

UNIVERSIDAD DR. JOSÉ MATÍAS DELGADO

RED BIBLIOTECARIA MATÍAS

DERECHOS DE PUBLICACIÓN

DEL REGLAMENTO DE GRADUACIÓN DE LA UNIVERSIDAD DR. JOSÉ MATÍAS DELGADO

Capítulo VI, Art. 46

“Los documentos finales de investigación serán propiedad de la Universidad para fines de divulgación”

PUBLICADO BAJO LA LICENCIA CREATIVE COMMONS

Reconocimiento-NoComercial-CompartirIgual 4.0 Unported.

<http://creativecommons.org/licenses/by-nc-sa/4.0/>



“No se permite un uso comercial de la obra original ni de las posibles obras derivadas, la distribución de las cuales se debe hacer con una licencia igual a la que regula la obra original.”

Para cualquier otro uso se debe solicitar el permiso a la Universidad

UNIVERSIDAD "DR. JOSE MATIAS DELGADO"

FACULTAD DE CIENCIAS DE LA SALUD

DR. LUIS EDMUNDO VASQUEZ

ESCUELA DE MEDICINA



UNIVERSIDAD DR. JOSÉ
MATÍAS DELGADO
SAN SALVADOR, EL SALVADOR C. A.

**Factores de riesgo y detección de trastorno depresivo en el
adulto mayor hospitalizado en el servicio de medicina interna en
el Hospital Nacional San Rafael.**

TESIS DE INVESTIGACION

PARA OPTAR POR EL TITULO DE

DOCTOR EN MEDICINA

AUTORES:

CARLOS ERNESTO QUEZADA ALVAREZ

EDUARDO ERNESTO RECINOS GONZALEZ

FELIX JOSE MEDRANO LAZO

ASESOR:

Dr. José Miguel Fortín Magaña

Antiguo Cuscatlán, La Libertad, El Salvador 10 de febrero 2016



UNIVERSIDAD DR. JOSÉ
MATÍAS DELGADO
SAN SALVADOR, EL SALVADOR C. A.

Dr. David Escobar Galindo

RECTOR

Dr. José Enrique Soto Campbell

VICERRECTOR

VICERRECTOR ACADEMICO

Dr. Nicolás Astáccio Soria

DECANO DE FACULTAD DR: LUIS EDMUNDO VÁSQUEZ

COMITÉ EVALUADOR

Dr. William Andrés Hoyos Arango

COMITÉ EVALUADOR

Dra. Zayri Geraldine García

COMITÉ EVALUADOR

Dr. José Miguel Fortín Magaña

ASESOR

Antiguo Cuscatlán, La Libertad, El Salvador 10 de febrero 2016

ACTA DE EVALUACION DE TESIS POR EL JURADO N°

En la ESCUELA DE MEDICINA DE LA FACULTAD DE CIENCIAS DE LA SALUD de la UNIVERSIDAD DR. JOSÉ MATÍAS DELGADO,

a las 11 horas con 45 minutos del día 10 del mes de FEBRERO de 2016

reunidos los suscritos miembros del jurado examinador de la Tesis de Grado titulada:

TEMA:

FACTORES DE RIESGO Y DETECCIÓN DE TRASTORNO DEPRESIVO EN EL ADULTO MAYOR HOSPITALIZADO EN EL SERVICIO DE MEDICINA INTERNA EN EL HOSPITAL NACIONAL SAN RAFAEL

Presentada por el (los) la (s) egresados(as):

1. Carlos Ernesto Quezada Alvarez
2. Eduardo Ernesto Recinos Gonzalez
3. Felix Jose Medrano Lazo

Para optar al Grado de:

DOCTORADO EN MEDICINA

Respectivamente

HACE CONSTAR QUE: Habiendo revisado y evaluado en forma individual su contenido escrito, de conformidad al Art. 41, 42 y 43 del Reglamento de Graduación

ACORDARON DECLARARLA:

- APROBADA SIN OBSERVACIONES
 APROBADA CON OBSERVACIONES
 REPROBADA

No habiendo más que hacer constar, damos por terminada la presente acta que firmamos, entregando el original a la Secretaria de esta Unidad Académica.


Dra. Ada Luz Morales

Presidente


Dr. Otto Castro

Primer Vocal


Dr. Jose Maria Sifontes

Segundo Vocal

Índice

AGRADECIMIENTOS	i
RESUMEN.....	iv
INTRODUCCIÓN.....	v
CAPÍTULO I. JUSTIFICACIÓN.....	1
CAPÍTULO II. DELIMITACION DEL PROBLEMA.....	2
CAPÍTULO III. OBJETIVOS.....	4
Objetivo general:.....	4
Objetivos específicos:	4
CAPÍTULO IV. MARCO TEÓRICO.....	5
5.1 Depresión.....	5
5.2 Epidemiología a nivel nacional.	6
5.3 Factores de riesgo.	7
5.4 Fisiopatología de trastorno depresivo.....	10
5.5 Relación de depresión y enfermedades sistémicas.....	11
5.6 Sintomatología y Diagnostico.	13
5.7 Depresión en Ancianos.....	16
5.8 Escalas diagnósticas.....	16
5.9 Otras escalas de evaluación geriátrica.....	18
5.10 Tratamiento antidepresivo.....	19
CAPÍTULO V. METODOLOGIA.....	23
6.1 Hipótesis.	23
6.2 Tipo de estudio.....	23
6.3 Población universal y muestra.....	23
6.4 Marco Muestral:.....	25
6.5 Variables.....	26
6.6 Recolección y análisis de datos.....	29
CAPÍTULO VI. RESULTADOS.....	29
CAPÍTULO VII. DISCUSIÓN.....	42
CAPÍTULO VIII. CONCLUSIONES.....	48
CAPÍTULO IX. RECOMENDACIONES	49
Anexos.....	50

Anexo 1	50
Anexo 2	51
Anexo 3	52
Anexo 4	53
Anexo 5 (Instrumento).....	54
Bibliografía.....	55

AGRADECIMIENTOS

Antes que nada primerio agradecer a Dios por este sueño que me dejo cumplir ya que si Él no es posible nada en esta vida, a mis padres Danilo Quezada Santos y Virginia Álvarez de Quezada por el apoyo incondicional que siempre me brindaron durante estos 8 años; esto es lo mínimo que pude hacer para el gran esfuerzo que ellos hacen día a día para poder darnos la educación y el estudio para poder ser “alguien” en la vida, siempre me enseñaron a no desistir y seguir adelante ante todos los obstáculos que se encuentran en el camino.

Gracias a todos esos profesores que dieron sus conocimientos para poder ampliar los nuestros, y que siguen encaminando más profesionales en el área de la salud, son fundamentales en este camino.

A todos los que hicieron posible que este trabajo se finalizara con éxito, a Guayo y a Félix que a pesar de todas las dificultades podemos decir “LO LOGRAMOS”.

Expresar también que aunque no puedas estar aquí celebrando este triunfo junto a mí, como lo hubiese querido, que nada de esto estuviera pasando si tu no me hubieras inspirado, con tu vocación desde que yo era un niño, sé que desde el cielo estas celebrando conmigo, abuelo mi Dr. Humberto Antonio Álvarez Cruz.

Carlos Ernesto Quezada Álvarez.

Agradezco a Dios por haberme permitido culminar un episodio importante en mi vida , haberme brindado la salud necesaria para alcanzar cada una de mis metas, Agradezco a mi familia quienes se convirtieron en fuente de apoyo constante e incondicional durante toda mi vida, y más aún en mi trayecto de formación profesional, a mi madre Miriam González por tu paciencia y comprensión preferiste sacrificar tu tiempo para que yo pudiera cumplir lo mío, día a día con tu ejemplo me inspiraste a ser mejor persona ahora puedo decir que la tesis y mi persona lleva mucho de ti, gracias por ir bordando mis metas personales y profesionales pero sobre todo por ser un gran referente en mi vida. A mis hermanos por haberme brindado su apoyo incondicional hasta el final del proceso.

Agradezco a mis compañeros Carlos Ernesto Quezada Álvarez y Félix José Medrano Lazo por su gran compañerismo y entrega en la lucha para alcanzar nuestra meta propuesta pero agradezco aún más por su amistad sincera.

Agradezco a la Universidad Dr. José Matías Delgado por brindarme la oportunidad de formarme como un profesional al obtener un título académico, a mis maestros de carrera quienes lograron brindarme las herramientas necesarias para concluir mi meta trazada. De igual manera agradezco al Dr. José Miguel Fortín Magaña nuestro asesor de tesis por su calidad humana y profesional al contribuir en este importante proyecto, es mi deseo que esta tesis doctoral pueda servir para profundizar y realizar eventuales mejoras en este importante campo de investigación en la calidad de vida del adulto mayor.

Eduardo Ernesto Recinos González

Agradezco a Dios, por darme la oportunidad de enamorarme de esta profesión. Por estar en los momentos de oscuridad y por darme la valentía y la convicción que me motivaron a seguir adelante.

A mis padres Sonia y Filimon por darme su apoyo incondicional, por incentivar me y animarme a lo largo de toda mi vida, por la educación que me brindaron y los valores que me inculcaron. Por enseñarme que la vida te bota pero no hay nada más hermoso que levantarte y hacerle frente.

A mis Hermanas Frinee y Wendy por estar ahí para guiarme y cuidarme en todo el camino aún en la distancia, son mis mejores amigas y mis ejemplos a seguir.

A mis compañeros de tesis Carlos Y Eduardo, por aguantar mi hiperactividad y enfocarla en algo productivo. Por estar ahí cuando los necesito ya no solo somos amigos o colegas, somos hermanos. Un honor y un privilegio estar a su lado caballeros.

A mis maestros que con mucho amor y comprensión me guiaron durante este proceso. Gracias por su paciencia y sus consejos ha sido un placer llamarlos maestros, al Dr. José Miguel Fortín Magaña por darnos su confianza y su asesoría a lo largo de la elaboración de esta tesis. Por sus consejos y su invaluable ayuda.

Agradezco a todas las personas que fueron parte de este tan maravilloso proceso. De su incondicional apoyo y de todo lo aprendido en este tiempo.

Gracias Totales.

Félix José Medrano Lazo.

RESUMEN.

La presente investigación se realiza con el fin de presentar datos de prevalencia de sintomatología depresiva dentro del Hospital Nacional San Rafael y la importancia que esto tiene para el bienestar de los pacientes que se encuentran ingresados en dicho nosocomio, también para mostrar la utilidad de escalas geriátricas para poder dar una evaluación integral a los pacientes.

A partir de esta investigación se logra determinar la alta prevalencia de síntomas depresivos y como afecta esto en la dependencia física de los pacientes, por ende, es de importancia que haya una detección temprana de estos síntomas para poder mejorar la calidad de vida y evitar complicaciones asociadas a la depresión de estas personas.

Por lo tanto es de suma importancia que se cuente con programa multidisciplinario para la evaluación de estos pacientes al detectar factores de riesgo, al igual como hacer nuevos estudios longitudinales que nos permitan ver en una perspectiva mas amplia el impacto que esto causa para el paciente y al sistema hospitalario.

Palabras clave: depresión, depresión y enfermedad crónica, tamizaje.

INTRODUCCIÓN.

La depresión es un trastorno afectivo que con más frecuencia se presenta en adultos mayores de 60 años, la prevalencia es de aproximadamente el 20% en población ambulatoria, la cual se ve incrementada hasta en un 40% en pacientes hospitalizados, con mayor frecuencia en mujeres que en hombres que adolecen de enfermedades crónicas (1).

La asociación de la comorbilidad entre enfermedades orgánicas y trastorno afectivo son muy frecuentes, hay estudios que revelan que el 25% de los pacientes que precisan un ingreso hospitalario, por enfermedades médicas, son susceptibles a desarrollar un trastorno depresivo mayor o un trastorno adaptativo con sintomatología depresiva severa (2).

La depresión, la mayor parte del tiempo, se acompaña de ansiedad en un 60% y puede confundirse con patologías como hipotiroidismo, déficit de ácido fólico y vitamina B12 en personas de la tercera edad (1).

Los trastornos depresivos y de ansiedad debería de ser considerados al momento de evaluar a un paciente, ya que se ha visto que la prevalencia de estas enfermedades van en aumento durante la última década, y se dice que al menos uno de cada cinco personas va a desarrollar trastorno del estado de ánimo durante su vida y esto se ve afectado en mayor proporción en los pacientes con enfermedades cardiovasculares, oncológicas y neurológicas (3).

Según datos de la Organización Mundial de la Salud (OMS) la depresión se ha convertido en la segunda causa de discapacidad en población adulta. Además de aumentar la mortalidad en pacientes que concomitantemente padecen de enfermedades medicas crónicas (4)(5).

Se ha visto la asociación y el aumento de la prevalencia de enfermedades médicas crónicas concomitantemente con enfermedades siquiátricas y que una puede exacerbar a la otra(5). El diagnostico de depresión se basa en criterios establecidos en la quinta Revisión del Manual Diagnostico y Estadístico de los Trastornos Mentales (DSM-V) y la Decima Revisión de la Clasificación Internacional de Enfermedades (CIE-10), (1)(6).

