



UNIVERSIDAD DE ESPECIALIDADES ESPIRITU SANTO

Facultad de Ciencias Médicas
Escuela de Medicina

"PREVALENCIA DE DEPRESION EN DISTINTOS GRUPOS DE
PACIENTES HOSPITALIZADOS EN EL HOSPITAL TEODORO
MALDONADO CARBO EN ENERO A JULIO, 2016"

Trabajo de Investigación que se presenta como requisito para el título de
Médico

Autor: Cristina Valeria Jácome Yerovi

Tutor: Carlos Orellana

Samborondón, septiembre de 2016.

CARTA DE APROBACIÓN DE TUTOR

Yo, Carlos Orellana Román, médico psiquiatra del Instituto de Neurociencias, docente de la cátedra de psiquiatría de la Universidad Espíritu Santo y tutor de tesis de grado del estudiante Cristina Valeria Jácome Yerovi, con el título **“PREVALENCIA DE DEPRESIÓN EN DISTINTOS GRUPOS DE PACIENTES HOSPITALIZADOS EN EL HOSPITAL TEODORO MALDONADO CARBO EN ENERO A JULIO DEL 2016”**. Testifico que el trabajo reúne con todos los requisitos y méritos suficientes que requieren los estatutos de la universidad para la otorgación del título de médico



Atentamente,
Dr. Carlos Orellana Román
Médico Psiquiatra
Docente de la universidad Espíritu Santo

DEDICATORIA

Este trabajo va dedicado a Dios por que sin la ayuda de El nada de esto sería posible, a mis padres por ser la ayuda idónea, por inculcarme los mejores valores y por siempre guiarme y enseñarme a ser una excelente mujer, hija y amiga. A mis hermanos, por ser mis compañeros de vida, gracias por ser mi mayor ejemplo a seguir. A mí novio, gracias por darme siempre las fuerzas para seguir adelante y ayudarme siempre que lo necesito
Los amo.

Gracias

AGRADECIMIENTO

Pongo en manifiesto mi más sentido agradecimiento a todas las personas que colaboraron para la realización de este trabajo, a los doctores y personal de enfermería del Hospital Regional Teodoro Maldonado Carbo.

La Autora

Contenido	
Introducción	1
CAPÍTULO 1	3
1.1 Antecedentes	3
1.2 Descripción del problema	5
1.3 Justificación.....	6
1.4 Objetivos generales y específicos	8
1.5 Formulación de hipótesis o preguntas de investigación.....	8
CAPÍTULO 2: MARCO TEÓRICO O CONCEPTUAL	10
2.1. Aspectos teóricos	10
Definición de depresión	10
Antecedentes históricos.....	11
Datos epidemiológicos.....	12
Factores de Riesgo.....	12
Clasificación de la depresión.....	14
Episodio depresivo leve	15
Episodio depresivo moderado	16
Episodio depresivo grave	16
Episodio depresivo recurrente.....	16
Métodos diagnósticos de depresión	17
Depresión y suicidio	17
Algoritmo manejo de la depresión (12)	20
Tratamiento de depresión.....	20
2.2. Aspectos conceptuales (31)	23
2.3. Aspectos legales	24

CAPÍTULO 3: METODOLOGÍA.....	26
3.1 Diseño de la Investigación	26
3.1.1 Diseño de la investigación.....	26
3.1.2 Tipo de investigación	26
3.1.3 Lugar de Estudio.....	26
3.1.4 Caracterización de la zona de trabajo	27
3.1.5 Periodo de Investigación.....	27
3.1.6 Recursos y Presupuesto	27
3.1.7 Operacionalizacion de las variables	27
3.2 Población y muestra, criterios de inclusión, criterios de exclusión.	29
3.2.1 Población.....	29
3.2.2 Muestra.....	29
3.2.3 Criterios de inclusión:.....	30
3.2.4 Criterios de exclusión:.....	30
3.3 Descripción de los Instrumentos, herramientas y procedimientos de la investigación.	31
3.1.1 Método.....	31
3.3.2 Instrumentos	31
3.3.3 Herramientas	31
3.3.4 Procedimientos de la Investigación.....	31
3.3.5 Viabilidad	33
3.3.7 Aspectos éticos.....	33
CAPITULO 4: RESULTADOS Y DISCUSION.....	34
4.1 Resultados	34

4.2 Análisis de resultados	43
4.3 Discusión	45
CAPÍTULO 5: CONCLUSIONES Y RECOMENDACIONES.....	49
5.1 Conclusiones.....	49
5.2 Recomendaciones.....	50
CAPITULO 6: ANEXOS	51
Cronograma de actividades	60
Bibliografía.....	¡Error! Marcador no definido.

INDICE DE TABLAS

Tabla N°1. Distribución de los pacientes según género	35
Tabla N°2. Distribución de los pacientes según la edad	35
Tabla N° 3. Distribución de los pacientes según estado civil	36
Tabla N°4. Distribución de pacientes según ingresos hospitalarios previos.....	36
Tabla N°5. Distribución de pacientes según el servicio en el que se encuentran ingresados en el HTMC.	37
Tabla N° 6. Prevalencia de depresión en pacientes hospitalizados en el HTMC	37
Tabla N° 7. Severidad de depresión en pacientes hospitalizados en el HTMC	38
Tabla N° 8. Frecuencia de depresión según el género de los pacientes ingresados en el HTMC	39
Tabla N° 9. Frecuencia de depresión según la edad de los pacientes ingresados en HTMC	40
Tabla N° 10. Frecuencia de depresión según el estado civil de los pacientes ingresados en HTMC.....	41
Tabla N° 11. Frecuencia de depresión según el número de ingresos hospitalarios previos de los pacientes ingresados en HTMC	42
Tabla N°12. Frecuencia de depresión según servicio hospitalario	43

INDICE DE GRÁFICOS

Gráfico N° 1. Prevalencia de depresión en pacientes hospitalizados en el HTMC	38
Gráfico N° 2. Severidad de depresión en pacientes hospitalizados en el HTMC	39
Gráfico N°3. Frecuencia de depresión según el género de los pacientes ingresados en el HTMC	40
Gráfico N°4. Frecuencia de depresión según la edad de los pacientes ingresados en HTMC	41
Gráfico N° 5. Frecuencia de depresión según el estado civil de los pacientes ingresados en HTMC.....	42
Gráfico N° 6. Frecuencia de depresión según el número de ingresos hospitalarios previos de los pacientes ingresados en HTMC	43
Gráfico N°7. Frecuencia de depresión según servicio hospitalario.....	44

RESUMEN

Objetivo

Determinar la prevalencia de depresión en pacientes con patologías clínicas, quirúrgicas y neoplásicas internados en el hospital Teodoro Maldonado Carbo.

Metodología

El diseño de esta investigación es cuantitativa, descriptivo, observacional de corte transversal. La muestra se la calculó con un intervalo de confianza del 95%, una prevalencia esperada del 10% y un error esperado del 5%.

Resultados

De 170 pacientes estudiados, el promedio de la edad fue de 41 años con una DS de ± 12 . La prevalencia de depresión fue del 39%. Siendo las mujeres el género más afectado con un 45% IC 95%. El grupo etario que presento mayores niveles de depresión fue el de 51 a 60 años. Las personas solteras, separadas o viudas presentaron depresión en mayor grado. Por otro lado, los pacientes con patologías oncológicas son los que tuvieron mayor índice de depresión.

Conclusiones

La prevalencia de depresión en este estudio supera lo presentado en la población en general, esto se ve influenciado por el número de ingresos hospitalarios previos, la edad, el sexo, el estado civil y la patología concomitante.

Palabras clave: depresión, prevalencia, psiquiatría, inventario de Beck, antidepresivos, Hospital Teodoro Maldonado Carbo, Guayaquil, Ecuador.

ABSTRACT

Objective

To determine the prevalence of depression in patients with clinical, surgical and neoplastic diseases in Teodoro Maldonado Carbo Hospital.

Methodology

This is a quantitative, descriptive, cross-sectional observational research. The sample is calculated with a confidence interval of 95%, an expected prevalence of 10% and an expected error of 5%.

Results

170 patients were studied, the average age was 41 years with a SD of ± 12 . The prevalence of depression was 39%. Women were the most affected gender with 45% CI 95%. The age group that showed higher levels of depression was the one comprehended by patients between 51 to 60 years. Single, separated or widowed people had depression in a greater degree. Furthermore, patients with oncological diseases showed higher levels of depression

Conclusions

The prevalence of depression in this study was greater than what is presented in the general population; this is influenced by the number of previous hospital admissions, age, sex, marital status and concomitant pathology.

Keywords: depression, prevalence, psychiatry, Beck inventory, antidepressants, Hospital Teodoro Maldonado Carbo, Guayaquil, Ecuador

Introducción

La depresión es un trastorno mental que se caracteriza por la pérdida de placer, emoción e interés en las cosas, se acompaña de sentimientos de culpa y tristeza, trastornos del sueño y del apetito. Es muy común que una persona tenga sentimientos de tristeza o de culpa pero estos suelen ser pasajeros y desaparecen en unos cuantos días, cuando una persona presenta depresión no solo ella se ve afectada sino también todos los que lo rodean. Interfiere en todos los aspectos de la vida tanto personal como laboral y social.

Las estadísticas son claras y nos muestran que por lo menos uno de cada cuatro pacientes que acuden a un Centro de Salud tiene un trastorno mental diagnosticable, de los que la depresión es el más frecuente.³

Es verdaderamente sorprendente la cantidad de pacientes que presentan algún tipo de síntoma psiquiátrico asociado a la depresión y a pesar de esto no se encuentran en tratamiento ni farmacológico ni psicológico.

La mayoría de estos pacientes no sabe que sufre depresión o simplemente no lo quiere reconocer por el gran tabú que existe alrededor de las patologías psiquiátricas, la persona se aísla causando un aumento en su sintomatología. En consecuencia, el impacto de la depresión en la atención primaria es profundo y preocupante: los trastornos depresivos producen una elevada discapacidad así como una gran huella en la calidad y se podría decir cantidad de vida de los pacientes que lo padecen. Está demostrado que la depresión se asocia con mayor utilización de los recursos sanitarios, importante morbilidad, enormes costes económicos y marcada mortalidad por suicidio que es su principal complicación.

El enfoque principal de este estudio es entonces determinar la prevalencia

de depresión en los pacientes hospitalizados en el hospital Teodoro Maldonado Carbo, además de evidenciar la falta de interés de la salud mental de los pacientes sobre la salud física de los mismos. El presente estudio es prospectivo, correlacional ya que se estudiará la prevalencia de sintomatología de depresión en pacientes con patologías quirúrgicas, clínicas y neoplásicas. Se relacionará estos tres grupos de pacientes y se determinará cuál es el grupo más susceptible para desarrollar esta patología además de determinar los principales factores de riesgo asociados.

CAPÍTULO 1

1.1 Antecedentes

La depresión no es una enfermedad nueva en nuestro medio, según la OMS afecta a más de 350 millones de personas alrededor del mundo. En el año 2014 la OMS decretó que para el 2020 la de depresión constituirá la principal causa de discapacidad y contribuye a la morbilidad de los pacientes que la padecen. (1) En Europa la prevalencia de depresión en mujeres es del 10.05% y de 6.65% para hombres. Como es de esperarse en nuestro país el panorama no es tan diferente. En el 2011 se diagnosticaron 7 179 personas con depresión y 2 334 casos de intentos de suicidio. Así lo reportó el Informe Mundial de Violencia y Salud de la Organización Mundial de la Salud, en ese mismo año. De acuerdo con el informe del Ministerio de Salud, los casos - tanto de suicidio como de depresión- han aumentado desde hace 20 años. En el caso de depresión, en 1995 se presentaron 3 482 casos. En el 2005 fueron 6 107 y en proyección se prevé que para entre el 2015 y 2016 habrían más de 12 000. (1)

Lo anterior demuestra que la depresión es un problema de salud en la población general pero no es sorpresa que existan muchos estudios que respalden el hecho de que la depresión esta cada día en aumento en el área hospitalaria y en la atención primaria y aun así no existen las debidas medidas preventivas.

