

UNIVERSIDAD CATÓLICA SANTO TORIBIO DE MOGROVEJO

FACULTAD DE MEDICINA

ESCUELA DE MEDICINA HUMANA



**Depresión en pacientes adultos amputados en dos hospitales nivel III -
Chiclayo 2024**

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

AUTOR

Percy Ricardo Adrian Zapata Chero

ASESOR

Henry Ricardo Villareal Trujillo

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

Chiclayo, 2026

**Depresión en pacientes adultos amputados en dos hospitales nivel
III - Chiclayo 2024**

PRESENTADA POR
Percy Ricardo Adrian Zapata Chero

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

MÉDICO CIRUJANO

APROBADA POR

Juan Nicolas Mondoñedo Chavez
PRESIDENTE

Zoila Sthefany Silva Torres
SECRETARIO

Henry Ricardo Villareal Trujillo
VOCAL

Dedicatoria

Dedico esta tesis, en primer lugar, a Dios, por darme la fortaleza para seguir adelante.

A mi abuela, quien desde el cielo, estoy seguro, guía mi camino.

A mi madre y a mi abuelo, por su sacrificio y apoyo para poder salir adelante en este trayecto.

A mi enamorada, por apoyarme e impulsarme en los momentos más difíciles.

A mis hermanas, por ayudarme cuando el tiempo no alcanzaba.

Este logro no es solo mío, también es de ustedes.

Agradecimientos

Agradezco a mi asesor, por su orientación y paciencia durante el desarrollo de este trabajo.

A los doctores de los establecimientos de salud, por su colaboración en la recolección de datos.

A los docentes del curso de tesis, quienes ayudaron a corregir y motivaron durante el desarrollo de este trabajo.

Depresión en pacientes adultos amputados en dos hospitales nivel III - Chiclayo 2024

INFORME DE ORIGINALIDAD

12% INDICE DE SIMILITUD	12% FUENTES DE INTERNET	6% PUBLICACIONES	6% TRABAJOS DEL ESTUDIANTE
-----------------------------------	-----------------------------------	----------------------------	--------------------------------------

FUENTES PRIMARIAS

1	tesis.usat.edu.pe Fuente de Internet	3%
2	repositorio.unprg.edu.pe Fuente de Internet	1%
3	Submitted to Universidad Nacional de Tumbes Trabajo del estudiante	1%
4	repositorio.ucv.edu.pe Fuente de Internet	1%
5	fullmedicina2010.blogspot.com Fuente de Internet	1%
6	hdl.handle.net Fuente de Internet	1%
7	idoc.pub Fuente de Internet	<1%
8	issuu.com Fuente de Internet	<1%

Índice

Resumen	6
Abstract	7
Introducción	8
Justificación de la investigación.....	9
Objetivos de la investigación	9
Revisión de la literatura.....	10
Materiales y métodos	14
Plan de recolección de datos:	14
Instrumentos de recolección de datos:.....	15
Procedimiento de análisis de datos:.....	15
Aspectos éticos.....	15
Colaboradores.....	16
Resultados	16
Discusión.....	18
Conclusiones	20
Recomendaciones.....	20
Referencias.....	22
Anexos.....	27

Resumen

La amputación es una condición discapacitante que genera importantes repercusiones físicas, emocionales y sociales, incrementando el riesgo de desarrollar depresión. El objetivo del presente estudio fue determinar el nivel de depresión en pacientes adultos amputados atendidos en dos hospitales públicos de nivel III de la ciudad de Chiclayo durante el periodo mayo–octubre de 2024. Se realizó un estudio descriptivo, transversal y no experimental. La población estuvo conformada por pacientes adultos sometidos a amputación de miembros superiores o inferiores en el Hospital Regional de Lambayeque y el Hospital Nacional Almanzor Aguinaga Asenjo. La muestra fue censal e incluyó a 50 pacientes que cumplieron los criterios de inclusión. Para la evaluación de la depresión se utilizó el Inventario de Depresión de Beck-II, instrumento validado. El análisis de los datos se efectuó mediante estadística descriptiva. Los resultados mostraron que el 88% de los pacientes presentó algún grado de sintomatología depresiva, predominando la depresión mínima (46%) y leve (42%), mientras que el 10% presentó depresión moderada y el 2% depresión grave. La mayor afectación se observó en el área afectivo-emocional (98%), seguida del área físico-conductual (92%) y cognitiva (86%). Predominaron pacientes varones, adultos mayores, con inactividad laboral y amputaciones principalmente secundarias a pie diabético (70%). Se concluye que la depresión es una comorbilidad frecuente en pacientes amputados, por lo que resulta necesaria la evaluación sistemática de la salud mental como parte del abordaje integral y del proceso de rehabilitación.

Palabras clave: Amputación Quirúrgica, Depresión, Salud Mental.

Abstract

Amputation is a disabling condition that produces significant physical, emotional, and social consequences, increasing the risk of depression. The aim of this study was to determine the level of depression in adult amputee patients treated at two level III public hospitals in the city of Chiclayo during the period from May to October 2024. A descriptive, cross-sectional, and non-experimental study was conducted. The population consisted of adult patients who underwent upper or lower limb amputation at the Hospital Regional de Lambayeque and the Hospital Nacional Almanzor Aguinaga Asenjo. A census sample of 50 patients who met the inclusion criteria was evaluated. Depression was assessed using the Beck Depression Inventory-II, a validated instrument. Data analysis was performed using descriptive statistics. The results showed that 88% of the patients presented some degree of depressive symptoms, with minimal depression in 46% and mild depression in 42%; moderate and severe depression were observed in 10% and 2%, respectively. The affective-emotional domain was the most affected (98%), followed by the physical-behavioral (92%) and cognitive (86%) domains. Most patients were male, older adults, unemployed, and had amputations mainly caused by diabetic foot (70%). In conclusion, depression is a frequent comorbidity among adult amputee patients, highlighting the need for systematic mental health screening and interdisciplinary management as part of comprehensive care and rehabilitation.

Keywords: Amputation, Surgical, Depression, Mental Health.

Introducción

Una amputación se define como la extirpación quirúrgica de una extremidad o parte del cuerpo que ocasiona efectos sobre el nivel emocional, social, físico y familiar. La pérdida de una extremidad es comparable al dolor originado por la defunción de un familiar, ocasionando un proceso de duelo ^(1,2).

Existe evidencia suficiente que demuestra el riesgo de depresión en adultos que han sufrido alguna amputación, especialmente en los dos primeros años inclusive acompañada de ansiedad. Independientemente de la etiología que produce la amputación, el impacto en la calidad de vida observable, el cambio en la imagen corporal y tal vez la ausencia de independencia, generan sentimientos de negativismo, inferioridad, aislamiento de su rol social, lo que produce ansiedad y depresión en una tasa del 18 – 31% de los casos en general ⁽²⁾.

Diversos estudios internacionales han evidenciado una elevada prevalencia de sintomatología depresiva en pacientes adultos sometidos a amputaciones, en especial cuando estas se asocian a enfermedades crónicas. Coffey et al., en un estudio realizado en Irlanda en 2019, evaluaron a 38 pacientes con amputación de miembros inferiores de etiología diabética, encontrando que más del 18% presentó puntuaciones superiores al rango normal para depresión y ansiedad según la escala Hospital Anxiety and Depression Scale (HADS) ⁽³⁾. De igual manera, Darnall et al. reportaron una prevalencia de síntomas depresivos del 28,7% utilizando la escala del Centro de Estudios Epidemiológicos (CES-D), identificando como factores de riesgo relevantes el divorcio o separación, el bajo nivel socioeconómico, la presencia de comorbilidades y el dolor del miembro fantasma ⁽⁴⁾. Estos hallazgos ponen en evidencia que la amputación no solo representa una pérdida física, sino también un problema de salud mental significativo que requiere ser evaluado para orientar estrategias de intervención oportunas.

