



**UNIVERSIDAD CATÓLICA  
DE SANTIAGO DE GUAYAQUIL**

**FACULTAD DE CIENCIAS DE LA SALUD**

**CARRERA DE MEDICINA**

**TEMA:**

Prevalencia de depresión entre pacientes hospitalizados en el área de  
medicina interna en el Hospital General del Norte de Guayaquil IESS  
Los Ceibos periodo 2024

**AUTOR:**

Seni Arteaga Uri Yakov

**Trabajo de titulación previo a la obtención del título de  
TÍTULO DE MÉDICO**

**TUTOR:**

Blasco Carlos Miguel Ángel

**Guayaquil, Ecuador**

**15 de octubre del 2024**



UNIVERSIDAD CATÓLICA  
DE SANTIAGO DE GUAYAQUIL

**FACULTAD DE CIENCIAS DE LA SALUD**  
**CARRERA DE MEDICINA**

## **CERTIFICACIÓN**

Certificamos que el presente trabajo de titulación, fue realizado en su totalidad por **Seni Arteaga Uri Yakov**, como requerimiento para la obtención del título de **Médico**.

**TUTOR (A)**

f. \_\_\_\_\_

**Dr. BLASCO CARLOS MIGUEL ANGEL**

**DIRECTOR DE LA CARRERA**

f. \_\_\_\_\_

**DR. JUAN LUIS AGUIRRE MARTÍNEZ**

**Guayaquil, a los 15 días del mes de octubre del año 2024**



UNIVERSIDAD CATÓLICA  
DE SANTIAGO DE GUAYAQUIL

FACULTAD DE CIENCIAS DE LA SALUD  
CARRERA DE MEDICINA

## DECLARACIÓN DE RESPONSABILIDAD

Yo, **Seni Arteaga Uri Yakov**

### DECLARO QUE:

El Trabajo de Titulación, “**Prevalencia de depresión entre pacientes hospitalizados en el área de medicina interna en el Hospital General del Norte de Guayaquil IESS Los Ceibos periodo 2024**” previo a la obtención del título de **Médico**, ha sido desarrollado respetando derechos intelectuales de terceros conforme las citas que constan en el documento, cuyas fuentes se incorporan en las referencias o bibliografías. Consecuentemente este trabajo es de mi total autoría.

En virtud de esta declaración, me responsabilizo del contenido, veracidad y alcance del Trabajo de Titulación referido.

**Guayaquil, a los 15 días del mes de octubre del año 2024**

**EL AUTOR (A)**

f. \_\_\_\_\_

**SENI ARTEAGA URI YAKOV**



UNIVERSIDAD CATÓLICA  
DE SANTIAGO DE GUAYAQUIL

FACULTAD DE CIENCIAS DE LA SALUD  
CARRERA DE MEDICINA

## AUTORIZACIÓN

Yo, **Seni Arteaga Uri Yakov**

Autorizo a la Universidad Católica de Santiago de Guayaquil a la **publicación** en la biblioteca de la institución del Trabajo de Titulación, “**Prevalencia de depresión entre pacientes hospitalizados en el área de medicina interna en el Hospital General del Norte de Guayaquil IESS Los Ceibos periodo 2024**”, cuyo contenido, ideas y criterios son de mi exclusiva responsabilidad y total autoría.

**Guayaquil, a los 15 días del mes de octubre del año 2024**

**EL (LA) AUTOR(A):**

f. \_\_\_\_\_

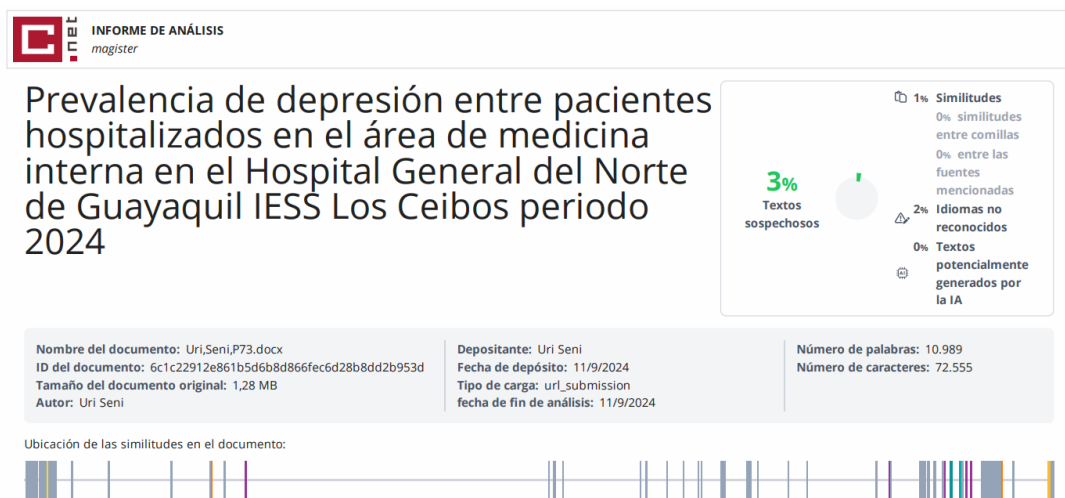
**SENI ARTEAGA URI YAKOV**



UNIVERSIDAD CATÓLICA  
DE SANTIAGO DE GUAYAQUIL

FACULTAD DE CIENCIAS DE LA SALUD  
CARRERA DE MEDICINA

## REPORTE DE SIMILITUDES



**EL AUTOR (A)**

f. \_\_\_\_\_

**SENI ARTEAGA URI YAKOV**

**TUTOR (A)**

f. \_\_\_\_\_

**Dr. BLASCO CARLOS MIGUEL ANGEL**



UNIVERSIDAD CATÓLICA  
DE SANTIAGO DE GUAYAQUIL

**FACULTAD DE CIENCIAS DE LA SALUD  
CARRERA DE MEDICINA**

**AGRADECIMIENTO**

Agradezco a mis padres por el apoyo y motivación continua ahora y siempre. A mi tutor, por su opinión, guía y paciencia. A la Universidad Católica Santiago de Guayaquil por su tutela y años de enseñanza. Al Hospital IESS Los Ceibos, por su apertura, colaboración, y ser parte de mi formación profesional. Y por último a todas aquellas personas que me brindaron apoyo y sugerencias durante la elaboración de este proyecto de titulación. No sería lo mismo sin ustedes, gracias.



UNIVERSIDAD CATÓLICA  
DE SANTIAGO DE GUAYAQUIL

**FACULTAD DE CIENCIAS DE LA SALUD**  
**CARRERA DE MEDICINA**

## **DEDICATORIA**

A mis padres y a mis mejores amigos, quienes se preocupan por mí y quienes me motivan a seguir adelante todos los días.



**UNIVERSIDAD CATÓLICA  
DE SANTIAGO DE GUAYAQUIL**

**FACULTAD DE CIENCIAS DE LA SALUD  
CARRERA DE MEDICINA**

**TRIBUNAL DE SUSTENTACIÓN**

f. \_\_\_\_\_

**DR. JUAN LUIS AGUIRRE MARTÍNEZ**  
DECANO O DIRECTOR DE CARRERA

f. \_\_\_\_\_

**DR. VASQUEZ CEDEÑO DIEGO ANTONIO**  
COORDINADOR DEL ÁREA O DOCENTE DE LA CARRERA

f. \_\_\_\_\_

**OPONENTE**



# ÍNDICE

RESUMEN.....	XIII
ABSTRACT.....	XIV
INTRODUCCIÓN .....	2
CAPÍTULO I.....	4
1.1 PLANTEAMIENTO DEL PROBLEMA .....	4
1.2 JUSTIFICACIÓN .....	5
1.3 OBJETIVOS .....	6
CAPÍTULO II .....	7
MARCO TEÓRICO .....	7
2.1 Depresión .....	7
2.1.1 Definición .....	7
2.1.2 Epidemiología .....	8
2.1.3 Etiología .....	9
2.1.4 Factores de riesgo .....	11
2.1.5 Manifestaciones clínicas.....	11
2.1.6 Herramientas para evaluar la depresión .....	13
2.1.7 Tratamiento .....	14
2.2 Depresión en Latinoamérica .....	17
2.3 Depresión en pacientes hospitalizados .....	19
CAPÍTULO III.....	21
METODOLOGÍA.....	21
CAPÍTULO IV.....	23
RESULTADOS .....	23
DISCUSIÓN .....	32
CAPITULO V .....	34
CONCLUSIONES .....	34
RECOMENDACIONES.....	35
REFERENCIAS .....	36
ANEXOS .....	40

## ÍNDICE DE TABLAS

<b>Tabla 1:</b> Tabla de operacionalización de variables .....	22
<b>Tabla 2:</b> Distribución según la edad de la población estudiada .....	23
<b>Tabla 3:</b> Frecuencias de depresión en la población estudiada basado en la clasificación del PHQ-9 .....	24
<b>Tabla 4:</b> Frecuencias de depresión en la población estudiada clasificadas según el sexo y la severidad.....	25
<b>Tabla 5:</b> Distribución de la depresión en la población estudiada clasificada según el grupo etario .....	27
<b>Tabla 6:</b> Frecuencias de las comorbilidades de los pacientes depresivos de la población estudiada.....	30
<b>Tabla 7:</b> Frecuencias de las comorbilidades de los pacientes no depresivos de la población estudiada.....	31

## ÍNDICE DE GRÁFICOS

<b>Figura 1:</b> Frecuencia de los casos de depresión obtenida según la clasificación del PHQ-9 .....	24
<b>Figura 2:</b> Distribución de depresión según el sexo .....	25
<b>Figura 3:</b> Distribución de la severidad de la depresión según el sexo .....	26
<b>Figura 4:</b> Distribución de la depresión según el grupo etario .....	27
<b>Figura 5:</b> Distribución entre el puntaje obtenido y la edad.....	28
<b>Figura 6:</b> Distribución entre el puntaje obtenido y los días de hospitalización .....	28

## ÍNDICE DE ANEXOS

<i>Anexo 1: Modelo de encuesta realizada, página frontal, con datos relevantes para la investigación y encuesta PHQ-9 .....</i>	40
<i>Anexo 2: Modelo de encuesta realizada, página posterior, consentimiento informado. ....</i>	41

## RESUMEN

**Introducción:** La Organización Mundial de la Salud describe a la depresión como un trastorno mental común, caracterizado principalmente por un estado de ánimo deprimido y falta de placer o interés para casi todas las actividades, presente en alrededor del 3,8% de la población, y afectado por factores sociales, económicos, así como comorbilidades o ingreso hospitalario. El objetivo del presente estudio fue determinar la prevalencia de depresión entre pacientes hospitalizados en el área de medicina interna en el Hospital General del Norte de Guayaquil IESS Los Ceibos periodo 2024. **Materiales y métodos:** Se realizó un estudio de naturaleza observacional, descriptiva y analítica, prospectiva y transversal en una muestra de 303 pacientes hospitalizados. Se aplicó el cuestionario PHQ-9 y se recolectó los datos en una hoja de Excel y SPSS para ser analizados en base a frecuencia, porcentaje y pruebas de asociación. **Resultados:** Se encontró 155 pacientes con depresión, 51.15% del total, con 96 pacientes con depresión leve, 47 con depresión moderada, 11 con depresión moderadamente severa, y 1 con depresión severa. Otras variables como sexo, edad, días de hospitalización y comorbilidades no se encontraron significativas en base a análisis mediante chi-cuadrado o coeficiente de correlación de Pearson, con valores  $p > 0.05$ . **Conclusiones:** Existe una elevada frecuencia de depresión en los pacientes hospitalizados en el servicio, a predominio de depresión leve, similar entre pacientes de diferentes características.

