

# Evaluación de la depresión en pacientes hospitalizados por distintas enfermedades médicas en la ciudad de Bucaramanga

Diana María Agudelo Vélez,<sup>1</sup> Lina Marcela Lucumí Acelas y  
Yannin Juliana Santamaría Quiroga.  
Pontificia Universidad Bolivariana - Bucaramanga (Colombia)

Recibido: 26/03/08    Aceptado: 04/04/08

## Resumen

El presente estudio pretendió evaluar la presencia de depresión en pacientes hospitalizados por distintas enfermedades médicas, en una muestra de 82 pacientes con un rango de edades entre 22 y 76 años, a quienes se les aplicó el Inventario de Depresión de Beck (BDI-II) y la escala de Ansiedad y Depresión Hospitalaria (HADS). Los datos fueron procesados a través SPSS 11.5, el cual arrojó los siguientes resultados: 1) Una prevalencia del 41.5% de depresión en la muestra, de acuerdo con el BDI-II. 2) Una prevalencia de trastorno depresivo del 11% de la muestra según el HADS. 3) Mayor prevalencia de síntomas somático-motivacionales, frente a los síntomas cognitivo-afectivos. Estos hallazgos corresponden a lo referido en la literatura al señalar la alta prevalencia de depresión en contexto hospitalario; igualmente, confirma la importancia de la evaluación de síntomas cognitivo-afectivos para determinar la presencia o no de episodios depresivos en este tipo de pacientes.

Palabras Clave: depresión, enfermedad médica, pacientes hospitalizados, inventario de depresión de beck, escala de depresión y ansiedad hospitalaria.

## Abstract

The aim of this study was to evaluate the level of depression in patients hospitalized with different illnesses. A sample was taken of 82 patients of ages ranging from

---

<sup>1</sup> Dirección de correspondencia:  
E-mail: dagudelo@upbga.edu.co

22 to 76, to whom the Beck Depression Inventory (BDI-II) and the Hospital and Anxiety Depression Scale (HADS) were applied. The data were processed with SPSS 11.5, which produced the following results: 1) A prevalence of 41.5% depression in the sample according to BDI-II. 2) A prevalence of depressive dysfunction of 11% in the sample, according to the HADS. 3) higher prevalence of somatic-motivational symptoms compared with cognitive-affective symptoms. These findings correspond to those mentioned in publications, highlighting the high prevalence of depression in hospitals; equally, they confirm the importance of the evaluation of cognitive-affective symptoms to determine the presence or otherwise of depression in this type of patient.

Key words: depression, medical illness, hospitalized patients, inventory of depression of beck, scale of depression and hospital anxiety.

### Resumo

O presente estudo pretendeu avaliar a presença de depressão em pacientes hospitalizados por diferentes doenças médicas numa amostra de 82 pacientes com uma categoria de idades entre 22 e 76 anos, a que se aplicou o Inventário de Depressão de Beck (BDI-II) e a escala de Ansiedade e Depressão Nos Hospitais (HADS). Os dados foram processados através do SPSS 11.5 o qual apresentou os seguintes resultados: 1) uma prevalência do 41.5% de depressão na amostra de acordo com o BDI-II. 2) uma prevalência de transtorno depressivo de 11% da amostra segundo o HADS. 3) Maior prevalência de sintomas somático-motivacionais frente aos sintomas cognitivo-afetivos. Estes achados correspondem ao referido na literatura ao sinalar a alta prevalência de depressão em contexto nos hospitais, igualmente, confirma a importância da avaliação de sintomas cognitivo-afetivos para determinar a presença ou não de episódios depressivos neste tipo de pacientes.

Palavras chave: depressão, doença, pacientes hospitalizados, inventário de depressão de beck, escala de depressão e ansiedade hospital.

### Introducción

Los trastornos depresivos son un problema de salud pública, debido no sólo a su alta prevalencia, sino también a las repercusiones que traen consigo a nivel físico, psicológico, social y económico (Andrews, Sanderson, Slade y Issadikis, 2000). Por otro lado, aunque son poco mortales, son estimados como discapacitantes, considerándose de esta manera como una de las mayores cargas de

enfermedad tanto en países desarrollados, como en países en vías de desarrollo, debido a la combinación de la alta prevalencia, el nivel de afectación en el funcionamiento, la aparición en edades tempranas y el curso altamente recurrente (Ayuso, 2004); además, su tasa de discapacidad supera algunas enfermedades crónicas, tales como: la hipertensión, la artritis, la diabetes y el dolor lumbar (Henningsen, Zimmerman y

Sattel, 2003; Ustun y Sartorius, 1995). Así, se estima que la depresión será en el 2020 la segunda causa de morbilidad a nivel mundial, seguida de las enfermedades isquémicas cardíacas (Michaud, Murray Bloom, 2001). En el marco de esta preocupación, el Ministerio de Protección Social, en Colombia, incluyó la salud mental dentro de sus objetivos principales (Restrepo, 2003), lo cual se refleja, en un principio, en el Estudio Nacional de Salud Mental 2003 (Posada, Aguilar, Magaña y Gómez, 2004), el cual, a pesar de las limitaciones señaladas por Urrego (2007), ha dado lugar a algunas políticas de salud, aunque sigan siendo limitadas e insuficientes.

Los hallazgos muestran que la prevalencia de la depresión en población general Europea es del 10.05%, para mujeres, y un 6.61%, para hombres; específicamente, en España es de un 5.5%, para mujeres, y 4.3%, para hombres (Ayuso et al, 2001). En Colombia las cifras son similares, en el estudio de Posada Aguilar, Magaña y Gómez (2004) se encontró una prevalencia de trastorno depresivo mayor de un 12.1%; de la misma forma, la OMS, en su encuesta multinacional en Colombia, reveló que el 10% de la muestra presentó episodio depresivo durante el último año (Gómez, Bohórquez, Pinto, Gil, Rondon y Díaz, 2004). Por lo anterior, se señala que su presentación es frecuente en la población general. No obstante, los datos indican que la prevalencia se incrementa en el ámbito hospitalario y de atención primaria (Goodwin, Kroenke, Hoven y Spitzer, 2003; MacHale, 2002).

La relación entre enfermedad médica y depresión ha sido abordada por múltiples autores, encontrándose varias vías de relación. De acuerdo con Goodwin, Kroenke, Hoven y Spitzer (2003), la comorbilidad entre enfermedad física y depresión puede

entenderse en la línea de que la condición física causa la depresión, o también que la condición física desarrolla o incrementa la depresión; por otro lado, puede entenderse a partir de una causa común (duelo o estrés) que causan ambas condiciones, y, finalmente, como dos situaciones concurrentes, pero no relacionadas. Con respecto a las cifras, Katon (2003) encontró que mientras en población general la prevalencia fue de entre 3-5%, en los pacientes hospitalizados se incrementaba hasta entre un 10-14%. Por su parte, Cassem (1995) anota que en algunos grupos puede incrementarse esta cifra en un 50%, dependiendo de la complejidad de la enfermedad general y la discapacidad asociada. Goodwin, Kroenke, Hoven y Spitzer (2003) indican que de hecho hay enfermedades médicas donde la prevalencia de la depresión es mayor que en otras. Por ejemplo, en la diabetes, las enfermedades cardíacas y las neurológicas la prevalencia alcanza el 25%, probablemente por los efectos sobre las capacidades y sobre el desempeño cotidiano a partir de padecer este tipo de enfermedades.

Las cifras anteriores son compartidas por Campo (1999), quien considera que este trastorno puede afectar alrededor del 25% de los pacientes ambulatorios y hasta un 50% de los hospitalizados.

Por su parte, en Chile se encontró una prevalencia de 34.8% de depresión en una muestra de consultantes de nivel primario de atención (Fullerton, Florenzano y Acuña, 2000); estos datos se relacionan con las cifras encontradas por Abúli, Comas, Suñer y Grau (2003), al señalar una prevalencia de depresión en enfermos hospitalizados del 31.8%, en mujeres y 16.3%, en hombres, a través de la evaluación del BDI-II y HADS, indicando que el HADS es mejor predictor para la ansiedad y el BDI-II para la depresión.

En Colombia, un estudio realizado en Medellín halló una prevalencia de 10.2% de depresión, en pacientes médicos-quirúrgicos mediante la utilización de la escala HADS (Franco, Gómez, Ocampo, Vargas y Berríos, 2005). Adicionalmente, los resultados del estudio de Rodríguez y Puerta (1995) refieren una prevalencia de síntomas depresivos del 72.6%, en pacientes de consulta no psiquiátrica. De igual manera, Mogollón, Jinete, Moreno y Álvarez (2005) encontraron una prevalencia de trastorno depresivo en el 38% de la población hospitalizada en un servicio de medicina interna en Santander.

Por otro lado, la frecuencia de presentación del cuadro depresivo es la más alta de las encontradas dentro de la amplia gama de los trastornos mentales en el ámbito hospitalario (Gómez y Rodríguez, 1997), y se asocia fuertemente con los siguientes aspectos, considerados como los factores de riesgo más mencionados en la literatura, los cuales deben ser estudiados con el fin de mejorar el manejo de la enfermedad:

**Género:** mayor prevalencia en mujeres, (Gómez et al, 2004; Hernández, Ibáñez, Kimelman, Orellana, Montino y Núñez, 2001). De acuerdo con la APA (DSM-IV-2002), el riesgo del trastorno a lo largo de la vida varía entre el 10 y el 25% para las mujeres y entre el 5 y el 12% para los hombres.

**Estado civil:** las personas separadas o que han anulado su matrimonio muestran mayor prevalencia de depresión que la personas solteras o casadas, además se considera que la falta de apoyo social se convierte en otro factor de riesgo (Maya, García y Martínez, 2001; Vicente, Rioseco, Valdivia, Khen y Torres, 2002)

**Nivel educativo:** se establece una relación inversamente proporcional, observándose que la sintomatología depresiva disminuye

a medida que el nivel educativo aumenta (Andrade, Caraveo-Anduaga y Berglund, 2000; Lorant, Deliége, Eaton, Robert, Phillipot y Ansseau, 2003; Matud, Guerrero y Matías, 2006; Vicente, Rioseco, Valdivia, Khen y Torres, 2002).

