



**Universidad del Azuay**

**Facultad de Psicología**

**Carrera de Psicología Clínica**

**“REVISIÓN BIBLIOGRÁFICA SOBRE  
SINTOMATOLOGÍA DEPRESIVA EN  
PACIENTES ADULTOS HOSPITALIZADOS  
DE AMÉRICA LATINA EN LOS ÚLTIMOS  
DIEZ AÑOS.”**

Trabajo previo a la obtención del título de Psicólogo/a clínico

**Autores:**

Denithza Adriana Campoverde Yunga.; Luis Adrián Zabala  
Tenesaca.

**Directora:**

Mgst. María Cecilia Salazar Icaza

**Cuenca – Ecuador**

**2023**

## **DEDICATORIA**

Con amor a Dios y a la Virgen por haberme dado la paciencia necesaria, a mis amados padres; Pedro y Cecilia quienes con su apoyo y esfuerzo me han permitido llegar a cumplir hoy, este sueño tan anhelado, muchos de mis logros se los debo a ustedes incluyendo este.

A mi hermano Sebastián quien con su motivación jamás me dejó caer, espero llegar a ti como ejemplo. A mi tía Mariela quien ha sido mi segunda madre y a la distancia me supo manifestar todo su apoyo, para poder superarme cada día.

A mi mejor amiga Camila quien con más de 14 años de amistad, siempre supo darme las palabras y el soporte necesario en esta travesía.

A mis amigas Ana Karen y Salome que sin esperar nada a cambio, compartieron sus conocimientos en este trayecto de la Universidad; y finalmente a mi estimado amigo Adrián Zabala por ser parte de este proyecto quien con su esfuerzo se logró concluir con éxito.

Denithza Campoverde Y.

Este proyecto de investigación va dedicado a mis padres y hermano, Narcisa, Luis y Christopher, por todo el apoyo incondicional que me han brindado desde el primer día, son mi pilar fundamental en este proceso de formación profesional, el logro no es solo mío sino, de ustedes también. Además, quiero dedicar este logro a mi abuela, Mariana, gracias a sus consejos y palabras de motivación, he podido culminar una etapa más de mi vida.

Adrián Zabala T.

## **AGRADECIMIENTOS**

Mi agradecimiento especial a mi querida Universidad del Azuay la cual hace 5 años me abrió las puertas para formarme profesionalmente.

A mis padres y a mi tía Mariela, los cuales han sido pieza clave, quienes siempre estuvieron a mi lado. Gran parte de este trabajo es de ustedes. Han sido y serán mis mejores guías en la vida.

A mi hermano Sebastián, amigas/os por el apoyo incondicional en este proyecto importante.

A mi Directora de tesis Mgst. María Cecilia Salazar, la cual estimo mucho, gracias por ser la guía indispensable que me permitió culminar este trabajo de investigación satisfactoriamente. A todos mis docentes universitarios por sus diferentes formas de enseñar.

Gracias

Denithza Campoverde Y.

Quiero agradecer primeramente a Dios, por siempre guiarme y permitirme llegar al lugar donde estoy ahora. A mis padres, a mi hermano, a mis abuelos, por confiar en mí y acompañarme en todo este camino lleno de aprendizajes y experiencias. A mi compañera de tesis Denithza Campoverde por todo el esfuerzo realizado y por los años compartidos. Finalmente, a la directora de tesis Mg. María Cecilia Salazar, un grato agradecimiento por su tiempo y paciencia.

Adrián Zabala T.

## **RESUMEN:**

La depresión es uno de los trastornos de salud mental frecuente en la población en general y en el ámbito hospitalario, la cual toma relevancia en la actualidad en ciencias como la medicina y psicología, lo que genera investigaciones acerca de su sintomatología en el ámbito clínico.

La presente investigación tuvo como objetivo identificar sintomatología depresiva en pacientes adultos hospitalizados de América latina, para ello se realizó una revisión bibliográfica utilizando los criterios de inclusión y exclusión.

Se seleccionaron 32 artículos científicos de distintas bases de datos con un alto grado de confiabilidad, además se realizó el análisis crítico de cada uno de los resultados obtenidos en el estudio de la literatura.

Los resultados indican que la sintomatología depresiva forma parte de la situación hospitalaria, que interviene en el curso de la enfermedad médica.

**Palabras claves:** América latina, consecuencias, depresión, depresión hospitalaria, estado de ánimo, enfermedades, hospitalización, pacientes adultos.

## ABSTRACT:

Depression is one of the frequent mental health disorders in the general population and in the hospital setting, which is currently gaining relevance in sciences such as medicine and psychology, generating research on its symptoms in the clinical setting. The objective of this research was to identify depressive symptoms in adult hospitalized patients in Latin America, for which a bibliographic review was carried out using the inclusion and exclusion criteria. 32 scientific articles from different databases with a high degree of reliability were selected; in addition, a critical analysis of each of the results obtained in the study of the literature was carried out. The results indicate that depressive symptoms are part of the hospital situation, which intervenes in the course of the medical illness.

**Keywords:** Adult patients, consequences, depression, diseases, hospital depression, hospitalization, Latin America.



Translated by:

A handwritten signature in blue ink, appearing to read "Denithza Campoverde".

Denithza Campoverde

A handwritten signature in blue ink, appearing to read "Adrián Zabala".

Adrián Zabala

## ÍNDICE DE CONTENIDO

|   |           |
|---|-----------|
| <b>CAPÍTULO 1.....</b>  | <b>2</b>  |
| <b>1.1 Depresión.....</b>   | <b>2</b>  |
| <b>1.2 Tipos de depresión.....</b>  | <b>3</b>  |
| 1.2.1 Episodio depresivo menor .....  | 4         |
| 1.2.2 Depresión subclínica.....   | 4         |
| 1.2.3 Depresión enmascarada o "somatizada" .....  | 4         |
| 1.2.4 Depresión con síntomas psicóticos .....   | 5         |
| 1.2.5 Trastorno bipolar.....  | 5         |
| 1.2.6 Trastorno distímico .....   | 6         |
| 1.2.7 Trastorno adaptativo con estado de ánimo depresivo .....  | 7         |
| <b>1.3 Tratamiento para la depresión.....</b>   | <b>8</b>  |
| 1.3.1 El modelo escalonado .....  | 8         |
| 1.3.2 Terapia de Conducta .....   | 9         |
| 1.3.3 Terapia cognitiva .....   | 10        |
| 1.3.4 Psicoterapia Interpersonal.....   | 10        |
| <b>1.4 Depresión hospitalaria y consecuencias .....</b>   | <b>10</b> |
| <b>CAPÍTULO 2.....</b>  | <b>13</b> |
| <b>METODOLOGÍA .....</b>  | <b>14</b> |
| 2.1.Objetivo General .....  | 14        |
| 2.2 Objetivos Específicos .....   | 14        |
| 2.3 Tipo de investigación .....   | 14        |
| 2.4 Criterios de inclusión.....   | 14        |
| 2.5 Criterios de exclusión .....  | 14        |
| 2.6 Establecimiento de criterios de búsqueda.....   | 15        |
| 2.7 Tipo de Procedimiento .....   | 15        |
| 2.7.1 Selección de artículos .....  | 15        |
| 2.8 Revisión de artículos científicos sobre sintomatología depresiva en pacientes adultos hospitalizados de América latina en los últimos 10 años ..... | 17        |
| 2.9 Tabla de artículos seleccionados .....  | 19        |
| <b>3. ANÁLISIS CRÍTICO .....</b>  | <b>64</b> |
| <b>4. CONCLUSIONES.....</b>   | <b>74</b> |
| <b>5. RECOMENDACIONES.....</b>  | <b>76</b> |

|  |           |
|--|-----------|
| <b>6. REFERENCIAS .....</b>                          | <b>77</b> |
| <b>7. ANEXOS .....</b>                               | <b>83</b> |
| <b>Anexo 1: Protocolo de diseño de tesis : .....</b> | <b>83</b> |

## ÍNDICE DE FIGURAS

|   |   |
|---|---|
| <b>Figura 1:</b> Modelo escalonado en el manejo de la depresión ..... | 9 |
|---|---|



## ÍNDICE DE TABLAS

|   |    |
|---|----|
| <b>Tabla 1</b> Selección de artículos.....                  | 17 |
| <b>Tabla 2</b> Resultados de los articulos científicos..... | 19 |

## INTRODUCCIÓN

La depresión afecta a más de 50 millones de personas en el mundo, originarios de todas las edades y condiciones sociales, esta enfermedad provoca un nivel de angustia que puede afectar su capacidad para realizar actividades cotidianas, incluso las más simples. Perjudica de forma significativa las relaciones familiares, sociales y laborales, con un impacto económico y social para quien la padece. Según la intensidad de los síntomas, la depresión puede clasificarse como leve, moderada o grave. El punto extremo de la depresión es el suicidio. Por lo que se estima que 800 mil personas se suicidan anualmente. Es la principal causa de discapacidad, por lo que tiene una carga de morbilidad y mortalidad en los países y una presión relevante para las casas de salud. (Morales, 2017)

Según (Botto et al, 2014) su diagnóstico aún continúa planteando múltiples desafíos tanto conceptuales como clínicos.

Se ha tomado como primera variable pacientes adultos hospitalizados, debido a que en este grupo existe prevalencia de síntomas depresivos, factor perjudicial en el curso de una enfermedad médica.

En el capítulo 1 se desarrolla la parte teórica de este proyecto de investigación, en la que se incluyen conceptos de la depresión, sus tipos, tratamiento, la depresión hospitalaria y consecuencias.

En el capítulo 2 se explica la metodología, la cual es una investigación cualitativa de revisión bibliográfica obteniendo artículos científicos en distintas bases de datos confiables, con el fin de identificar la presencia de sintomatología depresiva en pacientes adultos hospitalizados en América latina. Posteriormente, se expone el análisis crítico comparando los resultados obtenidos con resultados propuestos de otras investigaciones.

Por último, se puede observar la conclusiones y recomendaciones que se desarrollaron en base al proceso de investigación.

# CAPÍTULO 1

El propósito de este primer capítulo es abordar una breve conceptualización general sobre síntomas depresivos en pacientes adultos hospitalizados de América Latina en los últimos diez años, el cual será tratado a lo largo del desarrollo del trabajo investigativo. Así como también se presenta características de la depresión, los diferentes tipos de la misma, algunos tratamientos que a nivel psicológico pueden disminuir los síntomas de la depresión y finalmente, la situación hospitalaria y sus consecuencias.

## 1.1 Depresión

Conforme a la Organización Mundial de la Salud en la Clasificación Internacional de Enfermedades, indica que el cambio de humor está acompañado por modificaciones en el nivel general de actividad en la persona, por lo que sus síntomas son comprensibles. La mayoría de estos trastornos son recurrentes y el inicio de un episodio se puede relacionar con acontecimientos estresantes. (OMS, 1992)

Para el Ministerio de Sanidad Servicios Sociales e Igualdad se estima que la depresión es un trastorno del estado de ánimo caracterizado por una tristeza profunda y pérdida de interés general por las cosas de forma mantenida, asociada a otros síntomas psicológicos, físicos y del comportamiento durante al menos dos semanas, en el peor de los casos la depresión lleva al suicidio. (MSSSI, 2014)

Por otra parte, Berenzon, et al., (2013) indica que este trastorno generalmente comienza en edades tempranas, reduce sustancialmente el funcionamiento de las personas, siendo un padecimiento recurrente con importantes costos económicos y sociales. Es por ello que la depresión se ha convertido en un objetivo prioritario de atención en todo el mundo.

En sí, es una enfermedad recurrente y crónica que requiere un tratamiento a largo plazo. Su prevalencia en la población general se encuentra entre 8 y 12%. Se estima que para el año 2030 ocupará el primer lugar según los años de vida ajustados como discapacidad. Puede convertirse en un problema de salud serio, especialmente cuando es de larga duración e intensidad moderada a grave, puede causar gran

sufrimiento y alterar las actividades laborales, escolares y familiares. Cada año se suicidan cerca de 800.000 personas en todo el mundo; por lo que al suicidio se le considera ya como la segunda causa de muerte en el grupo etario de 15 a 29 años. (AEMPI, 2017)

En México la depresión ocupa el primer lugar de discapacidad para las mujeres y el noveno para los varones. Según los datos de encuesta del (ENEP) Encuesta Nacional de Epidemiología Psiquiátrica, indican que el 9.2% de la población mexicana tuvo como experiencia algún trastorno afectivo en algún momento de su vida, por lo que en países como Colombia y Chile la situación es semejante. (Corea, 2021)

La visión que tienen las personas con depresión sobre este trastorno y su tratamiento, juega un papel clave en diferentes aspectos como la existencia o no de mejorar, lo que puede llevar a afrontar la depresión (tanto las emociones como los problemas que la puedan acompañar) de distinta manera. (Arrarás y Manrique, 2019)

Sin embargo, se sabe que existe un desconocimiento de la depresión como trastorno en las personas, se entiende como un malestar momentáneo, por ejemplo, no saber cómo actuar ante dificultades, pueden no tener consciencia sobre un diagnóstico de depresión mayor debido al malestar significativo o deterioro en áreas importantes del funcionamiento. (Arrarás y Manrique, 2019)

## **1.2 Tipos de depresión**

Brevemente el Ministerio de Salud de Chile (2013) indica que los trastornos afectivos constituyen un grupo de enfermedades caracterizados por una sintomatología afectiva básica y común a todos ellos (tristeza, decaimiento, desilusión, incapacidad para el disfrute...), pero diferenciándose por la duración, gravedad y evolución. Comúnmente se habla de "Depresión" como término general para designar a cualquiera de estos trastornos, pero desde un punto de vista psiquiátrico hay que matizar y diferenciar unos de otros. Así distinguimos los siguientes:

### **1.2.1 Episodio depresivo menor**

Para Chomalí et al., (2015) este episodio se define como un cuadro en donde se presentan uno o más episodios de síntomas depresivos con una duración mínima similar a la requerida para el diagnóstico de trastorno depresivo mayor, pero con la presencia de entre dos a cuatro de los siguientes síntomas depresivos: estado de ánimo deprimido, anhedonia, pérdida o aumento de peso, alteración del patrón de sueño, agitación o enlentecimiento psicomotor, fatiga o falta de energía, sentimientos excesivos o inapropiados de inutilidad o culpa, disminución de la capacidad de pensamiento, concentración o indecisión, e ideas recurrentes de muerte, ideación suicida o intento suicida. Estos síntomas deben generar un malestar clínicamente significativo o deterioro funcional. Además, especifica que no se deben presentar otros trastornos depresivos o maníacos, así como tampoco pueden existir trastornos psicóticos. Puede ser difícil diferenciar el trastorno depresivo menor de los periodos de tristeza característicos de la vida diaria de un individuo normal, por lo que es necesario que los síntomas depresivos se encuentren presentes al menos por dos semanas.

### **1.2.2 Depresión subclínica**

Mientras que para Capellino et al., (2019) la depresión subclínica es una condición que presenta importantes implicaciones para el funcionamiento y el bienestar de los pacientes. Se ha observado que los sujetos con depresión subclínica tienen un deterioro de su calidad de vida y presentan menor rendimiento laboral, mayor riesgo de sufrir depresión mayor y dependencia del abuso de sustancias que aquellos sin depresión subclínica.

### **1.2.3 Depresión enmascarada o "somatizada"**

Para Chávez (2014) este tipo de depresión son todos aquellos cuadros no observables a los usuales síntomas psíquicos de la depresión principalmente la distimia- pero que por determinados indicadores indirectos que pueden delatar su pertenencia al círculo depresivo; interpretando esta pertenencia en sentido de una variedad formal de la depresión, con una base biológica común.

Para diagnosticar este tipo de depresión se toma en cuenta la evolución que sostiene la enfermedad como: oscilaciones diarias, con despertar temprano, molestias en las primeras horas de la mañana y con una mejoría en la tarde.

Considerando que la depresión enmascarada sintomatológicamente puede modificar su contenido y acumular síntomas depresivos característicos o manifestarse como una depresión. (Chávez, 2014)

#### **1.2.4 Depresión con síntomas psicóticos**

La Organización Mundial de la Salud en la Clasificación Internacional de Enfermedades, señala que es un episodio de depresión que está acompañado de alucinaciones e ideas delirantes, enlentecimiento psicomotor que imposibilita las actividades sociales, por lo que la vida del paciente puede estar en peligro. Las alucinaciones e ideas delirantes pueden o no estar en relación con el estado de ánimo de la persona. (OMS, 1992)

Junto a los síntomas del episodio depresivo están presentes ideas delirantes o alucinaciones. Las ideas delirantes están en consonancia con el estado de ánimo, e incluyen temas de pecado, culpa, ruina o catástrofes inminentes. Esta forma de depresión es especialmente complicada por el contenido de las ideas delirantes. Ante su sospecha debe consultar con un médico de forma inmediata. (Alarcón et al., 2017)

#### **1.2.5 Trastorno bipolar**

Así, para la Organización Mundial de la Salud en la Clasificación Internacional de Enfermedades, este trastorno se caracteriza por dos o más episodios en donde el humor y la actividad del paciente están totalmente alterados. Esta alteración se llega a evidenciar por un humor elevado, con aumento de energía y actividad (hipomanía o manía) así como en otros casos se caracteriza con humor bajo, disminución de energía y de la actividad (depresión). Los episodios repetidos de hipomanía o manía se catalogan como trastorno bipolar. (OMS, 1992)

Para National Institute of Mental Health (2019) el trastorno bipolar es un trastorno mental que puede ser crónico o episódico (lo que significa que ocurre ocasionalmente y a intervalos irregulares). Puede ocasionar cambios inusuales, a

menudo extremos y fluctuantes en el estado de ánimo, el nivel de energía y de actividad, y la concentración. Al trastorno bipolar a veces se le denomina trastorno maniacodepresivo o depresión maníaca, que son términos más antiguos.

