

**Salud Mental:**

**Perspectivas y desafíos para  
la construcción de otros mundos posibles**

27, 28 y 29 de noviembre de 2025

## **Frecuencia de ansiedad y depresión en pacientes hospitalizados y su correlato con pensamientos automáticos. Un análisis preliminar.**

**Cecilia Durán, Ana Bentancor, Eric Romero, Rodrigo Villalba, Jessica Bracco,  
Florencia Jurado, Cynthia Dávila, Andrea Melo, Fiama Arbolito, Valentina Silveira,  
Yenifer Rodríguez**

*Unidad Académica de Psicología Médica. Facultad de Medicina. Universidad de la  
República. Montevideo-Uruguay.*



## Resumen

La ansiedad y la depresión son dos de las alteraciones mentales más comunes a nivel mundial, la Organización Mundial de la Salud estima que aproximadamente 4,4% de la población mundial presenta un trastorno de ansiedad en 2021. Asimismo, se estima que 4% de la población mundial experimenta depresión, incluyendo 5,7% de la población adulta. La Organización Mundial de la Salud clasifica estos trastornos entre los diez principales problemas de salud mental, debido a su alta incidencia y al impacto significativo que tienen en la morbilidad y mortalidad. Estos datos subrayan la urgencia de llevar a cabo investigaciones actualizadas para comprender mejor su alcance y sus implicaciones, así como para desarrollar estrategias efectivas de intervención y tratamiento. La pandemia de Covid-19 ha exacerbado la prevalencia de estos trastornos en un 25 %, enfatizando aún más la necesidad de actualizar estos datos y de realizar enfoques específicos para abordar estos desafíos en salud mental. En Uruguay, estos trastornos representan una de las principales condiciones de salud mental, como lo demuestran estudios realizados Hospital de Clínicas (HC). Desde la perspectiva del modelo cognitivo, plantean que los pensamientos automáticos son un factor de vulnerabilidad significativo para el desarrollo de ansiedad y depresión. Además, las hospitalizaciones prolongadas pueden aumentar el riesgo de padecer estas condiciones. A pesar de esta comprensión, hasta el momento no se han realizado investigaciones que aborden específicamente la prevalencia de ansiedad y depresión en pacientes hospitalizados y su asociación con los pensamientos automáticos. Este vacío en la investigación resalta la importancia de realizar estudios que abordan esta relación y su impacto en el contexto hospitalario. La presente investigación se propone evaluar la incidencia y prevalencia de ansiedad y depresión, así como su correlación con pensamientos automáticos en pacientes hospitalizados en el HC durante el año 2025. Los objetivos específicos se centran en responder preguntas clave sobre la prevalencia de ansiedad y depresión, la naturaleza de los pensamientos automáticos asociados, su relación con la hospitalización, el estado biomédico del paciente, variables sociodemográficas (género, franja etaria, situación laboral), y si se detectan tempranamente por parte del personal de salud del HC. Para alcanzar estos objetivos se realizará un estudio observacional, transversal, descriptivo y correlacional. Este diseño permitirá analizar una muestra de pacientes hospitalizados durante un periodo específico. Se espera que los hallazgos encontrados ofrezcan una base para identificar fortalezas y debilidades en el sistema sanitario y formular recomendaciones para mejorar el proceso asistencial. Se presentarán datos preliminares que serán útiles para la práctica clínica y la toma de decisiones en salud, aportando un enfoque más integral y eficaz para el manejo de la salud mental en las personas durante el proceso de hospitalización.

## Introducción

La ansiedad y la depresión son los trastornos mentales más prevalentes a nivel mundial, afectando al 4.4% de la población global y 5.7% de la población adulta, respectivamente ([World Health Organization, 2023b, 2023a](#)). En Uruguay, si bien no se dispone de registros epidemiológicos nacionales detallados, se estima que estas condiciones representan los principales motivos de consulta en salud mental ([Ministerio de Salud Pública, 2021](#)). Investigaciones previas en el Hospital de Clínicas “Dr. Manuel Quintela” (HC) revelaron una alta frecuencia de síntomas ansioso-depresivos en pacientes ambulatorios y prequirúrgicos, así como una asociación entre depresión, escaso apoyo social y mayor tiempo de internación ([Almada et al., 2014](#)).

