

**UNIVERSIDAD CATÓLICA
DE SANTIAGO DE GUAYAQUIL
FACULTA DE CIENCIAS DE LA SALUD
CARRERA DE MEDICINA**

TEMA:

**Prevalencia de trastornos del ánimo y factores influyentes en la
recuperación integral de pacientes hospitalizados en el área de
medicina interna del hospital general Guasmo Sur durante el 2022 –
2023.**

AUTOR:

**Cedeño Villamar, Any Lace
Durango Benavides, Genesis Valeria**

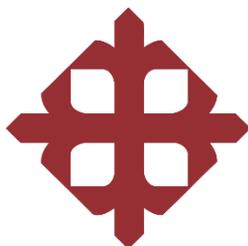
Trabajo de titulación previo a la obtención de título de Médico

TUTOR:

Dr. Verdezoto Mendoza, Héctor Arístides

Guayaquil. Ecuador

10 de mayo del 2024



**UNIVERSIDAD CATÓLICA
DE SANTIAGO DE GUAYAQUIL
FACULTAD DE CIENCIAS DE LA SALUD
CARRERA DE MEDICINA**

CERTIFICACIÓN

Certifico que el presente trabajo de titulación fue realizado en su totalidad por **Cedeño Villamar, Any Lace y Durango Benavides, Genesis Valeria** como requerimiento para la obtención del título de Médico.

TUTOR

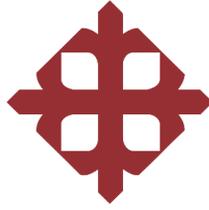


firmado electrónicamente por:
**HECTOR ARISTOTELES
VERDEZOTO MENDOZA**

f. _____

Dr. Verdezoto Mendoza, Héctor Arístides

Guayaquil, 10 de mayo del 2024



UNIVERSIDAD CATÓLICA
DE SANTIAGO DE GUAYAQUIL
FACULTAD DE CIENCIAS DE LA SALUD
CARRERA DE MEDICINA

DECLARACIÓN DE RESPONSABILIDAD

Nosotras, **Cedeño Villamar, Any Lace**
Durango Benavides, Genesis Valeria

Declaramos que:

El trabajo de titulación: **Prevalencia de trastornos del ánimo y factores influyentes en la recuperación integral de pacientes hospitalizados en el área de medicina interna del hospital general Guasmo Sur durante el 2022 – 2023**, previo a la obtención de título de **Medico**, ha sido desarrollado respetando los derechos intelectuales de terceros conforme las citas que constan en el documento, cuyas fuentes se incorporan en las referencias o bibliografías. Consecuentemente este trabajo es de nuestra total autoría.

En virtud de esta declaración, nos responsabilizamos del contenido, veracidad y alcance del trabajo de titulación referido.

Guayaquil, 10 de mayo del 2023

f. 
Cedeño Villamar Any Lace

AUTORES

f.  **DURANGO BENAVIDES GENESIS VALERIA**
Durango Benavides Genesis Valeria



UNIVERSIDAD CATÓLICA
DE SANTIAGO DE GUAYAQUIL
FACULTAD DE CIENCIAS DE LA SALUD
CARRERA DE MEDICINA

AUTORIZACIÓN

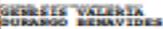
Nosotras, **Cedeño Villamar, Any Lace**
Durango Benavides, Genesis Valeria

Autorizamos a la Universidad Católica de Santiago de Guayaquil a la publicación en la biblioteca del trabajo de titulación: **Prevalencia de trastornos del ánimo y factores influyentes en la recuperación integral de pacientes hospitalizados en el área de medicina interna del hospital general Guasmo Sur durante el 2022 – 2023**, cuyo contenido, ideas y criterios son de nuestra exclusiva responsabilidad y total autoría.

Guayaquil, 10 de mayo del 2023

f. 
Cedeño Villamar Any Lace

AUTORES

f.  
Durango Benavides Genesis Valeria

REPORTE DE COMPILATIO



INFORME DE ANÁLISIS
magíster

COMPILATIO TESIS 1

2%
Textos sospechosos



< 1% Similitudes (ignorado)
0% similitudes entre comillas
0% entre las fuentes mencionadas
2% Idiomas no reconocidos

Nombre del documento: COMPILATIO TESIS 1.docx
ID del documento: 07bc9c6d9709455dff6ac0d5c699aef28b94def
Tamaño del documento original: 47,5 kB
Autor: Valeria Durango

Depositante: Valeria Durango
Fecha de depósito: 3/5/2024
Tipo de carga: url_submission
fecha de fin de análisis: 3/5/2024

Número de palabras: 5257
Número de caracteres: 33.821

Ubicación de las similitudes en el documento:



Firmado electrónicamente por:
HECTOR ARISTOTELES
VERDEZOTO MENDOZA

Fuentes de similitudes

Fuentes con similitudes fortuitas

Nº	Descripciones	Similitudes	Ubicaciones	Datos adicionales
1	dspace.ucuenca.edu.ec https://dspace.ucuenca.edu.ec/bitstream/123456789/28101/3/PROYECTO_DE_INVESTIGACION.pdf.txt	< 1%		Palabras idénticas: < 1% (22 palabras)
2	es.wikipedia.org Trastornos del estado de ánimo - Wikipedia, la enciclopedia libre https://es.wikipedia.org/wiki/Trastorno_del_estado_de_ánimo	< 1%		Palabras idénticas: < 1% (10 palabras)

TUTOR



Firmado electrónicamente por:
HECTOR ARISTOTELES
VERDEZOTO MENDOZA

f. _____

Dr. Verdezoto Mendoza, Héctor Arístides

AGRADECIMIENTO

Llegar a este día requirió más que el solo esfuerzo, este logro no es solo mío. Por eso quiero agradecer de la siguiente manera: A Dios, María y a mi ángel de la guarda por darme guía, protección y entendimiento nunca estuve sola gracias a su amor.

A mi mamá Alicia, luz de mi vida, fuerza e inspiración, mi eterna gratitud por mover cielo, mar y tierra al buscar la manera de que yo pueda estudiar esta carrera. A mis hermanas Vanessa y Karina por su constante apoyo, más que nada por su comprensión y paciencia. A mi gran familia quien confía en mis capacidades, jamás dudaron de que podría: Mi tía Clara, su apoyo fue crucial, un gran ejemplo a seguir. Mis tías Narcisa, Barbarita siempre agradeceré que me hagan sentir como una hija, consintiéndome. Mi tía Luisina (+), que en paz descanse, gracias por haberme incentivado a ser rebelde y revolucionaria. Mis primos, especialmente mis doctorcitas favoritas Karla y Yadira. Todos mis tíos, en vez de un padre tuve cinco. Mi cuñado Wladimir por acolitarme en todo lo que le pidiera desde los 9 años. Gracias a mi sobrino Mati por motivarme a ser mejor y por respetarme, siempre te voy a cuidar y apoyar en todo.

Gracias a mis más queridas amigas por acompañarme, celebrarme sinceramente y demostrarme admiración porque eso me hace querer ser mejor. Soledad, Brigitte, Dayanna amigas de la vida, Dios siempre me las lleve de la mano. Amigos que han dejado una huella en la carrera y durante el internado aprendí de cada uno de ustedes.

A mi amiga y compañera de tesis Any, por ser la más leal desde el pre, lo logramos.

Gracias Valeria chiquita por soñar con esto, persistir y alcanzarlo. Eres muy fuerte.

Durango Benavides Valeria

DEDICATORIA

*Quiero dedicar este trabajo,
de la misma manera que le dedico cada día que vivo
a la Psic. Alicia Benavides Gaibor.
La mujer más sabia que conozco.
La persona que más amo.
Mi mamá.*

Durango Benavides Valeria

AGRADECIMIENTO

Agradezco a Dios por su amor infinito, el cual se ha visto reflejado en la salud, sabiduría y fortaleza que he podido gozar en este largo camino de mi carrera, y que a su vez me ha dado la dicha de poder disfrutar de este logro junto a mi familia y amigos.

