

Calidad de Vida y Ansiedad-Depresión Hospitalaria en pacientes con malformación de la pared torácica.

Quality of Life and Hospital Anxiety-Depression in Patients with malformation chest wall

Hauché, Rocío Anabel



Consejo Nacional de Investigaciones Científicas y Técnicas (CONICET). Unidad de Cuidados Paliativos, Hospital de Agudos Dr. E. Tornú. Programa de Bioética, Facultad Latinoamericana de Ciencias Sociales (FLACSO). Facultad de Psicología y Relaciones humanas, Universidad Abierta Interamericana (UAI).

Segovia, Johanna Denise



Facultad de Psicología y Relaciones humanas, Universidad Abierta Interamericana (UAI).

DOI <https://doi.org/10.59471/psicologia2025210>

Enviado: 28/05/2025. Aceptado: 16/07/2025. Publicado: 15/08/2025

Como citar: Hauché, R. A., & Segovia, J. D. (n.d.). Calidad de Vida y Ansiedad-Depresión Hospitalaria en pacientes con malformación de la pared torácica . *Psicología Del Desarrollo*, 6. <https://doi.org/10.59471/psicologia2025210>

Resumen

La presente investigación, tuvo como objetivo analizar la relación entre los niveles de la Calidad de Vida y Ansiedad-Depresión Hospitalaria en pacientes diagnosticados con malformación de la pared torácica, y comparar estas variables según características socio-demográficas. Para esto, se realizó un estudio cuantitativo, no experimental, de alcance correlacional, transversal. La muestra incluyó 30 pacientes de ambos sexos (F=11; M=19), con edades comprometidas entre 14 a 45 años (M= 23,3; DE=7,25). Los instrumentos utilizados fueron un cuestionario sociodemográfico ad-hoc, cuestionario SF-36 y la escala de Ansiedad y Depresión Hospitalaria (HAD). Se encontraron correlaciones significativas en algunas dimensiones, como la asociación entre una mayor percepción de salud general y niveles elevados de ansiedad, así como entre menores limitaciones físicas y una reducción en la sintomatología depresiva, otros resultados indican la presencia de factores emocionales y contextuales adicionales que influyen en el bienestar psicológico de estos pacientes. Las diferencias observadas según edad, tipo de malformación y acceso a cobertura de salud subrayan la necesidad de un abordaje multidimensional en la evaluación e intervención de estos pacientes. La importancia del tratamiento médico y del apoyo social en la percepción de la calidad de vida resalta el papel de la adherencia terapéutica y la relación médico-paciente como aspectos clave para mitigar el impacto psicosocial de la enfermedad.

PALABRAS CLAVES: malformación de pared torácica, calidad de vida, ansiedad y depresión hospitalaria.

Abstract

The present study aimed to analyze the relationship between Quality of Life levels and Hospital Anxiety-Depression in patients diagnosed with chest wall malformation and to compare these variables according to sociodemographic characteristics. To achieve this, a quantitative, non-experimental, cross-sectional, correlational study was conducted. The sample included 30 patients of both sexes (F=11; M=19), aged between 14 and 45 years (M=23.3; SD=7.25). The instruments used were an ad-hoc sociodemographic questionnaire, the SF-36 questionnaire, and the Hospital Anxiety and Depression Scale (HADS). Significant correlations were found in some dimensions, such as the association between a higher perception of general health and elevated anxiety levels, as well as between fewer physical limitations and a reduction in depressive symptoms. Other results indicate the presence of additional emotional and contextual factors that influence the psychological well-being of these patients. The differences observed according to age, type of malformation, and access to healthcare coverage highlight the need for a multidimensional approach in the evaluation and intervention of these patients. The importance of medical treatment and social support in the perception of quality of life underscores the role of therapeutic adherence and the doctor-patient relationship as key aspects in mitigating the psychosocial impact of the disease.

KEYWORDS: malformation chest wall, quality of life, hospital anxiety and depression.

Introducción

Las malformaciones de la pared torácica, conocidas como "Pectus", son defectos congénitos que afectan la caja torácica (costillas, esternón y columna dorsal y pueden manifestarse en la adolescencia (Obermeyer & Goretsky, 2012). Se dividen en Pectus Excavatum, tratado quirúrgicamente con la operación de Nuss, y Pectus Carinatum, corregido con el compresor dinámico FMF o, en algunos casos, con la operación de Abramson (Segura, 2012). Los tratamientos varían desde enfoques ortopédicos hasta intervenciones quirúrgicas más o menos invasivas (Paz Valiñas et al., 2015). Estas malformaciones pueden afectar significativamente la calidad de vida debido a su impacto en la imagen corporal y la salud psicológica (Ates et al., 2013; Lee et al., 2013).

La Calidad de Vida (CV) se define como la percepción que un individuo tiene sobre su posición en la vida, en relación con el contexto cultural y el sistema de valores en el que está inserto, así como con sus objetivos, expectativas, estándares y preocupaciones (WHOQOL, 1998; Corrêa et al., 2013). Este concepto ha evolucionado desde una noción filosófica y sociológica hacia una construcción concreta dentro de las prácticas profesionales en los ámbitos de la salud, la educación y los servicios sociales, adquiriendo un papel central en las ciencias sociales (Schalock & Verdugo, 2006).

El estudio de la CV requiere un enfoque transcultural que contemple tanto sus dimensiones universales, de carácter ético, como aquellos aspectos específicos determinados por la cultura, denominados énicos (Markus & Kitayama, 1991; Schallock & Verdugo, 2003; Verdugo et al., 2006). En este sentido, la CV está estrechamente relacionada con la salud mental, entendida como la totalidad del comportamiento humano dentro de un marco biopsicológico, socioeconómico y cultural (Schwartz & Schwartz, 1983). Asimismo, se vincula con el bienestar social, dependiente de la satisfacción de necesidades humanas y del ejercicio de derechos fundamentales, los cuales reflejan la distribución social y los valores culturales de una comunidad (Tuesca Molina, 2005).

