

UNIVERSIDAD RICARDO PALMA

FACULTAD DE MEDICINA HUMANA



**“APOYO SOCIAL Y EL GRADO DE DEPRESIÓN EN PACIENTES
ADULTOS DE LAS SALAS DE HOSPITALIZACIÓN DEL HOSPITAL DE
VITARTE DURANTE EL PERIODO JUNIO-NOVIEMBRE DEL 2016”**

**TESIS PARA OPTAR EL TÍTULO PROFESIONAL DE
MÉDICO CIRUJANO**

AUTOR

JOSUÉ CARLOS LLANGE CONDE

Asesor de Tesis

DR. JORGE ENRIQUE GALVEZ GUTIERREZ

Director de Tesis

Dr. Jhony A. De la Cruz Vargas PhD, MCR, MD

LIMA – PERÚ

2017

AGRADECIMIENTO

Agradezco a Dios por bendecirme, quien con su amor y sabiduría hizo posible convertirme en ser un profesional en lo que tanto me apasiona. A mis padres que en todo momento están conmigo, por haberme proporcionado la mejor educación y enseñarme que con esfuerzo, trabajo y constancia todo se consigue. A mi asesor de tesis, Dr. Jorge Enrique Gálvez Gutiérrez, por el tiempo, apoyo y orientación para que pueda presentar y culminar este proyecto.

A todas las personas que han formado parte de mi vida profesional, a quienes agradezco su apoyo incondicional, consejos y la compañía en los momentos difíciles e importantes de mi vida y por ayudarme en todo mi desarrollo académico.

Para todos ellos mi más sincero agradecimiento.

DEDICATORIA

Dedico este trabajo de tesis a Dios, que hizo posible culminar esta carrera, poniendo en mi camino situaciones y personas que me permitieron dar fuerzas para seguir adelante y lograr todos los objetivos trazados a lo largo de estos años de estudio.

A mis padres, Carlos y Alejandra, quienes en todo momento dieron su apoyo incondicional y con sus palabras de aliento no me dejaban decaer para hacer de mí una mejor persona.

A todas las personas que siempre creyeron y confiaron en mí, que sin esperar nada a cambio compartieron su conocimiento, alegrías, tristezas y a través de sus consejos y motivaciones, lograron que este sueño se haga realidad.

ÍNDICE

CAPITULO I: PROBLEMA DE INVESTIGACIÓN	11
1.1 INTRODUCCIÓN: PLANTEAMIENTO DEL PROBLEMA	12
1.2 Justificación	14
1.3 Línea de investigación y Lugar de Ejecución	15
1.4 Objetivos	16
1.4.1 General.....	16
1.4.2 Específicos	16
1.5 Hipótesis	17
1.5.1 Hipótesis alterna:	17
1.5.2 Hipótesis nula:	17
CAPITULO II: MARCO TEÓRICO.....	18
2.1 Bases teóricas	19
2.2 Antecedentes.....	29
CAPITULO III: METODOLOGÍA.....	39
3.1 Tipo y diseño del estudio:.....	40
3.2 Definiciones conceptuales y Operacionales.....	40
3.3 Población y muestra de Estudio.....	40
3.4 Criterios de Inclusión y Exclusión	42
3.5 Procedimiento para la recolección de los datos	42
3.6 Instrumentos a utilizar y métodos para el control de la calidad de datos	43
3.7 Procedimientos para garantizar aspectos éticos en la investigación	45
3.8 Análisis de Resultados:	45
3.8.1 Métodos de Análisis de Datos según pregunta, tipo de variables, objetivos y diseño	45
3.8.2 Programas a utilizar para análisis de datos	46

CAPÍTULO IV: RESULTADOS Y DISCUSIÓN	47
4.1 RESULTADOS	48
4.2 DISCUSION.....	59
CAPITULO V: CONCLUSIONES Y RECOMENDACIONES	63
5.1 Conclusiones	64
5.2 Recomendaciones	65
REFERENCIAS BIBLIOGRÁFICAS.....	67

INDICE DE TABLAS

Tabla 1. Apoyo social y el grado de depresión en pacientes adultos de las salas de hospitalización del Hospital de Vitarte durante el periodo Junio-Noviembre del 2016.....	49
Tabla 2. Número de visitas promedio por mes y el grado de depresión en pacientes adultos de las salas de hospitalización del Hospital de Vitarte durante el periodo Junio-Noviembre del 2016	50
Tabla 3. Sexo y el grado de depresión en pacientes adultos de las salas de hospitalización del Hospital de Vitarte durante el periodo Junio-Noviembre del 2016.....	51
Tabla 4. Edad y el grado de depresión en pacientes adultos de las salas de hospitalización del Hospital de Vitarte durante el periodo Junio-Noviembre del 2016.....	52
Tabla 5. Estado Civil y el grado de depresión en pacientes adultos de las salas de hospitalización del Hospital de Vitarte durante el periodo Junio-Noviembre del 2016.....	53
Tabla 6. Nivel Educativo y el grado de depresión en pacientes adultos de las salas de hospitalización del Hospital de Vitarte durante el periodo Junio-Noviembre del 2016.....	54
Tabla 7. Ocupación y el grado de depresión en pacientes adultos de las salas de hospitalización del Hospital de Vitarte durante el periodo Junio-Noviembre del 2016.....	55
Tabla 8. Diabetes Mellitus Tipo 2 y el grado de depresión en pacientes adultos de las salas de hospitalización del Hospital de Vitarte durante el periodo Junio-Noviembre del 2016	56
Tabla 9. Hipertensión Arterial y el grado de depresión en pacientes adultos de las salas de hospitalización del Hospital de Vitarte durante el periodo Junio-Noviembre del 2016	57
Tabla 10. Factores asociados al grado de depresión en pacientes adultos de las salas de hospitalización del Hospital de Vitarte durante el periodo Junio-Noviembre del 2016	58

ÍNDICE DE FIGURAS

Figura 1. Depresión en pacientes adultos de las salas de hospitalización del Hospital de Vitarte durante el periodo junio-noviembre del 2016.....	48
Figura 2. Apoyo social y el grado de depresión en pacientes adultos de las salas de hospitalización del Hospital de Vitarte durante el periodo Junio-Noviembre del 2016.....	49
Figura 3. Número de visitas promedio por mes y el grado de depresión en pacientes adultos de las salas de hospitalización del Hospital de Vitarte durante el periodo Junio-Noviembre del 2016	50
Figura 4. Sexo y el grado de depresión en pacientes adultos de las salas de hospitalización del Hospital de Vitarte durante el periodo Junio-Noviembre del 2016.....	51
Figura 5. Edad y el grado de depresión en pacientes adultos de las salas de hospitalización del Hospital de Vitarte durante el periodo Junio-Noviembre del 2016.....	52
Figura 6. Estado Civil y el grado de depresión en pacientes adultos de las salas de hospitalización del Hospital de Vitarte durante el periodo Junio-Noviembre del 2016.....	53
Figura 7. Nivel Educativo y el grado de depresión en pacientes adultos de las salas de hospitalización del Hospital de Vitarte durante el periodo Junio-Noviembre del 2016	54
Figura 8. Ocupación y el grado de depresión en pacientes adultos de las salas de hospitalización del Hospital de Vitarte durante el periodo Junio-Noviembre del 2016.	55
Figura 9. Diabetes Mellitus Tipo 2 y el grado de depresión en pacientes adultos de las salas de hospitalización del Hospital de Vitarte durante el periodo Junio-Noviembre del 2016	56
Figura 10. Hipertensión Arterial y el grado de depresión en pacientes adultos de las salas de hospitalización del Hospital de Vitarte durante el periodo Junio-Noviembre del 2016	57

LISTA DE ANEXOS

Anexo 1. Instrumento de recolección de datos	76
Anexo 2. Operacionalización de variables.....	79

RESUMEN

Objetivo: Determinar la asociación entre el apoyo social y el grado de depresión en pacientes adultos de las Salas de Hospitalización del Hospital de Vitarte

Material y métodos: Se realizó un estudio analítico, transversal, prospectivo en el Hospital de Vitarte realizado en el año 2016. La variable dependiente fue el grado de depresión por lo que se usó el test de Zung y como variables independientes sexo, edad, estado civil, grado de instrucción, ocupación, comorbilidades, apoyo social por lo que se usó el cuestionario DUKE UNC. Se calcularon los ORs con sus respectivos intervalos de confianza al 95% y el valor p de chi cuadrado.

Resultados: Se encontró que el 35,9 % de los pacientes tenían depresión. Esta se asoció con el apoyo social bajo (OR: 3.78 IC95%: 2.27-6.32), tener 1 o 2 visitas en promedio por mes frente a 3 (OR: 2.68 IC95%: 1.21-6.53), sexo femenino (OR: 2.36 IC95%: 1.32-4.31), tener 65 años a más (OR: 2.96 IC95%: 1.67-5.27), estar soltero o viudo (OR: 2.88 IC95%: 1.76-4.71), tener diabetes mellitus 2 como comorbilidad (OR: 1.76 IC95%: 1.03-3.01) y tener hipertensión arterial como comorbilidad (OR: 1.75 IC95%: 1.03-2.96).

Conclusión: Se halló asociación estadísticamente significativa entre la depresión y el apoyo social bajo, número de visitas, sexo, edad, estar soltero o viudo, tener diabetes mellitus 2 o hipertensión arterial como comorbilidad en pacientes adultos de las Salas de Hospitalización del Hospital de Vitarte.

Palabras clave: Depresión, apoyo social, hospitalización, sexo femenino, edad

SUMMARY

Objective: To determine the association between social support and the degree of depression in adult patients of the Hospitalization Rooms of Hospital de Vitarte

Material and methods: An analytical, cross-sectional, prospective study was conducted at the Hospital de Vitarte in 2016. The dependent variable was the degree of depression, tested with the Zung scale; and as independent variables gender, age, civil status, educational level, occupation, comorbidities and social support measured with DUKE UNC questionnaire. The ORs with their respective 95% confidence intervals and the p-value of chi-square were calculated.

Results: It was found that 35.9% of the patients had depression. Depression was associated with low social support (OR: 3.78 95% CI: 2.27-6.32), having 1 or 2 visits on average per month versus 3 (OR: 2.68 CI95%: 1.21-6.53), female sex (OR: 2.36 IC95%: 1.32-4.31), being older than 65 years (OR: 2.96 IC95%: 1.67-5.27), being single or widower (OR: 2.88 IC95%: 1.76-4.71), have diabetes mellitus 2 as comorbidity (OR: 1.76 IC95%: 1.03-3.01)), and to have arterial hypertension as comorbidity (OR: 1.75 95% CI: 1.03-2.96).

Conclusion: I found a statistically significant association between depression and low social support, number of visits, sex, age, being single or widowed, having diabetes mellitus 2 or hypertension as comorbidity in adult patients of Hospital de Vitarte.

Key words: Depression, social support, hospitalization, female sex, age

CAPITULO I: PROBLEMA DE INVESTIGACIÓN

1.1 INTRODUCCIÓN: PLANTEAMIENTO DEL PROBLEMA

La depresión según la OMS es una enfermedad frecuente en todo el mundo, y se estima que afecta a unos 350 millones de personas a nivel mundial, mientras tanto en América Latina y el Caribe la depresión mayor mostró una prevalencia media de 8,7%, 4,9% y 4,3% en algún momento de la vida ⁽¹⁾, siendo la incidencia mayor en mujeres que en varones, estando relacionada con la salud física ⁽²⁾ y con el curso de las enfermedades crónicas, produciendo una mayor disminución en la salud de estos pacientes ⁽³⁾.

A nivel nacional, el INSM “Honorio Delgado Hideyo Noguchi”, determino que las ciudades con mayores problemas de salud mental (depresión, ansiedad, alcohol, violencia doméstica) corresponden a Lima con 26.5%, Ayacucho (26,0%) y Puerto Maldonado (25,4%). En Lima, el problema de depresión alcanza el 16,4% seguido por el trastorno de ansiedad generalizada con un 10,6 % y el abuso/dependencia de alcohol con un 5,3% ⁽⁴⁾, en el Perú se observó que la prevalencia de depresión es de dos a tres veces más alta en pacientes con enfermedades crónicas en comparación con personas sin condiciones crónicas ⁽⁵⁾.

Con respecto a la estancia hospitalaria, es de vital importancia mencionar que la frecuencia de presentación del cuadro depresivo es la más alta dentro de la amplia gama de trastornos mentales, asociada a diversas variables como son: el género, estado civil, nivel educativo,

edad, condición socioeconómica, factor hereditario y la misma enfermedad de fondo ⁽⁶⁾, ya que la hospitalización supone una pausa en la vida habitual del paciente, un cambio en sus hábitos, en sus relaciones personales y en sus ocupaciones, sumado a la enfermedad de fondo y las molestias físicas.

Estas constituyen un motivo de malestar, incertidumbre, y a veces pesimismo. Por lo tanto se considera que además de la enfermedad como motivo de ingreso, la hospitalización puede constituir per se un factor de riesgo para el desarrollo de la depresión ⁽⁷⁾.

Es bastante frecuente encontrar pacientes hospitalizados que presenten algún problema de salud mental, siendo la depresión una de las enfermedades más frecuentes asociadas al ámbito hospitalario.

Por todo lo expuesto, en el presente estudio se busca determinar:

¿Existe relación entre el apoyo social y el grado de depresión en pacientes adultos de las Salas de Hospitalización del Hospital de Vitarte?

