



Universidad Nacional
Federico Villarreal

Vicerrectorado de
INVESTIGACIÓN

Facultad de Medicina “Hipólito Unanue”

PREVALENCIA DE DEPRESIÓN EN PACIENTES HOSPITALIZADOS EN EL SERVICIO
DE MEDICINA INTERNA DEL HOSPITAL NACIONAL HIPÓLITO UNANUE
DICIEMBRE 2018

Tesis para optar el título profesional de Médico Cirujano

AUTORA

Velásquez Tolentino, Yaquelin Yesenia

ASESOR

Dr. Miraval Rojas Edgar

JURADOS

Dr. La Rosa Botonero José Luis

Dr. Panzera Gordillo Dante

Dr. Cerna Iparraguirre Fernando

Dr. Piña Perez Alindor

Lima, Perú

2019

Dedicatoria

A Dios, por ayudarme a elegir mi camino entre infinitas posibilidades.

A mis padres que han estado incondicionalmente junto a mí, que me han enseñado a crecer como profesional y persona.

A mi hermano Michael por brindarme su ejemplo, su tiempo y su apoyo.

A César, por acompañarme en esta etapa de mi carrera.

Agradecimientos

A la institución y a las personas que hicieron posible el desarrollo de este trabajo.

Tabla de Contenidos

Capítulo 1 Introducción	9
1.1 Descripción y formulación del problema.....	9
1.1.1 Problema General.....	10
1.1.2 Problema Específico	10
1.2 Antecedentes	10
1.3 Objetivos.....	15
1.3.1 Objetivo General.....	15
1.3.2 Objetivos Específicos.....	15
1.4 Justificación	16
1.5 Formulación de hipótesis	17
1.6 Limitaciones y viabilidad del estudio	17
Capítulo 2 Marco teórico	18
2.1 Definición	18
2.2. Trastornos depresivos	19
2.3. Clasificación de episodios depresivos según CIE10.....	20
2.3.1 Episodio Depresivo Leve.....	21
2.3.2. Episodio Depresivo Moderado.	22
2.3.3 Episodio Depresivo Grave Sin Síntomas Psicóticos.....	22
2.3.4 Episodio Depresivo Grave Con Síntomas Psicóticos.	22
2.3.5 Otros Episodios Depresivos.....	23
2.4 Criterios de diagnóstico del episodio depresivo según CIE10.....	23
2.5. Diagnóstico diferencial de los trastornos depresivos.....	27
2.7 Trastornos depresivos y la salud pública	29
Capítulo 3 Método	31
3.1. Tipo de investigación.....	31
3.2. Ámbito temporal y espacial	31
3.2.1. Población.....	31
3.2.2. Diseño muestral	31
3.3. Operacionalización de variables	33
3.4. Recolección de datos.....	35
3.4.1. Instrumento	35
3.4.2. Técnica.....	37
3.5. Procesamiento de datos.....	38
Capítulo 4 Resultados	40
Capítulo 5 Discusiones	57
Capítulo 6 Conclusiones	60
Capítulo 7 Recomendaciones.....	61
Referencias.....	62
Anexos	66

Lista de tablas

Tabla 1	<i>Clasificación CIE 10 del episodio depresivo</i>	21
Tabla 2	<i>Criterios diagnósticos de un episodio depresivo según CIE10</i>	24
Tabla 3	<i>Criterios de gravedad de un episodio depresivo según CIE10</i>	25
Tabla 4	<i>Diagnóstico diferencial de la depresión</i>	28
Tabla 5	<i>Operacionalización de variables</i>	34
Tabla 6	<i>Versiones de la prueba de Beck II</i>	36
Tabla 7	<i>Edad de los pacientes hospitalizados en el servicio de medicina interna del HNHU</i>	40
Tabla 8	<i>Sexo de los pacientes hospitalizados en el servicio de medicina interna del HNHU</i>	41
Tabla 9	<i>Grado de instrucción de los pacientes hospitalizados</i>	42
Tabla 10	<i>Estancia hospitalaria de los pacientes hospitalizados</i>	43
Tabla 11	<i>Enfermedad motivo de hospitalización en el servicio de medicina</i>	44
Tabla 12	<i>Estado civil de los pacientes hospitalizados en el servicio de medicina</i>	45
Tabla 13	<i>Niveles de depresión en pacientes hospitalizados en el servicio de medicina</i>	46
Tabla 14	<i>Nivel de depresión según el sexo de los pacientes</i>	48
Tabla 15	<i>Nivel de depresión según la edad de los pacientes</i>	49
Tabla 16	<i>Nivel de depresión según grado de instrucción en pacientes</i>	51
Tabla 17	<i>Nivel de depresión según el estado civil en pacientes</i>	52
Tabla 18	<i>Nivel de depresión según estancia hospitalaria en pacientes</i>	54
Tabla 19	<i>Nivel de depresión según enfermedad subyacente en pacientes</i>	55

Lista de Figuras

<i>Figura 1.</i> Porcentaje de edad.	41
<i>Figura 2.</i> Porcentaje de sexo.	42
<i>Figura 3.</i> Porcentaje de grado de instrucción.	43
<i>Figura 4.</i> Porcentaje de estancia hospitalaria.	44
<i>Figura 5.</i> Porcentaje de enfermedades subyacentes.	45
<i>Figura 6.</i> Porcentaje de estancia hospitalaria.	46
<i>Figura 7.</i> Porcentaje de nivel de depresión.	47
<i>Figura 8.</i> Nivel de depresión con respecto al sexo.	49
<i>Figura 9.</i> Nivel de depresión según la edad.	50
<i>Figura 10.</i> Nivel de depresión según grado de instrucción.	52
<i>Figura 11.</i> Nivel de depresión según el estado civil.	53
<i>Figura 12.</i> Nivel de depresión según estancia hospitalaria.	55
<i>Figura 13.</i> Nivel de depresión según enfermedad subyacente.	56

RESUMEN

Introducción: La depresión es uno de los trastornos mentales más frecuentes en el mundo y una de las principales causas de discapacidad. A menudo los síndromes afectivos no son diagnosticados a tiempo asociándose a una menor calidad de vida, incremento de enfermedades médicas, así como aumento de la morbimortalidad.

Objetivo: Determinar la prevalencia de depresión en pacientes hospitalizados en el servicio de medicina interna del Hospital Nacional Hipólito Unanue diciembre 2018

Metodología: Se realizó un estudio descriptivo, prospectivo y transversal. Se realizó un muestreo no probabilístico. Se incluyó a los pacientes hospitalizados en el servicio de medicina interna del HNHU durante el mes de diciembre que cumplan con los criterios de inclusión. Se aplicó la prueba de Beck II y previamente se realizó una prueba piloto. Se recogieron los datos en Excel 2010 y se procesaron en el paquete estadístico SPSS 25.0.

Resultados: De un total de 91 pacientes evaluados, entre varones (53,8%) y mujeres (46,2%). Se encontró una prevalencia de depresión de 53.9%. Evidenciándose no depresión en 46,1%, un 23% depresión leve, 18.7% depresión moderada y 12.1% depresión grave.

Conclusiones: Existe una alta prevalencia de depresión en pacientes hospitalizados; siendo mayores los porcentajes de depresión en mujeres, adultos mayores, pacientes con instrucción secundaria, convivientes y pacientes con enfermedades cardiológicas.

Palabras Clave: Depresión, pacientes hospitalizados, Prueba de Beck II

ABSTRACT

Introduction: Depression is one of the most frequent mental disorders in the world and one of the main causes of disability. Often the affective syndromes are not diagnosed in time associated with a lower quality of life, increased medical illnesses, as well as increased morbidity and mortality.

Objective: To determine the prevalence of depression in patients hospitalized in the internal medicine service of the Hipólito Unanue National Hospital December 2018

Methodology: A descriptive, prospective and transversal study was carried out. A non-probabilistic sampling was carried out. Patients hospitalized in the HNHU internal medicine service during the month of December were included who meet the inclusion criteria. The Beck II test was applied and a pilot test was previously carried out. The data was collected in Excel 2010 and processed in the statistical package SPSS 25.0.

Results: Of a total of 91 patients evaluated, between men (53.8%) and women (46.2%). A prevalence of depression of 53.9% was found. Evidence of non-depression was 46.1%, 23% mild depression, 18.7% moderate depression and 12.1% severe depression.

Conclusions: There is a high prevalence of depression in hospitalized patients; the percentages of depression being higher in women, older adults, patients with secondary education, cohabitants and patients with cardiological diseases.

Keywords: Depression, hospitalized patients, Beck II test

Capítulo 1

Introducción

1.1 Descripción y formulación del problema

La depresión es uno de los trastornos mentales más frecuentes en el mundo, y se calcula que afecta a más de 300 millones de personas alrededor del mundo según la Organización mundial de la Salud (OMS, 2018). Dentro de este contexto más de la mitad de los afectados en todo el mundo no recibe tratamiento; a menudo no son correctamente diagnosticadas y tratadas con antidepresivos.

La depresión es una de las principales causas de discapacidad y puede convertirse en un problema de salud debido a las diferentes alteraciones del estado de ánimo, así como los problemas emocionales que genera en la vida cotidiana (OMS, 2018).

Esta situación de alta prevalencia tiene reflejos en el ámbito hospitalario ya que es una enfermedad costosa, en términos de tiempo no trabajado, incrementando la estancia hospitalaria ya sea como complicación de la patología de fondo o la falta de adherencia al tratamiento.

1.1.1 Problema General

¿Cuál es la prevalencia de depresión en pacientes hospitalizados en el servicio de medicina interna del Hospital Nacional Hipólito Unanue?

1.1.2 Problema Específico

¿Cuál es la prevalencia de depresión de acuerdo a la edad, el sexo, el grado de instrucción, el estado civil, la estancia hospitalaria y la enfermedad subyacente en pacientes hospitalizados en el servicio de medicina interna del Hospital Nacional Hipólito Unanue en diciembre 2018?

1.2 Antecedentes

La depresión en general es un problema complejo, multifactorial y con múltiples variables: genético, sociodemográfico, biológico, familiar, etc. A menudo los síndromes afectivos no son diagnosticados a tiempo asociándose a una menor calidad de vida, incremento de enfermedades médicas e incapacidad, así como aumento de la morbimortalidad (Ministerio de Sanidad, Servicios sociales e igualdad, 2014). A pesar de ser poco mortales, su importancia radica en lo discapacitantes que pueden llegar a ser si a esto le sumamos las comorbilidades que posee cada paciente incluyendo algunos síndromes somáticos sin explicación médica como la fibromialgia o el síndrome de fatiga crónica que tienen una alta asociación estadística con la ansiedad y la depresión (Henningsen, Zimmerman, & Sattel, 2003).

El aumento de la tasa de depresión en países europeos ha sido estudiado en diferentes ámbitos; 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 (Ayuso, et al., 2001). Este creciente aumento en las tasas de depresión y en trastornos mentales también ha visto repercusiones en Latinoamérica y en Perú. Los estudios epidemiológicos realizados en el Perú (Instituto Nacional de Salud Mental, 2012) confirman los hallazgos de otros países: hasta el 37% de la población tiene la probabilidad de sufrir un trastorno mental alguna vez en su vida. La prevalencia de depresión en Lima Metropolitana es de 18,2% y una prevalencia a 6 meses de 9.5%; mientras que en la sierra urbana fueron una prevalencia de 17% y para la prevalencia de 6 meses de 6%. En la sierra rural, el estudio realizado mostró una tasa de prevalencia de 15.1% y en la Selva de 21,4%⁵.

Un estudio nacional que corrobora los datos encontrados es el estudio realizado por Martina et al. (2017). Sobre depresión y factores de riesgo asociados según ENDES 2014-2015 utilizando como marco muestral la información del Censo de Población y Vivienda del 2007. En total se entrevistaron 11411 adultos mayores (5248 en 2014 y 6163 en 2015) provenientes de Lima Metropolitana y capitales de departamentos urbano y rural; los resultados revelaron que 14.3% de la población peruana adulta mayor, aparentemente presenta depresión.

En cuanto a la prevalencia de depresión en pacientes hospitalizados (Crespo, Porras, & Gil, 2001) realizaron un estudio pionero en España, multicéntrico, en pacientes hospitalizados en Servicios Médicos. Participaron 13 Centros Hospitalarios, siendo valorados 1003 pacientes en total. Se le administró la escala de Depresión y Ansiedad Hospitalaria. El 18,9% de ellos fueron diagnosticados de Trastorno Depresivo o Trastorno Adaptativo con síntomas depresivos. De estos casi 200 pacientes, solo al 13.7% de ellos se les había solicitado Interconsulta al Servicio de Psiquiatría. En este grupo de pacientes se aislaron como factores de riesgo para padecer trastornos depresivos como: sexo femenino; situación de incapacidad laboral; antecedentes psiquiátricos o de tratamiento con psicofármacos; niveles altos de estrés psicosocial; calidad de vida y la enfermedad orgánica motivo del ingreso hospitalario y su repercusión en el paciente.

