



**UNIVERSIDAD DE CUENCA
FACULTAD DE CIENCIAS MÉDICAS
POSTGRADO DE MEDICINA INTERNA**

**PREVALENCIA DE DEPRESIÓN Y FACTORES RELACIONADOS EN
PACIENTES HOSPITALIZADOS EN EL DEPARTAMENTO DE MEDICINA
INTERNA DEL HOSPITAL VICENTE CORRAL MOSCOSO
CUENCA- 2011**

**TESIS PREVIA A LA OBTENCIÓN
DEL TÍTULO DE ESPECIALISTA EN
MEDICINA INTERNA**

AUTOR: DR. JUAN DIEGO DOMÍNGUEZ VILLIZHAÑAY

DIRECTOR: DR. MANUEL ISMAEL MOROCHO MALLA

ASESOR: DR. JAIME ROSENDO VINTIMILLA MALDONADO

**CUENCA – ECUADOR
2014**

RESUMEN

Objetivo: Determinar la prevalencia de depresión y factores relacionados en pacientes mayores de 20 años, ingresados en el departamento de Medicina Interna del Hospital Vicente Corral Moscoso durante el año 2011.

Metodología: Estudio transversal, El tamaño de la muestra se calculó sobre la base del 95% de confianza, con un error de inferencia del 3.5% y el 10 % de prevalencia del factor de más baja frecuencia. Los datos se obtuvieron por entrevista e historial clínico; los datos se analizaron con el software SPSS 15.

Resultados: Se estudió 370 pacientes, el promedio de edad fue 56 años $DS \pm 18$; mujeres fueron el 55% de la muestra. La prevalencia de depresión fue 33.0% IC 95% 28.0 – 37.0; en el grupo de 20-44 años alcanzó el 34.9% IC 95% 27.0 – 43.0 y en mujeres 34.8% IC 95% 28.0 – 41.0. La asociación depresión y hemorragia digestiva alta presentó 39.3% (RP 1.2, IC 95% 0.9-1.8, valor p 0.27), con pie diabético 37.7% (RP 1.2, IC95% 0.82-1.70, valor p 0.39), enfermedad pulmonar crónica 34.4% (RP 1.1, IC 95% 0.72-1.53, valor p 0.79), insuficiencia cardiaca 31.8% (RP 1.0, IC95% 0.70-1.40, valor p 0.79), cáncer de tracto digestivo 26.7% (RP 0.80, IC 95% 0.53-1.1, valor p 0.11), antecedentes familiares de depresión 35% (RP 1.1, IC 95% 0.60-2.0, valor p 0.84), necesidades básicas insatisfechas 29.8% (RP 0.86, IC 95% 0.60-1.2, valor p 0.33)

Conclusiones: La prevalencia de depresión en pacientes hospitalizados supera lo reportado en series de otros países, no hubo asociación estadística con patologías.

Palabras clave: PSIQUIATRIA, SALUD MENTAL, DEPRESION, FACTORES ASOCIADOS, HOSPITAL VICENTE CORRAL, CUENCA ECUADOR

ABSTRACT

Objective: To determine the prevalence of depression and related factors in patients older than 20 years, admitted to the Department of Internal Medicine Vicente Corral Moscoso Hospital in 2011.

Methods: Cross-sectional study , the sample size was calculated on the basis of 95 % confidence inference with an error of 3.5% and 10 % prevalence of lower frequency factor . Data were obtained by interview and medical history , data were analyzed using SPSS 15 software.

Results: 370 patients were studied , the mean age was 18 ± 56 years DS , women were 55% of the sample. The prevalence of depression was 33.0 % 95% CI 28.0 - 37.0 , in the group of 20-44 years reached 34.9% 95% CI 27.0 - 43.0 and women 34.8 % 95% CI 28.0 - 41.0 . The association depression and gastrointestinal bleeding presented 39.3 % (OR 1.2 , 95% CI 0.9-1.8 , p-value 0.27) , with 37.7 % diabetic foot (OR 1.2, 95% CI 0.82-1.70 , p value 0.39) , chronic lung disease 34.4 % (OR 1.1 , 95% CI 0.72-1.53 , p value 0.79) , 31.8 % heart failure (OR 1.0, 95% CI 0.70-1.40 , p-value 0.79) in digestive tract cancer 26.7 % (OR 0.80 , 95% CI 0.53 -1.1 , p-value 0.11) , family history of depression 35 % (OR 1.1 , 95% CI 0.60-2.0 , p value 0.84) , basic needs 29.8 % (OR 0.86 , 95% CI 0.60-1.2 , p value 0.33)

Conclusions: The prevalence of depression in hospitalized patients than that reported in series from other countries, there was no statistical association with pathologies.

Keywords: PHYSICHIATRY, MENTAL HEALTH, DEPRESSION, ASOCIATED FACTORS, HOSPITAL VICENTE CORRAL MOSCOSO

**ÍNDICE DE CONTENIDOS**

RESUMEN	2
ABSTRACT	3
CAPÍTULO I	10
1.1 INTRODUCCIÓN.....	10
1.2 PLANTEAMIENTO DEL PROBLEMA.....	12
1.3 JUSTIFICACIÓN Y USO DE LOS RESULTADOS	14
CAPÍTULO II	15
2.1 FUNDAMENTO TEÓRICO	15
CAPÍTULO III	26
3.1 HIPÓTESIS	26
3.2 OBJETIVOS	26
3.2.1 Objetivo general	26
3.2.2 Objetivos específicos.....	26
CAPÍTULO IV	27
4.1 METODOLOGÍA	27
4.1.1 Tipo de estudio	27
4.1.2 Operacionalización de variables.....	27
4.1.3 Universo de estudio.....	27
4.1.4 Selección y tamaño de la muestra	27
4.1.5 Área de estudio	28
4.1.6 Criterios de inclusión	28
4.1.7 Criterios de exclusión	28
4.1.8 Métodos, técnicas e instrumentos	29
4.1.9 Aspectos éticos	30
4.2 Plan de tabulación y análisis de datos.....	30
CAPÍTULO V	32
5.1 RESULTADOS	32
5.1.1 Características generales del grupo de estudio	32
5.1.2 Prevalencia de Depresión y estratificación por edad, sexo	32
5.1.3 Factores asociados a depresión.....	34



CAPÍTULO VI	37
6.1 DISCUSIÓN.....	37
6.2 CONCLUSIONES.....	46
6.3 RECOMENDACIONES.....	47
REFERENCIAS BIBLIOGRÁFICAS	48
ANEXOS	53
Anexo 1. Operacionalización de variables.....	53
Anexo 2. Formulario de Recolección de Datos.....	56
Anexo 3. Consentimiento informado.....	61

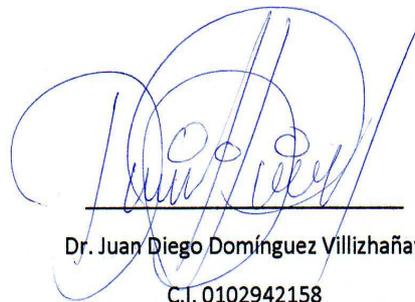


UNIVERSIDAD DE CUENCA

Fundada en 1867

Yo, Dr. Juan Diego Domínguez Villizhañay, autor de la tesis "PREVALENCIA DE DEPRESIÓN Y FACTORES RELACIONADOS EN PACIENTES HOSPITALIZADOS EN EL DEPARTAMENTO DE MEDICINA INTERNA DEL HOSPITAL VICENTE CORRAL MOSCOSO CUENCA- 2011. ,reconozco y acepto el derecho de la Universidad de Cuenca, en base al Art. 5 literal c) de su Reglamento de Propiedad Intelectual, de publicar este trabajo por cualquier medio conocido o por conocer, al ser este requisito para la obtención de mi título de Especialista en Medicina Interna. El uso que la Universidad de Cuenca hiciera de este trabajo, no implicará afección alguna de mis derechos morales o patrimoniales como autor.

Cuenca, Marzo del 2014



Dr. Juan Diego Domínguez Villizhañay
C.I. 0102942158

Cuenca Patrimonio Cultural de la Humanidad. Resolución de la UNESCO del 1 de diciembre de 1999

Av. 12 de Abril, Ciudadela Universitaria, Teléfono: 405 1000, Ext.: 1311, 1312, 1316

e-mail cdjbv@ucuenca.edu.ec casilla No. 1103

Cuenca - Ecuador



UNIVERSIDAD DE CUENCA

Fundada en 1867

Yo, Dr. Juan Diego Domínguez Villizhañay, autor de la tesis "PREVALENCIA DE DEPRESIÓN Y FACTORES RELACIONADOS EN PACIENTES HOSPITALIZADOS EN EL DEPARTAMENTO DE MEDICINA INTERNA DEL HOSPITAL VICENTE CORRAL MOSCOSO CUENCA- 2011. certifico que todas las ideas, opiniones y contenidos expuestos en la presente investigación son de exclusiva responsabilidad de su autor.

Cuenca, Marzo del 2014

Dr. Juan Diego Domínguez Villizhañay

C.I. 0102942158



DEDICATORIA

El presente trabajo va dedicado a Dios, a mi familia en especial a mi mamá Carmela, a Piedad Bravo, y a mis compañeros, todos ellos de gran apoyo demostrando verdaderamente amistad.

El Autor



AGRADECIMIENTO

Manifiesto mi más sentido agradecimiento a las personas que contribuyeron con el presente trabajo, en especial a los Doctores Ismael Morocho, Jaime Vintimilla, Doctora Marlene Álvarez, quienes supieron aportar el conocimiento adecuado, y más que nada su apoyo moral.

El Autor

CAPÍTULO I

1.1 INTRODUCCIÓN

La depresión contribuye de manera significativa a la carga global de enfermedad, afectando a personas en todas las comunidades del mundo. Actualmente considerada como enfermedad catastrófica, se estima que afecta a 350 millones de personas.⁽¹⁾ La Encuesta Mundial de Salud Mental llevada a cabo en 17 países encontró que en promedio 1 de cada 20 personas informó haber tenido un episodio depresivo en el año previo. Los trastornos depresivos comienzan a menudo a temprana edad, reducen el funcionamiento y frecuentemente son recurrentes. Por estas razones la depresión se encuentra cerca de los primeros lugares de la lista de enfermedades incapacitantes en los estudios de carga global de enfermedad. La necesidad de detener a la depresión y otras enfermedades mentales va en aumento en el mundo.⁽²⁾

Según la Organización Mundial de la Salud (OMS) la depresión es un trastorno mental frecuente, que se caracteriza por la presencia de tristeza, pérdida de interés o placer, sentimientos de culpa o falta de autoestima, trastornos del sueño o del apetito, sensación de cansancio y falta de concentración.⁽²⁾

Aunque los trastornos depresivos son poco mortales, son estimados como incapacitantes 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.⁽³⁾

La depresión en pacientes con enfermedad médica ha sido abordada por múltiples estudios⁽³⁾ la asociación entre enfermedad física y depresión puede entenderse en la línea de que la condición física causa la depresión, o 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. La prevalencia de depresión en pacientes hospitalizados es mayor que la registrada en la población general.

