

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



**FACTORES ASOCIADOS A LA PRESENCIA DE ANSIEDAD Y DEPRESIÓN EN
PACIENTES HOSPITALIZADOS EN EL SERVICIO DE MEDICINA INTERNA
DEL HOSPITAL III GOYENECHÉ – FEBRERO DEL 2020**

Tesis presentada por la Bachiller:
Sánchez Contreras, Ana Lucía
para optar el Título Profesional de:
Médico Cirujana

Asesor:
Dra. Gloria Llaza Loayza

Arequipa - Perú
2020



UNIVERSIDAD CATOLICA DE SANTA MARÍA

VICERECTORADO DE INVESTIGACIÓN DECLARACIÓN DE COMPROMISO DE ASESORÍA DE TRABAJOS DE INVESTIGACIÓN, TRABAJOS ACADÉMICOS Y/O TESIS

Mediante el presente documento doy conformidad y soy responsable de la asesoría de tesis y/o trabajo de investigación y/o trabajo académico cumpliendo las normas vigentes establecidas por la universidad Católica de Santa María

Título

FACTORES ASOCIADOS A LOS SÍNTOMAS DE ANSIEDAD Y DEPRESIÓN
EN PACIENTES HOSPITALIZADOS EN EL SERVICIO DE MEDICINA INTERNA
DEL HOSPITAL III GOYENECHE - FEBRERO 2020.

Autor:

Código: 2011602392 D.N.I. 72667950

Apellidos y nombres: Sánchez Contreras Ana Lucía

Email: adroit_32@hotmail.com

Autor:

Código: _____ D.N.I. _____

Apellidos y nombres: _____

Email: _____

Facultad

Medicina Humana

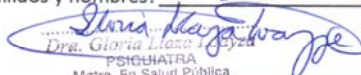
Escuela Profesional, Segunda Especialidad, Maestría o Doctorado

Medicina Humana

Datos del Asesor

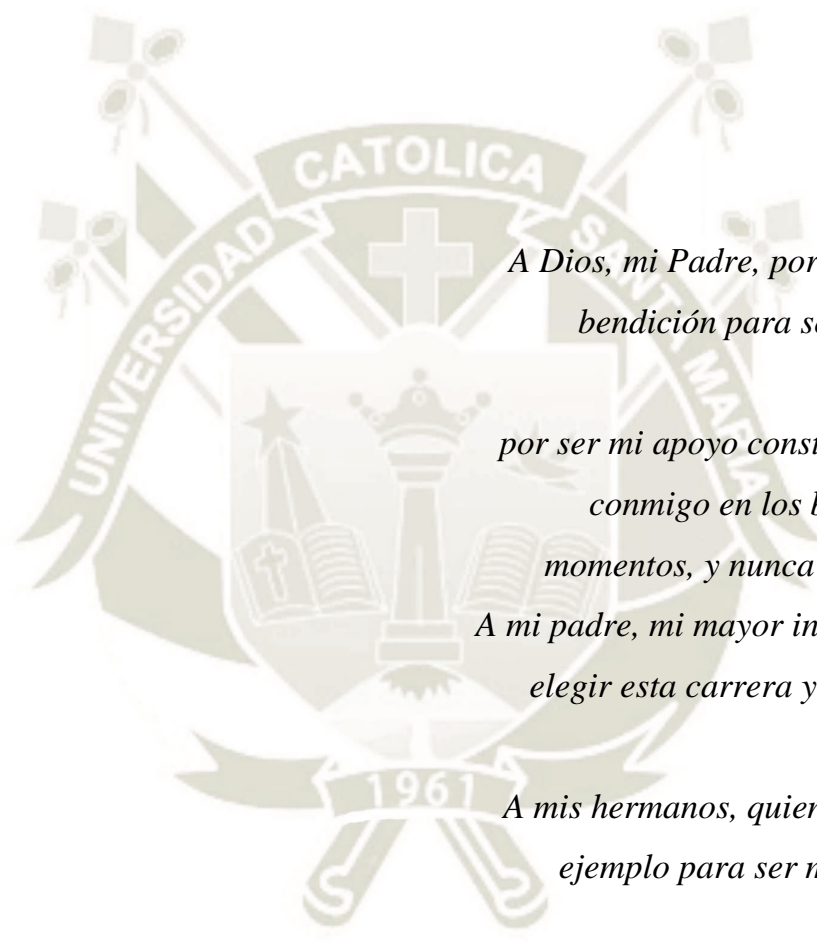
Código: 1249

Apellidos y nombres: LLAZA LOAYZA ELISA GLODIA D.N.I. 29690684


Dr. Gloria Laza Loayza
PSIQUIATRA

Mgtra. En Salud Pública
Doctora en Medicina
CMP: 17449 INE: 8408

DEDICATORIA



*A Dios, mi Padre, por darme salud y
bendición para seguir adelante.*

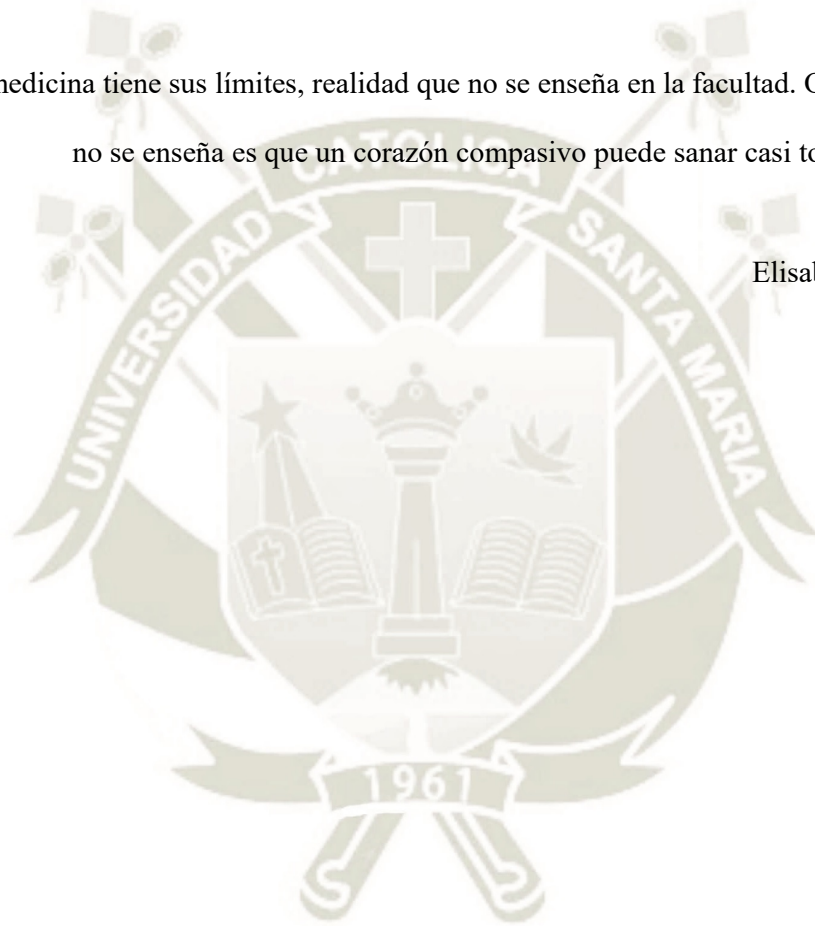
*A mi madre,
por ser mi apoyo constante, por estar
conmigo en los buenos y malos
momentos, y nunca abandonarme.*

*A mi padre, mi mayor inspiración para
elegir esta carrera y por sus sabios
consejos.*

*A mis hermanos, quienes han sido mi
ejemplo para ser mejor cada día.*

“La medicina tiene sus límites, realidad que no se enseña en la facultad. Otra realidad que no se enseña es que un corazón compasivo puede sanar casi todo.”

Elisabeth Kübler-Ross



RESUMEN

Objetivo: Identificar los factores asociados a la presencia de ansiedad y depresión que presentan los pacientes hospitalizados en el Servicio de Medicina Interna del Hospital III Goyeneche durante febrero 2020.

Métodos: Se encuestó y se revisaron las historias clínicas de una muestra de 85 pacientes que cumplieron criterios de selección en el periodo de estudio. Se muestran resultados mediante estadística descriptiva, y se asocian variables con prueba chi cuadrado.

Resultados: El 17.65% de pacientes fueron menores de 30 años, el 49.41% de casos tuvieron de 30 a 59 años, y 32.94% fueron mayores de 60 años. El 57.65% fueron varones y 42.35% mujeres. El 43.53% tuvieron educación secundaria y 25.88% superior. El 41.18% eran desempleados, 10.59% estudiantes y 48.24% eran trabajadores. Un 80% de casos eran de procedencia urbana y 20% de zona rural, y 89.41% percibió apoyo familiar. El 36.47% usaban medicación, 48.24% estuvo hospitalizado por dos días. El 51.76% tenía antecedente de hospitalización previa, 8.24% tuvo antecedente familiar de enfermedad mental. El motivo principal de ingreso fue la diabetes mellitus II (17.65%), seguido de pancreatitis aguda (15.29%), la insuficiencia respiratoria aguda (12.94%) y la hipertensión arterial (10.59%) entre otras. En cuanto a los síntomas de ansiedad el 11.76% mostró ansiedad clínica, y 3.53% mostró síntomas de depresión clínica. No hubo influencia de la edad, sexo, instrucción, estado civil, ocupación, procedencia o apoyo familiar ($p > 0.05$), pero sí la medicación habitual, el antecedente de enfermedad mental en la familia y el motivo de hospitalización ($p < 0.05$). La edad, sexo, educación, estado civil, ocupación, procedencia y percepción de apoyo familiar, antecedente de hospitalización o enfermedad mental en la familia no influyeron en la presencia de depresión ($p > 0.05$), pero sí la medicación habitual y el motivo de hospitalización ($p < 0.05$).

Conclusiones: Se encontró una alta frecuencia de ansiedad y baja de depresión en pacientes hospitalizados, asociados la medicación habitual del paciente y la causa de hospitalización.

PALABRAS CLAVE: Ansiedad, depresión, hospitalización, factores sociodemográficos, factores clínicos.

ABSTRACT

Objective: To identify the factors associated with the presence of anxiety and depression presented by hospitalized patients in the Internal Medicine Service of Hospital III Goyeneche during February 2020.

Methods: The medical records of a sample of 85 patients who met selection criteria in the study period were surveyed and reviewed. Results are shown using descriptive statistics, and variables are associated with chi square test.

Results: 17.65% of patients were under 30 years old, 49.41% of cases were between 30 and 59 years old, and 32.94% were over 60 years old. 57.65% were male and 42.35% female. 43.53% had secondary education and 25.88% higher. 41.18% were unemployed, 10.59% students and 48.24% were workers. 80% of cases were of urban origin and 20% from rural areas, and 89.41% received family support. 36.47% used medication, 48.24% were hospitalized for two days. 51.76% had a history of previous hospitalization, 8.24% had a family history of mental illness. The main reason for admission was diabetes mellitus II (17.65%), followed by acute pancreatitis (15.29%), acute respiratory failure (12.94%), and high blood pressure (10.59%), among others. Regarding anxiety symptoms, 11.76% showed clinical anxiety, and 3.53% showed symptoms of clinical depression. There was no influence of age, sex, education, marital status, occupation, origin or family support ($p > 0.05$), but the usual medication, the history of mental illness in the family and the reason for hospitalization ($p < 0.05$). Age, sex, education, marital status, occupation, origin and perception of family support, history of hospitalization or mental illness in the family did not influence the presence of depression ($p > 0.05$), but the usual medication and the reason did hospitalization ($p < 0.05$).

Conclusions: A high frequency of anxiety and low depression were found in hospitalized patients, associated with patient's usual medication and the cause of hospitalization.

KEY WORDS: Anxiety, depression, hospitalization, sociodemographic factors, clinical factors.

INTRODUCCIÓN

Los casos de trastornos mentales como la ansiedad y depresión están en aumento en todo el mundo desde los últimos treinta años, siendo en la actualidad un importante problema de salud pública, reconocidos así por gobiernos nacionales e internacionales.

Se estima que aproximadamente 10% de la población mundial padece de estos trastornos psiquiátricos, observándose con mayor frecuencia en personas jóvenes y más aún en mujeres en comparación a los varones. En el Perú, cerca del 20% de las personas han padecido de ansiedad y depresión en algún momento de su vida, pero a pesar de esta cifra no se da la atención de salud mental que se necesita en estos casos porque la atención de salud en nuestro país se enfoca a tratar más las enfermedades orgánicas para evitar la mortalidad de su población.

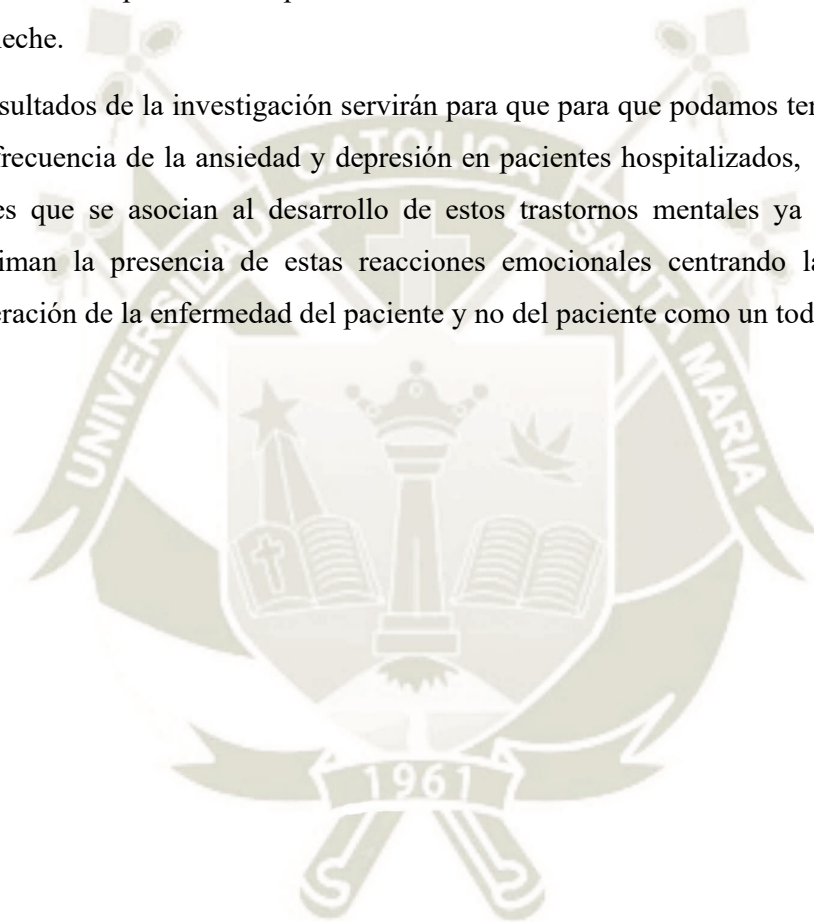
La ansiedad y la depresión son considerados trastornos del ánimo, la primera puede describirse como un sentimiento de inquietud y preocupación por un evento anticipado que puede ir acompañado de síntomas físicos como palpitaciones, sudoraciones, temblores, entre otros; mientras que la segunda, se caracteriza por un sentimiento persistente de tristeza y pérdida de interés que podría afectar su vida cotidiana. Estas emociones negativas son distintas sin embargo, una persona puede presentar ambas a la misma vez.

La desventaja de estos trastornos mentales en los pacientes es que repercuten en la evolución de la enfermedad, en el cumplimiento del tratamiento y la recuperación ya que se conoce que la ansiedad por sí sola afecta el sistema inmune de la persona haciéndola más vulnerable frente a las infecciones y más aún, la depresión altera negativamente en el curso de la enfermedad. Muchas veces la ansiedad y la depresión no son detectadas por el personal médico o no se les da la debida importancia, o peor aún, las personas desconocen los síntomas. Por lo que es necesario tener conocimiento de dichas alteraciones para posteriormente implementar estrategias dirigidas a la atención integral de los pacientes para una mejor calidad en la atención en los servicios de salud en un hospital. El Hospital Goyeneche cuenta con Servicios de Psicología y Psiquiatría donde acuden muchas personas con problemas de salud mental para ser atendidos, la mayoría de ellos por no decir en su totalidad, son conscientes de su enfermedad psiquiátrica. No obstante, se desconoce la condición de salud mental de los pacientes hospitalizados así como los factores sociodemográficos o clínicos que puedan entorpecer a la recuperación del paciente.

Es por dichas razones que el presente trabajo de investigación tiene como objetivo determinar los factores asociados a la presencia de ansiedad y depresión en pacientes hospitalizados en el Servicio de Medicina Interna del Hospital III Goyeneche.

Luego de haber realizado el estudio hemos encontrado que existe relación entre el uso de medicación, el antecedente de enfermedad mental familiar y el motivo de ingreso en la presencia de ansiedad, la medicación habitual y el motivo de ingreso en la presencia de depresión en los pacientes hospitalizados en el Servicio de Medicina Interna del Hospital III Goyeneche.

Los resultados de la investigación servirán para que para que podamos tener una idea clara de la frecuencia de la ansiedad y depresión en pacientes hospitalizados, identificando los factores que se asocian al desarrollo de estos trastornos mentales ya que a mundo se subestiman la presencia de estas reacciones emocionales centrando la atención en la recuperación de la enfermedad del paciente y no del paciente como un todo.

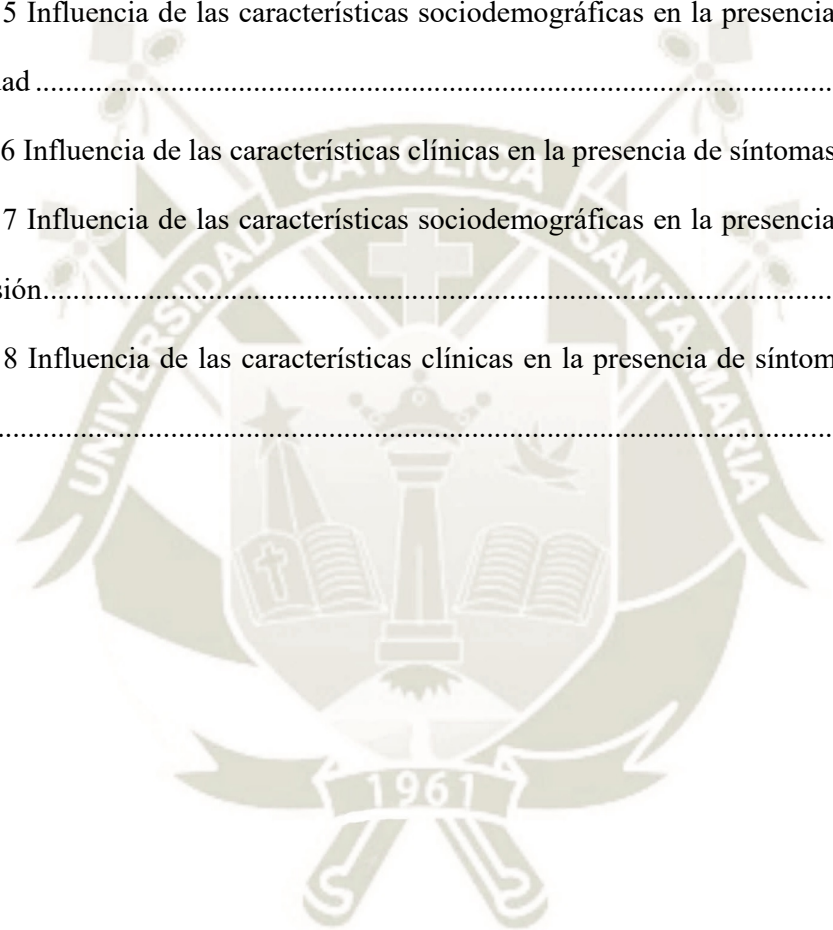


ÍNDICE GENERAL

RESUMEN	v
ABSTRACT	vi
INTRODUCCIÓN.....	vii
CAPÍTULO I MATERIAL Y MÉTODOS	1
CAPÍTULO II RESULTADOS.....	6
CAPÍTULO III. DISCUSIÓN Y COMENTARIOS	23
CONCLUSIONES.....	28
RECOMENDACIONES	29
REFERENCIAS BIBLIOGRÁFICAS	30
ANEXOS	31
Anexo 1: Ficha de recolección de datos	32
Anexo 2. Cuestionario “Escala Hospitalaria de Ansiedad y Depresión (HADS)”.....	33
Anexo 3. Consentimiento informado	35
Anexo 4. Declaración de Consentimiento informado	36
Anexo 5. Solicitud de autorización	37
Anexo 6. Aprobación de la solicitud de autorización.....	38
Anexo 7 Matriz de sistematización de información	39
Anexo 8 Proyecto de investigación	42

ÍNDICE DE TABLAS

Tabla 1 Características sociodemográficas de los pacientes hospitalizados	7
Tabla 2 Características clínicas de los pacientes hospitalizados	9
Tabla 3 Frecuencia de síntomas de ansiedad en los pacientes hospitalizados.....	11
Tabla 4 Frecuencia de síntomas de depresión en los pacientes hospitalizados	13
Tabla 5 Influencia de las características sociodemográficas en la presencia de síntomas de ansiedad	15
Tabla 6 Influencia de las características clínicas en la presencia de síntomas de ansiedad	17
Tabla 7 Influencia de las características sociodemográficas en la presencia de síntomas de depresión.....	19
Tabla 8 Influencia de las características clínicas en la presencia de síntomas de depresión	21



ÍNDICE DE GRÁFICOS

Gráfico 1 Características sociodemográficas de los pacientes hospitalizados	8
Gráfico 2 Características clínicas de los pacientes hospitalizados	10
Gráfico 3 Frecuencia de síntomas de ansiedad en los pacientes hospitalizados	12
Gráfico 4 Frecuencia de síntomas de depresión en los pacientes hospitalizados.....	14
Gráfico 5 Influencia de las características sociodemográficas en la presencia de síntomas de ansiedad	16
Gráfico 6 Influencia de las características clínicas en la presencia de síntomas de ansiedad	18
Gráfico 7 Influencia de las características sociodemográficas en la presencia de síntomas de depresión.....	20
Gráfico 8 Influencia de las características clínicas en la presencia de síntomas de depresión.....	22



1. Técnicas, instrumentos y materiales de verificación

Técnicas: En la presente investigación se aplicó la técnica de la encuesta y la revisión documentaria de historias clínicas.