**Herencia:** los familiares, en primer grado, de personas con trastorno depresivos mayor, tienen más probabilidad de padecer depresión frente a la población general, donde la heredabilidad de la depresión mayor se calcula entre un 31% a 42% (Sullivan, Neale y Kendler, 2000).

**Edad:** la OMS indicó que el 25% de las personas mayores de 65 años padecen algún tipo de trastorno psiquiátrico, siendo el más frecuente la depresión hasta los 75 años (Pérez, 2004; Romero, 2006).

**Condición socioeconómica:** las personas más propensas a sufrir enfermedades médicas y mentales son aquellas que viven en condiciones de pobreza (Lorant et al., 2003; Samei, 2000; Turner y Lloyd, 1999).

**Enfermedad médica:** los pacientes que sufren algún tipo de enfermedad médica tienen un riesgo mayor de manifestar síntomas depresivos que el resto de la población general, estas cifras oscilan entre un 10 a 60 % (Fernández, 2001; MacHale, 2002).

Los datos anteriores sugieren la importancia de considerar los síntomas depresivos en el contexto hospitalario, aunque las evidencias indican un frecuente subreporte, asunto que merece analizarse con detenimiento. Este interés surge, porque es común encontrar, tal como lo señala Calle (2000), reacciones emocionales negativas en los pacientes, las cuales alteran el funcionamiento general, la adhesión al tratamiento, la morbilidad y los costos de atención en salud.

No obstante, se indica que existe una dificultad entre los médicos para

detectar depresión en atención primaria, lo cual incrementa el riesgo de subregistro (Henningsen, Zimmerman y Sattel (2003), lo cual es confirmado en Colombia, en el estudio de Gómez, Bohórquez, Okuda, Gil, Tamayo y Rey (2007).

Entre las causas del subregistro se cuentan, porejemplo, lapresenciadesíntomas compartidos entre ciertas enfermedades y la depresión, incluso, el efecto de ciertos medicamentos, pero también, como ya se indicó, como consecuencia de la dificultad de los médicos para reconocer los síntomas de la depresión en el contexto hospitalario (Goodwin Kroenke, Hoven y Spitzer, 2003; Paykel y Priest, 1992; Serrano, 2002).

Por su parte, Aragonés, Labad y Piñol (2005) indicaron que la infradetección de la depresión se asocia con una menor educación y con la manifestación exclusiva de síntomas somáticos. Calle (2000) apunta al respecto, que la prevalencia de estos síntomas en pacientes enfermos sin depresión oscila entre un 41%-81%, en hospital general, destacando principalmente alteraciones en el apetito, en donde el 58% de los pacientes hospitalizados, sin depresión, pierden peso, el 51% reportan trastornos en el sueño y el 77% presentan pérdida de energía. Estos datos son confirmados por Burg y Abrams (2001) y Fernández (2001). Por lo anterior, autores como Beck y Steer (1993); Campo (1999) y MacHale (2002) enfatizan en la necesidad de evaluar de manera especial los síntomas cognitivo-afectivos, ya que los somáticos suelen estar presentes en condiciones médicas diversas, además de la depresión.

Por otro lado, el desconocimiento que se tiene de la enfermedad, ya sea en el paciente, en sus familiares o en el personal médico, es otro de los motivos del subreporte. Riveros, Bohórquez, Gómez y Okuda (2006) mostraron en sus resultados que los pacientes

que asisten a centros de atención primaria en Bogotá poseen un conocimiento limitado sobre la depresión. Asimismo, Becerra, Cribillero y Flores (1998) realizaron, en Perú, un estudio que muestra que existe déficit de conocimientos en los familiares de pacientes deprimidos en cuanto diagnóstico, etiología, sintomatología, administración de medicamentos, manejo del paciente y tratamiento. Una situación similar se reveló en un estudio en Colombia que involucra al personal médico de atención primaria, donde el grupo de médicos analizados poseían un conocimiento deficiente sobre los trastornos depresivos en cuanto a diagnóstico, etiología y manejo terapéutico (Gómez, Bohórquez, Gil y Pérez, 2005); estos hallazgos se asemejan a las conclusiones mostradas en la investigación de Gómez et al. (2007), al exponer que tras la intervención educativa en los profesionales de la salud se evidenció un incremento en el número de diagnósticos relacionados con enfermedad mental, en particular el de la depresión. Estos resultados son apoyados por Franco et al. (2005). Por otro lado, se encuentra el problema de la estigmatización de la enfermedad mental. El Proyecto Internacional de Depresión, llevado a cabo por Riveros, Bohórquez, Gómez y Okuda (2006), manifiesta que este fenómeno social se da en la India en un 55%, en la China en un 83% y en Colombia en un 72.4%, indicando además que la depresión no es reconocida como un problema de salud mental.

González, Valencia y Bersh (2006) señalan que las limitaciones impuestas en los sistemas de salud es otra de las variables que dificultan la remisión oportuna, pues las entidades prestadoras de servicios limitan las intervenciones psicoterapéuticas, produciendo una inequidad con respecto a otras actividades médicas, tal afirmación es compartida por Rodríguez y Puerta

(1995), al agregar que dichas limitaciones obstaculizan el establecimiento de una adecuada relación médico-paciente en sus aspectos emocionales, lo que interfiere en la expresión de quejas diferentes a las somáticas.

Otro hecho se debe a que en los pacientes médicos quirúrgicos, los síntomas son considerados como “apropiados” para el estado del estrés del paciente.

Después de haber expuesto las múltiples razones que explican el subreporte de este trastorno, es fundamental plantear las consecuencias que trae consigo la sintomatología depresiva y a su vez los efectos en el curso de la enfermedad médica.

La calidad de vida de las personas se afecta seriamente. Palomo, Rubio y Gervas (2006) refieren que la percepción de la calidad de vida se relaciona más con la comorbilidad mental que con la física. Del mismo modo, se presenta aumento de morbilidad y mortalidad, un impacto en el área físico, social y ocupacional y aumento de costos en atención en salud (Alarcón, 2004; Baldwin y Priest, 1995 citado por Rodríguez y Puerta, 1995; Caballero, 2004; Goodwin, Kroenke, Hoven y Spitzer, 2003; Silk, 2001; Simon, 2003; Vinaccia, Quiceno, Fonseca y Fernández, 2006). La depresión suele afectar la sexualidad de la persona, en la medida en que el desinterés sexual, ocasionado por esta enfermedad mental, es considerado un factor de riesgo de disfunciones sexuales (Serfaty, 2005). El síndrome depresivo no solamente genera impacto en el paciente, sino en todo su entorno familiar, pues no sólo enfrentan el sufrimiento causado por la enfermedad misma, sino también se evidencia una alteración del funcionamiento cotidiano, modificaciones de los papeles sociales de la familia y un incremento de posibilidades de divorcio (Sartorius, 2001, citado por

Riveros, Bohórquez, Gómez y Okuda, 2006). Una revisión de estudios hecha por Rosenberger, Jokl y Ickovics (2006), acerca de los factores psicológicos y su relación con los resultados quirúrgicos, demuestran que las variables psicológicas como la depresión y el apoyo social ejercen gran influencia y actúan como predictores sobre resultados clínicos, como en el dolor postoperatorio y en la recuperación funcional, interfiriendo sobre la rehabilitación, especialmente en el tiempo de restauración tras la cirugía; a su vez los resultados indican que la depresión se asocia fuertemente con el dolor y con el regreso a la vida laboral, especialmente en pacientes con problemas de ortopedia. De forma conjunta, la enfermedad médica comórbida con la depresión, genera baja adhesión al tratamiento (Christensen y Ehlers, 2002; Téllez y Estefan, 2003) y, por ende, mayor estancia hospitalaria (Franco, Gómez, Ocampo, Vargas y Berríos, 2005).

Retomando lo anterior, se agrega que evidentemente se muestra una relación entre el sistema inmune y la depresión, entre los sucesos de la vida estresantes y la cantidad de anticuerpos en el organismo. Distintos estudios proponen que la respuesta linfoproliferativa en personas viudas es mucho menor después de la muerte del cónyuge; asimismo, formulan que la actividad de las células inmunológicas están significativamente más bajas en pacientes depresivos (Bartrop, Luckurt, Lazarus, Kilh y Penny, 1977 y Herbert y Cohen, 1993, citados por Vera y Buela Casal, 1999).

De acuerdo con todo lo anterior, el presente estudio pretende evaluar la presencia de depresión en una muestra de pacientes hospitalizados en la ciudad de Bucaramanga, mediante un análisis descriptivo. Se busca identificar la prevalencia de síntomas depresivos en pacientes hospitalizados, así como hacer una diferenciación entre

los síntomas cognitivo-afectivos y los somáticos, presentes en la muestra.

## Método

### Participantes

Para obtener el cálculo de la muestra se tuvo en cuenta el número de pacientes que ingresaron por distintas enfermedades orgánicas durante el año 2006 al servicio de hospitalización en las diversas especialidades (cardiología, medicina interna, neurología y ginecología), en la Clínica Chicamocha. El total de ingreso anual de los pacientes internados bajo estas características fue de 678, obteniéndose un promedio de 45 pacientes mensuales. El tamaño de la muestra fue calculado mediante el programa Epidat (Análisis Epidemiológico de Datos Tabulados), teniendo una población de 678 ingresos por año, para una proporción estimada del 50% y con un nivel de confianza del 95% (precisión del 5%). El tamaño valorado, de acuerdo con el tamaño poblacional, es de 246 personas, pero teniendo en cuenta que el periodo de recolección de datos fue de dos meses; la muestra final de la investigación estuvo constituida por 46 personas, incluyendo el 10% por datos perdidos. Sin embargo, para la presente investigación se logró ampliar el tamaño muestral a 82 personas, con el fin de controlar el posible efecto de la pérdida de datos.

Para la escogencia de la muestra se tuvieron en cuenta los siguientes criterios de inclusión: 1. Pacientes hospitalizados por una enfermedad orgánica 2. Pacientes mayores de edad 3. Pacientes con capacidad cognitiva conservada. 4. Pacientes con dos o más días de hospitalización.

La media de edad de las personas

evaluadas fue de 51.55, con una desviación típica de 14.93, con un rango entre 22 y 76 años de edad. El 56.1% de la muestra corresponde al sexo masculino y el 43.9% al sexo femenino.

