

UNIVERSIDAD DE SAN CARLOS DE GUATEMALA  
FACULTAD DE CIENCIAS MÉDICAS

**“PREVALENCIA DE SINTOMATOLOGÍA DEPRESIVA EN PACIENTES  
HOSPITALIZADOS”**

Estudio descriptivo, transversal realizado en los departamentos de Medicina Interna,  
Cirugía y Traumatología en el Hospital General San Juan de Dios

Tesis

Presentada a la Honorable Junta Directiva  
de la Facultad de Ciencias Médicas de la  
Universidad de San Carlos de Guatemala

**Edwin Antonio Lima Ramírez  
Carlos Eduardo Orozco Barrios  
José Leonel Hernández González  
Jorge Pablo Villavicencio Delgado**

**Médico y Cirujano**

Guatemala, octubre de 2018

El infrascrito Decano y el Coordinador de la COTRAG de la Facultad de Ciencias Médicas de la Universidad de San Carlos de Guatemala, hacen constar que:

Los estudiantes:

1. Edwin Antonio Lima Ramírez	201110090	2175873990101
2. Carlos Eduardo Orozco Barrios	201110095	2173645350101
3. José Leonel Hernández González	201110456	2247556840116
4. Jorge Pablo Villavicencio Delgado	201119191	2141147240101

Cumplieron con los requisitos solicitados por esta Facultad, previo a optar al Título de Médico y Cirujano en el grado de Licenciatura, y habiendo presentado el trabajo de graduación titulado:

### **"PREVALENCIA DE SINTOMATOLOGÍA DEPRESIVA EN PACIENTES HOSPITALIZADOS"**

Estudio descriptivo, transversal realizado en los departamentos de Medicina Interna, Cirugía y Traumatología en el Hospital General San Juan de Dios

Trabajo asesorado por el Dr. Jorge Eduardo Ochoa Cifuentes, co-asesorado por el Dr. César Octavio Reyes López y revisado por la Dra. Ana Liss Perdomo Mendizabal, quienes avalan y firman conformes. Por lo anterior, se emite, firman y sellan la presente:

### **ORDEN DE IMPRESIÓN**

En la Ciudad de Guatemala, el quince de octubre del dos mil dieciocho

DR. MARIO HERRERA CASTELLANOS  
DECANO



DR. C. CÉSAR OSWALDO GARCÍA GARCÍA  
COORDINADOR



El infrascrito Coordinador de la COTRAG de la Facultad de Ciencias Médicas, de la Universidad de San Carlos de Guatemala, HACE CONSTAR que los estudiantes:

- |                                      |           |               |
|--------------------------------------|-----------|---------------|
| 1. Edwin Antonio Lima Ramírez        | 201110090 | 2175873990101 |
| 2. Carlos Eduardo Orozco Barrios     | 201110095 | 2173645350101 |
| 3. José Leonel Hernández González    | 201110456 | 2247556840116 |
| 4. Jorge Pablo Villavicencio Delgado | 201119191 | 2141147240101 |

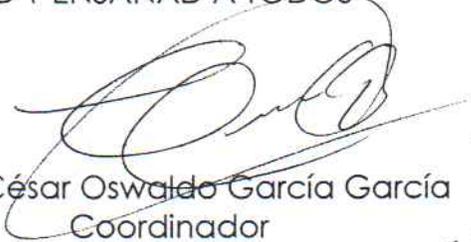
Presentaron el trabajo de graduación titulado:

**“PREVALENCIA DE SINTOMATOLOGÍA DEPRESIVA EN PACIENTES HOSPITALIZADOS”**

Estudio descriptivo, transversal realizado en los departamentos de Medicina Interna, Cirugía y Traumatología en el Hospital General San Juan de Dios

El cual ha sido revisado por la Dra. María Estela del Rosario Vásquez Alfaro, al establecer que cumple con los requisitos establecidos por esta Coordinación, se les **AUTORIZA** continuar con los trámites correspondientes para someterse al Examen General Público. Dado en la Ciudad de Guatemala, a los quince días de octubre del año dos mil dieciocho.

“ID Y ENSAÑAD A TODOS”

  
Dr. C. César Oswaldo García García  
Coordinador



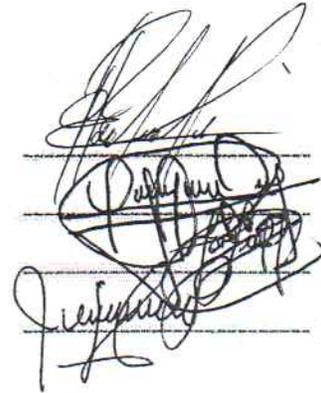
Guatemala, 15 de octubre del 2018

Doctor  
César Oswaldo García García  
Coordinador de la COTRAG  
Facultad de Ciencias Médicas  
Universidad de San Carlos de Guatemala  
Presente

Dr. García:

Le informo que nosotros:

1. Edwin Antonio Lima Ramírez
2. Carlos Eduardo Orozco Barrios
3. José Leonel Hernández González
4. Jorge Pablo Villavicencio Delgado



Presentamos el trabajo de graduación titulado:

**"PREVALENCIA DE SINTOMATOLOGÍA DEPRESIVA EN PACIENTES HOSPITALIZADOS"**

Estudio descriptivo, transversal realizado en los departamentos de Medicina Interna, Cirugía y Traumatología en el Hospital General San Juan de Dios

Del cual el asesor, co-asesor y la revisora se responsabilizan de la metodología, confiabilidad y validez de los datos, así como de los resultados obtenidos y de la pertinencia de las conclusiones y recomendaciones propuestas.

FIRMAS Y SELLOS PROFESIONALES:

Revisora: Dra. Ana Liss Perdomo Mendizabal  
Asesor: Dr. Jorge Eduardo Ochoa Cifuentes  
Co-asesor: Dr. César Octavio Reyes López



Facultad de Ciencias Médicas  
Coordinación de Trabajos de Graduación

REVISADO

15/10/18

Dr. Jorge Eduardo Ochoa C.

Médico Psiquiatra  
Colegiado 3325

DR. CESAR O. REYES  
PSIQUIATRA  
COL. 6834

Yo *Edwin Antonio Lima Ramírez*, dedico este acto:

- **A Dios:** Por darme la vida, mi familia y la sabiduría para alcanzar esta gran meta.
- **A mis padres:** Edwin Romeo y Lilia Aida, por ser mi apoyo incondicional, mi inspiración para ser una mejor persona, y poder regresarles algo de lo mucho que ellos me han dado, los amo.
- **A mis hermanos:** Melissa y Pablo porque por más que peleemos siempre estaremos el uno para el otro, y que sepan que estoy orgulloso de ellos.
- **A mi familia:** Que siempre me apoyaron, y me dieron ánimos para poder seguir adelante, en especial a mi tía Yomara por ser como una segunda madre para mí.
- **A mis amigos:** A todos los que he conocido a lo largo de esta gran carrera que me por más pequeños los actos de bondad que han tenido conmigo que sepan que los atesorare siempre, y espero que esta amistad que hemos formado dure para muchos más años, y en especial a mis compañeros de tesis por nunca rendirnos y saber que lo podíamos lograr a tiempo.
- **Al Hospital Roosevelt:** Por ser mi casa de estudios por los últimos 3 años de la carrera, y hacer que me enamorara más de esta profesión, por todos los catedráticos, pacientes, amigos que conocí y que compartimos tantos momentos alegres.

Yo *Jorge Pablo Villavicencio Delgado*, dedico este acto:

- **A Dios:** Por ser el ser que me dio la vida, por ser el ser que me ha dado salud, energía, etc. a lo largo de este sueño que me ha permitido terminar.
- **A todos mis maestros:** Cada uno de ellos agradecido de por vida por todos los conocimientos que me brindaron. Un especial agradecimiento al Dr. Sergio Muñiz por ser ese médico que me enseñó a luchar por mis sueños sin importar que tan grandes sean ya que no hay sueño que sea imposible lo que hace imposible el sueño son las personas que no pelean por ellos.
- **A mi Padre:** Por ser esa persona que ha dado todo para que el día de hoy se cumpla la primera meta en este sueño que es ser médico. Por ser un excelente ejemplo como profesional y espero algún día lograr a igualar o superar todo lo que has hecho.
- **A mi Madre:** Por siempre creer en mí, por ser esa mujer fuerte que cuando te necesite siempre estuviste allí. Por ser la persona que ha inculcado en mis los valores de perseverancia y disciplina que el día de hoy me permiten graduarme como médico y cirujano.
- **A mis hermanas:** Por apoyarme y siempre estar allí cuando las necesite. Gracias Alejandra, Saray y Gaby por ser las mejores hermanas del mundo.
- **A todos mis amigos:** Gracias por ayudarme ser una mejor persona cada día y ayudarme en aquellos momentos difíciles de mi vida en los cuales los necesite y estuvieron allí para ayudarme.
- **A mis abuelos:** Por brindarme uno grandes padres que sin ellos no serían posible el que yo estuviera allí les agradezco Hortensia Arévalo, Alfonso Delgado, Jorge Villavicencio, Candida Ordoñez me gustaría que pudieran estar aquí, pero sé que me observan desde el cielo.

Yo *José Leonel Hernández González*, dedico este acto:

- **A Dios:** Por brindarme la fuerza de luchar por mis metas, y permitirle a mi madre el regalo de un nuevo día, cada día.
- **A mis Padres:** Elvia Nineth González Aquino y Mynor Leonel Hernández López por su esfuerzo, en especial a mi madre Elvia Nineth por ser ese estandarte en mi vida y la luz que me guía en los días de obscuridad, por su cariño infinito y el ejemplo de persona que quiero llegar a ser.
- **A mis Hermanos:** Mynor Geovani Hernández González y Ana Lucia Hernández González, por su cariño incondicional y tantos recuerdos compartidos juntos, son la esencia de mi orgullo e inspiración. Los amo.
- **A mi Familia:** Abuelos (QEPD), Tíos, Primos, Sobrinos, porque son uno de los motores que ayudan a mi familia y a mí. Siempre motivando para luchar por el bienestar común de todos, con amor, perseverancia y disciplina como nos han inculcado desde pequeños, especialmente a Emma Isabela, por haber devuelto a mi vida la esperanza.
- **A mis Amigos:** Por convertirse en mi segunda familia durante estos años de estudio y enseñarme que hay personas a las que puedes llegar a querer como tus propios hermanos, en los momentos difíciles y en las alegrías, por su honestidad.
- **A todos los Catedráticos:** En especial aquellos que siempre me motivaron para continuar con mis estudios, aquellos a los que aman la profesión y ayudan al crecimiento intelectual de los estudiantes.

Yo *Carlos Eduardo Orozco Barrios*, dedico este acto:

- **A Dios:** Por guiarme a lo largo de mi vida y acompañarme siempre. Por ser la fuente de sabiduría para alcanzar mis sueños y metas.
- **A mis padres:** Ing. Otto René Orozco Castillo, Licda. Marilia Lisbeth Barrios Maldonado, pilar fundamental en mi vida, por brindarme su apoyo y amor incondicional. Gracias por creer y confiar en mí siempre.
- **A mis hermanos:** Mónica, Otto, Diego y Kevin. Gracias por estar siempre a mi lado, por darme su apoyo en todo momento y ser una fuente de inspiración en mi vida.
- **A mis cuñadas:** Por demostrarme siempre su cariño y compartir este logro conmigo.
- **A mi sobrina:** Emma Sofía, por llenar mis días de alegría e inspirarme a ser una mejor persona.
- **A mis abuelos:** Carmen Maldonado, Amado Barrios (Q.E.P.D), Teresa Castillo (Q.E.P.D), Alfonso Orozco (Q.E.P.D). Un ejemplo de vida y de servicio al prójimo.
- **A mi familia:** Por tener siempre palabras de aliento para seguir adelante.
- **A mis amigos:** Con quienes he compartido a lo largo de estos años y brindarme su amistad y compañerismo.

## **AGRADECIMIENTO ESPECIAL**

- **A los doctores:** Dra. Ana Liss Perdomo, Dr. César Reyes, Dr. Eduardo Ochoa, por su valiosa asesoría y colaboración en la realización de este trabajo.
- **A los Catedráticos:** En especial aquellos que siempre nos motivaron para seguir adelante, gracias por los conocimientos y experiencias compartidos a lo largo de estos años.
- **A la Facultad de Ciencias Médicas de la Universidad de San Carlos de Guatemala:** Por abrirnos las puertas del saber y darnos la oportunidad de convertirnos en profesionales y permitirnos alcanzar nuestro sueño.
- **A la Universidad de San Carlos de Guatemala:** Por ser la casa de estudios que nos ha formado y por ser esa entidad que trabaja para que Guatemala sea un mejor país.

*De la responsabilidad del trabajo de graduación:*

El autor o autores es o son los únicos responsables de la originalidad, validez científica, de los conceptos y de las opiniones expresadas en el contenido del trabajo de graduación. Su aprobación en manera alguna implica responsabilidad para la Coordinación de Trabajos de Graduación, la Facultad de Ciencias Médicas y para la Universidad de San Carlos de Guatemala. Si se llegara a determinar y comprobar que se incurrió en el delito de plagio u otro tipo de fraude, el trabajo de graduación será anulado y el autor o autores deberá o deberán someterse a las medidas legales y disciplinarias correspondientes, tanto de la Facultad, de la Universidad y otras instancias competentes.

## RESUMEN

**OBJETIVO:** Determinar la prevalencia de sintomatología depresiva en pacientes hospitalizados en los departamentos de medicina interna, cirugía general y traumatología del Hospital General San Juan De Dios durante los meses de agosto y septiembre 2018. **POBLACIÓN Y MÉTODOS:** Se realizó un estudio de corte transversal en una muestra de 304 pacientes hospitalizados de ambos sexos, mayores de 18 años, en el que se estudió las características sociodemográficas y se utilizó el Inventario de Depresión de Beck (BDI-II) para evaluar sintomatología depresiva. A los pacientes que presentaron algún grado de depresión, se les proveyó una hoja de referencia al Departamento de Psiquiatría para su seguimiento. **RESULTADOS:** De los 304 pacientes, 46.7% (146) de sexo femenino y 53.3% (162) del sexo masculino. La edad media fue de 45.1 años, siendo el grupo de 18 a 30 años mayoritario con 27.6% (84). El 34.8% (106) presentó algún grado de sintomatología depresiva, siendo el leve el grado más frecuente. Se encontró que existe 1.2 veces más probabilidad de padecer sintomatología depresiva por una estancia mayor de 7 días de hospitalización ( $\chi^2 = 0.58$ , p-valor = 0.45 y OR = 1.21 (0.74 – 1.94)). **CONCLUSIONES:** Existe una prevalencia de sintomatología depresiva en tres de cada 10 pacientes en el Hospital General San Juan de Dios en los departamentos de Medicina Interna, Cirugía y Traumatología. Se encontró un riesgo de 21% más de padecer sintomatología depresiva al tener un tiempo de hospitalización mayor a 7 días.

**Palabras clave:** Depresión, Pacientes Hospitalizados, Tiempo de Hospitalización.

# ÍNDICE

<b>1. INTRODUCCIÓN</b>	1
<b>2. MARCO DE REFERENCIA</b>	3
2.1 Marco de antecedentes de depresión	3
2.2 Marco referencial	6
2.3 Marco teórico	32
2.4 Marco conceptual	35
2.5 Marco geográfico	38
2.6 Marco institucional	38
2.7 Marco legal	39
<b>3. OBJETIVOS</b>	41
3.1 Objetivo general	41
3.2 Objetivos específicos	41
<b>4. POBLACIÓN Y MÉTODOS</b>	43
4.1 Enfoque y diseño de investigación	43
4.2 Unidad de análisis y de información	43
4.3 Población y muestra	43
4.4 Selección de los sujetos a estudio	46
4.5 Definición y operacionalización de las variables	48
4.6 Recolección de datos	52
4.7 Análisis de datos	55
4.8 Alcances y límites de la investigación	59
4.9 Aspectos éticos de la investigación	60
<b>5. RESULTADOS</b>	61
<b>6. DISCUSIÓN</b>	65
<b>7. CONCLUSIONES</b>	69

<b>8. RECOMENDACIONES</b> .....	71
<b>9. APORTES</b> .....	73
<b>10. REFERENCIAS BIBLIOGRÁFICAS</b> .....	75
<b>11. ANEXOS</b> .....	85
11.1 Anexo 1 Consentimiento informado.....	85
11.2 Anexo 2: Hoja de interconsulta.....	88
11.3 Anexo 3: Boleta de recolección de datos.....	89
11.4 Anexo 4: Resultados.....	95

# 1. INTRODUCCIÓN

La depresión es un trastorno afectivo, una forma de enfermedad que en sus estados más severos afecta la toma de decisiones en la vida del paciente <sup>1</sup>; un estado emocional que causa que los pacientes experimenten o perciban sentimientos negativos sobre su autoimagen, lo que puede repercutir que el paciente o la persona afectada se vuelva mentalmente lento, terminando en apatía y pérdida de interés en la vida o las ganas de vivir en general. La depresión se puede expresar sintomáticamente en una actitud pesimista, pérdida de interés y de la capacidad de disfrutar y disminución de la energía, puede alcanzar diferentes grados de expresión a la tendencia suicida, las causas de este trastorno afectivo pueden ser múltiples, así como los síntomas <sup>1-4</sup>.

La Organización Mundial de la Salud (OMS) estima que en el mundo existen más de 322 millones de personas diagnosticadas con depresión, una buena parte de esta población vive en la región del Pacífico Occidental, lo que equivale al 4.4% de la población mundial, se ha observado que hubo un incremento de más del 18% del año 2005 al 2015 <sup>5-6</sup>.

En el continente de América se reportó un total de 48 millones de personas padeciendo un trastorno depresivo, esto representó a un 15% de la población total. Se estima que hasta 7.5% de la población femenina en edades comprendidas entre 55 a 74 años, y por encima de 5.5% hombres <sup>6</sup>. La depresión es más frecuente en el sexo femenino (2:1) y esto se debe a transmisión genética, fisiológica endocrina y a las desventajas psicológicas del papel femenino en nuestra sociedad <sup>3</sup>.

En Guatemala no se cuenta con muchos datos al respecto, sin embargo, se sabe que existe una prevalencia del 3.7% de depresión en la población. Además, según cifras de la OMS, para el año 2020 en Guatemala la depresión será la segunda causa de discapacidad y para el año 2030 será la principal carga de enfermedad <sup>5</sup>.

Existe evidencia que indica que este trastorno incide en la evolución de algunas enfermedades, sobre todo en las de tipo crónico, probablemente por la convicción de que hay una relación entre las dimensiones física y emocional, y una alteración en alguna de ellas produce cambios en la otra <sup>6, 7</sup>. Aunado a ello, gran cantidad de estudios han demostrado que un elevado porcentaje de pacientes hospitalizados presentan síntomas depresivos los cuales en

muchas ocasiones no son identificados por el personal de salud del hospital, y en caso de ser identificados, no son tratados de manera adecuada.

Por lo que se realiza la pregunta ¿Cuál es la prevalencia de sintomatología depresiva en pacientes hospitalizados en el Hospital General San Juan de Dios?, realizando un estudio transversal realizado en agosto – septiembre 2018.

## 2. MARCO DE REFERENCIA

### 2.1 Marco de antecedentes de depresión.

En la población mundial la depresión es uno de los diagnósticos del trastorno afectivo con alta prevalencia <sup>8</sup>, que afecta a la toda la población por igual, sin importar las características epidemiológicas, aunque se reconoce que hay grupos con mayor riesgo de padecerla. Algunos factores de riesgo conocidos y mencionados en la literatura son: el género, nivel educativo, situación socioeconómica, presencia de co-morbilidades. Existen distintas causas que producen depresión, dentro de las cuales están enfermedades crónico-degenerativas, causas agudas que producen algún daño irreversible <sup>3</sup>.

En encuestas y estudios realizados en distintos países, de todos los pacientes que son atendidos por médicos, entre el 12.5 y 25% padece un cuadro depresivo <sup>3</sup>. Según la OMS, para el año 2015 un 4.4% de la población mundial padecían de este trastorno, siendo considerada esta, el principal factor de discapacidad <sup>6</sup>. Las cifras de prevalencia varían según la región que se estudia. Así, en la región de las Américas y el Caribe, se estima que un 5% de la población adulta sufre de depresión <sup>8</sup>. La depresión es la segunda causa como trastorno afectivo en Guatemala con una prevalencia del 3.7% <sup>5, 9, 10</sup>. Para el año 2015, en un análisis realizado para determinar el comportamiento de la enfermedad en la población guatemalteca, 7.440 personas presentaron depresión, por debajo de los trastornos de ansiedad con 20.263 personas <sup>10</sup>.