Otro estudio longitudinal, prospectivo y observacional, utilizando la escala HAD (Hospital Anxiety and Depression scale) en el que se midió ansiedad y depresión en 70 pacientes durante su ingreso por motivos somáticos, y una vez de alta los 2 meses de la primera valoración; identificaron una prevalencia del 20% de ansiedad y de depresión del 10% en la medición hecha durante el ingreso. La subescala de ansiedad y depresión de estos pacientes disminuyeron de manera estadística a los 2 meses de la primera valoración una vez dada el alta hospitalaria. (Costas, Prado, & Crespo, 2013) .

Agudelo, Lucumí, & Santamaría (2008) Pretendieron evaluar 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 Inventario de Depresión de Beck (BDI-II) y la escala de Ansiedad y Depresión. Hospitalaria (HADS). Los datos fueron procesados a través SPSS 11.5, el cual arrojó una prevalencia del 41.5% de depresión en la muestra, de acuerdo con el BDI-II. Además, una prevalencia de trastorno depresivo del 11% de la muestra según el HADS y 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.

Por otro lado; varios estudios han enfocado su población en adultos mayores debido a mayor prevalencia de depresión en este grupo etario. En un estudio para describir la prevalencia de depresión en pacientes mayores de 60 años, 131 fueron entrevistados; 64 mujeres y 67 hombres. Se encontró una prevalencia de depresión 22.13%; siendo en mujeres 28.12% y 16.41% en hombres; el cual concluye que existe una mayor prevalencia de depresión en pacientes adultos mayores mujeres con respecto a los hombres. Así mismo concluye que la depresión en pacientes mayores es común y muchas veces es infra diagnosticado (Von M, et al., 2011).

Martinez, Martinez, Esquivel, & Velasco (2007) realizaron un estudio transversal porspectivo es mayores de 65 años incluyendo 320 personas encontró depresión en el

50% de las personas existiendo relación entre depresión y la edad mayor de 80 años, sexo femenino, hospitalización en el servicio de medicina interna, dependencia, vivir solo y presencia de enfermedades crónico degenerativas. Otro trabajo que encontró mayor prevalencia de depresión fue el realizado por García, C (2015) quien describió la prevalencia de depresión en adultos mayores, así como su relación con algunos factores.

Obtuvo una población de 96 pacientes a quienes se les aplicó la ficha de recolección de datos, el test de Pfeiffer y la escala de depresión geriátrica de Yesavage encontrando una prevalencia de 61,5% de depresión, evidenciándose no depresión en un 38.5%, depresión moderada en un 55,2% y depresión severa en un 6,3%; así mismo, estudió la relación de seis variables con la depresión encontrándose relación estadística significativa para las variables sexo, grado de instrucción y días de hospitalización, no encontrándose dicha relación para las variables edad, estado civil y situación familiar.

En un estudio nacional (García, 2015) Se realizó un estudio descriptivo de corte transversal buscando determinar la prevalencia de punto en cuanto a depresión definido como número de casos nuevos y antiguos existentes en un momento determinado aplicando la prueba de depresión Beck-II a los pacientes hospitalizados en un hospital nacional. De un total de 52 pacientes evaluados, se encontró una prevalencia de depresión de 48% en mujeres y varones. En cuanto a depresión en relación al grado de instrucción, la mayor prevalencia de depresión tanto en varones como en mujeres, se da en el grupo de pacientes con instrucción secundaria; encontrando que existe una alta prevalencia de depresión en pacientes hospitalizados, siendo mayores los puntajes de depresión según la

Prueba de Depresión de Beck-II, en pacientes mujeres y en pacientes con menor grado de instrucción por lo que se sugiere la aplicación de pruebas de depresión, para un diagnóstico y tratamiento oportuno.

Por otro lado, Salazar (2015) utilizando la escala Beck Depression Inventory, Hospital Anxiety and Depression Scale, Apache II estudiaron 104 pacientes de las diferentes salas del hospital. La ansiedad estaba presente en el 23,1% los pacientes (26,92% de las mujeres y 19,25% de los varones) mientras que la depresión en el 27,88% (100% de varones y 98,07% de las mujeres). El grado que presentó mayor frecuencia fue el de depresión moderada, encontrando relación con los pacientes que tenían menor edad y menor escolarización con respecto a la depresión.

1.3 Objetivos

1.3.1 Objetivo General

Determinar la prevalencia de depresión en pacientes hospitalizados en el servicio de medicina interna del Hospital Nacional Hipólito Unanue diciembre 2018.

1.3.2 Objetivos Específicos

Identificar los niveles de depresión mediante la escala Beck II en los pacientes hospitalizados en el servicio de medicina interna del HNHU.

Describir la prevalencia de depresión de acuerdo a la edad, el sexo, el grado de instrucción, el estado civil, la estancia hospitalaria y la enfermedad subyacente en pacientes hospitalizados en el servicio de medicina interna HNHU.

1.4 Justificación

La depresión una enfermedad infra-diagnosticada; así como otros trastornos mentales son frecuentes en adultos y en pacientes con comorbilidades. Numerosos estudios demuestran que enfermedades orgánicas u somáticas presentan a la vez trastornos mentales, siendo más frecuentes los trastornos depresivos.

La depresión en los pacientes hospitalizados dificulta la adhesión al tratamiento, hace más lenta la recuperación del paciente, altera el pronóstico y curso de la enfermedad, incrementa el riesgo de mortalidad, aumenta el número de días de hospitalización y por consiguiente, los costes económicos de la enfermedad.

(Costas, Prado, & Crespo, 2013, pág. 17)

La depresión no solo es un problema de salud pública, sino que también es un importante factor en el pronóstico de la enfermedad del paciente. La importancia de este tipo de estudios radica en el tratamiento y el diagnóstico oportuno.

1.5 Formulación de hipótesis

Debido a que el presente estudio de investigación es de carácter descriptivo no fue necesaria la formulación de hipótesis, ya que no se someterá a alguna prueba de verificación.

1.6 Limitaciones y viabilidad del estudio

Dentro de las limitaciones del presente estudio se encontró que muchos de los pacientes del servicio de medicina interna del HNHU son adultos mayores con múltiples comorbilidades por lo que no poseían las características adecuadas para responder el cuestionario, ya sea por déficit cognitivo, baja agudeza visual, baja audición, etc. Por lo que; al menos en el presente estudio, no se puede saber con certeza cuántos de estos pacientes presentan depresión y aún no han sido diagnosticados. Por consiguiente, se reducía el número de pacientes que cumplían con los criterios de inclusión y algunos pacientes no decidieron participar en el estudio.

Sin embargo, considero que este trabajo puede contribuir en un mayor conocimiento de la prevalencia de depresión en pacientes hospitalizados, así como describir su relación con factores como la edad, el estado civil, género, las enfermedades motivo de hospitalización, etc.

Capítulo 2

Marco teórico

2.1 Definición

El termino depresión proviene de la palabra en latino depressio que, a su vez, procede de depressus (“abatido” o “derribado”).

La depresión hace referencia a un trastorno emocional que se caracteriza básicamente por alteraciones del humor, tristeza, disminución de la autoestima, inhibición, fatiga, insomnio, pensamientos negativos y que tiene como consecuencia la disminución de la actividad vital, es decir, impide al individuo desarrollar con normalidad las actividades de la vida diaria. (Lopez, 2007, p. 210)

Generalmente existen varios factores que pueden influir en la depresión. Bendezú (2015) afirmó: “La parte genética ha demostrado influir en la depresión, ya que esta reportado en muchas historias clínicas, pacientes con antecedentes de depresión en padres, hermanos y abuelos, por lo que existe una relación importante” (p.27).

Otro ejemplo de ellos puede ser las frustraciones, así como la muerte de un ser querido, una infidelidad o decepción amorosa, perdidas económicas o la aparición de una enfermedad grave. A pesar de la influencia que pueden tener diversos factores en el desarrollo de la depresión, la personalidad y la forma de responder a diversas situaciones

que pueden generar estrés o desánimo es también un factor importante en la posibilidad de desarrollar o no depresión.

Además, la depresión influye en otros roles de la vida del paciente tales como laboral, familiar y social por lo que la calidad de vida se ve afectada, se aísla de sus amistades y la familia es testigo de múltiples quejas y molestias físicas, irritabilidad, incluso alteraciones del apetito y sueño (Bendezú, 2015, p.24).

2.2. Trastornos depresivos

El trastorno depresivo es una enfermedad que afecta fundamentalmente el estado de ánimo, por lo que también se le conoce como trastorno afectivo. El Ministerio de Salud (2005) afirmó. “Un trastorno depresivo no es lo mismo que un estado pasajero de tristeza, no es una condición de la cual uno puede liberarse a voluntad y además no indica debilidad” (p.5).

En los últimos tiempos, desde el punto de vista médico existen estudios que evidencian que los trastornos depresivos se asocian con frecuencia con las enfermedades crónicas. Al principio se pensaba en una relación de causa-efecto; es decir que el paciente presentaba alguna patología crónica de fondo que causaba un trastorno depresivo (leve, moderado o severo) en relación a las características de severidad de la enfermedad de fondo. Hoy en día se sabe que esta interacción es independiente del pronóstico del cuadro del paciente. Actualmente los estudios que explican esta interacción son los psicoinmuno-

neuroendocrinos; por lo tanto, el dar importancia a esta relación entre la depresión y las comorbilidades influirá en el tratamiento, evolución y pronóstico del paciente.

Por otro lado, existe una relación entre el nivel de enfermedad y los trastornos depresivos. Por ejemplo, los pacientes que sufren de enfermedades muchas más graves, siendo el más común el cáncer, son los más afectados abarcando tanto a nivel físico, sino también a nivel psíquico y social. Y entre los tipos de pacientes según su edad, las personas con edad avanzada son aun los más afectados, por ello su adaptación a su nuevo entorno es difícil y genera reacciones ansiosas y depresivas, aproximadamente un 50% de los pacientes oncológicos en un hospital presentan algún trastorno psiquiátrico a lo largo de la enfermedad. (Yonkers, Halbreich, & Freeman, 2007)

2.3. Clasificación de episodios depresivos según CIE10

“Un trastorno depresivo cuyos síntomas son capaces de manifestarse en diferentes rangos de intensidad, es decir son susceptibles de valoración y ordenamiento según criterios previamente reglamentados pueden ser clasificados” (García, 2015, p.10). Los más utilizados tanto en clínicas como en estudios de investigación, son las clasificaciones CIE-10 (Clasificación Internacional de Enfermedades) y DSM-IV (Manual Diagnóstico y Estadístico de los Trastornos Mentales). Algunos de los síntomas tienen un significado clínico especial o pueden ser muy destacados, según la CIE-10 (World Health

Organization, 2000) estos vienen a ser síndromes somáticos y en otras clasificaciones se les denomina melancólicos o endógenomorfos.

Tabla 1
Clasificación CIE 10 del episodio depresivo

Clasificación del episodio depresivo según CIE 10
F32.0 Episodio depresivo leve
F32.1 Episodio depresivo moderado
F32.2 Episodio depresivo grave sin síntomas psicóticos
F32.3 Episodio depresivo grave con síntomas psicóticos
F32.8 Otros episodios depresivos
F32.9 Episodio depresivo, no especificado

Fuente: Adaptado de World Health Organization (2000).

2.3.1 Episodio Depresivo Leve.

El episodio depresivo debe durar al menos dos semanas y debe presentar síntomas como: ánimo depresivo, la pérdida de interés y de la capacidad de disfrutar, y el aumento de la fatigabilidad. Al menos deben estar presentes dos de tres síntomas y ninguno debe encontrarse en un grado intenso. Una persona enferma se ve afectado por los síntomas y tiene dificultad para llevar a cabo su vida en actividades laborales y social (World Health Organization, 2000).

2.3.2. Episodio Depresivo Moderado.

Es probable que varios síntomas estén presentes en un grado intenso o variables, deben de estar presentes dos de los tres síntomas típicos de la depresión ya antes mencionados para episodio depresivo leve, así como al menos tres de los demás síntomas (World Health Organization, 2000). Una persona que conlleva una depresión moderada suele tener dificultades para poder desarrollar actividades sociales, laborales o domesticas con normalidad.

2.3.3 Episodio Depresivo Grave Sin Síntomas Psicóticos.

Se presentan los tres síntomas típicos del episodio depresivo leve y moderado, además de cuatro de los demás síntomas con una intensidad grave, el episodio debe durar normalmente al menos dos semanas, pero si los síntomas son particularmente graves se puede hacer el diagnostico en un tiempo menor. El enfermo en este episodio suele presentar una considerable angustia o agitación, es probable que los sentimientos de inutilidad o de culpa, la perdida de estimación de sí mismo sean importantes y el riesgo del suicidio suele presentarse de atención importante (World Health Organization [WHO], 2000).

