UNIVERSIDAD DE CARABOBO
FACULTAD DE CIENCIAS DE LA SALUD
DIRECCIÓN DE ASUNTOS ESTUDIANTILES
SEDE ARAGUA

ACTA DE DISCUSIÓN
TRABAJO DE ESPECIALIZACIÓN

En atención a lo dispuesto en los Artículos 127, 128, 137, 138 y 139 del Reglamento de Estudios de Postgrado de la Universidad de Carabobo, quienes suscribimos como Jurado designado por el Consejo de Postgrado de la Facultad de Ciencias de la Salud, de acuerdo a lo previsto en el Artículo 29 literal "N" del citado Reglamento, para estudiar el Trabajo de Especialización titulado:

"ANSIEDAD Y DEPRESION EN PACIENTES HOSPITALIZADOS"

Presentado para optar al grado de **ESPECIALISTA EN MEDICINA INTERNA** por el aspirante:

PÉREZ ARVELO, OMAR ALEXIS
C.I. 18.219.612

Tutor del Trabajo de Grado: Francisco Hernández, C.I.: 7.175.562
Habiendo examinado el Trabajo de Especialización presentado, decidimos que el mismo está

APROBADO

En Maracay, a los diecinueve días del mes de noviembre del año dos mil quince.

DRA. YAIZUT TORTOLERO	**DRA. SORELYS RODRÍGUEZ**	**DR. LUÍS RODRÍGUEZ**
C.I.: 15.364.574	C.I.: 17.396.351	C.I.: 4.550.441

REPUBLICA BOLIVARIANA DE VENEZUELA
UNIVERSIDAD DE CARABOBO
Sede Aragua
Facultad de Ciencias de la Salud
Dirección de Asuntos Estudiantiles
Area Postgrado

Glenda

UNIVERSIDAD DE CARABOBO
FACULTAD DE CIENCIAS DE LA SALUD
ESCUELA DE MEDICINA “DR WITREMUNDO TORREALBA”
SEDE ARAGUA
AREA DE ESTUDIOS AVANZADOS DE POSTGRADO
ESPECIALIDAD EN MEDICINA INTERNA
SERVICIO AUTONOMO HOSPITAL CENTRAL DE MARACAY

ANSIEDAD Y DEPRESION EN PACIENTES HOSPITALIZADOS

TUTOR ESPECIALISTA: Dr. Francisco Hernández

AUTOR: Omar Pérez

Maracay, noviembre, 2015

UNIVERSIDAD DE CARABOBO
FACULTAD DE CIENCIAS DE LA SALUD
ESCUELA DE MEDICINA “WITREMUNDO TORREALBA” AREA DE ESTUDIOS AVANZADOS DE POSTGRADOESPECIALIDAD EN MEDICINA INTERNA
HOSPITAL CENTRAL DE MARACAY

ANSIEDAD Y DEPRESIÓN EN PACIENTES HOSPITALIZADOS

Trabajo Especial de Grado presentado como requisito para optar al grado de Especialista en Medicina Interna

TUTOR ESPECIALISTA: Dr. Francisco Hernández

AUTOR: Medico Omar Pérez

Maracay, octubre, 2015

UNIVERSIDAD DE CARABOBO
FACULTAD DE CIENCIAS DE LA SALUD
ESCUELA DE MEDICINA “WITREMUNDO TORREALBA” SEDE ARAGUA
AREA DE ESTUDIOS AVANZADOS DE POSTGRADO
ESPECIALIDAD EN MEDICINA INTERNA
SERVICIO AUTONOMO HOSPITAL CENTRAL DE MARACAY

CONSTANCIA DE TUTORIA

Quien suscribe, Profesor (a): Francisco Hernández, Especialista en Medicina Interna, de la Universidad de Carabobo hago constar que soy TUTOR del Residente cursante del tercer año del Postgrado en la Especialidad de Medicina Interna: Omar Pérez Arvelo C.I: V-18.219.612, para la realización de su Trabajo de Grado titulado:**ANSIEDAD y DEPRESIÓN EN PACIENTES HOSPITALIZADOS.**

_____

Profesor (a)

DEDICATORIA:

A Dios, guía de mis pasos y me da la fortaleza para continuar.

A mis padres, Sonia y Omar les agradezco desde concederme la vida hasta lo que soy en este momento, así como su apoyo en todo momento de mi carrera.

A mi hermana, Ronia y toda mi familia, pilares fundamentales en mi vida. Gracias por confiar en mí, por su apoyo.

A mis amigos, caminando juntos siempre, que el camino siga, ahora con nuevos retos.

AGRADECIMIENTO

Ante todo a Dios Todopoderoso, sin Él, nada es posible.

A mi Tutor de Tesis, Dr. Francisco Hernández, gracias por aporte científico, así como su confianza, fundamentales para la realización de este proyecto.