Los trastornos bipolares son un conjunto heterogéneo de enfermedades que se caracterizan por alteraciones del estado de ánimo y sufrimiento subjetivo. En los estudios de la Organización Mundial de la Salud (OMS) sobre la morbilidad mundial de las enfermedades, esta alteración ocupa el sexto puesto entre todos los trastornos médicos, constituyendo una de las enfermedades mentales más comunes, severas y persistentes. El fuerte impacto sobre la función ocupacional y social que tiene este desorden ha llevado a calificarla como una de las enfermedades de mayor discapacidad. Existen dos tipos principales, estos son el trastorno bipolar tipo I (TBI) y el tipo II (TBII). (Martínez et al., 2019)

Existen dos tipos de trastorno bipolar: el tipo 1 que se caracteriza por episodios de manía y depresión. El tipo 2 muestra episodios de hipomanía y depresión. La diferencia principal entre ambos es la severidad de los síntomas maníacos. La manía genera un impedimento en la funcionalidad incluyendo síntomas psicóticos, y muchas veces requiere de hospitalización. Así mismo, la hipomanía, no es severa para causar deterioro significativo en la funcionalidad laboral y social de la persona por lo que no se necesita hospitalización. (Martínez et al., 2019)

### **1.2.6 Trastorno distímico**

De acuerdo con la Organización Mundial de la Salud dentro de la Clasificación Internacional de Enfermedades, la distimia es un tipo de depresión crónica del estado de ánimo, que se prolonga al menos varios años, sin embargo, no encaja para una depresión severa, aunque comparta síntomas con otros tipos de depresión, por lo que debe estar presente en un periodo de al menos dos años. (OMS, 1992)

El trastorno distímico se caracteriza por un estado de ánimo depresivo durante días la mayor parte del día y dos o más de los siguientes síntomas: a) pérdida o aumento de apetito; b) insomnio o hipersomnias; c) falta de energía o fatiga; d) baja autoestima; e) pobre concentración; f) dificultad para concentrarse o para tomar decisiones, y g) sentimientos de desesperanza. Esta entidad se define como un trastorno afectivo crónico que persiste al menos 2 años en adultos. Durante ese periodo, el paciente debe tener los síntomas durante más de 2 meses seguidos y no presentar un episodio depresivo mayor. (Jiménez et al., 2013)

### **1.2.7 Trastorno adaptativo con estado de ánimo depresivo**

La Organización Mundial de la Salud para la Clasificación Internacional de Enfermedades, menciona que los trastornos de adaptación son estados de malestar subjetivo y alteraciones emocionales que repercuten con el funcionamiento y actividades sociales, que aparecen en el periodo de adaptación frente a un acontecimiento significativo estresante. Este agente puede haber afectado la integridad social del individuo (experiencias, separación, duelo, etc.) o haber experimentado una transición mayor en el desarrollo (inicio de la etapa escolar, maternidad o paternidad, conflictos en alcanzar una meta personal, jubilación, etc.) Las manifestaciones son variables incluyendo humor depresivo, ansiedad o preocupación (o una mezcla de estos); sentimiento de incapacidad para afrontar situaciones, planificación sobre el futuro o continuar una determinada situación. La manifestación sobresaliente sería una reacción depresiva leve o prolongada, o una alteración de otras emociones y de la conducta. (OMS, 1992)

Agregando a lo anterior, es importante tomar en cuenta que una persona con TA, puede presentar sintomatología depresiva, ansiosa o conductual pero no lo



suficientemente grave como para constituir un trastorno del estado de ánimo. La pérdida de la salud física o mental puede afectar notablemente al paciente, perdiendo además su capacidad para relacionarse o asistir a actividades sociales. (Lacomba et al., 2016)

### **1.3 Tratamiento para la depresión**

La depresión afecta el sistema de pensamiento del paciente, alterando los procesos cognitivos y/o distorsionándolos en mayor o menor medida. Las depresiones leves son tratadas con psicoterapia, mientras que las depresiones moderadas y graves sin síntomas psicóticos necesitan de antidepresivos y psicoterapia en forma conjunta para poder revertir por completo el trastorno depresivo. Debido a ello, los casos de depresión y sin tratamiento psicológico adecuado no tiene la posibilidad de revertir el sistema de pensamiento que lo ancla y lo mantiene en la depresión. (Navas y Vargas, 2012)

#### **1.3.1 El modelo escalonado**

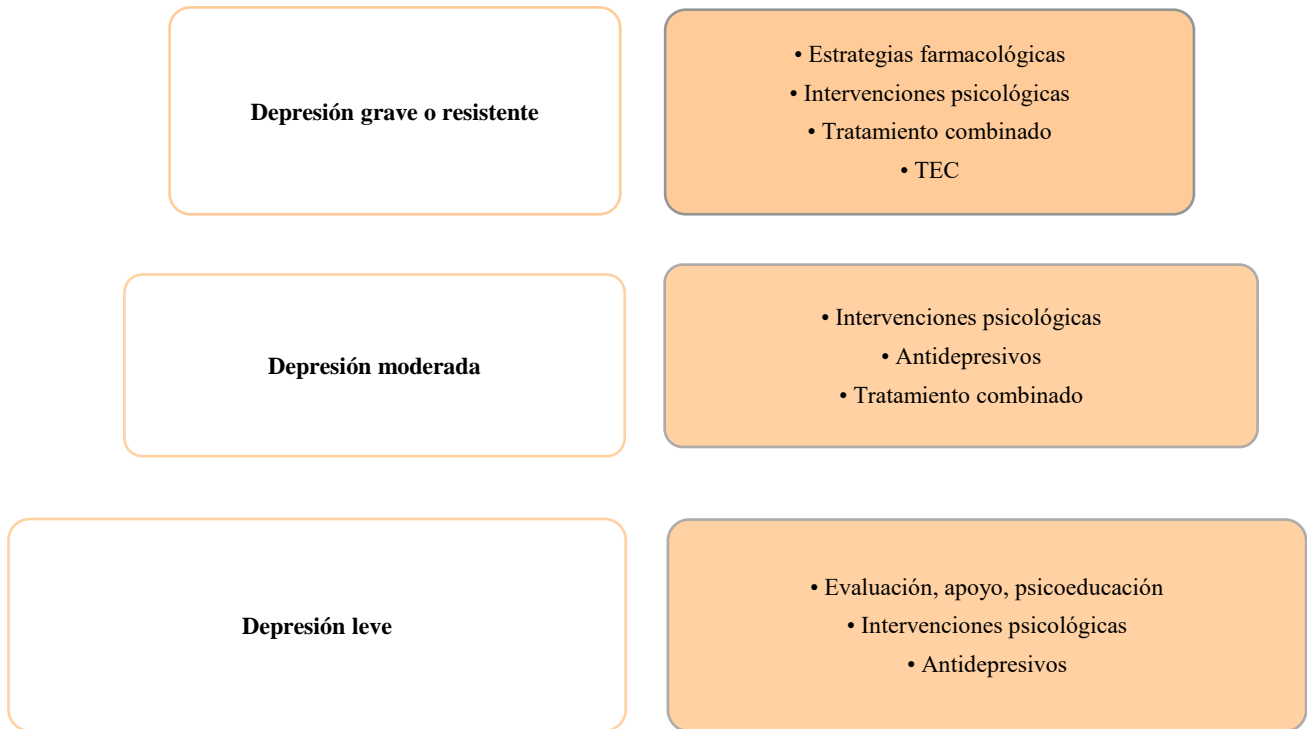
Los modelos escalonados de tratamiento se han desarrollado con el objetivo de maximizar la eficiencia mediante la proporción de las intervenciones menos intensivas según el estado y evolución del paciente. A pesar de que el escalonamiento de las intervenciones según la complejidad y gravedad de las patologías está implícito en general en la atención sanitaria, los sistemas escalonados son un intento de formalizar un continuo en la atención prestada y mejorar la eficiencia. (Ministerio de Sanidad Servicios Sociales e Igualdad, 2016)

De esta manera se ha propuesto que este modelo es el correcto para tratar la depresión por diferentes razones. Se ha determinado la evidencia de resultados en intervenciones de diferente intensidad, el uso eficiente de los recursos y la aceptación

de las intervenciones según el grado de dificultad tanto por parte de los profesionales como de los pacientes. (Ministerio de Sanidad Servicios Sociales e Igualdad, 2016)

**Figura 1:**

*Modelo Escalonado en el Manejo de la Depresión*



*Nota:* intervención de la depresión

Fuente: (Ministerio de Sanidad Servicios Sociales e Igualdad. 2016)

### **1.3.2 Terapia de Conducta**

Es decir, la modificación de conducta acogería la aplicación de los principios y leyes del aprendizaje a cualquier ámbito (escolar, clínico, familiar) y realizado por cualquier persona (profesorado, familia, profesionales del trabajo social, etc.). Por su parte, la (TC) sería la aplicación de las técnicas de modificación de conducta a comportamientos disfuncionales en el contexto clínico por profesionales de la psicología. (Eelen, 2018; Martin y Pear, 2007, como se citó en Rodríguez et al., 2022)

### **1.3.3 Terapia cognitiva**

El objetivo de la terapia cognitiva para la depresión es eliminar los síntomas depresivos y prevenir las recaídas; desde el modelo cognitivo, esto se consigue ayudándole a identificar y modificar las cogniciones desadaptativas que le producen emociones y conductas contraproducentes. La forma más poderosa de modificar esas cogniciones es su contrastación con la realidad empírica. Con esta finalidad se utilizan técnicas cognitivas y conductuales. (Zuluaga, 2018)

La presencia de síntomas y cuadros depresivos clínicamente significativo es frecuente entre los pacientes con deterioro cognitivo. Las muestras clínicas indican que entre el 30-50% de los pacientes con deterioro cognitivo presentan síntomas depresivos. Los síntomas depresivos son una fuente importante de discapacidad funcional adicional a la causada por el deterioro cognitivo. (Pesantes et al., 2019)

### **1.3.4 Psicoterapia Interpersonal**

La (IPT) es una psicoterapia centrada en los problemas psicosociales e interpersonales del enfermo mental o de la persona en demanda de tratamiento se concentra en las conexiones entre patología y contexto psicosocial; otorga más importancia al presente que al pasado, examinando las relaciones personales del paciente en la actualidad e intentando intervenir en la formación de síntomas y en la disfunción social asociada al presente episodio depresivo o de otra índole. (Zuluaga, 2018)

## **1.4 Depresión hospitalaria y consecuencias**

El hospital es considerado como un factor estresante de tipo físico, sociocultural y personal, específicamente para el paciente que ingresa y para sus familiares que lo acompañan. Es importante identificar todas las implicaciones psicológicas que pueden conllevar la hospitalización generando un impacto en

diferentes áreas. El ingreso al ámbito hospitalario genera un nivel de angustia, entendiendo que la depresión es compleja debido a la intervención de muchos factores en la cual se encuentra la población de adultos. (Benítez et al., 2016)

La situación de hospitalización supone por sí misma una carga emocional preocupante más algunos problemas implicados, ya sean propios del paciente o familiares considerando la enfermedad que padece, como los tratamientos y exploraciones al que puede ser sometido complicando más su situación actual. Incluso, varios de los factores que intervienen en las reacciones del individuo son: abandono de su hogar, compartir habitación con otros pacientes, adaptarse a un nuevo horario de alimentación, sueño, visitas e incluso estar aislado. (Benítez et al., 2016)

Además, como obstáculos para una atención segura se encuentran la falta de recursos y del personal sanitario capacitado para tratar estas situaciones, incluso la estigmatización en la sociedad hacia los trastornos mentales y la evaluación clínica errónea. (AEMPI, 2017)

Es imprescindible mencionar el uso necesario de la Escala de Ansiedad y Depresión Hospitalaria (HADS), que se ha usado ampliamente para evaluar el malestar emocional en pacientes con diferentes padecimientos crónicos. Fue creada por Zigmund y Snaith (1983) para la evaluación de los síntomas cognitivos y conductuales y no así los síntomas somáticos de la ansiedad y depresión; como insomnio, fatiga, pérdida y/o aumento de peso y/o apetito. Ha sido aplicada en pacientes que acuden con regularidad a hospitales no psiquiátricos, resultando una herramienta útil para la detección de síntomas como tal en una población con condición médica (en comparación con el resto de las escalas de autoaplicación en el área). (Noguera et al., 2013)

En conclusión, este capítulo abarca de manera consecutiva varios conceptos de depresión en los cuales, indican que es un trastorno del estado de ánimo caracterizado por varios síntomas, creando un desajuste emocional con su aparición a cualquier edad; siendo factor de riesgo para aquellos que se encuentran hospitalizados debido a una enfermedad médica, desencadenando sufrimiento personal, social, laboral y familiar en la vida diaria del paciente.

De igual forma se encuentran los tipos de depresión, siendo relevantes con la aparición de sus síntomas, así como los tratamientos existentes para tratar cada una de ellas; considerando la importancia sobre la depresión hospitalaria y consecuencias, ya que esta situación se convierte en un factor estresante afectando el estado de ánimo.

## **CAPÍTULO 2**

En este capítulo se procederá con la metodología y objetivos del presente trabajo de investigación, mismos que se enfocan en establecer la sintomatología depresiva en pacientes hospitalizados de América latina en los últimos 10 años, tema del cual ya se tiene una base de conocimiento, debido al desarrollo de un amplio marco teórico expuesto en el capítulo anterior.

Esta segunda fase de la revisión bibliográfica que consiste en la selección de varios artículos científicos mediante los criterios de inclusión y exclusión que se plantearon, por lo que dicha información será procedente de fuentes de renombre en el ámbito investigativo y educativo, finalmente se concluirá con un análisis crítico con los resultados de los artículos revisados.

Se espera poder obtener la mayor cantidad de información confiable posible y sea de utilidad para los profesionales de la salud mental, que como ya se percibió en el capítulo anterior cada vez se ve en aumento los síntomas de depresión en pacientes que residen en una casa de salud en América latina, además de tener la posibilidad de adquirir herramientas nuevas para ayudar a futuros pacientes.

# **METODOLOGÍA**

## **2.1. Objetivo General**

Elaborar la revisión bibliográfica de estudios que han identificado sintomatología depresiva en pacientes adultos hospitalizados de América latina en los últimos 10 años

## **2.2 Objetivos Específicos**

- Analizar investigaciones sobre síntomas depresivos en pacientes adultos hospitalizados

- Identificar la relación entre el estado de ánimo y la situación de hospitalización

## **2.3 Tipo de investigación**

El modelo de investigación que se utilizará en esta revisión bibliográfica es de tipo cualitativo. Cuyo objetivo es realizar una investigación documental recopilando información ya existente sobre un tema o problema y de tipo descriptivo. Se usará navegadores base como Scholar Google, SciELO, Dialnet, Redalyc.

## **2.4 Criterios de inclusión**

Se tomará en cuenta los criterios de inclusión para la obtención de datos, que serán los siguientes:

- Estudios relacionados con sintomatología depresiva en pacientes adultos hospitalizados de América latina.

- Estudios relacionados con sintomatología depresiva en pacientes adultos hospitalizados entre los 18 y 64 años.

- Artículos publicados en español dentro de los últimos 10 años.

- Palabras claves: sintomatología, depresión, depresión hospitalaria, estado de ánimo, consecuencias, pacientes adultos, hospitalización, enfermedades, América latina.

- Bases de datos: SciELO, Dialnet, Redalyc y Scholar Google

## **2.5 Criterios de exclusión**

- Artículos superiores a 10 años

- Artículos científicos de contenido con rango de edad menores a 18 años y mayores a 64 años

- Artículos con información que no se ajuste a los criterios de inclusión

## **2.6 Establecimiento de criterios de búsqueda**

- Sintomatología depresiva en pacientes hospitalizados

- Enfermedades y Salud mental

- Artículos específicos

- Fechas de publicación últimos 10 años

## **2.7 Tipo de Procedimiento**

Primer paso se desarrollará el capítulo uno del esquema tentativo. Como segundo paso se elaborará la metodología en la cual se utilizará como principales bases de datos SciELO, Dialnet y Redalyc, así mismo, se consultará en Scholar Google los artículos científicos que se desarrollarán a lo largo de la investigación con las palabras claves: sintomatología, depresión, depresión hospitalaria, estado de ánimo, consecuencias, pacientes adultos, hospitalización, enfermedades, América latina. En el tercer paso, se realizará la selección de los artículos de la metodología descrita, que cumplirán con los criterios requeridos. Como cuarto paso, se procederá a la revisión de artículos científicos sobre sintomatología depresiva en pacientes adultos hospitalizados de América Latina en los últimos 10 años. En el quinto paso, se analizará las investigaciones seleccionadas, en donde se identificará la relación del estado de ánimo y la situación de hospitalización en estos pacientes. Por último, se obtendrán conclusiones y se darán recomendaciones en base a la información que se recolectará de las referencias seleccionadas.

### **2.7.1 Selección de artículos**

En las páginas anteriormente indicadas se obtuvo 430 artículos en español relacionados con el tema propuesto, posterior a eso se descartó los artículos que no cumplían con los criterios de inclusión para la investigación, de los cuales quedaron 32 artículos desde el año 2012 hasta el 2022 los cuales se destacan por el tipo de información contenida en los artículos.



En la base de datos Scielo se obtuvo un total de 10 artículos, en Scholar Google 19 artículos, en Redalyc 0 y 3 artículos en Dialnet, dando un total de 32 artículos en español.

## 2.8 Revisión de artículos científicos sobre sintomatología depresiva en pacientes adultos hospitalizados de América latina en los últimos 10 años

**Tabla 1**

*Selección de artículos*

| <b>Base de datos</b>   | <b>Descripción utilizada para la búsqueda</b>                                      | <b>Cantidad de artículos obtenidos</b> | <b>Cantidad de artículos excluidos</b> | <b>Cantidad de artículos incluidos</b> |
|--|--|--|--|--|
| <b>Scielo</b>  | Síntomas, depresión hospitalaria, pacientes adultos, enfermedades, América Latina. | 61                                     | 51                                     | 10                                     |
| <b>Scholar Google</b><br>(Artículos de investigación en revistas, guías de práctica clínica, informes, repositorios) | Síntomas, depresión hospitalaria, pacientes adultos, enfermedades, América Latina. | 212                                    | 193                                    | 19                                     |

---

de tesis en  
especialización o  
maestrías)

---

|                |   |    |    |   |
|----------------|---|----|----|---|
| <b>Redalyc</b> | Síntomas, depresión<br>hospitalaria, pacientes<br>adultos, enfermedades,<br>América Latina. | 87 | 87 | 0 |
| <b>Dialnet</b> | Síntomas, depresión<br>hospitalaria, pacientes<br>adultos, enfermedades,<br>América Latina. | 70 | 67 | 3 |

---

*Nota:* esta tabla muestra la cantidad de artículos seleccionados en cada base de datos

## 2.9 Tabla de artículos seleccionados

**Tabla 2**

*Resultados de los artículos científicos*

| <b>Año</b> | <b>Autor</b>        | <b>Nombre del artículo</b>  | <b>Resultados</b>  |
|------------|---------------------|---|--|
| 2012       | (León et al., 2012) | <b>Prevalencia de depresión y factores de riesgo asociados en pacientes con diabetes mellitus tipo 2 del Centro Médico Nacional</b> | Dicho estudio tiene objetivo determinar la prevalencia y los factores relacionados con la depresión en pacientes con diabetes mellitus tipo 2 que acuden a consulta en el Servicio de Endocrinología del Centro Médico Nacional (México). Para la investigación se utilizó el test Beck Depression Inventory (Inventario de Beck-BDI), consta de 21 ítems, para cada uno existen cuatro posibles respuestas, de acuerdo con la gravedad confieren de 0 a 3 puntos. La calificación total máxima es de 63. La aplicación del cuestionario demanda de 10 a 15 minutos de tiempo. Una puntuación menor a nueve sugiere la ausencia de depresión; entre 10 y 18 representa una afección depresiva leve; de 19 a 29, moderada; y de 30 o más, depresión severa. |

---

Se estudiaron en total 168 pacientes con diagnóstico de diabetes mellitus tipo 2, de éstos, la mayoría son mujeres, 63.1% (106 pacientes). El promedio de edad fue de  $57 \pm 10.9$  años. La mayoría de las pacientes (30.4% 51 participantes) tenía edad entre 58 y 67 años. El 28.8% (48 sujetos) se ubicaron entre los 48 y 57 años de edad; un 17.9% (30 participantes tenían entre 38 y 47 años y finalmente estuvieron los ubicados entre los 28 y 37 años, con un porcentaje de 4.2% (siete participantes). La mayoría de los pacientes tienen 10 o más años de evolución de la diabetes mellitus (51.8%, 87 pacientes). Se diagnosticó depresión en 62 pacientes (36.9%); de ellos, 35 tuvieron depresión leve (20.85%), 22 depresión moderada (131.1%) y cinco presentaron depresión severa (3%).