Desde una perspectiva conceptual, Felce & Perry (1995) establecen cuatro criterios para definir la CV: las condiciones objetivas de vida, la satisfacción subjetiva con dichas condiciones, la combinación de ambos aspectos y su ponderación según valores y expectativas personales. Así, la CV se asocia con el bienestar y la felicidad, emergiendo cuando las necesidades básicas están satisfechas y el bienestar social está garantizado (Felce & Perry, 1995; Gómez-Vela & Sabeh, 2002). En consecuencia, su evaluación resulta esencial para analizar la calidad de las condiciones de vida y orientar políticas y programas destinados a mejorar el bienestar individual y colectivo.

La ansiedad y la depresión son factores clave en el ámbito hospitalario, influyendo significativamente en la adaptación del paciente al entorno clínico y en el pronóstico de diversas enfermedades. La ansiedad, a diferencia del miedo, se caracteriza por ser una respuesta difusa y menos focalizada, sin una causa aparente inmediata, y se manifiesta principalmente en un estado de aprehensión anticipatoria (Sandín & Chorot, 1995). Este mecanismo, de origen adaptativo, facilita la capacidad de respuesta del individuo ante posibles amenazas, pero cuando es excesivo o desregulado, genera manifestaciones patológicas tanto emocionales como funcionales (Vila, 1984).

Desde la psicología de la personalidad, la ansiedad se ha conceptualizado en términos de rasgo y estado. La ansiedad-rasgo refiere una tendencia estable a interpretar situaciones como amenazantes y responder con ansiedad, mientras que la ansiedad-estado es una reacción emocional inmediata, modulable y caracterizada por tensión, nerviosismo y preocupaciones (Spielberger, 1972). En el contexto hospitalario, la ansiedad puede incrementarse debido a la percepción de amenaza asociada al entorno clínico, la separación de los familiares o la dificultad para afrontar la enfermedad, impactando en el diagnóstico y tratamiento médico (Hernández et al., 2005).

En cuanto a la depresión, se la conceptualiza como un trastorno del estado de ánimo caracterizado por alteraciones en el humor, clasificándose en distintas categorías según su sintomatología y duración (DSM-5, 2013). Su impacto puede ser especialmente relevante en pacientes hospitalizados, donde enfermedades crónicas como el cáncer, enfermedades cardiovasculares o neurológicas pueden contribuir a su aparición (OMS, 2021). Según Beck (1967), la depresión se explica a través de la tríada cognitiva, en la que el paciente mantiene

esquemas negativos sobre sí mismo, el entorno y el futuro, lo que genera sentimientos de desesperanza y pasividad (Dahab et al., 2002).

Para la evaluación de estos trastornos en el ámbito hospitalario, Zigmond y Snaith (1983) desarrollaron la Escala de Ansiedad y Depresión Hospitalaria (HAD), un instrumento diseñado para la detección de alteraciones afectivas en pacientes internados. Dicha escala excluye síntomas somáticos para evitar sesgos en la evaluación y se compone de dos subescalas independientes que permiten medir tanto la ansiedad como la depresión en este contexto (Franco-Paredes & Castro-López, 2021). Su implementación resulta fundamental para una intervención temprana, mejorando la calidad de vida del paciente y facilitando una atención integral por parte del equipo de salud.

Las investigaciones han mostrado que las malformaciones del Pectus afectan negativamente la calidad de vida de los pacientes, generando alteraciones en la imagen corporal, disminución de la autoestima y dificultades en la adaptación social y emocional. Diversos estudios han evidenciado que estas malformaciones pueden provocar inseguridad y angustia en quienes las padecen, afectando su bienestar psicológico y emocional (Chavoín et al., 2019; Orrick et al., 2021). Sin embargo, la corrección quirúrgica de estas ha demostrado mejorar significativamente la calidad de vida, no solo desde el punto de vista estético, sino también en términos de función cardiopulmonar y autoestima, lo que contribuye a una mejor integración social y una percepción más positiva de sí mismos (Ajila, 2022).

En particular, el Pectus Excavatum está asociado con complicaciones fisiológicas como la compresión pulmonar y cardíaca, lo que puede derivar en disnea y fatiga. Además, se ha observado una mayor predisposición a infecciones respiratorias recurrentes y problemas de alineación en la columna vertebral, lo que genera un impacto negativo en la movilidad y calidad de vida de los pacientes. A nivel psicológico, también se ha identificado que los individuos con esta malformación presentan mayores niveles de ansiedad y problemas de autoestima derivados de su apariencia física (Vasquez Chacon et al., 2021).

Por otro lado, el Pectus Carinatum se vincula con una serie de implicaciones psicológicas, ya que quienes lo padecen pueden experimentar sentimientos de vergüenza y aislamiento social. Asimismo, se ha relacionado con manifestaciones cardiorrespiratorias, como dificultades en la capacidad pulmonar y esfuerzo cardíaco aumentado en algunos casos, lo que puede interferir en el desarrollo de actividades físicas cotidianas (Pian et al., 2022). En ambos tipos de malformaciones, la intervención quirúrgica no solo permite corregir la deformidad, sino que también contribuye a la recuperación de la confianza y el bienestar emocional del paciente, disminuyendo los niveles de ansiedad y favoreciendo su autoestima (Lavaderos et al., 2020).

Diversos factores influyen en la calidad de vida de los pacientes con enfermedades crónicas. La mala adherencia al tratamiento y una relación médico-paciente deficiente pueden generar estrés, incertidumbre y afectar el bienestar. Sin embargo, el apoyo social resulta

clave para mejorar el estado emocional y favorecer la adaptación a la enfermedad. Asimismo, un adecuado cumplimiento del tratamiento no solo contribuye a reducir síntomas y complicaciones, sino que también previene la aparición de trastornos emocionales, promoviendo un mayor bienestar general (Rodas Mosquera, 2020; Acevedo Orellano & Pinchi Ramirez, 2019; Gutiérrez-Gabriel et al., 2019).

La percepción de la calidad de vida varía en función del estado de salud, la presencia de enfermedades y la edad de la persona. Se ha observado que las personas mayores que padecen enfermedades crónicas o deterioro de su salud suelen experimentar una menor calidad de vida, lo que puede llevar a una mayor sensación de vulnerabilidad y malestar emocional (Razo González et al., 2018). Además, la incertidumbre frente al futuro, el temor al desarrollo de enfermedades y la falta de ingresos económicos han sido identificados como factores que pueden agravar los trastornos mentales, aumentando el riesgo de ansiedad y depresión (Conesa, 2021).

