

**UNIVERSIDAD NACIONAL MAYOR DE SAN MARCOS**

FACULTAD DE MEDICINA

E. A. P. DE MEDICINA HUMANA

**“PREVALENCIA DE DEPRESIÓN EN  
PACIENTES HOSPITALIZADOS EN EL  
SERVICIO DE MEDICINA INTERNA EN UN  
HOSPITAL NACIONAL  
FEBRERO 2015”**

TESIS

Para optar el Título Profesional de Médico Cirujano

AUTOR

Rousvelt Renzo García Panizo

ASESOR

Juan Francisco Rivera Feijoo

LIMA - PERU

2015

## ÍNDICE

<b>RESUMEN</b>	3
<b>INTRODUCCIÓN</b>	5
<b>CAPÍTULO I:</b>	
1.1 Planteamiento del problema	6
1.2 Formulación de objetivos	7
1.3 Justificación de la investigación	7
1.4 Limitaciones del estudio	9
<b>CAPÍTULO II:</b>	
2.1 Marco teórico	10
<b>CAPÍTULO III</b>	
3.1 Formulación de la hipótesis	15
3.2 Operacionalización de variables	15
<b>CAPÍTULO IV</b>	
4.1 Diseño Metodológico	17
4.1.1 Tipo de investigación	17
4.1.2 Diseño muestral	17
4.1.2.1 Unidad de análisis	17
4.1.2.2 Tamaño de muestra	17
4.1.2.3 Tipo de muestreo	17
4.1.2.4 Procedimiento de muestreo	17
4.1.2.5 Criterios de inclusión	18
4.1.2.6 Criterios de exclusión	18
4.1.3 Instrumentos	18
4.1.4 Recolección de datos	19
4.1.4.1 Prueba piloto	19
4.1.4.2 Aplicación de la encuesta	20
4.1.5 Análisis estadístico de los datos	20
<b>CAPÍTULO V</b>	
5.1 Resultados	21
5.2 Discusión de resultados	28
<b>CONCLUSIONES</b>	30
<b>RECOMENDACIONES</b>	31
<b>REFERENCIAS BIBLIOGRAFICAS</b>	32

**PREVALENCIA DE DEPRESIÓN EN PACIENTES HOSPITALIZADOS EN EL  
SERVICIO DE MEDICINA INTERNA EN UN HOSPITAL NACIONAL  
FEBRERO 2015**

**RESUMEN**

**INTRODUCCIÓN:** La literatura señala una alta prevalencia de depresión en los pacientes hospitalizados, en hospitales generales.

**OBJETIVO:** Determinar la prevalencia de depresión que existe en los pacientes hospitalizados en el servicio de Medicina Interna del Hospital Nacional Daniel Alcides Carrión en Febrero 2015.

**METODOLOGÍA:** Se realizó un estudio descriptivo de corte transversal, buscando determinar la prevalencia de punto en cuanto a depresión (prevalencia puntual : número de casos nuevos y antiguos, existentes en un momento determinado). Se aplicó la Prueba de Depresión de Beck-II a los pacientes que se encontraban hospitalizados en el Servicio de Medicina Interna del Hospital indicado.

**RESULTADOS :** De un total de 52 pacientes evaluados, entre varones (61.5%) y mujeres (38.5%), se encontró una prevalencia de depresión de 48% en mujeres y varones. Las mujeres obtuvieron mayor puntaje en la Prueba de Depresión de Beck-II respecto a los 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.

**CONCLUSIONES:** 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. Se sugiere la aplicación de pruebas de depresión, para un diagnóstico y tratamiento oportuno.

**PALABRAS CLAVE:** Depresión, Prueba de Depresión de Beck II

## **PREVALENCE OF DEPRESSION IN PATIENTS HOSPITALIZED IN THE SERVICE OF INTERNAL MEDICINE IN A NATIONAL HOSPITAL FEBRUARY 2015**

### **ABSTRACT**

**INTRODUCTION:** The literature indicates a high prevalence of depression in hospitalized patients in general hospitals.

**OBJECTIVE:** To determine the prevalence of depression that exists in patients hospitalized in Internal Medicine of the National Hospital Daniel Alcides Carrión in February 2015.

**METHODS:** A descriptive cross-sectional study was conducted to determine the prevalence of searching point about depression (point prevalence: number of new and old cases existing at a given time). The Beck Depression Test-II was applied to patients who were hospitalized in the Department of Internal Medicine Hospital indicated.

**RESULTS:** From a total of 52 patients evaluated, among males (61.5%) and women (38.5%) prevalence of 48% was found. Women gained the highest score in Test Beck Depression - II compared to men . As for depression in relation to level of education, the higher prevalence of depression in both men and women , occurs in the group of patients with secondary instruction.

**CONCLUSIONS:** A high prevalence of depression in hospitalized patients, with higher scores of depression in female patients and in patients with less educated. Applying test of depression is suggested to diagnosis and treatment.

**KEYWORDS:** Depression, Beck Depression Test II

## INTRODUCCIÓN

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

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

Con este propósito se realizó el presente estudio, descriptivo de corte transversal, en el Hospital Nacional Daniel Alcides Carrión con una muestra de 52 pacientes, constituida por 20 mujeres y 32 varones. Se encontró una prevalencia de depresión del 48%, que incluye mujeres y varones, que va del grado mínimo al grado severo. También se encontró en promedio mayor grado de depresión a través de la Prueba de Depresión de Beck-II, en el grupo de mujeres respecto a varones, además, los resultados indican mayor grado de depresión en pacientes con menor grado de instrucción.

## CAPÍTULO I

### 1.1 Planteamiento del problema

Actualmente 450 millones de personas padecen un trastorno mental o del comportamiento según la Organización Mundial de la Salud (OMS), y de esta cifra sólo una pequeña minoría recibe tratamiento farmacológico básico. Dentro de este contexto la depresión afecta en el mundo a más de 121 millones de personas, de los que menos del 25% tienen acceso a tratamientos efectivos y es probable que una de cada cinco personas llegará a desarrollar un cuadro depresivo en su vida, aumentando este número si concurren otros factores como enfermedades médicas o situaciones de estrés.

