

**UNIVERSIDAD NACIONAL DE SAN ANTONIO ABAD DEL CUSCO**  
**FACULTAD DE CIENCIAS DE LA SALUD**  
**ESCUELA PROFESIONAL DE MEDICINA HUMANA**



**TESIS:**

**“FACTORES ASOCIADOS A DEPRESIÓN Y ANSIEDAD EN PACIENTES  
HOSPITALIZADOS DEL HOSPITAL REGIONAL DEL CUSCO EN FEBRERO  
DEL 2020”**

**PRESENTADO POR:**

**Bach: OLABARRERA FLOREZ REYNALDO ANDERSON**

**Para optar el título profesional de Médico Cirujano**

**ASESOR:**

**Med. VICTOR HUGO ARIAS CHAVEZ**

**COASESOR**

**Med. CARLOS ALBERTO VIRTO CONCHA**

**CUSCO – PERÚ**

**2020**

## **AGRADECIMIENTOS**

**A Dios,** por permitirme culminar esta parte de la vida con satisfacción, salud y conocimientos.

**A mis padres,** por haberme impulsado a terminar lo que comenzó por haberme acompañado en mis pequeños logros y sobre todo apoyarme siempre a ser mejor justo y respetuoso.

**A mi familia,** por darme apoyo incondicional en cada momento, por regalarme momentos inolvidables y tener paz y armonía cuando con ellos estoy.

**A los alegres y a los de siempre,** por haber acompañado en esta exhausta carrera de desesperación y agonía, como a la vez de alegrías y buenos momentos que quedan en recuerdos.

**A Cristina,** por haber llegado a mi vida y darme fuerzas diarias para seguir adelante y luchar a la vez con todo y con todos conjuntamente por un sueño propuesto.

## **DEDICATORIA**

**A mis padres,** porque es el fruto de su esfuerzo y paciencia desde que nací.

**A mi familia,** por ser el motivo de mejora diaria.

**A cristina,** porque con este pequeño paso podemos poner un granito de arena a nuestros sueños.

## CONTENIDO

<b>CONTENIDO</b> .....	<b>i</b>
<b>RESUMEN</b> .....	<b>iii</b>
<b>ABSTRACT</b> .....	<b>iv</b>
<b>INTRODUCCIÓN</b> .....	<b>v</b>
<b>CAPÍTULO I: EL PROBLEMA DE LA INVESTIGACIÓN</b> .....	<b>1</b>
1.1 Fundamentación del problema .....	1
1.2 Formulación del problema .....	3
1.2.1 Problema general .....	3
1.2.2 Problemas específicos .....	3
1.3 Objetivos de la investigación.....	3
1.3.1 Objetivo general.....	3
1.3.2 Objetivos específicos.....	3
1.4 Justificación de la investigación .....	4
1.5 Limitaciones de la investigación.....	6
1.6 Aspectos éticos.....	6
<b>CAPITULO II: MARCO TEÓRICO CONCEPTUAL</b> .....	<b>7</b>
2.1 Antecedentes de la investigación.....	7
2.2 Marco teórico.....	13
2.3 Definición de términos básicos .....	23
2.4 Hipótesis.....	25
2.5 Variables.....	26
2.5.1 Variables implicadas.....	26
2.6 Definiciones operacionales .....	27
<b>CAPITULO III: METODOS DE INVESTIGACIÓN</b> .....	<b>34</b>
3.1. Tipo de investigación.....	34
3.2. Diseño de la investigación.....	34
3.3. Población y muestra .....	34
3.3.1. Descripción de la población .....	34
3.3.2. Criterios de selección .....	34
3.3.3. Muestra: Tamaño de muestra y método de muestreo.....	34
3.4. Técnicas e instrumento de recolección de datos.....	35
3.5. Plan de análisis de datos .....	37
<b>CAPITULO IV: RESULTADOS, DISCUSION, CONCLUSIONES Y SUGERENCIAS</b> .....	<b>38</b>
5.1 Resultados .....	38
5.2 Discusión .....	54

5.3 Conclusiones.....	60
5.4 Sugerencias .....	61
<b>REFERENCIAS BIBLIOGRÁFICAS.....</b>	<b>62</b>
<b>ANEXOS .....</b>	<b>68</b>

## RESUMEN

**Antecedentes:** En la última década se hicieron estudios que aseveran la gran problemática que tiene la depresión y la ansiedad como problemas en los hospitalizados, estos son desencadenados por otros factores de riesgo demostrados en otras poblaciones del mismo rasgo que la nuestra, estos factores afectan a nuestro psiquis y la deterioran hasta llevarnos a la depresión. Afectando no solo al individuo sino a la familia y la sociedad. Haciendo también que se vea afectado el entorno del paciente hospitalizado.

**Objetivo:** Analizar los factores asociados a la depresión y ansiedad de los pacientes hospitalizados en el Hospital Regional del Cusco en febrero del 2020.

**Materiales y Métodos:** Un estudio de tipo transversal analítico. Participando un total de 184 pacientes de los distintos servicios de hospitalización del Hospital Regional del Cusco. Utilizando el instrumento de la Escala de Ansiedad y Depresión Hospitalaria (HADS).

**Resultados:** Se encontró que el 21.74% presentó caso clínico de depresión y caso clínico de ansiedad de 30.43%. Con respecto a los factores asociados a la depresión fueron las distintas comorbilidades, el antecedente familiar de enfermedad mental, la disfunción familiar en grado moderado y grave, consumo de riesgo de alcohol, haber estado hospitalizado por alguna cirugía previa, visita familiar, ser ama de casa y tener alguna creencia religiosa. En cambio los factores asociados a la ansiedad fueron el sexo femenino, la disfunción familiar moderada y grave, el consumo de riesgo de alcohol, la hospitalización actual en los servicios de Cirugía general y los distintos de Medicina y tener alguna creencia religiosa.

**Conclusión:** Los factores asociados como comorbilidades, hospitalización previa, el servicio de hospitalización, antecedente familiar de enfermedad mental la visita familiar, la funcionalidad familiar, consumo de alcohol, la situación laboral, la religión y el sexo están asociados a la ansiedad y la depresión en pacientes hospitalizados del Hospital Regional del Cusco.

**Palabras clave:** Depresión, ansiedad, factores asociados, paciente hospitalizado.

## ABSTRACT

“FACTORS ASSOCIATED WITH DEPRESSION AND ANXIETY IN HOSPITALIZED PATIENTS OF THE REGIONAL HOSPITAL OF CUSCO IN FEBRUARY 2020”

**Background:** In the last decade, studies were carried out that affirm the great problems of depression and anxiety as problems in hospitalized patients, these are triggered by other risk factors demonstrated in other populations of the same trait as ours, these factors affect our psyche and deteriorate it to the point of depression. Affecting not only the individual but the family and society. Also causing the environment of the hospitalized patient to be affected.

**Objective:** To analyze the factors associated with depression and anxiety in patients hospitalized at the Cusco Regional Hospital in February 2020.

**Materials and Methods:** An analytical cross-sectional study. Participating a total of 184 patients from the different hospitalization services of the Hospital Regional del Cusco. Using the instrument of the Hospital Anxiety and Depression Scale (HADS).

**Results:** It was found that 21.74% presented clinical case of depression and clinical case of anxiety of 30.43%. Regarding the factors associated with depression, there were different comorbidities, a history of family mental illness, moderate and severe family dysfunction, alcohol risk consumption, having been hospitalized for some previous surgery, family visit, being a housewife and have some religious belief. On the other hand, the factors associated with anxiety were female sex, moderate and severe family dysfunction, alcohol risk consumption, current hospitalization in the General Surgery and non-Medicine departments, and having some religious beliefs.

**Conclusion:** Associated factors such as comorbidities, previous hospitalization, hospitalization service, family history of mental illness, family visit, family functionality, alcohol consumption, work situation, religion and sex are associated with anxiety and depression. in hospitalized patients of the Regional Hospital of Cusco.

**Key words:** Depression, anxiety, associated factors, hospitalized patient.

## INTRODUCCIÓN

“FACTORES ASOCIADOS A DEPRESIÓN Y ANSIEDAD EN PACIENTES HOSPITALIZADOS DEL HOSPITAL REGIONAL DEL CUSCO, EN FEBRERO DEL 2020”

Nuestra sociedad en vías de desarrollo y con bajos recursos económicos, se caracteriza por presentar muchos problemas de salud, dentro de ellos se encuentra la salud mental.

La depresión al ser considerado un trastorno mental con alta tasa de discapacidad global ha sufrido un considerable aumento en la última década siendo inclusive un predisponente que altera la salud física del individuo, provocando enfermedad y mayor estancia hospitalaria. De igual manera la ansiedad se manifiesta en un buen número de pacientes hospitalizados y la gran mayoría de veces concomitante con el trastorno depresivo; generando así disminución en las tasas de recuperación.

Existen factores relacionados a la buena salud mental, pero también hay quienes la perjudican. Estas afectan la parte orgánica, inmunológica, bioquímica, genética y la psíquica del individuo.

Estos factores provienen de diferentes contextos e inclusive de uno mismo, siendo clasificados para este estudio; en factores clínicos, de antecedentes, contextuales, factores de consumo de sustancias y los sociodemográficos. Todos ellos parte del estudio que llevó a ver cuánto afectan cada una de ellas y como se relacionan con ambos trastornos en los pacientes hospitalizados.

Habiéndose designado a este grupo como parte del estudio por su importancia dentro del ente asistencial catalogándoles como un grupo vulnerable de presentar trastornos mentales, en su mayoría ansioso depresivos. Estos trastornos provocan discapacidad momentánea y futura, afectan en la terapia y así mismo en la mejoría y rehabilitación del paciente, expresándose en un incremento del tiempo hospitalario y un tratamiento prolongado sin muy buena efectividad.

La tesis consta de cuatro capítulos; el primero enfoca el problema de la depresión y ansiedad como consecuencia y de los factores a evaluar en el presente protocolo; el segundo capítulo detalla todo el conocimiento ya establecido en tesis, guías y protocolos sobre este problema en nuestra actualidad, nos da a conocer la hipótesis, variables y definiciones; igualmente en el tercer capítulo se hablara de la metodología a emplear para poder obtener los resultados en el presente trabajo de investigación, por último el estudio nos da a conocer en su cuarto capítulo los resultados obtenidos, discusión con otros estudios igualmente con la bibliografía y por ultimo las conclusiones y sugerencias.

## **CAPÍTULO I: EL PROBLEMA DE LA INVESTIGACIÓN**

### **1.1 Fundamentación del problema**

El 2019 existe alrededor de 300 millones de personas con enfermedades psiquiátricas según la OMS, del total si se ahonda en pacientes con depresión como la principal causa de discapacidad presumiéndose que para este 2020 llega a ser la segunda en el mundo y contribuyendo con la morbilidad general mundial, siendo poco tratada y subdiagnosticada, al mismo tiempo en el mundo, 260 millones presentan trastornos de ansiedad (1). En el lado de Latinoamérica se observa un incremento comparativo hace más de una década, donde alcanza hasta el 17% de nuestra población, nos muestran en los últimos reportes a una población joven de 47 millones, y ascendiendo a una cantidad de 38 millones en lo que viene a ser la depresión mayor y los distintos tipos de trastornos ansiosos bordeando los 30 millones (1, 2). Mencionando un predominio de ambos trastornos en el sexo femenino y teniendo efecto económico a nivel global por falta de tratamiento además genera un factor de riesgo para otras enfermedades (3, 4).

Enfocando en nuestro país se encontró que el 2003 precisaban en nuestra sierra central la presencia de mayor del tercio (37.3%) del total de entrevistados presentó algún trastorno psiquiátrico y prevaleciendo la ansiedad como la más frecuente (21.1%) y haciendo una medición de la prevalencia anual los trastornos depresivos se encontraban detrás de los trastornos por consumo de sustancias con un 17% (5).

En el Perú, para el 2018 se publica que las patologías neuropsiquiátricas representan de la carga de enfermedad el 17,5% y produciendo una pérdida de más de un millón de años de vida saludables. En promedio el 20.7% padece algún tipo de trastorno mental siendo la población mencionada mayor de 12 años, yaciendo mayor los episodios depresivos en un promedio nacional en 7.6% anuales. Se encuentra que estos trastornos suelen estar ligados a la presencia de patologías de tipo cardiovasculares, neoplásicas, infección por VIH, tuberculosis, morbilidad ginecológica, accidentes de tránsito y a la vez afectan la adherencia a la terapia de diferentes padecimientos (6).

En nuestra región la población afectada de algún trastorno mental es del 14.3% (6). en la región Cusco el 2018 se consideró que en los centros asistenciales se registró 6647 casos de depresión, siendo importante ya que afecta el incremento en la incidencia de conductas suicidas, el 60 % de estos pacientes no regresa a consulta y se reporta a 182 personas que presentó conductas suicidas a causa de no haber terminado su tratamiento (7). Se menciona que la aparición de depresión en usuarios hospitalarios con alguna enfermedad física común oscila entre un 3 a 10 % y comparado con los pacientes con tuberculosis que su incidencia asciende a un 46 % (8).

De lo tratado anteriormente, se observan en los estudios presentados que la población de pacientes hospitalizados por distintas patologías determinadas constituyen una fuente del incremento de las tasas de depresión y ansiedad, estos son los pacientes que constan con alguna patología, predominando aquellos con enfermedades crónicas, oncológicas y con un mal pronóstico, las que se ven supeditadas a un mejor tratamiento psicoterapéutico (27).

Mencionando a los pacientes hospitalizados y sus enfermedades, estos presentan un tipo de estrés crónico y este descrito en los estudios, en donde se presume existir la relación con la manifestación de los trastornos depresivos y ansiosos explicados por su fisiopatología (9). Agregando a este la acción del sistema inmunológico del paciente y todo lo que compromete (10).

Se observa en estudios previos que existe una relación con el riesgo de depresión frente a los factores clínicos como padecimientos neurológicos, deterioro de la funcionalidad tanto física como cognitivo y la invalidez visto en adultos mayores (11). Igualmente el subdiagnóstico de la patología mental en pacientes con eventos cardiovasculares y las enfermedades crónicas (12). Similarmente en la EPOC se menciona la comorbilidad que hay con la depresión, haciendo que su presencia conduzca a peores resultados clínicos, así siendo de relevancia su diagnóstico y tratamiento oportuno durante el periodo de hospitalización (13).

## **1.2 Formulación del problema**

### **1.2.1 Problema general**

¿Cuáles son los factores asociados a la depresión y ansiedad en los pacientes hospitalizados del Hospital Regional del Cusco en febrero del 2020?

### **1.2.2 Problemas específicos**

- 1) ¿Cuáles son los factores clínicos asociados a la depresión y ansiedad de los pacientes hospitalizados en el Hospital Regional del Cusco en febrero del 2020?
- 2) ¿Cuáles son los antecedentes patológicos de salud mental asociados a la depresión y ansiedad de los pacientes hospitalizados en el Hospital Regional del Cusco en febrero del 2020?
- 3) ¿Cuáles son los factores sociales asociados a la depresión y ansiedad de los pacientes hospitalizados en el Hospital Regional del Cusco en febrero del 2020?
- 4) ¿Cuáles son los factores de consumo de sustancias asociados a la depresión y ansiedad de los pacientes hospitalizados en el Hospital Regional del Cusco en febrero del 2020?
- 5) ¿Cuáles son los factores sociodemográficos relacionados a la depresión y ansiedad de los pacientes hospitalizados en el Hospital Regional del Cusco en febrero del 2020?

## **1.3 Objetivos de la investigación**

### **1.3.1 Objetivo general**

Analizar los factores asociados a la depresión y ansiedad de los pacientes hospitalizados en el Hospital Regional del Cusco en febrero del 2020.

### **1.3.2 Objetivos específicos**

- 1) Relacionar los factores clínicos con la depresión y ansiedad de los pacientes hospitalizados.
- 2) Analizar los antecedentes patológicos de la salud mental de los pacientes hospitalizados.
- 3) Encontrar la relación de los factores sociales con la depresión y ansiedad de los pacientes.
- 4) Demostrar la relación de los factores de consumo de sustancias con la depresión y ansiedad de los pacientes hospitalizados.
- 5) Relacionar los factores sociodemográficos con la depresión y ansiedad de los pacientes hospitalizados.

## **1.4 Justificación de la investigación**

Dentro de la salud se habla tanto del bienestar social, físico y psicológico, no solo carencia de patología orgánica. Partiendo desde ese punto de vista en nuestros centros asistenciales y de la mayor parte del mundo se observa un déficit del diagnóstico de las enfermedades mentales, existiendo subdiagnóstico. Dejándose de lado el concepto de salud mental.

Los hospitalizados tienen la presencia de sintomatología depresiva y ansiosa relacionándose con los procesos crónicos como por ejemplo diversos tipos de cáncer, enfermedades infecciosas que bordea el cincuenta por ciento de pacientes en diversos estudios y otros. Y sobre todo asociado a problemas de estrés crónico que vienen presentando ya los pacientes con alguna patología y por ende pudiendo agravar su problema inicial si este presenta alguna sintomatología depresiva y/o ansiosa que no es tratado ni diagnosticada en ningún momento de la estancia hospitalaria.

### **Conveniencia**

El estudio sirve para evidenciar la presencia de los trastornos mentales en los diferentes servicios del Hospital Regional del Cusco y al mismo tiempo asociar estos trastornos con aquellos predisponentes clínicos, sociales y demográficos que presenta cada paciente, pero al momento encontrándose desconocida en nuestro medio.

### **Relevancia social**

Dentro de los hospitales la salud mental es poco tratada, siendo un obstáculo en el tratamiento, recuperación y rehabilitación futura del paciente hospitalizado, ya que mientras un paciente con implicaciones psiquiátricas afecta a su entorno, ya que ambos trastornos implican discapacidad y afecta la economía de la familia como de la sociedad, refiriéndonos al costo del tratamiento de estas patologías es elevado y pudiendo incrementar el tiempo de hospitalización. En caso no se tratasen pueden dar como consecuencia la conducta suicida.

### **Implicaciones prácticas**

Los factores implicados demostrados en la presencia de los trastornos en estudio en un paciente hospitalizado, lograrían que se diagnostique tempranamente el trastorno mental que padece, y pueda llevar una terapia o medicación que mejore la parte psicológica del paciente al ingreso de este. Y con ello reducir el tiempo de hospitalización y la cantidad de días de fármacos utilizados para el tratamiento. En fin buscar la salud mental de los pacientes de los servicios de hospitalización.

### **Valor teórico**

Éste estudio tiene como fin identificar factores que pueden predisponer la aparición de los trastornos mentales en pacientes hospitalizados, buscando se mejoren estos o a la vez estudiar aquellos de alta relación con las patologías mencionadas, ya que no es solo un ente psicológico, también se comprueba que hay presencia de afección hormonal e inmunológica que pueden ser identificados de mejor manera hallándose la relación de la enfermedad.

### **Utilidad metodológica**

Con la objetivación de los factores con alta relación que presentan ambos trastornos, con ello implementar una herramienta para la detección precoz de estos pacientes evidenciado las áreas de hospitalización y patologías con mayor incidencia de estos trastornos. Con esta herramienta detectar al ingreso del paciente y hacer una interconsulta con el especialista para tratar precozmente al paciente ya diagnosticado, realizando una mejora de la salud mental de los pacientes hospitalizados.

## **1.5 Limitaciones de la investigación**

La utilización de instrumentos, donde digitar erróneamente pudo causar algún error en los datos obtenidos.

La utilización de un instrumento con bastantes ítems pudo ser tedioso para el participante, llenando mal por el número de preguntas aplicadas y la negativa de completar su encuesta, produciendo un sesgo de información, donde se tuvo que volver a buscar al encuestado o buscar uno nuevo, recomenzando el proceso de investigación.

Se presentó el sesgo de selección, ya que la muestra de la población pudo o no presentar una menor o mayor exposición a los factores asociados, sobreestimando el problema en general. A la vez se limitó la investigación a pacientes que podían llenar el cuestionario o contar con la capacidad de poder responder coherentemente y adecuadamente, excluyendo tal vez algunos grupos de pacientes que por motivos de la enfermedad no contaron con la capacidad de llenar los cuestionarios o por motivos de la enfermedad no pudieron ni responder a las preguntas.

## **1.6 Aspectos éticos**

- 1) Se realizó el estudio en base a la Declaración de Helsinki de la Asociación Médica Mundial quien preside las investigaciones médicas en seres humanos bajo principios éticos.
- 2) Se solicitó la revisión y conformidad del estudio por parte del Comité de Investigación, de la Oficina de Capacitación y la Dirección Ejecutiva del Hospital Regional del Cusco para poder encuestar a los pacientes.
- 3) Los pacientes fueron informados para participar del estudio previo consentimiento informado. Se solicitó que ellos mismos lean el consentimiento, y que el encuestado firme correspondientemente para su conformidad.
- 4) La participación fue voluntaria sin acto de obligación alguna.
- 5) El encuestado pudo optar por no responder alguna pregunta, y pudo retirarse de la encuesta en cualquier momento.
- 6) Se preservó el anonimato y los datos obtenidos fueron confidencialmente tratados porque las fichas de recolección de datos estuvieron enumeradas, en ausencia de información que identifique al encuestado.
- 7) Los datos fueron manejados bajo estricta responsabilidad del autor principal del trabajo.

## CAPITULO II: MARCO TEÓRICO CONCEPTUAL

### 2.1 Antecedentes de la investigación

#### Antecedentes Internacionales

**Duko B. y cols (Hawassa – Ethiopia, 2019).** En su estudio “Prevalence and factors associated with depression among hospital admitted patients in South Ethiopia: cross sectional study”. El objetivo fue identificar la prevalencia y los factores asociados con la depresión en pacientes ingresados en el Hospital General Adare, Hawassa, Etiopia 2017/2018. Se hizo un estudio de corte transversal utilizando un cuestionario semiestructurado para los factores asociados y el inventario de depresión de Beck en 194 pacientes. Resultando una prevalencia de 38%, una edad de 18-24 años con [AOR=1.24, IC 95 (1.08-5.73)], con enfermedad cardiovascular [AOR=2.20, 95 IC (1.38-7.28)] y estar en sala quirúrgica [AOR= 1.92, 95 IC (2.13-4.12)], tenía asociación estadísticamente significativa con la depresión. Concluye que la depresión fue alto en pacientes ingresados de 18-24 años, tenían algún trastorno cardiovascular y la relación con estar en el quirófano tienen asociación significativa con la depresión (14).

**Huang M. y cols (China, 2019).** En el estudio “High rates of depression, anxiety and suicidal ideation among inpatients in general hospital in China, International Journal of Psychiatry in Clinical”. El objetivo fue investigar las prevalencia de depresión, ansiedad y la ideación suicida en pacientes hospitalizados en un hospital general de china en departamentos no psiquiátricos y hallar la asociación con la sociodemografía. Se utilizó cuestionarios con variables sociodemográficas el cuestionario de salud del paciente-9 (PHQ-9) y la escala de ansiedad generalizada-7 (GAD-7). Resultando de los 1329 pacientes, 422 (31.8%) presentaron síntomas depresivos clínicamente significativos, 204 (15.3%) con ansiedad clínicamente significativa y con ideación suicida 83 (6.3%), pacientes con bajo ingreso familiar se relacionó con la depresión clínicamente significativa, los que tuvieron menores ingresos familiares y con bajo nivel educativo representaron ansiedad clínicamente significativa. Concluyéndose que los tres trastornos mentales se determinaron como problemas comunes en los pacientes hospitalizados de alta prevalencia y se debería prestar mayor atención con respecto a los pacientes con menores ingresos, con bajo nivel educativo y un estado civil no estable (15).

**Anguiano S. y cols. (Asunción – Paraguay, 2017).** En la investigación “Prevalencia de ansiedad y depresión en pacientes hospitalizados”. Cuyo objetivo era evaluar a los pacientes hospitalizados en los servicios de medicina interna y hematología del hospital Juárez de México para establecer la ansiedad, depresión y su relación con el tiempo de enfermedad, donde se efectuó un estudio descriptivo, transversal y correlacional en el cual se empleó la Escala de Ansiedad y Depresión Hospitalaria (HADS) en 111 pacientes hospitalizados. Resultando un 53% del total de pacientes tenía síntomas de ansiedad, y un 47 % con sintomatología depresiva, evaluando el tiempo se obtuvo que con menos de 2 años de enfermedad presenta un  $r^2 (21)=0.697$  ( $p<0.01$ ). Concluyéndose que a mayor tiempo de enfermedad se identifica elevada sintomatología ansiosa y depresiva (16).