A mis padres, mis hermanos, mi familia, por su apoyo constante, cariño y confianza.

A mis amigos y compañeros quienes trabajaron conmigo hombro a hombro durante estos años poniendo lo mejor de su energía y empeño por el bien de nuestra formación profesional.

A todas aquellas personas que de alguna manera colaboraron en la realización de esta investigación, a todos ustedes, mi mayor reconocimiento y gratitud.

ANSIEDAD Y DEPRESION EN PACIENTES HOSPITALIZADOS EN EL SAHCM MARZO-AGOSTO 2015

Autor: Omar Pérez A. correo electrónico:omarperezarvelo@gmail.com

RESUMEN

La ansiedad y la depresión son trastornos psiquiátricos de alta prevalencia en la población general, existen instrumentos clinimetricos validados para su diagnóstico (inventario de depresión de Beck y la escala de ansiedad de Hamilton).**Objetivo**: Relacionar la aparición de ansiedad y depresión con estancia hospitalaria, motivo de ingreso y género en pacientes hospitalizados en el servicio de medicina interna. **Materiales y métodos:** Investigación de ámbito epidemiológico, diseño descriptivo y cohorte transversal, se estudiaron 80 pacientes, se aplicó el inventario depresión de Beck y escala de ansiedad de Hamilton. La información recolectada, se da a conocer en frecuencias absolutas y porcentajes. **Resultados**: 39 mujeres y 41 hombres, de los cuales por grupo de edad 47% adultos y 26% adulto mayor, la frecuencia de enfermedades que motivaron el ingreso hospitalario, enfermedades hematológicas con 25%, seguido de patologías respiratorias y neurológicas con 12,5% respectivamente. De los 80 pacientes 21%presento depresión, no hubo casos de ansiedad sin depresión, con predominio discreto en género femenino con 22%. La media de días para la aparición de ansiedad y depresión fue de 38 días (P=0,04), los pacientes con enfermedades hematológicas, tienen la mayor frecuencia de depresión. **Conclusiones**: Los pacientes desarrollaron síntomas depresivos, posterior al mes de ingreso, y los pacientes con enfermedades hematológicas tienen la mayor frecuencia de depresión.

Palabras Claves: Ansiedad, depresión, inventario depresión de Beck (BID), escala de ansiedad de Hamilton.

ANXIETY AND DEPRESSION IN PATIENTS HOSPITALIZED IN SAHCM MARCH-AUGUST 2015

Author: Omar Pérez A. correo electrónico: omarperezarvelo@gmail.com

ABSTRACT

Anxiety and depression are psychiatric disorders of high prevalence in the general population, there are instruments clinimetricos validated for diagnosis (Beck Depression inventory and the Hamilton anxiety scale). Objective: Relate the occurrence of anxiety and depression with hospital stay, Comorbidities and gender in patients hospitalized in the internal medicine **service Materials and methods**: research field epidemiological, descriptive design and cross-sectional cohort, 80 patients studied, applied inventory Beck Depression and Hamilton anxiety scale. The collected information is given in absolute frequencies and percentages. **Results**: 39 women and 41 men, of whom by age group 47 adults and 26 senior, the frequency of illnesses involving hospitalization, hematological diseases with 25, followed by respiratory and neurological pathologies with 12.5 respectively. Of the 80 patients 21 I present depression, there were no cases of anxiety without depression, with a discreet predominance in women with 22. The average days for the occurrence of anxiety and depression was 38 days (P=0,04), patients with hematologic diseases, have increased frequency of depression. **Conclusions**: Met differences with other studies on development of ansiedad depresion time, our patients developed depressive symptoms after a month of income, compared to the average of 10 days of other studies, other studies patients with infectious diseases had increased frequency of depressive symptoms as opposed to our population with greater frequency on hematologic diseases.

Key words: Anxiety, depression, depression of Beck (IDB) inventory, scale of Hamilton anxiety

Bibliografía:

1. Pando M, Salazar J, Carolina B, Alfaro N. Salud mental en la tercera edad. Encuesta a jubilados. Rev. Med. IMSS 1999; 37 (4): 273-278.

2. Unidad Psiquiátrica de Interconsulta y Enlace (UPIE). Servicio de Psiquiatría. Hospital de Oza. Complejo Hospitalario Universitario A Coruña (CHUAC)Gerencia de Gestión Integrada. SERGAS. A Coruña

3. Recalde, JM, redactor (1999). Tratamiento farmacológico de la depresión mayor en atención primaria. Bol Ter Andal Monogr; 16(2): 1-48

4. Galvanovskis A, Villar E. Revisión de vida y su relación con el autoconcepto y la depresión en el periodo de jubilación. Geriatrika 2000; 16 (10): 380-387.

5. National Institutes of Mental Health. The numbers count: mental disorders in America. Retrieved December 20, 2001. Citadopor: Craft, Lynette. Exercise and clinical depression: examining two psychological mechanisms. Psychsport 2005; 6: 151-171.