Los factores asociados a depresión son varios; entre ellos encontramos: genero, estado civil, nivel educativo, herencia, necesidades básicas insatisfechas, enfermedad médica asociada, días de hospitalización etc.⁽⁴⁾

El principal objetivo de este estudio es determinar la prevalencia de depresión y factores asociados en pacientes que son mayores de 20 años y que ingresen al servicio de Medicina Interna del Hospital Vicente Corral Moscoso durante el año 2011.

1.2 PLANTEAMIENTO DEL PROBLEMA

Se estima que la depresión será en el año 2020 la segunda causa de morbilidad a nivel mundial, seguida de las enfermedades isquémicas cardíacas.⁽¹⁾

La depresión en pacientes hospitalizados es un problema sanitario a nivel mundial; con diferencias propias de cada población, se ha convertido en una de las metas sanitarias el disminuir su prevalencia.

La prevalencia de la enfermedad es variable según el país estudiado, y así, el National Comorbidity Survey Replication americano observó que un 16,2% de las personas presentaron un trastorno depresivo mayor en algún momento de su vida. El Libro Verde elaborado por la Comisión de las Comunidades Europeas estima que la prevalencia anual en la población europea entre 18 y 65 años es del 6,1% y entre los pacientes hospitalizados la prevalencia de depresión se eleva hasta un 18,9%.⁽⁵⁾

En Latinoamérica se han llevado a cabo varias investigaciones sobre este tema, como las realizadas en Chile, Brasil y México, que han aportado una valiosa información para la realización de investigaciones epidemiológicas a gran escala en la Región. Las prevalencias encontradas en personas mayores de 18 años, medidas en un período de 12 meses en Chile, Brasil y México, variaban entre 4,5% y 7,1%.⁽³⁾

El informe de IESM-OMS del 2008 sobre el sistema de salud mental del Ecuador reportó que en nuestro país tenemos un bajo registro de enfermedades mentales, el porcentaje de pacientes atendidos en establecimientos de salud mental ambulatorios según diagnóstico y agrupados en seis categorías alcanzó para trastornos del ánimo el 29%, y para pacientes atendidos en hospitales psiquiátricos el 17%.⁽⁴⁾ En el Azuay no se cuenta con un estudio a gran escala en la población de adultos, para determinar la cifra de prevalencia de depresión.

Agudelo y colaboradores encontraron en Bucaramanga en el 2008 que mientras en la población general la prevalencia de depresión fue de entre 3-5%,

en los pacientes hospitalizados se incrementaba hasta entre un 10-14% es decir de un 13 a un 20%⁽³⁾. Por su parte el investigador Cassem en 1995 en un estudio realizado en Boston anota que en algunos grupos puede incrementarse esta cifra en un 50%, dependiendo de la complejidad de la enfermedad general y la discapacidad asociada. Un estudio realizado en el 2003 por Goodwin en Oxford-Inglaterra indica que hay enfermedades médicas donde la prevalencia de la depresión es mayor que en otras por ejemplo, en la diabetes, las enfermedades cardíacas y neurológicas la prevalencia alcanzó el 25%, probablemente por los efectos sobre las capacidades y sobre el desempeño cotidiano a partir de padecer este tipo de enfermedades⁽³⁾. Las cifras anteriores son compartidas por Campo en un estudio realizado en Colombia, quien considera que este trastorno puede afectar alrededor del 25% de los pacientes ambulatorios y hasta un 50% de los hospitalizados.⁽³⁾

Gutiérrez y colaboradores encontraron en una población hospitalizada de Colombia en el 2003 que la prevalencia de depresión de 52.5%, discriminada en leve: 23.8%, moderada: 18.5% y severa: 10.4%. Más depresión en grupos seniles ($p < 0.001$), en enfermedades respiratorias ($p < 0.02$), crónicas ($p < 0.002$). Mayor depresión en mujeres con enfermedades metabólicas ($p < 0.04$), sanguíneas ($p < 0.02$), respiratorias ($p < 0.05$) y digestivas ($p < 0.01$). En pacientes jóvenes se encontró mayor presencia de depresión asociada con neoplasias ($p < 0.01$).⁽⁵⁾

Con lo anterior se concluye que la frecuencia de depresión es alta en pacientes enfermos físicamente, se asocia con enfermedades crónicas, dolorosas e incapacitantes y modifica los mecanismos de adaptación del individuo ante la enfermedad.

En el hospital Vicente Corral Moscoso no se cuenta con datos propios de depresión en pacientes hospitalizados, no hay estudios locales, además no se ha visto una estrategia adecuada para la identificación y tratamiento de los pacientes detectados con depresión por parte de otras especialidades que no correspondan al área de salud mental, siendo muy pocos los pacientes valorados por el servicio de psiquiatría.

1.3 JUSTIFICACIÓN Y USO DE LOS RESULTADOS

El presente trabajo se justifica por:

- La alta prevalencia de depresión en la población hospitalizada y grupos de riesgo como lo es el grupo más afecto que son los pacientes adultos mayores y mujeres.
- La detección de depresión de forma temprana permitirán iniciar estrategias de prevención, tratamiento, y rehabilitación de los pacientes durante el ingreso hospitalario.
- Los resultados de este estudio contribuirán para la realización del diagnóstico situacional de depresión y servirán como punto de partida para emprender otras investigaciones.
- Debido a las repercusiones que tiene este padecimiento en la salud pública y particularmente en el ámbito del campo humano, a fin de que esta investigación se socialice, se difundirán a las autoridades del Hospital Vicente Corral Moscoso y Universidad.
- Los resultados de este estudio local permitirán a investigadores y docentes de los centros de formación médica de la ciudad, tener un referente sobre el comportamiento de este problema de salud a fin de proporcionar a sus estudiantes información adecuada y abordaje a los pacientes no solo desde patología orgánica sino también de la mente.

CAPÍTULO II

2.1 FUNDAMENTO TEÓRICO

La OMS define la depresión como un trastorno mental frecuente, que se caracteriza por la presencia de tristeza, pérdida de interés o placer, sentimientos de culpa o falta de autoestima, trastornos del sueño o del apetito, sensación de cansancio y falta de concentración.

La depresión puede llegar a hacerse crónica o recurrente, y dificultar sensiblemente el desempeño en el trabajo o la escuela y la capacidad para afrontar la vida diaria. En su forma más grave, puede conducir al suicidio. Si es leve, se puede tratar sin necesidad de medicamentos, pero cuando tiene carácter moderado o grave se pueden necesitar medicamentos y psicoterapia profesional.⁽²⁾

La Guía Española de Práctica Clínica sobre el manejo de la depresión mayor en el adulto expone que la depresión mayor es un síndrome o agrupación de síntomas en el que predominan los síntomas afectivos (tristeza patológica, decaimiento, irritabilidad, sensación subjetiva de malestar e impotencia frente a las exigencias de la vida), aunque, en mayor o menor grado, también están presentes síntomas de tipo cognitivo, incluso somático, por lo que podría hablarse de una afectación global de la vida psíquica, haciendo especial énfasis en la esfera afectiva.⁽⁶⁾

Según datos aportados por la OMS la prevalencia alcanza el 8% en las personas jóvenes y cerca de 100.000.000 de personas padecen depresión en algún momento de sus vidas, pero solo un pequeño porcentaje es diagnosticado, ya sea por falta de capacitación sanitaria o por desconocimiento de los síntomas.

En los jóvenes se asocia con altos grados de disfunción social, bajo rendimiento académico, abuso de sustancias, casos de intentos y suicidios consumados.⁽⁷⁾

El 80% de los pacientes con patologías crónicas sufren depresión en algún momento. La prevalencia y la incidencia varían mucho entre los estudios realizados. Estudios epidemiológicos en los Estados Unidos muestran los siguientes resultados, la depresión tiene una incidencia del 5-6% de la población general, con un prevalencia del 5-11% a los largo de la vida. La probabilidad de que se presente es dos veces mayor en mujeres que en hombres, siendo el pico habitual entre los 20 y los 40 años.

Los intentos de suicidio afectan al 10% de los pacientes deprimidos; el 15% de las personas gravemente deprimidas terminan suicidándose.⁽⁷⁾

En la etiología de depresión, el Instituto Tecnológico de Sonora expone, la depresión puede estar causada por uno o varios factores. Algunas personas tienen mayor probabilidad de tener depresión que otras.⁽⁸⁾

Hay diferentes razones que intentan explicar esta predisposición, Montes expresa que la etiología de la depresión es compleja. En ella intervienen múltiples factores, (genéticos, biológicos como psicosociales). Dentro de los biológicos hay evidencias de alteraciones a nivel de neurotransmisores, citoquinas y hormonas, además de modificaciones en los sistemas nervioso, inmunológico y endocrino.⁽⁹⁾

La psiconeuroinmunología ha demostrado alteraciones en el eje Hipotálamo-Hipófisis-Suprarrenal, mediadas por citoquinas y alteraciones inmunológicas asociadas a neurotransmisores en la depresión, dentro de las cuales tenemos la reducción del número de transportadores de serotonina en linfocitos de sangre periférica de pacientes deprimidos. Esto demuestra una relación directa entre la serotonina y el sistema inmunológico en este trastorno afectivo.⁽⁹⁾

La depresión puede deberse a causas primarias y secundarias, las primeras hacen referencia a una condición que se explica con la teoría bioquímica,

neuroendocrino, neurofisiológicos, y las secundarias como explicamos a continuación.

Herencia donde existe mayor riesgo de padecer depresión cuando hay una historia familiar de la enfermedad en primer grado hasta 1.5-3 veces más, sin embargo, la depresión grave también puede ocurrir en personas que no tienen ninguna historia familiar, lo cual indica que hay factores extras que pueden causar la depresión.⁽¹⁰⁾

Situaciones psicosociales de riesgo como eventos que exceden los recursos personales de afrontamiento, como puede ser la muerte de una persona, una enfermedad crónica, problemas interpersonales severos, estrés, dificultades económicas, proceso de divorcio, pobre red de apoyo social.⁽¹⁰⁾

Personas con estilos pesimistas, pobre concepto de sí mismos, autoeficacia baja y tendencia a la preocupación excesiva son más propensas a padecer de depresión.⁽¹⁰⁾

Más de 200 medicamentos se han relacionado con la aparición de depresión, la gran mayoría de ellos de forma ocasional, y unos pocos de manera permanente. Entre ellos AINES, antibióticos (sulfas, isoniazida), hipotensores (clonidina, metildopa, propanolol, bloqueadores de canales de calcio), antipsicóticos, drogas cardiacas (digitálicos), corticoesteroides y ACTH, y contraceptivos orales.⁽¹⁰⁾

La concurrencia de patología física y psiquiátrica puede complicar el diagnóstico, evolución y tratamiento de pacientes hospitalizados. Esto ha llevado a investigar el efecto de la comorbilidad, determinándose que estos pacientes sufren de mayores niveles de discapacidad y sus costos de atención resultan más altos, permanecen hospitalizados por más tiempo, requieren de más exámenes de diagnóstico, presentan con mayor frecuencia reingresos, demandan más tiempo profesional y su respuesta a los tratamientos parece ser menos satisfactoria.⁽¹¹⁾