Tal situación, de alta prevalencia, se refleja en el ambiente hospitalario, en pacientes hospitalizados por patologías ajenas a cuadros psiquiátricos, pero que sin embargo presentan como comorbilidad un cuadro psiquiátrico (en la mayoría de veces depresivo) subyacente, con la consecuente implicancia en duración de la hospitalización, complicación de la enfermedad de fondo e incluso afecta a la adherencia al tratamiento prescrito. Esta realidad, a su vez, se traduce en una sobrecarga del gasto en salud.

El análisis de carga mundial de enfermedad (GBD: Global Burden of Disease) del año 2000, pone de manifiesto que el trastorno depresivo representa una enorme carga para la sociedad y está considerado la quinta causa de carga entre todas las enfermedades: es responsable del 4.4 % del total de años de vida ajustados por discapacidad (AVAD) y es la causa principal de años de vida perdidos por discapacidad (APD). Estas estimaciones demuestran claramente el altísimo nivel de carga atribuible hoy día a la depresión, pero las perspectivas de futuro son todavía más sombrías. Para el año 2020, si las actuales tendencias de la transición demográfica y epidemiológica se mantienen, la carga de depresión aumentará al 5,7% de la carga total de morbilidad, convirtiéndose en la segunda causa de años de vida ajustados por discapacidad (AVAD) perdidos. En el mundo, este indicador de salud, para ambos sexos sólo será superado por las miocardiopatías.

En los países desarrollados, la depresión será para esas fechas la primera causa de morbilidad.

En resumen: el cuadro depresivo presenta una alta prevalencia en el ambiente hospitalario y además suele ser subdiagnosticada y por ende subtratada, con las implicancias anteriormente mencionadas.

## **1.2 Formulación de objetivos**

### **Objetivo general:**

Determinar la prevalencia de depresión que existe en los pacientes hospitalizados en el servicio de Medicina Interna del Hospital Nacional Daniel Alcides Carrión.

### **Objetivos específicos:**

- Describir la prevalencia de depresión en el paciente hospitalizado.
- Describir la relación que existe entre depresión y factores como sexo, grado de instrucción y estado civil en el paciente hospitalizado.
- Dar a conocer la necesidad que tendría la aplicación de una prueba de depresión a todo paciente hospitalizado.

## **1.3 Justificación de la investigación**

Un número importante de trastornos psiquiátricos se pasa por alto por médicos no psiquiatras en los hospitales generales (Wancata, Windhaber, Bach & Meise, 2000) y cuando se les identifica, el tiempo entre el ingreso y la petición de interconsulta a psiquiatría ha llegado a ser de 10.6 días en promedio (Crespo & Gil, 2001; Valdéz, De Pablo & Campos, 2000). Los estudios de prevalencia de trastornos psiquiátricos en pacientes hospitalizados por enfermedad médica no psiquiátrica, han demostrado la asociación entre enfermedades o procedimientos médico-quirúrgicos y algunos trastornos psiquiátricos, siendo más frecuentes los trastornos afectivos, ansiosos, cognitivos y alcoholismo (Fraguas & Alves, 2002; Martucci et al. 1999).

Por ejemplo, en investigaciones efectuadas en Colombia (Cali) , se encontró una prevalencia de 32.5% de depresión leve y severa en un grupo de personas con infarto agudo de miocardio (Reyes, Hincapie, Herrera & Moyano, 2004). Estas investigaciones ponen de manifiesto el impacto que dichos trastornos tienen sobre la morbilidad y mortalidad, tendiendo a aumentar los días de estancia hospitalaria y los costos médicos (Franco & Gómez, 2004; Rothenhausler & Kapfhammer, 2003).

Asimismo, dentro de estos trastornos, los estudios indican la alta prevalencia de depresión. El antecedente psiquiátrico más informado es el trastorno depresivo mayor, lo que concuerda con la alta frecuencia a nivel regional y mundial de esta enfermedad (Blazer, 2000; Torres & Montoya, 1997). Al respecto un estudio realizado en el Hospital Militar de Santiago (HMS), por García y colaboradores (1996), sobre la prevalencia de depresión en adultos mayores hospitalizados en el Servicio de Medicina Interna, reveló que el 28,4% de éstos tenían depresión (García, Loyola & Armstrong, 1996). La literatura médica que hemos revisado reporta el 28% para estudios donde se evaluaron sólo los trastornos afectivos, ansiosos y cognitivos, hasta frecuencias de 60% o mayores cuando además de estos se tuvieron en cuenta otros diagnósticos como alcoholismo, farmacodependencia y pacientes en unidad de cuidados intensivos (Berard, 2001; Kresler, 2000; Smaira, Correa & Contel, 2003).

Por otro lado, usualmente la depresión es subdiagnosticada (Unutzer, 2007) y por tanto muchas veces no tratada en los Servicios de Medicina (Klap, Unroe & Unutzer, 2003) , ya que la depresión es vista por la mayoría de los profesionales de la salud y por los propios pacientes, como parte normal del envejecimiento (Sarkisian, Lee & Mangione, 2003) . Esto puede ser motivo frecuentemente del subdiagnóstico. ya que en varias ocasiones, los síntomas depresivos incluyen insuficiencias cognitivas, que al no diagnosticarse se sobreentienden como un proceso natural del envejecimiento mencionado anteriormente.

Este desconocimiento repercute en disminución de la calidad de vida, dificultad para comportarse adecuadamente desde el punto de vista social, disminución de la adherencia al tratamiento, empeoramiento en la evolución



de las enfermedades crónicas, aumento de morbilidad e incremento de la tasa de suicidio (Rockville, 2001) .Una persona deprimida tiene mayores tasas de morbilidad y días de hospitalización, tal como se observó en un estudio de Almagro y colaboradores, donde se correlacionaba la mortalidad de los pacientes hospitalizados que padecen enfermedad Pulmonar Obstructiva Crónica (Almagro et al. 2002).

