



FACULTAD DE MEDICINA HUMANA  
SECCIÓN DE PREGRADO

**FRECUENCIA DE DEPRESIÓN EN PACIENTES  
HOSPITALIZADOS EN LOS SERVICIOS DE CIRUGÍA Y  
MEDICINA DEL HOSPITAL REGIONAL DOCENTE LAS  
MERCEDES - CHICLAYO**

**PRESENTADA POR  
INDIRA ANAIS DÍAZ GRANDA**

**TESIS  
PARA OPTAR TÍTULO DE MÉDICO CIRUJANO**

**CHICLAYO - PERÚ**

**2012**



**Reconocimiento  
CC BY**

El autor permite a otros distribuir, mezclar, ajustar y construir a partir de esta obra, incluso con fines comerciales, siempre que sea reconocida la autoría de la creación original.

<http://creativecommons.org/licenses/by/4.0/>



**USMP**  
UNIVERSIDAD DE  
SAN MARTÍN DE PORRES

**FACULTAD DE MEDICINA HUMANA  
SECCIÓN DE PREGRADO**

**FRECUENCIA DE DEPRESIÓN EN PACIENTES  
HOSPITALIZADOS EN LOS SERVICIOS DE CIRUGÍA Y  
MEDICINA DEL HOSPITAL REGIONAL DOCENTE LAS  
MERCEDES - CHICLAYO**

**TESIS**

**PARA OPTAR TÍTULO DE MÉDICO CIRUJANO**

**PRESENTADA POR:**

**INDIRA ANAIS DÍAZ GRANDA**

**CHICLAYO – PERÚ**

**2012**



**FRECUENCIA DE DEPRESIÓN EN PACIENTES  
HOSPITALIZADOS EN LOS SERVICIOS DE CIRUGÍA  
Y MEDICINA DEL HOSPITAL REGIONAL DOCENTE  
LAS MERCEDES - CHICLAYO**

## ASESORES Y MIEMBROS DEL JURADO

### ASESOR CLÍNICO:

Dr. Pedro Alipázaga Pérez.

### ASESOR METODOLÓGICO:

Dr. Víctor Soto Cáceres

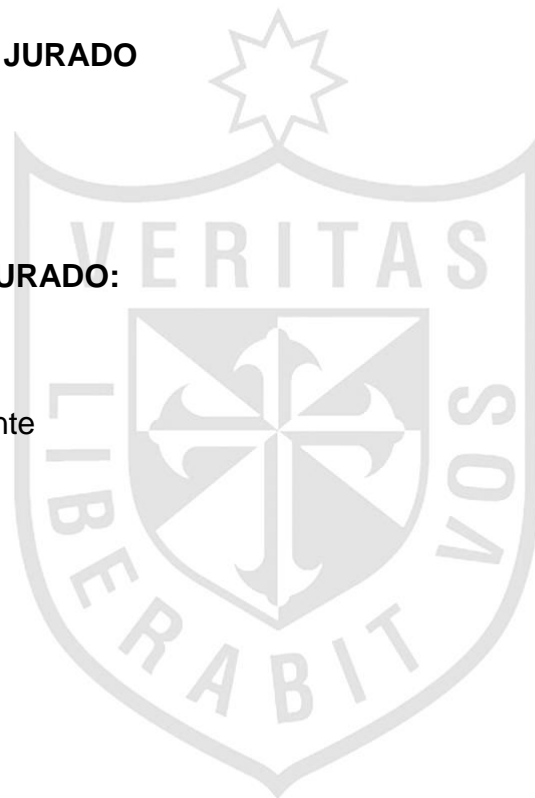
### PRESIDENTE DEL JURADO

Dr. Raúl Fernández

### MIEMBROS DEL JURADO:

Dr. Cristian Díaz

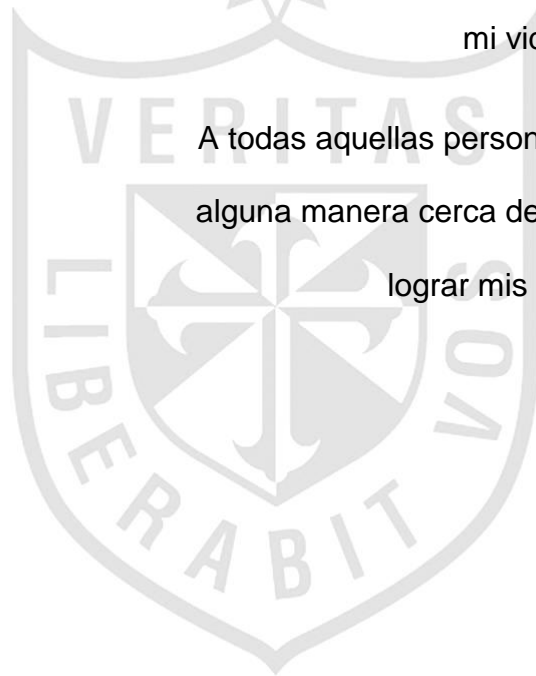
Dr. Rentería Ayudante



## DEDICATORIA

Al médico de médicos, Dios, Quien me brindó  
su dulce compañía en todos los momentos de  
mi vida.

A todas aquellas personas que estuvieron de  
alguna manera cerca de mí y me motivaron a  
lograr mis sueños.



## **AGREDECIMIENTOS**

A mis queridos padres, Agustín Díaz y Rosa Granda, quienes con esmerado esfuerzo les otorgaron la mejor herencia.

A mis hermanos Irinda, Bruno y Nahir con quienes compartí momentos inolvidables.

A todos mis colegas quienes valientemente alcanzaron sus metas.

A los pacientes que participaron de este estudio y son la razón de nuestra profesión.

## INDICE

<b>Portada</b>	<b>I</b>
<b>Título</b>	<b>li</b>
<b>Asesores y miembros del Jurado</b>	<b>lii</b>
<b>Dedicatoria</b>	<b>lv</b>
<b>Agradecimientos</b>	<b>v</b>
<b>Indice</b>	<b>vi</b>
<b>Resumen</b>	<b>viii</b>
<b>Abstrac</b>	<b>lx</b>
<b>I.- INTRODUCCÓN</b>	<b>10</b>
<b>I.1.- PLANTEAMIENTO DEL PROBLEMA</b>	<b>10</b>
I.1.1.-Descripción de la realidad problemática	
I.1.2.- Formulación del problema	<b>11</b>
I.1.3.- Objetivos de la Investigación	<b>12</b>
I.1.3.1.- Objetivo General	
I.1.3.2.- Objetivos Específicos	
I.1.4.- Justificación de la Investigación	<b>13</b>
I.1.5.- Limitaciones del estudio	<b>14</b>
I.1.6.- Viabilidad del estudio	
<b>I.2.- ANTECEDENTES DE LA INVESTIGACIÓN</b>	<b>15</b>
I.2.1.- A nivel Internacional	
I.2.2.- A nivel Nacional	<b>17</b>
<b>I.3.- VARIABLES Y OPERACIONALIZACIÓN DE VARIABLES</b>	<b>19</b>
<b>I.4.- BASE TEÓRICA</b>	<b>21</b>
<b>I.5.- FORMULACIÓN DE HIPÓTESIS</b>	<b>26</b>
<b>II.- MATERIALES Y MÉTODOS.</b>	<b>27</b>
<b>II.1.- TIPO DE INVESTIGACIÓN.</b>	



II.1.1.- Descripción del estudio	
II.1.2.- Tipo de Investigación.	
II.1.3.- Enfoque.	
II.2.- POBLACIÓN Y MUESTRA	27
II.2.1.- Población	
II.2.2.- Selección de la muestra	
II.2.3.- Tamaño de la muestra	
II.2.4.- Criterios de Inclusión y Exclusión	
II.3.- TECNICA E INSTRUMENTO DE RECOLECCIÓN DE DATOS.	29
II.3.1.- Descripción del instrumento	
II.3.2.- Validez y confiabilidad del instrumento.	30
II.4.- TECNICA PARA EL PROCEDIMIENTO DE LA INFORMACIÓN.	31
II.5.- ASPECTOS ÉTICOS.	
III.-RESULTADOS	32
IV.- DISCUSION	41
V.- CONCLUSIONES	45
Vi.- RECOMENDACIONES	46
VII.- BIBLIOGRAFIA	47
VIII.- ANEXOS	

## RESUMEN

**OBJETIVOS:** El presente estudio tiene como objetivo determinar la incidencia de **depresión** en pacientes hospitalizados en los servicios de cirugía y medicina del Hospital **regional** docente las Mercedes – Chiclayo

**ANTECEDENTES:** no se reportó trabajos similares en nuestro hospital años anteriores.

**METODOLOGIA:** Estudio descriptivo cuantitativo y de corte transversal, El muestreo fue de tipo probabilístico aleatorio simple. La muestra estuvo constituida por 138 pacientes en total tomados de forma equitativa de los servicios de cirugía y medicina. **Método** utilizado fue la entrevista clínica.