2.3.4 Episodio Depresivo Grave Con Síntomas Psicóticos.

Además de contener las pautas establecidas en el episodio grave sin síntomas psicóticos se presentan ideas delirantes, alucinaciones o estupor depresivo. Las ideas

delirantes suelen incluir temas de pecado, de ruina o catástrofe de los cuales el enfermo se responsabiliza. (WHO, 2000).

2.3.5 Otros Episodios Depresivos.

Episodios que no reúnan las características de los episodios depresivos señalados anteriormente, pero que por la impresión diagnóstica indican que son de naturaleza depresiva, se toma por ejemplo síntomas como tensión, preocupación, malestar o mezclas de síntomas depresivos somáticos con dolor persistente o cansancio no debido a causas orgánicas. (World Health Organization, 2000)

2.4 Criterios de diagnóstico del episodio depresivo según CIE10

La CIE-10 utiliza una lista de 10 síntomas depresivos y divide el cuadro depresivo mayor en leve, moderado o grave (con o sin síntomas psicóticos). Los criterios de diagnóstico para el trastorno depresivo breve recurrente proceden de la décima revisión de la CIE-10 y se aplican a pacientes con síntomas depresivos que cumplen los criterios de episodio depresivo mayor en cuanto a duración, pero no en cuanto a gravedad. (World Health Organization, 2000)

Tabla 2
Criterios diagnósticos de un episodio depresivo según CIE10

Criterios según CIE10

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

B. El episodio no es atribuible a abuso de sustancias psicoactivas o a trastorno mental orgánico.

C. Síndrome Somático: Comúnmente se considera que los síntomas somáticos tienen un significado clínico especial y en otras clasificaciones se les denomina melancólicos o endógenomorfos. Coexisten al menos 4 o más de los siguientes:

- Pérdida importante del interés o capacidad de disfrutar de actividades que normalmente eran placenteras.
- Ausencia de reacciones emocionales ante acontecimientos que habitualmente provocan una respuesta.
- Despertarse por la mañana 2 o más horas antes de la hora habitual.
- Empeoramiento matutino del humor depresivo.
- Presencia de enlentecimiento motor o agitación.
- Pérdida marcada del apetito.
- Pérdida de peso de al menos 5% en el último mes.
- Notable disminución del interés sexual.

Fuente: Ministerio de Sanidad, Servicios Sociales e Igualdad (2013).

Tabla 3
Criterios de gravedad de un episodio depresivo según CIE10

A. Criterios generales para episodio depresivo

- El episodio depresivo debe durar al menos dos semanas.
- El episodio no es atribuible a abuso de sustancias psicoactivas o a trastorno mental orgánico.

B. Presencia de al menos dos de los siguientes síntomas:

- Humor depresivo de un carácter claramente anormal para el sujeto, presente durante la mayor parte del día y casi todos los días, que se modifica muy poco por las circunstancias ambientales y que persiste durante al menos dos semanas.
- Marcada pérdida de los intereses o de la capacidad de disfrutar de actividades que anteriormente eran placenteras.
- Falta de vitalidad o aumento de la fatigabilidad.

C. Deben estar presentes uno o más síntomas de la lista, para que la suma total sea al menos de cuatro:

- Pérdida de confianza y estimación de sí mismo y sentimientos de inferioridad.
- Reproches hacia sí mismo desproporcionados y sentimientos de culpa excesiva e inadecuada.
- Pensamientos recurrentes de muerte o suicidio, o cualquier conducta suicida.
- Quejas o disminución de la capacidad de concentrarse y de pensar, acompañadas de falta de decisión y vacilaciones.
- Cambios de actividad psicomotriz, con agitación o inhibición.
- Alteraciones del sueño de cualquier tipo.

— Cambios del apetito (disminución o aumento) con la correspondiente modificación del peso.

D. Puede haber o no síndrome somático.

Episodio depresivo leve: están presentes dos o tres síntomas del criterio B. La persona con un episodio leve probablemente está apta para continuar la mayoría de sus actividades.

Episodio depresivo moderado: están presentes al menos dos síntomas del criterio B y síntomas del criterio C hasta sumar un mínimo de 6 síntomas. La persona con un episodio moderado probablemente tendrá dificultades para continuar con sus actividades ordinarias.

Episodio depresivo grave: deben existir los 3 síntomas del criterio B y síntomas del criterio C con un mínimo de 8 síntomas. Las personas con este tipo de depresión presentan síntomas marcados y angustiantes, principalmente la pérdida de autoestima y los sentimientos de culpa e inutilidad. Son frecuentes las ideas y acciones suicidas y se presentan síntomas somáticos importantes. Pueden aparecer síntomas psicóticos tales como alucinaciones, delirios, retardo psicomotor o estupor grave. En este caso se denomina como episodio depresivo grave con síntomas psicóticos. Los fenómenos psicóticos como las alucinaciones o el delirio pueden ser congruentes o no congruentes con el estado de ánimo.

2.5. Diagnóstico diferencial de los trastornos depresivos

Muchos casos de depresión son claramente apreciables en la práctica clínica, aunque raras veces resulta fácil establecer su autonomía diagnóstica respecto de otras entidades psicopatológicas. Así, por ejemplo, la asociación entre trastorno depresivo y de ansiedad es alta y con diversas combinaciones sintomáticas en sus manifestaciones. La depresión también puede concurrir con el abuso de alcohol u otros tóxicos, y con algunas enfermedades orgánicas cerebrales y sistémicas. (Sistema Nacional De Salud [SNN], 2008, p.26)

La manifestación de un paciente con depresión puede incluir un rango amplio de síntomas, por eso antes de hacer cualquier diagnóstico de trastorno depresivo mayor o trastorno distímico, el clínico debe de investigar causas medicas del trastorno depresivo. Varios padecimientos pueden simular síntomas de depresión, además de sustancias como el alcohol, sedantes hipnóticos, cocaína e hipertensivos pueden ser causas iatrogénicas de depresión.

Se considerarán en el diagnóstico diferencial de la depresión los trastornos primarios de ansiedad (trastorno de ansiedad generalizada, trastorno de estrés postraumático y trastorno de ansiedad social). En los ancianos la depresión con deterioro cognitivo que revierte con tratamiento antidepressivo puede ser un predictor para el desarrollo de demencia irreversible (Ayuso, et al, 2001).

Los diagnósticos diferenciales más frecuentes dentro de las patologías médicas son los trastornos endocrino-metabólicos como: el hipertiroidismo, que por sus síntomas también genera ansiedad por causa orgánica.

Tabla 4
Diagnóstico diferencial de la depresión

Patologías médicas	Trastornos mentales
Endocrino/Metabólicas:	
Patología tiroidea (hipo e hipertiroidismo), diabetes, anemia severa, enfermedad de Cushing, enfermedad de Addison, Porfiria	Trastorno angustia/ansiedad
Infecciosas:	
Tuberculosis, infección por virus del Epstein-Barr, VIH, sífilis terciarias	Trastorno obsesivo compulsivo
	Trastorno bipolar
	Distimia
Neurológicas:	
Enfermedad de Alzheimer, esclerosis múltiple, enfermedad de Parkinson, ictus, epilepsia.	Trastornos adaptativos
	Síntomas negativos de la esquizofrenia
	Consumo de tóxicos
Neoplasias:	
Carcinomatosis, cáncer páncreas.	
Otros:	
Lúes, dolor crónico	

Fuente (Ministerio de Sanidad, Servicios Sociales e Igualdad, 2013)

2.7 Trastornos depresivos y la salud pública

Un trastorno depresivo no es lo mismo que un estado pasajero de tristeza. No indica debilidad personal. No es una condición de la cual uno puede liberarse a voluntad, depende de darse cuenta del nivel de intensidad en el que se encuentra para poder ser diagnosticado, un trastorno depresivo puede llegar a complicarse tan gravemente como una enfermedad terminal. Casi el 50 % de personas que padecen un episodio depresivo, tienen también síntomas de ansiedad, es decir, se presenta una comorbilidad de ansiedad y depresión (Ministerio de Salud, 2005).

A comienzos del siglo 21 en la población del Perú se ha encontrado también como trastornos psiquiátricos más frecuentes a la depresión y ansiedad en ese orden, información que no solo se refiere a la capital limeña, sino que también a zonas urbanas de la sierra en donde la depresión también afecta a los menores de edad. En los menores de edad en la adolescencia se evidencia mayor tendencia de riesgo suicida presentando en cifras cercanas al 30% una idea o deseo suicida en algún momento de la etapa depresiva (Vargas & Saavedra, 2012).

Las descripciones de la depresión varían según las culturas. Estudios realizados en el Perú indican que las personas de comunidades rurales cuando acuden a los servicios de salud, describen situaciones de sufrimiento psíquico a través de síntomas físicos como opresión en el pecho, palpitations, dolores de cabeza y otros (Ministerio de Salud,

2005). Así en el Perú la población está comenzando a demandar atención en los servicios de salud por causa de la depresión.

Los trastornos depresivos son un problema que ha ido tomando protagonismo en la salud pública, debido no solo a su alta prevalencia, sino también a las repercusiones que traen consigo a nivel físico, psicológico, social y económico.

Capítulo 3

Método

3.1. Tipo de investigación

- Por la ocurrencia de los hechos y registro de información: Prospectivo
- Por el periodo y acoplo de información: Transversal
- Por el análisis de los resultados: Descriptivo, observacional

3.2. Ámbito temporal y espacial

3.2.1. Población

La población estará conformada por todos los pacientes hospitalizados en el servicio de medicina interna del Hospital Nacional Hipólito Unanue durante diciembre 2018.

3.2.2. Diseño muestral

3.2.2.1 Tamaño de muestra

La unidad de análisis es el paciente hospitalizado en el servicio de medicina interna del Hospital Nacional Hipólito Unanue.

El tamaño muestral fue calculado por muestreo no probabilístico o muestreo por conveniencia; este tipo de muestreo se realizó debido al reducido número de pacientes que constituyeron nuestra población en estudio. La muestra está conformada por todos los pacientes hospitalizados en el servicio de medicina interna del Hospital Nacional Hipólito Unanue que cumplan con los criterios de inclusión y que no se encontraban en el grupo de quienes tenían criterios de exclusión.

3.2.2.2 Tipo de muestreo

Muestreo No Probabilístico.

3.2.2.3 Procedimiento del muestreo

Se realizará un muestreo por conveniencia por lo que se considerará a todos los pacientes hospitalizados en el servicio de Medicina Interna del Hospital Nacional Hipólito Unanue durante el mes de diciembre del 2018. Se les informará acerca del estudio a realizarse y se le hará firmar el consentimiento informado a aquellos pacientes que deseen participar del estudio; se rellenará la ficha de datos y luego se les aplicará un cuestionario: Prueba de Beck II.

3.2.2.4 Criterios de inclusión

- Pacientes que se encuentren hospitalizados en el servicio de Medicina Interna del Hospital Nacional Hipólito Unanue por una enfermedad orgánica.
- Pacientes que hayan dado su consentimiento informado.
- Pacientes con más de 24 horas hospitalizados.
- Pacientes con capacidad cognitiva.

3.2.2.5 Criterios de exclusión

- Pacientes que se nieguen a participar en el estudio.
- Pacientes que no posean la capacidad de responder las preguntas del cuestionario o aquellos que no posean capacidad cognitiva adecuada.
- Pacientes hospitalizados menos de 24 horas.

3.3. Operacionalización de variables

- Variable Principal o Resultante: Nivel de depresión.
- Variables secundarias o Predictoras: Edad, sexo, grado de instrucción, estado civil, enfermedad, etc.

Tabla 5
Operacionalización de variables

VARIABLE INDEPENDIENTE	TIPO DE VARIABLE	DEFINICIÓN CONCEPTUAL	INDICADOR	ESCALA	INSTRUMENTO DE MEDICIÓN
Nivel de depresión	Cualitativa	Presencia de trastorno depresivo	Mínimo Leve Moderada Grave	Ordinal	Beck-II
VARIABLE INDEPENDIENTE	TIPO DE VARIABLE	DEFINICIÓN CONCEPTUAL	INDICADOR	ESCALA	INSTRUMENTO DE MEDICIÓN
Edad	Cuantitativa	El día del último cumpleaños	15-30 años, 31-45, 46-60, >60 años	Intervalo	Cuestionario
Sexo	Cualitativa dicotómica	Sexo del encuestado	Femenino Masculino	Nominal	Cuestionario
Grado de instrucción	Cualitativa	Nivel es estudios alcanzados	Primaria Secundaria Superior	Ordinal	Cuestionario
Estado civil	Cualitativa politómica	Estado civil al momento de la encuesta	Soltero(a) Casado(a) Conviviente Divorciado(a) Viudo (a)	Nominal	Cuestionario
Estancia hospitalaria	Cuantitativa	Número de días hospitalizados	1-3 días 4-6 días 7-9días >9días	Intervalo	Cuestionario
Enfermedad subyacente	Cualitativa politómica	Patología motivo de hospitalización	Digestiva Cardiológica Renal Reumatológica Otras	Nominal	Cuestionario

Fuente (Elaboración propia)

3.4. Recolección de datos

3.4.1. Instrumento

Los instrumentos pueden ser heteroaplicativos o autoaplicativos. La diferencia entre estos radica en la forma como se recolectan los datos. Los instrumentos autoaplicativos son aquellos donde el propio paciente o sujeto de prueba responde las frases marcando la que más se adecue a su personalidad o forma de ser; mientras que los instrumentos heteroaplicativos, consisten en una serie de preguntas que el entrevistador va formulando al sujeto de prueba y al mismo tiempo va marcando el puntaje que corresponde a cada respuesta.

