



República Bolivariana de Venezuela

Universidad de Los Andes

Facultad de Medicina

Postgrado de Medicina Interna



Instituto Autónomo Hospital Universitario de los Andes

Unidad de Medicina Interna

- **Variación de la frecuencia de ansiedad y depresión en pacientes hospitalizados en los Servicios de Medicina Interna y Emergencias del**

Adulto del IAHULA desde marzo 2011 hasta agosto 2012.

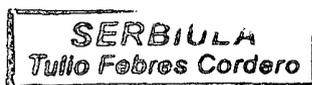
www.bdigital.ula.ve

Autora: Residente Laura Alejandra Ortega González

Tutora: Especialista Magaly Quiñonez

Cotutora Especialista Indira Briceño

Asesor Metodológico Especialista Mariflor Vera



Mérida, 2012

Autora:

Laura Alejandra Ortega González

Médico General

Residente del III Año del Postgrado de Medicina Interna

Tutora:

Magaly Quiñonez

Médico Cirujano

Especialista en Medicina Interna

Profesor Asistente de la Universidad de Los Andes

Adjunta al Servicio de Medicina Interna

Cotutora:

Indira Briceño Díaz

Médico Cirujano

Especialista en Medicina Interna

Especialista en Medicina Crítica y Terapia Intensiva

Especialista en Gerencia de Servicios Asistenciales en Salud

Coordinadora del Servicio General de Emergencias del Adulto

Asesora:

Mariflor Vera

Médico Cirujano

Especialista en Medicina Interna

Profesora Asistente de la Universidad de Los Andes

AGRADECIMIENTOS

A DIOS Todopoderoso, por ser mi guía en este largo camino y por llevarme en sus brazos cuando más lo necesite a mi lado.

A la Universidad de Los Andes, por permitir mi realización profesional a cabalidad.

A mi Tutora la Dra. Magaly Quiñónez, por su paciencia y preocupación con mi proyecto de grado y por haberse convertido en una mamá más en estos 3 años.

A mi Cotutora la Dra. Indira Briceño, quien dedicó gran parte de su tiempo libre para llevarme de la mano con este proyecto que inicio hace 2 años y por ese gran apoyo incondicional, gracias por confiar en mi trabajo.

A mi Asesora la Dra. Mariflor Vera, por compartir sus conocimientos metodológicos durante todo mi proceso y por sacar de su valioso tiempo para culminar con esta meta. Me contagiare de tu espontaneidad y alegría.

A todos los profesores de Postgrado de Medicina Interna, por todas las enseñanzas recibidas y sus secretos de la práctica que guiaron mi formación sin egoísmo y con agrado.

A todos las personas Venezolanas, que me brindaron su cariño, me abrieron las puertas de su corazón y de su hogar; a la familia Zambrano Gómez (fotocopiadora Don Jorge), García Durán y por su puesto a mi secretaria querida Marlynda Chavez.

DEDICATORIA

A mi Dios Todopoderoso por esa ayuda incondicional y permanente que permitió que hoy escriba estas letras.

A mis padres José Orlando Ortega Molina y Martha del Carmen González Galvis quienes me enseñaron el valor del sacrificio para lograr todas mis metas y quienes además también se sacrificaron por mi triunfo y me enseñaron a poner un granito de audacia en todo lo que hago.

A mis hermanas Martha Cecilia Ortega González y Yenifer Johana Ortega González quienes me han acompañado en mi aprendizaje, de quien soy ejemplo y a quienes adoro profundamente y quiero recordarles que el éxito solo se logra gracias a tres cosas: Dios, perseverancia y disciplina.

A mi futuro esposo Freddy Alfonso González, quien soportó las desavenencias de la distancia y quien me acompañó en este recorrido, por esto no te agradezco tu amor sino que mejor aún, te lo correspondo.

A mi prima Sthefanía González y a mi abuelo Francisco González quienes partieron junto a Dios durante mi proceso de formación, dejándome una profunda tristeza que me motivó aun más a continuar en esta batalla; sin embargo; no perdí a nadie, el que murió, simplemente se nos adelantó, porque para allá vamos todos. Además lo mejor de ellos, el amor, está dentro de mi corazón.

Laura Alejandra Ortega González

INDICE DE CONTENIDO

Agradecimiento.....	iii
Dedicatoria.....	iv
Índice de contenido.....	v
Índice de tablas.....	viii
Índice de figuras.....	ix
Resumen.....	xi
Summary.....	xii
INTRODUCCIÓN.....	1
CAPITULO I	
EL PROBLEMA	
1.1 Planteamiento del problema de investigación.....	3
1.2 Justificación de la investigación.....	5
1.3 Objetivos de la investigación.....	6
Objetivo general.....	6
Objetivos específicos.....	6
CAPITULO II	
MARCO TEÓRICO	
2.1 Antecedentes de la investigación.....	8
2.2 Bases teóricas.....	10
2.3 Definiciones operacionales.....	13

CAPITULO III

MARCO METODOLÓGICO

3.1 Tipo y diseño de la investigación.....	15
3.2 Muestra.....	15
Criterios de inclusión.....	16
Criterios de exclusión.....	16
3.3 Sistema de variables.....	16
3.3.1 Dependientes.....	16
3.3.2 Independientes.....	17
3.3.3 Demográficas.....	17
3.3.4 Intervinientes.....	17
3.4 Técnicas de recolección de los datos.....	17
3.5 Instrumento de medida.....	18
3.6 Validación del instrumento de medida.....	19
3.7 Análisis de datos.....	21
3.8 Aspectos éticos.....	22
3.9 Aspectos económicos.....	22
3.10 Limitaciones.....	22
3.11 Alcances.....	22

CAPITULO IV

PRESENTACION DE LOS RESULTADOS Y DISCUSION

4.1 Presentación de los resultados.....	24
4.2 Discusión de los resultados.....	43

CAPITULO V

CONCLUSIONES Y RECOMENDACIONES

5.1 Conclusiones.....	45
5.2 Recomendaciones.....	46

BIBLIOGRAFÍA.....	47
--------------------------	-----------

ANEXOS.....	50
--------------------	-----------

www.bdigital.ula.ve

INDICE DE TABLAS

Tabla 1. Resumen de las investigaciones para evaluar ansiedad y depresión en pacientes hospitalizados.....	8
Tabla 2. Distribución de frecuencia del género y estado civil de los pacientes.....	25

www.bdigital.ula.ve

INDICE DE FIGURAS

Figura 1. Distribución de la frecuencia de ocupación de los pacientes encuestados.	26
Figura 2. Distribución de la frecuencia de grupos etarios de los pacientes encuestados.....	27
Figura 3. Distribución de la frecuencia del resultado cualitativo de la Escala HAD al egreso de los pacientes incluidos en el estudio.....	28
Figura 4. Distribución de la frecuencia del resultado cualitativo de la Escala HAD depresión al egreso de los pacientes incluidos en el estudio.....	29
Figura 5. Distribución de la frecuencia del resultado cualitativo de la Escala HAD ansiedad al egreso de los pacientes incluidos en el estudio.....	30
Figura 6. Distribución de la frecuencia del resultado cuantitativo de los pacientes que ameritaron tratamiento al realizar la primera encuesta.....	31
Figura 7. Distribución de la frecuencia del traslado a áreas de cuidados críticos durante la estancia hospitalaria.....	32
Figura 8. Distribución de la frecuencia de la condición de egreso del paciente encuestado.....	33
Figura 9. Análisis bivariable del resultado cualitativo de la escala HAD al ingreso por género de los pacientes encuestados.....	34
Figura 10. Comparación de la distribución de la frecuencia del resultado cualitativo de la Escala HAD ansiedad al ingreso y egreso de los pacientes incluidos en el estudio.....	35

Figura 11. Comparación de la distribución de la frecuencia del resultado cualitativo de la Escala HAD depresión al ingreso y egreso de los pacientes incluidos en el estudio.....	36
Figura 12. Análisis bivariable resultado cualitativo de la escala HAD depresión egreso por tratamiento recibido según el resultado de la escala HAD.....	37
Figura 13. Análisis bivariable resultado cualitativo de la escala HAD ansiedad egreso por tratamiento recibido según el resultado de la escala HAD.....	38
Figura 14. Análisis bivariable resultado cualitativo de la escala HAD al egreso por lugar de hospitalización en la primera encuesta.....	39
Figura 15. Análisis bivariable resultado cualitativo de la escala HAD al egreso por estancia en cuidados críticos.....	40
Figura 16. Análisis bivariable del resultado cualitativo de la escala HAD al egreso por la condición al egreso del paciente.....	41
Figura 17. Análisis bivariable del lugar de hospitalización en la primera encuesta por condición al egreso del paciente.....	42

RESUMEN

Variación de la frecuencia de ansiedad y depresión en los pacientes hospitalizados en los Servicios de Medicina Interna y Emergencias del Adulto del Instituto Autónomo Hospital Universitario de Los Andes desde marzo 2011 hasta agosto 2012.

Autora: Laura A. Ortega González.

Tutor: Magaly Quiñónez.

Cotutor: Indira Briceño Díaz.

INTRODUCCION: La ansiedad y la depresión son trastornos psiquiátricos de alta prevalencia entre los paciente ingresados por causas orgánicas en salas médicas o quirúrgicas de hospitales generales.

OBJETIVO: Determinar la variación de la frecuencia de ansiedad y depresión en los pacientes hospitalizados en los Servicios de Medicina Interna y Emergencias del Adulto del Instituto Autónomo Hospital Universitario de Los Andes desde marzo 2011 hasta agosto 2012.

METODODOLOGÍA:

Tipo de diseño: Se realizó un estudio observacional, con diseño prospectivo concurrente.

Muestra: La muestra fue conformada por los pacientes que ingresaron al servicio de emergencias del adulto y hospitalización por el servicio de Medicina Interna que habían sido encuestados a su ingreso. La detección de síntomas de ansiedad y/o depresión se realizó mediante la aplicación de la Escala Hospitalaria de Ansiedad y Depresión (HAD).

RESULTADOS: Predominó el género masculino (63,2%). El concubinato fue el estado civil más frecuente (30,2%). El grupo etario entre 35-61 años fue el más frecuente (50,5%). Solo un 6% de los pacientes requirieron áreas de cuidados intensivos. El 85,7% no recibieron tratamiento y solo el 14,3% tratamiento. Un 16,3% de los pacientes egresados presentaron síntomas de ansiedad y/o depresión. La ansiedad es más frecuente al ingreso (16,5%) y la depresión (8,2%) al egreso. Los pacientes que presentaron síntomas de ansiedad y depresión al egreso en su mayoría no recibieron ningún tratamiento 80,8% y 66,7% respectivamente.

CONCLUSIONES: La frecuencia de ansiedad y/o depresión fue baja en los pacientes a cargo del servicio de Medicina Interna y hubo asociación entre la condición al egreso del paciente, el lugar de hospitalización y los resultados de la Escala HAD.

PALABRAS CLAVES: Ansiedad. Depresión. Escala HAD. Medicina Interna.

SUMMARY

Frequency of anxiety and depression in patients hospitalized in Internal Medicine and Emergency Adult Autonomous Institute University Hospital of The Andes from march 2011 until august 2012.

Author: Laura A. Ortega González

Tutor: Magaly Quiñónez.

Co-tutor: Indira Briceño Díaz.

INTRODUCTION: The anxiety and the depression are psychiatric disorders of discharge prevalencia between patient deposited by organic reasons in medical or surgical rooms of general hospitals.

OBJECTIVE: Determine the variation of the frequency of anxiety and depression in patients hospitalized in internal medicine services and emergency of the adult of the Autonomous Institute University Hospital of The Andes from March 2011 to August 2012.

METHODOLOGY:

Type of design: We performed an observational, prospective concurrent design.

Sample: The sample was shaped by the patients who entered to the emergency service of the adult and hospitalization for the service of Internal Medicine that they had been polled to his revenue. The detection of symptoms of anxiety and / or depression was realized by means of the application of the Hospitable Scale of Anxiety and Depression (HAD).

RESULTS: It predominated over the masculine kind (63,2%). The concubinage was the most frequent marital status (30,2%). The group etario between 35-61 years was the most frequent (50,5%). Only 6% of the patients needed areas of intensive care. 85,7% did not receive treatment and only 14,3% treatment. 16,3% of the gone away patients presented symptoms of anxiety and / or depression. The anxiety is more frequent to the revenue (16,5%) and the depression (8,2%) to the expenditure. The patients who presented symptoms of anxiety and depression to the expenditure in the main did not receive any treatment 80,8% and 66,7% respectively.

CONCLUSIONS: The frequency of anxiety and / or depression was lower in patients in charge of Internal Medicine and was no association between patient discharge condition, place of hospitalization and HAD scale results.

KEYWORDS: Anxiety. Depression. HAD scale. Medicine Interna

INTRODUCCIÓN

Enfermar supone enfrentarse a un mundo hasta entonces desconocido y negado; todo individuo cuando enferma experimenta una serie de reacciones emocionales ante la enfermedad que el médico debe considerar. Existen muchos factores que intervienen en esas reacciones entre los que destacan la personalidad del paciente, su edad, el tipo de enfermedad, la familia y los amigos, el hospital y la personalidad del médico y demás profesionales de la salud. ⁽¹⁾

La ansiedad y la depresión son trastornos psiquiátricos de alta prevalencia entre los pacientes ingresados por causas orgánicas en salas médicas o quirúrgicas de hospitales generales; la Organización Mundial de la Salud (OMS) señaló que para el año 2000, los trastornos de ansiedad afectaron al 17% de la población⁽²⁾ y los trastornos depresivos entre el 5,8% a 9,5%⁽³⁾. Es por ello, que identificar y tratar adecuadamente los procesos mentales de nuestros pacientes va a adquirir cada vez mayor importancia por su frecuencia, porque las estimaciones del Global Burden of Disease Study sitúan a los trastornos mentales como la segunda causa de enfermedad e incapacidad en el mundo en el cercano año 2020. ⁽⁴⁾

Además, durante una hospitalización médica, el enfermo puede sufrir ansiedad si percibe el medio hospitalario amenazante, por estar alejado de sus familiares, si fracasa en afrontar su enfermedad o si es portador de algún trastorno de ansiedad. La ansiedad perturba y limita al paciente para enfrentar la enfermedad y al médico puede dificultarle diagnósticos y tratamientos.