A pesar de ser una enfermedad fácilmente tratable, gran parte de las personas no recibe tratamiento, debido a la falta de acceso a los servicios de salud o un mal diagnóstico por parte del personal de salud. Aunado a ello, muchas de las personas con síntomas depresivos, no consulta con ningún profesional debido a la estigmatización y las repercusiones sociales que conlleva ser diagnosticado un estado deprimido.

Se observa, pues, que es una afección padecida frecuentemente en la población general. Asimismo, distintos estudios demuestran que esta prevalencia aumenta en pacientes ingresados a encamamiento de servicios hospitalarios, en los cuales se ha reportado una prevalencia aproximada de depresión en 20-25% de los pacientes hospitalizados <sup>3</sup>, variando desde 10% y llegando, en algunos estudios, hasta el 50%<sup>3, 11 - 13</sup>.

Esto probablemente debido a que se tiene la convicción de que los factores psicológicos tienen efecto sobre la evolución de las enfermedades, ya que existe una relación entre las dimensiones física y emocional del ser humano, y cualquier alteración en una de estas afecta a la otra <sup>14 - 16</sup>. Así, por ejemplo, se ha observado que pacientes con Diabetes Mellitus Tipo 2, presentan el doble de riesgo de padecer depresión comparada con la población sin este diagnóstico<sup>17</sup>. De igual manera, estos trastornos depresivos se observan en pacientes con enfermedades como VIH, Hipertensión, procesos oncológicos, entre otros.

Por lo tanto, los trastornos depresivos pueden repercutir tanto en la percepción de la gravedad de los síntomas, así como en la eficacia del tratamiento. De la misma manera, estos trastornos también pueden ser una causa secundaria de la enfermedad o del tratamiento de estas.

En un estudio descriptivo realizado en el año 2005 en Colombia con el propósito para determinar la frecuencia de trastornos psiquiátricos en los pacientes hospitalizados en los servicios de medicina interna, cirugía, ginecología y ortopedia. Con un muestreo aleatorio obtuvieron la cantidad de 157 pacientes. Utilizando dos pruebas: Mini-Examen Cognoscitivo (MEC-35) aplicado a todos los pacientes para determinar si presentaban patología psiquiátrica; y la escala de Ansiedad y Depresión Hospitalaria (HADS) aplicada a aquellos pacientes que presentaban un MEC-35 normal. Obteniendo un 44.5% presentaba algún trastorno psiquiátrico, siendo el trastorno depresivo mayor el segundo más frecuente (10.2%; 16 pacientes) solo después de la demencia (12.1%; 19 pacientes) <sup>13</sup>.

En 2008 en Colombia se realizó un estudio para evaluar la presencia de depresión en pacientes hospitalizados por distintas enfermedades. Utilizando una muestra de 82 pacientes se aplicó el Inventario de Depresión de Beck (BDI-II), para evaluar el grado de depresión; y el HADS, para detectar estados de ansiedad y depresión. Utilizando el programa SPSS 11.5 obtuvo una prevalencia 41.5% en la muestra, utilizando el BDI-II y una prevalencia del 11% utilizando el HADS<sup>11</sup>.

Se realizó un estudio en el 2011 en México con el objetivo de identificar la prevalencia y los factores que influyen el desarrollo de depresión en pacientes hospitalizados en el Hospital Civil de Guadalajara Fray Antonio Alcalde, en el que se entrevistó a 120 pacientes hospitalizados. Dentro de los hallazgos, se encontraron mayores

índices de depresión durante las estancias hospitalarias cortas, de 1 a 18 días, con un pico máximo durante la primera semana con un 43.5%, obteniendo una fuerte correlación entre esta variable y la depresión. Sin embargo, no se obtuvo una significancia estadística para relacionarlas de manera adecuada<sup>18</sup>.

En el año 2013 en España, para determinar la relación entre la intensidad percibida del dolor, el estado de ánimo y la calidad de vida de pacientes hospitalizados, 271 pacientes participaron en el estudio utilizando la Escala de Ansiedad de Goldberg y la escala Verbal Simple (EUVS). Se encontró una relación entre la intensidad de dolor y el nivel depresión y ansiedad en los pacientes hospitalizados<sup>14</sup>. Un estudio realizado en Colombia en el año 2013, con el propósito de establecer la intensidad del dolor percibida, la ansiedad y calidad de vida en población geriátrica hospitalizada, con 119 pacientes utilizaron la Escala de Ansiedad y Depresión de Goldberg, el Cuestionario de perfil de salud de Nottingham (PSN) y la EUVS también se encontró una relación entre la intensidad del dolor y la presencia de síntomas depresivos<sup>15</sup>. En este mismo estudio, sugieren realizar investigaciones enfocados al apoyo social como modulador de la percepción del dolor, ya que este juega un papel importante en la calidad de vida de dichos pacientes.

En el año 2013 en España, realizaron una revisión de las interconsultas realizadas a la Unidad de Psiquiatría de Interconsulta y Enlace, del Complejo Hospitalario Universitario La Coruña, en el período de 1997 a 2007 para evaluar la depresión en los pacientes hospitalizados. Se evidenció que el 18.9% fue diagnosticado con Trastorno depresivo o Trastorno adaptativo con síntomas depresivos. Asimismo, la mayor cantidad de interconsultas fue realizada por el área de Medicina Interna<sup>16</sup>.

Durante el año 2014 en Perú un grupo de investigadores con el objetivo de dar la validez de la versión en español del Inventario de Depresión de Beck (BDI-II) en pacientes hospitalizados de medicina general, tomaron una muestra de 136 pacientes internados en los pabellones de medicina general del Centro Médico Naval en Lima. Se encontró que la puntuación promedio del BDI fue significativamente más alta en los pacientes con depresión mayor que en los que no la tenían. Tomando 18,5 o 19,5 como punto de corte para el diagnóstico de depresión mayor, la sensibilidad fue 87.5% y la especificidad 98.21%. Ningún paciente menor de 7,5 presentó depresión. Confirmando que el BDI-II tiene propiedades psicométricas adecuadas para la evaluación de depresión en los pacientes hospitalizados<sup>19</sup>.

Dentro del marco nacional, han sido pocas las investigaciones que se han realizado materia de salud mental. Sin embargo, existen algunos estudios de tesis relacionados a esta área de la salud.

En el año 2010 en Guatemala, se realizó un estudio en el Hospital Regional de Occidente con el objetivo de determinar la incidencia de depresión en los pacientes hospitalizados en el servicio de Medicina Interna. Se aplicó la escala de Zung y Conde a 150 pacientes. Del total de participantes, se encontró que el 51% presentaba algún grado de depresión, siendo el sexo femenino el más afectado. También se observó en la población joven una alta incidencia de síntomas depresivos, mientras que los pacientes mayores de 40 años se observaron grados de depresión de medio a severo<sup>20</sup>.

Otro estudio de tesis realizado en el 2015 en Guatemala con el objetivo de determinar el nivel de depresión en pacientes con diagnóstico de Diabetes Mellitus, utilizando el cuestionario sobre la salud del paciente (PHQ-9), encontró que, de los 342 pacientes entrevistados, el 34% presentaba depresión mínima, el 38% depresión leve, 23% depresión moderada, 4% depresión moderadamente severa y únicamente 1 paciente presentó depresión severa<sup>21</sup>.

Se evidente entonces, que los trastornos depresivos representan un problema de salud para la sociedad por su alto índice de incidencia y prevalencia tanto en la población general sana, como en aquellos con distintas morbilidades.

## **2.2 Marco referencial**

### **2.2.1 Trastornos depresivos**

La depresión, alteración en el estado emocional de las personas, es un trastorno afectivo que produce en las personas una gran diversidad de síntomas, principalmente ánimo disminuido, pérdida del interés, apatía, trastornos del sueño, apetito.

La depresión puede tener importantes consecuencias sociales y personales, desde la incapacidad laboral hasta el suicidio<sup>1, 3, 22</sup>.

### 2.2.1.1 Epidemiología

La depresión es el trastorno psiquiátrico más común. El 12.5 y 25% padece un cuadro depresivo, afectando a toda la población en general en alguna etapa de la vida <sup>3</sup>.

#### a. Sexo

Los trastornos afectivos afectan ambos sexos, a través de una revisión bibliográfica realizada en el año 2013 en Cuba, se exponen diferentes teorías de autores con respecto al sexo más afectado en la depresión. Evidencia que existe una relación de 2:1 y de 1.5:1 en mujeres con respecto a hombres. Aunque todos los investigadores coincidieron las altas tasas de depresión en mujeres no se ha llegado a un consenso respecto a ello. Algunos factores biológicos, fundamentalmente genéticos y hormonales tratan de explicar estas diferencias. Las mujeres están expuestas a mayor cantidad de estresores psicosociales y parecen ser más vulnerables al efecto depresogénico de estos<sup>23</sup>.

#### b. Edad

El Centro para el Control y la Prevención de Enfermedades (CDC) entre el año 2006 y 2008 analizaron datos de la encuesta del sistema de vigilancia para factores de riesgo para el comportamiento definiendo la depresión como aquella que reuniera los criterios tanto de depresión mayor como de otro tipo de depresión durante las 2 semanas precedentes a la encuesta; llegando a la conclusión de que las personas entre 45 a 64 años presentaron una mayor prevalencia de un trastorno depresivo mayor y que las personas entre 19 y 24 años presentan una mayor prevalencia de trastorno depresivo menor<sup>24</sup>.

#### c. Estado civil

Un estado deprimido es más susceptible a desarrollarse y se manifiesta en diferentes grados de acuerdo con el estado civil del paciente. Dependiendo de la edad, el estado civil afecta al paciente, por ejemplo, las adolescentes muestran altos índices de sintomatología depresiva al estar solteras, sin embargo, en pacientes adultos y adultos mayores existe una mayor relación con síntomas depresivos al reportar estar previamente casados o viudos <sup>24, 25</sup>.

#### d. Ocupación

La depresión afecta la vida de las personas, en las esferas biopsicosociales del individuo, afectando la productividad de su trabajo. Las personas que laboran en el cuidado o el tratamiento de personas que necesitan ayuda son más sensibles a padecer esta enfermedad. Existe una relación de un estado depresivo con el trabajo, sobre todo por factores de estrés en el lugar de trabajo <sup>24,26</sup>.

#### e. Tiempo de estancia hospitalaria

Se ha asociado el estado deprimido con aumento de la morbilidad primaria del paciente hospitalizado y sus costos <sup>27</sup>. En el año 2007 en España estudiaron la evolución de los síntomas de depresión en los pacientes hospitalizados y a los dos meses de alta. Observan un incremento de la sintomatología depresiva durante la hospitalización comparadas con las puntuaciones a los dos meses de alta<sup>28</sup>. Existe una alta prevalencia de presentar síntomas depresivos durante la primera semana hospitalaria <sup>18</sup>.

### 2.2.1.2 Diagnóstico clínico de ingreso

Diagnóstico clínico es el conjunto de síntomas, signos y hallazgos de exploraciones complementarias para llegar a un cuadro patológico, donde se rigen los algoritmos para el correcto tratamiento de la patología. El diagnóstico de ingreso hace referencia a la impresión clínica al momento de su ingreso al centro hospitalario. El Hospital General San Juan de Dios es una institución pública que cuenta con un número de camas limitado para atender a la población guatemalteca, siendo éste un hospital de referencia nacional junto al Hospital Roosevelt. En los pacientes adultos, como un grupo poblacional con características anatómicas, fisiológicas, psicológicas y sociales distintivas, los cuadros patológicos se presentan, en muchas ocasiones, de manera diferente<sup>29</sup>.

En Colombia se realizó un estudio de depresión en pacientes hospitalizados, donde encontraron que los diagnósticos más frecuentes son:

enfermedades cardiovasculares y respiratorias, con un 19.5% cada una. Luego enfermedades del sistema digestivo con un 13.4%, enfermedades oncológicas y las enfermedades urológicas y ginecológicas, con un 12.2% cada una <sup>11</sup>.

### 2.2.1.3 Etiología

La depresión tiene un origen complejo, debido a que en él influyen factores genéticos, biológicos y psicosociales. Hay evidencias de alteraciones de los neurotransmisores, citoquinas y hormonas que parecen modular o influir de forma importante sobre la aparición y el curso de la enfermedad.

Se han descrito una variedad de causas capaces de producir depresión en las personas. Dichas causas se dividen en primarias, originadas a nivel del sistema nervioso central; y secundarias, aquellas que son producidas por una patología concomitante, su tratamiento o bien consumo de sustancias como drogas o alcohol<sup>3, 22</sup>.

#### a) Causas primarias

- Bioquímicas: Se han vinculado los trastornos del estado de ánimo con ciertos desequilibrios químicos dentro del encéfalo, sobre todo con los niveles altos y bajos de ciertos neurotransmisores <sup>30</sup>. Algunos neurotransmisores se han vinculado al desarrollo de depresión, los más estudiados son noradrenalina, dopamina, serotonina. Esta teoría postula que la deficiencia de dichos neurotransmisores es la causa del trastorno depresivo. Además, otras sustancias como el GABA, glutamato y acetilcolina han sido involucrados como desencadenantes<sup>3</sup>. Aunque se han realizado diversos estudios sobre el efecto de los neurotransmisores sobre el estado de ánimo, no se cuenta con la evidencia firme que vincule los niveles altos o bajos de los neurotransmisores con un mayor riesgo genético para los trastornos del ánimo. De esta forma, el llamado desequilibrio químico en el encéfalo asociado con la depresión podría ser causado por eventos estresantes de la vida <sup>30</sup>.

- Genéticos y familiares: Existe evidencia consistente de que los factores genéticos desempeñan un papel importante en el desarrollo de la depresión<sup>30</sup>. La evidencia más sólida proviene de diversos estudios sobre gemelos, por ejemplo, si un gemelo idéntico sufre depresión clínica, es más probable que el otro gemelo también la sufra<sup>30</sup>. En gemelos monocigóticos, 37% es la concordancia en hombre y 31% en mujeres. Entre los gemelos fraternos, si un gemelo está clínicamente deprimido, la probabilidad de que el segundo gemelo también lo esté es mucho menor. Así, se ha encontrado que este es 1.5-3 veces más común en familiares de primer grado<sup>3</sup>.
- Psicológicos: La presencia de factores psicógenos son de importancia en el desarrollo de la depresión. Entre estos se menciona el duelo anormal, traumas durante la infancia, situaciones de estrés, pensamientos distorsionados. Se ha encontrado una importante contribución de las distorsiones cognoscitivas inadaptadas. Las cuales explican que durante la niñez y la adolescencia algunas personas pasan por experiencias desgarradoras como la pérdida de un padre, dificultades graves para obtener la aprobación social. Una respuesta a esa experiencia es desarrollar un autoconcepto negativo, que se define como un sentimiento de incompetencia o falta de valor, que poco tiene que ver con la realidad, pero persiste por una interpretación distorsionada e ilógica de los eventos reales. Cuando surge una nueva experiencia con características similares en que se aprendió el autoconcepto, se activan los mismos sentimientos de minusvalía e incompetencia, lo que produce la depresión<sup>30</sup>.

#### b) Causas secundarias

Dentro de esta categoría se encuentran todas las causas que explican los síntomas depresivos, como el uso de drogas, enfermedades médicas y su tratamiento, trastornos psiquiátricos.

- Drogas: existe un gran número de drogas capaces de desencadenar episodios depresivos.

- Enfermedades Psiquiátricas: muchos trastornos psiquiátricos cursan con síntomas depresivos, como la esquizofrenia, trastornos de pánico, ansiedad.
- Enfermedades Orgánicas: prácticamente cualquier enfermedad es capaz de causar depresión como una reacción psicológica. Las de tipo crónico, especialmente las más graves como la DM, enfermedades cardiovasculares, neurológicas, oncológicas, trastornos endocrinos o metabólicos.

#### 2.2.1.4 Clasificación

Para clasificar los trastornos depresivos, existen dos sistemas: DSM-IV-TR y CIE10. Entre esos sistemas existe una correlación de los diagnósticos. El sistema DSM-IV clasifica los trastornos depresivos en trastorno depresivo mayor, trastorno depresivo recurrente, trastorno depresivo único, trastorno distímico. Se pueden clasificar según su frecuencia de presentación en único, recurrente o persistente. También según su intensidad, como leve, moderado y severo<sup>3</sup>.

##### a. Clasificación de la depresión según DSM IV-TR.

Los trastornos del estado de ánimo están divididos en trastornos depresivos («depresión unipolar»), trastornos bipolares y dos trastornos basados en la etiología: trastorno del estado de ánimo debido a enfermedad médica y trastorno del estado de ánimo inducido por sustancias. Los trastornos depresivos (p. ej., trastorno depresivo mayor, trastorno distímico y trastorno depresivo no especificado) se distinguen de los trastornos bipolares por el hecho de no haber historia previa de episodio maníaco, mixto o hipomaníaco<sup>31</sup>.

El trastorno depresivo mayor se caracteriza por uno o más episodios depresivos mayores (p. ej., al menos 2 semanas de estado de ánimo depresivo o pérdida de interés acompañados por al menos otros cuatro síntomas de depresión). El trastorno distímico se caracteriza por al menos 2 años en los que ha habido más días con estado de ánimo depresivo que sin él, acompañado de otros síntomas depresivos que no cumplen los criterios para un episodio depresivo mayor<sup>31</sup>.

## Criterios para el episodio depresivo mayor:

- Presencia de cinco (o más) de los siguientes síntomas durante un período de 2 semanas, que representan un cambio respecto a la actividad previa; uno de los síntomas debe ser estado de ánimo depresivo o pérdida de interés o de la capacidad para el placer.

Nota: No incluir los síntomas que son claramente debidos a enfermedad médica o las ideas delirantes o alucinaciones no congruentes con el estado de ánimo.

- Estado de ánimo depresivo la mayor parte del día, casi cada día según lo indica el propio sujeto (p. ej., se siente triste o vacío) o la observación realizada por otros (p. ej., llanto). Nota: En los niños y adolescentes el estado de ánimo puede ser irritable.
- Disminución acusada del interés o de la capacidad para el placer en todas o casi todas las actividades, la mayor parte del día, casi cada día (según refiere el propio sujeto u observan los demás).
- Pérdida importante de peso sin hacer régimen o aumento de peso (p. ej., un cambio de más del 5 % del peso corporal en 1 mes), o pérdida o aumento del apetito casi cada día. Nota: En niños hay que valorar el fracaso en lograr los aumentos de peso esperables.
- Insomnio o hipersomnia casi cada día.
- Agitación o enlentecimiento psicomotores casi cada día (observable por los demás, no meras sensaciones de inquietud o de estar enlentecido).
- Fatiga o pérdida de energía casi cada día.
- Sentimientos de inutilidad o de culpa excesivos o inapropiados (que pueden ser delirantes) casi cada día (no los simples autorreproches o culpabilidad por el hecho de estar enfermo).
- Disminución de la capacidad para pensar o concentrarse, o indecisión, casi cada día (ya sea una atribución subjetiva o una observación ajena).
- Pensamientos recurrentes de muerte (no sólo temor a la muerte), ideación suicida recurrente sin un plan específico o una tentativa de suicidio o un plan específico para suicidarse.

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

b. Criterios de gravedad de un episodio depresivo según CIE-10.

### Cuadro 2.1 Criterios para Episodio Depresivo CIE-10

#### A. Criterios Generales para Episodio Depresivo.

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

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

- Humor depresivo de un carácter claramente anormal para el sujeto, presente durante casi todo el día y casi todos los días y que se modifica por circunstancias ambientales y que persiste por lo menos durante dos semanas.
- Pérdida de los intereses o de la capacidad de disfrutar actividades que antes producían placer en la persona.
- Falta de vitalidad o aumento de la fatigabilidad.

#### C. Además, debe estar presente uno o más síntomas de la siguiente lista para que la suma total sea al menos de 4:

- Pérdida de confianza y estimación de sí mismo y sentimientos de inferioridad.
- Reproches hacia sí mismo desproporcionados y sentimientos de culpa excesiva.
- Pensamientos constantes de suicidio o muerte.
- Dificultad para concentrarse acompañada de falta de decisión y vacilaciones.
- Cambios de actividad psicomotriz, con agitación o inhibición.
- Alteración del sueño ya sea insomnio o hipersomnio.
- Cambios de apetito con un cambio de peso sin una alteración consiente en la dieta

#### D. Puede haber o no síndrome somático.

Fuente: OMS. Clasificación Estadística Internacional de Enfermedades y Problemas relacionados con la Salud CIE-10. 10 ed. Madrid. 1992.

