

UNIVERSIDAD PRIVADA ANTENOR ORREGO
FACULTAD DE MEDICINA HUMANA
SEGUNDA ESPECIALIDAD EN MEDICINA HUMANA



**Proyecto de Investigación para obtener el Título de Segunda
Especialidad Profesional de Médico Especialista en PSIQUIATRÍA.**

Modalidad: Residencia Médico

**APOYO SOCIAL Y GRADO DE DEPRESIÓN EN PACIENTES
DE 18 A 59 AÑOS EN HOSPITAL VÍCTOR LAZARTE ECHEGARAY
DE TRUJILLO**

AUTOR:

CINTHYA ARACELLY HUIMAN CHASQUIBOL

ASESOR:

DRA. ROSA ÁNGELA LOZANO IBÁÑEZ

TRUJILLO - PERÚ

2020

I. GENERALIDADES:

1. Título:

Apoyo social y grado de depresión en pacientes de 18 a 59 años en Hospital Víctor Lazarte Echegaray de Trujillo

2. Equipo investigador:

2.1. Autor(a):

Cinthyá Aracelly Huiman Chasquibol.

Médico Residente de Tercer año de Psiquiatría de la Universidad Privada Antenor Orrego.

2.2. Asesor:

Dra. Rosa Ángela Lozano Ibáñez.

Psiquiatra y Tutora de la Cátedra de Psiquiatría en Universidad Privada Antenor Orrego.

3. Tipo de Investigación:

3.1. De acuerdo a la orientación o finalidad: Aplicada

3.2. De acuerdo a la técnica de contrastación: Observacional

4. Área o Línea de Investigación:

Enfermedades no transmisibles

5. Unidad Académica:

Facultad de Medicina Humana de la Universidad Privada Antenor Orrego.

Escuela de Postgrado.

6. Institución y Localidad donde se desarrollará el Proyecto:

Hospital Víctor Lazarte Echegaray- Es Salud Trujillo

7. Duración total del Proyecto:

6.1 Fecha de Inicio: Julio 2020

6.2 Fecha de Término: Diciembre 2020

II. PLAN DE INVESTIGACIÓN

Resumen

La presente investigación observacional, descriptiva, transversal, con diseño de correlación; se aplicará en el servicio de Psiquiatría del Hospital Víctor Lazarte Echegaray, durante los meses de julio a diciembre del 2020, con la finalidad de determinar la relación entre apoyo social y grado de depresión. La muestra estará constituida por 60 pacientes entre 18 a 59 años de edad. Los instrumentos de valorización que se utilizarán serán el test de Beck para evaluar grado de depresión y el cuestionario de Medical Outcomes Study Social Support Survey (MOS) para evaluar apoyo social. Los datos se procesarán mediante el programa EPIDAT, SPSS 25.0, para evaluar relación entre las variables se aplicará el coeficiente de correlación de Rho de Spearman con prueba estadística Z, con significancia si $p < 0.05$. Las conclusiones serán usadas para el registro local y nacional de las variables en estudio, así como también servirán para investigaciones futuras.

1. Planteamiento del problema:

La OMS determina que la salud mental a nivel mundial en los últimos años se ha visto vulnerada, afectado al individuo a nivel físico, mental y social, es así como la depresión afecta más de 300 millones personas en el mundo, se estima que para el año 2020, la depresión será considerada la segunda causa de incapacidad en el mundo, detrás de las enfermedades isquémicas, en tanto el año 2000 ocupaba el cuarto lugar, asimismo una de cada cinco personas llegara a desarrollar un cuadro depresivo en su vida, siendo más frecuente en mujeres. En Latinoamérica la prevalencia oscila de 3,8% al 14.5%.¹

A nivel nacional, según estudio del Instituto Nacional de Salud Mental “Honorio Delgado Hideyo Noguchi, señala que la prevalencia de depresión alcanza los 16.4%. Por tal motivo, las nuevas políticas de salud mental están abordando este trastorno mental, cuyo índice de prevalencia, lejos de disminuir, suele incrementarse cada vez y tener severas complicaciones.²

La depresión es causada por una combinación de factores genéticos y ambientales (estado civil: soltero, divorciado y viudo, bajo nivel de instrucción, bajo nivel socioeconómico, eventos vitales negativos). En el peor de los casos la depresión grave puede llevar al suicidio; cada año se suicidan cerca de un millón de personas, muchas de las cuales padecen depresión. Existen en la actualidad múltiples tratamientos eficaces, pero más de la mitad de los afectados no recibe ningún tratamiento médico además de no contar con apoyo social, lo que agrava su pronóstico.³

La cronificación de la enfermedad constituye un estudio independiente, por el continuo proceso de adaptación de las distintas fases en la enfermedad y su ciclo vital, siendo una de las variables de adaptación el apoyo social, en función de lo anterior, el estado de enfermedad crónica plantea demandas específicas de apoyo social que determinarían a su vez las actitudes y conductas que tendrán las personas próximas al enfermo, siendo así un factor protector o de riesgo.⁴

El interés por el concepto de apoyo social se originó en los años 70 como una variable primordial en estudios del área de la salud, especialmente en el afrontamiento al estrés en situaciones de crisis. En general, se cree que el apoyo social afecta la salud mental y física a través de su influencia en las emociones, cogniciones y comportamientos. En América Latina se ha reportado que las personas que tienen un familiar con enfermedad crónica llegan a desempeñarse como cuidadores, pero estos no cuentan con la orientación adecuada para enfrentar situaciones que demandan el proceso de restablecimiento de su salud, más aún tratándose de cuadros severos como la depresión.⁵

Durante los últimos años, ha incrementado la importancia de apoyo social en el tratamiento de enfermedades crónicas, mantenimiento de la salud y bienestar de los individuos. La investigación viene estableciendo asociaciones entre morbilidad psiquiátrica (entre las que resalta la depresión y ansiedad), adaptación y recuperación de enfermedades crónicas; en lo referente a la salud mental, se cree que el apoyo social mantiene la regulación de los sistemas de respuesta y previene respuestas extremas asociadas con la disfunción, esta

regulación se produce a través de la comunicación de lo que se espera, de asistencia para hacer frente. También se cree que el apoyo social desempeña un papel en el riesgo, la progresión y la recuperación de una enfermedad física. Surgiendo interés especial en el tema de apoyo social como una intervención sobre el área personal y social del individuo, considerándose como tema de estudio, el investigar esta asociación se pretende realizar este estudio. ⁶