En el estudio de Agudelo, Lucumí y Santamaría realizado en el año 2008, se pudo comprobar que la depresión es un verdadero problema de salud en los pacientes ingresados en un hospital en Bucaramanga. Dicho estudio demostró que el 41.5% de los pacientes admitidos presentaban cierto grado de

depresión y que los síntomas somáticos-motivacionales presentaban una mayor prevalencia frente a los síntomas cognitivos- afectivos. (2) Estos valores son similares a los encontrados por Fullerton, Florenzano y Acuña, en los que los porcentajes de depresión alcanzan el 34.8% de los pacientes que consultan el nivel primario de atención a la salud. (3)

Por otra parte, el estudio realizado por Grau y compañía, demostró que le 60.3% de los pacientes después de 2 meses del alta hospitalaria continuaban con síntomas de depresión y ansiedad. Además, en un estudio realizado en la clínica Universitaria Bolivariana de Medellín que el 44.5% de pacientes hospitalizados presentaban algún tipo de trastorno psiquiátrico, ocupando la depresión el segundo lugar después de la demencia. (4) En su estudio Cassem demuestra que en algunos grupos hospitalarios puede aumentar hasta un 50% más la depresión, siendo común un mayor grado de depresión en patologías cardíacas y neurológicas. (5)

Es muy importante también tomar en cuenta los datos estadísticos obtenidos por autores ecuatorianos, como es el caso de Domínguez Villizhañay, el cual encontró que de 370 pacientes estudiados en un hospital de Cuenca obtuvo una prevalencia de depresión del 33 %, siendo los pacientes jóvenes y mujeres las más afectadas. (6)

Todos estos estudios soportan la idea de que es cierto que los pacientes hospitalizados presentan cierto grado de depresión y que muchas veces ésta pasa desapercibida ya que los médicos que los atienden generalmente se encuentran más preocupados por su patología de base obviando en cierta forma su estado anímico.

1.2 Descripción del problema

La depresión es un enemigo silencioso que acosa a la población mundial, afectando pensamientos, sentimientos y acciones de las personas que la padecen. La OMS evidencia a la depresión como la principal enfermedad para las personas de países en vías de desarrollo. Es una enfermedad común pero grave que incapacita a quien la padece. Si bien es cierto existen muchas teorías acerca de la causa de la depresión, pero ninguna de estas puede englobar a la otra. La depresión es una enfermedad multifactorial que agrava la situación de los pacientes que acuden a la atención primaria como de los que se encuentran hospitalizados.

En el ambiente hospitalario es de vital importancia realizar el diagnóstico oportuno de la depresión ya que el paciente puede no presentar mejoría de su patología de base debido a su delicado estado anímico. El paciente deja de comunicarse con el medio externo para encerrarse en una esfera gris dentro de su mente, esto causa el poco apego al tratamiento aumentando así los síntomas del enfermo.

Se puede decir que la depresión es un problema debido a la falta de pericia por parte de los médicos para realizar el diagnóstico en la primera consulta. Muchas veces el paciente no comunica lo que está padeciendo debido a miedo de ser enviado donde un psiquiatra, el cual está encasillado como -el médico de los locos-. El paciente deja de buscar ayuda por vergüenza al qué dirán, lo cual lo hace aún más peligroso.

Las consecuencias de la depresión sin tratamiento pueden llegar a ser fatales para el paciente siendo el suicidio el hecho más temido. Una persona deprimida puede esconder sus deseos suicidas. Es importante que los familiares y círculo social más cercano al paciente deban ser más conscientes de los signos y síntomas de la depresión para ayudar de esta forma al personal

de la salud a realizar un diagnóstico a tiempo.

Muchas personas pueden padecer de depresión e incluso llegar a la ideación suicida, pero a la vez ocultar sus sentimientos y parecer ser felices justo antes de su intento de suicidio. Sin embargo, la mayoría de las veces una persona que se suicida dará pistas acerca de lo desesperada que siente. Es muy importante que los médicos no psiquiatras se familiaricen con los síntomas de la depresión y las señales de advertencia de suicidio, y no tengan miedo de hacer preguntas directas acerca de los sentimientos de la persona ya que de esta forma podría evitar una muerte.

1.3 Justificación

Las patologías psiquiátricas tienen un gran impacto sobre la sociedad actualmente, pero a pesar de eso no reciben la importancia necesaria. Uno de los principales trastornos que aquejan a la población mundial es la depresión. Según la OMS, la depresión se caracteriza por la presencia de tristeza, pérdida de interés o placer, sentimientos de culpa o falta de autoestima, trastornos del sueño o del apetito, sensación de cansancio y falta de concentración. (1) Como es evidente un paciente internado se encuentra en una situación difícil ya que no sabe cuál será la evolución de su enfermedad y si a eso le agregamos toda la sintomatología con la que la depresión puede venir acompañada nos encontramos frente a un verdadero problema.

De acuerdo con varios estudios epidemiológicos realizados alrededor del mundo 10 % a 20 % de los pacientes con enfermedades médicas tienen síntomas depresivos. Sin embargo, sólo un tercio de estos pacientes reciben un diagnóstico y 10 % a 30 % son tratados adecuadamente.

Es de vital importancia comenzar a considerar a la depresión no como un simple síntoma sino más bien como un diagnóstico establecido en los pacientes, sólo será en este momento que se podrá mejorar la calidad de vida de los mismos al ayudarlos brindándoles un verdadero tratamiento farmacológico así como ayuda psicológica.

Como ya se mencionó la depresión afecta a los pacientes de la forma más insidiosa. Muchas veces el no reconoce o no está al tanto de la patología que presenta y son los familiares los que comienzan a notar los cambios. Por esta razón es importante que diagnostique a tiempo esta patología ya que afecta no sólo al paciente en sí sino a todos los que lo rodean. En el típico caso de una madre puérpera que padece de depresión, se ve afectado el vínculo primordial entre la madre y el recién nacido. La nueva madre se puede llegar a sentir desesperanzada, inútil y con falta de interés para su bebé, y en casos más graves pueden llegar a sentir deseos de lastimarse o peor aún lastimar a su bebé.

En el caso del paciente con una patología crónica la cual no ha tenido mejoría en algún tiempo es muy común que presente cierto grado de depresión la cual puede ser la causa o influenciar en su mal pronóstico. Por lo tanto, es relevante que los familiares estén pendientes y acudan al especialista al primer signo de alarma en estos pacientes.

La depresión puede afectar a cualquier en cualquier momento, por esta razón esta tesis busca brindar evidencia para alertar a los médicos, pacientes y familiares de los mismos para que sepan que la depresión es una patología real y las consecuencias de no tratarla a tiempo pueden llegar a ser fatales

1.4 Objetivos generales y específicos

Objetivo General

Determinar la prevalencia de depresión en pacientes con patologías clínicas, quirúrgicas y neoplásicas internados en el hospital Teodoro Maldonado Carbo.

Objetivos Específicos

1. Establecer la prevalencia de depresión en el HTMC según factores de riesgo.
2. Diagnosticar el grado de depresión en los pacientes hospitalizados en el HTMC
3. Determinar cuál de los grupos de estudio es más susceptible a desarrollar depresión

1.5 Formulación de hipótesis o preguntas de investigación.

La estadía hospitalaria origina en los pacientes del HTMC genera depresión, la cual se ve influenciada por el diagnóstico de cada paciente así como el tiempo y número de ingresos hospitalarios, edad, sexo y estado civil.

Interrogantes de la investigación

- ¿Cuál es el nivel de depresión que presentan los distintos grupos de pacientes hospitalizados en el HTMC?
- ¿Qué grupos de pacientes hospitalizados en el HTMC presentan un mayor nivel de depresión?
- ¿En qué grupo hospitalario se observa un mayor nivel de depresión?
- ¿Qué factores son los que más se relacionan con la depresión en los pacientes hospitalizados en el HTMC?
- ¿En qué rangos de edades se presenta un mayor nivel de depresión en

los pacientes hospitalizados en el HTMC?

- ¿Qué consecuencias adicionales se pueden presentar en los pacientes hospitalizados debido a la depresión?

CAPÍTULO 2: MARCO TEÓRICO O CONCEPTUAL

2.1. Aspectos teóricos

DEPRESIÓN

Definición de depresión

La depresión se define como un 'trastorno mental que se caracteriza por sentimientos de culpa, inutilidad, tristeza y desesperanza profunda'. (7) Se puede decir que la depresión es más que solo sentirse triste. A menudo, el término depresión tiende a ser mal utilizado, ya que se utiliza con frecuencia para describir estados de ánimo negativos que suelen ser pasajeros o tienden a desaparecer con facilidad. Es debido a la persistencia y a la capacidad de estos síntomas de interferir de forma negativa en la vida de la persona que se puede diferenciar exitosamente entre depresión y un episodio de tristeza u otros estados emocionales negativos.

La depresión clínica se considera como una condición médica, que se caracteriza por alterar la forma en que una persona cree, siente y actúa. Altera cada uno de los ámbitos personales y sociales de una persona. Las cosas que antes le atraían dejan de llamarle la atención, lo que puede causar un gran problema para él y para las personas que lo rodean.

Existen muchas teorías acerca de la causa de la depresión, varían desde fallo de carácter o como consecuencia a inmadurez psicológica. Se podría decir que éstos no son más que mitos o creencias populares que dificultan aún más la aceptación de la depresión como una enfermedad verdadera. Lo cierto es, la depresión se debe a una combinación muy liada

de factores biológicos, psicológicos y ambientales que favorecen a la presentación y desarrollo de los síntomas y signos clínicos que la caracterizan. (8)

Antecedentes históricos

La depresión no es algo nuevo para el ser humano, en realidad lo ha acompañado como una entidad clínica a lo largo de la historia. Hoy conocida como un trastorno del estado de ánimo con bases, fisiológicas, bioquímicas, genéticas y psicológicas, en el pasado las personas tenían una concepción errónea acerca de ésta, relacionándola incluso con posesiones demoníacas y fenómenos paranormales.

Es necesario clasificar su historia por áreas y tiempos específicos. Es así como en la antigua Grecia la depresión estaba definida por la teoría hipocrática de los humores. El estado de salud estaba relacionado con el equilibrio entre los 4 humores básicos: sangre, flema, bilis y atrabilis o humor negro. Cuando existía un predominio de esta bilis negra, había una franca melancolía o temperamento melancólico en donde el individuo presentaba una inclinación hacia el pesimismo y la tristeza. (9)

En el siglo XV, durante la época del Renacimiento, la imagen de la melancolía se vuelve literaria y hasta poética. A comienzos del siglo XVIII, se daría un culto a la melancolía, donde muchos escritores como Robert Burton e inclusive William Shakespeare analizarían de manera profunda ese estado del alma de una persona plasmándolo en sus famosas obras. (9)

Ya en el siglo XIX y XX va profundizándose la comprensión de los mecanismos causales de la depresión, entendiéndose ésta ya no solo como un estado anímico sino como una patología. La farmacología vendría a tomar

un punto muy importante, estudiándose los principios activos de los primeros antidepresivos, inhibidores de la mono amino oxidasa, los tricíclicos, pasando luego a los inhibidores de la recaptación de serotonina. Es así como la depresión ha ido evolucionando en la historia.

Datos epidemiológicos

La depresión es la enfermedad más común entre las patologías mentales y ha sido pesquisada en más de 45% de los pacientes que acuden a la consulta de atención primaria de la salud.

En Europa, las estadísticas nos dicen que 1 persona de cada 5 padecerá en algún momento de su vida depresión, mientras que en EEUU, alrededor del 10% de las mujeres y 5% de hombres han tomado alguna clase de antidepresivo. Es importante mencionar que la mayoría de pacientes que presentan algún grado de depresión jamás son diagnósticas y por lo tanto no reciben un tratamiento adecuado. (10)

La OMS indica que entre el 20-25% de la población general sufrirá una depresión en algún momento de su vida. Desde el año 2000 las ventas de antidepresivos han aumentado exponencialmente, aunque los estudios sugieren que a pesar de esto aún han un gran número de pacientes que no han sido diagnosticados apropiadamente. (8)

Factores de Riesgo

Es bien establecido que la depresión es un proceso multifactorial y de gran complejidad, pero hasta el momento no se ha podido explicar las interacciones existentes entre esos factores de riesgo. Es más, ha sido difícil establecer si en realidad un factor de riesgo constituye el inicio de un episodio depresivo o sin en realidad es una consecuencia del mismo. (11)

Las variables que incrementan el riesgo de padecer de depresión se las puede clasificar en factores de origen biológico, psicológico y social.

- **Origen biológico**

La prevalencia e incidencia de trastornos depresivos es significativamente mayor en mujeres que en hombres, se puede iniciar a cualquier edad pero presenta un pico de incidencia entre los 14 y los 45 años de edad. La actividad reducida de neurotransmisión serotoninérgica, la cual puede estar influenciada por la presencia de un polimorfismo del gen que codifica el transportador de serotonina. Este gen podría constituirse como un predictor de la respuesta al antidepresivo; y la hipersecreción de cortisol son factores que han demostrado estar muy involucrados en los orígenes de la enfermedad. (12)

La herencia es otro factor de riesgo importante a tomar en cuenta. Los pacientes que presentan historia familiar de depresión constituyen un grupo de riesgo tanto para enfermedades somáticas como para trastornos anímicos y mentales. A pesar de que los estudios muestran que los familiares en primer grado tienen 50% más posibilidades de presentar un episodio depresivo que la población general, no está claro qué cantidad de riesgo proviene de dicho factor genético y qué cantidad proviene directamente del simple hecho de convivir con una persona que presente esta enfermedad.