### Cuadro 2.2 Clasificación de los Trastornos Depresivos

CIE-10	DSM-IV-Tr
Trastorno depresivo Mayor	
Episodio único	Episodio depresivo
Recurrente	Trastorno depresivo recurrente
Trastorno distímico	Trastorno depresivo persistente (distimia)
Otros trastornos depresivos	Otros trastornos depresivos

Fuente: Vélez H, Rojas W, Borrero J, Restrepo J, Yepes L. Fundamentos de medicina. Psiquiatría. 2004.

a. Leve

Deben de estar presentes dos de los tres síntomas más típicos de la depresión, además de al menos dos del resto de los síntomas. Ninguno de los síntomas debe de estar presentes en un grado intenso. El episodio depresivo debe durar al menos dos semanas<sup>31</sup>.

b. Moderado

Deben de estar presentes dos de los tres síntomas más típicos, así como al menos tres de preferencia cuatro del resto de síntomas. Es probable que varios de los síntomas se presenten en grado un intenso. El episodio debe de durar al menos dos semanas. Un enfermo con trastorno depresivo moderado suele tener grandes dificultades para continuar desarrollando su actividad social, laboral o doméstica<sup>31</sup>.

c. Severo

Deben de estar presentes los tres síntomas típicos del episodio depresivo y además por lo menos cuatro de los demás síntomas, los cuales deben de ser de intensidad grave. Sin embargo, si están presentes síntomas como la agitación o la inhibición psicomotriz está justificada una evaluación global de la gravedad del episodio. El episodio depresivo debe durar al menos dos semanas, pero si los síntomas son particularmente graves y de inicio muy rápido está justificado hacer el diagnóstico con una duración menor a dos semanas<sup>31</sup>.

#### 2.2.1.5 Presentación clínica

Los pacientes con trastorno depresivo pueden dividirse en 3 grupos según los síntomas que presentan:

- a) El primero (24%) está formado por aquellos quienes presentan síntomas predominantemente depresivos. Entre estos síntomas: ánimo deprimido, pérdida de interés, tristeza, vacío, sentimiento de minusvalía, entre otros.

También pueden presentarse síntomas somáticos. Este grupo es el que se diagnostica con mayor facilidad.

- b) El segundo (63%), son los que presentan síntomas generales u orgánicos, manifestándose como problemas dolorosos (cefalea, artralgias, neuralgias, dolores abdominales), neurológicos (vértigo, tinitus, defectos de la concentración y/o memoria) o autonómicos (palpitaciones, taquicardia, disnea, constipación, visión borrosa).
- c) El tercer grupo (13%) tiene manifestaciones psiquiátricas, predominando la ansiedad, que generalmente enmascara a la depresión. Alcoholismo, hipocondriasis, farmacodependencia también forman parte de este grupo, y que generalmente son una causa secundaria de depresión<sup>2, 3, 22</sup>.

#### 2.2.1.6 Diagnostico

El diagnóstico de la depresión es complejo y esto se debe a que la mayoría de ellas se presentan con síntomas que pueden hacer pensar en una enfermedad orgánica u otro trastorno psiquiátrico. La sintomatología de la depresión suele presentarse con un sentimiento exagerado de tristeza que suele acompañarse de otros síntomas muy inespecíficos como lo son pérdida o ganancia de peso, insomnio en la mayoría de casos, aunque también se puede presentar un aumento del sueño, se puede presentar cefalea o dolor abdominal, debilidad, mareos, etc. es por esta amplia gama de síntomas que el médico tratante se puede confundir en el momento de hacer el diagnóstico<sup>3, 4</sup>.

Es importante que el médico tratante preste atención al momento del interrogatorio ya que durante este se puede obtener información que lo puede guiar a sospechar un trastorno depresivo datos como por ejemplo el fallecimiento de un ser querido, una relación sentimental problemática, etc. También se deben de realizar exámenes de gabinete como hematología, química sanguínea, orina, heces, tomografía, electroencefalogramas, resonancias magnéticas si el médico lo considera necesario todos estos exámenes se deben de realizar para descartar que los síntomas tengan una explicación biológica al descartar esta probabilidad el médico tratante debe de referir a su paciente con un profesional en salud mental<sup>22</sup>.

Existen también criterios para el diagnóstico de un episodio depresivo mayor la presencia de 5 de ellos por más de dos semanas y que afectan el funcionamiento previo de la persona, además los síntomas deben de causar sufrimiento clínico significativo es decir se ve afectada la vida social y ocupacional de la persona, los síntomas además no deben de ser causados por el consumo de alguna sustancia y los síntomas no deben de tener una explicación orgánica, hacen diagnóstico<sup>30</sup>. Los criterios son:

1. Animo deprimido la mayor parte del día, casi todos los días.
2. Interés disminuido en todas las actividades la mayor parte del día, casi todos los días.
3. Perdida o aumento de peso sin alteración de la dieta.
4. Insomnio o hipersomnia casi todos los días.
5. Agitación o retardo psicomotor casi todos los días observable por otras personas.
6. Fatiga o perdida de energía casi todo el día.
7. Capacidad disminuida para concentrarse.
8. Pensamientos recurrentes de muerte.
9. Sentimientos de minusvalía o culpa excesiva.

a. Inventario de depresión de Beck (BDI-II).

El inventario de depresión de Beck (BDI) es una escala de autoevaluación creada en el año de 1961 que proporciona una medida de la presencia y gravedad de los síntomas depresivos<sup>32</sup>.

Originalmente, el cuestionario consta de 21 ítems de la cual se realizaron dos revisiones posteriormente, BDI-IA en 1979 y Beck Depression Inventory – Second Edition (BDI-II) en 1996 y adaptado al castellano en 2011<sup>31, 32</sup>. El test original se adaptó y validó al castellano en 1975<sup>32</sup>.

Con dicha escala, se valoran principalmente el conjunto de síntomas clínicos de melancolía y los pensamientos presentes en la depresión. En esta escala predominan los síntomas cognitivos, pero no síntomas motores ni de

ansiedad<sup>32 - 34</sup>. En la versión de 21 ítems, se evalúan ánimo, pesimismo, sensación de fracaso, insatisfacción, culpa, irritabilidad, ideas suicidas, cambios en el aspecto físico, dificultad en el trabajo, insomnio, fatigabilidad, pérdida de apetito, entre otros. Sin embargo, en la versión II la valoración del aspecto físico, la pérdida de peso, preocupación somática y la dificultad para trabajar son sustituidas por agitación, dificultad de concentración, pérdida de energía y sentimientos de inutilidad<sup>32</sup>.

Los ítems contenidos en el BDI-II describen los síntomas clínicos más frecuentes que los pacientes psiquiátricos con depresión presentan en los criterios diagnósticos de las clasificaciones DSM-IV y CIE-10<sup>33</sup>.

Las preguntas realizadas cubren un espacio temporal de los 15 días previos, incluyendo el día en el que se realiza la prueba. Se utilizan ítems de tipo Likert, con los cuales es posible medir el grado de conformidad y actitudes del entrevistado, respecto a determinada situación, en este caso, a la depresión<sup>32, 33</sup>.

Cada ítem es valorado con un puntaje de 0 a 3, excepto los ítems 7 y 16. El puntaje total va desde 0 hasta un máximo de 63. Mientras mayor sea el puntaje, mayor será la gravedad<sup>33, 34</sup>.

Se establecen cuatro grupos en función de la puntuación total:

- Mínima o ausente: 0 – 13.
- Leve: 14 – 19.
- Moderada: 20 – 28.
- Severa: 29 – 63.

#### 2.2.1.7 Diagnóstico diferencial

El duelo por la pérdida de un ser querido no necesariamente produce un trastorno depresivo pese a que la persona pueda padecer una sintomatología similar a la de una persona deprimida se habla de depresión después de un duelo cuando los síntomas persisten por más de dos meses o presenta marcado menoscabo psicosocial. La depresión se puede confundir en muchas ocasiones con el trastorno bipolar sin embargo la diferenciación es fácil el trastorno bipolar

presenta episodios hipomaniacos maniacos los cuales no se hacen presentes en la depresión. La ansiedad puede ser un síntoma de depresión y en muchas ocasiones la presencia de esta puede causar una confusión al momento de diferenciar entre un trastorno depresivo y un trastorno de ansiedad sin embargo la presencia de más síntomas de la depresión guían hacer la diferencia para diferenciar entre ansiedad y depresión<sup>3</sup>.

En los cuadros de pánico también se pueden confundir con la depresión la diferencia recae en que los cuadros depresivos en el trastorno de pánico son producidos por los episodios de pánico por lo que la presencia de ello descarta esta posibilidad. Otras enfermedades que deben de descartarse al momento de hacer diagnóstico de depresión es hipotiroidismo y también se debe de descartar la presencia o el uso de drogas por parte del paciente.

#### 2.2.1.8 Tratamiento y psicofármacos

Los esquemas terapéuticos que se utilizan con más frecuencia, referidos como antidepresivos de segunda generación, son los inhibidores selectivos de recaptación de serotonina (SSRI) y los inhibidores de recaptación de serotonina y noradrenalina (SNRI) junto con la terapia de electrochoque en pacientes con tendencias suicidas.

Todos los fármacos de uso habitual utilizados para el tratamiento de la depresión comparten principalmente, a cualquier nivel, efectos sobre los sistemas de neurotransmisores serotoninérgicos o noradrenergicos. En general, los antidepresivos mejoran la transmisión serotoninérgica o noradrenanergica. Los efectos a largo plazo de los antidepresivos evocan mecanismos adaptativos o reguladores que mejoran la eficacia terapéutica. Estas respuestas incluyen densidad o sensibilidad aumentada de receptores adrenérgicos o serotoninérgicos, acoplamiento aumentado de receptor de proteína G y señalización de nucleótido cíclico, inducción de factores neurotroficos, y neurogénesis aumentada en el hipocampo. El tratamiento prolongado con algún antidepresivo que interactúa de manera directa con transportadores de monoamina reduce la expresión y la actividad de la 5-HT o los transportadores de

noradrenalina en el cerebro, lo cual da por resultado neurotransmisión serotoninérgica o noradrenergica mejorada.

Luego de iniciar el tratamiento farmacológico antidepresivo casi siempre hay un retraso terapéutico que dura de dos a tres semanas antes de que se haga evidente una respuesta terapéutica mensurable. Aproximadamente dos tercios de los individuos deprimidos mostraran 50% de disminución de los síntomas depresivos en el curso de cuatro a seis semanas del tratamiento antidepresivo; un tercio experimentara una remisión completa con un solo antidepresivo<sup>35</sup>.

#### a. Inhibidores de la Monoaminoxidasa

Los inhibidores de la Monoaminoxidasa (IMAO) poseen eficacia equivalente a los antidepresivos tricíclicos, pero ya no se utilizan a causa de su toxicidad e interacciones principales con alimentos y fármacos. Los fármacos que se utilizaban para el tratamiento de la depresión incluyen tranilcipromina, fenelzina e isocarboxazida como inhibidores irreversibles de las monoaminoxidasas. La evidencia de la eficacia de los IMAO en el tratamiento de la depresión mayor, sin que haya estudios suficientes ni nuevas evidencias que justifiquen su uso de nuevo en la práctica clínica<sup>35</sup>.

Un inhibidor reversible como la selegilina está disponible en parche transdérmico y se aprobó para su uso en el tratamiento de la depresión: la liberación transdérmica puede reducir el riesgo para reacciones hipertensivas relacionadas con la dieta<sup>35</sup>.

La manera en la que actúan los inhibidores de monoaminoxidasas impide de manera no selectiva e irreversible tanto la monoaminoxidasas A como la B, que se localizan en la mitocondria y metabolizan las monoaminas. La selegilina inhibe la monoaminoxidasas B a dosis más bajas, pero tiene efectos en la monoaminoxidasas A en dosis más elevadas. La selegilina también es un inhibidor reversible de la monoaminoxidasas lo cual reduce el potencial de interacciones adversas graves en fármacos y alimentos.

El metabolismo de la mayor parte de los antidepresivos es mediado por los citocromos hepáticos. Los antidepresivos inhiben la eliminación de otros fármacos por el sistema de CYP. Los inhibidores de las monoaminoxidasas se metabolizan por acetilación, aunque los productos finales se han caracterizado de manera incompleta. Los inhibidores no selectivos que se utilizan en el tratamiento de la depresión son inhibidores irreversibles; por ello, toma más de dos semanas la recuperación de la actividad de la monoaminoxidasas, aunque los fármacos originales se excretan en 24h. La recuperación de la función normal de la enzima depende de la síntesis y el transporte de nueva monoaminoxidasas a la terminación nerviosa monoaminoérgica<sup>35</sup>.

La dosis de tranilcipromina, se inicia con 10 mg, se aumenta diariamente de acuerdo con la tolerancia del paciente hasta llegar a los 30 mg. La fenelzina se inicia con 15 mg y se aumenta hasta 45-60 mg diarios. La Selegilina se inicia con dosis de 2.5 mg o 5 mg hasta llegar a una dosis de 10 mg al día <sup>35</sup>.

Los efectos secundarios más comunes son los autonómicos, hipotensión ortostática, sequedad de boca, constipación, dificultades en la micción, disfunción sexual, mareos, etc. Por interacciones con medicamentos y ciertos alimentos pueden producir crisis hipertensivas y síndrome serotoninérgico.

Los inhibidores selectivos de la monoaminoxidasas mejoran los efectos de los inhibidores de la recaptación de serotonina debido a la inhibición del metabolismo de serotonina. La administración de estos fármacos puede generar aumentos sinérgicos en la serotonina cerebral extracelular, lo cual lleva a la aparición del síndrome de serotonina. El síntoma de este síndrome incluye hipertermia, rigidez muscular, micrones, temblores, inestabilidad autonómica, confusión, irritabilidad y agitación; esto puede progresar a coma y muerte<sup>35</sup>.

#### b. Antidepresivos tricíclicos

Los antidepresivos tricíclicos, además de inhibir a los transportadores de noradrenalina en cierto modo de manera selectiva como: la desipramina, nortriptilina, protriptilina, amoxapina; o tanto transportadores de serotonina como

de noradrenalina (Imipramina, amitriptilina), estos fármacos también bloquean otros receptores (H1, 5-HT2, adrenérgicos  $\alpha_1$  y muscarínicos)<sup>35</sup>.

Los antidepresivos tricíclicos o sus metabolitos activos han presentado datos de semivida en plasma de 8 a 80 horas; esto hace posible una dosificación de una vez al día para la mayoría de sus compuestos. Las concentraciones estables se presentan de varios días a varias semanas después de empezar el tratamiento. Los antidepresivos tricíclicos son metabolizados en gran parte por los citocromos P hepáticos.

Las dosis de tratamiento, en el caso de imipramina y la amitriptilina, con una dosis de 75 mg al día y se aumenta 25 mg cada dos o tres días hasta llegar a los 150 mg al día que puede ser en dosis única o repartidos en dos o tres dosis, se puede administrar en dosis nocturna debido a los efectos secundarios durante el día. Algunos pacientes cuya mejoría es incompleta se pueden llevar a dosis superiores hasta 300 mg al día<sup>35, 36</sup>.

Los efectos secundarios más frecuentes de los antidepresivos tricíclicos son sedación, hipotensión postural y efectos anticolinérgicos tales como sequedad de mucosas, especialmente de la boca, constipación, retención urinaria y dificultades de acomodación visual<sup>36</sup>.

Los fármacos que inhiben el CYP2D6, como los inhibidores selectivos de recaptación de serotonina, pueden aumentar las concentraciones plasmáticas de los antidepresivos tricíclicos. Los antidepresivos tricíclicos pueden potenciar las acciones de las aminas simpaticomiméticas y no deben utilizarse al mismo tiempo con IMAO o dentro de los 14 días de haber suspendido<sup>35</sup>.

#### c. Inhibidores selectivos de recaptación de serotonina

En el año de 1984 a 1997 se introdujeron los inhibidores de la recaptación de serotonina los cuales abarcan la fluoxetina, paroxetina, sertralina, citalopram, escitalopram y fluvoxamina.

La Food and Drugs Administration(FDA) por sus cifras en ingles aprobó la fluvoxamina para el tratamiento de trastorno obsesivo compulsivo y de ansiedad social, pero no lo aprobó para el trastorno de depresión, el Citalopram es el antidepresivo más efectivo para el trastorno disfórico premenstrual.

Los Inhibidores Selectivos De La Recaptación De Serotonina (ISRS) comparten características tales como que son eficaces para el tratamiento de una depresión profunda. Son más seguros en su uso que los antidepresivos Tricíclico. Además, de su conocido uso como antidepresivo los ISRS también son ansiolíticos con una capacidad demostrada además que se pueden utilizar para el tratamiento de crisis de pánico, ansiedad social y trastorno obsesivo compulsivo. Todos estos fármacos tienen una selectividad 10 veces o más sobre los transportadores de serotonina a comparación con los de noradrenalina<sup>35</sup>.

El metabolismo de la mayor parte de los antidepresivos es mediado por los citocromos hepáticos en especial citocromo CYP2D6 el cual está implicado en el metabolismo de la mayoría de los ISRS, sin embargo, muchos antidepresivos inhiben la eliminación de otros fármacos por el sistema CYP siendo los más potentes la Fluoxetina y Fluvoxamina siendo los menos potente Citalopram <sup>35</sup>.

Como es sabido los transportadores de serotonina median la recaptación de esta dentro de la terminal presináptica; la captación neuronal es el principal proceso mediante el cual se agotan la neurotransmisión mediada por la 5-hidroxitriptamina. El Inhibidor de la Recaptación De Serotonina bloquea la recaptación y provoca neurotransmisión serotoninérgica aumentada y prolongada. Al existir una mayor disponibilidad sináptica de serotonina existe una estimulación de muchos subtipos de receptores postsinápticos para 5-hidroxitriptamina, así como receptores terminales somatodendríticos y presinápticos que regulan la actividad neuronal serotoninérgica y la liberación de serotonina<sup>35</sup>.

Los ISRS causan estimulación de autorreceptores 5-HT1A y 5HT7 sobre los cuerpos celulares en los núcleos del rafe y de los autorreceptores 5-HT1D en las terminales serotoninérgicas causando una reducción en la síntesis y la liberación de serotonina hacia la concentración previa a la administración del fármaco. Mediante un tratamiento continuo con dichos medicamentos se produce

una regulación gradual a la baja y desensibilización de los mecanismos autorreceptores. Además, tal regulación de los receptores 5-HT<sub>2</sub> postsinápticos pueden contribuir a la eficacia antidepressiva directamente o tras influir en la función de neuronas noradrenérgicas.

Los efectos que genera el uso de estos medicamentos son un aumento continuo en la señalización del monofosfato de adenosina cíclico y fosforilación del factor de transcripción nuclear, la proteína de unión al elemento de respuesta del c-AMP, así como aumento en la expresión de factores tróficos, además de que se produce un aumento de la neurogénesis a nivel del núcleo dentado del hipocampo y la zona subventricular. También el uso continuo de estos medicamentos reduce la expresión de los transportadores de serotonina lo que lleva a una depuración reducida de 5-HT liberada y neurotransmisión serotoninérgica aumentada<sup>35</sup>.

La principal ventaja que tienen los ISRS sobre los antidepressivos tricíclicos es que no causan efectos cardiovasculares graves. Por lo general no tienen efectos secundarios antimuscarínicos graves y no antagonizan a receptores de histamina ni adrenérgicos alfa y no son sedantes<sup>35</sup>.

Los principales efectos secundarios se producen por la sobre estimulación de los receptores 5-HT<sub>2</sub> en el cerebro lo que puede causar insomnio, ansiedad aumentada, irritabilidad, y libido disminuido. El exceso de los receptores espinales 5-HT<sub>2</sub> causa efectos secundarios en la condición sexual incluso pudiendo causar disfunción eréctil, anorgasmia y retraso de la eyaculación. La estimulación de los receptores 5-HT<sub>3</sub> contribuye a las manifestaciones del aparato digestivo que casi siempre suelen ser náuseas, vómitos y en algunas ocasiones diarrea.

La suspensión repentina y abrupta de estos medicamentos puede producir síndrome de privación siendo la fluoxetina el medicamento de esta familia que menos probabilidad tiene de que se presente este problema ya que su metabolito activo norfluoxetina tiene una vida media muy prolongada de 1 a 2 semanas.

Estos fármacos pueden inhibir al CYP2D6 esto produce un incremento desproporcionado de las concentraciones plasmáticas cuyo metabolismo depende de este sistema pudiendo aumentar la posibilidad de la toxicidad de los fármacos como Warfarina, Digoxina, Fenitoína, etc. También la combinación con ciertos fármacos puede producir la presencia de un síndrome serotoninérgico como el tramadol, pimozida, etc.