6. Síntomas de ansiedad y depresión tras la hospitalización en una unidad de cuidados intensivos Beatriz Gil, Rafael Ballester 2008

7. González M. Depresión en ancianos: un problema de todos. Rev. Cub. Med. Gen. Integr. 2001; 17 (4): 316-320

8. Hernández Z. Ocurrencia de trastornos depresivos en una población de jubilados. [Sitio en Internet]. Disponible en: http://www.uaq.mx/psicologia/lamision/jubilados.html. Consultado: 10 de junio de 2005.

9. Butterworth P, Gill S, Rodgers B, Anstey K, Villamil E, Melzer D. Retirement and mental health: Analysis of the Australian national survey of mental

health and well-being. [Sitio en Internet]. Disponible en: www.elsevier.com/locate/soscimed. Consultado: 29 de septiembre de 2005.

10. Fundación FES social. Estudio Nacional de Salud Mental Colombia 2003. Documento de revisión. Bogotá: Ministerio de la Protección Social; 2004.Crespo MD, Gil A, Porras A et al. Prevalencia de los trastornos depresivos en psiquiatría de enlace. Actas Esp Psiquiatría, 2001.

11. Depresión en pacientes hospitalizados en el servicio de Medicina Interna de un hospital general, JAlberdi-Sudupe. Unidad de psiquiatría de interconsulta y enlace, 2013.

12. Evaluación de la depresión en pacientes hospitalizados por distintas enfermedades médicas en la ciudad de Bucaramanga. Diana María Agudelo velez. Pontificia universidad Bolivariana-Bucaramanga Colombia, 2008

13. Prevalencia de depresión en pacientes hospitalizados por insuficiencia cardiaca. I Gomez Vasco, E. Ramiro Ortega. Servicio Medicina Interna. Hospital Virgen Macarena Sevilla. 2012

14. Niveles de ansiedad y depresión en enfermos hospitalizados y su relación con la gravedad de la enfermedad. Armand Graud Martin, Rosa Suñer Soler. Servicio de medicina interna, hospital figueres, Universidad Girona España

15. Validez de una versión en español del inventario de depresión de beck en pacientes hospitalizados en medicina general, Johan Nivega, revista de neuropsiquiatria, Volumen 77, numero 2, 2014. Universidad Peruana Cayetana Heredia

16. Depresión en pacientes hospitalizados en el servicio de Medicina Interna de un hospital general, JAlberdi-Sudupe. Unidad de psiquiatría de interconsulta y enlace, 2013.

17. Prevalencia de depresión en pacientes hospitalizados por insuficiencia cardiaca: resultados del estudio piloto Depricar, España 2013, I. Gómez Vasco, E. Ramiro Ortega

18. Andrews, Sanderson, Slade y Issadikis, 2000

19. Hernández, Fernández y Baptista, 2003.

20. La revolución en la toma de decisiones estadísticas: el p-valor. Telos, vol. 14, numero 3. 2012. Universidad Dr Rafael Belloso Chacin, Maracaibo, Venezuela

21. American Psychiatric Association. Handbook of Psychiatric Measures. Washington, 2000

22. Kobak KA, Reynolds WM, Greist JH. Development and validation of a computer-administered version of the Hamilton Anxiety Scale. Psychological Assessment, 1993; 5: 487-92

23. Maier W, Buller R, Philipp M, Heuser I. The Hamilton Anxiety Scale: reliability, validity, and sensitivity to change in anxiety and depressive disorders. J Affect Disord, 1988; 14: 61-8.

24. Lipman RS. Differentiating anxiety and depression in anxiety disorders: use of rating scales. Psychopharmacol Bull, 1982; 18: 69-82

INTRODUCCION

La ansiedad y depresión son entidades clínicas independientes; sin embargo en la práctica médica un mismo sujeto suele presentar síntomas ansiosos y depresivos intercalados en menor o mayor grado[1.], por tanto ambas son estudiadas al mismo tiempo en los pacientes. La ansiedad es un mecanismo adaptativo que alerta al sujeto ante situaciones de estrés, la ansiedad y el estrés se transforman en trastorno cuando se presentan en momentos inadecuados, de forma intensa, prolongada o interfieren con actividades normales del sujeto que las experimenta[2]. Si este estado de ánimo perdura, puede desencadenar en otro trastorno afectivo, como es el caso de la depresión.

Estos trastornos del estado de ánimo son definidos en el manual diagnóstico y estadístico de los trastornos mentales (DSM IV) cuya principal característica subyacente sería una alteración del estado de ánimo del individuo.[1] La CIE 10 clasifica estos trastornos bajo el apartado denominado: Trastornos del humor (afectivos). Suelen diferenciarse dos grupos de trastornos del estado de ánimo, en función de si incluyen o no la presencia de episodios demanía o hipomanía: los trastornos depresivos y los trastornos bipolares.

