



UNIVERSIDAD CÉSAR VALLEJO

FACULTAD DE CIENCIAS MÉDICAS

ESCUELA ACADÉMICO PROFESIONAL DE MEDICINA

Perfil clínico-epidemiológico del trastorno depresivo mayor en adultos.

Centro médico Ascope. 2008- 2018.

TESIS PARA OBTENER EL TÍTULO PROFESIONAL DE:

Médico cirujano

AUTORA:

Rivas Navarro, Helen Esther (ORCID: 0000-0001-8410-9342)

ASESORA:

Dra. Goicochea Ríos Evelyn del Socorro (ORCID: 0000-0001-9994-9184)

LÍNEA DE INVESTIGACIÓN:

SALUD MENTAL

TRUJILLO-PERÚ

2019

DEDICATORIA

A Dios...

Por ser mi guía y principal fuente de fortaleza cuando el camino se tornaba difícil, y por haberme escogido como aliada en su misión de preservar vidas, por medio de esta noble carrera.

Gracias, Padre Celestial, por mi vida y por la vida de quienes confiarán su salud en mis manos. No te defraudaré.

A mis padres, Lidia Navarro y Salomón Rivas...

A ellos les debo todo lo que soy ahora. Gracias por el esfuerzo, sacrificio y apoyo a lo largo de todos estos años, y por darme la más grande herencia de mi vida: ser médica. Este logro es nuestro.

Con amor y gratitud:

Rivas Navarro, Helen Esther.

AGRADECIMIENTO

A mis asesores:

Gracias, Dra. Evelyn del Socorro Goicochea Ríos, y Mg. Jessica Ericka Vicuña Villacorta, por todo su tiempo, paciencia, consejos y dedicación, ya que gracias a su ayuda y conocimientos, pude llegar a concluir con éxito este trabajo de investigación.

Gracias también a todos los docentes de mi Alma Máter, la Universidad César Vallejo, ya que gracias a sus invaluable enseñanzas, logré obtener y fortalecer los conocimientos que me permitieron llegar hasta aquí.

A todos ustedes, infinitas gracias.

Rivas Navarro, Helen Esther.

PÁGINA DEL JURADO



UNIVERSIDAD CÉSAR VALLEJO

PROGRAMA ACADÉMICO DE INVESTIGACIÓN
JORNADA DE INVESTIGACIÓN N° 2

ACTA DE SUSTENTACIÓN

El Jurado encargado de evaluar el Trabajo de Investigación, PRESENTADO EN LA MODALIDAD DE: **Desarrollo del Proyecto de Investigación.**

Presentado por don (a)

Helen Esther Rivas Navarro

Cuyo Título es: *Perfil Clínico - epidemiológico del Trastorno Depresivo Mayor en adultos Cebsa Médica Ascope 2008 - 2018*

Reunido en la fecha, escuchó la presentación y la resolución de preguntas por el estudiante, otorgándole el calificativo de: *17* (número) *Diecisiete* (letras).

Trujillo *7* de *octubre* del 2019

[Signature]
PRESIDENTE
Dr. Aureo F. Campos Gil
MEDICO - CIRUJANO
C.M.P. 17155

[Signature]
SECRETARIO
Alberto L. Amigo Corea
MEDICO CIRUJANO
CMP 33559

[Signature]
VOCAL

NOTA: En el caso de que haya nuevas observaciones en el informe, el estudiante debe levantar las observaciones para dar el pase a Resolución.

DECLARATORIA DE AUTENTICIDAD

DECLARATORIA DE AUTENTICIDAD

Yo, Helen Esther Rivas Navarro, con DNI N° 71095957, estudiante de la Escuela de Medicina de la Universidad César Vallejo, a efecto de cumplir con las disposiciones vigentes del reglamento de Grados y Títulos, declaro bajo juramento que todos los datos e información que acompañan a la tesis titulada: PERFIL CLÍNICO-EPIDEMIOLÓGICO DEL TRASTORNO DEPRESIVO MAYOR EN ADULTOS. CENTRO MÉDICO ASCOPE. 2008- 2018, son originales, han sido redactados siguiendo las normas de Vancouver, no contiene plagio total ni parcial, ni ha sido publicada a la fecha. Así mismo los resultados son reales y fidedignos.

Por lo antes indicado, asumo la responsabilidad que corresponda de haber falseado información o haber cometido plagio, sometiéndome a las normas académicas de la universidad.

Trujillo, Octubre del 2019.



Helen Esther Rivas Navarro

DNI: 71095957

PRESENTACIÓN

Señores miembros del jurado:

En cumplimiento del Reglamento de Grados y Títulos de la Universidad César Vallejo, pongo a considerar la tesis: **PERFIL CLÍNICO-EPIDEMIOLÓGICO DEL TRASTORNO DEPRESIVO MAYOR EN ADULTOS. CENTRO MÉDICO ASCOPE. 2008- 2018**, la misma que someto a vuestra consideración para su revisión y aprobación de creerlo pertinente.

LA AUTORA

ÍNDICE

Dedicatoria.....	ii
Agradecimiento	iii
Página del jurado	iv
Declaratoria de autenticidad	v
Presentación.....	vi
Índice	vii
RESUMEN	viii
ABSTRACT	ix
I. INTRODUCCIÓN	01
1.1 Realidad Problemática.....	01
1.2 Trabajos previos	02
1.3 Teorías relacionadas al tema	04
1.4 Formulación del problema.....	07
1.5 Justificación del estudio	08
1.6 Hipótesis.....	08
1.7 Objetivos.....	08
II. MÉTODO.....	09
2.1 Diseño de investigación.....	09
2.2 Variables, operacionalización.....	09
2.3 Población y muestra	11
2.4 Técnicas e instrumentos de recolección de datos	11
2.5 Métodos de análisis de datos	12
2.6 Aspectos éticos	12
III. RESULTADOS	13
IV. DISCUSIÓN	18
V. CONCLUSIONES	23
VI. RECOMENDACIONES.....	24
REFERENCIAS	25
ANEXOS	30

RESUMEN

Se realizó un estudio descriptivo simple, que tuvo como objetivo determinar el perfil clínico-epidemiológico del trastorno depresivo mayor, en los adultos hospitalizados en el Centro Médico Ascope, 2008- 2018. La técnica de investigación fue la revisión por inspección directa de las historias clínicas de las personas atendidas por trastorno depresivo mayor, en el centro médico de Ascope, teniendo como instrumento un formulario de recolección de datos, que fue de creación de la autora. La muestra estuvo conformada por la totalidad de 89 adultos con trastorno depresivo, hospitalizados en el Centro Médico Ascope, en el período 2008- 2018, y se obtuvo como principales resultados que el 48.3% presentaron episodio depresivo grave sin síntomas psicóticos; 38.2% estaba bajo estrés; 65.2% eran mujeres; el 65.2% tenían empleo; el 64% eran adultos jóvenes. Se concluyó que el tipo de depresión predominante fue el de episodio depresivo grave sin síntomas psicóticos, cuyos factores predisponentes fueron el ser de sexo femenino, estar bajo situación de estrés crónico, estar casado, el ser de clase social media, tener estudio superior universitario, poseer empleo y tener entre 20 y 40 años; además, se halló poca relación entre los antecedentes familiares y el padecimiento de los pacientes, y la mayoría de éstos tenían un tiempo de enfermedad menor a seis meses, y no habían sido hospitalizados en ocasiones previas.

Palabras clave: Trastorno depresivo mayor, depresión, adulto.

ABSTRACT

A simple descriptive study was carried out to determine the clinical-epidemiological profile of major depressive disorder in adults hospitalized at the “Centro Médico Ascope”, 2008-2018. The research technique used was the direct inspection review of clinical histories of people treated for major depressive disorder at the “Centro Médico Ascope”. A data collection form, created by the author, was used as an instrument. The sample consisted of 89 adults with depressive disorder hospitalized at the “Centro Médico Ascope” from 2008 to 2018. Results: 48.3% of the patients presented severe depressive episodes without psychotic symptoms, 38.2% were under stress, 65.2% were women, 65.2% were employed and 64% were young adults. It was concluded that the severe depressive episode without psychotic symptoms of depression was the predominant type of depression, and its predisposing factors were being female, being under chronic stress, being married, belonging to the middle class, having completed university studies, being employed and being between 20 and 40 years old. In addition, the family history and condition of the patients were found to be unrelated, most of the patients suffered from the illness for less than six months and had not been previously hospitalized.

