

UNIVERSIDAD NACIONAL JORGE BASADRE GROHMANN - TACNA

Facultad de Ciencias de la Salud

Escuela Profesional de Medicina Humana

PREVALENCIA Y FACTORES DE RIESGO ASOCIADOS A DEPRESIÓN EN
PACIENTES HOSPITALIZADOS EN EL SERVICIO DE MEDICINA
INTERNA DEL HOSPITAL NACIONAL GUILLERMO ALMENARA
IRIGOYEN DE LIMA EN EL PERÍODO
OCTUBRE - DICIEMBRE DE 2015

TESIS

Presentada por:

Bach. Alex Ronald Mejía Rodríguez

Para optar el Título Profesional de:

MÉDICO CIRUJANO

TACNA - PERÚ

2016

UNIVERSIDAD NACIONAL JORGE BASADRE GROHMANN-TACNA

Facultad de Ciencias de la Salud

Escuela Profesional de Medicina Humana

**PREVALENCIA Y FACTORES DE RIESGO ASOCIADOS A DEPRESIÓN EN
PACIENTES HOSPITALIZADOS EN EL SERVICIO DE MEDICINA
INTERNA DEL HOSPITAL NACIONAL GUILLERMO ALMENARA
IRIGOYEN DE LIMA EN EL PERÍODO
OCTUBRE – DICIEMBRE DE 2015**

TESIS

Presentada por:

BACH. ALEX RONALD MEJÍA RODRIGUEZ

Para optar el Título profesional de:

MÉDICO CIRUJANO

Aprobado por unanimidad, ante el siguiente Jurado

Med. Cristina Llosa Rodríguez
Presidenta

Med. José Revilla Urquiza
Miembro

Mgr. Javier Lanchipa Picoaga
Miembro

Dra. Zulma Soluarte Silva
Asesora

DEDICATORIA

A mis padres y hermanos, las personas que me ayudan a ser mejor profesional y persona cada día, por su apoyo incondicional ofrecido durante mis años de estudio y por la oportunidad de contar con su amor.

Gracias por estar siempre allí.

AGRADECIMIENTOS

Quiero expresar un profundo agradecimiento a quienes con su ayuda, apoyo y comprensión me alentaron a lograr este anhelado objetivo.

A mi familia, especialmente a mis padres, cuya fuerza y amor constituyen el más grande de los regalos y motivación mía para salir adelante.

A mis docentes, por haber contribuido en mi formación profesional; por ser mis maestros, padres y amigos.

CONTENIDO

	Pág.
DEDICATORIA	i
AGRADECIMIENTOS	li
RESUMEN	vi
ABSTRACT	vii
INTRODUCCIÓN	1
CAPÍTULO I: PLANTEAMIENTO DEL PROBLEMA	3
1.1. DESCRIPCIÓN DEL PROBLEMA	3
1.2. FORMULACIÓN DEL PROBLEMA	7
1.3. OBJETIVOS DEL ESTUDIO	7
1.3.1. OBJETIVO GENERAL	7
1.3.2. OBJETIVOS ESPECÍFICOS	8
1.4. JUSTIFICACIÓN	9

CAPÍTULO II: MARCO TEÓRICO	11
2.1. ANTECEDENTES	11
2.2. MARCO TEÓRICO CONCEPTUAL	21
2.2.1. DEPRESIÓN: DEFINICIÓN	21
2.2.2. ETIOLOGÍA	25
2.2.3. FACTORES DE RIESGO	26
2.2.4. DIAGNÓSTICO DE DEPRESIÓN	33
2.2.4.1. CRITERIOS DEL DSM - IV PARA EPISODIO DEPRESIVO MAYOR	33
2.2.4.2. ESCALA AUTOAPLICADA PARA LA MEDIDA DE DEPRESIÓN DE BECK II	38
2.2.5. PSIQUIATRÍA DE ENLACE Y DE INTERCONSULTA	42
CAPÍTULO III: MATERIAL Y MÉTODOS	46
3.1. DISEÑO DEL ESTUDIO	46
3.2. POBLACIÓN Y MUESTRA	46
3.3. INSTRUMENTO DE ESTUDIO	50
3.4. RECOLECCIÓN DE LOS DATOS	52
3.5. ANÁLISIS DE LA INFORMACIÓN	53

3.6. VARIABLES DE ESTUDIO	53
3.7. OPERACIONALIZACIÓN DE VARIABLES	58
CAPÍTULO IV: DE LOS RESULTADOS	61
4.1. RESULTADOS	61
4.2. DISCUSIÓN Y ANÁLISIS	77
CONCLUSIONES	89
RECOMENDACIONES	90
REFERENCIAS BIBLIOGRÁFICAS	91
ANEXOS	98

RESUMEN

Introducción: La depresión es un trastorno anímico caracterizado por pérdida de capacidad del individuo para interesarse y disfrutar de las cosas

Objetivo: Determinar la prevalencia y factores de riesgo de depresión en pacientes hospitalizados en el servicio de Medicina Interna del Hospital Guillermo Almenara de Lima en el período octubre – diciembre de 2015

Metodología: Es un estudio descriptivo, retrospectivo, de corte transversal y de casos y controles, se obtuvo 183 casos y 183 controles aptos (relación 1:1).

Resultados: Se concluye que 49,2% de los pacientes presentaron depresión y se encontraron factores sociodemográficos, psicológicos y clínico – hospitalarios asociados a depresión

Conclusión: La prevalencia de depresión fue alta (49,2%), los factores asociados fueron etapa adolescente, estado civil soltero, clase socioeconómica trabajadora o baja, presencia de problemas emocionales recientes, antecedente de depresión, consumo de sustancias nocivas, tiempo de enfermedad mayor a tres meses, presencia de enfermedades crónicas: diabetes mellitus, VIH - SIDA y enfermedades terminales.

Palabras clave: Depresión, prevalencia, factores de riesgo

ABSTRACT

Introduction: Depression is a mood disorder characterized by loss of ability of the individual to be interested and enjoy things

Objective: To determine the prevalence and risk factors of depression in hospitalized patients in the Internal Medicine Hospital Guillermo Almenara de Lima in the period from October to December 2015

Methodology: A retrospective descriptive study was cross-sectional and case - control studies, 183 cases and 183 controls fit (1:1) was obtained.

Results: We concluded that 49,2% of patients had depression and sociodemographic, psychological and clinical factors were found - hospital associated with depression

Conclusion: The prevalence of depression was high (49,2%), associated factors were adolescent stage, single marital status, working socioeconomic class or low presence of recent emotional problems, history of depression, substance abuse, time greater disease three months, presence of chronic diseases: diabetes mellitus, HIV – AIDS and terminal illnesses.

Keywords: Depression, prevalence, risk factors

INTRODUCCIÓN

Los trastornos mentales tienen una alta prevalencia en todo el mundo y contribuyen de manera importante a la morbilidad, la discapacidad y la mortalidad prematura; en este contexto, el trastorno depresivo es el más prevalente de los trastornos mentales en la población general, con un alto índice de frecuencia en la consulta diaria. Se considera que actualmente de cada 10 pacientes que llegan al consultorio del médico general uno lo padece. Además, en el ambiente hospitalario el trastorno depresivo tiene mayor prevalencia. Se estima que en el 2020 sea la segunda gran causa de sobrecarga de enfermedad (pérdida de salud en una población por mortalidad prematura y discapacidad asociada a las enfermedades) (1).

El trastorno depresivo tiene implicancia en el pronóstico de las enfermedades médicas, aumenta los costos de la atención, los días de hospitalización así como la adherencia al tratamiento, por lo que se considera importante investigar la prevalencia y factores de riesgo asociados a depresión en pacientes hospitalizados (1).

Con este propósito se realizó el presente estudio, descriptivo, retrospectivo, de corte transversal y de casos y controles en el Hospital Nacional

Guillermo Almenara Irigoyen con una población de 458 pacientes, posteriormente se estudiaron 183 casos y 183 controles para el análisis estadístico de prevalencia y factores de riesgo asociados a depresión.

CAPÍTULO I

PLANTEAMIENTO DEL PROBLEMA

1.1. DESCRIPCIÓN DEL PROBLEMA

De acuerdo a la Organización Mundial de la Salud (OMS), 450 millones de personas a nivel mundial padecen trastornos mentales; de los cuales, la menor parte de ellos recibe y mantiene un tratamiento farmacológico básico (2). Adicionalmente, dentro del campo psiquiátrico, la depresión supone una de las preocupaciones más frecuentes, afectando a más de 121 millones de personas a nivel mundial; de éstas, menos del 25% disponen de tratamientos efectivos. En el contexto actual, existe la probabilidad que una de cada cinco personas pueda desarrollar un cuadro depresivo en su vida, pudiendo aumentar estas cifras cuando concomitantemente existen factores como afecciones médicas o situaciones de estrés (1, 3).

Los trastornos depresivos son un problema de salud pública, debido no sólo a su alta prevalencia, sino también a las repercusiones que traen consigo a nivel físico, psicológico, social y económico. 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: hipertensión, artritis, diabetes y dolor lumbar. Así, se estima que la depresión será en el 2020 la segunda causa de morbilidad a nivel mundial, precedida por las enfermedades isquémicas cardíacas (1, 4, 5).

En el marco de esta preocupación, el Ministerio de Salud, en Perú, incluyó la salud mental dentro de sus preocupaciones principales, lo cual se refleja, en un principio en la Estrategia Nacional de Salud Mental, la cual, a pesar de las limitaciones señaladas ha dado lugar a algunas políticas de salud, aunque sigan siendo limitadas e insuficientes (1, 6).

Los hallazgos muestran que la prevalencia de la depresión en 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. En Perú las cifras son similares, en

el estudio de Palacios (6) se encontró una prevalencia de trastorno depresivo de un 9,9%. 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.

La frecuencia de presentación del cuadro depresivo es la más alta de las encontradas dentro de la amplia gama de los trastornos mentales en el ámbito hospitalario, y se asocia fuertemente con algunos aspectos, considerados como factores de riesgo mencionados en la literatura, los cuales deben ser estudiados con el fin de mejorar el manejo de la enfermedad (7).

La relación entre enfermedad médica y depresión ha sido abordada por múltiples autores, encontrándose varias vías de relación. De acuerdo con diversos estudios, 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. Con respecto a las cifras, se encontró que mientras en población general la prevalencia fue de entre 3 - 5%, en los

pacientes hospitalizados se incrementaba hasta entre un 10 - 14% (7). Las cifras antes mencionadas son reforzadas por Goodwin (8), quien considera que este trastorno puede afectar alrededor del 25% de los pacientes ambulatorios y hasta un 50% de los hospitalizados.

Por otra parte, también se anota que en algunos grupos puede incrementarse esta cifra en un 50%, dependiendo de la complejidad de la enfermedad general y la discapacidad asociada (7). Goodwin (8), indica que de hecho hay enfermedades médicas donde la prevalencia de la depresión es mayor que en otras. Por ejemplo, en la diabetes, las enfermedades cardíacas y las neurológicas la prevalencia alcanza el 25%, probablemente por los efectos sobre las capacidades y el desempeño cotidiano a partir de padecer este tipo de enfermedades.

Los datos anteriores sugieren la importancia de considerar los síntomas depresivos en el contexto hospitalario, aunque las evidencias indican un probable sub - reporte, 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. No obstante, se indica que existe una dificultad en los médicos para detectar de

manera precoz la depresión en atención primaria, lo cual podría incrementar dicho sub - reporte (9, 10, 11).

La identificación de la real prevalencia y factores de riesgo que predisponen a depresión ayudaría a disminuirla, porque permitirá establecer estrategias dirigidas y adecuadas de prevención.

1.2. FORMULACIÓN DEL PROBLEMA

¿Cuál es la prevalencia y cuáles son los factores de riesgo asociados a depresión en los pacientes hospitalizados en el servicio de Medicina Interna del Hospital Nacional Guillermo Almenara Irigoyen de Lima en el período octubre-diciembre de 2015?

1.3. OBJETIVOS DEL ESTUDIO

1.3.1. OBJETIVO GENERAL

1. Determinar la prevalencia y los factores de riesgo asociados a depresión en los pacientes hospitalizados en el servicio de Medicina Interna del Hospital Nacional Guillermo Almenara Irigoyen de Lima en el período octubre - diciembre de 2015

1.3.2. OBJETIVOS ESPECÍFICOS

1. Determinar la prevalencia de depresión en los pacientes hospitalizados en el servicio de Medicina Interna del Hospital Nacional Guillermo Almenara Irigoyen de Lima en el período octubre - diciembre de 2015
2. Determinar los factores de riesgo sociodemográficos asociados a depresión en los pacientes hospitalizados en el servicio de Medicina Interna del Hospital Nacional Guillermo Almenara Irigoyen de Lima en el período octubre - diciembre de 2015
3. Determinar los factores de riesgo psicológicos asociados a depresión en los pacientes hospitalizados en el servicio de Medicina Interna del Hospital Nacional Guillermo Almenara Irigoyen de Lima en el período octubre - diciembre de 2015
4. Determinar los factores de riesgo clínico - hospitalarios asociados a depresión en los pacientes hospitalizados en el servicio de Medicina Interna del Hospital Nacional Guillermo Almenara Irigoyen de Lima en el período octubre - diciembre de 2015

1.4. JUSTIFICACIÓN

Factibilidad: El presente trabajo de investigación es factible de ser realizado porque se puede acceder con relativa facilidad a la unidad de estudio, para observar las variables relativas a prevalencia y factores de riesgo para depresión, las cuales podrán ser estudiadas a través de una ficha semiestructurada.

Económico, cualquier gasto que pueda generar el trabajo de investigación será cubierto por el investigador.

Relevancia teórico – científico: el presente trabajo de investigación tiene relevancia teórica dado que sus resultados van a aportar o contribuir como se desempeñan las variables respecto al trabajo de investigación; es decir, aporta bases cognitivas acerca de la prevalencia de depresión y factores de riesgo que presentan los pacientes en los últimos años, además va permitir conocer dichos factores a la población susceptible, que deben tener un mayor conocimiento que el resto de la población.

Relevancia académica: los resultados van a poder sentar una base que va a servir como punto de partida para futuras investigaciones, así como una base de datos para extrapolar a los pacientes en los hospitales, además de modificar conductas de riesgo a través de la prevención.

Relevancia social: el problema objeto del presente trabajo de investigación tiene relevancia social y humanística ya que el estudio de sus variables, van a permitir una solución de acuerdo con los resultados, para un grupo de personas y solucionar problemas de los mismos.

