

**Universidad Católica de Santa María**

**Facultad de Medicina Humana**

**Escuela Profesional de Medicina Humana**



**“SÍNTOMAS DEPRESIVOS EN ENFERMEDADES MEDICAS CRÓNICAS EN  
PACIENTES HOSPITALIZADOS EN EL SERVICIO DE MEDICINA INTERNA  
DEL HOSPITAL GOYENECHÉ FEBRERO 2018”.**

Tesis presentada por la Bachiller:

**Carita Florez Galy Pamela**

Para optar el Título Profesional

de:

Médica Cirujana.

Asesor: Dr. Zevallos Rodriguez,

Juan Manuel

**Arequipa – Perú**

**2018**



127

Universidad Católica de Santa María

☎ (51 54) 382038 Fax: (51 54) 251213 ✉ ucsm@ucsm.edu.pe 🌐 http://www.ucsm.edu.pe Apartado: 1350

AREQUIPA - PERU

INFORME DICTAMEN BORRADOR DE TESIS

DECRETO Nº 315 - FMH-2017

Visto el Borrador de Tesis titulado:

“SINTOMAS DEPRESIVOS EN ENFERMEDADES MEDICAS CRONICAS EN PACIENTES HOSPITALIZADOS EN EL SERVICIO DE MEDICINA INTERNA DEL HOSPITAL GOYENECHE FEBRERO 2018”

Presentado por el (la) Sr. (ta):

**GALY PAMELA CARITA FLOREZ**

Nuestro dictamen es:

*Favorable*

OBSERVACIONES:

*LAS INDICADAS*

Arequipa, .....

17 MAR 2018

*[Signature]*  
Dr. Ervis Alvarado Dueñas  
MEDICO - PSIQUIATRA  
C.M.P. 22789 R.N.E.9265  
HOSPITAL REGIONAL HONORIO DELGADO

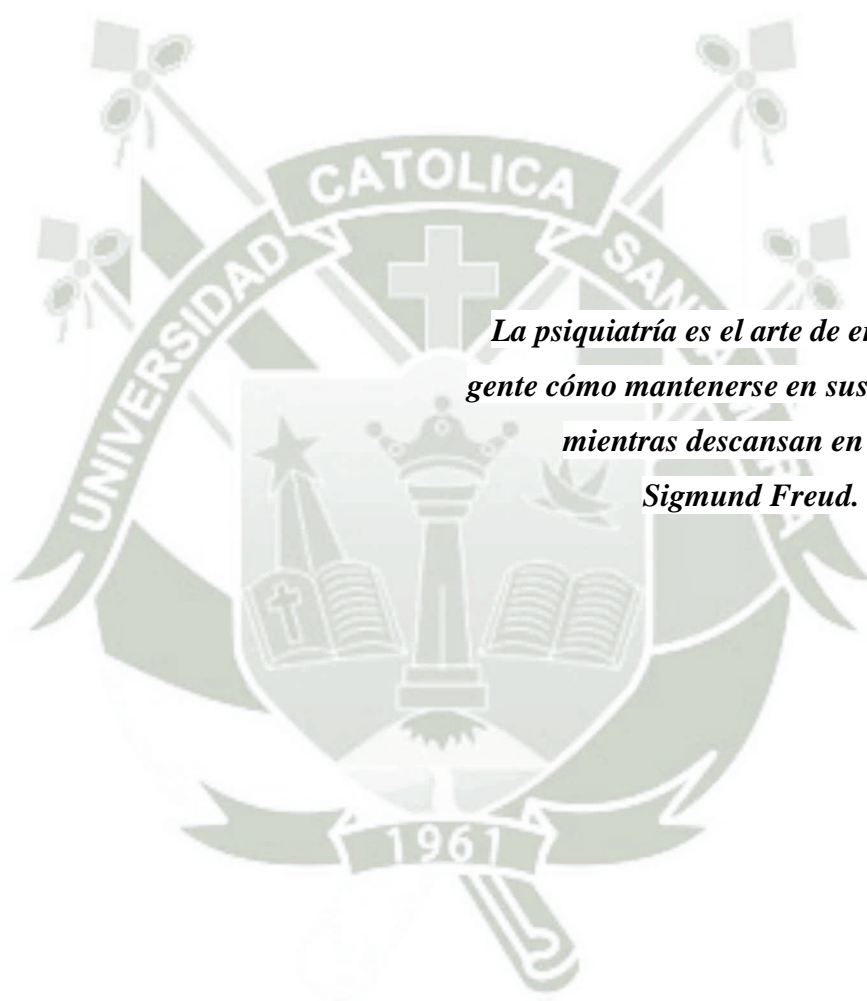
DR. ERVIS FELIPE ALVARADO DUEÑAS

*[Signature]*  
DR. JOSÉ FELIPE ALVARADO ACO

Dr. Jose E. Alvarado Aco  
MEDICO PSIQUIATRA  
R.N.E. 9265 C.M.P. 14051

*[Signature]*  
DR. ROBERTO NÚÑEZ QUIROZ

Roberto Orlando Núñez Quiroz  
DOCTOR EN CIENCIAS DE LA SALUD  
DOCTOR EN CIENCIAS AMBIENTALES  
OTORRINOLARINGOLOGO  
C.M.P. 28047 - R.N.E. 12909 - CAOH: 485737



*La psiquiatría es el arte de enseñar a la  
gente cómo mantenerse en sus propios pies  
mientras descansan en sofás  
Sigmund Freud.*

## **AGRADECIMIENTOS**

*Agradezco a Dios el que nos permite el arte de cuidar, sanar y brindar una luz de esperanza a quienes tal vez por determinadas circunstancias no ven un camino abierto.*

*A mi madre por estar día a día junto a mí, en mis aciertos y errores, mi padre por su infinita paciencia en cada peldaño avanzado.*

*A mi esposo e hijo que viene en camino, quienes son mi inspiración y mis ganas de seguir adelante.*

*A mi asesor de tesis: Dr. Juan Manuel Zevallos por su guía y sugerencias cargadas de experiencia y su entusiasmo al impartir sus conocimientos.*

*A mis jurados de tesis: Dr. José Alvarado Aco y al Dr. Ervis Alvarado Dueñas por sus oportunas correcciones, por compartir con mi persona sus conocimientos y su tiempo.*

*Al Dr. Roberto Núñez por su dirección y guía para la elaboración de este trabajo.*

*Nuevamente gracias a todos y que Dios colme de bendiciones sus proyecciones y a sus allegados.*

***DEDICATORIA***

*Primeramente, quiero agradecer a Dios quien me ha permitido alcanzar esta meta y adquirir la fortaleza para este arduo trabajo.*

*A mi Universidad, por haberme permitido adquirir y desarrollar conocimientos técnicos y científicos en sus aulas.*

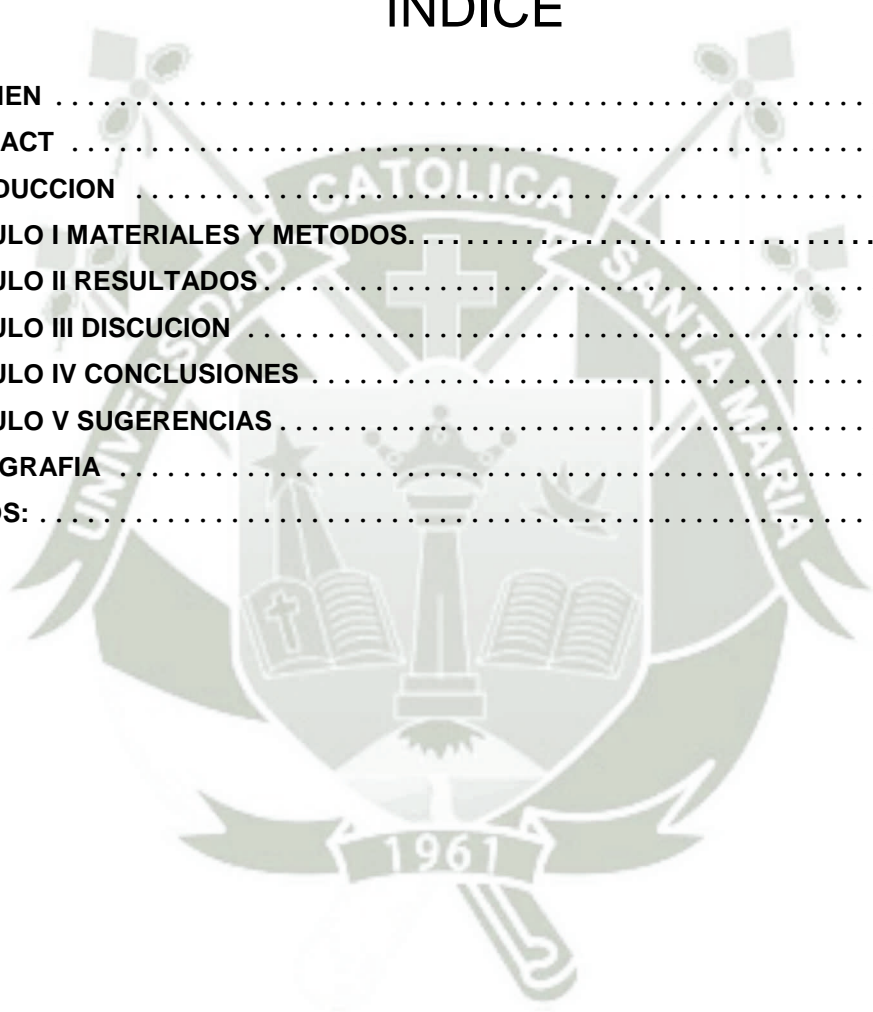
*A mis padres, mi esposo e hijo por venir que colaboraron en la realización de este proyecto, por su apoyo desinteresado e incondicional.*

***La Autora***

1961

## ÍNDICE

RESUMEN .....	v
ABSTRACT .....	vi
INTRODUCCION .....	vii
CAPITULO I MATERIALES Y METODOS.....	1
CAPITULO II RESULTADOS.....	6
CAPITULO III DISCUCION .....	22
CAPITULO IV CONCLUSIONES .....	25
CAPITULO V SUGERENCIAS .....	27
BIBLIOGRAFIA .....	29
ANEXOS: .....	30



## RESUMEN

Existen enfermedades médicas crónicas cuya aparición desencadena la presencia de síntomas depresivos, lo que complica la adherencia al tratamiento, la evolución y tiempo de enfermedad.

El presente estudio tuvo como objetivo determinar la relación de los síntomas depresivos con enfermedades médicas crónicas que existe en los pacientes hospitalizados en el servicio de Medicina Interna del Hospital Goyeneche en febrero del 2018.

Material y métodos: estudio observacional, descriptivo de corte transversal, de asociación no causal, con un muestreo no probabilístico.

Tras analizar el modo de presentación de la sintomatología depresiva en los pacientes con enfermedades médicas crónicas, así como las claves diagnósticas para evitar diagnósticos equivocados, se incide en la relación que existe entre los síntomas depresivos y numerosas patologías.

Se utilizó una hoja para recolección de información general y se aplicó la escala de Beck II para identificar síntomas depresivos en enfermedades médicas crónicas en pacientes hospitalizados en el servicio de medicina interna del hospital Goyeneche, según chi cuadrado. Se obtuvieron los siguientes resultados: el 21,7% de los pacientes hospitalizados en el servicio de medicina interna del Hospital Goyeneche que presentan síntomas depresivos tienen entre 46-60 años con un  $P > 0.05$ , siendo una relación estadística no significativa; además se encontró mayor porcentaje de sintomatología depresiva en el género femenino con 38,3%, con un  $P < 0.05$ , siendo una relación estadísticamente significativa; el 31,6% cuentan con nivel de instrucción primario, con un  $P < 0.05$ , siendo una relación estadísticamente significativa; el 21,6% de los pacientes con síntomas depresivos son solteros, con  $P > 0.05$ , siendo estadísticamente no significativo; los síntomas depresivos y las enfermedades medicas crónicas presentan relación estadística significativa con un  $P < 0.05$ , siendo las enfermedades medicas crónicas endocrinológicas con mayor porcentaje de sintomatología depresiva, 22,7%.

**Palabras clave:** Enfermedades crónico degenerativas, Depresión, Escala de Beck II.

## ABSTRACT

There are chronic medical illnesses whose appearance triggers the presence of depressive symptoms, which complicates adherence to treatment, evolution and time of illness.

The objective of this study was to determine the relationship of depressive symptoms with chronic medical illnesses that exists in patients hospitalized in the Internal Medicine service of the Goyeneche Hospital in February 2018.

Material and methods: observational, descriptive, cross-sectional, non-causal association study, with non-probabilistic sampling.

After analyzing the mode of presentation of depressive symptomatology in patients with chronic medical diseases, as well as the diagnostic keys to avoid misdiagnosis, the relationship between depressive symptoms and numerous pathologies is emphasized.

A sheet was used to collect general information and the Beck II scale was applied to identify depressive symptoms in chronic medical diseases in patients hospitalized in the internal medicine service of the Goyeneche hospital, according to chi square. The following results were obtained: 21.7% of the patients hospitalized in the internal medicine service of the Goyeneche Hospital who present depressive symptoms are between 46-60 years old with a  $P > 0.05$ , being a non-significant statistical relation; In addition, a greater percentage of depressive symptomatology was found in the female gender with 38.3%, with a  $P < 0.05$ , being a statistically significant relationship; 31.6% have a primary level of education, with a  $P < 0.05$ , being a statistically significant relationship; 21.6% of patients with depressive symptoms are single, with  $P > 0.05$ , being statistically non-significant; Depressive symptoms and chronic medical diseases have a statistically significant relationship with a  $P < 0.05$ , with chronic endocrinological medical diseases with a greater percentage of depressive symptoms, 22.7%.

Key words: Chronic degenerative diseases, Depression, Beck II scale.

## INTRODUCCION

La depresión es la condición más prevalente en pacientes con enfermedades crónicas no transmisibles. Esta prevalencia puede ser hasta dos o tres veces más alta en estos pacientes, en comparación con personas sin condiciones crónicas (1).

Las enfermedades medicas crónicas pueden ocasionar cambios de estilo de vida estresantes como, por ejemplo, dejar de hacer actividades que disfrutaban, adecuarse a nuevas limitaciones físicas, pagar los altos costos de una atención médica y fármacos con elevados precios. Con el paso del tiempo, estas tensiones y sentimientos negativos pueden sustraer la energía emocional útil para continuar viviendo. Además, la falta de progreso en la recuperación, el empeoramiento de la enfermedad o la misma hospitalización pueden dar lugar a la presencia de sintomatología depresiva.

También se observó que los síntomas depresivos se asocian de manera negativa con las medidas de auto-cuidado de enfermedades médicas crónicas, como, por ejemplo, asistencia a citas médicas, dieta, medicación y actividad física (2). En este sentido, la depresión empeora la calidad de vida, genera un mayor gasto en servicios médicos y ocasiona mayor discapacidad funcional (3). Del mismo modo, los resultados de la Encuesta Mundial de Salud, realizada por la Organización Mundial de la Salud, muestran que los síntomas depresivos en pacientes con enfermedades médicas crónicas se asocian significativamente con un peor estado de salud, en comparación con pacientes sin síntomas depresivos que tienen una o más enfermedades crónicas (1). Se concluye así la necesidad de brindar atención en salud mental a la población con enfermedades médicas crónicas (4).

Con este propósito se realizó el presente estudio, descriptivo de corte transversal, en el Hospital Goyeneche con una muestra de 60 pacientes, constituida por 32 mujeres y 28 varones. Se encontró una prevalencia de depresión del 65%, que incluye mujeres y varones, que va del grado mínimo al grado severo. También se encontró en promedio mayor grado de depresión a través de la Prueba de Depresión de Beck-II, en el grupo de mujeres respecto a varones, además, los resultados indican mayor grado de depresión en pacientes con grado de instrucción primaria.

También es muy importante no malinterpretar síntomas propios de una patología orgánica, ya que, en estos casos, no sólo no responderán al

tratamiento antidepresivo, sino que se retrasará el tratamiento efectivo de la enfermedad médica crónica.

La información resultante de esta investigación brindará conocimientos de interés para los médicos y permitirá ofrecer una atención integral no solo enfocada en medidas terapéuticas sino también tener en cuenta el apoyo psicológico.





# CAPITULO I: MATERIAL Y METODOS

## 1. TÉCNICAS, INSTRUMENTOS Y MATERIALES DE VERIFICACIÓN

### 1.1 Técnicas: Entrevista

### 1.2 Instrumentos

En primer lugar, se realizó el consentimiento informado para comenzar con la obtención de la información con la respectiva autorización y firma de los pacientes con enfermedades medicas crónicas hospitalizados en el servicio de medicina interna del hospital Goyeneche.

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

Prueba de Depresión de Beck-II: en el presente estudio se utilizó la versión española traducida y adaptada por Sanz, Navarro y Vázquez (5). Cada ítem se responde en una escala de 0 a 3 puntos, excepto los ítems 16 (cambios en el patrón de sueño) y 18 (cambios en el apetito) que contienen 7 categorías. Si una persona ha elegido varias categorías de respuesta en un ítem, se toma la categoría a la que corresponde la puntuación más alta. Las puntuaciones mínima y máxima en el test son 0 y 63. Los niveles de severidad de depresión corresponden a la sumatoria de los 21 ítem: depresión mínima (0-13); depresión leve (14-19), depresión moderada (20-28), depresión grave ( $\geq 29$ ) puntos. Esta prueba califica de depresión mínima (puntaje de 0 a 13) al rango de estado de ánimo normal. Los ítems de la Prueba de Depresión de Beck- II buscan el enfoque cognitivo de la depresión, a diferencia de otras pruebas como la prueba MINI (Mini Entrevista Neuropsiquiátrica Internacional) y cubren todos los criterios diagnósticos sintomáticos del DSM 5 para el trastorno depresivo mayor y el distímico, lo que apoya su validez de contenido (5).

### 1.3 Materiales

- Fichas de investigación o cuestionarios.
- 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 estudio de investigación fue realizado en Hospital Goyeneche, que está ubicado en la Avenida Goyeneche.

## 2.2. Ubicación temporal:

Estudio de tipo coyuntural que comprendió el mes de febrero del 2018.

## 2.3. Unidades de estudio:

### 2.3.1. Universo:

El universo estuvo conformado por los pacientes hospitalizados en el servicio de medicina interna durante el mes de febrero del 2018.

### 2.3.2. Muestra:

El tamaño muestral no fue calculado mediante probabilidades, sino de manera aleatoria o por conveniencia (muestreo no probabilístico). La muestra está constituida por 60 pacientes hospitalizados en el servicio de Medicina Interna del Hospital Goyeneche, que cumplan con los criterios de inclusión y que no se hallen en el grupo de quienes tengan criterios de exclusión.

#### Criterios de inclusión:

- Pacientes hospitalizados en el servicio de Medicina Interna del Hospital Goyeneche por una enfermedad médica crónica.
- Pacientes con capacidad cognitiva conservada.
- Pacientes con más de 24 horas de hospitalización.
- Pacientes que den su Consentimiento Informado.
- Paciente sin diagnóstico de depresión

#### Criterios de exclusión:

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

## 3. ESTRATEGIA DE RECOLECCIÓN DE DATOS

### 3.1 Organización

- Después de que el Proyecto de Tesis fue aprobado por los jurados dictaminadores, se solicitó una carta de presentación a la Dirección del Hospital para que nos autorizarán la realización del estudio.