En el contexto hospitalario, los síntomas emocionales suelen pasar desapercibidos, ya que el foco asistencial se centra en las condiciones médicas. Sin embargo, la evidencia sugiere que los síntomas ansioso-depresivos pueden interferir en la evolución clínica, prolongar la estadía hospitalaria y afectar la adherencia al tratamiento. A su vez, las hospitalizaciones pueden funcionar como factores precipitantes de malestar emocional, sobre todo en personas con vulnerabilidad previa o escaso apoyo psicosocial. Este fenómeno convierte al entorno hospitalario en un espacio clave para la detección oportuna de trastornos afectivos. ([Muñoz-Navarro et al., 2025; Noguera et al., 2020](#)).

Desde el modelo cognitivo, la forma en que las personas interpretan los eventos relacionados con su enfermedad y hospitalización constituye un elemento central en la experiencia emocional. Estas interpretaciones suelen manifestarse en forma de *pensamientos automáticos*, definidos como cogniciones breves, rápidas y, en muchos casos, poco cuestionadas, que surgen ante situaciones específicas y que influyen en la respuesta emocional y conductual del individuo ([Clark & Beck, 2010](#)). En el contexto hospitalario, estos pensamientos automáticos pueden incluir interpretaciones catastróficas sobre el diagnóstico, preocupaciones acerca de la evolución clínica o percepciones negativas sobre la propia capacidad de afrontamiento, contribuyendo potencialmente al desarrollo o intensificación de síntomas ansiosos y depresivos ([Moyano et al., 2011](#)).

En este contexto, se vuelve necesario actualizar la evidencia disponible y generar datos locales que permitan dimensionar la magnitud del problema en la población internada en el HC. Contar con esta información no solo contribuirá a una mejor comprensión del impacto de la ansiedad y la depresión en pacientes hospitalizados, sino que también

ofrecerá insumos valiosos para el diseño de estrategias de detección, prevención e intervención en el ámbito hospitalario.

El objetivo de este estudio consistió en explorar la frecuencia de ansiedad y depresión en pacientes hospitalizados del Hospital de Clínicas y su asociación con la presencia de pensamientos automáticos.

## Metodología

Se realizó un estudio descriptivo-prospectivo y correlacional con el objetivo de estimar la frecuencia de síntomas ansioso-depresivos y su relación con pensamientos automáticos en pacientes hospitalizados. La población estuvo compuesta por pacientes internados en las clínicas médicas A, B y C “Dr. Manuel Quintela”, Montevideo, Uruguay.

Se seleccionó una muestra de **51 pacientes adultos** hospitalizados, reclutados entre mayo y octubre de 2025 mediante muestreo no probabilístico por conveniencia. Se excluyeron personas con diagnóstico de discapacidad intelectual, afecciones neurológicas que dificultan la comprensión, discapacidad visual severa o patología psiquiátrica grave.

La recolección de datos se realizó a través de un formulario digital con consentimiento informado integrado, administrado por los investigadores. Para preservar la confidencialidad, a cada participante se le asignó un código de identificación numérico.

Los instrumentos utilizados fueron:

**Cuestionario ad-hoc:** diseñado para recabar información clínica relevante como motivo de hospitalización, antecedentes de enfermedades médicas, tiempo de internación, antecedentes de ansiedad y depresión (reportado por el paciente) y tratamientos psicofarmacológicos. El tiempo de internación, se clasificó en corta (1–15 días), intermedia (16–30 días) y prolongada (>30 días), siguiendo la literatura que asocia mayor estancia hospitalaria con mayor carga psicosocial y sintomatología depresiva y ansiosa ([Walker et al., 2021](#)).

**Escala de Ansiedad y Depresión Hospitalaria (HADS):** es una escala de evaluación de ansiedad y depresión validada en población de habla hispana ([Rodríguez Vega et al., 2002](#)). El instrumento de screening fue desarrollado por [Zigmond & Snaith \(1983\)](#) con el objetivo de evaluar ansiedad y depresión, constituyéndose como una herramienta de detección de estos estados en pacientes de servicios hospitalarios no psiquiátricos y en población general.

