

UNIVERSIDAD PRIVADA RICARDO PALMA

FACULTAD DE MEDICINA HUMANA



**PREVALENCIA DE ANSIEDAD Y DEPRESIÓN EN PACIENTES
HOSPITALIZADOS EN LOS SERVICIOS DE MEDICINA INTERNA
DEL HOSPITAL NACIONAL DOS DE MAYO. LIMA – PERÚ. JULIO
2015 – DICIEMBRE 2015.**

PROYECTO DE TESIS

Para optar por el título de médico cirujano.

CLAUDIA SALAZAR SANCHEZ

DIRECTOR DE TESIS:

DR. JHONNY DE LA CRUZ VARGAS

ASESOR DE TESIS:

DR. JOSÉ LOZANO GUTIERREZ

**Lima – Perú
2015**

RESUMEN

TITULO: PREVALENCIA DE ANSIEDAD Y DEPRESIÓN EN PACIENTES HOSPITALIZADOS DEL SERVICIO DE MEDICINA DEL HOSPITAL NACIONAL DOS DE MAYO DE JULIO – DICIEMBRE 2015.

AUTOR: Salazar S., Claudia Paola.

OBJETIVO: Determinar la prevalencia de ansiedad y depresión en pacientes hospitalizados del servicio de medicina.

DISEÑO: Descriptivo – Observacional.

LUGAR: Servicio de Medicina Interna del Hospital 2 de Mayo

PACIENTES Y MÉTODO: 104 pacientes seleccionados entre el mes de julio a diciembre del 2015 que fueron admitidos en las diferentes salas del servicio de Medicina (sala Julián Arce, Santo Toribio, San Andrés y Santa Ana), de los cuales todos ellos cumplieron con los criterios de inclusión. Se recogieron variables sociodemográficas, Hospital Anxiety and Depression Scale (HAD), Beck Depression Inventory (BDI), APACHE II, así como la evaluación de satisfacción del médico tratante. Los pacientes fueron clasificados como ansiosos si puntuaban 11 o más EN HAD y con depresión si puntuaban 10 o más en el BDI.

MEDIDAS Y RESULTADOS: Se estudiaron 104 pacientes, con una edad media entre 45,7 años, el 50% eran varones y el otro 50% mujeres. La ansiedad estaba presente en el 23,1% los pacientes mientras que la depresión en el 27,88%. La ansiedad estaba presente en el 26,92% de las mujeres y 19,25% de los varones ($p=0,003$) y la depresión en el 100% de varones y 98,07% de las mujeres ($p=0,006$), cabe resaltar que el grado que se presentó con mayor frecuencia fue el de depresión moderada. Los pacientes con ansiedad y depresión no estaban más graves según el índice de APACHE. Los pacientes con ansiedad tenían menos edad (entre 27,1 años en promedio), menor escolarización (educación secundaria) de la misma manera que los pacientes con depresión.

CONCLUSIONES: La prevalencia de ansiedad y depresión en enfermos hospitalizados es alta, especialmente en mujeres, sin guardar relación con la gravedad de la enfermedad, y se asocia a un menor tiempo de estancia hospitalaria.

Palabras claves: ansiedad, depresión, pacientes hospitalizados, inventario de depresión de Beck, escala de depresión y ansiedad hospitalaria, HADS, enfermedad médica.

ABSTRACT

Objective: To determine the prevalence of anxiety and depression in hospitalized patients of the medicine service.

Patients and method: 104 patients selected pendant July and December of 2015 who were admitted in difference internal medicine ward. All of them achieve with the criteria of incorporation. Sociodemographic characteristics, Hospital Anxiety and Depression Scale (HAD), Beck Depression Inventory (BDI), APACHE II, and evaluation of satisfaction of the treating physician. The HAD cut – off for anxiety was 11 while the BDI cut – off for depression was 10.

Results: we included 104 patients, mean age 45.7, 50% were males and other 50% were women. The anxiety has presented in 23,1% of the patients whereas the depression in 27,88%. The anxiety was presented in 26,92% of the women and 19,25% of the males ($p=0,003$); the depression in 100% of males and 98,07% of the women ($p=0,006$), it is necessary to indicate that the degree which presented with major frequency was moderate depression. Anxious and depressive subjects did not score high in APACHE.

Conclusions: The prevalence of anxiety and depression in hospitalized medical patients is high, occurs mainly in women, and no relation to illness severity is observed, is associated with a shortest time of hospitalization.

Key words: depression, anxiety, medical illness, hospitalized patients, inventory of depression of BECK, Scale of Depression and Hospital Anxiety.

DEDICATORIA

Quisiera dedicar este trabajo de tesis a Dios, que con su bendición hizo posible que logre culminar esta maravillosa carrera, poniendo en mi camino a personas y situaciones que me permitieron seguir adelante y logrando todos los objetivos trazados a lo largo de estos años de estudio.

A mis padres, Jorge y Enedina, quienes en todo momento dieron su apoyo incondicional afectivo y económico, creyendo que podría conseguir tan noble profesión a través de toda mi preparación, haciendo posible que no pase necesidades.

A mi asesor de Tesis, el Dr. Gino Patrón Ordoñez, quién motivó la ejecución de este trabajo, forjando en mi persona el espíritu de elaboración de trabajos científicos que permitan aumentar la producción y la calidad de estudios científicos que hacen falta en nuestro país.

Al benemérito Hospital Nacional Dos de Mayo, por darme la oportunidad de trabajo y las facilidades de ejecutar la investigación en un sector de sus pacientes hospitalizados.

A todas las personas que siempre creyeron y confiaron en mí, que a través de sus consejos y motivaciones, recordaron en mi día a día que estaba hecha para lograr tan maravillosa carrera.

AGRADECIMIENTO

A Dios, quien con su grandeza y sabiduría hace posible todas las cosas en el día a día.

A mis padres por estar siempre conmigo en todo momento, en la lucha constante por lograr mis metas.

A mi asesor de Tesis, el Dr. Gino Patrón Ordoñez, quién creyó en mis habilidades y mis deseos de lograr un buen estudio para así aportar al conocimiento científico abocándonos al área de medicina interna.

Al Jefe del servicio de Medicina Interna, Dr. Luis Cano, por facilitarme la recolección de datos.

A mis mejores amigos, por su constante apoyo amical e incondicional para ayudarme en todo mi desarrollo académico.

INDICE GENERAL

CAPÍTULO I	9	
Planteamiento del problema		9
Justificación		12
Objetivos de investigación		12
Objetivo General.....		12
Objetivos Específicos		12
Hipótesis.....		13
Hipótesis Nula:.....		13
CAPÍTULO II	13	
Antecedentes		13
Fundamento teórico y Referencial		18
CAPÍTULO III	23	
MATERIALES Y MÉTODOS		23
Tipo de Estudio.....		24
Diseño de investigación		24
Muestra de Estudio.....		24
Variables de Estudio.....		25
Técnica y Método de trabajo.....		30
Tareas Específicas para el Logro de Resultados		31
Procesamiento y Análisis de Datos		31
CAPÍTULO IV	32	
PRESENTACIÓN, ANÁLISIS E INTERPRETACIÓN DE LOS RESULTADOS.....		32
Plan de Análisis de Información.....		32
CAPÍTULO V	71	
DISCUSIÓN		71
CAPÍTULO VI	74	
CONCLUSIONES		74
CAPÍTULO VII	75	
RECOMENDACIONES.....		75
REFERENCIAS BIBLIOGRÁFICAS	76	
ANEXOS	81	
Definición de Términos:		81
TABLAS.....		82
ANEXO 2.	83	
Cuestionario PREMEPA modificado		83
ANEXO 3.	84	
Inventario de Depresión de Beck		84
Anexo 4	87	
ANEXO 5	89	
ANEXO 6.	90	

INTRODUCCIÓN

Se han realizado numerosos estudios sobre la prevalencia de ansiedad y depresión en pacientes hospitalizados del servicio de medicina que han ofrecido importante información sobre el tema, especialmente en el área psiquiátrica. Durante una hospitalización médica, el enfermo puede sufrir ansiedad si percibe el medio hospitalario amenazante, por estar alejado de sus familiares, si fracasa en afrontar su enfermedad o si es portador de algún trastorno de

ansiedad. En el artículo de investigación sobre trastornos de ansiedad en pacientes hospitalizados en medicina internada (2005) determinan una mayor prevalencia de cuadros ansiosos por sobre la depresión en la población chilena. Así mismo, un estudio sobre los niveles de ansiedad y depresión en enfermos hospitalizados y su relación con la gravedad de la enfermedad (2002) confirman la elevada frecuencia de los síntomas de ansiedad y depresión en la población de enfermos orgánicos ingresados en un hospital siendo estos resultados especialmente relevantes en el sexo femenino debido a que la mitad de las mujeres tenía un grado alto de ansiedad o depresión, y más de una quinta parte de ellas presentaba comorbilidad para ambos trastornos psiquiátricos. Según este estudio, muestra resultados en el que rechazan la presunción de que los pacientes que están más ansiosos o deprimidos son los que se encuentran más gravemente enfermos.

Por otro lado, un estudio sobre la evaluación de la depresión en pacientes hospitalizados por distintas enfermedades médicas en la ciudad de Bucaramanga (2008), agrega que la prevalencia de síntomas somático – motivacionales en la muestra total fue mayor en comparación con los síntomas cognitivo – afectivos. Esto sería apoyado por estudios como los de Calle(2000) en el que señalan que la prevalencia de estos síntomas somáticos en pacientes enfermos sin depresión oscila entre un 41-81% en hospital general, destacando principalmente alteraciones en el apetito, en donde el 58% de los pacientes hospitalizados, sin depresión, pierden peso, el 51% reportan trastornos en el sueño y el 77% presentan pérdida de energía. En relación al grupo de edades, se evidenció que los adultos mayores presentaron una puntuación sobresaliente en las medias. Esto permite pensar en la vejez como un factor de riesgo para sufrir depresión, lo cual puede coincidir con los datos proporcionados por la OMS al mencionar que el 25% de las personas mayores de 65 años padecen algún trastorno psiquiátrico, siendo el más común la depresión hasta los 75 años a esto se agrega que en aquellos adultos mayores que padecen alguna enfermedad médica la probabilidad de padecer depresión es del 40%. Por otra parte, en relación al estado civil, se observa que la condición de no tener o perder a la pareja es un factor predisponente para la depresión. Vicente, Rioscco, Valdivia, Khon y Torres (2002) y Rodríguez y Puerta (1995) soportan este hallazgo al enseñar que las personas que han anulado algún tipo de relación conyugal presentan mayor número de síntomas depresivos que las personas solteras o casadas. Por tanto, estos hallazgos muestran que los adultos mayores y los viudos presentan mayor riesgo de depresión, a partir de esto se puede establecer una relación entre estos dos resultados, ya que como parte del ciclo vital las personas deben atravesar por la

muerte del cónyuge, evidenciándose con mayor frecuencia este evento en las personas de edad tardía. Se establece una relación inversamente proporcional entre depresión y escolaridad, ya que a medida que el nivel educativo de los pacientes hospitalizados aumenta, la sintomatología depresiva tiende a disminuir. De tal manera que las personas con un nivel educativo superior tienen mayores posibilidades de obtener información acerca de su enfermedad y por ende comprendan su curso y pronóstico, con lo cual se reduce la incertidumbre y el estrés que esto genera.

Finalmente, Según Samei(200); Turner y Lloyd(1999) , las condiciones de vivienda e ingresos óptimos disminuyen el riesgo de depresión, al anotar que en las secciones más pobres de la sociedad aumenta la vulnerabilidad de padecer una enfermedad ocasionada por las tensiones diarias, los problemas financieros y la dinámica que se viven en los barrios difíciles.

CAPÍTULO I

Planteamiento del problema

Los trastornos depresivos son un problema de salud pública, debido no sólo a su alta prevalencia, sino también a las repercusiones que traen consigo a nivel físico, psicológico, social y económico. Las enfermedades mentales y los trastornos mentales comunes

(ansiedad y depresión) son frecuentes ⁽¹⁾. En el año 2012, por el Día Mundial de la Salud Mental, la OMS, en su publicación “Depresión: una crisis global”, estimó que la depresión afecta a 350 millones de 7000 millones de personas y es la cuarta causa de discapacidad en el mundo, para el 2020 será la segunda causa y para el 2030 será la mayor responsable de carga de enfermedad. ⁽²⁾ Los estudios epidemiológicos recientes realizados en el Perú por el Instituto Especializado de Salud Mental Honorio Delgado – Hideyo Noguchi confirman los hallazgos de otros países: hasta el 37% de la población tiene la probabilidad de sufrir un trastorno mental alguna vez en su vida. La prevalencia de depresión en Lima Metropolitana es de 18,2% ⁽³⁾, en la sierra peruana de 16,2% ⁽⁴⁾ y en la selva de 21,4% ⁽⁵⁾.

A pesar de su importancia, la detección de depresión y ansiedad se encuentra sustancialmente mellada, ya que el estudio multicéntrico que efectuó la OMS en 14 países, que no incluyó al Perú, reveló una alta frecuencia de subdiagnóstico en los pacientes que a diario acuden a un establecimiento de salud, y esto es porque la mayoría de ellos acuden por diversas molestias de índole somático, de lo que se deduce que la mayoría de las veces que un paciente con síntomas psiquiátricos tiene contacto con un profesional de la salud, no es con un psiquiatra, sino más bien con un médico general, por lo cual debiera ser de pericia médica el diagnosticar precozmente dichas patologías, es decir en el primer nivel de atención ⁽⁶⁾. El reconocimiento precoz de estas condiciones por el médico general y un adecuado manejo desde sus primeras manifestaciones mediante psicoterapia, medicación o tratamientos alternativos, podrían determinar un cambio esencial en el curso, en el pronóstico y en la prevención o reducción de las consecuencias sociales de dichas enfermedades mentales y disminuir el impacto negativo en la salud de la población mundial.

Estos datos contrastan con otras realidades como por ejemplo en Chile, la prevalencia de depresión en pacientes enfermos hospitalizados es del 31,8% en mujeres y 16,3% en varones a través de la evaluación del BDI-II (mejor predictor para la depresión) y HADS (mejor predictor para la ansiedad) ⁽⁷⁾, siendo las enfermedades con mayor prevalencia de depresión: diabetes, enfermedades cardíacas, neurológicas y esto probablemente por los efectos sobre las capacidades y sobre el desempeño cotidiano a partir de padecer este

tipo de enfermedades ⁽⁸⁾. Mientras que en Colombia, la prevalencia de depresión es del 10,2% en pacientes médico quirúrgicos mediante la utilización de la escala de HADS.

En lo referente a costos, el determinar la alta prevalencia de depresión en pacientes y que estos no reciban atención psicológica ni tratamiento con antidepresivos, es alarmante dado que las consecuencias de la depresión en los pacientes hospitalizados dificultan la adhesión al tratamiento (9) lo que hace más lenta la recuperación del paciente (10), alteran el pronóstico y curso de la enfermedad además de incrementar el riesgo de mortalidad, aumentar el número de días de hospitalización y por consiguiente los costos económicos de la enfermedad ⁽¹¹⁾ .

Debido a la alta prevalencia de ansiedad y depresión en pacientes hospitalizados y los altos costos que representa el subdiagnóstico de estos pacientes, se empezaron a desarrollar diversos escores o índices que pueden predecir con cierta exactitud cuántos de los pacientes hospitalizados cursan con estas patologías.

Estos escores se desarrollaron en base a estudios que evaluaban cuales eran la prevalencia de depresión y ansiedad en pacientes no psiquiátricos.

Se han desarrollado escores tales como: el inventario de Depresión de Beck (Beck Depression Inventory o BDI) que tiene una gran difusión internacional desde su aparición en 1961 y es una de las escalas de depresión más utilizadas en el mundo ⁽¹²⁾. También se encuentra la Escala de Ansiedad y Depresión Hospitalaria (HADS, por sus siglas en inglés) creada por Zigmund y Snaith (1983) se ha utilizado ampliamente para evaluar el malestar emocional en pacientes con diferentes padecimientos crónicos. La reciente revisión de Bjelland, Dahl, Haug y Neckelmann en el 2002 reportó que el HADS ha demostrado altos niveles de confiabilidad y validez en su uso con pacientes en varias condiciones médicas. ⁽¹³⁾

En nuestro país, la versión en español utilizada del BDI posee una elevada capacidad para discriminar entre sujetos con y sin depresión mayor según el DSM – IV ⁽¹⁴⁾.

Justificación

Este estudio se planteó debido a que los trastornos depresivos son un problema de salud pública, debido no sólo a su alta prevalencia, sino también a las repercusiones que traen consigo a nivel físico, psicológico, social y económico. Estas son estimadas como patologías discapacitantes, considerándose de esta manera como una de las mayores cargas de enfermedad tanto en países desarrollados como en países en vías de desarrollo como el nuestro debido a la afectación en el funcionamiento, la aparición en edades tempranas y el curso alternante recurrente. La detección de depresión y ansiedad de forma temprana permitirán iniciar estrategias de prevención, tratamiento, y rehabilitación de los pacientes durante el ingreso hospitalario.

Al no haber mayores estudios en relación a la prevalencia de ansiedad y depresión en pacientes hospitalizados en el área de medicina en nuestro país, la presente investigación busca ayudar a cumplir este objetivo en beneficio médico y del paciente debido a que se ha demostrado que los pacientes depresivos tienen una mortalidad (no solo atribuible al suicidio) superior al resto de la población general.

Objetivos de investigación

Objetivo General

- Determinar el nivel de ansiedad y depresión en pacientes hospitalizados en los servicios de medicina del Hospital Nacional Dos de Mayo en julio – diciembre del 2015.

Objetivos Específicos

- Describir las características epidemiológicas de los pacientes hospitalizados en los servicios de medicina del Hospital Nacional Dos de Mayo durante los meses de Julio – Diciembre del 2015 que presenten ansiedad y depresión según tiempo de hospitalización, diagnóstico médico intrahospitalario, según gravedad de la enfermedad, entre otros.

Hipótesis

El nivel de ansiedad y depresión es alto en pacientes hospitalizados del servicio de medicina interna del Hospital Nacional Dos de mayo.

Hipótesis Nula:

El nivel de ansiedad y depresión no es alto en pacientes hospitalizados del servicio de medicina interna del Hospital Nacional Dos de Mayo.

CAPÍTULO II

Antecedentes

A continuación se describen los antecedentes científicos encontrados en la bibliografía internacional y nacional en relación a estudios y publicaciones que evalúan la prevalencia de ansiedad y depresión en pacientes de diversas condiciones médicas.

En 1987 la *“Journal of Psychosomatic Research”* concluye que la sensibilidad y especificidad del HADS es aceptable para la detección de casos, diferencia con precisión entre los casos con baja o alta prevalencia; sin embargo, la escala no es capaz de identificar en forma específica la respuesta a las drogas en el tratamiento de ansiedad y depresión y tampoco es útil para hacer el diagnóstico de depresión mayor. ⁽¹⁵⁾

En 1998, en un reporte de investigación publicado por la *“Journal Affective Disorders”* publica los resultados de la depresión en la atención primaria, la prevalencia y el impacto de un desorden subdiagnosticado en el que destaca que el 17% de los pacientes que acuden a un centro de salud presentan criterios de desórdenes psiquiátricos y el 12% de los pacientes cumplen criterios de depresión mayor. De igual manera, Barrillero y colaboradores, realizaron un estudio en la ciudad de Lima, en relación a la ansiedad y cirugía, las repercusiones en el paciente sometido a una cirugía programada en el que se encontró que las mujeres presentan mayor ansiedad y depresión que los hombres. A mayor edad se observa menor grado de ansiedad. El factor enfermedad influye en el nivel de ansiedad, aumentando éste si se trata de una patología tumoral ⁽¹⁶⁾.

En el 2000, Januzzi y colaboradores demostraron que la incidencia de depresión en pacientes con enfermedad aguda cardíaca es aproximadamente el 25%. Independientemente de los marcadores pronósticos clásicos. La depresión después de un infarto de miocardio tiene un efecto devastador tanto sobre la calidad de vida como sobre la adhesión a terapias y cuadruplica el riesgo para la mortalidad ⁽¹⁷⁾.

En el 2001, Patten encontró que el riesgo de desarrollar depresión era mayor en un 4% en pacientes con enfermedades médicas crónicas. ⁽¹⁸⁾ Esto es especialmente importante, toda vez que se indica que la prevalencia de depresión en pacientes hospitalizados por enfermedad médica varía entre el 10 – 14%.

Hernández G. y colaboradores determinan la prevalencia de trastornos psiquiátricos en hombres y mujeres hospitalizados en un servicio de medicina interna de un hospital de Santiago de Chile

En el 2002, Grau y colaboradores realizaron un estudio descriptivo en el que busca explicar la relación entre la ansiedad y depresión con la gravedad de la enfermedad. Los resultados arrojaron que los pacientes con ansiedad y depresión no estaban más graves según el índice APACHE II. De los 260 pacientes, se evidenció que la ansiedad y depresión es mayor en mujeres en el 39,8% y 31,8% de los casos respectivamente.