CAPÍTULO II

MARCO TEÓRICO

2.1. ANTECEDENTES

2.1.1. NACIONALES

Cornejo Carlos et al. “Relación entre síntomas de síndrome de intestino irritable y síntomas depresivos en pacientes hospitalizados”. Revista de Gastroenterología del Perú. Perú. 2005

Cornejo (12), en su estudio llega a la conclusión de que el Síndrome de Intestino Irritable (SII) y la depresión son desórdenes frecuentes en la práctica médica. Existe una elevada frecuencia de diagnósticos psiquiátricos en los pacientes con SII. Los objetivos del estudio fueron describir la prevalencia de síntomas gastrointestinales bajos y de síntomas depresivos en pacientes

internados en el Hospital Arzobispo Loayza y estudiar la relación entre dichos síntomas. Realizó un estudio de tipo transversal de prevalencia de síntomas gastrointestinales bajos y de síntomas depresivos, así como un análisis de casos y controles para estudiar la relación entre los síntomas ya descritos. Se realizaron encuestas a 282 pacientes, en cada encuesta se describieron los criterios de Roma II y el Inventario de Beck. Hallándose 67,4% de casos con síntomas depresivos y 31,9% de casos con síntomas de SII. En 24,1% de pacientes se encontró asociación significativa entre síntomas depresivos y gastrointestinales bajos ($p < 0,05$). Se concluyó que los síntomas depresivos y gastrointestinales bajos tienen una alta frecuencia en pacientes hospitalizados y que hay asociación significativa entre ellos.

Cabrera Lizet et al. “Factores asociados a los niveles de depresión situacional en pacientes oncológicos”. BIREME. Perú. 2010

Cabrera (13), realizó un estudio cuantitativo, descriptivo y de corte transversal en el servicio de oncología del Hospital Edgardo

Rebagliati Martins de Lima durante los meses de mayo a junio de 2010. La muestra estuvo conformada por 44 pacientes hospitalizados que cumplieron con los criterios de inclusión. El instrumento utilizado para medir el nivel de depresión fue el inventario de depresión de Beck, para identificar los factores asociados se utilizó un cuestionario de preguntas cerradas elaborado por las investigadoras y validado a través de juicio de expertos y prueba piloto. Los resultados muestran que el factor sociocultural sentimiento ante el diagnóstico ($p = 0,004$) y el significado del cáncer ($p = 0,014$) están asociados a la depresión; por otro lado, en lo que respecta al factor relacionado con la enfermedad, solo hubo asociación con la depresión en relación con el nivel de satisfacción del paciente respecto a la enfermedad y tratamiento ($p = 0,002$). Con estos datos se concluye que la depresión en pacientes oncológicos se ve influenciada por factores socioculturales y propios de la enfermedad.

Ríos María. “Frecuencia de depresión en pacientes con Diabetes Mellitus Tipo 2”. Universidad Nacional de Trujillo. Perú. 2013

Ríos (14) realizó un estudio descriptivo mediante entrevistas con la aplicación de la Escala Autoaplicada de depresión de Zung. Varios pacientes con diabetes mellitus tipo 2 que acudieron al consultorio externo del Hospital Regional Docente de Trujillo (HRDT) durante el período agosto - octubre y cumplieron con los criterios de selección fueron sometidos a estudio. Como resultado se vio que la frecuencia de depresión fue baja con 12,2% en un rango ligeramente deprimido, 0% para los niveles moderado y severo y el 87,8% fue normal. La frecuencia de depresión fue mayor en el sexo femenino y en las edades promedios de 39 y 45 años. A su vez del total, el 12,2% cuentan con un tiempo de enfermedad promedio de 1,7 años.

Constantino Antero et al. “Frecuencia de depresión y ansiedad en pacientes con Diabetes Tipo 2 del Hospital Nacional Almanzor Aguinaga Asenjo durante el año 2011”. Universidad Católica Santo Toribio de Mogrovejo. Perú. 2013.

Constantino (15) tiene como objetivo de su estudio estimar la frecuencia de Ansiedad y Depresión, así como su asociación con el control glicémico en pacientes con Diabetes tipo 2 atendidos en el Hospital Nacional Almanzor Aguinaga Asenjo de Chiclayo durante el año 2011. Para lo cual realiza un estudio descriptivo transversal. La muestra fue de 270 pacientes diabéticos tipo 2 entre 19 a 60 años que acudieron al consultorio externo de Endocrinología. Se utilizó como instrumentos el inventario de Depresión de Beck y una ficha epidemiológica. Se calcularon frecuencias absolutas y relativas y un análisis inferencial exploratorio mediante el cálculo de razones de prevalencia, intervalos de confianza al 95% y valores p. Hubieron 172 mujeres (64%) y 98 hombres (36%). El promedio de edad fue de 52 años \pm 6,5. Se hallaron 156 pacientes con Depresión (57,78%) y 176 con Ansiedad (65,19%). No se halló asociación entre el control glicémico con depresión (RP = 0,77; IC 95%; 0,42 – 1,38; p > 0,05)

y ansiedad (RP = 0,86; IC 95%; 0,47 – 1,59; p >0,05). Finalmente, la frecuencia de depresión y ansiedad en los pacientes diabéticos tipo 2 de este Hospital de Chiclayo fue elevada. En una exploración inicial no se encontró asociación entre depresión y ansiedad con el control glicémico.

2.1.2. INTERNACIONALES

Grau Armand et al. “Niveles de ansiedad y depresión en enfermos hospitalizados y su relación con la gravedad de la enfermedad”. Revista de Medicina Interna del Hospital de Figueres. España.2003

Grau (16), realizó un estudio en pacientes ingresados en un servicio de medicina interna. Se recogieron variables sociodemográficas, las puntuaciones en el State - Trait Anxiety Inventory (STAI), HADS, BDI - II, APACHE II, así como autoevaluación de gravedad y reversibilidad de la enfermedad. Los pacientes fueron clasificados como ansiosos o deprimidos si puntuaban 10 o más en el HADS. Se estudiaron 260 ingresos, con

una edad media de 64,1 años, un 66,2% eran varones. La ansiedad estaba presente en el 39,8% de las mujeres y 21,5% de los varones ($p = 0,003$) y la depresión en el 31,8% de las mujeres y 16,3% de los varones ($p = 0,006$). Los pacientes con ansiedad y depresión no estaban más graves según el índice APACHE. Los pacientes con ansiedad tenían peor conocimiento del diagnóstico médico, y los deprimidos, más edad, menor escolarización y más deterioro físico. Los pacientes con sensación de mayor gravedad presentaban valores más altos de ansiedad y depresión en todos los cuestionarios, pero no mayor gravedad por APACHE, siendo la ansiedad por HADS el mejor predictor. Los pacientes con autoevaluación de menor reversibilidad de su enfermedad tenían más ansiedad y depresión, y se hallaban más graves, siendo el APACHE y la depresión mediante BDI los mejores predictores. Como conclusión se observa que la prevalencia de ansiedad y depresión en enfermos hospitalizados es alta, especialmente en mujeres, sin guardar relación con la gravedad de la enfermedad, y se asocia a una percepción subjetiva del enfermo de mayor gravedad y menor mejoría.

Martínez Jesús et al. “Prevalencia de depresión y factores de riesgo en el adulto mayor hospitalizado”. Instituto Mexicano del Seguro Social. México. 2005

Martinez (17), busca determinar en su estudio la prevalencia de depresión y factores asociados en adultos mayores de 65 años hospitalizados. Realizó un estudio transversal prospectivo, realizado en el Hospital General de Zona 16 del Instituto Mexicano del Seguro Social en Torreón, Coahuila, México, en pacientes mayores de 65 años, de uno y otro sexo, hospitalizados entre junio y diciembre de 2003. Se aplicaron las siguientes escalas: de Yesavage para depresión, de Katz y Lawton para dependencia, y de Folstein, versión Lobo, para demencia. Se incluyeron 320 personas con edad promedio de 72 años. Diez pacientes se catalogaron como portadores de demencia (3,1%) y fueron eliminados del estudio. Se encontró depresión en 50% y dependencia en 62% con la escala de Katz, y en 75% con la de Lawton. En el análisis bivariado existió asociación entre depresión y edad mayor de 80 años, sexo femenino, hospitalización en el servicio de medicina interna, dependencia, vivir solo y presencia de enfermedades crónicas degenerativas. En la regresión

logística persistió asociación con el sexo femenino, vivir solo, dependencia y estar hospitalizado en el área de medicina interna. La prevalencia de depresión en el adulto mayor hospitalizado fue elevada. Depender de otras personas que no pertenezcan a la familia nuclear y ser portador de patologías crónicas fueron los factores que más se asociaron.

Agudelo Diana et al. “Evaluación de la depresión en pacientes hospitalizados por distintas enfermedades médicas en la ciudad de Bucaramanga”. Revista Pensamiento Psicológico-Psiquiátrico. Colombia. 2008

Agudelo (7), pretendió evaluar en su estudio la presencia de depresión en pacientes hospitalizados por distintas enfermedades médicas, en una muestra de 82 pacientes con un rango de edades entre 22 y 76 años, a quienes se les aplicó el BDI - II y HADS. Los datos fueron procesados a través SPSS 11.5, el cual arrojó los siguientes resultados: 1) Una prevalencia del 41.5% de depresión en la muestra, de acuerdo con el BDI - II. 2) Una prevalencia de trastorno depresivo del 11% de la muestra según el HADS. 3)

Mayor prevalencia de síntomas somático - motivacionales, frente a los síntomas cognitivo - afectivos. Estos hallazgos corresponden a lo referido en la literatura al señalar la alta prevalencia de depresión en contexto hospitalario; igualmente, confirma la importancia de la evaluación de síntomas cognitivo-afectivos para determinar la presencia o no de episodios depresivos en este tipo de pacientes.

Vilchis Andrea et al. “Frecuencia de ansiedad y depresión en pacientes adultos en la sala de urgencias de un hospital general no gubernamental e identificación por el médico de urgencias”. Revista de Medicina Interna de México. México. 2010

Vilchis (18), busca determinar con su estudio la frecuencia de ansiedad y depresión en una muestra de pacientes adultos que acuden al servicio de Urgencias del Hospital Ángeles del Pedregal. Efectúa su estudio con el propósito de investigar los síntomas ansioso - depresivos en pacientes que acuden a la sala de urgencias por cualquier motivo médico. Busca determinar la

frecuencia de síntomas ansiosos y depresivos mediante la Escala de Ansiedad y Depresión Hospitalaria. En su estudio se encontró una frecuencia de 34,8% de pacientes con ansiedad y 8,7% con depresión. El médico de urgencias identificó a un paciente con crisis de angustia. Finalmente llega a la conclusión de que se requiere la identificación sistemática y oportuna de los trastornos de ansiedad y depresión en las salas de urgencias porque es el punto de partida del seguimiento de estos pacientes. La falta de atención a esta esfera de padecimientos puede elevar la morbilidad y la mortalidad.

2.2. MARCO TEÓRICO CONCEPTUAL

2.2.1. DEPRESIÓN: DEFINICIÓN

La Organización Mundial de la Salud (OMS, 2003) define a la depresión como un trastorno del estado de ánimo que se caracteriza por la pérdida de la capacidad del individuo para interesarse y disfrutar de las cosas, alteración que afecta de

manera significativa la funcionalidad del individuo en sus principales áreas de actividad (19).

Etimológicamente depresión proviene del latín depressio: hundimiento; el paciente se siente hundido, con un peso sobre su existencia y devenir vital, que le impide cada vez más vivir con plenitud (7, 19).

La depresión se acompaña también de cambios en el sueño, apetito y psicomotricidad, disminución de la atención, concentración y capacidad para tomar decisiones, pérdida de la confianza en sí mismo, sentimientos de inferioridad o inutilidad y culpa, así como de desesperanza, y pensamientos de muerte recurrentes con ideación, planeación y / o actos suicidas (1, 7).

El trastorno depresivo mayor definido como un estado de ánimo deprimido, es un cuadro clínico que se asocia con pérdida de peso, retardo motor, marcada variación circadiana, pérdida del lívido, alteraciones de la conducta social e ideas de muerte y suicidio (19).

Para indicar la existencia de un episodio depresivo mayor, un síntoma debe ser de nueva presentación o haber empeorado claramente si se compara con el estado del sujeto antes del

episodio. En algunos sujetos con episodios leves la actividad puede parecer normal, pero a costa de un esfuerzo muy importante (1, 19).

El episodio puede caracterizarse por tristeza, indiferencia o apatía, o por irritabilidad y suele asociarse a cambios de distintas funciones neurovegetativas, incluyendo los patrones del sueño, el apetito y el peso corporal, la agitación o el retardo motores, la fatiga, la pérdida de la capacidad de concentración, y de decisión, la sensación de culpa o vergüenza y los pensamientos asociados con el suicidio. Algunas personas ponen énfasis en las quejas somáticas (por ejemplo las molestias y los dolores físicos) en lugar de referir sentimientos de tristeza. Los pacientes con depresión tienen una pérdida profunda de la capacidad de sentir placer en todas las actividades susceptibles de producirlo, generalmente se despiertan muy pronto por la mañana y con frecuencia observan variaciones diurnas de su estado de ánimo (19).

La somatización es una presentación frecuente en pacientes con depresión vistos por médicos de atención primaria, siendo frecuente observar ésta en pacientes latinos (6, 19).

Frecuentemente, el estado de ánimo en un episodio depresivo mayor es descrito por el sujeto como deprimido, triste,

desesperanzado, desanimado o “como en un pozo” En algunos casos, la tristeza puede ser negada al principio, pero más tarde puede ser suscitada por la entrevista (19).

La presencia de un estado de ánimo depresivo puede inferirse de la expresión facial y el comportamiento aparente del sujeto. Casi el 15% de pacientes con enfermedad depresiva no tratada se suicidarán y casi todos ellos acudirán al médico en búsqueda de ayuda durante el mes anterior a su muerte. Además, casi el 4% de las personas que cometen suicidio, matan antes a otra persona (19).

Las entidades comórbidas asociadas incluyen distimia en el 10 a 25% de los pacientes con depresión mayor, trastornos por ansiedad, trastornos de la alimentación, trastornos de la personalidad y toxicomanía (10, 19).

El duelo, o la aflicción, comparten las características del síndrome depresivo, pero suele ser menos penetrante y de una duración más limitada (20).

2.2.2. ETIOLOGÍA

La etiología de la depresión sigue siendo terreno de hipótesis. Desde luego que los acontecimientos negativos pueden precipitar una depresión y contribuir a ella, pero además existen factores genéticos que influyen en la sensibilidad de las personas a los acontecimientos estresantes (1, 21).

El nivel de ocupación pareciera también influir en el apareamiento de estos problemas. Personas con puestos de trabajo inferiores son más propensas a padecer tanto de depresión como de cefalea tensional (21, 22).