En el Hospital Víctor Lazarte Echegaray de Trujillo, según data del año pasado, aproximadamente se cuenta con 1110 casos de depresión grado leve, 2399 caso de depresión grado moderado y 868 casos de depresión grado severo. Asimismo existe en la institución un programa de psicoterapia para depresión, con frecuencia 2 veces por semana donde acude tanto pacientes como familiares o amigos a recibir talleres y sesiones educativos. En los reportes del trabajo realizado se evidencian cambios significativos en la evolución del paciente cuando presenta un apoyo social adecuado, lo que mejoraría su pronóstico.

Problema

¿Cuál es el tipo de relación entre apoyo social y grado de depresión en pacientes de 18 a 59 años en Hospital Víctor Lazarte Echegaray de Trujillo durante el período julio 2020 – diciembre 2020?

2. ANTECEDENTES DEL PROBLEMA

Werner A, Afzali M, Chapman C, Sunderland M, Slade T ⁷ (Australia, 2017); realizaron un estudio descriptivo, transversal, con el objetivo determinar la relación entre la depresión y los factores de conectividad social. Utilizaron el método de regresión logística. La muestra estuvo conformada por 8841 participantes de 16-85 años. En cuanto a resultados un 50.4% son mujeres, 53% son casados, la prevalencia de depresión fue de 522 pacientes (5.9%), al no tener miembros de la familia para confiar la probabilidad de depresión fue de 8.53% (OR 1.78, IC 95% 1.11–2.88, $p < 0.001$) mientras que tres o más miembros de la familia en los que confiar disminuyeron las probabilidades de depresión de 46.94% (OR 0.61; IC del 95%: 0.46–0.81, $p < 0.001$). Se observó el mismo patrón para el número de miembros de la familia en quienes confiar; es decir, al

no contar con miembros de la familia aumenta las probabilidades de depresión en 6.55% (OR 1.35, IC 95% 0.79–2.32, $p < 0.001$). Concluyeron que las relaciones sociales de alta calidad con los amigos y los miembros de la familia están relacionadas con un bajo nivel de depresión.

Llange J.⁸ (Lima, 2017); realizó un estudio observacional, transversal, analítico, prospectivo, con el objetivo determinar la asociación entre apoyo social y el grado de depresión en pacientes adultos de salas de hospitalización. En cuanto al método calcularon ORs con sus respectivos intervalos de confianza al 95% y prueba de chi cuadrado, considerando como significativo un valor $p < 0,05$. Utilizaron para medir las variables: test de Zung para grado de depresión y test de DUKE UNC para apoyo social. La muestra tuvo un total de 328 pacientes del hospital Vitarte durante año 2016. En resultados un 35.9% (118 pacientes) tenían depresión, esto se asocio a apoyo social bajo (83 pacientes: 70.3%)(OR 3.78, IC del 95%:2.27–6.53, $p=0.001$). Concluyendo que se encontró asociación estadísticamente significativa entre depresión y bajo apoyo social, sexo, edad, estar soltero o viudo en los pacientes adultos.

Yildiz E. y Türkinaz A.⁹ (Turquía, 2016); realizaron un estudio descriptivo, transversal con el objetivo de determinar la relación entre el apoyo social percibido y el nivel de depresión de los pacientes con pie diabético. La muestra estado conformada 128 pacientes, mayores de 18 años. En el método utilizaron chi cuadrado de Pearson, prueba de T de Student, coeficiente de asimetría de Fisher y la prueba de Shapiro Wilk. Utilizaron para medir las variables: Escala de Depresión de Beck, y la escala Multidimensional de apoyo social (MSPSS). En resultados el 56.3% son hombres, 43.8% mujeres, el 33% tuvieron depresión moderada y 13.1% depresión grave. En la evaluación estadística se determinó una correlación negativa significativa entre las escalas con puntuación total de $p < 0.01$. Concluyeron una correlación negativa entre las puntuaciones de ambas escalas, demostrando que a medida que aumenta el apoyo familiar y de amigo disminuye el grado de depresión.

Davidson S, Dowrick C. y Gunn J.¹⁰ (Australia, 2016); realizaron un estudio cohorte, prospectivo, con el objetivo de estudiar la asociación de las relaciones

sociales y el curso de depresión. Utilizaron el método de regresión logística. Usaron el cuestionario de salud del paciente (PHQ-9) para depresión y el cuestionario de WHOQOL-BREF para medir relaciones sociales. La muestra estuvo conformada por 494 pacientes, entre 18 y 75 años de edad. En resultados un 72.5% fueron mujeres, un 24% informó síntomas depresivos, la tasa de respuesta a los dos años de seguimiento fue del 63%, mostró asociaciones univariadas similares entre las variables predictoras y el resultado de la depresión (función social: OR 0.81; IC del 95%: 0.74 a 0.89, $p < 0.001$), estructura: OR 0.80; IC del 95%: 0.72 a 0.89, $p < 0.001$). Asociaciones multivariadas (función social: OR 0.90; IC del 95%: 0.80 a 1.01, $p = 0.07$), estructura: OR 0.89; IC del 95%: 0.78 a 1.03, $p = 0.12$). En conclusión las relaciones sociales se asociaron con una mayor probabilidad de depresión, además de indicar que las intervenciones dirigidas a mejorar las relaciones sociales podrían considerarse un plan de tratamiento personalizado.