**Dos Santos A. Lazzari T. Silva D. (Brasil, 2016).** En el estudio “Health-Related Quality of Life, Depression and Anxiety in Hospitalized Patients with Tuberculosis”. Cuyo objetivo es evaluar la salud con la calidad de vida (HRQL) con una prevalencia sintomatológica de depresión y ansiedad en pacientes hospitalizados con tuberculosis. Siendo el estudio de corte transversal en hospitalizados con patología tuberculosa. Donde se usó el SF-36 y el Hospital Anxiety and Depression Scale (HADS). Se identificaron como resultado que 31.4% presentaba criterios de depresión y 38.4% de ansiedad. Concluyéndose que pacientes con tuberculosis presentan una pobre relación de salud con la calidad de vida y una posible elevada prevalencia de depresión y ansiedad (17).

**Arancibia M. y cols (Valparaíso – Chile, 2016).** En la investigación “Funcionamiento psicosocial en pacientes agudos y crónicos no psiquiátricos en régimen hospitalario: depresión, alexitimia y falta de asertividad”. Cuyo objetivo fue analizar el funcionamiento psicosocial en pacientes con enfermedad aguda y crónica y su asociación con variables psicológicas, clínicas y sociodemográficas. Estudio de tipo transversal con 80 pacientes. Usando el Inventario de depresión de Beck-IA, la escala de alexitimia de Toronto-20, escala de asertividad de Rathus. Resultando 55% de los pacientes presentaba algún grado de depresión, que las pacientes mujeres (66,7%) con  $P 0.024$ , de predominio en mayores de sesenta años presentaron niveles altos de depresión. Concluyendo que los pacientes catalogados con padecimientos crónicos tuvieron menor funcionamiento psicosocial (18).

**Pérez O. (Maracay – Venezuela, 2015).** En el estudio sobre “Ansiedad y depresión en pacientes hospitalizados en el SAHCM Marzo-Agosto del 2015”, en donde el objetivo fue relacionar la aparición de depresión y ansiedad con estancia hospitalaria, motivo de ingreso y género de pacientes hospitalizados en Medicina Interna, donde se ejecutó una investigación de tipo epidemiológica, descriptiva y de cohorte transversal, en donde se utilizó el inventario de depresión de Beck y escala de ansiedad de Hamilton en 80 pacientes, siendo 39 mujeres y 41 varones. Cuyo resultado fue el ingreso al servicio con predominio de enfermedades hematológicas con 25%, seguido de enfermedades respiratorias y neurológicas con 12.5% cada uno, del total de la muestra un 21 % presentó depresión, la ansiedad estuvo concomitante con la depresión predominio del sexo femenino en 22% obteniéndose una media de 38 días ( $P=0,04$ ), de tiempo de hospitalización para la aparición de ansiedad y depresión. Concluyéndose que los síntomas depresivos se presentan posterior al mes de ingreso y los pacientes con mayor frecuencia de depresión son los diagnosticados de enfermedades hematológicas (19).

**Topitz A. y cols (Eingegangen – Alemania, 2015).** En el estudio “Prevalence and recognition of depression among inpatients of non psychiatric hospital departments”, cuya intención fue comparar la prevalencia de depresión en los diferentes departamentos hospitalarios y comparar métodos de evaluación de diagnóstico por parte de médicos no psiquiátricos. Donde de un total de 993 pacientes de distintos departamentos entrevistados por psiquiatras de la investigación mediante la entrevista. Resultando del total de la muestra el 13.3% padecía de depresión, siendo más frecuente en sala de rehabilitación con 24.2%, seguida de sala quirúrgica con 9.8% y sala de medicina interna en 9.5%, y resultando más baja en salas ginecológicas con un 8.7% de los deprimidos el 47.7% de los pacientes fueron identificados por los médicos no psiquiátricos como enfermos mentales, lo que significa menos de la mitad de la mitad encontrados por el uso de cuestionario. Concluyendo que la depresión es más prevalente en los departamentos de hospitalizados físicos, la depresión es subdiagnosticada en el trabajo clínico diario y se encuentra una información limitada sobre el reconocimiento de los médicos de los departamentos para reconocer los trastornos mentales (20).

## **Antecedentes Nacionales**

**Contreras E. (Lima – Perú, 2018).** En el estudio “Factores asociados a la ansiedad y depresión hospitalaria en pacientes ingresados al Servicio de Medicina Interna del Centro Médico Naval “Cirujano Mayor Santiago Távora” Octubre-Diciembre 2017”, cuyo objetivo fue determinar los factores asociados a la ansiedad y depresión hospitalaria en pacientes que ingresaron al servicio de Medicina Interna del mencionado Hospital. En un estudio observacional y analítico, con una muestra de 99 pacientes con un tiempo de hospitalización mayor de 48 horas. Resultando que se presentó ansiedad y depresión en el 25% y 29% respectivamente y tuvieron una edad superior a 30 años, 55.6% tenían sexo femenino, 59.3% estaban desempleados, 55.6% tenían nivel de instrucción superior, 77.8% eran casado/a, 96.3% pertenecían a zonas urbanas, 51.9% presentaron hipertensión y 14.8% tenían antecedentes de depresión, dentro de los factores sociodemográficos asociados a la ansiedad y depresión hospitalaria fueron el sexo con  $p=0.031$  y la ausencia de acompañante con  $p= 0.02$ . Comportándose el sexo femenino (OR= 2.663; IC: 1.076 - 6.593) y la ausencia de acompañante (OR= 3.5; IC: 1.210 - 10.12) como factores de riesgo. Respecto a los factores clínico asociados se encontró como único factor a la diabetes con  $p=0.011$ . El antecedente personal asociado a la ansiedad y depresión hospitalaria fue el antecedente de depresión con  $p=0.007$ , siendo factores de riesgo con un (OR=3.647, IC=1.305 – 10.193) y (OR=12.348, IC=1.313 – 116.131). Concluyéndose que existe una relación con respecto al sexo femenino, la ausencia de acompañante, diabetes y antecedente de depresión como factores de riesgo (21).

**Vallejos M. (Chiclayo – Perú, 2018).** En su estudio “Ansiedad y depresión en pacientes internados en un hospital de la Seguridad Social de la provincia de Chiclayo, 2018”. Cuyo objetivo fue relacionar la depresión y la ansiedad en hospitalizados oncológicos en el Hospital mencionado, estudio de tipo descriptivo correlacional, con 42 pacientes de muestra. Utilizando el Test de Ansiedad y Depresión de Beck. Resultando que se encontró un 47.7% de grado de sintomatología ansiosa y depresiva con “altibajos considerados normales” en mayor porcentaje con 83.3%, siendo el mínimo en mayor porcentaje. Concluyendo que no hubo relación entre ambos trastornos estudiados con respecto a la dimensión somática, más si habiendo relación afectiva en estas dos dimensiones ( $P=0.021$ ) (22).

**Rodríguez M. (Chachapoyas – Perú, 2017).** En el estudio de investigación “Nivel de depresión en pacientes hospitalizados en el servicio de Medicina, Hospital Regional Virgen De Fátima, Chachapoyas, 2017”. El objetivo yació en establecer el nivel de depresión en pacientes hospitalizados en el servicio de Medicina, Hospital Regional Virgen De Fátima, Chachapoyas, mayo 2017. Donde se efectuó un estudio de tipo prospectivo-descriptivo, utilizando el método de la encuesta, la técnica psicométrica y el nivel con instrumento el Test de Zung. Obteniéndose un resultado de 65.5% de pacientes con algún nivel de depresión, existiendo un predominio del sexo femenino con 72.7%. Concluyéndose gran parte de pacientes manifiestan algún nivel de depresión con predominio femenino (23).

**Salazar C. (Lima-Perú, 2015).** En su estudio “Prevalencia de ansiedad y depresión en pacientes hospitalizados en los servicios de medicina interna del Hospital Nacional Dos de Mayo. Lima – Perú. Julio 2015 – diciembre 2015”. En donde el objetivo fue Establecer la prevalencia de ansiedad y depresión en los hospitalizados. Estudio descriptivo, observacional de 104 pacientes y se aplicaron los siguientes encuestas; Hospital Anxiety and Depression Scale (HADS), Beck Depression Inventory (BDI), APACHE II. Resultando que el 23,1% estaba con la ansiedad, mientras la depresión en 27,88%. Cabe resaltar que la depresión moderada el que se presentó fue mayoritaria. Concluyendo que la ansiedad y depresión en hospitalizados tiene una prevalencia alta, en mujeres preferentemente, asociándose a un menor tiempo de estancia hospitalaria (24).

**Díaz I. (Chiclayo – Perú, 2012)** En la investigación “Frecuencia de depresión en pacientes hospitalizados en los servicios de cirugía y medicina del Hospital Regional Docente las Mercedes – Chiclayo”. Cuyo objetivo fue determinar la incidencia de depresión en hospitalizados en los servicios de medicina y cirugía del Hospital en mención. Estudio de tipo descriptivo cuantitativo y de corte transversal, cuya muestra constaba de 138 pacientes tomados equitativamente de los servicios de Medicina y Cirugia, por medio de la entrevista clínica, utilizando la Escala de Depresión de Hamilton. Cuyo resultado de pacientes con depresión leve en un 29.7%, depresión moderada con el 27.5% y depresión severa con 4.3%. Concluyendo que los aspectos epidemiológicos concernientes a Edad, Sexo, Nivel Socioeconómico, Grado de Instrucción, Estado Civil, tuvieron relación a la manifestación de Depresión en los hospitalizados de dicho hospital (25).

## **Antecedentes Regionales**

**Merma A. (Cusco – Perú, 2018).** Indica que del estudio realizado sobre “Niveles de sintomatología ansiosa y depresiva en pacientes de fase pre quirúrgica del servicio de cirugía general del Hospital Regional del Cusco, 2017”, cuyos objetivos fueron determinar niveles de sintomatología ansiosa y depresiva en pacientes de fase pre quirúrgica, determinar factores sociodemográficos y la relación del tipo de cirugía y anestesia que serán sometidos los pacientes. El estudio fue de tipo prospectivo, descriptivo, de corte trasversal y observacional, donde se aplicó el test de Zung y Hamilton 24 horas previas a su cirugía en 98 pacientes, 50 varones y 48 mujeres. Los resultados fueron que un total de 62.4 % presento algún nivel de sintomatología ansiosa, y que un 73.5% presento algún nivel de depresión, los paciente jóvenes presentan sintomatología ansiosa en un 33.2% y sintomatología depresiva en un 35.8%. Concluyendo que existe una elevada tasa ansioso depresiva en los pacientes, habiendo un ligero predominio del sexo masculino en cuanto a sintomatología ansiosa y mayor sintomatología depresiva en el sexo femenino, los adultos jóvenes son en los que predomina la sintomatología ansiosa como depresiva, el tiempo de hospitalización influyo en la presentación de síntomas depresivos, aumentándose la sintomatología ansiosa y depresiva en pacientes con conocimiento del tipo de cirugía.

**Huaman R. (Cusco – Perú, 2018).** Indica que del estudio realizado sobre “Efectos de ansiedad y depresión de pacientes adultos recién diagnosticados de cáncer en el Hospital Adolfo Guevara Velasco. ESSALUD-CUSCO. 2017”, cuyos objetivos fueron determinar el efecto del conocimiento de padecer cáncer con la producción de síntomas de depresión y ansiedad, en pacientes adultos de ambos sexos en el servicio oncológico del hospital en estudio, determinar síntomas emocionales como: depresión ansiedad que se producen en dichos pacientes, determinar la relación con factores sociodemográficos y si hay relación con el tipo de cáncer. Estudio observacional, descriptivo, de corte trasversal, donde se aplicó la Escala de Ansiedad y Depresión Hospitalaria (HADS) en un total de 120 encuestados con diagnóstico de cáncer en el Departamento de Oncología Médica. De mencionado hospital. Los resultados demostraron que un total de 83% de encuestados presentaron ansiedad y un 77% depresión del total de mujeres un 58.33% presento ansiedad y un 80.25% depresión, del total de varones solo el 25% presento ansiedad y 22.5 depresión, un 26.6% de los que presentaron diagnóstico de cáncer de mama presentaba ansiedad y un 25% depresión. Concluyéndose que el sexo femenino presento mayor sintomatología de la depresión y ansiedad.

## **2.2 Marco teórico**

### **Trastornos depresivos**

La depresión es un trastorno mental de elevadas tasas a nivel mundial, caracterizado por la presencia de síntomas somáticos, afectivos y cognitivos (1).

Caracterizado por una regulación disruptiva del estado de ánimo, que está constituido por diversos trastornos, como son (trastorno distímico o depresivo persistente, el trastorno disfórico premenstrual, el trastorno depresivo inducido por medicamento o sustancia, el trastorno depresivo debida a otra afección médica y el trastorno depresivo mayor) teniendo en común todos ellos la tristeza como ánimo, vacío o irritante, con presencia de cambios somáticos y cognitivos que alteran la capacidad funcional del individuo, difiriendo en la duración, la presencia temporal del motivo etiológico (28)

Hablando acerca del trastorno depresivo mayor el cual viene a ser el representante o trastorno más común de la depresión, caracterizado por presentar como mínimo de dos semanas que implican variaciones en el afecto, la cognición y las funciones neurovegetativas, y remisiones inter episódicos. Realizándose un diagnóstico establecido por solo un episodio, aunque en la mayor parte de los que se presenta suele ser recurrente. Se suele considerar especialmente la discrepancia entre la tristeza corriente y la tristeza del episodio depresivo mayor (28).

Dentro de la sintomatología es importante precisar el tiempo de presencia de síntomas, considerando como síntoma nuclear la tristeza vital y anhedonia catalogada como incapacidad o disminución del disfrute de las actividades previamente placenteras. Se puede evidenciar igualmente una fascie triste, una apariencia descuidada, un curso bradispsíquico, disminución de a reactividad en entrevista o incluso mantener una actitud irritante con el entrevistador, puede haber inhibición psicomotriz y rara vez agitación. Dentro de los síntomas somáticos, sobresale el insomnio de conciliación o de mantenimiento, disminución de apetito, al igual que del peso y la lívido, presencia de astenia o anergia. Presencia de síntomas afectivos, anhedonia, apatía, abulia, la desesperanza vital y la irritabilidad compartida a veces con cuadros de manía. Se incluye dentro de los síntomas cognitivos, el déficit de atención o de concentración (28).

Igualmente se debe explorar sobre las ideas de muerte conocida como ideación suicida, frente a ideas de muerte estructuradas o no, igualmente estar alerta sobre posibilidad de ideas de ruina, culpa, hipocondriacas; con mayor o menor penetrancia psíquica. (28)

El principal trastorno de ánimo es la depresión mayor, mencionándose su comorbilidad entre con el trastorno ansioso, en el primero se evidencia la interacción de factores

genéticos, epigenéticos y ambientales que fortuitamente perturban la bioquímica, la citoarquitectura y las funciones de algunas localizaciones especiales del cerebro. Se analizan dos polimorfismos como es el G1463A del gen de la enzima triptófano hidroxilasa tipo 2 humana (Htph2) y el de C(-1019)G gen del receptor a la serotonina (5-HT). Abarcando los factores medioambientales se toma en cuenta al estrés crónico sea este físico o psicológico como un factor de riesgo y se demuestra con la hipercortisolemia que este tipo de pacientes presenta. Por consecuencia la presencia de la desregulación del eje hipotálamo-pituitaria-corteza adrenal siendo un factor neuroendocrino que favorece a la etiología del trastorno en estudio. Se presume a la vez el cambio anatómico cerebral habiendo una reducción del hipocampo, mayormente debido a la recurrencia y cronicidad, ello asociado asimismo con otros trastornos psiquiátricos. Se reporta igualmente una reducción de la corteza cingulada anterior, está relacionada con antecedentes familiares de la depresión mayor (29).

Dentro de la neurobiología se menciona la fisiopatología que tiene presencia de la mínima disponibilidad de monoaminas en el cerebro, primordialmente de 5-HT y Noradrenalina, evidenciado en los fármacos que la tratan inhibiendo la recaptura o su degradación enzimática. Se hace una relación con la atrofia neuronal, debido a la menor expresión del factor de crecimiento derivado del cerebro, esto derivado de la desregulación del eje hipotálamo-pituitaria-adrenal por el estrés crónico, creando una exposición sostenida del sistema nervioso al cortisol. A la vez se describe alteraciones funcionales en la amígdala y una menor actividad de la CPFDL (corteza prefrontal dorso lateral) y cierta disminución del volumen de la CCAsg (cuerpo caloso subgenual) la cual está asociada con el papel que juega esta estructura en la interacción cognitivo de la CPFDL y la regulación emocional de la amígdala (29,9) La adrenalina tiene una importante función en la fisiopatología de la depresión, está relacionada con las respuestas neurales y neuroendocrinas al estrés. Por tanto frente a situaciones de estrés crónico, situaciones indeseables, impredecibles o incontrolables se describe alteración en el LC (locus coeruleus) con consecuente alteración en la síntesis y liberación de noradrenalina. Este evento ha sido relacionado a ciertos aspectos emocionales de la desesperanza así como también ciertas alteraciones en los estados de consciencia y registro, encontrados en los trastornos ansiosos y depresivos (9).

Se describió también la relación de la depresión y la actividad de la serotonina y el sistema inmunitario, el último que activa la vía metabólica del triptófano y una interacción del eje hipotálamo-hipofiso-suprarrenal mencionado previamente y en individuos con alteraciones en el eje y un desequilibrio entre la serotonina y quinurenina debido a exceso de estrés, condiciona la hiperactividad del eje mencionado y del sistema

inmunitario, sumado a la hipoactividad del sistema nervioso originando primordialmente adaptación corporal al estrés y a los cambios conductuales propios de la depresión (10).

En el tratamiento se menciona en primera línea a los fármacos antidepresivos, pero con limitación en su eficacia en el tercio de pacientes, se menciona a la vez el tratamiento electroconvulsivo, la estimulación del nervio vago, la estimulación magnética transcraneal o cerebral profunda (29).

### **Trastornos ansiosos**

Los desórdenes de la ansiedad incluyen trastornos que conllevan rasgos de miedo y ansiedad excesivos y trastornos conductuales relacionados. En cuanto al miedo este es una anticipada reacción a una amenaza expectante, relacionada frecuentemente a direcciones de activación autonómica precisa para la fuga o defensa, el pensar en el peligro inminente y conductas de fuga, este trastorno se asocia con la tensión muscular y cautela en correspondencia a un peligro futuro y comportamientos evitativos. Por momentos el grado de pánico se ve disminuido por conductas generalizadas de evasión (28).

Estos trastornos ansiosos se distinguen entre ellos, según las situaciones que provocan el miedo o los objetos que las causan, la ansiedad o las conductas de evasión, según la cognición asociada. Pese a que los trastornos llegan siendo altamente relacionados entre ellos, son diferenciados mediante una examinación detallada del tipo de contextos que atemorice o se evaden y de la creencia asociada a ella o de lo que el individuo piensa. La amígdala es el encargado de responder a los estímulos sensoriales el cual da una respuesta orgánica representada por la sintomatología ansiosa (28).

La sintomatología ansiosa viene con sintomatología física como las fasciculaciones, tensión muscular, dolor de cabeza o cefalea, sudoración, resequedad de las mucosas orales, dificultad para deglutir o disfagia, dolor abdominal, mareo, taquicardia, taquipnea, diarrea o una necesidad frecuente de micción, fatiga, irritabilidad, insomnio, incapacidad para poder concentrarse, problemas sexuales como disfunción eréctil, alteración de la lívido (28).

El tratamiento no cura los trastornos ansiosos pero mantiene al paciente controlado, esta de mano con la psicoterapia pero usando principalmente los ansiolíticos y betabloqueadores para disminuir síntomas físicos. La terapia dura al menos 4 semanas tardando de 4 a 6 semanas para que los síntomas clínicos desaparezcan. La psicoterapia abarca la terapia conductivo conductual que ayuda a cambiar los patrones del comportamiento y pensamiento del paciente, tiene un tiempo de 12 semanas

dependiendo del trastorno ansioso específico. La medicación usualmente es combinada (31).

### **Factores individuales**

Se ubican aquí los factores propios de la persona y que puede presentar por sí misma y en un momento dado de su vida, llamaremos al perfil clínico y a los antecedentes personales. Estos factores mencionados debido a que manifiesta una elevada prevalencia de la depresión y está a la ansiedad en pacientes hospitalizados (30).

#### **a) Factores clínicos**

##### **1) Enfermedad actual**

Se denomina enfermedad al motivo de consulta o internación (32). Las investigaciones últimas demuestran que existe una relación de las enfermedades físicas como accidentes cerebrovasculares, los ataques cardíacos, los distintos tipos de cáncer, tuberculosis que pueden conducir a la depresión (33). Donde se define el tipo de enfermedad, refiriéndose a la forma clínica de una enfermedad o proceso patológico (32). Para lo cual se definirá como aguda y crónica según las características de la enfermedad, mencionando que las enfermedades crónicas encaminan a las enfermedades depresivas (33).

##### **2) Comorbilidades**

Definida como la presencia de una o más afecciones previas y con tratamiento, sobre la enfermedad primaria. La depresión presentan en mayor proporción comorbilidades múltiples, incluidas la obesidad, enfermedad pulmonar obstructiva crónica, hipotiroidismo, hiperlipemia, entonces esta se asocia a una mayor tasa de efectos adversos al alta hospitalaria (34).

##### **3) Hospitalización previa**

Definida como el período de tiempo pasado que una persona con alguna patología diagnosticada, pasó en el hospital hasta obtener el alta médica (35). Indicativo de antecedente patológico y forma parte de los hechos negativos. Que abarcan enfermedades desde la infancia, médicas, quirúrgicas y traumáticas de relevancia, para este caso llevados en un hospital (32).

##### **4) Servicio de hospitalización**

Siendo el espacio designado para la atención de pacientes internados para su diagnóstico, recuperación y/o tratamiento y sus ambientes asociados para trabajo de

enfermería; se vincula primordialmente con los servicios de apoyo, complementación, diagnóstico y tratamiento sea este médico, quirúrgico o de otra índole (36).

#### 5) Días de hospitalización

Siendo el momento en días que una persona con alguna patología o lesión pasa en un hospital hasta obtener el alta médica (36).

### **b) Antecedentes de enfermedad mental**

#### 1) Antecedentes de depresión y/ o ansiedad

Antecedente de depresión; como la desregulación del estado de ánimo acontecido en el pasado y diagnosticado por un médico (28).

Antecedente de ansiedad; definidos como los desórdenes que incluyen trastornos que presentan mismos rasgos de miedo, ansiedad excesiva y trastornos conductuales relacionados en este caso, diagnosticados por un médico en el pasado (28).

#### 2) Antecedentes de enfermedad mental familiar

Existe una gran variedad de trastornos mentales, cada uno de ellos cuenta con expresiones múltiples. Por lo frecuente, caracterizados por una mezcolanza de arrebatos del pensamiento, la apreciación, las emociones, la conducta y las relaciones con los demás. Entre ellos se abordan a diferentes trastornos psiquiátricos. Estos previamente diagnosticado por algún personal de salud (37).

### **c) Factores sociodemográficos**

#### 1) Edad

Considerado como un factor no modificable, tiempo de existencia desde el nacimiento (38). Existiendo cierta relación de los trastornos ansiosos depresivos en la población joven (14). A la vez habiendo la presencia de sintomatología elevada en pacientes adultas mayores (17).

#### 2) Sexo

Factor relacionado en forma especial con los órganos genitales (38). Existe la relación del sexo femenino a la predominancia de los trastornos depresivos y ansiosos, también en aquellas madres primerizas dentro de los que se denomina el puerperio, está catalogada como periodos pasajeros de tristeza pero que para recuperar el bienestar físico y mental necesitan apoyo médico y emocional familiar. En cambio en el sexo masculino hay una probabilidad menor de sufrir depresión por lo que este es reacio a admitir el problema mental, por lo que permanece oculta y acude al uso de sustancias que enmascaran el cuadro (38).

### 3) Procedencia

Origen, principio del que algo, en este caso del paciente, procede. Permite conocer el tipo de hábitat del enfermo, servicios sanitarios y demás que puede estar relacionado con la presencia de enfermedad o interrumpir con el tratamiento terapéutico (32).

