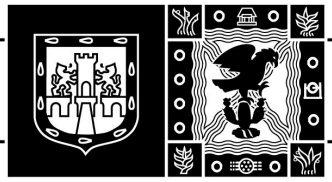


GOBIERNO DEL DISTRITO FEDERAL
México • La Ciudad de la Esperanza

UNIVERSIDAD NACIONAL AUTONOMA DE MEXICO
FACULTAD DE MEDICINA
DIVISION DE ESTUDIOS DE POSGRADO E INVESTIGACION

SECRETARIA DE SALUD DEL DISTRITO FEDERAL
DIRECCION DE EDUCACION E INVESTIGACION
SUBDIRECCION DE FORMACION DE RECURSOS HUMANOS

CURSO UNIVERSITARIO DE ESPECIALIZACION EN
MEDICINA INTERNA

"CORRELACION DEL TIEMPO DE HOSPITALIZACION CON EL DESARROLLO DE DEPRESION EN LOS PACIENTES INGRESADOS AL HOSPITAL GENERAL DE TICOMAN"

TRABAJO DE INVESTIGACION CLINICA

PRESENTADO POR
DRA. AMERICA LOPEZ MALDONADO

PARA OBTENER EL DIPLOMA DE ESPECIALISTA EN
MEDICINA INTERNA

DIRECTOR DE TESIS
DRA. NAYELI GABRIELA JIMENEZ SAAB

2007

Universidad Nacional Autónoma de México
UNAM
Biblioteca Central
Dirección General de Bibliotecas de la UNAM

UNAM – Dirección General de Bibliotecas
Tesis Digitales
Restricciones de uso

DERECHOS RESERVADOS ©
PROHIBIDA SU REPRODUCCIÓN TOTAL O PARCIAL

Todo el material contenido en esta tesis esta protegido por la Ley Federal del Derecho de Autor (LFDA) de los Estados Unidos Mexicanos (México).

El uso de imágenes, fragmentos de videos, y demás material que sea objeto de protección de los derechos de autor, será exclusivamente para fines educativos e informativos y deberá citar la fuente donde la obtuvo mencionando el autor o autores. Cualquier uso distinto como el lucro, reproducción, edición o modificación, será perseguido y sancionado por el respectivo titular de los Derechos de Autor.

INDICE.

RESUMEN 1

PLANTEAMIENTO DEL PROBLEMA 3

MARCO TEÓRICO 4

OBJETIVOS 14

HIPÓTESIS 14

JUSTIFICACIÓN 14

PROPÓSITO 15

MATERIAL Y METODOS. 16

CRITERIOS 18

CALCULO DEL TAMAÑO DE MUESTRA 19

DEFINICIÓN DE VARIABLES 20

RESULTADOS 21

DISCUSIÓN 23

CONCLUSIONES 25

ANEXOS 26

BIBLIOGRAFÍA 30

RESUMEN

Introducción. La depresión es una enfermedad común que tiene un impacto significativo en la sociedad. En los pacientes disminuye su productividad, incrementa el riesgo de discapacidad, la demanda de los servicios de salud y la mortalidad. Se asocia frecuentemente a internamiento prolongado y una evolución desfavorable, por lo cual, es importante su identificación para iniciar un manejo en forma temprana e integral.

Objetivo. Evaluar la coexistencia de depresión de acuerdo a los días de estancia hospitalaria en los pacientes ingresados al hospital de la Secretaría de Salud del Distrito Federal.

Material y Métodos. Estudio transversal analítico en el que se realizaron cuestionarios clínicos, basados en la escala de depresión de Golberg a los pacientes que ingresaron al servicio de Medicina Interna. La característica fundamental de estas mediciones es que se obtiene una respuesta dicotómica: positiva o negativa (se tiene o no), se aplicaron al día de su ingreso y a los 7 días de estancia hospitalaria. Considerándose una prueba positiva para depresión aquella en la que se obtuvieron más de 2 puntos.

Resultados. Se incluyeron 82 pacientes, 43 mujeres (52.4%) y 39 hombres (47.6%). La prueba es positiva con más de 2 puntos. De las mujeres 30 tuvieron menos de 2 puntos y 13 mas de 2 puntos a su ingreso; y a los 7 días de su hospitalización 26 tuvieron mas de 2 puntos y 17 menos de 2 puntos. Los varones a su ingreso, 31 obtuvieron menos de 2 puntos y 8 más de 2 puntos y a los 7 días de hospitalización 25 con más de 2 puntos y 14 menos de 2 puntos. De las mujeres evaluadas 30 no tenían datos de depresión (<2) a su ingreso y 13 fueron positivas para depresión. A los 7 días se observó que 26 ya tenían pruebas positivas y sólo 17 fueron negativas. Los hombres 31 fueron (-) a su ingreso y 7 (+); 7 días después 25 fueron (+) y sólo 14 fueron (-). Se calculó programa SPSS 11 Chi2 con una P significativa de 0.01. Del total de hombres, 43.58% se deprimieron durante su estancia hospitalaria vs el 30.9% de las mujeres.

Conclusiones. Se demostró que existe relación entre los días de estancia hospitalaria y el desarrollo de depresión, con predominio en el sexo masculino.

Palabras clave: Depresión, hospitalización.

ABSTRACT

Introduction. The depression is a common sickness that has an important impact on society. On patients diminish their productivity, increases handicap risk, health services need and mortality. It is frequently associated with long hospitalization periods and unfavorable evolution, that is why, is important its identification to start an early and complete management.

Objective. Evaluate the coexistence of depression according to the number of days in the hospital on patients entered at the Secretaría de Salud del Distrito Federal Hospital.

Methods and Material. Analytic cut across study with clinical questionnaires, based on Golberg depression scale directed to the patients on Internal Medicine Area. The fundamental characteristic of these measures is they are obtained by a dichotomy answer: positive or negative (have o doesn't have), the patients were questioned the entered day and after 7 days in the hospital. All tests with 2 points or more were taken as a positive test for depression.

Results. 82 patients were included, 43 women (52.4%) y 39 men (47.6%). A test is positive with 2 points or more. In women, 30 had less than 2 points and 13 more than 2 at their hospital entrance; and alter 7 days in the hospital: 26 had more than 2 points and 17 had less than 2 points. In men at their entrance, 31 had less than 2 points and 8 more than 2 points and 7 days after in hospital: 25 had more than 2 points and 14 had less than 2 points. From the tested women, 30 had no depression data (<2) at entrance and 13 were positive for depression. 7 days after was observed that 26 had positive tests and only 17 were negative. Men 31 were negative (-) at entrance and 7 positive (+); 7 days after 25 were (+) and only 14 were (-). An SPSS program was calculated with a Chi2 with a significant P of 0.01. From the total number of men, 43.58% got depressed during their hospital staying vs the 30.9% of women.