Keywords: Major depressive disorder, depression, adult.

I. INTRODUCCIÓN

1.1. REALIDAD PROBLEMÁTICA

El trastorno depresivo mayor es una patología multifactorial con un cuadro clínico heterogéneo, que actualmente es nominada como un problema de salud pública mundial, a consecuencia de su elevada prevalencia a lo largo de la vida, así como a la importante discapacidad y elevado costo social que genera (1).

Esta patología supone un obstáculo innegable para que las personas lleguen a ser lo que se han propuesto, ya que al afectar la salud mental de los pacientes, les impide superar los problemas cotidianos y nos les permite continuar trabajando con sus metas y objetivos de vida, generando así que la productividad disminuya y se evidencie una falta de compromiso con el desarrollo de su sociedad. El resultado: pacientes frustrados, sumergidos en la pobreza y en un ambiente de violencia, en conjunto con la incapacidad de desarrollarse como individuos y de lograr sus fines trazados. (2)

En nuestro país se han realizado estudios que evidencian que hasta el 37% de nuestra población puede sufrir un trastorno mental a lo largo de su existencia, con una prevalencia del 14.2% en la Costa peruana, 16.2% en la Sierra, y 21.4% en la Selva. (3)

Por lo anterior es que se destaca que el trastorno depresivo es una patología cada vez más frecuente y notable, que precipita la detención del desarrollo y desenvolvimiento en el ámbito profesional, familiar y social, entre otros, conllevando a una notoria discapacidad y empobrecimiento, aún más en la población económicamente productiva y activa, como lo son las personas adultas, por estas razones que nace la necesidad de estudiar a mayor profundidad a los factores relacionados con esta enfermedad, la misma que, según la OMS, aumentará su tendencia en años venideros, posicionándose como una de las principales patologías del nuevo decenio.

1.2. TRABAJOS PREVIOS

Llanes Y (Cuba. 2015), en su estudio evaluó a 73 pacientes durante la fase aguda de la esquizofrenia e identificaron las características psicosociales y clínicas que podrían estar relacionadas con la depresión. Aquí se encontró que el 35.6% de ellos presentó sintomatología significativa de depresión. El 45.2% de ellos poseía antecedentes familiares patológicos de trastornos psiquiátricos, y un 49.3% tenía algún ser querido fallecido. El 50.7% estaba pasando por alguna situación estresante (problemas económicos, familiares, o la crisis psiquiátrica actual), y un 57.5% tenían hijos. 25.6 años fue la edad promedio del inicio de la enfermedad. Asimismo, se encontró asociación significativa entre depresión y separación de los seres queridos (69.2%). (4)

Rueda M, et al (Colombia. 2008), en un estudio transversal sobre trastorno depresivo mayor y factores asociados, con 1.505 adultos seleccionados al azar, encontró que un total de 328 personas tenían Síntomas Depresivos de Importancia Clínica (SDIC), con un 11.2% de prevalencia de trastorno depresivo mayor. También se encontró asociación entre SDIC con el sexo femenino, la historia personal y familiar de cefalea crónica diaria, las pérdidas recientes significativas, historia de intento de suicidio y tener dificultades familiares o laborales; el mayor nivel académico tuvo una asociación negativa. (5)

Contreras E (Perú. 2018), investigó al respecto de los factores que se asocian a la depresión hospitalaria en pacientes adultos de un centro hospitalario de Lima, que tuvo como muestra a 99 pacientes, encontrando que los factores sociodemográficos fueron el ser mujer (OR: 2.66), vivir sin compañía (OR:3.5), y clínicamente se asoció a la diabetes mellitus tipo 2 ($p=0.011$), concluyendo así que existen diferentes factores involucrados en la presencia de la depresión y deberían ser estimados al momento del ingreso del paciente a un hospital. (11)

Vilchez J, et al (Perú. 2017), realizó un estudio sobre asociación entre deterioro cognitivo y trastorno depresivo, en Ica, Ucayali y Lima, en 267 adultos mayores, con edades de $75,4 \pm 7,6$ años. El 58,4% de ellos eran varones; 58% de ellos estaban casados y el 21% eran viudos. Los puntajes de la escala de Yesavage (GDS) indicó que el 64% se encontraban deprimidos y los puntajes del test de Pfeiffer, evidenciaron que el 36,3% tenían deterioro cognitivo.

También se encontró asociación entre la depresión en ancianos y la edad, siendo más frecuente entre los 80 y 84 años, seguido de quienes se encontraban entre los 85 y 89 años, existiendo sintomatología depresiva en ocho de cada diez de los participantes. A su vez, la probabilidad aumentó en un 91% en aquellos que tenían entre 80 y 89 años, comparado con los menores de 70 años. El deterioro cognitivo se asoció en 2,10 veces más en aquellos con depresión severa, y se asoció en un 67% con el hecho de ser procedente de la Selva. (6)

Martina M, et al (Perú. 2017), en su investigación decidieron estimar la prevalencia de TDM y los factores asociados a la misma, para lo cual utilizaron la base de datos de la encuesta demográfica y de salud familiar (ENDES), mediante un análisis transversal simple, determinaron una prevalencia del 14% de depresión de un total de 11411 adultos mayores, encontrando factores asociados como el sexo femenino (OR: 1,92), analfabeto (OR:2.63), soltero (OR: 1.32), edad >75 años (OR: 1,56), pobreza (OR: 2.3), y padecer de algún tipo de discapacidad o minusvalía (OR: 2.63), concluyendo que la prevalencia es significativa en la población adulta, y los factores predisponentes son diversos. (8)

Sosa R (Perú. 2017), en su estudio sobre asociación entre insomnio, depresión y ansiedad en pacientes oncológicos del Hospital de alta complejidad Virgen de la Puerta, Trujillo, encontró que el 29.71% de los pacientes oncológicos tenían depresión, y de estos, el 65% presentaban insomnio. (7)

Matutti M, et al (Perú. 2016), con la finalidad de describir y analizar la prevalencia y factores asociados a depresión, ejecutó un estudio de revisión sistemática que incluyó a 15 estudios, los cuales involucraron a 300 pacientes deprimidos de un centro psiquiátrico limeño. Entre sus resultados muestran a la edad (OR:1.1), el sexo femenino (OR: 2.3), el uso de medicamentos de larga data (OR:1.2), además de las comorbilidades como diabetes, hipertensión y artrosis, concluyendo que existen factores sociodemográficos y clínicos asociados a depresión (10).

Rivera J (Perú. 2015), estudió de forma transversal a 52 pacientes hospitalizados en un hospital limeño, en donde el 61.5% eran mujeres. La prevalencia de depresión fue del 48%, en donde se asoció el ser mujer, menor grado de instrucción ($p<0.05$), dejando de lado el

estado civil ($p>0.05$), concluyendo que existe una prevalencia alta de depresión en pacientes hospitalizados. (9)

1.3. TEORÍAS RELACIONADAS AL TEMA

La depresión es un trastorno mental que se caracteriza por un conjunto de síntomas, cuyo predominio es afectivo (12). Es la causa más frecuente de discapacidad a nivel mundial, estimándose alrededor de 300 000 de personas las cuales viven con depresión (13). Los síntomas abarcan la desesperanza, impotencia generada por las exigencias de la vida, irritabilidad, anhedonia, tristeza patológica, apatía y una subjetiva sensación de malestar. También existen síntomas de índole cognitiva, somática y volitiva, pudiéndose hablar de una afectación global física y psíquica, en la cual la esfera afectiva es la que subyace principalmente afecta (14). Actualmente se ha reportado un incremento en el 18% de la prevalencia desde la última década (13).