Erhardt E.¹¹ (Buenos Aires, 2016); realizó un estudio descriptivo, transversal, tipo correlacional, con el objetivo de determinar la relación entre el apoyo social percibido y el riesgo de desarrollar depresión. Trabajaron con un total de 200 participantes, conformados 134 mujeres (67%) y 66 hombres (33%) de entre 18 y 30 años de edad. Para recolectar los datos se utilizaron el Inventario de Depresión Beck (BDI) (coeficiente de alpha de Cronbach de 0.83) y la Escala Multidimensional de Soporte Social Percibido (MSPSS) (coeficiente de alpha de Cronbach de 0.86). En el método para determinar la relación entre las variables cuantitativas utilizaron el coeficiente de correlación de Rho de Spearman con prueba estadística de Kolmogorov-Smirnov. En cuanto a resultados, padecen depresión leve 53 participantes (26.5%), 5 (2.5%) depresión moderada y 4 (2%) depresión grave, se determinó una relación significativa estadísticamente negativo ($r = -0.504$) con $p < 0.001$. En conclusión se encontró que existe relación entre apoyo social percibido y el riesgo de desarrollar depresión, se halló que ante mayor apoyo social menor es el riesgo de desarrollar depresión.

Kleinberg A, Aluoja A. y Vasar V.¹² (Estonia, 2013); realizaron un estudio para determinar el apoyo social en depresión: factores estructurales y funcionales, control percibido y búsqueda de ayuda en personas con depresión mayor. La

muestra estuvo conformada 6105 pacientes, 5177 (52%) mujeres y 2928 (48%) hombres. En resultados, el riesgo de depresión fue significativamente mayor entre aquellos con soledad social (OR 1.12; IC del 95%: 0.99-1.26), soledad social (OR, 1.02; IC del 95%: 0.88-1.17), insatisfecho con su pareja (OR 1.22; IC del 95%: 0.60-2.47), 5.6% sin pareja (OR, 1.31; IC del 95%: 0.78-2.19), fueron factores importantes que predicen la depresión en el modelo multivariado el nivel de significación estadística se estableció en $p < 0.05$. En conclusión la depresión se asocia con factores estructurales y funcionales de apoyo social.

Teo A, Choi H. y Valenstein M.¹³ (Estados Unidos, 2013); estudiaron las relaciones sociales y depresión: seguimiento de diez años a partir de un estudio representativo a nivel nacional. La muestra consistió en una cohorte de 4.642 adultos estadounidenses, de 25 a 75 años, 52.5% mujeres, 559 pacientes (12.3%) tuvieron un episodio depresivo mayor al inicio del estudio. El riesgo de depresión fue significativamente mayor entre aquellos con una tensión social inicial (OR 1.99; IC del 95%: 1.47-2.70), falta de apoyo social (OR 1.79; IC del 95%: 1.37-2.35) OR 2.60; IC del 95%, 1.84 – 3.69). Los que tuvieron la menor calidad de las relaciones sociales tuvieron más del doble de riesgo de depresión (14.0%, IC 95%, 12.0-16.0, $p < 0.001$) que los de mayor calidad (6.7%, IC del 95%, 5.3%, $p < 0.001$). En conclusión, la calidad de las relaciones sociales es un factor de riesgo importante para la depresión mayor.

3. Justificación:

Cada año se está viendo un incremento en el número de casos de pacientes con depresión cuyas consecuencias llegan a ser mortales, si no se tiene una intervención oportuna; en nuestra institución se ha integrado el apoyo social de ciertos pacientes a través de psicoterapias semanales, esta investigación se plantea mejorar el actual registro que tiene la institución entre ambas variables y conocer la existencia de asociación brindando el beneficio de intervenir desde el punto de vista social, estableciendo nuevas políticas hospitalarias que aumenten la incorporación de la familia y su entorno socio-laboral con participación activa en el afrontamiento del proceso de la enfermedad, a fin de lograr una adecuada adherencia terapéutica y consiguiente reinserción social y funcionalidad del paciente. Asimismo, con una oportuna detección y manejo de los casos se

procedería a dar de alta los pacientes recuperados y así aumentar el número de pacientes nuevos que se beneficiarían de los servicios de salud mental. Además, este estudio sería de utilidad como base para futuras investigaciones.

4. Objetivos:

4.1. Objetivo General

Determinar el tipo de relación entre apoyo social y grado de depresión en pacientes de 18 a 59 años en Hospital Víctor Lazarte Echegaray de Trujillo, durante el período julio 2020- diciembre 2020.

4.2. Objetivos específicos.

1. Caracterización de la población según sexo y edad.
2. Determinar el apoyo social en pacientes de 18 a 59 años.
3. Determinar el grado de depresión en pacientes de 18 a 59 años.

5. MARCO TEÓRICO:

La depresión según la OMS, se caracteriza por tristeza patológica, pérdida de interés o placer, sentimientos de culpa, trastornos de sueño o del apetito, sensación de cansancio y falta de concentración, los cuales afectan la calidad de vida y generan dificultades en su entorno familiar, laboral y social, durante un periodo de dos semanas. ¹

Según Organización Mundial de la Salud, se calcula que para el 2020 la depresión sería la segunda causa de discapacidad, estará relacionada tanto en disfunción física como en su desempeño a nivel socio-laboral y aumento de recursos sanitarios. Los trastornos mentales llegan a triplicar casos de jubilación anticipada y utilización elevada de recursos sanitarios y pérdida de productividad. La severidad de depresión está asociado con el nivel de discapacidad, cuanto más severa se producirá más discapacidad. Es así que cuando los pacientes mejoran vuelve su funcionalidad a la normalidad y aumenta su productividad. La prevalencia en adultos es de 5 al 9% para mujeres y entre el 2 y 3% en varones. La depresión es de alta prevalencia y actualmente afecta a gran cantidad de población en todo el mundo, las cifras van en aumento, disminuye la calidad de vida y trae grandes costos sanitarios y sociales. Dentro

de los desafíos de salud mental esta la reducción de prevalencia de depresión, considerándola una de los principales trastornos mentales, siendo una prioridad en el siglo XXI.¹⁴

Entre los trastornos depresivos se clasifican el trastorno depresivo mayor, el trastorno distímico y el trastorno depresivo no especificado. Según el número e intensidad de los síntomas, los episodios depresivos pueden clasificarse como leves, moderados o graves. Dentro de los leves y moderados no habrá afectación de sus actividades habituales, en cambio durante un episodio grave si existe afectación.¹⁵

