



Esta obra está bajo una [Licencia Creative Commons Atribución - 4.0 Internacional \(CC BY 4.0\)](https://creativecommons.org/licenses/by/4.0/)

Vea una copia de esta licencia en <https://creativecommons.org/licenses/by/4.0/deed.es>





FACULTAD DE MEDICINA HUMANA
ESCUELA PROFESIONAL DE MEDICINA HUMANA

Tesis

Psicopatología de los pacientes hospitalizados en los servicios de medicina y cirugía del Hospital II-2 Tarapoto, 2023

Para optar el título profesional de Médico Cirujano

Autor:

Grunnel Harry Castillo Ramírez

<https://orcid.org/0009-0009-6181-0537>

Asesor:

Dra. Lolita Arévalo Fasanando

<https://orcid.org/0000-0001-8264-5707>

Coasesor:

Dr. Paul Francisco Segundo Gallo Reto

<https://orcid.org/0009-0004-3665-8880>

Tarapoto, Perú

2024



FACULTAD DE MEDICINA HUMANA
ESCUELA PROFESIONAL DE MEDICINA HUMANA

Tesis

Psicopatología de los pacientes hospitalizados en los servicios de medicina y cirugía del Hospital II-2 Tarapoto, 2023

Para optar el título profesional de Médico Cirujano

Autor:

Grunnel Harry Castillo Ramírez

Sustentado y aprobado el 09 de febrero del 2024, por los jurados:



Presidente de Jurado
Blgo. Mblgo. M.Sc. Heriberto
Arévalo Ramírez



Secretario de Jurado
Méd. Mag. Augusto Ricardo Llontop
Reátegui



Vocal de Jurado
Dr. Keller Sánchez Dávila

Tarapoto, Perú

2024



ACTA DE SUSTENTACIÓN

**Para optar el Título Profesional de Médico Cirujano
Modalidad Tesis**

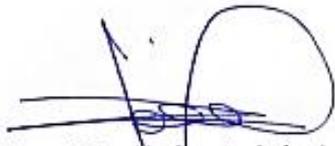
En los ambientes de la Sala de Exposiciones Pabellón "A" de la Facultad de Medicina Humana de la Universidad Nacional de San Martín Tarapoto - Ciudad Universitaria, siendo las18..... horas, del día viernes 09 de febrero del año dos mil veinticuatro se reunieron el Jurado Evaluador de Tesis en mérito a la **Resolución Decanal N° 011-2024-UNSM-FMH** de fecha **24-01-2024**, integrado por los señores docentes:

Blgo. Mblgo. M.Sc. Heriberto Arévalo Ramírez	:	Presidente
Méd. Mg. Augusto Ricardo Llontop Reátegui	:	Secretario
Dr. Keller Sánchez Dávila	:	Vocal

Para evaluar el Informe de Tesis titulado: **Psicopatología de los Pacientes Hospitalizados en los Servicios de Medicina y Cirugía del Hospital II-2 Tarapoto, 2023**, presentado por el Bachiller en Medicina Humana, **GRUNNEL HARRY CASTILLO RAMÍREZ**, bajo la asesoría de la **Dra. Lolita Arévalo Fasanando** y co-asesorado **Dr. Paul Francisco Segundo Gallo Reto**, para la obtención del Título Profesional de Médico Cirujano.

Visto y escuchada la sustentación de tesis y las respuestas a las preguntas formuladas y teniendo en cuenta los méritos al referido trabajo de investigación, así como el conocimiento demostrado por el sustentante el Jurado en pleno lo declara **APROBADO** con el calificativo de **BUENA** con la nota de **QUINCE** (15).

Siendo las10..... horas del día viernes 09 de febrero de 2024, la Presidente de Jurado da por finalizado el acto de sustentación. En consecuencia, queda en condición de realizar los trámites para la obtención del Título Profesional de Médico Cirujano.


Blgo. Mblgo. M.Sc. Heriberto Arévalo Ramírez
PRESIDENTE


Méd. Mg. Augusto Ricardo Llontop Reátegui
SECRETARIO


Dr. Keller Sánchez Dávila
VOCAL

RECIBIDO POR: Grunnel Harry Castillo Ramirez
DNI N° 71881378 FECHA: 19/02/23

Constancia de asesoramiento

LOS QUE SUSCRIBEN EL PRESENTE DOCUMENTO, HACEMOS CONSTAR:

Que, se ha revisado y corregido el informe de tesis titulado: **Psicopatología de los pacientes hospitalizados en los servicios de medicina y cirugía del Hospital II-2 Tarapoto, 2023**, presentado por el Bachiller de la Facultad de Medicina Humana:

Grunnel Harry Castillo Ramírez

Por lo que damos conformidad para los trámites correspondientes.

Tarapoto 09 de febrero del 2024.



Dra. Lolita Arévalo Fasanando

Asesora



Dr. Paul Francisco Segundo Gallo Reto

Co – Asesor

Declaratoria de autenticidad

Grunnel Harry Castillo Ramírez, con DNI N° 71881378, egresado de la Escuela Profesional de Medicina Humana, Facultad de Medicina Humana de la Universidad Nacional de San Martín, autor de la tesis titulada: **Psicopatología de los pacientes hospitalizados en los servicios de medicina y cirugía del Hospital II-2 Tarapoto, 2023.**

Declaro bajo juramento que:

1. La tesis presentada es de mi autoría.
2. La redacción fue realizada respetando las citas y referencia de las fuentes bibliográficas consultadas, siguiendo las normas Vancouver actuales
3. Toda información que contiene la tesis no ha sido plagiada;
4. Los datos presentados en los resultados son reales, no han sido alterados ni copiados, por tanto, la información de esta investigación debe considerarse como aporte a la realidad investigada.

Por lo antes mencionado, asumo bajo responsabilidad las consecuencias que deriven de mi accionar, sometiéndome a las leyes de nuestro país y normas vigentes de la Universidad Nacional de San Martín.

Tarapoto, 09 de febrero de 2024.



Grunnel Harry Castillo Ramírez

DNI N° 71881378

Ficha de identificación

<p>Título del proyecto</p> <p>Psicopatología de los pacientes hospitalizados en los servicios de medicina y cirugía del Hospital II-2 Tarapoto, 2023</p>	<p>Área de investigación: Salud pública Línea de investigación: Salud individual Sublínea de investigación: Enfermedades no transmisibles Grupo de investigación (indicar resolución): Tipo de investigación: Básica <input checked="" type="checkbox"/>, Aplicada <input type="checkbox"/>, Desarrollo experimental <input type="checkbox"/></p>
<p>Autor:</p> <p>Grunnel Harry Castillo Ramírez</p>	<p>Facultad de Medicina Humana Escuela Profesional de Medicina Humana https://orcid.org/0009-0009-6181-0537</p>
<p>Asesora:</p> <p>Dra. Lolita Arévalo Fasanando</p>	<p>Dependencia local de soporte: Facultad de Medicina Humana Escuela Profesional de Medicina Humana Unidad o Laboratorio Medicina Humana https://orcid.org/0000-0001-8264-5707</p>
<p>Coasesor:</p> <p>Méd. Paul Francisco Gallo Reto</p>	<p>Contraparte científica: Facultad o Institución: Hospital II-2 Tarapoto Unidad o Laboratorio: País: Perú https://orcid.org/0009-0004-3665-8880</p>

Dedicatoria

A Dios, fuente de sabiduría y guía en cada paso de este camino académico. A mis progenitores, cuyo amor inquebrantable y sacrificio han representado mi mayor inspiración. A mi familia, por ser mi refugio y mi motivación constante.

A mi abuelito Renulfo y a mi tía Floydceith, quienes desde el cielo siguen siendo mi luz y mi fortaleza. A mis amigos, por las risas compartidas, las noches de estudio y la camaradería que ha enriquecido mi vida universitaria.

A Luna, mi mascota, que ha sido un gran soporte para mí en muchos sentidos.

Y finalmente, a mí mismo, por la perseverancia, la pasión y la dedicación que me han llevado hasta aquí. Que esta tesis sea un testimonio de mi aprendizaje y mi compromiso con el conocimiento.

¡Que este nuevo capítulo sea el inicio de un camino lleno de éxitos y realizaciones!

Grunnel Harry

Agradecimientos

A Dios, fuente de sabiduría y guía, le agradezco por iluminar mi sendero, por darme fuerzas en los momentos difíciles y por permitirme llegar hasta aquí. Sin su amor y protección, nada de esto hubiera sido posible.

A mis padres, cuyo amor irrestricto y sacrificio han simbolizado mi mayor inspiración, les agradezco por su apoyo constante. Mamá, papá, su confianza en mí ha sido mi motor para seguir adelante.

A mi familia, por ser mi refugio y mi motivación constante, les dedico este logro. Abuelos, tíos, primos: su aliento y cariño han sido fundamentales en mi camino.

A mis amigos, compañeros de risas y aventuras universitarias, les agradezco por compartir este trayecto conmigo. Juntos hemos superado obstáculos, celebrado triunfos y creando recuerdos imborrables. Su amistad ha sido un regalo invaluable.

A mi mascota Luna, por su compañía fiel y su ternura. En los momentos de estrés, su amor y su mirada curiosa han sido un bálsamo para el alma.

A mis compañeros de clase, quienes han sido cómplices en esta travesía, les extiendo mi gratitud. Hemos aprendido juntos, nos hemos desafiado mutuamente y hemos crecido como profesionales.

A mis maestros y profesores, guardianes del conocimiento, les agradezco por su dedicación y pasión. Sus enseñanzas han sido la base de mi formación, y su paciencia ha sido infinita. Gracias por inspirarme.

A los jurados de tesis, quienes han evaluado mi trabajo con rigor y objetividad, les agradezco por su tiempo y su compromiso. Sus comentarios y sugerencias han enriquecido mi investigación y me han impulsado a mejorar.

A mi universidad, UNSM mi alma mater, por brindarme un espacio de aprendizaje y crecimiento, por abrirme puertas y por ser mi hogar académico. Aquí he forjado amistades, he adquirido conocimientos y he vivido experiencias que atesoro.

Y finalmente, **a mí mismo**, por la perseverancia, la pasión y la determinación que he puesto en cada página escrita, en cada experimento realizado y en cada presentación.

Hoy celebro mi esfuerzo y mi dedicación.

Que esta tesis sea un testimonio de mi compromiso con el conocimiento y un paso hacia un futuro lleno de éxitos y realizaciones.

¡Gracias a todos por ser parte de mi historia!

Con cariño, **Harry**

Índice general

Ficha de identificación	6
Dedicatoria	7
Agradecimientos	8
Índice general	9
Índice de tablas	11
Índice de figuras	13
RESUMEN.....	14
ABSTRACT	15
CAPÍTULO I INTRODUCCIÓN A LA INVESTIGACIÓN	16
1.1. Marco general del problema.....	16
1.2. Formulación del problema de investigación	20
1.3. Hipótesis de investigación.....	20
1.4. Objetivos.....	20
1.4.1 Objetivo general	20
1.4.2 Objetivos específicos.....	20
CAPÍTULO II MARCO TEÓRICO	21
2.1. Antecedentes de la investigación	21
2.2. Fundamentos teóricos.....	26
2.3. Definición de términos básicos.....	29
CAPÍTULO III MATERIALES Y MÉTODOS	31
3.1. Ámbito y condiciones de la investigación	31
3.1.1 Contexto de la investigación	31
3.1.2 Periodo de ejecución	31
3.1.3 Autorizaciones y permisos.....	31
3.1.4 Control ambiental y protocolos de bioseguridad	31
3.1.5 Aplicación de principios éticos internacionales	31
3.2. Sistema de variables.....	32
3.2.1 Variable 1	32
3.2.2 Variable 2	32
3.3 Procedimientos de la investigación	34
3.3.1. Tipo y nivel de la investigación.....	34
3.3.2. Población y muestra.....	34

	10
3.3.3. Diseño analítico.....	37
3.4. Procedimientos de la investigación	37
CAPÍTULO IV RESULTADOS Y DISCUSIÓN	39
4.1. Resultados generales	39
4.2. Discusión	47
CONCLUSIONES.....	51
RECOMENDACIONES.....	53
REFERENCIAS BIBLIOGRÁFICAS.....	55
ANEXOS	61

Índice de tablas

Tabla 1. Objetivo específico 1	32
Tabla 2. Objetivo específico 2	32
Tabla 3. Objetivo específico 3	33
Tabla 4. Objetivo específico 4	33
Tabla 5. Objetivo específico 5	33
Tabla 6. Objetivo específico 6	33
Tabla 7. Variable dependiente: Psicopatología	34
Tabla 8. Muestreo aleatorio simple para población finita.....	35
Tabla 9. Características sociodemográficas de los pacientes hospitalizados en el Hospital II-2 Tarapoto, 2023.....	39
Tabla 10. Presencia de psicopatología en los pacientes hospitalizados en los servicios de medicina y cirugía en el Hospital II-2 Tarapoto, setiembre 2023 (n=200)....	40
Tabla 11. Preguntas y conductas psicopatológicas de los pacientes internados en los servicios de medicina y cirugía en el Hospital II-2 Tarapoto, setiembre 2023	41
Tabla 12. Distribución porcentual de pacientes entrevistados según servicio de hospitalización en el Hospital II-2 Tarapoto, 2023	41
Tabla 13. Asociación de la presencia de psicopatología respecto al sexo de los pacientes hospitalizados en el Hospital II-2 Tarapoto, 2023.....	41
Tabla 14. Distribución porcentual de asociación de pacientes hospitalizados según valor GHQ – 12 y el sexo en el Hospital II-2 Tarapoto, setiembre 2023	42
Tabla 15. Asociación de la presencia de psicopatología con el rango de edad de los pacientes hospitalizados en el Hospital II-2 Tarapoto, 2023.....	42
Tabla 16. Distribución porcentual de asociación de pacientes hospitalizados según valor GHQ – 12 y el rango de edad en el Hospital II-2 Tarapoto, 2023	43
Tabla 17. Asociación de la presencia de psicopatología respecto a los servicios de hospitalización de los pacientes hospitalizados en el Hospital II-2 Tarapoto, 2023	43
Tabla 18. Distribución porcentual de asociación de pacientes hospitalizados según valor GHQ – 12 y el servicio de hospitalización en el Hospital II-2 Tarapoto, 2023	44
Tabla 19. Asociación de la presencia de psicopatología respecto al estado civil de los pacientes hospitalizados en el Hospital II-2 Tarapoto, 2023	44
Tabla 20. Distribución porcentual de asociación de pacientes hospitalizados según valor GHQ – 12 y su estado civil en el Hospital II-2 Tarapoto, 2023.....	45
Tabla 21. Asociación de la presencia de psicopatología respecto al grado de instrucción de los pacientes hospitalizados en el Hospital II-2 Tarapoto, 2023	45

Tabla 22. Distribución porcentual de asociación de pacientes hospitalizados según valor GHQ – 12 y su grado de instrucción en el Hospital II-2 Tarapoto, 2023	46
Tabla 23. Asociación de la presencia de psicopatología respecto al rango del tiempo de hospitalización de los pacientes hospitalizados en el Hospital II-2 Tarapoto, 2023	46
Tabla 24. Análisis multivariado para la variable sociodemográfica que resultó significativa con respecto al factor asociado a la psicopatología.	46

Índice de figuras

Figura 1 - Presencia de psicopatología de los pacientes hospitalizados en los servicios de medicina y cirugía del Hospital II-2 Tarapoto, 2023	40
--	----

RESUMEN

Introducción, el proceso de hospitalización de los pacientes aumenta los niveles de estrés y ansiedad, atribuibles a la incertidumbre, la sensación de falta de capacidad y desamparo ante las variaciones en las circunstancias, así como la privación de la independencia. La prevalencia conjunta de comorbilidad entre trastornos mentales y enfermedades físicas crónicas en pacientes alcanza el 36,6%. En nuestro país, existen pocos estudios que examinen las alteraciones psicopatológicas en pacientes ingresados por motivos clínicos y quirúrgicos. Objetivo, “describir la existencia de psicopatología” en los pacientes hospitalizados en los servicios de medicina y cirugía del Hospital II-2 Tarapoto, 2023. Material y métodos, será descriptivo, observacional, prospectivo, transversal y analítico. Se constituyó con la totalidad de los individuos que estaban ingresados en los departamentos de Medicina Interna y Cirugía General del Hospital II-2 Tarapoto, recopilando datos en setiembre del 2023. Con el fin de realizar el cálculo necesario para determinar el número de participantes requerido en la muestra, se utilizó la aplicación del programa Epidat 4.2, obteniendo una cifra de 200 pacientes. La ejecución del análisis descriptivo fue realizada utilizando el software estadístico SPSS versión 26, el cual fue empleado para producir las tablas y gráficos correspondientes. Se llevó a cabo la realización de la prueba de bondad de ajuste mediante análisis estadístico, utilizando la muestra mediante el cálculo del chi cuadrado, Odds Ratio con un Intervalo de Confianza del 95%, y con un nivel de significancia establecido en $p < 0,05$. Todas las pruebas bivariantes con significancia estadística fueron sometidas al modelo de Regresión Logística Lineal Multivariados. Resultados, para la investigación, se contó con la participación de 107 individuos masculinos (representando el 53.5%) y 93 individuos femeninos (constituyendo el 46.5%). La edad promedio fue de 41.65 ± 18.40 años, con un intervalo de edades entre 18 y 86 años. El estado civil fue casado (37.5%), conviviente (33.5%); el grado de instrucción fue la secundaria (46%) y superior (31.5%), Los encuestados estuvieron en medicina en un 52.5%, y en cirugía el 47.5%. El segmento de edad comprendido entre 18 y 35 años representó el 45.5% del total. El tiempo de hospitalización varió de 2 a 7 días (79%). Y procedieron de la zona urbana (84%). La variable sociodemográfica, grado de instrucción, expresa asociación con psicopatología con OR 2.877; IC 95% 1.148 – 7.209 y $p < 0.02$. Conclusiones, “sí, existe asociación entre el grado de instrucción y la psicopatología” en los pacientes internados en los servicios de Medicina Interna y Cirugía General del Hospital II-2 Tarapoto, demostrado por el análisis multivariado utilizando el Modelo de regresión lineal (OR= 2.877; IC 95% 1.148 – 7.209 y un valor de $p < 0.02$) con datos de setiembre del 2023.

