

UNIVERSIDAD NACIONAL JORGE BASADRE GROHMANN - TACNA

Facultad de Ciencias de la Salud

Escuela Profesional de Medicina Humana

PREVALENCIA DE DEPRESIÓN EN PACIENTES HOSPITALIZADOS  
EN EL SERVICIO DE MEDICINA INTERNA DEL HOSPITAL  
HIPÓLITO UNANUE DE TACNA FEBRERO 2020

TESIS

Presentada por:

Bach. Jhon Dennis López Vásquez

Para optar el Título Profesional de:

**MÉDICO CIRUJANO**

TACNA - PERÚ

2020

**UNIVERSIDAD NACIONAL JORGE BASADRE GROHMANN**  
**Facultad De Ciencias De La Salud**  
**Escuela Profesional De Medicina Humana**

**PREVALENCIA DE DEPRESIÓN EN PACIENTES  
HOSPITALIZADOS EN EL SERVICIO DE MEDICINA  
INTERNA DEL HOSPITAL HIPÓLITO UNANUE DE TACNA  
FEBRERO 2020**

**TESIS**

**Presentada por:**

**BACH. JHON DENNIS LÓPEZ VÁSQUEZ**

**Para optar el Título Profesional de:**

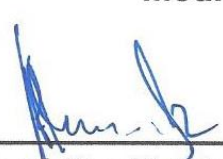
**MÉDICO CIRUJANO**

**Aprobado por C/ WAXI MEDADO, ante el siguiente jurado**

  
\_\_\_\_\_  
**Méd. Jorge Eliseo López Claros**  
**PRESIDENTE**

  
\_\_\_\_\_  
**Dra. Zulma Boluarte Silva**  
**MIEMBRO**

  
\_\_\_\_\_  
**Méd. Héctor Apaza Coronel**  
**MIEMBRO**

  
\_\_\_\_\_  
**Méd. José Revilla Urquiza**  
**ASESOR**

## **DEDICATORIA**

Dedicado a mi madre, María Vásquez y a mis hermanas Mayumi y Andrea que a pesar de todas las adversidades siempre me apoyaron y confiaron en mí.

## **AGRADECIMIENTOS**

A mi madre, María, que siempre luchó por mi futuro y bienestar sin importar lo duro de su largo camino.

A mi hermana, Mayumi, que siempre creyó en mi capacidad.

## CONTENIDO

DEDICATORIA.....	iii
AGRADECIMIENTOS.....	iv
RESUMEN.....	vii
ABSTRACT.....	viii
INTRODUCCIÓN.....	1
CAPÍTULO I: PLANTEAMIENTO DEL PROBLEMA.....	3
1.1. Descripción del problema.....	3
1.2. Formulación del problema.....	6
1.3. Justificación e importancia.....	6
1.4. Alcances y limitaciones.....	7
1.5. Objetivos.....	7
1.6. Hipótesis.....	8
CAPÍTULO II: MARCO TEÓRICO.....	9
2.1. Antecedentes del estudio.....	9
2.2. Bases teóricas.....	14
CAPÍTULO III: MARCO METODOLÓGICO.....	29
3.1. Tipo y diseño de la investigación.....	29
3.2. Población y muestra.....	29
3.3. Instrumentos.....	31

3.4. Recolección de datos.....	33
3.5. Procesamiento y análisis de datos.....	34
3.6. Operacionalización de variables.....	36
CAPÍTULO IV: DE LOS RESULTADOS.....	38
4.1. Resultados.....	38
4.2. Discusión.....	52
CONCLUSIONES.....	55
RECOMENDACIONES.....	56
REFERENCIAS BIBLIOGRÁFICAS.....	57
ANEXOS.....	61

## RESUMEN

**Objetivo:** Determinar la prevalencia de depresión que existe en los pacientes hospitalizados en el servicio de Medicina Interna del Hospital Hipólito Unanue de Tacna Febrero 2020. **Marco metodológico:** Se realizó un estudio descriptivo de corte transversal, buscando determinar la prevalencia de punto en cuanto a depresión. A los pacientes que se encontraban hospitalizados en el Servicio de Medicina Interna del Hospital Hipólito Unanue de Tacna se aplicó la Prueba de Depresión de Beck-II. **Resultados:** Se evaluaron 42 pacientes conformados por varones (59,5%) y mujeres (40,5%), la prevalencia de depresión fue de 69,1% en ambos sexos. La depresión fue más prevalente en pacientes con grado de instrucción primario y además en mujeres solteras. **Conclusiones:** Existe una alta prevalencia de depresión en pacientes hospitalizados, las pacientes mujeres en relación a los varones obtuvieron mayores niveles de depresión siendo además de mayor gravedad, también se encontró mayor incidencia de depresión en pacientes con menor grado de instrucción y en mujeres solteras hospitalizadas.

**Palabras clave:** Depresión, Prueba de Depresión de Beck-II, estado civil, grado de instrucción.

## ABSTRACT

**Objective:** To determine the prevalence of depression that exists in hospitalized patients in the Internal Medicine service of Hipólito Unanue Hospital in Tacna February 2020. **Methods:** A descriptive cross-sectional study was carried out, seeking to determine the point prevalence in terms of depression. The Beck-II Depression Test was applied to the patients who were hospitalized in the Internal Medicine Service of the Hospital. **Results:** We evaluated 42 patients made up of men (59,5%) and women (40,5%), the prevalence of depression was 69,1% in both sexes. Women compared to men obtained a higher average score on the Beck-II Depression Test. Depression was more prevalent in patients with primary education and also single women. **Conclusions:** There is a high prevalence of depression in hospitalized patients, female patients in relation to men obtained higher percentages of depression as well as in patients with less education and single hospitalized women.

**Keywords:** Depression, Beck-II Depression Test, marital status, degree of instruction.

## INTRODUCCIÓN

La depresión representa la enfermedad más resaltante entre los trastornos mentales en la población en general, se calcula que afecta a más de 300 millones de personas en todo el mundo, estas cifras además de preocupantes representan un problema de salud pública de gran costo dado la morbilidad y discapacidad que esta genera en los pacientes contribuyendo a un deterioro en diferentes ámbitos.

La complejidad en relación a la etiología de la depresión indica que están presentes diversos factores psicosociales, genéticos y biológicos que en relación probable a algún evento desencadenante se genere un cambio en la fisiología neurotransmisora cerebral viéndose reflejada en la clínica básicamente por una tristeza persistente y una falta de interés o placer.

La depresión se ha mantenido constante y en ascenso siendo incuestionable que por sus características y la condición que provoca sea un problema serio que pueda concluir en la mayor y peor complicación de esta enfermedad, el suicidio, que en más de una ocasión el médico ha enfrentado en la práctica clínica y que nos obliga a reconsiderarla constantemente.

La frecuencia de la depresión se ve reflejada en la consulta diaria y en el ámbito hospitalario con una mayor prevalencia; por ello el paciente hospitalizado además de las diferentes patologías que este pueda presentar, siendo en una gran parte concomitante con enfermedades crónicas, son vulnerables a presentar depresión generándose consecuencias a corto y largo plazo de peor pronóstico no solo a nivel patológico si no influyendo también en los costos de atención, los días de estancia hospitalaria y la adherencia al tratamiento establecido.

Entendiendo la importancia que implica la relación entre el paciente hospitalizado y la depresión es menester y de responsabilidad médica investigarla.

# **CAPÍTULO I**

## **PLANTEAMIENTO DEL PROBLEMA**

### **1.1. DESCRIPCIÓN DEL PROBLEMA**

La Organización Mundial de la Salud (OMS) calcula que la magnitud del problema en relación a los trastornos mentales o de conducta es de 450 millones de personas las cuales sufren algún tipo de estas enfermedades, además entre las causas principales y conformando la mayoría de años asociada a algún tipo de discapacidad tiene en su causa a estos trastornos neuropsiquiátricos que entre ellos conforman la depresión, trastornos generados por el abuso de alcohol, esquizofrenia y trastorno bipolar. Se calcula que padecen depresión en algún momento dado de su vida más de 150 millones de personas. Se predice que el número de personas con este tipo de trastornos mentales aumentara con el transcurso de los años conformen pasen por las etapas más alejadas de la vida y resultado de diversos problemas sociales. La prevalencia en relación a la depresión en la población general es elevada variando desde un 3% a un 10%, sin embargo, al añadirse una enfermedad crónica es más elevada. (1)

En el Perú las enfermedades neuropsiquiátricas ocupan el primer puesto en relación a la pérdida de años de vida saludables con un total de 1 010 594 años perdidos, siendo el 17,5% del total de carga de enfermedad, por cada mil habitantes 33,5 años perdidos. La depresión unipolar causante de la pérdida de 224 535 Años de Vida Saludables (AVISAS) es el trastorno mental que más impacto produce siendo estos AVISAS el 3,9% del total y generándose 7,5 años perdidos por cada mil habitantes, especialmente por la discapacidad que produce. (2)

En la población de Tacna la prevalencia anual de algún trastorno mental es del 20,2%, siendo además la prevalencia anual del episodio depresivo de 6,2% esto aunado a que la brecha en el acceso a servicios de salud por morbilidad mental es del 86,6% hace preocupante tal situación. (3)

La influencia generada por las diversas enfermedades que el paciente hospitalizado puede padecer genera una vulnerabilidad para presentar trastornos depresivos con mucha más frecuencia contribuyendo negativamente no solo en los diferentes ámbitos de recuperación de este sino en gastos hospitalarios, generándose una retroalimentación.