- La investigadora, acudió diariamente al servicio de medicina interna del Hospital Goyeneche, se evaluó a los pacientes que estaban hospitalizados, en forma sistemática durante el mes de febrero. Además, fue necesario revisar las historias clínicas para obtener la información de algunas variables, se registró la información necesaria en la Ficha de recolección de datos elaborada para el estudio. Luego se procedió a realizar la tabulación de los datos en la matriz de sistematización elaborada en el Programa Excel, esto facilitó el conteo y análisis de los resultados. Posteriormente se redactó el informe final de la investigación.

### 3.2 Recursos:

#### Humanos:

La investigadora: Srta. Galy Pamela Carita Florez

Alumna de la Facultad de Medicina Humana de la Universidad Católica de Santa María.

Tutor: Dr. Juan Manuel Zevallos Rodriguez.

#### Institucionales:

Facultad de Medicina Humana de la Universidad Católica de Santa María.

Hospital Goyeneche

#### Financieros:

Autofinanciamiento.

### 3.3 Validación del instrumento:

En el presente estudio se utilizó la escala de Beck II, la versión española traducida y adaptada por Sanz, Navarro y Vázquez (5). Cada ítem se responde en una escala de 0 a 3 puntos, excepto los ítems 16 (cambios en el patrón de sueño) y 18 (cambios en el apetito) que contienen 7 categorías. Si una persona ha elegido varias categorías de respuesta en un ítem, se toma la categoría a la que corresponde la puntuación más alta. Las puntuaciones mínima y máxima en el test son 0 y 63. Los niveles de severidad de depresión corresponden a la sumatoria de los 21 ítem: depresión mínima (0-13); depresión leve (14-19), depresión moderada (20- 28), depresión grave ( $\geq 29$ ) puntos. Esta prueba califica de depresión mínima (puntaje de 0 a 13) al rango de

estado de ánimo normal. Los ítem de la Prueba de Depresión de Beck-II buscan el enfoque cognitivo de la depresión y cubren todos los criterios diagnósticos sintomáticos del DSM 5 para el trastorno depresivo mayor y el distímico, lo que apoya su validez de contenido (5).

### **3.4 Criterios o estrategias para el manejo de los resultados:**

Se procede a vaciar los resultados del instrumento a una base de datos de Excel, posteriormente se armó matriz en SPSS 23 para manejo de resultados. Se elaboró tablas de frecuencia absoluta y relativa para las distintas variables, luego se procedió a la creación de talas de relación, aplicándose la prueba estadística de chi cuadrado, para determinar la relación y correlación de Pearson





## **CAPITULO II: RESULTADOS**

TABLA N° 1

**EDAD DE LOS PACIENTES HOSPITALIZADOS EN EL SERVICIO DE  
MEDICINA INTERNA DEL HOSPITAL GOYENECHÉ FEBRERO 2018**

<b>Edad</b>	<b>Nº.</b>	<b>%</b>
16-30	5	8,3
31-45	8	13,3
46-60	21	35,0
61-75	11	18,3
76-90	13	21,7
>90	2	3,3
<b>TOTAL</b>	<b>60</b>	<b>100</b>

La Tabla N°. 1 muestra que el 35.0% de los pacientes hospitalizados en el servicio de medicina interna del Hospital Goyeneche tienen entre 46-60 años, el 21,7% tienen entre 76-90 años, el 18,3% tienen entre 61-75 años, el 13,3% tienen entre 31-45 años, el 8,3% tienen entre 16-30 años, mientras que el 3.3% son mayores de 90 años.

TABLA N° 2

**SEXO DE LOS PACIENTES HOSPITALIZADOS EN EL SERVICIO DE  
MEDICINA INTERNA DEL HOSPITAL GOYENCHE FEBRERO 2018**

<b>Sexo</b>	<b>Nº.</b>	<b>%</b>
Femenino	32	53,3
Masculino	28	46,7
<b>TOTAL</b>	<b>60</b>	<b>100</b>

La Tabla N°. 2 muestra que el 53.3% de los pacientes hospitalizados en el servicio de medicina interna del Hospital Goyeneche son de sexo femenino, mientras que el 46.7% son de sexo masculino.

TABLA N° 3

**GRADO DE INSTRUCCION DE LOS PACIENTES HOSPITALIZADOS EN EL  
SERVICIO DE MEDICINA INTERNA DEL HOSPITAL GOYENECHÉ  
FEBRERO 2018**

Instrucción	Nº.	%
Analfabeto	4	6,7
Primaria	25	41,6
Secundaria	22	36,7
Superior	9	15,0
<b>TOTAL</b>	<b>60</b>	<b>100</b>

La Tabla N°. 3 muestra que el 41.6% de los pacientes hospitalizados en el servicio de medicina interna del Hospital Goyeneche tienen instrucción primaria, el 36,7% de ellos tienen secundaria completa, el 15.0% tienen instrucción superior y el 6,7% son analfabetos.

TABLA N° 4

**ESTADO CIVIL DE LOS PACIENTES HOSPITALIZADOS EN EL SERVICIO  
DE MEDICINA INTERNA DEL HOSPITAL GOYENECHЕ FEBRERO 2018**

<b>Estado Civil</b>	<b>Nº.</b>	<b>%</b>
Soltero(a)	23	38,3
Conviviente	0	0,0
Casado(a)	20	33,3
Viudo(a)	9	15,0
Divorciado(a)	8	13,3
<b>TOTAL</b>	<b>60</b>	<b>100</b>

La Tabla N°. 4 muestra que el 38.4% de los pacientes hospitalizados en el servicio de medicina interna del Hospital Goyeneche son solteros, mientras que el 13.3% son divorciados.

TABLA N° 5

**ENFERMEDADES MEDICAS CRONICAS EN LOS PACIENTES  
HOSPITALIZADOS EN EL SERVICIO DE MEDICINA INTERNA DEL  
HOSPITAL GOYENECHÉ FEBRERO 2018**

<b>Enfermedad medica</b>	<b>Nº.</b>	<b>%</b>
Digestiva	12	20,0
Respiratoria	10	16,7
Neurológica	4	6,7
Renal	1	1,7
Cardiológica	7	11,7
Endocrinológica	26	43,3
<b>TOTAL</b>	<b>60</b>	<b>100</b>

La Tabla N°. 5 muestra que el 43,3% de los pacientes hospitalizados en el servicio de medicina interna del Hospital Goyeneche presentan enfermedad crónica endocrinológica, mientras que el 1.7% tienen enfermedad renal.

TABLA N° 6

**TIEMPO DE EVOLUCION DE LA ENFERMEDADES EN LOS PACIENTES  
HOSPITALIZADOS EN EL SERVICIO DE MEDICINA INTERNA DEL  
HOSPITAL GOYENECHÉ FEBRERO 2018**

<b>Tiempo de evolución</b>	<b>Nº.</b>	<b>%</b>
Menos de 1 año	15	25,0
2-3 años	5	8,3
4-6 años	13	21,7
6-10 años	7	11,7
Más de 10 años	20	33,3
<b>TOTAL</b>	<b>60</b>	<b>100</b>

La Tabla N°. 6 muestra que el 33.3% de los pacientes hospitalizados en el servicio de medicina interna del Hospital Goyeneche presentan enfermedad desde hace 4-6 años, mientras que el 8.3% tienen la enfermedad desde hace 2 a 3 años.

TABLA N° 7

**EVOLUCION DE LA ENFERMEDADES EN LOS PACIENTES  
HOSPITALIZADOS EN EL SERVICIO DE MEDICINA INTERNA DEL  
HOSPITAL GOYENECHÉ FEBRERO 2018**

<b>Evolución de enfermedad</b>	<b>Nº.</b>	<b>%</b>
Bueno	10	16,7
Regular	34	56,7
Incierto	11	18,3
Malo	5	8,3
<b>TOTAL</b>	<b>60</b>	<b>100</b>

La Tabla N°. 7 muestra que el 56.7% de los pacientes hospitalizados en el servicio de medicina interna del Hospital Goyeneche tienen evolución regular de la enfermedad, mientras que el 8.3% tienen mala evolución de la enfermedad.

TABLA N° 8

**SINTOMAS DEPRESIVOS EN LOS PACIENTES HOSPITALIZADOS EN EL  
SERVICIO DE MEDICINA INTERNA DEL HOSPITAL GOYENECHÉ  
FEBRERO 2018**

<b>Síntomas depresivos</b>	<b>Nº.</b>	<b>%</b>
Ausente	21	35,0
Leve	11	18,3
Moderada	17	28,3
Grave	11	18,3
<b>TOTAL</b>	<b>60</b>	<b>100</b>

La Tabla N°. 8 muestra que el 35.0% de los pacientes hospitalizados en el servicio de medicina interna del Hospital Goyeneche tienen ausencia de síntomas depresivos, mientras que el 18.3% presentan síntomas leves y graves.

**TABLA N° 9**

**RELACION ENTRE LOS SINTOMAS DEPRESIVOS Y LA EDAD DE LOS  
PACIENTES HOSPITALIZADOS EN EL SERVICIO DE MEDICINA INTERNA  
DEL HOSPITAL GOYENCHE FEBRERO 2018**

Edad(años)	Síntomas depresivos								TOTAL	
	Ausente		Leve		Moderado		Grave		Nº.	%
	Nº.	%	Nº.	%	Nº.	%	Nº.	%		
16-30	4	6,7	1	1,7	0	0,0	0	0,0	5	8,3
31-45	3	5,0	1	1,7	2	3,3	2	3,3	8	13,3
46-60	8	13,3	2	3,3	6	10,0	5	8,3	21	35,0
61-75	3	5,0	3	5,0	2	3,3	3	5,0	11	18,3
76-90	3	5,0	3	5,0	6	10,0	1	1,7	13	21,7
>90	0	0,0	1	1,7	1	1,7	0	0,0	2	3,3
<b>TOTAL</b>	<b>21</b>	<b>35,0</b>	<b>11</b>	<b>18,3</b>	<b>17</b>	<b>28,3</b>	<b>11</b>	<b>18,3</b>	<b>60</b>	<b>100</b>

$X^2=13.89$      $P>0.05$      $R=0.53$

La Tabla N°. 9 según la prueba de chi cuadrado ( $X^2=13.89$ ) muestra que los síntomas depresivos y la edad no presentan relación estadística significativa ( $P>0.05$ ). Asimismo se observa que el 8.3% de los pacientes hospitalizados en el servicio de medicina interna del Hospital Goyeneche con síntomas depresivos graves tienen entre 46-60 años, mientras que el 10.0% de pacientes con síntomas moderados tienen entre 76-90 años, el 1,6% de los pacientes con síntomas depresivos tienen entre 16-30 años, el 8,3% de los pacientes con síntomas depresivos tienen entre 31-45 años, el 21,7% de los pacientes tienen síntomas depresivos tienen entre 46-60, el 13,3 % de los pacientes con síntomas depresivos tienen entre 61-75 años, el 16,7% de los pacientes con síntomas depresivos tienen entre 76-90 años, el 3,3% de los pacientes con síntomas depresivos tienen más de 90 años.

TABLA N° 10

**RELACION ENTRE LOS SINTOMAS DEPRESIVOS Y EL GÉNERO DE LOS  
PACIENTES HOSPITALIZADOS EN EL SERVICIO DE MEDICINA INTERNA  
DEL HOSPITAL GOYENECHÉ FEBRERO 2018**

Genero	Síntomas depresivos								TOTAL	
	Ausente		Leve		Moderado		Grave		Nº.	%
	Nº.	%	Nº.	%	Nº.	%	Nº.	%		
Femenino	9	15,0	8	13,3	9	15,0	6	10,0	32	53,3
Masculino	12	20,0	3	5,0	8	13,3	5	8,4	28	46,7
<b>TOTAL</b>	21	35,0	11	18,0	17	28,3	11	18,3	60	100

$X^2=8.47$        $P<0.05$        $P=0.03$        $R=0.40$

La Tabla N°. 10 según la prueba de chi cuadrado ( $X^2=8.47$ ) muestra que los síntomas depresivos y el género presentan relación estadística significativa ( $P<0.05$ ). La correlación de Pearson nos muestra que las variables presentan un nivel de correlación moderado. Asimismo, se observa que el 10.0% de los pacientes hospitalizados en el servicio de medicina interna del Hospital Goyeneche con síntomas depresivos graves son de género femenino, mientras que el 13.3% de pacientes con síntomas moderados son de género masculino, el 38,3% de los pacientes con síntomas depresivos, son de sexo femenino, el 26,7% de pacientes con síntomas depresivos, son de sexo masculino.

TABLA N° 11

**RELACION ENTRE LOS SINTOMAS DEPRESIVOS Y EL GRADO DE INSTRUCCION DE LOS PACIENTES HOSPITALIZADOS EN EL SERVICIO DE MEDICINA INTERNA DEL HOSPITAL GOYENCHE FEBRERO 2018**

Instrucción	Síntomas depresivos								TOTAL	
	Ausente		Leve		Moderado		Grave		Nº.	%
	Nº.	%	Nº.	%	Nº.	%	Nº.	%		
Analfabeto	0	0,0	1	1,7	1	1,7	2	3,3	4	6,7
Primaria	6	10,0	4	6,7	10	18,3	5	8,3	25	41,6
Secundaria	11	18,3	6	10,0	4	6,7	1	1,7	22	36,7
Superior	4	6,7	0	0,0	2	3,3	3	5,0	9	15,0
<b>TOTAL</b>	<b>21</b>	<b>35,0</b>	<b>11</b>	<b>18,3</b>	<b>17</b>	<b>28,3</b>	<b>11</b>	<b>18,3</b>	<b>60</b>	<b>100</b>

$X^2=11.75$      $P<0.05$      $P=0.05$      $R= 0.18$

La Tabla N°. 11 según la prueba de chi cuadrado ( $X^2=11.75$ ) muestra que los síntomas depresivos y el grado de instrucción presentan relación estadística significativa ( $P<0.05$ ). La correlación de Pearson nos muestra que las variables presentan un nivel de correlación ínfimo. Asimismo, se observa que el 8.3% de los pacientes hospitalizados en el servicio de medicina interna del Hospital Goyeneche con síntomas depresivos graves tienen instrucción primaria, mientras que el 3.3% de pacientes con síntomas moderados tienen instrucción superior. Además, el 6,7% de los pacientes con síntomas depresivos, son analfabetos; el 31,6% de los pacientes con síntomas depresivos, tienen nivel primario; el 18,4% de los pacientes con síntomas depresivos, son de nivel secundario; el 8,3% de los pacientes con síntomas depresivos son de nivel superior.

TABLA N° 12

**RELACION ENTRE LOS SINTOMAS DEPRESIVOS Y EL ESTADO CIVIL DE INSTRUCCION DE LOS PACIENTES HOSPITALIZADOS EN EL SERVICIO DE MEDICINA INTERNA DEL HOSPITAL GOYENECHЕ FEBRERO 2018**

E. Civil	Síntomas depresivos								TOTAL	
	Ausente		Leve		Moderado		Grave		Nº.	%
	Nº.	%	Nº.	%	Nº.	%	Nº.	%		
Soltero	10	16,7	4	6,7	6	10,0	3	5,0	23	38,3
Conviviente	0	0,0	0	0,0	0	0,0	0	0,0	0	0,0
Casado	9	15,0	5	8,3	5	8,3	1	1,7	20	33,3
Viudo	2	3,3	0	0,0	3	5,0	4	6,7	9	15,0
Divorciado	0	0,0	2	3,3	3	5,0	3	5,0	8	13,3
<b>TOTAL</b>	21	35,0	11	18,3	17	28,3	11	18,3	60	100

$X^2=14.28$      $P>0.05$      $P=0.11$

La Tabla N°. 12 según la prueba de chi cuadrado ( $X^2=14.28$ ) muestra que los síntomas depresivos y el estado civil no presentan relación estadística significativa ( $P>0.05$ ).

Asimismo, se observa que el 6.7% de los pacientes hospitalizados en el servicio de medicina interna del Hospital Goyeneche con síntomas depresivos graves son viudos, el 10.0% de pacientes con síntomas moderados son solteros, el 21,7% de los pacientes con síntomas depresivos son solteros, el 18,3% de los pacientes con síntomas depresivos son casados, el 11,7% de los pacientes con síntomas depresivos son viudos, el 13,3% de los pacientes con síntomas depresivos son divorciados.

**TABLA N° 13**

**RELACIÓN ENTRE LOS SÍNTOMAS DEPRESIVOS Y LAS  
ENFERMEDADES MEDICAS CRÓNICAS DE LOS PACIENTES  
HOSPITALIZADOS EN EL SERVICIO DE MEDICINA INTERNA DEL  
HOSPITAL GOYENECHÉ FEBRERO 2018**

Enfermedad medica	Síntomas depresivos								TOTAL	
	Ausente		Leve		Moderado		Grave		Nº.	%
	Nº.	%	Nº.	%	Nº.	%	Nº.	%		
Digestiva	6	10	1	1,7	5	8,3	0	0,0	12	20,0
Respiratoria	2	3,3	4	6,7	2	3,3	2	3,3	10	16,7
Neurológica	0	0,0	1	1,7	2	3,3	1	1,7	4	6,7
Renal	0	0,0	0	0,0	1	1,7	0	0,0	1	1,7
Cardiológica	5	8,3	2	3,3	0,0	0,0	0	0,0	7	11,7
Endocrinológicas	8	13,3	3	5	7	11,7	8	13,3	26	43,3
<b>TOTAL</b>	21	34,9	11	18,4	17	28,3	11	18,3	60	100

$X^2=29.99$      $P>0.05$      $P=0.01$      $R=0.52$

La Tabla N°. 13 según la prueba de chi cuadrado ( $X^2=29.99$ ) muestra que los síntomas depresivos y las enfermedades medicas crónicas presentan relación estadística significativa ( $P<0.05$ ). La correlación de Pearson nos muestra que las variables presentan un nivel de correlación moderado. Asimismo, se observa que el 3.3% de los pacientes hospitalizados en el servicio de medicina interna del Hospital Goyeneche con síntomas depresivos graves tienen enfermedad crónica respiratoria, mientras que el 3.3% de pacientes con síntomas moderados tienen enfermedad neurológica. El 16,7% de los pacientes con síntomas depresivos tienen enfermedad crónica digestiva; el 13,4% de los pacientes con síntomas depresivos tienen enfermedad crónica respiratoria; el 7% de los pacientes con síntomas depresivos tienen enfermedad crónica neurológica; el 1,7% de los pacientes con síntomas depresivos tienen enfermedad crónica renal; el 8,4% de los pacientes con síntomas depresivos tienen enfermedad crónica cardiológica; el 30 % de los pacientes con síntomas depresivos tienen enfermedad crónica endocrinológica.