Existen estudios que reportan que en pacientes hospitalizados, se encuentran niveles altos de sintomatología depresiva asociados a la presencia de enfermedades crónicas y al estrés de la hospitalización (7). Es importante recalcar que en estos pacientes aumentan los niveles de discapacidad y que por lo tanto aumenta costos durante la hospitalización, porque requieren exámenes más especializados, más atención por el personal médico y de enfermería, aumentando la frecuencias de reingresos, además de la disminución de la eficacia del tratamiento de base de la comorbilidad, aumentando de esa manera los costos de atención (7). El presente estudio tiene como fin dar a conocer la prevalencia de depresión y los factores asociados en pacientes hospitalizados del servicio de medicina interna del Hospital Nacional San Rafael (HNSR) con enfermedades crónicas, con el fin de implementar acciones de detección temprana con

herramientas de tamizaje de enfermedad depresiva y efectos de la misma, sobre las patologías crónicas que afectan a la población en estudio.

CAPÍTULO I. JUSTIFICACIÓN.

La depresión es un problema multidimensional con múltiples consecuencias tanto físicas como emocionales y que la mayoría del tiempo requiere tratamiento por un periodo prolongado de tiempo (2).

Es conocido que las hospitalizaciones prolongadas, ya sea por enfermedades medicas o quirúrgicas, supone un corte de la vida cotidiana del paciente, es decir que hay cambios en sus ocupaciones diarias y en sus relaciones personales. Las enfermedades físicas crean sentimientos de incertidumbre, ansiedad, pesimismo y malestar general. Por lo tanto el ingreso hospitalario constituye un factor de riesgo importante para la aparición de un trastorno afectivo (2).

Existe un alto porcentaje de trastornos siquiátricos que son sub-diagnosticados por médicos no siquiatras en hospitales de la red pública, y carece de un programa de prevención y tamizaje(10), por lo tanto hay un sub-registro y un manejo inadecuado de los paciente al no tener un tratamiento integral.

El consumo de recursos por parte de estos pacientes es más alto ya que es necesario la utilización de exámenes de laboratorio, ingresos hospitalarios, uso de medicamentos y más atención por parte del personal de salud ya que hace confuso y complican la evaluación clínica así como también la ineficacia al tratamiento médico convencional de patologías crónicas y falta de adhesión al mismo (5).

En estudios de prevalencia de trastornos psiquiátricos en pacientes hospitalizados por enfermedades médicas realizados en Sur América, se expone la relación que existe entre enfermedades médico-quirúrgicas y el desarrollo de trastornos psiquiátricos tales como depresión, ansiedad, trastornos cognitivos y alcoholismo, lo que demuestra que estas enfermedades ejercen un gran impacto sobre la morbi-mortalidad tendiendo a aumentar el tiempo de estancia hospitalaria y los costos médicos (10).

Se ha demostrado que los gastos médicos de los pacientes en donde coexiste la enfermedad depresiva con una enfermedad médica crónica aumenta hasta en un 50% lo que aumenta el costo a los sistemas de salud de estos pacientes (11).

En nuestro país, actualmente, no hay información clara sobre la prevalencia de depresión y otros trastornos psiquiátricos relacionados con pacientes hospitalizados. Por lo que el presente trabajo busca establecer la prevalencia de trastornos depresivos en este tipo de población. Esto también contribuiría al personal médico para dar una atención integral al paciente con el fin de mejorar su recuperación.

CAPÍTULO II. DELIMITACION DEL PROBLEMA.

Los trastornos depresivos son trastornos psiquiátricos frecuentes, que pueden presentarse en cualquier etapa de la vida. Se ha visto que esta entidad aumenta en presencia de patologías crónicas y en personas de la tercera edad (2).

Según la WPA (asociación de psiquiatría mundial, por sus siglas en inglés) existe un alto porcentaje de trastornos psiquiátricos que no son detectados por médicos no psiquiatras al momento de evaluar a un paciente hospitalizado, por lo que no hay una oportuna interconsulta con médicos especialistas (10).

En nuestro medio, no existen planes de acción oportunos para la detección y manejo integral de pacientes durante sus estancias hospitalarias, por ende se desconoce la prevalencia de estos trastornos en pacientes hospitalizados que probablemente necesitan de una atención psiquiátrica adecuada.

En el presente estudio se investigará la prevalencia de trastorno depresivo y los factores de riesgo asociados ya descritos en la literatura, en pacientes geriátricos con enfermedades crónicas y agudas ingresados en los servicios de medicina interna, en el Hospital Nacional San Rafael a los cuales se le evaluará con una escala para depresión geriátrica validado a nivel internacional y utilizado en múltiples estudios de la misma índole.

CAPÍTULO III. OBJETIVOS.

Objetivo general:

Detectar los principales factores de riesgo de trastorno depresivo en pacientes adulto mayor hospitalizados en el Hospital Nacional San Rafael.

Objetivos específicos:

Identificar las principales patologías de acuerdo a la literatura mundial que se asocian a trastornos depresivos en los pacientes ingresados en el servicio de medicina interna.

Caracterizar a los pacientes con trastorno depresivo para identificar los factores de riesgo según literatura revisada.

Identificar el tiempo de evolución del desarrollo de trastorno depresivo.

CAPÍTULO IV. MARCO TEÓRICO

5.1 Depresión.

La depresión está relacionada normalmente con emociones de duelo y tristeza la cual no remite cuando la causa externa desaparece. Estados severos de depresión clásica a menudo no tienen una causa per se que lo precipite, por tanto, es difícil distinguir entre depresión que se acompaña a factores sicosociales de los que no. El diagnóstico de trastorno depresivo mayor requiere de distintos cambios en estado de ánimo los cuales son caracterizados principalmente por tristeza o irritabilidad. Además existen cambios psicofisiológicos que causan, trastornos de sueño, apetito, desinterés sexual, estreñimiento, pérdida de interés laboral, labilidad al llanto, pensamiento suicidas y bradilalia (12).

Los episodios depresivos pueden combinarse con otro tipo de trastornos psiquiátricos como lo son ansiedad, trastorno bipolar y manía (13)(1). Además esta entidad está relacionada con los cambios de rutina de los pacientes y con la dependencia para realizar las actividades en la vida cotidiana (1).

Entre las personas con trastorno depresivo mayor que se acompaña de desorden bipolar entre 75% a 85% de estos pacientes, tiene episodios recurrentes de estas entidades. En adición a esto del 10% al 30 % de las personas con trastornos depresivos mayor, tiene una recuperación incompleta, por tanto pueden presentarse con síntomas depresivos residuales o en algunos casos desarrollar distimia. Se ha visto que en pacientes quienes adolecen enfermedades como diabetes mellitus, epilepsia, enfermedad isquémica cardiaca concomitantemente

con una depresión mayor, estas patologías tienen peor resultado de las que no se acompañan de depresión. Hay estudios que demuestran que un adecuado manejo de los trastornos depresivos reduce la mortalidad y mejora los resultados después de un infarto agudo de miocardio, evento cerebro vascular y el riesgo al suicidio (13).

Los trastornos depresivos mayores afectan alrededor del 5 al 13% de pacientes ambulatorios pero aun existe un brecha de pacientes sub-diagnosticados sin tratamiento, y muy a menudo sub-tratado cuando se tiene el diagnóstico correctamente (13).

5.2 Epidemiología a nivel nacional.

La depresión entra en el campo de la salud mental. En El Salvador, no se cuentan con estudios que conciernen a este tema ya que la atención en salud tiene un abordaje más biológico y dejan un poco marginada a esta disciplina. Sin embargo en los últimos años esta disciplina ha cobrado más impacto en el campo de la medicina salvadoreña. Según el informe de salud mental (OMS, 2001) entre 25 a 50% de la población mundial ha presentado alguna vez en su vida un trastorno de tipo mental. Se calcula que para 1990 en América existían 114 millones de casos de algún tipo de trastorno mental. Lo que pudo llegar al menos hasta 176 millones en el 2010. A pesar del auge en el diagnóstico y detección de estos trastornos en la mayoría de países americanos el tratamiento para estas enfermedades no siempre está al alcance de los pacientes.

No se cuentan con datos claros o estudios que evalúen la prevalencia de los trastornos depresivos en nuestro país, sin embargo, en 2001 y 2002 los trastornos de ansiedad fueron la primera causa de consulta en el sistema nacional de salud pública y asistencia social según Gutiérrez Q investigador de la Universidad tecnológica. Por otra parte el instituto de medicina legal reportaron un aumento considerable en los suicidios e intentos de suicidios con 635 casos en el 2002. Para el 2012 el ministerio de salud informo un doble de lo reportado en 2002, 1287 suicidios y 31 200 intentos de suicidios. Los datos reflejan una situación que ha ido en incremento, y nos indica que hay problemas de salud mental latentes en Latinoamérica y en El Salvador. Dentro de los pocos estudios encontrados, revelan incidencias de entre 34 a 65.5% de la población estudiada los que se encuentran ligeramente elevada comparada con la estadística mundial. Al indagar sobre datos de El Salvador nos enfrentamos a escasos estudios y los encontrados son de carácter descriptivo o de prevalencia de síntomas depresivos (14).

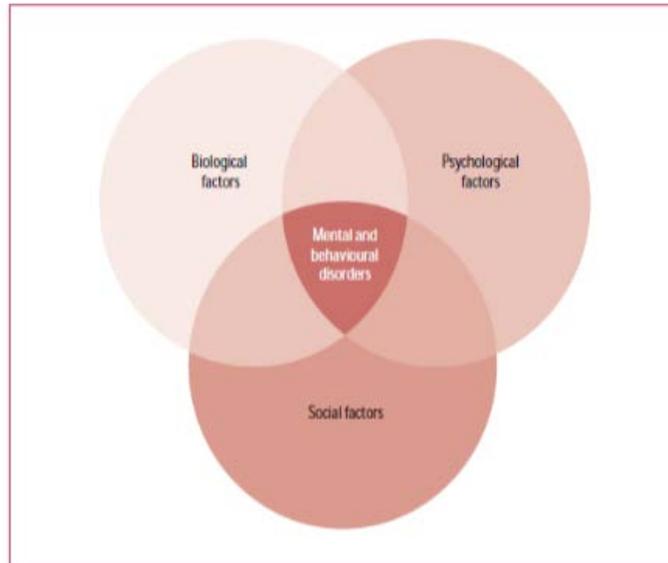
5.3 Factores de riesgo.

La salud mental es un concepto que va más allá de la ausencia de trastornos mentales, en la cual debe estar presente un bienestar individual, la auto eficacia percibida, la dependencia intergeneracional y la capacidad de competencia. El informe mundial para la salud 2001 hace énfasis que el cerebro es un órgano que durante su desarrollo fetal existen distintos factores ambientales, nutricionales y maternos que son capaces de influir en su completo desarrollo, por tanto, a través de los nuevos avances tecnológicos su estudio es cada vez más profundo

caracterizándose por su complejidad por estar compuesto por más de cien mil millones de neuronas conectadas por impulsos para la realización de más de 100 billones sinapsis. La depresión como parte de los desórdenes mentales está delimitada por la combinación de factores biológicos, psicológicos y sociales. (Figura 1) El sexo y la edad son factores biológicos que se encuentran involucrados en el riesgo de desarrollar un episodio depresivo, siendo más frecuente en mujeres que en hombres, existiendo una prevalencia con una proporción 2:1, y esto se debe según la OMS en el año 2000, por el entorno femenino que generan altos niveles de tensión y la alta tasa de violencia doméstica que se encuentra entre el 16-50%. Los episodios de depresión están presentes en los pacientes con edad avanzada, por lo que la prevalencia de desarrollar un episodio de depresión aumenta con la edad, aunque debe ser tomada en cuenta que su detección se ve afectada por confundirse con sintomatología a causa de la vejez. El componente genético es un factor que a pesar de los avances en la neurociencias se determina como un componente complejo pero el cual solo puede manifestarse si están sometidos a factores ambientales durante el desarrollo del feto que generan estrés como es la ingesta de sustancia psicoactivas, desnutrición, infecciones, trauma(15).

Figura1.

Figura 1: Factores sociales como el abandono, riesgo social y geográfico así como los antecedentes familiares de trastornos mentales, y patologías crónicas, tienen influencia directa en el desarrollo de enfermedad siquiátrica.



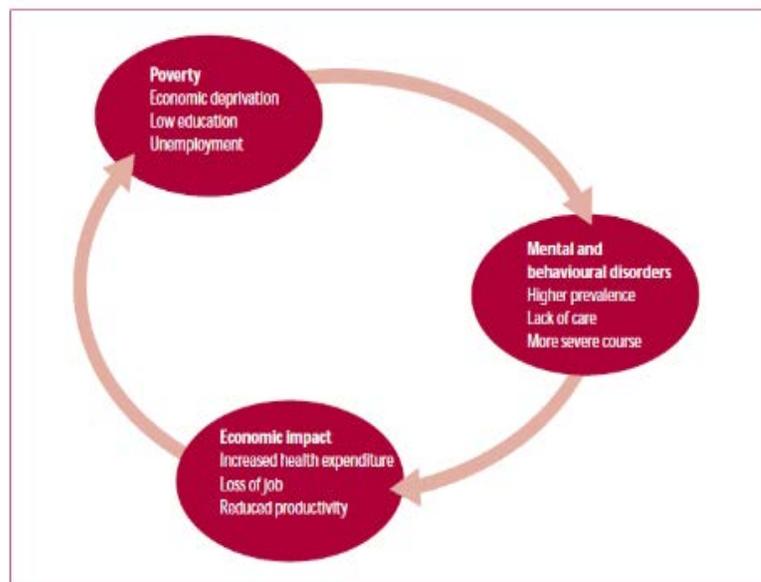
“La relación padre-hijo o cuidador-niño es un factor psicológico que tiene una gran importancia en el desarrollo de un trastorno de depresión (...)”, la falta de esta relación por motivos de ausencia causados por enfermedad, muerte o separación desencadenara un inadecuado desarrollo de funciones normales en la niñez como son el lenguaje, la regulación emocional y por tanto culminara en la aparición de trastornos mentales. Estos conocimientos se han logrado obtener por los hallazgos en lactantes que crecieron en un ambiente como son las diferentes instituciones que proporcionan nutrición y cuidados generales pero no con una adecuada estimulación predisponiéndolos así, a un desarrollo anormal como son la dificultad para la interacción con otros lactantes, capacidad expresiva, incluso deficiencias intelectuales.