En la sociedad y la familia existe un alto impacto generado por los trastornos mentales que algún individuo pueda padecer deteriorando su vida diaria. Aproximadamente más de un 20% de las personas a nivel mundial padecerá de un trastorno afectivo en alguna etapa de su vida y que además requiera tratamiento médico. En el año actual 2020, en relación a la etiología de los años de vida saludable perdidos a nivel mundial se predice a la depresión ocupando el segundo lugar y el primero si hablamos de países del primer del primer mundo. Es necesaria una serie de decisiones de manera óptima en la que se analice profundamente las alternativas en el manejo que estén disponibles para la prevención, diagnóstico y tratamiento como parte del manejo de estas enfermedades generándose medidas de control. (4)

Entendiendo esta enfermedad se puede ver que es un problema de salud pública al implicar la salud y el bienestar del paciente que lo padece además de su familia, generando gastos económicos inevitables consecuencia de una caída en el ingreso del individuo de su productividad y su participación laboral, lo cual contribuye a la economía nacional y al aumento de gasto en salud, por todo esto se

torna necesario el estudio de la depresión en el paciente hospitalizado. (5)

## **1.2. FORMULACIÓN DEL PROBLEMA**

¿Cuál es la incidencia de depresión en los pacientes hospitalizados en el servicio de Medicina Interna del Hospital Hipólito Unanue de Tacna en febrero del año 2020?

## **1.3. JUSTIFICACIÓN E IMPORTANCIA**

Es necesario conocer la incidencia de depresión en los pacientes hospitalizados en el servicio de Medicina Interna del Hospital Hipólito Unanue de Tacna, para poder valorar el impacto que esta conlleva en el paciente y así poder realizar una intervención conjunta entre el equipo de salud con el fin de un tratamiento integral mejorando su calidad de vida de estos y además enfocando en un futuro de manera clave en relación a los diversos gastos que pueda generar en el ámbito hospitalario siendo este tipo de población vulnerable a presentarla por sus características intrínsecas.

#### **1.4. ALCANCES Y LIMITACIONES**

La trascendencia de esta investigación radica en permitir conocer la incidencia de depresión de la muestra de la población estudiada, que posteriormente podría utilizarse para ver la magnitud de este problema y con ello la aplicación de un tratamiento multidisciplinario, pues muchas veces es sub-diagnosticada. El presente estudio servirá como referencia de uno de los dos hospitales principales de la ciudad de Tacna.

Dadas las características propias del paciente hospitalizado existieron dificultades en relación a la recolección de la información, pero finalmente estas no fueron un impedimento.

#### **1.5. OBJETIVOS**

##### **1.5.1. OBJETIVO GENERAL**

Determinar la prevalencia de depresión que existe en los pacientes hospitalizados en el servicio de Medicina Interna del Hospital Hipólito Unanue de Tacna Febrero 2020.

### **1.5.2. OBJETIVOS ESPECÍFICOS**

- Determinar la prevalencia de depresión en el paciente hospitalizado.
- Determinar la relación que existe entre depresión y factores como sexo, grado de instrucción y estado civil en el paciente hospitalizado.

### **1.6. HIPÓTESIS**

Dado que el diseño de la investigación que se ejecutó es descriptivo, no existe la necesidad de plantear una hipótesis pues no se someterá a prueba alguna (verificación de hipótesis), como si sucedería en un estudio de carácter analítico.

## **CAPÍTULO II**

### **MARCO TEÓRICO**

#### **2.1. ANTECEDENTES DEL ESTUDIO**

##### **2.1.1. NIVEL INTERNACIONAL**

**Casal MC y Pérez, “Morbilidad psiquiátrica en los pacientes hospitalizados en medicina y cirugía”. Cuba. 2019.** Hallaron que la solicitud de interconsulta psiquiátrica fue mayor en el sexo femenino 53,44% en relación al sexo masculino 46,56% y que la edad de estos pacientes variaba principalmente entre 60 y 79 años, siendo el motivo de mayor frecuencia la depresión 24,86% y siendo los diagnósticos orgánicos predominantes la hipertensión arterial, diabetes y accidentes cerebrovasculares, finalmente existió mayor solicitud de manejo psiquiátrico de los pacientes hospitalizados en medicina interna 60,84% en relación a los de cirugía 39,16%. (6)

**Cardozo OM, et al. “Depresión y factores de riesgo asociados en pacientes geriátricos hospitalizados”. Paraguay. 2017.** Observaron que un 88,3% de los pacientes presentó depresión

siendo de este un 50,0% leve. El 95,0% presentaba dependencia para las actividades instrumentales de la vida diaria y un 86,7% para las actividades básicas. Además estudiaron factores de riesgo hallando entre la depresión y la dependencia funcional una asociación. Finalmente concluyendo que la depresión fue elevada teniendo un impacto importante en el paciente, su familia y la institución. (7)

**Prieto SE, et al. “Depresión de inicio tardío en el adulto mayor hospitalizado en un hospital de segundo nivel”. México. 2016.**

Encontraron una frecuencia de inicio tardío del 55%, siendo las mujeres de mayor predisposición y dependencia funcional para las actividades básicas de la vida diaria, además siendo la diabetes mellitus la comorbilidad más común. Además otro estudio realizado en el año 2015 titulado “Estrés y depresión asociados a la no adherencia al tratamiento en pacientes con Diabetes Mellitus tipo 2”, hallaron que un 65% de los pacientes presentó estrés, depresión 26% y la falta de adherencia al tratamiento fue de un 82%. El control glucémico se vio afectado en los pacientes con estrés junto con una falta de apego al tratamiento interrelacionándose estas dos para

concluir finalmente que el estrés se asocia a un mal apego al tratamiento en la diabetes Mellitus tipo 2. (8) (9)

**Preciado NY, et al. “Ansiedad, depresión, estrés y apoyo social percibido en el proceso de hospitalización”. Colombia. 2018.**

Encontraron un 55% de depresión y 16% de ansiedad, en el cual se percibió un mayor apoyo social por parte de su familia. En relación a las variables sociodemográficas los pacientes adultos varones solteros con hospitalización prolongada presentaron una mayor depresión. La ansiedad y el estrés percibido fueron mayores en mujeres solteras en las que el tiempo de hospitalización fue corto. El apoyo social percibido en hombres adultos fue menor pero solo en los que eran casados y tenían una hospitalización promedio. (10)

**Moreira A, et al. “Depresión asociada al apoyo social, estancia hospitalaria y patología médica en pacientes ingresados en hospital de clínicas”. Uruguay. 2018.**

Encontraron que más del 50% de pacientes presentó algún grado de depresión, siendo un 73,7% en los que presentaban apoyo social escaso pues se observó en estos la existencia de síntomas depresivos, principalmente de tipo moderada y leve; además siendo la incidencia elevada en

pacientes con estancia hospitalaria prolongada. Finalmente resaltan una fuerte existencia de depresión en pacientes oncológicos, cardiovasculares y quirúrgicos. (11)

**Jácome LP, Cajo MF. “Nivel de depresión en pacientes con Esclerosis Múltiple del Hospital Carlos Andrade Marín”. Ecuador. 2018.** Estudiaron pacientes de consulta externa que acudían al hospital mencionado en los cuales se hallaron que la depresión alcanza un porcentaje de 40% en su niveles leve, moderados y severos, siendo el más común con un porcentaje de 18% el de nivel leve; finalmente el estudio recomienda investigaciones más a fondo de este enfoque para conocer mejor el estado psicológico de tales pacientes. (12)

### **2.1.2. NIVEL NACIONAL**

**Bello LE, Lizárraga AG. “Frecuencia de depresión mayor subdiagnosticada y factores relacionados en pacientes adultos hospitalizados en dos hospitales generales”. Lima-Perú. 2016.** Hallaron un 20,3% de pacientes con depresión sub-diagnosticada, siendo un 14% del Hospital Cayetano Heredia y 26,7% en el Hospital

