

**Prevalencia de Trastorno Depresivo Mayor en pacientes adultos
hospitalizados en los servicios de medicina Interna y cirugía general en la
E.S.E. Hospital Universitario Erasmo Meoz, durante el periodo de enero del
2019 a junio del 2019**

Valeria Marcela Barrios Rodríguez

Luisa María Muñoz Montaña

Trabajo de investigación para pregrado de Medicina

Asesores

Gustavo Adolfo Delgado Sierra - MD Psiquiatra, UN

María Victoria Figueroa Ramírez - Bacterióloga, PUJ

Universidad de Pamplona

Facultad de Salud- Departamento de Medicina

Cúcuta, Norte de Santander

2019

Tabla de contenido

Lista de tablas.....	3
Lista de figuras.....	5
1. Introducción.....	9
2. Antecedentes	10
3. Planteamiento del problema.....	13
4. Justificación.....	15
5. Objetivos	17
6. Marcos.....	18
7. Metodología.....	35
8. Resultados	40
9. Discusión	73
10. Conclusiones	78
Anexos.....	81
Referencias Bibliográficas	89

Lista de tablas

Tabla 1. Distribución de frecuencia de preguntas vinculadas a la depresión.....	40
Tabla 2. Jerarquización de las preguntas según frecuencia.....	44
Tabla 3. Jerarquización de las preguntas según puntaje.	45
Tabla 4. Severidad del trastorno depresivo.....	47
Tabla 5. Distribución del servicio ocupado por los pacientes hospitalizados.....	50
Tabla 6. Estadísticos descriptivos de la edad.	53
Tabla 7. Grupos de edades.	54
Tabla 8. Distribución porcentual por sexo de los pacientes.....	56
Tabla 9. Clasificación de enfermedades.	58
Tabla 10. Depresión vs. Servicio hospitalario.	61
Tabla 11. Distribución frecuencial de la relación niveles de severidad depresión y tipo de servicio.	63
Tabla 12. Distribución porcentual de la depresión con relación a los grupos de edad.....	65
Tabla 13. Distribución frecuencial de la relación niveles de severidad de depresión y grupos de edades.	67

Tabla 14. Distribución porcentual de la relación depresión con sexo. 68

Tabla 15. Distribución frecuencial de la relación niveles de severidad de depresión y sexo.
..... 70

Tabla 16. Distribución porcentual de la relación depresión con patología de base..... 72

Lista de figuras

Figura 1. Distribución porcentual de preguntas vinculadas a la depresión.	41
Figura 2. Jerarquización de las Preguntas según frecuencia	45
Figura 3. Jerarquización de las preguntas según puntaje.	46
Figura 4. Distribución porcentual de la severidad de la depresión.	48
Figura 5. Distribución porcentual del servicio ocupado por los pacientes hospitalizados.	51
Figura 6. Distribución porcentual por grupo de edades (años).	55
Figura 7. Distribución porcentual por sexo de los pacientes.	56
Figura 8. Distribución porcentual del tipo de enfermedad.	59
Figura 9. Distribución porcentual de la severidad de depresión respecto al servicio.	62
Figura 10. Distribución porcentual del nivel de severidad depresión respecto al sexo.	69

Lista de anexos

Anexo 1. Escala de evaluación en depresión de Montgomery-Åsberg (MADRS).....	81
Anexo 2. Consentimiento Informado para Participantes de Investigación	86

Resumen

El presente trabajo de investigación surge con el objetivo de determinar la prevalencia del trastorno depresivo en pacientes adultos hospitalizados en los servicios de Medicina Interna y Cirugía General del Hospital Universitario Erasmo Meoz, como respuesta a una problemática detectada en la práctica clínica observada la cual es la alta prevalencia de este trastorno entre los pacientes ingresados en hospitales por causas orgánicas. La literatura médica indica que el padecimiento de Depresión Mayor dificulta la adhesión al tratamiento, hace más lenta la recuperación del paciente, altera el pronóstico y curso de la enfermedad, incrementa el riesgo de mortalidad, aumenta el número de días de hospitalización, y por consiguiente, los costos económicos de la enfermedad y años de vida potencialmente perdidos.

Se realizó un estudio no experimental, descriptivo, de corte transversal que evaluó los síntomas de depresión y su gravedad mediante la Escala de Depresión de Montgomery-Asberg (MADRS) en una muestra de 80 pacientes hospitalizados en el Hospital Universitario Erasmo Meoz por patología no psiquiátrica. Se identificó una prevalencia de depresión del 52% de acuerdo con la MADRS. Las patologías orgánicas más frecuentes por las cuales estaban hospitalizados eran las de tipo endocrinas en el 22.5%, seguida por enfermedades gastrointestinales con 20% (IC: 95%). Estos hallazgos concuerdan con los descritos en la literatura donde la mayor prevalencia de trastorno depresivo mayor se encuentra en personas con diabetes

tipo 2 en comparación con la población general. El impacto del tratamiento a largo plazo, los efectos secundarios inducidos por medicamentos, mecanismos fisiopatológicos propios de las enfermedades crónicas, y altos costos de las mismas son probablemente factores de riesgo para la depresión.

1. Introducción

La depresión es un problema de salud pública gravemente incapacitante con cifras muy altas de prevalencia a nivel mundial. El trastorno depresivo es dos veces más común en mujeres que en hombres y causa un deterioro considerable.

Las distribuciones de edad de inicio sugieren que la depresión es frecuente durante toda la vida. El trastorno no solo produce disminuciones en la salud que son equivalentes a las de otras enfermedades crónicas, sino que también empeora los puntajes promedio de salud sustancialmente más cuando se combinan con estas enfermedades, que cuando las patologías ocurren solas o sin comorbilidad¹.

Una implicación crucial es que los proveedores de atención primaria no deben ignorar la presencia de depresión cuando los pacientes tienen trastorno físico crónico, lo cual impulsa a desarrollar este estudio para identificar la prevalencia de este trastorno dentro de un contexto hospitalario a nivel local.

La sobredetección y la subdetección son factores importantes que deben considerarse para garantizar el diagnóstico y el tratamiento adecuados de la depresión clínica, por lo cual se debe contar con herramientas diagnósticas avaladas y concurrentes con los criterios diagnósticos para el trastorno depresivo mayor, y así poder enfocar correctamente el abordaje terapéutico que requiera cada individuo en particular.

2. Antecedentes

Para conocer más acerca de los antecedentes documentados con relación a esta patología, se realiza una búsqueda en bases de datos como PubMed, Dialnet, Scielo, UpToDate, y revistas nacionales como Acta Médica Colombiana y Colombia Médica, entre otras, para evidenciar los reportes previos que se han realizado respecto a la prevalencia de trastornos depresivos en pacientes hospitalizados a nivel internacional, nacional y regional.

A nivel internacional destaca el estudio de Henning Værøy y colegas, donde establecieron la prevalencia de depresión en sus diferentes presentaciones en pacientes del servicio de cirugía general en un hospital en Oslo, Noruega. Entre sus resultados, de los 108 pacientes evaluados, un 13% cumplieron criterios diagnósticos para trastorno depresivo mayor y un 4% para distimia, y se concluyó que el número de pacientes no diagnosticados y no tratados enfatiza la necesidad de prestar más atención a la morbilidad psiquiátrica en pacientes somáticos, especialmente porque los estudios sobre la recuperación y el pronóstico de pacientes hospitalizados demostraron que el estado depresivo se asocia con un tiempo de supervivencia reducido y que la depresión coexistente prolonga la duración de permanecer en los hospitales generales, lo que suma a los costos médicos².

Miriam Costas y colegas diseñaron un estudio longitudinal, prospectivo y observacional para determinar la ansiedad y depresión entre los pacientes hospitalizados en un complejo hospitalario de Ferrol, España, y se encontró una prevalencia de trastorno depresivo en el 38% de la población hospitalizada en el servicio de medicina interna, poniendo en evidencia una relevancia de sintomatología ansiosa, y sobre todo depresiva, entre los pacientes ingresados³.

En otro estudio analítico, prospectivo y longitudinal diseñado por José Antonio Ribas, dónde se analizó la incidencia de depresión en pacientes hospitalizados en un hospital de Guayaquil, Ecuador, se obtuvo resultados similares dentro de los estimados realizados en poblaciones a nivel mundial, tanto en pacientes hospitalizados como en aquellos que padecen de dolor crónico, diabetes e infección por VIH, siendo la tasa de incidencia mayor en estas poblaciones⁴.

Diana M. Agudelo y colegas, publicaron un estudio descriptivo de corte transversal sobre la evaluación de la depresión en pacientes hospitalizados por distintas enfermedades médicas en la ciudad de Bucaramanga, Colombia. En este estudio se encontró una prevalencia en la muestra del 41.5% de síntomas depresivos evaluados por el Inventario de Depresión de Beck-II. Asimismo, es de indicar que la prevalencia de depresión en este estudio es alta ya que constituyó casi la mitad de la muestra evaluada, con un promedio de depresión moderada en los pacientes a pesar de presentar una prevalencia alta de depresión. Cabe resaltar que ninguna

de estas personas recibía al momento atención psicológica o psiquiátrica. Con relación a la muestra total, se apreció la influencia de los efectos iatrogénicos en la severidad de los síntomas depresivos; aquí se notó que la tendencia a mayor puntuación fue en los pacientes que llevaban diez o más días de hospitalización, lo cual permite decir que existe una relación directa entre los días que el paciente permanece en la clínica y la severidad de los síntomas de depresión⁵.

A nivel local no se ha encontrado literatura que ponga en relación la asociación entre la patología depresiva y los pacientes internados en un hospital.

3. Planteamiento del problema

El término “depresión” surgió a mediados del siglo XIX, para referirse a una alteración primaria de las emociones cuyos rasgos más sobresalientes reflejaban menoscabo, inhibición y deterioro funcional⁶.

Actualmente, cuando se habla de depresión se entiende como un conjunto de síntomas de predominio afectivo (tristeza patológica, apatía, anhedonía, desesperanza, decaimiento, irritabilidad, sensación subjetiva de malestar e impotencia frente a las exigencias de la vida) aunque, en mayor o menor grado, también están presentes síntomas de tipo cognitivo y somático, por lo que podría hablarse de una afectación global psíquica y física, haciendo especial énfasis en la esfera afectiva. La depresión se presenta como una enfermedad recurrente, frecuentemente crónica en todo el mundo, y se calcula que afecta a más de 300 millones de personas⁷.

En la práctica clínica, diversos padecimientos pueden coexistir con la depresión, entre los que se incluyen enfermedades del corazón; Diabetes Mellitus, hipertensión arterial, desnutrición, enfermedad de Parkinson, síndrome de intestino irritable, trastorno de ansiedad, y complicaciones en el tratamiento de cáncer, entre otros⁸.

La depresión es un trastorno psiquiátrico de alta prevalencia entre los pacientes ingresados en hospitales por causas orgánicas⁹. Algunos estudios contribuyen a reafirmar la importancia de la sintomatología depresiva, encontrando que los pacientes frecuentemente experimentan niveles elevados de estrés mientras están ingresados en un hospital^{10,11}.

Todos estos aspectos que confluyen en la presentación del cuadro depresivo, cuya frecuencia es la más alta de las encontradas dentro de la gama de los trastornos mentales en el ámbito hospitalario, dificultan la adhesión al tratamiento, hacen más lenta la recuperación del paciente, alteran el pronóstico y curso de la enfermedad, incrementan el riesgo de mortalidad, aumentan el número de días de hospitalización, y por consiguiente, los costos económicos de la enfermedad¹².

Sin embargo, una de las principales barreras para superar esta problemática es la inoportuna identificación de estos casos por la presencia de estigmas; es frecuente que se infradiagnostiquen cuadros de trastornos depresivos en los pacientes ingresados y no se prescriba tratamiento cuando se detectan¹³, presentándose ésta como una de las principales dificultades al momento de idear un plan médico adecuado e integral en pacientes hospitalizados que presentan la depresión como una comorbilidad en el hospital Universitario Erasmo Meoz

4. Justificación

Son muchos los estudios que han demostrado que la Depresión puede repercutir en la evolución clínica de las enfermedades orgánicas y en su pronóstico, sin embargo a nivel local no se ha encontrado data de igual relevancia, aunque se ha visto que en el Hospital Universitario Erasmo Meoz un porcentaje incierto de pacientes presentan síntomas psicosomáticos que pueden ser la causa de empeoramiento de su condición clínica, así como la baja adherencia al tratamiento y complicaciones que no deberían presentarse cuando los pacientes tienen un plan médico adecuado.

Los casos de depresión en pacientes hospitalizados en los servicios de Medicina Interna y Cirugía General de los hospitales de nuestra región no son claramente identificados por lo que no reciben atención ni tratamiento oportuno. Esto debido a que la salud mental es un aspecto de la práctica médica al que no se le ha dado la importancia adecuada a pesar de la repercusión que tiene en la recuperación, adhesión al tratamiento y costos de atención en salud del paciente.

El propósito de este estudio es poner en evidencia una relevancia de sintomatología depresiva entre los pacientes ingresados al Hospital Universitario Erasmo Meoz y que ello pueda servir como base para una ampliación del número de estudios que permitan la puesta en marcha de posteriores trabajos de estrategia de prevención e intervención precoz, a favor de la reducción de los niveles de trastornos

depresivos entre los pacientes hospitalizados, con el fin de mejorar su pronóstico y tratamiento.

5. Objetivos

5.1. Objetivo general

Determinar la prevalencia de trastorno depresivo en pacientes adultos hospitalizados en los servicios de Medicina Interna y Cirugía General del Hospital Universitario Erasmo Meoz.

5.2. Objetivos específicos

- Identificar la prevalencia de trastorno depresivo y su severidad en pacientes adultos hospitalizados en los servicios de Medicina Interna y Cirugía General.
- Establecer las patologías médico quirúrgicas en las cuales el trastorno depresivo se presenta con mayor frecuencia.
- Jerarquizar los ítems evaluados en la escala MADRS por puntaje obtenido respecto a sintomatología depresiva.