Entre los pacientes hospitalizados se espera encontrar niveles importantes de síntomas psiquiátricos asociados a la presencia de enfermedades médicas muchas de ellas crónicas y al estrés de la hospitalización. Tapia y col, estudiaron la prevalencia de trastornos psiquiátricos en 132 pacientes del Hospital J. Aguirre de Chile utilizando como instrumento de detección el Cuestionario de Salud General de Goldberg en su versión de 30 preguntas (GHQ-30), encontrando que el 36.4% de los pacientes tenían un trastorno psiquiátrico, siendo más prevalentes entre las mujeres.⁽¹²⁾

Una cifra más alta es la reportada por Hernández, en los pacientes del Servicio de Medicina Interna del Hospital Barros Luco Trudeau de Chile, en donde detectaron una prevalencia de 62.2% de trastornos psiquiátricos según DSM-III utilizando la entrevista estructurada SCID.⁽¹⁴⁾

Los estudios internacionales entregan porcentajes cercanos al 50% de comorbilidad en pacientes hospitalizados. La gran mayoría de estos trabajos se ha centrado en la detección de depresión y adicciones, lo mismo que en el estudio de pacientes con patologías médicas específicas.⁽¹⁵⁾

En México el investigador Del Ríos y colaboradores encontraron que de una muestra de 120 pacientes, el 45.83% (n=55) cumplió criterios para depresión, 67% (n=37) correspondieron al sexo masculino, y 33% (n=18) al sexo femenino. Los índices más altos de depresión se observaron en individuos con educación básica nivel primaria presentando una incidencia de 49.1% (n=28) en este grupo. Los departamentos con mayor porcentaje de pacientes con depresión fueron geriatría con un 75% (n=3), nefrología con un 69% (n=9), hematología con un 67% (n=2) y oncología con un 60% (n=6).⁽¹⁵⁾

Los mayores índices de depresión se observan en pacientes con estancias hospitalarias cortas de 1 a 18 días, alcanzando un pico máximo en la primera semana (43.63%), seguido por un detrimento posterior que se estabiliza a partir del día 31 hasta el día 54 que representa el 5.43%.⁽¹⁵⁾

Ribas en un estudio llevado a cabo en el Hospital Abel Gilbert Pontón de la Ciudad de Guayaquil encontró que el 19.2% de los pacientes padece de depresión mayor y esta cifra asciende en los pacientes con dolor crónico, diabetes mellitus tipo 2 y VIH hasta 28%, 30%, y 40% respectivamente. Se detectaron como factores de riesgo para depresión: sexo femenino, estar desempleado, padecer de enfermedad hematológica u oncológica, ansiedad entre otros.⁽¹⁶⁾

Guallar y colaboradores en una muestra de 433 pacientes ≥ 65 años ingresados de urgencia en 4 hospitales españoles desde enero de 2000 hasta junio de 2001 encontraron que del total de pacientes estudiados, 210 (48.5%) presentaron depresión. Las cifras correspondientes fueron 71 (37.6%) en varones y 139 (57.0%) en mujeres. La depresión fue más frecuente en los pacientes con las siguientes características insuficiencia cardiaca grado funcional III-IV de la NYHA (*odds ratio* ajustada [ORa] = 2.00; intervalo de confianza [IC] del 95%, 1.23-3.24); peor puntuación en los aspectos físicos de la calidad vida (ORa = 3.14; IC del 95%, 1.98-4.99); dependencia en 1 o 2 actividades básicas de la vida diaria (ABVD) (ORa = 2.52; IC del 95%, 1.41-4.51); dependencia en 3 o más ABVD (ORa = 2.47; IC del 95%, 1.20-5.07); limitación en alguna actividad instrumental de la vida diaria (ORa = 2.20; IC del 95%, 1.28-3.79); hospitalización previa por insuficiencia cardiaca (ORa = 1.71; IC del 95%, 1.93-5.45); estaban solos en casa más de 2 horas al día (ORa = 3.24; IC del 95%, 1.93-5.45); menor satisfacción con el médico de atención primaria (ORa = 1.90; IC del 95%, 1.14-3.17).⁽¹⁶⁾

Concluyen estos autores, que la depresión es muy frecuente en los adultos mayores hospitalizados con insuficiencia cardiaca, y se asocia con varios factores biomédicos y psicosociales. Esta elevada frecuencia empobrece el pronóstico de la insuficiencia cardiaca en presencia de síntomas depresivos y la existencia de instrumentos diagnósticos sencillos y un tratamiento eficaz, apoyan el cribado sistemático de la depresión en estos pacientes.⁽¹⁶⁾

Existen factores de riesgo, algunos de ellos ya mencionados anteriormente:

Género: mayor prevalencia en mujeres, el riesgo del trastorno a lo largo de la vida varía entre el 10 y el 25% para las mujeres y entre el 5 y el 12% para los hombres. ⁽³⁻¹⁸⁾

Estado civil: personas separadas o que han anulado su matrimonio muestran mayor depresión que las personas solteras o casadas. ⁽³⁻¹⁸⁾

Nivel educativo: se establece una relación inversamente proporcional, observándose que la sintomatología depresiva disminuye a medida que el nivel educativo aumenta. ⁽³⁻¹⁸⁾

Herencia: los familiares en primer grado, de personas con trastorno depresivos mayor, tienen más probabilidad de padecer depresión frente a la población general, donde la heredabilidad de la depresión mayor se calcula entre un 31% a 42%. ⁽³⁻¹⁸⁾

Edad: la OMS indicó que el 25% de las personas mayores de 65 años padecen algún tipo de trastorno psiquiátrico, siendo el más frecuente la depresión hasta los 75 años. ⁽³⁻¹⁸⁾ Un estudio demostró que las altas tasas de incidencia de la depresión ocurren entre adultos jóvenes (12 a 24 años), y las tasas bajas ocurren entre personas de 65 años de edad o más teniendo en cuenta que el grupo mayor de 65 años puede tener una sintomatología variada por lo que se puede sobre estimar o por lo contrario no dar la suficiente importancia a la sintomatología depresiva. ⁽¹⁹⁾

Condición socioeconómica: las personas más propensas a sufrir enfermedades médicas y mentales son aquellas que viven en condiciones de pobreza. ⁽³⁻¹⁸⁾

Enfermedad médica: los pacientes que sufren algún tipo de enfermedad médica tienen un riesgo mayor de manifestar síntomas depresivos que el resto de la población general, estas cifras oscilan entre un 10 a 60%. ⁽³⁻¹⁸⁾

Las patologías orgánicas asociadas a depresión son algunas pero citaremos las que serán estudiadas en el presente trabajo con sus respectivas prevalencias a nivel mundial.

Insuficiencia cardiaca con 10-26%, enfermedad pulmonar obstructiva crónica con 10 al 14.3%, hemorragia digestiva alta con 12.2%, neoplasias del tracto digestivo 15.4%, pie diabético 10%. Los estudios son muy variables en cuanto a resultados.

La depresión aparece en hasta un 27% de los pacientes que tuvieron un infarto de miocardio e impacta de forma negativa en su recuperación. De los pacientes hospitalizados por infarto agudo de miocardio el 18% recibe el diagnóstico de depresión. La prevalencia de depresión es del 17% en aquellos sometidos a un trasplante cardíaco luego del primer año. Las altas tasas de depresión se asocian con enfermedad vascular y con factores de riesgo como tabaquismo o hipertensión arterial. ⁽²⁰⁾

También se estima que la depresión se asocia con úlceras gástricas. En 4.595 pacientes sin úlceras previas se verificó una relación entre la aparición de depresión y la posterior evolución a úlceras gástricas. ⁽²¹⁾

La depresión también es frecuente en la diabetes y se informó que es 3 a 4 veces más frecuente en pacientes con diabetes que en la población general. Además, el antecedente de depresión está asociado con aumento del riesgo de presentar diabetes. Así mismo, la presencia de depresión se asocia con complicaciones más graves de la diabetes y con niveles más altos de hemoglobina glucosilada. ⁽²⁰⁾

Se observó alta prevalencia de depresión en pacientes con cáncer, aunque aquella puede ser consecuencia también de los tratamientos antineoplásicos. Un estudio realizado en el año 2004 en New York realizado por Massie refiere la presencia de depresión crónica aumentó el riesgo de

cáncer. La presencia de depresión también disminuyó el tiempo de supervivencia en personas con cáncer. ⁽²²⁾

La sintomatología de depresión puede ser variada, el primer episodio puede ocurrir en cualquier momento y en algunos casos en los meses previos a su presentación, los pacientes pueden experimentar un conjunto de síntomas como ansiedad, fobias, síntomas depresivos mínimos y ataques de pánico. ⁽²³⁾

La tendencia a la recurrencia es muy frecuente en esta patología. El episodio depresivo grave puede además venir o no acompañado de síntomas psicóticos, donde además de los criterios establecidos para definir un episodio depresivo grave, aparecen ideas delirantes, alucinaciones o estupor. ⁽²⁴⁾

Dentro de los grupos sintomáticos puede existir predominio de uno de ellos ya sea depresivo, somático, u otros síntomas psiquiátricos, puede también existir cuadros atípicos en su totalidad.

Los síntomas depresivos son susceptibles de valoración y ordenamiento según criterios diagnósticos operativos, y los más utilizados, tanto en la clínica como en los estudios de investigación son las clasificaciones ICD-1032 y DSM-IV-TR, su importancia radica en la utilización de criterios diagnósticos homogéneos entre los diferentes profesionales. En cualquiera de estos casos siempre deben estar presentes al menos dos de los tres síntomas considerados típicos de la depresión: ánimo depresivo, pérdida de interés y capacidad para disfrutar y aumento de la fatigabilidad, el episodio debe durar al menos dos semanas. ⁽²⁴⁾

El DSM-IV-TR utiliza una lista de 9 síntomas depresivos, requiere también una duración del episodio de al menos dos semanas y divide el cuadro depresivo mayor en leve, moderado o grave. El diagnóstico se establece con la presencia de al menos cinco de los síntomas, y debe ser uno de ellos un

estado de ánimo depresivo o la pérdida de interés o de capacidad para el placer.⁽²⁴⁾

La posibilidad diagnóstica se puede plantear a partir de datos observacionales poco específicos, como el deterioro en la apariencia y en el aspecto personal, enlentecimiento psicomotriz, tono de voz bajo, facies triste, llanto fácil o espontáneo, disminución de la atención, verbalización de ideas pesimistas, ideas hipocondríacas, alteraciones del sueño y quejas somáticas inespecíficas.⁽²⁴⁾

La edad de inicio de la depresión, aunque varía en diferentes estudios, puede establecerse entre los 30 y 40 años y alcanza un pico máximo de incidencia entre los 18-44 años. La presentación de la enfermedad puede ser distinta con la edad, así, los jóvenes muestran síntomas fundamentalmente del comportamiento, mientras que los ancianos tienen con mayor frecuencia síntomas somáticos.⁽²⁴⁾

Existen diversos instrumentos diagnósticos fiables, como la escala de autoevaluación MINI (Mini International Neuropsychiatric Interview) que permiten identificar aquellos individuos que presentan síntomas depresivos y posibilitan que el clínico lleve a cabo una entrevista diagnóstica.⁽²³⁾

Muchos de estos instrumentos son útiles en los centros de Atención Primaria. Existe escalas de valoración, como la Yesavage es utilizada en el adulto mayor y va asociada a una nueva valoración con la escala GSD de 30 reactivos.⁽²³⁾

Una escala de valoración usada por más de 40 años para depresión es la escala o test de Hamilton el cual consta de 17 ítems y se considera con depresión si esta es mayor de 7 puntos, luego la podemos clasificar en leve, moderada, severa y muy severa, esta escala ha servido para muchos trabajos de investigación.⁽¹⁸⁾

Al momento no existe un test adecuado al cien por ciento, por lo que nuevas investigaciones refieren que se debe buscar un nuevo gold estándar para la valoración de depresión. ⁽²⁵⁾

Al valorar la sintomatología depresiva en estos pacientes existe un alto riesgo de caer en posiciones extremas, en el sentido de “comprender” los síntomas depresivos como normales y no tratarlos, o sobredimensionarlos. ⁽²⁶⁾

En general, las enfermedades que hemos revisado se dividen en aquellas con causa tratable y las no tratables.

