

**UNIVERSIDAD CATÓLICA SANTO TORIBIO DE MOGROVEJO**

**FACULTAD DE MEDICINA**

**ESCUELA DE MEDICINA HUMANA**



**Depresión y ansiedad en pacientes adultos hospitalizados en el servicio de  
medicina interna de un hospital de Chiclayo, enero-marzo 2024**

**TESIS PARA OPTAR EL TÍTULO DE  
MÉDICO CIRUJANO**

**AUTOR**

**Paul de Jesus Usquiano Castro**

**ASESOR**

**Henry Ricardo Villarreal Trujillo**

<https://orcid.org/0000-0003-1962-7367>

**Chiclayo, 2026**

**Depresión y ansiedad en pacientes adultos hospitalizados en el  
servicio de medicina interna de un hospital de Chiclayo, enero-  
marzo 2024**

PRESENTADA POR  
**Paul de Jesus Usquiano Castro**

A la Facultad de Medicina de la  
Universidad Católica Santo Toribio de Mogrovejo  
para optar el título de

**MÉDICO CIRUJANO**

APROBADA POR

Dangelo Ernesto Medianero Sobrino  
PRESIDENTE

Jorge Luis Fernández Mogollón  
SECRETARIO

Henry Ricardo Villarreal Trujillo  
VOCAL

## **Dedicatoria**

La presente tesis va dedicada, en primer lugar, a Dios, por haberme guiado a lo largo de toda mi formación profesional, brindándome fortaleza en los momentos difíciles y permitiéndome alcanzar este logro tan importante en mi vida.

A mis padres, Erik y Mery, por darme la oportunidad de seguir mis sueños, por su apoyo incondicional, su sacrificio constante y por inculcarme valores que me han permitido afrontar las dificultades con paciencia, perseverancia y optimismo.

A mis abuelos, por su ejemplo de esfuerzo y sabiduría, por su cariño y por ser un pilar fundamental en mi vida.

A Erika, por su apoyo constante, su comprensión y sus palabras de aliento.

A Anggy, por creer en mí, acompañarme en este proceso y motivarme a seguir adelante cuando las fuerzas parecían agotarse.

## **Agradecimientos**

A mi asesor de tesis, Dr. Henry Ricardo Villarreal Trujillo, por la paciencia, sus consejos y por brindarme la orientación y observaciones necesarias para poder finalizar el presente trabajo en las mejores condiciones. A mis amigos que durante la carrera me dieron ánimos y me brindaron su apoyo cada día.

# Depresión y ansiedad en pacientes adultos hospitalizados en el servicio de medicina interna de un hospital de Chiclayo, enero-marzo 2024

## INFORME DE ORIGINALIDAD

10%

INDICE DE SIMILITUD

11%

FUENTES DE INTERNET

7%

PUBLICACIONES

5%

TRABAJOS DEL ESTUDIANTE

## FUENTES PRIMARIAS

1	<a href="https://repositorio.udh.edu.pe">repositorio.udh.edu.pe</a> Fuente de Internet	1%
2	Submitted to Universidad Católica Santo Toribio de Mogrovejo Trabajo del estudiante	<1%
3	<a href="https://worldwidescience.org">worldwidescience.org</a> Fuente de Internet	<1%
4	<a href="https://www.dovepress.com">www.dovepress.com</a> Fuente de Internet	<1%
5	<a href="https://repositorio.usmp.edu.pe">repositorio.usmp.edu.pe</a> Fuente de Internet	<1%
6	<a href="https://repositorio.autonmadeica.edu.pe">repositorio.autonmadeica.edu.pe</a> Fuente de Internet	<1%
7	<a href="https://repositorio.usanpedro.edu.pe">repositorio.usanpedro.edu.pe</a> Fuente de Internet	<1%
8	<a href="https://www.medwave.cl">www.medwave.cl</a> Fuente de Internet	<1%

## Índice

<b>Resumen .....</b>	<b>6</b>
<b>Abstract .....</b>	<b>7</b>
<b>Introducción.....</b>	<b>8</b>
<b>Revisión de literatura.....</b>	<b>11</b>
<b>Materiales y métodos .....</b>	<b>17</b>
<b>Resultados .....</b>	<b>20</b>
<b>Discusión .....</b>	<b>23</b>
<b>Conclusiones .....</b>	<b>27</b>
<b>Recomendaciones .....</b>	<b>27</b>
<b>Referencias.....</b>	<b>29</b>
<b>Anexos .....</b>	<b>33</b>

## Resumen

**Introducción:** El aumento de trastornos mentales como depresión y ansiedad plantea un desafío de salud pública, a nivel mundial 1 de cada 8 personas padece algún trastorno mental, siendo ansiedad y depresión los más comunes, las cuales afectan de forma global a quienes los padecen. La hospitalización es un factor de riesgo para el desarrollo de depresión y ansiedad, pudiendo afectar la recuperación, aumentando el riesgo de morbilidad y prolongando la estancia hospitalaria. **Objetivo:** Determinar los niveles de depresión y ansiedad que presentan los pacientes adultos hospitalizados en el servicio de medicina interna del Hospital Regional Lambayeque durante el periodo enero-marzo del año 2024. **Metodología:** Estudio descriptivo, observacional, de corte transversal. Se realizó en la población mencionada con una muestra de tipo censal y estuvo conformada por 131 pacientes. Se utilizaron instrumentos validados en Perú en investigaciones realizadas previamente, empleándose los inventarios de depresión y ansiedad de Beck para medir los niveles de depresión y ansiedad respectivamente. **Resultados:** Se encontró que los trastornos de depresión y ansiedad estuvieron presentes en el 64,9 y 75,6% de los participantes respectivamente, de esta cifra 35% correspondió a un nivel de depresión y ansiedad moderado y grave, la coexistencia de ambos trastornos estuvo presente en el 59,5%. **Conclusiones:** El estudio evidencia alta prevalencia de depresión y ansiedad en pacientes hospitalizados, los niveles de depresión se asociaron significativamente al vínculo de pareja estable y educación secundaria, mientras que la ansiedad predominó en el sexo femenino. Estos hallazgos demandan una intervención integral en salud mental.

**Palabras clave:** Depresión, ansiedad, medicina interna, adulto

## Abstract

**Introduction:** The rise in mental disorders such as depression and anxiety pose a global public health challenge; globally, 1 in 8 individuals suffers from some form of mental disorder, with anxiety and depression being the most common, affecting those who experience them on a global scale. Hospitalization is a risk factor for the development of depression and anxiety, potentially impacting recovery, increasing the risk of morbidity and mortality, and prolonging hospital stays. **Objective:** To determine the levels of depression and anxiety in adult patients hospitalized in the internal medicine department of the Lambayeque Regional Hospital during the period January-March of the year 2024. **Methodology:** Descriptive, observational, cross-sectional study conducted in the mentioned population with a census-type sample consisting of 131 patients. Beck's depression and anxiety inventories were used to measure levels of depression and anxiety, respectively that were validated on previous investigations in Peru. **Results:** Depression and anxiety disorders were found to be present in 64.9% and 75.6% of the participants respectively; of this figure, 35% corresponded to a moderate and severe level of depression and anxiety, and the coexistence of both disorders was present in 59.5%. **Conclusions:** The study reveals a high prevalence of depression and anxiety in hospitalized patients. Depression levels were significantly associated with having a stable partner and secondary education, while anxiety was more prevalent in women. These findings call for a comprehensive mental health intervention.

**Keywords:** Depression, anxiety, internal medicine, adult

## Introducción

La prevalencia de trastornos mentales ha incrementado en la población a lo largo del tiempo, considerándose actualmente como un problema de salud pública debido a la repercusión que tienen en la vida de las personas tanto en la esfera psicológica, como física, social y económica (1). La Organización Mundial de la Salud (OMS) estima que, una de cada ocho personas padece algún trastorno mental, donde la ansiedad y depresión son las más frecuentes (2). Asimismo, a nivel nacional el Ministerio de Salud (MINSA) del Perú informó que durante los meses de enero y septiembre del año 2023 se atendieron aproximadamente un millón trescientos mil casos por trastornos de salud mental en todos sus establecimientos. Dentro de estos casos, la depresión afectó al 15,5% de la población atendida, mientras que la ansiedad se presentó en el 25,7% (3).

Una de las poblaciones en riesgo para desarrollar dichos trastornos son los pacientes hospitalizados. Esto debido a que las personas pueden presentar problemas emocionales, según la forma que afrontan los eventos que les toca vivir, es por este motivo que, si una persona tiene una apreciación negativa de la situación, tiene mayor riesgo de padecer tanto de depresión como de ansiedad (4). Se menciona que las personas en hospitalización ya sea por razones médicas o quirúrgicas perciben esta situación como una interrupción en su quehacer cotidiano, produciéndose variaciones en sus rutinas que, en adición a las molestias propias de la enfermedad y la incertidumbre de su pronóstico, originan una atmósfera desalentadora con respecto a la situación del paciente, constituyéndose en eventos que motivan el desarrollo de trastornos mentales como ansiedad y depresión (5).

Se ha reportado que la tasa de depresión en los sujetos hospitalizados que tienen de fondo enfermedad orgánica puede oscilar entre el 20% y 50%, mientras que la tasa de ansiedad puede superar el 40% (6). Un análisis efectuado en la población hospitalaria en general reveló que 40% de los pacientes presentaban un trastorno clínico de índole depresiva, mientras que 28,2% de los sujetos evaluados manifestaba un trastorno clínico de ansiedad (7). Además, los estudios realizados en distintas poblaciones de pacientes internados indican que la presencia de ansiedad y depresión tiende a ser elevada, hallando que los pacientes sometidos a hemodiálisis presentan prevalencias de depresión y ansiedad del 62,3% y 69,7% respectivamente (8), mientras que en los pacientes de urgencias se presentó depresión en 8,7% y ansiedad en 34,8% (9).

Por otra parte, se alude que al existir depresión en pacientes hospitalizados puede dificultar la adherencia terapéutica, retardar el proceso de recuperación, alterar el curso y pronóstico de la enfermedad de fondo, además de prolongar la duración de la estancia

hospitalaria y aumentar el riesgo de mortalidad, encontrándose un riesgo relativo de mortalidad de 1,28 y 1,91 en pacientes con depresión leve y moderada respectivamente, además de un incremento de la duración media y total de la estancia hospitalaria con un riesgo relativo de 1,9 en pacientes con depresión (4,5,7). La presencia de ansiedad y depresión en los pacientes puede desencadenar una sucesión de respuestas afectivo emocionales que tienen a afectar su funcionamiento habitual, aumentando la morbimortalidad y elevan los costos de atención, generando mayor gasto hospitalario debido a una ampliación de su estadía en el nosocomio (6), como se describe en el estudio realizado por Greenberg y colaboradores donde menciona que los grandes usuarios que requieren mayores recursos médicos, representan al 64% del costo total, de los cuales el 23,5% padecen depresión (9).

Estudios realizados a nivel nacional revelan cifras considerables de depresión y ansiedad en la población de medicina interna de hospitales con nivel de atención III-1. En el Hospital Nacional Daniel Alcides Carrión se encontró una prevalencia de depresión del 48% y ansiedad en el 38,5%, donde las mujeres tuvieron mayor puntaje en las pruebas (10). En el Hospital María Auxiliadora, en el contexto de COVID 19, se determinó que 56,6% de pacientes presentaba depresión y 11,3% ansiedad, hallándose una relación significativa con el tiempo de hospitalización (11). En el Hospital Militar Central se encontró que la población adulta mayor presentaba un grado moderado de depresión en el 49,06% y un grado severo de ansiedad en el 67,92%, donde había relación con la viudez y la categoría socioeconómica (12). A nivel local no se han encontrado estudios realizados en la población de interés, pero sí se han realizado estudios similares en distintas poblaciones en un hospital de igual complejidad perteneciente al seguro social (13-15). Uno de los hospitales de mayor importancia en la región perteneciente al MINSA, es el Hospital Regional Lambayeque, al ser un hospital de mayor complejidad y de referencia, la afluencia de pacientes es numerosa. A pesar de ello, a la fecha no se han encontrado estudios que permitan determinar en qué frecuencia los pacientes hospitalizados en el servicio de medicina interna pueden desarrollar trastornos del estado de ánimo como depresión y ansiedad, por lo que no se tienen datos precisos con respecto a este tema de gran importancia.

