

UNIVERSIDAD NACIONAL DE SAN AGUSTÍN DE AREQUIPA
FACULTAD DE MEDICINA



TESIS

***PREVALENCIA Y FACTORES ASOCIADOS A DEPRESION EN PACIENTES
HOSPITALIZADOS EN EL SERVICIO DE TRAUMATOLOGIA DEL HOSPITAL
III YANAHUARA - ESSALUD, MAYO DEL 2021***

Tesis Presentada por la Bachiller:

MIRIAN HAYDE QUISPE COILA

Para optar el Título Profesional de:

MÉDICA CIRUJANA

ASESORA:

MG. JULISSA ELVIRA GALLOSA FABIÁN

Médica Cirujana,

Especialidad: Traumatología y Ortopedia

AREQUIPA – PERÚ

2021

DEDICATORIA

A Dios, porque cada una de sus palabras le dieron significado a lo que soy y quiero ser. Por ser mi mayor fortaleza y motivación.

A mis padres Teodoro y María, quienes con su ejemplo, dedicación y palabras de aliento, me dieron el impulso necesario para no rendirme a pesar de las dificultades, a todo su sacrificio y esfuerzo les debo todo lo que soy.

A mis hermanitos Jessica y John, los cómplices de muchas de las mejores experiencias de mi vida, quienes me brindaron su amor, confianza y apoyo incondicional, y a mi sobrina Arianita, cuya llegada significó para mí una motivación para esforzarme aún más en ser mejor persona.

A Luis, por todo el amor, paciencia y comprensión brindados en este largo camino, quien cada día me demuestra que la mejor parte de formar una relación es ser el mejor equipo.

AGRADECIMIENTOS

A la Facultad de Medicina de la Universidad Nacional de San Agustín, la cual me brindó la formación necesaria para mi desempeño profesional.

A mi asesora, Dra. Julissa Gallosa Fabián, por su disposición, los consejos, el tiempo brindado, y todo el apoyo a lo largo de este trabajo.

Al Hospital III YANAHUARA - ESSALUD, a su personal, y a todas aquellas personas que participaron en la realización de esta investigación, hago extensivo mi más sincero agradecimiento.

INDICE

RESUMEN	5
INTRODUCCION	7
CAPITULO I	
MARCO TEÓRICO	12
CAPITULO II	
MATERIAL Y MÉTODOS	19
CAPITULO III	
RESULTADOS	25
CAPITULO IV	
DISCUSIÓN	35
CONCLUSIONES	39
RECOMENDACIONES	40
BIBLIOGRAFIA	41
ANEXOS	45

RESUMEN

Objetivo: Establecer la prevalencia y la asociación de factores de riesgo a depresión en pacientes hospitalizados en el servicio de Traumatología del Hospital III Yanahuara ESSALUD.

Material y métodos: Se realizó un estudio analítico, transversal y asociativo, la información recolectada fue psicométrica, mediante la aplicación de una entrevista estructurada según el inventario de depresión de Beck II a los 46 pacientes que cumplieron con los criterios de inclusión y exclusión del Servicio de Traumatología del Hospital III Yanahuara-ESSALUD en Mayo del 2021. Se utilizó estadística descriptiva y asociativa.

Resultados: Un 52,17% de los pacientes evidenció presencia de depresión, sobresaliendo entre sus niveles la depresión moderada en un 58,33%. Se estudió la asociación de diez variables en total, encontrándose en primer lugar entre los factores sociodemográficos, a la edad y ocupación, como factores con asociación estadísticamente significativa. ($p < 0.05$). No siendo así con los factores de sexo, situación familiar, estado civil y grado de instrucción. ($p > 0,05$).

No se encontró asociación significativa entre comorbilidad y depresión ($p > 0,05$), mas sí de esta última con el tiempo de hospitalización. ($p < 0.05$)

Finalmente, se evidenció asociación estadísticamente significativa con la variable tipo de patología ($p < 0.05$), mas no con el diagnóstico definitivo específico. ($p > 0,05$)

Conclusiones: La prevalencia de depresión fue de 52,17%, además se determinó asociación estadística significativa para las variables: Edad, ocupación, tiempo de hospitalización y tipo de patología.

Palabras claves: Depresión, prevalencia, factores asociados, pacientes hospitalizados, traumatología.

ABSTRACT

Objective: To establish the prevalence and association of risk factors for depression in hospitalized patients in the Traumatology service of Hospital III Yanahuara ESSALUD.

Material and methods: An analytical, cross-sectional and associative study was carried out, the information collected was psychometric, through the application of a structured interview according to the Beck II depression inventory to patients who met the inclusion and exclusion criteria of the health service. Traumatology at Hospital III Yanahuara-ESSALUD during the month of May 2021. Descriptive and associative statistics were used.

Results: 52.17% of the patients evidence the presence of depression, with Moderate depression standing out among its levels in 58.33%. The association of ten variables in total with depression was studied, finding in the first place among the sociodemographic factors, age and occupation, as factors with a significant statistical association. ($p < 0.05$). This is not the case with the factors of sex, family situation, marital status and degree of education. ($p > 0.05$)

No significant association was found between comorbidity and depression ($p > 0.05$), but rather the latter with the time of hospitalization. ($p < 0.05$)

Finally, a significant statistical association was evidenced with the variable type of pathology ($p < < < 0.05$), but not with the specific definitive diagnosis. ($p > 0.05$)

Conclusions: The prevalence of depression was 52.17%, in addition, a significant statistical association was determined for the variables: Age, occupation, time of hospitalization and type of pathology.

Key words: Depression, prevalence, associated factors, hospitalized patients, traumatology.

INTRODUCCION

La enfermedad depresiva sigue siendo dentro de la medicina actual un tema apasionante como inagotable, es una enfermedad en constante evolución respecto a síntomas, etiología, tratamiento y pronóstico. Según la OMS es considerada como la principal causa de discapacidad en el mundo la cual está presente tanto en países desarrollados como en vías de desarrollo.¹⁻²

Es un trastorno psiquiátrico de alta prevalencia en la población general y, como es de suponer, es también frecuente en enfermos hospitalizados,³⁻⁴ de hecho, algunos estudios reportan que es el trastorno a nivel hospitalario encontrado con más frecuencia, y en los últimos años se ha ido incrementando de forma exponencial en el mundo. Esta alteración se asocia a una percepción subjetiva del enfermo de mayor gravedad y menor mejoría de su patología,⁵ así también, el resultado funcional y calidad de vida percibida.²⁻⁶

Es una alteración del estado de ánimo que ocasiona la pérdida de interés para realizar las actividades diarias, así como de la autoconfianza, además de la instalación de un sentimiento de inferioridad, ideas de culpa, falta de concentración, exceso de cansancio e inutilidad y deterioro de la calidad de vida o el suicidio.⁷⁻⁸⁻⁹ En el Perú, así como en el mundo la depresión es una enfermedad que está abarcando gran prevalencia y en donde cada vez se ve más afectada la sociedad de una manera más amplia,¹ originando preocupación tanto para salud como para costos del estado debido a su aún complejo tratamiento.¹⁰⁻¹¹

La alta prevalencia, el peor pronóstico en pacientes con síntomas depresivos, la existencia de herramientas diagnósticas sencillas y un tratamiento eficaz abogan por el cribado sistemático de la depresión en estos pacientes.³

Se dice que este es un problema de salud mental de gran impacto y complejidad en los adultos mayores, y que es el síndrome geriátrico que más frecuentemente se presenta en esta etapa.¹² Está relacionada al sexo, estado civil, convivencia, actividad laboral, presencia de hipertensión arterial, diabetes mellitus tipo 2 y deterioro cognitivo en el paciente adulto mayor¹³ e involucra procesos patológicos que de no tratarse podría incluso ocasionar la muerte.⁸⁻¹⁴

En el área traumatológica, la depresión es un padecimiento frecuente entre los pacientes con fracturas y que puede estar presente antes de esta; por lo que al conjuntarse con otros factores puede predisponer al empeoramiento del cuadro; además que suele acompañarse en forma frecuente de déficit sensorial y padecimientos crónico degenerativos.⁶⁻¹⁵

Es importante hacer mención, que muchas veces los diagnósticos pasan desapercibidos, ya que la depresión cursa asociada a enfermedades orgánicas o como efecto del tratamiento de las mismas.