En lo que respecta a la ansiedad y la depresión, diversos estudios han señalado que padecer una enfermedad crónica durante la adolescencia representa una fuente de perturbación emocional significativa. Los problemas de salud mental en esta etapa del desarrollo pueden interferir negativamente en el tratamiento y la evolución de la enfermedad, ya que los adolescentes con afecciones crónicas suelen presentar síntomas de ansiedad y depresión con mayor frecuencia en comparación con sus pares sanos (Valero-Moreno et al., 2019).

El periodo preoperatorio ha sido identificado como una de las etapas más sensibles para los pacientes, ya que es en este momento cuando se tornan más vulnerables en sus necesidades emocionales y psicológicas. Durante este periodo, los pacientes suelen experimentar un desequilibrio emocional marcado por la angustia y el miedo, lo que puede derivar en síntomas de ansiedad y depresión. La cirugía, por sí misma, representa una fuente de estrés significativo, ya que no solo implica riesgos físicos, sino que también supone el aislamiento de la vida cotidiana, incertidumbre sobre los resultados y limitaciones en la recuperación (Tavares et al., 2019).

Además, Paredes Pérez et al. (2020) han señalado que la hospitalización puede generar descompensaciones en enfermedades mentales preexistentes, lo que resalta la necesidad de establecer protocolos de emergencia para una intervención oportuna en estos casos. Es importante considerar que tanto la ansiedad como la depresión pueden manifestarse en pacientes con diversas patologías, pero el riesgo aumenta considerablemente en aquellos que atraviesan hospitalizaciones prolongadas (Noguera et al., 2020).

En este sentido, se ha identificado que, durante el periodo de hospitalización, los pacientes tienden a presentar problemas emocionales de manera recurrente. Diferentes investigaciones han confirmado que la internación prolongada puede ser un factor de riesgo para el desarrollo de ansiedad y depresión, independientemente del tipo de hospital en el que se encuentren. Estos hallazgos subrayan la importancia de ofrecer apoyo psicológico a los

pacientes hospitalizados para mitigar el impacto emocional asociado a la enfermedad y la internación (Preciado-Duarte et al., 2018; Muñoz-Najar Pacheco et al., 2019; Duran-Badillo et al., 2021).

En el presente estudio, se plantea como objetivo general: analizar la relación entre los niveles de la Calidad de Vida y Ansiedad-Depresión Hospitalaria en pacientes diagnosticados con malformación de la pared torácica, y comparar estas variables según características sociodemográficas.

Metodología

Diseño

La presente investigación es de tipo no experimental, de alcance correlacional-comparativo, de corte transversal y con un enfoque cuantitativo (Hernández Sampieri et al., 2014).

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) con edad de 14 a 45 años (M= 23,3; DE=7,25). A continuación, en la Tabla 1 se presentan las características sociodemográficas de los participantes.

Técnicas de recolección de datos

Cuestionario sociodemográfico ad-hoc, con el objetivo de caracterizar la muestra en sexo, estado civil, nivel educativo, cobertura de salud, cuidador primario, tratamiento, medicación, edad actual, edad de inicio de la malformación, cronicidad y pronóstico, síntomas fisiológicos, consultas previas, antecedentes familiares de pectus, antecedentes patológicos del paciente, y, deportes y frecuencia.

Cuestionario SF-36 (36-item Medical Outcomes Study Short-Form General Health Survey, Ware et al., 1992) fue desarrollado para medir el impacto de la Calidad de Vida con relación a la Salud (CVRS), a través de 36 ítems, utilizando una escala tipo Likert. Presenta 8 dimensiones de salud: Función física (FF), Rol físico (RF), Dolor corporal (DC), Salud general (SG), Vitalidad (VT), Función social (FS), Rol Emocional (RE), y Salud mental (SM). Además, mide los estados positivos y negativos de la calidad de vida relacionada con la salud física y psíquica. Los 36 ítems tienen categorías con un recorrido de 0 a 100 (de la menor a la mayor calidad posible) o viceversa. La validación del instrumento incluyó la adaptación y traducción de los ítems al español, y los resultados muestran una confiabilidad satisfactoria con un Alpha de Cronbach de 0,906 para la salud física y de 0,876 para la salud mental (Blanco et al., 2024).

Escala de Ansiedad y Depresión Hospitalaria (HAD, Hospital Anxiety and Depression Scale-HADS, Zigmond & Snaith, 1983), es un instrumento de screening sobre trastornos

afectivos, presenta 14 ítems agrupados en dos subescalas, una de ansiedad y otra de depresión. Las respuestas a los ítems se dan en una escala de Likert de 0 a 3. Aquellas puntuaciones mayores a 10 van a ser consideradas como indicativos de morbilidad, las puntuaciones de 8 a 10 se interpretarían como posibles casos de borderline o fronterizo, y las puntuaciones inferiores a 8 como ausencia de morbilidad (Ryde-Brandt, 1990). La validación del instrumento incluyó la adaptación y traducción de los ítems al español, y los resultados muestran una confiabilidad satisfactoria con Alpha de Cronbach entre 0,83 y 0,85 (Rico et al., 2005).

Procedimiento

El formulario se realizó de manera virtual a través de Google Forms®, el enlace fue difundido en diversas redes sociales, como WhatsApp®, Instagram® y Facebook®. En dicho formulario, se encontraba el consentimiento informado, el cuestionario sociodemográfico ad-hoc, el cuestionario SF-36 (36-item Medical Outcomes Study Short-Form General Health Survey) y la escala de Ansiedad-Depresión Hospitalaria (HAD). En el consentimiento informado se detallaron los aspectos éticos establecidos por la Ley Nacional N° 25.326 y por la Declaración de Helsinki (2000), con el objetivo de garantizar los derechos de los participantes, la participación voluntaria, la confidencialidad y anonimato de los datos, y comunicar los objetivos y finalidad académica del estudio. La duración aproximada del formulario fue de 10 minutos y los datos fueron recabados entre agosto del 2023 a enero del 2024.