Ante la elevada prevalencia de los trastornos psiquiátricos, donde destaca el trastorno depresivo, y el subdiagnóstico del mismo, con las implicancias desde el punto de vista médico y social a que ello conlleva, es que realizamos este trabajo, puesto que no obstante la magnitud del problema de la depresión, son diversas las limitaciones en cuanto al diagnóstico y tratamiento, y en estas limitaciones están incluidos los propios pacientes, los médicos y disponibilidad de servicios y tratamiento adecuado.

#### **1.4 Limitaciones del estudio**

Dentro de las limitaciones del presente trabajo, está la cantidad de pacientes que se incluyen en nuestro estudio. El servicio de Medicina Interna del Hospital Daniel Alcides Carrión del Callao, cuenta aproximadamente con 80 camas. De ese total, bajo los criterios de exclusión que se aplican, algunos pacientes hospitalizados no fueron considerados en este trabajo de investigación, además de otros pacientes que por negativa no han participado.

No obstante estas limitaciones, consideramos que este trabajo contribuye a un mayor conocimiento de la prevalencia de la depresión en un medio hospitalario de nuestro país, ya que no se cuenta con mayores estudios al respecto.

## CAPITULO II : FUNDAMENTACIÓN TEÓRICA

### 2.1 Marco teórico

La palabra depresión proviene del término latino *depressio* que, a su vez, procede de *depressus* (“abatido” o “derribado”). Se trata de un trastorno emocional que hace que la persona se sienta triste y desganada, experimentando un malestar interior y dificultando sus interacciones con el entorno.

El término depresión es relativamente reciente. En la lengua inglesa este concepto aparece durante el siglo XVII (Murray & Lopez, 1996).

Según la OMS la depresión es un trastorno mental común que se presenta con disminución del ánimo, pérdida de interés o placer, energía disminuida, sentimientos de culpa o baja autoestima, alteraciones de sueño o apetito, y mala concentración. A menudo, la depresión se presenta con síntomas de ansiedad. Estos trastornos pueden volverse crónicos o recurrentes y llevar a importantes fallas en la habilidad de un individuo para llevar a cabo sus tareas diarias.

Los síntomas depresivos son susceptibles de valoración y ordenamiento según criterios diagnósticos operativos. Los más utilizados, tanto en la clínica como en los estudios de investigación, son las clasificaciones CIE-10 (Clasificación Internacional de Enfermedades) y DSM-IV (Manual Diagnóstico y Estadístico de los Trastornos Mentales). 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). 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 y el episodio debe durar al menos dos semanas.

Criterios diagnósticos generales de episodio depresivo según CIE-10:

- 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.

- 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.

La depresión es la principal causa mundial de discapacidad y contribuye de forma muy importante a la carga mundial de morbilidad, afecta más a la mujer que al hombre y en el peor de los casos, la depresión puede llevar al suicidio. En América Latina y el Caribe, la carga de los trastornos mentales y neurológicos representa el 22,2% de la carga total de enfermedad, medida en años de vida ajustados por discapacidad. En relación a todos los trastornos neuropsiquiátricos, los más frecuentes son los trastornos depresivos unipolares (13,2%) y los producidos por el uso excesivo de alcohol (6,9%) (Rodríguez, Kohn & Aguilar, 2009). Algunos estudios, en su mayoría procedentes de países industrializados, han estimado los costos económicos acumulados de los trastornos mentales. En uno de estos estudios se concluyó que, en los Estados Unidos, el costo anual acumulado ascendía aproximadamente al 2,5% del producto nacional bruto (Rice, Kelman & Miller, 1991).

La investigación en los países en vías de desarrollo sugiere que la depresión en las madres puede ser un factor de riesgo para retraso del crecimiento en los niños pequeños. (Rahman, Patel Maselko & Kirkwood, 2008). Este factor de riesgo puede significar que la salud mental materna en los países de bajos ingresos puede tener influencia importante en el crecimiento durante la niñez,

afectando de este modo la depresión no solo a la generación actual sino también a la siguiente.

La depresión es uno de los trastornos psiquiátricos más prevalentes y más graves a nivel mundial en cuanto enfermedad invalidante en personas adultas. La prevalencia de la depresión en población general Europea es del 10.05%, para mujeres, y un 6.61%, para hombres; específicamente, en España es de un 5.5%, para mujeres, y 4.3%, para hombres (Ayuso, 2004) Estudios realizados en Sudamérica muestran cifras similares, por ejemplo en Colombia se encontró una prevalencia de trastorno depresivo mayor de un 12.1%; de la misma forma, la OMS, en su encuesta multinacional en Colombia, reveló que el 10% de la muestra presentó episodio depresivo durante el último año. Hay que tener en cuenta que los datos indican que la prevalencia se incrementa en el ámbito hospitalario y de atención primaria.

Al respecto, algunos estudios indican que aproximadamente la tercera parte de los pacientes que precisan hospitalización por patología médica presentan Trastornos depresivos, muchas veces con sintomatología ansiosa, y el 25% de estos pacientes son susceptibles de un diagnóstico de Depresión Mayor o en cualquier caso de un Trastorno Adaptativo con sintomatología depresiva de intensidad severa (Iglesias 1999). Otros estudios revelan cifras menores, entre 6 al 14% de Trastornos Depresivos en pacientes hospitalizados por causas médicas (Rodin & Voshart, 1986).

La patología psiquiátrica (dentro de ellas la depresión) detectada en el Hospital General tiene implicancias sobre la estancia media hospitalaria de los pacientes y su evolución y pronóstico. En algunos estudios se ha visto que la estancia media de pacientes con patología psiquiátrica comórbida se duplica en Servicios Médicos y Quirúrgicos en ausencia de la intervención del Servicio de Psiquiatría, con el consiguiente incremento de los costos económicos que esto supone (Fulop, Strain, Fahs, Schmeidler & Snyder, 1998).