Y en general es para el médico especialista, un reto distinguir si los síntomas somáticos pertenecen a la enfermedad orgánica o si forman parte de un síndrome depresivo. En los casos de depresión moderada y severa, se esperaría que el síndrome depresivo fuera más fácil de identificar por la mayor cantidad de síntomas que presenta el paciente tanto psicológicos, somáticos o psicomotores pero pasan desapercibidos en la mayoría de casos, ya que el médico especialista no evalúa al paciente de una manera multiaxial, brindándole a la depresión una importancia subvalorada.¹⁶

Justificación y antecedentes

En el año 2001 Epker realizó una revisión en EE.UU. en cuanto al despistaje psicológico pre-quirúrgico en pacientes candidatos a intervención quirúrgica de columna lumbar, concluyendo que los pacientes afectos de depresión y sometidos a intervención quirúrgica de columna lumbar presentaban un umbral disminuido para el dolor, y tuvieron unos resultados funcionales postquirúrgicos peores.¹⁹

El Dr. Juan Fortune en su texto de ortopedia y traumatología, publicado en Chile en el año 2005, menciona la importancia de incluir a la estimulación psicológica del enfermo con patología traumatológica, ya que este suele caer en la depresión o derrotismo con mucha frecuencia.¹⁷

Grau-Martín en el año 2003 realizó un estudio en España, acerca de la influencia de la ansiedad y la depresión en la sensación de gravedad del enfermo y sus perspectivas de mejoría. Los deprimidos tenían sensación de peor pronóstico para su enfermedad, y una tendencia a valorarla como más grave.¹⁸

Otros autores hallaron una relación estadísticamente significativa de la depresión, como patología fundamental y los resultados funcionales posquirúrgicos, tales como: ²⁰⁻²¹⁻²³⁻²⁴

Lingard en el año 2004 (Estados Unidos), estudió el dolor preoperatorio como factor predictivo de los resultados funcionales postoperatorios en 860 pacientes sometidos a prótesis total de rodilla, concluyendo que los pacientes que tenían mayor limitación funcional, dolor más intenso y peores resultados psicológicos, fueron más propensos a tener peores resultados funcionales al año y a los dos años de la intervención quirúrgica.²⁵

Singh en el año 2010 (Estados Unidos), estudió si influían el sexo, la edad, el IMC, la comorbilidad, la ansiedad y la depresión en las prótesis totales de cadera implantadas, y predijo la limitación moderada a severa en la actividad y dependencia para caminar a los 2 y a los 5 años tras una prótesis total de cadera. Sus conclusiones fueron: el IMC alto, la depresión, la edad elevada y el sexo femenino predecían la limitación de la actividad y la dependencia total en la ayuda de caminar a los 2 y a los 5 años tras la prótesis.²²

Wylde, el año 2011 realizó un estudio en Inglaterra, en el cual señaló que la presencia de depresión mayor estuvo asociada con el dolor posquirúrgico persistente. El 15% de los pacientes sometidos a prótesis total de rodilla tenían dolor severo o extremo a los 3-4 años tras la intervención quirúrgica, que estuvo asociado a la depresión mayor.²⁶

Finalmente Carrasco en estudio realizado en Lima-Perú el año 2017, titulado: Factores clínicos epidemiológicos asociados a depresión, concluyó finalmente que los factores: sexo femenino, el no tener educación superior y el no tener pareja, tienen mayor riesgo de tener depresión.¹⁰

En general, la patología traumatológica incluye entre su curso, elevadas cargas de estrés, dolor, sentimiento de desesperanza a futuro, que sumados a factores de riesgo precedentes propios de cada paciente, sean psicosociales, económicos, familiares, psicológicos, etc, tiene una elevada predisposición a desembocar en un trastorno depresivo y aquí yace la importancia del estudio de esta patología en pacientes de dicha especialidad.

Si mencionáramos específicamente a los pacientes que fueron amputados, es de saber que la experiencia de la amputación de una parte del cuerpo genera cambios significativos tanto a nivel físico como psicológico. Sumado además a que este procedimiento forma parte de un proceso de recuperación asociado generalmente a otra enfermedad de base como tumores, diabetes mellitus, etc., o bien, a la presencia de algún tipo de trauma. No obstante, la experiencia de recuperación se asocia a la pérdida de una parte del cuerpo que formaba parte del esquema mental corporal que tiene la persona y cuyo impacto en el balance psicológico será inevitablemente atroz.³⁰

Las enfermedades crónicas cada vez tienen mayores impactos sociales, psicológicos y hasta económicos. Sin embargo, el más importante para el paciente es el grado de deterioro que observa en su funcionamiento como ente biopsicosocial, dado que enfrenta limitaciones para realizar sus actividades cotidianas, se alteran sus relaciones familiares y sociales, ya que se percibirá a sí mismo como una persona discapacitada en una o más de estas tres esferas: física, psicológica y social.³¹

Es entonces inexcusable el evitar estudiar esta patología y sus repercusiones, por lo que, al encontrar escasez de estudios en relación a la prevalencia de depresión y sus factores asociados en pacientes con patología traumatológica en nuestro país, y aún más escasos en nuestra región, se consideró importante y necesaria, la realización de este estudio.

La presente investigación busca además ofrecer una visión de este problema en nuestra realidad; de esta manera, motivar a los médicos a su cargo ya sea de Traumatología o de otras especialidades, y a todos los médicos en general, a tomar conciencia del problema y comprender la importancia de un abordaje biopsicosocial del paciente, de modo que se brinde real interés a la detección precoz de esta patología y a su posterior tratamiento oportuno, considerando que así se podrá evitar las complicaciones ya mencionadas, o que la patología depresiva desencadene cronicidad en estos pacientes con susceptibilidad estudiada y demostrada, ya sea a nivel orgánico o funcional, y que conlleve a otras fatales consecuencias como lo es el suicidio; asimismo, que sirva de apoyo para futuros trabajos de investigación, en beneficio de la población y todo el sector sanitario.

PLANTEAMIENTO DEL PROBLEMA

¿Cuál es la prevalencia y qué factores asociados a depresión existen en los pacientes hospitalizados en el servicio de Traumatología del Hospital III Yanahuara ESSALUD?

OBJETIVOS

a) Objetivo general

- Establecer la prevalencia y la asociación de factores de riesgo a depresión en pacientes hospitalizados en el servicio de Traumatología del Hospital III Yanahuara ESSALUD.

b) Objetivos específicos

- Establecer la prevalencia de depresión en pacientes hospitalizados en el servicio de Traumatología.
- Determinar la asociación de los factores socio-demográficos como: sexo, edad, situación familiar, estado civil, ocupación, grado de instrucción, con la depresión en la población estudiada.
- Determinar la asociación de comorbilidad y días de hospitalización, con depresión en la población estudiada.
- Determinar la asociación de diagnóstico definitivo, con depresión en la población estudiada.

CAPITULO I

MARCO TEÓRICO

1. DEPRESIÓN

a. Definición

La depresión presenta según la literatura, diversas definiciones, en esencia esta es una alteración del humor que se caracteriza por presentar un ánimo deprimido, falta de energía y/o pérdida de interés, ausencia de la capacidad para disfrutar u obtener placer (anhedonia), que en consecuencia, afecta la vida de la persona, se presenta en la mayor parte del día y durante al menos dos semanas.²⁷

Algunos de los aspectos más importantes acerca de la problemática de esta patología son, en primer lugar es un padecimiento altamente incapacitante, es altamente prevalente a nivel mundial, además se ha podido observar que los pacientes con trastornos depresivos consultan primero al médico de atención primaria, antes que a un especialista en esta área como es el psiquiatra.

Aún sabiendo que la evaluación y el diagnóstico de los trastornos depresivos se fundamentan en la clínica y entrevista, es necesario descartar la presencia de una afección orgánica que pueda estar provocando esta sintomatología en el paciente.

El diagnóstico se da ante la presencia de síntomas depresivos, con una duración de al menos 2 semanas, y al menos cuatro síntomas concomitantes, entre los cuales se encuentran: sentimientos de culpa, falta de energía, cambios en el apetito y el peso, en el sueño y la actividad, problemas para pensar y tomar decisiones y pensamientos recurrentes de muerte o suicidio.²⁸

b. Epidemiología

Según datos brindados por la Organización Mundial de la Salud (OMS), el Trastorno depresivo mayor (TMD) representa la undécima causa de discapacidad y mortalidad en el mundo, entre 291 enfermedades y lesiones.

Algunos factores relacionados con la depresión han sido estudiados epidemiológicamente resultando:

- Sexo: Se estima que la presentación en mujeres es el doble que en varones, o es superior en algún porcentaje, así en cualquier lugar del mundo y esto se podría explicar por diferentes aspectos según la bibliografía, por ejemplo que la etiología del TMD es diferente para cada sexo, o la evidente diferencia en cuanto a factores hormonales sobre los sistemas de neurotransmisión, neuroendocrino y circadiano, los cuales han sido implicados en los trastornos del humor, sin embargo aún no se ha determinado el mecanismo exacto de influencia de este sobre la depresión.
- Etnia: De acuerdo a datos de varias encuestas realizadas en EE.UU. la prevalencia de depresión en personas blancas es de 18%, en pacientes afro-caribeños 13% y en afroamericanos es de 10%, pero en cuanto a la severidad, el TDM es menor en pacientes blancos que en los otros grupos.
- Edad: Algunos estudios indican que se presenta mayormente en adultos jóvenes, entre más edad menos prevalencia de depresión. Sin embargo esto cambia posteriormente ya que existen factores de riesgo en adultos mayores que aumentan la presentación de la enfermedad, entre estos, la presencia de múltiples comorbilidades, dependencia de actividades básicas de la vida diaria, entre otros.²⁹

c. Etiología

Los primeros indicios de la etiología del TDM surgieron de manera incidental al estudiar efectos secundarios de fármacos que disminuyen la concentración de monoaminas a nivel cerebral, como sucede con algunos antihipertensivos como la reserpina y con el tiempo fueron incrementándose las hipótesis acerca del principio de su desarrollo.