La asociación con enfermedades crónicas es un factor de riesgo importante. Se ha descrito asociación con diversas patologías endócrinas como diabetes, alteraciones en secreción de hormonas tiroideas, patologías

de la glándula suprarrenal., así como también hipertensión arterial, enfermedad cerebrovascular e infarto agudo de miocardio. Estudios demuestran una gran asociación entre migraña y depresión; así como también ataques de pánico y trastornos de ansiedad constituyes factores de riesgo.

- **Origen psicológico**

Pacientes con desórdenes de la personalidad constituyen un grupo de riesgo para la aparición de depresión. Es evidente la relación que presenta las distorsiones cognitivas y los traumas de la infancia y adolescencia con la posibilidad de tener un evento depresivo en algún momento. Por esta razón es necesaria la identificación temprana de estos para que la depresión no pase desapercibida.

- **Origen Social**

Entre los posibles causantes relacionados al área social se destaca el bajo nivel socioeconómico y las malas circunstancias laborales. Las personas desempleadas presentan con mayor frecuencia depresión. El estado civil forma un papel preponderante en el riesgo de sufrir depresión. Estar soltero, divorciado o viudo, o el simple hecho de una persona de presentar cierto grado de ansiedad con respecto a su estado civil aumenta las posibilidades de presentar depresión (13)

Clasificación de la depresión

Para poder diagnósticas depresión es necesario establecer primero la presencia de un episodio depresivo, el cual se caracteriza por presentar los siguientes aspectos:

Síntomas	Criterios Diagnósticos DSM-IV	Preguntas sugeridas (14)
Ánimo depresivo	Estado depresivo la mayor parte del día, casi todos los días	¿Cómo está tu estado de ánimo últimamente? ¿Cuánto dura?
Anhedonia	Marcada disminución del interés o placer en casi todas las actividades, la mayor parte del día casi todos los días	¿Ha perdido interés en sus actividades habituales? ¿ya no obtiene placer en las cosas viejas?
Alteración del sueño	Insomnio o hipersomnias casi todos los días	¿Cómo duerme últimamente?
Cambios de peso o apetito	Cambios en apetito, cambio no intencionado de peso	¿ha tenido cambios en peso o apetito?
Pérdida de energía	Fatiga todos los días	¿se siente enérgico, con ganas de hacer las cosas?
Cambios en act. Psicomotora	Agitación o enlentecimiento psicomotriz todos los días	¿se ha sentido inquieto, o ha tenido problemas para estar tranquilo?
Pérdida de concentración	Disminución en la capacidad para pensar	¿le cuesta concentrarse?
Sentimientos de culpa	Sentimientos de inutilidad o excesiva culpa todos los días	¿se siente culpable por algo? ¿describese a si mismo
Ideación suicida	Pensamientos recurrentes de muerte o suicidio	¿ha sentido que no merece la pena vivir? ¿ha tenido pensamientos de muerte?

Episodio depresivo leve

El estado de ánimo depresivo, la falta de interés en las cosas, la incapacidad de disfrutar, se considera los síntomas más típicos de la depresión. Es necesario que se encuentren presentes 2 de 3 para poder establecer un diagnóstico definitivo y además, deben incluirse 2 de los síntomas descritos en la tabla. Debe considerarse que ninguno de estos síntomas se encuentre en un grado intenso y el episodio depresivo debe durar al menos 2 semanas.

Episodio depresivo moderado

Al igual que el anterior, deben estar presentes al menos dos de tres síntomas típicos e incluirse 4 de los demás síntomas. Estos síntomas pueden o no encontrarse en un grado intenso y el episodio debe durar al menos dos semanas.

Lo relevante de este grado de depresión es que el enfermo presenta ya dificultad para realizar sus actividades diarias, causando conflictos en su vida social, laboral o doméstica.

Episodio depresivo grave

Para confirmar el diagnóstico de este grado de depresión deben de estar presentes 3 de los 3 síntomas típicos presentes en los episodios leves o medaros y por lo menos 4 de los demás síntomas los cuales deben tener un carácter intenso. Por lo general el episodio debe durar mínimo 2 semanas, pero si los síntomas son muy intensos o si son de inicio brusco y rápidamente progresivo, puede considerarse un diagnóstico definitivo aún con un tiempo menor a 2 semanas. El riesgo de suicidio en este grado de depresión es inminente por lo cual se debe tener especial atención en este aspecto. Además, el paciente se encuentra casi completamente incapacitado para realizar sus actividades sociales y laborales por lo que se recomienda un buen sistema de apoyo para el paciente.

Episodio depresivo recurrente

Se caracteriza por episodios depresivos a repetición los cuales pueden ser leves, moderados o graves, pero sin antecedentes de episodios aislados de

aumento del estado de ánimo o vitalidad lo suficientes para cumplir con las pautas para el diagnóstico de manía.

Métodos diagnósticos de depresión

El inventario de depresión de Beck fue creado por el famoso psiquiatra Aaron T. Beck en el año de 1961. Es uno de las herramientas más comúnmente utilizadas alrededor del mundo para el despistaje de depresión, así como para medir el nivel de la misma.

Es un cuestionario que puede ser auto administrado por el paciente, el cual cuenta con 21 preguntas tipo multiple choice. Este cuestionario es de fácil aplicación, las preguntas son muy simples y contienen los síntomas que forman parte del DSM IV. (15)

Así como este, existen otros métodos, como el test de Hamilton la cual presenta en su versión actualizada 16 ítems. Esta escala se aplica exclusivamente a pacientes que presentan un diagnóstico previo de depresión. Es utilizada para medir el grado de depresión así como la progresión de los síntomas. (16)

Existen otros que también se utilizan pero en nuestro país estos son los más empleados, siendo el inventario de Beck el que más utilizado por los psiquiatras en el Instituto de Neurociencias de la ciudad de Guayaquil.

Depresión y suicidio

El suicidio es un problema que está en aumento a nivel mundial. Según la OMS, cada año más de 800 mil personas se quitan la vida y aún más lo

intentan. Se puede producir a cualquier edad, pero según las estadísticas el grupo etario entre 15 y 29 años es el más propenso a hacerlo. (8)

Las personas que cometen suicidio no sólo son las que presentan un problema mental diagnosticado ya que, si bien es cierto existe un vínculo bien documentado entre las enfermedades psiquiátricas y el suicido, muchas veces el suicidio se produce en forma de un impulso en los momentos en que la persona se encuentra sobrellevando una crisis de la cual a su parecer no encuentra escapatoria o una solución adecuada.

Actualmente uno de los temas que se encuentra con más popularidad es el del “bullying” o maltrato psicológico, este puede llegar a ser tan grave que el individuo se ve inmerso en una depresión profunda llegando en realidad a creer que su vida no tiene importancia o sentido. Pero este problema no es sólo de adolescentes como la mayoría de personas cree; las comunidades indígenas, los homosexuales, las personas con discapacidades, los transexuales y las personas privadas de libertad son los grupos donde se ha identificado la mayor tasa de suicidios.

El suicidio no sólo se produce en países con altos ingresos económicos sino que se ha convertida en una problemática mundial que afecta a cualquier persona sin importar sus condiciones económicas o sociales. El problema se radica en la gran cantidad de estigmas y tabúes que existen alrededor de este tema. La prevención del suicidio no ha sido abordada de la mejor manera ya que aún las personas no aceptan el hecho de que es suicidio es un problema de salud pública. Aún en nuestro país no existe un programa o estrategia para la prevención del suicidio, como lo existe para la prevención de muertes maternas o para la transmisión de enfermedades de transmisión sexual.

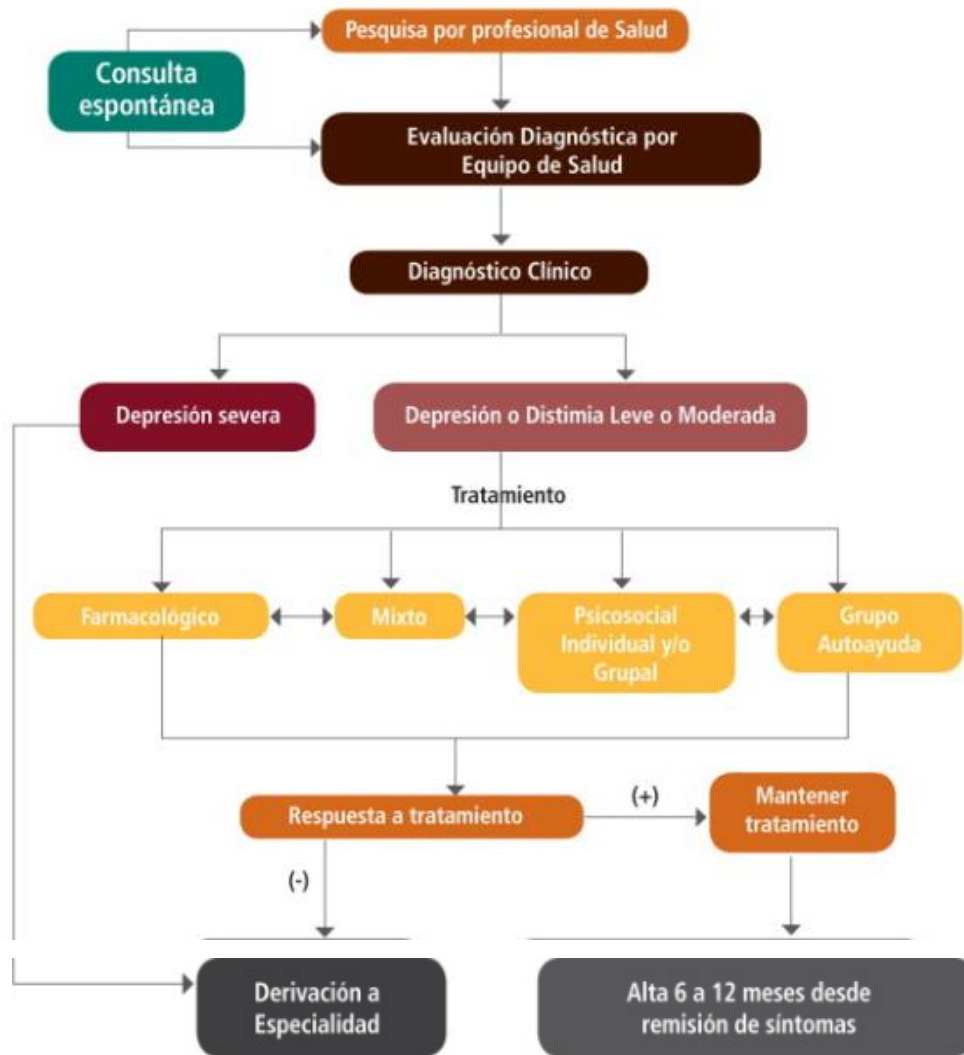
Se necesitan estrategias eficaces de prevención del suicidio, en las cuales exista una excelente vigilancia y seguimiento tanto de los pacientes como de sus familiares. Cada suicidio es un desastre que afecta tanto a las familias del difunto, como a la comunidad entera.

Hablando de la depresión como factor de riesgo para el suicidio, es bien conocido que existe una gran relación entre los dos. Según las estadísticas, se considera que el riesgo de suicidio es cuatro veces mayor en pacientes con depresión y aumenta veinte veces más en personas con depresión grave (17). Se ha considerado algunos factores como sexo masculino, historia familiar de trastorno mental, intento de suicidio previo, ansiedad abuso de drogas y alcohol, trastornos de personalidad y agresividad. (18) (14)

Por tal razón es importante tener en cuenta que en los pacientes con depresión no sólo se ve afectado su estado anímico, sino también toda su vida. Muchos autores coinciden con el hecho de que si un paciente que padece depresión llega al suicidio muchas veces se debe a la falta de supervisión por parte del profesional; también a la falta de un grupo de apoyo adecuado. Es sumamente importante que el enfermo se sienta comprendido y no juzgado ya que de esta forma podrá poco a poco, ir saliendo de ese estado depresivo y encontrar la remisión.

A pesar de que es difícil el manejo de un paciente con intento o ideación suicida, depende del profesional de la salud realizar un diagnóstico oportuno así con un tratamiento adecuado incluyendo terapia farmacológica así como apoyo psicológico y conductual.

Algoritmo manejo de la depresión (12)



Tratamiento de depresión

Para obtener los mejores beneficios del tratamiento para la de depresión es importante combinar las terapias psicológicas y las farmacéuticas. De esta forma, se obtendrán menos recaídas y el paciente tendrá una mejor calidad de vida.