Instrumentos: Se utilizó para la investigación instrumentos que consistían en una ficha de recolección de datos (Anexo 1) y la Escala Hospitalaria de Ansiedad y Depresión (HADS, Anexo 2)

Materiales:

- Fichas de recolección de datos.
- Material de escritorio
- Computadora personal con programas de procesamiento de textos, bases de datos y estadísticos.

2. Campo de verificación

2.1. Ubicación espacial:

El presente estudio se realizó en el Servicio de Medicina Interna del Hospital Goyeneche.

2.2. Ubicación temporal:

El estudio se realizó en forma coyuntural durante el mes de febrero del 2020.

2.3. Unidades de estudio:

Pacientes hospitalizados en el Servicio de Medicina Interna del Hospital III Goyeneche.

2.4. Universo:

Todo paciente mayor de 18 años que se encuentre hospitalizado en el Servicio de Medicina Interna del Hospital III Goyeneche.

2.5. Muestra:

Se estudió una muestra no probabilística de tipo intencional entre los pacientes que cumplieron los criterios de selección.

2.6. Criterios de selección:

♦ Criterios de Inclusión

- Pacientes mayores de 18 años.
- Pacientes internados en el Servicio de Medicina Interna.
- Pacientes internados en un tiempo mayor o igual a 48 horas.
- Participación Voluntaria en la Investigación

♦ Criterios de Exclusión

- Pacientes con demencia
- Pacientes hospitalizados por intento de autólisis
- Pacientes que presentan dolor intenso.
- Encuestas incompletas o mal llenadas.

3. Tipo de investigación:

Se trata de un estudio de campo.

4. Diseño de investigación:

Observacional, prospectivo, transversal.

5. Estrategia de Recolección de datos

5.1. Organización

Se realizó la Solicitud formal para la autorización para la realización de encuestas a la Dirección del Hospital III Goyeneche de Arequipa, contando con el proyecto de tesis. Solicitud en el Anexo 5.

Se explicó a cada paciente, el motivo del estudio y la solicitud de su participación voluntaria. Se entregó a estos pacientes la ficha de recolección de datos y la Escala Hospitalaria de Ansiedad y Depresión. Se revisaron datos de la historia clínica para conocer el diagnóstico del paciente.

Una vez concluida la recolección de datos, éstos se organizaron en bases de datos para su posterior interpretación y análisis.

5.2. Validación de los instrumentos

La Escala Hospitalaria de Ansiedad y Depresión (HADS, por sus siglas en inglés) fue diseñada por Zigmund y Snaith en el año 1983 con el propósito de evaluar el malestar emocional en pacientes con diferentes padecimientos crónicos, valorando los síntomas cognitivos y conductuales de la ansiedad y la depresión como el insomnio, fatiga, pérdida y/o aumento de peso y/o de apetito.

Esta escala está compuesta por dos subescalas: Depresión y Ansiedad, cada una con siete ítems. La puntuación de cada subescala puede variar entre 0 y 21, ya que cada ítem presenta cuatro opciones de respuesta, que van desde ausencia/mínima presencia = 0, hasta máxima presencia = 3. Habrá mayor intensidad o gravedad de los síntomas cuanto mayor sea la puntuación obtenida. Además, el periodo en el que se examina al paciente corresponde a los últimos siete días.

El coeficiente α de Cronbach para las versiones alemana y neozelandesa de la escala va de 0.81 a 0.90 (Herrmann, Buss y Snaith, Salkovskis, Storer, Atha y Warwick), lo que demuestra que posee buena consistencia interna. La confiabilidad test-retest, después de dos semanas, fue $r > 0.80$ (Herrmann et al., 1995), lo que indica la estabilidad de la medida en el tiempo. En cuanto a la validez de la HADS, los valores de sensibilidad y especificidad obtenidos son superiores a 0.80.

Las propiedades psicométricas de la HADS se han examinado en pacientes hispanos afectados por alguna enfermedad física, demostrando ser una herramienta útil en la detección de malestar psicológico en este tipo de población (Noguera, Pérez, Barrientos, Robles y Sierra, 2013). Ejemplo de ello son los estudios realizados en pacientes oncológicos, con el virus de la inmunodeficiencia humana, o con obesidad (1).

5.3. Criterios para manejo de resultados

a) Plan de Recolección

La recolección de datos se realizó previa autorización para la aplicación del instrumento.

b) Plan de Procesamiento

Los datos registrados en el Anexo 1 fueron codificados de manera consecutiva y tabulados para su análisis e interpretación.

c) Plan de Clasificación:

Se empleó una matriz de sistematización de datos en la que se transcribieron los datos obtenidos en cada Ficha para facilitar su uso. La matriz fue diseñada en una hoja de cálculo electrónica (Excel 2016).

d) Plan de Codificación:

Se procedió a la codificación de los datos que contenían indicadores en la escala nominal y ordinal para facilitar el ingreso de datos.

e) Plan de Recuento.

El recuento de los datos fue electrónico, en base a la matriz diseñada en la hoja de cálculo.

f) Plan de análisis

Se empleó estadística descriptiva con medidas de tendencia central (promedio) y de dispersión (rango, desviación estándar) para variables continuas; las variables categóricas se presentan como proporciones. Se asocian variables mediante prueba de independencia chi cuadrado. Para el análisis de datos se empleó la hoja de cálculo de Excel 2016 con su complemento analítico y el paquete SPSS v. 25.0 para Windows.



CAPÍTULO II

RESULTADOS

**FACTORES ASOCIADOS A LA PRESENCIA DE ANSIEDAD Y DEPRESIÓN EN PACIENTES
HOSPITALIZADOS EN EL SERVICIO DE MEDICINA INTERNA DEL HOSPITAL III
GOYENECHÉ – FEBRERO DEL 2020**

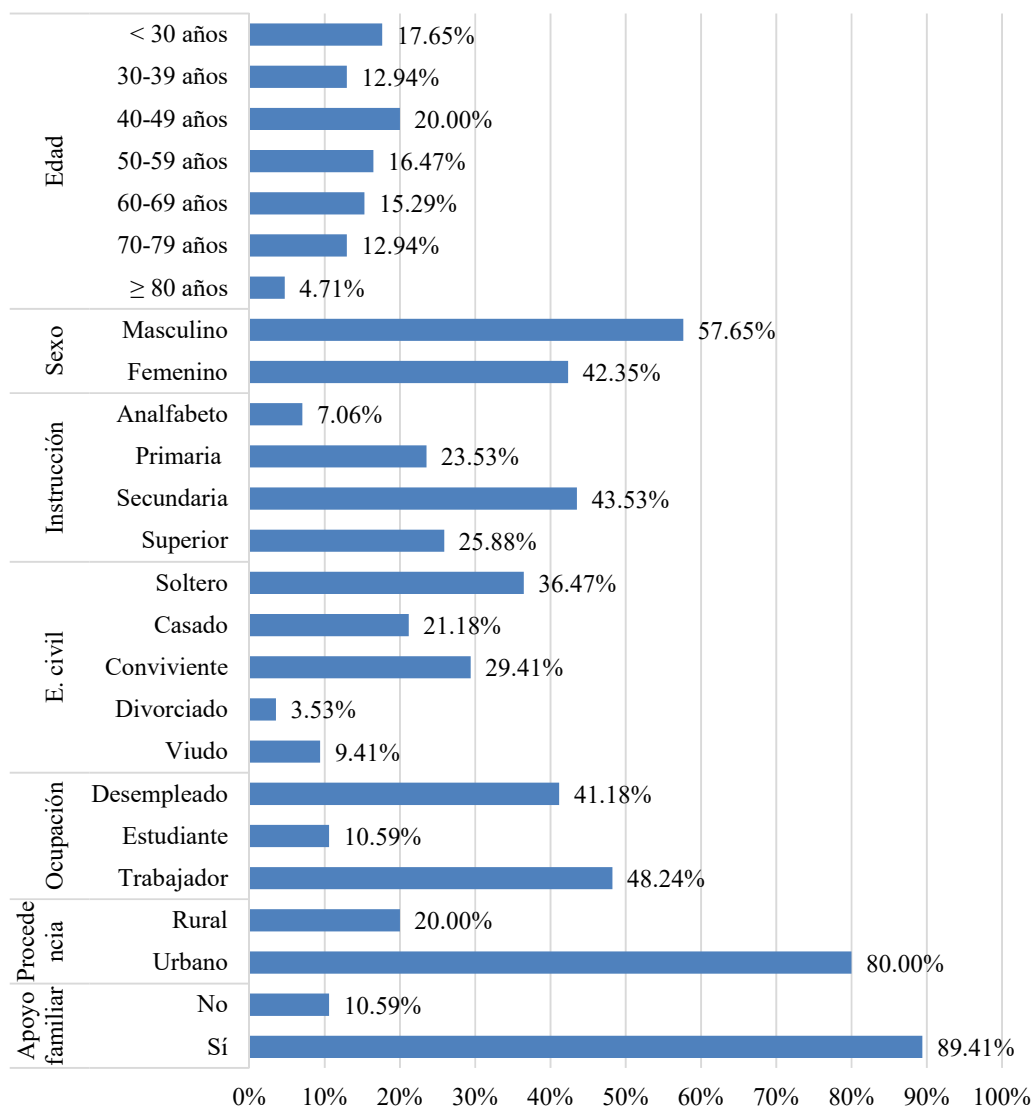
Tabla 1
Características sociodemográficas de los pacientes hospitalizados

		Nº	%
Edad	< 30 años	15	17.65%
	30-39 años	11	12.94%
	40-49 años	17	20.00%
	50-59 años	14	16.47%
	60-69 años	13	15.29%
	70-79 años	11	12.94%
	≥ 80 años	4	4.71%
Sexo	Masculino	49	57.65%
	Femenino	36	42.35%
Instrucción	Analfabeto	6	7.06%
	Primaria	20	23.53%
	Secundaria	37	43.53%
	Superior	22	25.88%
E. civil	Soltero	31	36.47%
	Casado	18	21.18%
	Conviviente	25	29.41%
	Divorciado	3	3.53%
	Viudo	8	9.41%
Ocupación	Desempleado	35	41.18%
	Estudiante	9	10.59%
	Trabajador	41	48.24%
Procedencia	Rural	17	20.00%
	Urbano	68	80.00%
Apoyo familiar	No	9	10.59%
	Sí	76	89.41%
Total		85	100%

Fuente: Elaboración propia

**FACTORES ASOCIADOS A LA PRESENCIA DE ANSIEDAD Y DEPRESIÓN EN PACIENTES
HOSPITALIZADOS EN EL SERVICIO DE MEDICINA INTERNA DEL HOSPITAL III
GOYENECHE – FEBRERO DEL 2020**

Gráfico 1
Características sociodemográficas de los pacientes hospitalizados



Fuente: Elaboración propia

**FACTORES ASOCIADOS A LA PRESENCIA DE ANSIEDAD Y DEPRESIÓN EN PACIENTES
HOSPITALIZADOS EN EL SERVICIO DE MEDICINA INTERNA DEL HOSPITAL III
GOYENECHÉ – FEBRERO DEL 2020**

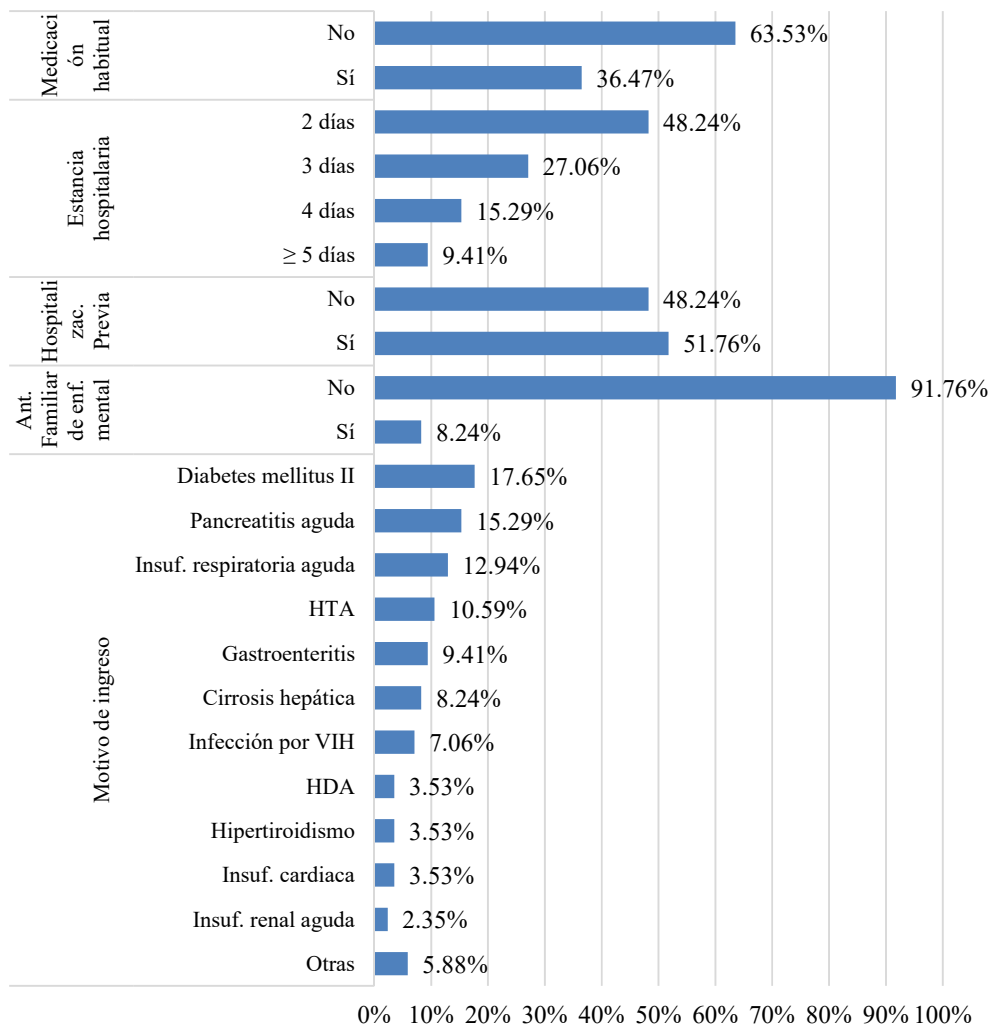
Tabla 2
Características clínicas de los pacientes hospitalizados

		Nº	%
Medicación habitual	No	54	63.53%
	Sí	31	36.47%
Estancia hospitalaria	2 días	41	48.24%
	3 días	23	27.06%
	4 días	13	15.29%
	≥ 5 días	8	9.41%
Hospitalizac. Previa	No	41	48.24%
	Sí	44	51.76%
Ant. Familiar de enf. Mental	No	78	91.76%
	Sí	7	8.24%
Motivo de ingreso	Diabetes mellitus II	15	17.65%
	Pancreatitis aguda	13	15.29%
	Insuf. respiratoria aguda	11	12.94%
	Hipertensión arterial	9	10.59%
	Gastroenteritis	8	9.41%
	Cirrosis hepática	7	8.24%
	Infección por VIH	6	7.06%
	HDA digestiva alta	3	3.53%
	Hipertiroidismo	3	3.53%
	Insuf. Cardíaca	3	3.53%
	Insuf. renal aguda	2	2.35%
	Otras	5	5.88%
Total		85	100%

Fuente: Elaboración propia

**FACTORES ASOCIADOS A LA PRESENCIA DE ANSIEDAD Y DEPRESIÓN EN PACIENTES
HOSPITALIZADOS EN EL SERVICIO DE MEDICINA INTERNA DEL HOSPITAL III
GOYENECHÉ – FEBRERO DEL 2020**

Gráfico 2
Características clínicas de los pacientes hospitalizados



Fuente: Elaboración propia

**FACTORES ASOCIADOS A LA PRESENCIA DE ANSIEDAD Y DEPRESIÓN EN PACIENTES
HOSPITALIZADOS EN EL SERVICIO DE MEDICINA INTERNA DEL HOSPITAL III
GOYENECHÉ – FEBRERO DEL 2020**

Tabla 3
Frecuencia de síntomas de ansiedad en los pacientes hospitalizados

	N°	%
Normal	60	70.59%
Probable	15	17.65%
Ansiedad clínica	10	11.76%
Total	85	100%

Fuente: Elaboración propia

**FACTORES ASOCIADOS A LA PRESENCIA DE ANSIEDAD Y DEPRESIÓN EN PACIENTES
HOSPITALIZADOS EN EL SERVICIO DE MEDICINA INTERNA DEL HOSPITAL III
GOYENECHÉ – FEBRERO DEL 2020**

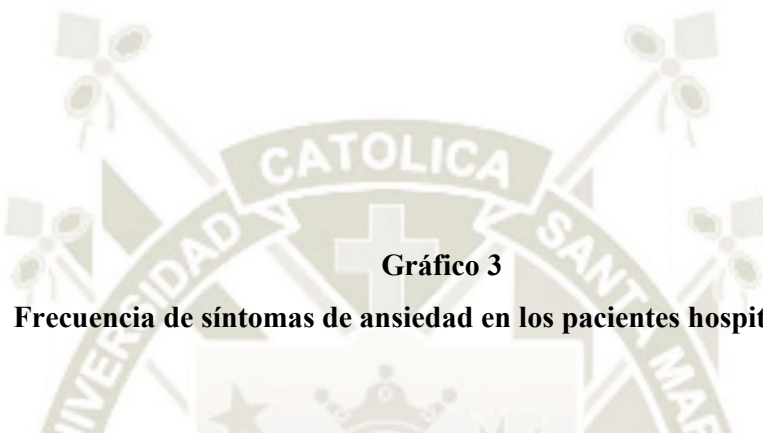
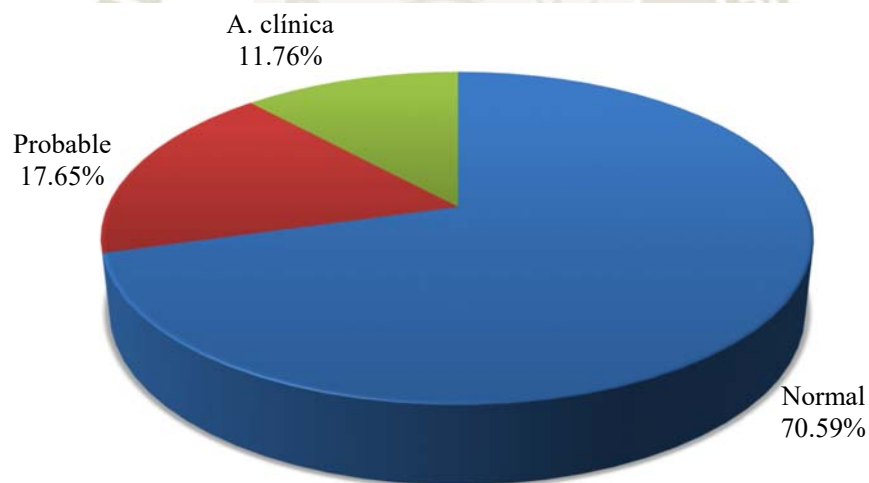


Gráfico 3

Frecuencia de síntomas de ansiedad en los pacientes hospitalizados



Fuente: Elaboración propia

**FACTORES ASOCIADOS A LA PRESENCIA DE ANSIEDAD Y DEPRESIÓN EN PACIENTES
HOSPITALIZADOS EN EL SERVICIO DE MEDICINA INTERNA DEL HOSPITAL III
GOYENECHÉ – FEBRERO DEL 2020**

Tabla 4
Frecuencia de síntomas de depresión en los pacientes hospitalizados

	Nº	%
Normal	76	89.41%
Probable	6	7.06%
Depresión clínica	3	3.53%
Total	85	100%

Fuente: Elaboración propia

**FACTORES ASOCIADOS A LA PRESENCIA DE ANSIEDAD Y DEPRESIÓN EN PACIENTES
HOSPITALIZADOS EN EL SERVICIO DE MEDICINA INTERNA DEL HOSPITAL III
GOYENECHÉ – FEBRERO DEL 2020**

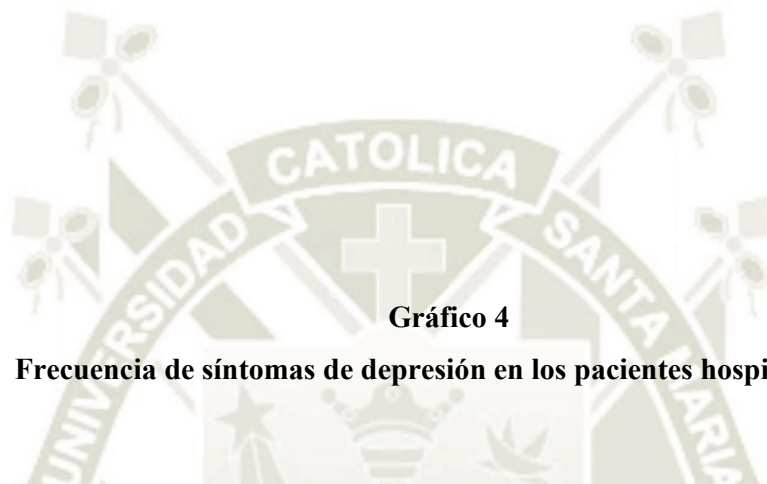
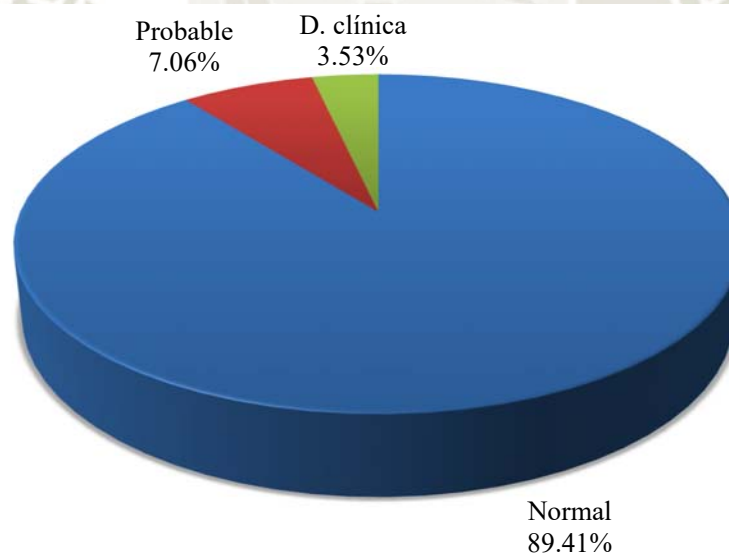