Algunos autores describen un mecanismo de cómo la depresión podría originar efectos físicos siendo estos una desregulación del eje hipotalámico - suprarrenal con la consiguiente elevación crónica de los niveles séricos del cortisol de forma crónica, lo cual podría tener muchos efectos a nivel cerebral, incluidos un impedimento de la transmisión serotoninérgica, asimismo a nivel cardiovascular los niveles séricos incrementados del cortisol se asocian a un incremento de la actividad del sistema nervioso autonómico, hipertensión, distorsión en el metabolismo de los

carbohidratos y lípidos, así como un incremento del riesgo de infarto al miocardio (19).

Existen áreas cerebrales afectadas en los pacientes que padecen depresión, siendo las principales (19):

- Núcleos del rafe: están en el tallo cerebral y son los productores de serotonina una sustancia química necesaria para muchas funciones de la mente, entre ellas el sentirnos animados.
- Locus ceruleus: produce la noradrenalina con múltiples funciones y entre ellas también el sentirnos bien y animados, regula las arterias, el corazón y otras funciones.
- Sistema límbico: que controla las emociones, también interviene.

2.2.3. FACTORES DE RIESGO

La depresión en general, y en particular la depresión mayor como síndrome depresivo de carácter más severo, es un proceso multifactorial, complejo, con múltiples variables de distinto orden (genéticos, biológicos, personales, socio-familiares, etc)

intervinientes en el desencadenamiento y en el mantenimiento, seguramente muchas de ellas desconocidas para el Médico y el Psiquiatra. (7, 19).

Se han aislado una serie de factores cuyo peso estadístico parece importante en la determinación del riesgo para desarrollar un síndrome depresivo, y por lo tanto a tener en cuenta en los trabajos de prevención (7):

2.2.3.1. FACTORES SOCIODEMOGRÁFICOS

- Edad: la OMS indicó que el 25% de las personas mayores de 65 años padecen algún tipo de trastorno psiquiátrico, siendo más frecuente la depresión hasta los 75 años; además se han vinculado a depresión la etapa de vida adolescente, en los cuales la depresión presenta un riesgo de dos a cuatro veces mayor.
- Género: mayor prevalencia en mujeres. Antes de la adolescencia, los trastornos depresivos

son prácticamente iguales en niños que en niñas. Sin embargo, a partir de la adolescencia, estos trastornos son dos o tres veces más frecuentes en el sexo femenino. Las posibles explicaciones podrían ser los cambios hormonales que se producen, un incremento del estrés y la mala respuesta a éste, diferencias en las relaciones interpersonales y tendencia a pensamientos inadecuados.

- Estado civil: las personas separadas o que han anulado su matrimonio muestran mayor prevalencia de depresión que las personas solteras o casadas.
- Nivel educativo: se establece una relación inversamente proporcional, observándose que la sintomatología depresiva disminuye a medida que el nivel educativo aumenta.
- Condición socioeconómica: las personas más propensas a sufrir enfermedades médicas y mentales son aquellas que viven en condiciones de pobreza.

- Ocupación: Desde siempre se ha considerado que el tipo de ocupación tiene efecto en el mantenimiento de un buen estado físico y mental del trabajador, pero no ha sido sino en las dos últimas décadas que se ha podido documentar científicamente.

2.2.3.2. FACTORES PSICOLÓGICOS

- Situaciones estresantes: Se piensa que el temperamento presenta una base genético - biológica, aunque la experiencia y el aprendizaje, en particular dentro del contexto social, pueden influir en su desarrollo y expresión. La afectividad negativa, se refiere a la tendencia a experimentar estados emocionales negativos, que se acompañan de características conductuales (como la inhibición y retraimiento social) y cognitivas (como las dificultades de concentración). La

afectividad negativa conlleva una mayor reactividad frente a los estímulos negativos, y se asocia a una mayor probabilidad de trastornos emocionales . Ante la ocurrencia de eventos vitales estresantes, características cognitivas asociadas a la afectividad negativa, como sentimientos de abandono o pérdida y/o de baja autoestima, así como un estilo cognitivo inadecuado, pueden dificultar el afrontamiento y aumentar la probabilidad de sufrir depresión en comparación con aquellos individuos sin estas características.

2.2.3.3. FACTORES CLÍNICO – HOSPITALARIOS

- Herencia: los familiares, en primer grado, de personas con trastorno depresivos mayor, tienen más probabilidad de padecer depresión frente a la población general. Hasta un 20-50% de los niños o adolescentes con trastornos

depresivos presentan historia familiar de depresión o de otra enfermedad mental.

- Antecedentes personales y familiares de depresión. Entre las variables que aumentan el riesgo de presentar una depresión podemos mencionar en primer lugar los antecedentes personales de otros episodios depresivos, así como los antecedentes familiares, sobre todo en familiares de primer grado. Hay un mayor riesgo genético de padecer depresión en familiares de pacientes que tienen antecedentes de depresión, sobre todo cuando son familiares de primer grado. Intervienen factores genéticos, y también variables relacionales y de aprendizaje.
- Uso de medicamentos: Se sabe desde hace tiempo que muchos medicamentos pueden causar decaimiento anímico e incluso depresión. A medida que envejecemos, los cambios químicos que se producen en nuestro organismo generan un mayor riesgo de sufrir

este efecto secundario. No obstante, hay poca revisión de la literatura sobre la lista de medicamentos que pudieran comportarse como factores de riesgo para depresión y los mecanismos fisiológicos de los mismos.

- Enfermedades médicas: los pacientes que sufren algún tipo de enfermedad médica tienen un riesgo mayor de manifestar síntomas depresivos que el resto de la población general
- También la hospitalización por enfermedad médica o quirúrgica. La hospitalización del paciente supone una interrupción en la vida habitual del paciente, un cambio en sus hábitos, en sus relaciones personales y en sus ocupaciones. La enfermedad, las molestias físicas, incorporan un motivo de malestar, incertidumbre, a veces pesimismo. Además de la enfermedad motivo del ingreso, la hospitalización puede constituir por sí misma un factor de riesgo para el desarrollo de una depresión.

2.2.4. DIAGNÓSTICO DE DEPRESIÓN

Un trastorno de depresión no diagnosticado se asocia con una mala calidad de vida, dificultad de funcionamiento físico y social, poca adherencia a tratamientos e inclusive, empeoramiento de otras comorbilidades, así como un aumento de la morbilidad y mortalidad dados por suicidios y otras comorbilidades (20).

Los criterios diagnósticos para depresión mayor según el Manual Diagnóstico y Estadístico de los Trastornos Mentales (DSM - IV TR), hace referencia a uno o más episodios de depresión mayor en ausencia de manía o hipomanía (4).

Los criterios del DSM - IV TR para el episodio depresivo mayor se resumen a continuación (19).

2.2.4.1. CRITERIOS DEL DSM - IV PARA EL EPISODIO DEPRESIVO MAYOR

A) Un episodio depresivo mayor se define como la presencia de cinco o más de los síntomas que se presentan a continuación durante las últimas dos

semanas, y que representan un cambio respecto a la actividad previa; uno de los síntomas deberá de ser: 1) un estado de ánimo depresivo, ó 2) pérdida del interés o la capacidad para el placer. No se deberán incluir síntomas que son claramente debidos a enfermedad médica o las ideas delirantes o alucinaciones no congruentes con el estado de ánimo.

- 1) Estado de ánimo depresivo la mayor parte del día, casi cada día según lo indica el propio sujeto (p. ej., se siente triste o vacío) o la observación realizada por otros (p. ej., llanto). En los niños y adolescentes el estado de ánimo puede ser irritable.
- 2) Disminución acusada del interés o de la capacidad para el placer en todas o casi todas las actividades, la mayor parte del día, casi cada día (según refiere el propio sujeto u observan los demás).
- 3) Pérdida importante de peso sin hacer régimen o aumento de peso (p. ej., un cambio de más del 5% del peso corporal en 1 mes), o pérdida o

aumento del apetito casi cada día. Nota: En niños hay que valorar el fracaso en lograr los aumentos de peso esperables.

- 4) Insomnio o hipersomnia casi cada día.
- 5) Agitación o enlentecimiento psicomotores casi cada día (observable por los demás, no meras sensaciones de inquietud o de estar enlentecido).
- 6) Fatiga o pérdida de energía casi cada día.
- 7) Sentimientos de inutilidad o de culpa excesiva o inapropiada (que pueden ser delirantes) casi cada día (no los simples auto reproches o culpabilidad por el hecho de estar enfermo).
- 8) Disminución de la capacidad para pensar o concentrarse, o indecisión, casi cada día (ya sea una atribución subjetiva o una observación ajena).
- 9) Pensamientos recurrentes de muerte (no sólo temor a la muerte), ideación suicida recurrente sin un plan específico o una tentativa de suicidio o un plan específico para suicidarse.

- B) Los síntomas no cumplen los criterios para un episodio mixto.
- C) Los síntomas provocan malestar clínicamente significativo o deterioro social, laboral o de otras áreas importantes de la actividad del individuo.
- D) Los síntomas no son debidos a los efectos fisiológicos directos de una sustancia (p. ej., una droga, un medicamento) o una enfermedad médica (p. ej., hipotiroidismo).
- E) Los síntomas no se explican mejor por la presencia de un duelo (p. ej., después de la pérdida de un ser querido), los síntomas persisten durante más de 2 meses o se caracterizan por una acusada incapacidad funcional, preocupaciones mórbidas de inutilidad, ideación suicida, síntomas sicóticos o enlentecimiento psicomotor.

Normalmente, el apetito disminuye y muchos sujetos tienen que esforzarse por comer. Otros, especialmente en la consulta ambulatoria, pueden tener más apetito, con apetencia por ciertas comidas (por ejemplo dulces u otros hidratos de carbono).

Cuando las alteraciones del apetito son graves puede haber una pérdida o ganancia significativa de peso.

La alteración del sueño asociada más a menudo a un episodio depresivo mayor es el insomnio. Es característico el Insomnio medio (despertarse durante la noche y tener problemas para volver a dormirse) o el insomnio tardío (despertarse demasiado pronto y ser incapaz de volver a dormirse), siendo este último el más frecuente. También se puede presentar un insomnio inicial (problemas para conciliar el sueño). Menos frecuentemente, los sujetos se quejan de hipersomnia en forma de episodios de sueño prolongado nocturno o de aumento del sueño diurno. Algunas veces el trastorno del sueño es la razón por la que el sujeto acude en busca de tratamiento.

El diagnóstico de depresión es fundamentalmente clínico. Existen sin embargo dos tipos de ayuda diagnóstica, ninguna de estas ayudas es indispensable:

1. Escalas auxiliares para evaluar la gravedad inicial y la evolución del tratamiento.
2. Exámenes de laboratorio para descartar otros diagnósticos.

2.2.4.2. ESCALA AUTOAPLICADA PARA LA MEDIDA DE DEPRESIÓN DE BECK - II

La teoría de la depresión de Beck se considera una de las principales representantes de las explicaciones cognitivas de la depresión. Esta teoría se basa en un modelo de vulnerabilidad al estrés, en el que se activan esquemas de pensamiento distorsionado que contribuyen a la forma negativa en que el individuo percibe, codifica e interpreta la información sobre sí mismo, sobre el mundo y sobre el futuro, lo cual inicia y mantiene los síntomas depresivos. A partir de esta explicación surgió el Inventario de Depresión de Beck (BDI por sus siglas en inglés), para detectar la existencia de síntomas depresivos y su gravedad, en adolescentes y adultos (23).

El BDI, desarrollado originalmente por Beck y sus colaboradores en 1961, cuenta con más de 500 estudios publicados que avalan sus propiedades psicométricas en población clínica y no clínica, así como su uso transcultural (24).

El BDI - IA contempla seis de los nueve criterios diagnósticos establecidos en el DSM - III que se miden mediante 21 ítems, en una escala de cuatro puntos, cuya suma total fluctúa entre 0 y 63 puntos. Estudios recientes del BDI - IA han arrojado una estructura factorial de dos dimensiones, en concordancia con el modelo original propuesto por Beck, Steer y Garbin en 1988. El factor 1 se denomina cognitivo-afectivo y el factor 2, somático - vegetativo, los cuales explican el 37.41% y 6.28% de la varianza respectivamente, y muestran un alfa de Cronbach de 0,89 para el primero y 0,72 para el segundo. No obstante, Steer, Beck y Brown han advertido que este arreglo podría variar de una población clínica a otra, lo que hace necesaria su confirmación en otras poblaciones (23, 24).

Si bien la versión del BDI - IA fue revisada y se actualizó en 1996 para la posterior conformación del BDI - II que evalúa las últimas dos semanas, e incluye los nueve síntomas depresivos del DSM - IV (American Psychiatric Association [APA], 1995), la traducción y estandarización de este inventario no se ha difundido y estudiado tanto como su predecesora respecto a sus propiedades psicométricas (24).

La versión estandarizada por Jurado, Villegas, Méndez, Rodríguez, Loperena & Varela (1998) constituye la versión de uso más común en estudios con población adolescente, mientras que el BDI - II se ha empleado para estudios con adultos mayores o con capacidades diferentes, y sólo en un estudio con adolescentes deprimidos, sin describir las propiedades psicométricas del instrumento para este grupo de edad (24).

La importancia de realizar un análisis psicométrico de la versión BDI - IA, aparte de ser la única utilizada aún en varios países de Latinoamérica, radica en los datos de estudios recientes que demuestran que no existe una gran variabilidad entre ésta y el BDI - II que justifique la discontinuidad de la primera. Por ejemplo, el BDI - II se compone de los mismos dos factores propuestos por Beck et al., a saber, un factor cognitivo y uno somático, más un factor adicional, denominado de depresión general, que está compuesto por los dos primeros. El primer factor integra 12 de los 14 ítems señalados en el BDI - IA, mientras que el segundo factor integra cinco de los siete ítems del BDI - I (23).

El puntaje total promedio para ambos instrumentos fluctúa entre la depresión moderada y la severa. Ninguno correlaciona con las variables de sexo, edad o etnicidad. Ambos guardan una asociación positiva con algún diagnóstico de los trastornos del estado de ánimo señalados en el DSM - IV, aunque ninguna de las dos versiones ha demostrado su especificidad con alguno en particular (23, 24).

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

- 0-10 puntos : Estos altibajos son considerados normales
- 11-16 puntos : Leve perturbación del estado de ánimo
- 17-20 puntos : Estados de depresión intermitentes (depresión leve)
- 21-30 puntos : Depresión moderada
- 31-40 puntos : Depresión severa
- > 40 puntos : Depresión extrema

Una puntuación persistente de 17 o más indica que puede necesitar ayuda profesional.

2.2.5. PSIQUIATRÍA DE INTERCONSULTA Y ENLACE

Los antecedentes de la Psiquiatría de Interconsulta y Enlace se remontan a la primera mitad del siglo XX. En los años 60 del siglo pasado, la Medicina Psicosomática comienza a ser aceptada como área de actividad clínica, que requiere conocimiento y formación específicos dentro de la Psiquiatría, sobre todo en los Estados Unidos, donde, desde 2003, está reconocida oficialmente como subespecialidad psiquiátrica (7, 10).