Según la DSM 5 los criterios diagnósticos de depresión mayor son: Cinco (o más) de los siguientes síntomas durante período de dos semanas y representan un cambio del funcionamiento previo; imprescindible al menos uno de los dos primeros síntomas (1) Estado de ánimo deprimido o (2) Pérdida de interés, (3) Pérdida importante de peso sin hacer dieta o aumento de peso (p. ej. modificación de más de un 5% del peso corporal en un mes) o disminución o aumento del apetito, (4) Insomnio o hipersomnia (5) Agitación o retraso psicomotor, (6) Fatiga o pérdida de energía, (7) Sentimiento de inutilidad o culpabilidad excesiva o inapropiada, (8) Disminución de la capacidad para pensar o concentrarse, o para tomar decisiones, todos estos casi todos los días, (9) Pensamientos de muerte recurrentes, ideas suicidas recurrentes, intento de suicidio o un plan específico para llevarlo a cabo, además los síntomas causan malestar clínicamente significativo o deterioro en lo social, laboral u otras áreas importantes del funcionamiento y por último el episodio no se puede atribuir a los efectos fisiológicos de una sustancia o de otra afección médica. A pesar que en la actualidad existe más acceso de información, los pacientes demoran en llegar a los establecimientos de salud a recibir un diagnóstico y tratamiento precoz. Asimismo los familiares y el entorno socio laboral continúan sin entender que le sucede al paciente.¹⁵

De acuerdo con Caplan, el apoyo social se define como el sistema de relaciones formales e informales por las cuales los individuos reciben ayuda emocional,

instrumental e informacional para enfrentar situaciones que generen estrés emocional.¹⁶

La búsqueda de apoyo social es una reacción natural que acompaña a todo ser humano a lo largo de su vida ante situaciones estresantes o de peligro. Su desarrollo se produce durante la infancia con las relaciones de los padres, continuando con la incorporación de otros familiares, amigos y compañeros de trabajo a lo largo de su ciclo vital. Es así que a raíz de la idea de que las relaciones sociales pueden prevenir y reducir efectos negativos del estrés y favorecer en la salud y bienestar en el año 70 inician investigaciones sobre la importancia del apoyo social en los individuos.¹⁷

Generalmente el apoyo social se puede ver en tres aspectos: (1) el apoyo emocional que proporciona a las personas un sentido de seguridad, pertenencia y amor. El tener a alguien que escuche atentamente sin criticar y que valore la amistad o relación nos ayuda a tener un concepto balanceado de quienes somos y de nuestro valor como seres humanos. (2) el apoyo instrumental expresado de como la ayuda financiera y ayuda con los oficios del hogar. (3) el apoyo informativo a través de la provisión de consejos, sugerencias e ideas que puedan ayudar a la persona con problemas que estén enfrentando.¹⁸

El tipo de apoyo social tiene diversos efectos sobre la salud de las personas. Por ejemplo: el apoyo emocional de la pareja es relevante posterior a la aparición de la enfermedad, mientras que el apoyo instrumental e informativo de los compañeros de trabajo, es importante en la etapa de rehabilitación y reinserción. En tanto el apoyo social podría funcionar como un factor protector, dado que si el individuo pertenece a diversos grupos de apoyo social situados en casa, comunidad y trabajo le permite estar inmunizado ante el mundo estresante.¹⁹

El apoyo social brinda seguridad, control sobre su medio, y reconocimiento de la propia valía y autoestima que resultan beneficiosos para la salud y bienestar a través de la reducción del estrés percibido, el incremento de la motivación en el autocuidado, y la mejora de la actividad del sistema inmunitario. Por el contrario la soledad genera sentimientos negativos, disminuye la percepción de control

sobre su medio y reduce la autoestima. Estos estados psicológicos negativos inducen un incremento de la actividad neuroendocrina, suprimen la función inmune, e interfieren en el mantenimiento de comportamientos saludables. En este caso, se incide en el beneficio del apoyo social para hacer que las personas se sientan mejor simplemente por el hecho de sentirse apoyados e incluidos en una red social que les de fortaleza y ánimo.²⁰

Teniendo en cuenta las múltiples dimensiones del apoyo social es difícil conseguir un método para medirlo, debido a su vinculación con eventos objetivos o subjetivos. Sin embargo en la actualidad existen numerosos cuestionarios, basados en evaluaciones retrospectivas que aportan información útil y confiable para comprender el papel del apoyo social en diversos contextos de la salud.²²

Actualmente también existen diversos cuestionarios de medición para evaluar el grado de depresión. Dentro de las más relevantes: Hamilton, Zung y Beck. Siendo esta última de fácil aplicación y validada en el Perú. El cuestionario de Beck consta de 21 categorías de síntomas y cada ítem responde una escala de 4 puntos, de 0 a 3, exceto los ítems 16 y 18 que contiene 7 categorías. Si una persona ha elegido varias categorías de respuesta en un ítem, se toma la categoría a la que corresponde la puntuación más alta. Las puntuaciones mínima y máxima son de 0 y 63 respectivamente. En el cuestionario, una puntuación de 0-10 indica que no hay ningún síntoma de depresión, la puntuación de 11-17 indica depresión leve, 18-29 depresión moderada y 30-63 depresión grave.²¹

El cuestionario Medical Outcomes Study Social Support Survey (MOS), fue desarrollado por Sherbourne y Stewart en 1991, considerándose un instrumento válido y confiable debido a que detecta situaciones de riesgo social, como es el caso de pacientes con enfermedades crónicas, e interviene sobre las personas afectadas y sus entornos sociales. El instrumento se compone de 20 ítems, la pregunta uno hace referencia al tamaño de la red social, y los 19 ítems restantes están referidos a cuatro dimensiones del apoyo social funcional: emocional o afectivo, informacional, instrumental y tamaño de la red social. Las respuestas se puntualizan en una escala de 5 puntos, su registro permite obtener una

puntuación total. Donde altos puntajes indican un alto nivel de apoyo social y los bajos puntajes indican un bajo nivel de apoyo social.²²