La frecuencia de presentación del cuadro depresivo es la más alta de las encontradas dentro de la amplia gama de los trastornos mentales en el ámbito hospitalario y se asocia con aspectos como: género, estado civil, nivel educativo, herencia, edad, condición socioeconómica, enfermedad médica:

-Género: mayor prevalencia en mujeres (Gómez et al. 2004).

-Estado civil: las personas separadas o que han anulado su matrimonio muestran mayor prevalencia de depresión que la personas solteras o casadas (Maya, García & Martínez, 2001).

-Nivel educativo: se establece una relación inversamente proporcional, observándose que la sintomatología depresiva disminuye a medida que el nivel educativo aumenta (Andrade, Caraveo & Berglund, 2000).

-Herencia: los familiares, en primer grado, de personas con trastorno depresivos mayor, tienen más probabilidad de padecer depresión frente a la población general (Sullivan, Neale & Kendler, 2000 ).

-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 (Perez, 2004; Romero, 2006).

-Condición socioeconómica: las personas más propensas a sufrir enfermedades médicas y mentales son aquellas que viven en condiciones de pobreza (Lorant et al. 2003).

-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 (Fernández, 2001; Machale, 2002).

Además de la alta prevalencia de los síntomas depresivos en el contexto hospitalario, las evidencias indican un frecuente subreporte. Entre las causas del subregistro se cuentan, por ejemplo, la presencia de síntomas compartidos entre ciertas enfermedades y la depresión, incluso, el efecto de ciertos medicamentos, pero también, como ya se indicó, como consecuencia de la dificultad de los médicos para reconocer los síntomas de la depresión en el contexto hospitalario (Serrano, 2002).

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

## CAPÍTULO III : HIPÓTESIS Y VARIABLES

### 3.1 Formulación de la hipótesis

Debido a que el diseño de la investigación a realizar es descriptivo no fue necesaria la formulación de una hipótesis, ya que esta no se someterá a prueba alguna (verificación de hipótesis), como si sucedería en un estudio de carácter analítico.

### 3.2 Operacionalización de variables

**Variables principales: Nivel de Depresión (variable resultante)**

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

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

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



## **CAPÍTULO IV : METODOLOGÍA DE LA INVESTIGACIÓN**

### **4.1 Diseño Metodológico**

#### **4.1.1 Tipo de investigación**

Se realiza un estudio descriptivo de corte transversal, buscando determinar indicadores de niveles de depresión, como síntomas, mas no como enfermedad, pues la depresión puede hallarse en reacciones situacionales, en estados depresivos, en estados persistentes, en trastorno bipolar y distimia.

#### **4.1.2 Diseño muestral**

##### **4.1.2.1 Unidad de análisis**

La unidad de análisis es el paciente hospitalizado en el servicio de Medicina Interna del Hospital Daniel Alcides Carrión del Callao.

##### **4.1.2.2 Tamaño de muestra**

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

##### **4.1.2.3 Tipo de muestreo**

Muestreo no probabilístico ( muestreo dirigido )

##### **4.1.2.4 Procedimiento de muestreo**

Se realizó un muestreo por conveniencia, para ello se consideró a todos los pacientes hospitalizados en el servicio de Medicina Interna del Hospital Daniel Alcides Carrión del Callao al día 6 de Febrero del 2015 y se les informó

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

#### **4.1.2.5 Criterios de inclusión**

- Pacientes hospitalizados en el servicio de Medicina Interna del Hospital Daniel Alcides Carrión del Callao por una enfermedad orgánica.
- Pacientes con capacidad cognitiva conservada.
- Pacientes con más de 24 horas de hospitalización.
- Pacientes que den su Consentimiento Informado.

#### **4.1.2.6 Criterios de exclusión**

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

### **4.1.3 Instrumentos**

-Prueba de Depresión de Beck-II: en el presente estudio se utilizó la versión española traducida y adaptada por Sanz, Navarro y 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. 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 ítem: depresión mínima (0-13); depresión leve (14-19), depresión moderada (20-28), depresión grave ( $\geq 29$ ) puntos. Cabe resaltar que esta prueba califica de depresión mínima (puntaje de 0 a 13) al rango de estado de ánimo normal.

Los ítem de la Prueba de Depresión de Beck- II buscan el enfoque cognitivo de la depresión, a diferencia de otras pruebas como la prueba MINI (Mini Entrevista Neuropsiquiátrica Internacional) y cubren todos los criterios diagnósticos sintomáticos del DSM-IV para el trastorno depresivo mayor y el distímico, lo que apoya su validez de contenido (Sanz, Navarro & Vázquez, 2003). Por ello este instrumento tiene una aproximación muy buena a los aspectos clínicos de los criterios clínicos de actual uso a nivel mundial.

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

#### **4.1.4 Recolección de datos**

##### **4.1.4.1 Prueba piloto**

La prueba piloto brindó información acerca de si las preguntas del instrumento son claras y entendibles para todos los encuestados y si todos interpretan las preguntas de la misma manera.

Sus objetivos principales fueron:

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

Se entregó una encuesta a cada sujeto considerado para la prueba piloto, se calculó el tiempo empleado en la realización de la encuesta y se preguntó a cada uno de los sujetos si las preguntas de la encuesta fueron claras o hubo alguna dificultad en la interpretación. Se realizó el 2 de Febrero del 2015 con 06 pacientes hospitalizados en el servicio de Medicina Interna del Hospital Nacional Daniel Alcides Carrión del Callao, los resultados fueron los siguientes:

- El tiempo promedio empleado en la realización de cada encuesta fue de 15 minutos, siendo el tiempo mínimo de 12 y el máximo de 18.

- Respecto a la claridad de los enunciados, hubo algunos problemas de comprensión en algunos enunciados de las preguntas, que se solucionó con la explicación oportuna por parte del encuestador.

Dichos hallazgos fueron tomados en cuenta para la aplicación de los instrumentos (cuestionario y Prueba de Depresión de Beck-II).