6. Marcos

6.1. Marco teórico

Los trastornos de la salud mental comprenden una gran variedad de entes clínicos que se manifiestan de forma diferente entre quienes los padecen, en general se caracterizan por una combinación de alteraciones del pensamiento, la percepción, las emociones, la conducta y las relaciones con los demás. Entre ellos encontramos trastornos psicóticos, del estado de ánimo, cognoscitivos y trastornos depresivos. En la actualidad, la prevalencia de estos va en ascenso causando efectos negativos considerables en la salud de las personas y graves consecuencias a nivel socioeconómico en los países afectados¹⁴.

La depresión (trastorno depresivo mayor, DM) es un trastorno mental frecuente, se ha considerado como la enfermedad del siglo XXI y se ha convertido en una problemática en salud pública por el impacto que tiene en el individuo, su familia y la comunidad.

Es una enfermedad común entre la población colombiana, que tiene un curso recurrente en el 50% de los pacientes durante los 10 primeros años y toma un curso crónico en el 30% de los casos. Representa, además, un factor de riesgo para sufrir

otras enfermedades o empeora los desenlaces médicos de individuos con otras comorbilidades, lo cual hace que su pronóstico sea menos favorable¹⁵.

6.1.1. Definición

La depresión mayor (DM) es de acuerdo a la OMS, “un trastorno mental frecuente que se caracteriza por la presencia de tristeza, pérdida de interés o placer (anhedonía), sentimientos de culpa o falta de autoestima, trastornos del sueño o del apetito, sensación de cansancio y falta de concentración.”¹⁶ El rasgo principal del episodio depresivo mayor es un período de tiempo de al menos dos semanas durante el cual existe ánimo depresivo o pérdida del interés o del placer en casi todas las actividades.

El trastorno depresivo mayor es el trastorno clásico del grupo de trastornos depresivos, del que también forman parte el trastorno de desregulación disruptiva del estado de ánimo, el trastorno depresivo persistente (distimia), el trastorno disfórico premenstrual, el trastorno depresivo inducido por una sustancia/medicamento, el trastorno depresivo debido a otra afección médica, trastorno depresivo especificado y trastorno depresivo no especificado.

La variable común de todos estos es la presencia de un ánimo triste, vacío o irritable, acompañado de cambios somáticos y cognitivos que afectan significativamente a la

capacidad funcional del individuo¹⁷. Estos trastornos son diferenciados por varias características como la duración de la presentación clínica y la etiología.

6.1.2. Epidemiología

La depresión junto con otros trastornos mentales y neurológicos representan el 22% de la carga total de enfermedades en América latina y el Caribe. Al analizar el comportamiento mundial de la depresión se calcula que ésta afecta a cerca de 350 millones de personas, siendo el peor desenlace de la enfermedad el suicidio. Se estima que cada año se suicidan 800.000 personas en todo el mundo y el grupo de edad más afectado es el de las personas entre 15 y 29 años.

La prevalencia de depresión varía de un país a otro, dependiendo de varios factores: para el trastorno depresivo mayor se han registrado cifras que van desde 1,4% a 11,7%.

La depresión se cronifica en el 30% de los casos; su presencia aumenta la probabilidad de que se desarrollen algunas enfermedades o empeora el desenlace de otras, especialmente personas con enfermedades médicas crónicas; especialmente, cuando hay compromiso de la funcionalidad (enfermedad cardiovascular, diabetes, las que involucran dolor crónico y trastornos neurológicos).

Dentro del contexto de la situación actual del país, el Sistema Integral de Información de la Protección Social (SISPRO) reporta que las atenciones por depresión se han incrementado desde el año 2009 y el diagnóstico de depresión moderada se realizó en 36.584 atenciones en 2015.

Los casos de depresión grave con síntomas psicóticos son menos frecuentes y representan entre el 6 y el 13% de las atenciones por depresión. Los casos atendidos aumentaron a medida que aumentó la edad de las personas y alcanzaron su punto máximo en el rango de los 50 a 54 años de edad y luego la tendencia fue al descenso, para luego aumentar nuevamente de los 75 años en adelante.

En el análisis del reporte de los casos atendidos con diagnóstico de depresión por departamentos, se encontró que Antioquia, Bogotá, Valle del Cauca ocupan los primeros lugares, independiente del tipo de depresión; otros departamentos como Quindío, Santander, Atlántico y Nariño tienen un número elevado de casos en algunos tipos específicos de depresión¹⁸.

En el año 2017, la Organización Mundial de la Salud (OMS) emitió un nuevo reporte sobre el comportamiento global de la Depresión, dentro del apartado de Latinoamérica, Brasil es el país con mayor prevalencia de depresión con 5,8 %;

mientras Argentina, Colombia, Costa Rica y República Dominicana muestran 4,7 por ciento. Con esto se ubica a Colombia por encima del promedio mundial (4,4 por ciento).

La OMS evidenció también que la depresión no deja de expandirse. En la última década, del 2005 al 2015 aumentó en 18,4 por ciento su alcance, y, según la Asociación Mundial de Psiquiatría –que representa a más de 200.000 profesionales de esta disciplina–, para el 2020 esta enfermedad será la más frecuente en el mundo, por encima de las cardiovasculares y el cáncer¹⁹.

6.1.3. Bases neurobiológicas de la Depresión Mayor

El principal trastorno del estado de ánimo es la depresión mayor (DM). El consenso actual es que la DM se origina por la interacción de factores genéticos, epigenéticos y ambientales que eventualmente alteran la bioquímica, la citoarquitectura y la función de áreas específicas del cerebro.

En la literatura se analizan dos polimorfismos por su posible relevancia fisiopatológica: i) el polimorfismo G1463A del gen para la enzima triptófano hidroxilasa tipo 2 humana (hTPH2) y ii) el polimorfismo C(-1019)G en el gen del receptor a la serotonina (5-HT) 5-HT1A.

La heterogénea sintomatología de la DM sugiere la participación de distintas áreas cerebrales. Por citar sólo dos, la disfunción de la corteza prefrontal (CPF) dorsolateral estaría afectando funciones cognitivas como el razonamiento, la planeación y la toma de decisiones. Por su parte, las áreas orbitofrontal y medial de la CPF, al participar en la regulación de la experiencia emocional, contribuirían al componente afectivo del síndrome²⁰.

Según hallazgos obtenidos con imágenes cerebrales por resonancia magnética (RM) y/o tomografía por emisión de positrones (PET), se pudo revelar anomalías anatómico-funcionales entre individuos con DM.

Uno de los cambios estructurales es la reducción del hipocampo. El decremento promedio es del 8-10%, siendo el cambio tanto bilateral como sólo en uno de los hemisferios. La reducción también se observa en la esquizofrenia y en el trastorno bipolar²¹, es decir, este cambio neuroanatómico no es exclusivo de la DM.

Otra área donde también se reduce la materia gris es la corteza cingulada anterior (CCA), específicamente en la zona ventral al genu del cuerpo calloso (corteza subgenua). La reducción es prominente (20-40%) en pacientes con antecedentes de familiares con DM. En coincidencia con el menor volumen de la corteza

subgenual, la tomografía por emisión de positrones (PET), revela una menor actividad metabólica en esta área cortical.

En la literatura se habla también de dos hipótesis, la hipótesis monoaminérgica, que establece que el síndrome se origina por la menor disponibilidad de monoaminas en el cerebro, principalmente de 5-HT (5-hidroxitriptamina o serotonina) y noradrenalina (NA). La hipótesis originalmente se basa en que la mayoría de los fármacos antidepresivos aumentan el nivel cerebral de 5-HT y NA mediante la inhibición de su recaptura o de su degradación enzimática. Además, el polimorfismo G1463A del gen para la enzima triptófano hidroxilasa tipo 2 humana (hTPH2) reduce la síntesis de 5-HT, y el polimorfismo C(-1019)G en el gen del receptor de 5-HT, 5-HT_{1A}, atenúa su liberación.

La segunda hipótesis es la hipótesis neurotrófica, que propone que la DM también se debe a la atrofia neuronal producto de la menor expresión del factor de crecimiento derivado del cerebro (BDNF). También propone que el estrés crónico disregula al eje hipotálamo-hipófisis-corteza adrenal propiciando la exposición sostenida del tejido nervioso al cortisol y, con ello, la inhibición de la expresión del BDNF²².

A propósito del estrés, dentro de los factores medioambientales se considera al estrés crónico (físico o psicológico) como factor de riesgo para la DM. Esta asociación parte de la observación de que cerca del 50% de los individuos con DM muestran hipercortisolemia. Estos hallazgos sugieren que la disregulación del eje hipotálamo-hipófisis-corteza adrenal es un factor neuroendocrino que contribuye a la etiología de la DM²³.

6.1.4. Alteración de neurotransmisores

El trastorno depresivo y su sintomatología como tal implica el funcionamiento anormal de muchos neurotransmisores, entre ellos se debe a la disminución de la neurotransmisión de las monoaminas, en particular la serotonina y la norepinefrina. Ahora parece que dinámicas más complejas, incluidas las cascadas intracelulares activadas por las monoaminas, están involucradas en el inicio de la depresión. El papel del sistema serotoninérgico se ha demostrado repetidamente en modelos experimentales que agotan rápidamente el triptófano, el aminoácido precursor necesario para la síntesis central de la serotonina. El papel del sistema de catecolaminas (norepinefrina y dopamina) también se ha estado examinando²⁴.

Así mismo la disminución de la transmisión de dopamina se ha asociado con depresión en estudios genéticos, neuroquímicos, de neuroimagen, postmortem y en animales. Estos estudios apoyan la hipótesis de que algunos pacientes tienen un

subtipo de depresión que es sensible a la dopamina y resistente al tratamiento con antidepresivos que actúan inicialmente sobre las vías de la serotonina y la norepinefrina, demostrando un papel importante como una vía o mecanismo diferente para el desarrollo de esta patología.

Numerosos estudios implican cambios en el GABA y el glutamato en la fisiopatología de la depresión. Se han encontrado reducciones anormales en las concentraciones de glutamato / glutamina y GABA en la corteza prefrontal de pacientes deprimidos no medicados. Estos hallazgos sugieren que los cambios en el glutamato y el GABA pueden variar según la región del cerebro²⁵.

Otros neurotransmisores y neuromoduladores desempeñan un papel en la depresión. Estos incluyen los endocannabinoides y el receptor CB1, el factor neurotrófico derivado del cerebro (BDNF), la acetilcolina, la proteína p11 y la sustancia P, pero su papel en la fisiopatología del trastorno depresivo mayor aún sigue en estudio²⁶.

6.1.5. Factores de riesgo

Entre los factores de riesgo asociados al trastorno depresivo mayor se encuentra el neuroticismo (la afectividad negativa) como un factor bien establecido para el

comienzo de esta patología psiquiátrica, y parece que unos niveles altos vuelven a los sujetos más proclives a desarrollar episodios depresivos en respuesta a los acontecimientos vitales estresantes.

En cuanto a factores genéticos y fisiológicos, los familiares de primer grado de los pacientes con trastorno depresivo mayor tienen un riesgo dos a cuatro veces mayor que el de la población general. El riesgo relativo parece ser mayor en las formas de inicio temprano y recurrentes. La heredabilidad es de aproximadamente el 40 %, y los rasgos neuróticos de la personalidad cuentan en proporción considerable para esta asociación genética.

Esencialmente, todos los trastornos no afectivos mayores aumentan el riesgo de que un sujeto desarrolle depresión. Los episodios de depresión mayor que se desarrollan en el contexto de otro trastorno suelen seguir con frecuencia un curso más refractario. El trastorno por consumo de sustancias, la ansiedad y el trastorno límite de la personalidad se encuentran entre los más frecuentes, y la presencia de síntomas depresivos puede oscurecer y retrasar su reconocimiento. Sin embargo, la mejoría clínica mantenida de los síntomas depresivos puede depender del tratamiento apropiado y de la enfermedad subyacente.

Las enfermedades médicas crónicas o discapacitantes también aumentan el riesgo de episodios de depresión mayor. Estas enfermedades prevalentes, como la diabetes, la obesidad mórbida y la patología cardiovascular, se complican a menudo

con episodios depresivos, y es más probable que estos episodios se vuelvan crónicos si se comparan con los episodios depresivos de los pacientes sin enfermedades médicas.

Los estudios sobre el trastorno depresivo mayor en las diferentes culturas han mostrado diferencias de hasta siete veces en las tasas de prevalencia a los doce meses, pero existe mucha más uniformidad en la proporción mujeres/hombres, en las edades medias de inicio y en el grado en que la presencia del trastorno aumenta la probabilidad de un trastorno por abuso de sustancias comórbido. Aunque estos hallazgos sugieren diferencias culturales importantes en la expresión del trastorno depresivo mayor, no permiten determinar asociaciones simples entre culturas concretas y la probabilidad de presentar síntomas específicos.

El trastorno depresivo mayor severo se asocia con el género femenino, los antecedentes familiares de depresión, pero no con los eventos estresantes de la vida antes del inicio del primer episodio. La depresión moderada y leve se asocia con antecedentes familiares de depresión, eventos estresantes de la vida antes del inicio, pero no con el género femenino. El modelo de clase latente generó patrones de psicopatología depresiva con mayor presentación de sintomatología en subtipos de anhedonia, intentos e ideas suicidas, y alteraciones psicomotrices.²⁷

6.1.6. Métodos diagnósticos

Para el diagnóstico de los trastornos depresivos unipolares se definen por criterios sindrómicos, por lo que el diagnóstico depende de la historia clínica y el examen. La historia es el componente más importante de la evaluación. El historial debe obtenerse del paciente y, a menudo, puede involucrar a otros, como miembros de la familia u otros clínicos.

La entrevista para un diagnóstico adecuado debe primordialmente establecer la presencia de síntomas depresivos, en los cuales se encuentra:

- Estado de ánimo deprimido la mayor parte del día.
- Pérdida de interés o placer en la mayoría o en todas las actividades.
- Insomnio o hipersomnia.
- Pérdida de peso significativa o aumento de peso (por ejemplo, 5 por ciento dentro de un mes) o disminución o aumento del apetito casi todos los días.
- Retraso o agitación psicomotora casi todos los días que es observable por otros.
- Fatiga o poca energía.
- Disminución de la capacidad para concentrarse, pensar o tomar decisiones.
- Pensamientos de inutilidad o culpa excesiva o inapropiada.
- Pensamientos recurrentes de muerte o ideación suicida, o intento de suicidio.