**Palabras clave:** Depresión; Cuestionario de Salud del Paciente; Hospitalización; Comorbilidad; Medicina Interna; Ecuador

## ABSTRACT

**Introduction:** The World Health Organization describes depression as a common mental disorder, mainly characterized by a depressed mood and lack of pleasure or interest in almost all activities, present in around 3,8% of the population, and affected by social and economic factors, as well as comorbidities or hospital admission. The objective of the present study was to determine the prevalence of depression among patients hospitalized in the area of internal medicine at the “Hospital General del Norte de Guayaquil IESS Los Ceibos” period 2024. **Materials and methods:** An observational, descriptive and analytical, prospective and cross-sectional study was conducted in a sample of 303 hospitalized patients. The PHQ-9 questionnaire was applied and the data were collected in an Excel and SPSS spreadsheet to be analyzed based on frequency, percentage, and association tests. **Results:** 155 patients with depression were found, 51.15% of the total, with 96 patients with mild depression, 47 with moderate depression, 11 with moderately severe depression, and 1 with severe depression. Other variables such as sex, age, days of hospitalization, and comorbidities were not found to be significant based on analysis using chi-square or Pearson correlation coefficient, with p values  $>0.05$ . **Conclusions:** There is a high frequency of depression in patients hospitalized in the service, with a predominance of mild depression, similar among patients with different characteristics.

**Keywords:** Depression; Patient Health Questionnaire; Hospitalization; Comorbidity; Internal Medicine; Ecuador

## INTRODUCCIÓN

La Organización Mundial de la Salud describe a la depresión, o trastorno depresivo, como un trastorno mental común, que se caracteriza principalmente por un estado de ánimo deprimido y falta de placer o interés para casi todas las actividades (1), aunque otras manifestaciones comunes son alteraciones en la energía, apetito o sueño, baja autoestima, ideación o intento suicida, entre otras, por un periodo de al menos 2 semanas (2).

Según datos de 2023, alrededor del 3,8% de la población, o 280 millones de personas, experimentan depresión, aunque estos valores se ven afectados por múltiples factores, como acceso a la salud, normas sociales, niveles de violencia, pobreza, entre otros, de manera que varían en cada región. Entre variables asociadas a la depresión encontramos el sexo, siendo en mujeres adultas alrededor del 6%, mientras que en hombres alrededor del 4%; la edad, con un 5.7% de prevalencia en >60 años; o la presencia de comorbilidades (3) (4).

En Latinoamérica la inversión pública e investigación sobre trastornos mentales es limitada, por lo que se señalan grandes brechas entre los resultados de distintos estudios, más aún por las notables diferencias culturales o socioeconómicas, disparidad de género, violencia, limitaciones del sistema de salud, entre otras, que existen en la región (4). Un informe de la Pan-American Life Insurance Group del 2018 señala que 1 de cada 4 personas en las Américas experimenta un MNSS (trastornos mentales, neurológicos, por uso de sustancias y suicidio), dentro de las cuales, la principal afectación es la depresión, y así mismo, señala que los trastornos depresivos son responsables de casi 10 millones de años perdidos por discapacidad en las Américas, con los países con más años perdidos siendo Paraguay, Brasil, Perú, Ecuador y Colombia (5). Una revisión sistemática y metaanálisis del 2023 encontró que en Latinoamérica la prevalencia de un desorden depresivo variaba entre 3.12% para prevalencia actual, 5,30% tomando en cuenta los últimos 12 meses, y llegando a 12.58% a lo largo de la vida, con notable variación entre países, pero concluyendo que la prevalencia puede ser mayor que los estimados globales (4). Específicamente en el Ecuador, datos del 2015 referían más de 50.000 casos de depresión, afectando a mujeres el triple que a los hombres (6), mientras que otro estudio del 2021 en la ciudad de Portoviejo encontró una prevalencia del 8.6%, con mayor frecuencia en hombres

solteros, siendo esta una prevalencia alarmante que incita a un mayor estudio poblacional actual (7). Respecto a servicios para atención y prevención de la depresión, se menciona la posibilidad de llamar a la línea gratuita 171 para solicitar una cita o asesoría para salud mental, al 911 para casos de emergencia, así como el constante aumento de profesionales de psicología, psiquiatría, de centros de salud, unidades de salud mental hospitalarias y documentos normativos para así brindar una atención adecuada e integral de salud mental (6).

La depresión en pacientes con condiciones asociadas es aproximadamente el doble a la población general, siendo esta una relación bidireccional, pues la depresión es un factor independiente para mayor prevalencia de enfermedades crónicas, además de que esta combinación está asociada a mayor carga sintomática, peor adherencia y respuesta al tratamiento, peor calidad de vida, mayor gasto en salud, y mayor mortalidad de todas las causas (8). De manera similar la depresión en pacientes hospitalizados se ve notablemente aumentada, sin embargo diferentes estudios muestran gran variedad en la prevalencia de esta patología, según el servicio, y contexto social, como es el caso de la pandemia de COVID-19. Estudios previos a la pandemia, de Perú, México y Paraguay, encontraron prevalencias de depresión en pacientes hospitalizados de 21.74%, 29.6% y 37% (9) (10) (11), mientras estudios posteriores de México y Perú encontraron valores de 40% y 52,17% (12) (13).



# **CAPÍTULO I**

## **1.1 PLANTEAMIENTO DEL PROBLEMA**

La depresión es un trastorno mental de relación bidireccional con comorbilidades e ingreso hospitalario, llevando a mayor coste de atención, tiempo de hospitalización, peor respuesta al tratamiento, entre otras (8) de manera que resulta pertinente su cribado y posterior tratamiento, por lo que nos lleva a la pregunta. ¿Cuál es la prevalencia de depresión entre pacientes hospitalizados en el área de medicina interna en el Hospital General del Norte de Guayaquil IESS Los Ceibos durante el periodo 2024?

## **1.2 JUSTIFICACIÓN**

Las condiciones de salud mental producen una masiva pérdida de productividad y costos indirectos, siendo la depresión y ansiedad gran parte de este costo por su mayor prevalencia, mencionándose que por ellas se pierden cada año 12.000 millones de días de trabajo y alrededor de 1 billón de dólares (14). La depresión es una de las causas principales de discapacidad a nivel mundial, y según la OPS, la primera causa de años vividos con discapacidad en Ecuador hasta el 2019 (15), siendo este uno de los países de las américas con más años perdidos (5). Mayor investigación sobre la prevalencia de este trastorno en la población contribuye a comprender mejor su comportamiento, desarrollar planes sociales y disminuir las “perdidas” asociadas a esta (14).

## **1.3 OBJETIVOS**

### **1.3.1 Objetivo General**

Determinar la prevalencia de depresión entre pacientes hospitalizados en el área de medicina interna en el Hospital General del Norte de Guayaquil IESS Los Ceibos periodo 2024

### **1.3.2 Objetivos Específicos**

- Establecer la prevalencia de depresión entre los pacientes hospitalizados en el área de medicina interna
- Catalogar la severidad de los síntomas depresivos en los pacientes
- Relacionar el sexo y la edad de los pacientes con la prevalencia de depresión
- Contrastar el puntaje obtenido con tiempo de estancia hospitalaria
- Detallar las comorbilidades de los pacientes

## CAPÍTULO II

### MARCO TEÓRICO

#### 2.1 Depresión

##### 2.1.1 Definición

La depresión, o trastorno depresivo, se encuentra englobado, conjunto al trastorno bipolar, y otros trastornos psiquiátricos, bajo la categoría de trastornos del estado de ánimo o trastornos afectivos. Estos trastornos del estado de ánimo reflejan un cambio en el tono emocional o sentimental generalizado de una persona, generalmente descritos mediante adjetivos como “deprimido, triste, melancólico, irritable, eufórico, maniaco”, entre otros, y cargando consigo otros síntomas como lo son cambios en el nivel de actividad, en funciones cognitivas y hasta vegetativas, llevando un deterioro de la calidad de vida de la persona (16).

La Organización Mundial de la Salud describe a la depresión como un trastorno mental común, que se caracteriza principalmente por un estado de ánimo deprimido y falta de placer o interés para casi todas las actividades, diferente a los cambios habituales de ánimo del día a día (1). El Manual Diagnóstico y Estadístico de los Trastornos Mentales, quinta edición (DSM-5), refiere como criterios diagnósticos de trastorno de depresión mayor:

- A. Presencia de 5 o más de los siguientes síntomas, estando presentes por al menos 2 semanas casi todos los días, representando un cambio al estado previo, y con al menos 1 de los síntomas principales (1 y 2).
  1. Estado de ánimo deprimido la mayor parte del día.
  2. Anhedonia, disminución marcada del interés o placer para las actividades la mayor parte del día.
  3. Alteración del peso o del apetito.
  4. Insomnio o hipersomnia.
  5. Agitación o retraso psicomotor (evidenciada por otros).
  6. Fatiga o pérdida de energía.
  7. Sentimientos de inutilidad y culpa no correspondientes.

8. Alteración del pensamiento, concentración y capacidad de decisión (evidenciada de manera subjetiva u por otros).
  9. Ideación recurrente de muerte o suicida, con o sin plan determinado, o intento de suicidio.
- B. Malestar significativo o deterioro de la calidad de vida por causa de estos síntomas.
  - C. No atribuible a una sustancia u otra afección médica.
  - D. No se explica mejor por un trastorno del espectro esquizofrénico o psicótico.
  - E. No ha presentado episodios maníacos o hipomaniacos (17).

### **2.1.2 Epidemiología**

Según datos de 2023, alrededor del 3,8% de la población, o 280 millones de personas, experimenta depresión (3), y se estima que la prevalencia del trastorno depresivo mayor a lo largo de la vida es de 5-17%, con una media de 12%, representando la prevalencia más alta de los trastornos psiquiátricos (16).

El sexo es una variable fuertemente asociada a depresión, refiriéndose como una observación casi universal, independiente de país o cultura, el hecho de que es más común en mujeres (de 1,5-3 veces), ameritado a desde cambios hormonales, el parto, hasta factores psicosociales y modelos de comportamiento (1) (16) (17). Así mismo la edad es un factor importante, ya que, si bien este trastorno puede aparecer a cualquier edad, se ha denotado un aumento en personas jóvenes, con una prevalencia 3 veces mayor en personas de 18-29 años que en personas  $\geq 60$  años (16) (17). También se menciona mayor prevalencia de depresión en personas divorciadas, separadas, o sin relaciones interpersonales estrechas, y una relación bidireccional entre depresión y comorbilidades, además de empeorar el pronóstico del trastorno mental (16).

Mientras que múltiples factores externos también se han encontrado asociados a este trastorno, como el acceso a la salud, normas sociales, niveles de violencia, situación de pobreza, entre otros, causando que exista una variación geográfica considerable, mencionándose mayor prevalencia de depresión en áreas rurales que en urbanas, y en poblaciones afectadas por conflictos, pero, sin embargo, con resultados inconsistentes en estudios al momento de asociar depresión con nivel socioeconómico o con desarrollo humano (4) (16) (17).

### 2.1.3 Etiología

Extensos estudios apuntan a la existencia de numerosas vías de alta complejidad como fundamentos para la depresión. Por mucho tiempo gran parte de los esfuerzos para entender este trastorno mental se centraban en el estudio de neurotransmisores monoamínicos, sin embargo, cada vez se detallan sistemas y circuitos más complejos que de manera directa o indirecta influyen en su patogenia (16). Los principales sistemas considerados son las monoaminas (serotonina, noradrenalina, dopamina), otros neurotransmisores como glutamato, GABA y acetilcolina, el estrés, las neurotrofinas, en especial la baja del BDNF (factor neurotrófico derivado del cerebro), la neurogénesis, la neurotransmisión excitatoria e inhibitoria, la actividad sináptica, alteraciones del volumen de ciertas estructuras cerebrales y circuitos cerebrales disfuncionales, la disfunción el eje hipotálamo hipófisis suprarrenal, la hipofunción tiroidea, la disfunción inmunitaria, la inflamación, la falla mitocondrial, la genética, la epigenética, el sistema opioide, la mielinización y el eje intestino-cerebro, entre otros (18).

- **Neurotransmisores** – La serotonina es el neurotransmisor asociado con mayor frecuencia a la depresión debido al gran efecto que ha tenido en su tratamiento la implementación de los inhibidores selectivos de la recaptura de serotonina. Se describe que la depleción de serotonina precipita la depresión, y se han encontrado niveles bajos de metabolitos o lugares de captación de serotonina en pacientes (16), sin embargo, este mecanismo ha sido puesto en duda recientemente ante falta de significancia en resultados, detallando niveles similares de serotonina en casos como controles, y se insinúa que la eficacia de los fármacos serotoninérgicos pueda deberse a otro mecanismo (19).