La OMS en su última evaluación sobre la salud mental, exhorta a las entidades que brindan servicios de salud a fomentar y profundizar el valor que atribuimos a la salud mental, es así que plantea la reorganización de los entornos que influyen en la salud mental, dentro de los cuales se encuentran los servicios de atención de salud, los cuales no solo deben limitarse a proteger y promover el bienestar mental de todos, sino también atender las necesidades de las personas que padecen afecciones de salud mental (16,17).

Por su parte el Hospital Regional Lambayeque en su misión contempla el brindar servicios integrales de salud, con calidad, equidad y eficiencia. Dentro de este marco, dicha institución se ha comprometido a fortalecer la atención de la salud mental de sus pacientes, un aspecto cada vez más relevante en el ámbito de la salud (18). Para ello la institución cuenta con el servicio de psicología además de especialistas en psiquiatría, cuya función es abordar los problemas de salud mental que surgen en los pacientes. Sin embargo, uno de los desafíos actuales que presenta el hospital, es la falta de información actualizada sobre la prevalencia y características de los trastornos mentales en los pacientes hospitalizados, lo que limita la capacidad de los profesionales de salud y las autoridades para tomar decisiones informadas y proactivas. Esto resulta pertinente en que tanto las autoridades, como los profesionales responsables de los pacientes hospitalizados en cualquier servicio, generen conciencia y se encuentren actualizados sobre dicha problemática, teniendo el objetivo no solo de enfocarse en la recuperación física sino también en la emocional, es decir, una recuperación integral de la persona.

En ese contexto, la psiquiatría de interconsulta y enlace emerge como una herramienta esencial, ya que se encarga de desarrollar actividades para el diagnóstico, tratamiento, así como investigación en los distintos servicios de un hospital, teniendo un enfoque biopsicosocial para el cuidado del paciente (19). Sin embargo, el hospital objetivo del estudio no cuenta con esta intervención, y como lo muestran estudios recientes, en general la implementación de este enfoque es aún limitada. Por ejemplo, Lobo et al. (20) reportaron que solo 1,4% de los pacientes hospitalizados recibió atención de psiquiatría de enlace, a pesar de que se estimaba que el 10% de ellos la requería. De manera similar, Huarcaya et al. (21) encontraron que, en el Hospital Nacional Guillermo Almenara Irigoyen, la tasa de derivación a la unidad de psiquiatría de enlace fue del 2,73%. En este sentido es necesario el fortalecimiento de los servicios de psiquiatría en los hospitales, ya que un enfoque integral de la persona ofrece múltiples beneficios, pudiendo mejorar su calidad de vida, reducir los días de hospitalización, además de reducir los costes de servicios y humanizar la atención médica (22).

Por lo expuesto, en la presente investigación se planteó como objetivo general: Determinar los niveles de depresión y ansiedad que presentaban los pacientes adultos hospitalizados en el servicio de medicina interna del Hospital Regional Lambayeque durante el periodo enero-marzo del año 2024. Para ello se determinaron los niveles de depresión y ansiedad además de las características sociodemográficas y clínicas de la población mencionada.

## Revisión de literatura

### 1. Antecedentes

Rosselli, Salimbeni et al, en Italia durante el año 2015, llevaron a cabo un estudio analítico en 189 pacientes con el objetivo de verificar la asociación depresión junto con las enfermedades médicas de base en el servicio de medicina interna de un hospital, empleando la escala de ansiedad y depresión hospitalaria (HADS) y el inventario breve de síntomas (BSI-18). Se encontró que los niveles más altos de depresión se asociaron con enfermedades urogenitales ( $p = 0,026$ ), reumatológicas ( $p = 0,006$ ), oncológicas ( $p = 0,011$ ), neurológicas ( $p = 0,026$ ) y respiratorias ( $p = 0,013$ ). (23)

Niecke, Hellmich et al, en Nueva York en el 2019, efectuaron una investigación de tipo cuantitativa, de corte prospectivo en 308 pacientes hospitalizados en el servicio de medicina interna con el objetivo de determinar la prevalencia de trastornos mentales, para ello emplearon el cuestionario de salud del paciente (PHQ-D). Los resultados revelaron que el 39,6% de los pacientes presentaba depresión y el 23,8% un cuadro de ansiedad, además se observó que la prevalencia de estos trastornos a las 4 semanas de hospitalización estaba presente en el 52,4%, asimismo hubo diferencia significativa con el sexo ( $p = 0,026$ ), tipo y gravedad de la enfermedad somática ( $p = 0,031$ ). (24)

Yuskel y Bahadir, en Turquía en el año 2019, realizaron una investigación cualitativa, analítica, de corte transversal con el objetivo de determinar el efecto de los factores sociodemográficos sobre la depresión y ansiedad en pacientes hospitalizados en el servicio de medicina interna y cirugía. El estudio contó con la participación de 522 pacientes a quienes se les aplicó HADS, obteniendo en los resultados que el 27% y 51,7% de los participantes presentaba un cuadro ansioso y depresivo respectivamente. Además, se demostró una asociación significativa entre el desarrollo de depresión y ansiedad junto con variables como la edad, el estado civil, el nivel educativo, tener hijos o padecer una enfermedad crónica (25).

Martínez, Mejía y Landa, en Honduras en el año 2021, efectuaron una investigación en 92 pacientes, utilizando un enfoque cuantitativo no experimental de corte transversal con el objetivo de analizar la prevalencia de síntomas de depresión y ansiedad en pacientes admitidos en el servicio de medicina interna de un hospital local. Los resultados demostraron que el 67,4% de los pacientes presentó síntomas depresivos, de estos el 29,3% presentó síntomas moderados; por otro lado, se encontró que el 51,1% presentaba síntomas de ansiedad, con predominio de síntomas leves en el 29,3%. Además, se menciona que existe una relación moderada entre ambos trastornos y que no se evidenció diferencia significativa en los puntajes según el sexo, presencia de hábitos nocivos u hospitalizaciones previas. (26)

Torres, Martínez, Barrios et al, en Paraguay en el año 2023, realizaron una investigación observacional, descriptiva en un total de 15 pacientes hospitalizados en el servicio de medicina interna de un hospital, con el objetivo de determinar la prevalencia de ansiedad y depresión y su asociación con factores clínicos en pacientes aplicando la escala de ansiedad y depresión hospitalaria (HADS). En cuanto a las variables estudiadas, el 60% de la muestra estudiada presentó síntomas de ansiedad, mientras que el 86,7% refería síntomas depresivos. Además, se encontró una relación significativa entre la depresión y ansiedad con los días de hospitalización ( $p=0,000$ ) (27).

García, en la ciudad de Lima en el año 2015, llevó a cabo un estudio descriptivo correlacional de corte transversal con el propósito de determinar la prevalencia de depresión que existía en los pacientes hospitalizados del servicio de medicina interna de un Hospital. El estudio contó con la participación de 52 pacientes a los cuales se les aplicó la prueba de Depresión de Beck-II, encontrándose una prevalencia de depresión del 48% en varones y mujeres, siendo el grupo de las mujeres las de mayor puntaje. Según el nivel de depresión se evidenció que el 34,6% presentaba depresión leve, 11,53% depresión moderada y solo se encontró un caso de depresión severa. (10)

Muñoz, Tejada, et al, en la ciudad de Arequipa en el año 2019, realizaron una investigación de tipo asociativo comparativo transversal en 50 pacientes hospitalizados en el servicio de medicina interna en dos hospitales del sector público con el fin de comparar el nivel de ansiedad y depresión de los pacientes, y determinar si existían diferencias entre el Seguro social de salud y el MINSA, aplicando la Escala de Ansiedad y Depresión Hospitalaria. Los resultados indicaron que en general, la muestra de pacientes presentaba ciertos signos de ansiedad y depresión al momento de la evaluación, dentro de los cuales las mujeres presentaban un puntaje promedio correspondiente a la categoría de “normalidad”, mientras los hombres tenían un puntaje promedio correspondiente a la categoría de “caso probable” de ansiedad. Por otro lado, con respecto a la depresión no se evidenció diferencia estadísticamente significativa entre hombres y mujeres, además se determinó que no existía diferencia significativa entre hospitales evaluados. (4)

Sánchez, en la ciudad de Lima en el año 2022, efectuó un estudio analítico, observacional de corte transversal para determinar los factores asociados a ansiedad y depresión en adultos mayores hospitalizados en el servicio de medicina interna de un hospital. El estudio fue llevado a cabo en 106 pacientes empleando la escala de depresión, ansiedad y estrés (DASS 21), observando que el 99% de los participantes presentaba ansiedad en distintos niveles, resaltando que el 67.9% presentaba un cuadro severo; además, el 97.1% presentó depresión,

siendo más frecuente un nivel moderado con 49%. Cabe mencionar que el antecedente patológico fue un factor asociado que mostraba una relación significativa con el desarrollo de depresión leve ( $p=0.007$ ). (28)

## 2. Bases teóricas

### **Depresión:**

La depresión puede ser entendida como un síndrome complejo que va más allá de la tristeza común experimentada en respuesta a circunstancias adversas. Se caracteriza por un conjunto de manifestaciones clínicas que incluye sentimientos negativos como la tristeza y una marcada disminución del interés o placer, además se acompaña de un sentimiento general de abatimiento y una autoapreciación negativa, junto con un profundo sentido de inutilidad, pesimismo, culpabilidad y fracaso. Conductualmente se puede manifestar a través de un retraimiento social, pérdida de la funcionalidad, el consumo de sustancias, e incluso la ideación tanática con conductas suicidas. Somáticamente puede alterar el ciclo del sueño y el apetito, además la función física en forma de cansancio y la cognición con falta de concentración (29-31).

La depresión es una de las enfermedades mentales más comunes la cual genera un grave impacto en la calidad de vida de quien la padece. Puede afectar a cualquier persona a cualquier edad, aunque se menciona que, junto a la ansiedad, pueden empezar su desarrollo en la adolescencia con una prevalencia de 10% al 25% (28). Se estima que, en todo el mundo, aproximadamente 300 millones de personas padecen depresión, representando al 4,4% de la población mundial. Cabe mencionar que esta patología puede conducir al suicidio, siendo la cuarta causa principal de muerte en individuos entre los 15 y 29 años (32,33). La etiología de la depresión es compleja, no entendida en su totalidad y es influenciada por múltiples factores, los cuales incluyen a la susceptibilidad genética (historia familiar de un trastorno afectivo), factores socioeconómicos (desempleo, mala nutrición), antecedentes de maltrato físico o abuso sexual durante la niñez, consumo de sustancias (drogadicción y alcoholismo) y desregulación de los sistemas homeostáticos (sistema inmune, sistema nervioso autónomo, ejes hipotalámicos), además problemas de salud como trastornos de sueño, dolor crónico y el cáncer pueden contribuir a su desarrollo (34, 35). Por otro lado, dentro de los factores desencadenantes o de activación que tienen una relación causal directa con la depresión, se encuentran los

ambientales, el cual incluye el ingreso a un hospital, lo que genera una situación no deseada que originan cambios en el estilo de vida (29).

Si bien el diagnóstico clínico sigue siendo el estándar de oro para identificar la depresión, el uso de métodos de detección es esencial para estimar su prevalencia en la investigación y ayudar en la detección, diagnóstico y seguimiento del tratamiento. Se han elaborado diversos instrumentos que permiten evaluar la presencia de depresión, orientándonos hacia su diagnóstico. Entre los instrumentos más empleados y con mayor respaldo científico se encuentran la escala de depresión autoevaluada de Zung, la escala de depresión del Centro de Estudios Epidemiológicos (CES-D), el Índice de Bienestar Hospitalario de la OMS, la Escala Hospitalaria de depresión y Ansiedad (HADS), la escala de clasificación de Depresión de Hamilton (HDS), el Inventario de Depresión de Beck segunda versión (BDI-II), entre otros. De ellos, el último mencionado es uno de los más usados, incluido en el presente estudio, consta de 21 ítems, con una puntuación de 0 a 63 y nos permite clasificar la magnitud de los síntomas depresivos presentados en la última semana según su puntaje, catalogándolos en leve, moderado y grave (36)

## **Ansiedad**

La ansiedad es un síndrome que abarca una variedad de manifestaciones emocionales, cognitivas (preocupaciones persistentes o pensamientos catastróficos), conductuales (evitando situaciones temidas o repetitivas) y fisiológicas (taquicardia, sudoración excesiva o dificultad para respirar). Se caracteriza por un estado de inquietud y angustia, que puede manifestarse de diversas maneras en diferentes individuos. Estos síntomas pueden provocar un malestar significativo en el individuo afectado y, en casos graves, pueden interferir con su capacidad para llevar a cabo actividades cotidianas, lo que reduce su calidad de vida (31,37). Este síndrome implica la interacción de diversos factores, incluyendo componentes genéticos, neurobiológicos y sociopsicológicos. Estos factores interactúan entre sí para producir un proceso psicológico en el que las respuestas de ansiedad pueden ser normales o exageradas. Cuando la ansiedad se manifiesta de manera exagerada o desproporcionada en relación con la situación que la desencadena, puede transformarse en un trastorno de ansiedad (31).