Gráfico 4

Frecuencia de síntomas de depresión en los pacientes hospitalizados



Fuente: Elaboración propia

**FACTORES ASOCIADOS A LA PRESENCIA DE ANSIEDAD Y DEPRESIÓN EN PACIENTES
HOSPITALIZADOS EN EL SERVICIO DE MEDICINA INTERNA DEL HOSPITAL III
GOYENECHÉ – FEBRERO DEL 2020**

Tabla 5
**Influencia de las características sociodemográficas en la presencia de síntomas de
ansiedad**

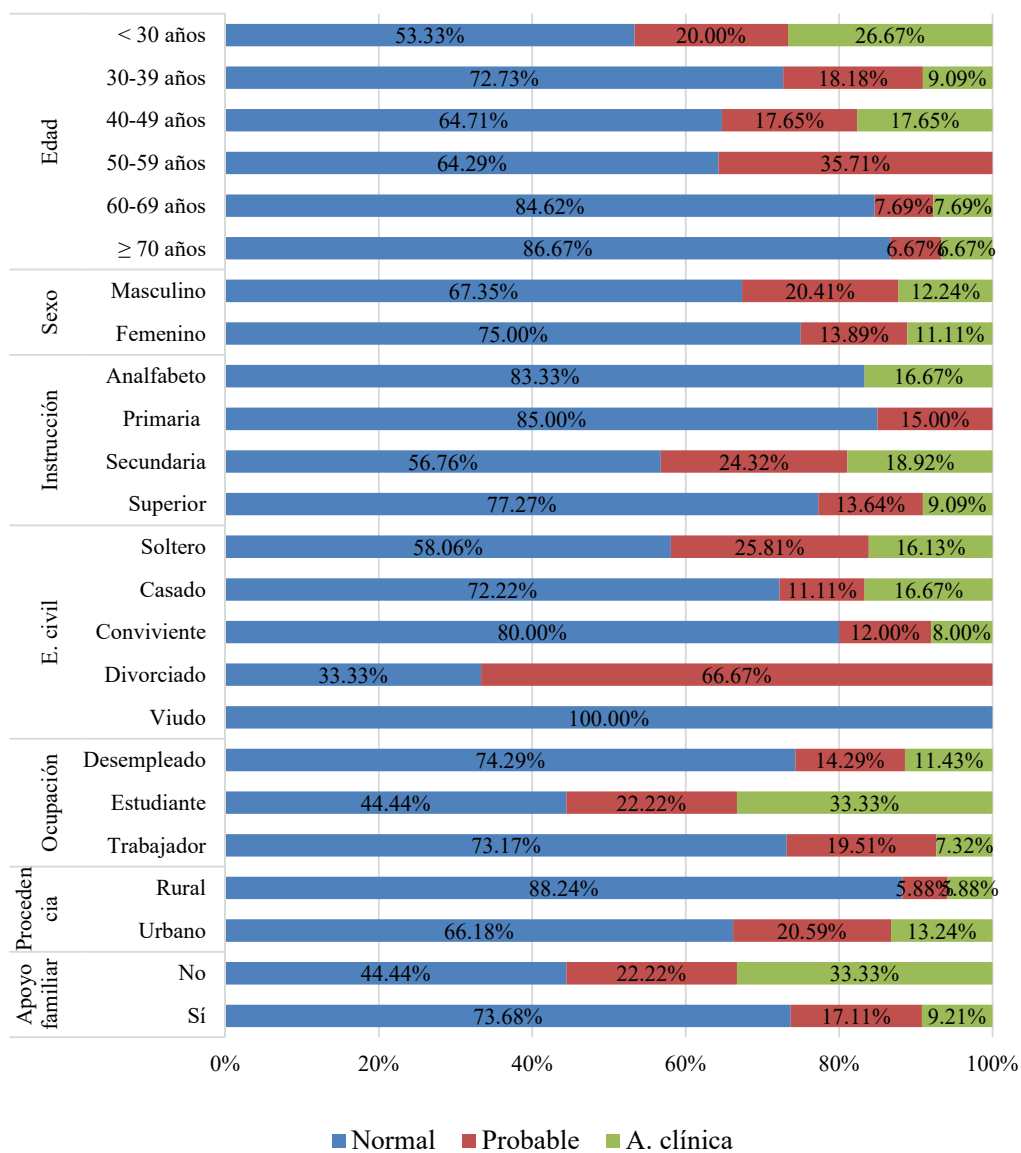
		Total	Normal		Probable		A. clínica		Chi ² (p)
			Nº	%	Nº	%	Nº	%	
Edad	< 30 años	15	8	53.33%	3	20.00%	4	26.67%	11.67 (0.31)
	30-39 años	11	8	72.73%	2	18.18%	1	9.09%	
	40-49 años	17	11	64.71%	3	17.65%	3	17.65%	
	50-59 años	14	9	64.29%	5	35.71%	0	0.00%	
	60-69 años	13	11	84.62%	1	7.69%	1	7.69%	
	≥ 70 años	15	13	86.67%	1	6.67%	1	6.67%	
Sexo	Masculino	49	33	67.35%	10	20.41%	6	12.24%	0.69 (0.71)
	Femenino	36	27	75.00%	5	13.89%	4	11.11%	
Instrucción	Analfabeto	6	5	83.33%	0	0.00%	1	16.67%	8.36 (0.21)
	Primaria	20	17	85.00%	3	15.00%	0	0.00%	
	Secundaria	37	21	56.76%	9	24.32%	7	18.92%	
	Superior	22	17	77.27%	3	13.64%	2	9.09%	
E. civil	Soltero	31	18	58.06%	8	25.81%	5	16.13%	12.60 (0.13)
	Casado	18	13	72.22%	2	11.11%	3	16.67%	
	Conviviente	25	20	80.00%	3	12.00%	2	8.00%	
	Divorciado	3	1	33.33%	2	66.67%	0	0.00%	
	Viudo	8	8	100.00%	0	0.00%	0	0.00%	
Ocupación	Desempleado	35	26	74.29%	5	14.29%	4	11.43%	5.64 (0.23)
	Estudiante	9	4	44.44%	2	22.22%	3	33.33%	
	Trabajador	41	30	73.17%	8	19.51%	3	7.32%	
Procedencia	Rural	17	15	88.24%	1	5.88%	1	5.88%	3.23 (0.20)
	Urbano	68	45	66.18%	14	20.59%	9	13.24%	
Apoyo familiar	No	9	4	44.44%	2	22.22%	3	33.33%	5.07 (0.08)
	Sí	76	56	73.68%	13	17.11%	7	9.21%	
Total		85	60	70.59%	15	17.65%	10	11.76%	-

Fuente: Elaboración propia

**FACTORES ASOCIADOS A LA PRESENCIA DE ANSIEDAD Y DEPRESIÓN EN PACIENTES
HOSPITALIZADOS EN EL SERVICIO DE MEDICINA INTERNA DEL HOSPITAL III
GOYENECHE – FEBRERO DEL 2020**

Gráfico 5

Influencia de las características sociodemográficas en la presencia de síntomas de ansiedad



Fuente: Elaboración propia

**FACTORES ASOCIADOS A LA PRESENCIA DE ANSIEDAD Y DEPRESIÓN EN PACIENTES
HOSPITALIZADOS EN EL SERVICIO DE MEDICINA INTERNA DEL HOSPITAL III
GOYENECHE – FEBRERO DEL 2020**

Tabla 6
Influencia de las características clínicas en la presencia de síntomas de ansiedad

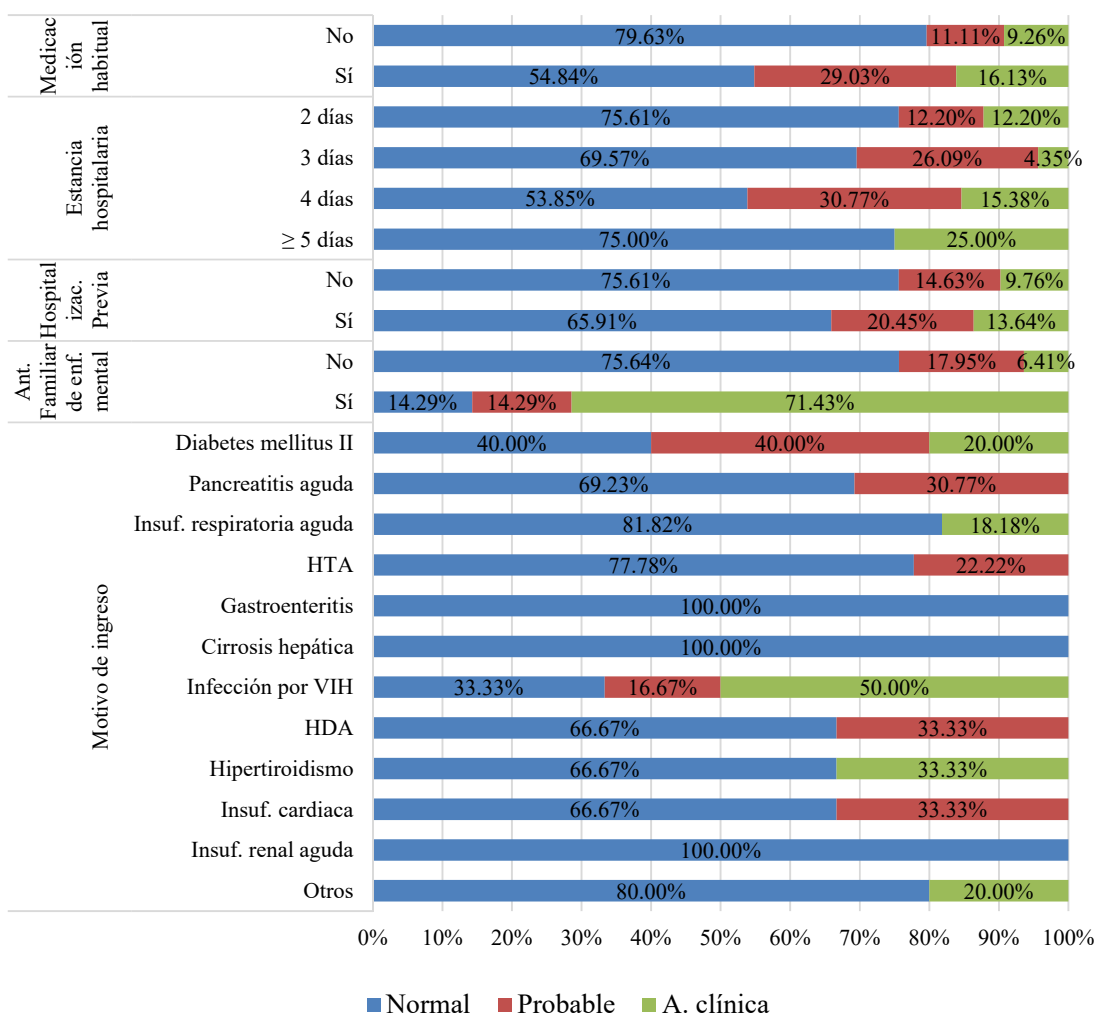
			Normal		Probable		A. clínica		Chi ² (p)
Total			N°	%	N°	%	N°	%	
Medicación habitual	No	54	43	79.63%	6	11.11%	5	9.26%	6.09 (0.048)
	Sí	31	17	54.84%	9	29.03%	5	16.13%	
Estancia hospitalaria	2 días	41	31	75.61%	5	12.20%	5	12.20%	7.41 (0.29)
	3 días	23	16	69.57%	6	26.09%	1	4.35%	
	4 días	13	7	53.85%	4	30.77%	2	15.38%	
	≥ 5 días	8	6	75.00%	0	0.00%	2	25.00%	
Hospitalizac. Previa	No	41	31	75.61%	6	14.63%	4	9.76%	0.96 (0.62)
	Sí	44	29	65.91%	9	20.45%	6	13.64%	
Ant. Fam. enf. mental	No	78	59	75.64%	14	17.95%	5	6.41%	26.56 (<0.01)
	Sí	7	1	14.29%	1	14.29%	5	71.43%	
Motivo de ingreso	D. mellitus II	15	6	40.00%	6	40.00%	3	20.00%	33.89 (0.05)
	Pancreatitis ag.	13	9	69.23%	4	30.77%	0	0.00%	
	I. Resp. aguda	11	9	81.82%	0	0.00%	2	18.18%	
	HTA	9	7	77.78%	2	22.22%	0	0.00%	
	Gastroenteritis	8	8	100.00%	0	0.00%	0	0.00%	
	Cirrosis hep.	7	7	100.00%	0	0.00%	0	0.00%	
	Infección VIH	6	2	33.33%	1	16.67%	3	50.00%	
	HDA	3	2	66.67%	1	33.33%	0	0.00%	
	Hipertiroidismo	3	2	66.67%	0	0.00%	1	33.33%	
	Insuf. cardiaca	3	2	66.67%	1	33.33%	0	0.00%	
	I. renal aguda	2	2	100.00%	0	0.00%	0	0.00%	
	Otros	5	4	80.00%	0	0.00%	1	20.00%	
	Total		85	60	70.59%	15	17.65%	10	

Fuente: Elaboración propia

**FACTORES ASOCIADOS A LA PRESENCIA DE ANSIEDAD Y DEPRESIÓN EN PACIENTES
HOSPITALIZADOS EN EL SERVICIO DE MEDICINA INTERNA DEL HOSPITAL III
GOYENECHÉ – FEBRERO DEL 2020**

Gráfico 6

Influencia de las características clínicas en la presencia de síntomas de ansiedad



Fuente: Elaboración propia

**FACTORES ASOCIADOS A LA PRESENCIA DE ANSIEDAD Y DEPRESIÓN EN PACIENTES
HOSPITALIZADOS EN EL SERVICIO DE MEDICINA INTERNA DEL HOSPITAL III
GOYENECHE – FEBRERO DEL 2020**

Tabla 7
**Influencia de las características sociodemográficas en la presencia de síntomas de
depresión**

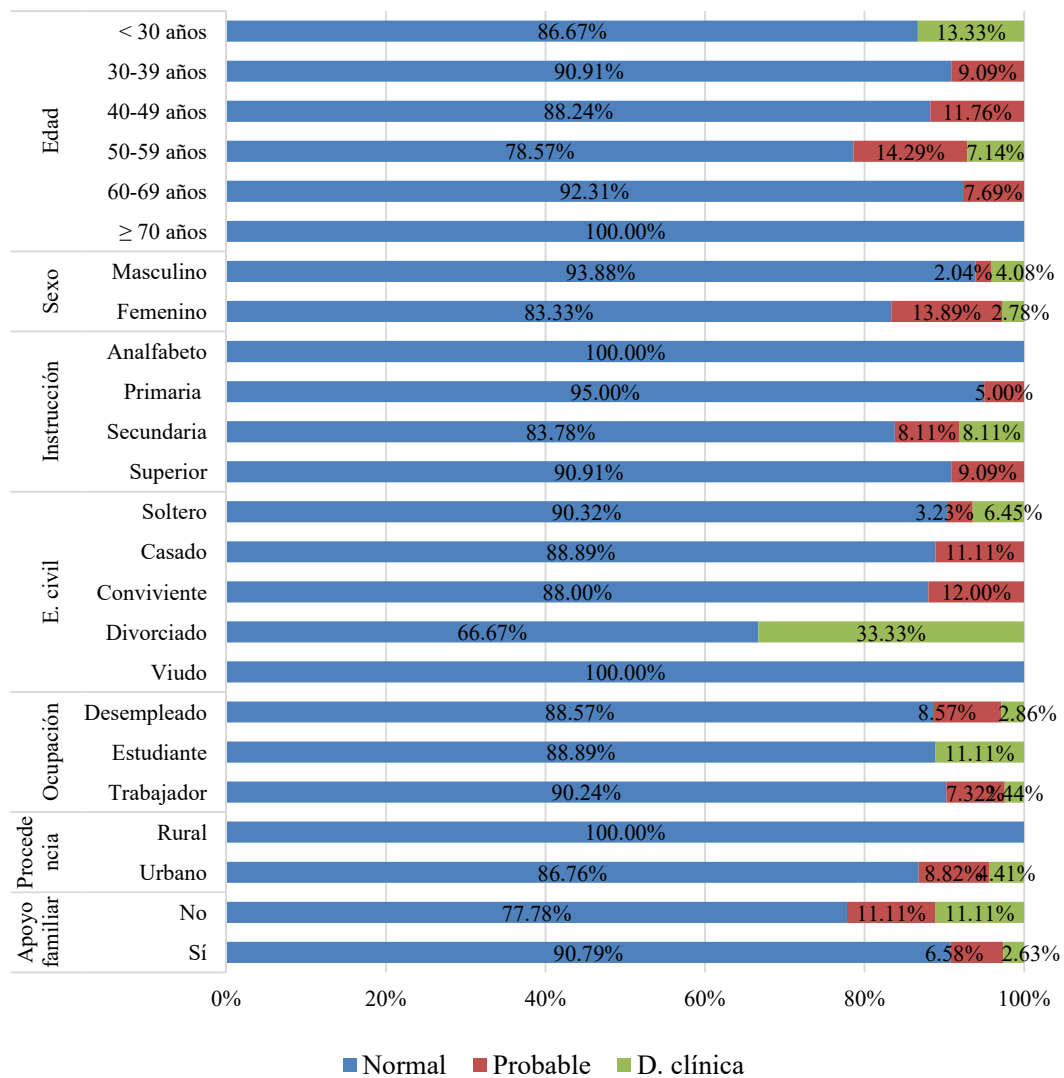
		Total	Normal		Probable		D. clínica		Chi ² (p)
			N°	%	N°	%	N°	%	
Edad	< 30 años	15	13	86.67%	0	0.00%	2	13.33%	10.74 (0.38)
	30-39 años	11	10	90.91%	1	9.09%	0	0.00%	
	40-49 años	17	15	88.24%	2	11.76%	0	0.00%	
	50-59 años	14	11	78.57%	2	14.29%	1	7.14%	
	60-69 años	13	12	92.31%	1	7.69%	0	0.00%	
	≥ 70 años	15	15	100.00%	0	0.00%	0	0.00%	
Sexo	Masculino	49	46	93.88%	1	2.04%	2	4.08%	4.49 (0.11)
	Femenino	36	30	83.33%	5	13.89%	1	2.78%	
Instrucción	Analfabeto	6	6	100.00%	0	0.00%	0	0.00%	4.90 (0.56)
	Primaria	20	19	95.00%	1	5.00%	0	0.00%	
	Secundaria	37	31	83.78%	3	8.11%	3	8.11%	
	Superior	22	20	90.91%	2	9.09%	0	0.00%	
E. civil	Soltero	31	28	90.32%	1	3.23%	2	6.45%	13.09 (0.11)
	Casado	18	16	88.89%	2	11.11%	0	0.00%	
	Conviviente	25	22	88.00%	3	12.00%	0	0.00%	
	Divorciado	3	2	66.67%	0	0.00%	1	33.33%	
	Viudo	8	8	100.00%	0	0.00%	0	0.00%	
Ocupación	Desempleado	35	31	88.57%	3	8.57%	1	2.86%	2.41 (0.66)
	Estudiante	9	8	88.89%	0	0.00%	1	11.11%	
	Trabajador	41	37	90.24%	3	7.32%	1	2.44%	
Procedencia	Rural	17	17	100.00%	0	0.00%	0	0.00%	2.52 (0.28)
	Urbano	68	59	86.76%	6	8.82%	3	4.41%	
Apoyo familiar	No	9	7	77.78%	1	11.11%	1	11.11%	2.03 (0.36)
	Sí	76	69	90.79%	5	6.58%	2	2.63%	
Total		85	76	89.41%	6	7.06%	3	3.53%	-

Fuente: Elaboración propia

**FACTORES ASOCIADOS A LA PRESENCIA DE ANSIEDAD Y DEPRESIÓN EN PACIENTES
HOSPITALIZADOS EN EL SERVICIO DE MEDICINA INTERNA DEL HOSPITAL III
GOYENCHE – FEBRERO DEL 2020**

Gráfico 7

Influencia de las características sociodemográficas en la presencia de síntomas de depresión



Fuente: Elaboración propia

**FACTORES ASOCIADOS A LA PRESENCIA DE ANSIEDAD Y DEPRESIÓN EN PACIENTES
HOSPITALIZADOS EN EL SERVICIO DE MEDICINA INTERNA DEL HOSPITAL III
GOYENECHÉ – FEBRERO DEL 2020**

Tabla 8
Influencia de las características clínicas en la presencia de síntomas de depresión