**Instrumento:** Escala de depresión de Hamilton; actualmente utilizada por el MINSA.

**RESULTADOS:** De la población en estudio ( n : 138 pacientes ) , un 29.7% pacientes resultaron con depresión leve, el 27.5% con depresión moderada, el 4.3% con depresión severa.

**CONCLUSIONES:** Los aspectos epidemiológicos de Edad, Sexo, Nivel Socioeconómico, Grado de Instrucción, Estado Civil, se asocian a la aparición de Depresión en los pacientes hospitalizados.

## ABSTRACT

**AIMS:** The Present study has as aim determine the incident of depression in patients hospitalized in the services of surgery and medicine of the regional educational Hospital the Mercedes - Chiclayo

**PRECEDENTS:** similar works were not brought in our hospital previous years.

**METHODOLOGY:** descriptive quantitative Study and of transverse court, The sampling was of type probabilistic random simply. The sample was constituted by 138 patients of the services of surgery and medicine. Used method was the clinical interview. I orchestrate: Scale of Hamilton's depression; nowadays used by the MINSA

**RESULTS:** Of the population in study (n: 138 patients) 38.4 % of patients did not present depression, 29.7 patient % proved with slight depression, 27.5 % with moderate depression, 4.3 % with severe depression and 0 % with very severe depression. Also was observed that the level of depression is directly proportional to the age, being severe this one in the major adults. **CONCLUSIONS:** The epidemiological aspects of Age, Sex, Socioeconomic Level, Degree of Instruction, Marital status, determine to a great extent the appearance of Depression in the hospitalized patients.

# I.-INTRODUCCIÓN

## I.1.- PLANTEAMIENTO DEL PROBLEMA

### I.1.1.- Descripción de la realidad problemática

Los trastornos depresivos son un problema de salud pública, debido a su alta prevalencia, y también a las repercusiones que traen consigo a nivel físico, psicológico, social y económico. Es un problema de todas las clases sociales, sin distingo de razas, religiones o políticas. (1)

Por otro lado, aunque son poco mortales, son estimados como discapacitantes, considerándose de esta manera como una de las mayores cargas de enfermedad tanto en países desarrollados, como en países en vías de desarrollo, debido a la combinación de la alta prevalencia, el nivel de afectación en el funcionamiento, la aparición en edades tempranas y el curso altamente recurrente. Además, su tasa de discapacidad supera algunas enfermedades crónicas, tales como: la hipertensión, la artritis, la diabetes y el dolor lumbar. Así, se estima que la depresión será en el 2020 la segunda causa de morbilidad a nivel mundial, seguida de las enfermedades isquémicas cardíacas. (2)

La incidencia de la depresión en la población general Europea es del 10.05%, para mujeres, y un 6.61%, para hombres; específicamente, en España es de un 5.5%, para mujeres, y 4.3%, para hombres. La comorbilidad entre enfermedad física y depresión puede entenderse en la línea de que la condición física causa la depresión, o también que la

condición física desarrolla o incrementa la depresión; por otro lado, puede entenderse a partir de una causa común (duelo o estrés) que causan ambas condiciones, y, finalmente, como dos situaciones concurrentes, pero no relacionadas.(3)

En los pacientes hospitalizados en España, el nivel de depresión se incrementaba hasta entre un 10-14%. En algunos grupos puede incrementarse esta cifra en un 50%, dependiendo de la complejidad de la enfermedad general y la discapacidad asociada. La depresión, puede afectar alrededor del 25% de los pacientes ambulatorios y hasta un 50% de los hospitalizados. (1)

En Perú las cifras son similares, en 2004 se encontró una prevalencia de trastorno depresivo mayor de un 12.1% en la población en general. Por lo anterior, se señala que su presentación es frecuente en la población general. No obstante, los datos indican que la prevalencia se incrementa en el ámbito hospitalario y de atención primaria. (8)

En el marco de esta preocupación, el presente estudio tiene interés en conocer la frecuencia de depresión en los pacientes hospitalizados en el servicio de cirugía y Medicina del Hospital Regional Docente La Mercedes (HRDLM) en el periodo de Enero a Septiembre de 2012

### **I.1.2.- FORMULACIÓN DEL PROBLEMA**

¿Cuál es la frecuencia de depresión en pacientes hospitalizados en los servicios de Cirugía y Medicina del Hospital Regional Docente Las Mercedes de Enero a Septiembre de 2012?

### **I.1.3.- OBJETIVOS DE LA INVESTIGACIÓN**

#### **I.1.3.1.- Objetivo general**

- Determinar la frecuencia de depresión en pacientes hospitalizados en los servicios de Cirugía y Medicina del HRDLM.

#### **I.1.3.2.- Objetivos específicos**

- Determinar la asociación de los aspectos epidemiológicos con los niveles de depresión en pacientes hospitalizados en los servicios de Cirugía y Medicina.
- Determinar la asociación entre antecedentes familiares con depresión y la presencia de depresión en pacientes hospitalizados en los servicios de Cirugía y Medicina.
- Identificar la asociación de tiempo de padecimiento de la patología y nivel de depresión en los pacientes hospitalizados en los servicios de Cirugía y Medicina.

#### **I.1.4.-Justificación de la Investigación.**

Para la realización del presente trabajo debemos tener en cuenta que en los últimos años se ha detectado una alta prevalencia de depresión en el contexto hospitalario; aproximadamente de 15% según estudios realizados, por eso la importancia de un análisis de estos síntomas ya que la relación entre enfermedad médica y depresión ha sido abordada por múltiples autores, encontrándose varias vías de relación, presentando en

muchos casos que la presencia de esta patología depresiva impide una buena evolución de la enfermedad física.(6)

Los datos anteriores sugieren la importancia de considerar los síntomas depresivos en el contexto hospitalario, aunque las evidencias indican un frecuente subreporte, asunto que merece analizarse con detenimiento. Este interés surge, porque es común encontrar reacciones emocionales negativas en los pacientes, las cuales alteran el funcionamiento general, la adhesión al tratamiento, la morbimortalidad y los costos de atención en salud. Entre las causas del subregistro se cuentan, por ejemplo, la presencia de síntomas compartidos entre ciertas enfermedades y la depresión, incluso, el efecto de ciertos medicamentos, pero también, como ya se indicó, como consecuencia de la dificultad de los médicos para reconocer los síntomas de la depresión en el contexto hospitalario.(7)

El motivo de la investigación es conocer la frecuencia de pacientes hospitalizados que presentan depresión (utilizando para esto el Inventario de Depresión de Hamilton) para poder dar un adecuado diagnóstico a esta patología que muchas veces es subdiagnosticada y que según estudios podría tener influencia en la patología por la cual el paciente se hospitaliza. (9)

#### **I.1.5.- Limitaciones del Estudio.**

Las limitaciones del estudio pasan por la recolección de los datos, por la probabilidad de que el paciente no quiera participar, sea por deterioro físico del paciente, por el mismo proceso de envejecimiento o de la enfermedad, así como el ingreso por otras condiciones clínicas no

consideradas patologías (partos, accidentes de tránsito, accidentes de trabajo, enfermedades por vectores y cirugías estéticas).

#### **I.1.6.- Viabilidad del estudio.**

Este estudio es viable por lo siguiente:

Es una investigación no costosa, asequible económicamente ya que sólo se invertirá gran parte del tiempo en recolectar la información que es necesaria, utilizando papel y lápiz al respecto.

Es una investigación viable porque es una investigación éticamente aceptable ya que no se tocará puntos susceptibles para el paciente y se basará en una encuesta correctamente estudiada y validada.

Además, se cuenta con el respaldo de docentes, especialistas en la investigación científica, y con la ayuda y la colaboración de médicos especialistas en el tema. Se cuenta con el permiso de la universidad al igual que con el del “Hospital Regional Docente Las Mercedes”.