En una sociedad existen diferentes tipos de segmentos los cuales poseen diferentes consecuencias para el desarrollo de trastornos mentales, en los factores sociales se analizan la naturaleza de su entorno el cual puede estar involucrado en el desarrollo de trastornos mentales por factores de estrés o acontecimientos

adversos como sobrepoblación, pobreza. Un factor social que está presente en la sociedad es que los servicios de salud mental concentran todos sus recursos en áreas urbanas y dejando a los habitantes de áreas rurales con pocas posibilidad de recibir atención (15).

Figura 2: Existe un ciclo vicioso entre la pobreza y el desarrollo de trastornos mentales, debido a que pobreza condiciona desempleo, bajo nivel de educación, falta de vivienda lo que lleva a su vez el desarrollo de trastornos mentales como la depresión, por tanto el nivel socioeconómico puede llegar a determinar un trastornos de depresivo.

Figura 2



5.4 Fisiopatología de trastorno depresivo.

De acuerdo al New England Journal of Medicine, Independientemente de la amplia sintomatología del episodio depresivo, esto posee una causa de base. Es decir los síntomas son el resultado de anomalías en los patrones de neurotransmisores en diferentes áreas del cerebro En este tipo de trastornos, se observa deficiencia de muchos neurotransmisores como la dopamina, GABA, factor

neurotrópico entre otros como también la sobre actividad de otros neurotransmisores los que contemplan la acetilcolina, factor liberador de corticotropina y sustancia p. Así como también se han identificado anomalías genéticas que controlan las vías de los neurotransmisores en la depresión, Se ha detectado que la depresión mayor es más propensa en personas con una variante en la región reguladora del gen que codifica la proteína transportadora de serotonina conocida como (5-HTT). Estudios demuestran que esta alteración modifica la expresión del promotor lo que desemboca en la disminución de la copias de ARN mensajero codificadora de la proteína transportadora, es decir al haber una disminución en esta proteína la neurona es incapaz de trasportar eficazmente la serotonina a nivel pre sináptico. La imagenología cerebral ha identificado alteraciones estructurales en diferentes regiones del cerebro en pacientes con depresión. Esta anomalía en el circuito neural se encuentra en numerosas regiones como la corteza singular anterior y posterior, la corteza pre frontal ventral, medial y dorso lateral, la ínsula, el cuerpo estriado ventral, el hipocampo, el tálamo medio, la amígdala y el bulbo raquídeo las cuales regulan las respuestas emocionales, cognitivas, autónomas, de sueño y de estrés que están inscritas en trastornos de ánimo(13).

5.5 Relación de depresión y enfermedades sistémicas.

Toda persona cuando es afectada por una enfermedad experimenta cambios psicológicos, cada paciente reacciona de diferente manera dependiendo de la naturaleza de la enfermedad, tipo de personalidad, y otros factores de riesgo. Los

pacientes con enfermedades crónicas están expuestos a ingresos hospitalarios constantes, donde deben de cambiar de vestuario, aprender a dormir junto a otros pacientes, diferentes horarios de alimentación, incluso a seguir distintas órdenes previamente establecidas por el centro de salud, es decir un cambio total de estilo vida. Por lo tanto algunos pacientes con enfermedades crónicas desarrollan distintos tipos de trastornos psicológicos entre los cuales se encuentra la depresión, que debe ser diagnosticada de forma correcta y no confundirla con un síntoma como es la tristeza, aunque esta forme parte importante de la depresión pero no es suficiente para diagnosticarla. Tener una enfermedad causa un impacto en la vida del paciente, debido a su dificultad de aceptación lo que puede llevar a un trastorno depresivo, debido que esto involucra un cambio total en su estilo de vida, cambiando de esta manera la realidad en la está acostumbrado a vivir (16).

Entre las enfermedades crónicas se encuentran las enfermedades cardíacas, que pueden lograr que el paciente desarrolle un miedo a la muerte de forma constante como es en el síndrome coronario agudo o arritmias, en las personas con antecedentes de infarto agudo de miocardio se evidencio una alta prevalencia de depresión, además que existe una diferencia con respecto a la evolución desfavorable en pacientes que desarrollaron depresión a diferencia de los que no presentaban. En un estudio se demostró que posterior a 6 meses de ser intervenidos en un procedimiento quirúrgico, el porcentaje de pacientes con depresión tuvieron un riesgo más alto de re intervención por causas cardíacas y una mayor dificultad para regresar al trabajo que los pacientes sin depresión,

concluyendo de esa forma que el estado de ánimo si juega un rol fundamental en la recuperación del paciente (16).

Otras patologías crónicas como insuficiencia renal, diabetes mellitus también son afectadas por trastornos depresivos, en los cuales se evidencia una dificultad para la aceptación de la enfermedad incluyendo el abandono de tratamiento. Existen también enfermedades crónicas que son del tipo infecciosa en las cuales está presente el SIDA, la mayoría de pacientes con esta enfermedad sufre cuadros de depresión y se debe por la aparición del sentimiento de culpa, otro grupo importante son los pacientes que sufren de neoplasias primordialmente gástricas y pancreáticas en los cuales se observa que en un 25% de estos pacientes presentan un trastorno de depresión (3).

5.6 Sintomatología y Diagnostico.

La depresión, a diferencia de otras enfermedades, no puede ser detectada por medio de exámenes de laboratorio. El diagnostico de depresión se hace por medio de la sintomatología y el tiempo de evolución de la misma (7). Además según el Manual diagnostico y estadístico de trastornos mentales V (DSM por sus siglas en ingles V) y la Asociación Americana de Psiquiatría para completar el diagnostico se debe contar con un apareamiento de de un estado de ánimo deprimido por la mayor parte del día, que puede tener inicio con insomnio y fatiga, con pérdida del interés o del placer en la mayoría de las actividades de la vida cotidiana, recalando que estos síntomas tienen que estar presentes por al menos dos semanas

consecutivas. Además a esto presentar al menos cuatro de la siguiente sintomatología: disminución o aumento del apetito o peso, energía disminuida, sentimiento de inutilidad y culpa, dificultad para pensar, concentrarse y tomar decisiones y pensamientos o intentos suicidas. Para tomar en cuenta que estos síntomas forman parte de un trastorno depresivo mayor, estos deben de haber empeorado en comparación al estado de ánimo previo al episodio que presenta de la persona (17)(13)(6).

La sintomatología causa un malestar significativo en el ámbito social laboral y estos no pueden deberse a los efectos de una sustancia química o una afección médica. De igual forma la respuesta a una pérdida (como el duelo o problemas económico etc.) incluyen sentimientos como tristeza o remordimiento acerca del evento, insomnio y varios de los síntomas presentes un episodio depresivo mayor, sin embargo esto debe investigarse a fondo ya que lo anterior puede ser una reacción normal a la situación de duelo que la persona atraviesa y no necesariamente padecer de un episodio depresivo mayor, por lo que es importante hacer una historia clínica psiquiátrica exhaustiva y cotejarla con las normas culturales normales entorno al evento.

El episodio de depresión mayor no puede ser atribuible a un trastorno especificado o no, dentro de la gama de la esquizofrenia o trastornos psicóticos. A su vez nunca debe de haber existido un episodio maniaco o hipomaniaco (17).

Según del DSM V en ocasiones el estado depresivo mayor puede prolongarse y se transforma en lo que se conoce como un trastorno depresivo

persistente o distímia, que se caracteriza por la presencia de por lo menos uno de los síntomas antes mencionados en un periodo de 2 años.

De igual forma nunca debe de haber un episodio maniaco o hipomaniaco y tampoco puede ser atribuido a un trastorno dentro de la gama de la esquizofrenia u otro trastorno psicótico. El trastorno de depresión mayor no puede ser por causa de una sustancia u otra patología médica de base(17). Aunque ya se está estudiando que una enfermedad medica crónica como la diabetes mellitus puede ser precedida de un trastorno depresivo mayor (18). La depresión ligada a una entidad médica de base se caracteriza por un estado de ánimo deprimido que puede llegar a causar malestar y deterioro en los aspectos sociales del individuo y otras áreas importantes del funcionamiento, predominante durante el cuadro clínico que puede desaparecer al mejorar el esto general del paciente (6).

Dentro de la evaluación siquiátrica de un paciente con trastorno depresivo mayor debe de tomarse en cuenta los diagnósticos diferenciales como lo son los trastornos del estado de ánimo causado por una enfermedad medica como lo puede ser la esclerosis múltiple, un evento cerebro vascular, hipotiroidismo entre otros, pero sin dejar de lado que estas enfermedades pueden estar presentes concomitantemente y empeorar el pronóstico de las mismas si no se recibe un tratamiento oportuno. Para realizar un adecuado diagnóstico de debe realizar una buena historia clínica, exploración física y exámenes de laboratorio. Dentro de los diagnostico diferenciales siquiátricos en los que se pueden confundir un estado depresivo son los trastornos de ánimos causado por sustancias, por ejemplo, en la privación de alcohol o cocaína. Trastorno distímico que se diferencia por el tiempo

de evolución de la depresión y la persistencia de los síntomas durante al menos dos años. Los trastornos esquizoafectivos los cuales los diferenciamos en que estos tienen que presentar dos semanas de ideas delirantes y alucinaciones y que aparezcan con una ausencia de síntomas afectivos (17).

5.7 Depresión en Ancianos.

El trastorno depresivo es una patología que frecuentemente prevalece en personas de la tercera edad, siendo ésta en ocasiones subdiagnosticada por los médicos del primer nivel de atención y pudiéndonos llevar a un tratamiento ineficaz de una patología crónica y un aumento del número de consultas y de reingresos hospitalarios. (5,8) Estudios realizados en México denotan que dentro de los trastornos psiquiátricos la depresión es uno de las enfermedades más prevalentes en los adultos mayores de 65 años; más frecuente en mujeres que en hombres y que esta incidencia ha venido aumentando a medida pasan los años(19). También se ha estudiado que la depresión puede ser un factor de riesgo para desarrollar ciertas enfermedades crónicas como la Diabetes Mellitus tipo 2 y que si ésta no es diagnosticada, el pronóstico de las enfermedades asociadas podrá ser de difícil manejo (18).

5.8 Escalas diagnósticas.

Para hacer diagnóstico de trastorno depresivo mayor, podemos apoyarnos de escalas avaladas por la asociación americana de psiquiatría tales como lo son:

Escala de Beck, Hamilton y Zung. También existe escala específica para la detección de depresión en pacientes geriátricos como la escala de Yasevage.

Escala de Yesavage abreviada: es una escala de depresión geriátrica que consta de 15 preguntas cerradas que tienen relación con síntomas depresivos, 10 de los 15 puntos de la escala indica depresión si la respuesta es afirmativa mientras q las restantes indican depresión si se responde negativamente. El porcentaje de 0 a 4 es un resultado normal; de 5 a 8 indica depresión leve; 9 a 11 indica depresión moderada; y 12 a 15 indica depresión severa. Esta es una herramienta fácil y rápida de utilizar, y que no se ve afectada si el paciente presenta demencia de leve a moderada. Esta Escala presenta una sensibilidad del 92% y una especificidad de 89% (20). (Anexo 2)

Escala de Beck: esta escala es útil para población con trastorno sicótico con riesgo suicida, la escala es auto administrada de respuestas de verdadero y falso, en la que obtiene un puntaje final en el que nos indica si es mayor o igual de 8 puntos nos traduce a un grado alto de desesperanza (21).

Escala de Zung: esta escala es útil para evaluar la severidad de depresión en el que se encuentra el paciente. Se basa en una encuesta que se administra al paciente, consta de de 20 preguntas en la que indica 4 características más comunes, efecto dominante, equivalentes fisiológicos, otras perturbaciones psicológicas y las actividades sicomotoras. Dependiendo de los puntajes que se obtengan al totalizar el puntaje se puede obtener como resultado: rango normal, ligeramente deprimido, moderadamente deprimido y severamente deprimido (22).

Escala de Hamilton: Esta escala es útil para la evaluación de los síntomas depresivos en un paciente con diagnóstico de depresión. La versión resumida de la escala cuenta con 17 ítems que es la que el Instituto de Salud Mental de los Estados Unidos recomienda, la cual tiene buena sensibilidad para detectar cambios en pacientes hospitalizados como en pacientes ambulatorios (23).