1.2 Justificación

La depresión es un estado patológico presente en muchas personas, y se tiene conocimiento que algunos factores promueven su desarrollo en mayor o menor medida, asociándola con una patología ya existente puede ser el desencadenante de un estado mayor de depresión sobre todo en lo que concierne a patologías crónicas ⁽⁸⁾.

Estudios realizados anteriormente muestran relación entre el factor sociocultural, la patología oncológica y la depresión ⁽⁹⁾, así como que la depresión en pacientes adultos mayores admitidos en un Servicio de Medicina Interna es común y a menudo no diagnosticada y tratada ⁽¹⁰⁾. Otros estudios que muestran la relación entre patologías crónicas y la depresión, como es el caso de pacientes con angina de pecho y depresión, factor que prolonga la estancia hospitalaria y que está en estrecha relación con el pronóstico. ⁽¹¹⁾ ⁽¹²⁾ .

La importancia de este estudio, a diferencia de los anteriormente mencionados, radica en que se tiene como población a pacientes con diversas patologías; es decir, no sólo se centra en una patología determinada, sino que, al ser realizado en salas de hospitalización busca tener una población de estudio más diversa. De la misma manera incorpora a un mayor número de grupos etarios

diferenciándose de otros estudios que se enfocan en un grupo en específico.

Lo que se espera hallar con el presente estudio es que si el apoyo social es un factor que disminuya los grados de depresión en pacientes hospitalizados. Actualmente no se cuenta con muchos estudios que analicen esta asociación, siendo la depresión, en la mayoría de los casos, subordinada a un segundo plano, que, de ser considerada en la salas de hospitalización como un problema relevante, podría generar menos complicaciones y por lo mismo, menor estancia hospitalaria.

Los resultados obtenidos en esta investigación servirán para tener un sustento sobre si promover el apoyo social permita disminuir los grados de depresión y acelerar el proceso de recuperación del paciente internado para su pronta reincorporación en la sociedad, con el propósito de promover la ayuda social en pacientes deprimidos y establecer políticas que fortalezcan esta asociación.

1.3 Línea de investigación y Lugar de Ejecución

La presente investigación es una investigación aplicada que se ubica dentro de las líneas de investigación en el área de enfermedades crónicas no transmisibles y salud pública, las cuales son prioridades

de investigación en el Perú. El presente proyecto se realizó en el Hospital de Vitarte, un hospital que atiende a un importante número de pacientes y tiene un gran tamaño de personal.

1.4 Objetivos

1.4.1 General

Determinar la asociación entre el apoyo social y el grado de depresión en pacientes adultos de las Salas de Hospitalización del Hospital de Vitarte

1.4.2 Específicos

- Determinar la asociación entre las visitas promedio del último mes y el grado de depresión en pacientes adultos de las Salas de Hospitalización del Hospital de Vitarte
- Determinar la asociación entre el sexo y el grado de depresión en pacientes adultos de las Salas de Hospitalización del Hospital de Vitarte
- Determinar la asociación entre tener 65 años o más y el grado de depresión en pacientes adultos de las Salas de Hospitalización del Hospital de Vitarte
- Determinar la asociación entre estar viudo o soltero frente a casado o conviviente y el grado de depresión en pacientes adultos de las Salas de Hospitalización del Hospital de Vitarte

- Determinar la asociación entre el nivel educativo y el grado de depresión en pacientes adultos de las Salas de Hospitalización del Hospital de Vitarte
- Determinar la asociación entre tener ocupación y el grado de depresión en pacientes adultos de las Salas de Hospitalización del Hospital de Vitarte
- Determinar la asociación entre las comorbilidades y el grado de depresión en pacientes adultos de las Salas de Hospitalización del Hospital de Vitarte

1.5 Hipótesis

1.5.1 Hipótesis alterna:

Existe asociación entre el apoyo social y el grado de depresión en pacientes adultos de las Salas de Hospitalización del Hospital de Vitarte.

1.5.2 Hipótesis nula:

No existe asociación entre el apoyo social y el grado de depresión en pacientes adultos de las Salas de Hospitalización del Hospital de Vitarte.

CAPITULO II: MARCO TEÓRICO

2.1 Bases teóricas

DEPRESIÓN

Definición

Se define depresión como una enfermedad o trastorno mental que se caracteriza por una profunda tristeza, decaimiento anímico, baja autoestima, pérdida de interés por todo y disminución de las funciones psíquicas ⁽¹³⁾. Etimológicamente la palabra “depresión” proviene del latín “depressio” que significa “abatimiento”. Y, efectivamente, el paciente se siente decaído, con una actitud desalentadora sobre su existencia y su futuro, que le impide vivir plenamente. ⁽¹⁴⁾

Epidemiología

Actualmente, la depresión constituye un desorden mental que se presenta con mucha frecuencia, ya que se estiman 350 millones de personas afectadas por este problema a nivel mundial ⁽¹⁵⁾. Asimismo, es la principal causa mundial de discapacidad y contribuye de forma muy importante a la carga mundial general de morbilidad. Se ha observado que este trastorno se presenta con mayor frecuencia en mujeres, en una relación de 1:2 en comparación con los hombres. ⁽¹⁶⁾

Factores de riesgo

Factores personales y sociales

Se considera que la depresión es un proceso donde intervienen múltiples factores, cuya posibilidad de desarrollo va a depender de un amplio grupo de factores de riesgo que van a tener diferente peso dependiendo de la persona afectada ⁽¹⁷⁾. Se toman como factores de riesgo importantes las enfermedades crónicas y la asociación que pueda existir con el consumo de alcohol y tabaco ⁽¹⁸⁾. Una personalidad neurótica también se asocia con una mayor tasa de frecuencia de casos, pero sobre todo tiene una mayor relación con las posibles recaídas y la fácil depresión frente a situaciones adversas ⁽¹⁹⁾.

Factores cognitivos

En relación con el rol de los factores cognitivos y su influencia sobre la depresión, se ha observado que los pensamientos negativos, distorsiones cognitivas, estados emocionales insatisfactorios y conductas distorsionadas tienen una gran relación con el procesamiento de la información ⁽²⁰⁾.

Factores familiares y genéticos

Aquellas personas descendientes de pacientes con depresión tienen unas altas probabilidades de desarrollar un trastorno depresivo mayor ⁽²¹⁾. En relación con la genética, se tiene que las monoaminas juegan un papel importante en el desarrollo de la depresión. Se ha encontrado que la existencia de polimorfismo en el gen que codifica el transportador de la serotonina produciría una deficiencia en el transporte del mismo ⁽²²⁾.

Sintomatología

Los síntomas relacionados con la depresión suelen ser variables, así como la aparición de estos, que suelen ser lentos a insidiosos. Al principio, el paciente puede mostrar ligera disminución del interés, insomnio, o pérdida del apetito; sin embargo, no las considera importantes y decide ignorarlas. Estos síntomas, con el paso del tiempo, se tornan de mayor intensidad, para luego volverse propios del período de estado ⁽²³⁾.

Clasificación según American Psychiatric Association, 5° ed (DSM-5) ⁽²⁴⁾

La clasificación que se tiene en consideración, al estar en constante actualización, es la dada por las Asociación Americana de Psiquiatría. Así, en el 2013 se publicó la 5° edición del DSM (Diagnostic and Statistical Manual of Mental Disorders), clasificando los trastornos depresivos en:

Trastorno de desregulación disruptiva del estado de ánimo

El trastorno de desregulación disruptiva del estado de ánimo se incluye en la nueva edición del Manual Diagnóstico y Estadístico de los Trastornos Mentales (DSM-5®). Se incluye a niños con problemas de conducta y emocionales considerados graves, caracterizado por irritabilidad no episódica o crónica ⁽²⁵⁾.

Los niños que acuden a los consultorios con características del trastorno de desregulación disruptiva de estado de ánimo son sobre todo varones.

Asimismo, se estima que existe una mayor prevalencia en hombres y los niños durante la etapa escolar que en las mujeres y los adolescentes ⁽²⁶⁾

El rasgo central del trastorno de desregulación disruptiva del estado de ánimo es una irritabilidad crónica, grave y persistente. Esta irritabilidad grave tiene dos manifestaciones clínicas relevantes, y la primera son los accesos de cólera frecuentes (Criterio A). Estos accesos ocurren típicamente en respuesta a la frustración y pueden ser verbales o conductuales. Deben ocurrir frecuentemente (Criterio C) en al menos un año y en al menos dos ambientes (Criterios E y F), como en casa y en el colegio, y deben ser inapropiados para el grado de desarrollo (Criterio B). La segunda manifestación de irritabilidad grave consiste en un estado de ánimo persistentemente irritable o de enfado crónico entre los graves accesos de cólera. Este estado de ánimo irritable o enfadado debe ser característico del niño, debe estar presente la mayor parte del día, casi a diario, y debe ser apreciable por otras personas del entorno del niño (Criterio D). ⁽²⁴⁾

Trastorno depresivo mayor

El trastorno depresivo mayor incluye un conjunto de síntomas en el que predominan los de tipo afectivos, aunque también se encuentran presentes, en mayor o menor grado, síntomas de tipo cognitivo, fuerza de voluntad o incluso somático ⁽²⁷⁾. El trastorno depresivo mayor se asocia a una alta

mortalidad y la mayor parte de ésta se debe al suicidio. Este trastorno se asocia a una alta tasa de mortalidad, que aumenta significativamente en mayores de 55 años; asimismo, se indica que las mujeres son las que tienen el doble o triple de intentos de suicidio, aunque son los hombres los que logran consumarlo ⁽²⁸⁾.

Criterios diagnósticos

- A.** Cinco (o más) de los síntomas siguientes han estado presentes durante el mismo período de dos semanas y representan un cambio del funcionamiento previo; al menos uno de los síntomas es 1. Estado de ánimo deprimido o 2. Pérdida de interés o de placer.
- 1.** Estado de ánimo deprimido la mayor parte del día, casi todos los días, según se desprende de la información subjetiva o de la observación por parte de otras personas.
 - 2.** Disminución importante del interés o el placer por todas o casi todas las actividades la mayor parte del día, casi todos los días.
 - 3.** Pérdida importante de peso sin hacer dieta o aumento de peso (p. ej. modificación de más de un 5% del peso corporal en un mes) o disminución o aumento del apetito casi todos los días.
 - 4.** Insomnio o hipersomnia casi todos los días.
 - 5.** Agitación o retraso psicomotor casi todos los días.
 - 6.** Fatiga o pérdida de energía casi todos los días.

7. Sentimiento de inutilidad o culpabilidad excesiva o inapropiada casi todos los días.
 8. Disminución de la capacidad para pensar o concentrarse, o para tomar decisiones, casi todos los días.
 9. Pensamientos de muerte recurrentes, ideas suicidas recurrentes sin un plan determinado, intento de suicidio o un plan específico para llevarlo a cabo.
- B.** Los síntomas causan malestar clínicamente significativo o deterioro en lo social, laboral u otras áreas importantes del funcionamiento.
- C.** El episodio no se puede atribuir a los efectos fisiológicos de una sustancia o de otra afección médica.
- D.** El episodio de depresión mayor no se explica mejor por un trastorno esquizoafectivo, esquizofrenia, un trastorno esquizofreniforme, un trastorno delirante, u otro trastorno especificado o no especificado del espectro de la esquizofrenia y otros trastornos psicóticos.
- E.** Nunca ha habido un episodio maníaco o hipomaníaco. ⁽²⁴⁾

Trastorno depresivo persistente (Distimia)

La distimia se diferencia del episodio depresivo mayor principalmente en que el primero tiene un mayor tiempo de duración, generalmente más de dos años; asimismo, otra diferencia es la menor severidad de síntomas presentados en la distimia. Se ha identificado que ésta tiene con frecuencia

un inicio temprano e insidioso, así como caracterizarse por seguir un curso crónico ⁽²⁹⁾

El rasgo principal del trastorno depresivo persistente es un ánimo deprimido que aparece la mayor parte del día, durante la mayor parte de los días, durante al menos dos años o al menos durante un año en los niños y los adolescentes (Criterio A). En este trastorno se agrupan el trastorno de depresión mayor crónico y el trastorno distímico del DSM-IV. Durante período de dos años (de un año en los niños o los adolescentes), cualquier intervalo sin síntomas durante como máximo dos meses (Criterio C). ⁽²⁴⁾

Trastorno disfórico premenstrual

El Síndrome Disfórico Premenstrual (SDPM) se caracteriza por la exacerbación de los cambios físicos y somáticos que ocurren en el periodo de la fase lútea en el ciclo menstrual, produciendo incapacidad física, psíquica y problemas de relación familiar, laboral y social ⁽³⁰⁾.

Las características esenciales del trastorno disfórico premenstrual son la expresión de labilidad afectiva, disforia y síntomas de ansiedad que se repiten durante la fase premenstrual del ciclo y que remiten alrededor del inicio de la menstruación o poco después. ⁽²⁴⁾

Trastorno depresivo inducido por sustancias/medicamentos

En este trastorno, los síntomas depresivos se asocian al consumo, la inyección o la inhalación de una sustancia y persistiendo estos síntomas más tiempo de lo que cabría esperar de los efectos fisiológicos o del período de intoxicación o de abstinencia (Criterio A). El trastorno depresivo se debe haber desarrollado durante el consumo de una sustancia capaz de producir un trastorno depresivo o dentro del mes posterior al mismo conforme a los datos de la historia clínica, la exploración física o los análisis de laboratorio (Criterio B) ⁽²⁴⁾.