Procesamiento y Análisis de los datos

Se utilizó el programa SPSS (Statistical Package for the Social Sciences) 25. Inicialmente, se llevó a cabo un preprocesamiento de los datos con el objetivo de identificar posibles valores atípicos (outliers) en la base de datos. 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. Los resultados indicaron que todas las variables presentaron una distribución no normal.

En principio, se realizó un análisis descriptivo de las principales variables de estudio. 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

En la Tabla 1 se encuentran los datos sociodemográficos de los participantes.

TABLA 1.*Caracterización de los datos sociodemográficos.*

Variable	Opciones de respuesta	N	%
Sexo	Femenino	11	36,7
	Masculino	19	63,3
Edad	Adolescente (14 a 20 años)	10	33,3
	Juventud (21 a 25 años)	11	36,7
	Adulthood (26 a 45 años)	9	30
Cobertura de Salud	Obra social	13	43,3
	Prepaga	7	23,3
	Particular	10	33,3
Tipo de Pectus	Excavatum	21	70
	Carinatum	9	30
Tipo de tratamiento	Ninguno	25	83,3
	Fisioterapia	5	16,3
Tratamiento psicológico	Si	8	26,7
	No	22	73,3

Nota: N=30

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 estándar (DE), intervalo de confianza del 95% para la media (95% IC), puntajes mínimos (Mín.) y puntajes máximos (Máx.). Se observa con respecto a la Calidad de Vida, que los pacientes obtuvieron puntuaciones moderadas en la dimensión Salud Física y bajas en la dimensión Salud Mental. En relación con 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*

	M (DE)	95% IC	Mín.	Máx.
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). También se observaron correlaciones significativas y negativas entre Rol Físico (RF), Dolor Corporal (DC), con la Subescala de Depresión (HAD-D). A su vez, 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*

Nota: Prueba Rho de Spearmann **= $p < .01$. *= $p < .05$.

Diferencia de grupos

Con relación a la edad de los participantes no se evidenció diferencia significativa con la Ansiedad- Depresión Hospitalaria. Con respecto a la Calidad de vida, se evidenció una tendencia a la significación entre la dimensión Rol Físico y el grupo de adultos ($H=5.904$, $p=.052$.), y una diferencia estadísticamente significativa en la dimensión de Función Social (FS) con los adolescentes ($H=7.605$, $p=.022$.). No se hallaron diferencias significativas con el resto de las dimensiones de CV.

Acerca de las diferencias de grupos en función del sexo y las variables de estudio, no se hallaron diferencias estadísticamente significativas en estos grupos ($p > .05$).

En relación con la cobertura médica de los participantes, se encontró diferencia estadísticamente significativa en la dimensión Dolor Corporal (DC) ($H=6.057$, $p=.048$.), Salud General (SG) ($H=7.103$, $p=.029$), y una tendencia a la significación en Rol Emocional (RE) ($H=5.892$, $p=.053$.), en el que las puntuaciones con niveles más elevados provinieron de quienes tienen Obra Social como cobertura médica. A su vez, hubo diferencia significativa en Función Social (FS) ($H=6.854$, $p=.032$.), en donde los niveles más elevados fueron de quienes tenían Prepaga. No obstante, no se hallaron diferencias significativas con el resto de las dimensiones de CV, como tampoco con la Ansiedad-Depresión Hospitalaria.

Acerca de las comparaciones entre el tipo de Pectus de los participantes y las variables de estudio. Se encontró una tendencia a la diferencia en la dimensión de Dolor Corporal (DC) ($U = 57.0$, $p = .051$, r de Rosenthal = -0.356 .) y una diferencia estadísticamente significativa en Rol Emocional (RE) ($U = 50$, $p = .034$, r de Rosenthal = -0.388 .), se observaron niveles más elevados en los pacientes diagnosticados con Pectus Excavatum, en comparación con los diagnosticados con Pectus Carinatum. En lo que respecta al tipo de Tratamiento del Pectus, se hallaron diferencias estadísticamente significativas en las dimensiones Rol Físico (RF) ($U = 34.5$, $p = .044$, r de Rosenthal = -0.368 .) y Rol Emocional (RE) ($U = 24.5$, $p = .026$, r de Rosenthal = $-.0408$.), y una tendencia a la diferencia en Dolor Corporal (DC) ($U = 32,5$, $p = .055$, r de Rosenthal = -0.350 .) encontrando que las puntuaciones más elevadas se presentaron en los pacientes que no han recibido ningún tipo de tratamiento. No obstante, no se hallaron diferencias significativas con el resto de las dimensiones de CV, como tampoco con la Ansiedad-Depresión Hospitalaria.

Por último, no se encontraron diferencias estadísticamente significativas en función de si el paciente realizaba o no un tratamiento psicoterapéutico y las variables de estudio ($p > .05$).

Discusión

En el presente estudio, los objetivos fueron analizar la relación entre los niveles de la Calidad de Vida y Ansiedad-Depresión Hospitalaria en pacientes diagnosticados con malformación de la pared torácica, y comparar estas variables según características sociodemográficas.

Los resultados obtenidos confirman parcialmente la hipótesis general, sugiriendo una relación significativa en determinadas dimensiones de las variables, aunque no se verifica en su totalidad para ambas. En principio, se identificó una correlación positiva entre la dimensión de Salud General (SG) y la subescala de Ansiedad (HAD-A), lo que indica que una mejor percepción de salud se asocia con mayores niveles de ansiedad. Este hallazgo podría interpretarse en función de la preocupación que generan las condiciones crónicas, donde una percepción positiva de la salud no necesariamente implica una menor carga emocional. Esto puede parecer contraintuitivo, pero en pacientes con enfermedades crónicas o malformaciones, la preocupación por su condición puede aumentar la ansiedad incluso cuando se perciben con buena salud. Lo anterior se observa en la literatura, en donde los pacientes manifiestan que la preocupación y la percepción de una enfermedad como portadora de consecuencias negativa, están asociadas con la adopción de comportamientos saludables, por lo cual, la ansiedad ante la enfermedad puede ser un motor de búsqueda de tratamientos que aumenten la salud general (Lemos et al., 2019).