5.9 Otras escalas de evaluación geriátrica.

Índice de Katz: Esta escala nos ayuda a valorar la dependencia de un paciente tanto hospitalizado como ambulatorio, el cual evalúa las actividades diarias las cuales son: bañarse, vestirse, uso de retrete, movilidad, control de esfínteres y alimentación, que nos resulta en una valoración completa en la necesidad de ingreso hospitalario de un paciente, la estancia hospitalaria, la mortalidad y nos permite saber y hay una mejoría al tratamiento que se está empleando. Entiéndase por independencia aquella persona que no precisa de ayuda para realizar actividades de la vida cotidiana y dependencia para aquella que necesita ayuda o al menos supervisión al momento de realizar las actividades (24).
(Anexo 1)

Mini examen cognitivo de Folstein: este examen es una herramienta fácil y rápida de utilizar el cual nos ayuda a evaluar el estado cognitivo de un paciente para poder descartar enfermedades neurovegetativas, en la cual se exploran áreas cognitivas básicas que son: orientación, fijación, concentración, cálculo, memoria y lenguaje. Para la interpretación de este examen se requiere menos de 23 puntos

para diagnosticar demencia. (Rango de puntuación de 0 a 35 puntos) (25). (Anexo 3)

5.10 Tratamiento antidepresivo.

Se ha comprobado que en pacientes con morbilidades tales como diabetes mellitus, epilepsia, o cardiopatía isquémica que concomitantemente presentan trastorno depresivo mayor las respuesta a los tratamientos se ven menos eficaces que en pacientes en los que no padecen depresión y que el riesgo de muertes en pacientes con accidentes cerebro vasculares, enfermedad cardiaca, desordenes respiratorios y suicidios se ve aumentado en estos pacientes. Un tratamiento antidepresivo oportuno puede llegar a reducir la mortalidad en las enfermedades antes mencionadas, según un artículo publicado en New England Journal of Medicine (13).

Los síntomas depresivos se ha visto que mejoran con el tratamiento farmacológico de los cuales los mecanismos de acción son variados, siendo la acción principal la inhibición la receptación de serotonina y noradrenalina a nivel cerebral en la hendidura sináptica. Los medicamentos utilizados para el tratamiento de la depresión se dividen en diferentes familias las cuales son: Inhibidor selectivo de la recaptación de serotonina (Tabla 1), inhibidor de la recaptación de noradrenalina (Tabla 2), agentes duales que son todos aquellos que actúan tanto en la recaptación de noradrenalina como de serotonina (Tabla 3) e inhibidores de la enzima monoamino oxidasa. Otra familia de medicamentos que se utilizan pero en

menor proporción son antagonistas de autoreceptores alfa 2 adrenérgicos y antagonistas de los receptores 5- hidroxitrotamina 2A o de ambos (13).

Existen terapias coadyuvantes con otros tipos de medicamentos que aumentan el efecto antidepresivo de los fármacos antes mencionados y también ayudan a disminuir y prevenir los síntomas maniacos que pueden acompañar a los trastornos depresivos mayores (13).

Dentro de estos medicamentos se incluyen los estabilizadores del estado de ánimo como lo son las sales de litio el cual es un anti maniaco que se utiliza para reducir la recurrencia de manía o depresión y también como adyuvante cuando la terapia con antidepresivo único no es efectiva en nuestros pacientes(13). También son usados medicamentos anticonvulsivantes como lo son Lamotrigina, ácido valpróico y carbamazepina para tratar la depresión bipolar (13).

Dentro del manejo de de los trastornos depresivos mayores deben existir estrategias terapéuticas para mejoras de una forma más integral al paciente donde se debe de incluir los aspectos educativos de la enfermedad incluyendo a los familiares enfatizando en el tiempo y los efectos de la terapia antidepresiva y el rol que juegan ellos en la rehabilitación del paciente. Estas evaluaciones se dividen en fases: Fase aguda, fase de continuación y discontinuación del tratamiento(13).

En la fase aguda de la terapia tenemos que lograr al máximo la remisión de los síntomas depresivos y evaluar adhesión al tratamiento y los efectos adversos y si hay o no que agregar terapia coadyuvante. Esta fase tiene una durabilidad de aproximadamente 6 a 10 semanas, en donde el paciente debe de ser evaluado al

menos 2 veces al mes como mínimo. Dentro de esta fase se monitorea la respuesta del paciente hacia el tratamiento la remisión o la ausencia de síntomas (13).

Fase de continuación, el objetivo principal de esta fase es la eliminación de los síntomas residuales, esta fase tiene una duración de aproximadamente de 6 a 9 meses, en esta etapa de la terapia usualmente no se modifican las dosis de los medicamentos (13).

Fase de discontinuación de tratamiento, este debe de ser paulatino, con una discontinuación gradual cuando al menos se lleve 6 meses de tratamiento continuo, ya que si retiramos de forma repentina o brusca podríamos causar síntomas y signos de ansiedad, agitación e irritabilidad a lo que se conoce como síndrome de discontinuación (13).

De acuerdo a una revisión en un estudio del New England Journal of Medicine otra parte fundamental en el tratamiento de depresión es la sicoterapia, la que nos ayuda a obtener una remisión más temprana en la sintomatología de las formas más severas y reduce los riesgos de recaída.

Tabla 1.

Nombres de fármacos (SSRIs)	Dosis de inicio	Dosis de mantenimiento
Fluoxetina	20mg	20-40mg

Paroxetina	20mg	20-40mg
Sertralina	50mg	50-150mg
Fluvoxamina	50mg	100-250mg
Escitalopram	10mg	10-20mg

* Inhibidores de la recaptación de serotonina y sus dosis de inicio y mantenimiento
(J. Jonh Mann, M.D The Medical Management of Depression)

Tabla 2.

Inhibidor selectivo de receptor de norepinefrina	Dosis de inicio	Dosis de mantenimiento
Reboxetina	4-8mg	8-12mg
Inhibidor no selectivo de receptor de norepinefrina		
Desipramina	25-50mg	100-300mg
Nortriptilina	25-50mg	75-200mg
Maprotilina	75	75-200

* Inhibidores de la recaptación de norepinefrina utilizados para el tratamiento de depresión y sus dosis (J. Jonh Mann, M.D The Medical Management of Depression)

Tabla 3.

Antidepresivo dual de acción	Dosis de inicio	Dosis de mantenimiento
Amitriptilina	25-50mg	100-300mg

Clomipramina	25-50mg	100-250mg
Imipramina	25-50mg	100-300mg
Velanfaxina	37-75mg	75-225mg
Bupropion	150mg	150-300mg
Duloxetina	30mg	60-120 mg

*Antidepresivos de accion dual (Jonh Mann, M.D The Medical Management of Depression)

CAPÍTULO V. METODOLOGIA.

6.1 Hipótesis.

Existen múltiples estudios en los cuales se reconoce que los entornos sociales desfavorable para los pacientes y las enfermedades crónicas causan un aumento en la prevalencia de trastorno depresivo (1)(2), por tanto con el presente estudio se pretende detectar que aproximadamente 40% de los pacientes que se encuentran ingresados en el servicio de medicina interna, padecen de un trastorno depresivo que aun no se ha detectado durante el ingreso hospitalario, y observar que la cronicidad de las patologías de base y estancia hospitalaria tienen un factor fundamental en el desarrollo de la depresión.

6.2 Tipo de estudio.

Estudio observacional analítico, transversal.

6.3 Población universal y muestra.

Población diana:

Pacientes ingresados en el Hospital Nacional San Rafael (HNSR) de Santa Tecla, La Libertad; en el servicio de Medicina Interna.

Población accesible:

Población masculinos y femeninos de El Salvador mayor o igual de 60 años de edad, ingresados en el Hospital Nacional San Rafael en el servicio antes mencionado, con enfermedades crónicas.

Selección de la muestra:

En el presente estudio se utilizará un muestreo no probabilístico de tipo consecutivo para asegurar que los pacientes cumplan los criterios de inclusión ya establecidos para el estudio. Se entrevistara a los pacientes que acepten participar y que cumplan los criterios de inclusión, del servicio de medicina interna del Hospital San Rafael.

Criterios de inclusión

Hombres y mujeres en edad igual o mayores de 60 años.

Salvadoreños o con residencia salvadoreña

Paciente con voluntaria participación

Pacientes ingresados con patología crónica o agudas en los servicios de medicina interna.

Pacientes orientados en tiempo, lugar y persona.

Criterios de exclusión

Pacientes que estén en observación o ambulatorios.

Pacientes menores de 60 años.

Paciente que no quiera participar en el estudio.

Pacientes con ventilación mecánica

Pacientes que ya hayan tenido una evaluación por el departamento de siquiatría

Pacientes que tengas más de un día de ingreso hospitalario.

Pacientes sin morbilidad de enfermedad siquiátrica.

Pacientes con hipoacusia

Pacientes con demencia (menos de 23 puntos en el mini examen cognitivo de folstein)

6.4 Marco Muestral:

Total de pacientes ingresados mayor o iguales de 60 años en el servicios antes mencionado en el HNSR del municipio de Santa Tecla departamento de La Libertad.

En el presente estudio se evaluarán pacientes ingresados en el Hospital Nacional San Rafael del servicio de medicina interna. La población total se obtuvo en base a los datos proporcionados por el departamento de estadística del Hospital Nacional San Rafael, el cual nos reportó que el promedio de ingresos mensual en el departamento de medicina interna y sus anexos es de 335 pacientes, luego se introdujo los datos en el programa estadístico Online OpenEpi Versión 3, dándonos como resultado que para determinar la prevalencia de depresión en la población a estudiar con un intervalo de confianza del 95% se debe tomar a 176 pacientes a los que se les evaluará con la escala de Yesavage de depresión, escala de Katz para evaluar dependencia y mini examen cognitivo de Folstein para evaluar demencia .

Sample Size for Frequency in a Population

Population size(for finite population correction factor or fpc) (N):	335
Hypothesized % frequency of outcome factor in the population (p):	40%+/-5
Confidence limits as % of 100(absolute +/- %)(d):	5%
Design effect (for cluster surveys-DEFF):	1

Sample Size(n) for Various Confidence Levels

ConfidenceLevel(%)	Sample Size
95%	176
80%	108
90%	147
97%	193
99%	220
99.9%	254
99.99%	273

Equation

$$\text{Sample size } n = \frac{[DEFF * Np(1-p)]}{[(d^2/Z^2_{1-\alpha/2} * (N-1) + p * (1-p))]}$$

Results from OpenEpi, Version 3, open source calculator--SSPropor

6.5 Variables.

VARIABLE	CONCEPTO	DIMENSION	INDICADOR
Presencia de trastorno depresivo.	Escala de Yasevage mayor de 5 puntos.	<ol style="list-style-type: none"> 1. No hay presencia de síntomas. 2. Con presencia de síntomas. 	Escala de depresión validado.
Paciente dependiente o no dependiente	Dependiente para realizar las actividades de la vida diaria o independiente para realizar una o varias de las actividades de la vida diaria.	<ol style="list-style-type: none"> 1. Dependencia total para realizar actividades d la vida cotidiana 2. Independencia parcial para realizar actividades de la vida cotidiana. 3. Independencia total para realizar las actividades de la vida cotidiana. 	Test de Katz

Paciente demencia	con	Paciente que según la escala de Folstein presente menos de 23 puntos	<ol style="list-style-type: none"> 1. Demencia. 2. probabilidad de demencia. 3. Sin demencia. 	Mini examen cognitivo de Folstein.
Patología crónica.		Patología crónica diagnosticada Doctor en medicina.	<ol style="list-style-type: none"> 1. Enfermedades metabólicas o endocrinológicas. 2. Enfermedades cardiovascular 3. Enfermedades infecciosas 4. Enfermedades Oncológicas 	Patología crónica presente en el expediente clínico.
Edad		Años cumplidos en el momento del estudio.	<ol style="list-style-type: none"> 1. 60 - 69 años 2. 70 - 79 años 3. mayor de 80 años 	Cálculo a partir de la fecha de nacimiento y respuesta en el test de depresión.
Fecha de Ingreso Hospitalario		Días de estancia hospitalaria debido a una patología crónica.	<ol style="list-style-type: none"> 1. menos de 5 días. 2. de 5 a 9 días. 3. 10 a 14 días. 4. más de 15 días. 	Calculo a partir del día de ingreso hospitalario por un patología crónica y respuesta en la escala de depresión.
Procedencia/Domicilio		Región en la que reside actualmente	<ol style="list-style-type: none"> 1. Rural 2. Urbano 	Respuesta en el cuestionario

al momento
del estudio

Ocupación	Tipo de trabajo que desempeña la mujer al momento del estudio, le genere o no ingresos económicos	1. Empleado 2. Trabajo informal 3. Desempleado 4. Pensionado	Respuesta en el cuestionario (Anexo I)
Estado civil	Situación civil al momento del estudio	1. Soltero 2. Casado 3. Acompañado 4. Viudo 5. Separado	Respuesta en el cuestionario (Anexo I)
Sexo	Variable biológica que divide en a los seres humanos en dos posibilidades, masculino y femenino.	1. Hombre 2. Mujer	Respuesta en el cuestionario (Anexo I)
Nivel educativo	Grado obtenido a nivel educacional	1.sin educación 2.educacion primaria 3.educacion secundaria 4.educacion superior	Respuesta en el cuestionario (Anexo I)
Tiempo de padecimiento crónico	Tiempo de padecer una afección crónica.	1. menos de seis meses 2. 1 año 3. >1 año	Respuesta en el cuestionario (Anexo I)
Número de ingresos hospitalario en 6 meses	Cantidad de ingresos hospitalarios por enfermedad en un periodo determinado	1.primera vez 2.subsecuente	Respuesta en el cuestionario (Anexo I)

Número de días de estancia hospitalaria	Días que pacientes tiene de ingreso.	1. < de 5 días. 2. 5 - 9 días. 3. 10 - 14 días. 4. > 15 días.
---	--------------------------------------	--

6.6 Recolección y análisis de datos.

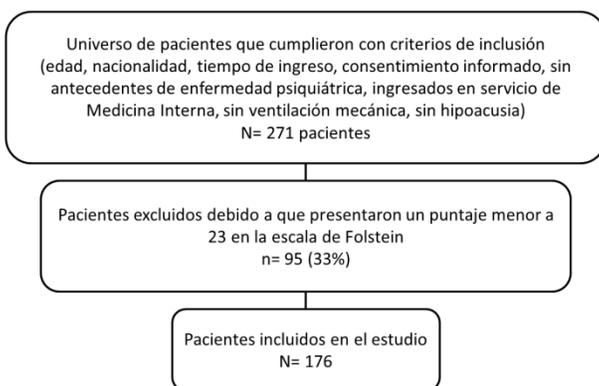
Se recolectaran los datos en Hospital Nacional San Rafael en el servicio de Medicina Interna, por medio de los autores del presente estudio, donde se pasaran la escala de depresión de Yasevage para pacientes geriátricos, escala de Katz para evaluar Dependencia o independencia y el mini test de Folstein para demencia en los pacientes ingresados, se visitara el hospital un día a la semana durante 4 meses para recolectar a 176 pacientes a los que se les pasara un consentimiento informado para poder entrar al estudio. Luego se tabulara los datos en una matriz de Excel y con el programa SPSS versión 21 con los que se hará el análisis de datos. Se utilizara chi cuadrado y prueba exacta de Fisher para variable independientes cualitativas, kruskal wallis para las variables independientes continuas, medidas de tendencia central para análisis de datos.