A mis tíos, Anicia y Ángel, gracias por uno de los más preciados regalos que me han podido permitir vivir que es, la educación, sin ustedes y su apoyo incondicional no habría sido posible llegar hasta aquí. Gracias por hacer posible este sueño de ser Doctora.

A mis padres Raúl y Mery, mis hermanos Edgar y Amy, gracias por su apoyo y motivación a lo largo de mi vida.

A mis amigos de la vida y los que me dio la universidad, Inés, Juan y Dustin, gracias por haber estado siempre que necesite un hombro para llorar, un abrazo y risas para seguir y unas palabras de aliento para no desistir, sin ustedes esta etapa universitaria hubiera sido difícil afrontar.

Valeria, mi gran amiga, compañera de tesis y futura colega, gracias por tu paciencia y dedicación, que alegría haber empezado este camino y llegar a la meta juntas.

Pero sobre todo, gracias a mí, por no haber desistido ni renunciado al proyecto académico que hoy estoy culminando, al margen de las diferencias y situaciones profesionales negativas que mostraron unos cuantos docentes.

Cedeño Villamar Any Lace

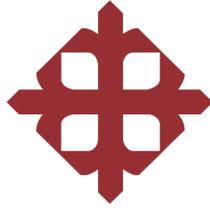
DEDICATORIA

El mejor destinatario de este trabajo, sin duda alguna es mi familia, supieron sembrar y apostar a mi crecimiento académico durante éstos últimos 5 años; empeño, dedicación, lágrimas y amor propio del diario convivir universitario, hoy dan sus frutos.

Así también, quiero hacer una mención especial a todos los colectivos ciudadanos representados en todas y cada una de sus diferentes etnias sin importar su raza, nacionalidad, género, situación económica, clase social que sufren algún trastorno de ánimo, ya sea ansiedad o depresión, decirles, que el mejor camino para afrontar y superar estos obstáculos es la guía y ayuda de un profesional médico.

Este trabajo es por y para ustedes estoy convencida que la concientización preventiva y correctiva, crean mejores seres humanos en todas las etapas de nuestras vidas.

Cedeño Villamar Any Lace



**UNIVERSIDAD CATÓLICA
DE SANTIAGO DE GUAYAQUIL**

FACULTAD DE CIENCIAS DE LA SALUD

CARRERA DE MEDICINA

TRIBUNAL DE SUSTENTACIÓN

f. _____

Dr. Héctor Verdezoto

TUTOR

f. _____

Dra. Silvia Cedeño

f. _____

Dr. Johnson Suarez

TABLA DE CONTENIDO

RESUMEN	XII
ABSTRACT	XIII
INTRODUCCIÓN	2
CAPÍTULO I	4
PROBLEMA DE INVESTIGACION	4
1.1. Planteamiento del problema	4
1.2 . Objetivos.....	4
Objetivo General.....	4
Objetivos Específicos.....	4
1.3 Hipótesis	5
1.4. Justificación	5
CAPÍTULO II	7
MARCO TEÓRICO	7
2.1. Trastornos depresivos de la conducta	7
2.2. Trastorno de ansiedad.....	11
CAPÍTULO III	16
METODOLOGÍA Y ANÁLISIS DE INFORMACIÓN	16
3.1. Diseño de la investigación	16
3.2. Datos del estudio:.....	17
3.3. Cuadro de operacionalización de variables	17
3.4. Métodos e instrumentos para la obtención de información	18
3.5. Resultados y Análisis estadístico.....	18
3.5.1. Prevalencia de trastornos del ánimo de pacientes hospitalizados en el área de medicina interna	18
3.5.2. Factores de riesgo asociados a la presencia de trastornos del estado de ánimo. 19	
3.5.3. Factores influyentes en la recuperación integral de los pacientes.....	21
3.5.4. Rango etario y sexo de los trastornos del estado de ánimo y su frecuencia de presentación.	21
3.6. DISCUSION	22
CAPITULO IV:	25
CONCLUSIONES Y RECOMENDACIONES	25
CONCLUSIONES.....	26
RECOMENDACIONES.....	27
Referencias	29
Anexos	32

RESUMEN

Introducción: Los trastornos del estado de ánimo son una problemática, en varios casos crónica, que acarrea problemas desmedidos en la población hospitalizada, es importante mencionar que el Ecuador como medio de caos y conflictos hacen del contexto de nuestros pacientes una realidad más oscura, por ende, los pacientes pueden experimentar problemas de salud mental que pueden ser trascendentales en su mejoría o decadencia. **Resultados:** Se registró un total de 70000 ingresos hospitalarios en el área de medicina interna del Hospital General Guasmo Sur de los cuales 65 correspondieron a pacientes que desarrollaron durante su estancia hospitalaria un trastorno del estado de ánimo aparte del motivo por el cual fueron ingresados que requirieron una interconsulta con el servicio de psiquiatría. Los registros de las bases de datos adquiridas reportan un cálculo de prevalencia aproximado del 9% referente al fenómeno de estudio, no obstante, no en todos los casos se otorgó tratamiento necesario y a su vez no se hizo el respectivo registro de su CIE-10 en la base de datos. **Conclusión:** El sistema de salud público aún carece de interés en la salud mental como rol protagónico en la recuperación integral de los pacientes, lo que ocasiona que no se dé la debida atención a los mismos.

Palabras clave: *Trastornos del Ánimo; Ansiedad; Depresión; Hospitalizados.*

ABSTRACT

Introduction: Mood disorders are a problematic, often chronic issue that leads to significant problems in the hospitalized population. It's important to mention that Ecuador's context, marked by chaos and conflicts, makes our patients' reality even darker, thus, patients may experience mental health issues that can be crucial to their improvement or decline. **Results:** A total of 70,000 hospital admissions were recorded in the internal medicine area of "Hospital General Guasmo Sur", of which 65 corresponded to patients who developed a mood disorder during their hospital stay, apart from the reason for admission, requiring a consultation with the psychiatry service. Database records indicate an approximate prevalence rate of 9% regarding the phenomenon under study; however, not all cases received necessary treatment, and the respective ICD-10 code was not consistently recorded in the database. **Conclusion:** The public health system still lacks interest in mental health as a leading role in patients' comprehensive recovery, resulting in inadequate attention to their needs.

Keywords: *Mood Disorders; Anxiety ; Depression ; Hospitalized.*

INTRODUCCIÓN

Los trastornos del estado de ánimo son una problemática, en varios casos crónica, que acarrea problemas desmedidos e inimaginables en la población hospitalizada especialmente aquellos que prolongan su estadía; se ha estimado que el 75% de las muertes por depresión suceden en países de ingresos medios a bajos, de estas, su mayoría son pacientes menores de 60 años. (1)

Es importante tomar a consideración este aspecto puesto que Ecuador entra en esta descripción. Durante el tiempo que el paciente está ingresado en una unidad de cuidado es propenso a desarrollar trastornos del estado de ánimo. (2) En ocasiones, los pacientes que son hospitalizados pueden experimentar problemas de salud que intentan explicar desde lo orgánico en relación con su enfermedad, sin considerar que la salud mental puede ser trascendental en su mejoría o decadencia. (3) El ambiente hostil hospitalario, la lejanía con su círculo de contención emocional, la pausa obligatoria a su vida normal son causas que pueden dificultar la evolución y desarrollo del paciente con respecto a la enfermedad que lo motivó al ingreso.(2)

En nuestro medio se observan, además, a diario factores que propician la aparición de trastornos del ánimo, pues nos rodea una realidad donde sobresalta la precariedad, la falta de preparación, el peligro constantemente y más. Y a su vez una falta de factores que hemos considerado cruciales para una recuperación óptima del paciente, una red de contención fuerte, estructuración familiar, estabilidad económica y por supuesto la adecuada

capacitación del personal médico, estas flaquezas se esperan motivar a una mejoría del paciente.(4)

CAPÍTULO I

PROBLEMA DE INVESTIGACION

1.1. Planteamiento del problema

Existen reportes de carácter internacional que posicionan a la estancia hospitalaria prologada como un factor predisponente al deterioro del estado basal funcional del paciente internado, siendo el área de la salud mental uno de los campos más afectados debido a que el paciente se expone constantemente a situaciones complicadas de solventar por parte de sus familiares y del personal asistencial, secundario a factores ligados al paciente o debidos a la limitada capacidad resolutive. Partiendo de este hecho se cuestiona ¿Cuál es la prevalencia de trastornos del ánimo y cuáles son los factores influyentes en la recuperación integral de pacientes hospitalizados en el área de medicina interna del hospital general guasmo sur durante el 2022 – 2023?