La depresión es un síndrome caracterizado por los siguientes síntomas cardinales: estado de ánimo decaído la mayor parte del día y casi todos los días, y disminución acusada del interés o de la capacidad para el placer[3]. Los trastornos depresivos corresponden a una categoría taxonómica de los trastornos afectivos. A su vez, se subdividen en grupos:

Trastorno Depresivo Mayor:(también conocido como depresión clínica, depresión mayor, depresión unipolar o trastorno unipolar depresivo; o como depresión recurrente en el caso de presentarse repetidos episodios) es una enfermedad mental que se caracteriza por un estado de ánimo invasivo y persistente

acompañado de una baja autoestima y una pérdida de interés o de placer (anhedonia) en actividades que normalmente se considerarían entretenidas.

Trastorno Distímico:es un trastorno afectivo de carácter depresivo crónico, caracterizado por la baja autoestima y aparición de un estado de ánimo melancólico, triste y apesadumbrado, pero que no cumple con todos los patrones diagnósticos de la depresión.

Trastorno depresivo no especificado:cortejo de síntomas que no cumplen con los criterios para los otros estados depresivos, dentro de este grupo está el trastorno ansioso-depresivo, el trastorno disforico premenstrual, trastorno depresivo post-psicótico de la esquizofrenia.

Trastorno adaptativo con estado de ánimo depresivo o mixto (ansiedad y ánimo depresivo):es una depresión reactiva y ocurre en respuesta a un desencadenante identificable y dentro de los 3 meses siguientes a su presencia.

Reacción de duelo: Se trata de la reacción común ante la muerte de una persona próxima. Pueden darse síntomas de depresión mayor, la duración puede ser variable y con connotaciones socio-culturales de cada sujeto

De éstos, la depresión mayor y la distimia son las categorías más frecuentes [4]. En cuanto a la epidemiologia de Los trastornos depresivos, estos afectaron aproximadamente a un 9.5% de la población adulta de los Estados Unidos en el 2001, según el Instituto Nacional de Salud Mental de este país[5]. En latinoamerica, el Estudio de Salud Mental de 2003, de Colombia, que tomó 23 trastornos mentales contemplados en el DSM-IV en personas de 18 a 65 años, encontró que el episodio depresivo mayor ocupaba el cuarto lugar con un 5.3%[3].

EL diagnóstico de estos trastornos del estado de ánimo se hace con criterios establecidos en DSM-IV, sin embargo se puede usar para su diagnóstico herramientas clinimetricas, escalas diagnósticas, que evalúan y refuerzan objetivamente el diagnostico de estos trastornos mediante entrevista clínica y exploración psicopatológica[5], en el caso de depresión tenemos el inventario de depresión de beck, que permite discernir básicamente la presencia o no de depresión pero no distingue el tipo de trastorno depresivo.

Este inventario cuenta desde su creación en 1961 con muchos estudios que avalan sus propiedades psicométricas en población clínica y no clínica, así como su uso transcultural.

Así se demuestra en un estudio realizado en Perú porJohann M. Vega-Dienstmaier y colaboradores, cuyoobjetivo fueexaminar la validez de una versión en español del Inventario de Depresión de Beck (BDI) en pacientes hospitalizados de medicina general[6]. El estudio comprobó la validez del inventario y estableció un punto de corte de 7,5 pts para establecer la ausencia de depresión con una sensibilidad de 87,5% y especificidad de 98,21%[7].

Otro estudio, realizado en suramerica para la validación del inventario de beck fue, el realizado en México, por María del Carmen Beltran (Universidad Nacional autónoma de México), titulado “inventario de depresión de Beck: Su validez en población adolescente” el cual mostró buena sensibilidad y especificidad para discriminar entre deprimidos y no deprimidos. El BDI es una medida válida y confiable de los síntomas depresivos en adolescentes mexicanos de población clínica y no clínica.

En este orden de ideas, así como la depresión cuenta con escalas clinimetricas, la ansiedad también es medida y diagnosticada por escalas q complementan los resultados de IDB, como es el caso de la escala de Ansiedad Hamilton, la puntuación total de dicho instrumento presenta una elevada validez

concurrente con otras escalas que valoran ansiedad, como The Global Rating of Anxietyby Covi[23, 24] (r = 0,63 – 0,75) y con el Inventario de Ansiedad de Beck (r = 0,56) distingue adecuadamente entre pacientes con ansiedad y controles sanos[8]

La presencia y variaciones de los trastornos depresivos ha sido estudiada en muchas poblaciones, a nivel internacional se encuentra un estudio multicéntrico,pionero en España, realizado en 2001, por Crespo y colaboradores, en el que se incluyó el Complejo Hospitalario Universitario A Coruña, sobre la prevalencia de Depresión en pacientes hospitalizados en Servicios Médicos. Participaron 13 Centros Hospitalarios, siendo valorados 1003 pacientes en total. El 18,9% de ellos fueron diagnosticados de Trastorno Depresivo o Trastorno Adaptativo con síntomas depresivos.