### 4) Estado civil

Parte constitucional del paciente que se refiere al estar soltero(a), casado(a), conviviente divorciado(a) o viudo(a) (38).

### 5) Grado de instrucción

Siendo el grado máximo de estudios alcanzados por el paciente. La educación y la salud están íntimamente ligadas, viene a ser una herramienta poderosa para culminar con la pobreza, la enfermedad, la miseria y ofrece la oportunidad de desarrollar plenamente el potencial humano de las personas (39).

### 6) Creencia religiosa

Esta se refiere a un estado mental en el que se pone la fe en algo sobrenatural, sagrado o divino. Creencia en un poder superior con la capacidad sobrenatural para crear y controlar el universo. La religión sirve de refugio para el caos causado por la enfermedad y como consuelo para miedos e inseguridades desencadenadas por el sentimiento de muerte. A través de esta los pacientes atribuyen significado a su enfermedad y puedes encontrar una razón para su condición. Hasta el momento no existiendo una relación comprobada con los trastornos de depresión y ansiedad, pero se menciona que fortalece la capacidad de recuperación frente a la enfermedad (40).

### 7) Situación laboral

Se entiende como la labor que realiza cotidianamente una persona, clasificado como empleado (remunerado, independiente o ama de casa) o desempleado. El desempleo crea condiciones nada favorables para la salud mental de los individuos y localidad donde se realiza el trabajo, pudiendo ser una fuente de ánimos negativos (5).

## **d) Factores sociales**

### 1) Apoyo socio familiar

El apoyo socio familiar se refiere a la presencia de apoyo familiar o asistencia de uno de sus miembros durante el proceso de padecimiento o discapacidad. El resto de familiares deben ofrecer su apoyo emocional, conservar con éste una buena comunicación, participar en su cuidado y estando en contacto con otros miembros de la familia para informarles y reclamar por ayuda, si el caso amerite (41). Encontrándose previamente

que hay relación con respecto de la aparición de los cuadros a estudiar con la ausencia de un acompañante (21).

## 2) Funcionamiento familiar

Viene a ser la participación de los miembros de la familia según los vínculos afectivos presentes entre ellos capaz de superar dificultades que se presentan para la sostenibilidad del grupo y con el fin de tener cohesión y adaptabilidad predisponiendo a daño psicológico si es afectada (42).

## **c) Factores de consumo de sustancias**

### 1) Tabaquismo (fumador)

El tabaquismo viene a ser una adicción al tabaco, especialmente por la nicotina, sustancia que condiciona su abuso en el consumo. Y según la Organización Mundial de la Salud viene a ser la primordial causa de invalidez y fallecimiento temprano en el mundo, entonces fumador es aquel que consumió al menos 1 cigarrillo en los últimos 6 meses (43). Catalogado como uso de sustancias, que representa un segundo lugar en nuestra sociedad y con un alto porcentaje relacionado a problemas ansiosos (5).

### 2) Bebedor crónico

El consumo de bebidas alcohólicas es frecuente en muchos lugares del mundo de manera social, pero se torna en un problema al acarrear consecuencias de salud y sociales negativas concernientes con sus tóxicas propiedades. Además de las enfermedades crónicas en quienes las consumen en bastantes cantidades a lo largo de muchos años. Y el bebedor es aquel que manifestó consumir bebidas alcohólicas por lo menos a la semana una vez en el pasado año (44). Constituyendo el primer lugar del consumo de sustancias en nuestra sociedad (5).

## **Escalas y test**

### **Escala de Ansiedad y Depresión Hospitalaria (Hospital Anxiety and Depression Scale).**

Diseñada y validada por los investigadores Zigmond y Snaith en el año 1983 como herramienta de despistaje para la detección de ansiedad y depresión en individuos, tanto en contextos hospitalarios y asistenciales.

En 1992 traducida y adaptada al castellano por Caro e Ibáñez, y posteriormente por Torres y Compañía en 2006. Siendo un cuestionario autoaplicado que cuenta con 14 ítems divididos en dos subescalas mencionadas: ansiedad (mide manifestaciones psíquicas) y depresión (centrada en la anhedonia). La intensidad o la frecuencia del síntoma se evalúa en una escala Likert de 4 puntos (rango 0-3) que algunas veces hace referencia a la periodicidad de presentación y otras a la intensidad del síntoma, con diferentes formulaciones de respuesta, la escala de cada síntoma oscila entre los rangos de 0 (nunca o ninguna intensidad) y 3 (casi todo el día, muy intenso). Aunque las interrogantes están planteadas en presente, el espacio temporal se refiere a la semana precedente. Que se tiene que aclarar al momento de la entrega del cuestionario (45).

Esta es una escala como tal práctica y de fácil aplicación (duración aproximada de 5 minutos), muy útil para este tipo de pacientes; porque valora en periodos de tiempo breves a que nivel la característica patológica en estudio está afectando emocionalmente al enfermo.

En cada subescala, ansiedad (preguntas impares 1, 3, 5, 7, 9, 11 y 13), depresión (preguntas pares 2, 4, 6, 8, 10, 12 y 14). Se miden una serie de factores, y de acuerdo puntuación obtenida por suma de respuestas, se valora el nivel del problema; 0 – 7 indica ausencia de caso clínico, 8 – 10 indica un caso dudoso de clínica ansiosa o depresiva y 11 – 21 indica que existe el problema clínico. La puntuación oscila de cada subescala de 0 - 21 para cada trastorno medido (45).

### **APGAR Familiar**

Instrumento creado por el doctor Gabriel Smilkstein en 1978, que nos da a conocer del entrevistado el cómo percibe la familia y su nivel de funcionamiento, en un momento determinado. Esta herramienta nos sirve para identificar las familias con disfunción o problemas conflictivos (46).

Consta de 5 preguntas que buscan manifestar el estado funcional de la familia, donde el entrevistado coloca su dictamen de cada pregunta de las 5 áreas a buscar,

(adaptación, participación, gradiente de recurso personal, afecto y recursos), siendo los principales funciones a evaluar por el APGAR familiar (46).

Respecto a las 5 preguntas cuyas respuestas son valoradas en escala de (casi siempre, algunas veces y casi nunca), asignándoles 2 puntos a casi siempre 1 punto a algunas veces y casi nunca con 0 puntos, la puntuación designada de 0 a 3 puntos nos insinúa una familia con grave disfunción, el puntaje de 4 a 6 nos da una familia moderadamente funcional y finalmente un puntaje mayor de 7 sugiere una familia muy funcional, y teniendo como puntaje máximo 10 puntos. (46)

## **AUDIT**

Cuestionario de identificación de los trastornos debidos a consumo de alcohol. Por el inglés Alcohol Use Disorders Identification Test. Este nos admite evaluar la dependencia del consumo de alcohol que una persona tiene. Elaborado por un grupo de especialistas de la Organización Mundial de la Salud, validada y traducida al español, utilizado como método de screening y como apoyo para la evaluación (47).

Constando de 10 preguntas que evalúan el consumo alcohol con las preguntas acerca de la frecuencia de consumo, cantidad de típica y frecuencia de consumo excesivo, la siguiente parte evalúa sobre los síntomas de dependencia, refiriéndonos a la pérdida del control sobre el consumo, aumento de la relevancia del consumo y sobre el consumo matutino, respecto al consumo perjudicial de alcohol se considera el sentimiento de culpa tras el consumo, pérdida de memoria, lesiones relacionadas con el alcohol, y si individuos relacionados y del ámbito mostraron preocupación por su consumo (47).

Calificando del 0 al 40, correspondiendo a cada pregunta 5 ítems que nos dan en caso máximo un puntaje de 4 (47).

La interpretación del AUDIT nos da sumados los puntajes de cada pregunta con un rango de 0 a 8 significa no consumo de riesgo, la puntuación de 9 a 14 significa consumo de riesgo, y puntajes mayores o iguales de 15 nos significan una dependencia al alcohol.

No solo es una herramienta de screening sino también un método de asignación de tratamiento a los pacientes por nivel de riesgo que presenta según su puntuación. (47)

## **Test de Fagerström**

Test útil para la calificación de consumidores de cigarrillo creada en 1978 creada por el doctor Karl Fagerström experto en tabaquismo a nivel mundial. Que cuenta con 6 ítems en su segunda versión y evalúa la cantidad de cigarrillos consumidos en un día, dosis de nicotina consumida, el tiempo que demora para fumar luego de levantarse y la imperiosidad de fumar en situaciones y contextos donde se debe evitar. Siendo un test aprobado por el MINSA para su uso como tamizaje (48).

Contiene 6 preguntas, las 2 primeras de 4 ítems calificados del 0 al 3 y las 4 siguientes preguntas de 2 ítems calificados de 0 a 1, cuyo rango de calificación oscila entre 0 y 10. Brindándonos 3 interpretaciones posibles donde de 0-3 califica al fumador con una dependencia baja, de 4-6 como una dependencia moderada y de 7-10 catalogada como alta dependencia (48).

## **2.3 Definición de términos básicos**

### **Depresión**

Paciente con episodios de tristeza, irritabilidad, algunas manifestaciones físicas y es catalogado por la Escala de Ansiedad y Depresión Hospitalaria como caso clínico con un puntaje mayor a 11 en la subescala de depresión (28).

### **Ansiedad**

Paciente catalogado con rasgos de miedo, ansiedad, pánico que es catalogado como caso clínico dentro de la Escala de Ansiedad y Depresión Hospitalaria con mayor de 11 puntos a la subescala de ansiedad (28).

### **Paciente hospitalizado**

Persona que se encuentra en el hospital ocupando una cama de este y siendo evaluado diariamente por el personal médico y demás del nosocomio.

### **Factores asociados**

#### **Factores clínicos**

Es el motivo de consulta como motivo de ingreso de hospitalización, que implica el conocimiento de enfermedades afines en el momento actual, se mencionan dentro de mencionan las siguientes que son propias del paciente (32):

- Enfermedad actual: Se denominando al motivo de consulta o internación (32).
- Comorbilidad: Presencia de una o más patologías, además de la enfermedad base, (Diabetes mellitus, hipertensión arterial crónica, el cáncer, la enfermedad renal crónica, la enfermedad pulmonar obstructiva crónica u otra que no se especifique) (34).
- Hospitalización previa: Tiempo pasado por una persona en un servicio de Hospitalización por alguna patología diagnosticada hasta obtener el alta médica (35).
- Servicio de hospitalización: ambiente consignado a la estadía de los pacientes para su diagnóstico, recuperación y/o tratamiento (36).
- Días de hospitalizado: Período de tiempo que se toma desde que el paciente ingresa a un servicio de hospitalización (35).

### **Antecedentes patológicos de salud mental**

Viene a ser preferentemente los antecedentes patológicos psiquiátricos del paciente, que haya tenido el paciente en un pasado. Se mencionan en esta categoría a (antecedente de enfermedad mental familiar y antecedente de ansiedad y/o depresión diagnosticada) (32).

- Antecedentes de enfermedad mental familiar: Mixtura de alteraciones cognitivo conductuales y las relaciones con los demás en los familiares cercanos, diagnosticado por algún personal médico. O que cuenta con un tratamiento terapéutico (37).
- Antecedentes de depresión y/ o ansiedad: Episodio de desregulación del estado de ánimo negativo con rasgos ansiosos, como miedo, pánico y de conducta acontecidos en el pasado y diagnosticado por un médico (28).

### **Factores sociales**

Vienen a ser los factores correspondientes al medio social del paciente, referido al medio ambiente familiar y social. Tomando en cuenta a (apoyo socio-familiar y funcionamiento familiar) (32).

- Apoyo socio familiar: Presencia de la familia y/o amistad mientras dure el proceso de enfermedad, discapacidad y hace alusión a la asistencia de uno de sus miembros (41).
- Funcionamiento familiar: Es la interrelación de los miembros de la familia positiva, según los vínculos afectivos catalogado por el APGAR familiar (42).

### **Factores de consumo de sustancias**

Expresa el hábito del paciente, proporcionando información sobre su personalidad y posibles consecuencias de ellas se tomaran en cuenta las sustancias más consumidas en nuestro medio (tabaquismo y consumidor de bebidas alcohólicas) (32). Teniendo una importancia en la vigilancia epidemiológica (5).

- 3) Tabaquismo (fumador): aquella persona que consumió al menos 1 cigarrillo en los últimos 6 meses caracterizado según la escala de Fagerström (43).
- 4) Bebedor crónico: individuo quien manifestó haber consumido bebidas alcohólicas, caracterizado según el AUDIT (44).

### **Factores sociodemográficos**

Se incluye dentro de estas a las variables (edad, sexo, procedencia, estado civil, grado de instrucción, creencia religiosa y la situación laboral) (5).

- Edad: tiempo de existencia desde el nacimiento (38).

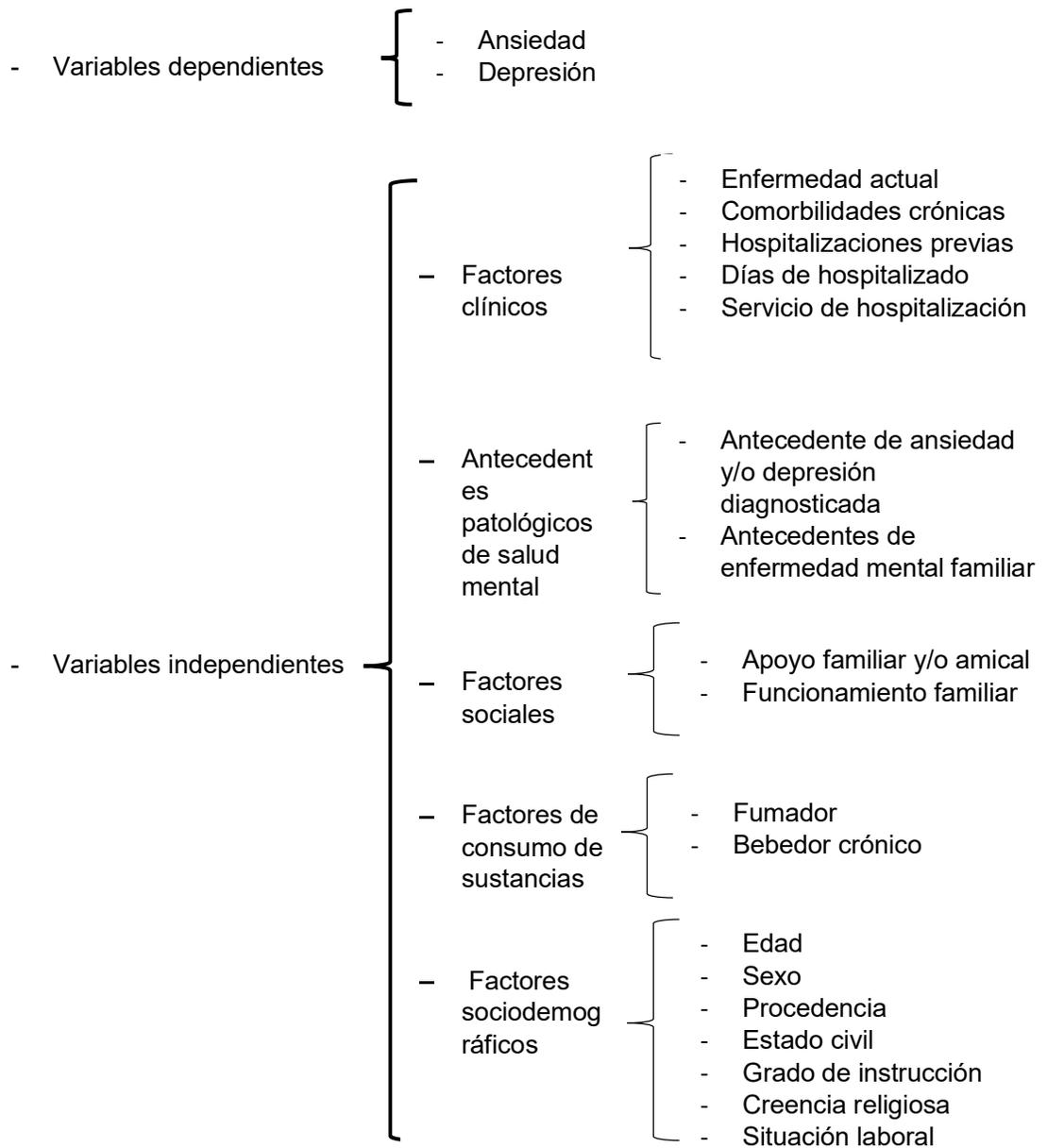
- Sexo: Relacionado con los órganos genitales sean masculino o femeninos (38).
- Procedencia: Origen, principio del que algo, en este caso del paciente, procede (29).
- Estado civil: estado de una persona frente al matrimonio, soltero(a), casado(a), conviviente, divorciado(a) o viudo(a) (38).
- Grado de instrucción: Grado máximo de estudios alcanzados (39).
- Creencia religiosa: estado mental en el que se pone la fe en algo sobrenatural, sagrado o divino (40).
- Situación laboral: Labor que realiza cotidianamente una persona (5).

#### **2.4 Hipótesis**

Por ser un estudio de tipo observacional no cuenta con hipótesis.

## 2.5 Variables

### 2.5.1 Variables implicadas



## 2.6 Definiciones operacionales

Variable	Definición conceptual	Naturaleza de la variable	Forma de medición	Indicador	Escala de medición	Instrumento y procedimiento de medición	Expresión final de la variable	Ítem	Definición operacional de la variable
Edad	Tiempo de existencia desde el nacimiento.	Cuantitativa	Directa	Edad en años cumplidos	Razón	Instrumento validado para la recolección de datos	..... años cumplidos	1	Se expresa como edad en años cumplidos
Sexo	Condición orgánica relacionada a los órganos genitales.	Cualitativa	Directa	Sexo con que nació	Nominal	Instrumento validado para la recolección de datos	a) Masculino b) Femenino	2	Se expresa como sexo masculino o femenino
Procedencia	Lugar donde proviene la persona	Cualitativa	Directa	Procede de que sector de ubicación censal	Nominal	Instrumento validado para la recolección de datos	a) Urbano b) Rural	3	Se expresa como procedencia urbano o rural
Estado civil	Categorización del estado de una persona frente a si tiene o no matrimonio.	Cualitativa	Directa	Estado civil de la persona	Nominal	Instrumento validado para la recolección de datos	a) Soltero b) Casado c) Conviviente d) Divorciado o Separado e) Viudo	4	Se expresa como: paciente soltero o casado o conviviente o divorciado, separado o viudo

Grado de instrucción	El nivel más elevado de estudios realizados por la persona.	Cualitativa	Directa	Hasta qué grado de estudios llevo a estudiar	Ordinal	Instrumento validado para la recolección de datos	a) Analfabeto(a) b) Primaria incompleta c) Primaria completa d) Secundaria incompleta e) Secundaria completa f) Superior	5	Se expresa como analfabeto, primaria completa o incompleta, secundaria incompleta o completa, o superior
Creencia religiosa	Referido a un estado mental en el que se pone la fe en algo sobrenatural, sagrado o divino.	Cualitativa	Directa	Si la persona cuenta alguna creencia religiosa	Nominal	Instrumento validado para la recolección de datos	a) Católico b) Cristiano c) Evangélico d) Adventista e) Maranta f) Otros g) Ateo	6	Se expresa como presenta credo religioso o no presenta credo religioso
Situación laboral	Condición que indica si el paciente encuentra laborando actualmente.	Cualitativa	Directa	Si en la actualidad cuenta con empleo	Nominal	Instrumento validado para la recolección de datos	a) Con empleo remunerado b) Ama de casa c) Independiente e) d) Desempleado	7	Se expresa como actualmente con empleo remunerado, es ama de casa, trabajador independiente o desempleado.

Hospitalización previa	Si la persona presento alguna patología diagnosticada en previamente, y fue admitido en un servicio de hospitalización en el pasado.	Cualitativa	Directa	Si ha presentado hospitalización previa	Ordinal	Instrumento validado para la recolección de datos	a) 0 b) 1 c) 2 o más Cirugía previa a) Si b) No  Problema médico previo a) Si b) No	8	Se expresa como si presento una o más de hospitalizaciones previas Correspondiente a cirugía o problema médico
Comorbilidades	Presencia de una o más enfermedades, además de la enfermedad primaria. Efecto de las enfermedades o afecciones adicionales.	Cualitativa	Directa	Si ha presentado alguna vez diagnóstico de alguna enfermedad crónica y tiene tratamiento para ello	Nominal	Instrumento validado para la recolección de datos	Diabetes mellitus a) si b) no Hipertensión arterial crónica a) si b) no Cáncer a) si b) no Enfermedad renal crónica a) si b) no Enfermedad pulmonar obstructiva crónica a) si b) no Otra a) si b) no	9	Se expresa como diagnóstico de si presenta comorbilidades por razón de (diabetes mellitus, hipertensión arterial, etc.).

Antecedente de enfermedad mental familiar	Existencia de enfermedad del tipo mental o trastorno mental en algún miembro familiar cercano del núcleo,	Cualitativa	Directa	Si ha presentado antecedente de enfermedad mental en la familia	Nominal	Instrumento validado para la recolección de datos	a) Si b) No	10	Se expresa como antecedente de enfermedad mental familiar sí o no
Antecedente de ansiedad o depresión	Antecedente de depresión; diagnosticado por un médico. Antecedente de ansiedad; diagnosticado por un médico	Cualitativa	Directa	Si ha presentado antecedente de ansiedad y/o depresión con anterioridad	Nominal	Instrumento validado para la recolección de datos	a) Si b) No	11	Se expresa como, antecedente de depresión y/o ansiedad sí o no
Apoyo socio familiar	Referido a la presencia familiar y/o de una amistad durante el proceso de enfermedad, discapacidad y asistencia de uno de sus miembros.	Cualitativa		Cuanta con apoyo familiar y/o de amistad al cuidado del paciente	Nominal	Instrumento validado para la recolección de datos	a) Si b) No	18	Se expresa como si cuenta con familiares y/o amistades a su cuidado o no

Funciona miento familiar	Es la interrelación de los miembros de la familia positiva según los vínculos afectivos.	cuantitativa	Directa	Funcionabilidad familiar	Ordinal	Test APGAR	de	a)Muy funcional b)Moderadamente funcional e)Disfuncional c)Disfuncional	II	Muy funcional 7-10 puntos Moderadamente disfuncional 4-6 puntos Disfuncional 0-3 puntos
Bebedor crónico	Persona que tomo bebidas alcohólicas, al menos una vez en el transcurso de la semana, en el año transcurrido.	Cualitativa	Directa	Si el paciente es bebedor	Ordinal	AUDIT		a) No consume b) No consumo de riesgo c) Consumo de riesgo d) Dependiente	III	Se expresa como No consume No Consumo de riesgo 0-7 Consumo de riesgo 8-14 Dependencia a 15-40
Tabaquismo (Fumador)	Persona que consumió un cigarrillo en los últimos 6 meses.	Cualitativa	Directa	Si el paciente fuma	Ordinal	Test Fagerström	de	a)No consume b)Dependencia baja c)Dependencia moderada d)Dependencia alta	IV	Se expresa como No consume Dependencia a baja 0-3 Dependencia a moderada 4-6 Dependencia a alta 7-10

Depresión	Persona con ánimos de tristeza. Que de más de 11 en la puntuación de la subescala para depresión del HADS (caso clínico)	Cualitativa	Indirecta	Sin depresión Con depresión	Nominal	Escala de ansiedad y depresión hospitalaria (Hospital Anxiety and Depression Scale)	a) No depresión b) Duda borderline c) Tiene depresión	tiene o	V	Se expresa como: No depresión (0-8) Duda borderline (9-10) Tiene depresión (11-21)
Ansiedad	Trastornos que comparten rasgos de miedo y ansiedad excesivos. Que de más de 11 en la subescala para ansiedad del HADS (caso clínico)	Cualitativa	Indirecta	No ansioso Ansioso	Nominal	Escala de ansiedad y depresión hospitalaria (Hospital Anxiety and Depression Scale)	a) No ansiedad b) Duda borderline c) Tiene ansiedad	tiene o	V	Se expresa como: No ansiedad (0-8) Duda borderline (9-10) Tiene ansiedad (11-21)
Servicio de hospitalización	El servicio en el que se encuentra actualmente internado el paciente.	Cualitativa	Directa	En qué servicio de hospitalización se encuentra actualmente	Nominal	Instrumento validado para la recolección de datos	a: Ginecología-Maternidad b: Cirugía general c: Cirugía especialidades d: Medicina	a		Se expresa como: ginecología, cirugía general, cirugía especializada o medicina

Días de hospitalización	Días transcurridos desde la fecha que una persona enferma o herida es ingresada al servicio de hospitalización.	Cuantitativa	Directa	Fecha de ingreso en día, mes y año	Razón	Instrumento validado para la recolección de datos	..... días	b	Se expresa como número de días de hospitalización.
Enfermedad actual	La enfermedad descrita al momento de ingreso del paciente.	Cualitativa	Directa	El diagnóstico de la enfermedad de ingreso al servicio.	Nominal	Instrumento validado para la recolección de datos	a)Aguda b)Crónica	c	Se expresa como enfermedad aguda o crónica.