Es importante preguntar acerca de los síntomas neurocognitivos (por ejemplo, atención, concentración y memoria) en adultos mayores, y en personas más jóvenes con riesgo de trastorno neurocognitivo mayor o leve o delirio debido a una enfermedad médica / neurológica general.

Los instrumentos de diagnóstico estructurados y semiestructurados, administrados por el entrevistador, como la entrevista clínica estructurada para el DSM-5, están disponibles para diagnosticar trastornos depresivos unipolares, pero rara vez se utilizan en la práctica clínica habitual. Un instrumento estructurado permite al entrevistador aclarar respuestas ambiguas o contradictorias, y puede ayudar a diferenciar el diagnóstico de depresión mayor unipolar (trastorno depresivo mayor) de depresión bipolar. Sin embargo, los instrumentos estructurados requieren mucha mano de obra y, en general, se reservan para entornos de evaluación, tratamiento o investigación especializados²⁸.

Para el diagnóstico de trastorno depresivo mayor en pacientes con trastornos médicos generales se ha centrado en los cinco estados de ánimo y síntomas cognitivos de depresión, es decir, disforia, anhedonia, falta de valor o culpa excesiva, disminución de la concentración y toma de decisiones, e ideación y comportamiento suicida. Se hace menor énfasis en los cuatro síntomas somáticos de depresión (es decir, anorexia, insomnio, fatiga y actividad psicomotora), ya que

estos pueden ser atribuibles a condiciones médicas generales (por ejemplo, cáncer o infarto de miocardio), como lo es en el caso de la escala de Montgomery-Åsberg (MADRS) y la escala de Hamilton. La MADRS tiene elementos en común con la escala de Hamilton, son instrumentos heteroaplicados, tienen alta concordancia y estadifican la gravedad de la depresión de manera adecuada; sin embargo, la MADRS tiene menos enunciados, se centra en aspectos cognitivos, afectivos y somáticos sin dar mayor prioridad a este último componente, lo que le proporciona mayor utilidad para pacientes adultos mayores o con enfermedades médicas concomitantes, además de mostrar mayor precisión para determinar la gravedad del episodio y se ha resaltado su mayor sensibilidad al cambio en el contexto de los estudios clínicos²⁹.

6.2. Marco legal

El marco legal está dado por lineamientos constitucionales, convenios internacionales, y normas generales en cuanto a la investigación en el área de la salud.

Lo siguiente es un conjunto de normas y leyes, este compendio es un aporte de consulta sobre las normas vigentes en salud. La práctica de esta disciplina enriquece la seguridad en cuanto a la investigación en salud de la población por lo que contribuye a fortalecer la concesión de todos los pertenecientes al área de la salud, en una perspectiva de integridad y bienestar.

6.2.1. Declaración de Helsinki (1964)

Producto de la 18ª Asamblea Médica Mundial de Helsinki (Finlandia), recoge disposiciones para guiar a los médicos y a otras personas en la investigación biomédica que involucre seres humanos. Se incluye la investigación de material humano o de información identificables. Los principios éticos de la Declaración de Helsinki se resumen en: Diseño científico y experiencias previas en animales
Principio de la proporcionalidad entre riesgos predecibles y beneficios posibles
Respeto a los derechos del sujeto, prevaleciendo su interés por sobre los de la ciencia y la sociedad
Consentimiento informado y respeto por la libertad del individuo.

6.2.2. Constitución política de 1991

Se señala que la investigación debe ser promovida como un proceso permanente vinculado con la identidad nacional y que el Estado fortalecerá la investigación científica en las universidades públicas y privadas, y ofrecerá las condiciones para su desarrollo (Art 69). La CP permite establecer, que la investigación, como un derecho al trabajo, está ligada a la dignidad humana (sujetos biológicos y culturales), a la solidaridad (salud pública) y al interés general (medio ambiente).

6.2.3. Resolución 008430 del Ministerio de Salud (octubre 4 de 1993)

Enmarcada en la Ley 10 de 1990, por la cual se organiza el Sistema Nacional de Salud y en el Decreto 2164 de 1992 que reorganizó el Ministerio de Salud, hoy Ministerio de Protección Social. Esta disposición legal, de carácter administrativo, es de obligatorio conocimiento y cumplimiento por parte de los investigadores que pretendan realizar investigación en salud en Colombia. Tiene por objeto establecer los requisitos para el desarrollo de la actividad investigativa.

6.2.4. Ley 1374 (enero 8 de 2010)

La presente Ley tiene por objeto crear el Consejo Nacional de Bioética, CNB, determinar su integración, funciones, organización y financiación. El CNB es un organismo asesor y consultivo del Gobierno Nacional, que propende por establecer un diálogo interdisciplinario para formular, articular y resolver los dilemas que plantea la investigación y la intervención sobre la vida, la salud y el medio ambiente, así como la construcción e implementación de políticas en los asuntos referentes a la Bioética.

6.2.5. Resolución 1995 de 1999

Por la cual se establecen normas para el manejo de la Historia Clínica, donde se establece que la Historia Clínica es un documento privado, obligatorio y sometido a reserva, en el cual se registran cronológicamente las condiciones de salud del paciente, los actos médicos y los demás procedimientos ejecutados por el equipo

de salud que interviene en su atención. Dicho documento únicamente puede ser conocido por terceros previa autorización del paciente o en los casos previstos por la ley.

7. Metodología

7.1. Participantes

Para la escogencia de la muestra se tuvo en cuenta a la población de pacientes que ingresaron al servicio de hospitalización en las especialidades de medicina interna y cirugía general del Hospital Universitario Erasmo Meoz durante el periodo de enero a junio del año 2019, que cumplían con los siguientes criterios de inclusión:

- Pacientes hospitalizados por una enfermedad orgánica.
- Pacientes mayores de edad.
- Pacientes con capacidad cognitiva conservada.
- Pacientes con quince días o más de hospitalización (Criterio A para Trastorno Depresivo Mayor)
- Pacientes que deseen participar en el estudio y que acepten a dar un consentimiento informado.

Asimismo, la muestra se limitó para:

- Pacientes con deterioro del estado de conciencia o de la facultad cognitiva que no fueran capaces de entender las preguntas y contestar de forma adecuada las mismas.
- Pacientes que una vez informados, no deseen participar en el estudio.

- Pacientes que ya tuvieran el diagnóstico de una patología psiquiátrica o que estuviesen bajo tratamiento psiquiátrico.
- Pacientes con deterioro físico por el mismo proceso de envejecimiento o de la enfermedad.
- Pacientes que ingresaron por otras condiciones clínicas no consideradas patologías (accidentes de tránsito, accidentes de trabajo y cirugías estéticas).

De acuerdo a los criterios de inclusión, exclusión y tiempo de estancia hospitalaria (a partir de 15 días según lo registrado desde la fecha de ingreso notificada en la historia clínica del paciente), la muestra final de la investigación estuvo constituida por 80 personas.

7.2. Tipo de investigación

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.

7.3. Diseño

El presente estudio es un estudio de campo, no experimental de corte transversal.

7.4. Variables

Las variables a tener en cuenta en el presente estudio son las siguientes:

- Depresión: Variable nominal definida por un conjunto de síntomas de predominio afectivo.
- Severidad del cuadro depresivo: Variable ordinal definida a partir de la intensidad de los síntomas depresivos e impacto en la funcionalidad
- Servicio hospitalario: Variable nominal definida como conjunto de servicios médicos especializados reagrupados en un hospital. El presente estudio se centrará en los servicios de medicina interna y cirugía general.
- Edad: Variable intervalo definida como tiempo en años que ha vivido un ser humano contando desde su nacimiento.
- Sexo: Variable nominal que se define como la condición orgánica que distingue a los hombres de las mujeres.
- Patología de base: Variable nominal definida por la afectación a un sistema funcional del cuerpo humano, siendo la causa principal del ingreso a la institución hospitalaria.

7.5. Instrumentos

7.5.1. Escala de Depresión de Montgomery-Asberg (MADRS)

Es un instrumento heteroadministrado con el objetivo de evaluar los síntomas de la depresión y su gravedad. La escala fue publicada por Stuart Montgomery y Marie

Åsberg en el año 1979. En el presente proyecto se utilizó la versión española traducida y adaptada por Lobo A. (2002)³⁰.

La escala MADRS consta de 10 ítems que incluyen: sueño reducido, apetito reducido, apatía (desgano), dificultades de concentración, incapacidad para sentir, tensión interna, tristeza referida, tristeza aparente, pensamientos pesimistas y pensamientos suicidas. Cada uno de los ítems se puntúa en una escala de 0 a 6, por lo que la puntuación global que corresponde a la sumatoria de todos los ítems, oscilaría entre 0 y 60. Los niveles de severidad de depresión son de acuerdo a la escala: ningún síntoma de depresión (0-6 puntos), depresión leve (7-19 puntos), depresión moderada (20-34 puntos), depresión grave (≥ 35 puntos).

7.5.2. Consentimiento Informado

Para la investigación se contaba con un documento que contiene información clara de la naturaleza del proyecto, con la confidencialidad del procesamiento de los datos y de la identidad del paciente; además, contiene una explicación acerca de la participación del sujeto, dejando saber que es de carácter voluntario, exponiendo el derecho de retiro en cualquier momento del proceso.

7.6. Procedimiento

Teniendo el previo conocimiento y autorización por parte del comité de docencia y servicio del Hospital Universitario Erasmo Meoz y con el apoyo del personal de

enfermería, se llevó a cabo la revisión de historias clínicas para la selección de pacientes a evaluar, quienes luego de leer y firmar el consentimiento informado respondieron al instrumento elegido. La recolección de datos se realizó entre el 25 de enero y el 7 de junio del 2019 (133 días). Los datos recolectados se ingresaron en una gran base donde luego se efectuó el análisis a través de métodos estadísticos, que se desarrollaron en tres fases:

- Análisis descriptivo, el cual consistió en la elaboración de tablas y gráficos de la distribución porcentual de las variables categóricas analizadas. Para las no categóricas se estimaron los estadísticos descriptivos más importantes para su caracterización.
- Análisis inferencial, que consistió en el contraste de hipótesis para ciertos parámetros de interés que permitieron determinar si las tendencias observadas en la muestra reflejaron diferencias significativas en la población objeto de estudio; adicionalmente se construyeron intervalos de confianza para los parámetros relevantes; estos intervalos permitieron inferir acerca de los valores o proporciones verdaderas de la población, su estimación se realizó a un nivel de confianza del 95%.
- Relación de variables, consistió en cruzar las categorías de dos o más variables a fin de verificar su grado de asociación; para tal fin se construyó tablas de contingencia para la aplicación, de la prueba ji-cuadrada de independencia.

8. Resultados

8.1. Jerarquización de preguntas pertinentes a los síntomas de depresión

En la tabla 1 están contenidas las frecuencias en respuestas obtenidas de los pacientes de los servicios de Medicina Interna y Cirugía General. Se observa, que en su mayoría el paciente revela sueño reducido y tristeza aparente, 58.75% y 52.5%, respectivamente; muy cerca se encuentran la incapacidad para sentir, 48.75% y el apetito reducido con 47.50%.

Tabla 1. Distribución de frecuencia de preguntas vinculadas a la depresión.*

	P1	P2	P3	P4	P5	P6	P7	P8	P9	P10
Frecuencia	47	38	26	21	39	35	34	31	21	42
%	58,75	47,50	32,50	26,25	48,75	43,75	42,50	38,75	26,25	52,50
Suma	113	126	58	48	61	81	87	65	39	102

* P1: Sueño reducido, P2: Apetito reducido, P3: Apatía (desgano), P4: Dificultades de concentración, P5: Incapacidad para sentir, P6: Tensión interna, P7: Tristeza reportada, P8: Pensamientos pesimistas, P9: Pensamientos suicidas, P10: Tristeza aparente.

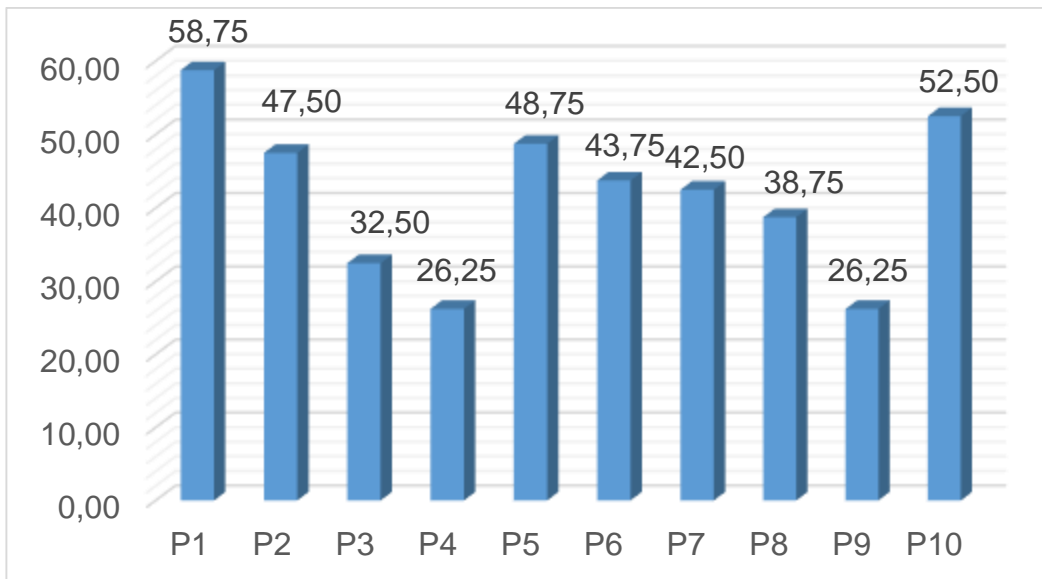


Figura 1. Distribución porcentual de preguntas vinculadas a la depresión.*

* P1: Sueño reducido, P2: Apetito reducido, P3: Apatía (desgano), P4: Dificultades de concentración, P5: Incapacidad para sentir, P6: Tensión interna, P7: Tristeza reportada, P8: Pensamientos pesimistas, P9: Pensamientos suicidas, P10: Tristeza aparente.