CAPÍTULO VI. RESULTADOS

Se encuestaron 176 pacientes ingresados en el servicio de Medicina Interna y sus anexos del Hospital Nacional San Rafael en base a los criterios de inclusión y exclusión establecidos (Ilustración 1). La duración promedio de las entrevistas fue

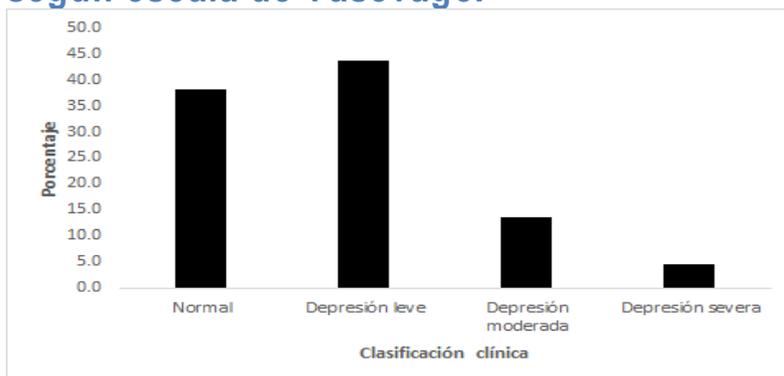
de 40 minutos por paciente; 20 minutos para el llenado de escalas, y otros 20 minutos para dar consejería acerca de su patología y dar apoyo psicológico a los pacientes, ya que muchos por su propia iniciativa, le manifestaron a los investigadores eventos familiares o sociales que les ocasionaban sus síntomas depresivos y que no habían podido manifestárselo a otro personal de salud.

Ilustración 1. Flujoograma de cómo se seleccionó la muestra



Al analizar la escala de Yasevage se encontró que 109 (61.9%) presentaban algún tipo de depresión (Ilustración 2). La categoría que más se encontró fue depresión leve con 77 (43.8%). Ver Ilustración 2. Se decidió usar las categorías de Normal, Depresión leve, Depresión moderada y Depresión severa para comparar variables demográficas y clínicas debido a su importancia clínica.

Ilustración 2. Porcentaje de pacientes con depresión clínica según escala de Yasevage.



Las pruebas de normalidad de Kolmogorov Smirnov y Shapiro Wilk para las variables cuantitativas fueron menores a .05 en todos los casos, por lo que se emplearon estadísticas no paramétricas.

Al analizar las características sociodemográficas de los pacientes (Tabla 4), no se encontraron diferencias estadísticas en las variables de ocupación, educación, procedencia o la presencia de riesgo socioeconómico. En general la ocupación más común fue ser desempleado (83.5%), seguido de tener trabajo informal (14.2%); la mayor parte de pacientes reportó no tener alguna educación (61.4%), la procedencia fue rural (73.3%) y 77.8% reportó tener algún factor de riesgo socio-económico (tal como vivir solo, vivir en situación de pobreza o vivir lejos de un centro asistencial).

Las variables que presentaron diferencia estadística fueron edad, sexo y estado civil. Los pacientes con Depresión Leve tenían un promedio de edad ligeramente mayor que los otros grupos y los pacientes con Depresión Severa tuvieron el promedio de edad más bajo. En la categoría sexo, 43.2% de la muestra fueron hombres y además, hubo mayor proporción de hombres en la categoría de

depresión moderada. El estado civil más común fue soltero/a (46.6%), seguido de la categoría casado/ acompañado (36.4%). Entre las personas casadas un 26.6% no presentó depresión y un 53.1% presentó una Depresión Leve. Un 73.5% de las personas casadas presentó algún grado de depresión.

Tabla 4. Características demográficas de la muestra

Características	Normal (n 67)	Depresión Leve (n 77)	Depresión Moderada (n 24)	Depresión Severa (n 8)	Total (n 176)	Valor P
Edad, \bar{x} (ds)	69.5 (7.5)	72.5 (7.5)	69.2 (7.1)	67.5(8.7)	70.7 (7.6)	.008^a
Sexo, n (%)						.002^b
Hombre	26 (34.2)	33 (43.4)	17 (22.4)	0 (0.0)	76 (100)	
Mujer	41 (41.0)	44 (44.0)	7(7.0)	8 (8.0)	100 (100)	
Ocupación, n (%)						.166 ^b
Desempleado	60 (40.8)	63 (42.9)	16 (10.9)	8 (5.4)	147 (100)	
Pensionado	0 (0.0)	1 (100)	0 (0.0)	0 (0.0)	1 (100)	
Trabajo formal	0(0.0)	2 (66.7)	1 (33.3)	0(0.0)	3 (100)	
Trabajo informal	7 (28.0)	11 (44.0)	7 (28.0)	0 (0.0)	25 (100)	
Educación, n (%)						.166 ^b
Sin educación	45 (41.7)	44 (40.7)	11 (10.2)	8 (7.4)	108 (100)	
Educación primaria	16 (34.8)	21 (45.7)	9 (19.6)	0 (0.0)	46 (100)	
Educación secundaria o más	6 (27.3)	12 (54.5)	4 (18.2)	0 (0.0)	22 (100)	
Procedencia, n (%)						.142 ^b
Rural	53 (41.1)	56 (43.4)	13 (10.1)	7 (5.4)	129(100)	
Urbana	14 (29.8)	21 (44.7)	11 (23.4)	1 (2.1)	47(100)	
Estado civil						.010^b

Casado o acompañado	17 (26.6)	34 (53.1)	12 (18.8)	1 (1.6)	64 (100)	
Divorciado/a	0 (0.0)	3 (60.0)	2 (40.0)	0 (0.0)	5 (100)	
Soltero/a	38 (46.3)	31 (37.8)	6 (7.3)	7 (7.8)	82 (100)	
Viudo/a	12 (48.0)	9 (36.0)	4 (16.0)	0 (0.0)	25 (100)	
Presencia de riesgo socio-económico, n (%)	57 (41.6)	57 (41.6)	18 (13.1)	5 (3.6)	137 (100)	.223 ^b

a. Calculado con Kruskal-Wallis

b. Calculado con prueba exacta de Fisher

Al analizar las características clínicas de la muestra (Tabla 5) no se encontraron diferencias en las variables número de patologías, uso de medicamentos, uso de medicamentos asociados a depresión (como betabloqueadores y esteroides), uso de drogas, estado mental de Folstein y tiempo con síntomas depresivos. El número de patologías que tenían los pacientes al ingreso fue de 1.32. Un 75.5% de los pacientes consumía uno o más medicamentos en su casa y un 5.1% consume medicamentos asociados con depresión; el promedio de medicamentos empleados es de 1.4. Adicionalmente, un 77.8% de los pacientes negó consumir alcohol o tabaco, el promedio de la escala de Folstein fue el mismo para todas las categorías y fue de 31.1, y el promedio de meses con síntomas depresivos fue de 5.2 para todos los grupos.

Las variables que resultaron ser estadísticamente diferentes fueron el tipo de patologías, el tiempo de presentar la patología de ingreso, el tiempo de hospitalización y el número de ingresos en el último año.

El diagnóstico más común fue tener alguna enfermedad cardiovascular (62 pacientes o 35.2%) dentro de estas la más frecuentes fue hipertensión arterial en primer lugar seguida de insuficiencia cardiaca congestiva y fibrilación auricular. Ver Tabla 5, Ilustración 3 y Tabla 6. La siguiente categoría fue tener una enfermedad metabólica (56 pacientes o 31.8%) dentro de las cuales se encontraba en primer lugar diabetes mellitus en un 68.5% y diabetes mellitus/pie diabético 27.8% en menos proporción hipotiroidismo. La tercera categoría más frecuente fue enfermedad infecciosa (43 o 24.4%) en las que se encontró que neumonía y tuberculosis fueran las enfermedades que mayormente coexistía con trastorno depresivo. Al hacer el análisis en base a categorías se observa que los pacientes con depresión representan 34 (54.8%) de los casos de enfermedades cardiovasculares, 23 (53.5%) de las enfermedades infecciosas, 30 (53.6%) de las enfermedades metabólicas, 24 (66.7%) de las enfermedades pulmonares (principalmente EPOC), y 13 (100%) de las enfermedades oncológicas.

En cuanto al tiempo de presentar la patología por la cual fueron ingresados, un 68.2% presentó la patología al ingreso por más de un año. La diferencia radicó en que 1.5 % de las personas sin depresión presentaron duración de síntomas entre 6 meses a un año en comparación con el 16.3% de las personas con depresión.

Al analizar el tiempo de estancia intrahospitalaria, se encontró que 35% de los pacientes con depresión severa habían sido ingresados por más de 15 días. El

promedio de ingresos en el último año fue ligeramente menor para los pacientes sin depresión que los pacientes con algún tipo de depresión.

Tabla 5. Características clínicas de la muestra

Características	Normal (n 67)	Depresión Leve (n 77)	Depresión Moderada (n 24)	Depresión Severa (n 8)	Total (n 176)	Valor P
Número de patologías, \bar{x} (ds)	1.39 (0.5)	1.32 (0.5)	1.21 (0.4)	1.13 (0.4)	1.32 (0.5)	.348 ^a
Tipo de patologías, n (%)						.037^c
1.Enfermedades cardiovasculares	28 (45.1)	24 (38.7)	8 (12.9)	2 (3.2)	62 (100)	
2. Enfermedades infecciosas	20 (46.5)	20 (46.5)	3 (6.9)	0 (0.0)	43 (100)	
3.Enfermedades metabólicas	26 (46.4)	20 (35.7)	6 (10.7)	4 (7.1)	56 (100)	
4.Enfermedades pulmonares	12 (33.3)	18 (50.0)	5 (13.8)	1 (2.7)	36 (100)	
5.Enfermedades oncológicas	0 (0.0)	10 (76.9)	1 (7.69)	2 (15.3)	13 (100)	
6.Otros	7 (30.4)	10 (43.4)	6 (26.0)	0 (0.0)	23 (100)	
Tiempo de presentar patología, n (%)						.034^b
1. < 6 meses	19 (48.7)	15 (38.5)	4 (10.3)	1 (2.6)	39 (100)	
2. 6 meses - 1 año	1 (5.9)	12 (70.6)	2 (11.8)	2 (11.8)	17 (100)	
3. ≥ 1 año	47 (39.2)	50 (41.7)	18 (15.0)	5 (4.2)	120 (100)	
Tiempo de hospitalización, n (%)						.003^b
1. <5 días	48 (48.5)	36 (36.4)	11 (11.1)	4 (4.0)	99 (100)	
2. 5-9 días	16 (31.4)	24 (47.1)	10 (19.6)	1 (2.0)	51 (100)	
3. 10-14 días	2 (13.3)	11 (73.3)	2 (13.3)	0 (0.0)	15 (100)	
4. ≥ 15 días	1 (9.1)	6 (54.5)	1 (9.1)	3 (27.3)	11 (100)	

Número de ingresos hospitalarios en el último año, \bar{x} (ds)	1.3 (0.4)	1.6. (0.8)	1.8 (1.2)	2.0 (0.5)	1.5 (0.8)	.001^a
Uso de medicamentos, n (%)						.783 ^b
Ningún medicamento	16 (23.9)	21 (27.3)	4 (16.7)	2 (25)	43 (24.4)	
Algún medicamento	51 (76.1)	56 (72.7)	20 (83.3)	6 (75)	133 (75.5)	
Número de medicamentos utilizados, \bar{x} (ds)	1.3 (1.06)	1.3 (1.13)	1.6 (1.01)	1.12 (0.99)	1.37 (1.08)	.379
Uso de medicamentos asociados a depresión, n (%)						.931 ^b
No	64 (95.5)	72 (93.5)	23 (95.8)	8 (100)	167 (100)	
Sí	3 (4.5)	5 (6.5)	1 (4.2)	0 (0.0)	9 (5.1)	
Uso de drogas, n (%)						.133 ^b
1. Ninguno	59 (43.1)	57 (41.6)	14 (10.2)	7 (5.1)	137 (100)	
2. Alcohol	3 (20.0)	7 (46.7)	5 (33.3)	0 (0.0)	15 (100)	
3. Tabaco	4 (20.0)	11 (55.0)	4 (20.0)	1 (5.0)	20(100)	
4. Ambos	1 (25.0)	2 (50.0)	1 (25.0)	0 (0.0)	4 (100)	
Estado mental según escala de Folstein, \bar{x} (ds)	31.6 (1.7)	30.6 (1.7)	31.5 (2.1)	30.6 (1.5)	31.1 (1.7)	.082 ^a
Meses con síntomas depresivos, \bar{x} (ds)	-	4.3 (7.1)	9.0 (13.2)	2.2 (0.8)	5.2 (8.8)	.321 ^a

- a. Prueba Kruskal- Wallis
- b. Prueba exacta de Fisher
- c. Prueba de Chi cuadrado

Ilustración 3. Patologías encontradas más frecuentemente en el servicio de Medicina Interna.