#### **I.2.- ANTECEDENTES DE LA INVESTIGACIÓN.**

##### **I.2.1.- A nivel Internacional.**

Franco JG, en Colombia, determinó 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, utilizó el Mini-Examen Cognoscitivo (MEC 35) a todos los pacientes. Si el MEC 35 no encontraba alteración psiquiátrica se aplicaba la Escala de Ansiedad y Depresión Hospitalaria (EADH). A quienes tuvieron alteraciones en el



MEC 35 o en la EADH, se les realizó una entrevista clínica para diagnosticar el trastorno psiquiátrico presente. Sus resultados fueron, del total de pacientes, 70 (44,5%), se diagnosticaron con algún trastorno psiquiátrico. El más frecuente fue demencia en 19 (12,1%), seguido por trastorno depresivo mayor, 16 (10,2%). Concluyendo que existe una frecuencia de 44,5% de trastornos psiquiátricos en los pacientes hospitalizados de la Clínica Universitaria Bolivariana, Medellín que no son diagnosticados por el personal médico no psiquiatra.(3)

Fullerton C. (2003) Chile. Describió el nivel de psicopatología de los pacientes internados en los distintos Servicios de un Hospital General, utilizando como instrumento de detección el Cuestionario de Salud General de Goldberg en su versión abreviada de 12 preguntas (GHQ-12) Un equipo de encuestadores entrenados, entrevistó a los pacientes hospitalizados en diferentes servicios. Luego de obtener por escrito el consentimiento informado para participar en el estudio, se recogió la información utilizando el GHQ-12, además de una encuesta sobre datos socio demográficos y la escala sobre antecedentes de trauma de Marshall. Resultados: Se entrevistó a 362 pacientes de ambos sexos, de los cuales 297 participaron en el estudio (82%). Seis fueron excluidos por estar hospitalizados en Psiquiatría y 59 no aceptaron ser entrevistados o presentaban patologías que les incapacitaba para responder. (10)

Los pacientes que no ingresaron al estudio resultaron ser significativamente de más edad y con mayor proporción de hombres.

Los pacientes estudiados fueron en su mayoría de sexo femenino (61,5%). El promedio de edad para la muestra total fue de 54,7 años  $\pm$  18,5. Los hombres tuvieron un promedio de edad significativamente mayor (57,8 años comparado. 52,7 años,  $p < 0,02$ ). El 22,2% de los pacientes tuvieron entre 5 y seis puntos en el GHQ-12, mientras el 24,2% tuvieron puntajes entre 7 y 12 puntos. (6)

Los valores de GHQ-12 no mostraron asociación con el sexo, la edad, el estado civil ni la ocupación. Tampoco se encontró asociación de los puntajes del GHQ-12 y el tipo de servicio de hospitalización.

Franco, Gómez, Ocampo, Vargas y Berríos, 2005 Colombia, un estudio realizado en Medellín halló una prevalencia de 10.2% de depresión, en pacientes médicos quirúrgicos mediante la utilización de la escala HADS. Adicionalmente, los resultados del estudio de Rodríguez y Puerta (1995) refieren una prevalencia de síntomas depresivos del 72.6%, en pacientes de consulta no psiquiátrica. De igual manera, Mogollón, Jinete, Moreno y Álvarez (2005) encontraron una prevalencia de trastorno depresivo en el 38% de la población hospitalizada en un servicio de medicina interna en Santander.(5)

El Proyecto Internacional de Depresión, llevado a cabo por Riveros, Bohórquez, Gómez y Okuda (2006), manifiesta que este fenómeno social se da en la India en un 55%, en la China en un 83% y en Colombia en un 72.4%, indicando además que la depresión no es reconocida como un problema de salud mental.

### **I.2.2.- A nivel Nacional.**

Becerra, Cribillero y Flores. Perú (1998) muestra que existe una prevalencia de depresión del 11,7 % en la población, de los cuales el 80 % no recibe atención médica y tratamiento sufriendo un descontrol sobre su vida, emociones y la pérdida de toda visión positiva del futuro; encontrando como única solución la muerte. Señala también el déficit de conocimientos en los familiares de pacientes deprimidos en cuanto diagnóstico, etiología, sintomatología, administración de medicamentos, manejo del paciente y tratamiento. (8)



CATEGORIA	VARIABLES	INDICADORES	CRITERIOS DE MEDICIÓN	ESCALA
	<b>Edad</b>	Años registrados en su DNI		<b>Razón</b>
	<b>Sexo</b>	sexo registrado en el DNI	Femenino Masculino	<b>Nominal</b>
	<b>Estado civil</b>		Soltero (a) Casado (a) Viudo (a) Divorciado (a)	<b>Nominal</b>
<b>EPIDEMIOLOGICA</b>	<b>Escolaridad</b>	Grado de estudios oficiales concluidos	Primaria/Secundaria/Técnico superior/Universitario	<b>Ordinal</b>
	<b>Nivel Económico</b>	Ingresos mensuales	Menos de 800 soles)	<b>Ordinal</b>
			( entre 800 y 2000)	
( más de 2000 soles)				
	<b>Antecedentes familiares con depresión</b>	Grado de parentesco de familiar con depresión	1 <sup>ER</sup> grado/2 <sup>do</sup> grado/Tercer grado	<b>ordinal</b>
<b>PATOLOGIA</b>	<b>diagnóstico de hospitalización</b>	Tipo de enfermedad	-crónica / temporal	<b>Nominal</b>
	<b>DEPRESIÓN</b>	Escala de Depresión de Hamilton	No deprimido: 0-7 Depresión ligera/menor: 8-13 Depresión moderada: 14-18 Depresión severa: 19-22 Depresión muy severa: >23	<b>Ordinal</b>

### **I.3.- VARIABLES Y OPERACIONALIZACIÓN DE VARIABLES**

### **I.4.- BASE TEÓRICA.**

La calidad de vida de las personas se afecta seriamente. Refieren que la percepción de la calidad de vida se relaciona más con la comorbilidad mental que con la física. Del mismo modo, se presenta aumento de morbilidad y mortalidad, un impacto en el área físico, social y ocupacional y aumento de costos en atención en salud.(12)

Las variables psicológicas como la depresión y el apoyo social ejercen gran influencia y actúan como predictores sobre resultados clínicos, como en el dolor postoperatorio y en la recuperación funcional, interfiriendo sobre la rehabilitación, especialmente en el tiempo de restauración tras la cirugía; a su vez los resultados indican que la depresión se asocia fuertemente con el dolor y con el regreso a la vida laboral, especialmente en pacientes con problemas de ortopedia.(13)

Retomando lo anterior, se agrega que evidentemente se muestra una relación entre el sistema inmune y la depresión, entre los sucesos de la vida estresantes y la cantidad de anticuerpos en el organismo. Distintos estudios proponen que la respuesta linfoproliferativa en personas viudas es mucho menor después de la muerte del cónyuge; asimismo, formulan que la actividad de las células inmunológicas está significativamente más bajas en pacientes depresivos.(15)

## **Clasificación**

### **Trastorno depresivo mayor, episodio único o recidivante**

También conocida como depresión mayor, depresión unipolar o depresión clínica, se da en el paciente que tiene uno o más episodios depresivos mayores. Si el episodio es único, el diagnóstico es trastorno depresivo mayor de episodio único, mientras si ha habido más de un episodio, se diagnostica trastorno depresivo mayor recurrente. El término depresión unipolar se opone al de depresión bipolar o trastorno maníaco-depresivo, e indica que el estado de ánimo se mantiene en un solo polo emocional, sin existencia de períodos de manía. Los criterios que establecen tanto el DSM-IV como el CIE-10 para el trastorno depresivo mayor son:10

### **Trastorno distímico**

Los criterios para este tipo de trastorno depresivo son:

Criterio A: Situación anímica crónicamente depresiva o triste durante la mayor parte del día y durante la mayor parte de los días, durante un mínimo de dos años.

Criterio B: Deben aparecer dos o más de estos síntomas:

Variaciones del apetito (trastornos en la alimentación)

Insomnio o hipersomnio (es decir, dificultades para descansar, ya sea porque se duerme menos de lo que se acostumbraba o porque se duerme más; véanse los trastornos en el dormir).

Astenia

Baja autoestima

Pérdida de la capacidad de concentración

Sentimiento recurrente de desánimo o desesperanza

Criterio C: Si hay periodos libres de los síntomas señalados en A y B durante los dos años requeridos, no constituyen más de dos meses seguidos.

Criterio D: No existen antecedentes de episodios depresivos mayores durante los dos primeros años de la enfermedad. Si antes de la aparición de la distimia se dio un episodio depresivo mayor, éste tendría que haber remitido por completo, con un periodo posterior al mismo, mayor de dos meses, libre de síntomas, antes del inicio de la distimia propiamente dicha.