La eficacia clínica de fármacos noradrenérgicos y dopaminérgicos apoya también su participación en la fisiopatología de la depresión. Recientemente se ha hecho énfasis en como la dopamina liberada por el área ventral tegmental es importante para mantener el circuito de recompensa o placer, y aparentemente tiene un bajo funcionamiento en la persona con depresión. También se ha descrito una función elevada de la habénula lateral, disminuyendo la liberación de serotonina de los núcleos del RAFE, de noradrenalina del locus coeruleus y de dopamina del área ventral tegmental, interviene en la fisiopatología de la depresión. Parece ser que este circuito

está hiperactivo en la persona con depresión, lo que provoca anhedonia y aversión (20).

De manera similar, pero con menores resultados clínicos, se han asociado la acetilcolina, el ácido  $\gamma$ -aminobutírico, la glicina y glutamato (16).

- **Alteración hormonal** – La actividad aumentada del eje Eje Hipotálamo-Hipófisis-Suprarrenal (HHS) es uno de los nexos más claros de la depresión con el estrés crónico. El estrés prolongado lleva a cambios funcionales en las neuronas, y eventualmente, la muerte celular. Particularmente se describe una disminución del factor de crecimiento neurotrópico derivado del cerebro (BDNF) y otros reguladores de la neuroplasticidad, afectando además, en consecuencia, la neurogénesis. 20-40% de pacientes ambulatorios presentan aumento de la actividad del eje HHS, mientras que en pacientes hospitalizados es del 40-60% (16).

Adicionalmente, entre 5-10% de pacientes con depresión presentan una disfunción tiroidea no diagnosticada, y si esta no se trata, aumenta el riesgo de recidiva, y además se ha descrito disminución de niveles de somatostatina en pacientes con depresión (16).

- **Alteración inmunitaria** – Se ha encontrado menos proliferación linfocitaria en pacientes con depresión, y se ha asociado severidad clínica, con costisol elevado y disfunción inmunitaria (16).
- **Alteraciones estructurales** – Se han encontrado alteraciones estructurales en los cerebros de las personas deprimidas. Los hallazgos más descritos en tomografías computarizadas y resonancias magnéticas son hiperintensidades anómalas en regiones subcorticales, atrofia cortical, menor volumen hipocampal o del núcleo caudado, ensanchamiento de surcos y aumento de tamaño ventricular, mientras que en tomografía por emisión de positrones se describe un metabolismo disminuido en el cerebro anterior, principalmente en el hemisferio izquierdo (16). El grupo de investigación ENIGMA ha publicado varios de los trabajos más grandes respecto a alteraciones corticales en depresión, y lo que describen ha sido principalmente disminución cortical en corteza orbitofrontal, cíngulo anterior y posterior, ínsula y lóbulos temporales, y con respecto a cambios subcorticales, encontraron que los pacientes comparado con los controles tenían menor grosor y área de superficie en subículo y cornu ammonis CA1 del hipocampo, y amígdala basolateral (21).

En investigaciones recientes sobre las redes afectadas en lesión cerebral asociadas a depresión, se encontró que, al ser comparadas con el conectoma humano, todas estas lesiones compartían una red cerebral común, comunicada con la corteza dorsolateral prefrontal izquierda (22).

#### **2.1.4 Factores de riesgo**

- **Factores psicológicos:** La ansiedad, el neuroticismo, así como presencia de trastornos como TOC u otros trastornos de la personalidad se han asociado a mayor riesgo de depresión (16) (17).
- **Factores ambientales:** Eventos adversos o estresantes en la infancia, principalmente al ser múltiples y diversos, son factores reconocidos de riesgo para desarrollar un trastorno depresivo, basado en la evidencia de cambios biológicos en el cerebro que alteren vías de señalización y hasta pérdida neuronal (16) (17).
- **Factores genéticos:** La depresión posee una fuerte carga genética, mencionándose que el riesgo de sufrir de un trastorno depresivo es de 2 a 4 veces mayor si existe un familiar de primer grado que la padezca. De manera similar, la concordancia entre gemelos monocigotos es de 40-50%, y se considera que posee una heredabilidad de aproximadamente el 40%, (17). Un estudio de asociación del genoma completo del 2023, juntó datos de más de 1,3 millones de personas que padecen de depresión, identificó 243 loci de riesgo, y siendo altamente poligénica, con ~11.700 variantes que podrían explicar hasta el 90% de la heredabilidad de los polimorfismos de tan un solo nucleótido (23).

#### **2.1.5 Manifestaciones clínicas**

Los síntomas característicos son aquellos descritos en los criterios diagnósticos del DSM-5, y para considerarlos, estos deben estar presentes casi todos los días, con excepción de los cambios de peso o ideación suicida. Los síntomas de presentación suelen ser el insomnio y la fatiga, mientras que las alteraciones psicomotoras son más raras, pero indican mayor gravedad, al igual que síntomas como una culpa que roce lo delirante. Si bien debe de existir alteración de las actividades diarias, en los pacientes con episodios leves, su desempeño puede resultar normal, sin embargo, este requiere de un esfuerzo muy elevado (17).



El síntoma más característico es la tristeza o ánimo “por los suelos”, sin embargo, el paciente puede inicialmente negar tristeza, y esta debe evidenciarse mediante la entrevista, mientras que otros refieren sentirse vacíos o sin sentimientos, o enfatizan quejas somáticas. En los chicos y adolescentes, estos pueden presentar más irritables o malhumorados que tristes. Y casi siempre se pierde el interés o placer en las actividades que con anterioridad le apasionaban. Es posible que los familiares refieran un mayor aislamiento y abandono de pasatiempos (17).

Los síntomas que se presentan generalmente representan extremos en un espectro de normalidad. El apetito puede ser causado por ansias o estrés, y estar aumentado por determinadas comidas, o por el contrario pacientes que refieren que tienen que obligarse a comer. El sueño puede ser difícil de conciliar o mantener, o al contrario puede ser prolongado, y extenderse durante el día, siendo alteraciones en el sueño una de las razones por la que los pacientes suelen consultar. En los cambios psicomotores se puede presentar agitación, con pacientes inquietos, que se tocan, frotan, que no pueden mantenerse sentados, o por el contrario con lentificación, pacientes mudos o con menor habla, con menor volumen, mayores pausas, movimientos lentos, todo esto lo suficientemente marcado como para que sea sustentado por otros, y no sólo subjetivo del paciente (17).

La fatiga puede ser marcada, con el paciente refiriendo sentirse cansado sin haber realizado ningún esfuerzo, o necesitando de grandes esfuerzos para pequeñas labores, además de estas verse entorpecidas por una menor eficiencia al realizarlas, así como por problemas a la concentración y memoria, que hacen al paciente parecer distraíble u olvidadizo, y reflejarse en un menor rendimiento, una menor nota, o problemas en el hogar (17).

Por último, el paciente puede evidenciar altas evaluaciones negativas sobre si mismo, siendo estas exageradas, fuera de la realidad. Recordar errores pasados, malinterpretar eventos, siendo así frecuentes los pensamientos de muerte o suicidio, desde deseo de no despertar por las mañanas, hasta planes específicos recurrentes de ideación suicida, aunque en casos graves la fatiga y falta de motivación los detiene de actuar de manera impulsiva, y es cuando empiezan a mejorar con el tratamiento que pueden cometer suicidio (suicidio paradójico) (16) (17).

### 2.1.6 Herramientas para evaluar la depresión

Existen diversas escalas de puntuación objetivas validadas para la documentación del estado clínico de un paciente en un momento determinado, entre las que encontramos:

**Escala de depresión Hamilton** – Una de las escalas más utilizadas, la Escala de puntuación de la depresión de Hamilton usa hasta 24 ítems puntuados del 0-4 o 0-2, con un total de 0-76, pero actualmente se cuenta con una versión reducida de 17 ítems de 0-52 puntos, en donde se elige una puntuación que más se ajuste a lo evidenciado por el paciente durante la entrevista. Esta no tiene puntos de corte pues no tiene la finalidad de diagnosticar, sino de evaluar progresión y recuperación, sin embargo, en ensayos clínicos se suelen aceptar los puntos de corte de >13 o >18 (16) (24).

**Escala de autoevaluación de la depresión de Zung** – Una escala autoaplicada de 20 ítems, 10 de connotación positiva, y 10 de connotación negativa, calificados del 1 al 4 según la frecuencia de presentación. Con un puntaje de 25-100, se considera  $\leq 34$  normal, y  $\geq 50$  indicativa de depresión (16).

**Cuestionario de Salud del Paciente 9 (PHQ9)** – Escala autoaplicada de uso simple para diagnóstico y categorización de gravedad, así como evolución en el tiempo, con 9 ítems con valores de 0-3 basados en los criterios del DSM-V. Los puntos de corte propuestos son:

- 1-4: Normal, síntomas mínimos.
- 5-9: Depresión leve.
- 10-14: Depresión moderada.
- 15-19: Depresión moderadamente grave.
- 20-27: Depresión grave (25) (24).

**Inventario de Depresión de Beck** – Un cuestionario autoaplicado de 21 ítems con valores del 0-3 que se llena según en los pensamientos propios y experiencias de la persona. Unos de los test psicométricos más vastamente usados por tener una alta utilidad efectiva aún en comparación con los otros test utilizados (16) (24).

### 2.1.7 Tratamiento

El tratamiento de la depresión en la práctica clínica se basa en dos pilares: Las técnicas psicoterapéuticas y la terapia farmacológica, mientras que experimentalmente se utilizan técnicas neuromoduladores cada vez de uso mayor, y la neurocirugía, que se utiliza en casos esporádicos, por no decir que ha desaparecido (16).

### Psicoterapias

Hay varias psicoterapias disponibles para tratar la depresión, siendo la terapia cognitivo-conductual la más utilizada y mejor probada

- **Terapia cognitivo-conductual** – Enseña al paciente a identificar situaciones negativas, patrones de pensamiento distorsionados que contribuyen a la depresión y proporciona habilidades para probar y desafiar estos pensamientos negativos y remplazarlos con pensamientos positivos.
- **Terapia de activación conductual** – Se centra en incrementar las actividades consideradas positivas del paciente, que proporcionan una sensación de placer. Este tratamiento también se centra frecuentemente en identificar y afrontar los procesos de evitación.
- **Terapia psicodinámica** – Ayuda al paciente a explorar y obtener información sobre cómo las emociones, los pensamientos y la vida anterior y las experiencias han creado patrones que contribuyen a problemas actuales. Reconocer estos patrones puede ayudar una persona para afrontar y cambiar esos patrones.
- **Terapia de resolución de problemas** – Enseña a los pacientes una estructura de conjunto de habilidades para generar métodos creativos para abordar problemas, identificar y superar barreras potenciales a objetivos y a tomar decisiones efectivas.
- **Terapia interpersonal** – Se centra en ayudar a las personas a identificar y resolver problemas en las relaciones y roles sociales, incluidos los conflictos interpersonales, roles transiciones y relaciones disminuidas o empobrecidas.
- **Terapia basada en la atención plena** – Tiene su origen en las prácticas contemplativas, principalmente budismo, e implica meditación regular,

práctica en la que se presta atención a los pensamientos, sentimientos y experiencias sin juzgar. Aprender a aceptar las cosas como son sin intentarlos cambiarlos (26).

## **Farmacoterapia**

El empleo de tratamiento farmacológico se menciona que aumenta alrededor del doble las probabilidades de que un paciente se recupere en 1 mes, y eso a pesar de que todos los tratamientos disponibles se consideran empiezan a ejercer sus efectos terapéuticos significativos 3-4 semanas tras el inicio del tratamiento (16). La farmacoterapia tradicional para el trastorno depresivo mayor se basa en la mejora de la neurotransmisión monoaminérgica, generalmente por bloqueo de la recaptura de serotonina, noradrenalina y dopamina (27).