Al combinar los estados de ansiedad (HAD) y depresión (HAD y BDI) sólo la primera mantenía la significación y era predictora de mayor percepción subjetiva de gravedad de la enfermedad. Únicamente el HAD mantuvo la significación estadística al predominar la asociación de ansiedad con “mayor sensación de gravedad”, con un odds ratio (OR) de 2,57 (IC del 95%, 1,32 – 5,0). La prevalencia de depresión en enfermos hospitalizados del 31,8%, en mujeres y 16,8% en hombres, a través de la evaluación del BDI-II y HADS, indicando que el HADS es mejor predictor para la ansiedad y el BDI – II para la depresión. Sin embargo, en la evaluación con el HADS, se identificó la presencia de síntomas depresivos en el 9,8% de la muestra general (8 personas) mientras que en el BDI-II, la presencia de depresión severa se dio en el 7,3% de la muestra (6 personas) esto nos permite ver la correspondencia entre estas dos pruebas ya que ambas identificaron un número aproximado de casos con depresión severa ⁽⁸⁾. Herrero y Colaboradores, ese mismo año, realizaron la validación del HADS en la población española en el que resaltan que el riesgo de presentar un desorden psiquiátrico aumenta en 1.27 veces para cada punto adicional en la escala del HADS además de que este posee una sensibilidad del 82% y una especificidad del 80% e incluso es útil para realizar una adecuada diferenciación entre quienes padecen un depresión y ansiedad y quiénes no. ⁽¹⁹⁾

En el 2005, un estudio randomizado realizado en pacientes hospitalizados en Medicina interna, encontró que 26% de las mujeres y 13% de los hombres tenían desórdenes de ansiedad. 15% de las mujeres y 6% de los hombres tenían fobias específicas, 7% de las mujeres y 4% de los hombres tenían trastorno de ansiedad generalizada ⁽²⁰⁾. Franco y colaboradores, realizaron ese año un estudio descriptivo con el objetivo de determinar la frecuencia de trastornos psiquiátricos en los pacientes hospitalizados en los servicios de medicina interna, cirugía, ginecología y ortopedia de la Clínica Universitaria Bolivariana de Medellín. Se encontró que la prevalencia de depresión y de trastornos ansiosos es baja si se compara con la literatura médica (depresión mayor 10,2% y ansiedad generalizada 3,2%), pero esta diferencia parece depender de los métodos e instrumentos usados en los estudios. Por ejemplo, algunas investigaciones con una alta frecuencia de trastornos afectivos y de ansiedad, incluyeron dentro de estos a los trastornos adaptativos, lo cual lleva a sobredimensionar la frecuencia de estas enfermedades ⁽²¹⁾.

En el 2007, Katon y colaboradores señalan que más de la mitad de los síntomas físicos que presentan los pacientes con algún tipo de enfermedad crónica, no son suficientemente explicados por desórdenes médicos en más de la mitad del tiempo. La presencia y severidad de síntomas somáticos a menudo tiene correlación más fuerte con factores psicológicos, cognoscitivos y conductuales que con factores fisiológicos o biológicos ⁽²²⁾ .

Diana Agudelo V. y colaboradores realizaron en el 2008, una evaluación de la depresión en pacientes hospitalizados por distintas enfermedades médicas en la ciudad de Bucaramanga (Colombia) en 82 pacientes con un rango de edades entre 22 – 76 años a quienes les aplicó el inventario de Depresión de Beck (BDI – II) y la escala de Ansiedad y Depresión Hospitalaria (HADS), los resultados arrojados evidencian una prevalencia de trastorno depresivo del 11% de la muestra según el HADS y una prevalencia del 41,5% de depresión en la muestra de acuerdo con el BDI – II . ⁽²³⁾

En 2011, en el 19° congreso europeo de psiquiatría, se presentó un abstract en el que establecen la presencia de depresión y ansiedad en pacientes oncológicos hospitalizados. Alta prevalencia de depresión en comparación al grupo control ($p < 0,001$) mas no se encontró una diferencia significativa en presencia de ansiedad entre los casos y el grupo control ($p=0,143$). ⁽²⁴⁾. Ese mismo año, el Dr. Dominguez lleva a cabo un estudio de tipo transversal en relación a la prevalencia de depresión y factores relacionados en pacientes hospitalizados en el departamento de medicina interna del Hospital Vicente Corral Moscoso Cuenca en el que se estudió 370 pacientes cuya edad promedio fue de 56 años en los cuales la prevalencia de depresión fue del 33%; siendo mayor en edades entre los 20-44 años y en el sexo femenino. En relación a patologías relacionadas, la asociación de depresión y hemorragia digestiva alta se presentó con mayor frecuencia hasta en 39,3% seguido de pie diabético con 37.7% y enfermedad pulmonar crónica con 34.4% ⁽²⁵⁾. Ese mismo año, se presentó un estudio descriptivo observacional en la revista Española de Cardiología con el objetivo de estimar la prevalencia de síntomas de depresión y ansiedad en sujetos con diabetes mellitus tipo 2 (DM2) hospitalizados en una planta de Cardiología, y su asociación con parámetros de control metabólico y otras comorbilidades. Como resultados se obtuvo que los trastornos de depresión y/o ansiedad aparecen en el 39% de los pacientes con DM2 hospitalizados por cardiopatía, siendo más frecuentes en mujeres, no encontrándose relación de éstos con parámetros de mal control metabólico de DM2 ni con la presencia de otras

patologías ⁽²⁶⁾. Por otro lado, Friedrich Von Mühlenbrock y colaboradores, llevaron a cabo un estudio descriptivo con el objetivo de identificar la prevalencia de depresión en adultos mayores admitidos en un Servicio de Medicina Interna. Encontrándose una prevalencia de depresión de 22,13% de los cuales 28,12% fueron mujeres y 16,41% varones ⁽²⁷⁾.

En el 2013, Noguera Orozco y colaboradores demuestran que el HADS es una herramienta de fácil aplicación y utilidad además de que su versión en español se caracterizó por una adecuada consistencia interna; la correlación entre las subescalas de ansiedad y depresión fue de 0.77 ($p \leq 0.001$). ⁽²⁸⁾ Por otro lado, el mismo año, la revista Española de geriatría y gerontología publica un artículo en el que señala la elevada frecuencia de síntomas depresivos en los pacientes mayores (con una edad media de 70,5 años) hospitalizados además de asociar los síntomas depresivos a una peor capacidad funcional ($p=0,026$) en relación a la presencia de otros diagnósticos agregados como insuficiencia renal, hepatopatía y artrosis; y a un peor estado mental ($p=0,021$); ⁽²⁹⁾. Así mismo, Costas y colaboradores intentan comprobar si las mediciones de esta sintomatología (ansiedad y depresión) sufren variaciones una vez recibida el alta hospitalaria; se encontró una prevalencia de ansiedad de 20% y de depresión del 10% en la población estudiada, además de que las subescalas de ansiedad y depresión en estos pacientes disminuyeron de manera estadísticamente significativa a los 2 meses de la primera valoración, una vez del alta hospitalaria ⁽³⁰⁾. Así mismo, en el Hospital Regional de Ambato – Ecuador, se realizó un estudio descriptivo observacional con el objetivo de determinar la relación entre los cuadros de ansiedad y la diabetes, úlcera gástrica, y cirrosis. Se encontró como conclusión importante que la enfermedad médica que produce mayor nivel de ansiedad en los pacientes hospitalizados es el que lleva el diagnóstico de úlcera gástrica, ya que el 100% de los mismos presentan algún nivel de ansiedad que puede desembocar en cuadro ansioso ⁽³¹⁾. Alberdi y Colaboradores realizaron una revisión relacionado con depresión en pacientes hospitalizados, teniendo como conclusiones que la depresión es uno de los síndromes psicopatológicos más frecuentes en pacientes médicos hospitalizados: en esta primera forma de presentación clínica, hablamos de la depresión “reactiva” o trastorno adaptativo de tipo depresivo o mixto (ansioso – depresivo), que requiere tratamiento psicoterapéutico y, ocasionalmente, psicofarmacológico ⁽³²⁾.

Hernández y Colaboradores, en el 2014, agregan que el pronóstico de los pacientes con insuficiencia cardíaca 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 forma 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, entre otros ⁽³³⁾.

Fundamento teórico y Referencial

Los trastornos depresivos son un problema de salud pública, debido no sólo a su alta prevalencia, sino también a las repercusiones que traen consigo a nivel físico, psicológico, social y económico ⁽³⁴⁾. Puede incluso llegar a ser estimados como discapacitantes; además, su tasa de discapacidad supera algunas enfermedades crónicas como: la hipertensión, la artritis, la diabetes y el dolor lumbar ⁽³⁵⁾. Debido a ello, la ansiedad y la depresión se consideran dos de los desórdenes psicológicos de mayor registro en los centros de salud, en población general.

La ansiedad surge en respuesta a exigencias o amenazas como señal para buscar la adaptación. Suele ser transitoria y se presenta ante estímulos que se perciben como peligrosos y constituyen una amenaza externa (tener un accidente, contagiarse de una enfermedad o suspender exámenes por ejemplo). Se considera patológica al ser persistente, intensa, autónoma, desproporcionada a los estímulos que la causan y genera conductas evitativas o de retraimiento por lo que se la considera dentro de los trastornos mentales. La clasificación de la OMS ubica la ansiedad clínica entre los trastornos neuróticos, secundarios a situaciones estresantes y somatomorfos. Los cuadros de ansiedad ante situaciones bien definidas o ante objetos externos no amenazantes se denominan fóbicos; el trastorno de pánico, la ansiedad generalizada, el trastorno ansioso – depresivo y los cuadros obsesivo – compulsivos, están menos relacionados con situaciones particulares. Situaciones de estrés pueden causar trastornos disociativos y somatomorfos.

Desde el punto de vista psicopatológico existen tres tipos de ansiedad: La ansiedad como respuesta fisiológica ante las experiencias de la vida; la ansiedad como síntoma ante diversas enfermedades médicas y psiquiátricas; y la ansiedad como entidad específica en la que abarca un amplio campo de los trastornos de ansiedad.

Las características de la ansiedad dependen de las características personales del individuo, de las vivencias que haya tenido, la educación y el ambiente en el que vive, la

capacidad intelectual modula la percepción que el sujeto tiene de la vida y la interpretación que hace de los acontecimientos ⁽³⁶⁾.

Los trastornos de ansiedad constituyen un grupo heterogéneo de enfermedades (ansiedad generalizada, ataques de pánico, agorafobia, fobia social, trastorno obsesivo – compulsivo) que suelen desarrollarse antes de los 30 años y son más frecuentes en mujeres pertenecientes a familiar con historiales de ansiedad y depresión. Los trastornos por ansiedad afectan del 5 al 10% de la población general y tienden a incrementarse debido a los factores estresantes ambientales y a los problemas socioeconómicos ⁽³⁷⁾. Tanto la ansiedad como la depresión constituyen los desórdenes clínicos más frecuentes en la población en general. En España, los datos publicados por el Instituto Nacional de Estadística (INE) a finales del 2007, indican que en dicho país existen más de cinco millones de personas afectadas por depresión, ansiedad u otros trastornos mentales. Se ha demostrado además de que existe una relación entre la ansiedad y la depresión ya que un elevado porcentaje de pacientes con ansiedad suelen presentar diversa sintomatología depresiva y que aproximadamente un 70% de los pacientes con depresión suele padecer distintas formas de ansiedad. En opinión de algunos autores puede existir una relación genética entre algunos trastornos de ansiedad y depresión.

Las manifestaciones clínicas de la ansiedad varían con la edad y, por lo tanto, con el desarrollo cognoscitivo y emocional del sujeto ⁽³⁸⁾. Los síntomas de ansiedad que aparecen con mayor frecuencia en la clínica son palpitaciones, taquicardia, dolor en el pecho, dificultad para respirar e hiperventilación. Estos síntomas asustan al paciente, ya que sospecha de alguna enfermedad de gravedad, lo que agudiza la ansiedad.

Alteraciones médicas como infarto de miocardio, hipertiroidismo, colon irritable y migraña, entre otras, y algunas enfermedades psiquiátricas (esquizofrenia, depresión, manía, etc.) están asociadas con episodios de ansiedad.

Durante una hospitalización médica, el enfermo puede sufrir ansiedad si percibe el medio hospitalario amenazante, por estar alejado de sus familiares, si fracasa en afrontar su enfermedad o si es portador de algún trastorno de ansiedad ⁽³⁹⁾. La ansiedad es un malestar común en los pacientes hospitalizados por motivos no psiquiátricos. La forma más común de ansiedad observada en el hospital general puede ser la llamada “ansiedad anticipadora” ⁽⁴⁰⁾, o también llamada nerviosismo que se produce por el miedo ante un posible diagnóstico adverso a los temores relacionados con las técnicas diagnósticas o terapéuticas. Si bien la ansiedad anticipadora es una forma normal de ansiedad que ocurre en respuesta a

experiencias desagradables o estresantes, los grados mayores de esta pueden requerir de manejo con medicamentos.

La ansiedad es muy común en pacientes del primer nivel de atención y de otras especialidades, debido a que la prevalencia en la población general es aproximadamente de 25%. Un gran número de pacientes con otras enfermedades, padecerán ansiedad como un trastorno no necesariamente relacionado con la experiencia de estar enfermos. La ansiedad perturba y limita al paciente para enfrentar la enfermedad y, al médico, puede dificultarle diagnósticos y tratamientos ⁽⁴¹⁾.

Por otro lado, la depresión es una enfermedad caracterizada por tristeza patológica, reducción de la energía y disminución del nivel de actividad. La capacidad para disfrutar, interesarse y concentrarse está reducida, y es frecuente un cansancio importante. El sueño suele estar alterado y el apetito disminuido ⁽⁴²⁾.

Se ha descubierto que los síntomas depresivos pueden estar presentes en un 9-20% de la población. La importancia clínica de tales síntomas, en ausencia de un síndrome depresivo completo, permanece incierta, pero algunos datos permiten sospechas que las personas con historia previa de síntomas depresivos tienen un riesgo relativo mayor de desarrollar un episodio depresivo durante el primer año de seguimiento, especialmente las mujeres. Los síntomas depresivos pueden estar presentes en un 9-20% de la población.

Entre los factores sociodemográficos más relevantes; en relación al género sexual, los trastornos depresivos es del doble en la mujer que en el hombre, al menos entre los doce y los cincuenta y cinco años (por encima y debajo de estas edades no hay diferencias). La edad en que aparece el primer episodio depresivo es similar en ambos sexos. Por último, se sabe que el riesgo de cronicidad de esta enfermedad es mayor en la mujer ⁽⁴³⁾. En un reciente estudio norteamericano publicado en una revista dedicada a las diferencias de género en patología psiquiátrica y realizada en el ámbito de la asistencia primaria, se constataban en la mujer algunos factores de riesgo de sufrir depresión ⁽⁴⁴⁾. Las mujeres que nunca han estado casadas tienen menor riesgo de sufrir depresión que las separadas, divorciadas y viudas; estos mismos factores no son significativos para los hombres. Sin duda, los resultados de este trabajo reintroducen la idea de que existen factores de vulnerabilidad en la mujer relacionados con su rol social.

Con respecto a la edad; después del sexo, la edad constituye el segundo factor de riesgo importante en los trastornos afectivos. En general, riesgo de padecer depresión aumenta con

la edad, de forma que hay un pico de morbilidad depresiva en torno a las edades medias de la vida: 45-64 años para las mujeres y 35-64 años para los hombres.

Algunos estudios recientes en asistencia primaria constatan una alta comorbilidad de la depresión con otras enfermedades no psiquiátricas y situaciones de discapacidad en las poblaciones de edad avanzada. Sus autores comprueban que ésta es la diferencia mayor entre la depresión del adulto joven y la de la persona mayor, siendo de especial interés para el médico de familia el entrenamiento para identificar la depresión en personas mayores con diversos problemas físicos ⁽⁴³⁾.

En relación al estado civil, las interrelaciones entre el estado civil y los trastornos afectivos son difíciles de comprender, ya que ambos pueden actuar como causa y como consecuencia. El divorcio y la viudedad constituyen acontecimientos vitales estresantes y afectan a la red de apoyos sociales, aumentando así el riesgo de padecer un trastorno depresivo. Por otro lado, los trastornos afectivos pueden favorecer una ruptura marital. Las mujeres solteras tienen tasas más bajas que las casadas mientras que los hombres solteros presentan tasas más altas que los casados. Además, las mujeres responden mejor a la muerte del esposo de lo que lo hacen los hombres. También responden mejor que los varones al divorcio y a las dificultades financieras.

Por otro lado, parece existir una relación inversa entre el nivel socioeconómico y la prevalencia de clínica afectiva. Desde el punto de vista de las ciencias sociales, se ha sugerido que las profesiones que permiten la dirección, el control y la planificación de actividades pueden evitar el desarrollo de una depresión, siendo estos trabajos más comunes en las clases socioeconómicas altas. Por otra parte, se conoce que en los trabajos de los estratos socioeconómicos bajos hay menos control, más demandas y menos apoyo social del que existe en los de clase alta.

Entre los síntomas destacados de la depresión están: tristeza patológica, tendencia al llanto, miedos injustificados, desesperación, sensación de inutilidad, sentimientos de culpabilidad, imposibilidad de sentir placer, ideas de muerte, disminución del deseo sexual, falta de memoria, ideas delirantes (de ruina, hipocondríacas y de culpa), pensamiento enlentecido, disminución de los movimientos, insomnio y pesadillas. Entre los síntomas físicos; sensación de malestar general, síntomas digestivos, síntomas cardio-vasculares y síntomas respiratorios. En el área afectiva destacan algunos aspectos importantes a tener en cuenta como la tendencia al llanto, miedos injustificados, sentimientos de culpabilidad, sentimientos de incompreensión y de inutilidad e ideas de suicidio. También se presentan somáticos como:

neurológicos (dolores musculares, de cabeza, mareos, vértigos), digestivos (náuseas, vómitos, disminución del apetito, adelgazamiento, digestiones pesadas, “nudos en el estómago”), cardiovasculares (disminución de la frecuencia cardíaca y de la tensión arterial), respiratorios (sensación de falta de aire, opresión en el pecho), generales (malestar general, dolores erráticos).

Es así, como la frecuencia de presentación del cuadro depresivo es la más alta de las encontradas dentro de la amplia gama de los trastornos mentales en el ámbito hospitalario. El estrés persistente de una discapacidad o el más agudo de la aparición de una enfermedad no psiquiátrica, suponen un requerimiento especial de tolerancia al estrés. Cuando esta tolerancia no es suficiente, el enfermo puede presentar síntomas depresivos aunque no cumple criterios de depresión. La coexistencia de una depresión comórbida con una enfermedad médica grave constituye un factor de riesgo importante, no así si la enfermedad es de carácter leve o moderado ⁽⁴³⁾. Además, se ha relacionado el riesgo de depresión con la existencia de discapacidades o los días de baja laboral por causas médicas.

Por otra parte, es bien conocido que la respuesta terapéutica en pacientes con enfermedades médicas comórbidas es peor que en los pacientes sin comorbilidades. En un estudio reciente corrobora la importancia de no perder la intensidad diagnóstica o terapéutica en el diagnóstico y tratamiento de la depresión en pacientes que presentan patologías diversas. Asimismo, se ratifica que si el paciente se “siente cuidado” y se le informa sobre su enfermedad y su posible tratamiento, mejora el cumplimiento terapéutico, la calidad de vida y la respuesta terapéutica.

Tanto los datos clínicos sobre patrones sindrómicos, curso evolutivo y respuesta terapéutica, como las investigaciones epidemiológicas y familiares muestran una clara asociación entre trastornos de ansiedad, sobre todo angustia y de depresión ⁽⁴⁵⁾. Una de las pruebas más evidentes de que la depresión es un trastorno complejo, no reductible a la mera alteración de uno o varios sistemas de neurotransmisores, es su relación con la ansiedad y la angustia. Numerosos autores argumentan que muchos cuadros depresivos están originados por un trastorno de ansiedad previo y prolongado, motivado fundamentalmente por las tensiones que existen en los sistemas de relación del sujeto. Por otro lado, el trastorno depresivo desencadena a la larga un cuadro de ansiedad debido a las perturbaciones que ocasiona en los hábitos cotidianos de quien lo padece. El sentimiento de enfermedad, menor rendimiento en las ocupaciones diarias, la limitación en sus relaciones sociales, la paralización de proyectos personales, una notable incertidumbre respecto al futuro y la

indefensión experimentada ante su incapacidad para controlar los aspectos más significativos de su existencia, son algunas de las razones por las que los síntomas depresivos acaban coexistiendo con manifestaciones claras de ansiedad en un mismo sujeto (46).

CAPÍTULO III MATERIALES Y MÉTODOS

Tipo de Estudio

Observacional, descriptivo, transversal; de naturaleza no experimental.

Diseño de investigación

Es observacional porque se basa en la observación de la prevalencia de ansiedad y depresión en pacientes hospitalizados en el servicio de medicina interna.

Es descriptivo debido a que pretende determinar la prevalencia de depresión y ansiedad en la muestra a través de las variables de análisis; sin una mayor pretensión explicativa.

Es transversal debido a que implica la interacción en una sola ocasión con un grupo de personas.

Muestra de Estudio

La población está constituida por los pacientes mayores de 15 años con hospitalizados por una enfermedad orgánica en el servicio de medicina del Hospital Nacional Dos de Mayo durante el período de Julio – Diciembre 2015.

Para calcular el tamaño de la muestra se utilizó la siguiente fórmula:

$$n = \frac{Z^2 \sigma^2 N}{e^2 (N - 1) + Z^2 \sigma^2}$$

Dónde:

n = el tamaño de la muestra.

N = tamaño de la población.

δ : Desviación estándar de la población que, generalmente cuando no se tiene su valor, suele utilizarse un valor constante de 0,5.

Z = Valor obtenido mediante niveles de confianza. Es un valor constante que, si no se tiene su valor, se lo toma en relación al 95% de confianza equivale a 1,96 (como más usual) o en relación al 99% de confianza equivale 2,58.

e = Límite aceptable de error muestral que, generalmente cuando no se tiene su valor, suele utilizarse un valor que varía entre el 1% (0,01) y 9% (0,09), valor que queda a criterio del encuestador.

Es así, que se obtiene una muestra mínimo de 104 personas a testear para obtener una muestra con el nivel de confianza de 95% y un nivel de error de 5%.

Criterios de inclusión:

- Pacientes hospitalizados por enfermedad orgánica en el HNDM, mayores de 15 años que cuenten con capacidad cognitiva conservada y con dos o más días de hospitalizados.

Criterios de exclusión:

- Pacientes que tengan una enfermedad psiquiátrica previamente diagnosticada.
- Todos aquellos pacientes que, por cualquier motivo, tuvieran dificultades para contestar adecuadamente los cuestionarios incluso cuando era aplicado por el propio encuestador (pacientes con problemas para leer y escribir).

Variables de Estudio

Independiente:

Sexo, edad, grado de estudio, estado civil, tiempo de hospitalización, diagnóstico, acompañante durante estancia hospitalaria, gravedad de la enfermedad, hospitalizaciones previas, satisfacción con el médico tratante.

Dependiente:

Ansiedad, depresión.

Operacionalización de variables

1. Variable: Sexo	
Tipo	Independiente
Naturaleza	Cualitativa dicotómica
Escala de medición	Nominal
Unidad de medida	Nº pacientes/ sexo
Indicador	Género
Instrumento	Encuesta
Dimensión	Biológica
Definición operacional	Qué genero se encuentra con mayor ansiedad y/o depresión
Definición conceptual	Condición que diferencia a hombre de mujer.