Trastorno depresivo debido a otra afección médica

El rasgo esencial de este tipo de trastorno depresivo es un período de tiempo importante y persistente de estado de ánimo deprimido, o una disminución notable del interés o del placer en todas o casi todas las actividades (Criterio A) y que se piensa que está relacionado con los efectos fisiológicos directos de la otra afección médica (Criterio B). ⁽²⁴⁾

Otro trastorno depresivo especificado

Esta categoría se aplica a presentaciones en las que predominan los síntomas característicos de un trastorno depresivo que causan malestar clínicamente significativo o deterioro en lo social, laboral u otras áreas

importantes del funcionamiento, pero que no cumplen todos los criterios de los trastornos depresivos. (24)

Otro trastorno depresivo no especificado

Esta categoría se aplica a presentaciones en las que predominan los síntomas característicos de un trastorno depresivo que causan malestar clínicamente significativo o deterioro en lo social, labor u otras áreas importantes del funcionamiento, pero que no llegan a cumplir los criterios necesarios para estar incluido dentro de las clasificaciones mencionadas previamente ⁽³¹⁾.

Escalas de Medición

Actualmente existen diversas escalas de medición para medir el grado de depresión. Las más importantes son: escala de Hamilton, Beck y Zung. Siendo esta última validada en el Perú y la más utilizada debido a su fácil aplicación.

Escala de Zung

La Escala Autoaplicada de Depresión de Zung fue aplicada por Zung en el año 1965, y llega a identificar síntomas específicos, dándole mayor importancia al componente somático y la relación conductual. Constituida por 20 enunciados que guardan relación con la depresión, siendo estos formulados en términos positivos y negativos de igual cantidad. En esta escala, el paciente va a calificar la frecuencia de los síntomas, escogiendo entre “casi todo el tiempo”, con un valor de 4 puntos hasta “raramente o nunca”, el cual tiene un puntaje de 1.

DEPRESIÓN EN EL PACIENTE HOSPITALIZADO

La depresión se define como un trastorno psiquiátrico de alta prevalencia entre los pacientes ingresados por causas orgánicas en salas de hospitalización o quirúrgicas de hospitales generales. Según estudios, la prevalencia oscila entre el 7 al 20%, y esta cifra aumenta hasta 50% en pacientes mayores de 65 años ⁽³²⁾.

La confluencia de patología física y psiquiátrica como depresión puede dificultar el diagnóstico, la evolución y el tratamiento de los pacientes. Esto ha guiado a investigar el efecto de esta comorbilidad, determinándose que estos pacientes sufren de mayores niveles de discapacidad y sus costos de atención resultan más elevados ⁽³³⁾.

2.2 Antecedentes

1. Martínez Menoza y colaboradores, en el estudio Prevalencia de depresión y factores de riesgo en el adulto mayor hospitalizado publicado el año 2005 plantea que la prevalencia de depresión en el adulto mayor hospitalizado fue elevada. Los factores que más se asociaron fueron depender de otras personas que no pertenezcan a la familia nuclear y ser portador de patologías crónicas. ⁽³⁴⁾

2. Campo Arias y colaborador, en el estudio Detección de trastornos depresivos en pacientes hospitalizados publicado en la Rev. Col. Psiquiatría en 1998 mostro como resultado que de un total de 57 pacientes hospitalizados por diferentes problemas médicos 27 pacientes (47.4%) no presentaban un trastorno depresivo y 30 (52.6%) mostraban síntomas depresivos de importancia clínica: 21 sujetos (36.8%) presentaban un trastorno de adaptación con síntomas depresivos y 9 (15.8%) un trastorno depresivo mayor. Concluyendo que más de la mitad de la población presentaba algún grado de depresión. ⁽³⁵⁾

3. Vélez agüero y colaboradores evaluaron depresión en pacientes hospitalizados con distintas patologías médicas en la ciudad de Bucaramanga – Colombia el año 2008 obteniendo en una muestra de 82 pacientes con un rango de edades entre 22 y 76 años, a quienes se les aplicó el Inventario de Depresión de Beck (BDI-II) y la escala de Ansiedad y Depresión Hospitalaria (HADS). Una prevalencia del 41.5% de depresión en la muestra, de acuerdo con el BDI-II. 2) Una prevalencia de trastorno depresivo del 11% de la muestra según el HADS. 3) Mayor prevalencia de síntomas somático-motivacionales, frente a los síntomas cognitivo-afectivos. ⁽³⁶⁾

4. Rodriguez Rodrigez, en el estudio Factores emocionales en el abordaje de las enfermedades cardiovasculares concluye que las terapias psicológicas preventivas en pacientes coronarios deben plantearse como objetivo, fomentar en los pacientes cardiopatas recursos psicológicos que mejoren las estrategias de afrontamiento al estrés y otras emociones negativas, en aras de preservar la salud. La comunidad médica no debe desestimar el papel de las emociones y la personalidad en la aparición y/o empeoramiento de las enfermedades cardiovasculares ⁽³⁷⁾

5. Gomez Carretero y colaboradores en un estudio publicado el 2007 que titula “Alteraciones emocionales y necesidades psicológicas de pacientes en una Unidad de Cuidados Intensivos” plantean que desde el momento en que se diagnostica una enfermedad cuyo tratamiento va a requerir un ingreso hospitalario para la realización de una intervención quirúrgica, tanto el paciente como sus familiares o cuidadores primarios se ven implicados en un proceso durante el cual pueden experimentar diversas alteraciones emocionales. Durante su estancia en la UCI, las alteraciones emocionales citadas con mayor frecuencia por los pacientes son la ansiedad, el estrés, la depresión o el denominado síndrome de cuidados intensivos, en cuyo desarrollo se encuentran implicados factores como el ruido excesivo que puede dificultar el sueño y el descanso, el dolor, las medidas empleadas para la ventilación que impiden que los enfermos se puedan comunicar adecuadamente, etc ⁽³⁸⁾

6. Merino y colaboradores en un estudio publicado el 1992 que titula “Evaluación del paciente geriátrico hospitalizado. Orientado por problemas: Estudio prospectivo de 71 casos” en el que se realizó un estudio prospectivo, el primero en el país, en 71 pacientes de 60 años o más, hospitalizados en el HNCH entre Enero a Marzo de 1991. Se observó que a diferencia del adulto joven se observó depresión 53.5%, ansiedad 50.7%, alteraciones en el sueño 81.7%, temblores 16.9%, caídas 67.6%, hipotensión ortástica (probable) 50.7%, incontinencia urinaria 42.3%, estreñimiento 32.4%, úlceras por presión 5.7%, trastornos de órganos sensoriales 83.1%. También se evidenció diferencia significativa entre lo observado y lo registrado en la historia clínica convencional. Plantean la necesidad de considerar estos aspectos durante la evaluación del geronto, así como de contar con una historia clínica geriátrica especialmente diseñada y orientada a enfermedades y problemas con el fin de brindar una adecuada atención al paciente geriátrico ⁽³⁹⁾

7. Hernández Salazar y colaboradores en un estudio publicado el 2014 que titula “Relación de la depresión, ansiedad y calidad de vida en pacientes hospitalizados con insuficiencia cardiaca” en el que se realizó un diseño no experimental transversal correlacional, en el cual participaron 28 pacientes diagnosticados con insuficiencia cardiaca y hospitalizados en el Hospital General de México. La evaluación psicológica se realizó usando un cuadernillo con los siguientes instrumentos: carta de consentimiento informado, ficha de identificación, Escala de Ansiedad y Depresión Hospitalaria y Cuestionario de

Cardiomiopatía Kansas City. Los resultados indicaron que los pacientes exhibieron ansiedad y depresión en la misma proporción. Al realizar un análisis de correlación de Spearman entre las variables ansiedad, depresión y calidad de vida relacionada con la salud se encontró una relación negativa, es decir, que a mayor ansiedad, menor depresión. Se concluye que el pronóstico de los pacientes con insuficiencia cardiaca depende de diversos factores, entre los que se hallan una comunicación efectiva entre los profesionales de la salud y un mejor manejo clínico de la enfermedad, de tal suerte que se reduzcan los ingresos del paciente al hospital y que los objetivos del tratamiento se orienten al control de los síntomas y al manejo del estrés, la ansiedad y la depresión, entre otros. Con mejores herramientas de diagnóstico y de tratamiento de la insuficiencia, inevitablemente aumentará el número de pacientes con comorbilidad emocional disminuida ⁽⁴⁰⁾

8. Vico-Romero y colaboradores en un estudio publicado el 2014 que titula “Prevalencia de trastornos del sueño y factores asociados en pacientes hospitalizados” en el que se reclutaron 299 pacientes, con una edad media de 73,7 años (DT 14,2). Se observó una prevalencia de insomnio global del 42,1%, algo superior en las mujeres (48,2%) que en los hombres (37,0%) ($p = 0,052$). En los menores de 65 años la prevalencia fue del 33,8% y en los pacientes de 65 años o más fue del 44,9% ($p = 0,093$). Los principales factores asociados al insomnio fueron los antecedentes de ansiedad, depresión y AVC, la pirosis, el dolor, el miedo y la pobre capacidad funcional durante el ingreso. Factores del

entorno como el ruido, la sensación de frío o calor y los cambios de hábitos que comporta la hospitalización no alcanzaron la significación estadística. En los pacientes de 65 años o más el consumo de bloqueadores beta se asoció al insomnio. El análisis multivariado mostró como factores de riesgo independientes el AVC, la pirosis y el dolor. El insomnio tiene una elevada prevalencia entre los pacientes hospitalizados y se asocia a algunos factores tratables o modificables ⁽⁴¹⁾

9. Costas Gonzales y colaboradores en un estudio publicado el 2013 que titula “Ansiedad y depresión entre los pacientes hospitalizados en el complejo hospitalario de Ferrol” en el que realizaron un estudio longitudinal prospectivo observacional, en el que midieron niveles de ansiedad y depresión mediante la escala HAD (Hospital Anxiety and Depression Scale), en 70 pacientes durante su ingreso por motivos somáticos, y una vez de alta a los 2 meses de la primera valoración. Se identificó una prevalencia de ansiedad del 20 % y de depresión del 10 % en la medición hecha durante el ingreso. Las subescalas de ansiedad y depresión en estos pacientes, disminuyeron de manera estadísticamente significativa a los 2 meses de la primera valoración, una vez de alta hospitalaria. Las prevalencias de ansiedad y depresión en este estudio concuerdan con las descritas en la literatura. No así la evolución de la presencia de estos síntomas a los dos meses ⁽⁴²⁾

10. Hernández Zamora y colaboradores en un estudio publicado el 2012 que titula “Depresión en adultos mayores hospitalizados. Una propuesta integral de

intervención del psicólogo” donde se trabajó con dos muestras de este grupo etario: una, integrada por adultos mayores que están hospitalizados y otra, por aquellos que viven en sus hogares, que están enfermos y deben ser atendidos por su familia y/o amistades; se les aplicó a ambos la Escala de Depresión Geriátrica de Yesavage y un cuestionario de datos generales. A partir de los resultados se hace una propuesta de intervención del psicólogo dirigida a los profesionales de la salud que atienden a senectos, a sus familiares y a los mismos adultos mayores ⁽⁴³⁾

11. Pérez Cruz y colaboradores en un estudio publicado el 2014 que titula “Asociación entre desnutrición y depresión en el adulto mayor” donde se realizó un estudio transversal que se realizó en población geriátrica de la consulta externa de un Hospital Público de referencia de Alta Especialidad de la Ciudad de México. El estado nutricional se clasificó mediante la Evaluación Mínima Nutricional (MNA), el Índice de Quetelet se clasificó acorde a la Organización Mundial para la Salud. La depresión se evaluó mediante la Escala de Depresión Geriátrica (GDS). La funcionalidad se obtuvo mediante el Índice de Katz. Las diferencias entre grupos se analizaron usando la prueba de Chi cuadrada y t-student. La asociación entre el MNA y GDS, así como la determinación de factores predictores para desnutrición se analizó usando análisis multivariado y se determinó la razón de momios (RM). 96 pacientes de > 65 años fueron evaluados, 79,2% fueron mujeres. El 15,5% de la población se clasificó con adecuado estado nutricional, el 72,2% con riesgo de desnutrición y 11,3% con

desnutrición. La prevalencia de depresión fue de 63,9%. El análisis de regresión múltiple reveló que la depresión y el sexo masculino son factores predictores independientes de desnutrición. La depresión se asoció positivamente con desnutrición en RM 2,4 (IC 95% 0,79-7,38). Para los individuos del sexo masculino la RM para desnutrición fue de 1,42 (IC 95% 1,0-2,0). La depresión y el sexo masculino están fuertemente asociados con el riesgo de desnutrición en los adultos mayores ⁽⁴⁴⁾

12. von Mühlenbrock S y colaboradores en un estudio publicado el 2011 que titula “Prevalencia de Depresión en pacientes mayores de 60 años hospitalizados en el Servicio de Medicina Interna del Hospital Militar de Santiago” donde se entrevistó 131 pacientes, 64 mujeres y 67 hombres, edad media de 74,35 (DE 8,23) años. La prevalencia de la depresión fue de 22,13% (29), 28,12% (18) en mujeres y 16,41% (11) en hombres. La depresión en pacientes adultos mayores admitidos en un Servicio de Medicina Interna es común y a menudo no detectada o no ⁽⁴⁵⁾