---

|             |               |  |  |
|-------------|---------------|--|--|
| <b>2013</b> | (Rojas, 2013) | <b>Incidencia de depresión en pacientes hospitalizados, departamento de medicina</b> | Se realizó con el principal objetivo de conocer la frecuencia de pacientes hospitalizados en el departamento de medicina interna del hospital regional de occidente, así |
|-------------|---------------|--|--|

---

|             |                         |   |  |
|-------------|-------------------------|---|--|
|             |                         | <b>interna, hospital regional de occidente, año 2010</b>                              | <p>como conocer las principales características epidemiológicas de los pacientes con depresión, uso de medicamentos, número de hospitalizaciones previas en Guatemala. De 150 quienes se entrevistó y se realizó el test de escala autoaplicada para la medida de depresión de Zung y Conde. De las personas estudiadas, 77 (51.3%), presentaron características depresivas, y 23 (15.4%), depresión clínica. Se evidenció mayor prevalencia de depresión en el género femenino, edades entre 43 a 72 años, solteros, amas de casa y pacientes sin oficio. Además, proporcionalmente a la severidad de depresión se incrementaron el uso de analgésicos, número medicamentos consumidos y número de hospitalizaciones previas. De los pacientes con depresión únicamente tres tomaban algún tipo de antidepresivo desde antes de su hospitalización.</p> |
| <b>2014</b> | (Alvarado et al., 2014) | <b>Asociación entre Ansiedad-Depresión y el síndrome de fibromialgia en 3 centros</b> | <p>El objetivo es determinar la asociación entre depresión y ansiedad con el Síndrome de Fibromialgia en los pacientes</p>   |

---

**asistenciales de Lambayeque,  
Perú,2011 -2012**

atendidos por consulta externa de tres centros asistenciales del distrito de Chiclayo, Perú.

Estudio analítico de tipo casos y controles prospectivo en el que los pacientes provenientes de los consultorios de medicina interna y reumatología de 3 centros asistenciales fueron evaluados mediante entrevista estructurada para datos clínicos y epidemiológicos. De 208 pacientes en total, adultos ( $\geq 20$  y  $\leq 59$  años cumplidos), 52 (25%) fueron casos y 156 (75%) controles. Para el diagnóstico de ansiedad y depresión se utilizaron las escalas de ansiedad y depresión de Zung y col, de veinte, la que clasifica a la Depresión de la siguiente forma: Ausencia de Depresión: depresión 68 puntos. En el test de Zung para depresión, los aspectos somáticos tienen mayor peso que el componente afectivo. Hubo mayor frecuencia de Síndrome de Fibromialgia en las mujeres 48 (92%); la mayoría de las pacientes con Fibromialgia tuvieron algún grado de Depresión (96,2%) siendo la severa el grupo con mayor frecuencia 20 (38,4%). En el grupo de controles 83,3%

---

---

|             |                          |  |  |
|-------------|--------------------------|--|--|
|             |                          |  | <p>sufrían algún tipo de depresión siendo la categoría leve la más frecuente 90 (57,7%) en el grupo de los controles, 88 (56,4%) tuvieron ambos desordenes psiquiátricos.</p>  |
| <b>2014</b> | (Hernández et al., 2014) | <b>Relación de la depresión, ansiedad y calidad de vida en pacientes hospitalizados con insuficiencia cardiaca</b> | <p>En el presente estudio se utilizó un diseño no experimental transversal correlacional, en el cual participaron 28 pacientes mayores de 18 años, diagnosticados con insuficiencia cardiaca y hospitalizados en el Hospital General de México. En su mayoría, los pacientes fueron de sexo masculino. La evaluación psicológica se realizó usando los siguientes instrumentos: Escala de Ansiedad y Depresión Hospitalaria (HADS) formada por 14 ítems, siete para cada trastorno, donde los ítems nones corresponden a la ansiedad y los pares a la depresión, con una escala de respuestas que va de 0 a 3. Asimismo, se ha demostrado que los eventos estresantes precipitan la depresión, y la amenaza de muerte y la pérdida de autonomía que acompañan a los pacientes con (IC) son estresores que generan depresión y disminuyen la calidad de vida. Respecto a la variable de depresión, 25% de los</p> |

---



|             |                   |  |  |
|-------------|-------------------|--|--|
|             |                   |  | pacientes dijo no padecerla, 43% puntuó en las categorías de leve y moderada, y 32% señaló sufrirla en un grado severo.  |
| <b>2014</b> | (Domínguez, 2014) | <b>Prevalencia de depresión y factores relacionados en pacientes hospitalizados en el departamento de medicina interna del hospital Vicente Corral Moscoso</b> | Determinar la prevalencia de depresión en pacientes mayores de 20 años, ingresados en el departamento de Medicina Interna del Hospital Vicente Corral Moscoso en Cuenca-Ecuador. Se estudió 370 pacientes, el promedio de edad fue 56 años DS $\pm$ 18; mujeres fueron el 55% de la muestra. En los instrumentos se usó el Test de Hamilton (Anexo II) el cual consta de 17 ítems con un puntaje igual o mayor a siete puntos se considera positivo para depresión. La prevalencia de Depresión fue de 33.0% (n= 122) (IC 95% 28.0 – 37.0) en pacientes hospitalizados en el departamento de medicina interna del hospital Vicente Corral Moscoso. La edad que mayor prevalecía tuvo depresión, fueron los menores de 44 años con un 34.9% (n=45) (RP 1.09 IC 95% 0.8 – 1.4 p < 0.5), en comparación con el grupo de más de 45 años. Analizando el sexo de los pacientes las mujeres presentaron una prevalencia del |

---

34.8% (n=71) (RP 1.13 IC 95% 0.84 – 1.52 p< 0.4) en comparación al sexo masculino. La prevalencia de depresión fue 33.0% IC 95% 28.0 - 37.0; en el grupo de 20-44 años alcanzó el 34.9% IC 95% 27.0 - 43.0 y en mujeres 34.8% IC 95% 28.0 - 41.0. La asociación depresión y hemorragia digestiva alta presentó 39.3% (RP 1.2, IC 95% 0.9- 1.8, valor p 0.27), con pie diabético 37.7% (RP 1.2, IC95% 0.82-1.70, valor p 0.39), enfermedad pulmonar crónica 34.4% (RP 1.1, IC 95% 0.72-1.53, valor p 0.79), insuficiencia cardiaca 31.8% (RP 1.0, IC95% 0.70-1.40, valor p 0.79), cáncer de tracto digestivo 26.7% (RP 0.80, IC 95% 0.53-1.1, valor p 0.11), antecedentes familiares de depresión 35% (RP 1.1, IC 95% 0.60-2.0, valor p 0.84), necesidades básicas insatisfechas 29.8% (RP 0.86, IC 95% 0.60-1.2, valor p 0.33). Se describen dos grupos: Antecedentes familiares de depresión presentó una frecuencia de 35% en los pacientes con depresión, la diferencia no fue significativa (RP 1.1, IC 95% 0.60-2.0, valor p 0.84).

---

|      |                          |   |  |
|------|--------------------------|---|--|
| 2014 | (Tellería, 2014)         | <b>Evaluación de los niveles de depresión, ansiedad y factores psicosociales con pacientes con diabetes gestacional previa. ciudad hospitalaria “Dr. Enrique Tejera”. periodo 2011-2012</b> | Para estudiar la relación entre diabetes gestacional previa con los niveles de depresión y de ansiedad, se desarrolló un estudio descriptivo no experimental de corte transversal, realizando una entrevista ad hoc y aplicando los Test de Depresión de Beck y el de Ansiedad de Hamilton. La muestra conformada por 39 mujeres con una edad de 31,72 ( $\pm 7,02$ ) años en Valencia-Venezuela. La depresión estuvo presente en 64,1% (n=25) de la muestra, la mayoría, 41% (n=16) reportó depresión leve, 10,3% (n=4) una depresión moderada y 12,8% (n=5) una depresión grave. |
| 2016 | (Arancibia et al., 2016) | <b>Funcionamiento psicosocial en pacientes agudos y crónicos no psiquiátricos en régimen hospitalario: depresión, alexitimia y falta de asertividad</b>                                     | La muestra quedó conformada por adultos hospitalizados mayores de 18 años durante abril y mayo de 2015 en los Servicios de Medicina Interna, Oncología y Traumatología del Hospital Carlos van Buren de Valparaíso - Chile. Fueron aplicados el Inventario de Depresión de Beck-IA (BDI-IA). Se incluyeron 80 participantes de entre 19 y 70 años (51,3 años promedio), siendo categorizados en dos  |

---

grupos según el carácter de la instalación temporal del motivo de hospitalización actual. El puntaje promedio de BDI-IA del total de la muestra fue de 13,4 (DE  $\pm$  8,4), exhibiendo un 55% algún grado de depresión.

Asimismo, el porcentaje de mujeres que reportó algún nivel de depresión fue significativamente superior que la de hombres (66,7% versus 42,1% -  $p = 0,024$ ), presentando puntajes promedio también superiores (15 versus 11,6 -  $p = 0,031$ )

---

**2017**

(Anguiano et al., 2017)

**Prevalencia de ansiedad y depresión en pacientes hospitalizados**

La depresión conlleva una serie de respuestas emocionales en los pacientes, que alteran el funcionamiento general, la morbimortalidad y los costos de atención en salud, al prolongar la estancia del paciente en el hospital Juárez de México. El propósito del presente fue evaluar a pacientes hospitalizados en los servicios de medicina interna y hematología para: 1) determinar niveles de depresión, y 2) determinar relaciones entre depresión, y tiempo con la enfermedad. Participaron 111 pacientes hospitalizados con

---

|             |                        |  |   |
|-------------|------------------------|--|---|
|             |                        |  | <p>una edad de 17-60 años en adelante, los cuales la Escala de ansiedad y depresión hospitalaria (Hospital Anxiety and Depression Scale, HADS). Se identificó mayor presencia de depresión a mayor tiempo de enfermedad. Al realizar la aplicación del HADS, el 47% síntomas de depresión. La media de depresión de 8.82 (D. T= 5.40)</p>   |
| <b>2018</b> | (Moreira et al., 2018) | <p><b>Depresión asociada al apoyo social, estancia hospitalaria y patología médica en pacientes ingresados en hospital de clínicas Dr. Manuel Quintela</b></p> | <p>La población se compone por el universo de pacientes internados en el Hospital de Clínicas Dr. Manuel Quintela Montevideo-Uruguay. Más de la mitad de los entrevistados presentaban algún grado de depresión. De un total de 170 usuarios internados, 21 no se encontraban en condiciones médicas de ser entrevistados, 19 estaban aislados, 18 no aceptaron formar parte del estudio, 16 se encontraban en interconsulta con otra especialidad o realizándose estudios. A los pacientes hospitalizados en el período 7-9 de octubre de 2015 se les aplicó la escala validada de Beck para depresión en su versión revisada (BDI-I). Los puntos de corte son: 0-9 altibajos normales del estado de ánimo, 10-18 depresión leve a moderada, 19-29 depresión entre</p> |

---

---

moderada y severa, de 30 a 63 depresión severa. El inventario de depresión de Beck es una herramienta de gran extensión ampliamente manejada en investigación. En algunos grupos poblacionales su validez ha sido puesta en duda, por ejemplo, en los pacientes con patología médica. De un total de 170 usuarios internados, 21 no se encontraban en condiciones médicas de ser entrevistados, 19 estaban aislados, 18 no aceptaron formar parte del estudio, 16 se encontraban en interconsulta con otra especialidad o realizándose estudios. Finalmente, de los 96 pacientes entrevistados, 44 eran de sexo masculino y 52 de sexo femenino. La mayoría (61,5%) eran mayores de 46 años. Quienes padecían depresión leve representaban más de un tercio de los casos, 10,4% presentaban depresión moderada y 5,2% depresión severa. El 5,2% de los pacientes presentaron ideas de autoeliminación. El 88% de quienes negaron estas ideas no presentaron depresión o presentaron depresión leve. El 80% de los pacientes que declararon haber experimentado ideas de autoeliminación

---

---

|                    |                                |  |   |
|--------------------|--------------------------------|--|---|
|                    |                                |  | <p>presentaron niveles depresivos moderados y severos. Asimismo, es preciso observar que todos los pacientes que presentaron ideas de autoeliminación tenían algún tipo de depresión (leve, moderada, severa). Fue posible afirmar que 73,3% de los usuarios con apoyo social escaso presentó síntomas depresivos con un aumento de la depresión sobre todo de tipo moderada y leve. Hubo una mayor incidencia de depresión en pacientes con estancia hospitalaria prolongada.</p>  |
| <p><b>2018</b></p> | <p>(Preciado et al., 2018)</p> | <p><b>Ansiedad, depresión, estrés y apoyo social percibido en el proceso de hospitalización de la sociedad de cirugía Hospital de San José de la ciudad de Bogotá-Colombia</b></p> | <p>Se determinó la presencia de depresión en el proceso de hospitalización, en una muestra probabilística de 232 personas en el Hospital de San José de la ciudad de Bogotá-Colombia, con un protocolo que incluyó entrevista semiestructurada, inventario de depresión de Beck (BDI-II), Escala de ansiedad y depresión hospitalaria (HADS) (subescala de ansiedad). Como criterio de inclusión se obtiene que los pacientes sean mayores de edad. Los resultados indican presencia de depresión en el 55% de los participantes. El promedio en el BDI-II de los participantes</p> |

---

---

fue de 12.45 DE: 9.05, lo cual indica la presencia de depresión leve; no obstante, las distribuciones de las personas para depresión moderada y grave fueron del 31%, el 17.2% y el 7.3 respectivamente. Con relación al sexo, los hombres tienen una puntuación promedio superior con 13.36 DE: 9.79 en comparación con la de las mujeres que es de 11.79 DE: 8.44. En cuanto a la presencia de depresión leve de acuerdo con la edad, el estado civil y la estancia hospitalaria los adultos emergentes, las personas solteras y aquellos con estancia larga tienen las puntuaciones promedio más elevadas con 13.74 DE: 9.91, 13.11 DE: 9.76 y 13.81 DE: 9.66, respectivamente.

---

**2019**

(Rodríguez, 2019)

**Nivel de Depresión en pacientes Hospitalizados en el Servicio Medicina Regional Virgen De Fátima, Chachapoyas, 2017. Level of Depression in Hospitalized Patients in the Medicine Service,**

El presente estudio de investigación es de enfoque cuantitativo: de tipo prospectivo-descriptivo, cuyo objetivo fue determinar el nivel de depresión en pacientes hospitalizados en el servicio de medicina del hospital Regional Virgen de Fátima Chachapoyas-Perú. La muestra estuvo conformada por 30 pacientes mayores de 18 años hospitalizados. Para la recolección de datos se utilizó el



|                    |   |  |   |
|--------------------|---|--|---|
|                    | <p><b>Virgen De Fatima Regional Hospital, Chachapoyas, 2017</b></p> | <p>método de la encuesta, la técnica psicometría y como instrumento el Test de Zung que mide el nivel de depresión. El cual tuvo una validez de que oscilan entre 0.50 y 0.80 y una confiabilidad entre 0.79 y 0.92 mediante método de Cronbach, obteniendo un resultado que presenta que del 100% (30) de los pacientes hospitalizados el 34.5% (10) no tienen depresión, el 51.7% (15) depresión ligera, el 16.7% depresión moderada (5) y 0% depresión severa; según dimensiones; en la dimensión síntomas somáticos predomina depresión leve 51.7%; en la dimensión síntomas cognitivos mayor porcentaje depresión moderada 69%; en la dimensión estado de ánimo predomina depresión leve 73.3%; y en la dimensión síntomas psicomotores depresión moderado 50%.</p> |   |
| <p><b>2019</b></p> | <p>(Meza y Santayana, 2019)</p>                                     | <p><b>Esquemas mal adaptativos tempranos y depresión en pacientes jóvenes hospitalizados</b></p>   | <p>La investigación tuvo como objetivo encontrar la relación entre los Esquemas mal adaptativos tempranos y la depresión para identificar cuál o cuáles de los 18 esquemas instaurados son los que predominan para dar un posible origen a la depresión. La muestra es de 100 pacientes</p> |

---

varones con edades oscilantes entre los 18 y 23, internados en diferentes unidades de hospitalización en una Institución de Salud de Lima-Perú. Asimismo, se utilizó la Escala de Depresión que consta de 20 frases relacionadas a esta problemática, formuladas la mitad en términos positivos y la otra mitad en términos negativos. Tienen gran peso los síntomas somáticos y los cognitivos, con 8 ítems para cada grupo, completándose la escala con dos ítems referentes al estado de ánimo y otros dos a síntomas psicomotores. Se observa que el 33% de los pacientes jóvenes hospitalizados en una Institución de Salud de Lima se encuentran dentro de lo normal, el 52% presenta una depresión leve, el 11% una depresión moderada y el 4% un nivel de depresión intensa. Los resultados arrojaron que el único esquema mal adaptativo temprano que se relaciona con la depresión es el esquema de Negatividad con un 95% de confianza. Además, al reprimir sus sentimientos, impulsos y elecciones siendo niños, ocasionaron que, en la etapa adulta, vean la vida de forma pesimista. Por lo cual,

---

---

inferimos que un 67% presenta este diagnóstico en sus diferentes niveles, lo que nos lleva a confirmar el incremento de esta enfermedad en la sociedad y con mayor razón al estar en una situación de hospitalización.

---

**2019**

(Muñoz et al., 2019)

**Ansiedad y depresión en  
pacientes Internados en dos  
hospitales de Arequipa, Perú**

Los participantes del presente estudio fueron pacientes hospitalizados con rango de edad entre los 27 y 73 años en el servicio de medicina general, en dos hospitales del sector público de la ciudad de Arequipa, Perú. Los hospitales seleccionados para el estudio fueron, un hospital perteneciente al seguro social de salud y otro hospital perteneciente al ministerio de salud del Perú. En total fueron 50 pacientes evaluados, siendo 23 mujeres y 27 varones. Se utilizó la escala hospitalaria de ansiedad y depresión (HADS; Zigmond y Snaith, 1983), que es un cuestionario autoadministrado creado como prueba de tamizaje en atención primaria, con el fin de identificar casos de ansiedad y depresión. El HADS consta de dos escalas, una para ansiedad y otra para depresión, siendo cada escala de 7 ítems, siendo un total de 14 ítems para la

---

---

prueba, los ítems impares se refieren a la ansiedad y los ítems pares a la depresión, siendo todos los ítems puntuados en una escala Likert de 0 a 3 puntos. El HADS representa 3 categorías para identificar problemas de ansiedad y depresión siendo los puntos de corte para estas categorías de 0 a 7 “normalidad”, 8 a 10 “caso probable” y de 11 a 21 “caso ansiedad” o “caso depresión”.