2. Variable: Edad	
Tipo	Independiente
Naturaleza	Cualitativa dicotómica
Escala de medición	De razón
Unidad de medida	Número de años
Indicador	Años cumplidos
Instrumento	Encuesta
Dimensión	Biológica
Definición operacional	Qué grupo de pacientes según edad presenta mayor prevalencia de depresión y/o ansiedad.
Definición conceptual	Duración del tiempo de existencia de una persona.

3. Variable: Grado de estudio	
Tipo	Independiente
Naturaleza	Cualitativa politómica
Escala de medición	Ordinal
Unidad de medida	Número de pacientes
Indicador	Número de años cursados
Instrumento	Encuesta
Dimensión	Educacional
Definición operacional	Qué grado de estudio en pacientes hospitalizados presenta mayor prevalencia de ansiedad y/o depresión.
Definición conceptual	Nivel de estudio al que se ha llegado.

4. Variable: Estado Civil	
Tipo	Independiente
Naturaleza	Cualitativa politómica
Escala de medición	Soltero, casado, viudo, divorciado, conviviente
Indicador	Tipo de relación
Instrumento	Encuesta
Dimensión	Social
Definición operacional	En qué estado civil de pacientes hospitalizados prevalece la ansiedad y/o depresión.
Definición conceptual	Relación de pareja legalmente constituida.

5. Variable: Ansiedad	
Tipo	Dependiente
Naturaleza	Cualitativa dicotómica
Escala de medición	Nominal
Indicador	Síntomas físicos y psicológicos
Instrumento	Escala de HAD (escala de ansiedad y depresión hospitalaria)
Dimensión	Clínica
Definición operacional	Presencia de ansiedad adquirido por el paciente hospitalizado.
Definición conceptual	La ansiedad es un trastorno psicossomático que consiste en la manifestación fisiológica, afectiva, cognitiva y conductual de una persona ante una situación estresante con el fin de adaptarse a dicha situación estresante.

6. Variable: Depresión	
Tipo	Dependiente
Naturaleza	Cualitativa discreta
Escala de medición	Nominal
Indicador	Síntomas físicos y psicológicos
Instrumento	Escala de HAD (escala de ansiedad y depresión hospitalaria) y el BDI (Beck Depression Inventory).
Dimensión	Clínica
Definición operacional	Presencia de depresión en pacientes hospitalizados.
Definición conceptual	Serie de manifestaciones clínicas que comprometen el estado de ánimo.

7. Variable: Tiempo de hospitalización	
Tipo	Independiente
Naturaleza	Cualitativa discreta
Escala de medición	De intervalo
Unidad de medida	Número de días
Indicador	Número de días hospitalizados
Instrumento	Ficha de datos clínico
Dimensión	Tiempo
Definición operacional	El tiempo promedio que han estado esperando los pacientes encuestados para ser diagnosticados y recibir tratamiento médico.
Definición conceptual	Ingreso a un hospital de una personas enferma o herida para su examen, diagnóstico y tratamiento.

8. Variable: Diagnóstico	
Tipo	Independiente
Naturaleza	Cualitativa dicotómica
Escala de medición	Nominal
Unidad de medida	Signos y síntomas
Indicador	Tumoral vs No tumoral
Instrumento	Ficha de datos clínicos
Dimensión	Médico
Definición operacional	De la muestra estudiada que porcentaje tiene el diagnóstico tumoral y cuánto de ellos, no tumoral.
Definición conceptual	Determinar el carácter de una enfermedad y su calificación mediante el examen de sus signos y síntomas característicos.

9. Variable: Acompañante	
Tipo	Independiente
Naturaleza	Cualitativa dicotómica
Escala de medición	Nominal

10. Variable: Hospitalizaciones previas	
Tipo	Independiente
Naturaleza	Cuantitativa
Escala de medición	Nominal

11. Variable: Gravedad de la enfermedad	
Tipo	Independiente
Naturaleza	Cualitativa
Escala de medición	Nominal

12. Variable: Satisfacción con médico tratante	
Tipo	Independiente
Naturaleza	Cuantitativa
Escala de medición	Nominal

Técnica y Método de trabajo

Se revisarán historias clínicas de pacientes internados en las salas de hospitalización del servicio de medicina desde julio-noviembre del 2015 además de aplicación de cuestionarios.

Previo conocimiento y autorización por parte del comité médico de ética del HNMD, se llevará a cabo la revisión de historias clínicas para la selección de pacientes a evaluar, quienes después de firmar el consentimiento informado respondieron los instrumentos elegidos. La recolección de los datos se realizó entre el 15 de Julio y el 15 de Diciembre (90 días).

Los pacientes serán evaluados a través de cuestionarios y recogidos sus datos pasados las 48 horas de su ingreso al servicio de hospitalización; la interacción con el paciente se realizará en una sola ocasión.

Tareas Específicas para el Logro de Resultados

- Implementación y aprobación del proyecto.
- Identificación de pacientes con ansiedad y depresión que cumplan los criterios de inclusión.
- Revisión de historias clínicas de los pacientes incluidos en el estudio.
- Llenar las fichas de recolección de datos.
- Análisis de los datos obtenidos.
- Elaboración de un informe final.
- Presentación del informe para revisión y aprobación.
- Publicación de los resultados de la investigación.

Procesamiento y Análisis de Datos

Se generara una base de datos sobre los datos obtenidos en las encuestas con el programa Microsoft Excel 2013 ®, los mismos que serán codificados. El análisis estadístico se realizará con el paquete estadístico SPSS 23.0 – editor de datos.

CAPÍTULO IV

PRESENTACIÓN, ANÁLISIS E INTERPRETACIÓN DE LOS RESULTADOS

Plan de Análisis de Información

- El trabajo se realizó a través de la recopilación de datos por medio de encuestas que se realizaron a pacientes hospitalizados, para conseguir de esta forma un resultado claro y conciso además de algunos datos obtenidos a través de la historia clínica.
- Los datos obtenidos mediante encuestas y revisión de historias clínicas se han incorporado en la tabla de matriz de datos, tanto para la variable independiente y dependiente con la finalidad de agruparlos y analizarlos mediante técnica estadística determinada.
- Las técnicas estadísticas empleadas para la prueba de hipótesis fue mediante la prueba de Spearman ya que hemos trabajado con variables cualitativas.

TABLA 1

Confiabilidad del instrumento de medición

Para la variable independiente

Para medir el nivel de confiabilidad del instrumento de medición de la variable independiente: diseño de aplicación informática, se ha recurrido a la prueba de Alfa de Cronbach cuyo resultado fue:

Resumen del procesamiento de los casos

		N	%
Casos	Válidos	104	100,0
	Excluidos*	0	0
	Total	104	100,0

*. Eliminación por lista basada en todas las variables del procedimiento

Estadísticos de fiabilidad

Alfa de Cronbach	N de elementos
,953	28

Interpretación

De acuerdo a los resultados del análisis de fiabilidad que es ,953 y según la tabla categórica, se determina que el instrumento de medición es de consistencia interna con tendencia a ser muy alta.

Para la variable dependiente

El nivel de confiabilidad del instrumento de medición de la variable dependiente: ansiedad y depresión, hemos recurrido a la prueba de Alfa de Cronbach cuyo resultado es:

Resumen del procesamiento de los casos

	N	%
--	---	---

Casos	Válidos	104	100,0
	Excluidos*	0	0
	Total	104	100,0

*. Eliminación por lista basada en todas las variables del procedimiento

Estadísticos de fiabilidad

Alfa de Cronbach	N de elementos
,907	10

Interpretación

De acuerdo a los resultados del análisis de fiabilidad que es ,907 y según la tabla categórica, se determina que el instrumento de medición es de consistencia interna con tendencia a ser muy alta.

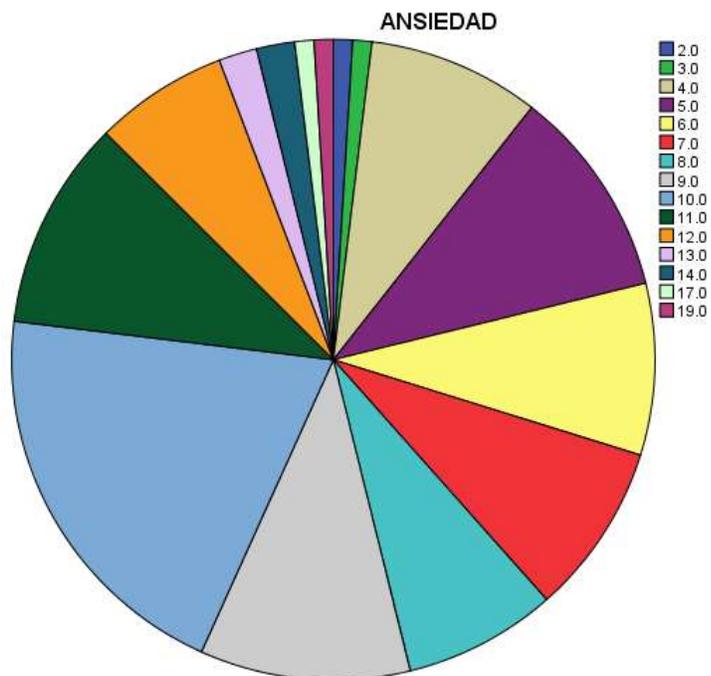
TABLA 1

Prevalencia de ansiedad en pacientes hospitalizados en los servicios de medicina interna según cuestionario de HADS.

ANSIEDAD					
		Frecuencia	Porcentaje	Porcentaje válido	Porcentaje acumulado
Válido	2,0	1	1,0	1,0	1,0
	3,0	1	1,0	1,0	1,9
	4,0	9	8,7	8,7	10,6
	5,0	11	10,6	10,6	21,2
	6,0	9	8,7	8,7	29,8
	7,0	9	8,7	8,7	38,5
	8,0	8	7,7	7,7	46,2
	9,0	11	10,6	10,6	56,7
	10,0	21	20,2	20,2	76,9
	11,0	11	10,6	10,6	87,5
	12,0	7	6,7	6,7	94,2

13,0	2	1,9	1,9	96,2
14,0	2	1,9	1,9	98,1
17,0	1	1,0	1,0	99,0
19,0	1	1,0	1,0	100,0
Total	104	100,0	100,0	

Gráfico 1. Distribución de pacientes con ansiedad según escala de HADS



Fuente: cálculos de la autora

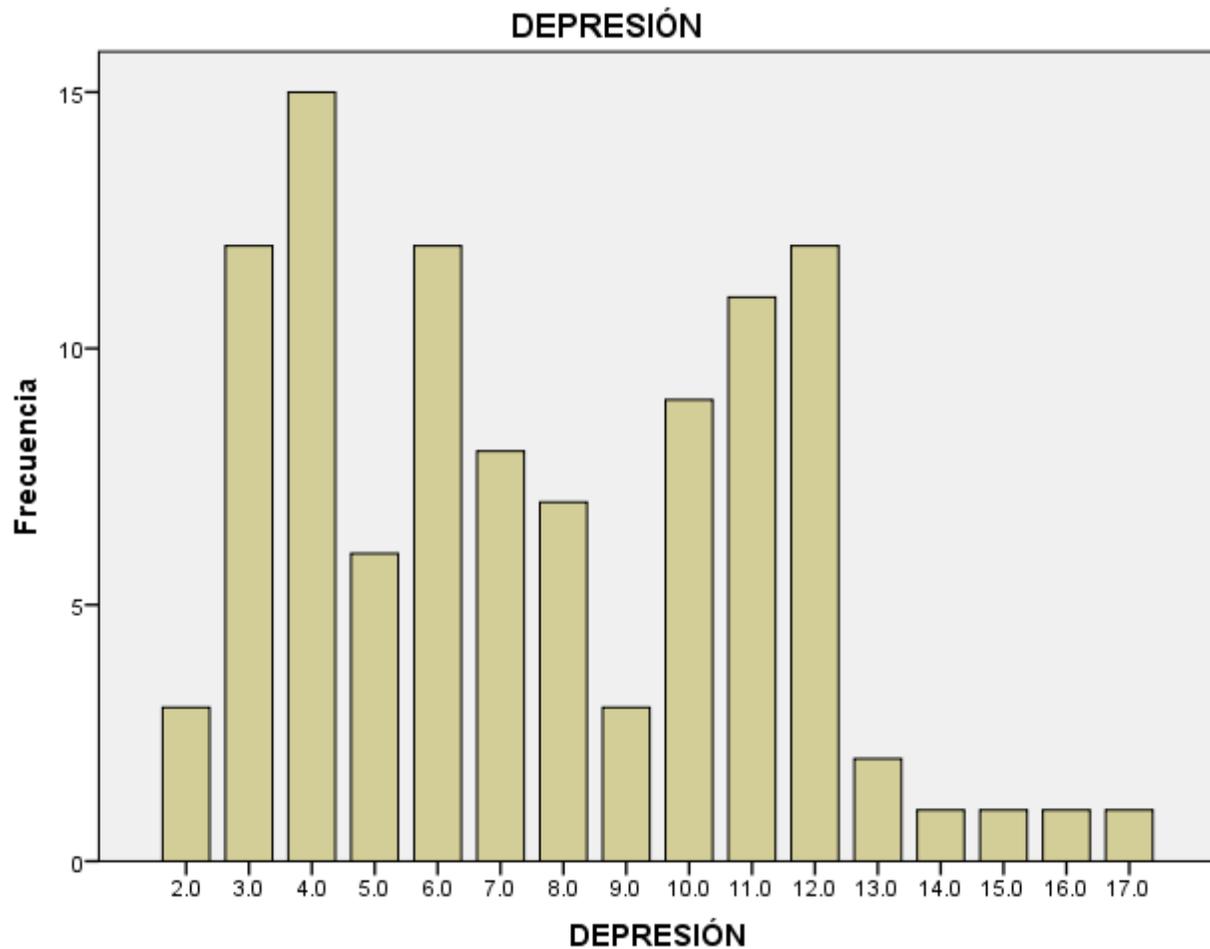
Analizando la tabla y el gráfico, se evidencia que de los 104 pacientes hospitalizados encuestados, 24 pacientes (23,1%) tienen ansiedad confirmada con un puntaje total mayor de 11 puntos, mientras que para 40 de los pacientes (35,45%), el diagnóstico de ansiedad es aún dudoso debido a que su puntaje total se encuentra entre 8 a 10. Del total de pacientes encuestados, 40 pacientes no tienen ansiedad (35,45%). El puntaje que se presentó con mayor frecuencia en los pacientes con ansiedad confirmada fue de 11 puntos según el cuestionario de HADS.

TABLA 2

Prevalencia de depresión en pacientes hospitalizados en los servicios de medicina interna según cuestionario de HADS.

DEPRESIÓN					
		Frecuencia	Porcentaje	Porcentaje válido	Porcentaje acumulado
Válido	2,0	3	2,9	2,9	2,9
	3,0	12	11,5	11,5	14,4
	4,0	15	14,4	14,4	28,8
	5,0	6	5,8	5,8	34,6
	6,0	12	11,5	11,5	46,2
	7,0	8	7,7	7,7	53,8
	8,0	7	6,7	6,7	60,6
	9,0	3	2,9	2,9	63,5
	10,0	9	8,7	8,7	72,1
	11,0	11	10,6	10,6	82,7
	12,0	12	11,5	11,5	94,2
	13,0	2	1,9	1,9	96,2
	14,0	1	1,0	1,0	97,1
	15,0	1	1,0	1,0	98,1
	16,0	1	1,0	1,0	99,0
	17,0	1	1,0	1,0	100,0
	Total	104	100,0	100,0	

Gráfico 2: Distribución de pacientes con depresión según HADS



Fuente: Cálculos de la autora

A través de las primeras tabla y gráfico se concluye que; de los 104 pacientes hospitalizados encuestados, 29 pacientes (27.88%) tienen depresión confirmada con un puntaje total mayor de 11 puntos, mientras que para 19 de los pacientes (18,26%), el diagnóstico de depresión es aún dudoso debido a que su puntaje total se encuentra entre 8 a 10. Del total de pacientes encuestados, 56 pacientes no tienen depresión (53,84%). Estos resultados fueron obtenidos a través del cuestionario de HADS.

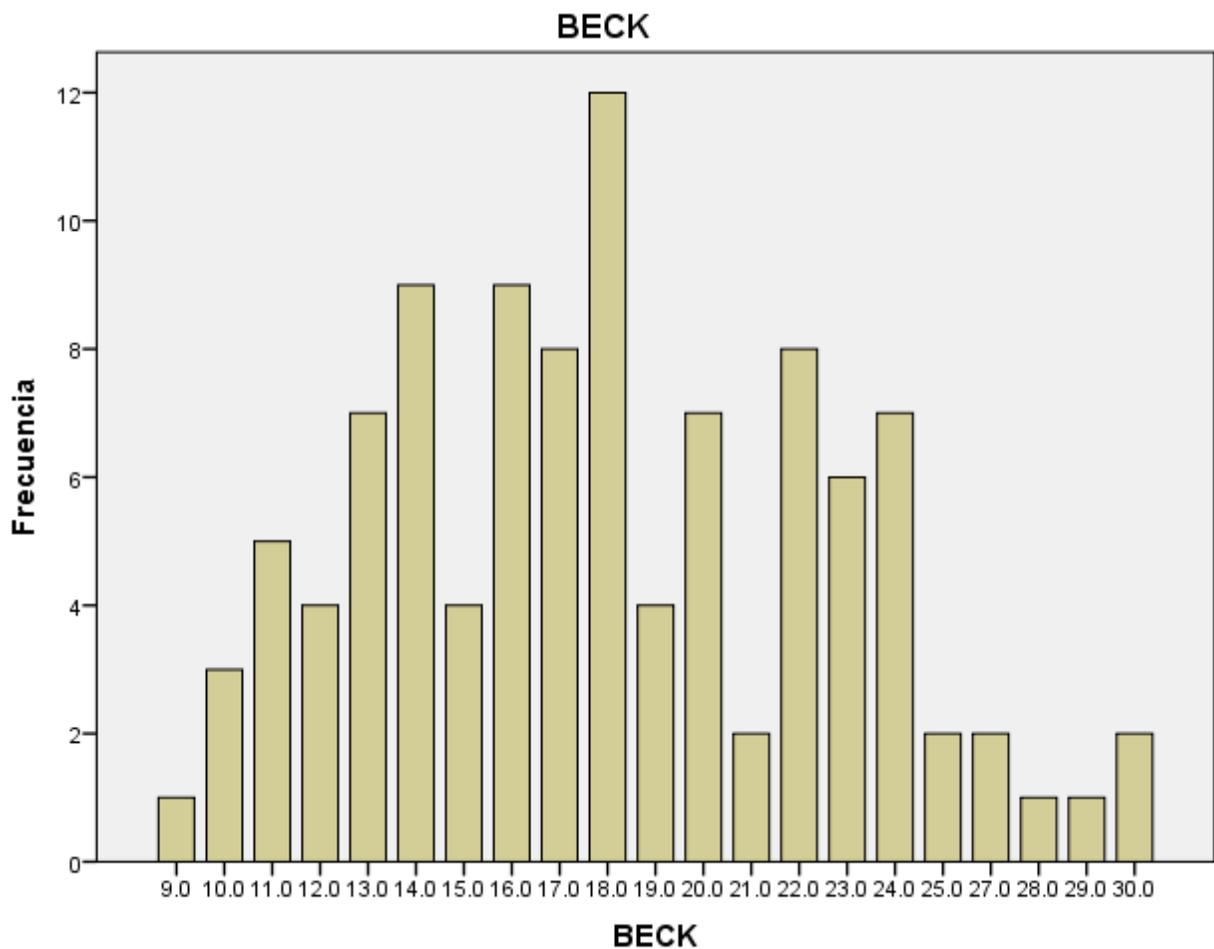
TABLA 3

Prevalencia de depresión en pacientes hospitalizados en los servicios de medicina interna según Beck Depression Inventory (BDI).

BECK

		Frecuencia	Porcentaje	Porcentaje válido	Porcentaje acumulado
Válido	9,0	1	1,0	1,0	1,0
	10,0	3	2,9	2,9	3,8
	11,0	5	4,8	4,8	8,7
	12,0	4	3,8	3,8	12,5
	13,0	7	6,7	6,7	19,2
	14,0	9	8,7	8,7	27,9
	15,0	4	3,8	3,8	31,7
	16,0	9	8,7	8,7	40,4
	17,0	8	7,7	7,7	48,1
	18,0	12	11,5	11,5	59,6
	19,0	4	3,8	3,8	63,5
	20,0	7	6,7	6,7	70,2
	21,0	2	1,9	1,9	72,1
	22,0	8	7,7	7,7	79,8
	23,0	6	5,8	5,8	85,6
	24,0	7	6,7	6,7	92,3
	25,0	2	1,9	1,9	94,2
	27,0	2	1,9	1,9	96,2
	28,0	1	1,0	1,0	97,1
	29,0	1	1,0	1,0	98,1
	30,0	2	1,9	1,9	100,0
Total		104	100,0	100,0	

Gráfico 3: Distribución de depresión en pacientes hospitalizados según BDI.



Fuente: Cálculos de la autora

En la tabla y gráfico se concluye que; de los 104 pacientes hospitalizados encuestados se obtiene que todos ellos cuentan con algún grado de depresión, predominando la moderada encontrándose en este grupo 69 pacientes (66,34%) el puntaje del cuestionario de BDI para este grupo es entre 14 y 23 puntos siendo el puntaje con mayor frecuencia el de 18 puntos; 24 pacientes hospitalizados (23,07%) presentan depresión severa con un puntaje >24 en el cuestionario. Solamente 11 paciente (10,57%) presentan depresión leve con un puntaje en el cuestionario de entre 10 y 13 puntos.