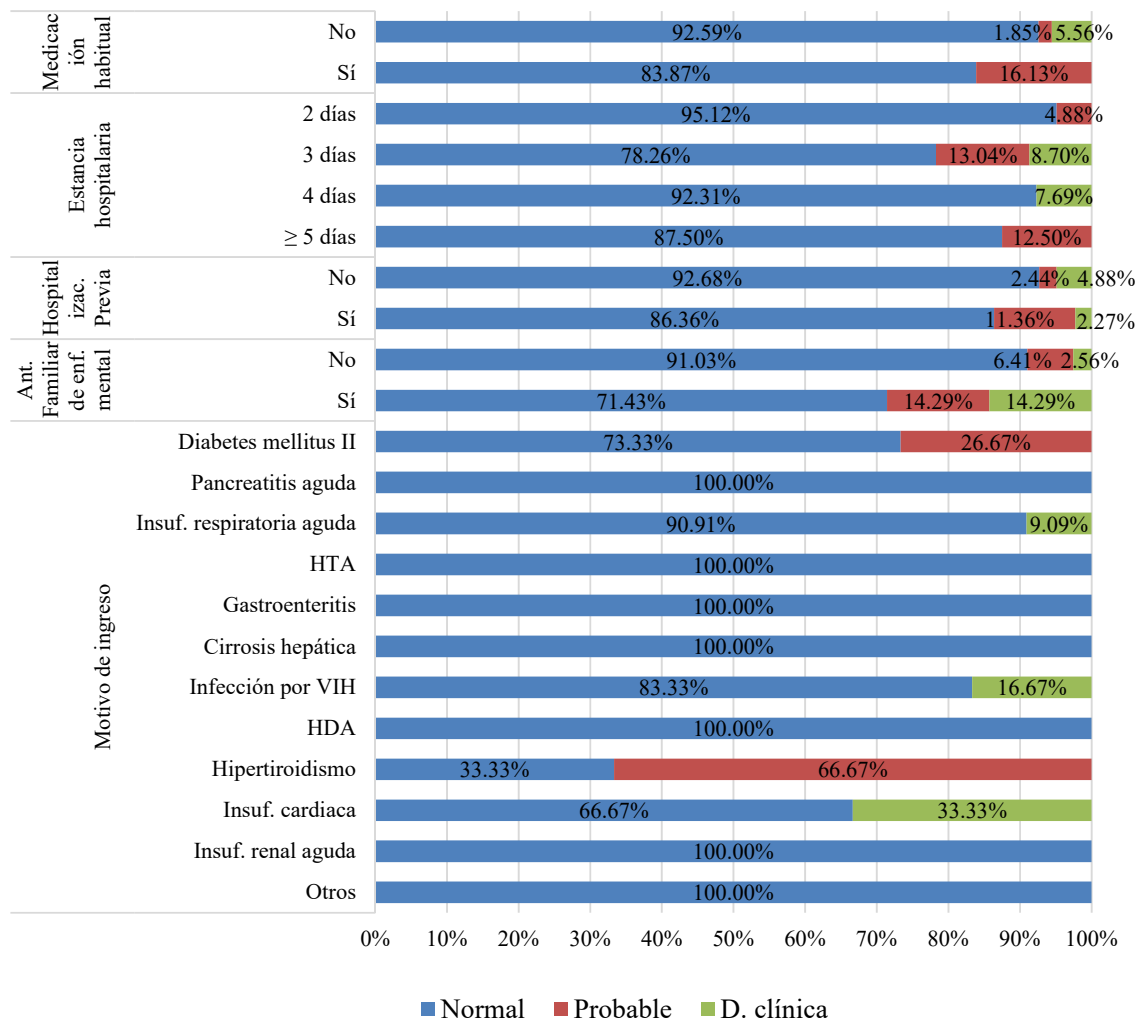
		Total	Normal		Probable		A. clínica		Chi ² (p)		
			N°	%	N°	%	N°	%			
Medicación habitual	No	54	50	92.59%	1	1.85%	3	5.56%	7.58 (0.03)		
	Sí	31	26	83.87%	5	16.13%	0	0.00%			
Estancia hospitalaria	2 días	41	39	95.12%	2	4.88%	0	0.00%	7.29 (0.30)		
	3 días	23	18	78.26%	3	13.04%	2	8.70%			
	4 días	13	12	92.31%	0	0.00%	1	7.69%			
	≥ 5 días	8	7	87.50%	1	12.50%	0	0.00%			
Hospitalizac. Previa	No	41	38	92.68%	1	2.44%	2	4.88%	2.90 (0.23)		
	Sí	44	38	86.36%	5	11.36%	1	2.27%			
Ant. Fam. enf. mental	No	78	71	91.03%	5	6.41%	2	2.56%	3.34 (0.19)		
	Sí	7	5	71.43%	1	14.29%	1	14.29%			
Motivo de ingreso	D. mellitus II	15	11	73.33%	4	26.67%	0	0.00%	44.02 (0.004)		
	Pancreatitis ag.	13	13	100.00%	0	0.00%	0	0.00%			
	I. Resp. aguda	11	10	90.91%	0	0.00%	1	9.09%			
	HTA	9	9	100.00%	0	0.00%	0	0.00%			
	Gastroenteritis	8	8	100.00%	0	0.00%	0	0.00%			
	Cirrosis hep.	7	7	100.00%	0	0.00%	0	0.00%			
	Infección VIH	6	5	83.33%	0	0.00%	1	16.67%			
	HDA	3	3	100.00%	0	0.00%	0	0.00%			
	Hipertiroidismo	3	1	33.33%	2	66.67%	0	0.00%			
	Insuf. cardíaca	3	2	66.67%	0	0.00%	1	33.33%			
	I. renal aguda	2	2	100.00%	0	0.00%	0	0.00%			
	Otros	5	5	100.00%	0	0.00%	0	0.00%			
	Total		85	76	89.41%	6	7.06%	3		3.53%	-

Fuente: Elaboración propia

FACTORES ASOCIADOS A LA PRESENCIA DE ANSIEDAD Y DEPRESIÓN EN PACIENTES HOSPITALIZADOS EN EL SERVICIO DE MEDICINA INTERNA DEL HOSPITAL III GOYENECHÉ – FEBRERO DEL 2020

Gráfico 8

Influencia de las características clínicas en la presencia de síntomas de depresión



Fuente: Elaboración propia



CAPÍTULO III. DISCUSIÓN Y COMENTARIOS

El presente estudio se realizó con el objeto de establecer los factores asociados a la presencia de ansiedad y depresión que presentan los pacientes hospitalizados en el Servicio de Medicina Interna del Hospital III Goyeneche. Se realizó la presente investigación debido a que existen pocos estudios relacionados a este tema en nuestro País, y aún más escasos en nuestra región. La ansiedad y la depresión constituyen un problema importante de salud pública a nivel mundial, y debe ser tomada en cuenta por el personal de salud, ya que su presencia repercute de manera negativa en el proceso de recuperación de la salud en el paciente hospitalizado. Por lo que la presente investigación pretende examinar cuáles son los factores que determinan la presencia de ansiedad y depresión en pacientes hospitalizados para ofrecer una visión de este problema en nuestra sociedad en beneficio del paciente.

Para tal fin se encuestó y se revisaron las historias clínicas de una muestra de 85 pacientes que cumplieron criterios de selección en el periodo de estudio, aplicando la escala HADS de ansiedad y depresión. Se muestran resultados mediante estadística descriptiva, y se asocian variables con prueba chi cuadrado.

En la **Tabla y Gráfico 1** se muestran las características sociodemográficas de los pacientes hospitalizados; el 17.65% de casos fueron menores de 30 años, el 49.41% de casos tuvieron de 30 a 59 años, y 32.94% fueron mayores de 60 años. El 57.65% fueron varones y 42.35% mujeres. En cuanto a la instrucción, 30.59% tuvieron instrucción primaria o no instrucción, 43.53% tuvieron educación secundaria y 25.88% superior. El 41.18% eran desempleados, 10.59% estudiantes y 48.24% eran trabajadores. El 36.47% eran solteros, 29.41% convivientes y 21.18% eran casados. Un 80% de casos eran de procedencia urbana y 80% de zona rural, y 89.41% percibió apoyo familiar.

En este estudio se puede evidenciar que hay mayor frecuencia de pacientes varones en comparación a mujeres con una diferencia de 16% aproximadamente, además que el mayor porcentaje de pacientes tienen una edad comprendida entre los 30 a 59 años. Resultados similares encontraron Costas M et al , donde el 60% de los pacientes eran de sexo masculino con una edad promedio de 54 años (2). De igual manera, en el estudio realizado por Contreras E. se halló que el 60% eran varones y el 40% mujeres, la mayoría de los pacientes con más de 30 años, el 44% con trabajo, 32% con educación secundaria, 100% de procedencia urbana y cerca de 76% con apoyo familiar (3).

La **Tabla y Gráfico 2** muestran las características clínicas de los pacientes hospitalizados. El 48.24% estuvo hospitalizado por dos días, 27.06% tres, 15.29% 4 días y 9.41% de 5 a

más días, y 36.47% usaban medicación habitual. El 51.76% tenía antecedente de hospitalización previa, 8.24% tuvo antecedente familiar de enfermedad mental. El motivo principal de ingreso fue la diabetes mellitus II (17.65%), seguido de pancreatitis aguda (15.29%), insuficiencia respiratoria aguda (12.94%) y la hipertensión arterial (10.59%), y en menor proporción gastroenteritis (9.41%), cirrosis hepática (8.24%), entre otras. En el caso del estudio realizado por Contreras E, se encontró como motivo principal de ingreso la hipertensión arterial, y en segundo lugar diabetes mellitus II, así mismo se halló que la mayoría de los pacientes tenían un tiempo de hospitalización de más de 5 días, resultados que varían con nuestro estudio. Cabe destacar que en este trabajo, el 36.47% de los pacientes usaban medicación habitual, factor clínico que en otros estudios no se emplea y que es necesario su conocimiento para poder establecer la influencia de la medicación sobre la presencia de ansiedad y/o depresión en los pacientes hospitalizados.

Luego de aplicar la escala de HADS, (**Tabla y Gráfico 3**) se encontró que la frecuencia de síntomas de ansiedad en los pacientes hospitalizados; el 70.59% fueron normales, 17.65% tuvieron síntomas probables, y el 11.76% mostraron ansiedad clínica. La **Tabla y Gráfico 4** muestran la frecuencia de síntomas depresivos; el 89.41% fueron normales, 7.06% tenía depresión probable y 3.53% síntomas de depresión clínica. Como se observa en nuestro estudio, la frecuencia de depresión es baja; en un estudio realizado en pacientes oncológicos, realizado por Beltrán K también se muestran resultados similares, obteniéndose un 4.35% de su población con depresión (4). En comparación con los resultados de Salazar C. realizados en el Hospital Nacional Dos de Mayo, de Lima, se encontró que un 27.9% de pacientes hospitalizados presentaban ansiedad y el 23.1% presentaban depresión; por lo que se puede decir que existe un menor porcentaje de ansiedad y depresión en nuestro hospital, lo cual dependerá de otros factores externos como el trato del personal médico, entre otros (5).

La influencia de las características sociodemográficas en la presencia de síntomas de ansiedad se muestra la **Tabla y Gráfico 5**; aunque hubo más síntomas de ansiedad clínica en personas más jóvenes (26.67% de aquellos menores de 30 años), 17.65% de personas de 40 a 49 años, y se reduce a 6.67% entre mayores de 70 años), las diferencias no resultaron significativas ($p > 0.05$). La proporción de ansiedad clínica fue similar en varones (12.24%) y mujeres (11.11%; $p > 0.05$). Igualmente no hubo diferencias significativas en la presencia de ansiedad clínica según los grupos de instrucción, estado civil, ocupación o procedencia ($p > 0.05$), y aunque se vio más en personas sin apoyo familiar (33.33%, comparado con

9.21% en pacientes con apoyo familiar), las diferencias tampoco fueron significativas ($p > 0.05$). Como se puede observar, en esta muestra no se encontraron diferencias significativas a diferencia de trabajos previos, en donde sí se encontraron diferencias en cuanto a variables sociodemográficas. Sin embargo, los resultados obtenidos en el presente estudio como la presentación de una mayor frecuencia de síntomas de ansiedad clínica en personas más jóvenes (26.67% en menores de 30 años), coinciden con la literatura y en múltiples estudios. Además la ausencia de apoyo familiar asociado con la presencia de ansiedad clínica en lo pacientes también se evidenció en el trabajo publicado por Contreras E quien encontró resultados similares a nuestro estudio (3).

En la **Tabla y Gráfico 6** se aprecia la influencia de las características clínicas de los pacientes hospitalizados en la presencia de síntomas clínicos de ansiedad; los pacientes que usaban medicación habitual tuvieron más proporción de síntomas de ansiedad (16.13%) que los que no tenían medicación habitual (9.26%), siendo las diferencias significativas ($p < 0.05$). Los pacientes con mayor estancia hospitalaria mostraron una tendencia a tener mayor frecuencia de ansiedad (12.20% si estuvieron dos días, 15.38% a los 4 días, y 25% si estaban más de 5 días), aunque las diferencias no resultaron significativas ($p > 0.05$). El antecedente de hospitalización no mostró influencias significativas ($p > 0.05$), aunque sí el antecedente de enfermedad mental en la familia (71.43% comparado con 6,41%; $p < 0.05$). También hubo diferencias con el motivo de hospitalización, encontrando ansiedad clínica en los pacientes con infección por HIV (50%), con hipertiroidismo (33.33%), diabetes mellitus II (20%) y con insuficiencia respiratoria aguda (18.18%), siendo las diferencias significativas ($p < 0.05$).

Existen estudios donde se encontraron resultados similares, donde las manifestaciones de ansiedad concurren más en los sujetos con estancia hospitalaria mayor a 5 días, además de tener hospitalizaciones previas y antecedentes de enfermedad mental familiar como lo demuestran los trabajos de Contreras E (3) y de Salazar C (5). Sin embargo no hay estudios que avalen la medicación habitual como factor asociado a la presencia de ansiedad en pacientes hospitalizados. Probablemente esto se deba a la enfermedad de base para el uso de determinados medicamentos.

En la **Tabla y Gráfico 7** se muestra la influencia de las características sociodemográficas en la presencia de síntomas clínicos de depresión; se encontró síntomas en 13.33% de pacientes menores de 30 años y en 7.14% de aquellos de 50 a 59 años y en ningunos de los demás

rangos de edad, las diferencias no fueron significativas ($p > 0.05$). La proporción de varones con depresión fue 4.08% y en mujeres fue de 2.78%, sin diferencias significativas ($p > 0.05$). Solo se encontró en 8.11% de pacientes con educación secundaria y no en los demás grupos, pero tampoco con diferencias significativas ($p > 0.05$). Igualmente el estado civil, la ocupación, procedencia y percepción de apoyo familiar no mostraron influencia significativa en la presencia de depresión ($p > 0.05$).

Aunque las diferencias no fueron significativas, se puede evidenciar con relación al sexo, que los hombres presentaron mayor porcentaje en la presencia de depresión con una ligera diferencia. Esto también se evidencia en el estudio realizado por Contreras. Sin embargo, no coincide con la literatura, y con otros estudios previos donde diferentes autores manifiestan una prevalencia de depresión dos o tres veces mayor en sexo femenino que en sexo masculino. Con la relación a la edad, los datos obtenidos estaban dentro de lo esperado; al haberse encontrado depresión clínica en pacientes con edades comprendidas entre los 50 y 59 podría deberse a su cercanía con la adultez tardía, además que la OMS menciona que el 25% de las personas mayores de 65 años padecen algún trastorno psiquiátrico, siendo el más común la depresión (3).

La **Tabla y Gráfico 8** muestran la influencia de las características clínicas de la enfermedad en la presencia de depresión; la estancia hospitalaria o los antecedentes de hospitalización o enfermedad mental en la familia tampoco influyeron en la presencia de depresión ($p > 0.05$). Pero sí hubo mayor depresión en pacientes con insuficiencia cardíaca (33.33%), en pacientes con infección por HIV (16.67%) y en aquellos con insuficiencia respiratoria aguda (9.09%) mientras que en los demás no hubo depresión ($p < 0.05$).

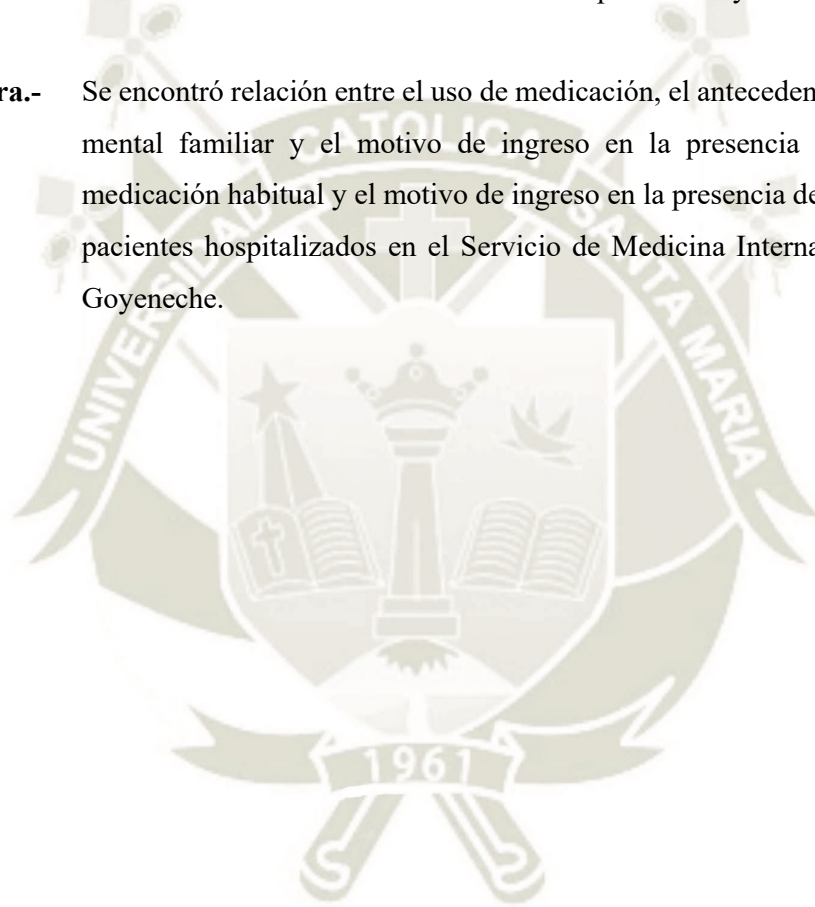
En nuestra muestra, se observa que a diferencia de la presencia de ansiedad en los pacientes hospitalizados; la estancia hospitalaria o los antecedentes de hospitalización o enfermedad mental en la familia no se asocian con la presencia de depresión clínica. Este estudio pone en evidencia que hay mayor depresión en pacientes con insuficiencia cardíaca, corroborándose lo obtenido con otros estudios de investigación donde señalan además que la presencia de depresión en los pacientes con insuficiencia cardíaca es muy común (6).

CONCLUSIONES

Primera.- Se encontró una frecuencia de ansiedad en 11.76% de los pacientes hospitalizados en el Servicio de Medicina Interna del Hospital III Goyeneche.

Segunda.- Se encontró una frecuencia de depresión de 3.53% en los pacientes hospitalizados en el Servicio de Medicina Interna del Hospital III Goyeneche.

Tercera.- Se encontró relación entre el uso de medicación, el antecedente de enfermedad mental familiar y el motivo de ingreso en la presencia de ansiedad, la medicación habitual y el motivo de ingreso en la presencia de depresión en los pacientes hospitalizados en el Servicio de Medicina Interna del Hospital III Goyeneche.

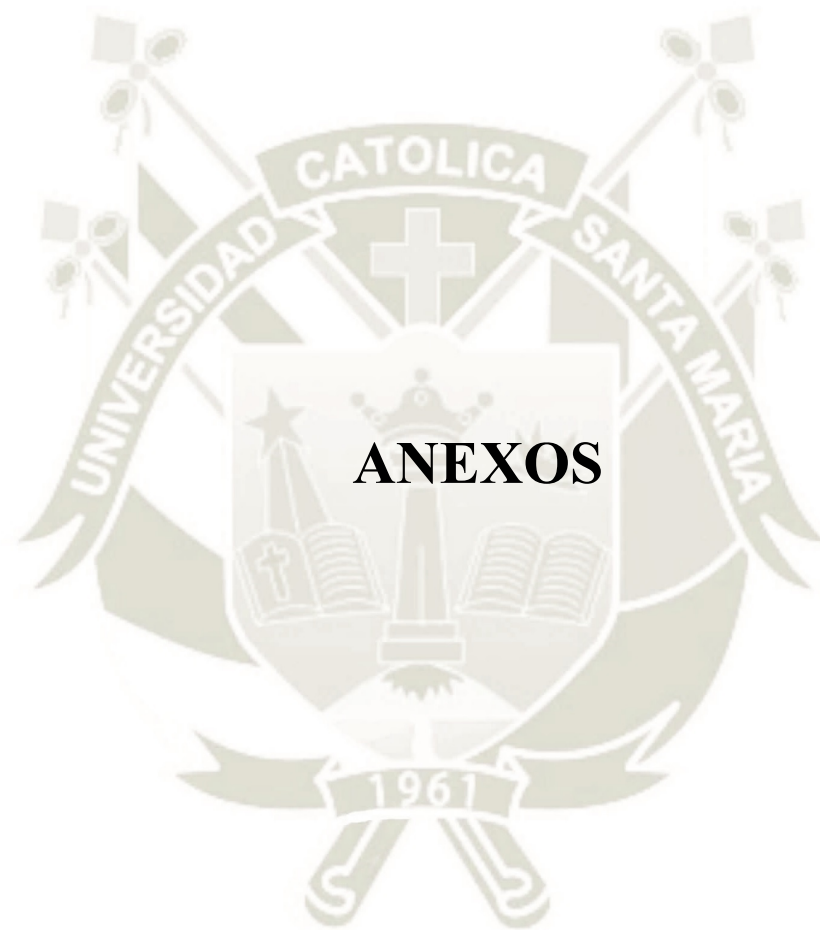


RECOMENDACIONES

- 1) Al servicio de Medicina Interna del Hospital Goyeneche, se recomienda capacitar al personal médico para la captación de los posibles casos de pacientes hospitalizados con cuadros de ansiedad y/o depresión.
- 2) Al Jefe del Servicio de Psiquiatría del Hospital Goyeneche, se recomienda elaborar un plan preventivo promocional dirigido a los pacientes hospitalizados del Servicio de Medicina Interna del Hospital Goyeneche.
- 3) A la Oficina de Capacitación del Hospital Goyeneche, se recomienda realizar cursos sobre ansiedad y depresión.
- 4) A la Universidad Católica de Santa María, se recomienda brindar conocimiento sobre la importancia de la salud mental frente al proceso de recuperación en el paciente hospitalizado.