Por otro lado, se observaron correlaciones negativas entre Rol Físico (RF) y Dolor Corporal (DC) con la subescala de Depresión (HAD-D), sugiriendo que menores limitaciones físicas y una reducción del dolor se asocia con menores niveles de depresión. Este resultado es esperable y condice con la literatura, dado que la funcionalidad física y el alivio del dolor son factores clave en el bienestar psicológico y en el desarrollo de las actividades de la vida diaria de los pacientes con condiciones médicas crónicas (Chacon et al., 2021; Pian et al., 2022).

Sin embargo, también se encontraron relaciones positivas entre Salud Mental (SM) y Vitalidad (VIT) con la subescala de Depresión (HAD-D), lo que indica que una mayor percepción de bienestar psicológico y vitalidad no necesariamente se traduce en menores síntomas depresivos. Esto podría deberse a la presencia de otros factores emocionales o contextuales que influyen en la vivencia de la enfermedad y en la percepción de calidad de vida. 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, 2021).

Las correlaciones encontradas, mayormente de magnitud baja a moderada, indican una relación entre la calidad de vida y la ansiedad-depresión en estos pacientes, aunque sugieren la influencia de otros factores. Esto subraya la importancia de considerar variables adicionales, como el apoyo social y las estrategias de afrontamiento, para comprender el impacto psicosocial de la enfermedad. La evidencia previa coincide en que múltiples factores inciden en la calidad de vida de pacientes con enfermedades crónicas, destacándose la adherencia al tratamiento y la relación médico-paciente como elementos clave. Un vínculo deficiente con el equipo de salud y la falta de cumplimiento terapéutico pueden generar estrés e incertidumbre, afectando el bienestar emocional. En contraste, el apoyo social favorece la adaptación a la enfermedad, mientras que una adecuada adherencia al tratamiento contribuye a reducir

síntomas y prevenir trastornos emocionales, promoviendo un mayor bienestar general (Rodas Mosquera, 2020; Acevedo Orellano & Pinchi Ramírez, 2019; Gutiérrez-Gabriel et al., 2019).

En lo que respecta a las comparaciones entre las variables de estudio y características sociodemográficas, los resultados indican que la edad de los participantes no mostró una relación significativa con la Ansiedad y Depresión Hospitalaria, lo que sugiere que los niveles de malestar emocional medidos por la escala HAD no varían de manera relevante entre adolescentes y adultos en esta muestra. Esto contrasta con la literatura que señala en los adolescentes, los problemas de salud mental en esta etapa del desarrollo pueden interferir negativamente en el tratamiento y la evolución de la enfermedad, ya que los adolescentes con afecciones crónicas suelen presentar síntomas de ansiedad y depresión con mayor frecuencia en comparación con sus pares sanos (Valero-Moreno et al., 2019).

Sin embargo, en lo que respecta a la Calidad de Vida, sí se observaron diferencias significativas en algunas dimensiones según la edad. En particular, el grupo de adultos presentó diferencias significativas en la dimensión Rol Físico, lo que sugiere que las limitaciones en las actividades diarias debido a la salud física pueden percibirse de manera distinta en esta población, posiblemente debido a sus mayores responsabilidades laborales y cotidianas. En este sentido, la literatura señala que la corrección de la malformación resulta beneficiosa, ya que no solo mejora la calidad de vida, sino también la imagen corporal, la autoestima y la participación en actividades físicas y sociales, además de optimizar la función cardíaca y la tolerancia al ejercicio (Ajila, 2022).

Por otro lado, los adolescentes mostraron diferencias significativas en la dimensión de Función Social (FS), lo que indica que la percepción del impacto de la salud en las interacciones sociales varía en esta etapa del desarrollo. Esto podría explicarse por la importancia que tiene la vida social en la adolescencia y cómo la condición médica puede afectar su integración y participación en actividades grupales. Lo que coincide 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 et al., 2021).

Los resultados evidencian que el tipo de Pectus influye en determinadas dimensiones de la Calidad de Vida. Se encontraron diferencias significativas en Dolor Corporal (DC) y Rol Emocional (RE), con puntuaciones más elevadas en los pacientes con Pectus Excavatum. Esto es consistente con investigaciones previas que indican que este tipo de malformación puede generar síntomas derivados de la compresión pulmonar y cardíaca, infecciones respiratorias recurrentes, alteraciones en la columna vertebral y limitaciones en la actividad física. Además, se destaca la importancia del impacto psicológico, ya que estos pacientes suelen experimentar baja autoestima como consecuencia de la deformidad torácica (Vasquez Chacon et al., 2021).

En cuanto al tratamiento del Pectus, se identificaron diferencias estadísticamente significativas en Rol Físico (RF), Dolor Corporal (DC) y Rol Emocional (RE), siendo los pacientes que no han recibido ningún tipo de tratamiento quienes presentaron mayores limitaciones en estas dimensiones. Esto concuerda con estudios previos que subrayan la importancia de la intervención médica para mejorar tanto la condición física como el bienestar emocional de estos pacientes (Lavaderos et al., 2020).

Respecto a la variable cobertura de salud (Obra social, Prepaga o Particular), se encontraron diferencias estadísticamente significativas en varias dimensiones de la Calidad de Vida: Dolor Corporal (DC), Salud General (SG) y Rol Emocional (RE) mostraron puntajes más elevados en los pacientes con Obra Social. En Función Social (FS) presentó diferencias significativas, con puntajes más elevados en los pacientes con Prepaga. Estos hallazgos podrían estar relacionados con el acceso y disponibilidad de servicios médicos en función del sistema de salud al que pertenece cada paciente, lo que impacta en la percepción de su calidad de vida. Esto coincide con el estudio de Carrizo Abarza et al, (2022), quienes identificaron que la presencia de cobertura médica y niveles más elevados de fatiga se asocia de manera independiente con la ansiedad. Esto sugiere que el acceso a servicios de salud y el impacto del agotamiento crónico pueden desempeñar un papel clave en la aparición y persistencia de los síntomas ansiosos (Carrizo Abarza et al., 2022).

