

**Universidad Católica de Santa María**  
**Facultad de Medicina Humana**  
**Escuela Profesional de Medicina Humana**



**“FRECUENCIA DE SÍNTOMAS Y FACTORES ASOCIADOS CON  
ANSIEDAD Y DEPRESIÓN EN PACIENTES HOSPITALIZADOS  
MAYORES DE 18 AÑOS EN EL HOSPITAL REGIONAL HONORIO  
DELGADO ESPINOZA, ABRIL DE 2023”**

Tesis presentada por el Bachiller:

**Tapara Humpiri, Aldair Denilson**

para optar el Título Profesional de

**Médico Cirujano**

Asesor:

**Dr. Nuñez Bernal, Cesar Augusto**

**Arequipa- Perú**

**2023**

UCSM-ERP

**UNIVERSIDAD CATÓLICA DE SANTA MARÍA**  
**MEDICINA HUMANA**  
**TITULACIÓN CON TESIS**  
**DICTAMEN APROBACIÓN DE BORRADOR**

Arequipa, 04 de Mayo del 2023

**Dictamen: 009631-C-EPMH-2023**

Visto el borrador del expediente 009631, presentado por:

**2016202201 - TAPARA HUMPIRI ALDAIR DENILSON**

Titulado:

**FRECUENCIA DE SÍNTOMAS Y FACTORES ASOCIADOS CON ANSIEDAD Y DEPRESIÓN EN  
PACIENTES HOSPITALIZADOS MAYORES DE 18 AÑOS EN EL HOSPITAL REGIONAL HONORIO  
DELGADO ESPINOZA, ABRIL DE 2023**

Nuestro dictamen es:

**APROBADO**

**29254453 - ALVARADO ACO JOSE ELISEO  
DICTAMINADOR**



**29719524 - VARGAS OLIVERA GERMAN AUGUSTO  
DICTAMINADOR**



**45044338 - LUZA CASAVARDE EDWIN WILDER  
DICTAMINADOR**



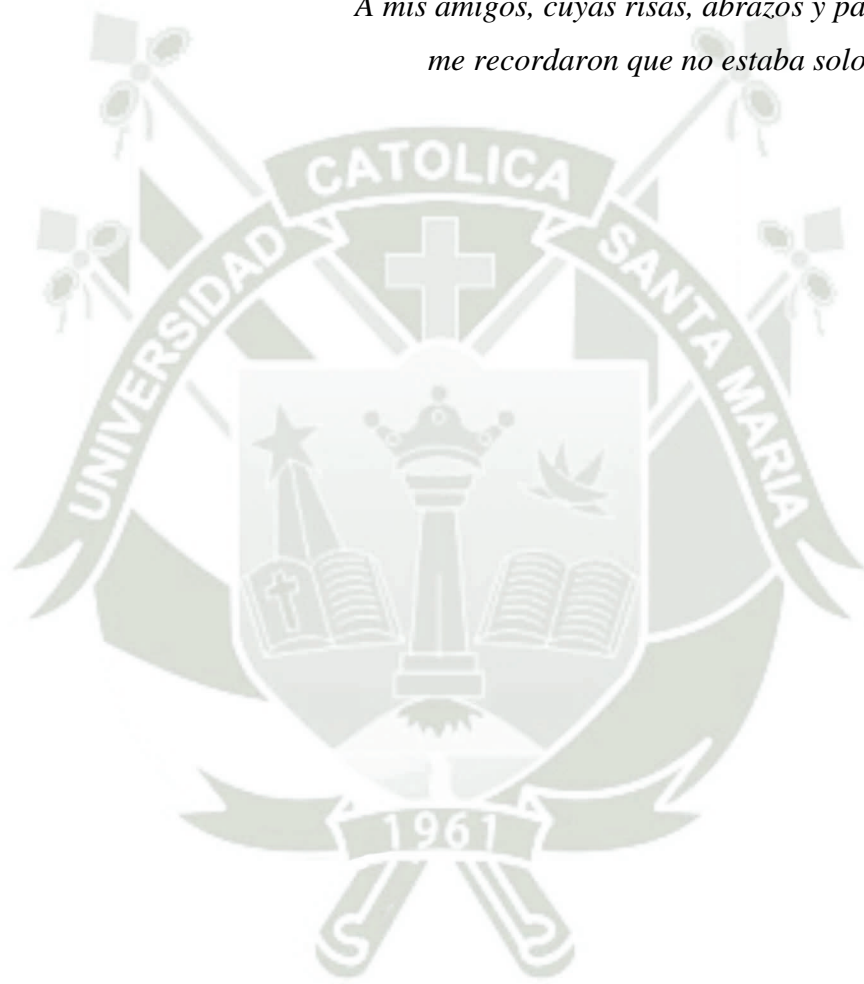
## DEDICATORIA

*A mi familia, por su apoyo y afecto de  
inmensurables dimensiones.*



## AGRADECIMIENTO

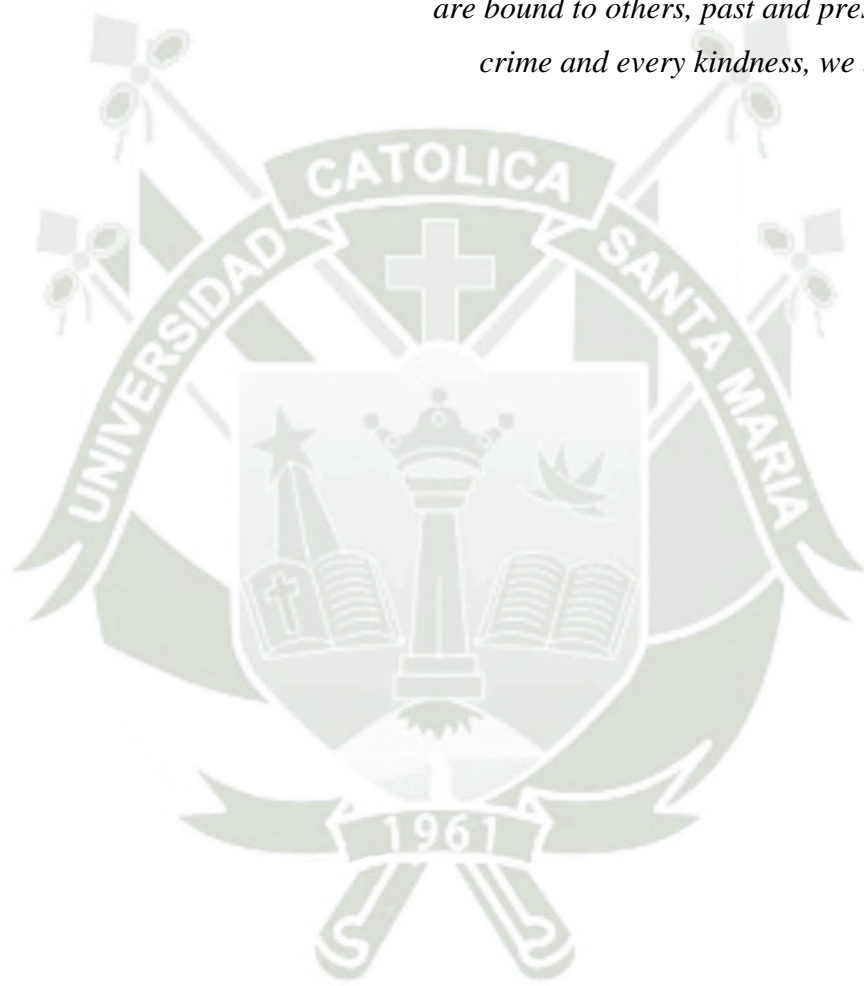
*A la Universidad Católica de Santa María por abrirme  
sus puertas para mi formación académica.  
A mis docentes, por compartir su tiempo, conocimiento y  
herramientas de aprendizaje.  
A mis amigos, cuyas risas, abrazos y palabras de aliento  
me recordaron que no estaba solo en esta travesía.*



## EPÍGRAFE

*"The nature of our immortal lives is in the consequences of our words and deeds, that go on and are pushing themselves throughout all time. Our lives are not our own. From womb to tomb, we are bound to others, past and present, and by each crime and every kindness, we birth our future."*

*Sonmi-451*



## RESUMEN

Este estudio tuvo como objetivo determinar la frecuencia de síntomas y factores asociados con ansiedad y depresión y si existe asociación entre los factores epidemiológicos, clínicos y familiares y la frecuencia de síntomas de ansiedad y depresión en los pacientes hospitalizados mayores de 18 años en el Hospital Regional Honorio Delgado Espinoza en abril de 2023.

Por tal motivo, se realizó un estudio descriptivo, transversal, observacional, se entrevistó a todos los pacientes de los Servicios de Medicina Varones, Medicina Mujeres, Obstetricia Pasillo, Obstetricia Salón, Puerperio, Ginecología, Cirugía Mujeres, Cirugía Varones, Traumatología Mujeres y Traumatología Varones que cumplieron los criterios de inclusión e incumplieron los criterios de exclusión, se entrevistó a 131 pacientes, quienes llenaron una ficha de recolección de datos, la cual consistía de una ficha clínico-epidemiológica, APGAR familiar, prueba AUDIT, prueba Fagerström y escala HADS. Se utilizó el paquete estadístico IBM SPSS 27.0.1.0 y las pruebas estadísticas Chi cuadrado, V de Cramer, Lambda, Gamma y D de Somers.

Se encontró asociaciones estadísticamente significativas ( $p < 0.05$ ) entre edad y frecuencia de síntomas de depresión ( $p 0.012$ ); entre sexo y frecuencia de síntomas de ansiedad ( $p 0.001$ ); entre estado civil y frecuencia de síntomas de depresión ( $p 0.045$ ); entre situación laboral y frecuencia de síntomas de depresión ( $p 0.000$ ); entre cantidad de diagnósticos y frecuencia de síntomas de depresión ( $p 0.035$ ); entre servicio de hospitalización y frecuencia de síntomas de ansiedad ( $p 0.036$ ); entre servicio de hospitalización y frecuencia de síntomas de depresión ( $p 0.045$ ); entre tiempo de hospitalización y frecuencia de síntomas de depresión ( $p 0.001$ ) y entre funcionalidad familiar y frecuencia de síntomas de depresión ( $p 0.032$ ).

En conclusión, múltiples factores epidemiológicos, clínicos y familiares se encontraron asociados con la frecuencia de síntomas de ansiedad y depresión en los pacientes mayores de 18 años del Hospital Regional Honorio Delgado Espinoza en abril de 2023.

**Palabras claves:** ansiedad, depresión, HADS, AUDIT, Fagerström, APGAR familiar

## ABSTRACT

This study aimed to determine the frequency of symptoms and factors associated with anxiety and depression and whether there is an association between epidemiological, clinical, and family factors and the frequency of anxiety and depression symptoms in hospitalized patients older than 18 years at the Hospital Regional Honorio Delgado Espinoza in April of 2023.

For this reason, a descriptive, cross-sectional, observational study was carried out, interviewing all the patients of the Men's Medicine, Women's Medicine, Corridor Obstetrics, Salon Obstetrics, Puerperium, Gynecology, Women's Surgery, Men's Surgery, Women's Traumatology and Men's Traumatology Services who met the criteria inclusion criteria and did not meet the exclusion criteria, 131 patients were interviewed, who filled out a data collection form, which consisted of a clinical-epidemiological file, family APGAR, AUDIT test, Fagerström test and HADS scale. The statistical package IBM SPSS 27.0.1.0 and the Chi-square, Cramer's V, Lambda, Gamma, and Somers' D statistical tests were used.

Statistically significant associations ( $p < 0.05$ ) were found between age and frequency of depression symptoms ( $p < 0.012$ ); between sex and frequency of anxiety symptoms ( $p 0.001$ ); between marital status and frequency of depression symptoms ( $p 0.045$ ); between employment status and frequency of depression symptoms ( $p 0.000$ ); between number of diagnoses and frequency of depression symptoms ( $p 0.035$ ); between hospitalization service and frequency of anxiety symptoms ( $p 0.036$ ); between hospitalization service and frequency of depression symptoms ( $p 0.045$ ); between hospitalization time and frequency of depression symptoms ( $p 0.001$ ) and between family functionality and frequency of depression symptoms ( $p 0.032$ ).

In conclusion, several epidemiological, clinical, and family factors were found to be associated with the frequency of anxiety and depression symptoms in patients older than 18 years at the Honorio Delgado Espinoza Regional Hospital in April 2023.

**Key words:** anxiety, depression, HADS, Fagerström, family APGAR

## ÍNDICE

**DEDICATORIA**

**AGRADECIMIENTO**

**EPIGRAFE**

**RESUMEN**

**ABSTRACT**

<b>INTRODUCCIÓN.....</b>	<b>1</b>
<b>CAPITULO I.....</b>	<b>2</b>
<b>1. PLANTEAMIENTO TEÓRICO.....</b>	<b>2</b>
<b>1.1.ENUNCIADO DEL PROBLEMA.....</b>	<b>3</b>
<b>1.2.DESCRIPCIÓN DEL PROBLEMA.....</b>	<b>3</b>
<b>1.3.ANÁLISIS Y OPERACIONALIZACIÓN DE VARIABLES E INDICADORES.....</b>	<b>3</b>
<b>1.4.JUSTIFICACIÓN.....</b>	<b>7</b>
<b>2. OBJETIVOS.....</b>	<b>8</b>
<b>2.1.OBJETIVO GENERAL.....</b>	<b>8</b>
<b>2.2.OBJETIVOS ESPECÍFICOS.....</b>	<b>8</b>
<b>3. MARCO TEÓRICO.....</b>	<b>8</b>
<b>3.1.CONCEPTOS.....</b>	<b>8</b>
<b>3.2.REVISIÓN DE ANTECEDENTES INVESTIGATIVOS.....</b>	<b>22</b>
<b>4. HIPÓTESIS.....</b>	<b>28</b>
<b>CAPITULO II.....</b>	<b>29</b>
<b>PLANTEAMIENTO OPERACIONAL.....</b>	<b>29</b>
<b>1. TÉCNICAS, INSSTRUMENTOS Y MATERIALES DE VERIFICACIÓN.....</b>	<b>30</b>
<b>2. CAMPO DE VERIFICACIÓN.....</b>	<b>30</b>
<b>3. ESTRATEGIAS DE RECOLECCIÓN DE DATOS.....</b>	<b>32</b>
<b>CAPITULO III.....</b>	<b>34</b>
<b>RESULTADOS.....</b>	<b>34</b>
<b>TABLA 1. FACTORES EPIDEMIOLÓGICOS EN LA MUESTRA ESTUDIADA.....</b>	<b>35</b>
<b>TABLA 2. FACTORES CLÍNICOS EN LA MUESTRA ESTUDIADA.....</b>	<b>37</b>

<b>TABLA 3. FACTORES FAMILIARES EN LA MUESTRA ESTUDIADA.....</b>	<b>39</b>
<b>TABLA 4. PUNTAJE PROMEDIO OBTENIDO EN LA ESCALA HADS.....</b>	<b>40</b>
<b>GRÁFICO 1. PUNTAJES OBTENIDOS EN CADA SUBESCALA DEL HADS.....</b>	<b>40</b>
<b>TABLA 5. FACTORES EPIDEMIOLÓGICOS Y FRECUENCIA DE SÍNTOMAS DE ANSIEDAD Y DEPRESSION.....</b>	<b>41</b>
<b>GRÁFICO 2. DISTRIBUCIÓN DE PACIENTES SEGÚN EDAD Y CATEGORÍA HADS-DEPRESIÓN.....</b>	<b>42</b>
<b>GRÁFICO 3. DISTRIBUCIÓN DE PACIENTES SEGÚN SEXO Y CATEGORÍA HADS-ANSIEDAD.....</b>	<b>43</b>
<b>GRÁFICO 4. DISTRIBUCIÓN DE PACIENTES SEGÚN ESTADO CIVIL Y CATEGORÍA HADS-ANSIEDAD.....</b>	<b>44</b>
<b>GRÁFICO 5. DISTRIBUCIÓN DE PACIENTES SEGÚN ESTADO CIVIL Y CATEGORÍA HADS-DEPRESIÓN.....</b>	<b>45</b>
<b>GRÁFICO 6. DISTRIBUCIÓN DE PACIENTES SEGÚN SITUACIÓN LABORAL Y CATEGORÍA HADS-DEPRESIÓN.....</b>	<b>46</b>
<b>TABLA 6. FACTORES CLÍNICOS Y FRECUENCIA DE SÍNTOMAS DE ANSIEDAD Y DEPRESSION.....</b>	<b>47</b>
<b>GRÁFICO 7. DISTRIBUCIÓN DE PACIENTES SEGÚN CANTIDAD DE DIAGNÓSTICOS Y CATEGORÍA HADS-DEPRESIÓN.....</b>	<b>49</b>
<b>GRÁFICO 8. DISTRIBUCIÓN DE PACIENTES SEGÚN SERVICIO DE HOSPITALIZACIÓN Y CATEGORÍA HADS-ANSIEDAD.....</b>	<b>50</b>
<b>GRÁFICO 9. DISTRIBUCIÓN DE PACIENTES SEGÚN SERVICIO DE HOSPITALIZACIÓN Y CATEGORÍA HADS-DEPRESIÓN.....</b>	<b>51</b>
<b>GRÁFICO 10. DISTRIBUCIÓN DE PACIENTES SEGÚN TIEMPO DE HOSPITALIZACIÓN Y CATEGORÍA HADS-DEPRESIÓN.....</b>	<b>52</b>
<b>GRÁFICO 11. DISTRIBUCIÓN DE PACIENTES SEGÚN LOS PUNTAJES OBTENIDOS EN EL TEST DE FAGERSTRÖM.....</b>	<b>53</b>
<b>GRÁFICO 12. DISTRIBUCIÓN DE PACIENTES SEGÚN EL TEST AUDIT Y EL SEXO.....</b>	<b>54</b>
<b>TABLA 7. FACTORES FAMILIARES Y FRECUENCIA DE SÍNTOMAS DE ANSIEDAD Y DEPRESSION. ....</b>	<b>55</b>

<b>GRÁFICO 13. DISTRIBUCIÓN DE PACIENTES SEGÚN APGAR FAMILIAR Y CATEGORÍA HADS-DEPRESIÓN.....</b>	<b>56</b>
<b>GRÁFICO 14. DISTRIBUCIÓN DE PACIENTES SEGÚN APGAR FAMILIAR Y ESTADO CIVIL.....</b>	<b>57</b>
<b>TABLA 8. PUNTAJE APGAR FAMILIAR SEGÚN EL SERVICIO DE HOSPITALIZACIÓN Y EL ESTADO CIVIL.....</b>	<b>58</b>
<b>TABLA 9. INTENSIDAD Y SENTIDO DE ASOCIACIÓN ENTRE FACTORES EPIDEMIOLÓGICOS-CLÍNICOS-FAMILIARES Y CATEGORÍAS HADS-ANSIEDAD Y HADS-DEPRESIÓN.....</b>	<b>59</b>
<b>DISCUSIÓN.....</b>	<b>64</b>
<b>CONCLUSIONES.....</b>	<b>67</b>
<b>RECOMENDACIONES.....</b>	<b>68</b>
<b>REFERENCIAS BIBLIOGRÁFICAS.....</b>	<b>69</b>
<b>ANEXO 1 CONSENTIMIENTO INFORMADO.....</b>	<b>78</b>
<b>ANEXO 2 FICHA DE RECOLECCIÓN DE DATOS.....</b>	<b>79</b>
<b>ANEXO 3 APROBACIÓN POR EL COMITÉ DE ÉTICA.....</b>	<b>83</b>
<b>ANEXO 4 MATRIZ DE DATOS.....</b>	<b>85</b>

## INTRODUCCIÓN

Hay factores asociados con una buena salud mental, pero también hay factores que la deterioran. Afectan la parte orgánica, inmunológica, bioquímica, genética y psicológica de una persona. Durante mi internado médico tuve la oportunidad evidenciar lo antes mencionado, además de conocer a fondo a mis pacientes y entender que muchas veces además del cuadro somático primario, se agrega un trastorno mental. Nuestra sociedad en desarrollo con recursos económicos limitados se caracteriza por muchos problemas, uno de ellos es la salud mental. Considerado un trastorno mental con alta discapacidad global, la depresión ha aumentado significativamente en la última década e incluso es un factor predisponente que cambia la salud física de una persona, lo que lleva a la enfermedad y a la hospitalización más prolongada. De manera similar, la ansiedad, coexiste en una gran proporción de pacientes hospitalizados y, en la mayoría de los casos, coexiste con el trastorno depresivo; lo que reduce la tasa de rendimiento del tratamiento. Ambas son enfermedades cuyas prevalencias han aumentado durante los últimos 10 años, la importancia de abordar esta problemática se hizo más evidente durante la pandemia COVID-19, durante la cual sus prevalencias aumentaron a 36,4% y 26,6% respectivamente en la población general (1). En pacientes hospitalizados la prevalencia era mayor, alrededor de un tercio (37.3%) antes de la pandemia presentaba algún trastorno psiquiátrico, siendo la ansiedad el trastorno más frecuente (2). En el contexto postpandemia, es necesario realizar estudios para determinar el estado actual de salud mental de los pacientes hospitalizados, sobre todo en el Hospital Regional Honorio Delgado Espinoza, hospital que me abrió sus puertas para realizar el internado médico.



## 1. PLANTEAMIENTO TEÓRICO

### 1.1. Enunciado del problema

¿Cuál será la frecuencia de síntomas y factores asociados con ansiedad y depresión en pacientes hospitalizados mayores de 18 años en el Hospital Regional Honorio Delgado Espinoza, abril de 2023?

### 1.2. Descripción del problema

#### 1.2.1. Área del conocimiento

1.2.1.1. **Área general:** Ciencias de la Salud

1.2.1.2. **Área Específica:** Medicina Humana

1.2.1.3. **Especialidad:** Psiquiatría

1.2.1.4. **Línea:** Ansiedad y Depresión

### 1.3. Análisis u operacionalización de variables e indicadores

#### Variable Dependiente

Variable	Indicador	Subindicador	Definición	Unidad	Escala
Frecuencia de síntomas de ansiedad - depresión	HADS - Ansiedad	Subescala de ansiedad de la escala HADS	Puntaje obtenido en la subescala de ansiedad de la escala HADS	a) 0-7 puntos: Ausencia de caso clínico b) 8-10 puntos: Caso dudoso c) 11-21 puntos: Problema clínico	Ordinal
	HADS - Depresión	subescala de depresión de la escala HADS	Puntaje obtenido en la subescala de depresión de la escala HADS	a) 0-7 puntos: Ausencia de caso clínico b) 8-10 puntos: Caso dudoso c) 11-21 puntos: Problema clínico	Ordinal

**Variable Independiente**

Variable	Indicador	Subindicador	Definición	Unidad	Escala
Factores asociados con ansiedad-depresión	Factores epidemiológicos	Edad	Años cumplidos de existencia	a) 18 – 30 años b) 31 – 60 años c) > 60 años	Ordinal
		Sexo	Sexo con el que nació	a) Masculino b) Femenino	Nominal
		Procedencia	Lugar de procedencia	a) Urbano b) Rural	Nominal
		Estado civil	Estado civil del paciente	a) Soltero b) Casado c) Conviviente d) Divorciado o separado e) Viudo	Nominal
		Grado de instrucción	Grado máximo de estudios	a) Analfabeto(a) b) Primaria incompleta c) Primaria completa d) Secundaria incompleta e) Secundaria completa f) Superior incompleta f) g) Superior completa	Ordinal
		Situación laboral	Condición laboral	a) Con empleo remunerado b) Ama de casa c) Independiente d) Desempleado	Nominal
	Factores clínicos	Enfermedad actual	Enfermedad diagnosticada	a) Médica b) Quirúrgica	Nominal
		Servicio de hospitalización	Servicio en el cual el paciente se encuentra hospitalizado	c) Medicina Varones d) Medicina Mujeres e) Ginecología y Obstetricia f) Cirugía Varones a) Cirugía Mujeres	Nominal
		Tiempo de hospitalización	Días transcurridos entre la fecha de	b) 1 – 7 días c) 8 – 15 días	Ordinal

			hospitalización y la fecha de llenado de la ficha de recolección de datos	<ul style="list-style-type: none"> <li>d) 15 – 21 días</li> <li>a) 22 días o más</li> </ul>	
		Comorbilidades	Presencia de afecciones adicionales a la enfermedad primaria	<ul style="list-style-type: none"> <li>a) Diabetes mellitus tipo 2</li> <li>b) Hipertensión arterial</li> <li>c) Cáncer</li> <li>d) Enfermedad renal crónica</li> <li>e) Enfermedad pulmonar obstructiva crónica</li> <li>f) Otra comorbilidad</li> </ul>	Nominal
		Tabaquismo	Persona que consumió 1 cigarrillo en los últimos 6 meses	<ul style="list-style-type: none"> <li>a) 0 – 3 puntos en la prueba de Fagerström: fumador con una dependencia baja</li> <li>b) 4 – 6 puntos en la prueba de Fagerström: fumador con dependencia moderada</li> <li>c) 7 – 10 puntos en la prueba de Fagerström: fumador con dependencia alta</li> </ul>	Ordinal
		Consumo crónico de alcohol	Persona que consumió bebidas alcohólicas, al menos 1 vez por semana, en el año transcurrido	<ul style="list-style-type: none"> <li>a) 0 – 8 puntos en la prueba AUDIT: No hay consumo de riesgo</li> <li>b) 9 – 14 puntos en la prueba AUDIT: Consumo de riesgo</li> <li>c) 15 – 40 puntos en la prueba</li> </ul>	Ordinal

				AUDIT: Dependencia al alcohol	
		Hospitalización previa	Cantidad de admisiones previas a servicios de hospitalización	a) 0 b) 1 c) 2 o más	Ordinal
		Antecedente personal de ansiedad o depresión	Antecedente de ansiedad o depresión diagnosticado por un médico	a) Sí b) No	Nominal
	Factores familiares	Antecedente familiar de ansiedad o depresión	Existencia de familiar diagnosticado previamente de ansiedad o depresión por un médico.	a) Sí b) No	Nominal
		Apoyo sociofamiliar	Presencia familiar o de un amigo durante el proceso de enfermedad	a) Sí b) No	Nominal
		Funcionamiento familiar	Interrelación entre miembros de la familia	a) 0 – 3 puntos en APGAR Familiar: familia con disfunción grave b) 4 – 6 puntos en APGAR Familiar: familia moderadamente funcional c) 7 – 10 puntos en APGAR Familiar: familia muy funcional	Ordinal

## 1.4. Justificación

### 1.4.1. Justificación científica:

Existe un déficit de diagnósticos de patologías mentales en los servicios de hospitalización, dejando de lado el concepto de una atención integral. La proporción de pacientes que presentan síntomas de ansiedad y depresión se verían beneficiada si se detectan estos síntomas oportunamente (3).

### 1.4.2. Justificación humana

Estar dentro de un entorno hospitalario significa un cambio en el estilo de vida, como personal de salud, debido a la exposición constante de este entorno no somos conscientes del efecto que esto genera en la salud mental de las personas hospitalizadas, por eso es necesario conocer el estado de salud mental de los pacientes hospitalizados (4).

### 1.4.3. Justificación social:

La falta de manejo de la salud mental dentro de los servicios de hospitalización constituye un obstáculo en la recuperación y rehabilitación futura del paciente (5).

### 1.4.4. Justificación contemporánea

La ansiedad y la depresión son trastornos cada vez más prevalentes en nuestra población, en el contexto pospandemia, es necesario conocer el estado actual de salud mental de los pacientes hospitalizados.

### 1.4.5. Factibilidad:

Este estudio es factible porque ayudará a comprender mejor los factores asociados con depresión y ansiedad en pacientes hospitalizados de diferentes áreas de servicio del Hospital Regional Honorio Delgado Espinoza.

### 1.4.6. Justificación personal:

Durante los meses de internado vi que muchos de mis pacientes asignados tenían patologías psiquiátricas además de la enfermedad causal de hospitalización.

## 2. OBJETIVOS

### 2.1. Objetivo general:

2.1.1. Determinar la frecuencia de síntomas y factores asociados con ansiedad y depresión en los pacientes hospitalizados mayores de 18 años en el Hospital Regional Honorio Delgado Espinoza en abril de 2023.

### 2.2. Objetivos específicos:

2.2.1. Determinar la frecuencia de síntomas de ansiedad y depresión en los pacientes hospitalizados mayores de 18 años en el Hospital Regional Honorio Delgado Espinoza en abril de 2023.

2.2.2. Determinar la frecuencia de factores asociados con ansiedad y depresión en los pacientes hospitalizados mayores de 18 años en el Hospital Regional Honorio Delgado Espinoza en abril de 2023.

2.2.3. Determinar si existe asociación entre los factores epidemiológicos, clínicos y familiares y la frecuencia de síntomas de ansiedad y depresión en los pacientes hospitalizados mayores de 18 años en el Hospital Regional Honorio Delgado Espinoza en abril de 2023.