Criterio E: No existen antecedentes de episodios maníacos, hipomaniacos o mixtos, ni se presentan tampoco los criterios para un trastorno bipolar.

Criterio F: No hay criterios de esquizofrenia, de trastorno delirante o consumo de sustancias tóxicas (véase adicción).

Criterio G: No hay criterios de enfermedades orgánicas.

Criterio H: Los síntomas originan malestar y deterioro de las capacidades sociales, laborales o en otras áreas del funcionamiento del paciente.

**Trastorno adaptativo con estado de ánimo depresivo o mixto (ansiedad y ánimo depresivo)**

Por trastorno adaptativo o depresión reactiva, se acepta la aparición de síntomas cuando ésta ocurre en respuesta a un acontecimiento vital

estresante, y no más allá de los tres meses siguientes a su aparición. Se habla de depresión reactiva cuando el cuadro es más grave de lo esperable o tiene mayor repercusión funcional de la que cabría esperar para ese factor estresante. Debe existir, entonces, un criterio de "desproporción" para su diagnóstico.

### **Trastorno depresivo no especificado (Código CIE – 10 F32.9)**

Se denomina trastorno depresivo no especificado a aquella situación en la que aparecen algunos síntomas depresivos, pero no son suficientes para el diagnóstico de alguno de los trastornos previos. Esta situación puede darse cuando existe un solapamiento de síntomas depresivos con un trastorno por ansiedad (síndrome ansioso-depresivo), en el contexto de un trastorno disfórico premenstrual o en cuadros de trastorno depresivo post-psicótico (residual) en la esquizofrenia.

### **I.5.- FORMULACIÓN DE HIPÓTESIS.**

- Existe una alta tasa de frecuencia de depresión en pacientes hospitalizados en los servicios de Cirugía y Medicina del Hospital Regional Docente las Mercedes, de enero a setiembre de 2012



## II.- MATERIALES Y MÉTODOS.

### II.1.- TIPO DE INVESTIGACIÓN

#### II.1.1.- Descripción del Estudio:

Estudio Transversal.

#### II.1.2.- Tipo de Investigación:

Descriptivo - prospectivo

#### II.1.3.- Enfoque:

Cuantitativo.

### II.2.- POBLACIÓN Y MUESTRA.

#### II.2.1.- Población:

La población de estudio estuvo constituida por pacientes hospitalizados con cualquier patología en los servicios de Cirugía y Medicina del HRDLM de Enero a Septiembre de 2012.

II.2.2.- Selección de la muestra:

Se seleccionaron los pacientes hospitalizados por diferentes enfermedades en los servicios de cirugía y Medicina del HRDLM

#### II.2.3.- Tamaño de la Muestra:

El tamaño de la muestra se determinó mediante el empleo de la siguiente fórmula:

Donde:

$$n = \frac{N * Z_{\alpha}^2 * p * q}{d^2 * (N - 1) + Z_{\alpha}^2 * p * q}$$

n = Tamaño de la muestra

N= Tamaño de la población (300)

z2 = Valor de z para intervalo de confianza o certeza Nivel de confianza de 95% (1.96)

p= proporción bajo estudio (referido a la unidad)

q= proporción de la característica complementaria (1-p)

d= precisión deseada (tolerancia de error) (0.05)

La prevalencia de Depresión en Pacientes Hospitalizados según Becerra, Cribillero y Flores (8) nos da un valor “p” es 0.21, y “q” será 0.79, dándonos un tamaño muestral de 138

$$n = \frac{300(1.96)^2(0.21)(0.79)}{(0.05)(0.05)(299) + (1.96)^2(0.21)(0.79)}$$

$$n = \frac{300(3.84)(0.17)}{(0.0025)(299) + (0.64)}$$

$$n = \frac{191.2}{1.3875}$$

$$n = 137.7 = 138$$

## **II.2.4.- Criterios de Inclusión y Exclusión:**

### **II.2.4.1.-Criterios de inclusión:**

- ❖ Pacientes hospitalizados por una enfermedad orgánica.
- ❖ Pacientes mayores de edad.
- ❖ Pacientes con capacidad cognitiva conservada.
- ❖ Pacientes con dos o más días de hospitalización.

### **II.2.4.2.- Criterios de exclusión:**

- ❖ No querer participar en el proyecto.
- ❖ Pacientes gestantes.
- ❖ Pacientes accidentados (tránsito o laboral).
- ❖ Pacientes con enfermedades por vectores.
- ❖ Pacientes por cirugías estéticas.

## **II.3.- TÉCNICA E INSTRUMENTO DE RECOLECCIÓN DE DATOS.**

### **II.3.1.- Descripción de los Instrumentos:**

**Inventario de Depresión de Hamilton:** La escala de valoración de Hamilton para la evaluación de la depresión (Hamilton depression rating scale (HDRS))

Se valora de acuerdo con la información obtenida en la entrevista clínica y acepta información complementaria de otras fuentes secundarias.

### **II.3.2.- Validez y Confiabilidad del Instrumento.**

Si bien su versión original constaba de 21 ítems, posteriormente se realizó una versión reducida con 17 ítems, que es la recomendada por el Instituto Nacional de Salud Mental de los Estados Unidos. La validación de la versión castellana de esta escala se realizó en 1986 por Ramos-Brieva. Diferentes evaluaciones han permitido comprobar la validez discriminante, la fiabilidad y la sensibilidad al cambio, tanto en poblaciones hospitalizadas como ambulatorios.

Cada cuestión tiene entre tres y cinco posibles respuestas, con una puntuación de 0-2 ó de 0-4 respectivamente. La puntuación total va de 0 a 52. Pueden usarse diferentes puntos de corte a la hora de clasificar el cuadro depresivo. La Guía de Práctica Clínica elaborada por el NICE, guía con una alta calidad global en su elaboración y una puntuación de "muy recomendada" según el instrumento AGREE, recomienda emplear los siguientes puntos de corte:

- No deprimido: 0-7
- Depresión ligera/menor: 8-13
- Depresión moderada: 14-18
- Depresión severa: 19-22
- Depresión muy severa: >23

Para la evaluación de la respuesta al tratamiento se ha definido como respuesta una disminución mayor o igual del 50% de la puntuación inicial de la escala, respuesta parcial como una disminución entre el 25-49% y una no respuesta como una reducción de menos del 25%. La remisión se ha considerado con una puntuación menor o igual a 7,

aunque hay resultados que apoyan que este punto de corte debería de tener un valor más bajo.

#### **II.4.- TECNICA PARA EL PROCESAMIENTO DE LA INFORMACIÓN.**

Después de aplicar el instrumento Los datos obtenido fueron procesados y analizados en el paquete estadístico SPSS versión 17.0 según orden de los objetivos planteados, los resultados fueron presentados en gráficos de barras cada uno de ellos con frecuencias absolutas, frecuencias relativas, desviación estándar.

#### **II.5.- ASPECTOS ÉTICOS.**

- Este trabajo fue respaldado por la Universidad “San Martín de Porres” y pasó una debida evaluación por parte del departamento encargado en la sede hospitalaria en la que se ejecutó.
- Consentimiento Informado: para la investigación se contó con un documento que contenía información relevante sobre el proyecto, con la confidencialidad del procesamiento de los datos y de la identidad del paciente; además, se brindó una explicación detallada acerca de la participación del sujeto, exponiendo el derecho de retiro en cualquier momento del proceso. (Anexo 1)
- Se contó con el permiso del Hospital Regional Las Mercedes para la realización de este proyecto.

### III.-RESULTADOS

TABLA N° 01

**NIVELES DE DEPRESIÓN EN PACIENTES HOSPITALIZADOS EN LOS  
SERVICIOS DE CIRUGÍA Y MEDICINA DEL HOSPITAL REGIONAL  
DOCENTE LAS MERCEDES. ENERO - SETIEMBRE 2012.**

<b>DEPRESIÓN PUNTUAL</b>		<b>N</b>	<b>%</b>
escala	Sin depresión	53	38.4
	Leve	41	29.7
	Moderado	38	27.5
	Severo	6	4.3
<b>TOTAL</b>		<b>138</b>	<b>100.0</b>

En la tabla 01, del 100% de los pacientes entrevistados, se observa que 53 (38,4) de pacientes no presentaron depresión, mientras que 41 (29.7%) pacientes resultaron con depresión leve, 38 (27.5%) con depresión moderada, y 6 (4.3%) pacientes con depresión severa.