Palabras clave: psicopatología, hospitalización, trastornos mentales, multimorbilidad, factores sociodemográficos.

ABSTRACT

Introduction: the process of hospitalization of patients increases levels of stress and anxiety, attributable to uncertainty, the feeling of lack of capacity and helplessness in the face of changes in circumstances, as well as deprivation of independence. The joint prevalence of comorbidity between mental disorders and chronic physical diseases in patients reaches 36.6%. In Peru, there are few studies that examine psychopathological alterations in patients admitted for "clinical and surgical reasons". **Objective:** to describe the existence of psychopathology in patients hospitalized in the medical and surgical services of the Hospital II-2 Tarapoto, 2023. **Material and methods:** a descriptive, observational, prospective, cross-sectional and analytical study was conducted. It included all the individuals who were admitted to the Internal Medicine and General Surgery departments of the II-2 Tarapoto Hospital, collecting data in September 2023. In order to perform the necessary calculation to determine the number of participants required in the sample, the application of the Epidat 4.2 program was used, obtaining a figure of 200 patients. The descriptive analysis was performed using SPSS version 26 statistical software, which was used to produce the corresponding tables and graphs. The goodness-of-fit test was carried out by statistical analysis, using the sample by calculating the chi-square, Odds Ratio with a 95% Confidence Interval, and with a significance level set at $p < 0.05$. All bivariate tests with statistical significance were subjected to the Multivariate Linear Logistic Regression model. **Results:** A total of 107 males (53.5%) and 93 females (46.5%) participated in the study. The mean age was 41.65 ± 18.40 years, with an age range between 18 and 86 years. The marital status was married (37.5%), cohabitant (33.5%); the degree of education was high school (46%) and higher (31.5%), respondents were in medicine in 52.5%, and in surgery 47.5%. The age segment between 18 and 35 years accounted for 45.5% of the total. The length of hospitalization ranged from 2 to 7 days (79%). And they came from the urban area (84%). The sociodemographic variable, educational level, expressed association with psychopathology with OR 2.877; 95% CI 1.148 - 7.209 and $p < 0.02$. **Conclusions:** there is an association between level of education and psychopathology in patients admitted in the Internal Medicine and General Surgery services of Hospital II-2 Tarapoto, demonstrated by multivariate analysis using the linear regression model (OR= 2.877; 95% CI 1.148 - 7.209 and a value of $p < 0.02$) with data from September 2023.

Keywords: Psychopathology, hospitalization, mental disorders, multimorbidity, sociodemographic factors.



CAPÍTULO I

INTRODUCCIÓN A LA INVESTIGACIÓN

1.1. Marco general del problema

La Organización Mundial de la Salud (OMS), estableció la definición de Salud Mental como un estado de bienestar en el que la persona es consciente de sus propias habilidades, capaz de enfrentar las tensiones cotidianas de manera adecuada, puede desempeñarse de manera productiva y constructiva, y contribuir de manera positiva a su comunidad (1,2).

La psicopatología es un término que engloba los fenómenos de origen biológico o sociológico que tienen un impacto negativo en la mente (psiquis) de un individuo (3). La psicopatología examina alteraciones en la conducta que podrían indicar estados mentales considerados no saludables. Esta disciplina abarca un espectro que va desde las vivencias diarias hasta aspectos cognitivos, funcionamiento emocional y comportamientos atípicos (4).

Se ha descrito un gran número de pacientes con enfermedades físicas que sufren simultáneamente trastornos psiquiátricos, y la multimorbilidad requiere una fuerte comunicación entre los diferentes profesionales de la salud (5). Se ha informado, según, Ramezani *et al.* (5), “la prevalencia combinada de la comorbilidad de las condiciones de salud mental adversas en individuos que padecen enfermedades físicas crónicas es del 36,6 % (IC del 95 %: 31,4 - 42,1)” (5). Al llevarse a cabo una hospitalización, es normal que los pacientes padezcan diversos tipos de sentimientos y emociones, entre ellas, la más común es la ansiedad, generado principalmente como resultado de percibir un ambiente hospitalario amenazante y un tanto hostil, aspectos que conllevan a empeorar sus niveles de ansiedad, debido a que la persona se encuentra alejada de sus seres queridos (familia y amigos), así como del desarrollo de sus actividades diarias. La presencia de ansiedad puede restringir la capacidad del paciente para afrontar su enfermedad, al mismo tiempo que puede complicar tanto el diagnóstico como el tratamiento para el médico (6).

Tanto la depresión como la ansiedad se configuran como trastornos mentales, mismos que, a partir de la evidencia científica disponible, se evidencia que, los niveles de frecuencia con la que se presentan o desarrollan a nivel de pacientes hospitalizados es muy elevada, presentando cifras de entre un 20 % y 30 % para el caso de la ansiedad y depresión respectivamente a nivel del área de cuidados intensivos y de entre el 22 % a 28 % para casos dentro de medicina interna. Dentro de los adultos ingresados en servicios de

medicina interna o cirugía, es común observar síntomas psiquiátricos significativos vinculados a la existencia de enfermedades médicas, muchas de las cuales son crónicas, y al estrés derivado de la hospitalización (7).

A nivel mundial, según los datos de la OMS, hasta junio del 2022, 1 de cada 8 personas en el mundo padece un trastorno mental, lo que equivale a 970 millones de personas. En 2019, 301 millones de personas sufrían de trastornos de ansiedad, entre ellos 58 millones de niños y adolescentes. Asimismo, hasta junio del 2023, se estima que el 3.8% de la población padece de depresión, lo que incluye el 5% de los adultos (4% entre los hombres y 6% entre las mujeres) y el 5.7% de los adultos mayores de 60 años (8).

A escala mundial se traduce en aproximadamente 280 millones de personas sufren depresión. La depresión es aproximadamente un 50% más frecuente entre las mujeres que entre los hombres. En todo el mundo, más del 10% de las embarazadas y de las mujeres que acaban de dar a luz experimentan depresión. Cada año se suicidan más de 700 000 personas. El suicidio es la cuarta causa de muerte en el grupo etario de 15 a 29 años (8).

En respuesta a los números crecientes de problemas de salud mental, la OMS lanzó el Plan de Acción Integral de Salud Mental 2013-2030, que reconoce el papel esencial de la salud mental para lograr la salud para todas las personas. Tiene cuatro objetivos principales: - Reforzar un liderazgo y una gobernanza eficaces en el ámbito de la salud mental; - Proporcionar servicios de asistencia social y de salud mental integrales, integrados y adaptables en entornos comunitarios; - Poner en práctica estrategias de promoción y prevención en el campo de la salud mental, y - Fortalecer los sistemas de información, los datos científicos y las investigaciones sobre la salud mental (8).

En Latinoamérica, la depresión continúa ocupando la principal posición entre los trastornos mentales, y es dos veces más frecuente en mujeres que hombres. Entre el 10 y 15% de las mujeres en países industrializados y entre 20 y 40% de las mujeres en países en desarrollo, sufren de depresión durante el embarazo o el puerperio (9).

En las Américas, la prevalencia de demencia en los adultos mayores (más de 60 años) oscila entre 6,46 % y 8,48%. Las proyecciones indican que el número de personas con este trastorno se duplicará cada 20 años. Para los trastornos afectivos, de ansiedad y por consumo de sustancias en adultos, graves y moderados, la mediana de la brecha de tratamiento es de 73,5% en la Región de las Américas, 47,2% en América del Norte y 77,9% en América Latina y el Caribe (ALC). La brecha para la esquizofrenia en ALC es de 56,9%, para la depresión es de 73,9% y para el alcohol es de 85,1% (9).

El gasto público mediano en salud mental en toda la Región es apenas un 2,0% del presupuesto de salud, y más del 60% de este dinero se destina a hospitales psiquiátricos (9).

En nuestro país, Perú, el Ministerio de Salud estableció la línea de salud mental como la segunda prioridad de investigación en salud a nivel nacional (10).

El 05 de junio del 2020, se emitió “la Resolución Ministerial N° 363-2020-Minsa, por el que se establece el Plan de Salud Mental” (generado como medida frente al COVID-19, Perú, 2020 - 2021), con el único propósito de incentivar la promoción para el bienestar de la ciudadanía del Perú a través de la preservación de la salud mental dentro del escenario producido por la pandemia (11).

En el Perú, el manejo de los problemas de salud mental representa un gran desafío para el sistema nacional de salud, esta situación se puede evidenciar de tal forma que durante el 2021 se reportaron 1 368 950 casos atendidos de problemas de salud mental y en el 2022 esta cifra aumentó a 1 631 940, implicando un incremento del 19.21 %. En tanto, durante el primer trimestre del 2023, se identificaron 434 731 casos atendidos. Los problemas de salud mental más prevalentes y que son atendidos en los servicios de salud son: la depresión, la ansiedad, la reacción al estrés agudo, el síndrome de maltrato, la psicosis y los diversos problemas de salud mental que presentan niñas, niños y adolescentes (12).

En lo que respecta a la prestación integral de servicios de salud, esta es conceptualizada como una perspectiva que se encuentra orientada a atender cada una de las necesidades de salud de cada paciente, y con el pasar de los años, cobra cada vez más importancia en los servicios hospitalarios. Es por todo esto que se requiere una atención holística del paciente, teniendo en cuenta el hecho de que la operación y la intervención de diversas patologías tienen la oportunidad de afectar negativamente no solo la condición física, sino también el estado mental del paciente (13).

Con respecto a la depresión, un total de 313 455 casos de personas con esta patología fueron atendidos a nivel nacional durante el 2021 a través de los diversos servicios de salud mental, reflejándose un incremento de 12 % de casos en relación con la etapa prepandemia, informó la Dirección de Salud Mental del Ministerio de Salud (Minsa) (14). De manera similar, la ansiedad, que ocupa el primer lugar en la atención por problemas o trastornos de salud mental en el país, alcanzó un total de 433 816 casos diagnosticados en el año 2022 (15).

En cuanto a la región de San Martín, según los datos de la vigilancia epidemiológica de problemas priorizados de salud mental, en su último reporte, Perú 2023 – SE 37, indica que entre los años 2016 – 2023 solo hubo 4 intentos de suicidio, lo cual resultaría dudoso e impreciso, debido a la diferencia abismal con las demás regiones del país. Igualmente sucede con los datos del número de episodios depresivos entre los años 2016 - 2023 que solo fueron notificados 5 casos, y por último, respecto a los casos de primeros episodios psicóticos, la región de San Martín no aparece en la tabla, por ende, presuntamente no notificaría ningún caso (16).

En el caso del Hospital II-2 Tarapoto, no se encontraron datos en la sala situacional respecto a casos notificados en la parte de salud mental.

Noguera M, et al, la permanencia prolongada en el hospital puede dar lugar a la aparición de trastornos psicopatológicos, por lo que es imperativo ofrecer al paciente una atención completa, integral y con respaldo psicológico con el fin de no obstaculizar el camino hacia el restablecimiento de su salud. El apoyo familiar es un componente fundamental para los pacientes con largas estancias hospitalarias (17).

Anguiano *et al.* (18), refieren que, de manera habitual, los profesionales de la salud no logran identificar estos estados emocionales, ya que las interacciones médico-paciente suelen ser breves debido a las limitaciones de tiempo, y la falta de privacidad en entornos de atención médica contribuye a ello. Además, se destaca que muchos médicos carecen de la capacitación necesaria para abordar las emociones de los pacientes relacionadas con su enfermedad, lo que puede llevarlos a evitar explorar este aspecto (18).

Dado lo mencionado anteriormente, resulta crucial identificar problemas de salud psicopatológicos como el estado de ánimo depresivo, así como el ansioso en diversos pacientes que se encuentran en hospitalización, debido principalmente a que, se cuenta con hechos empíricos respecto a la manera en la que influye cada experiencia emocional a nivel fisiológico. Los estados emocionales desfavorables pueden extender la duración de las infecciones, ralentizar el proceso de cicatrización de heridas y aumentar la susceptibilidad a diversas enfermedades (18,19).

Un abordaje oportuno de los problemas psicopatológicos, debe desarrollar programas de intervención que contribuyan a la recuperación del paciente y a la reducción del tiempo de hospitalización, lo que implica el uso de herramientas de evaluación accesibles y económicas, con propiedades psicométricas adecuadas para garantizar la confiabilidad de los resultados, como el cuestionario de salud general de Goldberg – 12 (GHQ-12) (20).

1.2. Formulación del problema de investigación

¿Existe psicopatología en los pacientes hospitalizados en los servicios de medicina y cirugía del Hospital II-2 Tarapoto, 2023?

1.3. Hipótesis de investigación

Ho: No existe la presencia de psicopatología en los pacientes hospitalizados de los servicios de medicina y cirugía en el Hospital II - 2 Tarapoto en el 2023.

Hi: Sí existe la presencia de psicopatología en los pacientes hospitalizados de los servicios de medicina y cirugía en el Hospital II - 2 Tarapoto en el 2023.

1.4. Objetivos

1.4.1 Objetivo general

Conocer la psicopatología en los pacientes hospitalizados en los servicios de medicina y cirugía del Hospital II-2 Tarapoto, 2023.

1.4.2 Objetivos específicos

1- "Identificar la relación entre la presencia de psicopatología y el sexo de los pacientes hospitalizados en los servicios de medicina y cirugía del Hospital II-2 Tarapoto."

2- "Estimar la relación entre la expresión de psicopatología y la edad de los pacientes hospitalizados en los servicios de medicina y cirugía del Hospital II-2 Tarapoto."

3- "Estimar la relación entre la presencia de psicopatología y los servicios de hospitalización de los pacientes hospitalizados en los servicios de medicina y cirugía en el Hospital II-2 Tarapoto".

4- "Estimar la relación entre la manifestación de psicopatología y el estado civil de los pacientes hospitalizados en los servicios de medicina y cirugía del Hospital II-2 Tarapoto".

5- "Identificar la relación entre la psicopatología y el grado de instrucción de los pacientes hospitalizados en los servicios de medicina y cirugía del Hospital II-2 Tarapoto".

6- "Estimar la relación entre la psicopatología y el tiempo de hospitalización de los pacientes hospitalizados en los servicios de medicina y cirugía del Hospital II-2 Tarapoto".

CAPÍTULO II MARCO TEÓRICO

2.1. Antecedentes de la investigación

Internacional

Prieto *et al.* (21), en su trabajo realizado “Depresión de inicio tardío en el adulto mayor hospitalizado en un hospital de segundo nivel”, su propósito es identificar la prevalencia de la depresión que se manifiesta en etapas avanzadas de la vida en adultos mayores ingresados en el hospital. Se ha incluido a un total de 164 pacientes con una edad superior a 70 años, mismos cuyo ingreso fue registrado a la unidad de Geriátrica-Medicina; en cuanto al instrumento, se ha empleado la escala de Goldberg. Encontraron que, en lo que respecta a la frecuencia de depresión de inicio tardío este presenta un nivel del 55%, predominando síntomas depresivos en el 30% de pacientes; encontraron además que, en el caso de las mujeres. Estas personas mostraron una mayor inclinación [OR de 1.9 (IC 95% 1.04-3.6, $p=0.035$)], particularmente, se observó una mayor incidencia de comorbilidades en individuos con niveles de dependencia que oscilan entre moderados y totales, presentando un Odds Ratio de 3.89 (Intervalo de Confianza del 95%: 1.49-10.1) y un valor de p de 0.004. La comorbilidad prevalente se manifestó con mayor frecuencia en la forma de la diabetes mellitus tipo 2, con un Odds Ratio de 3.4 (Intervalo de Confianza del 95%: 1.7-6.6) y un valor de p igual a 0.001. En resumen, se encontró una elevada incidencia de depresión de inicio en etapas avanzadas, con una prevalencia significativa de indicadores que sugieren la presencia destacada de síntomas asociados a la depresión, afectando principalmente a mujeres y asociada con diabetes mellitus (21).

Outcha *et al.* (22), refieren que los datos sobre la asociación de trastornos mentales y enfermedades físicas crónicas en países en desarrollo y emergentes son heterogéneos, este estudio tiene como objetivo producir el primer metanálisis de estas comorbilidades, realizado en Francia. El protocolo de metanálisis se registró en PROSPERO y se realizó de acuerdo con las guías PRISMA. Primero, se llevó a cabo una búsqueda y revisión exhaustiva de artículos en diversas bases de datos, entre las cuales se incluye Medline, Embase, Lilacs y la base de datos del Institut d'Epidémiologie et de Neurologie Tropicale. Los 40 artículos con 21 747 sujetos cumplieron los criterios de inclusión. Encontraron que la prevalencia combinada de trastornos mentales en pacientes con enfermedades físicas crónicas fue de 36,6 % (IC 95 %, 31,4–42,1) y el índice de probabilidad combinado fue de 3,1 (IC 95 %, 1,7–5,2). Concluyeron que algunas estimaciones sobre la prevalencia de

trastornos mentales en personas con enfermedades físicas crónicas que viven en países en desarrollo y emergentes fueron similares a las de los países desarrollados (22).