Luego en 2003, Armand Grau Martín y colaboradores realizaron unestudio en España igualmente, sobre la relación de ansiedad con la gravedad de la enfermedad. Se estudiaron pacientes ingresados en un servicio de medicina interna, Se recogieron variablessociodemográficas,y se aplicaron las escalas: State-TraitAnxietyInventory, Hospital Anxietyand DepressionScale (HAD), Beck DepressionInventory (BDI), APACHE II, así como autoevaluaciónde gravedad y reversibilidad de la enfermedad. Los pacientes fueron clasificadoscomo ansiosos o deprimidos si puntuaban 10 o más en el HAD[9], concluyendo que la prevalencia de ansiedad y depresión en enfermos hospitalizados es alta, especialmenteen mujeres, sin guardar relación con la gravedad de la enfermedad, y se asocia a unapercepción subjetiva del enfermo de mayor gravedad y menor mejoría[9]**.**

Otro estudio publicado en 2010 en la revista española de geriatría y gerontología, demostró que la prevalencia de depresión en ancianos hospitalizados es elevada y se asocia con los diagnósticos de insuficiencia renal, hepatopatía y artrosis, con una mayor comorbilidad y especialmente con una peor capacidad funcional[10].

De igual forma en España 2013, I. Gómez Vasco y colaboradores realizan un estudio sobre la prevalencia de depresión en pacientes hospitalizados por insuficiencia cardiaca (resultados del estudio piloto depricar)[11]. Durante 3 meses se recogieron 50 pacientes consecutivos ingresados en Medicina Interna por insuficiencia cardiaca. Se estudió la presencia de depresión mediante el uso de dos test heteroaplicados: el Inventario de Beck (BDI) y la Escala de Depresión Geriátrica de Yesavage de 15 ítems (GDS)[11]. De los 36 pacientes incluidos, 16 (44,4%) fueron diagnosticados de depresión. Comparando los pacientes Sin Depresión y Con Depresión, no hubo diferencias significativas en la edad media, en elsexo, en ninguna de las comorbilidades analizadas, ni en el estadio de la insuficiencia cardiaca. Solo hubo diferencias significativas de fibrilación auricular, que fue menos frecuente en el grupo Con Depresión ($p = 0,019$)[12].

A nivel suramericano, en Colombia, Ana Agudelo et al (2008) realizo un estudio que evaluó la presencia de depresión en pacientes hospitalizados por distintas enfermedades médicas, en una muestra de 82 pacientes, a quienes se les aplicó el Inventario de Depresión de Beck (BDI-) y la escala de Ansiedad y Depresión Hospitalaria (HADS) el cual arrojó los siguientes resultados: Una prevalencia del 41.5% de depresión en la muestra, de acuerdo con el BDI, una prevalencia de trastorno depresivo del 11% de la muestra.

Estos hallazgos corresponden a lo referido en la literatura al señalar la alta prevalencia de depresión en contexto hospitalario; igualmente, confirma la importancia de la evaluación de síntomas cognitivo-afectivos para determinar la presencia o no de episodios depresivos en este tipo de pacientes[13].

A nivel nacional, fue el estudiorealizado, por BermudezHernandez y LlomerDory, titulado relación entre ansiedad y depresión en pacientes que consultaron el servicio de cardiología del hospital Chiquinquira, Edo Zulia. Dicho estudio concluyo 74,3% presentaba ansiedad, el 67.1 de los pacientes no presento depresión.

A nivel Local el Medico Ricardo Mota, estudióla presencia de depresión en pacientes de la consulta externa de oncología del servicio autónomo del hospital central de Maracay, en el cual uno de los aspectos demostrados fue que a menor tiempo de diagnóstico mayor es la aparición de depresión, con un porcentaje de depresión de 15%.

Tenemos así, que 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[14].La depresión asociada a enfermedades médicas puede reflejar diferentes estados o detonantes, puede deberse al estrés psicológico al enfrentar una determinada enfermedad, puede ser causada por la enfermedad médica misma, coexistir con la enfermedad o ¿puede estar relacionada con la estancia hospitalaria? La estancia hospitalaria es un indicador de eficiencia hospitalaria y responde a múltiples factores institucionales, patológicos y personales.

El médico internista debe conocer y tratar los trastornos de humor por las siguientes razones: Por el carácter mismo de la especialidad, que debe hacer posible la visión integral del paciente y su consideración como un todo indivisible; Por el sustrato biológico que tienen los trastornos emocionales; Por la elevada incidencia y prevalencia que se detecta en la práctica médica que le dan cabida dentro del amplio margen de enfermedades diagnosticadas y tratadas en medicina interna.