1.2. Objetivos

Objetivo General

Estimar la prevalencia de trastornos del ánimo de pacientes hospitalizados en el área de medicina interna del hospital general guasmo sur.

Objetivos Específicos

- Identificar factores de riesgo asociados a la presencia de trastornos del estado de ánimo.
- Determinar los factores influyentes en la recuperación integral de los pacientes

- Establecer el rango etario y sexo en el que los trastornos del estado de ánimo se presentaron mayoritariamente.
- Proponer recomendaciones y estrategias de intervención para mejorar la detección y el manejo del fenómeno a estudiar.

1.3 Hipótesis

Se estima que la prevalencia de los trastornos de ánimo es altamente significativa en los pacientes que se encuentran hospitalizados en el área de medicina interna en el Hospital general guasmo sur y su atención y tratamiento oportuno influye de manera positiva en la recuperación integral de los pacientes.

1.4. Justificación

La presente investigación se enfocará en estudiar y resaltar la importancia de la salud mental en aquellos pacientes hospitalizados que son propensos a desmejorar o enlentecer su proceso de mejoría debido a la depresión o trastornos del estado de ánimo que les trae estar hospitalizados. De acuerdo con los antecedentes la recuperación centra su atención en niveles personales y externos, cuando se habla de apoyo a nivel personal fomenta la contención emocional con el círculo social del paciente, transmitir esperanza y apoyar a la persona en incluirla en actividades que reanimen su autoestima.

(5)

Enfocar la atención el proceso de recuperación no es lo mismo que minimizar la enfermedad, así que con respecto al nivel externo se debe trabajar en corregir los factores que hacen del sitio de recuperación un ambiente hostil.(1)

Este trabajo permitirá determinar la prevalencia de estos trastornos para demostrar que el enfermo y su evolución están fuertemente relacionadas a su estado de ánimo porque aún se ignora la trascendencia de la salud mental y su poder en la recuperación del enfermo. (3) Además, permitirá abrir campo a la salud mental como nivel integral en el proceso de recuperación de los pacientes; detectar la existencia de alteraciones mentales y cuadros depresivos puede ser crucial antes, durante y después de la enfermedad porque se entiende la influencia negativa que estos pueden tener en la evolución de la enfermedad, la mala adherencia al tratamiento y las recaídas que puede el enfermo llegar a tener. (6) Se ha demostrado que las enfermedades de las área cardiovasculares, neurológicas y oncológicas son las que más influencia tienen con respecto al estado de ánimo. Se comprenderá así, con una vista objetiva la relevancia de la atención de la salud mental en todo paciente que permanece hospitalizados y que no cuentan con una red de contención emocional.(7) Dentro del Hospital General Guasmo sur es evidente que la realidad que palpan los pacientes es muy cruda y precaria. Están muy relacionados con situaciones de conflicto y peligrosidad de modo que para ellos estar ingresados en una unidad hospitalaria representa un abandono temporal a sus hogares del cual la mayoría ellos son los responsables; esta situación es un influyente primordial por el que los pacientes experimentan gran ansiedad y preocupación durante su estancia hospitalaria, por esta razón decidimos darle un poco de la importancia que merece este tema.(8)

CAPÍTULO II

MARCO TEÓRICO

2.1. Trastornos depresivos de la conducta

Trastorno depresivo mayor

Los trastornos depresivos se conjugan en un rasgo común que es la tristeza patológica que afecta a la funcionalidad de la persona; esta no debe ser explicada por los efectos fisiológicos de alguna sustancia o alguna otra afección medica / neurológica e incluso debe verse desligado al duelo. Algo que se espera encontrar en el caso del trastorno depresivo es la pérdida de interés o de placer en casi todas las actividades casi todos los días, de modo que el estado de ánimo puede ser irritable, sentimiento de autodesprecio, disminución en la capacidad de pensar, concentrarse o tomar decisiones e incluso ideas de muerte constantes, planes específicos para ejecutar un suicidio. Todos estos síntomas causan alteración en el ritmo normal de vida, alteraciones del sueño y apetito, algunas veces es incluso observable por los demás de modo que puede predisponer un deterioro en el ámbito social. (9)

Factores de riesgo y pronósticos

El neuroticismo es una situación proclive para ocasionar trastornos depresivos y verse envueltos en situaciones estresantes son detonantes para desarrollar este trastorno. (4)

La heredabilidad en el trastorno depresivo mayor es considerable, por ende, el factor genético es un factor causal para considerar, siempre la primera línea de consanguinidad es el que nos da un indicador.(10)

En esencia, todos los trastornos no afectivos aumentan el riesgo del apareamiento de la depresión. Situaciones como consumo de sustancias, discapacidades, enfermedades crónicas tales como: obesidad, diabetes, cáncer, patologías cardiovasculares, aumentan el riesgo de depresión mayor. (11)

Trastorno depresivo persistente – Distimia

Difiere del trastorno de depresión mayor crónico, en este caso el estado anímico persiste por la mayor parte del día y mayor cantidad de días, durante un mínimo de dos años. Además, se debe contar con dos de los siguientes síntomas: pérdida del apetito, insomnio o hiperinsomnia, poca energía o fatiga, baja autoestima, fatiga o poca energía, baja autoestima, dificultad para concentrarse, desesperanza. Estas alteraciones no deben explicarse por condiciones médicas o por algún trastorno esquizoafectivo, delirante, psicótico o esquizofrenia. En la distimia se necesita dos de esta lista de síntomas, en la depresión mayor se requiere de un mínimo de cuatro. (9)

Factores de riesgo y pronósticos

Aquellos historiales de neuroticismo, infancia con pérdida de padres o separación de estos. Es probable que la genética cumpla un papel influyente cuando se encuentran trastornos depresivos en general en familiares de primer grado. (4)

Hemos decidido no incluir el trastorno disfórico premenstrual cuando es una causa separada, sin embargo, puede considerarse cuando coexiste con algún otro trastorno como distimia, trastorno depresivo mayor o trastornos de ansiedad. Los trastornos inducidos por un medicamento o sustancia, tiene

características similares, pero no debe justificarse con los trastornos depresivos no causados por medicamentos, los síntomas y alteraciones causadas en este trastorno tiene un periodo muy claramente limitado por el uso de dicha sustancia o medicación; mismos síntomas persisten un periodo de tiempo de un mes aproximadamente y cesan al detener el uso de la sustancia.(9) Los síntomas deben traer consigo un deterioro a nivel social o laboral para encasillarlo en el diagnóstico, además es crucial saber identificar si ha sido el medicamento el detonante del trastorno o previamente ya existía un trastorno depresivo primario que se conjuga con el uso de la sustancia, el criterio clínico es muy importante pues en algunos casos el trastorno puede ocurrir mientras el paciente está tomando alguna medicación predisponente por ejemplo anticonceptivos orales, L-dopa, estimulantes, fármacos quimioterápicos, etcétera. (5)En otros casos en cambio, el estado de abstinencia es lo que puede alargar el estado depresivo. Es importante recalcar que para no confundirlo con su diferencial de intoxicación y abstinencia de sustancias, estas alteraciones del ánimo deben ser significativamente más agudas o durar más de lo que dura la abstinencia. (12) Es frecuente decir que el paciente con trastorno de depresión por uso de medicamentos tenga predisposición a trastornos histriónicos de la personalidad o incluso abuso a otras sustancias, pero no es tan probable que caiga en una distimia.(3)