El diagnóstico probable de un trastorno depresivo, suele plantearse por la presencia de deterioro en el aspecto personal, lentitud psicomotriz, voz con tono bajo, tristeza en las facies, llanto espontáneo o fácil, atención disminuida, ideas pesimistas, sueño alterado y quejas somáticas no específicas (15). Este trastorno, puede hallar su inicio independientemente del grupo etario, sin embargo, encuentra su mayor prevalencia entre los 15 y 45 años, y es por ello que en la educación genera un gran impacto, así como en las relaciones personales, el funcionamiento y la productividad. Así mismo, la sintomatología del trastorno puede variar según el grupo etario: los síntomas en los jóvenes afectados suelen ser fundamentalmente comportamentales, mientras que en los adultos mayores estos son síntomas predominantemente somáticos (16, 17).

Entre las variables conocidas, que se correlacionan con el incremento de la predisposición de padecer depresión, tenemos a factores genéticos, familiares, cognitivos, personales y sociales. Dentro de estos dos últimos se destacan el consumo de tabaco y alcohol, las enfermedades crónicas físicas y mentales, la pobreza y variadas circunstancias laborales (como el estar desempleado, tener alguna discapacidad o tener baja laboral por maternidad o enfermedad). El sexo femenino, por sí, también ha sido referido como un factor de riesgo

para la depresión; los estudios indican que la incidencia de depresión varía entre un 10 y 25% en mujeres y solo hasta el 12% en los hombres (18-20).

Estudios sugieren que también se presenta a temprana edad; de hecho, en este grupo etario la prevalencia de suicidio es comparable a la de los adultos mayores, y fisiopatológicamente se produce una hiperactividad del factor liberador de corticotropina hipotalámica en modo de respuesta al estrés. Así mismo, en los adultos jóvenes se reconocen factores como el abuso infantil, por lo que las vivencias de la edad temprana, serían la base para el desarrollo de síntomas de depresión en la edad incluso más adulta (19).

Además de la edad, y los factores ya mencionados, el estrés crónico y el estado civil (soltero, divorciado o viudo), además del hecho de estar expuesto a diversas adversidades a lo largo de la vida, podrían conllevar un mayor riesgo de depresión. El ser descendiente de un paciente con depresión (especialmente si es de primer grado) coloca al individuo dentro del grupo de riesgo alto, no solo para enfermedades psiquiátricas, sino también somáticas, las mismas que aparecen a temprana edad y persisten en la vida adulta (21,22).

Pero no todo es vivencial, pues también las mismas comorbilidades deterioran el estado mental del paciente y podrían conducirlo a un estado depresivo profundo; dentro de ellas tenemos a la ansiedad, los ataques de pánico, cefaleas del tipo migraña o tensionales crónicas, alteraciones cardiovasculares de larga data (como la insuficiencia cardíaca), y otras enfermedades más prevalentes y crónicas (hipertensión, diabetes, trastornos de la función tiroidea), las mismas que conducen a un estado depresivo debido a que el paciente sentirá que debe apegarse a un tratamiento, y será consciente de su deterioro con el pasar de los años (23, 24).

Así mismo, la depresión tiene repercusiones desfavorables no solo en la calidad de vida, sino que también puede conducir a resultados mortales; es así que las personas que padecen depresión, tienen un riesgo de suicidio cuatro veces mayor que las personas que no la presentan, y éste es veinte veces mayor en los que padecen depresión grave (25). La ideación suicida y los pensamientos de muerte recurrentes son frecuentes, variando desde pensamientos transitorios sobre el hecho de suicidarse o la planificación al respecto, hasta la

creencia certera de que los otros estarían mejor si uno muriese. Las motivaciones para este fin, incluyen el deseo de darse por vencido ante un hecho percibido como un obstáculo sin salvación o un anhelo intenso de culminar con un muy doloroso estado emocional (20). La mortalidad se estima en el 15% de los pacientes con depresión por cualquier causa (26).

El trastorno depresivo mayor (TDM) es caracterizado por la presencia de cinco o más de los síntomas implicados (el ánimo deprimido o la pérdida de interés para experimentar placer (o la incapacidad de la misma), deben estar presentes), durante dos semanas como mínimo, acompañados de una variación notable del estado previo del paciente afectado (26). Para el diagnóstico se debe cerciorar que los síntomas no sean producto de efectos directos iatrogénicos de alguna sustancia como medicamentos o droga, o por alguna enfermedad en curso, y tampoco se deben explicar por la presencia de duelo (aquí se considera normal la presencia de estos síntomas hasta los dos primeros meses luego del fallecimiento de un ser querido) (8).

En cuanto al estado de ánimo deprimido, este es durante la mayor parte del día, casi todos los días, y hace referencia al sentimiento inequívoco de desesperanza, abatimiento, tristeza y desánimo. Puede haber también una alta irritabilidad, con insultos, episodios de ira o frustración exagerada. También encontramos la reducción manifiesta del interés o de la capacidad para experimentar placer en todas o casi todas las actividades; hay menos disfrute de las actividades que antes les parecían placenteras, y hay carencia de deseos e interés sexuales, además de evidente retraimiento social (9)

Existe también una pérdida importante de peso (sin necesidad de regímenes dietéticos), o aumento, en un mes, de más del 5% del peso corporal. También el apetito aumenta o disminuye de forma variable casi todos los días (26). Así también pasan por insomnio o hipersomnia casi a diario, siendo más característico el insomnio, además de enlentecimiento o agitación psicomotriz casi todos los días, evidenciable por terceros (9). También experimentan fatiga o percepción de pérdida de energía casi a diario. Manifiestan agotamiento sin necesidad de hacer ejercicio físico, y tareas como lavarse o vestirse, puede significar un esfuerzo grande, llegando incluso al punto de verse reducida la eficacia para llevar a cabo estas actividades (8).

A diario están presentes los sentimientos de excesiva o inapropiada culpabilidad. Existen evaluaciones poco realistas y negativas del valor propio, e incluso preocupaciones acerca de errores pequeños cometidos en el pasado. También está presente un sentimiento de responsabilidad exagerado por cada adversidad que se presente. A su vez, encontramos disminución de la concentración o de la capacidad para pensar, casi a diario (9).

Las bases fisiológicas de la depresión radican en diferentes teorías; por un lado, la disminución de la liberación de noradrenalina (NA) ha sido un enfoque claro para la creación de los antidepresivos tricíclicos, que inhiben la recaptación de esta molécula; otra evidencia es el hecho de que la reserpina, un fármaco antihipertensivo, produce disminución de monoaminas, provocando el surgimiento de síntomas depresivos; también, en el líquido cefalorraquídeo de pacientes depresivos se han evidenciado concentraciones reducidas de marcadores indirectos de los niveles de NA, así como de sus metabolitos; finalmente, estudios postmortem en el córtex de víctimas suicidas con un diagnóstico establecido previo de depresión, revelan un incremento de la densidad de los receptores de NA en dicha zona (27). Otra molécula importante es la serotonina (5HT), y su disminución ha sido encontrada en víctimas de suicidio, por lo que se han creado fármacos que inhiben selectivamente la recaptación de esta a nivel del espacio sináptico (28).

Finalmente se han encontrado valores aumentados de los marcadores inflamatorios como interleucina 1 y 6, además de la proteína C reactiva, así como también mayor concentración de Factor de Necrosis Tumoral en pacientes deprimidos, lo cual hace pensar que en la depresión también existe una respuesta inflamatoria (29).

1.4. FORMULACIÓN DEL PROBLEMA

¿Cuál es el perfil clínico-epidemiológico del trastorno depresivo mayor, en adultos hospitalizados del Centro Médico Ascope, 2008- 2018?