## CAPITULO III: METODOS DE INVESTIGACIÓN

### 3.1. Tipo de investigación

Es un estudio de tipo transversal analítico.

### 3.2. Diseño de la investigación

El diseño de estudio corresponde a un estudio observacional.

### 3.3. Población y muestra

#### 3.3.1. Descripción de la población

Pacientes hospitalizados en los distintos servicios del Hospital Regional del Cusco, de 18 años a más, que tengan igual a más de 5 días de hospitalizado, que nos otorgaron su consentimiento.

#### 3.3.2. Criterios de selección

**Criterios de inclusión:** Pacientes hospitalizados en los distintos servicios del hospital Regional del Cusco en febrero del 2020, de 18 años a más, que tengan igual a más de 5 días de hospitalizado.

**Criterios de exclusión:** Pacientes hospitalizados que presentaron discapacidad mental severa, por ejemplo esquizofrenia o que presenten algún trastorno neurocognitivo tales como demencia, trastornos del habla o comprensión y/o pacientes que se nieguen a participar.

#### 3.3.3. Muestra: Tamaño de muestra y método de muestreo

La población estuvo constituida por los pacientes hospitalizados mayores de 18 años en los diversos servicios del Hospital Regional del Cusco que estén igual a más de 5 días de hospitalizado del mes de enero registrado en los libros de ingresos de cada servicio de hospitalización no fallecidos. Que en total registran 349 pacientes.

Para hallar la muestra se utilizó la siguiente fórmula:

$$n = N * Z^2 * p * q / e^2 * (N-1) * Z^2 * p * q$$

Dónde:

n = Es el tamaño de la muestra. (183.118226)

N = Es el tamaño de la población. (349)

p: Desviación estándar de la población que, generalmente cuando no se tiene su valor, suele utilizarse un valor constante de 0,5. (0.5)

Z = Valor obtenido mediante los niveles de confianza. Siendo este un valor constante que, si en caso no se cuenta con su valor, se lo toma en relación al 95% de confianza equivalente a 1,96. (1.96)

e = Límite aceptable de error muestral que se toma en este caso como el 5%. (0.05)

Es de esta manera y reemplazando los valores en nuestra fórmula, que se obtuvo una muestra de 184 personas concorde el nivel de confianza de 95% y un nivel de error de 5%.

### **Método de muestreo**

Se realizó un muestreo por conglomerados no sistemático de los distintos servicios de hospitalización del Hospital Regional del Cusco siendo los grupos seleccionados (cirugía general, cirugías de especialidades, medicina y gineco-maternidad), se recolectó los datos hasta llegar al número mínimo de muestra.

### **3.4. Técnicas e instrumento de recolección de datos**

#### **Técnicas**

Para la recolección de datos se utilizó un cuestionario auto administrado o en caso se requiera llenado con apoyo de los encuestadores, quienes estuvieron prestos para responder las dudas respectivas de los encuestados y que luego de llenados fueron recogidos para su análisis y obtención de datos.

#### **Instrumentos**

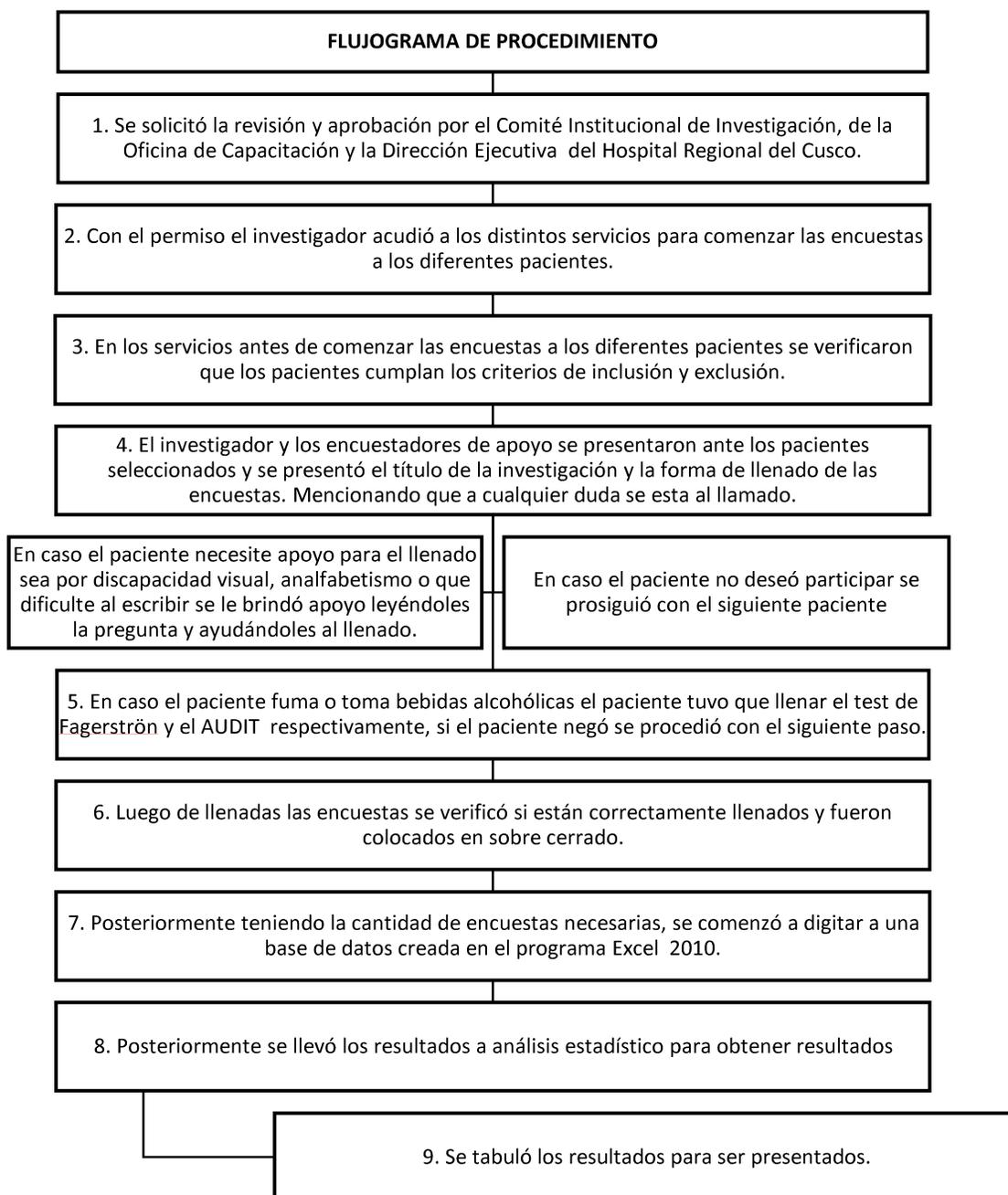
##### **- Partes Constitutivas del instrumento:**

Se preparó un instrumento estructurado tipo cuestionario para ser auto administrado, constituido por 3 espacios a llenar por el encuestador y 14 preguntas cerradas, y 4 ítems con 5, 6, 10 y 14 preguntas separadas que son parte del APGAR familiar, AUDIT, test de Fagerström y finalmente de la Escala de Ansiedad y Depresión (HADS) (46, 47, 48, 49).

##### **- Resumen de resumen del instrumento**

Se utilizó un cuestionario de los factores asociados estudiados y 4 ítems que respecta a la depresión y ansiedad (HADS) diseñada y validada por Zigmond y Snaith y traducida al castellano por Caro e Ibáñez (49), al funcionamiento familiar (APGAR familiar) (46). AUDIT para el consumo de alcohol (47). El test de Fagerström para el tabaquismo (48), los 2 últimos solo si el paciente toma bebidas alcohólicas o si fuma.

## Procedimientos



### **3.5. Plan de análisis de datos**

Los datos obtenidos fueron volcados en una base en el programa Microsoft Excel 2013.

Se realizó el análisis univariado de los resultados descriptivos. El análisis bivariado de la asociación entre las variables independientes la depresión y la ansiedad se puso a prueba en un análisis bivariado con la prueba de Chi Cuadrado o la prueba Exacta de Fisher, según corresponda.

Se realizó una regresión logística para el análisis multivariado.

Para explorar los factores asociados a cada categoría correspondiente a la depresión y ansiedad se calcularon razones de prevalencias (RP) y sus intervalos de confianza al 95% (IC95%) usando regresiones de Poisson crudas y ajustadas con varianza robusta, se consideró como cluster el hospital ciudad.

Para este estudio estadístico se utilizó el paquete estadístico STATA versión 14.0 (49).

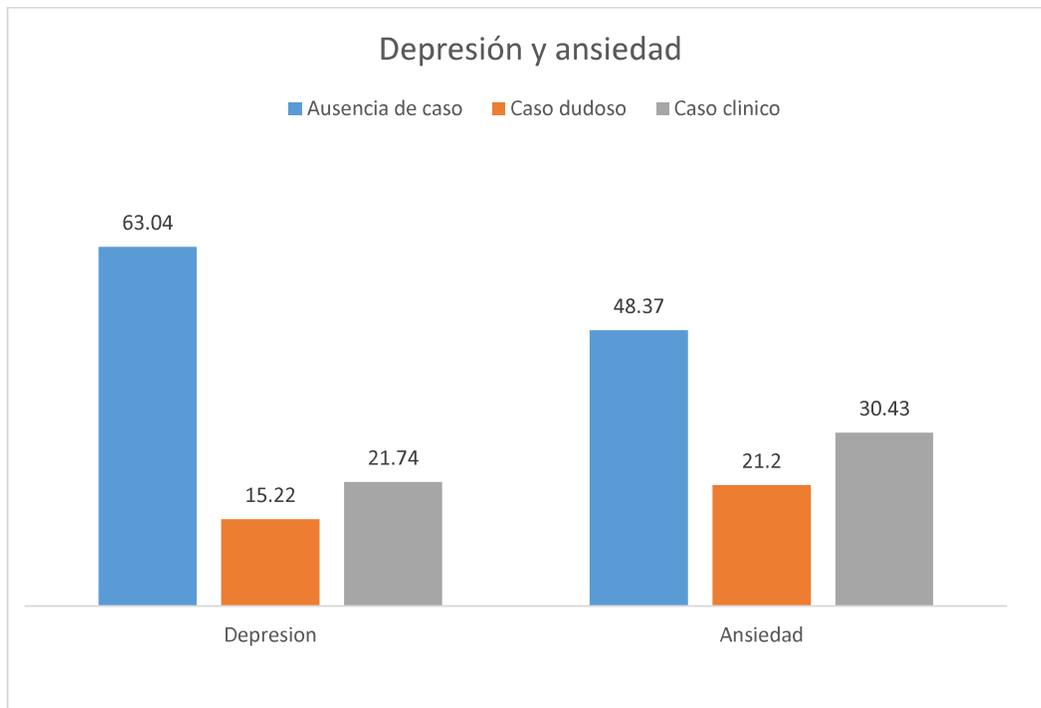
## CAPITULO IV: RESULTADOS, DISCUSION, CONCLUSIONES Y SUGERENCIAS

### 5.1 Resultados

Mencionamos que el estudio de factores asociado a Depresión y Ansiedad en pacientes hospitalizados se realizó durante el mes de febrero del 2020 donde se obtuvo muestras de todos los servicios de hospitalización para adultos mayores, catalogándose en 4 grandes grupos para una conveniente familiarización de las patologías a evaluar y sobre todo del entorno al cual el paciente está sometido diferenciándolos en Ginecología y – Maternidad en un primer grupo, Cirugía general el segundo grupo, Cirugía especialidades, donde se incluyó los servicios de Traumatología, la Unidad de quemados y también Neurociencias, y por ultimo Medicina donde abarco tanto los servicios de Medicina A, Medicina B y Medicina C, esto también de acuerdo a la afluencia que cada servicio tiene y aproximando una cantidad similar de los 4 grupos.

Siendo así que se evaluó una población total de 184 pacientes en 4 grupos de 46 pacientes de cada servicio denominado por el estudio. La edad promedio de los pacientes fue de 44.68 +/- 19.11 años.

Gráfico 1. Depresión y Ansiedad en pacientes hospitalizados del Hospital Regional del Cusco en febrero del 2020.



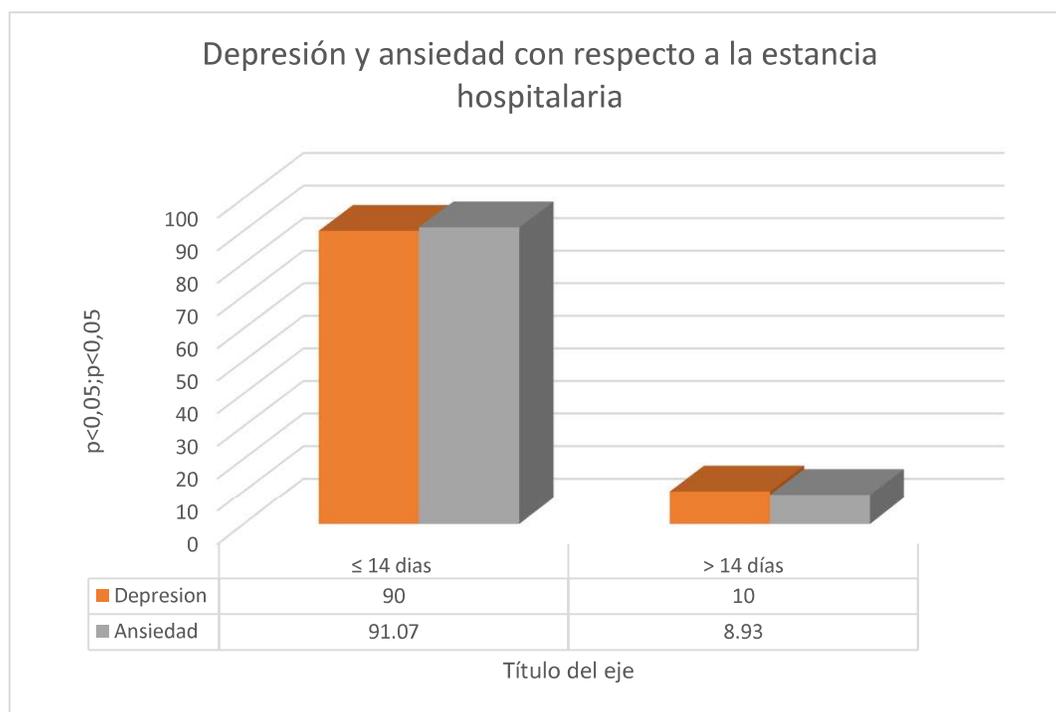
Fuente: Base de datos, 2020.

Del total de pacientes hospitalizados se encontró que el 21.74% presenta caso clínico de depresión, el 15.22% presenta un caso dudoso de depresión el resto ausencia de caso clínico, tomando para nuestro como caso clínico el que sería denominado como paciente con depresión ya que el caso dudoso cabría a un segundo screening o una evaluación por el personal especializado para denominarlo como depresivo (grafico 1).

Para caso clínico de ansiedad la cifra es de 30.43%, teniendo casos dudosos de 21.20% y el restante como ausencia de caso, igualmente que el caso anterior solo se tomaran como casos clínicos para la manifestación de ansiedad, siendo del total de pacientes que el 7.6% presento ambos trastornos (grafico 1).

**Características clínicas:**

Gráfico 1. Depresión y Ansiedad en pacientes hospitalizados del Hospital Regional del Cusco en febrero del 2020 de acuerdo a la estancia hospitalaria.



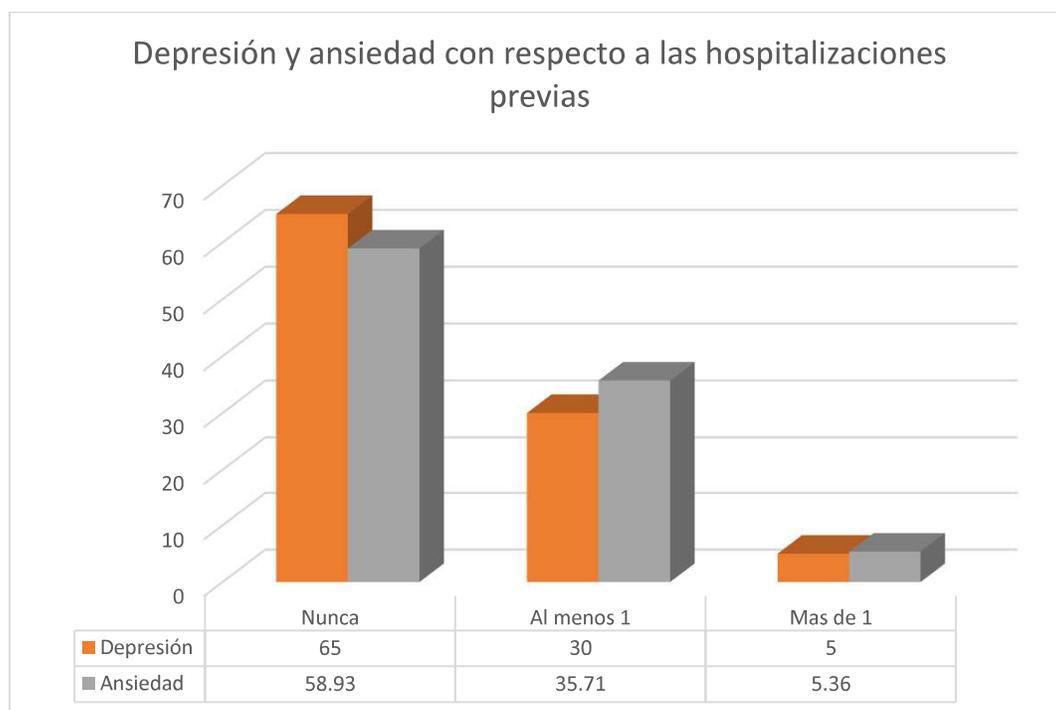
Fuente: Base de datos, 2020.

Respecto a la estancia hospitalaria se halló una media en días de  $7.5 \pm 6$  de desviación estándar.

La mayoría de pacientes 96.2% tuvo una estancia hospitalaria menor de 14 días. El 91.07% de los pacientes con caso clínico de ansiedad tuvo una estancia hospitalaria menor de 14 días. El 90% de los pacientes con depresión tuvo estancia hospitalaria

menor de 14 días. Esta variable tiene una relación estadísticamente significativa con ( $p < 0.05$ ) (gráfico 1).

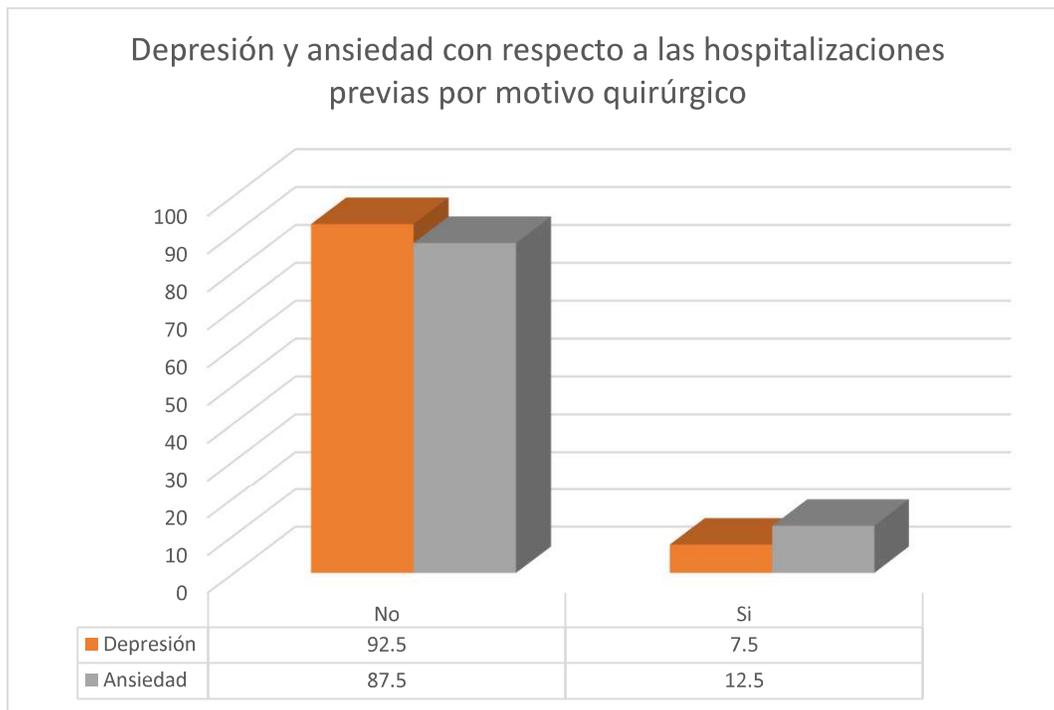
Grafico 2. Depresión y Ansiedad en pacientes hospitalizados del Hospital Regional del Cusco en febrero del 2020 de acuerdo a las hospitalizaciones previas.



Fuente: Base de datos, 2020.

La mayoría de pacientes hospitalizados 60.33% no tuvo hospitalizaciones previas. El 58.93% de los pacientes con ansiedad no se hospitalizo previamente, el 35.71% tuvo al menos una hospitalización previa y el 5.36% se hospitalizo más de una vez. El 65% de los pacientes con depresión no se hospitalizo previamente, el 30% tuvo una hospitalización previa y solo el 5% se hospitalizó más de 1 ocasión. Dicha variable no tiene una relación estadísticamente significativa (gráfico 2).

Gráfico 3. Depresión y Ansiedad en pacientes hospitalizados del Hospital Regional del Cusco en febrero del 2020 de acuerdo a la hospitalización por cirugía previa.

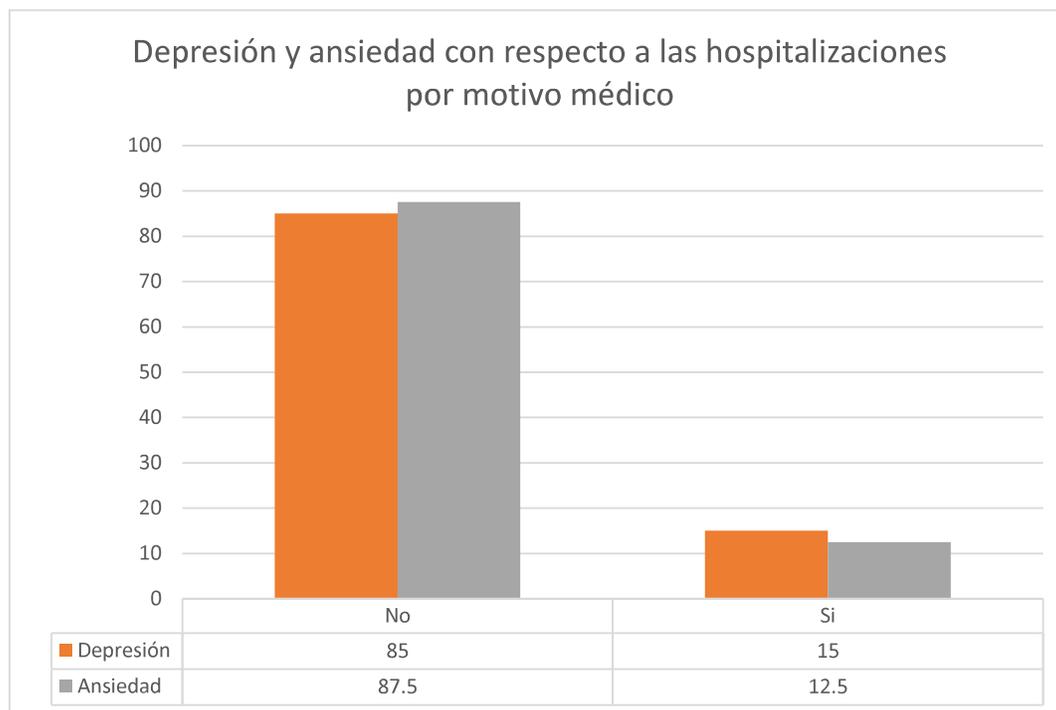


Fuente: Base de datos, 2020.