13. Franco y colaboradores en un estudio publicado el 2005 que titula “Prevalencia de trastornos psiquiátricos en pacientes medicoquirúrgicos hospitalizados en la Clínica Universitaria Bolivariana de Medellín, Colombia” donde se realizó un estudio descriptivo de 157 personas entrevistadas aleatoriamente en un período de 30 días. Se diseñó un formulario con preguntas que incluían aspectos sociodemográficos y clínicos que se aplicó a cada uno de los entrevistados. Se realizó el Mini-Examen Cognoscitivo (MEC

35) a todos los pacientes. Si el MEC 35 no encontraba alteración psiquiátrica se aplicaba la Escala de Ansiedad y Depresión Hospitalaria (EADH). A quienes tuvieron alteraciones en el MEC 35 o en la EADH, se les realizó una entrevista clínica para diagnosticar el trastorno psiquiátrico presente. Del total de pacientes, 70 (44.5%), se diagnosticaron con algún trastorno psiquiátrico. El más frecuente fue demencia en 19 (12.1%), seguido por trastorno depresivo mayor, 16 (10.2%). Existe una frecuencia de 44.5% de trastornos psiquiátricos en los pacientes hospitalizados de la Clínica Universitaria Bolivariana, Medellín que no son diagnosticados por el personal médico no psiquiatra. Se sugiere realizar jornadas de actualización médica en psiquiatría para el personal médico y paramédico de la institución y crear líneas de investigación en psiquiatría de enlace en otros centros médicos de Medellín ⁽⁴⁶⁾

14. Vélez y colaboradores en un estudio publicado el 2010 que titula “Evaluación de la depresión en pacientes hospitalizados por distintas enfermedades médicas en la ciudad de Bucaramanga” donde en una muestra de 82 pacientes con un rango de edades entre 22 y 76 años, se les aplicó el Inventario de Depresión de Beck (BDI-II) y la escala de Ansiedad y Depresión Hospitalaria (HADS). Los datos fueron procesados a través SPSS 11.5. 1) Una prevalencia del 41.5% de depresión en la muestra, de acuerdo con el BDI-II. 2) Una prevalencia de trastorno depresivo del 11% de la muestra según el HADS. 3) Mayor prevalencia de síntomas somático-motivacionales, frente a los síntomas cognitivo-afectivos. Estos hallazgos corresponden a lo referido en la

literatura al señalar la alta prevalencia de depresión en contexto hospitalario; igualmente, confirma la importancia de la evaluación de síntomas cognitivo-afectivos para determinar la presencia o no de episodios depresivos en este tipo de pacientes ⁽⁴⁷⁾

15. Pujiula-Maso y colaboradores en un estudio publicado el 2006 que titula “La satisfacción de los pacientes hospitalizados como indicador de la calidad asistencial” donde se realizó un observacional, descriptivo y prospectivo, desarrollado en el Hospital Universitario Dr. Josep Trueta de Girona en la unidad de neurología medicoquirúrgica. La satisfacción de los pacientes se ha valorado con las escalas de satisfacción SGEM, CEP y LOPPS 12. Se han estudiado 150 pacientes con patología neurológica médica y quirúrgica, que han expresado altos niveles de satisfacción. Entre los aspectos peor valorados destacan la información, el espacio físico y la hostelería. No se ha hallado asociación entre ninguna variable sociodemográfica y la satisfacción de los pacientes. Los más dependientes valoraron más la calidad de los cuidados recibidos, los pacientes con estudios universitarios apreciaron más los consejos y los que presentaron alguna complicación valoraron más la asistencia técnica. Tampoco se observan diferencias significativas entre las puntuaciones de satisfacción realizadas en la hospitalización con las realizadas ya en el domicilio. Se destaca la necesidad de mejorar la comunicación y la información con los pacientes hospitalizados ⁽⁴⁸⁾.

CAPITULO III: METODOLOGÍA

3.1 Tipo y diseño del estudio:

Se realizó un estudio observacional (debido a que no se controlará ninguna variable, solo se medirán), transversal (la medición de las variables se realizará una sola vez), analítico (porque se busca asociación entre variables) y prospectivo (se recogerán los datos después de la concepción del estudio).

3.2 Definiciones conceptuales y Operacionales

Las definiciones conceptuales y operacionales se pueden ver en el anexo 2.

3.3 Población y muestra de Estudio

Se trabajará con toda la población de pacientes hospitalizados de cualquier servicio a excepción de pediatría, pues se tomarán a los mayores de 18 años.

Se tomaron las estadísticas del año 2015 del Hospital de Vitarte para calcular el número de altas aproximado entre el periodo de estudio (que va del mes de Junio a Noviembre del 2016). Este cálculo arrojó un número total de población de 1951 pacientes, que incluyen las altas del servicio de medicina interna en un 22,75% aproximadamente, cirugía en un 43,56% aproximadamente y ginecobstetricia en un 33,67% aproximadamente; en este último caso excluyendo a las que se dieron de alta después haberse

producido un parto, ya sea eutócico o distócico, durante su hospitalización.

Del total de 1951 pacientes como tamaño total de la población, se calculó el tamaño muestral, el cual resultó en 322; teniendo como el porcentaje de error de 5%; un nivel de confianza del 95% y una prevalencia esperada del 50% que es el valor que arroja un tamaño muestral posible más conservador.

CALCULADORA PARA OBTENER EL TAMAÑO DE UNA MUESTRA		
¿Qué porcentaje de error quiere aceptar? 5% es lo más común	5 %	Es el monto de error que usted puede tolerar. Una manera de verlo es pensar en las encuestas de opinión, este porcentaje se refiere al margen de error que el resultado que obtenga debería tener, mientras más bajo por cierto es mejor y más exacto.
¿Qué nivel de confianza desea? Las elecciones comunes son 90%, 95%, o 99%	95 %	El nivel de confianza es el monto de incertidumbre que usted está dispuesto a tolerar. Por lo tanto mientras mayor sea el nivel de certeza más alto deberá ser este número, por ejemplo 99%, y por tanto más alta será la muestra requerida
¿Cual es el tamaño de la población? Si no lo sabe use 20.000	1951	¿Cual es la población a la que desea testear? El tamaño de la muestra no se altera significativamente para poblaciones mayores de 20.000.
¿Cual es la distribución de las respuestas ? La elección más conservadora es 50%	50 %	Este es un término estadístico un poco más sofisticado, si no lo conoce use siempre 50% que es el que provee una muestra más exacta.
La muestra recomendada es de	322	Este es el monto mínimo de personas a testear para obtener una muestra con el nivel de confianza deseada y el nivel de error deseado. Abajo se entregan escenarios alternativos para su comparación

Previendo una tasa de rechazo del 10%, se le sumó éste porcentaje al tamaño muestral obtenido, resultando uno de 354 pacientes.

El tipo de muestro fue probabilístico, se trabajó con los pacientes que se iban de alta. Durante cada día dentro del periodo de recolección de datos, se enlistó las altas de todos los servicios incluidos en el estudio. De esa lista se aleatorizó, de forma proporcional al total por

servicios, la cantidad correspondiente de sujetos a entrevistar por día. Cantidad que fluctuaba entre 2 y 3 pacientes por día.

3.4 Criterios de Inclusión y Exclusión

- **Criterios de inclusión:** Se incluyen en el análisis a todos los pacientes hospitalizados en las Salas de Hospitalización del Hospital de Vitarte que presenten o no algún grado de depresión, mayores de 18 años y tengan más de 5 días de hospitalización.
- **Criterios de exclusión:** Se excluye del mismo a aquellos pacientes hospitalizados deprimidos que no sean colaboradores, pacientes inconscientes o con cualquier otro tipo de alteración mental (esquizofrenia, demencia, etc.). Asimismo, a quienes ya tengan diagnóstico de depresión y estén siendo medicados.

3.5 Procedimiento para la recolección de los datos

La elaboración de esta tesis empezó con la presentación y levantamiento de correcciones del presente proyecto de tesis a los responsables pertinentes de la Facultad de Medicina Humana de la Universidad Ricardo Palma, una vez hecho esto, se procedió a solicitar la autorización de la misma. Enseguida, se solicitaron los permisos necesarios en la misma sede del Hospital de Vitarte, donde se recolectaron los datos.

Se hizo una visita previa donde se reconoció el Hospital y los lugares específicos donde se realizó la recolección de los datos.

Se identificaron a los pacientes que se iban de alta en cada servicio durante cada día de recolección de datos, estos pacientes se enumeraron en una lista para poder aleatorizar a los pacientes correspondientes a la muestra del día. Así por ejemplo, si en un día hay 20 altas, correspondió tomar al menos 3 pacientes al azar de esas 20 altas. La aleatorización de esos 3 pacientes fue realizada por sorteo simple.

Una vez identificados los pacientes que van a ser encuestados, se procedió con acercarse a cada uno antes de que abandone el hospital para hacerle la encuesta. La cual, se realizó de manera directa y clara para evitar confusiones y/o mal interpretaciones de preguntas y respuestas.

3.6 Instrumentos a utilizar y métodos para el control de la calidad de datos

Para medir el nivel de depresión, se usó el test de Zung, la escala de autoevaluación para la depresión de Zung es una encuesta corta que

se autoadministra para valorar que tan deprimido se encuentra un paciente. Hay 20 asuntos en la escala que indican las 4 características más comunes de la depresión: el efecto dominante, los equivalentes fisiológicos, otras perturbaciones, y las actividades psicomotoras. Hay diez preguntas elaboradas de forma positiva, y otras diez, de forma negativa. Cada pregunta se evalúa en una escala de 1-4 (poco tiempo, algo de tiempo, una Buena parte del tiempo, y la mayor parte del tiempo). El rango de calificación es de 20-80.

Para medir el apoyo social se usó el cuestionario DUKE UNC, que se trata de un cuestionario autoadministrado, que consta de 11 ítems y una escala de respuesta tipo likert (1-5). El rango de puntuación oscila entre 11 y 55 puntos. La puntuación obtenida es un reflejo del apoyo percibido, no del real. A menor puntuación, menor apoyo. En la validación española se optó por un punto de corte en el percentil 15, que corresponde a una puntuación < 32. Una puntuación igual o mayor a 32 indica un apoyo normal, mientras que menor a 32 indica un apoyo social percibido bajo.

Para la medición del resto de variables se usará la encuesta elaborada en base a los objetivos del proyecto.

3.7 Procedimientos para garantizar aspectos éticos en la investigación

Debido a que esta investigación se realizó con pacientes hospitalizados del Hospital de Vitarte, se contó con la autorización de los Jefes de las Salas en las cuales se aplicó el presente estudio, para poder realizar las encuestas de los pacientes en mención.

Después de realizado el trabajo de investigación y para la presentación de los resultados se le asignó un código a cada uno de los pacientes, a fin de no revelar su identidad. Los resultados obtenidos fueron confidenciales y solo pudieron ser vistos por la persona quien realizó el trabajo de investigación. En todo momento se consideró el respeto a la justicia, libertad y autonomía, esperando que el presente estudio pueda ser revisado por el Comité de Ética del Hospital de Vitarte, para su próxima publicación.

3.8 Análisis de Resultados:

3.8.1 Métodos de Análisis de Datos según pregunta, tipo de variables, objetivos y diseño

Para el procesamiento y análisis estadístico de los datos se utilizaron las técnicas estadísticas descriptivas y analíticas.

En la parte descriptiva, se representó la prevalencia general de depresión.

En la estadística analítica, se utilizó la prueba de chi cuadrado, considerando un valor p menor a 0,05 como significativo; asimismo, se obtuvieron los OR con sus respectivos intervalos de confianza al 95%.

3.8.2 Programas a utilizar para análisis de datos

Los programas a utilizar para el análisis de datos de este trabajo fueron:

- Microsoft Excel
- SPSS

CAPÍTULO IV: RESULTADOS Y DISCUSIÓN

4.1 Resultados

En este apartado se presentaran los resultados obtenidos en el estudio. En primera instancia se muestra la prevalencia general de depresión en la población estudiada, que fue del 35,98 %; como se muestra en la Figura 1.

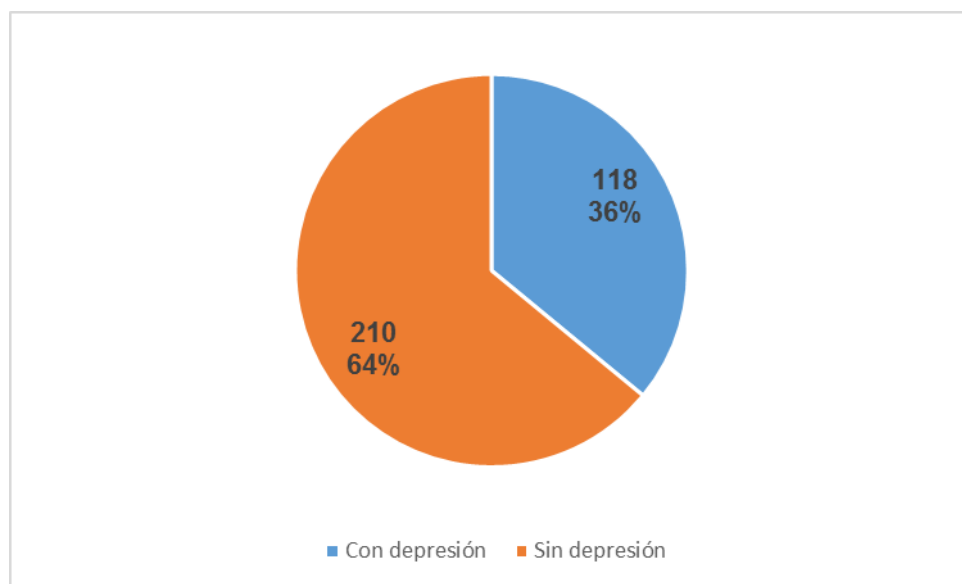


Figura 1. Depresión en pacientes adultos de las salas de hospitalización del Hospital de Vitarte durante el periodo junio-noviembre del 2016

Con respecto al objetivo general, se encontró que 38,8 % de los que no tenían depresión, tenían un apoyo social bajo; mientras que el 70,3 % de los que si tenían depresión tenían un apoyo social bajo. Esta diferencia fue estadísticamente significativa como se puede observar en la tabla y figura 1.