Se caracteriza por su fácil administración y resulta especialmente adecuada para pacientes con enfermedades médicas, dado que no incluye síntomas somáticos que podrían interferir en la evaluación clínica. Es un Instrumento autoadministrado de 14 ítems, conformado por dos subescalas que evalúan síntomas de ansiedad (7 ítems) y depresión (7 ítems). Se adoptó un punto de corte  $\geq 8$  en cada subescala como criterio para definir **screening positivo** de sintomatología ansiosa y depresiva. (Zigmond & Snaith, 1983; [Snaith, 2003](#)).

La intensidad o frecuencia de los síntomas se evalúa mediante una escala tipo Likert de 4 puntos (0–3), con diferentes opciones de respuesta según el ítem. Si bien los enunciados se formulan en tiempo presente, el marco temporal corresponde a la semana previa a la evaluación. Este instrumento presenta adecuados índices de confiabilidad ( $\alpha = 0,90$  total) ([Terol-Cantero et al., 2015](#)).

**Inventario de Pensamientos Automáticos (IPA):** El Inventario de Pensamientos Automáticos (IPA) es un instrumento diseñado para evaluar la frecuencia de pensamientos automáticos negativos asociados a distorsiones cognitivas, en el marco del modelo cognitivo de la psicopatología ([Beck, 1976a](#)). Ha sido adaptado y utilizado en población de habla hispana, mostrando adecuadas propiedades psicométricas en distintos contextos clínicos y educativos ([Vásquez & Quiroz, 2017](#)). El cuestionario está compuesto por un conjunto de 45 ítems que reflejan 15 distorsiones cognitivas, tales como filtraje, sobregeneralización, pensamiento dicotómico, personalización y catastrofización, entre otras. Los participantes deben indicar la frecuencia con la que experimentan cada pensamiento en una escala tipo Likert, lo que permite obtener un puntaje total y en algunos casos, puntuaciones específicas por tipo de distorsión. El IPA permite identificar patrones de pensamiento disfuncional que pueden influir en el estado emocional y en la conducta, constituyéndose como una herramienta útil tanto en la evaluación clínica como en investigación psicológica Moyano et al. (2011).

A continuación, se describen las 15 distorsiones cognitivas del IPA ([Londoño et al., 2005](#)) (Tabla 1).

**Tabla 1.** Distorsiones cognitivas

<b>Nº</b>	<b>Distorsión cognitiva</b>	<b>Definición</b>
1	Filtraje o abstracción selectiva	Tendencia a focalizar exclusivamente en los aspectos negativos de una situación, ignorando o minimizando los elementos positivos.
2	Pensamiento polarizado (todo o nada)	Forma de pensamiento dicotómico en la que las experiencias se interpretan en extremos opuestos (bueno/malo, éxito/fracaso), sin considerar puntos intermedios.
3	Sobregeneralización	Elaboración de conclusiones generales a partir de una única experiencia o evidencia limitada, aplicándolas como reglas amplias de vida.
4	Interpretación del pensamiento	Creencia de conocer lo que otras personas piensan o sienten sin evidencia objetiva, lo que influye en la conducta interpersonal.
5	Visión catastrófica	Anticipación de resultados negativos extremos, exagerando la probabilidad o gravedad de las consecuencias.
6	Personalización	Atribución de responsabilidad personal por eventos externos sin evidencia suficiente, vinculando todo lo que ocurre con uno mismo.
7	Falacia de control	Creencia extrema de tener control total sobre los eventos o, en el polo opuesto, percepción de total falta de control sobre la propia vida.
8	Falacia de justicia	Tendencia a evaluar las situaciones como injustas cuando no coinciden con las expectativas o deseos personales.
9	Falacia de cambio	Creencia de que el bienestar personal depende de que los demás modifiquen su conducta.