## 3. MARCO TEÓRICO

### 3.1. Conceptos

#### 3.1.1. TRASTORNOS ANSIOSOS

##### 3.1.1.1. Definición

El miedo es una respuesta emocional evocada por una amenaza o peligro inminente real o imaginario, sin embargo, la ansiedad implica una respuesta anticipada hacia una amenaza o peligro futuro real o imaginario, ambos pueden requerir atención clínica cuando son desproporcionados respecto a la amenaza, son graves, duraderos o interrumpen el correcto desempeño del paciente. Tales amenazas incluyen estímulos del entorno (una situación social o un riesgo para la salud) y estímulos interoceptivos (palpitaciones o dificultad respiratoria). Los trastornos de ansiedad comparten características de ansiedad y miedo, sin embargo, se distinguen por ser persistentes (por ejemplo, los síntomas suelen persistir durante 6 meses o más) (6,7). El CIE-10 los define de la siguiente manera: “Grupo de trastornos en los cuales la

ansiedad es provocada exclusiva o predominantemente por ciertas situaciones bien definidas, que por lo común no son peligrosas. Como resultado, estas situaciones son típicamente evitadas, o son soportadas con pavor. La preocupación del paciente puede centrarse en síntomas particulares, como palpitaciones o sensación de desvanecimiento, y a menudo se asocia con temores secundarios a la muerte, a la pérdida de control y a la locura. La previsión del ingreso a una situación fóbica genera habitualmente ansiedad con anticipación”(3).

#### **3.1.1.2. Epidemiología**

Los trastornos ansiosos comprenden el tipo de enfermedad mental más común, la OMS cataloga a los trastornos de ansiedad como la novena causa de discapacidad más relacionada con la salud (8).

Los trastornos ansiosos son 1.3 a 2.4 veces más prevalentes en mujeres que en varones (9,10). Además, son más frecuentes en personas no casadas, con bajo grado de instrucción, menor ingreso económico y desempleados (10,11). Respecto al trastorno de ansiedad generalizada, es 2 veces más frecuente en mujeres que en varones (12,13), a nivel mundial, las estimaciones de prevalencia a lo largo de la vida y en 12 meses son 3.7% y 1,8%, respectivamente (11).

#### **3.1.1.3. Fisiopatología**

Estos trastornos poseen una etiología multifactorial, la genética está involucrada, las estimaciones de heredabilidad convergen en tasas de alrededor del 35 % para el trastorno de ansiedad generalizada y alrededor del 50 % para el trastorno de ansiedad social, el trastorno de pánico y la agorafobia (14). Un metaanálisis de genes candidatos solo encontró una asociación entre el trastorno de pánico y variantes del gen TMEM132D y en submuestras con los genes HTR2A, NPSR1 y MAOA (15). Se ha asociado una respuesta a la amenaza alterada en los trastornos de ansiedad que involucra una disfunción en el circuito que participa en procesos psicológicos centrales como la atención, la emoción, el aprendizaje y la memoria (16). En estudios con resonancia magnética funcional, los pacientes que están ansiosos tienen una hiperrespuesta en

las regiones cerebrales temporales y prefrontales, lo que también se ha demostrado en la investigación de resonancia magnética funcional con respecto a la atención (17,18).

#### 3.1.1.4. Clasificación

Los trastornos ansiosos comparten similitud sintomatológica, las principales diferencias entre ellos son el tipo de situación u objeto que induce la ansiedad, el miedo o las conductas evitativas y la cognición, conformada por el contenido de pensamientos o creencias asociados (6). El Manual Diagnóstico y Estadístico de los Trastornos Mentales DMS-5 los clasifica de la siguiente manera.

<b>DSM5-5-TR</b>	<b>CIE-10</b>	<b>Trastorno mental</b>
309.21	(F93.0)	Trastorno de ansiedad por separación
313.23	(F94.0)	Mutismo selectivo
300.29	(__..)	Fobia Selectiva
	(F40.218)	Animal
	(F40.228)	Entorno natural
	(__.__)	Sangre-inyección-herida
	(F40.230)	Miedo a la sangre
	(F40.231)	Miedo a las inyecciones y transfusiones
	(F40.232)	Miedo a otra atención médica
	(F40.233)	Miedo a una lesión
	(F40.248)	Situacional
	(F40.298)	Otra
300.23	(F40.10)	Trastorno de ansiedad (fobia social)
300.01	(F41.0)	Trastorno de pánico
__.__	(__..)	Especificador de ataque de pánico
300.22	(F40.00)	Agorafobia
300.02	(F41.1)	Trastorno de ansiedad generalizada
__.__	(__..)	Trastorno de ansiedad inducido por sustancias/medicamentos
293.84	(F06.4)	Trastorno de ansiedad debido a otra afección médica
300.09	(F41.8)	Otro trastorno de ansiedad especificado
300.00	(F41.9)	Otro trastorno de ansiedad no especificado

### 3.1.1.5. Cuadro clínico

Los síntomas generalmente no son patognomónicos de un trastorno de ansiedad en específico, existe gran comorbilidad entre trastornos ansiosos, 48 a 68% de adultos con un trastorno ansioso cumplen criterios diagnósticos para otro trastorno ansioso concomitante (19). La diferencia radica en la situación u objeto desencadenante y la cognición (6). Por ejemplo en el mutismo selectivo, el cual es más frecuente en menores de 5 años, el paciente presenta incapacidad consistente de hablar en situaciones necesarias, a pesar de su competencia en el lenguaje, no se asocian síntomas físicos y suele durar más de un mes; en la ansiedad por separación, que afecta por lo general a menores de 6 años, el paciente presenta miedo persistente no realista de separación o pérdida o separación de la figura de apego, suele durar más de 1 mes en personas de 4 a 18 años y más de 6 meses en mayores de 18 años, se asocia a síntomas de estrés y pesadillas, las fobias específicas, conformadas por miedo irracional o ansiedad hacia objetos o situaciones específicas, no presentan síntomas físicos, suele durar más de 6 meses; por otro lado, la ansiedad social es un miedo excesivo hacia el juicio negativo por parte de otras personas, se asocia con síntomas físicos como rubor, miedo a vomitar o urgencia de micción o defecación, afecta a adolescentes jóvenes, alrededor de 13 años, la agorafobia es el miedo excesivo de dejar el hogar, ingresar a lugares cerrados o lugares públicos abiertos, conglomeraciones o el transporte público, no se asocia a síntomas físicos, suele afectar a adolescentes tardíos, 20 años en promedio y durar más de 6 meses, el trastorno de pánico está conformado por ataques repentinos de pánico conformados por miedo de pérdida de control o pérdida de alienación, se asocia con síntomas físicos como disnea, palpitaciones, palidez, náuseas y parestesias, suele durar más de 1 mes, afecta a adultos, 25 años es la edad promedio, por último el trastorno de ansiedad generalizada, el cual afecta en a adultos con una edad promedio de 30 años, el paciente presenta miedo y ansiedad incontrolables hacia eventos y problemas cotidianos, presenta síntomas físicos como enlentecimiento,

fatiga, irritabilidad, dificultad para la concentración, tensión muscular, alteraciones del sueño, entre otros, dura más de 6 meses (6,20).

#### **3.1.1.6. Diagnóstico**

Los criterios diagnósticos categóricos son clínicamente útiles, sin embargo, los límites entre los trastornos de ansiedad y la ansiedad normativa a menudo están mal definidos (20). Cada trastorno de ansiedad es diagnosticado primero descartando los efectos fisiológicos de una sustancia-medicamento y otra afección médica (6). Los criterios diagnósticos para cada trastorno ansioso son detallados en el Manual Diagnóstico y Estadístico de los Trastornos Mentales DMS-5.

#### **3.1.1.7. Tratamiento**

Respecto al trastorno de ansiedad generalizada, el principal objetivo es reducir los síntomas y mejorar la capacidad funcional del paciente.

La principal opción terapéutica para la ansiedad son los medicamentos con efectos ansiolíticos acompañados de terapia cognitivo-conductual, la elección del tratamiento es individualizada, algunos pacientes prefieren la terapia debido a la preocupación acerca de los efectos adversos que la medicación podría causar, en cambio, debido al tiempo requerido para realizar la terapia otro grupo opta por la farmacoterapia (21). Tanto la terapia cognitivo-conductual, así como los medicamentos son efectivos para el tratamiento del trastorno de ansiedad generalizada (22). La farmacoterapia inicial está compuesta por los Inhibidores de recaptación de serotonina (IRS) y los inhibidores de la recaptación de serotonina-norepinefrina (IRSN), han mostrado ser efectivos en el tratamiento de los síntomas de ansiedad, los IRS tienen menor predisposición a causar sedación o efectos adversos cognitivos comparándolos con otros medicamentos como los antidepresivos tricíclicos y menor dependencia que las benzodiacepinas (23).

#### **3.1.1.8. Pronóstico**

Los pacientes con múltiples trastornos tienden a tener mayor severidad, producen más discapacidad y se asocian con un peor curso de la

enfermedad en comparación con personas con un solo trastorno de ansiedad (24,25).

### **3.1.2. TRASTORNOS DEPRESIVOS**

#### **3.1.2.1. Definición**

Son trastornos caracterizados por presentar ánimo triste, irritable o “vacío”, cambios cognitivos y somáticos, los cuales afectan la capacidad funcional del paciente (6,7). El CIE-10 define a un episodio de la siguiente manera: “En los episodios típicos, tanto leves como moderados o graves, el paciente sufre un decaimiento del ánimo, con reducción de su energía y disminución de su actividad. Se deterioran la capacidad de disfrutar, el interés y la concentración, y es frecuente un cansancio importante, incluso después de la realización de esfuerzos mínimos. Habitualmente el sueño se halla perturbado, en tanto que disminuye el apetito. Casi siempre decaen la autoestima y la confianza en sí mismo, y a menudo aparecen algunas ideas de culpa o de ser inútil, incluso en las formas leves. El decaimiento del ánimo varía poco de un día al siguiente, es discordante con las circunstancias y puede acompañarse de los así llamados síntomas “somáticos”, tales como la pérdida del interés y de los sentimientos placenteros, el despertar matinal con varias horas de antelación a la hora habitual, el empeoramiento de la depresión por las mañanas, el marcado retraso psicomotor, la agitación y la pérdida del apetito, de peso y de la libido. El episodio depresivo puede ser calificado como leve, moderado o grave, según la cantidad y la gravedad de sus síntomas” (3).

#### **3.1.2.2. Epidemiología**

Se estima que alrededor de 300 millones de personas parecen depresión en todo el mundo, es más común en mujeres que hombres, se estima que el 3,8% de la población en general presenta esta patología, 5% de adultos, por otro lado, el 5.7% de adultos mayores de 60 la padece (8,26). La prevalencia a 12 meses del trastorno depresivo mayor varía entre países, sin embargo, en conjunto es aproximadamente 6% (27), el riesgo de parecer depresión durante la vida es del 15 al 18% (28).

### 3.1.2.3. Fisiopatología

Ningún modelo o mecanismo puede explicar de forma satisfactoria todos los episodios en distintos pacientes o diferentes episodios en un mismo paciente, los estresores psicosociales y los biológicos, como el periodo posparto, pueden resultar en patogénesis distintas y responden a intervenciones diferentes (29). La teoría de las monoaminas (noradrenalina, dopamina, serotonina) fue plateada debido al hecho de que el antihipertensivo reserpina podría desencadenar depresión mayor y reducir la cantidad de monoaminas, el uso de antidepresivos tricíclicos e inhibidores de la monoamina oxidasa apoyan esta teoría debido a que ambos grupos de medicamentos incrementan la neurotransmisión de monoaminas a través de diferentes mecanismos (30). También se han asociado cambios en el eje hipotálamo – pituitaria – adrenal, cuyo marcador biológico está conformado por la elevación del nivel plasmático de cortisol, causado por una liberación excesiva de cortisol relacionada con el estrés y la alteración de la inhibición de la retroalimentación mediada por los receptores de glucocorticoides. Además, la alteración de este eje se ha asociado con una función cognitiva alterada (31). Por otro lado, las citoquinas también juegan un rol, produciendo inflamación neuronal y alterando la función cerebral y la cognición (32), después de atravesar la barrera hematoencefálica o mediante señales a través del nervio vago (33), esto explicaría por qué los pacientes con enfermedades autoinmunes o con infecciones severas presentan mayor predisposición a padecer depresión que el resto de la población y por qué la administración de interleucina 2 o interferón gama desencadenan depresión, el rol de la inflamación en la patogenia de la depresión se ve reforzado por hallazgos que evidenciaron que niveles de interleucina 6 en niños incrementa el riesgo de padecer depresión en el futuro (34).

### 3.1.2.4. Clasificación

Están caracterizados por una desregulación del estado del ánimo, dentro de este grupo se encuentra el trastorno distímico o depresivo persistente,

el trastorno depresivo debido a otra afección médica, el trastorno depresivo inducido por sustancias o medicamentos, el trastorno disfórico premenstrual y el trastorno depresivo mayor, en todos ellos está presente la tristeza, el ánimo deprimido, “vacío” o irritante, también se asocia con sintomatología somática y cognitiva que altera la funcionalidad del individuo (6,35). El Manual Diagnóstico y Estadístico de los Trastornos Mentales DMS-5 los clasifica de la siguiente manera:

<b>DSM5-TR</b>	<b>CIE-10</b>	<b>Trastorno mental</b>
296.99	(F34.8)	Trastorno de desregulación disruptiva del estado de ánimo
____.	(____.)	Trastorno de depresión mayor
____.	(____.)	Episodio único
296.21	(F32.0)	Leve
296.22	(F32.1)	Moderado
296.23	(F32.2)	Grave
296.24	(F32.3)	Con características psicóticas
296.25	(F32.4)	En remisión parcial
296.26	(F32.5)	En remisión total
296.20	(F32.9)	No especificado
____.	(____.)	Episodio recurrente
296.31	(F33.0)	Leve
296.32	(F33.1)	Moderado
296.33	(F33.2)	Grave
296.34	(F33.3)	Con características psicóticas
296.35	(F33.41)	En remisión parcial
296.36	(F33.42)	En remisión total
296.30	(F33.9)	No especificado
300.4	(F34.1)	Trastorno depresivo persistente (distimia)
625.4	(N94.3)	Trastorno disfórico premenstrual
____.	(____.)	Trastorno inducido sustancia / medicamento
293.83	(____.)	Trastorno depresivo debido a otra afección médica
	(F06.31)	Con características depresivas
	(F06.31)	Con episodio del tipo de depresión mayor
	(F06.31)	Con características mixtas

311	(F32.8)	Otro trastorno depresivo especificado
311	(F32.9)	Otro trastorno depresivo no especificado

---

#### 3.1.2.5. Cuadro clínico

En todos los trastornos depresivos está presente el ánimo deprimido, irritable o “vacío”, la diferencia radica en la duración de los síntomas, la presentación temporal y la etiología (6). Respecto al trastorno depresivo mayor, está caracterizado por tener una duración mínima de 2 semanas con síntomas que implican variaciones en la cognición, el apetito y funciones neurovegetativas. Por otro lado, la distimia, una forma crónica de depresión dura al menos 2 años en los adultos y 1 año al menos 1 año en niños. Los trastornos depresivos se pueden asociar al consumo de sustancias de abuso o de medicamentos de prescripción médica y múltiples afecciones médicas (6,35).

#### 3.1.2.6. Diagnóstico

Respecto a la depresión mayor, se realiza el diagnóstico con solo un episodio, sin embargo, casi el 80% de pacientes experimentará al menos otro evento durante su vida (35). Para el diagnóstico de depresión mayor se utilizan los criterios diagnósticos del DSM-5, el paciente debe presentar 5 o más de los siguiente síntomas casi todos los días durante las últimas 2 semanas, teniendo en cuenta que un síntoma debe ser un “síntoma fundamental”, dentro de los síntomas fundamentales se encuentra el ánimo deprimido y la anhedonia, el resto de síntomas está conformado por sentimientos de inutilidad o culpa, ideación, planeación o intento suicida, fatiga o pérdida de energía, sueño disminuido o incrementado, pérdida o aumento de peso o de apetito, indecisión disminución de la habilidad para pensar o concentrarse, agitación o retraso psicomotor (35).

#### 3.1.2.7. Tratamiento

El tratamiento está conformado por fármacos, cuyo pilar de acción es la neurotransmisión monoaminérgica (36), sin embargo, nuevos

antidepresivos actúan sobre nuevos targets como el receptor N-methyl-D-aspartato NMDA o la melatonina o el ácido gamma-aminobutírico. Los primeros medicamentos en aparecer fueron los antidepresivos tricíclicos y los IMAOs (37), sin embargo, fueron reemplazados por los inhibidores selectivos de la recaptación de serotonina, debido a que presentaban menos efectos adversos, a pesar de su eficacia moderada, actualmente conforman la medicación de primera línea en el tratamiento de la depresión (38).

#### **3.1.2.8. Pronóstico**

Las recaídas son frecuentes en el trastorno de depresión mayor, se ha asociado la alteración del eje hipotálamo-hipófisis- adrenal con la repuesta clínica pobre y las altas tasas de recaídas (39).

### **3.1.3. FACTORES ASOCIADOS CON ANSIEDAD Y DEPRESIÓN**

Se ha reconocido el papel potencial que tienen los acontecimientos de la vida de los pacientes en la precipitación y la posible causa del trastorno depresivo mayor y de otros trastornos mentales (40,41). Diversos estudios evaluaron el impacto de los eventos estresantes de la vida estrechamente yuxtapuestos con los episodios de depresión (42,43), estos eventos estresantes de la vida en adultos incluyen enfermedades crónicas o que amenazan la vida, dificultades financieras, pérdida de empleo, separación, duelo y ser objeto de violencia. Se ha encontrado que las asociaciones entre los eventos estresantes de la vida y la depresión son sólidas, a pesar de que un subgrupo de pacientes parece vulnerable a los efectos de los eventos estresantes de la vida, otro grupo parece relativamente resistente, lo que posiblemente refleja predisposiciones biológicas (44,45).

#### **3.1.3.1. Factores Epidemiológicos**

##### **3.1.3.1.1. Edad**

Es el tiempo de existencia de un individuo, se considera un factor no modificable (46), la prevalencia en adultos es 5%, no obstante, es mayor en personas mayores de 60 años, aproximadamente 5.7% (26,47).

**3.1.3.1.2. Sexo**

La prevalencia de trastornos depresivo-ansiosos es mayor en el sexo femenino, sin embargo, en el sexo masculino es menos frecuente que se admita el problema mental y se solicite ayuda (48).

**3.1.3.1.3. Procedencia**

Permite conocer el lugar de origen del paciente, condiciones de vida y la accesibilidad a servicios de salud (49).

**3.1.3.1.4. Estado civil**

Estado constitucional del paciente, la prevalencia de depresión es mayor en pacientes viudos (48).

**3.1.3.1.5. Grado de instrucción**

Es el grado máximo de estudios alcanzado, el grado de instrucción tiene una relación negativa con la prevalencia de trastornos mentales (35).

**3.1.3.1.6. Situación laboral**

Es la labor que realiza una persona de forma cotidiana, el desempleo tiene una relación positiva con la prevalencia de ansiedad y depresión (9,35).

**3.1.3.2. Factores clínicos****3.1.3.2.1. Enfermedad actual**

Es el motivo de hospitalización, esta puede tener un curso súbito o insidioso, agudas o crónicas, estas últimas con mayor frecuencia se asocian a trastornos depresivos. Se ha encontrado un relación positiva entre la depresión y enfermedades como accidentes cerebrovasculares, ataques cardíacos, cáncer y tuberculosis (50,51).

**3.1.3.2.2. Comorbilidades**

Definidas como las afecciones y/o enfermedades presentes concomitantes a la enfermedad primaria, las comorbilidades asociadas con mayor frecuencia a depresión son obesidad, EPOC, dislipidemia, hipotiroidismo y cáncer (52,53).

**3.1.3.2.3. Hospitalizaciones previas**

Se define como un evento previo de admisión en una unidad de hospitalización, es indicativo de antecedentes patológicos y/o comorbilidades (49).

**3.1.3.2.4. Servicio de hospitalización**

Es el espacio de hospitalización asignado a cada paciente según la categoría de su padecimiento (54).

**3.1.3.2.5. Días de hospitalización**

Días transcurridos entre la fecha de admisión al servicio de hospitalización y la fecha actual o la fecha del alta médica (54).

**3.1.3.2.6. Antecedentes de depresión y/o ansiedad**

Antecedente de depresión, caracterizado por un estado ánimo deprimido, diagnosticado en el pasado por un médico.

Antecedente de ansiedad, caracterizado por miedo excesivo frente a un evento aún no ocurrido asociado a otras conductas, diagnosticado en el pasado por un médico.

Existe una relación positiva entre tener el antecedente de depresión y/o ansiedad y el riesgo de parecer estos trastornos nuevamente (49).

**3.1.3.2.7. Tabaquismo**

Según la OMS un fumador es aquella persona que consumió 1 cigarrillo o más en los últimos 6 meses. Existe una relación positiva entre el consumo crónico de tabaco y los trastornos ansiosos (55).

**3.1.3.2.8. Consumo crónico de alcohol**

Definido como aquella persona que consumió bebidas alcohólicas por lo menos 1 vez a la semana durante el año pasado (56).

**3.1.3.3. Factores familiares**

**3.1.3.3.1. Apoyo sociofamiliar**

Se refiere al apoyo o asistencia cuando un miembro de la familia sufre un proceso de padecimiento o discapacidad (57).

### 3.1.3.3.2. **Funcionamiento familiar**

Se refiere al conjunto de interacciones entre los miembros de una familia que permiten enfrentar crisis, tiene una relación negativa con ansiedad y depresión (58).

### 3.1.3.3.3. **Antecedente familiar de enfermedad mental**

Presencia de un familiar diagnosticado previamente de ansiedad o depresión por un médico (49).

## 3.1.4. PRUEBAS Y ESCALAS

### 3.1.4.1. **ESCALA DE ANSIEDAD Y DEPRESIÓN HOSPITALARIA (HADS: HOSPITAL ANXIETY AND DEPRESSION SCALE)**

Fue diseñada por Zigmond y Snaith en 1983, está validada para el despistaje de ansiedad y depresión en pacientes hospitalizados. Es un cuestionario autoaplicado, el cual consta de 14 ítems agrupados en 2 subescalas, cada una conformada por 7 preguntas, una para ansiedad (preguntas impares) y otra para depresión (preguntas pares), la frecuencia o la intensidad del síntoma se evalúa con una puntuación que va del 0 al 3, el espacio temporal referente para responder la frecuencia e intensidad es la semana precedente (59).

#### **Interpretación para cada subescala:**

0 – 7 puntos: Ausencia de caso clínico

8 – 10 puntos: Caso dudoso

11 – 21: Problema clínico

Sensibilidad de HADS-A y HADS-D: 80%

Especificidad de HADS-A y HADS-D: 80%

Alfa de Cronbach para HADS-Ansiedad: 0.68 – 0.93

Alfa de Cronbach para HADS-Depresión: 0.67 – 0.90 (60).

### 3.1.4.2. **APGAR FAMILIAR**

Creado por Gabriel Smilkstein en 1978, este instrumento nos brinda información acerca de cómo el entrevistado percibe el funcionamiento de su familia. Consta de 5 preguntas, que evalúan el estado funcional de la familia, cada una de ellas se valora con una escala de (casi siempre: 2

puntos, algunas veces: 1 punto y casi nunca: 0 puntos), finalmente se realiza una sumatoria de cada punto obtenido por pregunta (61).

**Interpretación:**

0 – 3 puntos: familia con disfunción grave

4 – 6 puntos: familia moderadamente funcional

7 – 10 puntos: familia muy funcional

Sensibilidad: 85%

Especificidad: 75%

Alfa de Cronbach: 0.71 – 0.83 (62,63).

**3.1.4.3. PRUEBA DE IDENTIFICACIÓN DE TRASTORNOS DERIVADOS DEL CONSUMO DE ALCOHOL (AUDIT: ALCOHOL USE DISORDERS IDENTIFICATION TEST)**

Cuestionario de identificación de trastornos debidos al consumo de alcohol, elaborado por un grupo de especialistas de la OMS, permite valorar el grado de dependencia al alcohol de un paciente, está validado como método de despistaje. Consta de 10 preguntas, las primeras 3 preguntas evalúan la frecuencia de consumo, la cantidad típica de consumo y la frecuencia de consumo excesivo, las 3 siguientes preguntas evalúan la pérdida de control sobre el consumo, el efecto en su labor diaria y el consumo matutino. Las últimas 4 preguntas evalúan el consumo perjudicial, considerando al sentimiento de culpa después del consumo, pérdida de memoria por el consumo de alcohol, lesiones relacionadas al consumo de alcohol y la preocupación del ámbito cercano al paciente acerca del consumo de alcohol. Cada pregunta tiene una puntuación de 0 a 4 puntos, con una sumatoria total de la prueba que va de 0 a 40 puntos (64).

**Interpretación:**

0 – 8 puntos: No hay consumo de riesgo

9 – 14 puntos: Consumo de riesgo

15 – 40 puntos: Dependencia al alcohol

Sensibilidad: 0.931

Especificidad: 0.772

Alfa de Cronbach: 0.8 (65,66).

#### 3.1.4.4. TEST DE FAGERSTRÖM

Creado por Karl Fagerström en 1978, cuenta con 6 preguntas, que evalúan la cantidad de cigarrillo fumados por día, el tiempo transcurrido desde el despertar hasta el consumo del primer cigarrillo, la imperiosidad de fumar en lugares no permitidos, el cigarrillo que más desagrada dejar de fumar, el momento del día en el cual fuma más y la necesidad de fumar aun cuando se esté en cama debido a enfermedad. Las primeras 2 preguntas tienen 4 respuestas que califican de 0 a 3 puntos, las últimas 4 preguntas tienen 2 respuestas que califican de 0 a 1 punto (67).

##### **Interpretación:**

4 – 3 puntos: fumador con una dependencia baja

4 – 6 puntos: fumador con dependencia moderada

7 – 10 puntos: fumador con dependencia alta

Alfa de Cronbach: 0.72 – 0.86 (68,69)

### 3.2. Revisión de antecedentes investigativos

#### 3.2.1. A nivel local:

##### 3.2.1.1. Autor: Montalván Reyes, Sossiré

**Título:** Factores Asociados a los Niveles de depresión y ansiedad en pacientes Hospitalizados en el Servicio de Oncología del Hospital III Goyeneche, Arequipa 2021

**Resumen:** El objetivo de este estudio fue evaluar los factores asociados con los niveles de ansiedad y depresión en pacientes oncológicos del Hospital III Goyeneche, un estudio descriptivo transversal, cuya muestra fue todos los pacientes oncológicos atendidos de 15 a 60 años, se utilizó una ficha de recolección de datos sociodemográficos y datos clínicos y la escala HADS (Escala de Ansiedad y Depresión Hospitalaria), se encontró que el 11.5% de pacientes presentaba ansiedad y depresión, ningún factor sociodemográfico presentó asociación con ansiedad y depresión, el tipo de cáncer más asociado a ansiedad fue el de cuello uterino (70).

**3.2.1.2. Autor:** Quispe Chiuche, Lady Sandra

**Título:** Factores relacionados a ansiedad y depresión en pacientes postoperados del hospital III Goyeneche Arequipa, abril del 2022.

**Resumen:** el objetivo de este estudio fue determinar factores asociados con depresión y ansiedad en pacientes posoperados, se realizó un estudio transversal observacional, se entrevistó a 128 pacientes, se les aplicó la escala HADS, la prevalencia encontrada de ansiedad y depresión fueron 34.4% y 35.9% respectivamente, respecto a los factores sociodemográficos y clínicos, se encontró asociaciones estadísticamente significativas con las variables sexo masculino (p 0.04), grado de instrucción superior (p 0.03), edad 58 años a más (p 0.04), tipo de familia en extensión (p <0.05), grado de instrucción primaria (p 0.00), edad entre 18 y 57 años (p 0.00), comorbilidad crónica (p 0.02), comorbilidad aguda (p 0.01), servicio de traumatología (p 0.01) y diagnóstico de cirugía de extremidades (p 0.01). En conclusión, se encontró que múltiples factores sociodemográficos y clínicos se encontraron asociados con la prevalencia de ansiedad y depresión en pacientes posoperados (71).

**3.2.1.3. Autor:** Beltran Aymitoma, Katherine Francesca

**Título:** Prevalencia y factores de riesgo de ansiedad y depresión en pacientes con cáncer que asisten a consultorio externo de un Hospital, Arequipa 2019

**Resumen:** El objetivo de esta investigación fue determinar la prevalencia y factores de riesgo de depresión y ansiedad en pacientes oncológicos que asistieron por consultorio externo de Oncología del Hospital III Goyeneche, se utilizó una ficha de recolección de datos sociodemográficos y la escala HADS. Resultados: se encontró que la prevalencia de depresión y ansiedad en los pacientes evaluados fue 64.13%, los factores sociodemográficos no mostraron asociación con depresión y ansiedad (72).

**3.2.1.4. Autor:** Muñoz-Najar Pacheco, Andrés Omar; Tejada Rivera, María del Carmen; Gallegos Muñoz Najar, Sergio David; Obando Vera, Sebastián Dudri.

**Título:** Ansiedad y depresión en pacientes internados en dos hospitales de Arequipa, Perú

**Resumen:** El objetivo de esta investigación fue comparar los niveles de depresión y ansiedad en los pacientes de dos hospitales de Arequipa, uno del Seguro Social y otro del Ministerio de Salud, se utilizó la escala HADS, no se encontró diferencias significativas entre los 2 hospitales respecto a ansiedad y depresión, respecto a la ansiedad hubo diferencia estadísticamente significativa entre hombres y mujeres solo en un hospital (73).