Tabla 1. Apoyo social y el grado de depresión en pacientes adultos de las salas de hospitalización del Hospital de Vitarte durante el periodo Junio-Noviembre del 2016

	Con depresión	Sin depresión	Total	Valor p	OR	Intervalo de confianza
Bajo Apoyo Social	83	81	164	0.001	3.78	(2.27-6.32)
Apoyo Social Normal	35	129	164			
Total	118	210	328			

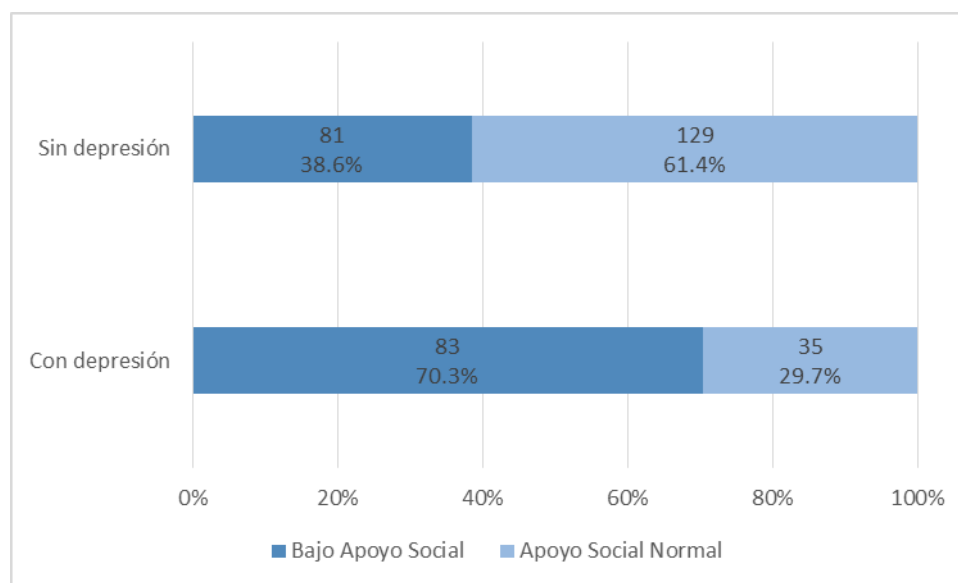


Figura 2. Apoyo social y el grado de depresión en pacientes adultos de las salas de hospitalización del Hospital de Vitarte durante el periodo Junio-Noviembre del 2016

Con respecto al objetivo específico 1, se encontró que 81,9 % de los que no tenían depresión, tenían solo 1 o 2 visita promedio durante el último mes; mientras que el 92,4 % de los que si tenían depresión tenían solo 1 o 2 visita promedio durante el último mes. Esta diferencia no fue estadísticamente significativa como se puede observar en la tabla y figura 2.

Tabla 2. Número de visitas promedio por mes y el grado de depresión en pacientes adultos de las salas de hospitalización del Hospital de Vitarte durante el periodo Junio-Noviembre del 2016

	Con depresión	Sin depresión	Total	Valor p	OR	Intervalo de confianza
1 o 2 visitas	109	172	281	0.009	2.68	(1.21-6.53)
3 visitas	9	38	47			
Total	118	210	328			

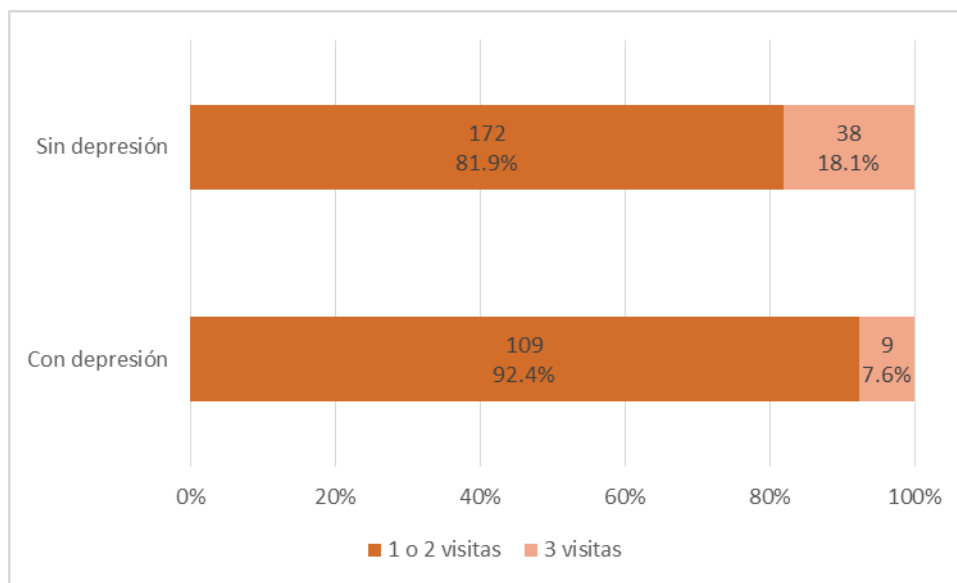


Figura 3. Número de visitas promedio por mes y el grado de depresión en pacientes adultos de las salas de hospitalización del Hospital de Vitarte durante el periodo Junio-Noviembre del 2016

Con respecto al objetivo específico 2, se encontró que 66,2 % de los que no tenían depresión, eran del sexo femenino; mientras que el 82,2 % de los que si tenían depresión eran del sexo femenino. Esta diferencia fue estadísticamente significativa como se puede observar en la tabla y figura 3.

Tabla 3. Sexo y el grado de depresión en pacientes adultos de las salas de hospitalización del Hospital de Vitarte durante el periodo Junio-Noviembre del 2016

	Con depresión	Sin depresión	Total	Valor p	OR	Intervalo de confianza
Femenino	97	139	236	0.002	2.36	(1.32-4.31)
Masculino	21	71	92			
Total	118	210	328			

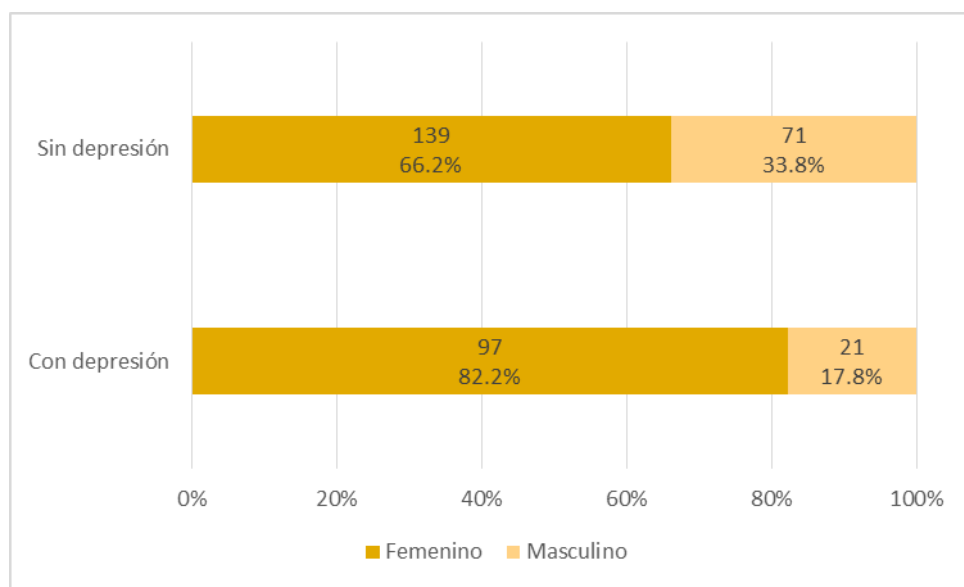


Figura 4. Sexo y el grado de depresión en pacientes adultos de las salas de hospitalización del Hospital de Vitarte durante el periodo Junio-Noviembre del 2016

Con respecto al objetivo específico 3, se encontró que 14,8 % de los que no tenían depresión, tenían 65 años o más; mientras que el 33,9 % de los que si tenían depresión tenían 65 años o más. Esta diferencia no fue estadísticamente significativa como se puede observar en la tabla y figura 4.

Tabla 4. Edad y el grado de depresión en pacientes adultos de las salas de hospitalización del Hospital de Vitarte durante el periodo Junio-Noviembre del 2016

	Con depresión	Sin depresión	Total	Valor p	OR	Intervalo de confianza
65 años o más	40	31	71	0.001	2.96	(1.67-5.27)
Menor de 65 años	78	179	257			
Total	118	210	328			

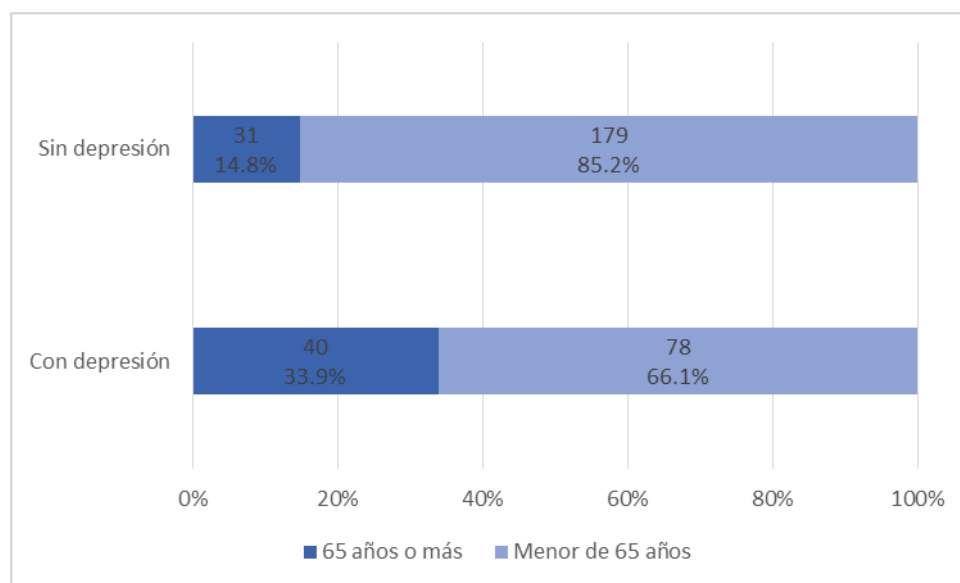


Figura 5. Edad y el grado de depresión en pacientes adultos de las salas de hospitalización del Hospital de Vitarte durante el periodo Junio-Noviembre del 2016

Con respecto al objetivo específico 4, se encontró que 35,2 % de los que no tenían depresión, eran viudos o solteros; mientras que el 61 % de los que si tenían depresión eran viudos o solteros. Esta diferencia fue estadísticamente significativa como se puede observar en la tabla y figura 5.

Tabla 5. Estado Civil y el grado de depresión en pacientes adultos de las salas de hospitalización del Hospital de Vitarte durante el periodo Junio-Noviembre del 2016

	Con depresión	Sin depresión	Total	Valor p	OR	Intervalo de confianza
	Con depresión	Sin depresión	Total	0.001	2.88	(1.76-4.71)
Viudo o soltero	72	74	146			
Casado o conviviente	46	136	182			

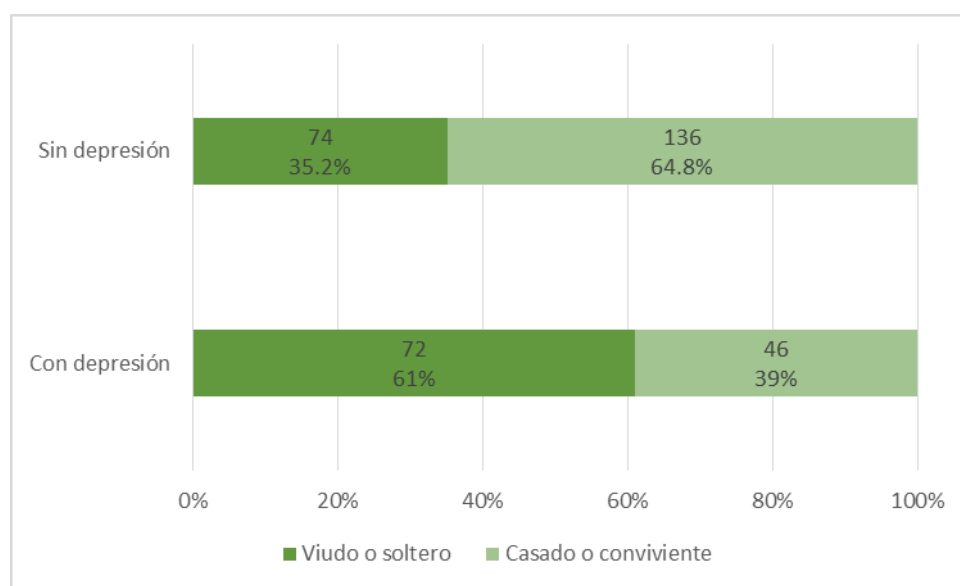


Figura 6. Estado Civil y el grado de depresión en pacientes adultos de las salas de hospitalización del Hospital de Vitarte durante el periodo Junio-Noviembre del 2016

Con respecto al objetivo específico 5, se encontró que 66,2 % de los que no tenían depresión, tenían primaria completa; mientras que el 56,8 % de los que si tenían depresión tenían primaria completa. Esta diferencia no fue estadísticamente significativa como se puede observar en la tabla y figura 6.