Arzobispo Loayza, además se encontró una relación significativa entre el estado civil y la sede hospitalaria con depresión subdiagnosticada. Concluyendo finalmente que la depresión subdiagnosticada existe en los hospitales mencionados, hallándose además una asociación significativa entre el estado civil y la sede hospitalaria en relación a la depresión mayor. Recomiendan implementar un sistema de tamizaje ante las patologías psiquiátricas dada su frecuencia. (13)

**De la Cruz CYC, et al. “Depresión en adultos mayores con enfermedades crónicas en un hospital general”. Lima-Perú. 2017.** Encontraron una frecuencia de depresión del 64,96% de los cuales 40,17% fue leve y 29,0% con depresión moderada. Además en relación al género las mujeres lo presentaron en un 74,65%. Los que vivían solos la presentaron en un 23% y los desempleados en un 75,71%. Los pacientes con hipertensión arterial un 85,71% además los que padecían de diabetes mellitus tipo 2 en un 77,36% y en 54,24% de los pacientes con deterioro cognitivo leve. Concluyendo finalmente que es alta la depresión en los pacientes adultos mayores con enfermedad crónica y está en relación también con otros factores como la edad, estado civil y actividad laboral. (14)

## **2.2. BASES TEÓRICAS**

La depresión pertenece a un grupo de enfermedades que engloban los trastornos de humor y del estado de ánimo cuyas manifestaciones clínicas son un conjunto de síntomas que implican cambios bruscos del humor, irritabilidad, falta de entusiasmo y una sensación de profunda angustia, todo esto en unos niveles elevados. Además puede existir la pérdida del placer de actividades que solían disfrutar, así como un déficit cognitivo pudiéndose evidenciar por los que lo rodean en los cuales se incluyen un deterioro en el pensamiento junto a una excesiva autocrítica. (15)

Entonces podemos ver que la característica principal es una tristeza patológica. La cual se distingue de una tristeza considerada normal que aparece ante un factor desencadenante evidente. Por lo cual esta se desencadena sin una causa externa explicada y/o en una intensidad superior a lo esperado ante un problema o adversidad. Así mismo esta se relaciona con otros sentimientos que concomitantemente se presentan en variable intensidad. En ciertos casos el paciente puede padecer una sensación de pérdida de sentimientos pues se ve implicada la falta del placer junto con desmotivación ante las cosas o

su entorno, asociándose así mismo ideas de desamparo y de negatividad. (16)

La depresión se ha impuesto como la etiología más importante de discapacidad en el mundo en relación a los AVISA, pues en los diferentes etapas de la vida los trastornos depresivos se han caracterizado por una alteración en el estado de ánimo, irritabilidad, cambios en el sueño, falta de interés en su entorno, sentimientos de desamparo y negatividad, disminución de la energía así como un déficit en la concentración, alteraciones del apetito e ideación suicida. (15)

Se calcula que el trastorno del estado de ánimo será presentado por una de cada cinco personas a lo largo de su vida produciendo discapacidad de igual magnitud a la de una enfermedad orgánica crónica, pudiendo además impactar en la recuperación de los pacientes que la padecen la cual se ve reflejada en una mortalidad elevada en comparación con la población en general la cual no deriva solamente del suicidio. (17)

Actualmente la etiología de los trastornos depresivos es multifactorial, por tanto es una enfermedad en la que influyen diferentes factores

moduladores internos, genéticos, ambientales y psicológicos. Podemos apreciar entonces que la complejidad de su etología viene dada por una interrelación entre estos factores con relevancia variable de cada uno de estos y en relación al tipo de depresión que pueden presentar los pacientes. (18)

En relación al enfoque biopsicosocial se cree que la depresión acontece en respuesta a interacciones trascendentes que guardan relación con lo personal y social de la persona. Como hemos mencionado entonces se están estudiando factores que pueden predisponer a padecer depresión como los emocionales, genéticos y biológicos que junto con factores desencadenantes como el estrés pueden desencadenar y perpetuar la depresión. (19)

Estudios realizados en gemelos ha evidenciado el factor hereditario como parte de los trastornos del humor, siendo la implicancia que los familiares más cercanos como son los de primer grado tienen tres veces más probabilidades de sufrir un trastorno depresivo en relación a la población en general. (20)

La presencia de una alteración en el equilibrio de los neurotransmisores cerebrales como la serotonina, noradrenalina, acetilcolina y endorfinas es evidenciado en diversos estudios. Además se ha encontrado una hipersensibilidad de los receptores postsinápticos ante niveles disminuidos de serotonina o noradrenalina. Estudios han encontrado que hay una disminución en el metabolito de la noradrenalina, 3 metoxi-4-hidroxifenilglicol, en sangre y orina de pacientes con depresión junto con una baja recaptación de serotonina, por otro lado la dopamina se asoció a mayor riesgo de depresión cuando esta se encuentra en niveles bajos. También se ha estudiado el factor endocrino en los cuales se ve implicado el cortisol cuando existe una hipersecreción de este, además un decaimiento de la hormona tiroidea nocturna, disminución de la hormona de crecimiento hiperplasia suprarrenal e hipofisaria junto con alteraciones del eje hipotálamo-hipofisario-tiroideo. (19)

Desde el punto de vista psicológico se han hallado factores implicados en el desencadenamiento y perpetuación del trastorno depresivo como lo son el entorno psicosocial y eventos en la infancia del paciente todos estos de importancia en la evaluación de cada paciente con depresión. (20)

La depresión es por tanto según el modelo cognitivo de Beck un procesamiento distorsionado de manera negativa de la realidad. Estando implicada una visión negativa del yo, del mundo y del futuro la cual es denominada como triada cognitiva. Esto siendo causante de la perpetuación y el empeoramiento de la clínica depresiva. (19)

Se ha visto que ciertos rasgos de la personalidad como lo es la neurótica tiene relación con un mayor riesgo de depresión mayor incrementándose los casos y recaídas en este tipo de paciente aumentando la posibilidad de que en un futuro estos pueda desarrollar depresión ante eventos sombríos de su vida. (21)

Los factores más importantes de tipo estresantes y psicosociales que aumentan el riesgo y pueden precipitar la depresión son:

- Abuso (físico/psíquico/sexual/abandono) en la infancia. Siendo el ambiente superior a la genética en importancia.
- Dolor crónico o enfermedad médica.
- Estresantes psicosociales (viudedad, divorcio, soledad, duelo, acontecimientos vitales negativos, escasez de recursos socioeconómicos, situación laboral).

- Los fármacos o sustancias de abuso también incrementan el riesgo de depresión: reserpina, betabloqueantes, corticosteroides, cocaína, anfetaminas, sedantes y alcohol. (22)

Actualmente, son más empleados los sistemas de clasificación como el DSM (Manual diagnóstico y estadístico de los trastornos mentales) propuesto por la APA (American Psychiatric Association) y la CIE (Clasificación Internacional de las Enfermedades) generada por la OMS. En el capítulo que describe los trastornos depresivos del DSM-V (que es la última versión, publicada en 2013) se distinguen diferentes entidades clínicas:

- trastorno de desregulación disruptiva del estado de ánimo;
- trastorno de depresión mayor (incluye el episodio depresivo mayor);
- trastorno depresivo persistente (distimia);
- trastorno disfórico premenstrual;
- trastorno inducido por una sustancia o medicamento;
- trastorno depresivo debido a otra afección médica;
- otro trastorno depresivo especificado y
- trastorno depresivo no especificado.

No están incluidas otros trastornos con características depresivas como el trastorno bipolar. El trastorno de depresión mayor es la más resaltante de estas entidades, y una de las enfermedades psiquiátricas más frecuentemente diagnosticadas. La depresión mayor representa una condición clínica algo variable con predominio del patrón recurrente, asociada a un deterioro de la calidad de vida, altos costes sanitarios y farmacológicos, una gran carga de sufrimiento personal y familiar, frecuentes comorbilidades, mayor riesgo de suicidio y una elevada tasa de mortalidad. (16)

Para establecer el diagnóstico se requiere que los síntomas estén presentes al menos durante dos semanas. A continuación se presentan los criterios diagnósticos del trastorno de depresión mayor según los criterios del DSM-V: (16)

A. Cinco (o más) de los síntomas siguientes que deben estar presentes durante el mismo período de dos semanas y representan un cambio del funcionamiento previo; al menos uno de los síntomas es (I) estado de ánimo deprimido o (II) pérdida de interés o de placer. No se deben incluir síntomas que se pueden atribuir claramente a otra afección médica:

- Estado de ánimo deprimido la mayor parte del día, casi todos los días, según se desprende de la información subjetiva (por ejemplo, se siente triste, vacío, sin esperanza) o de la observación por parte de otras personas (p. ej., se le ve lloroso). En niños y adolescentes, el estado de ánimo puede ser irritable.
- Disminución importante del interés o el placer por todas o casi todas las actividades la mayor parte del día, casi todos los días (como se desprende de la información subjetiva o de la observación).
- Pérdida importante de peso sin hacer dieta o aumento de peso (p. ej., modificación de más del 5% del peso corporal en un mes) o disminución o aumento del apetito casi todos los días. En los niños, considerar el fracaso para el aumento de peso esperado.
- Insomnio o hipersomnia casi todos los días.
- Agitación o retraso psicomotor casi todos los días (observable por parte de otros; no simplemente la sensación subjetiva de inquietud o de enlentecimiento).
- Fatiga o pérdida de energía casi todos los días.