Los resultados por sexo, se observa que tanto hombres como mujeres presentan puntajes medios que corresponden a la categoría “caso probable”, lo que indicaría que tantos hombres como mujeres tenían presencia de síntomas de depresión al momento de la evaluación. Se puede observar que con respecto a la depresión no existe diferencia significativamente entre hombres y mujeres. Los resultados respecto a los hospitales, los pacientes del hospital del seguro social y del hospital del ministerio de salud presentan puntajes similares, correspondientes a “caso probable” tienen un

---

|             |                        |   |  |
|-------------|------------------------|---|--|
|             |                        |   | ligero incremento con respecto al hospital del seguro social.  |
| <b>2019</b> | (Lorenzo et al., 2019) | <b>Caracterización clínica y terapéutica del episodio depresivo en pacientes hospitalizados</b> | El objetivo del estudio es caracterizar los pacientes hospitalizados con diagnóstico de episodio depresivo según síntomas clínicos en el Hospital Clínico Quirúrgico Docente Dr. León Cuervo Rubio, Pinar del Río-Cuba. El universo quedó constituido por 116 pacientes con rangos edades de 20-29; 30-39; 40-59, 60 y más. Se recopilaron datos de las interconsultas a las salas, donde se utilizaron métodos como la observación, test y pruebas psicológicas; la entrevista, para descartar síntomas psicóticos y neurológicos. Se evidenció mayor incidencia en las edades comprendidas entre 40-59 años para un 87, 86%, el sexo femenino fue el más afectado representado el 77,58%. Los principales síntomas fueron en el total de los casos, disminución de la atención y concentración, pérdida de la confianza en sí mismo, sentimientos de inferioridad (68, 95%) ideas de culpa e inutilidad, del total de enfermos estudiados. |

---

2019

(Guamán, 2019)

**Asma no controlado asociado a depresión y ansiedad en pacientes que acuden al servicio de neumología del Hospital Eugenio. Estudio de casos y controles**

La salud mental en pacientes asmáticos es relevante pues existe riesgo de exacerbación y mal control cuando los estados del ánimo se afectan. Se realizó un estudio epidemiológico de Casos y Controles no pareado retrospectivo desde el período 2018 a 2019, en una muestra de 116 pacientes mayores de 18 años con asma del área de neumología del Hospital Eugenio Espejo en Quito (Ecuador). Por lo que se realizó la aplicación de la Escala Hospitalaria de ansiedad y depresión (HADS) a los 116 pacientes en los cuales 18 (15.52%) presentaron test positivo para depresión de los cuales 10 corresponden a asma no controlado y 8 a asma controlado, de entre los cuales 48 tuvieron exacerbación de asma con problemas de salud mental, distribuyéndose 18 (37.5%) en el grupo de asma controlado y 30 (62.6%) en el grupo de asma no controlado, determinando que 1.32 veces tiene un paciente de no controlarse de su asma en relación al que no tiene ansiedad y depresión. Destacando en este estudio que las variables “adherencia”, “control del asma”, y la presencia

---

|             |                             |   |   |
|-------------|-----------------------------|---|---|
|             |                             |   | de “ansiedad o depresión” presentan asociación estadística (p= 0.004); al igual que la “adherencia”, “grado de exacerbación” y “patología de salud mental” (p= 0.001).  |
| <b>2019</b> | (Martínez y Vázquez., 2019) | <b>Depresión y Ansiedad en Pacientes con Diabetes Mellitus Tipo 2 del Hospital Comunitario de Jonuta, Tabasco “Arsenio Filigrana Zubieta”</b> | El presente estudio tiene como objetivo identificar el nivel de depresión, ansiedad y la relación que existe en las variables de estudio en pacientes con diabetes mellitus tipo II del Hospital Comunitario Arsenio Filigrana Zubieta de Jonuta, Tabasco (México). Para la recolección de datos se utilizó el test Inventario de Beck-II (BDI-II), está compuesta por 21 ítems, y cada ítem se responde en una escala de 4 puntos, de 0 a 3, excepto los ítems 16 (cambios en el patrón de sueño) y 18 (cambios en el apetito) que contienen 7 categorías. Si una persona ha elegido varias categorías de respuesta en un ítem, se toma la categoría a la que corresponde la puntuación más alta. Las puntuaciones mínima y máxima en el test son 0 y 63. Se han establecido puntos de corte que permiten clasificar a los evaluados en uno de los siguientes cuatro grupos: 0-13, mínima depresión; 14-19, depresión leve; 20-28, depresión |

---

---

moderada; y 29-63, depresión grave. Y el instrumento de Hamilton en este instrumento la escala está compuesta por 14 ítems referentes a síntomas ansiosos y uno referido al comportamiento durante la entrevista tipo observacional para paciente con diagnóstico de ansiedad.

Como criterio a cumplir es incluir a todos los pacientes diagnosticados con diabetes mellitus tipo 2 mayores de 18 años. Se obtuvo como resultado que 24 pacientes (68.6%) corresponden al sexo femenino. Al analizar los datos obtenidos a través del inventario de Depresión de Beck se comprueba que 22 (62.9%) de los pacientes presentaron depresión mínima y 7 (20.0%) presentaron depresión leve, 5 (14.3%) obtuvieron depresión moderada y tan solo 1 (2.9%) presentó depresión grave.

---

**2020**

(Bedoya y Ghiso, 2020)

**Prevalencia de los rasgos mal adaptativos de personalidad y su influencia en el desenlace clínico**

El objetivo de esta investigación es determinar la prevalencia de rasgos maladaptativos de personalidad en los pacientes hospitalizados por depresión. Se tomaron 96 pacientes en edades entre los 18 y 64 años hospitalizados

---



|                    |  |   |   |
|--------------------|--|---|---|
|                    | <p><b>del paciente hospitalizado por depresión</b></p> | <p>en la Clínica Montserrat - Instituto Colombiano del Sistema Nervioso (Colombia), con diagnóstico de trastornos depresivos. Entre estos, 60 pacientes fueron mujeres y 36 pacientes hombre, es decir, 62.5% y 37.5% respectivamente. El 65.63% fueron solteros, 18.75% estaban casados, el 10.42% se encontraban en unión libre, 4.17% eran separados, y tan solo 1.04% viudos. Los rasgos de personalidad mal adaptativos: búsqueda de atención, engaño e insensibilidad elevaron el riesgo de reingresos; así mismo la impulsividad, evitación de la intimidad y el afecto restringido se asociaron con estancias hospitalarias prolongadas; del mismo modo, la distractibilidad y la evitación de intimidad aumentaron el riesgo de requerir cambios en el manejo farmacológico o adición de terapia de aumento.</p> |   |
| <p><b>2020</b></p> | <p>(Aguilar et al., 2020)</p>                          | <p><b>Nivel de ansiedad, depresión y estrés en pacientes hospitalizados en medicina interna en comparación con los de cirugía</b></p>   | <p>El objetivo de dicha investigación es conocer el nivel de depresión en pacientes hospitalizados en Medicina Interna en comparación con los de cirugía del Hospital General de Zona-Instituto Mexicano del Seguro Social (México). Se</p> |

---

aplicó la “Escala DASS 21”, que evalúa el nivel de depresión, ansiedad y estrés en el paciente hospitalizado, posee tres subescalas: depresión (ítems 3, 5, 10, 13, 16, 17 y 21), ansiedad (ítems 2, 4, 7, 9, 15, 19 y 20) y estrés (ítems 1, 6, 8, 11, 12, 14 y 18). Las puntuaciones deberán multiplicarse por 2 para calcular la final A mayor puntuación general, mayor grado de sintomatología (normal, moderado, grave). Se incluyeron 206 pacientes con grupos de edad desde los 20 a 29; 30 a 39; 40 a 49; 50 a 59 años. La ocupación predominante fue empleado y la escolaridad fue la preparatoria (27,2%). La media de edad fue de  $49,2 \pm 18$  años, 51 % hombres, 120 (58,3 %) del Servicio de Cirugía, 86 (41,7 %) en medicina interna. 150 (72,8 %) estuvieron 1-7 días de estancia. 72,8 % de los casos refirió dolor. No se encontró asociación estadísticamente significativa entre el servicio y los niveles de depresión ( $p=0,86$ ; IC95 %: 0,78-0,88). Se observó semejanza en la proporción de mujeres y hombres; las

---

---

|             |                        |  |  |
|-------------|------------------------|--|--|
|             |                        |  | edades promedio predominantes se encontraban entre los 49 y 59 años; destacada la ocupación de empleado  |
| <b>2020</b> | (Noguera et al., 2020) | <b>Predisposición para el desarrollo de trastornos de ansiedad y depresión en pacientes con hospitalización prolongada</b> | El objetivo es determinar la frecuencia y factores asociados de la predisposición de trastornos como la depresión en pacientes hospitalizados prolongada en el Servicio de Clínica Médica del Hospital Nacional de Itauguá (Paraguay). Se utilizó la escala estandarizada llamada (HADS) en su versión en español, sirve para detectar alta probabilidad de ansiedad y depresión. Es un cuestionario breve y sencillo de aplicar, consta de 14 preguntas, siete de ansiedad y siete de depresión; que se evalúa con la siguiente puntuación: 0-7 ausencia de rasgos de ansiedad y depresión, 8-10 casos probables, mayor o igual a 11 puntos indica alta probabilidad de ansiedad y depresión. Se incluyeron en el estudio 70 pacientes con hospitalización prolongada, sin especificar el rango de edad, pero como criterio de inclusión consta ser mayor de edad, 50% con estado civil soltero, 52,8% de área urbana, 51,4% nivel educativo primario, 61,4% con actividad laboral, y 70% |

---

---

conocía su patología. La frecuencia de depresión fue del 37%. No hubo asociación entre las características estudiadas y la predisposición a desarrollar depresión, pero si hubo una fuerte asociación entre la presencia de depresión; todos los pacientes con ansiedad presentaron depresión, pero solo un 10% de aquellos que no presentaron ansiedad tuvieron predisposición para desarrollar depresión.

---

**2020**

(Muñoz y Arteaga, 2020)

**Ansiedad y depresión en  
pacientes hospitalizados con  
diabetes mellitus tipo 2**

El objetivo de este estudio es asociar la ansiedad y depresión en pacientes diabéticos hospitalizados según variables clínicas y sociodemográficas en un Hospital de III de nivel de la ciudad de Montería, Colombia. Para este estudio se utilizó la Escala (HADS) (Hospital Anxiety and Depression Scale – Escala Hospitalaria de Ansiedad y Depresión), dicha escala ha sido utilizada para valorar malestar emocional a sujetos con enfermedades crónicas no psiquiátricas que cursan proceso de hospitalización o en atención primaria, mostrando adecuadas propiedades psicométricas, altos niveles de confiabilidad y validez (18-

---

19). En Colombia ha sido validado y utilizado en diferentes estudios mostrando fiabilidad y consistencia interna mediante alfa de Cronbach (20, 21, 22). Es un cuestionario auto aplicado, que indaga como se ha sentido la persona en la última semana. Consta de 14 afirmaciones (7 evalúan ansiedad y 7 depresión), mediante una escala tipo Likert que oscilan de 0 a 3, con puntaje de 0 a 21 para cada una de las subescalas. Los valores de 0 a 7 indican ausencia de ansiedad y depresión, entre 8 y 10 posible o dudoso y entre 11 a 21 caso probable o afirmativo de ansiedad y/o depresión. La muestra estuvo conformada por 82 pacientes hospitalizados con diabetes mellitus tipo 2; 60% de sexo femenino y 40% de sexo masculino, el 44% con edad de 40 a 59 años. El 74% se encontraba con pareja estable. El 13% se encontraba acompañado durante la hospitalización. En cuanto a las variables clínicas se observó que el 67% de los participantes tiene más de 5 años de diagnóstico de la diabetes mellitus. El 71% tiene más de 10 días de hospitalización. Para el estado de depresión se identificó

---

---

|             |                         |   |   |
|-------------|-------------------------|---|---|
|             |                         |   | ausencia de trastorno en un 65% por lo tanto, se evidencia bajo nivel de depresión en los pacientes diabéticos hospitalizados del estudio siendo afirmativo para la depresión un 22%.   |
| <b>2020</b> | (Wiegert y Ortiz, 2020) | <b>Factores psicológicos en pacientes con síndrome coronario agudo hospitalizados en el servicio de cardiología del Hospital de clínicas de la Universidad Nacional de Asunción</b> | <p>El objetivo es analizar la frecuencia de factores de riesgo cardiovascular y de factores psicológicos en los pacientes ingresados por síndrome coronario agudo en el servicio de Cardiología del Hospital de Clínicas, Universidad Nacional de Asunción, San Lorenzo (Paraguay).</p> <p>Para medir los factores de riesgo psicosociales se utilizaron las escalas de depresión y ansiedad hospitalaria (HADS) de Goldberg. Con este cuestionario se pretende averiguar el estado emocional del paciente la semana previa a su ingreso. La encuesta comprendía 18 frases hechas y 4 respuestas posibles adaptadas a cada frase. Debían marcar la respuesta que más se ajustase a su sentimiento. Estos 18 ítems se agrupan en 2 subescalas: 1. Subescala ansiedad: los 9 ítems; 2. Subescala depresión: los 9 ítems. La</p> |

---

---

valoración se puntúa de 0 (nunca, ninguna intensidad) a 3 (casi todo el día, muy intenso). Considerando normal 0-7, síntomas 7-10 y caso clínico >10. Para el estrés se utilizó la Escala de Estrés Percibido (EEP-10) (16): es un cuestionario que consta de 10 preguntas, cuyas respuestas se puntúan del 0 al 4 (0, 1, 2, 3, 4), se interpreta de la siguiente manera: 0 a 12 puntos son considerados nivel bajo de estrés; 13 a 26 puntos: nivel medio o moderado de estrés, 27 a 40 puntos: alto nivel de estrés. Ambas escalas se aplican en las 24-48 horas tras el ingreso, con lo que se recogieron los datos ocurridos antes de padecer el (SCA).

Se incluyeron en el estudio 62 pacientes, 60% fueron del sexo masculino, 56% se encontraban en el rango etario de 51 a 70 años y 43% eran casados. Con relación a los factores psicológicos en los pacientes con SCA, el resultado de la aplicación de la escala de depresión 28 pacientes (45,1%) mostraron síntomas de depresión, 15 pacientes (24,1%) presentaron clínica de depresión.

---

---

|      |                       |   |  |
|------|-----------------------|---|--|
| 2020 | (Amexis et al., 2020) | <b>Frecuencia de ansiedad y depresión en pacientes coordinamos para cirugía electiva en el Hospital de Clínicas Manuel Quintela</b> | <p>El objetivo del trabajo fue determinar la frecuencia de depresión de pacientes prequirúrgicos en el Hospital de Clínicas Manuel Quintela (Uruguay). El cuestionario con la escala (HADS), en su versión en español, se utilizó para el estudio de las variables ansiedad y depresión. Es un cuestionario autoadministrado que consta de 14 preguntas, dos subescalas de 7 ítems cada una. La intensidad o frecuencia del síntoma en cada ítem se evalúa en una escala Likert de 4 puntos (0-3). La subescala de ansiedad corresponde a los ítems impares y la de depresión a los ítems pares. Con un rango de puntuación en cada subescala de 0 a 21 y de 0-42 para la puntuación global. A mayor puntuación, mayor probabilidad de presentar ansiedad y depresión. Se incluyeron 98 individuos, 56 (57,1%) eran mujeres y 42 (42,9%) hombres. El rango de edad fue establecido de 20 a 83 años. Los casos probables de depresión (puntajes entre 8 y 11) fueron 12% en policlínica y 18% en sala, mientras que los casos posibles (mayores a 11) fueron 2% en sala e inexistentes en policlínica. Se</p> |
|------|-----------------------|---|--|

---



---

observó mayor frecuencia de casos de posible y probable depresión en pacientes de sexo femenino (13%) en comparación con los casos observados en el sexo masculino (3%), diferencia que no fue estadísticamente significativa ( $p = 0,05$ , test de Fischer). No se observó una correlación entre la edad y el tiempo de internación con las puntuaciones en la escala de depresión (coeficiente de Pearson,  $R = 0,06$  y  $R = 0,005$  respectivamente).

---

**2021**

(Bernal y Pallares, 2021)

**Prevalencia de la alteración en la autopercepción de la imagen corporal en relación con el peso en pacientes con diagnóstico de trastorno depresivo mayor hospitalizados en la clínica Montserrat**

El presente estudio buscó determinar la prevalencia de la alteración en la autopercepción de la imagen corporal, en relación con el peso, en pacientes con trastorno depresivo mayor hospitalizados en la clínica Montserrat (Colombia). La escala que se aplicó es la de Montgomery, 30 uno de los instrumentos más utilizados en la literatura médica para la valoración de la depresión. La (MADRS) es un instrumento hetero aplicado, tienen alta concordancia y estadifican la gravedad de la depresión. Se centra en aspectos cognitivos, afectivos y somáticos. Se incluyeron 95 pacientes con diagnóstico de trastorno depresivo mayor.

---

---

La población se encontraba entre los rangos de edad de 18 a 65 años de edad, de ambos géneros. Se encontró que el 71,6% fue población de género femenino, en contraste con un 28,4% de género masculino. Respecto a la severidad de la depresión, la cual se midió por medio de la escala Montgomery, encontramos que el 45,3% de la población, se encontraban con una severidad moderada, el 44,2%, cursaba con una depresión leve y un 10,5% cursaban con una depresión severa. Los sujetos con depresión moderada mostraron distorsión de la imagen corporal en un 66.4% de estos sujetos el 45.2% presentaron distorsión de 1 punto, el 14.2% de dos puntos, el 4.7% de 3 puntos y el 2.3% de 4 puntos. El 33.3% no presentaron distorsión. Finalmente, del 100% de sujetos que cursaban con depresión grave, el 80% presentaron distorsión de la imagen corporal, con distorsión de 1 punto en el 50% y el 30% con dos puntos. No hubo distorsiones de más de dos puntos.