En esta etapa del análisis se estimó un intervalo de confianza del 95% de confiabilidad para las dos preguntas que obtuvieron las mayores frecuencias, con el fin de determinar el verdadero recorrido que las mismas experimentan en la población objeto de estudio.

\hat{p}_1 = proporción de pacientes que revelan tener sueño reducido.

\hat{p}_2 = proporción de pacientes que muestran tristeza aparente.

Se utilizó un nivel de confianza del 95%.

$$\hat{p}_1 = \frac{47}{80} = 0.5875; \quad n = 80; \quad 1 - \alpha = 0.95$$

$$\hat{p}_2 = \frac{42}{80} = 0.5250; \quad n = 80; \quad 1 - \alpha = 0.95$$

Intervalo de confianza.

$$\left(\hat{p} - Z_{\frac{\alpha}{2}} * \sqrt{\frac{p * q}{n}} \leq P \leq \hat{p} + Z_{\frac{\alpha}{2}} * \sqrt{\frac{p * q}{n}} \right)$$

Con $Z_{\frac{\alpha}{2}} = Z_{0.025} = 1.96$

Desarrollo y resultado.

Para P_1 .

$$0.5875 \mp 1.96 * \sqrt{\frac{0.5875 * 0.4125}{80}}$$

$$0.5875 \mp 0.1079 = [0.4796 \leq P_1 \leq 0.6954]$$

Para P_2 .

$$0.5250 \mp 1.96 * \sqrt{\frac{0.5250 * 0.4750}{80}}$$

$$0.5250 \mp 0.1094 = [0.4156 \leq P_2 \leq 0.6344]$$

Tomando muestras de 80 pacientes bajo las condiciones del estudio, el 95% de los intervalos de confianza estimados va a contener la verdadera proporción de pacientes que manifiestan o revelan sueño reducido; según la información muestral, esa proporción real tiene como límites de confianza a 0.4796 y 0.6954. Expresado en porcentajes, la verdadera proporción de pacientes con sueño reducido está entre el 47.96% 69.54%. De manera análoga se estimó que la verdadera proporción de pacientes que revelan tristeza aparente está entre 41.56% y 63.44%.

El hecho que los límites de confianza de estas dos proporciones se solapen, tienen valores comunes de 47.96% a 63.44%, indica que ambas proporciones son estadísticamente iguales. La proporción poblacional de pacientes que tiene sueño reducido es igual a la proporción poblacional de pacientes con tristeza aparente.

8.2. Jerarquización de preguntas según instrumento

Se realizó un ordenamiento de las respuestas en función de su frecuencia (número de pacientes que seleccionaron la pregunta P_i con $i = 1, 2, \dots, 10$); se obtuvo el arreglo indicado en la tabla 2, donde se destaca que la pregunta referida a sueño reducido, P_1 , fue la de mayor frecuencia, seguida de P_{10} , P_5 , P_2 .

Tabla 2. Jerarquización de las preguntas según frecuencia.*

	P1	P10	P5	P2	P6	P7	P8	P3	P9	P4
Frecuencia	47	42	39	38	35	34	31	26	21	21
%	58,75	52,50	48,75	47,50	43,75	42,50	38,75	32,50	26,25	26,25

* P1: Sueño reducido, P2: Apetito reducido, P3: Apatía (desgano), P4: Dificultades de concentración, P5: Incapacidad para sentir, P6: Tensión interna, P7: Tristeza reportada, P8: Pensamientos pesimistas, P9: Pensamientos suicidas, P10: Tristeza aparente.

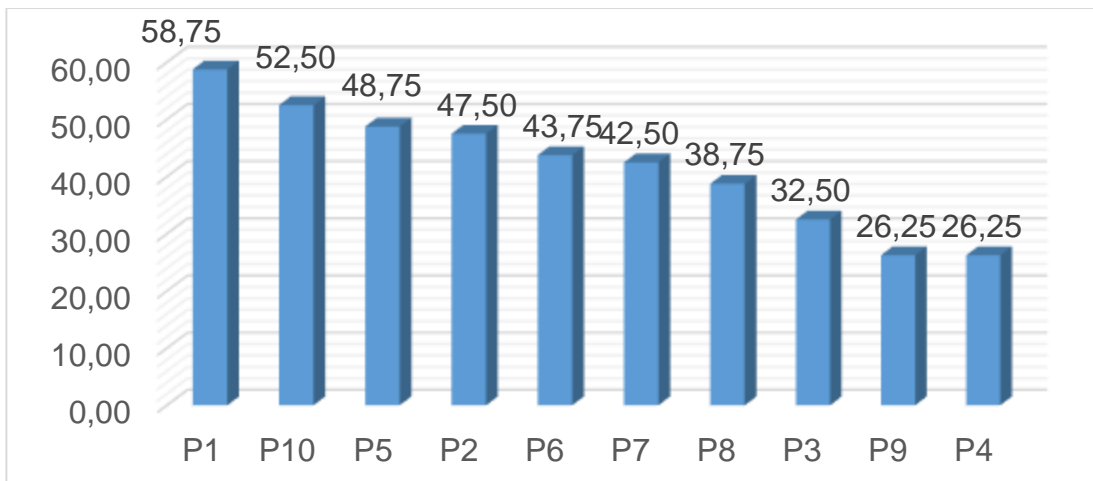


Figura 2. Jerarquización de las Preguntas según frecuencia (%).*

* P1: Sueño reducido, P2: Apetito reducido, P3: Apatía (desgano), P4: Dificultades de concentración, P5: Incapacidad para sentir, P6: Tensión interna, P7: Tristeza reportada, P8: Pensamientos pesimistas, P9: Pensamientos suicidas, P10: Tristeza aparente.

8.3. Jerarquización de las preguntas según puntaje

Al tomar como criterio el puntaje, la jerarquización se muestra en la tabla 3. Con este criterio destacan en los primeros lugares el apetito reducido (P₂), sueño reducido (P₁), y tristeza aparente (P₁₀).

Tabla 3. Jerarquización de las preguntas según puntaje.*

	P2	P1	P10	P7	P6	P8	P5	P3	P4	P9
Suma	126	113	102	87	81	65	61	58	48	39

* P1: Sueño reducido, P2: Apetito reducido, P3: Apatía (desgano), P4: Dificultades de concentración, P5: Incapacidad para sentir, P6: Tensión interna, P7: Tristeza reportada, P8: Pensamientos pesimistas, P9: Pensamientos suicidas, P10: Tristeza aparente.

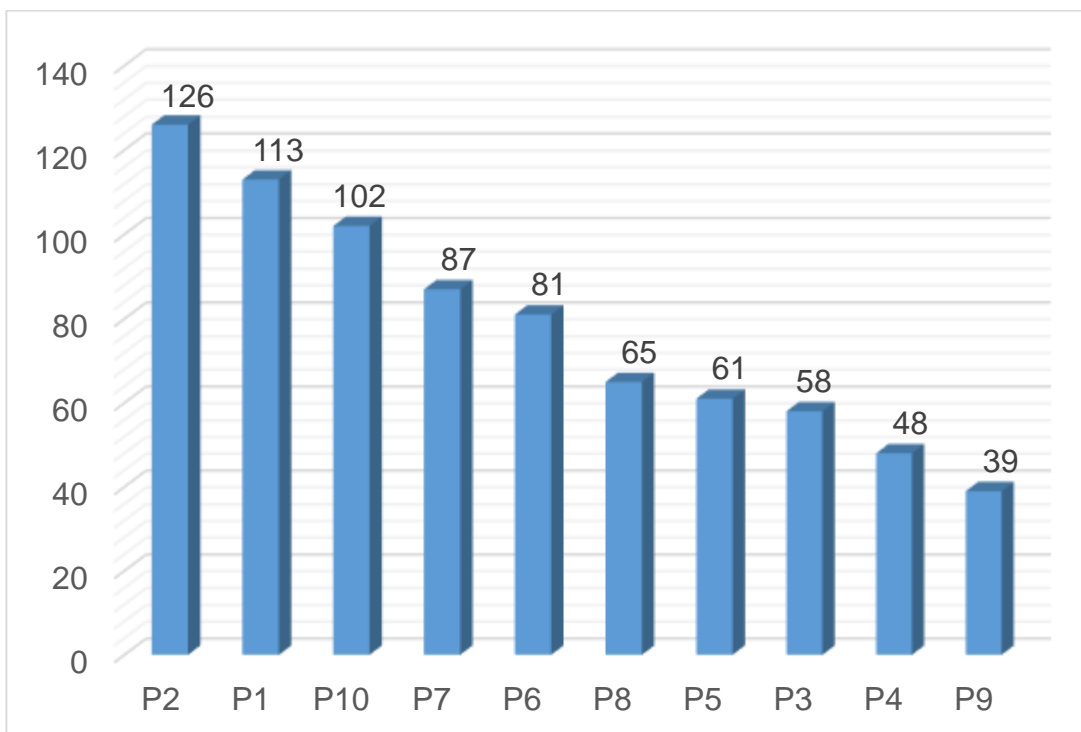


Figura 3. Jerarquización de las preguntas según puntaje.*

* P1: Sueño reducido, P2: Apetito reducido, P3: Apatía (desgano), P4: Dificultades de concentración, P5: Incapacidad para sentir, P6: Tensión interna, P7: Tristeza reportada, P8: Pensamientos pesimistas, P9: Pensamientos suicidas, P10: Tristeza aparente.

8.4. Variable depresión

De acuerdo a lo indicado en la tabla 4, la mayor proporción de pacientes que no posee ningún síntoma de depresión es de 47.50%, seguida por aquellos que presentan una depresión leve con 35%.

Tabla 4. Severidad del trastorno depresivo.

Niveles	Frecuencia	%
Ningún Síntoma	38	47,50
Depresión Leve	28	35,00
Depresión Moderada	12	15,00
Depresión Grave	2	2,50
	80	

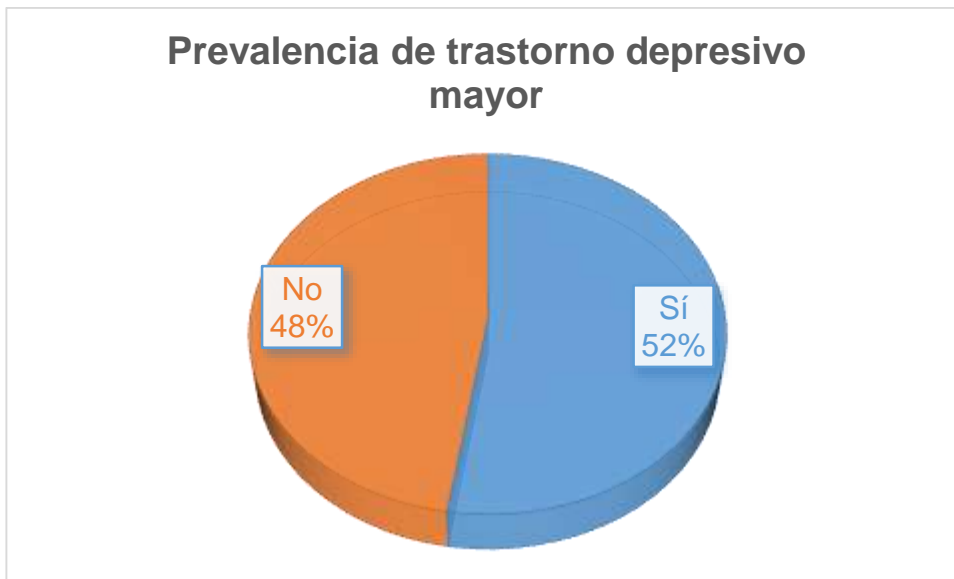


Figura 4. Prevalencia de Trastorno Depresivo Mayor.

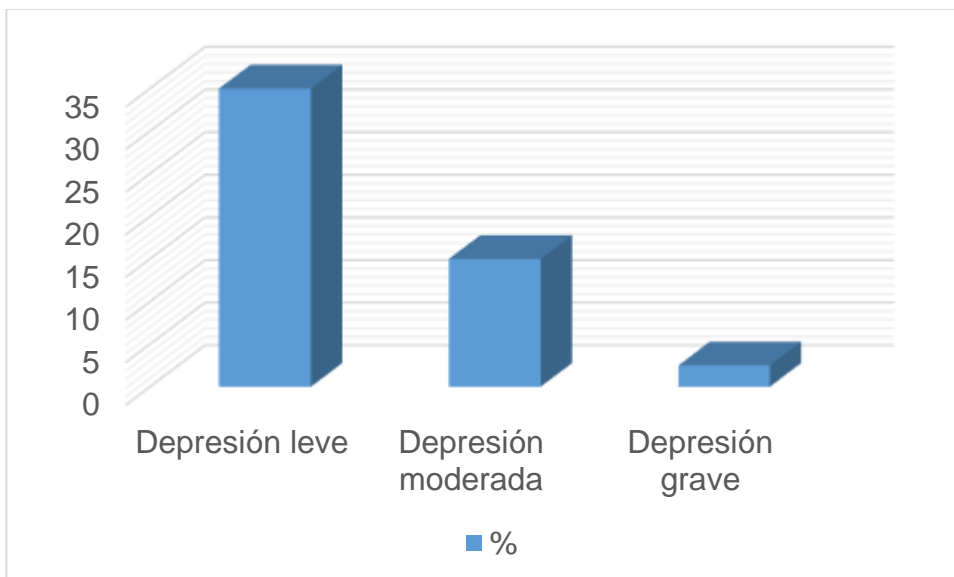


Figura 5. Distribución porcentual de la severidad de la depresión.

Se estimó un intervalo de confianza para la proporción de pacientes con depresión moderada unida con aquellos pacientes que revelan depresión grave, dado que este último nivel posee pocos individuos.