No se deben de utilizar como tratamiento concomitante con IMAO o antidepresivos tricíclicos ya que se puede desarrollar síndrome serotoninérgico. Se debe de evitar su uso en pacientes que estén tomando clorhidrato de tramadol ya que en raras ocasiones producen convulsiones. No se debe utilizar cuando el paciente este bajo el tratamiento con medicamentos como la Warfarina y la Digoxina ya que aumenta su nivel en sangre y aumenta la probabilidad de que haya toxicidad. No se debe utilizar cuando el paciente este bajo el tratamiento de benzodiazepinas ya que aumenta su nivel en sangre y aumenta la probabilidad de que haya toxicidad. No se debe utilizar en pacientes con tratamiento con beta bloqueadores como metoprolol o propanolol debido a que potencian su acción bloqueadora. No se debe utilizar en pacientes bajo tratamiento con diuréticos ya que estos potencian la toxicidad de los ISRS. No se debe utilizar en pacientes bajo tratamiento con litio ya que esta potencia la toxicidad de los ISRS.

Para administrar estos medicamentos debemos de tener en cuenta que el efecto antidepresivo no se presenta de inmediato para alcanzar este efecto se debe de esperar de 2 a 3 semanas. Estos fármacos se dejan de forma oral ya que son bien tolerados. El uso en la mayoría de los casos se recomienda por un año y al momento que el medico decida suspender el tratamiento debe de iniciar con un descenso en la dosis y no retíralo de manera abrupta.

- Citalopram

Es un medicamento creado en 1989. La concentración plasmática máxima se consigue cuatro horas después de la administración oral. Su vida media de eliminación es de aproximadamente 35 horas y su biodisponibilidad es del 80%. La

mayoría de este medicamento es eliminado por la vía hepática y el resto por la vía renal. Es un medicamento categoría C para el embarazo.

- Escitalopram

La FDA aprueba su uso para el tratamiento de la depresión el año 2001. Su biodisponibilidad es del 80%. Tiene una vida media de 25-35 horas y su excreción es renal. Es un medicamento categoría C para el embarazo.

- Fluoxetina

Desde su aprobación como antidepresivo por parte de la FDA en 1987, es el antidepresivo más utilizado. La fluoxetina tiene una biodisponibilidad del 70% y una vida media que va desde 1 día hasta 16 días. La mayoría de la excreción se lleva a cabo por los riñones, aunque los intestinos también colaboran en esta tarea. Además, que posee un efecto antiviral ya que se ha comprobado su capacidad para inhibir la replicación de enterovirus.

- Paroxetina

Tiene una vida media de 21 horas. Se excreta en su mayoría por el riñón, aunque los intestinos también tienen una importante contribución en esta tarea. Se ha clasificado por la FDA como un medicamento categoría D en el embarazo.

- Sertralina

Puesto a la venta en el año 2001. Su biodisponibilidad es baja de solo 44%, su mayoría de excreta es llevada a cabo por los riñones y su vida media es 36 horas. Se ha demostrado que sus efectos antidepresivos para ciertos tipos de depresión son más efectivos que los efectos de la fluoxetina<sup>35</sup>.

d. Inhibidores de recaptación de serotonina y noradrenalina

Los inhibidores de recaptación de serotonina y noradrenalina (IRSN) inhiben tanto a los transportadores de serotonina como a los de noradrenalina. Dependiendo del fármaco, la dosis y la potencia para cada sitio, tales inhibidores provocan incremento de la neurotransmisión serotoninérgica o noradrenérgica, o ambas<sup>35</sup>.

- Venlafaxina

La venlafaxina es un antidepresivo con efecto inhibitorio sobre la recaptación de noradrenalina y serotonina, escasa acción sobre los receptores de dopamina y ninguna sobre los receptores muscarínicos, antihistamínicos y alfa adrenérgicos<sup>34, 37</sup>. Con una vida media de aproximadamente 3 a 6 horas, este fármaco es metabolizado hepáticamente por el sistema de citocromo P450, específicamente, la enzima CYP1A2<sup>35</sup>.

Se utiliza para tratamiento de trastornos depresivos, especialmente los más severos. Puede ser utilizado también en casos de ansiedad generalizada y social, además de pánico y estrés postraumático<sup>37</sup>.

Las dosis de inicio son e 75mg y la dosis terapéutica es de 150-300 mg/día. Dentro de los efectos secundarios más comunes se encuentran náusea, cefalea, somnolencia, sequedad de la boca, insomnio, estreñimiento, sudoración, astenia, nerviosismo y en algunos casos, hipertensión arterial. Sin embargo, no produce hipotensión ortostática ni alteraciones en el electrocardiograma como otros ISRS<sup>37</sup>.

<sup>38</sup>

- Desvenlafaxina

Es un antidepresivo dual, metabolito desmetilado de la venlafaxina, que actúa bloqueando la recaptación de serotonina y noradrenalina. A diferencia de la venlafaxina, este es metabolizado por glucoronización y

metabolismo oxidativo por la isoenzima CYP3A4, siendo una alternativa para los pacientes que no responden a la venlafaxina en caso de tener un fenotipo metabolizado lento de CYP2D6. Presenta una semivida de eliminación de 11 horas<sup>35, 38</sup>.

Se utilizan dosis desde 50 hasta 400 mg/día. Los efectos adversos descritos son similares a los de la venlafaxina. Sin embargo, predominan los síntomas gastrointestinales como náusea, vómitos y además insomnio y cefaleas<sup>38</sup>.

- Trazodona

Es una triazolopiridina que actúa principalmente bloqueando los receptores 5HT<sub>2</sub> y alfa-1. Posee un metabolismo hepático en el que sufre una N-desalquilación a través de la isoenzima CYP2D6. Posee una semivida de eliminación de 6 horas. Puede ser efectivo en trastornos depresivos e insomnio.

Se requieren dosis altas, de 200-600mg/día<sup>37</sup>. Produce sedación, mareos e hipotensión postural. Se ha relacionado con el desarrollo de priapismo. Dentro de sus ventajas, no produce habituación ni alteración del sueño, tampoco impotencia y disminución de la libido<sup>35, 37</sup>.

Debido a que es metabolizado por la isoenzima CYP2D6, se debe reducir la dosis cuando el paciente toma medicamentos metabolizados por la misma vía.

- Mirtazapina

Este fármaco actúa sobre los receptores H<sub>1</sub> para histamina y ejerce efecto sobre los receptores 5HT<sub>2</sub> y 5HT<sub>3</sub>. Es metabolizado en el hígado por el CYP2D6, con lo que sufre N-desmetilación e hidroxilación aromática. Su rango de eliminación varía de 16 a 30 horas<sup>35, 37</sup>.

Se utilizan dosis terapéuticas de 30 a 60mg/día<sup>37</sup>. Los efectos adversos se observan en más del 10% de los pacientes, siendo los más comunes somnolencia y aumento de peso. Un efecto inusual es la agranulocitosis, la cual desaparece al suspender el medicamento<sup>35, 37</sup>. Comparado con los ISRS, la frecuencia de agitación, disfunción sexual, náusea, vómitos y cefalea es menor.

e. Inhibidores de recaptación de norepinefrina y dopamina

Los Inhibidores de la recaptación de norepinefrina y dopamina (IRND), son un tipo de medicamento antidepresivo que aumenta los niveles de norepinefrina y dopamina inhibiendo su reabsorción a la célula, el más icónico de estos medicamentos es el bupropión.

- Bupropión

Fue autorizado como antidepresivo por la FDA en 1985. Pero se retira del comercio un año después debido a que aumentaron los cuadros convulsivos en los pacientes que tomaban este medicamento. Nuevamente fue introducido en el año de 1989 limitando sus dosis al día. También recibe la acreditación de la FDA para tratamiento en deshabitación tabáquica<sup>39</sup>.

Este fármaco mejora la neurotransmisión tanto noradrenérgica como dopaminérgica, mediante la inhibición de recaptación. Tiene efectos en el electroencefalograma durante el sueño que son opuestos a los de la mayoría de antidepresivos.

Inhibe el transporte de noradrenalina e impide la actividad del transportador de dopamina, aunque sus efectos sobre este mecanismo no son completamente comprobables en experimentos realizados en animales. Su metabolito hidroxibupropion puede contribuir a los efectos terapéuticos del fármaco. Lo que podría implicar en la liberación presináptica de noradrenalina y dopamina<sup>35</sup>.

Este fármaco posee una semivida de 21 horas. La vía metabólica utilizada para este fármaco es la CYP2B6. La eliminación se da en vía

hepática y renal. El uso de distintas fórmulas de liberación sostenida a menudo abate la concentración máxima que se observa tras la administración de la dosis <sup>35, 39</sup>.

Cuando se ingiere dosis más elevadas a las recomendadas para el tratamiento de depresión, mayores a 450 mg/día, el riesgo de aparecer crisis convulsivas aumenta de manera exponencial. El uso del fármaco con liberación sostenida da la oportunidad de alcanzar concentraciones terapéuticas deseadas sin tener los riesgos aumentados de una crisis. Otros efectos adversos debido a su forma de actuar incluyen: agitación, activación, temblores, insomnio y náuseas. Los pacientes con falla hepática deberían de recibir una dosis de 150 mg al día, mientras que los pacientes con enfermedad renal deberían de considerarse una dosis menor <sup>35, 39</sup>.

La eficacia de bupropión como antidepresivo es inclusive comparado a la eficacia de los ISRS. Las dosis que han demostrado una respuesta adecuada de la patología se encuentran en un rango de 150 a 300 mg/ día. Este fármaco no tiene propiedades sedantes, ni propiedades antihistamínicas o anticolinérgicas, es por su mecanismo de acción que tiene propiedades levemente estimulantes <sup>39</sup>.

### 2.2.2 Factores intrahospitalarios

Las condiciones a las que están expuestos los pacientes dentro del hospital y su comodidad puede hacer referencia a una sensación de alivio al malestar, tranquilidad y satisfacción. Esta comodidad se ve reflejada en los marcos físico, ambiental y social que envuelven a los pacientes dentro de su estancia hospitalaria<sup>40</sup>.

La depresión en el paciente hospitalizado afecta el estado de ánimo de la persona. Conlleva factores psicosociales como podría ser la tensión en el medio ambiente en que se encuentra la persona puede llegar a ocasionar el principio de este mal<sup>41</sup>. Las condiciones ambientales donde permanecen los pacientes aumenta en estado de tensión como, por ejemplo: los colores de las paredes, se observa que un color neutral no puede provocar cambios la tensión ambiental. El

estado de la cama, cuando el paciente no obtiene un tiempo de reposo adecuado se ve reflejado en el aumento de la tensión personal, modificando su estado de ánimo <sup>42</sup>.

Se considera que las intervenciones del personal de enfermería y médico deberían de estar encaminadas a aumentar la comodidad del paciente, sin descuidar el estado de enfermedad por la cual el paciente se encuentra hospitalizado. Los cuidados del personal hospitalario brindado con calidad, seguridad y humanizados favorecen el bienestar de los pacientes, y a su misma vez, su recuperación<sup>40, 43</sup>. Además, influyen en la percepción de satisfacción y mejoría física en los pacientes <sup>44</sup>.

En el año 2011 en Perú se realizó en el Hospital Nacional Daniel Alcides Carrión, un estudio para conocer desde la perspectiva del paciente la actitud del personal de enfermería hacia el cuidado que brinda, con una muestra de 50 pacientes, demostrando que los pacientes opinan que el personal de enfermería presentan actitudes medianamente favorables hacia el cuidado que les brindan al igual que enfermería presentan actitudes medianamente favorables con tendencia hacia desfavorables hacia el cuidado del paciente en el aspecto psicológico<sup>45</sup>.

Aunque la actitud del personal médico es poco estudiada en Suiza en el año 2015 se detalla que entre más conocimiento el médico tenga sobre los padecimientos psiquiátricos mejor será la actitud que tendrá hacia el paciente y el mejoramiento de la actitud y el trato hacia el paciente puede reducir su ansiedad y su sensación de tristeza ante su padecimiento<sup>46</sup>.

El diseño arquitectónico de los diferentes ambientes hospitalarios también favorece el aislamiento del paciente. Conformado por grandes muros de concreto, cuartos reducidos, donde sólo interactúa con el personal hospitalario. La familia queda fuera de este contexto, la cual toma un papel decisivo para el estado de ánimo de los pacientes <sup>40</sup>.

Durante el año 2007 en México se evidenció que las personas hospitalizadas que no reciben visitas o las visitas de personas no cercanas al núcleo familiar (sobrinos, ahijados, etcétera) se deprimen más que aquellos

pacientes quienes reciben o cuentan con apoyo familiar más cercano. Esta situación se intenta explicar porque la soledad y la falta de convivencia social y familiar, aunadas a la discapacidad, alteran en forma importante la esfera psicosocial, con sentimientos de inutilidad y desánimo<sup>47</sup>.

Por ello, se han creado instrumentos para determinar el grado de satisfacción de los pacientes durante su estancia hospitalaria, a partir de distintas teorías respecto a factores conductuales, afectivos y cognitivos del personal de salud (Hardy et. al. 1996). Según Duffrene, existen seis componentes de la satisfacción: cuidado médico y de enfermería; rendimiento del servicio, manejo de las quejas, evaluación de la calidad general y cuidado y preocupación de la cuadrilla en general <sup>48</sup>.

## **2.3 Marco teórico**

### **2.3.1 Fisiopatología**

En la actualidad no existe una causa única de depresión. Se considera que la depresión es causada por varios factores psicológicos, bioquímicos y genéticos. El estrés es un factor importante para que se dé un estado depresivo reactivo. Se ha observado que también el eje hipotálamo-hipófisis- suprarrenal juega un papel importante en el mecanismo de la depresión<sup>49</sup>.

Los factores genéticos son más influyentes en aquellos pacientes que presentan un trastorno depresivo mayor. Se cree que los factores genéticos para la aparición de la depresión se encuentran en el cromosoma X 4, 5, 8, 18 y 21. Se encontró un polimorfismo funcional en la región prefrontal del transportador de la serotonina (5-HHT) modulaba la influencia de los factores estresantes en la aparición de la depresión. Los pacientes con una o dos copias del alelo corto del 5-HHT suelen presentar una mayor sintomatología depresiva, suelen ser además los pacientes a quienes más se les hace diagnóstico y son los pacientes que tienen una mayor tendencia suicida<sup>49</sup>.

Cabe mencionar de, aunque la depresión se presenta en pacientes con antecedentes familiares también se puede presentar en aquellos que no presentan ningún antecedente familiar.

Se ha observado también que en la depresión existe un desequilibrio neurohormonal a nivel del cerebro el cual se caracteriza por niveles anormales de serotonina, dopamina y norepinefrina. La serotonina realiza una importante función en la conducta, movimientos, aparición del dolor, en el ciclo del sueño-vigilia, apetitos y funciones cardíacas; la serotonina a nivel cerebral se produce en el núcleo del rafe y es producida a partir del aminoácido triptófano el cual es transportado a través de la barrera hematoencefálica por el transportador neutral de aminoácidos. La noradrenalina es producida en el núcleo Locus Coeruleus que se encuentra en el encéfalo; los niveles de noradrenalina al igual que los de serotonina se han visto afectados en pacientes con psicosis depresiva unipolar y bipolar. Se ha observado además que la actividad de la noradrenalina aumenta el estado de vigilia ante situaciones de estrés. Este neurotransmisor se produce a partir de la tirosina para poder ser elaborada. La Dopamina es producida en el Locus Niger. La Dopamina es un neurotransmisor inhibitorio y se piensa que mientras la Noradrenalina y Serotonina alteran la conducta y el estado mental del paciente depresivo la dopamina juega un papel importante en la alteración motriz de estos pacientes<sup>49</sup>.

Se ha observado que los principales circuitos neuronales involucrados en la depresión son los que son límbico-talámico-cortical y límbico-estriado-pálido-talámico-cortical y se cree que una disfunción a nivel funcional o estructural de estos circuitos predisponen al paciente para que padezca depresión<sup>49</sup>.

### 2.3.2 Modelo cognitivo

El modelo cognitivo, propuesto por Aaron Beck, considera que la principal alteración en la depresión está en el procesamiento de la información. Durante la depresión están presentes una serie de esquemas o formas de percibir la realidad en las cuales incluyen creencias y emociones que la favorecen. Estos esquemas suelen adquirirse en la infancia, pero pueden permanecer latentes y activarse cuando el sujeto se encuentra con situaciones estresantes similares a aquellas en las que se formaron<sup>50</sup>.

La noción de esquema debe ser entendida como un conjunto de significados idealizados con los cuales el sujeto va dando sentido a las diferentes

situaciones vitales. Estos esquemas pueden estar relacionados por ejemplo con el atractivo sexual, o el trabajo y el dinero. Estas personas estarán más preponderantes a observar, concentrarse y calificar a los demás en función de estas ideas<sup>50</sup>.

En lo que respecta a la depresión, el esquema central propuesto por Aaron Beck se denomina “triada cognitiva”. Refiriéndose a una visión negativa de sí mismo, del entorno y del futuro. La persona que padece depresión, aplica un sesgo negativo sobre sí mismo, viéndose como una persona despreciable, desvalorizada. Resalta sus aspectos negativos y no percibe nada bueno de sí<sup>50</sup>.

Por otro lado, también remarca los aspectos negativos de su entorno, su medio ambiente, incluyendo a las personas que lo rodean. Finalmente, es pesimista, cree que en el futuro su vida no cambiará, seguirá padeciendo desgracias y sufrimiento. Esta última arista de la triada cognitiva, la visión negativa del futuro, se conoce como desesperanza y se encuentra fuertemente relacionada con el riesgo de suicidio<sup>50</sup>.

Los esquemas se manifestarán en la consciencia del individuo a través de interpretaciones puntuales y precisas de las situaciones que atraviesa. Estas interpretaciones se denominan “pensamientos automáticos” que consisten en mensajes específicos, cortos y fugaces; adoptan típicamente la forma de frases como “soy un inútil”, “mi vida es un fracaso”, “¿para qué vivir así?”. Tal es el bombardeo de verbalizaciones negativas que el depresivo tiene en su consciencia que, la emoción predominante de su estado de ánimo no puede ser otra más que la tristeza<sup>50</sup>.

Estas manifestaciones de los pensamientos automáticos dependen principalmente de maneras distorsionadas en que el ser humano procesa información, combinarla, transfórmala, relacionarla y llegar con esto a ideas nuevas. Beck se refiere a esto como un conjunto de formas patológicas de transformación de la información, los cuales conducen a aumentar el estado del ánimo depresivo<sup>50</sup>.

## 2.4 Marco conceptual

- Ansiedad. La reacción del individuo a amenazas reales o imaginarias.
- Antidepresivos Atípicos. Son utilizados para tratar otros padecimientos tales como la esquizofrenia, depresión bipolar, etc.
- Antidepresivos Tricíclicos. Son un grupo de fármacos que ejercen sus efectos antidepresivos inhibiendo el transporte de serotonina y noradrenalina.
- Depresión. Trastorno del estado de ánimo caracterizado por sentimientos abrumadores de tristeza, falta de interés en las actividades y quizá por culpa excesiva o sentimientos de minusvalía.
- Depresión Atípica. Presencia de reactividad anímica, el ánimo se mejora cuando le sucede algo placentero al paciente. El paciente debe presentar por los menos dos de los siguientes síntomas: aumento de apetito o peso significativo, hipersomnia, parálisis de plomo y un patrón de larga duración de sensibilidad al rechazo intrapersonal.
- Depresión Breve Recurrente. Dura menos de dos semanas. Es incapacitante y presenta muchos intentos de suicidios.
- Depresión Estacional. Episodios depresivos en una época específica del año por lo regular en invierno.
- Depresión Melancólica. Se caracteriza por pérdida del placer en todas o casi todas las actividades o falta de reactividad a estímulos que son normalmente placenteros. El paciente debe presentar por lo menos 3 de los siguientes síntomas: una calidad diferente de ánimo, depresión peor en la mañana, despertarse de madrugada, retardó o agitación psicomotoras anorexia o pérdida de peso significativa y culpa excesiva o inapropiada<sup>51</sup>.
- Distimia. Es un estado de ánimo de depresión crónica. Tiene una duración mínima de dos años y no presenta un periodo mayor de dos meses seguidos libre de sintomatología<sup>3, 51</sup>.