Conclusions. It was proved that there is a connection between the number of days in the hospital and depression development, with predominance on male sex.

Key words: Depression, hospitalization

INTRODUCCION

La depresión es una condición médica caracterizada por tristeza persistente, desmotivación y pérdida de autoestima. Estos sentimientos están acompañados de disminución de la energía y de la concentración, trastornos del sueño (insomnio), disminución del apetito y pérdida de peso, esta depresión está frecuentemente acompañada de una preocupación excesiva por el dolor y malestar corporal.[1]

Es una condición común, seria y tratable que afecta la salud de los pacientes en hospitales, la depresión mayor se ha encontrado de un 12% a un 25% en los pacientes con más días de estancia intrahospitalaria, mientras que depresión menor se ha encontrado en un adicional 18% a 30%. Y existe evidencia de que esta depresión casi siempre pasa irreconocida, no diagnosticada y no tratada[2].

En el 2002, algunas apreciaciones, más bien conservadoras, señalaban que más de 200 millones de personas en el mundo presentaban depresión que requería de tratamiento específico. Sólo en México se calculaba que más de 5 millones de habitantes sufrían depresión.

Sin duda alguna, el médico internista cada día hace frente a trastornos psiquiátricos frecuentes, como la depresión y la angustia; sin embargo, numerosos profesionales no muestran buena disposición en la atención de estos enfermos, e incluso suelen minimizar los signos y los síntomas, quizá porque la naturaleza de la enfermedad es incierta o no aclaran con precisión el cuadro clínico del paciente deprimido. Además, el sujeto deprimido con frecuencia suele magnificar los

síntomas cuando a la vez padece enfermedades crónico-degenerativas, lo que da lugar a mayor incapacidad física y a poco apego al tratamiento.

Para poner remedio a un enfermo depresivo, primero hay que captarlo como tal. Esta es la tarea propia de la detección. Ante cualquier individuo que presenta una sintomatología depresiva mantenida al menos durante una semana debe sospecharse la existencia de una depresión.

El porcentaje de detección y tratamiento de depresión en atención primaria es bajo (menos del 40%)[1].

Hay evidencia que sugiere que una parte importante de los enfermos que tienen una estancia en Unidades de Medicina Crítica por más de 3 días, es altamente probable que experimenten un cambio en su estado mental y emocional[4].

Los pacientes deprimidos se inhabilitan, se ha demostrado que el sistema inmune disminuye su reactividad a agentes patógenos, y las tasas de mortalidad tienden a incrementarse, reduciéndoles también la calidad de vida.

Es México se estima una prevalencia del 12 al 20 por ciento entre la población adulta de 18 a 65 años de edad.[6]

Por ejemplo, en las instituciones psiquiátricas de nuestro país, tanto en el Distrito Federal como en el resto de la República Mexicana , se ha encontrado que los trastornos afectivos (dentro de los cuales se encuentra la depresión), ocupan el cuarto lugar entre los distintos diagnósticos; sólo superados por la esquizofrenia,

la psicosis orgánica y la adicción a las drogas. Estos datos son compatibles con los reportados en otros países.

En relación con el primer nivel de atención médica, un estudio en México (Padilla y Peláez, 2001) sobre detección de trastornos emocionales fue del 51% en un Centro de Salud, 43% en una Unidad de Medicina Familiar y 34% en un Hospital General, lo cual indica que, en promedio, 40 de cada 100 pacientes con problemas médicos que acuden a un primer nivel de atención presentan trastornos afectivos como cuadro acompañante o principal.

Por otra parte, la depresión es un padecimiento más frecuente en la mujer. En una revisión realizada por M. Weissman y G. Klerrnan en más de 30 investigaciones llevadas a cabo a lo largo de 40 años, se encontró que este trastorno se presentaba en 1.6 a 2.4 mujeres por cada hombre. Las explicaciones dadas para esta diferencia han considerado desde la forma más abierta de expresión de la sintomatología por las mujeres hasta la susceptibilidad biológica (genética y endocrina) y otros factores psicosociales.

En relación con la edad, se ha pensado tradicionalmente que el riesgo de depresión se incrementa con el tiempo de la vida de un sujeto. Sin embargo, los resultados de varios estudios han mostrado una prevalencia considerablemente más alta en personas jóvenes que en ancianos, sugiriendo que en esta centuria y en la anterior la depresión se ha incrementado y la edad de inicio de misma ha decrecido. Su mayor incidencia se encuentra de los 35 a 45 años de edad.

En poblaciones de alto riesgo, como pacientes geriátricos, la prevalencia es más alta: 8% para depresión mayor, 22% para trastornos distímicos y 6% para la depresión atípica. El factor estresante que más a menudo origina depresión en los ancianos es la enfermedad física.

Si el problema se observa bajo la perspectiva de las tasas de mortalidad, tampoco es alentador. En las mujeres y los hombres deprimidos, las tasas de mortalidad son dos y tres veces más altas en la población general, respectivamente. Los motivos que explicarían esta mortalidad elevada son varios; entre los más aparentes se encuentran una mayor susceptibilidad de los pacientes deprimidos a las enfermedades, una tendencia alta a accidentes y, desde luego, al suicidio.

Esta tendencia al suicidio parece relacionada con el hecho que muchas personas con depresión ocultan sus síntomas por temor de ser considerados simuladores, lo que les produce culpa y vergüenza. Situación que se agrava cuando en el grupo social difunde el elemento ético de mantenerse firme ante la adversidad, aumentando los sentimientos de inutilidad y culpa entre las personas deprimidas, hasta el extremo de que el suicidio parece, en ocasiones, ser la única salida.

Otro dato observado es que los hombres con depresión menor tienen más al suicidio que las mujeres que padecen depresión mayor.

La detección de la depresión en los pacientes hospitalizados puede ser difícil debido a varios factores. Los síntomas de la depresión tales como fatiga, pérdida del apetito y trastornos del sueño son frecuentemente atribuidos al proceso de alguna condición médica y no a la depresión.

Entre los factores que contribuyen a la depresión están la pérdida del cónyuge o de un amigo cercano, dolores y enfermedades crónicas, dificultad para movilizarse, frustración por la pérdida de la memoria, dificultad para adaptarse a circunstancias cambiantes como la mudanza del hogar o cambios dentro de la familia y por supuesto a la imposibilidad de salir de un recinto como es el hospital.

La depresión también puede ser signo de un problema médico y puede complicarse por trastornos cerebrales como la enfermedad de Alzheimer.