Tabla 6. Nivel Educativo y el grado de depresión en pacientes adultos de las salas de hospitalización del Hospital de Vitarte durante el periodo Junio-Noviembre del 2016

	Con depresión	Sin depresión	Total	Valor p	OR	Intervalo de confianza
Primaria completa	67	139	206	0.091	0.67	(0.41-1.1)
Secundaria o superior	51	71	122			
Total	118	210	328			

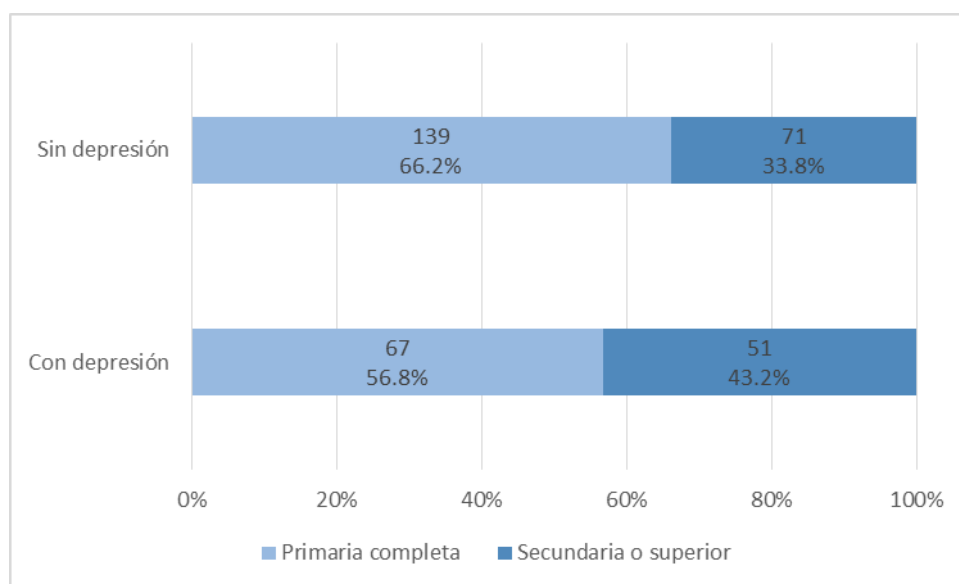


Figura 7. Nivel Educativo y el grado de depresión en pacientes adultos de las salas de hospitalización del Hospital de Vitarte durante el periodo Junio-Noviembre del 2016

Con respecto al objetivo específico 6, se encontró que 35,2 % de los que no tenían depresión, no tenían ocupación alguna; mientras que el 42,4 % de los que si tenían depresión, no tenían ocupación alguna. Esta diferencia no fue estadísticamente significativa como se puede observar en la tabla y figura 7.

Tabla 7. Ocupación y el grado de depresión en pacientes adultos de las salas de hospitalización del Hospital de Vitarte durante el periodo Junio-Noviembre del 2016

	Con depresión	Sin depresión	Total	Valor p	OR	Intervalo de confianza
Sin ocupación	50	74	124	0.201	1.35	(0.83-2.2)
Con ocupación	68	136	204			
Total	118	210	328			

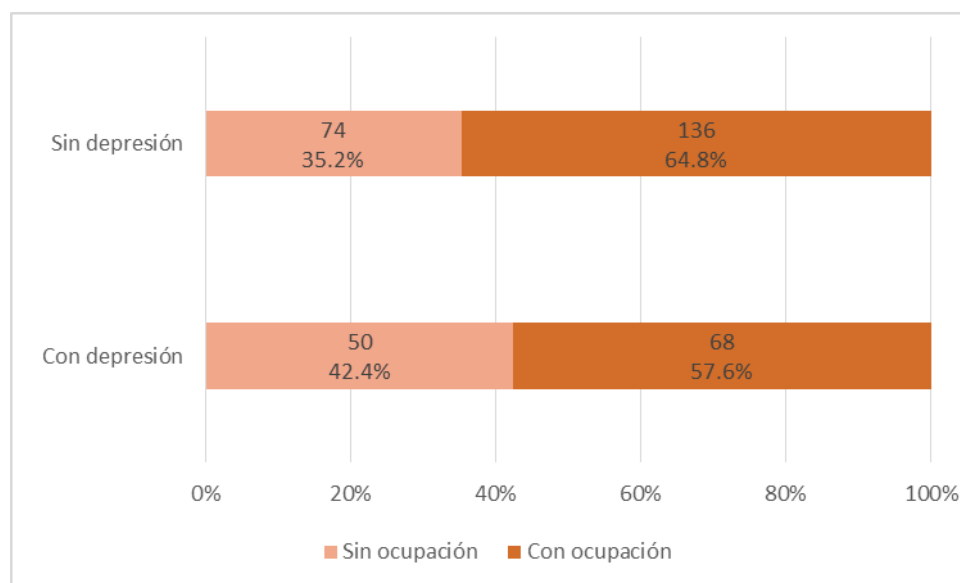


Figura 8. Ocupación y el grado de depresión en pacientes adultos de las salas de hospitalización del Hospital de Vitarte durante el periodo Junio-Noviembre del 2016.

Con respecto al objetivo específico 7, se encontró que 21,9 % de los que no tenían depresión, tenían como comorbilidad diabetes mellitus tipo 2; mientras que el 33,1 % de los que si tenían depresión tenían como comorbilidad diabetes mellitus tipo 2. Esta diferencia no fue estadísticamente significativa como se puede observar en la tabla y figura 8.

Tabla 8. Diabetes Mellitus Tipo 2 y el grado de depresión en pacientes adultos de las salas de hospitalización del Hospital de Vitarte durante el periodo Junio- Noviembre del 2016

	Con depresión	Sin depresión	Total	Valor p	OR	Intervalo de confianza
Con DM2	39	46	85	0.027	1.76	(1.03-3.01)
Sin DM2	79	164	243			
Total	118	210	328			

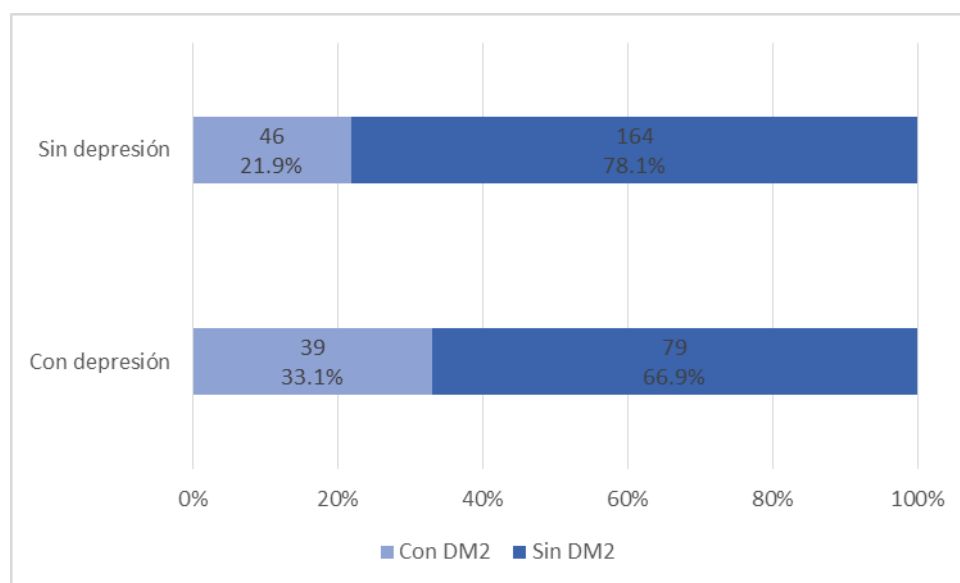


Figura 9. Diabetes Mellitus Tipo 2 y el grado de depresión en pacientes adultos de las salas de hospitalización del Hospital de Vitarte durante el periodo Junio- Noviembre del 2016

Con respecto al objetivo específico 8, se encontró que 23,3 % de los que no tenían depresión, tenían como comorbilidad hipertensión arterial; mientras que el 34,7 % de los que si tenían depresión tenían como comorbilidad hipertensión arterial. Esta diferencia no fue estadísticamente significativa como se puede observar en la tabla y figura 9.

Tabla 9. Hipertensión Arterial y el grado de depresión en pacientes adultos de las salas de hospitalización del Hospital de Vitarte durante el periodo Junio-Noviembre del 2016

	Con depresión	Sin depresión	Total	Valor p	OR	Intervalo de confianza
Con HTA	41	49	90	0.026	1.75	(1.03-2.96)
Sin HTA	77	161	238			
Total	118	210	328			

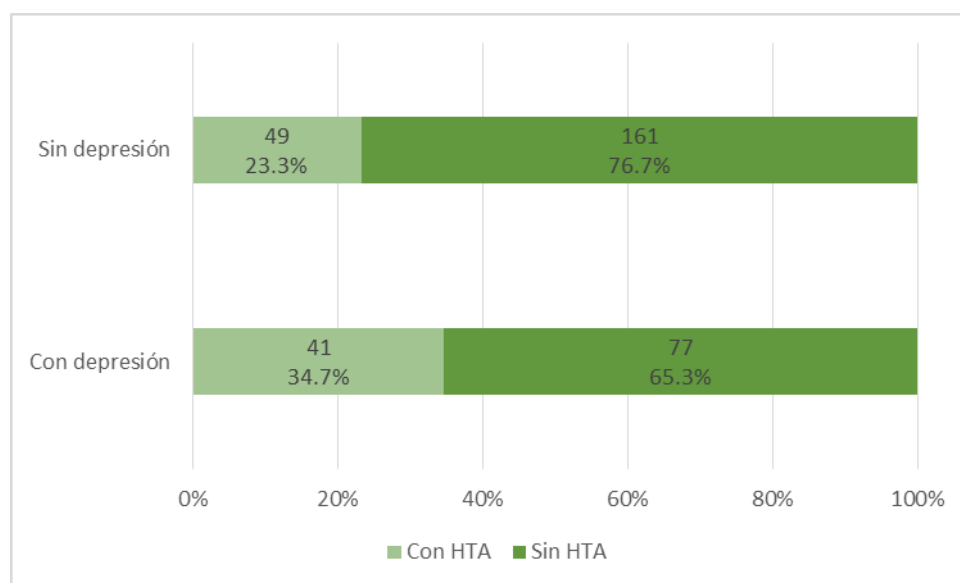


Figura 10. Hipertensión Arterial y el grado de depresión en pacientes adultos de las salas de hospitalización del Hospital de Vitarte durante el periodo Junio-Noviembre del 2016

A continuación se presenta un resumen de los factores asociados a depresión en pacientes adultos de las salas de hospitalización del Hospital de Vitarte.

Tabla 10. Factores asociados al grado de depresión en pacientes adultos de las salas de hospitalización del Hospital de Vitarte durante el periodo Junio-Noviembre del 2016

Variable		OR	Intervalo de confianza		P
Apoyo social	Bajo	3.78	2.27	6.32	0.001
	Normal				
Visitas promedio por mes	1 o 2 visitas	2.68	1.21	6.53	0.009
	3 visitas				
Sexo	Femenino	2.36	1.32	4.31	0.002
	Masculino				
Edad	65 años o más	2.96	1.67	5.27	0.001
	Menor de 65 años				
Estado Civil	Viudo o soltero	2.88	1.76	4.71	0.001
	Casado o conviviente				
Nivel Educativo	Primaria completa	0.67	0.41	1.1	0.091
	Secundaria o superior				
Ocupación	Sin ocupación	1.35	0.83	2.2	0.201
	Con ocupación				
Diabetes Mellitus Tipo 2	Con DM2	1.76	1.03	3.01	0.027
	Sin DM2				
Hipertensión Arterial	Con HTA	1.75	1.03	2.96	0.026
	Sin HTA				

4.2 DISCUSION

Los trastornos depresivos son la complicación psiquiátrica más frecuente en los pacientes hospitalizados. Los síntomas depresivos se encuentran en algo más de la mitad de ellos, de estos, aproximadamente el 50% reúnen criterios para un trastorno depresivo. Sin embargo, los trastornos depresivos en pacientes médicamente enfermos con poca frecuencia son identificados y en menor número son manejados adecuadamente, esto concuerda con lo reportado por Martínez-Manoza y col que reporta una frecuencia de aproximadamente 60%.

En nuestro estudio se reporta que existe un mayor riesgo de padecer depresión si es del sexo femenino ($p < 0,001$), lo antes descrito concuerda con lo hallado por Martínez y col (2005)⁽³⁴⁾ quienes reportaron un riesgo de 2,3, aunque mencionando que resulta un resultado controversial basándose en la mayor proporción de mujeres de padecer trastornos depresivos (en una razón 2:1 con respecto al sexo masculino) además reporta que se debe dar énfasis a la edad del encuestado; más aún si la población estudiada es mayor de 65 años y la presencia del estado civil de la paciente, esto se encuentra validado por Gutierrez-Lobos y col⁽⁴⁹⁾, el cual menciona que la proporción de depresión en el sexo femenino versus casadas y no casadas, tienen una distinta proporción; así se tiene que en personas jóvenes la proporción de depresión se halla en 2:1, en la edad media esta se incrementa a 2,5 y en personas adultas mayores, la proporción es igual (1:1). La diferencia de los resultados propuestos puede estar asociada a

variables psico-sociales y culturales de las poblaciones, se sugiere mayor presencia de estudios en esta área para clarificar esta asociación.