#### **4.1.4.2 Aplicación de la encuesta**

Considerando los hallazgos obtenidos en la prueba piloto se tomó las precauciones respecto al tiempo empleado en la aplicación del instrumento y a las preguntas que haya tenido dificultad en interpretación.

Después se procedió a crear una base de datos para acopiar las respuestas; y finalmente, se realizó el análisis estadístico de los resultados a través del paquete de análisis estadístico para la investigación (SPSS). Es importante mencionar que por ser un estudio de tipo transversal, la aplicación del instrumento a los pacientes se realizó en un solo día, en una sola oportunidad. Esta aplicación del instrumento se realizó el día 6 de Febrero del 2015.

#### **4.1.5 Análisis estadístico de los datos**

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

Se realizó el análisis univariado de nivel de depresión en los pacientes, expresado mediante una distribución de frecuencias y porcentajes (%); y el bivariado de depresión versus los diferentes factores asociados como: género, estado civil, nivel educativo y enfermedad médica.

La representación de los datos se realiza mediante tablas, además de determinarse frecuencias, medidas de tendencia central y estimación de proporciones.

## CAPÍTULO V : RESULTADOS

### 5.1 Resultados

Fueron evaluados 52 pacientes, de los cuales 32 ( 61.5%) eran varones y 20 (38.5%) pacientes mujeres. Asimismo se excluyeron a 19 pacientes, por no cumplir los criterios de inclusión del presente trabajo, o ante la negativa de no participar del mismo.

Además la población estudiada presenta mayoritariamente nivel de instrucción secundaria (55.8%).

**Tabla 1. Nivel de instrucción y sexo**

	PRIMARIA		SECUNDARIA		SUPERIOR		TOTAL	
	N°	%	N°	%	N°	%	N°	%
MUJERES	6	30	11	55	3	15	20	100
VARONES	9	28	18	56	5	16	32	100

El grado de instrucción de ambos sexos es equiparable. La tercera parte de los casos tiene educación primaria. La educación secundaria fue la más prevalente. La educación superior es cercana a la mitad de la de educación primaria. Los porcentajes de pacientes por grado de instrucción son bastante comparables, lo cual favorecerá el análisis comparativo entre mujeres y varones, en lo referente a los resultados de depresión según la escala aplicada.

En cuanto a estado civil, hay un mayor porcentaje de casados (44.2%). En referencia a la enfermedad motivo de la hospitalización, predomina la digestiva (28.8%) y en cuanto a grado de depresión vemos que el grado leve de depresión alcanza el mayor porcentaje (34.6%)

**Tabla 2. Estado civil de pacientes**

	Frecuencia	Porcentaje	Porcentaje válido	Porcentaje acumulado
SOLTERO	21	40.4	40.4	40.4
CASADO	23	44.2	44.2	84.6
VIUDO	4	7.7	7.7	92.3
DIVORCIADO	4	7.7	7.7	100.0
Total	52	100.0	100.0	

**Tabla 3. Enfermedad motivo de hospitalización**

	Frecuencia	Porcentaje	Porcentaje válido	Porcentaje acumulado
DIGESTIVA	15	28.8	28.8	28.8
RESPIRATORIA	4	7.7	7.7	36.5
NEUROLÓGICA	7	13.5	13.5	50.0
RENAL	7	13.5	13.5	63.5
CARDIOLOGICA	1	1.9	1.9	65.4
ENDOCRINOLÓGICA	6	11.5	11.5	76.9
DERMATOLÓGICA	8	15.4	15.4	92.3
OTRAS	4	7.7	7.7	100.0
Total	52	100.0	100.0	

**Tabla 4. Grado de depresión, según Prueba de depresión de Beck-II**

	Frecuencia	Porcentaje	Porcentaje válido	Porcentaje acumulado
AUSENTE	27	51.9	51.9	51.9
LEVE	18	34.6	34.6	86.5
MODERADA	6	11.5	11.5	98.1
SEVERA	1	1.9	1.9	100.0
Total	52	100.0	100.0	

Al comparar los resultados de la Prueba de Depresión de Beck-II entre varones y mujeres, observamos que hay una mayor puntuación en cuanto a depresión en mujeres, tal como lo indica la literatura mundial.