Casal *et al.* (13), indican que a nivel global se ha observado la existencia de una conexión entre las enfermedades médicas y las psiquiátricas. Realizaron un estudio observacional, transaccional de tipo descriptivo, en el que la muestra se encontró constituida de 189 historias clínicas de individuos que estaban ingresadas en los departamentos de medicina interna y cirugía del hospital. La investigación abarcó pacientes que estaban ingresados en dichos departamentos durante el periodo de estudio. Se llevaron a cabo análisis y evaluaciones específicas, centrándose en los aspectos clínicos y epidemiológicos de los pacientes hospitalizados en estos servicios. Las solicitudes de interconsulta psiquiátrica fueron más frecuentes en pacientes del sexo femenino, abarcando un 53.44%. El rango de edad predominante se situó entre 60 y 79 años, constituyendo un 62.42% del total. Asimismo, el 51.33% no contaba con pareja, mientras que el 44.91% poseía un nivel de educación preuniversitario. En cuanto a los diagnósticos, el trastorno adaptativo depresivo fue el más común, alcanzando un 31.21%. Respecto a las condiciones médicas orgánicas, la hipertensión arterial, la diabetes mellitus y los accidentes cerebrales vasculares compartieron una prevalencia del 11.64%, 11.11%, y 11.11%, respectivamente. Llegaron a la conclusión de que la demanda de atención psiquiátrica fue más pronunciada entre los pacientes hospitalizados en las salas de medicina, representando un 60.84%, en comparación con aquellos ingresados en las salas de cirugía, que constituyeron el 39.16% (13).

Aguilar *et al.* (23), llevaron a cabo una investigación de tipo observacional, descriptivo y comparativo con el objetivo de determinar el nivel de estrés en pacientes ingresados en los servicios de Medicina Interna y Cirugía en Baja California, México. El estudio abarcó a un total de 206 pacientes hospitalizados, distribuidos entre 86 en el servicio de Medicina Interna y 120 en el de Cirugía. Los resultados revelaron que la edad promedio fue de 49.2 ± 18 años, con un 51% de hombres. De los participantes, 120 (58.3%) se encontraban en Cirugía y 86 (41.7%) en Medicina Interna. En cuanto a la duración de la estancia, 150 (72.8%) estuvieron hospitalizados de 1 a 7 días, y el 72.8% de los casos reportaron experimentar dolor. No se identificó una asociación estadísticamente significativa entre el servicio y los niveles de depresión ($p=0.86$; IC95 %: 0.78-0.88), ansiedad ($p=0.17$; IC95 %: 0.13-0.24) y estrés ($p=0.52$; IC95 %: 0.52-0.65). Los resultados de este estudio llevaron a la conclusión de que no se encontró una disparidad significativa en los niveles de estrés entre los pacientes ingresados en los servicios de medicina interna y cirugía. Se observó una predominancia de estrés leve, y esta prevalencia fue similar en relación al género de los pacientes (23).

Barra *et al.* (24), este estudio tuvo como objetivo comparar las características sociodemográficas, clínicas y los factores asociados con la duración de la estancia hospitalaria en las poblaciones de pacientes hospitalizados de mayor edad y los ancianos, derivados a la unidad de psiquiatría de enlace de consulta. Fue un estudio observacional, transversal, retrospectivo y comparativo, realizado en Barcelona, en una muestra de 1017 (≥ 65 años) pacientes ingresados en un hospital general y derivado desde diferentes servicios a la unidad de psiquiatría de enlace de consulta. La muestra se dividió en dos grupos de pacientes: mayores de 65-74 años y los más ancianos (≥ 75 años). Los resultados: la tasa de referencia a la unidad de psiquiatría de enlace de consulta fue del 1,45% del total de pacientes mayores hospitalizados. El grupo de mayor edad era mayoritariamente femenino ($p < 0.001$), tenían más diagnósticos psiquiátricos previos ($p < 0,001$), discapacidades físicas ($p = 0,02$) y trastornos neurocognitivos ($p < 0,001$). Concluyeron que las personas mayores y las más ancianas deben considerarse como dos tipos diferentes de pacientes cuando consideramos las características clínicas (24).

Skajaa *et al.* (25), tuvieron como objetivo examinar los riesgos absolutos y relativos de un espectro de trastornos mentales incidentes después de un accidente cerebrovascular isquémico y una hemorragia intracerebral. Durante 2004 a 2018, utilizaron registros de Dinamarca para identificar pacientes (≥ 18 años y sin antecedentes hospitalarios de trastornos mentales), con un primer accidente cerebrovascular isquémico ($n = 76767$) o hemorragia intracerebral ($n = 9344$), así como población general apareada por edad, sexo y año calendario ($n = 464840$) e infarto de miocardio ($n = 92968$) comparadores. En sus resultados encontrados, en comparación con la población general, después de un accidente cerebrovascular isquémico, la diferencia de riesgo de 1 año fue de 7,3 % (IC 95 %, 7,0–7,5) para trastornos del estado de ánimo (provocados por depresión), 1,4 % (IC 95 %, 1,3–1,5) para trastornos orgánicos trastornos cerebrales (impulsados por demencia y delirio), 0,8 % (IC 95 %, 0,7–0,8) por trastornos por abuso de sustancias (impulsados por el abuso de alcohol y tabaco) y 0,5 % (IC 95 %, 0,4–0,5) por trastornos neuróticos (impulsado por trastornos de ansiedad y estrés). En comparación con los pacientes con infarto de miocardio, la diferencia de riesgo de 1 año fue del 4,9 % (IC del 95 %, 4,6 a 5,3) para los trastornos del estado de ánimo, del 1,0 % (IC del 95 %, de 0,8 a 1,1) para los trastornos cerebrales orgánicos, del 0,1 % (IC del 95 %, 0.0 a 0.2) para trastornos por abuso de sustancias, pero -0,2 % (IC del 95 %, -0,2 a -0,1) para los trastornos neuróticos. Concluyeron que “los riesgos considerablemente mayores de trastornos mentales después de un accidente cerebrovascular, en particular los trastornos del estado de ánimo, subrayan la importancia de la evaluación de la salud mental después del accidente cerebrovascular” (25).

Bustamante *et al.* (26), realizó un estudio del tipo descriptivo y prospectivo, cuyo objetivo fue determinar la caracterización y la prevalencia de síntomas depresivos de los pacientes geriátricos ingresados en un hospital de Chile. Los resultados revelaron que se entrevistaron 59 pacientes, 32 mujeres y 27 hombres, con una edad promedio de 73,32 años (DE 6,63). La prevalencia de puntuaciones positivas para depresión en la escala de Yesavage fue del 32,20% (19), con un 52,63% (10) en mujeres y un 47,37% (9) en hombres. Según el estado civil, se observó una mayor prevalencia de resultados positivos en el Test de Yesavage-15 entre las personas casadas o en situación de pareja de hecho, alcanzando el 52,63% (10), en contraste con los solteros que registraron un 15,79% (3) y los viudos con un 31,58% (6) ($p=0,928$). El estudio concluye que, los síntomas depresivos son comunes en pacientes ingresados en un servicio de Medicina Interna y, con frecuencia, no son identificados durante su estancia hospitalaria (26).

Nacional

Díaz (27), el propósito de su investigación fue evaluar la frecuencia de casos de depresión entre los pacientes ingresados en los servicios de cirugía y medicina en el Hospital Regional Docente Las Mercedes en Chiclayo, el estudio fue estudio descriptivo cuantitativo y de corte transversal, con muestra constituida por 138 pacientes y usaron como método la entrevista clínica. Los resultados fueron: De la población estudiada, alrededor del 29.7% de los pacientes llegaron a presentar un nivel de depresión leve, un 27.5% ha presentado una depresión moderada, mientras que los 4.3% restantes, una depresión severa. Concluyeron que, existe alta frecuencia de depresión en pacientes hospitalizados y factores epidemiológicos como la edad, el género, el nivel socioeconómico, el nivel educativo y el estado civil están vinculados con la manifestación de la depresión y su nivel de gravedad en pacientes hospitalizados (27).

Díaz *et al.* (28), la finalidad fue exponer la presencia de psicopatología en los pacientes ingresados al Hospital Regional Lambayeque en enero de 2015. "Fue un estudio que se llevó a cabo mediante observación y análisis de situaciones y fenómenos, sin intervención activa en la variable de estudio (observacional), descriptivo, transversal y analítico, en el cual la muestra estuvo compuesta por 180 pacientes hospitalizados". Se administró un formulario estructurado diseñado para recopilar información específica (una ficha para recolectar datos), así como el Cuestionario de Salud General – 12 (GHQ-12). Los resultados fueron: al menos el 45% de la muestra analizada ha llegado a presentar algún tipo de malestar psicopatológico, de los cuales, alrededor del 69.4% fueron mujeres, un 36.7% se encontraron casados, la mayor frecuencia respecto al grado de instrucción fue el de secundaria con 34,4%, el rango etario predominante fue el de 18 a 35 años con un

37.8%, además de que, en lo que respecta a los días de permanencia en el hospital, el promedio fue de 10.7 días, del cual, hubo una mayor distribución en estancias de entre 2 a 10 días. Las conductas que tuvieron mayor presencia fueron las siguientes: Experimentar dificultad para concentrarse en las actividades cotidianas (55%), preocupaciones que han afectado significativamente la calidad del sueño (62.8%), sensación de no desempeñar un papel útil en la vida (73.3%), experimentar constantemente sensación de agobio y tensión (61.7%), dificultad para afrontar adecuadamente los problemas (62.2%), y la falta de felicidad al considerar todas las circunstancias (74.4%) (28). “Se logró establecer una asociación positiva entre la presencia de psicopatología y la atención en el departamento de medicina interna, demostrando un índice de prevalencia de 1,97 con un índice de prevalencia de 1,97”; un intervalo de confianza del 95% entre 1,2 y 3,04; y un valor de p menor a 0,05. Como conclusión, se afirma que sí hay presencia de psicopatología en los pacientes ingresados al Hospital Regional Lambayeque durante enero de 2015 (28).

Muñoz *et al.* (29), el propósito de la investigación fue realizar una comparación de los niveles de ansiedad y depresión entre los pacientes ingresados en dos hospitales de Arequipa, Perú. La muestra fue de un total de 50 pacientes que fueron internados en los hospitales de estudio, encontrándose uno bajo la gestión del Ministerio de Salud, mientras que el otro, bajo el Seguro Social. Los resultados han evidenciado que no existe diferencia significativa a nivel de los datos recabados en ambos hospitales, pues en el p valor obtenido para la ansiedad, así como la depresión fue de 0.451 y 0.468 respectivamente, sin embargo, en lo que respecta a la ansiedad basado por el sexo de los participantes, sí fue posible llegar a establecer una diferencia significativa del 0.009. La conclusión a la que llegaron es que los pacientes hospitalizados tienden a experimentar problemas de ansiedad y depresión, sin hacer distinción entre los tipos de hospitales (29).

Regional

No se ha encontrado información sobre el presente estudio.

En la revisión bibliográfica, fue posible validar que, en relación con el tema postulado, no se cuenta con mayor disponibilidad de material bibliográfico, además de que, se ha logrado comprobar que, a nivel de la región de San Martín no existe aún antecedentes investigativos sobre el tema. En el aspecto teórico, los resultados que obtengamos justificarán la efectividad del presente trabajo, mismo que a partir de los hallazgos a generar, así como de los conocimientos novedosos que se generen, se dará búsqueda a una mejor comprensión respecto a la calidad de cuidado, así como a la satisfacción de los pacientes. Se propone un cuidado trascendental, capaz de contemplar al individuo

hospitalizado en su concepción biopsicosocial, de una perspectiva tradicional del cuidado; por tanto, los médicos necesitan acercarse al paciente brindando respeto, empatía, afecto e interacción para obtener un diagnóstico completo.

2.2. Fundamentos teóricos

i. Definición de psicopatología

El término Psicopatología, derivado de las palabras griegas psyché (alma o razón), páthos (enfermedad), y el sufijo logía o lógos (discernimiento o discurso racional), hace referencia, por un lado, al conjunto de fenómenos de origen biológico o sociológico que tienen un impacto negativo en la mente (psiquis) de un individuo. Por otro lado, también se refiere a la disciplina dentro de la psiquiatría o psicología que se centra en el estudio, evaluación y tratamiento de estas afectaciones (4). No hay una única definición para el término psicopatología; en cambio, existen diversos modelos conceptuales respaldados por teorías subyacentes acerca de la mente (3).

La psicopatología se define como la disciplina que se dedica al estudio de conductas anormales en seres humanos, tanto mental como conductual. Se trata de la base científica de la psiquiatría, en el que sea necesario el poder delimitar conceptos genéricos que cuenten con una validez general dentro de los campos de patologías y de la psiquiatría. Asimismo, tiene por propósito principal, el establecimiento de una serie de lineamientos, así como de concepciones generales. El campo encargado de la investigación científica de los trastornos mentales se define por la presencia de disfunción psicológica, angustia personal y respuestas atípicas, siendo estos elementos distintivos de los trastornos psicológicos (30).

La mayoría de los estudios sobre las necesidades psicoemocionales del adulto mayor hospitalizados han abordado solo un tema específico. Hay estudios en entorno hospitalario tanto para trabajadores de la salud como para pacientes, y estudios sobre calidad de vida en adultos mayores, pero pocos estudios han examinado ambos fenómenos en la misma población. De tal manera que se establece una jerarquía básica de necesidades para estudiar el fenómeno de las poblaciones mayores, por ejemplo, con poca o ninguna educación (31).

La psicopatología clínica, constituye aquella disciplina tanto teórica como aplicada que se encuentra fundamentada en el conocimiento existente respecto a la psicopatología general y cuyo fin principal, es el de poder disponer cada una de sus informaciones (teorías, así como estudios) al servicio de la atención de cada individuo que se configure como un

paciente. Los profesionales involucrados en este campo abarcarán una diversidad de roles. Entre ellos se encuentran el psicólogo clínico, el psiquiatra, el personal de enfermería, los trabajadores sociales, el médico generalista, los terapeutas ocupacionales y los criminólogos. Es esencial que estos profesionales mantengan una perspectiva integral sobre los trastornos psicológicos para llevar a cabo sus funciones de manera óptima (32). Según el DSM-5, específicamente, la psicopatología se define como un conjunto de síntomas que denotan una alteración clínicamente relevante en el estado cognitivo, la regulación emocional o el comportamiento de un individuo. Estos síntomas reflejan una disfunción en los procesos psicológicos, biológicos o del desarrollo que subyacen en su función mental (33).

ii. Psicopatología y multimorbilidad

La OMS definió multimorbilidad como “la presencia de dos o más enfermedades crónicas en un mismo individuo” (34). Estos inconvenientes pueden ser afecciones físicas como enfermedades cardíacas, diabetes y trastornos visuales, así como problemas de salud mental como la depresión (35). Desde hace ya algunos años, la llegada de pacientes que presentan multimorbilidad ha ido volviéndose mucho más frecuentes, siendo esto explicado como resultado del envejecimiento de la población. De acuerdo con información de estudios realizados a nivel regional y la Investigación Nacional de Salud de 2013 en Brasil, al menos uno de cada cinco adultos y la mitad de las personas mayores presentan multimorbilidad (36).

La comorbilidad, es entendida como la presencia de dos o más trastornos que han sido diagnosticados dentro de un individuo, y es que, el diagnóstico realizado puede encontrarse sujeto a un mismo eje, así como a varios, siendo estos los que se describen a continuación: Eje I: aquí se ubican los trastornos así como cualquier otra condición que requiera atención clínica; Eje II: en este su ubican los trastornos de personalidad así como de retardo mental; Eje III: aquí se encuentran las condiciones médicas genéricas; Eje IV: en esta categoría se incluyen todos los problemas de índole psicosocial y ambiental; Eje V: Evaluación del funcionamiento global (37).

Pese a esta definición que fue establecida en el DSM IV, misma que resulta ser aparentemente sencilla y operativa, el término en cuestión ha logrado presentar múltiples definiciones que han variado en relación a diferentes autores, En 1970, Feinstein fue el primero en definir la comorbilidad como Cualquier entidad clínica adicional que está presente o puede desarrollarse durante el curso clínico de un paciente que ya tiene una enfermedad específica en investigación. Posteriormente, en 1984, Boyd ofreció otra definición, describiéndola como "el riesgo relativo de que una persona con una enfermedad

reciba el diagnóstico de otra enfermedad". Burke en 1990 proporcionó una descripción de carácter metodológico que definía la comorbilidad como "la presencia de más de una enfermedad específica en una persona durante un período de tiempo definido". En relación al concepto de comorbilidad, Van Praag presenta las siguientes proposiciones: (37)

- Puede interpretarse como la aparente acumulación de múltiples trastornos psiquiátricos en un único individuo. Pese a esto, la definición proporcionada conllevaría a entender que, cada trastorno mental, constituye una categoría clara y discreta, lo que, en la realidad, ciertamente es difícil de determinar en más de una ocasión. Esta circunstancia complicaría el estudio de los aspectos patogénicos y epidemiológicos de las enfermedades mentales. (37)

- La secuencia en la que los trastornos surgen comúnmente implica que algunos son primarios y otros secundarios, lo cual es esencial aclarar para implementar tratamientos específicos. (37)

La mayoría de los síntomas psiquiátricos están vinculados a una personalidad patológica; sin embargo, la coexistencia de trastornos en el Eje I y el Eje II podría ser tanto fortuita como no, lo que significa que podría existir una relación entre la personalidad patológica y la probabilidad de desarrollar trastornos del Eje I, o viceversa. (37)

La diversidad de trastornos o síndromes psicopatológicos en un paciente específico puede representar diversas expresiones de una única anormalidad biológica. Esto podría impulsar la búsqueda de marcadores y, eventualmente, conducir a un modelo multicausal de disfunciones biológicas subyacentes en el trastorno psiquiátrico (37).