Síntomas

- Estado de ánimo irritable o deprimido
- Sentimiento de minusvalía o de tristeza
- Pérdida de interés o de placer por las actividades diarias
- Talante de Hostilidad y Agitación
- Cambios en el apetito, usualmente pérdida del apetito
- Cambios en el peso
- Dificultad para dormir
- Fatiga (cansancio o agotamiento)
- Dificultad para concentrarse
- Pérdida de la memoria
- Pensamientos anormales, culpa excesiva o injustificada
- Patrón de conducta de irresponsabilidad excesiva
- Pensamientos anormales sobre la muerte
- Pensamientos sobre suicidio
- Planes para cometer suicidio o intentos reales de suicidio

En un estudio de la Universidad de Alberta (1999) se comparó la depresión de los pacientes en cuarto con luz y aquellos en cuartos obscuros, presentando los de cuartos obscuros 15% más de depresión. Así que hay que considerar incluso la luz como uno de los factores predisponentes a la depresión.

Existen medicamentos que pueden inducir un trastorno depresivo, en particular los fármacos antihipertensivos, corticosteroides y anticonceptivos. Se estima que 3% de los pacientes que los ingieren presentarán depresión. El síndrome de Cushing, se asocia a depresión en33% de los casos y casi 10% de éstos padecen intentos de suicidio. En el periodo inmediato posterior a un ataque de apoplejía se presentan síntomas depresivos en 50% de los casos y 25% de ellos tienen depresión mayor; 10 a 40% de los pacientes sometidos a diálisis por insuficiencia renal crónica tienen síntomas de depresión y cerca de 20% cursan con depresión mayor. En el periodo inmediato posinfarto, 20 a 50% de los enfermos presenta ánimo deprimido; 17 a 42% de los pacientes con cáncer tienen sintomatología depresiva moderada a grave.

Los veinticuatro rasgos más frecuentes para transtornos depresivos son:
Humor Depresivo:

1. Amargura o desesperanza, con tendencia al llanto, con lágrimas o sin ellas.
2. Incapacidad para experimentar placer y alegría.
3. Desvalorización o subestimación propia en forma de ideas de indignidad o inferioridad; sensación de incapacidad somática o psíquica; o sentimiento de culpa.
4. Disminución del apego a la vida o ideas suicidas.
5. Opresión precordial.
6. Dolores localizados en la cabeza, la espalda o en otro sector.

Anergia:

1. Apatía o aburrimiento.
2. Cavilación sobre la misma idea o presencia de indecisiones.
3. Falta de concentración.
4. Disminución de la actividad habitual en el trabajo y/o en las distracciones.
5. Fatiga general o cansancio precoz.
6. Disfunción sexual o transtornos digestivos.

Discomunicación:

1. Brotes de mal humor o enervamiento.
2. Tendencia a afligirse por todo.
3. Retraimiento social.
4. Abandono de las lecturas, la radio y la televisión.
5. Sensación de soledad o desconfianza.
6. Descuido en el arreglo corporal y en el vestuario.

Ritmopatía;

1. Gran fluctuación de los síntomas a lo largo del día o notables diferencias entre la mañana y la tarde.
2. Pérdida de apetito y peso.
3. Crisis de hambre voraz.
4. Dificultad para conciliar el sueño.
5. Pesadillas nocturnas, sueños sombríos o despertar temprano.
6. Hipersomnia durante el día.

La presencia de dos rasgos adscritos a la misma dimensión o de tres dispersos entre dos o más dimensiones, durante el plazo mínimo de 14 días, constituye un testimonio suficiente para sospechar la existencia de un estado depresivo. [3]

Entre los enfermos que acuden a los consultorios generales o a los servicios de atención primaria hay un 20-25% de enfermos depresivos. Estos enfermos que acuden a los médicos generales se distribuyen en estos tres sectores: el de las depresiones somatomorfas paucisintomáticas (pobres en síntomas) expresadas por una escasa sintomatología de tipo somático preponderante o exclusivo, que se consideraban anteriormente como depresiones enmascaradas o somatizadas, denominaciones a las que se debe renunciar puesto que se trata de síntomas propiamente depresivos, por lo que en todo caso ocurriría que la colocación de la máscara afecta a la mentalidad del profesional y tampoco son somatizaciones ya que se trata de síntomas tan primarios como los síntomas psíquicos; el sector de las depresiones ligeras o subdepresiones clásicamente denominadas depresiones larvadas, subdivididas en psicomorfas y somatomorfas; y muy en especial un grupo mayoritario de las depresiones asociadas a una patología médica ya menudo causadas por ella. Este último sector fue revisado al tratar de la sintomatología de las depresiones somatógenas en el capítulo sobre las cuatro categorías básicas de depresión. La subestimación de la depresión por los generalistas entre ellos los internistas sigue siendo un acontecer mundial.

Esta falta de captación de la depresión constituye en todas partes una fuente de sobre consumo de recursos médicos y farmacolóligos. Hay evidencias de que los pacientes depresivos no detectados consultan al centro de atención primaria o al general más de seis veces al año.

Ha habido también estudios sobre casos de enfermedades específicas o un grupo en particular de pacientes y cuales son sus niveles de depresión, algunos ejemplos son los siguientes:

La depresión en las personas de edad avanzada es un problema muy generalizado al que usualmente no se le hace diagnóstico y con frecuencia se le da un tratamiento inadecuado. Muchas personas mayores no confiesan que tienen signos y síntomas de depresión por miedo a ser juzgados como débiles o locos.

En el caso de las personas con el tipo 1 de diabetes los síntomas depresivos fueron un pronosticador más preciso de padecimientos coronarios que los niveles altos de azúcar en la sangre. Los investigadores descubrieron que los pacientes con altas señales de depresión, padecían o estaban en ruta de padecer afecciones coronarias[6].

Se ha visto también que las personas en las que se detecta depresión el riesgo de desarrollar cáncer es mayor que en la población en general, sobretodo neoplasias relacionadas con el tabaquismo.[7]

En relación a la artritis reumatoide la prevalencia de depresión mayor es alta, por ello es necesario reconocer y manejar esta entidad.[8]

La depresión ya hace tiempo que se ha reconocido como un aspecto importante cuando se tiene diabetes. Estudios han demostrado que los niveles de depresión de pacientes diabéticos es 2 ó más veces más alta que aquellos en pacientes crónicos.[9]

Un estudio realizado del 2000 al 2002 en los centros de pacientes en hemodiálisis por periodos prolongados, en los que se observó que aquellos con sintomatología depresiva ameritan hospitalizaciones con más frecuencia y éstas generalmente son con un mayor tiempo estancia, con respecto a los que no presentan sintomatología depresiva.[13]

Los pacientes que han sufrido infarto al miocardio padecen una depresión que los lleva a tener un mayor riesgo a padecerlo nuevamente, y que se presenta mayormente en mujeres aún un año después de haber estado hospitalizadas. En un estudio realizado a 5 años de seguimiento sobre los efectos de la depresión en los pacientes que sufrieron un síndrome coronario agudo, se hace evidente la necesidad de la identificación temprana y manejo de sintomatología depresiva durante la hospitalización de estos pacientes, ya que con esto no sólo se mejora la calidad de vida a largo plazo, sino que también se disminuye el riesgo de mortalidad. [14, 15]

PLANTEAMIENTO DEL PROBLEMA:

La depresión es una enfermedad común que tiene un impacto significativo en los pacientes y la sociedad. La depresión en los pacientes incrementa su riesgo de discapacidad, la demanda de los servicios de salud y las tasas de mortalidad así como la disminución de su productividad. La depresión es una patología frecuentemente asociada a internamiento prolongado, siendo un factor de mal pronóstico para la evolución del paciente, por lo cual es importante la identificación de la depresión para iniciar un manejo en forma temprana e integral.