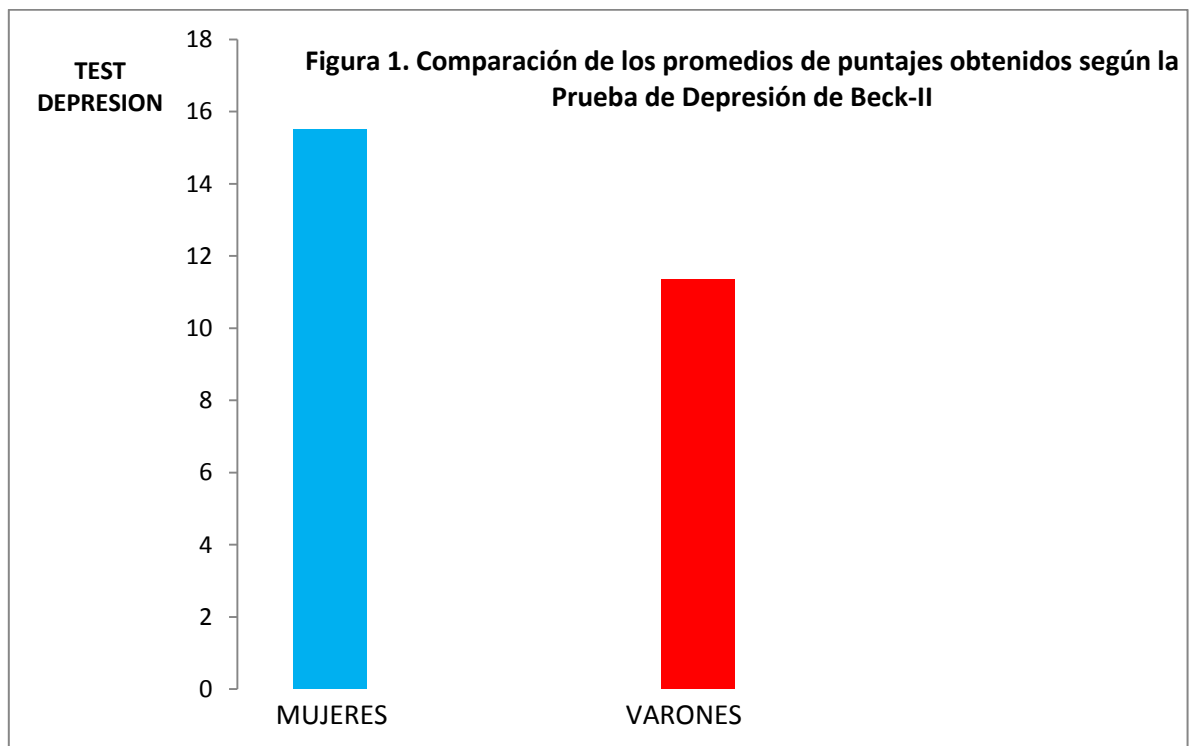


Tabla 5. Estado civil y grado de depresión en mujeres

	DEPRESIÓN							
	AUSENTE		LEVE		MODERADA		SEVERA	
	N°	%	N°	%	N°	%	N°	%
SOLTERA	5	63	1	14.5	2	50	0	0
CASADA	3	37	5	71	1	25	1	100
VIUDA	0	0	1	14.5	1	25	0	0
DIVORC.	0	0	0	0	0	0	0	0
TOTAL	8	100	7	100	4	100	1	100



**Tabla 6. Estado civil y grado de depresión en varones.**

	DEPRESIÓN							
	AUSENTE		LEVE		MODERADA		SEVERA	
	N°	%	N°	%	N°	%	N°	%
SOLTERO	6	32	7	64	0	0	0	0
CASADO	8	42	4	36	1	50	0	0
VIUDO	2	10	0	0	0	0	0	0
DIVORC.	3	16	0	0	1	50	0	0
TOTAL	19	100	11	100	2	100	0	0

En los pacientes evaluados, se observa en general, una mayor frecuencia de depresión mínima (depresión ausente o estado de ánimo normal), 27 (51.9%) pacientes presentan este grado de depresión de un total de 52. Al realizar el análisis separado por sexo, esta tendencia se repite, siendo así que tanto en el grupo de varones como mujeres la mayor frecuencia es en relación al grado de depresión mínimo (estado de ánimo normal). Aunque cabe distinguir que la depresión mínima (estado de ánimo normal) es más frecuente en mujeres solteras (5 casos), mientras que la depresión mínima en varones es más frecuente en casados (8 casos).

La depresión leve se halló en 18 pacientes (34.6%), siendo el grupo femenino de casadas el mayoritario (5 casos), mientras que el grupo soltero con este nivel de depresión afectó a 7 casos.

La depresión moderada se halló en 6 casos (11.53% del total), el 7.69% para mujeres y el restante 3.84% fueron varones.

Sólo se halló un caso de depresión severa, se trató de una mujer casada, con grado de instrucción secundaria. Tanto en varones como en mujeres, dentro del grupo de casados(as) , los resultados incluyen a los convivientes.

**Tabla 7. Grado de instrucción y depresión en mujeres**

	DEPRESIÓN							
	AUSENTE		LEVE		MODERADA		SEVERA	
	N°	%	N°	%	N°	%	N°	%
PRIMARIA	2	25	1	14	3	75	0	0
SECUND.	3	37.5	5	72	1	25	1	100
SUPERIOR	3	37.5	1	14	0	0	0	0
TOTAL	8	100	7	100	4	100	1	100

**Tabla 8. Grado de instrucción y depresión en varones**

	DEPRESIÓN							
	AUSENTE		LEVE		MODERADA		SEVERA	
	N°	%	N°	%	N°	%	N°	%
PRIMARIA	2	10.5	5	45	1	50	0	0
SECUND.	12	63	6	55	0	0	0	0
SUPERIOR	5	26.5	0	0	1	50	0	0
TOTAL	19	100	11	100	2	100	0	0

Respecto al grado de depresión en relación al grado de instrucción, se observa que en el grupo de mujeres, la mayor prevalencia se da en el grupo con educación secundaria; se encontró 10 casos de depresión en este nivel de instrucción, de un total de 20 mujeres (50%). En el grupo de varones también se presenta esta alta prevalencia en el grupo con instrucción secundaria, encontrándose 18 casos de un total de 32 varones (56.2 %).

En pacientes con grado de instrucción primaria, se encontró en el grupo de mujeres que la depresión moderada constituye el triple de casos (3 casos, 50%) respecto a la depresión leve ; mientras que en varones se halló el quintuple de casos (5 casos, 62.5%) de depresión leve respecto a la depresión moderada.

En pacientes con grado de instrucción secundaria, se observa en el grupo de mujeres que la depresión severa constituye la tercera parte de casos con depresión mínima (depresión ausente o estado de ánimo normal); mientras que en varones la depresión leve constituye la mitad de casos de depresión mínima.

En pacientes con grado de instrucción superior, tanto en mujeres como en varones, los casos de depresión mínima (depresión ausente) constituyen la mayor prevalencia, 75%(3 casos) y 83% (5 casos) respectivamente.

## **5.2 Discusión de resultados**

La literatura revisada respecto a la depresión indica mayor prevalencia de depresión en relación al sexo femenino. Distintos autores exponen una prevalencia de depresión dos o tres veces mayor en mujeres que en hombres(Gómez et al., 2004; Hernández et al., 2001;Muñoz et al., 2005). En nuestro estudio se encontró mayor puntuación de depresión según la Prueba de Depresión de Beck-II en mujeres respecto a los varones.