### 3.2.2. A nivel nacional:

**3.2.2.1. Autor:** Reynaldo Anderson Olabarrera Florez

**Título:** Factores asociados a depresión y ansiedad en pacientes hospitalizados del Hospital Regional del Cusco en febrero del 2020

**Resumen:** : Un estudio de tipo transversal analítico. Participando un total de 184 pacientes de los distintos servicios de hospitalización del Hospital Regional del Cusco. Utilizando el instrumento de la Escala de Ansiedad y Depresión Hospitalaria (HADS). Se encontró que el 21.74% presentó caso clínico de depresión y caso clínico de ansiedad de 30.43%. Con respecto a los factores asociados a la depresión fueron las distintas comorbilidades, el antecedente familiar de enfermedad mental, la disfunción familiar en grado moderado y grave, consumo de riesgo de alcohol, haber estado hospitalizado por alguna cirugía previa, visita familiar, ser ama de casa y tener alguna creencia religiosa. En cambio, los factores asociados a la ansiedad fueron el sexo femenino, la disfunción familiar moderada y grave, el consumo de riesgo de alcohol, la hospitalización actual en los servicios de Cirugía general y Medicina y tener alguna creencia religiosa (2).

**3.2.2.2. Autor:** Contreras Gutierrez, Evelyn Estefania

**Título:** Factores asociados a la ansiedad y depresión hospitalaria en pacientes ingresados al Servicio de Medicina Interna del Centro Médico Naval “Cirujano Mayor Santiago Távara” Octubre-Diciembre 2017

**Resumen:** Esta investigación tuvo como objetivo determinar factores asociados con ansiedad y depresión hospitalaria en pacientes hospitalizados en el servicio de Medicina Interna, se entrevistó a 99 pacientes hospitalizados más de 48 horas, el 25% presentó ansiedad, el 29% presentó depresión, todos superaron los 30 años, el 55,6% fue de sexo femenino, 59.3% se encontraron desempleado al momento del estudio, el 55,6% tenía educación superior, la mayor proporción respecto al estado civil fue estar casado (77,8%), 96.3% provenía del área urbana, respecto a las comorbilidades, el 51.9% presentó hipertensión, el 14.8% tenía el antecedente de depresión, los factores sociodemográficos que se encontraron asociados con ansiedad y depresión hospitalaria fueron el sexo ( $p = 0.031$ ), la ausencia de acompañante ( $p = 0.02$ ). Además, actuaron como factores de riesgo el femenino (OR: 2.663, IC 1.076) y la ausencia de acompañante (OR: 3.5, IC: 1.210-10.12). Por otro lado, dentro de los factores clínicos asociados la diabetes mellitus presentó  $p = 0.011$ . En conclusión, se encontró que existe una asociación estadísticamente significativa entre sexo, diabetes, ausencia de acompañante y el antecedente de ansiedad-depresión (74).

**3.2.2.3. Autor:** Salazar Sánchez, Claudia

**Título:** Prevalencia de ansiedad y depresión en pacientes hospitalizados en los servicios de medicina interna del Hospital Nacional Dos de Mayo. Lima – Perú. Julio 2015 – diciembre 2015.

**Resumen:** El objetivo fue establecer la prevalencia de ansiedad y depresión en los hospitalizados. Estudio descriptivo, observacional de 104 pacientes y se aplicaron los siguientes encuestas; Hospital Anxiety and Depression Scale (HADS), Beck Depression Inventory (BDI), APACHE II. Resultando que el 23,1% estaba con la ansiedad, mientras la depresión en 27,88%. Cabe resaltar que la depresión moderada el que se presentó fue mayoritaria. Concluyendo que la ansiedad y depresión en hospitalizados tiene una prevalencia alta, en mujeres preferentemente, asociándose a un menor tiempo de estancia hospitalaria (75).

**3.2.2.4. Autor:** Saavedra Farach, Mariella; Astuquipan Barrientos, Hannia Pamela

**Título:** Presencia de ansiedad y depresión en pacientes de consulta externa de gastroenterología en Lima Metropolitana.

**Resumen:** El objetivo de esta investigación fue identificar la presencia de depresión y ansiedad en pacientes que acudían al consultorio de gastroenterología en Lima, se aplicó la escala HADS a 200 pacientes adultos que provenían de 32 distritos de Lima Metropolitana, el 49% de los pacientes presentó ansiedad, 19% presentó depresión y 16,5% presentó ambos trastornos (76).

### **3.2.3. A nivel internacional:**

**3.2.3.1. Autor:** Inês Gullich, Andrews Barcellos Ramos, Tiago Rafael Anschau Zan, Cíntia Scherer, Raúl Andrés Mendoza-Sassi

**Título:** Prevalence of anxiety in patients admitted to a university hospital in southern Brazil and associated factors.

**Resumen:** Este estudio tuvo como objetivo determinar la prevalencia de ansiedad y encontrar factores asociados a esta en pacientes hospitalizados, se entrevistó en 282 pacientes, se encontró una prevalencia de ansiedad del 33.7% (IC 95%, 28.2-39.3), se encontró que los siguientes factores sociodemográficos estaban asociados con ansiedad: edad mayor o igual a 60 años (RP 0.65), sexo femenino (RP 2.44), consulta habitual en atención primaria (RP 2.37), hipertensión arterial (RP 1.57), obesidad (RP 1.43) y Diabetes mellitus tipo 2 (RP 1.43). En conclusión, se encontró una elevada prevalencia de ansiedad, la cual podría estar asociada con características sociodemográficas del pacientes, como la edad, el género, las comorbilidades crónicas y la atención habitual en centros de atención primaria (77).

**3.2.3.2. Autor:** Bereket Duko, Marta Erdado, Jemal Ebrahim

**Título:** Prevalence and factors associated with depression among hospital admitted patients in South Ethiopia: cross sectional study.

**Resumen:** Este estudio tuvo como objetivo identificar factores asociados con depresión, los cuales puedan ser usados en el diseño de programas

para mejorar la calidad de servicio brindada a los pacientes hospitalizados, además se evaluó la prevalencia y los factores asociados con depresión. La edad promedio de pacientes fue 38 años, la prevalencia de depresión en los pacientes hospitalizados fue del 38%, los factores que presentaron asociaciones estadísticamente significativas con la depresión fueron la categoría de edad 18-24 años (AOR = 2.20), 95 IC (1.08-5.73) tener una enfermedad cardiovascular (AOR 2.20), y estar en el área de quirúrgica (AOR 1.92) (78).

**3.2.3.3. Autor:** Erica Villoria, Laura Lara, Romina Salcedo

**Título:** Estado emocional de pacientes oncológicos: evaluación de la ansiedad y la depresión en función de variables clínicas y sociodemográficas (Frequency of depression and anxiety in a group of 623 patients with cancer)

**Resumen:** El objetivo fue evaluar la ansiedad y depresión en pacientes chilenos con cáncer, se aplicó la escala HADS (Escala de Ansiedad y Depresión Hospitalaria) a 623 pacientes ambulatorios y hospitalizados, se encontró que el 11.7% de pacientes presentaba síntomas de ansiedad y el 5,3% de pacientes presentaba síntomas de depresión. Los síntomas de depresión fueron más comunes en mujeres, pacientes con nivel de educación medio, desempleados y adultos mayores, por otro lado, los síntomas de ansiedad fueron más comunes en pacientes jóvenes y desempleados, la frecuencia de ansiedad y depresión fue baja en el grupo de pacientes con cáncer, los factores de riesgo para depresión fueron ser mujer, estar educada, desempleada y ser adulto mayor (79).

**3.2.3.4. Autor:** : Sandra Angélica Anguiano Serrano, Mayra Alejandra Mora Miranda, Reynoso Erazo Leonardo, Cynthia Zaira Vega Valero

**Título:** Prevalence of anxiety and depression in hospitalized patients

**Resumen:** El objetivo de esta investigación fue evaluar determinar los niveles de ansiedad y depresión y su relación con el tiempo de enfermedad en pacientes hospitalizados en el servicio de medicina interna y hematología del Hospital Juárez en México, se aplicó la escala HADS a 111 pacientes hospitalizados, se encontró una relación positiva

entre el tiempo de enfermedad y la presencia de ansiedad y depresión (80).

#### 4. HIPÓTESIS

Dado que la ansiedad y depresión son trastornos condicionados por factores epidemiológicos, clínicos y familiares es probable que existan asociaciones entre estos factores y la frecuencia de síntomas de ansiedad y depresión en los pacientes hospitalizados mayores de 18 años en el Hospital Regional Honorio Delgado Espinoza.





**CAPITULO II**  
**PLANTEAMIENTO OPERACIONAL**

## PLANTEAMIENTO OPERACIONAL

### 1. TÉCNICAS, INSTRUMENTOS Y MATERIALES DE VERIFICACIÓN

#### 1.1. Técnicas

1.1.1. La técnica utilizada fue la entrevista.

#### 1.2. Instrumentos

1.2.1. Fichas de recolección de datos, las cuales estuvieron conformadas por las siguientes pruebas y escalas:

1.2.1.1. **Ficha clínico-epidemiológica**

Se usó para obtener los siguientes datos epidemiológicos, clínicos y familiares.

1.2.1.2. **Cuestionario APGAR familiar**

Se usó para evaluar la funcionalidad familiar.

1.2.1.3. **Test de identificación de trastornos por consumo de alcohol (AUDIT: Alcohol Use Disorders Identification Test)**

Se usó para evaluar el consumo de alcohol crónico, grado de dependencia y problemas derivados del alcohol.

1.2.1.4. **Test de Fagerström**

Se usó para evaluar el tabaquismo y la dependencia al tabaco

1.2.1.5. **Escala de Ansiedad y Depresión Hospitalaria (HADS: Hospital Anxiety and Depression Scale)**

Se usó para evaluar la frecuencia de síntomas de ansiedad y depresión

#### 1.3. Materiales de verificación

- Fichas de recolección de datos (Anexo 2)
- Computadora de escritorio con sistema operativo Windows 10 con paquete Office 2023 versión 16.72 y paquete estadístico IBM SPSS Statistics versión 27.0.1.0

### 2. CAMPO DE VERIFICACIÓN

#### 2.1. Ámbito

La investigación fue realizada en las instalaciones del Hospital Regional Honorio Delgado Espinoza, Arequipa, Perú.

#### 2.2. Temporalidad

Se tomó datos de pacientes hospitalizados los días 12,13,14,15 y 16 abril de 2023.

- 12 de abril de 2023: Medicina Mujeres
- 13 de abril de 2023: Medicina Varones
- 14 de abril de 2023: Ginecología y Obstetricia
- 15 de abril de 2023: Cirugía Mujeres y Traumatología Mujeres
- 16 de abril de 2023: Cirugía Varones y Traumatología Varones

### **2.3. Unidades de estudio**

#### **2.3.1. Universo:**

Pacientes hospitalizados en los servicios de Medicina Varones, Medicina Mujeres, Ginecología, Obstetricia Salón, Obstetricia Pasillo, Puerperio, Cirugía Varones y Cirugía Mujeres del Hospital Regional Honorio Delgado Espinoza los días 12,13,14,15 y 16 de abril de 2023.

#### **2.3.2. Población:**

Todos los pacientes hospitalizados en los servicios de Medicina Varones, Medicina Mujeres, Ginecología, Obstetricia Salón, Obstetricia Pasillo, Puerperio, Cirugía Varones y Cirugía Mujeres del Hospital Regional Honorio Delgado Espinoza los días 12,13,14,15 y 16 de abril de 2023 que cumplan los criterios de inclusión y no cumplan los criterios es exclusión.

##### **2.3.2.1. Criterios de inclusión:**

- 2.3.2.1.1. Pacientes hospitalizados en los servicios de Medicina Varones, Medicina Mujeres, Ginecología, Obstetricia, Puerperio, Cirugía Varones y Cirugía Mujeres
- 2.3.2.1.2. Pacientes que otorgaron su consentimiento.
- 2.3.2.1.3. Pacientes de 18 o más años

##### **2.3.2.2. Criterios de exclusión:**

- 2.3.2.2.1. Pacientes menores de 18 años.
- 2.3.2.2.2. Pacientes hospitalizados que se nieguen a participar en el estudio y no otorguen su consentimiento
- 2.3.2.2.3. Pacientes hospitalizados con discapacidad mental severa (ej. Esquizofrenia) o con trastornos neurocognitivos (ej. Demencia, trastornos de comprensión o del habla).

#### **2.3.3. Tamaño de la Muestra:**

La muestra estuvo conformada por 131 pacientes de los siguientes servicios:

Servicio	Cantidad de pacientes	Porcentaje
Medicina Mujeres	24	18.3
Medicina Varones	24	18.3
Cirugía Mujeres	15	11.5
Cirugía Varones	13	9.9
Traumatología Varones	13	9.9
Puerperio	11	8.4
Traumatología Mujeres	10	7.6
Ginecología	7	5.3
Obstetricia Pasillo	7	5.3
Obstetricia Salón	7	5.3
Total	131	100.0

**2.3.4. Procedimiento de muestreo:** muestreo por conveniencia

### 3. ESTRATEGIAS DE RECOLECCIÓN DE DATOS

#### 3.1. Organización

**3.1.1.** Se invitó a participar en la investigación a cada paciente hospitalizado que cumpla los criterios de inclusión y no cumpla los criterios de exclusión.

**3.1.2.** Se les explicó en qué consistía la investigación.

**3.1.3.** A los pacientes se les hizo firmar una ficha consentimiento informado (Anexo1).

**3.1.4.** Se realizó el llenado de las fichas de recolección de datos

**3.1.5.** Se copió los datos obtenidos en las fichas de recolección a una base de datos en Excel

**3.1.6.** Se exportó los datos en Excel al paquete estadístico SPSS versión 27.0.1.0

#### 3.2. Recursos

##### 3.2.1. Humanos

- Investigador
- Asesor
- Pacientes que se ofrezcan voluntariamente a participar en el proyecto.

##### 3.2.2. Materiales

- Fichas de recolección de datos
- Material de escritorio: lapiceros, hojas bond A4
- Laptop
- Licencia UpToDate
- PubMed, SciElo, NCBI, Google scholar para consulta bibliográfica

- Software IBM SPSS Statistics 27.0.1.0

### 3.2.3. Financieros

- Financiado por el investigador





# **CAPITULO III**

## **RESULTADOS**

FRECUENCIA DE SÍNTOMAS Y FACTORES ASOCIADOS CON ANSIEDAD Y DEPRESIÓN EN PACIENTES HOSPITALIZADOS MAYORES DE 18 AÑOS EN EL HOSPITAL REGIONAL HONORIO DELGADO ESPINOZA, ABRIL DE 2023

**Tabla 1. Factores epidemiológicos en la muestra estudiada**

Factores asociados con Ansiedad y Depresión	Cirugía Mujeres	Cirugía Varones	Ginecología	Medicina Mujeres	Medicina Varones	Obstetricia Pasillo	Obstetricia Salón	Puerperio	O y T Mujeres	O y T Varones	Total
Pacientes	15	13	7	24	24	7	7	11	10	13	131
<b>EPIDEMIOLÓGICOS</b>											
<b>Edad</b>											
18-30 años	4 (26,7%)	3 (23,1%)	3 (42,9%)	4 (16,7%)	6 (25,0%)	3 (42,9%)	4 (57,1%)	8 (72,7%)	1 (10,0%)	8 (61,5%)	44 (33,6%)
31-60 años	9 (60,0%)	4 (30,8%)	4 (57,1%)	12 (50,0%)	14 (58,3%)	4 (57,1%)	3 (42,9%)	3 (27,3%)	5 (50,0%)	4 (30,8%)	62 (47,3%)
> 60 años	2 (13,3%)	6 (46,2%)	0 (0,0%)	8 (33,3%)	4 (16,7%)	0 (0,0%)	0 (0,0%)	0 (0,0%)	4 (40,0%)	1 (7,7%)	25 (19,1%)
<b>Sexo</b>											
Femenino	15 (100%)	0 (0,0%)	7 (100%)	24 (100%)	0 (0,0%)	7 (100%)	7 (100%)	11 (100%)	10 (100%)	0 (0,0%)	81 (61,8%)
Masculino	0 (0,0%)	13 (100%)	0 (0,0%)	0 (0,0%)	24 (100%)	0 (0,0%)	0 (0,0%)	0 (0,0%)	0 (0,0%)	13 (100%)	50 (39,2%)
<b>Procedencia</b>											
Rural	7 (46,7%)	4 (30,8%)	4 (57,1%)	8 (33,3%)	7 (29,2%)	2 (28,6%)	4 (57,1%)	4 (36,4%)	4 (40,0%)	7 (53,8%)	51 (38,9%)
Urbano	8 (53,3%)	9 (69,2%)	3 (42,9%)	16 (66,7%)	17 (70,8%)	5 (71,4%)	3 (42,9%)	7 (63,6%)	6 (60,0%)	6 (46,2%)	80 (61,1%)
<b>Estado civil</b>											
Casado	4 (26,7%)	5 (38,5%)	1 (14,3%)	4 (16,7%)	8 (33,3%)	2 (28,6%)	1 (14,3%)	1 (9,1%)	3 (30,0%)	3 (23,1%)	32 (24,4%)
Conviviente	6 (40,0%)	2 (15,4%)	3 (42,9%)	5 (20,8%)	5 (20,8%)	5 (71,4%)	6 (85,7%)	6 (54,5%)	1 (10,0%)	3 (23,1%)	42 (32,1%)
Divorciado o separado	0 (0,0%)	2 (15,4%)	0 (0,0%)	1 (4,2%)	3 (12,5%)	0 (0,0%)	0 (0,0%)	0 (0,0%)	1 (10,0%)	0 (0,0%)	7 (5,3%)
Soltero	3 (20,0%)	4 (30,8%)	3 (42,9%)	8 (33,3%)	7 (29,2%)	0 (0,0%)	0 (0,0%)	4 (36,4%)	2 (20,0%)	6 (46,2%)	37 (28,2%)
Viudo	2 (13,3%)	0 (0,0%)	0 (0,0%)	6 (25,0%)	1 (4,2%)	0 (0,0%)	0 (0,0%)	0 (0,0%)	3 (30,0%)	1 (7,7%)	13 (9,9%)
<b>Grado de instrucción</b>											
Analfabeto	0 (0,0%)	1 (7,7%)	0 (0,0%)	1 (4,2%)	0 (0,0%)	0 (0,0%)	0 (0,0%)	0 (0,0%)	0 (0,0%)	0 (0,0%)	2 (1,5%)
Primaria incompleta	0 (0,0%)	0 (0,0%)	0 (0,0%)	2 (8,3%)	2 (8,3%)	0 (0,0%)	0 (0,0%)	0 (0,0%)	0 (0,0%)	0 (0,0%)	4 (3,1%)
Primaria completa	2 (13,3%)	1 (7,7%)	1 (14,3%)	6 (25,0%)	6 (25,0%)	2 (28,6%)	0 (0,0%)	1 (9,1%)	2 (20,0%)	3 (23,1%)	24 (18,3%)
Secundaria incompleta	3 (20,0%)	2 (15,4%)	2 (28,6%)	2 (8,3%)	3 (12,5%)	1 (14,3%)	1 (14,3%)	1 (9,1%)	2 (20,0%)	2 (15,4%)	19 (14,5%)
Secundaria completa	6 (40,0%)	6 (46,2%)	1 (14,3%)	9 (37,5%)	5 (20,8%)	2 (28,6%)	3 (42,9%)	4 (36,4%)	4 (40,0%)	1 (7,7%)	41 (31,3%)
Superior incompleta	1 (6,7%)	2 (15,4%)	1 (14,3%)	0 (0,0%)	3 (12,5%)	1 (14,3%)	0 (0,0%)	2 (18,2%)	0 (0,0%)	3 (23,1%)	13 (9,9%)
Superior completa	3 (20,0%)	1 (7,7%)	2 (28,6%)	4 (16,7%)	5 (20,8%)	1 (14,3%)	3 (42,9%)	3 (27,3%)	2 (20,0%)	4 (30,8%)	28 (21,4%)
<b>Situación laboral</b>											
Desempleado	2 (13,3%)	4 (30,8%)	1 (14,3%)	7 (29,2%)	7 (29,2%)	0 (0,0%)	0 (0,0%)	0 (0,0%)	3 (30,0%)	4 (30,8%)	28 (21,4%)
Ama de casa	9 (60,0%)	0 (0,0%)	2 (28,6%)	8 (33,3%)	0 (0,0%)	6 (85,7%)	5 (71,4%)	7 (63,6%)	2 (20,0%)	0 (0,0%)	39 (29,8%)
Independiente	4 (26,7%)	6 (46,2%)	4 (57,1%)	8 (33,3%)	13 (54,2%)	1 (14,3%)	2 (28,6%)	4 (36,4%)	4 (40,0%)	8 (61,5%)	54 (41,2%)
Con empleo remunerado	0 (0,0%)	3 (23,1%)	0 (0,0%)	1 (4,2%)	4 (16,7%)	0 (0,0%)	0 (0,0%)	0 (0,0%)	1 (10,0%)	1 (7,7%)	10 (7,6%)

Fuente: elaboración propia

Participaron 81 mujeres y 50 varones, la mayoría de los pacientes tenía de 31 a 60 años, el 38.9% del total procedía de áreas rurales, mientras que el 61.1% procedía de áreas urbanas.

## FRECUENCIA DE SÍNTOMAS Y FACTORES ASOCIADOS CON ANSIEDAD Y DEPRESIÓN EN PACIENTES HOSPITALIZADOS MAYORES DE 18 AÑOS EN EL HOSPITAL REGIONAL HONORIO DELGADO ESPINOZA, ABRIL DE 2023

El estado civil más frecuente fue conviviente (32.1%), el grado de instrucción más frecuente fue secundaria completa (31.3% del total), el cual tuvo mayor proporción de pacientes en el servicio de Cirugía Varones (46.2%), el servicio con mayor proporción de pacientes con educación superior completa fue Obstetricia Salón (42.9%). La situación laboral más frecuente fue ser independiente (41.2%), los servicios con mayor proporción de pacientes desempleados fueron Cirugía Varones y Traumatología Varones (ambos 30.8%).

El estado civil más frecuente fue conviviente (32.1%). Los servicios con mayor porcentaje de pacientes viudos fueron Traumatología mujeres (30.0%) y Medicina Mujeres (25.0%). El servicio con mayor porcentaje de pacientes divorciados o separados fue cirugía varones (15.4%). Los servicios con mayor proporción de pacientes desempleados fueron Cirugía Varones y Traumatología Varones (30.8%), el servicio con mayor proporción de pacientes Amas de casa fue Obstetricia Pasillo (85.7%). La situación laboral con mayor proporción en toda la muestra fue “Independiente”, la cual estuvo conformada por 54 pacientes (41.2%). El servicio con mayor proporción de pacientes con empleo remunerado fue Cirugía Varones (23.1%). La situación laboral con menor proporción en toda la muestra fue “Con empleo remunerado”, la cual estuvo conformada por 10 pacientes (7.6%).

FRECUENCIA DE SÍNTOMAS Y FACTORES ASOCIADOS CON ANSIEDAD Y DEPRESIÓN EN PACIENTES HOSPITALIZADOS MAYORES DE 18 AÑOS EN EL HOSPITAL REGIONAL HONORIO DELGADO ESPINOZA, ABRIL DE 2023

**Tabla 2. Factores clínicos en la muestra estudiada**

Factores asociados con Ansiedad y Depresión	Cirugía Mujeres	Cirugía Varones	Ginecología	Medicina Mujeres	Medicina Varones	Obstetricia Pasillo	Obstetricia Salón	Puerperio	O y T Mujeres	O y T Varones	Total
Pacientes	15	13	7	24	24	7	7	11	10	13	131
<b>CLÍNICOS</b>											
<b>Tipo de enfermedad actual</b>											
Médica	0 (0,0%)	0 (0,0%)	0 (0,0%)	24 (100%)	24 (100%)	0 (0,0%)	0 (0,0%)	9 (81,8%)	0 (0,0%)	0 (0,0%)	57 (43,5%)
Quirúrgica	15 (100%)	13 (100%)	7 (100%)	0 (0,0%)	0 (0,0%)	7 (100%)	7 (100%)	2 (18,2%)	10 (100%)	13 (100%)	74 (56,5%)
<b>Cantidad de diagnósticos</b>											
1	7 (46,7%)	8 (61,5%)	5 (71,4%)	1 (4,2%)	0 (0,0%)	0 (0,0%)	1 (14,3%)	5 (45,5%)	2 (20,0%)	4 (30,8%)	33 (25,2%)
2	7 (46,7%)	1 (7,7%)	2 (28,6%)	3 (12,5%)	4 (16,7%)	4 (57,1%)	4 (57,1%)	4 (36,4%)	5 (50,0%)	6 (46,2%)	40 (30,5%)
3	0 (0,0%)	4 (30,8%)	0 (0,0%)	8 (33,3%)	7 (29,2%)	1 (14,3%)	1 (14,3%)	2 (18,2%)	1 (10,0%)	2 (15,4%)	26 (19,8%)
4	1 (6,7%)	0 (0,0%)	0 (0,0%)	7 (29,2%)	4 (16,7%)	0 (0,0%)	1 (14,3%)	0 (0,0%)	1 (10,0%)	1 (7,7%)	15 (11,5%)
5	0 (0,0%)	0 (0,0%)	0 (0,0%)	5 (20,8%)	9 (37,5%)	2 (28,6%)	0 (0,0%)	0 (0,0%)	1 (10,0%)	0 (0,0%)	17 (13,0%)
<b>Tiempo de hospitalización</b>											
1-7 días	7 (46,7%)	9 (69,2%)	6 (85,7%)	14 (58,3%)	9 (37,5%)	6 (85,7%)	7 (100%)	11 (100%)	5 (50,0%)	7 (53,8%)	81 (61,8%)
8-14 días	6 (40,0%)	3 (23,1%)	0 (0,0%)	3 (12,5%)	8 (33,3%)	0 (0,0%)	0 (0,0%)	0 (0,0%)	4 (40,0%)	3 (23,1%)	27 (20,6%)
15-21 días	1 (6,7%)	0 (0,0%)	0 (0,0%)	3 (12,5%)	1 (4,2%)	1 (14,3%)	0 (0,0%)	0 (0,0%)	0 (0,0%)	1 (7,7%)	7 (5,3%)
22 días o más	1 (6,7%)	1 (7,7%)	1 (14,3%)	4 (16,7%)	6 (25,0%)	0 (0,0%)	0 (0,0%)	0 (0,0%)	1 (10,0%)	2 (15,4%)	16 (12,2%)
<b>Cantidad de comorbilidades</b>											
0	15 (100%)	12 (92,3%)	6 (85,7%)	6 (25,0%)	9 (37,5%)	2 (28,6%)	6 (85,7%)	9 (81,8%)	6 (60,0%)	13 (100%)	84 (64,1%)
1	0 (0,0%)	0 (0,0%)	1 (14,3%)	13 (54,2%)	12 (50,0%)	3 (42,9%)	1 (14,3%)	2 (18,2%)	3 (30,0%)	0 (0,0%)	35 (26,7%)
2	0 (0,0%)	1 (7,7%)	0 (0,0%)	2 (8,3%)	2 (8,3%)	2 (28,6%)	0 (0,0%)	0 (0,0%)	0 (0,0%)	0 (0,0%)	7 (5,3%)
3	0 (0,0%)	0 (0,0%)	0 (0,0%)	3 (12,5%)	1 (4,2%)	0 (0,0%)	0 (0,0%)	0 (0,0%)	1 (10,0%)	0 (0,0%)	5 (3,8%)
<b>Tabaquismo</b>											
No fumador	15 (100%)	11 (84,6%)	7 (100%)	22 (91,7%)	20 (83,3%)	7 (100%)	7 (100%)	11 (100%)	10 (100%)	11 (84,6%)	121 (92,4%)
Dependencia baja	0 (0,0%)	2 (15,4%)	0 (0,0%)	2 (8,3%)	4 (16,7%)	0 (0,0%)	0 (0,0%)	0 (0,0%)	0 (0,0%)	2 (15,4%)	10 (7,6%)
Dependencia moderada	0 (0,0%)	0 (0,0%)	0 (0,0%)	0 (0,0%)	0 (0,0%)	0 (0,0%)	0 (0,0%)	0 (0,0%)	0 (0,0%)	0 (0,0%)	0 (0,0%)
Dependencia alta	0 (0,0%)	0 (0,0%)	0 (0,0%)	0 (0,0%)	0 (0,0%)	0 (0,0%)	0 (0,0%)	0 (0,0%)	0 (0,0%)	0 (0,0%)	0 (0,0%)
<b>Consumo crónico de alcohol</b>											
No hay consumo de riesgo	15 (100%)	9 (69,2%)	7 (100%)	23 (95,8%)	14 (58,3%)	7 (100%)	7 (100%)	11 (100%)	10 (100%)	6 (46,2%)	109 (83,2%)
Consumo de riesgo	0 (0,0%)	1 (7,7%)	0 (0,0%)	1 (4,2%)	4 (16,7%)	0 (0,0%)	0 (0,0%)	0 (0,0%)	0 (0,0%)	5 (38,5%)	11 (8,4%)
Dependencia al alcohol	0 (0,0%)	3 (23,1%)	0 (0,0%)	0 (0,0%)	6 (25,0%)	0 (0,0%)	0 (0,0%)	0 (0,0%)	0 (0,0%)	2 (15,4%)	11 (8,4%)
<b>Hospitalizaciones previas</b>											
0	15 (100%)	13 (100%)	4 (57,1%)	9 (37,5%)	9 (37,5%)	2 (28,6%)	3 (42,9%)	8 (72,7%)	10 (100%)	13 (100%)	86 (65,6%)
1	0 (0,0%)	0 (0,0%)	2 (28,6%)	11 (45,8%)	10 (41,7%)	3 (42,9%)	3 (42,9%)	3 (27,3%)	0 (0,0%)	0 (0,0%)	32 (24,4%)
2 o más	0 (0,0%)	0 (0,0%)	1 (14,3%)	4 (16,7%)	5 (20,8%)	2 (28,6%)	1 (14,3%)	0 (0,0%)	0 (0,0%)	0 (0,0%)	13 (9,9%)
<b>Antecedente personal de ansiedad y/o depresión</b>											
NO	9 (60,0%)	11 (84,6%)	3 (42,9%)	13 (54,2%)	17 (70,8%)	6 (85,7%)	6 (85,7%)	10 (90,9%)	8 (80,0%)	13 (100%)	96 (73,3%)
SI	6 (40,0%)	2 (15,4%)	4 (57,1%)	11 (45,8%)	7 (29,2%)	1 (14,3%)	1 (14,3%)	1 (9,1%)	2 (20,0%)	0 (0,0%)	35 (26,7%)

Fuente: elaboración propia

De la muestra, el 56.5% tuvo enfermedad quirúrgica y el 43.5% enfermedad médica. El único servicio que prestó atención tanto a pacientes con enfermedades médicas y quirúrgicas fue Puerperio (81.8% médico y 18.2% quirúrgico).