- Distorsiones Cognoscitivas. Respuesta ilógica e inadaptativa a eventos negativos tempranos que conduce a sentimientos de incompetencia y minusvalía que se reactivan cada vez que surge una nueva situación parecida a los eventos originales<sup>30</sup>.
- Dolor. Es el síntoma inicial hasta en el 35% de los pacientes deprimidos. Los más comunes son las cefaleas las artralgias, dolores torácicos y abdominales. Por lo general estos dolores son vagos, difusos y atípicos.
- Estrés. Estado de cansancio mental provocado por la exigencia de un rendimiento muy superior al normal; suele provocar diversos trastornos físicos y mentales
- Episodio Depresivo Mayor. Es un episodio con un periodo de por lo menos dos semanas durante las cuales existe ya sea un ánimo deprimido la pérdida del interés en todas o casi todas las actividades.
- Episodio Recurrente. El paciente presenta más de un episodio en un periodo de tiempo.
- Leve: Pocos síntomas en exceso de los 5 requeridos para hacer diagnóstico de episodio depresivo mayor.
- Moderado: Síntomas y Menoscabo intermedios entre leve y severo.
- Severo Sin Características Psicóticas: Varios Síntomas por encima de los necesarios para hacer el diagnóstico de episodio depresivo mayor.
- Severo Con Características Psicóticas: Varios Síntomas por encima de los necesarios para hacer el diagnóstico de episodio depresivo mayor con ideas delirantes o alucinantes.
- Episodio Único. Es cuando el paciente solo ha presentado un episodio depresivo mayor.

- Inhibidores Selectivos De Recaptación De Serotonina. Es el medicamento para el tratamiento para la depresión en el cual se bloquea la recaptación y provoca neurotransmisión serotoninérgica aumentada y prolongada.
- Inhibidores De La Monoaminoxidasa. Son un conjunto de fármacos utilizados en la depresión que ejerce efecto antidepresivo al inhibir de manera no selectiva e irreversible tanto la monóxidasa A como la B las cuales se localizan en la mitocondria y se encargan de metabolizar las monoaminas.
- Manía. Trastorno del estado de ánimo que se caracteriza por estados eufóricos, actividad física extrema, locuacidad excesiva, distracciones y algunas veces por grandiosidad.
- Parálisis de Plomo. Sensación de pesantez en los brazos o piernas.
- Psicótico. La persona con este padecimiento se caracteriza por un contacto defectuoso con la realidad o la perdida de contacto con ella.
- Salud Mental. Incluye el bienestar emocional, psicológico y social de las personas.
- Sexo. Es el conjunto de las peculiaridades que caracterizan los individuos de una especie dividiéndolos en masculinos y femeninos, y hacen posible una reproducción que se caracteriza por una diversificación genética.
- Trastorno Bipolar. Es un trastorno del estado de ánimo en el que se alteran periodos de manía y depresión, en ocasiones alterando con un periodo del estado normal.
- Trastorno Depresivo Menor: El trastorno dura menos de dos semanas, pero tiene por lo menos dos de los 5 síntomas de un episodio depresivo mayor.
- Trastorno Depresivo Mayor. Se caracteriza por la presencia de uno o más episodios depresivos mayores sin historia de episodios maniáticos, mixtos o hipomaniacos.

- Tristeza. Es un estado de ánimo caracterizado por impotencia, decaimiento, etc. que se puede expresar con llanto hasta llegar a un extremo como el aislamiento social<sup>30</sup>.

## **2.5 Marco geográfico**

La población de Guatemala se estima en 16, 870,248 de los cuales el 48.74% son de sexo masculino lo que representa 8, 222,741 habitantes y el 51.25% son del sexo femenino lo que equivale 8, 647,507 habitantes. El Producto interno Bruto (PIB) de Guatemala se estima en 481,597.37 millones de quetzales del cual el 6.2% se destina a la salud. En Guatemala se habla un total de 24 idiomas siendo 22 de ellos lenguas mayas siendo el español el idioma con mayor cantidad de parlantes en el país. El departamento de Guatemala es el más poblado y desarrollado de la república de Guatemala está dividido en 17 municipios siendo el municipio de Guatemala el más poblado seguido de Villa Nueva. En el Departamento el principal idioma hablado es el español sin embargo una gran parte de la población también hablan lenguas mayas siendo las principales Kachiquel y Poqomam. En el país solo existen 2 hospitales públicos de tercer nivel de atención que son el Hospital Roosevelt y Hospital General San Juan de Dios<sup>52</sup>.

## **2.6 Marco institucional**

En el primer nivel se encuentra el servicio de emergencia y consulta externa en el segundo nivel se encuentra la unidad de hematológica el cual cuenta con un encamamiento de 12 camas, de cuidados intensivos la cual cuenta con 42 camas y de operados de emergencia la cual cuenta con 24 camas. En el tercer nivel se encuentra las especialidades de cirugía las cuales en conjunto tienen 30 camas, el servicio de traumatología y ortopedia que en conjunto los servicios de hombres y mujeres hacen en total 62 camas. El cuarto nivel se encuentra la unidad de cirugía la cual se divide en primera, segunda, tercera y cuarta de cirugía estas a su vez se dividen en hombres y mujeres las cuales en total suman 128 camas. El quinto nivel se encuentra el departamento de Medicina Interna el cual se divide en unidad XIII, XIV, XV, XVI de Medicina interna la cuales suman 128 camas. El sexto nivel se encuentra la unidad XVIII de medicina interna que cuenta con 32 camas, en el mismo nivel se encuentra la unidad de urología la cual cuenta con 32 camas<sup>53</sup>.

## 2.7 Marco legal

En Guatemala se tienen muy pocos datos referentes a trastornos psiquiátricos y no se le ha dado la suficiente atención a esta área de la salud. Prueba de ello, es la escasa cantidad de presupuesto que se le asigna anualmente, menos del 1% del presupuesto de salud<sup>54</sup>.

Se han realizado esfuerzos en las últimas décadas para mejorar la atención de pacientes con trastornos psiquiátricos a nivel nacional, siendo algunos hechos relevantes al respecto, los siguientes<sup>54</sup>:

- 1984: Acuerdo Gubernativo No. 741-84, se crea el Departamento De Salud Mental como parte del Ministerio de Salud Pública y Asistencia Social (MSPAS).
- 1995: Grupo Multisectorial de Salud Mental.
- 2000: Plan de Salud Mental 2000 – 2004.
- 2006: Informe Sobre el Sistema de Salud en Guatemala (IESM-OMS).

A pesar de las acciones pretendidas, no se ha logrado una cobertura de adecuada para atender las necesidades de la población en materia de Salud Mental. Por ello, en el año 2008 se publicó la Política Nacional de Salud Mental, la cual pretende mejorar la calidad de atención a pacientes que requieran tratamiento en esta área. El objetivo dicha política es incrementar los índices de promoción, prevención, atención y rehabilitación de los problemas referentes a salud mental en la población <sup>54</sup>, a través del aumento del presupuesto dedicado al área de salud mental, incremento del personal médico de salud respectivo y la integración de la sociedad en el desarrollo, ejecución y evaluación de programas destinados a estos pacientes.

Sin embargo, para el año 2011<sup>55</sup> se reportaron mejorías mínimas en el área de salud mental y de los objetivos planteados en la Política Nacional de Salud Mental no habían sido alcanzados. Para ese año, el presupuesto asignado a Salud Mental continúa siendo menos del 1% del presupuesto general de salud; no se ha logrado descentralizar los servicios de atención y la cobertura continúa estando por debajo de lo establecido. Según un artículo publicado en un diario nacional en el 2017, el sistema de salud no es capaz de cubrir los trastornos mentales, ya que no se cuenta con la infraestructura ni con el recurso humano suficiente para atender a las personas que necesitan de este tipo de atención <sup>56</sup>.

Por lo que se han creado distintas leyes que intentan asegurar la salud para los guatemaltecos tales como:

**Código de salud. Decreto 90-97:** El Código de Salud establece las responsabilidades del sector salud que incluye organismos e instituciones públicas centralizadas y descentralizadas, autónomas, semiautónomas, municipalidades, instituciones privadas, organizaciones no gubernamentales y comunitarias; establece también las funciones del Consejo Nacional de Salud, la organización y funciones del Ministerio de Salud, los recursos de que dispone el sector y la importancia de la formación y capacitación de los recursos humanos en salud, así como de la investigación en salud.

**Constitución Política de la República, artículo 51:** protección a menores y ancianos. Este indica que el estado protegerá la salud física, mental y moral de los menores de edad y de los ancianos.

**Constitución Política de la República, artículo 53:** el estado garantiza la protección de los minusválidos y personas que adolecen de limitaciones físicas, psíquicas o sensoriales. Se declara de interés nacional su atención médico-social, así como la promoción de políticas y servicios que permitan su rehabilitación y su reincorporación integral a la sociedad.

**Constitución Política de la República, artículo 93:** derecho a la salud. El goce de la salud es derecho fundamental del ser humano, sin discriminación alguna.

**Constitución Política de la República, artículo 94:** obligación del estado, sobre la salud y asistencia social. El estado velará por la salud y la asistencia social de todos los habitantes. Desarrollará, a través de sus instituciones, acciones de prevención, promoción, recuperación rehabilitación, coordinación y las complementarias pertinentes a fin de procurarles el más completo bienestar físico, mental y social.

**Constitución Política de la República, artículo 98:** participación de las comunidades en programas de salud. Las comunidades tienen el derecho y el deber de participar activamente en la planificación, ejecución y evaluación de los programas de salud.

## **3. OBJETIVOS**

### **3.1 Objetivo general**

- 3.1.1 Determinar la prevalencia de sintomatología depresiva en pacientes hospitalizados en los departamentos de medicina interna, cirugía general y traumatología del Hospital General San Juan De Dios durante los meses de agosto - septiembre de 2018.

### **3.2 Objetivos específicos**

- 3.2.1 Caracterizar sociodemográficamente y por diagnóstico a los pacientes en estudio.
- 3.2.2 Determinar el grado de depresión que prevalece y el departamento que lo presenta.
- 3.2.3 Identificar los factores intrahospitalarios que se presentan en el estado depresivo.
- 3.2.4 Relacionar el tiempo de estancia hospitalaria con el grado de depresión.



## **4. POBLACIÓN Y MÉTODOS**

### **4.1 Enfoque y diseño de investigación**

#### 4.1.1 Enfoque.

Cuantitativo.

#### 4.1.2 Diseño de Investigación.

Transversal, Observacional.

### **4.2 Unidad de análisis y de información**

#### 4.2.1 Unidad de análisis.

Resultados obtenidos por el inventario de depresión de Beck (BDI-II) para determinar el grado de depresión y respuestas obtenidas del instrumento de recolección de datos.

#### 4.2.2 Unidad de información.

Pacientes adultos que están internados en los departamentos de Medicina Interna, Cirugía General y Traumatología del Hospital General San Juan de Dios durante los meses de agosto y septiembre del año 2018.

### **4.3 Población y muestra**

#### 4.3.1 Población.

Todos los pacientes mayores de 18 años ingresados a los servicios de Medicina Interna, Cirugía General y Traumatología del Hospital General San Juan de Dios durante los meses de agosto y septiembre 2018.

Tabla 4.1 Población a estudio

Departamento	Unidad	Número de pacientes
Medicina Interna	Unidad XIII	32
	Unidad XIV	32
	Unidad XV	32
	Unidad XVI	32
	Unidad XVIII	32
Cirugía	1ra y 2da Cirugía de mujeres	32
	3ra y 4ta Cirugía de mujeres	32
	1ra y 2da Cirugía de hombres	32
	3ra y 4ta Cirugía de hombres	32
	Unidad X	30
Traumatología	Urología	32
	Traumatología de mujeres	30
	Traumatología de hombres	32
	Total	412

Fuente: Hospital General San Juan de Dios, enero 2017.

#### 4.3.2 Muestra

Pacientes mayores de 18 años de los servicios de Medicina Interna, Cirugía General y Traumatología del Hospital General San Juan de Dios durante los meses de agosto y septiembre 2018.

##### 4.3.2.1 Tipo y técnica de muestreo

Se realizó el cálculo de la muestra para estimar la proporción de una población, al conocer el tamaño de la población se utilizará la siguiente fórmula:

$$n = \frac{N * z^2 * p * q}{d^2(N - 1) + z^2 * p * q}$$

Dónde:

n = tamaño de la muestra.

N = población, 412 pacientes hospitalizados en los servicios de Medicina Interna, Cirugía y Traumatología del HGSJDD.

z = coeficiente de confiabilidad 1.96 para un nivel de confianza del 95%.

p = proporción esperada o prevalencia de la variable, 0.5.

q = 1 – p = 1 – 0.5 = 0.5

d = error del 3% (0.03).

$$n = \frac{412 * 1.96^2 * 0.5 * 0.5}{0.03^2(412 - 1) + 1.96^2 * 0.5 * 0.5}$$

$$n = 297$$

Fue necesario realizar el ajuste al tamaño de la muestra por diversas situaciones que surjan en el trabajo de campo, ya que será realizado con un instrumento de recolección de datos, para ello se aplicará la siguiente fórmula:

$$n_a = n \frac{1}{1 - R}$$

Dónde:

$n_a$  = número de sujetos ajustado.

$n$  = número de sujetos calculado, la muestra, 297.

$R$  = proporción esperada de perdidas, 20% (0.02).

$$n_a = 297 \frac{1}{1 - 0.02}$$

$$n_a = 304$$

Tabla 4.2 Muestra a estudio

Departamento	Unidad	Población	Muestra
Medicina Interna	Unidad XIII	32	23
	Unidad XIV	32	24
	Unidad XV	32	24
	Unidad XVI	32	23
	Unidad XVIII	32	24
	1ra y 2da Cirugía de mujeres	32	24
	3ra y 4ta Cirugía de mujeres	32	23
Cirugía	1ra y 2da Cirugía de hombres	32	24
	3ra y 4ta Cirugía de hombres	32	23
	Unidad X	30	22
	Urología	32	24
Traumatología	Traumatología de mujeres	30	22
	Traumatología de hombres	32	24
Total		412	304

El total de la muestra fue de 304 pacientes. Se realizó muestreo de tipo no probabilístico por conveniencia. La muestra estuvo conformada por pacientes hospitalizados en los servicios de medicina interna, cirugía y traumatología del HGSJDD que cumplieron con los criterios de inclusión y exclusión.

#### 4.4 Selección de los sujetos a estudio

##### 4.4.1 Criterios de inclusión.

- Pacientes ingresados en los servicios de Medicina Interna, Cirugía General y Traumatología del Hospital General San Juan de Dios durante los meses de agosto y septiembre 2018.
- Pacientes mayores de 18 años.

#### 4.4.2 Criterios de exclusión.

- Pacientes con retraso psicomotor, alteración conductual o de la conciencia.
- Pacientes analfabetas y de habla no castellana.
- Pacientes con diagnóstico previo de Trastornos Psiquiátrico, Hipotiroidismo, Enfermedad de Addison y Cushing, Trastorno de Calcio, Enfermedad de Alzheimer y Parkinson, Epilepsia, Deficiencias vitamínicas, Hepatitis.
- Pacientes con consumo de alcohol y drogas ilícitas.
- Pacientes bajo ventilación mecánica.
- Pacientes que rehúsen participar en el estudio.
- Pacientes bajo tratamiento farmacológico con efectos secundarios depresivos.

#### 4.5 Definición y operacionalización de las variables

Macro-variable	Micro-variable	Definición conceptual	Definición operacional	Tipo de variable	Escala de medición	Criterios de clasificación/ unidad de medida
<b>Características demográficas</b>	<b>Sexo</b>	Condición orgánica, masculina o femenina, de los animales y las plantas <sup>57</sup> .	Identificación de género del paciente, por sus características físicas.	Categórica Dicotómica	Nominal	Femenino Masculino
	<b>Edad</b>	Tiempo que ha vivido una persona o ciertos animales o vegetales <sup>57</sup> .	Años cumplidos referidos por el paciente.	Numérica Discreta	Razón	Años
	<b>Estado Civil</b>	Condición de una persona en relación con su nacimiento, nacionalidad, filiación o matrimonio, que se hacen constar en el registro civil <sup>57</sup> .	Estado marital del paciente.	Categórica Policotómica	Nominal	Soltero Casado Unido Divorciado Viudo

<b>Características demográficas</b>	<b>Ocupación</b>	Empleo u oficio que alguien ejerce y por el que percibe una retribución <sup>57</sup> .	Actividad de trabajo como medio de subsistencia.	Categoría Policotómica	Nominal	Desempleado Agricultor Estudiante Jubilado Sector privado Otro
	<b>Tiempo de estancia hospitalaria</b>	Unidad de medida de permanencia del paciente en régimen de hospitalización, ocupando una cama en un intervalo de tiempo.	Tiempo que refiere el paciente desde su ingreso al servicio hasta la realización del test.	Numérica Discreta	Razón	Días
<b>Diagnóstico clínico</b>	<b>Diagnóstico clínico de ingreso</b>	Conjunto de síntomas, signos y hallazgos de exploraciones complementarias para llegar a un cuadro patológico <sup>30</sup> .	Dato obtenido del historial médico, referente al aparato o sistema afectado.	Categoría Policotómica	Nominal	Cardiovascular Respiratoria Gastrointestinal Urológicas Osteomuscular Infeccioso Renales Inmunológicas Endocrinológico

<b>Depresión</b>	<b>Sintomatología depresiva</b>	Trastorno afectivo que se presenta con síntomas principales como: ánimo disminuido, pérdida del interés, apatía, sueño, apetito <sup>3</sup> .	Dato obtenido al realizarse el BDI-II según el cual: Ausente: de 0 a 13 puntos. Leve: de 14 a 19 puntos. Moderada: de 20 a 28 puntos. Severa: de 29 a 63 puntos.	Categoría Policotómica	Nominal	Ausente Leve Moderada Severa
<b>Factores intrahospitalarios</b>	<b>Actitud del personal de enfermería</b>	Tipo de trato que se le da al paciente: empatía, amabilidad, respeto por sus creencias, situación económica.	Percepción del paciente hacia el tipo de trato que recibe del personal de enfermería.	Categoría Dicotómica	Nominal	Si No
	<b>Actitud del personal médico</b>	Tipo de trato que se le da al paciente: empatía, amabilidad, respeto por sus creencias, situación económica.	Percepción del paciente hacia el tipo de trato que recibe del personal de enfermería.	Categoría Dicotómica	Nominal	Si No

<b>Factores intrahospitalarios</b>	<b>Visita hospitalaria</b>	Visita que recibe el paciente durante su estancia hospitalaria por parte de familiares, amigos y conocidos.	Dato referido por el paciente en la boleta de recolección.	Categórica Dicotómica	Nominal	Si No
	<b>Encamamiento</b>	Área física en la cual se encuentran ingresados los pacientes.	Dato referido por el paciente en la boleta de recolección.	Categórica Dicotómica	Nominal	Si No
	<b>Estado de la cama</b>	Condición en la que se encuentra la cama asignada al paciente.	Dato referido por el paciente en la boleta de recolección.	Categórica Dicotómica	Nominal	Si No
	<b>Ambiente</b>	Situación o circunstancias que envuelven un lugar provocando una sensación general determinada.	Dato referido por el paciente en la boleta de recolección.	Categórica Dicotómica	Nominal	Si No

## 4.6 Recolección de datos

### 4.6.1 Técnicas

Se realizó una encuesta descriptiva al paciente con una serie de preguntas cerradas para la toma de datos sociodemográficos (sexo, edad, estado civil, ocupación, tiempo de estancia hospitalaria) y el diagnóstico clínico de ingreso, el inventario de depresión de Beck (BDI-II), con lo cual se obtiene el grado de depresión que presentan los pacientes y preguntas sobre los factores intrahospitalarios que aumentan el estado de depresión.

### 4.6.2 Procesos

Para la recopilación de datos se realizaron los siguientes pasos:

- Autorización por los jefes de los departamentos de Cirugía General, Medicina Interna y Traumatología para llevar a cabo la investigación.
- Autorización por Comité de Bioética de la Facultad de Ciencias Médicas de la Universidad de San Carlos de Guatemala.
- Autorización por la Coordinación de Trabajos de Graduación de la Universidad de San Carlos de Guatemala.
- Se solicitará la autorización por el comité de investigación de la institución para llevar a cabo la investigación en dicho establecimiento.
- Los investigadores se dividirán las unidades para la recolección de datos de la siguiente manera:

Tabla 4.3 Distribución de unidades

Unidades de estudio por estudiante	
Carlos Eduardo Orozco Barrios	Unidad XIII
	Unidad XIV
	Unidad XVIII
Jorge Pablo Villavicencio Delgado	Unidad XV
	Unidad XVI
	Unidad X
José Leonel Hernández González	1ra y 2da cirugía de mujeres
	3ra y 4ta cirugía de mujeres
	1ra y 2da cirugía de hombres
	3ra y 4ta cirugía de hombres
Edwin Antonio Lima Ramírez	Traumatología de mujeres
	Traumatología de hombres
	Urología

- Los investigadores explicaron a cada uno de los participantes cuál es el objetivo de la investigación y la forma en que se realizó la recopilación de la información.
- Se solicitó la firma del documento “Consentimiento Informado” (ver anexo 11.1), a cada uno de los pacientes que aceptaron participar en la investigación. Dentro del mismo se solicitó autorización para realizar una referencia al departamento de Psiquiatría en caso de presentar algún grado de sintomatología depresiva. En caso de que paciente desee que se le socialicen los resultados de la investigación al finalizar la misma, también se solicitó número telefónico y correo electrónico para enviar una copia electrónica de los resultados obtenidos. Si el paciente no contaba con una cuenta de correo electrónico, se le enviara una copia impresa.
- Recolección de datos demográficos y diagnóstico clínico de ingreso del paciente, inventario de depresión de Beck y encuesta para factores intrahospitalarios, utilizando la boleta de recopilación de datos elaborada.
- Interpretación de la escala de Beck.