TABLA 4

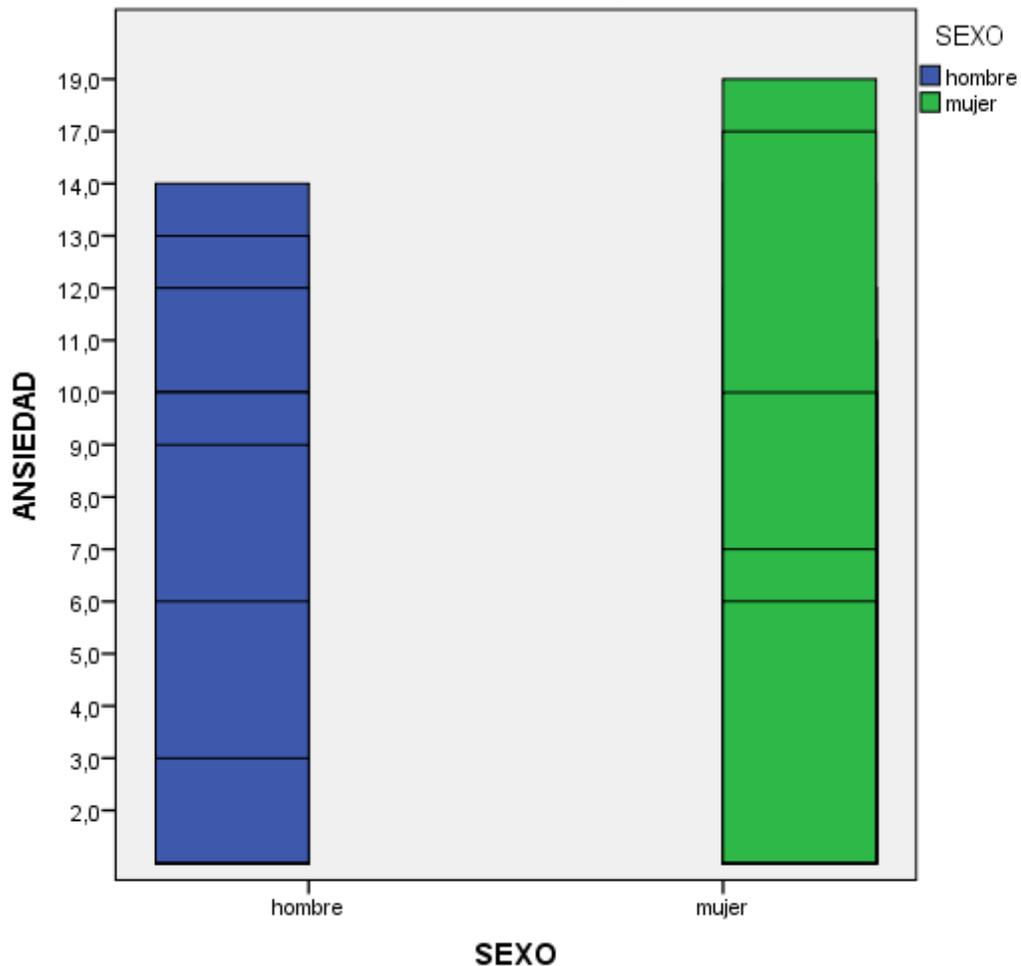
Prevalencia de ansiedad según sexo en pacientes hospitalizados del servicio de medicina.

SEXO

		Frecuencia	Porcentaje	Porcentaje válido	Porcentaje acumulado
Válido	hombre	52	50,0	50,0	50,0
	mujer	52	50,0	50,0	100,0
	Total	104	100,0	100,0	

		SEXO	
		hombre	mujer
		Recuento	Recuento
ANSIEDAD	2,0	0	1
	3,0	1	0
	4,0	3	6
	5,0	7	4
	6,0	5	4
	7,0	4	5
	8,0	6	2
	9,0	5	6
	10,0	11	10
	11,0	5	6
	12,0	2	5
	13,0	2	0
	14,0	1	1
	17,0	0	1
	19,0	0	1

Gráfico 4: Distribución de ansiedad según sexo en pacientes hospitalizados



Fuente: Cálculos de la autora

Analizando la tabla y el gráfico, se evidencia que de los 104 pacientes hospitalizados encuestados, 52 fueron hombres (50%) y 52 mujeres (50%). Según la tabla de frecuencia se determina que las mujeres tienen ansiedad en un mayor porcentaje en comparación a los hombres (26,92% vs. 19,25%). En 16 pacientes varones y mujeres (30,76% de cada grupo) es dudoso aún el diagnóstico de ansiedad. Por otro lado, 26 pacientes varones (50% de varones) no son ansiosos mientras que solo 22 pacientes mujeres (42,30%) no son ansiosas.

TABLA 5

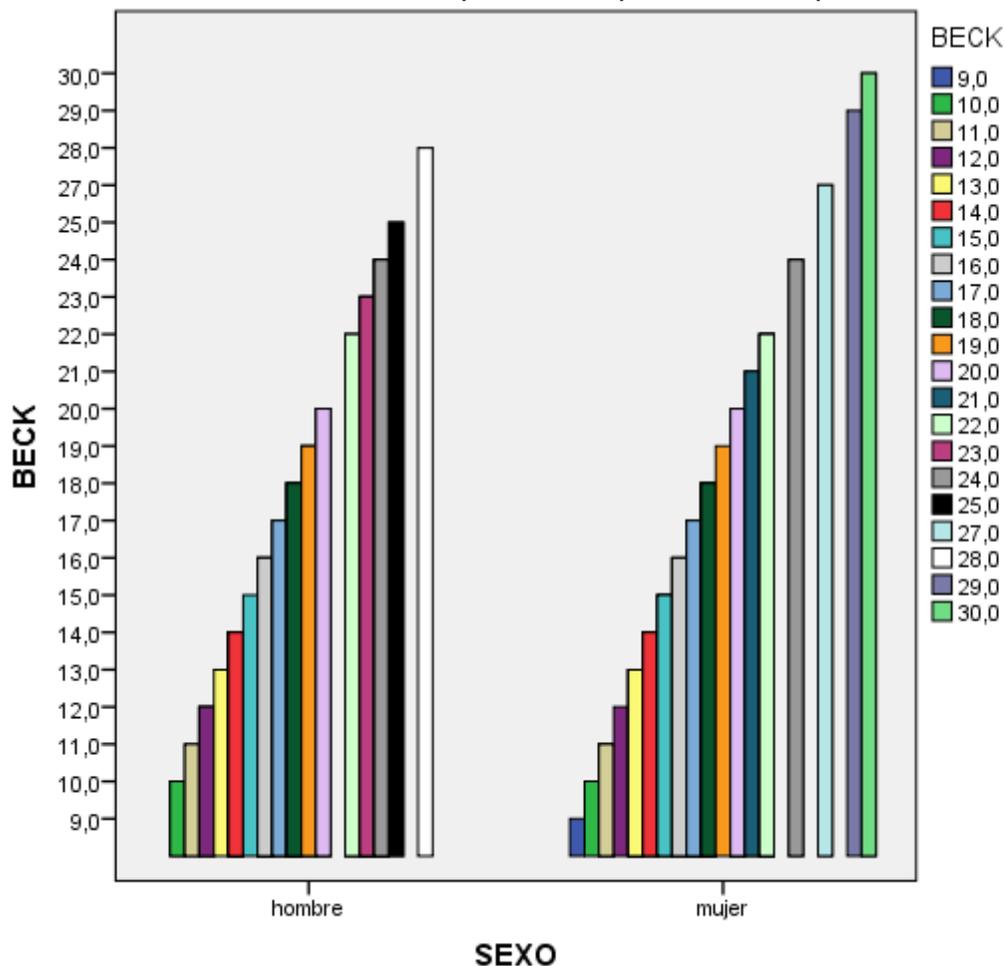
Prevalencia de depresión según sexo en pacientes hospitalizados del servicio de medicina.

SEXO

		Frecuencia	Porcentaje	Porcentaje válido	Porcentaje acumulado
Válido	hombre	52	50,0	50,0	50,0
	mujer	52	50,0	50,0	100,0
	Total	104	100,0	100,0	

		SEXO	
		hombre	mujer
		Recuento	Recuento
BECK	9,0	0	1
	10,0	2	1
	11,0	2	3
	12,0	3	1
	13,0	1	6
	14,0	6	3
	15,0	1	3
	16,0	5	4
	17,0	3	5
	18,0	6	6
	19,0	3	1
	20,0	3	4
	21,0	0	2
	22,0	3	5
	23,0	6	0
	24,0	5	2
	25,0	2	0
	27,0	0	2
	28,0	1	0
	29,0	0	1
	30,0	0	2

Gráfico: Distribución de depresión en pacientes hospitalizados según BDI



En la tabla y gráfico se concluye que; de los 104 pacientes hospitalizados encuestados, todos ellos cuentan con algún grado de depresión tan sólo 1 mujer (1,92% del total de mujeres) se encuentra sin depresión. 52 hombres (50% del total) y 52 mujeres (50%) de los cual el sexo que con mayor frecuencia fue diagnosticado de depresión es el masculino predominando tanto en varones y mujeres la depresión moderada (69,23% vs. 63,46%) según el BDI con puntaje entre 14 y 23. Si bien en el 15,38% de los pacientes varones encuestados se presenta depresión severa, la diferencia no es estadísticamente significativa en relación a la presencia de depresión severa en mujeres con 13,46% de los casos.

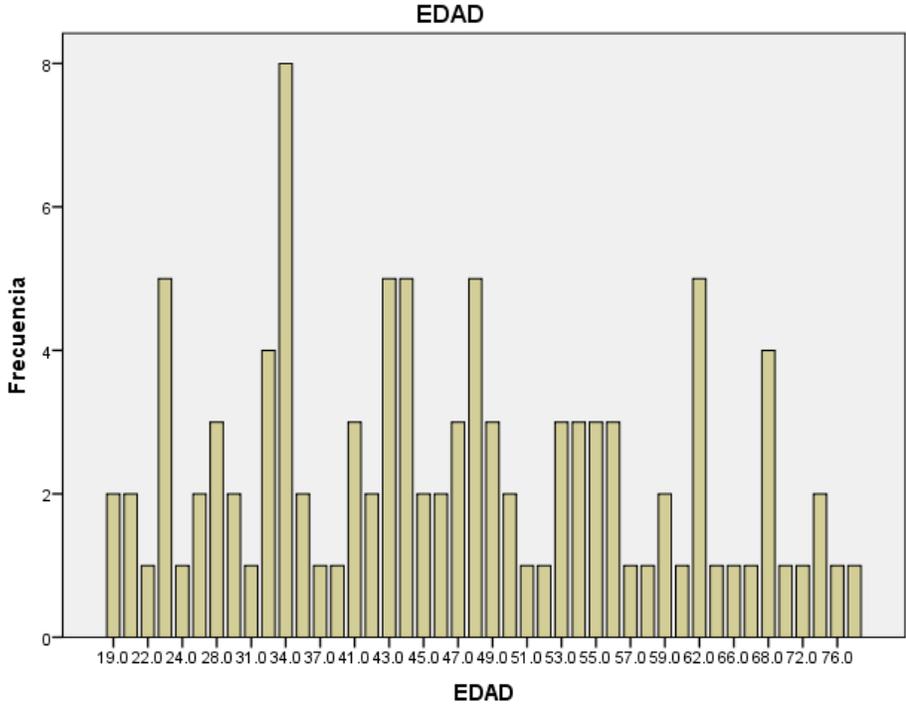
TABLA 6

Prevalencia de ansiedad según edad en pacientes hospitalizados de los servicios de medicina.

ANSIEDAD	EDAD																							
	19.0	21.0	22.0	23.0	24.0	25.0	26.0	28.0	29.0	31.0	33.0	34.0	35.0	37.0	38.0	41.0	42.0	43.0	44.0	45.0	46.0	47.0	48.0	49.0
0	0	0	0	0	0	1	0	0	0	0	0	0	0	0	0	0	0	0	0	0	0	0	0	0
1	0	0	0	0	0	0	0	0	0	0	0	0	0	0	0	0	0	0	0	0	0	0	0	0
2	0	0	0	0	0	0	0	0	0	0	0	0	0	0	0	0	0	0	0	0	0	0	0	0
3	0	0	0	0	0	0	0	0	0	0	0	0	0	0	0	0	0	0	0	0	0	0	0	0
4	0	0	0	0	0	0	0	0	0	0	0	0	0	0	0	0	0	0	0	0	0	0	0	0
5	0	0	0	0	0	0	0	0	0	0	0	0	0	0	0	0	0	0	0	0	0	0	0	0
6	0	0	0	0	0	0	0	0	0	0	0	0	0	0	0	0	0	0	0	0	0	0	0	0
7	0	0	0	0	0	0	0	0	0	0	0	0	0	0	0	0	0	0	0	0	0	0	0	0
8	0	0	0	0	0	0	0	0	0	0	0	0	0	0	0	0	0	0	0	0	0	0	0	0
9	0	0	0	0	0	0	0	0	0	0	0	0	0	0	0	0	0	0	0	0	0	0	0	0
10	0	0	0	0	0	0	0	0	0	0	0	0	0	0	0	0	0	0	0	0	0	0	0	0
11	0	0	0	0	0	0	0	0	0	0	0	0	0	0	0	0	0	0	0	0	0	0	0	0
12	0	0	0	0	0	0	0	0	0	0	0	0	0	0	0	0	0	0	0	0	0	0	0	0
13	0	0	0	0	0	0	0	0	0	0	0	0	0	0	0	0	0	0	0	0	0	0	0	0
14	0	0	0	0	0	0	0	0	0	0	0	0	0	0	0	0	0	0	0	0	0	0	0	0
15	0	0	0	0	0	0	0	0	0	0	0	0	0	0	0	0	0	0	0	0	0	0	0	0
16	0	0	0	0	0	0	0	0	0	0	0	0	0	0	0	0	0	0	0	0	0	0	0	0
17	0	0	0	0	0	0	0	0	0	0	0	0	0	0	0	0	0	0	0	0	0	0	0	0
18	0	0	0	0	0	0	0	0	0	0	0	0	0	0	0	0	0	0	0	0	0	0	0	0

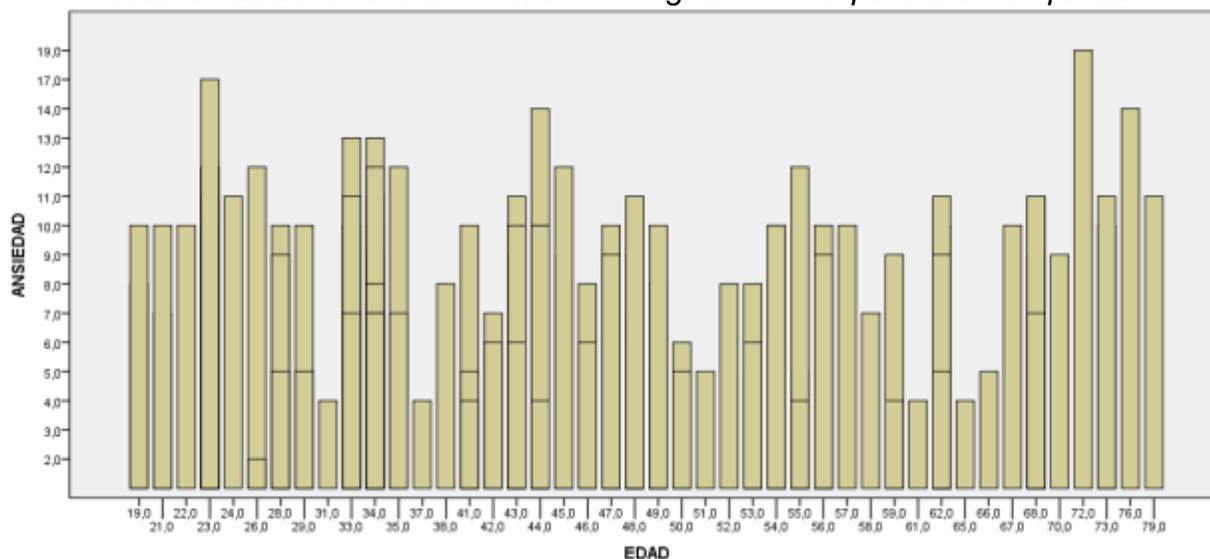
50.0	51.0	52.0	53.0	54.0	55.0	56.0	57.0	58.0	59.0	61.0	62.0	65.0	66.0	67.0	68.0	70.0	72.0	73.0	76.0	78.0
0	0	0	0	0	0	0	0	0	0	0	0	0	0	0	0	0	0	0	0	0
1	0	0	0	0	0	0	0	0	0	0	0	0	0	0	0	0	0	0	0	0
2	0	0	0	0	0	0	0	0	0	0	0	0	0	0	0	0	0	0	0	0
3	0	0	0	0	0	0	0	0	0	0	0	0	0	0	0	0	0	0	0	0
4	0	0	0	0	0	0	0	0	0	0	0	0	0	0	0	0	0	0	0	0
5	0	0	0	0	0	0	0	0	0	0	0	0	0	0	0	0	0	0	0	0
6	0	0	0	0	0	0	0	0	0	0	0	0	0	0	0	0	0	0	0	0
7	0	0	0	0	0	0	0	0	0	0	0	0	0	0	0	0	0	0	0	0
8	0	0	0	0	0	0	0	0	0	0	0	0	0	0	0	0	0	0	0	0
9	0	0	0	0	0	0	0	0	0	0	0	0	0	0	0	0	0	0	0	0
10	0	0	0	0	0	0	0	0	0	0	0	0	0	0	0	0	0	0	0	0
11	0	0	0	0	0	0	0	0	0	0	0	0	0	0	0	0	0	0	0	0
12	0	0	0	0	0	0	0	0	0	0	0	0	0	0	0	0	0	0	0	0
13	0	0	0	0	0	0	0	0	0	0	0	0	0	0	0	0	0	0	0	0
14	0	0	0	0	0	0	0	0	0	0	0	0	0	0	0	0	0	0	0	0
15	0	0	0	0	0	0	0	0	0	0	0	0	0	0	0	0	0	0	0	0
16	0	0	0	0	0	0	0	0	0	0	0	0	0	0	0	0	0	0	0	0
17	0	0	0	0	0	0	0	0	0	0	0	0	0	0	0	0	0	0	0	0
18	0	0	0	0	0	0	0	0	0	0	0	0	0	0	0	0	0	0	0	0

Gráfico 6.1: Distribución de pacientes por edad



Fuente: Cálculos de la autora

Gráfico 6.2. Distribución de ansiedad según edad en pacientes hospitalizados



Fuente: Cálculos de la autora

En la tabla y gráfico se concluye que; de los 104 pacientes hospitalizados encuestados, la edad que presenta con mayor frecuencia ansiedad en los pacientes hospitalizados es a los 23 años (3,84% del total) seguido por 2,88% a los 34 años y 1,92% a los 68 años.

TABLA 7

Prevalencia de depresión para la edad en pacientes hospitalizados de los servicios de medicina.

		EDAD													
		19,0	21,0	22,0	23,0	24,0	26,0	28,0	29,0	31,0	33,0	34,0	35,0	37,0	38,0
		Recuento													
BECK	9,0	0	0	0	0	0	0	0	0	0	0	0	0	0	0
	10,0	1	0	0	0	0	0	0	0	0	1	1	0	0	0
	11,0	0	0	0	0	0	0	1	0	0	1	1	0	0	0
	12,0	0	0	0	0	0	0	0	0	0	0	0	0	0	1
	13,0	0	0	0	1	0	0	0	0	0	0	0	1	0	0
	14,0	0	1	0	0	0	0	0	0	0	1	0	0	0	0
	15,0	0	0	0	0	0	0	0	0	0	0	1	0	0	0
	16,0	0	0	0	0	0	0	1	0	0	0	0	0	0	0
	17,0	0	0	0	1	0	1	0	0	0	0	1	0	0	0
	18,0	0	0	0	1	0	0	0	0	0	1	3	0	0	0
	19,0	0	0	0	0	0	0	0	0	0	0	0	0	1	0
	20,0	0	0	1	0	0	0	0	0	1	0	0	0	0	0
	21,0	0	0	0	0	0	0	0	0	0	0	0	0	0	0
	22,0	0	0	0	0	0	0	1	1	0	0	0	0	0	0
	23,0	1	0	0	0	0	1	0	0	0	0	0	0	0	0
	24,0	0	1	0	1	0	0	0	0	0	0	1	0	0	0
	25,0	0	0	0	1	1	0	0	0	0	0	0	0	0	0
	27,0	0	0	0	0	0	0	0	0	0	0	0	2	0	0
	28,0	0	0	0	0	0	0	0	1	0	0	0	0	0	0
	29,0	0	0	0	0	0	0	0	0	0	0	0	1	0	0
	30,0	0	0	0	0	0	0	0	0	0	0	0	0	0	0

41,0	42,0	43,0	44,0	45,0	46,0	47,0	48,0	49,0	50,0	51,0	52,0	53,0	54,0	55,0
Recuento														
0	0	0	0	0	0	0	0	0	0	0	0	0	0	0
0	0	0	0	0	0	0	0	0	0	0	0	0	0	0
0	0	0	0	0	0	0	0	0	0	0	0	0	0	0
0	1	0	1	0	0	0	0	0	0	0	0	0	0	0
1	0	0	0	0	0	1	0	0	0	0	0	0	0	0
0	0	1	1	0	0	0	1	0	1	0	1	0	0	0
0	0	0	1	0	0	0	1	0	0	0	0	0	0	0
0	0	1	1	0	0	0	0	1	0	0	0	0	0	0
0	0	0	0	1	0	1	0	0	0	0	0	1	0	2
0	0	0	0	0	0	0	1	0	1	1	0	0	0	0
0	0	0	0	0	1	0	0	0	0	0	0	0	2	1
0	0	0	0	1	0	0	0	0	0	0	0	0	0	0
1	0	1	0	0	0	0	0	0	0	0	0	0	0	0
1	1	0	0	0	1	0	0	0	0	0	0	0	0	0
0	0	0	0	0	0	0	0	0	0	0	0	0	0	0
0	0	0	0	0	0	0	0	0	0	0	0	0	1	0
0	0	0	0	0	0	0	0	0	0	0	0	0	0	0
0	0	0	0	0	0	0	0	0	0	0	0	0	0	0
0	0	1	0	0	0	0	0	0	0	0	0	1	0	0