Hoy en día se conoce que la patogénesis del TDM es multifactorial y se pueden hablar de tres vías que concurren para desarrollar esta patología y son: los factores genéticos, biológicos y psicosociales.

d. Factores de riesgo

Resultado de los múltiples factores y aspectos etiológicos que forman parte del TDM, asociado además, a las comorbilidades, aspectos psicosociales y psicológicos personales, se presenta cierta dificultad para determinar cuáles son

los factores de riesgo para el desarrollo de esta patología, sin embargo, en múltiples estudios, es posible encontrar algunos factores de riesgo comunes, dentro de los cuales podemos destacar los siguientes

- Enfermedad médica concomitante
- Enfermedad psiquiátrica concomitante
- Eventos de vida adversos
- Rasgos de personalidad
- Antecedente de enfermedad mental
- Dolor crónico
- Medicamentos: glucocorticoides
- Estatus económico bajo
- Estado civil: separado, viudo, divorciado
- Conflictos en la infancia con padres o cuidadores.

También se mencionan algunos factores protectores como son: creencias religiosas, soporte social, embarazo y tener hijos.²⁸

e. Diagnóstico

La depresión puede manifestarse a través de distintos síntomas, lo que hace que su detección obtenga un grado mayor de dificultad, en especial en el contexto de alguna comorbilidad.

Es por ello que se han creado múltiples herramientas aplicables en el tamizaje, que distingue en primera instancia a aquellos pacientes que tendrían que ser evaluados con mayor cautela.

Luego de que algún tamizaje da positivo, se utilizan una serie de modelos para poder realizar el diagnóstico certero, el más utilizado es el establecida por el Manual Diagnóstico y Estadístico de Enfermedades Mentales, (DMS-5, por sus siglas en inglés). En éste, se encuentran criterios para el diagnóstico de distintos trastornos depresivos, los cuales incluyen:

- Trastorno de depresión mayor (Ver TABLA 1).
- Distimia (Trastorno depresivo persistente)
- Trastorno de desregulación del estado de ánimo disruptivo
- Trastorno disfórico premenstrual

- Trastorno depresivo inducido por sustancias / medicamentos
- Trastorno depresivo debido a otra afección médica
- Otros trastornos depresivos
- Trastorno depresivo no especificado

TABLA 1. Criterios DSM-5 para el diagnóstico del TDM

<p>A. Cinco (o más) de los síntomas siguientes han estado presentes durante el mismo periodo de dos semanas y representan un cambio del funcionamiento previo; al menos uno de los síntomas es (1) estado de ánimo deprimido o (2) pérdida de interés o de placer.</p> <p>Nota: No incluir síntomas que se pueden atribuir claramente a otra afección médica.</p>
<p>1. Estado de ánimo deprimido la mayor parte del día, casi todos los días, según se desprende de la información subjetiva (p. ej., se siente triste, vacío, sin esperanza) o de la observación por parte de otras personas (p. ej., se le ve lloroso). (Nota: En niños y adolescentes, el estado de ánimo puede ser irritable.)</p>
<p>2. Disminución importante del interés o el placer por todas o casi todas las actividades la mayor parte del día, casi todos los días (como se desprende de la información subjetiva o de la observación).</p>
<p>3. Pérdida importante de peso sin hacer dieta o aumento de peso (p. ej., modificación de más de un 5% del peso corporal en un mes) o disminución o aumento del apetito casi todos los días. (Nota: En los niños, considerar el fracaso para el aumento de peso esperado.)</p>
<p>4. Insomnio o hipersomnia casi todos los días.</p>
<p>5. Agitación o retraso psicomotor casi todos los días (observable por parte de otros, no simplemente la sensación subjetiva de inquietud o de enlentecimiento).</p>
<p>6. Fatiga o pérdida de energía casi todos los días.</p>
<p>7. Sentimiento de inutilidad o culpabilidad excesiva o inapropiada (que puede ser delirante) casi todos los días (no simplemente el autorreproche o culpa por estar enfermo).</p>
<p>8. Disminución de la capacidad para pensar o concentrarse, o para tomar decisiones, casi todos los días (a partir de la información subjetiva o de la observación por parte de otras personas).</p>
<p>9. Pensamientos de muerte recurrentes (no sólo miedo a morir), ideas suicidas recurrentes sin un plan determinado, intento de suicidio o un plan específico para llevarlo a cabo.</p>
<p>B. Los síntomas causan malestar clínicamente significativo o deterioro en lo social, laboral u otras áreas importantes del funcionamiento.</p>

C. El episodio no se puede atribuir a los efectos fisiológicos de una sustancia o de otra afección médica

D. El episodio de depresión mayor no se explica mejor por un trastorno esquizoafectivo, esquizofrenia, un trastorno esquizofreniforme, un trastorno delirante, u otro trastorno especificado o no especificado del espectro de la esquizofrenia y otros trastornos psicóticos.

E. Nunca ha habido un episodio maníaco o hipomaníaco.

Nota: Esta exclusión no se aplica si todos los episodios de tipo maníaco o hipomaníaco son inducidos por sustancias o se pueden atribuir a los efectos fisiológicos de otra afección médica

Fuente: Asociación Americana de Psiquiatría. (2016). DSM-5: Manual diagnóstico y estadístico de los trastornos mentales.

España: Editorial Médica Panamericana

Cuando se tiene la sospecha diagnóstica de un paciente con TDM, y ya se tiene un tamizaje positivo, pero los síntomas no concuerdan con los criterios de la TABLA 1, entonces se debe de considerar alguna de los otros desordenes afectivos o mentales.

Existen algunas alternativas diagnósticas al DSM-5, entre ellas una opción es la Clasificación Internacional de Enfermedades Décima Revisión o CIE-10 (por sus siglas en inglés) que es publicada por OMS, donde los criterios establecidos por estas dos herramientas diagnósticas son esencialmente los mismos, si se trata de TDM, empero con los otros trastornos como la distimia, los criterios difieren sustancialmente.

La utilización correcta de estos criterios diagnósticos, ayudará al médico tratante a no cometer errores diagnósticos, como subdiagnosticar TDM, o bien confundirlo con alguna otra patología subyacente similar.²⁸

f. Evolución

Se han realizado múltiples estudios en los que señalan que con un tratamiento adecuado se presenta entre un 50 a 60% de remisión.

Además, mientras más pronto se inicie la administración de la medicación, el efecto será más eficaz.

La resistencia en el tratamiento no está clara, sin embargo, de acuerdo a estudios realizados para determinar la eficacia de los medicamentos se concluyó que esta ronda entre el 46 al 69%.²⁸

g. Pronóstico

Este es influido por diversos factores ya sean propios o sociales, pero debemos de mencionar que varios estudios han demostrado que el riesgo de suicidio es hasta 20 veces más alto en pacientes deprimidos.

La mortalidad de estos va de 2.2 al 8.6%, además el 47 al 69% de los pacientes deprimidos presentan ideación suicida

h. Tratamiento

En la era actual, se tiene que el objetivo principal de los tratamientos antidepresivos, es lograr la remisión total de los síntomas e idealmente restaurar la funcionalidad del paciente, sin embargo, se debe mencionar que a pesar de estar comprobada la efectividad de los tratamientos, su efectividad en remisión solo alcanza una tasa de 67% aproximadamente.

Para el abordaje terapéutico de esta enfermedad, en especial la elección del tratamiento farmacológico se basa en la combinación de síntomas del paciente y se toman en cuenta los efectos adversos que pueda producir dicho fármaco.

El tiempo de tratamiento de un primer episodio se debe extender a un tiempo aproximado de 6 a 12 meses, antes de considerar una falla terapéutica. Existen fármacos que no serán bien tolerados por el paciente con TDM, por lo que se pueden probar distintas alternativas para determinar la terapia individualizada más óptima.

“La terapia conjunta de psicoterapia y tratamiento médico son una alternativa que han demostrado gran eficacia, y aunque se debe tener en cuenta que no es para todo paciente, si se realiza una adecuada selección existe una gran posibilidad de remisión.”²⁸

2. DEPRESION EN PACIENTES CON PATOLOGIA TRAUMATOLOGICA

La patología traumatológica incluye entre su curso, elevadas cargas de estrés, dolor, sentimiento de desesperanza a futuro, que sumados a factores de riesgo precedentes propios de cada paciente, sean psicosociales, económicos, familiares, psicológicos, etc, tiene una elevada predisposición a desembocar en un trastorno depresivo.