La ansiedad de igual forma que la depresión, es una de las enfermedades mentales más comunes, y representan un problema de salud considerable en todo el mundo. Se estima que, mundialmente 264 millones de personas padecen ansiedad, representando el 3,6% de la

población, donde el continente de América representa el 21% de la población que la padece (33). Asimismo, se han identificado factores de riesgo que predisponen a una persona a presentar síntomas de ansiedad como los factores genéticos, presencia de alguna patología mental en la familia, sexo femenino, además del factor conductual, sobre todo en personas con comportamientos temperamentales, evasivos o de inhibición (38). Por otro lado, se menciona que los pacientes hospitalizados pueden producir síntomas ansiosos, destacando a los pacientes cuyo pronóstico es incierto, ya que el proceso de enfermedad aunado a la incertidumbre, puede alterar el pensamiento de las personas y los mecanismos fisiológicos, produciendo estos síntomas (5).

Los trastornos de ansiedad abarcan una amplia gama de condiciones psicológicas que incluyen al ataque de pánico, agorafobia, trastorno de angustia, fobia específica, trastorno obsesivo-compulsivo, trastorno de estrés postraumático y el trastorno de ansiedad generalizada (33). Es así que según el tipo de ansiedad que puede tener una persona, se han desarrollado ciertos instrumentos que permiten medirla. Para mediciones generales se puede emplear el Inventario de Ansiedad de Beck (BAI), o la escala de Ansiedad de Hamilton (HAS); para trastornos de pánico se emplea la Escala de Severidad de trastorno de Pánico, para medir el trastorno de ansiedad generalizado existe el Cuestionario del estado de preocupación de Penn (PSWQ) o el Cuestionario de dominio de preocupación (WDQ), asimismo encontramos otras escalas como la Escala de Ansiedad de Liebowitz (fobia social), la escala Obsesivo Compulsiva de Yale Brown, o la Escala clínica administrada para trastorno de estrés postraumático (37). Uno de los cuestionarios de mayor uso es el Inventario de Ansiedad de Beck (BAI) el cual permite evaluar los síntomas de ansiedad en la última semana, consta de 21 ítems y permite clasificar los síntomas de ansiedad por gravedad según su puntaje, catalogándolos en leve, moderado y grave (38).

### **Estancia hospitalaria y desarrollo de depresión y ansiedad**

La depresión y la ansiedad son comunes y se encuentran presentes en diversos grupos de pacientes con patologías de diversa índole y que son atendidos en distintos servicios hospitalarios como pacientes con epilepsia, diabetes, enfermedades renales, en unidades de quemados y pacientes oncológicos (4). La frecuencia de la depresión y ansiedad en pacientes que se encuentran hospitalizados varía en función de los estudios realizados y de las diferentes poblaciones investigadas, así en un estudio llevado a cabo en México con pacientes hospitalizados en el servicio de cardiología, se encontró el 75% de los pacientes encuestados

experimentó ansiedad al durante su hospitalización. De este grupo el 50% presentó un cuadro de ansiedad leve a moderada, mientras que el 25% experimentó un cuadro de ansiedad severa. Del mismo modo, un 75% del total de participantes manifestó haber presentado depresión. De este porcentaje, el 43% reportó un cuadro de depresión leve a moderada y el 32% indicó haber experimentado un cuadro de depresión severa. (39)

El ingreso al hospital para los pacientes involucra un cambio a un entorno desconocido, una variación de la rutina a la cual estaba acostumbrado, una sensación de lejanía de sus seres queridos, pudiendo producir un mayor grado de estrés el cual puede desencadenar cuadros de ansiedad y depresión (40). Por otro lado, la prolongación de la estancia hospitalaria también puede desencadenar estos trastornos, Mirani et al, mencionan la asociación de la evolución de la gravedad de depresión y ansiedad con un periodo hospitalario más prolongado, observando que en estancias hospitalarias de más de 3 semanas los pacientes desarrollaron síntomas moderados en el 20% y graves en el 80% (41), por otro lado Nieck et al observaron que la prevalencia de depresión y ansiedad a las 4 semanas de hospitalización estaba presente en el 52,4% (26). Es así que los pacientes deben recibir una atención integral, con un acompañamiento psicológico de esta forma su recuperación no quede mermada, además el acompañamiento de los familiares es de suma importancia para los pacientes (29).

### **Hospital Regional Lambayeque**

El Hospital Regional Lambayeque, objeto del presente estudio, es uno de los hospitales más grandes de la región, constituye un hospital con nivel de atención III-1 y es una de las instituciones de salud de mayor importancia y complejidad de la región, es así que atiende un gran número de pacientes provenientes no solo de Lambayeque sino también de referencias de toda la región norte (42). Al ser un hospital de alta complejidad cuenta no solo con las 4 especialidades básicas de Medicina Interna, Ginecología y Obstetricia, Pediatría y Cirugía General, sino que además cuenta con diferentes Unidades Prestadoras de Servicios (UPSS), destacando la Unidad de Cuidados Intensivos, Anatomía Patológica, Diagnóstico por Imágenes, Medicina y rehabilitación, entre otras especialidades que permiten la atención de las necesidades de los pacientes.

Con respecto al proceso de hospitalización se realiza en pacientes que necesiten un abordaje integral que permita llegar al diagnóstico y tratamiento oportuno de su enfermedad, los pacientes son admitidos en el servicio de Medicina interna a través de servicio de emergencia o también por sospecha de la enfermedad en la consulta externa. En relación al

servicio de Medicina Interna de este establecimiento, los datos estadísticos del año 2022 refieren haber admitido a 1045 pacientes para el diagnóstico y tratamiento de patologías de distinta índole; de este número, y durante el primer trimestre del año 2023, se admitieron a 136 pacientes para su diagnóstico y tratamiento.

### **Materiales y métodos**

Se realizó un estudio de tipo descriptivo, observacional de corte transversal. En el Hospital Regional Lambayeque, perteneciente al MINSA. La población objetivo fueron los pacientes adultos que se encontraban hospitalizados en el servicio de medicina interna, constituyendo la población accesible aquellos que se encontraban hospitalizados durante los meses de enero a marzo del año 2024, finalmente la población elegible fueron aquellos pacientes que cumplieron con los criterios de inclusión.

El estudio fue de tipo censal incompleto, abarcando a la mayoría de los individuos dentro de la población de interés, permitiendo así una representación más integral de los pacientes. En total se hospitalizaron 148 pacientes, de los cuales participaron 131 pacientes, los cuales cumplían con los criterios de inclusión, que fueron los siguientes: pacientes hospitalizados en el servicio de medicina interna del Hospital Regional Lambayeque durante el periodo de estudio, que estuvieron de acuerdo a participar y dieron su consentimiento informado. No fueron incluidos los pacientes que no otorgaron su consentimiento informado, y se excluyeron a aquellos pacientes que presentaban una descompensación clínica y problemas cognitivos que impidieran la aplicación de los instrumentos, además de los pacientes con los trastornos en estudio diagnosticados previamente. Todos los pacientes que fueron entrevistados además de los que no fueron incluidos, se les proporcionó un díptico con información de importancia acerca de Salud mental, haciendo énfasis en los signos y síntomas, además de la necesidad de acudir con un especialista si los presentaban.

La recolección de datos se realizó mediante encuestas autoaplicadas de forma presencial con la respectiva aprobación del Comité de ética del Hospital Regional Lambayeque y previa firma del consentimiento informado (ANEXO 1). Se acudió al Hospital Regional Lambayeque 3 veces a la semana correctamente uniformado, durante la tarde para no interferir con las actividades del servicio, previo a la recolección de datos se solicitaba permiso al médico de turno para acceder a los pacientes, mostrando la aprobación del comité de ética de dicho hospital. El primer paso fue llenar la ficha de datos sociodemográficos y clínicos (ANEXO 2) que consistía en los siguientes datos: edad, sexo, estado civil, nivel académico, enfermedad médica subyacente y tiempo de estancia hospitalaria. Cabe mencionar que se tomó en cuenta la

principal patología que motivó la hospitalización del participante, permitiendo clasificarla dentro de un grupo, además que las personas casadas o convivientes fueron catalogadas como “pareja estable”. Además, se emplearon dos instrumentos que ya han sido previamente validados, el Inventario de Depresión de Beck (ANEXO 3) y del Inventario de Ansiedad de Beck (ANEXO 4), los cuales evaluaron los niveles de depresión y ansiedad respectivamente.

### **Inventario de Depresión de Beck, segunda versión (BDI-II)**

Es un cuestionario autoaplicado diseñado para evaluar la gravedad de los síntomas depresivos en la última semana, desarrollado originalmente por el psiquiatra estadounidense Aaron T. Beck junto con Steer y Brown en 1996. Este instrumento cuenta con 21 ítems, cada uno con una escala tipo Likert de 4 alternativas de respuesta (0-3), ordenadas de menor a mayor gravedad, permitiendo una puntuación total de 0 a 63. Según el puntaje obtenido, se puede clasificar la severidad de la sintomatología depresiva en: no depresión (0-9), depresión leve (10-18), depresión moderada (19-29) y depresión grave ( $\geq 30$ ). (38)

En el contexto peruano, ha sido validado en Lima, Perú por Vega, Coronado y Mazzotti en el año 2014 (38), reportándose propiedades psicométricas adecuadas de este inventario. Según los autores, mostró un coeficiente de confiabilidad alfa de Cronbach de 0,889, lo cual indica una alta consistencia interna, y evidenció diferencias significativas en puntuaciones entre pacientes con depresión mayor y sin ella (26,71 vs. 6,79,  $p < 0,001$ ), con una sensibilidad de 87,5% y una especificidad de 98,21% para detectar depresión mayor con un punto de corte alrededor de 18,5-19,5. Además, ningún paciente con puntaje  $< 7,5$  presentó depresión mayor y todos los sujetos con  $> 24,5$  sí la presentaron, lo que respalda su validez diagnóstica.

### **Inventario de Ansiedad de Beck (BAI)**

Es un cuestionario autoaplicado desarrollado por el psiquiatra estadounidense Aaron T. Beck, destinado a evaluar la presencia y gravedad de los síntomas ansiosos experimentados durante la última semana. Este instrumento ha sido ampliamente utilizado en investigación clínica y epidemiológica, y ha sido empleado en diversas investigaciones realizadas en la ciudad de Chiclayo en distintas poblaciones (13–15). El BAI está constituido por 21 ítems, cada uno con una escala tipo Likert de cuatro alternativas de respuesta (0 a 3), ordenadas de menor a mayor gravedad del síntoma, lo que permite obtener una puntuación total entre 0 y 63. De acuerdo con el puntaje

alcanzado, los niveles de ansiedad se clasifican en: no ansiedad (0–7), ansiedad leve (8–18), ansiedad moderada (19–29) y ansiedad grave ( $\geq 30$ ) (28).

En relación con sus propiedades psicométricas, el BAI ha demostrado adecuada confiabilidad y validez en población peruana. Un estudio reciente realizado en jóvenes peruanos (42) reportó una alta consistencia interna, con un coeficiente alfa de Cronbach de 0,95, lo que evidencia una excelente fiabilidad del instrumento. Asimismo, mediante análisis factorial confirmatorio, se corroboró una estructura interna adecuada, observándose un predominio de los componentes somáticos de la ansiedad, característica congruente con el modelo teórico original del instrumento y especialmente relevante en contextos clínicos, finalmente se analizó la relación entre los puntajes de los ítems del Inventario de Ansiedad de Beck y los obtenidos en la Escala de Ansiedad de Hamilton, encontrándose una asociación elevada y estadísticamente significativa ( $r = 0,84$ ;  $p < 0,001$ ), lo que explica aproximadamente el 70 % de la varianza compartida ( $r^2 = 0,70$ ) y respalda la validez convergente del instrumento.