En Perú las modalidades más recurrentes de amputación ocurren debido a: accidentes de trabajo, accidentes de tránsito, consecuencia de diabetes mellitus descompensada, neoplasias, entre otras. En un estudio realizado en 2017 utilizando el Inventario de Depresión de Beck-II (BDI-II) se obtuvo que de 96 pacientes encuestados el 75% tenía síntomas depresivos ⁽⁵⁾.

Existen estudios en otros países latinoamericanos que concluyen en que los pacientes que pierden una extremidad, desde que son informados hasta que ocurra el proceso presentan temor, rechazo, miedo, que mediante instrumentos de valoración resaltan ideas suicidas ⁽⁶⁾.

Por lo expuesto, en la región Lambayeque los pacientes amputados suelen ser atendidos en hospitales de nivel III, lo que evidencia la presencia de patologías avanzadas y complicaciones

que requieren atención especializada. Sin embargo, existe escasa evidencia local que evalúe de manera integral la prevalencia de depresión en esta población, ya que los estudios disponibles se han limitado a grupos específicos.

Justificación de la investigación

La amputación desencadena una serie de desafíos físicos y psicológicos que podrían contribuir al desarrollo de la depresión, por ello se precisa identificar necesidades médicas y de salud mental específicas de los pacientes, esto permitirá un proceso de planificar mejor los recursos y estrategias de atención médica que se adapten a las necesidades de los pacientes amputados, lo que puede mejorar su calidad de vida y su recuperación general, también, facilitará a los profesionales de salud realizar programas de intervención personalizados que agrupen las necesidades de los individuos. En los lineamientos de política sectorial de salud mental del MINSA, se describe que las personas con discapacidad requieren ser priorizadas debido a que son invisibilizadas y a que tienen mayor cantidad de problemas de salud mental, es por ello que el cuidado integral no se debe reducir a la prestación de servicios brindados, sino también hacer énfasis en sus fortalezas, capacidades y aspiraciones ⁽⁷⁾. Entonces, las prestaciones de servicios y apoyo buscan mejorar la capacidad de la persona para desarrollar una identidad positiva y autogestionar la experiencia de la enfermedad. También, se menciona en el documento de Acuerdo de gobernabilidad 2023-2026 de la región de Lambayeque en la sección de agenda de protección e inclusión social, la cual, en su objetivo 4 menciona que se busca garantizar la visibilidad y no discriminación de las personas adultas mayores y con discapacidad, teniendo como uno de sus indicadores apoyo psicosocial recibido.

Los resultados del presente estudio brindarán información relevante para los responsables de la toma de decisiones en políticas de salud a nivel local y nacional, al evidenciar la magnitud de la depresión en pacientes adultos amputados. Todo ello contribuirá a una mejora sustancial no solo en la calidad de la atención brindada por el personal de salud, sino también en la satisfacción del paciente que acude a los servicios de salud y en su proceso de recuperación integral.

Objetivos de la investigación

- Objetivo general:

- Determinar el nivel de depresión en pacientes adultos amputados en dos hospitales públicos nivel III durante el periodo de mayo-octubre en Chiclayo 2024.
- **Objetivos específicos:**
 - Identificar el nivel de depresión en el área cognitiva en pacientes adultos amputados en el Hospital Regional de Lambayeque y el Hospital Nacional Almanzor Aguinaga Asenjo en el servicio de traumatología durante el periodo de mayo-octubre en Chiclayo 2024.
 - Identificar el nivel de depresión en el área físico-conductual en pacientes adultos amputados en el Hospital Regional de Lambayeque y en el Hospital Nacional Almanzor Aguinaga Asenjo en el servicio de traumatología durante el periodo de mayo-octubre en Chiclayo 2024.
 - Identificar el nivel de depresión en el área afectivo-emocional en pacientes adultos amputados en el Hospital Regional de Lambayeque y en el Hospital Nacional Almanzor Aguinaga Asenjo en el servicio de traumatología durante el periodo de mayo-octubre en Chiclayo 2024.
 - Determinar los aspectos sociodemográficos en pacientes adultos amputados en el Hospital Regional de Lambayeque y en el Hospital Nacional Almanzor Aguinaga Asenjo en el servicio de traumatología durante el periodo de mayo-octubre en Chiclayo 2024.

Revisión de la literatura

Antecedentes

En Irlanda, Coffey, en su estudio del año 2019 se analizó 38 participantes con amputación de miembros inferiores relacionadas con la diabetes. Se obtuvo mediante la Hospital Anxiety and Depression Scale (HADS) que más del 18% de participantes presentó puntuaciones por encima del rango normal para depresión y ansiedad ⁽³⁾.

En el estudio de Darnall se analizó la prevalencia de síntomas depresivos en personas con pérdida de extremidades utilizando la escala del Centro de Estudios Epidemiológicos (CES-D), obteniendo una prevalencia del 28.7%. ⁽⁴⁾.

En un estudio realizado en Jordania se evaluó la prevalencia de depresión en pacientes con amputación unilateral de miembro inferior utilizando la escala HADS, encontrando una prevalencia del 20% ⁽⁸⁾.

En Perú, un estudio descriptivo transversal realizado en dos hospitales de Lambayeque el 2017 para evaluar el estado de salud de pacientes amputados por pie diabético. Respecto a la depresión, se utilizó el Test de Beck obteniendo que el 75% tuvieron síntomas depresivos, 28,13% fueron leves, 27,08% moderado y 19,79% severos ⁽⁵⁾.

Bases teóricas

Amputación:

Amputación, proviene del latín *amputare*, que significa cortar y separar enteramente del cuerpo un miembro o una porción de él ⁽⁹⁾. La amputación se define como la extirpación quirúrgica o traumático de una extremidad o parte de una extremidad a través de un hueso o de una articulación, se puede realizar con el fin de extirpar tejido isquémico, infectado o necrótico o un tumor localmente irsecable para salvar la vida de la persona ⁽¹⁰⁾.

En el caso de las amputaciones de miembro superior en mayor frecuencia son por lesiones traumáticas relacionadas al trabajo en caso de la población civil y a explosivos improvisados en caso de personal militar. Por otro lado, en el caso de amputaciones de miembro inferior la causa principal es por isquemia como sucede en las patologías de arterias periféricas, y diabetes; también encontramos como segunda causa en amputaciones del miembro inferior a los traumatismos ^(11,12).

La amputación del miembro superior se clasifica en mayor y menor, las menores están relacionadas a la amputación de dedos, como son transfalángico y desarticulación de dedos, y de mano, en la articulación transmetacarpiana, transcarpiana y muñeca. Respecto a las articulaciones mayores encontramos en el antebrazo la transradial, desarticulación del codo, por encima del codo la transhumeral (más frecuente, 45%), desarticulación del hombro y amputación la cintura escapular ^(12,14).

El nivel de amputación del miembro inferior de acuerdo a el Protocolo del LEA global puede ser coxofemoral, subtrocantérea, arriba de la rodilla, abajo de la rodilla, a través de la rodilla, desarticulación de tobillo, amputación del mediopié y retropié (en sus 5 tipos), la transmetatarsiana y amputación del dedo del pie ^(13,15).

Depresión:

La depresión se define como un trastorno mental frecuente caracterizado por la presencia persistente de tristeza, pérdida de interés y disminución de la capacidad funcional por un período mínimo de 14 días. De acuerdo con su intensidad, puede clasificarse en leve, moderada

o severa, e incluye síntomas afectivos, cognitivos, conductuales y somáticos que impactan significativamente en la vida diaria del individuo ^(16,17,18).