\hat{p} = proporción de pacientes que revelan depresión moderada o grave.

$$\hat{p} = \frac{14}{80} = 0.175; \quad n = 80; \quad 1 - \alpha = 0.95$$

Intervalo de confianza:

$$\left(\hat{p} - Z_{\frac{\alpha}{2}} * \sqrt{\frac{\hat{p} * \hat{q}}{n}} \leq P \leq \hat{p} + Z_{\frac{\alpha}{2}} * \sqrt{\frac{\hat{p} * \hat{q}}{n}} \right)$$

Con $Z_{\frac{\alpha}{2}} = Z_{0.025} = 1.96$

Desarrollo y resultado:

:

$$0.175 \mp 1.96 * \sqrt{\frac{0.175 * 0.825}{80}}$$

$$0.175 \mp 0.0833 = [0.0917 \leq P \leq 0.2583]$$

Según el intervalo de confianza estimado, la proporción real de pacientes que revelan depresión moderada o grave va de 9.17% a 25.83%, expresada en porcentajes. A pesar que las proporciones parecen ligeramente bajas, no deja de ser importante para tomar las previsiones y aplicar los correctivos necesarios que logren un nivel de vida más adecuado.

8.5. Variable servicio hospitalario

El 63.75% de los pacientes estudiados se encontraron hospitalizados en medicina interna contra un 36.25% que ocupó las instalaciones de cirugía general como se observa en la tabla 5.

Tabla 5. Distribución del servicio ocupado por los pacientes hospitalizados.

Niveles	Frecuencia	%
Medicina Interna	51	63,75
Cirugía General	29	36,25
	80	

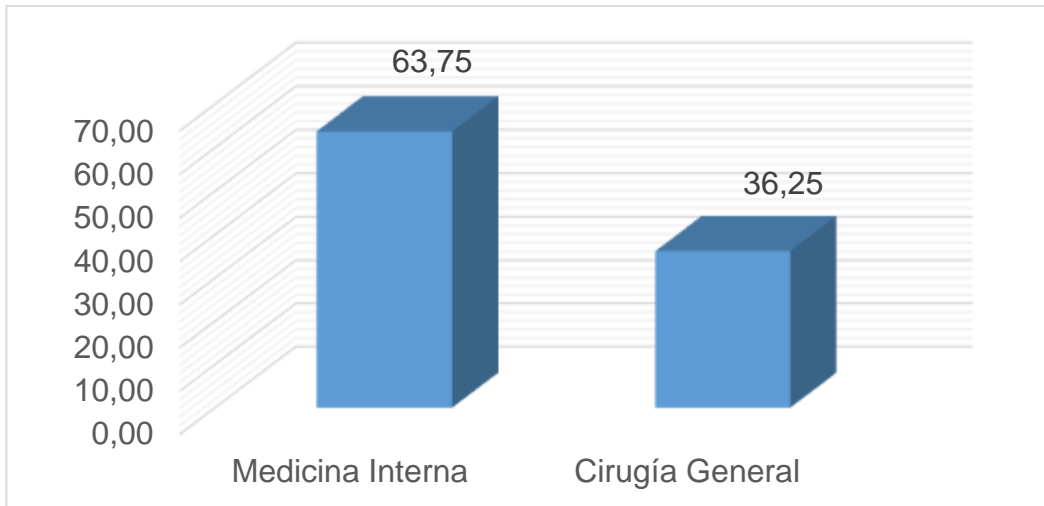


Figura 6. Distribución porcentual del servicio ocupado por los pacientes hospitalizados.

Se estimó un intervalo de confianza a fin de determinar si existen diferencias significativas, reales, entre ambas proporciones.

La proporción tomada para la estimación del intervalo de confianza será la correspondiente a los pacientes que se encuentran en medicina interna.

\hat{p} = proporción de pacientes hospitalizados en medicina interna

$$\hat{p} = \frac{51}{80} = 0.6375; \quad n = 80; \quad 1 - \alpha = 0.95$$

Intervalo de confianza:

$$\left(\hat{p} - Z_{\frac{\alpha}{2}} * \sqrt{\frac{p * q}{n}} \leq P \leq \hat{p} + Z_{\frac{\alpha}{2}} * \sqrt{\frac{p * q}{n}} \right)$$

Con $Z_{\frac{\alpha}{2}} = Z_{0.025} = 1.96$

Desarrollo y resultado:

$$0.6375 \mp 1.96 * \sqrt{\frac{0.6375 * 0.3625}{80}}$$

$$0.6375 \mp 0.1053 = [0.5322 \leq P \leq 0.7428]$$

Al tomar muestras de igual tamaño 80, el 95% de los intervalos de confianza que se estimen contienen la verdadera proporción de pacientes hospitalizados en medicina interna, y según esta muestra dicha proporción está entre los límites de confianza de 0.5322 y 0.7428; expresado en porcentajes, entre el 53.22% y el 74.28%. Adicionalmente el intervalo estimado no contiene entre sus límites la porción de 0.50, por lo que se infiere que la proporción de pacientes hospitalizados en medicina interna supera significativamente a la proporción de pacientes hospitalizados en cirugía general.

8.6. Variable edad

En la tabla 6 se indican los estadísticos descriptivos más importantes; se reporta un promedio de edad de 52 años, con una ligera variabilidad de 33.06%, lo que indica

cierta homogeneidad entre las edades de los pacientes. La menor edad es de 19 años mientras que el paciente de mayor edad posee 87 años, probablemente estos valores extremos son los que propician la moderada variabilidad. El intervalo de confianza estimado indica que la edad real de los pacientes en la población debe variar entre los 48 y 56 años.

Tabla 6. Estadísticos descriptivos de la edad.

Estadísticos Descriptivos.							
Media	Desviación	C.V.	Min	Max	Intervalo	de	Confianza
		(%)			(95%)		
51,93	17,17	33,06	19,00	87,00	48,16		55,69

Una vez conformados los grupos de edades, estos poseen una distribución porcentual que se asemeja a una curva normal. Al realizar la prueba de normalidad de Wilk y Shapiro se acepta que la variable edad se ajusta a una distribución normal con media de 51.93 años y una desviación estándar de 17.17 años.

Tabla 7. Grupos de edades (años).

Intervalo de clase		Marca de clase	Frecuenci a simple	%	Frecuenci a acumulad a	%
18,5	27,5	23	7	8,75	7	8,75
27,5	36,5	32	10	12,5	17	21,25
36,5	45,5	41	14	17,5	31	38,75
45,5	54,5	50	15	18,75	46	57,5
54,5	63,5	59	14	17,5	60	75
63,5	72,5	68	9	11,25	69	86,25
72,5	81,5	77	8	10	77	96,25
81,5	90,5	86	3	3,75	80	100
			80			

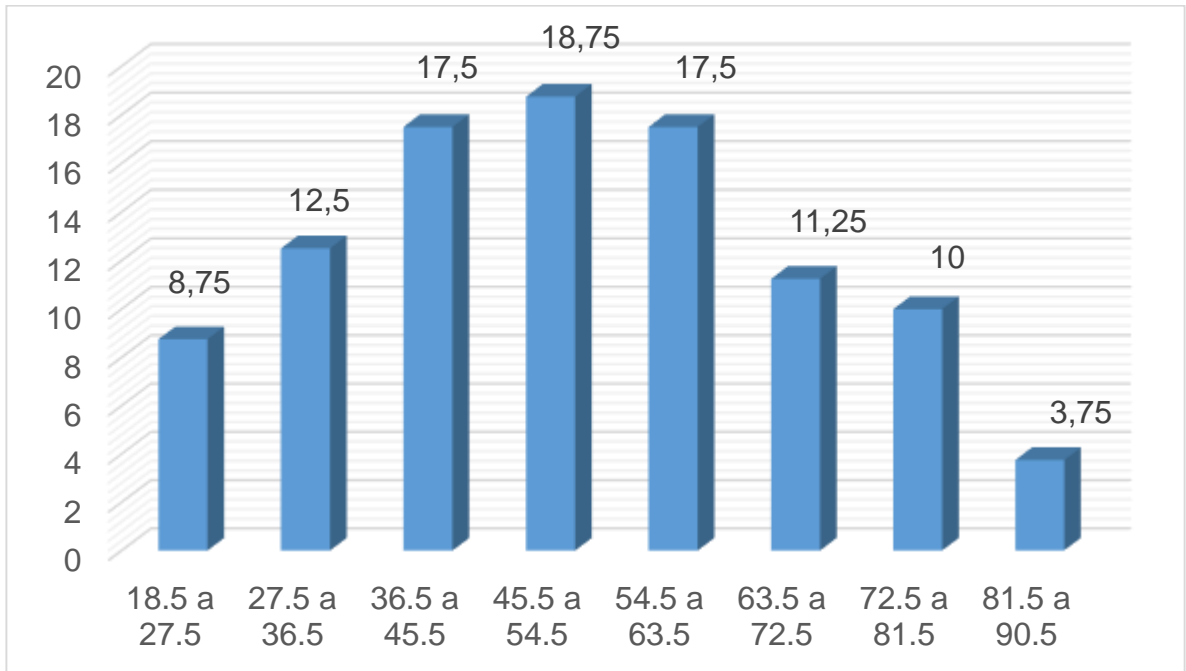


Figura 7. Distribución porcentual por grupo de edades (años).

8.7. Variable sexo

Según la tabla 8 el 43.75 % de los pacientes encuestados corresponden al sexo femenino, mientras que el 56.25% son masculinos.

Tabla 8. Distribución porcentual por sexo de los pacientes.

Género	Frecuencia	%
Femenino	35	43,75
Masculino	45	56,25
	80	

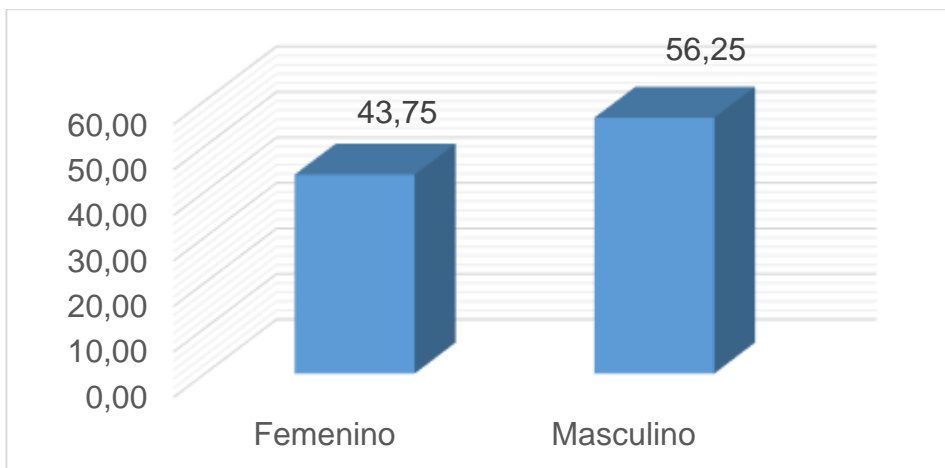


Figura 8. Distribución porcentual por sexo de los pacientes.

Se estimó un intervalo de confianza del 95% para la verdadera proporción de pacientes del sexo femenino.

\hat{p} = proporción de pacientes del sexo femenino bajo estudio depresivo.

$$\hat{p} = \frac{35}{80} = 0.4375; \quad n = 80; \quad 1 - \alpha = 0.95$$

Intervalo de confianza:

$$\left(\hat{p} - Z_{\frac{\alpha}{2}} * \sqrt{\frac{p * q}{n}} \leq P \leq \hat{p} + Z_{\frac{\alpha}{2}} * \sqrt{\frac{p * q}{n}} \right)$$

Con $Z_{\frac{\alpha}{2}} = Z_{0.025} = 1.96$

Desarrollo y resultado:

$$0.4375 \mp 1.96 * \sqrt{\frac{0.4375 * 0.5625}{80}}$$

$$0.4375 \mp 0.1087 = [0.3288 \leq P \leq 0.5462]$$

La proporción de pacientes femenino y masculino no difieren significativamente una de la otra. A pesar de la tendencia mayoritaria del sexo masculino, solo se trata de una diferencia circunstancial y debida al azar. Es decir que el número de hombres y mujeres hospitalizados en ambas salas, medicina interna y cirugía general, es la misma.

8.8. Variable patología de base

La tabla 9 muestra que la tendencia más notoria respecto a enfermedades es la de tipo endocrinas con 22.50% de los pacientes que la padecen, seguida por enfermedades de carácter gastrointestinal con 20%.

Tabla 9. Clasificación de enfermedades.

Tipo	Frecuencia	%
Respiratorias	11	13,75
Cardiovasculares	6	7,5
Gastrointestinales	16	20
Urológicas y ginecológicas	2	2,5
Infecciosas	10	12,5
Neurológicas	3	3,75
Endocrinas	18	22,5
Renales	4	5
Oncológicas	10	12,5
	80	

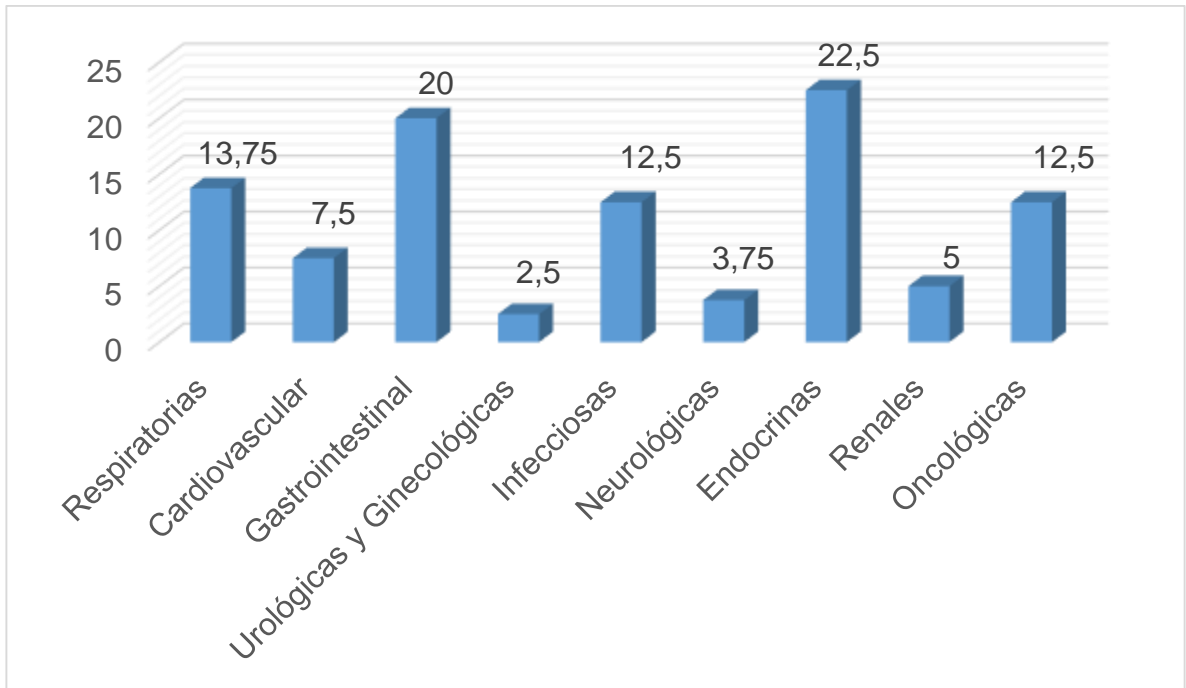


Figura 9. Distribución porcentual del tipo de enfermedad.