- Sentimiento de inutilidad o culpabilidad excesiva o inapropiada (que puede ser delirante) casi todos los días.
- Disminución de la capacidad para pensar o concentrarse, o para tomar decisiones, casi todos los días (a partir de la información subjetiva o de la observación por parte de otras personas).
- Pensamientos de muerte recurrentes (no solo miedo a morir), ideas suicidas recurrentes sin un plan determinado, intento de suicidio o un plan específico para llevarlo a cabo.

B. Los síntomas causan malestar clínicamente significativo o deterioro en lo social, laboral u otras áreas importantes del funcionamiento.

C. El episodio no se puede atribuir a los efectos fisiológicos de una sustancia o de otra afección médica. Los Criterios A-C constituyen un episodio de depresión mayor.

D. El episodio de depresión mayor no se explica mejor por un trastorno esquizoafectivo, esquizofrenia, un trastorno esquizofreniforme, trastorno delirante u otro trastorno especificado o

no especificado del espectro de la esquizofrenia y otros trastornos psicóticos.

E. Nunca ha habido un episodio maníaco o hipomaníaco.

#### Criterios diagnósticos para Episodio Depresivo, CIE-10 (23)

A. El episodio depresivo debe durar al menos dos semanas.

B. No ha habido síntomas hipomaniacos o maniacos suficientes para cumplir los criterios del episodio hipomaniaco o maniaco en ningún período de la vida del individuo.

C. Criterio de exclusión con más frecuencia: El episodio no es atribuible a abuso de sustancias psicoactivas o a trastorno mental orgánico.

- Síndrome Somático

Comúnmente se considera que algunos síntomas depresivos, aquí denominados “somáticos” tienen un significado clínico

especial (en otras clasificaciones se usan términos como biológicos, vitales o melancólicos).

Puede utilizarse un quinto carácter para especificar la presencia o ausencia del síndrome somático. Para poder codificar el síndrome somático deben estar presentes cuatro de los siguientes síntomas:

- Pérdida de interés o capacidad para disfrutar importantes, en actividades que normalmente eran placenteras.
- Ausencia de reacciones emocionales ante acontecimientos o actividades que normalmente provocan una respuesta emocional.
- Despertarse en la mañana dos o más horas antes de la hora habitual
- Empeoramiento matutino del humor depresivo.
- Presencia objetiva de enlentecimiento psicomotor o agitación (observada o referida por terceras personas)
- Pérdida marcada de apetito

- Pérdida de peso (5% o más del peso corporal en el último mes)
- Notable disminución la libido.

### **Factores de riesgo**

- Sexo

Considerado como el más consistente pues en todos los estudios para la depresión mayor es el sexo. El trastorno depresivo mayor es unas dos veces más frecuente en mujeres en todas las culturas y países.

- Raza y cultura

Se ha encontrado cierta diferencia en las manifestaciones clínicas con mayor frecuencia de somatizaciones en los países en vías de desarrollo. No se observan diferencias significativas de prevalencia entre las distintas razas y culturas.

- Edad

La edad puede variar pues el trastorno depresivo mayor puede comenzar a cualquier grupo etario, aunque la edad promedio de comienzo del trastorno depresivo mayor está alrededor de los 40

años y el 50% de los pacientes inician el trastorno entre los 20 y los 50 años.

- Estado civil

La depresión mayor es más frecuente en personas que están separadas o divorciadas o que no tienen relaciones interpersonales cercanas.

- Clase social

No se ha detectado ninguna correlación entre el nivel socioeconómico y el trastorno depresivo mayor, aunque parece más frecuente en las áreas rurales que en las urbanas e inversamente proporcional al grado de instrucción disminuyendo la sintomatología. (17)

El suicidio es la más importante y principal complicación. Esta entidad va desde los pensamientos que los pacientes puedan tener de tipo autodestructivos, posteriormente tentativas suicidas de variable letalidad y para finalmente terminar en la consumación de este. Según estadísticas es más frecuente en el grupo etario mayor de 65 años con un incremento

exponencial en los casos de suicidio y además siendo 2 a 3 veces más frecuente en el sexo masculino. (24)

Se ha visto que las tentativas suicidas son más frecuentes en los pacientes jóvenes y mujeres en relación de tres a uno. Cada año se calcula aproximadamente casi un millón de víctimas además de los intentos fallidos que puedan presentarse (con unas diez a veinte por cada muerte). Podemos apreciar entonces la importancia y el riesgo inminente del suicidio fundamentalmente en pacientes que ya han presentado tentativas fallidas. Por todo esto es que actualmente el suicidio se ha convertido en un importante problema de salud pública y que por su característica gradual es prevenible en gran medida. (25)

Con frecuencia se ha descrito que la depresión puede exacerbar la salud de los pacientes que la padecen siendo básicamente un empeoramiento de sus enfermedades crónicas o una peor recuperación en relación a enfermedades agudas sobre todo en pacientes del ambiente hospitalario. Se ha visto asociada la diabetes mellitus, procesos atópicos y respiratorios, úlcera péptica, enfermedades cardiovasculares, neurológicas como el Parkinson, y en una peor evolución de diversas enfermedades que se puedan presentar concomitantemente, produciéndose además en un grupo

etario específico como los ancianos un deterioro cognitivo más acusado. (26)

Cabe resaltar que solamente la depresión sin necesidad de la coexistencia de enfermedades orgánicas que pueda presentar el paciente, se asocia a una mayor mortalidad global, la cual es mayor en hombres que en mujeres (probablemente debido a la mayor frecuencia de suicidios) y es más frecuente en los pacientes geriátricos con una peor evolución. (27)

## **CAPÍTULO III**

### **MARCO METODOLÓGICO**

#### **3.1. TIPO Y DISEÑO DE LA INVESTIGACIÓN**

Se hizo un estudio descriptivo de corte transversal, buscando determinar indicadores de niveles de depresión, como síntomas, mas no como enfermedad pues la depresión puede encontrarse en diversos trastornos tales como estados depresivos, trastorno bipolar y distimia.

#### **3.2. POBLACIÓN Y MUESTRA**

##### **3.2.1. Unidad de análisis**

La unidad de análisis es el paciente hospitalizado en el servicio de Medicina Interna del Hospital Hipólito Unanue de Tacna en Febrero 2020.

### **3.1.1. Tamaño de muestra**

El tamaño de la muestra no fue calculado mediante probabilidades, sino de manera aleatoria o por conveniencia (muestreo no probabilístico). Este tipo de muestreo se realizó en función del reducido número de pacientes que constituyeron nuestra población de estudio. La muestra estuvo constituida por todos los pacientes hospitalizados que se encontraban en el servicio de Medicina Interna del Hospital Hipólito Unanue de Tacna, que cumplían con los criterios de inclusión y que no se hallaban en el grupo de quienes tenían criterios de exclusión.

### **3.1.2. Tipo de muestreo**

Muestreo no probabilístico (muestreo dirigido)

### **3.1.3. Procedimiento de muestreo**

Se realizó un muestreo por conveniencia, para ello se consideró a todos los pacientes hospitalizados en el servicio de Medicina Interna del Hospital Hipólito Unanue de Tacna al día 24 de febrero 2020 y

se les informó brevemente acerca del estudio a realizarse, procediendo a incluir a aquellos que otorgaban su Consentimiento Informado para formar parte del mismo, a los cuales se les aplicó el instrumento: Prueba de Depresión de Beck-II.

#### **3.1.4. Criterios de inclusión**

- Pacientes hospitalizados en el servicio de Medicina Interna del Hospital Hipólito Unanue de Tacna por una enfermedad orgánica.
- Pacientes con más de 24 horas de hospitalización.
- Pacientes que den su Consentimiento Informado.

#### **3.1.5. Criterios de exclusión**

- Pacientes con negativa de participar en el presente estudio.