10	Razonamiento emocional	Asumir que las emociones reflejan la realidad objetiva (“si lo siento, es verdad”).
11	Etiquetas globales	Asignación de juicios globales y negativos sobre uno mismo o los demás a partir de conductas específicas.
12	Culpabilidad	Atribución de responsabilidad de los eventos a uno mismo o a otros sin considerar múltiples factores causales.
13	“Deberías”	Uso de reglas rígidas y exigentes sobre cómo deberían ser las cosas, generando malestar ante su incumplimiento.
14	Tener razón	Necesidad persistente de demostrar que el propio punto de vista es el correcto, especialmente en situaciones de conflicto.
15	Falacia de recompensa divina	Creencia de que los problemas se resolverán en el futuro sin intervención activa, esperando una compensación externa.

El análisis estadístico se realizó con el software SPSS 31.0. Se aplicaron estadísticas descriptivas (frecuencias, medias y desviaciones estándar) y pruebas de asociación bivariadas de acuerdo con el tipo de variable y su distribución.

El estudio fue aprobado por el Comité de Ética del Hospital de Clínicas “Dr. Manuel Quintela”. Se desarrolló de acuerdo con los principios de la Declaración de Helsinki (2000), la normativa nacional (Decreto 379/008) y la Ley de Protección de datos personales (No. 18.331).

Se garantizó el anonimato y la protección de los datos de los participantes. En los casos en los que se detectaron niveles clínicamente significativos de ansiedad y/o depresión, se informó al participante y se ofreció orientación para su derivación a servicios de atención especializada. Este estudio no recibió financiación externa.

## Resultados

La muestra estuvo compuesta por 51 pacientes adultos hospitalizados, con predominio del sexo femenino (52,9%). La media de edad fue de 51,9 años (DE = 16,4; rango: 21–86). En relación a las características sociodemográficas, el 59% de la muestra provenía del departamento de Montevideo y aproximadamente la mitad había completado estudios secundarios. Asimismo, el 41% se encontraba jubilado. A nivel clínico, el 73% presentaba antecedentes de enfermedades crónicas (Tabla 2).

*Tabla 2. Variables sociodemográficas*

Variable	Categoría	n	%
<b>Sexo</b>	Femenino	27	52,9
	Masculino	24	47,1
<b>Edad (años)</b>	Media (DE)	51,9 (16,4)	—
	Rango	21–86	—
<b>Procedencia</b>	Montevideo	30	59,0
	Interior	21	41,0
<b>Nivel educativo</b>	Secundaria completa	26	51,0
	Otros niveles	25	49,0
<b>Situación laboral</b>	Jubilado/a	21	41,0
	Otros	30	59,0

La mayoría de los participantes (64,7%) presentó un tiempo de internación entre 1 y 15 días. En cuanto a los antecedentes de salud mental en relación a los datos referidos por los pacientes, se observó una elevada prevalencia de antecedentes de ansiedad (62,7%) y depresión (68,6%). En menor proporción refirieron antecedentes de tratamiento psicofarmacológico (13,7%) y el 7,8% de tratamiento psicoterapéutico.

**Tabla 3 - Variables clínicas**

<b>Tiempo de internación</b>	1–15 días	33	64,7
	16–30 días	11	21,6
	> 30 días	7	13,7
<b>Antecedentes de ansiedad</b>	Sí	32	62,7
	No	19	37,3
<b>Antecedentes de depresión</b>	Sí	35	68,6
	No	16	31,4
<b>Tratamiento psicofarmacológico</b>	Sí	7	13,7
	No	44	86,3
<b>Tratamiento psicoterapéutico</b>	Sí	4	7,8
	No	47	92,2

El 47% de la muestra presentó puntajes positivos para ansiedad y/o depresión, con un mayor predominio de síntomas de ansiedad (29,4%) en comparación con la depresión (17,6%).

En relación a la ansiedad, 15 pacientes (29,4%) tuvieron screening positivo para ansiedad; 8 correspondieron a mujeres (29,6% de las mujeres;  $n = 27$ ) y 7 a varones (29,2%). No se observaron diferencias significativas según sexo (prueba exacta de Fisher  $p = 1.000$ )

En cuanto a la depresión, 9 pacientes (17,6%) presentaron puntajes positivos; 6 fueron mujeres (22,2%) y 3 varones (12,5%). Si bien la frecuencia fue mayor en mujeres, la diferencia tampoco alcanzó significación estadística (prueba exacta de Fisher  $p = .473$ ). (Tabla 4).