Se estimó un intervalo de confianza del 95% para la verdadera proporción de pacientes que padecen de enfermedades endocrinas.

\hat{p} = proporción de pacientes con enfermedades endocrinas.

$$\hat{p} = \frac{18}{80} = 0.2250; \quad n = 80; \quad 1 - \alpha = 0.95$$

Intervalo de confianza:

$$\left(\hat{p} - Z_{\frac{\alpha}{2}} * \sqrt{\frac{\hat{p} * \hat{q}}{n}} \leq P \leq \hat{p} + Z_{\frac{\alpha}{2}} * \sqrt{\frac{\hat{p} * \hat{q}}{n}} \right)$$

Con $Z_{\frac{\alpha}{2}} = Z_{0.025} = 1.96$

Desarrollo y resultado:

$$0.2250 \mp 1.96 * \sqrt{\frac{0.2250 * 0.7750}{80}}$$

$$0.2250 \mp 0.0915 = [0.1335 \leq P \leq 0.3165]$$

La proporción poblacional de personas afectadas por enfermedades endocrinas, según el intervalo de confianza estimado, va de 13.35% a 31.65%; lo que representa una proporción importante para ser considerada.

8.9. Relación entre trastorno depresivo y servicio hospitalario

En la relación de los niveles de severidad de depresión contra el servicio hospitalario se destacan las asociaciones entre medicina interna con aquellos que no revelan síntomas de depresión y los de depresión leve, ambos con 26.25%, como figura en la tabla 10.

Tabla 10. Depresión vs. Servicio hospitalario (%).

	Servicio		
Depresión	Medicina Interna	Cirugía General	Total
Ningún síntoma	26,25	21,25	47,50
Depresión leve	26,25	8,75	35,00
Depresión moderada	10,00	5,00	15,00
Depresión grave	1,25	1,25	2,50
Total	63,75	36,25	100,00

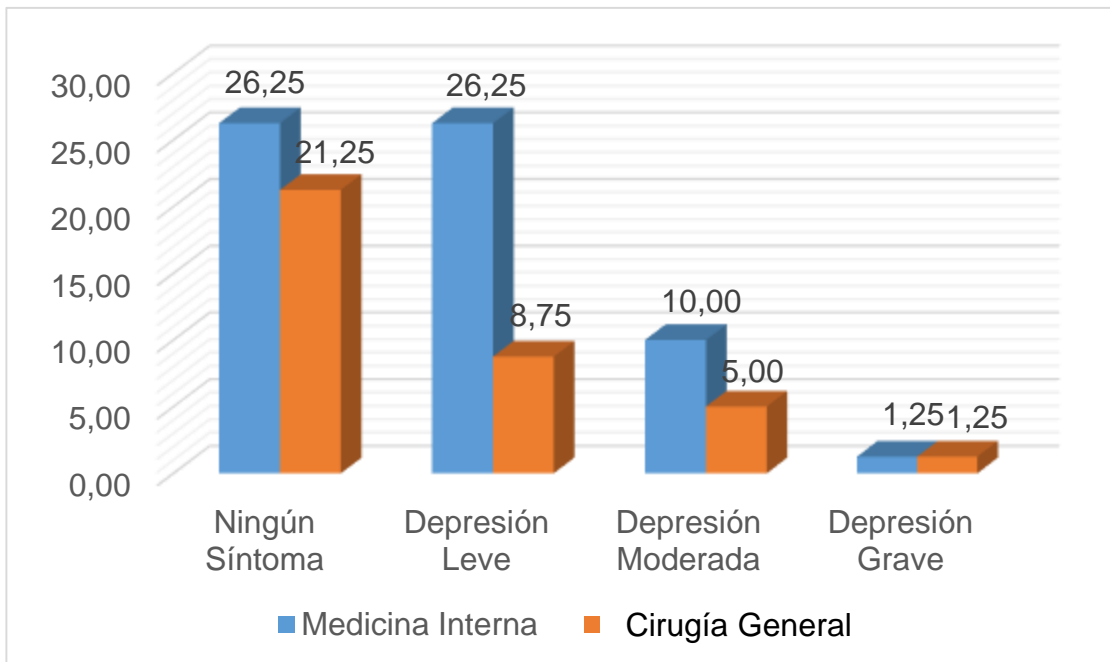


Figura 10. Distribución porcentual de la severidad de depresión respecto al servicio.

Para determinar si existe relación entre los niveles de depresión y el servicio hospitalario se realiza una prueba de independencia por ji-cuadrada, la cual muestra la fuerza de la asociación de interés.

Para el análisis entre estas variables se unen en una sola categoría los atributos depresión moderada con depresión grave, esto debido a que las frecuencias observadas de la categoría grave son menores a cinco, lo que provocara un aumento en la probabilidad de rechazo de la hipótesis nula.

Contraste de hipótesis:

- H₀: La depresión que sufre el paciente es independiente del servicio hospitalario utilizado.
- H₁: La depresión que sufre el paciente y el tipo de servicio hospitalario utilizado están relacionados.

El contraste de hipótesis se probará a un nivel de significación del 5 %. En la tabla 11, las frecuencias representan el número de pacientes que coinciden en sus respuestas o condiciones respecto a la depresión y servicio, tanto en la categoría por filas como en columnas.

Tabla 11. Distribución frecuencial de la relación niveles de severidad depresión y tipo de servicio.

	Servicio		
Depresión	Medicina	Cirugía	Total
	Interna	General	
Ningún síntoma	21 24.23	17 13.78	38
Depresión leve	21 17.85	7 10.15	28
Depresión moderada o grave	9 8.93	5 5.08	14
Total	51	29	80

La tabla 11, contiene a la variable depresión y su relación con el tipo de servicio. Los valores en color azul corresponden a las frecuencias esperadas según fórmula:

$$e_{ij} = \frac{R_i * C_j}{n}$$

Resultado:

$$X_c^2 = 2.72; \quad X_{0.05;2}^2 = 5.99$$

De acuerdo al criterio de decisión, se acepta la hipótesis nula H_0 , al nivel del 5%. Se infiere entonces que las variables depresión y tipo de servicio hospitalario son independientes, lo que se traduce en que los niveles de depresión que posee el paciente no tienen nada que ver, no guardan relación con el servicio donde el mismo está hospitalizado.

8.10. Relación entre trastorno depresivo y edad

En base a la tabla 12, no se observan grandes proporciones en esta relación, existe cierta uniformidad de los niveles de depresión a lo largo de cada bloque de edades. El mayor porcentaje se concentra en el nivel sin síntomas y el grupo de edades entre 46 y 54 años. Para el nivel de depresión moderada destaca con 6.25% su relación con el grupo de edades de 64 a 72 años.

Tabla 12. Distribución porcentual de la depresión con relación a los grupos de edad.

	Grupos de Edades								
Depresión	1	2	3	4	5	6	7	8	Total
Ningún síntoma	5	7,5	7,5	13,	10	0	3,7	0	47,5
				75			5		
Depresión leve	3,75	5	6,2	5	5	5	5	0	35
			5						
Depresión moderada	0	0	3,7	0	1,2	6,2	1,2	2,5	15
			5		5	5	5		
Depresión grave	0	0	0	0	1,2	0	0	1,25	2,5
					5				
Total	8,75	12,5	17,	18,	17,	11,	10	3,75	100
			5	75	5	25			

* Grupo 1: 18,5 a 27,5 años, grupo 2: 27,5 a 36,5 años, grupo 3: 36,5 a 45,5 años, grupo 4: 45,5 a 54,5 años, grupo 5: 54,5 a 63,5 años, grupo 6: 63,5 a 72,5 años, grupo 7: 72,5 a 81,5 años, grupo 8: 81,5 a 90,5 años.

En esta relación para aplicar la prueba ji-cuadrada se unen los niveles de depresión moderada con grave y reducir a la mitad los grupos de edades a fin de garantizar que todas las celdas tengan al menos frecuencia uno o más.

Contraste de hipótesis:

- H_0 : La depresión que sufre el paciente es independiente de su edad.
- H_1 : La depresión que sufre el paciente y su edad están relacionadas.

El contraste de hipótesis se prueba a un nivel de significación del 5 %.

Desarrollo y resultado:

En la tabla 13, las frecuencias representan el número de pacientes que coinciden en sus respuestas o condiciones respecto a la depresión y grupo de edades, tanto en la categoría por filas como en columnas.

Tabla 13. Distribución frecuencial de la relación niveles de severidad de depresión y grupos de edades.

	Grupos de Edades					Total
	18,5 a 36,5	36,5 a 54,5	54,5 a 72,5	72,5 a 90,5		
Depresión	10	17	8	3	38	
Ningún síntoma	10 8.07	17 13.78	8 10.93	3 5.22	38	
Depresión leve	7 5.95	9 10.15	8 8.05	4 3.85	28	
Depresión moderada o grave	0 2.98	3 5.08	7 4.03	4 1.93	14	
Total	17	29	23	11	80	

Los valores en color azul corresponden a las frecuencias esperadas según fórmula:

$$e_{ij} = \frac{R_i * C_j}{n}$$

Resultado:

$$X_c^2 = 11.53; \quad X_{0.05;6}^2 = 12.59$$

Se aceptó la hipótesis nula, la severidad de depresión y los grupos de edades no guardan relación alguna.

8.11. Relación entre trastorno depresivo y sexo

Los mayores porcentajes mostrados en la tabla 14, que corresponden a pacientes con depresión, solo se observan en el nivel de depresión leve de sexo femenino y masculino con 16.25% y 18.75%, respectivamente. El resto de celdas con algún nivel depresivo es casi nulo.

Tabla 14. Distribución porcentual de la relación depresión con sexo.

	Sexo		
Depresión	Femenino	Masculino	Total
Ningún síntoma	20,00	27,50	47,50
Depresión leve	16,25	18,75	35,00
Depresión moderada	5,00	10,00	15,00
Depresión grave	2,50	0,00	2,50
Total	43,75	56,25	100,00

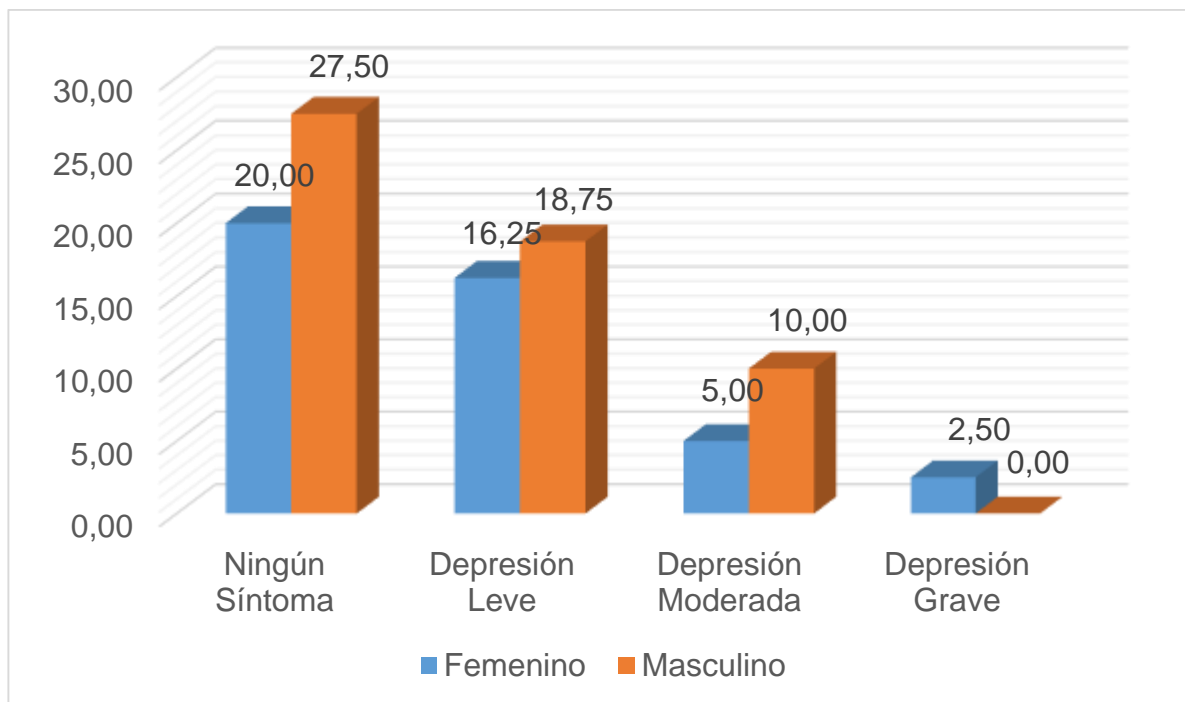


Figura 11. Distribución porcentual del nivel de severidad depresión respecto al sexo.

Para realizar una prueba de independencia de relación de variables se usa la herramienta ji-cuadrado.