La versión original (SNN, 2008), se basaba en las descripciones del paciente sobre diferentes ítems como estado de ánimo, pesimismo, sensación de fracaso, insatisfacción, culpa, irritabilidad, ideas suicidas, llanto, aislamiento social, indecisión, cambios en el aspecto físico, dificultad en el trabajo, insomnio, fatigabilidad, pérdida de apetito, pérdida de peso, preocupación somática y pérdida de la libido. En la versión II se reemplazan la valoración del aspecto físico, la pérdida de peso, la preocupación somática y la dificultad para trabajar por agitación, dificultad de concentración, pérdida de energía y sentimientos de inutilidad.

Tabla 6
Versiones de la prueba de Beck II

	Ausente o mínima	Leve	Moderada	Grave
APA 2000	0-13	14-19	20-28	29-63
Versión 13 ítems	0-4	5-7	8-15	>15

Fuente (Guía de práctica clínica sobre el manejo de la depresión mayor en el adulto, 2003)

El presente estudio utilizará la versión española, traducida y adaptada de la Prueba de Depresión Beck II (Sanz, Perdigón, & Vázquez, 2003). 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; se registrarán como 0, 1a, 1b, 2a, 2b, 3a y 3b. Se puntuarán como 0 puntos; 1a y 1b como 1 punto; 2a y 2b como 2 puntos; 3a y 3b como 3 puntos (solo para los ítems 16 y 18). Si una persona ha elegido varias categorías de respuesta en un ítem, se toma la categoría a la que corresponde la puntuación más alta. Las puntuaciones mínima y máxima en el test son 0 y 63. Los niveles de severidad de depresión corresponden a la sumatoria de los 21 ítems: depresión mínima (0-13); depresión leve (14-19), depresión moderada (20-28), depresión grave (29-63) puntos. Cabe resaltar que esta prueba califica de depresión mínima (puntaje de 0 a 13) al rango de estado de ánimo normal, el cual se considerará en los gráficos como no depresión.

La prueba de Beck II ha sido validada en el Perú en diferentes poblaciones; tanto en población metropolitana, estudiantes universitarios y pacientes hospitalizados. Al respecto Vega, Coronado y Guido (2014), examinaron la validez de la versión española en pacientes hospitalizados en medicina general donde obtuvieron el coeficiente de alfa de Cronbach de 0,889 por lo que concluyeron que la versión española tiene propiedades psicométricas adecuadas para la evaluación de depresión en pacientes hospitalizados por lo que se utilizó la validación por expertos del instrumento en este estudio.

Se utilizó la ficha de datos donde se recoge información referente a la edad, sexo, grado de instrucción, fecha de ingreso, motivo de hospitalización, etc.

3.4.2. Técnica

3.4.2.1 Prueba piloto

Se realizó una prueba piloto con la intención de evaluar si las preguntas son claras, entendibles para todos los encuestados y si son interpretadas de la misma manera, así como determinar la calidad de la tarea realizada por el encuestador.

Se entregó una encuesta a 10 pacientes considerados para la prueba piloto. Se seleccionaron mediante muestreo no probabilístico. Se realizó el 26 de noviembre del 2018 en pacientes hospitalizados en el servicio de medicina interna del HNHU que cumplían con los criterios de inclusión del estudio.

Los objetivos de la prueba piloto fueron:

- Evaluar el tiempo necesario para la realización de la encuesta (instrumento).
- Evaluar la idoneidad del instrumento.
- Determinar si los pacientes comprendían las preguntas.
- Evaluar la capacidad del entrevistador.

El tiempo promedio necesario para la realización de la encuesta fue de 20 minutos. Respecto a la comprensión de los enunciados, hubo algunos problemas de comprensión que se solucionaron con la explicación del encuestador.

Dichos hallazgos fueron tomados en cuenta para la aplicación del instrumento y la ficha de datos.

3.4.2.2 Aplicación de la encuesta

Considerando los hallazgos obtenidos en la prueba piloto se procedió a realizar la aplicación de la encuesta en el periodo de tiempo establecido en todos los pacientes hospitalizados en el servicio de medicina interna que cumplían los criterios de inclusión previa explicación del encuestador y firma de consentimiento informado.

3.5. Procesamiento de datos

Los datos recolectados serán llevados a una hoja de cálculo de Excel 2010. El análisis univariado de los datos se realizó mediante estadística descriptiva por distribución de

frecuencias y porcentajes. Además, para el análisis bivariado de depresión versus los diferentes factores asociados como: edad, género, estado civil, nivel educativo y enfermedad médica se procesaron a través del paquete estadístico SPSS V 25.0.

Capítulo 4

Resultados

Del total de pacientes hospitalizados durante el mes de diciembre en el servicio de medicina interna del HNHU; tras aplicar los criterios de exclusión evaluando la capacidad cognitiva con la escala de Glasgow, se obtuvo una población de 91 pacientes a quienes se le aplicó la ficha de recolección de datos, el consentimiento informado y el test de Beck II. Las siguientes tablas muestran los porcentajes de las variables tomadas en el presente estudio, las cuales incluyen a la población que cumple con los criterios de inclusión.

Tabla 7

Edad de los pacientes hospitalizados en el servicio de medicina interna del HNHU.

	Frecuencia N°	Porcentaje %	Porcentaje válido	Porcentaje acumulado
Edad 15-30	43	47,3	47,3	47,3
31-45	21	23,1	23,1	70,3
46-60	19	20,9	20,9	91,2
>60	8	8,8	8,8	100,0
Total	91	100,0	100,0	

Datos obtenidos en el campo (Elaboración propia)

La tabla N°7, muestra que el 47.3% de los pacientes tienen entre 15-30 años, el 23.1% se encuentra entre 31-45 años, el 20.9% se encuentra entre 46-60 años y solo el 8.8% son mayores de 61 años.

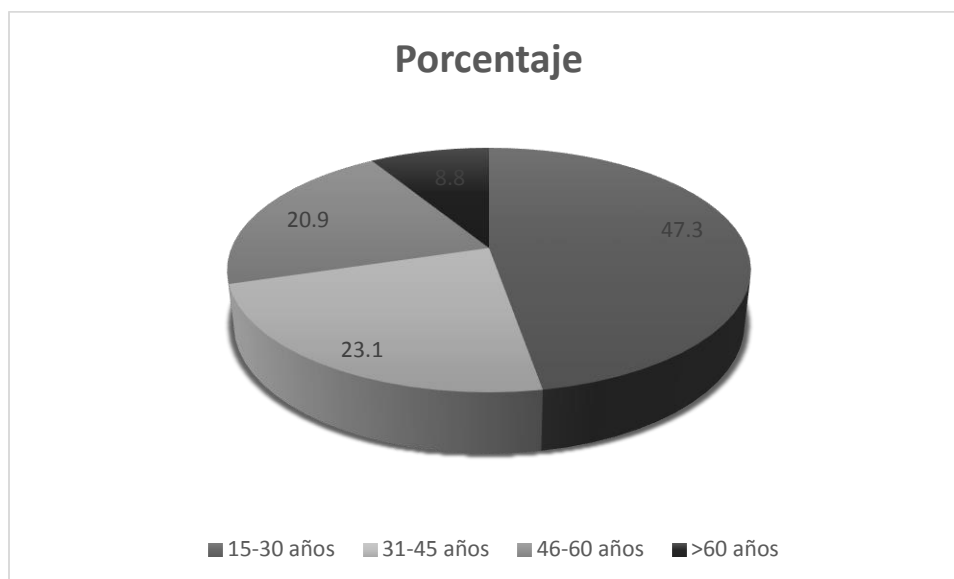


Figura 1. Porcentaje de edad.

Tabla 8

Sexo de los pacientes hospitalizados en el servicio de medicina interna del HNHU.

	Frecuencia N°	Porcentaje %	Porcentaje válido	Porcentaje acumulado
Femenino	42	46,2	46,2	46,2
Sexo Masculino	49	53,8	53,8	100,0
Total	91	100,0	100,0	

Datos obtenidos en el campo (Elaboración propia)

La tabla N° 8, muestra que 53.8% son pacientes varones y el 46.2% son pacientes mujeres.

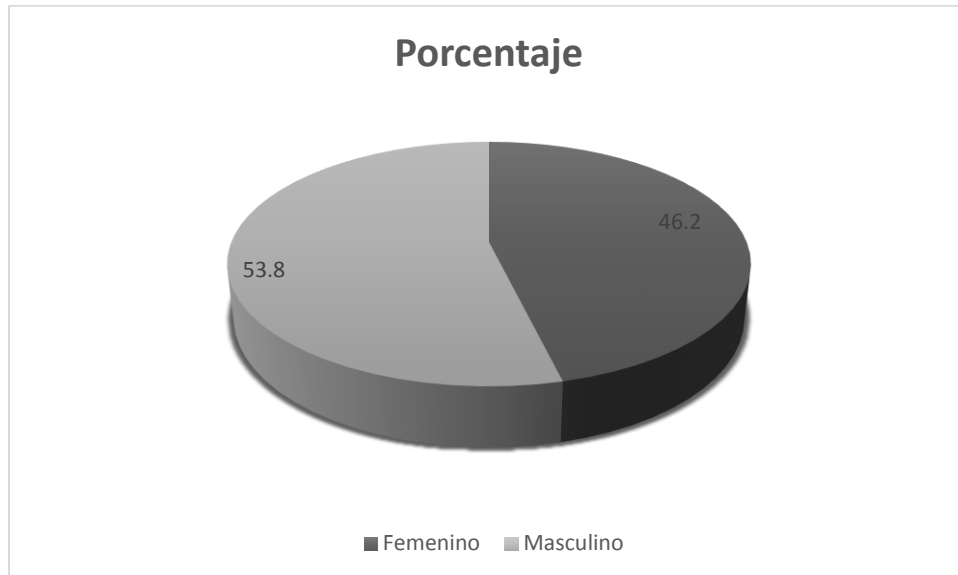


Figura 2. Porcentaje de sexo.

Tabla 9

Grado de instrucción de los pacientes hospitalizados en el servicio de medicina interna del HNHU.

	Frecuencia N°	Porcentaje %	Porcentaje válido	Porcentaje acumulado
Primaria	4	4,4	4,4	4,4
Secundaria	58	63,7	63,7	68,1
Superior	29	31,9	31,9	100,0
Total	91	100,0	100,0	

Datos obtenidos en el campo (Elaboración propia)

La tabla N° 9, muestra que el 63.7% terminaron solo la secundaria, el 31.9% de estos terminaron estudios superiores y solo el 4.4% cursaron primaria.

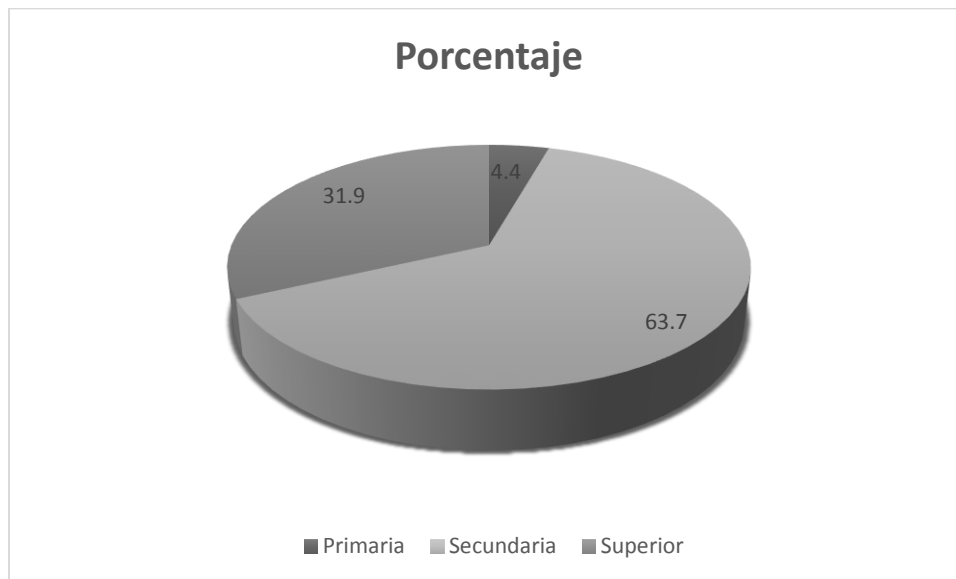


Figura 3. Porcentaje de grado de instrucción.