### **3.3. INSTRUMENTOS**

- Prueba de Depresión de Beck-II: Este estudio usó la versión española traducida y adaptada por Sanz, Navarro y Vázquez en el

año 2003. Cada ítem tiene opciones de respuesta en una escala de 0 a 3 puntos, excepto los ítems 16 (cambios en el patrón de sueño) y 18 (cambios en el apetito) que contienen 7 opciones. Si una persona ha elegido varias opciones de respuesta en un ítem, se toma la opción a la que corresponde la puntuación más alta. Las puntuaciones mínima y máxima en el test son 0 y 63. Los niveles de severidad de depresión corresponden a la sumatoria de los 21 ítem: depresión mínima (0-13); depresión leve (14-19), depresión moderada (20- 28), depresión grave ( $\geq 29$ ) puntos. Cabe resaltar que esta prueba califica de depresión mínima (puntaje de 0 a 13) al rango de estado de ánimo normal. La prueba de Depresión de Beck-II con sus ítems que lo conforman tiene como objetivo hallar un enfoque cognitivo de la depresión, contrario a otras pruebas como la prueba MINI (Mini Entrevista Neuropsiquiátrica Internacional), así mismo cubre todos los criterios diagnósticos sintomáticos del DSM-IV para el trastorno depresivo mayor y el distímico, lo que respalda su validez de contenido.

- Cuestionario: donde se recogen datos respecto a edad, género, estado civil, nivel de instrucción, etc.

## **3.4. RECOLECCIÓN DE DATOS**

### **3.4.1. Prueba piloto**

Se realizó con anticipación una prueba piloto con el fin de obtener información en torno a si las preguntas del instrumento eran claras y entendibles para los encuestados y si la interpretación era correcta.

Sus principales objetivos fueron:

- Analizar la idoneidad del instrumento
- Determinar la extensión de la encuesta (instrumento) o el tiempo requerido para completarla.
- Determinar la calidad de la tarea del encuestador.

A cada paciente considerado para la prueba piloto se dio una encuesta posteriormente se observó el tiempo en el cual estos empleaban para terminar la encuesta y se realizaron interrogantes acerca de si fue clara o hubo cierta dificultad en la comprensión de las preguntas.

### **3.4.2. Aplicación de la encuesta**

En relación al tiempo utilizado para la aplicación del instrumento se tomó en cuenta los resultados adquiridos en la prueba piloto así mismo se guio en las preguntas de dificultad interpretativa en los pacientes.

Posteriormente se realizó la creación de una base de datos con las respuestas recolectadas en las cuentas de los pacientes que luego fueron analizadas estadísticamente a través del paquete de análisis estadístico para la investigación (SPSS). Cabe resaltar que la aplicación del instrumento fue realizada en un solo día a cada paciente, en una sola oportunidad por ser un estudio de tipo transversal. Esta aplicación del instrumento se realizó el día 24 de Febrero del 2020.

### **3.5. PROCESAMIENTO Y ANÁLISIS DE DATOS**

Los datos obtenidos se ingresaron en una hoja de cálculo en MS – Excel 2010, para ser procesados a través del Paquete Estadístico SPSS versión 20.

En relación al nivel de depresión en los pacientes se realizó el análisis univariado y fue representada usando una distribución de frecuencias y porcentajes (%); y el bivariado de depresión versus los diferentes factores asociados como: género, estado civil, nivel educativo y enfermedad médica.

Para la representación de los datos se utilizó tablas además de determinarse frecuencias, medidas de tendencia central y estimación de proporciones.

### 3.6. OPERACIONALIZACIÓN DE VARIABLES

#### 3.6.1. Variables principales: Nivel de Depresión (variable resultante)

<i>VARIABLE</i>	<i>DEFINICIÓN OPERACIONAL</i>	<i>TIPO</i>	<i>CATEGORÍAS</i>	<i>ESCALA DE MEDICIÓN</i>	<i>INSTRUMENTO DE MEDICIÓN</i>
Nivel de Depresión	Presencia de trastorno depresivo	Cualitativa Politómica	Ausente Leve Moderada Grave	Ordinal	BDI-II

**3.6.2. Variables Secundarias: Edad, Grado de Instrucción, Género, Estado civil, Enfermedad médica (variables predictoras)**

<i>VARIABLE</i>	<i>DEFINICIÓN OPERACIONAL</i>	<i>TIPO</i>	<i>CATEGORÍAS</i>	<i>ESCALA DE MEDICIÓN</i>	<i>INSTRUMENTO DE MEDICIÓN</i>
Edad	Edad el día del último cumpleaños	Cuantitativa continua	16-30 años; 31-45 ; 46-60; 61-75; 76-90; mayores de 90 años	Intervalo	Cuestionario
Grado de Instrucción	Nivel de estudios alcanzado	Cualitativa	Primaria Secundaria Superior	Ordinal	Cuestionario
Sexo	Sexo del encuestado	Cualitativa dicotómica	Masculino Femenino	Nominal	Cuestionario
Estado civil	Estado civil al momento de la encuesta	Cualitativa politómica	Soltero(a), Casado(a), Viudo(a), Divorciado(a)	Nominal	Cuestionario
Enfermedad médica subyacente	Patología motivo de la hospitalización	Cualitativa politómica	Digestiva, Respiratoria, Neurológica, Cardiológica, Renal	Nominal	Cuestionario

## **CAPÍTULO IV**

### **DE LOS RESULTADOS**

#### **4.1.RESULTADOS**

Se evaluaron 42 pacientes los cuales estuvieron conformados por 25 varones (59,5%) y 17 mujeres (40,5%), cabe resaltar que previamente se excluyeron 6 pacientes por no cumplir los criterios de inclusión establecidos. A continuación, se muestran los resultados representados en tablas y figuras.

**TABLA 01**

**PACIENTES HOSPITALIZADOS EN EL SERVICIO DE MEDICINA  
INTERNA DEL HOSPITAL HIPÓLITO UNANUE DE TACNA  
FEBRERO 2020 SEGÚN SEXO Y GRADO  
DE INSTRUCCIÓN**

<b>SEXO</b>	<b>PRIMARIA</b>		<b>SECUNDARIA</b>		<b>SUPERIOR</b>		<b>TOTAL</b>	
	<b>N°</b>	<b>%</b>	<b>N°</b>	<b>%</b>	<b>N°</b>	<b>%</b>	<b>N°</b>	<b>%</b>
Mujeres	11	65	5	29	1	6	17	100
Varones	8	32	14	56	3	12	25	100

Fuente: Cuestionario de depresión de Beck-II aplicado en los pacientes de Medicina Interna del HHUT.

El grado de instrucción predominante en las mujeres fue la primaria (65%), mientras que los varones con secundaria conformaron más de la mitad de estos (56%). El nivel de instrucción superior fue el menor representando apenas la décima parte de todos. Las mujeres con primaria fueron el doble de las que tenían secundaria, lo inverso sucedió en los varones siendo el nivel secundario casi el doble de los que tenían primaria. Los datos obtenidos son equiparables para posteriormente ser analizados junto con

el grado de depresión obtenidos en cada sexo en relación a su nivel de instrucción.

**TABLA 02**  
**PACIENTES HOSPITALIZADOS EN EL SERVICIO DE MEDICINA**  
**INTERNA DEL HOSPITAL HIPÓLITO UNANUE DE TACNA**  
**FEBRERO 2020 SEGÚN ESTADO CIVIL**

<b>ESTADO CIVIL</b>	<b>Frecuencia</b>	<b>Porcentaje</b>	<b>Porcentaje válido</b>	<b>Porcentaje acumulado</b>
Soltero	13	30,9%	30,9%	30,9%
Casado	19	45,3%	45,3%	76,2%
Viudo	6	14,3%	14,3%	90,5%
Divorciado	4	9,5%	9,5%	100,0%
Total	42	100,0%	100,0%	

Fuente: Cuestionario de depresión de Beck-II aplicado en los pacientes de Medicina Interna del HHUT.

En relación al estado civil, la mayoría de pacientes estaban casados siendo casi la mitad de todos (45,3%), mientras que los solteros conformaron la tercera parte (30,9%). Los pacientes viudos y divorciados obtuvieron los menores porcentajes siendo los últimos mencionados la minoría (9,5%).

**TABLA 03**  
**PACIENTES HOSPITALIZADOS EN EL SERVICIO DE MEDICINA**  
**INTERNA DEL HOSPITAL HIPÓLITO UNANUE DE TACNA**  
**FEBRERO 2020 SEGÚN ENFERMEDAD**

<b>ENFERMEDAD</b>	<b>Frecuencia</b>	<b>Porcentaje</b>	<b>Porcentaje válido</b>	<b>Porcentaje acumulado</b>
Digestiva	16	38,1%	38,1%	38,1%
Respiratoria	7	16,7%	16,7%	54,8%
Neurológica	2	4,7%	4,7%	59,5%
Renal	5	11,9%	11,9%	71,4%
Cardiológica	2	4,8%	4,8%	76,2%
Endocrinológica	7	16,7%	16,7%	92,9%
Otras	3	7,1%	7,1%	100,0%
Total	42	100,0%	100,0%	

Fuente: Cuestionario de depresión de Beck-II aplicado en los pacientes de Medicina Interna del HHUT.