En pacientes sometidos a amputación, por ejemplo, se resaltan variables como la adaptación al uso de prótesis, el manejo de la sensación de dolor y/o presencia del síndrome del miembro fantasma, las alteraciones en la autoimagen, expresión emocional y autoconcepto, relacionadas a esta patología.³⁰ Y la depresión, incluso después del acto quirúrgico incrementa su incidencia hasta en un 50%.³¹

Y se ha encontrado que los pacientes que reciben intervención psicológica en comparación con los que no, muestran diferencias significativas en el afrontamiento ante la amputación, siendo la autorregulación como técnica de elección.³²

Así también, la depresión es un padecimiento frecuente entre los pacientes con fractura de cadera, los cuales ocupan un buen porcentaje de los pacientes hospitalizados en este servicio, y que puede estar presente antes de la fractura; por lo que al conjuntarse con otros factores puede predisponer a cursos peores de la enfermedad.¹⁵ En pacientes con artroplastia de rodilla y en general, los de esta especialidad, que tienen depresión, previa a una intervención quirúrgica, se han descrito como factores asociados a peores resultados.⁹

CAPITULO II

MATERIAL Y MÉTODOS

1. ÁMBITO Y PERIODO

1.1 LUGAR Y TIEMPO:

El estudio se realizó en el servicio de Traumatología del Hospital III Yanahuara ESSALUD, dicho establecimiento se encuentra ubicado en el distrito Yanahuara de la provincia de Arequipa, durante el periodo Mayo de 2021.

1.2 POBLACIÓN DE ESTUDIO:

La unidad de estudio fueron 46 pacientes hospitalizados en el Hospital III Yanahuara, que cumplieron con los criterios de inclusión y exclusión.

CRITERIOS DE ELEGIBILIDAD

a. Criterios de inclusión:

- Pacientes Hospitalizados en el servicio de Traumatología del Hospital III Yanahuara ESSALUD.
- Cuya edad fue mayor o igual a 18 años.
- Transferidos de otros servicios en estado de lucidez.

b. Criterios de exclusión:

- Pacientes con enfermedad clínicamente descompensada.
- Con compromiso de conciencia o Glasgow menor a 15.
- Con afasia, incapacidad de comprender instrucciones o idioma.
- Portadores de otros trastornos mentales que impidiesen una correcta entrevista.
- Quienes libremente decidieron no participar del estudio.

2. TÉCNICAS Y PROCEDIMIENTOS

2.1. TIPO DE ESTUDIO

Estudio analítico, transversal, asociativo según Altman.

2.2. PRODUCCIÓN Y REGISTRO DE DATOS

Para realizar la recolección de datos se solicitó permiso con el objetivo de acceder a las instalaciones de la institución, mediante documentos dirigidos a la Dirección del hospital III Yanahuara de Arequipa. Con el permiso obtenido se procedió a revisar las fichas clínicas de los pacientes, para la aplicación de los instrumentos de evaluación, de los pacientes se solicitó el consentimiento informado, dándoles una breve explicación sobre el propósito de la investigación.

La técnica utilizada fue la psicométrica, mediante la aplicación de una entrevista estructurada creada por el psiquiatra, investigador y fundador de la Terapia Cognitiva, Aaron T. Beck. La información se obtuvo a través de la adecuación de un cuestionario simple dispuesto de la siguiente manera:

- Como Ítem I, en la parte superior del cuestionario se tomaron en cuenta los datos generales del enfermo, con la finalidad de recolectar información sociodemográfica básica.
- En el Ítem II, se desarrolló: El Inventario de Depresión de Beck II.

Estructuración del instrumento de evaluación

ITEM I Información sociodemográfica de la población: Sexo, edad, situación familiar, estado civil, ocupación, grado de instrucción, comorbilidad, días de hospitalización y diagnóstico definitivo.

ITEM II Inventario de Depresión de Beck-II (BDI-II)

Es una escala psicométrica, breve, aplicable tanto en población general como en colectivos clínicos, se elaboró con la finalidad de determinar la existencia y severidad de síntomas depresivos, adicionalmente es fuente complementaria de datos que ayude a realizar un diagnóstico de trastorno depresivo, puede ser aplicada a partir de los 13 años. En el presente estudio se utilizó la versión española

traducida y adaptada por Sanz, Navarro y Vázquez. Es un instrumento útil en la evaluación de las dimensiones generales de la Depresión.

Los ítems del BDI-II, cubren todos los criterios sintomáticos para el trastorno depresivo mayor y el distímico, lo que apoya su validez de contenido. Para la investigación, se consideró esta prueba, porque los datos obtenidos de la comparación entre varias pruebas, como: El Inventario de Beck, la escala de Hamilton para depresión, el cuestionario de las nueve preguntas y la escala del Centro de Estudios Epidemiológicos de Depresión; en una recopilación de estudios, sugieren un mayor resultado mediante la prueba de Beck.³⁵

Este inventario consta de 21 ítems, que contempla en cada uno de ellos, aquella frase entre un conjunto de cuatro alternativas que debe elegir el paciente, siempre ordenadas por su gravedad, la que mejor se aproxima a su estado durante las últimas dos semanas incluyendo el día en que completa el inventario.

En cada ítem se responde en una escala de 0 a 3 puntos también en los ítems 16 (cambios en el patrón de sueño) y 18 (cambios en el apetito), el cual fue administrado por el investigador con la lectura individualizada a cada paciente, consignando la respuesta dada, con el consentimiento de éste.

En el caso de que el sujeto elija más de una alternativa en un ítem dado, se considera el formato de los ítems tipo Likert, es decir, la puntuación de la frase elegida de mayor gravedad.

Se puede obtener una puntuación total en el BDI-II que varía de 0 a 63. Los parámetros referenciales para la escala depresiva son:

- Población dentro de límites normales: 0-13 puntos
- Depresión leve: 14-19 puntos
- Depresión moderada: 20-28 puntos
- Depresión Severa: 29-63 puntos

En cuanto al BDI-II, es importante resaltar que esta versión presenta modificaciones sustanciales respecto al BDI-I y BDI-IA encaminadas a cubrir todos los criterios

diagnósticos sintomáticos de los trastornos depresivos según el DSM-IV y CIE-10 de modo que el porcentaje cubierto por este test, de síntomas de depresión mayor y distimia, es del 100%.³³

La Asociación Americana de Psiquiatría (2014), no ha realizado cambios sustanciales respecto a los criterios diagnósticos de los trastornos depresivos, de la IV a la V edición del manual diagnóstico; por tanto, los síntomas incluidos por Aaron Beck, continúan siendo relevantes.³⁴

Las buenas propiedades psicométricas de la prueba avalan su uso en la población, tanto en ámbitos clínicos como de investigación, para la detección de la presencia y de la gravedad de la depresión en adultos y adolescentes de 13 años o más.³⁵

La gravedad se considera leve, moderada o grave en base al número de síntomas de los criterios, la gravedad de los síntomas y el grado de incapacidad funcional y malestar. Los episodios leves se caracterizan por la presencia de sólo cinco o seis síntomas depresivos y por una incapacidad leve o por una capacidad de función normal, pero a costa de un esfuerzo importante e inhabitual. Los episodios graves sin síntomas psicóticos se caracterizan por la presencia de la mayoría de los síntomas de los criterios y por una incapacidad evidente y observable. Los episodios moderados tienen una gravedad intermedia entre los leves y los graves.

2.3. DEFINICIÓN OPERACIONAL DE VARIABLES

VARIABLE	INDICADOR	UNIDAD/CATEGORÍA	ESCALA	TIPO
Depresión	Síntomas físicos y psicológicos	Normal Depresión Leve Depresión Moderada Depresión severa	Ordinal	Cualitativa
Sexo	Características sexuales secundarias	Femenino Masculino	Nominal	Cualitativa

Edad	Fecha de nacimiento	18-37 años 38-57 años 58-77 años 78- a mas años	Ordinal	Cuantitativa
Situación familiar	Personas con las que vive	Solo Matrimonio Familia nuclear Otros	Nominal	Cualitativa
Estado Civil	Tipo de relación	Soltero Casado Viudo Separado Conviviente	Nominal	Cualitativa
Ocupación	Labor antes de enfermar	Trabajaba Estudiaba Sin ocupación	Nominal	Cualitativa
Grado de Instrucción	Nivel de educación culminado	Primaria completa o incompleta Secundaria completa o incompleta Superior completa o incompleta	Ordinal	Cualitativa
Comorbilidad	Otras patologías diagnosticadas por médico	Con comorbilidad Sin comorbilidad	Nominal	Cualitativa
Días de hospitalización	Tiempo en días de hospitalización	<10 días 10-20 días >20 días	Ordinal	Cuantitativa
Diagnóstico definitivo	Diagnóstico definitivo	Diagnóstico	Nominal	Cualitativa

2.4. CONSIDERACIONES ÉTICAS

Se respetaron los principios de autonomía, beneficencia y justicia en el desarrollo de la investigación. La información obtenida solo es utilizada para los fines de la presente investigación, no se identificó a los informantes ni se revelará la identidad particular de las unidades de estudio.

Se solicitó además, la respectiva autorización de la autoridad responsable a cargo de la Oficina de Capacitación, Investigación y Docencia, del servicio Traumatología y del hospital.

2.5. CONFLICTO DE INTERESES

No hay conflictos de intereses.