Tabla 10

Estancia hospitalaria de los pacientes hospitalizados en el servicio de medicina interna del HNHU.

	Frecuencia N°	Porcentaje %	Porcentaje válido	Porcentaje acumulado
	1-3	55	60,4	60,4
	4-6	25	27,5	87,9
Días	7-9	6	6,6	94,5
	>9	5	5,5	100,0
	Total	91	100,0	100,0

Datos obtenidos en el campo (Elaboración propia)

La tabla N° 10, muestra 60.4% de los pacientes estuvieron hospitalizados entre 1 a 3 días, 27,5% estuvieron hospitalizados entre 4-6 días, mientras que solo el 5.5% de los pacientes estuvieron hospitalizados más de 9 días.

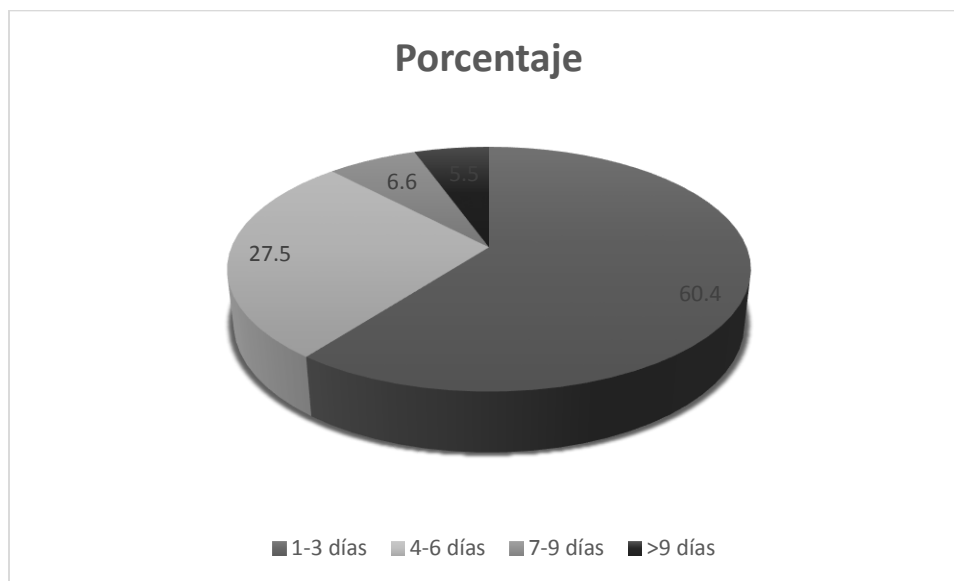


Figura 4. Porcentaje de estancia hospitalaria.

Tabla 11

Enfermedad motivo de hospitalización en el servicio de medicina interna del HNHU.

	Frecuencia N°	Porcentaje %	Porcentaje válido	Porcentaje acumulado
Enf. Digestiva	35	38,5	38,5	38,5
Cardiológica	6	6,6	6,6	45,1
Renal	14	15,4	15,4	60,4
Reumatológica	15	16,5	16,5	76,9
Otras	21	23,1	23,1	100,0
Total	91	100,0	100,0	

Datos obtenidos en el campo (Elaboración propia)

La tabla N° 11, muestra que el 38.5% de los pacientes estuvieron hospitalizados por problemas digestivos; mientras que solo el 6.6% de los pacientes estuvieron hospitalizados por problemas cardiológicos. El 23.1% estuvo hospitalizados por otros

motivos; por ejemplo, intoxicaciones, problemas hematológicos, intentos de suicidio, inmunodepresión, etc.

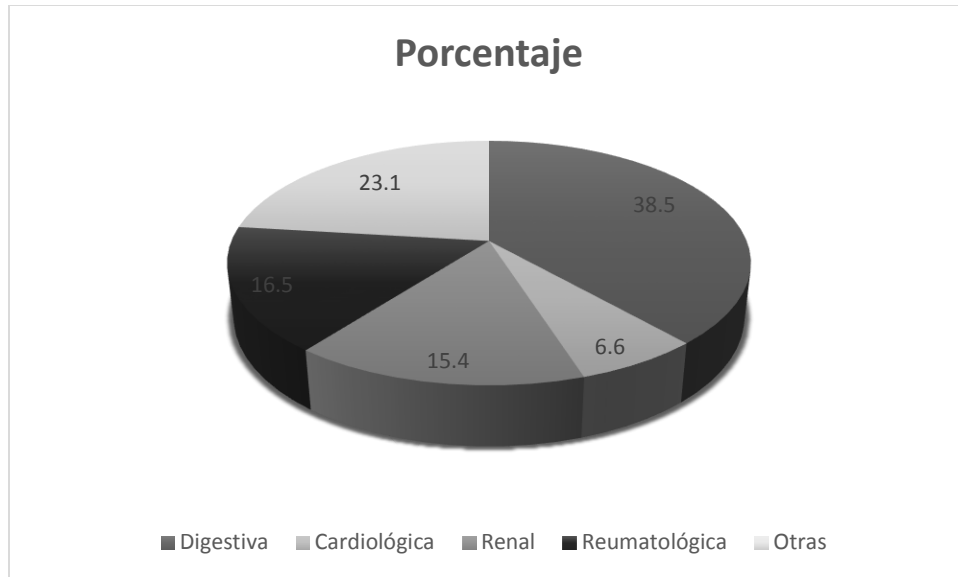


Figura 5. Porcentaje de enfermedades subyacentes.

Tabla 12

Estado civil de los pacientes hospitalizados en el servicio de medicina del HHU.

	Frecuencia N°	Porcentaje %	Porcentaje válido	Porcentaje acumulado
Soltero(a)	38	41,8	41,8	41,8
Casado(a)	13	14,3	14,3	56,0
Conviviente	11	12,1	12,1	68,1
Divorciado(a)	15	16,5	16,5	84,6
Viudo(a)	14	15,4	15,4	100,0
Total	91	100,0	100,0	

Datos obtenidos en el campo (Elaboración propia)

La tabla N° 12, muestra que el 41.8% de los pacientes son solteros, seguido por el 16.5% que son divorciados, el 15.4% de los pacientes son viudos, el 14.3% son casados y el 12.1 % son convivientes.

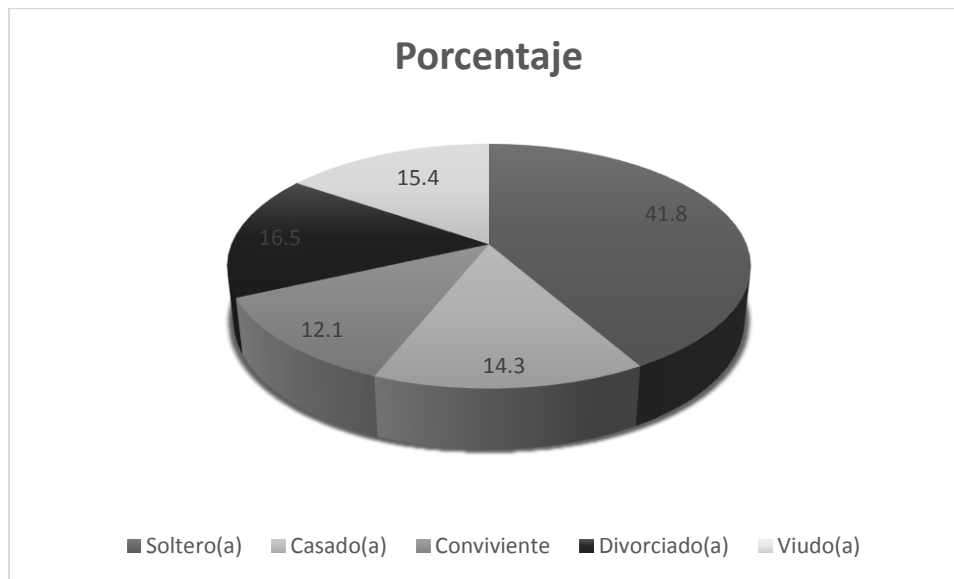


Figura 6. Porcentaje de estado civil

Tabla 13

Niveles de depresión en pacientes hospitalizados en el servicio de medicina interna del HNHU.

		Frecuencia	Porcentaje	Porcentaje válido	Porcentaje acumulado
Puntaje Test Beck II	No depresión	42	46,2	46,2	46,2
	Leve	21	23,0	23,0	69,2
	Moderada	17	18,7	18,7	87,9
	Grave	11	12,1	12,1	100,0
	Total	91	100,0	100,0	

Datos obtenidos en el campo (Elaboración propia)

La tabla N° 13, muestra que el 46.2% de los pacientes alcanzaron puntajes entre 0 a 13 la cual los clasifica en depresión mínima que para fines del Test Beck II, se considera como ausente o no depresión. Por lo contrario, el 53.9% de los pacientes presentaron algún nivel de depresión. El 23% de los pacientes mostraron un nivel de depresión leve, mientras que 12.1% correspondió a depresión grave.

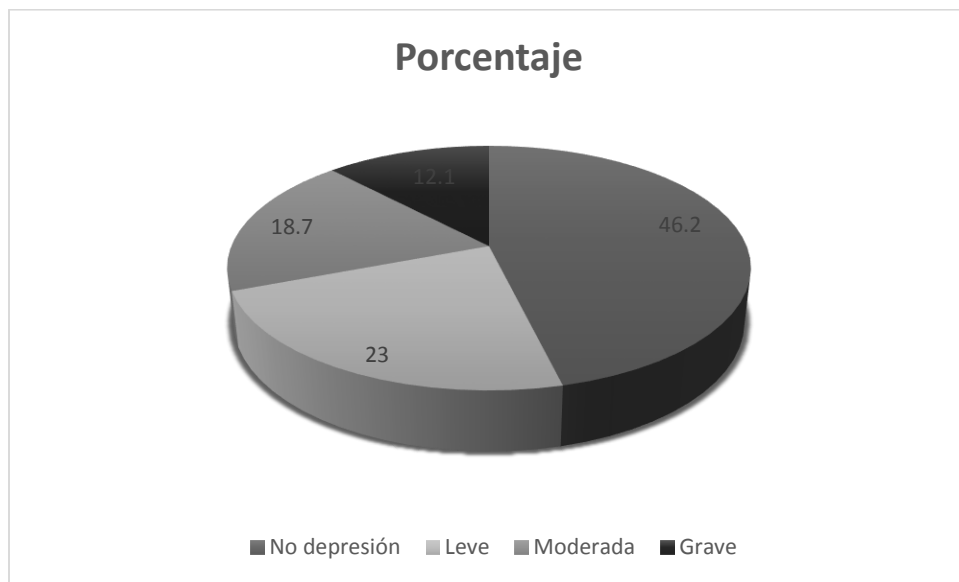


Figura 7. Porcentaje de nivel de depresión.

Tabla 14
Nivel de depresión según el sexo de los pacientes del servicio de medicina interna del HNHU.

Nivel de depresión		Sexo		Total
		Femenino	Masculino	
No depresión	Recuento	14	28	42
	%	33,3%	57,1%	46,2%
Leve	Recuento	14	7	21
	%	33,3%	14,3%	23,1%
Moderada	Recuento	9	8	17
	%	21,4%	16,3%	18,7%
Grave	Recuento	5	6	11
	%	11,9%	12,2%	12,1%
Total	Recuento	42	49	91
	%	100,0%	100,0%	100,0%

Datos obtenidos mediante SPSS 25.0 (Elaboración propia).

La tabla N° 14, muestra que 66,6% de las mujeres presentaron algún nivel de depresión de los cuales el 33,3% corresponde a depresión leve, el 21,4% depresión moderada y el 11,9% depresión grave. El 42,8% de los hombres presentaron algún nivel de depresión de los cuales el 16,3% corresponde a depresión moderada.

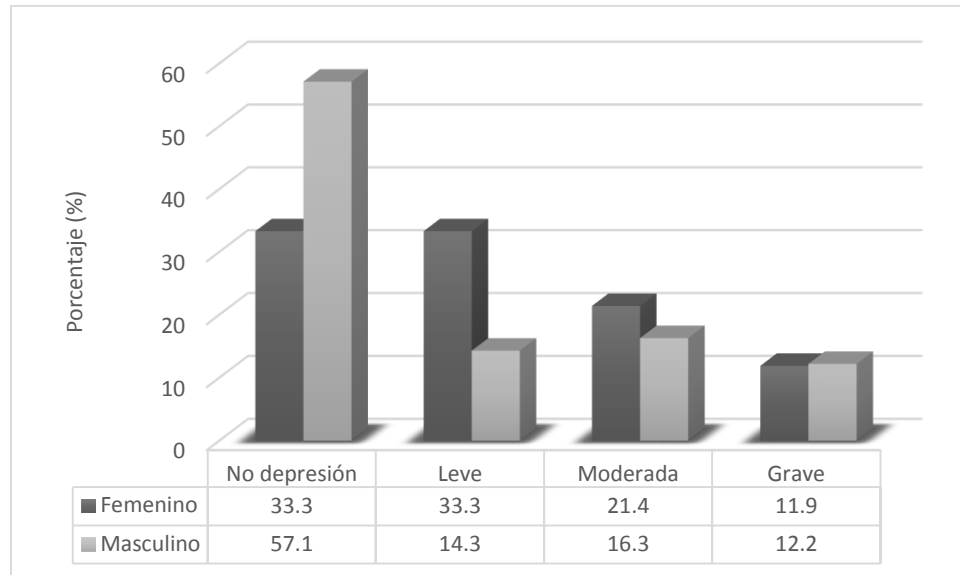


Figura 8. Nivel de depresión con respecto al sexo.