Lifshitz (38), en su editorial de acuerdo con otra fuente, se indica que la comorbilidad no puede abordarse simplemente como la suma aritmética de las enfermedades presentes en un paciente. Por ejemplo, si un paciente tiene hipertensión y diabetes, no sería suficiente agregar el conocimiento sobre la hipertensión al de la diabetes, ya que las interacciones recíprocas entre estas condiciones son numerosas, y esto se complica aún más por la interacción entre los medicamentos utilizados para tratarlas.(38). Cuando los pacientes presentan enfermedades comórbidas resulta difícil poder vincularlo a una especialidad determinada, de hecho, resulta necesario primero establecer una jerarquía y asignar prioridades. El diagnóstico nosológico por sí solo ya no es suficiente; en cambio, es más importante que nunca proporcionar un diagnóstico completo y personalizado (38).

Con el objetivo de perfeccionar la conceptualización de multimorbilidad que fue suministrada "por la Organización Mundial de la Salud" (OMS) y considerando las

sugerencias formuladas por otros investigadores, la Red Europea de Investigación en Atención Primaria convocó a una reunión de expertos en el establecieron una definición ampliada de multimorbilidad, la cual abarca cualquier combinación que incluya una enfermedad crónica junto con al menos otra enfermedad, ya sea aguda o crónica. También considera la presencia de factores psicosociales, ya sean asociados o no, y factores somáticos (39). En consecuencia, la condición de los adultos mayores no se concibe simplemente como una acumulación de enfermedades crónicas independientes o como el resultado de una enfermedad principal (comorbilidad). Más bien, se reconoce la existencia de perfiles complejos que incorporan dimensiones psicosociales (35).

iii. Psicopatología y el Cuestionario de Salud General de 12 ítems (GHQ-12)

El GHQ-12 es un test de autoadministración, que se encarga de detectar cada trastorno psiquiátrico no psicóticos. Originalmente, fue empleado dentro de contextos y escenarios vinculados a la atención primaria de salud, así como en la población en general. Es necesario mencionar que, la versión original de este instrumento contaba con un total de 60 ítems, sin embargo, en años posteriores, se lograron desarrollar diversas versiones, siendo la más aceptada la de 12 ítems (denominada como GHQ-12), misma que fue traducida y adaptada a un total de 38 idiomas. Debido a su concisión y a sus propiedades psicométricas, es reconocido como uno de los instrumentos de detección validados más ampliamente empleados. Por esta razón, se ha utilizado en encuestas nacionales de salud en diversas naciones (40).

La configuración factorial del GHQ-12 ha sido objeto de intensos debates, lo que ha llevado a algunos autores a sugerir su empleo como una herramienta de evaluación unidimensional. La adaptación de este cuestionario para ser aplicado por alguna institución debe contener la confiabilidad y validez adecuada (41).

2.3. Definición de términos básicos

Paciente: Individuo que experimenta afectaciones físicas y corporales, especialmente aquellos que están recibiendo atención médica (42).

Hospitalización: admisión de un paciente en una instalación de atención médica con el propósito de ocupar una cama y recibir atención especializada hasta el momento de ser dado de alta del hospital (43).

Estancia hospitalaria prolongada: es una descripción que no se puede aplicar de manera general y es específica para cada hospital y clínica en todo el mundo. Se refiere al período

adicional de hospitalización, en días, más allá de la estimación prevista por cada institución (44).

Depresión: corresponde a un tipo de trastorno mental recurrente, mismo que se ve caracterizado por la continua y permanente presencia de tristeza, así como la pérdida del interés que de manera natural las personas suelen disfrutar, a estos síntomas se le suma la incapacidad del individuo de poder ejecutar ciertas actividades de manera diaria, durante un total de 14 días o más. Además, puede afectar el patrón de sueño y el apetito, y es común que esté acompañado de fatiga y dificultad para concentrarse (45).

Ansiedad: se define como un estado en el que se manifiestan síntomas que impactan el comportamiento de la persona, generando malestar para el individuo y asociado a respuestas fisiológicas, La ansiedad ha sido caracterizada como una respuesta emocional desagradable que se manifiesta junto con una elevada activación del sistema nervioso, según la definición de Rodríguez y Ruiz (2006), Se describe que la ansiedad es un estado en el cual el cuerpo, a nivel del sistema nervioso, genera una serie de comportamientos atípicos que resultan inusuales para la persona que está experimentando dicha ansiedad (46).

Complicación: deterioro de una enfermedad o procedimiento médico debido a la aparición de una patología intercurrente, que surge de manera espontánea y guarda una relación causal que puede ser más o menos directa con el diagnóstico realizado o el tratamiento administrado (47).

Salud mental: constituye un estado o condición de bienestar mental que faculta al individuo a poder confrontar cualquier situación, evento o circunstancia generadora de estrés en la vida de cada persona, el poder desarrollar cada una de sus competencias, el seguir aprendiendo y desarrollarse de manera adecuada, permitiéndole contribuir de esta manera con su comunidad. Corresponde esta manera a una parte esencial tanto de la salud, así como del bienestar que se encuentra a cargo de sustentar cada capacidad individual y colectiva en la toma de una decisión, en el establecimiento de una relación, así como de dar forma al mundo en el que se vive. La salud mental se establece igualmente como un derecho fundamental que pertenece a la esfera de la vida de cada individuo, siendo de este modo un componente fundamental para el crecimiento personal, comunitario y socioeconómico (48).

Enfermedad crónica: aquellas afecciones que exhiben una prolongada duración, superando los 6 meses, y un desarrollo gradual, no se contagian entre personas y, en consecuencia, son clasificadas como enfermedades no transmisibles (49).

CAPÍTULO III MATERIALES Y MÉTODOS

3.1. Ámbito y condiciones de la investigación

3.1.1 Contexto de la investigación

La realización de la investigación se llevó a cabo en el servicio de Medicina Interna y de Cirugía del Hospital II-2 Tarapoto, Hospital registrado en RENIPRESS con código 00006918, obteniendo su categoría y funcionamiento mediante la resolución RD N° 365-2013-GRSM/DIRES-SM/DIREFISSA.

El Hospital II-2 Tarapoto, está ubicado en e Jr. Ángel Delgado Morey N° 503, Barrio Partido Alto, distrito de Tarapoto, provincia de San Martín, región San Martín, en el país de Perú.

3.1.2 Periodo de ejecución

La ejecución del estudio se procedió a realizar o efectuar la acción mencionada, durante el lapso de agosto a setiembre del 2023.

3.1.3 Autorizaciones y permisos

Fue requerido el pedido de la debida autorización al director del Hospital II-2 Tarapoto, a través de la junta de investigación de la “Facultad de Medicina Humana de la UNSM” previa evaluación y aprobación mediante resolución decanal; para su autorización de permisos necesarios para la aplicación del instrumento de investigación, teniendo en cuenta los principios éticos de la investigación. Posteriormente se reenvió la solicitud al área de capacitación y docencia de dicho nosocomio, y dicha área a su vez distribuyó las mencionadas solicitudes tanto al servicio de medicina interna como al servicio de cirugía. Asimismo, se entregó un consentimiento informado a cada paciente que participó en este estudio previo a la recolección de datos.

3.1.4 Control ambiental y protocolos de bioseguridad

Como medida de bioseguridad se hizo el uso de mascarilla N-95. No se tocó al paciente, ya que se mantuvo una distancia prudente.

3.1.5 Aplicación de principios éticos internacionales

La intervención se ajustó a los principios éticos generales que rigen la investigación, especialmente enfocándose en la integridad, respeto a las personas, beneficencia del

estudio y justicia con cada uno de los participantes (50), que voluntariamente dieron su consentimiento.

3.2. Sistema de variables

3.2.1 Variable 1

- Edad
- Estado civil
- Sexo
- Grado de instrucción
- Servicio de hospitalización
- Tiempo de hospitalización

3.2.2 Variable 2

- Psicopatología (GHQ-12)

Operacionalización de variables

Descripción de variables por objetivos específicos

Tabla 1

Objetivo específico 1

Objetivo específico 1. “Identificar la relación de la presencia de psicopatología respecto al sexo de los pacientes hospitalizados”				
Variable	Dimensión	Indicador	Criterio	Escala de medición
SEXO	Género	Masculino	Sí	Nominal
		Femenino	No	

Tabla 2

Objetivo específico 2

Objetivo específico 2. “Identificar la relación de la presencia de psicopatología respecto a la edad de los pacientes hospitalizados”				
Variable	Dimensión	Indicador	Criterio	Escala de medición
EDAD	Cronología		Años	Intervalo

Tabla 3

Objetivo específico 3

Objetivo específico 3. “Estimar la relación de la presencia de psicopatología y los servicios de hospitalización”					
Variable	Dimensión	Indicador	Criterio	Escala de medición	de
SERVICIOS DE HOSPITALIZACIÓN	Hospitalaria		Medicina Cirugía	Nominal	

Tabla 4

Objetivo específico 4

Objetivo específico 4. “Estimar la relación entre la manifestación de psicopatología y el estado civil de los pacientes hospitalizados”					
Variable	Dimensión	Indicador	Criterio	Escala de medición	de
ESTADO CIVIL		-Soltero -Casado -Conviviente -Divorciado -Viudo	Sí No	Ordinal	

Tabla 5

Objetivo específico 5

Objetivo específico 5. “Identificar la relación entre la psicopatología y el grado de instrucción de los pacientes hospitalizados”					
Variable	Dimensión	Indicador	Criterio	Escala de medición	de
GRADO DE INSTRUCCIÓN	Escolaridad	Analfabeto Primaria Secundaria Superior	Sí No	Ordinal	

Tabla 6

Objetivo específico 6

Objetivo específico 6. “Estimar la relación de psicopatología y el tiempo de hospitalización de los pacientes”					
Variable	Dimensión	Indicador	Criterio	Escala de medición	de
TIEMPO DE HOSPITALIZACIÓN	Cronológica		Días	Razón	

Tabla 7

Variable dependiente: Psicopatología

VARIABLE DEPENDIENTE: PSICOPATOLOGÍA				
Variable	Dimensión	Indicador	Criterio	Escala de medición
PSICOPATOLOGÍA	Psicología	Cuestionario de Salud General de Goldberg (GHQ-12)	0-4 puntos: ausencia de psicopatología 5-6 puntos: sospecha de psicología subumbral 7-12 puntos: presencia de psicopatología	Ordinal

3.3 Procedimientos de la investigación

3.3.1. Tipo y nivel de la investigación

Tipo:

Básica, debido principalmente por que el estudio se encuentra orientado al desarrollo de conocimientos que aporten las bases para la futura solución de problemas cotidianos y a controlar situaciones prácticas (28,51)

Nivel de la investigación:

Descriptivo, observacional, prospectivo, transversal y analítico.(28,51)

3.3.2. Población y muestra

Se conformó con la totalidad de aquellos individuos que se encuentran hospitalizados en los Departamentos de Medicina Interna y Cirugía General del mencionado hospital, Hospital II-2 Tarapoto durante el mes de setiembre del 2023. La estimación de esta población se realizó a partir de los registros estadísticos del hospital, en total de ambos servicios, en **415** pacientes hospitalizados durante el mes de setiembre 2023.

Se empleó la versión 4.2 del programa Epidat para determinar el tamaño de la muestra, basándonos en la información previamente recopilada. El cálculo muestral se realizó considerando un intervalo de confianza de 95%, error muestral de 5%, probabilidad de éxito del 50% y una probabilidad de fracaso del 50%.

Datos para obtener la muestra adecuada

Muestreo aleatorio simple para población finita

Tabla 8*Muestreo aleatorio simple para población finita*

Tamaño de la muestra	199.7
Intervalo de confianza	95%
Error muestral	5%
Tamaño de la población	415
Probabilidad de éxito	50%
Probabilidad de fracaso	50%

La muestra fue probabilística, ya que los elementos de la población, tuvieron igual probabilidad de ser elegidos. Se obtuvo según la siguiente fórmula(52):

$$n = \frac{Z^2 pq N}{e^2(N - 1) + z^2 pq}$$

n = Tamaño de la muestra

z = Valor para intervalo de confianza de 95% de confianza. El valor de Z es igual a 1,96.

e = Margen de error (0.05)

p = Probabilidad de éxito. (0.5)

q = Probabilidad de fracaso (0.5)

N = Tamaño de la población (415)

$$n = \frac{1.96^2(0.5) \times (0.5) \times (415)}{0.05^2(415 - 1) + 1.96^2(0.5) \times (0.5)}$$

$$n = \frac{398.566}{1.035 + 0.9604}$$

$$n = 199.7$$

$$n = 200$$

El tamaño definitivo de la muestra utilizado para el estudio estuvo constituido por **200** pacientes encuestados.

Enfoque de la investigación: Es una investigación cuantitativa.

Unidad de análisis: Está constituido por cada paciente que voluntariamente participó en el estudio de investigación, previa firma de consentimiento informado, que fue testado con el instrumento de la encuesta, y asimismo tomando como referencia la *historia clínica* de cada persona que ha recibido atención en los departamentos de Medicina y de Cirugía, del Hospital II-2 Tarapoto durante agosto a setiembre 2023, y que cumplieron con los criterios de selección.

Unidad de muestreo: En este estudio, se implementó el método de muestreo probabilístico o aleatorio, debido a que nuestra intención es hacer inferencia con los resultados sobre el total de la población y se escogieron las personas que se encuentran ingresadas en las áreas de atención médica especializada de Medicina Interna y Cirugía al azar por muestreo aleatorio simple (MAS).

Error aleatorio: Al seleccionar la muestra se puede cometer este error y se refiere a la discrepancia entre el resultado obtenido a partir de la muestra y la representación completa de la población en su totalidad. Es debida a que no hemos estudiado la población completa.

Para la selección de los pacientes se presentaron los siguientes criterios:

Criterios de inclusión

- Todo aquel paciente que se encuentre en la condición de realizar el llenado de los cuestionarios con el entrevistador.
- Todo aquel paciente con respuesta positiva a la evaluación general del estado mental (ubicación en persona, tiempo y lugar).
- Pacientes mayores de 18 años de edad.
- Saber leer
- Pacientes que aceptaron firmar el consentimiento informado.

Criterios de exclusión

- Pacientes que rechazaron formar parte del estudio.
- Pacientes con antecedente de enfermedad psiquiátrica diagnosticada y confirmada.
- Pacientes con discapacidad física o mental, imposibilitados del llenado de las fichas de evaluación.
- Pacientes que presentaran una condición crítica de salud que impidiera el proceso o generara incomodidad o desgaste excesivo que pudiera interferir en la recuperación o el tratamiento intranosocomial.

- Pacientes con enfermedades y/o afecciones como: ACV, encefalopatía, trastorno de la consciencia, delirio, demencia y diversas patologías neurológicas que afecten la parte cognitiva del paciente.

3.3.3. Diseño analítico

Es un esquema u organización estructurada que se implementó para vincular y supervisar las variables del estudio. Funcionó como la guía y limitación para el investigador, y el esquema general es el de diseño descriptivo.

En cuanto al procesamiento de la información se empleó equipo de cómputo con los programas del “sistema estadístico Statistical Package for the Social Sciences (SPSS) versión 26, de las cuales se obtuvo las tablas y gráficas para la realización del análisis descriptivo de las variables con la frecuencia absoluta y relativa, la media y desviación estándar.”

Se aplicó estadística inferencial, con la prueba bondad de ajuste que determinó las variables edad y sexo no se distribuyen conforme a una distribución normal estándar. Para ello se empleó la prueba Kolmogorov-Smirnov, y el valor p fue mayor a 0.05, por lo que se concluyó en usar los estadísticos no paramétricos para contrastar la hipótesis de la muestra, con la Prueba Chi Cuadrado de Pearson, por ser muestras independientes con variables nominales. “Con el propósito de investigar y establecer la relación o vínculo existente entre las variables en cuestión, 1 y 2 se empleó el Odds Ratio (OR) > 1, con Intervalo de Confianza al 95% (IC 95%) > 1 y la significancia estadística se determinó por el valor $p < 0.05$. Todas las pruebas bivariantes con significancia estadística fueron sometidas al modelo de Regresión Logística Lineal Multivariados” (53)(54)

3.4. Procedimientos de la investigación

Técnicas y métodos empleados para recopilar información durante el proceso de investigación y descripción de los instrumentos.

Se solicitó el debido permiso al director del Hospital y una vez aceptado se procedió a encuestar a los pacientes.

Técnica: Se creó un formulario de recopilación de datos epidemiológicos estructurados, detallando las variables en estudio (consultar anexo 1), como parte del proceso de evaluación de los pacientes hospitalizados. “Además, se empleó el Cuestionario de Salud General Goldberg 12 (GHQ-12) como instrumento para evaluar la presencia de psicopatología”.

Instrumento: Es el cuestionario de Salud General Goldberg 12 (GHQ-12), cuestionario de salud autopercebida, cuya evaluación lo realizó el paciente de su estado de bienestar general, junto al entrevistador, que fue su apoyo y orientador.

El GHQ-12 se compone de doce ítems, con seis enunciados positivos y seis enunciados negativos. Los participantes responden a los ítems mediante una puntuación dicotómica (0-0-1-1), conocida como la puntuación GHQ. Se ha observado una consistencia interna adecuada en diversos estudios, con coeficientes alfa de Cronbach que oscilan entre 0.82 y 0.86 (41), y la validación del GHQ-12 en quince países a nivel mundial ha proporcionado resultados aceptables, evidenciados por valores de la curva ROC que se sitúan en un rango comprendido entre el 83 y el 85 (40,41)

La interpretación GHQ-12 es la siguiente:

0 a 4 puntos: ausencia de psicopatología.

5 a 6 puntos: sospecha de psicopatología subumbral.

7 a 12 puntos: indicativo de presencia de psicopatología.

Si el puntaje es igual o superior a 5, se recomienda remitir al consultante a un médico para confirmar o descartar la presencia de patología mental (40).