PREGUNTA DE INVESTIGACIÓN:

¿El tiempo prolongado de hospitalización condiciona el desarrollo de depresión en los pacientes?

JUSTIFICACION

La depresión es una patología que puede correlacionarse con un internamiento prolongado y esta a su vez con frecuencia prolonga los días de estancia hospitalaria de los pacientes, por lo que este estudio se realiza con la finalidad de identificar a los pacientes que desarrollan estados depresivos generados a partir de la hospitalización y con ello contribuir al manejo oportuno y preventivo de esta patología, lo que en determinado momento pudiera a mejorar la evolución del paciente y acortar su estancia hospitalaria, dando al enfermo una atención integral para su pronta recuperación y reintegración a su rol social.

PROPOSITO:

Lograr la identificación oportuna de los pacientes que cursan con cuadros depresivos durante su estancia hospitalaria y de ésta manera intervenir en su manejo temprano con la finalidad de mejorar sus condiciones generales, la evolución en cuanto a su padecimiento y disminuir su tiempo de hospitalización.

HIPÓTESIS:

H(1). La depresión se asocia a los días de estancia hospitalaria.

OBJETIVOS:

GENERAL:

1. Evaluar la depresión de acuerdo a los días de estancia hospitalaria en los pacientes ingresados al Hospital General de Ticomán.

ESPECÍFICOS.

1. Establecer si la depresión influye en los pacientes hospitalizados.

2. Determinar si la depresión predomina en el sexo femenino o sexo masculino en los pacientes hospitalizados.

3. Identificar en que tipo de patologías se presenta más frecuentemente la depresión en pacientes hospitalizados.

MATERIAL Y METODOS.

Diseño de Estudio: Transversal analítico.

Para llevar a cabo este estudio se realizaron cuestionarios clínicos a todos los pacientes que ingresaron al servicio de Medicina Interna del Hospital General de Ticomán que reunieron todos los criterios de inclusión. Estos cuestionarios se basan en la evaluación cuantitativa de la sintomatología depresiva. La característica fundamental de estas mediciones es que se formulan preguntas buscando obtener una respuesta binaria: positiva o negativa (se tiene ó no se tiene). Estos cuestionarios se aplicaron al ingreso hospitalario y posteriormente a los 7 días de estancia hospitalaria.

- Escala de Golberg
- Minimental state
- Lápiz y Plumas
- Computadora
- Hojas de recolección de datos
- Hojas de autorización

Escala de Ansiedad y Depresión de Goldberg

	SI	NO	NO SE
1. ¿Se ha sentido con poca energía?			
2. ¿Ha perdido usted el interés por las cosas?			
3. ¿Ha perdido la confianza en sí mismo?			
4. ¿Se ha sentido usted desesperanzado, sin esperanzas?			
(Si hay respuestas afirmativas a cualquiera de las preguntas anteriores, continuar)			
5. ¿Ha tenido dificultades para concentrarse?			
6. ¿Ha perdido peso? (a causa de su falta de apetito)			
7. ¿Se ha estado despertando demasiado temprano?			
8. ¿Se ha sentido usted enlentecido?			
9. ¿Cree usted que ha tenido tendencia a encontrarse peor por las mañanas?			
TOTAL DEPRESIÓN			

CRITERIOS DE VALORACIÓN

Escala de DEPRESIÓN: 2 ó más respuestas afirmativas.

CRITERIOS DE INCLUSION

1. Pacientes mayores de 18 años que ingresen al servicio de Medicina Interna del Hospital General de Ticomán.
2. Pacientes con funciones mentales conservadas
3. Pacientes que acepten ingresar al protocolo de estudio con realización de cuestionario de depresión.

CRITERIOS DE NO INCLUSION

1. Pacientes con deterioro del estado de alerta
2. Pacientes menores de 18 años
3. Pacientes que no acepten participar en el estudio.
4. Pacientes en tratamiento con fármacos antidepresivos.
5. Pacientes en tratamiento con fármacos que se inducen depresión.
6. Pacientes con diagnóstico preestablecido de depresión mayor.

CRITERIOS DE EXCLUSION

1. Pacientes que desarrollen encefalopatía o enfermedad vascular cerebral
2. Pacientes que fallezcan durante su estancia en el servicio (de causa ajena al suicidio)

CALCULO DEL TAMAÑO DE MUESTRA

DISEÑO TRANSVERSAL

FORMULA

$$N = \frac{(Z \cdot \alpha/2)^2 \cdot [P \cdot (1 - p)]}{d^2}$$

$$n = \frac{(1.96)^2 \cdot (.30) \cdot (1 - .30)}{0.10}$$

$$n = \frac{3.846 \times 0.7 \times 0.30}{0.01}$$

$$n = \frac{0.806736}{0.01}$$

n = 80.67 = **81**

Donde:

n= tamaño de muestra

Z alfa= Valor del error I (.05) de acuerdo a estadígrafo Z corresponde a l.96

d= Magnitud de las diferencias

p= probabilidad

DEFINICION DE VARIABLES

DEPRESIÓN:

VARIABLE TEMATICA.

Disminución grave del estado de ánimo, pérdida del interés y de la capacidad de disfrutar de las cosas y de las actividades que importaban al individuo. Hay síntomas tanto en el área cognoscitiva como en la vegetativa: la incapacidad de concentrarse, ideas de auto evaluación, de culpa ó de muerte; pérdida de apetito, de peso o la libido; insomnio o fatiga.

VARIABLE OPERACIONAL.

La depresión es la disminución del estado de ánimo, pérdida del interés y de la capacidad de disfrutar las cosa que se desarrollan en los pacientes como consecuencia de su estancia hospitalaria, independientemente del padecimiento que haya originado su ingreso.

TIEMPO:

VARIABLE TEMATICA.

Duración de un fenómeno.

VARIABLE OPERACIONAL.

Se designará el tiempo como los días de estancia intrahospitalaría, en este caso se consideran 7 días y su relación directa con el desarrollo de depresión en los pacientes evaluados.