Por otro lado, si a la magnitud del problema contrastamos la facilidad y efectividad de los tratamientos existentes, se hace claro que es responsabilidad del médico aprender a sospechar, diagnosticar y tratar adecuadamente estas patologías.⁽²⁾

Las enfermedades del corazón, como por ejemplo las arritmias o las enfermedades de las arterias coronarias producen mucha ansiedad y el miedo ante la muerte es constante. La insuficiencia respiratoria o la dificultad de respirar producen un estado de ansiedad agudo que se resuelve cuando la situación revierte. El diagnóstico de cáncer produce miedo y las enfermedades de transmisión sexual como el SIDA producen además de miedo sentimientos de culpa, las enfermedades crónicas como la insuficiencia renal, artritis reumatoide, diabetes mellitus producen diversas respuestas que van desde su aceptación hasta su negación rechazando el tratamiento. La ausencia de privacidad, miedo a las cirugías, a otros tratamientos y el ver que otros pacientes mueren, aumenta su ansiedad.⁽⁵⁾

Por tanto, se propone realizar un estudio observacional tipo prospectivo concurrente para determinar la variación de la frecuencia de ansiedad y depresión en pacientes hospitalizados en los servicios de Medicina Interna y emergencias del Adulto del Instituto Autónomo Hospital Universitario Los Andes desde marzo 2011 hasta agosto 2012.

CAPITULO I

EL PROBLEMA

1.1 Planteamiento del problema de la investigación

La depresión del estado de ánimo varía escasamente de un día para otro y no suele responder a cambios ambientales, aunque puede presentar variaciones circadianas características. La presentación clínica puede ser distinta en cada episodio y en cada individuo. ⁽⁵⁾

Es posible que la enfermedad médica cause depresión, que la propicie en alguien susceptible o que la depresión sea secundaria a los problemas generados por la enfermedad médica o que ambas coexistan por azar. ⁽⁵⁾

Es por ello, que se estima que la carga debida a los trastornos mentales se incrementará en las próximas décadas. En el 2020 es posible que los trastornos mentales conformen el 15% de los años de vida perdidos y ajustados por discapacidad. Se espera que la depresión se convierta en la segunda causa más importante de discapacidad en el mundo. ⁽⁸⁾

Por otro lado, en la atención médica primaria, la ansiedad motiva consultas porque sus síntomas físicos remedan cuadros somáticos o si es correlato de una enfermedad médica. ⁽³⁾

Sin embargo, es responsabilidad del médico internista estar preparado para reconocer la depresión y tratarla eficientemente, por las siguientes razones:

1. La medicina interna propone como concepción fundamental la visión integral del paciente.
2. El funcionamiento de la mente normal y patológica se fundamenta en principios biológicos.
3. La ansiedad y la depresión son las manifestaciones emocionales más frecuentes en la práctica médica, presentándose como desórdenes primarios o como condiciones asociadas a otros desórdenes psiquiátricos y enfermedades médicas (incluyendo a sus tratamientos), o que resultan del impacto emocional de las enfermedades médicas y quirúrgicas.⁽⁹⁾

Además, el internista debe considerar la elevada prevalencia de los desórdenes mentales, que comprenden una amplia gama de condiciones caracterizadas por patrones de conducta anormal y síntomas o signos psicológicos que son causa de disfunción. Se debe tener en cuenta que la ansiedad y la depresión constituyen las manifestaciones emocionales más frecuentes en la práctica diaria.⁽⁹⁾

1.2 Justificación de la investigación

Los pacientes experimentan un número importante de reacciones emocionales antes y después de procedimientos médicos, que pueden ser de ansiedad, de depresión, problemas de adaptación o de rebeldía. Lo más común es que se tenga miedo a lo desconocido, al dolor, a la posibilidad de tener una enfermedad incurable, a la destrucción del cuerpo, a la pérdida de autonomía o miedo a la muerte.

Por otra parte, más de la mitad de los pacientes diagnosticados con ansiedad y la mitad de los pacientes diagnosticados con depresión durante la hospitalización, permanecen sintomáticos dos meses después del alta hospitalaria.⁽⁴⁾

Así mismo, se ha encontrado mayor prevalencia de trastornos mentales en hospitalizados en un servicio de medicina interna, 62,2%, que las comunicadas para la población general.⁽⁶⁾ A mayor número de hospitalizaciones médicas, más probabilidad de psicopatología.⁽⁷⁾

No existen estudios previos en nuestra institución acerca de la variación en la frecuencia de ansiedad y depresión en los pacientes hospitalizados en los servicios de Medicina Interna y Emergencias del Adulto del Instituto Autónomo Hospital Universitario de Los Andes, ni cuáles son los factores que más se asocian a estos síntomas, por este motivo se realizó la presente investigación.

1.3- Objetivos de la investigación

Objetivo general

Determinar la variación de la frecuencia de ansiedad y depresión en los pacientes hospitalizados en los Servicios de Medicina Interna y Emergencias del Adulto del instituto Autónomo Hospital Universitario de los Andes desde marzo 2011 hasta agosto 2012.

Objetivos específicos

1. Conocer la distribución de los síntomas de ansiedad y/o depresión según las variables demográficas.
2. Identificar la frecuencia de síntomas de ansiedad y depresión en pacientes hospitalizados en los servicios de Medicina Interna (pisos 4,5 y 6) y observación mixta de la Emergencia General de Adultos del Instituto Autónomo Hospital Universitario de los Andes en el momento de su egreso.
3. Identificar la variación de la frecuencia de los síntomas de ansiedad y depresión al ingreso en relación con el momento del egreso, en los pacientes hospitalizados en los servicios de Medicina Interna (pisos 4,5 y 6) y observación mixta de la Emergencia General de Adultos del Instituto Autónomo Hospital Universitario de los Andes.
4. Determinar de los pacientes con síntomas de ansiedad y depresión que ameritaron tratamiento con terapia de apoyo.
5. Identificar los pacientes con síntomas de ansiedad y depresión que ameritaron tratamiento farmacológico.

6. Comparar la aparición de síntomas de ansiedad y/o depresión entre las diferentes áreas hospitalarias en estudio.
7. Determinar la exacerbación de síntomas de ansiedad y depresión según la necesidad de traslado a cuidados críticos (Trauma shock - UCI) durante la estancia hospitalaria.
8. Conocer la condición de egreso de los pacientes asociado al resultado cualitativo de la escala HAD al egreso y el lugar de hospitalización.

www.bdigital.ula.ve

2.2 Antecedentes de Investigación

Tabla 1. Resumen de las investigaciones para evaluar ansiedad y depresión en pacientes hospitalizados.

TITULO-AUTORES	DISEÑO	MUESTRA	CONCLUSIONES
Evaluación de la depresión en pacientes hospitalizados por distintas enfermedades médicas en Bucaramanga, Colombia Agudelo, Lucumí y Santamaría (2008)	Estudio observacional tipo transversal	Una muestra de 82 pacientes con un rango de edades entre 22 y 76 años, a quienes se les aplicó el Inventario de Depresión de Beck (BDI-II) y la escala de Ansiedad y Depresión Hospitalaria (HAD).	Los resultados reportaron una prevalencia del 41.5% de depresión en la muestra, de acuerdo con el BDI-II. Una prevalencia de trastorno depresivo del 11% de la muestra según el HAD. Mayor prevalencia de síntomas somático-motivacionales, frente a los síntomas cognitivo-afectivos. Concluyendo que estos hallazgos corresponden a lo referido en la literatura al señalar la alta prevalencia de depresión en el contexto hospitalario; igualmente, confirma la importancia de la evaluación de los síntomas cognitivo-afectivos para determinar la presencia o no de episodios depresivos en este tipo de pacientes.
Evolución de la ansiedad y de la depresión detectada durante la hospitalización en un servicio de Medicina Interna. Madrid, España. Grau, Comas, Suárez, Peláez, Sala y Planas (2007)	Estudio observacional tipo prospectivo concurrente	De una muestra de 918 pacientes inicialmente evaluados a 462 pacientes se le aplicó el cuestionario HAD.	En 84 participantes se obtuvo un HAD alterado, correspondiendo a 28 casos de As, 31 casos de Dp y 25 sujetos que puntuaron alto en As y Dp. Observamos incremento de las puntuaciones medias del HAD As y Dp durante la hospitalización.

Continúa...

TITULO-AUTORES	DISEÑO	MUESTRA	CONCLUSIONES
<p>Frecuencia de ansiedad y depresión en pacientes hospitalizados en los Servicios de Medicina Interna y emergencia del Adulto del IAHULA. Flórez (2011)</p>	<p>Estudio observacional tipo transversal</p>	<p>De una muestra de 182 pacientes, 91 para piso y la emergencia.</p>	<p>La patología psicológica predominó en el género femenino. La mayor frecuencia de patología psicológica fue en los pacientes hospitalizados en el área de la emergencia. Hubo significancia estadística entre los resultados de la escala HAD y los días de hospitalización. Se encontró asociación entre las enfermedades hemato-oncológicas y los resultados de la escala HAD</p>
<p>Prevalencia de trastornos psiquiátricos en hombres y mujeres hospitalizados en un Servicio Medicina Interna en Santiago de Chile. Hernández, Ibáñez, Orellana, Kimelman, Núñez, (2001)</p>	<p>Estudio observacional tipo transversal</p>	<p>Una muestra de 144 pacientes: 96 mujeres y 48 hombres, con 12 días de promedio de hospitalización para las mujeres y 14 días para los hombres.</p>	<p>Obteniendo como resultados que la comorbilidad psiquiátrica estuvo presente en 60% de los varones y en el 65% de las mujeres hospitalizadas en el servicio de Medicina Interna donde se realizó el estudio. Los trastornos del estado de ánimo afectaron al 17,2% de la muestra estudiada. La depresión mayor fue el cuadro predominante comprometiendo 3 veces más a mujeres que a hombres. Los trastornos de ansiedad afectaron al 12,5%, fueron 1,7 veces más frecuentes en mujeres que en hombres y el trastorno de ansiedad generalizada el cuadro más común. Encontraron que la depresión es acompañante frecuente de enfermedades médicas crónicas, como por ejemplo la diabetes y que aumenta la mortalidad de los pacientes con infarto al miocardio o que ellos pueden tener cuadros de ansiedad como estrés postraumático después del período agudo.</p>

2.2 Bases teóricas

Ansiedad

La ansiedad es una reacción emocional normal necesaria para la supervivencia de los individuos y de nuestra especie. No obstante, las reacciones de ansiedad pueden alcanzar niveles excesivamente altos o pueden ser poco adaptativas en determinadas situaciones. En este caso la reacción deja de ser normal y se considera patológica.⁽¹⁰⁾

La ansiedad es un sentimiento que en grado moderado puede servir como mecanismo adaptativo y ayuda al individuo a enfrentarse a determinadas situaciones. Cuando es desproporcionada en comparación con el estímulo desencadenante o cuando aparece en ausencia de un motivo aparente, puede alterar las funciones y actividades normales de los que la padecen, es en este momento que debe plantearse una pauta terapéutica farmacológica. Puede ser situacional (estrés psicosocial, enfermedades orgánicas, por abuso de sustancias estimulantes, por administración de fármacos) o primaria (ansiedad de 6 o más meses de evolución, ataques de pánico, enfermedades obsesivo compulsivas).⁽¹¹⁾

La ansiedad es una vivencia universal. Surge en respuesta a exigencias o amenazas como señal para buscar la adaptación. Suele ser transitoria y percibida como nerviosismo y desasosiego; ocasionalmente como terror y pánico. Si se hace persistente, intensa, autónoma, desproporcionada a los estímulos que la

causan y genera conductas de evasión o retraimiento, se la incluye entre los trastornos mentales.^(12,13)

La clasificación de la OMS ubica la ansiedad clínica entre los «trastornos neuróticos, secundarios a situaciones estresantes y somatomorfos». Los cuadros de ansiedad ante situaciones bien definidas o ante objetos externos no amenazantes se denominan fóbicos; el trastorno de pánico, la ansiedad generalizada, el trastorno ansioso-depresivo y los cuadros obsesivo-compulsivos, están menos relacionados con situaciones particulares. Situaciones de estrés pueden causar trastornos adaptativos o postraumáticos.

La ansiedad es menos distinguible en los trastornos disociativos y somatomorfos; los manuales DSM más recientes reconocen doce trastornos de ansiedad y a los trastornos disociativos, somatomorfos y adaptativos, les asignan capítulos propios.^(14,15)

Así mismo, muchos autores afirman que los trastornos de ansiedad son las enfermedades psiquiátricas de mayor prevalencia en la población y se encuentra en 15 a 20% de los pacientes que acuden a la consulta médica.⁽¹⁶⁾ Hay casi 30 millones de individuos afectados y su frecuencia en las mujeres duplica a la de los hombres, dichos trastornos se asocian a una morbilidad significativa y habitualmente son crónicos y resistentes al tratamiento.⁽¹⁷⁾

Depresión

La depresión se define como la emoción o sentimiento psicopatológico de tristeza que puede acompañarse de síntomas somáticos, cambios en los ritmos biológicos y alteraciones neuroendocrinas.