Por ello el interés de la presente investigación estriba primera en determinar la presencia de ansiedad y depresión en los pacientes hospitalizados en el servicio de medicina interna.

En vista de lo anteriormente expuesto, se plantea como objetivo general:

Relacionar la aparición de ansiedad y depresión conestancia hospitalaria, en pacienteshospitalizados en los servicios de medicina interna I y II del hospital central

de Maracay, Aragua de marzo a agosto 2015.Para lograr tal fin se proponen los siguientes objetivos específicos:Conocer las variables clínico-epidemiológicas de los pacientes hospitalizados según edad, genero, motivo de ingreso; determinar la Frecuenciadeansiedad ydepresión de población en estudio a través del inventario de depresión de Beck y escala de ansiedad de Hamilton; Determinar el grado de depresión de los pacientes hospitalizados en los servicios de medicina interna I y II, según el inventario de Beck; Conocer la relación entre los grados de depresión y ansiedad con el género, edad, motivo de ingreso hospitalario; Establecer la relación entre ansiedad, depresión con el tiempo de hospitalización.

MATERIALES Y METODOS

Investigación en el ámbito epidemiológico de diseño descriptivo y cohorte transversal en el que se analizó la estancia hospitalaria como variable independiente y la presencia de ansiedad y depresión como variables dependientes. Como variables intervinientes se incluyócaracterísticas clínico-epidemiologicasy motivos de ingreso.Se trata de un estudio de tipo descriptivo, ya que pretende evaluar los niveles de depresión presentes en la muestra a través de las variables de análisis; sin una mayor pretensión explicativa[19].

La población estuvo constituida por los pacientes hospitalizados en los serviciosde medicina interna I y II del Hospital Central de Maracay, de Marzo a Agosto 2015. Durante esa fecha se hospitalizaron 419 pacientes,la selección de pacientes se hizo de forma intencionada basado en criterios de inclusión y el cálculo de la muestra se realizó basado en datos del programa estadístico OPENEPI, en el cual, para obtener un intervalo de confianza de 95%, la muestra seria de 47 pacientes, sin embargo, para aumentar el intervalo de confianza, se tomó una muestra de 80 pacientes.

Los criterios de inclusión, para la selección de pacientes fueron: Pacientes hospitalizados por una enfermedad orgánica en el servicio de medicina interna, pacientes con capacidad cognitiva conservada, pacientes con dos o más días de hospitalización, quienes quisieran participar en el estudio y firmaran consentimiento informado.

La recolección de datos se realizómediante la aplicación de una ficha de datos clínico-epidemiológicos, aplicacióndel inventario de depresión de Beck y escala de ansiedad de Hamilton.

En cuanto a la definición de los instrumentos tenemos: El inventario de depresión de Beck consta de 21 ítems que evalúan síntomas clínicos de melancolía y los pensamientos intrusivos presentes en la depresión. Es una escala auto-aplicada, las puntuaciones medias correspondientes a las distintas gravedades de depresión: depresión ausente 10 pts, depresión leve 18pts, depresión moderada 25pts, depresión severa 30pts[15].

EL segundo instrumento fue la escala de ansiedad de Hamilton, fue diseñada en 1959. Se trata de una escala hetero-administradapor un clínico tras una entrevista. El entrevistador puntúa de 0 a 4 puntos cada ítem, valorando tanto la intensidad como la frecuencia del mismo. No existen puntos de corte. Una mayor puntuación indica una mayor intensidad de la ansiedad. Es sensible a las variaciones a través del tiempo o tras recibir tratamiento La puntuación total representa una elevada validez concurrente con otras escalas que valoran ansiedad.Los valores obtenidos de la escala se tomaron como: ansioso y no ansioso[15].

Previo conocimiento y autorización por parte de jefatura del servicio de Medicina Interna SAHCM, se llevó a cabo la revisión de las historias clínicas para la selección de pacientes a evaluar, quienes después de firmar el consentimiento informado, respondieron los instrumentos elegidos. La recolección de los datos se realizó entre marzo y agosto del 2015. Los datos se ingresaron en el programa

estadístico EPIINFO y se efectuó el análisis de los datos a través de métodos estadísticos, tales como: estadísticos descriptivos, Prueba T para muestras independientes y Anova de un factor.

El análisis identifico los riesgos, midió el grado de asociación entre el riesgo y la enfermedad, la incidencia, prevalencia y porcentajes.

LOS RESULTADOS

La información recolectada se presenta en tablas de distribución de frecuencias y de asociación, dándose a conocer la información en frecuencias absolutas y porcentajes.

La muestra estudiada fue de 80 pacientes con un intervalo de confianza del 95%, 41 mujeres y 39 hombres, predominando los grupos de edad: Adulto (47%) y adulto mayor (26%), siendo el promedio de edad 43 años con edad mínima 13 y máxima 81años. Otra característica estudiada fueron los motivos de ingreso, de los cuales la mayor frecuencia fue en enfermedades hematológicas con 25%, como lo expresa el cuadro 1.