Trastorno depresivo debido a otra afección médica

Resulta necesario especificar si es un trastorno con características depresivas, cuando no se reúne todos los criterios para dictarlo como una depresión mayor. Especificar si contiene episodios de depresión mayor

cuando si cumplen con todos los criterios de diagnóstico o que contenga características de manía e hipomanía, pero sin predominar en el cuadro. Las enfermedades que más relación se ha encontrado con la depresión han sido el hipotiroidismo y la enfermedad de Cushing. Algunas otras como Huntington y Parkinson también se han asociado a síntomas neuropsiquiátricos. (9)

Con respecto a epidemiología del riesgo de suicidio ligado a esta afección, no se ha logrado marcar una diferencia entre la probabilidad de riesgo de suicidio en depresión mayor y la depresión por afecciones médicas. Aun cuando las afecciones médicas si están asociadas a episodios de depresión.(8)

Otro trastorno depresivo especificado

En este grupo pueden entrar los siguientes

- Depresión breve recurrente: estado deprimido con 4 síntomas de depresión entre 2 a 12 días una vez por mes al menos pero que no guarde relación con el ciclo menstrual en caso de mujeres.(9)
- Episodio depresivo de corta duración: el deterioro persiste por menos de 14 días, pero no tiene criterios de la depresión breve recurrente o entre en otro grupo de trastornos depresivos.(9)
- Episodio depresivo con síntomas insuficientes: episodios de depresión con al menos 4 de los síntomas persistente por un mínimo de dos semanas en una presentación que no haya encajado en otra categoría antes, no tiene criterios para trastornos de ansiedad y depresión.(9)

Otro trastorno depresivo no especificado

Este se utiliza en situaciones donde no se desea especificar el tipo de trastorno o son presentaciones con características insuficientes para entrar de

lleno en diagnósticos mas específicos, algo que puede suceder en el ámbito de urgencias.(9)

2.2. Trastorno de ansiedad

La ansiedad sentimiento o emoción innato y normal que forma parte de la naturaleza humana cuando este se encuentra en situaciones de amenaza o peligro anteponiéndolo en un estado de alerta. No solo se ve involucrada en el ámbito psicológico, sino también, en la parte neurológica, inmunológica y endocrina. Es por eso por lo que su rol conlleva que nuestro organismo nos permita cumplir las demandas a estímulos tanto internos o externos que nos sobreponen en un ambiente donde usualmente nos llegamos a sentir indefensos o vulnerables. (13)

La ansiedad, desde varios puntos de vista, se llega a considerar como una señal positiva, pero cuando se vuelve excesiva y persistente, llegando a interferir con las actividades cotidianas se termina convirtiendo en lo que se conoce como un síndrome de ansiedad. (13)

Epidemiología

Se debe considerar que las variables y porcentajes pueden diferir dependiendo de la zona geográfica, edad, sexo o tamaño de la muestra. Sin embargo, varios estudios reflejan que las mujeres tienen una tasa más alta de sufrir este síndrome. (8)

Fisiopatología

La fisiología que caracteriza a esta patología se ve involucrada por varios neurotransmisores neuroendocrinos como la dopamina acompañados de una neuroanatomía alterada. Las causas que de aparición de este trastorno no

esta totalmente especificada y varia, pero se ven comprendidos los factores biológicos, ambientales y psicosociales.(14) En factores biológicos encontramos la parte cerebral. Las regiones del cerebro que juegan un rol importante en esta patología son la amígdala, hipocampo y corteza prefrontal. La amígdala es la que se encarga de responder a los estímulos del peligro ya que es una estructura donde se encuentra el núcleo de los circuitos del temor activando así síntomas conductuales y físicos. (13)

Como factores psicosociales encontramos el ambiente laboral o familiar, las experiencias o situaciones amenazadoras o traumáticas que pongan bajo estrés al individuo. También como es el abuso de sustancia como alcohol o drogas (12)

Manifestaciones clínicas

La ansiedad puede acompañarse de otras emociones y actividades tales como depresión, fobias, alcoholismo y drogadicción causando al ser humano estados imposibles de manejar ocasionando la hospitalización o hasta intentos suicidas. (12)

Cuando la ansiedad se vuelve insumisa llega a mostrar síntomas no solo psicológicos, sino también físicos que se reflejan fácilmente en nuestro cuerpo. (15)

- Síntomas físicos: taquicardia, arritmias, palpitaciones, hipotensión, disnea, asma, náuseas, vómitos, diarrea, tremor, tensión muscular, debilidad, fatiga, vértigo, hiperhidrosis, palidez o rubor facial, polaquiuria. (9)

- Síntomas psicológicos y conductuales: preocupación, irritabilidad, disociación, pérdida de memoria, agobio. (9)

Criterios de diagnostico

Existen escalas y manuales que nos permiten llegar a una mejor clasificación de este trastorno. Las clasificaciones más utilizadas son DMS-V la cual corresponde a la Asociación de Psiquiatras Americanos y la CIE-10 utilizada por la OMS. Existen diferentes tipos de trastornos de ansiedad que difieren uno del otro por su naturaleza, tipo y sintomatología. (16)

Clasificación de los trastornos de ansiedad con base en el DSM-V y CIE-10	
DSM-V:	CIE 10
<ul style="list-style-type: none"> - Trastorno de ansiedad por separación - Mutismo selectivo - Trastorno de Pánico - Agorafobia - Fobia Especifica - Trastorno de Ansiedad Social - Trastorno por Ansiedad Generalizada - Trastorno de Ansiedad inducida por sustancias - Trastorno de Ansiedad atribuibles a condiciones médicas - Otros Trastorno Especifico de Ansiedad 	<ul style="list-style-type: none"> - Agorafobia - Fobias sociales - Fobias específicas - Otros trastornos de ansiedad fóbica - TA fóbica sin especificación - Otros trastornos de ansiedad - Trastorno de pánico - Trastorno de ansiedad generalizada - Ansiedad mixta y trastorno depresivo - Otros trastornos de ansiedad mixta - Otros trastornos de ansiedad especificados - Trastorno de ansiedad no especificado

- Trastorno de Ansiedad No Especifica	
---------------------------------------	--

(9)

Así también, existen diversas escalas aplicables en la clínica para un mejor diagnóstico de la ansiedad, pero la escala de GAD-7 es una escala fácil de aplicar en la cual nos permite medir mediante 7 ítems que tan a menudo el paciente es más mortificado por 7 diferentes síntomas durante las últimas 2 semanas. La puntuación de esta escala va desde 0 a 3. Un puntaje total de 5 es considerado como leve, hasta 10 se considera moderado y mayor a 15 ya se lo clasifica como severa.(12)

Tratamiento

La ansiedad o todo trastorno psicológico se debe tratar en primera instancia con terapia psicológica. Cuando la terapia no esté funcionando, como segunda opción se puede recurrir a terapia farmacológica como los antidepresivos. Es importante informar al paciente del trastorno que padece para así poder aconsejarle en elegir la terapia adecuada para su cuadro. Existe la terapia cognitiva conductual donde permite a los pacientes despojarse de los pensamientos basados en suposiciones. El objetivo de esta terapia es el de identificar los pensamientos y creencias disfuncionales, cambiando así el comportamiento que este causando de inconformidad. (17)

Hospitalización y trastornos de ansiedad y depresión

Tanto la sintomatología ansiosa como depresiva afecta la calidad de vida de los pacientes, influye en su adherencia al tratamiento y en el constante apareamiento de nuevos síntomas; una herramienta indispensable para determinar las cifras de este estudios es la escala HADS (Escala Hospitalaria

de Depresión y Ansiedad) un instrumento que identifica síntomas de depresión y ansiedad en los pacientes que no tienen un diagnóstico psiquiátrico previo, de modo que no confundan la somatización ya que esta enfatiza los síntomas psicológicos y ayuda a diferirlos de las enfermedades físicas. (10) Su versión mas actual del 2003, cuenta con 14 ítems, a su vez con dos subescalas tanto para la depresión como otra de ansiedad. (16) Las dos subescalas contienen 7 síntomas de ansiedad (HADS-A) y 7 de depresión (HADS-D), que registran puntajes de 0 a 3 cada uno. Un puntaje ≥ 8 es trastorno clínicamente significativo y una puntuación de ≥ 11 es un trastorno moderado-severo. En los estudios, es común encontrar que las enfermedades en tanto mas graves son mayor grado de depresión y ansiedad pueden presentar. Adjunto anexo de la escala. (16)