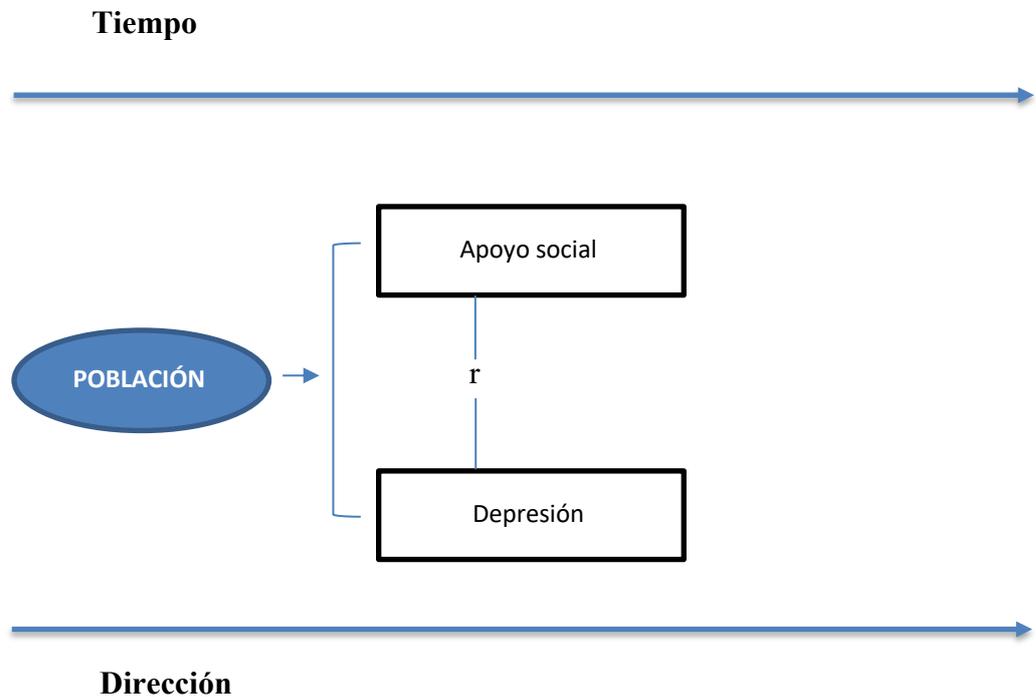
6. Hipótesis:

Existe relación inversa entre apoyo social y grado de depresión en pacientes de 18 a 59 años en Hospital Víctor Lazarte Echegaray de Trujillo durante el período julio 2020 – diciembre 2020

7. Material y método:

7.1. Diseño de estudio:

Descriptivo, observacional, transversal, con diseño de correlación-causal, cuyo esquema es el siguiente:



7.2. Población, muestra y muestreo

Población

Los pacientes entre 18 a 59 años de ambos sexos atendidos por consultorio externo de Psiquiatría del Hospital Víctor Lazarte Echegaray periodo julio 2020 - diciembre 2020

Criterios de selección:

Criterios de Inclusión:

Se incluyeron a pacientes con características ya descritas en la población, que aceptaron realizar la encuesta y firmaron el consentimiento informado.

Criterios de Exclusión

Se excluyeron a pacientes que no deseen colaborar con la investigación, y con problemas visuales severos.

Muestra:

Unidad de Análisis:

Cada paciente del servicio de consulta externa de Psiquiatría del Hospital Victor Lazarte, durante el periodo julio 2020 - diciembre 2020.

Unidad de Muestreo:

Cada paciente del servicio de consulta externa de Psiquiatría del Hospital Victor Lazarte, durante el periodo julio 2020 - diciembre 2020.

Tamaño muestral

Para la determinación del tamaño de muestra se utilizaría la fórmula estadística de tamaño de muestra para contrastar hipótesis sobre el coeficiente de correlación:

$$n = \left(\frac{z_{1-\alpha} + z_{1-\beta}}{\frac{1}{2} \ln \left(\frac{1+r}{1-r} \right)} \right)^2 + 3$$

Donde:

$Z_{1-\alpha}$ = 1.645 Valor normal con 5% de error tipo I

$Z_{1-\beta}$ = 0.84 Poder estadístico 80%, seguridad 95%

r = -0.504 Coeficiente de correlación entre apoyo social y depresión.¹¹

n = Número de pacientes (muestra)

Reemplazando se tiene:

$$n = \left(\frac{1.645+0.84}{\frac{1}{2} \ln\left(\frac{1-0.504}{1+0.504}\right)} \right)^2 + 3$$

$n = 60$ pacientes

7.3. Definición operacional de variables

Variable	Definición conceptual	Definición operacional	Tipo de variable	Escala de medición
Apoyo social	Sistema de relaciones formales e informales por las cuales los individuos reciben ayuda emocional, instrumental e informativa para enfrentar situaciones que generen estrés emocional.	Se medirá el apoyo social según cuestionario de Medical Outcomes Study Social Support Survey (MOS): >=57 puntos: si tiene apoyo social <57 puntos: no tiene apoyo social	Categórica	Ordinal
Grado de depresión	Estado afectivo caracterizado por sentimientos de tristeza y desesperación, baja autoestima, disminución de la interacción social y en caso extremo de deseos de muerte.	Se medirá el grado de depresión según Cuestionario de Beck: No depresión: 0-10 puntos. Depresión leve 11-17 puntos Depresión moderada 18-29 puntos Depresión grave: 30-63 puntos.	Categórica	Ordinal

7.4. Procedimientos y Técnicas

1. Se solicitará la autorización para la aplicación de cuestionarios en estudio, al director del Hospital Víctor Lazarte Echegaray de Trujillo y al jefe del área de Salud Mental.
2. Se procederá a la captación de pacientes del Servicio de Psiquiatría (Consultorio Externo) del Hospital Víctor Lazarte Echegaray de Trujillo durante el periodo Julio 2020 - Diciembre 2020, que cumplieron con los criterios de inclusión y exclusión hasta completar el tamaño muestral requerido.
3. Para evaluar grado de depresión se utilizará el cuestionario de Beck y para evaluar el apoyo social el cuestionario del Medical Outcomes Study Social Support Survey (MOS) que son métodos de evaluación indirecta. Ver anexos. Así mismo previa aplicación de instrumentos se hará entrega de una hoja de consentimiento informado, en el que se detallará la confidencialidad y uso de la información recopilada.
4. Se recogerá la información de todos los cuestionarios con la finalidad de elaborar la base de datos respectiva para proceder a realizar el análisis respectivo.