Como regla general la enfermedad somática deberá estar bien tratada, así como las alteraciones metabólicas, y el dolor acompañante.

Hay que tener en cuenta que en ocasiones, una vez desarrollado el cuadro depresivo, éste evoluciona de manera independiente aunque se solucione la causa médica que lo originó. Es aconsejable realizar un seguimiento de los síntomas depresivos, hasta bastante tiempo después de haber realizado el tratamiento.

Además de los tratamientos biológicos será necesaria una psicoterapia de apoyo, especialmente en los estadios iniciales del tratamiento. La psicoterapia más reglada de corte cognitivo conductual o dinámico, se aplicará en pacientes con cuadros depresivos reactivos a la incapacidad provocada por la enfermedad. ⁽²⁷⁾

Concluimos, la depresión se encuentra con frecuencia en comorbilidad con una variedad de enfermedades clínicas, en general los tratamientos usados para la depresión parecen eficaces en esta población. ⁽²⁰⁾

Por lo tanto, la comorbilidad con enfermedades clínicas es un factor de riesgo para una menor respuesta al tratamiento antidepresivo. Se sugiere



investigar si los pacientes con enfermedades clínicas tienen depresión y en ese caso, administrar tratamientos más intensivos que en pacientes depresivos sin comorbilidades. La combinación de tratamientos farmacológicos junto con psicoterapia y psicoeducación parece beneficiar a esta población. ⁽²⁰⁾

CAPÍTULO III

3.1 HIPÓTESIS

La prevalencia de depresión en pacientes hospitalizados del Departamento de Medicina Interna del Hospital Vicente Corral es superior al 20% y está asociado con insuficiencia cardiaca, enfermedad pulmonar obstructiva crónica, hemorragia digestiva alta no oncológico, cáncer de tracto digestivo, pie diabético, antecedentes familiares de depresión (padre, madre hermanos) y necesidades básicas insatisfechas.

3.2 OBJETIVOS

3.2.1 Objetivo general

- Determinar la prevalencia de depresión y factores asociados en pacientes mayores de 20 años de edad ingresados en el departamento de Medicina Interna del Hospital Vicente Corral Moscoso durante el 2011.

3.2.2 Objetivos específicos

- Identificar los grupos por edad, sexo, estado civil, nivel de educación.
- Determinar la prevalencia de depresión y estratificarla por sexo y grupo etario.
- Determinar la frecuencia de insuficiencia cardiaca, enfermedad pulmonar obstructiva crónica, hemorragia digestiva alta no oncológico, cáncer de tracto digestivo, pie diabético, antecedentes familiares de depresión (padre, madre hermanos), necesidades básicas insatisfechas.
- Determinar la asociación entre depresión e insuficiencia cardiaca, enfermedad pulmonar obstructiva crónica, hemorragia digestiva alta no oncológico, cáncer de tracto digestivo, pie diabético, antecedentes familiares de depresión (padre, madre hermanos).

CAPÍTULO IV

4.1 METODOLOGÍA

4.1.1 Tipo de estudio

Se realizó un estudio Transversal.

4.1.2 Operacionalización de variables

Ver anexo 1.

4.1.3 Universo de estudio

La población estuvo constituido por pacientes mayores 20 años ingresados en el departamento de Medicina Interna del Hospital Vicente Corral Moscoso durante el año 2011.

4.1.4 Selección y tamaño de la muestra

La muestra fue probabilística. Se aleatorizó (aleatorio simple) a 4 pacientes por día del total de ingresos de lunes a viernes.

El tamaño se calculó sobre una base del 95% de confianza, prevalencia del 10% (prevalencia más baja de los factores de riesgo que es pie diabético) y el 3.5% de error de inferencia, y se aplicó la siguiente fórmula.

Para el cálculo del tamaño se usó la siguiente fórmula:

$$n = z^2 \times p \times q / (e)^2$$
$$n = 3.84 \times 0.10 \times 0.90 / 0.035^2$$

n = Tamaño de la muestra

$$z = (1.96)^2$$

p = prevalencia más baja del 10%

$$q = (0.90)$$

$(e)^2 =$ error inferencia 3.5%

320 (más un 15% por probables pérdidas) = 370 pacientes

4.1.5 Área de estudio

Hospital Vicente Corral Moscoso pertenece a la provincia del Azuay, cantón Cuenca. Es nivel III, consta de 806 trabajadores, se atiende en promedio 120000 pacientes por año. El departamento de Medicina Interna consta de 52 camas, y un personal médico de 32 personas, el número de egresos en el 2011 fue de 1799 pacientes.

4.1.6 Criterios de inclusión

- Pacientes ingresados en el departamento de Medicina Interna mayores de 20 años de edad.

4.1.7 Criterios de exclusión

- Pacientes diagnosticados con patología psiquiátrica que interfieran en la entrevista y llenado adecuado de los formularios
- Pacientes con patología neurológica que intervenga en el lenguaje, o estado de conciencia (afasia, coma, síndrome confusional).
- Pacientes que reciban medicación para sedación o modificadores del estado del ánimo.
- Pacientes con patologías clínicas de evolución menor a 72 horas.
- Pacientes que no acepten ser parte del estudio.

4.1.8 Métodos, técnicas e instrumentos

El procedimiento para la recolección de datos fue mediante una encuesta realizada a los pacientes (n=370) hospitalizados en el departamento de Medicina Interna del Hospital Vicente Corral Moscoso durante el año 2011. Las entrevistas se realizaron en la tarde, luego que los pacientes fueron ingresados del servicio de emergencia y consulta externa al departamento de Medicina Interna.

Los pacientes que participaron en el estudio fueron asignados de la siguiente manera, del total de ingresos por día fueron aleatorizados de manera simple cuatro pacientes por día de lunes a viernes.

Posterior a leer la hoja de consentimiento informado se procedió a firmar la misma, en caso de ser aceptado inmediatamente se tomaron los datos. Los antecedentes de las enfermedades fueron recolectados de la información que constan en la historia clínica, y en los casos nuevos a través de una historia dirigida.

El instrumento aplicado para la obtención de datos fue un formulario realizado por el autor; en la cual consta de información general como edad, sexo, estado civil, nivel de educación; patología asociada tales como insuficiencia cardiaca, enfermedad pulmonar obstructiva crónica, hemorragia digestiva alta no oncológico, cáncer de tracto digestivo, pie diabético, antecedentes familiares de depresión (padre, madre hermanos), necesidades básicas insatisfechas, Test de Hamilton (Anexo II) el cual consta de 17 ítems con un puntaje igual o mayor a siete puntos se considera positivo para depresión.

Se les dio lectura de las preguntas a los pacientes al ser contestadas, el investigador fue señalando los espacios correspondientes del cuestionario, algunos pacientes decidieron realizarlo personalmente. Se estuvo atento

para explicar cualquier aspecto o pregunta que cause confusión, todos los datos fueron tomados por el investigador.

4.1.9 Aspectos éticos

El presente protocolo fue aprobado por el comité de Bioética de la Facultad de Ciencias Médicas de la Universidad de Cuenca, se solicitó permiso a las autoridades hospitalarias.

Los datos fueron manejados única y exclusivamente para procesos de investigación, manteniendo la confidencialidad de los mismos.

Se desarrolló un documento de consentimiento informado (Anexo 3) que se leía a cada paciente, donde se dejó establecido que el presente estudio no involucró riesgos conocidos para los participantes, y las ventajas que el presente trabajo tendría en el manejo de pacientes que fueran identificados con depresión. Los pacientes aceptaron voluntariamente pertenecer a este estudio constando su firma y rubrica en la plantilla de consentimiento informado.

4.2 Plan de tabulación y análisis de datos

Las variables: grupo etario, sexo, estado civil, residencia habitual, nivel de educación y factores asociados se presentaron en tablas de distribución simple en donde consta el nombre de la variable, frecuencia y porcentaje.

La prevalencia de depresión se obtuvo a través de dividir el número de pacientes con test de Hamilton positivo para depresión entre el total de la muestra.

Las prevalencias estratificadas por sexo se obtuvo a través de dividir el total de hombres o mujeres con depresión entre el total de hombres o mujeres.

Por grupo etario se obtuvo de la división del total de los diferentes grupos etarios con depresión entre el total de cada uno de los grupos.

Para el análisis estadístico de las variables asociadas se aplicó la siguiente tabla.

		Depresión		
		Si	no	
Factor asociado	si	a	b	a+b
	no	c	d	c+d
		a+c	b+d	n

En primer lugar se obtuvo la prevalencia de depresión en los expuestos al factor riesgo ($a/a+b$) y luego la prevalencia de depresión en los no expuestos al factor de riesgo ($c/c+d$).

La RP (razón de prevalencia) se obtuvo con la siguiente fórmula:

$$RP = a / (a+b) \div c / (c+d)$$

El Intervalo de Confianza (IC) al 95% se calculó con la siguiente ecuación:

$$IC_{0.05} = RP \cdot e \left(\pm 1.96 \sqrt{1/a - 1/a+b + 1/c - 1/c+d} \right)$$

Los datos fueron sometidos al análisis del software SPSS 15.

CAPÍTULO V

5.1 RESULTADOS

5.1.1 Características generales del grupo de estudio

De una muestra de 370 pacientes el grupo de edad de mayor frecuencia fueron los mayores de 45 años con el 65.1% (n=241), mientras que los pacientes con edades menores de 44 años presentaron una frecuencia del 34.9% (n=129), observamos que el promedio de edad se ubicó en 56 años de edad $DS \pm 18$.

En lo referente al sexo, encontramos que el grupo femenino fue de mayor frecuencia con el 55.1% (n=204) y el masculino presentó el 44.9% (n=166). El estado civil de mayor frecuencia fue el casado con el 40% (n=148), mientras que los pacientes viudos representaron el 8.6% (n=32) de la población.