La terapia farmacológica consiste en la utilización de medicamentos para disminuir los síntomas depresivos y obtener remisión de la enfermedad. Esta terapia está indicada sólo en los grados de depresión moderados y graves.

Esto es debido al poco beneficio que existe con esto en relación con los riesgos de los mismos para el paciente. (19)

Los principales grupos de fármacos antidepresivos son: los antidepresivos tricíclicos, los inhibidores selectivos de la recaptación de serotonina, los inhibidores de la mono amino oxidasa.

Los antidepresivos tricíclicos son fármacos altamente utilizados para el tratamiento de la depresión. Sin embargo, deben administrarse con extrema precaución ya que poseen un estrecho margen terapéutico y es muy posible que el profesional sobredosifique o no llegue a la ventana terapéutica. Es por esta razón que se deben realizar controles seguidos (20)

Aunque la eficacia de esta clase de antidepresivos se encuentra bastante documentada hace más de 30 años, los efectos adversos colaterales dificultan en gran manera su uso. Entre los más comunes se encuentran los relacionados a los efectos anticolinérgicos que este fármaco presenta; como son la sequedad de boca y ojos, alteraciones gastrointestinales, retención urinaria, hipertermia, taquicardia sinusal.

Por otro lado, se encuentran contraindicados en pacientes con afectaciones cardiovasculares, insuficiencia renal, hiperplasia prostática benigna entre otros.

Se encuentran los inhibidores selectivos de la recaptación de serotonina, los cuales causan menos efectos adversos que los otros antidepresivos por lo cual se consideran los más seguros a la hora de prescribir.

Su mecanismo de acción básicamente es la de impedir la resorción de serotonina en el cerebro la cual. Este cambio del equilibrio en la concentración de serotonina parece enviar un mensaje a las células del cerebro las cuales a su vez permiten el cambio en el estado de ánimo.

Como los otros antidepresivos presenta efectos adversos, entre los más molestos se encuentran la disfunción eréctil, la incapacidad para alcanzar un orgasmo, el aumento de peso, la resequedad de la boca, náuseas, etc. (21)

Por otra parte, tenemos a los inhibidores de la monoaminooxidasa. Estos fármacos fueron los primeros en ser utilizados como parte del tratamiento de depresión; a lo largo de la historia fueron reemplazados por fármacos más seguros y con menos efectos adversos.

Uno de las principales desventajas que tiene el uso de los IMAOs es los cuidados que se debe tener en la dieta, así como la amplia lista de interacciones medicamentosa que tiene este medicamento. Uno de los efectos adversos más temido es la elevación de la presión arterial a niveles peligrosos. Por otra parte, no se puede discontinuar su uso de forma repentina ya que puede causar síntomas de abstinencia que alteran mucho la calidad de vida del paciente. Por esta razón, es necesario que el profesional de salud mantenga un cuidadoso seguimiento al paciente. (22)

Es importante mencionar, que todos los fármacos antidepresivos presentan un periodo de latencia es decir, el periodo que transcurre entre que inicia el tratamiento con el que ya aparece la mejoría de los síntomas. Este periodo generalmente aparece a las tres semanas; por este motivo, es indispensable que se realice un control a las tres o cuatro semanas para verificar la eficacia de dicho tratamiento, comprobar la aparición o no de efectos secundarios y realizar cambios en la dosificación para optimizar el tratamiento. (23)

Si después de 2 meses no se encuentra mejoría en la sintomatología del paciente, es necesaria la verificación de toma de los medicamentos o sino, cambiar a otra de familia de antidepresivos. Es importante siempre

individualizar el tratamiento, es decir lo que funciona para una persona tal vez no funciona en otra. (24)

Existen situaciones especiales en donde se debe tener en cuenta el uso de los fármacos antidepresivos. En los ancianos por ejemplo, la depresión suele cursar con síntomas más intensos y episodios más prolongados. Es muy común que se prescriban ISRS y que los antidepresivos tricíclicos se encuentren contraindicados. Es por esto que se ajustan las dosis en estos pacientes y se tiene un control estricto a la hora de prescribir. (25) (26)

En las embarazadas en cambio, se intenta no utilizar este tipo de fármacos a menos que exista un riesgo inminente de suicidio o de daño al feto. En tal caso, se prescriben antidepresivos con mucha cautela y siempre se recuerda a la madre que todos estos fármacos se excretan por la leche materna. (27) (28)

Existen tratamientos dentro de la psicoterapia, incluyendo la terapia cognitiva-conductual, la interpersonal, la psicodinámica y otras clases de terapia conversacional, que brindan la ayuda necesaria a las personas para que puedan entrar en remisión o que logren por lo menos mejorar su calidad de vida. La psicoterapia permite identificar los factores que favorecen a la depresión, además de permitir afrontar eficazmente las causas psicológicas, conductuales, interpersonales y situacionales. (29) (30)

2.2. Aspectos conceptuales (31)

- **Depresión:** Enfermedad o trastorno mental que se caracteriza por una profunda tristeza, decaimiento anímico, baja autoestima, pérdida de interés por todo y disminución de las funciones psíquicas.

- **Ingreso hospitalario:** Es la aceptación formal de un paciente por el hospital para su atención médica, observación, tratamiento y recuperación
- **Intento suicida:** es el pensamiento de acabar con la propia existencia.
- **Inventario de Beck:** es un cuestionario autoadministrado que consta de 21 preguntas de respuesta múltiple. Es uno de los instrumentos más comúnmente utilizados para medir la severidad de una depresión.
- **Factor de riesgo:** Un factor de riesgo es cualquier rasgo, característica de un individuo que aumente su probabilidad de sufrir una enfermedad o lesión.
- **Suicidio:** es el acto por el que una persona, deliberadamente, se provoca la muerte.

2.3. Aspectos legales

El ámbito legal se apoya en la ley de la constitución del Ecuador que apoya la salud integral de las personas. En la segunda sección de Salud encontramos Art. 358.- El sistema nacional de salud tendrá por finalidad el desarrollo, protección y recuperación de las capacidades y potencialidades para una vida saludable e integral, tanto individual como colectiva, y reconocerá la diversidad social y cultural. El sistema se guiará por los principios generales del sistema nacional de inclusión y equidad social, y por los de bioética, suficiencia e interculturalidad, con enfoque de género y generacional.

Constitución de la República del Ecuador, 2008

Art. 359.- El sistema nacional de salud comprenderá las instituciones, programas, Políticas, recursos, acciones y actores en salud; abarcará todas las dimensiones de derecho a la salud; garantizará la promoción, prevención,

recuperación y rehabilitación en todos los niveles; y propiciará la participación ciudadana y el control social.

Art. 360.- El sistema garantizará, a través de las instituciones que lo conforman, la promoción de la salud, prevención y atención integral, familiar y comunitaria, con base en la atención primaria de salud; articulará los diferentes niveles de atención; y promoverá la complementariedad con las medicinas ancestrales y alternativas.

La red pública integral de salud será parte del sistema nacional de salud y estará conformada por el conjunto articulado de establecimientos estatales, de la seguridad social y con otros proveedores que pertenecen al Estado, con vínculos jurídicos, operativos y de complementariedad.

Art. 368.-El sistema de seguridad social comprenderá las entidades públicas, normas, políticas, recursos, servicios y prestaciones de seguridad social, y funcionará con base en criterios de sostenibilidad, eficiencia, celeridad y transparencia. El Estado normará, regulará y controlará las actividades relacionadas con la seguridad social.

En el plan Nacional del Buen Vivir, fue elaborado con el fin de regular las políticas públicas con la gestión e inversión pública. Instrumento que es usado por el Gobierno Nacional. En ella se encuentran 12 objetivos nacionales y 12 estrategias nacionales, y su cumplimiento ordenará principios del buen vivir para los ecuatorianos. Elaborado por la Senplades y presentado por el presidente Rafael Correa para su posterior aprobación al Consejo Nacional de Planificación. En el objetivo 2 dice “Mejorar la calidad de vida de los ecuatorianos”. Y en el objetivo 3 expresa “Fortalecer las capacidades y potencialidades de la ciudadanía”.

CAPÍTULO 3: METODOLOGÍA

3.1 Diseño de la Investigación

3.1.1 Diseño de la investigación

El diseño de esta investigación cuantitativa, observacional de corte transversal. Permite a los investigadores medir la prevalencia de la exposición y del efecto en una muestra poblacional, es decir permite estimar la distribución de una enfermedad en un momento dado. (32)

3.1.2 Tipo de investigación

Esta investigación es de tipo descriptivo. Este tipo de estudio es idóneo para esta investigación ya que busca describir como la hospitalización y la severidad de una enfermedad puede influenciar grandemente en el desarrollo de cierto grado de depresión en los pacientes que se encuentran en el HTMC

3.1.3 Lugar de Estudio

País: Ecuador

Provincia: Guayas

Ciudad: Guayaquil

Zona: Urbana

El estudio será realizado en el Hospital Regional del IESS "Dr. Teodoro Maldonado Carbo" que queda ubicado en la Avenida 25 de Julio y Ernesto Albán, al sur de la ciudad de Guayaquil.

3.1.4 Caracterización de la zona de trabajo

Guayaquil es una de las ciudades más grande del Ecuador que alberga a aproximadamente 2 millones y medio de habitantes. El estudio fue realizado en el Hospital del IEES de dicha ciudad. Este hospital se encuentra en la categoría de tercer nivel según el Ministerio de Salud ya que provee de la mayoría de especialidades a sus usuarios. Actualmente atiende tanto pacientes adultos como pediátricos.

3.1.5 Periodo de Investigación

La investigación se realiza en los meses de enero a julio del 2016.

3.1.6 Recursos y Presupuesto

Esta investigación cuenta con la valiosa ayuda del Dr, Carlos Orellana y del departamento de psiquiatría del hospital del IEES “Dr. Teodoro Maldonado Carbo”. Como recursos físicos se cuenta con materiales de papelería, computador, internet.

No se utilizará recursos monetarios ya que la información será recolectada directamente por el investigador y procesada por el mismo

3.1.7 Operacionalizacion de las variables

Este estudio tiene las siguientes variables en cuenta:

VARIABLE	TIPO	ESCALA	DESCRIPCION	INDICADOR
Edad	Cuantitativa continua	18-30 31-50 51-60	Años cumplidos desde día de nacimiento	Años
sexo	cualitativa	Masculino femenino	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.	masculino femenino
Estado civil	cualitativa	Soltero Casado Divorciado Viudo	Situación de las personas físicas determinada por sus relaciones de familia, provenientes del matrimonio o del parentesco, que establece ciertos derechos y deberes.	Soltero Casado Divorciado Viudo
Ingresos Hospitalarios previos	cuantitativa	Ninguna 1era hospitalización 2-3 Mas de 4	Es la aceptación formal de un paciente por el hospital para su atención médica, observación, tratamiento y recuperación	numérico
depresión	Cualitativa ordinal	Si - leve -moderada -severa no	Enfermedad o trastorno mental que se caracteriza por una profunda tristeza, decaimiento anímico, baja autoestima, pérdida de interés por todo y disminución de las funciones psíquicas	Si - leve -moderada -severa No
Patología concomitante	cualitativa	Cardiológica, gastroenterológica, infecciosa, oncológica, quirúrgicas y vasculares	Es el motivo del ingreso hospitalario	Nominal

3.2 Población y muestra, criterios de inclusión, criterios de exclusión.

3.2.1 Población

El universo de estudio lo conforman los pacientes de cualquier sexo, que se encuentren entre los rangos de edad ≥ 18 años y ≤ 60 años ingresados en las áreas de cirugía general, vascular, cardiología, gastroenterología, infectología, y oncología del hospital Teodoro Maldonado Carbo.

3.2.2 Muestra

La muestra fue escogida al azar intentando cumplir siempre un mínimo de 4 pacientes por día, teniendo en cuenta los criterios de inclusión del proyecto, entre los pacientes que se encuentren hospitalizados entre los meses de enero a julio del 2016 en las áreas antes mencionadas del hospital Teodoro Maldonado Carbo

Se aplicó la siguiente fórmula:

$$n = \frac{Z_a^2 p * q}{i^2}$$

Donde:

Z_a : 1.96 al cuadrado siendo la seguridad del 95%

p: proporción aproximada del fenómeno en estudio en la población de referencia (10%)

q: proporción de la población en referencia que no presenta el fenómeno en estudio $1-p$

i: margen de error

Para el cálculo de la muestra se utilizó una seguridad del 95%, margen de error de 5% y una proporción esperada del 10%

$$n = \frac{1.96^2 * 0.10 * 0.90}{0.05^2}$$

$$n = 140 \text{ (más un 20\% por probables pérdidas) = } \mathbf{170}$$

3.2.3 Criterios de inclusión:

- Hombres y mujeres con rango de edad entre 18 y 60 años.
- Pacientes que estén ingresados en piso de cirugía general, y cirugía vascular del HTMC en los meses de enero a julio del 2016.
- Pacientes que estén ingresados en piso de gastroenterología, cardiología, infectología del HTMC en los meses de enero a julio del 2016.
- Pacientes que se encuentren ingresados en piso de oncología o que tengan diagnóstico de patología neoplásica en el HTMC en los meses de enero a julio del 2016.