---

**2021**

(Martínez et al., 2021)

**Depresión y ansiedad en  
pacientes hospitalizados en el**

Este estudio analizó la prevalencia de síntomas de depresión en pacientes del servicio de Medicina Interna del

---

**servicio de Medicina Interna del  
Hospital Escuela Universitario de  
Honduras**

Hospital Escuela Universitario de Honduras. Con respecto a depresión, se evaluó a los pacientes por medio del Cuestionario de Salud del Paciente (PHQ-9, por sus siglas en inglés), instrumento que consta de nueve reactivos. Las respuestas se presentan en una escala tipo Likert con 4 puntos de respuesta (0-3). Los puntos de corte corresponden a una distribución de 0-27 puntos donde: (0-4) ningún síntoma, (5-9) síntomas leves, (10-14) síntomas moderados, (15-19) síntomas moderados a severos y, (20-27) síntomas severos. En el caso de ansiedad, se utilizó la Escala del Trastorno de Ansiedad Generalizada (GAD-7, por sus siglas en inglés), un instrumento que consta de 7 preguntas. Los resultados para este cuestionario oscilan en rangos de 0-21 puntos y se obtienen mediante una escala tipo Likert con puntajes de 0-3 por ítem. Las puntuaciones son las siguientes: (0-4) no se aprecian síntomas, (5-9) síntomas leves, (10-14) síntomas moderados, (15-21) síntomas severos. Del total de 203 pacientes hospitalizados en el servicio de Medicina Interna del (HEU) el tamaño

---

---

muestral fue de 92 pacientes seleccionados al azar. La edad de los informantes oscilaba entre los 18 a 85 años, el 51.1% de los participantes eran hombres y el 48.9% mujeres. Los resultados del PHQ-9 demostraron que el 67.4% presentó algún grado de sintomatología, distribuida de la siguiente manera: síntomas leves (16.3%), síntomas moderados (29.3%) y síntomas moderados a severos (16.3%) y síntomas severos (5.4%). Un 32.6% de los pacientes no presentaban síntomas de depresión. El puntaje medio en el PHQ-9 fue de 9.18 (DE=6.40). Al comparar los puntajes entre hombres (M=8.63, DE=6.18) y mujeres (M=9.75, DE=6.65), se encontró que no existe diferencia estadísticamente significativa entre ambos grupos,  $t(90) = -0.83$ ,  $p=.40$ , 99% IC [-4.64, 2.40],  $d=-0.17$ . Además, se encontró que no existe diferencia en los niveles de síntomas depresivos entre quienes reportan tener hábitos tóxicos (M=9.31, DE=6.45) y quienes no (M=9.09, DE=6.42),  $t(90) = 0.16$ ,  $p=.87$ , 99% IC [-3.36, 3.81],  $d=0.03$ . En cuanto a la dinámica de los síntomas depresivos

---

---

con experiencias previas de hospitalización, se encontró que quienes anteriormente han sido hospitalizado (M=8.89, DE=5.96) poseen puntajes similares a quienes han sido hospitalizados por primera vez (M=9.96, DE=7.07),  $t(90) = -0.53$   $p=.59$ , 99% IC [-4.32, 2.86],  $d=-0.11$ . Para un resumen descriptivo de la presencia de síntomas de depresión por sexo, hábitos tóxicos y hospitalizaciones anteriores.

---

**2021**

(Lorenzo et al., 2021)

**Síntomas depresivos en pacientes diagnosticados con COVID-19 en Pinar del Río**

El objetivo de este estudio se enfoca en evaluar síntomas depresivos en pacientes diagnosticados con COVID-19, ingresados en el Hospital Provincial Clínico Quirúrgico Docente Dr. León Cuervo Rubio de Pinar del Río (Cuba). Para la recolección de información de datos se revisaron las historias clínicas, lo que permitió identificar la edad y antecedentes psiquiátricos, se utilizaron técnicas como la observación y la entrevista por los médicos. El universo constituido por 37 pacientes, en edades comprendidas entre 20 a 39, 40 a 59, 60. En la población estudiada existió un predominio del 50 % del sexo femenino en edades entre

---

---

|             |                          |  |  |
|-------------|--------------------------|--|--|
|             |                          |  | <p>40-59 años, de ellos 34 pacientes presentaron humor depresivo para un 91,89 %, seguido de disminución de su vitalidad 86,48 % y pérdida de la atención y concentración. Dentro de las enfermedades crónicas no transmisibles que presentaron mayor presencia de síntomas depresivos se encontraron la hipertensión arterial y el asma bronquial. En la prevalencia de síntomas depresivos en pacientes con enfermedades crónicas no transmisibles, el humor depresivo fue el que más sobresalió (100%).</p>                                       |
| <b>2021</b> | (Beauchamp et al., 2021) | <b>Diferencias de sexo en la depresión mayor: Estudio exploratorio en pacientes hospitalizados con comorbilidades físicas y mentales</b> | <p>La prevalencia de ser diagnosticado con un trastorno mental como Depresión Mayor en Puerto Rico es aproximadamente un 9.7%. Se estima que el 36.6% de las personas presentan comorbilidad con enfermedades crónicas y de salud mental y el 46% de los pacientes que reciben cuidado médico en un hospital general también padecen de alguna condición de salud mental. Para la implementación de este estudio se desarrolló un diseño transversal correlacional que evalúa los trastornos mentales diagnosticados frecuentemente en pacientes</p> |

---

---

recibiendo cuidado médico en un hospital general del sur de Puerto Rico. La evaluación para determinar diagnósticos psicológicos se apoya en entrevistas clínicas estandarizadas, instrumentos de tamizaje para ansiedad (Inventario de Ansiedad de Beck – BAI), parat depresión (Inventario de Depresión de Beck – BDI-II) y área cognitiva (Mini Mental State Examination – MMSE). La muestra estuvo conformada por 3,795 pacientes, todos mayores de 21 años. El 68.9% de los pacientes recibieron un diagnóstico de depresión mayor por primera vez. En cuanto a variables asociadas a determinantes sociales de la salud, el nivel de ingreso económico y de educación se asociaron con el diagnóstico de Depresión Mayor. Se encontró que los pacientes masculinos presentan una mayor probabilidad (1.18 más alta) de ser diagnosticados con depresión que las mujeres de la muestra estudiada.

---

**2021**

(Guardado, 2021)

**Valoración de ansiedad y depresión en pacientes**

El objetivo es Determinar si los pacientes hospitalizados con neumonía severa por COVID-19 presentan síntomas de ansiedad y/o depresión de carácter directamente

---

**hospitalizados con neumonía  
severa por COVID-19**

proporcional a su evolución clínica. Estudio llevado a cabo en el Edificio de Alta Especialidad y Medicina Avanzada del Hospital Universitario de la (UANL), San Nicolas de los Garza (México). Los síntomas de ansiedad y depresión fueron evaluados por medio del Hospital Anxiety and Depression Scale (HADS) el cual es un cuestionario auto reportado que evalúa 14 rubros de síntomas emocionales de ansiedad y depresión que puede ser utilizada en pacientes internados y ambulatorios. Los puntajes se interpretan: mayores de 11 puntos (indicativo de morbilidad), 8-10 puntos (boderline o fronterizo) y menos de 7 puntos (ausencia de morbilidad significativa). Se siguieron un total de 57 pacientes que se encuestaron pacientes mayores de 18 años de sexo indistinto hispanohablantes. La media de edad de los pacientes fue de 57.8 años, al ingreso el 8.8% de los pacientes presentaron sintomatología sugestiva de depresión, y 3.5% clínicamente indicativo de depresión comórbida. A la

---



---

|             |                        |   |  |
|-------------|------------------------|---|--|
|             |                        |   | última evaluación en nuestro estudio de los pacientes el 2% presentó morbilidad significativa de depresión.  |
| <b>2021</b> | (Rosero y Solís, 2021) | <b>Dengue y su relación con depresión y ansiedad en personas de 18 a 65 años en el cantón Atacames, provincia de Esmeraldas, que acuden al Hospital Básico Juan Carlos Guasti</b> | <p>El objetivo es evidenciar la asociación entre el dengue y la depresión y ansiedad en un grupo de personas de 18 a 65 que fueron asistidos en el Hospital Básico Juan Carlos Guasti, Atacames-Esmeraldas (Ecuador), en el período comprendido entre 2019 a 2020.</p> <p>En el grupo de casos, se tendrá en cuenta la historia clínica y en el grupo de control se realizará el test de (DASS 21), para descartar la presencia de depresión y ansiedad. El presente trabajo de investigación incluyó a 19 participantes que sufren depresión entre las edades de 18 a 65 años, con una edad promedia de 42,5 años en el grupo de estudio. Como resultado de la investigación entre los participantes del grupo de estudio se obtuvo que entre los pacientes que sufren de depresión dentro de los Controles un 39% (28) y dentro de los Casos un 26% (5) han padecido dengue.</p> |

---

---

|      |                        |  |   |
|------|------------------------|--|---|
| 2022 | (Polanco et al., 2021) | <b>Efecto del ejercicio físico sobre los síntomas depresivos en pacientes hospitalizados con depresión</b> | El objetivo del presente estudio fue evaluar los síntomas depresivos, por separado y en su conjunto, antes y al mes de concluir un programa de ejercicio físico en pacientes hospitalizados con depresión. Los participantes fueron pacientes que se encontraban hospitalizados en una clínica psiquiátrica en Cali (Colombia), con trastorno depresivo mayor. Para medir los síntomas de depresión por separado y en su conjunto, se aplicó la versión de 1978 del Inventario de Depresión de Beck (BDI) de Beck, validado al español. Consta de 21 ítems; los puntajes se basan en la intensidad/gravedad de los síntomas, clasificándolos como: depresión ausente o mínima (0–9 puntos), depresión leve (10 – 18 puntos), depresión moderada (19–29 puntos) y depresión grave (e» 30 puntos). Los síntomas depresivos fueron evaluados por separado considerando cada uno de los ítems del BDI; y en su conjunto, mediante la sumatoria de todos los ítems del BDI. Se obtuvo un muestreo no probabilístico de tipo intencional, con un total de 48 pacientes (68% mujeres y 32% hombres) con rango de |
|------|------------------------|--|---|

---

---

|                    |                              |   |   |
|--------------------|------------------------------|---|---|
|                    |                              |   | <p>edad entre 18 y 56 años (<math>M = 35.5</math>, <math>DT = 11.9</math>). Se calculó un puntaje total mediante la sumatoria de los puntajes obtenidos en todos los síntomas. Los resultados muestran que, antes de los programas de intervención, ambos grupos estaban ubicados en depresión moderada (<math>M_{sum} = 28.29</math>, <math>DT_{sum} = 6.98</math>, grupo farmacológico, <math>M_{sum} = 25.08</math>, <math>DT_{sum} = 10.00</math>, grupo fármaco+ ejercicio físico). Posteriormente, al mes de la intervención, el grupo fármaco+ ejercicio físico tuvo puntuaciones más bajas en el BDI, ubicándose en depresión ausente o mínima (<math>M_{sum} = 1.0</math>, <math>DT_{sum} = 1.35</math>; <math>d = .86</math>) en comparación con el grupo farmacológico que se ubicaron en depresión leve (<math>M_{sum} = 11.08</math>, <math>DT_{sum} = 5.97</math>; <math>d = .79</math>).</p> |
| <p><b>2022</b></p> | <p>(Torres et al., 2022)</p> | <p><b>La depresión en pacientes con diagnóstico de diabetes mellitus tipo 2</b></p> | <p>El estudio se basa en determinar el comportamiento de la depresión en pacientes con diagnóstico de diabetes mellitus del consultorio médico de la familia #21 del municipio Rodas provincia Cienfuegos (Cuba). A cada paciente se le aplicó una encuesta y el inventario de Depresión Rasgo-Estado (IDERE), dicho inventario es</p>  |

---

---

autoevaluativo, diseñado para evaluar dos formas relativamente independientes de la depresión: la depresión como estado (condición emocional transitoria) y la depresión como rasgo (propensión a sufrir estados depresivos como una cualidad de la personalidad relativamente estable). La muestra la conformaron 36 pacientes mayores de 19 años con diagnóstico de diabetes mellitus tipo 2 con rangos de edad: 18-27, 28-37, 38-47, 48-57, 58 y más. Existió un predominio del sexo femenino con un total de 21 pacientes, el cual representó un 58,3% mientras que los del sexo masculino fueron 15 para un 41,6%. El grupo etáreo más representado lo constituyó el de 48-57 años con un total de 18 personas para un 50%, de ellos 10 (47,6%) del sexo femenino y 8 (53,3%) del masculino. Se observó la prevalencia de depresión en 26 pacientes para un 72,2%, asociada a las complicaciones de la diabetes, predominaron los pacientes con complicaciones renales y cardiovasculares para un 19,4 y 16,6% respectivamente. Predominaron como síntomas de

---

---

|             |                 |   |  |
|-------------|-----------------|---|--|
|             |                 |   | <p>depresión: la disminución de la atención y concentración, pérdida de la confianza en sí mismo e ideas de culpa y de ser inútil, con un total de 22 pacientes para un 66,1%, sentimientos de inferioridad y perspectiva sombría del futuro con un total de 30 pacientes para un 65,2%, pérdida del interés o de la capacidad de disfrutar de actividades placenteras en 20 pacientes para un 55,5%, despertarse por la mañana con dos o más horas antes de lo habitual con igual número de pacientes, pérdida de peso y pérdida de la lúcido con 19 y 18 pacientes para un 52,7 y 50% respectivamente. En cuanto al comportamiento del nivel de depresión de mayor prevalencia fue la depresión baja con un total de 35 pacientes para un 75%.</p> |
| <b>2022</b> | (Alvarez, 2022) | <b>Apoyo familiar y el nivel de depresión en pacientes en la unidad de cuidados intensivos del Hospital San José de Chíncha, 2022</b> | <p>El objetivo es indicar la relación entre apoyo familiar y el nivel de depresión en pacientes de la Unidad de Cuidados Intensivos del Hospital San José de Chíncha, 2022 (Perú). El trabajo cuenta con una muestra de 45 pacientes mayores de edad, de (UCI). Para la obtención de datos se utilizó el cuestionario para el nivel de depresión el inventario de</p>  |

---

---

depresión de Beck (BDI) II de 21 ítems que se hizo con el propósito de evaluar el grado de la sintomatología depresiva de la persona en adulto, este estudio tuvo una adaptación elaborada por la Lic. Estrada Ángela en Perú; se presentan ítems que el individuo elige mediante cuatro alternativas dadas, las cuales según su posición emocional tiene que desarrollarlas a su conveniencia.

---

**2022**

(Murillo et al., 2022)

**Ansiedad y depresión en  
pacientes hospitalizados en un  
departamento de emergencias**

El presente estudio tuvo como objetivo identificar la frecuencia de depresión en pacientes ingresados en un servicio de emergencias en México un hospital general de la Ciudad de México. Se efectuó un estudio retrospectivo en un hospital general de la Ciudad de México, en el que se revisó un total de 117 registros de pacientes que fueron hospitalizados entre febrero y octubre de 2017, de quienes se analizaron los datos obtenidos en la Escala de Ansiedad y Depresión Hospitalaria (HADS), se empleó para evaluar los síntomas de ansiedad y depresión. Consta de catorce

---

reactivos diseñados para evaluar únicamente aquellos que no incluyeran dicha información. Los datos fueron extraídos de 117 registros psicológicos de los pacientes hospitalizados en dicho servicio en el periodo comprendido entre los meses febrero y octubre de 2017. Durante este periodo, el equipo de Psicología del servicio de emergencias realizó la evaluación psicológica de los pacientes admitidos únicamente si tenían entre 18 y 75 años y podían comunicarse para responder las preguntas de la evaluación. Se usó la Mini Entrevista Neuropsiquiátrica Internacional (MINI) para evaluar la presencia de síntomas de episodio depresivo mayor (EDM) desarrollada para evaluar trastornos neuropsiquiátricos según los criterios de (DSM-IV) y (CIE-10). La MINI ha sido ampliamente utilizada en el contexto de los servicios de emergencias, y es un instrumento confiable para explorar con precisión los trastornos neuropsiquiátricos en poco tiempo y la Escala de Ansiedad y Depresión Hospitalaria (HADS) se empleó para evaluar los síntomas de ansiedad y depresión.

---

---

Dicho instrumento consta de catorce reactivos diseñados para evaluar únicamente los síntomas psicológicos de la depresión y la ansiedad, excluyendo los síntomas somáticos que podrían estar presentes debido a una condición médica. La versión mexicana de la HADS ha demostrado ser un instrumento confiable. Según los datos obtenidos, casi la mitad de los pacientes evaluados mostraron síntomas depresivos y cerca de 40% dio positivo para síntomas de depresión mayor.

---



### 3. ANÁLISIS CRÍTICO

En esta revisión bibliográfica de 32 artículos científicos extraídos de varias plataformas y bases de datos con renombre, con un alto grado de fiabilidad, la cual se llevó a cabo con el objetivo de identificar la sintomatología depresiva en pacientes hospitalizados en América latina en los últimos 10 años, por lo que se logró adquirir mejor conocimiento y aprendizaje en cuanto a nivel personal se refiere. Es importante tomar en cuenta los criterios de búsqueda correctos y obtener información valiosa que se encuentra en español.

Es oportuno destacar que se realizó una investigación acerca de un tema que en la actualidad vive su auge en distintos campos, como la medicina, enfermería, psiquiatría, psicología, educación, etc. Por este motivo era de esperar que se lograra encontrar una cantidad de información necesaria, lo que dirige a esta investigación hacia un grado de interés.

Acorde a las investigaciones previas, logramos identificar la relación existente entre el estado de ánimo de los pacientes y la situación de hospitalización, debido a los resultados de los diversos test psicológicos utilizados, entendiendo que es un trastorno frecuente en pacientes con enfermedades crónicas según los estudios analizados, por lo que se puede evidenciar alteraciones emocionales durante su estancia influyendo perjudicialmente en su situación actual.

Si bien es cierto, los pacientes desarrollan cambios en su estado de ánimo como tristeza, vacío, desesperanza, pérdida de energía/interés en actividades de la vida cotidiana, es importante recalcar que la depresión también se acompaña de otros trastornos del estado de ánimo, por ejemplo; la ansiedad que ocasiona preocupación, temor y pensamientos negativos en situaciones estresantes.

De igual forma, la mayoría de los artículos analizados fueron elaborados en diversas partes del mundo, especialmente en Latinoamérica, en base a la relación de dicha enfermedad y su sintomatología depresiva, por lo que enfatizamos mencionar sobre la prevalencia de los síntomas depresivos en pacientes con diabetes mellitus tipo 2 según los estudios, en países como: México, Colombia y Cuba, teniendo en su mayoría casos del sexo femenino, ya que se diagnosticaron varios niveles de

depresión en base a los test psicológicos aplicados con el objetivo de dar a conocer al personal médico sobre el estado de ánimo de los pacientes ingresados.

Así también la relación entre depresión y ansiedad en pacientes hospitalizados por insuficiencia cardíaca y síndrome de fibromialgia, según los resultados en base a los reactivos psicológicos aplicados, en países como Perú y México se evidencian los síntomas depresivos tanto en el género femenino como masculino, mientras que, en otros estudios realizados en Colombia sobre la misma situación; depresión y ansiedad, existe sintomatología en hombres. Por último, en Perú se comprobó la prevalencia de depresión y ansiedad solo en el grupo femenino. De esta manera los resultados se muestran influenciados por distintos factores psicológicos, personales y de contexto social, como variables que también influyen en el desarrollo y la aparición de síntomas, ya que no existe una causa específica para el trastorno como tal.