### Tipo de investigación

Se trata de un estudio de tipo descriptivo, ya que pretende evaluar los niveles de depresión presentes en la muestra a través de las variables de análisis; sin una mayor pretensión explicativa (Hernández, Fernández y Baptista, 2003).

### Diseño

Es un estudio no experimental de corte transversal.

### Instrumentos

*Inventario de Depresión de Beck (BDI II)*: en el presente proyecto se utilizó la versión española traducida y adaptada por Sanz, Navarro y Vázquez (2003). Los niveles de severidad de depresión corresponden a la sumatoria de los 21 ítem: depresión mínima (0-13); depresión leve (14-19), depresión moderada (20-28), depresión grave ( $\geq 29$ ) puntos. El coeficiente alfa de la prueba es de 0,89, lo cual indica un nivel de consistencia interna más elevado en comparación con el BDI-I. Los ítem del BDI-II cubren todos los criterios diagnósticos sintomáticos del DSM-IV para el trastorno depresivo mayor y el distímico, lo que apoya su validez de contenido (Sanz, Navarro y Vázquez, 2003).

*Escala de Ansiedad y Depresión Hospitalaria (HADS)*: es un instrumento de autovaloración desarrollada por Zigmond y Snaith en 1983 (citados por Rico, Restrepo y Molina, 2005) para detectar estados de ansiedad y depresión en el medio hospitalario no psiquiátrico. Se empleó en el estudio la

validación realizada por Rico, Restrepo y Molina (2005) con unos puntos de corte de: ansiedad > 8 y depresión > 9. El coeficiente de confiabilidad del HADS con sus 14 ítem fue de 0.85. Cada subescala ansiedad y depresión muestran un alfa de 0.74 y 0.76, respectivamente. Lo que garantiza que la utilización de ambas subescalas de manera independiente sea fiable (Rico, Restrepo y Molina, 2005), para efectos de la investigación se trabajó con la subescala de depresión.

*Ficha de Datos Sociodemográficos y Clínicos:* esta ficha fue creada por las investigadoras con el fin de recolectar datos sociodemográficos, tales como: edad, estado civil, escolaridad, ocupación actual y estrato socioeconómico; asimismo, para recolectar información clínica en cuanto a fecha de ingreso de hospitalización, enfermedad médica actual, atención psicológica o psiquiátrica, antecedentes de depresión personales y familiares y consumo de antidepresivos.

*Consentimiento Informado:* para la investigación se contaba con un documento que contiene información relevante sobre el proyecto, con la confidencialidad del procesamiento de los datos y de la identidad del paciente; además, contiene una explicación acerca de la participación del sujeto, exponiendo el derecho de retiro en cualquier momento del proceso.

## Procedimiento

Previa conocimiento y autorización por parte del Comité Médico de la Clínica Chicamocha y con el apoyo del personal de enfermería, se llevó a cabo la revisión de las historias clínicas para la selección de pacientes a evaluar, quienes después de firmar el consentimiento informado

respondieron los instrumentos elegidos. La recolección de los datos se realizó entre el 22 de junio y el 7 de agosto del 2007 (46 días). Los datos se ingresaron en el programa estadístico para Ciencias Sociales SPSS 11.5 y se efectuó el análisis de los datos a través de métodos estadísticos, tales como: estadísticos descriptivos, Prueba T para muestras independientes y Anova de un factor.

## Resultados

A continuación se presentan los resultados del estudio, comenzando por los datos sociodemográficos y clínicos y posteriormente los resultados de las pruebas aplicadas en función de las variables seleccionadas.

La muestra estudiada estuvo representada en un 56.1 % por hombres y en un 43.9% por mujeres, donde el 54.9% son casados, seguidos de un 17.1% de quienes conviven en unión libre. El 43.9% de la población se encuentra dentro de la adultez media (40-60 años), el 31.7% pertenece a la etapa de la adultez tardía (60-76 años) y el 24.4% esta en la adultez temprana (20-40 años). La diferenciación de grupos de edades se realizó con base en autores como Lefrancois (2001) y Stassen-Berger (2000).

En cuanto la escolaridad de los pacientes, el 23.2% realizaron la primaria completa, el 15.9% primaria incompleta, 13.4% secundaria incompleta, 13.4% secundaria completa, 12.2% universidad completa, 9.8% son analfabetas.

En lo referente a la ocupación actual de los sujetos, el 26.8% se encuentran dedicados al hogar, el 24.4% son independientes, 12.2% trabajan en servicios generales, 12.2% son pensionados. Los estratos socioeconómicos, a los que pertenece la muestra evaluada,



están distribuidos así: un 36.6% de estrato 3, 30.5% de estrato 2, 15.9% de estrato 4, 14.6% de estrato 1 y un 2.4% de estrato 6.

Con respecto al acompañante del paciente durante la estancia en la clínica, el 89% de las personas han estado acompañados por alguien, siendo el 52.4% el cónyuge, 19.5% los hijos, 7.3% los hermanos, 6.1% los padres y un 3.7% otros; el 11% de los pacientes no se tiene acompañante.

Con respecto a los datos clínicos se indica que: el 43.9% de la muestra permaneció hospitalizada durante 3 días, siguiendo un 17.1% con 4 días, un 12.2% con 5 días, un 7.3% con 6 días, un 3.7% con 7 y un 3.7% con 10 días. Lo anterior indica que el promedio de días de hospitalización de los pacientes es de 3.91 días, con un mínimo de 2 y máximo de 10.

La enfermedad médica de los pacientes se distribuyó de la siguiente forma:

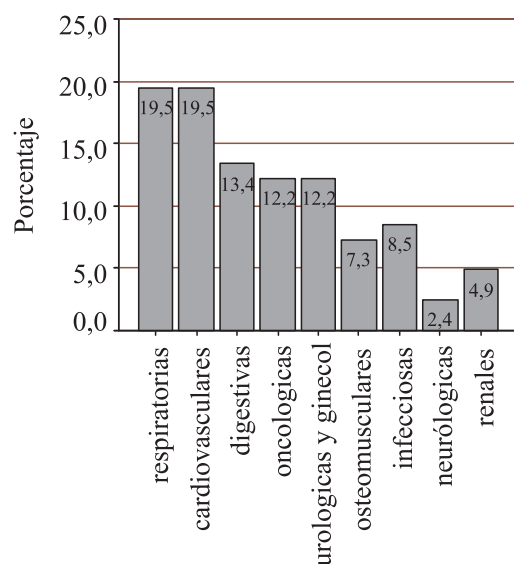


Figura 1. Porcentaje de distribución por enfermedad médica actual

La clasificación de las enfermedades se realizó con base en los criterios de la CIE-10. Como se indica en la Figura 1, las enfermedades médicas actuales prevalentes, por las que ingresaron los pacientes al servicio de hospitalización, fueron las cardiovasculares y respiratorias, con un 19.5% cada una. En segundo lugar, se encuentran las enfermedades del sistema digestivo con un 13.4%, seguidas de las enfermedades oncológicas y las enfermedades urológicas y ginecológicas, con un 12.2% cada una. En un menor

porcentaje se encuentran las enfermedades infecciosas, osteomusculares, renales y neurológicas. Las enfermedades infecciosas se encuentra en un 8.5% de la muestra; las enfermedades osteomusculares en un 7.3%. En lo referente a las enfermedades renales, consideradas dentro del sistema genitourinario, se encuentra en un 4.9% de la muestra. Por último, están las enfermedades neurológicas con un 2.4%; cabe anotar que el porcentaje es bajo debido a la afectación de la capacidad cognitiva y a la presencia de algunos síntomas psiquiátricos que

implica el curso de algunas enfermedades neurológicas, lo cual constituía para este estudio un criterio de exclusión, sin embargo, los dos pacientes entrevistados mantenían sus facultades cognitivas.

En cuanto a la variable de tratamiento psicológico, se indica que el número de pacientes que han recibido atención psicológica o psiquiátrica es pequeño en comparación con aquellos que no han recibido, pues el 90.2% de las personas nunca han acudido a un profesional de la salud mental, el 3.7% han ido alguna vez y el 6.1% han asistido varias veces; los diagnósticos que se les dieron a las personas que han ido a consulta psicológica o psiquiátrica son: 3.7% no especificado, 3.7% duelo, y 1.2% ansiedad y narcolepsia, respectivamente.

Por su parte, en cuanto a antecedentes personales de depresión y al consumo de antidepresivos, el 86.6% de las personas dice no tener antecedentes de episodios depresivos y el 13.4% agrega que ha presentado episodios. El 8.5% de los sujetos afirma haber tomado antidepresivos aunque en la actualidad ningún participante de la muestra los consume. En cuanto a antecedentes familiares, el 18.3% de los sujetos indica que en su familia existen personas que tienen depresión, entre tanto el 81.7% refiere no tener familiares con depresión.

A continuación se presentan los resultados obtenidos en las pruebas aplicadas.

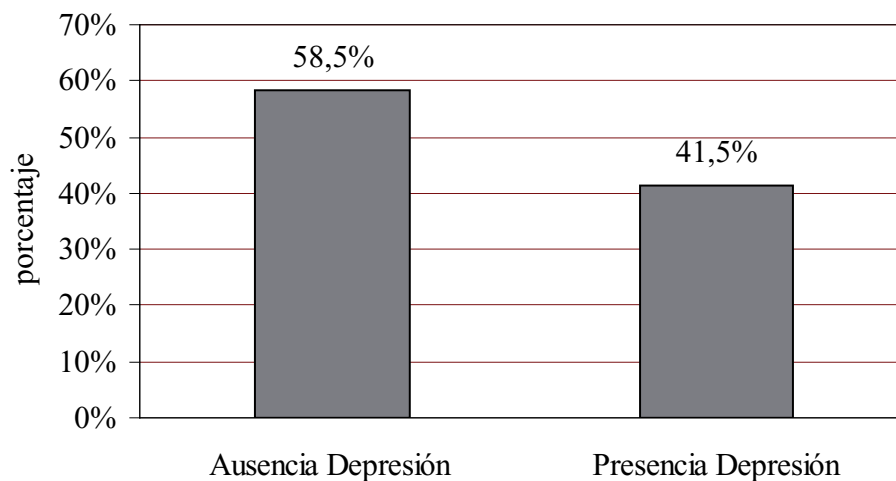


Figura 2. Prevalencia de depresión según el BDI-II

La Figura 2 muestra los resultados de las puntuaciones del BDI-II, donde el 58.5% de los pacientes no muestra depresión, frente al 41.5% restante que sí la presenta, lo cual es un dato importante de considerar y que será retomado en la discusión. Teniendo

en cuenta que el BDI-II estima cuatro niveles de depresión, según la severidad de los síntomas, a continuación se expone la distribución de estos niveles junto con el grupo que no exhibió depresión.