HADS – A Subescala ansiedad
1.Me siento tenso o nervioso
3.Tengo una sensación de miedo, como si algo horrible fuese a suceder
5.Tengo mi mente llena de preocupaciones
9.Tengo una sensación extraña como de aleteo en el estómago
11.Me siento inquieto como si no pudiera parar de moverme
13.Me asaltan sentimientos repentinos de pánico
HADS – A Subescala depresión
2.Todavía disfruto con lo que antes me gustaba
4.Puedo reírme y ver el lado divertido de las cosas
6. Me siento alegre
10.He perdido el interés en mi aspecto personal
12.Me siento optimista respecto al futuro
14.Me divierto con un buen libro, radio o programa de televisión

(16)

CAPÍTULO III

METODOLOGÍA Y ANÁLISIS DE INFORMACIÓN

3.1. Diseño de la investigación

Estudio

- Transversal (se va a tomar los datos una sola vez sobre las características de los pacientes hospitalizados que desarrollaron un trastorno del ánimo)
- Observacional (no va a existir ningún tipo de intervención por parte de los investigadores, simplemente se recurrirá a datos ya existentes)
- Retrospectivo (la muestra para el estudio será tomadas de historias clínicas ya realizadas por personal médico)
- Descriptivo (descripción de factores influyentes en la recuperación de los pacientes hospitalizados siendo diagnosticados con trastornos del ánimo)

Población de estudio

- Pacientes hospitalizados en el área de Medicina Interna entre 30 – 50 años en el Hospital General Guasmo Sur en el año 2022 – 2023

Criterios de inclusión

- Rango etario entre 30 - 40 años
- Pacientes hospitalizados en el área de Medicina Interna interconsultados para el servicio de psiquiatría en el Hospital General Guasmo Sur en el año 2022 – 2023
- Pacientes que fueron dados de alta por el servicio de psiquiatría tras haber alcanzado la recuperación integral

Criterios de exclusión

- Pacientes con depresión en relación con el ciclo menstrual
- Pacientes ambulatorios
- Pacientes cuyo diagnóstico de ingreso correspondía a un trastorno del estado de ánimo contemplado para el estudio

3.2. Datos del estudio:

- Nivel de confianza: 95%
- Error estándar: 5%
- Población y muestra: 65 participantes

Método de muestreo:

- No aplica

Método de recogida de datos:

- Revisión de historias clínicas y pruebas complementarias.

3.3. Cuadro de operacionalización de variables

Nombre Variables	INDICADOR	Tipo	RESULTADO FINAL
Edad	Edad	Cuantitativa numérica discreta	Años
Género	Género	Categórica nominal dicotómica	Masculino Femenino
Ocupación	¿La persona cuenta con una remuneración salarial constante?	Categórica nominal dicotómica	Si No

Comorbilidades	Comorbilidades	Categórica nominal dicotómica	– –	Si No
IMC	IMC	Cuantitativa numérica continua	– –	Kg / cm
Trastornos del estado de ánimo	Trastornos del estado de ánimo	Categórica-Nominal-Dicotómica		Ansiedad Depresión

3.4. Métodos e instrumentos para la obtención de información

Se obtuvo una base de datos facilitada por el servicio de archivos del Hospital General Guasmo Sur en formato de hojas de cálculo de Excel. La información fue complementada mediante la revisión de historias clínicas y reportes del servicio de psiquiatría y medicina interna en el sistema SIGHOS de la unidad de hospitalización. Para llevar a cabo la tabulación y el análisis estadístico de los datos contemplados, se utilizó las herramientas de Microsoft office proporcionadas por los programas de Word y Excel.

3.5. Resultados y Análisis estadístico

3.5.1. Prevalencia de trastornos del ánimo de pacientes hospitalizados en el área de medicina interna

Se registraron un total de 70000 ingresos hospitalarios en el área de medicina interna del Hospital General Guasmo Sur de los cuales 65 correspondieron a pacientes que desarrollaron durante su estancia hospitalaria un trastorno del estado de ánimo aparte del motivo por el cual fueron ingresados que requirieron una interconsulta con el servicio de psiquiatría, el cálculo de prevalencia reporta un aproximado del 9% referente al fenómeno de estudio.

$$(N^{\circ} \text{ de casos} / N^{\circ} \text{ de ingresos}) * 100$$

$$\left(\frac{70000}{65}\right) * 100 = 0.09$$

$$0.09 * 100 = 9\%$$

Según los análisis los pacientes con trastornos de depresión corresponden al 20% del total de la población, lo cual se traduce a un grupo de 13 personas.

Además, un total de 32 personas tenían criterios de sufrir trastornos de ansiedad, cifra que corresponde al 49,23%. El trastorno mixto de ansiedad y depresión se veía presenta en un 23.08% de la población correspondiente a 15 pacientes.

Como puede evidenciarse, la alteración que más se ve reflejada en la población estudiada es la ansiedad que casi alcanza el 50% de la población según las historias clínicas que se han revisado (GRAFICO 1)

	Numero de pacientes n=65	Porcentaje (%)
Pacientes con ansiedad	32	49.23%
Pacientes con depresion	13	20%
Pacientes con trastorno mixto	15	23%

3.5.2. Factores de riesgo asociados a la presencia de trastornos del estado de ánimo.

Los factores de riesgo más comunes que se han asociado a la presencia del trastornos del estado del ánimo por parte de la realidad del paciente son: el ambiente hospitalario que puede muchas veces percibirse con miedo al sr un

entorno árido y que denota tristeza, condición sociocultural baja en donde prima la poca preparación y nivel bajo de educación, escasez de recursos económicos, desestructuración del núcleo familiar al no contar con un miembro que asuma la responsabilidad del paciente debido a que la realidad que más afronta este medio es muy problemática y conflictiva. Así como también existen factores por parte de la casa de salud como la falta de rutas y protocolos para la activación de redes de apoyo por parte del equipo multidisciplinario, que pone en evidencia la falta de capacitación del personal. El sistema de salud público aún carece de interés en la salud mental como rol protagónico en la recuperación integral de los pacientes, lo que ocasiona que no se dé la debida atención a los mismos.

Todos los pacientes estudiados se encontraron expuestos a complicaciones ambientales, tales como: una comorbilidad o enfermedad no psiquiátrica de base, inestabilidad económica, el riesgo a perder sus trabajos durante la estancia hospitalaria, cabe recalcar que un factor importante a destacar es el tiempo de a estancia hospitalaria, siendo determinado de la siguiente manera.

Días de estancia hospitalaria	< 10	10 a 20	> 20
Pacientes	12	35	18
Total			65

La media de la estancia hospitalaria calculada en días ha sido de 17,8 días. Con un rango de 7 a 30 días. En la tabla precedente se puede observar una mayor cantidad de pacientes que cursan una estancia hospitalaria entre 10 y 20 días. Por otro lado, aquellos que cursaron una estancia corta de menos de 10 días fueron 12 pacientes, mientras que 18 pacientes tuvieron una estancia larga que superaba los 20 días. (GRAFICO 2)

La presencia de síntomas o criterios diagnósticos se hacía presente con mayor claridad a medida que aumentaba el tiempo de estancia, por lo cual es correcto aseverar que es proporcionalmente directa la extensión de la estancia hospitalaria con la presencia de síntomas asociados a ansiedad y depresión.

3.5.3. Factores influyentes en la recuperación integral de los pacientes

Al identificar los factores de riesgo asociados al deterioro de la salud mental del paciente, se pudo determinar que aquellos pacientes que fueron interconsultados con especialistas culminaron con su recuperación de manera integral y óptima. Que haya un adecuado personal al pendiente de la evolución de estos pacientes es sumamente importante porque muchas veces el paciente elige no denotar los síntomas o incluso la percepción de los mismo puede ser de manera subjetiva y no ser “válida” para el profesional a cargo. Que el paciente tenga una red de contención personal es indispensable, tener la convicción de que su familia puede estar bien a pesar de no contar con su presencia en casa y la esperanza de que regrese pronto puede ser un factor de motivación que aporte de manera positiva en la recuperación del paciente.