En su metaanálisis León et al. (2012) indican que una investigación sobre la calidad de vida y el diagnóstico del nivel de depresión forman parte de los elementos fundamentales para tratar correctamente al paciente con una enfermedad médica acompañado de depresión. Como parte de su investigación, recalcan la importancia del uso de los test psicológicos; como es el cuestionario de Beck utilizado frecuentemente para valorar los síntomas de depresión en pacientes con diabetes en este caso, por lo que el personal de salud debe tener conocimiento que le permita hacer un trabajo multidisciplinario en conjunto con profesionales del área de salud mental.

Autores como Rojas (2013) menciona que la depresión, es un problema psiquiátrico de alta prevalencia en pacientes ingresados en las salas médicas de los hospitales, siendo un problema relevante con alta prevalencia a nivel mundial con gran gasto económico, tanto para el paciente como para el sector de salud, por lo que indica que se incrementa en grupos poblacionales como en pacientes hospitalizados extendiendo su estancia, de igual forma recalca la aparición de una enfermedad médica, como causante de depresión, o en otros casos que los síntomas depresivos se presenten debido a los tratamientos empleados para combatir su condición médica.

Los autores Alvarado et al. (2014) recalcan que entre los trastornos de salud mental relacionados con (SFM) (Síndrome de Fibromialgia) dentro de su estudio, a la depresión, ya que estos pacientes indican una prevalencia significativamente alta, con una aproximación del 20%-80% de los casos respectivamente, precipitando los propios síntomas depresivos que generan una alteración en la calidad de vida.

Otro aporte para tomar en cuenta es el de Hernández et al. (2014) donde aclara que los eventos estresantes en la vida de los pacientes desarrollan una depresión que los acompañan. También menciona como predictores definitivos de padecer síntomas depresivos posteriormente en los pacientes están: el aislamiento social, preocupación por los gastos ocasionados y pérdida de la habilidad para cuidarse a sí mismos.

Por otra parte, Domínguez (2014) aclara que la depresión en pacientes con una enfermedad médica ha sido abordada por múltiples estudios y menciona que la prevalencia de los síntomas en pacientes hospitalizados es mayor que en la población general, así mismo señala que un porcentaje limitado de personas, son diagnosticadas con depresión debido a la falta de capacitación sanitaria o por desconocimiento de los síntomas. Igualmente recalca que los mayores índices de sintomatología depresiva se observan en pacientes con estancias hospitalarias cortas de 1 a 18 días y que al valorar su estado de ánimo se llegue a comprender como "normales" llegando a no tratarlos.

Además Tellería (2014) destaca que esta enfermedad es uno de los desórdenes emocionales de mayor comorbilidad con las enfermedades médicas, razón por la cual el médico o personal de salud debe estar alerta para realizar el diagnóstico correspondiente en los pacientes, señalando en su estudio que en las mujeres diabéticas la depresión se encuentra en niveles más altos y graves ya que está asociada directamente con la alteración de los niveles de glucosa, sin dejar de lado la recomendación semejante como otros autores, sobre el uso de test estandarizados para la evaluación psicológica precisa, así como una buena intervención con el paciente y acompañamiento psicoterapéutico que permita abordar los síntomas psicopatológicos. De igual manera a una conclusión similar llegan Arancibia et al. (2016) enfatizando que la sintomatología depresiva es frecuente en pacientes hospitalizados según resultados del test psicométrico utilizado en su estudio. Así

concluye que estos pacientes portadores de depresión, deberían recibir la adecuada atención profesional, para tratar ambas condiciones.

Otro gran aporte es de Anguiano (2017) quien menciona que la depresión puede favorecer al empeoramiento de una enfermedad, siendo un factor de riesgo para pacientes supervivientes de ataques cardíacos complicando el proceso de recuperación de estos. También señala que este tipo de estados emocionales no son detectados por los médicos debido a que en la mayoría de las ocasiones en los hospitales generales la visitas que hacen son sumamente cortas, más la poca privacidad que se da en los establecimientos de salud. Así mismo como se mencionó anteriormente, se señala que muchos médicos no tienen el entrenamiento necesario para manejar las emociones en sus pacientes, teniendo como opción no indagar en ellos. Sin embargo, un diagnóstico oportuno que puede ser de gran utilidad para la recuperación del paciente y acortar el tiempo de hospitalización, es el uso de instrumentos de evaluación fácil de aplicar con adecuadas propiedades psicométricas para que los resultados tengan fiabilidad.

Por otro lado, Rodríguez (2017) alude en su investigación que el 5% de la población adulta, sufre depresión en América Latina, pero 6 de cada 10 no reciben tratamiento, por lo que suele ser más común en mujeres que en los hombres, según datos que obtuvo de un estudio en Guatemala con 150 personas estudiadas el 77 presentaron características depresivas evidenciándose en el género femenino: solteras, amas de casa y pacientes sin oficio. Por lo tanto, los trastornos depresivos desarrollados en el marco teórico del capítulo 1, son un problema a nivel mundial ya que tiene repercusiones a nivel físico, psicológico, social y económico interfiriendo en el proceso de enfermedad, tardando su mejoría y la reinserción del paciente.

Moreira et al. (2018) aluden que los usuarios deprimidos presentan una alteración de su calidad de vida, aumentando el uso de los sistemas de salud y mayor riesgo de la no adherencia al tratamiento. Dado que el acompañamiento de los familiares o seres queridos para el paciente es totalmente oportuno resultando fundamental en los procesos de recuperación tanto a nivel físico como emocional.

Los autores Preciado et al. (2018) exponen la importancia de considerar las relaciones existentes entre el componente psicológico, biológico y social que se

presenta en los procesos de salud-enfermedad de los pacientes en una condición de hospitalización, ya que resulta importante una correcta valoración y temprana detección de reacciones negativas emocionales con el fin de contrarrestar síntomas para el desarrollo de las complicaciones médicas que afecten el bienestar de los usuarios como destaca en su investigación.

Otro punto para considerar es el de Meza et al. (2019) donde resaltan que la depresión en la actualidad es considerada una de las causas de mortalidad más altas a nivel mundial; las personas al encontrarse en circunstancias adversas y con diferentes pronósticos físicos que varían en intensidad, los hacen susceptibles a padecer de alteraciones emocionales, acompañado de cambios de humor o la activación de posibles trastornos del humor como en este caso de la depresión.

De igual forma, observamos la búsqueda de evidencia por parte de Muñoz et al. (2019) en los pacientes durante su estancia hospitalaria ya que presentan problemas emocionales como ansiedad y depresión debido a la situación que atraviesan, siendo éstas, las más frecuentes y una de las razones por las que el proceso de recuperación tiende a ser más largo. Frente a esto profundiza sobre las limitaciones en la vida del paciente, que genera cambios sumado a las molestias, dolencias e incertidumbre sobre la condición médica y su estado de salud, siendo detonantes para trastornos del ánimo.

Así Lorenzo et al. (2019) sostienen en su investigación que el diagnóstico de episodio depresivo en pacientes hospitalizados es de vital importancia ya que suele mediar la evolución de la enfermedad por el impacto que provoca la adherencia terapéutica, lo que impacta directamente en el estado emocional de los pacientes. Muchos de ellos revelan a través de las evaluaciones psicológicas: depresión, frustración y síntomas de ansiedad, relacionados con su salud física. En la práctica diaria, es usual que los pacientes respondan muy bien al tratamiento psicológico de los síntomas, siempre y cuando se trate de un caso que evolucione de manera satisfactoria y con leve o ausencia de complicaciones. Igualmente se señala que un manejo integral del paciente permite realizar acciones de prevención, diagnóstico clínico-patológico y tratamiento, para disminuir el riesgo a empeorar y tener una pronta recuperación.

Guamán (2019) indica que la depresión es más común en personas con asma que en individuos sanos y los que más síntomas manifiestan tienen más riesgo de padecer depresión, describiendo que el asma con el factor de salud mental se da por cambios fisiológicos, especialmente en el sistema nervioso. De igual manera recalca la gran importancia de los múltiples test con los que se usa para su evaluación, entre ellos el test de “Escala Hospitalaria de Ansiedad y Depresión” que fue diseñada con el objetivo de crear un instrumento de detección de síntomas depresivos en el marco de los servicios hospitalarios no psiquiátricos; sin dejar de lado las múltiples terapias psicológicas de diferentes tipos tanto de manera individual o en combinación con otras dentro del tratamiento con estos pacientes, empezando desde las terapias conductuales y cognitivas, hasta técnicas de relajación y escritura terapéutica.

Llegamos a concluir con Martínez y Vásquez (2019) en cuanto a la relación entre variables con la depresión, se menciona a otro trastorno como la ansiedad también presente en este tipo de pacientes llegando a expresar temor a lo que pueda ocurrir a causa de su diagnóstico, manifestando una conducta de no querer tener la enfermedad; lo cual los lleva a deprimirse, estar solos, tener baja autoestima y en otros casos querer suicidarse

En este caso observamos la búsqueda de evidencia realizada por parte de Bedoya y Ghiso (2020) quienes nos muestran que los pacientes hospitalizados con diagnóstico de trastorno depresivo mayor presentan rasgos de personalidad mal adaptativos que afectan directamente el desenlace clínico como; anhedonia, ansiedad, depresión, labilidad emocional siendo la dimensión de afecto negativo más relevante. Además, algunos rasgos maladaptativos como impulsividad, evitación de la intimidad, afectividad restringida y tomas de riesgos, fueron factores de riesgo para estancia hospitalaria prolongada.

Los autores Aguilar et al. (2020) recalcan que los pacientes durante su estancia hospitalaria pueden sentirse indefensos e inseguros, incluso presentar disminución de la autoestima, por esta razón, resulta importante una red de apoyo tanto de familiares como amigos. Así también otro punto en su estudio, refiere que el paciente puede percibir una probabilidad de complicaciones, debido a que el cuerpo sufre procesos fisiológicos, inmunológicos y de adaptación durante la hospitalización

afectando su calidad de vida añadiendo el reposo en cama prolongado con dolor, ansiedad, depresión y aislamiento social.

Una larga estancia hospitalaria puede desencadenar un trastorno de depresión, por ende, es de suma importancia brindarles a los pacientes una atención holística con un acompañamiento psicológico de manera que no afecte su proceso de recuperación. Para el paciente el ingreso a un hospital implica un cambio en sus hábitos diarios, un ambiente distinto al cual no está acostumbrado, generando una nueva rutina que lo somete a un mayor grado de estrés como enfatizan Benítez et al. (2020) en el que un diagnóstico oportuno puede acortar el tiempo de hospitalización.

No se puede dejar de lado lo que menciona Muñoz y Arteaga (2020) sobre la situación de hospitalización que genera cierto grado de estrés en la persona como lo menciona con anterioridad, teniendo como opción el enfrentarse a cambios en su actividad diaria y el ambiente físico en el que se encuentra, asumiendo una incidencia negativa dentro de su bienestar llegando a ser susceptible a desarrollar síntomas depresivos u otras alteraciones en el estado de ánimo, llegando a conclusiones semejantes con autores descritos en esta investigación.

Es importante lo que menciona Wiegert y Ortiz (2020) que en los pacientes con enfermedades crónicas siempre están presentes factores de riesgo psicosociales por lo que se menciona la importancia para el personal de salud que debe considerar; el aspecto físico, espiritual y psicosocial del paciente sin descuidar ningún aspecto de tal manera que a su vez el manejo de los pacientes de resultados óptimos dentro de su estadía, como uno de los puntos más importantes dentro de su estudio.

Bernal y Pallares (2021) dentro de su investigación explican que la insatisfacción corporal ha sido significativamente relacionada con la depresión ya que podría llegar a desarrollar trastornos alimentarios. Por lo tanto, se postula que pacientes hospitalizados con diagnóstico de un trastorno depresivo mayor, podían presentar el 50% alteración de la autopercepción de la imagen corporal, que, en caso de no ser detectada y tratada debidamente, afectaría directamente el desenlace terapéutico repercutiendo en una instancia hospitalaria prolongada, aumento del riesgo de comorbilidades y alteraciones orgánicas.

Martínez et al. (2021) de acuerdo con su investigación, sugiere que el proceso de hospitalización es una experiencia aversiva que detona síntomas ansiosos y depresivos, inmediatamente del historial previo de hospitalizaciones que llega a experimentar el paciente. La coexistencia de patologías crónicas (de origen no psiquiátrico) con la ansiedad o depresión genera una menor adherencia al tratamiento, además de peores pronósticos y mayor sintomatología.

Lorenzo et al. (2021) sostienen sobre las experiencias de manifestaciones psicológicas que se han presentado en otras epidemias, las cuales les ha permitido observar un incremento llamativo de episodios ansiosos y depresivos. Esta situación se relaciona con la exposición constante a noticias de riesgos y miedos que profundizan sensaciones de malestar, pérdida de la capacidad de disfrutar actividades que anteriormente eran placenteras y vulnerabilidad personal. Desde hace años se acepta que la presencia de síntomas depresivos provoca una discapacidad superior a la derivada de enfermedades médicas comunes, como la hipertensión, diabetes o artritis.

Otro gran aporte es el de Amexis et al. (2021) mencionando que el proceso que experimenta un paciente desde que se le indica una intervención quirúrgica hasta los minutos previos a su ingreso a la sala de operaciones suele generar diferentes sensaciones y emociones, como dolor o molestias generadas por la enfermedad de base. Sin embargo, estudios demuestran que la depresión prequirúrgica puede ser un factor de riesgo de complicaciones postoperatorias, como mayor dolor agudo, consumo de analgésicos y retardo en la recuperación.

Beauchamp et al. (2021) mencionan uno de los temas más recientes e importantes actualmente, la emergencia del COVID-19 que ha visibilizado la importancia de la salud mental a nivel mundial debido al aumento significativo de casos de depresión entre otros. Las personas que viven con este trastorno llegan a experimentar cambios drásticos en su vida social, con mayor riesgo de muerte por suicidio y deterioro de la salud física entre otras consecuencias asociadas al trastorno como tal. En Puerto Rico los reportes muestran una prevalencia de 23.7% para cualquier trastorno mental y 9.7% para depresión mayor entre los adultos de 18 a 64 años; teniendo como resultado esta realidad en la que se vive, muchos pacientes buscan atención médica en las salas de emergencia de los hospitales generales, sin



embargo, solamente el 10% de los pacientes que son ingresados llegan a ser diagnosticados y tratados dentro del área de salud mental.

Otro aporte relevante es la relación de salud mental y COVID-19 como se mencionó anteriormente, en este caso trabajado por Guardado (2021) quien enfatiza que el brote de la enfermedad por COVID-19 generó un gran impacto psicológico, la misma que está en relación con trastornos de salud mental específicamente a síntomas depresivos, ansiedad, síntomas somáticos, de estrés agudo y postraumático. Así mismo concluye que dada el alta, la prevalencia de depresión en estos pacientes hospitalizados, es importante que se pueda realizar la respectiva valoración, en donde se suman otros trastornos psiquiátricos por esta nueva enfermedad como punto a destacar en su estudio.

Como se ha puesto en conocimiento la depresión es un tema de salud que está presente en la gran mayoría de enfermedades médicas, siendo así el aporte de Rosero y Solís (2021) sobre el dengue que al ser una enfermedad grave presenta alteraciones neurológicas (trastornos del ánimo) como la depresión, la cual no permite una recuperación rápida; teniendo como ejemplo que en el año de 2015 en Ecuador a 2.088 personas atendidas por enfermedades depresivas en los hospitales del Ecuador.

Los autores Polanco et al. (2022) en su investigación mostraron que el tratamiento farmacológico junto con un programa de ejercicio físico produjo una disminución mayor en los síntomas depresivos comparados con un grupo al que únicamente se le administró el tratamiento farmacológico. La relación de la actividad física estimula aspectos psicológicos referentes al bienestar emocional y social, además, mejora las relaciones sociales de cada individuo, siendo beneficiosa sobre los diferentes tipos de alteraciones neurológicas, neuropsiquiátricas y en el manejo de trastornos mentales.

En este caso observamos otro aporte de Torres et al. (2022) quienes aluden que otra enfermedad médica como la diabetes, afecta a las personas tanto de manera física como mental, especialmente con la presencia de depresión. Según la (OMS) la prevalencia de depresión en la población general varía de 5 a 10%; en cambio en los pacientes con diabetes se ve más elevada entre un 30 a 65%, por lo que, según investigaciones realizadas, se cree que este trastorno es un predictor de aumento de

riesgo para desarrollar diabetes tipo 2, recalcando que los pacientes con diabetes y depresión tienen más probabilidades de morir a una edad temprana.

Así también Álvarez (2022) señala que no solo los síntomas de depresión se presentan en la situación de hospitalización en los pacientes, sino también en los últimos años se habla de un número mayor de sobrevivientes que han sido dados de alta recuperándose de enfermedades graves que tienen la posibilidad de desarrollar afectaciones psicológicas; como la sintomatología depresiva dificultando su calidad de vida. Así también dentro de su estudio destaca que el tratamiento en los pacientes hospitalizados debe ser integral, atendiendo todas las necesidades físicas como psicológicas relacionadas con la enfermedad y la situación de recuperación total.

Murillo et al. (2022) señalan de manera similar a otros autores que la depresión junto con otros trastornos del ánimo, tiene muchas implicaciones cuando se habla de comorbilidad con una enfermedad médica física, debido a que los pacientes se relacionan con un mayor tiempo de hospitalización, indicando un gran índice de mortalidad, mayor percepción de síntomas físicos, enfrentándose a una limitada calidad de vida; incluso en ciertos estudios que se han realizado el deterioro físico en los pacientes es mucho más rápido a diferencia de cuando aparece en un inicio la enfermedad o el trastorno mental. Por otra parte, también señalan características que son importantes en la mayoría de los pacientes que acuden al servicio de emergencias en los hospitales generales, como es el hecho de tener un nivel económico bajo, padecer de una enfermedad crónica, tener un historial psiquiátrico, ser soltero/a, viudo/a como causantes para la depresión ya que no existe una etiología exacta para el desarrollo de la patología, entendiéndose la intervención de múltiples factores.

## 4. CONCLUSIONES

Esta investigación tuvo como objetivo principal identificar la presencia de la sintomatología depresiva en pacientes adultos hospitalizados de América latina en los últimos 10 años, para ello se realizó una revisión exhaustiva de la bibliografía acorde a los buscadores seleccionados acerca de los síntomas depresivos, su marco teórico; tipos de depresión, tratamientos, depresión hospitalaria y finalmente estudios en donde se ha evidenciado síntomas de depresión en pacientes hospitalizados. Para esta revisión bibliográfica se utilizaron 32 artículos científicos, donde la depresión fue el principal problema dentro de los hospitales y casas de salud.

Es importante mencionar que la depresión es una enfermedad causada por varios factores mentales y emocionales que llevan a la persona a tener conductas diferentes como pérdida del interés de las cosas o por la incapacidad para llevar a cabo actividades cotidianas durante al menos dos semanas, en el peor de los casos la depresión lleva al suicidio.

De acuerdo con la información recolectada en esta investigación, la prevalencia de depresión es más frecuente en personas de género femenino a diferencia del masculino, teniendo su inicio a cualquier edad. Actualmente la salud mental está adquiriendo importancia dentro de la sociedad, por lo que ocupa el puesto como uno de los principales riesgos en el mundo.