La mayoría de pacientes 82.07% no tuvo hospitalizaciones por cirugía previa. De los pacientes con ansiedad el 87.50% de los pacientes no se hospitalizo por una cirugía previa. De los pacientes con depresión 92.5% de los pacientes que no se hospitalizo por cirugía previa. Esta variable no tiene una relación estadísticamente significativa (gráfico 3).

Se encontró que tener hospitalización por cirugía previa tiene asociación para "Depresión hospitalaria" (RP: 0.28; IC95%: 0.01-0.81).

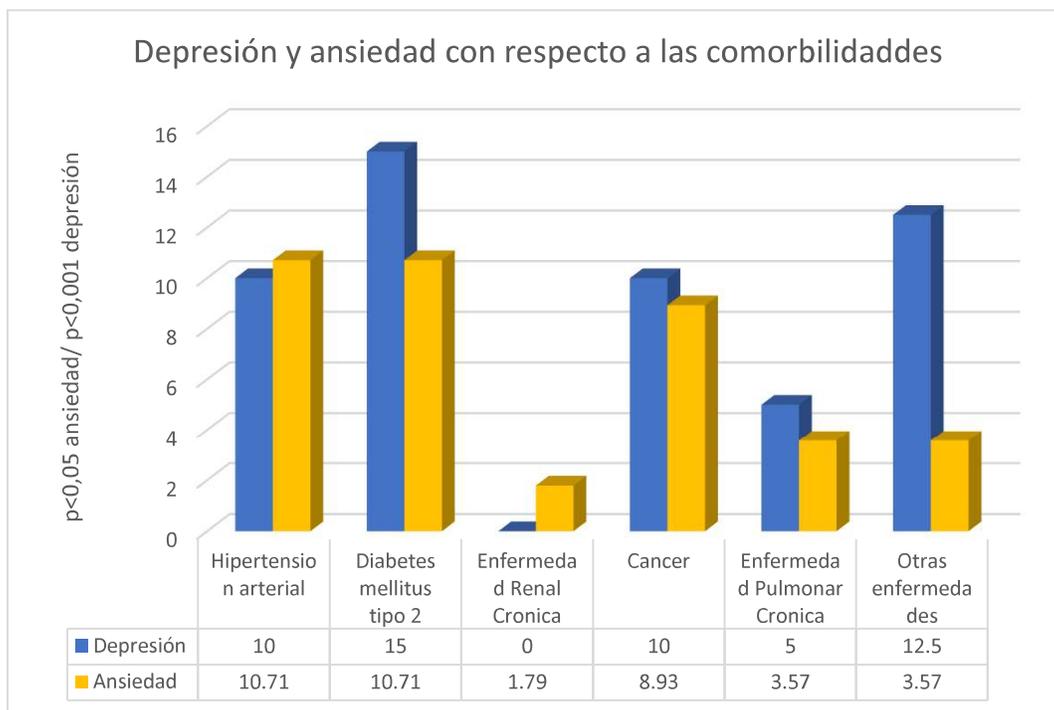
Gráfico 4. Depresión y Ansiedad en pacientes hospitalizados del Hospital Regional del Cusco en febrero del 2020 de acuerdo a la hospitalización por indicación médica previa.



Fuente: Base de datos, 2020.

La mayoría de pacientes 91.30% no tuvo hospitalizaciones por indicación médica previa. La ansiedad se presentó en 87.5% de los pacientes que no se hospitalizo por problema médico previo. De los que presentaron depresión el 85% de los pacientes no se hospitalizo por problema médico previo. Esta variable no tiene una relación estadísticamente significativa (gráfico 4).

Gráfico 5. Depresión y Ansiedad en pacientes hospitalizados del Hospital Regional del Cusco en febrero del 2020 de acuerdo a las Comorbilidades.



Fuente: Base de datos, 2020.

La mayoría de pacientes hospitalizados 77.72% no presenta comorbilidades. De los pacientes con ansiedad el 60.71% no tienen comorbilidades, el 10.71% de los pacientes tuvo hipertensión arterial igual que diabetes mellitus, seguido de los pacientes con cáncer con 8.93% y las otras comorbilidades en menor porcentaje. De los pacientes con depresión el 47.5% de los pacientes no tuvo comorbilidades, seguido de los pacientes con diabetes mellitus con un 15%, las otras comorbilidades que abarcan a (epilepsia, enfermedad inflamatoria pélvica y VIH) representan el 12.5 % y tanto hipertensión arterial como cáncer con 10%. Esta variable tiene una relación estadísticamente significativa con ( $p < 0.05/p < 0.001$ ) para ambos trastornos (gráfico 5).

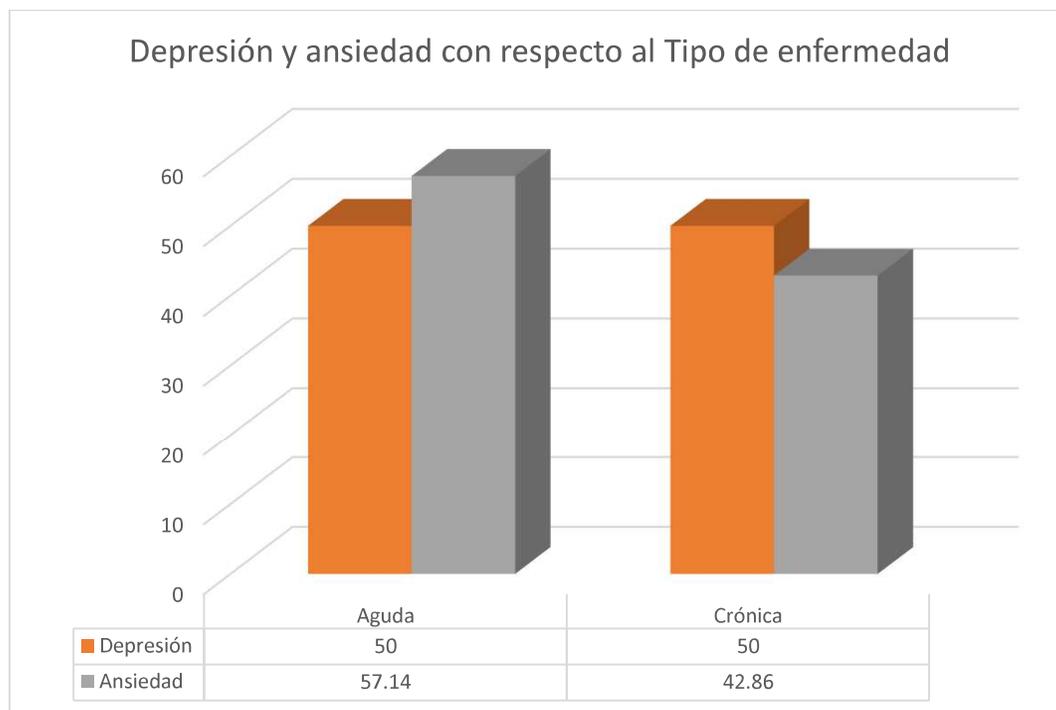
Se encontró asociación con tener como comorbilidad Hipertensión arterial para "Depresión hospitalaria" (RP: 4.73; IC95%:1.77-12.62).

Se encontró asociación con tener como comorbilidad Diabetes mellitus para "Depresión hospitalaria" (RP: 5.13; IC95%:2.16-12.2).

Se encontró asociación con tener como comorbilidad enfermedad pulmonar crónica para "Depresión hospitalaria" (RP: 5.57; IC95%:1.74-17.78).

Se encontró asociación con tener otras comorbilidades (epilepsia, enfermedad pélvica inflamatoria) para "Depresión hospitalaria" (RP: 8.11; IC95%:2-32.93).

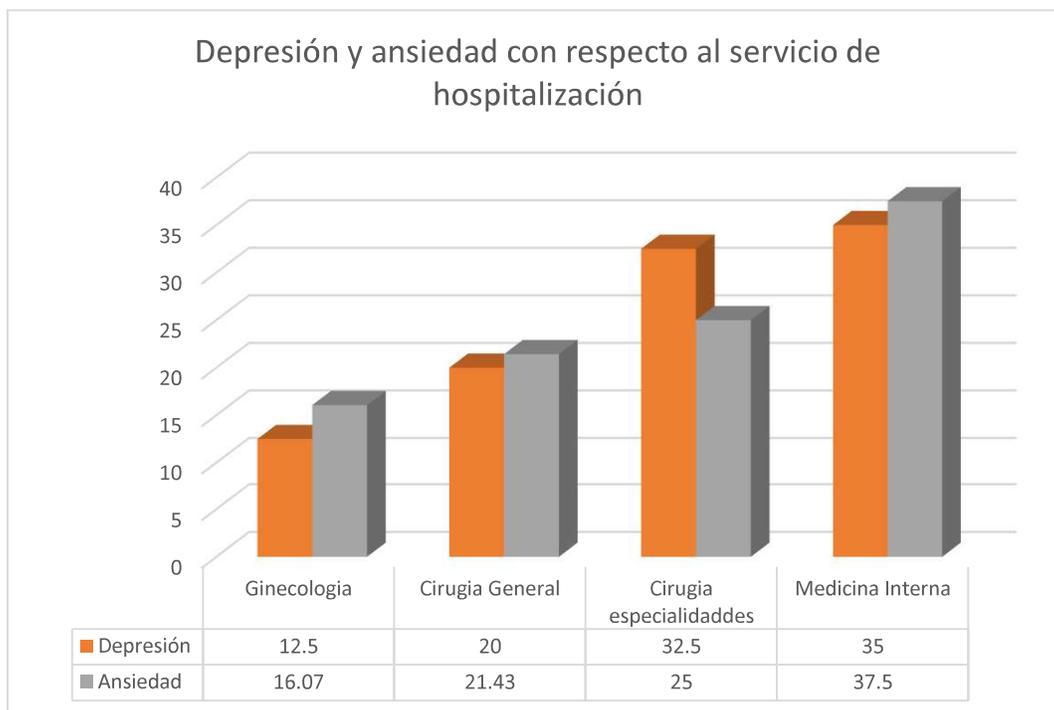
Gráfico 6. Depresión y Ansiedad en pacientes hospitalizados del Hospital Regional del Cusco en febrero del 2020 de acuerdo al tipo de enfermedad.



Fuente: Base de datos, 2020.

Del total de pacientes la mayoría 61.41% presenta una enfermedad aguda. De los casos de ansiedad el 57.14% presenta enfermedad aguda y el resto con 42.86% con enfermedad crónica. El 50% de los pacientes con depresión tuvo enfermedad aguda y el otro 50 % tuvo enfermedad crónica. Esta variable no tiene una relación estadísticamente significativa (gráfico 6).

Gráfico 7. Depresión y Ansiedad en pacientes hospitalizados del Hospital Regional del Cusco en febrero del 2020 de acuerdo al servicio de hospitalización.



Fuente: Base de datos, 2020.

Se distribuyó equitativamente la muestra en 25% para cada grupo de servicios. Para ansiedad el 37.5% de pacientes hospitalizados estuvo en los servicios de Medicina, en Cirugías especialidades tuvo casos en 25%, en servicio de Cirugía general se tuvo un 21.43%, finalizando la lista los casos de ginecología y maternidad con 16.07% de casos. La depresión se presentó en 35% en el servicio de Medicina, el 32.50% de los pacientes que se encontraban en los servicios de Cirugías de especialidades, el 20% en Cirugía general y el 12.5% de los servicios Ginecología y maternidad. Esta variable no muestra una relación estadísticamente significativa (gráfico 7).

Se encontró que estar hospitalizado en los servicios de cirugía general tiene asociación para "Ansiedad hospitalaria" (RP: 2.3; IC95%:1.04-5.07).

Se encontró que estar hospitalizado en los servicios de medicina fue un factor de riesgo para "Ansiedad hospitalaria" (RP: 2.37; IC95%:1.16-4.88).

### Características de los antecedentes de salud mental previa:

Tabla 1. Depresión y Ansiedad en pacientes hospitalizados del Hospital Regional del Cusco en febrero del 2020 de acuerdo al antecedente de salud mental previo.

Características de los antecedentes de salud mental previa		Total	Depresión	p	Ansiedad	p
Antecedente familiar de salud mental	No	174 (94,6)	31 (77,50)	<0.001	48 (85,7)	p<0.001
	Si	10 (5,4)	9 (22,50)		8 (14,3)	
Antecedente de ansiedad y depresión previa	No	175 (95,11)	32 (80,00)	p<0.001	51 (91,07)	p<0.05
	Si	9 (4,89)	8 (20,00)		5 (8,93)	

Fuente: Base de datos, 2020.

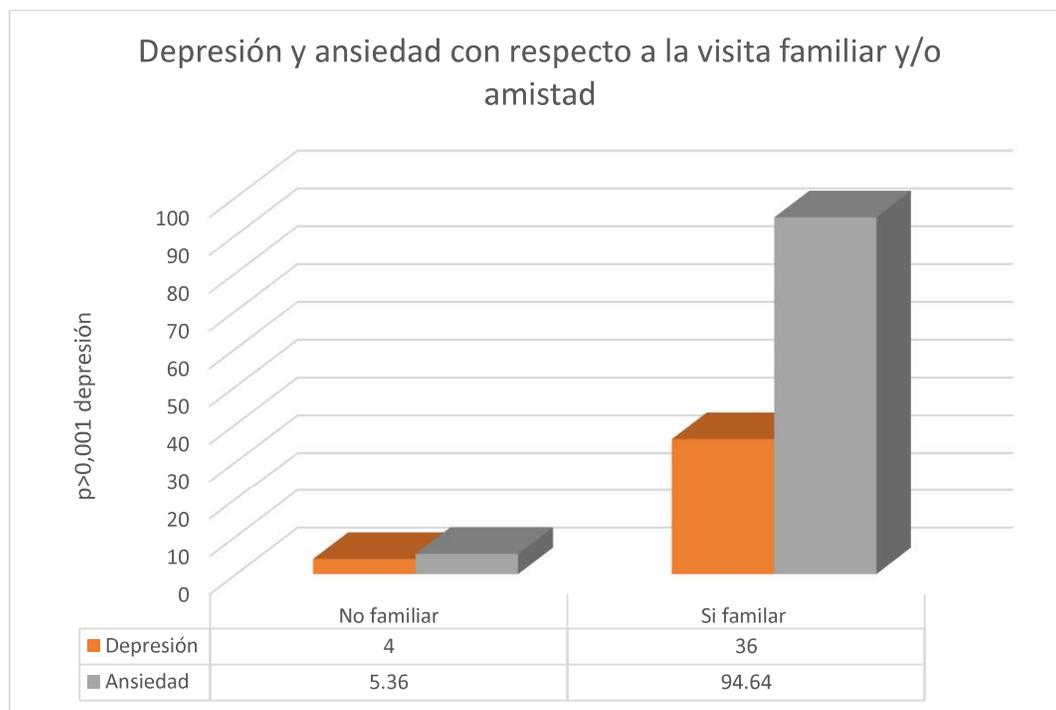
La mayoría de pacientes 94.57% no tiene antecedente de enfermedad mental familiar. El 85.71% de los pacientes que no tuvo antecedente familiar de enfermedad mental tuvieron caso clínico de ansiedad. El 77.5% de los pacientes que no tiene antecedente de enfermedad mental familiar fueron definidos como diagnóstico de caso clínico de depresión. Esta variable presenta relación estadísticamente significativa ( $p<0,001$ ) (tabla 1)

La mayoría de pacientes 95.11% no tuvieron diagnóstico de ansiedad y/o depresión previo. El 91.07% de los que presentaron ansiedad no tuvieron diagnóstico de diagnóstico de ansiedad y/o depresión previo. El 80% de los que presentaron depresión no tuvieron diagnóstico de ansiedad y/o depresión previo. Esta variable tiene una relación estadísticamente significativa con ( $p<0.05$ ) (tabla1).

Se encontró que presentar un antecedente de familiar de enfermedad mental tiene asociación para "Depresión hospitalaria" (RP: 6.65; IC95%: 2.21-20.03).

### Características sociales:

Grafico 8. Presencia de familiar y/o amistad de acuerdo a la presencia de Ansiedad y Depresión en pacientes hospitalizados del Hospital Regional del Cusco en febrero del 2020.

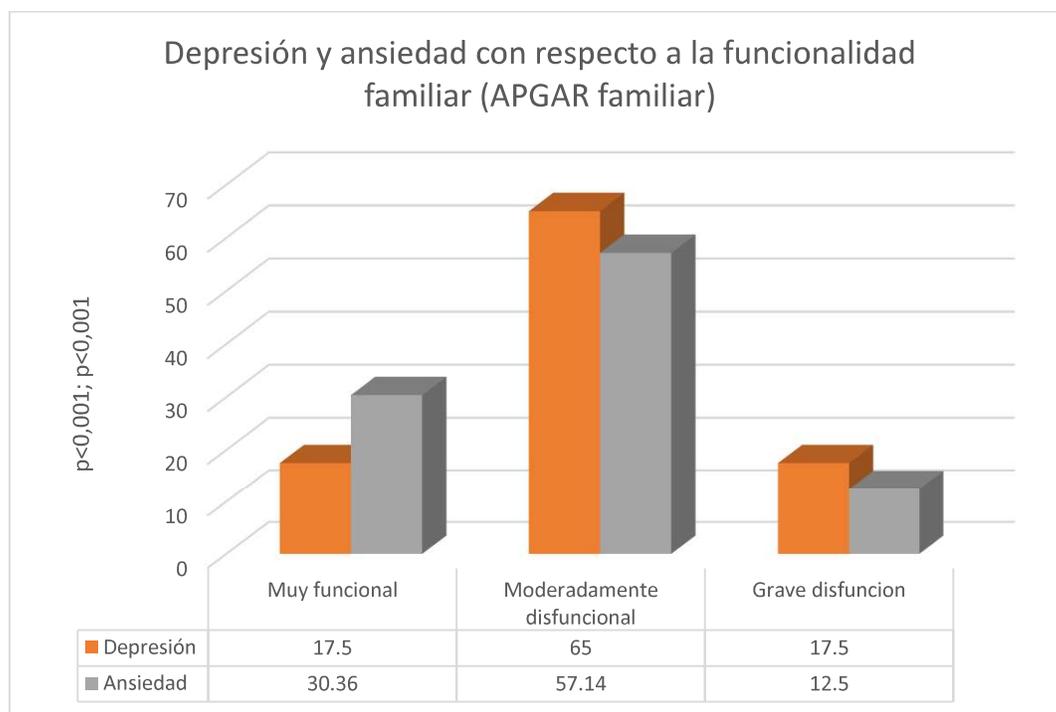


Fuente: Base de datos, 2020.

Del total de pacientes el 96.20% presenta la visita familiar o de amistad. De los que presentan ansiedad el 94.64% tienen visita de familiares y/o amistades. El 90% de los pacientes que tienen depresión presentan familiares y/o amistades que lo visitan. Esta variable tiene una relación estadísticamente significativa con ( $p < 0.001$ ) en el caso de depresión (gráfico 8).

Se encontró que tener visita familiar o de amistad tiene asociación para "Depresión hospitalaria" (RP: 0.55; IC95%: 0.22-0.93).

Gráfico 9. Depresión y Ansiedad en pacientes hospitalizados del Hospital Regional del Cusco en febrero del 2020 de acuerdo al funcionamiento familiar medido por el APGAR familiar.



Fuente: Base de datos, 2020.

De los pacientes hospitalizados la mayoría 61.41% presenta función familiar muy funcional. El 57.14% de los pacientes con ansiedad tienen disfunción familiar moderada, seguido del 30.4% con funcionamiento familiar muy funcional y el 12.5% que tienen una función familiar disfuncional. El 65% de los pacientes con depresión tienen moderadamente disfunción familiar seguido del 17.5% de casos que presenta función familiar disfuncional como muy funcional. Esta variable tiene una relación estadísticamente significativa con ( $p < 0.01$ ) para ambos trastornos (gráfico 9).

Se encontró que tener moderadamente disfuncionalidad familiar fue un factor de riesgo para "Depresión hospitalaria" (RP: 3.2; IC95%:1.5-6.8).

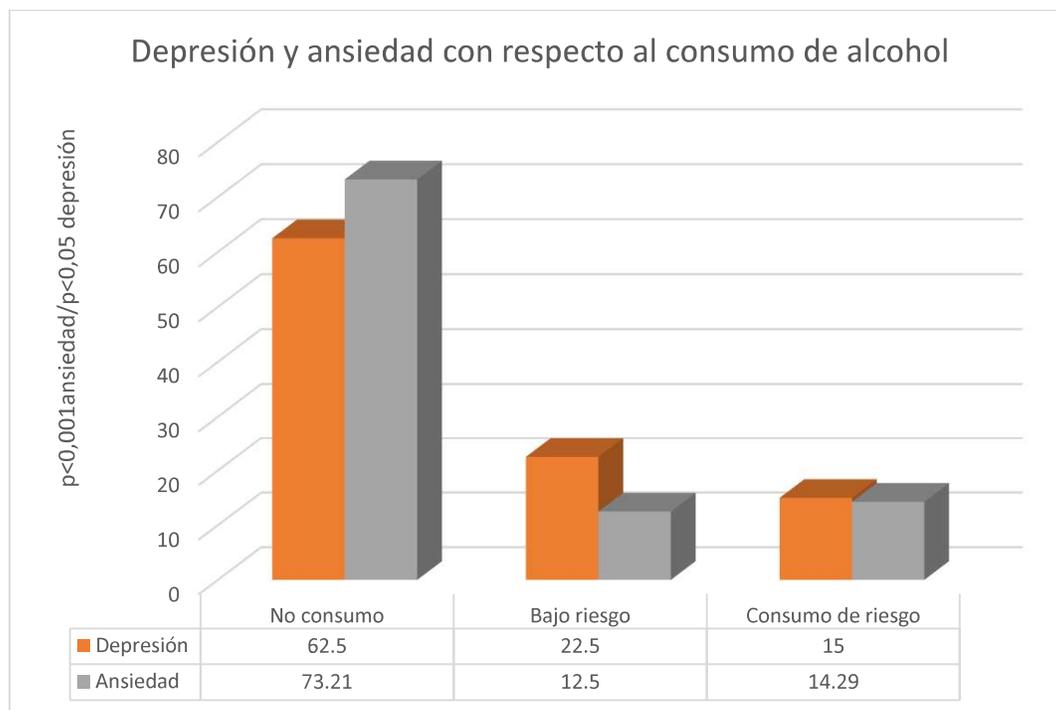
Se encontró que tener grave disfuncionalidad familiar fue un factor de riesgo para "Depresión hospitalaria" (RP: 8.59; IC95%:3.61-20.47).

Se encontró que tener una moderada disfuncionalidad familiar fue un factor de riesgo para "Ansiedad hospitalaria" (RP: 3.55; IC95%:2.15-5.84)

Se encontró que tener una grave disfunción familiar fue un factor de riesgo para "Ansiedad hospitalaria" (RP: 3.56; IC95%:1.72-7.36)

### Características de consumo de sustancias:

Gráfico 10. Consumo de alcohol medido por el AUDIT de acuerdo a la presencia de Ansiedad y Depresión en pacientes hospitalizados del Hospital Regional del Cusco en febrero del 2020.