**CAPITULO III
RESULTADOS**

TABLA N° 1

PREVALENCIA DE DEPRESION EN PACIENTES HOSPITALIZADOS EN EL
SERVICIO DE TRAUMATOLOGIA DEL HOSPITAL III YANAHUARA ESSALUD
EN MAYO 2021

VARIABLE		FRECUENCIA	PORCENTAJE
		N°	%
ESTADO DEL PACIENTE	Con depresión	24	52,17 %
	Sin depresión	22	47,83 %
NIVEL DE DEPRESION	Leve	9	37,50 %
	Moderada	14	58,33 %
	Severa	1	4,17 %
TOTAL		46	100,00%

TABLA N° 2
CARACTERÍSTICAS SOCIODEMOGRAFICAS DE LOS PACIENTES
HOSPITALIZADOS EN EL SERVICIO DE TRAUMATOLOGIA DEL HOSPITAL III
YANAHUARA ESSALUD EN MAYO 2021

VARIABLE		FRECUENCIA	PORCENTAJE
		N°	%
SEXO	Masculino	31	67,39 %
	Femenino	15	32,61 %
EDAD	18-37 años	9	19,56 %
	38-57 años	22	47,83 %
	58-77 años	13	28,26 %
	78 a más años	2	4,35 %
SITUACION FAMILIAR	Solo	5	10,87 %
	Matrimonio	11	23,91 %
	Familia nuclear	27	58,70 %
	Otros	3	6,52 %
ESTADO CIVIL	Soltero	7	15,22 %
	Casado	21	45,65 %
	Conviviente	16	34,78 %
	Separado	0	0,00 %
	Viudo	2	4,35 %
OCUPACION	Trabajaba	32	69,57 %

	Estudiaba	1	2,17 %
	Sin ocupación	13	28,26 %
GRADO DE INSTRUCCION	Primaria completa o incompleta	2	4,35 %
	Secundaria completa o incompleta	21	45,65 %
	Superior completa o incompleta	23	50,00 %
TOTAL		46	100,00%

TABLA N° 3

CARACTERÍSTICAS CLINICAS DE LOS PACIENTES HOSPITALIZADOS EN EL
SERVICIO DE TRAUMATOLOGIA DEL HOSPITAL III YANAHUARA ESSALUD
EN MAYO 2021

VARIABLE		FRECUENCIA	PORCENTAJE
		N°	%
COMORBILIDAD	Con comorbilidad	18	39,13 %
	Sin comorbilidad	28	60,87 %
TIEMPO DE HOSPITALIZACION	<10 días	27	58,70 %
	10-20 días	14	30,43 %
	>20 días	5	10,87 %
DIAGNOSTICO DEFINITIVO	Amputación de dedo	2	4,35 %
	Esguince en MI	1	2,17 %
	Fractura de cadera	5	10,87 %
	Fractura de clavícula	1	2,17 %
	Fractura de falange	1	2,17 %
	Fractura de fémur	6	13,04 %
	Fractura de húmero	4	8,70 %
	Fractura de radio	5	10,87 %
	Fractura de radio y cúbito	2	4,35 %
	Fractura de rótula	1	2,17 %
	Fractura de tibia	3	6,52 %

Fractura de tobillo	1	2,17 %
Fractura múltiple de MI	1	2,17 %
Luxación de hombro	2	4,35 %
Osteomielitis	5	10,87 %
Seudoartrosis	4	8,70 %
Trauma en tendón de Aquiles	2	4,35 %
TOTAL	46	100,00%

TABLA N°4

ASOCIACION DE FACTORES SOCIODEMOGRÁFICOS CON DEPRESION
 EN LOS PACIENTES HOSPITALIZADOS EN EL SERVICIO DE
 TRAUMATOLOGIA DEL HOSPITAL III YANAHUARA ESSALUD EN MAYO 2021

VARIABLE		DEPRESION				X ²
		CON DEPRESION		SIN DEPRESION		
		N°	%	N°	%	p
SEXO	Masculino	14	58,33 %	17	77,27 %	1,874
	Femenino	10	41,67 %	5	22,73 %	0,171
EDAD	18-37 años	3	12,50 %	6	27,27 %	10,801
	38-57 años	8	33,33 %	14	63,64 %	
	58-77 años	11	45,83 %	2	9,09 %	
	78 a más años	2	8,33 %	0	0,00 %	
SITUACION FAMILIAR	Solo	1	4,17 %	4	18,18 %	4,850
	Matrimonio	6	25,00 %	5	22,73 %	
	Familia nuclear	14	58,33 %	13	59,09 %	
	Otros	3	12,50 %	0	0,00 %	
ESTADO CIVIL	Soltero	2	8,33 %	5	22,73 %	3,634
	Casado	12	50,00 %	9	40,91 %	
	Conviviente	8	33,33 %	8	36,36 %	
	Separado	0	0,00 %	0	0,00 %	
	Viudo	2	8,33 %	0	0,00 %	
OCUPACION	Trabajaba	12	50,00 %	20	90,90 %	12,244
	Estudiaba	0	0,00 %	1	4,55 %	
	Sin ocupación	12	50,00 %	1	4,55 %	

GRADO DE INSTRUCCION	Primaria completa o incompleta	1	4,17 %	1	4,55 %	
	Secundaria completa o incompleta	9	37,50 %	12	54,55 %	1,431
	Superior completa o incompleta	14	58,33 %	9	40,90 %	0,489
TOTAL		24	52,17%	22	47,83%	100,00%

*Si $p < 0.05$ se considera significativo, se acepta la hipótesis alternativa.

si $p > 0.05$ en cuyo caso se rechaza la hipótesis alternativa

TABLA N° 5

ASOCIACION DE COMORBILIDAD Y TIEMPO DE HOSPITALIZACIÓN CON DEPRESION EN LOS PACIENTES HOSPITALIZADOS EN EL SERVICIO DE TRAUMATOLOGIA DEL HOSPITAL III YANAHUARA ESSALUD EN MAYO 2021

VARIABLE		DEPRESION				X ²
		CON DEPRESION		SIN DEPRESION		p
		N°	%	N°	%	
COMORBILIDAD	Con comorbilidad	12	50,00%	6	27,27%	2,489
	Sin comorbilidad	12	50,00%	16	72,73%	0,115
TIEMPO DE HOSPITALIZACION	<10 días	9	37,50%	18	81,82%	10,504
	10-20 días	10	41,67%	4	18,18%	0,005
	>20 días	5	20,83%	0	0,00%	
TOTAL		24	52,17%	22	47,83%	100,00%

*Si p <0.05 se considera significativo, se acepta la hipótesis alternativa.

si p >0.05 en cuyo caso se rechaza la hipótesis alternativa

TABLA N° 6

ASOCIACION DE DIAGNOSTICO DEFINITIVO CON DEPRESION EN LOS
PACIENTES HOSPITALIZADOS EN EL SERVICIO DE TRAUMATOLOGIA DEL
HOSPITAL III YANAHUARA ESSALUD EN MAYO 2021

VARIABLE		DEPRESION				X ²
		CON		SIN		
		DEPRESION		DEPRESION		p
		N°	%	N°	%	
DIAGNOSTICO	Amputación de	0	0,00 %	2	9,09 %	21,353 0,165
DEFINITIVO	dedo					
	Esguince en MI	0	0,00 %	1	4,55 %	
	Fractura de cadera	5	20,83 %	0	0,00 %	
	Fractura de	0	0,00 %	1	4,55 %	
	clavícula					
	Fractura de	0	0,00 %	1	4,55 %	
	falange					
	Fractura de fémur	5	20,83 %	1	4,55 %	
	Fractura de	3	12,50 %	1	4,55 %	
	húmero					
	Fractura de radio	2	8,33 %	3	13,64 %	
	Fractura de radio y	0	0,00 %	2	9,09 %	
	cúbito					
	Fractura de rótula	0	0,00 %	1	4,55 %	
	Fractura de tibia	2	8,33 %	1	4,55 %	
	Fractura de tobillo	0	0,00 %	1	4,55 %	
	Fractura múltiple	1	4,17 %	0	0,00 %	
	de MI					
	Luxación de	1	4,17 %	1	4,55 %	
	hombro					

	Osteomielitis	3	12,50 %	2	9,09 %	
	Seudoartrosis	2	8,33 %	2	9,09 %	
	Trauma en tendón de Aquiles	0	0,00 %	2	9,09 %	
TIPO DE	Patología de	6	25,00 %	15	68,18 %	
PATOLOGIA	miembro superior					8,626
	Patología de	18	75,00 %	7	31,82 %	0,003
	miembro inferior					
TOTAL		24	52,17%	22	47,83%	100,00%

*Si $p < 0.05$ se considera significativo, se acepta la hipótesis alternativa.

si $p > 0.05$ en cuyo caso se rechaza la hipótesis alternativa

CAPITULO IV

DISCUSION

En la tabla Nro. 1, se observa que el porcentaje de pacientes con depresión es del 52,17%, siendo este un porcentaje bastante considerable es necesario resaltar la importancia que toma por sí solo este diagnóstico. Dicho resultado no es cotejable con los antecedentes, debido a que no se encontraron estudios equivalentes, sin embargo puede mencionarse el estudio hecho por Valverde (2018), en el que se encontró una prevalencia de depresión del 72,5%, sin embargo dicho estudio fue realizado en pacientes adultos mayores con fractura de cadera hospitalizados en la Unidad de Traumatología y Ortopedia del Hospital Regional Docente de Trujillo.⁸ Así también, otros dos estudios realizados por Gonzales AM y colaboradores (2014) y Martínez HK (2017), en los cuales se encontraron unas prevalencias de 80,9% y 45,8% respectivamente, en pacientes con las mismas características.^{12,15} Además, el nivel de depresión predominante es el moderado siendo de 58,33%, seguido por el nivel leve con 37,50% y por último el nivel severo con 4,17%.