La Psiquiatría de Interconsulta y Enlace, también llamada en algunas publicaciones Medicina Psicosomática, centra su interés clínico o asistencial, sus propuestas de investigación, y sus esfuerzos educativos y de formación, en la interacción o el encuentro entre la Psiquiatría y otras especialidades de la Medicina (10).

A grandes rasgos, la Psiquiatría de Interconsulta y Enlace tiene como objetivo asistencial principal el tratamiento de tres tipos de

condiciones generales en pacientes médicos en medio hospitalario
(10, 19):

- 1) Pacientes con una comorbilidad entre enfermedades médicas y psiquiátricas: enfermedades distintas que se presentan conjuntamente en un mismo paciente. Pueden ser enfermedades independientes en su origen y curso, aunque lo habitual sea una mutua relación o interacción que adopta múltiples formas, la mayoría de las veces una relación compleja y de difícil resolución desde la perspectiva de tan solo una de ambas especialidades médicas, requiriendo por lo tanto la colaboración de ambas.
- 2) Pacientes con trastornos psiquiátricos que son consecuencia secundaria o complicación de enfermedades médicas primarias o de sus tratamientos, como es el caso del Delirium u otros trastornos mentales secundarios a alteraciones primariamente orgánicas; así como todos los procesos psicológicos y psicopatológicos de adaptación a la enfermedad médica; pacientes con una enfermedad orgánica, que “reactivamente” presentan una psicopatología, etc.
- 3) Algunos síndromes psicopatológicos primarios que incluyen entre sus síntomas manifestaciones somáticas diversas, que

requieren un estudio por Medicina Interna para su diagnóstico diferencial, como por ejemplo en el caso de algunos Trastornos Somatomorfos, que son trastornos funcionales somáticos, de diversos tipos, sin hallazgos orgánicos que expliquen los síntomas.

En resumen, tres grandes grupos de pacientes en la intervención de la Unidad de Interconsulta y Enlace de Psiquiatría en el Servicio de Medicina Interna hospitalaria (10):

- 1) Comorbilidad enfermedad orgánica y psiquiátrica.
- 2) Enfermedades primariamente orgánicas que en un segundo momento desencadenan un síndrome psiquiátrico.
- 3) Enfermedades primariamente psiquiátricas o “funcionales”, con síntomas somáticos como motivo de atención hospitalaria médica, que requieren diagnóstico diferencial.

Además de en el ámbito hospitalario, la Psiquiatría de Interconsulta y Enlace se integra en una gran variedad de otros entornos y campos de trabajo. Por ejemplo, le compete el desarrollo de Programas específicos de apoyo a Programas hospitalarios: Transplantes, Obesidad, Reproducción Humana, Oncología,

Unidades Especiales (Lesionados Medulares, Quemados, etc); así como el trabajo de coordinación, orientación y apoyo con Atención Primaria o con otras especialidades médicas a nivel extra hospitalario o ambulatorio.

CAPÍTULO III

MATERIAL Y MÉTODOS

3.1. DISEÑO DEL ESTUDIO

El presente es un estudio de tipo observacional, porque no hay intervención directa sobre las variables de estudio; es de diseño descriptivo, retrospectivo y de casos y controles, porque permite estudiar los factores de riesgo de depresión en pacientes hospitalizados y encontrar una asociación causal; además es de corte transversal porque estudia la variable en un solo tiempo.

3.2. POBLACIÓN Y MUESTRA

3.2.1. POBLACIÓN

La población está constituida por todos los pacientes hospitalizados en el servicio de Medicina Interna del Hospital

Nacional Guillermo Almenara Irigoyen de Lima, el cual pertenece a EsSalud - Red Asistencial Almenara, durante el período octubre - diciembre 2015. En el período de investigación se registraron un total de 458 pacientes hospitalizados, de los cuales 183 presentaron depresión en diferentes grados, los cuales fueron seleccionados de acuerdo a los criterios de inclusión y exclusión descritos a continuación.

3.2.2. MUESTRA

En el presente estudio no se realizó muestreo, debido a que hemos trabajado con la totalidad de pacientes hospitalizados en el servicio de Medicina Interna y que cumplían con los grupos y criterios de estudio.

3.2.3. GRUPO DE CASOS

Criterios de inclusión

- Pacientes hospitalizados en el servicio de Medicina Interna que según

el Inventario de Beck II tuvieron estados de depresión (17 - 63 puntos); ya sean en grado leve (17 - 20 puntos), moderado (21 - 30 puntos), severo (31 - 40 puntos) o extremo (> 40 puntos)

- Paciente con edad mayor o igual a 15 años
- Pacientes con capacidad cognitiva conservada
- Pacientes con más de 24 horas de hospitalización
- Pacientes que dieron su Consentimiento Informado

Criterios de Exclusión

- Pacientes que se negaron a participar en el presente estudio
- Pacientes que no poseían capacidad cognitiva conservada o que no estaban en capacidad de que se les aplique el instrumento para el presente trabajo
- Pacientes con tiempo de hospitalización igual o menor a 24 horas
- Pacientes que reingresaron al servicio de medicina interna durante el período de estudio
- Pacientes que no brindaron una información confiable o fueron mal informantes

3.2.4. GRUPO DE CONTROLES

Criterios de inclusión

- Pacientes hospitalizados en el servicio de Medicina Interna que según el Inventario de Beck II no tuvieron estados de depresión (0 - 16 puntos)
- Paciente con edad mayor o igual a 15 años
- Pacientes con capacidad cognitiva conservada
- Pacientes con más de 24 horas de hospitalización
- Pacientes que dieron su Consentimiento Informado

Criterios de Exclusión

- Pacientes que se negaron a participar en el presente estudio
- Pacientes que no poseían capacidad cognitiva conservada o que no estaban en capacidad de que se les aplique el instrumento para el presente trabajo
- Pacientes con tiempo de hospitalización igual o menor a 24 horas

- Pacientes que reingresaron al servicio de medicina interna durante el período de estudio
- Pacientes que no brindaron una información confiable o fueron mal informantes

3.3. INSTRUMENTO DE ESTUDIO

El instrumento consta de una hoja semiestructurada, compuesta de dos partes: una primera para delimitar la presencia o ausencia de depresión y en caso de estar presente, el grado de la misma; y una segunda parte en la cual se detalla información del paciente sobre los factores de riesgo que se hallaron en el mismo. Cabe resaltar que dicho instrumento fue validado mediante juicio de expertos.

- **Primera parte: Prueba de Depresión de Beck - II:** en el presente estudio se utilizó la versión española traducida y adaptada por Sanz, Navarro y Vázquez. Cada ítem se responde 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 categorías. Si una persona elige varias categorías de respuesta en un ítem, se

tomará la categoría a la que corresponde la puntuación más alta. Las puntuaciones mínima y máxima en el test son 0 y 63 puntos respectivamente. Los niveles de severidad de depresión corresponden a la sumatoria de los 21 ítem: depresión leve (17 - 20); depresión moderada (21 - 30), depresión severa (31 - 40), depresión extrema (> 40 puntos). Los ítems de la Prueba de Depresión de Beck - II cubren todos los criterios diagnósticos sintomáticos del DSM - IV para el trastorno depresivo mayor y el distímico, lo que apoya su validez de contenido. Por ello este instrumento tiene una aproximación muy buena a los criterios clínicos de actual uso a nivel mundial.

- **Segunda parte: Cuestionario sobre factores de riesgo:** en el estudio realizado se recogieron datos respecto a edad, género, estado civil, grado de instrucción, enfermedad médica, entre otros; todos ellos reconocidos como factores de riesgo para desarrollo de depresión en pacientes hospitalizados. El autor del estudio elaboró un cuestionario sobre factores de riesgo conocidos, el cual posteriormente fue validado mediante juicio de expertos.

3.4. RECOLECCIÓN DE LOS DATOS

Primero, se realizaron las coordinaciones necesarias con la Jefatura del Departamento de Medicina Interna para poder realizar el presente estudio.

Posteriormente se realizó la recolección de datos de acuerdo a la hoja semiestructurada que se describe en el anexo 01, en la cual se incluyen en la primera parte el Test de Beck - II validado, el cual brinda información acerca de la presencia o ausencia de depresión en los pacientes; asimismo, en caso de estar presente, podrá determinar el nivel de depresión en el paciente; y en la segunda parte se incidió en los datos relacionados a los factores de riesgo más frecuentes asociados a depresión, cuya cuestionario que contiene dichas preguntas fue validado mediante juicio de expertos.

Se entregó una encuesta a cada sujeto considerando los criterios de inclusión y exclusión, posteriormente se realizó una base de datos de acuerdo a las características tanto de prevalencia, como de factores de riesgo en cada sub-población descrita.

3.5. ANÁLISIS DE LA INFORMACIÓN

La información recolectada fue ordenada en una base de datos. Y para el análisis estadístico de la información se utilizó el paquete estadístico SPSS v 20.0 de amplio uso en ciencias de la salud. Los resultados fueron presentados en tablas y gráficos de frecuencias absolutas y relativas y grados de asociación estadística.

Para evaluar la asociación de variables se calculó el Odds Ratio, con intervalo de confianza al 95%. Para todas las pruebas se utilizó un nivel de significancia $p < 0,05$.

3.6. VARIABLES DE ESTUDIO

3.6.1. VARIABLE DEPENDIENTE

3.6.1.1. DEPRESIÓN EN PACIENTE HOSPITALIZADO

Trastorno mental que se presenta clínicamente con disminución del ánimo, pérdida de interés o placer, energía disminuida, sentimientos de culpa o baja autoestima, alteraciones de sueño o apetito y mala concentración.

3.6.2. VARIABLES INDEPENDIENTES

3.6.2.1. PREVALENCIA

Proporción de individuos que presentan depresión en el ambiente hospitalario

3.6.2.2. FACTORES SOCIODEMOGRÁFICOS

a) **Edad:** Es el intervalo de tiempo estimado o calculado entre el día, mes y año del nacimiento, y el día, mes y año en que ocurre el hecho; expresado en unidad solar de máxima amplitud que se haya completado, es decir años.

b) **Sexo:** Condición orgánica que distingue a la persona, determinada según características fenotípicas externas.

c) **Estado civil:** Situación personal en que se encuentra o no una persona física en relación a otra, con quien crea lazos jurídicamente reconocidos sin que sea su pariente, constituyendo con ella una

institución familiar, y adquiriendo deberes y derechos al respecto.

d) **Grado de instrucción:** Grado más elevado de estudios realizados sin tener en cuenta si ha culminado o están provisional o definitivamente incompletos.

e) **Nivel socioeconómico:** Medida total económica y sociológica combinada de la preparación laboral de una persona y de la posición económica y social individual o familiar en relación a otras personas, basa en sus ingresos, educación y empleo.

3.6.2.3. FACTORES PSICOLÓGICOS

a) **Problema emocional reciente:** Factor estresante que pudiera generar sintomatología depresiva. Conflicto de diversa índole, ya sea con el compañero sentimental, familiares, ámbito de trabajo u otros; producidos de forma única o reiterada recientemente.

3.6.2.4. FACTORES CLÍNICO - HOSPITALARIOS

a) Antecedente de depresión: Ocurrencia de trastorno depresivo en el sujeto de investigación que se resolvió adecuadamente y sucedió con anterioridad del episodio actual.

b) Hábitos nocivos: Conductas o agentes externos cuya práctica o interacción repetida nos provocan daños a corto o largo plazo o a situarnos en un mayor riesgo de contraer enfermedades graves.

c) Uso de medicamentos: Administración de medicamentos de uso rutinario y de forma repetida por parte del paciente con justificación o no médica.

d) Tiempo de enfermedad actual: Cantidad de tiempo transcurrido desde el momento de inicio de los síntomas actuales, no desde el momento en el cual se agrava.

e) Presencia de enfermedades crónicas: Presencia de patologías de larga duración y de progresión lenta que presenta el sujeto de estudio, las cuales

significan una alteración en el normal funcionamiento del individuo.

f) Presencia de enfermedades terminales:

Presencia de patologías que presenta el sujeto de estudio que ocasionará su muerte en un lapso aproximado no mayor de doce meses a partir de que un médico legalmente facultado determine el estado de salud terminal del mismo.

3.7. OPERACIONALIZACIÓN DE VARIABLES

VARIABLE DEPENDIENTE: Nivel de depresión

VARIABLE	DEFINICIÓN OPERACIONAL	TIPO	CATEGORÍAS	ESCALA DE MEDICIÓN	INSTRUMENTO DE MEDICIÓN
Nivel de depresión	Grado del trastorno depresivo	Cualitativa politómica	Ausente: 0-16 puntos Leve: 17-20 puntos Moderada: 21-30 puntos Severa: 31-40 puntos Extrema: >40 puntos	Ordinal	Test de Depresión de Beck II

VARIABLE INDEPENDIENTE: Prevalencia de depresión

VARIABLE	DEFINICIÓN OPERACIONAL	TIPO	CATEGORÍAS	ESCALA DE MEDICIÓN	INSTRUMENTO DE MEDICIÓN
Prevalencia de depresión	Presencia o ausencia del trastorno depresivo	Cualitativa dicotómica	Deprimido: 17-63 puntos No deprimido: 0-16 puntos	Ordinal	Test de Depresión de Beck II

VARIABLE INDEPENDIENTE: Factores de riesgo

VARIABLE	DEFINICIÓN OPERACIONAL	TIPO	CATEGORÍAS	ESCALA DE MEDICIÓN	INSTRUMENTO DE MEDICIÓN
VARIABLES SOCIODEMOGRÁFICAS					
Etapa de vida	Etapa de vida según años del encuestado	Cualitativa politómica	Adolescente Joven Adulto Adulto mayor	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) Conviviente Divorciado (a) Viudo (a)	Nominal	Cuestionario
Grado de instrucción	Nivel de estudios alcanzado	Cualitativa politómica	Analfabeto Primaria Secundaria Superior	Ordinal	Cuestionario
Nivel socioeconómico	Medida de la condición económica y sociológica	Cualitativa politómica	Alto Medio superior Medio Trabajadora Bajo	Ordinal	Cuestionario
VARIABLES PSICOLÓGICAS					
Problemas emocionales recientes	Factores estresantes de índole diversa	Cualitativa dicotómica	Sí No	Nominal	Cuestionario
VARIABLES CLÍNICO-HOSPITALARIOS					
Antecedente de depresión	Presencia de depresión como antecedente personal	Cualitativa dicotómica	Sí No	Nominal	Cuestionario
Hábitos nocivos	Consumo de sustancias tóxicas	Cualitativa politómica	Alcohol Tabaco Drogas Ninguno	Nominal	Cuestionario
Uso de medicamentos	Consumo de medicamentos de manera habitual	Cualitativa politómica	Antidepresivos Antihipertensivos Hipoglucemiantes Analgésicos Otros	Nominal	Cuestionario

Tiempo de la enfermedad actual	Período que posee las molestias por las cuales está hospitalizado	Cuantitativa	> 3 meses < 3 meses	Intervalo	Cuestionario
Presencia de enfermedades médicas crónicas	Antecedente de enfermedades crónicas	Cualitativa politémica	Hipertensión Diabetes mellitus Enf. Renal crónica Migraña Frosis pulmonar EPOC Cáncer SIDA Otros	Nominal	Cuestionario
Presencia de enfermedades médicas terminales	Antecedente de enfermedades crónicas de muy mal pronóstico a corto plazo	Cualitativa dicotómica	Sí No	Nominal	Cuestionario

CAPÍTULO IV

DE LOS RESULTADOS

4.1. RESULTADOS

A continuación se describen los principales resultados encontrados en el presente estudio.