- **ISRS Inhibidores Selectivos de la Recaptura de Serotonina** – Como su nombre lo indican bloquean al neurotransportador de serotonina (5HTT) incrementando los niveles de esta en las sinapsis. En este sentido existen el Citalopran, el Escitalopran, la Fluoxetina, la Sertralina, la Paroxetina, la Fluvoxamina.
- **IRN Inhibidor Selectivo de la Recaptura de Noradrenalina** – Bloquea al Neurotransportador de Noradrenalina (NAT) incrementa está en la sinapsis. Es la Reboxetina
- **IRSN Inhibidores de la Recaptura de Serotonina y Noradrenalina** – También denominados duales. Incrementan los niveles sinápticos de Serotonina y Noradrenalina. Son la Venlafaxina y la Desvenlafaxina
- **IRD Inhibidor de la Recaptura de Dopamina DAT** – Incrementa los niveles de dopamina en la sinapsis. Es el Bupropion.
- **Bloqueador del Receptor Presináptico adrenérgico alfa 2** – Impiden que la Noradrenalina se destruya en la presinapsis y facilitan la liberación de esta. Es la Mirtazapina
- **Antidepresivos Tricíclicos** – Incrementan los niveles sinápticos de Serotonina y Noradrenalina, fueron muy utilizados hasta finales del siglo 20, pero en la

actualidad poco administrados por sus efectos secundarios. Sus 2 principales exponentes son La Imipramina y la Amitriptilina.

- **Agonistas MT1 y MT2 de la Melatonina** – Agomelatina
- **IMAO o Inhibidores de la Monoamino oxidasa** – En desuso en la actualidad por sus efectos secundarios (27).

En la actualidad para práctica clínica los antidepresivos más utilizados son los ISRS, y seguidos en prescripción los denominados duales. En los últimos años se ha usado la alopregnanolona para tratar la depresión postparto, la cual actúa en el receptor GABA-A. También como antidepresivo de acción rápida en depresivos con ideas suicidas se utiliza la Ketamina, en especial su metabolito hidroxinorketamina, que es un antagonista del receptor del glutamato NMDA y facilitador de la acción del receptor del glutamato AMPA. La Esketamina es una opción aprobada para administración nasal. La Terapia Electroconvulsiva unilateral (Electroshock) se usó por muchas décadas y en la actualidad aun es utilizada para casos de depresión refractaria, considerándose que disminuye el riesgo de suicidio (16) (27) (28) (29).

### **Alternativas quirúrgicas y terapias de neuromodulación**

Los resultados de los procedimientos quirúrgicos ablativos para la depresión resistente al tratamiento han sido tomados con mucha precaución tanto en términos de eficacia como de seguridad. La irreversibilidad es una limitación inherente de las lesiones, las más realizadas son la cingulotomía estereotáxica, la tractotomía subcaudada y la capsulotomía. Nuevas modalidades, como el Ultrasonido Focalizado guiado por Resonancia Magnética (MRgFUS) mejorará más la precisión de la ablación al tiempo que mejora la seguridad al obviar la necesidad para la penetración cerebral (30).

Las terapias de neuromodulación aún son experimentales, aunque algunos centros las utilizan para investigación y para tratar casos específicos. Estas se refieren a se refiere a intervenciones químicas o eléctricas que alteran directamente la función del sistema nervioso, tienden a ser de naturaleza focal, modificando directamente la actividad de áreas discretas en el cerebro o sistemas y lo que lleva a una mayor neuroplasticidad. Se menciona que los tratamientos neuromoduladores se caracterizan por mayor rapidez

de actuación y rentabilidad para el tratamiento de la depresión. Entre estas terapias tenemos:

- TMS Estimulación Magnética Transcraneal
- DBS Estimulación Cerebral Profunda
- SVN Estimulación del Nervio Vago
- SVNT Estimulación del Nervio Vago Transcutánea
- Neurocirugía (27).

## **2.2 Depresión en Latinoamérica**

Si bien la epidemiología del trastorno depresivo es bien conocida en países de altos ingresos, en Latinoamérica la inversión pública en investigación sobre trastornos mentales es mucho más limitada, lo que ocasiona escasez de datos, o grandes brechas entre los resultados de distintos estudios, generadas por notables diferencias culturales o socioeconómicas, y altos índices de disparidad de género, violencia, limitaciones del sistema de salud, entre otras, todos estos factores asociados a una mayor prevalencia de depresión (4). Se detalla como a pesar de esfuerzos para realizar avances epidemiológicos en la región por parte de organizaciones como la OMS, el financiamiento, diferentes metodologías, barreras lingüísticas, diferentes necesidades, entre otras, son varias de las causas que limitar y resultan en esta brecha en la investigación en la región (4)

Un informe de la Pan-American Life Insurance Group del 2018 señala que, de los MNSS, la depresión, los trastornos de ansiedad y del dolor son los predominantes en la región, haciendo la declaración que 1 de cada 4 personas en las américas experimenta uno de estos, siendo la principal afección la depresión. De manera similar, estos trastornos representan una gran carga financiera para los trabajadores, empresarios, y la sociedad en general, señalándose que los trastornos depresivos son responsables de casi 10 millones de años perdidos por discapacidad en las américas, con los países con más años perdidos siendo Paraguay, Brasil, Perú, Ecuador y Colombia. De manera similar 1/3 de los pacientes en Latinoamérica se refiere que presentan trastornos resistentes al tratamiento, resultando en 3 veces más gastos

médicos en comparación con un trabajador sano, y se reveló que se pierden más de 30,000 millones de dólares al año por trastornos de salud mental en los jóvenes según la UNICEF. Este estudio también señala que el “estigma” de los trastornos mentales es frecuente en la región, y representa uno de los principales obstáculos para mejorar la atención a los afectados, así como conductas presentes en corrientes culturales del machismo (el hombre no requiere de ayuda externa), marianismo (abnegación de lo que uno desea), familismo (prioridad de las obligaciones familiares), fatalismo (aceptar condiciones por el “destino” o voluntad divina), tabúes, o aspectos religiosos. También se destaca que la problemática de los trastornos mentales también se refleja en el déficit de trabajadores de la salud mental, mientras que en USA o Canadá existen 235,5 trabajadores de la salud por cada 100.000 habitantes, en América del Sur solo existen 8.8 por cada 100.000 habitantes (5).

Una revisión sistemática y metaanálisis del 2023 encontró que en Latinoamérica la prevalencia de un desorden depresivo variaba entre 3.12% para prevalencia actual, 5,30% tomando en cuenta los últimos 12 meses, y llegando a 12.58% a lo largo de la vida, con notable variación entre países, pero concluyendo que la prevalencia puede ser mayor que los estimados globales (4). Similar a datos globales, se encontró heterogeneidad entre mujeres y hombres, con 4,49%:1,76% actual, 7,70%:3,19% en 12 meses, y 17,20%:8,63% para toda la vida (4). Específicamente en el Ecuador, datos del 2015 referían más de 50.000 casos de depresión, afectando a mujeres el triple que a los hombres (6), mientras que otro estudio del 2021 en la ciudad de Portoviejo encontró una prevalencia del 8.6%, con mayor frecuencia en hombres solteros, siendo esta una prevalencia alarmante que incita a un mayor estudio poblacional actual (7). Respecto a servicios para atención y prevención de la depresión, se menciona la posibilidad de llamar a la línea gratuita 171 para solicitar una cita o asesoría para salud mental, al 911 para casos de emergencia, así como el constante aumento de profesionales de psicología, psiquiatría, unidades de salud mental hospitalaria, centros de salud, y documentos normativos para brindar una atención adecuada e integral de salud mental (6).

## 2.3 Depresión en pacientes hospitalizados

La depresión que surge en el contexto de otra enfermedad orgánica resulta dificultosa de valorar. Estudios observacionales y epidemiológicos han demostrado un aumento de la incidencia de trastorno depresivo en personas con enfermedades crónicas, sin embargo, se cuestiona la exactitud de las estimaciones obtenidas, debido a las limitaciones significativas encontradas en los diseños del estudio o la identificación inexacta de los casos (8).

A pesar de las limitaciones, se considera que la prevalencia de depresión en pacientes con condiciones asociadas y múltiples comorbilidades es de aproximadamente el doble a la población general, además de una alta prevalencia de síntomas depresivos subumbrales clínicamente relevantes en esta población. La relación de la depresión y otras enfermedades médicas es una relación bidireccional, pues la depresión es un factor independiente para mayor prevalencia de enfermedades crónicas, mientras que esta combinación está asociada a una mayor carga sintomática, peor adherencia y respuesta al tratamiento, peor calidad de vida, mayores gastos, y mayor mortalidad de todas las causas (8).

Particularmente, los trastornos neurológicos se asocian fuertemente con un aumento en las tasas de depresión, con una prevalencia estimada a lo largo de la vida del 20% al 40% en patologías como accidentes cerebrovasculares, epilepsia, esclerosis múltiple, lesión cerebral traumática, enfermedad de Alzheimer y enfermedad de Parkinson, asociándose a su vez con peores resultados médicos, y aumento de las tendencias suicidas (8). Otros trastornos no neurológicos que han encontrado asociados a altas tasas de depresión son el cáncer (prevalencia a lo largo de la vida del 10-20%), diabetes (prevalencia 6-20%), enfermedades cardiovasculares (prevalencia 15-25%), VIH (prevalencia 25-40%), enfermedad pulmonar obstructiva crónica (prevalencia 20-30%) y los trastornos autoinmunes (prevalencia 10-30%) (31).

De manera similar, la depresión en pacientes hospitalizados se ve notablemente aumentada, sin embargo, diferentes estudios muestran gran variedad en la prevalencia de esta patología, según el servicio, y contexto social, como es el caso de la pandemia de COVID-19. Estudios previos a la pandemia, de Perú, México y Paraguay, encontraron prevalencias de depresión en pacientes hospitalizados de 21.74%, 29.6%



y 37% (9) (10) (11), mientras estudios posteriores de México y Perú encontraron valores de 40% y 52,17% (12) (13).

Una complicación con el estudio de la depresión en pacientes con comorbilidades y pacientes hospitalizados es que, se ha evidenciado, a su vez, que en muchos contextos pasa desapercibida, mientras en otros, es sobre-diagnosticada, llegando a tratamientos inapropiados y gasto adicional a la unidad o a las familias. Debido a esto es de importancia analizar el espectro de síntomas y diferenciar un nivel entendible de tristeza, de otras características que excedan lo esperable y causen de preocupación y malestar adicional. Se considera de utilidad en este contexto un cribado sistemático de depresión para así mayor entendimiento de la esfera emocional del paciente y cambios que puedan ocurrir (8).

## CAPÍTULO III

### METODOLOGÍA

Se realizó un estudio de tipo observacional, descriptivo y analítico, prospectivo y transversal, en donde se entrevistó a 303 pacientes del área de Medicina Interna del Hospital General del Norte de Guayaquil IESS Los Ceibos en un periodo comprendido entre Febrero y Mayo del 2024. El tamaño de la muestra se calculó con una población de 1419 pacientes, los cuales se encontraban hospitalizados durante este periodo, con una confianza del 95% y error del 5%, y se realizó un muestreo aleatorio simple.

Entre los criterios de inclusión y exclusión se planteó:

- Criterios de inclusión:
  - Pacientes hospitalizados en el área de Medicina Interna del Hospital General del Norte de Guayaquil IESS Los Ceibos
- Criterios de exclusión:
  - Pacientes con alteración del nivel o contenido de conciencia
  - Pacientes bajo efectos de sustancias psicoactivas
  - Pacientes con alteración de la visión o de la audición que impida la comprensión de la prueba
  - Paciente que se rehúsa a participar en el estudio

Se aplicó el Cuestionario de Salud del Paciente 9 (PHQ-9), herramienta que evalúa presencia y severidad de la depresión en pacientes, en base a los criterios del DSM-5, con 9 preguntas valoradas del 0-3 y puntuación de entre 0 y 27, con el puntaje de corte recomendado correspondiendo:

- 1-4: Normal, síntomas mínimos.
- 5-9: Depresión leve.
- 10-14: Depresión moderada.
- 15-19: Depresión moderadamente grave.
- 20-27: Depresión grave

Además de esto se registraron las variables de sexo, edad, tiempo de estancia hospitalaria y comorbilidades.