7.5. Plan de análisis de datos

El registro de datos se recolectará y serán almacenados en hojas de cálculo excel, para luego ser procesados utilizando el paquete estadístico SPSS 25.0 y EPIDAT. Los datos serán presentados en tablas de frecuencias. La correlación entre las variables se estimará empleando el coeficiente de correlación de Rho de Spearman, la relación negativa entre el apoyo social y el grado de depresión será evaluada mediante la prueba Z para la correlación. La significancia estadística será considerada si $p < 0,05$.

7.6. Aspectos éticos

La presente investigación contará con la autorización del comité de Investigación y Ética del Hospital Víctor Lazarte Echegaray de Trujillo y

de la Universidad Privada Antenor Orrego, además de los principios establecidos por la declaración de Helsinki II (Numerales: 11, 12, 14, 15,22 y 23)³⁹ y la ley general de salud (D.S. 017-2006-SA y D.S. 006-2007-SA), se les explicará brevemente a los pacientes en qué consistiría la realización de este trabajo de investigación y que su objetivo esencial es puramente científico. Asimismo se les pedirá su aprobación para participar voluntariamente mediante la ficha de consentimiento informado.

8. Presupuesto:

Tipo de financiamiento: Autofinanciado

8.1. Bienes

Partida	Insumos	Unidad	Cantidad	Costo (S/.)	Financiado
1.4.4.002	Papel Bond A4	Millar	1 ½	40.00	Propio
	Archivadores	Unidad	10	30.00	Propio
	Lapiceros	Unidad	6	12.00	Propio
	CD	Unidad	5	10.00	Propio
	Perforador	Unidad	2	4.00	Propio
SUBTOTAL				96.00	

8.2. Servicios:

Partida	Servicios	Unidad	Cantidad	Costo S/.	Financiado
1.5.6.023	Asesoría estadística	Horas	15	300.00	Propio
1.5.3.003	Movilidad	Día	40	200.00	Propio
1.5.6.030	INTERNET	Horas	15	15.00	Propio
1.5.6.014	Empastados	Ejemplar	3	100.00	Propio
1.5.6.004	Fotocopias	Páginas	200	20.00	Propio
SUBTOTAL				635.00	

BIENES: S/. 96.00

SERVICIOS: S/. 635.00

TOTAL S/. 731.00

9. CRONOGRAMA:

N	ETAPAS	Julio 2020	Agosto 2020	Setiembre 2020	Octubre 2020	Noviembre 2020	Diciembre 2020
1	Elaboración del proyecto.	X					
2	Presentación del proyecto.	X					
3	Revisión bibliográfica		X				
4	Reajuste y validación de instrumentos			X			
5	Trabajo de campo y captación de información			X			
6	Procesamiento de datos				X		
7	Análisis e interpretación de datos					X	
8	Elaboración del informe						X
9	Presentación del informe.						X
10	Sustentación						X

10. Limitaciones:

- Al ser un estudio observacional descriptivo, los resultados no indicarían si existe una relación causa- efecto entre las variables.

- El encontrar poco estudios a nivel nacional y local no permitiría generalizar resultados.
- La existencia de comorbilidades en los pacientes identificados dificultaría los resultados ya que no se permitiría distinguir con exactitud si la gravedad de depresión ha sido desencadenada o potenciada por éstas.

11. Referencias bibliográficas:

1. Organización Panamericana de la Salud (OPS). Depresión y otros trastornos mentales. Estimaciones sanitarias mundiales. Washington 2017. Disponible en:<http://iris.paho.org/xmlui/bitstream/handle/123456789/34006/PAHONMH17005-spa.pdf>
2. Instituto Nacional de Salud Mental “Honorio Delgado - Hideyo Noguchi”, 2019. Disponible en: <http://www.inism.gob.pe/oficinas/comunicaciones/notasdeprensa/2013/012.html>
3. Organización Mundial de la Salud. Depresión, 2017. Disponible en: <https://www.who.int/es/news-room/fact-sheets/detail/depression>
4. Psicología de la salud y calidad de vida. 3º edición. México: editorial Cengage , 2010
5. Vega Angarita O.M., González Escobar D.S. Apoyo social: elemento clave en el afrontamiento de la enfermedad crónica. Enferm. glob. 2009. Disponible en: http://scielo.isciii.es/scielo.php?script=sci_arttext&pid=S1695-61412009000200021&lng=es.
6. Cohen S, Underwood L. y Gottlieb B. Social support measurement and interventions. Oxford University Press. New York. 2000.

7. Werner- Seidler A, Afzali M, Chapman C, Sunderland M y Slate T. The relationship between social support networks and depression in the 2007 National Survey of Mental Health and Well-being. *Social Psychiatry and Psychiatric Epidemiology*, 52 (12), 1463-1473, Australia. 2017.
8. Llange J. Apoyo social y el grado de depresión en pacientes adultos de las salas de hospitalización de Ate Vitarte-Lima. 2017
9. Yildiz E. y Türkinaz A. Determine the relationship between perceived social support and depression level of patients with diabetic foot. *Rev Journal of Diabetes & Metabolic Disorders*. Turquía. 2016
10. Davidson S.K, Dowrick C.F. y Gunn J. M. Impact of functional and structural social relationships on two year depression outcomes: A multivariate analysis. *Journal of Affective Disorders*, 193, 274-281. Australia. 2016
11. Erhardt E. Relación entre apoyo social percibido en jóvenes de 18 a 30 años originarios del interior el país que asisten a la universidad en capital federal y el riesgo de desarrollar depresión. Buenos aires. 2016
12. Kleinberg A, Aluoja A. y Vasar V. Social support in depression: structural and functional factors, perceived control and help-seeking. *Rev Epidemiol Psychiatric Sci*. Estonia 2013; 22(4):345-53.
13. Teo AR, Choi H. y Valenstein M. Social Relationships and Depression: Ten-Year Follow-Up from a Nationally Representative Study. *Rev. Plos One* 8(4): e62396. Estados Unidos. 2013.
14. Oliván B, et al. Plantándole cara a la depresión. 1era edición Barcelona: Ediciones Erasmus, 2011.