La información recolectada a través de las encuestas, fue importada a una hoja de cálculo de Microsoft Office Excel 2021. Se usó el software estadístico SPSS v25.0 (IBM SPSS Statistics) para su análisis estadístico. Para las variables cualitativas se reportó la frecuencia absoluta y relativa, para las cuantitativas, medidas de tendencia central y medidas de dispersión. Se empleó la prueba de Chi-Cuadrado y exacta de Fisher para determinar la relación estadística en el análisis bivariado. El análisis se complementó con la elaboración de tablas de frecuencia, porcentajes y distribución de los resultados obtenidos, proporcionando una comprensión detallada de la prevalencia y distribución de los niveles de depresión y ansiedad en la muestra.

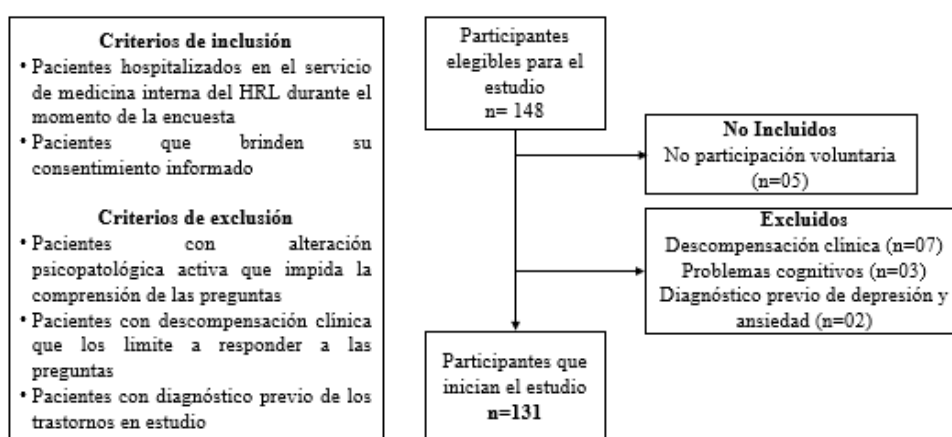
El estudio fue evaluado y aprobado por el Comité de Ética en Investigación de la Facultad de Medicina de la Universidad Católica Santo Toribio de Mogrovejo. Se tuvieron en cuenta los principios bioéticos del Informe de Belmont, se cumplió con el principio de autonomía debido a que se solicitó la colaboración previa de los pacientes y una vez explicado el consentimiento informado, en este documento se detallaba que la participación era voluntaria, confidencial, segura y que no preveía riesgos ni consecuencias para la salud por participar en el estudio, mencionando la posibilidad de retirarse en cualquier momento si así lo deseaba, asimismo en aquellos en los que se identificaba un caso de depresión y/o ansiedad severa, se hacía saber al médico de turno para la realización de una interconsulta a psiquiatría. Con respecto al principio de beneficencia, en beneficio de los participantes se les informó de manera personal y confidencial los resultados obtenidos en los inventarios, además en caso de presentar

síntomas graves, se informó al médico de turno, recomendando la interconsulta al profesional de la salud mental. A su vez los resultados obtenidos serán de beneficio para el servicio de Medicina Interna del hospital en estudio, los cuales les permitirá conocer el estado de salud mental de los pacientes hospitalizados y que en base a eso realice las intervenciones correspondientes que aporten al cuidado de la salud de los pacientes futuros. En cuanto al manejo de la información, la encuesta fue de forma anónima, además los datos obtenidos fueron codificados y resguardados bajo contraseña en el ordenador del investigador, garantizando la confidencialidad y cumpliendo con el principio de no maleficencia. Finalmente, el principio de justicia se cumplió al incluir de forma equitativa a todos los pacientes que quisieron formar parte del estudio.

## Resultados

Durante el periodo de estudio, fueron hospitalizados un total de 148 pacientes en el servicio de medicina interna con múltiples diagnósticos, de los cuales 05 pacientes no otorgaron su consentimiento informado. Además, fueron excluidos 12 pacientes por tener una descompensación clínica, problemas cognitivos o el antecedente el diagnóstico de depresión y ansiedad. Es así que el estudio estuvo conformado por 131 participantes, con un intervalo de confianza del 99,9% (Figura 1).

**Gráfico 1.** Diagrama de flujo de participantes del estudio



Fuente: elaboración propia del autor a partir de los resultados del estudio

Del total de pacientes 61,8% (n=81) correspondió al sexo masculino. Con respecto al estado civil, el 46,5% (n=61) contaba con pareja estable. En lo referente al grado de instrucción, 48,1% (n=63) contaba con educación secundaria. En la Tabla 1 es posible apreciar otros resultados destacados de cada tema. Por otra parte, la edad promedio fue de  $43,9 \pm 14,2$  años (rango de 18

a 69 años), siendo el rango de edad más frecuente el correspondiente a los adultos con 47.3% (n=62), y la edad con mayor frecuencia 6,9% (n=9), los 42 años (Figura 2).

**Tabla 1.** Características sociodemográficas y clínicas de los pacientes hospitalizados en el servicio de medicina interna de un hospital de Chiclayo, enero – marzo 2024.

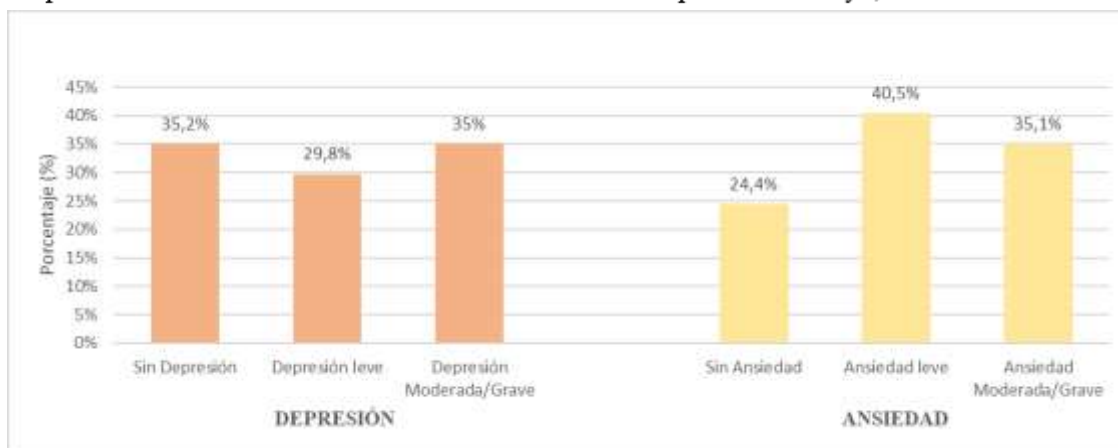
CARACTERÍSTICA	FRECUENCIA	%
<b>SEXO</b>		
Femenino	50	38,2
Masculino	81	61,8
<b>ESTADO CIVIL</b>		
Pareja estable	61	46,5
Soltero	45	34,4
Divorciado	17	13,0
Viudo	8	6,1
<b>NIVEL EDUCATIVO</b>		
Secundaria o inferior	103	78,6
Superior	28	21,4
<b>COMORBILIDAD MÉDICA</b>		
Digestiva	27	20,6
Nefrológica	20	15,3
Endocrinología	12	9,2
Infeciosa	12	9,2
Oncológica	12	9,2
Neurológica	11	8,4
Cardiológica	10	7,6
Neumológica	10	8,7
Otras	17	12,9
<b>ESTANCIA HOSPITALARIA</b>		
2 semanas o menos	100	76,3
Más de 2 semanas	31	23,7

La patología motivo del ingreso de los pacientes al servicio de medicina interna más frecuente fue la de origen digestivo con 20,6% (n=27), seguido de las enfermedades de origen nefrológica 15,3% (n=20), endocrinológico, infeccioso y oncológicas con 9,2% (n=12). En tanto al tiempo de estancia hospitalaria, 55,7% (n=73) de participantes se encontraban en su primera semana de hospitalización, el promedio de días que los pacientes estuvieron hospitalizados al momento de realizar la encuesta fue de 9,13 días (DS ± 7,97), siendo el tiempo de hospitalización mínimo de 2 días y el máximo de 36. La tabla 1 muestra las frecuencias de

las distintas comorbilidades médicas de la población, además del transcurso de la semana de hospitalización.

Se identificó que el 64,9% de los pacientes presentó algún grado de sintomatología depresiva, mientras que el 75,6% evidenció síntomas de ansiedad. En cuanto a la severidad, el 30% de los participantes manifestó depresión leve y el 40% ansiedad en el mismo nivel. Por otro lado, los niveles de depresión moderada y grave se agruparon en el 35% de la muestra (Gráfico 2). La coexistencia de ambos trastornos, presente en el 59,5% de los participantes. En contraste, el 19,8% de los evaluados no presentó síntomas de depresión ni de ansiedad.

**Gráfico 2.** Frecuencia de depresión y ansiedad según grados de severidad de los pacientes hospitalizados en el servicio de medicina interna de un hospital de Chiclayo, enero – marzo 2024.



En el análisis del nivel de depresión y ansiedad según las características sociodemográficas (Anexo 6), los niveles de depresión tuvieron significancia estadística en cuanto al estado civil y nivel académico ( $p < 0.005$ ), no así con el sexo ( $p = 0.164$ ); con respecto a la ansiedad hubo significancia estadística en cuanto al sexo y nivel académico ( $p < 0.005$ ), mas no en el estado civil ( $p = 0.062$ )

Los pacientes que desarrollaron depresión moderada ( $n=33$ ) tuvieron una edad media de 49,88 años ( $DS \pm 14,1$ ) y los que tuvieron un nivel grave ( $n=13$ ) contaban con una edad media de 58,85 años ( $DS \pm 6,05$ ). Por su parte, la edad media de los pacientes con ansiedad moderada ( $n=36$ ) fue de 46,08 años ( $DS \pm 14,49$ ), y la edad de los pacientes con un nivel grave del mismo ( $n=10$ ) fue de 58,70 años ( $DS \pm 7,51$ ). En el anexo 7 se representan las medidas de tendencia central y de dispersión para cada nivel de ambos trastornos.

La patología digestiva fue la que tuvo mayor frecuencia de ausencia o un trastorno leve de depresión con 31,8% (n=27), mientras que la oncológica fue la principal enfermedad en la que los pacientes desarrollaron un trastorno depresivo moderado y grave con 26,1% (n=12). De igual forma, la patología de fondo presente en la mayoría de pacientes con un nivel leve de ansiedad, fue la digestiva con 28,2% (n=24), de la misma forma, la mayoría de pacientes con un nivel moderado y grave de ansiedad tuvieron una enfermedad oncológica con 19,6% (n=9) seguido de la infecciosa con 17,4% (n=8), asimismo tuvieron significancia la ansiedad y las patologías subyacentes ( $p < 0.005$ ). El anexo 8 describe en detalle los niveles de ansiedad y depresión según la patología de los pacientes.

Finalmente, el tiempo de estancia hospitalaria media de los pacientes era directamente proporcional al nivel tanto de depresión como ansiedad. Los pacientes que no desarrollaron depresión (n=46) tuvieron un tiempo de hospitalización medio de 2.65 días (DS  $\pm$  1,7) y los que tuvieron un nivel grave de depresión (n=13) contaban con una estancia hospitalaria media de 23,46 días (DS  $\pm$  5,73). Por su parte, el tiempo de hospitalización media de los pacientes con ansiedad moderada (n=36) fue de 12,97 días (DS  $\pm$  6,46), en comparación con los 25,7 días (DS  $\pm$  5,81) de los pacientes que desarrollaron ansiedad grave. En el anexo 9 se representan las medidas de tendencia central y de dispersión para cada nivel de ambos trastornos según el tiempo de estancia hospitalaria.

## **Discusión**

Los resultados revelaron una elevada presencia de síntomas depresivos y de ansiedad en los pacientes hospitalizados en el servicio de Medicina Interna del Hospital Regional Lambayeque, revelando una carga de morbilidad psicológica alarmante. Estas cifras podrían traducirse en una vulnerabilidad psicológica que impactaría directamente en el pronóstico clínico, reforzando la importancia de la salud mental como componente fundamental del abordaje integral del paciente. Asimismo, la coexistencia de ambos trastornos, complicaría el manejo médico. Al respecto Terril et al (43), señala que la coexistencia de patologías crónicas de origen no psiquiátrico, con la ansiedad o depresión reduce significativamente la adherencia a tratamientos. Esta interacción no solo empeoraría el pronóstico y la sintomatología, sino que además generaría una prolongación de la estancia hospitalaria. Se genera, de este modo, un ciclo vicioso en el que la persistencia de la enfermedad biológica agrava el cuadro psicopatológico de los pacientes.