<b>Variables</b>	<b>Indicador</b>	<b>Tipo</b>	<b>Resultado Final</b>
Severidad de depresión	PHQ-9	Cuantitativa discreta	<ul style="list-style-type: none"> <li>• Ninguna</li> <li>• Leve</li> <li>• Moderada</li> <li>• Moderadamente severa</li> <li>• Severa</li> </ul>
Sexo (v. independiente)	Sexo biológico	Cualitativa nominal	Masculino/ femenino
Tiempo de estancia hospitalaria (v. independiente)	Días de hospitalización	Cuantitativa discreta	Días
Edad (v. independiente)	Años	Cuantitativa discreta	Años
Comorbilidades (v. independiente)	Motivo de ingreso	Cualitativa nominal	Hipertensión, cefalea, etc.

**Tabla 1:** *Tabla de operacionalización de variables*

*Elaborado por Uri Seni según datos del Hospital General del Norte de Guayaquil IESS Los Ceibos*

El formato utilizado se presenta en los anexos: **Anexo 1** y **Anexo 2**.

Se recopiló y codificó los resultados en una base de datos de Excel y de SPSS, y se realizó un análisis descriptivo de los datos, además de análisis de asociación de variables mediante el uso de chi-cuadrado y coeficiente de correlación de Pearson, con cálculo de intervalo de confianza del 95%.

## CAPÍTULO IV

### RESULTADOS

Se incluyó en el estudio a 303 pacientes hospitalizados, con una distribución similar de 156 hombres (51.49%) y 147 mujeres (48.51%). La distribución por edades obtenida se observa en la **Tabla 2**, con un rango comprendido entre 15 y 92 años, y una media de 50.71 años.

#### *Distribución por Edades*

Grupo Etario	Frecuencia	Porcentaje	Porcentaje Acumulativo
11 - 20 Años	23	7.6%	7.6%
21 - 30 Años	35	11.6%	19.1%
31 - 40 Años	42	13.9%	33%
41 - 50 Años	42	13.9%	46.9%
51 - 60 Años	44	14.5%	61.4%
61 - 70 Años	63	20.8%	82.2%
71 - 80 Años	43	14.2%	96.4%
81 - 90 Años	10	3.3%	99.7%
91 - 100 Años	1	0.3%	100%
<b>Total</b>	303	100%	

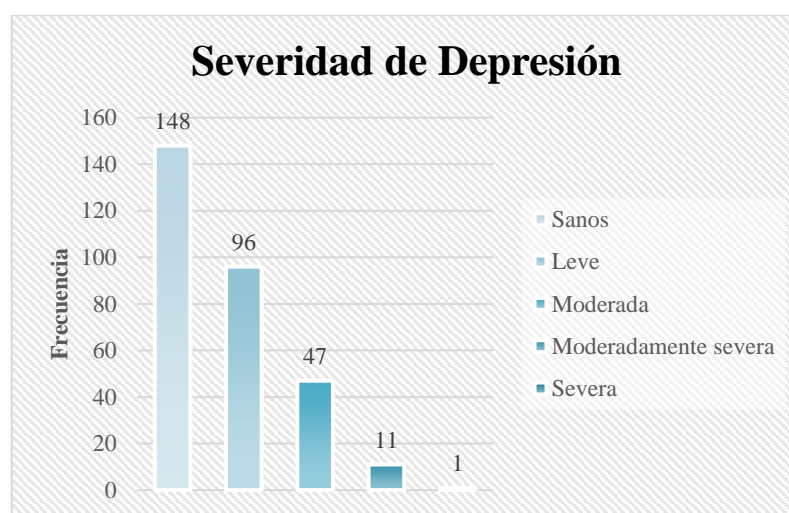
**Tabla 2:** Distribución según la edad de la población estudiada  
Elaborado por Uri Seni según datos del Hospital General del Norte de Guayaquil IESS Los Ceibos

Conforme al puntaje obtenido por el PHQ-9 se encontró 148 pacientes sin depresión (48.84%) y 155 pacientes con depresión (51.15%), los cuales se clasificaban según la severidad de esta en 96 pacientes con depresión leve (61.93% de los pacientes depresivos y 31.68% del total), 47 pacientes con depresión moderada (30.32% de los pacientes depresivos y 15.51% del total), 11 pacientes con depresión moderadamente severa (7.09% de los pacientes depresivos y 3.63% del total) y 1 paciente con depresión severa (0.64% de los pacientes depresivos y 0.33% del total) (**Tabla 3**) (**Figura 1**).

### Clasificación según PHQ-9 en población estudiada

Clasificación	Frecuencia	Porcentaje	Porcentaje Acumulativo
Depresión Leve	96	31.7%	31.7%
Depresión Moderada	47	15.5%	47.2%
Depresión Moderadamente Severa	11	3.6%	50.8%
Depresión Severa	1	0.3%	51.2%
Sin Depresión	148	48.8%	100%
<b>Total</b>	<b>303</b>	<b>100%</b>	

**Tabla 3:** Frecuencias de depresión en la población estudiada basado en la clasificación del PHQ-9  
Elaborado por Uri Seni según datos del Hospital General del Norte de Guayaquil IESS Los Ceibos



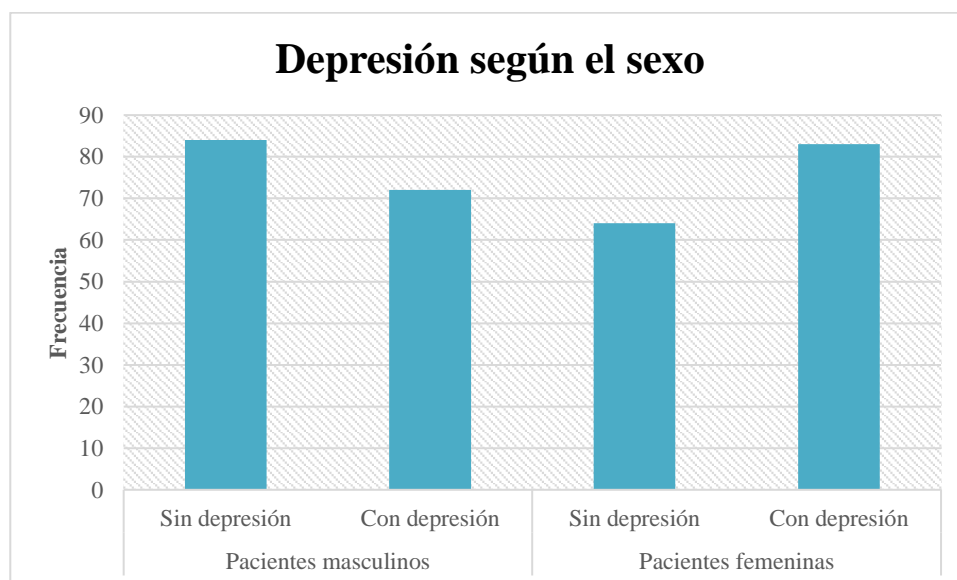
**Figura 1:** Frecuencia de los casos de depresión obtenida según la clasificación del PHQ-9  
Elaborado por Uri Seni según datos del Hospital General del Norte de Guayaquil IESS Los Ceibos

De los 155 pacientes depresivos encontrados, 83 pertenecían al sexo femenino (53.54% de los pacientes depresivos y 27.39% del total), mientras 72 pertenecían al sexo masculino (46.45% de los pacientes depresivos y 23.76% del total) (**Tabla 4**) (**Figura 2**) (**Figura 3**). Tras un análisis estadístico entre la presencia de depresión y el sexo, se obtiene un valor  $p = 0.0728$ , por lo que se considera que la relación entre estas 2 variables en la población estudiada es no significativa. De igual manera ocurre analizando la severidad de depresión con el sexo, en donde se obtiene un valor  $p = 0.121$  no significativo.

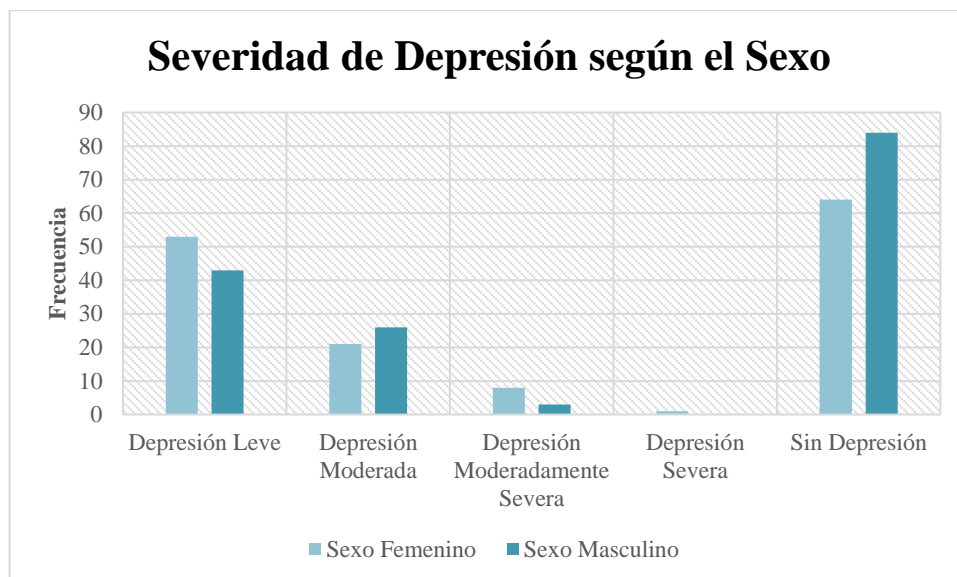
### *Severidad de Depresión según el sexo*

Sexo	Severidad de depresión	Frecuencia	Porcentaje	Porcentaje Acumulativo
<b>Masculino</b>	Depresión Leve	43	14.19%	14.19%
	Depresión Moderada	26	8.58%	22.77%
	Depresión Moderadamente Severa	3	0.99%	23.76%
	Depresión Severa	0	0.00%	23.76%
	Sin Depresión	84	27.72%	51.49%
	<b>Total</b>	<b>156</b>	<b>51.49%</b>	
<b>Femenino</b>	Depresión Leve	53	17.49%	17.49%
	Depresión Moderada	21	6.93%	24.42%
	Depresión Moderadamente Severa	8	2.64%	27.06%
	Depresión Severa	1	0.33%	27.39%
	Sin Depresión	64	21.12%	48.51%
	<b>Total</b>	<b>147</b>	<b>48.51%</b>	
<b>Total</b>		<b>303</b>	<b>100.00%</b>	<b>100.00%</b>

**Tabla 4:** Frecuencias de depresión en la población estudiada clasificadas según el sexo y la severidad  
Elaborado por Uri Seni según datos del Hospital General del Norte de Guayaquil IESS Los Ceibos



**Figura 2:** Distribución de depresión según el sexo  
Elaborado por Uri Seni según datos del Hospital General del Norte de Guayaquil IESS Los Ceibos



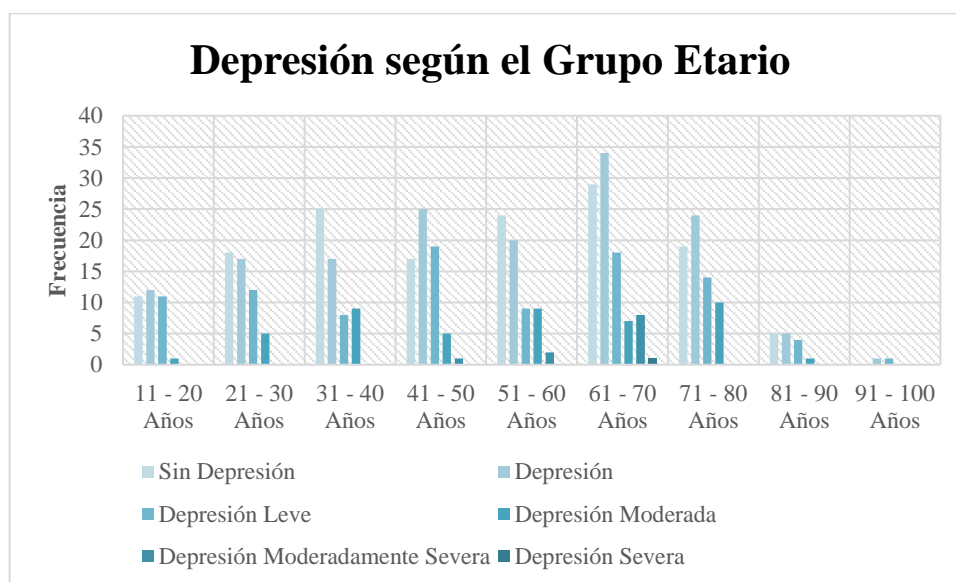
**Figura 3:** Distribución de la severidad de la depresión según el sexo  
 Elaborado por Uri Seni según datos del Hospital General del Norte de Guayaquil IESS Los Ceibos

Agrupando los datos según el grupo etario de los pacientes, se encontró la mayor cantidad de personas con depresión en el grupo de 61 a 70 años (**Tabla 5**) (**Figura 4**), sin embargo este también fue el grupo de mayor proporción en la población total estudiada. Al realizar un análisis estadístico entre el grupo etario y la presencia de depresión, se obtuvo un valor  $p = 0.725$  no significativo. Además se analizó la severidad de la depresión según el grupo etario, obteniéndose un valor  $p = 0.084$  no significativo. Además, se analizó la correlación entre el puntaje obtenido en la entrevista y la edad de los pacientes (**Figura 5**), mediante el coeficiente de correlación de Pearson, obteniendo un valor  $p = 0.101$  no significativo, y una correlación de 0.094, indicando una correlación positiva sumamente débil entre las 2 variables.