El nivel de educación presentó una frecuencia del 58.9% (n=218) con nivel primario, nivel secundario el 31.9% (n=118), nivel superior en el 4.9% y ningún nivel educativo el 4.3% (n=16) (Tabla 1).

5.1.2 Prevalencia de Depresión y estratificación por edad, sexo

La prevalencia de Depresión fue de 33.0% (n= 122) (IC 95% 28.0 – 37.0) en pacientes hospitalizados en el departamento de medicina interna del hospital Vicente Corral Moscoso (Grafico 1).

La edad que mayor prevalecía tuvo depresión, fueron los menores de 44 años con un 34.9% (n=45) (RP 1.09 IC 95% 0.8 – 1.4 $p < 0.5$), en comparación con el grupo de más de 45 años.

Analizando el sexo de los pacientes las mujeres presentaron una prevalencia del 34.8% (n=71) (RP 1.13 IC 95% 0.84 – 1.52 p< 0.4) en comparación al sexo masculino. Ninguna de ellas presentó asociación estadística. (Tabla 2)

Tabla 1. Descripción de las características generales del grupo de estudio, Hospital Vicente Corral Moscoso, 2011

Variable	Frecuencia	Porcentaje
Edad años*		
20-44	129	34.9
≥ 45	241	65.1
Sexo		
Masculino	166	44.9
Femenino	204	55.1
Estado civil		
Casado/a	148	40.0
Divorciado/a	57	15.4
Soltero/a	73	19.7
Unión libre	60	16.2
Viudo/a	32	8.6
Nivel de educación		
Ninguna	16	4.3
Primaria	218	58.9
Secundaria	118	31.9
Superior	18	4.9
Total	370	100

*

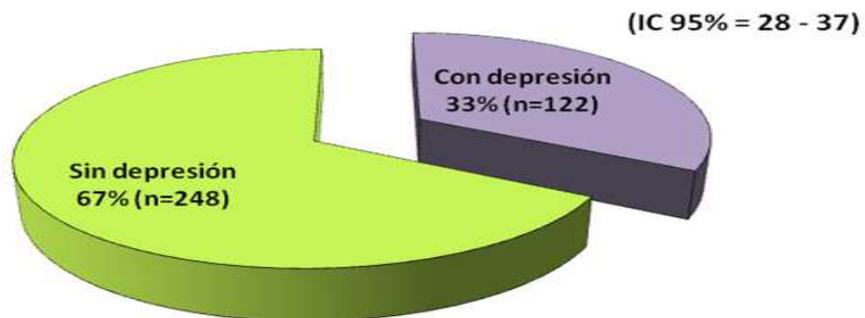
\bar{X} = 56 años

DS = 18 años

Fuente: base de datos 2013

Elaborado por el autor.

Gráfico 1. Prevalencia de depresión, Hospital Vicente Corral Moscoso, 2011



Fuente: base de datos, 2013
Elaborado por el autor

Tabla 2. Frecuencia de depresión, estratificada por grupo etario, sexo Hospital Vicente Corral Moscoso, 2011.

Variables	Depresión				IC 95%
	Presente		Ausente		
	n	%	n	%	
Edad años					
20-44	45	34.9	84	65.1	27.0 – 43.0
≥ 45	77	32.0	164	68.0	26.0 – 38.0
Sexo					
Masculino	51	30.7	115	69.0	24.0 – 38.0
Femenino	71	34.8	133	65.2	28.0 – 41.0

Fuente: base de datos, 2013
Elaborado por el autor

5.1.3 Factores asociados a depresión

La frecuencia de depresión en pacientes con hemorragia digestiva alta no oncológica fue del 39.3% y de los que no tenían esta patología fue 31.8%.

La diferencia no es significativa (RP 1.2, IC 95% 0.9-1.8, valor $p < 0.27$).

Seguimos con pie diabético con una frecuencia de depresión del 37.7% versus 32% que no tenía pie diabético (RP 1.2, IC95% 0.82-1.70, valor $p < 0.39$) diferencia no es significativa.

Otro grupo es enfermedad pulmonar obstructiva crónica con una frecuencia del 34.4% de depresión versus 32.7% la diferencia no fue significativa (RP 1.1, IC 95% 0.72-1.53, valor $p < 0.79$).

La frecuencia de depresión en los pacientes con insuficiencia fue del 31.8% y la frecuencia en los que no tenían esa patología fue del 33.0%. La diferencia no es significativa (RP = 1.0, IC 95% 0.7-1.4 y valor p de 0.79

Cáncer de tracto digestivo presentó una frecuencia de depresión del 26.7% y la frecuencia en los que no tenían esa patología fue del 35.3% (RP 0.80, IC 95% 0.53-1.1, valor p 0.11), la diferencia no fue significativa.

A continuación se describe los siguientes dos grupos:

Antecedentes familiares de depresión presentó una frecuencia de 35% en los pacientes con depresión, la diferencia no fue significativa (RP 1.1, IC 95% 0.60-2.0, valor p 0.84). En cuanto a necesidades básicas insatisfechas y su frecuencia en relación a depresión dio los siguientes resultados 29.8% (RP 0.86, IC 95% 0.60-1.2, valor p 0.33) no existió asociación estadística (Tabla 3).

Tabla 3. Factores asociados a depresión, Hospital Vicente Corral Moscoso, 2011

Factor asociado	SI		NO		Depresión		
	n	%	n	%	RP	IC 95%	Valor p
Insuficiencia Cardíaca							
Si	28	31.8	60	68.2	RP: 1.0	(IC 95% 0.7-1.4)	p<0.792
No	94	33.3	188	66.7			
Enfermedad pulmonar obstructiva crónica							
Si	22	34.4	42	65.6	RP: 1.1	(IC 95% 0.7-1.5)	p< 0.79
No	100	32.7	206	67.3			
Hemorragia digestiva alta no oncológica							
Si	22	39.3	34	60.7	RP: 1.2	(IC 95% 0.9-1.8)	p<0.275
No	100	31.8	214	68.2			
Cáncer tracto digestivo							
Si	27	26.7	74	73.3	RP: 0.8	(IC 95% 0.5-1.1)	p<0.118
No	95	35.3	174	64.7			
Pie diabético							
Si	23	37.7	38	62.3	RP: 1.2	(IC 95% 0.8-1.7)	p<0.390
No	99	32.0	210	68.0			
Antecedentes familiares de depresión							
Si	7	35.0	13	65.0	RP: 1.1	(IC 95% 0.6-2.0)	p<0.843
No	115	32.9	235	67.1			
Necesidades básicas insatisfechas							
Si	39	29.8	92	70.2	RP: 0.9	(IC 95% 0.6-1.2)	p<0.332
No	83	34.7	156	65.3			

Fuente base de datos, 2013. Elaborado por el autor

CAPÍTULO VI

6.1 DISCUSIÓN

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 estimadas como discapacitantes, debido a la combinación de la alta prevalencia y nivel de afectación en el funcionamiento social, aparición en edades tempranas y el curso altamente recurrente, supera algunas enfermedades crónicas tales como hipertensión, la artritis, la diabetes y el dolor lumbar. ⁽³⁾

La prevalencia de depresión en pacientes hospitalizados fue del 33.0% (n= 122) (IC 95% 28.0 – 37.0) muy parecido a los datos que el investigador Flores encuentra en 1997 utilizando el test de depresión de Zung con una prevalencia de depresión del 32%, este dato se asemeja mucho a lo encontrado en nuestro estudio, la diferencia porcentual es mínima, poniendo en evidencia que la depresión en pacientes hospitalizados se presenta en al menos uno de cada tres pacientes.

Dos estudios españoles 2001 y en el 2006 demuestra una prevalencia del 18% en el primer estudio y un 11.5% en el segundo. Álvarez en el 2005 en un estudio realizado en Hospital de Santander encontró una prevalencia muy similar al estudio presentado con un 38%.

Un estudio más actual realizado en el 2011 con un promedio de edad de 74 años y un número de 131 pacientes encontró una prevalencia del 22,1%.⁽²⁸⁾ Agudelo en un estudio realizado en Colombia y de una muestra de 82 pacientes encontró una prevalencia de depresión del 41.5% en pacientes hospitalizados en Bucaramanga, podemos observar que la prevalencia es elevada, sin embargo dos situaciones podrían estar determinando estas

diferencias, el tamaño diferente de ambas muestras y la herramienta de diagnóstico utilizado test Beck vs test Hamilton.

Es evidente que la hospitalización es un proceso traumatizante para todo tipo de pacientes, a esto se suma el alejamiento de sus familiares y amigos, las enfermedades que pueden empeorar el cuadro depresivo, esto entre otras situaciones podrían explicar la alta prevalencia de depresión en comparación con pacientes ambulatorios, cabe recalcar que el estudio de Agudelo tomo la sintomatología de depresión con una evolución mayor a seis meses.

Entre los pacientes hospitalizados es esperable encontrar niveles importantes de síntomas psiquiátricos asociados a la presencia de enfermedades médicas, muchas de ellas crónicas, y al estrés de la hospitalización.

Tapia y colaboradores estudiaron la prevalencia de trastornos psiquiátricos en 132 pacientes del Hospital J.J. Aguirre utilizando como instrumento de detección el Cuestionario de Salud General de Goldberg, en su versión de 30 preguntas (GHQ-30), encontró que el 36.4% de los pacientes tenían un trastorno psiquiátrico, siendo más prevalentes entre las mujeres.⁽¹²⁾

La gran mayoría de estos trabajos se ha centrado en la detección de depresión y adicciones, lo mismo que en el estudio de pacientes con patologías médicas específica, podemos decir que las cifras de prevalencia de nuestro estudio demuestra alta prevalencia de depresión, al igual que otros estudios realizados internacionales las cifras varían en condición de que se utilizaron distintos instrumentos para valorar depresión y el número de la muestra, confirmamos nuestra hipótesis propuesta en suma de los estudios ya señalados y del valor obtenido en comparación con lo ya expuesto.

En relación al grupo etario al analizar el comportamiento o la presentación se encontró que tenía mayor prevalencia el grupo de menores de 44 años con un 34.9% (RP 2.1 IC 95% 1.6 – 2.9). Esta falta de asociación también fue evidenciada por Fullerton en una muestra de 290 pacientes, no encontraron asociación estadísticamente significativa entre la edad y la depresión en pacientes hospitalizados. ⁽¹²⁾

Se ha relacionado la mayor edad con el aumento de la depresión sobre todo en pacientes mayores de 65 años, las cifras mundiales revelan una frecuencia de 15-35% en pacientes de centros geriátricos no hospitalizados y en pacientes hospitalizados del 10-20%. El estudio EURODEP realizado en 1070 pacientes encontró una frecuencia 11.3% en pacientes seniles, las cifras de nuestro estudio se comporta de manera similar, incluso con cifras superiores en comparación con el estudio europeo ya expuesto y en el grupo etario ya mencionado. ⁽²⁹⁾

Llama la atención que el grupo de pacientes menores de 45 años presentan mayor nivel de depresión, algo parecido y como lo que demuestran las guías clínicas chilenas de manejo de depresión en pacientes mayores de 15 años donde se demuestra una prevalencia mayor en pacientes de 25 a 44 años con un valor de 19.4% (IC95% 16.1-23.1) y un valor muy semejante en el grupo de 45-64 años con un valor de 19.2% (IC95% 16.2-18.8) y pacientes mayores de 65 años con una prevalencia del 11.2%.