Por otro lado, no se encontraron diferencias significativas en la Calidad de Vida al comparar pacientes que han recibido tratamiento psicológico y aquellos que no, ni en función del sexo. La ausencia de significancia estadística podría explicarse, en parte, por la disparidad en el tamaño de las muestras. En particular, el grupo de pacientes que ha recibido tratamiento psicológico es minoritario, y la muestra estudiada presenta una mayor proporción de pacientes masculinos. Estas diferencias en la distribución pueden haber reducido la capacidad de detectar asociaciones significativas, resaltando la importancia de considerar la representatividad de la muestra al interpretar los resultados.

Conclusión

Los hallazgos del presente estudio resaltan la compleja interacción entre la Calidad de Vida y la Ansiedad-Depresión Hospitalaria en pacientes con malformaciones de la pared torácica, evidenciando que, si bien algunas dimensiones de ambas variables se relacionan de manera esperada, otras muestran asociaciones menos intuitivas. En particular, la relación positiva entre la percepción de salud general y la ansiedad sugiere que una mejor autoevaluación de la salud no necesariamente implica menor carga emocional, sino que podría estar influida por la preocupación constante respecto a la enfermedad. Asimismo, las correlaciones negativas entre funcionalidad física y depresión refuerzan la importancia de minimizar las limitaciones y el dolor en estos pacientes para favorecer su bienestar psicológico. Sin embargo, el hecho de que dimensiones como la salud mental y la vitalidad no se asocien con menores

síntomas depresivos resalta la influencia de factores adicionales, como la incertidumbre y el contexto social, que pueden impactar en la experiencia subjetiva de la enfermedad.

Por otro lado, las diferencias según características sociodemográficas indican que la percepción de calidad de vida varía según la edad y el tipo de malformación, subrayando la necesidad de intervenciones diferenciadas para adolescentes y adultos. Además, el acceso a cobertura de salud y la ausencia de tratamiento médico se asociaron con limitaciones en aspectos físicos y emocionales, lo que destaca la importancia de garantizar un adecuado seguimiento clínico. En conjunto, estos resultados enfatizan la necesidad de un abordaje integral que contemple tanto los aspectos médicos como los psicosociales en el tratamiento de estos pacientes, promoviendo estrategias de apoyo y adherencia terapéutica que contribuyan a mejorar su calidad de vida. Futuras investigaciones deberían profundizar en el papel de factores como el apoyo social y las estrategias de afrontamiento, así como en el impacto del tratamiento psicológico, para una comprensión más holística del bienestar en esta población.

Entre las limitaciones del estudio se destacan el tamaño reducido de la muestra, seleccionada por conveniencia, y el diseño transversal, que impide realizar un seguimiento temporal de las variables analizadas. Asimismo, el uso de instrumentos de autorreporte puede haber introducido sesgos en las respuestas. Para futuras investigaciones, se recomienda la implementación de estudios longitudinales que permitan evaluar la evolución de la calidad de vida y la sintomatología ansiosa-depresiva a lo largo del tiempo, así como comparaciones pre y post tratamiento para examinar con mayor precisión los efectos de las intervenciones médicas y psicológicas. Un seguimiento más prolongado podría proporcionar información valiosa sobre la adaptación de los pacientes a su condición, optimizando el desarrollo de estrategias de atención integral que favorezcan su bienestar emocional y funcional.

Los hallazgos del presente estudio resaltan la compleja interacción entre la Calidad de Vida y la Ansiedad-Depresión Hospitalaria en pacientes con malformaciones de la pared torácica, evidenciando que, si bien algunas dimensiones de ambas variables se relacionan de manera esperada, otras muestran asociaciones menos intuitivas. En particular, la relación positiva entre la percepción de salud general y la ansiedad sugiere que una mejor autovaloración de la salud no necesariamente implica menor carga emocional, sino que podría estar influida por la preocupación constante respecto a la enfermedad. Asimismo, las correlaciones negativas entre funcionalidad física y depresión refuerzan la importancia de minimizar las limitaciones y el dolor en estos pacientes para favorecer su bienestar psicológico. Sin embargo, el hecho de que dimensiones como la salud mental y la vitalidad no se asocien con menores síntomas depresivos resalta la influencia de factores adicionales, como la incertidumbre y el contexto social, que pueden impactar en la experiencia subjetiva de la enfermedad.

Por otro lado, las diferencias según características sociodemográficas indican que la percepción de calidad de vida varía según la edad y el tipo de malformación, subrayando la necesidad de intervenciones diferenciadas para adolescentes y adultos. Además, el acceso a cobertura de salud y la ausencia de tratamiento médico se asociaron con limitaciones en

aspectos físicos y emocionales, lo que destaca la importancia de garantizar un adecuado seguimiento clínico. En conjunto, estos resultados enfatizan la necesidad de un abordaje integral que contemple tanto los aspectos médicos como los psicosociales en el tratamiento de estos pacientes, promoviendo estrategias de apoyo y adherencia terapéutica que contribuyan a mejorar su calidad de vida. Futuras investigaciones deberían profundizar en el papel de factores como el apoyo social y las estrategias de afrontamiento, así como en el impacto del tratamiento psicológico, para una comprensión más holística del bienestar en esta población.

Entre las limitaciones del estudio se destacan el tamaño reducido de la muestra, seleccionada por conveniencia, y el diseño transversal, que impide realizar un seguimiento temporal de las variables analizadas. Asimismo, el uso de instrumentos de autorreporte puede haber introducido sesgos en las respuestas. Para futuras investigaciones, se recomienda la implementación de estudios longitudinales que permitan evaluar la evolución de la calidad de vida y la sintomatología ansiosa-depresiva a lo largo del tiempo, así como comparaciones pre y post tratamiento para examinar con mayor precisión los efectos de las intervenciones médicas y psicológicas. Un seguimiento más prolongado podría proporcionar información valiosa sobre la adaptación de los pacientes a su condición, optimizando el desarrollo de estrategias de atención integral que favorezcan su bienestar emocional y funcional.