**Tabla 4 - Screening positivo para ansiedad y depresión**

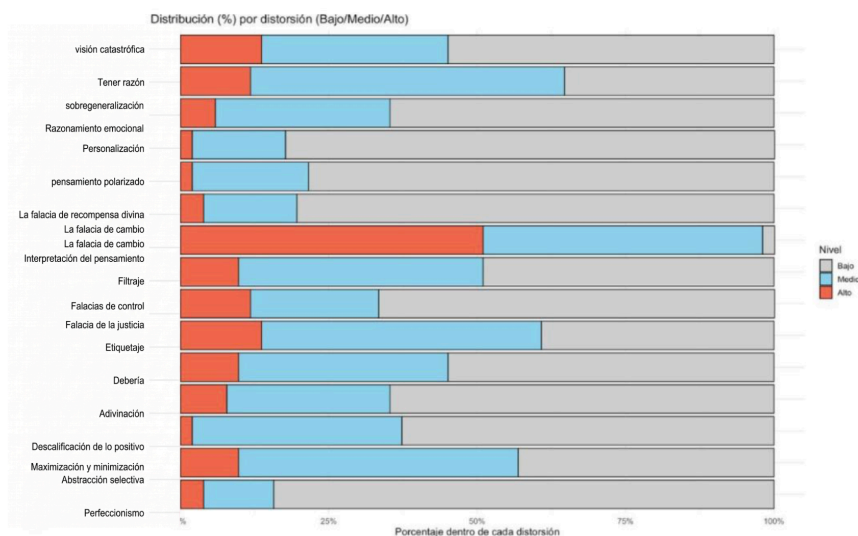
Screening Positivo	n	%	Mujeres (n=27)	%	Varones (n=24)	%	P (Fischer)
Ansiedad	15	29,4	8	29,9	7	29,1	1.000
Depresión	9	17,6	6	22,2	3	12,5	0.473

En relación a la frecuencia de los pensamientos automáticos, la distorsión más prevalente fue la falacia de recompensa divina (M = 5,37), seguida del filtraje (M = 2,94), “tener razón” (M = 2,73) y “debería” (M = 2,51).

Con frecuencias intermedias se ubican la visión catastrófica (M = 2,24), la falacia de cambio (M = 2,22), la interpretación del pensamiento (M = 1,90) y las falacias de control (M = 1,90).

Por último, las distorsiones menos frecuentes fueron la falacia de la justicia (M = 1,59), la sobregeneralización (M = 1,45), el etiquetaje (M = 1,39), el pensamiento polarizado (M = 1,00), la personalización (M = 0,96), la culpabilidad (M = 0,84) y el razonamiento emocional (M = 0,73). (Figura 1)

**Figura 1. Frecuencia de Pensamientos Automáticos**



En cuanto a la relación entre distorsiones cognitivas y sintomatología emocional, se observaron asociaciones estadísticamente significativas de magnitud moderada principalmente con la ansiedad. Las distorsiones más fuertemente relacionadas con esta fueron las falacias de control y la sobregeneralización. En relación con la depresión, se destacaron asociaciones moderadas con la culpabilidad, la falacia de la justicia y el razonamiento emocional. La distorsión de personalización mostró una asociación moderada tanto con ansiedad como con depresión, constituyéndose como un elemento común en ambas dimensiones. El resto de las asociaciones, incluyendo aquellas de menor magnitud o no significativas, se presentan en la Tabla 5.