Contraste de hipótesis:

- H_0 : La depresión que sufre el paciente es independiente de su sexo.
- H_1 : La depresión que sufre el paciente y el sexo del mismo están relacionadas.

El contraste de hipótesis se probará a un nivel de significación del 5 %. En la tabla 15, las frecuencias representan el número de pacientes que coinciden en sus

respuestas o condiciones respecto a la depresión y sexo, tanto en la categoría por filas como en columnas.

Desarrollo y resultado:

Tabla 15. Distribución frecuencial de la relación niveles de severidad de depresión y sexo.

Depresión	Sexo		
	Femenino	Masculino	Total
Ningún síntoma	16 16.63	22 21.38	38
Depresión leve	13 12.25	15 15.75	28
Depresión moderada o grave	6 6.13	8 7.88	14
Total	35	45	80

La tabla 15, contiene a la variable depresión y su relación con el sexo. Los valores en color azul corresponden a las frecuencias esperadas según fórmula:

$$e_{ij} = \frac{R_i * C_j}{n}$$

Resultado:

$$X_c^2 = 0.13; \quad X_{0.05;2}^2 = 5.99$$

En concordancia con el criterio de decisión, no existen evidencias suficientes para rechazar la hipótesis nula, por lo tanto esta debe ser aceptada. Los niveles de depresión y el sexo del pacientes son independientes, es decir cualquiera sea el sexo del paciente su estado depresivo varía indistintamente de un nivel a otro; de manera recíproca, cualquiera sea el nivel depresivo del paciente, este se manifiesta por igual en cualquier sexo. Para este caso las frecuencias observadas y esperadas no difieren significativamente una de otra.

8.12. Relación entre trastorno depresivo y patología de base

En esta relación, como se observa en la tabla 16, los pacientes con depresión leve sufren de enfermedades infecciosas, 5.00%; de enfermedades gastrointestinales con 6.25% y en mayor proporción con enfermedades endocrinas con 7.5%. Para el resto de enfermedades y niveles depresivos las proporciones se distribuyen más o menos de manera uniforme.

Tabla 16. Distribución porcentual de la relación depresión con patología de base.*

Enfermedades										
Depresión	1	2	3	4	5	6	7	8	9	Total
Ningún síntoma	6,25	5	11,2	0	6,2	1,2	10	2,5	5	47,5
Depresión leve	5	1,2	6,25	0	5	2,5	7,5	2,5	5	35,0
Depresión moderada	1,25	1,2	1,25	2,5	1,2	0	5	0	2,5	15,0
Depresión grave	1,25	0	1,25	0	0	0	0	0	0	2,50
Total	13,7	7,5	20	2,5	12,	3,7	22,	5	12,5	100
	5				5	5	5			

* 1: Respiratorias, 2: Cardiovasculares, 3: Gastrointestinales, 4: Urológicas y ginecológicas, 5: Infecciosas, 6: Neurológicas, 7: Endocrinas, 8: Renales, 9: Oncológicas.

9. Discusión

En cuanto a datos estadísticos respecto a las variables evaluadas del presente estudio, el 43.75 % de los pacientes encuestados corresponden al sexo femenino, mientras que el 56.25% son masculinos. Se reportó un promedio de edad de 52 años. Este dato es importante en la predicción y proyección, con fines de planificación, de la edad de los pacientes que en el futuro puedan ingresar al centro hospitalario Erasmo Meoz en las dependencias de medicina interna y cirugía general. El 63.75% de los pacientes estudiados se encontraron hospitalizados en medicina interna y un 36.25% que ocupó las instalaciones de cirugía general, lo cual indica que la proporción de pacientes hospitalizados en medicina interna supera significativamente a la proporción de pacientes hospitalizados en cirugía general. La tendencia más notoria respecto a enfermedades es la de tipo endocrinas con 22.50% de los pacientes que la padecen, seguida por enfermedades de carácter gastrointestinal con 20%.

Se encontró una prevalencia del 52,5% para trastorno depresivo mayor en los pacientes que cumplieron los criterios de inclusión para el estudio, en el contexto de una condición subaguda, que cumplieran al menos 15 días de hospitalización. El rango de la proporción de prevalencia de depresión que se reporta en estudios previos hechos dentro de centros hospitalarios es amplio, variando desde el 10% al 41,5%^{2,3,5}, lo que indica que la prevalencia hallada en nuestro estudio es mayor que

la encontrada en los antecedentes de la literatura revisada. Dentro del total de pacientes que cumplieron los criterios para ser encuestados con el instrumento MADRS, se halló que aquellos que están presentando un grado de severidad leve es del 35%, depresión moderada del 15% y con una severidad grave de 2,5%. La proporción real de pacientes que revelan depresión moderada o grave fue de 9.17% a 25.83%, resultados que concuerdan con la literatura médica actual, como es un estudio realizado por Agudelo y Lucumí en Bucaramanga, Colombia, donde se encontró que el 19.5% de la muestra presentó depresión moderada, y un 7.3% manifestó depresión severa⁵.

En una gran mayoría de pacientes evaluados se encontró frecuentemente sueño reducido y tristeza aparente, 58.75% y 52.5%, respectivamente; muy cerca se encuentran la incapacidad para sentir, 48.75% y el apetito reducido con 47.50%. Todos estos factores pueden ser indicadores determinantes del afecto y estado de ánimo del paciente y pueden ser causales de depresión en el individuo.

Más importante aún, al tomar como criterio el puntaje evaluado por preguntas según la escala MADRS, destacan en los primeros lugares el apetito reducido, y sueño reducido, lo cual nos indica ser los ítems descriptores sintomáticos de mayor peso al momento de evaluar un trastorno depresivo mayor dentro del contexto hospitalario.

En la relación de los niveles de severidad de depresión contra el servicio hospitalario se destacan las asociaciones entre medicina interna con aquellos que no revelan síntomas de depresión y los de depresión leve, ambos con 26.25%, Sin embargo, las variables depresión y tipo de servicio hospitalario son independientes, es decir que la severidad con la que cursa el cuadro depresivo el paciente no guarda relación con el servicio donde el mismo está hospitalizado.

Para los cuadros depresivos moderados destaca con 6.25% su relación con el grupo de edades de 64 a 72 años. Pero según indican los resultados la severidad del trastorno depresivo y los grupos de edades no guardan relación alguna. No importa el nivel de depresión que presente el paciente, su edad varía indistintamente sin guardar ningún patrón.

Solo se observan en el nivel de depresión leve de sexo femenino y masculino con 16.25% y 18.75%, respectivamente, pero los niveles de depresión y el sexo del pacientes son independientes, cualquiera sea el sexo del paciente su severidad de trastorno, varía indistintamente de un nivel a otro; de manera recíproca.

Los pacientes con depresión leve sufren de enfermedades infecciosas, 5.00%; de enfermedades gastrointestinales con 6.25% y en mayor proporción con

enfermedades endocrinas con 7.5%, dentro de las cuales llama la atención la alta prevalencia de diabetes en este grupo estudiado. Este resultado coincide con el estudio de Agudelo y Lucumí en Bucaramanga, Colombia⁵, donde las enfermedades del sistema digestivo se encuentran en segundo lugar con un 13,4%. Para el resto de enfermedades y niveles depresivos las proporciones se distribuyen de manera uniforme. Estos hallazgos en el presente estudio concuerdan con la literatura médica actual respecto la asociación del trastorno depresivo con enfermedades metabólicas y endocrinas, tal como en el metaanálisis más reciente por Wang y colaboradores, donde la mayor prevalencia de trastorno depresivo mayor se encontró en personas con diabetes tipo 2 en comparación con la población general. El impacto del tratamiento a largo plazo, los efectos secundarios inducidos por medicamentos y los altos costos asociados con la diabetes son probablemente factores de riesgo para la depresión. La obesidad es un factor importante que contribuye a la patogénesis de la depresión debido a que aumenta la resistencia a la insulina, desregula el eje hipotalámico-pituitario-adrenal y activa las vías inflamatorias, todo lo cual contribuye al desarrollo de la depresión³¹, bajo estas condiciones de enfermedades crónicas endocrinas, necesidad de hospitalización y tratamientos estrictos, la inflamación propia de enfermedades crónicas, la hiperglucemia y la resistencia a la insulina involucrada genera un desequilibrio entre la formación de especies reactivas de oxígeno y antioxidantes, y este mismo proceso de estrés oxidativo da lugar a varias alteraciones patológicas que son relacionados con enfermedades psiquiátricas y metabólicas; estas condiciones llegan a ser factores clave para desencadenar comorbilidades tales como trastorno

depresivo mayor asociado con diabetes mellitus y viceversa³²; sin embargo, se necesitan realizar más estudios de extensión para corroborar la solidez de dicha relación.

10. Conclusiones

La presente investigación tuvo como objetivo principal identificar la prevalencia de Trastorno Depresivo Mayor en pacientes ingresados a un centro hospitalario de cuarto nivel de complejidad y según los resultados obtenidos se concluyó que la prevalencia encontrada es alta puesto que un poco más de la mitad de los pacientes hospitalizados en una condición subaguda por otra causa y que fueron incluidos en este estudio fueron diagnosticados con dicha patología. Se hace hincapié en la necesidad de prestar atención y orientar a un enfoque integral a todos los pacientes ingresados a las instituciones de salud, donde la salud mental sea también un ítem para evaluar y diagnosticar el estado de salud en el que se encuentre la persona. Basado en los objetivos y resultados del estudio, donde se encontró que dentro de los ítems evaluados con la escala MADRS los de mayor puntaje se encontraron en el sueño y apetito reducido, estos serían los síntomas depresivos de mayor peso al momento de evaluar y prestar atención a una persona que ingresa por cualquier otra causa a una institución de salud si hablamos de realizar un correcto tamizaje para identificar casos que puedan desarrollar o hayan desarrollado un trastorno depresivo.

Se hace necesario por tal motivo en las instituciones de salud la necesidad de tamizaje para esta patología, que como se muestra en el estudio y en los antecedentes reportados, la depresión es una enfermedad muy común y que puede

coexistir en diferentes ambientes y contextos, haciendo énfasis en el contexto hospitalario. Sin embargo, en consistencia con los resultados del estudio, el mayor porcentaje de casos identificados con depresión califica dentro de una severidad leve, dado este dato se propone que el abordaje adecuado es susceptible al manejo por psicoterapia, y no considerar la farmacoterapia sino solo para los pocos casos de depresión moderada a severa, de esta manera disminuir el número de posibles complicaciones que puede nacer a raíz del uso indiscriminado de antidepresivos y la inducción de un delirio o algún otro trastorno a partir de la polifarmacoterapia e interacción medicamentosa, ya que hablamos de un ambiente donde se prescriben además múltiples medicamentos para el tratamiento de las patologías de base que presentan los pacientes hospitalizados.

En cuanto a las patologías asociadas dentro de las personas que fueron identificadas con trastorno depresivo llama la atención la alta prevalencia de patología endocrina, siendo observada en la mayoría de los casos enfermedades como la diabetes mellitus como complicaciones originadas a raíz de esta, aplicados a ambos servicios evaluados, nos sugiere hacer un especial énfasis de atención integral y tamizaje en este sector, puesto que este hallazgo es consistente con la literatura y estudios que corroboran a este tipo de enfermedades endocrinas y metabólicas como un fuerte factor de riesgo para desarrollar patología psiquiátrica, más específicamente un trastorno depresivo, aunque hacen falta extender en estudios causales; se sugiere hacer énfasis en un abordaje psicoterapéutico con las

personas que ingresan por una enfermedad de tipo endocrina (más específicamente la diabetes mellitus) o cursan con varios días de hospitalización en este contexto.

Hay que tener en cuenta que el presente estudio presentó limitaciones como lo son un sesgo relacionado con selección de pacientes, ya que no se tuvo en cuenta estrategias posibles para descartar trastornos depresivos previos. No obstante se requiere un posterior estudio como casos y controles entre población en la que se verifique que no cumpla con los criterios de la patología para mayor especificidad y sensibilidad. Otra limitación existe dado que aunque en este estudio no hay relación en los servicios de medicina interna y cirugía general con el desarrollo de la patología depresiva, hace falta hacer búsquedas en los demás sectores de hospitalización de la institución para establecer y caracterizar diferencias causales del origen del trastorno depresivo, por lo cual se desarrollaría un estudio posterior con otra metodología distinta a un corte transversal.

Anexos

Anexo 1. Escala de evaluación en depresión de Montgomery-Åsberg (MADRS)

1. Sueño reducido: Manifestado por la experiencia de reducción en la duración o profundidad del sueño comparado con el patrón habitual del paciente cuando se encuentra bien.

0) Duerme como de costumbre.

2) Leve dificultad para conciliar el sueño o sueño levemente reducido o ligero o con interrupciones ocasionales.

4) Sueño reducido o interrumpido por al menos dos horas.

6) Menos de dos o tres horas de sueño.

2. Apetito reducido: Manifestado por la sensación de pérdida de apetito en comparación con el patrón habitual. Evalúe pérdida de las ganas de comer o la necesidad de forzarse a comer.

0) Apetito normal o aumentado.

2) Apetito ligeramente reducido.

4) Sin apetito. La comida no tiene sabor.

6) Requiere que lo obliguen a comer.

3. Apatía (desgano): Manifestada por el enlentecimiento o las dificultades para iniciar o realizar las actividades de la vida diaria.

0) Casi ninguna dificultad para iniciar. No hay pereza.

2) Dificultad para iniciar las actividades.

4) Dificultad para iniciar las actividades simples de la rutina diaria, las cuales se llevan a cabo con esfuerzo.

6) Completa apatía. Incapacidad para hacer nada sin ayuda.

4. Dificultades de concentración: Manifestadas por dificultades para poner en orden las ideas, que se incrementa hasta la falta de concentración incapacitante. Evalúe de acuerdo con intensidad, frecuencia y grado de incapacidad producida.

0) Ninguna dificultad.

2) Dificultad ocasional para ordenar las ideas.

4) Dificultades en la concentración y en el pensamiento que reducen la capacidad para leer o mantener una conversación.

6) Gran dificultad o incapacidad para leer o conversar.