- Para los pacientes que presentaron sintomatología depresiva en grado leve, moderado y severo, además de aquellos que indiquen pensamientos o ideación suicida, y que hayan autorizado al inicio de la entrevista ser referidos al departamento de Psiquiatría, se envió una hoja de interconsulta, el mismo día que se realizó la entrevista, para solicitar una evaluación y seguimiento de dichos pacientes (ver anexo 11.2).

En la hoja de interconsulta se incluyó el resultado obtenido por el paciente en el BDI-II, el número de cama y servicio en el que se encuentra internado. Se adjuntó una copia de la misma al expediente y se entregó una copia al paciente, además se notificó al médico encargado del servicio.

Para ello, se asignó un código a cada paciente. El código fue dado según las iniciales del departamento en el que se encuentra ingresado, seguido de un número que corresponderá al número de paciente entrevistado en ese departamento. El código fue correlacionado con el número de historia clínica del paciente.

MEDICINA INTERNA	MI
CIRUGÍA (incluye Urología y Unidad X)	C
TRAUMATOLOGÍA	T

Por ejemplo, si se entrevista al paciente #50 del departamento de Cirugía, el código correspondiente sería "C050".

Dicho código fue colocado en la hoja de referencia y en la ficha de recolección de datos. Además, fue proporcionado al paciente. Con ello se evitó utilizar el nombre y se mantuvo la confidencialidad de los mismos.

- Después de procesados los datos, se entregó una copia impresa y electrónica de los resultados obtenidos a la institución y a la dirección de cada uno de los departamentos en los que se realizó la investigación.

### 4.6.3 Instrumentos

Para la obtención de la información se utilizará una boleta de recolección de datos (ver anexo 11.3) elaborada por una entrevista dirigida, tipo descriptiva, conformada por 3 secciones, así:

- Sección 1: datos sociodemográficos y el diagnóstico clínico de ingreso de los pacientes, un total de 7 enunciados.
- Sección 2: sintomatología depresiva, esta sección consta de 21 enunciados los cuales conforman el inventario de depresión de Beck (BDI-II) (ver anexo 11.3). En esta sección se evaluará la frecuencia en que el paciente experimenta los síntomas alternando entre positivos y negativos. Se pide al paciente que indique en una escala tipo Likert de 4 puntos la frecuencia de presentación de síntomas.

El inventario consta de 21 ítems con una valoración de 0 a 3 puntos cada uno. Teniendo puntuaciones desde 0 a 63 puntos. El inventario de Beck se evaluará acorde al puntaje total obtenido de la siguiente forma:

- Ausente: 0 – 13 puntos.
  - Leve: 14 – 19 puntos.
  - Moderado: 20 – 28 puntos.
  - Severo: 29 – 63 puntos.
- Sección 3: factores intrahospitalarios, un total de 6 enunciados donde se exponen los distintos factores intrahospitalarios con los que el paciente interactúa durante su estancia hospitalaria.

## 4.7 Análisis de datos

### 4.7.1 Procesamiento de datos

Posterior de la recolección de la información se procedió a realizar su procesamiento, de la siguiente forma:

- Se organizó las boletas de acuerdo al departamento y código correspondiente. Se creó una tabla de datos en Microsoft Office Excel™ versión 2013, la cual será exportada para trabajar en el programa EPIINFO™ (CDC – OMS) versión 7.2.2.6.
- Se codificó cada variable de la siguiente manera:

Tabla 4.4 Codificación de las variables

Variable	Codificación		
	Codificación	Categoría	Código
Departamento	DEP	Medicina Interna	1
		Cirugía	2
		Traumatología	3
Sexo	SEX	Femenino	1
		Masculino	2
Edad	ED	18-30	1
		31-40	2
		41-50	3
		51-60	4
		>60	5
Estado Civil	ESCI	Casado	1
		Divorciado	2
		Soltero	3
		Unido	4
		Viudo	5
Ocupación	OCUP	Agricultor	1
		Desempleado	2
		Estudiante	3
		Jubilado	4
		Sector privado	5
		Otro	6

---

		<2	1
		2 – 4	2
Tiempo de estancia hospitalaria	TIHOSP	5 – 7	3
		8 – 10	4
		11 – 13	5
		> 14	6
		Cardiovascular	1
		Respiratorias	2
		Gastrointestinales	3
Diagnóstico Clínico de Ingreso	DICLIN	Urológicas	4
		Osteomuscular	5
		Infecciosas	6
		Renales	7
		Inmunológicas	8
		Endocrinológicos	9
		Ausente	1
Sintomatología Depresiva	SIDEP	Leve	2
		Moderada	3
		Severa	4
		Ausente	1
Actitud de personal de enfermería	ACTENF	Si	1
		No	2
		Ausente	1
Actitud de personal médico	ACTMED	Si	1
		No	2
		Ausente	1
Visita hospitalaria	VISHOS	Si	1
		No	2
		Ausente	1
Encamamiento	ENCA	Si	1
		No	2
		Ausente	1
Estado de la cama	ESTCAM	Si	1
		No	2

---

Ambiente	AMB	Si	1
		No	2

- Para el objetivo específico número uno, las variables sexo, edad, estado civil, ocupación, tiempo de estancia hospitalaria y diagnóstico clínico de ingreso fueron presentadas en cuadro simples, siendo este la Tabla 1 de los resultados, acompañado con el número de la muestra y sus frecuencias, para facilitar su análisis.
- Para describir el grado de depresión que prevalecerá y el departamento que lo presento en el estudio, se realizó una gráfica de barras simples.
- Los factores intrahospitalarios se presentaron individualmente, en un cuadro simple con frecuencias y porcentajes.
- La relación de las variables tiempo de estancia hospitalaria, siendo nuestra variable independiente, y el grado de depresión, variable dependiente, se representó por medio de una tabla de 2x2, por ejemplo:

Tabla 4.5 Tabla de contingencia para evaluar la relación entre estancia hospitalaria y depresión

			Depresión		Total
			Si	No	
Estancia hospitalaria >7 días <sup>(20)</sup>			a	b	a+b
Estancia hospitalaria < 7 días <sup>(20)</sup>			c	d	c+d
Total			a+c	b+d	e

Se calculó el odds ratio (OR), utilizando las siguientes formulas:

$$OR = (a * d)/(b * c)$$

La interpretación de dichos resultados indicó una fuerza de relación alta, entre más alejados estén de la unidad (1); si el valor es menor a la unidad (1) indicaría que no existe relación.

#### 4.7.2 Análisis de datos

Los análisis se las variables se llevaron de la siguiente forma:

- Para el correspondiente análisis de cada variable se utilizó la base de datos creada anteriormente.

- La realización de la tabla 1, con las variables edad y tiempo de estancia hospitalaria se describió por medio de medidas de tendencia central. Las variables sexo, edad, ocupación, estado civil y diagnóstico clínico de ingreso se analizaron descriptivamente por frecuencias y porcentajes.
- La descripción de la variable sintomatología depresiva, identificando el grado de depresión dominante y el departamento que lo presentó fueron descritas en frecuencias y porcentajes.
- La macro-variable cualitativa de factores intrahospitalarios se describió a través de porcentajes.

## **4.8 Alcances y límites de la investigación**

### 4.8.1 Obstáculos

- Falta de honestidad al responder las preguntas por los pacientes.
- Poca participación de los pacientes al realizar la encuesta.
- Barrera lingüística con los pacientes que no hablen español.

### 4.8.2 Alcances

La investigación permitió determinar la frecuencia con que los pacientes hospitalizados en el Hospital General San Juan De Dios presentan sintomatología depresiva y su gravedad, se aportó cifras estadísticas, y de esta manera presentar sugerencias a la institución para mejorar la calidad de vida de los mismos durante su hospitalización; ya que es un diagnóstico que pasa por alto. A los pacientes con grado de depresión leve, moderada y severa fueron referidos al servicio de psiquiatría para su evaluación y seguimiento.

Los resultados obtenidos fueron utilizados como base para la implementación de mejoras en la atención y para la realización de futuras investigaciones.

## 4.9 Aspectos éticos de la investigación

### 4.9.1 Principios éticos generales

- En esta investigación se aplicaron los principios éticos, en la que prevalece el principio de respeto por las personas, debido que se realizó una encuesta dirigida en el cual se tomó en cuenta la confidencialidad de cada paciente, los datos de los mismos no fueron revelados a ningún personal ajeno. Únicamente fueron utilizados para la investigación, donde se solicitó autorización del paciente por medio de un consentimiento informado (ver anexo 11.1) en donde se expuso el tipo de estudio a realizar y los objetivos que se pretendieron alcanzar con el mismo, sin dar ningún incentivo de ningún carácter, de esta forma respetando el principio de autonomía.
- Todos los participantes fueron informados que su participación en la investigación es voluntaria y poseyeron la libertad de salir del estudio en cualquier momento en caso de considerarlo necesario.
- Para respetar la confidencialidad del paciente, los datos obtenidos fueron procesados utilizando un código único para cada paciente, el cual fue correlacionado únicamente con el número de historia clínica. De esta forma no se reveló en ningún momento la identidad de los pacientes.
- Se dio un trato equitativo y respetuoso a todos los pacientes que aceptaron participar en la investigación, no importando su etnia, religión, edad, sexo, etc.
- Por ser un estudio con categoría de riesgo II y de tipo descriptivo, no se puso en peligro la salud de ninguno de los participantes.

### 4.9.2 Categoría de riesgo

Categoría II, debido a la realización de un inventario de depresión de Beck (BDI-II), con el cual no se manipula la conducta del individuo, pero se utilizará como método diagnóstico para la identificación de síntomas depresivos.

## 5. RESULTADOS

Utilizando el Inventario de Depresión de Beck II (DBI-II) se entrevistó a 304 pacientes hospitalizados de los departamentos de medicina interna, cirugía y traumatología del Hospital General San Juan de Dios mayores de 18 años, durante los meses de agosto a septiembre de 2018, con el objetivo principal de determinar la prevalencia de sintomatología depresiva. Produciéndose los siguientes resultados:

Tabla 5.1 Caracterización sociodemográfica y por diagnóstico de los pacientes hospitalizados n=304

<b>Características sociodemográficas y por diagnóstico</b>	<b>f</b>	<b>%</b>
<b>Sexo</b>		
Femenino	142	46.7
Masculino	162	53.3
<b>Edad*</b>		
$\bar{x}$ : 45.1 años DE: $\pm$ 17.5		
18 a 30	84	27.6
31 a 40	37	12.2
41 a 50	57	18.8
51 a 60	71	23.3
Mayores de 60	55	18.1
<b>Estado civil</b>		
Casado	114	37.5
Divorciado	6	1.9
Soltero	124	40.8
Unido	34	11.2
Viudo	26	8.6
<b>Ocupación</b>		
Agricultor	10	3.3
Desempleado	31	10.2
Estudiante	25	8.2
Jubilado	8	2.6
Sector privado	68	22.4
Otro	162	53.3
<b>Tiempo de estancia hospitalaria**</b>		
Me***: 10 (Q <sub>25</sub> : 6 - Q <sub>75</sub> : 20)		
0 a 2	4	1.4
2 a 4	52	17.1
5 a 7	56	18.4
8 a 10	56	18.4
11 a 13	15	4.9
Mayor a 14	121	39.8
<b>Diagnóstico clínico de ingreso</b>		
Cardiovascular	25	8.3
Respiratorias	12	3.9
Gastrointestinales	50	16.5
Urológicas	20	6.6
Osteomuscular	89	29.3
Infecciosas	29	9.5
Renales	29	9.5
Inmunológicas	24	7.9
Endocrinológicos	26	8.5

\* años. \*\*\*Me=Mediana

\*\* días.

Tabla 5.2 Prevalencia de sintomatología depresiva en el Hospital General San Juan de Dios n=304

Sintomatología Depresiva	f	%
Presente	106	34.8
Leve	53	
Moderado	43	
Severo	10	
Ausente	168	65.2
Total	304	100.0

Tabla 5.2 Prevalencia de sintomatología depresiva en pacientes hospitalizados por departamento n = 304

Sintomatología Depresiva	Departamento del Hospital General San Juan de Dios			Total
	Medicina Interna f (%)	Cirugía f (%)	Traumatología f (%)	
Ausente	76 (64.4)	93 (66.4)	29 (63.0)	198
Leve	25 (21.2)	19 (13.6)	9 (19.6)	53
Moderada	13 (11.0)	23 (16.4)	7 (15.2)	43
Severo	4 (3.4)	5 (3.6)	1 (2.2)	10
<b>Total</b>	118 (100)	140 (100)	46 (100)	304

Tabla 5.3 Factores intrahospitalarios que influyen en el estado. n=304

Factor intrahospitalario	f	%
<b>Actitud del personal de enfermería</b>		
Si	99	32.6
No	205	67.4
<b>Actitud del personal médico</b>		
Si	58	19.1
No	246	80.9
<b>Visita hospitalaria</b>		
Si	111	36.5
No	193	63.5
<b>Encamamiento (paredes, techo, comida, servicios, posicionamiento de las camas)</b>		
Si	122	40.1
No	182	59.9
<b>Estado de la cama</b>		
Si	98	32.2
No	206	67.8
<b>Ambiente hospitalario</b>		
Si	90	29.6
No	214	70.4

Tabla 5.4 Asociación de sintomatología depresiva y estancia hospitalaria mayor de 7 días en pacientes hospitalizados en el Hospital General San Juan de Dios agosto – septiembre 2018.

Asociación	$\chi^2$	Valor p	OR (IC)*	S**/NS***
Estancia hospitalaria mayor a 7 días y sintomatología depresiva <sup>18</sup> .	0.58	0.45	1.21 (0.74 – 1.94)	NS

\*OR (IC): odds ratio (intervalo de confianza).

\*\*S: significativo.

\*\*\*NS: no significativa.

Según los resultados obtenidos se evidenció que los pacientes con tiempo de estancia hospitalaria mayor a 7 días tienen un 21% mayor probabilidad que los pacientes con menor tiempo hospitalario de presentar sintomatología depresiva dentro del hospital; aunque este resultado no es estadísticamente significativo ( $p > 0.05$ ).



## 6. DISCUSIÓN

Se analizaron 304 boletas de pacientes hospitalizados de los departamentos de Medicina Interna, Cirugía y Traumatología del Hospital General San Juan de Dios, quienes participaron de manera voluntaria. En estos pacientes se identificaron características sociodemográficas y diagnóstico clínico más común por el que ingresan al hospital y el padecimiento de sintomatología depresiva, utilizando una hoja de recolección de datos generales, el BDI-II y una encuesta de factores intrahospitalarios que influyen en el estado de ánimo. A continuación, se detallan los resultados:

Se evidenció que un 53.3% (162) de los pacientes entrevistados fueron del sexo masculino y un 46.7% (142) de sexo femenino, contradictorio a lo que reportó el Ministerio de Salud Pública y Asistencia Social (MSPAS), donde el primer trimestre del año 2014, se atendió a 22,486 mujeres correspondiendo a un 61.2%, manteniendo la tendencia desde hace 20 años<sup>58</sup>, este dato varía debido a que es una cifra basada en todos los hospitales nacionales. Se presentó una media de 45.1 años, siendo el grupo de edad de 18 a 30 años con mayor frecuencia, 84 pacientes; dato que coincide con el MSPAS, el cual indica que, para el primer trimestre del año 2014, el 17.2% de pacientes atendidos se encontraban en el rango de 18 a 29 años<sup>58</sup>.

En cuanto al estado civil, un 40.8% (124) indicó ser soltero, lo que concuerda a lo presentado por el Instituto Nacional de Estadística en las estadísticas demográficas y vitales del 2014 con un total de mujeres con estado civil soltero 50.7% en base a al Registro Nacional de Personas<sup>59</sup>. La ocupación más frecuente fue "Otro" con 53.3% (162), debido a que estos pacientes se dedican a diversas actividades laborales, por ejemplo: oficios domésticos, comercio, albañilería, jardinería. El sector privado fue la segunda ocupación más frecuente, con un 22.4% (68), concordando con los datos publicados por el INE que muestran que 35.6% de la población nacional desempeñan como empleados privados<sup>60</sup>.

La mediana del tiempo de estancia hospitalaria fue de 10 días, con una frecuencia elevada en un periodo mayor de 14 días con 121 pacientes. Esta cifra no concuerda con lo reportado por el MSPAS para el año 2014, donde el promedio de días de estancia hospitalaria era de 2.3 días<sup>58</sup>, aunque esta cifra varía del estudio debido a que fue el promedio de la red hospitalaria nacional. Esto puede ser debido a los períodos prolongados de recuperación que

pueden presentarse, sobre todo en pacientes que han sido sometidos a procedimientos quirúrgicos.

Las afecciones del sistema osteomuscular 29.3% (89) fueron la causa más frecuente de ingreso, seguido por el gastrointestinal con un 16.5% (50). Colombia presentó como diagnósticos más frecuentes enfermedades cardiovasculares y respiratorios con un 19.5%, seguida por enfermedades del sistema digestivo con un 13.4% <sup>11</sup>. En México los diagnósticos más frecuentes en pacientes fue geriatría con un 75% y nefrología con un 69% <sup>18</sup>, lo que no concuerda con los resultados obtenidos. La discordancia entre los resultados podría explicarse por el alto índice de accidentes de tránsito que sucede el país; asimismo, la falta de medidas de seguridad y falta de equipo adecuado para laborar, predisponen a accidentes laborales y complicaciones más severas.

Se obtuvo que un 34.9% (106) de los pacientes presentan sintomatología depresiva. Los datos obtenidos del estudio evidenciaron que el departamento de Traumatología tiene el porcentaje más alto de pacientes que presentan sintomatología depresiva, con un 37% (17), seguido por Medicina interna con un 35.6% (42), y por ultimo Cirugía con un 33.6% (47). Los casos severos se observaron en los servicios de Cirugía con cinco casos reportados como severos y Medicina Interna con cuatro casos. Estos resultados se asemejan a los reportados en un estudio en Colombia del 2008, donde encontraron una prevalencia del 41.5%, utilizando el BDI-II <sup>11</sup>. Al igual que en México en el año 2011 obtuvieron una prevalencia del 45.8%<sup>18</sup>. Otros estudios demuestran prevalencias más bajas; por ejemplo, en el año 2005 en Colombia reportaron una prevalencia 10.2% presentaba un trastorno depresivo <sup>13</sup>. España en el año 2013 reportaron una prevalencia del 18.9% <sup>16</sup>. En Guatemala en el año 2010 se obtuvo una prevalencia del 51%, en el Hospital Regional de Occidente <sup>20</sup>. En el año 2015 con pacientes con diabetes mellitus un 38% presentó depresión leve, 23% depresión moderada, 4% depresión moderadamente severa <sup>21</sup>.

Los factores intrahospitalarios fueron descritos para determinar si estos repercuten en el estado de ánimo de los pacientes hospitalizados; sin embargo, la mayoría indicó que no lo afectan. Respecto a la actitud del personal de enfermería y del personal médico, 67.4% (205) y 80.9% (246), respectivamente, indicaron que no afecta de forma negativa su estado de ánimo, en contradicción a lo reportado en Perú en el año 2011 donde pacientes opinan que las actitudes que presenta el personal de enfermería son medianamente favorables con tendencia a desfavorables hacia el cuidado del paciente <sup>45</sup>. Según el 63.5% (193) de los entrevistados, la

falta de visitas hospitalarias no afecta el estado de ánimo, lo opuesto a lo reportado en un estudio realizado en México en el año 2007, en el que evidenciaron que las personas que no reciben visitas tienden a desarrollar un estado deprimido <sup>47</sup>. En cuanto al encamamiento, 40.1% (122) pacientes indicaron que sí afecta su estado de ánimo. El estado de la cama, según el 67.8% (206), negaron que afecte de forma negativa su estado de ánimo, y un 70.4% (214) opina que el ambiente hospitalario no impacta en su estado anímico. Surge contradictorio a lo publicado en Chile en el año 2006 donde reportan que si el paciente no obtiene un tiempo de reposo adecuado aumenta su tensión personal, modificando su estado de ánimo, así también sus condiciones ambientales <sup>42</sup>.