La necesidad de identificar oportunamente la sintomatología depresiva ha impulsado el desarrollo de diversos instrumentos validados para su evaluación. Entre los más utilizados se encuentran el Beck Depression Inventory (BDI) y la Center for Epidemiologic Studies Depression Scale (CES-D), ambos ampliamente validados a nivel internacional y nacional. Asimismo, existen escalas específicas como la Geriatric Depression Scale (GDS) y la Hamilton Depression Rating Scale (HDRS), aplicables en poblaciones particulares ^(19,20,21,22).

Este trastorno constituye la condición de salud mental más frecuente tanto en la población psiquiátrica como en la atención primaria. Estudios multicéntricos han reportado una prevalencia de depresión mayor a lo largo de la vida que varía entre 3% y 17%, diferencias que pueden explicarse por factores socioculturales y genéticos propios de cada población ^(23,24,25,26,27).

En el contexto hospitalario, una revisión sistemática con metaanálisis basada en entrevistas diagnósticas estructuradas reportó una prevalencia global de depresión cercana al 12% en pacientes hospitalizados, con variaciones que oscilaron entre 5% y 34%, atribuibles a la severidad de la enfermedad médica y al grado de deterioro funcional. Estos resultados confirman que la depresión es una comorbilidad frecuente en pacientes hospitalizados y justifican la necesidad de su detección sistemática ⁽²⁸⁾.

En pacientes amputados, la pérdida de una extremidad genera un impacto emocional profundo, manifestado por tristeza, ira, dificultad para aceptar la situación e incluso ideación suicida, como parte de un proceso de duelo comparable a la pérdida de un ser querido, cuya adaptación puede extenderse de seis meses a dos años ^(2,29). Factores como la restricción funcional, las alteraciones de la imagen corporal y el malestar social incrementan el riesgo de depresión, mientras que el apoyo social y las estrategias de afrontamiento actúan como factores protectores. Asimismo, el dolor del muñón y el dolor del miembro fantasma representan complicaciones frecuentes que contribuyen al deterioro de la calidad de vida y a la sintomatología depresiva ^(30,31).

Nivel de atención de un establecimiento de salud:

Es una forma de estructurar los servicios de salud que vincula la magnitud y la gravedad de las necesidades sanitarias de la población con la capacidad de resolución de los servicios disponibles, tanto en lo cualitativo como en lo cuantitativo. En función del comportamiento y la demanda, se distinguen tres niveles⁽³²⁾:

- Primer nivel: Atiende el 70-80% de la demanda de pacientes. Aquí se desarrolla principalmente actividades de promoción y protección específica, tratamiento oportuno y diagnóstico precoz.
- Segundo nivel: Atiende del 12-22% de la demanda, requerimientos de atención intermedia.
- Tercer nivel: Atiende el 5-10% de la demanda, requiere alta complejidad con una oferta de menor tamaño, pero de alta especialización y tecnificación.

Cada nivel se subdivide por su complejidad en categorías, en este estudio los hospitales pertenecen al nivel III:

- Categoría III-1: En esta categoría encontramos especialidades de hematología, oncología, infectología, nefrología, neonatología, pediatría, geriatría.
- Categoría III-2: Establecimientos de salud y de investigación altamente especializados donde se realizan técnicas quirúrgicas de alta complejidad.

Es así que el Hospital Regional de Lambayeque (HRL), perteneciente al Seguro Integral de Salud, inaugurado el 20 de abril del 2011, categorizado como un hospital nivel III-1 responsable de cumplir con las necesidades de salud de la población de Lambayeque de su ámbito referencial, con una atención integral ambulatoria y hospitalaria muy especializada ⁽³³⁾. Y el Hospital Nacional Almanzor Aguinaga Asenjo (HNAAA), hospital perteneciente al Seguro Social de Salud, inaugurado el 02 de octubre del 1991, categorizado por el MINSA como un hospital nivel III-1, por tanto, equivalente al Hospital Regional de Lambayeque en el SIS ⁽³⁴⁾. Ambos cumplen funciones especializadas en brindar atención de alta complejidad, con capacidad de diagnóstico y tratamiento avanzado, además, sirven como centros de referencia desde establecimientos de menor nivel y contrarreferencia.

Aspectos sociodemográficos:

Los aspectos sociodemográficos son aquellas características atribuidas a la edad, sexo, ingresos económicos, religión, tasa de mortalidad, educación, etc. A continuación, se definirá las variables utilizadas en el trabajo ⁽³⁵⁾:

- Edad: Tiempo de vida de una persona.
- Sexo: Conjunto de seres pertenecientes a un mismo sexo, puede ser masculino o femenino.
- Grado de instrucción: Se refiere al nivel de estudios realizados por una persona.
- Procedencia: Es el origen o lugar de donde viene la persona.
- Ocupación: Es el trabajo, empleo u oficio que realiza una persona.

Materiales y métodos

Tipo y diseño de investigación

Este estudio pertenece a un tipo de investigación científica descriptiva, que mide las variables anteriormente mencionadas ⁽³⁶⁾.

La orientación del tiempo de la investigación fue transversal ⁽³⁷⁾.

El estudio es no experimental ⁽³⁶⁾.

Población y muestra

Población:

Pacientes del HRL y HNAAA operados por amputación de algún miembro superior o inferior durante el año 2024 en los meses mayo-octubre atendidos en las áreas de hospitalización o consultorio externo. En el año 2022 hubo 67 pacientes amputados y en el primer trimestre del año 2023 hubo 22 pacientes.

Muestra:

Fue censal.

Criterios de selección:

Criterios de inclusión:

- Pacientes con procedimiento de amputación de miembro inferior o superior.
- Pacientes mayores de 18 años.
- Pacientes que firmaron el consentimiento informado.

Criterios de exclusión:

- Presencia de alguna condición médica que limite la participación en el proyecto, las cuales fueron un nivel de conciencia de obnubilación, estupor o coma y trastornos mentales previos.

Plan de recolección de datos:

Se solicitó la aprobación del Comité de Ética en Investigación de la Facultad de Medicina para la aprobación y realización del proyecto de tesis en el HRL y HNAAA, donde se solicitó permiso al comité de ética respectivamente y una vez aprobado se empezó con el desarrollo del proyecto con colaboración del personal de salud del área de traumatología y hospitalización mediante los cuales se ubicó a los sujetos que componen la población del estudio, a quienes se les dio a conocer el propósito del estudio y se realizó el Inventario de Beck (BDI-2) mientras estaban en hospitalización, a su vez, los pacientes que no pudieron ser

evaluados por presentar alguna condición médica que les impidiera al momento de la visita, se les realizó en otra oportunidad durante hospitalización o cuando acudió a consulta externa de traumatología.

Instrumentos de recolección de datos:

- **Validez del instrumento BECK-II**

En el estudio de Vega J, et al. se verificó la validez en Perú obteniendo un coeficiente alfa de Cronbach del BDI de 0,899, confirmando que el instrumento tiene una elevada consistencia interna, también, con un punto de corte de 18,5 se obtuvo que es altamente sensible (87.5%) y específico (98,21%) para evaluar gravedad y para discriminar entre sujetos sin y con depresión. El manual original nos detalla las siguientes puntuaciones según los grados de depresión correspondientes: 0 – 13 depresión mínima, 14 – 19 depresión leve, 20 – 28 depresión moderada y 29 – 63 depresión grave ⁽³⁸⁾.

Procedimiento de análisis de datos:

El proceso de recolección de datos al ser de manera presencial se utilizó una base de datos creada en el software Excel 2016, después se usó el programa IBM SPSS Statistics para esquematizar los resultados mediante tablas de frecuencia y gráficos que permitieron ordenar los valores absolutos y relativos para variables cualitativas, también, medidas de tendencia central para las variables cuantitativas, y posteriormente representarlos gráficamente.