15. Asociación Americana de Psiquiatría. Guía de consulta de los criterios diagnósticos del DSM 5. Estados Unidos. 2014
16. Aguilar J. La participación comunitaria en salud. Ediciones Díaz de Santos. España. 2001
17. Gracia, E. El apoyo social en la intervención comunitaria. Editorial Paidós. España. 1997
18. Otero Á, Zunzunegui M, Béland F, Rodríguez A. y García M. (2006). Relaciones sociales y envejecimiento saludable. España. 2006
19. Berdasco, M. Detección, prevención y acompañamiento en situaciones de violencia contra las mujeres. España: Ediciones Rodio. 2018
20. Martos J, et al. Enfermedades crónicas y adherencia terapéutica. Relevancia social. 1era edición. España: Editorial Universidad de Almería. 2010.
21. Beck, A. T, Steer R.A, y Brown G. K. Manual BDI-II. Inventario de Depresión de Beck-II (Adaptación española: Sanz, J., Y Vásquez, C). Madrid. 2011
22. Londoño N.E, Roger, H, Castilla, J.F, Posada S, Ochoa N, Jaramillo. et al. Validación en Colombia del Cuestionario MOS de apoyo social. International Journal of Psychological Research. 5(1), 142-150. 2012

12. Anexos:

APOYO SOCIAL Y GRADO DE DEPRESIÓN EN PACIENTES DE 18 A 59 AÑOS EN HOSPITAL VÍCTOR LAZARTE ECHEGARAY DE TRUJILLO

Datos del paciente:

1. Edad:
2. Sexo:
3. Grado de instrucción:
4. Estado civil:

CUESTIONARIO DE BECK PARA DEPRESIÓN

En este cuestionario aparecen varios grupos de afirmaciones. Por favor, lea con atención cada una. A continuación, señale cuál de las afirmaciones de cada grupo describe mejor cómo se ha sentido durante esta última semana, incluido el día de hoy. Si dentro de un mismo grupo, hay más de una afirmación que considere aplicable a su caso, márkela también. Asegúrese de leer todas las afirmaciones dentro de cada grupo antes de efectuar la elección.

Factor I. Cognitivo-afectivo

1. Tristeza
 - () No me siento triste (0)
 - () Me siento triste la mayor parte del tiempo (1)
 - () Estoy triste todo el tiempo (2)
 - () Me siento tan triste o desgraciado/a que no puedo soportarlo(3)
2. Pesimismo
 - () No estoy desanimado/a respecto a mi futuro (0)
 - () No espero que las cosas se resuelvan (1)
 - () Me siento más desanimado/a respecto a mi futuro que de costumbre (2)
 - () Siento que mi futuro no tiene esperanza y que sólo irá a peor(3)
3. Sentimientos de fracaso
 - () No me siento fracasado/a (0)

- He fracasado más de lo que debería (1)
 - Cuando miro hacia atrás, veo muchos fracasos (2)
 - Creo que soy un fracaso total como persona (3)
4. Pérdida de placer
- Disfruto tanto como antes de las cosas que me gustan (0)
 - No disfruto de las cosas tanto como acostumbraba (1)
 - Disfruto muy poco con las cosas que me gustaban (2)
 - No disfruto nada con las cosas que me gustaban (3)
5. Sentimientos de culpa
- No me siento especialmente culpable (0)
 - Me siento culpable de muchas cosas que he hecho o debería haber hecho (1)
 - Me siento bastante culpable la mayor parte del tiempo (2)
 - Me siento culpable siempre (3)
6. Sentimientos de castigo
- No creo que esté siendo castigado/a (0)
 - Creo que puedo ser castigado/a (1)
 - Espero ser castigado/a (2)
 - Creo que estoy siendo castigado/a (3)
7. Desagrado hacia uno mismo/a
- Tengo la misma opinión sobre mí que de costumbre (0)
 - He perdido la confianza en mí mismo/a (1)
 - Me siento decepcionado conmigo mismo (2)
 - No me gusto a mí mismo/a (3)
8. Autocrítica
- No me critico o culpo más que de costumbre (0)
 - Soy más crítico/a conmigo mismo/a que de costumbre (1)
 - Me critico por todas mis faltas (2)
 - Me culpo por todo lo malo que sucede (3)
9. Pensamientos o deseos de suicidio
- No pienso en suicidarme (0)
 - Desearía suicidarme (1)
 - Pienso en suicidarme, pero no lo haría (2)
 - Me suicidaría si tuviese oportunidad (3)

Factor II. Somático- Motivacional

10. Períodos de llanto

- No lloro más que de costumbre (0)
- Lloro más que de costumbre (1)
- Lloro por cualquier cosa (2)
- Tengo ganas de llorar pero no puedo(3)

11. Irritabilidad

- No estoy más irritable que de costumbre (0)
- Me irrito con más facilidad que de costumbre (1)
- Me siento irritado todo el tiempo (2)
- Ya no e irritan ni lo que antes me irritaba (3)

12. Pérdida de interés

- No he perdido el interés por los demás o por las cosas(0)
- Estoy menos interesado/a por los demás o por las cosas que antes(1)
- He perdido la mayor parte de mi interés por los demás o las cosas(2)
- Me resulta difícil interesarme por alguna cosa(3)

13. Indecisión

- Tomo decisiones casi tan bien como siempre (0)
- Me resulta más difícil tomar decisiones que de costumbre (1)
- Me resulta mucho más difícil tomar decisiones que de costumbre(2)
- Tengo dificultades para tomar cualquier decisión(3)