3.2.4 Criterios de exclusión:

- Hombres y mujeres con rango de edad ≤ 18 y ≥ 60 años de edad
- Pacientes que tengan diagnóstico previo de depresión o de alguna variante de esta patología.
- Pacientes con patologías clínicas, quirúrgicas y oncológicas diagnosticadas según criterios, pero que no se encuentren ingresados en la institución.
- Pacientes que no se encuentren en condiciones aptas para contestar el cuestionario de depresión
- Pacientes diagnosticados previamente con alguna patología psiquiátrica.

3.3 Descripción de los Instrumentos, herramientas y procedimientos de la investigación.

3.1.1 Método

Para la realización de este proyecto de investigación se aplicó a los pacientes hospitalizados el inventario de depresión de Beck, con el cual se determina el grado de depresión que presentan los pacientes

3.3.2 Instrumentos

-Cuestionario de información general

-Cuestionario de depresión de Beck:

La prueba, que consta de 21 ítems, tiene como objetivo identificar y medir la gravedad de síntomas típicos de la depresión en adultos y adolescentes a partir de 13 años. Los ítems del BDI-II son consistentes con los criterios recogidos en el DSM-IV para el diagnóstico de los trastornos depresivos (2)

3.3.3 Herramientas

Los datos de esta investigación serán rigurosamente procesados a través del programa de análisis estadístico SPSS.

Las gráficas y tablas fueron realizadas a través de Microsoft Excel y Microsoft Word.

3.3.4 Procedimientos de la Investigación

Previa autorización de la ficha técnica por parte del consejo directivo de la facultad de medicina de la Universidad Espíritu Santo se procedió a

solicitar la autorización por parte del área de investigación del Hospital Teodoro Maldonado Carbo.

El procedimiento para la obtención de los datos fue mediante una encuesta realizada a los pacientes hospitalizados en las distintas áreas que conforman el estudio durante los meses de enero a julio del 2016.

Los pacientes fueron aleatorizados de manera simple 6 pacientes de lunes a viernes, procurando siempre tener por lo menos un paciente perteneciente a cada área.

Posterior a la lectura de la hoja de consentimiento informado se procedió a la firma de la misma, en caso de obtener una respuesta favorable por parte del paciente se procedió a la recolección de los datos generales del paciente por medio del un cuestionario elaborado por el autor en donde se incluyen datos como edad, sexo, estado civil, número de ingresos hospitalarios, días de estancia hospitalaria.

Por último, se aplico el cuestionario de depresión de Beck, el cual consta de 21 ítems, cada ítem presenta 3 opciones en donde se da una puntuación de 0 a 3. Un resultado de 17 o más se considera positivo para depresión e indica que el paciente necesita ayuda de un profesional.

Para facilitar la realización del cuestionario se dio lectura del mismo a los pacientes, al ser contestadas el investigador fue marcando cada respuesta en el cuestionario. Algunos pacientes prefirieron realizar el cuestionario ellos mismos, pero siempre el investigador se mantuvo atento y presto para contestar cualquier duda que el paciente podría tener para asegurar así la correcta aplicación del cuestionario.

3.3.5 Viabilidad

Este estudio es viable ya que cuenta con la autorización previa de la Universidad Espíritu Santo y del Hospital Teodoro Maldonado Carbo, así como específicamente de cada área en la cual se realizará el trabajo

3.3.7 Aspectos éticos

Toda la información obtenida en este proyecto de investigación será absolutamente confidencial, solo para el uso de los investigadores.

Se evitará bajo todo concepto causar daño físico, psicológico, económico ni material a los pacientes, familiares ni a ninguna persona o institución involucrada en la realización de este artículo.

Se realizará una recolección de datos a través de simples preguntas que forman parte del cuestionario de Beck para lo cual, previamente se pedirá al paciente que firme el consentimiento informado el cual se encuentra más detallado en la sección de anexos. En este documento se especifica al paciente que todos los datos serán confidenciales y que si es su deseo el paciente puede retirarse en cualquier momento del estudio.

CAPITULO 4: RESULTADOS Y DISCUSION

4.1 Resultados

Tabla N°1. Distribución de los pacientes según género

Género de los pacientes hospitalizados en estudio		
GÉNERO	FRECUENCIA	PORCENTAJE
Masculino	71	42%
Femenino	99	58%
TOTAL	170	100%

Fuente: datos recolectados
Elaborado por: autor

Tabla N°2. Distribución de los pacientes según la edad

Edad de los pacientes hospitalizados en estudio		
EDAD	FRECUENCIA	PORCENTAJE
18-30	52	31%
31-50	75	44%
51-60	43	25%
TOTAL	170	100%

Fuente: datos recolectados
Elaborado por: autor

Tabla N° 3. Distribución de los pacientes según estado civil

Estado Civil de los pacientes hospitalizados en estudio		
ESTADO CIVIL	FRECUENCIA	PORCENTAJE
Soltero	42	25%
Unión Libre	52	30%
Casado	51	30%
Divorciado/ separados	17	10%
Viudo	8	4%
TOTAL	170	100%

Fuente: datos recolectados

Elaborado por: autor

Tabla N°4. Distribución de pacientes según ingresos hospitalarios previos.

Número de Ingresos hospitalarios de los pacientes en estudio		
INGRESOS HOSPITALARIOS PREVIOS	FRECUENCIA	PORCENTAJE
Ninguna	67	39%
1--2	81	48%
3--4	19	11%
≥5	3	2%
TOTAL	170	100%

Fuente: datos recolectados

Elaborado por: autor

Tabla N°5. Distribución de pacientes según el servicio en el que se encuentran ingresados en el HTMC.

Clasificación por servicio de los pacientes hospitalizados en estudio		
ÁREA	FRECUENCIA	%
Cardio	32	19%
Gastro	31	18%
Onco	24	14%
Infecto	21	12%
Cx General	34	20%
Cx Vascular	28	16%
TOTAL	170	100%

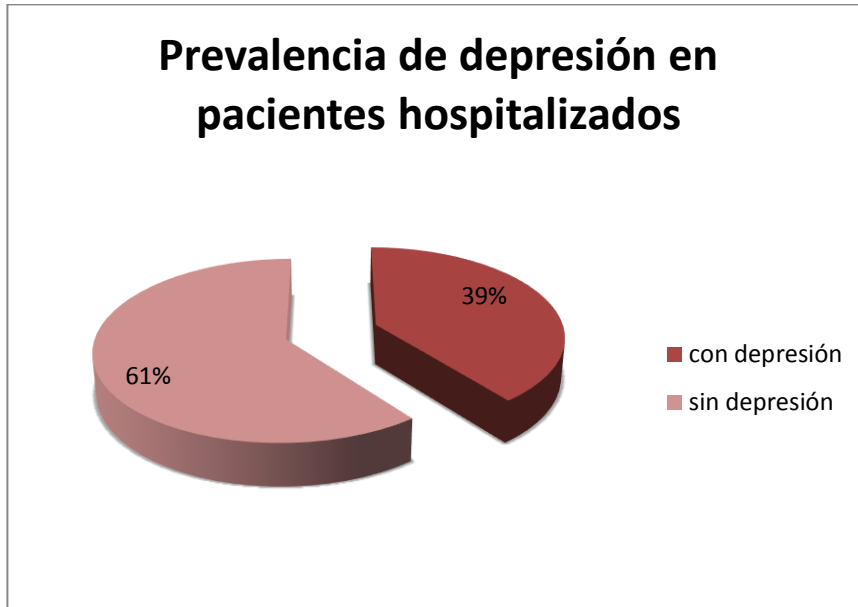
Fuente: datos recolectados
Elaborado por: autor

Tabla N° 6. Prevalencia de depresión en pacientes hospitalizados en el HTMC

Prevalencia de depresión en pacientes hospitalizados		
DEPRESIÓN	FRECUENCIA	PORCENTAJE
con depresión	67	39%
sin depresión	103	61%
TOTAL	170	100%

Fuente: datos recolectados
Elaborado por: autor

Gráfico N° 1. Prevalencia de depresión en pacientes hospitalizados en el HTMC



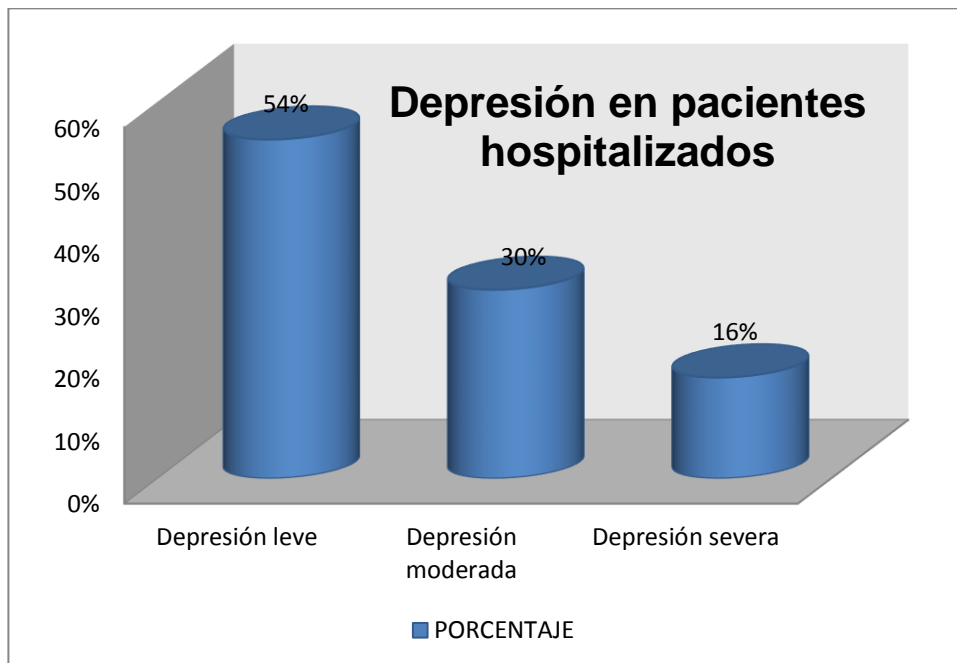
Fuente: datos recolectados
Elaborado por: autor

Tabla N° 7. Severidad de depresión en pacientes hospitalizados en el HTMC

Depresión en pacientes hospitalizados		
DEPRESIÓN	FRECUENCIA	PORCENTAJE
Depresión leve	36	54%
Depresión moderada	20	30%
Depresión severa	11	16%
TOTAL	67	100%

Fuente: datos recolectados
Elaborado por: autor

Gráfico N° 2. Severidad de depresión en pacientes hospitalizados en el HTMC



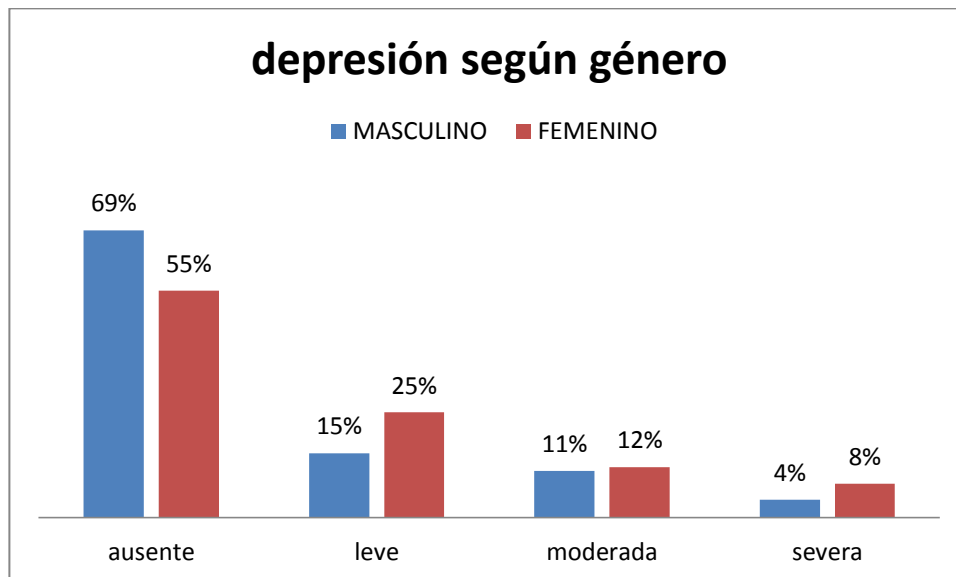
Fuente: datos recolectados
Elaborado por: autor