Según los datos obtenidos, se encontró que 70 pacientes presentaron sintomatología depresiva con siete o más días de estancia hospitalaria. De los pacientes con menos de siete días, 36 pacientes presentaron sintomatología. Con estos datos se calculó un Odds Ratio con un valor de 1.21 (ver anexo 11.4.1), indicando que la razón de la posibilidad de padecer sintomatología depresiva es 1.21 veces mayor en pacientes con una estancia hospitalaria mayor a 7 días, aunque es estadísticamente no significativo ( $p > 0.05$ ), concluimos que no influye en la aparición de sintomatología depresiva. Esto dato concuerda con lo reportado por un estudio realizado en México en el año 2011, relacionando el tiempo de estancia hospitalaria y el trastorno depresivo mayor, encontraron que el índice mayor se observa en pacientes con tiempo hospitalario corto, 53 – 74%, alcanzando un pico máximo en la primera semana con 43.6%, concluyendo que el tiempo de estancia hospitalario no influye en la aparición de síntomas depresivos o algún trastorno depresivo mayor <sup>18</sup>.

Las fortalezas de este estudio permitieron identificar que la existencia de sintomatología depresiva en los pacientes hospitalizados generando nueva información con respecto al tema y asimismo generar conciencia al personal del hospital para tomar en cuenta la salud mental de los pacientes, que pueden desarrollar depresión al estar en el hospital.

Entre las debilidades se encontró un 21% mayor de probabilidad de padecer sintomatología depresiva en una estancia hospitalaria mayor de 7 días, sin embargo, no fue significativamente estadístico ( $\chi^2$ : 0.58, OD: 1.21 (0.74 – 1.94),  $p$ :0.45, IC: 95%).



## 7. CONCLUSIONES

- 7.1 La mitad de los pacientes entrevistados son de sexo masculino, con una media de edad de 45.1 años. Cuatro de cada diez pacientes son solteros, la ocupación más frecuente es dentro del sector privado. El diagnóstico de ingreso más común son patologías del sistema osteomuscular, seguido por el gastrointestinal.
- 7.2 Tres de cada diez pacientes presentan sintomatología depresiva en el Hospital General San Juan de Dios. El departamento de Traumatología tiene el porcentaje más alto de pacientes que presentan sintomatología depresiva, seguido por Medicina Interna y por último Cirugía.
- 7.3 Tres de cada diez pacientes afirman que la actitud del personal de enfermería si afecta su estado de ánimo. Uno de cada cinco pacientes indica que el trato que reciben por parte de su médico tratante los deprime. Uno de cada tres pacientes indica que el estado de la cama incide de forma negativa su estado de ánimo y más de la mitad opina que el ambiente hospitalario no impacta negativamente en su estado anímico.
- 7.4 La estancia hospitalaria mayor a siete días tiene un 21% más probabilidad de padecer sintomatología depresiva.



## 8. RECOMENDACIONES

### 8.1 A las Autoridades del Hospital General San Juan de Dios.

- Se sugiere realizar capacitaciones para la identificación de síntomas depresivos en pacientes hospitalizados, dirigido a los médicos residentes y personal de enfermería, en pacientes que lleven más de siete días de hospitalización y que desde el punto de vista del médico estén pasando por una situación traumática (como por ejemplo intervención quirúrgica, amputación, etc.) relacionados para una evaluación psiquiátrica o psicológica.
- Optimizar el ambiente hospitalario para brindar una mejor atención a los pacientes durante su estancia hospitalaria, y de esta manera disminuir los factores de riesgo que puedan incidir en el estado de ánimo del paciente.

### 8.2 Al departamento de Psiquiatría del Hospital General San Juan de Dios.

- Brindar charlas informativas a los médicos residentes sobre la identificación de síntomas depresivos en los pacientes.



## **9. APORTES**

Se proporcionó una copia del informe al Hospital General San Juan de Dios para que conozcan más acerca de cómo percibe el paciente su entorno hospitalario y los factores que predisponen a presentar un estado de ánimo deprimido, y de esa manera trabajar en ellos para disminuir su recurrencia.

Se les brindó a todos los pacientes que presentaron algún grado de sintomatología depresiva una hoja de referencia para una evaluación por el departamento de Psiquiatría y su seguimiento.



## 10. REFERENCIAS BIBLIOGRÁFICAS

1. Walsh L. Depression care across the lifespan. Singapore: A John Wiley & Sons; 2009.
2. Herman H, Maj M, Sartorius N. Depressive disorders evidence and experience in psychiatry. 3 ed. Singapore: A John Wiley & Sons, Ltd, Publication; 2009.
3. Yepes R LE. Trastornos depresivos. En: Vélez H, Rojas W, Borrero J, Restrepo J, Yepes L. Fundamentos de medicina: psiquiatría. 4 ed. Medellín: Corporación para Investigaciones Biológicas; 2004. p. 152 – 171.
4. Welsch A. Depressionen. München: Elsevier, Urban& Fischer; 2007.
5. OMS: Un 4.4% de la población mundial sufre de depresión y casos aumentan un 18% en 10 años. El Mercurio [en línea]. 23 Feb 2017 [citado 15 Feb 2018]; Salud: [aprox. 1 pant.]. Disponible en: <http://www.emol.com/noticias/Tendencias/2017/02/23/846361/OMS-Un-44-de-la-poblacion-mundial-sufre-de-depresion-y-casos-aumentan-un-18-en-10-anos.html>
6. Organización Mundial de la Salud/Organización Panamericana de la Salud. Depresión y otros trastornos mentales comunes: estimaciones sanitarias mundiales. Washington, D.C.: Organización Panamericana de la Salud; 2017. Disponible en: <http://iris.paho.org/xmlui/bitstream/handle/123456789/34006/PAHONMH17005-spa.pdf?sequence=1&isAllowed=y>
7. Rodríguez J, Kohn R, Aguilar-Gaxiola S. Epidemiología de los trastornos mentales en América Latina y el Caribe. Washington, D.C: OPS; 2009. (Publicación Científica y Técnica; 632).
8. Paho.org, Día mundial de la salud mental: la depresión es el trastorno mental más frecuente [en línea]. Washington, DC: OPS; 2012. [citado 28 Feb 2018]. Disponible en: <https://goo.gl/jcEcEA>

9. Paho.org, Día Mundial de la Salud Mental: La depresión, una crisis global [en línea]. Guatemala: OPS; 2012. [citado 28 Feb 2018]. Disponible en: <https://goo.gl/3B94uo>
10. Ruiz M. Análisis de información de Salud Mental: Enero a Diciembre, Guatemala 2015 [en línea]. Guatemala: MSPAS, Unidad de Vigilancia Epidemiológica; 2015. [citado 28 Feb 2018]. Disponible en: <http://epidemiologia.mspas.gob.gt/files/Publicaciones%202016/Salas%20Situacionales/Analisis%20Salud%20Mental%20%202015.pdf>
11. Agudelo D, Lucumí L, Santamaría Y. Evaluación de la depresión en pacientes hospitalizados por distintas enfermedades médicas en la ciudad de Bucaramanga. Pensam psicol [en línea]. 2008 [citado 28 Feb 2018]; 4 (10): 59 -83. Disponible en: <http://www.redalyc.org:9081/articulo.oa?id=80111670004>
12. Goodwin R, Kroenke K, Hoven C, Spitzer R. Major depression physical illness and suicidal ideation in primary care. Psychosom Med [en línea]. 2003 [citado 28 Feb 2018]; 65: 501-505. Disponible en: <http://citeseerx.ist.psu.edu/viewdoc/download?doi=10.1.1.522.9211&rep=rep1&type=pdf>
13. Franco J, Gómez P, Ocampo M, Vargas A, Berrios D. Prevalencia de trastornos psiquiátricos en pacientes medico quirúrgicos hospitalizados en la Clínica Universitaria Bolivariana de Medellín, Colombia. ColombMed [en línea]. 2005 [citado 28 Feb 2018]; 36 (3): 186-193. Disponible en: <http://colombiamedica.univalle.edu.co/index.php/comedica/article/view/363/1132>
14. Molina J, Figueroa J, Uribe A. El dolor y su impacto en la calidad de vida y estado anímico de pacientes hospitalizados. Univpsychol [en línea]. 2013 [citado 28 Feb 2018]; 12 (1): 55-62. Disponible en: <http://www.scielo.org.co/pdf/rups/v12n1/v12n1a06.pdf>
15. Molina J, Figueroa J, Uribe A. Dolor, calidad de vida y estado anímico relacionados con la salud de pacientes ancianos hospitalizados. Pensam psicol [en línea]. 2013 [citado 01 Mar 2018]; 11(1): 43-53. Disponible en: <http://www.redalyc.org/articulo.oa?id=80127000002>

16. Alberdi-Sudupe J, Fernández-Díaz A, Iglesias-Gil-de-Bernabé F. Depresión en pacientes hospitalizados en el servicio de Medicina Interna de un Hospital General. Galicia Clin[en línea]. 2013 [citado 01 Mar 2018]; 74 (4): 161-174. Disponible en: <https://dialnet.unirioja.es/descarga/articulo/4661733.pdf>
17. Ali S, Stone MA, Peters JL, Davies MJ, Khunti K. The prevalence of co-morbid depression in adults with type 2 diabetes: a systematic review and meta-analysis. DiabetMed[en línea]. 2006 [citado 01 Mar 2018]; 23 (11): 1165–73. Disponible en: [http://login.research4life.org/tacsqr0onlinelibrary\\_wiley\\_com/doi/10.1111/j.1464-5491.2006.01943.x/epdf](http://login.research4life.org/tacsqr0onlinelibrary_wiley_com/doi/10.1111/j.1464-5491.2006.01943.x/epdf)
18. del Rio SE, Macías AT, Bernal GD, Ramírez AG, Rosales KM, Ramírez VD. Incidencia de depresión y factores asociados en pacientes hospitalizados del Hospital Civil de Guadalajara Fray Antonio Alcalde. RevMed MD [en línea]. 2011 [citado 05 Mayo 2018]; 2 (3): 135 - 140. Disponible en: <http://www.medigraphic.com/pdfs/revmed/md-2011/md113e.pdf>
19. Vega J, Coronado O, Mazzotti G. Validez de una versión en español del inventario de depresión de Beck en pacientes hospitalizados de medicina general. Rev Neuropsiquiatr [en línea]. 2014 [citado 03 Jul 2018]; 77 (2): 95 – 103. Disponible en: <http://www.upch.edu.pe/vrinve/dugic/revistas/index.php/RNP/article/view/1151/1183>
20. Rojas Gómez M. Incidencia de depresión en pacientes Hospitalizados, departamento de Medicina Interna, Hospital Regional de Occidente, Año 2010. [tesis Maestría en Medicina Interna en línea]. Guatemala: Universidad San Carlos de Guatemala, Facultad de Ciencias Médicas; 2010. [citado 01 Mar 2018]. Disponible en: [http://biblioteca.usac.edu.gt/tesis/05/05\\_9100.pdf](http://biblioteca.usac.edu.gt/tesis/05/05_9100.pdf)
21. Marroquín Ramírez LM, Barrios Velásquez AE. Depresión en pacientes con Diabetes Mellitus. [tesis Medicina Interna en línea]. Guatemala: Universidad de San Carlos de Guatemala, Facultad de Ciencias Médicas; 2015. [citado 01 Mar 2018]. Disponible en: <http://www.repositorio.usac.edu.gt/7127/1/Lucia%20Mariela%20Marroqu%C3%ADn%20Ram%C3%ADrez.pdf>

22. Longo D, Kasper D, Jameson J, Fauci A, Hauser S, Loscalzo J. Harrison principios de medicina interna. 18 ed. Madrid, España: McGraw-Hill; 2012.
23. Vásquez A. Depresión: diferencias de género. Multimed [en línea]. 2013 [citado 28 Abr 2018]; 17 (3): 1 – 21. Disponible en: <http://www.medigraphic.com/pdfs/multimed/mul-2013/mul133p.pdf>
24. Segura A, Cardona D, Garzón M. Risk of depression and associated factors in older adults. Rev. Salud Pública (Bogotá) [en línea]. 2015 Mar - Abr [citado 30 Abr 2018]; 17 (2): 184 – 194. doi: <http://dx.doi.org/10.15446/rsap.v17n2.41295>
25. Quezda L, González M. El papel de los estresores y las condiciones del estado civil para explicar la depresión y el estrés en adolescentes gestantes. PsicolCaribe [en línea]. 2011 [citado 30 Abr 2018]; 29 (1): 19 – 46. Disponible en: <http://www.scielo.org.co/pdf/psdc/v29n1/v29n1a03.pdf>
26. Da Silva E, Cardoso L, Bastos C, De Souza S, Reisdorfer E. Asociación entre depresión y estrés laboral en profesionales de enfermería de nivel medio. Rev Latino-Am. Enfermagem [en línea]. 2015 [citado 30 Abr 2018]; 23 (4): 733 – 740. Disponible en: [http://www.scielo.br/pdf/rlae/v23n4/es\\_0104-1169-rlae-23-04-00733.pdf](http://www.scielo.br/pdf/rlae/v23n4/es_0104-1169-rlae-23-04-00733.pdf)
27. Bruce M, Lohman M, Greenberg R, Bao Y, Raue P. Integrating depression care management into medicare home health reduces risk of 30- and 60-day hospitalization: the depression care for patients at home cluster-randomized trial. J Am Geriatr Soc [en línea]. 2016 [citado 30 Abr 2018]; 64 (11): 2196 – 2203. doi: [10.1111/jgs.14440](https://doi.org/10.1111/jgs.14440)
28. Grau A, Comas P, Suñer R, Peláez E, Sala L, Planas M. Evolución de la ansiedad y de la depresión detectada durante la hospitalización en un servicio de medicina interna. Anmed Interna [en línea]. 2007 [citado 30 Abr 2018]; 24 (5): 212 – 216. Disponible en: <http://scielo.isciii.es/pdf/ami/v24n5/original1.pdf>

29. Espinosa A, Figueiras B, Rivero J, del Sol L, Santos M, Rocha M. Diagnósticos clínicos al ingreso y al egreso de pacientes hospitalizados en Medicina Interna, Geriatria e Infecciosos. Rev Cubana Med [en línea]. 2010 [citado 23 Jul 2018]; 49 (2): 138 – 159. Disponible en: [http://www.bvs.sld.cu/revistas/med/vol\\_49\\_2\\_10/med04210.pdf](http://www.bvs.sld.cu/revistas/med/vol_49_2_10/med04210.pdf)
30. Morris C, Maisto A. Psicología. 13 ed. México DF, México: Pearson; 2009.
31. Gutiérrez G. Trastornos mentales y de comportamiento. En: Pastor D, Navalon R. Manual de codificación: CIE-10-ES diagnósticos [en línea]. Madrid: Ministerio de Sanidad, Servicios Sociales e Igualdad; 2016 [citado 02 Mayo 2018]; p. 93 – 101. Disponible en: [https://www.msssi.gob.es/estadEstudios/estadisticas/normalizacion/CIE10/UT\\_MANUAL\\_DIAG\\_2016\\_prov1.pdf](https://www.msssi.gob.es/estadEstudios/estadisticas/normalizacion/CIE10/UT_MANUAL_DIAG_2016_prov1.pdf)
32. Madrid. Ministerio de Sanidad y Consumo. Guía de práctica clínica sobre el manejo de la depresión mayor en el adulto [en línea]. Madrid: Plan Nacional para el SNS del MSC; 2008 [citado 02 Mayo 2018]. Disponible en: [http://www.guiasalud.es/GPC/GPC\\_424\\_Dep\\_Adult\\_compl.pdf](http://www.guiasalud.es/GPC/GPC_424_Dep_Adult_compl.pdf)
33. Consejo General de Colegios Oficiales de Psicólogos. Evaluación del inventario BDI-II [en línea]. Madrid: Federación Europea de Asociaciones de Psicólogos; 2013 [citado 02 Mayo 2018]. Disponible en: <https://www.cop.es/uploads/PDF/2013/BDI-II.pdf>
34. Bobes J, Paz M, Bascarán M, Martínez P, Saiz P, Bousoo M. Banco de instrumentos básicos para la práctica del psiquiatría clínica [en línea]. 2 ed. Barcelona: Psiquiatría Editores S.L. 2002. Capítulo 5, Instrumentos de evaluación para los trastornos del humor; [citado 02 Mayo 2018]; p. 45 – 46. Disponible en: [https://www.researchgate.net/profile/Julio\\_Bobes/publication/239567188\\_Banco\\_de\\_instrumentos\\_basicos\\_para\\_la\\_practica\\_de\\_la\\_psiquiatria\\_clinica/links/54a7a5740cf257a6360ac48e/Banco-de-instrumentos-basicos-para-la-practica-de-la-psiquiatria-clinica.pdf?origin=publication\\_detail](https://www.researchgate.net/profile/Julio_Bobes/publication/239567188_Banco_de_instrumentos_basicos_para_la_practica_de_la_psiquiatria_clinica/links/54a7a5740cf257a6360ac48e/Banco-de-instrumentos-basicos-para-la-practica-de-la-psiquiatria-clinica.pdf?origin=publication_detail)
35. O'Donnell J, Shelton R. Tratamiento farmacológico de la depresión y de los trastornos de ansiedad. En: Brunton L, Chabner B, Knoliman B. Goodman & Gilman las bases farmacológicas de la terapéutica. 12 ed. México, DF: McGraw-Hill; 2011. p. 397-408.