## FRECUENCIA DE SÍNTOMAS Y FACTORES ASOCIADOS CON ANSIEDAD Y DEPRESIÓN EN PACIENTES HOSPITALIZADOS MAYORES DE 18 AÑOS EN EL HOSPITAL REGIONAL HONORIO DELGADO ESPINOZA, ABRIL DE 2023

La cantidad de diagnósticos más frecuente en toda la muestra fue 2, representado por el 30.5% de pacientes. Los servicios de hospitalización con mayor proporción de pacientes con 3, 4 y 5 diagnósticos fueron Medicina Mujeres y Medicina Varones.

La mayoría de los pacientes (61.8%) tuvo un tiempo de hospitalización de 1 a 7 días, los servicios con mayor proporción de pacientes con 1 a 7 días de hospitalización fueron Puerperio y Obstetricia Salón (100.0% ambos). Por el contrario, los servicios con mayor proporción de pacientes con tiempo de hospitalización de 15-21 días y 22 días o más fueron Medicina Mujeres y Medicina Varones respectivamente.

La mayoría de los pacientes (84; 64.1%) no presentó comorbilidades, el 5.3% presentó 1 comorbilidad y el 3.8% presentó 2 o más comorbilidades. El servicio de hospitalización con mayor proporción de pacientes con al menos 1 comorbilidad fue Medicina Mujeres (54.2%), La mayoría de los pacientes (65.6%) no tuvo hospitalizaciones previas, el 24.4% tuvo 1 hospitalización previa, solo el 9.9% tuvo 2 o más hospitalizaciones previas.

Solo 35 pacientes, 26.7% del total, presentó el antecedente personal de ansiedad y/o depresión. El servicio con mayor proporción de pacientes con el antecedente personal de ansiedad y/o depresión fue Ginecología, en el cual el 57.1% de pacientes tuvo el antecedente.

El 32.1% de mujeres tuvo antecedente personal de ansiedad y/o depresión, sin embargo, solo el 18% de varones tuvo este antecedente.

El 83.2% de pacientes no tenía consumo de alcohol de riesgo, del 16.8% restante, la mitad tuvo consumo de riesgo y la otra mitad dependencia al alcohol. El servicio con mayor proporción de pacientes con dependencia al alcohol fue Medicina Varones (25%).

El 7.6% tenía el hábito de fumar, de los cuales todos tuvieron dependencia baja.

FRECUENCIA DE SÍNTOMAS Y FACTORES ASOCIADOS CON ANSIEDAD Y DEPRESIÓN EN PACIENTES HOSPITALIZADOS MAYORES DE 18 AÑOS EN EL HOSPITAL REGIONAL HONORIO DELGADO ESPINOZA, ABRIL DE 2023

**Tabla 3. Factores familiares en la muestra estudiada**

Factores asociados con Ansiedad y Depresión	Cirugía Mujeres	Cirugía Varones	Ginecología	Medicina Mujeres	Medicina Varones	Obstetricia Pasillo	Obstetricia Salón	Puerperio	O y T Mujeres	O y T Varones	Total
Pacientes	15	13	7	24	24	7	7	11	10	13	131
<b>FAMILIARES</b>											
<b>Antecedente familiar de ansiedad y/o depresión</b>											
NO	10 (66,7%)	9 (69,2%)	7 (100,0%)	19 (79,2%)	12 (50,0%)	6 (85,7%)	7 (100,0%)	10 (90,9%)	8 (80,0%)	9 (69,2%)	97 (74,0%)
SI	5 (33,3%)	4 (30,8%)	0 (0,0%)	5 (20,8%)	12 (50,0%)	1 (14,3%)	0 (0,0%)	1 (9,1%)	2 (20,0%)	4 (30,8%)	34 (26,0%)
<b>Apoyo sociofamiliar</b>											
NO	0 (0,0%)	4 (30,8%)	0 (0,0%)	3 (12,5%)	6 (25,0%)	3 (42,9%)	1 (14,3%)	5 (45,5%)	2 (20,0%)	5 (38,5%)	29 (22,1%)
SI	15 (100%)	9 (69,2%)	7 (100,0%)	21 (87,5%)	18 (75,0%)	4 (57,1%)	6 (85,7%)	6 (54,5%)	8 (80,0%)	8 (61,5%)	102 (77,9%)
<b>Funcionalidad familiar</b>											
Familia con disfunción grave	4 (26,7%)	3 (23,1%)	1 (14,3%)	4 (16,7%)	9 (37,5%)	2 (28,6%)	1 (14,3%)	0 (0,0%)	0 (0,0%)	2 (15,4%)	26 (19,8%)
Familia moderadamente funcional	5 (33,3%)	4 (30,8%)	2 (28,6%)	10 (41,7%)	7 (29,2%)	2 (28,6%)	1 (14,3%)	3 (27,3%)	2 (20,0%)	6 (46,2%)	42 (32,1%)
Familia muy funcional	6 (40,0%)	6 (46,2%)	4 (57,1%)	10 (41,7%)	8 (33,3%)	3 (42,9%)	5 (71,4%)	8 (72,7%)	8 (80,0%)	5 (38,5%)	63 (48,1%)

*Fuente: elaboración propia*

El servicio de hospitalización con mayor proporción de pacientes con antecedente familiar de ansiedad y/o depresión fue Cirugía Mujeres, el 33.3% de este servicio tenía el antecedente familiar de ansiedad y/o depresión. Los servicios con menor apoyo sociofamiliar fueron Puerperio y Obstetricia Pasillo, el 45.5% y 42.9% respectivamente no tuvieron un familiar o amigo/a que las visite. El servicio con mayor proporción de pacientes con disfunción familiar grave, 37.5%, fue Medicina Varones.

FRECUENCIA DE SÍNTOMAS Y FACTORES ASOCIADOS CON ANSIEDAD Y DEPRESIÓN EN PACIENTES HOSPITALIZADOS MAYORES DE 18 AÑOS EN EL HOSPITAL REGIONAL HONORIO DELGADO ESPINOZA, ABRIL DE 2023

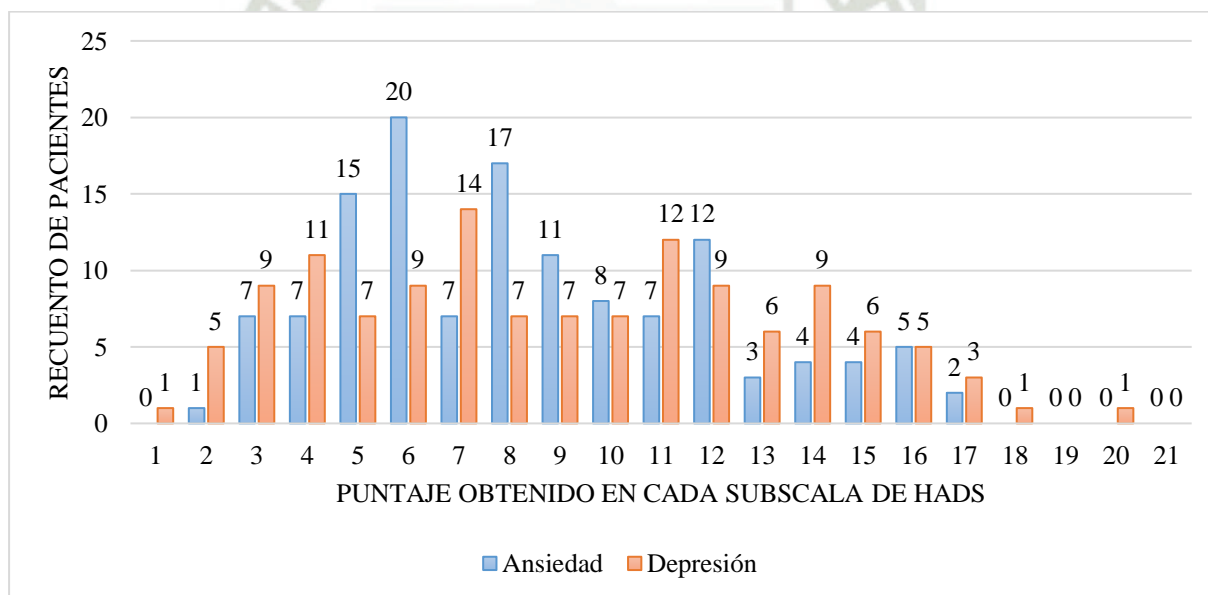
**Tabla 4. Puntaje promedio obtenido en la escala HADS**

	N	Mínimo	Máximo	Media	Desviación estándar
Puntaje HADS - Depresión	131	0	20	8.86	4.503
Puntaje HADS - Ansiedad	131	0	17	8.40	3.704

*Fuente: elaboración propia*

Los puntajes promedios obtenidos en las subescalas de ansiedad y depresión del HADS en todos los servicios fueron 8.86 (DS  $\pm$ 4.503) y 8.40 (DS  $\pm$ 3.704) respectivamente.

**Gráfico 1. Puntajes obtenidos en cada subescala del HADS**



*Fuente: elaboración propia*

El puntaje obtenido con mayor frecuencia en la subescala de ansiedad del HADS fue 6 puntos.

El puntaje obtenido con mayor frecuencia en la subescala de depresión del HADS fue 7 puntos.

La pregunta de la subescala de ansiedad del HADS con mayor puntaje promedio fue la pregunta

1: “Me siento tenso o nervioso” con 1.57 puntos (DS  $\pm$ 0.89).

La pregunta de la subescala de depresión con mayor puntaje promedio fue pregunta 2: “Todavía disfruto lo que antes me gustaba” con 1.51 puntos (DS  $\pm$ 0.96).

FRECUENCIA DE SÍNTOMAS Y FACTORES ASOCIADOS CON ANSIEDAD Y DEPRESIÓN EN PACIENTES HOSPITALIZADOS MAYORES DE 18 AÑOS EN EL HOSPITAL REGIONAL HONORIO DELGADO ESPINOZA, ABRIL DE 2023

**Tabla 5. Factores epidemiológicos y frecuencia de síntomas de ansiedad y depresión**

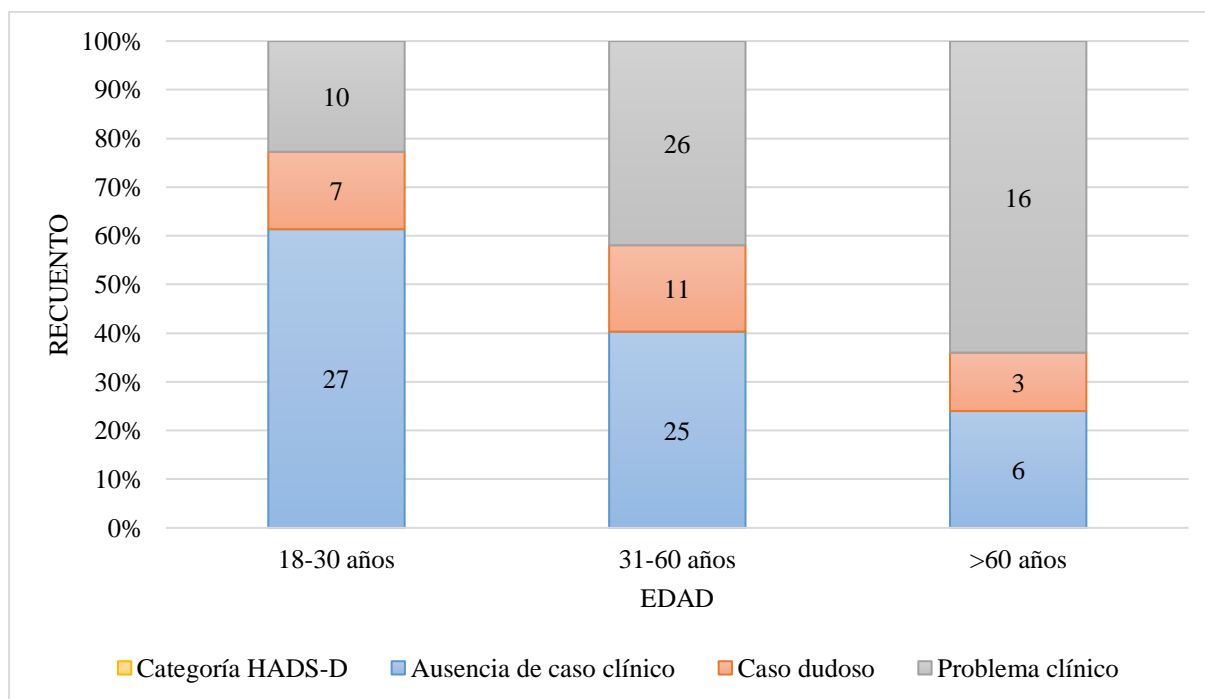
Clasificación según la escala HADS (Hospital Anxiety and Depression Scale)	HADS - Ansiedad				HADS - Depresión			
	Ausencia de caso clínico	Caso dudoso	Problema clínico	Total	Ausencia de caso clínico	Caso dudoso	Problema clínico	Total
Pacientes	58	36	37	131	58	21	52	131
<b>EPIDEMIOLÓGICOS</b>								
<b>Edad</b>								
18-30 años	23 (39,7%)	10 (27,8%)	11 (29,7%)	44 (33,6%)	27 (46,6%)	7 (33,3%)	10 (19,2%)	44 (33,6%)
31-60 años	24 (41,4%)	21 (58,3%)	17 (45,9%)	62 (47,3%)	25 (43,1%)	11 (52,4%)	26 (50,0%)	62 (47,3%)
> 60 años	11 (19,0%)	5 (13,9%)	9 (24,3%)	25 (19,1%)	6 (10,3%)	3 (14,3%)	16 (30,8%)	25 (19,1%)
<b>Sexo</b>								
Femenino	32 (55,2%)	17 (47,2%)	32 (86,5%)	81 (61,8%)	39 (67,2%)	12 (57,1%)	30 (57,7%)	81 (61,8%)
Masculino	26 (44,8%)	19 (52,8%)	5 (13,5%)	50 (38,2%)	19 (32,8%)	9 (42,9%)	22 (42,3%)	50 (38,2%)
<b>Procedencia</b>								
Rural	26 (44,8%)	11 (30,6%)	14 (37,8%)	51 (38,9%)	23 (39,7%)	6 (28,6%)	22 (42,3%)	51 (38,9%)
Urbano	32 (55,2%)	25 (69,4%)	23 (62,2%)	80 (61,1%)	35 (60,3%)	15 (71,4%)	30 (57,7%)	80 (61,1%)
<b>Estado civil</b>								
Casado	13 (22,4%)	11 (30,6%)	8 (21,6%)	32 (24,4%)	15 (25,9%)	6 (28,6%)	11 (21,2%)	32 (24,4%)
Conviviente	18 (31,0%)	11 (30,6%)	13 (35,1%)	42 (32,1%)	23 (39,7%)	6 (28,6%)	13 (25,0%)	42 (32,1%)
Divorciado o separado	1 (1,7%)	5 (13,9%)	1 (2,7%)	7 (5,3%)	0 (0,0%)	2 (9,5%)	5 (9,6%)	7 (5,3%)
Soltero	21 (36,2%)	8 (22,2%)	8 (21,6%)	37 (28,2%)	18 (31,0%)	6 (28,6%)	13 (25,0%)	37 (28,2%)
Viudo	5 (8,6%)	1 (2,8%)	7 (18,9%)	13 (9,9%)	2 (3,4%)	1 (4,8%)	10 (19,2%)	13 (9,9%)
<b>Grado de instrucción</b>								
Analfabeto	0 (0,0%)	1 (2,8%)	1 (2,7%)	2 (1,5%)	1 (1,7%)	0 (0,0%)	1 (1,9%)	2 (1,5%)
Primaria incompleta	1 (1,7%)	2 (5,6%)	1 (2,7%)	4 (3,1%)	1 (1,7%)	1 (4,8%)	2 (3,8%)	4 (3,1%)
Primaria completa	9 (15,5%)	5 (13,9%)	10 (27,0%)	24 (18,3%)	9 (15,5%)	3 (14,3%)	12 (23,1%)	24 (18,3%)
Secundaria incompleta	6 (10,3%)	5 (13,9%)	8 (21,6%)	19 (14,5%)	6 (10,3%)	3 (14,3%)	10 (19,2%)	19 (14,5%)
Secundaria completa	17 (29,3%)	16 (44,4%)	8 (21,6%)	41 (31,3%)	20 (34,5%)	5 (23,8%)	16 (30,8%)	41 (31,3%)
Superior incompleta	7 (12,1%)	2 (5,6%)	4 (10,8%)	13 (9,9%)	5 (8,6%)	6 (28,6%)	2 (3,8%)	13 (9,9%)
Superior completa	18 (31,0%)	5 (13,9%)	5 (13,5%)	28 (21,4%)	16 (27,6%)	3 (14,3%)	9 (17,3%)	28 (21,4%)
<b>Situación laboral</b>								
Desempleado	13 (22,4%)	6 (16,7%)	9 (24,3%)	28 (21,4%)	7 (12,1%)	0 (0,0%)	21 (40,4%)	28 (21,4%)
Ama de casa	17 (29,3%)	8 (22,2%)	14 (37,8%)	39 (29,8%)	24 (41,4%)	7 (33,3%)	8 (15,4%)	39 (29,8%)
Independiente	25 (43,1%)	17 (47,2%)	12 (32,4%)	54 (41,2%)	24 (41,4%)	13 (61,9%)	17 (32,7%)	54 (41,2%)
Con empleo remunerado	3 (5,2%)	5 (13,9%)	2 (5,4%)	10 (7,6%)	3 (5,2%)	1 (4,8%)	6 (11,5%)	10 (7,6%)

*Fuente: elaboración propia*

El 45.9% de pacientes con problema clínico de ansiedad se encontraba en el grupo de 31-60 años, el 29.7% tenía 18-30 años y el 24.3% tenía más de 60 años. No se encontró una asociación estadísticamente significativa entre la edad y ansiedad. El 35.1% de los pacientes con problema clínico con ansiedad era conviviente, el estado civil más frecuente en este grupo, no se encontró una asociación estadísticamente significativa entre estado civil y ansiedad.

FRECUENCIA DE SÍNTOMAS Y FACTORES ASOCIADOS CON ANSIEDAD Y DEPRESIÓN EN PACIENTES HOSPITALIZADOS MAYORES DE 18 AÑOS EN EL HOSPITAL REGIONAL HONORIO DELGADO ESPINOZA, ABRIL DE 2023

**Gráfico 2. Distribución de pacientes según edad y categoría HADS-Depresión**

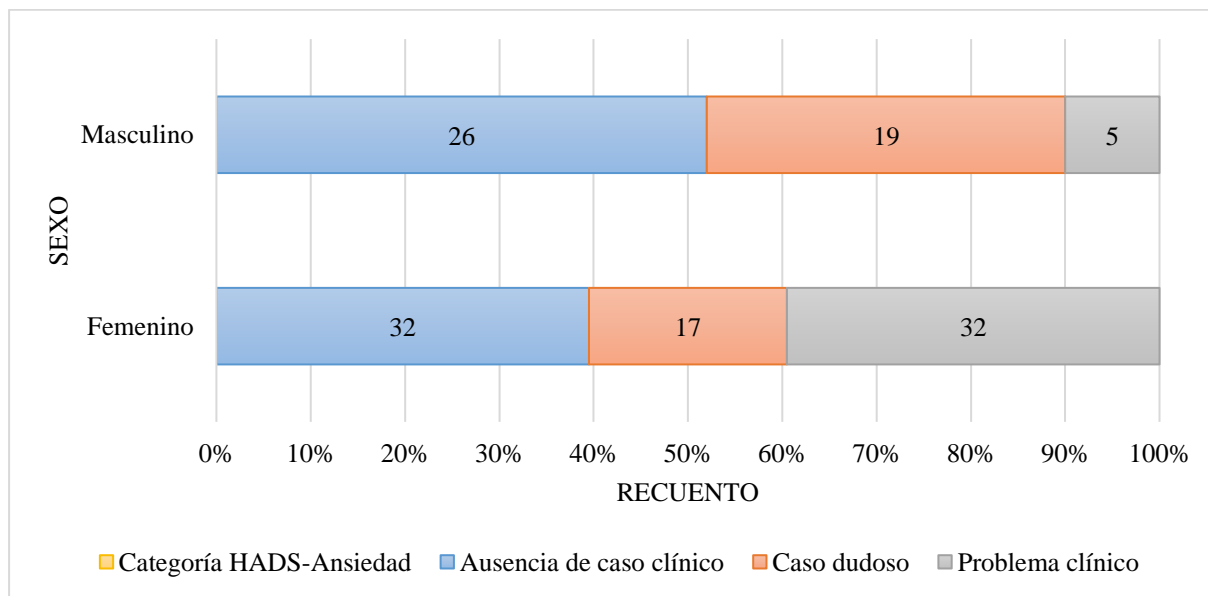


*Fuente: elaboración propia*

El grupo de edad más frecuente en los pacientes con problema clínico de depresión fue 31-60 años, el 50.0% de pacientes con problema clínico de depresión se encontraba en este grupo. El grupo de edad con mayor proporción de pacientes con problema clínico de depresión fueron los mayores de 60 años, el 64.0% presentaba problema clínico de depresión. A medida que la edad aumentaba, la proporción del grupo con problema clínico de depresión también lo hacía, se encontró una asociación estadísticamente significativa entre la edad y la frecuencia de síntomas de depresión.

FRECUENCIA DE SÍNTOMAS Y FACTORES ASOCIADOS CON ANSIEDAD Y DEPRESIÓN EN PACIENTES HOSPITALIZADOS MAYORES DE 18 AÑOS EN EL HOSPITAL REGIONAL HONORIO DELGADO ESPINOZA, ABRIL DE 2023

**Gráfico 3. Distribución de pacientes según sexo y categoría HADS-Ansiedad**



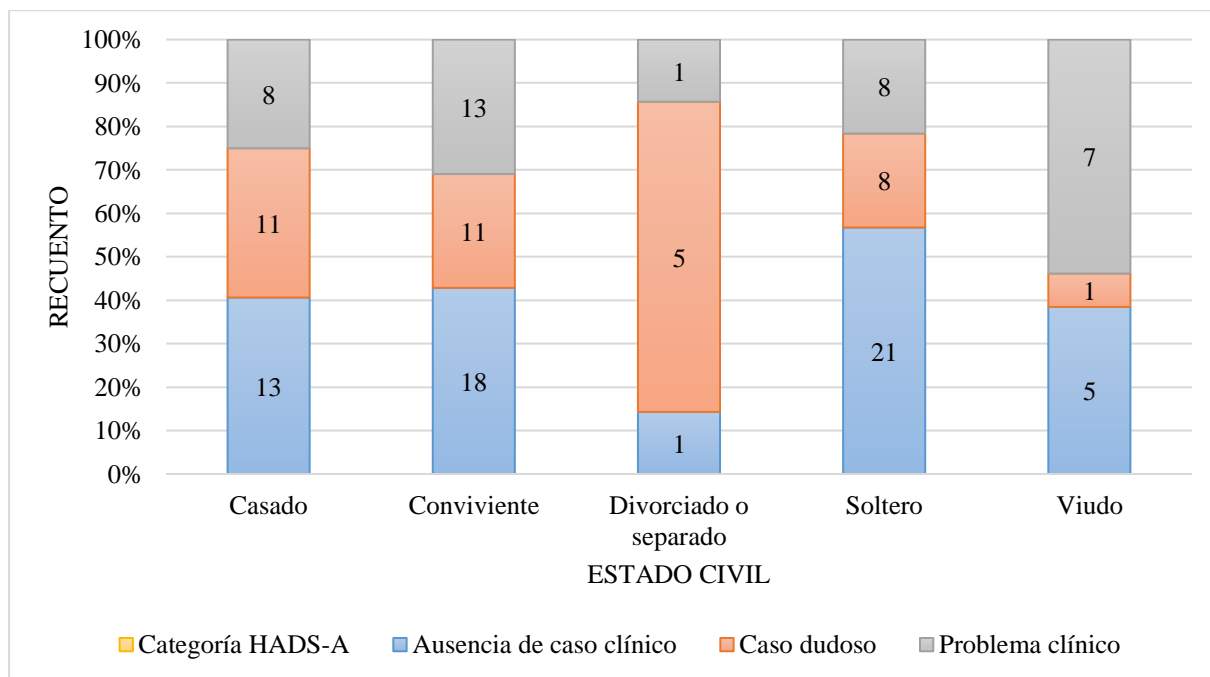
*Fuente: elaboración propia*

El 86,5% de los pacientes dentro de la categoría “Problema clínico” de la subescala HADS-Ansiedad fueron mujeres.

El 57.7% de los pacientes dentro de la categoría “Problema clínico” de la subescala HADS-Ansiedad fueron mujeres, el 42.3% fueron varones, no representó una diferencia estadísticamente significativa.