Tabla 15

Nivel de depresión según la edad de los pacientes del servicio de medicina interna del HNHU.

Nivel de depresión		Edad(años)				Total
		15-30	31-45	46-60	>60	
No depresión	Recuento	18	10	13	1	42
	%	41,9%	47,6%	68,4%	12,5%	46,2%
Leve	Recuento	12	2	0	7	21
	%	27,9%	9,5%	0,0%	87,5%	23,1%
Moderada	Recuento	8	7	2	0	17
	%	18,6%	33,3%	10,5%	0,0%	18,7%
Grave	Recuento	5	2	4	0	11
	%	11,6%	9,5%	21,1%	0,0%	12,1%
Total	Recuento	43	21	19	8	91
	%	100,0%	100,0%	100,0%	100,0%	100,0%

Datos obtenidos mediante SPSS 25.0 (Elaboración propia).

La tabla N°15, muestra que el 87,5% de los pacientes mayores de 60 años presentan depresión leve mientras que 58.1% de los pacientes entre 15 a 30 años presentan algún nivel de depresión (27,9% leve, 18,6% moderado y 11,6% grave).

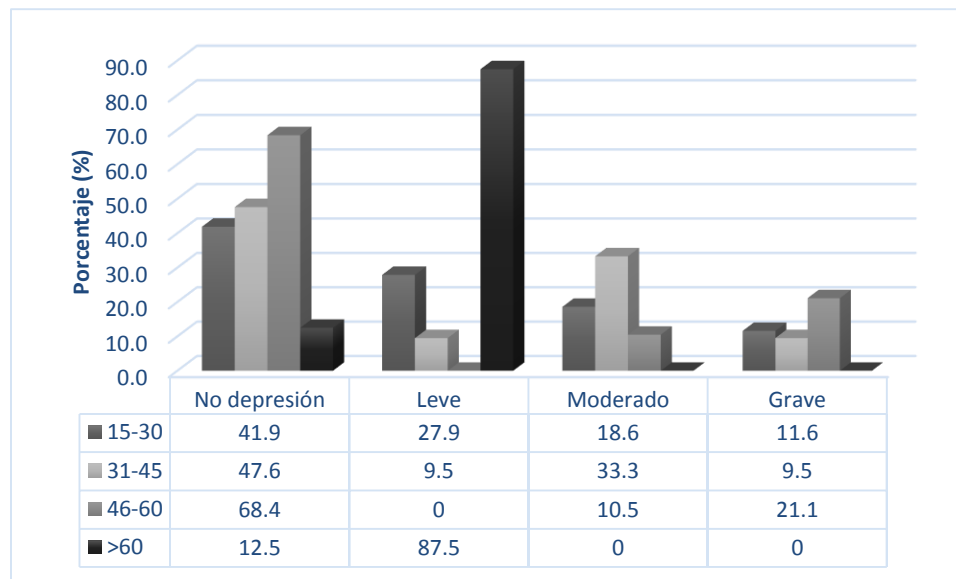


Figura 9. Nivel de depresión según la edad.

Tabla 16

Nivel de depresión según grado de instrucción en pacientes del servicio medicina interna.

Nivel de depresión		Grado de instrucción			Total
		Primaria	Secundaria	Superior	
No depresión	Recuento	3	18	21	42
	%	75,0%	31,0%	72,4%	46,2%
Leve	Recuento	1	20	0	21
	%	25,0%	34,5%	0,0%	23,1%
Moderado	Recuento	0	15	2	17
	%	0,0%	25,9%	6,9%	18,7%
Grave	Recuento	0	5	6	11
	%	0,0%	8,6%	20,7%	12,1%
Total	Recuento	4	58	29	91
	%	100,0%	100,0%	100,0%	100,0%

Datos obtenidos mediante SPSS 25.0 (Elaboración propia).

En la tabla N° 16, se aprecia que el 72,4% de los pacientes que poseían educación superior no presentaron depresión. El 69% de los pacientes que poseían solo educación secundaria presentaron algún nivel de depresión. Sin embargo, solo el 25% de los pacientes con educación primaria presentaron depresión leve.

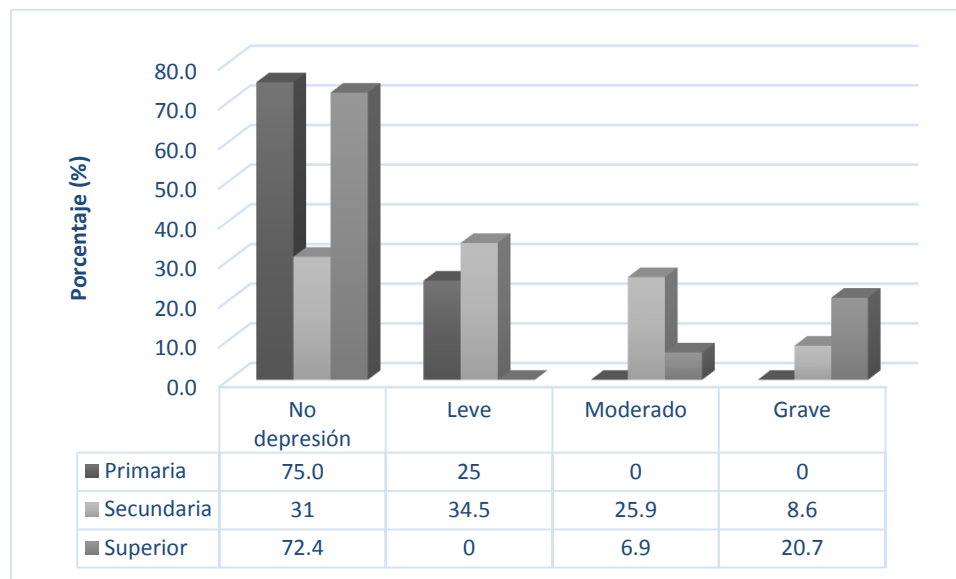


Figura 10. Nivel de depresión según grado de instrucción.

Tabla 17

Nivel de depresión según el estado civil en pacientes del servicio de medicina interna.

Nivel de depresión		Estado civil					Total
		Soltero	Casado	Convi viente	Divorcia do	Viudo	
No depresión	Recuento	20	6	2	6	8	42
	%	52,6%	46,2%	18,2%	40,0%	57,1%	46,2%
Leve	Recuento	4	1	9	1	6	21
	%	10,5%	7,7%	81,8%	6,7%	42,9%	23,1%
Moderad a	Recuento	8	6	0	3	0	17
	%	21,1%	46,2%	0,0%	20,0%	0,0%	18,7%
Grave	Recuento	6	0	0	5	0	11
	%	15,8%	0,0%	0,0%	33,3%	0,0%	12,1%
Total	Recuento	38	13	11	15	14	91
	%	100,0%	100,0%	100,0 %	100,0%	100,0 %	100,0 %

Datos obtenidos mediante SPSS 25.0 (Elaboración propia).

La tabla N° 17, muestra que el 42,9% de los viudos presentaron depresión leve, el 81,8% de los pacientes convivientes presentaron depresión leve y el 46,2% de los pacientes casados presentaron depresión moderada.

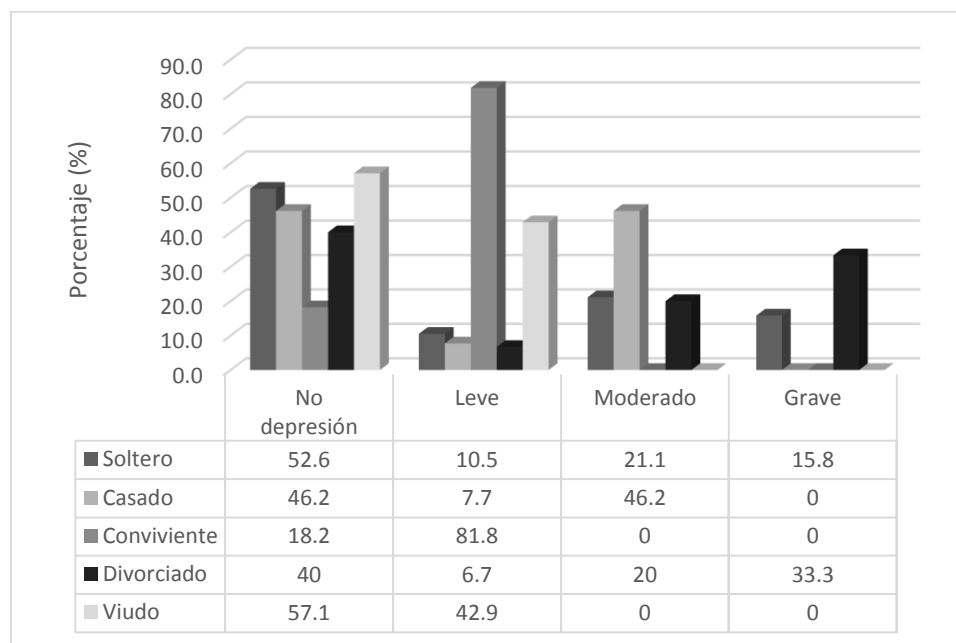


Figura 11. Nivel de depresión según el estado civil.

Tabla 18

Nivel de depresión según estancia hospitalaria en pacientes del servicio de medicina interna.

	Nivel de depresión	Estancia hospitalaria (días)				Total
		1-3	4-6	7-9	>9	
No depresión	Recuento	26	10	3	3	42
	%	47,3%	40,0%	50,0%	60,0%	46,2%
Leve	Recuento	8	8	3	2	21
	%	14,5%	32,0%	50,0%	40,0%	23,1%
Moderado	Recuento	10	7	0	0	17
	%	18,2%	28,0%	0,0%	0,0%	18,7%
Grave	Recuento	11	0	0	0	11
	%	20,0%	0,0%	0,0%	0,0%	12,1%
Total	Recuento	55	25	6	5	91
	%	100,0%	100,0%	100,0%	100,0%	100,0%

Datos obtenidos mediante SPSS 25.0 (Elaboración propia).

En la tabla N° 18, se observa que solo el 40% de los pacientes hospitalizados más de 9 días presentaron depresión leve, así como el 50% de los pacientes hospitalizados entre 7-9 días también la presentaron. Por otro lado, el 20% de los pacientes hospitalizados entre 1-3 días presentaron depresión grave y el 18,2% presentó depresión moderada.

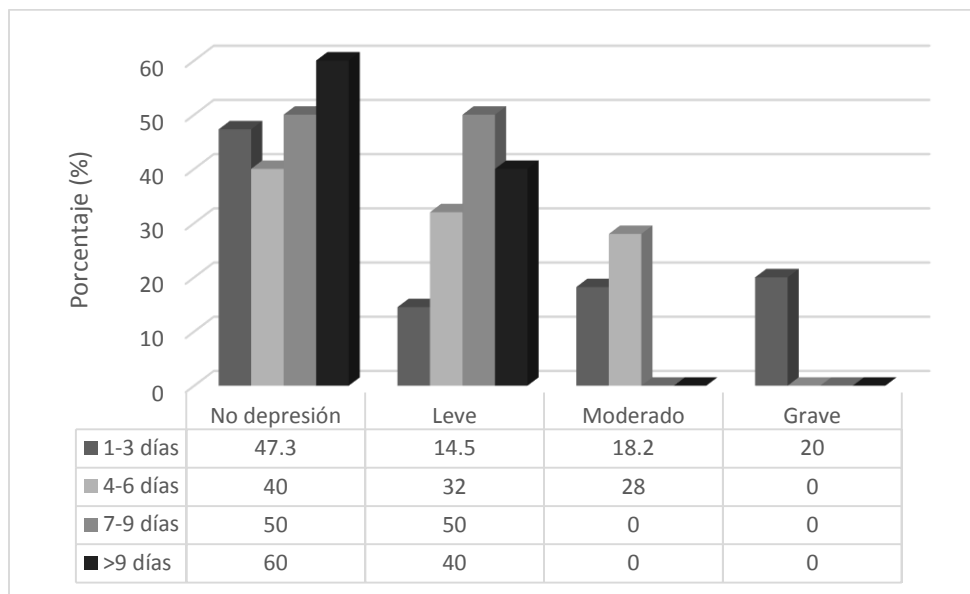


Figura 12. Nivel de depresión según estancia hospitalaria.

Tabla 19

Nivel de depresión según enfermedad subyacente en pacientes del servicio de medicina interna.