REFERENCIAS BIBLIOGRÁFICAS

1. Barriguete Meléndez JA, Pérez Bustinzar AR, De la Vega Morales RI, Barriguete Chávez-Peón P, Rojo Moreno L. Validación de la Escala Hospitalaria de Ansiedad y Depresión en población mexicana con trastorno de la conducta alimentaria. *RevMex de trastoraliment.* 2017; 8(2): p. 123-130. Obtenido de: http://www.scielo.org.mx/scielo.php?pid=S2007-15232017000200123&script=sci_arttext&tlng=en.
2. Costas M, Prado V, Crespo J. Ansiedad Y Depresión Entre Los Pacientes Hospitalizados En El Complejo Hospitalario De Ferrol. *Revista Iberoamericana De Psicopatología Clínica.* 2013; 107: p. 16-22. Obtenido de: <https://dialnet.unirioja.es/servlet/articulo?codigo=4394399>.
3. Contreras E. Factores Asociados A La Ansiedad Y Depresión Hospitalaria En Pacientes Ingresados Al Servicio De Medicina Interna Del Centro Médico Naval “Cirujano Mayor Santiago Távora” Octubre-Diciembre 2017 Lima. Universidad Nacional Privada Ricardo Palma; 2018. [Tesis para optar el título profesional de Médico cirujano]. Obtenido de: <http://repositorio.urp.edu.pe/handle/URP/1208>.
4. Beltrán K. Prevalencia Y Factores De Riesgo De Ansiedad Y Depresión En Pacientes Con Cáncer Que Asisten A Consultorio Externo De Un Hospital, Arequipa 2019. Universidad Nacional De San Agustín; 2019. [Tesis para optar el título profesional de Médico cirujano].
5. Salazar 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 Nacional Privada Ricardo Palma; 2015. [Tesis para optar el título profesional de Médico cirujano]. Obtenido de: <http://repositorio.urp.edu.pe/handle/urp/454>.
6. Bichara V, Santillán J, De Rosa R, Estofan L. Depresión en insuficiencia cardíaca crónica: causa o consecuencia. *Revista Insuficiencia Cardíaca.* 2016; 11(4): p. 173-200. Obtenido de: <https://www.redalyc.org/pdf/3219/321948417004.pdf>.



Anexo 1:
Ficha de recolección de datos

FICHA N°	FECHA:	
<p>Tómese unos breves minutos para rellenar este cuestionario y lea bien las preguntas respondiendo con la verdad. Toda información que se proporcionará en esta encuesta será trata de forma confidencial para la investigación.</p>		
1. Edad	_____ años	
2. Sexo	<input type="checkbox"/> Hombre	<input type="checkbox"/> Mujer
3. Grado de instrucción	<input type="checkbox"/> Analfabeto	<input type="checkbox"/> Secundaria
	<input type="checkbox"/> Primaria	<input type="checkbox"/> Superior
4. Estado Civil	<input type="checkbox"/> Soltero	<input type="checkbox"/> Casado
	<input type="checkbox"/> Conviviente	<input type="checkbox"/> Viudo
	<input type="checkbox"/> Divorciado	
5. Ocupación	<input type="checkbox"/> Estudiante	<input type="checkbox"/> Desempleado
	<input type="checkbox"/> Trabajador	
6. Procedencia	<input type="checkbox"/> Rural	<input type="checkbox"/> Urbano
7. ¿Recibe usted apoyo de sus familiares?	<input type="checkbox"/> Sí	<input type="checkbox"/> No
8. ¿Recibe usted algún medicamento?	<input type="checkbox"/> Sí	<input type="checkbox"/> No
9. Tiempo de hospitalización	_____ días	
10. Antecedentes de hospitalización	<input type="checkbox"/> Sí	<input type="checkbox"/> No
10. Antecedentes de enfermedad mental familiar	<input type="checkbox"/> Sí	<input type="checkbox"/> No

Anexo 2.

Cuestionario “Escala Hospitalaria de Ansiedad y Depresión (HADS)”

1. Me siento tenso o nervioso:
 - (0) Nunca
 - (1) A veces
 - (2) Muchas veces
 - (3) Todos los días

2. Me siento lento y torpe:
 - (0) Nunca
 - (1) A veces
 - (2) A menudo
 - (3) Gran parte del día

3. Sigo disfrutando de las cosas como siempre:
 - (0) Ciertamente igual que antes
 - (1) No tanto como antes
 - (2) Solamente un poco
 - (3) Ya no disfruto con nada

4. Tengo sensación de miedo como de “aleteo” en el estómago:
 - (0) Nunca
 - (1) En ciertas ocasiones
 - (2) Con bastante frecuencia
 - (3) Muy a menudo

5. Tengo una sensación de miedo, como si algo horrible me fuera suceder:
 - (0) Totalmente, y es muy frecuente
 - (1) Sí, pero no es muy fuerte
 - (2) Un poco pero no me preocupa
 - (3) Nada

6. He perdido el interés por mi aspecto personal:
 - (0) Me cuido como siempre lo he hecho
 - (1) Es posible que no me cuido como debiera
 - (2) No me cuido como debería hacerlo
 - (3) Completamente

7. Soy capaz de reírme y ver el lado gracioso de las cosas:
 - (0) Igual que siempre
 - (1) Actualmente algo menos
 - (2) Actualmente mucho menos
 - (3) Actualmente en absoluto

8. Me siento inquieto como si no pudiera para de moverme:

- (0) Nada
 - (1) No mucho
 - (2) Bastante
 - (3) Mucho
9. Tengo mi mente llena de preocupaciones:
- (0) Sólo en ocasiones
 - (1) A veces, aunque no muy a menudo
 - (2) Con bastante frecuencia
 - (3) La mayoría de veces
10. Espero las cosas con ilusión:
- (0) Como siempre
 - (1) Algo menos que antes
 - (2) Mucho menos que antes
 - (3) En absoluto
11. Me siento alegre:
- (0) Nunca
 - (1) Muy pocas veces
 - (2) En algunas ocasiones
 - (3) Gran parte del día
12. Me asaltan sentimientos repentinos de pánico:
- (0) Nada
 - (1) No muy a menudo
 - (2) Bastante a menudo
 - (3) Muy frecuentemente
13. Puedo sentarme tranquilamente y sentirme relajado:
- (0) Siempre
 - (1) Por lo general
 - (2) No muy a menudo
 - (3) Nunca
14. Soy capaz de disfrutar con un buen libro o con un buen programa de radio o televisión:
- (0) A menudo
 - (1) Algunas veces
 - (2) Pocas veces
 - (3) Casi nunca

Fuente: Barriguete Meléndez JA, Pérez Bustinzar AR, De la Vega Morales RI, Barriguete Chávez-Peón P, Rojo Moreno L, 2017

Anexo 3.

Consentimiento informado

Por intermedio de este documento se le solicita a usted que participe en esta investigación, que tiene como objetivo determinar los factores asociados a la presencia de ansiedad y depresión en pacientes hospitalizados en el Servicio de Medicina Interna en el Hospital III Goyeneche durante el mes de Febrero 2020.

PARTICIPACIÓN VOLUNTARIA

Su participación es totalmente voluntaria y puede retirarse del estudio sin que deba dar razones para ello, en cualquier momento.

PROCEDIMIENTOS

1. Se realizará una encuesta con preguntas sobre factores sociodemográficos y clínicos.
2. Se realizará una encuesta para la Escala Hospitalaria de ansiedad y depresión.
3. Finalmente, se evaluarán los resultados obtenidos en las encuestas.

RIESGOS

No existe ningún riesgo al participar de este estudio

COSTOS

El participar en este estudio no tiene costos económicos para usted.

BENEFICIOS

De participar del estudio, usted estará contribuyendo a identificar los factores que con más frecuencia están relacionados a los síntomas de ansiedad y depresión en pacientes hospitalizados en el Servicio de Medicina Interna del Hospital Goyeneche durante el mes de Febrero del 2020.

CONFIDENCIALIDAD

Los datos obtenidos serán de carácter confidencial, se guardará el anonimato.

CONTACTO

Si durante la realización de las encuestas usted tiene alguna pregunta, puede dirigirse al investigador para que le responda sus dudas acerca del estudio.

Anexo 4.

Declaración de Consentimiento informado

Yo, _____,
identificado(a) con DNI N° _____, he sido informado sobre la investigación que se realiza en el Hospital Goyeneche sobre los factores asociados la presencia de ansiedad y depresión en pacientes hospitalizados en el Servicio De Medicina Interna, así como la importancia de mi participación no suponiendo riesgo para mi salud.

La información que será obtenida a través de este estudio será confidencial. La participación es voluntaria, y comprendo que si no veo por conveniente seguir con mi participación tengo el derecho de retirar el consentimiento en cualquier momento.

Por lo expuesto anteriormente, acepto voluntariamente colaborar en la investigación, por lo que firmo el presente documento de consentimiento informado.

FIRMA DEL PACIENTE

FECHA:

Anexo 5.

Solicitud de autorización

**SOLICITO: AUTORIZACIÓN PARA EL
DESARROLLO DE ENCUESTAS A
PACIENTES HOSPITALIZADOS EN EL
SERVICIO DE MEDICINA INTERNA**

**SEÑOR CHRISTHIAN FÉLIX NOVA PALOMINO
DIRECTOR GENERAL DEL HOSPITAL III GOYENECHÉ**

Yo, **ANA LUCIA SANCHEZ
CONTRERAS**, identificada con DNI N°
72667950, Egresada de la Escuela Profesional
de Medicina Humana de la Universidad
Católica de Santa María, que habiendo
terminado mi Internado Médico en Diciembre
2019 en el hospital que Usted dirige, me
presento y digo con el debido respeto:

Que deseando optar mi Título Profesional de
Médico Cirujano, presento ante su despacho mi Proyecto de Tesis Titulado: “FACTORES
ASOCIADOS A LA PRESENCIA DE ANSIEDAD Y DEPRESIÓN EN PACIENTES
HOSPITALIZADOS EN EL SERVICIO DE MEDICINA INTERNA DEL HOSPITAL III
GOYENECHÉ – FEBRERO 2020”, solicito su autorización para la realización de encuestas
a los pacientes hospitalizados en el Servicio de Medicina Interna durante el mes de Febrero
del presente año.

Adjunto: 01 ejemplar del Proyecto de Tesis.

POR LO EXPUESTO:

Agradeciendo de antemano la atención
prestada a la presente, ruego a usted acceder a mi solicitud.

Arequipa, 05 de Febrero del 2020

**ANA LUCIA SANCHEZ CONTRERAS
DNI N°72667950**

Anexo 6.

Aprobación de la solicitud de autorización



GOBIERNO REGIONAL
AREQUIPA



"AÑO DE LA UNIVERSALIZACIÓN DE LA SALUD"


PROVEIDO DE AUTORIZACION N° 028-2020-GRA/GRS/GR-HG-DG-OADI.-

Visto el DOC: 02877616; EXP: 01902973-2020, con Informe de aceptación N° 140-2020 de la Jefatura del Departamento de Medicina y con el visto bueno de la Oficina de Apoyo a la Docencia e Investigación, esta Dirección AUTORIZA que la señorita:

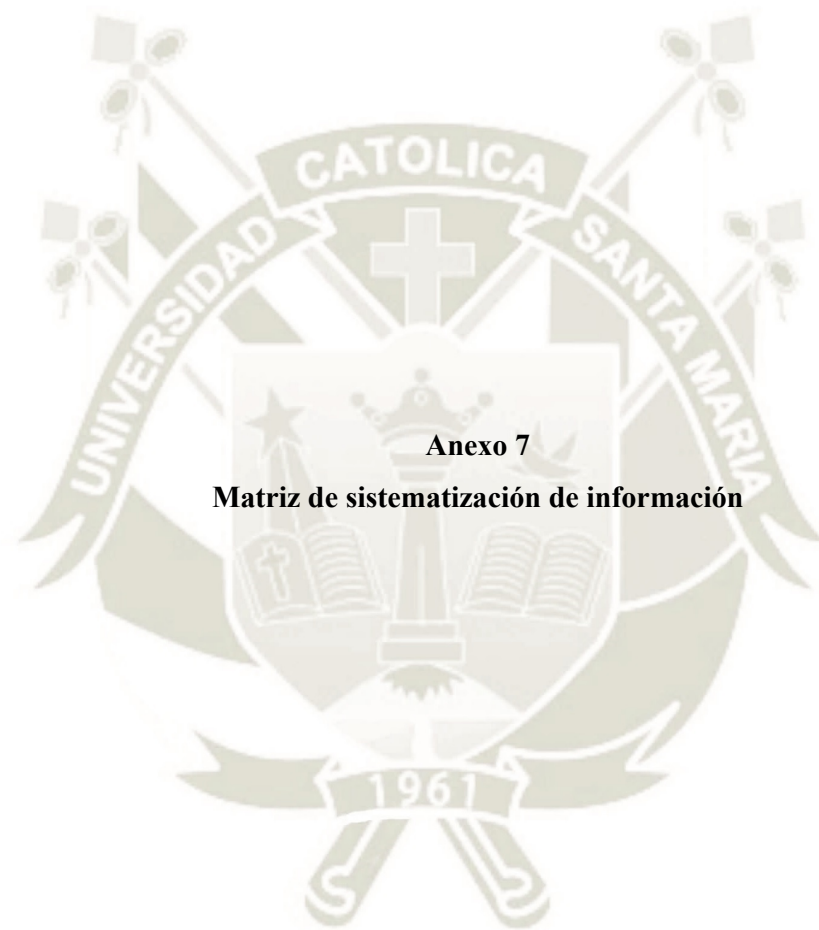
ANA LUCIA SANCHEZ CONTRERAS

Egresada de Medicina Humana de la Universidad Católica de Santa María-Arequipa; recabe información, aplicando el Instrumento de Estudio, para realizar su trabajo de investigación titulado, "FACTORES ASOCIADOS A LOS SINTOMAS DE ANSIEDAD Y DEPRESIÓN EN PACIENTES HOSPITALIZADOS EN EL SERVICIO DE MEDICINA INTERNA DEL HOSPITAL III GOYENECHÉ-FEBRERO DEL 2020." Según informa el jefe del Departamento de Medicina del Hospital III Goyeneche.

Arequipa, 17 de Febrero del 2020

GOBIERNO REGIONAL DE AREQUIPA
GERENCIA REGIONAL DE SALUD
HOSPITAL III GOYENECHÉ

Mg. Christiana Nova Palomino
Directora General
C.M.P. N° 44375


CNP/BBP/cam
Cc. Arcijo
DOC: 02883970
EXP: 01907065



Anexo 7

Matriz de sistematización de información

Ficha N°	Edad	Sexo	Grado de instrucción	Estado Civil	Ocupación	Procedencia	Apoyo de familiares	Recibe medicación	Tiempo de hospitalización	Antecedentes de hospitalización	Antecedentes de enfermedad mental familiar	HADS		Diagnósticos
												Ansiedad	Depresión	
1	33	Masculino	Superior	Soltero	Trabajador	Rural	Sí	No	3	No	No	6	2	Pancreatitis aguda
2	43	Masculino	Secundaria	Casado	Trabajador	Urbano	No	No	5	Sí	No	12	7	Insuficiencia respiratoria aguda
3	72	Masculino	Primaria	Conviviente	Desempleado	Rural	Sí	Sí	3	Si	No	4	2	Hipertensión arterial
4	24	Masculino	Secundaria	Soltero	Estudiante	Urbano	Sí	No	2	No	No	12	5	Infección por VIH
5	33	Masculino	Secundaria	Conviviente	Desempleado	Urbano	Sí	No	2	No	No	7	3	Gastroenteritis
6	80	Masculino	Analfabeto	Viudo	Desempleado	Rural	Sí	No	3	No	No	6	2	Insuficiencia respiratoria aguda
7	46	Masculino	Secundaria	Soltero	Trabajador	Urbano	Sí	Sí	3	Sí	Sí	8	6	Diabetes Mellitus II
8	29	Masculino	Superior	Soltero	Trabajador	Urbano	Sí	No	2	No	No	4	2	Pancreatitis aguda
9	64	Masculino	Secundaria	Casado	Trabajador	Urbano	Sí	No	4	Si	No	5	2	Insuficiencia cardiaca
10	21	Masculino	Secundaria	Soltero	Estudiante	Urbano	Sí	Sí	4	No	No	8	2	Pancreatitis Aguda
11	54	Masculino	Primaria	Casado	Trabajador	Rural	Sí	Sí	2	No	No	7	3	Hipertensión arterial
12	27	Masculino	Secundaria	Soltero	Desempleado	Urbano	No	No	3	No	Sí	14	11	Insuficiencia respiratoria aguda
13	66	Masculino	Superior	Casado	Desempleado	Urbano	Sí	Sí	5	Sí	No	11	8	Diabetes Mellitus II
14	62	Masculino	Secundaria	Conviviente	Desempleado	Urbano	Sí	Sí	4	Si	No	7	3	Diabetes Mellitus II
15	40	Masculino	Superior	Conviviente	Trabajador	Urbano	Sí	No	2	No	No	5	2	Insuficiencia renal aguda
16	35	Masculino	Superior	Casado	Trabajador	Urbano	Sí	No	2	No	No	4	1	Gastroenteritis
17	71	Masculino	Primaria	Viudo	Desempleado	Rural	Sí	No	3	Si	No	5	1	Insuficiencia respiratoria aguda
18	51	Masculino	Secundaria	Divorciado	Trabajador	Urbano	Sí	No	3	Sí	No	8	11	Insuficiencia cardiaca
19	28	Masculino	Secundaria	Soltero	Trabajador	Urbano	No	No	2	No	No	6	2	Gastroenteritis
20	78	Masculino	Primaria	Viudo	Desempleado	Rural	Sí	Sí	3	Si	No	4	6	Diabetes Mellitus II
21	23	Masculino	Secundaria	Soltero	Estudiante	Urbano	Sí	No	2	Sí	Sí	6	4	Pancreatitis Aguda
22	60	Masculino	superior	Conviviente	Trabajador	Urbano	Sí	No	2	No	No	5	2	Policitemia
23	80	Masculino	Primaria	Soltero	Desempleado	Rural	Sí	No	3	Si	No	5	2	Insuficiencia respiratoria aguda
24	50	Masculino	Secundaria	Soltero	Desempleado	Urbano	Sí	Sí	3	Si	No	9	4	Diabetes Mellitus II
25	48	Masculino	Secundaria	Conviviente	Trabajador	Urbano	Sí	No	2	No	No	4	4	Hipertiroidismo
26	63	Masculino	Primaria	Casado	Trabajador	Urbano	Sí	No	4	No	No	4	3	Cirrosis Hepática
27	66	Masculino	Primaria	Soltero	Desempleado	Urbano	Sí	Sí	4	Sí	No	8	6	Diabetes Mellitus II
28	22	Masculino	Secundaria	Soltero	Estudiante	Urbano	Sí	No	4	No	No	9	5	Infección por VIH
29	52	Masculino	Secundaria	Divorciado	Trabajador	Urbano	Sí	No	5	No	No	5	2	Cirrosis Hepática
30	18	Masculino	Secundaria	Soltero	Desempleado	Urbano	No	No	2	No	No	5	1	Gastroenteritis
31	82	Masculino	Analfabeto	Conviviente	Desempleado	Rural	Sí	No	2	Si	No	6	2	Insuficiencia respiratoria aguda
32	71	Masculino	Primaria	Viudo	Desempleado	Urbano	Sí	No	3	Si	No	6	2	Insuficiencia cardiaca
33	21	Masculino	Secundaria	Soltero	Estudiante	Urbano	Sí	Sí	2	Si	Sí	12	5	Infección por VIH
34	25	Masculino	Secundaria	Soltero	Trabajador	Urbano	Sí	No	2	No	No	6	1	Pancreatitis aguda
35	51	Masculino	Primaria	Casado	Trabajador	Rural	No	Sí	4	Si	No	8	2	Hemorragia Digestiva Alta
36	74	Masculino	Analfabeto	Conviviente	Desempleado	Rural	Sí	Sí	2	Si	Sí	12	6	Diabetes Mellitus II
37	80	Masculino	Analfabeto	Viudo	Desempleado	Rural	Sí	No	5	No	No	6	3	Insuficiencia respiratoria aguda
38	75	Masculino	Primaria	Casado	Desempleado	Urbano	Sí	Sí	2	Si	No	9	4	Hipertensión arterial
39	33	Masculino	Superior	Conviviente	Trabajador	Urbano	Sí	No	2	Si	No	5	1	Pancreatitis aguda
40	56	Masculino	Superior	Divorciado	Trabajador	Urbano	Sí	Sí	2	No	No	8	4	Diabetes Mellitus II
41	25	Masculino	Secundaria	Conviviente	Estudiante	Urbano	Sí	No	2	No	No	5	1	Gastroenteritis
42	63	Masculino	Primaria	Conviviente	Desempleado	Rural	No	No	3	No	No	6	3	Cirrosis Hepática
43	54	Masculino	Primaria	Casado	Trabajador	Urbano	Sí	No	3	Si	No	5	2	Cirrosis Hepática
44	27	Masculino	Secundaria	Conviviente	Trabajador	Urbano	Sí	No	2	No	No	7	4	Infección por VIH
45	48	Masculino	Secundaria	Conviviente	Trabajador	Urbano	Sí	No	2	No	No	4	2	Gastroenteritis
46	47	Masculino	Secundaria	Soltero	Estudiante	Urbano	Sí	Sí	4	Si	No	7	3	Diabetes Mellitus II