TABLA N° 01

PREVALENCIA DE DEPRESIÓN EN PACIENTES HOSPITALIZADOS
EN EL SERVICIO DE MEDICINA INTERNA DEL HOSPITAL
NACIONAL GUILLERMO ALMENARA IRIGOYEN DE LIMA
EN EL PERÍODO OCTUBRE - DICIEMBRE DE 2015

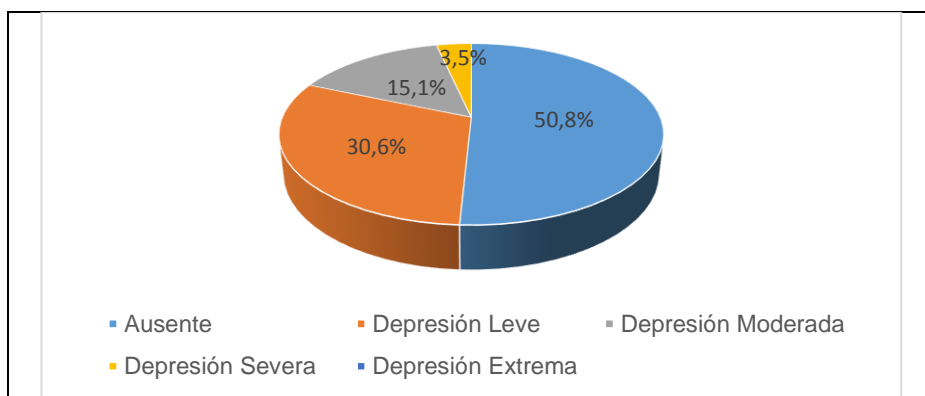
PRESENCIA DE DEPRESIÓN	n=372	%=100,0
Ausente	189	50,8%
Depresión Leve	114	30,6%
Depresión Moderada	56	15,1%
Depresión Severa	13	3,5%
Depresión Extrema	0	0,0%

Fuente: Historias clínicas – HNGAI - 2015

Interpretación: En la presente tabla, se observa que de los 372 pacientes hospitalizados en el Hospital Guillermo Almenara Irigoyen de Lima en el período octubre-diciembre de 2015 que intervienen en el estudio; el 49,2% (n=183) presentan trastorno depresivo en sus diversos grados: 30,6% (n=114) presentan depresión de grado leve, asimismo se encontró que presentan depresión moderada el 15,1% (n=56) y severa el 3,5% (n=13), con ningún caso de depresión extrema, tal como se representa en el gráfico 01.

GRÁFICO N° 01

PREVALENCIA DE DEPRESIÓN EN PACIENTES HOSPITALIZADOS
EN EL SERVICIO DE MEDICINA INTERNA DEL HOSPITAL
NACIONAL GUILLERMO ALMENARA IRIGOYEN DE LIMA
EN EL PERÍODO OCTUBRE - DICIEMBRE DE 2015



Fuente: Datos obtenidos de la Tabla N° 01

TABLA N° 02

DISTRIBUCIÓN SEGÚN ETAPA DE VIDA Y SU ASOCIACIÓN A
DEPRESIÓN EN PACIENTES HOSPITALIZADOS EN EL SERVICIO
DE MEDICINA INTERNA DEL HOSPITAL NACIONAL GUILLERMO
ALMENARA IRIGOYEN DE LIMA EN EL PERÍODO
OCTUBRE - DICIEMBRE DE 2015

ETAPA DE VIDA	Casos		Controles		OR*	IC _{95%}		Valor p
	n=183	%=100,0	n=183	%=100,0		Inf.	Sup.	
Adolescente	10	5,5%	1	0,5%	10,52	1,33	83,05	0,006
Joven	17	9,3%	10	5,5%	1,77	0,79	3,98	0,162
Adulto	137	74,9%	107	58,5%	2,12	1,36	3,30	0,001
Adulto mayor	19	10,3%	65	35,5%	0,21	0,12	0,37	0,000

Fuente: Historias clínicas – HNGAI - 2015

Interpretación: Se puede observar según la tabla N° 02, que la mayor parte tanto de casos como de controles pertenecen al grupo etáreo adulto, con 74,9% (n=137) en el grupo de casos y 58,5% (n=107) en el grupo de controles. Además el 5,5% (n=10) de los casos pertenecen al grupo etáreo adolescente, lo que difiere sustancialmente del grupo control donde este grupo etáreo sólo representa el 0,5% (n=1). Tras el análisis estadístico se evidencia que el grupo etáreo adolescente presenta asociación estadística significativa con OR: 10,52; IC (1,33 – 83,05).

TABLA N° 03

DISTRIBUCIÓN SEGÚN SEXO Y SU ASOCIACIÓN A DEPRESIÓN EN
PACIENTES HOSPITALIZADOS EN EL SERVICIO DE MEDICINA
INTERNA DEL HOSPITAL NACIONAL GUILLERMO ALMENARA
IRIGOYEN DE LIMA EN EL PERÍODO
OCTUBRE - DICIEMBRE DE 2015

SEXO	Casos		Controles		OR*	IC _{95%}		Valor p
	n=183	%=100,0	n=183	%=100,0		Inf.	Sup.	
Hombre	95	51,9%	94	51,4%	1,02	0,68	1,54	0,917
Mujer	88	48,1%	89	48,6%	0,98	0,65	1,47	0,917

Fuente: Historias clínicas – HNGAI – 2015

Interpretación: En la presente tabla se puede observar que la distribución según sexo tanto en el grupo de casos como en el de controles es similar. En el grupo de casos se observa que el 51,9% (n=95) fueron pacientes varones, mientras que en el grupo de controles representan el 51,4% (n=94). Asimismo, se observa que en el grupo de casos las mujeres representan el 48,1% (n=88) y en el grupo de controles 48,6% (n=89). Luego del análisis estadístico no se determinó asociación significativa entre el sexo y la presencia de depresión

TABLA N° 04

DISTRIBUCIÓN SEGÚN ESTADO CIVIL Y SU ASOCIACIÓN A
DEPRESIÓN EN PACIENTES HOSPITALIZADOS EN EL SERVICIO
DE MEDICINA INTERNA DEL HOSPITAL NACIONAL
GUILLERMO ALMENARA IRIGOYEN DE LIMA EN
EL PERÍODO OCTUBRE - DICIEMBRE DE 2015

ESTADO CIVIL	Casos		Controles		OR*	IC _{95%}		Valor p
	n=183	%=100,0	n=183	%=100,0		Inf.	Sup.	
Soltero	47	25,7%	26	14,2%	2,09	1,23	3,55	0,006
Casado	65	35,5%	81	44,3%	0,84	0,54	1,30	0,428
Conviviente	58	31,7%	49	26,8%				
Divorciado	10	5,5%	14	7,7%	0,44	0,22	0,89	0,019
Viudo	3	1,6%	13	7,1%				

Fuente: Historias clínicas – HNGAI – 2015

Interpretación: En la presente tabla se observa la distribución de casos y controles por estado civil. Se aprecia que en ambos, el mayor porcentaje viene pertenece al grupo casado 35,5% (n=65) en el grupo de casos y 44,3% (n=81) en los controles, seguido por los convivientes, siendo 31,7% (n=58) de los casos y 26,8% (n=49) de los controles. Además en los solteros se ve que mientras en el grupo de casos se presentan 47 pacientes (25,7%), en el grupo de controles sólo hay 26 (14,2%). Finalmente se puede percibir que existe asociación significativa entre el grupo soltero y la presencia de depresión con un OR: 2,09; IC (1,23 – 3,55).

TABLA N° 05

DISTRIBUCIÓN SEGÚN GRADO DE INSTRUCCIÓN Y SU ASOCIACIÓN
A DEPRESIÓN EN PACIENTES HOSPITALIZADOS EN EL SERVICIO
DE MEDICINA INTERNA DEL HOSPITAL NACIONAL GUILLERMO
ALMENARA IRIGOYEN DE LIMA EN EL PERÍODO
OCTUBRE - DICIEMBRE DE 2015

GRADO DE INSTRUCCIÓN	Casos		Controles		OR*	IC _{95%}		Valor p
	n=183	%=100,0	n=183	%=100.0		Inf.	Sup.	
Analfabeto	4	2,2%	14	7,7%	0,27	0,09	0,84	0,016
Primaria	24	13,1%	14	7,7%	1,82	0,91	3,65	0,087
Secundaria	79	43,2%	83	45,4%	0,92	0,61	1,38	0,674
Superior	76	41,5%	72	39,3%	1,10	0,72	1,66	0,670

Fuente: Historias clínicas – HNGAI - 2015

Interpretación: En la presente tabla se observa que tanto en el grupo de casos y controles los mayores porcentajes se presentan en los grados de instrucción secundaria y superior, mientras que en el grupo de casos representan 43,2% (n=79) y 41,5% (n=76), en el grupo de controles representan 45,4% (n=83) y 39,3% (n=72) respectivamente. También se aprecia que el 13,1% (n=24) de los casos pertenecen al grupo que cursaron únicamente primaria, a diferencia del grupo de controles en que representan 7,7% (n=14). Luego del análisis estadístico se determina que ningún grado de instrucción presenta asociación estadística

TABLA N° 06

DISTRIBUCIÓN SEGÚN NIVEL SOCIOECONÓMICO Y SU ASOCIACIÓN A DEPRESIÓN EN PACIENTES HOSPITALIZADOS EN EL SERVICIO DE MEDICINA INTERNA DEL HOSPITAL NACIONAL GUILLERMO ALMENARA IRIGOYEN DE LIMA EN EL PERÍODO OCTUBRE - DICIEMBRE DE 2015

NIVEL SOCIOECONÓMICO	Casos		Controles		OR*	IC _{95%}		Valor p
	n=183	%=100,0	n=183	%=100,0		Inf.	Sup.	
Alto	3	1,6%	3	1,6%	0,53	0,34	0,81	0,003
Medio superior	29	15,8%	36	19,7%				
Medio	70	38,3%	90	49,2%				
Trabajadora	70	38,3%	43	23,5%	1,90	1,23	2,92	0,003
Bajo	11	6,0%	11	6,0%				

Fuente: Historias clínicas – HNGAI - 2015

Interpretación: En la tabla se observa la distribución por nivel socioeconómico de los pacientes, se evidencia que la mayor parte de los casos pertenecen a la clase socioeconómica media y trabajadora con 38,3% (n=70) cada una; en los controles el mayor porcentaje son de clase media con 49,2% (n=90). Posteriormente se realiza el análisis estadístico para asociar los grupos de clase alta / media superior / media donde se encuentra un OR: 0,53; sin significancia estadística; mientras que al asociar los grupos de la clase trabajadora / baja se encuentra un OR: 1,90; con significancia estadística y relevancia en el caso de pacientes deprimidos.

TABLA N° 07

DISTRIBUCIÓN SEGÚN PRESENCIA DE PROBLEMAS EMOCIONALES
RECIENTES Y SU ASOCIACIÓN A DEPRESIÓN EN PACIENTES
HOSPITALIZADOS EN EL SERVICIO DE MEDICINA INTERNA
DEL HOSPITAL NACIONAL GUILLERMO ALMENARA
IRIGOYEN DE LIMA EN EL PERÍODO
OCTUBRE - DICIEMBRE DE 2015

PROBLEMA	Casos		Controles		OR*	IC _{95%}		Valor p
	n=183	%=100,0	n=183	%=100,0		Inf.	Sup.	
SENTIMENTAL RECIENTE								
Sí	47	25,7%	29	15,8%	1,93	1,26	2,93	0,002
No	136	74,3%	154	84,2%				

Fuente: Historias clínicas – HNGAI – 2015

Interpretación: En la tabla mostrada, se evidencia que el 25,7% (n=47) de los casos presentaron problemas emocionales recientes (de cualquier índole y ocurridos en los últimos 30 días), mientras que en el grupo de control, únicamente el 15,8% (n=29) presentaron dichos problemas. Se realizó además el análisis estadístico para la presencia de problemas emocionales recientes, encontrándose asociación significativa, con un OR: 1,93; IC (1,26 – 2,93).

TABLA N° 08

DISTRIBUCIÓN SEGÚN ANTECEDENTE DE DEPRESIÓN Y SU ASOCIACIÓN A DEPRESIÓN EN PACIENTES HOSPITALIZADOS EN EL SERVICIO DE MEDICINA INTERNA DEL HOSPITAL NACIONAL GUILLERMO ALMENARA IRIGOYEN DE LIMA EN EL PERÍODO OCTUBRE - DICIEMBRE DE 2015

ANTECEDENTE PERSONAL DE DEPRESIÓN	Casos		Controles		OR*	IC _{95%}		Valor p
	n=183	%=100,0	n=183	%=100,0		Inf.	Sup.	
Sí	70	38,3%	35	19,1%	2,74	1,73	4,34	0,011
No	113	61,7%	148	80,9%				

Fuente: Historias clínicas – HNGAI - 2015

Interpretación: En la tabla N° 08 se muestra la distribución por antecedente de depresión. En el grupo de pacientes con cuadro clínico de trastorno depresivo se observó que el 38,3% (n=70) anteriormente había sido diagnosticado de depresión, mientras que en el grupo de controles, únicamente un 19,1% (n=35) presentaban dicho factor de riesgo. Luego se realiza el análisis estadístico con Odds Ratio para dicho factor de riesgo, encontrándose asociación significativa con OR: 2,74; IC (1,73 – 4,34).