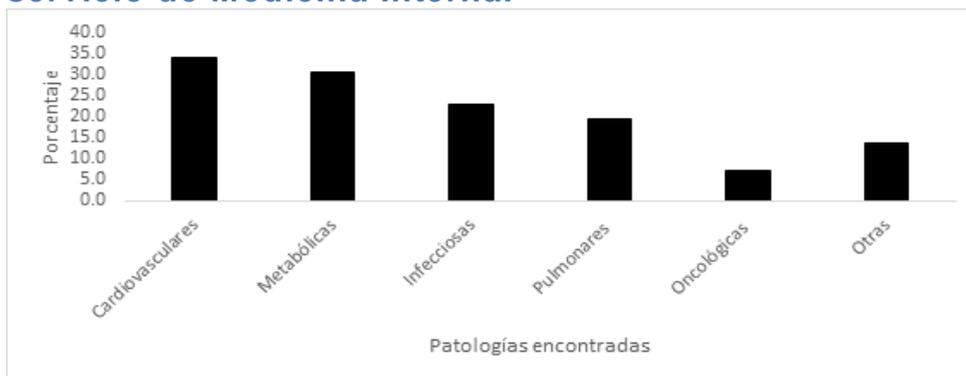


Tabla 6. Patologías cardiovasculares encontradas

Diagnósticos	Normal (n 28)	Depresión Leve (n 24)	Depresión Moderada (n 8)	Depresión Severa (n 2)	Total n 62 (%)
Cardiomegalia	0	1	0	0	1 (1.6)
Fibrilación auricular	2	3	1	0	6 (9.7)
Hipotensión	1	0	0	0	1 (1.6)
HTA	15	14	2	1	32 (51.6)
ICC	9	3	3	0	15 (24.2)
Shock Cardiogénico	0	0	1	0	1 (1.6)
Trombosis venosa profunda	1	3	0	0	4 (6.5)
Valvulopatía	0	0	1	1	2 (3.2)

Tabla 7. Patologías metabólicas encontradas

Diagnósticos	Normal (n 24)	Depresión Leve (n 20)	Depresión Moderada (n 6)	Depresión Severa (n 4)	Total n 54 (%)
Diabetes mellitus	15	13	6	3	37 (68.5)
Diabetes mellitus con pie diabético	8	6		1	15 (27.8)
Hipotiroidismo	1	1			2 (3.7)

Tabla 8. Patologías infecciosas encontradas

Diagnósticos	Normal (n 20)	Depresión Leve (n 20)	Depresión Moderada (n 3)	Depresión Severa (n 0)	Total n 43 (%)
Absceso pulmonar	0	1	0	0	1 (1.6)
Celulitis	2	2	0	0	4 (6.5)
Erisipela	1	0	0	0	1 (1.6)
Gastroenteritis	3	1	0	0	4 (6.5)
IVU	4	1	2	0	7 (11.3)
Neumonía	7	7	1	0	15 (24.2)
Pielonefritis	2	0	0	0	2 (3.2)
Tuberculosis pulmonar	1	4	0	0	5 (8.1)
VIH/SIDA	0	4	0	0	4 (6.5)

Los ítems más comunes (en más de la mitad de casos) fueron: Teme que algo malo pueda ocurrirle (60.2%), Se siente con frecuencia aburrido (59.1%), Ha abandonado mucha de sus tareas habituales (56.8%) y Actualmente se siente inútil (51.1%).

Tabla 9. Valores asociados a depresión encontrados en cada ítem de la escala de Yasevage

Ítems de la escala asociados a depresión, n (%)	Normal (n 67)	Depresión Leve (n 77)	Depresión (n 24)	Depresión Severa (n 8)	Total (n 176)
En genera no está satisfecho con su vida.	2 (4.2)	23 (47.9)	15 (31.3)	8 (16.7)	48 (100)
Ha abandonado mucha de sus tareas habituales.	20 (20)	54 (54.0)	20 (20)	6 (6.0)	100 (100)
Siente que su vida está vacía.	6 (9.5)	30 (47.6)	19 (30.2)	8 (12.7)	63 (100.)
Se siente con frecuencia aburrido.	38 (36.5)	41 (39.4)	17 (16.3)	8 (7.7)	104 (100)
No se encuentra de buen humor la mayor parte del tiempo.	4 (8.3)	20 (41.7)	17 (35.4)	7 (14.6)	48 (100)
Teme que algo malo pueda ocurrirle.	37 (34.9)	48 (45.3)	14 (13.2)	7 (6.6)	106 (100)

No se siente feliz la mayor parte del tiempo.	2 (3.8)	23 (43.4)	20 (37.7)	8 (15.1)	53 (100)
Con frecuencia se siente desamparado o desprotegido.	16 (21.9)	34 (46.6)	15 (20.5)	8 (11.0)	73 (100)
Prefiere quedarse en casa más que salir y hacer cosas nuevas.	19 (23.5)	36 (44.4)	18 (22.2)	8 (9.9)	81 (100)
Cree que tiene más problemas de memoria que la mayoría de la gente.	7 (14.9)	26 (55.3)	8 (17.0)	6 (12.8)	47 (100)
En este momento no piensa que es estupendo estar vivo.	4 (11.4)	15 (42.9)	11 (31.4)	5 (14.3)	35 (100)
Actualmente se siente inútil.	10 (11.)	58 (64.4)	16 (17.8)	6 (6.7)	90 (100)
Se siente lleno o llena de energía.	9 (11.0)	49 (59.8)	17 (20.7)	7 (8.5)	82 (100)
No se siente sin esperanza en este momento.	7 (16.3)	21 (48.8)	11 (25.6)	4 (9.3)	43 (100)
Piensa que la mayoría de la gente está en mejor situación que él o ella.	14 (19.4)	41 (56.9)	12 (16.7)	5 (6.9)	72 (100)

No hubo diferencias entre grupos en las categorías de movilidad y continencia. Un 42.6% de los pacientes era dependiente en su movilidad y un 9.3% dependientes en continencia. Se encontraron diferencias estadísticas entre grupos para las categorías de bañarse, vestirse, usar retrete y alimentación. Un 13.4% de los pacientes sin depresión marcó ser dependiente en la categoría bañarse, comparado con 54.7% de los pacientes con algún tipo de depresión. Un 11.9% de los pacientes sin depresión marcó ser dependiente en la categoría vestirse, vs. Un 43.7% de los pacientes con algún tipo de depresión. Un 11.9% de los pacientes sin depresión indicó ser dependiente para el uso del retrete comparado con el 35.1% de los pacientes con algún tipo de depresión. En cuanto a alimentación un 3.0% de los pacientes sin depresión manifestó ser dependiente, en comparación con 14.5% de los pacientes con algún tipo de depresión.

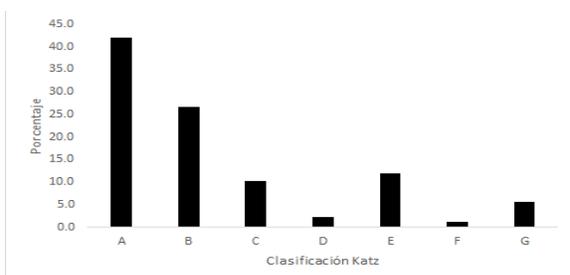
Tabla 10. Respuestas contestadas como "dependiente" en los ítems de escala de Katz.

Ítems del índice de KATZ	Normal (n 67)	Leve (n 77)	Moderada (n 24)	Severa (n 8)	Total (n 176)	Valor p
Bañarse	9 (15.8)	30 (52.6)	12 (21.1)	6 (10.5)	57 (100)	< .001
Vestirse	8 (17.4)	24 (52.2)	9 (19.6)	5 (10.9)	46 (100)	.001.
Usar el retrete	8 (20.0)	20 (48.8)	10 (25.0)	3 (7.5)	41 (100)	.010
Movilidad	24 (32.0)	33 (44.0)	13 (17.3)	5 (6.7)	75 (100)	.270
Continencia	4 (25.0)	8 (50.0)	3 (18.8)	1 (6.3)	16 (100)	.553
Alimentación	2 (11.1)	11 (61.1)	4 (22.2)	1 (5.6)	18 (100)	.046

Tabla 11. Clasificación de Katz

Clasificación	Normal (n 67)	Leve (n 77)	Moderada (n 24)	Severa (n 8)	Total (n 176)
A	39(52.7)	27(36.5)	7(9.5)	1(1.4)	74(100.0)
B	20(42.6)	21(44.7)	4(8.5)	2(4.3)	47(100.0)
C	2(11.1)	12(66.7)	3(16.7)	1(5.6)	18(100.0)
D	1(25).0	2(50.0)	0(0.0)	1(25.0)	4(100.0)
E	4(19)	9(42.9)	5(23.8)	3(14.3)	21(100.0)
F	0(0.0)	0.(0.0)	2(100).0	0(0.0)	2(100.0)
G	1(10)	6(60.0)	3(30.0)	0(0.0)	10(100.0)

Ilustración 4. Porcentajes encontrados en cada categoría



Se analizaron los ítems de la escala de Yasevage y se identificaron cuatro ítems que se asocian a ansiedad: 2. Ha abandonado muchas de sus tareas habituales, 6. Teme que algo malo pueda ocurrirle, 7. Se siente feliz la mayor parte del tiempo y 10. Cree que tiene más problemas de memoria que la mayoría de la gente. Se exploró qué pacientes habían contestado positivamente estos ítems. Se encontró una diferencia estadística en los grupos (ver tabla 12). Los pacientes sin depresión habían contestado positivamente a al menos 3 de estos ítems en un 16.4%, en comparación, los pacientes con algún tipo de depresión contestaron positivamente en 40.3%, siendo la diferencia entre ambos grupos más del doble.

Tabla 12 Ítems en escala de Yasevage asociados a ansiedad

Puntaje de los ítems 2,6,7 y 10 de la escala de Yasevage	Normal (n=67)	Depresión Leve (n=77)	Depresión Moderada (n=24)	Depresión Severa (n=8)	Total (n=176)	Valor p
Entre 0-2	56 (45.9)	45 (36.9)	17 (13.9)	4 (3.3)	122 (100)	.005
3-4 (posible ansiedad)	11 (20.4)	32 (59.3)	7 (13.0)	4 (7.4)	54 (100)	

CAPÍTULO VII. DISCUSIÓN

El actual estudio tiene como objetivo detectar los principales factores de riesgo presentes, en los pacientes ingresados en el Hospital Nacional San Rafael para desarrollar algún grado de depresión, así como también la prevalencia de este trastorno en esta población.

Actualmente en nuestro sistema hospitalario no se encontró información sobre programas de apoyo para detección precoz de trastornos depresivos en pacientes durante su ingreso y estancia hospitalaria, tampoco hay evidencia mediante la revisión de expedientes, sobre algún tipo de evaluación psicológica o psiquiátrica, por lo que este estudio podría servir como base para futuras investigaciones y planes de acción.

El estudio mostró diferencias significativas en cuanto a prevalencia de trastornos depresivos en comparación a otros realizados a nivel internacional (1)(2).

Al inicio de la investigación se planteó la hipótesis que los pacientes hospitalizados mayores de 60 años presentaban al menos un 40% de depresión lo que contrasta con el resultado de otros estudios (4),obteniendo una marcada diferencia de aproximadamente 20 puntos porcentuales.

La edad de los pacientes estudiados tuvo una media de 70.7 años que es similar a la de un estudio hecho en población latina con un promedio de edad de 72 años (1).

La población se calculó en base a los datos proporcionados por el departamento de estadística del hospital el cual indica que el promedio de ingresos mensual del servicio de medicina interna es de 345 pacientes para el año 2015. La muestra consta de 176 pacientes escogidos al azar donde un 56.8% (n=100) son mujeres y 43.2% son hombres (n=76).