### Presencia y Severidad de Depresión según el Grupo Etario

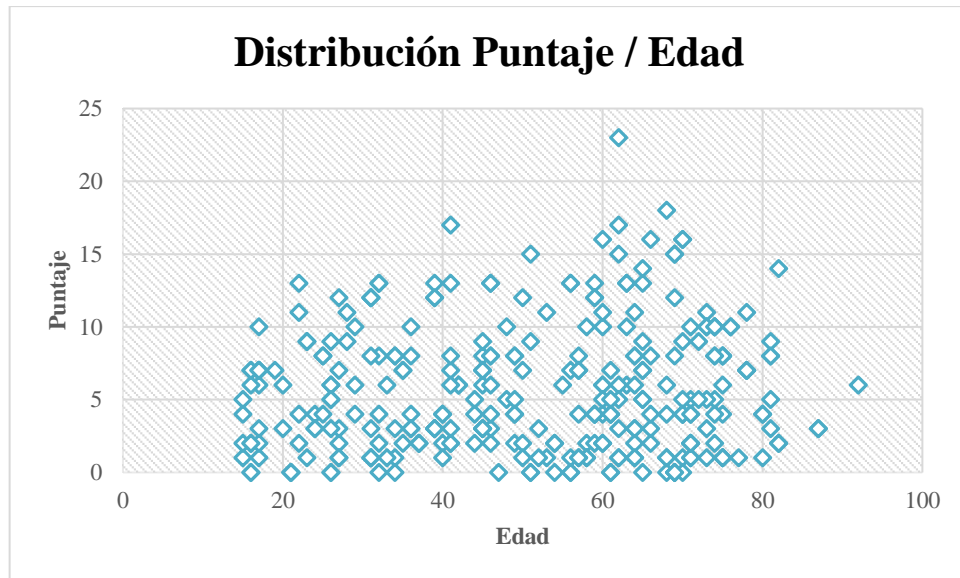
Grupo Etario	Depresión						Total
	Sin Depresión	Depresión	Depresión Leve	Depresión Moderada	Depresión Moderadamente Severa	Depresión Severa	
11 - 20 Años	11	12	11	1	0	0	23
21 - 30 Años	18	17	12	5	0	0	35
31 - 40 Años	25	17	8	9	0	0	42
41 - 50 Años	17	25	19	5	1	0	42
51 - 60 Años	24	20	9	9	2	0	44
61 - 70 Años	29	34	18	7	8	1	63
71 - 80 Años	19	24	14	10	0	0	43
81 - 90 Años	5	5	4	1	0	0	10
91 - 100 Años	0	1	1	0	0	0	1
<b>Total</b>	<b>148</b>	<b>155</b>	<b>96</b>	<b>47</b>	<b>11</b>	<b>1</b>	<b>303</b>

**Tabla 5:** Distribución de la depresión en la población estudiada clasificada según el grupo etario  
Elaborado por Uri Seni según datos del Hospital General del Norte de Guayaquil IESS Los Ceibos



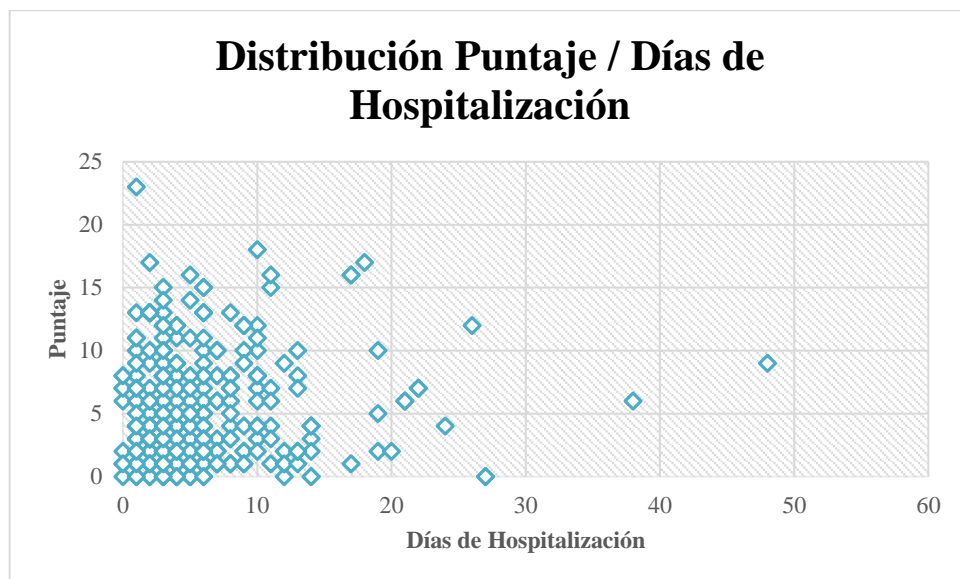
**Figura 4:** Distribución de la depresión según el grupo etario  
Elaborado por Uri Seni según datos del Hospital General del Norte de Guayaquil IESS Los Ceibos





**Figura 5:** Distribución entre el puntaje obtenido y la edad  
 Elaborado por Uri Seni según datos del Hospital General del Norte de Guayaquil IESS Los Ceibos

Y, de manera similar, se analizó la correlación entre el puntaje obtenido y los días de hospitalización de los pacientes (**Figura 6**), obteniéndose un valor  $p = 0.636$  no significativo, y una correlación de 0.027, indicando de igual manera una relación muy débil entre ambas variables.



**Figura 6:** Distribución entre el puntaje obtenido y los días de hospitalización  
 Elaborado por Uri Seni según datos del Hospital General del Norte de Guayaquil IESS Los Ceibos

Por último, con respecto a las comorbilidades de los pacientes encuestados, tanto en los pacientes depresivos como no depresivos, las más comunes fueron la infección de vías urinarias (21 casos depresivos contra 21 casos no depresivos), sepsis (15 casos contra 12 casos), derrame pleural (14 casos contra 8 casos), dengue (9 casos contra 23 casos) y celulitis (6 casos contra 11 casos) (*Tabla 6*) (*Tabla 7*).

***Comorbilidades de Pacientes Depresivos***

	<b>Frecuencia</b>	<b>Porcentaje</b>
<b>Infección de vías urinarias</b>	21	13.5%
<b>Sepsis</b>	15	9.7%
<b>Derrame pleural</b>	14	9%
<b>Dengue</b>	9	5.8%
<b>Celulitis</b>	6	3.9%
<b>Cirrosis hepática</b>	6	3.9%
<b>Enfermedad renal crónica</b>	6	3.9%
<b>Fiebre de origen desconocido</b>	5	3.2%
<b>Accidente cerebrovascular</b>	4	2.6%
<b>Gastroenteritis</b>	4	2.6%
<b>Hemorragia gastrointestinal</b>	4	2.6%
<b>Absceso cutáneo</b>	3	1.9%
<b>Absceso del hígado</b>	3	1.9%
<b>Diabetes mellitus</b>	3	1.9%
<b>Hepatomegalia</b>	3	1.9%
<b>Insuficiencia cardiaca congestiva</b>	3	1.9%
<b>Neumonía</b>	3	1.9%
<b>Anemia</b>	2	1.3%
<b>Colecistitis aguda</b>	2	1.3%
<b>Enfermedad pulmonar intersticial</b>	2	1.3%
<b>Hipoosmolaridad e hiponatremia</b>	2	1.3%
<b>Insuficiencia renal aguda</b>	2	1.3%
<b>Nefritis tubulointersticial aguda</b>	2	1.3%
<b>Trastornos hidroelectrolíticos</b>	2	1.3%
<b>VIH</b>	2	1.3%
<b>Colitis ulcerativa</b>	1	0.6%
<b>Dermatitis exfoliativa</b>	1	0.6%
<b>Diarrea funcional</b>	1	0.6%
<b>Dolor abdominal</b>	1	0.6%
<b>Encefalopatía</b>	1	0.6%
<b>Enfermedad inflamatoria del hígado</b>	1	0.6%
<b>Fiebre tifoidea</b>	1	0.6%
<b>Fístula vesicointestinal</b>	1	0.6%
<b>Hemorragia subaracnoidea</b>	1	0.6%
<b>Hipertensión esencial</b>	1	0.6%

<b>Infección de las vías respiratorias inferiores</b>	1	0.6%
<b>Insuficiencia cardiaca</b>	1	0.6%
<b>Insuficiencia respiratoria aguda</b>	1	0.6%
<b>Insuficiencia venosa</b>	1	0.6%
<b>Linfadenitis tuberculosa</b>	1	0.6%
<b>Lumbago</b>	1	0.6%
<b>Neoplasia pulmonar</b>	1	0.6%
<b>Pancreatitis aguda</b>	1	0.6%
<b>Pancreatitis biliar aguda</b>	1	0.6%
<b>Prostatitis aguda</b>	1	0.6%
<b>Shock séptico</b>	1	0.6%
<b>Tirotoxicosis</b>	1	0.6%
<b>Trastornos del sistema urinario</b>	1	0.6%
<b>Tuberculosis</b>	1	0.6%
<b>Tumor de comportamiento incierto</b>	1	0.6%
<b>Úlcera en miembro inferior</b>	1	0.6%
<b>Vasculitis</b>	1	0.6%
<b>Total</b>	155	100%

**Tabla 6:** Frecuencias de las comorbilidades de los pacientes depresivos de la población estudiada  
Elaborado por Uri Seni según datos del Hospital General del Norte de Guayaquil IESS Los Ceibos

#### *Comorbilidades de Pacientes No Depresivos*

	<b>Frecuencia</b>	<b>Porcentaje</b>
<b>Dengue</b>	23	15.5%
<b>Infección de vías urinarias</b>	21	14.2%
<b>Sepsis</b>	12	8.1%
<b>Celulitis</b>	11	7.4%
<b>Derrame pleural</b>	8	5.4%
<b>Absceso cutáneo</b>	5	3.4%
<b>Diabetes mellitus</b>	5	3.4%
<b>Hipoosmolaridad e hiponatremia</b>	5	3.4%
<b>Infección de las vías respiratorias inferiores</b>	5	3.4%
<b>Pancreatitis aguda</b>	5	3.4%
<b>Trastornos hidroelectrolíticos</b>	5	3.4%
<b>Cirrosis hepática</b>	4	2.7%
<b>Neumonía</b>	4	2.7%
<b>Fiebre de origen desconocido</b>	3	2%
<b>Gastroenteritis</b>	3	2%
<b>Tirotoxicosis</b>	3	2%
<b>Enfermedad renal crónica</b>	2	1.4%
<b>Insuficiencia renal aguda</b>	2	1.4%
<b>VIH</b>	2	1.4%
<b>Accidente cerebrovascular</b>	1	0.7%