La patología digestiva fue la predominante conformado más de la tercera parte del total (38,1%) seguida de la respiratoria y la endocrinológica.

**TABLA 04**  
**PACIENTES HOSPITALIZADOS EN EL SERVICIO DE MEDICINA**  
**INTERNA DEL HOSPITAL HIPÓLITO UNANUE DE TACNA**  
**FEBRERO 2020 SEGÚN NIVEL DE DEPRESIÓN**

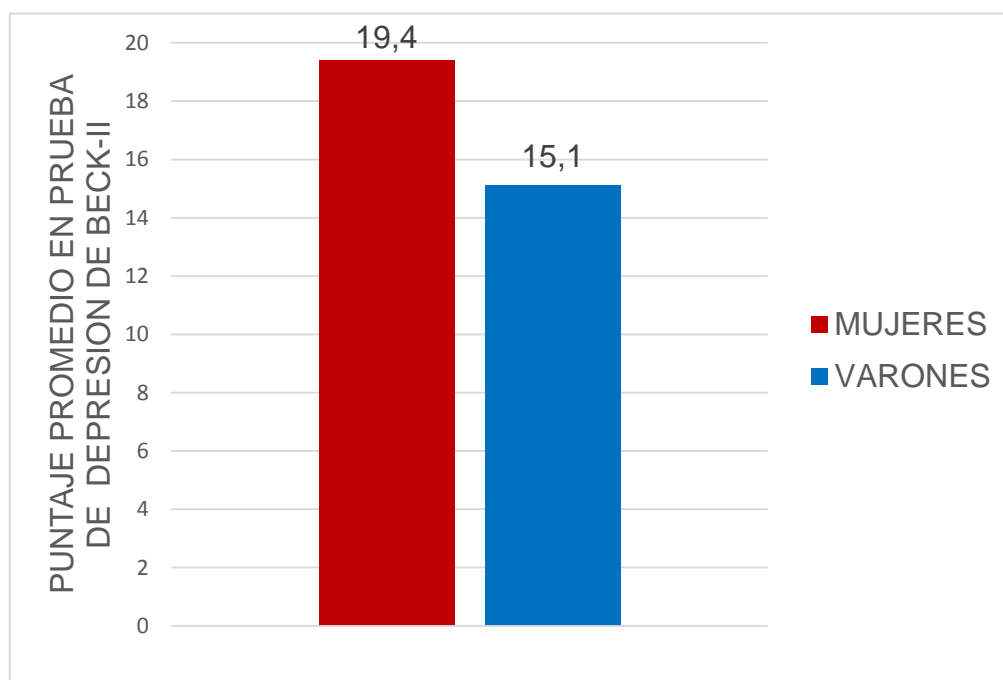
<b>NIVEL DE DEPRESIÓN</b>	<b>Frecuencia</b>	<b>Porcentaje</b>	<b>Porcentaje válido</b>	<b>Porcentaje acumulado</b>
Ausente	13	30,9%	30,9%	30,9%
Leve	19	45,3%	45,3%	76,2%
Moderada	4	9,6%	9,6%	85,8%
Severa	6	14,2%	14,2%	100,0%
Total	42	100,0%	100,0%	

Fuente: Cuestionario de depresión de Beck-II aplicado en los pacientes de Medicina Interna del HHUT.

En general se observa que el grado de depresión leve conformó el 45,3% siendo la predominante, la tercera parte no presentó grado alguno de depresión. Llama la atención el grado de depresión severa con un porcentaje del 14,2% siendo mayor al grado de depresión moderada la cual llega apenas a la décima parte de todos (9,6%). Más adelante se extenderá por sexos, grado de instrucción y estado civil el grado de depresión hallado.

## GRÁFICO 01

### PACIENTES HOSPITALIZADOS EN EL SERVICIO DE MEDICINA INTERNA DEL HOSPITAL HIPÓLITO UNANUE DE TACNA FEBRERO 2020 SEGÚN SEXO Y PROMEDIO DE PUNTAJES OBTENIDOS EN LA PRUEBA DE DEPRESIÓN DE BECK-II



Fuente: Cuestionario de depresión de Beck-II aplicado en los pacientes de Medicina Interna del HHUT.

En el gráfico se observa que el puntaje promedio obtenido en el test de depresión por las mujeres fue mayor en relación a lo obtenido por los varones siendo la diferencia de 2,3 puntos entre estos.

**TABLA 05**

**PACIENTES MUJERES HOSPITALIZADAS EN EL SERVICIO DE  
MEDICINA INTERNA DEL HOSPITAL HIPÓLITO UNANUE  
DE TACNA FEBRERO 2020 SEGÚN ESTADO CIVIL  
Y NIVEL DE DEPRESIÓN**

<b>ESTADO CIVIL</b>	<b>NIVEL DE DEPRESIÓN</b>							
	Ausente		Leve		Moderada		Severa	
	N°	%	N°	%	N°	%	N°	%
Soltera	3	75	0	0	1	50	3	75
Casada	1	25	2	28	1	50	1	25
Viuda	0	0	3	44	0	0	0	0
Divorciada	0	0	2	28	0	0	0	0
Total	4	100	7	100	2	100	4	100

Fuente: Cuestionario de depresión de Beck-II aplicado en los pacientes de Medicina Interna del HHUT.

Más de la mitad de las pacientes solteras presentó depresión (57%), en las casadas predominó la depresión leve (40%) al igual que en las pacientes

viudas y divorciadas. Así mismo vemos que los grados más altos de depresión pertenecieron a las pacientes solteras (75%) de las pacientes con depresión severa y además siendo el 50% de las pacientes con depresión moderada. El grado de depresión leve lo conformaron mayoritariamente las pacientes viudas (44%) seguidas de las pacientes casadas y divorciadas.

**TABLA 06**

**PACIENTES VARONES HOSPITALIZADOS EN EL SERVICIO DE  
MEDICINA INTERNA DEL HOSPITAL HIPÓLITO UNANUE  
DE TACNA FEBRERO 2020 SEGÚN ESTADO CIVIL  
Y NIVEL DE DEPRESIÓN**

<b>ESTADO CIVIL</b>	<b>NIVEL DE DEPRESIÓN</b>							
	Ausente		Leve		Moderada		Severa	
	Nº	%	Nº	%	Nº	%	Nº	%
Soltero	3	33	2	17	0	0	1	50
Casado	6	67	8	66	0	0	0	0
Viudo	0	0	0	0	2	100	1	50
Divorciado	0	0	2	17	0	0	0	0
Total	9	100	12	100	2	100	2	100

Fuente: Cuestionario de depresión de Beck-II aplicado en los pacientes de Medicina Interna del HHUT.

La mayoría de pacientes varones solteros no presentó depresión (50%), de los pacientes varones casados predominó la depresión leve (57%) siendo estos además las dos terceras (66%) partes del total de pacientes varones que obtuvieron depresión leve. En los pacientes viudos predominó la

depresión moderada (66%). En relación a la depresión severa podemos ver que fue conformada por pacientes viudos y solteros siendo cada uno la mitad de este grado de severidad de depresión. Asimismo, vemos que la gran mayoría de los pacientes que no tuvieron depresión fueron casados, siendo solo la tercera parte solteros (33%).

**TABLA 07**

**PACIENTES MUJERES HOSPITALIZADAS EN EL SERVICIO DE  
MEDICINA INTERNA DEL HOSPITAL HIPÓLITO UNANUE  
DE TACNA FEBRERO 2020 SEGÚN GRADO DE  
INSTRUCCIÓN Y NIVEL DE DEPRESIÓN**

<b>GRADO DE INSTRUCCIÓN</b>	<b>NIVEL DE DEPRESIÓN</b>							
	Ausente		Leve		Moderada		Severa	
	N°	%	N°	%	N°	%	N°	%
Primaria	1	25	5	71	2	100	3	75
Secundaria	2	50	2	29	0	0	1	25
Superior	1	25	0	0	0	0	0	0
Total	4	100	7	100	2	100	4	100

Fuente: Cuestionario de depresión de Beck-II aplicado en los pacientes de Medicina Interna del HHUT.

La mayoría de pacientes mujeres con primaria presentó depresión siendo la de grado leve la predominante (45%). Las pacientes con nivel de instrucción superior no presentaron grado alguno de depresión. La depresión severa fue conformada mayormente (66%) por las pacientes con primaria y la parte restante (33%) por las pacientes con secundaria. La

depresión moderada fue conformada en su totalidad (100%) por las pacientes con primaria. La mayoría de las pacientes con depresión leve eran de nivel de instrucción primario (71%) y en menor medida las de secundaria (29%).