Referencias

- Acevedo, C., & 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. <https://revistas.unitru.edu.pe/index.php/PGM/article/view/2678>
- 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. *Sapientia: International Journal of Interdisciplinary Studies*, 3(5), 193-203. <https://journals.sapientiaeditorial.com/index.php/SIJIS/article/view/457/302>
- Ates, O., Karakuş, O. Z., Hakgüder, G., Olguner, M., & 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), 228-232. <https://doi.org/10.1093/ejcts/ezt345>
- Blanco, W. G. T., Hernández, J. J. R., Hernández, A. M. L., Falco, E. R., Naite, O. F. A., Porro, E. M., & 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. <https://pesquisa.bvsalud.org/portal/resource/pt/cum-60424>
- Carrizo Abarza, V., Isnardi, C. A., Schneeberger, E. E., Barbich, T., Luna, G., Dapeña, J. M., ... & Citera, G. (2022). Impacto de la presencia de depresión y ansiedad en pacientes con artritis psoriásica. *Revista argentina de reumatología*, 33(2), 52-66. <https://www.ojs.reumatologia.org.ar/index.php/revistaSAR/issue/view/66>
- Castresana, C. D. L. C., Pérez, A. G. E., & de Rivera, J. G. (1995). Hospital anxiety and depression scale" y psicopatología afectiva. *Anales de psiquiatría* 11(4), 126-130. https://www.researchgate.net/profile/Luis-De-Rivera/publication/291306146_'Hospital_Anxiety_and_Depression_Scale'_and

[mood_psychopathology/links/601597ea45851517ef2a83e4/Hospital-Anxiety-and-Depression-Scale-and-mood-psychopathology.pdf](https://doi.org/10.1016/j.ft.2020.11.001)

- Corrêa, D. A., Oswaldo, Y. C., & Giuliani, A. C. (2013). Vida con calidad y calidad de vida en el trabajo. *Invenio*, 16(30), 145-163. <https://www.redalyc.org/pdf/877/87726343010.pdf>
- 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. <http://dx.doi.org/10.1016/j.ft.2020.11.001>
- Chavoïn, 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. [https://doi:10.1016/S1634-2143\(19\)42135-3](https://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. <https://cetecic.com.ar/revista/pdf/la-depresion-desde-la-perspectiva-cognitivo-conductual.pdf>
- Duran-Badillo, T., Benítez-Rodríguez, V. A., de la Luz Martínez-Aguilar, M., Gutiérrez-Sánchez, G., Herrera-Herrera, J. L., & Salazar-Barajas, M. (2021). Depresión, ansiedad, función cognitiva y dependencia funcional en adultos mayores hospitalizados. *Enfermería Global*, 20(1), 267-284. <https://doi.org/10.6018/eglobal.422641>.
- Endler, N. S., & Okada, M. (1975). A multidimensional measure of trait anxiety: The S-R inventory of general trait anxiousness. *Journal of Consulting and Clinical Psychology*, 43(3), 319-129. <https://psycnet.apa.org/doi/10.1037/h0076643>
- Eysenck, H. J. (1967). *The Biological Basis of Personality, Vol. XVII*. Springfield, IL: Thomas, 399.
- 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., & Perry, J. (1995). Quality of life: Its definition and measurement. *Research in Developmental Disabilities*, 16(1), 51-74. [https://doi.org/10.1016/0891-4222\(94\)00028-8](https://doi.org/10.1016/0891-4222(94)00028-8)
- Franco-Paredes, K., & Castro-López, V. R. (2021). Revisión sistemática de la Escala de Ansiedad y Depresión Hospitalaria (HADS) en muestras mexicanas. ¿Debemos regresar al principio?. *Revista de Psicopatología y Psicología Clínica*, 26(3), 237–247. <https://doi.org/10.5944/rppc.26180>
- Gómez-Vela, M. & Sabeh, E. (2000). Calidad de Vida. Evolución del concepto y su influencia en la investigación y la práctica. *Revista Integra: boletín de noticias del Instituto Universitario de Integración en la Comunidad*, 3(9), 1-4. <https://es.scribd.com/document/214000755/Calidad-de-Vida-Gomez-Vela-sabeth>
- Gray, J. A. (1982). *The neuropsychology of anxiety: An enquiry of the septo-hippocampal system*. Oxford: Oxford University Press.
- Guavita Falla, P. M., & 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. <https://www.redalyc.org/articulo.oa?id=576363925003>
- Gutiérrez-Gabriel, I., Godoy-Guinto, J., Lucas-Alvarado, H., Pineda-Germán, B., Vázquez-Cruz, E., & 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. <http://dx.doi.org/10.4067/S0716-10182019000300331>
- Hernández, G., Orellana, G., Kimelman, M., Nuñez, C., & Ibáñez, C. (2005). Trastornos de ansiedad en pacientes hospitalizados en Medicina Interna. *Revista médica de Chile*, 133(8), 895-902. <http://dx.doi.org/10.4067/S0034-98872005000800005>
- .Hernández Sampieri, R., Fernández Collado, C., & Baptista Lucio, P. (2014). *Metodología de la investigación* (6ª ed.). McGraw-Hill.
- Jiménez, B. M., & Gómez, C. X. (1996). Evaluación de la calidad de vida. *Manual de evaluación en psicología clínica y de la salud* (pp.1045-1070).Universidad Autónoma de Madrid.
- 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. *Revista de Cirugía*, 72(1), 17-21. <http://dx.doi.org/10.35687/s2452-45492020001444>
- 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. <https://doi.org/10.1016/j.jpedsurg.2012.10.037>
- Lemos, M., Torres, S., Jaramillo, I., Gómez, P. E., & Barbosa, A. (2019). Percepciones de la enfermedad y hábitos de vida saludable en personas con enfermedades crónicas. *Psicogente*, 22(42), 1-20. <https://doi.org/10.17081/psico.22.42.3498>
- Manzini, J. L. (2000). Declaración de Helsinki: principios éticos para la investigación médica sobre sujetos humanos. *Acta bioethica*, 6(2), 321-334. <http://dx.doi.org/10.4067/S1726-569X2000000200010>
- Markus, H. & Kitayama, S. (1991). Culture and the self: Implications for cognition, emotion and motivation. *Psychological Review*, 98(2), 224-253. <https://doi.org/10.1037/0033-295X.98.2.224>
- 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(2), 76-86. <https://rcientificas.uninorte.edu.co/index.php/salud/article/view/4113>
- 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. <https://doi.org/10.18537/RFCM.38.01.05>
- Nadal, L. V. (2021). El dolor crónico unido a la depresión. *NPunto*, 4(41), 59-79. <https://www.npunto.es/content/src/pdf-articulo/6114ec5344bf1art3.pdf>
- Noguera, M., Benítez, M., Guggiari, B., Iramain, M., & 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. <https://doi.org/10.53732/rccsalud/02.01.2020.10>
- Orrick, B. A., Pierce, A. L., & McElroy, S. F. (2022). Changes in self-image after pectus carinatum brace treatment. *Journal of pediatric surgery*, 57(8), 1579-1583. <https://doi.org/10.1016/j.jpedsurg.2021.12.002>
- Organización Mundial de la Salud (2021, septiembre). *Depresión*. Organización Mundial de la Salud. <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. Instituto de Evaluación de Tecnologías Sanitarias.