1.5. JUSTIFICACIÓN

En la actualidad la depresión, y más específicamente, el trastorno depresivo mayor, constituye un gran problema de salud que día a día va aumentando en frecuencia, afectando no solo el equilibrio emocional de quien la padece, sino también varios aspectos de su vida tales como sus relaciones interpersonales, su rendimiento laboral, su vida familiar y personal, y tiene gran repercusión no solo en la salud mental de quien la padece, sino también en su economía. Por otro lado, desafortunadamente hoy en día se ha descuidado en gran medida la salud mental, y no se le ha dado la atención que se merece, prefiriendo en reiteradas ocasiones solucionar problemas físicos antes que preocuparnos por el equilibrio bio-psico-social que define al término “salud”. Todo lo anterior se ve reflejado en casos de depresión mayor en adultos y adultos mayores que conllevan a episodios de intentos de suicidio, algunos de los cuales se llegan a concretar, con cada vez más frecuencia, y esto se torna preocupante puesto que son hechos que se podrían evitar si se les diera la relevancia necesaria, con una adecuada detección e intervención médica tempranas. Por todo lo anterior es que he optado por tratar este tema, para así conocer un poco más acerca de este problema poco abordado en nuestro país, y así poder enfrentarlo de una forma más eficaz.

1.6. HIPÓTESIS

Tácita

1.7. OBJETIVOS

1.7.1. Objetivo general:

- Determinar el perfil clínico- epidemiológico del trastorno depresivo mayor, en los adultos hospitalizados en el Centro Médico Ascope, 2008- 2018.

1.7.2. Objetivos específicos:

- Identificar los grados de depresión en pacientes atendidos en el Centro Médico Ascope. 2008- 2018.
- Evaluar el perfil epidemiológico del trastorno depresivo mayor, en pacientes hospitalizados en el Centro Médico Ascope. 2008- 2018.
- Identificar los antecedentes familiares de depresión en la población estudiada.

	Antecedente personal de algún familiar con trastorno depresivo mayor.	1. Sí hay antecedente de familiar con TDM. 2. No hay antecedente de familiar con TDM	Cualitativa nominal
	Antecedente de haber padecido de depresión en el pasado.	1.Sí 2.No	Cualitativa nominal
	Modificables		
	Estado civil	1. Soltero/a 2. Casado/a 3. Conviviente 4. Viudo/a 5. Divorciado/a	Cualitativa nominal
	Nivel socioeconómico	1. Alto. 2. Medio. 3. Bajo.	Cualitativa nominal
	Situación laboral	1.Con empleo 2.Sin empleo	Cualitativa nominal
	Grado de instrucción	1. Inicial. 2. Primaria. 3. Secundaria. 4. Superior univ. 5. Superior no univ.	Cualitativa nominal
	Situaciones predisponentes	1. Alcoholismo o abuso de sustancias tóxicas. 2. Violencia intrafamiliar. 3. Estrés crónico. 4. Otros.	Cualitativa nominal

2.3. POBLACIÓN Y MUESTRA:

Población y muestra: 89 adultos con trastorno depresivo, hospitalizados en el Centro Médico Ascope, en el período 2008- 2018.

Unidad de análisis: Cada paciente adulto con trastorno depresivo mayor, atendido durante el período de estudio.

Unidad de muestra: Cada historia clínica de cada adulto con trastorno depresivo mayor, hospitalizado en el Centro Médico Ascope, durante los años 2008- 2018.

CRITERIOS DE SELECCIÓN:

Criterios de inclusión:

- Que sea un adulto con diagnóstico de trastorno depresivo mayor.
- Que haya sido hospitalizado en el Centro Médico Ascope durante el período 2008-2018.
- Con historia clínica completa.
- De ambos sexos.

Criterios de exclusión:

- Pacientes con retardo mental
- Con trastornos auditivos (sordera) y/o visuales (ceguera)
- Pacientes con otros diagnósticos psiquiátricos.

2.4. TÉCNICAS E INSTRUMENTOS DE RECOLECCIÓN DE DATOS

Técnica: Se hizo uso de la revisión por inspección directa de las historias clínicas de las personas atendidas por trastorno depresivo mayor, en el centro médico de Ascope.

Instrumento: De creación propia de la autora, que se encuentra en el anexo 01, consigna datos específicos sobre las características clínicas y epidemiológicas de cada paciente.

Procedimiento:

1. Se solicitó al Director del centro médico de Ascope, la autorización necesaria para ingresar a archivo de las historias clínicas.
2. Tras encontrar las historias clínicas y proseguir con su revisión individual, se recolectó la data de interés, para su análisis estadístico.
3. Todos estos datos fueron añadidos a la ficha del ANEXO 01.

2.5. MÉTODOS DE ANÁLISIS DE DATOS

Se realizó un análisis descriptivo de los datos de cada sub variable, y se procedió a la elaboración de tablas y gráficos estadísticos usando el programa SPSS 25.0 versión para Windows, y los datos analizados se representaron mediante porcentajes; luego de esto se realizó la respectiva interpretación de cada una de las tablas, lo cual nos permitió comparar los resultados con diferentes trabajos nacionales e internacionales.

2.6. ASPECTOS ÉTICOS

Esta investigación se llevó a cabo manteniendo y respetando los preceptos éticos de las declaraciones internacionales dirigidas a la investigación, como lo es la Declaración de Helsinki y con el respectivo cumplimiento de sus artículos (30). También se incluyó la ley de protección de Datos Personales (Ley N° 29733), incluida en la Norma Técnica de Salud para la Gestión de la Historia Clínica, que señala que en todo momento se debe respetar el derecho de aquellos que son investigados en preservar su identidad, manteniendo la confidencialidad de sus características personales, reduciendo mínimamente probables efectos negativos producto del estudio. (31)

III. RESULTADOS

TABLA 01: GRADO DE DEPRESIÓN EN PACIENTES ATENDIDOS EN EL CENTRO MÉDICO ASCOPE. 2008- 2018.

	N°	%
Episodio depresivo grave sin síntomas psicóticos	43	48,3
Episodio depresivo con síntomas psicóticos	30	33,7
Episodio depresivo leve	7	7,9
Episodio depresivo moderado	5	5,6
Episodio depresivo sin especificación.	3	3,4
Otros episodios depresivos	1	1,1
Total	89	100,0

Fuente: Formulario de recolección de datos.

En la tabla 01 se evidencia que la mayoría de pacientes hospitalizados en el Centro Médico Ascope, entre los años 2008- 2018, presentaron episodio depresivo grave sin síntomas psicóticos (48.3%), seguido de episodio depresivo con síntomas psicóticos, en un 33.7%.

TABLA 02: CARACTERÍSTICAS CLÍNICAS Y EPIDEMIOLÓGICAS SEGÚN GRADO DE DEPRESIÓN, EN PACIENTES HOSPITALIZADOS EN EL CENTRO MÉDICO ASCOPE. 2008- 2018.