Así mismo, se considera una problemática por las diferentes enfermedades médicas que desencadenan síntomas depresivos, lo cual, genera una considerable tasa de mortalidad y alerta significativa para los sistemas de salud a nivel mundial, no solo por su prevalencia sino también por las repercusiones que afectan a nivel psicológico, físico, personal, familiar, social, laboral y económico, que complica la evolución de las enfermedades físicas en el paciente hospitalizado.

A pesar de la evidencia de los niveles altos de depresión en las casas de salud según estudios, se concreta que no se presta la debida atención al malestar emocional o cambios de ánimo en los pacientes, ya que el minimizar o ignorar sus síntomas por parte del personal médico, genera que las personas consideren “normal” los sentimientos de desesperanza, vacío, dificultad de concentración, toma de decisiones o la falta de energía para desarrollar cualquier actividad. Es por eso que existe un

desconocimiento del mismo, lo que genera que las personas no busquen atención psicológica; el contar con una red de apoyo tanto de familiares y de amigos, es indispensable.

Durante la investigación, hacemos énfasis en tratamientos como; farmacológicos, programas de ejercicio físico, tratamientos psicoterapéuticos y terapia cognitivo conductual, los cuales disminuyen una parte de los síntomas depresivos en los pacientes. Más adelante encontramos que las enfermedades son detonantes para desarrollar síntomas de depresión en pacientes hospitalizados; en el caso de los pacientes con diabetes mellitus tipo 2, se evidencia síntomas depresivos leves, hasta severos en mujeres evaluadas. Otra enfermedad mortal como el COVID-19, se acompaña de reacciones en el estado de ánimo por miedo al contagio y aislamiento, dando paso al incremento de episodios depresivos. Otras condiciones médicas que presentan comorbilidad son; insuficiencia cardíaca, diabetes gestacional, asma, síndrome coronario agudo, entre otras.

Los artículos seleccionados nos muestran que el personal médico, enfatiza más la parte biológica llegando a minimizar el área psicológica de los pacientes ingresados. Al momento de no efectuar un diagnóstico certero, los síntomas pueden aparecer inmediatamente y su estancia hospitalaria conlleva al paciente a entrar en estado de desesperación, tristeza y estrés.

Por esta razón, es importante que los estudiantes y profesionales conozcan las causas de la depresión en los pacientes hospitalizados, así como los tipos de tratamiento que se manejan y la evaluación temprana de síntomas con el fin de mejorar su calidad de vida y proceso hospitalario.

Finalmente, la comorbilidad de la depresión conlleva dificultades ante cualquier tipo de enfermedad médica, resistencia al tratamiento y riesgo de suicidio, llegando a complicar la vida del paciente en múltiples aspectos ya mencionados, sobre todo en el proceso de mejoría de su padecimiento actual manifestando cambios insatisfactorios en su estancia hospitalaria.

## **5. RECOMENDACIONES**

Según la información obtenida en esta revisión de la literatura y la importancia de la depresión en la actualidad, es pertinente recomendar lo siguiente:

Se continúe con investigaciones sobre el proceso de hospitalización que se interpone en el estado de ánimo, como la presencia de síntomas depresivos en pacientes adultos hospitalizados, ya que es importante obtener resultados que generen interés a la sociedad sobre dicha patología.

Es necesario la capacitación adecuada de la depresión hospitalaria en el personal de salud, para que el paciente cuente con un diagnóstico oportuno sobre los síntomas y evitar que evolucionen por lo que deben partir desde un trabajo multidisciplinario y así, reducir el riesgo de mortalidad, gasto económico y la reinserción sea eficaz para el paciente.

Así mismo, como puntos significativos se sugiere realizar actividades productivas como: alimentarse saludablemente, fortalecer las relaciones sociales, evitar el consumo de sustancias, practicar ejercicio físico, meditación y terapia psicológica posterior a su alta hospitalaria, con el objetivo de prevenir una depresión grave.

Los estudiantes pueden ingresar a la página de la Universidad del Azuay, con el objetivo de que este proyecto de investigación sea una herramienta guía, para aquellos que demuestren tener afinidad o interés en esta problemática de salud y deseen conocer los diversos estudios que se han realizado sobre este tema. Así mismo, ejecutar una correcta indagación sobre este trastorno en las Universidades que tienen la carrera Psicología Clínica.

Finalmente, es importante tomar en cuenta el cuidado de la salud mental, ya que el profesional puede hacer la diferencia con el objetivo de prevenir la depresión y mejorar la calidad de vida.

## 6. REFERENCIAS

- Aguilar, R., García, O. y Álvarez, A. (febrero-diciembre 2020). Nivel de ansiedad, depresión y estrés en pacientes hospitalizados en medicina interna en comparación con los de cirugía. *Revista Medicina General y de Familia*, 9(6).
- Agis, R., López, D., Bermúdez, V., Maya, E. y Guzmán, E. (2020). Frecuencia de sintomatología depresiva y tratamiento en adultos mayores con acceso a servicios de salud. *Revista de Horizonte Sanitario*, 19(3).  
[https://www.scielo.org.mx/scielo.php?script=sci\\_arttext&pid=S2007-74592020000300365](https://www.scielo.org.mx/scielo.php?script=sci_arttext&pid=S2007-74592020000300365)
- Alarcón, R., Gea, A., Martínez, J., Pedreño, J. y Pujalte, M. (2017). Guía de Práctica Clínica de los Trastornos Depresivos. *Confederación Salud Mental España*.  
<https://consaludmental.org/publicaciones/GPCtrastornosdepresivos.pdf>
- Alvarado, J., Montenegro, K., León, F. y Díaz, C. (2014). Asociación entre Depresión-Ansiedad y el Síndrome de Fibromialgia en 3 centros asistenciales de Lambayeque, Perú, 2011-2012. *Revista Médica Risaralda*, 20(2), 75-79. <http://www.scielo.org.co/pdf/rmri/v20n2/v20n2a02.pdf>
- Alvarez, L. (2022). *Apoyo familiar y el nivel de depresión en pacientes en la unidad de cuidados intensivos del Hospital San José de Chíncha, 2022*. [Tesis de especialización, Universidad María Auxiliadora]. Repositorio Institucional-Universidad María Auxiliadora.
- Amexis, F., Ferreira, A., Klüver, A., Laborde, L., López, C., Ruggiero, S., Illescas, L. y Castromán, P. (mayo-julio 2020). Frecuencia de ansiedad y depresión en pacientes coordinados para cirugía electiva en el Hospital de Clínicas Manuel Quintela. *Revista chilena de anestesia*.
- Anguiano, S., Mora, M., Reynoso, L. y Vega, C. (2017). Prevalencia de ansiedad y depresión en pacientes hospitalizados. *Revista Eureka*, 14(1), 24-38.  
<https://docs.bvsalud.org/biblioref/2018/06/905744/eureka-14-1-9.pdf>
- Arancibia, M., Behar, R., Marín, S., Inzunza, N. y Madrid, E. (2016). Funcionamiento psicosocial en pacientes agudos y crónicos no psiquiátricos en régimen hospitalario: depresión, alexitimia y falta de asertividad. *Revista Médica Chile*, 144(11), 1424-143. <http://dx.doi.org/10.4067/S0034-98872016001100008>
- Arrarás, J y Manrique, E. (2019). La percepción de la depresión y su tratamiento. *Revista Anales del Sistema Sanitario*, 42(1)  
<https://scielo.isciii.es/pdf/asisna/v42n1/1137-6627-asisna-42-01-5.pdf>
- Asociación de Estudiantes de Medicina para Proyectos e Intercambios. (2017,19 de Diciembre). *Principales tipos de depresión: el desafío médico que no encuentra consuelo*. <https://www.elsevier.com/es-es/connect/actualidad-sanitaria/principales-tipos-de-depresion-el-desafio-medico-que-no-encuentra-consuelo>

- Beauchamp, A., Ramos, N., Scott, G. y Jiménez, J. (2021). Diferencias de sexo en la depresión mayor: Estudio exploratorio en pacientes hospitalizados con comorbilidades físicas y mentales. *Revista Salud y Conducta*, 8(1).  
[https://static1.squarespace.com/static/50c39c53e4b097533b3492dd/t/61c48b5879db521a660e4f2f/1640270681406/5\\_Beauchamp-Lebr%C3%B3n+et+al\\_Diferencias+de+sexo+en+la+depresi%C3%B3n+mayor.pdf](https://static1.squarespace.com/static/50c39c53e4b097533b3492dd/t/61c48b5879db521a660e4f2f/1640270681406/5_Beauchamp-Lebr%C3%B3n+et+al_Diferencias+de+sexo+en+la+depresi%C3%B3n+mayor.pdf)
- Bedoya, D. y Ghiso, S. (2020). Prevalencia de los rasgos maladaptativos de personalidad y su influencia en el desenlace clínico del paciente hospitalizado por depresión. [Tesis de especialización, Instituto Colombiano del Sistema Nervioso – Clínica Montserrat]. Repositorio Institucional – Instituto Colombiano del Sistema Nervioso.
- Bernal, A. y Pallares, M. (2021). *Prevalencia de las alteraciones en la autopercepción de la imagen corporal en relación al peso en pacientes con diagnóstico de trastorno depresivo mayor hospitalizados en la clínica Montserrat* [Tesis de especialización, Universidad del bosque]. Repositorio institucional – Universidad del bosque.
- Berenzon, S., Lara, M., Robles, R. y Medina, M. (2013). Depresión: estado del conocimiento y la necesidad de políticas públicas y planes de acción en México. *Revista Salud Pública de México*, 55 (1)  
<https://www.scielo.org.mx/pdf/spm/v55n1/v55n1a11.pdf>
- Benítez, J., Barceló, E. y Gelves, M. (2016). Características psicológicas de los pacientes con larga estancia hospitalaria y propuesta de protocolo para su manejo clínico. *Cirugía Plástica Ibero-Latinoamericana*, 42(4), 391-398.  
<https://scielo.isciii.es/pdf/cpil/v42n4/protocolos.pdf>
- Botto, A., Acuña, J. y Jiménez J. (2014). La depresión como un diagnóstico complejo. Implicancias para el desarrollo de recomendaciones clínicas. *Revista Médica Chile*, 142: 1297-1305.  
<https://www.scielo.cl/pdf/rmc/v142n10/art10.pdf>
- Capellino, R., Garibotti, G., Zacharías, D., Rendo, J., Zorzoli, J., Prandi, D. y Calderón, A. (2019). Depresión subclínica: un problema no visibilizado. *Vertex Revista Argentina de Psiquiatría*, 30(146), 253-258.  
<http://neurociencias-aplicadas.org/wp-content/uploads/2020/06/Vertex-Depresi%C3%B3n-subcl%C3%ADnica.pdf>
- Chávez, K. (2014). Depresión enmascarada, ¿somatización o depresión. *Revista electrónica Psyconex*, 5(8).  
<https://revistas.udea.edu.co/index.php/Psyconex/article/view/20977/17525>
- Chomali, C., Espinosa, C., Galdames, M. y Marín, L. (2015). La Depresión Menor: ¿Es un concepto menor? *Revista Argentina de Clínica Psicológica*, 24(1), 23-33. <https://www.redalyc.org/pdf/2819/281944843004.pdf>
- Corea del cid. (2021). La depresión y su impacto en la salud pública. *Revista Médica Hondureña*, 89(1), 1-68.  
<https://www.lamjol.info/index.php/RMH/article/view/12047/13976>

- Domínguez, J. (2014). *Prevalencia de depresión y factores relacionados en pacientes hospitalizados en el departamento de medicina interna del Hospital Vicente Corral Moscoso Cuenca-2011* [Tesis de Especialización, Universidad de Cuenca]. Repositorio Institucional - Universidad de Cuenca.
- Guamán, C. (2019). *Asma no controlado asociado a depresión y ansiedad en pacientes que acuden al servicio de neumología del Hospital Eugenio Espejo. Estudio de casos y controles: (Informe de investigación presentado como requisito para optar por el Título de Especialista en Medicina Interna)*. <http://www.dspace.uce.edu.ec:8080/bitstream/25000/22712/1/T-UCE-0006-CME-250-P.pdf>
- Guardado, R. (2021). *Valoración de ansiedad y depresión en pacientes hospitalizados con neumonía severa por COVID-19* [Tesis de especialización, Universidad Autónoma de nuevo León] <http://eprints.uanl.mx/21739/1/21739.pdf>
- Hernández, T., Figueroa, C., Ramos, B. y Díaz, L. (2014). Relación de la depresión, ansiedad y calidad de vida en pacientes hospitalizados con insuficiencia cardíaca. *Revista Psicología y Salud*, 24(1), 25-31. <https://doi.org/10.25009/pys.v24i1.717>
- Jiménez, M., Gallardo, G., Villaseñor, T. y González, A. (2013). La distimia en el contexto clínico. *Revista Colombiana de Psiquiatría*, 42(2), 212-218. <http://www.scielo.org.co/pdf/rcp/v42n2/v42n2a09.pdf>
- Lacomba, L., Valero, S., Mateu, J., Sanz, J. y García, I. (2016). Relación entre riesgo suicida, síntomas depresivos y limitaciones sociales en el Trastorno Adaptativo. *Revista de Investigación en Psicología Social*, 4(1), 24-32. <file:///C:/Users/denithzacampoverde/Downloads/93-605-1-PB.pdf>
- León, E., Guillén, M. y Vergara, A. (2012). Prevalencia de depresión y factores de riesgo asociados en pacientes con diabetes mellitus tipo 2 del Centro Médico Nacional «20 de Noviembre». *Revista de Endocrinología y Nutrición*, 20(3), 102-106. <https://www.medigraphic.com/pdfs/endoc/er-2012/er123b.pdf>
- Lorenzo, J., Díaz, H., Ordoñez, L., Ramírez, O. y Vitón, A. (2019). Caracterización clínica y terapéutica del episodio depresivo en pacientes hospitalizados. *Revista de Ciencias Médicas de Pinar del Río*, 23(5), 645-653. <http://scielo.sld.cu/pdf/rpr/v23n5/1561-3194-rpr-23-05-645.pdf>
- Lorenzo, J., Díaz, H., Cuello, M., Ordoñez, L. y Díaz, J. (2021). *Revista de Ciencias Médicas de Pinar del Río*, 25(1), 1-9. <https://www.medigraphic.com/pdfs/pinar/rcm-2021/rcm211i.pdf>
- Martínez, C., Mejía, C. y Landa, M. (2021). Depresión y ansiedad en pacientes hospitalizados en el servicio de Medicina Interna del Hospital Escuela Universitario de Honduras. *Revista de psicología de la salud*, 9(1). <https://revistas.innovacionmh.es/index.php/psicologiasalud/article/view/901/1411>
- Martínez, K., Vásquez, M. (2019). Depresión y ansiedad en pacientes con Diabetes Mellitus Tipo 2 del Hospital Comunitario de Jonuta Tabasco “Arsenio



- Filigrana Zubieta” *Revista Científica Europea*, 15(6), 525.  
<https://core.ac.uk/download/pdf/236412471.pdf>
- Martínez, O., Montalván, O. y Betancourt, Y. (2019). Trastorno Bipolar. Consideraciones clínicas y epidemiológicas. *Revista Médica Electrónica*, 4
- Meza, K. y Santayana, R. (2019). Esquemas mal adaptativos tempranos y depresión en pacientes jóvenes hospitalizados. *Revista de la Facultad de Psicología y Humanidades*, 27(12), 191-199.  
<https://doi.org/10.33539/avpsicol.2019.v27n2.1797>
- Ministerio de Salud de Chile. (2013). Depresión en personas de 15 años y más. *Series Guías Clínicas MINSAL*.  
<https://www.minsal.cl/portal/url/item/7222754637c08646e04001011f014e64.pdf>
- Ministerio de Sanidad Servicios Sociales e Igualdad. (2014). La depresión – Información para pacientes, familiares y allegados. *Biblioteca de Guías de Práctica Clínica del Sistema Nacional de Salud*.  
<https://feafesgalicia.org/wp-content/uploads/documentacion/guias/La-depresion-Informacion-para-pacientes-y-allegados.pdf>
- Ministerio de Sanidad Servicios Sociales e Igualdad. (2016). Guía de Práctica Clínica sobre el Manejo de la Depresión en el Adulto. *Guías de Práctica Clínica en el SNS*. [https://portal.guiasalud.es/wp-content/uploads/2018/12/GPC\\_534\\_Depresion\\_Adulto\\_Avaliat\\_compl.pdf](https://portal.guiasalud.es/wp-content/uploads/2018/12/GPC_534_Depresion_Adulto_Avaliat_compl.pdf)
- Moreira, A., Fielitz, P., López, G., Aguerre, R., Ezeiza, G., Martino, V., Correa, G., Decaro, S., Fernández, C., Gorgoroso, S., Torres, F., Ferreira, M., Navarro, V., Real, N. y Redes, L. (2018). Depresión asociada al apoyo social, estancia hospitalaria y patología médica en pacientes ingresados en hospital de Clínicas Dr. Manuel Quintela. *Revista Chile Neuro-Psiquiátrica*, 56(4), 219-227. <http://dx.doi.org/10.4067/s0717-92272018000400219>
- Morales C. (2017). La depresión: Un reto para toda la sociedad del que debemos hablar. *Revista Cubana de Salud Pública*, 43(2).  
<https://www.scielosp.org/pdf/rcsp/2017.v43n2/136-138>
- Muñoz, A., Tejada, M., Gallegos, S., Obando, S., Guerra, M., Zeballos, E., Inofuente, A. y Ocharan, A. (2019). *Revista de Psicología de la Salud*, 7(1).  
<https://doi.org/10.21134/pssa.v7i1.874>
- Muñoz, D. y Arteaga, A. (octubre-diciembre 2020). Ansiedad y depresión en pacientes hospitalizados con diabetes mellitus tipo 2. *Revista Javeriana*, 22.
- Murillo, J., Vidal, E., Domínguez, N., López, A. y Landa, E. (2022). Ansiedad y depresión en pacientes hospitalizados en un departamento de emergencias. *Revista Psicología y Salud*, 32(2), 195-202.  
<file:///C:/Users/denithzacampoverde/Downloads/2741-Texto%20del%20art%C3%ADculo-12495-2-10-20220329.pdf>
- Navas, W. y Vargas, M. (2012). *Revista Cúpula. Biblioteca Médica- Hospital Nacional Psiquiátrico*, 26(2).  
<https://www.binasss.sa.cr/bibliotecas/bhp/cupula/v26n2/v26n2.pdf#page=19>