RESULTADOS

Se incluyeron 82 pacientes hospitalizados en el servicio de Medicina Interna, independientemente del diagnóstico motivo de su ingreso, aplicándose una encuesta para evaluar escala de depresión el día de su ingreso, el cual corresponde al Cuestionario 1 y a los 6 días de hospitalización, correspondiente al Cuestionario 2. Se tomó en cuenta dentro de la prueba si el puntaje obtenido por el paciente es de 0 a 1 puntos ó de 2 ó más puntos, dado que en la prueba aplicada de Golberg una puntuación mayor de 2 puntos es positiva para depresión. Fueron evaluados un total de 52 mujeres (52.4%) y 39 hombres (47.6%); de las mujeres evaluadas 30 tuvieron escala con resultado menor de 2 puntos y sólo 13 tuvieron escala mayor de 2 puntos, a su ingreso, es decir, en el cuestionario 1; en el cuestionario 2 (a los 7 días de hospitalización), 26 de las 43 mujeres tuvieron más de 2 puntos en la escala de depresión y solamente 17 presentaron puntuación menor de 2. De los de 39 evaluados 31 tuvieron menos de 2 puntos al ingreso y 8 ingresaron con puntuación mayor de 2, transformándose estas cifras en el cuestionario 2 a 25 hombres con más de 2 puntos y solamente 14 con menos de 2 puntos en la escala de depresión a los 7 días de hospitalización.

Las edades de los pacientes es de 18 a 84 años, correspondiendo el mayor porcentaje a los pacientes de 50 a 60 años (27%), seguido de los pacientes de 40 a 50 años de edad (18%). Respecto a la frecuencia de los padecimientos encontrados fueron los crónico-degenerativos (diabetes mellitus, hipertensión arterial sistémica, insuficiencia renal crónica, insuficiencia hepática crónica) 30 pacientes, 12 hombres y 18 mujeres, seguido de padecimientos agudos no infecciosos (crisis asmática, infarto agudo al miocardio, tromboembolia pulmonar) 25 pacientes, 12 hombres y 13 mujeres, infecciones agudas (neumonía, pielonefritis) 13 pacientes, 6 hombres y 7 mujeres, infecciones crónicas (infección por VIH) 8 pacientes, todos los 8 de sexo masculino y finalmente los del grupo de otras patologías con 6 pacientes , 1 hombre y 5 mujeres. De éstos, se encontró un mayor porcentaje de depresión durante el internamiento en el grupo de pacientes

con padecimientos crónicos, tanto crónico-degenerativos en los que 8 mujeres y 4 hombres tuvieron más de 2 puntos al ingreso y en el cuestionario 2 el número de mujeres se incrementó a 15 y el de hombres a 11; como infecciones crónicas donde unicamente se captaron pacientes de sexo masculino de los cuales 2 a su ingreso tuvieron más de 2 puntos y los 8 pacientes estudiados tuvieron mas de 2 puntos en el segundo cuestionario, cabe mencionar que este grupo está representado por aquellos infectados por el VIH; de los pacientes con infecciones agudas 4 tuvieron más de 2 puntos al ingreso y 4 presentaron más de 2 puntos al segundo cuestionario. En base a la aplicación de la prueba de depresión de Golberg realizada en este estudio para determinar el estado de depresión al ingreso y posteriormente a los 7días de estancia hospitalaria, considerando al tiempo de hospitalización como un factor para el desarrollo de depresión los resultados se calcularon mediante Chi2, dado que la muestra no se distribuyó bajo parámetros de normalidad se utilizó esta prueba no paramétrica, obteniendo una P=0.01, dando una diferencia significativa. Del total de hombres, el 43.58% se deprimieron durante su estancia hospitalaria Vs el 30.9% de las mujeres.

DISCUSION.

Los objetivos de este estudio se llevaron a cabo, al demostrar que, efectivamente el tiempo de hospitalización influye sobre el estado anímico de los pacientes. Con el presente estudio corroboramos que la hospitalización prolongada es un factor de riesgo para depresión, tal como se refiere en la literatura donde los pacientes que cursan con padecimientos que ameritan estancia hospitalaria prolongada tienen mayor riesgo de depresión, tal como se publicó en octubre del 2005 en la Revista Americana de Enfermedades Renales, donde se evaluó el diagnóstico físico de depresión en correlación con la hospitalización en los pacientes que reciben hemodiálisis por tiempo prolongado, llegándose a la conclusión de que la sintomatología depresiva fue asociada significativamente a un incremento en la estancia hospitalaria, independientemente de las características demográficas y comorbilidades.

Dentro de este estudio cabe destacar que la depresión se presenta más asociada a enfermedades crónicas, lo cual coincide con la literatura donde queda claro que de los pacientes con padecimientos crónicos, como aquellos con diabetes mellitus en los que se ha demostrado que la depresión es 2 veces mayor que en otras patologías; otro ejemplo son los pacientes con insuficiencia renal crónica sometidos a diálisis, de los cuales el 40% tienen síntomas de depresión y cerca del 20% cursan con depresión mayor; además de que se conoce que los dolores y enfermedades crónicas causan estados de frustración en las personas, así como dificultad para adaptarse al rol familiar y social, lo cual conlleva al aislamiento y a la depresión.

Un sesgo que se pudo observar en nuestro estudio es la diferencia entre el número de varones y de mujeres ingresadas; pero aún así nuestro resultado coincide con la literatura, en la cual las mujeres desde un inicio mostraron mayor frecuencia a la depresión obteniendo un incremento porcentual de la prueba positiva (igual o mayor a 2 puntos), sin embargo, cabe destacar que la conversión de la prueba de negativa al ingreso a positiva posterior a los 7 días tuvo mayor predominio en los varones; de los 34 estudiados, 64% tuvieron una prueba

positiva a los 7 días y de las 43 mujeres 60%; y, excluyendo el número de pacientes que tuvieron una prueba positiva al ingreso, la conversión de pacientes a prueba positiva a los 7 días del ingreso fue de 43.8% del total de los hombres y del 30.9% del total de las mujeres.

Dentro de este estudio se encontró una diferencia significativa entre la depresión al ingreso y a los 7 días de hospitalización.

Se requieren estudios de seguimiento no sólo para evaluar el pronóstico de los pacientes, sino para determinar si una psicoterapia temprana ayudaría a mejorar la salud integral del individuo, el apego al tratamiento y su mejor adaptación social.