36. Preskorn SH, Jerkovich GS. Central nervous system toxicity of tricyclic antidepressants: phenomenology, course, risk factors, and role of therapeutic drug monitoring. *J Clin Psychopharmacol* [en línea]. 1990 [citado 01 Mayo 2018]; 10(2): 88-95. Disponible en: <https://www.ncbi.nlm.nih.gov/pubmed/2140373>
37. Yepes R LE, Palacio A CA. Antidepresivos. En: Toro R, Yepes L, Palacio C. *Fundamentos de medicina psiquiatría*. 5 ed. Medellín: Corporación para Investigaciones Biológicas; 2013. p.498 – 509.
38. De la Hija Díaz MB, Arroyo Pineda V, García Díaz-Guerra MR. Hoja de evaluación de medicamentos de Castilla-La Mancha: Desvenlafaxina. Servicio de Salud de Castilla-La Mancha [en línea]. 2014 [citado 01 Mayo 2018]; 15 (1): [aprox. 2 pant.]. Disponible en: <http://sescam.castillalamancha.es/sites/sescam.castillalamancha.es/files/documentos/farmacologia/desvenlafaxina.pdf>
39. Govantes C, Oca L, Ayuso JL. Fármacos antidepresivos y antimaniacos. En: Lorenzo P, Moreno A, Lizasoain I, Leza J, Moro M, Portolés A. *Farmacología básica y clínica* Velázquez. 18 ed. Madrid, España: Médica Panamericana; 2008. p. 305 – 310.
40. González A, Montalvo A, Herrera A. Comodidad de los pacientes hospitalizados en unidades de cuidado intensivo e intermedio. *Rev Enfermería Global* [en línea]. 2017 [citado 01 Mayo 2018]; 1 (45): 266 – 280. Disponible en: <http://scielo.isciii.es/pdf/eg/v16n45/1695-6141-eg-16-45-00266.pdf>
41. Zúñiga A, Sandoval M, Urbina C, Juárez N, Villaseñor S. Los trastornos del estado de ánimo. *Rev Digital Universitaria UNAM* [en línea]. 2005 [citado 03 Jul 2018]; 6 (11): 1 – 14. Disponible en: [http://www.revista.unam.mx/vol.6/num11/art110/nov\\_art110.pdf](http://www.revista.unam.mx/vol.6/num11/art110/nov_art110.pdf)
42. Gallardo R. Naturaleza del estado de ánimo. *Rev Chil Neuropsicol* [en línea]. 2006 [citado 03 Jul 2018]; 1 (1): 29 – 40. Disponible en: <http://www.neurociencia.cl/dinamicos/articulos/429440-rcnp2006v1n1-4.pdf>

43. Flórez M. Comodidad del paciente hospitalizado en un servicio de cirugía. Revista Actualizaciones de Enfermería [en línea]. 2001 [citado 01 Mayo 2018]; 4 (2): 25 – 35. Disponible en: <https://encolombia.com/medicina/revistas-medicas/enfermeria/ve-42/comodidad-del-paciente-hospitalizado/>
44. Cano-Valle F, López-Cervantes M. Relación entre el personal de salud con los pacientes en la ciudad de México. RevSaúde Pública [en línea]. 2009 [citado 02 Mayo 2018]; 43 (4): 589-94. Disponible en: <http://www.scielo.br/pdf/rsp/v43n4/7289.pdf>
45. Osorio Y. Actitud de la enfermera hacia el cuidado que brinda según la opinión del paciente hospitalizado en el servicio de medicina, Hospital Nacional Daniel Alcides Carrión 2010. [tesis Licenciatura en Enfermería en línea]. Perú: Universidad Nacional Mayor de San Marcos, Facultad de Medicina Humana; 2011. [citado 03 Jul 2018]. Disponible en: [http://cybertesis.unmsm.edu.pe/bitstream/handle/cybertesis/992/Osorio\\_ry.pdf;jsessionid=CE1EA22C7887653459A76F4BA9B14563?sequence=1](http://cybertesis.unmsm.edu.pe/bitstream/handle/cybertesis/992/Osorio_ry.pdf;jsessionid=CE1EA22C7887653459A76F4BA9B14563?sequence=1)
46. Maier T, Moergeli H, Kohler M, Carraro G, Schnyder U. Mental health professionals attitudes toward patients with PTSD and depression. Eur J Psychotraumatol [en línea]. 2015 [citado 03 Jul 2018]; 6 (1): 15 – 25. doi: <https://doi.org/10.3402/ejpt.v6.28693>
47. Martínez J, Martínez V, Esquivel C, Velasco V. Prevalencia de depresión y factores de riesgo en el adulto mayor hospitalizado. RevMedInstMex Seguro Soc [en línea]. 2007 [citado 03 Jul 2018]; 45 (1): 21 – 28. Disponible en: <http://www.redalyc.org/html/4577/457745525004/>
48. Feldman L, Vivas E, Lugli Z, Alvarez V, Pérez M. La satisfacción del paciente hospitalario: una propuesta de evaluación. Rev Calidad Asistencial [en línea]. 2007 [citado 02 Mayo 2018]; 22 (3): 133-40. Disponible en: <http://www.elsevier.es/es-revista-revista-calidad-asistencial-256-articulo-la-satisfaccion-del-paciente-hospitalario-13102462>
49. Guadarrama L, Escobar A, Zhang L. Bases neuroquímicas y neuroanatómicas de la depresión. RevFacMed UNAM [en línea]. 2006 [citado 02 Mayo 2018]; 49 (2): 1 – 7. Disponible en: <http://www.ejournal.unam.mx/rfm/no49-2/RFM49208.pdf>

50. Rivadeneira C, Dahab J, Minici A. El modelo cognitivo de la depresión. Revista de terapia cognitivo conductual [en línea]. 2013 [citado 02 Mayo 2018]; 22: 7 – 11. Disponible en: <http://cetecic.com.ar/revista/el-modelo-cognitivo-de-la-depresion/#more-527>
51. Paul R, Slavney P. The perspectives of psychiatry. 2 ed. Maryland: The John Hopkins University; 1999.
52. Seynabou S, Homa-Zahara F. El banco mundial en Guatemala [en línea]. Guatemala: Grupo Banco Mundial; 2010 [actualizado Dic 2015; citado 02 Mayo 2018]. Disponible en: <http://www.bancomundial.org/es/country/guatemala>
53. Hospitalsanjuandedios.mspas.gob.gt, Hospital General San Juan de Dios [en línea]. Guatemala: Ministerio de Salud Pública y Asistencia Social; 2016 [actualizado 02 Ene 2017; citado 03 Mar 2018]. Disponible en: <http://hospitalsanjuandedios.mspas.gob.gt/index.php>
54. Guatemala. Ministerio de Salud Pública y Asistencia Social. Programa Nacional de Salud Mental: Política nacional de salud mental 2007-2015 [en línea]. Guatemala: Magna Terra Editores; 2008 [citado 01 Mar 2018]. Disponible en: [http://www.nationalplanningcycles.org/sites/default/files/country\\_docs/Guatemala/politica\\_salud\\_mental.pdf](http://www.nationalplanningcycles.org/sites/default/files/country_docs/Guatemala/politica_salud_mental.pdf)
55. Organización Panamericana de la Salud, Organización Mundial de la Salud. Informe sobre el sistema de Salud Mental en Guatemala[en línea]. Guatemala: OPS, OMS, MSPAS; 2011 [citado 01 Mar 2018]. Disponible en: [http://www.who.int/mental\\_health/who\\_aims\\_country\\_reports/guatemala\\_who\\_aims\\_report\\_spanish.pdf](http://www.who.int/mental_health/who_aims_country_reports/guatemala_who_aims_report_spanish.pdf)
56. Muñoz G. Salud no puede cubrir trastornos mentales. Prensa Libre [en línea]. 03 Ene 2017 [citado 01 Mar 2018]; Salud [aprox. 3 pant.]. Disponible en: <http://www.prensalibre.com/guatemala/comunitario/salud-no-puede-cubrir-trastornos-mentales>

57. Real Academia Española [en línea]. Madrid, España: Real Academia Española; 2017 [citado 15 Mar 2018]. Disponible en: <http://dle.rae.es/index.html>
58. Guatemala. Instituto Nacional de Estadística. República de Guatemala: estadísticas hospitalarias primer semestre [en línea]. Guatemala: INE; 2014 [citado 03 Sep 2018]. Disponible en: <https://www.ine.gob.gt/sistema/uploads/2014/12/23/CooiOJAm1vvCFJ3ehggKPkuCKE0xL0nx.pdf>
59. -----. República de Guatemala: estadísticas demográficas y vitales 2014 [en línea]. Guatemala: INE; 2016 [citado 03 Sep 2018]. Disponible en: <https://www.ine.gob.gt/sistema/uploads/2016/01/13/FijigScCmvJuAdaPlozybqKmr01Xtkjy.pdf>
60. -----. República de Guatemala: encuesta nacional de empleos e ingresos [en línea]. Guatemala: INE; 2014 [citado 03 Sep 2018]. Disponible en: <https://www.ine.gob.gt/sistema/uploads/2014/11/19/L2DEWN0Bo9ArlcqCpcFPSVOzoeFKfIME.pdf>





## 11. ANEXOS

### 11.1 Anexo 1 Consentimiento Informado



**USAC**  
TRICENTENARIA  
Universidad de San Carlos de Guatemala

UNIVERSIDAD DE SAN CARLOS DE GUATEMALA  
FACULTAD DE CIENCIAS MÉDICAS



## CONSENTIMIENTO INFORMADO

### PREVALENCIA DE SINTOMATOLOGÍA DEPRESIVA EN PACIENTES HOSPITALIZADOS.

**Investigadores: José Leonel Hernández, Edwin Antonio Lima, Carlos Eduardo Orozco, Jorge Pablo Villavicencio.**

Como estudiantes de la Facultad de Medicina de la Universidad de San Carlos de Guatemala, realizaremos un estudio para determinar con qué frecuencia se presentan síntomas depresivos en pacientes hospitalizados, así como identificar factores a los que está expuesto un individuo dentro del hospital que puedan afectar su estado de ánimo. A continuación, **si usted lo desea se le** proporcionará información sobre el estudio y solicitaremos su participación voluntaria para el estudio.

La depresión es un conjunto de síntomas que se presentan como características un estado de ánimo deprimido, sentimiento de poco valor personal, insomnio, falta de apetito. Se ha observado que esta enfermedad puede afectar a las personas que se encuentran hospitalizadas y es más frecuente en las mujeres, en quienes se asocia a mayor tiempo en la estancia hospitalaria e influye en el pronóstico de las enfermedades médicas.

Este estudio se basa en la realización de una entrevista con preguntas directas, por lo que no se pondrá en riesgo su salud de ninguna manera. Toda la información que usted proporcione durante la entrevista será confidencial. Su identidad no será revelada en ningún momento. Los hallazgos encontrados luego de la realización de la entrevista le serán informados, y dependiendo del grado de depresión se le referirá con el departamento de Psiquiatría para su evaluación.

La participación en esta investigación es totalmente voluntaria. Usted puede decidir si desea participar o no en ella. Si usted no desea participar en este estudio, todos los servicios proporcionados por el hospital y su personal continuarán siendo brindados de manera normal.

Si acepta participar, pero cambia de parecer, puede detener la entrevista en cualquier momento sin ningún problema.

En caso de que usted acepte participar, el procedimiento será el siguiente:

1. Se le realizará una entrevista que consta de 3 secciones, como se explica en las instrucciones de la misma, en la cual no se le solicitará su nombre. Se le preguntarán algunos datos generales como su edad, sexo, ocupación, estado civil y cuánto tiempo lleva hospitalizado. A continuación, se le presentará una serie de 21 preguntas relacionadas a su estado de ánimo, las cuales debe responder con sinceridad.

Por último, encontrará aspectos a los cuales está usted expuesto o en contacto dentro del hospital donde podrá decidir si esa declaración incide o no, en su estado de ánimo en el hospital.

2. En caso de obtener puntaje equivalente a un grado leve, moderado o severo, y con su autorización, se realizará una consulta al departamento de Psiquiatría para solicitar una evaluación más profunda.
3. Se proporcionará información al Hospital General San Juan de Dios sobre los hallazgos encontrados, sin revelar su identidad, para iniciar en planes de acción para disminuir esta enfermedad en los futuros pacientes, si los resultados presentan altos índices de depresión.

Puede tomarse el tiempo necesario para decidir si participa o no en esta investigación. Si tiene alguna duda, por favor hágalo saber para poder aclararla.



UNIVERSIDAD DE SAN CARLOS DE GUATEMALA  
FACULTAD DE CIENCIAS MÉDICAS  
CONSENTIMIENTO INFORMADO



**DECLARACIÓN Y FIRMA DEL PACIENTE**

He sido invitado (a) a participar en la investigación: “Prevalencia de Sintomatología Depresiva en Pacientes Hospitalizados en los departamentos de Medicina Interna, Cirugía General y Traumatología del Hospital General San Juan de Dios”.

Comprendo que se me realizará una serie de preguntas, dividida en tres (3) secciones, los cuales debo responder sinceramente; entiendo que tengo el derecho de retirarme de la investigación en cualquier momento sin que afecte en ninguna manera a mi cuidado médico.

He leído, o me ha sido leída, y comprendo la información proporcionada. He tenido la oportunidad de preguntar sobre ella y se me ha contestado satisfactoriamente las preguntas que he realizado. Consiento voluntariamente ser parte de esta investigación como participante.

Por lo anterior, en caso de presentar síntomas depresivos, Sí\_\_\_ No\_\_\_ autorizo que se realice una referencia al departamento de Psiquiatría para solicitar una evaluación.

Asimismo, Sí\_\_\_ No\_\_\_ deseo recibir una copia de los resultados obtenidos durante la investigación, por lo cual proporciono alguno de los siguientes datos:

#Teléfono: \_\_\_\_\_ Correo electrónico: \_\_\_\_\_

---

Nombre del participante

---

Firma del participante

## 11.2 Anexo 2: Hoja de Interconsulta

Guatemala, \_\_\_\_\_ 2018

Psiquiatría:

A través del trabajo de tesis “Sintomatología Depresiva en Pacientes Hospitalizados en el Hospital General San Juan de Dios”, se realiza un tamizaje en los servicios de Medicina Interna, Cirugía y Traumatología, con el objetivo de determinar la prevalencia de síntomas depresivos en pacientes hospitalizados, utilizando el inventario de depresión de Beck II.

En el caso del paciente código # \_\_\_\_\_, quien se encuentra ingresado en el departamento de \_\_\_\_\_, cama # \_\_\_\_\_ obtuvo un puntaje de \_\_\_\_\_ en la escala de depresión de Beck, equivalente a un grado \_\_\_\_\_ de depresión, y/o refirió pensamiento o ideación suicidas, por lo cual se solicita evaluación y seguimiento.

---

Nombre y firma del investigador



Código # \_\_\_\_\_

## PREVALENCIA DE SINTOMATOLOGÍA DEPRESIVA EN PACIENTES HOSPITALIZADOS EN EL HOSPITAL GENERAL SAN JUAN DE DIOS AGOSTO - SEPTIEMBRE 2018

**Instrucciones:** A continuación, se le presenta una serie de preguntas relacionada con el tema de sintomatología depresiva en pacientes hospitalizados, la cual consta de 3 secciones, cada una con una serie de preguntas que le serán leídas. Se le solicita responder a cada una de ellas con sinceridad.

**Sección 1:** En esta sección se solicitan datos de información general.

Datos Generales		HC: _____
1. Departamento	2. Sexo	3. Edad
_____	Masculino ____  Femenino ____	_____ años
4. ¿Cuál es su estado civil actual?	5. ¿Cuál es su actual ocupación?	
Casado ____ Divorciado ____ Soltero ____ Unido ____ Viudo ____	Agricultor ____ Desempleado ____ Estudiante ____ Jubilado ____ Sector Privado ____ Otro ____	
6. Diagnóstico Clínico de Ingreso		
Cardiovascular __ Gastrointestinal __ Infeccioso __ Endocrinológico __ Respiratoria __ Urológico __ Osteomuscular __ Inmunológico __ Renales __		
7. ¿Cuánto tiempo lleva hospitalizado?		
_____ Días.		



**Sección 2:** En esta sección encontrará un cuestionario que consta de 21 ítems; cada uno de ellos con cuatro a siete opciones. Elija la opción que mejor describa el modo como se ha sentido las últimas dos semanas, incluyendo el día de hoy.

1. Tristeza

- a. No me siento triste.
- b. Me siento triste gran parte del tiempo.
- c. Me siento triste todo el tiempo.
- d. Me siento tan triste o soy tan infeliz que no puedo soportarlo.

2. Pesimismo

- a. No estoy desalentado respecto del mi futuro.
- b. Me siento más desalentado respecto de mi futuro que lo que solía estarlo.
- c. No espero que las cosas funcionen para mí.
- d. Siento que no hay esperanza para mi futuro y que sólo puede empeorar.

3. Fracaso

- a. No me siento como un fracasado.
- b. He fracasado más de lo que hubiera debido.
- c. Cuando miro hacia atrás, veo muchos fracasos.
- d. Siento que como persona soy un fracaso total.

4. Pérdida de placer

- a. Obtengo tanto placer como siempre por las cosas de las que disfruto.
- b. No disfruto tanto de las cosas como solía hacerlo.
- c. Obtengo muy poco placer de las cosas que solía disfrutar.
- d. No puedo obtener ningún placer de las cosas de las que solía disfrutar.

5. Sentimientos de culpa.
  - a. No me siento particularmente culpable.
  - b. Me siento culpable respecto de varias que he hecho o que debería haber hecho.
  - c. Me siento bastante culpable la mayor parte del tiempo.
  - d. Me siento culpable todo el tiempo.
  
6. Sentimientos de castigo
  - a. No siento que este siendo castigado.
  - b. Siento que tal vez pueda ser castigado.
  - c. Espero ser castigado.
  - d. Siento que estoy siendo castigado.
  
7. Disconformidad con uno mismo.
  - a. Siento acerca de mí lo mismo que siempre.
  - b. He perdido la confianza en mí mismo.
  - c. Estoy decepcionado conmigo mismo.
  - d. No me gusto a mí mismo.
  
8. Autocrítica.
  - a. No me critico ni me culpo más de lo habitual.
  - b. Estoy más crítico conmigo mismo de lo que solía estarlo.
  - c. Me critico a mí mismo por todos mis errores.
  - d. Me culpo a mí mismo por todo lo malo que sucede.
  
9. Pensamientos o deseos suicidas.
  - a. No tengo ningún pensamiento de matarme.
  - b. He tenido pensamientos de matarme, pero no lo haría.
  - c. Querría matarme.
  - d. Me mataría si tuviera la oportunidad de hacerlo.
  
10. Llanto.
  - a. No lloro más de lo que solía hacerlo.
  - b. Lloro más de lo que solía hacerlo.
  - c. Lloro por cualquier pequeñez.
  - d. Siento ganas de llorar pero no puedo.

11. Agitación.

- a. No estoy más inquieto o tenso que lo habitual.
- b. Me siento más inquieto o tenso que lo habitual.
- c. Estoy tan inquieto o agitado que me es difícil quedarme quieto.
- d. Estoy tan inquieto o agitado que tengo que estar siempre en movimiento o haciendo algo.

12. Pérdida de interés.

- a. No he perdido el interés en otras actividades o personas.
- b. Estoy menos interesado que antes en otras personas o cosas.
- c. He perdido casi todo el interés en otras personas o cosas.
- d. Me es difícil interesarme por algo.

13. Indecisión.

- a. Tomo mis propias decisiones tan bien como siempre.
- b. Me resulta más difícil que de costumbre tomar decisiones.
- c. Encuentro mucha más dificultad que antes para tomar decisiones.
- d. Tengo problemas para tomar cualquier decisión.

14. Desvalorización

- a. No siento que yo no sea valioso.
- b. No me considero a mí mismo tan valioso y útil como solía considerarme.
- c. Me siento menos valioso cuando me comparo con otros.
- d. Siento que no valgo nada.

15. Pérdida de energía.

- a. Tengo tanta energía como siempre.
- b. Tengo menos energía que la que solía tener.
- c. No tengo suficiente energía para hacer demasiado.
- d. No tengo energía suficiente para hacer nada.

16. Cambios en los hábitos de sueño.

- a. No he experimentado ningún cambio en mis hábitos de sueño.
- b. Duermo un poco más que lo habitual.
- c. Duermo un poco menos que lo habitual.
- d. Duermo mucho más que lo habitual.
- e. Duermo mucho menos que lo habitual.
- f. Duermo la mayor parte del día.
- g. Me despierto 1-2 horas más temprano y no puedo volver a dormirme.

17. Irritabilidad.

- a. No estoy tan irritable que lo habitual.
- b. Estoy más irritable que lo habitual.
- c. Estoy mucho más irritable que lo habitual.
- d. Estoy irritable todo el tiempo.

18. Cambios en el apetito.

- a. No he experimentado ningún cambio en mi apetito.
- b. Mi apetito es un poco menor que lo habitual.
- c. Mi apetito es un poco mayor que lo habitual.
- d. Mi apetito es mucho menor que antes.
- e. Mi apetito es mucho mayor que lo habitual.
- f. No tengo apetito en absoluto.
- g. Quiero comer todo el día.

19. Dificultad de concentración

- a. Puedo concentrarme tan bien como siempre.
- b. No puedo concentrarme tan bien como habitualmente.
- c. Me es difícil mantener la mente en algo por mucho tiempo.
- d. Encuentro que no puedo concentrarme en nada.

20. Cansancio o fatiga.

- a. No estoy más cansado o fatigado que lo habitual.
- b. Me fatigo o me canso más fácilmente que lo habitual.
- c. Estoy demasiado fatigado o cansado para hacer muchas de las cosas que solía hacer.
- d. Estoy demasiado fatigado o cansado para hacer la mayoría de las cosas que solía hacer.

21. Pérdida de interés en el sexo.

- a. No he notado ningún cambio reciente en mi interés por el sexo.
- b. Estoy menos interesado en el sexo de lo que solía estarlo.
- c. Estoy mucho menos interesado en el sexo.
- d. He perdido completamente el interés en el sexo.

**Sección 3:** A continuación, se le presenta una serie de declaraciones los cuales se refieren a los factores que lo rodean y con los que está en contacto dentro de su estancia hospitalaria. Indique si considera usted si cada uno influye o no, en el estado de ánimo.

	Sí	No
• ¿La actitud del personal de enfermería lo hace sentir deprimido?	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>
• ¿El trato que recibe por parte del médico tratante lo deprime?	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>
• ¿La falta de visita familiar o amistades lo desanima?	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>
• ¿El lugar físico (paredes, techo, comida, servicios, lugar de las camas) ha afectado su estado de ánimo?	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>
• ¿Considera que la condición de su cama afecta su estado de ánimo?	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>
• ¿Siente que el ambiente hospitalario lo pone de mal humor?	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>

Con esto se termina la encuesta le agradecemos su tiempo.

## 11.4 Anexo 4: Resultados

Tabla 11.4.1 Relación del tiempo de estancia hospitalaria con la aparición de sintomatología depresiva

	Sintomatología Depresiva		Total
	Si	No	
Estancia hospitalaria mayor a 7 días	70	122	192
Estancia hospitalaria menor a 7 días	36	76	112
Total	106	198	304

Cálculo de Odds Ratio (OD):

$$OR = (a * d) / (b * c)$$

$$OR = (70 * 76) / (122 * 36)$$

$$OR = 5320 / 4392$$

$$OR = 1.21$$