TABLA N° 09

DISTRIBUCIÓN SEGÚN HÁBITOS NOCIVOS Y SU ASOCIACIÓN A DEPRESIÓN EN PACIENTES HOSPITALIZADOS EN EL SERVICIO DE MEDICINA INTERNA DEL HOSPITAL NACIONAL GUILLERMO ALMENARA IRIGOYEN DE LIMA EN EL PERÍODO OCTUBRE - DICIEMBRE DE 2015

HÁBITOS NOCIVOS	Casos		Controles		OR*	IC _{95%}		Valor p
	n=183	%=100,0	n=183	%=100,0		Inf.	Sup.	
Alcohol	83	45,4%	67	36,6%	2,55	1,66	3,91	0,000
Tabaco	15	8,2%	13	7,1%				
Drogas	6	3,3%	0	0,0%				
Alcohol/Tabaco	22	12,0%	5	2,7%				
Ninguno	57	31,1%	98	53,6%				

Fuente: Historias clínicas – HNGAI – 2015

Interpretación: En la presente tabla se demuestra que el 68,9% (n=126) de los casos consumía una o más sustancias nocivas; ya sean alcohol, tabaco o drogas, mientras que en el caso de los controles 46,4% (n=85) consumían alguna de las mismas. Se encontró que el mayor porcentaje consumía alcohol, siendo el 45,4% (n=83) del total de casos y 36,6% (n=67) del total de controles. Además, en los casos se encontró un importante número que consumía alcohol y tabaco, siendo el mismo 12% (n=22). Al hacer el estudio estadístico del consumo de sustancias activas: alcohol / tabaco / drogas, se encontró asociación estadística entre el consumo de alguna sustancia nociva y depresión, con un OR: 2,55; IC (1,66 – 3,91).

TABLA N° 10

DISTRIBUCIÓN SEGÚN USO DE MEDICAMENTOS Y SU ASOCIACIÓN A DEPRESIÓN EN PACIENTES HOSPITALIZADOS EN EL SERVICIO DE MEDICINA INTERNA DEL HOSPITAL NACIONAL GUILLERMO ALMENARA IRIGOYEN DE LIMA EN EL PERÍODO OCTUBRE - DICIEMBRE DE 2015

USO DE MEDICAMENTOS	Casos		Controles		OR*	IC _{95%}		Valor p
	n=183	%=100,0	n=183	%=100,0		Inf.	Sup.	
Ninguno	86	47,0%	41	22,4%	0,21	0,13	0,35	0,000
Antidepresivos	26	14,2%	6	3,3%				
Antihipertensivos	18	9,9%	24	13,1%				
Hipoglicemiantes	21	11,5%	24	13,1%				
Analgésicos	16	8,7%	26	14,2%				
Otros	16	8,7%	62	33,9%				

Fuente: Historias clínicas – HNGAI - 2015

Interpretación: En la presente tabla se puede visualizar que en el grupo de casos el 47% (n=86) no consumía medicamentos, muy diferente al grupo de controles, en el que representa un 22,4% (n=41). Dentro de los casos, los medicamentos más utilizados fueron los antidepresivos 14,2% (n=26), los hipoglicemiantes 11,5% (n=21) y los antihipertensivos 9,9% (n=18); a diferencia de los controles en que se observan los analgésicos 14,2% (n=26), seguidos por los hipoglicemiantes y antihipertensivos, cada uno con 13,1% (n=24). Al realizar el estudio respectivo, no se encontró asociación estadística entre el uso de medicamentos y la depresión.

TABLA N° 11

DISTRIBUCIÓN SEGÚN TIEMPO DE ENFERMEDAD Y SU ASOCIACIÓN A DEPRESIÓN EN PACIENTES HOSPITALIZADOS EN EL SERVICIO DE MEDICINA INTERNA DEL HOSPITAL NACIONAL GUILLERMO ALMENARA IRIGOYEN DE LIMA EN EL PERÍODO OCTUBRE - DICIEMBRE DE 2015

TIEMPO DE ENFERMEDAD	Casos		Controles		OR*	IC _{95%}		Valor p
	n=183	%=100,0	n=183	%=100,0		Inf.	Sup.	
> 3 meses	68	37,2%	44	24,0%	1,87	1,19	2,94	0,006
< 3 meses	115	62,8%	139	76,0%				

Fuente: Historias clínicas – HNGAI - 2015

Interpretación: En la presente tabla se evalúa la distribución según el tiempo de enfermedad (desde el momento en que se originan las molestias por el cual el paciente se encuentra hospitalizado). Se puede observar que tanto en el grupo de casos como en el de controles, la mayor parte de pacientes presentaba un tiempo de enfermedad menor a 3 meses, con frecuencias de 62,8% (n=115) en el grupo de casos y 76% (n=139) en el grupo de controles; siendo la menor parte de ambos grupos los pacientes que presentan dichas molestias por un tiempo mayor a 3 meses. Tras el análisis estadístico se evidencia que el tiempo de enfermedad mayor a 3 meses presenta asociación significativa con la ocurrencia de trastorno depresivo con un OR: 1,87; IC (1,19 – 2,94).

TABLA N° 12

DISTRIBUCIÓN SEGÚN PRESENCIA DE ENFERMEDADES CRÓNICAS Y SU ASOCIACIÓN A DEPRESIÓN EN PACIENTES HOSPITALIZADOS EN EL SERVICIO DE MEDICINA INTERNA DEL HOSPITAL NACIONAL GUILLERMO ALMENARA IRIGOYEN DE LIMA EN EL PERÍODO OCTUBRE - DICIEMBRE DE 2015

PRESENCIA DE ENFERMEDADES CRÓNICAS	Casos		Controles		OR*	IC _{95%}		Valor p
	n=183	%=100,0	n=183	%=100,0		Inf.	Sup.	
Ninguna	48	26,2%	45	24,6%				
Hipertensión arterial	19	10,4%	17	9,3%	1,13	0,57	2,25	0,726
Diabetes mellitus	19	10,4%	27	14,8%	3,22	1,25	8,30	0,011
Enfermedad renal crónica	17	9,3%	15	8,2%	0,94	0,21	1,12	0,450
Migraña	6	3,3%	2	1,1%				
Fibrosis pulmonar	2	1,1%	0	0,0%				
EPOC	3	1,6%	3	1,6%				
Tuberculosis	6	3,3%	5	2,7%				
Cáncer de alguna etiología	20	10,9%	10	5,5%				
SIDA	9	4,9%	2	1,1%	4,30	2,45	9,32	0,032
Otros	21	11,5%	33	18,0%	0,43	0,27	0,66	0,000
Hipertensión– Diabetes	4	2,2%	8	4,4%				
Hipertensión–ERC	2	1,1%	0	0,0%				
Hipertensión–Cáncer	0	0,0%	6	3,3%				
Diabetes – ERC	1	0,5%	2	1,1%				
Diabetes–Cáncer	0	0,0%	2	1,1%				
Tuberculosis–SIDA	6	3,3%	3	1,6%				
Hipertensión– Diabetes–ERC	0	0,0%	2	1,1%				
Diabetes–Otros	0	0,0%	1	0,5%				

Fuente: Historias clínicas – HNGAI - 2015

Interpretación: En la tabla N° 12 se presenta la distribución de pacientes hospitalizados según la presencia de enfermedades crónicas. Las enfermedades crónicas están representadas por el 73,8% (n=135) en el grupo de casos y por el 75,4% (n=138) en el grupo de controles. De los pacientes que presentaban dichas enfermedades crónicas, la mayor parte tanto en el grupo de casos como de controles vinieron a ser representados por pacientes con diagnósticos clínicos de hipertensión arterial (13,7% de casos y 18,1% de controles), diabetes mellitus (13,1% de casos y 23% de controles), enfermedad renal crónica (10,9% de casos y 10,4% de controles), cáncer de alguna etiología (10,9% de casos y 9,9% de controles) y otras enfermedades distintas a las antes mencionadas (11,5% de casos y 18,5% de controles). Luego de realizar el análisis estadístico para cada una de las enfermedades crónicas que se describen en el estudio, se hallaron asociaciones estadísticas significativas en los casos de pacientes con diabetes mellitus (OR: 3,22; IC [1,25 – 8,30]) y pacientes con VIH - SIDA (OR: 4,30; IC [2,45 – 9,32]), por lo que dichas enfermedades representan un factor de riesgo para desarrollar depresión en pacientes hospitalizados.

TABLA N° 13

DISTRIBUCIÓN SEGÚN PRESENCIA DE ENFERMEDADES TERMINALES Y SU ASOCIACIÓN A DEPRESIÓN EN PACIENTES HOSPITALIZADOS EN EL SERVICIO DE MEDICINA INTERNA DEL HOSPITAL NACIONAL GUILLERMO ALMENARA IRIGOYEN DE LIMA EN EL PERÍODO OCTUBRE - DICIEMBRE DE 2015

PRESENCIA DE ENFERMEDADES TERMINALES	Casos		Controles		OR*	IC _{95%}		Valor p
	n=183	%=100,0	n=183	%=100,0		Inf.	Sup.	
Sí	86	47,0%	35	19,1%	8,41	2,40	12,13	0,016
No	97	53,0%	148	80,9%				

Fuente: Historias clínicas – HNGAI – 2015

Interpretación: En la presente tabla se puede observar la distribución según presencia de enfermedades terminales (definidas como enfermedades que provocarían la muerte del paciente en un plazo no mayor de 12 meses). En el grupo de casos, se observó que el 47% (n=86) presentaban patologías terminales, mientras que en el grupo de controles la diferencia era notable, con sólo un 19,1% (n=35). Luego de realizar el estudio estadístico, se concluyó en que la presencia de enfermedades terminales se asociaba de manera positiva con la depresión, con un OR: 8,41; IC (2,40 – 12,13).

4.2. DISCUSIÓN Y ANÁLISIS

El presente estudio se realizó en el servicio de Medicina Interna del Hospital Nacional Guillermo Almenara Irigoyen, de octubre a diciembre de 2015, para determinar la prevalencia y los factores de riesgo asociados a depresión.

Los factores asociados a depresión determinados en el presente estudio fueron la etapa de vida adolescente (OR: 10,52), estado civil soltero (OR: 2,09), clase socioeconómica trabajadora o baja (OR: 1,90), presencia de problemas emocionales recientes (OR: 1,93), antecedente de depresión (OR: 2,74), presentar hábitos nocivos (OR: 2,55), tiempo de enfermedad mayor a tres meses (OR: 1,87), presencia de algunas enfermedades crónicas: diabetes mellitus (OR: 3,22) y VIH-SIDA (OR: 4,30) y presencia de enfermedades terminales (OR: 8,41).

Durante el período de estudio se registraron 458 paciente hospitalizados, de los cuales fueron evaluados 372 pacientes por cumplir con los criterios de inclusión y dar su consentimiento para la realización del estudio; de los mismos, se encontró trastorno depresivo en 183 pacientes lo que revela que la prevalencia de depresión en el servicio de Medicina Interna del Hospital Nacional Guillermo Almenara

Irigoyen durante el período de estudio fue de 49,2%, tal como se muestra en la tabla N° 01 y gráfico N° 01, en los cuales se evidencia una cifra superior a la reportada en estudios de otros países donde este porcentaje varía entre 20 a 41,5% (7, 19). Con respecto a los estudios nacionales, se encuentran cifras cercanas a las del presente estudio, con porcentajes de 48% aproximadamente (1). Este hecho podría estar relacionado con la calidad de salud de nuestro país, que se encuentra escalones por debajo al de otros países en los cuales se han realizado los estudios mencionados; es de notar sin embargo que la presente investigación se realizó a partir de información proveniente de pacientes de un Hospital Nacional, con categoría de establecimiento de salud nivel IV, cuyos diagnósticos son de mayor complejidad y en muchos casos con pronósticos más sombríos, pudiendo influir esto en los porcentajes encontrados en los resultados; sin embargo, cabe resaltar que ninguno de dichos pacientes que presentaron trastorno depresivo recibió en el momento de su hospitalización atención psicológica ni tratamiento con antidepresivos, lo cual es alarmante dado las consecuencias de la depresión en los pacientes hospitalizados. Además, dentro de los casos de depresión se observó que el mayor porcentaje correspondía a depresión leve (62,3% de los casos), seguidos de depresión moderada y severa (30,6 y 7,1% del total de

casos respectivamente), con ningún caso de depresión extrema; esto se asemeja a las cifras indicadas en las investigaciones de Agudelo y Rojas (7, 19), ambas realizadas en pacientes hospitalizados.

En la tabla N° 02 de nuestro estudio, al igual que la literatura nacional y extranjera, se muestra que la etapa de vida adolescente está asociada a depresión (OR: 10,52). Este hallazgo se corresponde a su vez con Zavaleta (25) cuyo estudio nacional demuestra una clara asociación entre la etapa de vida adolescente y depresión. La razón postulada para justificar dicha asociación está relacionada con la inmadurez biológica y psicológica de este grupo etáreo. En ellos el estado de ánimo depresivo es común debido a que es un proceso normal de maduración, sufren influencia de hormonas sexuales y sufren conflictos de independencia con sus padres. Con frecuencia están propensos a desarrollar depresión como respuesta a muchas situaciones y factores estresantes presentes en dicha etapa. Tales factores psicológicos y biológicos reflejarían su inmadurez y también estarían asociados con depresión (26, 27).

Respecto al sexo, en la tabla N° 03 de nuestro estudio se muestra que no se encontró asociación estadística entre algún género y depresión. De acuerdo a la literatura, se reportan estudios internacionales realizados por Wolff (9), Grau (16), Martínez (17), Rojas (19) y Von

Mühlenbrock (28); y nacionales realizados por Zavaleta (25) y García (1) que demuestran asociación estadística entre el sexo femenino y depresión. En la literatura mencionada, dicha asociación es relacionada a factores genéticos, mecanismos químicos y hormonales, trastornos perimenstruales y postparto propios del sexo femenino (29, 30, 31). Sin embargo, dicha asociación también podría ser atribuida a otras características sociales y poblacionales concurrentes, que podrían tener influencias sobre las cifras de depresión. La falta de asociación entre el sexo femenino y depresión determinada en nuestro estudio, podría ser desencadenada debido a que como se vio en la población estudiada, la mayoría se encuentra en la etapa de vida adulta y adulta mayor, donde existen alteraciones de los mecanismos químicos y hormonales y ausencia de los factores perimenstruales y postparto.

En la tabla N° 04 de nuestro estudio, el estado civil soltero mostró asociación estadística con el trastorno depresivo (OR: 2,09); esto concuerda con lo hallado por Wolff (9) y Rojas (19). Se considera que los pacientes hospitalizados solteros presentan una integración familiar y social inadecuada, los cuales los pone en riesgo frente a los diversos trastornos psiquiátricos, debido a que la falta de apoyo predispondría a ellos a mayor estrés. De la misma forma, la falta de protección familiar

y conyugal actuaría en detrimento de la estabilidad emotiva y profesional, lo que llevaría a situaciones dificultosas con gran riesgo de desencadenar depresión.