CONCLUSIONES

Dentro de éste estudio se evaluó el desarrollo de depresión de cuerdo a los días de estancia hospitalaria, aplicándose la prueba de Golberg (prueba estandarizada para depresión) al 1er día de estancia y a los 7 días de la misma, concluyéndose que sí existe positividad de la prueba de Golberg en pacientes hospitalizados por diversas patologías en el servicio de Medicina Interna del Hospital General de Ticomán. El objetivo de este estudio fue evaluar la existencia de depresión conforme al tiempo de hospitalización, encontrando que sí existe un mayor número de pacientes deprimidos después de 7 días de hospitalización valorados por escala de Golberg con una diferencia significativa entre la depresión al ingreso y al egreso de los pacientes a la semana de hospitalización. Dentro de los pacientes hospitalizados que presentaron la prueba positiva para depresión a los 7 días de estancia predomino el sexo masculino sobre el sexo femenino. Las patologías más frecuentemente asociadas al desarrollo de depresión, dentro de este estudio fueron los padecimientos crónicos

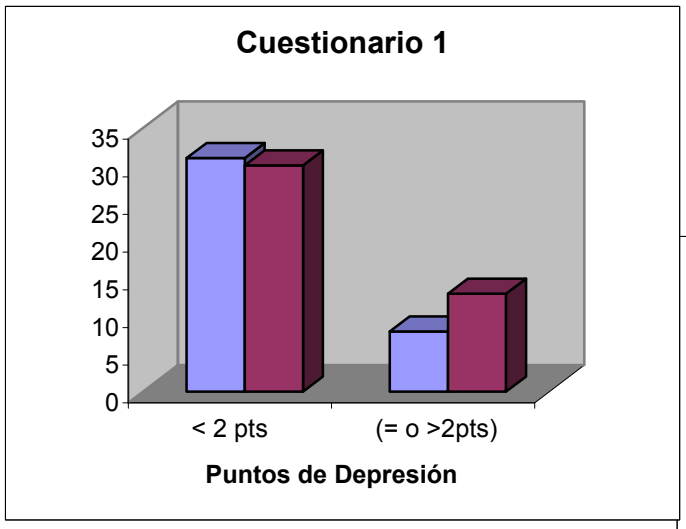
BIBLIOGRAFÍA

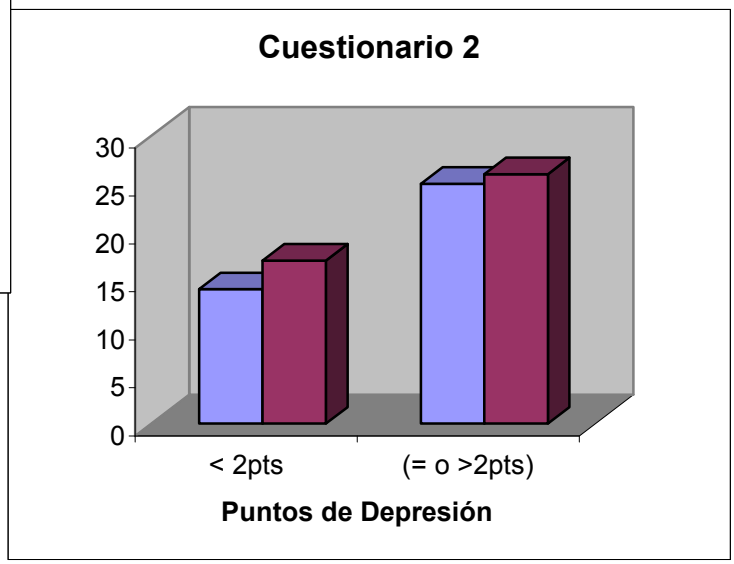
1. Simon GE, Vonkorff M. Recognition, management and outcomes of depression in primary care. Arch Fam Med 2003; 4: 99-105.
2. Parmelee PA, Katz IR, Lawton MP. Depresion and mortality among institutionalized aged. J Gerontol B Psychol Sci Soc 2002; 47B:3-10.
3. Zivin Bambauer Kara, Locke Steven E, Onesky Alpont. Using the Hospital Anxiety and Depression Scale to screen for depression in cardiac patients. 2005; 27: 275-284
4. Mc Cartney JR, Boland RJ. Anxiety and delirium in the intensive care unit. WB Sanders Co. 2002; 673-680
5. Goldberg D, Bridges K, Duncan-innes P, Grayson D. Detecting anxiety and depression in general medical settings. Br Medí 2000.97: 897-9.
6. Linda H. Powell, Diane Catellier, Freedland Kenneth, Burg Matthew M. Depresion and Heart failure in patients with a new miocardial infarction. American Heart Journal 2005; 149: 851-5)
7. Danish Cancer Society. Depression and Cancer Risk. Oxford University Press. 2002.
8. Deeg, Dorly, Aartjan. Cognitive Impairment With Chronic Disease in Depression and Mortality. Arch Gen Psychiatry, 2001; 58: 306-307.
9. Peyrot, Mark. Depression: A Quiet Killer by Any Name. Diabetes Care J 2003; 26: 2952-53.
10. Tsoh, Janice, Humfleet, Gary. Development of Major Depression After Treatment for Smoking Cessation. Am J Psychiatry 2000; 157: 368-374.
11. Sherry L. Grace, PhD, Susan E. Abbey, MD, Moira K. Kapral, MD, et al. Effect Of Depression on Five-Year Mortality an acute Coronary Syndrome. Am J Cardiol 2005;96:1179-1185
12. S. Susan Hedayati, MD, Steven C. Grambow, PhD, Linda A. Szczech et al. Physician-Diagnosed Depression as a Correlate Of Hospitalizations In Patients Receiving Long-Term Hemodialysis. Am J Kidney Diseases 2005 46: 642-649.

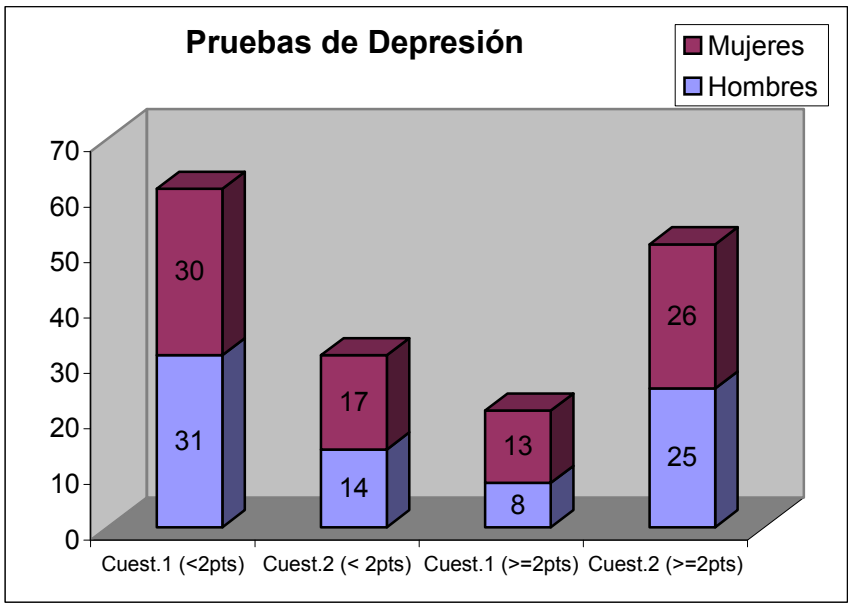
13. Watkins Lana L., Schneiderman Neil, Blumenthal James A., Sheps David S., Catellier Diane, Taylor C Barr et al. Cognitive and Somatic Symptoms of Depression are Associated With Medical Comorbility in Patients After Acute Miocardial Infarction. Am Heart J 2003; 146;48-54.
14. Romanov, Varjonen, Karpio. Life events and depressiveness. Acta Psychiatry Scand 2003; 107: 25-33.
15. Rumsfeld John S. MD, Jones Philip G, Whooley Mary A, Sullivan Mark D, Bertam Pitt, Weintraub William S, Spertus John A. Depresion predicts mortality and hospitalization in patients with myocardial infarction complicated by heart failure. Am Heart J 2005; 150: 961-7.