TABLA N° 2. Esta tabla muestra los resultados de frecuencia de las diferentes características sociodemográficas estudiadas. En primer lugar en el factor sexo, predominó el género masculino con un 67,39%, y el género femenino representó un 32,61%.

En los resultados de edad, el grupo etario predominante fue el comprendido entre los 38 y 57 años con un porcentaje de 47,83%, seguido por el intervalo de los 58 y 77 años (28,26%), después los 18 y 37 años (19,56%) y finalmente los pacientes de 78 a más años (4,35%)

Con respecto a la situación familiar, se obtuvo un mayor porcentaje en pacientes que viven con su familia nuclear con 58,70%, luego aquellos que habitan con su pareja (23,91%), seguido por quienes viven solos (10,87%) y finalmente, otros casos de situación familiar como por ejemplo que viven con primos o amigos, representando un 6,52%.

En cuanto al estado civil, el más predominante fue de casados con un 45,65%, en segundo lugar los pacientes convivientes (34,78%), en tercer lugar el estado de

solteros (15,22%), y finalmente un 4,35% de pacientes viudo(a)s. El número de pacientes separados fue nulo.

En ocupación, prevaleció el número de pacientes que trabajan con un 69,57%, seguido de aquellos que no presentaban ninguna ocupación con un 28,26%, y en última instancia el porcentaje de pacientes que estudiaban fue de 2,17%.

Con respecto al grado de instrucción, el resultado fue similar para los pacientes que presentaron grado superior y secundaria, con porcentajes de 50,00 y 45,65% correspondientemente, y por último los pacientes con grado primario que ocupaban el 4,35% del total.

TABLA N° 3. Esta tabla muestra la prevalencia de las características clínicas estudiadas. En primer lugar, la presencia o ausencia de comorbilidades, encontrándose que el 60,87% de los pacientes no presentaban comorbilidades ya sean agudas o crónicas, y el porcentaje restante correspondiente al 39,13% sí presentaban alguna comorbilidad, principalmente crónica.

En segundo lugar el tiempo de hospitalización, aquí preponderó el tiempo menor a 10 días con un porcentaje de 58,70%, seguido del lapso entre 10 y 20 días (30,43%) y finalmente aquellos con un tiempo superior a 20 días (10,87%).

Y en tercer lugar, se presentan los resultados de prevalencia de diagnóstico definitivo, en donde el diagnóstico más prevalente fue el de fractura de fémur con un 13,04%, seguido de otros diagnósticos como fractura de cadera, fractura de Radio y osteomielitis donde cada uno de estos representó un 10,87%, entre otros diagnósticos menos frecuentes.

TABLA N° 4. En esta tabla se muestra la asociación de factores sociodemográficos con depresión, resultando que:

Según la prueba de chi cuadrado ($X^2=1,874$ $p=0,171$) muestra que el sexo y la depresión no presentan relación estadística significativa ($p>0,05$). Esto difiere con otros estudios como el de Carrasco M. (2017) y el de Consuelo C. y colaboradores (2017) quienes sí encontraron dicha asociación estadísticamente significativa, sin embargo, la población de estudio en esos dos casos fue, población peruana en general y pacientes adultos mayores con enfermedades crónicas del Hospital Santa

María del Socorro en Ica-Perú, respectivamente, ergo dicha comparación no sería trascendente.^{10,13}

Según la prueba de chi cuadrado ($X^2=10,801$ $p=0,013$), muestra que la edad y la depresión sí presentan relación estadística significativa ($p<0.05$). Se concuerda con el estudio perteneciente a Carrasco M. (2017) quien también encontró dicha asociación, obteniéndose que la depresión va en aumento a medida que pasan los años encontrándose mayor porcentaje entre los 26-44 años.¹⁰

Por esta misma prueba se determinó que la situación familiar ($X^2=4,850$ $p=0,183$) y el Estado Civil ($X^2=3,634$ $p=0,304$) con la depresión no presentan relación estadística significativa ($p>0.05$). Este resultado difiere del realizado por Consuelo C. y colaboradores (2017) quienes encontraron que la frecuencia de depresión está relacionada tanto a la convivencia como al estado civil en el adulto mayor ($p<0,01$).¹³

Así también Carrasco M (2017) determinó que el no tener pareja incrementaba el riesgo de depresión.¹⁰

Según la prueba de chi cuadrado ($X^2=12,244$ $p=0,002$) muestra que la ocupación y la depresión sí presentan relación estadística significativa ($p<0.05$). Dicho resultado es comparable al obtenido por Consuelo C. y colaboradores, ya que el nivel de depresión estuvo relacionada a la actividad laboral.¹³

Por último, se muestra que el grado de instrucción y la depresión no presentan relación estadística significativa ($X^2=1,431$ $p=0,489$) ($p>0.05$), a diferencia de Carrasco M. (2017) quien sí determinó que los pacientes sin educación superior tenían mayor riesgo de desarrollar depresión.¹⁰

TABLA N° 5. Esta tabla muestra la asociación entre la comorbilidad y el tiempo de hospitalización, siendo los resultados:

Según la prueba de chi cuadrado ($X^2=2,489$ $p=0,115$) muestra que la presencia de comorbilidades y la depresión no poseen relación estadística significativa ($p>0.05$). Resultado que contrasta con el encontrado por Consuelo C. y colaboradores (2017) quienes hallaron relación entre la depresión y comorbilidades tales como la Hipertensión arterial ($p<0,01$) y la Diabetes Mellitus II ($p=0,031$).¹³

Según la prueba de chi cuadrado ($X^2=10,504$ $p=0,005$) muestra que el tiempo de hospitalización y la depresión sí presentan relación estadística significativa ($p<0.05$).

Esto se explicaría debido a que los pacientes con mayor tiempo de hospitalización están más expuestos a eventos estresantes propios de la patología traumática, por lo que se potencia la posibilidad de desarrollo de depresión. Respecto a esto Jiménez según su estudio realizado en España en el año 2017, indica que la presencia de restricciones en la actividad física, incrementa la sensación de vulnerabilidad y genera una pobre sensación de salud, esto hace que los pacientes presenten síntomas depresivos durante más tiempo.³⁰

TABLA N° 6. Esta última tabla muestra la asociación de diagnóstico definitivo con depresión.

Al asociar los resultados de manera específica, según la prueba de chi cuadrado ($X^2=21,353$ $p=0,165$) muestra que el diagnóstico definitivo y la depresión no presentan relación estadística significativa ($p>0.05$). Sin embargo, al agrupar dichos diagnósticos en patología de miembro superior e inferior, dicha relación sí presentó relación estadística significativa con depresión ($X^2=8,626$ $p=0,003$ $p<0,05$).

Los resultados encontrados resaltan la importancia de comprender mejor esta patología y así poder implementar estrategias efectivas que permitan intervenir sobre el problema.

Asimismo, es importante considerar el estudio integral de cada paciente ya que se conoce que el proceso de la enfermedad depresiva se vive de forma distinta en cada sujeto, ya que interactúan diferentes variables o factores psicosociales como los estudiados, que modifican la forma en que la persona resignifica y asume la situación.³⁰ Y por supuesto, es absolutamente colegible la relevancia del manejo de la depresión durante su estadía hospitalaria, ya que su ausencia provoca, además del deterioro de su estilo de vida, menos probabilidades de que los pacientes se adhieran fielmente al tratamiento y, con el paso del tiempo, puedan experimentar más problemas de salud.¹⁰

CONCLUSIONES

La prevalencia de depresión en los 46 pacientes hospitalizados en el servicio de Traumatología del Hospital III Yanahuara ESSALUD en Mayo 2021 fue de 52,2%. Según el inventario de depresión de Beck-II los niveles de depresión fueron; leve 37,5%, moderada 58,3% y severa 4,2%.

En factores sociodemográficos, se encontró asociación estadística significativa para las variables edad y ocupación, pero no se encontró dicha asociación para las variables sexo, situación familiar, estado civil ni grado de instrucción.

Se encontró asociación estadística significativa para la variable de días de hospitalización, mas no para la presencia de comorbilidades.

La asociación de diagnóstico definitivo específico no resultó estadísticamente significativa, sin embargo, sí se determinó asociación estadísticamente significativa entre tipo de patología y depresión.

RECOMENDACIONES

Los datos encontrados deberían servir como base para la realización de estrategias preventivas, que reduzcan la prevalencia e incidencia de depresión en los pacientes hospitalizados en los Servicios de Traumatología.