**TABLA N°2**

**NIVELES DE DEPRESIÓN SEGÚN SEXO EN PACIENTES HOSPITALIZADOS  
EN SERVICIOS DE CIRUGIA Y MEDICINA HOSPITAL REGIONAL DOCENTE  
LAS MERCEDES. ENERO – SETIEMBRE 2012.**

ESCALA HAMILTON	SEXO		TOTAL			
	Masculino	Femenino				
N°	%	N°	%	N°	%	
Sin depresión	26	36.1	27	40.9	53	38.4
Leve	23	31.9	18	27.3	41	29.7
Moderado	23	31.9	15	22.7	38	27.5
Severo	0	0.0	6	9.1	6	4.3
TOTAL	72	100.0	66	100.0	138	100.0

**X<sup>2</sup>=8.07 p= 0-044**

En la tabla 02, se observa que **según sexo**, el 36.1% de varones y el 40.9% de mujeres no presentaron depresión, sin embargo en cuanto al nivel de depresión leve se observa que el 31.9% corresponde al sexo masculino y el 27.3% al femenino, en el nivel de depresión moderado se observa un 31.9% para el sexo masculino, mientras que el femenino es de 22.7% y por último se observa en el nivel de depresión severo un 0% en los varones, mientras en las mujeres se observa un 9.1%, no dio positivo en ninguno de los sexos para el nivel muy severo, existe diferencia estadísticamente significativa según el tipo de depresión y sexo.

**TABLA Nº 3**

**NIVELES DE DEPRESIÓN SEGÚN ESTADO CIVIL EN PACIENTES HOSPIITALIZADOS EN SERVICIOS DE CIRUGÍA Y MEDICINA DEL HOSPITAL REGIONAL DOCENTE LAS MERCEDES. ENERO – SETIEMBRE 2012.**

Escala Hamilton	Estado Civil					
	Soltero		Casado		Viudo / Divorciado	
	N	%	N	%	N	%
Sin Depresión	38	60.31	14	24.56	1	5.55
Leve	14	22.22	18	31.57	9	50
Moderado	9	14.28	25	43.85	4	22.22
Severo	2	3.17	0	0	4	22.22
TOTAL	63	100	57	100	18	100

En la tabla Nº 03, se observa que de acuerdo al estado civil, no se presentaron casos de depresión en el 60.31% de solteros, en el 24.5% de los casados, en el 0% de los separados y 9% de los viudos; sin embargo se encontró depresión leve en el 22.22% de los solteros, 31.57% en los casados, un 100% en los separados y un 18% en los viudos; los niveles de depresión moderada en los solteros fue de 14.28%, 43% en los casados, 0% en los separados y 36% en los viudos, mientras que en nivel de depresión severa 3% en los solteros y 36% en los viudos, en este aspecto epidemiológico no tuvimos resultados positivos para el nivel muy severo.



**TABLA N°4**

**NIVELES DE DEPRESIÓN SEGÚN GRADO DE INSTRUCCIÓN EN  
PACIENTES HOSPITALIZADOS EN LOS SERVICIOS DE  
CIRUGÍA Y MEDICINA DEL HOSPITAL REGIONAL DOCENTE  
LAS MERCEDES. ENERO- SETIEMBRE 2012**

Escala Hamilton	Grado de Instrucción							
	Analfabeto		Primaria		Secundaria		Superior	
	N	%	N	%	N	%	N	%
Sin Depresión	1	20	10	21.27	27	44.26	15	60
Leve	0	0	14	29.78	18	29.5	9	36
Moderado	3	60	18	38.29	16	26.22	1	4
Severo	1	20	5	10.63	0	0	0	0
TOTAL	5	100	47	100	61	100	25	100

En la tabla 04, se observa que no presentan depresión: el 21% de personas con grado de instrucción primaria, el 44% con instrucción secundaria, el 60% con nivel de instrucción superior y el 20% de analfabetos, en el nivel de depresión leve se ve que en grado de instrucción primaria presenta un 29%, 29% en grado de instrucción secundaria, 36% en grado superior y 0% en analfabetos; en el nivel moderado se ve 38% en grado de instrucción primaria, 26% en grado de instrucción secundaria, 4% en grado superior y 60% en analfabetos; y finalmente en el nivel de depresión severo un 10% en personas con grado de instrucción primaria, 0% en secundaria, 0% en superior y 20% en analfabetos, al igual que ítems anteriores no se encontraron casos con nivel de depresión muy severo.

**TABLA Nº 5**

**NIVELES DE DEPRESIÓN SEGÚN NIVEL SOCIOECONÓMICO EN LOS  
PACIENTES HOSPITALIZADOS EN LOS SERVICIOS DE  
CIRUGÍA Y MEDICINA DEL HOSPITAL REGIONAL DOCENTE  
LAS MERCEDES. ENERO – SETIEMBRE 2012**

Escala Hamilton	Nivel Socioeconómico					
	Bajo		Medio		Alto	
	N	%	N	%	N	%
Sin Depresión	29	35.36	14	34.14	10	66.66
Leve	20	24.39	16	39.02	5	33.33
Moderado	27	32.92	11	26.82	0	0
Severo	6	7.31	0	0	0	0
TOTAL	82	100	41	100	15	100

En la tabla 05, se observa que en el nivel socioeconómico bajo no presentan depresión el 35%, de igual manera el 34% de nivel socioeconómico medio y 66% de nivel socioeconómico alto; por otro lado se observa que en el nivel de depresión leve un 24% es de nivel socioeconómico bajo, 36% de nivel medio y 33% de nivel socioeconómico alto; la depresión moderada se manifiesta en un 32% de hospitalizados con nivel socioeconómico bajo, en el 26% con nivel socioeconómico medio, y 0% con nivel socioeconómico alto, y según el nivel de depresión severo solo el 7% es nivel socioeconómico bajo, sin embargo no tuvimos ningún resultado para nivel de depresión muy sev

**TABLA N° 6**

**NIVELES DE DEPRESIÓN SEGÚN EDAD EN PACIENTES HOSPITALIZADOS  
EL LOS SERVICIOS DE CIRUGÍA Y MEDICINA DEL HOSPITAL REGIONAL  
DOCENTE LAS MERCEDES. ENERO – SETIEMBRE 2012**

Escala	Edad					
	18-38		39-59		60- a mas	
Hamilton	N	%	N	%	N	%
Sin	37	69.81	12	30	4	8.8
Depresión	10	18.86	21	52.5	10	22.2
Leve	6	11.32	6	15	26	57.7
Moderado	0	0	1	2.5	5	11.11
Severo						
TOTAL	53	100	40	100	45	100

Fuente: Escala de depresión de Hamilton.

**$\chi^2=64.14$   $p= 0.00001$**

En la tabla N° 6 se observa que los pacientes jóvenes y adultos jóvenes tienen mayor nivel de normalidad 69%, sin embargo al comparar el nivel de depresión con otros grupos etareos mayores se observa que el nivel de depresión empeora directamente proporcional con la edad tal es el caso de las personas adultas mayores que tienen un nivel depresivo moderado y severo que corresponden a las edades de 60 años a más; **existiendo una notable diferencia estadística según edad avanzada.**

**TABLA N° 7**

**NIVEL DE DEPRESIÓN SEGÚN TIEMPO DE PADECIMIENTO DE LA PATOLOGÍA  
EN PACIENTES HOSPITALIZADOS EN LOS SERVICIOS DE CIRUGÍA  
Y MEDICINA DEL HOSPITAL REGIONAL DOCENTE LAS MERCEDES.  
ENERO SETIEMBRE 2012**

Escala Hamilton	Tiempo de Enfermedad			
	Temporal		Crónica	
	N	%	N	%
Sin Depresión	51	65.38	2	3.33
Leve	26	33.33	15	25
Moderado	1	1.28	37	61.66
Severo	0	0	6	10
TOTAL	78	100	60	100

Fuente: Escala de depresión de Hamilton.