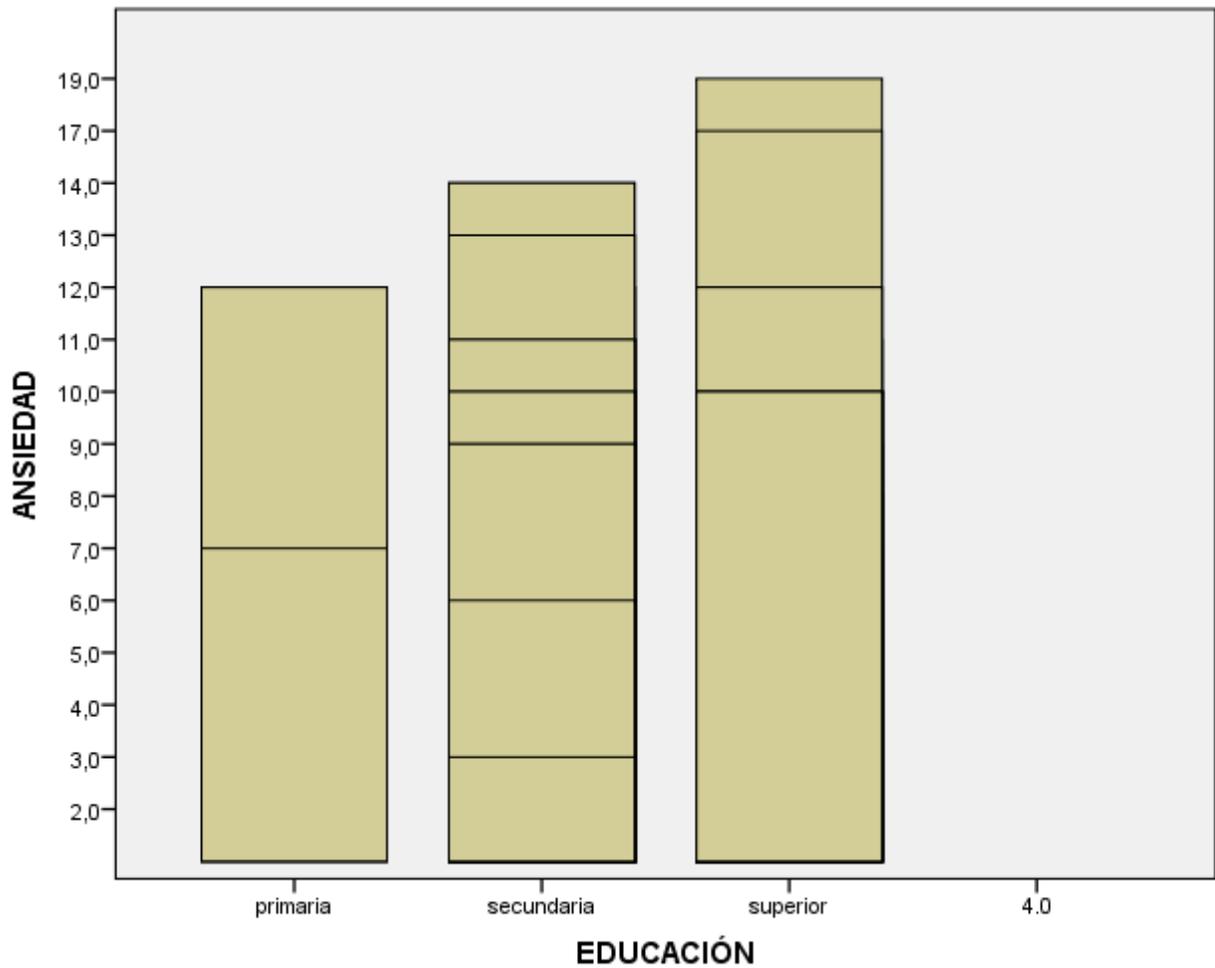
En la tabla y gráfico se concluye que; de los 104 pacientes hospitalizados encuestados, la edad que presenta con mayor frecuencia depresión según BDI en los pacientes hospitalizados es a los 34 años (7,69% del total) seguido por 4,80% del total a los 23,34 y 44 año.

TABLA 8

Prevalencia de ansiedad según nivel educacional en pacientes hospitalizados de los servicios de medicina.

		EDUCACIÓN			
		primaria	secundaria	superior	ninguna
		Recuento	Recuento	Recuento	Recuento
ANSIEDAD	2,0	0	0	1	0
	3,0	0	1	0	0
	4,0	0	8	1	0
	5,0	0	6	5	0
	6,0	0	5	4	0
	7,0	1	5	3	0
	8,0	0	4	4	0
	9,0	0	7	4	0
	10,0	1	9	11	0
	11,0	0	9	2	0
	12,0	2	3	2	0
	13,0	0	2	0	0
	14,0	0	2	0	0
	17,0	0	0	1	0
	19,0	0	0	1	0

Gráfico 8. Distribución de ansiedad según nivel educacional



Fuente: Cálculos de la autora

De la tabla y gráfico se concluye que la ansiedad se presenta con mayor frecuencia en pacientes que cuentan con educación secundaria en hasta un 15,38% del total mientras que el 5,76% del total de pacientes cuenta con educación superior.

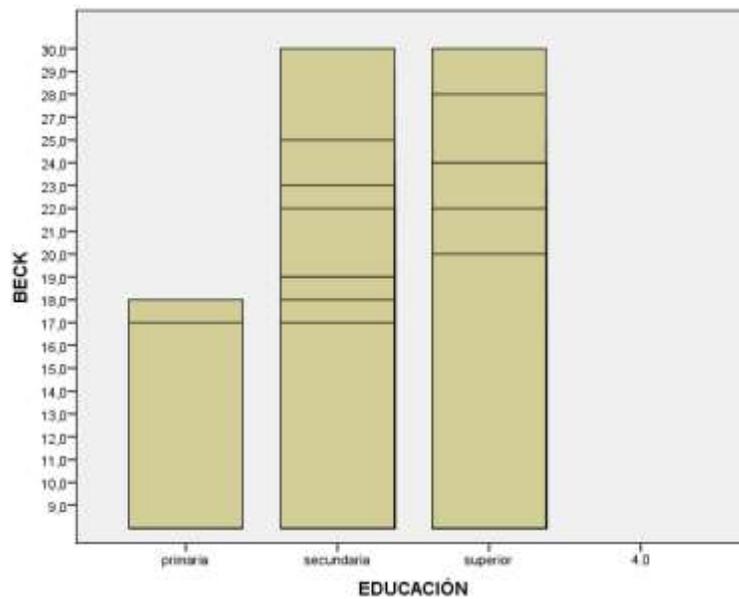
TABLA 9

Prevalencia de depresión según nivel educacional en pacientes hospitalizados del servicio de medicina

	EDUCACIÓN			
	primaria	secundaria	superior	ninguna
Recuento	Recuento	Recuento	Recuento	Recuento

BECK	9,0	0	1	0	0
	10,0	0	2	1	0
	11,0	0	2	3	0
	12,0	0	4	0	0
	13,0	1	5	1	0
	14,0	1	5	3	0
	15,0	0	2	2	0
	16,0	0	3	6	0
	17,0	1	3	4	0
	18,0	1	9	2	0
	19,0	0	3	1	0
	20,0	0	4	3	0
	21,0	0	2	0	0
	22,0	0	6	2	0
	23,0	0	3	3	0
	24,0	0	3	4	0
	25,0	0	1	1	0
	27,0	0	1	1	0
	28,0	0	0	1	0
	29,0	0	1	0	0
	30,0	0	1	1	0

Gráfico 9: Distribución de depresión según nivel de educación



Fuente: cálculos de la autora

De la tabla y gráfico se concluye que la depresión según BDI se presenta con mayor frecuencia en pacientes con estudio secundaria hasta en un 57,69% del total mientras que en pacientes con estudios universitarios la prevalencia es de 38,46% del total.

TABLA 10

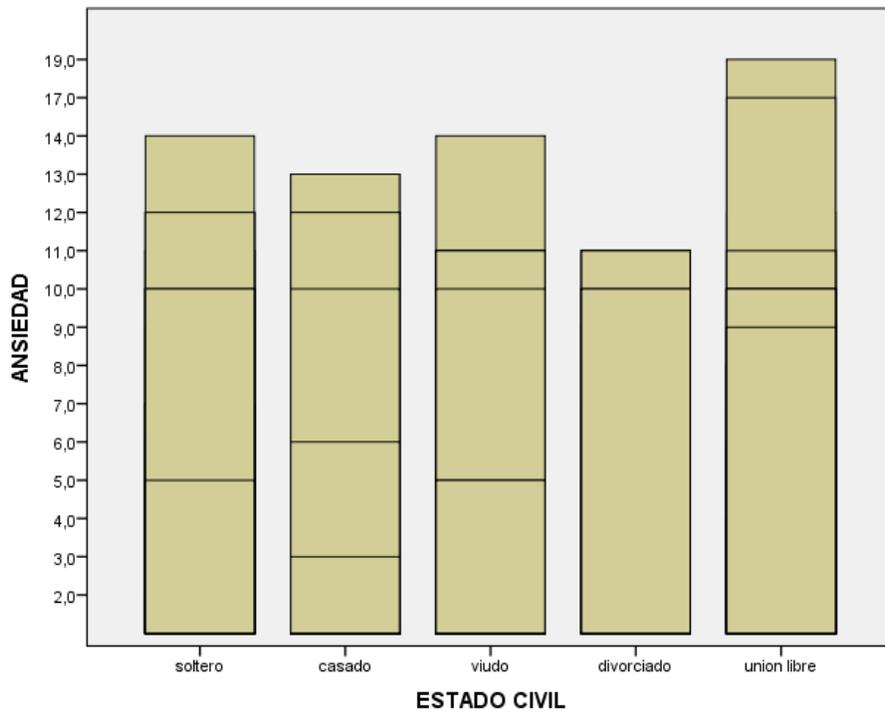
Prevalencia de ansiedad y depresión según el estado civil en pacientes hospitalizados del servicio de medicina.

ESTADO CIVIL					
		Frecuencia	Porcentaje	Porcentaje válido	Porcentaje acumulado
Válido	soltero	21	20,2	20,2	20,2
	casado	30	28,8	28,8	49,0
	viudo	17	16,3	16,3	65,4
	divorciado	12	11,5	11,5	76,9
	union libre	24	23,1	23,1	100,0
	Total	104	100,0	100,0	

		ESTADO CIVIL				
		soltero	casado	viudo	divorciado	union libre
		Recuento	Recuento	Recuento	Recuento	Recuento
BECK	9,0	0	0	1	0	0
	10,0	1	2	0	0	0
	11,0	0	1	0	1	3
	12,0	1	0	1	2	0
	13,0	2	1	1	0	3
	14,0	2	3	2	1	1
	15,0	0	2	1	0	1
	16,0	0	3	3	1	2
	17,0	2	3	0	1	2
	18,0	3	5	3	1	0

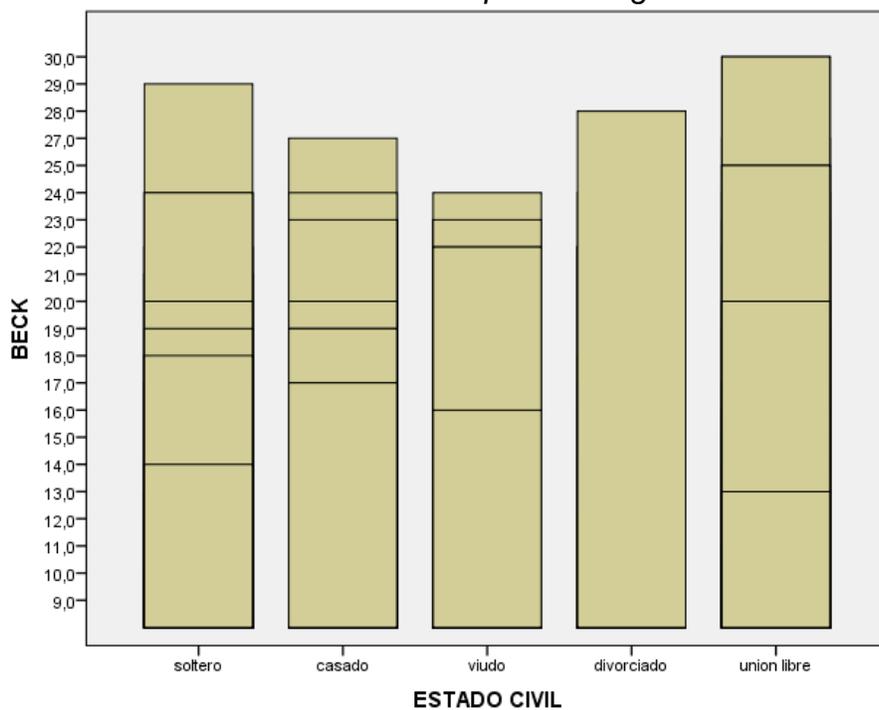
19,0	1	2	0	0	1
20,0	1	3	0	0	3
21,0	2	0	0	0	0
22,0	2	0	2	3	1
23,0	0	3	2	0	1
24,0	3	1	1	1	1
25,0	0	0	0	0	2
27,0	0	1	0	0	1
28,0	0	0	0	1	0
29,0	1	0	0	0	0
30,0	0	0	0	0	2
ANSIEDAD 2,0	1	0	0	0	0
3,0	0	1	0	0	0
4,0	0	1	4	1	3
5,0	4	2	2	1	2
6,0	1	5	0	0	3
7,0	4	3	0	1	1
8,0	0	3	1	1	3
9,0	1	3	2	2	3
10,0	4	6	4	3	4
11,0	2	1	3	3	2
12,0	3	3	0	0	1
13,0	0	2	0	0	0
14,0	1	0	1	0	0
17,0	0	0	0	0	1
19,0	0	0	0	0	1

Gráfico 10.1. Distribución de ansiedad según estado civil



Fuente: Cálculos de la autora

Gráfico 10.2. Distribución de depresión según estado civil



Fuente: Cálculos de la autora

En el gráfico y tabla se evidencia que la mayor prevalencia de depresión se encuentra en pacientes casados y solteros de los cuales todos ellos presentan algún grado de depresión. Por otro lado, la mayor prevalencia de ansiedad se presenta tanto en pacientes solteros

como en casados con un 28,57% y 20% del total de los casos respectivamente, los pacientes divorciados tienen una menor prevalencia de ansiedad, sólo el 25% de los pacientes divorciados presenta ansiedad.

TABLA 11

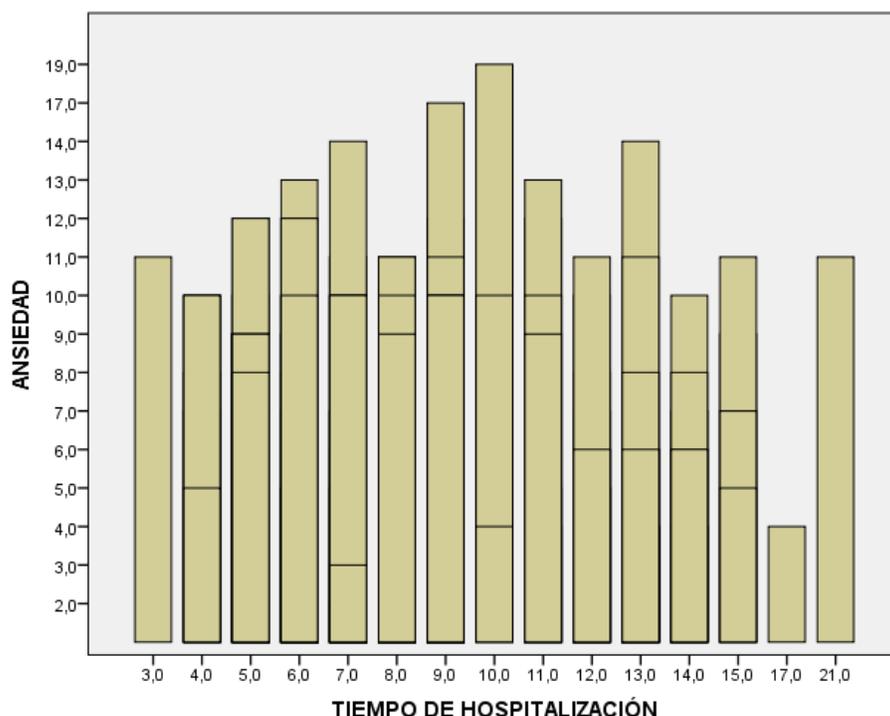
Prevalencia de ansiedad y depresión según tiempo de estancia hospitalaria en pacientes hospitalizados del servicio de medicina.

		ANSIEDAD														
		2,0	3,0	4,0	5,0	6,0	7,0	8,0	9,0	10,0	11,0	12,0	13,0	14,0	17,0	18,0
		Recuento														
TIEMPO DE HOSPITALIZACIÓN	3,0	0	0	0	0	0	0	0	0	0	1	0	0	0	0	0
	4,0	0	0	0	1	0	1	1	0	3	0	0	0	0	0	0
	5,0	0	0	0	0	0	1	1	5	1	0	2	0	0	0	0
	6,0	0	0	0	3	0	1	1	2	3	0	2	1	0	0	0
	7,0	1	1	0	2	1	2	0	0	3	2	0	0	1	0	0
	8,0	0	0	1	1	1	1	0	1	3	3	0	0	0	0	0
	9,0	0	0	0	0	1	0	2	1	4	1	2	0	0	1	0
	10,0	0	0	1	0	0	0	0	0	1	0	0	0	0	0	1
	11,0	0	0	1	1	0	0	0	1	1	0	1	1	0	0	0
	12,0	0	0	0	2	2	1	1	0	1	1	0	0	0	0	0
	13,0	0	0	3	0	2	0	1	0	0	1	0	0	1	0	0
	14,0	0	0	2	0	2	1	1	0	1	0	0	0	0	0	0
	15,0	0	0	0	1	0	1	0	1	0	1	0	0	0	0	0
	17,0	0	0	1	0	0	0	0	0	0	0	0	0	0	0	0
	21,0	0	0	0	0	0	0	0	0	0	1	0	0	0	0	0

		BECK														
		9,0	10,0	11,0	12,0	13,0	14,0	15,0	16,0	17,0	18,0	19,0	20,0	21,0	22,0	23,0
		Recuento														
TIEMPO DE HOSPITALIZACIÓN	3,0	0	0	0	0	0	0	0	0	0	0	0	0	0	0	1
	4,0	0	1	0	1	0	1	0	0	1	1	0	0	0	1	0
	5,0	0	1	0	0	1	1	0	1	1	2	0	0	1	0	1
	6,0	0	0	1	0	1	1	2	1	1	2	0	0	0	1	2
	7,0	0	0	2	1	0	1	0	2	2	1	0	0	0	1	1
	8,0	0	0	0	1	1	2	0	0	0	2	0	1	1	0	0
	9,0	0	1	0	0	1	2	0	0	1	1	0	3	0	0	0
	10,0	0	0	1	0	0	0	0	0	0	0	0	0	0	1	0
	11,0	0	0	0	0	1	1	1	0	0	1	2	0	0	0	0
	12,0	0	0	1	0	0	0	1	1	2	0	0	1	0	1	0
	13,0	1	0	0	0	0	0	0	2	0	0	1	0	0	2	0
	14,0	0	0	0	0	1	0	0	0	0	1	1	2	0	1	0
	15,0	0	0	0	1	0	0	0	2	0	1	0	0	0	0	0
	17,0	0	0	0	0	0	0	0	0	0	0	0	0	0	0	1
	21,0	0	0	0	0	1	0	0	0	0	0	0	0	0	0	0

24,0	25,0	27,0	30,0	29,0	30,0
Recuento	Recuento	Recuento	Recuento	Recuento	Recuento
0	0	0	0	0	0
0	0	0	0	0	0
0	0	1	0	0	0
1	0	0	0	0	0
1	0	0	1	0	0
1	1	0	0	0	1
2	1	0	0	0	0
0	0	1	0	0	0
0	0	0	0	0	0
0	0	0	0	1	0
1	0	0	0	0	1
1	0	0	0	0	0
0	0	0	0	0	0
0	0	0	0	0	0
0	0	0	0	0	0
0	0	0	0	0	0

Gráfico 11. Distribución de ansiedad según tiempo de hospitalización



Fuente: Cálculos de la autora

De las tablas y gráficos se concluye que la ansiedad se presenta con mayor frecuencia en los pacientes hospitalizados por aprox. 9 días(3,84% del total), seguido de un 2,88% que se presentan a los 6 y 7 días de hospitalizados. En el caso de depresión, se presentó con mayor frecuencia en pacientes en su 6to y 7mo día de hospitalización representando el 8,65% del total cada uno seguido por 5 días de hospitalización con un 6,73% del total.

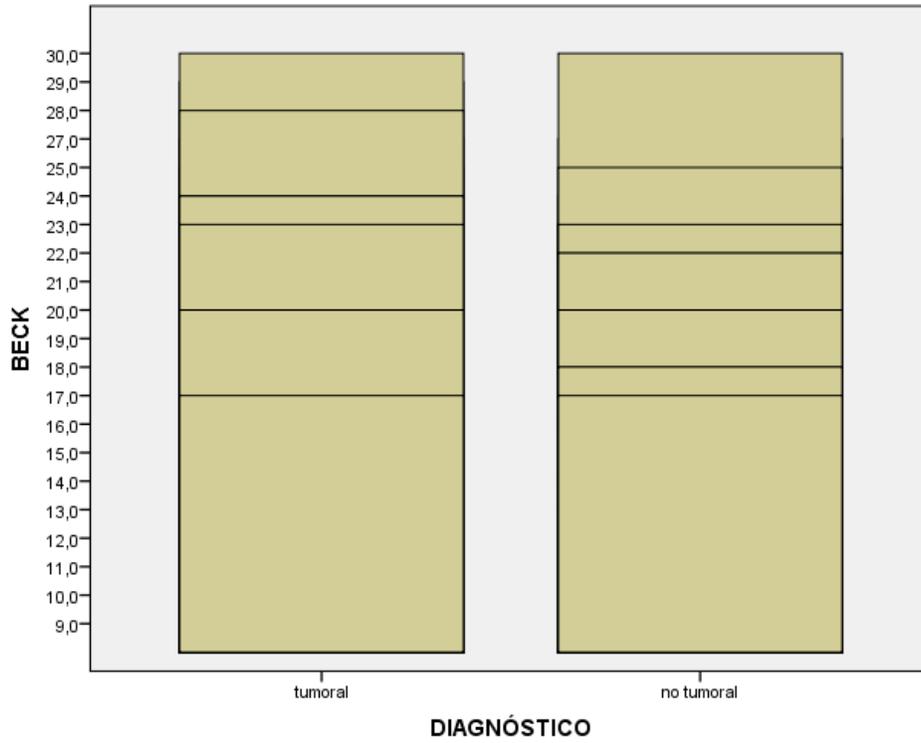
TABLA 12

Prevalencia de ansiedad y depresión según diagnóstico médico en pacientes hospitalizados de los servicios de medicina.