Tabla 1. Distribución de depresión según las puntuaciones del BDI-II.

Grupo	F	%	Media	Desv. típ
Dep. mínima	48	58.5	6.83	3.57
Dep. leve	12	14.6	16.33	1.97
Dep. moderada	16	19.5	22.81	2.61
Depr. severa	6	7.2	33.17	6.68
Total	82	100.0	13.27	9.23

La Tabla 1 señala que en el 58.5% de los pacientes con depresión mínima la media de las puntuaciones fue de 6.83; el 19.5% de la muestra presentó depresión moderada, el 14.6% leve y un 7.3% manifiesta depresión severa; las medias de estas muestras fueron: 22.81, 16.33 y 33.17, respectivamente. Las puntuaciones totales obtenidas en el BDI-II oscilaron entre 0 y 46, con una media de

13.27 y una desviación típica de 9.23. Estos datos indican que aunque alrededor del 72% de la muestra no presenta depresión o la presenta en un nivel leve, es llamativo que el 28% restante puntuó en depresión moderada y severa, lo cual es un porcentaje que merece atención por el nivel de afectación que suponen los síntomas.

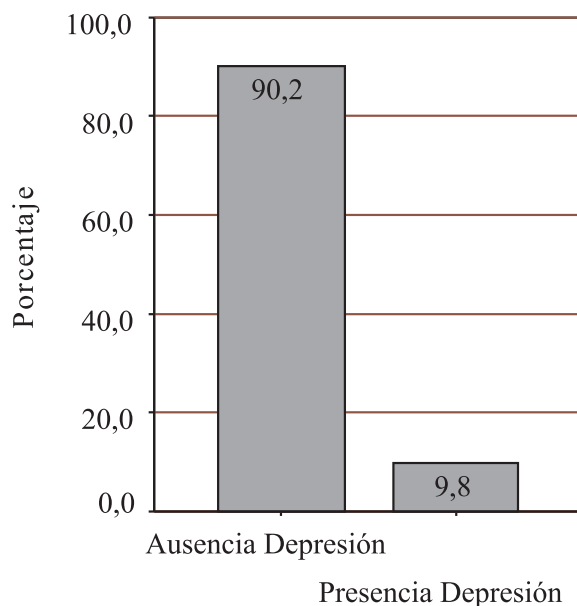


Figura 3. Prevalencia de depresión según el HADS

Por otra parte, la Figura 3 muestra los resultados en la escala HADS, indicándose presencia de depresión en un 9.8 % de la población y ausencia de depresión en un 90.2%. Las puntuaciones totales oscilaron

entre 0 y 17, con una media de 3.72 y una desviación típica de 3.28.

Dado que distintos autores plantean la importancia de hacer énfasis en los ítem cognoscitivos y afectivos más que en los

somáticos motivacionales, en el caso de la depresión en pacientes hospitalizados, se procedió a hacer un análisis por factores, con el fin de corroborar la distribución de los ítem en los factores predichos por Sanz, Perdígón y Vázquez (2003) y Sanz, Navarro

y Vázquez (2003). Igualmente se efectuó un análisis factorial de ejes principales con rotación Promax para, a partir de dichos resultados, hacer la comparación por factores en la muestra analizada.

Tabla 2. Análisis factorial del BDI-II con una muestra de pacientes hospitalizados (N=82)

Matriz de estructura		
	Factor	
	1	2
Sentimientos de culpa	0,72	
Pesimismo	0,69	
Sentimientos de fracaso	0,68	
Tristeza	0,66	
Inutilidad	0,65	
Autocríticas	0,57	
Irritabilidad	0,53	
Sentimientos de castigo	0,50	
Cambios en el apetito	0,40	0,40
Insatisfacción con uno mismo	0,37	
Pensamientos o deseos de suicidio		
Cansancio o fatiga		0,71
Pérdida de energía		0,67
Indecisión		0,60
Pérdida de placer		0,56
Dificultad de concentración		0,55
Llanto		0,55
Pérdida de interés en el sexo		0,53
Pérdida de interés		0,48
Agitación		0,41
Cambios en el patrón de sueño		0,37
Método de extracción: Factorización del eje principal.		
Método de rotación: Normalización Promax con Kaiser.		
Porcentaje de varianza explicada= 37.17%		

Nota: \*Los ítem están ordenados de manera decreciente.

\*Saturación mínima aceptada > 0.35.

La Tabla 2 muestra el análisis factorial de los ítem del BDI-II, el cual se realizó considerando un nivel de saturación > 0.35,

utilizado por Sanz, Navarro y Vázquez (2003) en su investigación con población española. La solución bifactorial, obtenida

mediante este análisis, mostró la presencia de dos factores que explican el 39.17% de la varianza. El primer factor agrupa los ítem correspondientes al factor cognitivo-afectivo con saturaciones que van desde 0.37 hasta 0.72 y son equivalentes al estudio de Sanz, Navarro y Vázquez (2003), excepto en el ítem 17 (irritabilidad).

El segundo factor agrupa los ítem correspondientes al factor somático-motivacional con saturaciones que van desde 0.37 hasta 0.71 y también son equivalentes al estudio de Sanz, Navarro y Vázquez (2003), excepto los ítem 10,11,13 y 19 (llanto, agitación, indecisión y dificultad en la concentración, respectivamente), que en el estudio citado saturaron en el factor uno. Se indica que el ítem 9 (suicidio) fue

excluido por presentar un peso de saturación inferior a 0.35.

De la misma manera, con respecto al ítem 18 (cambios en el apetito), se indica que mantuvo en ambos factores dado que su peso fue igual para ambos. No obstante, y por criterios netamente teóricos, se decidió incluirlo en el factor somático-motivacional.

En la Tabla 3 se puede observar la distribución de los ítem en los factores, de acuerdo con los estudios previos y según el presente estudio.

Posteriormente, y con las consideraciones realizadas frente a la pertinencia de los ítem a cada factor, se realizó una comparación entre éstos en la muestra para identificar cuál factor era más prevalente.

Tabla 3. Solución bifactorial del BDI-II, obtenida mediante análisis factorial

Estudio	Factor 1 (F1) Cognitivo-afectivo	Factor 2 (F2) Somático-motivacional
	+ítem con saturaciones > 0.35	
Sanz, Perdígón y Vázquez (2003)*	5,3,1,8,7,6,10,17,9,2,11,13.	15,20,21,4,12,14,19,16.
Sanz, Navarro y Vázquez (2003)**	14,7,3,5,13,8,6,1,9,10,2.	20,15,16,12,4,18,21.
Este estudio (2007)***	5,2,3,1,14,8,17,6,7.	18,20,15,13,4,19,10,21, 12, 11,16.

Nota:

+ Los ítem aparecen indicados mediante su número correspondiente del BDI-II y en orden descendente respecto a la magnitud de su saturación factorial.

\* Estudio: adaptación del BDI-II, realizado en una muestra general española.

\*\* Estudio: adaptación del BDI-II, realizado en una muestra universitaria española.

\*\*\* Estudio realizado con una muestra hospitalizada colombiana.

Esta tabla fue adaptada de Sanz, Navarro y Vázquez (2003).

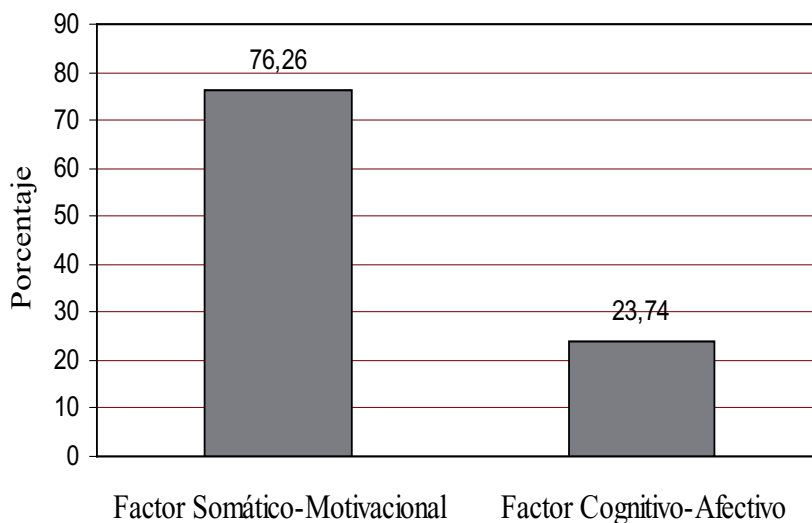


Figura 4. Prevalencia de los factores cognitivo-afectivo y somático motivacional

La Figura 4 señala una prevalencia mayor del factor somático-motivacional en la muestra estudiada, con un 76.26% frente a un 23.74% del factor cognitivo-afectivo.

Tabla 4. Comparación de medias entre el factor cognitivo afectivo y somático motivacional

Factor	Media	N	D.T	Error
Cognitivo-afectivo	3.10	82	3.80	0.42
Somático-motivacional	9.95**	82	6.53	0.72

\* $p < 0.05$ ; \*\* $p < 0.01$

Los resultados de la Tabla 4 indican que la media para el factor cognitivo afectivo fue de 3.10 y para el somático motivacional de 9.95, mostrando, de acuerdo con la T de student, que existe una diferencia estadísticamente significativa a un nivel de 0.01, siendo mayor la puntuación para el factor somático-motivacional.

A continuación se presentan los resultados de depresión en función de las variables de análisis.

Se parte de indicar que sólo se hace mención de las variables donde se encontraron diferencias estadísticamente significativas, asumiéndose, por lo tanto, que en las no mencionadas no se encontraron

diferencias significativas, aunque llama la atención algunos datos que se indican por su relevancia.