**Tabla 5.** Correlación entre distorsiones cognitivas y screening positivo de ansiedad y depresión (Rho Spearman)

Distorsión cognitiva	Ansiedad rho(p)	Depresión rho(p)	Interpretación
Falacias de control	0.56 (p < .001)	0.27( p = .052)	Moderada con ansiedad
Sobregeneralización	0.52 (p < .001)	0.37 (p = .008)	Moderada con ansiedad
Interpretación del pensamiento	0.46 (p < .001)	0.29 (p = .038)	Moderada con ansiedad
Tener razón	0.45 (p < .001)	0.31( p = .026)	Moderada con ansiedad
Debería	0.45 ( p < .001)	0.275 (p = .051)	Moderada con ansiedad
Filtraje	0.44 (p = .001)	0.186 (p = .192)	Moderada con ansiedad
Pensamiento polarizado	0.43 (p = .002)	0.235 (p = .096)	Moderada con ansiedad
Falacia de cambio	0.44 (p = .001)	0.31(p= .026)	Moderada con ansiedad
Falacia de la justicia	0.355(p= .011)	0.42(p= .002)	Moderada con depresión
Etiquetaje	0.34 (p= .014)	0.38(p = .006)	Leve con ambas

Razonamiento emocional	0.32(p= .024)	0.424(p= .002)	Moderada con depresión
Culpabilidad	0.23 (p = .102)	0.49 (p < .001)	Moderada con depresión
Recompensa divina	0.316 (p = .024)	-.053 (p = .712)	Moderada con depresión
Personalización	0.44 (p= .001)	0.54 (p< .001)	Moderada con ambas

## Discusión

Los resultados evidencian una prevalencia considerable de sintomatología ansiosa y depresiva en pacientes hospitalizados, destacándose un mayor porcentaje de síntomas de ansiedad en comparación con los depresivos. Este hallazgo es consistente con la literatura previa, que señala que la hospitalización constituye un estresor significativo, asociado a incertidumbre diagnóstica, cambios en el entorno y percepción de vulnerabilidad, factores que tienden a favorecer la aparición de ansiedad ([Amexis et al., 2021](#); [Moreira R. et al., 2018](#); [Walker et al., 2021](#)).

En cuanto a las distorsiones cognitivas, la falacia de recompensa divina se destacó como la más frecuente. Este hallazgo puede interpretarse en el marco de creencias vinculadas a la expectativa de resolución externa o compensación futura del malestar, lo que podría funcionar como un mecanismo de afrontamiento en contextos de enfermedad. No obstante, también se observó con alta frecuencia distorsiones clásicamente asociadas a modelos cognitivos de la ansiedad, como el filtraje, el pensamiento centrado en “tener razón” y las exigencias rígidas (“debería”), lo que sugiere la presencia de sesgos cognitivos orientados a la interpretación negativa de la experiencia.

El análisis de las asociaciones entre distorsiones cognitivas y sintomatología emocional mostró que la ansiedad se relacionó de manera más consistente con un mayor número de distorsiones, particularmente con las falacias de control y la sobregeneralización. Este patrón es coherente con los modelos cognitivos de la ansiedad ([Beck, 1976b](#); [Beck & Clark, 1997](#)), que plantean una tendencia a sobreestimar el riesgo, la amenaza y la falta de control sobre los eventos. En contraste, la depresión mostró asociaciones más específicas, destacándose la culpabilidad, la falacia de la justicia y el razonamiento

emocional, lo que coincide con la literatura que vincula la depresión con esquemas cognitivos centrados en la autoevaluación negativa y la atribución interna del malestar ([Blackburn et al., 1986](#); [Estévez, 2009](#)).

Un hallazgo particularmente relevante fue la asociación de la personalización tanto con ansiedad como con depresión, lo que sugiere que esta distorsión podría constituir un mecanismo cognitivo transversal a ambas dimensiones emocionales. Este resultado es consistente con enfoques transdiagnósticos que proponen la existencia de procesos cognitivos comunes tales como la preocupación, la rumiación y otros factores cognitivos generales en distintos trastornos emocionales. ([Muñoz-Navarro et al., 2025](#)).

En conjunto, estos resultados apoyan la utilidad de los modelos cognitivos para comprender la experiencia emocional de los pacientes hospitalizados y resaltan la importancia de incorporar la evaluación de distorsiones cognitivas en el abordaje clínico. Desde una perspectiva aplicada, estos hallazgos podrían orientar intervenciones psicológicas breves centradas en la identificación y reestructuración de pensamientos automáticos, con el objetivo de reducir la sintomatología ansiosa y depresiva en este contexto.