Aspectos éticos

El presente trabajo fue presentado al Comité de ética de Investigación de la Facultad de Medicina de la Universidad Católica Santo Toribio de Mogrovejo para su evaluación basado en los aspectos éticos según la Declaración de Belmont ⁽³⁹⁾, respetando los principios bioéticos fundamentados por Beauchamp y Childress ⁽⁴⁰⁾:

Autonomía, el consentimiento informado fue aplicado a todos los pacientes amputados del HNAAA y HRL, se les hizo saber que pueden o no aceptar formar parte del trabajo o retirarse en cualquier momento de la investigación.

No maleficencia, se veló por la integridad física y psicológica del paciente en todo el proceso evitando su perjuicio.

Justicia, no existió discriminación de ningún tipo.

Beneficencia, debido a que se brindó datos importantes para la intervención de las unidades hospitalarias encargadas de los programas de intervención hacia el paciente o acciones relacionadas al bienestar y salud mental de estos. En caso de los pacientes que obtuvieron un nivel de depresión grave mediante el Inventario de Beck, se alcanzó un informe al personal de salud mental encargado del área (psicólogo) y se informó al servicio encargado del paciente para su anexo a la historia clínica y posterior intervención con el fin de abordar las necesidades en la salud del paciente.

Todos los datos recolectados durante el proceso fueron usados únicamente para fines de la investigación. El inventario de depresión fue tomado de forma anónima codificando los resultados con números para la identificación de los pacientes a la que solo pudo acceder el investigador. Esta investigación se evaluó por el Comité de Ética en Investigación de la Facultad de Medicina de la Universidad Católica Santo Toribio de Mogrovejo, del HRL y HNAAA.

Colaboradores

Dr. Ricardo Villarreal, por su asesoría temática durante el desarrollo del presente proyecto de tesis y, además, labora en el Hospital Nacional Almanzor Aguinaga Asenjo.

Dr. Cristian Renán Palacios Apaéstegui, por su apoyo en la recolección de datos en el Hospital Nacional Almanzor Aguinaga Asenjo.

Dr. Henry Erick Vega Torres, por su apoyo en la recolección de datos en el Hospital Regional de Lambayeque.

Equipo docente de la Universidad Católica Santo Toribio de Mogrovejo del curso de Tesis, por las asesorías y contribuciones a la mejoría del proyecto en cada sesión.

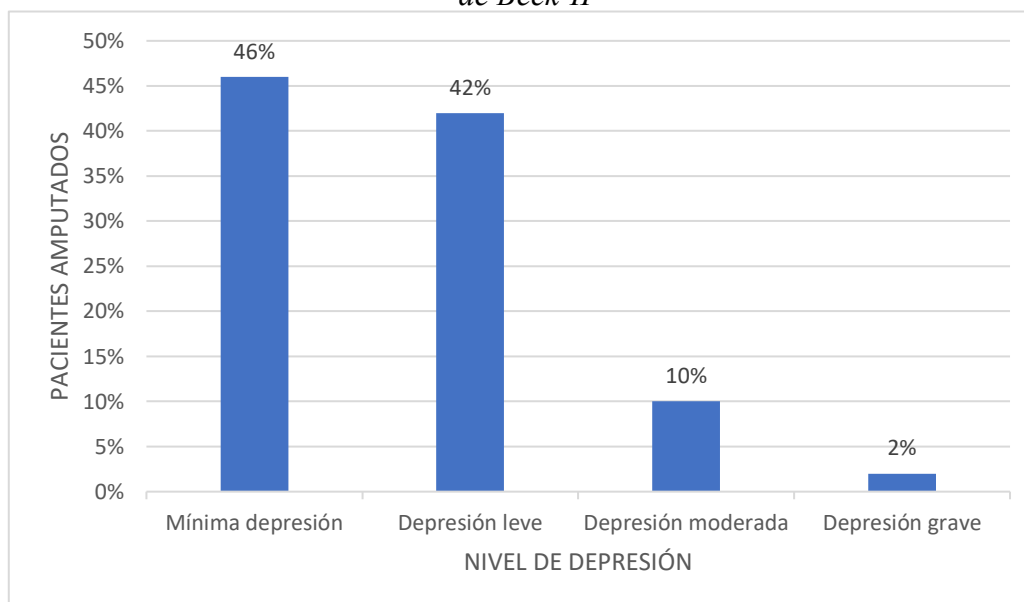
Equipo de trabajadores de la institución prestadora de salud donde se realizará la investigación, representada por sus altos directivos, jefes de servicios y propiamente por las personas que colaboren con el estudio.

Resultados

Se evaluaron 57 pacientes del área de hospitalización del Hospital Almanzor Aguinaga Asenjo y Hospital Regional de Lambayeque, de los cuales solo 50 cumplieron criterios de

inclusión. Mediante la aplicación del Inventario de Beck-II se encontró que el 46% presentó mínima depresión, 42% depresión leve y 10% depresión moderada y 2% grave.

Gráfico N°01: Nivel de depresión en pacientes amputados según Inventario de Beck-II



Autor: Elaboración propia

Fuente: Encuestas recolectadas de los pacientes

En relación con la edad los resultados están en un rango de 82 años siendo 18 años el valor mínimo y 100 años el valor máximo, con una media de 63,46 años y desviación estándar de 17,62.

Respecto al sexo, se encontró que el 60% de pacientes son varones.

De acuerdo con el lugar de procedencia, se encontró que el 78% provienen de la región de Lambayeque y el resto de otras regiones.

Según el grado de instrucción encontramos que el 56% tuvo estudios técnicos o universitarios, seguido del 24% con estudios secundarios, 12% con solo estudios primarios y 8% sin algún grado de instrucción y actualmente no labora el 76%.

Se encontró que, según el nivel de amputación, el 82% fue supracondílea, 10% amputación infracondílea y 8% otros; además, el 52% de las extremidades amputadas fueron del miembro inferior derecho y 38% del miembro inferior izquierdo. Dentro de las causas resalta pie diabético con 70%, embolia con 6% y otras causas 24%.

El análisis de los datos reveló que el 86% de los participantes sí presenta síntomas de depresión en el ámbito cognitivo. En contraste, el 14% no muestra síntomas depresivos en esta área.

Los resultados indican que el 92% de los participantes manifiesta síntomas de depresión en el área físico-conductual. El 8% restante no presenta síntomas de depresión en esta área.

En el área afectivo-emocional, el 98% de los participantes presentan síntomas de depresión.

Discusión

Los hallazgos de la presente investigación permiten establecer que la depresión constituye una comorbilidad prevalente en la población adulta amputada atendida en establecimientos de tercer nivel de la ciudad de Chiclayo. La prevalencia global de síntomas depresivos y su distribución por grados de severidad concuerdan con la evidencia científica internacional y nacional, confirmando el impacto psicosocial significativo que acompaña a la pérdida de una extremidad ^(1,2).

En cuanto a la prevalencia y severidad de la depresión, los resultados muestran que el 88% de los pacientes presentó algún grado de sintomatología depresiva, siendo la mayoría de los casos (46%) de intensidad mínima y un 42% leve. Si bien solo un 12% de la muestra presentó depresión moderada o grave, la alta frecuencia de síntomas subclínicos o leves es un hallazgo relevante, ya que refleja una carga psicológica sustancial que podría evolucionar hacia cuadros más severos si no se interviene adecuadamente. Estas cifras se encuentran dentro del rango reportado a nivel global (18%-31%) para esta población ⁽²⁾, y son consistentes con estudios específicos como el de Coffey et al. en Irlanda, donde más del 18% de los amputados por diabetes presentaron puntuaciones anormales en escalas de depresión ⁽³⁾. En el contexto peruano, el estudio de Carranza et al. en Lambayeque reportó una prevalencia aún mayor (75%), diferencia que podría atribuirse a variables como el tiempo transcurrido desde la amputación, el instrumento de evaluación utilizado (BDI-II) y las características específicas de la muestra, compuesta exclusivamente por pacientes con pie diabético ⁽⁴⁾.