Para llevar a cabo estos análisis se consideró la distribución de la muestra, según la presencia de depresión y de acuerdo con las escalas aplicadas. En la Tabla 5 se señala la distribución de las muestras de acuerdo con el BDI-II, éstas son agrupadas de la siguiente manera: muestra clínica (puntuación mayor o igual a 14), conformada por 34 pacientes, y muestra no clínica (puntuación menor o igual a 13), constituida por 48 pacientes. En la Tabla 6 se describe la distribución de la muestra de acuerdo con el HADS, agrupándolas de la

siguiente forma: muestra clínica (puntuación mayor o igual a 9), con 8 pacientes y muestra no clínica (puntuación menor o igual a 8), con 74 pacientes. Se aclara que en este caso, dado que el número de sujetos para el grupo clínico fue muy bajo (8), no es posible hacer comparaciones, por lo cual sólo se trabajó

con la distribución por grupos del BDI-II. Sin embargo, es de notar que para efectos de comparación se hicieron los análisis para la muestra total en ambas escalas y para la muestra clínica y no clínica únicamente con el BDI-II.

Tabla 5. Distribución de la muestra según las puntuaciones del BDI-II

Grupo	F	%	Media	Desv. Típ
Muestra no clínica	48	58.5	6.83	3.57
Muestra clínica	34	41.5	22.35	6.76
Muestra total	82	100	13.27	9.23

Tabla 6. Distribución de la muestra según las puntuaciones del HADS

Grupo	F	%	Media	Desv. típ
Muestra no clínica	74	90.2	2.99	2.37
Muestra clínica	8	9.8	10.50	2.73
Muestra total	82	100.0	3.72	3.28

Con el objetivo de facilitar la presentación de los resultados sólo se muestran aquéllos donde se evidenciaron diferencias estadísticamente significativas. Para este procedimiento se utilizó, según el caso, comparación de medias (T de student) o Anova de un factor. La muestra total correspondió a los 82 pacientes evaluados. En éstos se encontraron diferencias estadísticamente significativas a un nivel de 0.05. Con respecto a la variable *antecedentes de depresión*, se observó una media de 17.87 y una desviación típica de 8.88 en la respuesta afirmativa frente a los antecedentes. Asimismo, en la variable de *tipo de acompañante* se presentó una diferencia estadísticamente significativa con una media de 21.17 y una desviación típica de 10.91 en las personas que estaban

acompañadas por sus hermanos. De la misma forma, esta variable mostró una diferencia estadísticamente significativa en la muestra no clínica, a un nivel de 0.05, con una media de 3.20 y con desviación típica de 1.30 en las personas que estaban acompañadas por sus hijos. Haciendo referencia a la muestra clínica, se identificó una diferencia estadísticamente significativa a un nivel de 0.05 variable *acompañante*, con una media de 26.50 y una desviación típica de 0.70 en las personas que no estaban acompañadas.

Respecto a las evaluaciones realizadas con el HADS, se hallaron dos diferencias significativas a un nivel de 0.05, la primera, en la variable edad, el grupo adultez tardía (60 años en adelante), con una media de 4.92 y una desviación típica de 3.55, y la segunda, la variable de atención psicológica, en las

personas que sólo han asistido una vez, con una media de 8.33 y una desviación típica de 2.08.

Tal como se había indicado, a pesar que las anteriores son las únicas variables que mostraron diferencias estadísticamente significativas, a continuación se mencionan datos que muestran tendencias importantes de analizar.

En las variables *sexo* y *grupo de edades* se observó en las mujeres y las personas de adultez tardía, respectivamente, la tendencia a puntuar más alto, tanto en la muestra total como en el grupo clínico del BDI-II; asimismo, en la variable *días de hospitalización*, para la muestra total se identificó una tendencia a mayor puntuación en la personas con más tiempo de hospitalización (10 días). En la misma línea, para el grupo clínico se evidenciaron tendencias a puntuar más alto en la variable *escolaridad*, en los pacientes con primaria incompleta; en la variable *estado civil*, en los pacientes viudos, y en la variable *atención psicológica*, en las personas que nunca han acudido a este servicio. Respecto a la variable *enfermedad médica actual* las personas con enfermedades infecciosas tuvieron una puntuación en la media más alta en comparación con las demás, sin embargo, esta puntuación fue obtenida en un único caso, lo cual elevó el promedio de las puntuaciones.

Con relación al grupo no clínico, se observó una puntuación homogénea, excepto en la variable *escolaridad*, con las personas que cursaron universidad completa, y en la variable *estrato*, en la personas de estrato 6, ya que mostraron una puntuación baja en comparación con los demás componentes.

Por su parte en el HADS, aunque en la variable *sexo*, a pesar de no identificarse diferencias estadísticamente significativas, la tendencia a las puntuaciones mayores se

observó en las mujeres.

### Discusión

Algunos datos presentados en el estudio confirman varios hallazgos previos y añaden información adicional; así, en este estudio se encontró una prevalencia en la muestra del 41.5% de síntomas depresivos evaluados por el BDI-II, esto se asemeja a las cifras indicadas en las investigaciones de Fullerton, Florenzano y Acuña, (2000) y Mogollón, Jinete, Moreno y Álvarez (2005) en pacientes tanto de atención primaria como en una muestra hospitalaria, respectivamente. Asimismo, es de indicar que la prevalencia de depresión en este estudio es alta ya que constituyó casi la mitad de la muestra evaluada, con un promedio de depresión moderada en los pacientes; sin embargo, cabe resaltar que ninguna de estas personas recibe actualmente atención psicológica ni tratamiento con antidepresivos, lo cual es alarmante dado que las consecuencias de la depresión en los pacientes hospitalizados dificultan la adhesión al tratamiento (Christensen y Ehlers, 2002; Tellez y Estefan, 2003) hacen más lenta la recuperación del paciente (Rosenberger, Jokl y Ickovics, 2006 y Tellez y Estefan, 2003), alteran el pronóstico y curso de la enfermedad (Franco, Gómez, Ocampo, Vargas y Berrios, 2005), incrementan el riesgo de mortalidad (Panzarino 1998; Rodríguez y Puerta, 1995 y Tellez y Estefan, 2003), aumenta el número de días de hospitalización (Franco, Gómez, Ocampo, Vargas y Berrios, 2005) y por consiguiente los costos económicos de la enfermedad (Caballero, 2004; Silk, 2001).

Mientras que la prevalencia de depresión evaluada por el BDI-II en la muestra total fue alta, el HADS detectó un bajo porcentaje de casos de depresión; esto permite analizar que el BDI-II fue más sensible para este tipo de muestra, pese a que el HADS fue construido específicamente para una población



hospitalaria no psiquiátrica o para un medio de atención primaria (Zigmond y Snaith, 1983, citados por Rico, Restrepo y Molina, 2005). Esta mayor sensibilidad puede deberse a que el BDI-II no sólo diferencia presencia o ausencia de depresión, tal como lo hace el HADS, sino que estima distintos niveles de afectación desde sus síntomas más bajos hasta los más graves (leve, moderado y severo). Lo anterior, permite observar que el BDI-II prestó una mayor utilidad clínica en el presente estudio, esto se asemeja a la investigación realizada por Abuli, Comas, Suñer y Grau (2003), al indicar en una de sus conclusiones que el HADS es mejor predictor para la ansiedad y el BDI-II para depresión. Sin embargo, en la evaluación con el HADS, se identificó la presencia de síntomas depresivos en el 9.8% de la muestra general, equivalente a 8 personas; mientras que en el BDI-II, la presencia de depresión severa (mayor escala de gravedad) se dio en el 7.3% de la muestra, equivalente a 6 personas. Lo cual permite ver una correspondencia entre estas dos pruebas, ya que las dos identificaron un número aproximado de casos con depresión severa. No obstante, se señala la utilidad del BDI-II al diferenciar niveles de afectación que responde a intereses tanto clínicos como de investigación.

Por otra parte, la baja prevalencia de síntomas depresivos, arrojada en el HADS, se corresponde con los hallazgos de Franco, Gómez, Ocampo, Vargas y Berríos (2005), quienes utilizaron este mismo instrumento para evaluar trastornos psiquiátricos en pacientes médicos-quirúrgicos, encontrando una prevalencia del 10.2% de trastorno depresivo mayor. Del mismo modo, Rodríguez, Ortiz, Palao, Avedillo, Sánchez y Chinchilla (2002) identificaron una prevalencia de depresión con el HADS del 14.6%. En la misma línea, Morato (2006),

concluye en su estudio que casi ninguno de los pacientes evaluados por el HADS, presentó depresión.

Por otro lado, la prevalencia de síntomas somáticos-motivacionales en la muestra total (76.26%) fue mayor en comparación con los síntomas cognitivo-afectivos (23.74%). Estudios como los de Calle (2000) señalan que la prevalencia de estos síntomas somáticos en pacientes enfermos sin depresión oscila entre un 41%-81% en hospital general, destacando principalmente alteraciones en el apetito, en donde el 58% de los pacientes hospitalizados, sin depresión, pierden peso, el 51% reportan trastornos en el sueño y el 77% presentan pérdida de energía. Tales resultados permiten corroborar lo expuesto en la literatura, ya que se ha visto que el subdiagnóstico de la depresión se ocasiona generalmente por atribuirse sus síntomas somáticos a la enfermedad médica de base (Campo, 1999). Esto es especialmente importante, toda vez que se indica que la prevalencia de depresión en pacientes hospitalizados por enfermedad médica varía entre el 10 al 14% según (Katon, 2003). Asimismo, Patten (2001) encontró que el riesgo de desarrollar depresión era mayor en un 4% en pacientes con enfermedades médicas crónicas. Debido a esta situación, Campo (1999) agrega que la evaluación de la depresión en el contexto hospitalario se debe realizar teniendo en cuenta, principalmente, la detección de síntomas cognitivos.