Tabla N° 8. Frecuencia de depresión según el género de los pacientes ingresados en el HTMC

Frecuencia de depresión según género				
DEPRESIÓN	MASCULINO		FEMENINO	
	frecuencia	porcentaje	frecuencia	porcentaje
ausente	49	69%	54	55%
leve	11	15%	25	25%
moderada	8	11%	12	12%
severa	3	4%	8	8%
TOTAL	71	100%	99	100%

Fuente: datos recolectados
Elaborado por: autor

Gráfico N°3. Frecuencia de depresión según el género de los pacientes ingresados en el HTMC



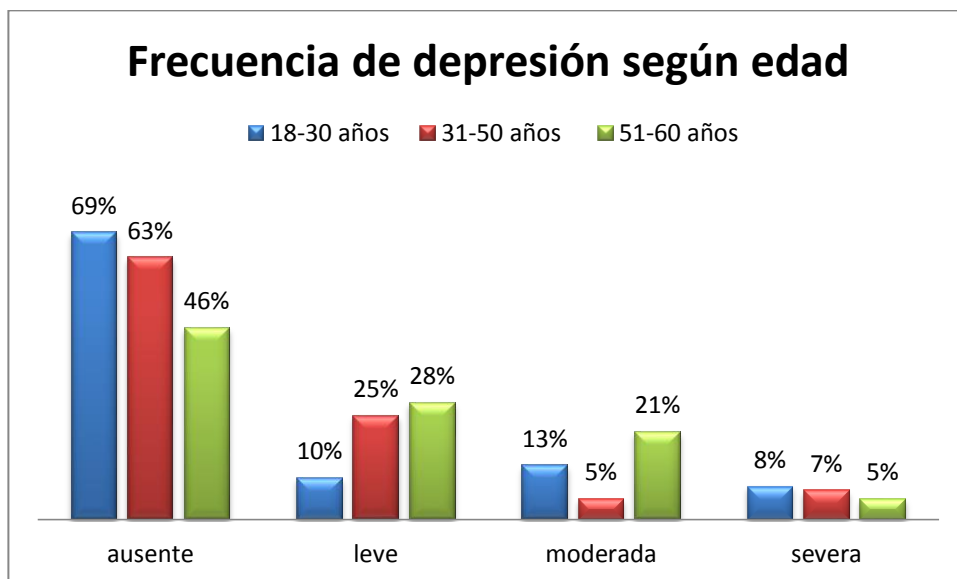
Fuente: datos recolectados
Elaborado por: autor

Tabla N° 9. Frecuencia de depresión según la edad de los pacientes ingresados en HTMC

Frecuencia de depresión según edad						
DEPRESIÓN	EDAD					
	18-30 años		31-50 años		51-60 años	
	N°	porcentaje	N°	porcentaje	N°	porcentaje
ausente	36	69%	47	63%	20	46%
leve	5	10%	19	25%	12	28%
moderada	7	13%	4	5%	9	21%
severa	4	8%	5	7%	2	5%
TOTAL	52	100%	75	100%	43	100%

Fuente: datos recolectados
Elaborado por: autor

Gráfico N°4. Frecuencia de depresión según la edad de los pacientes ingresados en HTMC



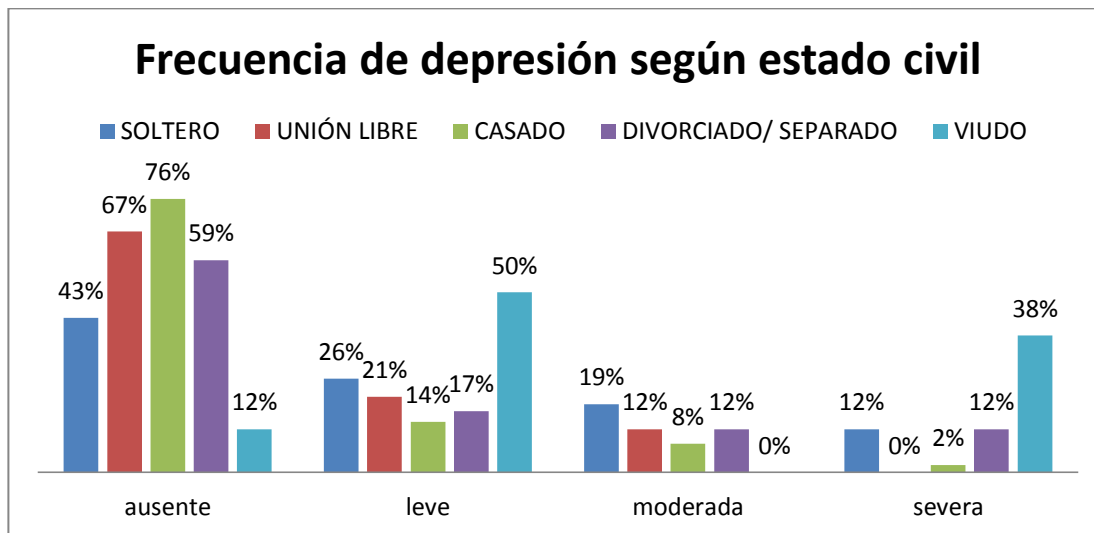
Fuente: datos recolectados
Elaborado por: autor

Tabla N° 10. Frecuencia de depresión según el estado civil de los pacientes ingresados en HTMC

Frecuencia de depresión según estado civil										
DEPRESIÓN	ESTADO CIVIL									
	SOLTERO		UNIÓN LIBRE		CASADO		DIVORCIADO/ SEPARADO		VIUDO	
	N°	%	N°	%	N°	%	N°	%	N°	%
ausente	18	43%	35	67%	39	76%	10	59%	1	12%
leve	11	26%	11	21%	7	14%	3	17%	4	50%
moderada	8	19%	6	12%	4	8%	2	12%	0	0%
severa	5	12%	0	0%	1	2%	2	12%	3	38%
TOTAL	42	100%	52	100%	51	100%	17	100%	8	100%

Fuente: datos recolectados
Elaborado por: autor

Gráfico N° 5. Frecuencia de depresión según el estado civil de los pacientes ingresados en HTMC



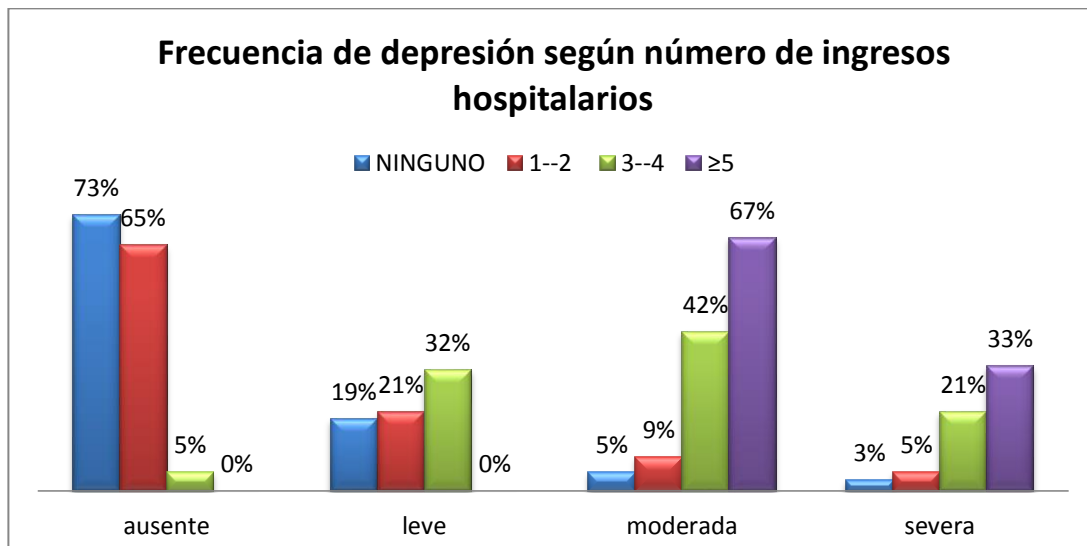
Fuente: datos recolectados
Elaborado por: autor

Tabla N° 11. Frecuencia de depresión según el número de ingresos hospitalarios previos de los pacientes ingresados en HTMC

Frecuencia de depresión según número de ingresos hospitalarios									
Depresión	INGRESOS HOSPITALARIOS PREVIOS								
	NINGUNO		1--2		3--4		≥5		
	N°	%	N°	%	N°	%	N°	%	
ausente	49	73%	53	65%	1	5%	0	0%	
leve	13	19%	17	21%	6	32%	0	0%	
moderada	3	5%	7	9%	8	42%	2	67%	
severa	2	3%	4	5%	4	21%	1	33%	
TOTAL	67	100%	81	100%	19	100%	3	100%	

Fuente: datos recolectados
Elaborado por: autor

Gráfico N° 6. Frecuencia de depresión según el número de ingresos hospitalarios previos de los pacientes ingresados en HTMC



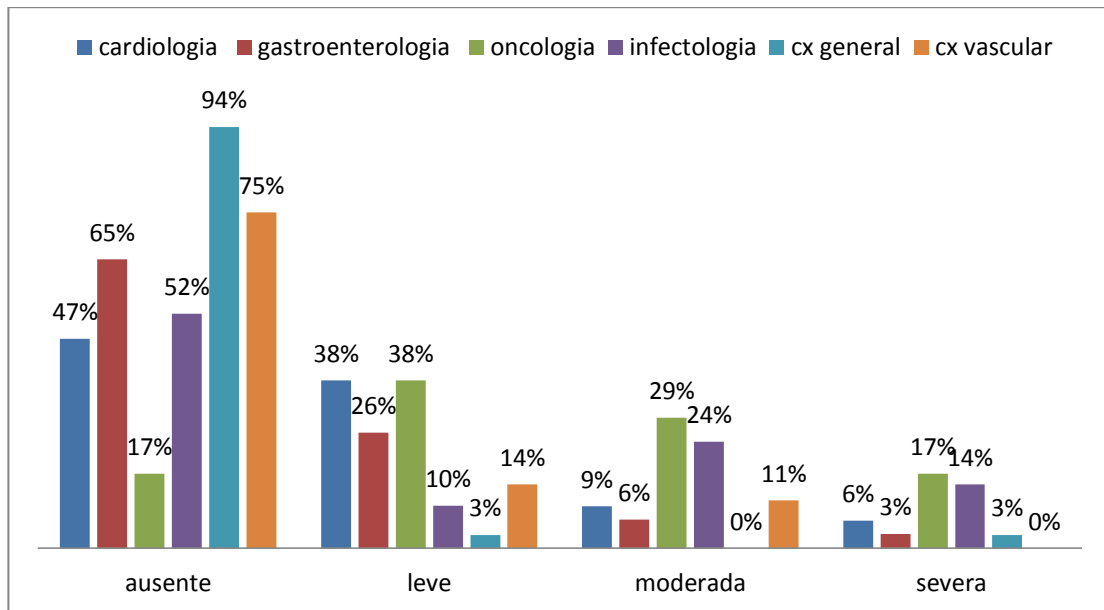
Fuente: datos recolectados
Elaborado por: autor

Tabla N°12. Frecuencia de depresión según servicio hospitalario

Depresión	SERVICIO HOSPITALARIO											
	cardiología		gastro		oncología		infectología		cx general		cx vascular	
	N°	%	N°	%	N°	%	N°	%	N°	%	N°	%
ausente	15	47%	20	65%	4	17%	11	52%	32	94%	21	75%
leve	12	38%	8	26%	9	38%	2	10%	1	3%	4	14%
moderada	3	9%	2	6%	7	29%	5	24%	0	0%	3	11%
severa	2	6%	1	3%	4	17%	3	14%	1	3%	0	0%
TOTAL	32	100%	31	100%	24	100%	21	100%	34	100%	28	100%

Fuente: datos recolectados
Elaborado por: autor

Gráfico N°7. Frecuencia de depresión según servicio hospitalario



Fuente: datos recolectados
Elaborado por: autor

4.2 Análisis de resultados

De una muestra de 170 pacientes con los que se trabajó, el grupo femenino fue el de mayor frecuencia con el 58%, es decir, 99 pacientes; mientras que el masculino presentó el 42% (71 pacientes). En lo referente a la edad, el promedio fue de 41 años con una desviación estándar de $\pm 12,96$. El grupo etario con mayor frecuencia fue el de los pacientes con edades comprendidas entre los 31 a 50 años con un porcentaje de 44% (75 pacientes); mientras que los menores a 30 años presentaron una frecuencia de 31% (52 pacientes), y el grupo de mayores de 51 años fue el de menor porcentaje con un 25% (43 pacientes). En lo que se refiere al estado civil, se encontró que los pacientes que tienen una pareja estable siendo casados o en unión libre fueron los de mayor frecuencia con un 30% cada uno. Mientras que los solteros, divorciados o separados y los viudos presentaron frecuencias más pequeñas con un 24%, 10% y 4% respectivamente.