El perfil sociodemográfico predominante (varón, mayor de 60 años, procedente de Lambayeque) coincide con la epidemiología descrita para las amputaciones de etiología vascular y metabólica, principalmente asociadas a complicaciones de la diabetes mellitus y enfermedad arterial periférica ^(5, 6). La elevada proporción de pacientes adultos mayores inactivos laboralmente (76%), a pesar de que más de la mitad poseía educación técnica o universitaria, subraya una pérdida crítica de autonomía y productividad. Este factor,

ampliamente documentado como un determinante psicosocial clave, afecta directamente la autoestima, el rol social y la percepción de utilidad, constituyendo un potente inductor de sintomatología depresiva ^(8, 9). Este hallazgo refuerza la necesidad de integrar estrategias de rehabilitación vocacional y apoyo psicosocial dentro del plan de manejo integral.

El análisis por áreas sintomáticas del BDI-II reveló una distribución diferencial de la carga depresiva. La casi totalidad de los pacientes (98%) reportó síntomas en el área afectivo-emocional (tristeza, pesimismo, sentimientos de fracaso). Esto es coherente con el modelo del duelo aplicado a la amputación, donde el paciente experimenta una pérdida comparable a la de un ser querido, atravesando fases de negación, ira y tristeza que pueden prolongarse hasta dos años ^(1, 10). La alta frecuencia en el área físico-conductual (92%) puede explicarse por las limitaciones funcionales, el dolor del miembro residual o fantasma, y los cambios en los patrones de sueño y apetito, todos factores que deterioran la calidad de vida y dificultan la adaptación ⁽¹¹⁾. En el área cognitiva (86% con síntomas), predominan las alteraciones de la imagen corporal, los sentimientos de inutilidad y la dificultad para tomar decisiones, elementos centrales del modelo cognitivo de la depresión y que reflejan el desafío de reestructurar la identidad personal tras la amputación ⁽¹²⁾.

La etiología de la amputación encontrada, con un predominio abrumador del pie diabético (70%), tiene implicaciones cruciales para la salud pública. Confirma que la diabetes mellitus no solo es la principal causa de esta discapacidad física, sino también un factor de riesgo indirecto para la morbilidad psicológica. Esto refuerza la imperativa necesidad de fortalecer los programas de prevención primaria y secundaria de la diabetes en el primer nivel de atención, con el fin de reducir la incidencia de complicaciones devastadoras como la amputación y su secuela psíquica ^(4, 13). La coexistencia de una enfermedad crónica discapacitante y un trastorno del estado de ánimo configura un escenario de doble carga que exige un abordaje interdisciplinario.

El presente estudio presenta algunas limitaciones que deben considerarse al interpretar sus resultados. Si bien se excluyeron pacientes con trastornos mentales previos, en la captación inicial no siempre fue posible identificar este antecedente de forma inmediata, debido a la falta de registros clínicos completos; sin embargo, dicha información fue posteriormente corroborada mediante la revisión de historias clínicas y, en algunos casos, a través del reporte de familiares, permitiendo un mejor control de este potencial factor de confusión. Asimismo, en determinados pacientes la recolección de datos se vio limitada por la interferencia de familiares o cuidadores, principalmente en aquellos con dependencia funcional o limitaciones físicas, lo que pudo influir en la autonomía de las respuestas. Adicionalmente, la escasa

disponibilidad de registros estadísticos consolidados sobre pacientes amputados dificultó la captación oportuna y completa de los casos durante el periodo de estudio, lo que limita la generalización de los hallazgos. No obstante, los resultados evidencian una elevada carga de sintomatología depresiva en esta población, lo que justifica la implementación sistemática del tamizaje de salud mental mediante instrumentos validados como el BDI-II en pacientes amputados, tanto en el periodo perioperatorio como durante el seguimiento, a fin de favorecer la detección temprana e integración de intervenciones psicológicas dentro del proceso de rehabilitación integral.

Conclusiones

El presente estudio evidenció que la depresión es una comorbilidad frecuente en pacientes adultos amputados atendidos en hospitales públicos de nivel III de la ciudad de Chiclayo durante el periodo mayo–octubre de 2024. La mayoría de los pacientes presentó algún grado de sintomatología depresiva, predominando los niveles mínimo y leve, lo que refleja una carga psicológica relevante asociada a la pérdida de una extremidad.

Las áreas afectivo-emocional, físico-conductual y cognitiva mostraron una elevada afectación, siendo la esfera afectivo-emocional la más comprometida, lo que confirma el impacto emocional significativo que genera la amputación y las dificultades de adaptación vinculadas al duelo, las limitaciones funcionales y la alteración de la imagen corporal.

Asimismo, predominó un perfil sociodemográfico caracterizado por pacientes varones, adultos mayores, con amputaciones principalmente secundarias a pie diabético y con alta proporción de inactividad laboral, evidenciando la estrecha relación entre enfermedad crónica, discapacidad física y deterioro de la salud mental. En conjunto, estos hallazgos confirman la necesidad de incorporar la evaluación sistemática de la depresión como parte del abordaje integral del paciente amputado.

Recomendaciones

Se recomienda a los servicios de traumatología y hospitalización del Hospital Regional de Lambayeque y del Hospital Nacional Almanzor Aguinaga Asenjo implementar de forma

rutinaria el tamizaje de depresión en pacientes amputados mediante instrumentos validados como el Inventario de Depresión de Beck-II, tanto durante la hospitalización como en el seguimiento ambulatorio.

Asimismo, se sugiere fortalecer la articulación entre los servicios de traumatología, rehabilitación y salud mental, garantizando la derivación oportuna y el manejo interdisciplinario de los pacientes con sintomatología depresiva.

Finalmente, se recomienda reforzar las acciones de prevención y control de la diabetes mellitus y mejorar los sistemas de registro de pacientes amputados, con el fin de reducir la incidencia de amputaciones y optimizar la planificación de intervenciones clínicas y psicosociales en ambos establecimientos de salud.

Referencias

1. K D, Kumar D, Mishra SR, Gupta AK, Yadav G. Quality of Life in People With Unilateral Lower Limb Amputation at a Tertiary Rehabilitation Centre in Northern India: A Cross-Sectional Study. *Cureus* [Internet]. 31 de marzo de 2023 [citado 27 de octubre de 2023]; Disponible en: <https://www.cureus.com/articles/144115-quality-of-life-in-people-with-unilateral-lower-limb-amputation-at-a-tertiary-rehabilitation-centre-in-northern-india-a-cross-sectional-study>
2. Font-Jimenez I, Llauradó-Serra M, Pallarés-Martí À, García-Hedrerera F. Factores psicosociales implicados en la amputación. Revisión sistemática de la literatura. *Atención Primaria*. marzo de 2016;48(3):207-10.
3. Coffey L, Gallagher P, Horgan O, Desmond D, MacLachlan M. Psychosocial adjustment to diabetes-related lower limb amputation. *Diabet Med* [Internet]. 2009;26(10):1063–7. Disponible en: <http://dx.doi.org/10.1111/j.1464-5491.2009.02802.x>.
4. Darnall BD, Ephraim P, Wegener ST, Dillingham T, Pezzin L, Rossbach P, et al. Depressive symptoms and mental health service utilization among persons with limb loss: Results of a national survey. *Arch Phys Med Rehabil* [Internet]. 2005;86(4):650–8. Disponible en: <https://linkinghub.elsevier.com/retrieve/pii/S0003999304013164>
5. Carranza Carranza K, Grosso Salazar A, León Jiménez F, Amaro Martin F. Evaluación del estado de salud en pacientes amputados por pie diabético de dos hospitales del Perú en 2017. *Rehabilitación*. abril de 2019;53(2):78-84.
6. Velasco T. *Proceso de duelo por amputación en pacientes adultos*. [Babahoyo]: Universidad Técnica de Babahoyo; 2019.
7. Ministerio de Salud. Lineamiento de Política Sectorial en Salud Mental Perú 2018. Resolución Ministerial N° 935 – 2018/ MINSa. 2018 nov [citado el 22 de noviembre del 2023]. Disponible en: https://cdn.www.gob.pe/uploads/document/file/320975/Lineamientos_de_pol%C3%A9tica_sectorial_en_salud_mental__Per%C3%BA_201820190613-19707-wthzx0.pdf?v=1560469662
8. Hawamdeh Z. Assessment of anxiety and depression after lower limb amputation in Jordanian patients. *Neuropsychiatr Dis Treat* [Internet]. 2008 [citado el 14 de octubre