Al comparar las características socio-demográficas de nuestra población con otro estudio realizado en Colombia(2) , nos demuestra que la mayoría de personas carecen de educación básica en un 61.3%, agregando a esto que son provenientes de la zona rural, están en su mayoría desempleados, solteros y con un riesgo sociodemográfico, siendo estos, el hecho de vivir solos, vivir en pobreza y vivir lejos de los centros de salud, pudiendo ser esto el resultado de la diferencia económica entre ambos países. Cabe recalcar que dentro de la variable de estado civil, los pacientes que están casados tienen un alto porcentaje de depresión (73.5%) siendo esto una diferencia marcada de acuerdo a la literatura(2)(10) .

Se ha demostrado en la literatura internacional que al presentar un trastorno depresivo mayor aumenta el uso de los servicios de salud, aumentando de esta forma los gastos y utilización de recursos (5)(4). Esta enfermedad es considerada en países como México una de las principales causas de sufrimiento en el anciano por la discapacidad que puede llegar a causar en la vida cotidiana, de esa forma,

disminuyendo la calidad de vida y aumentando la mortalidad de los mismos(4)(9). Así como un reporte de la Organización del mantenimiento de la salud de los Estados Unidos reportó en un estudio prospectivo de cohorte, estimando, que para el año 2040 la población adulta mayor deprimida consumirá "el 50% de los gastos destinados a los servicios de atención a la salud" (26)(2).

Dentro de la literatura revisada no se encontró estudios en donde se reporte datos epidemiológicos o estadísticos de la prevalencia de los trastornos depresivos en los diferentes niveles de atención salvadoreño, ni del impacto económico que estos causan en los servicios de salud.

Se logró detectar durante la realización del estudio que un 61.9% (n, 173) de pacientes adultos mayores que estaban ingresados en el servicio de medicina interna y sus anexos padecían de depresión, basándose en la escala de depresión geriátrica con una alta confiabilidad (CCI interjuez 0.80 a 0.95) (4) para detección de síntomas depresivos, datos que son superiores en comparación a datos internacionales. No encontró mediante la revisión de los expedientes clínicos de los pacientes encuestados, ningún tipo de evaluación psiquiátrica ni test que midan trastornos psiquiátricos de relevancia como depresión ni ansiedad, ya que solo se limitan a tratar la patología orgánica de base por la cual está ingresado.

Durante la primer abordaje se noto la colaboración y disponibilidad de los pacientes hacia el investigador; al pasar la escala de Folstein pudimos descartar aproximadamente un 33.9% de pacientes (95 pacientes) que no cumplía con el criterio de inclusión de tener al menos 23 puntos en dicha escala, siendo un factor común, mayores de 70 años, que se presentaban con dificultad de cálculo, memoria

e imposibilidad para dibujar ya que en su mayoría no contaba con educación básica. También fue notorio durante la entrevista que muchos de los pacientes con síntomas depresivos (al menos un 20%) era porque en un pasado habían sufrido la pérdida de un ser querido por causa de violencia social que está atravesando nuestro país, por lo que hubo intervención de parte de los investigadores dando como resultado la creación de vínculo de confianza del paciente hacia el médico evaluador, así también dando apoyo psicológico y recomendaciones generales de la patología de base por la cual está ingresado.

Los estudios revisados arrojan datos estadísticos similares a los encontrados en el presente, ya que la principales enfermedades asociadas a depresión son diabetes mellitus con 59.4% seguida de hipertensión arterial en un 53.1% pero sobrepasando el 25% reportada en alguna la bibliografía.(depresión ante la enfermedad) Teniendo también en cuenta que existe un alto porcentaje de enfermedades pulmonares como EPOC y asma, probablemente debido a la discapacidad física que estas causan.

Las enfermedades crónicas tales como la diabetes mellitus, pueden coexistir o preceder el trastorno depresivo mayor, según la hipótesis planteada en un estudio realizado en Europa (10)(18).

En el caso de los pacientes con enfermedades oncológicas y VIH los resultados del presente estudio demuestran que el 100% padecen de algún grado depresivo, pudiendo tener sesgo ya que el número de pacientes con estas patologías es muy poco como para dar un valor estadístico.

Cuando nos enfrentamos a los resultados relacionados con la cronicidad de la hospitalización, podemos observar una clara tendencia al alza de los casos de depresión de acuerdo a tiempo de ingreso, es decir, a mayor tiempo de estar ingresado, mayor porcentaje de pacientes deprimidos. El cual se representa de la siguiente manera: los grupos que tienen menos de 5 días de estancia hospitalaria la prevalencia de depresión fue de un 51.5%, mientras que los que el grupo que tenía entre 5 y 9 días presento un 68.6%, de 10 a 14 días un 80% y finalmente los que tenían más de 15 días hospitalizados tenían un 90.9%, con lo que se puede concluir que a mayor tiempo de hospitalización mayor prevalencia de depresión, como también lo describe Claudio Fullerton.(2)(7). Lo que a su vez podría aumentar el costo de la manutención del paciente dentro del centro hospitalario como asegura J. Adverdi Sudupe.

Otro dato de relevancia fue que a medida la depresión avanza en su estadio mayor son el número de reingresos hospitalarios, concordando con la literatura encontrada (5)(2).

La dependencia física se tomo en cuenta ya que se vincula tanto con la depresión como con complicaciones de enfermedades crónica, aumentando la morbi-mortalidad de los pacientes (1)(27). Se utilizó la escala de Katz para evaluarlo, observando que el 57.9% presentaba algún grado de dependencia física de los cuales el 42% coexistía con depresión, datos muy similares a los reportados por J. A Martínez Mendoza en población mexicana (1).

Es conocido la coexistencia muy frecuente entre depresión un ansiedad que puede llegar hasta un 60%, aunque son entidades diferentes comparten muchos de

los síntomas(1), por lo que se decidió escoger los ítems de la escala de Yasevage que se asemejan a un trastorno de ansiedad y de esa manera evaluar de un forma indirecta la posibilidad de la coexistencia de ansiedad con trastorno depresivo, resultando que el 40.3% de los pacientes posiblemente coexista un trastorno depresivo-ansioso.

Dentro de las limitaciones del estudio se encuentran que en ocasiones mientras se encuestaba a los pacientes habían familiares presentes lo que podría alterar o interferir en la veracidad de las respuestas dadas por los pacientes, la muestra de los pacientes no es lo sumamente grande como para poder investigar otras patologías de importancia clínica asociadas y poder compararlas para que muestren diferencia estadística.

Está claro que es necesario implementar acciones en la detección de trastornos depresivos en pacientes adultos mayores para darles una evaluación integral y tratamiento oportuno y de esa forma también poder complementar este estudio y poder determinar el impacto sobre la mortalidad, calidad de vida, dependencia y economía dentro del centro asistencial.

CAPÍTULO VIII. CONCLUSIONES

Existe una alta prevalencia de trastorno depresivo en pacientes adultos mayores hospitalizados en el Hospital Nacional San Rafael y no existe al momento un plan de detección o tamizaje de este trastorno dentro de dicho nosocomio.

Los principales factores de riesgo detectados fueron el sexo, los factores sociales y económicos, el tiempo de evolución de la patología de base por la cual permanecían ingresados, así como también la dependencia física que éstas causan.

Haciendo énfasis en la cronicidad de la estancia hospitalaria ya que se vio el aumento de la prevalencia de la depresión, al presentar una estadía mas larga dentro del hospital.

No se realiza en los adultos mayores una evaluación psicológica de los pacientes dentro de los centros asistenciales ya que en su mayoría los síntomas depresivos no son de aparecimiento reciente.

CAPÍTULO IX. RECOMENDACIONES

Implementar programas en el primer nivel de atención o en lugar en donde se lleve el control subsecuente del paciente para la detección de trastornos depresivos en pacientes vulnerables utilizando instrumentos de fácil utilidad, siendo esto positivo, incluir la interconsulta pertinente con el departamento de salud mental del hospital para poder dar soporte y apoyo psicológico a los pacientes y de esa forma mejorar la calidad de vida de los usuarios.

Hacer estudios longitudinales donde se compare el estado psicológico del paciente al ingreso y a la salida del nosocomio, enfatizando mas en pacientes crónicos, de esta forma pudiendo analizar el impacto de la detección y tratamiento oportuno tanto en la patología de base del paciente, mortalidad, calidad de vida y gastos hospitalarios.

Anexos.

Anexo 1

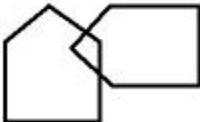
INDICE DE KATZ

ACTIVIDAD	DESCRIPCIÓN DE LA DEPENDENCIA
BAÑARSE	INDEPENDIENTE: Necesita ayuda para lavarse una parte del cuerpo, o lo hace solo. DEPENDIENTE: Incluye la necesidad de ayuda para entrar o salir de la bañera
VESTIRSE	INDEPENDIENTE: Se viste totalmente (incluye coger las prendas del armario) sin ayuda. Excluye el atado de los cordones de los zapatos. DEPENDIENTE: No se viste solo
USAR EL RETRETE	INDEPENDIENTE: No precisa ningún tipo de ayuda (incluye la entrada y salida del baño). Usa el baño. DEPENDIENTE: Incluye usar orinal o cuña
MOVILIDAD	INDEPENDIENTE: No requiere ayuda para sentarse o acceder a la cama DEPENDIENTE
CONTINENCIA	INDEPENDIENTE: Control completo de la micción y defecación DEPENDIENTE: Incluye control total o parcial mediante enemas, sondas o el empleo reglado del orinal y/o cuña
ALIMENTACIÓN	INDEPENDIENTE: Lleva la comida del plato, o equivalente, a la boca sin ayuda DEPENDIENTE: Incluye no comer y la nutrición parenteral o enteral por sonda
Por ayuda se entiende la supervisión, dirección o ayuda personal activa. La evaluación debe realizarse según lo que el enfermo realice y no sobre lo que sería capaz de realizar.	
CLASIFICACIÓN	
A Independiente en todas las actividades	
B Independiente en todas las actividades, salvo una	
C Independiente en todas las actividades, excepto bañarse y otra función adicional	
D Independiente en todas las actividades, excepto bañarse, vestirse y otra función adicional	
E Independiente en todas las actividades, excepto bañarse, vestirse, uso del retrete y otra función Adicional	
F Independiente en todas las actividades, excepto bañarse, vestirse, uso del retrete, movilidad y otra función adicional	
G Dependiente en las seis funciones	

Anexo 2

ESCALA DE DEPRESIÓN GERIÁTRICA DE YESAVAGE ABREVIADA (Versión española): GDS-VE		
1. ¿ En general, está satisfecho/a con su vida?	SI	No
2. ¿Ha abandonado muchas de sus tareas habituales y aficiones?	SI	No
3. ¿ Siente que su vida está vacía?	SI	No
4. ¿Se siente con frecuencia aburrido/a?	SI	No
5. ¿Se encuentra de buen humor la mayor parte del tiempo?	SI	No
6. ¿Teme que algo malo pueda ocurrirle?	SI	No
7. ¿Se siente feliz la mayor parte del tiempo?	SI	No
8. ¿Con frecuencia se siente desamparado/a, desprotegido/a?	SI	No
9. ¿Prefiere usted quedarse en casa, más que salir y hacer cosas nuevas?	SI	No
10. ¿Cree que tiene más problemas de memoria que la mayoría de la gente?	SI	No
11. ¿En estos momentos, piensa que es estupendo estar vivo?	SI	No
12. ¿Actualmente se siente un/a inútil?	SI	No
13. ¿ Se siente lleno/a de energía?	SI	No
14. ¿Se siente sin esperanza en este momento?	SI	No
15. ¿Piensa que la mayoría de la gente está en mejor situación que usted?	SI	No
PUNTUACIÓN TOTAL		
<i>Las respuestas que indican depresión están en negrita. Cada una de estas respuestas cuenta un punto.</i>		

Anexo 3

"MINI-EXAMEN COGNOSCITIVO"		
Paciente	Edad	
Ocupación	Escolaridad	Examinado por
		Fecha
ORIENTACION		PUNTOS
"Dígame el día Fecha Mes Estación Año ....."		..... (5)
"Dígame el Hospital (o el lugar) Planta"		
Ciudad Prov. Nación ....."		..... (5)
FIJACION		
"Repita estas 3 palabras: Presenta-Caballo-Manzana" (Repetirlas hasta que las aprenda) ....."		..... (3)
CONCENTRACION Y CALCULO		
"Si tiene 30 ptas. Y me va dando de 3 en 3 ¿Cuántas le van quedando? ....."		..... (5)
"Repita estos números: 5-9-2" (hasta que los aprenda)		
"Ahora hacia atrás" ....."		..... (3)
MEMORIA		
"¿Recuerda las 3 palabras que le he dicho antes? ....."		..... (3)
LENGUAJE Y CONSTRUCCIÓN		
Mostrar un bolígrafo "¿Qué es esto?" Repetirlo con el reloj ....."		..... (2)
"Repita esta frase": "En un trigal había cinco perros" ....."		..... (1)
"Una manzana y una pera son frutas ¿verdad? ¿Qué son el rojo y el verde?"		
"¿Qué son un perro y un gato?" ....."		..... (2)
"Coja este papel con la mano derecha, dóblelo y póngalo encima de la mesa" ....."		..... (3)
"Lea esto y haga lo que dice"; CIERRE LOS OJOS ....."		..... (1)
"Escriba una frase" ....."		..... (1)
"Copie este dibujo":		
		
		.....(1)
	PUNTUACION TOTAL	(35)
	Nivel de conciencia	
	Ciego Sordo Otros	

Anexo 4

Consentimiento Informado

La presente investigación es conducida por médicos egresados de la Universidad Dr. José Matías Delgado de la carrera de medicina (Carlos Quezada, Eduardo Recinos, Félix Medrano). El nombre de la investigación es " Factores de riesgo y detección de trastorno depresivo en el adulto mayor hospitalizados en el servicio de Medicina Interna en el Hospital San Rafael" objetivos generales son determinar la prevalencia de dicha patología y las principales patologías crónicas asociadas e indagar el sub-registro y falta de tratamiento de los trastornos depresivos en pacientes hospitalizados.