<b>Adenomegalia</b>	1	0.7%
<b>Angina inestable</b>	1	0.7%
<b>Cálculo biliar</b>	1	0.7%
<b>Cálculo de uréter</b>	1	0.7%
<b>Colangitis</b>	1	0.7%
<b>Edema generalizado</b>	1	0.7%
<b>Hemoptisis</b>	1	0.7%
<b>Hemorragia gastrointestinal</b>	1	0.7%
<b>Hepatitis aguda</b>	1	0.7%
<b>Hipoglicemia</b>	1	0.7%
<b>Insuficiencia cardiaca</b>	1	0.7%
<b>Insuficiencia respiratoria aguda</b>	1	0.7%
<b>Mioglobinuria</b>	1	0.7%
<b>Nefritis tubulointersticial aguda</b>	1	0.7%
<b>Neuritis óptica</b>	1	0.7%
<b>Pielonefritis</b>	1	0.7%
<b>Trastornos del sistema urinario</b>	1	0.7%
<b>Trombocitopenia</b>	1	0.7%
<b>Úlcera en miembro inferior</b>	1	0.7%
<b>Total</b>	148	100%

*Tabla 7: Frecuencias de las comorbilidades de los pacientes no depresivos de la población estudiada  
Elaborado por Uri Seni según datos del Hospital General del Norte de Guayaquil IESS Los Ceibos*

## DISCUSIÓN

En el presente estudio se encuestó a 303 pacientes para evaluar el efecto sobre la salud mental de comorbilidades y la necesidad de ingreso hospitalario. Se encontró a 155 pacientes con puntajes en el PHQ-9 que se ajustan a depresión, correspondiendo esto al 51.15% de los casos. Estos valores son considerablemente superiores a lo establecido por la OMS como una prevalencia en una población general, el cual es de un 3.8% (3), y son superiores incluso a resultados de otros estudios similares en Hispanoamérica, como los de Florez O (9), Molinares RA (10), o Noguera M (11). Esta prevalencia se acercó bastante a lo encontrado por Quispe Coila MH en una población similar en Perú, en donde se encontró una prevalencia del 52.17% (13). Las vastas diferencias encontradas entre estudios se puede explicar por diversas causas, como las diferentes formas de medición de síntomas, uso de diferentes escalas, y diferentes realidades sociales. Se mencionaba anteriormente como estudios con menores prevalencias databan previos a la pandemia de COVID-19, mientras que el estudio de Quispe Coila MH fue realizado durante esta (13). Actualmente si bien ha pasado este suceso global, la realidad social del Ecuador durante los últimos años puede jugar un factor de importancia para la elevada prevalencia encontrada.

La mayor frecuencia de la depresión según su severidad fue de leve con 96 casos (61.93%), moderado con 47 casos (30.32%), moderadamente severo con 11 (7.09%) y severo con 1 caso (0.64%), a diferencia con el estudio en la población de Perú, donde la mayor frecuencia fue de depresión moderada con 58,33% (13)

La proporción masculino-femenino en la población estudiada fue bastante equitativa, con 51.49% hombres y 48.51% mujeres, mientras que en los resultados la mayor frecuencia de depresión fue del sexo femenino con 83 casos, mientras el sexo masculino contó con 72 casos. A pesar de esta diferencia, no se encontró significativa la relación entre el sexo y la presencia ni severidad de la depresión, similar a los resultados de los estudios de Florez O (9), Molinares RA (10) o Quispe Coila MH (13), mientras que difiere con otros estudios, como el de Montalvo-Herdoíza J en la población de Portoviejo – Manabí – Ecuador, en el que se encontró una mayor prevalencia en el género masculino (7).

Referente a la edad y a los días de hospitalización, no se encontró una diferencia significativa en los resultados, encontrándose puntajes variados a lo largo de todos los grupos etarios así como entre pacientes con diferentes periodos de hospitalización. Esto varía entre diferentes estudios, concordando con estudios como el de Molinares RA (10), mientras difiriendo con otros, como el de Quispe Coila (13).

Y por último, con respecto a las comorbilidades presentes en los pacientes, las frecuencias entre los grupos no depresivos y depresivos fueron sumamente similares, con poca diferencia entre patologías de diferente indole, ya sean agudas, crónicas, transmisibles, no transmisibles, etc. Esto difieren con otros estudios, como el de Florez O (9), en donde se encuentra mayor depresión en personas con enfermedades crónicas. La única excepción en este estudio fue con el caso de la fiebre del Dengue, en donde existieron 9 casos en personas catalogadas con depresión, y 23 en personas sin depresión. Esta diferencia de número de casos podría explicarse por la naturaleza aguda de la enfermedad, por la familiaridad de los pacientes, siendo una enfermedad recurrente en el medio y de la cual se realizan múltiples campañas y charlas, o por último, y más siendo la única diferencia notoria, deberse a las limitaciones del estudio y población. De igual manera, debido a estas limitaciones en la población y servicio estudiados, se puede explicar la diferencia entre las comorbilidades más comunes en los pacientes en comparación con otros estudios, en donde existía mayor prevalencia de patologías neurológicas, oncológicas, entre otras (8) (31).

Una limitación del estudio, importante de mencionar, es la naturaleza de autorreporte de los síntomas por la escala usada, la cual si bien es una herramienta validada con utilidad clínica, igualmente puede llevar a una medición inexacta del problema. También señalar como este trabajo incluyó resultados de pacientes de un servicio específico de un hospital del IESS, datos relevantes al momento de interpretar los resultados y querer generalizarlos a otras realidades o poblaciones.

A pesar de las limitaciones mencionadas, este estudio aspira atraer atención a aspectos de la salud mental en pacientes de servicios de salud, y servir como un eslabón para futura investigación y diseño de estrategias para abordar un problema en crecimiento a escala mundial.

## CAPITULO V

### CONCLUSIONES

- La prevalencia de depresión en los pacientes hospitalizados en el área de medicina interna en el Hospital General del Norte de Guayaquil IESS Los Ceibos correspondió al 51.15% de los entrevistados, siendo elevada a las cifras previstas.
- Según su severidad se encontraron se encontraron 48.84% de pacientes sin depresión, 31.68% pacientes con depresión leve, 15.51% pacientes con depresión moderada, 7.09% pacientes con depresión moderadamente severa, y 0.33% pacientes con depresión severa.
- No se encontró una diferencia significativa al momento de asociar el sexo o la edad con el diagnóstico de depresión, con valores de  $p > 0.05$
- No se encontró significativa la relación entre el puntaje obtenido y el tiempo de estancia hospitalaria, y la correlación entre las 2 variables fue sumamente débil.
- Tanto los pacientes con depresión como los pacientes sin depresión presentaron comorbilidades con frecuencias similares, indicando poca relación entre estas variables.

## **RECOMENDACIONES**

Se encontró una elevada prevalencia de depresión en pacientes hospitalizados en el servicio de Medicina Interna del Hospital General del Norte de Guayaquil IESS Los Ceibos, muy superior a la población general, y superior a lo encontrado en otros estudios anteriores. Esta resulta una aflicción frecuente en los pacientes del servicio, por lo que sería necesario una mayor investigación y comprensión del fenómeno para beneficio de los pacientes. Se recomienda la realización de más estudios en simultáneo con otros servicios y otras unidades de salud para comparar los resultados y llegar a conclusiones más firmes. Así mismo se recomienda de esfuerzos preventivos, elaboración de algoritmos y guías para el manejo de depresión en los pacientes hospitalizados, con el objetivo de llegar a una atención oportuna de la salud mental de los pacientes.



## REFERENCIAS

1. Organización Mundial de la Salud (OMS). Depresión. [Online].; 2023. Acceso 8 de Noviembre de 2023.
2. Organización Mundial de la Salud (OMS). Clasificación Internacional de Enfermedades, undécima revisión (CIE-11); 2019/2021.
3. Instituto de Sanimetría y Evaluación Sanitaria. Global Health Data Exchange (GHDx). [Online].; 2020. Acceso 8 de Noviembre de 2023.
4. Errazuriz A, Avello-Vega D, Ramirez-Mahaluf JP, Torres R, Crossley NA, Undurraga EA, et al. Prevalence of depressive disorder in the adult population of Latin America: a systematic review and meta-analysis. *Lancet Reg Health Am.* 2023; 26.
5. Pan-American Life Insurance Group. La salud mental en América - La pandemia silenciosa. 2022.
6. Ministerio de Salud Pública. Depresión: Hablemos. [Online].; 2023. Acceso 8 de Noviembre de 2023.
7. Montalvo-Herdoíza J, Perero M, Portalanza D, Camargo A, Siteneski A. Prevalence Of Major Depressive Disorder In Portoviejo, Ecuador. Prevalencia del Trastorno Depresivo Mayor en Portoviejo, Ecuador. *Rev. Ecuat. Neurol.* 2021; 30(1).
8. Rosenblat JD, Kurdyak P, Cosci F, Berk M, Maes M, Brunoni AR, et al. Depression in the medically ill. *Australian & New Zealand Journal of Psychiatry.* 2019; 54(4).
9. Florez O, Anderson R. Factores asociados a depresión y ansiedad en pacientes hospitalizados del Hospital Regional del Cusco en febrero del 2020. Repositorio Institucional - UNSAAC. 2020.

10. Molinares RA, Torres OG, Villaseñor ASÁ. Nivel de ansiedad, depresión y estrés en pacientes hospitalizados en medicina interna en comparación con los de cirugía. *Med Gen Fam.* 2020; 9(6).
11. Noguera M, María Benítez BG, María Iramain LA. Predisposición para el desarrollo de trastornos de ansiedad y depresión en pacientes con hospitalización prolongada. *Rev. cient. cienc. salud.* 2020; 2(1).
12. Cruz JLM, Velázquez EAV, Gómez NADVAL, Ramírez EL. Ansiedad y depresión en pacientes hospitalizados en un departamento de emergencias. *Psicología y Salud.* 2022; 32(2).
13. Quispe Coila MH. Prevalencia y factores asociados a depresión en pacientes hospitalizados en el servicio de traumatología del hospital III Yanahuara - EsSalud, mayo del 2021. Repositorio UNSA. 2021.
14. Organización Mundial de la Salud (OMS). World mental health report: Transforming mental health for all..978-92-4-004933-8.
15. Pan American Health Organization. Causas principales de mortalidad y pérdidas en salud de nivel regional, subregional y nacional en la Región de las Américas, 2000-2019. [Online]; 2021. Acceso 8 de Noviembre de 2023.
16. Sadock BJ, Sadock VA, Ruiz P. Kaplan & Sadock Manual de Psiquiatría Clínica. Cuarta ed.: Wolters Kluwer; 2018.
17. American Psychiatric Association. MANUAL DIAGNÓSTICO Y ESTADÍSTICO DE LOS TRASTORNOS MENTALES. Quinta ed.: Panamericana; 2014.
18. Fries GR, Saldana VA, Finnstein J, Rein T. Molecular pathways of major depressive disorder converge on the synapse. *Mol Psychiatry.* 2023; 28(1): p. 284-297.

