

**ANSIEDAD Y DEPRESION ASOCIADO A TIPO Y ANTIGÜEDAD DE LAS
LESIONES EN ADULTOS CON HERIDAS CRONICAS CARTAGENA**

**INVESTIGADOR PRINCIPAL
MARTHA OSORIO LAMBIS**

COINVESTIGADORES:

KEVIN PALENCIA COTTA

MARIA ANGELICA PEREZ RETAMOZA

ELVIA ROSA TORRES ORTEGA

**UNIVERSIDAD DE CARTAGENA,
FACULTAD DE ENFERMERÍA
PROGRAMA DE ENFERMERÍA
CARTAGENA DE INDIAS D.T y C
2017**

| PROYECTO | | | |
|---|-------------------------|--|--|
| Título: ANSIEDAD Y DEPRESION ASOCIADO A TIPO Y ANTIGÜEDAD DE LAS LESIONES EN ADULTOS CON HERIDAS CRONICAS CARTAGENA | | | |
| Investigador principal: Martha Osorio Lambis, | | | |
| Co-investigadores: Kevin Palencia Cotta, María Angélica Pérez Retamoza, Elvia Rosa Torres Ortega | | | |
| Correo electrónico: heridascomplejas@hotmail.com , 3008167033. kev_palencia@hotmail.com , 3012220689. angelica1517197@gmail.com , 3217131556. elvia-1994@hotmail.com . 3209473646 | | | |
| Dirección de correspondencia: Facultad de Enfermería-Campus de Zaragocilla-Universidad de Cartagena | | | |
| Total de Investigadores (numero): 4 | | | |
| Línea de Investigación: Cuidados | | | |
| Entidad: Universidad de Cartagena | | | |
| Tipo de Entidad: Institución de Educación Superior | | | |
| Lugar de Ejecución del Proyecto: Cartagena. | | | |
| Ciudad: Cartagena | | Departamento: Bolívar | |
| Duración del Proyecto (en meses): | | | |
| Tipo de Proyecto: | | | |
| Investigación Básica: X | Investigación Aplicada: | Desarrollo Tecnológico o Experimental: | |
| Descriptor / Palabras claves: Ansiedad, Depresión, Adulto, Heridas. (DeCS) | | | |

TABLA DE CONTENIDO

| | |
|-------------------------------------|----|
| 1. PLANTEAMIENTO DEL PROBLEMA | 6 |
| 2. JUSTIFICACIÓN | 9 |
| 3. OBJETIVOS | 10 |
| 4. MARCO TEORICO..... | 11 |
| 5. METODOLOGIA | 18 |
| 6. RESULTADOS..... | 21 |
| 7. DISCUSION | 24 |
| 8. CONCLUSIONES | 27 |
| 9. RECOMENDACIONES | 28 |
| BIBLIOGRAFÍA | 29 |

LISTA DE TABLAS Y GRAFICOS

| No. | | Pág. |
|-----|---|------|
| 1. | Características sociodemográfica en adultos con heridas crónicas en una Institución de Salud Cartagena SIME SAS - 2016 | 43 |
| 2. | Tipo de heridas en adultos con heridas crónicas en una Institución de Salud Cartagena SIME SAS – 2016 | 44 |
| 3. | Antigüedad de las lesiones en adultos con heridas crónicas en una Institución de Salud Cartagena SIME SAS – 2016 | 44 |
| 4. | Depresión en adultos con heridas crónicas en una Institución de Salud Cartagena SIME SAS – 2016 | 45 |
| 5. | Ansiedad en adultos con heridas crónicas en una Institución de Salud Cartagena SIME SAS – 2016 | 45 |
| 6. | Relación entre el tipo de herida y depresión en adultos con heridas crónicas en una Institución de Salud Cartagena SIME SAS – 2016 | 46 |
| 7. | Relación entre el tipo de herida y ansiedad en adultos con heridas crónicas en una Institución de Salud Cartagena SIME SAS – 2016 | 46 |
| 8. | Relación entre la antigüedad de las lesiones con depresión y ansiedad en adultos con heridas crónicas en una Institución de Salud Cartagena SIME SAS – 2016 | 47 |

GRÁFICOS

| | | |
|----|---|----|
| 1. | Relación entre la antigüedad de las lesiones con depresión y ansiedad en adultos con heridas crónicas en una Institución de Salud Cartagena SIME SAS – 2016 | 47 |
|----|---|----|

RESUMEN

Introducción:

Las heridas crónicas generan cambios en la vida de las personas que las padecen llevándolos cada vez más a vivir avergonzados y no tener participación en actividades sociales, creando desgaste psicológico. La cicatrización de las lesiones esta mediada por varios factores entre ellos tenemos el tipo y antigüedad de la herida, aspectos que podrían estar asociados con ansiedad y depresión en estos pacientes. Establecer la asociación entre estos componentes permitiría el fortalecimiento de estrategias de intervención por enfermería durante el proceso de atención contribuyendo en la calidad de vida de estas personas y su núcleo familiar.