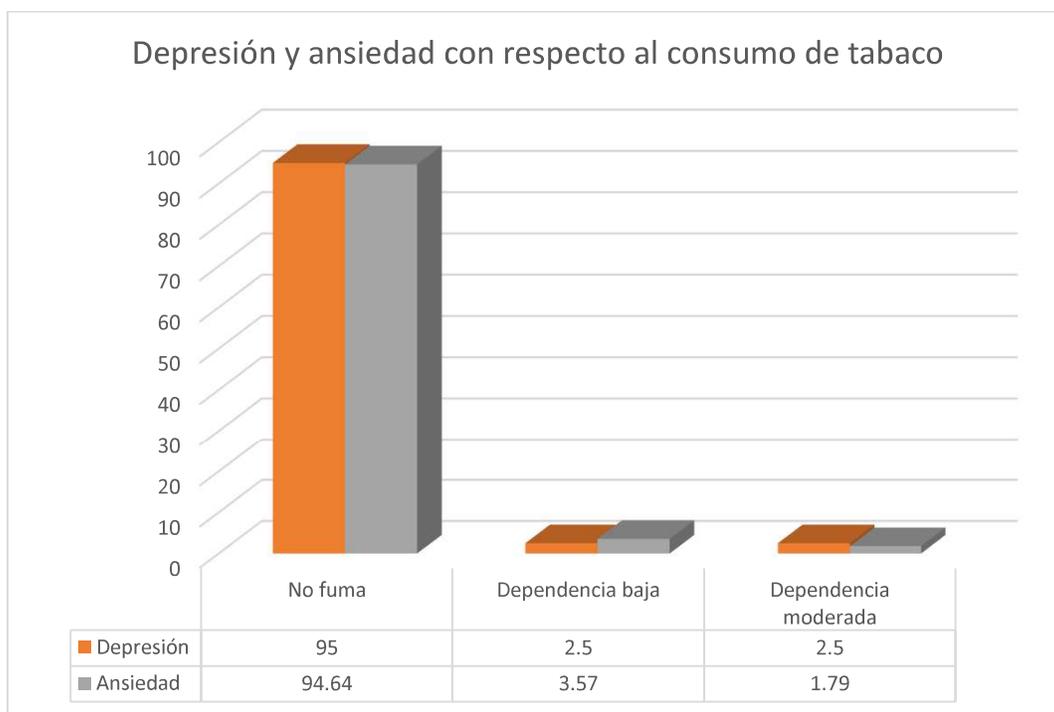


Fuente: Base de datos, 2020.

La mayoría de pacientes hospitalizados 73.91% presenta ausencia de consumo de alcohol seguida del 21.2% con consumo de bajo riesgo y 4.89% catalogados como consumo de riesgo, en este caso no se presentó pacientes dependientes al alcohol según el AUDIT. En los casos de ansiedad el 73.21% de los pacientes tienen ausencia de consumo, seguido del 14.29% con consumo de riesgo y solo el 12.5% con consumo de bajo riesgo. En la depresión el 62.5% de los pacientes tienen ausencia de consumo, seguido del 22.5% de casos con consumo de bajo riesgo y 15% de casos que presenta un consumo de riesgo. Esta variable tiene una relación estadísticamente significativa con ( $p < 0.01$ ) para la ansiedad y ( $p < 0.05$ ) para depresión (gráfico 10)

Se encontró que consumo de riesgo de alcohol tiene asociación para "Ansiedad hospitalaria" (RP: 3.23; IC95%:1.36-7.71).

Gráfico 11. Tabaquismo medido por el test de Fagerström de acuerdo a la presencia de Ansiedad y Depresión en pacientes hospitalizados del Hospital Regional del Cusco en febrero del 2020.



Fuente: Base de datos, 2020.

La mayoría de pacientes hospitalizados 96.2% niega fumar, el 3.26% tiene dependencia baja y el 0.54% una dependencia moderada según el test de Fagerström, no habiendo casos de pacientes con dependencia alta. En los pacientes con ansiedad el 94.64% de los pacientes que no fuma presentó caso clínico de ansiedad, el 3.57% son casos con dependencia baja, y el 1.79% son casos con dependencia moderada. Los pacientes con depresión el 95% de pacientes no fuma y tanto a los que tienen dependencia baja y moderada representan el 2.5% de los casos clínicos de depresión. No hubo ningún paciente catalogado como dependiente alto. Esta variable no tiene una relación estadísticamente significativa (gráfico 11).

## Características sociodemográficas:

Tabla 2. Depresión y Ansiedad en pacientes hospitalizados del Hospital Regional del Cusco en febrero del 2020 de acuerdo a los factores sociodemográficos.

Característica sociodemográfica		Total	Depresión	p	Ansiedad	p
Edad	18-30 años	60 (32.61 )	6 (15.00)	p=0.07	9 (16.07)	p<0.001
	31-60 años	80 (43.48 )	20 (50.00)		31 (55.36)	
	>60	44 (23.91 )	14 (35.00)		16 (28.57)	
Sexo	Masculino	85 (46,2)	19 (47,5)	p=0.27	21 (37,5)	p=0.19
	Femenino	99 (53,8)	21 (52,5)		35 (62,5)	
Procedencia	Urbano	98 (53,3)	21 (52,5)	p=0.11	30 (53,6)	p=0.8
	Rural	86 (46,7)	19 (47,5)		26 (46,4)	
Estado civil	Soltero, divorciado o viudo	29 (15,8)	6 (15,0)	p=0.35	5 (8,9)	p=0.12
	Conviviente o casado	155 (84,2)	34 (85,0)		51 (91,1)	
Grado de instrucción	Analfabeta-Secundaria incompleta	109 (59,2)	32 (80,0)	p<0.001	44 (78,6)	p<0.001
	Secundaria completa-Superior	75 (40,8)	8 (20,0)		12 (21,4)	
Religión	Ateos	11 (5.98 )	7 (17.50)	p<0.001	7 (12.50)	p=0.04
	Creyentes	173 (94.02 )	33 (82.50)		49 (87.50)	
Situación laboral	Desempleado	47 (25.54 )	20 (50.00)	p<0.001	21 (37.50)	p<0.001
	Ama de casa	62 (33.70 )	11 (27.50)		22 (39.29)	
	Empleado y trabajador independiente	75 (40,76 )	9 (22.50)		13 (23,21)	

Fuente: Base de datos, 2020.

De los pacientes hospitalizados la mayoría 43.48% tiene de 31 a 60 años de edad, y el 50% de la depresión se presenta en este grupo de edades, y la ansiedad en un 55.36% de los mismos, presentando relación estadísticamente significativa para la ansiedad (tabla 2).

Del total la mayoría de pacientes 53.8% son de sexo femenino. De los que presentan caso clínico de ansiedad el 62.5% son mujeres, la depresión se presentó en el sexo femenino en 52.5%. La variable sexo no tiene relación estadísticamente significativa con la depresión ni con la ansiedad (tabla 2).

Del total de pacientes hospitalizados la ligera mayoría (53.26%) son de procedencia urbana, presentándose que hay del total de casos de ansiedad un 53.57% que se encuentra en la zona urbana. Así el 52.5% del total de pacientes con depresión son de

procedencia urbana. Esta variable no tiene una relación estadísticamente significativa (tabla 2).

La mayoría del total de pacientes (84.24%) tienen como estado civil el conviviente o casado. El 91.1% de los pacientes definidos como caso clínico de ansiedad tuvieron estado civil conviviente o casado. Al igual que el 85% de los pacientes definidos como caso clínico de depresión. Esta variable no demuestra una relación estadísticamente significativa para ninguno de los trastornos (tabla 2).

La mayoría de pacientes 59.24% se encuentran con nivel educativo inferior al de secundaria completa. Mostrando que el 78.57% de los pacientes definidos como caso clínico de ansiedad tuvieron nivel educativo inferior al de secundaria completa. El 80% de los pacientes definidos como diagnóstico de caso clínico de depresión tuvieron nivel educativo inferior al de secundaria completo. Esta variable nos da una relación estadísticamente significativa con ( $p < 0.001$ ) (tabla 2).

La mayoría de pacientes 94.02% presenta creencia religiosa. El 87.5% de los pacientes con creencia religiosa tuvieron caso clínico de ansiedad y el 12.5% fueron ateos. El 82.5% de los pacientes definidos como diagnóstico de caso clínico de depresión tuvieron creencia religiosa y el restante 17.5% son ateos. Esta variable tiene una relación estadísticamente significativa con ( $p < 0.05$ ) para ambos casos (tabla 2).

La mayoría de pacientes 40.76% tiene situación laboral de empleado e independiente seguido del 33.70 de paciente que son ama de casa y el 25.54% son pacientes desempleados. El 39.29% de los pacientes definidos como caso de ansiedad fueron ama de casa, seguido de desempleado en 37.5% y los empleados y trabajadores independientes tienen solo el 23.21% de casos de ansiedad. El 50% de los pacientes definidos como caso clínico de depresión estuvieron desempleados, ama de casa en 27.5% y situación de empleado e independiente en 22.5%. Esta variable tiene una relación estadísticamente significativa con ( $p < 0.001$ ) (tabla 2).

Ser ama de casa fue tiene asociación para "Depresión hospitalaria" (RP: 0.25; IC95%:0.1-0.63).

Se encontró que tener creencia religiosa tiene asociación para "Depresión hospitalaria" (RP: 0.25; IC95%: 0.12-0.53).

Se encontró que ser ateo tiene asociación para "Depresión hospitalaria" (RP: 3.66; IC95%: 1.77-7.59).

Se encontró que el sexo femenino tiene asociación para la "Ansiedad hospitalaria" (RP: 2,65; IC95%:1,3-5,4).

Se encontró que el tener creencia religiosa tiene asociación para "Ansiedad hospitalaria" (RP: 0.34; IC95%:0.13-0.9)

## 5.2 Discusión

### Resultados principales

Se estudiaron pacientes de 4 servicios de hospitalización (Ginecología-Maternidad, Cirugía especialidades, Cirugía general y Medicina) en el Hospital regional del cusco en quienes se puso a prueba la Escala de Ansiedad y Depresión Hospitalaria Obteniendo como resultado que el 21.74% tenía caso clínico de depresión y respecto al 30.43% presentó caso clínico de ansiedad.

Los factores asociados a la depresión en pacientes hospitalizados fueron las distintas comorbilidades, el antecedente de enfermedad mental, la disfunción familiar en grado moderado y grave, consumo de riesgo de alcohol y ser ateo en cambio los factores protectores fue el hecho de haber estado hospitalizado por alguna cirugía previa, visita familiar, ser ama de casa o presentar creencia religiosa.

Los factores asociados a la ansiedad en pacientes hospitalizados fueron el sexo femenino, la disfunción familiar moderada y grave, el consumo de riesgo de alcohol y la hospitalización actual en los servicios de Cirugía general y los distintos de Medicina en cambio los factores protectores fue el tener otra religión no católica.

El nivel de depresión hospitalaria del Hospital Regional del Cusco se encuentra por debajo de muchos estudios esto debido a que el hospital en mención no es un hospital especializado, como el de otros estudios y en nuestro estudio falta determinar los casos dudosos que podrían incrementar el porcentaje de ambos trastornos pero que sería bajo la revisión de un personal médico especialista en el área quedando como 21.74% presenta caso clínico de depresión y de ansiedad la cifra es de 30.43%.

Cifra comparada con el primer dato que nos dan de los pacientes con depresión que presentan los pacientes con alguna enfermedad física que oscila en el 3-10% mencionado en la bibliografía del Ministerio de Salud, de los Lineamientos de Política Sectorial de Salud Mental del año 2018, duplicando su valor en promedio, pero no superando al hablar de patologías específicas como la de tuberculosis que llega hasta el 48%(6).

Comparado con el estudio más reciente de Duko B. y cols. Donde la sintomatología depresiva se midió con el inventario de Beck resultando un 38% de depresión por encima de nuestro estudio (14). Similarmente el estudio de Huang M. presento un 31.8% de depresión, y ansiedad en un 47.3% de síntomas ansiosos (15). Topiz A. y cols. De Alemania nos da cifras de 47.7% de deprimidos (20). Siendo los mencionados estudios de otros continentes con una población racialmente diferente más con similares

patologías que la nuestra sin mencionar que pueda que ver en algo el nivel socioeconómico y la cultura que tienen en otras regiones del mundo.

Con respecto al estudio paraguayo de Anguiano S y cols. Donde presentan mayores niveles de ansiedad con 53% y síntomas depresivos con 47% siendo mayor la depresión y la ansiedad (16). El estudio Brasileño de Dos Santos A. nos da una estadística prácticamente similar con sus 31.4% de pacientes con depresión y 38.4% de ansiedad (17). En el estudio de Chile de Arancibia M. y cols revelan cifras del 50% de pacientes con depresión (18). Que estando en un mismo continente mantenemos la variación de porcentajes obtenidos en nuestro estudio, ya pensando que la población en estudio tal vez tiene alguna significancia variable con respecto a nuestra población de hospitalizados.

En cambio en Venezuela en el estudio de Pérez O. presentaron a través del Inventario de Beck un nivel de 21 % de depresión y ansiedad con un 22%, siendo una cifra que se asimila a la de nuestro estudio (19) probablemente por tener más similitud con este país que con el resto de nuestro mismo continente.

A nivel nacional se compara las cifras del estudio de Contreras E. que muestra un nivel de depresión 29% y ansiedad 25% (21). En cambio Vallejos M. en su estudio demuestra un 47,7% de grado de sintomatología ansiosa y depresiva con 83.3% (22). Rodríguez M en su estudio obtiene un 65.5% de pacientes con algún nivel de depresión (23), estos niveles más altos que duplican hasta cuadruplican el valor obtenido en nuestra región siendo un diferencia a tomar en cuenta el tipo de pacientes tomados para el estudio una de los asuntos a revisar, tratándose también que son estudios de la costa peruana que difieren en algún momento con los de la sierra y selva.

Salazar C. en su estudio encuentra un 23.1% de ansiedad y depresión en un 27.88%, siendo uno de los estudios con más bajos niveles de ansiedad y depresión del Perú (24). Estudio donde se encontró más similitud con las cifras obtenidas por el estudio realizado a pesar de haber sido un estudio de la capital peruana.

Díaz I. en su estudio la depresión suma más de 50% encontrándose un 4.3% de depresión severa (25) siendo los datos correspondientemente altos frente a nuestro estudio.

Los estudios regionales de Merma A. nos muestra una prevalencia de 62.4% de sintomatología ansiosa y un 73.5% de nivel de depresión en pacientes de cirugía general. Siendo una evaluación previa al momento previo del ingreso del paciente a una sala de cirugía para realizarse un procedimiento, razón por la cual se podría tratar de

una sintomatología propia del momento (26). En el estudio local de Huaman R. se encontró un 83% de ansiedad y un 77% de depresión, donde se obtuvo cifras altas debido al tipo de pacientes que se encuestó, teniendo patologías crónicas y pues con posible terapia de larga data, lo cual no solo interviene en este tipo de pacientes sino también su forma de ver la vida (27).

Se encuentra una relación del sexo femenino con la presencia de ansiedad mas no así con la de depresión corroborado por mayoría de los estudios en donde se estudió la ansiedad, así mismo la bibliografía menciona la existencia que tiene el sexo femenino con respecto al sexo masculino en quienes en ningún estudio ponen en manifiesto la presencia de alguno de los trastornos mencionados, siendo el mismo caso para los estudios que se hicieron a nivel de Latinoamérica y a nivel de la sierra peruana, mostrando una relación que se corrobora en toda bibliografía tomada (3, 4, 5).

Arancibia M. y cols. Manifestaron la relación existente entre el sexo femenino que presentaron este trastorno (18). Contreras E. revela la misma circunstancia con respecto a la variable sexo femenino (20). Salazar C. presenta la misma circunstancia para su estudio donde se utilizó el mismo instrumento para la medición (24).

En los estudios regionales de Huaman R. presentan los mismos parámetros que los estudios anteriores donde se verifica el predominio del sexo femenino para estas circunstancias de hospitalización (27).

En contraste el estudio realizado por Merma A. nos manifiesta que existe una ligera inclinación de la ansiedad del sexo masculino respecto al sexo femenino, esto debido probablemente a que el grupo de pacientes tomados eran ligeramente de predominio masculino o ya que estos tenían problemas tal vez un poco más graves que el de las mujeres (26).

Las comorbilidades tienen en efecto crónico, y se manifiesta de manera orgánica y además afecta la parte psicológica del paciente, por tal motivo se demuestra que nos da una relación significativa, es así que Anguiano y cols. Mencionan que a mayor tiempo de enfermedad nos da mayor ansiedad tomando su referencia enfermedades de más de 2 años (16). En cuanto Arancibia M. y cols. Manifestaron que los pacientes con enfermedades crónicas presentan niveles más altos de depresión, corroborándose en este caso respecto a la hipertensión arterial, a la diabetes mellitus y a la enfermedad pulmonar obstructiva lo planteado por Arancibia M. (18). Contreras E. nos manifiesta que en su estudio se encontró una relación significativa con respecto a la Diabetes mellitus. Sea por que la diabetes causa más preocupación en el paciente, que este se altera y da síntomas depresivos a la larga, y estando hospitalizado comienza una

preocupación que se manifiesta en depresión (21). Diaz I. también menciona al respecto diciendo que las enfermedades con mayor tiempo de cronicidad tienen un incremento con la depresión (25). Así mismo Huaman R. que estudio pacientes oncológicos, nos manifiesta que ellos padecen mayor probabilidad de depresión, pero no se encontró la misma relación con los pacientes oncológicos del Hospital en estudio habiendo que verificar si tal vez la cantidad fue insuficiente (27). La bibliografía menciona que existe relación con respecto a otras comorbilidades crónicas no mencionando específicas pero si manifestando la relación que existe con los trastornos depresivos (12). Se menciona el VIH que nosotros la incluimos dentro de la variable otras comorbilidades y que muestra igualmente relación con trastornos depresivos. Similarmente las morbilidades ginecológicas, que en nuestro estudio solo se menciona a la enfermedad inflamatoria pélvica dentro de otras comorbilidades (6).

La presencia de visita familiar implica en la psicología del paciente, donde la presencia de la familia o de una amistad hace una diferencia, puesto que se verifica siendo un factor protector para el individuo hospitalizado, en contraponiendo la situación Contreras E. manifiesta que la ausencia de acompañantes un factor de riesgo para la presencia de sintomatología depresiva, esto a razón de que el no tener un acompañante en un momento de angustia, hace que presente mayor preocupación por la enfermedad, y al no haber con quien manifestarle sus incomodidades el paciente tiende a desarrollar depresión no siendo medida en los otros antecedentes utilizados (21).

Con respecto a la disfuncionalidad familiar sea moderada o grave tiene sus implicancias en el estudio, habiendo una relación sea en la Depresión y la ansiedad, esto debido a que la herramienta del APGAR familiar nos ayuda a evidenciar la forma que una persona percibe el funcionamiento familiar y percibe familias con problemas , conflictos o disfunciones, estos que tienden a palpar la psiquis de un paciente, que al tener un primer problema de la enfermedad que lo trae a hospitalizarse tiene conflictos en casa los cuales lo acompañan. Saavedra A. y cols. Manifiestan que no hay una relación con la funcionalidad familiar que revela que no nos manifiesta si a mayor disfunción se encuentra más probable el hecho de encontrar algún trastorno ansioso o depresivo en la población estudiada, no haciendo mención específica de los pacientes hospitalizados que podría tener otra versión al tomarse en cuenta (50).

El consumo de riesgo de alcohol con el instrumento (AUDIT) se halló como factor asociado para la ansiedad siendo como la bibliografía la menciona presentándose no solo en nuestros casos de ansiedad sino también en la depresión. Estando acorde a lo que se manifestó, ya que es un problema serio en nuestra sociedad que a la larga puede

hacer daño, lamentablemente no se logró medir la dependencia de alcohol que presumiblemente podría tener un valor más significativo con las patologías mentales pero en el hospital regional no se presentan casos hospitalizados de tal índole. La bibliografía menciona que el consumo de sustancias tiene relevancias a nivel anímico, lo cual significaría la relación que se obtiene en este estudio (5). En el estudio de Gallagher C. se manifiesta que los pacientes con consumo de alcohol tienden a tener una mayor asociación con los síntomas depresivos y ansiosos pero que con tratamiento estos tienden a disminuir (51).

Con respecto a los servicios de hospitalización. La ansiedad que manifiesta un paciente también puede someterse al tipo de tratamiento que este recibe, los servicios de Cirugía general al tener una alta demanda de pacientes sea por día o semana manifiesta una labor más atareada tanto para el personal como para el paciente, que a su vez conllevaría a manifestar algún tipo de trastorno ansioso, y esto debido igualmente al tipo de procedimiento que le va a realizar al paciente, ya que en este servicio generalmente es uno invasivo, que causa preocupación el paciente. Merma A. nos manifiestan que existe una relación del tiempo hospitalario dentro de estos pacientes con tratamiento quirúrgico que influiría en la prevalencia de la sintomatología ansiosa que corroboraría lo encontrado en nuestro estudio (26).

Con respecto a los servicios de medicina interna la presencia de sintomatología ansiosa es significativa, debido a que para el ingreso a estos servicios en su mayor parte son enfermedades que no tienen un remedio ambulatorio y son complicados en su mayoría por ende causa una preocupación manifestada en ansiedad, así los estudios previos en su mayor parte se hizo en servicios exclusivos de medicina interna, Pérez O. manifiesta la existencia mayor de ansiedad en los servicios de medicina (19) Contreras E. similarmente confirma la presencia en un mayor porcentaje que los demás de la ansiedad en el servicio de medicina de su hospital en estudio (21). Topitz a. y cols manifestaron con respecto a la presencia de estos trastornos en los servicios de cirugía general y medicina interna pero por debajo del servicio de rehabilitación el cual en el hospital regional se brinda en los mismos servicios mencionados (20) pero no demostrándose la depresión para tal caso específico.

La situación laboral en nuestros antecedentes no nos hablan ni mencionan al factor protector, que esta respecto a la ocupación o situación laboral, pero la bibliografía manifiesta el hecho de ser desempleado tiene factor de riesgo al igual que el hecho de presentar un empleo hostil que afecta el ánimo del paciente, más faltaría aseverar que el ser ama de casa nos produce protección frente a la depresión (5).

La religión bibliográficamente, brinda un nivel de protección ya que fortalece la capacidad de recuperación frente a la enfermedad, es así que el tener una creencia religiosa sea un factor protector, esto debido a la espiritualidad de la creencia religiosa, así como lo manifiestan los ateos ya que esta ausencia de creencia sea un factor de riesgo por la ausencia de espiritualidad o en razones de estrés y no se aferra a ninguna creencia. Nery B. y cols. En su estudio nos manifiesta que la religiosidad aislada no nos brinda un factor protector, pero es una red de apoyo que de alguna manera sostiene la psicología del individuo (40).

El antecedente de presentar un familiar con enfermedad mental sea del tipo esquizofrenia, demencia o psicosis hace alterar el ámbito de la persona por consecuencia la persona tiende a tener un desánimo y se ve manifestado en la presencia de depresión. Díaz I. manifiesta en su estudio que la depresión tiene relación con el antecedente familiar de depresión. Siendo uno de los factores a tomar en cuenta ya que dentro de los antecedentes familiares de enfermedad mental están incluidos estos mismos, corroborándose así la relación de este con la depresión (25). Comparando con la bibliografía quien nos menciona la existencia de una relación propia del deterioro cognitivo, la invalidez que algunos trastornos mentales manifiestan pero sin buscar la especificidad que se tendría para el caso, y la relación con los familiares.

### 5.3 Conclusiones

1. Factores como comorbilidades, hospitalización previa, el servicio de hospitalización, antecedente familiar de enfermedad mental la visita familiar, la funcionalidad familiar, consumo de alcohol, la situación laboral, la religión y el sexo están asociados a la ansiedad y la depresión en pacientes hospitalizados del Hospital Regional del Cusco.
2. Se encontró relación con los factores clínicos:
  - a. Con la depresión se relacionó la presencia de comorbilidades (la hipertensión arterial, diabetes mellitus, enfermedad pulmonar obstructiva crónica y otras comorbilidades mencionadas entre ellas (VIH, enfermedad inflamatoria pélvica) y con la hospitalización previa por cirugía.
  - b. Con respecto a la ansiedad se encontró asociación con el servicio de hospitalización de los pacientes, tanto en Cirugía general o los servicios de Medicina presentan.
3. Analizando los antecedentes de enfermedades mentales:
  - a. Con la depresión nos demuestra asociación con el antecedente familiar de enfermedad mental.
4. Se encontró entre los factores sociales:
  - a. Con la depresión se encontró asociación con la visita de familiares y/o amistades y con la disfunción familiar tanto moderada como grave se relaciona como factor de riesgo.
  - b. La ansiedad se asocia con la disfunción familiar en las categorías de moderadamente disfuncional y grave disfunción.
5. Se demostró que dentro de los trastornos por consumo:
  - a. Existe asociación con respecto al consumo de riesgo de alcohol con la ansiedad.
6. Se encontró relación con los factores sociodemográficos:
  - a. Con la depresión el ser ama de casa tiene una asociación así mismo tener creencia religiosa.
  - b. Con la ansiedad la creencia religiosa y el sexo femenino tiene asociación.