Es la manifestación fundamental de los trastornos afectivos o del ánimo, en sus dos formas más severas: la depresión mayor y el desorden bipolar, anteriormente denominado psicosis maniaco-depresiva. ^(18, 19,20)

La depresión mayor causa síntomas depresivos severos y crónicos, acompañados de signos vegetativos. En el desorden bipolar se alternan los episodios de manía y de depresión, aunque en la menor parte de los casos la manía puede ser su única manifestación. La distimia, es una depresión prolongada aunque relativamente menor y, la ciclotimia, una depresión menor que alterna con hipomanía. El DSM-IV establece los criterios para el diagnóstico de los desórdenes afectivos, tomando en consideración, calidad, intensidad y duración de la sintomatología. ⁽²¹⁾

Los siguientes son factores de riesgo para la depresión: la ancianidad y las enfermedades neurológicas asociadas, como enfermedad de Alzheimer y parkinsonismo (prevalencia de depresión en los ancianos 7 % a 36 %, en la enfermedad de Alzheimer 40 % y en la enfermedad de Parkinson 50 %); el estado postparto reciente (depresión en 13 % de los casos), las situaciones recientes de estrés (frecuencia de depresión variable); los antecedentes personales o familiares de depresión (30 % de recurrencias en los 2 años que siguen al diagnóstico de depresión y 87 % en los 15 años siguientes); y las enfermedades médicas concomitantes (riesgo de depresión 2 veces mayor en diabetes mellitus, enfermedad arterial coronaria, accidente cerebrovascular (ACV), obesidad e infección por HIV). ⁽²²⁾

La depresión mayor se manifiesta por ánimo depresivo prolongado no asociado a manía o hipomanía. Entre las características de la depresión el contenido emocional evidencia: tristeza, anhedonia, irritabilidad, ansiedad y dificultad para la relación interpersonal; el contenido del pensamiento denota, culpabilidad, autocrítica e inutilidad (desvalorización y pérdida de la autoestima), pesimismo y desesperanza, distracción, indecisión, ilusión, alucinación o alteración de la memoria; el contenido físico se expresa en las llamadas manifestaciones vegetativas de la depresión, tales como, fatiga, insomnio o hipersomnia, anorexia o polifagia, pérdida o ganancia de peso, disminución de la libido, molestias somáticas, retardo o agitación psicomotora.

2.3 Definiciones de términos

Ansiedad: Es una respuesta emocional o conjunto de respuestas que engloban aspectos subjetivos o cognitivos de carácter displacentero, que surge en respuesta a exigencias o amenazas como señal para buscar la adaptación y suele ser transitoria. ⁽²³⁾

Según la escala HAD, la puntuación para cada sub escala se obtiene de la suma de los valores de las frases seleccionadas (rango 0-3) en los ítems respectivos. El rango de puntuación va de 0-21 para cada una. ⁽²⁴⁾

La versión original de la escala propone los mismos puntos de corte para las dos sub escalas:

- a) 0-7 Normal
- b) 8-10 Dudoso
- c) ≥ 11 Problema clínico.

Depresión: Es un trastorno del estado de ánimo, que afecta principalmente a la esfera afectiva: la tristeza patológica, el decaimiento, la irritabilidad o un trastorno del humor que puede limitar la actividad vital habitual, independientemente de que su causa sea conocida o desconocida. Según la escala HAD, la puntuación para cada sub escala se obtiene de la suma de los valores de las frases seleccionadas (rango 0-3) en los ítems respectivos. El rango de puntuación va de 0-21 para cada sub escala:

- a) 0-7 Normal
- b) 8-10 Dudoso
- c) ≥ 11 Problema clínico.

www.bdigital.ula.ve

CAPÍTULO III

MARCO METODOLÓGICO

3.1 Tipo y diseño de la investigación

Con base en los objetivos planteados la investigación se circunscribió bajo el tipo observacional y con diseño prospectivo concurrente, con el objetivo de medir la frecuencia de la exposición y del efecto de la muestra al momento de su egreso; es decir, permitió estimar la magnitud y distribución de una enfermedad o condición al egreso de la estancia hospitalaria.

3.2 Muestra

La muestra estimada para la realización de este estudio, fue de 91 pacientes en cada área objeto de estudio previamente encuestados al ingreso.

Grau, Comas, Suñer, Peláez, Sala y Planas (2007) llevaron a cabo un estudio longitudinal y observacional titulado Evolución de la ansiedad y de la depresión detectada durante la hospitalización en un servicio de Medicina Interna. Madrid, España. Tomando en cuenta el estudio realizado tipo descriptivo y con diseño transversal, porcentaje del 60,5% de ansiedad y 51% depresión, con índice de confianza de 95% y una amplitud de intervalo de confianza entre 5 a 10.

Utilizando la formula de Schlesselman:

$$n = \frac{P1(1-P1) + P2(1-P2) F(\alpha \beta)}{(P1-P2)^2}$$

Para un α de 5%, β de 20% y un riesgo relativo de 2,5; se estimó una muestra de 91 pacientes en cada área.

Criterios de inclusión: Pacientes que egresen del área de emergencia y de hospitalización, por el servicio de Medicina Interna previamente encuestados al ingreso.

Criterios de exclusión: Pacientes bajo ventilación mecánica, pacientes con trastornos psiquiátricos previos, diagnóstico de ansiedad y/o depresión ó pacientes con alteraciones neurológicas que impidan responder por si mismos el instrumento y aquellos que decidan no participar en la investigación, además de los no encuestados inicialmente a su ingreso.

3.3 Sistema de variables

3.3.1 Variables dependientes

1. Ansiedad
2. Depresión

3.3.2 Variables Independientes

1. Emergencia
2. Piso

3.3.2 Variable Demográficas

1. Género
2. Edad
3. Ocupación
4. Estado Civil

3.3.3 Variables Intervinientes

1. Apoyo psicoterapéutico
2. Tratamiento farmacológico
3. Seguimiento de las áreas de cuidado crítico durante la hospitalización hasta el egreso del paciente.

3.4 Técnicas de la recolección de datos

3.4.1 Recolección de Datos

Se realizó una encuesta que fue auto aplicable a los participantes en el área objeto de estudio, la cual fue supervisada por el médico residente asignado al paciente. La detección de síntomas de ansiedad y/o depresión se realizó con la aplicación de la encuesta Escala Hospitalaria de Ansiedad y Depresión (HAD) (ver anexo). La presencia o ausencia de enfermedades orgánicas fueron extraídas de los diagnósticos presentes en la historia clínica del paciente, así como los

diagnósticos previos de ansiedad y depresión, estos últimos para ser tomados como criterios de exclusión.

3.5 Instrumento de medida

La Escala Hospitalaria de Ansiedad y Depresión (HAD) fue originalmente diseñada por Zigmond y Snaith (1983) como instrumento de tamizaje para la detección de pacientes con trastornos afectivos; esta escala sustituye los síntomas que pueden ser provocados por la dolencia física, con la finalidad de proporcionar un instrumento para detectar estados de depresión y ansiedad en pacientes de servicios hospitalarios no psiquiátricos. ⁽²⁴⁾

Es un cuestionario auto aplicado de 14 ítems, integrado por dos sub escalas de 7 ítems, una de ansiedad (ítems impares) y otra de depresión (ítems pares). Los ítems de la sub escala de ansiedad están seleccionados a partir del análisis y revisión de la escala de ansiedad de Hamilton, evitando la inclusión de síntomas físicos que puedan ser confundidos por parte del paciente con la sintomatología propia de su enfermedad física. Los ítems de la sub escala de depresión se centran en el área de la anhedonia o pérdida de placer. ^(24,25)

El paciente tiene que seleccionar, para cada ítem, la alternativa de respuesta que mejor refleje su situación durante la última semana. La puntuación para cada sub escala se obtiene sumando los valores de las frases seleccionadas (rango 0-3) en los ítems respectivos. El rango de puntuación es de 0-21 para cada sub escala, y de 0-42 para la puntuación global. La versión original de la escala propone los mismos puntos de corte para las dos sub escalas: 0-7 Normal, 8-10 Dudoso y ≥ 11 Problema clínico. ^(25,26)

La traducción y adaptación al castellano fue realizada por Snaith, en colaboración con Bulbena A. y Berrios G.; la primera validación fue por Tejero y colaboradores en 1986. La escala HAD ha sido traducido a la mayoría de las lenguas europeas, al árabe, al israelí, al japonés, al chino, y ha demostrado ser altamente fiable y válida en numerosos estudios. ⁽²⁶⁾

En este trabajo al aplicar la Escala Hospitalaria de Ansiedad y Depresión se tomó como puntaje para diagnosticar problema clínico tanto para ANSIEDAD y DEPRESION una puntuación mayor de 11.

3.6 Validación del instrumento de medida

En Colombia en el año 2005, se validó la versión española de la HAD y se evaluó su utilización como prueba de tamizaje para detectar desórdenes de ansiedad y depresión. Una vez adaptada la escala, se evaluaron sus propiedades psicométricas en un grupo de 89 pacientes de consulta externa del Instituto Nacional de Cancerología de Colombia (INC); además, se realizó una valoración psiquiátrica de acuerdo con los criterios del DSM-IV. La adaptación de la versión española de la HAD mostró buena consistencia interna y validez. El coeficiente alfa de Cronbach fue de 0,85 y la confiabilidad por mitades de 0,8. Un punto de corte de 8 para la sub escala de ansiedad y de 9 para la sub escala de depresión mostró una mayor sensibilidad y concordancia de la HAD con la entrevista psiquiátrica. Propiedades psicométricas más consistentes fueron constatadas al eliminar los ítems 8 y 9 de la escala. El cambio de estilo de vida y la separación del núcleo familiar son factores psicosociales relacionados con el diagnóstico. Las

propiedades psicométricas y brevedad de la escala la hacen muy útil como prueba de tamizaje para problemas psicológicos en pacientes con cáncer. ⁽²⁶⁾

En el año 2006, en Brasil Castro y colaboradores publicaron un estudio donde proponían determinar la sensibilidad y la especificidad de la escala HAD en pacientes con dolor crónico. Dicho estudio es de tipo observacional con diseño transversal, realizado a 91 pacientes que presentaban sintomatología de dolor crónico, siendo 87,9% del sexo femenino y 12,1% masculinos. Los valores fueron expresados en porcentajes con el cálculo basado en el intervalo de confianza de 95%. Los resultados de las variables categóricas fueron expresados como proporciones y para estudiarlos se utilizó la prueba del Chi-cuadrado de Pearson. Fue considerado como significativo el valor de $p < 0,05$. ⁽²⁷⁾

Al aplicar la escala HAD, se detectó que 61 (67%) de los pacientes presentaron ansiedad, siendo 55 (90,2%) del sexo femenino y 6 (9,8%) del sexo masculino; 42 pacientes (46,2%) presentaron depresión, siendo 39 (92,9%) del sexo femenino y 3 (7,1%) del sexo masculino. Cuando se compararon con los resultados obtenidos por la escala HAD, se observó que de los pacientes deprimidos, 38 (90,5%) eran también ansiosos y en aquellos con ansiedad, se observó que 38 (62,3%) también estaban deprimidos, siendo esa una asociación significativa por el análisis estadístico ($p < 0,001$). En cuanto a la sensibilidad y a la especificidad de la escala HAD, se encontraron los siguientes resultados: sensibilidad 73,3% para la depresión y 91,7% para la ansiedad. Especificidad 67,2% para la depresión y 41,8% para la ansiedad. De esa forma, la escala HAD es un instrumento de alta sensibilidad en la detección de ansiedad y de depresión. Igualmente se evidencia

que existe alta correlación entre los síntomas de ansiedad y depresión en un mismo paciente.⁽²⁷⁾

3.7 Análisis de datos

Fase 1.

Todos los cálculos estadísticos fueron realizados con el programa SPSS 15. El nivel de significancia fue establecido como un valor de $p < 0,05$. Se utilizó para analizar las variables cuantitativas, medidas de tendencia central (media, mediana y moda) y para analizar las variables cualitativas se utilizaron proporciones y razones. La frecuencia fue representada en tablas en valores absolutos y relativos. Los resultados fueron graficados en diagramas de columnas y circulares según fue la variable correspondiente.

Fase 2.

En esta fase se realizaron las tabulaciones cruzadas de variables con el fin de buscar las diferencias entre grupos con niveles de significación del 95%, utilizando para las variables cuantitativas el test t de Student y para las variables cualitativas el χ^2 .

3.8 Aspecto Ético

Todos los pacientes fueron informados de la participación en el estudio, garantizándoles confidencialidad y anonimato de los datos aportados, firmaron el consentimiento informado que les fue entregado si decidieron participar en el estudio. Todos los componentes del trabajo de investigación fueron llevados a cabo con base en las normas éticas internacionales expuestas en la declaración de Helsinki.

3.9 Económicos

La elaboración de esta tesis y su material de apoyo dependió de los ingresos propios del investigador.

www.bdigital.ula.ve

3.10 Limitaciones

La falta de cooperación por parte de los residentes a cargo de cada servicio en el momento del egreso del paciente, la influencia de diversos estímulos que puedan tener los sujetos representaron algunas limitantes para la investigadora, no obstante se trató de gestionar su solución y se prosiguió con el estudio hasta lograr el objetivo propuesto.

3.11 Alcances

El desarrollo de este proyecto permitirá mejorar la calidad de atención del paciente hospitalizado en las salas de hospitalización del Servicio de Medicina Interna y en el Servicio de Emergencia General de Adultos, ya que facilitará a los profesionales

identificar rápidamente a los pacientes que sufren de ansiedad y/o depresión, instaurar un tratamiento oportuno y eficaz, logrando con ello una evolución satisfactoria de la enfermedad que motivó su hospitalización y acortando el promedio de estancia hospitalaria.

www.bdigital.ula.ve

CAPITULO IV

PRESENTACION DE LOS RESULTADOS Y DISCUSION

Este capítulo se dividió en 2 fases, la primera fase que comprende una descripción básica de los datos (análisis univariable), presenta la distribución absoluta y relativa de las variables cualitativas y con medidas de tendencia central (media, mediana y moda) para las variables cuantitativas.

La segunda fase presenta las tabulaciones cruzadas de 2x2 y 2xn en las que se examinaron las asociaciones estadísticas entre las variables principales del estudio (análisis bivariable).

www.bdigital.ula.ve

4.1 Presentación de los resultados

A. Primera Fase: Esta parte muestra el análisis univariable de los 182 pacientes que ingresaron al estudio por las variables género, estado civil y ocupación.