Por otra parte, al analizar la estructura factorial del BDI-II, para compararla con los estudios previos, se encontró que: al igual que en investigaciones anteriores se confirma la estructura bifactorial conformada por un factor somático-motivacional y otro cognitivo-afectivo, no obstante en el BDI-II el ítem 9 (pensamientos o deseos de suicidio) tuvo un peso de saturación inferior a 0.35, lo que produjo la exclusión de este ítem en

el factor cognitivo-afectivo y también en el factor somático motivacional en el presente estudio, este mínimo peso de saturación pudo deberse a que la muestra evaluada no tiene un diagnóstico de depresión y que, además, el nivel de afectación es moderado, en el cual pueden estar ausentes las ideas de suicidio, siendo este último síntoma, según el DSM-IV TR (2002), la consecuencia más grave de un episodio depresivo mayor. Por otro lado, el ítem 18 (cambios en el apetito) saturó con un peso de 0.40 en los dos factores; esta igualdad de peso podría deberse a que los cambios en el apetito pueden obedecer tanto a síntomas cognitivos-afectivos, ya que el pesimismo y los sentimientos de desesperanza que experimenta el paciente frente a su recuperación podrían llevar a alteraciones en el apetito, pero también se podría asociar con síntomas somático-motivacionales al verse una pérdida de interés en el paciente por su reestablecimiento físico, en donde la baja motivación por su recuperación se representa en algunos casos bajo la forma de disminución del apetito comprometiendo el sistema nervioso parasimpático. Finalmente, se decidió ubicar este ítem en el factor somático-motivacional debido a que el estudio de Sanz, Navarro y Vázquez (2003), y diversos referentes conceptuales lo ubican en este factor por considerarlo, además, más motivacional que cognitivo.

Las comparaciones de variables en la muestra total, con la severidad de los síntomas depresivos del BDI-II, permitieron identificar una diferencia estadísticamente significativa a un nivel de 0.05, relacionada con los antecedentes familiares de depresión con una media de 17.87 para las personas que sí tienen familia con esta psicopatología; este hallazgo es respaldado por las investigaciones de Sullivan, Neale y Kendler (2000), quienes sustentan que las personas con antecedentes familiares

con depresión tienen más probabilidad de presentar depresión que la población general; además, agregan que la herencia es un factor influyente en la depresión entre un 31% y un 42%. Asimismo, Serrano (2002), propone que es importante profundizar en los antecedentes familiares, ya que el descartar la ausencia de éstos, puede orientar de una manera más efectiva la intervención clínica. La diferencia estadísticamente significativa encontrada en el BDI-II en muestra total, respecto a los antecedentes familiares con depresión, no se observó en el análisis donde se separa la muestra de acuerdo con las puntuaciones del BDI-II (clínica y no clínica), lo cual, probablemente, se deba al poco tamaño de las muestras comparadas que conducen a una no diferenciación en esta variable.

Otra diferencia estadísticamente significativa obtenida en la muestra total a un nivel de 0.05 se relaciona con la compañía que tiene el paciente durante su estancia en la clínica, las personas acompañadas por sus hermanos puntuaron una media de 21.17. Este dato es interesante, al no ser referido habitualmente en la literatura, y es llamativo, ya que distintas investigaciones como las de Rodríguez y Puerta (1995) señalan que la falta de apoyo social es un factor de riesgo de la depresión; además, Chappa (2006) plantea que la reducción de relaciones interpersonales conlleva a un mayor índice de prevalencia de síntomas depresivos; por lo anterior, se esperaba que esta variable mostrara una mayor puntuación en los pacientes que no estaban acompañados por alguien cercano o por nadie. En la muestra clínica se observó que los pacientes que no han estado acompañados durante su estancia en la clínica, puntuaron una media para depresión moderada. Por lo tanto, al comparar este último dato con lo referido en la muestra total, se concluye que la falta de

apoyo social no se establece como un factor relevante para la muestra total, pero sí lo es para la muestra clínica. Es decir, a mayor gravedad de síntomas, mayor influencia de apoyo social para esta última muestra. De manera complementaria, se encontró que en la muestra no clínica el estar acompañado, especialmente por lo hijos, se constituye en un factor protector para la depresión.

Pese a la ausencia de un mayor número de diferencias estadísticamente significativas en las muestras (total, clínica y no clínica respecto a la severidad de los síntomas del BDI-II) se identificaron correspondencias entre la muestra total y clínica del BDI-II en cuanto a la tendencia de algunas variables a puntuar más alto en las medias. Con relación al sexo, las mujeres presentan mayor riesgo de depresión ya que mostraron una mayor tendencia en las puntuaciones. Esto coincide con la literatura, donde distintos autores exponen una prevalencia de depresión dos o tres veces mayor en mujeres que en hombres (Gómez et al., 2004; Hernández et al., 2001; Muñoz et al., 2005).

En el grupo de edades, la adultez tardía se convirtió en otra variable común en cuanto a la tendencia a puntuar más alto en las medias de los dos grupos de la muestra evaluada por el BDI-II (total y clínica); asimismo, pese a que en el HADS las medias conformadas mostraron una puntuación considerablemente inferior a 9, se evidenció que los adultos mayores presentaron una puntuación sobresaliente en las medias. Esto permite pensar en la vejez como un factor de riesgo para sufrir depresión, lo cual puede coincidir con los datos proporcionados por la OMS al mencionar que el 25% de las personas mayores de 65 años padecen algún trastorno psiquiátrico, siendo el más común la depresión hasta los 75 años; además, en aquellos adultos mayores que padecen alguna enfermedad médica la probabilidad

de padecer depresión es del 40% (Romero, 2006). Por otra parte en la muestra clínica, las personas viudas, mostraron una tendencia significativa a puntuar alto, esto permite observar que la condición de no tener o perder a la pareja es un factor predisponente para la depresión. Vicente, Rioseco, Valdivia, Khon y Torres (2002) y Rodríguez y Puerta (1995) soportan este hallazgo, al enseñar que las personas que han anulado algún tipo de relación conyugal presentan mayor número de síntomas depresivos que las personas solteras o casadas. La investigación de Mogollón, Jinete, Moreno y Álvarez (2005), concluyó que el estar sin pareja se asocia significativamente con la presencia de depresión en pacientes hospitalizados. Asimismo, Bartrop, Luckurt, Lazarus, Kilh y Penny (1977, citados por Vera y Buela Casal, 1999), mencionan que la tristeza y el estrés que se vivencia tras la pérdida del cónyuge conlleva a una reducción de la respuesta linfoproliferativa lo que afecta el sistema inmunológico. Estos hallazgos muestran que los adultos mayores y los viudos presentan mayor riesgo de depresión, a partir de esto se puede establecer una relación entre estos dos resultados, ya que como parte del ciclo vital las personas deben atravesar por la muerte del cónyuge, evidenciándose con mayor frecuencia este evento en las personas de edad tardía.

En la muestra clínica, los pacientes que nunca han acudido a un profesional de la salud mental presentaron una tendencia a puntuar más alto en las medias, esto podría deberse a que el paciente no reconoce la depresión como un problema de salud mental y por lo tanto no busca alternativas de tratamiento, al creer que esta patología no requiere intervención terapéutica; otra razón, por la cual las personas no asisten a atención psicológica o psiquiátrica, puede obedecer a la creencia de que el tratamiento

con antidepresivos genera dependencia en sus pacientes (Riveros, Bohórquez, Gómez y Okuda, 2006). De la misma manera, los prejuicios sociales mantenidos alrededor de la depresión dificultan la adhesión al tratamiento en estos pacientes (Comas y Álvarez, 2002). Por otra parte, la poca consulta psicológica, en algunas ocasiones corresponde a que la depresión se trata, la mayoría de las veces, en centros de atención primaria, más que en centros especializados en salud mental (Herrman et al, 2002; Simón y Buesching, 2002; Higgins, 1994, citados por Schwenk, Evans, Laden y Lewis, 2005).

Se establece una relación inversamente proporcional entre depresión y escolaridad, ya que a medida que el nivel educativo de los pacientes hospitalizados aumenta, la sintomatología depresiva tiende a disminuir. Esto se evidencia en las puntuaciones de la muestra clínica y no clínica, ya que en la muestra clínica se observó la tendencia a mayor puntuación en los pacientes con primaria completa y en la no clínica se apreció una tendencia a menor puntuación en los pacientes que han finalizado sus estudios universitarios. Estos resultados son similares a los hallazgos de Matud, Guerrero y Matías (2006); Lorant, et al. (2003) y Rodríguez y Puerta (1995). De tal manera que las personas con un nivel educativo superior tienen mayores posibilidades de obtener información acerca de su enfermedad y por ende comprendan su curso y pronóstico, con lo cual se reduce la incertidumbre y el estrés que esto genera.

En la muestra no clínica se identificó que los pacientes con un nivel socioeconómico alto presentaron una puntuación baja en la escala del BDI-II. A partir de esto puede inferirse que las condiciones de vivienda e ingresos óptimos disminuyen los riesgos de depresión. Esto se asocia con lo que dice Samei (2000); Turner y Lloyd (1999), al

anotar que en las secciones más pobres de la sociedad aumenta la vulnerabilidad de padecer una enfermedad mental ocasionada por las tensiones diarias, los problemas financieros y la dinámica que se viven en los barrios difíciles.

Con relación a la muestra total, se puede apreciar la influencia de los efectos iatrogénicos en la severidad de los síntomas depresivos, aquí se notó que la tendencia a mayor puntuación fue en los pacientes que llevaban 10 días de hospitalización, lo cual permite decir que existe una relación directa entre los días que el paciente permanece en la clínica y la severidad de los síntomas de depresión. Investigaciones como las de Franco, Gómez, Ocampo, Vargas y Berríos (2005), explican que la presencia de depresión en personas con enfermedades médicas dificulta el tratamiento y altera el pronóstico de la enfermedad de base, haciendo más difícil, prolongada y costosa la estancia hospitalaria. Menchon, Vidal y Cardonel (1997, citados por Serrano, 2002) añaden que algunas veces la instauración de síntomas depresivos se producen por los tratamientos que se emplean para combatir la enfermedad médica, lo cual es definido como depresión iatrogénica.