**TABLA 08**

**PACIENTES VARONES HOSPITALIZADOS EN EL SERVICIO DE  
MEDICINA INTERNA DEL HOSPITAL HIPÓLITO UNANUE  
DE TACNA FEBRERO 2020 SEGÚN GRADO DE  
INSTRUCCIÓN Y NIVEL DE DEPRESIÓN**

<b>GRADO DE INSTRUCCIÓN</b>	<b>NIVEL DE DEPRESIÓN</b>							
	Ausente		Leve		Moderada		Severa	
	Nº	%	Nº	%	Nº	%	Nº	%
Primaria	1	11	3	25	2	100	2	100
Secundaria	6	67	8	66	0	0	0	0
Superior	2	22	1	9	0	0	0	0
Total	9	100	12	100	2	100	2	100

Fuente: Cuestionario de depresión de Beck-II aplicado en los pacientes de Medicina Interna del HHUT.

Los pacientes varones con nivel de instrucción primario y secundario presentaron predominantemente depresión leve (37% y 57% respectivamente). Las dos terceras partes de los pacientes con nivel de instrucción superior (66%) no presentaron grado alguno de depresión. La depresión severa y moderada fue conformada por los pacientes con primaria.

## 4.2. DISCUSIÓN

En nuestro estudio la depresión fue predominante en el sexo femenino, siendo el 76,4% la cual se acompañó de una mayor severidad, estos resultados tienen concordancia con los factores de riesgo en el que se destaca al sexo femenino como uno de los principales, lo cual fue descrito por García L. y colaboradores (17), además en el estudio realizado por Casal M. (6) y en el estudio realizado por De la Cruz C. y colaboradores (14) la concordancia se mantiene pues estos hallan según el sexo mayor prevalencia de depresión en mujeres.

En relación al estado civil se encontró que más de la mitad de las mujeres solteras presentó depresión, a su vez estas representaron las dos terceras partes del total de pacientes mujeres con depresión severa y la mitad de las pacientes con depresión moderada, lo cual refleja un mayor grado de severidad asociado; lo contrario sucede en las mujeres casadas, pues en estas solo predominó el grado leve de depresión. La mayoría de los pacientes varones solteros no presentó depresión, situación inversa a la encontrada en las mujeres solteras. Se encontró un mayor porcentaje de depresión en los varones casados pero de intensidad leve. Estos resultados difieren a los hallados en el estudio realizado Preciado N. y colaboradores

(10) en el que los varones solteros presentaron mayor depresión, sin embargo, hay que resaltar que estos pacientes tenían una estancia prolongada, lo cual pudo haber influido.

En lo que respecta al grado de instrucción García L. y colaboradores (17) indica una relación inversamente proporcional entre el grado de instrucción y la sintomatología depresiva en el paciente hospitalizado. Nuestros resultados tienen una gran concordancia con estos estudios, pues la mayoría de pacientes mujeres con grado de instrucción primario presentó depresión, pero fundamentalmente de intensidad leve. En las pacientes mujeres que tenían un grado de instrucción superior la depresión estaba ausente. Por otro lado en relación a la severidad, la mayoría de las pacientes con depresión severa tenían grado de instrucción primario. En los varones también hubo cierta concordancia, pues los pacientes con grado de instrucción primaria y secundaria estaban igualados en relación a depresión leve, siendo esta la predominante en tales grupos. Los pacientes con grado de instrucción superior, en su mayoría hubo ausencia de depresión. En relación al nivel de depresión se evidenció cierta concordancia pues en el caso de la depresión de grado severo y moderado solamente la conformaron los pacientes con primaria.

Finalmente podemos apreciar que en general los resultados del presente estudio tienen buena concordancia en relación a los estudios y la literatura revisada a nivel nacional e internacional, sin embargo, cabe resaltar que solo se ha empleado un instrumento en la medición de la sintomatología depresiva, siendo por tanto los otros estudios más sofisticados y en los cuales se evalúan además otros factores y trabajan con muestras poblacionales más grandes además de aplicar diferentes tipos de instrumentos y pruebas, por lo cual no podríamos generalizar los resultados obtenidos, en torno a esto, nuestro estudio ha analizado fundamentalmente la depresión como sintomatología y catalogándola en diferentes niveles, variando desde la ausencia hasta una grave pero no se ha realizado un diagnóstico como tal de depresión, sin embargo, aun con estas limitaciones se ha obtenido resultados consistentes que en gran medida reafirma lo revisado.

## CONCLUSIONES

1. La prevalencia de depresión en pacientes hospitalizados en el servicio de medicina interna del Hospital Hipólito Unanue de Tacna durante el mes de Febrero - 2020 fue de 69,1%. En mujeres fue de 76,4% y en varones de 64,0%.
2. La prevalencia de depresión en pacientes con instrucción primaria es de 89,4%, en pacientes con instrucción secundaria 57,8% y en pacientes con educación superior 25,0%; existe una relación inversa entre el nivel de depresión y el grado de instrucción en mujeres; las pacientes mujeres solteras hospitalizadas presentan mayor prevalencia de depresión.

## **RECOMENDACIONES**

1. Implementar pruebas de screening para el posterior diagnóstico clínico de la depresión en los pacientes hospitalizados a fin de que estos reciban tratamiento oportuno.
2. Crear equipos de trabajo especializados que faciliten el seguimiento durante y posterior a la hospitalización de los pacientes con depresión.

## REFERENCIAS BIBLIOGRÁFICAS

1. Organización mundial de la Salud. Invertir en Salud Mental. Ginebra. 2004.
2. Ministerio de Salud: Dirección General de Epidemiología. Carga de Enfermedad en el Perú y estimación de los años de vida saludables perdidos. Lima-Perú. 2014.
3. Instituto Nacional de Salud Mental. Estudios Epidemiológicos de Salud Mental 2003-2012. Lima-Perú. 2013.
4. Palma M. Economía de la salud mental. Medigraphic. México. 2010.
5. Ministerio Nacional de Salud. Plan nacional de Fortalecimiento de servicios de salud mental comunitaria 2018-2021. Lima-Perú. 2018.
6. Casal MC, Pérez Y. Morbilidad psiquiátrica en los pacientes hospitalizados en medicina y cirugía. Investigación Medicoquirúrgica. Cuba. 2019.

7. Cardozo OM, et al. Depresión y factores de riesgo asociados en pacientes geriátricos hospitalizados. IICS. Paraguay. 2017.
8. Prieto SE, et al. Depresión de inicio tardío en el adulto mayor hospitalizado en un hospital de segundo nivel. México. 2016.
9. Sanchez JF, et al. Estrés y depresión asociados a la no adherencia al tratamiento en pacientes con Diabetes Mellitus tipo 2. México. Aten Fam. 2016;23 (2):43-47.
10. Preciado NY, et al. Ansiedad, depresión, estrés y apoyo social percibido en el proceso de hospitalización. Colombia. Psychologia. 2018.
11. Moreira A, et al. Depresión asociada al apoyo social, estancia hospitalaria y patología médica en pacientes ingresados en hospital de clínicas Dr. Manuel Quintela. Uruguay. Rev Chil Neuro-Psiquiat 2018; 56 (4): 219-227
12. Jácome LP, Cajo MF. Nivel de depresión en pacientes con Esclerosis Múltiple del Hospital Carlos Andrade Marín. Ecuador. 2018.

13. Bello LE, Lizárraga AG. Frecuencia de depresión mayor subdiagnosticada y factores relacionados en pacientes adultos hospitalizados en dos hospitales generales. Lima-Perú. 2016.
14. De la Cruz CYC, et al. Depresión en adultos mayores con enfermedades crónicas en un hospital general. Lima-Perú. 2017.
15. Ministerio de Salud. Guía Clínica Depresión en personas de 15 años y más. Chile. MINSAL. 2013.
16. Álvarez MA, et al. Actualización clínica de los trastornos depresivos. España. Medicine. 2019.
17. García L, et al. Trastornos depresivos. España. Medicine. 2007;9(85):5451-5460
18. Vallejo J, Leal C. Tratado de Psiquiatría. Madrid. Ed. Marban. 2012.
19. González X, et al. Trastornos del humor: trastornos depresivos. España. Medicine. 2015;11(85):5064-74

20. Sullivan PF, Neale MC, Kendler KS. Genetic epidemiology of major depression: Review and meta-analysis. *Am J Psychiatry*. 2000.
21. Gotlib IH, Hammen C. Psychological aspects of depression. Toward a cognitive-interpersonal integration. Chichester: John Wiley&Sons; 1992.
22. Durisko Z, Mulsant BH, Andrews PW. An adaptationist perspective on the etiology of depression. *J Affect Disord*. 2014.
23. Organización Mundial de la salud. Clasificación Internacional de Enfermedades, décima versión, CIE-10.
24. De la Torre Martí M. Protocolo para la detección y manejo inicial de la ideación suicida. Centro de Psicología Clínica Aplicada. Madrid: UAM; 2013.
25. American Psychiatric Association. Practice guideline for the treatment of patients with major depressive disorder. 3th ed. *Am J Psychiatry*. 2010.