3.5.4. Rango etario y sexo de los trastornos del estado de ánimo y su frecuencia de presentación.

El presente estudio evidenció tras la tabulación de la base de datos, que la mayor prevalencia de trastornos del ánimo corresponde al sexo femenino con un 60%, predominando el rango etario comprendido entre 35 y 40 años. Un total de 65 historias clínicas fueron incluidas en este estudio; la mayoría de los pacientes eran ecuatorianos. De los pacientes extranjeros dos de los

reportados eran de Venezuela y uno solo de Colombia. El rango etario considerado fue de 30 a 40 años donde la media fue de 33 años. El grupo de edad más frecuente fue 30 años, seguido por 32 años. La totalidad de los pacientes de nuestra población estudiada fueron ingresados por una afección principal no psiquiátrica, no obstante, había una pequeña población que tenía por antecedente enfermedades psiquiátricas tales como esquizofrenia, trastorno bipolar o historial de consumo de sustancias.

Según los análisis la prevalencia de trastornos del ánimo, depresión y ansiedad, durante el año 2022 fue del 5% correspondiente a un grupo poblacional de 25 pacientes, extraídos de una base de datos de aproximadamente 69.000 pacientes. Mientras tanto, la prevalencia calculada del grupo poblacional del año 2023 corresponde al 3% de un total de 40 pacientes extraídos de una base de datos total de 70.000 pacientes.

Sexo	Suma de 2023	Suma de 2022
Hombre	18	12
Mujer	22	13
Total general	40	25

3.6. DISCUSION

Todos los pacientes de nuestra población fueron ingresados al hospital por una afección principal no psiquiátrica, sin embargo, muchos de ellos referían ya haber experimentado en alguna ocasión de su vida un episodio de ansiedad o depresión, razón por la cual les sirvió como indicador para determinar el momento en el que se vieron inmersos en la misma situación durante esta estancia hospitalaria. (6) Varios de ellos fueron capaces de

reconocer la similitud de los síntomas y fueron interconsultados con psicología o psiquiatría en busca de una mejoría, sin embargo, no todo este grupo recibió un tratamiento acorde a su situación, de hecho, en varios casos sus diagnósticos no fueron registrados como afección secundaria o al egreso y no refieren haber recibido un apoyo para dicha situación. (14)

En un estudio realizado en el 2017 en el Hospital Juárez de México en los servicios de medicina interna y hematología se obtuvo como resultados no contar con una base en el cual se encuentren los pacientes ingresados cuya afección principal sea un trastorno del ánimo como la ansiedad o depresión.(1) A pesar de no contar con un programa que permita aplicar un tratamiento para estos pacientes, pudieron comprobar que a mayor ansiedad, mayor depresión lo que da paso a la posibilidad de encontrar un trastorno mixto generalizado que es diagnosticable por medio de varias escalas.(18)

Al igual que sucedió en el estudio ya mencionado, nuestro hospital tampoco cuenta con un programa que nos permita obtener una base de datos ampliada o concreta de pacientes con estas patologías, por lo que, es de suma importancia el elaborar programas de intervención cognitivo conductual, que les permita a los pacientes hospitalizados contar con las herramientas para poder controlar estos problemas emocionales, ya que si no llevan un tratamiento adecuado esto pueden incidir en su recuperación y pobre adherencia a la terapia médica.(19)

Según Anguiano, el primer paso para poder ayudarles a que su estancia hospitalaria sea corta es poder detectar a tiempo los estados emocionales al momento de encontrarse hospitalizado, ya que existe evidencia empírica

sobre cómo estas emociones influyen en la recuperación del paciente, retardando así la buena evolución del cuadro clínico.(1)

La terapéutica de los pacientes fue mayormente considerada para aquellos que referían tener cuadros de ansiedad acompañados con abstinencia, alteraciones del sueño, taquicardia y ataques de pánico. (20) Sin embargo, en aquellos cuyo cuadro no se veía reflejado con sintomatología orgánica no recibieron un tratamiento que considere su esfera psíquica como parte fundamental de su recuperación. (21) Cabe mencionar que aquellos pacientes que recibieron el apoyo de la terapia psicológica o psiquiátrica refieren en su evolución mejorar la sintomatología y posteriormente disminuir sus niveles de depresión y ansiedad. (22)

CAPITULO IV:

CONCLUSIONES Y RECOMENDACIONES

Los resultados del estudio reflejan que la prevalencia de los trastornos de ansiedad, depresión y trastornos mixtos son muy bajas. Los registros de las bases de datos adquiridas evidencian que hay de un 3% a un 5% de estas patologías al largo del periodo 2022 – 2023. Lo que nos llevaría a desmentir la hipótesis de nuestro trabajo investigativo que buscaba determinar si era altamente significativa la prevalencia de los trastornos de ánimo en los pacientes que se encuentran hospitalizados en el área de medicina interna en el Hospital general guasmo sur y que su atención o tratamiento oportuno influía de manera positiva y relevante en la recuperación integral de los mismos. Mas, este trabajo se realizó dando lectura a cada una de las historias clínicas y de las evoluciones de los pacientes donde se descubrió que presentaban criterios diagnósticos para categorizarlos como pacientes con depresión y ansiedad durante su estancia hospitalaria, no obstante, no en todos los casos se otorgó tratamiento necesario y a su vez no se hizo el respectivo registro de su CIE-10 en la base de datos del Hospital de modo que la prevalencia indicada no es real.

CONCLUSIONES

- En primera instancia se identificaron los factores de riesgo que propician el desarrollo de trastornos del ánimo durante la estancia hospitalaria, los más comunes por parte de los pacientes fueron: el ambiente hospitalario como causante de ansiedad, condición sociocultural baja, escasez de recursos económicos, desestructuración del núcleo familiar al no contar con un miembro que asuma la responsabilidad del paciente. Así como factores por parte de la casa de salud como la falta de rutas y protocolos para la activación de redes de apoyo por parte del equipo multidisciplinario, que pone en evidencia la falta de capacitación del personal. El sistema de salud público aún carece de interés en la salud mental como rol protagónico en la recuperación integral de los pacientes, lo que ocasiona que no se dé la debida atención a los mismos.
- Al identificar los factores de riesgo asociados al deterioro de la salud mental del paciente, se pudo determinar que aquellos pacientes que fueron interconsultados con especialistas culminaron con su recuperación de manera integral y óptima.
- El presente estudio evidenció tras la tabulación de la base de datos, que la mayor prevalencia de trastornos del ánimo corresponde al sexo femenino con un 60%, predominando el rango etario comprendido entre 35 y 40 años.
- El análisis de datos y la lectura de los archivos considerados en este estudio deja en evidencia que la prevalencia de trastornos del ánimo es significativa, sin embargo, el subregistro de datos clínicos dificultó la

obtención de resultados. Lo que nos lleva a enfatizar la importancia de crear consciencia en el ámbito de la salud mental.

RECOMENDACIONES

- Formar una red de apoyo para el paciente por medio de la interacción entre los pacientes para que puedan compartir experiencias y apoyarse mutuamente. Esto puede ser especialmente útil si están pasando por situaciones similares. También fomentar la participación de familiares y amigos en la atención del paciente. El apoyo de los seres queridos puede tener un impacto significativo en su estado emocional.
- Organizar actividades recreativas dentro del hospital, como clases de arte, música, yoga o ejercicios suaves dentro o fuera de sus ambientes que pueden ayudar a distraer y relajar a los pacientes.
- Proporcionar información clara y comprensible sobre la enfermedad y el proceso de tratamiento, esto puede ayudar a disminuir la ansiedad del paciente puesto que comprende el proceso por el que está pasando.
- Mayor preparación al personal de salud en la atención de pacientes de salud mental debido a que los síntomas en su mayoría son subjetivos y en muchas áreas médicas están acostumbrados a que los síntomas sean objetivos, evidentes o demostrables por imágenes o laboratorio. Esto va de la mano con crear un ambiente hospitalario más acogedor y confortable para el paciente.
- Proporcionar seguimiento a los pacientes por consulta externa, que reciban apoyo continuo después de ser dados de alta del hospital

puede ser beneficioso para garantizar una transición exitosa y prevenir recaídas.