Como se observa en nuestro estudio y en el reportado por la guía clínica, la depresión tiende a nivelarse con edades menores y en el adulto mayor. Algunos autores señalan que, frecuentemente en adultos mayores la depresión se presenta de modo atípico, no cumpliendo con los criterios clínicos para depresión, además distinguimos varios grados de deterioro cognitivo y estructural en el paciente senil. Sin embargo, a pesar de que estos síndromes incompletos pueden impactar en el cálculo de la incidencia y prevalencia de depresión entre los adultos mayores, tienen la misma repercusión en cuanto a morbimortalidad. ⁽¹⁹⁾

Shekhar Saxena, director del departamento de Salud Mental y Abuso de Sustancias de la OMS manifiesta, “los síntomas que afectan a jóvenes y adultos son diferentes, pero la enfermedad es la misma por eso el personal sanitario no lo percibe con facilidad. Ante estas cifras, la OMS insta a la aplicación de planes de prevención, tratamientos de tipo psicosocial y farmacológico, que ayudan a reducir la influencia del mal en los aspectos cotidianos de la vida.”⁽²⁾

Otro punto analizado fue depresión y género donde las mujeres presentaron una prevalencia de depresión del 34.8% (n=71) (RP 1.3 IC 95% 0.84-1.52). Se confirma con la teoría que el sexo femenino tiene mayor prevalencia en relación a varones, el estudio realizado por Fullerton demostró una prevalencia mayor en sexo femenino del 53%, cifras encontradas por Abúli y colaboradores una prevalencia de depresión en enfermos hospitalizados del 31.8%, en mujeres y 16.3%, en hombres, a través de la evaluación con la escala BDI-II. La prevalencia de depresión en mujeres dentro de la población general es aproximadamente del 10-25%. En Chile encontramos una prevalencia en mujeres de 45 a 64 años de 30.1% (IC95% 25.2-35.5) en edades menores alcanza el 27.9%.

La revista Int J Clin Health Psycho del 2006⁽³⁰⁾ publicó un trabajo donde los análisis de covarianza en función del género y edad demostraron en el grupo de 18-24 años una varianza de 0.6% y de los 25-34 años 0.4%, observándose la poca diferencia en cuanto a la presentación de síntomas depresivos en ambos géneros, lo que podría explicar mejor los resultados en nuestro estudio donde a pesar que el grupo de mujeres tiene mayor prevalencia, también tenemos un alto porcentaje en hombres, una situación especial es que las mujeres van en mayor cantidad a la cronicidad.

La depresión puede estar asociadas clínicamente a enfermedades orgánicas concomitantes en nuestro estudio encontramos lo siguiente.

La patología que más frecuencia presentó es hemorragia digestiva alta no oncológica con 39.3% (RP 1.23, IC 95% 0.86-1.77, valor p 0,27) al momento no se cuenta con estudios en esta área luego de haber sido realizada la búsqueda correspondiente encontramos un estudio de hemorragia digestiva alta y depresión, realizada en Florida que afirmó que el estrés suele considerarse como un factor de riesgo para el desarrollo de enfermedades gastrointestinales, concluyendo que diversos tipos de estrés pueden desempeñar un papel en la aparición modular de la enfermedad úlcero péptica aguda o crónica, un estudio venezolano estudio rasgos de personalidad y enfermedad ulcero péptica, teniendo las personalidades depresivas una asociación con la patología gástrica expuesta.⁽²¹⁾ Recordemos que la enfermedad úlcero péptica es la causa más frecuente de hemorragia digestiva alta en un 80%, pero puede estar asociada a patologías crónicas, toma de medicación para depresión.

La siguiente patología en estudio es pie diabético con 37.7% (RP 1.18, IC95% 0.82-1.69, valor p 0.38), en estudio realizado en México en el 2006 demostró una frecuencia del 45.6%, que no se aleja mucho de nuestros datos presentando una alta frecuencia y la conclusión realizada determina de igual manera nuestra posición, el estudio mexicano termina concluyendo es importante la valoración psiquiátrica en el grupo de pacientes que presenten pie diabético, con el propósito de lograr disminuir el incremento de la morbilidad ocasionado por los trastornos del estado de ánimo.⁽³¹⁾ Otras bibliografías hablan de una depresión de un 46.43% y podría estar relacionado por el temor a la amputación y el grado de ulcera encontrada, lo que nos debe hacer ver la gran necesidad de un abordaje adecuado a este tipo de pacientes. En un estudio de 116 pacientes con diabetes se identificó que el 63% tenía depresión no diagnosticada y que un 30% era depresión leve, concluyendo que es de suma importancia la vigilancia del estado emocional para un adecuado control.⁽³²⁾

La Dra. Van den Bemt declaró a Reuters Health que los médicos deben conocer el riesgo más elevado de depresión en los pacientes con

enfermedad pulmonar obstructiva crónica. Sobre todo porque disponemos de opciones terapéuticas para la depresión y porque una alteración del estado de ánimo y emocional puede aumentar la disnea, uno de los síntomas principales de la enfermedad pulmonar obstructiva crónica al realizar una investigación encontró una cifra elevada de depresión el riesgo relativo de un primer diagnóstico de depresión en los pacientes con enfermedad pulmonar obstructiva crónica era de 1,8 comparado con el grupo de pacientes con diabetes y de 1,68 comparado con los controles. Los autores señalan que la comorbilidad es un fenómeno contrastado que estaba presente en el 35% de los pacientes con enfermedad pulmonar obstructiva crónica. Concluyen que los pacientes con enfermedad pulmonar obstructiva crónica tienen una probabilidad más elevada de un primer episodio de depresión en cualquier momento de su evolución.⁽³³⁾

Los autores Carrasco y Ruiz estudiaron depresión y enfermedad pulmonar obstructiva crónica en 115 pacientes en la ciudad de Sevilla encontrando una frecuencia de depresión del 24.3%.⁽³⁴⁾

En nuestro estudio vemos una frecuencia 34.4% (RP 1.1 IC 95% 0.7 -1.5) que difiere mucho de los valores del estudio de la doctora Van den Bemt, aunque no se puede descartar que el valor encontrado sigue siendo alto para nuestros pacientes, sobre todo en comparación con el estudio de Carrasco.

Otro ítem de estudio es insuficiencia cardiaca, de acuerdo con Havranek, en su análisis de 245 pacientes con insuficiencia cardiaca que no poseían síntomas depresivos al inicio del estudio, el 21,2% desarrolló síntomas depresivos significativos a lo largo del seguimiento. Se observó que los pacientes poseedores de síntomas depresivos estaban asociados a los siguientes factores: vivir solos, historia de abuso de alcohol, dificultades económicas para pagar su asistencia médica, ellos presentaron un peor cuadro clínico en relación a la insuficiencia cardiaca de inicio. Esto fue corroborado por otro estudio del autor Peña y col, quienes presentaron

resultados semejantes, aproximadamente el 30% de los pacientes con insuficiencia cardiaca, incluyendo hospitalizados y ambulatorios, tiene una significativa tasa de depresión. Nuestro estudio reveló una frecuencia de Insuficiencia cardiaca en pacientes con depresión del 31.8% (IC 95% 0.67-1.35, valor p 0.79) muy parecido al estudio presentado por Peña, recordemos que estos pacientes toman varios medicamentos para su patología dentro de ellos está la utilidad de betabloqueantes que están asociados a episodios depresivos.

Muchos grupos han evaluado la depresión en pacientes con cáncer a lo largo de los años, y la frecuencia reportada varía ampliamente para la depresión mayor de 3 a 38%; Grassi y Rosti encontraron que de 201 pacientes con cáncer sólido recientemente diagnosticados, el 15% cumplió con los criterios para un trastorno depresivo mayor. Aunque muchos grupos de investigación han evaluado la depresión en pacientes con cáncer desde 1960, la prevalencia (depresión mayor, 10%-38%, los síndromes del espectro de la depresión, 0%-58%). La persona deprimida ha perdido la habilidad de experimentar placer en general, mientras que una persona desmoralizada puede disfrutar el momento presente, si se distrae de los pensamientos desmoralizantes.

El cáncer de sistema digestivo más asociado con depresión es el pancreático con 50%. Un estudio con pacientes con cáncer de colon en 79 pacientes reportó una prevalencia de depresión del 15-25% y con cáncer gástrico 11%.⁽²²⁾ Nuestro estudio reveló un 26% de frecuencia de cáncer de sistema digestivo en los pacientes diagnosticados de depresión sin ser significativo, esto se explicaría ya que los pacientes oncológicos tienen apoyo psicológico, e información adecuada sobre su patología de base

En relación a los antecedentes familiares de depresión, Agudelo y colaboradores⁽³⁾ encontraron que el 86.6% (porcentaje menor al reportado en nuestro estudio) de la población no poseía antecedentes familiares de depresión, en nuestro estudio no se obtuvo una diferencia estadísticamente

significativa entre la variable antecedentes familiares de depresión y la presentación de esta enfermedad, esto no se corrobora con lo encontrado por Agudelo y colaboradores quienes encontraron diferencias estadísticamente significativas a un nivel de 0.05 entre los antecedentes y depresión actual, sin embargo hay que tener precaución en este tipo de relaciones pues hay que considerar que los pacientes se encuentran en una situación de estrés, por la hospitalización y los antecedentes familiares podrían verse relegados como causa de depresión, desde un punto de vista general podrían contribuir a la acentuación y/o aparición de este tipo de enfermedades.

Al respecto de las necesidades básicas insatisfechas, encontramos que los pacientes con necesidades básicas insatisfechas presentaron una prevalencia de depresión de un 29.8% mientras que en los pacientes sin necesidades básicas insatisfechas se ubicó en un 34.7%; no se logró determinar asociación estadísticamente significativa entre estas variables y la razón de prevalencia encontrado tampoco fue significativo.⁽¹⁸⁾

La concurrencia de patología física y psiquiátrica puede complicar el diagnóstico, la evolución y el tratamiento de los pacientes. Esto ha llevado a investigar el efecto de estas comorbilidades, determinando que estos pacientes sufren de mayores niveles de discapacidad y sus costos de atención resultan más altos, permanecen hospitalizados por más tiempo, requieren de más sofisticados exámenes de diagnóstico, presentan con mayor frecuencia re-hospitalizaciones, demandan más tiempo profesional y su respuesta a los tratamientos parece ser menos satisfactoria.⁽³⁵⁾

La depresión debe ser considerada en todo paciente ingresado a hospitalización pues como hemos revisado la prevalencia es elevada y puede influir en la estancia hospitalaria, en las complicaciones y hasta en el tiempo de recuperación, su diagnóstico precoz generará medidas para su abordaje.