	CIE 10											
	F32.0		F32.1		F32.2		F32.3		F32.8		F32.9	
Situaciones predisponentes												
Alcoholismo y abuso de sustancias tóxica	1	16.7%	0	0.0%	3	50.0%	2	33.3%	0	0.0%	0	0.0%
Estrés crónico	3	8.8%	2	5.9%	16	47.1%	11	32.4%	0	0.0%	2	5.9%
Problemas económicos	3	15.0%	3	15.0%	9	45.0%	4	20.0%	0	0.0%	1	5.0%
Violencia intrafamiliar	0	0.0%	0	0.0%	0	0.0%	2	100.0%	0	0.0%	0	0.0%
Otros	0	0.0%	0	0.0%	15	55.6%	11	40.7%	1	3.7%	0	0.0%
Sexo												
Femenino	4	6.9%	4	6.9%	31	53.4%	15	25.9%	1	1.7%	3	5.2%
Masculino	3	9.7%	1	3.2%	12	38.7%	15	48.4%	0	0.0%	0	0.0%
Antecedente familiar												
No	6	7.3%	5	6.1%	40	48.8%	27	32.9%	1	1.2%	3	3.7%
Si	1	14.3%	0	0.0%	3	42.9%	3	42.9%	0	0.0%	0	0.0%
Estado civil												
Casado	4	9.3%	1	2.3%	24	55.8%	14	32.6%	0	0.0%	0	0.0%
Conviviente	1	7.7%	0	0.0%	5	38.5%	6	46.2%	0	0.0%	1	7.7%
Divorciada	1	33.3%	1	33.3%	1	33.3%	0	0.0%	0	0.0%	0	0.0%
Soltera	1	4.3%	3	13.0%	11	47.8%	7	30.4%	0	0.0%	1	4.3%
Viuda	0	0.0%	0	0.0%	2	28.6%	3	42.9%	1	14.3%	1	14.3%
Nivel socioeconómico												
Bajo	0	0.0%	0	0.0%	2	100.0%	0	0.0%	0	0.0%	0	0.0%
Medio	6	7.4%	4	4.9%	39	48.1%	28	34.6%	1	1.2%	3	3.7%
Alto	1	16.7%	1	16.7%	2	33.3%	2	33.3%	0	0.0%	0	0.0%
Situación laboral												
Con empleo	5	8.6%	4	6.9%	30	51.7%	17	29.3%	0	0.0%	2	3.4%
Sin empleo	2	6.5%	1	3.2%	13	41.9%	13	41.9%	1	3.2%	1	3.2%
Grado de instrucción												
Primaria completa	0	0.0%	0	0.0%	1	100.0%	0	0.0%	0	0.0%	0	0.0%
Secundaria completa	0	0.0%	2	6.5%	16	51.6%	12	38.7%	1	3.2%	0	0.0%
Superior no universitario	0	0.0%	2	28.6%	2	28.6%	3	42.9%	0	0.0%	0	0.0%
Superior universitario	7	14.0%	1	2.0%	24	48.0%	15	30.0%	0	0.0%	3	6.0%
Total	7	7.9%	5	5.6%	43	48.3%	30	33.7%	1	1.1%	3	3.4%

Fuente: Formulario de recolección de datos.

En la tabla 02, se evidencia que el estrés fue la situación más predisponente para adquirir trastorno depresivo (38.2%), y en ellos, el 47.1% tenía diagnóstico de episodio depresivo grave sin síntomas psicóticos. La situación menos predisponente fue violencia intrafamiliar (2.2%). A su vez, la mayoría de personas con trastorno depresivo, eran del sexo femenino (65.2%), y de éstas, el 53.4% tenía el diagnóstico de episodio depresivo grave sin síntomas psicóticos.

Asimismo, la mayoría de pacientes estudiados no poseían antecedentes familiares de trastorno depresivo (92.1%), y de ellos, también la mayoría (48.8%) tenían episodio depresivo grave sin síntomas psicóticos.

Las personas casadas presentaron trastorno depresivo en un 48.3%, y de ellas, la mayoría tenía episodio depresivo grave sin síntomas psicóticos. Los divorciados tuvieron el menor porcentaje de depresión (3.37%).

Por otro lado, los pacientes con nivel socioeconómico medio fueron los que obtuvieron el mayor porcentaje de trastorno depresivo (91%), y de ellos, el tipo de depresión predominante fue el episodio depresivo grave sin síntomas psicóticos. Las personas con nivel socioeconómico bajo fueron los que menos episodios depresivos tuvieron (2.2%).

Con respecto a la situación laboral, las personas con empleo fueron las que tuvieron el mayor porcentaje de depresión (65.2%), y de éstas, la mayoría también poseía episodio depresivo grave sin síntomas psicóticos.

Por otro lado, la mayoría de personas con depresión tenían estudio superior universitario (56.2%), y el tipo de depresión que más predominó fue el episodio depresivo grave sin síntomas psicóticos (48%). A esto le siguió el tener secundaria completa (34.8%). Solo un paciente con depresión tuvo primaria completa (1.1%).

TABLA 03: FRECUENCIA DE TRASTORNO DEPRESIVO, SEGÚN GRUPO ETARIO (PACIENTES HOSPITALIZADOS EN EL CENTRO MÉDICO ASCOPE. 2008- 2018.)

GRUPO ETARIO	Frecuencia	Porcentaje	Porcentaje válido	Porcentaje acumulado
20-40 años	57	64,0	64,0	64,0
41-59 años	17	19,1	19,1	83,1
≥ 60 años	15	16,9	16,9	100,0
Total	89	100,0	100,0	

Fuente: Formulario de recolección de datos.

En la tabla 03 se muestra que el 64% de los pacientes con trastorno depresivo, eran adultos jóvenes (edad de 20 a 40 años), seguido de los adultos maduros, con el 19.1% (edades de 41 a 59 años); solo el 16.9% pertenecían al grupo etario de adultos mayores (60 años o más), los cuales constituyeron la minoría.

TABLA 04: TIEMPO DE ENFERMEDAD DE LOS PACIENTES CON TRASTORNO DEPRESIVO. CENTRO MÉDICO ESSALUD ASCOPE. 2008- 2018.

TIEMPO DE LA ENFERMEDAD		Frecuencia	Porcentaje	Porcentaje válido	Porcentaje acumulado
Válido	Entre 6 meses y un año	12	13,5	13,5	13,5
	Más de un año	23	25,8	25,8	39,3
	Menos de 6 meses	54	60,7	60,7	100,0
	Total	89	100,0	100,0	

Fuente: Formulario de recolección de datos.

En esta tabla se pone de manifiesto que la mayoría de pacientes con trastorno depresivo (60.7%) tenían un tiempo de enfermedad menor de 6 meses; el 25.8% de los pacientes tenía más de un año de enfermedad, mientras que la minoría (13.5%) tenían un tiempo de enfermedad de entre 6 meses a un año.

TABLA 05: DISTRIBUCIÓN DE PACIENTES CON TRASTORNO DEPRESIVO, SEGÚN ANTECEDENTE DE HOSPITALIZACIONES PREVIAS POR EL MISMO DIAGNÓSTICO. CENTRO MÉDICO ESSALUD ASCOPE. 2008- 2018.

VECES	Frecuencia	Porcentaje	Porcentaje válido	Porcentaje acumulado
0	64	71,9	71,9	71,9
1	10	11,2	11,2	83,1
2	11	12,4	12,4	95,5
3	4	4,5	4,5	100,0
Total	89	100,0	100,0	

Fuente: Formulario de recolección de datos.

En esta última tabla se evidencia que esta era la primera vez, de la mayoría de los pacientes estudiados, que se atendían por trastorno depresivo (71.9%), mientras que el 12.4% ya había sido atendido en dos ocasiones, y el 11.2% ya había sido atendido una vez en el pasado, con diagnóstico de Trastorno Depresivo, respectivamente.

Solo 4.5% ya habían tenido 3 a más episodios de depresión.

IV. DISCUSIÓN

El presente estudio evaluó las historias clínicas de 89 pacientes adultos, con trastorno depresivo, hospitalizados en el Centro Médico EsSalud Ascope, en el período 2008- 2018. A continuación, se discutirán los resultados obtenidos:

En la tabla 01, se evidencia que la mayoría de pacientes hospitalizados en el Centro Médico Ascope, entre los años 2008- 2018, padecieron de episodio depresivo grave sin síntomas psicóticos (48.3%), mientras que la minoría posee otros episodios depresivos (1.1%). Estos datos se relacionan con lo expuesto teóricamente en el manual de psiquiatría de Kaplan³², en donde se acota que el grupo mayoritario de pacientes hospitalizados que padecen de trastorno depresivo mayor, lo han desarrollado en el grado de episodio depresivo mayor sin síntomas psicóticos. Sin embargo, en un estudio epidemiológico realizado con una población de grupos etarios similares, en Colombia, por el Sistema Integral de Información de la Protección Social³³, decantó un resultado diferente, siendo la variante predominante de este trastorno la de depresión moderada, que en el presente estudio solo alcanzó un 5.6% del total. Esta variación puede deberse a diversos factores, entre ellos, las diferencias socioculturales que afianzan la presencia de esta patología, y el hecho de que no se explicita si el trabajo ha sido realizado en pacientes de consulta externa, hospitalizados o de ambos, lo cual no nos permite concluir con certeza al respecto.