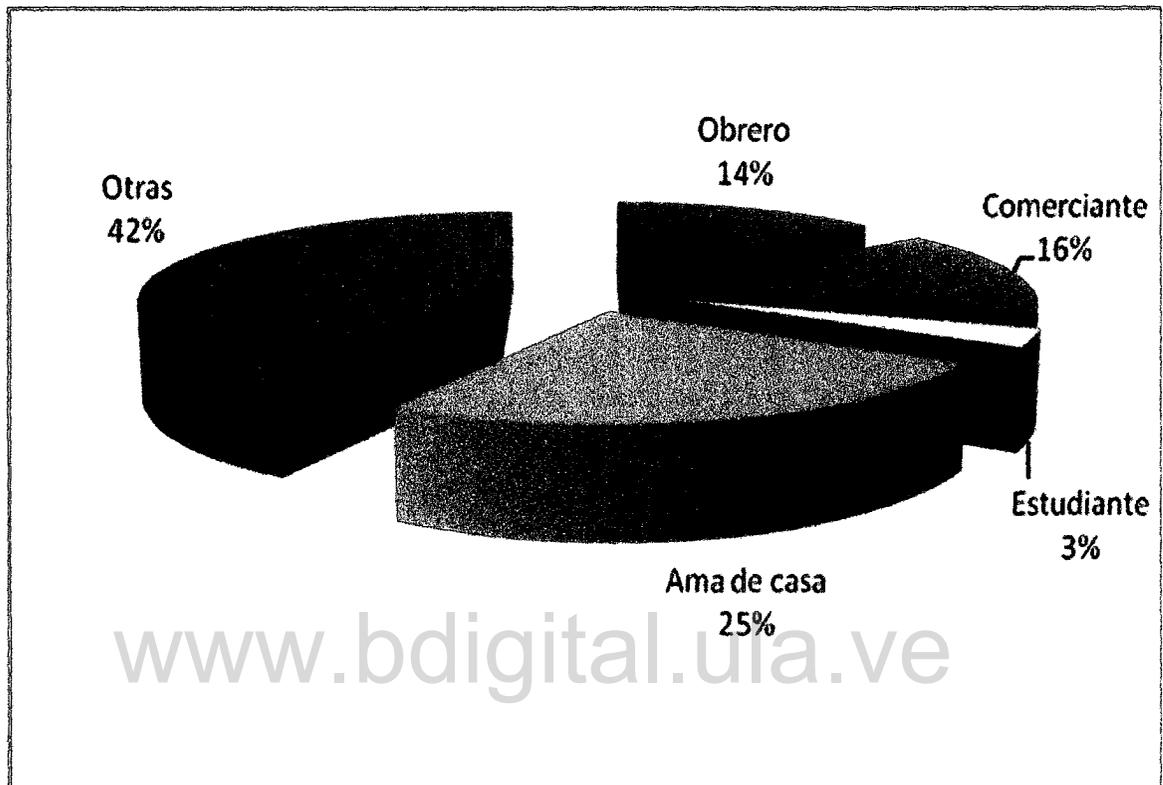
Tabla 2. Distribución de frecuencia del género y estado civil de los pacientes. Cifras absolutas y relativas.

	Frecuencia	Porcentaje
Género		
Masculino	115	63,2
Femenino	67	36,8
Total	182	100,0
Estado civil		
Soltero	39	21,4
Casado	48	26,4
Viudo	14	7,7
Divorciado	26	14,3
Concubinato	55	30,2
Total	182	100,0

www.bdigital.ula.ve

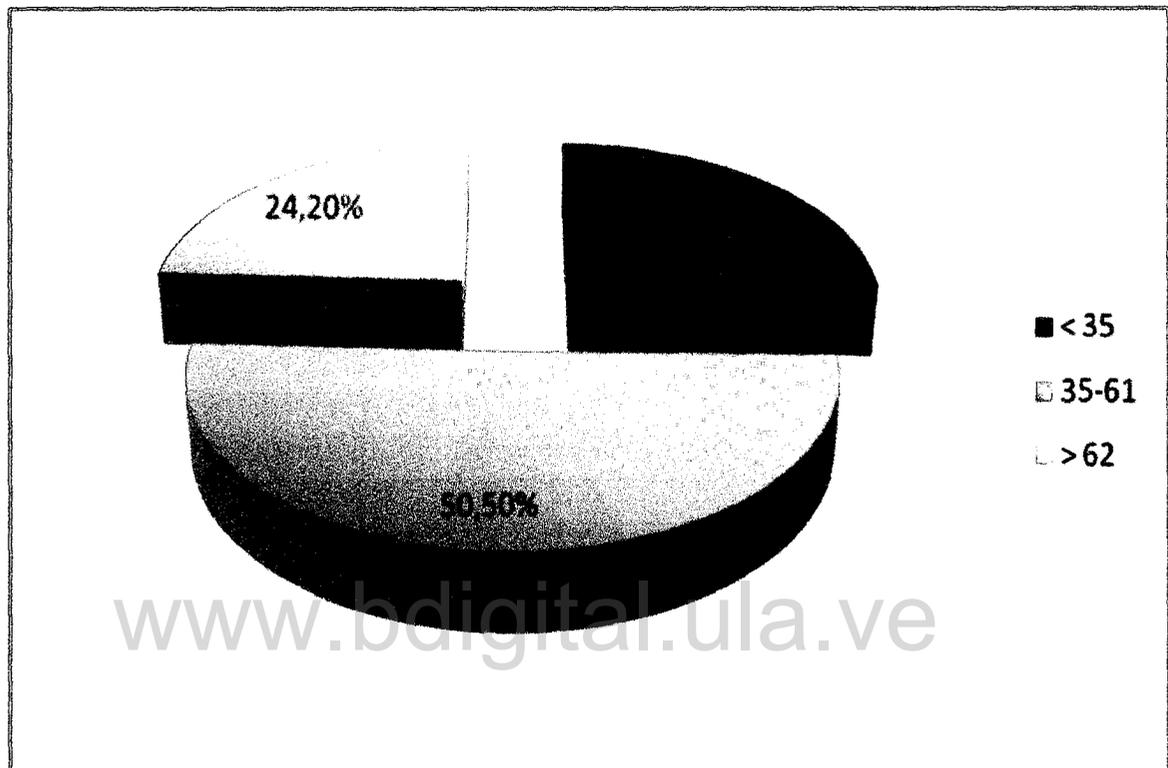
En la tabla 1 se evidencia que el género masculino representó el 63,2%, mientras que el femenino el 36,8%. El estado civil concubinato constituyó el 30,2%, seguido del grupo de los casados y divorciados con un porcentaje de 26,4% y 14,3% respectivamente.

Figura 1. Distribución de la frecuencia de ocupación de los pacientes encuestados.



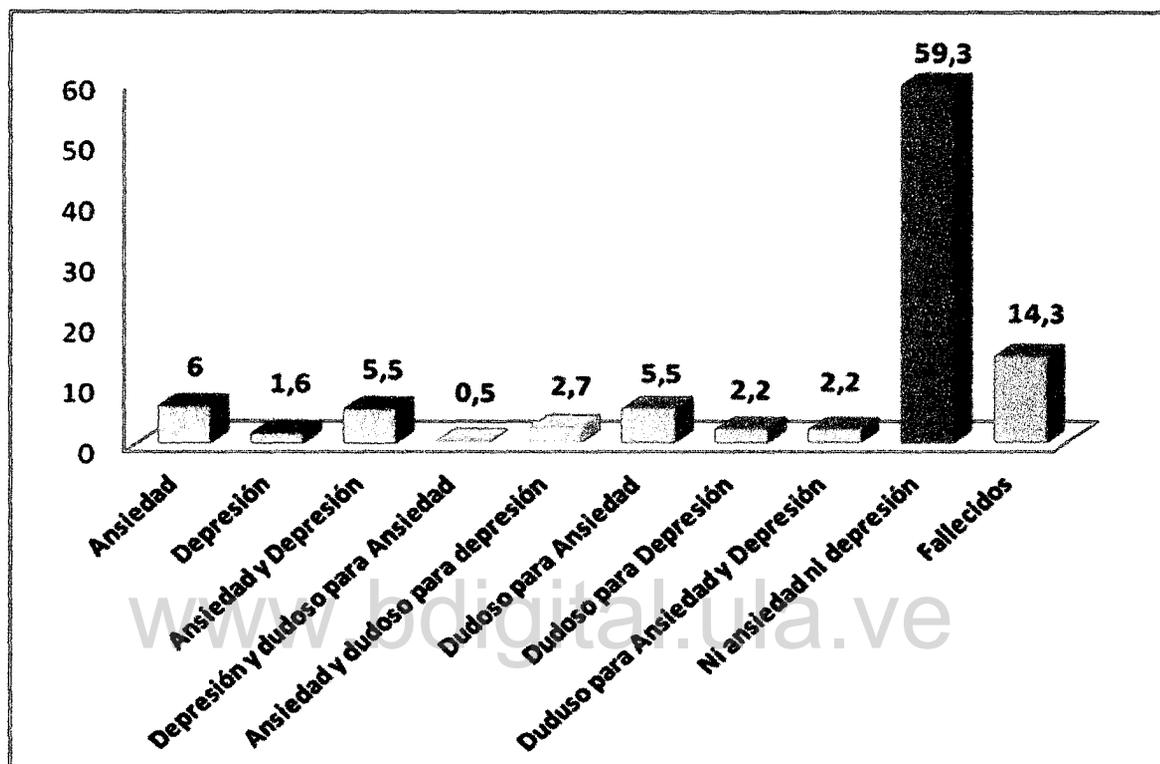
Se observa en la figura 1 que hubo un porcentaje de 41,8% para la opción de otras ocupaciones (profesionales universitarios, técnicos superiores universitarios), seguida de la ocupación ama de casa con 24,7% y comerciante con 15,9%.

Figura 2. Distribución de la frecuencia de grupos etarios de los pacientes encuestados.



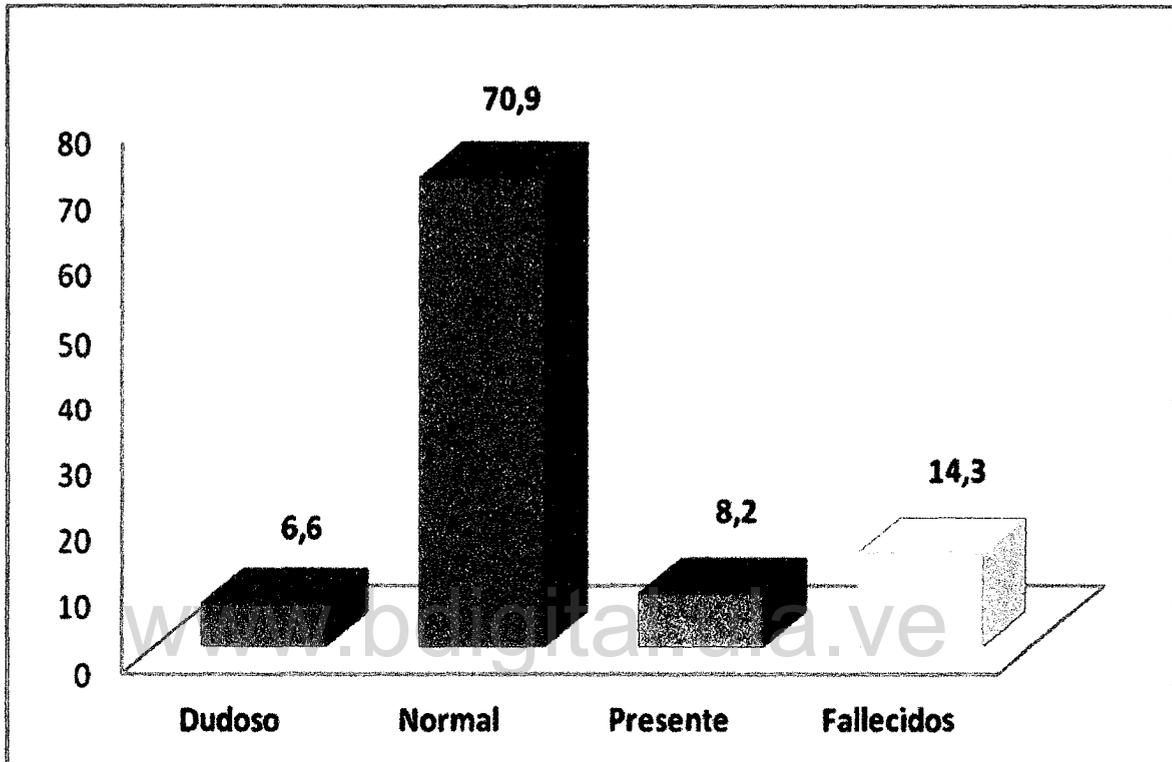
En la figura 2 se evidencia que un 50,5% de los pacientes encuestados se encuentran entre los 35 y 61 años, seguido de un 25,3% de los menores de 35 y el porcentaje restante a los mayores de 62 años.

Figura 3. Distribución de la frecuencia del resultado cualitativo de la Escala HAD al egreso de los pacientes incluidos en el estudio.



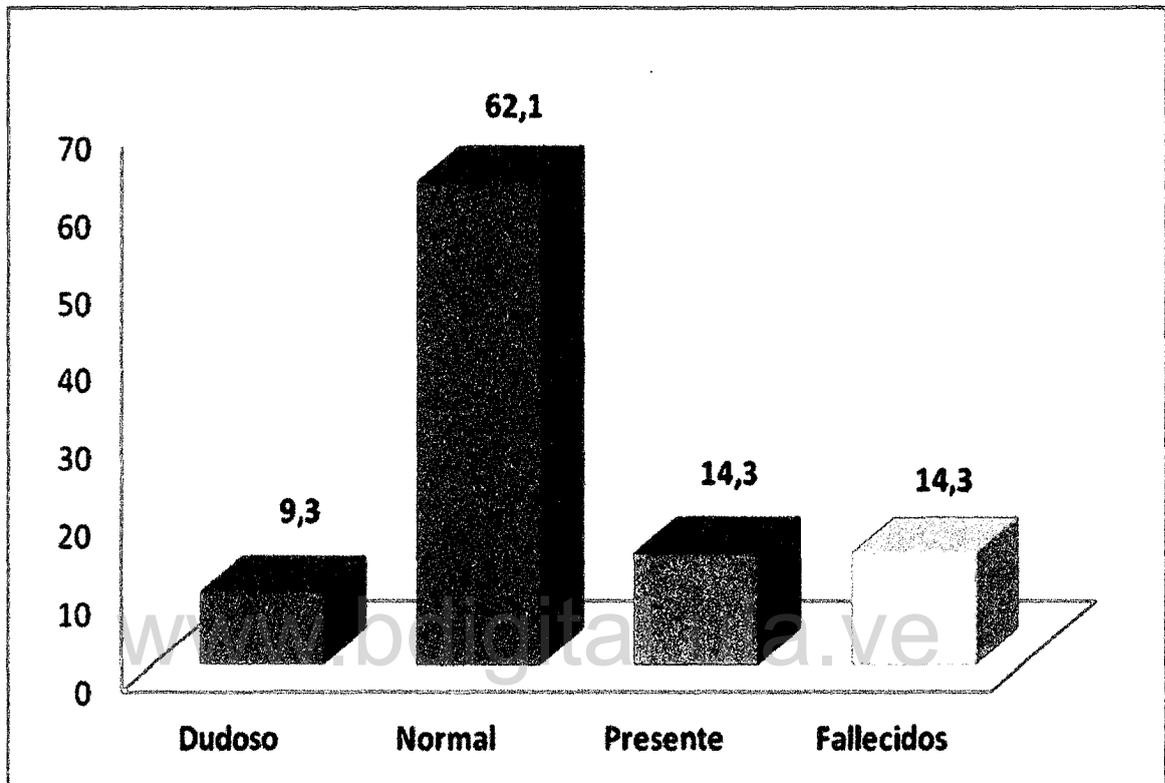
En la figura 3 se evidencia un 59,3% para los pacientes sin patología psicológica (ni ansiedad ni depresión) seguido de 14,3% no realizado por fallecimiento y 5,5% para ansiedad más depresión y dudoso para ansiedad; el restante 15,4% se vio en las otras combinaciones de patologías psicológicas.