26. Evans DL, Charney DS, Lewis L, Golden RN, Gorman JM, Krishnan KR, et al. Mood disorders in the medically ill: scientific review and recommendations. *Biol Psychiatry*. 2005.

27. Angst F, Stassen HH, Clayton PJ, Angst J. Mortality of patients with mood disorders: follow-up over 34-38 years. *J Affect Disord*. 2002.

# **ANEXOS**

## Anexo 1

### CUESTIONARIO

#### PREVALENCIA DE DEPRESIÓN EN PACIENTES HOSPITALIZADOS EN EL SERVICIO DE MEDICINA INTERNA DEL HOSPITAL

HIPÓLITO UNANUE DE TACNA FEBRERO 2020

**Marque con una ( X ) su respuesta:**

Edad: .....años

Genero:

( ) masculino

( ) femenino

Grado de instrucción:

( ) primaria

( ) secundaria

( ) superior

Estado civil

( ) soltero (a)

( ) casado (a)

( ) viudo (a)

( ) divorciado (a)

Enfermedad médica

( ) digestiva

( ) respiratoria

( ) neurológica

( ) renal

( ) cardiológica

(    ) otra (especifique)

.....

### **Prueba de Depresión de Beck - II**

**Instrucciones:** Este cuestionario está formado por 21 grupos de frases. Por favor, lea cada grupo con atención, y elija **la frase** de cada grupo que mejor describa cómo se ha sentido **durante las últimas dos semanas, incluido el día de hoy**. Marque la casilla que está a la izquierda de la frase que ha elegido como respuesta a cada una de las afirmaciones del enunciado. Si dentro de un mismo grupo hay más de una frase que considere aplicable a su caso, marque aquella que haya tenido una mayor frecuencia en las dos últimas semanas.

#### **1. Tristeza**

- (    ) No me siento triste
- (    ) Me siento triste la mayor parte del tiempo
- (    ) Estoy triste todo el tiempo
- (    ) Me siento tan triste o desgraciado/a que no puedo soportarlo

#### **2. Pesimismo**

- (    ) No estoy desanimado/a respecto a mi futuro
- (    ) Me siento más desanimado/a respecto a mi futuro que de costumbre
- (    ) No espero que las cosas se resuelvan
- (    ) Siento que mi futuro no tiene esperanza y que sólo irá a peor

#### **3. Fracaso pasado**

- (    ) No me siento fracasado/a
- (    ) He fracasado más de lo que debería

( ) Cuando miro hacia atrás, veo muchos fracasos

( ) Creo que soy un fracaso total como persona

#### **4. Pérdida de placer**

( ) Disfruto tanto como antes de las cosas que me gustan

( ) No disfruto de las cosas tanto como acostumbraba

( ) Disfruto muy poco con las cosas que me gustaban

( ) No disfruto nada con las cosas que me gustaban

#### **5. Sentimientos de culpabilidad**

( ) No me siento especialmente culpable

( ) Me siento culpable de muchas cosas que he hecho o debería haber hecho

( ) Me siento bastante culpable la mayor parte del tiempo

( ) Me siento culpable siempre

#### **6. Sentimientos de castigo**

( ) No creo que esté siendo castigado/a

( ) Creo que puedo ser castigado/a

( ) Espero ser castigado/a

( ) Creo que estoy siendo castigado/a

#### **7. Desagrado hacia uno mismo/a**

( ) Tengo la misma opinión sobre mí que de costumbre

( ) He perdido la confianza en mí mismo/a

( ) Me siento decepcionado conmigo mismo

( ) No me gusto a mí mismo/a

#### **8. Autocrítica**

( ) No me critico o culpo más que de costumbre

( ) Soy más crítico/a conmigo mismo/a que de costumbre

- ( ) Me critico por todas mis faltas
- ( ) Me culpo por todo lo malo que sucede

**9. Pensamientos o deseos de suicidio**

- ( ) No pienso en suicidarme
- ( ) Pienso en suicidarme, pero no lo haría
- ( ) Desearía suicidarme
- ( ) Me suicidaría si tuviese oportunidad

**10. Llanto**

- ( ) No lloro más que de costumbre
- ( ) Lloro más que de costumbre
- ( ) Lloro por cualquier cosa
- ( ) Tengo ganas de llorar pero no puedo

**11. Agitación**

- ( ) No estoy más intranquilo/a o nervioso/a que de costumbre
- ( ) Me siento más intranquilo/a o nervioso/a que de costumbre
- ( ) Estoy tan intranquilo/a o agitado/a que me es difícil estar quieto/a
- ( ) Estoy tan intranquilo/a o agitado/a que tengo que estar continuamente moviéndome o haciendo algo

**12. Pérdida de interés**

- ( ) No he perdido el interés por los demás o por las cosas
- ( ) Estoy menos interesado/a por los demás o por las cosas que antes
- ( ) He perdido la mayor parte de mi interés por los demás o por las cosas
- ( ) Me resulta difícil interesarme por alguna cosa

**13. Indecisión**

- ( ) Tomo decisiones casi tan bien como siempre

- ( ) Me resulta más difícil tomar decisiones que de costumbre
- ( ) Me resulta mucho más difícil tomar decisiones que de costumbre
- ( ) Tengo dificultades para tomar cualquier decisión

#### **14. Sentimientos de inutilidad**

- ( ) No creo que yo sea inútil
- ( ) No me considero tan valioso y útil como de costumbre
- ( ) Me siento más inútil en comparación con otras personas
- ( ) Me siento completamente inútil

#### **15. Pérdida de energía**

- ( ) Tengo tanta energía como siempre
- ( ) Tengo menos energía que de costumbre
- ( ) No tengo suficiente energía para hacer muchas cosas
- ( ) No tengo suficiente energía para hacer nada

#### **16. Cambios en el sueño**

- ( ) No he notado ningún cambio en mi sueño
- ( ) Duermo algo más que de costumbre
- ( ) Duermo algo menos que de costumbre
- ( ) Duermo mucho más que de costumbre
- ( ) Duermo mucho menos que de costumbre
- ( ) Duermo la mayor parte del día
- ( ) Me despierto 1-2 horas antes y no puedo volver a dormirme

#### **17. Irritabilidad**

- ( ) No estoy más irritable que de costumbre
- ( ) Estoy más irritable que de costumbre
- ( ) Estoy mucho más irritable que de costumbre
- ( ) Estoy irritable todo el tiempo

### **18. Cambios en el apetito**

- ) No he notado ningún cambio en mi apetito
- ) Mi apetito es algo menor que de costumbre
- ) Mi apetito es algo mayor que de costumbre
- ) Mi apetito es mucho menor que antes
- ) Mi apetito es mucho mayor que de costumbre
- ) No tengo nada de apetito
- ) Tengo un ansia constante de comer

### **19. Dificultades de concentración**

- ) Puedo concentrarme tan bien como siempre
- ) No me puedo concentrar tan bien como de costumbre
- ) Me cuesta concentrarme en algo durante mucho rato
- ) No me puedo concentrar en nada

### **20. Cansancio o fatiga**

- ) No estoy más cansado/a o fatigado/a que de costumbre
- ) Me canso o me siento fatigado/a más fácilmente que de costumbre
- ) Estoy demasiado cansado/a o fatigado/a para hacer muchas de las cosas que solía hacer
- ) Estoy demasiado cansado/a o fatigado/a para hacer la mayoría de las cosas que solía hacer

### **21. Pérdida de interés por el sexo**

- ) No he observado ningún cambio reciente en mi interés por el sexo
- ) Estoy menos interesado/a en el sexo que de costumbre
- ) Estoy mucho menos interesado/a en el sexo ahora
- ) He perdido totalmente el interés por el sexo

## Anexo 2

### CONSENTIMIENTO INFORMADO

Hospital Hipólito Unanue de Tacna

Yo.....  
..... identificado con DNI (carné de extranjería o pasaporte para extranjeros) N° .....he sido informado por el Sr. Autor de la investigación: Jhon Dennis López Vásquez acerca del trabajo de investigación sobre Prevalencia de Depresión en pacientes hospitalizados en el Servicio de Medicina Interna del Hospital Hipólito Unanue de Tacna febrero 2020.

Me ha informado respecto al contenido de las preguntas del cuestionario que debo resolver.

He realizado las preguntas que consideré oportunas, todas las cuales han sido absueltas y con repuestas que considero suficientes y aceptables.

Por lo tanto, en forma consciente y voluntaria doy mi consentimiento para que se me realice dicha entrevista

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

### REVOCATORIA

.....  
Firma del paciente o responsable legal