**TABLA N° 14**

**RELACIÓN ENTRE LOS SÍNTOMAS DEPRESIVOS Y EL TIEMPO DE EVOLUCIÓN DE LAS ENFERMEDADES CRÓNICAS DE LOS PACIENTES HOSPITALIZADOS EN EL SERVICIO DE MEDICINA INTERNA DEL HOSPITAL GOYENECHÉ FEBRERO 2018**

Tiempo evolución enfermedad	Síntomas depresivos								TOTAL		
	Ausente		Leve		Moderado		Grave		Nº.	%	
	Nº.	%	Nº.	%	Nº.	%	Nº.	%			
Menos de 1 año	10	16,7	1	1,7	4	6,7	0	0,0	15	25,0	
2-3 años	2	3,3	2	3,3	1	1,7	0	0,0	5	8,3	
4-6 años	5	8,3	3	5,0	4	6,7	1	1,7	13	21,7	
6-10 años	3	5,0	0	0,0	3	5,0	1	1,7	7	11,7	
Más de 10 años	1	1,7	5	8,3	5	8,3	9	15,0	20	33,3	
<b>TOTAL</b>	21	35	11	18,3	17	28,4	11	18,4	60	100	
		$X^2=23.61$		$P<0.05$		$P=0.02$		$R=0.56$			

La Tabla N°. 14 según la prueba de chi cuadrado ( $X^2=23.61$ ) muestra que los síntomas depresivos y el tiempo de evolución de las enfermedades medicas crónicas presentan relación estadística significativa ( $P<0.05$ ). La correlación de Pearson nos indica que existe una correlación moderada entre las variables. Asimismo, se observa que el 15.0% de los pacientes hospitalizados en el servicio de medicina interna del Hospital Goyeneche con síntomas depresivos graves tienen la enfermedad crónica desde hace más de 10 años, mientras que el 1.7% de pacientes con síntomas moderados tienen la enfermedad desde hace 2-3 años. El 20% de los pacientes con síntomas depresivos tienen menos de 1 año de tiempo de enfermedad; el 5% de los pacientes con síntomas depresivos tienen 2-3 años de tiempo de enfermedad; el 13,4% de los pacientes con síntomas depresivos tienen 4-6 años de tiempo de enfermedad; el 6,7% de los pacientes con síntomas depresivos tienen 6-10 años de tiempo de enfermedad; el 31,6% de los pacientes con síntomas depresivos tienen más de 10 años de enfermedad.

TABLA N° 15

**RELACION ENTRE LOS SINTOMAS DEPRESIVOS Y LA EVOLUCION DE LAS ENFERMEDADES CRONICAS DE LOS PACIENTES HOSPITALIZADOS EN EL SERVICIO DE MEDICINA INTERNA DEL HOSPITAL GOYENECHÉ FEBRERO 2018**

Evolución enfermedad	Síntomas depresivos								TOTAL	
	Ausente		Leve		Moderado		Grave		Nº.	%
	Nº.	%	Nº.	%	Nº.	%	Nº.	%		
Buena	4	6,7	1	1,7	5	8,3	0	0,0	10	16,7
Regular	16	26,7	5	8,3	9	15,0	4	6,7	34	56,7
Incierta	1	1,7	3	5,0	2	3,3	5	8,3	11	18,3
Mala	0	0,0	2	3,3	1	1,7	2	3,3	5	8,3
<b>TOTAL</b>	21	35,0	11	18,3	17	28,3	11	18,3	60	100

$X^2=18.27$      $P<0.05$      $P=0.03$      $R=0.31$

La Tabla N°. 15 según la prueba de chi cuadrado ( $X^2=18.27$ ) muestra que los síntomas depresivos y la evolución de las enfermedades medicas crónicas presentan relación estadística significativa ( $P<0.05$ ). .La correlación de Pearson nos muestra que las variables presentan un nivel de correlación moderado. Asimismo, se observa que el 8.3% de los pacientes hospitalizados en el servicio de medicina interna del Hospital Goyeneche con síntomas depresivos graves tienen una evolución incierta de la enfermedad, mientras que el 15.0% de pacientes con síntomas moderados tienen evolución regular. El 10% de los pacientes con síntomas depresivos tienen una buena evolución de la enfermedad, el 30% de los pacientes con síntomas depresivos tienen una regular evolución de la enfermedad, el 16,6% de los pacientes con síntomas depresivos tienen una incierta evolución de la enfermedad, el 8,3% de los pacientes con síntomas depresivos tienen una mala evolución de la enfermedad.



### III. DISCUSIÓN:

Los síntomas depresivos influyen negativamente en los pacientes con enfermedades médicas crónicas, independientemente de las complicaciones propias de la enfermedad. Algunos estudios muestran que en los pacientes con enfermedades medicas crónicas, la presencia de síntomas depresivos se asocian a los factores estresantes propios de la misma: los problemas físicos derivados de la enfermedad y los tratamientos, la necesidad de conservar la adherencia terapéutica; los problemas que derivan de la rehabilitación física, los problemas laborales por la relativa incapacidad funcional o de las secuelas, los problemas de interacción social con familiares, la baja autoestima, el reajuste de metas y motivaciones acorde a la nueva condición física, los problemas de adaptación a un nuevo entorno, el miedo a la muerte. Los resultados recabados en el presente trabajo se los comparó con un estudio descriptivo y observacional del nivel de Depresión en un grupo de pacientes Diabéticos realizado en la Clínica Regional del Municipio de Jilotepec, México por los autores: Martha Angélica Martínez Valdés, Martha Berenice Hernández Miranda, Edgar Daniel Godínez Tamay quienes trabajaron con 51 pacientes en el año 2012 (6).

En lo que respecta a la edad de las personas con Enfermedades médicas crónicas en nuestro estudio el 35% se encuentran en una edad comprendida entre 46 – 60 años, a diferencia del estudio de México en el que los pacientes se encuentran en un rango de edad entre 58 y 70 años (6).

En el presente estudio se encontraron similitudes con otras investigaciones además de la ya nombrada, de las cuales destacan que el género femenino predominó en el padecimiento de depresión en pacientes con enfermedades crónicas.

En otras variables como el estado civil y escolaridad, menciona predominio en personas casadas y con estudios de primaria respectivamente (6), lo último coincide con los resultados de nuestra investigación, pero con mayor porcentaje de depresión en pacientes solteros.

En el presente trabajo el mayor porcentaje de pacientes crónicos cuenta con ningún nivel de instrucción primario en un 41,6% y en el estudio realizado en México el nivel de instrucción que más sobresale es la primaria (39.2%) (6).

En lo que se refiere al tiempo de evolución de la enfermedad en el estudio realizado en pacientes con enfermedades medicas crónicas hospitalizados en el servicio de medicina del hospital Goyeneche; el 33,3% conllevan esta enfermedad más de 10 años, seguido por el 25% con aquellos que la

presentan menos de año. En la investigación realizada en la Clínica de México no se dispone de estos datos (6).

En cuanto a los niveles de depresión en el presente estudio teniendo en cuenta la comparación en pacientes con enfermedades medicas crónicas, en los pacientes con enfermedad digestiva se pudo observar que de los 60 pacientes en estudio el 35% presenta ausencia de síntomas depresivos, el 18,3% presenta síntomas depresivos leves, el 28,3% presenta síntomas depresivos moderas, el 18,3% presenta síntomas depresivos graves; mientras que en el estudio realizado en la Clínica de Jilotepec México se determinó en la población estudiada ausencia de síntomas en 58.8%, depresión leve en 21.6%, depresión moderada en 15.7%, depresión severa 3.9% (6)





## **CAPITULO IV: CONCLUSIONES**

#### IV. CONCLUSIONES:

1. Existe elevada prevalencia de síntomas depresivos en el paciente hospitalizado con enfermedad médica crónica (65% de casos).
2. El mayor porcentaje de personas con enfermedades médicas crónicas y con síntomas depresivos tienen entre 46-60 años siendo el 21,7% con un  $P > 0.05$ , presentando una relación estadística no significativa. Además, la mayoría de pacientes con síntomas depresivos son de género femenino con 38,3% y un  $P < 0.05$ , siendo una relación estadísticamente significativa. En cuanto al estado civil predominan los solteros con un 21,6% y un  $P > 0.05$ , siendo estadísticamente no significativo y el nivel de instrucción primaria son el 31,6%, con un  $P < 0.05$ , resultando una relación estadísticamente significativa. De las 60 personas en estudio en lo que se refiere al tiempo de evolución de la enfermedad crónica el mayor porcentaje (30%) de pacientes con síntomas depresivos ha sido diagnosticada hace más de 10 años con un  $P < 0.05$ , siendo una relación estadísticamente significativa y actualmente la mayoría, siendo el 30% presentan evolución regular de su enfermedad, con un  $P < 0.05$ , siendo una relación estadísticamente significativa.
3. El mayor porcentaje de personas con síntomas depresivos, presentan enfermedad médica crónica endocrinológica con un 22,7%, siendo el  $P < 0.05$ , resultando una relación estadísticamente significativa.



## **CAPITULO V: SUGERENCIAS**

## V. SUGERENCIAS:

1. A los escenarios institucionales tener en cuenta la aplicación de pruebas de depresión más exhaustivas, que no evalúen solamente niveles de síntomas depresivos, sino que sean pruebas diagnósticas, ya que con frecuencia los síntomas depresivos no son detectados y por lo tanto no se trata, para evitar este inconveniente se debería capacitar a los médicos, que no son especialistas en Psiquiatría, en el diagnóstico y tratamiento de la depresión, debido a su alta prevalencia en el paciente hospitalizado, y sabiendo cómo influye esta patología en el pronóstico de la enfermedad médica crónica, días de hospitalización y adherencia al tratamiento,
2. A los profesionales de salud considerar el género del paciente, ya que la prevalencia, nivel de depresión y por ende el tratamiento es distinto. Además, tener en cuenta el tiempo de enfermedad crónica, la evolución de la enfermedad que padece el paciente porque pueden influir significativamente en la presencia o ausencia de síntomas depresivos.
3. A los escenarios institucionales insistir en el mejor control e cada patología sin olvidar el aspecto psicológico para brindar una atención integral, debido a que las patologías de tipo ansioso-depresivo son comunes en los pacientes diagnosticados de Enfermedades médicas crónicas.
4. A los futuros investigadores ampliar la muestra de estudio de modo que los resultados y conclusiones se puedan generalizar.



## BIBLIOGRAFÍA

1. Moussavi S, Chatterji S, Verdes E, Tandon A, Patel V, Ustun B. Depression, chronic diseases, and decrements in health: results from the World Health Surveys. *Lancet*. 2007;370(9590):851-8.
2. Pitt B, Deldin PJ. Depression and cardiovascular disease: have a happy day--just smile! *Eur Heart J*. 2010;31(9):1036-7. doi: 10.1093/eurheartj/ehq031.
3. Egede LE. Major depression in individuals with chronic medical disorders: prevalence, correlates and association with health resource utilization, lost productivity and functional disability. *Gen Hosp Psychiatry*. 2007;29(5):409-16.
4. Huffman JC, Celano CM, Beach SR, Motiwala SR, Januzzi JL. Depression and cardiac disease: epidemiology, mechanisms, and diagnosis. *Cardiovasc Psychiatry Neurol*. 2013;2013:695925. doi: 10.1155/2013/695925.
5. SANZ, J, PERDIGÓN, AL, VÁZQUEZ, C. Adaptación española del Inventario para la Depresión de Beck-II (BDI-II): 2. Propiedades psicométricas en población general. *Clínica y Salud [Internet]*. 2003;14(3):249-280. Recuperado de: <http://www.redalyc.org/articulo.oa?id=180617972001>.
6. Martínez-Valdés MA, Hernández-Miranda MB, GodínezTamay ED. Depresión en un grupo de pacientes con Diabetes mellitus tipo 2 en una Clínica Regional del municipio de Jilotepec, México. *Aten Fam* 2012;19(3):58-60.



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



**“SÍNTOMAS DEPRESIVOS EN ENFERMEDADES MEDICAS CRONICAS EN  
PACIENTES HOSPITALIZADOS EN EL SERVICIO DE MEDICINA INTERNA  
DEL HOSPITAL GOYENECHÉ FEBRERO 2018”.**

Proyecto de tesis presentado por:

**Carita Florez Galy Pamela**

Para optar el Título Profesional de:  
Médica Cirujana.

Asesor:

Dr. Zevallos Rodriguez, Juan Manuel

**AREQUIPA - PERÚ**

**2018**

## I. INTRODUCCIÓN

La depresión es la condición más prevalente en pacientes con enfermedades crónicas no transmisibles. Esta prevalencia puede ser hasta dos o tres veces más alta en estos pacientes, en comparación con personas sin condiciones crónicas (1).

Las enfermedades medicas crónicas pueden ocasionar cambios de estilo de vida estresantes como, por ejemplo, dejar de hacer actividades que disfrutan, adecuarse a nuevas limitaciones físicas, pagar los altos costos de una atención médica y fármacos con elevados precios. Con el paso del tiempo, estas tensiones y sentimientos negativos pueden sustraer la energía emocional útil para continuar viviendo. Además, la falta de progreso en la recuperación, el empeoramiento de la enfermedad o la misma hospitalización pueden dar lugar a la presencia de sintomatología depresiva.

También se observó que los síntomas depresivos se asocian de manera negativa con las medidas de auto-cuidado de enfermedades médicas crónicas, como, por ejemplo, asistencia a citas médicas, dieta, medicación y actividad física (2). En este sentido, la depresión empeora la calidad de vida, genera un mayor gasto en servicios médicos y ocasiona mayor discapacidad funcional (3).

Del mismo modo, los resultados de la Encuesta Mundial de Salud, realizada por la Organización Mundial de la Salud, muestran que los síntomas depresivos en pacientes con enfermedades médicas crónicas se asocian significativamente con un peor estado de salud, en comparación con pacientes sin síntomas depresivos que tienen una o más enfermedades crónicas (1). Se concluye así la necesidad de brindar atención en salud mental a la población con enfermedades médicas crónicas (4).

Por otro lado es muy importante no malinterpretar síntomas propios de una patología orgánica, ya que, en estos casos, no sólo no responderán al tratamiento antidepresivo, sino que se retrasará el tratamiento efectivo de la enfermedad médica crónica.

La información resultante de esta investigación brindará conocimientos de interés para los médicos y permitirá ofrecer una atención integral no solo enfocada en medidas terapéuticas sino también tener en cuenta el apoyo psicológico y de esta manera brindar seguridad emocional a pacientes con

enfermedades médicas crónicas que están hospitalizados en el servicio de medicina del hospital Goyeneche.



## II. PLANTEAMIENTO TEÓRICO:

### 1. PROBLEMA DE LA INVESTIGACION:

#### 1.1. Enunciado del Problema general

¿Cuál es la relación de los síntomas depresivos con enfermedades médicas crónicas en pacientes hospitalizados en el servicio de medicina interna del Hospital Goyeneche en febrero del 2018?

#### 1.2. Descripción del Problema

##### a) Área del conocimiento

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



**b) Análisis de Variables**

<b>Tipo de Variable</b>	<b>Variable</b>	<b>Indicador</b>	<b>Valores o categorías</b>	<b>Tipo de variable</b>
<b>Variable Dependiente</b>	<b>Nivel de depresión</b>	BDI II	Ausente, Leve Moderada, Grave	Cualitativa
<b>Variable Independiente</b>	<b>Edad</b>	Cuestionario	16-30; 31-45 ; 46-60; 61-75; 76-90 mayores de 90	Cuantitativa
	<b>Grado de instrucción</b>	Cuestionario	Analfabeto Primaria Secundaria Superior	Cualitativa
	<b>Sexo</b>	Cuestionario	Femenino, masculino	Cualitativa
	<b>Estado civil</b>	Cuestionario	Soltero(a) Conviviente Casado(a) Viudo(a) Divorciado(a)	Cuantitativa
<b>Variable Independiente</b>	<b>Enfermedad medica subyacente</b>	Cuestionario	Digestiva Respiratoria Neurológica Cardiológica Renal Endocrinológicas	Cualitativa
	<b>Tiempo de evolución de la enfermedad</b>	Cuestionario	Menos de 1 año 2-3 años 4-6 años 6-10 años Más de 10 año	Cuantitativo
	<b>Estado de evolución de la enfermedad</b>	Cuestionario	Bueno Regular Incierto Malo	Cualitativo

### 1.3. Justificación del problema:

El presente estudio buscó indagar la relación entre los síntomas depresivos y las enfermedades crónicas en pacientes hospitalizados con el fin de generar información actualizada referente a las dos variables de estudio.

- **Valor personal:**

Por la que me lleva a desarrollar el presente trabajo de investigación es el número importante de trastornos psiquiátricos que se pasa por alto por médicos no psiquiatras en los hospitales y cuando se les identifica, el tiempo entre el ingreso y la petición de interconsulta a psiquiatría ha llegado a ser de 10.6 días en promedio (5).

Este desconocimiento disminuye la calidad de vida, dificultad la adaptación social, disminución de la adherencia al tratamiento, empeoramiento en la evolución de las enfermedades crónicas, aumento de morbilidad, incremento de la tasa de suicidio y días de hospitalización (6),

Los estudios de prevalencia de trastornos psiquiátricos en pacientes hospitalizados por enfermedad médica no psiquiátrica, han demostrado la asociación entre enfermedades o procedimientos médico-quirúrgicos y algunos trastornos psiquiátricos, siendo más frecuentes los trastornos afectivos, ansiosos, cognitivos y alcoholismo (7).

- **Valor Social:**

Ya que será de beneficio para el hospital en donde se realizó la investigación. A través de los resultados se pudo identificar la realidad de situación emocional de los pacientes con enfermedades crónicas. De esta manera, el mencionado hospital podrá tomar las medidas correspondientes, según los resultados del estudio, para el beneficio de los pacientes con enfermedades crónicas.

Esta investigación pone de manifiesto el impacto que dichos trastornos tienen sobre la morbilidad y mortalidad en enfermedades medicas crónicas, tendiendo a aumentar los días de estancia hospitalaria y los costos médicos (8).

- **Valor científico:**

El antecedente psiquiátrico más informado es el trastorno depresivo mayor, lo que concuerda con la alta frecuencia a nivel regional y mundial de esta enfermedad (9). Al respecto un estudio realizado en el Hospital Militar de Santiago (HMS), sobre la prevalencia de depresión en adultos mayores hospitalizados en el Servicio de Medicina Interna, reveló que el 28,4% de éstos tenían depresión. Esto puede ser motivo frecuentemente del subdiagnóstico, ya que, en varias ocasiones, los síntomas depresivos incluyen insuficiencias cognitivas, que al no diagnosticarse se sobreentienden como un proceso natural.

- **Valor metodológico:**

Se basa en el empleo de un instrumento reconocido para la identificación de depresión en pacientes hospitalizados por enfermedades médicas crónicas, las mismas que, son las principales variables a identificar para la elaboración del presente estudio.

El criterio de **actualidad** es aplicable ya que la utilidad de la presente investigación radica en que, luego de concluido el estudio, el personal de salud estará capacitado para diagnosticar y tratar la depresión en pacientes hospitalizados por enfermedades medicas crónicas, ya que la presencia de una enfermedad crónica se asocia con un riesgo incrementado de desarrollar un trastorno depresivo mayor, especialmente cuando es de larga duración e intensidad moderada a grave, y puede causar gran sufrimiento y alterar las actividades laborales, escolares y familiares. En el peor de los casos puede llevar al suicidio.

Respecto de la **factibilidad**, el estudio es viable, ya que se cuenta con la escala de **Beck-II** para la depresión, que dicho sea de paso es una escala validada, fácil de aplicar, comprensible para el paciente y al alcance del personal médico, además de ser un estudio de poco costo económico un diagnóstico rápido y fidedigno para de esta forma iniciar un tratamiento precoz.

- **Valor teórica**

Ya que contribuye con información organizada, sistematizada y actualizada a la comunidad científica de psiquiatría. Además, se implementó y consolidó datos cuantitativos sobre los niveles de depresión en pacientes con enfermedades crónicas.