Figura 4. Distribución de la frecuencia del resultado cualitativo de la Escala HAD depresión al egreso de los pacientes incluidos en el estudio.



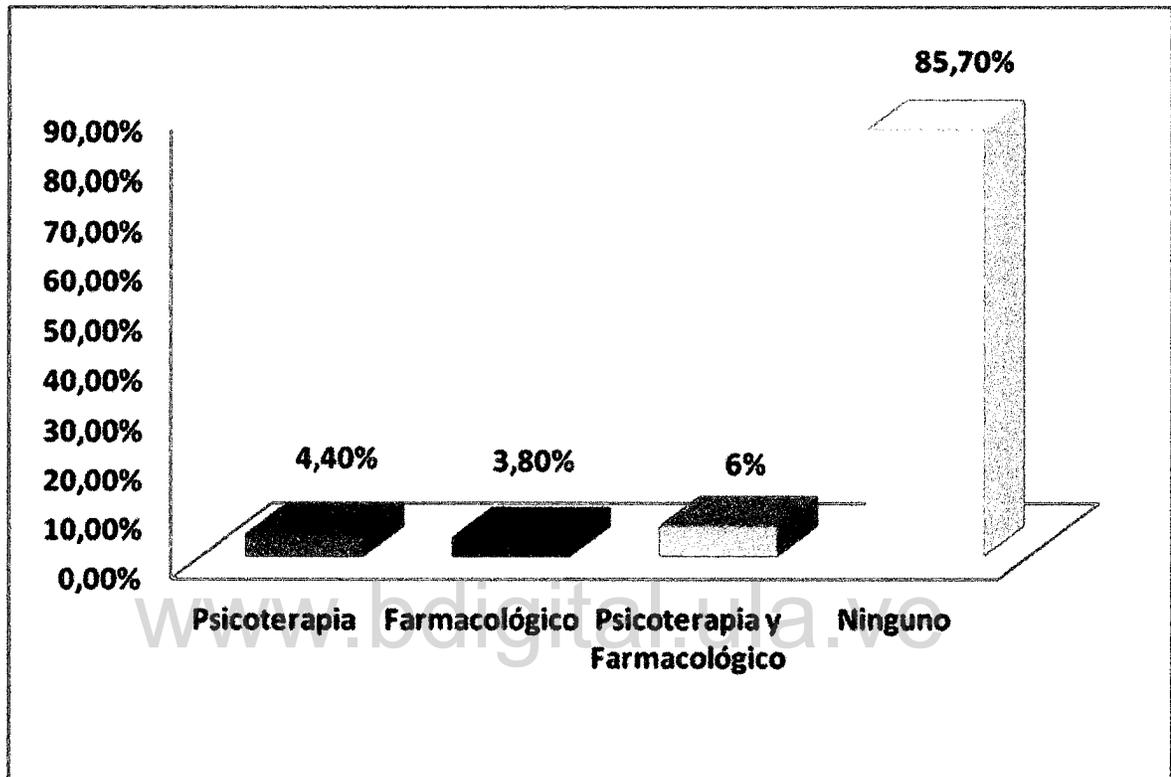
Como se evidencia en la figura 4 para Depresión la escala HAD al egreso mostró que un 70,9% fue normal seguido de un 8,2% de la patología presente y un 6,6% dudoso.

Figura 5. Distribución de la frecuencia del resultado cualitativo de la Escala HAD ansiedad al egreso de los pacientes incluidos en el estudio.



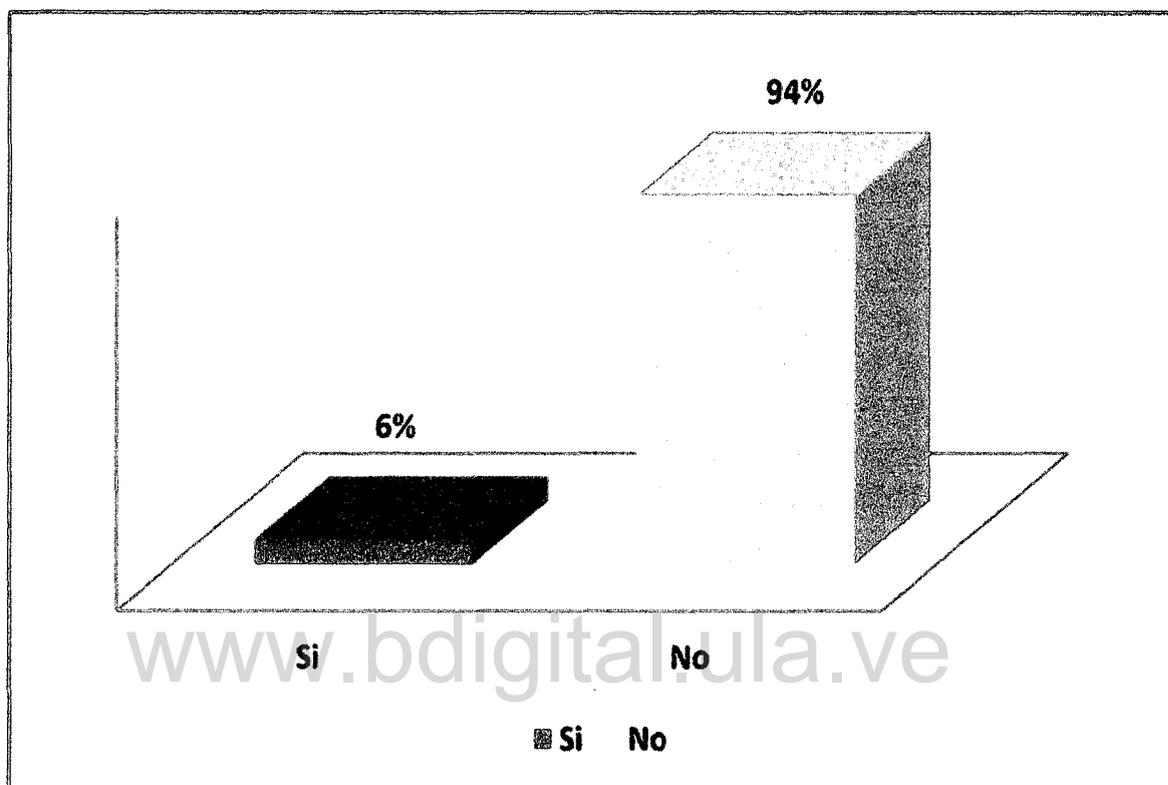
Como se evidencia en la figura 5 para Ansiedad la escala HAD al egreso mostró que un 62,1% fue normal seguido de un 14,3% de la patología presente y un 9,3% dudoso.

Figura 6. Distribución de la frecuencia del resultado cuantitativo de los pacientes que ameritaron tratamiento al realizar la primera encuesta.



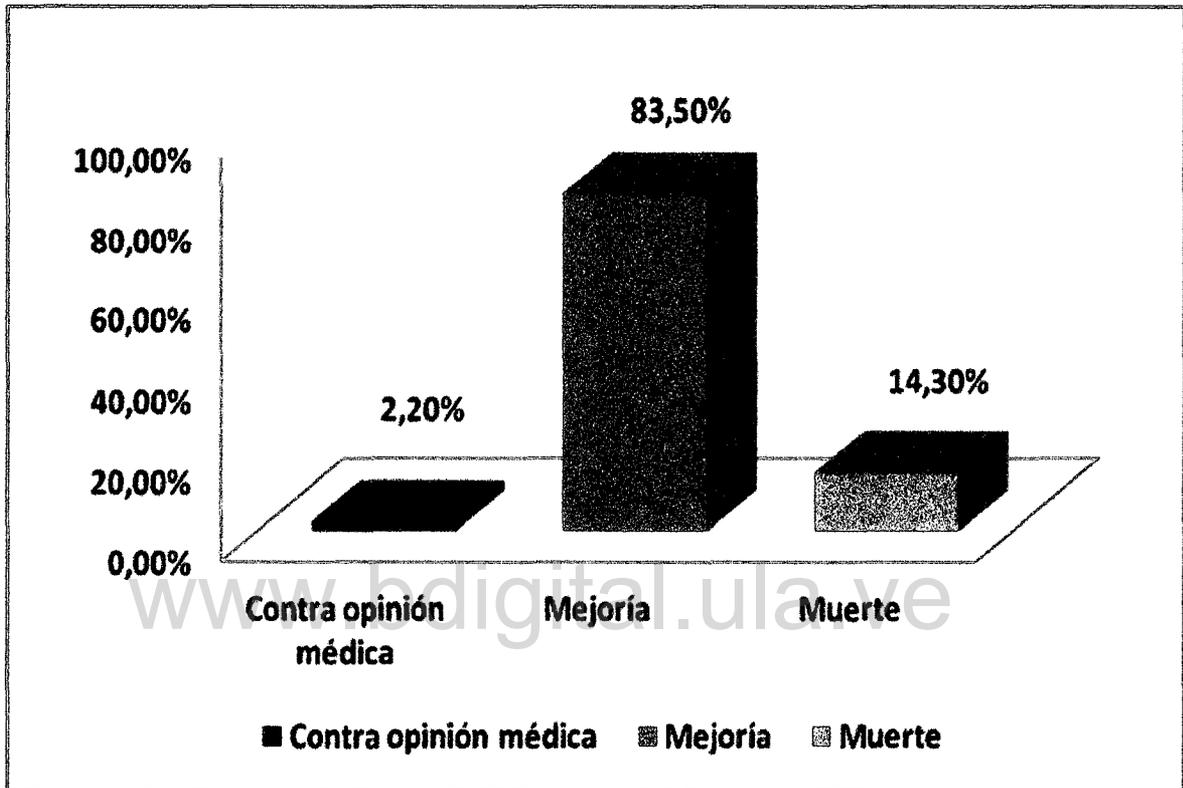
En la figura 6 se observa un 85,7% para los pacientes que no recibieron ninguna de las terapias de apoyo seguido de un 6% quienes recibieron psicoterapia y tratamiento farmacológico y de un 4,4% y 3,8% para psicoterapia y tratamiento farmacológico respectivamente.

Figura 7. Distribución de la frecuencia del traslado a áreas de cuidados críticos durante la estancia hospitalaria.



En la figura 7 se evidencia que solo un 6% de los pacientes durante su estancia hospitalaria requirió manejo en las áreas de cuidados críticos (UCI - Trauma Shock).

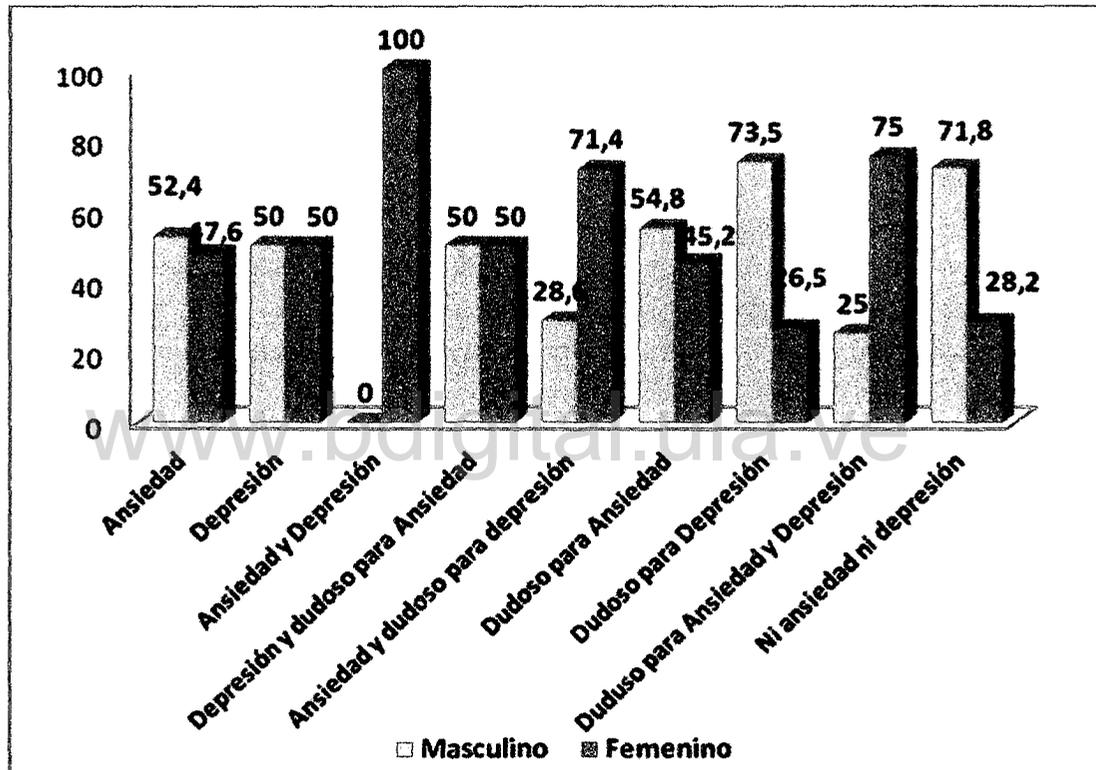
Figura 8. Distribución de la frecuencia de la condición de egreso del paciente encuestado.