Cuadro 1

Frecuencia de motivos de ingreso. Servicio de Medicina Interna, Servicio Autónomo Hospital Central de Maracay, estado Aragua. Marzo – Agosto 2015

Motivo de ingreso	FRECUENCIA	PORCENTAJE	IC95%	
Fiebre de origen desconocido	**1**	**1,30%**	0,00%	6,80%
Enfermedades Respiratorias	**10**	**12,50%**	6,20%	21,80%
Enfermedad Neurológica	**10**	**12,50%**	6,20%	21,80%
Enfermedad Cardiovascular	**9**	**11,30%**	5,30%	20,30%
Enfermedad Hematológica	**20**	**25,00%**	16,00%	35,90%
Enfermedad Neoplásica	**7**	**8,80%**	3,60%	17,20%
Otras patologías	**23**	**28,80%**	19,20%	40,00%
Total	**80**	**100,00%**		

Otras: infección por HIV, hepatopatías, LOE en estudio

Fuente: Dr. Omar Pérez

La clasificación de las enfermedades se realizó con base en los criterios de la CIE-10 como se indica en el cuadro 1.

En segundo lugar, se encuentran las enfermedades (HIV, hepatopatías, LOE en estudio) 28%, seguidas de las enfermedades neurológicas y las enfermedades respiratorias, con un 12.5% cada una, al comparar las variables motivo de ingreso con los grados de depresión (Figura 1) resalta que los pacientes con enfermedades hematológicas tuvieron mayor frecuencia de depresión, con un valor P=0,82.

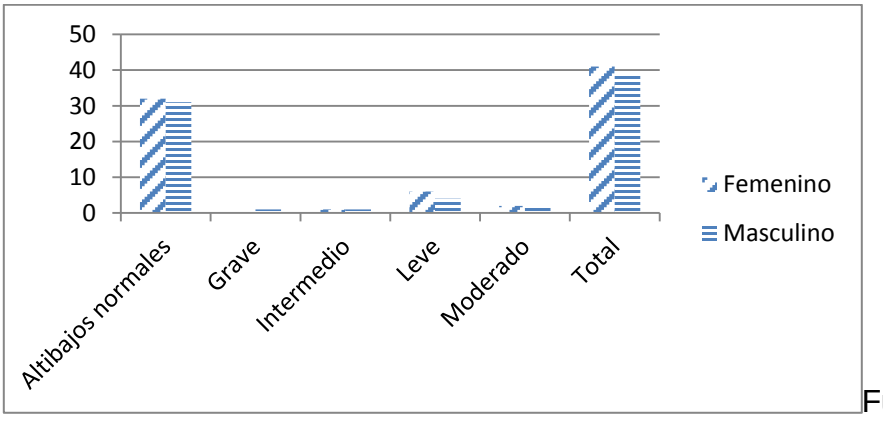
De los 80 pacientes estudiados, el 20% presentó ansiedad y depresión el 21%, con un intervalo de confianza de 95% (12%-30,8%), 78% altibajos considerados normales y el 12,5% de lo deprimidos, fue de grado leve, así lo evidencia el **cuadro 2**

En cuanto a la relación de casos de ansiedad y depresión, hubo igual casos de ansiedad y depresión, con predominio en el sexo femenino 22% de ansiedad con intervalo de confianza 95% (10,60% - 37,60%) y para el sexo masculino 18% con IC95% entre (7,70%-34,30%). No hubo casos de ansiedad sin depresión. En cuanto a la relación edad con grado de depresión, los grupos etarios con mayor frecuencia de depresión fueron, adulto y adulto mayor con 4,8% cada uno.

Los resultados de la relación entre los grados de depresión y el género se expresan en la Figura 1, con un intervalo de confianza 95% y un valor P: 0,85.

Figura 1

Frecuencia de grados de depresión por género. Servicio de Medicina Interna, Servicio Autónomo Hospital Central de Maracay, estado Aragua. Marzo – Agosto 2015



Fuente: Dr. Omar Pérez

Cuadro 3

Frecuencia de grados de depresión por género. Servicio de Medicina Interna, Servicio Autónomo Hospital Central de Maracay, estado Aragua. Marzo – Agosto 2015

Comorbilidades	Altibajos normales	Grave	Intermedio	Leve	Moderado
Sin comorbilidad	1	0	0	0	0
Enfermedades Respiratorias	8	0	0	2	0
Enfermedad Neurológica	7	1	0	1	1
Enfermedad Cardiovascular	7	0	1	1	0
Enfermedad Hematológica	17	0	0	3	0
Enfermedad Neoplásica	6	0	0	0	1
Otras patologías	17	0	1	3	2

Fuente: Dr. Omar Pérez

Al comparar la media de días de hospitalización en los pacientes con depresión, la cual fue de 38 días (mínimo de 3 días y un máximo 120), con un IC95%, respecto a los pacientes que no presentaron depresión cuya media de estancia hospitalaria fue de 28 días (mínimo de días 2 y máximo de días 150dias), se destaca tendencia a mayor días de hospitalización con presencia de algún grado de depresión, esto con un valor P de 0,11 según test Mann-Whitney/WilcoxonTwo-Sample.