FRECUENCIA DE SÍNTOMAS Y FACTORES ASOCIADOS CON ANSIEDAD Y DEPRESIÓN EN PACIENTES HOSPITALIZADOS MAYORES DE 18 AÑOS EN EL HOSPITAL REGIONAL HONORIO DELGADO ESPINOZA, ABRIL DE 2023

**Gráfico 4. Distribución de pacientes según estado civil y categoría HADS-Ansiedad**

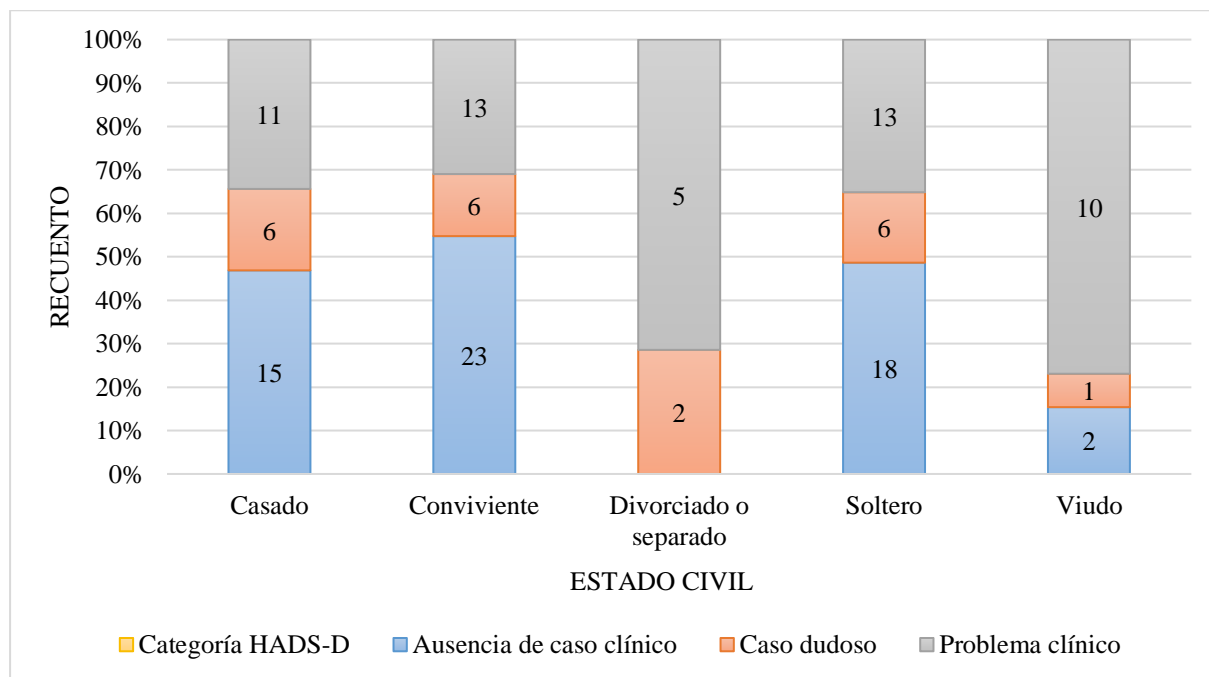


*Fuente: elaboración propia*

El 71.4% de los pacientes divorciados o separados presentaron casos dudosos de ansiedad. Además, los divorciados o separados fueron quienes presentaron la menor proporción de pacientes con “ausencia de caso clínico” de ansiedad. A pesar de las diferencias entre grupos por estado civil, no se encontró una asociación estadísticamente significativa. (p 0.058)

FRECUENCIA DE SÍNTOMAS Y FACTORES ASOCIADOS CON ANSIEDAD Y DEPRESIÓN EN PACIENTES HOSPITALIZADOS MAYORES DE 18 AÑOS EN EL HOSPITAL REGIONAL HONORIO DELGADO ESPINOZA, ABRIL DE 2023

**Gráfico 5. Distribución de pacientes según estado civil y categoría HADS-Depresión**



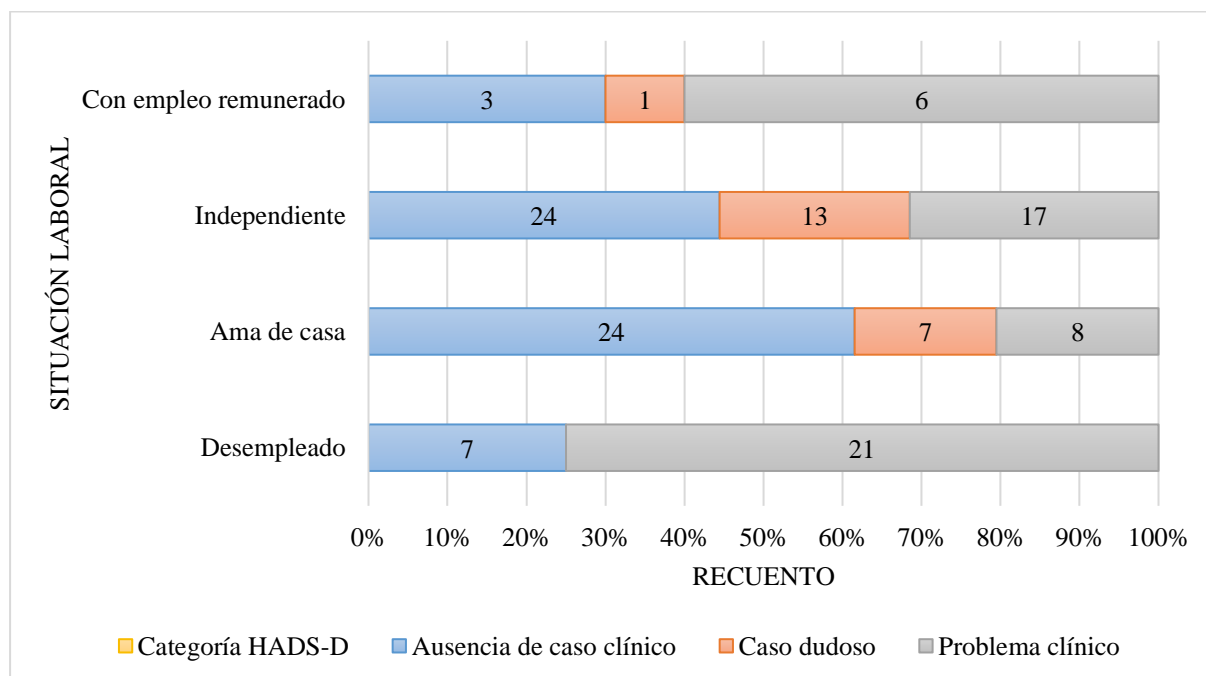
*Fuente: elaboración propia*

El 79% de pacientes viudos entró en la categoría Problema Clínico de Depresión

El 71.4% de pacientes divorciados o separados entró en la categoría Problema Clínico de Depresión. Se encontró una asociación estadísticamente significativa ( $p = 0.045$ )

FRECUENCIA DE SÍNTOMAS Y FACTORES ASOCIADOS CON ANSIEDAD Y DEPRESIÓN EN PACIENTES HOSPITALIZADOS MAYORES DE 18 AÑOS EN EL HOSPITAL REGIONAL HONORIO DELGADO ESPINOZA, ABRIL DE 2023

**Gráfico 6. Distribución de pacientes según situación laboral y categoría HADS-Depresión**



*Fuente: elaboración propia*

La situación laboral más frecuente en los pacientes con problema clínico de depresión fue Desempleado (40.4%). Además, el 75% de los pacientes desempleados se encontraba en la categoría Problema clínico de Depresión según la subescala HADS-Depresión. El 60% de los pacientes con empleo remunerado se encontraba con problema clínico de depresión.

FRECUENCIA DE SÍNTOMAS Y FACTORES ASOCIADOS CON ANSIEDAD Y DEPRESIÓN EN PACIENTES HOSPITALIZADOS MAYORES DE 18 AÑOS EN EL HOSPITAL REGIONAL HONORIO DELGADO ESPINOZA, ABRIL DE 2023

**Tabla 6. Factores clínicos y frecuencia de síntomas de ansiedad y depresión**

Clasificación según la escala HADS (Hospital Anxiety and Depression Scale)	HADS - Ansiedad				HADS - Depresión			
	Ausencia de caso clínico	Caso dudoso	Problema clínico	Total	Ausencia de caso clínico	Caso dudoso	Problema clínico	Total
Pacientes	58	36	37	131	58	21	52	131
<b>CLÍNICOS</b>								
<b>Tipo de enfermedad actual</b>								
Médica	24 (41,4%)	17 (47,2%)	16 (43,2%)	57 (43,5%)	20 (34,5%)	9 (42,9%)	28 (53,8%)	57 (43,5%)
Quirúrgica	34 (58,6%)	19 (52,8%)	21 (56,8%)	74 (56,5%)	38 (65,5%)	12 (57,1%)	24 (46,2%)	74 (56,5%)
<b>Cantidad de diagnósticos</b>								
1	15 (25,9%)	9 (25,0%)	9 (24,3%)	33 (25,2%)	15 (25,9%)	5 (23,8%)	13 (25,0%)	33 (25,2%)
2	19 (32,8%)	11 (30,6%)	10 (27,0%)	40 (30,5%)	26 (44,8%)	7 (33,3%)	7 (13,5%)	40 (30,5%)
3	12 (20,7%)	8 (22,2%)	6 (16,2%)	26 (19,8%)	8 (13,8%)	5 (23,8%)	13 (25,0%)	26 (19,8%)
4	4 (6,9%)	5 (13,9%)	6 (16,2%)	15 (11,5%)	5 (8,6%)	2 (9,5%)	8 (15,4%)	15 (11,5%)
5	8 (13,8%)	3 (8,3%)	6 (16,2%)	17 (13,0%)	4 (6,9%)	2 (9,5%)	11 (21,2%)	17 (13,0%)
<b>Servicio de hospitalización</b>								
Cirugía Mujeres	7 (12,1%)	2 (5,6%)	6 (16,2%)	15 (11,5%)	8 (13,8%)	3 (14,3%)	4 (7,7%)	15 (11,5%)
Cirugía Varones	7 (12,1%)	6 (16,7%)	0 (0,0%)	13 (9,9%)	5 (8,6%)	2 (9,5%)	6 (11,5%)	13 (9,9%)
Ginecología	1 (1,7%)	2 (5,6%)	4 (10,8%)	7 (5,3%)	4 (6,9%)	1 (4,8%)	2 (3,8%)	7 (5,3%)
Medicina Mujeres	8 (13,8%)	5 (13,9%)	11 (29,7%)	24 (18,3%)	5 (8,6%)	3 (14,3%)	16 (30,8%)	24 (18,3%)
Medicina Varones	12 (20,7%)	8 (22,2%)	4 (10,8%)	24 (18,3%)	9 (15,5%)	5 (23,8%)	10 (19,2%)	24 (18,3%)
Obstetricia Pasillo	3 (5,2%)	0 (0,0%)	4 (10,8%)	7 (5,3%)	7 (12,1%)	0 (0,0%)	0 (0,0%)	7 (5,3%)
Obstetricia Salón	5 (8,6%)	1 (2,8%)	1 (2,7%)	7 (5,3%)	6 (10,3%)	1 (4,8%)	0 (0,0%)	7 (5,3%)
Puerperio	6 (10,3%)	4 (11,1%)	1 (2,7%)	11 (8,4%)	7 (12,1%)	2 (9,5%)	2 (3,8%)	11 (8,4%)
O y T Mujeres	2 (3,4%)	3 (8,3%)	5 (13,5%)	10 (7,6%)	2 (3,4%)	2 (9,5%)	6 (11,5%)	10 (7,6%)
O y T Varones	7 (12,1%)	5 (13,9%)	1 (2,7%)	13 (9,9%)	5 (8,6%)	2 (9,5%)	6 (11,5%)	13 (9,9%)
<b>Tiempo de hospitalización</b>								
1-7 días	39 (67,2%)	22 (61,1%)	20 (54,1%)	81 (61,8%)	44 (75,9%)	13 (61,9%)	24 (46,2%)	81 (61,8%)
8-14 días	11 (19,0%)	6 (16,7%)	10 (27,0%)	27 (20,6%)	12 (20,7%)	3 (14,3%)	12 (23,1%)	27 (20,6%)
15-21 días	2 (3,4%)	2 (5,6%)	3 (8,1%)	7 (5,3%)	2 (3,4%)	1 (4,8%)	4 (7,7%)	7 (5,3%)
22 días o más	6 (10,3%)	6 (16,7%)	4 (10,8%)	16 (12,2%)	0 (0,0%)	4 (19,0%)	12 (23,1%)	16 (12,2%)
<b>Cantidad de comorbilidades</b>								
0	39 (67,2%)	25 (69,4%)	20 (54,1%)	84 (64,1%)	42 (72,4%)	14 (66,7%)	28 (53,8%)	84 (64,1%)
1	15 (25,9%)	9 (25,0%)	11 (29,7%)	35 (26,7%)	14 (24,1%)	5 (23,8%)	16 (30,8%)	35 (26,7%)
2	3 (5,2%)	1 (2,8%)	3 (8,1%)	7 (5,3%)	2 (3,4%)	1 (4,8%)	4 (7,7%)	7 (5,3%)
3	1 (1,7%)	1 (2,8%)	3 (8,1%)	5 (3,8%)	0 (0,0%)	1 (4,8%)	4 (7,7%)	5 (3,8%)
<b>Tabaquismo</b>								
No fumador	55 (94,8%)	31 (86,1%)	35 (94,6%)	121 (92,4%)	56 (96,6%)	17 (81,0%)	48 (92,3%)	121 (92,4%)
Fumador con dependencia baja	3 (5,2%)	5 (13,9%)	2 (5,4%)	10 (7,6%)	2 (3,4%)	4 (19,0%)	4 (7,7%)	10 (7,6%)
Fumador con dependencia moderada	0 (0,0%)	0 (0,0%)	0 (0,0%)	0 (0,0%)	0 (0,0%)	0 (0,0%)	0 (0,0%)	0 (0,0%)
Fumador con dependencia alta	0 (0,0%)	0 (0,0%)	0 (0,0%)	0 (0,0%)	0 (0,0%)	0 (0,0%)	0 (0,0%)	0 (0,0%)
<b>Consumo crónico de alcohol</b>								
No hay consumo de riesgo	50 (86,2%)	27 (75,0%)	32 (86,5%)	109 (83,2%)	50 (86,2%)	18 (85,7%)	41 (78,8%)	109 (83,2%)
Consumo de riesgo	4 (6,9%)	4 (11,1%)	3 (8,1%)	11 (8,4%)	4 (6,9%)	2 (9,5%)	5 (9,6%)	11 (8,4%)
Dependencia al alcohol	4 (6,9%)	5 (13,9%)	2 (5,4%)	11 (8,4%)	4 (6,9%)	1 (4,8%)	6 (11,5%)	11 (8,4%)
<b>Hospitalizaciones previas</b>								
0	38 (65,5%)	25 (69,4%)	23 (62,2%)	86 (65,6%)	39 (67,2%)	13 (61,9%)	34 (65,4%)	86 (65,6%)
1	12 (20,7%)	11 (30,6%)	9 (24,3%)	32 (24,4%)	13 (22,4%)	7 (33,3%)	12 (23,1%)	32 (24,4%)
2 o más	8 (13,8%)	0 (0,0%)	5 (13,5%)	13 (9,9%)	6 (10,3%)	1 (4,8%)	6 (11,5%)	13 (9,9%)
<b>Antecedente personal de ansiedad y/o depresión</b>								
NO	46 (79,3%)	28 (77,8%)	22 (59,5%)	96 (73,3%)	44 (75,9%)	15 (71,4%)	37 (71,2%)	96 (73,3%)
SI	12 (20,7%)	8 (22,2%)	15 (40,5%)	35 (26,7%)	14 (24,1%)	6 (28,6%)	15 (28,8%)	35 (26,7%)

Fuente: elaboración propia

## FRECUENCIA DE SÍNTOMAS Y FACTORES ASOCIADOS CON ANSIEDAD Y DEPRESIÓN EN PACIENTES HOSPITALIZADOS MAYORES DE 18 AÑOS EN EL HOSPITAL REGIONAL HONORIO DELGADO ESPINOZA, ABRIL DE 2023

Los servicio de hospitalización con mayor porcentaje de pacientes dentro de la categoría “Problema clínico” en la subescala de Ansiedad fueron Ginecología y Obstetricia Pasillo (57.1%). Por el contrario, el servicio con menor porcentaje de pacientes dentro de la categoría “Problema clínico” fue Cirugía Varones (0.0%).

El servicio de hospitalización con más pacientes (11) y mayor porcentaje de pacientes (45.8%) dentro de la categoría “Problema clínico” de la subescala de Ansiedad del HADS fue Medicina Mujeres.

Los servicio de hospitalización con mayor porcentaje de pacientes dentro de la categoría “Problema clínico” en la subescala de Depresión fue Medicina Mujeres (66.7%). Por el contrario, el servicio con menor porcentaje de pacientes dentro de la categoría “Problema clínico” en la subescala de Depresión fueron Obstetricia Pasillo y Obstetricia Salón (0.0%)

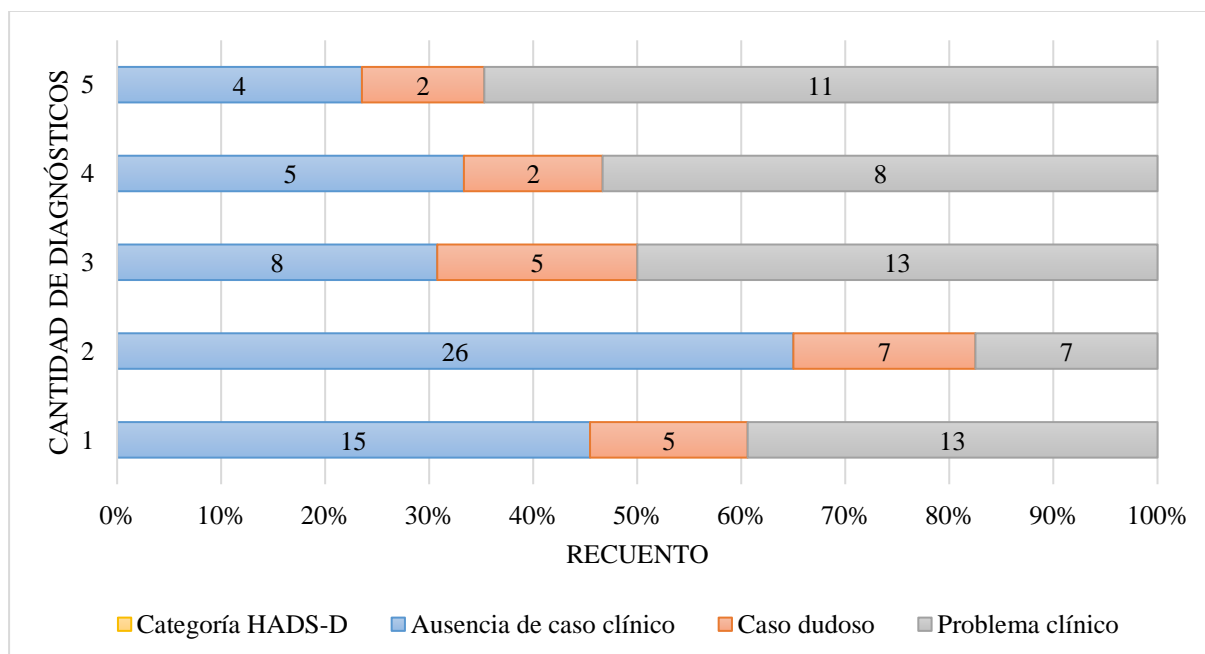
El servicio de hospitalización con más pacientes (16) y mayor porcentaje de pacientes (66.7%) dentro de la categoría “Problema clínico” de la subescala de Depresión del HADS fue Medicina Mujeres.

La cantidad de diagnósticos más frecuente en los pacientes con problema clínico de ansiedad fue 2 (27.0%), seguido de 1 (24.3%). Además, la cantidad diagnósticos más frecuente en los pacientes con ausencia de caso clínico de ansiedad fue 1 (25.9%).

El tiempo de hospitalización más frecuente en los pacientes con problema clínico de ansiedad fue 1-7 días (54.1%), Además, el tiempo de hospitalización que presentó la mayor proporción de pacientes con problema clínico de depresión fue 22 días o más (75.0%). El tiempo de hospitalización más frecuente en los pacientes con ausencia de caso clínico de ansiedad fue 1-7 días (67.2%)

FRECUENCIA DE SÍNTOMAS Y FACTORES ASOCIADOS CON ANSIEDAD Y DEPRESIÓN EN PACIENTES HOSPITALIZADOS MAYORES DE 18 AÑOS EN EL HOSPITAL REGIONAL HONORIO DELGADO ESPINOZA, ABRIL DE 2023

**Gráfico 7. Distribución de pacientes según cantidad de diagnósticos y categoría HADS-Depresión**

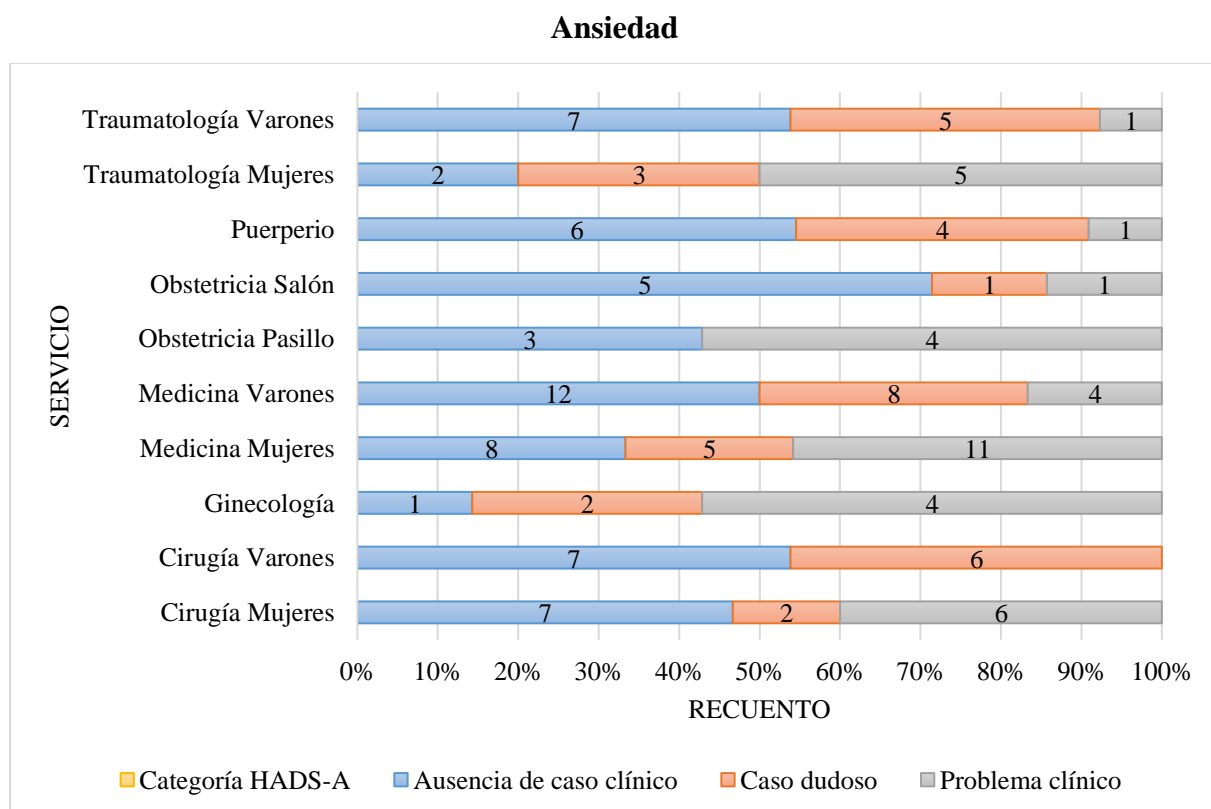


*Fuente: elaboración propia*

La cantidad de diagnósticos más frecuente en los pacientes con problema clínico de depresión fueron 1 y 3 (25.0% ambos), Además, tanto en pacientes con 3, 4 y 5 diagnósticos, la proporción de pacientes con problema clínico aumentó hasta llegar al 64.7% en pacientes con 5 diagnósticos. Se encontró una asociación estadísticamente significativa ( $p < 0.035$ ).

FRECUENCIA DE SÍNTOMAS Y FACTORES ASOCIADOS CON ANSIEDAD Y  
DEPRESIÓN EN PACIENTES HOSPITALIZADOS MAYORES DE 18 AÑOS EN EL  
HOSPITAL REGIONAL HONORIO DELGADO ESPINOZA, ABRIL DE 2023

**Gráfico 8. Distribución de pacientes según servicio de hospitalización y categoría HADS-**



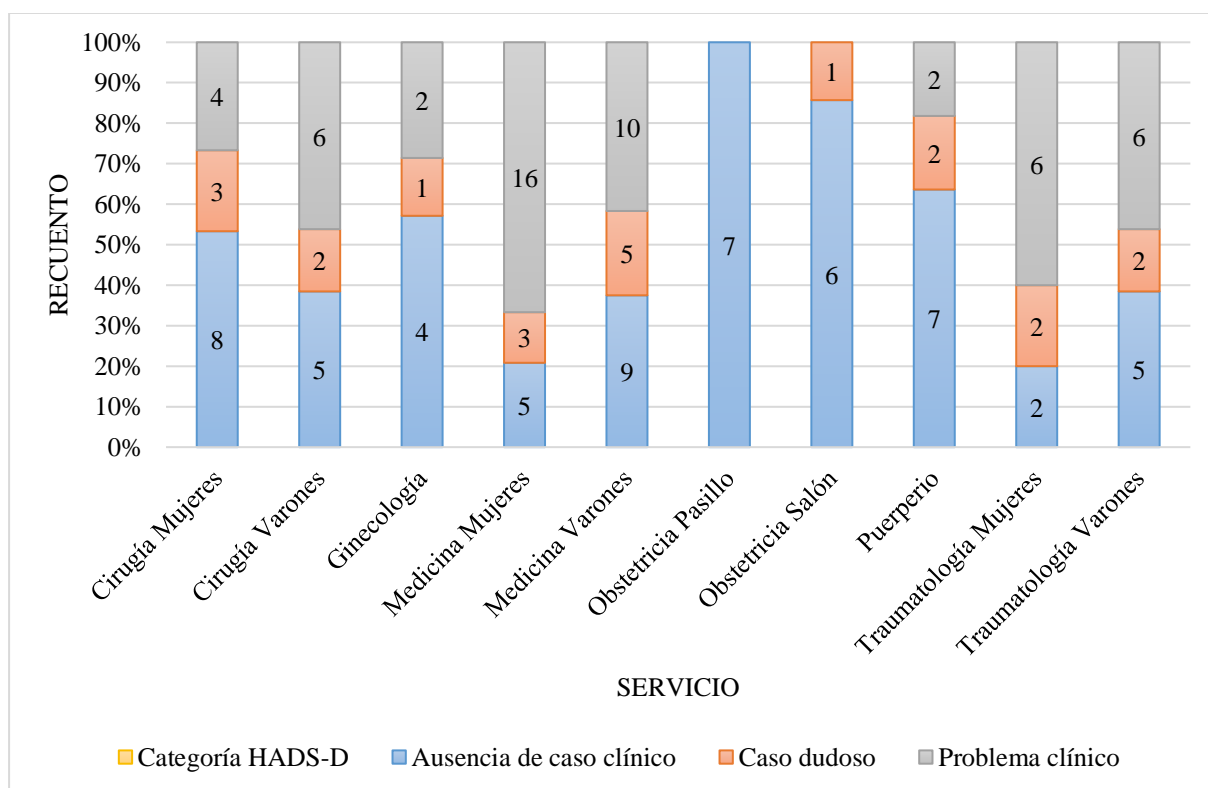
*Fuente: elaboración propia*

El servicio de hospitalización más frecuente en los pacientes con problema clínico de ansiedad fue Medicina Mujeres (29.7%), Además, el servicio que presentó mayor proporción de pacientes con problema clínico de ansiedad fue Ginecología y Obstetricia Pasillo (ambos 57.1%). El servicio de hospitalización más frecuente en los pacientes con ausencia de caso clínico de ansiedad fue Medicina Varones (12.1%).

FRECUENCIA DE SÍNTOMAS Y FACTORES ASOCIADOS CON ANSIEDAD Y DEPRESIÓN EN PACIENTES HOSPITALIZADOS MAYORES DE 18 AÑOS EN EL HOSPITAL REGIONAL HONORIO DELGADO ESPINOZA, ABRIL DE 2023

**Gráfico 9. Distribución de pacientes según servicio de hospitalización y categoría**

**HADS-Depresión**



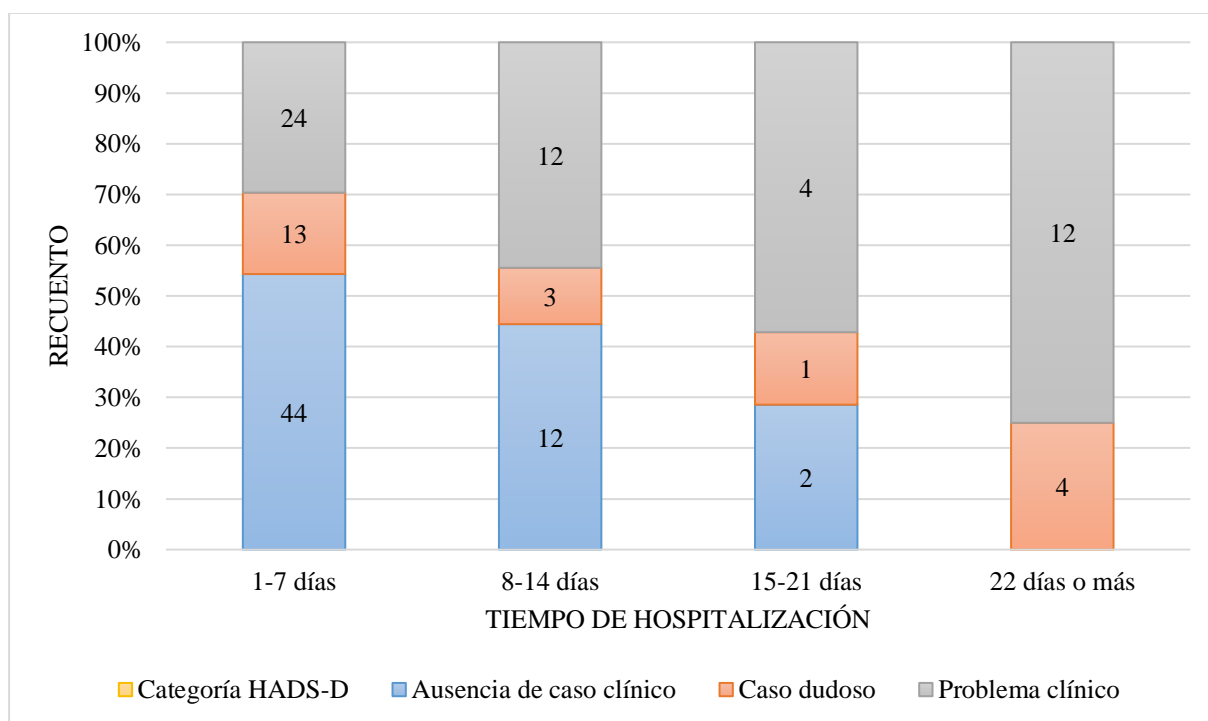
Fuente: elaboración propia

El servicio de hospitalización más frecuente en los pacientes con problema clínico de depresión fue Medicina Mujeres (30.8%), Además, el servicio que presentó mayor proporción de pacientes con problema clínico de depresión fue Medicina Mujeres (66.7%). El servicio de hospitalización más frecuente en los pacientes con ausencia de caso clínico de ansiedad fue Medicina Varones (15.5%). El servicio con mayor proporción de pacientes con ausencia de caso clínico fue Obstetricia Salón (85.7%). Finalmente, el servicio de hospitalización más frecuente en los casos dudosos fue Medicina Varones (23.8%).