## 2. MARCO TEÓRICO

### 2.1 DEPRESIÓN:

Los trastornos afectivos son enfermedades del estado de ánimo cuya prevalencia va en aumento en las últimas décadas y cuya carga social constituye la primera en gravedad de todas las enfermedades, según datos de la Organización Mundial de la Salud. Existen tres tipos de trastornos afectivos: los debidos a una enfermedad médica o al consumo de una sustancia (p. ej., antihipertensivos) y cuya causa directa es orgánica; los trastornos depresivos unipolares, caracterizados porque afectan sólo a un polo del humor, y los trastornos bipolares, que se manifiestan tanto por aumentos como por descensos de estado de ánimo (10)

### 2.2 DEFINICIÓN:

La depresión es un trastorno caracterizado por un descenso persistente en el ánimo, pensamientos negativos y, en algunos casos, síntomas somáticos. Es una de las enfermedades más frecuentes tanto en el ámbito de la psiquiatría como en el de la atención primaria de salud.

La depresión es una alteración del humor en la que destaca un ánimo deprimido, falta de energía y/o pérdida de interés, o de la capacidad para disfrutar u obtener placer (anhedonia), que afecta la vida de la persona, durante la mayor parte del día y durante al menos dos semanas. (11)

A pesar de su alta prevalencia, un número importante de los casos no llega a ser diagnosticado, lo que compromete su evolución y llega a plantear riesgos como el de la conducta suicida. Existe para ello un doble motivo: la limitada tendencia de estos enfermos a buscar ayuda y la expresión a través de molestias físicas que pueden ocultar el trastorno depresivo primario.

La depresión es hoy la segunda causa de discapacidad en el mundo. Provoca más incapacidad, sufrimiento y pérdida de calidad de vida que otras enfermedades crónicas como la diabetes, la artrosis y los trastornos cardíacos o respiratorios. (12)

## 2.3. CLASIFICACIÓN

**Clasificación Internacional de Enfermedades, décima edición (CIE-10), de los trastornos depresivos (13). Los trastornos depresivos son clasificados así:**

### 2.3.1. Episodios depresivos:

- ✓ Episodio depresivo leve
- ✓ Episodio depresivo moderado
- ✓ Episodio depresivo grave sin síntomas psicóticos
- ✓ Episodio depresivo grave con síntomas psicóticos

### 2.3.2. Trastorno depresivo recurrente:

- ✓ Con episodio actual leve
- ✓ Con episodio actual moderado
- ✓ Con episodio actual grave sin síntomas psicóticos
- ✓ Con episodio actual grave con síntomas psicóticos
- ✓ Actualmente en remisión
- ✓ Otros trastornos depresivos recurrentes
- ✓ Trastorno depresivo recurrente sin depresión

### 2.3.3. Trastornos del humor (afectivos) persistente:

- ✓ Distimia
- ✓ Ciclotimia

### 2.3.4. Otros trastornos del afecto.

- ✓ Trastornos del afecto secundarios:
- ✓ Enfermedad médica.
- ✓ Inducido por sustancias.
- ✓ Otras formas de trastornos afectivos.
- ✓ Depresión atípica
- ✓ Disforia posparto
- ✓ Depresión posparto
- ✓ Síndrome mixto de ansiedad y depresión
- ✓ Melancolía
- ✓ Depresión doble
- ✓ Depresión enmascarada
- ✓ Trastorno disfórico premenstrual
- ✓ Depresión bipolar.

### **Clasificación de los trastornos depresivos según el Manual Diagnóstico y Estadístico de los Trastornos Mentales (DSM-5) (14).**

El Manual diagnóstico y estadístico de los trastornos mentales en su quinta edición (DSM 5) de la Asociación Americana de Psiquiatría (APA, American Psychiatric Association) clasifica los trastornos depresivos de la siguiente manera:

- Trastorno de desregulación disruptiva del estado de ánimo.
- Trastorno de depresión mayor.
- Trastorno depresivo persistente (Distimia).
- Trastorno disfórico premenstrual.
- Trastorno depresivo inducido por una sustancia/medicamento.
- Otro trastorno depresivo especificado.
- Otro trastorno depresivo no especificado.
- **Trastornos depresivos debido a otra afección médica :**

El rasgo esencial del trastorno depresivo debido a otra afección médica es un período de tiempo importante y persistente de estado de ánimo deprimido, o una disminución notable del interés o del placer en todas o casi todas las actividades, que predomina en el cuadro clínico y que se piensa que está relacionado con los efectos fisiológicos directos de la otra afección médica. Para determinar si las alteraciones del ánimo se deben a otra afección médica general, el clínico debe establecer primero la presencia de una afección médica general. Además, el clínico debe establecer que la alteración del ánimo está etiológicamente relacionada con la afección médica general mediante un mecanismo fisiológico. Se necesita una evaluación exhaustiva e integral de múltiples factores para realizar el juicio clínico. La etiología (p. ej., la relación causal con otra afección médica basada en las mejores pruebas clínicas) es la variable esencial del trastorno depresivo debido a otra afección médica. La lista de afecciones médicas que se dice que pueden inducir una depresión mayor nunca está completa y la esencia del diagnóstico es el buen juicio del clínico. Existen asociaciones claras y algunos correlatos neuroanatómicos entre depresión e infarto cerebral, enfermedad de Huntington, enfermedad de Parkinson, hipertensión arterial y daño cerebral traumático. Entre las afecciones neuroendocrinas más estrechamente asociadas a la depresión se encuentran la diabetes mellitus, enfermedad de Cushing y el

hipotiroidismo. Hay otras muchas afecciones que se piensa que están asociadas con la depresión, como la esclerosis múltiple. (15)

#### **2.4. PATOGENIA:**

La etiología de la depresión es multifactorial, resultante de la interacción entre factores constitucionales predisponentes (herencia, temperamento) y el estrés ambiental. Estos factores actúan a través de mecanismos neuroquímicos que han sido identificados sólo en parte. Las evidencias señalan la implicación de los neurotransmisores monoaminérgicos (serotonina, noradrenalina, dopamina) en la génesis de la depresión, con notables hallazgos sobre precursores y metabolitos, pruebas de función neuroendocrinas o estudios moleculares.

La depresión es una patología multifactorial y compleja cuya probabilidad de desarrollo depende de factores de riesgo, sin que hasta el momento haya sido posible establecer en su totalidad ni en las múltiples interacciones existentes entre ellos. Se desconoce el peso de cada uno de ellos, en relación a las circunstancias y al momento de la vida en que se desarrollan, a estos se los ha clasificado de la siguiente manera (16):

- ✓ Factores personales y sociales.
- ✓ Factores cognitivos.
- ✓ Factores familiares y genéticos.

#### **2.5. CUADRO CLÍNICO:**

La depresión es un poco más que una alteración profunda y patológica del estado de ánimo; se requieren otros síntomas que conforman el síndrome depresivo cuya detección es la base del diagnóstico. En este cabe distinguir entre síntomas principales y accesorios.

Los síntomas nucleares son:

- ✓ Estado de ánimo deprimido (tristeza no reactiva a las circunstancias externas, intensa y persistente).
- ✓ Pérdida de la capacidad de interesarse y disfrutar con aquello que interesaba y producía placer (anhedonia).
- ✓ Disminución de la vitalidad (cansancio, fatiga, inhibición).

Los síntomas accesorios son:

- ✓ Disminución de atención y concentración (a veces percibida como falta de memoria).
- ✓ Pérdida de confianza en uno mismo y sentimientos de inferioridad.
- ✓ Ideas de culpa.
- ✓ Perspectiva sombría del futuro.
- ✓ Ideas de muerte, pensamientos o gestos suicidas.
- ✓ Trastornos del sueño (insomnio tardío o despertar precoz).
- ✓ Pérdida de apetito y libido.

Según los síntomas presentes y su intensidad, la gravedad del trastorno se clasifica en leve, moderada o grave. Para el diagnóstico se requiere una duración de los síntomas de al menos 2 semanas. Habitualmente se produce un deterioro en el funcionamiento que afecta a las actividades sociales, laborales y de la vida cotidiana. En algunos casos predomina la ansiedad sobre el ánimo deprimido o se manifiestan en primer plano otros síntomas como consumo de alcohol, irritabilidad, hipocondría, fobias, obsesiones, etc. En muchos casos se alteran los ritmos vitales, con empeoramiento matutino o agravación o desencadenamiento de sus episodios en determinadas estaciones (otoño, primavera). (17)

## 2.6. DIAGNÓSTICO

El diagnóstico se basa en la clínica, donde la tristeza, la pérdida de interés y la falta de energía son los síntomas más característicos. Primero, es necesario descartar una patología médica que se manifieste como un síndrome depresivo. En segundo lugar, hay que pensar en la depresión cuando algunos síntomas enmascaran el trastorno afectivo, como la seudodemencia depresiva del anciano, los «equivalentes depresivos» (síntomas somáticos como algias, molestias gastrointestinales) y cuando aparecen conductas secundarias a la depresión (consumo de alcohol, oposicionismo en adolescentes). En tercer lugar, hay que considerar los errores por la utilización excesiva del término «depresión», que a veces se usa indiscriminadamente para designar un síntoma, un síndrome o una enfermedad; así sucede, por ejemplo, al diagnosticar depresión en casos que en realidad, son trastornos de ansiedad. (18).

Los criterios diagnósticos de depresión según el Manual diagnóstico y estadístico de los trastornos mentales en su quinta edición (DSM 5) de la Asociación Americana de Psiquiatría son:

- A.** Cinco (o más) de los síntomas siguientes han estado presentes durante el mismo periodo de dos semanas y representan un cambio de funcionamiento previo; al menos uno de los siguientes síntomas es estado de ánimo depresivo o pérdida de interés o de placer. Nota: No incluir síntomas que se pueden atribuir claramente a otra afección médica.
1. Estado de ánimo deprimido la mayor parte del día, casi todos los días, según se desprende de la información subjetiva (p. ej., se siente triste, vacío, sin esperanza) o de la observación por parte de otras personas (p. ej., se le ve lloroso). (Nota: En niños y adolescentes, el estado de ánimo puede ser irritable).
  2. Disminución importante del interés o el placer por todas o casi todas las actividades la mayor parte del día, casi todos los días (como se desprende de la información subjetiva o de la observación).
  3. Pérdida importante de peso sin hacer dieta o aumento de peso (p. ej., modificación de más de un 5% del peso corporal en un mes) o disminución o aumento del apetito casi todos los días. (Nota: En los niños, considerar el fracaso para el aumento de peso esperado).
  4. Insomnio o hipersomnia casi todos los días.
  5. Agitación o retraso psicomotor casi todos los días (observable por parte de otros, no simplemente la sensación subjetiva de inquietud o de enlentecimiento).
  6. Fatiga o pérdida de energía casi todos los días.
  7. Sentimiento de inutilidad o culpabilidad excesiva o inapropiada (que puede ser delirante) casi todos los días (no simplemente el autorreproche o culpa por estar enfermo).
  8. Disminución de la capacidad para pensar o concentrarse, o para tomar decisiones, casi todos los días (a partir de la información subjetiva o de la observación por parte de otras personas).

9. Pensamientos de muerte recurrentes (no sólo miedo a morir), ideas suicidas recurrentes sin un plan determinado, intento de suicidio o un plan específico para llevarlo a cabo.
- B.** Los síntomas causan malestar clínicamente significativo o deterioro en lo social, laboral u otras áreas importantes del funcionamiento.
- C.** El episodio no se puede atribuir a los efectos fisiológicos de una sustancia o de otra afección médica. Nota: Los Criterios A-C constituyen un episodio de depresión mayor. Nota: Las respuestas a una pérdida significativa (p. ej., duelo, ruina económica, pérdidas debidas a una catástrofe natural, una enfermedad o discapacidad grave) pueden incluir el sentimiento de tristeza intensa, rumiación acerca de la pérdida, insomnio, pérdida del apetito y pérdida de peso que figuran en el Criterio A, y pueden simular un episodio depresivo. Aunque estos síntomas pueden ser comprensibles o considerarse apropiados a la pérdida, también se debería pensar atentamente en la presencia de un episodio de depresión mayor además de la respuesta normal a una pérdida significativa. Esta decisión requiere inevitablemente el criterio clínico basado en la historia del individuo y en las normas culturales para la expresión del malestar en el contexto de la pérdida.
- D.** El episodio de depresión mayor no se explica mejor por un trastorno esquizoafectivo, esquizofrenia, un trastorno esquizofreniforme, un trastorno delirante, u otro trastorno especificado o no especificado del espectro de la esquizofrenia y otros trastornos psicóticos.
- E.** Nunca ha habido un episodio maniaco e hipomaniaco. Nota: Esta exclusión no se aplica si todos los episodios de tipo maniaco o hipomaniaco son inducidos por sustancias o se pueden atribuir a los efectos fisiológicos de otra afección médica. Para distinguir el duelo de un episodio de depresión mayor (EDM), es útil tener en cuenta que en el duelo, el afecto predominante es el sentimiento de vacío y pérdida, mientras que en un EDM es el estado de ánimo deprimido persistente y la incapacidad de esperar felicidad o placer. La disforia en el duelo probablemente disminuye de intensidad en días o semanas y se produce en oleadas, las denominadas punzadas del duelo. Estas oleadas tienden a asociarse a pensamientos o recuerdos del difunto. El estado de ánimo deprimido de un EDM es más persistente y no se asocia a pensamientos o preocupaciones

específicos. El dolor del duelo puede ir acompañado de humor y emociones positivas que no son característicos de la intensa infelicidad y miseria que caracteriza a un EDM. El contenido de los pensamientos asociados al duelo generalmente presenta preocupación vinculada a pensamientos y recuerdos del difunto y no la autocrítica o la rumiación pesimista que se observa en un EDM. En el duelo, la autoestima por lo general se conserva, mientras que en un EDM son frecuentes los sentimientos de no valer para nada y de desprecio por uno mismo. Si en el duelo existen ideas de autoanulación, implican típicamente la percepción de haber fallado al difunto (p. ej., no haberlo visitado con más frecuencia, no decirle lo mucho que lo quería). Si un individuo en duelo piensa en la muerte y en el hecho de morir, estos pensamientos se centran por lo general en el difunto y posiblemente en "reunirse" con él, mientras que en un EDM estos pensamientos se centran en poner fin a la propia vida debido al sentimiento de inutilidad, de no ser digno de vivir o de ser incapaz de hacer frente al dolor de la depresión (19).

Además de la alta prevalencia de los síntomas depresivos en el contexto hospitalario, las evidencias indican un frecuente subregistro. Entre las causas del subregistro se cuentan, por ejemplo, la presencia de síntomas compartidos entre ciertas enfermedades y la depresión, incluso, el efecto de ciertos medicamentos, pero también, como ya se indicó, como consecuencia de la dificultad de los médicos para reconocer los síntomas de la depresión en el contexto hospitalario (11). Los trastornos depresivos son un problema de salud pública, debido no sólo a su alta prevalencia, sino también a las repercusiones que traen consigo a nivel físico, psicológico, social y económico. Son estimados como discapacitantes, considerándose de esta manera como una de las mayores cargas de enfermedad tanto en países desarrollados, como en países en vías de desarrollo, debido a la combinación de la alta prevalencia, el nivel de afectación en el funcionamiento, la aparición en edades tempranas y el curso altamente recurrente; además, su tasa de discapacidad supera algunas enfermedades crónicas, tales como: la hipertensión, la artritis, la diabetes y el dolor. Así, se estima que la depresión será en el 2020 la primera causa de morbilidad con discapacidad a nivel mundial, seguida de las enfermedades isquémicas cardíacas.

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

- Género: mayor prevalencia en mujeres (20).
- Estado civil: las personas separadas o que han anulado su matrimonio muestran mayor prevalencia de depresión que las personas solteras o casadas (21).
- Nivel educativo: se establece una relación inversamente proporcional, observándose que la sintomatología depresiva disminuye a medida que el nivel educativo aumenta (22).
- Herencia: los familiares, en primer grado, de personas con trastorno depresivos mayor, tienen más probabilidad de padecer depresión frente a la población general (23).
- Edad: la OMS indicó que el 25% de las personas mayores de 65 años padecen algún tipo de trastorno psiquiátrico, siendo el más frecuente la depresión hasta los 75 años (24,25).
- Condición socioeconómica: las personas más propensas a sufrir enfermedades médicas y mentales son aquellas que viven en condiciones de pobreza (26).
- Enfermedad médica: los pacientes que sufren algún tipo de enfermedad médica tienen un riesgo mayor de manifestar síntomas depresivos que el resto de la población general (27).

## 2.7. PRONÓSTICO

En teoría, la depresión es un trastorno cíclico y con un curso evolutivo autolimitado (de 6 a 12 meses) y, en general, con recuperación (a menudo incompleta) interepisódica. El curso clínico tiende a ser recurrente y hasta un 20% de los casos puede cronificarse y sufrir síntomas residuales. Los factores de riesgo para una evolución poco favorable son: edad avanzada, sexo femenino, bajo nivel educativo, escaso apoyo social, trastornos de personalidad y consumo de tóxicos.

## 2.8. TRATAMIENTO

El tratamiento se basa en la instauración de medidas psicoterapéuticas y farmacológicas. El abordaje psicológico sobre el enfermo depresivo requiere pautas de apoyo que ofrezcan seguridad, sinceridad, comprensión, disponibilidad y competencia. Se requiere explicar el carácter temporal y el pronóstico favorable de la enfermedad, evitando la toma de decisiones trascendentes e intentando implicar al entorno en el proceso curativo. (28)

Es importante corregir las falsas creencias asociadas a la depresión, que incluyen la idea de incurabilidad y la autoinculpación. Las psicoterapias más sistemáticas basadas en psicoterapia dinámica, terapia cognitivo-conductual o terapia interpersonal sólo se suelen aplicar en entornos especializados y son muy efectivas, especialmente en casos menos graves.

Los objetivos del tratamiento se dirigen a mejorar el estado de ánimo, el funcionamiento social, ocupacional y la calidad de vida; reducir la morbilidad y la mortalidad, prevenir la recurrencia de la depresión y minimizar los efectos adversos del tratamiento. Es necesario recordar que 50% de las personas con un episodio depresivo mayor experimentan otros síntomas en los siguientes 10 años; es decir, pueden sufrir un episodio recurrente durante su vida. (28)

Desde el punto de vista farmacológico se dispone de medicamentos que han demostrado ampliamente su eficacia. Todos ellos requieren un período de latencia antes de iniciar el efecto terapéutico, que está entre 10 y 15 días. La medicación debe administrarse en la dosis adecuada y durante el tiempo suficiente. Se aconseja continuar el tratamiento en períodos de mantenimiento prolongados (mínimo 6 meses-1 año) para prevenir la aparición de recaídas. La depresión recurrente puede requerir tratamiento profiláctico durante largo tiempo.

Los antidepresivos tricíclicos son los medicamentos utilizados clásicamente en esta enfermedad. Tienen gran eficacia, pero sus efectos adversos (anticolinérgicos) y su toxicidad son considerables y están contraindicados en casos de cardiopatía, glaucoma y prostatismo. (18)

También plantean secundarismos que limitan la aceptabilidad de los pacientes, como boca seca, estreñimiento, visión borrosa y aumento de

peso. Asimismo, en caso de sobredosificación pueden aparecer complicaciones graves. Los más utilizados en España son imipramina, amitriptilina, clomipramina, maprotilina y nortriptilina, con dosis mínimas eficaces, que varían ligeramente en cada fármaco, comprendidas en general entre 75 y 150 mg.