En la figura 8 se evidencia que un 83,5% de los pacientes egresaron por mejoría, 14,3% fallecieron durante la estancia hospitalaria y el 2,2% lo hicieron contra opinión médica.

B. Segunda Fase: En esta sección se presenta el análisis bivariable para las variables seleccionadas en el grupo de pacientes encuestados.

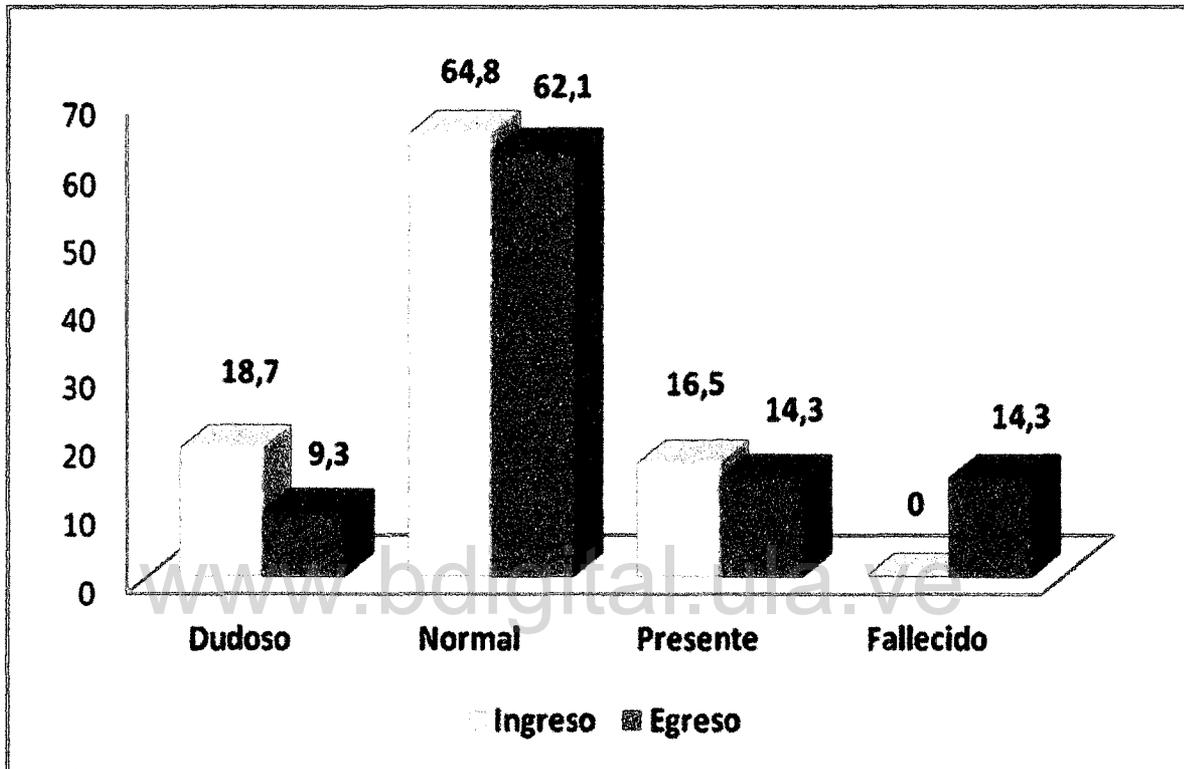
Figura 9. Análisis bivariable del resultado cualitativo de la escala HAD al ingreso por género de los pacientes encuestados.



Chi-cuadrado de Pearson: 14,31 , p: 0,07

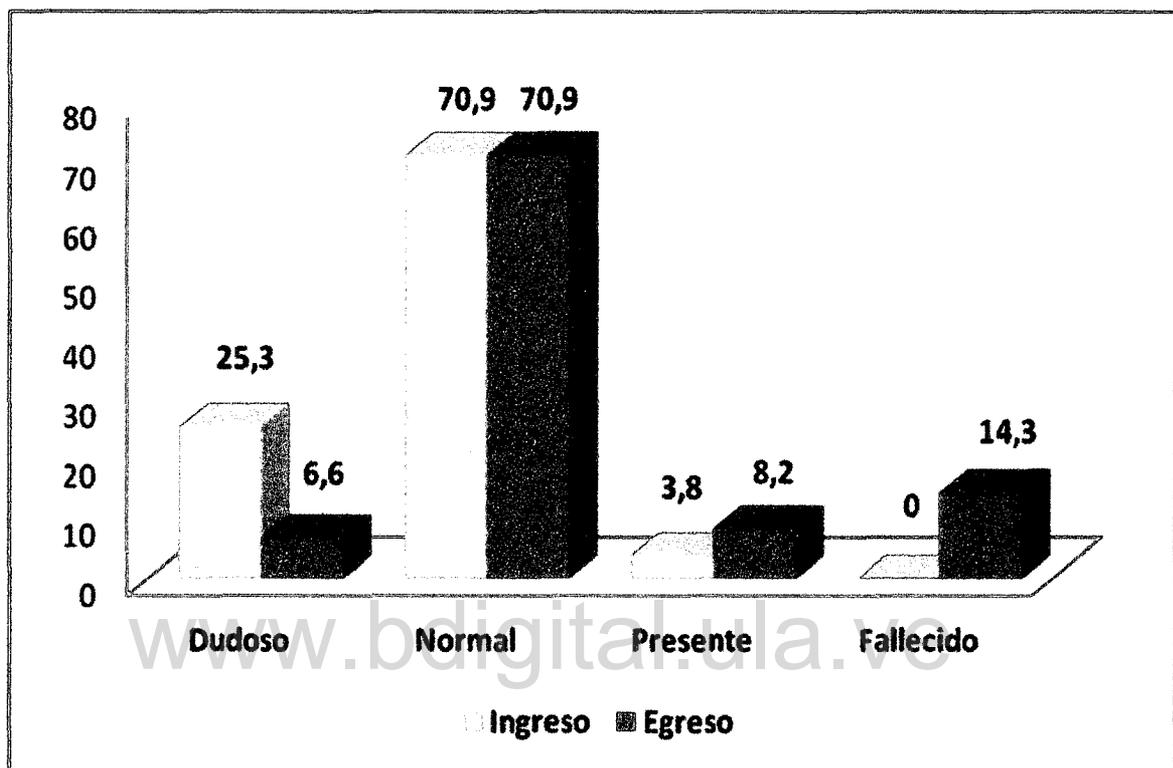
En la figura 9 se evidencia que en el género masculino fue más frecuente dudoso para depresión y en el género femenino tener ansiedad y depresión del resultado cualitativo de la escala HAD al ingreso, la prueba de Chi-cuadrado de Pearson fue de 14,31 p:0,07; por lo que no hubo diferencia significativa en la distribución de las variables.

Figura 10. Comparación de la distribución de la frecuencia del resultado cualitativo de la Escala HAD ansiedad al ingreso y egreso de los pacientes incluidos en el estudio.



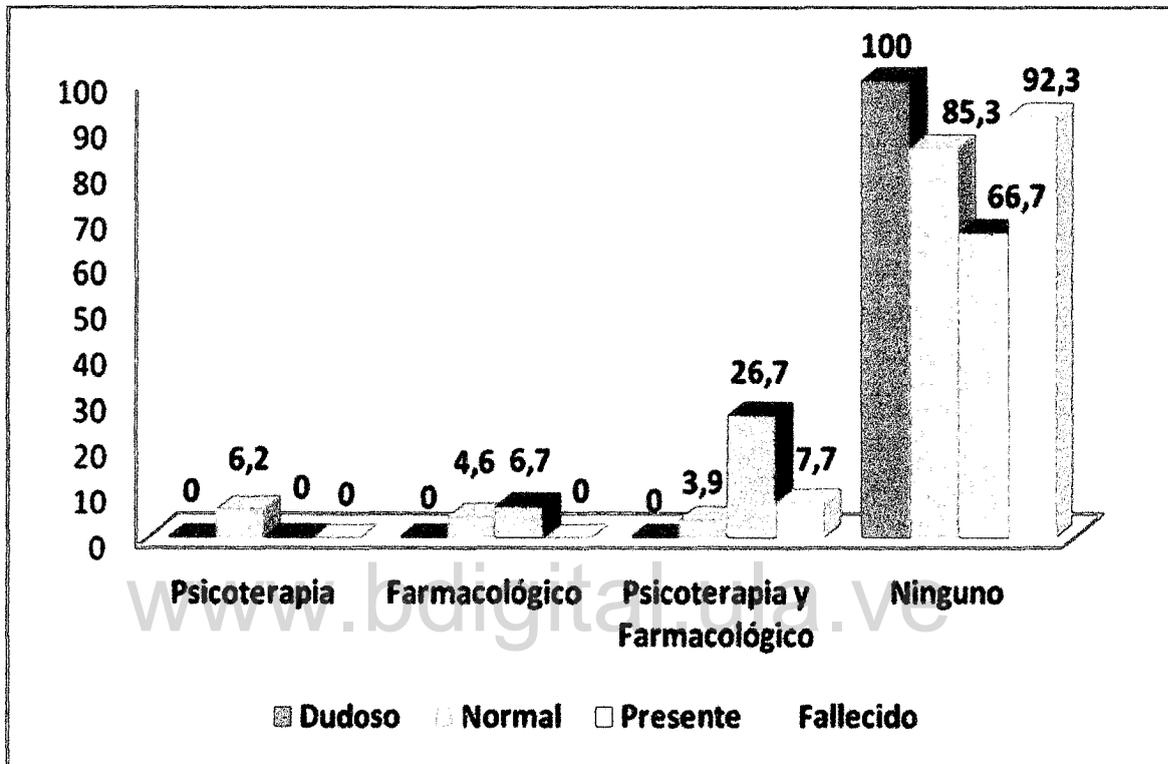
En la figura 10 observamos el resultado cualitativo de la escala HAD para ansiedad en la que dudoso al ingreso (18,7%) fue más frecuente en comparación con el egreso (9,3%). La presencia de ansiedad al ingreso (16,5%) tiene similar comportamiento al comparar con el egreso.

Figura 11. Comparación de la distribución de la frecuencia del resultado cualitativo de la Escala HAD depresión al ingreso y egreso de los pacientes incluidos en el estudio.



En la figura 11 observamos el resultado cualitativo de la escala HAD para depresión en la que dudoso al ingreso (25,3%) fue más frecuente en comparación con el egreso (6,6%). La presencia de depresión al egreso (8,2%) fue más frecuente comparado con el ingreso (3,8%)

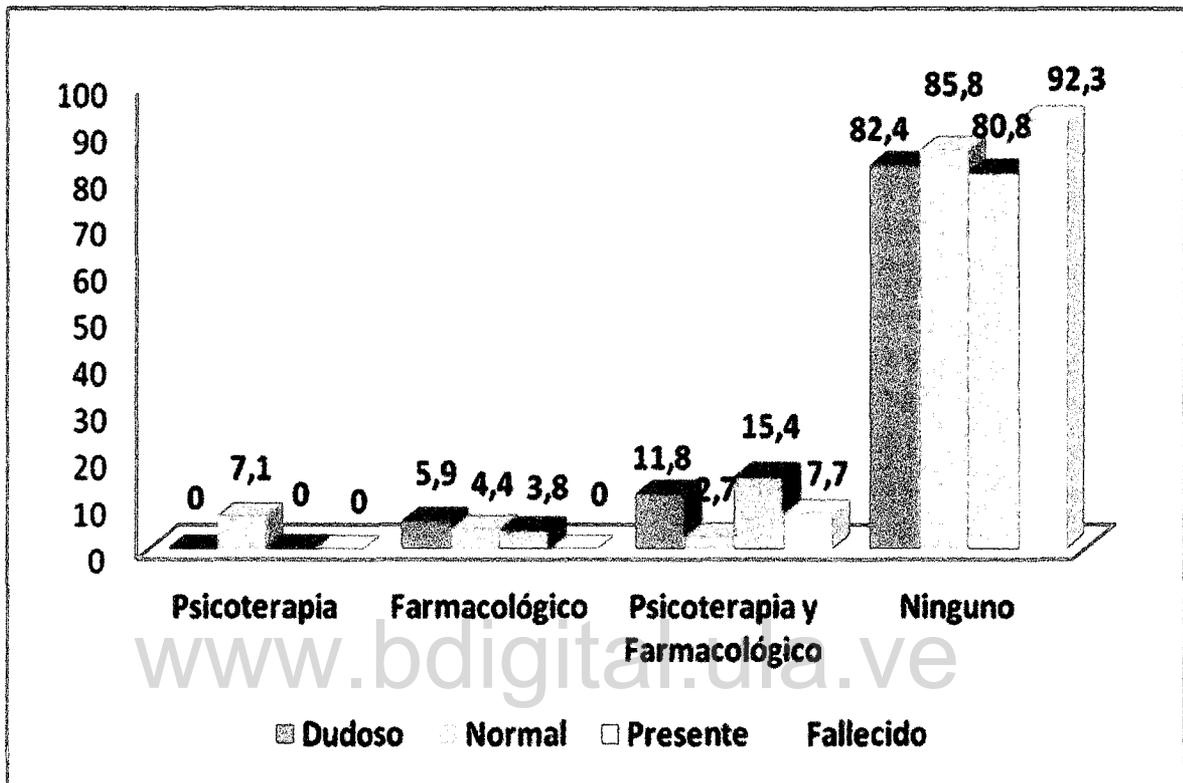
Figura 12. Análisis bivariable resultado cualitativo de la escala HAD depresión egreso por tratamiento recibido según el resultado de la escala HAD.