En la tabla 02, se evidenció que el estrés fue la situación más predisponente para padecer de trastorno depresivo (38.2%), y de estos, el 47.1% poseía el diagnóstico de episodio depresivo grave sin síntomas psicóticos. La situación menos predisponente fue violencia intrafamiliar (2.2%). Este hallazgo concuerda con el obtenido por Llanes Y⁴, en cuyo estudio clínico – epidemiológico, realizado en el hospital del Este, en La Habana- Cuba, en el año 2015, encontró que el 50.7%, de un total de 73 pacientes con trastorno depresivo mayor, estaba pasando por alguna situación estresante, resaltando también los problemas económicos como otro aspecto predisponente de gran importancia. Estos resultados demuestran un núcleo común: el estrés en uno de los factores predisponentes más importantes para el padecimiento y la respectiva exacerbación del trastorno depresivo mayor, tanto en países latinos como del Caribe, que, con gran probabilidad, comparten aspectos similares en sus características demográficas y socioculturales. Además, la relación estrecha, entre el estrés y el diagnóstico

de episodio depresivo grave sin síntomas psicóticos, que abarca a su vez, la mayoría de los casos encontrados en el presente estudio, demuestran una dualidad de causa y efecto sobre la cual, sería importante incidir en el campo de la salud pública, aún más, existiendo precedentes iguales, en poblaciones similares a la nuestra.

A su vez, la mayoría de personas con trastorno depresivo, eran del sexo femenino (65.2%), y de éstas, el 53.4% poseía el diagnóstico de episodio depresivo grave sin síntomas psicóticos. Este resultado es similar al obtenido en el estudio transversal de Rueda M, et al⁵, realizado en Colombia, en el año 2008, con una muestra de 1505 personas, en donde se halló una gran asociación entre el padecimiento de síntomas depresivos de importancia clínica, con el sexo femenino. También el resultado fue similar en el ámbito nacional, dado que el estudio observacional y analítico, realizado en el año 2008, por Contreras E⁶, que involucró a 99 pacientes hospitalizados en el servicio de medicina interna del Centro Médico Naval “Cirujano Mayor Santiago Távara”, reveló que el sexo femenino es uno de los principales factores sociodemográficos predisponentes de trastorno depresivo mayor. Este hallazgo, se repitió en los resultados obtenidos por Sosa R⁷, en su estudio observacional prospectivo, realizado en el año 2017, con una muestra de 88 pacientes oncológicos del Hospital Virgen de la Puerta en Trujillo, y Martina M, et al⁸ (Perú, 2017), en conjunto con todos los otros estudios citados anteriormente. Pese a que la mayoría de estos estudios nacionales fueron realizados en Lima, es de destacar que las poblaciones trabajadas son similares, inclusive, con la de los estudios internacionales.

Así mismo, la mayoría de pacientes estudiados no poseían antecedentes familiares de trastorno depresivo (92.1%), y de ellos, también la mayoría (48.8%) tenía episodio depresivo grave sin síntomas psicóticos. Hubo gran diferencia con lo hallado por Llanes Y⁴ (Cuba, 2015), en cuyo estudio se evidenció que el 45.2% de los pacientes poseía antecedentes familiares patológicos de trastornos psiquiátricos. Es importante esta comparación, puesto que en esta patología siempre estará en perpetuo debate el tema de una posible agregación familiar o un rasgo genético heredable que potencie la probabilidad de padecer depresión. Varios estudios han intentado demostrar la relación entre la herencia familiar y el trastorno depresivo mayor, sin embargo, el resultado obtenido en este estudio, parece ir en contra de estos postulados. De igual manera, no hay que olvidar ciertos factores que podrían haber

afectado este hallazgo, tales como el que se pueda haber obviado datos hereditarios en algunas historias clínicas, por diversas circunstancias.

Las personas casadas eran los que tenían más porcentaje de trastorno depresivo (48.3%), y de ellas, la mayoría tenía episodio depresivo grave sin síntomas psicóticos. Los divorciados tuvieron el menor porcentaje de depresión (3.37%). Estos resultados concuerdan con los obtenidos por Vilchez J, et al⁶, que en su estudio transversal analítico, realizado en Perú, en el año 2017, con una muestra de 267 adultos mayores con trastorno depresivo, se obtuvo que un 58% de los pacientes estaban casados. Por otro lado, están los hallazgos obtenidos por Martina M, et al⁸, quien en un análisis transversal simple realizado en Perú, en el año 2017, sobre una muestra probabilística de 11411 adultos mayores, encontró que la mayoría de los pacientes con trastorno depresivo mayor, eran solteros (OR: 1.32). Hay que destacar que la diferencia entre estos resultados, puede deberse a que en el estudio de Martina M, et al⁸, los pacientes eran exclusivamente adultos mayores, con lo cual la brecha etaria podría ser la responsable de la diferencia entre ambos resultados.

Por otro lado, los pacientes con nivel socioeconómico medio fueron los que obtuvieron el mayor porcentaje de trastorno depresivo (91%), y de ellos, el tipo de depresión predominante fue el episodio depresivo grave sin síntomas psicóticos. Las personas con nivel socioeconómico bajo fueron los que menos episodios depresivos tuvieron (2 pacientes). El estudio transversal simple de Martina M, et al⁸ (Perú, 2017), obtuvo como resultado, que los pacientes con trastorno depresivo mayor, con nivel socioeconómico bajo, fueron los que acapararon mayor porcentaje del total. Esta diferencia entre los resultados, puede deberse a que el presente estudio ha sido aplicado en EsSalud, en donde la mayoría de asegurados son de clase socioeconómica media, lo cual supone un contexto relativamente diferente del visto en el estudio previamente citado.

Con respecto a la situación laboral, las personas con empleo fueron las que tuvieron el mayor porcentaje de depresión (65.2%), y de éstas, la mayoría también poseía episodio depresivo grave sin síntomas psicóticos. Si bien es cierto, muchas veces se suele relacionar la falta de empleo como un desencadenante de trastornos depresivos; sin embargo, Ansoleaga E, et al³⁴, realizaron, en Costa Rica, en el año 2014, una revisión sistemática de estudios de cohorte

prospectivos, que involucró a ocho estudios que relacionaron factores psicosociales laborales, con depresión, y concluyeron que ciertos empleos con altas cargas laborales, pueden desencadenar mayor cantidad de episodios depresivos que las situaciones de desempleo, lo cual explicaría la razón de que en este estudio sean las personas con empleo las que presentaron el mayor porcentaje de depresión, debido a las situaciones de estrés crónico a las que éstas se enfrentan.

Por otro lado, la mayoría de personas con depresión tenían estudio superior universitario (56.2%), y el tipo de depresión que más predominó fue el episodio depresivo grave sin síntomas psicóticos (48%). A esto le siguió el tener secundaria completa (34.8%). Solo un paciente con depresión tenía únicamente primaria completa (1.1%). Esto también se relaciona con el párrafo anterior, debido a que es más probable que contraten a personas con estudios superiores, a que contraten a alguien sin estudios completos.

En la tabla 03, se muestra que el trastorno depresivo fue más frecuente en los adultos jóvenes (64%), seguido de los adultos maduros (19.1%), y solo el 16.9% de los pacientes estudiados pertenecían al grupo etario de adulto mayor. Esto coincidió con lo hallado por Llanes Y⁴ (Cuba, 2015), quien refiere como edad media a 25.6 años en su población estudiada. La temprana edad de inicio de esta enfermedad, usualmente se relaciona con una mayor gravedad de la misma, sin embargo, en estos casos, la edad media encontrada, podría también encajar en un contexto que relacione todos los otros ítems anteriormente descritos, es decir, tanto la edad (adultos jóvenes), el hecho de que la mayoría cuente con empleo y los factores predisponentes, tales como, estrés crónico y problemas económicos, podrían encuadrar un patrón característico en la población estudiada. Todo ello, podría traducirse en una población adulta joven, asediada por estrés laboral y financiero, cuyos problemas, terminan catalizando un episodio depresivo inmediato a corto plazo.