FRECUENCIA DE SÍNTOMAS Y FACTORES ASOCIADOS CON ANSIEDAD Y DEPRESIÓN EN PACIENTES HOSPITALIZADOS MAYORES DE 18 AÑOS EN EL HOSPITAL REGIONAL HONORIO DELGADO ESPINOZA, ABRIL DE 2023

**Gráfico 10. Distribución de pacientes según tiempo de hospitalización y categoría**

**HADS-Depresión**

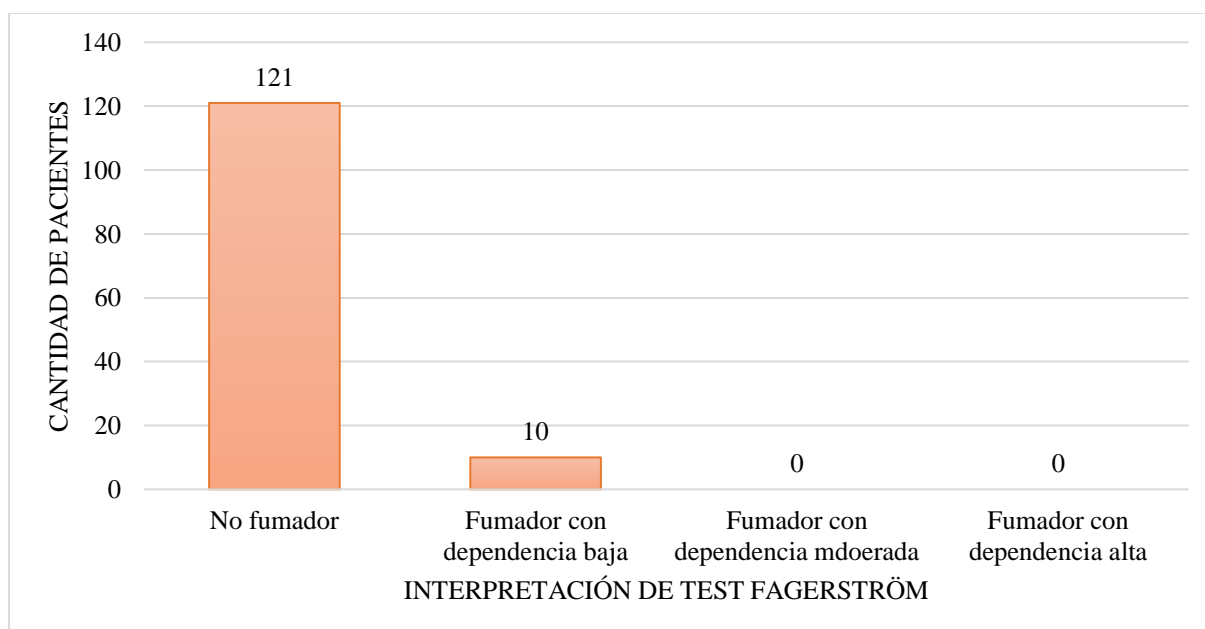


*Fuente: elaboración propia*

El tiempo de hospitalización más frecuente en los pacientes con problema clínico de depresión fue 1-7 días (46.2%), Además, la proporción de pacientes con problema clínico de depresión fue aumentando a medida que aumentaba el tiempo de hospitalización, en pacientes hospitalizados 22 días o más, el 75.0% de pacientes presentó problema clínico de depresión. El tiempo de hospitalización más frecuente en los pacientes con ausencia de caso clínico de depresión fue 1-7 días (75.9%) Los casos dudosos fueron más frecuentes en el grupo de 1-7 días de hospitalización. (61.9%). Se encontró una asociación significativa entre tiempo de hospitalización y depresión ( $p < 0.001$ ).

FRECUENCIA DE SÍNTOMAS Y FACTORES ASOCIADOS CON ANSIEDAD Y DEPRESIÓN EN PACIENTES HOSPITALIZADOS MAYORES DE 18 AÑOS EN EL HOSPITAL REGIONAL HONORIO DELGADO ESPINOZA, ABRIL DE 2023

**Gráfico 11. Distribución de pacientes según los puntajes obtenidos en el Test de Fagerström**

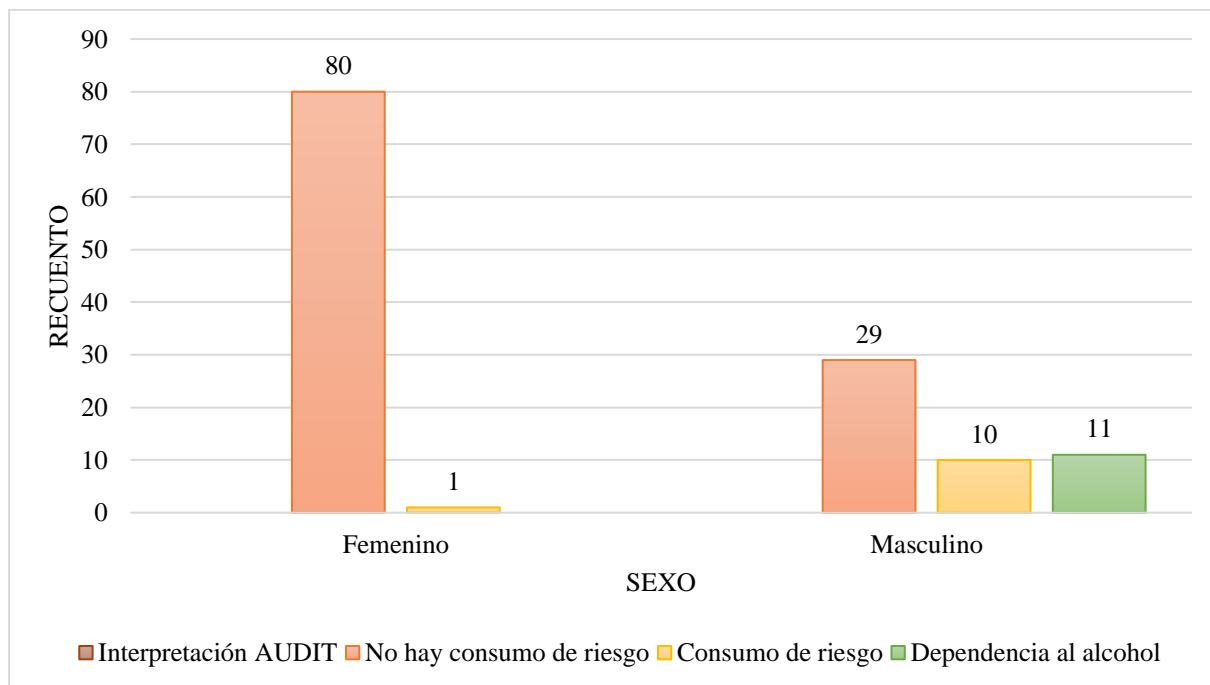


*Fuente: elaboración propia*

La mayoría de los pacientes, 121, no refirió tener el hábito de fumar, sólo 10 pacientes, 8 varones y 2 mujeres, presentaban el hábito de fumar, de los cuales el 100% presentó bajo grado de dependencia. Ningún paciente presentó dependencia moderada ni dependencia alta.

FRECUENCIA DE SÍNTOMAS Y FACTORES ASOCIADOS CON ANSIEDAD Y DEPRESIÓN EN PACIENTES HOSPITALIZADOS MAYORES DE 18 AÑOS EN EL HOSPITAL REGIONAL HONORIO DELGADO ESPINOZA, ABRIL DE 2023

**Gráfico 12. Distribución de pacientes según el Test AUDIT y el sexo**



*Fuente: elaboración propia*

El 83.2% del total de pacientes no presentó consumo de riesgo, solo el 8.4%, conformado por 10 varones y 1 mujer, presentaron consumo de riesgo y el 8.4%, conformado por 11 varones presentó dependencia al alcohol. El servicio con la mayor proporción de pacientes con dependencia al alcohol fue Medicina Varones, el 25% de pacientes de este servicio entró en esta categoría.

FRECUENCIA DE SÍNTOMAS Y FACTORES ASOCIADOS CON ANSIEDAD Y DEPRESIÓN EN PACIENTES HOSPITALIZADOS MAYORES DE 18 AÑOS EN EL HOSPITAL REGIONAL HONORIO DELGADO ESPINOZA, ABRIL DE 2023

**Tabla 7. Factores familiares y frecuencia de síntomas de ansiedad y depresión**

Clasificación según la escala HADS (Hospital Anxiety and Depression Scale)	HADS - Ansiedad				HADS - Depresión			
	Ausencia de caso clínico	Caso dudoso	Problema clínico	Total	Ausencia de caso clínico	Caso dudoso	Problema clínico	Total
Pacientes	58	36	37	131	58	21	52	131
<b>FAMILIARES</b>								
<b>Antecedente familiar de ansiedad y/o depresión</b>								
NO	45 (77,6%)	27 (75,0%)	25 (67,6%)	97 (74,0%)	46 (79,3%)	16 (76,2%)	35 (67,3%)	97 (74,0%)
SI	13 (22,4%)	9 (25,0%)	12 (32,4%)	34 (26,0%)	12 (20,7%)	5 (23,8%)	17 (32,7%)	34 (26,0%)
<b>Apoyo sociofamiliar</b>								
NO	16 (27,6%)	8 (22,2%)	5 (13,5%)	29 (22,0%)	10 (17,2%)	4 (19,0%)	15 (28,8%)	29 (22,0%)
SI	42 (72,4%)	28 (77,8%)	32 (86,5%)	102 (78%)	48 (82,8%)	17 (81,0%)	37 (71,2%)	102 (78%)
<b>Funcionalidad familiar</b>								
Familia con disfunción grave	12 (20,7%)	5 (13,9%)	9 (24,3%)	26 (19,8%)	8 (13,8%)	4 (19,0%)	14 (26,9%)	26 (19,8%)
Familia moderadamente funcional	17 (29,3%)	12 (33,3%)	13 (35,1%)	42 (32,1%)	18 (31,0%)	3 (14,3%)	21 (40,4%)	42 (32,1%)
Familia muy funcional	29 (50,0%)	19 (52,8%)	15 (40,5%)	63 (48,1%)	32 (55,2%)	14 (66,7%)	17 (32,7%)	63 (48,1%)

*Fuente: elaboración propia*

El 26% de pacientes presentó antecedente familiar de ansiedad y/o depresión. Medicina Varones fue el servicio con la mayor proporción, 50%, de pacientes con antecedente familiar de ansiedad y/o depresión. Además, la proporción de pacientes varones con el antecedente familiar de ansiedad y/o depresión fue mayor (40.0%) que en las mujeres (17.3%).

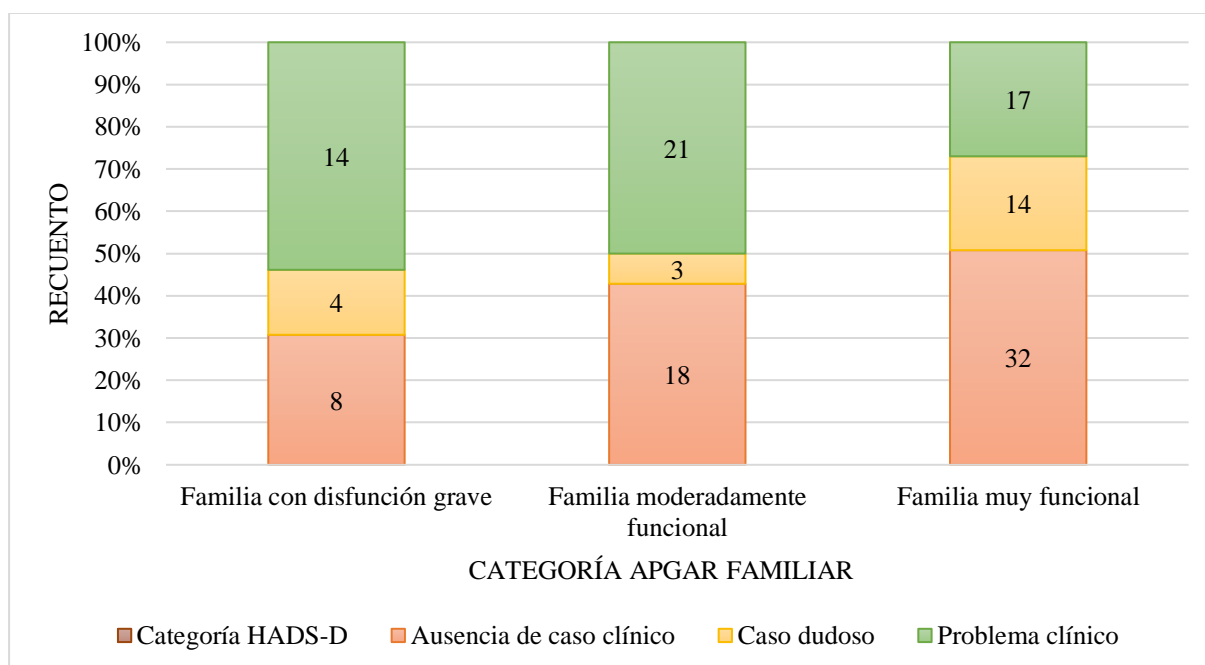
El 22% de pacientes no contaba con ningún familiar o amigo que le visitaba. El servicio con mayor proporción, 54,5%, de pacientes sin apoyo sociofamiliar fue Puerperio. Por otro lado, todas las pacientes de Ginecología y Cirugía Mujeres contaron con apoyo sociofamiliar. La proporción de pacientes varones, sin apoyo sociofamiliar, 30%, fue mayor que el de las mujeres, 17%.

El 19.8% de la muestra presentó disfunción familiar grave. El servicio con mayor proporción de pacientes con disfunción familiar grave fue Medicina Varones (37.5%).

El categoría de APGAR familiar “Familia muy funcional” fue la más frecuente independientemente de la categoría HADS-Ansiedad o HADS-Depresión. De los pacientes con disfunción familiar grave solo el 24.3% y 26.9% presentó problema clínico de ansiedad y depresión respectivamente.

FRECUENCIA DE SÍNTOMAS Y FACTORES ASOCIADOS CON ANSIEDAD Y DEPRESIÓN EN PACIENTES HOSPITALIZADOS MAYORES DE 18 AÑOS EN EL HOSPITAL REGIONAL HONORIO DELGADO ESPINOZA, ABRIL DE 2023

**Gráfico 13. Distribución de pacientes según APGAR familiar y categoría HADS-Depresión**



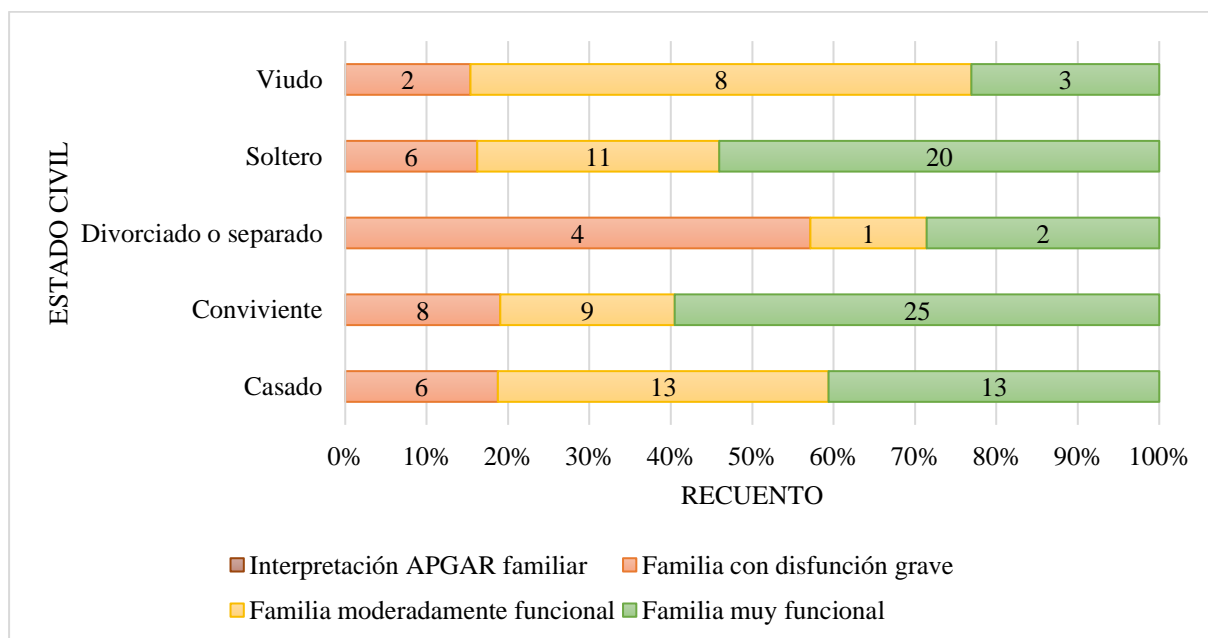
*Fuente: elaboración propia*

El categoría de APGAR familiar más frecuente en los pacientes con problema clínico de depresión fue “Familia moderadamente funcional” (40.4%). La categoría de APGAR familiar que presentó mayor proporción de pacientes con problema clínico de depresión fue “Familia con disfunción grave” (53.8%). La categoría de APGAR familiar más frecuente en los pacientes con ausencia de caso clínico fue “Familia muy funcional” (55.2%). Finalmente, la categoría de APGAR familiar con mayor proporción de pacientes con ausencia de caso clínico de depresión fue “Familia muy funcional” (50.8%).

Como se puede ver, a medida que la funcionalidad disminuye, la proporción de pacientes con problema clínico de depresión aumenta.

FRECUENCIA DE SÍNTOMAS Y FACTORES ASOCIADOS CON ANSIEDAD Y DEPRESIÓN EN PACIENTES HOSPITALIZADOS MAYORES DE 18 AÑOS EN EL HOSPITAL REGIONAL HONORIO DELGADO ESPINOZA, ABRIL DE 2023

**Gráfico 14. Distribución de pacientes según APGAR familiar y estado civil**



*Fuente: elaboración propia*

La proporción de pacientes varones con disfunción familiar grave fue mayor que la de las mujeres, el 28.0% de pacientes varones presentó disfunción familiar grave, sin embargo, esta situación solo se presentó en el 14.8% de pacientes mujeres.

La proporción de pacientes con familia muy funcional fue mayor en mujeres (54.3%) que en varones (38.0%).

El 48.1% de pacientes presentó familia muy funcional. Además la proporción de pacientes con disfunción familiar grave fue mayor entre los pacientes divorciados o separados.

El grupo de pacientes viudos tuvo la mayor proporción de pacientes con familia moderadamente funcional, la cual estuvo conformada por el 61.5% de pacientes de ese grupo. La proporción de pacientes con familia moderadamente funcional fue mayor en los pacientes viudos. Además, la proporción de pacientes con familia muy funcional fue mayor entre los pacientes convivientes.

FRECUENCIA DE SÍNTOMAS Y FACTORES ASOCIADOS CON ANSIEDAD Y DEPRESIÓN EN PACIENTES HOSPITALIZADOS MAYORES DE 18 AÑOS EN EL HOSPITAL REGIONAL HONORIO DELGADO ESPINOZA, ABRIL DE 2023

**Tabla 8. Puntaje APGAR familiar según el servicio de hospitalización y el estado civil**

Servicio	Estado Civil	N	Puntaje APGAR familiar			
			Mínimo	Máximo	Media	Desviación estándar
Cirugía Mujeres	Casado	4	3	7	5.25	1.708
	Conviviente	6	3	10	6.5	2.429
	Soltero	3	2	10	6.67	4.163
	Viudo	2	0	6	3	4.243
	Subtotal	15	0	10	5.73	2.84
Cirugía Varones	Casado	5	3	8	4.8	2.049
	Conviviente	2	5	9	7	2.828
	Divorciado o separado	2	0	9	4.5	6.364
	Soltero	4	5	9	8	2
	Subtotal	13	0	9	6.08	2.985
Ginecología	Casado	1	4	4	4	-
	Conviviente	3	5	9	7	2
	Soltero	3	3	9	6.33	3.055
	Subtotal	7	3	9	6.29	2.36
Medicina Mujeres	Casado	4	5	10	6.75	2.217
	Conviviente	5	2	10	6	3.391
	Divorciado o separado	1	6	6	6	-
	Soltero	8	2	10	6.63	2.925
	Viudo	6	3	10	5.33	2.658
	Subtotal	24	2	10	6.17	2.665
Medicina Varones	Casado	8	3	9	6.38	2.387
	Conviviente	5	0	9	5.2	3.421
	Divorciado o separado	3	2	3	2.33	0.577
	Soltero	7	0	10	4.86	3.625
	Viudo	1	6	6	6	-
	Subtotal	24	0	10	5.17	2.973
Obstetricia Pasillo	Casado	2	3	10	6.5	4.95
	Conviviente	5	0	7	5	2.915
	Subtotal	7	0	10	5.43	3.207
Obstetricia Salón	Casado	1	10	10	10	-
	Conviviente	6	2	10	7.17	3.125
	Subtotal	7	2	10	7.57	3.047
Puerperio	Casado	1	7	7	7	-
	Conviviente	6	7	10	8.83	0.983
	Soltero	4	5	7	6	0.816
	Subtotal	11	5	10	7.64	1.629
Traumatología Mujeres	Casado	3	8	10	9	1
	Conviviente	1	9	9	9	-
	Divorciado o separado	1	9	9	9	-
	Soltero	2	7	9	8	1.414
	Viudo	3	4	7	5.67	1.528
	Subtotal	10	4	10	7.8	1.814
Traumatología Varones	Casado	3	5	6	5.33	0.577
	Conviviente	3	3	7	4.33	2.309
	Soltero	6	6	10	7.67	1.633
	Viudo	1	5	5	5	-
	Subtotal	13	3	10	6.15	2.075
TOTAL	Casado	32	3	10	6.25	2.328
	Conviviente	42	0	10	6.50	2.770
	Divorciado o separado	7	0	9	4.43	3.599
	Soltero	37	0	10	6.59	2.702
	Viudo	13	0	10	5.08	2.397
	TOTAL	131	0	10	6.21	2.689

Fuente: elaboración propia

Los menores puntajes promedio obtenidos en el APGAR familiar se encontraron en pacientes divorciados o separados de Medicina Varones (2.33), Viudas de Cirugía Mujeres (3.00) y Casadas de Ginecología (4.00). Los mayores puntajes promedio obtenidos en el APGAR familiar se encontraron en pacientes de Obstetricia Salón (10.00), casadas y convivientes de Traumatología Mujeres (9.00).

FRECUENCIA DE SÍNTOMAS Y FACTORES ASOCIADOS CON ANSIEDAD Y DEPRESIÓN EN PACIENTES HOSPITALIZADOS MAYORES DE 18 AÑOS EN EL HOSPITAL REGIONAL HONORIO DELGADO ESPINOZA, ABRIL DE 2023

**Tabla 9. Intensidad y Sentido de Asociación entre Factores Epidemiológicos-Clínicos-Familiares y Categorías HADS-Ansiedad y HADS-Depresión**

Factores	HADS - ANSIEDAD					HADS - DEPRESIÓN				
	Chi cuadrado p	V de Cramer valor	Lambda valor	Gamma valor	D de Somers valor	Chi cuadrado p	V de Cramer valor	Lambda valor	Gamma valor	D de Somers valor
<b>Epidemiológicos</b>										
Edad	0.467	-	-	0.130	0.085	0.012	-	-	0.435	0.277
Sexo	0.001	0.325	0.000	-	-	0.524	0.099	0.041	-	-
Procedencia	0.381	0.121	0.000	-	-	0.546	0.096	0.000	-	-
Estado civil	0.058	0.240	0.082	-	-	0.045	0.246	0.178	-	-
Grado de instrucción	0.166	-	-	-0.285	-0.187	0.247	-	-	-0.212	-0.133
Situación laboral	0.501	-	-	-0.042	-0.027	0.000	-	-	-0.126	-0.081
<b>Clínicos</b>										
Tipo de enfermedad actual	0.856	0.049	0.000	-	-	0.123	0.179	0.110	-	-
Cantidad de diagnósticos	0.897	-	-	0.074	0.048	0.035	-	-	0.266	0.169
Servicio	0.036	0.339	0.137	-	-	0.045	0.334	0.247	-	-
Tiempo de hospitalización	0.744	-	-	0.154	0.101	0.001	-	-	0.475	0.309
Cantidad de comorbilidades	0.648	-	-	0.181	0.119	0.230	-	-	0.319	0.201
Tabaquismo	0.310	-	-	0.090	0.061	0.071	-	-	0.232	0.160
Consumo crónico de alcohol	0.627	-	-	0.041	0.027	0.843	-	-	0.198	0.123
Hospitalizaciones previas	0.130	-	-	0.015	0.010	0.850	-	-	0.034	0.021
Antecedente personal	0.080	0.197	0.041	-	-	0.838	0.052	0.014	-	-
<b>Familiares</b>										
Antecedente familiar	0.566	0.096	0.000	-	-	0.356	0.127	0.068	-	-
Apoyo sociofamiliar	0.278	0.141	0.000	-	-	0.370	0.320	0.068	-	-
Funcionalidad familiar	0.740	-	-	-0.083	-0.054	0.032	-	-	-0.294	-0.186

\*Variables dependientes: factores epidemiológicos, clínicos y familiares

\* Variables dependientes: Frecuencia de síntomas de Ansiedad y depresión según las subescalas de ansiedad y depresión de la Escala de Ansiedad y Depresión Hospitalaria

Fuente: elaboración propia

### Edad

No se encontró una asociación estadísticamente significativa entre la edad y la frecuencia de síntomas de ansiedad.

Se encontró una asociación estadísticamente significativa entre la edad y la frecuencia de síntomas de depresión (p 0.012), se obtuvo una intensidad de asociación directa moderada (valor Gamma 0.435) y bajo nivel de predicción (valor D de Somers 0.277).

## FRECUENCIA DE SÍNTOMAS Y FACTORES ASOCIADOS CON ANSIEDAD Y DEPRESIÓN EN PACIENTES HOSPITALIZADOS MAYORES DE 18 AÑOS EN EL HOSPITAL REGIONAL HONORIO DELGADO ESPINOZA, ABRIL DE 2023

### **Sexo**

Se encontró una asociación estadísticamente significativa entre el sexo y la frecuencia de síntomas de ansiedad ( $p$  0.001), una intensidad de asociación moderada (valor  $V$  de Cramer 0.325) y nivel de predicción nulo ( $\Lambda$  0.000).

No se encontró una asociación estadísticamente significativa entre sexo y la frecuencia de síntomas de depresión. ( $p$  0.467).

### **Procedencia**

No se encontró una asociación estadísticamente significativa entre la procedencia y la frecuencia de síntomas de ansiedad ( $p$  0.381).

No se encontró una asociación estadísticamente significativa entre la procedencia y la frecuencia de síntomas de depresión ( $p$  0.546).

### **Estado civil**

No se encontró una asociación estadísticamente significativa entre el estado civil y la frecuencia de síntomas de ansiedad ( $p$  0.058).

Se encontró una asociación estadísticamente significativa entre el estado civil y la frecuencia de síntomas de depresión ( $p$  0.045), una intensidad de asociación baja (valor  $V$  de Cramer 0.246) y un nivel de predicción bajo ( $\Lambda$  0.178).

### **Grado de instrucción**

No se encontró una asociación estadísticamente significativa entre el grado de instrucción y la frecuencia de síntomas de ansiedad ( $p$  0.166), sin embargo, se encontró una intensidad de asociación inversa (valor  $V$  de Cramer -0.285).

No se encontró una asociación estadísticamente significativa entre el grado de instrucción y la frecuencia de síntomas de depresión ( $p$  0.247), sin embargo, se encontró una intensidad de asociación inversa (valor  $V$  de Cramer -0.212).

### **Situación laboral**

No se encontró una asociación estadísticamente significativa entre la situación laboral y la frecuencia de síntomas de ansiedad ( $p$  0.501).

Se encontró una asociación estadísticamente significativa entre la situación laboral y la frecuencia de síntomas de depresión ( $p$  0.000), una intensidad de asociación inversa baja (valor  $\Gamma$  -0.126) y un bajo nivel de predicción (valor  $D$  de Somers -0.081)

## FRECUENCIA DE SÍNTOMAS Y FACTORES ASOCIADOS CON ANSIEDAD Y DEPRESIÓN EN PACIENTES HOSPITALIZADOS MAYORES DE 18 AÑOS EN EL HOSPITAL REGIONAL HONORIO DELGADO ESPINOZA, ABRIL DE 2023

### **Tipo de enfermedad actual**

No se encontró una asociación estadísticamente significativa entre el tipo de enfermedad actual y la frecuencia de síntomas de ansiedad ( $p$  0.856).

No se encontró una asociación estadísticamente significativa el tipo de enfermedad actual y la frecuencia de síntomas de depresión ( $p$  0.123).

### **Cantidad de diagnósticos**

No se encontró una asociación estadísticamente significativa entre la cantidad de diagnósticos y la frecuencia de síntomas de ansiedad ( $p$  0.897).

Se encontró una asociación estadísticamente significativa entre la cantidad de diagnósticos y la frecuencia de síntomas de depresión ( $p$  0.035), una intensidad de asociación directa baja (valor Gamma 0.266) y un nivel de predicción bajo (valor D de Somers 0.169).

### **Servicio de hospitalización**

Se encontró una asociación estadísticamente significativa entre el servicio de hospitalización y la frecuencia de síntomas de ansiedad ( $p$  0.036), una intensidad de asociación moderada (valor V de Cramer 0.339) y un nivel de predicción bajo (valor Lambda 0.137).

Se encontró una asociación estadísticamente significativa entre el servicio de hospitalización y la frecuencia de síntomas de depresión ( $p$  0.045), una intensidad de asociación moderada (valor V de Cramer 0.334) y un nivel de predicción bajo (valor Lambda 0.247).