		DIAGNÓSTICO			
		Frecuencia	Porcentaje	Porcentaje válido	Porcentaje acumulado
Válido	tumoral	47	45,2	45,2	45,2
	no tumoral	57	54,8	54,8	100,0
	Total	104	100,0	100,0	

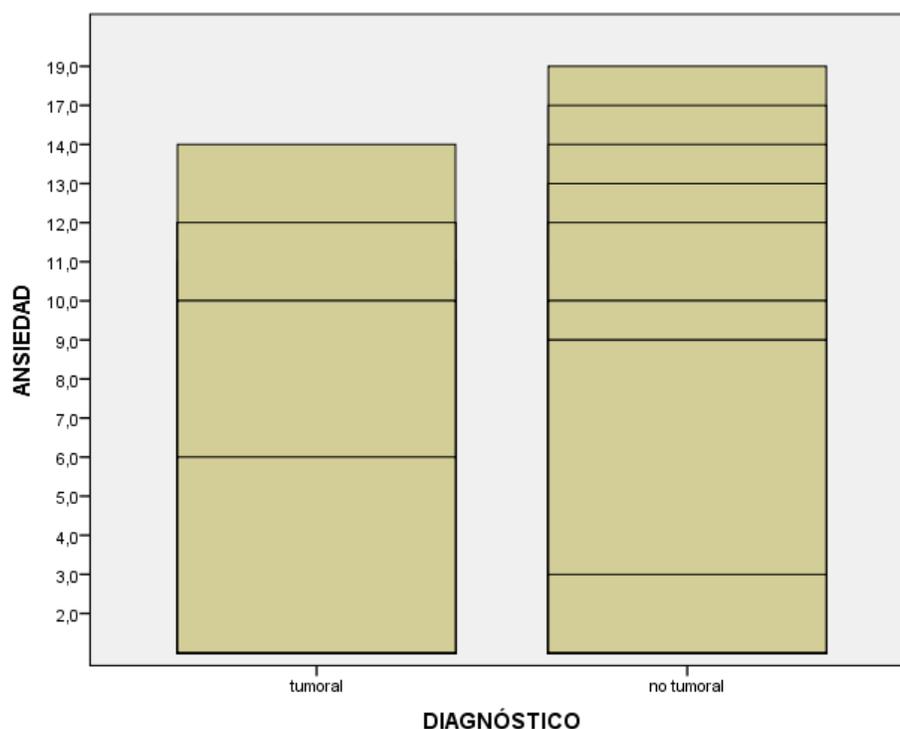
		DIAGNÓSTICO	
		tumoral	no tumoral
		Recuento	Recuento
ANSIEDAD	2,0	0	1
	3,0	0	1
	4,0	6	3
	5,0	4	7
	6,0	6	3
	7,0	4	5
	8,0	5	3
	9,0	2	9
	10,0	11	10
	11,0	5	6
	12,0	3	4
	13,0	0	2
	14,0	1	1
	17,0	0	1
	19,0	0	1
BECK	9,0	0	1
	10,0	0	3
	11,0	1	4
	12,0	0	4
	13,0	4	3
	14,0	1	8
	15,0	3	1
	16,0	7	2
	17,0	4	4
	18,0	5	7
	19,0	4	0
	20,0	3	4
	21,0	0	2
	22,0	2	6
	23,0	2	4
24,0	6	1	
25,0	1	1	
27,0	1	1	
28,0	1	0	
29,0	1	0	
30,0	1	1	

Gráfico 12.1. Distribución de depresión según diagnóstico



Fuente: Cálculos de la autora

Gráfico 12.2. Distribución de ansiedad según diagnóstico



Fuente: Cálculos de la autora

De la gráfica y tabla se concluye que, la mayor prevalencia de ansiedad se encuentra en el grupo de pacientes con diagnóstico de enfermedad no tumoral 26,31% (15 de los pacientes con diagnóstico de enfermedad no tumoral) mientras que solo el 19,1% (9 de los pacientes con diagnóstico de enfermedad tumoral) sufren de ansiedad. Por otro lado, la prevalencia de depresión es mucho mayor en aquellos pacientes con patología tumoral hasta en un 100% de los casos, en el grupo de pacientes con diagnóstico de enfermedad no tumoral 98,24% (56 de los pacientes con diagnóstico de enfermedad no tumoral) padecen de depresión.

TABLA 13

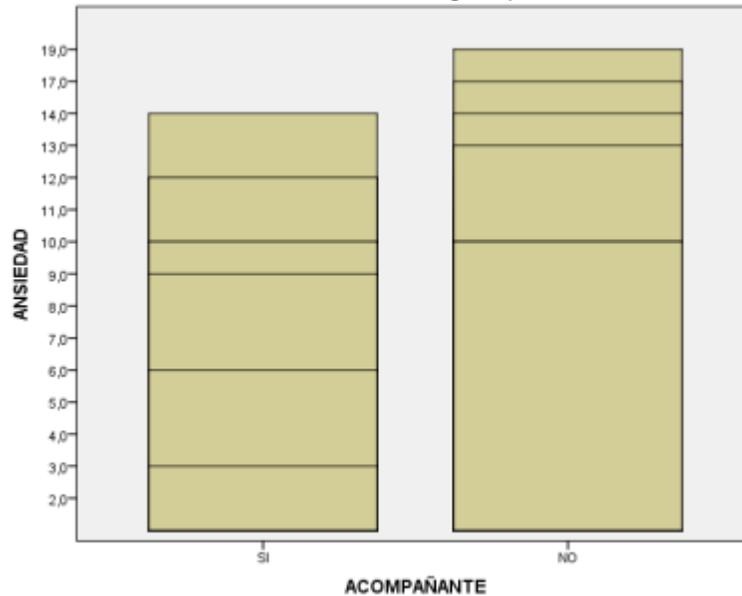
Prevalencia de ansiedad y depresión según presencia o no de acompañante en pacientes hospitalizados del servicio de medicina.

		ACOMPAÑANTE			
		Frecuencia	Porcentaje	Porcentaje válido	Porcentaje acumulado
Válido	SI	59	56,7	56,7	56,7
	NO	45	43,3	43,3	100,0
	Total	104	100,0	100,0	

		ACOMPañANTE		
		SI	NO	
		Recuento	Recuento	
ANSIEDAD	2,0	1	0	
	3,0	1	0	
	4,0	2	7	
	5,0	5	6	
	6,0	6	3	
	7,0	3	6	
	8,0	6	2	
	9,0	9	2	
	10,0	14	7	
	11,0	6	5	
	12,0	5	2	
	13,0	0	2	
	14,0	1	1	
	17,0	0	1	
	19,0	0	1	
	BECK	9,0	0	1
		10,0	2	1
		11,0	2	3
		12,0	1	3
13,0		3	4	
14,0		6	3	
15,0		2	2	
16,0		5	4	
17,0		5	3	
18,0		5	7	
19,0		2	2	
20,0		5	2	
21,0		2	0	
22,0	5	3		
23,0	4	2		
24,0	5	2		
25,0	2	0		
27,0	1	1		

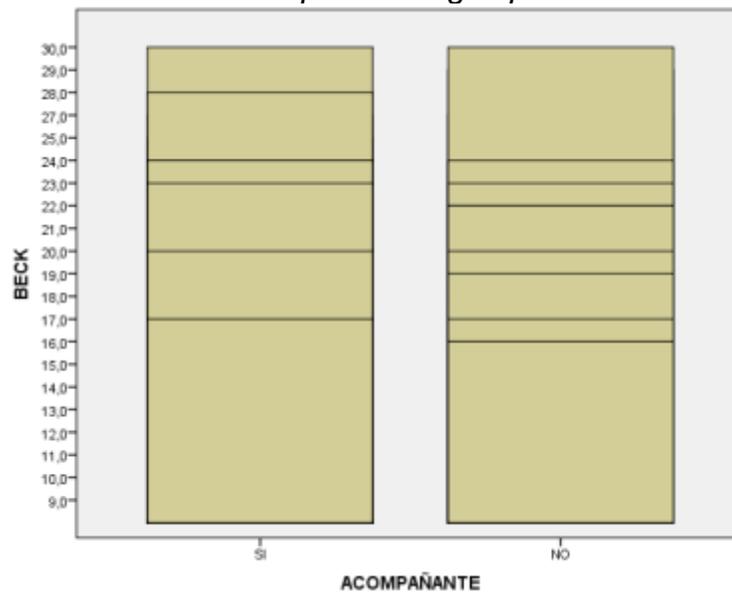
28,0	1	0
29,0	0	1
30,0	1	1

Gráfico 13.1. Distribución de ansiedad según presencia de acompañante



Fuente: Cálculos de la autora

Gráfico 13.2. Distribución de depresión según presencia de acompañante



Fuente: Cálculos de la autora

De las gráficas y tablas se desprende que, la prevalencia de ansiedad para pacientes con acompañantes es de 20,33% mientras que para pacientes sin acompañantes es de 26,66%.

Así mismo, se evidencia que el 100% de los pacientes con algún grado de depresión cuentan con acompañante mientras que el 97,77% de los pacientes con algún grado de depresión se encuentran sin acompañante.

TABLA 14

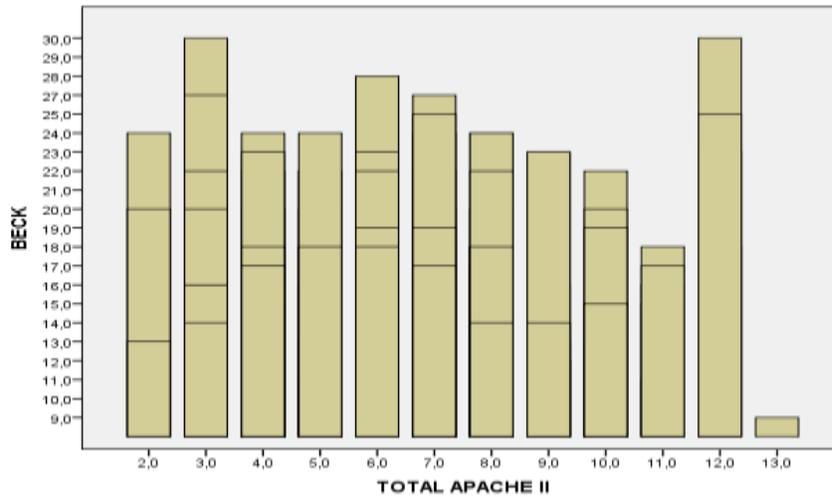
Prevalencia de ansiedad y depresión según gravedad de la enfermedad en pacientes hospitalizados del servicio de medicina.

TOTAL APACHE II					
		Frecuencia	Porcentaje	Porcentaje válido	Porcentaje acumulado
Válido	2,0	3	2,9	2,9	2,9
	3,0	10	9,6	9,6	12,5
	4,0	13	12,5	12,5	25,0
	5,0	9	8,7	8,7	33,7
	6,0	17	16,3	16,3	50,0
	7,0	14	13,5	13,5	63,5
	8,0	14	13,5	13,5	76,9
	9,0	8	7,7	7,7	84,6
	10,0	6	5,8	5,8	90,4
	11,0	5	4,8	4,8	95,2
	12,0	4	3,8	3,8	99,0
	13,0	1	1,0	1,0	100,0
	Total	104	100,0	100,0	

		TOTAL APACHE II											
		2,0	3,0	4,0	5,0	6,0	7,0	8,0	9,0	10,0	11,0	12,0	13,0
		Recuento	Recuento	Recuento	Recuento	Recuento	Recuento	Recuento	Recuento	Recuento	Recuento	Recuento	Recuento
ANSIEDAD	2,0	0	0	0	0	0	0	1	0	0	0	0	0
	3,0	0	0	0	0	0	1	0	0	0	0	0	0
	4,0	0	0	2	2	2	1	2	0	0	0	0	0
	5,0	1	0	0	1	2	2	3	0	2	0	0	0
	6,0	0	2	2	1	0	1	0	0	2	0	1	0
	7,0	0	3	1	0	0	1	1	2	0	1	0	0
	8,0	0	0	2	0	3	1	1	0	0	0	1	0
	9,0	1	1	0	2	1	0	2	3	1	0	0	0
	10,0	1	3	3	1	5	5	1	0	0	2	0	0
	11,0	0	1	0	0	1	2	2	3	0	0	1	1
	12,0	0	0	2	1	1	0	1	0	1	0	1	0
	13,0	0	0	0	1	1	0	0	0	0	0	0	0
	14,0	0	0	1	0	0	0	0	0	0	1	0	0
	17,0	0	0	0	0	1	0	0	0	0	0	0	0
19,0	0	0	0	0	0	0	0	0	0	1	0	0	

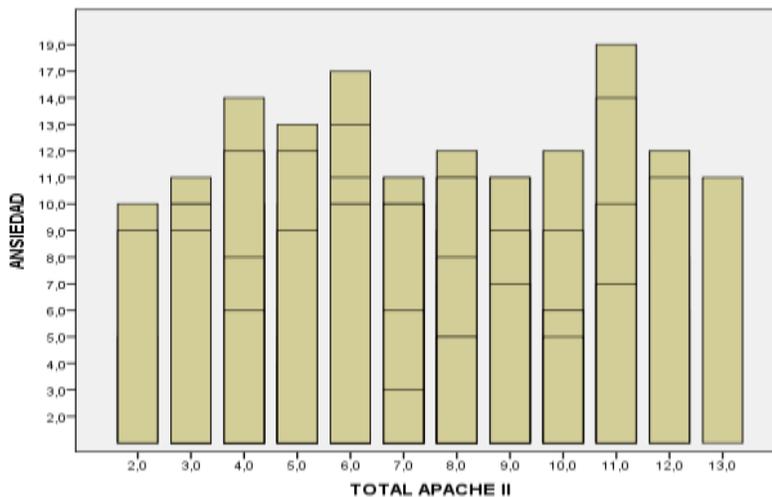
BECK	9,0	0	0	0	0	0	0	0	0	0	0	0	1
	10,0	0	0	2	0	1	0	0	0	0	0	0	0
	11,0	0	0	0	1	1	1	1	0	0	1	0	0
	12,0	0	0	1	0	0	1	0	2	0	0	0	0
	13,0	1	1	1	1	0	0	1	1	1	0	0	0
	14,0	0	1	0	0	2	2	2	2	0	0	0	0
	15,0	0	0	1	0	0	0	0	0	2	1	0	0
	16,0	0	2	1	1	1	2	0	1	0	1	0	0
	17,0	0	0	2	0	2	1	2	0	0	1	0	0
	18,0	0	0	1	2	2	1	4	0	0	1	1	0
	19,0	0	0	0	0	2	1	0	0	1	0	0	0
	20,0	1	1	1	1	0	1	1	0	1	0	0	0
	21,0	0	0	0	0	2	0	0	0	0	0	0	0
	22,0	0	1	1	2	1	1	1	0	1	0	0	0
	23,0	0	0	1	0	2	0	0	2	0	0	1	0
	24,0	1	1	1	1	0	1	2	0	0	0	0	0
	25,0	0	0	0	0	0	1	0	0	0	0	1	0
	27,0	0	1	0	0	0	1	0	0	0	0	0	0
	28,0	0	0	0	0	1	0	0	0	0	0	0	0
	29,0	0	1	0	0	0	0	0	0	0	0	0	0
30,0	0	1	0	0	0	0	0	0	0	0	1	0	

Gráfico 14.1. Distribución de depresión según gravedad de la enfermedad



Fuente: Cálculos de la autora

Gráfico 14.2. Distribución de depresión según gravedad de la enfermedad



Fuente: Cálculos de la autora

De las gráficas y tablas se concluye que hay una mayor frecuencia score APACHE II en el grupo de 6, 7 y 8 puntos considerándose en este grupo que los pacientes cuentan hasta con un 8% de mortalidad. Le sigue 3 y 4 puntos del score APACHE II en el que la mortalidad disminuye hasta en un 4%. La prevalencia de ansiedad es mayor en el grupo de 5 – 9 puntos

con un 12,5% del total mientras que la totalidad de los pacientes del grupo de 5-9 puntos presentan algún grado de depresión.

TABLA 15

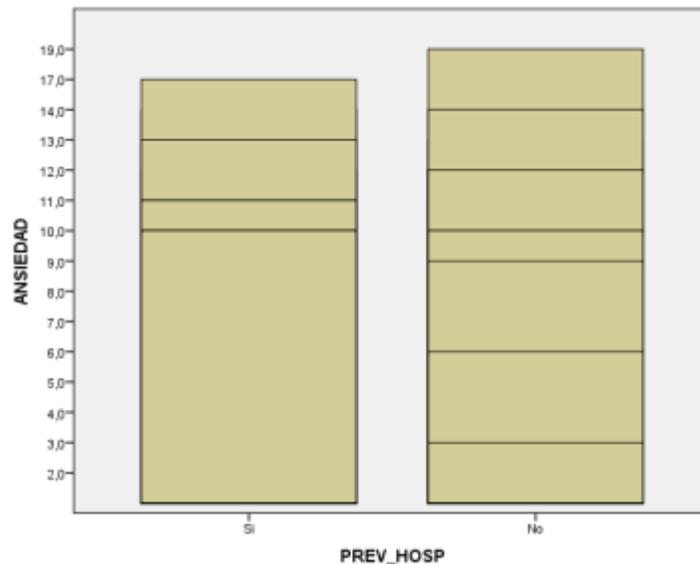
Prevalencia de ansiedad y depresión según hospitalizaciones previas.

PREV_HOSP					
		Frecuencia	Porcentaje	Porcentaje válido	Porcentaje acumulado
Válido	Si	45	43,3	43,3	43,3
	No	59	56,7	56,7	100,0
	Total	104	100,0	100,0	

		PREV_HOSP	
		Si	No
		Recuento	Recuento
ANSIEDAD	2,0	1	0
	3,0	0	1
	4,0	4	5
	5,0	5	6
	6,0	1	8
	7,0	4	5
	8,0	4	4
	9,0	5	6
	10,0	9	12
	11,0	7	4
	12,0	2	5
	13,0	1	1
	14,0	1	1
	17,0	1	0
19,0	0	1	
BECK	9,0	1	0

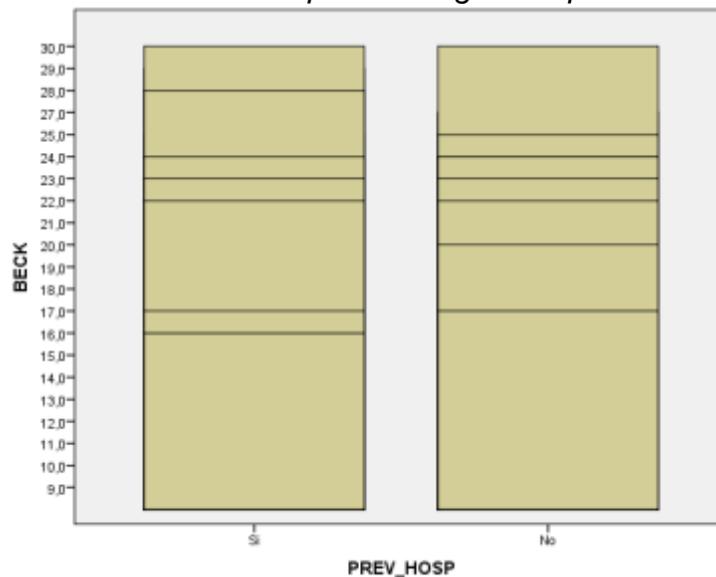
10,0	2	1
11,0	3	2
12,0	3	1
13,0	2	5
14,0	4	5
15,0	2	2
16,0	7	2
17,0	3	5
18,0	5	7
19,0	0	4
20,0	2	5
21,0	0	2
22,0	3	5
23,0	3	3
24,0	1	6
25,0	1	1
27,0	0	2
28,0	1	0
29,0	1	0
30,0	1	1

Gráfico 15.1. Distribución de ansiedad según hospitalizaciones previas



Fuente: Cálculos de la autora

Gráfico 15.2. Distribución de depresión según hospitalizaciones previas



Fuente: Cálculos de la autora

De las tablas y gráficas se desprende lo siguiente; que de los 45 pacientes con hospitalizaciones previas, 12 de ellos (26,66%) tienen ansiedad mientras que de los 56 pacientes que no han tenido hospitalizaciones previas, 12 de ellos (20,3%) tiene depresión. En relación a depresión, de los 45 pacientes con hospitalizaciones previas, 44 de ellos (97,7%) cuenta con algún grado de depresión, mientras que de los 59 pacientes sin hospitalizaciones previas, todos ellos (100%) cuenta con algún grado de depresión.

TABLA 16

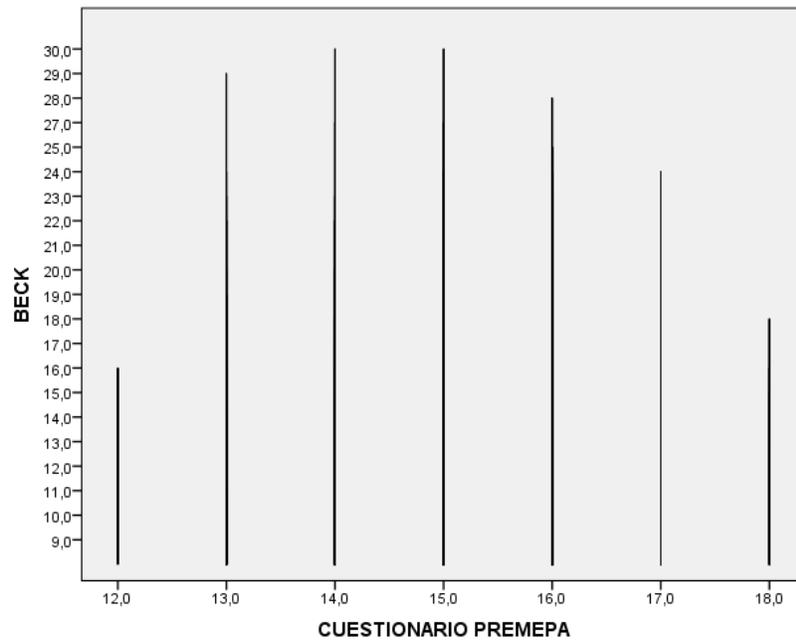
Prevalencia de ansiedad y depresión según satisfacción con el médico tratante en pacientes hospitalizados del servicio de medicina.