Importante adaptar las intervenciones según las necesidades individuales de cada paciente y trabajar en colaboración con un equipo multidisciplinario de atención médica, lo esencial es involucrar al bienestar de la salud mental como pieza indispensable en la medicina integral.

Referencias

1. Anguiano Serrano SA. Prevalencia de ansiedad y depresión en pacientes hospitalizados [Internet]. Centro de Documentación, Investigación y Difusión de Psicología Científica; 2017 [citado 2 de mayo de 2024]. Disponible en: <https://docs.bvsalud.org/biblioref/2018/06/905744/eureka-14-1-9>
2. Muñoz Najjar AO. Ansiedad y depresión en pacientes hospitalizados en dos hospitales de Arequipa, Perú [Internet]. [Arequipa, Perú]: Universidad Católica Santa María; 2019 [citado 2 de mayo de 2014]. Disponible en: <https://www.researchgate.net/publication/335201054>
3. Macías Carballo M. Trastornos de ansiedad: revisión bibliográfica de la perspectiva actual [Internet]. eNeurobiología. 2019 [citado 2 de mayo de 2024]. Disponible en: www.uv.mx/eneurobiologia/vols/2019/24/24.html
4. Noguera M. Predisposición para el desarrollo de trastornos de ansiedad y depresión en pacientes con hospitalización prolongada. septiembre de 2020;2:10-7.
5. Muñoz Monterroza D. Psicología y salud. En 2022 [citado 2 de mayo de 2024]. p. 18-21. Disponible en: <https://psicologiaysalud.uv.mx/index.php/psicysalud/issue/view/268/68>
6. Meza Arroyo KI. Esquemas maladaptativos tempranos y depresión en pacientes jóvenes hospitalizados. Diciembre del de 2019;27:3-4.
7. Álvarez de Mon Soto MA. Tratamiento de la depresión. Diciembre del de 2027;12(46):2731-42.
8. Casal Hechevarría M del C. Morbilidad psiquiátrica en los pacientes hospitalizados en medicina y cirugía [Internet] [Artículo de investigación]. [La Habana, Cuba]; 2019 [citado 2 de mayo de 2024]. Disponible en: <https://www.medigraphic.com/pdfs/invmed/cmqs-2019/cmqs191j.pdf>
9. DSM-5 Suplemento del manual diagnóstico y estadístico de trastornos mentales. en: quinta edición. 2018 [citado 2 de mayo de 2024]. Disponible en: https://dsm.psychiatryonline.org/pb-assets/dsm/update/DSM5Update_octubre2018_es.pdf
10. Duran-Badillo T. Depresión, ansiedad, función cognitiva y dependencia funcional en adultos mayores hospitalizados. 1 de febrero de 2021 [citado 2 de mayo de 2024];20. Disponible en: <https://dx.doi.org/10.6018/eglobal.422641>

11. Flores Mejía MF. Factores asociados al internamiento de pacientes con diagnóstico de trastorno límite de la personalidad y costos en la atención intrahospitalaria en la Unidad de Rehabilitación Psiquiátrica de los Servicios de Salud de Nuevo León. 2020; Disponible en: <https://hdl.handle.net/11285/637346>
12. Sapra A. Using Generalized Anxiety Disorder-2 (GAD-2) and GAD-7 in a Primary Care Setting. 21 de mayo de 2020;12(5). Disponible en: <https://pubmed.ncbi.nlm.nih.gov/32582485/>
13. Perrotta G. Anxiety Disorders: Definitions, Contexts, Neural Correlates And Strategic Therapy. 29 de marzo de 2019;6(1):3-12.
14. Quintero A. Ansiedad en el paciente prequirúrgico: un problema que nos afecta a todos. 7 de marzo de 2017;32:115-20.
15. Herskovic V. Somatización, ansiedad y depresión en niños y adolescentes. de enero del de 2020;31(2):183-7.
16. Yamamoto-Furusho JK. Escala de Ansiedad y Depresión Hospitalaria (HADS): Validación en pacientes mexicanos con enfermedad inflamatoria intestinal. octubre de 2018;41(8):477-82.
17. Iribarne C, Renner V. Trastornos del Ánimo y Demencia. Aspectos clínicos y estudios complementarios en el diagnóstico diferencial. En: Revista medica Clinica Las Condes [Internet]. 2020 [citado 2 de mayo de 2024]. p. 150-62. Disponible en: <https://www.sciencedirect.com/science/article/pii/S0716864020300134>
18. Lauro Roca LJ. Eficacia de la meditación trascendente – método xirione en reducción de ansiedad - estado en pacientes con trastorno mixto ansioso – depresivo. 28 de junio de 2018;3(2):55-62.
19. Salgado Ruiz A. Estrategia de Salud Mental del Sistema Nacional de Salud [Internet]. Noticia Contemporánea. 2022 [citado 2 de mayo de 2024]. Disponible en: https://d1wqtxts1xzle7.cloudfront.net/102152403/1989_9912_cc_13_1_e7-libre.pdf?1683911571=&response-content-disposition=inline-filename-Estrategia_de_Salud_Mental_del_Sistema_N.pdf&Expires=1714700330&Signature=Wxwvce9zgyJToQm0bPBWa21mGEFnOQStRpLcOMViugfUSPxPkkDv66x5SC-MF2uqZLmauY-8GVAsdVUTEy~CFaA-i0-
20. Villanueva Salazar RV. Efectos adversos en pacientes adultos mayores en tratamiento oncológico y su asociación con depresión [Internet]. [Lima, Perú]: Universidad Científica del Sur; 2021 [citado 2 de mayo de 2024]. Disponible en:

<https://repositorio.cientifica.edu.pe/bitstream/handle/20.500.12805/1862/TL-Villanueva%20R.pdf?sequence=7&isAllowed=y>

21. El papel de la depresión, la ansiedad, el estrés y la adhesión al tratamiento en la calidad de vida relacionada con la salud en pacientes en diálisis: revisión sistemática de la literatura. 11 de junio de 2014;34(5):637-57.
22. Jiménez Izarra C. Musicoterapia para el tratamiento de la ansiedad, depresión y somatizaciones Estudio de un caso [Internet]. 2017 [citado 2 de mayo de 2024]. Disponible en: <file:///C:/Users/valer/Downloads/8295.pdf>
23. Muñoz Monterroza D. Ansiedad y depresión en pacientes hospitalizados con diabetes mellitus tipo 2. En: investigacion en enfermeria imagen y desarrollo [Internet]. Colombia; 2020. Disponible en: <https://revistas.javeriana.edu.co/index.php/imagenydesarrollo/article/view/29761>
24. Polanco Zuleta, KM. Efecto del ejercicio físico sobre los síntomas depresivos en pacientes hospitalizados con depresión. 23 de junio de 2021;43:53-61.