**X<sup>2</sup>= 87.5 p= 0.00001**

En la tabla 07, se observa que de acuerdo con el tiempo de padecimiento de patología, no se encontraron casos de depresión en el 65% de hospitalizados por patología temporal, y en el 3% de los que padecen una patología crónica. Pero el 33 % de hospitalizados por patología temporal presenta un nivel de depresión leve, del mismo modo el 25 % que padece patología crónica presentan depresión leve; en el nivel de depresión moderado el 1% padece una patología temporal y un 61% padece una patología crónica; y en el nivel severo 0% padece patología temporal frente al 10% que sufre una patología crónica. En este ítem no se obtuvieron resultados para nivel de depresión muy severo; **existe gran diferencia estadística según tiempo de enfermedad.**

**TABLA N° 08**

**ASOCIACIÓN ENTRE ANTECEDENTES FAMILIARES DE DEPRESIÓN Y PRESENCIA DE DEPRESIÓN EN PACIENTES HOSPITALIZADOS EN LOS SERVICIOS DE CIRUGÍA Y MEDICINA DEL HOSPITAL REGIONAL DOCENTE LAS MERCEDES. ENERO SETIEMBRE 2012**

Escala Hamilton	Antecedente Familiar							
	Ninguno		1° Grado		2° Grado		3° Grado	
	N	%	N	%	N	%	N	%
Sin Depresión	43	46.23	1	33.33	7	18.42	2	33.33
Leve	26	24.73	1	33.33	14	40	0	0
Moderado	20	21.5	1	33.33	13	34.21	4	66.66
Severo	4	4.3	0	0	2	5.26	0	0
TOTAL	93	100	3	100	38	100	6	100

Fuente: Escala de depresión de Hamilton.

En la tabla N° 08, Se muestra la asociación entre los antecedentes familiares de depresión y la presencia de ésta, Observándose que el 46% de pacientes que no tienen antecedentes familiares de depresión no tienen depresión. Así mismo no presentaron depresión el 33%de hospitalizados que tiene un familiar en primer grado con antecedentes de depresión, el 18% de hospitalizados que tiene un familiar en segundo grado con antecedentes de depresión y el 33% que tiene un familiar en tercer grado con antecedentes de depresión.

Los casos de depresión leve se encuentran en el 24% de los pacientes que no tienen antecedentes familiares de depresión, en el 33% de los pacientes que tienen un familiar en primer grado con antecedentes de depresión, en el 40% de los pacientes que tienen antecedentes familiares en segundo grado de depresión ningún paciente presente familiar en tercer grado con antecedente de depresión; Para el nivel de depresión moderada el 21% de los pacientes presentan depresión moderada, sin tener antecedentes familiares, el 33% de los pacientes tienen familiar en primer grado con antecedentes de depresión, 44% de los pacientes tienen familiar en segundo grado con antecedentes de depresión, 66% de los pacientes tiene familiar en tercer grado con antecedentes de depresión, para el nivel de depresión severo, el 4% de los pacientes no tiene familiares con antecedentes de depresión, ningún paciente presento familiar en primer grado con antecedente de depresión, 5% de los pacientes tiene familiar en segundo grado con antecedente de depresión, y ningún paciente tiene familiar en tercer grado con antecedente de depresión. Para este ítem no se obtuvo ningún paciente con nivel de depresión muy severo con antecedentes de familiar con depresión.

#### IV.- DISCUSIÓN

Algunos datos presentados en el estudio confirman varios hallazgos previos y añaden información adicional; así, en este estudio se encontró una incidencia en la muestra del 61.5% de síntomas depresivos evaluados por la escala de depresión Hamilton esto se asemeja a las cifras indicadas en las investigaciones de Fullerton, Florenzano y Acuña, (2000) y Mogollón, Jinete, Moreno y Álvarez (2005) en pacientes tanto de atención primaria como en una muestra hospitalaria, respectivamente.

Asimismo, es de indicar que la incidencia de depresión en este estudio es alta ya que constituyó más de la mitad de la muestra evaluada; sin embargo cabe resaltar que ninguna de estas personas recibe actualmente atención psicológica ni tratamiento con antidepresivos, lo cual es alarmante dado que las consecuencias de la depresión en los pacientes hospitalizados dificultan la adhesión al tratamiento (Christensen y Ehlers, 2002; Tellez y Estefan, 2003) hacen más lenta la recuperación del paciente (Rosenberger, Jokl y Ickovics, 2006 y Tellez y Estefan, 2003), alteran el pronóstico y curso de la enfermedad (Franco, Gómez, Ocampo, Vargas y Berrios, 2005), incrementan el riesgo de mortalidad (Panzarino 1998; Rodríguez y Puerta, 1995 y Tellez y Estefan, 2003), aumenta el número de días de hospitalización (Franco, Gómez, Ocampo, Vargas y Berrios, 2005) y por consiguiente los costos económicos de la enfermedad (Caballero, 2004; Silk, 2001). Estos resultados manifiestan que existe similitud entre la población estudiada en los ensayos anteriores y nuestro estudio.

Asimismo, Patten (2001) encontró que el riesgo de desarrollar depresión era mayor en un 4% en pacientes con enfermedades médicas crónicas. Debido a

esta situación, Campo (1999) agrega que la evaluación de la depresión en el contexto hospitalario se debe realizar teniendo en cuenta, principalmente, la detección de síntomas cognitivos.

Las comparaciones en la muestra total, en los diferentes niveles de Depresión de la Escala de Depresión Hamilton, permitieron identificar una diferencia significativa relacionada con los antecedentes familiares de depresión para las personas que sí tienen familia con esta psicopatología; este hallazgo es respaldado por las investigaciones de Sullivan, Neale y Kendler (2000), quienes sustentan que las personas con antecedentes familiares con depresión tienen más probabilidad de presentar depresión que la población general; además, agregan que la herencia es un factor influyente en la depresión entre un 31% y un 42%. Asimismo, Serrano (2002), propone que es importante profundizar en los antecedentes familiares, ya que el descartar la ausencia de éstos, puede orientar de una manera más efectiva la intervención clínica.

Otra diferencia se relaciona con el estado civil de los pacientes. Este dato es interesante, al no ser referido habitualmente en la literatura, y es llamativo, ya que distintas investigaciones señalan que las relaciones personales inadecuadas es un factor de riesgo de la depresión; además, Chappa (2006) plantea que la reducción de relaciones interpersonales conlleva a un mayor índice de incidencia de síntomas depresivos; por lo anterior, se esperaba que esta variable mostrara una mayor puntuación en los pacientes viudos o separados. En la muestra clínica se observó que los pacientes solteros o casados muestran una tendencia mayor a la depresión moderada en comparación a los separados o viudos. Por lo tanto, al comparar este último dato con lo referido en la muestra total, se concluye que la falta de pareja no se



establece como un factor relevante para la muestra total, pero sí lo es para la severidad en el grado de depresión. Es decir, a mayor gravedad de síntomas, mayor influencia de la pareja. Asimismo, Bartrop, Luckurt, Lazarus, Kilh y Penny (1977, citados por Vera y Buela Casal, 1999), mencionan que la tristeza y el estrés que se vivencia tras la pérdida del cónyuge conlleva a una reducción de la respuesta linfoproliferativa lo que afecta el sistema inmunológico.

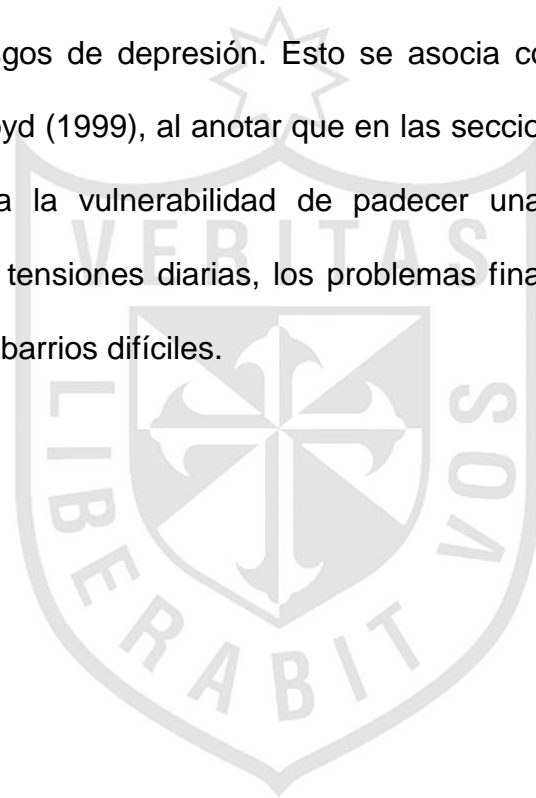
Con relación al sexo, las mujeres presentan mayor riesgo de depresión ya que mostraron una mayor tendencia en las puntuaciones. Esto coincide con la literatura, donde distintos autores exponen una prevalencia de depresión dos o tres veces mayor en mujeres que en hombres (Gómez et al., 2004; Hernández et al., 2001; Muñoz et al., 2005).