En la tabla 04, se pone de manifiesto que la mayoría de pacientes con trastorno depresivo (60.7%) tenían un tiempo de enfermedad menor de 6 meses; el 25.8% de los pacientes tenía más de un año de enfermedad, mientras que la minoría (13.5%) tenían un tiempo de enfermedad de entre 6 meses a un año. El tiempo de enfermedad corto (menor a 6 meses), podría estar íntimamente relacionado a un padecimiento unipolar nuevo, tal cual se muestra

dominante en los resultados de la primera tabla, mientras que los padecimientos mayores a un año y entre un año y seis meses, atienden más a trastornos depresivos recurrentes, los cuales, obedecen a ciertos factores orgánicos predisponentes que dificultan una respuesta adecuada al tratamiento convencional.³⁵

Finalmente, en la tabla 05, se evidencia que para la mayoría de pacientes estudiados era la primera vez que se atendían por trastorno depresivo (71.9%), mientras que el 12.4% ya había sido atendido en dos ocasiones más en el pasado por esta misma razón. Así mismo, 10 pacientes ya habían sido atendidos una vez en el pasado (11.2%), mientras que la minoría de pacientes (4.5%) ya habían tenido anteriormente 3 episodios más de depresión.

V. CONCLUSIONES

1. Predominó el episodio depresivo grave sin síntomas psicóticos.
2. El estrés crónico fue la situación predisponente más frecuente.
3. Las personas de sexo femenino, el grupo etario de 20 a 40 años, el estado civil casado y el nivel socioeconómico medio, fueron los más afectados por esta patología.
4. Predominó el tener estudio superior universitario y poseer empleo,
5. La mayoría tuvo un tiempo de enfermedad menor a seis meses, y no habían sido hospitalizados en previas ocasiones.

VI. RECOMENDACIONES

Dada la gran importancia que ha ido cobrando el campo de la salud mental a lo largo de los años, la necesidad de realizar estudios clínicos- epidemiológicos con periodicidad resulta indispensable, aún más sabiendo que la enfermedad aquí abarcada tiende a modificarse de acuerdo a los factores y condiciones socioculturales, que notoriamente, se hallan en perpetuo cambio.

Por ende, sería recomendable realizar tamizaje entre los adultos jóvenes sometidos a estrés y que tengan características demográficas similares a nuestro estudio, con la finalidad de prevenir y/o tratar de manera oportuna, la patología aquí estudiada.

REFERENCIAS:

1. Fried M, Nesse R. La depresión no es un síndrome consistente: Una investigación de patrones sintomáticos. *J Affect Disord* 2014; 172: 96-102.
2. Marcus M, Yasamy MT, Van Ommeren M, Chisholm D, Saxena S. Depression. Para preocupación de la salud pública global. OMS. 2012. [consultado el 05 de febrero de 2019]. Disponible en: www.who.int/mental_health/management/depression/who_paper_depression_wfmh_2012.pdf.
3. Instituto Especializado de Salud Mental “Honorio Delgado – Hideyo Noguchi”. Estudio epidemiológico metropolitano en salud mental 2002. Informe general. Lima: IESM HD-HN; 2006
4. Llanes Y, Barrios Y, Oliva I, De la Caridad Pimentel S, Calvo E. Depresión en pacientes con esquizofrenia ingresados en servicios de agudos del Hospital Psiquiátrico de La Habana. *Revista de Psicología*. 2015; 33(1): 137-8.
5. Rueda M, Díaz L, Rueda G. Prevalencia del trastorno depresivo mayor y factores asociados: un estudio poblacional en Bucaramanga (Colombia). *Rev Col Psiq*, 2008; 37(2): 159-168.
6. Vilchez J, Soriano A, Saldaña D, Acevedo T, Bendezú P, Ocampo B, et al. Asociación entre trastorno depresivo y deterioro cognitivo en ancianos de tres ciudades del Perú. *Acta méd. Perú*. 2017; 34(5): 266-72.
7. Sosa R. Asociación entre insomnio, ansiedad y depresión en pacientes oncológicos del Hospital de alta complejidad Virgen de la Puerta. [Tesis Doctoral]. Trujillo: Escuela Profesional de Medicina Humana, Universidad Privada Antenor Orrego. 2017.

8. Martina M, Ara M, Gutiérrez C, Nolberto V, Piscoya J. Depresión y factores asociados en la población peruana adulta mayor según la ENDES 2014-2015. *An Fac med.* 2017; 78(4): 393-7.
9. Rivera J. Prevalencia de depresión en pacientes hospitalizados en el servicio de medicina interna en un hospital nacional febrero 2015. (tesis Para optar el Título Profesional de Médico Cirujano). 2015. Universidad Nacional Mayor De San Marcos. Lima-Perú.
10. Matutti M, Tipismana O. Prevalencia de depresión mayor en adultos mayores atendidos ambulatoriamente en un hospital de lima metropolitana. *Interacciones.* 2016; 2(2): 171-87.
11. Contreras E. Factores asociados a la ansiedad y depresión hospitalaria en pacientes ingresados al Servicio de Medicina Interna del Centro Médico Naval “Cirujano Mayor Santiago Távara” Octubre-Diciembre 2017. (Tesis Para optar el título profesional de Médico Cirujano). 2018. Universidad Ricardo Palma. Lima-Perú.
12. Malhi G, Mann J. Depression. *Lancet.* 2018;392(10161):2299-2312.
13. Calderón D. Epidemiología de la depresión en el adulto mayor. *Rev Med Hered.* 2018; 29(3): 182-91.
14. Grupo de trabajo de la Guía de Práctica Clínica sobre el Manejo de la Depresión en el Adulto. Ministerio de Sanidad, Servicios Sociales e Igualdad. Agencia de Evaluación de Tecnologías Sanitarias de Galicia. 2014: 35-41.
15. Mandich V, Grinspun F, Muzio R. Biología del Comportamiento: Trabajo Práctico - Psicobiología de la Depresión. *Revista de la Universidad de Buenos Aires.* 2011; 1(9):1-3
16. Álvarez F, Álvarez A, Escalante C, Faizal E. Auditoría médica y epidemiología. Ediciones ECOE. Bogotá. 2009.

17. Escobar B. MA, Botigué S. T, Jurschik G. P, Nuin O. C, Blanco B. J. Sintomatología depresiva en ancianos. La influencia del género. Rev española de geriatría y Gerontología. 2013; 48(2): 59-64.
18. Sarró M, Ferrer A, Rando Y, Formiga F, Rojas-Ferreras S. Depresión en ancianos: prevalencia y factores asociados. Semergen Medicina Familiar. 2013; 39(7): p. 354-360.
19. Aziz R, Steffens D. What are the causes of late life depression? Psychiatr Clin North Am. 2013; 36(4): 497-516.
20. Raue PJ, Ghesquiere AR, Bruce ML. Suicide risk in primary care: identification and management in older adults. Curr Psychiatry Rep. 2014; 16(9):466.
21. Almeida OP, Hankey GJ, Yeap BB, Golledge J, Flicker L. Depression as a modifiable factor to decrease the risk of dementia. Transl Psychiatry. 2017;7(5):e1117.
22. Baader M. T, Molina JL, Venezian B S, Rojas C. C, Farías S. R, Backenstrass M, et al. Validación y utilidad de la encuesta PHQ-9 (Patient Health Questionnaire) en el diagnóstico de depresión en pacientes usuarios de atención primaria en Chile. Revista Chilena Neuro-Psiquiatría. 2012; 50(1): p. 10-22.
23. Hashem AH, Nashreldin M, Gomaa MA, Khalaf O. Late versus early onset depression in elderly patients: vascular risk and cognitive impairment. Curr Aging Sci. 2017;10(3):211-216.
24. Bouma, M, Ormel, E. Stressful life events and depressive problems in early adolescent boys and girls: The influence of parental depression, temperament and family environment. J of Affective Disorders 2013; 105: 185 -93.
25. Nair MK. Adolescent suicide: characterizing the need and identifying the predictive factors for preventive consultation or hospitalization in a rural community setting. Int J Adolesc Med Health. 2013; 25(1):81-6.