No obstante, el estudio presenta algunas limitaciones. En primer lugar, el tamaño muestral es reducido y el muestreo por conveniencia limita la generalización de los resultados. En segundo lugar, el diseño transversal impide establecer relaciones causales entre distorsiones cognitivas y sintomatología emocional. Asimismo, el uso de instrumentos de autorreporte puede estar sujeto a sesgos de respuesta. Futuras investigaciones deberían considerar diseños longitudinales que permitan evaluar la evolución de estos fenómenos a lo largo de la internación y explorar el impacto de intervenciones psicológicas específicas.

## Conclusiones

Los resultados preliminares sugieren una frecuencia relevante de sintomatología ansiosa y depresiva en pacientes hospitalizados. Asimismo, se observaron asociaciones estadísticamente significativas entre el screening positivo de ansiedad y distorsiones cognitivas como las falacias de control y la sobregeneralización, mientras que en depresión se destacaron asociaciones moderadas con personalización, culpabilidad, falacia de la justicia y razonamiento emocional. Estos hallazgos respaldan la importancia de considerar la dimensión cognitivo-emocional en el ámbito hospitalario, aunque su carácter preliminar exige una interpretación cautelosa.

## Bibliografía

- [Almada, R., Miraballes, R., & Agrafojo, S. \(2014\). Frecuencia de depresión en los pacientes que consultan en las policlínicas de medicina interna del Hospital de Clínicas Dr. Manuel Quintela. Rev. psiquiatr. Urug, 116-130.](#)
- [Amexis, F., Ferreira, C., Klüver, A., Laborde, L., López, C., Ruggiero, S., Illescas, L., & Castromán, P. \(2021\). Frecuencia de ansiedad y depresión en pacientes coordinados para cirugía electiva en el Hospital de Clínicas Manuel Quintela. Revista Chilena de Anestesia, 50\(4\), 582-587. <https://doi.org/10.25237/revchilanestv50-04-07>](#)
- [Beck, A. T. \(1976a\). Cognitive therapy and the emotional disorders \(p. 356\). International Universities Press.](#)
- [Beck, A. T. \(1976b\). Cognitive therapy and the emotional disorders \(p. 356\). International Universities Press.](#)
- [Beck, A. T., & Clark, D. A. \(1997\). An information processing model of anxiety: Automatic and strategic processes. Behaviour Research and Therapy, 35\(1\), 49-58. \[https://doi.org/10.1016/s0005-7967\\(96\\)00069-1\]\(https://doi.org/10.1016/s0005-7967\(96\)00069-1\)](#)
- [Blackburn, I. M., Jones, S., & Lewin, R. J. P. \(1986\). Cognitive style in depression. British Journal of Clinical Psychology, 25\(4\), 241-251. <https://doi.org/10.1111/j.2044-8260.1986.tb00704.x>](#)
- [Clark, D., & Beck, A. \(2010\). Terapia cognitiva para trastornos de ansiedad: Ciencia y práctica.](#)
- [Estévez, A. \(2009\). Mediación a través de pensamientos automáticos de la relación entre esquemas y síntomas de depresión. anales de psicología, 25.](#)
- [Londoño, N. A., Vargas, C. Á., Bustamante, P. L., & Gómez, S. P. \(2005\). Distorsiones cognitivas asociadas al trastorno de ansiedad generalizada. Informes Psicológicos, 7, 123-136.](#)
- [Ministerio de Salud Pública. \(2021\). Resolución N° 673: Creación de la Comisión Nacional de Contralor de la Atención en Salud Mental \(Resolución ministerial Resolución N° 673\). Ministerio de Salud Pública.](#)

[https://www.gub.uy/ministerio-salud-publica/sites/ministerio-salud-publica/files/2021-08/Res%20673\\_removed.pdf](https://www.gub.uy/ministerio-salud-publica/sites/ministerio-salud-publica/files/2021-08/Res%20673_removed.pdf)