## **5.4 Sugerencias**

Al Hospital Regional del Cusco:

1. Mejorar el plan respecto a la salud mental de pacientes hospitalizados, conjuntamente con todos los servicios de hospitalización y el departamento de salud mental y así aprobar un test o escala a utilizarse en ambos trastornos.

A los distintos servicios de hospitalización:

1. Buscar identificar al ingreso de los pacientes los trastornos mentales y que se aborden precozmente por el personal especializado.
2. Hacer un seguimiento de los pacientes con factores de riesgo, previamente identificados en especial en los servicios de medicina y cirugías.
3. Capacitar al personal médico tanto interno, residente y asistente de cada servicio sobre los trastornos mentales y sus posibles factores asociados para así lograr su precoz identificación.
4. Realizar un seguimiento posterior al alta del paciente identificado con trastornos mentales y que se deriven al servicio de salud mental si el caso amerite.

Al servicio de Salud Mental del Hospital Regional del Cusco:

1. Capacitar internos de medicina y psicología, los residentes y asistentes hospitalización para mejorar la salud mental de los pacientes hospitalizados buscando se disminuya la depresión y la ansiedad, como sus posibles complicaciones.
2. Instaurar un screening aprobado por el su departamento, para todos los pacientes que ingresan y sobre todo aquellos con factores de riesgo en los distintos servicios de hospitalización y detectar estos trastornos a tiempo.
3. Que el personal en prácticas del servicio de salud mental realice el screening a todos los pacientes, y de esa manera tener un monitoreo de ambos trastornos en el hospital.

## REFERENCIAS BIBLIOGRÁFICAS

1. Trastornos mentales [Internet]. [Publicado 28 nov 2019; Citado 12 ene 2020]. WHO. Disponible en: <https://www.who.int/es/news-room/fact-sheets/detail/mental-disorders>
2. Lo más destacado de la psiquiatría 2019 [internet]. Medscape. [Publicado 8 ene 2020; Citado 12 ene 2020]. Disponible en: <https://espanol.medscape.com/verarticulo/5904873?pa=aTEKN099mEi0r%2BhqQCZ0S%2BhAYJNu9zIbRMczHohmpx4vAdq6J%2FzsAQQg5BowtMzFcFrqow%2Bf2%2F37XuRaZT6JAA%3D%3D>
3. "Depresión: hablemos", dice la OMS, mientras la depresión encabeza la lista de causas de enfermedad [Internet]. OPS OMS. [Citado 12 ene 2020]. Disponible en: [https://www.paho.org/hq/index.php?option=com\\_content&view=article&id=13102:depression-lets-talk-says-who-as-depression-tops-list-of-causes-of-ill-health&Itemid=1926&lang=es](https://www.paho.org/hq/index.php?option=com_content&view=article&id=13102:depression-lets-talk-says-who-as-depression-tops-list-of-causes-of-ill-health&Itemid=1926&lang=es)
4. Organización Panamericana de la Salud. Epidemiología de los trastornos mentales en América Latina y el Caribe. Washington, D.C.: OPS, 2009. ISBN: 978-92-75-31632-0
5. Instituto Especializado de Salud Mental "Honorio Delgado Hideyo Noguchi". Estudio Epidemiológico en Salud Mental en la Sierra Peruana 2003. Informe General. Anales de Salud Mental Vol. XIX. Año 2003, Número 1 y 2. Lima
6. Ministerio de Salud. LINEAMIENTOS DE POLÍTICA SECTORIAL EN SALUD MENTAL PERÚ 2018. Ministerio de Salud Dirección General de Intervenciones Estratégicas en Salud Pública - Dirección de Salud Mental - Lima: Ministerio de Salud; 2018. 54 p.
7. Recomendaciones para reconocer conductas suicidas las cuales pueden ser prevenidas en la familia, círculos de amistad y colegios. [Internet]. Diresacusco. [Publicado 21 feb 2018; Citado el 4 feb 2020]. Disponible en: <http://www.diresacusco.gob.pe/new/archivos/2451>
8. Dirección de epidemiología e investigación. Dirección Regional de Salud Cusco. Dirección ejecutiva de Inteligencia Sanitaria. Boletín Epidemiológico N°44 – 2019.
9. Tafet G. Psiconeuroendocrinología del estrés y la depresión: interacciones entre factores biológicos, psicológicos, genéticos y ambientales. Departamento de Psiquiatría y neurociencias. Universidad Maimónides. Ciudad de buenos aires, R. Argentina. Acta Psiquiátrica y Psicológica Am. Lat. 2016; 62(3): 180-194
10. Ramírez L. y cols. Nueva teoría sobre la depresión: un equilibrio del ánimo entre el sistema nervioso y el inmunológico, con regulación de la serotonina-quineurenina y el

eje hipotálamo-hipofiso-suprarrenal. Departamento de Neurociencias, Centro de Investigaciones Regionales “Dr. Hideyo Noguchi”. Universidad Autónoma de Yucatán, Mérida, México. *Biomédica* 2018;38:437-50. doi: <https://doi.org/10.7705/biomedica.v38i3>

11. Ramírez V. y cols. Riesgo de depresión y factores asociados en adultos mayores institucionalizados en la red de asistencia social al adulto mayor. Medellín, 2015. [Trabajo de investigación] Facultad de Medicina, Universidad CES. Medellín – Colombia, 2015.

12. Pino E. Zuo Y. Borba C. Henderson D. Kalesan B. Clinical depression and anxiety among ST-elevation myocardial infarction hospitalizations: Results from Nationwide Inpatient Sample 2004-2013. *Psychiatry Res.* 2018 Aug;266:291-300. doi: 10.1016/j.psychres.2018.03.025. Epub 2018 Mar 20. PMID: 29615266.

13. Schuler M, Strohmayer M, Mühlig S, Schwaighofer B, Wittmann M, Faller H, Schultz K. Assessment of depression before and after inpatient rehabilitation in COPD patients: Psychometric properties of the German version of the Patient Health Questionnaire (PHQ-9/PHQ-2). *J Affect Disord.* 2018 May;232:268-275. doi: 10.1016/j.jad.2018.02.037. Epub 2018 Feb 21. PMID: 29499510. (PHQ-9/PHQ-2). *J Affect Disord.* 2018 May;232:268-275. doi: 10.1016/j.jad.2018.02.037. Epub 2018 Feb 21. PMID: 29499510.

14. Duko B. Erdado M. Ebrahim J. prevalence and factors associated with depression among hospital admitted patients in South Ethiopia: cross sectional study. Facultad de ciencias de la salud. Escuela de medicina y ciencias de la salud. Universidad de Hawassa, Hawassa- Ethiopia, 2019. *BMC notas de investigación* (2019) 12:73

15. Huang M, Liu Y, Wang J, Mo L, Wang Y, Chen L, et al. High rates of depression anxiety and suicidal ideation among inpatients in general hospital in China. *International Journal of Psychiatry in Clinical Practice.* 3 de abril de 2019;23(2):99-105.

16. Anguiano S. y cols. Prevalencia de ansiedad y depresión en pacientes hospitalizados. Facultad de Estudios Superiores Iztacala. Universidad Nacional Autónoma de México; Asunción (Paraguay) 14(1):24-38, 2017.

17. Dos Santos A. Lazzari T. Silva D. Health-Related Quality of Life, Depression and Anxiety in Hospitalized Patients with Tuberculosis. Pulmonology Division, Hospital de Clínicas de Porto Alegre, 2350 Ramiro Barcelos Street, 2nd floor, Porto Alegre 90035-003, Brasil, 2016.

18. Arnacibia M. Behar R. Marin S. Inzunza N. Madrid E. Funcionamiento psicosocial en pacientes agudos y crónicos no psiquiátricos en régimen hospitalario: depresión alexitimia y falta de asertividad. Universidad de Valparaíso. Valparaíso – Chile, 2015. *Rev Med Chile* 2016; 144:1424-1431.

19. Pérez O. Ansiedad y depresión en pacientes hospitalizados en el SAHCM Marzo-Agosto del 2015 [Trabajo de Especialización]. Facultad de Ciencias de la Salud. Universidad de Carabobo; Maracay 2015.
20. Topitz A, Benda N, Saumer G, Friedrich F, König D, Soulier N, et al. Prevalence and recognition of depression among inpatients of non psychiatric hospital departments. Junio de 2015;29(2):63-70.
21. Contreras E. Factores asociados a la ansiedad y depresión hospitalaria en pacientes ingresados al Servicio de Medicina Interna del Centro Médico Naval “Cirujano Mayor Santiago Távara” Octubre-Diciembre 2017. [Tesis]. Facultad de Medicina Humana, Manuel Huamán Guerrero. Universidad Ricardo Palma; Lima 2018.
22. Vallejos M. Ansiedad y depresión en pacientes internados en un hospital de la Seguridad Social de la provincia de Chiclayo, 2018 [Tesis], Escuela Académica de Profesional de Psicología. Facultad de Humanidades. Universidad Señor de Sipán. Chiclayo – Perú, 2018.
23. Rodríguez M. Nivel de depresión en pacientes hospitalizados en el servicio de Medicina, Hospital Regional Virgen De Fátima, Chachapoyas, 2017. Escuela de Medicina Humana. Universidad Nacional Toribio Rodríguez de Mendoza de Amazonas. Chachapoyas – Perú, 2017.
24. Salazar C. Prevalencia de ansiedad y depresión en pacientes hospitalizados en los servicios de medicina interna del hospital Nacional Dos de Mayo. Lima – Perú. Julio 2015 – diciembre 2015. [Tesis]. Facultad de Medicina Humana. Universidad Privada Ricardo Palma. Lima – Perú, 2015.
25. Díaz I. Frecuencia de depresión en pacientes hospitalizados en los servicios de cirugía y medicina del Hospital Regional Docente las Mercedes – Chiclayo. [Tesis]. Facultad de Medicina Humana. Universidad San Martín de Porres. Chiclayo – Perú, 2012.
26. Merma A. Niveles de sintomatología ansiosa y depresiva en pacientes de fase pre quirúrgica del servicio de cirugía general del Hospital Regional del Cusco, 2017 [Tesis de Grado]: Escuela Profesional de Medicina Humana. Universidad Nacional de San Antonio Abad del Cusco; Cusco 2018.
27. Huaman R. Efectos de ansiedad y depresión de pacientes adultos recién diagnosticados de cáncer en el Hospital Adolfo Guevara Velasco. ESSALUD-CUSCO. 2017 [Tesis de Grado]: Escuela Profesional de Medicina Humana. Universidad Nacional de San Antonio Abad del Cusco; Cusco 2018.
28. American Psychiatric Association: Diagnostic and Statistical Manual of Mental Disorders, Fifth Edition. Arlington, VA, American Psychiatric Association, 2013.

29. Cruzblanca H. Lopercio P. Collas J. Castro E. Neurobiología de la depresión mayor y de su tratamiento farmacológico. Centro Universitario de Investigaciones Biomédicas, Universidad de Colima, Colima, Col., México. *Salud Mental* Vol. 39, No. 1, enero-febrero 2016.
30. Walker J. y cols. The prevalence of depresión in general hospital inpatients: a systematic review and meta-analysis of interview-based studies. University of Oxford Department of Psychiatry, Warneford Hospital, Oxford. *Psychol Med.* 2018 Oct;48(14):2285-2298. doi: 10.1017/S0033291718000624. Epub 2018 Mar 26. PMID: 29576041.
31. Instituto Nacional de la Salud Mental. Trastornos de Ansiedad. Departamento de Salud y Servicios Humanos de los Estados Unidos. Institutos Nacionales de la Salud. NIH Núm. SP 09-3879, 2009
32. Argente, Horacio A., and Marcelo E. Álvarez. *Semiología Médica: Fisiopatología, Semiotecnia Y Propedéutica, Enseñanza Basada En El Paciente.* Buenos Aires. : Médica Panamericana, 2005. Pag 47- 51.
33. Módulo de Atención Integral en Salud Mental dirigido a trabajadores de primer nivel de atención. Módulo 6: La depresión / Ministerio de Salud. Dirección General de Promoción de la Salud; Universidad Peruana Cayetano Heredia. Facultad de Salud Pública y Administración "Carlos Vidal Layseca". Unidad de Salud Mental. -- Lima: Ministerio de Salud, 2005.
34. Chan L, Tummalapalli SL, Ferrandino R, Poojary P, Saha A, Chauhan K, Nadkarni GN. The Effect of Depression in Chronic Hemodialysis Patients on Inpatient Hospitalization Outcomes. *Blood Purif.* 2017;43(1-3):226-234. doi: 10.1159/000452750. Epub 2017 Jan 24. PMID: 28114133; PMCID: PMC5823516.
35. Hospitalización - Meaning of hospitalización in Spanish [internet]. *léxico.com* [Citado 13 ene 2020]. Disponible en: <https://www.lexico.com/es/definicion/hospitalizacion>
36. Servicios de hospitalización generalidades. - estudio de factibilidad para la creación de una ips privada de tercer nivel de atención en el distrito de Barranquilla – *eumed.net* [internet]. [Citado 14 ene 2020]. Disponible en: <http://www.eumed.net/libros-gratis/2008b/385/SERVICIOS%20DE%20HOSPITALIZACION.htm>
37. Trastornos mentales [internet]. OMS [Citado 12 ene 2020]. Disponible en: [https://www.who.int/topics/mental\\_disorders/es/](https://www.who.int/topics/mental_disorders/es/)
38. Mazzei E. Rozman C. *Semiotecnia y Fisiopatología*, Buenos aires; Ed. El Ateneo; 1977. Captulo 4. Historia Clínica; pag. 64-67.

39. La educación y la salud están íntimamente unidas [Internet]. OMS [Publicado 20 sep 2010; Citado 16 ene 2020]. WHO. Disponible en: [http://www.who.int/dg/speeches/2010/educationandhealth\\_20100920/es/](http://www.who.int/dg/speeches/2010/educationandhealth_20100920/es/)
40. Nery B. Cruz K. Faustino A. Santos C. Vulnerabilities, depression, and religiosity in the elderly hospitalised in an emergency unit. Vulnerabilidades, depressão e religiosidade em idosos internados em uma unidade de emergência. Rev Gaucha Enferm. 2018 Jul 2;39:e20170184. Portuguese, English. doi: 10.1590/1983-1447.2018.2017-0184. PMID: 29995074.
41. Apoyo familiar – valoración enfermera de la familia. Guía básica – rodas5.us.es [internet]. [Citado 13 ene 2020]. Disponible en: [https://rodas5.us.es/file/e15d054f-757a-3d84-0345-64a4e1d00969/1/guiavaloracionenred\\_SCORM.zip/page\\_12.htm](https://rodas5.us.es/file/e15d054f-757a-3d84-0345-64a4e1d00969/1/guiavaloracionenred_SCORM.zip/page_12.htm)
42. Ferrer P. Miscan A. Pino M. Pérez V. Funcionamiento familiar según el modelo Circumplejo de Olson en familias con un niño que presenta retardo mental. Facultad de Enfermería de la Universidad Peruana Cayetano Heredia. Lima-Perú. Rev enferm Herediana. 2013;6(2):51-58.
43. Tabaquismo [internet] OPS. [citado 3 feb 2020]. PAHO.ORG: Disponible en: [https://www.paho.org/els/index.php?option=com\\_content&view=article&id=329:tabaquismo&Itemid=283](https://www.paho.org/els/index.php?option=com_content&view=article&id=329:tabaquismo&Itemid=283)
44. Consumo de bebidas alcohólicas [Internet]. OMS. [Citado 13 ene 2020]. WHO. Disponible en: [http://www.who.int/topics/alcohol\\_drinking/es/](http://www.who.int/topics/alcohol_drinking/es/)
45. De las Cuevas C. Garcia A. Gonzales J. Hospital Anxiety and Depression Scale. Universidad de "la Laguna": Islas Canarias-España, 1995. Anales de Psiquiatria (Madrid). Vol. 11. N.o 4, pp. 126-130, 1995.
46. Suarez M. Alcalá M. APGAR familia: Una herramienta para detectar disfunción familiar. Rev Med La Paz, 20(1); Enero – Junio 2014
47. OMS, Cuestionario de Identificación de los Trastornos debidos al Consumo de Alcohol. Departamento de Salud Mental y Dependencia de Sustancias. Ginebra, Suiza 2001. WHO/MSD/MSB/01.6ª.
48. Arias W. Huamani J. Choque R. Análisis psicométrico del test de Fagerström de dependencia a la nicotina en una muestra de estudiantes universitarios de Arequipa, Perú. Acta Med Perú. 2018;35(3):174-9.
49. StataCorp. 2015. Stata Statistical Software: Release 14. College Station, TX: StataCorp LP.
50. Saavedra A. y cols. Funcionalidad familiar en adultos mayores de una unidad de medicina familiar de Guayalejo, Tamaulipas, México. Aten Fam.2016; 23(1):24-28.

51. Gallagher C. Radmall Z. O'Gara C. Burke T. Anxiety and depression among patients with alcohol dependence: co-morbid or substance-related problems? *Irish Journal of Psychological Medicine*. Ireland, 2017. doi:10.1017/ipm.2017.25

## **ANEXOS**

### **Anexo 1**

#### **CONSENTIMIENTO INFORMADO**

##### **TRABAJO DE INVESTIGACIÓN**

“FACTORES ASOCIADOS A DEPRESIÓN Y ANSIEDAD EN PACIENTES HOSPITALIZADOS DEL HOSPITAL REGIONAL DEL CUSCO EN FEBRERO DEL 2020”

##### **ACEPTACIÓN DEL PARTICIPANTE**

Previo un cordial saludo a usted estimado(a) amigo(a).

Soy Reynaldo Anderson Olabarrera Florez estudiante de Medicina Humana de la Universidad Nacional de San Antonio Abad del Cusco, y como parte de realizar mi proyecto de tesis para optar por el título profesional de Médico Cirujano, estoy realizando un trabajo de investigación en la ciudad del Cusco.

Por lo cual, Usted ha sido seleccionado para participar en una investigación que evalúa la prevalencia y factores asociados a depresión y ansiedad en pacientes hospitalizados del Hospital Regional del Cusco.

La ansiedad y depresión son trastornos que se encuentran en la mayoría de la población, siendo aún más elevada en pacientes hospitalizados haciendo que se altere tanto la parte humoral del organismo, afectando así al mejoramiento de la enfermedad. Por lo cual se ve pertinente poner en evidencia la prevalencia de este tipo de trastornos, y así tratar de buscar la sugerencia a los centros asistenciales a mejorar la atención en salud mental de un paciente hospitalizado y ver en cual servicio se hace necesario la incorporación del servicio psicoterapéutico y mejorar más la calidad de salud del paciente.

Su participación será exclusivamente respondiendo una encuesta que no tomará más de 10 minutos.

La información que usted nos proporcione será manejada en forma muy confidencial, pues es una encuesta anónima.

Si ha leído este documento y ha decidido participar, su participación es voluntaria y con derecho de abstenerse a participar sin ninguna penalidad.

De antemano agradezco su participación.

.....

Firma de aceptación

**ANEXO 2**

Ficha N°.....

**FICHA DE RECOLECCIÓN DE DATOS**

**UNIVERSIDAD NACIONAL DE SAN ANTONIO ABAD DEL CUSCO**

**ESCUELA PROFESIONAL DE MEDICINA HUMANA**

**“FACTORES ASOCIADOS A DEPRESIÓN Y ANSIEDAD EN PACIENTES HOSPITALIZADOS DEL HOSPITAL REGIONAL DEL CUSCO EN FEBRERO DEL 2020”**

Toda la información será de manera anónima, voluntaria y que será manejada de manera confidencial por el equipo de investigación.

Le pedimos que responda a las preguntas de acuerdo a lo que usted conoce o piensa y de acuerdo a lo que ocurre en su vida cotidiana.

Si tiene alguna duda, pida una aclaración al encuestador. **LE AGRADECEMOS, NO BRINDAR INFORMACIÓN FALSA, PUES EL ESTUDIO PUEDE FRACASAR. NO HAY RESPUESTAS BUENAS O MALAS, TODAS LAS RESPUESTAS VALEN. MUCHAS GRACIAS POR SU COLABORACION.**

Instrucciones de llenado:

**DATOS A LLENAR POR EL ENCUESTADOR**

<b>a</b>	Servicio de hospitalización .....	<b>b</b>	a) Fecha de ingreso .....
<b>c</b>	Enfermedad diagnosticada actual: ..... .....		

1. Lea las preguntas con atención y marque con una (x) la alternativa que corresponda mejor con su respuesta.

**DATOS GENERALES Y HOSPITALARIOS A LLENAR POR EL PACIENTE**

<b>1</b>	¿Cuántos años cumplidos tiene? ..... años	<b>2</b>	¿A qué sexo pertenece Ud.? a) Masculino b) Femenino
<b>3</b>	¿Cuál es su procedencia? a) Urbano b) Rural	<b>4</b>	¿Cuál es su Estado civil? a) Soltero b) Casado c) Conviviente d) Divorciado o Separado e) Viudo

<b>5</b>	¿Cuál es su grado de instrucción? a) Analfabeto(a) b) Primaria incompleta c) Primaria completa d) Secundaria incompleta e) Secundaria completa f) Superior	<b>6</b>	¿Tiene alguna creencia religiosa? a) Católico b) Cristiano c) Evangélico d) Adventista e) Maranta f) Otros g) Ateo		
<b>7</b>	¿Cuál es su Situación laboral? a) Con empleo remunerado b) Ama de casa c) Independiente d) Desempleado	<b>8</b>	¿Tuvo Hospitalizaciones previas? a) 0 b) 1 c) 2 o más Cirugía previa a)Si b)No Problema médico previo a)Si b)No		
<b>9</b>	¿Tiene alguna de las siguientes Comorbilidades crónicas? (puede marcar más de una) a) Diabetes mellitus b) Hipertensión arterial crónica c) Cáncer d) Enfermedad renal crónica e) Enfermedad pulmonar obstructiva crónica f) Otra g) Ninguna	<b>10</b>	¿Presenta algún antecedente de enfermedad mental familiar? (algún familiar fue diagnosticado de enfermedad mental) a) Si b) No		
<b>11</b>	¿Ha sido diagnosticado anteriormente de ansiedad y/o depresión por un médico? c) Si d) No	<b>12</b>	¿Cuenta con familiares y/o amistades que lo visitan o cuidan? a) Si b) No		
<b>II CUESTIONARIO APGAR DE LA FAMILIA</b>			Casi siempre	Algunas veces	Casi nunca
Estoy contento de pensar que puedo recurrir a mi familia en busca de ayuda cuando algo me preocupa.					
Estoy satisfecho con el modo que tiene mi familia de hablar las cosas conmigo y de cómo compartimos los problemas					
Me agrada pensar que mi familia acepta y apoya mis deseos de llevar a cabo nuevas actividades o seguir una nueva dirección.					
Me satisface el modo que tiene mi familia de expresar su afecto y cómo responde a mis emociones, como cólera, tristeza y amor.					
Me satisface la forma en que mi familia y yo pasamos el tiempo juntos.					

<b>III</b>	¿si Ud. Toma bebidas alcohólicas frecuentemente? (Al menos una vez por semana) Conteste el siguiente cuestionario. Si la respuesta es negativa deje en blanco.
------------	---

**TEST DE IDENTIFICACIÓN DE TRASTORNOS POR CONSUMO DE ALCOHOL**

Lea las preguntas tal como están escritas. Registre las respuestas cuidadosamente. Marque la cifra de la respuesta adecuada en el recuadro de la derecha.