26. Brière FN. Reciprocal prospective associations between depressive symptoms and perceived relationship with parents in early adolescence. *Can J Psychiatry*. 2013; 58(3):169-76.
27. Pérez R. Tratamiento farmacológico de la depresión: actualidades y futuras direcciones. *Revista de la Facultad de Medicina de la UNAM*. 2017; 60(5): 7-16.
28. Nautiyal K, Hen R. Serotonin receptors in depression: from A to B. Version 1. *F1000Res*. 2017; 6: 123.
29. Miller A, Raison C. The role of inflammation in depression: from evolutionary imperative to modern treatment target. *Nat Rev Immunol*. 2016;16(1):22-34.
30. Declaración de Helsinki de la Asociación Médica Mundial. Principios éticos para las investigaciones médicas en seres humanos. Ginebra, 2008.
31. Resolución Ministerial. Norma Técnica de Salud para la Gestión de la Historia Clínica. MINSA. N°214:1. 2018. Disponible en: https://cdn.www.gob.pe/uploads/document/file/187992/187487_R.M_214-2018-MINSA2.pdf20180823-24725-1ufma50.pdf
32. Sadock B. Kaplan y Sadock – Manual de Psiquiatría clínica. 6ta ed. Barcelona: Walters Kluwer; 2019. Página 215.
33. Ministerio de Salud. Boletín de salud mental – Depresión. Bogotá: MINSALUD; 2017. Boletín n°1. Disponible en: <https://www.minsalud.gov.co/sites/rid/Lists/BibliotecaDigital/RIDE/VS/PP/ENT/boletín-depresion-marzo-2017.pdf>
34. Ansoleaga M, et al. Depresión y condiciones de trabajo. *Rev. Cost. Psi*. 2014; 33(1). Páginas 1 – 14. Disponible en: <http://www.redalyc.org/pdf/4767/476747237004.pdf>

35. Dunner D. Preventing recurrent depression: long-term treatment for major depressive disorder. *Prim Care Companion J Clin Psychiatry*. 2007;9(3):214–223. Disponible en:<https://www.ncbi.nlm.nih.gov/pmc/articles/PMC1911177/pdf/i1523-5998-9-3-214.pdf>

ANEXOS

ANEXO 01:

FORMULARIO PARA RECOLECTAR DATOS

N° de Historia Clínica:

Datos clínicos:

Diagnóstico:

CIE 10:

Tiempo de enfermedad:

Menos de 6 meses () Entre 6 meses y un año () Más de un año ()

Situaciones predisponentes:

Alcoholismo o abuso de sustancias tóxicas ()

Violencia intrafamiliar () Estrés crónico () Otros ()

Edad: años

Sexo: Masculino () Femenino ()

Antecedente de haber padecido depresión en el pasado:

Sí () No ()

Especificar N° de veces:

Datos epidemiológicos:

Antecedente de algún familiar con trastorno depresivo mayor:

Sí ()

No ()

Especificar:

Estado civil:

Casado(a) ()

Soltero(a) ()

Conviviente ()

Viudo(a) ()

Divorciado(a) ()

Nivel socioeconómico:

Alto ()

Medio ()

Bajo ()

Situación laboral:

Con empleo ()

Sin empleo ()

Grado de instrucción (marcar solo lo que se ha completado):

Inicial ()

Primaria ()

Secundaria ()

Superior universitario ()

Superior no universitario ()

ANEXO 02:

ACTA DE APROBACIÓN DE ORIGINALIDAD DE TRABAJO ACADÉMICO



UNIVERSIDAD CÉSAR VALLEJO

ANEXO 01

ACTA DE APROBACIÓN DE ORIGINALIDAD TRABAJO ACADÉMICO

Yo, Edelyn Gorka Ríos docente de la facultad Odontología y Escuela Profesional Medicina de la universidad César vallejo Trujillo (Precisar filial o sede). dejo constancia por la tesis "Perfil clínico-epidemiológico del síndrome depresivo en mujeres en adultos. Centro Médico Ascope. 2008-2018", del (de la) estudiante Helen Esther Rivas Navarro, constato que la investigación tiene un índice de similitud de 19% Verificable en el reporte de originalidad del programa Turnitin. (Dicamare)

El / la suscrito (a) analizó dicho reporte y concluyo que cada una de las coincidencias detectadas no constituyen plagio. A mi leal saber y entender la tesis cumple con normas para el uso de citas y referencias establecidas por la Universidad César Vallejo.



Lugar y fecha: 28 octubre 2019

Firma [Signature]
Nombres y Apellidos del (de la) docente Gorka Ríos Edelyn
DNI: 7370413

CAMPUS TRUJILLO
Av. Laredo 1770.
Tel. (044) 485 000. Aox. 7000.
Fax. (044) 485 019

fb/ucv-peru
@ucv-peru
#saliradelante
ucv.edu.pe

ANEXO 03:
REPORTE DE ORIGINALIDAD DE TURNITIN

TESIS LISTA

INFORME DE ORIGINALIDAD

19%	16%	7%	17%
INDICE DE SIMILITUD	FUENTES DE INTERNET	PUBLICACIONES	TRABAJOS DEL ESTUDIANTE

FUENTES PRIMARIAS

1	www.scielo.org.pe Fuente de Internet	3%
2	cybertesis.unmsm.edu.pe Fuente de Internet	2%
3	Submitted to Universidad de San Martín de Porres Trabajo del estudiante	1%
4	documents.mx Fuente de Internet	1%
5	es.scribd.com Fuente de Internet	1%
6	Submitted to Universidad de San Martín de Porres Trabajo del estudiante	1%
7	Submitted to Universidad Internacional de la Rioja Trabajo del estudiante	1%
8	Submitted to Universidad Nacional de Tumbes Trabajo del estudiante	

ANEXO 04:

**AUTORIZACIÓN DE PUBLICACIÓN DE TESIS EN REPOSITORIO
INSTITUCIONAL UCV**

Autorización de Publicación de Tesis en Repositorio Institucional UCV

Yo Helen Esther Rivas Navarro....., identificado con DNI ()
OTRO () Nº: 71095957....., egresado de la Escuela Medicina..... de la
Universidad César Vallejo, autorizo la divulgación y comunicación pública de mi trabajo de
investigación titulado.....
Perfil clínico-epidemiológico del trastorno Depresivo Mayor
en adultos. Centro médico Ascope. 2018......
..... en el Repositorio
Institucional de la UCV (<http://dspace.ucv.edu.pe/>), según lo estipulado en el Decreto Legislativo
822, Ley sobre Derecho de Autor, Art. 23 y Art. 33

Observaciones:

.....
.....
.....



FIRMA

DNI: 71095957

FECHA: 27/10/2019

ANEXO 05:

AUTORIZACIÓN DE LA VERSIÓN FINAL DEL TRABAJO DE INVESTIGACIÓN



UNIVERSIDAD CÉSAR VALLEJO

AUTORIZACIÓN DE LA VERSIÓN FINAL DEL TRABAJO DE INVESTIGACIÓN

CONSTE POR EL PRESENTE EL VISTO BUENO QUE OTORGA EL ENCARGADO DE INVESTIGACIÓN DE:

ESCUELA ACADÉMICO PROFESIONAL DE MEDICINA

A LA VERSION FINAL DEL TRABAJO DE INVESTIGACIÓN QUE PRESENTA:

RIVAS NAVARRO, Helen Esther

INFORME TITULADO:

PERFIL CLÍNICO-EPIDEMIOLÓGICO DEL TRASTORNO DEPRESIVO MAYOR EN ADULTOS. CENTRO MÉDICO ASCOPE. 2008- 2018.

PARA OBTENER EL GRADO O TÍTULO DE:

MÉDICO CIRUJANO

SUSTENTADO EN FECHA: 7 de octubre del 2019

NOTA O MENCIÓN: DIECISIETE (17) CON CERO DÉCIMOS (0) = 17


David Rodríguez Díaz
MÉDICO CIRUJANO
C.M.P. 46557

FIRMA DEL ENCARGADO DE INVESTIGACIÓN