### **Tiempo de hospitalización**

No se encontró una asociación estadísticamente significativa entre el tiempo de hospitalización y la frecuencia de síntomas de ansiedad ( $p$  0.744).

Se encontró una asociación estadísticamente significativa entre el tiempo de hospitalización y la frecuencia de síntomas de depresión ( $p$  0.001), una intensidad de asociación directa moderada (valor Gamma 0.475) y un nivel de predicción moderado (valor D de Somers 0.309)

### **Cantidad de comorbilidades**

No se encontró una asociación estadísticamente significativa entre la cantidad de comorbilidades y la frecuencia de síntomas de ansiedad ( $p$  0.648).

No se encontró una asociación estadísticamente significativa entre la cantidad de comorbilidades y la frecuencia de síntomas de depresión ( $p$  0.230).

FRECUENCIA DE SÍNTOMAS Y FACTORES ASOCIADOS CON ANSIEDAD Y  
DEPRESIÓN EN PACIENTES HOSPITALIZADOS MAYORES DE 18 AÑOS EN EL  
HOSPITAL REGIONAL HONORIO DELGADO ESPINOZA, ABRIL DE 2023

**Tabaquismo**

No se encontró una asociación estadísticamente significativa entre el tabaquismo y la frecuencia de síntomas de ansiedad (p 0.310).

No se encontró una asociación estadísticamente significativa entre el tabaquismo y la frecuencia de síntomas de depresión (p 0.071).

**Consumo crónico de alcohol**

No se encontró una asociación estadísticamente significativa entre el consumo crónico de alcohol y la frecuencia de síntomas de ansiedad (p 0.627).

No se encontró una asociación estadísticamente significativa entre el consumo crónico de alcohol y la frecuencia de síntomas de depresión (p 0.843).

**Hospitalizaciones previas**

No se encontró una asociación estadísticamente significativa entre la cantidad de hospitalizaciones previas y la frecuencia de síntomas de ansiedad (p 0.130).

No se encontró una asociación estadísticamente significativa entre la cantidad de hospitalizaciones previas y la frecuencia de síntomas de depresión (p 0.850).

**Antecedente personal de ansiedad y/o depresión**

No se encontró una asociación estadísticamente significativa entre el antecedente personal de ansiedad y/o depresión y la frecuencia de síntomas de ansiedad (p 0.080).

No se encontró una asociación estadísticamente significativa entre el antecedente personal de ansiedad y/o depresión y la frecuencia de síntomas de depresión (p 0.838).

**Antecedente familiar de ansiedad o depresión**

No se encontró una asociación estadísticamente significativa entre el antecedente familiar y la frecuencia de síntomas de ansiedad (p 0.566).

No se encontró una asociación estadísticamente significativa entre el antecedente familiar y la frecuencia de síntomas de depresión (p 0.356).

**Apoyo sociofamiliar**

No se encontró una asociación estadísticamente significativa entre el apoyo sociofamiliar y la frecuencia de síntomas de ansiedad (p 0.278).

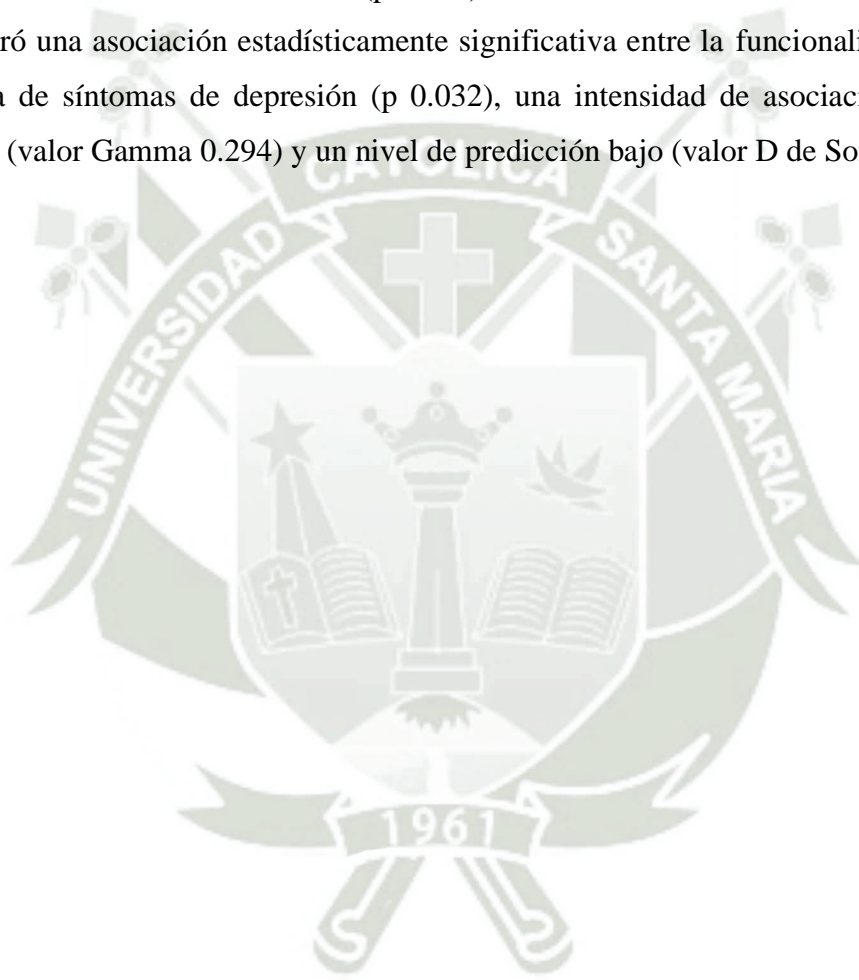
No se encontró una asociación estadísticamente significativa entre el apoyo sociofamiliar y la frecuencia de síntomas de depresión (p 0.370).

FRECUENCIA DE SÍNTOMAS Y FACTORES ASOCIADOS CON ANSIEDAD Y  
DEPRESIÓN EN PACIENTES HOSPITALIZADOS MAYORES DE 18 AÑOS EN EL  
HOSPITAL REGIONAL HONORIO DELGADO ESPINOZA, ABRIL DE 2023

**Funcionalidad familiar**

No se encontró una asociación estadísticamente significativa entre la funcionalidad familiar y la frecuencia de síntomas de ansiedad ( $p$  0.740).

Se encontró una asociación estadísticamente significativa entre la funcionalidad familiar y la frecuencia de síntomas de depresión ( $p$  0.032), una intensidad de asociación inversa baja-moderada (valor Gamma 0.294) y un nivel de predicción bajo (valor D de Somers -0.186).



## DISCUSIÓN

Esta investigación incluyó a 131 pacientes hospitalizados mayores de 18 años en el Hospital Regional Honorio Delgado Espinoza en abril de 2023 de los servicios de hospitalización de Medicina Varones, Medicina Mujeres, Obstetricia Salón, Obstetricia Pasillo, Ginecología, Puerperio, Cirugía Mujeres, Cirugía Varones, Traumatología Mujeres y Traumatología Varones que hayan dado su consentimiento y hayan cumplido con los criterios de inclusión y no hayan cumplido los criterios de exclusión. Se realizó para evaluar el estado de salud mental de los pacientes hospitalizados, comparar los diferentes perfiles epidemiológicos, clínicos y familiares de los pacientes de los servicios de hospitalización y encontrar asociaciones entre estos factores y la frecuencia de síntomas de ansiedad y depresión.

Se hizo entrega de una ficha de recolección de datos, la cual contuvo una ficha clínico-epidemiológica, posteriormente se presentó la frecuencia de factores asociados y síntomas de ansiedad mediante estadística descriptiva y se relacionó variables con Chi Cuadrado o la prueba exacta de Fisher de ser el caso, se evaluó intensidad de asociación con valores de V de Cramer y Gamma y nivel de predicción con Lambda y D de Somers según fue conveniente.

En cuanto al puntaje promedio obtenido en las subescalas de ansiedad y depresión del HADS en el total de pacientes fue 8.86 y 8.40 puntos respectivamente (**Tabla 4**).

**NOGUEDA JOSÉ** (81), en su estudio realizado en la Clínica de VIH del Instituto Nacional de Ciencias Médicas y Nutrición Salvador Zubirán en México en el año 2013 para evaluar la confiabilidad y la validez de la escala de Ansiedad y Depresión Hospitalaria en pacientes con diagnóstico de VIH. utilizando la escala de Ansiedad y Depresión Hospitalaria (HADS), encontró una media de 7.61 para la puntuación de ansiedad y 4.89 para la puntuación de depresión, es importante recalcar, que en el estudio de Nogueta solo el 11.4% de pacientes fueron mujeres, por el contrario, en el presente estudio las mujeres conformaron el 61.8% del total de pacientes.

El 28.2% y 39.7% de pacientes clasificaron como “problema clínico” en las subescalas de ansiedad y depresión del HADS respectivamente. (**Tabla 5**)

**MONTALVÁN SOSSIRÉ** (71), en su estudio realizado en pacientes hospitalizados en el servicio de Oncología del Hospital III Goyeneche de esta ciudad en el 2021 para evidenciar los

factores asociados a los niveles de depresión y ansiedad en pacientes hospitalizados utilizando la Escala de Ansiedad y Depresión Hospitalaria encontró que el 11.5% de los pacientes presentó tanto ansiedad como depresión.

**GULLICH INÉS** (77), en su estudio realizado en un hospital universitario en el sur de Brasil en el 2013 para identificar la prevalencia de ansiedad en adultos internados y analizar los posibles factores asociados utilizando la Escala de Ansiedad y Depresión Hospitalaria (HADS) encontró una prevalencia de ansiedad del 33.7% (IC 95% 28.12 – 39.3), esta información es similar a la obtenida en el presente estudio, en el cual se encontró que el 28.2% de pacientes tenía problema clínico de Ansiedad.

**DUKO BEREKET** (78), en su estudio realizado en 203 pacientes mayores de 18 años hospitalizados en el Hospital General Adare Etiopía en 2017 para identificar factores asociados con depresión utilizando la escala de Ansiedad y Depresión Hospitalaria (HADS) encontró que la prevalencia de depresión en los pacientes hospitalizados fue 38%, este hallazgo es similar al encontrado en este estudio, en el cual el 39.7% de pacientes entró en la categoría “Problema clínico” de la subescala de Depresión de la escala HADS.

**ANGUIANO SANDRA** (80), en su estudio realizado en los servicios de hematología y medicina interna del Hospital Juárez de México en el 2017 para determinar niveles de depresión y ansiedad y las relaciones entre ansiedad, depresión y tiempo con la enfermedad utilizando la escala de Ansiedad y Depresión Hospitalaria encontró que el 53% y 47% presentaba síntomas de ansiedad y depresión respectivamente.

En cuanto a la asociación entre factores epidemiológicos-clínicos-familiares y la ansiedad y depresión (**Tabla 9**) se encontró asociaciones estadísticamente significativas ( $p < 0.05$ ) entre Ansiedad y sexo femenino ( $p 0.001$ ) y el servicio de hospitalización de Medicina Mujeres ( $p 0.036$ ). Así mismo, se encontró asociaciones estadísticamente significativas ( $p < 0.05$ ) entre Depresión y edad ( $p 0.012$ ), estado civil ( $0.045$ ), situación laboral ( $p 0.000$ ), cantidad de diagnósticos ( $p 0.035$ ), servicio de hospitalización de Medicina Mujeres ( $p 0.045$ ), tiempo de hospitalización ( $0.001$ ) y funcionalidad familiar ( $p 0.032$ ).

Se encontró que el sexo estaba asociado a la frecuencia de síntomas de ansiedad, este hallazgo es similar al estudio de Pacheco, el cual refirió una diferencia estadísticamente significativa entre mujeres y hombres respecto a la ansiedad ( $p 0.022$ ) (73).

**MONTALVÁN SOSSIRÉ** (71), en su estudio realizado en pacientes hospitalizados en el servicio de Oncología del Hospital III Goyeneche de esta ciudad en el 2021 para evidenciar los factores asociados a los niveles de depresión y ansiedad en pacientes hospitalizados utilizando la Escala de Ansiedad y Depresión Hospitalaria (HADS) encontró asociaciones estadísticamente significativos entre los factores demográficos y ansiedad-depresión.

**GULLICH INÉS** (77), en su estudio realizado en un hospital universitario en el sur de Brasil en el 2013 para identificar la prevalencia de ansiedad en adultos internados y analizar los posibles factores asociados utilizando la Escala de Ansiedad y Depresión Hospitalaria (HADS) encontró una asociación con el sexo femenino (RP 2,44), esta información es similar a la obtenida en el presente estudio, en el cual se encontró que el sexo femenino estaba asociado con la frecuencia de síntomas de ansiedad.

## CONCLUSIONES

1. Según la subescala HADS-Ansiedad el 28.2% entró en la categoría de problema clínico, el 27,5% fueron casos dudosos y el 44.3% no constituían casos clínicos. Por otra parte, según la subescala HADS-Depresión el 39.7% entraron en la categoría de problema clínico, el 16.0% fueron casos dudosos y el 44.3% de pacientes no constituían casos clínicos de depresión.
2. De los pacientes con problema clínico de ansiedad, el 86.5% eran mujeres y el 29.7% provenía del servicio de Medicina Mujeres. Por otro lado, de los pacientes con problema clínico de depresión, el 40% se encontraba desempleado y el 30% provenía del servicio de Medicina Mujeres. Además, la proporción de pacientes con problema clínico de depresión aumentaba a medida que lo hacía la edad, la cantidad de diagnósticos, el tiempo de hospitalización y el grado de disfunción familiar.
3. Se encontró asociaciones estadísticamente significativas ( $p < 0.05$ ) entre Ansiedad y sexo femenino ( $p 0.001$ ) y el servicio de hospitalización de Medicina Mujeres ( $p 0.036$ ). Así mismo, se encontró asociaciones estadísticamente significativas ( $p < 0.05$ ) entre Depresión y edad ( $p 0.012$ ), estado civil ( $0.045$ ), situación laboral ( $p 0.000$ ), cantidad de diagnósticos ( $p 0.035$ ), servicio de hospitalización de Medicina Mujeres ( $p 0.045$ ), tiempo de hospitalización ( $0.001$ ) y funcionalidad familiar ( $p 0.032$ ).

## RECOMENDACIONES

### **Al Hospital Regional Honorio Delgado Espinoza**

- Mejorar el abordaje de la sintomatología de ansiedad y depresión en los pacientes hospitalizados.

### **A los servicios de hospitalización**

- Instaurar un programa de screening y aplicarlo en todos sus pacientes hospitalizados
- Capacitar a los internos de medicina, residentes y asistentes en la toma correcta de estos métodos de despistaje.

### **A las futuras investigaciones**

- Ampliar la muestra para reducir el error aleatorio.
- Tomar estudios seriados para durante la hospitalización, de esta forma se evaluará mejor la evolución de la sintomatología.

## REFERENCIAS BIBLIOGRÁFICAS

1. Juan S, Lima B, Mejía-Zambrano H, Ramos-Calsín L. Prevalencia de los principales trastornos mentales durante la pandemia por COVID-19. *Rev Neuropsiquiatr* [Internet]. 2022 Mar 21 [cited 2023 Apr 11];85(1):72–82. Available from: <https://revistas.upch.edu.pe/index.php/RNP/article/view/4157/4826>
2. Olabarrera Florez RA. Factores asociados a depresión y ansiedad en pacientes hospitalizados del Hospital Regional del Cusco en febrero del 2020. [Cusco]: UNSAAC; 2020.
3. OMS. CIE-10 Clasificación Estadística Internacional de Enfermedades y Problemas Relacionados con la Salud. 10th ed. Vol. 1. 2008.
4. Jiménez López JL, Pérez García MI, Miranda Delgado M. Necesidad de equipos de salud mental para pacientes hospitalizados por SARS-CoV-2 y personal de salud de primera línea. *Rev Med Inst Mex Seguro Soc*. 2021 Aug;59.
5. Hernández G G, Orellana V G, Kimelman J M, Nuñez M C, Ibáñez H C. Trastornos de ansiedad en pacientes hospitalizados en Medicina Interna. *Rev Med Chil* [Internet]. 2005 [cited 2023 May 3];133(8):895–902. Available from: [http://www.scielo.cl/scielo.php?script=sci\\_arttext&pid=S0034-98872005000800005&lng=es&nrm=iso&tlng=es](http://www.scielo.cl/scielo.php?script=sci_arttext&pid=S0034-98872005000800005&lng=es&nrm=iso&tlng=es)
6. American Psychiatric Association. American Psychiatric Association DSM-5. Manual Diagnóstico y Estadístico de los Trastornos Mentales DSM-5®. Editorial médica panamericana, editor. Editorial Médica Panamericana [Internet]. 2014 [cited 2023 Apr 2];362–6. Available from: <https://www.medicapanamericana.com/es/libro/dsm-5-manual-diagnostico-y-estadistico-de-los-trastornos-mentales-incluye-version-digital>
7. Sadock BJ, Sadock VA, Ruiz P. Kaplan & Sadock's comprehensive textbook of psychiatry. [cited 2023 Apr 15]; Available from: <https://www.wolterskluwer.com/en/solutions/ovid/kaplan--sadocks-comprehensive-textbook-of-psychiatry-761>
8. Vos T, Abajobir AA, Abbafati C, Abbas KM, Abate KH, Abd-Allah F, et al. Global, regional, and national incidence, prevalence, and years lived with disability for 328 diseases and injuries for 195 countries, 1990-2016: A systematic analysis for the Global Burden of Disease Study 2016. *The Lancet* [Internet]. 2017 Sep 16 [cited 2023 Apr 2];390(10100):1211–59. Available from: <http://www.thelancet.com/article/S0140673617321542/fulltext>
9. Bandelow B, Michaelis S. Epidemiology of anxiety disorders in the 21st century. *Dialogues Clin Neurosci* [Internet]. 2015 [cited 2023 Apr 2];17(3):327. Available from: <http://pmc/articles/PMC4610617/>
10. de Jonge P, Roest AM, Lim CCW, Florescu SE, Bromet EJ, Stein DJ, et al. Cross-national epidemiology of panic disorder and panic attacks in the world mental health

- surveys. *Depress Anxiety* [Internet]. 2016 Dec 1 [cited 2023 Apr 2];33(12):1155–77. Available from: <https://onlinelibrary.wiley.com/doi/full/10.1002/da.22572>
11. Ruscio AM, Hallion LS, Lim CCW, Aguilar-Gaxiola S, Al-Hamzawi A, Alonso J, et al. Cross-sectional Comparison of the Epidemiology of DSM-5 Generalized Anxiety Disorder Across the Globe. *JAMA Psychiatry* [Internet]. 2017 May 1 [cited 2023 Apr 2];74(5):465–75. Available from: <https://jamanetwork.com/journals/jamapsychiatry/fullarticle/2608757>
  12. Wittchen HU, Zhao S, Kessler RC, Eaton WW. DSM-III-R generalized anxiety disorder in the National Comorbidity Survey. *Arch Gen Psychiatry* [Internet]. 1994 [cited 2023 Apr 13];51(5):355–64. Available from: <https://pubmed.ncbi.nlm.nih.gov/8179459/>
  13. Kessler RC, Gruber M, Hettema JM, Hwang I, Sampson N, Yonkers KA. Comorbid Major Depression and Generalized Anxiety Disorders in the National Comorbidity Survey follow-up. *Psychol Med* [Internet]. 2008 Mar [cited 2023 Apr 13];38(3):365. Available from: <https://pubmed.ncbi.nlm.nih.gov/1745899/>
  14. Meier SM, Deckert J. Genetics of Anxiety Disorders. *Curr Psychiatry Rep* [Internet]. 2019 Mar 1 [cited 2023 Apr 2];21(3):1–8. Available from: <https://link.springer.com/article/10.1007/s11920-019-1002-7>
  15. Howe AS, Buttenschøn HN, Bani-Fatemi A, Maron E, Otowa T, Erhardt A, et al. Candidate genes in panic disorder: meta-analyses of 23 common variants in major anxiogenic pathways. *Molecular Psychiatry* 2016 21:5 [Internet]. 2015 Sep 22 [cited 2023 Apr 2];21(5):665–79. Available from: <https://www.nature.com/articles/mp2015138>
  16. Ledoux J, Daw ND. Surviving threats: neural circuit and computational implications of a new taxonomy of defensive behaviour. *Nature Reviews Neuroscience* 2018 19:5 [Internet]. 2018 Mar 29 [cited 2023 Apr 2];19(5):269–82. Available from: <https://www.nature.com/articles/nrn.2018.22>
  17. Fonzo GA, Etkin A. Affective neuroimaging in generalized anxiety disorder: an integrated review. *Dialogues Clin Neurosci* [Internet]. 2017 [cited 2023 Apr 2];19(2):169. Available from: <https://pubmed.ncbi.nlm.nih.gov/273561/>
  18. Janiri D, Moser DA, Doucet GE, Luber MJ, Rasgon A, Lee WH, et al. Shared Neural Phenotypes for Mood and Anxiety Disorders: A Meta-analysis of 226 Task-Related Functional Imaging Studies. *JAMA Psychiatry* [Internet]. 2020 Feb 1 [cited 2023 Apr 2];77(2):172–9. Available from: <https://pubmed.ncbi.nlm.nih.gov/31664439/>
  19. Lamers F, Van Oppen P, Comijs HC, Smit JH, Spinhoven P, Van Balkom AJLM, et al. Comorbidity Patterns of Anxiety and Depressive Disorders in a Large Cohort Study: the Netherlands Study of Depression and Anxiety (NESDA). *J Clin Psychiatry* [Internet]. 2011 Jan 25 [cited 2023 Apr 2];72(3):3397. Available from: <https://www.psychiatrist.com/jcp/medical/comorbidity/comorbidity-patterns-anxiety-depressive-disorders>

20. Penninx BW, Pine DS, Holmes EA, Reif A. Anxiety disorders. *Lancet* [Internet]. 2021 Mar 6 [cited 2023 Apr 1];397(10277):914–27. Available from: <https://pubmed.ncbi.nlm.nih.gov/33581801/>
21. Weissman MM, Verdeli H, Gameroff MJ, Bledsoe SE, Betts K, Mufson L, et al. National Survey of Psychotherapy Training in Psychiatry, Psychology, and Social Work. *Arch Gen Psychiatry* [Internet]. 2006 Aug 1 [cited 2023 Apr 15];63(8):925–34. Available from: <https://jamanetwork.com/journals/jamapsychiatry/fullarticle/668193>
22. Walkup JT, Albano AM, Piacentini J, Birmaher B, Compton SN, Sherrill JT, et al. Cognitive behavioral therapy, sertraline, or a combination in childhood anxiety. *N Engl J Med*. 2008 Dec 25;359(26):2753–66.
23. Slee A, Nazareth I, Bondaronek P, Liu Y, Cheng Z, Freemantle N. Pharmacological treatments for generalised anxiety disorder: a systematic review and network meta-analysis. *The Lancet* [Internet]. 2019 Feb 23 [cited 2023 Apr 15];393(10173):768–77. Available from: <http://www.thelancet.com/article/S0140673618317938/fulltext>
24. Hendriks SM, Spijker J, Licht CMM, Beekman ATF, Penninx BWJH. Two-year course of anxiety disorders: different across disorders or dimensions? *Acta Psychiatr Scand* [Internet]. 2013 Sep 1 [cited 2023 Apr 2];128(3):212–21. Available from: <https://onlinelibrary.wiley.com/doi/full/10.1111/acps.12024>
25. Hendriks SM, Spijker J, Licht CMM, Hardeveld F, de Graaf R, Batelaan NM, et al. Long-term disability in anxiety disorders. *BMC Psychiatry* [Internet]. 2016 Jul 19 [cited 2023 Apr 2];16(1). Available from: [/pmc/articles/PMC4950589/](https://pubmed.ncbi.nlm.nih.gov/26845589/)
26. Instituto de Sanimetría y Evaluación Sanitaria. Global Health Data Exchange (GHDx). 2021.
27. Kessler RC, Bromet EJ. The epidemiology of depression across cultures. *Annu Rev Public Health* [Internet]. 2013 Mar [cited 2023 Apr 13];34:119. Available from: [/pmc/articles/PMC4100461/](https://pubmed.ncbi.nlm.nih.gov/2384461/)
28. Bromet E, Andrade LH, Hwang I, Sampson NA, Alonso J, de Girolamo G, et al. Cross-national epidemiology of DSM-IV major depressive episode. *BMC Med* [Internet]. 2011 Jul 26 [cited 2023 Apr 13];9:90. Available from: [/pmc/articles/PMC3163615/](https://pubmed.ncbi.nlm.nih.gov/2163615/)
29. Nestler EJ, Hyman SE. Animal models of neuropsychiatric disorders. *Nature Neuroscience* 2010 13:10 [Internet]. 2010 Sep 27 [cited 2023 Apr 3];13(10):1161–9. Available from: <https://www.nature.com/articles/nn.2647>
30. Segal DS, Kuczenski R, Mandell AJ. Theoretical implications of drug-induced adaptive regulation for a biogenic amine hypothesis of affective disorder. *Biol Psychiatry*. 1974 Oct;9(2):147–59.

31. Keller J, Gomez R, Williams G, Lembke A, Lazzeroni L, Murphy GM, et al. HPA axis in major depression: cortisol, clinical symptomatology and genetic variation predict cognition. *Mol Psychiatry*. 2017 Apr;22(4):527–36.
32. Bollen J, Trick L, Llewellyn D, Dickens C. The effects of acute inflammation on cognitive functioning and emotional processing in humans: A systematic review of experimental studies. *J Psychosom Res*. 2017 Mar;94:47–55.
33. Miller AH, Raison CL. The role of inflammation in depression: from evolutionary imperative to modern treatment target. *Nat Rev Immunol*. 2016 Jan;16(1):22–34.
34. Setiawan E, Wilson AA, Mizrahi R, Rusjan PM, Miler L, Rajkowska G, et al. Role of translocator protein density, a marker of neuroinflammation, in the brain during major depressive episodes. *JAMA Psychiatry*. 2015 Mar;72(3):268–75.
35. Malhi GS, Mann JJ. Depression. *The Lancet* [Internet]. 2018 Nov 24 [cited 2023 Apr 2];392(10161):2299–312. Available from: <http://www.thelancet.com/article/S0140673618319482/fulltext>
36. Schildkraut JJ. The catecholamine hypothesis of affective disorders: a review of supporting evidence. *Am J Psychiatry*. 1965 Nov;122(5):509–22.
37. Undurraga J, Baldessarini RJ. Direct comparison of tricyclic and serotonin-reuptake inhibitor antidepressants in randomized head-to-head trials in acute major depression: Systematic review and meta-analysis. *J Psychopharmacol*. 2017 Sep;31(9):1184–9.
38. Moret C, Isaac M, Briley M. Problems associated with long-term treatment with selective serotonin reuptake inhibitors. *J Psychopharmacol*. 2009 Nov;23(8):967–74.
39. Nelson JC, Davis JM. DST studies in psychotic depression: a meta-analysis. *Am J Psychiatry*. 1997 Nov;154(11):1497–503.
40. Rebar AL, Stanton R, Geard D, Short C, Duncan MJ, Vandelanotte C. A meta-meta-analysis of the effect of physical activity on depression and anxiety in non-clinical adult populations. *Health Psychol Rev*. 2015;9(3):366–78.
41. Christensen H, Batterham PJ, Gosling JA, Ritterband LM, Griffiths KM, Thorndike FP, et al. Effectiveness of an online insomnia program (SHUTi) for prevention of depressive episodes (the GoodNight Study): a randomised controlled trial. *Lancet Psychiatry*. 2016 Apr;3(4):333–41.
42. Sullivan PF, Neale MC, Kendler KS. Genetic epidemiology of major depression: review and meta-analysis. *Am J Psychiatry*. 2000 Oct;157(10):1552–62.
43. Kendler KS, Karkowski LM, Prescott CA. Causal relationship between stressful life events and the onset of major depression. *Am J Psychiatry*. 1999 Jun;156(6):837–41.