Entre otros resultados hallados por este estudio, se coincide con Martínez y col⁽³⁴⁾ en afirmarse que aquellas personas viudas/solteras tienen 12 veces más riesgo de padecer depresión. Por otra parte Agudelo y col⁽⁶⁾, realizaron una investigación en pacientes hospitalizados por causas distintas, resaltaron que la falta de apoyo por parte de familiares más cercanos puede llevar a un tratamiento no muy exitoso por parte del médico tratante, pues los familiares cercanos pueden dar la información fidedigna acerca de la enfermedad que padece el paciente con ello llevar a un diagnóstico adecuado y una menor estancia hospitalaria, por otra parte Chappa, et al⁽⁵⁰⁾ reportan que esta relación puede verse afectada ya que a mayor presencia de síntomas del paciente hay mayor necesidad de apoyo social; constituyendo este último; un factor altamente protector para evitar la depresión hospitalaria. Por otra parte se concuerda con Vivente y col⁽⁵¹⁾ quienes sostienen que aquellas personas que han roto un vínculo conyugal (muerte o divorcio del cónyuge); se asocian significativamente a la depresión, siendo la población más vulnerable aquellas que son viudas tal como lo indican otros estudios.

Bartrop menciona que el estrés al cual se ve sometido una persona por la pérdida de un familiar conlleva a una disminución de la actividad linfoproliferativa del sistema inmune que al asociarlo con la edad del paciente se observa que a mayor edad la frecuencia de ambos crece.

Así también, este trabajo encontró que existe una marcada disminución de depresión del paciente hospitalizado si este tiene 3 o más visitas durante su hospitalización, este resultado es concordante con lo encontrado por Perez-Cruz y col donde reporta que la participación de la familia en la alimentación del paciente previene la depresión y la desnutrición del paciente hospitalizados, quienes por falta de personal médico pueden no alimentarse incrementando la distimia por tanto la depresión del mismo ⁽⁵²⁾.

Por otro lado, hubo una mayor depresión en los pacientes mayores de 65 años frente a los menores de 65 años. Esto puede ser corroborado con diversos estudios, muchos de ellos a escalas poblacionales, donde también se puede apreciar que el fenómeno de la depresión está más presente sobre todo en esta etapa de la vida ⁽⁵³⁾. Esto es importante, pues la depresión en pacientes adultos mayores puede desencadenar no solo un deterioro de la calidad de vida, sino también mayor mortalidad, como lo indican algunos estudios recientes ⁽⁵⁴⁾. En efecto, una de las principales causas por las que hay mayor depresión en adultos mayores, es el mayor grado de deterioro del bienestar físico, manifestado en las diversas comorbilidades propias de este grupo etario. También se vio en este estudio, pues tener diabetes mellitus 2 o hipertensión arterial como

comorbilidad se presentaba como factores de riesgo para tener depresión. Asimismo se vio en otros estudios, donde la depresión estuvo asociada a enfermedades crónicas como obesidad, hipertensión, diabetes mellitus y enfermedad coronaria ⁽⁵⁵⁾.

CAPITULO V: CONCLUSIONES Y RECOMENDACIONES

5.1 Conclusiones

- Se halló asociación estadísticamente significativa entre el apoyo social y el grado de depresión en pacientes adultos de las Salas de Hospitalización del Hospital de Vitarte con un OR de 3.78
- Se halló asociación estadísticamente significativa entre las visitas promedio del último mes y el grado de depresión en pacientes adultos de las Salas de Hospitalización del Hospital de Vitarte con un OR de 2.68
- Se halló asociación estadísticamente significativa entre el sexo femenino y el grado de depresión en pacientes adultos de las Salas de Hospitalización del Hospital de Vitarte con un OR de 2.36
- Se halló asociación estadísticamente significativa entre tener 65 años o más y el grado de depresión en pacientes adultos de las Salas de Hospitalización del Hospital de Vitarte con un OR de 2.96
- Se halló asociación estadísticamente significativa entre el estado civil soltero o casado y el grado de depresión en pacientes adultos de las Salas de Hospitalización del Hospital de Vitarte con un OR de 2.88
- No se halló asociación estadísticamente significativa entre el nivel educativo y el grado de depresión en pacientes adultos de las Salas de Hospitalización del Hospital de Vitarte

- No se halló asociación estadísticamente significativa entre tener ocupación y el grado de depresión en pacientes adultos de las Salas de Hospitalización del Hospital de Vitarte
- Se halló asociación estadísticamente significativa entre tener diabetes mellitus 2 como comorbilidad y el grado de depresión en pacientes adultos de las Salas de Hospitalización del Hospital de Vitarte con un OR de 1.76
- Se halló asociación estadísticamente significativa entre tener hipertensión arterial como comorbilidad y el grado de depresión en pacientes adultos de las Salas de Hospitalización del Hospital de Vitarte con un OR de 1.75

5.2 Recomendaciones

- Sería ideal identificar a los pacientes que padecen depresión trabajar de manera conjunta con servicio Social y el Departamento de Psicología para poder ubicar a los familiares y mediante las charlas generadas por estos servicios afianzar el lazo familiar.
- Es recomendable iniciar políticas que incluyan a los familiares de manera más integral con el paciente del sexo femenino y con el personal de servicio para evitar que el paciente padezca de depresión.
- Una buena estrategia consiste en realizar charlas educativas a los visitantes de los pacientes sobre la importancia del apoyo social para con los pacientes.

- Es importante implementar un sistema adecuado que permita y facilite la visita de los familiares a los pacientes hospitalizados, permitiendo horarios flexibles de visita, lugares cómodos de encuentro, entre otros.
- Es importante que los pacientes de mayor edad tengan una visión por parte de los médicos y personal sanitario acerca de la salud mental durante la hospitalización, planteándose como diagnósticos que deben recibir tratamiento durante y fuera de la hospitalización.
- De la misma forma, sospechar en pacientes que vivan sin conyugue alguna patología de salud mental relacionada con la depresión, y plantear un tratamiento y seguimiento del mismo en las instancias anteriormente mencionadas.

REFERENCIAS BIBLIOGRÁFICAS

1. Kohn R, Levav I, Almeida JMC de, Vicente B, Andrade L, Caraveo-Anduaga JJ, et al. Mental disorders in Latin America and the Caribbean: a public health priority. *Rev Panam Salud Pública*. noviembre de 2005;18(4–5):229–40.
2. OMS | La depresión [Internet]. WHO. [citado el 25 de enero de 2016]. Disponible en: <http://www.who.int/mediacentre/factsheets/fs369/es/>
3. Moussavi S, Chatterji S, Verdes E, Tandon A, Patel V, Ustun B. Depression, chronic diseases, and decrements in health: results from the World Health Surveys. *Lancet Lond Engl*. el 8 de septiembre de 2007;370(9590):851–8.
4. encuestadores del Instituto Nacional de Salud Mental “Honorio Delgado – Hideyo Noguchi”. ENCUESTADORES DEL INSTITUTO NACIONAL DE SALUD MENTAL SE ENCUENTRAN VISITANDO HOGARES DE CERRO DE PASCO Y HUÁNUCO PARA IDENTIFICAR LOS PROBLEMAS DE SALUD MENTAL MÁS FRECUENTES. 2013; Disponible en: <http://www.insm.gob.pe/oficinas/comunicaciones/notasdeprensa/2013/012.html>
5. Diez-Canseco F, Ipince A, Toyama M, Benate-Galvez Y, Galán-Rodas E, Medina-Verástegui JC, et al. Atendiendo la salud mental de las personas con enfermedades crónicas no transmisibles en el Perú: retos y oportunidades para la integración de cuidados en el primer nivel de atención. *Rev Peru Med Exp Salud Pública* [Internet]. el 18 de marzo de 2014 [citado el 25 de enero de 2016];31(1). Disponible en: <http://www.rpmesp.ins.gob.pe/index.php/rpmesp/article/view/19>

6. Vélez DMA, Acelas LML, Quiroga YJS. Evaluación de la depresión en pacientes hospitalizados por distintas enfermedades médicas en la ciudad de Bucaramanga [Internet]. Pensamiento Psicológico. 2008 [citado el 7 de diciembre de 2015]. Disponible en: <http://www.redalyc.org/articulo.oa?id=80111670004>
7. Dialnet-DepresionEnPacientesHospitalizadosEnElServicioDeMe-4661733 [Internet]. Scribd. [citado el 25 de enero de 2016]. Disponible en: <https://es.scribd.com/doc/294160391/Dialnet-DepresionEnPacientesHospitalizadosEnElServicioDeMe-4661733>
8. Zamora ZEH, Espinosa JMV, Mendoza AR. DEPRESIÓN EN ADULTOS MAYORES HOSPITALIZADOS. UNA PROPUESTA INTEGRAL DE INTERVENCIÓN DEL PSICÓLOGO. Rev Electrónica Med Salud Soc. el 1 de septiembre de 2012;3(1):1–27.
9. Cabrera-Gutierrez L, Mendoza-Luna E, Obando-Castro P. Factores asociados a los niveles de depresión situacional en pacientes oncológicas. Rev Enferm Hered. diciembre de 2010;3(2):96–103.
10. von Mühlenbrock S F, Gómez D R, González V M, Rojas A A, Vargas G L, von Mühlenbrock P C. Prevalencia de Depresión en pacientes mayores de 60 años hospitalizados en el Servicio de Medicina Interna del Hospital Militar de Santiago. Rev Chil Neuro-Psiquiatr. diciembre de 2011;49(4):331–7.
11. Salazar TH, López CF, Río BR del, Barreiro LAD. Relación de la depresión, ansiedad y calidad de vida en pacientes hospitalizados con insuficiencia cardíaca. Psicol Salud. el 3 de diciembre de 2013;24(1):25–34.

12. Cornejo Zapata C, Villarreal Menchola J. Relación entre síntomas de Síndrome de Intestino Irritable y síntomas depresivos en pacientes hospitalizados. Rev Gastroenterol Perú. abril de 2005;25(2):156–60.
13. Real Academia Española. (2001). Diccionario de la lengua española (22.a ed.). Consultado en <http://www.rae.es/rae.html>
14. Marcus M, Yasamy MT, Ommeren Mv, Chisholm D, Saxena S, WHO Department of Mental Health and Substance Abuse. Depression. A Global Public Health Concern. Geneva: WHO.
15. Organización Mundial de la Salud. Nota descriptiva N° 369: La depresión. 2015. Disponible en: <http://www.who.int/topics/depression/es/>.
16. Rojtenberg, S. Depresiones y antidepresivos: de la neurona y de la mente, de la molécula y de la palabra. 2001. Editorial Panamericana. 1° Ed. 1; pag. 4.
17. Butler R, Carney S, Cipriani A, Geddes J, Hatcher S, Price J, et al. Depressive disorders. Am Fam Physician. 2006 73(11):1999-2004
18. Boden JM, Fergusson DM. Alcohol and depression. Addiction. 2011;106(5):906-14
19. Klein DN, Kotov R, Bufferd SJ. Personality and Depression: Explanatory Models and Review of the Evidence. Annu Rev Clin Psychol. 2011; 7: 269-95.
20. De Raedt R, Koster EH. Understanding vulnerability for depression from a cognitive neuroscience perspective: A reappraisal of attentional factors and a new conceptual framework. Cogn Affect Behav Neurosci. 2010; 10(1):50-70.

21. Weissman MM, Wickramaratne P, Nomura Y, Warner V, Pilowsky D, Verdeli H. Offspring of depressed parents: 20 years later. *Am J Psychiatry*. 2006;163(6):1001-8.
22. Cervilla JA, Rivera M, Molina E, Torres-Gonzalez F, Bellon JA, Moreno B, et al. The 5-HTTLPR s/s genotype at the serotonin transporter gene (SLC6A4) increases the risk for depression in a large cohort of primary care attendees: the PREDICT-gene study. *Am J Med Genet B Neuropsychiatr Genet*. 2006;141(8):912-7.
23. Werner Felix, Coveñas Rafael, CLASSICAL NEUROTRANSMITTERS AND NEUROPEPTIDES INVOLVED IN MAJOR DEPRESSION: A REVIEW, international journal of neuroscience, USA, 2008.
24. American Psychiatric Association. Manual diagnóstico y estadístico de los trastornos mentales DSM-5. Editorial médica Panamericana. 2014; 155-188.
25. Copeland W, Angold A, Costello E, Egger H. Prevalence, Comorbidity and Correlates of DSM-5 Proposed Disruptive Mood Dysregulation Disorder. *Journal of Psychiatry*. 2013; 170(2): 173-179
26. Donald W. Black, Nancy C. Andreasen. Texto introductorio de psiquiatría. Editorial El Manual Moderno. 2015; 14.
27. National Collaborating Centre for Mental Health. Depression. The treatment and management of depression in adults. London: The British Psychological Society; 2009. Informe No.: 90.