Respecto al grado de instrucción, en la tabla N° 05 se evidencia que el mayor porcentaje perteneció al grupo de educación secundaria en ambos grupos, sin embargo, realizado el análisis estadístico no se encontró asociación estadística entre el grado de instrucción y la depresión, lo cual no concuerda con lo descrito por Wolff (9), Matud (32), Grau (16) y García (1); quienes mencionan que el grado de instrucción tiene una relación inversamente proporcional con la depresión, ya que a medida que el nivel educativo de los pacientes aumenta, la sintomatología depresiva tiende a disminuir. Esta diferencia puede explicarse debido a la homogeneidad de la distribución de esta variable en los grupos de casos y controles en la población en estudio.

Respecto al nivel socioeconómico, en la tabla N° 06 de nuestro estudio se evidencia asociación entre las clases socioeconómicas de menor nivel (clase baja y trabajadora) y depresión (OR: 1,90). Dicho hallazgo coincide con fuentes internacionales o nacionales como Agudelo (7), Wolff (9) y Rojas (19), quienes describen que las personas más propensas a sufrir enfermedades médicas y mentales son aquellas que

viven en condiciones de pobreza. La razón que se postula para explicar dicha asociación radica en los estresores psicológicos y sociales que se pudieran generar por pertenecer a dichas clases sociales. Estas posibilidades se añaden a las enfermedades causadas en forma directa por la desnutrición y a las deficiencias del hábitat, configurando un oscuro panorama para el porvenir de pacientes pertenecientes a dichos grupos sociales.

Es conocido que uno de los factores de riesgo para el trastorno depresivo es la presencia de problemas emocionales, en la tabla N° 07 podemos observar que nuestro estudio no fue ajeno a la demostración de dicha variable como causante de depresión, de tal modo que hasta un 25,7% de los casos presentaron problemas emocionales en los últimos 30 días; además, al realizar el análisis estadístico se encontró una asociación estadística significativa entre estas dos variables (OR: 1,93). Agudelo (7), en su estudio realizado en Colombia, expresa que las personas con problemas emocionales con repercusiones psicológicas presentaban mayores porcentajes de depresión, además que el grado de la misma era mayor. Distintas enfermedades suelen ir precedidas por sucesos vitales estresantes, la mayoría de estos procesos estresantes ocurren en el seno sentimental o familiar. Asimismo tener la vivencia de que nuestra pareja o familia no ejerce

una función de apoyo material y afectivo puede favorecer la aparición de un cuadro depresivo.

La literatura internacional como estudios de Wolff (9) y Rojas (19) o nacional de Zavaleta (25) sostienen que pacientes que anteriormente han presentado un episodio depresivo tienen una probabilidad dos a cuatro veces mayor de desarrollar un nuevo evento de depresión. Esto se corresponde con los resultados observados en la tabla N°08 de nuestro estudio, en el cual se encuentra sorprendentemente que 38,3% de los casos presentaban dicho factor de riesgo, posteriormente se encontró una asociación estadística significativa (OR: 2,74). Como mencionan dichos autores y respalda nuestro estudio, el trastorno depresivo moderado o severo suele predisponer a repetición del suceso, incluso se ha descrito el trastorno depresivo persistente, cuando el estado de ánimo depresivo dura 2 años. A lo largo de este período de tiempo, puede tener momentos de depresión mayor junto con épocas en las que los síntomas son menos graves.

Con respecto al consumo de sustancias nocivas, en la tabla N° 09 de nuestro estudio se observa que el 68,9% de los casos consumía una o más sustancias nocivas del tipo alcohol, tabaco o drogas; mientras que en el grupo de controles sólo el 46,4% presentaba dicho factor de riesgo. Además dentro del grupo de casos que tenía como antecedente

el consumo de alguna de las sustancias nocivas mencionadas, la mayor parte consumía alcohol (45,4%), seguido por alcohol y tabaco (12%) y tabaco solamente (8,2%). Al realizar el análisis estadístico, se pudo observar que el consumo de sustancias nocivas diversas: alcohol, tabaco o drogas predisponía de 2 a 3 veces más que la población general a la ocurrencia de depresión (OR: 2,55). Los resultados obtenidos concuerdan con literatura descrita por autores como Wolff (9) y Rojas (19), este último sostiene que la prevalencia de depresión en pacientes con dependencia al alcohol es mayor a la encontrada en población general llegando a ser ésta hasta el 75% y estar relacionada además con mayor frecuencia de recaídas. La explicación de dicha ocurrencia de depresión puede ser explicada por efectos directos de las sustancias nocivas en nuestro organismo, factores psicológicos secundarios producidos en el individuo e incluso por el síndrome de abstinencia ocurrido al momento de cesar el consumo de dichas sustancias.

Con respecto al consumo de medicamentos por parte del paciente, en la tabla N° 10 se puede observar que hasta el 53% del grupo de los casos consumían diversos medicamentos, de manera decreciente se describen antidepresivos, hipoglicemiantes, antihipertensivos y analgésicos; además es interesante que no se halló asociación

estadística entre dicho factor de riesgo y depresión (OR: 0,21). Esto difiere con lo descrito por Agudelo (7), Rojas (19), Wolff (9) y García (1); quienes describen un doble problema con el consumo de medicamentos por los pacientes, hallándose por un lado una relación directa entre el consumo de ciertos medicamentos y depresión, y por otro lado que el efecto de algunos medicamentos podría tener síntomas compartidos con depresión y por ende causar un sub - registro de depresión mencionado en líneas anteriores. En nuestro estudio no se encuentra dicha asociación, probablemente esto pueda ser explicado por la forma de administración de dichos medicamentos en los pacientes, tiempo de toma de los mismos y un posible sub - registro de medicamentos consumidos.

Agudelo (7), en su estudio hace mención entre otras cosas al tiempo transcurrido desde el diagnóstico de la enfermedad actual y su relación con el cuadro depresivo, pues las reacciones emocionales de los pacientes varían, dependiendo del conocimiento que se posea sobre el curso y pronóstico de la enfermedad. En la tabla N° 11, se puede observar que en nuestro estudio se hace revisión del tiempo que los pacientes presentan las molestias por las cuales fueron hospitalizados, haciendo un punto de corte de tres meses para diferenciar un tiempo corto o prolongado de dichas molestias; finalmente se halló que hasta

el 37,2% de los casos presentaban un tiempo prolongado mayor a tres meses de enfermedad. Al realizar el análisis estadístico se observó que la presencia de un tiempo de enfermedad mayor a tres meses tenía asociación estadística significativa (OR: 1,87), lo cual concuerda con Agudelo. Esto puede explicarse por el significado para el paciente de una enfermedad que va prolongándose en el tiempo y la situación estresante que dicha situación representa, más aún si se trata de una enfermedad crónica e incurable, cuyo análisis se hace a continuación.

La presencia de enfermedades médicas crónicas y terminales representan un factor de riesgo conocido para desarrollo de depresión según literatura de origen nacional e internacional como Agudelo (7), Wolff (9), Alberdi (10), Martínez (17) y otros autores (12–15, 33-38). Al respecto, Agudelo señala que los pacientes que sufren algún tipo de enfermedad médica tienen un riesgo mayor de manifestar síntomas depresivos que el resto de la población general, oscilando estas cifras entre 10 a 60%. En la tabla N° 12 de nuestro estudio se puede observar un análisis sobre patologías crónicas de la talla de hipertensión arterial (HTA), diabetes mellitus (DM), enfermedad renal crónica (ERC), enfermedad pulmonar obstructiva crónica (EPOC), cáncer de diversas etiologías, VIH - SIDA, entre otros. Se observó que diversas enfermedades crónicas estaban presentes en el grupo de casos y

controles, con porcentajes de hasta 73,8% en el grupo de casos y 75,4% en los controles. Dentro de los mismos, se pudo observar que las enfermedades médicas más frecuentes fueron hipertensión arterial (13,7% de casos y 18,1% de controles), diabetes mellitus (13,1% de casos y 23% de controles), enfermedad renal crónica (10,9% de casos y 10,4% de controles), cáncer de alguna etiología (10,9% de casos y 9,9% de controles) y otras enfermedades distintas a las antes mencionadas (11,5% de casos y 18,5% de controles). Tras el análisis estadístico se observó que las patologías médicas que se asociaban con mayor intensidad a depresión fueron diabetes mellitus (OR: 3,22) y VIH - SIDA (OR: 4,30). Dichas asociaciones coinciden con lo descrito por Wolff (9) quien describe que en el caso de los pacientes infectados por el virus de inmunodeficiencia humana, la depresión suele ser dos a cuatro veces más frecuente que en la población general, considerándose como una de las comorbilidades psiquiátricas más frecuentes y la de mayor incidencia tras el diagnóstico de la infección. Similarmente, Cabello (35) describe que los pacientes con diagnóstico clínico de diabetes mellitus (y también de otras enfermedades médicas crónicas) reportaron niveles más altos de sintomatología depresiva; en su estudio concluye que hasta el 30% de pacientes diabéticos desarrollarán depresión posteriormente.

Además, en la tabla N° 13 se visualiza que se encontró una asociación significativa entre los pacientes que tenían enfermedades médicas terminales y depresión (OR: 8,41). Al respecto, Grau (16) menciona que los pacientes con autoevaluación de menor reversibilidad de su enfermedad presentaban mayor depresión, y se hallaban más graves, siendo el APACHE y la depresión mediante BDI los mejores predictores. Sin duda, el significado de presentar una enfermedad incurable para un paciente genera una situación terrorífica y estresante, pudiendo cursar posteriormente con sintomatología depresiva. (39, 40)

Los resultados de nuestro estudio en términos generales tienen similitud con resultados citados en diversos estudios de la literatura mundial, sin embargo, debemos precisar que no podríamos generalizar éstos de forma universal, ya que sólo se hizo empleo de un instrumento, que es la encuesta semiestructurada en la cual se incluye el Test de Beck II, a diferencia de otros trabajos donde se han empleado varias pruebas de depresión de manera simultánea por ejemplo Test de Beck II y prueba MINI a la vez; pruebas estadísticas de mayor complejidad y además que se ha trabajado con muestras poblacionales mayores.

CONCLUSIONES

1. La prevalencia de depresión en los pacientes hospitalizados en el servicio de Medicina Interna del Hospital Nacional Guillermo Almenara Irigoyen de Lima en el período octubre - diciembre de 2015 fue de 49,2%.
2. Los factores sociodemográficos asociados a depresión en pacientes hospitalizados en Medicina Interna son la etapa de vida adolescente (OR: 10,52), estado civil soltero (OR: 2,09) y clase socioeconómica trabajadora o baja (OR: 1,90).
3. Los factores psicológicos asociados a depresión en pacientes hospitalizados en Medicina Interna son la presencia de problemas emocionales recientes (OR: 1,93).
4. Los factores clínico - hospitalarios asociados a depresión en pacientes hospitalizados en Medicina Interna son el antecedente de depresión (OR: 2,74), consumo de sustancias nocivas (OR: 2,55), tiempo de enfermedad mayor a tres meses (OR: 1,87), presencia de enfermedades médicas crónicas como diabetes mellitus (OR: 3,22) y VIH - SIDA (OR: 4,30) y presencia de enfermedades médicas terminales (OR: 8,41).

RECOMENDACIONES

1. Capacitar a los médicos que no son especialistas en Psiquiatría en el diagnóstico temprano del trastorno depresivo mediante jornadas de actualización médica en psiquiatría.
2. Reforzar el área de psiquiatría de enlace y crear líneas de investigación en dicho campo, de manera que sea materia de estudio más conocida y utilizada por los diversos especialistas médicos, para la mayor participación de la misma en los servicios de Medicina Interna.
3. Promover la realización de nuevas investigaciones de tipo prospectivo que evalúen la relación entre los resultados hallados en nuestro trabajo, para así poder identificar factores de riesgo para depresión.

REFERENCIAS BIBLIOGRÁFICAS

1. García R. Prevalencia de depresión en pacientes hospitalizados en el servicio de Medicina Interna en un Hospital Nacional febrero 2015. Revista UNMSM. Lima-Perú. 2015; 1 (1): 6-43
2. Franco JG, Gómez P, Ocampo M, Vargas A, Berrios D. Prevalencia de trastornos psiquiátricos en pacientes médico-quirúrgicos hospitalizados en la Clínica Universitaria Bolivariana de Medellín-Colombia. Revista Médica Colombiana. Colombia. 2005; 36 (3): 1-6
3. Palomo L, Rubio C, Gervás J. La comorbilidad en atención primaria. Revista Gaceta Sanitaria. España. 2006; 20 (1): 182-91
4. Costas M, Prado V, Crespo J. Ansiedad y depresión entre los pacientes hospitalizados en el complejo hospitalario de Ferrol. Revista Iberoamericana de Psicología. España. 2013; 107 (1): 16-22
5. Grau A, Comas P, Suñer R, Peláez E, Sala L, Planas M. Evolución de la ansiedad y de la depresión detectada durante la hospitalización en servicio de Medicina Interna. Anales de Medicina Interna. España. 2007; 24 (5): 212-216
6. Palacios C. Frecuencia de subdiagnóstico de depresión y ansiedad en pacientes adultos atendidos en el Centro de Salud Villa Los Reyes

durante el período de setiembre a noviembre del 2014. Revista UNMSM. Lima-Perú. 2015; 1(1): 9-52

7. Agudelo D, Lucumí L, Santamaría Y. Evaluación de la depresión en pacientes hospitalizados por distintas enfermedades médicas en la ciudad de Bucaramanga. Revista Pensamiento Psicológico. Cali-Colombia. 2008; 4 (10): 60-79
8. Goodwin R, Kroenke K, Hoven C, Spitzer R. Major depression physical illness and suicidal ideation in primary care. Psychosomatic Medicine. USA. 2003; 65 (1): 501-5
9. Wolff C, Alvarado R, Wolff M. Prevalencia, factores de riesgo y manejo de la depresión en pacientes con infección por VIH: Revisión de la literatura. Revista Chilena de Infectología. Chile. 2010; 27 (1): 65-74
10. Alberdi J, Fernandez A, Iglesias F. Depresión en pacientes hospitalizados en el servicio de Medicina Interna de un Hospital General. Revista Galicia Clínica. España. 2013; 74(4): 161-74
11. Katon W. Clinical and Health Services Relationships between Major Depression, Depressive Symptoms, and General Medical Illness. Society of Biological Psychiatry. EEUU. 2003; 54 (1): 216-26
12. Cornejo C, Villareal J. Relación entre síntomas de Síndrome de Intestino Irritable y síntomas depresivos en pacientes hospitalizados. Revista de Gastroenterología de Perú. Perú. 2005; 25 (2): 22-9