- de 2024];4(3):627. Disponible en: <https://www.dovepress.com/assessment-of-anxiety-and-depression-after-lower-limb-amputation-in-jo-peer-reviewed-fulltext-article-NDT>
9. Espinoza M, García D. Niveles de amputación en extremidades inferiores: repercusión en el futuro del paciente. *Revista Médica Clínica Las Condes*. Marzo de 2014;25(2):276-80.
 10. Frykberg RG, Zgonis T, Armstrong DG, Driver VR, Giurini JM, Kravitz SR, et al. Diabetic foot disorders: A clinical practice guideline (2006 revision). *J Foot Ankle Surg* [Internet]. 2006;45(5):51–66. Disponible en: [http://dx.doi.org/10.1016/s1067-2516\(07\)60001-5](http://dx.doi.org/10.1016/s1067-2516(07)60001-5)
 11. Kalapatapu V. Techniques for lower extremity amputation [Internet]. Uptodate.com. 2022 [citado el 29 de octubre de 2023]. Disponible en: https://www.uptodate.com/contents/techniques-for-lower-extremity-amputation?search=amputacion%20de%20miembro%20inferior&source=search_result&selectedTitle=2~89&usage_type=default&display_rank=2
 12. Kevin C C, Hidemasa Y. Upper extremity amputation [Internet]. Uptodate.com. 2022 [citado el 29 de octubre de 2023]. Disponible en: https://www.uptodate.com/contents/upper-extremity-amputation?search=amputaci%C3%B3n%20de%20miembro%20superior&source=search_result&selectedTitle=1~30&usage_type=default&display_rank=1
 13. Kalapatapu V. Lower extremity amputation [Internet]. Uptodate.com. 2022 [citado el 29 de octubre de 2023]. Disponible en: https://www.uptodate.com/contents/lower-extremity-amputation?search=amputaci%C3%B3n%20de%20miembros%20inferiores&topicRef=15186&source=related_link
 14. Lamandé F, Dupré JC, Talbot P, Gillet M, Januscevic T, Dréjas-Zielinska M. Amputación del miembro superior. *EMC - Kinesiterapia - Medicina Física*. abril de 2014;35(2):1-20.
 15. Sereday M, Damiano M, Lapertosa S, Cagide A, Bragagnolo J. Amputaciones de Miembros Inferiores en diabéticos y no diabéticos en el ámbito hospitalario. *ALAD*. 2009; XVII (1):9-15.
 16. Mitchell C. “Depresión: hablemos”, dice la OMS, mientras la depresión encabeza la lista de causas de enfermedad [Internet]. Pan American Health Organization / World Health Organization. 2017 [citado el 29 de octubre de 2023]. Disponible en: https://www3.paho.org/hq/index.php?option=com_content&view=article&i

[d=13102%3Adepression-lets-talk-says-who-as-depression-tops-list-of-causes-of-ill-health&Itemid=0&lang=es](#)

17. Avalia-t, Ministerio de Sanidad, Servicios Sociales e Igualdad. Guía de Práctica Clínica sobre el Manejo de la Depresión en el Adulto [Internet]. Guiasalud.es. 2014 [citado el 29 de octubre de 2023]. Disponible en: https://portal.guiasalud.es/wp-content/uploads/2018/12/GPC_534_Depresion_Adulto_Avaliat_compl.pdf
18. ICD-10 version:2019 [Internet]. Who.int. [citado el 11 de octubre de 2024]. Disponible en: <https://icd.who.int/browse10/2019/en#/F33.9>
19. Miller EL, Murray L, Richards L, Zorowitz RD, Bakas T, Clark P, et al. Comprehensive overview of nursing and interdisciplinary rehabilitation care of the stroke patient: A scientific statement from the American heart association. *Stroke* [Internet]. 2010;41(10):2402–48. Disponible en: <http://dx.doi.org/10.1161/str.0b013e3181e7512b>
20. Michela B, Cataldi F, Carlucci L, Padulo C, Fairfield B. Assessment of late-life depression via self-report measures: a review. *Clin Interv Aging* [Internet]. 2018;13:2021–44. Disponible en: <http://dx.doi.org/10.2147/cia.s178943>
21. Ma S, Yang J, Yang B, Kang L, Wang P, Zhang N, et al. The Patient Health Questionnaire-9 vs. The Hamilton Rating Scale for depression in assessing major depressive disorder. *Front Psychiatry* [Internet]. 2021;12. Disponible en: <http://dx.doi.org/10.3389/fpsy.2021.747139>
22. Nelson CJ, Cho C, Berk AR, Holland J, Roth AJ. Are gold standard depression measures appropriate for use in geriatric cancer patients? A systematic evaluation of self-report depression instruments used with geriatric, cancer, and geriatric cancer samples. *J Clin Oncol* [Internet]. 2010;28(2):348–56. Disponible en: <http://dx.doi.org/10.1200/jco.2009.23.0201>
23. Linzer M, Spitzer R, Kroenke K, Williams JB, Hahn S, Brody D, et al. Gender, quality of life, and mental disorders in primary care: results from the PRIME-MD 1000 study. *Am J Med*. noviembre de 1996;101(5):526-33.
24. Kessler RC, Ormel J, Petukhova M, McLaughlin KA, Green JG, Russo LJ, et al. Development of lifetime comorbidity in the World Health Organization world mental health surveys. *Arch Gen Psychiatry*. enero de 2011;68(1):90-100.
25. Anseau M, Dierick M, Buntinx F, Cnockaert P, De Smedt J, Van Den Haute M, et al. High prevalence of mental disorders in primary care. *J Affect Disord*. enero de 2004;78(1):49-55.

26. Andrade L, Caraveo-Anduaga JJ, Berglund P, Bijl RV, De Graaf R, Vollebergh W, et al. The epidemiology of major depressive episodes: results from the International Consortium of Psychiatric Epidemiology (ICPE) Surveys. *Int J Methods Psychiatr Res*. 2003;12(1):3-21.
27. Weissman MM, Bland RC, Canino GJ, Faravelli C, Greenwald S, Hwu HG, et al. Cross-national epidemiology of major depression and bipolar disorder. *JAMA*. 24 de julio de 1996;276(4):293-9.
28. Walker J, Burke K, Wanat M, Fisher R, Fielding J, Mulick A, et al. The prevalence of depression in general hospital inpatients: a systematic review and meta-analysis of interview-based studies. *Psychol Med [Internet]*. 2018;48(14):2285–98. Disponible en: <http://dx.doi.org/10.1017/S0033291718000624>
29. Jiménez García K. Ajuste psicosocial en pacientes amputados: la psicología en el contexto sanitario. *Revista Cúpula [Internet]*. 2017 [citado el 4 de noviembre de 2023];31(2):8–43. Disponible en: <https://www.binasss.sa.cr/bibliotecas/bhp/cupula/v31n2/art02.pdf>
30. Singh S, Saini R, Mathur R, Sarkar S, Sagar R. The prevalence of depression in people following limb amputation: A systematic review and meta-analysis. *J Psychosom Res [Internet]*. 2024;181(111677):111677. Disponible en: <http://dx.doi.org/10.1016/j.jpsychores.2024.111677>
31. Tavera J. Amputación: Más Allá de un Cambio Físico, un Cambio Mental. *El Dolor [Internet]*. 2015 [citado el 4 de noviembre de 2023]; 62:20–2. Disponible en: https://www.ached.cl/upfiles/revistas/documentos/55dddb2d3e34c_original3_62_final.pdf
32. MINSA. Categorías de establecimiento del sector salud: N.T.S. N° 021-MINSA/DGSP-V.03. Lima: MINSA; 2011.
33. Hospital Regional de Lambayeque [Internet]. Gob.pe. [citado el 4 de noviembre de 2023]. Disponible en: <https://www.gob.pe/hrilambayeque>
34. Hospital Nacional Almanzor Aguinaga Asenjo en Chiclayo [Internet]. ESTABLECIMIENTOS DE SALUD. [citado el 17 de noviembre de 2023]. Disponible en: <https://www.establecimientosdesalud.info/lambayeque/hospital-nacional-almanzor-aguinaga-asenjo-chiclayo/>
35. Real Academia Española, Asociación de Academias de la Lengua Española. Diccionario de la lengua española. [citado el 29 de octubre de 2023]. Disponible en: <https://dle.rae.es>