[Moreira R., A., Fieltiz G., P., López R., G., Aguerre, R., Ezeiza, G., Martino, V., Correa, G., Decaro, S., Fernández, C., Gorgoroso, S., Torres, F., Ferreira, M., Navarro, V., Real, N. D. S., Redes, L., Moreira R., A., Fieltiz G., P., López R., G., Aguerre, R., ... Redes, L. \(2018\). Depresión asociada al apoyo social, estancia hospitalaria y patología médica en pacientes ingresados en hospital de clínicas Dr. Manuel Quintela. Revista chilena de neuro-psiquiatría, 56\(4\), 219-227. <https://doi.org/10.4067/s0717-92272018000400219>](#)

[Moyano, M., Furlan, L., & Piemontesi, S. \(2011\). Análisis factorial exploratorio del Inventario de Pensamientos Automáticos \(IPA\). III congreso internacional de investigación y práctica profesional en psicología XVIII jornadas de investigación séptimo encuentro de investigadores en psicología del MERCOSUR, 84-87.](#)

[Muñoz-Navarro, R., Garrido, L. E., Esteller-Collado, G., Carpallo-González, M., Jurado-González, F., Gálvez-Lara, M., Prieto-Vila, M., González-Blanch, C., Ruíz-Rodríguez, P., Moriana, J. A., Cano-Vindel, A., & Medrano, L. A. \(2025\). Evidence of a transdiagnostic cognitive-factor for the assessment of depression and anxiety disorders in primary care patients. Journal of Affective Disorders, 390, 119821. <https://doi.org/10.1016/j.jad.2025.119821>](#)

[Noguera, M., Benitez, 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.](#)

[Rodríguez Vega, B., Ortiz Villalobos, A., Palao Tarrero, A., Avedillo, C., Sánchez-Cabezudo, A., & Chinchilla, C. \(2002\). Síntomas de ansiedad y depresión en un grupo de pacientes oncológicos y en sus cuidadores. European Journal of Psychiatry, 16\(1\). <https://doi.org/10.4321/S1579-699X2002000100004>](#)

[Snaithe, R. P. \(2003\). The Hospital Anxiety And Depression Scale. Health and Quality of Life Outcomes, 1\(1\), 29. <https://doi.org/10.1186/1477-7525-1-29>](#)

[Terol-Cantero, M. C., Cabrera-Perona, V., Martín-Aragón, M., Pérez-Marín, M., & Rodríguez-Marín, J. \(2015\). Revisión de estudios de la Escala de Ansiedad y](#)

[Depresión Hospitalaria \(HAD\) en muestras españolas. Anales de Psicología, 31\(2\), 494-503. https://doi.org/10.6018/analesps.31.2.172701](https://doi.org/10.6018/analesps.31.2.172701)

[Vásquez, E. R. P., & Quiroz, F. J. R. \(2017\). Propiedades psicométricas del Inventario de Pensamientos Automáticos para estudios vinculados a la conducta antisocial y delictiva en estudiantes de secundaria de instituciones educativas del distrito de Comas, 2017. PsiqueMag, 6\(1\), 183-199.](#)

[Walker, J., van Niekerk, M., Hobbs, H., Toynbee, M., Magill, N., Bold, R., Hampsey, E., Harriss, E., Frost, C., & Sharpe, M. \(2021\). The prevalence of anxiety in general hospital inpatients: A systematic review and meta-analysis. General Hospital Psychiatry, 72, 131-140. https://doi.org/10.1016/j.genhosppsy.2021.08.004](https://doi.org/10.1016/j.genhosppsy.2021.08.004)

[World Health Organization. \(2023a\). Anxiety disorders. World Health Organization. https://www.who.int/news-room/fact-sheets/detail/anxiety-disorders](https://www.who.int/news-room/fact-sheets/detail/anxiety-disorders)

[World Health Organization. \(2023b\). Depressive disorder \(depression\). World Health Organization. https://www.who.int/news-room/fact-sheets/detail/depression](https://www.who.int/news-room/fact-sheets/detail/depression)

Zigmond, A. S., & Snaith, R. P. (1983). The hospital anxiety and depression scale. Acta Psychiatrica Scandinavica, 67(6), 361-370  
<https://doi.org/10.1111/j.1600-0447.1983.tb09716.x>