En cuanto al grado de instrucción se establece una relación inversamente proporcional entre depresión y escolaridad, ya que a medida que el nivel educativo de los pacientes hospitalizados aumenta, la sintomatología depresiva tiende a disminuir, hallazgos de Matud, Guerrero y Matías (2006); Lorant, et al. (2003) y Rodríguez y Puerta (1995).Al respecto, en nuestro estudio se ha observado que los pacientes con menor grado de instrucción (primaria) presentaron mayores puntajes en la Prueba de depresión de Beck-II, esto es, hubo más casos de depresión moderada respecto a depresión leve en mujeres con instrucción primaria. Al analizar los resultados en los pacientes con mayor grado de instrucción (instrucción secundaria), vemos en nuestro estudio que la sintomatología depresiva disminuye, tal es así que hubo sólo un caso de depresión moderada en el grupo de mujeres, respecto a 3 casos con depresión mínima (depresión ausente o estado de ánimo normal), mientras que en varones dicha tendencia se repitió, presentándose la mitad de casos de depresión leve respecto a depresión mínima (depresión ausente).

Además si comparamos el nivel de depresión respecto al grado de instrucción entre mujeres y varones vemos que los varones con grado de instrucción secundaria presentan un mayor porcentaje de depresión mínima (depresión

ausente o estado de ánimo normal) (63%) respecto a las mujeres con el mismo grado de instrucción (37.5%). En cuanto a grado de instrucción superior vemos que las mujeres presentan 14% de depresión leve respecto a los varones que no presentan casos de depresión leve.

En lo que respecta al estado civil, investigaciones de Mogollón, Jinete, Moreno y Álvarez(2005), concluyen que el estar sin pareja se asocia significativamente con la presencia de depresión en pacientes hospitalizados. No obstante ello, los resultados en nuestra población estudiada son dísimiles, puesto que se observó mayor puntuación de depresión en el grupo de mujeres casadas respecto a solteras. En el grupo de viudos, los resultados coinciden con estudios existentes al respecto, donde se indica mayor puntuación en este grupo, ya que la tristeza y el estrés que se vivencia tras la pérdida del cónyuge conlleva a una reducción de la respuesta linfoproliferativa lo que afecta el sistema inmunológico. Estos hallazgos muestran que los adultos mayores y los viudos presentan mayor riesgo de depresión. Nuestros resultados indican la mayor puntuación en el test de depresión en viudos (18.5, rango depresión leve) respecto a los otros grupos.

Los resultados de nuestro estudio en términos generales coinciden con resultados que se mencionan en diversos trabajos de la literatura mundial, sin embargo, se debe precisar que no podríamos generalizar éstos a toda una población ya que sólo hemos empleado un instrumento, que es la Prueba de Depresión de Beck-II, a diferencia de otros estudios donde se han empleado varias pruebas de depresión simultáneamente por ejemplo Prueba de Beck-II y prueba MINI a la vez; pruebas estadísticas de mayor complejidad y además se ha trabajado con mayores muestras poblacionales. En tal sentido, nuestro estudio ha evaluado básicamente niveles de depresión, más no ha realizado diagnóstico de depresión.

## CONCLUSIONES

- Existe elevada prevalencia de depresión en el paciente hospitalizado ( 48% de casos ).
- Las mujeres presentan mayor grado de depresión respecto a los varones.
- Existe una relación inversa entre nivel de depresión y grado de instrucción.
- Las mujeres casadas presentan mayor sintomatología depresiva.

## RECOMENDACIONES

-Debido a la alta prevalencia de depresión que existe en el paciente hospitalizado, y sabiendo como influye esta patología en el desarrollo de la enfermedad, días de hospitalización y adherencia al tratamiento, sería oportuno la aplicación de pruebas de depresión más exhaustivas, que no evalúen solamente niveles de depresión, sino que sean pruebas diagnósticas, ya que con frecuencia la depresión no se diagnostica y por ende no se trata.

-Capacitar a los médicos, que no son especialistas en Psiquiatría, en el diagnóstico y tratamiento de depresión.

## BIBLIOGRAFÍA

Almagro P, Calbo E, Ochoa de Echagüen A, Barreiro B, Quintana S, Heredia JL. Mortality After Hospitalization for COPD. *Chest*.2002; 121: 1441-8.

Andrade, L., Caraveo-Anduaga, J. y Berglund, P. Crossnational comparisons of the prevalences and correlates of mental disorders. *Bulletin of World Health Organization*.2000; 78: 413-426.

Ayuso, J. L. Depresión: una prioridad en salud pública. *Medicina Clínica*.2004; 123:181-186.

Berard RM. Depression and anxiety in oncology: the psychiatrist's perspective. *J Clin Psychiatry*. 2001; 62 .8 Suppl: 58-63.

Blazer DG. Mood disorder: Epidemiology. En: Sadok VA (ed.). *Kaplan & Sadock's comprehensive textbook of psychiatry*. 7a ed. Philadelphia: Lippincott Williams & Wilkins.2000 :1298- 1307.

Crespo D, Gil A, Porrás A. Prevalence of depressive disorder in consultation-liaison psychiatry. *Actas Esp Psiquiatr*. 2001; 29: 75-83.

Fernández, C. Depresión y enfermedad médica (I). *Medicina General*. 2001; 38 :823-826.

Fraguas R, Alves TC. Depression in general hospital: a study of 136 cases. *Rev Assoc Med Bras*. 2002; 48: 225-230.

Franco JG, Gómez PE. Trastornos psiquiátricos en pacientes ingresados en hospitales generales. *Universitas Científica*. 2004; 4: 27-32.

Fulop G, Strain JJ, Fahs MC, Schmeidler J, Snyder S. A prospective study of the impact of psychiatric comorbidity on length of hospital stays of elderly medical-surgical inpatients. *Psychosomatics*.1998 ;39(3):273-80.



García C, Loyola JC, 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.

Gómez, C., Bohórquez A, Pinto, D., Gil J., Rondón M. y Díaz, N. Prevalencia de la depresión y factores asociados con ella en la población colombiana. *Revista Panamericana de Salud Pública*. 2004; 16 :378-86.