Los hallazgos de esta investigación son congruentes con lo reportado por Flores (44), quien también identificó una alta frecuencia de estos síntomas en pacientes hospitalizados en el mismo servicio de estudio, observándose síntomas de depresión y ansiedad en el 56,6% y 62,5% de los pacientes, respectivamente. En dicho estudio se detalla que 22,5% y 33,3% presentaron síntomas de depresión y ansiedad leve, mientras que el 34,1% y 29,2% un nivel moderado-severo. Asimismo otros estudios muestran cifras similares, como el realizado por Martínez et al (26), quienes hallaron una frecuencia de síntomas de depresión en el 67,4%, con predominio del nivel moderado-severo con 45,6%; además reportaron que el 51,1% de los participantes presentaba síntomas de ansiedad, teniendo mayor frecuencia el nivel leve con 29,3%. En el contexto nacional Sánchez (28), encontró cifras aún más alarmantes, donde 97,1% y 99% de los participantes presentaron síntomas depresivos y ansiosos, respectivamente. Es importante destacar que, en dicho estudio, el 49% presentó depresión moderada y que el 67,9% tenía ansiedad severa. Al ser este uno de los primeros estudios de este tipo realizados en la región Lambayeque, los resultados exigen una transición desde un modelo de atención puramente biomédico hacia uno biopsicosocial, donde la salud mental sea integrada como un indicador de la calidad asistencial y no un hallazgo secundario (17).

Sin embargo, los resultados obtenidos contrastan con lo reportado por diversos autores en poblaciones similares, Huang et al. (45) hallaron un nivel de ansiedad 32,6%, de los cuales solo el 14,3% presentaban síntomas de ansiedad moderada-grave. Asimismo, Shoar et al. (46), identificaron síntomas depresivos en el 22,5% de los pacientes, con 12,5% de casos leves, además con respecto a ansiedad determinó su presencia en el 36,3% de los participantes, donde el 20,2% correspondió a casos leves. Además Gorini et al (47) reportaron cifras aún menores, con un 9% de depresión y un 16% de ansiedad, detectando la coexistencia de ambos síndromes en solo el 6% de la muestra. Una explicación fundamental para estas marcadas discrepancias con respecto al presente estudio, podría radicar en el uso del instrumento "HADS" en dichos estudios. Esta escala se diferencia de otros instrumentos en varios aspectos metodológicos y conceptuales que pueden influir en los resultados y la comparabilidad de estudios en poblaciones clínicas similares, cabe mencionar que dicho instrumento excluye deliberadamente los síntomas somáticos o físicos, bajo la premisa de no confundir la sintomatología de la enfermedad médica con el trastorno psicológico, pudiendo generar un sesgo de la enfermedad física, que puede llevar a una subestimación de la prevalencia real (4). Por el contrario, el uso de instrumentos que sí integran la somatización en el presente estudio permite capturar la realidad del paciente pluripatológico, en quien el dolor, el insomnio y la fatiga actúan como

vehículos de la angustia emocional (48). Ignorar estas manifestaciones en un paciente hospitalizado resultaría en un subdiagnóstico peligroso de su salud mental, afectando negativamente en su recuperación, prolongando innecesariamente su estancia hospitalaria, y generando el impacto antes mencionado.

En relación a las variables sociodemográficas y los trastornos estudiados, los niveles de depresión mostraron significancia estadística en función del estado civil. Se observó que la mayoría de las personas con estos síntomas correspondían al grupo que contaba con una pareja estable. Este hallazgo coincide por lo reportado por Wadood et al. (49), quienes en su estudio señalaron que el 40,2% las personas con pareja presentaban síntomas depresivos, de los cuales el 14,4% correspondía a un nivel moderado-grave. Esta asociación podría centrarse en diversos mecanismos: el estrés crónico derivado de conflictos interpersonales, la carencia de apoyo emocional, la presencia de violencia o abuso, y la insatisfacción con la relación actúan como factores estresantes que precipitan o exacerban el cuadro depresivo. Asimismo, se destaca que la calidad del vínculo afectivo es un factor más determinante que el estado civil per se; es decir, estar en una relación insatisfactoria o conflictiva puede ser más perjudicial para la salud mental que estar soltero (50).

En cuanto a la ansiedad, hubo significancia estadística respecto al sexo de los participantes. Se observó que el 92% de las mujeres presentó síntomas ansiosos, en contraste con el 65,4% de los varones; asimismo, el 38% de las pacientes manifestó un cuadro de ansiedad en nivel moderado-severo. Estos hallazgos guardan similitud con lo planteado por Hernández (40) quien encontró una asociación significativa entre el sexo femenino y el desarrollo de ansiedad. Esta relación entre desarrollo de estos trastornos con el sexo femenino encontraría sentido ya que ciertos estudios destacan la importancia de los estrógenos en la regulación de los procesos neuronales y la modulación de la respuesta al estrés. Se ha demostrado que la vulnerabilidad a estos trastornos se incrementa durante fluctuaciones hormonales abruptas, tales como la fase lútea tardía del ciclo menstrual, el periodo postparto y la transición a la menopausia (51). Dicha susceptibilidad biológica, sumada a los estresores psicosociales y la carga de cuidado que suelen asumir las mujeres en nuestro contexto, explicaría la marcada brecha de género en los niveles de ansiedad detectados.

Asimismo, se observó una mayor cifra de pacientes con depresión y ansiedad en aquellos que contaban con educación secundaria. Existe controversia sobre el vínculo entre el nivel educativo y la salud mental, diversos estudios describen una relación inversamente

proporcional entre ambas variables (39, 52). Dado que la mayoría de pacientes atendidos en el hospital de estudio cuentan con Seguro Integral de Salud, el cual ofrece cobertura a personas en condiciones de vulnerabilidad económica (23). Una explicación plausible para esa situación sería la existencia de problemas económicos, aunado a la recesión económica tras la pandemia de COVID-19. La incertidumbre sobre la satisfacción de las necesidades básicas y la inestabilidad laboral actúan como estresores crónicos que disparan cuadros psicopatológicos. Este fenómeno es particularmente crítico en personas con niveles educativos intermedios y ocupaciones informales, quienes presentan una menor resiliencia económica ante crisis sistémicas, lo que incrementa la probabilidad de desarrollar trastornos de salud mental durante un evento de hospitalización (53).

En cuanto a la duración de la estancia hospitalaria, no se halló significancia estadística en el presente estudio, sin embargo, Mirani et al. (41) y Vilchis et al. (8), reportan una asociación directa entre la progresión de la gravedad de la depresión y la ansiedad con periodos de internamiento prolongados. Estos autores observaron que, en estancias superiores a las tres semanas, los pacientes desarrollaron síntomas moderados en el 20% de los casos y graves en el 80%. Dicha evidencia puede sugerir que el proceso de hospitalización es una experiencia aversiva que actúa como detonante de sintomatología afectiva. Como señala Noguera et al. (54) el ingreso hospitalario implica para el paciente una ruptura abrupta con su cotidianidad: la transición a un entorno desconocido, la alteración de las rutinas personales y la sensación de aislamiento de su red de apoyo familiar generan un elevado grado de estrés. Este estado de vulnerabilidad emocional, sostenido en el tiempo, puede desencadenar o exacerbar cuadros de ansiedad y depresión, independientemente de la patología médica de base.

El presente estudio presenta algunas limitaciones que deben considerarse al interpretar los resultados. En primer lugar, el diseño descriptivo y de corte transversal impide establecer relaciones de causalidad entre la hospitalización, la estancia hospitalaria y el desarrollo de depresión y ansiedad, limitándose a describir frecuencias. En segundo lugar, el uso de instrumentos de autoevaluación, si bien validados, puede estar sujeto a sesgo de información, especialmente en pacientes con síntomas somáticos derivados de la enfermedad médica, los cuales podrían sobreestimar los puntajes de depresión y ansiedad. Asimismo, el estudio se realizó en un solo hospital de referencia y en un único servicio, lo que limita la generalización de los resultados a otras instituciones o niveles de atención. Además, no se incluyeron variables relevantes como el nivel socioeconómico detallado, el apoyo familiar, la severidad de la enfermedad médica ni antecedentes de eventos estresantes recientes, factores que podrían

influir en la salud mental de los pacientes. Finalmente, la ausencia de un seguimiento longitudinal impidió evaluar la evolución de los síntomas depresivos y ansiosos durante la hospitalización y después del alta, lo cual sería relevante para comprender mejor el impacto temporal de la hospitalización en la salud mental.

### **Conclusiones**

- Los pacientes adultos hospitalizados en el servicio de medicina interna del Hospital Regional Lambayeque durante el periodo enero-marzo del 2024 se caracterizaron predominantemente por ser del sexo masculino, con una edad promedio correspondiente a la etapa de adultez y, en su mayoría, con un vínculo de pareja estable. Desde la perspectiva clínica, los ingresos estuvieron motivados principalmente por patologías de origen digestivo, nefrológico y endocrinológico, con una estancia hospitalaria que superó generalmente la primera semana de internamiento.
- Existe una elevada presencia de sintomatología depresiva y ansiosa en la población estudiada, con un predominio de los niveles moderado-grave en el caso de depresión y niveles leves de ansiedad. Se determinó que los niveles de depresión tuvieron significancia estadística con respecto al estado civil de pareja estable y el grado de instrucción secundaria. Por su parte los niveles de ansiedad tuvieron significancia estadística con respecto al sexo femenino quienes presentaron mayor frecuencia, así como con el nivel de educación secundaria.

### **Recomendaciones**

- Promover el fortalecimiento del apoyo psicológico durante la hospitalización, implementando un programa de apoyo psicológico continuo para los pacientes hospitalizados en el servicio de Medicina Interna, además de establecer que los pacientes con estancia hospitalaria prolongada sean evaluados de forma mandatoria por el servicio de psicología. Esto permitirá una detención temprana de síntomas que, según los datos mostrados, pueden agravarse hacia niveles moderado-severos, y que según la evidencia científica, tienden a empeorar conforme se prolonga el internamiento, mitigando el impacto en la recuperación física.

- Se recomienda la creación e implementación de una unidad de Psiquiatría de enlace, de esta forma se permita liderar el trabajo conjunto y se mejore la coordinación entre los equipos de medicina interna y de salud mental, estableciendo programas de interconsulta rápida para optimizar el uso de los recursos existentes y reducir la estancia hospitalaria prolongada por causas psicosomáticas.
- Fortalecer el recurso humano y de soporte, gestionando la formación del Servicio de Psiquiatría en el Hospital Regional Lambayeque debido al incremento de los trastornos de salud mental en la población, así como las cifras alarmantes que pueden llegar a presentar los pacientes hospitalizados como las mostradas en el presente estudio. Asimismo plantear el incremento de plazas para psiquiatras y psicólogos clínicos asignados exclusivamente a hospitalización. Mientras tanto, se sugiere implementar un programa de capacitación continua en temas de Salud Mental dirigido al personal de enfermería, médicos residentes y asistentes en general, para que puedan identificar signos de alerta y brindar un soporte emocional básico inicial antes de la derivación al especialista.
- Se sugiere que futuras investigaciones sobre el nivel de depresión y ansiedad en pacientes hospitalizados incluyan un diseño longitudinal, que permita evaluar la evolución de estos trastornos a lo largo del tiempo, tanto durante la hospitalización como después del alta. Además, se recomienda incluir un tamaño de muestra más grande y diversa, considerando otras variables sociodemográficas, como el estatus social, el lugar de residencia, la situación laboral, lo que permitiría obtener resultados más generalizables y robustos. Asimismo, la utilización de métodos mixtos, combinando datos cuantitativos con entrevistas cualitativas, podría ofrecer una comprensión más profunda de las experiencias y necesidades emocionales de los pacientes.