Procedimiento:

A cada participante se le proporcionó información detallada sobre la investigación, y después de que firmaron el consentimiento informado, se llevó a cabo una entrevista directa o indirecta. Durante esta sesión única, se aplicaron la ficha de recopilación de datos y el instrumento (GHQ-12), con una duración promedio de aproximadamente 15 minutos. Los cuestionarios fueron recopilados inmediatamente después de ser completados. La ejecución del estudio se llevó a cabo entre agosto y setiembre del 2023.

Limitaciones:

Podría existir un acceso limitado a la población objetivo, ya que en algunas situaciones los pacientes no pudieron completar los formularios por sí mismos, siendo completados por familiares con la asistencia del encuestador. Estos familiares pueden no estar familiarizados con los síntomas y el estado del paciente, lo que podría resultar en datos que se desvíen del objetivo de nuestro estudio. Por lo tanto, los resultados obtenidos no pueden extrapolarse a la población en su conjunto.

CAPÍTULO IV RESULTADOS Y DISCUSIÓN

4.1. Resultados

El manejo de los datos recolectados se hizo mediante encuesta directa en aquellos pacientes ingresados en los servicios de medicina y cirugía. La muestra total fue de 200 pacientes. Los objetivos específicos se han reagrupados como factores sociodemográficos o características generales de los pacientes hospitalizados, en la Tabla 9.

Tabla 9

Características sociodemográficas de los pacientes hospitalizados en el Hospital II-2 Tarapoto, 2023

CARACTERÍSTICAS SOCIODEMOGRÁFICAS		N	%
SEXO	MASCULINO	107	53.5
	FEMENINO	93	46.5
ESTADO CIVIL	SOLTERO	47	23.5
	CASADO	75	37.5
	CONVIVIE NTE	67	33.5
	VIUDO	2	1
	DIVORCIADO	9	4.5
GRADO DE INSTRUCCIÓN	ANALFABETO	4	2
	PRIMARIA	41	20.5
	SECUNDARIA	92	46
	SUPERIOR	63	31.5
SERVICIO DE HOSPITALIZACION	MEDICINA	105	52.5
	CIRUGIA	95	47.5
RANGO DE EDAD	18 - 35 AÑOS	91	45.5
	36 - 53 AÑOS	54	27
	54 - 71 AÑOS	40	20
	72 -90 AÑOS	15	7.5
RANGO TIEMPO DE HOSPITALIZACION	2 - 7 DIAS	158	79
	8 - 14 DIAS	34	17
	> 14 DIAS	8	4
ZONA DE PROCEDENCIA	URBANA	168	84.0
	RURAL	32	16.0

Los resultados de la tabla 9, acerca de las características sociodemográficas. De los 200 participantes seleccionados para el estudio, se identificó un total de 107 (53.5%) hombres y 93 (46.5%) mujeres en el grupo. La mayoría fueron casados (75 personas, que representan el 37.5%), seguidos por convivientes (67 personas, 33.5%), solteros (47 personas, 23.5%), divorciados (9 personas, 4.5%) y viudos (2 personas, 1%). El nivel de educación predominante fue el nivel secundario (92 personas, 46%), seguido por superior (63 personas, 31.5%), primaria (41 personas, 20.5%), y un pequeño número de

analfabetos (4 personas, 2%). La mayoría de los pacientes estuvieron ingresados en medicina (105 personas, 52.5%), seguido por cirugía (95 personas, 47.5%). El mayor grupo de edad fue de 18 a 35 años (91 personas, 45.5%), seguido por 36 a 53 años (54 personas, 27%), 54 a 71 años (40 personas, 20%), y 72 a 90 años (15 personas, 7.5%). La mayoría de las personas estuvieron hospitalizadas entre 2 y 7 días (158 personas, 79%), seguidas por 8 a 14 días (34 personas, 17%) y más de 14 días (8 personas, 4%). La mayoría provenían de zonas urbanas (168 personas, 84%), mientras que un porcentaje menor provino de zonas rurales (32 personas, 16%).

4.1.1 Resultados del objetivo general

Tabla 10

Presencia de psicopatología en los pacientes hospitalizados en los servicios de medicina y cirugía en el Hospital II-2 Tarapoto, 2023 (n=200)

CARACTERÍSTICAS		N	%
Psicopatología	Ausencia	130	65.0%
	Subumbral	31	15.5%
	Umbral	39	19.5%

En la Tabla 10, se observa la presencia de psicopatología, encontrándose 35% con algún malestar psicopatológico en los pacientes internados, con presencia de psicopatología umbral en 19.5%.

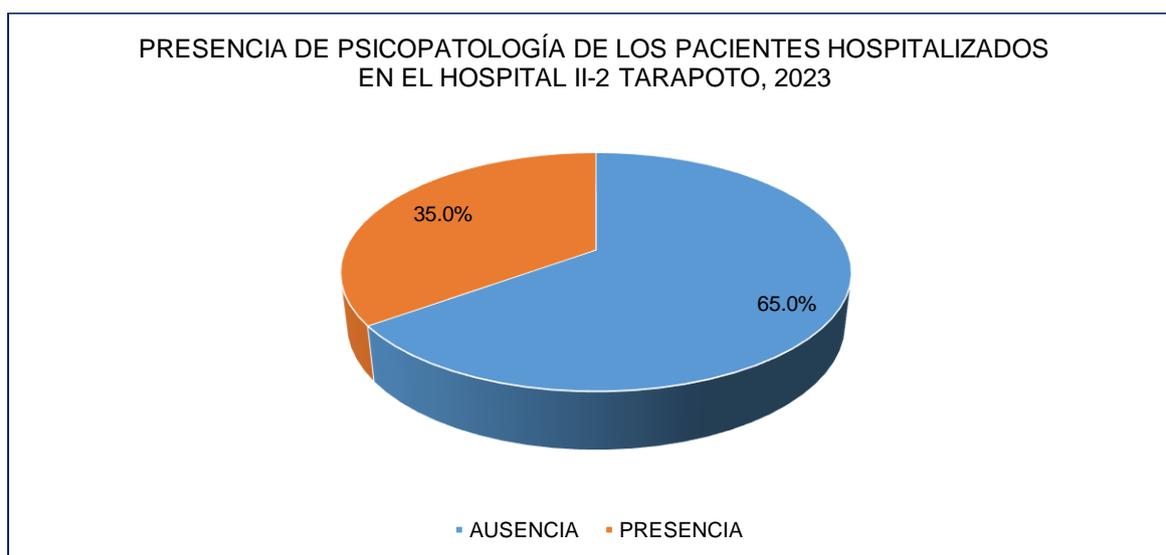


Figura 1

Presencia de psicopatología de los pacientes hospitalizados en los servicios de medicina y cirugía del Hospital II-2 Tarapoto, 2023.

En la figura 1, indica la existencia de psicopatología el 35% de la muestra poblacional examinada.

Tabla 11

Preguntas y conductas psicopatológicas de los pacientes internados en los servicios de medicina y cirugía en el Hospital II-2 Tarapoto, 2023

CONDUCTAS		N	%
Q-1. Ha podido concentrarse bien en lo que hace	NO	109	54.5%
Q-2. Sus preocupaciones le han hecho perder mucho el sueño	NO	120	60.0%
Q-3. Ha sentido que está desempeñando un papel útil en la vida	NO	108	54.0%
Q-4. Se ha sentido capaz de tomar decisiones	NO	115	57.5%
Q-5. Se ha sentido constantemente agobiado y en tensión	SI	100	50.0%
Q-6. Ha sentido que no puede superar sus dificultades	NO	105	52.5%
Q-7. Ha sido capaz de disfrutar de sus actividades normales cada día	NO	121	60.5%
Q-8. Ha sido capaz de hacer frente adecuadamente a sus problemas	NO	108	54.0%
Q-9. Se ha sentido poco feliz o deprimido	SI	100	50.0%
Q-10. Ha perdido confianza en sí mismo	SI	102	51.0%
Q-11. Ha pensado que usted es una persona que no vale para nada	NO	106	53.0%
Q-12. Se siente razonablemente feliz considerando todas las circunstancias	SI	110	55.0%

En la Tabla 11, se presenta la distribución de las respuestas en las encuestas sobre las conductas psicopatológicas de la población estudiada. Las conductas más predominantes fueron: Incapacidad para disfrutar de sus actividades normales cada día (60.5%), Incapacidad para tomar decisiones (57.5%), Dificultad para concentrarse (54.5%), sensación de no cumplir un papel útil en la vida (54.0%), incapacidad para manejar adecuadamente los problemas (54.0%).

Tabla 12

Distribución porcentual de pacientes encuestados según servicio de hospitalización en el Hospital II-2 Tarapoto, 2023

SERVICIO	% ENCUESTADOS
Cirugía	47.5%
Medicina	52.5%

El mayor porcentaje de pacientes internados estuvo en el servicio de medicina en un 52.5%.

4.1.2. Resultados del objetivo específico 1

Tabla 13

Asociación de la presencia de psicopatología respecto al sexo de los pacientes hospitalizados en el Hospital II-2 Tarapoto, 2023

CARACTERÍSTICAS		PSICOPATOLOGIA		OR	IC (95%)	P
		PRESENCIA	AUSENCIA			
SEXO	MASCULINO	37	70	1,019	0,776 - 1,338	P>0,05
	FEMENINO	33	60	0,979	0,718 - 1,335	

Valor p: calculado con Prueba Chi²
OR= Odds Ratio

En la Tabla 13, se presenta la relación con la psicopatología, evaluada según la existencia o ausencia, con la variable sexo, y se concluye que no se encuentra asociación estadísticamente significativa, ni para masculino (OR= 1.019; IC 95% 0.776 – 1.338; $p > 0.05$) ni para el femenino (OR= 0.979; IC 95% 0.718 – 1.335; $p > 0.05$).

Tabla 14

Distribución porcentual de asociación de pacientes hospitalizados según valor GHQ – 12 y el sexo en el Hospital II-2 Tarapoto, 2023

		GHQ – 12 % (n)			Estadístico	Significación Estadística
		AUSENCIA	SUBUMBRAL	UMBRAL		
TOTAL		65,0 (130)	15,5 (31)	19,5 (39)		
SEXO	MASCULINO	35,0 (70)	8,0 (16)	10,5 (21)	Chi cuadrado 0,053; DF=2	0,974
	FEMENINO	30,0 (60)	7,5 (15)	9,0 (18)		

En la clasificación de la psicopatología, según puntaje, la mayor frecuencia de psicopatología asociado al sexo se dio en el sexo masculino en un 10.5%, sin significancia estadística.

4.1.3. Resultados del objetivo específico 2

Tabla 15

Asociación de la presencia de psicopatología con el rango de edad de los pacientes hospitalizados en el Hospital II-2 Tarapoto, 2023

CARACTERÍSTICAS		PSICOPATOLOGÍA		OR	IC (95%)	P
		PRESENCIA	AUSENCIA			
RANGO DE EDAD	18 - 35 AÑOS	25	66	1,374	1,213 - 1,534	P<0,05
	36 - 53 AÑOS	19	35	1,593	1,384 - 1,801	
	54 - 71 AÑOS	16	24	1,625	1,383 - 1,867	
	72 -90 AÑOS	10	5	2,200	1,805 - 2,595	

Valor p: calculado con Prueba Chi²

OR= Odds Ratio

El promedio de la edad fue 41.65 ± 18.40 años, con mediana 38.50 años. La edad mínima registrada en la muestra fue de 18 años, mientras que la edad máxima alcanzó los 86 años. El rango más frecuente estuvo de 18 a 35 años (OR= 1.374; IC 95% 1.213 – 1.534 y con un valor de $p < 0.05$). Sin embargo, el riesgo de presentar psicopatología es mayor en el rango de 72 – 90 años (OR= 2.200; IC 95% 1.805 – 2.595 y con un valor de $p < 0.05$). Esta variable expresa asociación con psicopatología a nivel muestral lo que se traduce en un

OR > 1, se expresa esta misma asociación a nivel poblacional lo que se traduce en un IC 95% > 1 y también expresa significación de esta asociación al verificar que la influencia del azar, es decir, el valor $p < 0.05$.

Tabla 16

Distribución porcentual de asociación de pacientes hospitalizados según valor GHQ – 12 y el rango de edad en el Hospital II-2 Tarapoto, 2023

		GHQ – 12 % (n)			Estadístico	Significación Estadística
		Ausencia	Subumbral	Umbral		
TOTAL		65,0 (130)	15,5 (31)	19,5 (39)		
Rango de edad	18 - 35 años	33,0 (66)	8,0 (16)	4,5 (9)	ANOVA F=5,247	0,002
	36 - 53 años	17,5 (35)	3,0 (6)	6,5 (13)		
	54 - 71 años	12,0 (24)	3,5 (7)	4,5 (9)		
	72 -90 años	2,5 (5)	4,5 (9)	4,0 (8)		

Según el rango de edad, la frecuencia mayor fue en el rango de 36-53 años en un 6.50%, la asociación de la edad a la psicopatología expresó un $p < 0.002$.

4.1.4. Resultados del objetivo específico 3

Tabla 17

Asociación de la presencia de psicopatología respecto a los servicios de hospitalización de los pacientes hospitalizados en el Hospital II-2 Tarapoto, 2023

Características		Psicopatología		OR	IC (95%)	P
		Presencia	Ausencia			
Servicio De Hospitalización	Medicina	44	61	0,747	0,578 - 0,965	P>0,05
	Cirugía	26	69	1,429	1,012 - 2,018	P<0,05

Valor p: calculado con Prueba Chi²

OR= Odds Ratio

El servicio de hospitalización, de medicina y cirugía, en el análisis estadístico expresa que sólo los pacientes internados en el servicio de cirugía manifiesta asociación con psicopatología a nivel de la muestra (OR= 1.429; IC 95% 1.012 – 2.018 y con un valor de $p < 0.05$), lo que se traduce en un OR > 1, se denota esta misma asociación a nivel poblacional lo se traduce en un IC 95% > 1 y también expresa significación de esta asociación al constatar que la influencia del azar, es decir, el valor $p < 0.05$; estas tres condiciones permiten afirmar que ser paciente hospitalizado en el servicio de cirugía es un factor de riesgo asociado a la presencia psicopatología en el contexto de este análisis.

Tabla 18

Distribución porcentual de asociación de pacientes hospitalizados según valor GHQ – 12 y el servicio de hospitalización en el Hospital II-2 Tarapoto, 2023

		GHQ – 12 % (n)			Estadístico	Significación Estadística
		Ausencia	Subumbral	Umbral		
Total		65,0 (130)	15,5 (31)	19,5 (39)		
Servicio De Hospitalización	Medicina	30,5 (61)	9,5 (19)	12,5 (25)	Chi cuadrado	0,096
	Cirugía	34,5 (69)	6,0 (12)	7,0 (14)	4,687; DF=2	

Los pacientes del servicio de hospitalización en medicina y en cirugía más frecuente asociado a psicopatología fueron los de medicina (12.5%). El análisis evidenció no significancia estadística.

4.1.5. Resultados del objetivo específico 4

Tabla 19

Asociación de la presencia de psicopatología respecto al estado civil de los pacientes hospitalizados en el Hospital II-2 Tarapoto, 2023

CARACTERÍSTICAS		PSICOPATOLOGIA		OR	IC (95%)	P
		PRESENCIA	AUSENCIA			
Estado Civil	Soltero	19	28	1,617	1,387 - 1,847	P<0,05
	Casado	22	53	1,493	1,311 - 1,675	
	Conviviente	22	45	1,493	1,300 - 1,685	
	Viudo	2	0	2,500	1,385 - 3,615	
	Divorciado	5	4	1,778	1,252 - 2,303	

Valor p: calculado con Prueba Chi²

OR= Odds Ratio

En cuanto al estado civil, en el análisis estadístico se observa la asociación con psicopatología en los pacientes internados en los departamentos de medicina interna y cirugía, A nivel de la muestra, esto se refleja en un Odds Ratio (OR) > 1, se manifiesta esta asociación a nivel de la población, lo cual se refleja en un intervalo de confianza (IC) del 95% > 1 y también indica significación de esta asociación al confirmar que la influencia del azar, es decir, el valor $p < 0.05$; estas tres condiciones permiten afirmar que el estado civil es factor de asociación a psicopatología en el contexto de este análisis. Sin embargo, se puede evidenciar que, dentro de los pacientes hospitalizados, ser viudo(a) presenta un mayor riesgo asociado a la existencia de psicopatología (OR= 2.500; IC 95% 1.385 – 3.615 y un valor de $p < 0.05$).

Tabla 20

Distribución porcentual de asociación de pacientes hospitalizados según valor GHQ – 12 y su estado civil en el Hospital II-2 Tarapoto, 2023

		GHQ – 12 % (n)			Estadístico	Significación Estadística
		Ausencia	Subumbral	Umbral		
Total		65,0 (130)	15,5 (31)	19,5 (39)		
Estado Civil	Soltero	14,0 (28)	4,5 (9)	5,0 (10)	Chi cuadrado 9,580; DF=8	0,296
	Casado	26,5 (53)	3,5 (7)	7,5 (15)		
	Conviviente	22,5 (45)	5,5 (11)	5,5 (11)		
	Viudo	0,0 (0)	0,5 (1)	0,5 (1)		
	Divorciado	2,0 (4)	1,5 (3)	1,0 (2)		

El estado civil más frecuente asociado a psicopatología fue con los casados 7,5 % (15 pacientes) seguido por los convivientes 5,5% (11 pacientes). El análisis evidencio no significancia estadística.