Iglesias-Gil-de-Bernabé F. Depresión Mayor en la evolución de pacientes tratados por cardiopatía isquémica. 1999; Tesis Doctoral. Universidad de A Coruña.

Kessler RC. Psychiatric epidemiology: selected recent advances and future directions. *Bull WHO*. 2000; 78: 464-474.

Klap R, Unroe KT, Unützer J. Caring for mental illness in the United States: a focus on older adults. *Am J Geriatr Psychiatry*. 2003; 11: 517-24.

Lorant, V., Deliège, D., Eaton, W., Robert, A., Phillpot, P. y Anseau, M. Socioeconomic inequalities in depression: A meta-analysis. *American Journal of Epidemiology*. 2003; 157: 98-112.

MacHale, S. Managing depression in physical illness. *Advanced in Psychiatric Treatment*. 2002; 8 :297-306.

Matud, M., Guerrero, K., Matías, R. Relevancia de las variables sociodemográficas en las diferencias de género en la depresión. *Internacional. Journal of Clinical and Health Psychology*, 2006; 6: 7-21.

Martucci M, Balestrieri M, Bisoffi G, Bonizzato P, Covre MG, Cunico L, *et al*. Evaluating psychiatric morbidity in a general hospital: a two-phase epidemiological survey. *Psychol Med*. 1999; 29: 823-832.

Maya, I., García, M. y Martínez, F.M. El efecto amortiguador del apoyo social sobre la depresión en un colectivo de inmigrantes. *Psicothema*. 2001; 13 :605-610.

Mogollón, J.P., Jinete, S.P., Moreno, I.A. y Álvarez, M.P. Prevalencia de trastorno depresivo mayor en pacientes mayores de 50 años, hospitalizados en un servicio de medicina interna. *MedUNAB*. 2005; 8 :11-14.

Murray, C.J.L. & Lopez, A.D. The global burden of disease: A comprehensive assessment of mortality and disability from diseases, injuries, and risk factors in 1990 and projected to 2020. Cambridge, MA: Harvard University Press. 1996

Pérez, S.A. Factores de riesgo suicida en el anciano. *Revista Electrónica de Geriátria y Gerontología*. 2004; 6 :36-43.

Rahman A, Patel V, Maselko J, Kirkwood B. The neglected 'm' in MCH programmes—why mental health of mothers is important for child nutrition. *Trop Med Int Health*. 2008; 13: 579-83

Reyes CA, Hincapié M, Herrera JA, Moyano PA. Factores de estrés y apoyo psicosocial en pacientes con infarto agudo de miocardio. Cali, 2001-2002. *Colomb Med*. 2004; 35: 199-204.

Rice DP, Kelman S, Miller LS. Estimates of economic costs of alcohol and drug abuse and mental illness, 1985 and 1988. *Public Health Reports*. 1991; 106(3): 280–292.

Rockville MD: Public Health Service. National strategy for suicide prevention: goals and objectives for action. 2001

Rodin G, Voshart K. Depression in the Medically Ill: An Overview. *Am J Psychiatry*. 1986; 143: (6) 696-705.

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.

Romero, G. Tratamiento cognitivo-conductual de un caso de depresión en la tercera edad. *Revista de Psiquiatría y Salud Mental Hermilio Valdizan*. 2006; 7 :65-75.

Rothenhausler HB, Kapfhammer HP. Depression in the medically ill: diagnosis and treatment considerations in C-L psychiatry settings. *Fortschr Neurol Psychiatr*. 2003; 71: 358-365.

Sarkisian Ca, Lee-Henderson MH, Mangione CM. Do depressed older adults who attribute depression to "old age" believe it is important to seek care? *J Gen Intern Med.* 2003; 18: 1001-5.

Serrano, F. Depresión en enfermedades médicas. *Anales.*2002; 25: 137-148.

Smaira S, Correa F, Contel JO. Psychiatric disorders and psychiatric consultation in a general hospital: a case-control study. *Rev Bras Psiquiatr.* 2003; 25: 18-25.

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.

Torres de Galvis Y, Montoya ID. // Estudio de Salud Mental y Consumo de Sustancias Psicoactivas. Colombia. Bogotá: Ministerio de Salud; 1997.

Unützer J, Late-Life Depression. *N Engl J Med.* 2007; 357: 2269-76.

Valdéz M, De Pablo J, Campos R. El proyecto multinacional europeo y multicéntrico español de mejora de calidad asistencial en psiquiatría de enlace en el hospital general: el perfil clínico en España. *Med Clin,Barc.*2000; 115: 690-694.

Wancata J, Windhaber J, Bach M, Meise N. Recognition of psychiatric disorders in nonpsychiatric hospital wards. *J Psychosom Res.* 2000; 48:149-155.

## ANEXOS

### CUESTIONARIO

#### PREVALENCIA DE DEPRESIÓN EN PACIENTES HOSPITALIZADOS EN EN EL HOSPITAL NACIONAL DANIEL ALCIDES CARRIÓN-CALLAO. AÑO 2015

Edad :

( ) años

Género

( ) masculino

( ) femenino

Grado de instrucción:

( ) primaria

( ) secundaria

( ) superior

Estado civil

( ) soltero (a)

( ) casado (a)

( ) viudo (a)

( ) divorciado (a)

Enfermedad médica

( ) digestiva

( ) respiratoria

( ) neurológica

( ) renal

( ) cardiológica

( ) otra (especifique) .....

## ANEXOS

### Prueba de Depresión de Beck-II

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

**ANEXOS**

**CONSENTIMIENTO INFORMADO**

Establecimiento de Salud .....  
Fecha.....

Yo.....identificado con DNI (carné de  
extranjería o pasaporte para extranjeros) N° .....he sido  
informado por el Sr Autor de la investigación.....  
acerca del trabajo de investigación sobre Prevalencia de Depresión en  
pacientes hospitalizados en el Servicio de Medicina Interna del Hospital  
Nacional Daniel Alcides Carrión del Callao-2015

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

He realizado las preguntas que consideré oportunas, todas las cuales han  
sido absueltas y con 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