Si usted accede a participar en este estudio se le pedirá responder ciertas preguntas de carácter general para poder evaluar el estado de salud mental en el que se encuentran.

La participación en este estudio es estrictamente voluntaria. La información que se recoja será confidencial y no se usara para ningún otro propósito fuera de esta investigación.

Los resultados encontrados se darán a conocer a los responsables de cada área para implementar las medidas pertinentes para el adecuado tratamiento de las enfermedades con apoyo del departamento de salud mental de dicho nosocomio.

Si existe alguna duda de este proyecto, puede hacer las preguntas que desee en cualquier momento durante la realización del estudio. Así mismo puede retirarse de la investigación en el instante que usted lo considere necesario.

Agradeciéndole de antemano su participación en este proyecto de investigación.

ACEPTO PARTICIPAR VOLUNTARIAMENTE EN ESTE PROYECTO, CONDUCIDO POR EL GRUPO DE INVESTIGADORES. HE SIDO INFORMADO (A) DE QUE EL OBJETIVO DE ESTE ESTUDIO ES DETERMINAR LOS FACTORES DE RIESGO Y DETECCION DE TRANSTORNOS DEPRESIVOS EN PACIENTES INGRESADOS DEL HOSPITAL SAN RAFAEL.

Se me ha explicado que tendré que responder preguntas en una entrevista de los investigadores.

Reconozco que la información que yo provea es estrictamente confidencial y no será usada para ningún otro propósito sin mi consentimiento.

He sido informado que puedo hacer preguntas sobre el proyecto en cualquier momento y que puedo retirarme del mismo si así lo decida sin que esto promueva perjuicio alguna ni contra mi persona ni para el participante.

Nombre de participante

fecha

Anexo 5 (Instrumento)

- Nombre:
- Fecha:
- Edad:
- Sexo: 1. Hombre 2. Mujer
- Expediente:
- Patología por la cual está ingresado:
 - 1. Enf. metabólica 2. Enf. Cardiovascular 3. Enf. Infecciosa
 - 4. Enf. Oncológica 5. Enf. neurológica 6. Enf. Pulmonar
 - 7. Otras: _____
- Describa cual:
- Días de estancia hospitalaria: < 5 días 5-9 días 10- 14 días >15 días
- cuando fue ingresado:
- Procedencia: 1. Rural 2. Urbano
- Ocupación:
 - 1. desempleado 2. trabajo informal 3. trabajo formal
 - 4. pensionado
- Estado Civil:
 - 1. soltero 2. casado 3. viudo 4. divorciado
 - 5. separada 6. acompañado
- Nivel educativo:
 - 1. sin educación 2. educación primaria 3. educación secundaria
 - 4. educación superior
- a qué grado llego?
- Tiempo de evolución de patología: 1. < 6 meses 2. 6 meses - 1 año 3. > 1 año
- Cuantos años?
- Numero de Ingresos Hospitalarios en 12 meses:
- Riesgo social:
- Uso de drogas o bebidas alcohólicas.
- Que medicamentos toma?

Bibliografía.

1. RAMIREZ MENDOZA, J. MARTINEZ ORDAZ, VA. ESQUIVEL MOLINA, C. VELASCO RODRIGUEZ, V. Prevalencia de depresión y factores de riesgo en el adulto mayor hospitalizado. *Medigraphic*. Octubre, 2005 . Pag 21-28 [Internet]. [citado 20 de mayo de 2015]. Disponible en URL: <http://www.medigraphic.com/pdfs/imss/im-2007/im071d.pdf>
2. ALBERDI SUDUPE, J. FERNANDEZ DIAZ, A. GIL DE BERNABE, F. Depresión en pacientes hospitalizados en el Servicio de Medicina Interna de un Hospital General - *Dialnet*. issn 198-3922, Vol. 74, N4, 2013. pag. 161-174 [Internet]. [citado 20 de mayo de 2015]. Recuperado a partir de: <http://dialnet.unirioja.es/servlet/articulo?codigo=4661733>
3. LOPEZ I MI, Ansiedad y Depresión, reacciones emocionales frente a la enfermedad. *An. MED interna* Vol. 24 N5 pag. 209-211, 2007 [Internet]. [citado 18 de agosto de 2015]. Recuperado a partir de: http://scielo.isciii.es/scielo.php?pid=S0212-71992007000500001&script=sci_arttext
4. AGUILAR NAVARRO, S. AVILA FUNES, J. *Medigraphic* La depresión: particularidades clínicas y consecuencias en el adulto mayor [Internet]. [citado 17 de enero de 2016]. Recuperado a partir de: <http://www.medigraphic.com/pdfs/gaceta/gm-2007/gm072g.pdf>
5. FULLERTON U C, FLORENZANO U R, ACUNA R J. Comorbilidad de enfermedades médicas crónicas y trastornos psiquiátricos en una población de consultantes en el nivel primario de atención. *Rev Médica Chile*. julio de 2000;128(7):729-34. Disponible en URL: <http://dx.doi.org/10.4067/S0034-98872000000700004>
6. DSM V. Manual Diagnostico y Estadístico de los Trastornos Mentales DSM-5, Pag 155 Trastorno depresivo [Internet]. [citado 27 de enero de 2016]. Recuperado a partir de: <https://zenaidadeserrano.wordpress.com/2015/06/23/dsm-5-manual-completo-en-espanol/>
7. FULLERTON, C. ACUNA, J. FLORENZANO, R. CRUZ, C. WEIL. K. Psicopatología en pacientes hospitalizados en un hospital general. *Revista chilena de neuro-psiquiatría*. Abril 2003. 41(2):103-9 - [Internet]. [citado 20 de mayo de 2015]. Recuperado a partir de: http://www.scielo.cl/scielo.php?pid=S0717-92272003000200003&script=sci_arttext&lng=pt
10. FRANCO JG, GOMEZ PE, OCAMPO MV, VARGAS A, BERRIOS DM. Prevalencia de trastornos siquiátricos en pacientes medicoquirurgico

hospitalizados en la Clínica Universitaria Bolivariana de Medellín, Colombia. *Colombia Medica* Vol. 36 Num. 3, 2005 Julio-Septiembre. [Internet]. [citado 20 de mayo de 2015]. Recuperado a partir de:
<http://www.scielo.org.co/pdf/cm/v36n3/v36n3a8.pdf>

11. KATON, WJ. Clinical and health services relationships between major depression, depressive symptoms, and general medical illness. *Biol Psychiatry*. 1 de agosto de 2003;54(3):216-26. Disponible en URL:
<http://www.ncbi.nlm.nih.gov/pubmed/12893098>
12. BELMAKER, R.H. M.D., and AGAM, G. PhD. Major Depressive Disorder - *New England Journal Of Medicine* [Internet]. Enero 3, 2008. 358:55-68 [citado 25 de mayo de 2015]. Recuperado a partir de:
<http://www.nejm.org/doi/pdf/10.1056/NEJMra073096>
13. JONH MANN, J. M.D. The Medical Management of Depression. *New England Journal Of Medicine*. Octubre 27, 2005. 353:1819-1834 [Internet]. [citado 25 de mayo de 2015]. Recuperado a partir de:
<http://www.nejm.org/doi/pdf/10.1056/NEJMra050730>
14. GUTIERREZ Q. J. R. Prevalencia de alteraciones afectivas: depresión y ansiedad en la población salvadoreña. [Internet]. *Rev. UTEC* [citado 5 de agosto de 2015]. Recuperado a partir de:
<http://biblioteca.utec.edu.sv/siab/virtual/entorno/56260.pdf>
15. A PUBLIC HEALTH APPROACH TO MENTAL HEALTH, chapter 1 *World Health Organization*. Pag. 3-17 [Internet]. [citado 2 de agosto de 2015]. Recuperado a partir de:
http://www.who.int/whr/2001/en/whr01_ch1_en.pdf?ua=1
16. ROMERO, EC. Depresión y enfermedad cardiovascular. *Rev Urug Cardiol* 2007; Vol. 22 Num 2 [Internet]. Julio 12, 2007. [citado 18 de agosto de 2015]. Recuperado a partir de: http://www.scielo.edu.uy/scielo.php?pid=S1688-04202007000200004&script=sci_arttext
17. DSM IV. *Diagnostic and Statistical Manual of Mental Disorders 4th edition en espanol*. Pag. 323 Trastorno del estado de animo. [Internet]. [citado 5 de agosto de 2015]. Recuperado a partir de: http://data.edras.cl/resources-files-repository/dsm-iv_castellano-completo.pdf
18. LOPEZ DE ANDRES, A. JIMENEZ, M. HERNANDEZ, V. YANES, J. MENDEZ, M. PEREZ N. BURGOS, C. CARDENAS, J. SALINERO, M. JIMENEZ, R. CARRASCO, P. Trends in the Prevalence of Depression in Hospitalized Patients with Type 2 Diabetes in Spain: Analysis of Hospital Discharge Data from 2001 to 2011. *PLOS, ONE* [Internet]. Febrero 23, 2015 [citado 19 de mayo de 2015]. Recuperado a partir de:
<http://hinarilogin.research4life.org/uniqueidwww.ncbi.nlm.nih.gov/uniqueid0/pmc/articles/PMC4338183/>

19. BELLO, M. Lic Psic, PUENTES ROSAS, E. M en C, MEDINA MORA, M. Dra en Psic, LOZANO, R. MC, M en C. Prevalencia y diagnostico de depresión en población adulta en México [Internet]. *Salud Publica Mex* 2005;47 supl 1:S4-S11 [citado 5 de agosto de 2015]. Recuperado a partir de: <http://universoconsciente.com.mx/descargas/prevalencia.pdf>
20. KRULOWICZ, L. PhD, RN, CS, FAAN, University of Pennsylvania School of Nursing y Sherry A. Greenberg, MSN, GNP-BC, Hasrtford Institute for Geriatric Nursing, NYU Collage of Nursing; Escala Geriarica [Internet]. [citado 12 de octubre de 2015]. Recuperado a partir de: http://consultgerirn.org/uploads/File/trythis/try_this_4_span.pdf
21. *Servicio Andaluz de Salud*. Escala de desesperanza de beck [Internet]. [citado 5 de agosto de 2015]. Recuperado a partir de: http://www.hvn.es/enfermeria/ficheros/escala_de_desesperanza.pdf
22. Zung, WW A self-rating Depression Scale. *Arch Gen Psychiatry* 12, 63-70 [Internet]. [citado 5 de agosto de 2015]. Recuperado a partir de: http://www.mentalhealthministries.net/resources/flyers/zung_scale/zung_scale_sp.pdf
23. PURRINOS, M. *Hamilton Depression Rating Scale*. *Servicio de epidemiologia. Dirección Xeral de Saude Publica*. [en línea]. [citado 5 de agosto de 2015]. Recuperado a partir de: <http://www.meiga.info/escalas/depresion-escala-hamilton.pdf>
24. FERRIN, MT. CHU, J. CORUNA, A. *Índice de Katz Actividades Básicas de la Vida Diaria*. [en línea]. [citado 11 de octubre de 2015]. Recuperado a partir de: <http://www.meiga.info/escalas/IndiceDeKatz.pdf>
25. LOPEZ MIQUEL J. MARTI AG. Instituto de medicina legal de Cataluña, servicio de clínica médico forense, Barcelona, España. Mini-Examen Cognoscitivo (MEC). *Rev Esp Med Leg*. 1 de julio de 2011;37(03):122-7. Disponible en URL: <http://www.elsevier.es/es-revista-revista-espanola-medicina-legal-285-articulo-mini-examen-cognoscitivo-mec--90028303>
26. UNUTZER J, PATRICK DL, SIMON G, UNUTZER P.et al. MD, Donald L. Patrick, PhD, MSPH; Greg Simon, MD MPH; David Grembowski, PhD; Edward Walker, MD; Carolyn Rutter, PhD; Wayne Katon, MD. Depressive symptoms and the cost of health services in hmo patients aged 65 years and older: A 4-year prospective study. *JAMA*, 1997;277. 28 de mayo de 1997;277(20):1618-23. Disponible en URL: <http://jama.jamanetwork.com/article.aspx?articleid=416420>

27. MUHLENBROCK, V S F, GOMEZ D R. GONZALEZ V M, ROJAS A A. VARGAS G L. GOMEZ R D., MATIAS GONZALEZ V. Prevalencia de Depresión en pacientes mayores de 60 años hospitalizados en el Servicio de Medicina Interna del Hospital Militar de Santiago. *Rev Chil Neuro-Psiquiatr.* Diciembre de 2011;49(4):331-337.(Internet). Disponible en URL: http://www.scielo.cl/scielo.php?script=sci_arttext&pid=S0717-92272011000400004