Los inhibidores de la monoaminoxidasa (IMAO) han caído prácticamente en desuso debido a las interacciones dietéticas (p. ej., con el queso) y farmacológicas que poseen y sólo tienen alguna indicación en trastornos especialmente resistentes. (18)

### **3. ENFERMEDADES MÉDICAS:**

Las enfermedades cardíacas, los infartos, el cáncer, las enfermedades respiratorias y la diabetes, son las principales causas de mortalidad en el mundo. (29) La acelerada transición demográfica y epidemiológica de la región ha traído consigo una mayor prevalencia de estas patologías, en particular enfermedades cardiovasculares (ECV), infartos y cáncer. Por otra parte, también han aumentado los problemas de salud mental, como es el caso de la depresión, sobre todo las enfermedades crónicas.

Según la Organización Mundial de la Salud, “las enfermedades crónicas fueron la causa del 59% de los fallecimientos registrados en el mundo en el año 2001. Se calcula, además, que antes del 2020 las enfermedades crónicas constituirán el 60% del total global de las enfermedades y serán responsables del 73% del total de muertes del planeta. Se señala, también que las enfermedades crónicas son de etiología incierta, habitualmente multicausales; presentan largos periodos de tiempo hasta que se desarrollan, alternando etapas subclínicas con episodios clínicos más o menos marcados. No suelen tener tratamiento específico y no se resuelven de manera espontánea en el tiempo. Este tipo de enfermedades son adquiridas, de manera general, a través de estilos de vidas inapropiados, aunque siempre hay que considerar que existen factores genéticos de naturaleza hereditaria. Se han identificado factores de riesgo asociados epidemiológicamente a ellas, como tabaquismo, consumo excesivo de alcohol, inactividad física, perfil lipídico alterado o la dieta inadecuada. (29)

#### **3.1. Características**

Según algunos estudios, las enfermedades crónicas tienen diversas características, entre las que se destacan las siguientes:

##### **3.1.1. Padecimiento incurable:**

Pues, los síntomas y consecuencias de la enfermedad son permanentes e irreversibles, con períodos de remisión y recaídas.

### **3.1.2. Multicausalidad o plurietiología:**

Ya que están asociadas a diversos factores químicos, físicos, ambientales y socioculturales, muchos de los cuales están en relación directa con el modo de vida y el trabajo.

### **3.1.3. Multiefectividad:**

Por cuanto un factor de riesgo puede producir múltiples efectos sobre distintos problemas de salud. Por ejemplo, el tabaco puede producir cáncer de pulmón, EPOC, enfermedad cardiovascular, entre otras.

### **3.1.4. No contagiosas:**

Ya que no son producidas por agentes microbianos, por lo que no pueden transmitirse.

### **3.1.5. Rehabilitación:**

En la medida que requiere entrenamiento específico del paciente y de su familia para asegurar su cuidado y una estrecha colaboración y supervisión del equipo de cuidados.

### **3.1.6. Importancia social:**

Debido a que está determinada por las tasas de mortalidad y la repercusión socioeconómica, incapacidades en la población activa y gasto sanitario que generan. Prevenibles tanto a nivel primario, mediante la modificación de determinados factores, como a nivel secundario, mediante su detección precoz.

### **3.1.7. Sentimientos de pérdida:**

Que se generan en el paciente respecto a su vida anterior.

#### 4. DIABETES MELLITUS TIPO 2 Y DEPRESION:

La diabetes es una enfermedad metabólica crónica y se ha demostrado que pacientes con este padecimiento presentan trastornos de adaptación y reacciones emocionales entre las que se destaca la depresión, la cual conlleva efectos adversos sobre el desempeño físico, social del paciente. Las personas con DM tipo 2 y depresión tienen mayor riesgo de desarrollar complicaciones metabólicas como son las enfermedades tanto micro como macro vasculares, aumentando así la mortalidad. Debido al efecto sinérgico que tienen estas dos enfermedades se ha demostrado que impactan negativamente en el estado de salud. Se relaciona con una baja adhesión a las diferentes actividades de autocuidado, sobre todo con respecto al control de la dieta y el auto-monitoreo de la glucosa. También hay que tomar en cuenta que, en las primeras etapas, posterior al diagnóstico, la persona estará confundida y con dificultad de poner en práctica toda la información brindada por el cuerpo médico, especialmente lo exigido para lograr el control de su enfermedad. Por esta situación se puede generar estados de tensión emocional, ansiedad, depresión, irritabilidad, sentimientos de culpa y auto reproches; creando así un ambiente de estrés lo que se convierte en un factor de riesgo para el control de la enfermedad. Existen algunas hipótesis sobre las razones por las cuales la depresión tiene alta prevalencia en la DM tipo 2; como la mala adherencia a la dieta y al ejercicio, el mal control glucémico que a su vez ocasiona hiperglucemia y niveles altos de HbA1c. Diversos estudios en modelos animales no han podido especificar con claridad las bases neurobiológicas y neuroquímicas de esta interacción. (30). La hiperglucemia podría contribuir al desarrollo de la depresión a través de vías fisiológicas, por procesos inflamatorios y reducciones en la función neurotrópica que a su vez puede conducir a la reducción de la plasticidad de las redes neuronales y posteriormente a la depresión (31). Esta teoría sigue en tela de duda debido a que la depresión se presenta en personas con otros tipos de afecciones por lo que la hiperglucemia no sería un condicionante necesario para el desarrollo de depresión. De igual manera hay varias alteraciones biológicas que han sido reportadas en individuos con depresión, que pueden aumentar el riesgo o agravar el grado de diabetes mellitus tipo 2, incluyendo la actividad del eje hipotálamo-pituitario-adrenal que conduce a hipercortisolismo, elevación de la Proteína C Reactiva (PCR) y de las citocinas inflamatorias como el factor de necrosis tumoral alfa (TNF) y la interleucina 6 (IL6); así como también, alteraciones en el metabolismo de la serotonina y la norepinefrina, que potenciarían la hiperglucemia .

## 5. HIPERTENSION ARTERIAL Y DEPRESION:

La prevalencia en pacientes coronarios ha sido ubicada entre 14% y 47%, siendo máxima en pacientes con angina inestable y aquellos en lista de espera para cirugía de revascularización miocárdica, situaciones ambas fuertemente estresantes. Además de la discapacidad directa producida por el conjunto de síntomas característicos de los padecimientos que lleva a la discriminación de los enfermos y sus familias, provocando un sufrimiento adicional al que produce la enfermedad misma. (32)

Debido a que la esperanza de vida cada vez se prolonga más, se ha observado un incremento en la incidencia de pacientes con enfermedades crónicas como la hipertensión arterial, por este motivo se realizó en la ciudad de Tuxtla Gutiérrez, Chiapas un estudio observacional transversal de residentes de la colonia las Granjas en donde se encuestaron a 214 individuos mayores de 60 años, reportando una incidencia del 34.5% de depresión y 38.3% de hipertensión siendo más frecuente en el sexo femenino, así mismo fue importante la edad y la inactividad laboral como factores (33)

Ávila F. J. A., y cols en un estudio longitudinal 1880 adultos mayores evaluados en 2001 y 2003 encontraron que aquellos con síntomas depresivos notificaron también más hipertensión arterial y osteoartritis ( $p < 0.001$  ambas) respecto de los individuos sin síntomas de depresión (34) por lo que existen diversos factores como edad, sexo, educación, estado marital, auto-reporte de salud y financiero, diabetes, artritis, enfermedad vascular cerebral, cardiopatía isquémica, caídas, dolor, deterioro visual y auditivo, incontinencia urinaria, deterioro cognoscitivo, tabaquismo, uso de alcohol y discapacidad que se relacionan con la hipertensión y la depresión, así mismo , la depresión mayor se asocia con un incremento en la prevalencia de la hipertensión y con alteraciones del metabolismo de la glucosa, hipertensión, adiposidad central y dislipidemias, integrantes todos del llamado síndrome metabólico y contribuye a la hipertensión y su relación para la mortalidad para las personas mayores. (35)

Se ha observado que en hombres es frecuente encontrar alteraciones en la presión arterial y el daño vascular, mientras que en las mujeres se ha observado con mayor frecuencia alteraciones en la glucemia y obesidad abdominal (36).

Dois C. A. y cols., realizaron un estudio analítico de corte transversal que evaluó sintomatología depresiva y perfil sociodemográfico de los participantes. La incidencia de depresión mayor que presentó la población hipertensa del presente estudio fue de 51%, mayor en mujeres que en hombres 2:1 a 3:1 mujeres/hombres (37)

Molerio P. O. Et al., observaron la presencia de estrés en los pacientes hipertensos con respecto a los sujetos normotensos (38).

Otro de los factores asociados con la hipertensión es la actividad física en relación con el trastorno depresivo en donde se ha observado un incremento en los síntomas depresivos en los pacientes sedentarios, que a su vez tienen mayor riesgo de consumo de alcohol (39).

En la atención primaria e inclusive de especialidad, existen barreras a nivel del propio paciente para identificar y tratar la depresión del adulto mayor por lo que Granados P. J. A., Et. al., realizaron un estudio donde determinaron que la presencia de hipertensión arterial, diabetes mellitus, síntomas depresivos no identificados por el médico y el sexo femenino favorecen la presencia de polifarmacia en el adulto mayor que acude a una unidad de medicina familiar (40).

Otros estudios refieren no haber relación entre el trastorno depresivo y la hipertensión arterial. En un estudio longitudinal de dos años de seguimiento de 3,276 adultos de 60 años y más, García F. L. Et al., reportaron que la hipertensión es un factor de riesgo independiente para el desarrollo de síntomas depresivos; por otro lado evaluaron las relaciones de la ira y la depresión en una muestra de 103 sujetos con diagnóstico de hipertensión arterial, en donde acertaron que en general, no hubo equipares clínicos de ira, ni de depresión en los individuos con diagnóstico de hipertensión arterial (41).

Existen diversos perfiles de incumplimiento, dentro de los cuales encontramos a la omisión o la alteración en la dosificación. Cuando el método utilizado permite su cuantificación, se consigue suponer incumplimiento por omisión o modificación de la dosis cuando modifica la totalidad de la recomendación realizada, aunque generalmente se admiten límites de variación como considerar pacientes cumplidores si se observa el tratamiento por arriba de un 75 a 80%, o bien se admiten rangos de desviación del 80-110% de la dosis prescrita, considerablemente acostumbrado en hipertensión arterial (HTA) o del 90-110%, considerándose

en estos casos hipocumplidores a los que toman dosis por debajo del rango inferior e hipercumplidores a los que la toman por encima del nivel superior.

Mendoza P. S., Manuel M. J., Barriga O. A., realizaron un estudio cuantitativo para identificar factores de predicción del incumplimiento terapéutico en adultos mayores hipertensos a partir de su dependencia funcional, trastornos de memoria, percepción de bienestar, maltrato y depresión reportando que en total que el 37,0% demostraron depresión moderada y 10,0% depresión intensa (42).

Krousel W. M. et al, concretaron un estudio para evaluar la asociación entre la adherencia a la medicación antihipertensiva, la presencia de sintomatología depresiva y el apoyo social, en donde el 14% de los individuos presentaban poca adherencia a la medicación, 13% síntomas depresivos y el porcentaje más alto para los pacientes a quienes tenían bajo soporte social (33.9%) (43). Así mismo se observó que los pacientes con bajo apoyo social tuvieron un porcentaje más elevado de depresión (22.1% contra 8.4%,  $p > 0.001$ ) con lo que se concluyó que si hay asociación entre la baja adherencia al tratamiento con los síntomas depresivos.

Se está teniendo gran interés en los efectos sobre la morbi-mortalidad de los estados afectivos. Se ha sugerido que la dificultad del paciente deprimido para cumplir el tratamiento y modificar y modificar factores de riesgo (conductual), y por otro lado factores fisiopatológicos asociados con la depresión como alteraciones del equilibrio simpático-parasimpático. Lugercho C. C. En un estudio descriptivo y transversal encontró que los pacientes con hipertensión tienen un riesgo más alto de parecer depresión (44).

Existen pruebas del efecto negativo de la depresión sobre la adherencia y recomendaciones de tratamiento en las enfermedades, las cuales tienen como objetivo mejorar los resultados y las tasas de disminución de la readmisión. Se ha establecido que los individuos con hipertensión se adhieren pobremente a los antihipertensivos, lo cual tiene importantes implicaciones para la salud pública. Eze N CM y cols., realizaron un estudio para examinar la fuerza y consistencia de la evidencia en la relación entre depresión y adherencia a medicamentos antihipertensivos, encontrando que los pacientes con diagnóstico de depresión en su historia clínica tenían menos probabilidades de ser adherente en el análisis multivariable (45).

Se observó que el más del 80% de individuos intervenidos tenía mejor adhesión a un medicamento antidepresivo, así como antihipertensivo en un porcentaje similar que fue mayor en 6 semanas (46).

## 6. CÁNCER Y DEPRESIÓN:

**Factores de riesgo de depresión en población oncológica:** El trastorno psiquiátrico que se asocia con más frecuencia con el cáncer es la depresión (47). En la mayoría de estudios internacionales, se encuentra una rango de prevalencia morbilidad psicológica en cáncer entre el 4.5% y 50% (48); autores como Ritterband & Spielberger afirman que la prevalencia puede alcanzar hasta un 85% en los pacientes oncológicos (47). Las tasas de prevalencia de depresión varían y parecen afectar entre el 9% al 58% de las personas diagnosticadas con cáncer (49), variabilidad debida a la falta de estandarización en términos de edad y género de la población estudiada, etapa y sitio de la enfermedad, tamaño de la muestra, instrumentos de evaluación, puntos de corte, tipo de medida y criterios diagnósticos empleados (49).

Las altas tasas de depresión en cáncer pueden deberse al estigma, temores, percepciones y síntomas asociados con la enfermedad. Para la mayoría de personas, el temor principal es morir de manera dolorosa; a esto se suma el temor de volverse incapaces y dependientes, tener alteraciones en su apariencia, experimentar cambios en las funciones de su cuerpo y perder la compañía de las personas allegadas. Todas estas respuestas normales ante una crisis de este tipo se asemejan a las descritas ante pérdidas (49).

La adaptación psicosocial al cáncer es un proceso continuo de ajuste de la persona a una variedad de estresores vitales relacionados con la enfermedad. Los indicadores de una adaptación exitosa incluyen el involucramiento activo y continuo en las actividades cotidianas, la habilidad para minimizar algunas alteraciones en los roles vitales y la capacidad de regular el malestar emocional.

Las características de los pacientes se refieren a variables sociodemográficas como edad, género, estado civil y clase social. A pesar de la evidencia de que los trastornos de ansiedad y depresión son muy prevalentes en la población general en el rango de mediana edad, los resultados de pacientes oncológicos son contradictorios. En efecto, algunos estudios no muestran relación entre edad y morbilidad psicológica, pero, en los que se observa dicho efecto, los pacientes mayores parecen encontrarse

mejor (50, 51, 52, 53). Estos resultados podrían explicarse porque estos pacientes experimentan menos malestar existencial y pocas dificultades, en comparación con los jóvenes, quienes, al enfrentarse ante una eventualidad médica, pueden encontrar más dificultades en el afrontamiento de las limitaciones prácticas derivadas de la enfermedad y el tratamiento (50, 52, 53). Respecto a las tasas de morbilidad psicológica, en algunos estudios las tasas son iguales para hombres y mujeres, y, en otros, son más altas entre las mujeres. Si se comparan áreas específicas de ajuste se puede observar que las mujeres experimentan más dificultades con respecto a la imagen corporal, en contraposición con los hombres que informan dificultades prácticas con los síntomas físicos o el deterioro en su funcionamiento.

Si se analiza el estado civil, los estudios en pacientes con cáncer muestran poca relación entre éste y morbilidad psicológica, entonces es más importante la calidad de las relaciones interpersonales que el estado civil (54,55). En el análisis de Nicholas & Veach (55), se encontró que el estrato socioeconómico se relaciona con la incidencia, estilos de afrontamiento, recurrencia, sobrevida y tasas de mortalidad en los pacientes con cáncer.

Dentro de los factores del paciente, también deben considerarse factores psicológicos previos como personalidad, autoestima e historia psicológica (53,55,56). Junto a lo anterior, se incluyen los tratamientos psiquiátricos preexistentes y los trastornos mentales comórbidos, el abuso de sustancias, las experiencias previas de enfermedad y las pérdidas significativas recientes.

Se considera que las personas con cáncer son vulnerables a la depresión porque su organismo experimenta alteraciones metabólicas y endocrinas a raíz de la enfermedad y el tratamiento que es debilitante, lo que modifica las respuestas inmunes y de dolor (57).

La quimioterapia, terapia hormonal, inmunoterapia y la radioterapia se consideran como procedimientos invasivos que perturban la vida de los pacientes y les recuerda constantemente que tienen cáncer (58). Junto a esto, la inmunoterapia, basada en el uso de citocinas, y la quimioterapia pueden inducir síntomas depresivos en los pacientes que están sometidos a estos tratamientos (48). Además, en estos tratamientos es usual que las personas tengan una serie de síntomas que causan malestar tales como fatiga, náuseas, vómitos y dolor (55,59).

Numerosos estudios sugieren que el estilo de afrontamiento puede contribuir a la etiología o resultado físico del cáncer. Sin embargo, no hay acuerdo en cuanto al papel del afrontamiento en los pacientes oncológicos. Confrontación, redefinición del problema y cumplimiento con la asesoría médica son las respuestas que los estudios asocian con una mejor adaptación psicológica. Por el contrario, las respuestas con menor efectividad son las que incluyen intentar olvidar el problema, la aceptación estoica, la reducción de la tensión mediante el cigarrillo y el alcohol, la distracción, el retiro social y la culpabilización de sí mismo y de los demás. Sin embargo, también se demuestra que, en las fases agudas del diagnóstico y de la enfermedad, la negación o distracción pueden disminuir la ansiedad. A largo plazo, la tendencia a controlar emociones, ver el futuro sin esperanza, verse a sí mismo incapaz de realizar cambios que le permitan manejar la situación y adoptar la aproximación de indefensión o fatalismo puede incrementar el riesgo de morbilidad psicológica (55).



## 7. HIPOTIROIDISMO Y DEPRESION:

El trastorno, que puede tener su origen en la glándula tiroidea o ser secundario, es más frecuente en mujeres. Se distinguen tres grados, en función de la deficiencia hormonal. En el grado II, subclínico, es en el que los síntomas psiquiátricos suelen preceder a los físicos, en forma de apatía, tristeza y alteraciones del sueño. Por otra parte, entre pacientes con depresión mayor, se ha visto una relativamente alta incidencia de hipotiroidismo subclínico (4%) (60). A menudo a este tipo de hipotiroidismo, cuyo significado clínico se desconoce, se denomina de grado III, y asocia únicamente sintomatología psiquiátrica (61). En cuanto al grado I, el más grave, asocia la clínica del hipotiroidismo con sintomatología psiquiátrica, también depresiva grave, que puede llegar a presentarse con síntomas psicóticos, síntomas cognitivos muy prominentes e incluso con delirium. El riesgo de suicidio es alto. Los síntomas psiquiátricos de estos pacientes responden en más de un 60% al tratamiento sustitutivo (62), mientras que en los grados II y III, la utilidad de este tratamiento no está demostrada. Por otro lado, la hormona tiroidea T3 se utiliza como coadyuvante de los antidepresivos tricíclicos en pacientes con depresión resistente, aún sin hipotiroidismo (63). Su nivel en sangre se ha relacionado con el riesgo de recurrencias de los episodios depresivos en el Trastorno Depresivo Recurrente, aumentando el período asintomático conforme los niveles de T3 eran mayores (64). La concentración de T4 no parece influir en el riesgo de recurrencias, y no se ha demostrado útil como coadyuvante de los tricíclicos.