Nivel de depresión		Enfermedad Subyacente					Total
		Digestiva	Cardiológica	Renal	Reumatológica	Otras	
No depresión	Recuento	21	0	6	8	7	42
	%	60,0%	0,0%	42,9%	53,3%	33,3%	46,2%
Leve	Recuento	0	6	1	7	7	21
	%	0,0%	100,0%	7,1%	46,7%	33,3%	23,1%
Moderado	Recuento	8	0	2	0	7	17
	%	22,9%	0,0%	14,3%	0,0%	33,3%	18,7%
Grave	Recuento	6	0	5	0	0	11
	%	17,1%	0,0%	35,7%	0,0%	0,0%	12,1%

	Recuento	35	6	14	15	21	91
Total	%	100%	100%	100%	100%	100%	100%

Datos obtenidos mediante SPSS 25.0 (Elaboración propia).

En la tabla N° 19, se aprecia que el 100% de los pacientes con cardiopatías presentó depresión leve, el 46,7% de pacientes con enfermedades reumatológicas también presentó depresión leve. El 35,7% de los pacientes con enfermedades renales presentaron depresión grave y el 40% de los pacientes con enfermedades digestivas presentaron niveles de depresión moderado y grave.

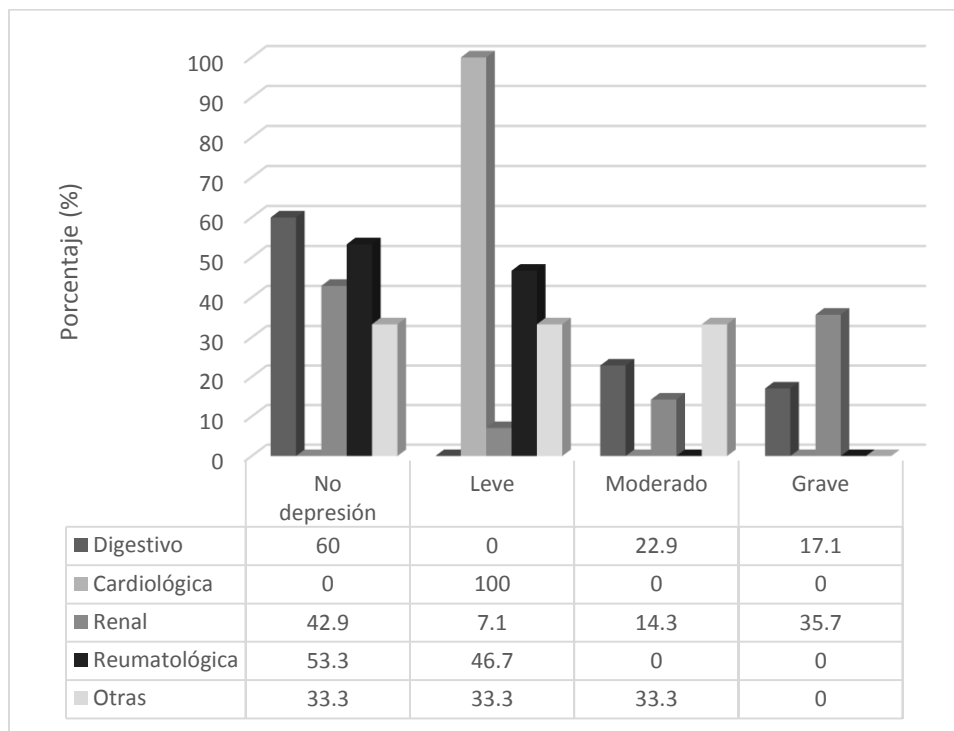


Figura 13. Nivel de depresión según enfermedad subyacente

Capítulo 5

Discusiones

En el presente trabajo se encontró una prevalencia de depresión de 53.9% (Tabla 15), la cual está distribuida de la siguiente manera: 23% depresión leve (21 pacientes), 18.7% depresión moderada (17 pacientes), 12.1% depresión grave (11 pacientes) que se correlacionan con los resultados encontrados por Agudelo, Lucumí y Santamaría (2008) encontrando una prevalencia de depresión del 41.5% en pacientes hospitalizados entre 22 y 76 años utilizando el inventario de depresión Beck II; esta relativa semejanza entre la prevalencia podría atribuirse a características socioeconómicas que puedan poseer en ambos países.

García (2015), encontró una prevalencia de depresión de 48% entre varones y mujeres en su estudio realizado en el hospital Daniel Alcides Carrión; una prevalencia similar a la hallada en nuestro trabajo, quizá debido a que ambas poblaciones poseen características socio-culturales parecidas.

En cuanto al sexo (tabla 16), las mujeres presentaron mayor nivel de depresión 66.6% (entre leve, moderada y severa) con respecto a los hombres 42.8% entre los tres niveles de depresión. Estos resultados concuerdan con estudios multicéntricos en España (Crespo, et al, 2001) en donde se cataloga como factor de riesgo el sexo femenino, así como varios estudios enfocados en adultos mayores (Von M, et al, 2011) quienes encontraron una prevalencia de depresión de 22.13%, siendo mujeres 28.12%. Otro estudio determinó la prevalencia de depresión en pacientes geriátricos en donde las

mujeres presentaron mayor prevalencia (39.6%) respecto a los hombres (Redy, 2015). Estos estudios corroboran que existe mayor prevalencia de depresión en mujeres a pesar de que se estudie diferentes grupos etarios.

Con respecto a la edad (tabla 17), las edades de los pacientes que presentaron mayor depresión oscilan entre mayores de 60 años (87.5%) y entre 15 a 30 años quienes presentaron depresión en un 58.1% entre leve, moderada y severa. Un resultado similar al hallado por Von, et al (2011); Martinez, et al (2007) y García (2015), quienes encuentran mayor prevalencia de depresión en pacientes adultos mayores. Sin embargo, hay estudios que concluyen que rangos de edades menores también se asocian a niveles de depresión; así como, Salazar (2015), encontró relación entre pacientes menores de edad y depresión.

A pesar de que estudios como (García ,2015) y (Agudelo, Lucumí, & Santamaría, 2008), revelan que existe relación entre depresión y el mayor tiempo de hospitalización, el presente estudio solo encontró que el 40% de los pacientes hospitalizados más de 9 días presentó depresión leve; esto podría deberse a que la muestra de pacientes no es significativa en términos de porcentaje. Se debe tomar en cuenta que los pacientes con mayor tiempo de hospitalización en el servicio de medicina interna cuentan con múltiples comorbilidades que los excluyen de nuestro estudio.

Con respecto al grado de instrucción el 25% (3 pacientes) que presentaron depresión solo estudiaron primaria y el 27,6% (21 pacientes) que cursaron estudios superiores

presentaron depresión moderada y grave; estos resultados contrastan con los encontrados por Salazar (2015) quien encontró mayor frecuencia de depresión en pacientes con menor escolarización. Juárez, León y Alata (2010), en su estudio realizado en Lima concluye que personas con primaria completa o incompleta presentan algún tipo de depresión.

En cuanto el estado civil, se aprecia que el 81,8% de convivientes presentaron depresión, así como el 60% de los divorciados; resultado similar al de Maya, García y Martínez (2011) quienes encontraron que las personas divorciadas presentaron mayor prevalencia de depresión que las personas casadas o solteras. García (2015), encontró mayor prevalencia de depresión en convivientes, lo cual puede obedecer a que la mayoría de las familias de Lima Este son convivientes en términos de porcentajes.

Por otro lado, con respecto a la enfermedad subyacente, donde el 100% de los pacientes cardiológicos presentaron depresión leve y el 57,1% de los pacientes renales presentaron niveles de depresión entre leve, moderado y grave (siendo 35.7% depresión grave) los cuales concuerdan con los resultados de Alberdi, Fernandez, & Iglesias (2013), que determinaron que los pacientes con enfermedades crónicas presentan mayor riesgo de trastorno depresivos. Otro estudio que lo reafirma es Bendezú (2015), quien concluye que encontró altos porcentajes de depresión en pacientes con cardiopatía isquémica.

Capítulo 6

Conclusiones

- La prevalencia de depresión en pacientes hospitalizados en el servicio de medicina interna del HNHU durante el mes de Diciembre – 2018 fue de 53,9%.
- La prevalencia de depresión en mujeres es de 66,7% y en varones de 42,8%.
- La prevalencia de depresión según la edad es de 58,1% en pacientes entre 15-30 años, 52,4 entre 31-45 años, 31,6% entre 46-60 años y 87,5% en mayores de 60 años.
- La prevalencia de depresión en pacientes con instrucción primaria es de 25%, 69% en pacientes con instrucción secundaria y 27,6% en pacientes con educación superior.
- La prevalencia de depresión según el estado civil es de 47,4% para solteros, 53,8% en pacientes casados, 81,8% en convivientes, 60% en divorciados y 42,9% en pacientes viudos.
- La prevalencia de depresión según la estancia hospitalaria es de 52,7% en 1-3 días, 60% en 4-6 días, 50% en 7-9 días y 40% en pacientes hospitalizados más de 9 días.
- La prevalencia de depresión según la enfermedad subyacente es de 40% en patologías digestivas, 100% en enfermedades cardiológicas, 57,1% en problemas renales, 46,7% en enfermedades reumatológicas y 66,7% en otras patologías.

Capítulo 7

Recomendaciones

- Realizar estudios con mayor población que busquen detectar la presencia de depresión, así como los factores de riesgo asociados para obtener datos a gran escala que puedan ser comparables con los datos encontrados a fin de reforzar la validez del trabajo.
- Debido a que existe un porcentaje elevado de pacientes con depresión moderada y severa, se debe poner mayor énfasis en el diagnóstico oportuno. Se debe establecer un screening para el diagnóstico clínico en pacientes hospitalizados, así como interconsultas a especialistas en aquellos pacientes que se haya detectado un posible trastorno depresivo de fondo.
- Utilizar instrumentos validados en nuestro medio y adjuntarlos a la historia clínica para desarrollarlo al primer contacto con el paciente a fin de que puedan recibir tratamiento oportuno.

Referencias

- Abúli, P., Comas, P., Suñer, R., y Grau, A. (2003). Niveles de ansiedad y depresión en enfermos hospitalizados y su relación con la gravedad de C. Med. Psicosom, N° 107 - 2013 21 la enfermedad. *Medicina Clínica*, (120) 370-375.
- Agudelo, V., Lucumí, A., & Santamaría, Y. (2008). Evaluación de la depresión en pacientes hospitalizados por distintas enfermedades médicas en la ciudad de Bucaramanga. *Pensamiento psicológico*, 4(10), 59-83.
- Alberdi, J., Fernandez, A., & Iglesias, F. (2013). Depresión en pacientes hospitalizados en el Servicio de Medicina Interna de un Hospital General. *Galicia Clin*, 74(4), 161-174.
- Ayuso, J., Vázquez, J., Dowrick, C., Lehtinen, V., Dalgard, O., Casey, P., . . . Wilkinson, G. (2001). Depressive disorders in Europe. Prevalence figures from the ODIN study. *British Journal of Psychiatry*, 179, 308-314.
- Beaus, P., Sy y ed, R. (1998). Screening for anxiety and depression in adult general medical in-patients in a Scottish District General Hospital. *Scottish Medical Journal*. Dec; 43(6): 177-80.
- Bendezú, C. (2015). Factores asociados a la prevalencia de depresión en pacientes con cardiopatía isquémica Hospital Nacional Edgardo Rebagliati Martins 2014 (Tesis de pregrado). Universidad San Martín de Porres. Lima, Perú. Recuperado de http://www.repositorioacademico.usmp.edu.pe/bitstream/usmp/1232/3/Bendezu_cg.pdf
- Blazer, DG. (2000). Mood disorder: Epidemiology. En: Sadok VA (ed.). *Kaplan & Sadock's comprehensive textbook of psychiatry*. 7a ed. Philadelphia: Lippincott Williams & Wilkins. 1298- 1307.
- Costas, M., Prado, V., & Crespo, J. (2013). Ansiedad y depresión entre los pacientes hospitalizados en el complejo hospitalario de Ferrol. *Revista Iberoamericana de Psicología*, 16-22.
- Conde Martel A., Hemmersbach-Miller M., Anía Lafuente B.J., Sujanani Afonso N., Serrano-Fuentes M. (2013). Prevalence of depressive symptoms in hospitalized elderly medical patients. *Revista Española de Geriatria y Gerontología*, Volume 48.
- Crespo, M., Porras, A., & Gil, A. (2001). Prevalencia de los trastornos depresivos en psiquiatría de enlace. *Actas Españolas de Psiquiatría*, 75-83.