Ficha N°	Edad	Sexo	Grado de instrucción	Estado Civil	Ocupación	Procedencia	Apoyo de familiares	Recibe medicamento	Tiempo de hospitalización	Antecedentes de hospitalización	Antecedentes de enfermedad mental familiar	HADS		Diagnósticos
												Ansiedad	Depresión	
47	46	Masculino	Superior	Soltero	Trabajador	Urbano	Sí	Sí	3	Sí	No	9	4	Hipertensión arterial
48	77	Masculino	Primaria	Viudo	Desempleado	Urbano	Sí	No	2	No	No	6	3	Insuficiencia respiratoria aguda
49	76	Masculino	Primaria	Soltero	Desempleado	Urbano	Sí	Sí	2	Sí	No	7	4	Hemorragia Digestiva Alta
50	43	Femenino	Secundaria	Conviviente	Trabajador	Urbano	Sí	Sí	3	Sí	No	10	8	Diabetes Mellitus II
51	36	Femenino	Superior	Soltero	Trabajador	Urbano	Sí	No	2	No	No	5	3	Gastroenteritis
52	69	Femenino	Primaria	Casado	Desempleado	Rural	Sí	No	2	No	No	6	2	Insuficiencia respiratoria aguda
53	32	Femenino	Secundaria	Conviviente	Trabajador	Urbano	Sí	Sí	4	Sí	No	14	4	Lupus Eritematoso Sistémico
54	63	Femenino	Secundaria	Conviviente	Desempleado	Urbano	Sí	No	3	No	No	6	3	Cirrosis Hepática
55	67	Femenino	Superior	Casado	Desempleado	Urbano	Sí	No	2	Sí	No	6	3	Insuficiencia respiratoria aguda
56	42	Femenino	Secundaria	Casado	Trabajador	Urbano	Sí	No	2	No	No	5	1	Pancreatitis aguda
57	74	Femenino	Primaria	Viudo	Desempleado	Urbano	Sí	No	5	Sí	No	5	2	Insuficiencia renal aguda
58	41	Femenino	Secundaria	Soltero	Trabajador	Urbano	Sí	No	3	No	No	6	4	Gastroenteritis
59	38	Femenino	Superior	Soltero	Trabajador	Urbano	No	No	2	Sí	No	9	3	Pancreatitis aguda
60	28	Femenino	Secundaria	Soltero	Trabajador	Urbano	Sí	No	2	No	No	8	4	Pancreatitis aguda
61	55	Femenino	Superior	Soltero	Desempleado	Urbano	Sí	Sí	4	Sí	No	6	2	Hipertensión arterial
62	44	Femenino	Superior	Conviviente	Trabajador	Urbano	Sí	Sí	4	Sí	No	5	7	Diabetes Mellitus II
63	32	Femenino	Secundaria	Conviviente	Desempleado	Urbano	Sí	No	2	No	No	9	2	Pancreatitis aguda
64	72	Femenino	Analfabeto	Soltero	Desempleado	Rural	Sí	No	6	Sí	No	5	3	Insuficiencia respiratoria aguda
65	55	Femenino	Analfabeto	Viudo	Desempleado	Rural	Sí	No	2	Sí	No	6	2	Cirrosis Hepática
66	36	Femenino	Secundaria	Soltero	Desempleado	Urbano	Sí	No	2	No	No	7	4	Pancreatitis aguda
67	41	Femenino	Secundaria	Conviviente	Desempleado	Urbano	Sí	Sí	3	Sí	No	4	1	Hipotiroidismo
68	54	Femenino	Primaria	Conviviente	Trabajador	Urbano	Sí	Sí	2	Sí	No	5	2	Hipertensión arterial
69	70	Femenino	Primaria	Conviviente	Desempleado	Rural	Sí	Sí	3	Sí	No	5	2	Hemorragia Digestiva Alta
70	43	Femenino	Superior	Soltero	Trabajador	Urbano	Sí	No	4	No	No	5	3	Linfoma cutáneo
71	54	Femenino	Superior	Soltero	Trabajador	Urbano	Sí	Sí	2	Sí	No	6	3	Hipertensión arterial
72	45	Femenino	Superior	Casado	Trabajador	Urbano	Sí	No	2	No	Sí	12	5	Diabetes Mellitus II
73	62	Femenino	Secundaria	Casado	Trabajador	Urbano	Sí	Sí	6	Sí	No	6	3	Diabetes Mellitus II
74	67	Femenino	Secundaria	Soltero	Desempleado	Rural	Sí	Sí	2	Sí	No	5	4	Hipertensión arterial
75	23	Femenino	Secundaria	Soltero	Estudiante	Urbano	No	No	5	No	No	6	3	Lupus Eritematoso Sistémico
76	37	Femenino	Superior	Conviviente	Trabajador	Urbano	Sí	Sí	2	Sí	No	7	8	Hipertiroidismo
77	51	Femenino	Primaria	Casado	Desempleado	Urbano	Sí	No	2	Sí	No	5	4	Cirrosis hepática
78	54	Femenino	Secundaria	Conviviente	Divorciado	Urbano	Sí	No	3	No	No	8	9	Diabetes Mellitus II
79	60	Femenino	Superior	Casado	Trabajador	Urbano	Sí	Sí	2	Sí	No	6	6	Hipertensión arterial
80	48	Femenino	Secundaria	Soltero	Desempleado	Urbano	No	Sí	2	Sí	Sí	14	8	Hipertiroidismo
81	34	Femenino	Superior	Conviviente	Trabajador	Urbano	Sí	No	3	No	No	6	4	Pancreatitis aguda
82	22	Femenino	Secundaria	Soltero	Estudiante	Urbano	Sí	No	4	No	No	11	11	Infección por VIH
83	59	Femenino	Primaria	Casado	Trabajador	Urbano	Sí	Sí	3	Sí	No	6	10	Diabetes Mellitus II
84	46	Femenino	Superior	Conviviente	Trabajador	Urbano	Sí	No	2	No	No	5	6	Pancreatitis aguda
85	43	Femenino	Superior	Casado	Trabajador	Urbano	Sí	No	3	No	No	6	7	Infección por VIH



Anexo 8
Proyecto de investigación

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



**FACTORES ASOCIADOS A LA PRESENCIA DE ANSIEDAD Y DEPRESIÓN EN
PACIENTES HOSPITALIZADOS EN EL SERVICIO DE MEDICINA INTERNA
DEL HOSPITAL III GOYENECHÉ – FEBRERO DEL 2020**

Proyecto de tesis presentada por la

Bachiller:

Sánchez Contreras, Ana Lucía

para optar el Título Profesional de:

Médico Cirujana

Asesor:

Dra. Gloria Llaza Loayza

Arequipa - Perú

2020

**FACTORES ASOCIADOS A LA PRESENCIA DE ANSIEDAD Y
DEPRESIÓN EN PACIENTES HOSPITALIZADOS EN EL SERVICIO DE
MEDICINA INTERNA DEL HOSPITAL III GOYENECHÉ – FEBRERO
DEL 2020**

I. PREÁMBULO

Los casos de trastornos mentales como la ansiedad y depresión están en aumento en todo el mundo desde los últimos treinta años, siendo en la actualidad un importante problema de salud pública, reconocidos así por gobiernos nacionales e internacionales.

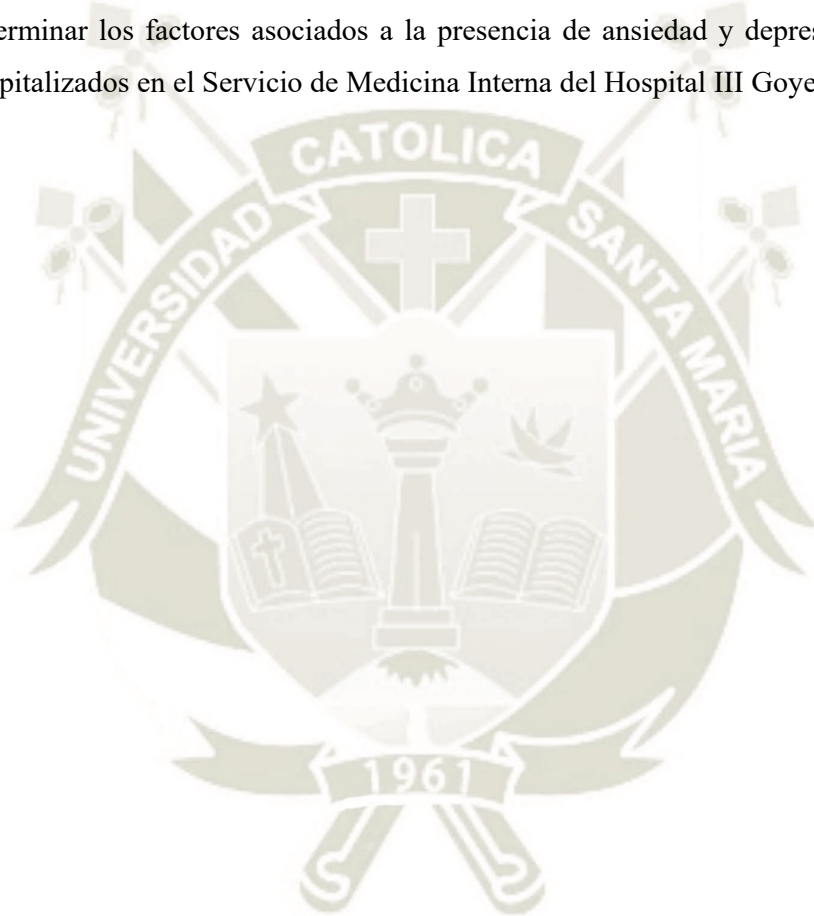
Se estima que aproximadamente 10% de la población mundial padece de estos trastornos psiquiátricos, observándose con mayor frecuencia en personas jóvenes y más aún en mujeres en comparación a los varones. En el Perú, cerca del 20% de las personas han padecido de ansiedad y depresión en algún momento de su vida, pero a pesar de esta cifra no se da la atención de salud mental que se necesita en estos casos porque la atención de salud en nuestro país se enfoca a tratar más las enfermedades orgánicas para evitar la mortalidad de su población.

La ansiedad y la depresión son considerados trastornos del ánimo, la primera puede describirse como un sentimiento de inquietud y preocupación por un evento anticipado que puede ir acompañado de síntomas físicos como palpitaciones, sudoraciones, temblores, entre otros; mientras que la segunda, se caracteriza por un sentimiento persistente de tristeza y pérdida de interés que podría afectar su vida cotidiana. Estas emociones negativas son distintas sin embargo, una persona puede presentar ambas a la misma vez.

La desventaja de estos trastornos mentales en los pacientes es que repercuten en la evolución de la enfermedad, en el cumplimiento del tratamiento y la recuperación ya que se conoce que la ansiedad por sí sola afecta el sistema inmune de la persona haciéndola más vulnerable frente a las infecciones y más aún, la depresión altera negativamente en el curso de la enfermedad. Muchas veces la ansiedad y la depresión no son detectadas por el personal médico o no se les da la debida importancia, o peor aún, las personas desconocen los síntomas. Por lo que es necesario tener conocimiento de dichas alteraciones para posteriormente implementar estrategias dirigidas a la atención integral de los pacientes para una mejor calidad en la atención en los servicios de salud en un

hospital. El Hospital Goyeneche cuenta con Servicios de Psicología y Psiquiatría donde acuden muchas personas con problemas de salud mental para ser atendidos, la mayoría de ellos por no decir en su totalidad, son conscientes de su enfermedad psiquiátrica. No obstante, se desconoce la condición de salud mental de los pacientes hospitalizados así como los factores sociodemográficos o clínicos que puedan entorpecer a la recuperación del paciente.

Es por dichas razones que el presente trabajo de investigación tiene como objetivo determinar los factores asociados a la presencia de ansiedad y depresión en pacientes hospitalizados en el Servicio de Medicina Interna del Hospital III Goyeneche.



II. PLANTEAMIENTO TEÓRICO

1. PROBLEMA DE INVESTIGACIÓN

1.1. Enunciado del Problema

¿Cuáles son los factores asociados a la presencia de ansiedad y depresión que presentan los pacientes hospitalizados en el Servicio de Medicina Interna del Hospital III Goyeneche?

1.2. Descripción del problema

1.2.1. Área del conocimiento

- Área general: Ciencias de la Salud.
- Área específica: Medicina Humana.
- Especialidad: Psiquiatría.
- Línea: Psiquiatría de enlace.

1.2.2. Operacionalización de Variables

Variable	Indicador	Unidad/ Categoría	Escala	
Ansiedad y Depresión	Ansiedad	-Normal: < 7 -Caso probable: 8 - 10 -Problema clínico: >11	Nominal	
	Depresión	-Normal: < 7 -Caso probable: 8 - 10 -Problema clínico: >11	Nominal	
Escala Hospitalaria de Ansiedad y Depresión (HADS)	Edad	Encuesta	Mayores de 18 años	Discreto
	Sexo	Encuesta	- Femenino - Masculino	Nominal
	Grado de Instrucción	Encuesta	- Analfabeto - Primaria - Secundaria - Superior	Ordinal
	Estado Civil	Encuesta	- Soltero - Conviviente	Nominal

Factores sociodemográficos y clínicos asociados			- Casado - Viudo - Divorciado	
	Ocupación	Encuesta	- Estudiante - Trabajador - Desempleado	Nominal
	Procedencia	Encuesta	- Urbano - Rural	Nominal
	Apoyo de familiares	Encuesta	- Sí - No	Nominal
	Días de Hospitalización	Encuesta	Número de días	Discreto
	Diagnóstico	Historia Clínica		Nominal
	Tratamiento farmacológico	Historia Clínica		Nominal
	Antecedente de hospitalización	Encuesta	- Sí - No	Nominal
	Antecedentes de enfermedad mental familiar	Encuesta	- Sí - No	Nominal

1.2.3. Interrogantes básicas

- a) ¿Cuál es la frecuencia de personas valoradas con ansiedad según la Escala de Depresión y Ansiedad Hospitalaria en Pacientes hospitalizados en el Servicio de Medicina Interna del Hospital III Goyeneche?
- b) ¿Cuál es la frecuencia de personas valoradas con depresión según la Escala de Depresión y Ansiedad Hospitalaria en Pacientes hospitalizados en el Servicio de Medicina Interna del Hospital III Goyeneche?

c) ¿Qué relación hay entre los factores asociados y la presencia de ansiedad y/o depresión en estos pacientes?

1.2.4. Tipo de Investigación:

Estudio descriptivo de corte transversal.

1.2.5. Nivel de investigación:

Descriptivo

1.3. Justificación del problema

1.3.1. Justificación Científica

Esta investigación nos dará a conocer la importancia de estos problemas de salud pública en nuestra población, la ansiedad y la depresión nos afecta tanto como al resto del mundo. Se debe de detectar oportunamente los estados de ánimo de depresión y ansiedad en pacientes hospitalizados, esto con el propósito de mejorar la recuperación del paciente, reducir la vulnerabilidad a diversas enfermedades.

1.3.2. Justificación Humana

La importancia de identificar los factores asociados a la ansiedad y/o depresión es que teniendo conocimiento de éstos, tanto el personal de salud, la familia o el entorno del paciente puede brindar una mejor calidad de vida a estos pacientes.

1.3.3. Justificación Social

En nuestro país, los casos de ansiedad y depresión están en acrecentamiento, la mayoría de las personas que se encuentran hospitalizadas por una enfermedad orgánica de base desconocen el estado de su salud mental por lo que sería necesario diagnosticar con el finalidad de mejorar la recuperación del paciente.

1.3.4. Factibilidad

La realización de esta investigación es factible por ser un estudio con una determinada población y en un tiempo establecido, con el llenado de fichas de recolección de datos por parte de los pacientes, revisión de las historias clínicas para más detalle, además de ser un estudio con diseño prospectivo.

1.3.5. Interés personal

Satisface de manera integral la motivación personal, ya que se trata de una investigación realizada en el área de salud mental, que aportará con la determinación de la problemática de salud mental actual que significa la ansiedad y depresión en nuestra sociedad. Además de identificar y tratar la ansiedad y/o depresión en estos pacientes resultaría en la mejora de la recuperación de su salud.

2. MARCO TEÓRICO

2.1. Ansiedad

2.1.1. Definición

La ansiedad es definida como un sentimiento terror, de miedo que se percibe como una señal de alerta ante una situación amenazadora, ésta generalmente desconocida por la persona. Cabe mencionar que la ansiedad no se considera una enfermedad debido a que es necesaria para la sobrevivencia de ciertos riesgos ya que como se mencionó anteriormente pone al sujeto en alerta (1). La ansiedad es una emoción similar al miedo pero se diferencia de éste en que, en el miedo hay un sentimiento inquietud ante un peligro presente, mientras la ansiedad se relaciona con la antelación de peligros no definidos y no previsibles (2).

2.1.2. Epidemiología

En el año 2015, según la OMS, se estima que el 3,6% de la población mundial padecía de ansiedad, con respecto al año 2005 hubo un incremento del 14,9%. Se da con más frecuencia en las mujeres (4,6%) a diferencia de los hombres (2,6%). En la región de las Américas se estima que el 7,7% de las mujeres padece ansiedad, mientras que en el caso de los hombres es un 3,6%. Brasil es el país de Latinoamérica que más desórdenes de ansiedad padece (9,3% de la población); seguido de Paraguay (7,6%); Chile (6,5%); Uruguay (6,4%); Argentina (6,3%); Cuba (6,1%) y Colombia (5,8%). Perú y República Dominicana (5,7%); Ecuador (5,6%) (3).

En el Perú, el Ministerio de Salud (MINSA) señala que cuatro de cada diez peruanos padecen de algún problema de salud mental a lo largo de su vida, relacionado a la ansiedad, depresión, adicción, entre otros. Según estadísticas del

MINSA, **la ansiedad** se presenta en todos los sectores socioeconómicos con incidencia en Lima, Arequipa, Cusco, La Libertad y Callao (4).

2.1.3. Etiología

La ansiedad es una condición hereditaria con una heredabilidad de 30% aproximadamente. Dentro del espectro de la ansiedad, está estrechamente relacionado con la ansiedad por separación infantil, la fobia social y el pánico, mientras que durante las etapas siguientes del desarrollo, se evidencia un origen genético compartido con otros trastornos (5).

Los procesos que explican cómo se generan los síntomas ansiosos se basan en hipótesis, entre las cuales destacan las siguientes: anomalías en la función respiratoria, alteración en la función del Locus Coeruleus, región anatómica del cerebro donde se concentran los neurotransmisores noradrenérgicos; disfunción serotoninérgica y adenosinérgica; tanto la noradrenalina, la serotonina y la adenosina son receptores neuronales que modulan las respuestas emocionales, afectivas y cognitivas en el cerebro.

Otras teorías de la etiología de la ansiedad proponen una alteración funcional general como en el sistema nervioso autónomo, el eje hipotálamo-hipófisis-suprarrenal, o a nivel tiroideo, entre otros (1).

2.1.4. Cuadro Clínico:

En cuanto a la sintomatología que caracteriza a la ansiedad, Kristensen, Mortensen y Mors (2009) encontraron 110 síntomas somáticos y 77 síntomas emocionales y cognitivos. Un modelo jerárquico de los síntomas físicos de la ansiedad es propuesto por los autores, a través de cinco factores de primer orden: cardiorrespiratorios, gastrointestinales, autonómico, vértigo y la tensión.

La ansiedad es determinada en su estudio en dos factores de segundo orden, en donde el primer factor está constituido por emociones y preocupaciones sociocognitivas; el miedo, la tristeza y la ira conforman las expresiones emocionales, mientras que las cogniciones se refiere a la disfunción cognitiva como lo es la dificultad para concentrarse, confusión y pérdida de control.

El segundo factor, corresponde a lo corporal, en donde se precisa el miedo a las sensaciones físicas, este factor se correlacionó con una dimensión

cardiorespiratoria de los síntomas físicos de ansiedad y defiende la hipótesis de enlaces específicos de amenaza entre los síntomas corporales y cogniciones (6).

2.1.5. Tipos de Trastornos de Ansiedad

- ❖ Trastorno de ansiedad generalizada: Este tipo de trastorno es caracterizado por la presencia de ansiedad y preocupaciones de modo desmesurado y que se mantiene así por lo menos seis meses. Esta ansiedad se asocia a tres o más de los siguientes síntomas: inquietud, fácil tendencia a estar cansado, dificultad para concentrarse, irritabilidad, tensión muscular y alteraciones del sueño.
- ❖ Mutismo selectivo: Se describe como la incapacidad persistente de comunicarse con otros en una situación social determinada en que se espera que debe hacerse sin problemas como en otras situaciones.
- ❖ Fobia específica: Se caracteriza por presentar temor persistente, excesivo y no racional, ocasionado por la presencia o antelación de un objeto o situación específicos.
- ❖ Trastorno de Ansiedad Social: Es la presencia de ansiedad o miedo intenso que se manifiesta en relación a una o más situaciones sociales en las que la persona se expone a críticas de por parte de otros. La persona teme actuar de una determinada manera y exteriorizar síntomas de ansiedad que puedan ser apreciados negativamente por los observadores.
- ❖ Trastorno de Angustia: Se caracteriza por la presencia de crisis de angustia inesperada y recurrentes, con una duración mínima de un mes de inquietud o preocupación persistente por la aparición de nuevas crisis o y/o por un cambio significativo y desadaptativo en el comportamiento que se asocie con las crisis de angustia.
- ❖ Agorafobia: Se caracteriza por presentar miedo o ansiedad ante dos o más situaciones consideradas agorafóbicas que por lo general, las personas lo evitan activamente. La persona teme o evita dichas situaciones por temor a tener dificultades para huir o recibir ayuda en caso de aparición de síntomas similares a la angustia, u otros síntomas incapacitantes o que pudieran ser motivo de vergüenza.