Durante la exploración teórica, realizada en este estudio, se han encontrado datos que señalan la alta presentación de enfermedades cardiovasculares a nivel mundial. En la presente investigación se pudo corroborar dicha información puesto que esta patología se constituyó junto con las enfermedades respiratorias como las más prevalentes en el ámbito hospitalario. Adicional a esto, las investigaciones han registrado la alta comorbilidad entre depresión y enfermedades cardiovasculares (Ziegelstein 2001, citado por Blumel, Gibbons, Kanacri, Kerrigan y Florenzano, 2005), sin embargo, en este estudio no se presentó ninguna

diferencia estadísticamente significativa entre las distintas enfermedades médicas y la depresión, esto pudo deberse, por un lado, al reducido número de casos por patología médica y, por el otro, a la similitud de síntomas somáticos en los pacientes con enfermedades médicas, como lo refiere la literatura, en la mayoría de ellos se encuentra una notable pérdida de energía, fatiga y cambios en el sueño y, por consiguiente, deterioro de la capacidad funcional (Burg y Abrams, 2001; Fernández, 2001; Guell, 2000; Judd y Kunovac, 1998 y Vidal y López, 2001; Klang y Clyne, 1997; Vinaccia, Quiceno, Fonseca y Fernández, 2006). Asimismo, las repercusiones que traen consigo estas patologías y sus síntomas fisiológicos se convierten en otro elemento en común entre las distintas enfermedades médicas, puesto que generan en los pacientes un impacto negativo en su calidad de vida, expresado en alteraciones en el rol familiar, social y laboral (Alarcón, 2004; Caballero, 2004; Christensen y Ehlers, 2002; Guell, 2000; Islas, Ramos, Aguilar y García, 2006; Klang y Clyne, 1997; Murillo y Alarcón, 2006; Pérez, Rodríguez, Galán y Blanco, 2005; Silk, 2001; Vinaccia, Quiceno, Fonseca y Fernández, 2006). Adicionalmente, la alta carga de enfermedad en términos de su costo económico se constituye en un factor denominador para los pacientes Silk, 2001; Caballero, 2004 y Klang y Clyne, 1997). Tales semejanzas entre las múltiples enfermedades médicas referidas en la literatura se establecen como factores predisponentes para el desarrollo de la depresión, lo que a su vez podría explicar la ausencia de diferencias significativas.

En el transcurso de la investigación se presentaron algunas falencias que podrían considerarse como limitaciones para el estudio; la primera de ellas, corresponde al

hecho de no aclarar con el paciente el tiempo transcurrido desde el diagnóstico de su enfermedad, pues las reacciones emocionales de los pacientes varían, dependiendo del conocimiento que se posea sobre el curso y pronóstico de la enfermedad. Por otro lado y como ya se mencionó, el contar con un número reducido de pacientes con el mismo tipo de enfermedad no permitió hacer análisis comparativos como los propuestos por MacHale (2002).

Debido al poco número de casos presentados en la muestra clínica del HADS, no fue posible la comparación de las medias con el Anova de un factor y la prueba T para muestras independientes; por tal razón, en este estudio no se mostró el análisis de las variables sociodemográficas y clínicas respecto a la presencia de depresión arrojadas por el HADS.

Cabe mencionar que la muestra recolectada en este estudio fue limitada, pese a que el número de pacientes que cumplían con el criterio de ingreso por enfermedad médica era elevado; sin embargo, situaciones como: no querer participar en el proyecto, deterioro físico del paciente por el mismo proceso de envejecimiento o de la enfermedad, así como el ingreso por otras condiciones clínicas no consideradas patologías (partos, accidentes de tránsito, accidentes de trabajo, enfermedades por vectores y cirugías estéticas), impidieron la recolección de una muestra mayor.

Finalmente, con el cumplimiento de los objetivos del estudio se logra reafirmar: que la depresión es un problema de salud pública y un trastorno psiquiátrico altamente prevalente en el contexto hospitalario, cuya manifestación clínica suele presentarse generalmente con síntomas somáticos más que afectivos, en donde variables sociodemográficas y clínicas influyen de manera significativa en la instauración o

mantenimiento de la depresión.

Por esta razón se considera de vital importancia el acompañamiento psicológico, toda vez que se conocen ampliamente los efectos de las alteraciones emocionales sobre el pronóstico del paciente en la situación hospitalaria, además del papel preponderante del trabajo interdisciplinario como medida para incrementar los efectos de la intervención médico-psicológica.

### Referencias

- Abúli, P., Comas, P., Suñer, R. y Grau, A. (2003). Niveles de ansiedad y depresión en enfermos hospitalizados y su relación con la gravedad de la enfermedad. *Medicina Clínica*, 120, 370-375.
- Alarcón, A. (2004). La depresión en el paciente Renal. *Revista Colombiana de Psiquiatría*, 33, 298-320.
- Andrade, L., Caraveo-Anduaga, J. y Berglund, P. (2000). Crossnational comparisons of the prevalences and correlates of mental disorders. *Bulletin of World Health Organization*, 78, 413-426.
- Andrews, G., Sanderson, K., Slade, T. e Issadikis, C. (2000). Why does the burden of disease persist? Relating the burden of anxiety and depression to effectiveness of treatment. *Bulletin of the world Health Organization*, 78, 446-454.
- Aragónés, E., Labad, A. y Piñol, J.L. (2005). Estudio de los trastornos depresivos en atención primaria. *Tesis doctoral, Universitat Rovira i Virgili, Reus*, España.
- Ayuso, J.L., Vázquez, J.L., Dowrick, C., Lehtinen, V., Dalgard, O.S., Casey, P., Wilkinson, C., Lasa, L., Page, H., Dunn, G. y Wilkinson, G. (2001). Depressive disorders in Europe. Prevalence figures from the ODIN study. *British Journal of Psychiatry*, 179, 308-314.
- Ayuso, J. L. (2004). Depresión: una prioridad en salud pública. *Medicina Clínica*, 123, 181-186.
- Becerra, J., Cribillero M. y Flores Y. (1998). Nivel de conocimientos en familiares de pacientes con depresión en el Instituto Nacional de Salud Mental Honorio Delgado Hideyo Noguchi. *Tesis doctoral, Universidad Peruana Cayetano Heredia*, Lima.
- Beck, A. y Steer, R. (1993). *Beck Depression Inventory, Manual*. San Antonio (Texas): Psychological Corporation.
- Blumel, B., Gibbons, A., Kanacri, A., Kerrigan, N. y Florenzano, R. (2005). Síntomas depresivos posinfarto al miocardio: detección precoz en una población hospitalizada. *Revista Médica de Chile*, 133, 1021-1027.
- Burg, M. y Abrams, D. (2001). Depression in chronic medical illness: The case of coronary Heart disease. *JCLP/In Session: Psychotherapy in Practice*, 57, 1323-1337.
- Caballero, C. V. (2004). Artritis reumatoide como enfermedad de alto costo. *Revista Colombiana de Reumatología*, 11, 225-231.
- Calle, J. (2000). La evaluación diagnóstica del paciente deprimido. *Revista Colombiana de Psiquiatría*, 6, 3-7.
- Campo, A. (1999). La depresión: problema médico cotidiano. *Revista Colombiana de Psiquiatría*, 2, 7-9.
- Cassem, H. (1995). Depressive disorders in the medically ill. An overview. *Psychosomatics*, 36, S2-10.
- Chappa, H. (2006) Distimia y otras depresiones crónicas. Bogotá: Panamericana. *Décima revisión de la clasificación internacional de las enfermedades*. Recuperado el 25 septiembre, 2007, de [www.biblioteca.anm.edu.ar](http://www.biblioteca.anm.edu.ar)
- Christensen, A.J. y Ehlers, S.L. (2002). Psychological factors in end-stage renal disease: an emerging context for behavioral medicine research. *Journal of Consulting and Clinical Psychology*, 70, 712-724.
- Comas, A. y Álvarez, E. (2002). Conocimiento y percepción de la depresión entre la población española. *Actas Españolas de Psiquiatría*, 32, 371-376.
- Fernández, C. (2001). Depresión y enfermedad médica (I). *Medicina General*, 38, 823-826.

- Franco, J. G., Gómez, P. E., Ocampo, M. V., Vargas, A. y Berrios, D. M. (2005). Prevalencia de trastornos psiquiátricos en pacientes medicoquirúrgicos hospitalizados en la Clínica Universitaria Bolivariana de Medellín, Colombia. *Colombia Médica*, 36, 186-193.
- Fullerton, C., Florenzano, R. y Acuña, J. (2000). Comorbilidad de enfermedades médicas crónicas y trastornos psiquiátricos en una población de consultantes en el nivel primario de atención. *Revista Médica de Chile*, 128, 729-734.
- Gómez, C., Bohórquez A, Pinto, D., Gil J., Rondón M. y Díaz, N. (2004). Prevalencia de la depresión y factores asociados con ella en la población colombiana. *Revista Panamericana de Salud Pública*, 16, 378-86.
- Gómez, C., Bohórquez, A., Gil, J.F. y Pérez, V. (2005). Conocimientos sobre los trastornos depresivos y evaluación de una intervención educativa aplicada a médicos de atención primaria en Bogotá, Colombia: Resultados colombianos del proyecto internacional de depresión. *Revista Colombiana de Psiquiatría*, 34, 220-241.
- Gómez, C., Bohórquez, A., Okuda, M., Gil, J.F., Tamayo, N. y Rey, D. (2007). Exactitud en el diagnóstico de depresión por médicos de atención primaria después de una intervención educativa. *Revista Colombiana de Psiquiatría*, 36, 439-450.
- Gómez, C. y Rodríguez, N. (1997). Factores de riesgo asociados al síndrome depresivo en la población colombiana. *Revista Colombiana de Psiquiatría*, 26, 23-35.
- González, C. H., Valencia, H. y Bersh, S. (2006). Intervenciones psicoterapéuticas en los pacientes con enfermedad médicoquirúrgica. *Revista Colombiana de Psiquiatría*, 35, 72-90.
- Goodwin, R., Kroenke, K., Hoven, C. y Spitzer, R. (2003). Major depression physical illness and suicidal ideation in primary care. *Psychosomatic Medicine*, 65, 501-505.
- Guell, R. (2000). Serie 2: EPOC y músculos periféricos. *Archivos de bronconeumología*, 3, 519 -524.
- Henningsen, P., Zimmerman, T. y Sattel, H. (2003). Medically unexplained physical symptoms, anxiety and depression. A meta-analytic review. *Psychosomatic Medicine*, 65, 528-533.
- Hernández, R., Fernández, C. y Baptista, P. (2003). Metodología de la investigación. México D.F.: Mc Graw Hill.
- Hernández, G., Ibáñez, C., Kimelman, M., Orellana, G., Montino, O. y Núñez, C. (2001). Prevalencia de trastornos psiquiátricos en hombres y mujeres hospitalizados en un Servicio de Medicina Interna de un hospital de Santiago de Chile. *Revista Médica*, 129, 1279-1288.
- Islas, N.L., Ramos, B., Aguilar, M.G. y García, M.L. (2006). Perfil psicosocial del cuidador primario informal del paciente con EPOC. *Revista del Instituto Nacional de Enfermedades Respiratorias Ismael Cossio Villegas*, 19, 266-271.
- Judd, L. y Kunovac, J. (1998). Clinical Characteristics and Management of Unipolar Depressive Disorders Comorbid with Neurological Disorders. *Neuropsychobiology*, 37, 84-87.
- Katon, W.J. (2003). Clinical and health services relationships between major depression, depressive symptoms, and general medical illness. *Biological Psychiatry*, 54, 216-226.
- Klang, B. y Clyne, N. (1997). Well-being and functional ability in uraemic patients before and after having started dialysis treatment. *Scandinavian Journal Caring Scientific*, 11, 159-166.
- Lefrancois, G. (2001). *El ciclo de la vida*. México D.F: International Thomson Editores.
- Lorant, V., Deliège, D., Eaton, W., Robert, A., Phillipot, P. y Ansseau, M. (2003). Socioeconomic inequalities in depression: A meta-analysis. *American Journal of Epidemiology*, 157, 98-112.
- MacHale, S. (2002). Managing depression in physical illness. *Advanced in Psychiatric Treatment*, 8, 297-306.
- Manual de Diagnóstico y Estadístico de los Trastornos Mentales DSM-IV TR. (2002). Barcelona: Masson.