En el grupo de edades, la adultez tardía se convirtió en otra variable común en cuanto a la tendencia a puntuar más alto en la Escala de Depresión de Hamilton, se evidenció que los adultos mayores presentaron una puntuación sobresaliente. 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; además, en aquellos adultos mayores que padecen alguna enfermedad médica la probabilidad de padecer depresión es del 40% (Romero, 2006).

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. Estos resultados son similares a los hallazgos de Matud, Guerrero y Matías (2006);

Lorant, et al. (2003) y Rodríguez y Puerta (1995). 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.

En la muestra se identificó que los pacientes con un nivel socioeconómico alto presentaron una puntuación baja en la escala de depresión de Hamilton. A partir de esto puede inferirse que las condiciones de vivienda e ingresos óptimos disminuyen los riesgos de depresión. Esto se asocia con lo que dice Samei (2000); Turner y Lloyd (1999), al anotar que en las secciones más pobres de la sociedad aumenta la vulnerabilidad de padecer una enfermedad mental ocasionada por las tensiones diarias, los problemas financieros y la dinámica que se viven en los barrios difíciles.



## V.- CONCLUSIONES

- Existe alta frecuencia de Depresión en Pacientes hospitalizados en los servicios de Cirugía y Medicina del Hospital Regional Docente las Mercedes.
- Los aspectos epidemiológicos como: Edad, Sexo, Nivel Socioeconómico, Grado de Instrucción, Estado Civil, se asocia con la aparición de Depresión y el grado de severidad de ésta en los pacientes hospitalizados.
- En pacientes con antecedentes familiares de Depresión los niveles de severidad de depresión es mayor.
- El tiempo de cronicidad de la enfermedad aumenta la aparición de depresión.

#### IV.- RECOMENDACIONES

- Implementar programas de Salud mental y apoyo Psicológico en los establecimientos de Salud para mejorar la atención y restablecer de manera óptima la salud del paciente hospitalizado.
- Realizar convenios y facilitar el trabajo intersectorial con organizaciones que trabajen para mejorar la salud mental del paciente hospitalizado.
- Promover e incentivar la realización de trabajos de investigación en el campo de la salud mental del paciente hospitalizado; contribuyendo de ésta manera a brindar atención de salud con calidad y calidez en nuestro País.

## VI.- BIBLIOGRAFÍA

- (1) Aragonés, E., Labad, A. y Piñol, J.L. .Estudio de los trastornos depresivos en atención primaria. Tesis doctoral, Universitat Rovira i Virgili, Reus, España. 2005
- (2) Fernández, C. Depresión y enfermedad médica (I). Medicina General, 2001;38:823-826.
- (3) Lorant, V., Deliége, D., Eaton, W., Robert, A., Phillpot, P. y Anseau, M. Socioeconomic inequalities in depression: A meta-analysis. American Journal of Epidemiology. USA 2005; 157:98-112.
- (4) Christensen, A.J. y Ehlers, S.L. Psychological factors in end-stagerenalDisease: an emerging context for behavioral medicine research. Journal of ConsultingandClinicalPsychology,Washintong. 2002; 70:712-724.
- (5) Franco, J. G., Gómez, P. E., Ocampo, M.V., Vargas, A. y Berrios, D. M. Prevalencia de trastornos psiquiátricos en pacientes medicoquirúrgicos hospitalizados en la Clínica Universitaria Bolivariana de Medellín, Colombia. **2005**;186-193.
- (6) Fullerton, C., Florencio, R. y Acuña, J. Comorbilidad de enfermedades médicas crónicas y trastornos psiquiátricos en una población de consultantes en el nivel primario de atención. Revista Médica deChile,2000; 128:729-734.

- (7) Goodwin, R., Kroenke, K., Hoven, C. y Spitzer, R. (2003). Major depression physical illness and suicidal ideation in primary care. *Psychosomatic Medicine, California* 2003; 65; 501-505.
- (8) Becerra, J, Cribillero M. y Flores Y. Nivel de conocimientos en familiares de pacientes con depresión en el Instituto Nacional de Salud Mental Honorio Delgado Hideyo Noguchi. Tesis doctoral, Universidad Peruana Cayetano Heredia, Lima. 1998.
- (9) Riveros, M., Bohórquez A., Gómez, C. y Okuda, M. Conocimientos sobre la depresión en pacientes que asisten a centros de atención primaria en Bogotá, Colombia. Resultados colombianos del proyecto internacional de depresión. *Revista Colombiana de Psiquiatría*, 2006;35:9-22.
- (10) Posada, J., Aguilar, S., Magaña, C. y Gómez L. Prevalencia de los trastornos mentales y uso de servicios: resultados preliminares del estudio nacional de salud mental: Colombia. *Revista Colombiana de Psiquiatría* 2004, 33:241-62.
- (11) Vicente, B., Rioseco, P., Valdivia, S., Kohn, R. y Torres, S. Estudio chileno de prevalencia de patología psiquiátrica (DSM-III-R/CIDI) (E CPP). *Revista Médica de Chile* 2002;130:527-536.
- (12) Rodríguez, C.E. y Puerta, G. Prevalencia de síntomas de depresión y ansiedad en los pacientes de consulta no psiquiátrica. *Revista Colombiana de Psiquiatría* 1995; .26: 273-288.
- (13) Rodríguez, B., Ortiz, A., Palao, A., Avedillo, C., Sánchez, A. y Chinchilla, C. (2002). Síntomas de ansiedad y depresión en un grupo de pacientes

- oncológicos y en sus cuidadores. *European Journal Psychiatry*2002;16:27-38.
- (14) Arroll, B., Khin, N., y Kerse, N. Screening for depression in primary care with two verbally asked questions: Cross sectional study. *British Medical Journal*, 2003;327:1144-1146.
- (15) Hernández, E., Lastra, S., Urbina, M., Carreira, I. y Lima, L. Serotonin, 5-hidroxiindoleacetic acid and serotonin transporter in blood peripheral lymphocytes of patients with generalized anxiety disorder. *J. Int. Immunopharmacol*, 2002;. 2(7): 893-900.
- (16) Ferketick, A. K., Schwartzbaum, J. A., Frid, D. J. y Moeschberger, M. L. Depression as an antecedent to heart disease among women and men in the NHANES I study. *National Health and Nutrition Examination Survey 2000*.
- (17) Tsuang MT, Bar JL, Stone WS, Faraone SV. Gene-environment interactions in mental disorders. *World Psychiatry*, 2004 June; 73-83.
- (18) American Psychiatry Association. *DSM-IV. Manual diagnóstico y estadístico de los trastornos mentales. 3a. ed. Washington: APA.2000*
- (19) Vélez D, Lucumí M , y Santamaría Y. *Evaluación de la depresión en pacientes hospitalizados. Pontificia Universidad Bolivariana – Bucaramanga.2008.*

### III.-ANEXOS

#### ANEXO 1.- CONSENTIMIENTO INFORMADO

CONSENTIMIENTO INFORMADO							
<p>Yo ..... con D.N.I., .....He leído la hoja informativa que me ha sido entregada. He tenido oportunidad de efectuar preguntas sobre el estudio.He recibido respuestas satisfactorias. He recibido suficiente información en relación con el estudio. Entiendo que la participación es voluntaria.</p> <p>Entiendo que puedo abandonar el estudio:</p> <ul style="list-style-type: none"><li>• Cuando lo desee.</li><li>• Sin que tenga que dar explicaciones.</li><li>• Sin que ello afecte a MIS cuidados médicos.</li></ul> <p>También he sido informado de forma clara, precisa y suficiente de los siguientes extremos que afectan a los datos personales que se contienen en este consentimiento y en la ficha o expediente que se abra para la investigación:</p> <ul style="list-style-type: none"><li>•Estos datos serán tratados y custodiados con respeto a mi intimidad y a la vigente normativa de protección de datos.</li><li>•Sobre estos datos me asisten los derechos de acceso, rectificación, cancelación y oposición que podré ejercitar mediante solicitud ante el investigador responsable en la dirección de contacto que figura en este documento.</li></ul> <p>Declaro que he leído y conozco el contenido del presente documento, comprendo los compromisos que asumo y los acepto expresamente. Y, por ello, firmo este consentimiento informado de forma voluntaria para <b>MANIFESTAR MI DESEO DE PARTICIPAR EN ESTE ESTUDIO DE INVESTIGACIÓN SOBRE “FRECUENCIA DE DEPRESIÓN EN PACIENTES HOSPITALIZADOS POR DIFERENTES PATOLOGÍAS EN HRDLM”</b>, hasta que decida lo contrario. Al firmar este consentimiento no renuncio a ninguno de mis derechos. Recibiré una copia de este consentimiento para guardarlo y poder consultarlo en el futuro.</p> <table border="0" style="width: 100%;"><tr><td style="width: 30%; text-align: center;"><div style="border: 1px solid black; width: 100px; height: 100px; margin: 0 auto;"></div><p>Huella Digital</p></td><td style="width: 35%; text-align: center;"><p>_____</p><p>Firma del paciente</p></td><td style="width: 35%; text-align: center;"><p>_____</p><p>Firma del entrevistador</p></td></tr><tr><td></td><td colspan="2" style="text-align: center;"><p>Fecha:</p></td></tr></table>		<div style="border: 1px solid black; width: 100px; height: 100px; margin: 0 auto;"></div> <p>Huella Digital</p>	<p>_____</p> <p>Firma del paciente</p>	<p>_____</p> <p>Firma del entrevistador</p>		<p>Fecha:</p>	
<div style="border: 1px solid black; width: 100px; height: 100px; margin: 0 auto;"></div> <p>Huella Digital</p>	<p>_____</p> <p>Firma del paciente</p>	<p>_____</p> <p>Firma del entrevistador</p>					
	<p>Fecha:</p>						