14. Desvalorización

- No me siento con peor aspecto que antes(0)
- Siento que hay cambios en mi aspecto físico que me hacen parecer desagradable(1)
- Estoy preocupado porque me veo más viejo y desmejorado(2)
- Me siento feo (3)

15. Pérdida de energía

- Puedo trabajar tan bien como antes (0)
- No trabajo tan bien como lo hacía antes (1)
- Tengo que esforzarme mucho para hacer cualquier cosa. (2)

No puedo trabajar en nada (3)

16. Cambios en los hábitos de sueño

No he notado ningún cambio en mi sueño (0)

Por las mañanas me levanto más cansado que de costumbre(1)

Me despierto una o dos horas más temprano que antes, me cuesta trabajo volverme a dormir (2)

Me despierto demasiado temprano por las mañanas y no puedo dormir más de cinco horas. (3)

17. Cansancio o fatiga

No me canso más de lo normal (0)

Me canso más fácilmente que antes (1)

Cualquier cosa que hago me fatiga (2)

Me canso tanto que no puedo hacer nada (3)

18. Cambios en el apetito

No he notado ningún cambio en mi apetito (0)

Mi apetito no es tan bueno como antes (1)

Ahora mi apetito esta mucho peor (2)

No tengo nada de apetito (3)

19. Pérdida de peso

No he perdido peso últimamente (0)

He perdido más de 2 kilos de peso (1)

He perdido más de 4 kilos de peso

He perdido más de 7 kg

20. Cansancio o fatiga

No me canso más de lo normal (0)

Me canso más fácilmente que antes (1)

Cualquier cosa que hago me fatiga (2)

Me canso tanto que no puedo hacer nada (3)

21. Pérdida de interés por el sexo

No he observado ningún cambio reciente en mi interés por el sexo (0)

Estoy menos interesado/a en el sexo que de costumbre (1)

Estoy mucho menos interesado/a en el sexo ahora (2)

() He perdido totalmente el interés por el sexo (3)

VERIFIQUE QUE HA CONTESTADO TODAS LAS PREGUNTAS. MUCHAS GRACIAS POR SU COLABORACIÓN

Puntaje total:

Interpretación:

No depresión: 0-10 puntos.

Depresión leve 11-17 puntos

Depresión moderada 18-29 puntos

Depresión grave: 30-63 puntos

**CUESTIONARIO DE MEDICAL OUTCOMES STUDY SOCIAL
SUPPORT SURVEY (MOS) PARA APOYO SOCIAL**

Las siguientes preguntas se refieren al apoyo o ayuda de que usted dispone:

1.- Aproximadamente, ¿Cuántos amigos íntimos o familiares cercanos tiene usted (personas con las que se siente a gusto y puede hablar acerca de todo lo que se le ocurre)

Escriba el nº de amigos íntimos y familiares cercanos: _____

¿Con qué frecuencia dispone usted de cada uno de los siguientes tipos de apoyo cuando lo necesita?

(Marque con un círculo uno de los números de cada fila)

PREGUNTAS	NUNCA	POCAS VECES	ALGUNAS VECES	LA MAYORÍA DE VECES	SIEMPRE
2.- Alguien que le ayude cuando tenga que estar en cama.	1	2	3	4	5
3.- Alguien con quien pueda contar cuando necesita hablar	1	2	3	4	5
4.- Alguien que lo aconseje cuando tiene problemas	1	2	3	4	5
5.- Alguien que le lleve al médico cuando lo necesita	1	2	3	4	5
6.- Alguien que le muestre amor y afecto	1	2	3	4	5
7.- Alguien con quien pasar un buen rato	1	2	3	4	5
8.- Alguien que le informe o le ayude a entender una situación	1	2	3	4	5
9.- Alguien en quien confiar o con quien hablar de sí	1	2	3	4	5

mismo y su preocupaciones.					
10.- Alguien que lo abrace	1	2	3	4	5
11.- Alguien con quien pueda relajarse	1	2	3	4	5
12. - Alguien que le prepare la comida si no puede hacerlo	1	2	3	4	5
13. -Alguien cuyo consejo realmente desee	1	2	3	4	5
14. -Alguien con quien hacer cosas que le ayuden a olvidar sus problemas	1	2	3	4	5
15.- Alguien que le ayude en sus tareas domésticas si está enfermo	1	2	3	4	5
16.- Alguien con quien compartir sus temores o problemas más íntimos.	1	2	3	4	5
17.- Alguien que le aconseje como resolver sus problemas personales.	1	2	3	4	5
18.- Alguien con quien divertirse	1	2	3	4	5
19.- Alguien que comprenda sus problemas	1	2	3	4	5
20.- Alguien a quien amar y hacerle sentirse querido	1	2	3	4	5

VERIFIQUE QUE HA CONTESTADO TODAS LAS PREGUNTAS.

MUCHAS GRACIAS POR SU COLABORACIÓN

Puntaje total:

Interpretación: ≥ 57 : si tiene apoyo social

<57 puntos: no tiene apoyo social

**CONSENTIMIENTO INFORMADO PARA PARTICIPAR
VOLUNTARIAMENTE EN LA INVESTIGACIÓN**

Señor(a), lo(a) invitamos a participar en forma voluntaria y anónima en la investigación denominada: **“Apoyo social y grado de depresión en pacientes adultos de 18 a 59 años en Hospital Víctor Lazarte Echegaray de Trujillo”**.

Si usted decide participar en esta investigación nosotros le haremos algunas preguntas sobre Apoyo social y grado de depresión. Nosotros anotaremos todas sus respuestas en una hoja. El responder estas preguntas le tomará 10 minutos de su tiempo. No recibirá ninguna remuneración por participación. Usted puede retirarse del estudio en el momento que lo decida.

La información que usted nos dará y los resultados de su análisis en este estudio lo guardaremos de acuerdo a las normas éticas de investigación internacionales. La investigadora Cinthya Huiman Chasquibol será la única que conocerá sus datos, y serán guardados en una computadora que sólo es usada por la investigadora.

FIRMA