1. ¿Con qué frecuencia consume alguna bebida alcohólica?  
(0) Nunca (Pase a las preguntas 9-10) (1) Una o menos veces al mes (2) De 2 a 4 veces al mes (3) De 2 a 3 veces a la semana (4) 4 o más veces a la semana
2. ¿Cuántas consumiciones de bebidas alcohólicas suele realizar en un día de consumo normal?  
(0) 1 o 2      (1) 3 o 4      (2) 5 o 6      (3) 7, 8, o 9      (4) 10 o más
3. ¿Con qué frecuencia toma 6 o más bebidas alcohólicas en un solo día?  
(0) Nunca      (1) Menos de una vez al mes      (2) Mensualmente  
(3) Semanalmente      (4) A diario o casi a diario
4. ¿Con qué frecuencia en el curso del último año ha sido incapaz de parar de beber una vez había empezado?  
(0) Nunca      (1) Menos de una vez al mes      (2) Mensualmente  
(3) Semanalmente      (4) A diario o casi a diario
5. ¿Con qué frecuencia en el curso del último año no pudo hacer lo que se esperaba de usted porque había bebido?  
(0) Nunca      (1) Menos de una vez al mes      (2) Mensualmente  
(3) Semanalmente      (4) A diario o casi a diario
6. ¿Con qué frecuencia en el curso del último año ha necesitado beber en ayunas para recuperarse después de haber bebido mucho el día anterior?  
(0) Nunca      (1) Menos de una vez al mes      (2) Mensualmente  
(3) Semanalmente      (4) A diario o casi a diario
7. ¿Con qué frecuencia en el curso del último año ha tenido remordimientos o sentimientos de culpa después de haber bebido?  
(0) Nunca      (1) Menos de una vez al mes      (2) Mensualmente  
(3) Semanalmente      (4) A diario o casi a diario
8. ¿Con qué frecuencia en el curso del último año no ha podido recordar lo que sucedió la noche anterior porque había estado bebiendo?  
(0) Nunca      (1) Menos de una vez al mes      (2) Mensualmente  
(3) Semanalmente      (4) A diario o casi a diario
9. ¿Usted o alguna otra persona ha resultado herido porque usted había bebido?  
(0) No      (2) Sí, pero no en el curso del último año      (4) Sí, el último año
10. ¿Algún familiar, amigo, médico o profesional sanitario ha mostrado preocupación por su consumo de bebidas alcohólicas o le han sugerido que deje de beber?  
(0) No      (2) Sí, pero no en el curso del último año      (4) Sí, el último año.

<b>IV</b>	¿si Ud. Fuma? (considera haber fumado al menos un cigarrillo en los últimos 6 meses) Conteste el siguiente cuestionario.	
<b>Test de Fagerström</b>		
¿Cuántos cigarrillos fuma cada día?	a) Más de 30 b) 21-30 c) 11-20 d) Menos de 11	
¿Cuánto tiempo después de despertarse fuma su primer cigarrillo?	a) Menos de 5 minutos b) 6-30 minutos c) 31-60 minutos d) Más de 60 minutos	
¿Encuentra dificultad para no fumar en los sitios donde está prohibido (cine...)?	a) Sí b) No	
¿Qué cigarrillo le desagrada más dejar de fumar?	a) El primero b) Otros	
¿Fuma más durante las primeras horas tras levantarse que durante el resto del día?	a) Sí b) No	
¿Fuma aunque esté tan enfermo que tenga que guardar cama la mayor parte del día?	a) Sí b) No	

### HOSPITAL ANXIETY AND DEPRESSION SCALE

A continuación se presenta un cuestionario ha sido diseñado para ayudarnos a saber cómo se siente usted. Lea cada frase y marque la respuesta que más se ajusta a cómo se sintió durante la semana pasada. No piense mucho las respuestas. Lo más seguro es que si responde deprisa sus respuestas se ajustarán mucho más a cómo realmente se sintió. Usted debe clasificar y marcar con una "X" su respuesta según la frecuencia en que la situación se presente.

1. Me siento tenso o nervioso.
  - a) Todos los días
  - b) Muchas veces
  - c) A veces
  - d) Nunca
2. Todavía disfruto con lo que antes me gustaba.
  - a) Como siempre
  - b) No lo bastante
  - c) Sólo un poco
  - d) Nada
3. Tengo una sensación de miedo, como si algo horrible me fuera a suceder.
  - a) Definitivamente y es muy fuerte
  - b) Sí, pero no es muy fuerte
  - c) Un poco, pero no me preocupa
  - d) Nada
4. Puedo reírme y ver el lado divertido de las cosas.
  - a) Al igual que siempre lo hice
  - b) No tanto ahora
  - c) Casi nunca
  - d) Nunca
5. Tengo mi mente llena de preocupaciones.
  - a) La mayoría de las veces
  - b) Con bastante frecuencia
  - c) A veces, aunque no muy a menudo
  - d) Sólo en ocasiones
6. Me siento alegre.
  - a) Nunca
  - b) No muy a menudo
  - c) A veces
  - d) Casi siempre
7. Puedo estar sentado confortablemente y sentirme relajado.
  - a) Siempre
  - b) Por lo general
  - c) No muy a menudo
  - d) Nunca
8. Me siento como si cada día estuviera más lento.
  - a) Por lo general, en todo momento
  - b) Muy a menudo
  - c) A veces
  - d) Nunca
9. Tengo una sensación extraña, como si tuviera mariposas en el estómago.
  - a) El Nunca
  - b) En ciertas ocasiones
  - c) Con bastante frecuencia
  - d) Muy a menudo
10. He perdido interés en mi aspecto personal.
  - a) Totalmente
  - b) No me preocupo tanto como debiera
  - c) Podría tener un poco más de cuidado
  - d) Me preocupo al igual que siempre
11. Me siento inquieto, como si no pudiera parar de moverme.
  - a) Mucho
  - b) Bastante
  - c) No mucho
  - d) Nada
12. Me siento optimista respecto al futuro.
  - a) Igual que siempre
  - b) Menos de lo que acostumbraba
  - c) Mucho menos de lo que acostumbraba
  - d) Nada
13. Me asaltan sentimientos repentinos de pánico.
  - a) Muy frecuentemente
  - b) Bastante a menudo
  - c) No muy a menudo
  - d) Rara vez
14. Me divierto con un buen libro, la radio, o un programa de televisión.
  - a) A menudo
  - b) A veces
  - c) No muy a menudo
  - d) Rara vez

Gracias.

### Anexo 3

## VALIDACIÓN DEL INSTRUMENTO MEDIANTE EL CRITERIO DE EXPERTOS Y MÉTODO DE DISTANCIA DE PUNTO MEDIO

### INSTRUCCIONES

El presente documento, tiene como objetivo recoger información útil de personas especializadas acerca del tema:

#### **“FACTORES ASOCIADOS A DEPRESIÓN Y ANSIEDAD EN PACIENTES HOSPITALIZADOS DEL HOSPITAL REGIONAL DEL CUSCO EN FEBRERO DEL 2020”**

Para la validez, construcción y confiabilidad del instrumento de recolección de datos para el estudio.

Para la validación del cuestionario se plantearon 10 interrogantes o preguntas, las que serán acompañadas con una escala de estimación que significa lo siguiente:

5.- Representará al mayor valor de la escala y deberá ser asignado cuando se aprecia que la interrogante es absuelto por el trabajo de investigación de una manera totalmente suficiente.

4.- Representará la estimación de que el trabajo de investigación absuelve en gran medida la interrogante planteada.

3.- Significará una absolución de la interrogante en términos intermedios de la interrogante planteada.

2.- Representará una absolución escasa de la interrogante planteada.

1.- Representarán una ausencia de elementos que absuelven la interrogante planteada.

Marque con un aspa (X) en la escala de valoración que figurara a la derecha de cada interrogante según la opinión que le merezca el instrumento de investigación.

# **“FACTORES ASOCIADOS A DEPRESIÓN Y ANSIEDAD EN PACIENTES HOSPITALIZADOS DEL HOSPITAL REGIONAL DEL CUSCO EN FEBRERO DEL 2020”**

**PRESENTADO POR:** Olabarrera Florez, Reynaldo Anderson

## **PROBLEMA GENERAL**

¿Cuál es la prevalencia y los factores asociados más importantes relacionados a la depresión y ansiedad de un paciente hospitalizados en el Hospital Regional del Cusco en febrero del 2020?

## **OBJETIVOS DE LA INVESTIGACIÓN**

### **OBJETIVO GENERAL:**

Analizar los factores asociados a la depresión y ansiedad de los pacientes hospitalizados en el Hospital Regional del Cusco en febrero del 2020.

### **OBJETIVOS ESPECIFICOS:**

1. Relacionar los factores clínicos con la depresión y ansiedad de los pacientes hospitalizados.
2. Analizar los antecedentes patológicos de la salud mental de los pacientes hospitalizado.
3. Encontrar la relación de los factores sociales con la depresión y ansiedad de los pacientes.
4. Demostrar la relación de los factores de consumo de sustancias con la depresión y ansiedad de los pacientes hospitalizados.
5. Relacionar los factores sociodemográficos con la depresión y ansiedad de los pacientes hospitalizados.

**HOJA DE PREGUNTAS PARA LA VALIDACIÓN DE LA ENCUESTA SOBRE  
“FACTORES ASOCIADOS A DEPRESIÓN Y ANSIEDAD EN PACIENTES  
HOSPITALIZADOS DEL HOSPITAL REGIONAL DEL CUSCO EN FEBRERO DEL  
2020”**

1. ¿Considera Ud. que las preguntas del instrumento, miden lo que pretenden medir?

1	2	3	4	5
---	---	---	---	---

2. ¿Considera Ud. que la cantidad de preguntas registradas en esta versión son suficientes para tener comprensión de la materia de estudio?

1	2	3	4	5
---	---	---	---	---

3. ¿Considera Ud. que las preguntas contenidas en este instrumento, son una muestra representativa del universo materia de estudio?

1	2	3	4	5
---	---	---	---	---

4. ¿Considera Ud. si aplicamos en reiteradas oportunidades este instrumento a muestras similares, obtendremos también datos similares?

1	2	3	4	5
---	---	---	---	---

5. ¿Considera Ud. que, los conceptos utilizados en este instrumento, son todos y cada uno de ellos propios de las variables de estudio?

1	2	3	4	5
---	---	---	---	---

6. ¿Considera Ud. que todos y cada una de las preguntas contenidos en este instrumento tienen los mismos objetivos?

1	2	3	4	5
---	---	---	---	---

7. ¿Considera Ud. que el lenguaje utilizado en el presente instrumento es claro, sencillo y no da lugar a diversas interpretaciones?

1	2	3	4	5
---	---	---	---	---

8. ¿Considera Ud. que la estructura del presente instrumento es adecuado al tipo de usuario a quien se dirige el instrumento?

1	2	3	4	5
---	---	---	---	---

9. ¿Estima Ud. que las escalas de medición utilizadas son pertinentes a los objetivos materia de estudio?

1	2	3	4	5
---	---	---	---	---

10. ¿Qué aspecto habría que modificar o que aspectos tendrían que incrementarse o suprimirse?

.....  
.....

AGRADEZCO ANTICIPADAMENTE SU COLABORACIÓN

APELLIDOS Y NOMBRE(S)	FIRMA Y SELLO

## Anexo 4

### Validación de instrumento

Ítems	Juez 1	Juez 2	Juez 3	Juez 4	$\Sigma/\text{Juez}$ ( $\Sigma r_i$ )	Promedio de Ítems ( $P_{ri}$ )	Proporción de Rangos de cada Ítem ( $CP_{ri}$ )	$P_e$	$CP_{ric}$
1	4	4	5	4	17	4.25	0.85	0.00391	0.84609
2	4	5	4	5	18	4.5	0.90	0.00391	0.89609
3	5	4	4	4	17	4.25	0.85	0.00391	0.84609
4	5	4	5	4	18	4.5	0.90	0.00391	0.89609
5	5	4	4	5	18	4.5	0.90	0.00391	0.89609
6	4	5	4	4	17	4.25	0.85	0.00391	0.84609
7	4	4	4	4	16	4	0.80	0.00391	0.79609
8	4	4	5	4	17	4.25	0.85	0.00391	0.84609
9	3	4	4	4	15	3.75	0.75	0.00391	0.74609
							7.65		7.61481
							<b>0.85</b>		<b>0,84609</b>

Primeramente se halló el promedio de rangos para cada ítem de la siguiente forma:

$$P_{ri} = \frac{\Sigma r_i}{j}. \text{ Donde } r_i \text{ es el rango para cada ítem y } j \text{ es el número de jueces.}$$

Luego se halló el coeficiente de proporción de rangos de cada ítem con la fórmula:

$$CP_{ri} = \frac{P_{ri}}{k}. \text{ Donde } k \text{ es el número máximo en la escala evolutiva.}$$

Seguidamente se halló el coeficiente de proporción de rangos corregido de cada ítem con la fórmula:  $CP_{ric} = CP_{ri} - P_e$ . Donde  $P_e = \left(\frac{1}{j}\right)^j$ .

Finalmente se halló el coeficiente de proporción de rangos para todo el cuestionario:

$$CPR_c = \frac{\Sigma CP_{ri}}{N}$$

Igualmente el coeficiente de proporción de rangos corregido para todo el cuestionario:

$$CPR_c = \frac{\Sigma CP_{ric}}{N}$$

Obteniéndose así que: **CPR = 0.85** y **CPRc = 0.84609**

Tomando en cuenta que:

CPRc	Validez y concordancia
0 – 0.4	Baja
0.4 – 0.6	Moderada
0.6 – 0.8	Alta
<b>0.8 – 1</b>	<b>Muy alta</b>

Se obtuvo una validez y concordancia muy alta para este instrumento.

**HOJA DE PREGUNTAS PARA LA VALIDACIÓN DE LA ENCUESTA SOBRE PREVALENCIA Y FACTORES ASOCIADOS A DEPRESIÓN Y ANSIEDAD EN PACIENTES HOSPITALIZADOS DEL HOSPITAL REGIONAL DEL CUSCO EN FEBRERO DEL 2020**

1. ¿Considera Ud. que las preguntas del instrumento, miden lo que pretenden medir?

1	2	3	4	5
---	---	---	---	---

2. ¿Considera Ud. que la cantidad de preguntas registradas en esta versión son suficiente para tener comprensión de la materia de estudio?

1	2	3	4	5
---	---	---	---	---

3. ¿Considera Ud. que las preguntas contenidas en este instrumento, son una muestra representativa del universo materia de estudio?

1	2	3	4	5
---	---	---	---	---

4. ¿Considera Ud. si aplicamos en reiteradas oportunidades este instrumento a muestras similares, obtendremos también datos similares?

1	2	3	4	5
---	---	---	---	---

5. ¿Considera Ud. que, los conceptos utilizados en este instrumento, son todos y cada uno de ellos propios de las variables de estudio?

1	2	3	4	5
---	---	---	---	---

6. ¿Considera Ud. que todos y cada una de las preguntas contenidos en este instrumento tienen los mismos objetivos?

1	2	3	4	5
---	---	---	---	---

7. ¿Considera Ud. que el lenguaje utilizado en el presente instrumento es claro, sencillo y no da lugares a diversas interpretaciones?

1	2	3	4	5
---	---	---	---	---

8. ¿Considera Ud. que la estructura del presente instrumento es adecuado al tipo de usuario a quien se dirige el instrumento?

1	2	3	4	5
---	---	---	---	---

9. ¿Estima Ud. que las escalas de medición utilizadas son pertinentes a los objetivos materia de estudio?

1	2	3	4	5
---	---	---	---	---

10. ¿Qué aspecto habría que modificar o que aspectos tendrían que incrementarse o suprimirse?

.....

.....

.....

AGRADEZCO ANTICIPADAMENTE SU COLABORACIÓN

APELLIDOS Y NOMBRE(S)	FIRMA Y SELLO 
-----------------------	---

**HOJA DE PREGUNTAS PARA LA VALIDACIÓN DE LA ENCUESTA SOBRE PREVALENCIA Y FACTORES ASOCIADOS A DEPRESIÓN Y ANSIEDAD EN PACIENTES HOSPITALIZADOS DEL HOSPITAL REGIONAL DEL CUSCO EN FEBRERO DEL 2020**

1. ¿Considera Ud. que las preguntas del instrumento, miden lo que pretenden medir?  

1	2	3	4	5
---	---	---	---	---
2. ¿Considera Ud. que la cantidad de preguntas registradas en esta versión son suficiente para tener comprensión de la materia de estudio?  

1	2	3	4	5
---	---	---	---	---
3. ¿Considera Ud. que las preguntas contenidas en este instrumento, son una muestra representativa del universo materia de estudio?  

1	2	3	4	5
---	---	---	---	---
4. ¿Considera Ud. si aplicamos en reiteradas oportunidades este instrumento a muestras similares, obtendremos también datos similares?  

1	2	3	4	5
---	---	---	---	---
5. ¿Considera Ud. que, los conceptos utilizados en este instrumento, son todos y cada uno de ellos propios de las variables de estudio?  

1	2	3	4	5
---	---	---	---	---
6. ¿Considera Ud. que todos y cada una de las preguntas contenidos en este instrumento tienen los mismos objetivos?  

1	2	3	4	5
---	---	---	---	---
7. ¿Considera Ud. que el lenguaje utilizado en el presente instrumento es claro, sencillo y no da lugares a diversas interpretaciones?  

1	2	3	4	5
---	---	---	---	---
8. ¿Considera Ud. que 

1	2	3	4	5
---	---	---	---	---

 la estructura del presente instrumento es adecuado al tipo de usuario a quien se dirige el instrumento?  

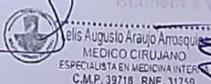
1	2	3	4	5
---	---	---	---	---
9. ¿Estima Ud. que las escalas de medición utilizadas son pertinentes a los objetivos materia de estudio?  

1	2	3	4	5
---	---	---	---	---
10. ¿Qué aspecto habría que modificar o que aspectos tendrían que incrementarse o suprimirse?  

.....

.....

AGRADEZCO ANTICIPADAMENTE SU COLABORACIÓN

APELLIDOS Y NOMBRE(S)	FIRMA Y SELLO
<p>Lelis Augusto Arayo Arroquiya</p>	

**HOJA DE PREGUNTAS PARA LA VALIDACIÓN DE LA ENCUESTA SOBRE PREVALENCIA Y FACTORES ASOCIADOS A DEPRESIÓN Y ANSIEDAD EN PACIENTES HOSPITALIZADOS DEL HOSPITAL REGIONAL DEL CUSCO EN FEBRERO DEL 2020**

1. ¿Considera Ud. que las preguntas del instrumento, miden lo que pretenden medir?  

1	2	3	4	5
---	---	---	---	---
2. ¿Considera Ud. que la cantidad de preguntas registradas en esta versión son suficiente para tener comprensión de la materia de estudio?  

1	2	3	4	5
---	---	---	---	---
3. ¿Considera Ud. que las preguntas contenidas en este instrumento, son una muestra representativa del universo materia de estudio?  

1	2	3	4	5
---	---	---	---	---
4. ¿Considera Ud. si aplicamos en reiteradas oportunidades este instrumento a muestras similares, obtendremos también datos similares?  

1	2	3	4	5
---	---	---	---	---
5. ¿Considera Ud. que, los conceptos utilizados en este instrumento, son todos y cada uno de ellos propios de las variables de estudio?  

1	2	3	4	5
---	---	---	---	---
6. ¿Considera Ud. que todos y cada una de las preguntas contenidos en este instrumento tienen los mismos objetivos?  

1	2	3	4	5
---	---	---	---	---
7. ¿Considera Ud. que el lenguaje utilizado en el presente instrumento es claro, sencillo y no da lugares a diversas interpretaciones?  

1	2	3	4	5
---	---	---	---	---
8. ¿Considera Ud. que 

1	2	3	4	5
---	---	---	---	---

 la estructura del presente instrumento es adecuado al tipo de usuario a quien se dirige el instrumento?  

1	2	3	4	5
---	---	---	---	---
9. ¿Estima Ud. que las escalas de medición utilizadas son pertinentes a los objetivos materia de estudio?  

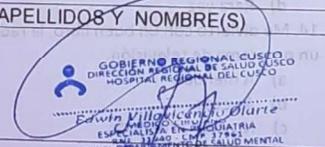
1	2	3	4	5
---	---	---	---	---
10. ¿Qué aspecto habría que modificar o que aspectos tendrían que incrementarse o suprimirse?  

.....

.....

.....

AGRADEZCO ANTICIPADAMENTE SU COLABORACIÓN

APELLIDOS Y NOMBRE(S)	FIRMA Y SELLO
<div style="text-align: center;">  <p><b>GOBIERNO REGIONAL CUSCO</b>  DIRECCIÓN REGIONAL DE SALUD CUSCO  HOSPITAL REGIONAL DEL CUSCO</p> <p>.....  <b>Edwin Millock</b>  ESPECIALISTA EN PSICHIATRÍA  CALLE 11000 C.M. 37801  441 DEL DEPARTAMENTO DE SALUD MENTAL</p> </div>	<div style="text-align: center;">  </div>

**HOJA DE PREGUNTAS PARA LA VALIDACIÓN DE LA ENCUESTA SOBRE  
PREVALENCIA Y FACTORES ASOCIADOS A DEPRESIÓN Y ANSIEDAD EN  
PACIENTES HOSPITALIZADOS DEL HOSPITAL REGIONAL DEL CUSCO EN  
FEBRERO DEL 2020**

1. ¿Considera Ud. que las preguntas del instrumento, miden lo que pretenden medir?

1	2	3	4	5
---	---	---	---	---

2. ¿Considera Ud. que la cantidad de preguntas registradas en esta versión son suficiente para tener comprensión de la materia de estudio?

1	2	3	4	5
---	---	---	---	---

3. ¿Considera Ud. que las preguntas contenidas en este instrumento, son una muestra representativa del universo materia de estudio?

1	2	3	4	5
---	---	---	---	---

4. ¿Considera Ud. si aplicamos en reiteradas oportunidades este instrumento a muestras similares, obtendremos también datos similares?

1	2	3	4	5
---	---	---	---	---

5. ¿Considera Ud. que, los conceptos utilizados en este instrumento, son todos y cada uno de ellos propios de las variables de estudio?

1	2	3	4	5
---	---	---	---	---

6. ¿Considera Ud. que todos y cada una de las preguntas contenidos en este instrumento tienen los mismos objetivos?

1	2	3	4	5
---	---	---	---	---

7. ¿Considera Ud. que el lenguaje utilizado en el presente instrumento es claro, sencillo y no da lugares a diversas interpretaciones?

1	2	3	4	5
---	---	---	---	---

8. ¿Considera Ud. que la estructura del presente instrumento es adecuado al tipo de usuario a quien se dirige el instrumento?

1	2	3	4	5
---	---	---	---	---

9. ¿Estima Ud. que las escalas de medición utilizadas son pertinentes a los objetivos materia de estudio?

1	2	3	4	5
---	---	---	---	---

10. ¿Qué aspecto habría que modificar o que aspectos tendrían que incrementarse o suprimirse?

.....

AGRADEZCO ANTICIPADAMENTE SU COLABORACIÓN

APELLIDOS Y NOMBRE(S)	FIRMA Y SELLO
	 Nidia Melgarejo Chacón MÉDICO PSIQUIATRA CMP 40955 RNE 34284

Anexo 5

PERMISO DEL HOSPITAL

 **GOBIERNO REGIONAL CUSCO**  
**DIRECCIÓN REGIONAL DE SALUD CUSCO**  
**HOSPITAL REGIONAL DEL CUSCO** 

"AÑO DE LA UNIVERSALIZACIÓN DE LA SALUD"  
"Cusco, Capital Arqueológica de América"

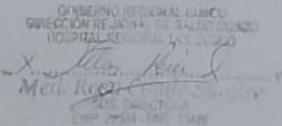
Cusco, 03 FEB 2020

DRSC PROV N° 008 -2020 - HRC. DE.

DE : Director Ejecutivo del Hospital Regional Cusco.  
A : Señor Reynaldo Anderson Olabarrera Florez.  
ASUNTO : Autorización de Aplicación de Trabajo de Investigación.  
REF. : Exp. 983

Visto el documento que antecede de acuerdo a la opinión favorable del Comité de Investigación y de la Oficina de Capacitación, la Dirección Ejecutiva del Hospital Regional del Cusco, autoriza la realización de la aplicación del Instrumento de trabajo de Investigación, intitulado "PREVALENCIA Y FACTORES ASOCIADOS A DEPRESION Y ANSIEDAD EN PACIENTES HOSPITALIZADOS DEL HOSPITAL REGIONAL DEL CUSCO EN FEBRERO DEL 2020". Debiendo acogerse al horario y normas de la Institución.

Atentamente,

C C Archivo  
FHR/igap

Av. La Cultura s/n Telf. 227661 - 231131 Emergencia Telf. 223691 CUSCO - PERU  
[www.hospitalregionalcusco.gob.pe](http://www.hospitalregionalcusco.gob.pe)  
[hrc@hospitalregionalcusco.gob.pe](mailto:hrc@hospitalregionalcusco.gob.pe) Hospital Regional Cusco / Hospital Reg Cusco