## ANEXO 2.- ESCALA DE DEPRESIÓN DE HAMILTON

### Escala de Hamilton para la Depresión (validada por Ramos-Brieva y cols<sup>181</sup>)

Items	Criterios operativos de valoración
1. Humor deprimido (tristeza, depresión, desamparo, intensidad)	<p>0. Ausente</p> <p>1. Estas sensaciones se indican solamente al ser preguntado</p> <p>2. Estas sensaciones se relatan oral y espontáneamente</p> <p>3. Sensaciones no comunicadas verbalmente, es decir, por la expresión facial, la postura, la voz y la tendencia al llanto</p> <p>4. El paciente manifiesta estas sensaciones en su comunicación verbal y no verbal de forma espontánea</p>
2. Sensación de culpabilidad	<p>0. Ausente</p> <p>1. Se culpa a si mismos, cree haber decepcionado a la gente</p> <p>2. Ideas de culpabilidad, o meditación sobre errores pasados o malas acciones</p> <p>3. La enfermedad actual es un castigo. Ideas delirantes de culpabilidad</p> <p>4. Oye voces acusatorias o de denuncia y/o experimenta alucinaciones visuales amenazadoras</p>
3. Suicidio	<p>0. Ausente</p> <p>1. Le parece que la vida no merece la pena ser vivida</p> <p>2. Desearía estar muerto o tiene pensamientos sobre la posibilidad de morir</p> <p>3. Ideas de suicidio o amenazas</p> <p>4. Intentos de suicidio (cualquier intento serio se califica 4)</p>
4. Insomnio precoz	<p>0. Ausente</p> <p>1. Dificultades ocasionales para dormirse, por ejemplo, más de media hora</p> <p>2. Dificultades para dormirse cada noche</p>
5. Insomnio medio	<p>0. Ausente</p> <p>1. El paciente se queja de estar inquieto durante la noche</p> <p>2. Está despierto durante la noche; cualquier ocasión de levantarse de la cama se califica 2 (excepto si está justificada: orinar, tomar o dar medicación, etc.)</p>
6. Insomnio tardío	<p>0. Ausente</p> <p>1. Se despierta a primeras horas de la madrugada pero vuelve a dormirse</p> <p>2. No puede volver a dormirse si se levanta de la cama</p>
7. Trabajo y actividades	<p>0. Ausente</p> <p>1. Ideas y sentimientos de incapacidad. Fatiga o debilidad relacionadas con su actividad, trabajo o aficiones</p> <p>2. Pérdida de interés en su actividad, aficiones, o trabajo, manifestado directamente por el enfermo o indirectamente por desatención, indecisión y vacilación</p> <p>3. Disminución del tiempo dedicado a actividades o descenso en la productividad</p> <p>4. Dejó de trabajar por la presente enfermedad</p>
8. Inhibición (lentitud de pensamiento y de la palabra, empeoramiento de la concentración, actividad motora disminuida)	<p>0. Palabra y pensamiento normales</p> <p>1. Ligero retraso en el diálogo</p> <p>2. Evidente retraso en el diálogo</p> <p>3. Diálogo difícil</p> <p>4. Torpeza absoluta</p>
9. Agitación	<p>0. Ninguna</p> <p>1. "Juega" con sus manos, cabellos, etc.</p> <p>2. Se retuerce las manos, se muerde las uñas, los labios, se tira de los cabellos, etc.</p>
10. Ansiedad psíquica	<p>0. No hay dificultad</p> <p>1. Tensión subjetiva e irritable</p> <p>2. Preocupación por pequeñas cosas</p> <p>3. Actitud aprensiva aparente en la expresión o en el habla</p> <p>4. Terrores expresados sin preguntarle</p>

Items	Criterios operativos de valoración
11. Ansiedad somática	0. Ausente 1. Ligera 2. Moderada 3. Grave 4. Incapacitante Signos fisiológicos concomitantes de la ansiedad como: ~ Gastrointestinales: boca seca, flatulencia, diarrea, eructos, retortijoes ~ Cardiovasculares: palpitaciones, cefalealgias ~ Respiratorios: Hiperventilación suspiros ~ Frecuencia urinaria ~ Sudoración
12. Síntomas somáticos gastrointestinales	0. Ninguno 1. Pérdida de apetito, pero come sin necesidad de que estimulen. Sensación de pesadez en el abdomen 2. Dificultad en comer si no se le insiste. Solicita o necesita laxantes o medicación intestinal para sus síntomas gastrointestinales
13. Síntomas somáticos generales	0. Ninguno 1. Pesadez en las extremidades, espalda o cabeza. Dorsalgias, cefalealgias, algias musculares. Pérdida de energía y fatigabilidad 2. Cualquier síntoma bien definido se califica 2
14. Síntomas genitales	0. Ausente 1. Débil 2. Grave 3. Incapacitante Síntomas como ~ Pérdida de la libido ~ Trastornos menstruales
15. Hipcondría	0. No la hay 1. Preocupado de sí mismo (corporalmente) 2. Preocupado por su salud 3. Se lamenta constantemente, solicita ayudas, etc. 4. Ideas delirantes hipocóndricas
16. Pérdida de peso (completar A o B)	A. Según manifestaciones del paciente (primera evaluación) 0. No hay pérdida de peso 1. Probable Pérdida de peso asociada con la enfermedad actual 2. Pérdida de peso definida (según el enfermo) B. Según pesaje hecho por el psiquiatra (evaluaciones siguientes) 0. Pérdida de peso inferior a 500 g en una semana 1. Pérdida de peso de más de 500 g en una semana 2. Pérdida de peso de más de 1 kg en una semana (por término medio)
17. <i>insight</i> (conciencia de enfermedad)	0. Se da cuenta de que está deprimido y enfermo 1. Se da cuenta de su enfermedad pero atribuye la causa a la mala alimentación, clima, exceso de trabajo, virus, etc. 2. Niega que esté enfermo

## ANEXO 4: HOJA DE RECOLECCIÓN DE DATOS

### HOJA DE RECOLECCIÓN DE DATOS

#### A.- DIMENSIÓN EPIDEMIOLÓGICA

1.- Servicio:

---

2.-Codigo del paciente:

---

3.- Edad en años cumplidos:

4.- Sexo:(1) MASCULINO (2) FEMENINO

5.-Estado Civil:

- Soltero
- Casado
- Separado
- Viudo

6.- Grado de Instrucción:

- Primaria : \_\_\_ Completa     \_\_\_ Incompleta
- Secundaria: \_\_\_ Completa     \_\_\_ Incompleta
- Superior: \_\_\_ Completa     \_\_\_ Incompleta

7.- Ocupación Actual:

---

**8.- Nivel Socioeconómico:**

- Menos de 800
- Entre 800 y 2000
- Más de 2000

**9.- Antecedentes de Familiares con Depresión:**

- Ninguno
- Familiar de 1º Grado:
- Familiar de 2º Grado:
- Familiar de 3º Grado:

**10.- Diagnóstico de Hospitalización (Motivo de hospitalización):** \_\_\_\_\_ (CIE 10: \_\_\_\_\_)

**B.- DIMENSIÓN DE TRANSTORNO DEPRESIVO:**

**1.- Escala de Depresión de Hamilton:** \_\_\_\_\_ puntos

- No deprimido: 0-7
- Depresión ligera/menor: 8-13
- Depresión moderada: 14-18
- Depresión severa: 19-22
- Depresión muy severa: >23