Realizar mayores estudios equivalentes, que busquen estimar la presencia de depresión e identificar factores relacionados a la misma y mejorar la calidad de vida en estos pacientes.

BIBLIOGRAFIA

1. Kastrup MC, Ramos AB. Global Mental Health. Dan Med Bull.2007 Feb; 54(1):42-3.
2. Pidemunt G. Factores determinantes en el deterioro de la función y la calidad del anciano afecto de fractura de cadera [Tesis]. Universidad Autónoma de Barcelona; 2009.
3. Guallar P, Magariños MM, Montoto C, Tabuenca A, Rodríguez C, Olcoz M, et al. Prevalence of depression and associated medical and psychosocial factors in elderly hospitalized patients with heart failure in Spain. Rev Esp Cardiol. 2006 Aug; 59(8):770-8.
4. García C, Loyola J, Armstrong T. Prevalence of depression in hospitalized patients over 65 years old in a medical service of the Military Hospital of Santiago. Rev Med Chil. 1996 Apr; 124(4):431-6.
5. Utrillas A. Influencia de la ansiedad, depresión y distrés psicológico preoperatorios en la artroplastia total de rodilla [Tesis doctoral]. Alcalá: Universidad de Alcalá. Facultad de Medicina; 2011.
6. Jimenez M, Espinosa A, Martinez C, Barrena P, Salido JA. ¿Influye la ansiedad y depresión preoperatorias en los resultados de la artroplastia de rodilla? Reumatol Clin. 2020; 16(3):216–221.
7. Durán-Badillo T, Aguilar RM, Martínez ML, Rodríguez T, Gutiérrez G, Vásquez L. Depresión y función cognitiva de adultos mayores de una comunidad urbano marginal. Enfermería Universitaria. 2013; 10(2):36-42.
8. Valverde GJ. Depresión en mayores de 65 años con fractura de cadera en el Hospital Regional Docente de Trujillo [Tesis]. Universidad Nacional de Trujillo. Facultad de Medicina; 2018.
9. Baena A, Sandoval M, Urbina C, Helen N, Villaseñor S. Los trastornos del estado de ánimo. Revista Digital Universitaria. Nov 2005; 6(11).

10. Carrasco ML. Factores clínicos epidemiológicos asociados a depresión en el Perú en el año 2017 [TESIS]. Universidad Ricardo Palma. Facultad de Medicina Humana; 2019.
11. Sendra JM, Asensio I, Vargas ML. Características y factores asociados a la depresión en el anciano en España desde una perspectiva de género. *Actas Esp Psiquiatr.* 2017; 45(5):185-200.
12. González AM, Vázquez E, Romero JL, Gutiérrez I,* Montiel AJ, Salvatori JJ, et al. Síndromes geriátricos en pacientes con fractura de cadera no reciente en una unidad de primer nivel de atención médica. *Acta Ortop Mex.* 2014; 28(5).
13. Consuelo C, Quispe MP, Oyola AE, Portugal MA, Lizarzaburu EE, Rodríguez FW. Depression in aged patients with chronic diseases in a general hospital of Peru. *Rev. Cuerpo Méd. HNAAA.* 2017; 10(4).
14. Nance C. Depresión en el adulto mayor. *Instituto de Geriatria.* 2010; 239-248.
15. Martínez HK. Prevalencia de depresión y factores asociados en adultos mayores con fractura de cadera [Tesis de Posgrado]. Universidad de Monterrey. Unidad Médica de Alta especialidad; 2017.
16. Flores JA. Depresión en pacientes hospitalizados [TESIS]. Universidad de San Carlos de Guatemala. Facultad de Ciencias Médicas; 1997.
17. Fortune J, Paulos J, Liendo C. Manual de Ortopedia y Traumatología. Pontificia Universidad Católica de Chile; 2005.
18. Grau-Martín A, Suñer R, Abulí P, Comas P. Niveles de ansiedad y depresión en enfermos hospitalizados y su relación con la gravedad de la enfermedad. *Med Clin (Barc)* 2003; 120(10):370-5.
19. Epker J, Block AR. Presurgical psychological screening in back pain patients: a review. *Clin J Pain.* 2001 Sep; 17(3):200-5.
20. Ayers DC, Franklin PD, Trief PM, Ploutz-Snyder R, Freund D. Psychological attributes of preoperative total joint replacement patients: implications for optimal psysical outcome. *J Arthroplasty.* 2004 Oct; 7(2): 125-30.

21. Hinrichs-Rocker A, Schulz K, Jarvinen I, Lefering R, Simanski C, Neugebauer, et al. Psychosocial predictors and correlates for chronic postsurgical pain, a systematic review. *Eur J Pain*, 2009; 13:719–30
22. Singh JA, Lewallen DG. Predictors of activity limitation and dependence on walking aids after primary total hip arthroplasty. *J Am Geriatr Soc*. 2010 Dic; 58(12):2387-93.
23. Riediger W, Doering S, Krismer M. Depression and somatisation influence the outcome of total hip replacement. *International Orthopaedics*. 2010; 34:13-18.
24. Sullivan M, Tanzer M, Reardon G, Amirault D, Dunbar M, Stanish W. The role of presurgical expectancies in predicting pain and function one year following total knee arthroplasty. *Pain*. 2011 Oct; 152(10):2287-2293.
25. Lingard EA, Katz JN, Wright EA, Sledge CB; Kinemax Outcomes Group. Predicting the outcome of total knee arthroplasty. *J Bone Joint Surg Am*. 2004 Oct; 86-A(10):2179-86.
26. Wylde V, Hewlett S, Learmonth D, Dieppe P. Persistent pain after joint replacement: Prevalence, sensory qualities, and postoperative determinants. *Pain*. 2011 Mar; 152(3):566-572.
27. Alarcón R, Gea Amor, Martínez JM, Pedreño JJ, Pujalte ML, et al. *Guía de practica clínica de los trastornos depresivos*. Subdirección General de Salud Mental y Subdirección General de Atención Primaria, Urgencias y Emergencias. Servicio Murciano de Salud; 2009.
28. Piñar G, Suarez G, De La Cruz N. Actualización sobre el trastorno depresivo mayor. *Rev Med Sinergia*. Dic 2020; 5(12).
29. Krishnan R. Unipolar depression in adults: Epidemiology, pathogenesis, and neurobiology. *UpToDate*. 2019; 1-8 (4).
30. Jimenez-García K. Ajuste psicosocial en pacientes amputados: la psicología en el contexto sanitario. *Revista Cúpula*. 2017;31(2): 8-43.
31. Rodriguez-Velasquez AL, Alvarado-Aguilar S, Cuellar-Hubbe M, Villavinecio-Valencia V, Gomez-Garía FJ. Level of anxiety and depression in patients

- amputees by sarcomas. Pilot study. *Gaceta Mexicana de Oncología*. 2010 Ene;9(1).
32. Meinguer-Cuevas MJ, Cuellar-Hubbe M, Clara-Altamirano MA, Alvarez-Aguilar NP, Mejía-Perez A, Galindo-Vásquez O, et al. E. PSYCHOLOGICAL ASPECTS IN THE AMPUTEE PATIENT. Review article. Instituto Nacional de Cancerología. *J Cancerol*. 2018; 5:13-21.
33. Sanz J. 50 AÑOS DE LOS INVENTARIOS DE DEPRESIÓN DE BECK: CONSEJOS PARA LA UTILIZACIÓN DE LA ADAPTACIÓN ESPAÑOLA DEL BDI-II EN LA PRÁCTICA CLÍNICA. *Papeles del Psicólogo*. 2013; 34(3): 161-168.
34. Barreda DV. Propiedades Psicométricas del Inventario de Depresión de BeckII (IDB-II) en una muestra clínica. *Revista de Investigación en Psicología*. 2019; 22(1): 39 – 52.
35. Consejo General de Colegios Oficiales de Psicólogos. EVALUACIÓN DEL INVENTARIO BDI-II. Madrid: Federación Europea de Asociaciones de psicólogos; 2013.

ANEXOS

ANEXO I

CONSENTIMIENTO INFORMADO

Yo: identificado(a) con DNI: , paciente del servicio de Traumatología del Hospital III Yanahuara - ESSALUD, en pleno uso de mis facultades mentales y habiéndome explicado las razones y características del trabajo de investigación realizado por la señorita Mirian Haydé Quispe Coila, libremente sin ninguna presión autorizo la inclusión de mi persona en este estudio sabiendo que los datos obtenidos se mantendrán en confidencialidad y los resultados serán utilizados únicamente para la realización de este estudio.