4.1.6. Resultados del objetivo específico 5

Tabla 21

Asociación de la presencia de psicopatología respecto al grado de instrucción de los pacientes hospitalizados en el Hospital II-2 Tarapoto, 2023

Características		Psicopatología		OR	IC (95%)	P
		Presencia	Ausencia			
Grado de instrucción	Analfabeto	3	1	2,000	1,238 - 2,762	P<0,05
	Primaria	23	18	1,951	1,713 - 2,189	
	Secundaria	30	62	1,489	1,330 - 1,648	
	Superior	14	49	1,333	1,141 - 1,525	

Valor p: calculado con Prueba Chi²

OR= Odds Ratio

El grado de instrucción expresa asociación con psicopatología a nivel muestral lo que se traduce en un OR > 1, se explica esta misma asociación a nivel poblacional lo que se traduce en un IC 95% > 1 y también manifiesta significación de esta asociación al corroborar que la influencia del azar, es decir, el valor p < 0.05; estas tres condiciones permiten afirmar que el grado de instrucción es factor de asociación a psicopatología en el contexto de este análisis estadístico. Asimismo, se resalta que aquellos pacientes analfabetos presentaron un mayor riesgo asociado a la existencia de psicopatología (OR= 2.000; IC 95% 1.238 – 2.762 y un valor de p < 0.05).

Tabla 22

Distribución porcentual de asociación de pacientes hospitalizados según valor GHQ – 12 y su grado de instrucción en el Hospital II-2 Tarapoto, 2023

		GHQ – 12 % (n)			Estadístico	Significación Estadística
		Ausencia	Subumbral	Umbral		
TOTAL		65,0 (130)	15,5 (31)	19,5 (39)		
Grado de instrucción	Analfabeto	0,5 (1)	1,0 (2)	0,5 (1)	Chi cuadrado 20,247; DF=6	0,003
	Primaria	9,0 (18)	3,5 (7)	8,0 (16)		
	Secundaria	31,0 (62)	7,5 (15)	7,5 (15)		
	Superior	24,5 (49)	3,5 (7)	3,5 (7)		

El grado de instrucción más frecuente fue el nivel primario (8%). Esta asociación expresó un $p=0.003$.

4.1.7. Resultados del objetivo específico 6

Tabla 23

Asociación de la presencia de psicopatología respecto al rango del tiempo de hospitalización de los pacientes hospitalizados en el Hospital II-2 Tarapoto, 2023

CARACTERÍSTICAS		Psicopatología		OR	IC (95%)	P
		Presencia	Ausencia			
Rango tiempo de hospitalización	2 - 7 Días	52	106	1,513	1,387 - 1,639	P<0,05
	8 - 14 Días	15	19	1,676	1,405 - 1,948	
	> 14 Días	3	5	1,625	1,066 - 2,184	

Valor p: calculado con Prueba Chi²

OR= Odds Ratio

El promedio del tiempo de hospitalización fue 4.99 ± 3.67 días, con una mediana de 4 días, la frecuencia de internamiento mínimo fue 2 días y la máxima fue 19 días. El análisis estadístico de esta variable expresa asociación con psicopatología a nivel muestral lo que se traduce en un OR > 1, se expresa esta misma asociación a nivel poblacional lo que se traduce en un IC 95% > 1 y también expresa significación de esta asociación al verificar que la influencia del azar, es decir, el valor $p < 0.05$. Se evidencia que el rango de tiempo de hospitalización de 8 – 14 días presenta mayor riesgo de asociación con la existencia de psicopatología (OR= 1.676; IC 95% 1.405 – 1.948 y un valor de $p < 0.05$).

Tabla 24

Análisis multivariado para la variable sociodemográfica que resultó significativa con respecto al factor asociado a la psicopatología.

GRADO DE INSTRUCCIÓN	ANÁLISIS BIVARIADO			ANÁLISIS MULTIVARIADO		
	OR	IC 95%	P	OR	IC 95%	p
	1.489	1.330-1.648	0.05	2.877	1.148-7.209	0.02

En el análisis multivariado que se observa en la tabla 24, se utilizó el Modelo de Regresión Lineal, debido a que analiza la asociación entre la variable sociodemográfica, grado de instrucción (variable predictora) y la variable de respuesta (psicopatología) de esta manera constatamos que los resultados dados por el odds ratio, IC 95%, el chi cuadrado y el valor p analizados en las tablas anteriores, expresan que el factor grado de instrucción tiene asociación con la presencia de psicopatología.

4.2. Discusión

La psicopatología es la disciplina que examina los comportamientos anómalos en el ámbito tanto mental como conductual del ser humano. Sirve como el fundamento científico de la psiquiatría, requiriendo la definición de conceptos generales universalmente válidos en el ámbito de la patología psiquiátrica (21). “Mediante la utilización del Cuestionario de Salud General de Goldberg en su versión resumida (GHQ-12), esta investigación posibilitó la evaluación de la existencia de psicopatología entre los pacientes hospitalizados en los servicios de medicina y cirugía”. Se identificó, lo que confirma a su vez la hipótesis alternativa, que el 35.0% de los pacientes presentaba algún tipo de trastorno psicopatológico, cifra menor a la reportada por Díaz *et al.* (28) de 45% quien a diferencia de este estudio abarcó los servicios medicina interna, cirugía y gineco-obstetricia. Prieto-Miranda SE, et al (21), Con su estudio de depresión en adultos mayores hospitalizados, reportó 55% de casos de depresión en éstos pacientes. Díaz (27), en su estudio que buscaba determinar incidencia de depresión en pacientes hospitalizados en los servicios de medicina y cirugía, reportó 61.5% de casos, un valor mayor encontrado respecto al presente estudio.

Respecto a la relación entre las variables sociodemográficas y la presencia de psicopatología, se observó una proporción más elevada en individuos de sexo masculino con un 18.5% en frecuencia, sin embargo, no se encuentra asociación estadísticamente significativa, resultado similar a lo que reporta Díaz *et al.* (28), no obstante, difiere con los resultados de Díaz IA (27), en la cual reporta que las mujeres presentaron mayor riesgo de depresión, asimismo, existiendo una diferencia estadísticamente significativa.

Respecto a la relación del estado civil y la presencia de psicopatología, se evidenció que existe asociación estadísticamente significativa en todos los tipos de estado civil, asimismo, resalta que dentro de los pacientes, ser viudo significaría 2.5 más probabilidad de asociación a psicopatología, además se identificó que existe una mayor frecuencia en pacientes casados y convivientes, similar a Bustamante *et al.* (26), en su estudio, sobre síntomas depresivos en adultos mayores, reporta que dichos síntomas predominan también

en pacientes casados o en situación de pareja en un 52.63%, viudos 31.58% y solteros 15.79%, sin embargo, no encontró asociación estadísticamente significativa. Díaz *et al.* (28), contrariamente a este estudio, no encuentra asociación estadísticamente significativa entre estado civil y la presencia de psicopatología. Según Díaz IA (27), en su estudio sobre depresión en pacientes hospitalizados en medicina y cirugía, identificó que aquellos pacientes solteros y casados, mostraron una mayor tendencia a la depresión moderada en comparación con los viudos, lo que se diferencia en parte con este estudio. El apoyo de la pareja y la calidad del trato humano suelen ser pilares para disminuir las cargas del estrés en un paciente internado (28), literatura que discrepa con los resultados de este estudio.

Se determinó asociación estadísticamente significativa entre la presencia de psicopatología y el grado de instrucción, donde aquellos pacientes en condición de analfabetismo presentan 2 veces mayor riesgo de presentar molestias psicopatológicas, resultado similar a lo reportado por Díaz *et al.* (28), quien indica que aquellos pacientes sin estudios presentan 2,5 veces más riesgo de psicopatología. Bustamante J, et al (26), identifica que aquellos pacientes con educación básica presentan mayor depresión, pero contrariamente a este estudio, no determina una asociación estadísticamente significativa. Hubo predominio de la educación secundaria. También difiere con Aguilar R, et al (23). Que tuvo como estudio, niveles de ansiedad, depresión y estrés en pacientes hospitalizados en medicina interna, en comparación con los de cirugía, detalló que predominó los del grupo de preparatoria (27,2%). Díaz IA (27), revela datos similares a este estudio, en la que reporta que a medida que el grado de instrucción en los pacientes hospitalizados aumenta, los síntomas depresivos disminuyen.

En cuanto a la asociación entre estar hospitalizado en el servicio de medicina o en el servicio de cirugía, con la presencia de psicopatología, el análisis expresa significancia estadística con el servicio de cirugía, a diferencia de Díaz *et al.* (28), quien en su estudio determinó que aquellos pacientes hospitalizados en el servicio de medicina interna presentaron un mayor riesgo, estadísticamente significativo, de desarrollar psicopatología, al igual que el estudio realizado por Casal, et al (13), quien menciona que más del 60% de las solicitudes de interconsulta a psiquiatría provienen del área de medicina frente a menos de un 40% para el área de cirugía. Estos resultados significativos para el área de cirugía se deben probablemente por el hecho de haberse realizado un proceso quirúrgico, lo cual podría condicionar un efecto estresante.

Respecto a la asociación del rango de edad y la existencia de psicopatología, se encontró asociación estadísticamente significativa en todos los grupos etarios, hubo mayor

frecuencia en el rango de edad 18 a 35 años (25 pacientes con presencia de psicopatología) con $p < 0.05$, asimismo, el rango de edad entre los 72 – 90 años presenta 2.2 veces más riesgo de presentar psicopatología. Dato que puede acercarse a lo que notificó en su estudio Casal MC, et al (13), en la que el grupo etario comprendido entre los 60 -79 años fue el predominante con un 62.42% con respecto a la frecuencia de demande de atención psiquiátrica en pacientes hospitalizados en medicina y cirugía. En el caso del estudio de Aguilar *et al.* (23), que identificó los niveles de depresión, ansiedad y estrés en pacientes hospitalizados en medicina y cirugía, detalló, que contrariamente a este estudio, no encontró diferencias estadísticamente significativas respecto al grupo etario. Díaz IA, en su estudio de frecuencia de casos de depresión en pacientes hospitalizados en los servicios de medicina y cirugía, notifica que las personas adultas mayores (> 60 años) presentan un nivel de depresión mayor que los pacientes adultos jóvenes, lo que también es semejante a los resultados encontrado del presente estudio. Díaz *et al.* (28), en su estudio, encontró una asociación estadísticamente significativa, en el grupo etario entre los 54 – 71 años, a quienes se les atribuye un riesgo 1.7 más de presentar psicopatología.

La presencia del factor psicopatológico puede favorecer la evolución de la enfermedad más tórpida, prolongando los días de internamiento e incrementando la morbimortalidad (23).

En cuanto a la asociación del rango de tiempo de hospitalización y la presencia de psicopatología, se evidenció la existencia de asociación estadísticamente significativa en todos los rangos ($p < 0.05$), a su vez el rango más frecuente fue 2 a 7 días, no obstante, se demostró también que en el rango de 8 – 14 días hay sutil aumento del riesgo en los pacientes hospitalizados, respecto a los demás rangos, presentado 1.6 veces mayor riesgo de asociación con psicopatología. Dato cercano al de Aguilar R, et al (23), que reporta que aquellos pacientes con menos de 7 días de hospitalización desarrollaron una mayor incidencia de estrés (51.7%) en pacientes hospitalizados en medicina interna y cirugía, sin embargo no encontró asociación estadísticamente significativa. Diaz-Nolasco MA, et al (28), en su estudio de psicopatología de pacientes hospitalizados, reveló que el rango de 8 – 14 días y los que presentan > 14 días presentaron asociación estadísticamente significativa, lo que a su vez tiene una marcada similitud con el presente estudio. El internamiento no debe ser interpretado como parte del factor etiológico por la existencia psicopatológica, sino como hechos que genera en el paciente alteraciones emocionales tipo reactivo. El médico debe estar atento a estas alteraciones, debido a que su cronicidad, con carácter lábil y pueden agravarlas (28).

En este estudio, “el propósito principal fue analizar la presencia de psicopatología en relación con los factores sociodemográficos de los pacientes ingresados en los servicios

de medicina y cirugía del Hospital II-2 Tarapoto”, con datos recabados entre agosto y setiembre del 2023. En el proceso de análisis multivariado se procedió a realizar un análisis mediante el Modelo de Regresión Lineal, el cual consistió en examinar la relación entre una o varias variables predictoras y la variable de respuesta, con el objetivo de examinar su asociación. Este enfoque nos permitió verificar y consolidar los resultados obtenidos a través del Odds Ratio (OR), el Chi Cuadrado de Pearson (χ^2) y el Valor p evaluados. Encontramos que el grado de instrucción es factor independiente asociado a psicopatología (OR= 2.877; IC 95% 1.148 – 7.209 y un valor de $p < 0.02$).

Sabemos que nuestro trabajo cuenta con algunas limitaciones. La principal tal vez sea el pequeño tamaño de la muestra respecto a otros estudios, que dificultan generalizar los resultados.

CONCLUSIONES

1. Respecto a la asociación entre la psicopatología y el factor sociodemográfico del sexo, la frecuencia del sexo masculino fue 18.5% y del sexo femenino de 16.5%. No hubo asociación estadísticamente significativa, ni para el sexo masculino (OR= 1.019; IC 95% 0.776 – 1.338; $p>0.05$) ni para el sexo femenino (OR=0.979; IC 95% 0.718 – 1.335; $p>0.05$). No hubo asociación con psicopatología ($p>0.05$).
2. La franja o rango de edad asociado con la presencia de psicopatología que se presentó con mayor frecuencia abarcó desde los 18 hasta los 35 años (12.5%), sin embargo, el rango que presentó mayor riesgo de asociación para presentar psicopatología fue el grupo de 72 a 90 años (OR= 2.200; IC 95% 1.805 – 2.595 y un valor de $p < 0.05$) lo que se traduce en un OR > 1 ; IC 95% > 1 y un valor de $p < 0.05$. Lo que significa que hubo asociación con psicopatología ($p < 0.05$).
3. Los servicios de hospitalización de medicina y de cirugía asociados a la psicopatología, se encontró que el análisis expresó asociación con los pacientes hospitalizados en el servicio de cirugía (OR= 1.429; IC 95% 1.012 – 2.018 y un valor de $p < 0.05$). Lo que indica que los pacientes hospitalizados en el servicio de cirugía es factor de riesgo de asociación con la presencia de psicopatología ($p < 0.05$).
4. El estado civil asociado a la presencia de psicopatología, se encontró que hay presencia en todas la sub-clasificaciones de dicho factor sociodemográfico, con una mayor frecuencia entre casados y convivientes (11% en cada caso), sin embargo, el subgrupo de los viudos presentó mayor riesgo de asociación con la presencia de psicopatología (OR= 2.500; IC 95% 1.385 – 3.615 y un valor de $p < 0.05$) lo que se traduce en OR > 1 , IC 95% > 1 y un valor de $p < 0.05$). Lo que demuestra que el estado civil es factor de riesgo asociado con la presencia de psicopatología ($p < 0.05$).
5. El grado de instrucción asociado a la presencia de psicopatología, respecto a la frecuencia el nivel secundario presentó predominancia con un 15%, sin embargo, se evidenció que el riesgo de presentar psicopatología es más probable en pacientes analfabetos (OR=2.000; IC 95% 1.238-2.762; $p < 0.05$). Además de ello en su totalidad, demostró ser un factor de asociación, demostrado por el análisis multivariado utilizando el Modelo de Regresión Lineal (OR=2.877; IC 95% 1.148-7.209 y un valor de $p < 0.02$).
6. El rango del tiempo de hospitalización asociado a la presencia de psicopatología, demostró que el rango de 2 – 7 tuvo una mayor frecuencia con un 26%, a pesar de ello, el

rango de 8 – 14 días evidenció mayor riesgo de asociación con la presencia de psicopatología (OR= 1.523; IC 95% 1.387 – 1.639 y un valor de $p < 0.05$).

7. Existe psicopatología en los pacientes hospitalizados en los servicios de medicina y de cirugía en el Hospital II-2 Tarapoto, hallándose un 35 %, de acuerdo con el Cuestionario de Salud General de Goldberg – 12.

RECOMENDACIONES

1. Al ministro del Ministerio de Salud, solicitar una mejor ejecución del presupuesto nacional en salud en lo que respecta al campo la salud mental y asimismo agregar y/o modificar normas y lineamientos para un mejor manejo y cuidado de la salud mental de los usuarios y pacientes de los diversos establecimientos de salud, principalmente en el segundo nivel de atención.
2. Al director de la Dirección Regional de Salud de San Martín y al director del Hospital II-2 Tarapoto, notificar los casos de problemas psicopatológicos y/o de salud mental en su sala situacional.
3. Al director de la Dirección Regional de Salud de San Martín y a todas sus redes de salud, implementar un plan de capacitación y fortalecimiento de aptitudes, del personal sanitario del segundo nivel de atención, enfocado al abordaje y cuidado adecuado de la salud mental de los pacientes hospitalizados, sin hacer distinción de género. Asimismo, promover la contratación de más personal calificado en el campo de la salud mental.
4. Al director de la Dirección Regional de Salud de San Martín y al director del Hospital II-2 Tarapoto, a través de una coordinación articulada, implementar programas de apoyo emocional y social, la cual podrían incluir grupos de apoyo, sesiones de asesoramiento y recursos comunitarios que aborden las necesidades psicológicas y sociales de la población en general que abarque todos los grupos etareos; a su vez esto podría ayudar en la reducción de la estigmatización asociada a la búsqueda de ayuda para los problemas de salud mental.
5. Al director del Hospital II-2 Tarapoto, integrar al personal sanitario especializado en salud mental a los pases de visita en los 4 grandes servicios del nosocomio, lo que incrementaría la visualización de los problemas de salud mental de los pacientes hospitalizados, asimismo promover e incentivar las interconsultas hacia los responsables de salud mental (Psiquiatras y psicólogos) para un accionar rápido y oportuno ante un paciente que pueda presentar problemas psicopatológicos que podrían agravar su cuadro orgánico principal, y asimismo tener una recuperación lenta y tórpida, y con pésima calidad de vida.
6. Al director de la Dirección Regional de Salud de San Martín y al director del Hospital II-2 Tarapoto, crear programas de alfabetización emocional y psicoeducación, adaptados a las necesidades de pacientes con carente o nula educación, proporcionando recursos visuales y herramientas accesibles. Además, es necesaria la colaboración entre

profesionales de salud mental y programas de alfabetización y de educación básica, para abordar las barreras educativas y promover el bienestar emocional.