- Pacheco, A. O. M. N., Rivera, M. D. C. T., Muñoz-Najar, S. D. G., Vera, S. D. O., Jácomo, M. B. G., Paz, E. S. Z., & 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. <https://doi.org/10.21134/pssa.v7i1.874>
- Pérez, P. M. P., Dawaher, J. E. D., & 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. <https://publicaciones.ucuenca.edu.ec/ojs/index.php/medicina/articulo/view/3234>
- 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. [https://doi.org/10.5712/rbmfc17\(44\)3495](https://doi.org/10.5712/rbmfc17(44)3495)
- Preciado-Duarte, N. Y., Trujillo-Madrigal, D., & 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. <https://doi.org/10.21500/19002386.3263>
- Razo González, A. M., Díaz Castillo, R., & 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). www.conamed.gob.mx/revistaconamed.html
- Reyes-Ticas, J. A. (2010). *Trastornos de ansiedad: Guía práctica para diagnóstico y tratamiento*. Biblioteca virtual en salud. <http://www.bvs.hn/Honduras/pdf/TrastornoAnsiedad.pdf>
- 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. <https://capsmanizales.com/files/1d.-Escala-hospitalaria-ansiedad-y-depresi%C3%B3n.pdf>
- Obermeyer, R. J., & Goretsky, M. J. (2012). Chest wall deformities in pediatric surgery. *Surgical Clinics of North America*, 92(3), 505–519. <https://doi.org/10.1016/j.suc.2012.03.001>
- Segura, C. (2012). *Pectus excavatum y carinatum, dos problemas médicos con solución*. Diario Médico Perú. <https://www.diariomedico.pe/tag/pectus/>
- Sandín, B. (1990). Factores de predisposición en los trastornos de ansiedad. *Revista de Psicología General y Aplicada*, 43(3), 343-351. <https://dialnet.unirioja.es/descarga/articulo/2797593.pdf>
- Sandín, B. & 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., & Soto-Pérez, F. (2011). Calidad de vida: concepto, características y aplicación del constructo. *Revista Sujeto, Subjetividad y Cultura*, 2, 93-119. https://www.researchgate.net/publication/235989330_Calidad_de_vida_conceptos_caracteristicas_y_aplicacion_del_constructo
- Sierra, J. C., Ortega, V., & Zubeidat, I. (2003). Ansiedad, angustia y estrés: tres conceptos a diferenciar. *Revista malestar y subjetividades*, 3(1), 10-59. <https://www.redalyc.org/toc.oe?id=271&numero=963>

- Schwartz, M.S. & Schwartz, C.G. (1983). Salud Mental. *Enciclopedia de las Ciencias Sociales*, 9, 456-461.
- Schalock, R. L., & 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. & Verdugo, M. A. (2006). Revisión actualizada del concepto de calidad de vida. En M. A. Verdugo (Ed.), *Cómo mejorar la calidad de vida de las personas con discapacidad. Instrumentos y estrategias de evaluación* (pp. 29-41). 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., & Muniz, S. B. (2019). Factores de riesgo para ansiedad y depresión en el periodo preoperatorio de cirugía cardíaca. *Enfermería Global*, 18(2), 426–469. <https://doi.org/10.6018/eglobal.18.2.322041>.
- Ware, J.E. & 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. <https://doi.org/10.1097/00005650-199206000-00002>
- Valero-Moreno, S., Lacomba-Trejoa, L., Casaña-Granellb, S., J Prado-Gascóc, V., Montoya-Castillaa, I., & 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), 252-258. <http://dx.doi.org/10.5546/aap.2019.252>
- Vázquez, F., Muñoz, R., & Becoña, E. (2000). Depresión: diagnóstico, modelos teóricos y tratamiento a finales del siglo XX. *Psicología conductual*, 8(3), 417-449. https://www.behavioralpsycho.com/wp-content/uploads/2020/04/02.Vazquez_8-3oa-1.pdf
- Vasquez Chacon V., Chío A. R.M., & Sánchez B. E. (2021). Manejo de Fisioterapia Pulmonar en Pectum Excavatum en paciente con Síndrome de Ehlers Danlos. Reporte de caso. *Studies In Health Sciences*, 2(3), 182-193. <https://ojs.studiespublicacoes.com.br/ojs/index.php/shs/article/view/119>
- Verdugo, M. A., Jenaro, C. & 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). Amarú Ediciones.
- Vila, J. (1984). Técnicas de reducción de ansiedad. En J. Mayor y F. J. Labrador (Eds.), *Manual de Modificación de conducta* (pp. 229- 264). Alhambra.

Financiación: El estudio fue financiado por el Consejo Nacional de Investigaciones Científicas y Técnicas (CONICET) y por la Facultad de Psicología y Relaciones Humanas de la Universidad Abierta Interamericana (UAI).

Contribución de autoría: Ambas autoras contribuyeron de manera equitativa al diseño del estudio, la recolección y análisis de los datos, así como a la redacción y revisión del manuscrito.

Conflicto de intereses: Las autoras declaran no tener conflictos de intereses en relación con esta investigación.