Así mismo, la variable ansiedad tuvo resultados similares con un valor P de 0,04, haciendo referencia a mayores días de hospitalización con desarrollo ansiedad **cuadro 4.**

Cuadro 4

Ansiedad y días de hospitalización. Servicio de Medicina Interna, Servicio Autónomo Hospital Central de Maracay, estado Aragua. Marzo – Agosto 2015

ANSIEDAD Y DIAS DE HOSPITALIZACION

	N	Total	Media	Varianza	Desviación Estándar
Normal	63	1711	27,1587	694,3938	26,3514
Ansioso	16	705	44,0625	1845,2625	42,9565

DISCUSIÓN

Ladistribución de la muestra fue homogénea según género, 41% hombres y 39% mujeres;según grupos etarios: Adultos: 47%, Adulto mayor: 26%.Otro hallazgo del estudio, fue la frecuencia de los motivos de ingreso, siendo las enfermedades hematológicaslas que reportaron mayor frecuencia con un 25% de casos, seguido de patologías respiratorias 12,5%, patologías neurológicas 12,5%.Dichos hallazgos son similares a los encontrados en Colombia en el estudio realizado en Bucaramanga, en el que la distribución de la muestra fue similar predominando discretamente el sexo masculino con 56% y 44% mujeres, en cuanto al grupo etario el más frecuente fue la población Adulta entre 40-60 años. Encontrando discrepancia en cuanto al motivo de ingreso, en el que predomino enfermedades respiratorias y cardiovasculares, ocupando un cuarto lugar las patologías oncológicas a diferencia de esta investigación.

En cuanto al porcentaje de depresión y ansiedad encontrados en la muestra, tenemos que el 21% de los pacientes de este estudio presento depresión, de los cuales el 12,5% fue leve, con discreto predominio en sexo femenino con 22% de los casos en comparación con el sexo masculino que presento un 18%. Al compararlo con el estudio realizado en Colombia Bucaramanga, que encontró mayor porcentaje

de pacientes no deprimidos (no deprimidos: 58,5% Deprimido: 41,7%), sin embargo el porcentaje de deprimidos es mucho mayor que este estudio.

Al relacionar los días de hospitalización con la presencia de depresión se observa que los casos de depresión tienen una media en días de hospitalización mayor de 38 días, el resultado expresa q a mayor días de hospitalización aumenta el riesgo de depresión así mismo se denota que no hubo presencia de depresión sin ansiedad y que a mayores días de hospitalización aumenta el porcentaje de ansiedad con una p=0,04.

De igual forma en el estudio de Armand Grau Martín y colaboradores de ansiedad, depresión y su relación con gravedad de enfermedad en la que utilizaron el inventario de depresión de Beck, encontraronla presencia de depresión entre 16-43%.Ese resultado es mayor que el encontrado en este estudio, igual la presencia de ansiedad (16-30%).

Cabe destacar que una limitante del estudio, fue la aplicación de los instrumentos clinimetricos, en un solo momento de la hospitalización, lo que limita precisar el momento en que cada individuo desarrollo los síntomas depresivos, así como a pesar de ser instrumentos heteroaplicables, es de beneficio añadido cuando son aplicadas por personal calificado (médico psiquiatra) ya que el juicio clínico y la entrevista clínica guiada basada en criterios DSM, no son sustituibles, sin embargo el uso de test sencillos como BDI puede ser de gran utilidad para el despistaje.

De lo anteriormente expuesto podemos concluir que a mayores días de hospitalización mayor es la frecuencia de ansiedad, sin embargo, la presencia de depresión con mayor tiempo de hospitalización tuvo una diferencia no significativa, probablemente debido a que hubo pocos casos de depresión, en algunos estudios cuando el fenómeno estudiado es muy poco frecuente para evitar error estadístico de tipo I (rechazar una hipótesis nula cuando es verdadera) se incrementa la muestra o

si es posible tomar el universo completo de la muestra, para poder obtener un valor p más exacto.

Después de haber hecho este estudio, con las revisiones bibliográficas que implico, se demuestra que estos instrumentos clinimetricos son útiles para el tamizaje de depresión en una población susceptible, por lo q se sugiere su utilización en el servicio de medicina interna en el contexto de la evaluación integral del paciente, de modo que se pueda disminuir el número de pacientes que requieren valoración por servicio de psiquiatría y no la reciben, garantizando con ello una conducta terapéutica (en caso de requerirla) que contribuya a la mejoría integral del paciente.