44. Li M, D'Arcy C, Meng X. Maltreatment in childhood substantially increases the risk of adult depression and anxiety in prospective cohort studies: systematic review, meta-analysis, and proportional attributable fractions. *Psychol Med*. 2016 Mar;46(4):717–30.
45. Smith DJ, Escott-Price V, Davies G, Bailey MES, Colodro-Conde L, Ward J, et al. Genome-wide analysis of over 106 000 individuals identifies 9 neuroticism-associated loci. *Mol Psychiatry*. 2016 Jun;21(6):749–57.
46. Duko B, Erdado M, Ebrahim J. Prevalence and factors associated with depression among hospital admitted patients in South Ethiopia: cross sectional study. *BMC Res Notes* [Internet]. 2019 Feb 4 [cited 2023 Apr 3];12(1). Available from: [/pmc/articles/PMC6360682/](https://pubmed.ncbi.nlm.nih.gov/34812348/)
47. Blazer DG. Depression in late life: review and commentary. *J Gerontol A Biol Sci Med Sci* [Internet]. 2003 Mar 1 [cited 2023 May 3];58(3):249–65. Available from: <https://pubmed.ncbi.nlm.nih.gov/12634292/>
48. Mazzei ES. Semiotécnica y fisiopatología [Internet]. Buenos Aires, Argentina: Ateneo; 1978 [cited 2023 Apr 3]. Available from: <https://biblioteca.ufm.edu/opac/record/18788>
49. Argente HA, Alvarez ME. Semiología médica : fisiopatología, semiotecnia y propedéutica : enseñanza basada en el paciente. 2005;
50. Walker J, Burke K, Wanat M, Fisher R, Fielding J, Mulick A, et al. The prevalence of depression in general hospital inpatients: a systematic review and meta-analysis of interview-based studies. *Psychol Med* [Internet]. 2018 Oct 1 [cited 2023 Apr 3];48(14):2285–98. Available from: <https://www.cambridge.org/core/journals/psychological-medicine/article/abs/prevalence-of-depression-in-general-hospital-inpatients-a-systematic-review-and-metaanalysis-of-interviewbased-studies/17C73936A0E59F8C66BC8F8F2F1C7A81>
51. Dos Santos APC, Lazzari TK, Silva DR. Health-Related Quality of Life, Depression and Anxiety in Hospitalized Patients with Tuberculosis. *Tuberc Respir Dis (Seoul)* [Internet]. 2017 Jan 1 [cited 2023 Apr 3];80(1):69. Available from: [/pmc/articles/PMC5256348/](https://pubmed.ncbi.nlm.nih.gov/27812348/)
52. Salud Perú M de la Salud DG de P de la, Mental UPCHeredia F de SP y A "Carlos VLU de S. Módulo de atención integral en salud mental dirigido a trabajadores de primer nivel de atención. Módulo 6: la depresión. Ministerio de Salud [Internet]. 2012 [cited 2023 Apr 3]; Available from: <http://repositorio.minsa.gob.pe/handle/MINSA/78634>
53. Chan L, Tummalapalli SL, Ferrandino R, Poojary P, Saha A, Chauhan K, et al. The Effect of Depression in Chronic Hemodialysis Patients on Inpatient Hospitalization Outcomes. *Blood Purif* [Internet]. 2017 Mar 1 [cited 2023 Apr 3];43(1–3):226. Available from: [/pmc/articles/PMC5823516/](https://pubmed.ncbi.nlm.nih.gov/2823516/)

54. Sandra Patricia Alvarez Galvis, Sara María Escobar Sanchez, Lina Constanza Ochoa León. ESTANCIA PROLONGADA EN HOSPITALIZACIÓN, DESCRIPCIÓN EN LITERATURA Y ANÁLISIS PARA SU MANEJO [Internet]. [Medellín]: Universidad CES; 2020 [cited 2023 Apr 3]. Available from: [https://repository.ces.edu.co/bitstream/handle/10946/5019/1128264789\\_2020.pdf?sequence=1&isAllowed=y](https://repository.ces.edu.co/bitstream/handle/10946/5019/1128264789_2020.pdf?sequence=1&isAllowed=y)
55. Ascanio S, Barrenechea C, Nut. De León M. Manual Nacional de Abordaje del Tabaquismo en el Primer Nivel de Atención.
56. Roche M, Sandoval RC, Monteiro MG. Comparing taxes on alcoholic beverages in the Region of the Americas. *Addiction*. 2023 Mar 8;
57. Ana Barrera-Herrera, Mariajosé Neira-Cofré, Patricio Riquelme-Lobos, Bertha Escobar. Apoyo social percibido y factores sociodemográficos en relación con los síntomas de ansiedad, depresión y estrés en universitarios chilenos. *Revista de Psicopatología y Psicología Clínica* [Internet]. 2019 May [cited 2023 Apr 3];24(2):105–15. Available from: [https://www.researchgate.net/profile/Ana-Barrera-3/publication/335574518\\_Apoyo\\_social\\_percibido\\_y\\_factores\\_sociodemograficos\\_en\\_relacion\\_con\\_los\\_sintomas\\_de\\_ansiedad\\_depresion\\_y\\_estres\\_en\\_universitarios\\_chilenos/links/5d950085299bf1c363f2bd99/Apoyo-social-percibido-y-factores-sociodemograficos-en-relacion-con-los-sintomas-de-ansiedad-depresion-y-estres-en-universitarios-chilenos.pdf](https://www.researchgate.net/profile/Ana-Barrera-3/publication/335574518_Apoyo_social_percibido_y_factores_sociodemograficos_en_relacion_con_los_sintomas_de_ansiedad_depresion_y_estres_en_universitarios_chilenos/links/5d950085299bf1c363f2bd99/Apoyo-social-percibido-y-factores-sociodemograficos-en-relacion-con-los-sintomas-de-ansiedad-depresion-y-estres-en-universitarios-chilenos.pdf)
58. Suarez Cuba MA, Alcalá Espinoza M. APGAR FAMILIAR: UNA HERRAMIENTA PARA DETECTAR DISFUNCIÓN FAMILIAR. *Revista Médica La Paz* [Internet]. 2014 [cited 2023 Apr 3];20(1):53–7. Available from: [http://www.scielo.org.bo/scielo.php?script=sci\\_arttext&pid=S1726-89582014000100010&lng=es&nrm=iso&tlng=es](http://www.scielo.org.bo/scielo.php?script=sci_arttext&pid=S1726-89582014000100010&lng=es&nrm=iso&tlng=es)
59. Rivera L de. Hospital Anxiety and Depression Scale" y Psicopatología Afectiva. *Anales de Psiquiatría (Madrid)* [Internet]. 1995 [cited 2023 Apr 3];126–30. Available from: [https://www.academia.edu/33762783/\\_Hospital\\_Anxiety\\_and\\_Depression\\_Scale\\_y\\_Psicopatolog%C3%ADa\\_Afectiva](https://www.academia.edu/33762783/_Hospital_Anxiety_and_Depression_Scale_y_Psicopatolog%C3%ADa_Afectiva)
60. Bjelland I, Dahl AA, Haug TT, Neckelmann D. The validity of the Hospital Anxiety and Depression Scale: An updated literature review. *J Psychosom Res* [Internet]. 2002 [cited 2023 May 3];52(2):69–77. Available from: <https://pubmed.ncbi.nlm.nih.gov/11832252/>
61. Miguel A. Suarez Cuba, Matilde Alcalá Espinoza. APGAR familiar: una herramienta para detectar disfunción familiar. *Revista Médica La Paz* [Internet]. 2014 Jun [cited 2023 Apr 3]; Available from: [http://www.scielo.org.bo/pdf/rmcmlp/v20n1/v20n1\\_a10.pdf](http://www.scielo.org.bo/pdf/rmcmlp/v20n1/v20n1_a10.pdf)

62. Marcela Forero Ariza L, Cristina Avendaño Durán M, Janeth Duarte Cubillos Z, Campo-Arias A. Title: Internal Consistency and Factorial Analysis of Family Functioning APGAR Scale in Middle School Students. *Rev Colomb Psiquiatr.* 2006;(1).
63. Mayorga-Muñoz C, Gallardo-Peralta L, Galvez-Nieto JL, Mayorga-Muñoz C, Gallardo-Peralta L, Galvez-Nieto JL. Propiedades psicométricas de la escala APGAR-familiar en personas mayores residentes en zonas rurales multiétnicas chilenas. *Rev Med Chil [Internet]*. 2019 [cited 2023 May 3];147(10):1283–90. Available from: [http://www.scielo.cl/scielo.php?script=sci\\_arttext&pid=S0034-98872019001001283&lng=es&nrm=iso&tlng=es](http://www.scielo.cl/scielo.php?script=sci_arttext&pid=S0034-98872019001001283&lng=es&nrm=iso&tlng=es)
64. AUDIT: cuestionario de identificación de los trastornos debidos al consumo de alcohol: pautas para su utilización en atención primaria [Internet]. [cited 2023 Apr 3]. Available from: <https://apps.who.int/iris/handle/10665/331321>
65. Liskola J, Haravuori H, Lindberg N, Niemelä S, Karlsson L, Kiviruusu O, et al. AUDIT and AUDIT-C as screening instruments for alcohol problem use in adolescents. *Drug Alcohol Depend [Internet]*. 2018 Jul 1 [cited 2023 May 3];188:266–73. Available from: <https://pubmed.ncbi.nlm.nih.gov/29803033/>
66. Allen JP, Litten RZ, Fertig JB, Babor T. A review of research on the Alcohol Use Disorders Identification Test (AUDIT). *Alcohol Clin Exp Res [Internet]*. 1997 [cited 2023 May 3];21(4):613–9. Available from: <https://pubmed.ncbi.nlm.nih.gov/9194913/>
67. Médica Peruana A, Walter Arias Gallegos CL, Arias-Gallegos WL, Huamani-Cahua JC, Choque-Vera R. Análisis psicométrico del test de Fagerström de dependencia a la nicotina en una muestra de estudiantes universitarios de Arequipa, Perú. *Acta Médica Peruana [Internet]*. 2018 [cited 2023 Apr 3];35(3):174–9. Available from: [http://www.scielo.org.pe/scielo.php?script=sci\\_arttext&pid=S1728-59172018000300006&lng=es&nrm=iso&tlng=es](http://www.scielo.org.pe/scielo.php?script=sci_arttext&pid=S1728-59172018000300006&lng=es&nrm=iso&tlng=es)
68. Mushtaq N, Beebe LA. Psychometric Properties of Fagerström Test for Nicotine Dependence for Smokeless Tobacco Users (FTND-ST). *Nicotine Tob Res [Internet]*. 2017 Sep 1 [cited 2023 May 3];19(9):1095–101. Available from: <https://pubmed.ncbi.nlm.nih.gov/28387864/>
69. Médica Peruana A, Walter Arias Gallegos CL, Arias-Gallegos WL, Huamani-Cahua JC, Choque-Vera R. Análisis psicométrico del test de Fagerström de dependencia a la nicotina en una muestra de estudiantes universitarios de Arequipa, Perú. *Acta Médica Peruana [Internet]*. 2018 [cited 2023 May 3];35(3):174–9. Available from: [http://www.scielo.org.pe/scielo.php?script=sci\\_arttext&pid=S1728-59172018000300006&lng=es&nrm=iso&tlng=es](http://www.scielo.org.pe/scielo.php?script=sci_arttext&pid=S1728-59172018000300006&lng=es&nrm=iso&tlng=es)
70. Montalván Reyes S. Factores Asociados a los Niveles de depresión y ansiedad en pacientes Hospitalizados en el Servicio de Oncología del Hospital III Goyeneche, Arequipa 2021. Universidad Católica de Santa María [Internet]. 2021 Dec 14 [cited

- 2023 Apr 14]; Available from:  
<https://repositorio.ucsm.edu.pe/handle/20.500.12920/11334>
71. Quispe Chiuche LS. Factores relacionados a ansiedad y depresión en pacientes postoperados del Hospital III Goyeneche Arequipa, abril del 2022 [Internet]. Universidad Nacional de San Agustín de Arequipa; 2022 [cited 2023 Apr 3]. Available from: <http://hdl.handle.net/20.500.12773/14324>
  72. Beltran Aymitoma KF. Prevalencia y factores de riesgo de ansiedad y depresión en pacientes con cáncer que asisten a consultorio externo de un Hospital, Arequipa 2019. [Arequipa, Perú]: Universidad Nacional de San Agustín de Arequipa; 2019.
  73. Pacheco AOMN, Rivera M del CT, Muñoz-Najar SDG, Vera SDO, Jacobo MBG, Paz ESZ, et al. Ansiedad y depresión en pacientes internados en dos hospitales de Arequipa, Perú. *Revista de PSICOLOGÍA DE LA SALUD* [Internet]. 2019 Feb 13 [cited 2023 Apr 14];7(1):333–48. Available from: <https://revistas.innovacionmh.es/index.php/psicologiasalud/article/view/874>
  74. Contreras Gutierrez EE. Factores asociados a la ansiedad y depresión hospitalaria en pacientes ingresados al Servicio de Medicina Interna del Centro Médico Naval “Cirujano Mayor Santiago Távara” Octubre-Diciembre 2017. Universidad Ricardo Palma [Internet]. 2018 [cited 2023 Apr 13]; Available from: <https://repositorio.urp.edu.pe/handle/20.500.14138/1208>
  75. Salazar Sánchez C. Prevalencia de ansiedad y depresión en pacientes hospitalizados en los servicios de medicina interna del Hospital Nacional Dos de Mayo. Lima – Perú. Julio 2015 – diciembre 2015. Universidad Ricardo Palma [Internet]. 2015 [cited 2023 Apr 13]; Available from: <https://repositorio.urp.edu.pe/handle/20.500.14138/454>
  76. Saavedra Farach M, Astuquipan Barrientos HP. Presencia de ansiedad y depresión en pacientes de consulta externa de gastroenterología en Lima Metropolitana. Universidad Peruana de Ciencias Aplicadas (UPC) [Internet]. 2022 Jul 11 [cited 2023 Apr 15]; Available from: <https://renati.sunedu.gob.pe/handle/sunedu/3285970>
  77. Gullich I, Ramos AB, Zan TRA, Scherer C, Mendoza-Sassi RA. Prevalence of anxiety in patients admitted to a university hospital in southern Brazil and associated factors. *Revista Brasileira de Epidemiologia* [Internet]. 2013 Sep [cited 2023 Apr 3];16(3):644–57. Available from: <http://www.scielo.br/j/rbepid/a/nX9YYS4s7k76ZwcPGX7QvLn/?lang=en>
  78. Duko B, Erdado M, Ebrahim J. Prevalence and factors associated with depression among hospital admitted patients in South Ethiopia: cross sectional study. *BMC Res Notes*. 2019 Feb 4;12(1):73.
  79. Villoria E, Lara L, Salcedo R. [Frequency of depression and anxiety in a group of 623 patients with cancer]. *Rev Med Chil*. 2021 May;149(5):708–15.

80. Serrano SAA, Reynoso-Eraza L, Zaira C, Valero V. " PREVALENCE OF ANXIETY AND DEPRESSION IN HOSPITALIZED PATIENTS " Experimental Analysis of Behavior in Organizations View project. 2017 [cited 2023 Apr 15]; Available from: <https://www.researchgate.net/publication/319044479>
81. Iberoamericana U, de México México Noguera Orozco C, José M, Terán P, Casarrubias B, García R, et al. Psicología Iberoamericana. Psicología Iberoamericana [Internet]. 2013 [cited 2023 Apr 26];21(2):29–37. Available from: <http://www.redalyc.org/articulo.oa?id=133930525004>
82. Zigmond AS, Snaith RP. The hospital anxiety and depression scale. Acta Psychiatr Scand [Internet]. 1983 [cited 2023 May 1];67(6):361–70. Available from: <https://pubmed.ncbi.nlm.nih.gov/6880820/>



Ficha N° .....

**ANEXO N°1**  
**CONSENTIMIENTO INFORMADO**  
**TRABAJO DE INVESTIGACIÓN**  
**“FRECUENCIA DE SÍNTOMAS Y FACTORES ASOCIADOS CON ANSIEDAD Y**  
**DEPRESIÓN EN PACIENTES HOSPITALIZADOS MAYORES DE 18 AÑOS EN EL**  
**HOSPITAL REGIONAL HONORIO DELGADO ESPINOZA, ABRIL DE 2023”**

Previo cordial saludo a usted.

Soy Aldair Denilson Tapara Humpiri, estudiante de Medicina Humana de la Universidad Católica de Santa María y como parte de realizar el proyecto de tesis para optar por el título de Médico Cirujano, estoy realizando este trabajo de investigación.

La ansiedad y depresión son trastornos que se encuentran en la mayoría de la población, siendo su prevalencia mayor en pacientes hospitalizados, afectando la mejoría clínica de la enfermedad. Por eso se ve pertinente poner en evidencia la prevalencia de este tipo de trastornos, y de este modo buscar la sugerencia a los servicios asistenciales de mejorar la atención en salud mental.

Por lo expuesto, se le invita a usted participar en una investigación que tiene como propósito evaluar la frecuencia de síntomas y los factores asociados con ansiedad y depresión en pacientes hospitalizados mayores de 18 años del Hospital Regional Honorio Delgado Espinoza.

Su participación será responder una encuesta, lo cual tomará menos de 10 minutos.

Esta es una encuesta anónima. De igual modo, la información que usted proporcione será manejada en forma confidencial, no usándose para otro propósito fuera de los de esta investigación. Si tiene alguna duda, puede realizarla en cualquier momento. Igualmente, si usted desea puede retirarse de la investigación en cualquier momento sin que ello le perjudique de alguna forma.

De antemano agradezco su participación.

---

Acepto participar de forma voluntaria en esta investigación.  
He sido informado del objetivo de este estudio, lo que tendré que hacer y el tiempo estimado que tomará.

Doy mi consentimiento para participar en la investigación: marcar (x) SÍ\_\_\_\_ NO\_\_\_\_

---

**Firma de aceptación**

Ficha N° .....

**ANEXO N°2**

**“FRECUENCIA DE SÍNTOMAS Y FACTORES ASOCIADOS CON ANSIEDAD Y  
DEPRESIÓN EN PACIENTES HOSPITALIZADOS MAYORES DE 18 AÑOS EN EL  
HOSPITAL REGIONAL HONORIO DELGADO ESPINOZA, ABRIL DE 2023”**

Toda la información será recopilada de manera anónima, voluntaria y será manejada de manera confidencial por el equipo de investigación.

Le pedimos que responda a las preguntas de acuerdo con lo que usted conoce o piensa y de acuerdo con lo que ocurre en su vida cotidiana.

Si tiene alguna duda, pida una aclaración al encuestador.

**NO HAY RESPUESTAS BUENAS O MALAS, TODAS LAS RESPUESTAS VALEN.  
MUCHAS GRACIAS POR SU COLABORACION.**

**DATOS LLENADOS POR EL ENCUESTADOR**

<b>a</b>	Servicio de hospitalización: .....	<b>b</b>	Tiempo de hospitalización .....días
<b>c</b>	Enfermedad diagnosticada actual: ..... ..... ..... .....		

**DATOS GENERALES Y HOSPITALARIOS LLENADOS POR EL PACIENTE**

Lea las preguntas con atención y marque con una (x) la alternativa que corresponda mejor con su respuesta.

<b>1</b>	¿Cuántos años cumplidos tiene? ..... años	<b>2</b>	¿A qué sexo pertenece usted? a) Masculino    b) Femenino
<b>3</b>	¿Cuál es su procedencia? a) Urbano b) Rural	<b>4</b>	¿Cuál es su estado civil? a) Soltero b) Casado c) Conviviente d) Divorciado o separado e) Viudo
<b>5</b>	¿Cuál es su grado de instrucción? a) Analfabeto(a) b) Primaria incompleta c) Primaria completa d) Secundaria incompleta e) Secundaria completa f) Superior incompleta g) Superior completa	<b>6</b>	¿Tiene alguna creencia religiosa? a) Católico b) Cristiano c) Evangélico d) Adventista e) Maranata f) Otros g) Ateo

7	¿Cuál es su situación laboral? a) Con empleo remunerado b) Ama de casa c) Independiente d) Desempleado	8	¿Tuvo hospitalizaciones previas? a) 0 b) 1 c) 2 o más
9	¿Tiene alguna(s) de las siguientes comorbilidades crónicas? (puede marcar más de una) a) Diabetes mellitus b) Hipertensión arterial c) Cáncer d) Enfermedad renal crónica e) Enfermedad pulmonar obstructiva crónica f) Otra : ..... g) Ninguna	10	¿Presenta algún antecedente familiar de enfermedad mental? (algún familiar fue diagnosticado de enfermedad mental) a) Sí : ¿Cuál?: ..... b) No
11	¿Ha sido diagnosticado anteriormente de ansiedad y/o depresión por un médico? a) Sí b) No	12	¿Cuenta con familiares y/o amistades que lo visitan o cuidan? a) Sí b) No

CUESTIONARIO APGAR DE LA FAMILIA		Casi siempre	Algunas veces	Casi nunca
Estoy contento de pensar que puedo recurrir a mi familia en busca de ayuda cuando algo me preocupa				
Estoy satisfecho con el modo que tiene mi familia de hablar las cosas conmigo y de cómo compartimos los problemas				
Me agrada pensar que mi familia acepta y apoya mis deseos de llevar a cabo nuevas actividades o seguir una nueva dirección				
Me satisface el modo que tiene mi familia de expresar su afecto y cómo responde a mis emociones, como cólera, tristeza y amor				
Me satisface la forma en que mi familia y yo pasamos el tiempo juntos				

**¿USTED TOMA BEBIDAS ALCOHÓLICAS FRECUENTEMENTE?  
(Al menos una vez por semana)**

Si la respuesta es SÍ, conteste el siguiente. Si la respuesta es NO deje en blanco.

**AUDIT - TEST DE IDENTIFICACIÓN DE TRASTORNOS POR CONSUMO DE ALCOHOL**

1	¿Con qué frecuencia consume alguna bebida alcohólica? 0) Nunca (pase a pregunta 9-10) 1) Una o menos veces al mes 2) De 2 a 4 veces al mes 3) De 2 a 3 veces a la semana 4) 4 o más veces a la semana	2	¿Cuántos consumos de bebidas alcohólicas suele realizar en un día de consumo normal? 0) 1 o 2 1) 3 o 4 2) 5 o 6 3) 7, 8 o 9 4) 10 o más
3	¿Con qué frecuencia toma 6 o más bebidas alcohólicas en un solo día? 0) Nunca 1) Menos de 1 vez al mes 2) Mensualmente 3) Semanalmente 4) A diario o casi a diario	4	¿Con qué frecuencia en el curso del último año ha sido incapaz de parar de beber una vez había empezado? 0) Nunca 1) Menos de 1 vez al mes 2) Mensualmente 3) Semanalmente 4) A diario o casi a diario

5	¿Con qué frecuencia en el curso del último año no pudo hacer lo que se esperaba de usted porque había bebido? 0) Nunca 1) Menos de 1 vez al mes 2) Mensualmente 3) Semanalmente 4) A diario o casi a diario	6	¿Con qué frecuencia en el curso del último año ha necesitado beber en ayunas para recuperarse después de haber bebido mucho el día anterior? 0) Nunca 1) Menos de 1 vez al mes 2) Mensualmente 3) Semanalmente 4) A diario o casi a diario
7	¿Con qué frecuencia en el curso del último año ha tenido remordimientos o sentimientos de culpa después de haber bebido? 0) Nunca 1) Menos de 1 vez al mes 2) Mensualmente 3) Semanalmente 4) A diario o casi a diario	8	¿Con qué frecuencia en el curso del último año no ha podido recordar lo que sucedió la noche anterior porque había estado bebiendo? 0) Nunca 1) Menos de 1 vez al mes 2) Mensualmente 3) Semanalmente 4) A diario o casi a diario
9	¿Usted o alguna otra persona ha resultado herido porque usted había bebido? 0) No 2) Sí, pero no en el curso del último año 4) Sí, el último año	10	¿Algún familiar, amigo, médico o profesional sanitario ha mostrado preocupación por su consumo de bebidas alcohólicas o le han sugerido que deje de beber? 0) No 2) Sí, pero no en el curso del último año 4) Sí, el último año

**¿USTED FUMA?**

(Considera haber fumado al menos 1 cigarrillo en los últimos 6 meses)

Conteste el siguiente cuestionario

**TEST DE FAGERSTRÖM**

¿Cuántos cigarrillos fuma cada día?	a) Más de 30 b) 21-30 c) 11-20 d) Menos de 11
¿Cuánto tiempo después de despertarse fuma su primer cigarrillo?	a) Menos de 5 minutos b) 6-30 minutos c) 31-60 minutos d) Más de 60 minutos
¿Encuentra dificultad para no fumar en los sitios donde está prohibido (cine...)?	a) Sí b) No
¿Qué cigarrillo le desagrada más dejar de fumar?	a) El primero b) Otros
¿Fuma más durante las primeras horas tras levantarse que durante el resto del día?	a) Sí b) No
¿Fuma aunque esté tan enfermo que tenga que guardar cama mayor parte del día?	a) Sí b) No

Fuente: (2).

## HOSPITAL ANXIETY AND DEPRESSION SCALE

**Lea cada frase y marque con una "X" la respuesta que más se ajusta a cómo se sintió durante la semana pasada. No piense mucho las respuestas. Lo más seguro es que si responde deprisa sus respuestas se ajustarán mucho más a cómo realmente se sintió.**

- |  |   |
|--|---|
| <p>1. Me siento tenso o nervioso.</p> <p>a) Todos los días<br/>b) Muchas veces<br/>c) A veces<br/>d) Nunca</p> <p>2. Todavía disfruto con lo que antes me gustaba.</p> <p>a) Como siempre<br/>b) No lo bastante<br/>c) Sólo un poco<br/>d) Nada</p> <p>3. Tengo una sensación de miedo, como si algo horrible me fuera a suceder.</p> <p>a) Definitivamente y es muy fuerte<br/>b) Sí, pero no es muy fuerte<br/>c) Un poco, pero no me preocupa<br/>d) Nada</p> <p>4. Puedo reírme y ver el lado divertido de las cosas.</p> <p>a) Al igual que siempre lo hice<br/>b) No tanto ahora<br/>c) Casi nunca<br/>d) Nunca</p> <p>5. Tengo mi mente llena de preocupaciones.</p> <p>a) La mayoría de las veces<br/>b) Con bastante frecuencia<br/>c) A veces, aunque no muy a menudo<br/>d) Sólo en ocasiones</p> <p>6. Me siento alegre.</p> <p>a) Nunca<br/>b) No muy a menudo<br/>c) A veces<br/>d) Casi siempre</p> <p>7. Puedo estar sentado confortablemente y sentirme relajado.</p> <p>a) Siempre<br/>b) Por lo general<br/>c) No muy a menudo<br/>d) Nunca</p> | <p>8. Me siento como si cada día estuviera más lento.</p> <p>a) Por lo general, en todo momento<br/>b) Muy a menudo<br/>c) A veces<br/>d) Nunca</p> <p>9. Tengo una sensación extraña, como si tuviera mariposas en el estómago.</p> <p>a) Nunca<br/>b) En ciertas ocasiones<br/>c) Con bastante frecuencia<br/>d) Muy a menudo</p> <p>10. He perdido interés en mi aspecto personal.</p> <p>a) Totalmente<br/>b) No me preocupo tanto como debiera<br/>c) Podría tener un poco más de cuidado<br/>d) Me preocupo al igual que siempre</p> <p>11. Me siento inquieto, como si no pudiera parar de moverme.</p> <p>a) Mucho<br/>b) Bastante<br/>c) No mucho<br/>d) Nada</p> <p>12. Me siento optimista respecto al futuro.</p> <p>a) Igual que siempre<br/>b) Menos de lo que acostumbraba<br/>c) Mucho menos de lo que acostumbraba<br/>d) Nada</p> <p>13. Me asaltan sentimientos repentinos de pánico.</p> <p>a) Muy frecuentemente<br/>b) Bastante a menudo<br/>c) No muy a menudo<br/>d) Rara vez</p> <p>14. Me divierto con un buen libro, la radio, o un programa de televisión.</p> <p>a) A menudo<br/>b) A veces<br/>c) No muy a menudo<br/>d) Rara vez</p> |
|--|---|

Fuente: (82).

### ANEXO N° 3

## AUTORIZACIÓN POR EL COMITÉ DE ÉTICA

### COMITÉ DE ÉTICA INSTITUCIONAL DE INVESTIGACIÓN UCSM



#### DICTAMEN COMITÉ DE ETICA DE INVESTIGACION UNIVERSIDAD CATOLICA DE SANTA MARIA

Arequipa, 25 de abril de 2023

Investigador                      Aldair Denilson Tapara Humpiri

Presente. -

De mi especial consideración.

Me dirijo a usted para hacerle llegar el resultado de la evaluación de su proyecto de investigación y dictamen del Comité Institucional de Ética de Investigación.

**TÍTULO:** “FRECUENCIA DE SÍNTOMAS Y FACTORES ASOCIADOS CON ANSIEDAD Y DEPRESIÓN EN PACIENTES HOSPITALIZADOS MAYORES DE 18 AÑOS EN EL HOSPITAL REGIONAL HONORIO DELGADO ESPINOZA, ABRIL DE 2023”.

Investigador a cargo de la investigación: Aldair Denilson Tapara Humpiri.

**TIPO Y DISEÑO:** Transversal analítico, descriptivo.

**OBJETIVO:** La investigación tiene como objetivo: Determinar la frecuencia de síntomas de ansiedad y depresión en los pacientes hospitalizados mayores de 18 años en el Hospital Honorio Delgado Espinoza en abril de 2023.

**PROCEDIMIENTOS:** Ficha de recolección de datos.



**ANEXO N° 3 (CONTINUACIÓN)**  
**AUTORIZACIÓN POR EL COMITÉ DE ÉTICA**

**COMITÉ DE ÉTICA INSTITUCIONAL DE INVESTIGACIÓN UCSM**



**DICTAMEN COMITÉ DE ETICA DE INVESTIGACION  
UNIVERSIDAD CATOLICA DE SANTA MARIA**

**SUJETOS DE ESTUDIO:**

Pacientes hospitalizados en los servicios de Medicina Varones, Medicina Mujeres, Ginecología, Obstetricia, Cirugía Varones y Cirugía Mujeres del Hospital Regional Honorio Delgado Espinoza en abril de 2023.

**RIESGO DEL ESTUDIO:**

Mínimo

**OBSERVACIONES, SUGERENCIAS:**

Debe proteger confidencialidad de la data sensible

**DICTAMEN:**

***DICTAMEN FAVORABLE***  
***057 - 2023***



Águeda Muñoz del Carpio Toia  
Comité Institucional de Ética de la Investigación UCSM

Cualquier duda comunicarse a: [comiteeticainvestigacionucsm@gmail.com](mailto:comiteeticainvestigacionucsm@gmail.com)

**ANEXO N° 4**  
**MATRIZ DE DATOS**