Chi-cuadrado de Pearson: 18,73 p: 0,03

En la figura 12 se evidencia como en los pacientes con Depresión al egreso un 66,7% no recibieron ningún tipo de tratamiento, el 14,7% de los pacientes con resultado normal recibieron alguno de los tratamientos farmacológicos y de los pacientes con resultado dudoso ninguno recibió tratamiento. La prueba de Chi-cuadrado de Pearson: 18,73 p:0,03; por lo que hubo una diferencia significativa en las distribuciones de las variables.

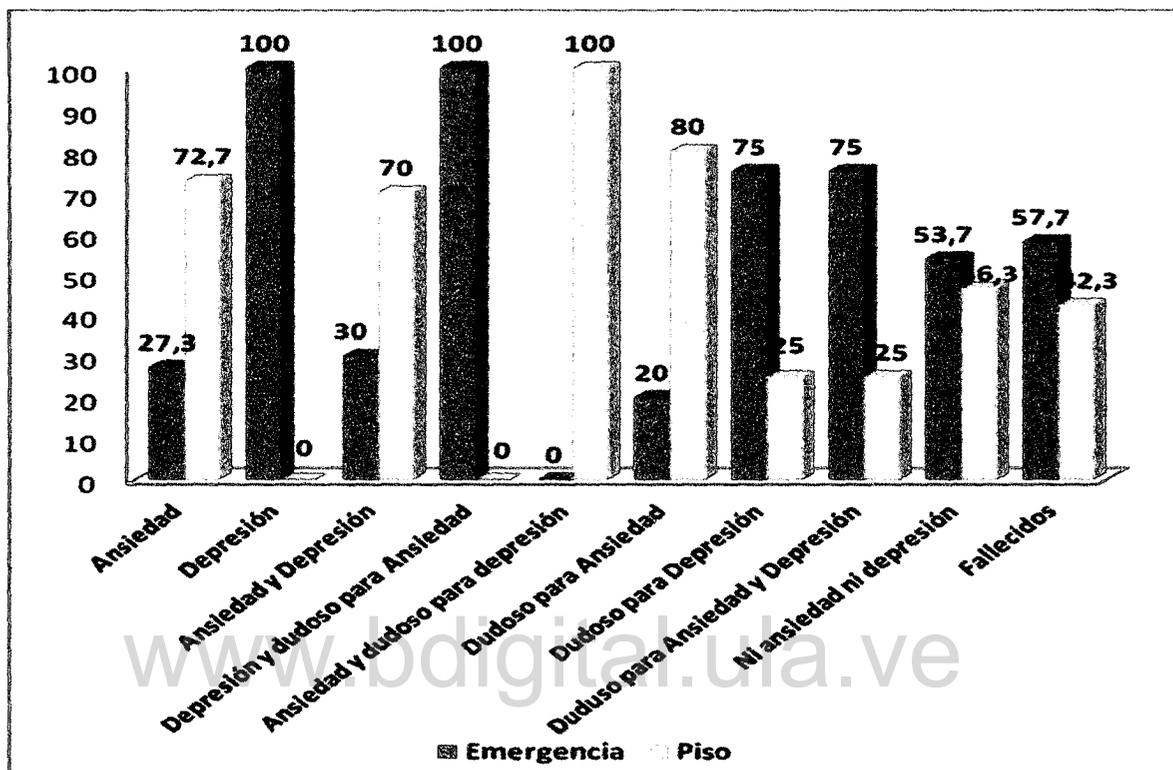
Figura 13. Análisis bivariable resultado cualitativo de la escala HAD ansiedad egreso por tratamiento recibido según el resultado de la escala HAD.



Chi-cuadrado de Pearson: 13,33 p: 0,14

En la figura 13 se evidencia como los pacientes con ansiedad al egreso un 80,8% no recibieron ningún tipo de tratamiento, el 14,2% de los pacientes con resultado normal recibieron alguno de los tratamientos farmacológicos y de los pacientes con resultado dudoso el 17,7% recibió tratamiento. La prueba de Chi-cuadrado de Pearson: 13,33 p:0.14; por lo que no hubo una diferencia significativa en las distribuciones de las variables.

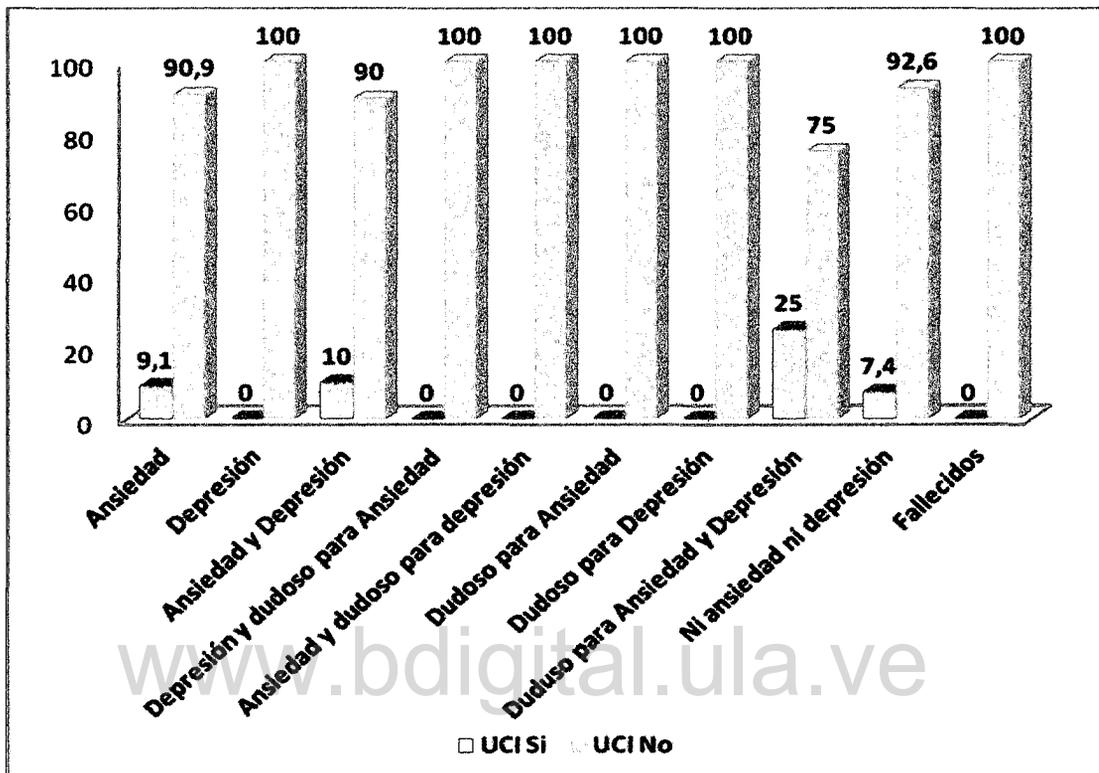
Figura 14. Análisis bivariable resultado cualitativo de la escala HAD al egreso por lugar de hospitalización en la primera encuesta.



Chi-cuadrado de Pearson: 19,68 p: 0,02

En la figura 14 se evidencia como los pacientes sin síntomas de ansiedad ni depresión fueron los más frecuentes en cada uno de los lugares encuestados. La ansiedad (72,7%), la ansiedad y depresión (70%) y dudoso para ansiedad (80%) fueron más frecuentes en las áreas de piso mientras que en el área de la emergencia fue más frecuente dudoso para depresión (75%) y dudoso para ansiedad y depresión (75%). La prueba de Chi-cuadrado de Pearson: 19,68 p:0,02; por lo que hubo una diferencia significativa en las distribuciones de las variables.

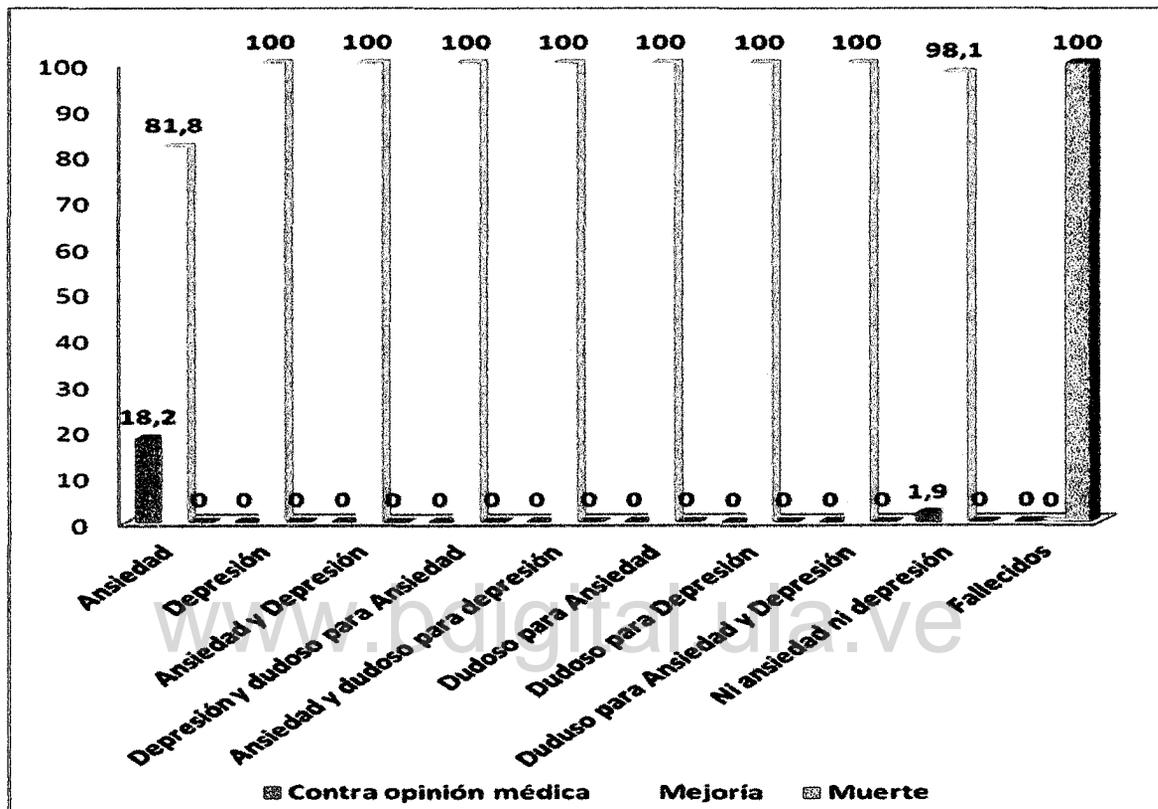
Figura 15. Análisis bivariable resultado cualitativo de la escala HAD al egreso por estancia en cuidados críticos.



Chi-cuadrado de Pearson: 6,49, p: 0,69

En la figura 15 se evidencia que los pacientes que requirieron manejo durante su hospitalización en unidades de cuidados críticos (UCI – Trauma Shock) egresan según el resultado cualitativo de la escala HAD siendo dudoso para ansiedad y depresión. La prueba de Chi-cuadrado de Pearson fue de 6,49 p: 0,69; por lo que no hubo diferencia significativa en la distribución de las variables.

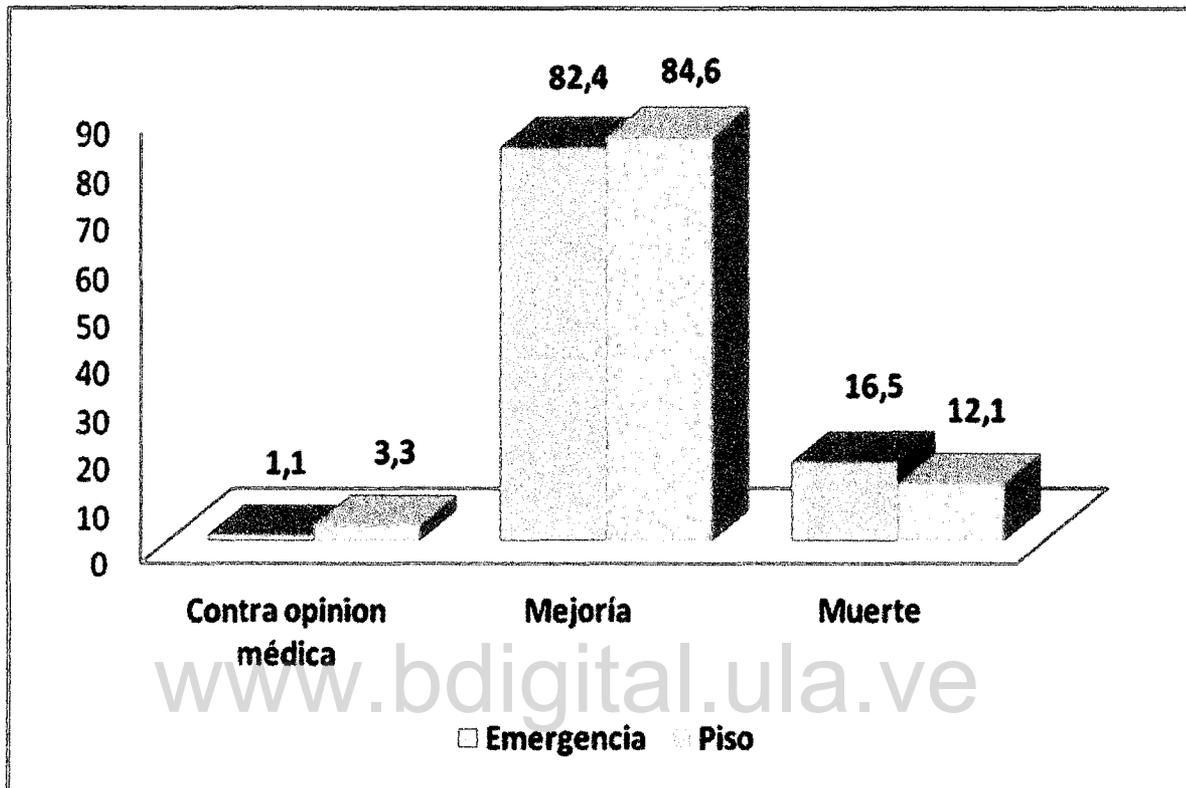
Figura 16: Análisis bivariable del resultado cualitativo de la escala HAD al egreso por la condición al egreso del paciente.