28. Rodríguez J, Kohn R, Aguilar-Gaxiola S. Epidemiología de los trastornos mentales en América Latina y el Caribe. Organización Panamericana de la Salud. 2009; 245-246.
29. The Management of MDD Working Group. VA/DoD Clinical practice guideline for management of major depressive disorder (MDD). Department of Veterans Affairs Department of Defense. Washington, DC; 2008.
30. Forestieri O, Forestieri L. Síndrome disfórico premenstrual. Revista Tercera Época. 2011 Octubre, 2(3): 1-12
31. Alberdi J, Taboada O, Castro C, Vásquez C. Depresión. Guías Clínicas. España. 2006; 6(11)
32. Braeuner Karin, Tesis. Estado depresivo en pacientes del área de cirugía de mujeres del Hospital General San Juan de Dios en la ciudad de Guatemala. Universidad Francisco Marroquín. Guatemala. 2005.
33. Sandoval Luis, Varela Luis. Estudio comparativo de funcionalidad en pacientes adultos mayores ambulatorios y hospitalizados. Perú. 2008.
34. Martínez Mendoza JA, Martínez Ordaz VA, Esquivel Molina CG, Velasco Rodríguez VM. Prevalencia de depresión y factores de riesgo en el adulto mayor hospitalizado. Revista Médica del Instituto Mexicano del Seguro Social. 2007;45(1):21-8.
35. Campo Arias A, Suárez Jiménez M. Detección de trastornos depresivos en pacientes hospitalizados. Revista Colombiana de Psiquiatría. 1998;27(3):220-2.

36. Vélez DMA, Acelas LML, Quiroga YJS. Evaluación de la depresión en pacientes hospitalizados por distintas enfermedades médicas en la ciudad de Bucaramanga. *Pensamiento Psicológico*. 28 de septiembre de 2010;4(10):59-83.
37. Rodríguez Rodríguez TR. Factores emocionales en el abordaje de las enfermedades cardiovasculares. Valoración actualizada desde la Psicocardiología. *Revista Finlay*. 20 de septiembre de 2012;2(3):202-14.
38. Gómez-Carretero P, Monsalve V, Soriano JF, de Andrés J. Alteraciones emocionales y necesidades psicológicas de pacientes en una Unidad de Cuidados Intensivos. *Medicina Intensiva*. septiembre de 2007;31(6):318-25.
39. Merino R, Varela L, Lara GM de. Evaluación del paciente geriátrico hospitalizado. Orientado por problemas: Estudio prospectivo de 71 casos. *Revista Medica Herediana [Internet]*. 18 de septiembre de 2013 [citado 27 de junio de 2016];3(2). Disponible en: <http://www.upch.edu.pe/vrinve/dugic/revistas/index.php/RMH/article/view/354>
40. Salazar TH, López CF, Río BR del, Barreiro LAD. Relación de la depresión, ansiedad y calidad de vida en pacientes hospitalizados con insuficiencia cardíaca. *Psicología y Salud*. 3 de diciembre de 2013;24(1):25-34.
41. Vico-Romero J, Cabré-Roure M, Monteis-Cahis R, Palomera-Fanegas E, Serra-Prat M. Prevalencia de trastornos del sueño y factores asociados en pacientes hospitalizados. *Enfermería Clínica*. septiembre de 2014;24(5):276-82.

42. González MC, Robles VP, Iglesias JMC. Ansiedad y depresión entre los pacientes hospitalizados en el complejo hospitalario de Ferrol. Cuadernos de medicina psicosomática y psiquiatría de enlace. 2013;(107):3-.
43. Zamora ZEH, Espinosa JMV, Mendoza AR. Depresión en adultos mayores hospitalizados. Una propuesta integral de intervención del psicólogo. Revista Electrónica Medicina, Salud y Sociedad. 1 de septiembre de 2012;3(1):1-27.
44. Pérez Cruz E, Sánchez L, Cecilia D, Esteves M, Rosario M del. Asociación entre desnutrición y depresión en el adulto mayor. Nutrición Hospitalaria. abril de 2014;29(4):901-6.
45. von Mühlenbrock S F, Gómez D R, González V M, Rojas A A, Vargas G L, von Mühlenbrock P C. Prevalencia de Depresión en pacientes mayores de 60 años hospitalizados en el Servicio de Medicina Interna del Hospital Militar de Santiago. Revista chilena de neuro-psiquiatría. diciembre de 2011;49(4):331-7.
46. Franco JG, Gómez PE, Ocampo MV, Vargas A, Berríos DM. Prevalencia de trastornos psiquiátricos en pacientes medicoquirúrgicos hospitalizados en la Clínica Universitaria Bolivariana de Medellín, Colombia. Colombia Médica. 2005;36(3):186-93.
47. Vélez DMA, Acelas LML, Quiroga YJS. Evaluación de la depresión en pacientes hospitalizados por distintas enfermedades médicas en la ciudad de Bucaramanga. Pensamiento Psicológico [Internet]. 28 de septiembre de 2010 [citado 27 de junio de 2016];4(10). Disponible en:

<http://portalesn2.puj.edu.co/javevirtualoj/index.php/pensamientopsicologico/articula/view/93>

48. Pujiula-Maso J, Suñer-Soler R, Puigdemont-Guinart M, Grau-Martin A, Bertran-Noguer C, Hortal-Gasull G, et al. La satisfacción de los pacientes hospitalizados como indicador de la calidad asistencial. *Enfermería Clínica*. 1 de enero de 2006;16(1):19-26.
49. Gutiérrez-Lobos K, Scherer M, Anderer P, Katschnig H. The influence of age on the female/male ratio of treated incidence rates in depression. *BMC Psychiatry*. el 22 de enero de 2002;2:3.
50. Chappa HJ. *Distimia y otras depresiones crónicas: tratamiento psicofarmacológico y cognitivosocial*. Ed. Médica Panamericana; 2003. 308 p.
51. Vicente P B, Rioseco S P, Saldivia B S, Kohn R, Torres P S. Estudio chileno de prevalencia de patología psiquiátrica (DSM-III-R/CIDI) (ECPPI). *Rev Médica Chile*. mayo de 2002;130(5):527–36.
52. Libre JJ, Guerra MA, Pérez-Cruz H, Bayarre H, Fernández-Ramírez S, González-Rodríguez M, et al. Síndrome demencial y factores de riesgo en adultos mayores de 60 años residentes en La Habana. *Revista de Neurología*. 1999;29(10):908–911.
53. Murrell SA, Himmelfarb S, Wright K. PREVALENCE OF DEPRESSION AND ITS CORRELATES IN OLDER ADULTS. *Am J Epidemiol*. 1 de febrero de 1983;117(2):173-85.

54. Schulz R, Beach SR, Ives DG, Martire LM, Ariyo AA, Kop WJ. Association Between Depression and Mortality in Older Adults: The Cardiovascular Health Study. *Arch Intern Med.* 26 de junio de 2000;160(12):1761-8.
55. La P, Dj B. Association of depression and obesity with hypertension, diabetes and heart disease. *Comprehensive Psychiatry.* 1 de noviembre de 2014;55(8):e56.

Anexos

Anexo 1. Instrumento de recolección de datos

Durante el último mes ¿Cuántas visitas por parte de familiares/amigos ha recibido en promedio por día? _____

Sexo: Hombre () Mujer () **Edad:** _____ años

Estado civil:

Soltero () Casado () Conviviente () Viudo () Divorciado ()

Grado de instrucción:

Primaria () Secundaria () Superior ()

Ocupación: _____ **Comorbilidades:** _____

Test de apoyo social DUKE UNC

	Mucho menos de lo que deseo	Menos de lo que deseo	Ni mucho ni poco	Casi como deseo	Tanto como deseo
Recibo visitas de mis amigos y familiares					
Recibo ayuda en asuntos relacionados con mi casa					
Recibo elogios y reconocimientos cuando hago bien mi trabajo					
Cuento con personas que se preocupan de lo que me sucede					
Recibo amor y afecto					
Tengo la posibilidad de hablar con alguien de mis problemas en el trabajo o en la casa					
Tengo la posibilidad de hablar con alguien de mis problemas personales y familiares					
Tengo la posibilidad de hablar con alguien de mis problemas económicos					
Recibo invitaciones para distraerme y salir con otras personas					
Recibo consejos útiles cuando me ocurre algún acontecimiento importante en mi vida					
Recibo ayuda cuando estoy enfermo en la cama					

Test de Zung

	Poco tiempo	Algo del tiempo	Una buena parte del tiempo	La mayor parte del tiempo
Me siento decaído y triste.				
Por la mañana es cuando me siento mejor.				
Siento ganas de llorar o irrumo en llanto.				
Tengo problemas para dormir por la noche.				
Como la misma cantidad de siempre.				
Todavía disfruto el sexo.				
He notado que estoy perdiendo peso.				
Tengo problemas de estreñimiento.				
Mi corazón late más rápido de lo normal.				
Me canso sin razón alguna.				
Mi mente está tan clara como siempre.				
Me es fácil hacer lo que siempre hacía.				
Me siento agitado y no puedo estar quieto.				
Siento esperanza en el futuro.				
Estoy más irritable de lo normal.				
Me es fácil tomar decisiones.				
Siento que soy útil y me necesitan.				
Mi vida es bastante plena.				
Siento que los demás estarían mejor si yo muriera.				
Todavía disfruto de las cosas que disfrutaba antes.				

Anexo 2. Operacionalización de variables

NOMBRE DE LA VARIABLE	DEFINICIÓN CONCEPTUAL	DEFINICIÓN OPERACIONAL	INDICADOR	TIPO DE VARIABLE	DIMENSIONES	VALOR DE MEDICIÓN
Depresión	Enfermedad o trastorno mental que se caracteriza por una profunda tristeza, decaimiento anímico, baja autoestima, pérdida de interés por todo y disminución de las funciones psíquicas	Puntaje del test de Zung, que es una escala que llega a identificar síntomas específicos, dándole mayor importancia al componente somático y la relación conductual. Constituida por 20 enunciados que guardan relación con la depresión, siendo estos formulados en términos positivos y negativos de igual cantidad. En esta escala, el paciente va a calificar la frecuencia de los síntomas, escogiendo entre "casi todo el tiempo", con un valor de 4 puntos hasta "raramente o nunca", el cual tiene un puntaje de 1.	Puntaje del test de Zung	Dependiente Cuantitativa Escala Ordinal	Bidimensional 1. Componente somático 2. Relación conductual	1. Ligeramente deprimido (50-59 puntos) 2. Moderadamente deprimido (60-69 puntos) 3. Severamente deprimido (70 o más)
Apoyo social	Conjunto de recursos humanos y materiales con que cuenta un individuo o familia para superar una determinada situación no favorable	Puntaje del test DUKE-UNC. Que se trata de un cuestionario autoadministrado, que consta de 11 ítems y una escala de respuesta tipo likert (1- 5). El rango de puntuación oscila entre 11 y 55 puntos. La puntuación obtenida es un reflejo del apoyo percibido, no del real. A menor puntuación, menor apoyo. Una puntuación igual o mayor a 32 indica un apoyo normal, mientras que menor a 32 indica un apoyo social percibido bajo	Puntaje del test DUKE-UNC	Dependiente Cuantitativa Escala Nominal	Bidimensional 1. Apoyo social confidencia 2. Apoyo social afectivo	Igual o mayor a 32: Normal Menor que 32: Bajo

Número de visitas por día en un mes	Acción de ir a casa o residencia de un familiar, amigo o conocido por amistad, atención, conversación o consuelo	Numero promedio de visitas recibidas estando hospitalizado en un establecimiento de Salud	Memoria del paciente	Independiente Cuantitativa discreta Escala de Razón	Unidimensional	Número de visitas 1. Ninguna 2. 1 3. 2 4. >2
Sexo	Conjunto de características biológicas que caracterizan a la especie	Condición que diferencia a varones de mujeres	Sexo con el cual se identificó al paciente y el cual consigna en la historia clínica	Independiente Cualitativa dicotómica Escala Nominal	Unidimensional	1. Masculino 2. Femenino
Edad	Tiempo transcurrido en años a partir del nacimiento de un individuo	Duración del tiempo de existencia de una persona	Edad consignada por el paciente	Independiente Cuantitativa discreta Escala de Razón	Unidimensional	Años cumplidos
Estado civil	Condición de una persona según el registro civil en función de si tiene o no pareja y su situación legal respecto a esto	Condición de una persona según el registro civil en función de si tiene o no pareja y su situación legal respecto a esto	Estado civil consignado por el paciente	Independiente Cualitativa politómica Escala Nominal	Unidimensional	1. Soltero 2. Casado 3. Conviviente 4. Viudo 5. Divorciado
Grado de instrucción	Nivel de instrucción de una persona es el grado más elevado de estudios realizados o en curso	Nivel de estudio al que se ha llegado	Nivel de instrucción consignado por el paciente	Independiente Cuantitativa Discreta Escala Ordinal	Unidimensional	1. Primaria 2. Secundaria 3. Superior
Ocupación	Actividad que se realiza u oficio que se desempeña	Ocupación que el paciente haya estado desempeñado al momento del ingreso	Consignada por el paciente en la encuesta	Independiente Cualitativa politómica Escala	Unidimensional	1. Ama de casa 2. Profesora 3. Secretaria

				Nominal		4. Ninguna
Comorbilidades	Coexistencia de dos o mas enfermedades en un individuo, generalmente relacionadas.	Morbilidades diagnosticadas además de la principal por la cual el paciente acudió al hospital	Consignada por el paciente en la encuesta	Independiente Cualitativa politómica Escala Nominal	Unidimensional	1. HTA 2. DM 3. Anemia 4. Otras