5. Incapacidad para sentir: Manifestada por la experiencia subjetiva de interés reducido en lo que le rodea, o en las actividades que normalmente le producen placer. La capacidad para reaccionar con la emoción adecuada a las circunstancias o las personas está reducida.

0) Interés normal en lo que le rodea y en los demás.

2) Reducción en la capacidad para disfrutar de los intereses habituales.

4) Pérdida de interés por lo que le rodea, por amigos y conocidos.

6) Experiencia de estar paralizado emocionalmente, incapacidad para sentir rabia, pena o placer, y una completa e inclusive dolorosa ausencia de sentimientos por amigos o familiares cercanos.

6. Tensión interna: Manifestada por sentimientos de malestar pobremente definido, nerviosismo, confusión interna, o incertidumbre que puede llegar a transformarse en angustia, terror o pánico. Evalúe de acuerdo con intensidad, frecuencia, duración y grado de consuelo requerido.

0) Plácido. Solo tensión interna pasajera.

2) Sentimientos ocasionales de nerviosismo o malestar pobremente definido.

4) Sentimientos continuos de tensión interna o pánico intermitente que el paciente solo con dificultad puede controlar.

6) Terror o angustia extrema desbordante. Pánico incontenible.

7. Tristeza reportada: Manifestada por los reportes del individuo acerca de humor deprimido, sin tener en cuenta si se refleja o no en la apariencia. Incluye desánimo, desaliento o la sensación de estar desvalido y desesperanzado. Evalúe de acuerdo con intensidad, duración y grado en que las circunstancias externas influyen en el ánimo.

0) Tristeza ocasional de acuerdo con las circunstancias.

2) Triste o desanimado, pero se anima sin dificultad.

4) Sentimientos generalizados de tristeza o desánimo. El ánimo aún está influenciado por las circunstancias externas.

6) Tristeza, desdicha o desaliento, continuos e invariables.

8. Pensamientos pesimistas: Manifestados por pensamientos de culpa, inferioridad, autorreproche, pecado, remordimiento y ruina.

0) Sin pensamientos pesimistas.

2) Ideas fluctuantes de haber fallado, autorreproche o desprecio por sí mismo.

4) Autoacusaciones persistentes o categóricas, pero aún racionales de culpa o pecado. Pesimismo incrementado sobre el futuro.

6) Delirios de ruina, remordimiento o pecado imperdonable. Autoacusaciones absurdas e irreductibles.

9. Pensamientos suicidas: Manifestados por la sensación que no vale la pena vivir, que la muerte natural sería bienvenida, pensamientos suicidas y planes suicidas.

0) Disfruta la vida tal y como es.

2) Cansado de la vida. Únicamente pensamientos suicidas pasajeros.

4) Piensa que estaría mejor muerto. Los pensamientos suicidas son comunes, y el suicidio es considerado como una posible solución, pero sin planes o intenciones específicas.

6) Planes explícitos para suicidarse cuando se presente una oportunidad. Preparación activa para el suicidio.

10. Tristeza aparente: Manifestada por desaliento, tristeza y desesperanza (más que una sensación transitoria de desánimo), reflejada en el discurso, la expresión facial y la postura. Evalúe de acuerdo con la severidad y la incapacidad para animarse.

0) Sin tristeza.

2) Se ve desanimado, pero se anima sin dificultad.

4) Parece triste e infeliz la mayor parte del tiempo.

6) Se ve desdichado todo el tiempo. Desánimo extremo.

Nota:

Para cada ítem se consideran siete grados de gravedad (de 0 a 6), que anclan los valores pares (0, 2, 4 y 6) a unos enunciados y permite las puntuaciones intermedias entre esos enunciados cuando hay duda sobre cuál de los dos asignar.

La puntuación total de la escala se obtiene sumando los valores seleccionados de cada ítem, con un intervalo total entre 0 y 60 puntos.

- ≥ 35 , depresión grave.
- 20-34, depresión moderada.
- 7-19, depresión leve.

Puntaje total: _____

Anexo 2. Consentimiento Informado para Participantes de Investigación

El propósito de esta ficha de consentimiento es proveer a los participantes en esta investigación con una clara explicación de la naturaleza de la misma, así como de su rol en ella como participantes.

La presente investigación es conducida por Luisa María Muñoz Montaña y Valeria Marcela Barrios Rodríguez, estudiantes de Medicina de la Universidad de Pamplona. La meta de este estudio es poner en evidencia una relevancia de sintomatología depresiva e identificar su prevalencia entre los pacientes ingresados al Hospital Universitario Erasmo Meoz.

Si usted accede a participar en este estudio, se le pedirá responder preguntas en una encuesta. Esto tomará aproximadamente 15 minutos de su tiempo. Lo que conteste durante estas entrevistas se expondrá en un trabajo escrito.

La participación en este estudio es estrictamente voluntaria. La información que se recoja será confidencial y no se usará para ningún otro propósito fuera de los de esta investigación. Sus respuestas al cuestionario y a la entrevista serán codificadas usando un número de identificación y por lo tanto, serán anónimas. Una vez transcritas las entrevistas, los medios de recolección utilizados se destruirán.

Si tiene alguna duda sobre este proyecto, puede hacer preguntas en cualquier momento durante su participación en él. Igualmente, puede retirarse del proyecto en cualquier momento sin que eso lo perjudique en ninguna forma. Si alguna de las preguntas durante la entrevista le parecen incómodas, tiene usted el derecho de hacérselo saber al investigador o de no responderlas.

Le agradecemos su participación.

Acepto participar voluntariamente en esta investigación.

He sido informado (a) de la meta del estudio.

Me han indicado también que tendré que responder cuestionarios y preguntas en una entrevista, lo cual tomará aproximadamente _____ minutos.

Reconozco que la información que yo provea en el curso de esta investigación es estrictamente confidencial y no será usada para ningún otro propósito fuera de los de este estudio sin mi consentimiento. He sido informado de que puedo hacer preguntas sobre el proyecto en cualquier momento y que puedo retirarme del mismo cuando así lo decida, sin que esto acarree perjuicio alguno para mi persona. De tener preguntas sobre mi participación en este estudio, puedo contactar a _____ al teléfono _____.

Entiendo que una copia de esta ficha de consentimiento me será entregada, y que puedo pedir información sobre los resultados de este estudio cuando éste haya concluido. Para esto, puedo contactar a _____ al teléfono anteriormente mencionado.

Nombre del Participante

Firma del Participante

Fecha

Referencias Bibliográficas

1. Kupfer D, Frank E, Phillips M. Major depressive disorder: new clinical, neurobiological, and treatment perspectives. *Lancet*. 2012;379:1045-55.
2. Vaeroy H, Juell M, Hoivik B. Prevalence of depression among general hospital surgical inpatients. *Nord J Psychiatry*. 2003; 57(1): 13-16.
3. Costas, M. Prado V, Crespo J. Ansiedad y depresión entre los pacientes hospitalizados en el complejo hospitalario de Ferrol. *C Med Psicossom*. 2013; 107(1): 16-22.
4. Ribas, J. Incidencia de depresión en pacientes hospitalizados, período 15 de noviembre de 2006 al 15 de marzo de 2007, hospital Guayaquil "Dr. Abel Gilbert Pontón". *Rev. "Medicina"*. 2007; 13(4): 274-279.
5. Agudelo D., Lucumí L., Santamaría Y. Evaluación de la depresión en pacientes hospitalizados por distintas enfermedades médicas en la ciudad de Bucaramanga. *Pensamiento Psicológico* 2008; 4(10): 59-83.
6. Berríos G. Historia de los síntomas de los trastornos mentales: La psicopatología descriptiva desde el siglo XIX. México, D.F: Fondo de Cultura Económica; 2008.
7. Grupo de trabajo de la Guía de Práctica Clínica sobre el Manejo de la Depresión en el Adulto. Guía de Práctica Clínica sobre el Manejo de la Depresión en el Adulto. Ministerio de Sanidad, Servicios Sociales e Igualdad. Agencia de Evaluación de Tecnologías Sanitarias de Galicia (avalia-t); 2014.

8. Andrade L, Caraveo-Anduaga JJ, Berglund P, Bijl RV, De Graaf R, Vollebergh W, et al. The epidemiology of major depressive episodes: results from the International Consortium of Psychiatric Epidemiology (ICPE) Surveys. *Int J Methods Psychiatr Res* 2003; 12: 3-21
9. Wagner F., González C., Sánchez S. et al. Enfocando la depresión como problema de salud pública en México. *Salud Mental*. 2012; 35(1): 3-11.
10. Costas, M, Prado V, Crespo J. Ansiedad y depresión entre los pacientes hospitalizados en el complejo hospitalario de Ferrol. *C Med Psicosom*. 2013; 107(1): 16-22.
11. Martin C, Thompson D, Factor structure of the Hospital Anxiety and Depression Scale in coronary heart disease patients in three countries. *Journal of Evaluation in Clinical Practice*. 2008; 14: 281–287.
12. Michopoulos I., Douzenis A. et al. Hospital Anxiety and Depression Scale (HADS): Validation in a Greek general hospital sample. *Annals of General Psychiatry*. 2008; 6:4-8.
13. Agudelo D., Lucumí L., Santamaría Y. Evaluación de la depresión en pacientes hospitalizados por distintas enfermedades médicas en la ciudad de Bucaramanga. *Pensamiento Psicológico* 2008; 4(10): 59-83.
14. Grau A, Comas P., Suñer R., Peláez E., Sal a L., Planas M: Evolución de la ansiedad y de la depresión detectada durante la hospitalización en un servicio de Medicina Interna. *Anales de Medicina Interna*. 2007; 24(5): 212-216.

15. Organización Mundial de la Salud [Internet]. Ginebra, Suiza: WHO; abril, 2018
Disponible desde: <https://www.who.int/es/news-room/fact-sheets/detail/mental-disorders> (último acceso 16 sept 2019).
16. Grupo de trabajo de la Guía de Práctica Clínica de *Detección temprana y diagnóstico del episodio depresivo y trastorno depresivo recurrente en adultos. Atención integral de los adultos con diagnóstico de episodio depresivo o trastorno depresivo recurrente*. Ministerio de Salud y Protección Social, Grupo Colciencias. Bogotá, Colombia; 2013. Disponible en: https://medicosgeneralescolombianos.com/images/Guias_2013/gpc_22prof_sal_d epre.pdf (último acceso 16 sept 2019).
17. Organización Mundial de la Salud [Internet]. Ginebra, Suiza: WHO; abril, 2017
Disponible desde: <https://www.who.int/topics/depression/es/> (último acceso 16 sept 2019).
18. Asociación Americana de Psiquiatría (eds.) *Manual Diagnóstico y Estadístico de los Trastornos Mentales* (5ª ed.). Estados Unidos: Editorial Médica Panamericana; 2014.
19. Ministerio de Salud y Protección Social. Boletín de salud mental: Depresión, Subdirección de Enfermedades No Transmisibles. Marzo, 2017; Boletín N°1. <https://www.minsalud.gov.co/sites/rid/Lists/BibliotecaDigital/RIDE/VS/PP/ENT/boletin-depresion-marzo-2017.pdf> (último acceso 16 sept 2019)

20. Organización Mundial de la Salud. *Depression and Other Common Mental Disorders: Global Health Estimates*. Ginebra, Suiza: World Health Organization; 2017. <https://apps.who.int/iris/bitstream/handle/10665/254610/WHO-MSD-MER-2017.2eng.pdf;jsessionid=7E7049B82E488F9C18181DC618409DBC?sequence=1> (último acceso 16 sept 2019)
21. Cruzblanca Hernández H, Lupercio Coronel P, Collas Aguilar J, Castro Rodríguez E, *Neurobiología de la Depresión Mayor y de su Tratamiento Farmacológico*. Salud Mental 2016; 39(1): 47-58.
22. Holsboer F. The corticosteroid receptor hypothesis of depression. *Neuropsychopharmacology* 2000;23:477-501.
23. Campbell S, MacQueen G. The role of the hippocampus in the pathophysiology of major depression. *J Psychiatry Neurosci* 2004;29:417-426.
24. MacQueen GM, Campbell S, McEwen BS, Macdonald K et al. Course of illness, hippocampal function, and hippocampal volume in major depression. *Proc Natl Acad Sci USA* 2003;100:1387-1392.
25. Ogawa S, Fujii T, Koga N, et al. Plasma L-tryptophan concentration in major depressive disorder: new data and meta-analysis. *J Clin Psychiatry* 2014; 75:e906.
26. Hasler G, van der Veen JW, Tumonis T, et al. Reduced prefrontal glutamate/glutamine and gamma-aminobutyric acid levels in major depression determined using proton magnetic resonance spectroscopy. *Arch Gen Psychiatry* 2007; 64:193.

27. Krishnan, MD. Unipolar depression in adults: Epidemiology, pathogenesis, and neurobiology. Post TW, ed. UpToDate. Waltham, MA: UpToDate Inc. <https://www.uptodate.com> (Accessed on July 20, 2019.)
28. Chen, L.-S., Eaton, W. W., Gallo, J. J., & Nestadt, G. Understanding the heterogeneity of depression through the triad of symptoms, course and risk factors: a longitudinal, population-based study. *Journal of Affective Disorders*. 2000, 59(1), 1–11.
29. Lyness J, MD, MD. Unipolar depression in adults: Assessment and diagnosis Post TW, ed. UpToDate. Waltham, MA: UpToDate Inc. <https://www.uptodate.com> (Accessed on July 20, 2019.)
30. Cano J, Gomez C, Rondón M. Validación en Colombia del instrumento para evaluación de la depresión Montgomery-Åsberg Depression Rating Scale (MADRS). *Rev colomb psiquiat*. 2016;45(3):146–155
31. F Wang, Wang S, Zong Q-Q, Zhang Q, Ungvari GS. Prevalence of comorbid major depressive disorder in Type 2 diabetes: a meta-analysis of comparative and epidemiological studies. *Diabet Med*. 2019;36:961-9.
32. Réus G, Carlessi A, Silva R, Ceretta L, Quevedo J. Relationship of Oxidative Stress as a Link between Diabetes Mellitus and Major Depressive Disorder. *Oxidative Medicine and Cellular Longevity*. 2019.