- National Institute of Mental Health. (2019). Trastorno bipolar. *Departamento de Salud y Servicios Humanos de los Estados Unidos*.  
<https://www.nimh.nih.gov/sites/default/files/health/publications/espanol/trastorno-bipolar/trastorno-bipolar.pdf>
- Noguera, M., Pérez, B., Barriento, V., Robles, R. y Sierra, J. (2013). Escala de Ansiedad y Depresión HOSPITALARIA (HADS): validación en pacientes mexicanos con infección por VIH. *Revista Psicología Iberoamericana*, 21(2), 29-37. <https://www.redalyc.org/pdf/1339/133930525004.pdf>
- Noguera, M., Benítez, M., Guggiari, B., Iramain, M. y Acosta L. (2020). Predisposición para el desarrollo de trastornos de ansiedad y depresión en pacientes con hospitalización prolongada. *Revista Científica Ciencias de la Salud*, 2(1), 10-17. <http://scielo.iics.una.py/pdf/rccsalud/v2n1/2664-2891-rccsalud-2-01-10.pdf>
- Organización Mundial de la Salud. (1992). *Clasificación Internacional de las Enfermedades y problemas relacionados con la salud*. 10(1).
- Pesantes, D., Lindao, M., Burgos, L. y Dimitrakis, L. (2019). La depresión y su abordaje desde la terapia cognitiva. *Revista Científica Mundo de la Investigación y el Conocimiento*, 3(2).  
<https://recimundo.com/index.php/es/article/view/492/635>
- Polanco, k, López, J., Muñoz, B., Vergara, A., Tristán, J. Y Arango, C. (2022). Efecto del ejercicio físico sobre los síntomas depresivos en pacientes hospitalizados con depresión. *Revista Retos nuevas tendencias en educación física, deporte y recreación*, (43), 53-61.  
[file:///C:/Users/denithzacampoverde/Downloads/Dialnet-EfectoDelEjercicioFisicoSobreLosSintomasDepresivos-8052574%20\(4\).pdf](file:///C:/Users/denithzacampoverde/Downloads/Dialnet-EfectoDelEjercicioFisicoSobreLosSintomasDepresivos-8052574%20(4).pdf)
- Preciado, N., Trujillo, D. y Rojas, H. (2018). Ansiedad, depresión, estrés y apoyo social percibido en el proceso de Hospitalización de la sociedad de cirugía Hospital de San José de la ciudad de Bogotá-Colombia. *Revista Psicología Avances de la Disciplina*, 12(1), 71-87.  
<http://www.scielo.org.co/pdf/psych/v12n1/1900-2386-psych-12-01-71.pdf>
- Rodríguez, M. (2019). *Nivel de depresión en pacientes Hospitalizados en el Servicio de Medicina, Hospital Regional Virgen De Fátima Chachapoyas, 2017*. [Universidad Nacional Toribio Rodríguez de Mendoza de Amazonas].  
<https://repositorio.untrm.edu.pe/bitstream/handle/20.500.14077/1916/Rodríguez%20Sober%20Mar%20Yanet.pdf?sequence=1&isAllowed=y>
- Rodríguez, L., Vivas, S., Herrera, A., Calvo, C. y Ruiz, A. (2022). Terapia de conducta: raíces, evolución y reflexión sobre la vigencia del conductismo en el contexto clínico. *Revista del Consejo General de la Psicología de España*, 43(3), 209-217. <https://www.papelesdelpsicologo.es/pdf/2994.pdf>
- Rojas, M. (2013). *Incidencia de depresión en pacientes hospitalizados, departamento de medicina interna, Hospital Regional de Occidente, año 2010*[Tesis de Maestría, Universidad de San Carlos de Guatemala].  
[http://biblioteca.usac.edu.gt/tesis/05/05\\_9100.pdf](http://biblioteca.usac.edu.gt/tesis/05/05_9100.pdf)

- Rosero, K. y Solís, C. (2021). *Dengue y su relación con depresión y ansiedad en personas de 18 a 65 años del cantón Atacames, provincia de Esmeraldas, que acuden al Hospital Básico Juan Carlos Guasti*. [Tesis de especialización, Pontificia Universidad Católica del Ecuador]. Repositorio institucional – Pontificia Universidad Católica del Ecuador.
- Tellería, C. (2014). Evaluación de los niveles de depresión, ansiedad y factores psicosociales en pacientes con diabetes gestacional previa. Ciudad Hospitalaria “Dr. Enrique Tejera”. Periodo 2011-2012. *Revista Comunidad y Salud*, 12(2), 62-72. <http://ve.scielo.org/pdf/cs/v12n2/art09.pdf>
- Torres, D., Castillo, I., Rojas, I., Masot, A., Masot, S. y González, P. (2022). La depresión en pacientes con diagnóstico de diabetes mellitus tipo 2. *Revista Finlay*, 12(3). <http://scielo.sld.cu/pdf/rf/v12n3/2221-2434-rf-12-03-277.pdf>
- Wiegert, L. y Ortiz, I. (2020). Factores psicológicos en pacientes con síndrome coronario agudo hospitalizados en el servicio de cardiología del Hospital de la Universidad Nacional de Asunción. *Revista de Medicina Clínica y Social*, 4(3), 88-92. [file:///C:/Users/denithzacampoverde/Downloads/Dialnet-FactoresPsicologicosEnPacientesConSindromeCoronari-8599869%20\(1\).pdf](file:///C:/Users/denithzacampoverde/Downloads/Dialnet-FactoresPsicologicosEnPacientesConSindromeCoronari-8599869%20(1).pdf)
- Zuluaga, D. (2018). Aplicación de la terapia cognitiva en un paciente con trastorno mixto de ansiedad y depresión y trastorno de la personalidad dependiente. [Tesis de Maestría, Universidad del Norte]. Repositorio Institucional-Universidad del Norte. <http://manglar.uninorte.edu.co/bitstream/handle/10584/8288/133804.pdf?sequence=1>

## 7. ANEXOS

### Anexo 1: Protocolo de diseño de tesis

## PROTOCOLO DE TRABAJO DE TITULACIÓN

|  |          |  |  |
|--|----------|--|--|
| <b>Nombre del estudiante</b><br>Zabala Tenesaca Luis Adrián<br>Campoverde Yunga Denithza Adriana |          |  |  |
| 85426  | 2-810725 | 0980357859   | <a href="mailto:adrianz1@es.uazuay.edu.ec">adrianz1@es.uazuay.edu.ec</a> |
| 89333  | 2-803791 | 0983474402   | <a href="mailto:denithza@es.uazuay.edu.ec">denithza@es.uazuay.edu.ec</a> |
| <b>Director sugerido:</b> María Cecilia Salazar  |          |  |  |
| Teléfono celular   |          | Correo electrónico<br><a href="mailto:msalazar@uazuay.edu.ec">msalazar@uazuay.edu.ec</a> |  |
| Tribunal designado<br>(de acuerdo a la normativa de la Facultad)                                 |          | María Verónica Serrano Crespo  |  |
| Fechas de Aprobación   |          | Junta académica: MM/DD/AÑO   |  |
|  |          | Consejo de Facultad: MM/DD/AÑO   |  |

| <b>DATOS SOBRE LA INVESTIGACIÓN</b>  |                           |
|--|---------------------------|
| <b>Línea de Investigación</b> Evaluación psicológica   | <b>Código</b><br><br>0313 |
| <p><b>Tipo de trabajo</b> (señala una de las opciones que prevé el Reglamento de Régimen Académico)</p> <p>(X) Proyecto de investigación                      ( ) Proyecto integrador</p> <p>( ) Estudio comparado                                ( ) Propuesta metodológica</p> <p>( ) Producto artístico                                ( ) Dispositivo tecnológico</p> <p>( ) Plan de negocios                                 ( ) Proyecto técnico</p> <p>( ) Trabajo experimental</p> |                           |
| <p><b>Título propuesto:</b></p> <p>Sintomatología depresiva en pacientes adultos hospitalizados de América latina en los últimos 10 años</p>   |                           |
| <p><b>Estado del Proyecto:</b> (define si el trabajo es nuevo, a continuación, integrador, interdisciplinario o multidisciplinario puede cumplir con más de una especificación)</p>  | Trabajo nuevo             |

## **2.CONTENIDO**

### **2.1 Resumen**

La depresión se caracteriza por la presencia de manifestaciones de tristeza, apatía, autoconcepto negativo, autorreproches, culpa, evitación, disforia, síntomas somáticos, así como cambios en el nivel y calidad de la actividad física. Además, es una manifestación emocional que modifica el humor y el estado de ánimo de las personas y tiene una alta prevalencia en la población a nivel mundial, siendo un problema relevante en nuestro país, debido a los casos diagnosticados en los últimos años. Se presenta en personas de diferentes edades y sexo, también se menciona una alta incidencia de episodios depresivos en el adulto mayor. Para ello se realizará una revisión bibliográfica para conocer el impacto que provoca en las personas y a su vez contar con información necesaria; por esta razón el presente trabajo tiene como objetivo conocer los síntomas depresivos en pacientes hospitalizados de América latina en los últimos 10 años.

### **2.2 Problemática**

La investigación sugiere que existe una clara relación entre la situación de hospitalización y la sintomatología de depresión en los pacientes. Por lo que se considera relevante indagar con información que cambios a nivel psicológico y emocional experimentan los pacientes hospitalizados debido a ciertos tipos de diagnósticos médicos. La prevalencia cada vez va en aumento, ya que 1 de cada 5 personas presentará cambios en su estado de ánimo a lo largo de su vida y sobre todo en pacientes con alguna patología médica, siendo las más comunes como: cardiovasculares, oncológicas, neurológicas y metabólicas. Todo individuo cuando se enferma experimenta una serie de reacciones emocionales ante la enfermedad que el médico debe considerar. Por otro lado, genera una discapacidad funcional mayor que el resto de las enfermedades médicas crónicas. La evidencia científica muestra que los pacientes hospitalizados en cuidados intensivos presentan cifras de depresión de 20 a 30 %, en medicina interna de 22 y 28% respectivamente.

### **2.3 Estado del Arte y Marco Teórico**

La depresión se presenta como un conjunto de síntomas de predominio afectivo (tristeza patológica, apatía, anhedonia, desesperanza, decaimiento, irritabilidad, sensación subjetiva de malestar e impotencia frente a las exigencias de la vida) aunque, en mayor o menor grado, también están presentes síntomas de tipo cognitivo y somático, por lo que podría hablarse de una afectación global psíquica y física, haciendo especial énfasis en la esfera afectiva (Ministerio de Sanidad, Servicios Sociales e Igualdad., 2014, p.35)

La depresión también puede concurrir con el abuso de alcohol y otras sustancias, y con algunas enfermedades orgánicas cerebrales y sistémicas. También es frecuente su asociación con trastornos de la conducta alimentaria y algunos trastornos de la personalidad. Además, es más común entre personas con enfermedad física crónica y la relación entre ambas es recíproca, ya que los problemas físicos pueden exacerbar la depresión y a su vez la depresión puede afectar negativamente al curso de la patología física. La depresión también es un factor de riesgo para algunas patologías físicas, como es el caso de las enfermedades cardiovasculares. La depresión se puede iniciar a cualquier edad, aunque su mayor prevalencia se produce entre los 15 y 45 años, por lo que tiene un gran impacto en la educación, la productividad, el funcionamiento y las relaciones personales. La sintomatología del trastorno puede ser distinta con la edad: los jóvenes muestran síntomas fundamentalmente comportamentales, mientras que los adultos mayores tienen con mayor frecuencia síntomas somáticos (Ministerio de Sanidad, Servicios Sociales e Igualdad., 2014, p. 35)

Se ha observado que ciertas enfermedades médicas tales como enfermedad de Parkinson, infarto, accidente cerebrovascular, trastornos endocrinos, diabetes, enfermedad pulmonar crónica, enfermedades infecciosas, etc. (Unsar & Sut, 2010; Unützer, 2002), así como medicamentos como las benzodiazepinas, los antihipertensivos, entre otros, pueden causar depresión en momentos posteriores, o incrementar la severidad de síntomas depresivos ya presentes (Bastidas y Bilbao, 2014)

Los tumores frontales y temporales de crecimiento lento son los que de igual manera se asocian a síntomas afectivos, apatía y depresión; el diagnóstico se realiza por la presencia de déficits neurológicos asociados a la sintomatología depresiva. Otra enfermedad que está asociada a la sintomatología depresiva es el hipertiroidismo, se asocia a estados de ansiedad y sintomatología vegetativa, como taquicardias, disnea, hipersudoración, así como pérdida de peso con hiperfagia. Se ha detectado que los síntomas afectivos preceden a las manifestaciones en un 14% de los casos (Serrano, s. f)

Las alteraciones cognitivas constituirían según diversos autores una parte nuclear del trastorno depresivo mayor (TDM). En las clasificaciones actuales como el DSM-5, las alteraciones cognitivas forman parte de los criterios diagnósticos de los trastornos depresivos. Las funciones cognitivas que se ven afectadas por la depresión son en muchos de los casos, la velocidad psicomotora, la atención, el aprendizaje y la memoria visual, así como las funciones ejecutivas (Roca, 2015)



## **2.4 Objetivo general:**

Elaborar la revisión bibliográfica de estudios que han identificado sintomatología depresiva en pacientes adultos hospitalizados de América latina en los últimos 10 años

## **2.5 Objetivos específicos:**

- Analizar investigaciones sobre síntomas depresivos en pacientes adultos hospitalizados

- Identificar la relación entre el estado de ánimo y la situación de hospitalización

## **2.6 Metodología**

### **2.6.1 Tipo de investigación**

El modelo de investigación que se utilizará en esta revisión bibliográfica es de tipo cualitativo. Cuyo objetivo es realizar una investigación documental recopilando información ya existente sobre un tema o problema y de tipo descriptivo. Se usará navegadores base como Scholar Google, SciELO, Dialnet, Redalyc.

Se tomará en cuenta los criterios de inclusión y exclusión para la obtención de datos, que serán los siguientes:

### **2.6.2 Criterios de inclusión**

- Estudios relacionados con sintomatología depresiva en pacientes adultos hospitalizados de América latina.

- Estudios relacionados con sintomatología depresiva en pacientes adultos hospitalizados entre los 18 y 64 años.

- Artículos publicados en español dentro de los últimos 10 años.

- Palabras claves: sintomatología, depresión, depresión hospitalaria, estado de ánimo, consecuencias, pacientes adultos, hospitalización, enfermedades, América latina.

- Bases de datos: SciELO, Dialnet, Redalyc y Scholar Google

### **2.6.3 Criterios de exclusión**

- Artículos superior a 10 años
- Artículos científicos de contenido con rango de edad menores a 18 años y mayores a 64 años
- Artículos con información que no se ajuste a los criterios de inclusión

### **2.6.4 Establecimiento de criterios de búsqueda**

- Sintomatología depresiva en pacientes hospitalizados.
- Enfermedades y Salud mental.
- Artículos específicos.
- Fechas de publicación últimos 10 años.

### **2.6.5 Tipo de Procedimiento**

Primer paso se desarrollará el capítulo uno del esquema tentativo. Como segundo paso se elaborará la metodología en la cual se utilizará como principales bases de datos SciELO, Dialnet y Redalyc, así mismo, se consultará en Scholar Google los artículos científicos que se desarrollarán a lo largo de la investigación con las palabras claves: sintomatología, depresión, depresión hospitalaria, estado de ánimo, consecuencias, pacientes adultos, hospitalización, enfermedades, América latina. En el tercer paso, se realizará la selección de los artículos de la metodología descrita, que cumplirán con los criterios requeridos. Como cuarto paso, se procederá a la revisión de artículos científicos sobre sintomatología depresiva en pacientes adultos hospitalizados de América Latina en los últimos 10 años. En el quinto paso, se analizará las investigaciones seleccionadas, en donde se identificará la relación del estado de ánimo y la situación de hospitalización en estos pacientes. Por último, se obtendrán conclusiones y se darán recomendaciones en base a la información que se recolectará de las referencias seleccionadas.

### **3. PLAN DE TRABAJO**

#### **3.1 Esquema tentativo:**

##### **CAPITULO 1**

- 1.1 Depresión
- 1.2 Tipos de depresión
- 1.3 Tratamiento para la depresión
- 1.4 Depresión hospitalaria y consecuencias

##### **CAPITULO 2**

##### **METODOLOGÍA**

- 2.1 Objetivo General
- 2.2 Objetivos Específicos
- 2.3 Tipo de investigación
- 2.4 Criterios de inclusión
- 2.5 Criterios de exclusión
- 2.6 Establecimiento de criterios de búsqueda
- 2.7 Tipo de procedimiento
- 2.8 Revisión de artículos científicos sobre sintomatología depresiva en pacientes adultos hospitalizados de América latina en los últimos 10 años
- 2.9 Tabla de artículos seleccionados

#### **3. Análisis Crítico**

#### **4. CONCLUSIONES**

#### **5. RECOMENDACIONES**

#### **6. BIBLIOGRAFIAS (APA 7)**

#### **7. ANEXOS**

##### **BIBLIOGRAFIAS (APA 7)**

##### **-Referencias:**

Bastidas y Bilbao, H. (2014). *Enfermedades Médicas y depresión en el adulto mayor: Características Comunes y Relación Etiológica*. Revista de

Psicología (PUCP). Recuperado el 10 de enero de 2022, de [http://www.scielo.org.pe/scielo.php?script=sci\\_arttext&pid=S0254-92472014000200001](http://www.scielo.org.pe/scielo.php?script=sci_arttext&pid=S0254-92472014000200001)

López Ibor, M. I. (2007). *Ansiedad y Depresión, reacciones emocionales frente a la enfermedad*. Anales de Medicina Interna. Recuperado el 10 de enero de 2022, de [http://scielo.isciii.es/scielo.php?script=sci\\_arttext&pid=S0212-71992007000500001](http://scielo.isciii.es/scielo.php?script=sci_arttext&pid=S0212-71992007000500001)

Ministerio de Sanidad, Servicios Sociales e Igualdad. (2014). *Guía de práctica clínica sobre el manejo de la depresión en el adulto*. Agencia de Evaluación de Tecnologías Sanitarias de Galicia (p. 35). Recuperado el 10 de enero de 2022, de <https://educacioninfantil.org/pdfs/QuJB9uj0ozDLhO2BXrLCZO46XYURhu4yoE4VoOFLorU1hSJfhSs1FYM7hNly9ztzjc53oV5zoBFssGtGjVJwJP4L9E4VQrDCYBlyFrABhGDMFEI7QrlBYNU1hYM7oSMYzi.pdf>

Roca, M. (2015). *Miquel Roca Margalida lives Una Revisión Crítica*. Alteraciones cognitivas y depresión: una revisión crítica. Recuperado el 10 de enero de 2022, de [https://www.researchgate.net/profile/Emilio-Lopez-Navarro/publication/281394410\\_Cognitive\\_impairments\\_and\\_depression\\_A\\_critical\\_review/links/5b7eeacf4585151fd12e6303/Cognitive-impairments-and-depression-A-critical-review.pdf](https://www.researchgate.net/profile/Emilio-Lopez-Navarro/publication/281394410_Cognitive_impairments_and_depression_A_critical_review/links/5b7eeacf4585151fd12e6303/Cognitive-impairments-and-depression-A-critical-review.pdf)

Serrano, F. (s. f). *Respuestas a la depresión - lecturas recomendadas*. Respuestas a la Depresión. Recuperado el 10 de enero de 2022, de <http://www.respuestasaladepresion.com/lecturasrecomendadas/>

## **7. ANEXOS**

### **Artículos seleccionados**

### **Protocolo de diseño de tesis**