- Matud, M., Guerrero, K., Matías, R. (2006). Relevancia de las variables sociodemográficas en las diferencias de género en la depresión. *Internacional. Journal of Clinical and Health Psychology*, 6, 7-21.
- Maya, I., García, M. y Martínez, F.M. (2001). El efecto amortiguador del apoyo social sobre la depresión en un colectivo de inmigrantes. *Psicothema*, 13, 605-610.
- Michaud, C., Murray, C. y Bloom, B. (2001). Burden of disease: implications for future research. *JAMA- Journal of the American Medical Association*, 285, 535-539.
- Mogollón, J.P., Jinete, S.P., Moreno, I.A. y Álvarez, M.P. (2005). Prevalencia de trastorno depresivo mayor en pacientes mayores de 50 años, hospitalizados en un servicio de medicina interna. *MedUNAB*, 8, 11-14.
- Morato, M. (2006). Análisis de la valoración psicológica mediante la Hospital Anxiety and Depression Scale en pacientes operadas de cáncer de mama. *Enfermería Clínica*, 16, 144-147
- Muñoz, R.A., McBride, M.E., Brnabic, A., López, C.J., Hetem, L.A., Secin, R. y Dueñas, H.J. (2005). Major depressive disorder in Latin America: The relationship between depression severity, painful somatic symptoms, and quality of life. *Journal of Affective Disorders*, 86, 93-98.
- Murillo, M. y Alarcón, A. (2006). Tratamientos psicossomáticos en el paciente con cáncer. *Revista Colombiana de Psiquiatría*, 35, 92-111.
- Palomo, L., Rubio, C. y Gervás, J. (2006). La comorbilidad en atención primaria. *Gaceta Sanitaria*, 20, 182-191.
- Panzarino, P.J. (1998). The cost of depression: direct and indirect; treatment versus nontreatment. *Journal Clinical Psychiatry*, 59, 11-14.
- Patten, S.B. (2001). Long-term medical conditions and major depression in a Canadian population study at waves 1 and 2. *Journal of Affective Disorders*, 63, 35-41.
- Paykel, E. S. y Priest R. G. (1992). Recognition and management of depression in general practice: consensus statement. *British Medical Journal*, 305, 1198-1202.
- Pérez, S.A. (2004). Factores de riesgo suicida en el anciano. *Revista Electrónica de Geriátria y Gerontología*, 6, 36-43.
- Pérez, M.A., Rodríguez, A.M., Galán, A. y Blanco, A. (2005). Calidad de vida en la salud: algunas investigaciones en el ámbito hospitalario. *Revista Colombiana de Psicología*, 14, 64-72.
- Posada, J., Aguilar, S., Magaña, C. y Gómez L. (2004). Prevalencia de los trastornos mentales y uso de servicios: resultados preliminares del estudio nacional de salud mental: Colombia 2003. *Revista Colombiana de Psiquiatría*, 33, 241-62.
- Restrepo, U. (2003). Depresión y Enfermedad Médica. *Cuaderno de Psiquiatría*. Recuperado el 12 de octubre, 2006 de [http://www.psiquiatria.org.co/enlace/articuloHTML.php?id\\_articulo=28](http://www.psiquiatria.org.co/enlace/articuloHTML.php?id_articulo=28).
- Rico, J., Restrepo, M y Molina, M. (2005). Adaptación y validación de la escala hospitalaria de ansiedad y depresión (HAD). En una muestra de pacientes con cáncer del Instituto Nacional de Cancerología de Colombia. *Revista del Laboratorio de Psicometría*, 3, 73-86.
- Riveros, M., Bohórquez A., Gómez, C. y Okuda, M. (2006). Conocimientos sobre la depresión en pacientes que asisten a centros de atención primaria en Bogotá, Colombia. Resultados colombianos del proyecto internacional de depresión. *Revista Colombiana de Psiquiatría*, 35, 9-22.
- Rodríguez, C.E. y Puerta, G. (1995). Prevalencia de síntomas de depresión y ansiedad en los pacientes de consulta no psiquiátrica. *Revista Colombiana de Psiquiatría*, 26, 273-288.
- Rodríguez, B., Ortiz, A., Palao, A., Avedillo, C., Sánchez, A. y Chinchilla, C. (2002). Síntomas de ansiedad y depresión en un grupo de pacientes oncológicos y en sus cuidadores. *European Journal Psychiatry*, 16, 27-38.



- Romero, G. (2006). Tratamiento cognitivo-conductual de un caso de depresión en la tercera edad. *Revista de Psiquiatría y Salud Mental Hermilio Valdizan*, 7, 65-75.
- Rosenberger, P.H., Jokl, P. y Ickovics, J. (2006) La influencia de los factores psicológicos en los resultados quirúrgicos: revisión bibliográfica basada en la evidencia. *Journal of the American Academy of Orthopaedic Surgeons*, 5, 367-375.
- Samei, A. (2000). Depresión and physical illness. Recuperado el 7, febrero, 2007 de [http://www2.netdoctor.co.uk/special\\_reports/depression/illness&depress.htm](http://www2.netdoctor.co.uk/special_reports/depression/illness&depress.htm)
- Sanz, J., Navarro, M.E. y Vázquez, C. (2003). Adaptación española del inventario para la depresión de Beck-II (BDI-II): 1. Propiedades psicométricas en estudiantes universitarios. *Análisis y Modificación de Conducta*, 29, 239-288.
- Sanz, J., Perdígón, A.L. y Vázquez, C. (2003). Adaptación española del inventario para la depresión de Beck-II (BDI-II): 2. Propiedades psicométricas en población general. *Clínica y Salud*, 14, 249-280.
- Schwenk, T.L., Evans, D.L., Laden, S.K. y Lewis, L. (2005). Resultado terapéutico y comunicación médico-paciente en los pacientes de atención primaria con depresión crónica recurrente. *American Journal of Psychiatry*, 8, 44-53.
- Stassen-Berger, K. (2001). *Psicología del desarrollo: adultez y vejez*. Madrid: Médica Panamericana.
- Serfaty, E.M. (2005). *Depresión y sexualidad*. Primer Congreso Virtual de Psiquiatría, 9, 42-51.
- Serrano, F. (2002). Depresión en enfermedades médicas. *Anales*, 25, 137-148.
- Silk, D. B. (2001). Impact of irritable bowel syndrome on personal relationships and working practices. *European Journal of Gastroenterology y Hepatology*, 13, 1327-1332.
- Simon, G. (2003). Social and economic burden of mood disorders. *Biological Psychiatry*, 54, 208-215.
- Sullivan, P.F., Neale, M.C. y Kendler, K. (2000). Genetic epidemiology of major depression: Review and meta-analysis. *American Psychiatric Association*, 157, 1552-1562.
- Tellez, J. y Estefan, R. (2003). Depresión y enfermedad cardiovascular. *Revista Colombiana de Psiquiatría*, 8-12
- Turner, J. y Lloyd, D. (1999). The stress process and the social distribution of depression. *Journal of Health Social and Behavior*, 40, 374-404.
- Urrego, Z. (2007). Reflexiones en torno al análisis de la situación de salud mental en Colombia, 1974-2004. *Revista Colombiana de Psiquiatría*, 36, 307-319.
- Ustun, T. B. y Sartorius, N. (1995). *Mental illness in general health care: an international study*. Chichester: John Wiley y Sons on behalf of the World Health Organization.
- Vera, P. y Buela-Casal, G. (1999). Psiconeuroinmunología: Relaciones entre factores psicológicos e inmunitarios en humanos. *Revista Latinoamericana de Psicología*, 31, 271-289.
- Vicente, B., Rioseco, P., Valdivia, S., Kohn, R. y Torres, S. (2002). Estudio chileno de prevalencia de patología psiquiátrica (DSM-III-R/CIDI) (ECPP). *Revista Médica de Chile*, 130, 527-536.
- Vidal, M.C. y López, J.S. (2001). La depresión en la consulta psicooncológica. *Revista Argentina de Clínica Neuropsiquiátrica*, 9, 13-23.
- Vinaccia, S., Quiceno, J.M., Fonseca, P. y Fernández, H. (2006). Calidad de vida relacionada con la salud y su impacto sobre la cognición hacia la enfermedad en pacientes con hiperplasia prostática. *Acta Colombiana de Psicología*, 9, 47-56.