ANEXOS:

Prueba de depresión	Cuestionario1 <2pts (sin depresión)	Cuestionario1 ≥ 2pts (con depresión)	Cuestionario2 <2pts	Cuestionario2 ≥ 2pts
Hombres	31	8	14	25
Mujeres	30	13	17	26
Total	61	21	31	51



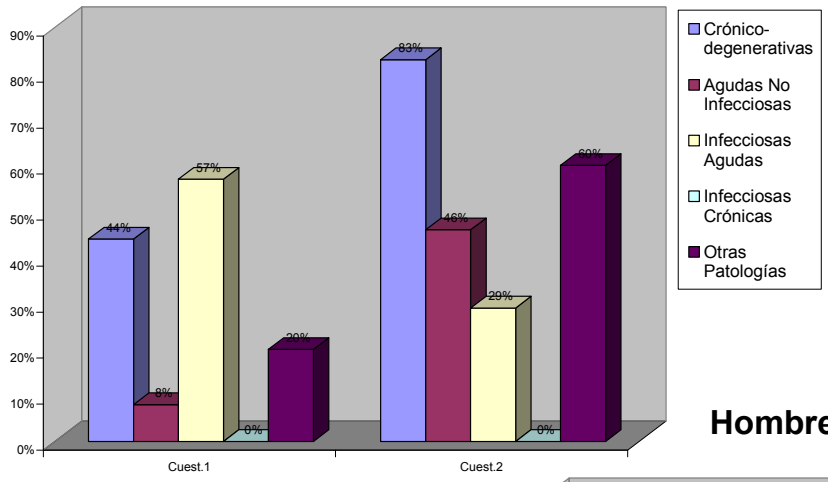




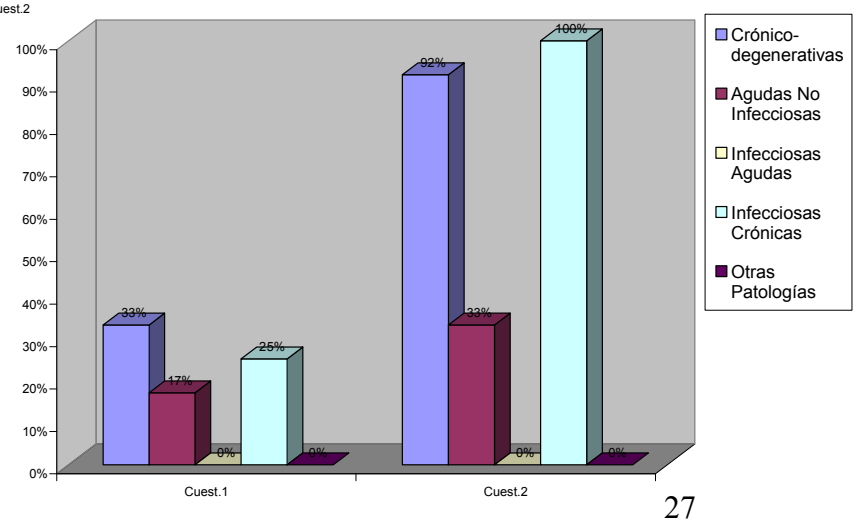
		Crónico-degenerativas	Agudas No Infecciosas	Infecciosas Agudas	Infecciosas Crónicas	Otras Patologías
Mujeres con depresión	Cuest.1	8 (Total 18)	1 (total 13)	4 (Total 7)	----	1 (de 5)
	Cuest.2	15	6	2	-----	3 (de 5)
Hombres con depresión	Cuest.1	4 (total 12)	2 (total 12)	-- (Total 6)	2 (de 8)	--- (de 1)
	Cuest.2	11	4 (total 12)	2 (de 6)	8	--- (de 1)

		Crónico-degenerativas	Agudas No Infecciosas	Infecciosas Agudas	Infecciosas Crónicas	Otras Patologías
Mujeres con depresión	Cuest.1	44%	8%	57%	0%	20%
	Cuest.2	83%	46%	29%	0%	60%
Hombres con depresión	Cuest.1	33%	17%	0%	25%	0%
	Cuest.2	92%	33%	0%	100%	0%