## Referencias

1. Organización Mundial de la Salud. Trastornos mentales [Internet]. Worldhealthorganization.com. 2022 [citado 01 de julio de 2023]. Disponible en: [bit.ly/3TCOHOX](https://bit.ly/3TCOHOX)
2. Organización mundial de la Salud. Depresión [Internet]. Worldhealthorganization.com. 2023. [citado 20 de marzo de 2024] Disponible en: [bit.ly/3vqv57y](https://bit.ly/3vqv57y)
3. Ministerio de Salud del Perú. Día Mundial de la Salud Mental. [Internet]. Lima: Gob.pe; 2023 [citado 20 de marzo de 2024]. Disponible en: [bit.ly/4cN840T](https://bit.ly/4cN840T)
4. Muñoz, A., Tejada, M., Gallegos, S., Obando, S., et Al. Ansiedad y depresión en pacientes internados en dos hospitales de Arequipa, Perú. *Revista Psicología de la Salud*. 2019; 7(1): 333-348.
5. Alberdi, J., Fernández, A., Iglesias, F. Depresión en pacientes hospitalizados en el servicio de medicina interna de un hospital general. *Galicia Clínica*. 2013;74(4):161-174.
6. Murillo, J., Vidal, E., Domínguez, N., López, A., Landa, E. Ansiedad y depresión en pacientes hospitalizados en un departamento de emergencias. *Psicología y Salud*. 2022; 32(2):195-202.
7. Tapara, A. Frecuencia de síntomas y factores asociados con ansiedad y depresión en pacientes hospitalizados mayores de 18 años en el hospital regional Honorio Delgado Espinoza, Abril de 2023. [Internet] [Tesis de Titulación]. [Arequipa]: Universidad Católica de Santa María; 2023 [citado 20 de marzo de 2024]. Disponible en: <https://bit.ly/3VAX0gQ>
8. Greenberg PE, Fournier AA, Sisitsky T, Pike CT, Kessler RC. La carga económica de los adultos con trastorno depresivo mayor en los Estados Unidos (2005 y 2010) *J Clin Psychiatry*. 2015; 76 (2):155–162.
9. Vilchis, A., Secín, R., López, A. Frecuencia de ansiedad y depresión en pacientes adultos en la sala de urgencias de un hospital general no gubernamental e identificación por el médico de urgencias. *Medicina Interna de México*. 2010;26(1):5-10.
10. García, R. Prevalencia de Depresión en Pacientes Hospitalizados en el Servicio de Medicina Interna en un Hospital Nacional Febrero 2015. [Internet] [Tesis de Titulación]. [Lima]: Universidad Nacional Mayor de San Marcos; 2015 [citado 01 de julio de 2023]. Disponible en: <https://bit.ly/45TYVPn>
11. Apaza, V. Factores Asociados a la Ansiedad y Depresión en Pacientes hospitalizados en el servicio de medicina interna en el contexto Covid 19 en el Hospital María Auxiliadora, 2021. [Internet] [Tesis de Titulación]. [Lima]: Universidad Nacional Federico Villarreal; 2021 [citado 27 de marzo de 2024]. Disponible en: <https://bit.ly/4boNemN>
12. Sanchez, H. Factores asociados a Ansiedad y Depresión en adultos mayores hospitalizados en el servicio de medicina interna posterior a la cuarta ola del Hospital Militar Central durante Noviembre a Enero del año 2022-2023. [Internet] [Tesis de Titulación]. [Lima]: Universidad Ricardo Palma; 2023 [citado 21 de marzo de 2024]. Disponible en: [bit.ly/3vyqK3x](https://bit.ly/3vyqK3x)
13. Carrillo, E. Frecuencia de depresión y ansiedad en pacientes con epilepsia del Hospital Nacional Almanzor Aguinaga Asenjo durante enero-marzo 2020. [Internet] [Tesis de Titulación]. [Chiclayo]: Universidad Católica Santo Toribio de Mogrovejo; 2023 [citado 01 de julio de 2023]. Disponible en: <https://bit.ly/47jzyHw>

14. Constantino, A., Bocanegra, M. Frecuencia de Depresión y Ansiedad en Pacientes con Diabetes Tipo 2 del Hospital Nacional Almanzor Aguinaga Asenjo durante el año 2011. [Internet] [Tesis de Titulación]. [Chiclayo]: Universidad Católica Santo Toribio de Mogrovejo; 2013 [citado 01 de julio de 2023]. Disponible en: <https://bit.ly/3u0y2Mf>
15. Diaz, B., Solis, C. Depresión y Ansiedad en pacientes con enfermedad renal crónica en estadio V de un Hospital estatal Nivel III-1 de Chiclayo, Agosto-Diciembre, 2017. [Internet] [Tesis de Titulación]. [Chiclayo]: Universidad Católica Santo Toribio de Mogrovejo; 2019 [citado 01 de julio de 2023]. Disponible en: <https://bit.ly/49jd2k7>
16. Organización Mundial de la Salud. La OMS subraya la urgencia de transformar la salud mental [Internet]. Worldhealthorganization.com. 2022 [citado 01 de abril de 2024]. Disponible en: <https://bit.ly/3Uu32h7>
17. Organización Mundial de la Salud. Salud Mental: fortalecer nuestra respuesta [Internet]. Worldhealthorganization.com. 2022 [citado 01 de abril de 2024]. Disponible en: <https://bit.ly/44JMJ4R>
18. Gobierno Regional de Lambayeque. Buscan Fortalecer Atención a pacientes en Salud Mental. [Internet]. GERESA Lambayeque. 2016 [citado 01 de abril de 2024]. Disponible en: <https://bit.ly/3UKxAg3>
19. Gonzales, M., Carreño, M. Psiquiatría de enlace y medicina de enlace, nuevos alcances. Rev. Med. Clin. Condes. 2017;28(6):944-948
20. Lobo, A., Lozano, M., Diefenbacher, A. Psychosomatic Psychiatry: a European View. Eur. J. Psychiat. 2017;21(2): 153-168.
21. Huarcaya, J., Segura, V., Cárdenas, D., et al. Caracterización de las atenciones de la unidad de psiquiatría de enlace durante seis meses en un hospital general de Lima, Perú. Rev. Colomb. Psiquiatr. 2022;51(2):105-112.
22. Grassi, L., Mitchell, A., Otani, M., et al. Consultation-Liaison Psychiatry in the General Hospital: the Experience of UK, Italy, and Japan. Current Psychiatry Reports, 2015;17(6)
23. Rosselli, M., Salimbeni, M. et al. Screening of distress among hospitalized patients in a department of internal medicine. Asian Journal of Psychiatry. 2015;1(1):91-96.
24. Niecke A, Lemke H, et al. Comorbid Mental Disorders among inpatients in internal medicine. Psychother Psychosom Med Psychol. 2019;69(1):29-37.
25. Yüksel, A., & Bahadır-Yilmaz, E. The effect of sociodemographic factors on anxiety, depression, and perceived social support in patients with internal medicine and surgical problems. Perspectives in Psychiatric Care. 2019;1(1):1-7.
26. Martínez, C., Mejía, C., Landa, M. Depresión y ansiedad en pacientes hospitalizados en el servicio de Medicina Interna del Hospital Escuela Universitario de Honduras. Revista Psicología de la Salud. 2021;8(1):23-33.
27. Torres, A., Martínez, P., et al. Factores asociados con ansiedad y depresión en pacientes hospitalizados en el Departamento de Medicina Interna de un Hospital Universitario de Paraguay: una serie de casos. Sci. Am. 2023;10(1):3-7
28. Sanchez, H. Factores asociados a Ansiedad y Depresión en adultos mayores hospitalizados en el servicio de medicina interna posterior a la cuarta ola del Hospital Militar Central durante Noviembre a Enero del año 2022-2023. [Internet] [Tesis de Titulación]. [Lima]: Universidad Ricardo Palma; 2023 [citado 21 de marzo de 2024]. Disponible en: [bit.ly/3vyqK3x](https://bit.ly/3vyqK3x)

29. Capapeym J., Parellada, E. El trastorno depresivo en Atención Primaria. *Med. Integral*. 2012; 40(6): 256-266.
30. Chen, E., Matthieu, G., Jin, W. Physical Activity as a Clinical Tool against Depression: Opportunities and Challenges. *Journ. Integr. Neurosci.* 2022;21(5):1-14.
31. American Psychiatric Association. *Guía de Consulta de los Criterios Diagnósticos del DSM-5*. 5ta ed. Arlington, Virginia: American Psychiatric Association; 2014.
32. Paniccia, M., Paniccia, D., Thomas, S., Taha, T., Reed, N. Clinical and non-clinical depression and anxiety in young people: A scoping review on heart rate variability. *Autonomic Neuroscience*. 2017;208(1):1-14.
33. World Health Organization. *Depression and Other Common Mental Disorders: Global Health Estimates*. Geneva: World Health Organization. 2017 [citado 01 de julio de 2023]. Disponible en: <https://bit.ly/40vRpsL>
34. Yang, L., Zhao, Y., Wang, Y., Liu, L., et al. The Effects of Psychological Stress on Depression. *Current Neuropharmacology*. 2015;13(4):494–504.
35. Factores de riesgo protectores y evaluación de la depresión mayor [Internet]. *GuiaSalud*. [Citado 05 de abril 2024] Disponible en: <https://bit.ly/4dkLuwN>
36. Visalachi, M. The Validation of Beck's Depression Inventory in Patients With Systemic Diseases: A Psychometric Study at a Dental Institute. *Cureus*. 2023; 15(12): e49830.
37. Peredo, C. Ansiedad, tratamiento. *Farmac. Profesional*. 2013; 17 (7); 63-66.
38. Oliveira, H., Fumis, R. Sex and spouse conditions influence symptoms of anxiety, depression, and posttraumatic stress disorder in both patients admitted to intensive care units and their spouses. *Revista Brasileira de Terapia Intensiva*. 2018;30(1):35–41
39. Vega, J., Coronado, O., Mazzotti, G. Validez de una versión en español del Inventario de Depresión de Beck en pacientes hospitalizados de medicina general. *Rev Neuropsiquiatr*. 2014;77(2):95-103.
40. Hernández, T., Figueroa, C., Ramos, B., Díaz, L. Relación de la depresión, ansiedad y calidad de vida en pacientes hospitalizados con insuficiencia cardiaca. *Rev Psicología y Salud*. 2014;24(1):25-34.
41. Mirani, S., Areja, D., Gilani, S. et al. Frequency of Depression and Anxiety Symptoms in Surgical Hospitalized Patients. *Cureus*. 2019;11(2), e4141–e4141.
42. Gomez, J., Acevedo, K., Cano, K., et al. Adaptación y validación del Inventario de ansiedad de Beck en jóvenes Peruanos. *Rev. Liberavit*. 2023; 29(2), e715.
43. Terrill, A. L., Hartoonian, N., Beier, M., et al. The 7-item generalized anxiety disorder scale as a tool for measuring generalized anxiety in multiple sclerosis. *Intern. Journ. MS Care*. 2015;17(2),49–56.
44. Flores, M. Niveles de ansiedad y depresión en pacientes hospitalizados en el servicio de medicina interna del Hospital Hipólito Unanue de Tacna. [Internet] [Tesis de Titulación]. [Tacna]: Universidad Nacional Jorge Basadre Grohmann; 2025 [citado 18 de enero de 2026]. Disponible en: <https://bit.ly/4k6SuAX>
45. Huang, Q., Chen, X., Zhu, L., et al. A survey of anxiety and analysis of the factors influencing it in patients staying at the emergency department of a large comprehensive tertiary care center. *Rev. Med*. 2025; 104(28):p e43165

46. Shoar, S., Naderan, M., Aghajani, M, et al. Prevalence and Determinants of Depression and Anxiety Symptoms in Surgical Patients. *Oman Medical Journal*. 2016;31(3), 176–181.
47. Gorini, A., Giuliani, M., Raggio, L., et al. Depressive and Anxiety Symptoms Screening in Cardiac Inpatients: A Virtuous Italian Approach to Psychocardiology. *Int. J. Environ. Res. Public Health* 2020, 17(14), 5007
48. Aguilar, R., García, O., Álvares, A. Nivel de ansiedad, depresión y estrés en pacientes hospitalizados en medicina interna en comparación con los de cirugía. *Med Gen Fam*. 2020; 9(6): 269-274.
49. Wadood, A., Karim, R., Mostafa, S., et al. Factors affecting depression among married adults: a gender-based household cross-sectional study. *Public Health*. 2023;23(1):2077.
50. Whisman, M., Sbarra, D., Beach, S. Intimate Relationships and Depression: Searching for Causation in the Sea of Association. *Rev. Clinic. Psyc*. 2021; 17(1):233-258
51. Vega, Nelly., Fernández, J., Ramírez, G., et. Regulación de la neurogénesis hipocámpica por los estrógenos: su relación con la depresión. *Salud Ment*.2012; 35( 6 ): 527-533.
52. Lorant V, et al. Desigualdades socioeconómicas en la depresión: un metanálisis. *Soy J Epidemiol*. 2013;157(2):98–112.
53. Torales J, et al. El brote de coronavirus COVID-19 y su impacto en la salud mental global. *Int J Soc Psiquiatría*. 2020;66(4):317–20.
54. Noguera, M., Benítez, M., Guggiari, B., Iramain, M., Acosta, L. Predisposición para el desarrollo de trastornos de ansiedad y depresión en pacientes con hospitalización prolongada. *Rev. cient. cienc*.2020; 2(1):10-17.