- Fraguas R, Alves TC. Depression in general hospital: a study of 136 cases. *Rev Assoc Med Bras.* 2002; 48: 225-230.
- García, C, Loyola J.C, Armstrong, T. Prevalencia de depresión en pacientes mayores de 65 años en pacientes hospitalizados en el Servicio de Medicina Interna del Hospital Militar de Santiago. *Rev Med Chile.* 1996; 124: 431-6.
- García, C. (2015). Prevalencia y factores relacionados a depresión en pacientes geriátricos hospitalizados en el servicio de medicina interna del hospital regional Honorio Delgado Espinoza Enero-Febrero 2015. (Tesis de pregrado). Universidad Nacional San Agustín. Arequipa, Perú. Recuperado de <http://repositorio.unsa.edu.pe/handle/UNSA/298>
- García, P. (2015). Prevalencia de depresión en pacientes hospitalizados en el servicio de medicina interna de un hospital nacional febrero 2015 (Tesis de pregrado). Universidad Nacional Mayor de San Marcos. Lima, Perú. Recuperado de http://cybertesis.unmsm.edu.pe/bitstream/handle/cybertesis/4139/Garc%C3%ADa_pr.pdf?sequence=1
- Gómez, C., & Rodríguez, N. (1997). Factores de riesgo asociados al síndrome depresivo en la población colombiana. *Revista Colombiana de Psiquiatría*, 26, 23-35.
- Henningsen, P., Zimmerman, T., & Sattel, H. (2003). Medically unexplained physical symptoms, anxiety and depression. A meta-analytic review. *Psychosomatic Medicine*, 528-533.
- Hernández, S. (2014). Prevalencia de depresión en pacientes hospitalizados en el servicio de medicina interna. (Tesis de pregrado). Universidad Nacional de Trujillo. Trujillo, Perú. Recuperado de http://dspace.unitru.edu.pe/bitstream/handle/UNITRU/7929/HernandezKcomt_S.pdf?sequence=1&isAllowed=y
- Instituto Nacional de Salud Mental. (2012). Estudio Epidemiológico de Salud Mental en Niños y Adolescentes en Lima Metropolitana y Callao 2007. Informe General. *Anales de Salud Mental*, XXVII. Recuperado de <http://www.insm.gob.pe/ojsinsm/index.php/Revista1/article/view/43/24>
- Juárez, J., León, A., Alata, V. (2010). *Evaluación del grado de depresión de adultos mayores de 60 años del AA.HH "Viña alta"* - La Molina, Lima Perú.
- Lopez, I. (Mayo de 2007). Ansiedad y depresión, reacciones emocionales frente a la enfermedad. *Anales de Medicina Interna*, 24(5), 209-211. Recuperado el 11 de Noviembre de 2018, de

- http://scielo.isciii.es/scielo.php?script=sci_arttext&pid=S0212-71992007000500001
- Lorant, V., Deliége, D., Eaton, W., Robert, A., Phillpot, P., & Anseaut, M. (2003). Socioeconomic inequalities in depression: A meta-analysis. *American Journal of Epidemiology*, 157, 98-112.
- Martinez, J., Martinez, V., Esquivel, C., & Velasco, V. (2007). Prevalencia de depresión y factores de riesgo en el adulto mayor hospitalizado. *Revista Médica del Instituto Mexicano del Seguro Social*, 45(1), 21-28. Recuperado de <https://www.redalyc.org/articulo.oa?id=457745525004>
- Martina, M., Ara M.A., Gutiérrez C, Nolberto V, Piscocoya J. (2015). Depresión y factores asociados en la población peruana adulta mayor según la ENDES 2014-2015. *Anales de la Facultad de medicina*. 2017;78(4):393-7DOI: <http://dx.doi.org/10.15381/anales.v78i4.14259>
- Maya, I., García, M., & Martínez, F. (2011). El efecto amortiguador del apoyo social sobre la depresión en un colectivo de inmigrantes. *Psicothema*, 285, 535-539.
- Ministerio de Salud. (2005). *Módulo de Atención Integral en Salud Mental dirigido a trabajadores de primer nivel de atención. Módulo 6: La depresión*. Lima, Perú: Universidad Peruana Cayetano Heredia.
- Ministerio de Sanidad, Servicios Sociales e Igualdad. (2013). *Guía de Práctica Clínica sobre el Manejo de la Depresión en el Adulto*. Recuperado de http://www.guiasalud.es/GPC/GPC_534_Depresion_Adulto_Avaliat_compl.pdf
- OMS (1992), CIE-10. Décima revisión de la clasificación internacional de las enfermedades. Trastornos mentales y del comportamiento. Descripción clínicas y pautas para el diagnóstico, Madrid. Ed. Méditor.
- OMS. (22 de Marzo de 2018). *Organización Mundial de la Salud*. Recuperado el 11 de Noviembre de 2018, de OMS: <https://www.who.int/es/news-room/fact-sheets/detail/depression>
- Rodríguez JJ, Kohn R, Aguilar-Gaxiola S, eds. Epidemiología de los trastornos mentales en América Latina y el Caribe. Organización Panamericana de la Salud . Washington, DC: OPS. 2009.
- Salazar, C. (2015). Prevalencia de ansiedad y depresión en pacientes hospitalizados en los servicios de medicina interna del Hospital Nacional Dos de Mayo Julio-Diciembre 2015 (Tesis de pregrado). Universidad Ricardo Palma. Lima, Perú.

- Sanz, J., Perdigón, A., & Vázquez, C. (2003). Adaptación española del Inventario para la Depresión de Beck-II (BDI-II): 2. Propiedades psicométricas en población general. *Clínica y Salud*, 14(3), 249-280. Recuperado el 22 de Noviembre de 2018, de <https://www.redalyc.org/pdf/1806/180616104001.pdf>
- Santillán, J., & Estofan, L., & de Rosa, R., & Bichara, V. (2017). Depresión y su relación con el pronóstico en pacientes con insuficiencia cardíaca. *INSUFICIENCIA CARDIACA*, 12 (4), 160-167.
- Sullivan, P.F., Neale, M.C. y Kendler, K. Genetic epidemiology of major depression: Review and meta-analysis. *American Psychiatric Association*. 2000; 157:1552-1562.
- Vargas , H., & Saavedra, J. (2012). Factores asociados con la conducta suicida en. *Rev neuropsiquiatr*, 75(1), 19-28.
- Vega-Dienstmaier, J., & Coronado-Molina, O., & Mazzotti, G. (2014). Validez de una versión en español del Inventario de Depresión de Beck en pacientes hospitalizados de medicina general. *Revista de Neuro-Psiquiatría*, 77 (2), 95-103.
- Vega, J., Coronado, O., Guido, M. (2014). Validez de una versión en español del Inventario de Depresión de Beck en pacientes hospitalizados de medicina general. *Rev Neuropsiquiatr* 77(2), 95-103.
- von Mühlenbrock, F., Gomez, R., Gonzales, M., Rojas, A. A., Vargas, L. G., & von Mühlenbrock, C. (2011). *Revista Chilena de Psiquiatría*. Recuperado el 10 de Diciembre de 2018, de Prevalencia de depresión en pacientes mayores de 60 años hospitalizados en el servicio de Medicina Interna del Hospital Militar de Santiago: https://scielo.conicyt.cl/scielo.php?script=sci_arttext&pid=S0717-92272011000400004
- World Health Organization. (2000). *Guía de bolsillo de la clasificación CIE-10 : clasificación de los trastornos mentales y del comportamiento*. Madrid: Editorial Médica Panamericana. Obtenido de http://www.psicomed.net/cie_10/cie10_F32.html
- Yonkers, K., Halbreich, U., & Freeman, E. (2007). Symptomatic improvement of premenstrual dysphoric disorder with sertraline treatment: a randomized controlled trial. *JAMA*, 278(12).

Anexos

CONSENTIMIENTO INFORMADO

Hospital Nacional Hipólito Unanue

Fecha.....

Yo..... identificado con DNI (carné de extranjería o pasaporte para extranjeros) N°he sido informado por la Srta. Autora de la investigación Velásquez Tolentino, Yaquelin Yesenia acerca del trabajo de investigación sobre Prevalencia de Depresión en pacientes hospitalizados en el Servicio de Medicina Interna del Hospital Nacional Hipólito Unanue diciembre 2018

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

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

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

.....
.....

Firma del paciente o responsable legal Firma del profesional

DNI DNI

REVOCATORIA

.....

Firma del paciente o responsable legal

DNI

CUESTIONARIO

PREVALENCIA DE DEPRESIÓN EN PACIENTES HOSPITALIZADOS EN EL
SERVICIO DE MEDICINA INTERNA EN EL HOSPITAL NACIONAL HIPÓLITO
UNANUE DICIEMBRE 2018

1. Edad: () años
2. Género: () masculino () femenino
3. Grado de instrucción:
() primaria () secundaria () superior
4. Estado civil
() soltero (a)
() casado (a)
() viudo (a)
() divorciado (a)
5. Enfermedad médica
() digestiva
() respiratoria
() neurológica
() renal
() cardiológica
() otra (especifique)

Prueba de Depresión de Beck II

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

1) Tristeza

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

2) Pesimismo

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

3) Fracaso pasado

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

- Cuando miro hacia atrás, veo muchos fracasos
- Creo que soy un fracaso total como persona

4) Pérdida de placer

- Disfruto tanto como antes de las cosas que me gustan
- No disfruto de las cosas tanto como acostumbraba
- Disfruto muy poco con las cosas que me gustaban
- No disfruto nada con las cosas que me gustaban

5) Sentimientos de culpabilidad

- No me siento especialmente culpable
- Me siento culpable de muchas cosas que he hecho o debería haber hecho
- Me siento bastante culpable la mayor parte del tiempo
- Me siento culpable siempre

6) Sentimientos de castigo

- No creo que esté siendo castigado/a
- Creo que puedo ser castigado/a
- Espero ser castigado/a
- Creo que estoy siendo castigado/a

7) Desagrado hacia uno mismo/a

- Tengo la misma opinión sobre mí que de costumbre
- He perdido la confianza en mí mismo/a
- Me siento decepcionado conmigo mismo
- No me gusto a mí mismo/a

8) Autocrítica

- No me critico o culpo más que de costumbre
- Soy más crítico/a conmigo mismo/a que de costumbre
- Me critico por todas mis faltas
- Me culpo por todo lo malo que sucede

9) Pensamientos o deseos de suicidio

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

10) Llanto

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

11) Agitación

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

12) Pérdida de interés

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

13) Indecisión

- Tomo decisiones casi tan bien como siempre
- Me resulta más difícil tomar decisiones que de costumbre
- Me resulta mucho más difícil tomar decisiones que de costumbre
- Tengo dificultades para tomar cualquier decisión

14) Sentimientos de inutilidad

- No creo que yo sea inútil

- No me considero tan valioso y útil como de costumbre
- Me siento más inútil en comparación con otras personas
- Me siento completamente inútil

15) Pérdida de energía

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

16) Cambios en el sueño

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

17) Irritabilidad

- No estoy más irritable que de costumbre
- Estoy más irritable que de costumbre

- Estoy mucho más irritable que de costumbre
- Estoy irritable todo el tiempo

18) Cambios en el apetito

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

19) Dificultades de concentración

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

20) Cansancio o fatiga

- No estoy más cansado/a o fatigado/a que de costumbre
- Me canso o me siento fatigado/a más fácilmente que de costumbre

- Estoy demasiado cansado/a o fatigado/a para hacer muchas de las cosas que solía hacer Estoy demasiado cansado/a o fatigado/a para hacer la mayoría de las cosas que solía hacer

21) Pérdida de interés por el sexo

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

Cronograma de actividades

PERIODO Y ACTIVIDADES		2018							
		JUN	JUL	AGO	SEPT	OCT	NOV	DIC	
CAPÍTULO I DESCRIPCIÓN DEL PLAN DE TESIS	Antecedentes	■							
	Problema a investigar	■		■					
	Objetivos		■						
	Justificación		■						
CAPITULO II MARCO TEÓRICO	Limitaciones y viabilidad del estudio		■						
	Bases teóricas	■		■					
	Hipótesis			■					
	Variables			■					
	Términos básicos					■			
CAPITULO III MÉTODO	Tipo y diseño de la investigación					■			
	Población y muestra					■			
	Operacionalización de Variables					■			
	Recolección de datos							■	
	Procesamiento de Datos							■	
CAPITULO IV RECURSOS ADMINISTRATIVOS	Aspectos éticos				■			■	
	Recursos				■			■	
	Cronograma				■			■	
CAPITULO V REFERENCIAS BIBLIOGRÁFICAS	Presupuesto				■			■	
	Biografía		■						

Presupuesto

I	Bienes y Servicios	CANTIDAD	COSTO	TOTAL
1	Papel bond	01 millar	40.00	
2	Folders	10	10.00	
3	Fotocopia	600	300.00	
4	USB-CD	5	130.00	
5	Impresión	600	600.00	
6	Internet	12 meses	720.00	
7	Tipecos	120	120.00	
8	Anillados	5	30.00	
	Subtotal			1 950.00
II	Movilidad	12 meses	150.00	
	Subtotal			1150.00
III	Recursos humanos			
1	Asesor metodológico	12 meses	500.00	
2	Asesor estadístico	12 meses	500.00	
	Subtotal			1000.00
	Total general			4 100.00