36. Díaz-Narváez V.P. VP, Calzadilla-Núñez A. A. Artículos científicos, tipos de investigación y productividad científica en las Ciencias de la Salud. *Rev Cienc Salud*. 29 de febrero de 2016;14(1):115-21.
37. Mejía E. Metodología de la Investigación Científica. Centro de Producción Editorial e Imprenta de la Universidad Nacional Mayor de San Marcos. Lima, Perú: Universidad Nacional Mayor de San Marcos; 2005. 318 p.
38. Vega-Dienstmaier J, Coronado-Molina 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.
39. Observatori de Bioètica i Dret. Informe Belmont: Principios Éticos y Directrices para la Protección de sujetos humanos de investigación. Estados Unidos de Norteamérica: Reporte de la Comisión Nacional para la Protección de Sujetos Humanos de Investigación Biomédica y de Comportamiento [Internet] Parc Científic de Barcelona, 1978 [Consultado 27 Set 2023] Disponible en: <https://www.bioeticayderecho.ub.edu/archivos/norm/InformeBelmont.pdf>
40. Holm S. Principles of Biomedical Ethics, 5th edn.: Beauchamp T L, Childress J F. Oxford University Press, 2001, pound19.95, pp 454. ISBN 0-19-514332-9. *Journal of Medical Ethics*. 1 de octubre de 2002;28(5):332-a-332.

Anexos

Información adicional que complemente el proyecto realizado. Se presentan los instrumentos de recolección de datos, tablas, mapas, esquemas y otros elementos adicionales como: Carta de aceptación de la institución para la ejecución del proyecto (excepto la Facultad de Medicina) y el documento que evidencia la solicitud de revisión del proyecto por el Comité de Ética en Investigación (requisito solo para la Facultad de Medicina).

ANEXO 1

INVENTARIO DE DEPRESIÓN DE BECK (BDI-2)

Nombre: **Estado Civil:** **Edad:** **Sexo:**

Ocupación: **Educación:** **Fecha:**

Instrucciones: Este cuestionario consta de 21 grupos de afirmaciones. Por favor, lea con atención a cada uno de ellos cuidadosamente. Luego elija uno de cada grupo, el que mejor describa el modo como se ha sentido las últimas dos semanas, incluyendo el día de hoy. Marque con un círculo el número correspondiente al enunciado elegido, Si varios enunciados de un mismo grupo le parecen igualmente apropiados, marque el número más alto. Verifique que no haya elegido más de uno por grupo, incluyendo el ítem 16 (cambios en los hábitos de Sueño) y el ítem 18 (cambios en el apetito)

1. Tristeza

No me siento triste <input type="radio"/>	Me siento triste gran parte del tiempo <input type="radio"/>	No estoy desalentado respecto del mi futuro <input type="radio"/>	Me siento tan triste o soy tan infeliz que no puedo soportarlo <input type="radio"/>
--	---	--	---

2. Pesimismo

No estoy desalentado respecto del mi futuro	Me siento más desalentado respecto de mi futuro que lo que solía estarlo	No espero que las cosas funcionen para mí	Siento que no hay esperanza para mi futuro y que sólo puede empeorar
---	--	---	--

<input type="radio"/>	<input type="radio"/>	<input type="radio"/>	<input type="radio"/>
-----------------------	-----------------------	-----------------------	-----------------------

3. Fracaso

No me siento como un fracasado <input type="radio"/>	He fracasado más de lo que hubiera debido <input type="radio"/>	Cuando miro hacia atrás, veo muchos fracasos <input type="radio"/>	Siento que como persona soy un fracaso total <input type="radio"/>
---	--	---	---

4. Pérdida de Placer

Obtengo tanto placer como siempre por las cosas de las que disfruto <input type="radio"/>	No disfruto tanto de las cosas como solía hacerlo <input type="radio"/>	Obtengo muy poco placer de las cosas que solía disfrutar <input type="radio"/>	No puedo obtener ningún placer de las cosas de las que solía disfrutar <input type="radio"/>
--	--	---	---

5. Sentimientos de Culpa

No me siento triste <input type="radio"/>	Me siento culpable respecto de varias cosas que he hecho o que debería haber hecho <input type="radio"/>	Me siento bastante culpable la mayor parte del tiempo <input type="radio"/>	Me siento culpable todo el tiempo <input type="radio"/>
--	---	--	--

6. Sentimientos de Castigo

No siento que esté siendo castigado <input type="radio"/>	Siento que tal vez pueda ser castigado <input type="radio"/>	Espero ser castigado <input type="radio"/>	Siento que estoy siendo castigado <input type="radio"/>
--	---	---	--

7. Disconformidad con uno mismo.

Siento acerca de mí lo mismo que siempre <input type="radio"/>	He perdido la confianza en mí mismo <input type="radio"/>	Estoy decepcionado conmigo mismo <input type="radio"/>	No me gusto a mí mismo <input type="radio"/>
---	--	---	---

8. Autocrítica

No me critico ni me culpo más de lo habitual <input type="radio"/>	Estoy más crítico conmigo mismo de lo que solía estarlo <input type="radio"/>	Me critico a mí mismo por todos mis errores <input type="radio"/>	Me culpo a mí mismo por todo lo malo que sucede <input type="radio"/>
---	--	--	--

9. Pensamientos o Deseos Suicidas

No tengo ningún pensamiento de matarme <input type="radio"/>	He tenido pensamientos de matarme, pero no lo haría <input type="radio"/>	Querría matarme <input type="radio"/>	Me mataría si tuviera la oportunidad de hacerlo <input type="radio"/>
---	--	--	--

10. Llanto

No lloro más de lo que solía hacerlo. <input type="radio"/>	Lloro más de lo que solía hacerlo <input type="radio"/>	Lloro por cualquier pequeñez <input type="radio"/>	Siento ganas de llorar pero no puedo <input type="radio"/>
--	--	---	---

11. Agitación

No estoy más inquieto o tenso que lo habitual <input type="radio"/>	Me siento más inquieto o tenso que lo habitual <input type="radio"/>	Estoy tan inquieto o agitado que me es difícil quedarme quieto <input type="radio"/>	Estoy tan inquieto o agitado que tengo que estar siempre en movimiento o haciendo algo <input type="radio"/>
--	---	---	---

12. Pérdida de Interés

No he perdido el interés en otras actividades o personas <input type="radio"/>	Estoy menos interesado que antes en otras personas o cosas <input type="radio"/>	He perdido casi todo el interés en otras personas o cosas <input type="radio"/>	Me es difícil interesarme por algo <input type="radio"/>
---	---	--	---