- ❖ Trastorno de Ansiedad generalizada: Ansiedad y preocupaciones excesivas, persistentes y que las personas tienen dificultades para controlar, sobre diversos acontecimientos o actividades y que se asocian a tres o más síntomas de sobreactivación fisiológica.
- ❖ Trastorno de ansiedad inducido por sustancias: Se caracteriza por síntomas de ansiedad que se consideran secundarios o colaterales a los efectos fisiológicos de un fármaco o droga.
- ❖ Trastorno de ansiedad debido a enfermedad médica: Presencia de síntomas de ansiedad que se consideran secundarios a los efectos fisiológicos de una enfermedad subyacente.
- ❖ Otros Trastornos de Ansiedad especificados: Es la presencia de síntomas clínicamente significativos característicos de algún Trastorno de Ansiedad que no llegan a cumplir todos los criterios diagnósticos de ninguno de esos trastornos. Se especifica la razón por la que no se cumplen todos los criterios diagnósticos.
- ❖ Trastorno de Ansiedad no especificado: Presencia de síntomas clínicamente significativos característicos de algún Trastorno de Ansiedad que no llegan a cumplir todos los criterios diagnósticos de ninguno de esos trastornos. En este trastorno de ansiedad no se especifican las causas por las que no se cumplen los criterios diagnósticos por falta de información (7,8).

En la quinta edición del Manual diagnóstico y estadístico de los trastornos mentales, los trastornos obsesivos compulsivos y trastornos por estrés agudo y trastorno post traumáticos, no están en el capítulo de los trastornos de ansiedad (9).

2.1.6. Tratamiento

En el tratamiento de la ansiedad se debe considerar el entorno familiar e individual del paciente que lo padece. El tratamiento puede incluir medicina, terapia o ambos, entre otros (10).

*** Tratamiento farmacológico**

El tratamiento farmacológico es utilizado como adyuvante de la psicoterapia y de la psicoeducación. La finalidad de la farmacoterapia es la reducción de

síntomas comórbidos y trastornos concurrentes y la prevención complicaciones.

- Antidepresivos: Como todos los inhibidores selectivos de la recaptación de serotonina (ISRS, fluoxetina, paroxetina, citalopram, escitalopram, fluvoxamina, sertralina), un inhibidor de la recaptación de noradrenalina y serotonina (IRNS, venlafaxina) y dos tricíclicos (clomipramina e imipramina)
- Beta bloqueantes: Los síntomas de hiperactividad autonómica asociada a ansiedad pueden ser manejados con propranolol.
- Benzodiazepinas: las benzodiazepinas pueden ser utilizadas para manejar síntomas intensos de ansiedad en estos pacientes.
- Antipsicóticos: Estos medicamentos han demostrado ser eficaces para reducir la morbilidad asociada a la ansiedad. Los antipsicóticos con mayor evidencia a la fecha son la risperidona y la olanzapina (11).

* **Tratamiento no farmacológico**

Diversos estudios han demostrado la importancia que posee la educación del médico en el manejo de un paciente con trastorno de ansiedad por enfermedad con intervenciones psicosociales y psicoterapia. Como también se debe animar a los pacientes a mantenerse activos, limitando así el efecto que el trastorno podría tener en su calidad de vida y su funcionamiento diario (11).

- Tratamiento cognitiva conductual
- Psicoterapia
- Terapia de grupo
- Técnicas de relajación
- Yoga
- Ejercicio regular de intensidad moderada (10,12).

2.2. Depresión

2.2.1. Definición

La depresión es un trastorno emocional que se caracteriza por cambios del humor, tristeza, disminución de la autoestima, inhibición, fatiga, insomnio, pensamientos negativos que impiden a la persona desarrollar con normalidad las actividades cotidianas (13).

2.2.2. Epidemiología

La prevalencia de los trastornos depresivos en estudios internacionales, se sitúa entre el 5-10% en la población adulta, presentándose en mujeres en un 10% al 15% y en hombres en un 5% al 12%. Se incrementa en el grupo de pacientes con alguna enfermedad física y en personas mayores alcanza un 15%. Además, el 15% de la población padece depresión en algún momento de su vida. La edad más frecuente de presentación oscila entre los 35-45 años (14).

Según La Organización Mundial de la Salud (OMS), el 4,4% de la población mundial padece de depresión. Este trastorno mental es más común entre las mujeres (5,1%) que entre los hombres (3,6%). El número de personas que sufren depresión ha incrementado un 18% entre 2005 y 2015.

Pero además, sobre todo en los países de bajos y medianos ingresos, la predisposición a sufrir desórdenes mentales va en aumento, dado que la población aumenta y la esperanza de vida también.

La mitad de los 322 millones de personas que sufren depresión viven en el Sudeste Asiático y en la región del Pacífico. En América Latina, Brasil es el país que más casos de depresión sufre: un 5,8% de prevalencia; seguido de Cuba (5,5%); Paraguay (5,2%); Chile y Uruguay (5%); Perú (4,8%); Argentina, Colombia, Costa Rica y República Dominicana (4,7%). Les siguen Ecuador (4,6%); Bolivia, El Salvador y Panamá (4,4%); México, Nicaragua y Venezuela (4,2%); Honduras (4%) y Guatemala (3,7%).

La depresión es el trastorno mental que más contribuye a la discapacidad en el mundo (un 7,5%) mientras que los trastornos de ansiedad es la sexta dolencia (un 3,4%) (3).

2.2.3. Etiología

Su etiología es compleja, puede tener un origen genético, fisiológico, hormonal o ser originada por factores psicológicos, sociales y/o estrés. Las primeras investigaciones se centraron en las aminas biogénicas como la serotonina, norepinefrina y dopamina, en su mayor parte por el mecanismo de acción de los antidepresivos.

Seguidamente, se reportó un mayor riesgo para las personas de desarrollar el trastorno depresivo por la interacción del factor genético con el ambiente (15). Su heredabilidad se ha estimado en estudios de gemelos entre 31 - 42% con una influencia ambiental de 58-67% (16).

Independiente del origen genético, la “verdadera” depresión mantiene una coherencia fenomenológica entre sus presentaciones, el estilo de personalidad y el contexto sociocultural (17).

2.2.4. Cuadro Clínico

La persona que cursa con depresión presenta las siguientes manifestaciones físicas, mentales, entre otros:

- Estado de ánimo triste o sensación de tensión, de ansiedad o nerviosismo.
- Sentimientos de desesperanza y pesimismo.
- Sentimientos de culpa, inutilidad y desamparo.
- Pérdida de interés o placer en actividades que antes se disfrutaba, incluyendo la actividad sexual.
- Disminución de energía, fatiga.
- Dificultad para concentrarse, recordar y tomar decisiones.
- Insomnio, despertarse más temprano o dormir más de lo habitual.
- Pérdida de peso, apetito o ambos, o por el contrario, aumento de apetito y peso.
- Pensamientos de muerte o ideas suicidas.
- Intentos de suicidio.
- Inquietud, irritabilidad.
- Síntomas físicos persistentes que no responden al tratamiento de salud, como dolores de cabeza, trastornos digestivos y otros dolores crónicos (18).

2.2.5. Tipos de Trastorno de Depresión

- ❖ El trastorno depresivo mayor: Caracterizado por episodios determinados con duración de al menos dos semanas que provoca cambios en el afecto, la cognición y las funciones neurovegetativas. Al menos tres de los síntomas maníacos y/o hipomaníacos están presentes durante la mayoría de los días de un episodio de depresión mayor
- ❖ Trastorno de desregulación disruptiva del estado de ánimo: Se caracteriza porque el paciente presenta irritabilidad persistente y frecuentes episodios de extremo descontrol en los niños de hasta 12 años de edad.
- ❖ Trastorno depresivo persistente (distimia): Es una forma crónica de depresión, cuando hay alteración del estado de ánimo la mayor parte del día, la mayor parte de los días y esto tiene una duración en los adultos al menos dos años y en los niños o adolescentes al menos un año.
- ❖ Trastorno disfórico premenstrual: Se caracteriza por la expresión de labilidad afectiva, disfórica y síntomas de ansiedad que se repiten durante la fase premenstrual del ciclo menstrual y que remiten alrededor del inicio o poco después de la menstruación.
- ❖ Trastorno depresivo inducido por una sustancia/medicamento: Este trastorno presenta también los síntomas de trastorno depresivo mayor; sin embargo, los síntomas depresivos se asocian al consumo, inyección o inhalación de una determinada sustancia, y los síntomas depresivos persisten más tiempo del periodo de intoxicación o abstinencia.
- ❖ Trastorno depresivo debido a otra afección médica: Caracterizado por la presencia de ánimo deprimido, persistente, o descenso notable del interés o placer en las actividades cotidianas, relacionado con los efectos fisiológicos directos de la otra afección médica.
- ❖ Otro trastorno depresivo especificado: En esta categoría predominan los síntomas característicos de un trastorno depresivo que causa malestar clínicamente significativo o deterioro en lo social, laboral u otras áreas importantes del funcionamiento, pero que no cumplen todos los criterios de ninguno de los trastornos depresivos. Presenta un motivo específico por el

que la presentación no cumple los criterios de un trastorno depresivo específico.

- ❖ Otro trastorno depresivo no especificado: En esta categoría predominan los síntomas característicos de un trastorno depresivo que causa malestar clínicamente significativo o deterioro en lo social, laboral u otras áreas importantes del funcionamiento, pero que no cumplen todos los criterios de ninguno de los trastornos de la categoría diagnóstica de los trastornos depresivos. No presenta un motivo específico para el incumplimiento de los criterios de un trastorno depresivo específico (19,20).

2.2.6. Tratamiento

Muchas veces la depresión no se diagnostica o no se trata de manera adecuada. Actualmente los psicofármacos como los antidepresivos y la psicoterapia han demostrado ser eficientes, sin embargo menos del 25% de la población tienen acceso a estos tratamientos (21).

* **Tratamiento farmacológico:** Existe una gran diversidad de antidepresivos, las guías de tratamiento recomiendan que el profesional debe decidir entre los diferentes antidepresivos basándose en las características sintomáticas del cuadro depresivo, comorbilidades, efectos adversos, interacciones farmacológicas y disponibilidad. Independientemente del mecanismo de acción, el resultado es la regulación de la serotonina (5-HT), la dopamina (DA) o la noradrenalina (NA). Entre los cuales tenemos:

- Inhibidores selectivos de la recaptura de serotonina (ISRS)
- Inhibidores de recaptura de serotonina y noradrenalina (IRSN)
- Inhibidores de la recaptura de noradrenalina y dopamina (IRND)
- Inhibidores selectivos de recaptura de noradrenalina (ISRN)
- Agonistas de melatonina
- Inhibidores de recaptura de serotonina y antagonistas serotoninérgicos
- Inhibidores de la monoamino oxidasa (IMAO)
- Antidepresivos tricíclicos (ATC)
- Antidepresivos multimodales (22).

* Tratamiento no farmacológico

Los fármacos antidepresivos alcanzan un 50 a 60% con una baja tasa de adherencia, ya que aproximadamente la cuarta parte de los pacientes abandonan el tratamiento farmacológico en un mes y la mitad de los pacientes lo abandonan a los 3 meses. Es por esto que las opciones terapéuticas no farmacológicas cobran especial importancia en el tratamiento de la depresión. Tenemos como opciones lo siguiente:

- Psicoterapias
- Ejercicio y terapias corporales
- Cambios del estilo de vida
- Auto ayuda basada en Terapia cognitivo conductual
- Terapia electroconvulsiva.
- Estimulación magnética transcraneal repetitiva.
- Estimulación magnética profunda.
- Estimulación del nervio vago (23).

2.3. Ansiedad y depresión en pacientes hospitalizados

En los pacientes hospitalizados es común que no se prescriba tratamiento cuando se detecta la presencia de síntomas de ansiedad o depresión porque ésta es atribuida a la estancia hospitalaria y a la enfermedad orgánica (24).

Cada persona al ser ingresado en un hospital reacciona de una forma distinta, dependiendo de la enfermedad, de su personalidad, y de su situación vital. Mientras que algunos pacientes lo interpretan como un lugar donde van a conseguir cuidado y alivio en sus síntomas, otras personas lo ven como un lugar donde aumentará su ansiedad.

Un hospital es un ambiente impersonal, en donde hay que compartir habitación con otros, adaptarse a una nueva rutina, a horarios de comidas, sueño y visitas, ver rostros nuevos, cada una de ellos con una función determinada que desarrollar.

Los pacientes ingresados experimentan una serie de reacciones emocionales antes y después de procedimientos médicos, que pueden ser de ansiedad o de depresión o

problemas de adaptación según las expectativas que tuviera cada individuo o de rebeldía.

Lo más común es que se tenga miedo a lo desconocido, al dolor, a la posibilidad de tener una enfermedad incurable, a la destrucción del cuerpo o a la pérdida de autonomía o miedo a la muerte (9).

Es por ello que es importante el manejo psicológico de estos pacientes para poder detectar los síntomas clínicos que puedan afectar su proceso de recuperación, y para poner en marcha protocolos que ayuden a evitar o reducir estas manifestaciones, en su mayoría patológicas (25).

2.3.1. Instrumento para evaluar la ansiedad y depresión hospitalaria

La Escala de Ansiedad y Depresión Hospitalaria (HADS, por sus siglas en inglés) se ha utilizado para evaluar el malestar emocional en pacientes con diferentes padecimientos crónicos. Fue creada por Zigmund y Snaith en el año 1983 para la evaluación de los síntomas cognitivos y conductuales, no para los síntomas somáticos de la ansiedad y la depresión como insomnio, fatiga, pérdida y/o aumento de peso y/o apetito. Esta escala ha sido aplicada en pacientes que acuden con regularidad a ambientes hospitalarios, no psiquiátricos, con lo cual resulta una mejor herramienta para la detección de distrés psicológico en población médicamente enferma y evitar equívocos de atribución cuando se aplica a individuos con algún tipo de enfermedad (25).

Este instrumento ha sido traducido a más de 25 idiomas, su traducción al español y su validación fue realizada por Tejero, Guimerá, Farré y Peri en 1986. La reciente revisión de Bjelland, Dahl, Haug y Neckelmann en el 2002 reportó que el HADS ha demostrado altos niveles de confiabilidad y validez en su uso con pacientes en varias condiciones médicas (26).

El cuestionario consta de siete preguntas para la ansiedad y siete preguntas para la depresión, y tarda de 2 a 5 minutos en completarse. Aunque las preguntas de ansiedad y depresión se intercalan dentro del cuestionario, es vital que se califiquen por separado. Las puntuaciones de corte están disponibles para la cuantificación, por ejemplo, una puntuación de 8 o más para la ansiedad tiene una especificidad de 0,78 y una sensibilidad de 0,9; y para la depresión una especificidad de 0,79 y una sensibilidad de 0,83 (27).

3. ANALISIS DE ANTECEDENTES INVESTIGATIVOS

3.1. A Nivel Local

Autor: Beltrán K. (2019)

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: “La investigación tenía como objetivo determinar la prevalencia y algunos factores de riesgo de ansiedad y depresión en pacientes con cáncer que asisten a consultorio externo de un hospital. Se utilizó la técnica de la entrevista a los pacientes que acudieron a consultorios externos del servicio de Oncología del Hospital III Goyeneche, donde se consignó en una ficha los datos que correspondían a factores sociodemográficos y al cuestionario de la escala de HADS (Escala hospitalaria de Ansiedad y Depresión), esta última conformada por 7 ítems para evaluar ansiedad y 7 ítems para evaluar depresión. La población estuvo conformada por 92 pacientes que cumplieron los criterios de inclusión. Se analizaron los resultados con la prueba del chi cuadrado. Se encontró que la prevalencia de ansiedad y depresión en los pacientes del grupo de estudio fue del 64.13%. Los factores sociodemográficos como edad, sexo, procedencia, estado civil, grupo familiar, ingreso económico familiar y ocupación antes de enfermar, no mostraron asociación con ansiedad y depresión. Asimismo, algunas características del cáncer como: el tipo de cáncer de Piel, el estadio clínico del cáncer avanzado y el tratamiento recibido con radioterapia, están asociados con la ansiedad y depresión en el grupo de estudio. Se concluye que la mayoría de pacientes con cáncer tienen síntomas de ansiedad y depresión y que este síndrome está asociado al tipo de cáncer, al tipo de tratamiento y al estadio del cáncer” (28).

Autor: Talledo RH. (2013)

Título: FACTORES ASOCIADOS A NIVELES DE ANSIEDAD Y DEPRESIÓN EN PACIENTES ONCOLÓGICOS ATENDIDOS EN EL HOSPITAL GOYENECHÉ, AREQUIPA MARZO - 2013

Resumen: “**Objetivo:** Determinar los factores asociados a niveles de ansiedad y depresión en pacientes oncológicos atendidos en el Hospital Goyeneche. **Diseño:** Descriptivo – Observacional. **Pacientes Y Método:** Se realizó una entrevista a una muestra de 45 pacientes con diagnóstico de cáncer, a los que se administró una ficha epidemiológica y se aplicó las escalas de depresión y ansiedad de Hamilton. Se compararon grupos de severidad de ansiedad y depresión mediante prueba chi cuadrado. **Resultados:** De los pacientes con cáncer estudiados, el 55,56% fueron mujeres y 44,44% fueron varones, con edad predominante de 60 a 69 años (28,89%); la edad promedio para los varones fue de 53,55 años y para mujeres fue de 55,08 años. Además, el 37,78% de los pacientes fueron casados y 15,56% fueron convivientes, con 11,11% de solteros, 22,22% de viudos y 13,33% de separados. En nivel de instrucción, el 40% tuvo educación secundaria, 26,67% educación primaria y 8,89% de casos no tuvieron educación; el 24,44% tuvieron educación superior. Entre las características de la enfermedad de los pacientes con cáncer, un tercio de los pacientes tuvieron de 6 a 11 meses de enfermedad, con 20% menos de 6 meses, y 22,22% con 24 a más meses de enfermedad; la duración promedio de la enfermedad fue de 15,31 meses, oscilando entre 1 y 48 meses. En la ubicación topográfica de la neoplasia; el 20% de casos evaluados tuvo neoplasias del tubo digestivo, con 15,56% de casos con melanoma o cáncer urológico, mientras que 13,33% tuvo cáncer ginecológico y 6,675 incluyó al cáncer de mama entre otros. El 28,89% del total de casos presentó metástasis, siendo predominante en dos terceras partes de casos con neoplasia del aparato digestivo. Al aplicar la escala de ansiedad, se encontró que 8,89% de pacientes no mostraron ansiedad, y que 64,44% tuvo ansiedad grave, mientras que 26,67% tuvo ansiedad moderada; y al aplicar la escala de depresión, se identificó que 17,78% de casos no mostró depresión, y que 28,89% de casos tenía depresión leve, 42,22% depresión moderada, y un 11,11% de pacientes con cáncer tenía depresión grave. **Conclusiones:** Los pacientes oncológicos fueron de número semejante varones o mujeres con edad predominante de 60 a más años, de estado civil casados, e instrucción secundaria. Las neoplasias tuvieron un tiempo promedio

de 15 meses, se ubicaron en su mayor número en el aparato digestivo, presentaron metástasis en menos de un tercio de casos. El 64% de pacientes presentaron en el test de Hamilton niveles positivos de ansiedad grave, y el 11% presentaron niveles positivos de depresión severa. Ninguna de las características sociodemográficas se relacionó a ansiedad, y la presencia de metástasis y el tratamiento con quimioterapia se asoció con niveles elevados de ansiedad, mientras que la mayor edad y la presencia de metástasis se asociaron a mayores niveles de depresión” (29).

3.2. A Nivel Nacional

Autor: Salazar C. (2015)

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: “**Objetivo:** Determinar la prevalencia de ansiedad y depresión en pacientes hospitalizados del servicio de medicina del Hospital 2 de Mayo. **Diseño:** Descriptivo – Observacional. **Pacientes Y Método:** 104 pacientes seleccionados entre el mes de julio a diciembre del 2015 que fueron admitidos en las diferentes salas del servicio de Medicina, de los cuales todos ellos cumplieron con los criterios de inclusión. Se recogieron variables sociodemográficas, Escala de Ansiedad y Depresión (HAD), El Inventario de Depresión de Beck, APACHE II, así como la evaluación de satisfacción del médico tratante. Los pacientes fueron clasificados como ansiosos si puntuaban 11 o más EN HAD y con depresión si puntuaban 10 o más en el BDI. **Resultados:** Se estudiaron 104 pacientes, con una edad media entre 45,7 años, el 50% eran varones y el otro 50% mujeres. La ansiedad estaba presente en el 23,1% los pacientes mientras que la depresión en el 27,88%. La ansiedad estaba presente en el 26,92% de las mujeres y 19,25% de los varones ($p=0,003$) y la depresión en el 100% de varones y 98,07% de las mujeres ($p=0,006$), cabe resaltar que el grado que se presentó con mayor frecuencia fue el de depresión moderada. Los pacientes con ansiedad y depresión no estaban más graves según el índice de APACHE. Los pacientes con ansiedad tenían menos edad (entre 27,1 años en promedio), menor escolarización (educación secundaria) de la misma manera que los pacientes con depresión. **Conclusiones:** La prevalencia de ansiedad y depresión en enfermos hospitalizados es alta, especialmente en mujeres, sin guardar relación con

la gravedad de la enfermedad, y se asocia a un menor tiempo de estancia hospitalaria” (30).

Autor: Contreras E. (2018)

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: “**Objetivo:** Determinar los 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.