Los signos y síntomas del hipotiroidismo son casi idénticos a los de la depresión. Todos los pacientes que presentan sintomatología sospechosa deben recibir una prueba funcional de tiroidea y, si es posible, se les debe medir el nivel de hormona estimulante de tiroidea (TSH), dado que a veces el hipotiroidismo se delimita por la presencia de un nivel de función tiroidea por debajo de lo normal y niveles de TSH elevados concomitantemente. Cuando el paciente recibe la necesaria terapia sustitutiva, generalmente desaparecen los síntomas depresivos. Si los síntomas persisten debe tenerse en cuenta la posible existencia de una depresión autónoma.

Los cuadros depresivos primarios asocian a síntomas psicológicos como la tristeza, disforia, falta de interés o capacidad de placer y disfrute, sentimientos de inutilidad o culpa, estorbo, pensamientos de muerte que pueden llegar a ser de suicidio, otros síntomas somáticos como la pérdida de peso sin hacer régimen, aumento del mismo por hiperfagia, insomnio o

hipersomnias, agitación o enlentecimiento psicomotores, fatiga o pérdida de energía o disminución de la capacidad de concentración. Muchos de los síntomas de este segundo grupo son compartidos por otros síndromes y enfermedades médicas.

Por otro lado, la dificultad para expresar estados afectivos hace que un grupo de pacientes deprimidos expresen con mayor frecuencia e intensidad sintomatología somática que afectiva, y, sin embargo, padecen cuadros depresivos primarios, denominados tradicionalmente depresiones enmascaradas.

Será una historia clínica detallada la que permitirá detectar antecedentes médicos del paciente, así como la prescripción de fármacos potencialmente depresógenos. Datos demográficos como la edad de inicio del trastorno, que si es tardía, sugiere la necesidad de explorar patología médica o los antecedentes personales, por si no se tratara de un primer episodio depresivo. Los trastornos del humor son los que más se heredan en psiquiatría, así como son también hereditarias otras enfermedades médicas, por lo que resultará de interés profundizar en los antecedentes familiares. La ausencia de antecedentes personales y/o familiares de depresión, orienta a su origen médico o iatrogénico. Es importante prestar atención a los síntomas cognitivos, incluso posibles fluctuaciones de los mismos. Los pacientes depresivos pueden tener alteradas la capacidad de evocación o la atención, pero si se presentan confusos o con deterioro cognitivo será preciso descartar patologías médicas. El paciente depresivo raramente se muestra desorientado en la exploración mental. Sus alteraciones de memoria, cuando las hay, son más subjetivas que objetivas, polarizando el recuerdo en lo negativo. El inicio de estos problemas será brusco.

En cuanto a la exploración física: deberá ser completa, incluso en pacientes con un diagnóstico anterior de depresión, siempre que aparezcan quejas físicas. En todo caso se deberá incidir en aquellas exploraciones sugeridas por la impresión clínica, y de manera importante en la exploración neurológica.

Resulta además muy útil recabar información de los familiares o personas que convivan con el paciente, ya que los pacientes deprimidos no suelen dar información objetiva de su funcionamiento basal. De la misma manera, concretar si existe consumo de tóxicos por parte de los pacientes. Los pacientes deprimidos suelen consumir más alcohol, tóxico muy depresógeno, que la población normal. (65).

## 8. ARTRITIS REUMATOIDEA Y DEPRESION:

Enfermedades reumáticas como la artritis reumatoide afectan al paciente en la esfera física, psíquica y muy especialmente en su vida social, incluido el área laboral, llegando a afectar su calidad de vida, bienestar psicológico y emocional. Como lo señalara, Tobón, Moreno, Cadena, y Anaya, 2005 la artritis reumatoide produce en los pacientes discapacidad, al generar la pérdida de un gran número de funciones de la vida diaria, lo cual afecta en mayor o menor grado el desplazamiento, el cuidado personal, el trabajo y otras actividades básicas (66). No obstante, para Newhall-Perry en 2000 (como se citó en Centro Nacional de Excelencia Tecnológica en Salud (67) el pronto diagnóstico y terapia pueden controlar el proceso inflamatorio, limitar la progresión del daño, mejorar la calidad de vida, la funcionalidad y la pronta reincorporación a la vida productiva y social del paciente. Por ende, se debe de trabajar multidisciplinariamente con un tratamiento médico que ayude a su malestar físico y aún más importante la terapia psicológica que permitirá al paciente reintegrarse a sus actividades cotidianas y sentirse bien consigo mismo. Con respecto a la cantidad de personas que padecen de artritis reumatoide como se citó en CENETEC (67), menciona que afecta al 2% de la población mundial, siendo la edad de inicio de 40 años, aunque puede iniciar en cualquier edad. Además, es más frecuente en mujeres que en varones, con una relación de 3 a 1, esta diferencia entre sexos disminuye a edades más avanzadas. Velásquez et al. (68) mencionan que se estima que la enfermedad será cada vez más frecuente dado al envejecimiento y depresión progresiva de la población, ya que la incidencia y prevalencia de personas con artritis reumatoide aumenta progresivamente. Según Acevedo (69) el Perú no ha estado exento a esta expansión puesto que en estudios realizados por la Red Asistencial del Hospital Nacional Guillermo Almenara comprendida por 13 centros de atención de salud, se registró a 2 740 pacientes con el diagnóstico de artritis reumatoide en el 2004. El centro hospitalario donde se realizó la investigación, atendió a 121 pacientes con artritis reumatoide en el primer trimestre del 2012. Además, el paciente requiere progresivamente de cariño y afecto al igual que ayuda física para llevar a cabo actividades de la vida diaria cuando la capacidad funcional declina. Lozano y Hernández en 2000 refieren que existen evidencias que sugieren que la depresión deteriora la condición clínica de los pacientes con artritis reumatoide (70).

## 9. INSUFICIENCIA RENAL CRONICA Y DEPRESION:

La depresión es la condición psicopatológica más común entre los pacientes con enfermedad renal terminal o insuficiencia renal crónica (IRC), aun así es poco diagnosticada y pasa desapercibida, esta puede ser tomada como una respuesta a la pérdida, sea esta real, anticipada o una fantasía, lo cual es común entre los pacientes que reciben algún tipo de terapia renal sustitutiva (71). El número de pacientes con IRC ha aumentado de 10,000 en 1974 a 472,099 en el 2004, en cuanto a la depresión esta es la segunda enfermedad más frecuente en la práctica médica general según la Organización Mundial de la Salud y entre los pacientes con enfermedades médicas no psiquiátrica es una preocupación, ya que se encuentra en la mitad de los casos. En cuanto a la comorbilidad insuficiencia renal crónica y depresión esta oscila entre 20% a 100%, esto es alarmante ya que los efectos psicológicos y somáticos de la depresión pueden complicar el curso de esta enfermedad, reducir la calidad de vida, reducir la motivación del auto cuidado y aumentar las tasas de hospitalización (72). Ante tal situación es mandatario el manejo en conjunto de este tipo de pacientes y considerar el uso de antidepresivos tomando en consideración la farmacodinamia y farmacocinética de estos, ya que este tipo de medicamentos mejoran el resultado final en este grupo de pacientes. Dentro del tratamiento encontramos no solo el manejo farmacológico sino que la Terapia Cognitiva Conductual (TCC), la cual he demostrado buenos resultados (73)

## 10. ANÁLISIS DE ANTECEDENTES INVESTIGATIVOS

### 10.1. Comorbilidad en personas con depresión que consultan en centros de la atención primaria de salud en Santiago, Chile; Pablo Martínez y cols. (Chile 2017):

El estudio tiene como objetivo caracterizar a las personas deprimidas que consultan en los Centros de Atención Primaria, teniendo en cuenta la presencia de enfermedades crónicas física o psiquiátrica, como material y métodos un análisis secundario de las bases de datos utilizadas en un ensayo clínico. Doscientos cincuenta y seis adultos que buscaban ayuda profesional fueron reclutados en cuatro centros de atención primaria ubicados en la Región Metropolitana. Estas personas tenían un episodio depresivo mayor, identificado con una entrevista psiquiátrica estructurada (MINI), y dieron su consentimiento informado para participar. Además se recolectó información, se midió la sintomatología depresiva con cuestionario de salud del paciente 9 (PHQ-9), se evaluó la morbilidad psiquiátrica usando la Mini Entrevista Internacional Neuropsiquiátrica (MINI), y las enfermedades crónicas físicas fueron autoinformadas por los pacientes. Análisis descriptivos de todos los las variables

Resultados: el 70% de los pacientes tenía un historial de depresión, con una mediana de dos episodios depresivos previos. Síntomas depresivos fueron considerados en su mayoría como moderados a severos y severos y el 31% de los pacientes tenía un alto riesgo de suicidio. El 78% mostró un examen físico o psiquiátrico patológico. De estos pacientes, el 29% solo tenía una comorbilidad física crónica, mientras que el 46% sufría un trastorno psiquiátrico adicional. Conclusiones: las personas con depresión que buscan ayuda en los puestos de salud de atención primaria constituyen una compleja población que debe ser tratada teniendo en cuenta múltiples comorbilidades (74).

### 10.2. Depresión y su relación con el pronóstico en pacientes con insuficiencia cardíaca; (Jimena Santillán y cols. Argentina 2017):

La depresión tiene un fuerte vínculo en pacientes con insuficiencia cardíaca, influyendo en su morbilidad, mortalidad y tratamiento. Este estudio tiene como objetivos describir las características clínicas, de laboratorio, electrocardiográficas, ecocardiográficas y factores de

riesgo cardiovasculares de los pacientes con diagnóstico de insuficiencia cardíaca crónica (ICC) con y sin presencia de diagnóstico probable de depresión y evaluar la asociación existente entre presencia de depresión y mal pronóstico en pacientes con insuficiencia cardíaca crónica sistólica y/o diastólica. Se realizó un estudio de cohorte prospectivo en 80 pacientes con diagnóstico de ICC. La evaluación psicológica se realizó con el test de la Organización Mundial de la Salud (OMS) para determinar probabilidad de depresión. Se evaluaron parámetros de laboratorio, clínicos y electrocardiográficos. Se realizó ecocardiograma (modo M y bidimensional) al momento del ingreso al servicio y se consideró tanto la insuficiencia cardíaca sistólica y/o diastólica. Se incluyeron 80 pacientes, 38 pacientes con diagnóstico probable de depresión y 42 sin diagnóstico probable de depresión con una edad promedio de  $59,53 \pm 12,34$  vs  $66,88 \pm 15,67$  años, respectivamente; el 49% de sexo femenino. La depresión se asoció significativamente con la edad ( $59,53 \pm 12,34$  años vs  $66,88 \pm 15,67$  años;  $p=0,01$ ), con la presión arterial diastólica ( $78,82 \pm 11,36$  mm Hg vs  $80,00 \pm 11,09$  mm Hg;  $p=0,01$ ), con la presión arterial sistólica ( $124,08 \pm 18,74$  mm Hg vs  $127,50 \pm 14,63$  mm Hg;  $p=0,01$ ), con la frecuencia cardíaca ( $71,74 \pm 10,77$  lpm vs  $72,85 \pm 13,49$  lpm;  $p=0,01$ ), con la creatininemia ( $11,01 \pm 3,42$  mg/dL vs  $12,63 \pm 4,47$  mg/dL;  $p=0,01$ ), con la natremia ( $138,82 \pm 3,76$  mEq/L vs  $136,58 \pm 3,53$  mEq/L;  $p=0,01$ ), con la hemoglobinemia ( $13,76 \pm 1,56$  mg/dL vs  $13,01 \pm 1,79$  mg/dL;  $p=0,01$ ), con la fracción de eyección del ventrículo izquierdo ( $56,87 \pm 12,69\%$  vs  $58,87 \pm 12,61\%$ ;  $p=0,01$ ) e infarto agudo de miocardio previo ( $80,62\%$  vs  $54,65\%$ ;  $p=0,01$ ). No se encontró asociación estadísticamente significativa en tipo de IC, clase funcional (según New York Heart Association), en hospitalizaciones y en mortalidad de la población. Conclusión: Aunque la prevalencia de depresión en pacientes con insuficiencia cardíaca tanto sistólica como diastólica es alta, aun serán necesarias nuevas investigaciones y estudios randomizados para completar los conocimientos y detectar tempranamente esta comorbilidad cuyo efecto potencial es negativo en los pacientes con insuficiencia cardíaca (75).

### **10.3. Prevalencia de síntomas de ansiedad y depresión en pacientes con diabetes mellitus tipo 2 y su asociación con el tipo de tratamiento, complicaciones de la diabetes y comorbilidades: Raúl Delgado Arenas y cols. (México 2010)**

En México, la diabetes mellitus tipo 2 es la primera causa de muerte en mujeres y la segunda en hombres desde el año 2000. Es también la principal causa de retiro prematuro, ceguera e insuficiencia renal. El apego al tratamiento médico de pacientes con diabetes mellitus tipo 2 puede verse afectado por la coexistencia de síntomas de ansiedad o depresión. La diabetes mellitus tipo 2 demanda esfuerzos al paciente y a sus familiares en términos de motivación y adaptación. Los problemas de adaptación pueden ocurrir en respuesta al diagnóstico, pero también cuando el paciente se enfrenta con episodios de hipoglucemia repetidos, o cuando se inicia el tratamiento con insulina o cuando se desarrollan las complicaciones de la enfermedad. Existen elevadas tasas de prevalencia de comorbilidades psicológicas en los pacientes con diabetes mellitus tipo 2. El estudio tiene como objetivo: determinar la prevalencia de síntomas de ansiedad y depresión en pacientes con diabetes mellitus tipo 2 (DM2) y su asociación con el tipo de tratamiento, complicaciones y comorbilidades. Es un estudio epidemiológico de corte transversal. Se efectuó en 741 pacientes adultos de uno y otro sexo ( $\geq 18$  años) con diagnóstico de diabetes mellitus tipo 2 (por diagnóstico médico o tratamiento farmacológico para la diabetes) que participaron en la Caminata Anual del Paciente Diabético que se organiza en un centro hospitalario de tercer nivel de la Ciudad de México. Se aplicó un cuestionario estructurado acerca de sus características demográficas, clínicas, epidemiológicas y síntomas de ansiedad y depresión. El personal de salud que participó en la caminata fue capacitado para aplicar el cuestionario estructurado. Antes del inicio de la caminata los pacientes fueron evaluados por un nutricionista, un cardiólogo y un médico internista para determinar su condición física y metabólica y la distancia que podrían recorrer. Todos los participantes firmaron una carta de consentimiento informado y el estudio fue aprobado por los comités institucionales. Se realizó análisis de regresión logística no condicional para evaluar la asociación entre síntomas de ansiedad y depresión con el tipo de tratamiento para la diabetes, complicaciones y comorbilidades.

La prevalencia de síntomas de ansiedad fue de 8.0%; de síntomas de depresión 24.7% y de ansiedad y depresión combinados de 5.4%. De los 183 pacientes con síntomas depresivos, 89.6% eran mujeres. La ansiedad y depresión combinadas se asociaron significativa y positivamente con el tratamiento naturista de la diabetes; con el antecedente de enfermedad cardiovascular, hipertensión y dislipidemia; a padecer enfermedad renal crónica y a dolor neuropático crónico. Conclusión: los síntomas de ansiedad y depresión son más frecuentes en pacientes mexicanos con diabetes mellitus tipo 2, con complicaciones y comorbilidades asociadas. Los pacientes con síntomas de ansiedad o depresión utilizan con mayor frecuencia métodos no farmacológicos para tratar la enfermedad (76).

**10.4. Influencia de la depresión en el diagnóstico inicial y evolutivo del deterioro cognitivo, Carlos Cenalmor y cols. (Madrid España 2017):**

La depresión y el deterioro cognitivo mantienen una estrecha y compleja relación, que podría verse alterada por el tratamiento antidepresivo. El objetivo del estudio es analizar la influencia de la depresión y del tratamiento antidepresivo en el diagnóstico cognitivo inicial y evolutivo de los pacientes remitidos a neurología por quejas o sospecha de deterioro cognitivo. Se estudió a todos los pacientes remitidos a una consulta de neurología por quejas o sospecha de deterioro cognitivo durante un período de nueve años. Se analizó la influencia de las variables demográficas y de las variables relacionadas con la depresión en el diagnóstico cognitivo y en la situación cognitivo-funcional inicial y tras un año de seguimiento. Se incluyó a 582 pacientes (edad media:  $77,6 \pm 7$  años; mujeres, 64,9%). La frecuencia de depresión actual o en el pasado era, respectivamente, del 25,4% y 17,2%. El 20,6% de los pacientes recibía tratamiento con fármacos antidepresivos y el 31,2% tomaba ansiolíticos/hipnóticos. Se dispuso de seguimiento al cabo de un año en 320 pacientes (59,8%). En el análisis ajustado, el tratamiento ansiolítico/hipnótico se asoció a una peor situación cognitiva y funcional inicial, mientras que la depresión en el pasado y la presencia de distimia en la visita inicial se asociaron a una evolución favorable ( $p < 0,05$ ). Conclusiones. La depresión pasada o actual no es un factor de mal pronóstico en los pacientes remitidos al neurólogo por posible deterioro cognitivo (77).

### **10.5 Depresión en pacientes con artritis reumatoide Génesis Maldonado y cols. (Colombia 2017):**

La depresión es una importante comorbilidad en pacientes con artritis reumatoide; diversos factores como la actividad de la enfermedad, el dolor y la discapacidad contribuyen a su desarrollo. Se realizó un estudio transversal en pacientes con artritis reumatoide para determinar la prevalencia de depresión, utilizando el cuestionario *Patient health questionnaire* (PHQ-9) y su relación con la actividad de la enfermedad mediante DAS-28 y la discapacidad funcional mediante HAQ-DI. El 42,9% de los pacientes presentaron depresión. Se encontró una asociación entre depresión con DAS-28 y HAQ-DI, ya que el 70% de los pacientes con alta actividad de la enfermedad y el 38% de los pacientes con discapacidad funcional presentaron depresión de moderada a grave. El número de articulaciones dolorosas y tumefactas fue mayor en los pacientes con depresión grave que en aquellos con depresión leve. Los pacientes con mayor depresión referían un dolor más intenso según la escala visual del dolor (78).