CUESTIONARIO PREMEPA					
		Frecuencia	Porcentaje	Porcentaje válido	Porcentaje acumulado
Válido	12,0	1	1,0	1,0	1,0
	13,0	11	10,6	10,6	11,5
	14,0	18	17,3	17,3	28,8
	15,0	34	32,7	32,7	61,5
	16,0	28	26,9	26,9	88,5
	17,0	8	7,7	7,7	96,2
	18,0	4	3,8	3,8	100,0
	Total	104	100,0	100,0	

		CUESTIONARIO O PREMEPA
		Media
ANSIEDAD	2,0	14,0
	3,0	16,0
	4,0	14,0
	5,0	15,3
	6,0	14,2
	7,0	14,7
	8,0	15,1
	9,0	15,6
	10,0	15,4
	11,0	15,6
	12,0	15,7
	13,0	14,5
	14,0	15,0
	17,0	17,0
BECK	9,0	17,0
	10,0	14,7
	11,0	15,2
	12,0	15,0

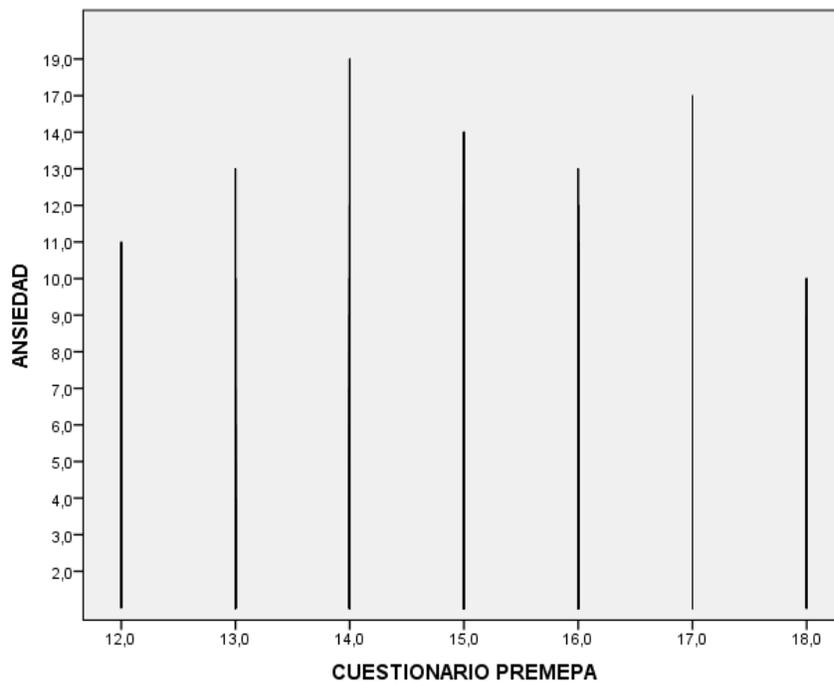
13,0	15,7
14,0	15,3
15,0	15,5
16,0	14,9
17,0	15,4
18,0	15,4
19,0	14,0
20,0	14,7
21,0	15,0
22,0	14,6
23,0	15,2
24,0	15,4
25,0	16,0
27,0	14,5
28,0	16,0
29,0	13,0
30,0	14,5

Gráfico 16.1. Distribución de depresión según satisfacción con el médico tratante



Fuente: Cálculos de la autora

Gráfico 16.1. Distribución de ansiedad según satisfacción con el médico tratante



Fuente: Cálculos de la autora

De las gráficas y tablas se desprende que, 103 de los 104 pacientes hospitalizados encuestados se encuentran satisfechos con el médico tratante. De los pacientes con ansiedad, la calificación promedio que le colocaron sus médicos tratantes fue de 15,3 mientras que de los pacientes con depresión, la calificación promedio que se encontró en 12,83.

CAPÍTULO V DISCUSIÓN

Esta investigación tuvo como propósito establecer la prevalencia de ansiedad y depresión en los pacientes hospitalizados. Además, se identificaron aquellos factores asociados a la comorbilidad de otros síntomas que presentan las personas catalogadas como ansiosas o depresivas. Se pretendió examinar cuales eran los factores asociados en el grupo estudiado, como el género, grupo etario, grado de instrucción, tiempo de hospitalización. A continuación, se estarán discutiendo los principales hallazgos de este estudio.

De los resultados obtenidos en esta investigación, se puede deducir que en los pacientes hospitalizados

De los resultados obtenidos en esta investigación, se puede deducir que en los pacientes hospitalizados existe una mayor prevalencia de depresión en comparación a la de ansiedad y que de ellos, las mujeres tienen una frecuencia mayor de ansiedad mientras que en los hombres la frecuencia de depresión es mayor sobre todo depresión moderada.

En los últimos 4 años, la OMS estimó que la depresión es la cuarta causa de discapacidad en el mundo y se prevé que para el 2020 sea la segunda causa. La prevalencia de depresión en el Perú es mayor en Lima Metropolitana. Por lo tanto, es evidente que se reporte la elevada frecuencia de depresión en pacientes hombres hospitalizados.

Por otro lado, de estos datos se puede concluir no siempre los pacientes más añosos son los más afectados de ansiedad o depresión ya que se determinó que hay una mayor frecuencia de ansiedad en los pacientes hospitalizados de entre 23 y 34 años, del mismo modo, la depresión se presenta con mayor frecuencia en este grupo etario.

El hecho de que, al momento del estudio, aproximadamente una cuarta parte de los encuestados haya obtenido puntuaciones en el cuestionario de HADS y BECK asociadas a sintomatología de ansiedad y depresión, es indicativo que existen ciertos eventos que son capaces de generar suficiente malestar psicológico como para afectar adversamente su funcionamiento.

De los datos obtenidos, se puede concluir que los factores asociados a la presencia de ansiedad en una persona según este estudio son: ser mujer, de aproximadamente 27.7 años de edad, soltera o casada y que cuente al menos con educación secundaria. Concomitantemente, en el caso de depresión es de: ser hombre, de aproximadamente 30.1

años de edad, casado y que tenga al menos educación secundaria.

A continuación, se estarán discutiendo en detalle aspectos convergentes y divergentes reportados en la revisión de literatura con los datos obtenidos. También, se discutirán posibles explicaciones relativas a los hallazgos de esta investigación.

Del análisis de los resultados de este estudio se puede afirmar que la probabilidad sufrir de depresión y ansiedad en pacientes hospitalizados es muy alta y más aún si han tenido hospitalizaciones previas. Con relación a la presencia de acompañante durante la estancia hospitalaria, llama la atención que la frecuencia de depresión sea más alta en aquellos pacientes que cuentan con acompañantes en hasta un 100% de los casos. No fue posible comparar estos resultados con otros estudios realizados en Perú, debido a que no se han hecho estudios de esta índole. Sin embargo, en otra realidad como por ejemplo Chile, la prevalencia de depresión en pacientes enfermos hospitalizados es del 31,8% en mujeres y 16,3% en varones a través de la evaluación del BDI – II y HADS.

Por otro lado, si comparamos los resultados con los encontrados en estudios realizados en pacientes hospitalizados, en los cuales la prevalencia de depresión fue del 33%; siendo mayor en edades entre 20-44 años y en el sexo femenino, podemos ver que los resultados obtenidos en este estudio están dentro de los límites de otros estudios similares, no así el sexo ya que en nuestro estudio la depresión es más frecuente en el sexo masculino.

Uno de los hallazgos de esta investigación es que la presencia de ansiedad y depresión no se encuentra asociada al mayor número de días de hospitalización ya que en ambos casos, la mayor frecuencia se encuentran entre el 6to – 9no día de hospitalización, haciendo un total de hasta 23.4%. Esto apoyaría la información de que el en estos pacientes disminuye de manera significativa la depresión y ansiedad a los dos meses de la primera valoración, una vez del alta hospitalaria (Costas, et al., 2003).

La presencia de enfermedad tumoral tiene un alto valor en la presencia de algún grado de depresión en pacientes hospitalizado, mientras que la ansiedad se presenta con frecuencia en aquellos pacientes con patología no tumoral. En relación a patologías relacionadas a ansiedad y depresión según Dominguez y colaboradores en 2011, la asociación de depresión y hemorragia digestiva alta se presentó con mayor frecuencia en hasta un 39.3% de los casos seguido de pie diabético con 37,7% y enfermedad pulmonar crónica con 34,4% esto considerando patología de tipo no tumoral.

En relación a la gravedad de la enfermedad y la presencia de ansiedad o depresión, se ha visto que de las categorías de riesgo de mortalidad, aquellos pacientes con ansiedad y

depresión cuentan con una mortalidad de entre 8 a 15% aproximadamente.

Finalmente, la satisfacción con el médico tratante evaluado a través del cuestionario PREMEPA indica que del total de pacientes hospitalizados con ansiedad evalúan con una nota aprobatoria de 15,3 a su médico tratante mientras que en el caso de pacientes con depresión la nota de evaluación fue menor en 12,83 como promedio.

CAPÍTULO VI CONCLUSIONES

El objetivo de esta tesis era determinar la prevalencia de ansiedad y depresión en pacientes hospitalizados del servicio de medicina. Estas patologías varían en la presentación según grupo etario, sexo, grado de instrucción y estado civil. Siendo la ansiedad más frecuente en mujeres con un promedio de edad entre los 27,1 años, con al menos estudios de nivel secundario y soltero o casado. Mientras que los pacientes con depresión son frecuentemente varones con un promedio de edad entre los 30 años, con al menos estudios de nivel secundario y casados en su mayoría.

Dado que la detección de depresión y ansiedad se encuentra sustancialmente mellada y debido a la alta frecuencia de subdiagnóstico en los pacientes que a diario acuden a un establecimiento de salud por diversas molestias de índole somática, es necesario incidir en aquellos factores que prevalecen asociados a la presencia de esta patología como el tiempo de hospitalización, diagnóstico médico y gravedad de la enfermedad. En esta tesis demuestra que la presencia tanto de ansiedad y depresión es mayor en aquellos paciente que se encuentran entre su 6to a 9no día de hospitalización y que por tanto la presencia de ambas patologías no estaría relacionada directamente al mayor tiempo de hospitalización. Así mismo, se demostró que existe una mayor prevalencia de ansiedad en aquellos pacientes con patología no tumoral no así la prevalencia de depresión es mayor en aquellos pacientes con patología tumoral. De esto podría deducirse que los síntomas ansiosos más frecuentemente asociados a la depresión son las preocupaciones, la ansiedad psíquica, la ansiedad somática y la agitación. Existe también una alta incidencia de síntomas de ansiedad en los pacientes depresivos. Por otro lado, si bien la tasa de mortalidad para los pacientes diagnosticados de ansiedad y depresión se encuentra entre el 8 a 15%, es fundamental valorar la fenomenología predominante, puesto que ello tendrá influencias pronósticas y para el tratamiento del paciente. Si bien la prevalencia de ansiedad y depresión en enfermos hospitalizados es alta, especialmente en mujeres, ello no guarda relación con la gravedad de la enfermedad.

La presencia de acompañante durante el tiempo de hospitalización no influye en forma positiva al desarrollo depresión en los pacientes hospitalizados debido a que en su totalidad, los pacientes que se encontraban acompañados durante su estancia en el hospital, presentaron algún grado de depresión.

CAPÍTULO VII RECOMENDACIONES

Debido a la gran incidencia observada de ansiedad y depresión en pacientes hospitalizados, es importante el reconocimiento precoz de estas condiciones por el médico general y un adecuado manejo desde sus primeras manifestaciones a través de psicoterapia, medicación o tratamientos alternativos que podrían determinar un cambio esencial en el curso, en el pronóstico y en la prevención o reducción de las consecuencias sociales.

La sintomatología depresiva se ha asociado con mayor mortalidad cardiovascular, por lo que sería importante definir si el alto nivel de ansiedad o depresión es transitorio, producto de la hospitalización, de modo que desaparecería con el regreso del paciente a su domicilio, o si perduraría en el tiempo. Por tanto, se sugiere que debe realizarse un control al menos un mes después del alta hospitalaria, sin que hubieran realizado tratamiento específico; sin embargo, serían necesarias evaluaciones después de un mayor tiempo de evolución.

Considerar que no todos los pacientes presentan una sintomatología florida de ansiedad y depresión por lo que se sugiere considerar realizar de rutina en todo paciente hospitalizado el test de HADS y BDI, esto nos permitirá un pronto diagnóstico y de esta manera mejorar su calidad de vida a corto plazo durante la hospitalización y a largo plazo, mejorar su pronóstico funcional y vital.

REFERENCIAS BIBLIOGRÁFICAS

1. World Health Organization. Mental health: strengthening mental health promotion. Fact Sheet 220, revised November 2001 [página de internet]. Fecha de acceso: Mayo 2015. Disponible en: www.who.int/mediacentre/factsheets/fs220/en/print.html.
2. World Federation for Mental Health. Depresión: una crisis global. Día Mundial de la Salud Mental, 2012.
3. Instituto Especializado de Salud Mental “Honorio Delgado – Hideyo Noguchi”. Estudio epidemiológico metropolitano en salud mental 2002. Informe general. Lima: IES HD-HN; 2002.
4. Instituto Especializado de Salud Mental “Honorio Delgado – Hideyo Noguchi”. Estudio epidemiológico en salud mental en la sierra peruana 2003. Lima: IESM HDHN; 2003.
5. Instituto Especializado de Salud Mental “Honorio Delgado – Hideyo Noguchi”. Estudio epidemiológico en salud mental en la selva peruana 2004. Lima: IESM HD-HN; 2004.
6. Aragonés, E., Labad, A. y Piñol, J.L. (2005). Estudio de los trastornos depresivos en atención primaria. Tesis doctoral, Universitat Rovira i Virgili, Reus, España.
7. Comas, A. y Álvarez, E- (2002). Conocimiento y percepción de la depresión entre la población española. *Actas Españolas de Psiquiatría*, 32, 371 – 376.
8. Abúli, P., Comas, P., Suñer, R. y Grau, A. (2003). Niveles de ansiedad y depresión en enfermos hospitalizados y su relación con la gravedad de la enfermedad. *Medicina Clínica*, 120, 370 – 375.
9. Christensen, A.J. y Ehlers, S.L. (2002). Psychological factors in end – stage renal disease: an emerging context for behavioral medicine research. *Journal of Consulting and Clinical Psychology*, 70, 712-724.
10. Rosemberger, P.H. Jokl, P. y Ickovics, J. (2006). La influencia de los factores psicológicos en los resultados quirúrgicos: revisión bibliográfica basada en la evidencia. *Journal of the American Academy of Orthopaedic Surgeons*, 5, 367-375.
11. Caballero, C.V. (2004). Artritis reumatoide como enfermedad de alto costo. *Revista Colombiana de Reumatología*. 11, 225-231.
12. Richter P., Werner J., Heerlein A., Kraus A., Sauer H. On the validity of the Beck Depression Inventory. A review. *Psychopathology*. 1998; 31:160-8.

13. Bjelland, I., Dahl, A., Haug, T., Neckelmann, D. (2002). The validity of the Hospital Anxiety and Depression Scale. An updated literature review. *Journal of Psychosomatic Research*, 52, 69-77.
14. Vega J., Coronado O., Mazzotti G. (2014). Validez de una versión en español del inventario de Depresión de Beck en pacientes hospitalizados de medicina general. *Rev. Neuropsiquiátrica*. 77, 95-103.
15. Herrmann C. (1997). International Experiences with the hospital anxiety and depression scale – a review of validation data and clinical results. *Journal of Psychosomatic Research*, 42, 17-41.
16. Barrillero J., Casero J. Cebrián F. et al. Ansiedad y cirugía: repercusiones en el paciente sometido a cirugía programada [tesis]. Lima (Perú): Universidad Nacional Mayor de San Marcos; 1998.
17. Januzzi, J. Stern Th., Pasternak R., DeSanctis R. The influence of Anxiety and Depression on Outcomes of Patients With Coronary Artery Disease. *Intern Med*. 2000; 160 (3): 1913-1921.
18. Patten, S.B. (2001). Long – term medical conditions and major depression in a Canadian population study at waves 1 and 2. *Journal of Affective Disorders*, 63, 35-41.
19. Herrero M., Blanch J., Peri M. et al. (2003). A validation study of the hospital anxiety and depression scale (HADS) in a Spanish population. *General Hospital Psychiatry*, 25, 277-283.
20. Guillermo Hernández G., Grisel Orellana V., Mónica Kimelman J. , Carlos Nuñez Ma., Carolina Ibáñez H. Trastornos de ansiedad en pacientes hospitalizados en Medicina Interna. *Rev. Médica de Chile*. Vol. 133. 2005. Pág. 895 – 902.
21. Franco, J. Gómez, P. Ocampo, M. Vargas, A. Berríos, D. Prevalencia de trastornos psiquiátricos en pacientes medicoquirúrgicos hospitalizados en la Clínica Universitaria Bolivariana de Medellín, Colombia. *Revista Médica Colombiana*. Vol.36, N°3, Julio – Setiembre, 2005.
22. Katon, W. H.B. Elizabeth, Kroenke Kurt. The association of depression and anxiety with medical symptom burden in patients with chronic medical illness. *General Hospital Psychiatry*. 2007; 29(2): 147-155.

23. Agudelo D., Lucumí L., Santamaría Y. (2008). Evaluación de la depresión en pacientes hospitalizados por distintas enfermedades médicas en la ciudad de Bucaramanga. *Pensamiento Psicológico*, 10, 59 – 83.
24. Noguera O., Pérez B., Barrientos V., Robles R, et al. (2013). Escala de Ansiedad y Depresión Hospitalaria (HADS): validación en pacientes mexicanos con infección por VIH. *Psicología Iberoamericana*, 21, 29-37.
25. Dr. Domínguez J. Prevalencia de depresión y factores relacionados en pacientes hospitalizados en el departamento de medicina interna del hospital Vicente Corral Moscoso Cuenca – 2011 [tesis]. Cuenca (Ecuador): Universidad de Cuenca; 2014.
26. García Bellón, A. Gonzáles Gonzáles A. Colomo Rodríguez, N. Delgado Prieto J., Pérez Ruiz, J. Oliveira Fuster G. Soriger Escofet, F. De Mora Martín, M. Evaluación de la presencia de depresión y ansiedad en pacientes con diabetes hospitalizados en una planta de cardiología. *Revista Española de Cardiología*. 2011.
27. Friedrich Von Mühlenbrock, Rocío Gómez D. Matías González V. Alberto Rojas A. Lorena Vargas G. Christian Von Mühlenbrock. Prevalencia de Depresión en pacientes mayores de 60 años hospitalizados en el servicio de Medicina Interna del Hospital Militar de Santiago. *Revista Chilena Neuropsiquiátrica*. Vol. 49 (4). Págs. 331 – 337.
28. Babic D., Peric, Mikulic M. (2011). Anxiety and depression in hospitalized patients in Department of Oncology University Clinical Hospital Mostar. 19th congreso europeo de psiquiatría. Congreso llevado a cabo en Bosnia.
29. Conde A., Hemmersbach – Miller M., Anía Lafuente B. (2013). Implicaciones de los síntomas depresivos en los ancianos hospitalizados por afección médica. *Rev Esp Geriatr Gerontol*, 48, 224- 227.
30. Costas Gonzáles M., Prado Robles V., Crespo Iglesias J. Ansiedad y depresión entre los pacientes hospitalizados en el complejo hospitalario Ferrol, *Revista Iberoamericana de psicología*. N° 107. Junio, 2013.
31. Naranjo López, G. Cuadros Ansiosos en pacientes hospitalizados por diabetes, cirrosis y úlcera gástrica. Hospital Regional Docente Ambato. Tesis. 2013.
32. Alberdi Sudupe, J. Fernandez Díaz, A. Iglesias – Gil – de – Bernabé, F. Depresión en pacientes hospitalizados en el servicio de Medicina Interna de un Hospital General.(2013). *Revista Galicia Clínica*. Vol. 17. N°4. Págs. 161 – 174.

33. Hernández Th., Figueroa C., Ramos del Río B., Díaz A. Relación de la depresión, ansiedad y calidad de vida en pacientes hospitalizados con insuficiencia cardiaca. (2014). *Psicología y salud*. 24(1): 25-34.
34. Andrews, G., Sanderson, K., Slade, T. e Issadikis, C. (2000). Why does the burden of disease persist? Relating the burden of anxiety and depression to effectiveness of treatment. *Bulletin of the world Health Organization*, 78, 446 – 454.
35. Henningsen, P., Zimmerman, T. y Sattel, H. (2003). Medically unexplained physical symptoms, anxiety and depression. A meta-analytic review. *Psychosomatic Medicine*, 65, 528 – 533.
36. C.Soutullo, M.J. Mardomingo Sanz. Manual de Psiquiatría del Niño y del Adolescente.1º Ed. Madrid: Editorial médica PANAMERICANA; 2010.
37. Alicia C. López C. , Lucrecia Moreno R., Victoria Villagrasa S. Manual de farmacología: Guía para el uso racional del medicamento. 2º Ed. Barcelona: Elsevier;2010.
38. Costa N., Weems C. Maternal and Child Anxiety: Do Attachment Beliefs or Children's Perceptions of Maternal Control Mediate Their Association?. (2005). *Social Development*, 14 (4), 574 – 590.
39. Hernández G, Gallardo-Zurita P, Sepúlveda R, Morales de Sétien P. Psiquiatría de enlace en servicios médico-quirúrgicos de dos hospitales del área sur de Santiago. *Rev Méd Chile* 2004; 132: 725-32
40. Bernstein, Jerrold G. *Clinical Psychopharmacology*. 2º Ed. USA: John Wright, 1984.
41. Lecrubier Y. The burden of depression and anxiety in general medicine. *J Clin Psychiatry* 2001; 62 (suppl 8): 4-9.
42. M.^a Asunción Pino P., Marta Belenchón L., Lorenzo Livianos A. Trastorno Bipolar y Psicoeducación: Desarrollo de un programa para clínicos. 1º Ed. Madrid: Editorial Club Universitario; 2013.
43. Enric Álvarez, Cristóbal Gastó. Sintomatología depresiva en atención primaria: Algoritmos diagnósticas y terapéuticos. 1º Ed. Barcelona: ICG Marge; 2008.
44. Vera Regitz – Zagrosek. *Sex and Gender Differences in Pharmacology*. 1º Ed. Berlín: Springer; 2012.
45. J. Vallejo Ruiloba, C. Gastó Ferrer. Trastornos afectivos: ansiedad y depresión. 2º Ed. Barcelona: MASSON; 2000.