Para mayor validez de lo arriba mencionado, firmo a continuación:

Firma:

DNI:

ANEXO II

ITEM I: FICHA SOCIODEMOGRÁFICA

1. Fecha:.....
2. Sexo:
- Masculino ()
 - Femenino ()
3. Edad:
- 18-37 años ()
 - 38-57 años ()
 - 58-77 años ()
 - 78 a más años ()
4. Situación familiar
- Solo ()
 - Matrimonio ()
 - Familia nuclear ()
 - Otros:.....
5. Estado civil:
- Soltero ()
 - Casado ()
 - Conviviente ()
 - Separado ()
 - Viudo ()
6. Ocupación:
- Trabajaba ()
7. Grado de instrucción:
- Estudiaba ()
 - Sin ocupación ()
 - Primaria Completa ()
 - Primaria Incompleta ()
 - Secundaria Completa ()
 - Secundaria Incompleta ()
 - Superior completa ()
 - Superior incompleta ()
8. Comorbilidad:
- Crónica ().....
 - No crónica ().....
9. Tiempo de hospitalización:
- <10 días ()
 - 10-20 días ()
 - 20-30 días ()
 - >30 días ()
10. Diagnóstico definitivo:
.....

ANEXO III

ITEM II: INVENTARIO DE DEPRESIÓN DE BECK-II

INSTRUCCIONES: Este cuestionario consta de 21 grupos de enunciados. Por favor, lea cada uno de ellos cuidadosamente. Luego elija uno de cada grupo, el que mejor describa el modo como se ha sentido las últimas dos semanas incluyendo el día de hoy. Marque con un círculo el número correspondiente al enunciado elegido. Si varios enunciados de un mismo grupo le pareciesen igualmente apropiados, marque el número más alto.

1. No me siento triste.
 Me siento triste.
 Me siento triste todo el tiempo y no puedo librarme de ello.
 Me siento tan triste o desdichado que no puedo soportarlo.

2. No estoy particularmente desanimado con respecto al futuro.
 Me siento desanimado con respecto al futuro.
 Siento que no puedo esperar nada del futuro.
 Siento que el futuro es irremediable y que las cosas no pueden mejorar.

3. No me siento fracasado.
 Siento que he fracasado más que la persona normal.
 Cuando miro hacia el pasado lo único que puedo ver en mi vida es un montón de fracasos.
 Siento que como persona soy un fracaso completo.

4. Sigo obteniendo tanto placer de las cosas como antes.
 No disfruto de las cosas como solía hacerlo.
 Ya nada me satisface realmente.
 Todo me aburre o me desagrada.

5. No siento ninguna culpa particular.
 Me siento culpable buena parte del tiempo.

- Me siento bastante culpable la mayor parte del tiempo.
 - Me siento culpable todo el tiempo.
6. No siento que esté siendo castigado.
- Siento que puedo estar siendo castigado.
 - Espero ser castigado.
 - Siento que estoy siendo castigado.
7. No me siento decepcionado en mí mismo.
- Estoy decepcionado conmigo.
 - Estoy harto de mí mismo.
 - Me odio a mí mismo.
8. No me siento peor que otros.
- Me critico por mis debilidades o errores.
 - Me culpo todo el tiempo por mis faltas.
 - Me culpo por todas las cosas malas que suceden.
9. No tengo ninguna idea de matarme.
- Tengo ideas de matarme, pero no las llevo a cabo.
 - Me gustaría matarme.
 - Me mataría si tuviera la oportunidad.
10. No lloro más de lo habitual.
- Lloro más que antes.
 - Ahora lloro todo el tiempo.
 - Antes era capaz de llorar, pero ahora no puedo llorar nunca aunque quisiera.

11. () No me irrito más ahora que antes.
- () Me enojo o irrito más fácilmente ahora que antes.
 - () Me siento irritado todo el tiempo.
 - () No me irrito para nada con las cosas que solían irritarme.
12. () No he perdido interés en otras personas.
- () Estoy menos interesado en otras personas de lo que solía estar.
 - () He perdido la mayor parte de mi interés en los demás.
 - () He perdido todo interés en los demás.
13. () Tomo decisiones como siempre.
- () Dejo de tomar decisiones más frecuentemente que antes.
 - () Tengo mayor dificultad que antes en tomar decisiones.
 - () Ya no puedo tomar ninguna decisión.
14. () No creo que me vea peor que antes.
- () Me preocupa que esté pareciendo avejentado (a) o inatractivo (a).
 - () Siento que hay cambios permanentes en mi apariencia que me hacen parecer inatractivo (a)
 - () Creo que me veo horrible.
15. () Puedo trabajar tan bien como antes.
- () Me cuesta un mayor esfuerzo empezar a hacer algo.
 - () Tengo que hacer un gran esfuerzo para hacer cualquier cosa.
 - () No puedo hacer ningún tipo de trabajo.
16. () Puedo dormir tan bien como antes.
- () No duermo tan bien como antes.

- Me despierto 1 o 2 horas más temprano de lo habitual y me cuesta volver a dormir.
- Me despierto varias horas más temprano de lo habitual y no puedo volver a dormirme
17. No me canso más de lo habitual.
- Me canso más fácilmente de lo que solía cansarme.
- Me canso al hacer cualquier cosa.
- Estoy demasiado cansado para hacer cualquier cosa.
18. Mi apetito no ha variado.
- Mi apetito no es tan bueno como antes.
- Mi apetito es mucho peor que antes.
- Ya no tengo nada de apetito.
19. Últimamente no he perdido mucho peso, si es que perdí algo.
- He perdido más de 2 kilos.
- He perdido más de 4 kilos.
- He perdido más de 6 kilos.
20. No estoy más preocupado por mi salud de lo habitual.
- Estoy preocupado por problemas físicos tales como malestares y dolores de estómago o constipación.
- Estoy muy preocupado por problemas físicos y es difícil pensar en otra cosa.
- Estoy tan preocupado por mis problemas físicos que no puedo pensar en nada más.
21. No he notado cambio reciente de mi interés por el sexo.
- Estoy menos interesado por el sexo de lo que solía estar.
- Estoy mucho menos interesado por el sexo ahora.
- He perdido por completo mi interés por el sexo.

ANEXO III



"Año del Bicentenario del Perú: 200 años de independencia"

CARTA N° 035-UCID-GRAAR-ESSALUD-2021

NIT: 1161-2021-55

Arequipa, 24 mayo 2021

Señorita
MIRIAN HAYDE QUISPE COILA
Facultad de Medicina
Universidad Nacional de San Agustín Arequipa
Investigador principal
Presente.-

ASUNTO: APROBACIÓN DE PROYECTO DE INVESTIGACIÓN

Reciba mi saludo cordial y en atención al asunto, comunicarle que de acuerdo a la Directiva N° 03- IETSI-ESSALUD-2019, Directiva que Regula el Desarrollo de la Investigación en Salud – EsSalud, el Comité Institucional de Ética en Investigación de la Red Asistencial Arequipa - EsSalud, ha evaluado y aprobado el Proyecto de Investigación:

"PREVALENCIA Y FACTORES ASOCIADOS A DEPRESIÓN EN PACIENTES HOSPITALIZADOS EN EL SERVICIO DE TRAUMATOLOGÍA DEL HOSPITAL III YANAHUARA - ESSALUD, MAYO DEL 2021"

Por lo expuesto, se autoriza el inicio del estudio, teniendo una vigencia de 12 meses a partir de la fecha.

El autor se compromete a respetar la confidencialidad de la información, a presentar un informe final de su trabajo a la Oficina de Capacitación Investigación y Docencia; asimismo, deberá dejar una copia de la tesis aprobada, para la biblioteca del HNCASE.

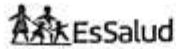
Sin otro particular, quedo de usted.

Atentamente,



Dr. Claudio Hector Coaylla
Jefe Oficina de Gestión en Investigación y Docencia
GERENCIA RED ASISTENCIAL AREQUIPA
EsSalud

ANEXO IV



"Año del Bicentenario del Perú": 200 años de independencia"



NOTA N° 032 -UCID-GRAAR-ESSALUD-2021

NIT: 1161-2021-56

Arequipa 24 de mayo 2021

Dr.
YILBERT ZEBALLOS PACHECO
Director del Hospital III Yanahuara
Red Asistencial Arequipa – EsSalud
Presente.-

ASUNTO : APROBACION DE PROYECTO DE INVESTIGACION

Es grato dirigirme a usted saludándolo cordialmente y en atención al asunto, manifestarle que el Proyecto de Investigación denominado "PREVALENCIA Y FACTORES ASOCIADOS A DEPRESIÓN EN PACIENTES HOSPITALIZADOS EN EL SERVICIO DE TRAUMATOLOGÍA DEL HOSPITAL III YANAHUARA - ESSALUD, MAYO DEL 2021" , presentado por MIRIAN HAYDE QUISPE COILA, estudiante de la Facultad de Medicina, Universidad Nacional de San Agustín Arequipa. Ha sido revisado y aprobado por el Comité Institucional de Ética en Investigación de la Red Asistencial Arequipa – EsSalud, para su ejecución.

El autor se compromete, a presentar sus resultados en el servicio o departamento donde realizó el estudio de investigación y a respetar la confidencialidad de la información.

En tal sentido, solicitamos tenga a bien, brindarle el apoyo y las facilidades que se requiera.

Agradeciendo la atención a la presente, quedo de usted.

Atentamente,

Dr. Claudio Néctor Cortés Cárpio
DIRECTOR DEL SERVICIO DE TRAUMATOLOGÍA
GERENCIA DE ASISTENCIA MÉDICA
EsSalud