Chi-cuadrado de Pearson: 195,92 , p: 0,00

En la figura 16 se evidencia que para el resultado cualitativo de la escala HAD al egreso fue más frecuente la mejoría clínica como condición de egreso de los pacientes. En los pacientes egresados contra opinión médica fue más frecuente la ansiedad. La prueba de Chi-cuadrado de Pearson fue de 195,92 p:0,00; por lo que hubo diferencia significativa en la distribución de las variables.

Figura 17. Análisis bivariante del lugar de hospitalización en la primera encuesta por condición al egreso del paciente.



Chi-cuadrado de Pearson: 1,64 p: 0,44

En la figura 17 se evidencia que por las condiciones de egreso del paciente se van mas contra opinión médica en el área de piso con un 3,3% en relación a la emergencia y mayor número de fallecimientos en el área de emergencia con un 16,5% en relación al piso, los porcentajes restantes pertenecen a los pacientes que mejoraron en las 2 áreas encuestadas.

4.2 Discusión

La ansiedad y la depresión son patologías muy frecuentes, y más aún cuando se trata de individuos enfermos que requieren de hospitalización, el solo hecho de ser ingresado en un hospital, es sin duda, una situación muy distinta al resto de acontecimientos que solemos vivir a lo largo de nuestra vida por el alto grado de incontrolabilidad que supone. Por otro lado, algunas investigaciones señalan que tanto la ansiedad como la depresión disminuyen la respuesta inmunológica ejerciendo un efecto negativo sobre las comorbilidades asociadas, entorpeciendo su evolución, retrasando la recuperación y de esta manera aumentando los costos de atención en salud. Una de las razones por las que estos diagnósticos pasan inadvertidos por el clínico, es que las visitas son cortas y mucho de lo que debe tomarse en cuenta al momento de la entrevista se hace en poco tiempo, además de la falta de privacidad al realizar la entrevista. En ocasiones, los clínicos no saben cómo enfrentar la parte emocional de la enfermedad de sus pacientes y le temen a la respuesta que puede generar el hecho de indagar acerca de este punto con respecto a la enfermedad.

En lo concerniente a la presencia de síntomas de ansiedad y/o depresión, sólo un bajo porcentaje de los pacientes manifestaron su presencia, no concordando con los trabajos de investigación realizados por Grau, Comas, Suñer, Peláez, Salas y Planas (2007) y Hernández, Orellana, Kimelman, Nuñez e Ibañez (2005), en los cuales observaron una alta prevalencia de ansiedad y/o depresión en sus pacientes; probablemente se debe a que la muestra de nuestro estudio no fue suficiente para observar una frecuencia similar a las reportadas en otros estudios.

Los pacientes al llegar a áreas hospitalarias se enfrentan a lo desconocido, provocando en ellos ansiedad como respuesta a exigencias o amenazas; señal para buscar la adaptación, lo que se refleja en nuestro estudio donde la ansiedad fue más frecuente al ingreso. Cualquier enfermedad, especialmente las graves, pueden causar una depresión como reacción psicológica en los pacientes al conocer su diagnóstico, tratamiento, complicaciones y pronóstico; principalmente si el tratamiento fue por ejemplo quirúrgico con amputación de miembros, diagnósticos de neoplasias, o eventos que traen consecuencias, como secuelas neurológicas. Igualmente aquellos pacientes que por su condición social, algunas veces sin apoyo familiar de alguna manera se sienten apoyados y mejor atendidos durante su estancia hospitalaria; esto pudiera explicar el hallazgo en nuestro estudio de predominio de depresión al momento del egreso.

Una vez observados los síntomas de ansiedad y/o depresión se espera la atención oportuna de los mismos, sin embargo esto no se reflejó en el estudio, ya que la mayoría de los pacientes sintomáticos no recibieron ninguna de las alternativas terapéuticas, posiblemente debido a la poca importancia que se le dio a los resultados de la primera encuesta o al desconocimiento de que su existencia agrava la evolución de algunos cuadros médicos, añade dificultades en el manejo de los enfermos y suelen perturbar las relaciones interpersonales en el entorno clínico como lo manifiesta Hernández, Orellana, Kimelman, Nuñez e Ibañez (2005).

CAPITULO V

CONCLUSIONES Y RECOMENDACIONES

4.1 Conclusiones

1. En esta investigación predominó el género masculino.
2. El concubinato fue el estado civil más frecuente.
3. El grupo etario más frecuente fue entre lo 35 -61 años.
4. Un bajo porcentaje de los pacientes hospitalizados por el Servicio de Medicina Interna requieren traslado a áreas de cuidado crítico.
5. Los pacientes que presentaron síntomas de ansiedad y/o depresión en su mayoría no recibieron ningún tratamiento psiquiátrico.
6. En su gran mayoría los pacientes de Medicina Interna egresan por mejoría indistintamente de su ubicación durante la hospitalización.
7. La ansiedad es más frecuente al ingreso y la depresión al egreso.

5.2 Recomendaciones

- ✓ La ansiedad y la depresión deben ser tenidas en cuenta por el internista. Este, debe estar capacitado para diagnosticar y planificar acciones que permitan disminuir o desaparecer los síntomas, sabiendo integrar este aspecto dentro del plan general de cuidados de un paciente.

- ✓ Reducir la ansiedad y/o depresión que padecen las personas que deben ser hospitalizadas debe convertirse en uno de los principales objetivos de los profesionales de la salud, no sólo porque presentan estas perturbaciones es algo negativo en sí mismo, sino porque dichas alteraciones afectan negativamente a la recuperación de los pacientes.

- ✓ La disminución de la ansiedad y/o depresión permitirán una evolución más satisfactoria del paciente y la integración temprana a su grupo familiar y laboral por un lado, y por otro, al acortar el promedio de estancia hospitalaria, podría contribuir a solucionar el problema del índice de rotación de camas en ambos servicios.

- ✓ Protocolizar la escala HAD a cada uno de los pacientes, ya que es un método rápido y preciso de identificación de síntomas afectivos, permitiendo así un tratamiento oportuno de los síntomas de ansiedad y/o depresión.

BIBLIOGRAFÍA

1. López Ibor M. I. Ansiedad y depresión, reacciones emocionales frente a la enfermedad. *An. Med. Interna (Madrid)* 2007; 209-211.
2. Furlanetto L, Da Silva R, Bueno J. The impact of psychiatry comorbidity on length of medical inpatients. *Gen Hosp Psychiatry* 2003; 25: 14-9.
3. Creed F, Morgan R, Fiddler m, Marshall S, Guthrie E, House A. Depression and anxiety impair Health-Related Quality of life and are associated with increased cost in general medical inpatients. *Psychosomatics* 2002; 43: 302
4. Grau A., Comas P., Suñer R., Peláez E., Sala L., Planas M. Evolución de la ansiedad y de la depresión detectada durante la hospitalización en un servicio de Medicina Interna. *An. Med. Interna (Madrid)* 2007 Mayo; 24(5): 212-216.
5. López Ibor M. I. Ansiedad y depresión, reacciones emocionales frente a la enfermedad. *An. Med. Interna (Madrid)*. 2007 Mayo ; 24(5): 209-211)
6. Hernández G, Ibáñez C, Kimelman M, Orellana G, Montino O, Núñez C. Prevalencia de trastornos psiquiátricos en hombres y mujeres hospitalizados en un Servicio de Medicina Interna de un hospital de Santiago de Chile. *Rev Méd Chile* 2001; 129: 1279-88.
7. Fink P. Mental Illness and Admission to General Hospitals: A register Investigation. *Acta Psychiatr Scand* 1990; 82: 458-62.
8. Hosaka T, Aoki T, Watanabe T, Okuyama T, Kurosawa H. Comorbidity of depression among physically ill patient and its effects on the length of hospital stay. *Psychiatry Clin Neurosci* 1999; 53: 491-5.

9. Depresión: visión holística de la medicina interna. Dr. Italo Marsiglia G. Gac Méd Caracas 2008;116(1):10-17.
10. Tapia P, Micheli C, Koppman A. Morbilidad Psiquiátrica en un Hospital General. Rev. Psiquiatría Clínica 1994; 31: 99-107.
11. Bronheim H, Fulop G, Kunkel E, Muskin P, Schindler B, Yates W et al. The Academy of Psychosomatics Medicine Practice Guidelines for Psychiatric Consultation in the General Medical Setting. Psychosomatics 1998; 39: S8-S30.
12. Caponi R. La angustia según Freud, Klein y Bion. Rev Chil Neuro-Psiquiatría 1994; 32: 151-4.
13. Rosenbaun J, Pollack M, Otto M, Berstein J. Pacientes con ansiedad. En Cassem N, ed. Manual de Psiquiatría en Hospitales Generales. Harcourt Brace de España, 1998; 179-220.
14. DSM-IV. Manual diagnóstico y estadístico de los trastornos mentales. Barcelona: Masson, 1995.
15. DSM IV-TR. Manual diagnóstico y estadístico de los trastornos mentales. Barcelona: Masson, 2002.
16. Calle J. La evaluación diagnóstica del paciente deprimido. Revista Colombiana de Psiquiatría 2000; 6:3-7.
17. Rico J, Restrepo M, Molina M. Adaptación y validación de la escala hospitalaria de ansiedad y depresión (HAD). En una muestra de pacientes con cáncer del Instituto Nacional de Cancerología de Colombia. Revista del Laboratorio de Psicometría 2005; 3:73-86.

18. Marsiglia I. Ansiedad y depresión en el marco de la Medicina Interna. Med Intern (Caracas). 1993; 8:101- 108.
19. Marsiglia I. Ansiedad y depresión en la práctica de la Medicina Interna. Med Intern (Caracas). 2001; 17:159-166.
20. Kaplan HI, Sadock BJ. Synopsis of Psychiatry, Behavioral Sciences, Clinical Psychiatry. 6ª edition. Baltimore: Williams and Wilkins; 1991; 16:363-427.).
21. Diagnostic and Statistical Manual of Mental Disorders. 4ª edition. American Psychiatric Association Washington D.C. 1994.
22. Goldmann D, Laine C. In the clinic: Depression. Ann Intern Med. 2007; 146:ITC5-1-ITC5-14.
23. Thompson C, Ostler K, Peveler RC, Baker N, Kinmonth AL. Dimensional perspectives in the recognition of depressive symptoms in primary care: the Hampshire Depression Project. Br J Psychiat 2001; 179:317-323.
24. Katon WJ. Clinical and health services relationships between major depression, depressive symptoms, and general medical illness. Biological Psychiatry 2003; 54:216-226.
25. Dennis L. Kasper EB, Anthony S. Fauci, Stephen L. Hauser, Dan L. Longo, Larry Jameson, y Kurt J. Isselbacher, HARRISON Principios de Medicina interna, Ed 16, Mc Graw Hill interamericana Editores S.A.
26. Ruiloba. JV. Introduccion a la Psicopatologia y la Psiquiatria. In: Masson. E, ed. 6ª. ed. España. 2009.
27. Schlesselman., J.J., ed. Tables of the samples size requirement for cohort and case- control studie of disease. ed. Lab-MICE. 1974: Maryland.

ANEXOS
www.bdigital.ula.ve

CONSENTIMIENTO INFORMADO PARA PARTICIPANTES DE INVESTIGACIÓN

La presente investigación es conducida por la Dra. Magaly Quiñonez adjunto de piso 6, Dra. Indira Briceño adjunto y coordinadora de la emergencia del Instituto Autónomo Hospital Universitario de los Andes (IAHULA) y la Dra. Laura Alejandra Ortega González Residente II año de medicina interna. La meta de este estudio es tratar de **determinar la frecuencia de síntomas de ansiedad y depresión en pacientes hospitalizados en áreas de medicina interna, y su relación con el seguimiento de las diversas patologías de ingreso.** Si usted accede a participar en este estudio, se le pedirá responder preguntas en una encuesta. Esto tomará aproximadamente 5 minutos de su tiempo. La participación en este estudio es estrictamente voluntaria. Y la información que se recoja será confidencial, no se usará para ningún otro propósito fuera de los de esta investigación. Sus respuestas a la encuesta serán codificadas usando un número de identificación y por lo tanto, serán anónimas. Si tiene alguna duda sobre este proyecto, puede hacer preguntas en cualquier momento durante su participación en él. Igualmente, puede retirarse del proyecto en cualquier momento sin que eso lo perjudique en ninguna forma. Si alguna de las preguntas durante la encuesta le parece incómoda, tiene usted el derecho de hacérselo saber al investigador.

Desde ya le agradecemos su participación. Acepto participar voluntariamente en esta investigación, conducida por la Dra. Magaly Quiñonez, Dra. Indira Briceño y Dra. Laura Alejandra Ortega González. He sido informado (a) de la meta de este estudio; que tendré que responder una encuesta. Reconozco que la información que yo provea en el curso de esta investigación es estrictamente confidencial y no será usada para ningún otro propósito fuera de los de este estudio sin mi consentimiento. He sido informado de que puedo hacer preguntas sobre el proyecto en cualquier momento y que puedo retirarme del mismo cuando así lo decida, sin que esto acarree perjuicio alguno para mi persona. De tener preguntas sobre mi participación en este estudio, puedo contactar a la Dra. Laura Alejandra Ortega González al teléfono 04147197241.

Entiendo que puedo pedir información sobre los resultados de este estudio cuando éste haya concluido. Para esto, puedo contactar a la Dra. Laura Alejandra Ortega González al teléfono anteriormente mencionado.

Nombre del Participante _____ Nombre del Testigo _____

Firma del Participante _____ Firma del Testigo _____

C.I. del Participante _____ CI del Testigo _____

Fecha _____

1. Hoja de Recolección de Datos

Apellidos y Nombres: _____

2. Idx al área de Medicina Interna

3. Escala Hospitalaria de Ansiedad y Depresión

Este cuestionario se ha construido para ayudar a quien le trata a saber cómo se siente usted. Lea cada frase marque la respuesta que más se ajusta a cómo se sintió usted durante la semana pasada. No piense mucho las respuestas. Lo más seguro si contesta de prisa, sus respuestas podrán reflejar mejor

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

Puntaje para ansiedad _____ puntos (Si No)

Puntaje para depresión _____ puntos (Si No)