Los resultados estadísticos deben ser analizados y puestos en la práctica ajustándolos a la realidad de cada población y más aun a la situación de cada paciente, podemos decir que depresión no dependió directamente de las patologías orgánicas, un fenómeno a tomar en cuenta es la relación del personal médico y paciente en cuanto a la información de su enfermedad; lo que disminuye la ansiedad y estados de depresión, siendo esta la herramienta básica e inicial de la psicoterapia. ⁽³⁶⁾

6.2 CONCLUSIONES

- La edad promedio fue 58 años de edad, mínima 20 años y la máxima 98 años.
- Las mujeres conformaron la mayor parte de la muestra del estudio.
- El grupo etario que se presentó con más frecuencia fue los > de 45 años.
- La mayoría de los pacientes fueron casados, y concluyeron la primaria.
- La Prevalencia de depresión en los pacientes hospitalizados alcanzó el 33% y es más frecuente en pacientes < de 44 años y de sexo femenino.
- No se asoció estadísticamente a ninguna patología estudiada.

6.3 RECOMENDACIONES

- Debido a la alta prevalencia de depresión en pacientes hospitalizados, se recomienda un diagnóstico precoz por medio de tamizaje en todos los pacientes hospitalizados, mediante el uso de la escala de Hamilton para depresión.
- Extremar medidas preventivas en pacientes con depresión, exploraciones complementarias, y tratamiento adecuado en pacientes con depresión.
- Realizar nuevos estudios, con otros factores asociados, y en otros servicios del Hospital Vicente Corral Moscoso.

REFERENCIAS BIBLIOGRÁFICAS

1. Marcus M, Yasami T, Van Ommenrem M, et al. Depresión: Una crisis global. Día Mundial de la Salud Mental 2012. World Federation for Mental Health. WFMH. 2012. (citado 2010 Mar 26)
2. Organización Mundial de la Salud. Temas de Salud. Depresión. 2013. (citado 2011 Mayo 16)
3. Agudelo D, Lucumi L, Santamaría Y. Evaluación de la depresión en pacientes hospitalizados por distintas enfermedades médicas en la ciudad de Bucaramanga. *Pensamiento Psicológico*, Vol. 4, N°10, 2008, pp. 59-83. (citado 2012 Enero 9)
4. Mogollón, J. Prevalencia de Trastorno Depresivo Mayor en Pacientes Mayores De 50 Años Hospitalizados En Un Servicio De Medicina Interna. Universidad Autónoma de Bucaramanga Vol. 8 Número 1 - Mayo De 2005 (citado 2012 Enero 9)
5. Gutiérrez C, Arboleda M, Miranda C. Depresión en pacientes hospitalizados en medicina interna-urgencias del Hospital Universitario del Valle. Cali, Colombia. INTERPSIQUIS. 2003 (citado 2012 Enero 9).
6. Sistema Nacional de Salud Español. Guía de Práctica Clínica sobre el Manejo de la Depresión Mayor en el adulto. (citado 2013 Enero 22)
7. Festorazzi A, Rodríguez A, Andrés J. Epidemiología de los Trastornos de Ansiedad y Depresión en Adolescentes de una población rural. Revista de Posgrado de la VI Cátedra de Medicina. N° 184 – Agosto 2008. (citado 2013 Enero 9)
8. Morla R, Saad E, Saad J. Depresión en adolescentes y desestructuración familiar en la ciudad de Guayaquil, Ecuador. rev. colomb. psiquiatr. v.35 n.2 Bogotá abr./jun. 2006. (citado 2010 Enero 9)
9. Instituto Tecnológico de Sonora. ITSO. Depresión. Etiología o causas. 2013. (citado 2012 Febrero 9)

10. Montes C. La depresión y su etiología. Una patología compleja. Vitae: Academia Biomédica Digital, ISSN-e 1317-987X, N°. 18, 2004. (citado 2010 Abril 9)
11. Del Ríos S, Macías A, Bernal G, et al. Incidencia de depresión y factores asociados en pacientes hospitalizados del Hospital Civil de Guadalajara Fray Antonio Alcalde: un análisis de acuerdo al MINI Neuropsychiatric International Interview Rev Med MD 2011; 2(3): 135-140. [citado 2013 Mar 26]
12. Fullerton C, Acuña J, Florenzano R, et al. Psicopatología en pacientes hospitalizados en un hospital general. Rev. chil. neuro-psiquiatr 2003 [citado 2013 Mar 26]; 41(2): 103-109.
13. Tapia P, Micheli G, Koppmann A. Morbilidad psiquiátrica en un hospital general. Rev Psiquiat Clínica 1994; 31:99-107 [citado 2012 Mar 23]
14. 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. Rev Med Chile 2001;129:1279-1288 [citado 2013 Mar 26]
15. Del Ríos S, Macías A, Bernal G, et al. Incidencia de depresión y factores asociados en pacientes hospitalizados del Hospital Civil de Guadalajara Fray Antonio Alcalde: un análisis de acuerdo al MINI Neuropsychiatric International Interview Rev Med MD 2011; 2(3): 135-140. [citado 2013 Abril 21]
16. Ribas J. Incidencia de depresión en pacientes hospitalizados periodo 15 de Noviembre de 2006 al 15 de Marzo de 2007. Hospital Guayaquil Dr. Abel Gilbert Pontón. Revista Medicina - Universidad Católica de Santiago de Guayaquil - Facultad de Ciencias Médicas. [citado 2011 junio 26]

17. Flores J. Depresión en pacientes hospitalizados. Universidad de San Carlos de Guatemala. Facultad de Ciencias Médicas. Tesis de Grado. 1997. (citado 2013 Mar 26)
18. Gomez, C. Prevalencia de Depresión y Factores Asociados con ella en la población Colombiana. Rev Panam Salud Publica/Pan Am J Public Health 16(6), 2004. (citado 2013 Mar 26)
19. Guías clínicas MINSAL CHILE. Manejo de depresión en personas mayores de 15 años. 2013. (citado 2010 Mar 26)
20. Losifescu A. tratamiento de la depresión en los pacientes con enfermedades clínicas. Psychiatric clinics 2007. Vol 30. 77-90 [citado 2013 Mar 26)
21. Barrios L, Guevara H. Rasgos de personalidad y relación con enfermedad ulcero péptica, Salusonline, abril 2011.
22. Massie M. Prevalencia de depresión en pacientes con cáncer. J Natl Inst Monograf 2004. Vol 32. 57-71. (citado 2010 Mar 10)
23. Espinosa, A. Guía De Práctica Clínica para El Diagnóstico y Tratamiento De Depresión En Los Adultos Mayores, Vol.30, No. 6, 2007. (citado 2010 Mar 10)
24. Sistema Nacional de Salud Español. Guía de Práctica Clínica sobre el Manejo de la Depresión Mayor en el adulto. (citado 2011 junio 3)
25. Schoevers R. Depression And Generalized Anxiety Disorder: Co-Occurrence And Longitudinal Patterns In Elderly Patients. Am J Geriatr Psychiatry Vol 13, No 1, 2005, 31-39.
26. Cervera G. Guía para tratamiento de trastornos depresivos o ansiosos. Clínica del sistema nervioso. España 2009. (citado 2012 mayo)
27. Von Mühlenbrock, F. Prevalencia de depresión en pacientes mayores de 60 años en Hospital Militar de Santiago de Chile. Rev chil neuro-psiquiat 2011; 49 (4): 331-337 (citado Marzo 2013)

28. Sánchez I, Castañeda H. Prevalencia de depresión en pacientes mayores de 65 años y propuesta de intervención preventiva, GEROINFO.RNPS.2110. Vol3. No3. 2008. (citado junio 2011)
29. Matud M, Guerrero K. Relevancia de las variables socio demográficas en las diferencias de género en depresión International, Journal of Clinical and Health 2006. Vol 6. Nº 1. 7-21.(citado octubre 2010)
30. Rosas M, Cossio A. Prevalencia de depresión en pacientes con pie diabético, rev mex angirol 2006 Vol 34. 107-111. (citado mayo 2010)
31. Barrios P, Gonzales D. Frecuencia de depresión en pacientes con y sin pie diabético. Semergen 2010. Vol 36. 491-496. (citado abril 2013)
32. Van den bemt L, Schermer T. The risk for depression comorbidity in patients with COPD. Chest 2009 Vol 135. 108-114. (citado marzo 2010)
33. Carrasco M, Ruiz R. Epoc y depresión consumen más recurso sanitarios y tienen peor calidad de vida, EUROPA PRESS Sevilla 2012. (citado junio 20139)
34. Hansen M, Fink P, Frydenberg I. Mental disorders in medical inpatients and the association to severity of illness, self-rated physical disability, health perception. Psychosomatics 2001;42: 41-47. (citado Enero 2010)
35. Marsiglia I. Depresión. Visión holística de la medicina Interna. Gac Med Caracas 2008. Vol 116. 10-17.(citado enero 2010)
36. Hernández G, Ibáñez C, Kimelman M, et al. Prevalencia de trastornos psiquiátricos en hombres y mujeres hospitalizados en un Servicio de Medicina Interna de un hospital de Santiago de Chile. Rev Med Chile 2001;129: 1279-1288.(citado junio 2010)
37. Moretti R, Bernobich E., Esposito F. Depresión en las enfermedades cardiovasculares. Vasc Health Risk Manag. 2011;7:433-43. Epub 2011 Jul 12.. 2012. (citado junio 2013)

38. Perales A, Sogi C, Morales R. Salud Mental en adolescentes de las Delicias (Trujillo- Perú). Anales de la Facultad de Medicina Universidad Nacional Mayor de San Marcos [en línea] 2001 noviembre 8; 62 (4). (citado abril 2010)
39. Benjet C, Borges G, Medina-Mora M, et al. La depresión con inicio temprano: prevalencia, curso natural y latencia para buscar tratamiento. Salud Pública de México. Vol.46, Núm 5, 417-424. 2004. (Citado junio 2010)
40. Vallejo, A., Osorno, R., Mazadiego, T. Estilos parentales y sintomatología depresiva en una muestra de adolescentes veracruzanos. Enseñanza e Investigación en Psicología. Universidad Veracruzana. Vol. 13, Núm. 1, 91-105. 2008. (citado 2012)
41. Kumar A, Clark S, A Multicenter Study Of Depression Among Emergency Department Patients, Acad Emerg Med, Vol 11 No12. 2004. 1284-1289.
42. Stek M, Is Depression In Old Age Fatal Only When People Feel Lonely? J Psychiatry, 162(1), 2005, 178-180.(citado en el 2010)
43. Montes F, Amorim A. Insuficiencia cardiaca y depresión una asociación con resultados negativos. Insuf Card 2011. Vol 6.179-187. (citado agosto 2013)
44. Hall V. Depresión: fisiopatología y tratamiento. Centro nacional de Investigaciones farmacéuticas. Universidad de Costa Rica 2003.(citado agosto 2010)
45. IESM-OMS. Informe sobre el sistema de salud del Ecuador 2008. Ministerio de salud del Ecuador. (19/10/13)