46. Giovanni Jervis. La depresión: dos enfoques complementarios. 1° Ed. Madrid: Ed. Fundamentos, 2004.
47. C. Soutullo, M.J. Mardomingo Sanz. Manual de Psiquiatría del Niño y del Adolescente. 1° Ed. Madrid: Editorial médica PANAMERICANA; 2010.
48. Alicia C. López C. , Lucrecia Moreno R., Victoria Villagrasa S. Manual de farmacología: Guía para el uso racional del medicamento. 2° Ed. Barcelona: Elsevier; 2010.
49. Hernández G, Gallardo-Zurita P, Sepúlveda R, Morales de Sétien P. Psiquiatría de enlace en servicios médico-quirúrgicos de dos hospitales del área sur de Santiago. *Rev Méd Chile* 2004; 132: 725-32
50. Lecrubier Y. The burden of depression and anxiety in general medicine. *J Clin Psychiatry* 2001; 62 (suppl 8): 4-9.
51. M.^a Asunción Pino P., Marta Belenchón L., Lorenzo Livianos A. Trastorno Bipolar y Psicoeducación: Desarrollo de un programa para clínicos. 1° Ed. Madrid: Editorial Club Universitario; 2013.
52. Enric Álvarez, Cristóbal Gastó. Sintomatología depresiva en atención primaria: Algoritmos diagnósticas y terapéuticos. 1° Ed. Barcelona: ICG Marge; 2008.
53. J. Vallejo Ruiloba, C. Gastó Ferrer. Trastornos afectivos: ansiedad y depresión. 2° Ed. Barcelona: MASSON; 2000.

ANEXOS

Definición de Términos:

- **Edad:** Número expresado en años desde el día de nacimiento hasta la fecha de su ingreso al hospital.
- **Tiempo de hospitalización:** Número expresado en días desde su ingreso al hospital.
- **Síntomas presentados:** Síntoma presentado por el paciente desde el inicio de su enfermedad hasta el ingreso al hospital y que son referidos por los familiares o por el mismo paciente.
- **Hospitalizaciones previas:** Número de hospitalizaciones previas a la actual.
- **Satisfacción con el médico tratante:** percepción que describe el paciente en relación al trato que recibe por parte del médico a su cargo.
- **HADS:** escala de ansiedad y depresión en pacientes hospitalizados (Hospital Anxiety Depression Scale) creado por Zigmond y Snaith en 1983 el cual consta de 14 preguntas de fácil comprensión (7 para valorar la ansiedad y 7 para la depresión), con puntuaciones que oscilan de 0 a 3, configurando unos valores posibles de 0 a 21 para cada una de las subescalas. Es una medida de estado ya que explora la situación en la última semana. Es ideado para ser administrado a sujetos con enfermedades orgánicas, se han eliminado los aspectos físicos que pueden acompañar a la ansiedad o a la depresión incidiendo sólo en los emocionales. Además de la valoración cuantitativa, puede estratificarse en no ansioso o no deprimido si los valores de HAD son inferiores a 8; posible o dudoso entre 8 y 10, y probable o afirmativo si son de 11 o superiores. Para efectos de investigación, si se desea obtener una baja proporción de falsos positivos, debe usarse el límite superior con valores de 10 o de 11, mientras que valores de 8 o 9 evitarían falsos negativos. Para este estudio se decidió un valor de 10 como punto de corte entre presencia o ausencia de ansiedad y depresión.
- **BDI (Beck Depression Inventory):** cuestionario que consta de 21 situaciones, con 4 posibilidades de respuesta para cada una (puntuable de 0 a 3) que deben escogerse atendiendo a cómo se siente el paciente en ese momento. Los valores posibles oscilan de 0 a 63. Se han establecido unos puntos de corte considerándose depresión ligera de 10 a 13, moderada de 14 a 23 y grave a partir de 24 puntos.

TABLAS

TABLA 1.
ÍNDICE DE SEVERIDAD DE ENFERMEDAD

DATOS DEL PACIENTE																							
Nombre / Apellidos.....:						Nº Historia.....:																	
Fecha.....:						Hora.....:																	
PUNTOS	DATOS	Resultado	+4	+3	+2	+1	+0	+1	+2	+3	+4												
Temperatura Rectal		4	>41	39-40,9		38,5-38,9	36-38,4	34-35,9	32-33,9	30-31,9	<29,9												
Presión Arterial Media		4	>160	130-159	110-129		70-109		50-69		<49												
Frecuencia Cardíaca		4	>180	140-179	110-139		70-109		55-69	40-54	<39												
Frecuencia Respiratoria		4	>50	35-49		25-34	12-24	10-11	6-9	<5													
OXIGENACION FIO2<0,5;pO2		0					70	61-69,9		55-60	<55												
OXIGENACION FIO2>0,5:D A-a O2		4	>500	350-499	200-349		199																
pH Arterial		4	>7,7	7,69-7,7		7,5-7,59	7,33-7,49		7,25-7,32	7,15-7,24	<7,15												
CO2 (Solo si no dispones pH)		0	>52	41-51,9		32-40,9	23-31,9		18-21,9	15-17,9	<15												
Natremia mMol/l		4	>180	160-179	155-159	150-154	130-149		120-129	111-119	<110												
Escala de Glasgow	15 -		#¡VALOR!																				
A			C						PUNTUACION APACHE II														
PUNTOS APS.....: #¡VALOR!			A) ¿Tiene el paciente antecedentes de insuficiencia severa y crónica? 1- Hepática: Hipertensión portal, hemorragias 2ª, biopsia. 2- Cardíaca: angor clase IV que le dificulte la actividad. 3- Respiratoria: EPOC, restrictiva, o vascular, con hipoxia, hipercapnia, policemia o hipertensión pulmonar. 4- Renal: En tratamiento con depuración extrarrenal B) ¿Esta el paciente inmunodeprimido previamente al ingreso?. Por terapia inmunosupresora o por enfermedad avanzada que ocasione inmunosupresión.(infoma,leucemia, SIDA, neo metastasica) Si alguna respuesta es positiva añadir 5 Puntos: Para no quirurgicos o postoperatorios de cirugía urgente. 2 Puntos: Para postoperatorio de cirugía programada.						Puntos APS #¡VALOR! Puntos por Edad 0 Puntos E. Crónica .														
B			PUNTUACION POR EDAD						TOTAL APACHE II														
Edad del Paciente.....: []			<table border="1"> <thead> <tr> <th>EDAD</th> <th>Puntos</th> </tr> </thead> <tbody> <tr> <td><44</td> <td>0</td> </tr> <tr> <td>45-54</td> <td>2</td> </tr> <tr> <td>55-64</td> <td>3</td> </tr> <tr> <td>65-74</td> <td>5</td> </tr> <tr> <td>>74</td> <td>6</td> </tr> </tbody> </table>						EDAD	Puntos	<44	0	45-54	2	55-64	3	65-74	5	>74	6	#¡VALOR!		
EDAD	Puntos																						
<44	0																						
45-54	2																						
55-64	3																						
65-74	5																						
>74	6																						
PUNTOS EDAD.....: 0			PUNTOS ENFERMEDAD CRONICA.....: []						SAPS II														
									#¡VALOR!														

TABLA 1.2.
ÍNDICE PRONÓSTICO
CATEGORIAS DE RIESGO

CATEGORIAS DE RIESGO	MORTALIDAD A LOS 30 DIAS
Categoría I (0 – 15 puntos)	4-15%
Categoría II (16-20 puntos)	25-40%
Categoría III (21 – 36 puntos)	55-85%

ANEXO 2.

Cuestionario PREMEPA modificado

Percepción de la relación médico – paciente por parte de los pacientes hospitalizados en el servicio de medicina del HNDM.

Bloque I: Percepción de la Relación médico – paciente:

1. *Antes de venir ¿acudió a buscar otro tipo de ayuda para su problema de salud?*
0. No 1. Sí
2. *Con respecto al respeto al respeto y la cortesía, ¿Qué tan bien lo trató el médico?*
0. No fue cortés ni respetuoso 1. Fue muy poco cortés y respetuoso
2. Medianamente respetuoso 3. Fue muy respetuoso y cortés
3. *En el aspecto de escuchar ¿qué nos puede decir del médico que lo atendió?*
0. No me dejó hablar 1. Si me escucho pero poco 2. Me dejó hablar pero no escucho todo lo que quería decir 3. Me escuchó todo lo que quería decirle
4. *En el aspecto de comprensión hacia Ud. ¿Qué tan comprendido se sintió cuando estaba con el médico?*
0. No me comprendió 1. Me comprendió pero poco
2. Si me comprendió pero no totalmente 3. Me sentí totalmente comprendido
5. *En el aspecto de sensibilidad hacia su problema, ¿qué tan sensible fue su médico?*
0. No tuvo tacto sensible 1. Fue poco sensible 2. Medianamente 3. Totalmente
6. *En el aspecto confianza en su capacidad profesional, ¿qué tanta confianza le tiene ahora al médico que lo atendió?*
0. No le tengo confianza plenamente 1. Muy poca 2. Medianamente 3. Confío
7. *En el aspecto explicación de su problema de salud, ¿entendió la explicación del médico?*
1. Entendí muy poco 2. Medianamente 3. Entendí claramente
8. *En el aspecto explicación del procedimiento a seguir con Ud., ¿entendió la explicación del médico?*
00. No me explicó 0. No entendí nada 1. Entendí muy poco
2. Medianamente 3. Entendí claramente
9. *¿Estuvo conforme con los procedimientos del médico?*
0. No (siga) 1. Si (pase a la pregunta 12)
10. *¿Le pidió otras opciones de procedimiento?*

0. No (pase a la pregunta 12) 3. Si (siga)

11. *¿El médico le dio otras opciones?* 0. No 1. Si

12. *¿Recomendaría Ud. A un familiar o amigo que se atienda con el mismo médico que lo atendió?* 3. Si 0. No

13. *Por favor, califique del 0 al 20 su satisfacción durante este tiempo de hospitalizado:*

ANEXO 3.

Inventario de Depresión de Beck

En este cuestionario aparecen varios grupos de afirmaciones. Por favor, lea con atención cada una. A continuación, señale cuál de las afirmaciones de cada grupo describe mejor cómo se ha sentido durante esta última semana, incluido en el día de hoy. Si dentro de un mismo grupo, hay más de una afirmación que considere aplicable a su caso, márkela también. Asegúrese de leer todas las afirmaciones dentro de cada grupo antes de efectuar la elección, (se puntuará 0-1-2-3).

1.

	No me siento triste
	Me siento triste
	Me siento triste continuamente y no puedo dejar de estarlo
	Me siento tan triste o tan desgraciado que no puedo soportarlo

2

	No me siento especialmente desanimado respecto al futuro
	Me siento desanimado respecto al futuro
	Siento que no tengo que esperar nada
	Siento que el futuro es desesperanzador y las cosas no mejorarán

3.

	No me siento fracasado
	Creo que he fracasado más que la mayoría de las personas
	Cuando miro hacia atrás, sólo veo fracaso tras fracaso
	Me siento una persona totalmente fracasada

4.

	Las cosas me satisfacen tanto como antes
	No disfruto de las cosas tanto como antes
	Ya no obtengo una satisfacción auténtica de las cosas
	Estoy insatisfecho o aburrido de todo

5.

	No me siento especialmente culpable
	Me siento culpable en bastantes ocasiones
	Me siento culpable en la mayoría de las ocasiones
	Me siento culpable constantemente

6.

	No creo que esté siendo castigado
	Me siento como si fuese a ser castigado
	Espero ser castigado
	Siento que estoy siendo castigado

1.

	No estoy decepcionado de mí mismo
	Estoy decepcionado de mí mismo
	Me da vergüenza de mí mismo
	Me detesto

2.

	No me considero peor que cualquier otro
	Me autocrítico por mis debilidades o por mis errores
	Continuamente me culpo por mis faltas
	Me culpo por todo lo malo que sucede

3.

	No tengo ningún pensamiento de suicidio
	A veces pienso en suicidarme, pero no lo cometería
	Desearía suicidarme
	Me suicidaría si tuviese la oportunidad

4.

	No lloro más de lo que solía llorar
	Ahora lloro más que antes
	Lloro continuamente
	Antes era capaz de llorar, pero ahora no puedo, incluso aunque quiera

5.

	No estoy más irritado de lo normal en mí
	Me molesto o irrito más fácilmente que antes
	Me siento irritado continuamente
	No me irrito absolutamente nada por las cosas que antes solían irritarme

6.

	No he perdido el interés por los demás
	Estoy menos interesado en los demás que antes
	He perdido la mayor parte de mi interés por los demás
	He perdido todo el interés por los demás

7.

	Tomo decisiones más o menos como siempre he hecho
	Evito tomar decisiones más que antes
	Tomar decisiones me resulta mucho más difícil que antes
	Ya me es imposible tomar decisiones

8.

	No creo tener peor aspecto que antes
	Me temo que ahora parezco más viejo o poco atractivo
	Creo que se han producido cambios permanentes en mi aspecto que me hacen parecer poco atractivo
	Creo que tengo un aspecto horrible

9.

	Trabajo igual que antes
	Me cuesta un esfuerzo extra comenzar a hacer algo
	Tengo que obligarme mucho para hacer algo
	No puedo hacer nada en absoluto

10.

	Duermo tan bien como siempre
	No duermo tan bien como antes
	Me despierto una o dos horas antes de lo habitual y me resulta difícil volver a dormir
	Me despierto varias horas antes de lo habitual y no puedo volverme a dormir

11.

	No me siento más cansado de lo normal
	Me canso más fácilmente que antes
	Me canso en cuanto hago cualquier cosa
	Estoy demasiado cansado para hacer nada

12.

	Mi apetito no ha disminuido
	No tengo tan buen apetito como antes
	Ahora tengo mucho menos apetito
	He perdido completamente el apetito

13.

	Últimamente he perdido poco peso o no he perdido nada
	He perdido más de 2 kilos y medio
	He perdido más de 4 kilos
	He perdido más de 7 kilos
	Estoy a dieta para adelgazar SI/NO

14.

	No estoy preocupado por mi salud más de lo normal
	Estoy preocupado por problemas físicos como dolores, molestias, malestar de estómago o estreñimiento
	Estoy preocupado por mis problemas físicos y me resulta difícil

	pensar en algo más
	Estoy tan preocupado por mis problemas físicos que soy incapaz de pensar en cualquier cosa

15.

	No he observado ningún cambio reciente en mi interés
	Estoy menos interesado por el sexo que antes
	Estoy mucho menos interesado por el sexo
	He perdido totalmente mi interés por el sexo

Guía para la interpretación del inventario de la depresión de Beck:

Puntuación Nivel de depresión*

1-10	Estos altibajos son considerados normales
11-16	Leve perturbación del estado de ánimo
17-20	Estados de depresión intermitentes
21-30	Depresión moderada
31-40	Depresión grave
+ 40	Depresión extrema
Una puntuación persistente de 17 o más indica que puede necesitar ayuda profesional	

Anexo 4

Escala Hospitalaria de Ansiedad y Depresión (HADS)

El siguiente cuestionario ha sido confeccionado para ayudar a saber cómo se siente usted afectiva y emocionalmente. No es preciso que preste atención a los números que aparecen a la izquierda.

Lea cada pregunta y marque la que usted considere que coincide con su propio estado emocional en la última semana.

No es necesario que piense mucho tiempo cada respuesta, en este cuestionario las respuestas espontáneas tienen más valor que las que se piensan mucho.

A.1. Me siento tenso(a) o nervioso (a):

3) Casi todo el día		2) Gran parte del día		1) De vez en cuando		0) Nunca	
---------------------	--	-----------------------	--	---------------------	--	----------	--

D.1. Sigo disfrutando de las cosas como siempre:

3) Casi todo el día		2) Gran parte del día		1) De vez en cuando		2) Nunca	
---------------------	--	-----------------------	--	---------------------	--	----------	--

A.2. Siento una especie de temor como si algo malo fuera a suceder:

3) Si y muy intenso		2) Sí pero no muy intenso		1) Sí pero no me preocupa		0) No siento nada de eso	
---------------------	--	---------------------------	--	---------------------------	--	--------------------------	--

D.2. Soy capaz de reirme y ver el lado gracioso de las cosas:

0) Igual que		1) Actualmente algo		3) Actualmente		4) Actualmente	
--------------	--	---------------------	--	----------------	--	----------------	--

siempre		menos		mucho menos		en absoluto	
---------	--	-------	--	-------------	--	-------------	--

A.3. Tengo la cabeza llena de preocupaciones:

3) Casi todo el día		2) Gran parte del día		1) De vez en cuando		0) Nunca	
---------------------	--	-----------------------	--	---------------------	--	----------	--

D.3. Me siento alegre:

0) Nunca		1) Muy pocas veces		2) En algunas ocasiones		3) Gran parte del día	
----------	--	--------------------	--	-------------------------	--	-----------------------	--

A.4. Soy capaz de permanecer sentado(a), tranquilo(a) y relajado(a):

0) Siempre		1) A menudo		2) A veces		3) Nunca	
------------	--	-------------	--	------------	--	----------	--

D.4. Me siento lento(a) y torpe:

3) Gran parte del día		2) A menudo		1) A veces		0) Nunca	
-----------------------	--	-------------	--	------------	--	----------	--

A.5. Experimento una desagradable sensación de “nervios y hormigueos” en el estómago:

0) Nunca		1) Sólo en algunas ocasiones		2) A menudo		3) Muy a menudo	
----------	--	------------------------------	--	-------------	--	-----------------	--

D.5. He perdido el interés por mi aspecto personal:

D13) Completamente		2) No me cuidó como debería hacerlo		1) Es posible que no me cuidé como debiera		0) Me cuidó como siempre lo he hecho	
-----------------------	--	-------------------------------------	--	--	--	--------------------------------------	--

A.6. Me siento inquieto(a) como si no pudiera parar de moverme:

3) Realmente mucho		2) Bastante		1) No mucho		0) En absoluto	
--------------------	--	-------------	--	-------------	--	----------------	--

D.6. Espero las cosas con ilusión:

0) Como siempre		1) Algo menos que antes		2) Mucho menos que antes		3) En absoluto	
-----------------	--	-------------------------	--	--------------------------	--	----------------	--

A.7. Experimento de repente sensaciones de gran angustia o temor:

3) Muy a menudo		2) Con cierta frecuencia		1) Raramente		0) Nunca	
-----------------	--	--------------------------	--	--------------	--	----------	--

D.7. Soy capaz de disfrutar con un buen libro o con un buen programa de radio o televisión:

0) A menudo		1) Algunas veces		2) Pocos veces		3) Casi nunca	
-------------	--	------------------	--	----------------	--	---------------	--

Puntuación HAD-A:

1) <7		2) 8-10		3) > 11	
-------	--	---------	--	---------	--

Puntuación HAD-D:

1) <7		2) 8-10		3) > 11	
-------	--	---------	--	---------	--

ANEXO 5

Ficha de recolección de datos

UNIVERSIDAD RICARDO PALMA

PREGRADO DE MEDICINA HUMANA

FORMULARIO PARA RECOLECCIÓN DE DATOS:

Formulario número _____

NOMBRE: _____

SALA: _____

SEXO: femenino ___ masculino ___ **Edad:** _____

Ocupación: _____

Estado Civil: Soltero ___ Casado ___ Viudo _____

Divorciado _____ Unión Libre _____

Educación:

Primaria ___ Secundaria _____ Superior _____ Ninguno _____

Antecedentes familiares de depresión (Padres, Hermanos):

SI ___ NO _____

Hospitalizaciones previas: SI ___ NO _____

Tiempo de hospitalización: _____

Diagnóstico Médico intrahospitalario:

• Tumoral

• No tumoral

Acompañante: SI ___ NO _____

ANEXO 6.

Consentimiento Informado



PERÚ

Ministerio
de Salud

*Año de la diversificación productiva y
Del fortalecimiento de la educación.*

FORMATO DE CONSENTIMIENTO INFORMADO

Este formulario de consentimiento informado se dirige a hombres y mujeres que son atendidos en el Hospital Nacional Dos de Mayo y que se les invita a participar de la investigación sobre ansiedad y depresión en pacientes hospitalizados.

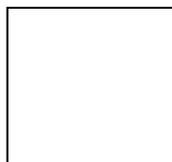
Yo soy, Claudia Salazar, y estoy investigando sobre la ansiedad y depresión en pacientes hospitalizados, que es muy común en este país. Le voy a dar información e invitarle a participar de esta investigación. No tiene que decidir hoy si participar o no de esta investigación. Antes de decidirse, puede hablar con alguien que se sienta cómodo sobre la investigación. Puede que haya algunas palabras que no entienda. Por favor, me detiene según le informo para darme tiempo a explicarle y si tiene preguntas más tarde, puede preguntarme sin ningún inconveniente.

Al no haber mayores estudios en relación a la prevalencia de ansiedad y depresión en pacientes hospitalizados en el área de medicina en nuestro país, la presente investigación busca ayudar a cumplir este objetivo en beneficio médico y del paciente debido a que se ha demostrado que los pacientes depresivos tienen una mortalidad (no solo atribuible al suicidio) superior al resto de la población general.

Esta investigación incluirá una única visita hacia su persona en donde usted responderá una serie de preguntas que les serán planteadas de manera dinámica y clara.

Estamos invitando a invitar a todos los pacientes hospitalizados a participar en la investigación sobre la prevalencia de ansiedad y depresión en los diferentes servicios de Medicina del hospital Nacional Dos de Mayo.

Su participación en esta investigación es totalmente voluntaria. Usted puede elegir participar o no hacerlo. Tanto si elige participar o no, continuarán todos los servicios que reciba en este hospital y nada cambiará. Usted puede cambiar de idea más tarde y dejar participar aun cuando haya aceptado antes.



.....
Firma del paciente o responsable legal
DNI

.....
Firma del investigador
DNI

.....
Firma de un testigo
DNI



REVOCATORIA

.....
Firma del paciente o responsable legal
DNI