Mujeres con depresión

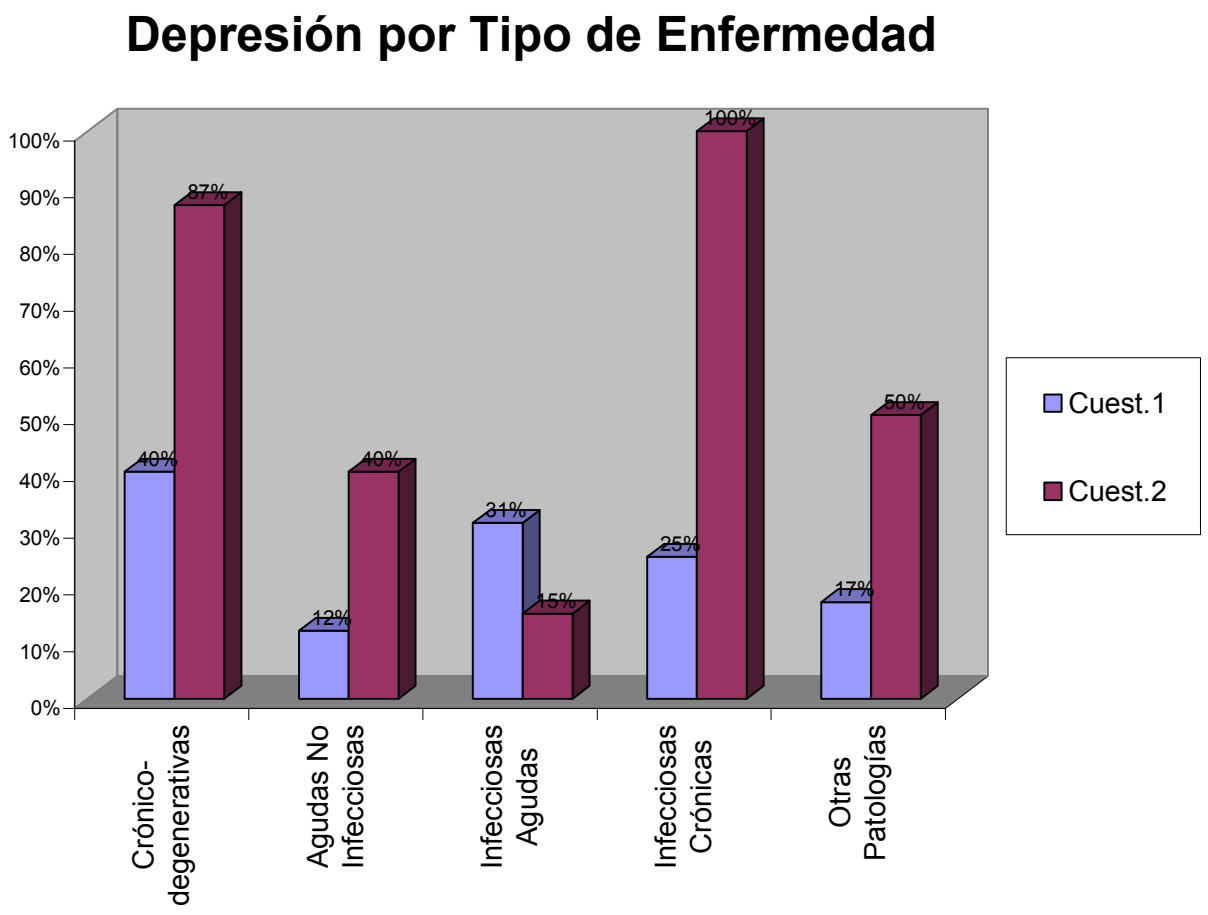


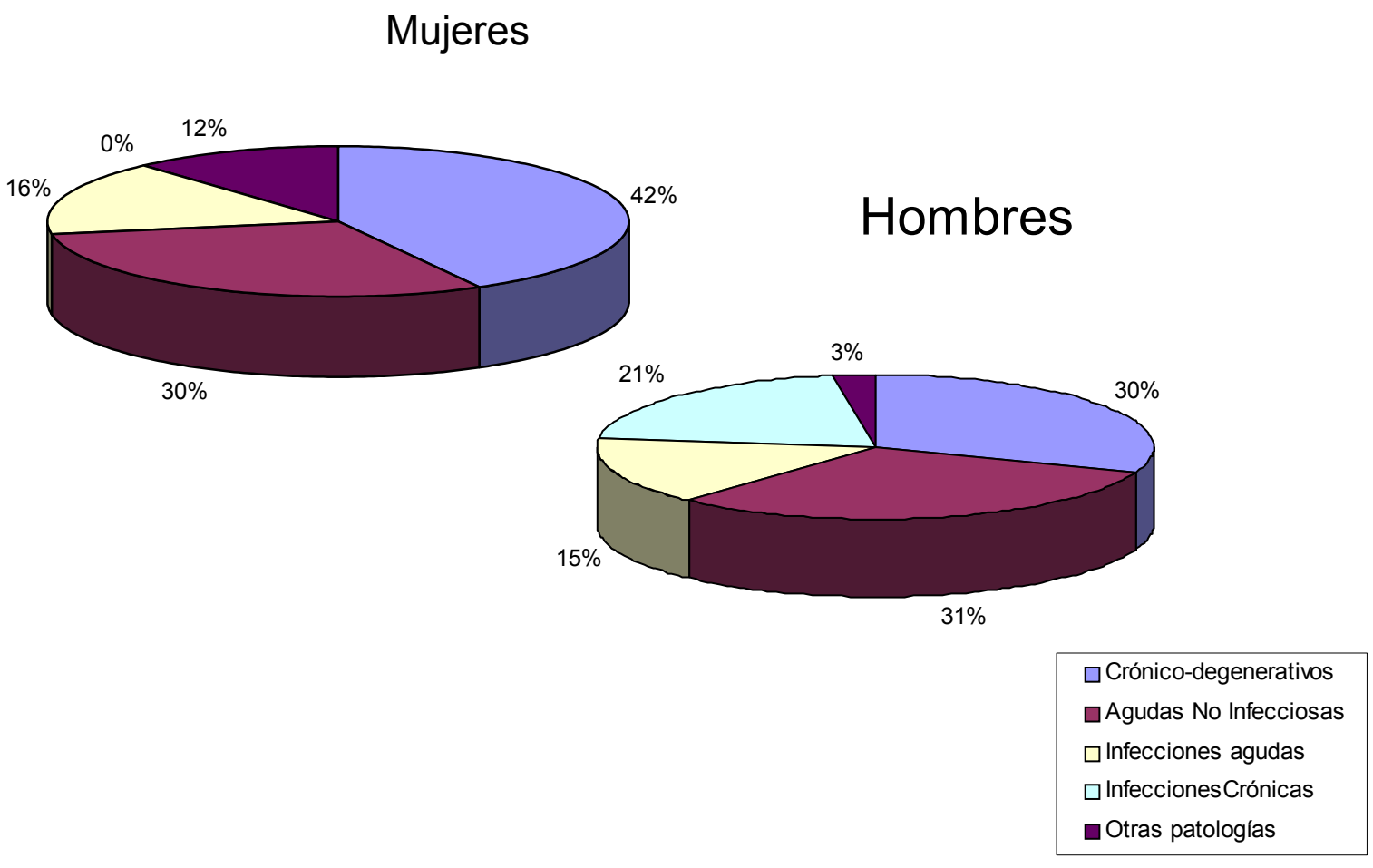
Hombres con Depresión



	Crónico-degenerativas	Total	Agudas No Infecciosas	Total	Infecciosas Agudas	Total	Infecciosas Crónicas	Total	Otras Patologías	Total
Cuest.1	12	30	3	25	4	13	2	8	1	6
Cuest.2	26	30	10	25	2	13	8	8	3	6

	Crónico-degenerativas	Agudas No Infecciosas	Infecciosas Agudas	Infecciosas Crónicas	Otras Patologías
Cuest.1	40%	12%	31%	25%	17%
Cuest.2	87%	40%	15%	100%	50%



	Crónico-degenerativos	Agudas No Infecciosas	Infecciones agudas	Infecciones Crónicas	Otras patologías
Hombres	12	12	6	8	1
Mujeres	18	13	7	0	5
Total	30	25	13	8	6

	Crónico-degenerativos	%	Agudas No Infecciosas	%	Infecciones agudas	%	Infecciones Crónicas	%	Otras patologías	%
Hombres	12	40%	12	48%	6	46%	8	100%	1	17%
Mujeres	18	60%	13	52%	7	54%	0	0%	5	83%
Total	30		25		13		8		6