Anexos

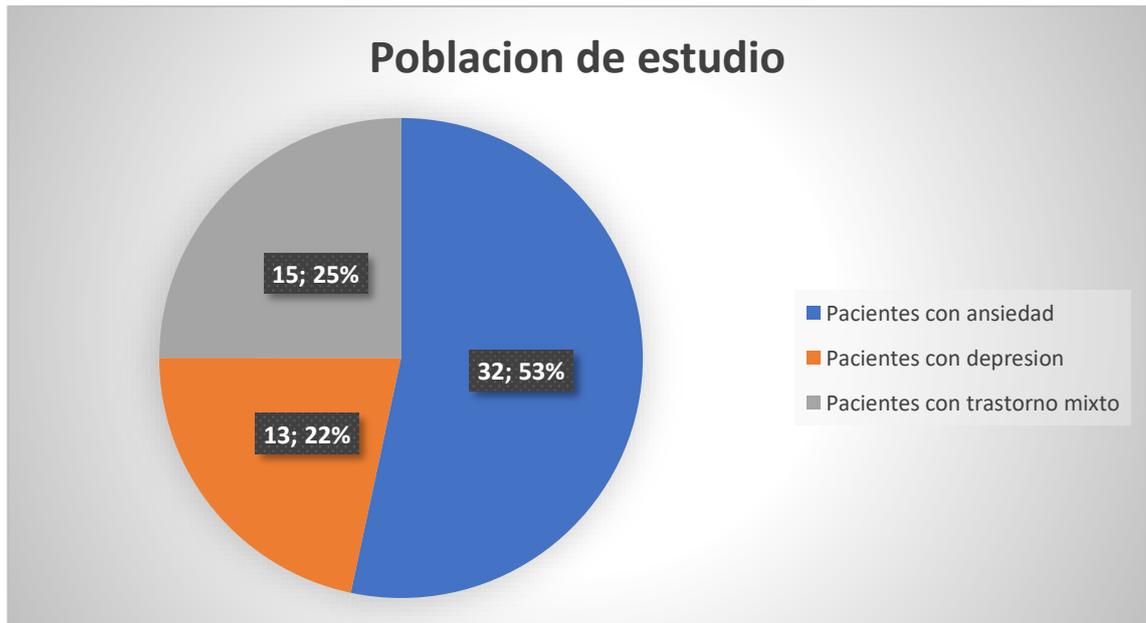


GRAFICO 1: Pacientes hospitalizados que presentaron trastornos del ánimo en el área de medicina interna

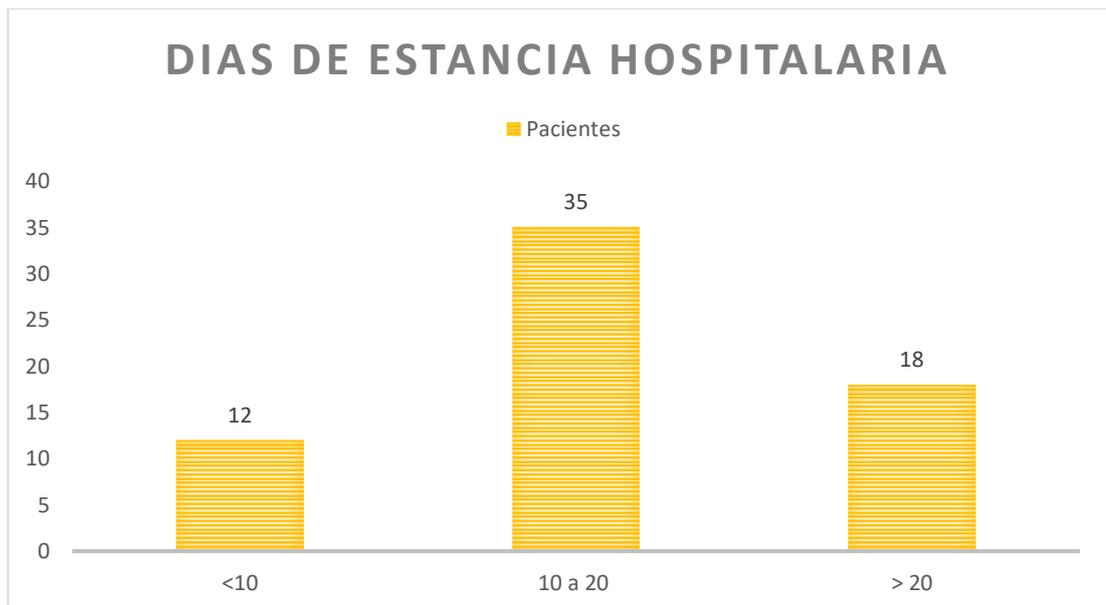


GRAFICO 2: Días estancia hospitalaria de la población estudiada



**Presidencia
de la República
del Ecuador**



**Plan Nacional
de Ciencia, Tecnología,
Innovación y Saberes**



DECLARACIÓN Y AUTORIZACIÓN

Nosotras, **Cedeño Villamar, Any Lace** con C.C: **1311503419** y **Durango Benavides, Genesis Valeria** con C.C: **0941069361** autor/a del trabajo de titulación: **Prevalencia de trastornos del ánimo y factores influyentes en la recuperación integral de pacientes hospitalizados en el área de medicina interna del hospital general Guasmo Sur durante el 2022 – 2023**, previo a la obtención del título de **Médico** en la Universidad Católica de Santiago de Guayaquil.

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

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

Guayaquil, 10 de mayo del 2023

f. 

Cedeño Villamar Any Lace
C.C: 1311503419

AUTORES

f.  

Durango Benavides Genesis Valeria
C.C: 0941069361

REPOSITORIO NACIONAL EN CIENCIA Y TECNOLOGÍA

FICHA DE REGISTRO DE TESIS/TRABAJO DE TITULACIÓN

TEMA Y SUBTEMA:	Prevalencia de trastornos del ánimo y factores influyentes en la recuperación integral de pacientes hospitalizados en el área de medicina interna del hospital general Guasmo Sur durante el 2022 – 2023.		
AUTOR(ES)	Durango Benavides, Genesis Valeria Cedeño Villamar, Any Lace		
REVISOR(ES)/TUTOR(ES)	Dr. Verdezoto Mendoza, Héctor Arístides		
INSTITUCIÓN:	Universidad Católica de Santiago de Guayaquil		
FACULTAD:	Facultad de Ciencias Médicas		
CARRERA:	Medicina		
TITULO OBTENIDO:	Médico		
FECHA DE PUBLICACIÓN:	10 de mayo de 2024	No. DE PÁGINAS:	31
ÁREAS TEMÁTICAS:	Psiquiatría, Medicina Interna, trastornos de salud mental		
PALABRAS CLAVES/ KEYWORDS:	Trastornos del Ánimo, Ansiedad, Depresión, Hospitalizados, Recuperacion Integral		
RESUMEN: Introducción: Los trastornos del estado de ánimo son una problemática, en varios casos crónica, que acarrea problemas desmedidos en la población hospitalizada, es importante mencionar que el Ecuador como medio de caos y conflictos hacen del contexto de nuestros pacientes una realidad más oscura, por ende, los pacientes pueden experimentar problemas de salud mental que pueden ser trascendentales en su mejoría o decadencia. Resultados: Se registró un total de 70000 ingresos hospitalarios en el área de medicina interna del Hospital General Guasmo Sur de los cuales 65 correspondieron a pacientes que desarrollaron durante su estancia hospitalaria un trastorno del estado de ánimo aparte del motivo por el cual fueron ingresados que requirieron una interconsulta con el servicio de psiquiatría. Los registros de las bases de datos adquiridas reportan un cálculo de prevalencia aproximado del 9% referente al fenómeno de estudio, no obstante, no en todos los casos se otorgó tratamiento necesario y a su vez no se hizo el respectivo registro de su CIE-10 en la base de datos. Conclusión: El sistema de salud público aún carece de interés en la salud mental como rol protagónico en la recuperación integral de los pacientes, lo que ocasiona que no se dé la debida atención a los mismos.			
ADJUNTO PDF:	<input checked="" type="checkbox"/> SI	<input type="checkbox"/> NO	
CONTACTO CON AUTOR/ES:	Teléfono: +593 9878637900	E-mail: genesis.durango@cu.ucsg.edu.ec	
CONTACTO CON LA INSTITUCIÓN (COORDINADOR DEL PROCESO UTE):	Nombre: Vásquez Cedeño Diego Antonio		
	Teléfono: +593-982742221		
	E-mail: diego.vasquez@cu.ucsg.edu.ec		
SECCIÓN PARA USO DE BIBLIOTECA			
Nº. DE REGISTRO (en base a datos):			
Nº. DE CLASIFICACIÓN:			
DIRECCIÓN URL (tesis en la web):			