13. Indecisión

Tomo mis propias decisiones tan bien como siempre <input type="radio"/>	Me resulta más difícil que de costumbre tomar decisiones <input type="radio"/>	Encuentro mucha más dificultad que antes para tomar decisiones <input type="radio"/>	Tengo problemas para tomar cualquier decisión <input type="radio"/>
--	---	---	--

14. Desvalorización

No siento que yo no sea valioso <input type="radio"/>	No me considero a mí mismo tan valioso y útil como solía considerarme <input type="radio"/>	Me siento menos valioso cuando me comparo con otros <input type="radio"/>	Siento que no valgo nada <input type="radio"/>
--	--	--	---

15. Pérdida de Energía

Tengo tanta energía como siempre <input type="radio"/>	Tengo menos energía que la que solía tener <input type="radio"/>	No tengo suficiente energía para hacer demasiado <input type="radio"/>	No tengo energía suficiente para hacer nada <input type="radio"/>
---	---	---	--

16. Cambios en los Hábitos de Sueño

No he experimentado ningún cambio en mis hábitos de sueño	Duermo un poco más que lo habitual	Duermo un poco menos que lo habitual	Duermo mucho más que lo habitual	Duermo mucho menos que lo habitual	Duermo o la mayor parte del día	Me despierto 1-2 horas más temprano y no puedo volver a dormirme
---	------------------------------------	--------------------------------------	----------------------------------	------------------------------------	---------------------------------	--

<input type="radio"/>	<input type="radio"/>	<input type="radio"/>	<input type="radio"/>	<input type="radio"/>	<input type="radio"/>	<input type="radio"/>
-----------------------	-----------------------	-----------------------	-----------------------	-----------------------	-----------------------	-----------------------

17. Irritabilidad

No estoy tan irritable que lo habitual <input type="radio"/>	Estoy más irritable que lo habitual <input type="radio"/>	Estoy mucho más irritable que lo habitual <input type="radio"/>	Estoy irritable todo el tiempo <input type="radio"/>
---	--	--	---

18. Cambios en el Apetito

No he experimentado ningún cambio en mi apetito <input type="radio"/>	Mi apetito es un poco menor que lo habitual <input type="radio"/>	Mi apetito es un poco mayor que lo habitual <input type="radio"/>	Mi apetito es mucho menor que antes <input type="radio"/>	Mi apetito es mucho mayor que lo habitual <input type="radio"/>	No tengo apetito en absoluto <input type="radio"/>	Quiero comer todo el día <input type="radio"/>
--	--	--	--	--	---	---

19. Dificultad de Concentración

Puedo concentrarme tan bien como siempre <input type="radio"/>	No puedo concentrarme tan bien como habitualmente <input type="radio"/>	Me es difícil mantener la mente en algo por mucho tiempo <input type="radio"/>	Encuentro que no puedo concentrarme en nada <input type="radio"/>
---	--	---	--

20. Cansancio o Fatiga

No estoy más cansado o <input type="radio"/>	Me fatigo o me canso más <input type="radio"/>	Estoy demasiado fatigado o cansado para <input type="radio"/>	Estoy demasiado fatigado o cansado <input type="radio"/>
---	---	--	---

fatigado que lo habitual <input type="radio"/>	fácilmente que lo habitual <input type="radio"/>	hacer muchas de las cosas que solía hacer <input type="radio"/>	para hacer la mayoría de las cosas que solía hacer <input type="radio"/>
---	---	--	---

21. Pérdida de Interés en el Sexo

No he notado ningún cambio reciente en mi interés por el sexo <input type="radio"/>	Estoy menos interesado en el sexo de lo que solía estarlo <input type="radio"/>	Estoy mucho menos interesado en el sexo <input type="radio"/>	He perdido completamente el interés en el sexo <input type="radio"/>
--	--	--	---

Puntaje Total: _____

Cálculo del puntaje total:

Cada ítem tiene 4 categorías, ordenadas de izquierda a derecha y puntuadas de 0-3 correspondientemente. Los ítems 16 y 18 que tienen 7 categorías también se puntúan del 0-3.	
Puntuaciones (0-63)	Interpretación
0-13	Mínima depresión
14-19	Depresión leve
20-28	Depresión moderada
29-63	Depresión grave

ANEXO 2**FICHA DE RECOLECCIÓN DE DATOS****TÍTULO DE TESIS: DEPRESIÓN EN PACIENTES ADULTOS AMPUTADOS EN
DOS HOSPITALES NIVEL III CHICLAYO 2024****AUTOR:** Percy Ricardo Adrian Zapata Chero**FECHA:** _____

Esta ficha de recolección de datos registrará los datos obtenidos de los pacientes por la historia clínica respecto al objetivo de la investigación.

HISTORIA CLÍNICA: _____**EDAD:** _____**SEXO:** _____**PROCEDENCIA:** _____**GRADO DE INSTRUCCIÓN:** _____**OCUPACIÓN:** _____**EXTREMIDAD AFECTADA:** _____**NIVEL DE AMPUTACIÓN:** _____**CAUSA DE AMPUTACIÓN:** _____**PRESENTA TRASTORNO MENTAL:** _____**PRESENTA SÍNTOMAS DE INFECCIÓN AGUDA:** _____

ANEXO 3 Consentimiento Informado

Conocimiento informado para participación del estudio

Institución: Universidad Católica Santo Toribio de Mogrovejo

Investigador: Percy Ricardo Adrian Zapata Chero

Título: Depresión en pacientes adultos amputados en dos Hospitales Nivel III - Chiclayo 2024.

Propósito del estudio: Estudio realizado para determinar la prevalencia de depresión en adultos amputados del Hospital Regional de Lambayeque y Hospital Nacional Almanzor Aguinaga Asenjo, además, se invita a su participación, y las encuestas durarán aproximadamente 15-20 minutos.

Procedimiento:

Si usted desea participar del estudio, se le aplicará 2 cuestionarios:

- Ficha de recolección de datos
- Inventarios de Beck II

Riesgos:

No se prevé ningún riesgo físico ni psicológico en la participación del estudio.

Beneficios:

Aportará conocimiento útil y necesario para las unidades del hospital encargadas de programas de intervención o acciones concernientes al bienestar y salud mental de los pacientes; asimismo, en los casos que haya significativos puntajes en cualquier una de las variables en estudio se les contactará con un profesional de salud mental colaborador y al Centro de Salud Mental de Chiclayo al cual la institución pertenece por jurisdicción.

Costos e incentivos:

Usted no deberá pagar por la participación del estudio y no recibirá ningún incentivo económico.

Confidencialidad:

Se guardará confidencialidad en el respaldo de la información, se guardará la información con total seguridad y profesionalismo, siendo el investigador el único que manejará los datos exclusivamente con un fin académico. Además, al finalizar el trabajo de investigación se eliminará la base de datos con la información de los pacientes. Si los resultados del estudio son publicados, no se mostrará ninguna información personal que ayude a la identificación de los participantes.

Uso futuro de la información:

La base de datos creada será eliminada al concluir el estudio.

Derechos del participante:

Si usted decide participar del estudio, puede retirarse en el momento que crea oportuno, sin perjuicio alguno. Si hay alguna duda adicional, puede preguntar al investigador a través del correo percyzch@gmail.com o al número 943 783 237. Si tiene dudas sobre los aspectos éticos de la investigación o cree que se le trató injustamente puede comunicarse con el Comité de Ética en Investigación de la Facultad de Medicina Humana de la Universidad Católica Santo Toribio de Mogrovejo, al correo: comiteeca.medicina@usat.edu.pe

CONSENTIMIENTO:

Acepto voluntariamente mi participación en el estudio, comprendo por qué se realizará el trabajo investigativo y que puedo no participar o retirarme en cualquier momento sin perjuicio alguno a mi persona.

Firma del participante: _____

DNI:

Firma del investigador: _____

DNI: 72928611