ANEXOS

Anexo 1. Operacionalización de variables

VARIABLE	DEFINICIÓN	DIMENSIÓN	INDICADOR	ESCALA
Edad	Tiempo de una persona que ha vivido desde su nacimiento hasta la fecha actual	Tiempo	Años cumplidos	20-44 años 45-65 años
Sexo	Condición orgánica que diferencia hombres de mujeres	Biológica	Caracteres sexuales	Femenino Masculino
Estado civil	Relación de pareja legalmente constituida	Civil	Tipo de relación.	Soltero Casado Viudo Divorciado Unión libre
Nivel de educación	Nivel de escolaridad alcanzado por el paciente.	Educativa.	Nivel de escolarización alcanzado.	Ninguna Primaria Secundaria Superior
Depresión	Serie de manifestaciones clínicas que comprometen el estado de ánimo	Manifestaciones clínicas	ESCALA DE HAMILTON (Anexo 2).	Sin depresión Con depresión
FACTORES ASOCIADOS				
Insuficiencia Cardíaca	Falla de la función cardíaca	Manifestaciones clínicas cardiovasculares	Fracción de eyección Criterios clínicos	Si no
Enfermedad Pulmonar Obstructiva Crónica	Patología crónica Respiratoria tos de más de tres meses de evolución	Manifestaciones clínicas respiratorias	Espirometría Criterios clínicos	Si No

Hemorragia Digestiva Alta no variceal	Sangrado de tubo digestivo por encima del ángulo de Treiz, no oncológico	Manifestaciones clínicas gastrointestinales	Endoscopia digestiva alta	Si no
Cáncer de tracto digestivo	Neoplasia de ubicación en el sistema digestivo	Manifestaciones clínicas atribuibles a enfermedad oncológica.	Confirmación histopatológica	Si No
Pie diabético	Lesión atribuible a diabetes en pies	Manifestaciones clínicas en estructura y función	Clasificación Wagner	Si No
Antecedentes familiares de depresión.	Miembros de una familia junto con sus antecedentes patológicos	Antecedentes de depresión. en la familia Padre Madre hermanos	Antecedentes familiar informados por el encuestado	Si No
Necesidades básicas insatisfechas	No lograr satisfacer las necesidades básicas. 1 acceso a vivienda, 2. acceso a servicios sanitarios, 3. acceso a educación, 4. capacidad económica	Calidad de vivienda. Hacinamiento. Disponibilidad de agua potable Tipo de sistema de	Tipo de material utilizado Número de personas en el hogar Número de cuartos Fuente de abastecimiento de agua potable	-Sin necesidades básicas insatisfechas. < de 1 factor -Con necesidad de básicas insatisfechas. > de 1 factor



		eliminación de excretas	Disponibilidad de servicio sanitario	
			Sistema de eliminación de excretas	
		Asistencia de los niños en edad escolar a un establecimiento educacional.	Asistencia a establecimiento educativo	
		Probabilidad de insuficiencia de ingresos al hogar	Acceso al canasta familiar	



Anexo 2. Formulario de Recolección de Datos

**UNIVERSIDAD DE CUENCA.
POSTGRADO DE MEDICINA INTERNA.
FORMULARIO PARA RECOLECCIÓN DE DATOS:
INVESTIGACIÓN SOBRE DEPRESIÓN Y FACTORES ASOCIADOS**

FORMULARIO DE RECOLECCIÓN DE DATOS

Formulario número _____

NOMBRE: _____

SEXO: femenino___ masculino___ **EDAD:** _____

OCUPACIÓN: _____

ESTADO CIVIL: SOLTERO___ CASADO VIUDO
DIVORCIADO___ UNION LIBRE___

EDUCACIÓN:

PRIMARIA___ SECUNDARIA___ SUPERIOR___ NINGUNO___

ANTECEDENTES FAMILIARES DE DEPRESIÓN (Padres, Hermanos):

SI___ NO___

PATOLOGÍA CLÍNICA ASOCIADA

RESPIRATORIA (Enfermedad Pulmonar Obstructiva Crónica)

SI___ NO___

CARDIOVASCULAR (Insuficiencia Cardiaca)

SI___ NO___

**GASTROINTESTINALES (Hemorragia Digestiva Alta)**

SI _____ NO _____

ONCOLÓGICOS (Cáncer del tracto digestivo)

SI _____ NO _____

ENDOCRINOLOGICOS (Pie diabético)

SI _____ NO _____

NECESIDADES BÁSICAS INSATISFECHAS:

INDICADOR	SI	NO
Más de tres personas viviendo en una misma habitación.		
Alojamiento en viviendas precarias o de inquilinato.		
Falta en la vivienda de retrete con descarga de agua.		
Que en la familia exista algún niño entre 6 a 12 años que no vaya a la escuela.		

> DE 1 INDICADOR: PRESENCIA DE NECESIDAD BÁSICA INSATISFECHA.

SI _____ NO _____

RESPONSABLE: Dr. Diego Domínguez.

Test de depresión Hamilton

1. Humor deprimido, tristeza (melancolía), desesperanza, desamparo, inutilidad:
 - 0 = Ausente
 - 1 = Estas sensaciones las expresa solamente si le preguntan cómo se siente
 - 2 = Estas sensaciones las relata espontáneamente
 - 3 = Sensaciones no comunicadas verbalmente (expresión facial, postura, voz, tendencia al llanto)
 - 4 = Manifiesta estas sensaciones en su comunicación verbal y no verbal en forma espontánea

2. Sentimiento de culpa:
 - 0 = Ausente
 - 1 = Se culpa a sí mismo, cree haber decepcionado a la gente
 - 2 = Tiene ideas de culpabilidad o medita sobre errores pasados o malas acciones
 - 3 = Siente que la enfermedad actual es un castigo
 - 4 = Oye voces acusatorias o de denuncia y/o experimenta alucinaciones visuales amenazadoras

3. Suicidio:
 - 0 = Ausente
 - 1 = Le parece que la vida no vale la pena ser vivida
 - 2 = Desearía estar muerto o tiene pensamientos sobre la posibilidad de morir
 - 3 = Ideas de suicidio o amenazas
 - 4 = Intentos de suicidio (cualquier intento serio)

4. Insomnio precoz:
 - 0 = No tiene dificultad
 - 1 = Dificultad ocasional para dormir, por ejemplo le toma más de media hora el conciliar el sueño
 - 2 = Dificultad para dormir cada noche.

5. Insomnio intermedio:
 - 0 = No hay dificultad
 - 1 = Esta desvelado e inquieto o se despierta varias veces durante la noche
 - 2 = Esta despierto durante la noche, cualquier ocasión de levantarse de la cama se clasifica en 2 (excepto por motivos de evacuar)

6. Insomnio tardío:
 - 0 = No hay dificultad
 - 1 = Se despierta a primeras horas de la madrugada, pero se vuelve a dormir
 - 2 = No puede volver a dormirse si se levanta de la cama

7. Trabajo y actividades:

0 = No hay dificultad

1 = Ideas y sentimientos de incapacidad, fatiga o debilidad (trabajos, pasatiempos)

2 = Pérdida de interés en su actividad (disminución de la atención, indecisión y vacilación)

3 = Disminución del tiempo actual dedicado a actividades o disminución de la productividad

4 = Dejó de trabajar por la presente enfermedad. Solo se compromete en las pequeñas tareas, o no puede realizar estas sin ayuda.

8. Inhibición psicomotora (lentitud de pensamiento y palabra, facultad de concentración disminuida, disminución de la actividad motora):

0 = Palabra y pensamiento normales

1 = Ligeramente retraso en el habla

2 = Evidente retraso en el habla

3 = Dificultad para expresarse

4 = Incapacidad para expresarse

9. Agitación psicomotora:

0 = Ninguna

1 = Juega con sus dedos

2 = Juega con sus manos, cabello, etc.

3 = No puede quedarse quieto ni permanecer sentado

4 = Retuerce las manos, se muerde las uñas, se tira de los cabellos, se muerde los labios

10. Ansiedad psíquica:

0 = No hay dificultad

1 = Tensión subjetiva e irritabilidad

2 = Preocupación por pequeñas cosas

3 = Actitud aprensiva en la expresión o en el habla

4 = Expresa sus temores sin que le pregunten

11. Ansiedad somática (Signos físicos concomitantes de ansiedad tales como: Gastrointestinales: sequedad de boca, diarrea, eructos, etc. Cardiovasculares: palpitaciones, cefaleas. Respiratorios: hiperventilación, suspiros. Frecuencia de micción incrementada. Transpiración):

0 = Ausente

1 = Ligera

2 = Moderada

3 = Severa

4 = Incapacitante



12. Síntomas somáticos gastrointestinales:
0 = Ninguno
1 = Pérdida del apetito pero come sin necesidad de que lo estimulen.
Sensación de pesadez en el abdomen
2 = Dificultad en comer si no se le insiste. Solicita laxantes o medicación intestinal para sus síntomas gastrointestinales
13. Síntomas somáticos generales:
0 = Ninguno
1 = Pesadez en las extremidades, espalda o cabeza. Dorsalgias. Cefaleas, algias musculares. Pérdida de energía y fatigabilidad. Cualquier síntoma bien definido se clasifica en 2.
14. Síntomas genitales (tales como: disminución de la libido y trastornos menstruales):
0 = Ausente
1 = Débil
2 = Grave
15. Hipocondría:
0 = Ausente
1 = Preocupado de sí mismo (corporalmente)
2 = Preocupado por su salud
3 = Se lamenta constantemente, solicita ayuda
16. Pérdida de peso:
0 = Pérdida de peso inferior a 500 gr. en una semana
1 = Pérdida de más de 500 gr. en una semana
2 = Pérdida de más de 1 Kg. en una semana
17. Perspicacia:
0 = Se da cuenta que está deprimido y enfermo
1 = Se da cuenta de su enfermedad pero atribuye la causa a la mala alimentación, clima, exceso de trabajo, virus, necesidad de descanso, etc.
3 = No se da cuenta que está enfermo

PUNTAJE: -----



Anexo 3. Consentimiento informado

UNIVERSIDAD DE CUENCA POSTGRADO DE MEDICINA INTERNA

PREVALENCIA DE DEPRESIÓN Y FACTORES RELACIONADOS EN PACIENTES HOSPITALIZADOS EN EL DEPARTAMENTO DE MEDICINA INTERNA DEL HOSPITAL VICENTE CORRAL MOSCOSO CUENCA- 2011

Consentimiento informado

Nos proponemos realizar una investigación sobre depresión y factores relacionados, los datos serán de gran apoyo para futuras investigaciones, prevención y apoyo de pacientes con riesgo de padecer depresión o que cursen con la misma durante una estancia hospitalaria.

Este estudio no tiene riesgo para su salud física y mental, no se administrara ningún medicamento, no tiene costo alguno.

Su participación es voluntaria y podrá negarse si ve que conlleva algún grado de ofensa o limitante al mismo.

Ud, contestara un formulario con ayuda de un personal entrenado en el mismo

Los datos obtenidos serán de uso exclusivo de equipo que investiga manteniendo el total grado de confidencialidad.

Si está de acuerdo en participar puede firmar a continuación,

Muchas gracias

Firma: _____