Metodología: Estudio de tipo observacional y analítico. Para el cálculo de la muestra se usó un muestreo probabilístico sistemático, donde la muestra estuvo conformada por 99 pacientes con tiempo de hospitalización mayor a 48 horas. **Resultados:** El 85.2% de los pacientes que presentaron ansiedad y depresión tenían edad mayor a 30 años, 55.6% tenían sexo femenino, 59.3% estaban desempleados, 55.6% tenían nivel de instrucción superior, 77.8% eran casado/a, 96.3% pertenecían a zonas urbanas, 51.9% presentaron hipertensión y 14.8% tenían antecedentes de depresión. Los factores sociodemográficos asociados a la ansiedad y depresión hospitalaria fueron el sexo con $p=0.031$ y la ausencia de acompañante con $p=0.02$. Siendo un factor de riesgo el sexo femenino (OR=2.663; IC: 1.076 - 6.593) y la ausencia de acompañante (OR=3.5; IC: 1.210 - 10.12). Respecto a los factores clínico asociados se encontró como único factor a la diabetes con $p=0.011$. El antecedente personal asociado a la ansiedad y depresión hospitalaria fue el antecedente de depresión con $p=0.007$, siendo factores de riesgo con un (OR=3.647, IC=1.305 – 10.193) y (OR=12.348, IC=1.313 – 116.131). **Conclusión:** Los factores asociados a la ansiedad y depresión hospitalaria en pacientes ingresados al Servicio de Medicina Interna del Centro Médico Naval “Cirujano Mayor Santiago Távara” durante el periodo octubre-diciembre 2017 fueron: el sexo, la ausencia de acompañante, diabetes y antecedente de depresión” (31).

3.3. A Nivel Internacional

Autor: Costas M, Prado V, Crespo J (2013)

Título: ANSIEDAD Y DEPRESIÓN ENTRE LOS PACIENTES HOSPITALIZADOS EN EL COMPLEJO HOSPITALARIO DE FERROL

Resumen: “**Objetivo:** El propósito de este estudio era comprobar si las mediciones de la ansiedad y depresión en pacientes ingresados en periodos de octubre a diciembre del 2010, sufrían variaciones una vez recibida el alta hospitalaria. **Material y Método:** Estudio longitudinal prospectivo observacional, en el que medimos niveles de ansiedad y depresión mediante la escala HAD (Hospital Anxiety and Depression Scale), en 70 pacientes durante su ingreso por motivos somáticos, y una vez de alta a los 2 meses de la primera valoración. **Resultados:** Se identificó una prevalencia de ansiedad del 20 % y de depresión del 10 % en la medición hecha durante el ingreso. Las subescalas de ansiedad y depresión en estos pacientes, disminuyeron de manera estadísticamente significativa a los 2 meses de la primera valoración, una vez de alta hospitalaria. **Discusión:** Las prevalencias de ansiedad y depresión en este estudio concuerdan con las descritas en la literatura. No así la evolución de la presencia de estos síntomas a los dos meses” (32).

Autor: Anguiano S. (2017)

Título: PREVALENCIA DE ANSIEDAD Y DEPRESIÓN EN PACIENTES HOSPITALIZADOS

Resumen: “La ansiedad como la depresión conllevan una serie de respuestas emocionales en los pacientes, que alteran el funcionamiento general, la morbimortalidad y los costos de atención en salud, al prolongar la estancia del paciente en el hospital. Es importante detectar oportunamente los estados de ánimo depresivo y ansioso en pacientes hospitalizados, esto con el fin de mejorar la recuperación del paciente, disminuir la vulnerabilidad a diversas enfermedades y evitar prolongar la estancia hospitalaria. El propósito del presente fue evaluar a pacientes hospitalizados en los servicios de medicina interna y hematología del Hospital Juárez de México en el mes Junio a Agosto del 2017, para determinar niveles de ansiedad y depresión, y determinar relaciones entre depresión, ansiedad y tiempo con la enfermedad. Participaron 111 pacientes hospitalizados a los cuales se

les aplicó la Escala de ansiedad y depresión hospitalaria (Hospital Anxiety and Depression Scale, (HADS). Se identificó mayor presencia de ansiedad y depresión a mayor tiempo de enfermedad” (33).

4. OBJETIVOS

4.1. Objetivo general

Determinar los factores asociados a los síntomas de ansiedad y depresión en pacientes hospitalizados en el Servicio de Medicina Interna en el Hospital III Goyeneche durante el mes de Febrero 2020.

4.2. Objetivos específicos

- a) Establecer los factores sociodemográficos (edad, sexo, grado de instrucción, estado civil, ocupación) de los pacientes hospitalizados en el Servicio de Medicina Interna del Hospital III Goyeneche
- b) Determinar la relación entre los factores sociodemográficos asociados a la presencia de ansiedad y depresión en estos pacientes.
- c) Determinar la relación entre los factores clínicos asociados a la presencia de ansiedad y depresión en estos pacientes.

5. HIPÓTESIS

- **Nula:** No existen factores que están asociados a la presencia de ansiedad y depresión en pacientes hospitalizados en el Servicio de Medicina Interna en el Hospital Goyeneche, Febrero 2020.
- **Alternativa:** Existen factores que están asociados a la presencia de ansiedad y depresión en pacientes hospitalizados en el Servicio de Medicina Interna en el Hospital Goyeneche, Febrero 2020.

III. PLANTEAMIENTO OPERACIONAL

6. Técnicas, instrumentos y materiales de verificación

6.1. Técnicas

En la presente investigación se empleará fichas de recolección de datos y cuestionarios que serán llenados por los pacientes que cumplan los criterios de inclusión para este estudio, además que se realizará revisión de historias clínicas.

6.2. Instrumentos

Se utilizará para la investigación instrumentos que consistan en una ficha de recolección de datos (Anexo 1) y la Escala Hospitalaria de Ansiedad y Depresión (HADS, Anexo 2)

6.3. Materiales:

- Fichas de investigación.
- Material de escritorio.
- Computadora personal con programas de procesamiento de textos, bases de datos y estadísticos.

7. Campo de verificación

7.1. Ubicación espacial

La presente investigación se realizará en el Servicio de Medicina Interna del Hospital Goyeneche.

7.2. Ubicación temporal

El estudio se llevará a cabo en el mes de FEBRERO del 2020.

7.3. Unidades de estudio

Pacientes hospitalizados en el Servicio de Medicina Interna del Hospital III Goyeneche.

7.4. Población

Todo paciente mayor de 18 años que se encuentre hospitalizado en el Servicio de Medicina Interna del Hospital III Goyeneche.

Muestra: Por conveniencia.

Criterios de elección:

❖ Criterios de Inclusión

- Pacientes mayores de 18 años.
- Pacientes internados en el Servicio de Medicina Interna.
- Pacientes internados en un tiempo mayor o igual a 48 horas.
- Participación Voluntaria en la Investigación

❖ Criterios de Exclusión

- Pacientes menores de 18 años
- Pacientes con demencia
- Pacientes en tratamiento psiquiátrico.
- Pacientes que presentan dolor intenso.
- Encuestas incompletas o mal llenadas.
- Pacientes que no quieran participar en el estudio

8. Estrategia de Recolección de datos

8.1. Organización

Se realizará la Solicitud formal para la autorización para el desarrollo de encuestas a la Dirección del Hospital III Goyeneche de Arequipa, contando con el proyecto de tesis. Solicitud en el Anexo 5. Con su respectiva Aprobación en el Anexo 6.

Se explicará a cada paciente, el motivo del estudio y la solicitud de su participación voluntaria. Se dará entrega a estos pacientes la ficha de recolección de datos y la Escala Hospitalaria de Ansiedad y Depresión. Se revisará datos de la historia clínica para conocer el diagnóstico del paciente.

Una vez obtenida la recolección de datos, éstos serán organizados en bases de datos para su interpretación y análisis.

8.2. Recursos

8.2.1. Humanos

- Investigador.
- Asesor.

8.2.2. Materiales

- Material de escritorio
- Fichas de recolección de datos
- Computadora personal con programas procesadores de texto, bases de datos y softwares estadísticos.

8.2.3. .Financieros

- Financiado por el autor.

8.3. Validación de los instrumentos

8.3.1. Validación de la Escala Hospitalaria de Ansiedad y depresión (HADS)

La Escala Hospitalaria de Ansiedad y Depresión (HADS, por sus siglas en inglés) fue diseñada por Zigmund y Snaith en el año 1983 con el propósito de evaluar el malestar emocional en pacientes con diferentes padecimientos crónicos, valorando los síntomas cognitivos y conductuales de la ansiedad y la depresión como el insomnio, fatiga, pérdida y/o aumento de peso y/o de apetito. Esta escala está compuesta por dos subescalas: Depresión y Ansiedad, cada una con siete ítems. La puntuación de cada subescala puede variar entre 0 y 21, ya que cada ítem presenta cuatro opciones de respuesta, que van desde ausencia/mínima presencia = 0, hasta máxima presencia = 3. Habrá mayor intensidad o gravedad de los síntomas cuanto mayor sea la puntuación obtenida. Además, el periodo en el que se examina al paciente corresponde a los últimos siete días.

El coeficiente α de Cronbach para las versiones alemana y neozelandesa de la escala va de 0.81 a 0.90 (Herrmann, Buss y Snaith, 1995; Salkovskis, Storer, Atha y Warwick, 1990), lo que demuestra que posee buena consistencia interna. La confiabilidad test-retest, después de dos semanas, fue $r > 0.80$, lo que indica la

estabilidad de la medida en el tiempo. En cuanto a la validez de la HADS, los valores de sensibilidad y especificidad obtenidos son superiores a 0.80.

Las propiedades psicométricas de la HADS se han examinado en pacientes hispanos afectados por alguna enfermedad física, demostrando ser una herramienta útil en la detección de malestar psicológico en este tipo de población (Noguera, Pérez, Barrientos, Robles y Sierra). Ejemplo de ello son los estudios realizados en pacientes oncológicos, con el virus de la inmunodeficiencia humana, o con obesidad (34).

8.4. Criterios para manejo de resultados

8.4.1. A nivel de recolección de datos

La recolección de los datos obtenidos estará a cargo del investigador y éstos serán transcritos a una matriz de sistematización de datos para facilitar su uso.

8.4.2. A nivel de sistematización

Para el procesamiento de los datos registrados en los anexos 1 y 2 procederán a ser codificados y tabulados para ser analizadas y tabuladas posteriormente.

8.4.3. Análisis estadístico

Los datos recogidos se resumirán en frecuencias absolutas y porcentuales. La comparación de puntajes de la escala hospitalaria de ansiedad y depresión se realizará con la prueba chi cuadrado. Para el análisis de datos se empleará la hoja de cálculo de Excel 2016 con su complemento analítico. Los resultados se mostrarán en tablas estadísticas acompañadas con su respectivo análisis e interpretación.

IV. CRONOGRAMA DE TRABAJO

Actividades	Nov 2019		Diciembre 2019				Enero 2020				Febrero 2020				Mar 2020	
	3	4	1	2	3	4	1	2	3	4	1	2	3	4	1	2
1. Elección del Tema	■	■														
2. Revisión Bibliográfica		■	■	■												
3. Redacción del Proyecto de Tesis					■	■	■	■								
4. Aprobación del Proyecto de Tesis									■	■						
5. Ejecución											■	■	■	■		
6. Análisis e Interpretación															■	
7. Informe Final																■

V. REFERENCIAS BIBLIOGRÁFICAS

1. Virgen Montelongo R, Lara Zaragoza A, Morales Bonilla G, Villaseñor Ballardo S. Los Trastornos de Ansiedad. *Revdigituniv*. 2005; 6(11): p. 1-8. Obtenido de: http://www.revista.unam.mx/vol.6/num11/art109/nov_art109.pdf.
2. Sierra JC, Ortega V, Zubeidat I. Ansiedad, angustia y estrés: Tres conceptos a diferenciar. *Rev Mal-estar Subj*. 2003; 3(1): p. 10-59. Obtenido de: <https://www.redalyc.org/pdf/271/27130102.pdf>.
3. Emol. Depresión aumenta un 18% en 10 años. [Online].; 2017 [cited 2020 06 11. Available from: <https://www.emol.com/noticias/Tendencias/2017/02/23/846361.html>.
4. Diario Perú 21. Vida. Problemas de salud mental en peruanos. [Online].; 2020 [cited 2020 06 11. Available from: <https://peru21.pe/vida/cuatro-diez-peruanos-sufren-problema-salud-mental-49691-noticia/?ref=p21r>.
5. Gottschalk, M. G., & Domschke, K. Genetics of generalized anxiety disorder and related traits. *Dialogues in clinical neuroscience*. 2017; 19(2): p. 159–168. Obtenido de: <https://www.ncbi.nlm.nih.gov/pmc/articles/PMC5573560/>.
6. Kristensen AS, Mortensen EL, Mors O. The structure of emotional and cognitive anxiety symptoms. *J Anxiety Disord*. 2009; 23(5): p. 600-608. Obtenido de: <https://www.ncbi.nlm.nih.gov/pmc/articles/PMC5573560/>.
7. Tortella-Feliu M. Los Trastornos de Ansiedad en el DSM-5. *CuadMedPsicosomPsiquiatr Enlace*. 2014; 110: p. 62-69. Obtenido de: <https://dialnet.unirioja.es/descarga/articulo/4803018.pdf>.
8. Martínez Mallen M, López Garza D. Trastornos de Ansiedad. *NeurolNeurocirPsiquiat*. 2011; 44(3): p. 101-107. Obtenido de: <https://www.medigraphic.com/pdfs/revneuneupsi/nnp-2011/nnp113d.pdf>.

9. Maass J. Los Trastornos Ansiosos en el DSM-5. *RevChilNeuro-Psiquiatr.* 2014; 52(1): p. 50-54. Obtenido de: https://www.sonepsyn.cl/revneuro/enero_marzo_2014/Suplemento_2014_1_Neuro_Psiq.pdf.
10. Torres V, Chávez A. Ansiedad. *Revista de Actualización Clínica.* 2013; 31(1): p. 1788-1792. Obtenido de: <http://recursosbiblio.url.edu.gt/tesiseortiz/2016/05/22/De-Leon-Evanidia.pdf>.
11. Torales J. ¡Ayúdeme doctor, estoy muy enfermo! Una actualización de la clásica hipocondría al vigente trastorno de ansiedad por enfermedad. *Revista virtual de la Sociedad Paraguaya de Medicina Interna.* 2017; 4(1): p. 77-86. Obtenido de: <https://dialnet.unirioja.es/servlet/articulo?codigo=5872976>.
12. Blanco M, Aguilera C, Cuevas C, Mena A, Olry A, Venceslá J. Tratamientos basados en la evidencia para la ansiedad. *Psicoevidencias.* 2018; 51: p. 2254-4046. Obtenido de: <https://www.psicoevidencias.es/contenidos-psicoevidencias/resumenes-de-evidencia/24-tratamientos-basados-en-la-evidencia-para-la-ansiedad/file>.
13. López Ibor MI. Ansiedad y depresión, reacciones emocionales frente a la enfermedad. *Anmed interna.* 2007; 24(5): p. 209-211. Obtenido de: http://scielo.isciii.es/scielo.php?script=sci_arttext&pid=S0212-71992007000500001.
14. Alarcón Terroso R, Gea Serrano A, Martínez Maurandi J, et al. Guía de Práctica Clínica de los Trastornos Depresivos Murcia. Servicio Murciano de Salud; 2007.
15. Pérez Padilla EA, Cervantes Ramírez VM, Hijuelos García NA, Pineda Cortés JC, Salgado Burgos H. Prevalencia, causas y tratamiento de la depresión Mayor. *RevBiomed.* 2017; 28(2): p. 73-97. Obtenido de:

http://www.scielo.org.mx/scielo.php?pid=S2007-84472017000200073&script=sci_arttext&tlng=pt.

16. López-León S, Janssens AC, Gonzalez-ZuloetaLadd AM, Del-Favero J, Claes SJ, Oostra BA, Van Duijn CM. Meta-analyses of genetic studies on major depressive disorder. *Mol. Psychiatry*. 2008; 13: p. 772–785. Obtenido de: <https://www.nature.com/articles/4002088>.
17. Botto A, Acuña J, Jiménez JP. La depresión como un diagnóstico complejo. Implicancias para el desarrollo de recomendaciones clínicas. *RevMed Chile*. 2014; 142: p. 1297-1305. Obtenido de: https://scielo.conicyt.cl/scielo.php?pid=S0034-98872014001000010&script=sci_arttext&tlng=e.
18. Dughi Martínez P, Contreras Martínez C. La Depresión Lima. Ministerio de Salud; 2005.
19. Asociación Americana de Psiquiatría. Guía de consulta de los criterios diagnósticos del DSM 5 Arlington, Virginia. Asociación Americana dePsiquiatríaAsociación Americana dePsiquiatría; 2014.
20. American PsychiatricAssociation. Actualización del DSM-5. [Online].; 2015 [cited 2020 06 11. Available from: https://dsm.psychiatryonline.org/pb-assets/dsm/update/Spanish_DSM5Update2016.pdf.
21. Alonso R, Cano M, Pérez F. Ejercicio físico como medida de tratamiento no farmacológico de la depresión. *ASUNIVEP*. 2017; 1: p. 627-631. Obtenido de: <http://sej473.com/documents/2013%20CALIDAD%20DE%20VIDA%20CUIDADORES%20E%20INTERVENCION%20PARA%20LA%20MEJORA%20DE%20LA%20SALUD%20EN%20EL%20ENVEJECIMIENTO.pdf>.
22. Pérez Esparza R. Tratamiento farmacológico de la depresión: actualidades y futuras direcciones. *Revista de la Facultad de Medicina de la UNAM*. 2017;

- 60(5): p. 7-16. Obtenido de:
http://www.scielo.org.mx/scielo.php?script=sci_arttext&pid=S0026-17422017000500007.
23. Esteban S. Tratamiento no farmacológico de la depresión. *Evidencia - Actualización en la Práctica Ambulatoria*. 2013; 2(16): p. 74-77. Obtenido de:
<http://www.profam.org.ar/files/f3d3442c5f7bcaa43a6463e5cbb3e421.pdf>.
24. Grau A, Comas P, Suñer R, Peláez E, Sala L, Planas M. Evolución de la ansiedad y de la depresión detectada durante la hospitalización en un servicio de Medicina Interna. *Anmed interna*. 2007; 24(5): p. Anmed interna. Obtenido de: http://scielo.isciii.es/scielo.php?pid=S0212-71992007000500002&script=sci_arttext&tlng=pt.
25. Benítez J, Barceló E, Gelves M. Características psicológicas de los pacientes con larga estancia hospitalaria y propuesta de protocolo para su manejo clínico. *Cirugía Plástica Ibero-Latinoamericana*. 2016; 42(4): p. 391-398. Obtenido de:
http://scielo.isciii.es/scielo.php?script=sci_arttext&pid=S0376-78922016000400012.
26. Noguera M, Pérez B. Escala de Ansiedad y Depresión Hospitalaria (HADS): Validación en pacientes mexicanos con infección por VIH. *Psicología Iberoamericana*. 2013; 21(2): p. 29-37. Obtenido de:
<https://www.redalyc.org/pdf/1339/133930525004.pdf>.
27. Stern A. The Hospital Anxiety and Depression Scale. *Occupational Medicine*. 2014; 64(5): p. 393-394. Obtenido de:
<https://academic.oup.com/occmed/article-abstract/64/5/393/1436876>.
28. Beltrán K. Prevalencia Y Factores De Riesgo De Ansiedad Y Depresión En Pacientes Con Cáncer Que Asisten A Consultorio Externo De Un Hospital,

- Arequipa 2019. Universidad Nacional De San Agustín; 2019. [Tesis para optar el título profesional de Médico cirujano].
29. Talledo RH. Factores Asociados A Niveles De Ansiedad Y Depresión En Pacientes Oncológicos Atendidos En El Hospital Goyeneche, Arequipa Marzo 2013. Universidad Nacional De San Agustín; 2013. [Tesis para optar el título profesional de Médico cirujano]. Obtenido de: <http://repositorio.unsa.edu.pe/handle/UNSA/4082>.
30. Salazar 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 Nacional Privada Ricardo Palma; 2015. [Tesis para optar el título profesional de Médico cirujano]. Obtenido de: <http://repositorio.urp.edu.pe/handle/urp/454>.
31. Contreras E. 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 Lima. Universidad Nacional Privada Ricardo Palma; 2018. [Tesis para optar el título profesional de Médico cirujano]. Obtenido de: <http://repositorio.urp.edu.pe/handle/URP/1208>.
32. Costas M, Prado V, Crespo J. Ansiedad Y Depresión Entre Los Pacientes Hospitalizados En El Complejo Hospitalario De Ferrol. *Revista Iberoamericana De Psicología*. 2013; 107: p. 16-22. Obtenido de: <https://dialnet.unirioja.es/servlet/articulo?codigo=4394399>.
33. Anguiano S. Prevalencia De Ansiedad Y Depresión En Pacientes Hospitalizados. *Eureka*. 2017; 14(1): p. 24-38. Obtenido de: <http://200.12.169.19/handle/25000/16764>.
34. Barriguete Meléndez JA, Pérez Bustinzar AR, De la Vega Morales RI, Barriguete Chávez-Peón P, Rojo Moreno L. Validación de la Escala

Hospitalaria de Ansiedad y Depresión en población mexicana con trastorno de la conducta alimentaria. *RevMex de trastoraliment.* 2017; 8(2): p. 123-130. Obtenido de: http://www.scielo.org.mx/scielo.php?pid=S2007-15232017000200123&script=sci_arttext&tlng=en.

35. Bichara V, Santillán J, De Rosa R, Estofan L. Depresión en insuficiencia cardíaca crónica: causa o consecuencia. *Revista Insuficiencia Cardiaca.* 2016; 11(4): p. 173-200. Obtenido de: <https://www.redalyc.org/pdf/3219/321948417004.pdf>.