### **10.6. Factores de riesgo de la depresión y la ansiedad en pacientes diabéticos e hipertensos de atención primaria de salud, Alkhathami et al. ( Arabia Saudita, 2017)**

Realizaron un estudio de diseño no experimental y de alcance descriptivo, con el objetivo de medir la frecuencia e identificar los factores de riesgo de la depresión y la ansiedad en pacientes diabéticos e hipertensos de atención primaria de salud. La muestra estuvo conformada por 368 pacientes de la ciudad de Khobar-Arabia Saudita. Se utilizó el Cuestionario sobre la salud del paciente – 9 (PHQ-9) y Generalized Anxiety Disorder (GAD-7) como herramientas de diagnóstico para la depresión y ansiedad. Los resultados evidenciaron que el 48.7% de los pacientes presentaron depresión, de las cuales el 39.8% se ubicó en el nivel leve, 7.1% moderado, 1.8% grave; mientras que 38.4% de los pacientes presento ansiedad, ubicándose el 25.1% en el nivel leve, 8.8%, moderado y 4.4%, grave. La coexistencia de ambos trastornos fue del 29,5%. Por otro lado, los pacientes que no presentaron alteraciones del sueño no presentaron ansiedad ni depresión en un nivel elevado. Se concluyó que la

depresión o la ansiedad en pacientes diabéticos e hipertensos influyeron en la alta morbilidad (79)

**10.7. Resentimiento y depresión en pacientes con VIH-SIDA, Raul Delgado Arenas y cols.(Lima 2017):**

El propósito del estudio fue determinar la relación que existe entre resentimiento y depresión en pacientes con Virus de Inmunodeficiencia Humana (VIH) -Síndrome de la Inmunodeficiencia Adquirida (SIDA) del programa TARGA en el Hospital Nacional Hipólito Unanue, Lima -2016 del distrito de El Agustino. El enfoque empleado fue el cuantitativo y el método que se aplicó, el hipotético deductivo. La técnica de recolección fue la encuesta y su instrumento fue el Test de resentimiento elaborado por León y Romero, y el Inventario de Depresión de Beck (BDI-II). Se concluyó que existe una relación significativa baja entre resentimiento y depresión en pacientes con VIH-SIDA seleccionados, con valor del  $Rho = 0.367$  ( $sig = 0.033 < 0.05$ ) (80).

**10.8. Frecuencia de Síntomas Depresivos y Factores Epidemiológicos y Clínicos Asociados en Pacientes Oncológicos del Hospital Goyeneche, en la Ciudad de Arequipa, del año 2017, Flores Rea, Geraldine Agry:**

La depresión es un trastorno que puede afectar a patologías crónicas sobre todo en las patologías neoplásicas. El estudio tiene como objetivo establecer el grado de relación entre las características clínicas, epidemiológicas y el nivel de depresión de los pacientes con Cáncer atendidos en el Hospital Goyeneche en el año 2017. Se encuestó a los pacientes oncológicos que acudieron durante febrero al Servicio de Oncología, aplicando la escala de depresión de Zung. a aquellos pacientes que cumplieron criterios de selección. Se muestran resultados mediante estadística descriptiva y se comparan variables mediante prueba Chi cuadrado. Resultados: De un total de 85 casos evaluados, el 89.41% tenía síntomas de depresión, de forma leve en 29.41%, moderada en 41.18% y severa en 18.82% de casos. Entre las características epidemiológicas, el 76.47% de casos fueron mujeres y 23.53% varones, con edad predominante entre los 40 y 50 años (50.59%). La mayoría en Puno (34.12%) o en Arequipa (32.94%), la instrucción fue primaria en 27.06%, secundaria en 37.65% o superior en 14.12%. El estado civil fue soltero en 15.29%,

conviviente en 23.53%, casado en 41.18%. El 83.53% se dedica a labores del hogar. Entre las características clínicas, el tiempo de enfermedad en 25.88% fue de 3 a 6 meses, y hubo un pico de 29.41% entre 1 y 2 años. El tipo de cáncer más frecuente afectó al sistema genitourinario (43.53%), y a partes blandas (22.35%) o al sistema digestivo (15.29%). En 32.94% el cáncer estuvo en estadio III y en 34.12% en estadio IV. El 91.76% recibió quimioterapia, 68.24% radioterapia, y 49.41% fue sometido a cirugía. Un 11.76% además recibió terapia de apoyo psicológico o psiquiátrico. No se encontró relación significativa de las características epidemiológicas o clínicas con la severidad de la depresión en los pacientes oncológicos ( $p > 0.05$ ). Conclusiones: La frecuencia de depresión en pacientes con cáncer es elevada, y los casos poseen un perfil clínico y epidemiológico característico aunque no asociado a la severidad de la depresión, a excepción de la ocupación (81)



## 11. OBJETIVOS.

### 11.1. Objetivo general:

- Determinar la relación de los síntomas depresivos con enfermedades médicas crónicas que existe en los pacientes hospitalizados en el servicio de Medicina Interna del Hospital Goyeneche en febrero del 2018

### 11.2. Objetivos específicos:

- Describir la relación que existe entre síntomas depresivos y factores como edad, sexo, grado de instrucción, estado civil, tiempo de evolución de la enfermedad, evolución de la enfermedad, en el paciente hospitalizado.

## 12. HIPÓTESIS

### 12.1. Hipótesis general

Los síntomas depresivos se relacionan con enfermedades médicas crónicas en los pacientes hospitalizados en el servicio de Medicina Interna del Hospital Goyeneche en febrero del 2018.

### 12.2. Hipótesis específica:

Los síntomas depresivos se relacionan con factores como edad, sexo, grado de instrucción, estado civil, tiempo de evolución de la enfermedad, evolución de la enfermedad, en el paciente hospitalizado.

### III. PLANTEAMIENTO OPERACIONAL

#### 1. Técnicas, instrumentos y materiales de verificación

##### 1.1. Técnicas

- ✓ Consentimiento informado ( Anexo 1)
- ✓ Se elaboró una ficha anónima de recolección de datos (Anexo 2)
- ✓ Prueba de depresión de Beck.II (Anexo 3)

##### 1.2. Instrumentos

En primer lugar se realizó el consentimiento informado (Anexo 1) para comenzar con la obtención de la información con la respectiva autorización y firma de los pacientes con enfermedades medicas crónicas hospitalizados en el servicio de medicina interna del hospital Goyeneche.

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

Prueba de Depresión de Beck-II: en el presente estudio se utilizó la versión española traducida y adaptada por Sanz, Navarro y Vázquez (2003). Cada ítem se responde en una escala de 0 a 3 puntos, excepto los ítems 16 (cambios en el patrón de sueño) y 18 (cambios en el apetito) que contienen 7 categorías. Si una persona ha elegido varias categorías de respuesta en un ítem, se toma la categoría a la que corresponde la puntuación más alta. Las puntuaciones mínima y máxima en el test son 0 y 63. Los niveles de severidad de depresión corresponden a la sumatoria de los 21 ítem: depresión mínima (0-13); depresión leve (14-19), depresión moderada (20- 28), depresión grave ( $\geq 29$ ) puntos. Esta prueba califica de depresión mínima (puntaje de 0 a 13) al rango de estado de ánimo normal. Los ítem de la Prueba de Depresión de Beck- II buscan el enfoque cognitivo de la depresión, a diferencia de otras pruebas como la prueba MINI (Mini Entrevista Neuropsiquiátrica Internacional) y cubren todos los criterios diagnósticos sintomáticos del DSM-IV para el trastorno depresivo mayor y el distímico, lo que apoya su validez de contenido (Sanz, Navarro 2003). Por ello este instrumento tiene una aproximación muy buena a los aspectos clínicos de los criterios clínicos de actual uso a nivel mundial.

### 1.3. Materiales

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



## IV. METODOLOGÍA

### 1. TIPO DE INVESTIGACIÓN

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

### 2. POBLACIÓN Y MUESTRA

#### 2.1 Unidad de análisis.

La unidad de análisis es el paciente hospitalizado en el servicio de Medicina Interna del Hospital Goyeneche en febrero del 2018

#### 2.2 Tamaño de muestra.

El tamaño muestral no fue calculado mediante probabilidades, sino de manera aleatoria o por conveniencia (muestreo no probabilístico).

La muestra estará constituida por todos los pacientes hospitalizados en el servicio de Medicina Interna del Hospital Goyeneche, que cumplan con los criterios de inclusión y que no se hallen en el grupo de quienes tengan criterios de exclusión.

#### 2.3 Tipo de muestreo: Muestreo no probabilístico (muestreo dirigido)

#### 2.4 Procedimiento de muestreo

Se realizó un muestreo por conveniencia, para ello se consideró a todos los pacientes hospitalizados por enfermedades crónicas en el servicio de Medicina Interna del Hospital Goyeneche del mes de febrero del 2018 y se les informó brevemente acerca del estudio a realizarse, procediendo a incluir a aquellos que otorgaban su Consentimiento Informado para formar parte del mismo, a los cuales se les aplicó el instrumento: Prueba de Depresión de Beck-II

#### 2.5 Manejo de resultados

Se procede a vaciar los resultados del instrumento a una base de datos de Excel, posteriormente se armó matriz en SPSS 23 para manejo de resultados. Se elaboró tablas de frecuencia absoluta y relativa para las distintas variables, luego se procedió a la creación de talas de relación, aplicándose la prueba estadística de chi cuadrado, para determinar la relación y correlación de Pearson.

### 3. CRITERIOS DE INCLUSIÓN Y EXCLUSIÓN:

#### Criterios de inclusión

- Pacientes hospitalizados en el servicio de Medicina Interna del Hospital Goyeneche por una enfermedad médica crónica.
- Pacientes con capacidad cognitiva conservada.
- Pacientes con más de 24 horas de hospitalización.
- Pacientes que den su Consentimiento Informado.
- Paciente sin diagnóstico de depresión

#### Criterios de exclusión

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

### 4. IDENTIFICACION DE VARIABLES

#### Variables Dependientes

- ✓ Nivel de depresión

#### Variables Independientes

- ✓ Edad
- ✓ Sexo
- ✓ Estado civil
- ✓ Grado de instrucción
- ✓ Enfermedad subyacente

## V. ASPECTOS ADMINISTRATIVOS

### Presupuesto y financiamiento

#### Material de escritorio:

	Costo unidad	Costo total
02 Lapiceros	0,50	1,00
02 Lápices portaminas de 0,5 mm	2,00	4,00
01 Borrador de lápiz	0,50	0,50
½ Millar de papel bond	14,00	14,00
01 Corrector tinta líquida	2,50	2,50
02 Marcadores indelebles gruesos	1,50	3,00
02 Tijeras	1,50	3,00

**SUBTOTAL: S/.28.00**

#### Material de procedimiento Automático de datos

	Costo unidad	por	Costo total
1 USB 4 Gb	36,00		36,00

#### Material Electrónico

	Costo unidad	Costo total
01 Laptop	2700,00	2700,00

#### Impresiones y Encuadernaciones

	Costo
Impresión del proyecto	12,00
Internet	15,00
Fotocopia del informe	4,00
	<b>SUBTOTAL: S/. 31,00</b>

#### RESUMEN

Bienes:	2785
<b>TOTAL</b>	<b>S/. 2785.00</b>

## VI. CRONOGRAMA DE ACTIVIDADES

<b>Tiempo</b> <b>Actividades</b>	Febrero 2018				Marzo 2018			
	1 sem	2 sem	3 sem	4 sem	1 sem	2 sem	3 sem	4 sem
Elaboración del proyecto	X	X						
Coordinaciones institucionales			X					
Recolección de datos		X	X	X				
Análisis e interpretación de resultados					X			
Elaboración de informe final						X	X	
Sustentación de la tesis								X



## VII. BIBLIOGRAFÍA

1. Moussavi S, Chatterji S, Verdes E, Tandon A, Patel V, Ustun B. Depression, chronic diseases, and decrements in health: results from the World Health Surveys. *Lancet*. 2007;370(9590):851-8.
2. Pitt B, Deldin PJ. Depression and cardiovascular disease: have a happy day--just smile! *Eur Heart J*. 2010;31(9):1036-7. doi: 10.1093/eurheartj/ehq031
3. Egede LE. Major depression in individuals with chronic medical disorders: prevalence, correlates and association with health resource utilization, lost productivity and functional disability. *Gen Hosp Psychiatry*. 2007;29(5):409-16
4. Huffman JC, Celano CM, Beach SR, Motiwala SR, Januzzi JL. Depression and cardiac disease: epidemiology, mechanisms, and diagnosis. *Cardiovasc Psychiatry Neurol*. 2013;2013:695925. doi: 10.1155/2013/695925.
5. Crespo D, Gil A, Porras A. Prevalence of depressive disorder in consultation- liaison psychiatry. *Actas Esp Psiquiatr*. 2001; 29: 75-83.
6. Rockville MD: Public Health Service. National strategy for suicide prevention: goals and objectives for action. 2001.
7. Fraguas R, Alves TC. Depression in general hospital: a study of 136 cases. *Rev Assoc Med Bras*. 2002; 48: 225-230.
8. Franco JG, Gómez PE. Trastornos psiquiátricos en pacientes ingresados en hospitales generales. *Universitas Científica*. 2004; 4: 27-32.
9. Blazer DG. Mood disorder: Epidemiology. En: Sadok VA (ed.). Kaplan & Sadock's comprehensive textbook of psychiatry. 7a ed. Philadelphia: Lippincott Williams & Wilkins.2000:1298- 1307.
10. Organización Mundial de la salud. (2013). Depresión. Disponible en: <http://www.who.int/topics/depression/es/>
11. Alarcón R, Gea A, Martínez J, Pedreño J, Pujalte L. . GUIA DE PRACTICA CLINICA DE LOS TRASTORNOS DEPRESIVOS. Murcia, España: Subdirección General de Salud Mental y Subdirección General de Atención Primaria, Urgencias y Emergencias Servicio Murciano de Salud; 2011.

12. Ezquiaga Terrazas Elena, García López Aurelio, Díaz de Neira Mónica, García Barquero María José. "Depresión": Imprecisión diagnóstica y terapéutica. Importantes consecuencias en la práctica clínica. Rev. Asoc. Esp. Neuropsiq. [Internet]. 2011 Sep [citado 2018 Mar 28] ; 31( 3 ): 457-475. Disponible en: [http://scielo.isciii.es/scielo.php?script=sci\\_arttext&pid=S0211-57352011000300005&lng=es](http://scielo.isciii.es/scielo.php?script=sci_arttext&pid=S0211-57352011000300005&lng=es).
13. Organización Mundial de la Salud. CIE 10. Décima Revisión de la Clasificación Internacional de Las Enfermedades. Trastornos Mentales y del Comportamiento: Descripciones Clínicas y pautas para el Diagnóstico. Madrid: Meditor; 1992
14. Asociación Americana de Psiquiatría; Guía de Consulta de los criterios diagnósticos del DMS-5; Estados Unidos, 2014.
15. Arango López, C., Ayuso Mateos, J., & Vieta Pascual, E. (2014). Trastornos depresivos. En Asociación Americana de Psiquiatría, Manual diagnóstico y estadístico de los trastornos mentales DSM-5®), 5a Ed. Arlington, VA, Asociación Americana de Psiquiatría, 2014. (A. Bagny Lifante, I. Baeza Pertegaz, T. Bobes Bascarán, P. López García, & P. Suárez Pinilla, Trads., 5a Ed ed., págs. 155-188). España: Editorial Médica Panamericana.
16. Álvarez Ariza, M., Ávila González, M., González García, A., Guitián Rodríguez, D., Casal Acción, B., & Heras Liñero, E. (2014). Depresión en el adulto. Madrid-España.
17. Mitjans, M., & Arias, B. (2012). Actas Españolas de Psiquiatría. Recuperado el 10 de Junio de 2017, de <https://www.actaspsiquiatria.es/repositorio/14/76/ESP/14-76-ESP-70-83-680417.pdf>
18. Castro, E., Del Río, J., & Flórez, J. (2014). Fármacos antidepresivos y antimaníacos. En J. Flórez, Farmacología Humana (Sexta edición ed., págs. 533-544). Barcelona, Barcelona, España: Elsevier
19. Ministerio de Salud. 2ª Edición. Guía Clínica Depresión en personas de 15 años y más. Santiago 2013
20. Gómez, C., Bohórquez A, Pinto, D., Gil J., Rondón M. y Díaz, N. Prevalencia de la depresión y factores asociados con ella en la población colombiana. Revista Panamericana de Salud Pública.2004; 16 :378-86.

21. Maya, I., García, M. y Martínez, F.M. El efecto amortiguador del apoyo social sobre la depresión en un colectivo de inmigrantes. *Psicothema*.2001; 13 :605- 610.
22. Andrade, L., Caraveo-Anduaga, J. y Berglund, P. Crossnational comparisons of the prevalences and correlates of mental disorders. *Bulletin of World Health Organization*.2000; 78: 413-426.
23. Sullivan, P.F., Neale, M.C. y Kendler, K. Genetic epidemiology of major depression: Review and meta-analysis. *American Psychiatric Association*.2000; 157:1552-1562.
24. Pérez, S.A. Factores de riesgo suicida en el anciano. *Revista Electrónica de Geriátría y Gerontología*.2004; 6:36-43
25. Romero, G. Tratamiento cognitivo-conductual de un caso de depresión en la tercera edad. *Revista de Psiquiatría y Salud Mental Hermilio Valdizan*.2006; 7:65-75.
26. Lorant, V., Deliège, D., Eaton, W., Robert, A., Phillpot, P. y Anseau, M. Socioeconomic inequalities in depression: A meta-analysis. *American Journal of Epidemiology*.2003; 157: 98-112.
27. Fernández, C. Depresión y enfermedad médica (I). *Medicina General*. 2001; 38 :823-826.
28. Juárez Ocaña, R. (2014). Depresión. En M. Ramiro, A. Lifshitz, & J. Halabe, *El Internista* (págs. 1213-1226).
29. Rafful, Claudia & Medina-Mora, Maria & Borges, Guilherme & Benjet, Corina & Orozco, Ricardo. (2012). Depression, gender, and the treatment gap in Mexico. *Journal of affective disorders*. 138. 165-9. 10.1016/j.jad.2011.12.040.
30. Nouwen, Arie, et al, “Prevalence of Depression in Individuals with Impaired Glucose Metabolism or Undiagnosed Diabetes”, *Diabetes Care*, Marzo, 2011, Disponible en: <http://www.ncbi.nlm.nih.gov/pmc/articles/PMC3041222/>.
31. Alvarez A, Faccioli J, Guinzbourg M, Castex M, Bayon C, et al, “Endocrine and inflammatory profiles in type 2 diabetic patients with and without major depressive disorder”, *BioMed Central*, Volumen 6, 2013, Disponible en: <http://www.ncbi.nlm.nih.gov/pmc/articles/PMC3599430/>
32. Romero C. E., et. al., Depresión y Enfermedad Cardiovascular. *Rev Urug Cardiol* 2007;22:1-16.