En cuanto a los ingresos hospitalarios previos se refiere, se encontró que la mayoría de pacientes, el 48%, tenía entre 1 a 2 hospitalizaciones previas; el 39% ninguna hospitalización anterior; y como era de esperarse, fueron pocos los pacientes que tenían 3,4 y más de 5 hospitalizaciones.

Después de analizar cada uno de los inventarios aplicados a los pacientes se llegó a la conclusión que de 170 pacientes 67 presentaron cierto grado de depresión (39%), mientras que 103 (61%) pacientes presentaron rasgos mínimos que son considerados como normales. Este dato de depresión en la población es significativamente mayor que el valor de prevalencia de depresión en la población general, el cual se considera que es del 10%.

De los 67 pacientes en estudio, 36 presentaron depresión leve, 20 moderada y 11 severa. Además, se determinó que existió una mayor prevalencia de depresión en el sexo femenino lo cual es compatible con los datos conocidos acerca de esta patología. De la misma forma, se encontró que la frecuencia de depresión en grado leve y moderado fue mayor en los pacientes mayores a 51 años. El grado severo tuvo mayor prevalencia en el grupo de menor edad con un 8%, esto tiene relación con los datos epidemiológicos acerca de la depresión, los cuales muestran que tiene una mayor incidencia en pacientes jóvenes.

Con lo referente al estado civil, es conocido que la depresión se manifiesta con mayores y más graves síntomas en pacientes que no tienen apoyo familiar ni una pareja estable en quien confiar, por lo que era de esperarse que los pacientes solteros y viudos presenten niveles graves de depresión en mayores frecuencias (12% y 38%), es importante mencionar que el grupo de los viudos presentó en total un 88% de depresión en cierto grado colocándose así como el grupo mayoritario con respecto al estado

civil. Mientras que los pacientes casados o en unión libre mostraron solo depresión leve o moderada.

Con respecto a la relación que existe entre la depresión con el número de ingresos hospitalarios previos, se pudo determinar que es directamente proporcional la severidad de la depresión con la cantidad de ingresos que ha presentado el paciente. Siendo así, los todos pacientes con más de 5 ingresos presentaron depresión moderada o grave y requerían terapia psicológica inmediata.

En relación al servicio hospitalario donde se encontraban ingresados los pacientes objeto de estudio, se pudo establecer que el 84% de los pacientes ingresados al servicio de oncología presentaron distintos grados de depresión, lo cual era de esperarse como lo expone la literatura. De la misma manera los pacientes en el área de cardiología presentaron un 53% de depresión, seguido por los pacientes en el área de infectología con un 48%. Por otro lado, los pacientes de gastroenterología, cirugía general y vascular presentaron menores niveles de depresión pero aún significativos para este estudio.

4.3 Discusión

En este estudio se estudiaron a 170 pacientes los cuales se encontraban hospitalizados en distintas áreas del hospital regional Teodoro Maldonado Carbo. A los mismos se les aplicó el inventario de depresión de Beck para determinar qué nivel de depresión presentaban. Se estableció mediante este test que el 39% de pacientes presentaban cierto grado de depresión. Este valor es comparable con el estudio realizado por Domínguez en la ciudad de Cuenca, en el cual encontró una prevalencia de depresión en el 33% de los pacientes investigados. Así mismo, estos valores se asemejan

a los encontrados por Rojas Gómez en el 2010 en la ciudad de Guatemala, donde en su estudio se estableció una prevalencia de 51%.

Por otro lado, Álvarez en el 2005 encontró una prevalencia del 38% en pacientes hospitalizado en el área de medicina interna. Agudelo en Colombia, encontró una prevalencia del 41% en su estudio. Otro investigador en el año 1997 encontró una prevalencia de 32%. Cabe recalcar que en estos estudios se han utilizado diferentes herramientas para el diagnóstico de depresión como son el test de Hamilton, el test de Zung y el inventario de Beck. Es importante así mismo recalcar que, a pesar de esto los datos son concordantes unos con otros permitiéndonos entender el alto impacto que presenta la depresión en los pacientes ingresadas en las casas de salud.

Estos datos nos permiten establecer que la depresión en pacientes hospitalizados se presenta en 1 a 1,5 de cada 3 pacientes. Estas cifras son verdaderamente alarmantes al ser la depresión una enfermedad con no sólo impacto físico sobre la salud de la persona que la padece, sino también presenta un gran impacto social y familiar, afectando a todas las personas que rodean al enfermo.

Por otra parte, se ha relacionado la mayor edad con un mayor nivel de depresión. Estudios demuestran que la prevalencia de depresión es de 15-35% en pacientes geriátricos que no se encuentran hospitalizados; y de 10-20% en los que se encuentran ingresados en institutos de asistencia para el adulto mayor. En este estudio se pudo establecer la misma relación de depresión y la edad ya que se encontró que más de la mitad de los pacientes mayores a 51 años presentaron cierto grado de depresión. Esto nos hace recalcar la importancia del cuidado al adulto mayor especialmente en el ámbito anímico. En lo que respecta a los pacientes más jóvenes, es significativo resaltar el hecho de que fue el grupo etario con mayor nivel de

depresión severa. Esto se correlaciona con las estadísticas brindadas por la OMS, las cuales muestran que la depresión en los pacientes jóvenes se manifiesta muchas veces de forma brusca llevando a los pacientes a caer rápidamente en estados de depresión profunda, por el mismo hecho de que mientras más joven es una persona más lábil es su personalidad siendo fácilmente influenciable e impresionable por los demás. Sin embargo, es vital mencionar el hecho de que a pesar de que los extremos de la vida son los más propensos a presentar cambios en el estado anímico y caer en depresión, es importante saber que la presentación de la depresión en ambos casos es diferente. Esto no quiere decir que deje de ser depresión o que cambie su gravedad, sino todo lo contrario debe ser controlado más cuidadosamente.

Otro aspecto analizado en este estudio fue la relación de la depresión con el género, siendo el femenino el más afectado con un 45%. Así mismo, Molina y Sánchez en su estudio en el 2005 encontraron que las mujeres son mayormente afectadas por los cambios anímicos al momento de ingresar a un servicio hospitalario. Estos datos son semejantes a los establecidos por las guías de Asociación Americana de Psiquiatría, en donde establecen la mayor frecuencia de mujeres con depresión sobre los hombres.

Con respecto al estado civil es evidente en este estudio la mayor frecuencia de depresión grave en pacientes que no presentan una pareja actual o estable, resalto el grupo de los viudos en el cual se evidenció a todos los pacientes con niveles de moderados a graves de depresión.

El hecho de que la mayor cantidad de ingresos hospitalarios aumentara los niveles de depresión en los pacientes es una confirmación a la hipótesis de este estudio. El tiempo de estadía y las veces que las personas han estado ingresadas en una casa de salud, altera el estado anímico de los

mismos ya que se ven alejados de sus familiares y seres queridos y sólo se ven rodeados de personal médico; que si bien es cierto están ahí para preocuparse por el estado del paciente, no siempre están pendientes de la salud psicológica de cada paciente ingresado a su cargo.

Por último, la patología asociada juega un papel importante en la aparición de depresión. En los pacientes con patologías oncológicas se observó mayores niveles de depresión, lo cual es entendible debido a la gravedad de su enfermedad de base. Grassi encontró en su estudio que el 15 % de los pacientes con una diagnóstico reciente de una patología oncológica presentaron criterios para depresión mayor.

Así mismo en pacientes cardiopatas, se presentaron niveles mayores de depresión. Esto se correlaciona con la literatura donde se establece la relación de la depresión con la insuficiencia cardiaca y la cardiopatía isquémica, como lo recalca Peña y Col en su estudio. A pesar de que se ha estudiado muchas patologías y su relación con la depresión es importante mencionar la diferencia entre un estado de tristeza momentánea o desmoralización al recibir el diagnóstico de una enfermedad y la depresión como enfermedad propiamente dicha.

En estos estudios se ha demostrado que muchos pacientes llegan a estados de depresión profunda en el momento de estar ingresados en un servicio de salud por lo tanto es deber de personal médico tomar más atención a todas las evidencias que el paciente deja.

CAPÍTULO 5: CONCLUSIONES Y RECOMENDACIONES

5.1 Conclusiones

- Las mujeres son el género predominante en este estudio.
- El grupo etario más común fueron los comprendidos entre 31 a 50 años.
- Se determinó que la prevalencia de depresión en los pacientes en estudio fue del 39%.
- Se estableció que de los pacientes con depresión; 54% de los pacientes presentaron depresión leve, 30% de los pacientes depresión moderada y 16%, depresión grave.
- El 45% de las mujeres presentaron algún grado de depresión, siendo el género más afectado.
- Se encontró que en la depresión se presentó más comúnmente en pacientes sin una pareja sentimental actual.
- Los pacientes con más ingresos hospitalarios previos son los que presentaron niveles de depresión más graves.
- La patología concomitante juega un papel importante en el desarrollo de depresión siendo las patologías oncológicas las que presentaron una mayor relación.

5.2 Recomendaciones

- Se recomienda un tamizaje estricto en los pacientes que se encuentran ingresados hospitalariamente, mediante la aplicación de test como el inventario de Beck.
- Control eficaz a los pacientes con factores de riesgo para el desarrollo de depresión

CAPITULO 6: ANEXOS



HOSPITAL DR. TEODORO MALDONADO CARBO COORDINACIÓN GENERAL DE INVESTIGACIÓN

Guayaquil, 08 de Junio de 2016

Señorita

CRISTINA JACOME YEROVI

Interna de Medicina.

Presente.-

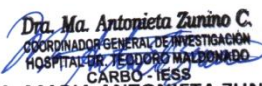
De mis consideraciones:

Por medio de la presente informo a usted que ha sido resuelta como favorable su solicitud de autorización para la realización del estudio "*Prevalencia de depresión distintos grupos de pacientes hospitalizados en el Hospital Teodoro Maldonado Carbo*", una vez que he recibido el informe de factibilidad enviado por la Dra. Ana María Heinert Musello, Jefe de la Unidad Técnica de Salud Mental.

Por lo anteriormente expuesto le reitero que está usted autorizada a realizar su trabajo de titulación siguiendo las normas y reglamentos del Hospital Teodoro Maldonado Carbo.

Particular que comunico para los fines pertinentes.

Atentamente.


COORDINADORA GENERAL DE INVESTIGACIÓN
HOSPITAL DR. TEODORO MALDONADO
CARBO - IESS
DRA. MARIA ANTONIETA ZUNINO CEDEÑO
Coordinadora General de Investigación

Memorando Nro. IESS-HTMC-JUTSM-2016-0240-M

Guayaquil, 08 de junio de 2016

PARA: Sra. Med. María Antonieta Zunino Cedeño
**Coordinador General de Investigación Hospital de Especialidades -
Teodoro Maldonado Carbo**

ASUNTO: Solicitud de Informe de factibilidad del estudio "Prevalencia de depresión
distintos grupos de pacientes hospitalizados en el Hospital Teodoro
Maldonado Carbo, periodo del 1 de septiembre del 2015 hasta el 15 de
agosto del 2016", Srta. Jácome

De mi consideración:

En atención al Memorando No. IESS-HTMC-CGI-2016-0150-M del 18 de mayo de 2016 y suscrito por Usted, mediante el cual consulta si es factible llevar a cabo, en la Unidad Técnica de Psiquiatría, del HTMC, el estudio "*Prevalencia de depresión distintos grupos de pacientes hospitalizados en el Hospital Teodoro Maldonado Carbo, periodo del 1 de septiembre del 2015 hasta el 15 de agosto del 2016*", presentado por la Srta. Cristina Jácome, Interna de Medicina.

Por lo expuesto, Esta Jefatura otorga el visto bueno correspondiente a lo requerido en líneas anteriores.

Con sentimientos de distinguida consideración.

Atentamente,

Mgs. Ana María Heinert Musello
**JEFE DE LA UNIDAD TÉCNICA DE SALUD MENTAL, ENCARGADO
HOSPITAL DE ESPECIALIDADES - TEODORO MALDONADO CARBO**

Anexos:
- iess-htmc-cgi-2016-0150-m.pdf

fsa

“Prevalencia de depresión distintos grupos de pacientes hospitalizados en el Hospital Teodoro Maldonado Carbo”.