## Anexos

### ANEXO N°01: CONSENTIMIENTO INFORMADO

Estimado/a participante:

Me dirijo a usted para solicitar su consentimiento para participar en un estudio de investigación titulado "Depresión y Ansiedad en Pacientes Adultos Hospitalizados en el Servicio de Medicina Interna de un Hospital de Chiclayo en el periodo enero-marzo, 2024". Antes de decidir si desea participar, es importante que comprenda el propósito del estudio, los procedimientos que se llevarán a cabo y los posibles riesgos y beneficios asociados con su participación. Si tiene alguna pregunta podrá consultar con absoluta libertad y confianza para ayudarle a despejar sus dudas. Una vez que haya comprendido el propósito del estudio y de haber tomado la decisión de participar o no, entonces se le pedirá que firme esta forma de consentimiento.

**Propósito del estudio:**

El objetivo general de esta investigación es "Determinar los niveles de depresión y ansiedad que presentan los pacientes adultos hospitalizados en el servicio de medicina interna de un Hospital de Chiclayo durante el periodo Enero-Marzo del año 2024". A través de este estudio, se pretende recopilar información valiosa que contribuya a mejorar la comprensión y el manejo de estos trastornos.

**Procedimientos:**

Si está interesado en participar, deberá responder 2 cuestionarios: Inventario de Depresión de Beck e Inventario de Ansiedad de Beck, los cuales permiten medir la ausencia o presencia de depresión y ansiedad, y en caso que presente alguna de ellas o ambas, permitirá determinar si se encuentra en nivel leve, moderado o severo. Luego, a partir de las historias clínicas, se obtendrán datos correspondientes a edad, nivel académico, estado civil, así como la enfermedad médica que motivó su hospitalización y el tiempo que lleva hospitalizado. Previo a la realización de la encuesta se solicitará la presencia de un personal de salud para garantizar su comodidad y bienestar.

**Riesgos:**

Según los procedimientos anteriormente descritos, no se prevén riesgos ni consecuencias que afecten su salud por participar en este estudio ni para el manejo de sus datos, pues los cuestionarios serán destruidos 3 meses posteriores a la culminación de la investigación.

**Beneficios:**

No se obtendrá un beneficio directo, sin embargo, con la información que se obtenga se informará al servicio de medicina interna acerca de los resultados y se tomarán las medidas correspondientes, Además, se entregará un díptico con información relacionada al tema a cada persona que participe en el estudio para contribuir al cuidado de su salud.

**Compensación por la participación:**

Usted no deberá realizar un pago por la participación en el estudio. Igualmente, no recibirá ningún incentivo económico ni de otra índole, únicamente la satisfacción de colaborar a un mejor entendimiento acerca de la situación actual de los trastornos de depresión y ansiedad en los pacientes hospitalizados.

**Confidencialidad:**

Se guardará la información que usted nos brinda con total seguridad y profesionalismo para que por ningún motivo sea expuesto ninguno de los datos del participante. Si los resultados de este seguimiento son publicados, no se mostrará ninguna información que permita la identificación de las personas que participan en este estudio.

**Uso futuro de la información obtenida:**

La base de datos se almacenará en la computadora personal del investigador bajo contraseña y luego de 02 años tras la culminación de la investigación se eliminará.

**Participación voluntaria y derecho a retirarse:**

La participación en este estudio es completamente voluntaria. Usted tiene el derecho de negarse a participar o de retirarse en cualquier momento, sin penalización alguna y sin necesidad de proporcionar una justificación.

**Contacto e información adicional:**

Si tiene alguna pregunta o inquietud sobre el estudio o si desea obtener más información, no dude en comunicarse con el investigador, Usquiano Castro Paul de Jesus a través del siguiente correo [Pauldejuc@gmail.com](mailto:Pauldejuc@gmail.com), o a través de su número telefónico: 942310721.

**Consentimiento:**

Al firmar este documento, certifico que he leído y comprendido la información proporcionada anteriormente sobre el estudio " Depresión y Ansiedad en Pacientes Adultos Hospitalizados en el Servicio de Medicina Interna de un Hospital de Chiclayo en el periodo enero-marzo, 2024". Estoy de acuerdo en participar de manera voluntaria en este estudio y entiendo que tengo el derecho de retirarme en cualquier momento sin ninguna consecuencia negativa.

Además, autorizo al equipo de investigación a utilizar la información proporcionada de manera confidencial y anónima para el propósito del estudio. Entiendo que mi identidad se mantendrá en estricta confidencialidad y que se tomarán las medidas de seguridad adecuadas para proteger mis datos.

También estoy consciente de que, en caso de que surjan resultados relevantes o conclusiones significativas derivadas de este estudio, estos podrían ser utilizados en informes o publicaciones, siempre manteniendo mi anonimato y confidencialidad.

Por favor, firme y coloque la fecha a continuación para indicar que ha leído y comprendido el contenido de este consentimiento informado y acepta participar en el estudio:

---

Firma del participante

---

Firma del investigador

Fecha:

**ANEXO N°02: DATOS SOCIODEMOGRÁFICOS Y CLÍNICOS****N° de Historia Clínica:** \_\_\_\_\_**Edad:** \_\_\_\_\_**Sexo:** F \_\_\_\_\_ M \_\_\_\_\_**Estado Civil:**

Soltero ( ) Casado ( ) Conviviente ( ) Divorciado ( ) Viudo ( )

**Nivel académico:**

Educación Primaria ( ) Educación Secundaria ( ) Educación Superior ( )

**Enfermedad médica subyacente:**

Oncológica ( ) Nefrológica ( ) Neurológica ( ) Cardiológica ( ) Ginecológica ( )

Hematológica ( ) Gastroenterológica ( ) Infecciosa ( ) Otra: \_\_\_\_\_

**Tiempo de estancia hospitalaria:**

Menor de una semana ( )

Una a tres semanas ( )

Más de tres semanas ( )

## ANEXO N°03: INVENTARIO DE DEPRESIÓN DE BECK

**INSTRUCCIONES:** A continuación, se presentan un cuestionario, donde hay grupos de 4 afirmaciones. En cada grupo, elija UNA afirmación, que describa mejor como se ha sentido en la ÚLTIMA SEMANA incluyendo hoy. No hay respuesta correcta o incorrecta, por favor no deje preguntas sin responder.

<p>1. Tristeza No me siento triste. ( ) Me siento triste. ( ) Me siento triste todo el tiempo y no puedo librarme de ello. ( ) Me siento tan triste o desdichado que no puedo soportarlo. ( )</p>	<p>2. Pesimismo No estoy particularmente desanimado con respecto al futuro. ( ) Me siento desanimado con respecto al futuro. ( ) Siento que no puedo esperar nada del futuro. ( ) Siento que el futuro es irremediable y que las cosas no pueden mejorar. ( )</p>
<p>3. Fracaso No me siento fracasado. ( ) Siento que he fracasado más que la persona normal. ( ) Cuando miro hacia el pasado lo único que puedo ver en mi vida es un montón de fracasos. ( ) Siento que como persona soy un fracaso completo. ( )</p>	<p>4. Pérdida de placer Sigo obteniendo tanto placer de las cosas como antes. ( ) No disfruto de las cosas como solía hacerlo. ( ) Ya nada me satisface realmente. ( ) Todo me aburre o me desagrada. ( )</p>
<p>5. Sentimiento de culpa No siento ninguna culpa particular. ( ) Me siento culpable buena parte del tiempo. ( ) Me siento bastante culpable la mayor parte del tiempo. ( ) Me siento culpable todo el tiempo. ( )</p>	<p>6. Sentimiento de castigo No siento que esté siendo castigado. ( ) que puedo estar siendo castigado. ( ) Espero ser castigado. ( ) Siento que estoy siendo castigado. ( )</p>
<p>7. Disconformidad con uno mismo No me siento decepcionado en mí mismo. ( ) Estoy decepcionado conmigo. ( ) Estoy harto de mí mismo. ( ) Me odio a mí mismo. ( )</p>	<p>8. Autocrítica No me siento peor que otros. ( ) Me critico por mis debilidades o errores. ( ) Me culpo todo el tiempo por mis faltas. ( ) Me culpo por todas las cosas malas que suceden. ( )</p>
<p>9. Pensamientos o deseos suicidas No tengo ninguna idea de matarme. ( ) Tengo ideas de matarme, pero no las llevo a cabo. ( ) Me gustaría matarme. ( ) Me mataría si tuviera la oportunidad. ( )</p>	<p>10. Llanto No lloro más de lo habitual. ( ) Lloro más que antes. ( ) Ahora lloro todo el tiempo. ( ) Antes era capaz de llorar, pero ahora no puedo llorar nunca, aunque quisiera. ( )</p>
<p>11. Agitación No me irrito más ahora que antes. ( ) Me enojo o irrito más fácilmente ahora que antes. ( ) Me siento irritado todo el tiempo. ( ) No me irrito para nada con las cosas que solían irritarme. ( )</p>	<p>12. Pérdida de interés No he perdido interés en otras personas. ( ) Estoy menos interesado en otras personas de lo que solía estar. ( ) He perdido la mayor parte de mi interés en los demás. ( ) He perdido todo interés en los demás. ( )</p>

<p>13. Indecisión</p> <p>Tomo decisiones como siempre. ( )</p> <p>Dejo de tomar decisiones más frecuentemente que antes. ( )</p> <p>Tengo mayor dificultad que antes en tomar decisiones. ( )</p> <p>Ya no puedo tomar ninguna decisión. ( )</p>	<p>14. Desvaloración</p> <p>No creo que me vea peor que antes. ( )</p> <p>Me preocupa que esté pareciendo avejentado(a) o inatractivo(a). ( )</p> <p>Siento que hay cambios permanentes en mi apariencia que me hacen parecer inatractivo(a). ( )</p> <p>Creo que me veo horrible. ( )</p>
<p>15. Pérdida de energía</p> <p>Puedo trabajar tan bien como antes. ( )</p> <p>Me cuesta un mayor esfuerzo empezar a hacer algo. ( )</p> <p>Tengo que hacer un gran esfuerzo para hacer cualquier cosa. ( )</p> <p>No puedo hacer ningún tipo de trabajo. ( )</p>	<p>16. Cambios en los hábitos de sueño</p> <p>Puedo dormir tan bien como antes. ( )</p> <p>No duermo tan bien como antes. ( )</p> <p>Me despierto 1 - 2 horas más temprano de lo habitual y me cuesta volver a dormir. ( )</p> <p>Me despierto varias horas más temprano de lo habitual y no puedo volver a dormirme. ( )</p>
<p>17. Cansancio o fatiga</p> <p>No me canso más de lo habitual. ( )</p> <p>Me canso más fácilmente de lo que solía cansarme. ( )</p> <p>Me canso al hacer cualquier cosa. ( )</p> <p>Estoy demasiado cansado para hacer cualquier cosa. ( )</p>	<p>18. Cambios en el apetito</p> <p>Mi apetito no ha variado. ( )</p> <p>Mi apetito no es tan bueno como antes. ( )</p> <p>Mi apetito es mucho peor que antes. ( )</p> <p>Ya no tengo nada de apetito. ( )</p>
<p>19. Pérdida de peso</p> <p>Últimamente no he perdido mucho peso, si es que perdí algo. ( )</p> <p>He perdido más de 2 kilos. ( )</p> <p>He perdido más de 4 kilos. ( )</p> <p>He perdido más de 6 kilos. ( )</p>	<p>20. Preocupación por la salud o estado físico</p> <p>No estoy más preocupado por mi salud de lo habitual. ( )</p> <p>Estoy preocupado por problemas físicos tales como malestares y dolores de estómago o constipación (estreñido). ( )</p> <p>Estoy muy preocupado por problemas físicos y es difícil pensar en otra cosa. ( )</p> <p>Estoy tan preocupado por mis problemas físicos que no puedo pensar en nada más. ( )</p>
<p>21. Pérdida de interés en el sexo</p> <p>No he notado cambio reciente de mi interés por el sexo. ( )</p> <p>Estoy menos interesado por el sexo de lo que solía estar. ( )</p> <p>Estoy mucho menos interesado por el sexo ahora. ( )</p> <p>He perdido por completo mi interés por el sexo. ( )</p>	

### ANEXO N°04: INVENTARIO DE ANSIEDAD DE BECK

**INSTRUCCIONES:** A continuación, se presentan un cuestionario, donde hay 21 afirmaciones. En cada pregunta, elija UNA afirmación, que describa mejor como se ha sentido en la ÚLTIMA SEMANA incluyendo hoy. No hay respuesta correcta o incorrecta, por favor no deje preguntas sin responder.