33. Alfaro M. O., Et al., Prevalencia de enfermedades crónicas en los adultos mayores residentes de la colonia las Granjas, de la Ciudad de Tuxtla Gutiérrez, Chiapas, México, BIOFARBO. Dic 2010;18(2):71-78.
34. Avila F. JA., Et. al. Síntomas depresivos como factor de riesgo de dependencia en adultos mayores. salud pública de Mex. sept-oct 2007;49(5):285289.
35. López C. SM, Alveano H. J., Carranza M. J., Prevalencia de Síntomas Depresivos en Síndrome Metabólico. Rev Fac Nac Salud Pública 2008; 26(2): 124133
36. Carranza MJ, López CSM. El síndrome metabólico en México. Med Int Mex. 2008;24(4):251-61
37. Dois CA., Cazenave A., Pesquisa de Depresión Mayor en Hipertensos Consultantes de la Atención Primaria. Rev Méd Chile 2009; 137: 475-480
38. Molerio P. O. Et al., influencia del estrés y las emociones en la hipertensión arterial esencial. Rev Cub Med. 2004;43(2).
39. Roldan A. E. E. Et al., Análisis descriptivo de las variables: nivel de actividad física, depresión y riesgos cardiovasculares en empleados y docentes de una institución universitaria en Medellín (Colombia). Apunts. Medicina de L'esport. 2008; 158: 55-61
40. Granados P. J. A., Et. al., Síntomas depresivos como factor de riesgo para polifarmacia en pacientes mayores de 60 años. Gac Méd Méx 2007.143(4):285289
41. Milena G. A. Et al., Emociones Negativas en Pacientes con Diagnóstico de Hipertensión Arterial. Revista diversitas - perspectivas en psicología. 2009;5(1):3746.
42. Mendoza-Parra S, Merino JM, Barriga OA. Identificación de factores de predicción del incumplimiento terapéutico en adultos mayores hipertensos de una comunidad del sur de Chile. Rev. Panam Salud Pública. 2009;25(2):105–12. 25.
43. Krousel W. M., et al., Association of Depression with Antihypertensive Medication Adherence in Older Adults: Cross-Sectional and Longitudinal Findings from CoSMO, ann. behav. med. (2010) 40:248–257.

44. Lugercho C. C., Tesis, Relación entre depresión e hipertensión arterial, universidad nacional de la plata, facultad de ciencias médicas, Depto de graduados, carrera postgrado en psiquiatría y psicología médica, La plata 2007.
45. Eze N C M y cols., The Association of Depression With Adherence to Antihypertensive Medications: A Systematic Review. *J Hypertens*. 2010 September;28(9):1785–1795.
46. Bogner H. R., Vries G. F., Integration of depression and Hypertension Treatment; A Pilot, Randomized Controlled Trial, *Annals of family medicine* www.annfammed 2008.org;6(4):295-301
47. Ritterband LM, Spielberg CD. Depression in a cancer population. *J Clin Psychol Med Setings* 2001;8:85-93. Doi: 10.1023/A:100955180969
48. Raison, C. L. & Miller, A. H. (2003). Depression in cancer: new developments regarding diagnosis and treatment. *Biol. Psychiatry*, 54, 283-294.
49. Massie MJ. Prevalence of depression in patients with cancer. *JNCI Monogr* 2004;32:57-71.
50. Valente, S. M.. & Saunders, J. N. (1997). Diagnosis and treatment of major depression among people cancer. *Cancer Nursing*, 20, 168-177.
51. Mor, V., Allen, S. & Malin, M. (1994). The psychosocial impact of cancer on older Versus younger patients and their families. *Cancer*, 74, 2118-2127.
52. Given, C. W., Given, B. A. & Stommel, M. (1994). The impact of age, treatment, and symptoms on the physical and mental health of cancer patients. *Cancer*, 74 (suppl.), 2128-2138.
53. Noyes, R., Kathol, R. G. & Debelius E. L. (1990). Distress associated with cancer as measured by the illness scale. *Psychosomatics*, 31, 321- 330.
54. Stefanek, M. E., Derogatis, L. R. & Shaw, A. (1987). Psychological distress among oncology outpatients: prevalence and severity as measured with Brief Symptom Inventory. *Psychosomatics*, 28, 530-579.
55. Derogatis, L. R., Morrow, G. R. & Fetting, J. (1983). The prevalence of Psychiatric disorders among cancer patients. *Journal of American Medical Association*, 249, 751- 757.

56. Nicholas, D. R. & Veach, T. A. (2000). The Psychosocial assessment of the adult Cancer patient. *Professional Psychology: Research and Practice*, 31, 206-215.
57. Ballenger, J. C., Davidson, T. R. T., Lecrubier, Y., Nutt, D. J., Jones, R. D. & Berard, R. M. F. (2001). Consensus Statement on Depression, Anxiety, and Oncology. *J. Clin Psychiatry*, 62 (Suppl 8), 64-67.
58. Knobf, M. T., Pasacreta, J. V., Valentine, A. & McCorkle. (1998). *Chemotherapy*,
59. Dimeo, F. C., Stieglitz, R-D., Novelli-Fischer, U., Fetscher, S. & Keul, J. (1999). Effects of physical activity on the fatigue and psychologic status of cancer patients during chemotherapy. *Cancer*, 85, 2273-2277.
60. EXTEIN I, GOLD MS. Psychiatric applications of thyroid tests. *J Clin Psychiatry* 1986; 47(1 Suppl): 13-16.
61. HAGGERTY JJ JR, STERN RA, MASON GA, BECKWITH J, MOREY CE, PRANGE AJ JR. Subclinical hypothyroidism: a modifiable risk factor for depression? *Am J Psychiatry* 1993; 150: 508510.
62. SMITH CK, BARISH J, CORREA J, WILLIAMS RH. Psychiatric disturbance in endocrinologic disease. *Psychosom Med* 1972; 34: 69-86
63. BAUER MS, WHYBROW PC, WINOKUR A. Rapid cycling bipolar affective disorder. I. Association with grade I hypothyroidism. *Arch Gen Psychiatry* 1990; 47: 427-432.
64. JOFFE RT, MARRIOTT M. Thyroid Hormone Levels and Recurrence of Major Depression. *Am J Psychiatry* 2000; 157: 1689-1691
65. Ittermann T, Völzke H, Baumeister SE, Appel K, Grabe HJ. Diagnosed thyroid disorders are associated with depression and anxiety. *Soc Psychiatry Psychiatr Epidemiol*. 2015;50:1417–25.
66. Tobón, S., Vinaccia, S., Cadena, J., y Anaya, J. (2004). Calidad de vida en personas con artritis reumatoide a partir del cuestionario de calidad de vida en la artritis (QOL RA). *Psicología y salud*, 14(1), 25-30.
67. Centro Nacional de Excelencia Tecnológica en Salud CENETEC (2010). Diagnóstico y tratamiento de artritis reumatoide del adulto. México: secretaria de salud.
68. Velásquez et al. (enero, 2002). La depresión en artritis reumatoide. *Reumatología*, 18(2) ,49-52.

69. Acevedo, E. (enero, 2012). Algunos aspectos de la artritis reumatoide en Perú. *Sociedad peruana de medicina interna*, 25 (1), 31-37. Recuperado de [http://www.medicinainterna.org.pe/revista/revista\\_25\\_1\\_2012/rev\\_spmi\\_2012\\_1\\_revision\\_de\\_tema.pdf](http://www.medicinainterna.org.pe/revista/revista_25_1_2012/rev_spmi_2012_1_revision_de_tema.pdf).
70. Lozano, J. y Hernández, B. (2000). Artritis reumatoidea y trastorno depresivo mayor. *Med-Unab*, 6, 161-167.
71. Chilcot J, Wellsted D, Da-Silva M, Farrington K. Depression on Dialysis. *Nephron Clin Pract* 2008;108:256-64.
72. Blumenfeld M, Strain J. Renal Disease. En: Blumenfeld M, Strain J, 12 C, editors. *Psychosomatic Medicine*. Falta la edición ed. Falta ciudad: Lippincott Williams & Wilkins; 2006. p. 157-75.
73. Orellana M. Munguía A. REVISTA DEL POSTGRADO DE PSIQUIATRÍA UNAH VOL.1, NO.3. ENE-JUN, 2008.
74. Martínez P, Rojas G, Fritsch R, Martínez V, Vöhringer P, Castro A. Comorbilidad en personas con depresión que consultan en centros de la atención primaria de salud en Santiago, Chile. *Rev. méd. Chile*. ene. 2017.vol.145 no.1. Disponible en: [https://scielo.conicyt.cl/scielo.php?script=sci\\_arttext&pid=S0034-98872017000100004&lng=es](https://scielo.conicyt.cl/scielo.php?script=sci_arttext&pid=S0034-98872017000100004&lng=es).
75. Santillan J, Estofan L, Rosa R, Bichara V. Depresión y su relación con el pronóstico en pacientes con insuficiencia cardíaca. *Insuf. card*. [Internet]. 2017 Dic [citado 2018 Mar 28] ; 12( 4 ): 160-167. Disponible en: [http://www.scielo.org.ar/scielo.php?script=sci\\_arttext&pid=S1852-38622017000400004&lng=es](http://www.scielo.org.ar/scielo.php?script=sci_arttext&pid=S1852-38622017000400004&lng=es).
76. San Miguel M, García M, Cobo C. Prevalencia de síntomas de ansiedad y depresión en pacientes con diabetes mellitus tipo 2 y su asociación con el tipo de tratamiento, complicaciones de la diabetes y comorbilidades. *Med Int Mex*. marzo-abril 2010. 26(2):100-108.
77. Cenalmor C, Bravo N, Miranda J, Luque E, Herrera J, Olazarán J. Influencia de la depresión en el diagnóstico inicial y evolutivo del deterioro cognitivo. *Rev Neurol* 2017; 65: 63-9.

78. Maldonado G, Ríos C, Paredes C, Ferro C, Intriago M, Aguirre C et al. Depresión en artritis reumatóide. Rev.Colomb.Reumatol. [Internet]. 2017 June [cited 2018 Mar 28] ; 24( 2 ): 84-91. Available from: [http://www.scielo.org.co/scielo.php?script=sci\\_arttext&pid=S0121-81232017000200084&lng=en](http://www.scielo.org.co/scielo.php?script=sci_arttext&pid=S0121-81232017000200084&lng=en). <http://dx.doi.org/10.1016/j.rcreu.2016.12.001>.
79. Cenalmor-Aparicio C, Bravo-Quelle N, Miranda-Acuña J, Luque-Buzo E, Herrera-Tejedor J, Olazarán-Rodríguez J. Influencia de la depresión en el diagnóstico inicial y evolutivo del deterioro cognitivo. Rev Neurol 2017;65 (02):63-69.
80. Delgado R, Pérez M, Julca N, Obregón G, Romero J. Resentimiento y depresión en pacientes con VIH-SIDA. Avances En Psicología, 25(1), 59-71. nov. 2017. ISSN 1812-9536. Disponible en: <http://revistas.unife.edu.pe/index.php/avancesenpsicologia/article/view/135>.
81. Flores G. Frecuencia de Síntomas Depresivos y Factores Epidemiológicos y Clínicos Asociados en Pacientes Oncológicos del Hospital Goyeneche, en la Ciudad de Arequipa, del año 2017. Universidad Católica de Santa María



## ANEXO 2

### CONSENTIMIENTO INFORMADO

Hospital Goyeneche

Fecha.....

Yo.....identificado con DNI (carné de extranjería o pasaporte para extranjeros) N° .....he sido informado por el Sr Autor de la investigación..... acerca del trabajo de investigación sobre Síntomas Depresivos en enfermedades medicas crónicas en pacientes hospitalizados en el Servicio de Medicina Interna del Hospital Goyeneche en febrero del 2018. Me ha informado respecto al contenido de las preguntas del cuestionario que debo resolver. He realizado las preguntas que consideré oportunas, todas las cuales han sido absueltas y con repuestas que considero suficientes y aceptables. Por lo tanto, en forma consciente y voluntaria doy mi consentimiento para que se me realice dicha entrevista

.....  
.....  
Firma del paciente o responsable legal

DNI

.....  
.....  
Firma del profesional

DNI

REVOCATORIA

.....  
Firma del paciente o responsable legal

DNI



## ANEXO 4

### Pruebas de Depresión de Beck-II

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

#### 1) Tristeza

- No me siento triste
- Me siento triste la mayor parte del tiempo
- Estoy triste todo el tiempo
- Me siento tan triste o desgraciado/a que no puedo soportarlo

#### 2) Pesimismo

- No estoy desanimado/a respecto a mi futuro
- Me siento más desanimado/a respecto a mi futuro que de costumbre
- No espero que las cosas se resuelvan
- Siento que mi futuro no tiene esperanza y que sólo irá a peor

#### 3) Fracaso pasado

- No me siento fracasado/a
- He fracasado más de lo que debería
- Cuando miro hacia atrás, veo muchos fracasos
- Creo que soy un fracaso total como persona

#### 4) Pérdida de placer

- Disfruto tanto como antes de las cosas que me gustan
- No disfruto de las cosas tanto como acostumbraba
- Disfruto muy poco con las cosas que me gustaban
- No disfruto nada con las cosas que me gustaban

#### 5) Sentimientos de culpabilidad

- No me siento especialmente culpable
- Me siento culpable de muchas cosas que he hecho o debería haber hecho
- Me siento bastante culpable la mayor parte del tiempo
- Me siento culpable siempre

#### 6) Sentimientos de castigo

- No creo que esté siendo castigado/a
- Creo que puedo ser castigado/a
- Espero ser castigado/a
- Creo que estoy siendo castigado/a

- 7) Desagrado hacia uno mismo/a
- Tengo la misma opinión sobre mí que de costumbre
  - He perdido la confianza en mí mismo/a
  - Me siento decepcionado conmigo mismo
  - No me gusto a mí mismo/a
- 8) Autocrítica
- No me critico o culpo más que de costumbre
  - Soy más crítico/a conmigo mismo/a que de costumbre
  - Me critico por todas mis faltas
  - Me culpo por todo lo malo que sucede
- 9) Pensamientos o deseos de suicidio
- No pienso en suicidarme
  - Pienso en suicidarme, pero no lo haría
  - Desearía suicidarme
  - Me suicidaría si tuviese oportunidad
- 10) Llanto
- No lloro más que de costumbre
  - Lloro más que de costumbre
  - Lloro por cualquier cosa
  - Tengo ganas de llorar, pero no puedo
- 11) Agitación
- No estoy más intranquilo/a o nervioso/a que de costumbre
  - Me siento más intranquilo/a o nervioso/a que de costumbre
  - Estoy tan intranquilo/a o agitado/a que me es difícil estar quieto/a
  - Estoy tan intranquilo/a o agitado/a que tengo que estar continuamente moviéndome o haciendo algo
- 12) Pérdida de interés
- No he perdido el interés por los demás o por las cosas
  - Estoy menos interesado/a por los demás o por las cosas que antes
  - He perdido la mayor parte de mi interés por los demás o por las cosas
  - Me resulta difícil interesarme por alguna cosa
- 13) Indecisión
- Tomo decisiones casi tan bien como siempre
  - Me resulta más difícil tomar decisiones que de costumbre
  - Me resulta mucho más difícil tomar decisiones que de costumbre
  - Tengo dificultades para tomar cualquier decisión
- 14) Sentimientos de inutilidad
- No creo que yo sea inútil
  - No me considero tan valioso y útil como de costumbre
  - Me siento más inútil en comparación con otras personas
  - Me siento completamente inútil
- 15) Pérdida de energía
- Tengo tanta energía como siempre
  - Tengo menos energía que de costumbre
  - No tengo suficiente energía para hacer muchas cosas
  - No tengo suficiente energía para hacer nada

16) Cambios en el sueño

- No he notado ningún cambio en mi sueño
- Duermo algo más que de costumbre
- Duermo algo menos que de costumbre
- Duermo mucho más que de costumbre
- Duermo mucho menos que de costumbre
- Duermo la mayor parte del día
- Me despierto 1-2 horas antes y no puedo volver a dormirme

17) Irritabilidad

- No estoy más irritable que de costumbre
- Estoy más irritable que de costumbre
- Estoy mucho más irritable que de costumbre
- Estoy irritable todo el tiempo

18) Cambios en el apetito

- No he notado ningún cambio en mi apetito
- Mi apetito es algo menor que de costumbre
- Mi apetito es algo mayor que de costumbre
- Mi apetito es mucho menor que antes
- Mi apetito es mucho mayor que de costumbre
- No tengo nada de apetito

- Tengo un ansia constante de comer

19) Dificultades de concentración

- Puedo concentrarme tan bien como siempre
- No me puedo concentrar tan bien como de costumbre
- Me cuesta concentrarme en algo durante mucho rato
- No me puedo concentrar en nada

20) Cansancio o fatiga

- No estoy más cansado/a o fatigado/a que de costumbre
- Me canso o me siento fatigado/a más fácilmente que de costumbre
- Estoy demasiado cansado/a o fatigado/a para hacer muchas de las cosas que solía hacer
- Estoy demasiado cansado/a o fatigado/a para hacer la mayoría de las cosas que solía hacer

21) Pérdida de interés por el sexo

- No he observado ningún cambio reciente en mi interés por el sexo
- Estoy menos interesado/a en el sexo que de costumbre
- Estoy mucho menos interesado/a en el sexo ahora
- He perdido totalmente el interés por el sexo

ID	Depresión	Edad	edadCOD	Género	Instrucción	Educativa	Enfermedad	Tiempo	Evolución
1	1	53	3	2	1	1	6	1	2
2	1	39	2	2	3	1	1	1	2
3	1	76	5	2	1	3	6	4	2
4	1	51	3	2	1	2	6	4	2
5	1	70	4	2	2	2	6	3	2
6	1	24	1	2	2	1	6	1	1
7	1	35	2	1	2	1	6	3	2
8	1	53	3	2	2	2	7	2	2
9	1	51	3	1	1	2	7	2	1
10	1	31	2	1	2	1	1	1	1
11	1	20	1	2	1	3	8	5	2
12	1	59	3	2	2	1	6	1	2
13	1	74	4	2	2	2	5	1	2
14	1	76	5	2	2	1	6	3	2
15	1	64	4	1	3	2	1	3	2
16	1	18	1	1	2	1	8	5	2
17	1	18	1	1	2	1	8	5	2
18	1	82	5	1	1	2	2	5	2
19	1	47	3	1	3	1	2	5	1
20	1	60	3	2	2	2	4	3	3
21	1	50	3	1	3	2	5	4	2
22	2	74	4	1	1	1	2	2	2
23	2	74	4	1	1	4	5	2	2
24	2	79	5	1	1	2	2	5	2
25	2	58	3	1	2	2	5	3	2
26	2	82	5	1	1	2	2	5	1
27	2	94	6	1	2	2	3	5	2
28	2	33	2	1	2	1	8	1	4
29	2	73	4	1	2	2	2	5	3
30	2	15	1	2	2	1	8	3	3
31	2	51	3	2	2	1	1	3	3
32	2	82	5	2	1	4	6	5	4
33	3	83	5	1	1	2	2	1	2
34	3	60	3	1	1	1	1	3	1
35	3	93	6	2	1	3	3	1	1
36	3	60	3	2	2	1	5	3	2
37	3	63	4	2	2	1	1	5	1
38	3	80	5	2	1	3	8	1	2
39	3	59	3	1	3	2	1	5	2
40	3	74	4	1	1	2	8	4	2
41	3	53	3	2	1	4	5	5	2
42	3	43	2	1	2	1	7	5	4
43	3	82	5	2	1	1	2	5	2
44	3	80	5	1	1	3	6	1	2
45	3	80	5	2	1	2	1	4	1
46	3	85	5	1	1	2	1	2	2
47	3	45	2	1	3	1	6	3	3
48	3	48	3	2	2	4	3	4	3
49	3	50	3	1	1	4	8	3	1

50	4	59	3	2	1	1	2	3	3
51	4	81	5	1	1	3	2	1	2
52	4	47	3	1	1	1	1	5	4
53	4	53	3	2	3	4	8	1	4
54	4	53	3	2	1	2	1	1	2
55	4	72	4	1	1	3	1	1	2
56	4	42	2	1	1	4	3	5	3
57	4	70	4	1	2	3	8	5	2
58	4	72	4	1	1	3	5	4	3
59	4	48	3	2	3	1	8	5	3
60	4	35	2	2	3	4	8	5	3