7. Al director de la Dirección Regional de Salud de San Martín y al director del Hospital II-2 Tarapoto, fortalecer las medidas de atención y soporte psiquiátrico y psicológico durante las estancias hospitalarias prolongadas, también se sugiere la implementación de programas integrales que aborden las necesidades emocionales de los pacientes durante este periodo crítico, incluyendo servicios de asesoramiento, intervenciones psicoeducativas y actividades recreativas. Además, se aconseja una evaluación especializada continua y un abordaje temprano de los problemas psicopatológicos.

REFERENCIAS BIBLIOGRÁFICAS

1. Organización Mundial de la Salud. Documentos básicos [Internet]. 48a ed. Ginebra: Organización Mundial de la Salud; 2014 [citado 14 de julio de 2023]. Disponible en: <https://apps.who.int/iris/handle/10665/202593>
2. Salud OP de la. Salud Mental: Guía del Promotor Comunitario. 2013 [citado 14 de julio de 2023]; Disponible en: <https://iris.paho.org/handle/10665.2/31342>
3. Jarne, A., Talam, A., Armayones, M., Horta, E. & Raquena E. (2006). Psicopatología.pdf [Internet]. [citado 15 de julio de 2023]. Disponible en: <https://www.docdroid.net/ivHtkB1/jarne-a-talam-a-armayones-m-horta-e-raquena-e-2006-psicopatologia-pdf>
4. Alarcón LGC. MANUAL DE PSICOPATOLOGÍA Edición revisada [Internet]. [citado 15 de julio de 2023]. Disponible en: https://www.academia.edu/29194190/MANUAL_DE_PSICOPATOLOG%C3%8DA_Edici%C3%B3n_revisada
5. Ramezani A, Kheirkhah F, Moudi S, Hamzhepour R, Hamidia A, Javadian S, et al. Psychiatric Consultation to Hospitalized Patients: Current Status and Psychiatric Diagnoses. Shiraz E-Med J [Internet]. 2022 [citado 14 de julio de 2023];23(8). Disponible en: <https://brieflands.com/articles/semj-117902.html#abstract>
6. PREVALENCIA DE ANSIEDAD Y DEPRESIÓN EN PACIENTES HOSPITALIZADOS | Revista Eureka [Internet]. [citado 14 de julio de 2023]. Disponible en: <https://psicoeureka.com.py/publicacion/14-1/articulo/9>
7. Duran-Badillo T, Benítez Rodríguez VA, Martínez Aguilar M de la L, Gutiérrez Sánchez G, Herrera Herrera JL, Salazar Barajas ME, et al. Depresión, ansiedad, función cognitiva y dependencia funcional en adultos mayores hospitalizados. Enferm Glob. 2021;20(61):267-84.
8. Trastornos mentales [Internet]. [citado 4 de enero de 2024]. Disponible en: <https://www.who.int/es/news-room/fact-sheets/detail/mental-disorders>
9. Salud Mental - OPS/OMS | Organización Panamericana de la Salud [Internet]. [citado 4 de enero de 2024]. Disponible en: <https://www.paho.org/es/temas/salud-mental>
10. INSTITUTO NACIONAL DE SALUD [Internet]. [citado 14 de julio de 2023]. Prioridades de Investigación en Salud. Disponible en: <https://web.ins.gob.pe/es/investigacion-en-salud/prioridades-de-investigacion>

11. Resolución Ministerial N.° 363-2020-MINSA [Internet]. [citado 14 de julio de 2023]. Disponible en: <https://www.gob.pe/institucion/minsa/normas-legales/649886-363-2020-minsa>
12. Casos de afecciones de salud mental incrementaron casi 20 % durante el 2022 [Internet]. [citado 4 de enero de 2024]. Disponible en: <https://www.gob.pe/institucion/minsa/noticias/747822-casos-de-afecciones-de-salud-mental-incrementaron-casi-20-durante-el-2022>
13. Hechevarría M del CC, Peña YP. Morbilidad psiquiátrica en los pacientes hospitalizados en medicina y cirugía. *Investig Medicoquirúrgicas* [Internet]. 2019 [citado 14 de julio de 2023];11(S1). Disponible en: <https://www.medigraphic.com/cgi-bin/new/resumen.cgi?IDARTICULO=86630>
14. Minsa: Más de 300 mil casos de depresión fueron atendidos durante el 2021 [Internet]. [citado 4 de enero de 2024]. Disponible en: <https://www.gob.pe/institucion/minsa/noticias/575899-minsa-mas-de-300-mil-casos-de-depresion-fueron-atendidos-durante-el-2021>
15. Salud mental: ¿cómo detectar y superar la ansiedad? [Internet]. [citado 4 de enero de 2024]. Disponible en: <https://www.gob.pe/institucion/minsa/noticias/696706-salud-mental-como-detectar-y-superar-la-ansiedad>
16. Sala de situación nacional [Internet]. CDC MINSA. [citado 4 de enero de 2024]. Disponible en: <https://www.dge.gob.pe/portalnuevo/salas-situacionales/sala-de-situacion-nacional/>
17. Noguera M, Benítez M, Guggiari B, Iramain M, Acosta L, Noguera M, et al. Predisposición para el desarrollo de trastornos de ansiedad y depresión en pacientes con hospitalización prolongada. *Rev Científica Cienc Salud*. junio de 2020;2(1):10-7.
18. Serrano SAA, Miranda MAM, Leonardo RE, Valero CZV. Prevalencia de Ansiedad y Depresión en Pacientes Hospitalizados. *Eureka Asunción En Línea* [Internet]. 2017 [citado 8 de enero de 2024]; Disponible en: <http://fi-admin.bvsalud.org/document/view/m9hxd>
19. Martínez-Martínez CA, Mejía-Suazo CJ, Landa-Blanco M. Depresión y ansiedad en pacientes hospitalizados en el servicio de Medicina Interna del Hospital Escuela Universitario de Honduras. *Rev Psicol SALUD* [Internet]. 31 de enero de 2021 [citado 15 de julio de 2023];9(1). Disponible en: <https://revistas.innovacionumh.es/index.php/psicologiasalud/article/view/901>
20. Lobos-Rivera ME, Gutiérrez-Quintanilla JR. Adaptación psicométrica del Cuestionario de Salud General (GHQ-12) en una muestra de adultos salvadoreños. *Entorno*. 2021;(71):91-104.

21. Prieto-Miranda SE, Muñoz EYV, Arias-Ponce N, Jiménez-Bernardino CA. Depresión de inicio tardío en el adulto mayor hospitalizado en un hospital de segundo nivel. *Med Interna México*. 15 de julio de 2016;32(4):388-95.
22. Daré LO, Bruand PE, Gérard D, Marin B, Lameyre V, Boumédiène F, et al. Comorbidities of mental disorders and chronic physical diseases in developing and emerging countries: a meta-analysis. *BMC Public Health*. 13 de marzo de 2019;19:304.
23. Aguilar Molinares R, García Torres O, Álvarez Villaseñor AS. Nivel de ansiedad, depresión y estrés en pacientes hospitalizados en medicina interna en comparación con los de cirugía. *Med Gen*. 2020;9(6):1.
24. Barra BJ, Varela LF, Maldonado JR, Calvo P, Bastidas A, Sánchez R, et al. Clinical Profile and Length of Hospital Stay in a Sample of Psychogeriatric Patients Referred to Consultation Liaison Psychiatric Unit. *Medicina (Mex)*. 11 de marzo de 2021;57(3):256.
25. Skajaa N, Adelborg K, Horváth-Puhó E, Rothman KJ, Henderson VW, Thygesen LC, et al. Stroke and Risk of Mental Disorders Compared With Matched General Population and Myocardial Infarction Comparators. *Stroke*. julio de 2022;53(7):2287-98.
26. Bustamante N J, Salazar R R, Zamorano V C, Peña S M, Salazar V A, Bustamante N J, et al. Prevalencia de Síntomas Depresivos en pacientes Adultos Mayores hospitalizados en el Servicio de Medicina Interna del Hospital Dr. Hernán Henríquez Aravena de Temuco. *Rev Chil Neuro-Psiquiatr*. septiembre de 2021;59(3):197-203.
27. Díaz Granda IA. Frecuencia de depresión en pacientes hospitalizados en los servicios de cirugía y medicina del Hospital Regional Docente Las Mercedes - Chiclayo. *Repos ACADÉMICO USMP* [Internet]. 2012 [citado 15 de julio de 2023]; Disponible en: <https://repositorio.usmp.edu.pe/handle/20.500.12727/2207>
28. Díaz-Nolazco MA, Corimanya-Capitán BN, Soto-Cáceres V, Díaz-Vélez C. Psicopatología de los pacientes hospitalizados en el Hospital Regional Lambayeque, enero 2015. *Rev Cuerpo Méd Hosp Nac Almanzor Aguinaga Asenjo*. 2016;9(3):157-63.
29. Pacheco AOMN, Rivera M del CT, Muñoz-Najar SDG, Vera SDO, Jacobo MBG, Paz ESZ, et al. Ansiedad y depresión en pacientes internados en dos hospitales de Arequipa, Perú. *Rev Psicol SALUD*. 13 de febrero de 2019;7(1):333-48.
30. Pulido D. Psicopatología [Internet]. Bogotá: AREANDINA. Fundación Universitaria del Área Andina; 2018 [citado 16 de julio de 2023]. Disponible en: <https://digitk.areandina.edu.co/handle/areandina/1426>

31. Galindo Soto JA, Jiménez González M de J, Maya Pérez E, Junco Méndez F del C, Galindo Soto JA, Jiménez González M de J, et al. Necesidades psicoemocionales del anciano hospitalizado en el sector público. *Rev Sanid Mil.* agosto de 2018;72(3-4):223-30.
32. Psicopatología clínica. Adaptado al DSM-5 - Coordinadora MARGARITA ORTIZ-TALLO PROFESORA TITULAR DEL - Studocu [Internet]. [citado 16 de julio de 2023]. Disponible en: <https://www.studocu.com/bo/document/universidad-publica-de-el-alto/psicologia/psicopatologia-clinica-adaptado-al-dsm-5/28838112>
33. Medrano J. DSM-5, un año después. *Rev Asoc Esp Neuropsiquiatría.* 2014;34(124):655-62.
34. Garzón Duque MO, Toro Rivera JA, Rodríguez Ospina FL, Cardona Arango D, Segura Cardona ÁM, Uribe Cárdenas PA, et al. Multimorbilidad en adultos mayores con empleos con subsistencia en las calles y aceras de Medellín, Colombia, 2016. *Rev Asoc Esp Espec En Med Trab.* 2021;30(4):475-94.
35. Fernández-Niño JA, Bustos-Vázquez E. Multimorbilidad: bases conceptuales, modelos epidemiológicos y retos de su medición. *Biomédica.* junio de 2016;36(2):188-203.
36. de Carvalho JN, Roncalli ÂG, Cancela M de C, de Souza DLB. Prevalence of multimorbidity in the Brazilian adult population according to socioeconomic and demographic characteristics. *PLoS ONE.* 6 de abril de 2017;12(4):e0174322.
37. Sánchez P R, Calvo G JM, Nieto R K. PATRONES DE COMORBILIDAD EN PACIENTES PSIQUIÁTRICOS AMBULATORIOS. *Rev Colomb Psiquiatr.* marzo de 2001;30(1):21-37.
38. G AL. Sobre la "comorbilidad". *Acta Médica Grupo Angeles.* 15 de mayo de 2016;14(2):61-2.
39. Le Reste JY, Nabbe P, Manceau B, Lygidakis C, Doerr C, Lingner H, et al. The European General Practice Research Network presents a comprehensive definition of multimorbidity in family medicine and long term care, following a systematic review of relevant literature. *J Am Med Dir Assoc.* mayo de 2013;14(5):319-25.
40. Brabete A. El Cuestionario de Salud General de 12 items (GHQ- 12): estudio de traducción y adaptación de la versión rumana. *Rev Iberoam Diagnóstico Evaluación Avaliação Psicológica Rev Iberoam Diagn Ev.* 1 de enero de 2014;37:9-27.
41. Chavez-Espinoza JH, Castillo-Romero PC, Ruiz-Reyes RE, Reyes-Mejía MG, Hernández-López MÁ. Adaptación y validación peruana del Cuestionario de Salud

- General (GHQ-12) en trabajadores de salud. Iatreia [Internet]. [citado 16 de julio de 2023]; Disponible en: https://www.academia.edu/88947087/Adaptaci%C3%B3n_y_validaci%C3%B3n_peruana_del_Cuestionario_de_Salud_GHQ_12_en_trabajadores_de_salud
42. ASALE R, RAE. «Diccionario de la lengua española» - Edición del Tricentenario. [citado 16 de julio de 2023]. paciente | Diccionario de la lengua española. Disponible en: <https://dle.rae.es/paciente>
43. RAE. Diccionario panhispánico del español jurídico - Real Academia Española. [citado 16 de julio de 2023]. Definición de hospitalización - Diccionario panhispánico del español jurídico - RAE. Disponible en: <https://dpej.rae.es/lema/hospitalizaci%C3%B3n>
44. Díaz-Koo CJ, Fernández-Mogollón J, Hirakata Nakayama C, Díaz-Koo CJ, Fernández-Mogollón J, Hirakata Nakayama C. Características de los pacientes con estancia prolongada en el servicio de cirugía general del Hospital Nacional Almanzor Aguinaga Asenjo. Rev Cuerpo Méd Hosp Nac Almanzor Aguinaga Asenjo. julio de 2020;13(3):251-6.
45. Mitchell C, <https://www.facebook.com/pahowho>. Pan American Health Organization / World Health Organization. 2017 [citado 16 de julio de 2023]. OPS/OMS |. Disponible en: https://www3.paho.org/hq/index.php?option=com_content&view=article&id=13102:depression-lets-talk-says-who-as-depression-tops-list-of-causes-of-ill-health&Itemid=0&lang=es#gsc.tab=0
46. Barranco MJHA, Alva LEPIAA. De las generalidades a las diferencias entre la ansiedad y el pánico, en tiempos de sars-cov-2 "covid-19". Cienc Lat Rev Científica Multidiscip. 28 de noviembre de 2022;6(6):1128-39.
47. <https://www.cun.es> [Internet]. [citado 16 de julio de 2023]. Complicación. Diccionario médico. Clínica Universidad de Navarra. Disponible en: <https://www.cun.es/diccionario-medico/terminos/complicacion>
48. Salud mental: fortalecer nuestra respuesta [Internet]. [citado 16 de julio de 2023]. Disponible en: <https://www.who.int/es/news-room/fact-sheets/detail/mental-health-strengthening-our-response>
49. Scribd [Internet]. [citado 16 de julio de 2023]. Concepto y Epidemiología de La Cronicidad | PDF | Condicion cronica | Envejecimiento. Disponible en: <https://es.scribd.com/document/596585304/Concepto-y-epidemiologia-de-la-cronicidad>

50. Pautas éticas internacionales para la investigación relacionada con la salud con seres humanos • COUNCIL FOR INTERNATIONAL ORGANIZATIONS OF MEDICAL SCIENCES [Internet]. COUNCIL FOR INTERNATIONAL ORGANIZATIONS OF MEDICAL SCIENCES. [citado 10 de noviembre de 2023]. Disponible en: <https://cioms.ch/publications/product/pautas-eticas-internacionales-para-la-investigacion-relacionada-con-la-salud-con-seres-humanos/>
51. Hernández-Sampieri R, Mendoza Torres CP. Metodología de la investigación: Las rutas cuantitativa, cualitativa y mixta. 7a ed. Ciudad de México: McGraw-Hill Interamericana editores; 2020. 703 p.
52. Aguilar-Barojas S. Fórmulas para el cálculo de la muestra en investigaciones de salud.
53. Roma i Millán J. Recensión de libros. Bioestadística amigable. Miguel A. Martínez-González, Almudena Sánchez-Villegas, Javier Faulín Fajardo. Editorial Díaz de Santos, 2006, 919 páginas. ISBN: 84-7978-791-0. Gac Sanit. 1 de enero de 2008;22(1):83.
54. Cerda J, Vera C, Rada G. Odds ratio: aspectos teóricos y prácticos. Rev Médica Chile. octubre de 2013;141(10):1329-35.

ANEXOS

Anexo 1

PSICOPATOLOGIA DE LOS PACIENTES HOSPITALIZADOS EN LOS SERVICIOS DE MEDICINA Y CIRUGIA DEL HOSPITAL II-2 TARAPOTO, ENERO 2023.

INSTRUMENTO: FICHA DE RECOLECCION DE DATOS

Fecha:

N° de H.C.:

EDAD: _____ años

RANGO DE EDAD (años): 18 – 35 (1); 36 – 53 (2); 54 – 71 (3); 72 – 90 (4)

SEXO: Masculino (1) Femenino (2)

GRADO INSTRUCCIÓN: Analfabeto (1) Primaria (2) Secundaria (3) Superior (4)

ESTADO CIVIL: Soltero (1) Casado (2) Conviviente (3) Viudo (4) Divorciado (5)

ZONA DE PROCEDENCIA: Urbana (1) Rural (2)

SERVICIO DE HOSPITALIZACIÓN: Medicina (1) Cirugía general (2)

TIEMPO DE HOSPITALIZACIÓN: _____ días

PRESENCIA DE PSICOPATOLOGÍA:

(1) 0 a 4 puntos: ausencia de psicopatología.

(2) 5 a 6 puntos: psicopatología subumbral.

(3) 7 a 12 puntos: presencia de psicopatología.