19. Moncrieff J, Cooper RE, Stockmann T, Amendola S, Hengartner MP, Horowitz MA. The serotonin theory of depression: a systematic umbrella review of the evidence. *Molecular Psychiatry*. 2022; 28(8).
20. Yang Y, Wang H, Hu J, Hu H. Lateral habenula in the pathophysiology of depression. *Curr Opin Neurobiol*. 2018; 48.
21. Ho TC, Gutman B, Pozzi E, Grabe HJ, Hosten N, Wittfeld K, et al. Subcortical shape alterations in major depressive disorder: Findings from the ENIGMA major depressive disorder working group. *Hum Brain Mapp*. 2022; 43(1).
22. Padmanabhan JL, Cooke D, Joutsa J, Siddiqi SH, Ferguson M, Darby RR, et al. A Human Depression Circuit Derived From Focal Brain Lesions. *Biol Psychiatry*. 2019; 86(10).
23. Als TD, Kurki MI, Grove J, Voloudakis G, Therrien K, Tasanko E, et al. Depression pathophysiology, risk prediction of recurrence and comorbid psychiatric disorders using genome-wide analyses. *Nature Medicine*. 2023; 29(7).
24. CIBERSAM. FICHA TÉCNICA DEL INSTRUMENTO. [Online]. Acceso 16 de Febrero de 2024. Disponible en: <https://bi.cibersam.es/>.
25. Kroenke K, Spitzer RL, Williams JBW. The PHQ-9. *J Gen Intern Med*. 2001; 16(9).
26. Cuijpers P, Karyotaki E, Weitz E, Andersson G, Hollon SD, Straten Av. The effects of psychotherapies for major depression in adults on remission, recovery and improvement: a meta-analysis. *J Affect Disord*. 2014; 159.
27. Otte C, Gold SM, Penninx BW, Pariante CM, Etkin A, Fava M, et al. Major depressive disorder. *Nat Rev Dis Primers*. 2016; 2.
28. Kim J, Farchione T, Potter A, Chen Q, Temple R. Esketamine for Treatment-Resistant Depression — First FDA-Approved Antidepressant in a New Class. *N Engl J Med*. 2019; 381.

29. Gaynes BN. Benefits of Electroconvulsive Therapy for Patients With Major Depressive Disorder. *JAMA Netw Open*. 2021; 4(7).
30. Kim J, Widge AS. Neuromodulation Approaches to Depressive Disorders. *Psychiatric Times*. 2024; 41(3): p. 24-27.
31. Thom R, Silbersweig DA, Boland RJ. Major Depressive Disorder in Medical Illness: A Review of Assessment, Prevalence, and Treatment Options. *Psychosom Med*. 2019; 81(3).

# ANEXOS



UNIVERSIDAD CATÓLICA  
DE SANTIAGO DE GUAYAQUIL



Facultad  
Ciencias Médicas

**Proyecto de titulación: Prevalencia de depresión entre pacientes hospitalizados en el área de medicina interna en el Hospital General del Norte de Guayaquil IESS Los Ceibos periodo 2023-2024.**

Nombre:	Cédula:
Edad:	Sexo:
Fecha de ingreso:	Fecha actual:
Diagnóstico de ingreso:	

## CUESTIONARIO SOBRE LA SALUD DEL PACIENTE-9 (PHQ-9)

<i>Durante las últimas 2 semanas, ¿qué tan seguido ha tenido molestias debido a los siguientes problemas?</i>	<b>Ningún día</b>	<b>Varios días</b>	<b>Más de la mitad de los días</b>	<b>Casi todos los días</b>
<b>Encierre para indicar su respuesta</b>				
1. Poco interés o placer en hacer cosas	0	1	2	3
2. Se ha sentido decaído(a), deprimido(a) o sin esperanzas	0	1	2	3
3. Ha tenido dificultad para quedarse o permanecer dormido(a), o ha dormido demasiado	0	1	2	3
4. Se ha sentido cansado(a) o con poca energía	0	1	2	3
5. Sin apetito o ha comido en exceso	0	1	2	3
6. Se ha sentido mal con usted mismo(a) – o que es un fracaso o que ha quedado mal con usted mismo(a) o con su familia	0	1	2	3
7. Ha tenido dificultad para concentrarse en ciertas actividades, tales como leer el periódico o ver la televisión	0	1	2	3
8. ¿Se ha movido o hablado tan lento que otras personas podrían haberlo notado? o lo contrario – muy inquieto(a) o agitado(a) que ha estado moviéndose mucho más de lo normal	0	1	2	3
9. Pensamientos de que estaría mejor muerto(a) o de lastimarse de alguna manera	0	1	2	3
			Total:	

**Anexo I: Modelo de encuesta realizada, página frontal, con datos relevantes para la investigación y encuesta PHQ-9**

Elaborado por Uri Seni



UNIVERSIDAD CATÓLICA  
DE SANTIAGO DE GUAYAQUIL



Facultad  
Ciencias Médicas

**DECLARACIÓN DE CONSENTIMIENTO INFORMADO** Fecha: / /

He facilitado la información completa que conozco y me ha sido solicitada de mi estado de salud. Soy consciente de que omitir estos datos puede afectar los resultados de la investigación. Estoy de acuerdo con participar en el trabajo investigativo que se me ha propuesto; he sido informado de los motivos y razones del mismo. He conocido también que toda la información obtenida acerca de mi salud y resultados médicos será tratada confidencialmente, a menos que con mi autorización específica o a petición de una autoridad competente se acceda a los resultados cuando sea necesario y estén disponibles para terceras personas como empleadores, organizaciones gubernamentales, compañías de seguros o instituciones educativas. He escuchado, leído y comprendido la información recibida y se me ha dado la oportunidad de preguntar sobre la investigación. He tomado consciente y libremente la decisión de autorizarlo. También conozco que puedo retirar mi consentimiento cuando lo estime necesario.

\_\_\_\_\_  
Nombre completo del paciente

\_\_\_\_\_  
Cédula ciudadanía

\_\_\_\_\_  
Firma del paciente o huella, según el caso

**REVOCATORIA DEL CONSENTIMIENTO INFORMADO**

De forma libre y voluntaria, revoco el consentimiento realizado en fecha \_\_\_\_\_ y manifiesto expresamente mi deseo de no continuar siendo parte de la investigación propuesta, finalizando en esta fecha: \_\_\_\_\_. Libero de responsabilidades futuras de cualquier índole al establecimiento de salud y al personal sanitario responsable.

\_\_\_\_\_  
Nombre completo del paciente

\_\_\_\_\_  
Cédula ciudadanía

\_\_\_\_\_  
Firma del paciente o huella, según el caso

*Anexo 2: Modelo de encuesta realizada, página posterior, consentimiento informado.*

*Elaborado por Uri Seni*



Presidencia  
de la República  
del Ecuador



Plan Nacional  
de Ciencia, Tecnología,  
Innovación y Saberes



SENESCYT  
Secretaría Nacional de Educación Superior,  
Ciencia, Tecnología e Innovación

## DECLARACIÓN Y AUTORIZACIÓN

Yo, **SENI ARTEAGA URI YAKOV**, con C.C: 1313903070 autor/a del trabajo de titulación: “**Prevalencia de depresión entre pacientes hospitalizados en el área de medicina interna en el Hospital General del Norte de Guayaquil IESS Los Ceibos periodo 2024**”, previo a la obtención del título de **MÉDICO** en la Universidad Católica de Santiago de Guayaquil.

1.- Declaro tener pleno conocimiento de la obligación que tienen las instituciones de educación superior, de conformidad con el Artículo 144 de la Ley Orgánica de Educación Superior, de entregar a la SENESCYT en formato digital una copia del referido trabajo de titulación para que sea integrado al Sistema Nacional de Información de la Educación Superior del Ecuador para su difusión pública respetando los derechos de autor.

2.- Autorizo a la SENESCYT a tener una copia del referido trabajo de titulación, con el propósito de generar un repositorio que democratice la información, respetando las políticas de propiedad intelectual vigentes.

Guayaquil, **15 de octubre del 2024**

f. \_\_\_\_\_

Nombre: **SENI ARTEAGA URI YAKOV**

C.C: **1313903070**



## REPOSITORIO NACIONAL EN CIENCIA Y TECNOLOGÍA

### FICHA DE REGISTRO DE TESIS/TRABAJO DE TITULACIÓN

<b>TEMA Y SUBTEMA:</b>	Prevalencia de depresión entre pacientes hospitalizados en el área de medicina interna en el Hospital General del Norte de Guayaquil IESS Los Ceibos periodo 2024		
<b>AUTOR(ES)</b>	Seni Arteaga Uri Yakov		
<b>REVISOR(ES)/TUTOR(ES)</b>	Dr. Blasco Carlos Miguel Angel		
<b>INSTITUCIÓN:</b>	Universidad Católica de Santiago de Guayaquil		
<b>FACULTAD:</b>	Facultad de Ciencias de la Salud		
<b>CARRERA:</b>	Carrera de Medicina		
<b>TITULO OBTENIDO:</b>	Médico		
<b>FECHA DE PUBLICACIÓN:</b>	15 de octubre del 2024	<b>No. DE PÁGINAS:</b>	40
<b>ÁREAS TEMÁTICAS:</b>	Medicina Interna, Psiquiatría		
<b>PALABRAS CLAVES/ KEYWORDS:</b>	Depresión; Cuestionario de Salud del Paciente; Hospitalización; Comorbilidad; Medicina Interna; Ecuador		

#### RESUMEN:

**Introducción:** La Organización Mundial de la Salud describe a la depresión como un trastorno mental común, caracterizado principalmente por un estado de ánimo deprimido y falta de placer o interés para casi todas las actividades, presente en alrededor del 3,8% de la población, y afectado por factores sociales, económicos, así como comorbilidades o ingreso hospitalario. El objetivo del presente estudio fue determinar la prevalencia de depresión entre pacientes hospitalizados en el área de medicina interna en el Hospital General del Norte de Guayaquil IESS Los Ceibos periodo 2024. **Materiales y métodos:** Se realizó un estudio de naturaleza observacional, descriptiva y analítica, prospectiva y transversal en una muestra de 303 pacientes hospitalizados. Se aplicó el cuestionario PHQ-9 y se recolectó los datos en una hoja de Excel y SPSS para ser analizados en base a frecuencia, porcentaje y pruebas de asociación. **Resultados:** Se encontró 155 pacientes con depresión, 51.15% del total, con 96 pacientes con depresión leve, 47 con depresión moderada, 11 con depresión moderadamente severa, y 1 con depresión severa. Otras variables como sexo, edad, días de hospitalización y comorbilidades no se encontraron significativas en base a análisis mediante chi-cuadrado o coeficiente de correlación de Pearson, con valores  $p > 0.05$ . **Conclusiones:** Existe una elevada frecuencia de depresión en los pacientes hospitalizados en el servicio, a predominio de depresión leve, similar entre pacientes de diferentes características.

#### ABSTRACT:

**Introduction:** The World Health Organization describes depression as a common mental disorder, mainly characterized by a depressed mood and lack of pleasure or interest in almost all activities, present in around 3,8% of the population, and affected by social and economic factors, as well as comorbidities or hospital admission. The objective of the present study was to determine the prevalence of depression among patients hospitalized in the area of internal medicine at the “Hospital General del Norte de Guayaquil IESS Los Ceibos”





period 2024. **Materials and methods:** An observational, descriptive and analytical, prospective and cross-sectional study was conducted in a sample of 303 hospitalized patients. The PHQ-9 questionnaire was applied and the data were collected in an Excel and SPSS spreadsheet to be analyzed based on frequency, percentage, and association tests. **Results:** 155 patients with depression were found, 51.15% of the total, with 96 patients with mild depression, 47 with moderate depression, 11 with moderately severe depression, and 1 with severe depression. Other variables such as sex, age, days of hospitalization, and comorbidities were not found to be significant based on analysis using chi-square or Pearson correlation coefficient, with p values >0.05. **Conclusions:** There is a high frequency of depression in patients hospitalized in the service, with a predominance of mild depression, similar among patients with different characteristics.

<b>ADJUNTO PDF:</b>	<input checked="" type="checkbox"/> SI	<input type="checkbox"/> NO
<b>CONTACTO CON AUTOR/ES:</b>	<b>Teléfono:</b> 0939498212	E-mail: uriseni@hotmail.com
<b>CONTACTO CON LA INSTITUCIÓN (COORDINADOR DEL PROCESO UTE)::</b>	<b>Nombre:</b> Vasquez Cedeño Diego Antonio	
	<b>Teléfono:</b> 0982742221	
	<b>E-mail:</b> diego.vazquez@cu.ucsg.edu.ec	
<b>SECCIÓN PARA USO DE BIBLIOTECA</b>		
<b>Nº. DE REGISTRO (en base a datos):</b>		
<b>Nº. DE CLASIFICACIÓN:</b>		
<b>DIRECCIÓN URL (tesis en la web):</b>		