C., Frighetto, J., & Ribeiro, H. K. P. (2022). Abordagem de pectus carinatum na Atenção Primária e seu impacto na saúde emocional do paciente: relato de caso. *Revista Brasileira de Medicina de Família e Comunidade*, 17(44), 3495-3495.
- Preciado-Duarte, N. Y., Trujillo-Madrigal, D., y Rojas-Espitia, H. F. (2018). Ansiedad, depresión, estrés y apoyo social percibido en el proceso de hospitalización de la Sociedad de Cirugía Hospital de San José de la ciudad de Bogotá-Colombia. *Psychologia. Avances de la disciplina*, 12(1), 71-87.
- Razo González, A. M., Díaz Castillo, R., y López González, M. P. (2018). Percepción del estado de salud y la calidad de vida en personas jóvenes, maduras y mayores. *Revista Conamed*, 23(2).
- Reyes-Ticas, J. A. (2010). Trastornos de ansiedad: Guía práctica para diagnóstico y tratamiento. *Biblioteca virtual en salud*.
- Rico, J. L., Restrepo, M., & Molina, M. (2005). Adaptación y validación de la escala hospitalaria de ansiedad y depresión (HAD) en una muestra de pacientes con cáncer del Instituto Nacional de Cancerología de Colombia. *Avances en medición*, 3(1), 73-86.
- Robert J. Obermeyer; Michael J. Goretsky (2012). *Chest Wall Deformities in Pediatric Surgery*., 92(3), -. doi: 10.1016/j.suc.2012.03.001
- Segura, C. (2012). Pectus excavatum y carinatum, dos problemas médicos con solución. *Diario Medico Perú*. <https://www.diariomedico.pe/dr-carlos-segura-comenta-pectus-excavatum->

[torax-hundido-y-pectus-carinatum-pecho-de-paloma-o-en-quilla-la-solucion-a-la-vuelta-de-la-esquina/](#)

- Sandín, B. (1990). Factores de predisposición en los trastornos de ansiedad. *Revista de Psicología General y Aplicada*, 43, 343-351.
- Sandín, B. y Chorot, P. (1995). Concepto y categorización de los trastornos de ansiedad. In A. B. Belloch, B. Sandín & F. Ramos (Eds.), *Manual de psicopatología* (Vol. 2 pp.53-80). Madrid:McGraw-Hill.
- Seemann, C. M., González-Gil, F., y Soto-Pérez, F. (2011). Calidad de vida: concepto, características y aplicación del constructo. *Revista Sujeto, Subjetividad y Cultura*, 2, 93, 119.
- Sierra, J. C., Ortega, V., y Zubeidat, I. (2003). Ansiedad, angustia y estrés: tres conceptos a diferenciar. *Revista malestar y subjetividades*, 3(1), 10-59.
- Schwartz, M.S. y Schwartz, C.G. (1983). *Salud Mental. Enciclopedia de las Ciencias Sociales*, 9, 456-461.
- Schalock, R. L. y Verdugo, M. A. (2003). Calidad de vida. Manual para profesionales de la educación, salud y servicios sociales (M. A. Verdugo & C. Jenaro, Trans.). Madrid: Alianza Editorial.
- Schalock, R. L. y Verdugo, M. A. (2006). Revisión actualizada del concepto de calidad de vida. In M. A. Verdugo (Ed.), *Cómo mejorar la calidad de vida de las personas con discapacidad. Instrumentos y estrategias de evaluación* (pp. 29-41). Salamanca: Amarú Ediciones
- Spielberger, C. D. (1972). *Anxiety: Currents trends in theory and research*. New York: Academic Press.
- Tavares, E., Da Costa, G. P. C., Vieira, K., y Muniz, S. B. (2019). *Factores de riesgo para ansiedad y depresión en el periodo preoperatorio de cirugía cardiaca*. *Enfermería Global* [Internet], 18, 54.

- Ware, J.E. Y Sherbourne, C.D. (1992). «The MOS 36-item Short Form Health Survey (SF-36): I. Conceptual framework and item selection». *Medical Care* 30(6), 473-483.
- Valero-Morenoa, S., Lacomba-Trejoa, L., Casaña-Granelb, S., J Prado-Gascóc, V., Montoya-Castillaa, I., y Pérez-Marína, M. (2019). La estructura factorial de la Escala hospitalaria de Ansiedad y Depresión en pacientes adolescentes con enfermedad crónica. *Archivos argentinos de pediatría*, 117(4), 00-00.
<http://www.scielo.org.ar/pdf/aap/v117n4/v117n4a09.pdf>
- Vázquez, F., Muñoz, R., y Becoña, E. (2000). Depresión: diagnóstico, modelos teóricos y tratamiento a finales del siglo XX. *Psicología conductual*, 8(3), 417-449.
- Vasquez Chacon V., Chío A. R.M., y Sánchez B. E. (2021). Manejo de Fisioterapia Pulmonar en Pectum Excavatum en paciente con Síndrome de Ehlers Danlos. Reporte de caso.: Pulmonary Physiotherapy Management of Pectum Excavatum in a patient with Ehlers Danlos Syndrome. Case report. *STUDIES IN HEALTH SCIENCES*, 2(3), 182-193.
- Verdugo, M. A., Jenaro, C. y Schalock, R. L. (2006). Estudio transcultural de la calidad de vida. In M. A. Verdugo (Ed.), *Cómo mejorar la calidad de vida de las personas con discapacidad. Instrumentos y estrategias de evaluación* (pp. 251-270). Salamanca: Amarú Ediciones.
- Vila, J. (1984). Técnicas de reducción de ansiedad. In J. Mayor y F. J. Labrador (Eds.), *Manual de Modificación de conducta* (pp. 229- 264). Madrid: Alhambra.