1. Torpe o entumecido (no puede hacer las cosas bien, hormigueo) Nada ( ) Leve ( ) Moderado ( ) Severo ( )	2. Acalorado (con mucho calor sin razón alguno) Nada ( ) Leve ( ) Moderado ( ) Severo ( )
3. Con temblor en las piernas. Nada ( ) Leve ( ) Moderado ( ) Severo ( )	4. Incapaz de relajarse (tenso, nervioso, sin poder tranquilizarse) Leve ( ) Moderado ( ) Severo ( )
5. Con temor a que ocurra lo peor. Nada ( ) Leve ( ) Moderado ( ) Severo ( )	6. Mareado o aturdido Nada ( ) Leve ( ) Moderado ( ) Severo ( )
7. Con latidos del corazón fuertes y acelerados Nada ( ) Leve ( ) Moderado ( ) Severo ( )	8. Inestable (no siente que está bien, con respecto al ánimo) Nada ( ) Leve ( ) Moderado ( ) Severo ( )
9. Atemorizado o asustado Nada ( ) Leve ( ) Moderado ( ) Severo ( )	10. Nervioso Nada ( ) Leve ( ) Moderado ( ) Severo ( )
11. Con sensación de bloqueo (con la mente en blanco) Nada ( ) Leve ( ) Moderado ( ) Severo ( )	12. Con temblores en las manos Nada ( ) Leve ( ) Moderado ( ) Severo ( )
13. Inquieto, inseguro (temblor generalizado o estremecimiento) Nada ( ) Leve ( ) Moderado ( ) Severo ( )	14. Con miedo a perder el control Nada ( ) Leve ( ) Moderado ( ) Severo ( )

<p>15. Dificultad para respirar</p> <p>Nada ( )</p> <p>Leve ( )</p> <p>Moderado ( )</p> <p>Severo ( )</p>	<p>16. Con temor a morir</p> <p>Nada ( )</p> <p>Leve ( )</p> <p>Moderado ( )</p> <p>Severo ( )</p>
<p>17. Con miedo, sobresaltos</p> <p>Nada ( )</p> <p>Leve ( )</p> <p>Moderado ( )</p> <p>Severo ( )</p>	<p>18. Con problemas digestivos (como dolor de estómago, diarrea o gases sin razón)</p> <p>Nada ( )</p> <p>Leve ( )</p> <p>Moderado ( )</p> <p>Severo ( )</p>
<p>19. Palidez, sensación de desvanecimientos (como si se fuera a desmayar)</p> <p>Nada ( )</p> <p>Leve ( )</p> <p>Moderado ( )</p> <p>Severo ( )</p>	<p>20. Con rubor facial (con la cara roja)</p> <p>Nada ( )</p> <p>Leve ( )</p> <p>Moderado ( )</p> <p>Severo ( )</p>
<p>21. Con sudores, fríos o calientes</p> <p>Nada ( )</p> <p>Leve ( )</p> <p>Moderado ( )</p> <p>Severo ( )</p>	

## ANEXO N°05 OPERACIONALIZACIÓN DE VARIABLES

VARIABLE TEÓRICA	DIMENSIONES DE LA VARIABLE	DEFINICIÓN CONCEPTUAL	DEFINICIÓN OPERACIONAL	INDICADORES	ESCALA DE MEDICIÓN
Características Sociodemográficas	Edad	Tiempo que ha vivido una persona contando desde su nacimiento	Número de años cumplidos al momento de realizar la encuesta.	Edad del paciente	Cuantitativa
	Grupo etario	Personas clasificadas por la edad	Clasificación en un grupo según la edad	Grupo etario: • Adulto Joven (20-39 años) • Adulto (40-59 años) • Adulto mayor (más de 60 años)	Nominal
	Sexo	Características biológicas y fisiológicas que definen a hombres y mujeres	Sexo del encuestado	Sexo: • Femenino • Masculino	Nominal
	Nivel académico	Grado de conocimientos o instrucción que poseen un determinado sujeto	Nivel de estudios alcanzado al momento de la encuesta	Nivel académico: • Educación Primaria • Educación Secundaria • Educación Superior	Ordinal
	Estado civil	La condición de una persona en relación a su estado civil o matrimonial, que se registra oficialmente en el Registro Civil	Estado civil al momento de realizar la encuesta.	Estado civil: • Soltero(a) • Conviviente • Casado(a) • Viudo(a) • Divorciado(a)	Nominal
Características Clínicas	Enfermedad médica subyacente	Enfermedad de base que genera la hospitalización del paciente	Patología motivo de la hospitalización	Enfermedad: • Oncológica • Nefrológica • Neurológica • Cardiológica • Ginecológica • Hematológica • Gastroenterológica • Infecciosa • Otras	Nominal
	Grupo de patologías	Enfermedades concomitantes a la que genera la hospitalización del paciente	Patologías adicionales presentes en el paciente	Enfermedades concomitantes: • 1 tipo • 2-3 tipos • 4 a más tipos	Ordinal
	Tiempo de estancia hospitalaria	El número total de días en los que un paciente se encuentra hospitalizado, desde el momento de su ingreso hasta el día en que recibe el alta médica del hospital	Tiempo que lleva hospitalizado al momento de la encuesta incluyendo el tiempo transcurrido en emergencia.	Tiempo de hospitalización: • Menor a una semana • Una a tres semanas • Más de tres semanas	Ordinal

VARIABLE TEÓRICA	DIMENSIONES DE LA VARIABLE	DEFINICIÓN CONCEPTUAL	DEFINICIÓN OPERACIONAL	INDICADORES	ESCALA DE MEDICIÓN
Depresión	Esfera Cognitiva	Trastorno del estado de ánimo, que se caracteriza por un cambio en el estado de ánimo de abatimiento, con sentimientos de melancolía, disminución del interés o placer, alteraciones en el apetito, sentimientos de desesperanza, entre otros, que afecta la adherencia al tratamiento, el autocuidado, y deterioro de la calidad de vida en general (24)	Trastorno del estado de ánimo cuyo grado de sintomatología se evalúa utilizando los criterios del Inventario de depresión de Beck, que establece puntuaciones, rangos y niveles específicos para interpretar la sintomatología.	Según Escala de depresión de Beck Niveles según puntaje: No depresión: 0-9 puntos Depresión leve: 10-18 puntos Depresión moderada: 19-29 puntos Depresión grave: 30-63 puntos	Escala de medición: Ordinal
	Esfera conductual física				
	Esfera Afectivo emocional				
Ansiedad	Esfera subjetiva	Estado emocional de inquietud y angustia, preocupación o anticipación a un peligro que amenaza a la persona y que lo pone en estado de alerta, manifestándose con tensión, nerviosismo, preocupación o temor de forma desagradable. (24)	Trastorno del estado de ánimo cuyo grado de sintomatología se evalúa utilizando los criterios del Inventario de ansiedad de Beck, que establece puntuaciones, rangos y niveles específicos para interpretar la sintomatología.	Según escala de ansiedad de Beck Niveles según puntaje: No ansiedad: 0-7 puntos Ansiedad leve: 8-18 puntos Ansiedad moderada: 19-29 puntos Ansiedad grave: 30-63 puntos	Escala de medición: Ordinal
	Esfera neurofisiológica				
	Esfera autonómica				
	Síntomas vasomotores				

**ANEXO N°06.** Nivel de depresión y ansiedad según características sociodemográficas de los pacientes hospitalizados en el servicio de medicina interna de un hospital de Chiclayo, enero – marzo 2024.

<i>Características Sociodemográficas</i>	<i>Nivel de Depresión</i>						<i>p</i>
	Sin depresión		Depresión leve		Depresión moderada/grave		
	N	%	N	%	N	%	
<b>Sexo</b>							
Masculino	33	71,7	23	59,0	25	54,3	0,164*
Femenino	13	28,3	16	41,0	21	45,6	
<b>Estado Civil</b>							
Pareja estable	18	46,6	19	48,7	24	52,2	0,003**
Soltero	21	45,7	16	41,0	8	17,4	
Divorciado	7	15,2	4	10,3	6	13,0	
Viudo	0	0,0	0	0,0	8	17,4	
<b>Nivel Académico</b>							
Primaria	20	43,5	9	23,1	11	23,9	0,010*
Secundaria	16	34,8	17	43,6	30	65,2	
Superior	10	21,7	13	33,3	5	10,9	
<i>Características Sociodemográficas</i>	<i>Nivel de Ansiedad</i>						<i>p</i>
	Sin ansiedad		Ansiedad leve		Ansiedad moderada/grave		
	N	%	N	%	N	%	
<b>Sexo</b>							
Masculino	28	87,5	26	50,9	27	58,7	0,002*
Femenino	4	12,5	27	49,1	19	41,3	
<b>Estado Civil</b>							
Pareja estable	11	34,4	26	49,1	24	52,2	0,062**
Soltero	16	50,0	18	34,0	11	23,9	
Divorciado	5	15,6	7	13,2	5	10,9	
Viudo	0	0	2	3,8	6	13,0	
<b>Nivel Académico</b>							
Primaria	15	46,9	15	28,3	10	21,7	0,004**
Secundaria	10	31,2	24	45,3	19	63,1	
Superior	7	21,9	14	26,4	7	13,2	

**ANEXO N°07.** Nivel de depresión y ansiedad según edad de los pacientes hospitalizados en el servicio de medicina interna de un hospital de Chiclayo, enero – marzo 2024.

	<b>N</b>	<b>Media</b>	<b>Mínimo</b>	<b>Máximo</b>	<b>Desv. estándar</b>
<i>Sin depresión</i>	46	38,85	18	58	12,549
<i>Depresión Leve</i>	39	40,13	18	69	13,283
<i>Depresión moderada</i>	33	49,88	25	66	14,100
<i>Depresión grave</i>	13	58,85	44	67	6,053
<i>Sin ansiedad</i>	32	40,47	21	69	12,342
<i>Ansiedad leve</i>	53	41,92	18	66	14,461
<i>Ansiedad moderada</i>	36	46,08	19	66	14,496
<i>Ansiedad grave</i>	10	58,70	44	67	7,514

**ANEXO N°08.** Nivel de ansiedad y depresión según patología subyacente de los pacientes hospitalizados en el servicio de medicina interna de un hospital de Chiclayo, enero – marzo 2024.

	<i>Nivel</i>				<i>p</i>
	Sin trastorno/Leve		Moderado/ Grave		
	N	%	N	%	
<b>Depresión</b>					
Digestiva	27	31,8	0	0,0	0,09
Nefrológica	13	15,3	7	15,2	
Infeciosa	9	10,6	3	6,5	
Oncológica	0	0,0	12	26,1	
Endocrinológica	7	8,2	5	10,9	
Cardiológica	3	3,5	7	15,2	
Neurológica	7	8,2	4	8,7	
Neumológica	6	7,1	4	8,7	
Otros	13	15,3	4	8,7	
<b>Ansiedad</b>					
Digestiva	24	28,2	3	6,5	0,005
Nefrológica	15	17,6	5	10,9	
Infeciosa	4	4,7	8	17,4	
Oncológica	3	3,5	9	19,6	
Endocrinológica	8	9,4	4	8,7	
Cardiológica	5	5,9	5	10,9	
Neurológica	7	8,2	4	8,7	
Neumológica	6	7,1	4	8,7	
Otros	13	15,4	4	8,7	

**ANEXO N°09.** Nivel de depresión y ansiedad según tiempo de hospitalización de los pacientes hospitalizados en el servicio de medicina interna de un hospital de Chiclayo, enero – marzo 2024

	<b>N</b>	<b>Media</b>	<b>Mínimo</b>	<b>Máximo</b>	<b>Desv. estándar</b>
<i>Sin depresión</i>	46	2,65	2	12	1,703
<i>Depresión Leve</i>	39	7,21	2	19	4,162
<i>Depresión moderada</i>	33	14,79	5	32	6,343
<i>Depresión grave</i>	13	23,46	13	36	5,739
<i>Sin ansiedad</i>	32	3,63	2	19	4,117
<i>Ansiedad leve</i>	47	6,72	2	26	5,234
<i>Ansiedad moderada</i>	36	12,97	2	25	6,465
<i>Ansiedad grave</i>	10	25,7	19	36	5,813