13. Cabrera L, Mendoza E, Obando P. Factores asociados a los niveles de depresión situacional en pacientes oncológicos. Revista enferm Herediana. Lima-Perú. 2010; 3 (2): 96-103
14. Ríos M. Frecuencia de depresión en pacientes con diabetes mellitus tipo 2. Revista UNT. Trujillo-Perú. 2013; 1(1): 7-39
15. Constantino A, Bocanegra M. Frecuencia de depresión ansiedad en pacientes con diabetes tipo 2 del Hospital Nacional Almanzor Aguinaga Asenjo durante el año 2011. Revista UCSTM. Chiclayo-Perú. 2013; 1(1): 11-44
16. Grau-Martín A, Suñer R, Abulf P, Comas P. Niveles de ansiedad y depresión en enfermos hospitalizados y su relación con la gravedad de la enfermedad. Revista Médica Clínica. Barcelona-España. 2003; 120 (10): 370-5
17. Martínez JA, Martínez V, Esquivel C, Velasco V. Prevalencia de depresión y factores de riesgo en el adulto mayor hospitalizado. Revista Medicina Interna de México. México. 2007; 45 (1): 21-8
18. Vilchis A, Secín R, López A, Córdova V. Frecuencia de ansiedad y depresión en pacientes adultos en la sala de urgencias de un hospital general no gubernamental e identificación por el médico de urgencias. Revista Medicina Interna de México. México. 2010; 26 (1): 5-10

19. Rojas M. Incidencia de depresión en pacientes hospitalizados, Departamento de Medicina Interna, Hospital Regional de Occidente, año 2010. Revista de la Universidad San Carlos de Guatemala. Guatemala. 2013; 1(1): 13-92
20. Vásquez F, Muñoz R, Becoña E. Depresión: Diagnóstico, modelos teóricos y tratamiento a finales del siglo XX. Revista Psicología Conductual. 2000; 8 (3): 417-449
21. Organización Panamericana de la Salud. Neurociencia del consumo y dependencia de sustancias psicoactivas. Biblioteca sede OPS. 2005; 180-8
22. Arango C, Escobar M, Pimienta H. Fundamentos moleculares y celulares de la depresión y de los mecanismos antidepresivos. Revista Colombiana de Psiquiatría. Colombia. 2004; 33 (1): 165-83
23. Vega Dienstmaier J, Coronado O, Mazzotti G. Validez de una versión en español del Inventario de Depresión de Beck en pacientes hospitalizados de medicina general. Revista de Neuropsiquiatría. Lima-Peru. 2014; 77 (2): 1-8.
24. Beltrán M, Freyre M. El Inventario de Depresión de Beck: Su validez en población adolescente. Revista Terapia Psicológica. México. 2012; 30 (1): 5-13

25. Zavaleta J. Factores de riesgo asociados con trastorno depresivo en estudiantes adolescentes de la I. E. Manuel Gonzáles Prada de Ate en el 2015. *Revista UNMSM. Lima-Perú.* 2015; 1(1): 6-56
26. Galicia I, Sánchez A, Robles J. Factores asociados a la depresión en adolescentes: Rendimiento escolar y dinámica familiar. *Anales de Psicología. Murcia-España.* 2009; 25 (2): 227-240
27. Lazarevich I, Mora F. Depresión y género: factores psicosociales de riesgo. Departamento de Atención a la Salud de la Universidad Autónoma Metropolitana. 2008; 4 (1): 8-13
28. Von Mühlenbrock F, Gómez R, Gonzáles M, Rojas A, Vargas L, Von Mühlenbrock C. Prevalencia de Depresión en pacientes mayores de 60 años hospitalizados en el Servicio de Medicina Interna del Hospital Militar de Santiago. *Revista Chilena de Neuro-Psiquiatría. Chile.* 2011; 49 (4): 331-7
29. Gómez C, Bohórquez A, Pinto D, Gil J, Rondón M, Díaz N. Prevalencia de la depresión y factores asociados con ella en la población colombiana. *Revista Panamericana de Salud Pública. Colombia.* 2004; 16 (1): 378-86
30. Hernández G, Ibáñez C, Kimelman M, Orellana G, Montino O, Núñez C. Prevalencia de trastornos psiquiátricos en hombres y mujeres hospitalizados en un Servicio de Medicina Interna de un hospital de Santiago de Chile. *Revista Médica. Chile.* 2001; 129 (1): 1279-88

31. Díaz J, Torres V, Urrutia E, Moreno R, Font I, Cardona M. Factores psicosociales de la depresión. *Revista Cubana Médica*. Cuba. 2006; 35 (3): 1-7
32. Matud M, Guerrero K, Matías R. Relevancia de las variables sociodemográficas en las diferencias de género en la depresión. *International Journal of Clinical and Health Psychology*. España. 2006; 6 (1): 7-21
33. Moreno E, Arenas M, Porta E, Escalant L, Cantó M, Castell G et al. Estudio de la prevalencia de trastornos ansiosos y depresivos en pacientes en hemodiálisis. *Revista Sociedad Española Nefrología*. España. 2004; 7 (4) : 225-33
34. Espinosa F, Parra M, Segura N, Toledo D, Menez D, Sosa E et al. Ansiedad y depresión en asmáticos adultos en comparación con sujetos sanos. *Revista Alergia México*. México. 2006; 53 (6): 201-6
35. Cabello H, Benavides A, Jaymez A. Depresión en pacientes adultos con diabetes. *Boletín de la Sociedad Peruana de Medicina Interna*. Lima-Perú. 1996; 9 (1): 1-9
36. Reséndiz F, Ortiz O, Pulido D, Arcila D, Schmulson M. Impacto de los rasgos de ansiedad y depresión sobre aspectos clínicos y calidad de vida en pacientes con síndrome de intestino irritable. *Revista Gastroenterología México*. México. 2008; 73 (1): 3-10

37. Hernández T, Figueroa C, Ramos B, Alcocer L. Relación de la depresión, ansiedad y calidad de vida en pacientes hospitalizados con insuficiencia cardiaca. *Revista Psicología y Salud*. México. 2014; 24 (1): 25-34
38. Guallar P, Magariños M, Montoto C, Tabuenca A, Rodriguez C, Olcoz M et al. Prevalencia de depresión, y factores biomédicos y psicosociales asociados, en ancianos hospitalizados con insuficiencia cardiaca. *Revista Española Cardiología*. España. 2006; 59 (8): 770-8
39. Bragado C, Bersabé R. Factores de riesgo para los trastornos conductuales, de ansiedad, depresivos, y de eliminación en niños y adolescentes. *Revista Psicothema*. España. 2010; 11 (4): 939-56
40. Lewinsohn P, Roberts R. Psychosocial risk factors for depression. *J of Abnormal Psychology*. USA. 2005; 103 (1): 302-15

ANEXOS

ANEXO 01

INSTRUMENTO DE ESTUDIO:

FICHA SEMIESTRUCTURADA DE RECOLECCIÓN DE DATOS

FICHA SEMIESTRUCTURADA DE RECOLECCIÓN DE DATOS

“PREVALENCIA Y FACTORES DE RIESGO ASOCIADOS A DEPRESIÓN EN
PACIENTES HOSPITALIZADOS EN EL SERVICIO DE MEDICINA INTERNA DEL
HOSPITAL NACIONAL GUILLERMO ALMENARA IRIGOYEN DE LIMA EN EL
PERÍODO OCTUBRE - DICIEMBRE DE 2015”

NÚMERO DE ENCUESTA:

FECHA:

FECHA DE INGRESO A EMERGENCIA:

FECHA DE INGRESO A HOSPITALIZACIÓN:

I. FACTORES SOCIODEMOGRÁFICOS

EDAD:

SEXO:

- a) Hombre
- b) Mujer

ESTADO CIVIL:

- a) Soltero
- b) Casado
- c) Conviviente
- d) Divorciado
- e) Viudo

GRADO DE INSTRUCCIÓN:

- a) Analfabeto
- b) Primaria
- c) Secundaria
- d) Superior

NIVEL SOCIOECONÓMICO:

- a) Alto
- b) Medio superior
- c) Medio
- d) Trabajadora
- e) Clase baja

II. TEST DE BECK

Elija de cada uno de estos 21 planteamientos, el que mejor refleje su opinión:

PREGUNTA N° 01

- a) No me siento triste
- b) Me siento triste la mayor parte del tiempo
- c) Estoy triste todo el tiempo
- d) Me siento tan triste que no puedo soportarlo

PREGUNTA N° 02

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

PREGUNTA N° 03

- a) No me siento fracasado (a)
- b) He fracasado más de lo que debería
- c) Cuando miro el pasado, veo muchos fracasos
- d) Creo que soy un fracaso total como persona

PREGUNTA N° 04

- a) Disfruto tanto como antes de las cosas que me gustan
- b) No disfruto de las cosas como solía hacerlo
- c) Disfruto muy poco de las cosas que me gustaban
- d) No disfruto nada de las cosas que me gustaban

PREGUNTA N° 05

- a) No me siento especialmente culpable
- b) Me siento culpable de muchas cosas que he hecho o debería haber hecho
- c) Me siento culpable la mayor parte del tiempo
- d) Me siento culpable siempre

PREGUNTA N° 06

- a) No creo que esté siendo castigado (a)
- b) Creo que puedo ser castigado (a)
- c) Creo que seré castigado (a)
- d) Creo que estoy siendo castigado (a)

PREGUNTA N° 07

- a) Tengo la misma opinión sobre mí que de costumbre
- b) He perdido la confianza en mí mismo (a)
- c) Me siento decepcionado (a) conmigo mismo (a)
- d) No me gusto a mí mismo (a)

PREGUNTA N° 08

- a) No me critico o culpo más que de costumbre
- b) Soy más crítico (a) conmigo mismo (a) que de costumbre

- c) Me critico por todos mis errores
- d) Me culpo por todo lo malo que sucede

PREGUNTA N° 09

- a) No pienso en suicidarme
- b) Pienso en suicidarme, pero no lo haría
- c) Desearía suicidarme
- d) Me suicidaría si tuviese la oportunidad

PREGUNTA N° 10

- a) No lloro más que de costumbre
- b) Lloro más que de costumbre
- c) Lloro por cualquier cosa
- d) Tengo ganas de llorar pero no puedo

PREGUNTA N° 11

- a) No estoy más nervioso (a) que de costumbre
- b) Me siento más nervioso (a) que de costumbre
- c) Estoy tan intranquilo (a) que me es difícil estar quieto (a)
- d) Estoy tan intranquilo (a) que tengo que estar moviéndome o haciendo algo con frecuencia

PREGUNTA N° 12

- a) No he perdido interés por las cosas
- b) Estoy menos interesado (a) que antes por los demás o por las cosas
- c) He perdido casi todo mi interés por los demás o por las cosas
- d) Me resulta difícil interesarme por alguna cosa

PREGUNTA N° 13

- a) Tomo decisiones casi tan bien como siempre
- b) Me resulta difícil tomar decisiones como antes
- c) Me resulta mucho más difícil tomar decisiones como antes
- d) Tengo dificultades para tomar cualquier decisión

PREGUNTA N° 14

- a) No creo que sea inútil
- b) No me considero tan útil como de costumbre
- c) Me siento más inútil en comparación con otras personas
- d) Me siento totalmente inútil

PREGUNTA N° 15

- a) Tengo tanta energía como siempre
- b) Tengo menos energía que de costumbre
- c) No tengo suficiente energía para hacer muchas cosas
- d) No tengo energía para hacer nada

PREGUNTA N° 16

- a) No he notado ningún cambio en mi sueño
- b) Duermo algo más que de costumbre
- c) Duermo algo menos que de costumbre

- d) Duermo mucho más que de costumbre
- e) Duermo mucho menos que de costumbre
- f) Duermo la mayor parte del día
- g) Me despierto 1 - 2 horas antes y no puedo volver a dormirme

PREGUNTA N° 17

- a) No estoy más irritable que de costumbre
- b) Estoy más irritable que de costumbre
- c) Estoy mucho más irritable que de costumbre
- d) Siempre paro irritable

PREGUNTA N° 18

- a) No he notado cambios en mi apetito
- b) Mi apetito es algo menos que de costumbre
- c) Mi apetito es algo más que de costumbre
- d) Mi apetito mucho menos que antes
- e) Mi apetito mucho más que antes
- f) No tengo apetito
- g) Tengo un ansia constante de comer

PREGUNTA N° 19

- a) Puedo concentrarme bien como siempre
- b) No me puedo concentrar tan bien como siempre
- c) Me cuesta concentrarme en algo por bastante tiempo
- d) No me puedo concentrar en nada

PREGUNTA N° 20

- a) No estoy más cansado (a) que de costumbre
- b) Me canso o me siento más fatigado (a) más fácilmente que de costumbre
- c) Estoy demasiado cansado para hacer muchas cosas que hacía normalmente
- d) Estoy demasiado cansado para hacer la mayoría de cosas

PREGUNTA N° 21

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

III. FACTORES PSICOLÓGICOS

PREGUNTA N° 01: *¿Ha sufrido situaciones estresantes últimamente?*

- a) Sí
- b) No

IV. FACTORES CLÍNICO-HOSPITALARIOS:

PREGUNTA N° 01: *¿Alguna vez ha sido diagnosticado de depresión?*

- a) Sí
- b) No

PREGUNTA N° 02: *¿Consume alguna de las siguientes sustancias?*

- a) Alcohol
- b) Tabaco
- c) Drogas
- d) Ninguno

PREGUNTA N° 03: *¿Consume algún medicamento?, si es así ¿cuál de los siguientes?*

- a) Antidepresivos
- b) Antihipertensivos
- c) Hipoglicemiantes
- d) Analgésicos
- e) Otros
- f) (Especificar).....

PREGUNTA N° 04: *¿Qué tiempo siente que presenta las molestias por las cuales ha sido hospitalizado?*

- a) <3 meses
- b) >3 meses

PREGUNTA N° 05: *¿Sufre de alguna de las siguientes enfermedades?*

- a) Hipertensión
- b) Diabetes mellitus
- c) Enfermedad renal crónica
- d) Migraña
- e) Fibrosis pulmonar
- f) Enfermedad pulmonar obstructiva crónica
- g) Tuberculosis
- h) Cáncer de alguna etiología
- i) SIDA
- j) Otras
(Especificar).....

PREGUNTA N° 06: *¿Usted presenta una enfermedad incurable (terminal)?*

- a) Sí
- b) No

ANEXO 02
CONSENTIMIENTO INFORMADO

CONSENTIMIENTO INFORMADO

Hospital Nacional Guillermo Almenara Irigoyen

Fecha:

Yo identificado con
DNI (carnet de extranjería o pasaporte para extranjeros) N°
..... he sido informado por el Sr Autor de la
investigación acerca
del trabajo de investigación sobre "Prevalencia y factores de riesgo asociados a
depresión en pacientes hospitalizados en el Servicio de Medicina Interna del
Hospital Nacional Guillermo Almenara Irigoyen de Lima en el período octubre -
diciembre de 2015".

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 respuestas 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

DNI