Investigador: Cristina Jácome

Tutor: Dr. Carlos Orellana

Los datos que usted aporte a completar el presente cuestionario serán absolutamente anónimos (no serán relacionados con su nombre, datos o número de historia clínica) y no serán comunicados a otros investigadores. Únicamente serán utilizados para determinar su estado emocional y psicológico durante la estadía hospitalaria.

Consentimiento Informado

Por este medio hago constar que participo voluntariamente en esta investigación, conociendo que:

- Someterme a este estudio no implica riesgo alguno para mi salud ni la de mis familiares.
- Mi participación puede resultar beneficiosa para mi persona o mis familiares, así como aportar nuevos conocimientos útiles a otros individuos.

Tengo además derecho a:

- Recibir información y explicación previas de los procedimientos incluidos en el estudio y decidir si los acepto o no
- Que sea respetada mi integridad física y moral, y se mantenga máxima discreción en todo momento.

Nombre:

Cédula:

Firma:

“Prevalencia de depresión distintos grupos de pacientes hospitalizados en el Hospital Teodoro Maldonado Carbo”.

Investigador: Cristina Jácome

Tutor: Dr. Carlos Orellana

Formulario de recolección de datos

Sexo:

Masculino Femenino

Edad _____

Estado civil

Soltero

Unión libre

Casado

Separado/ divorciado

Viudo

Ingresos Hospitalarios previos

Ninguno

1-2 ingresos

3-4 ingresos

Más de 5

Servicio en el que se encuentra

ingresado: _____

Inventario de Depresión de Beck.

En este cuestionario aparecen varios grupos de afirmaciones. Por favor, lea con atención cada una. A continuación, señale cuál de las afirmaciones de cada grupo describe mejor cómo se ha sentido durante esta última semana, incluido en el día de hoy. Si dentro de un mismo grupo, hay más de una afirmación que considere aplicable a su caso, márquela también. Asegúrese de leer todas las afirmaciones dentro de cada grupo antes de efectuar la elección, (se puntuará 0-1-2-3).

1) .

- No me siento triste
- Me siento triste.
- Me siento triste continuamente y no puedo dejar de estarlo.
- Me siento tan triste o tan desgraciado que no puedo soportarlo.

2) .

- No me siento especialmente desanimado respecto al futuro.
- Me siento desanimado respecto al futuro.
- Siento que no tengo que esperar nada.
- Siento que el futuro es desesperanzador y las cosas no mejorarán.

3) .

- No me siento fracasado.
- Creo que he fracasado más que la mayoría de las personas.
- Cuando miro hacia atrás, sólo veo fracaso tras fracaso.
- Me siento una persona totalmente fracasada.

4) .

- Las cosas me satisfacen tanto como antes.
- No disfruto de las cosas tanto como antes.
- Ya no obtengo una satisfacción auténtica de las cosas.
- Estoy insatisfecho o aburrido de todo.

5) .

- No me siento especialmente culpable.
- Me siento culpable en bastantes ocasiones.
- Me siento culpable en la mayoría de las ocasiones.
- Me siento culpable constantemente.

6) .

- No creo que esté siendo castigado.
- Me siento como si fuese a ser castigado.
- Espero ser castigado.
- Siento que estoy siendo castigado.

7) .

- No estoy decepcionado de mí mismo.
- Estoy decepcionado de mí mismo.
- Me da vergüenza de mí mismo.
- Me detesto.

8) .

- No me considero peor que cualquier otro.
- Me autocrítico por mis debilidades o por mis errores.
- Continuamente me culpo por mis faltas.
- Me culpo por todo lo malo que sucede.

9) .

- No tengo ningún pensamiento de suicidio.
- A veces pienso en suicidarme, pero no lo cometería.
- Desearía suicidarme.
- Me suicidaría si tuviese la oportunidad.

10).

- No lloro más de lo que solía llorar.
- Ahora lloro más que antes.
- Llora continuamente.
- Antes era capaz de llorar, pero ahora no puedo, incluso aunque quiera.

11).

- No estoy más irritado de lo normal en mí.
- Me molesto o irrito más fácilmente que antes.
- Me siento irritado continuamente.
- No me irrito absolutamente nada por las cosas que antes solían irritarme.

12).

- No he perdido el interés por los demás.
- Estoy menos interesado en los demás que antes.
- He perdido la mayor parte de mi interés por los demás.
- He perdido todo el interés por los demás.

13).

- Tomo decisiones más o menos como siempre he hecho.
- Evito tomar decisiones más que antes.
- Tomar decisiones me resulta mucho más difícil que antes.
- Ya me es imposible tomar decisiones.

14).

- No creo tener peor aspecto que antes.
- Me temo que ahora parezco más viejo o poco atractivo.
- Creo que se han producido cambios permanentes en mi aspecto que me hacen parecer poco atractivo.
- Creo que tengo un aspecto horrible.

15).

- Trabajo igual que antes.
- Me cuesta un esfuerzo extra comenzar a hacer algo.
- Tengo que obligarme mucho para hacer algo.
- No puedo hacer nada en absoluto.

16).

- Duermo tan bien como siempre.
- No duermo tan bien como antes.
- Me despierto una o dos horas antes de lo habitual y me resulta difícil volver a dormir.
- Me despierto varias horas antes de lo habitual y no puedo volverme a dormir.

17).

- No me siento más cansado de lo normal.
- Me canso más fácilmente que antes.
- Me canso en cuanto hago cualquier cosa.
- Estoy demasiado cansado para hacer nada.

18).

- Mi apetito no ha disminuido.
- No tengo tan buen apetito como antes.
- Ahora tengo mucho menos apetito.
- He perdido completamente el apetito.

19).

- Últimamente he perdido poco peso o no he perdido nada.
- He perdido más de 2 kilos y medio.
- He perdido más de 4 kilos.
- He perdido más de 7 kilos.
- Estoy a dieta para adelgazar SI/NO.

20).

- No estoy preocupado por mi salud más de lo normal.
- Estoy preocupado por problemas físicos como dolores, molestias, malestar de estómago o estreñimiento.
- Estoy preocupado por mis problemas físicos y me resulta difícil pensar algo más.
- Estoy tan preocupado por mis problemas físicos que soy incapaz de pensar en cualquier cosa.

21).

- No he observado ningún cambio reciente en mi interés.
- Estoy menos interesado por el sexo que antes.
- Estoy mucho menos interesado por el sexo.
- He perdido totalmente mi interés por el sexo.

Cronograma de actividades

	Dic 2015	Ene 2016	Feb 2016	Mar 2016	Abr2 016	May 2016	Jun 2016	Jul 2016	Ago 2016	Sept 2016
Búsqueda bibliografía										
Desarrollo del anteproyecto										
Recolección de datos										
Análisis de los datos										
Escritura tesis										
Presentación final										

Bibliografía

1. salud omdl. who.net. [Online].; 2012 [cited 2016 mayo 10. Available from: http://www.who.int/mediacentre/news/notes/2012/mental_health_day_20121009/es/.
2. Agudelo D, Lucumí L, santamaria Y. Evaluación de la depresión en pacientes hospitalizados. [Online].; 2008 [cited 2016 febrero 23. Available from: <https://www.researchgate.net/publication/41449560>.
3. Fullerton C,FRyAJ. Comorbilidad de enfermedades médicas. Revista Médica de Chile. 2000 julio; II(128).
4. Abúli P,CP,SRyGA. Niveles de ansiedad y depresión en enfermos hospitalizados y su relacion con la gravedad de la enfermedad. medicina clínica. 2003 agosto ; IV(5).
5. Cassem H. Phycosomatics. [Online].; 1995 [cited 2016 marzo 4. Available from: https://www.researchgate.net/publication/15473898_Depressive_Disorders_in_the_Medically_III.
6. Domínguez JD. prevalencia de depresión y factores relaciones en pacientes hospitalizados en el departamento de medicina interna en azuay 2011. Universidad de Cuenca, Facultad de Postgrado. 2014.
7. Organization WH. depression. [Online].; 2013 [cited 2016 mayo 10. Available from: www.who.int/topics/depression/en/.
8. Organization WH. Mental Health Action plan 2013-2020. [Online].; 2012 [cited 2016 abril 29. Available from: http://www.who.int/mental_health/publications/action_plan/en/index.html.
9. SN. GFG. An Introduction to an historical reviwie of mood disorders: New Oxford Textbook of Psychiatry. tercera edición ed. Gelder M, Lopez Ibor J,

- editors. North Carolina: Oxford University Press; 2000.
- 1 Association AP. Diagnostic and Statistical Manual of Mental Disorders. 0. cuarta edición ed. Washington: American Psychiatric Association; 1994.
 - 1 Varela A. Diagnóstico y Tratamiento de la depresión en el escenario del 1. internista y el médico general. In Archivo Medicina Interna. Montevideo; 1996. p. 117-221.
 - 1 Feighner J, Boyer W. Diagnóstico de la depresión. In Perspectivas en 2. Psiquiatría. Madrid: Salvat; 1991. p. 130-141.
 - 1 Josué Díaz Lídice TLCVUZEMPRFDICMM. Factores psicosociales de la 3. depresión. Rev Cub Med Mil. [Online].; 2006 [cited 2016 mayo 9.
 - 1 Zarragoitia I. Depresión: Generalidades y particularidades. Primera 4. edición ed. Remedios ME, editor. la Habana: Editorial Ciencias Médicas; 2011.
 - 1 urado S, Villegas ME, Méndez L, Rodríguez F, Loperena V, Varela R. La 5. estandarización del inventario de depresión de Beck para los residentes de la ciudad de México. Salud Mental. 1998 mayo; 26(31).
 - 1 Sanz J, Vasquez C. FIABILIDAD, VALIDEZ Y DATOS NORMATIVOS DEL 6. INVENTARIO PARA LA DEPRESIÓN DE BECK. Psicothema: Revista Anual de Psicología de la Universidad de Oviedo. 2015 diciembre; 10(2).
 - 1 adulto Gpcdldee. Guía práctica clínica en el SNS. [Online].; 2012 [cited 7. 2016 abril 5. Available from: www.guiasalud.es.
 - 1 Association AP. Diagnostic and statistical manual of mental disorders. 8. american psychiatric publishing. 2000 enero; IV(4).
 - 1 Press OU. Drugs and other physical treatment. 3rd ed.: Oxford Textbook of 9. Psychiatry; 2012.
 - 2 Pharmacogenetics of tricyclic and novel antidepressants: recent 0. developments. Clinical Neuropharmacology. 1992 enero; II(15).
 - 2 psicológica g. Guía Psicológica: antidepresivos. [Online].; 2016 [cited 2016

1. marzo 18. Available from: <http://guiapsicologia.com/>.
- 2 Borin M. Mecanismo de acción de los antidepresivos y perspectivas terapéuticas: Intra MED. [Online].; 2005 [cited 2016 Marzo 12. Available from: <http://www.intramed.net/contenidover.asp?contenidoID=37064>.
- 2 Gonzalez H. web consultas. [Online].; 2015 [cited 2016 marzo 25.
3. Available from: <http://www.webconsultas.com/salud-al-dia/depresion/farmacos-antidepresivos-9751>.
- 2 Madrid UAd. Farmología Específica. [Online].; 2014 [cited 2016 abril 5.
4. Available from: https://www.uam.es/departamentos/medicina/farmacologia/especifica/Enfermeria/Enf_T17.pdf.
- 2 Gonzalez M. Depresión en ancianos: un problema de todos. Revista Cubana de Medicina General Integral. 2001 julio; 17(4).
5. García Serrano MJ. Prevalencia de depresión en mayores de 65 años. Perfil del anciano de riesgo. Atención Primaria. 2001 abril; 27(7).
6. Association AP. American Pregnancy Association: Promoting pregnancy wellness. [Online].; 2015 [cited 2016 abril 15. Available from: <http://americanpregnancy.org/es/pregnancy-health/depression-during-pregnancy/>.
- 2 Dio Bleichmar E. LA DEPRESIÓN EN LA MUJER. Revista de la Asociación Española de Neuropsiquiatría. 2009 diciembre; 11(39).
8. Pérez Álvarez M. Tratamientos psicológicos eficaces para la depresión. Psicothema. 2001 julio; 13(3).
9. Zettle RD, Rains JC. Group cognitive and contextual therapies. Journal of Clinical Psychology. 1999 septiembre; 45(3).
- 3 Española RAdL. diccionario de la lengua española. [Online].; 2016 [cited 2016 mayo 10. Available from: <http://dle.rae.es/?w=diccionario>.
- 3 Rothman KGS. Modern epidemiology. segunda edición ed. Raven , editor.

2. otawa: lippincott; 1998.