CONDUCTAS PSICOPATOLOGICAS: Para cada pregunta (1) Si (2) No

Q-1: () Si () No; **Q-2:** () Si () No; **Q-3:** () Si () No; **Q-4:** () Si () No; **Q-5:** () Si () No;

Q-6: () Si () No; **Q-7:** () Si () No; **Q-8:** () Si () No; **Q-9:** () Si () No; **Q-10:** () Si () No;

Q-11: () Si () No; **Q-12:** () Si () No

Anexo 2.

CUESTIONARIO DE SALUD GENERAL DE GOLDBERG (GHQ – 12)

N° H.C. _____

Nos gustaría saber cómo se ha sentido, en general, las dos últimas semanas,

1. ¿Recientemente, ha sido capaz de concentrarse en lo que hace? (*)	7. ¿En el último tiempo, ha podido disfrutar de la vida diaria? (*)
0. Mejor que antes 0. Igual que antes 1. Menos que antes 1. Mucho menos que antes	0. Más que antes 0. Igual que antes 1. Menos que antes 1. Mucho menos que antes
2. ¿Recientemente, ha perdido mucho sueño por preocupaciones? (**)	8. ¿Recientemente, se ha sentido capaz de enfrentar adecuadamente los problemas? (*)
0. No, nunca 0. Menos que antes 1. Algo más que antes 1. Más que antes	0. Más que antes 0. Igual que antes 1. Menos que antes 1. Mucho menos que antes
3. ¿Últimamente, se ha sentido usted una persona útil en la vida? (*)	9. ¿Recientemente, se ha sentido triste o deprimido? (**)
0. Más que antes 0. Igual que antes 1. Menos que antes 1. Mucho menos que antes	0. No, nunca 0. Menos que antes 1. Algo más que antes 1. Mucho más que antes
4. ¿Recientemente, se siente capaz de tomar decisiones? (*)	10. ¿Recientemente, ha estado perdiendo confianza en sí mismo? (**)
0. Más que antes 0. Igual que antes 1. Menos que antes 1. Mucho menos que antes	0. No, nunca 0. Menos que antes 1. Algo más que antes 1. Mucho más que antes

5. ¿En el último tiempo, se ha sentido constantemente cansado y bajo tensión? (**)	11. ¿En el último tiempo, ha pensado que usted no vale para nada? (**)
0. No, nunca 0. Menos que antes 1. Algo más que antes 1. Mucho más que antes	0. No, nunca 0. Menos que antes 1. Algo más que antes 1. Mucho más que antes
6. ¿En el último tiempo, ha sentido que no puede solucionar sus dificultades? (**)	12. ¿En el último tiempo, se ha sentido feliz, considerando todas las cosas? (*)
0. No, nunca 0. Menos que antes 1. Algo más que antes 1. Mucho más que antes	0. Más que antes 0. Igual que antes 1. Menos que antes 1. Mucho menos que antes

Bienestar Psicológico (*):	Malestar Psicológico (**):	Suma Total	≥ 5	Caso
----------------------------	----------------------------	------------	-----	------

Interpretación:	0 a 4 puntos: ausencia de psicopatología. 5 a 6 puntos: sospecha de psicopatología subumbral. 7 a 12 puntos: indicativo de presencia de psicopatología.
-----------------	---

Nota:

-Con un puntaje igual o mayor a 5, el consultante debe ser derivado a médico para confirmación o descarte de patología mental.

-Se utilizó un instrumento con pruebas estadísticas confiables y validadas por otros autores nacionales.

Anexo 3

VALIDACIÓN DEL INSTRUMENTO DE RECOJO DE DATOS DE LA H.C.



UNIVERSIDAD NACIONAL DE SAN MARTIN
FACULTAD DE MEDICINA HUMANA
ESCUELA PROFESIONAL DE MEDICINA HUMANA



PSICOPATOLOGIA DE LOS PACIENTES HOSPITALIZADOS EN LOS SERVICIOS DE MEDICINA Y CIRUGIA DEL HOSPITAL II-2 TARAPOTO, ENERO 2023.

Instrucciones: Luego de analizar el presente instrumento del Anexo 01, y cotejar el proceso de investigación con la formulación del problema, objetivos, hipótesis y metodología, le solicitamos en base a su criterio y experiencia profesional, valide dicho instrumento para su aplicación.

1) Para cada criterio considere, según la escala de Likert, de 1 a 5, donde:

1. Muy poco	2. Poco	3. Regular	4. Aceptable	5. Muy aceptable
-------------	---------	------------	--------------	------------------

2) Puntuación.

11 - 20	No válido, reformular el instrumento
21 - 30	No válido, modificar el instrumento
31 - 40	Válido, mejorar el instrumento
41 - 50	Válido, aplicar el instrumento

3) Tabla de indicadores y criterios para la validación del instrumento

INDICADORES	CRITERIOS	PUNTUACIÓN				
		1	2	3	4	5
1. Claridad	Está formulado el instrumento con lenguaje apropiado					
2. Objetividad	El instrumento evidencia recojo de datos observables					
3. Actualidad	El instrumento se adecua a los criterios científicos					
4. Organización	El instrumento tiene una organización lógica					
5. Suficiente	Son suficientes en cantidad y calidad los elementos que conforman el instrumento					
6. Intencionalidad	Es adecuado para valorar los aspectos del desarrollo de capacidades cognoscitivas					
7. Consistencia	Se basa en aspectos teóricos científicos de trabajos nacionales e internacionales					
8. Coherencia	Tienen relación las dimensiones con las variables formuladas					
9. Metodología	La estrategia planteada responde al propósito del problema a estudiar					
10. Pertinencia	El instrumento muestra la relación entre los componentes de la investigación y su adecuación al método científico					
TOTAL PARCIAL						
TOTAL						

4) Opinión de aplicabilidad del instrumento:

5) Promedio de valoración: Puntos

6) VALIDACIÓN

MEDICO ESPECIALISTA	RESULTADOS	CRITERIOS
Medicina interna	45 puntos	Válido, aplicar
Medicina interna	42 puntos	Válido, aplicar
Psiquiatría	43 puntos	Válido, aplicar
Neurología	45 puntos	Válido, aplicar
Psiquiatría	45 puntos	Válido, aplicar

Anexo 4.

FORMATO DE CONSENTIMIENTO INFORMADO PARA LAS ACTIVIDADES DE DOCENCIA DURANTE LA ATENCION DE SALUD

Establecimiento de Salud _____
 Señor (a) _____ buenos días (tarde o noches): usted viene a este establecimiento de salud para recibir atenciones sanitarias, las mismas que serán brindadas por un profesional médico y/o de las ciencias de la salud que a la vez es docente: este profesional se encuentra acompañado de sus alumnos, quienes deberían aprender sobre de la enfermedad que usted tiene. Solo observaran. Tal vez podrán entrevistarlo (a) o participar de algún procedimiento médico que realice el profesional docente; siempre en cuando usted autorice que ellos estén presentes o conversar con usted o participar en el procedimiento que lo realice el profesional de la salud tratante.

Estas actividades docentes se realizaran respetando sus derechos establecidos en la ley N° 29414, ley que establece los derechos de las personas usuarias de los servicios de salud y su reglamento aprobado por el decreto supremo N°027*-2015/SA; sobre el cual aclararemos toda duda o inquietud que usted pueda tener al respecto, tenga la plena seguridad que al amparo de la ley N°29733, ley protección de datos personales y su reglamento aprobado mediante decreto supremo N°003-2013-JUS, resguardaremos en todo momento su intimidad, confidencialidad de sus datos personales, información sobre su enfermedad creencias, orientación sexual, religión, hábitos o costumbres culturales. En cumplimiento de las leyes y reglamento en mención.

Considerando que el reglamento de la ley N°29414, señala que toda persona tiene derecho a otorgar o negar su consentimiento de forma libre y voluntaria para la exploración, tratamiento o exhibición de imágenes con fines docente, luego de la información brindada, le solicitamos su CONSENTIMIENTO si así usted lo considere, para que los estudiantes de las ciencias de la salud participen en su atención su autorización contribuye a que en un futuro cercano, ya profesionales, ellos también puedan atender adecuadamente a otras personas. Si posteriormente decidiera no continuar con la participación de alumnos, hable con su médico tratante REVOCAR O DESAUTORIZAR en cualquier momento el consentimiento que usted brindo anteriormente cualquiera fuera su decisión, esta no afectara la calidad de atención a la, que usted tiene derecho.

EXPRESIÓN DEL CONSENTIMIENTO INFORMADO

Fecha:de.....del 202..... Hora:
 Yo,.....con DNI

N°.....
 Historia clínica N°..... declaro haber sido informado(a) de las actividades de docencia que se realizaran durante mi atención en el establecimiento de salud y resuelto todas mis inquietudes y preguntas al respecto. Consiente de mis derechos y en forma voluntaria. En cumplimiento con el artículo N°119 del decreto supremo 013-2006-SA si () NO () doy mi consentimiento para que dos estudiantes (02) de las ciencias de la salud participen durante mi atención, bajo la supervisión y observación del profesional de salud docente. Si se requiere la grabación de un video o audio o toma fotográfica u otro medio de registro y únicamente como parte del material de enseñanza o docencia no será identificado (a)

SI consiento que sea grabado Video () Audio () Toma fotográfica ()
 NO consiento que sea grabado Video () Audio () Toma fotográfica ()

..... Firma o huella del paciente o representante legal D.N.I	<input type="text"/>
---	----------------------

..... Firma o huella del paciente o representante docente que atendió al paciente D.N.I	<input type="text"/>
---	----------------------

REVOCATORIA / AUTORIZACION DEL CONSENTIMIENTO

..... Firma o huella del paciente o representante legal D.N.I	<input type="text"/>
---	----------------------

..... Firma o huella del paciente o representante docente que atendió al paciente D.N.I	<input type="text"/>
---	----------------------

Anexo 5.



UNIVERSIDAD NACIONAL
DE SAN MARTÍN



FACULTAD DE
MEDICINA HUMANA

“AÑO DE LA UNIDAD, LA PAZ Y EL DESARROLLO”

Morales, 09 de agosto del 2023

OFICIO N° 128-2023-UNSM/FMH-NLU

Señor:

M.C. MIGUEL ÀNGEL GÓMEZ ABANTO

Director de la Oficina de Gestión de Servicios de Salud Especializados de Alcance Regional Hospital II-2

Ciudad-

ASUNTO : Solicito brindar facilidades al Tesista **GRUNNEL HARRY CASTILLO RAMIREZ**, para recojo de información

REFERENCIA : Solicitud. Exp. N° 552-2023-FMH

Es grato dirigirme a usted, para expresarle mi cordial saludo a nombre de la Facultad de Medicina Humana de la Universidad Nacional de San Martín y el mío propio, al mismo tiempo tengo a bien presentar al Bachiller en Medicina Humana **GRUNNEL HARRY CASTILLO RAMIREZ**, solicitando a su representada brinde las facilidades pertinentes a fin para recopilar información estadística para la ejecución del Proyecto de Tesis Titulado: “**Psicopatología de los pacientes hospitalizados en los servicios de medicina y cirugía del Hospital II-2 Tarapoto, 2023**”, aprobado con Resolución N° 098-2023-UNSM/FMH.

Sin otro particular, me suscribo de usted expresando las muestras de mi especial consideración y estima.

Atentamente,



Firma
Digital

Firmado digitalmente por AREVALO
FASANANDO Lolita FAU
20162798191 soft
Motivo: Soy el autor del documento
Fecha: 10/08/2023 14:55:27 -05:00

Documento firmado digitalmente

Dra. LOLITA ARÉVALO FASANANDO

Decana de la Facultad de Medicina Humana



C.C. interesado
C.c.: Archivo

CIUDAD UNIVERSITARIA

Av. Vía Universitaria 3ra. Cuadra – Morales, Perú
+51 (042) 48 0126 – Anexo 2800-947005867

fmh@unsm.edu.pe

https://unsm.edu.pe/

025-2023 682662

Anexo 6.



GOBIERNO REGIONAL
SAN MARTÍN

OGESS ESPECIALIZADA

OFICINA DE GESTIÓN DE SERVICIOS DE SALUD ESPECIALIZADA DE ALCANCE REGIONAL

TARAPOTO, LA UNIDAD, LA CALIDAD Y EL DESARROLLO

NOTA DE COORDINACIÓN N°0156 – 2023 - OGESS ESPECIALIZADA/OCDEI

PARA : LIC. ENF. MARLON MANUEL DAZA FARIAS
Jefe de la Of. De Inteligencia Sanitaria
ING. VICTOR PEZO VASQUEZ
Jefe del Servicio de admisión y archivo

ASUNTO : AUTORIZACION PARA REALIZAR ESTUDIO DE INVESTIGACIÓN

FECHA : Tarapoto, 29 de agosto del 2023

Por medio de la presente es grato dirigirme a usted, remito el **OFICIO N°2759-2023-OGESS ESPECIALIZADA/D**, donde autoriza al Bachiller en Medicina Humana de la Universidad Nacional de San Martín: **GRUNNEL HARRY CASTILLO RAMÍREZ** a realizar estudio de investigación en el Hospital II-2 Tarapoto, denominado: **“PSICOPATOLOGÍA DE LOS PACIENTES HOSPITALIZADOS EN LOS SERVICIOS DE MEDICINA Y CIRUGÍA DEL HOSPITAL II-2 TARAPOTO, 2023”**, para la cual se dará acceso al recojo de la información a partir de la fecha hasta 28 de septiembre del presente año.

P.D. Se adjunta la siguiente información:

- Ficha de datos generales del investigador.
- Características de la información brindar.

Sin otro particular, me suscribo a usted.

Atentamente,

GOBIERNO REGIONAL SAN MARTÍN
OGESS ESPECIALIZADA HOSPITAL II - 2 TARAPOTO

Lic. Enf. Dra. Susilda G. Suaveda Grández
Jefa Of. de Capacitaciones y Apoyo a la Docencia e Investigación
CEP 22320 RNE 2926

Anexo 7.



OGESS ESPECIALIZADA
 OFICINA DE GESTIÓN DE SERVICIOS DE SALUD ESPECIALIZADA DE ALCANCE REGIONAL
 "UNO DE LA UNIDAD, LA PAZ Y EL DESARROLLO"

Tarapoto, 22 de agosto del 2023

OFICIO N° 2759 - 2023 OGESS ESPECIALIZADA/D

Señora:

DRA. LOLITA ARÉVALO FASANANDO
 Decana de la Facultad de Medicina Humana
 Universidad Nacional de San Martín
 Av. Universitaria 3ra. Cuadra
 Ciudad Universitaria
 Morales. -

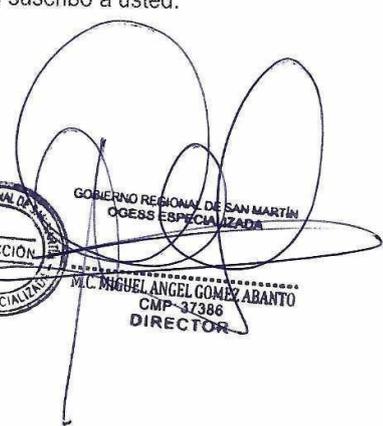
ASUNTO : AUTORIZACION PARA REALIZAR ESTUDIO DE INVESTIGACIÓN

REFERENCIA: OFICIO N° 128-2023-UNSM/FMH-NLU.

Mediante la presente me dirijo a usted para saludarle cordialmente a nombre de la Oficina de Gestión de Servicios de Salud Especializada de Alcance Regional y en atención al documento de la referencia, se autoriza al Bachiller en Medicina Humana **Grunnel Harry Castillo Ramírez** a realizar estudio de investigación en el Hospital II-2 Tarapoto, denominado: **"PSICOPATOLOGÍA DE LOS PACIENTES HOSPITALIZADOS EN LOS SERVICIOS DE MEDICINA Y CIRUGÍA DEL HOSPITAL II-2 TARAPOTO, 2023"**, por un periodo de 30 días hábiles, a partir de la fecha.

Sin otro particular, me suscribo a usted.

Atentamente;


 GOBIERNO REGIONAL DE SAN MARTÍN
 OGESS ESPECIALIZADA
 DIRECCIÓN
 M.C. MIGUEL ÁNGEL GÓMEZ ABANTO
 CMP-37386
 DIRECTOR

Archivo
 JLCC/SGSG/hggp

HOSPITAL II-2 TARAPOTO | Jr. Ángel Delgado Morey 503, Partido Alto, Tarapoto – San Martín
 Teléfonos: (042) 520012
 www.hospitaltarapoto.gob.pe

Conce N° 160-2023

Psicopatología de los pacientes hospitalizados en los servicios de medicina y cirugía del Hospital II-2 Tarapoto, 2023

por Grunnel Harry Castillo Ramírez

Fecha de entrega: 15-feb-2024 12:38p.m. (UTC-0500)

Identificador de la entrega: 2295628994

Nombre del archivo: MED._HUMANA_-_Grunnel_Harry_Castillo_Ram_rez_15-02.docx (3.78M)

Total de palabras: 17985

Total de caracteres: 99582

Psicopatología de los pacientes hospitalizados en los servicios de medicina y cirugía del Hospital II-2 Tarapoto, 2023

INFORME DE ORIGINALIDAD



FUENTES PRIMARIAS

1	repositorio.unsm.edu.pe Fuente de Internet	5%
2	tesis.unsm.edu.pe Fuente de Internet	2%
3	hdl.handle.net Fuente de Internet	2%
4	www2.unprg.edu.pe Fuente de Internet	2%
5	www.repositorio.usac.edu.gt Fuente de Internet	1%
6	Submitted to Universidad Rey Juan Carlos Trabajo del estudiante	1%
7	www.who.int Fuente de Internet	1%
8	titula.universidadeuropea.es Fuente de Internet	1%