Objetivo:

Establecer la asociación entre tipo y antigüedad de las lesiones con ansiedad y depresión en adultos con heridas crónicas en una institución de salud en Cartagena 2016.

Metodología:

Estudio transversal. La población estaba constituida por todas las personas adultas que reciban cuidados en el programa de heridas complejas de una Institución Prestadora de Servicios de Salud de la ciudad de Cartagena durante un trimestre 2016. La información será recolectada mediante una encuesta que contiene: características sociodemográficas, tipo y antigüedad de las lesiones diseñada por los investigadores y la escala de Zung, para identificar el nivel de ansiedad y depresión. Los datos se tabularon en Microsoft Excel 2012. Para el análisis de la información se utilizó estadística descriptiva y el ODDS RATIO (OR) para establecer la relación entre tipo y antigüedad de la lesión y ansiedad y depresión,

Resultados obtenidos:

Los pacientes con heridas crónicas se caracterizaron por pertenecer al sexo femenino, con relación conyugal estable, dedicados a actividades del hogar, actividad ocupacional independientes, nivel de escolaridad y socioeconómico bajo. En su mayoría con úlceras vasculares de etiología venosas, seguidas de el pie diabético. Con nivel de ansiedad y depresión dentro de los parámetros normales, con ligero estado de ansiedad en pocos participantes y una minoría ligeramente deprimido. Evidenciando ausencia de relación entre el tipo y antigüedad de las lesiones con la presencia de ansiedad y depresión. Sin embargo, se destaca que la mitad de los participantes con UVV presentaron algún grado de depresión.

Palabras Claves: Ansiedad, Depresión, Adulto, Heridas. (DeCS)

1. PLANTEAMIENTO DEL PROBLEMA

Las enfermedades crónicas suelen afectar importantes aspectos de la vida de los pacientes, ocasionando alteraciones psíquicas, caracterizado por desequilibrio físico, social y psicológico acompañado de ansiedad, depresión y miedo, repercutiendo en la evolución y buen manejo de la enfermedad que padece (1).

Las heridas crónicas constituyen un problema de salud con impacto epidemiológico económico y social. Afectan la dermis, epidermis y en ocasiones planos más profundos cuando su evolución es mayor a seis semanas. Representan para los profesionales de la salud un desafío, por su etiología, cronicidad y por su curso (2,3).

Salem C. (4), define las heridas como la pérdida de continuidad de la piel o mucosa producida por algún agente físico o químico. Martínez JR (5), describe que las heridas crónicas no curan en un tiempo razonable de tres a cuatro meses en las que existe una lesión de la epidermis y al menos parcialmente de la dermis. Gómez M (6), especifica que estas lesiones según su estadio pueden comprometer estructuras como el hueso, articulaciones, tendones e incluso determinados órganos produciendo fistulas de difícil manejo. Entre ellas tenemos úlceras por presión, úlceras venosas, úlceras de diabético (5).

Diferentes autores detallan factores físicos, psicosociales y características en las heridas que pueden generar alteraciones en proceso de cicatrización de las heridas prolongando la cronicidad de las lesiones (7, 8,9)

Las heridas crónicas están clasificadas en diferentes tipos de acuerdo al origen fisiopatológico en úlceras vasculares venosas o arteriales, pie diabético, úlceras por presión, quemaduras, fascitis necrotizante entre otras. El proceso de cicatrización puede prolongarse durante largos periodos de tiempo desde semanas, meses hasta año de acuerdo a las condiciones y tipo de lesiones (10).

Los pacientes con heridas crónicas presentan alteraciones en el ámbito fisiológico y psicológico ocasionado por cambios en su vida diaria, sufrimiento, dolor, limitaciones, dependencia, alteración de la autoestima, temor y aislamiento social. El olor de las lesiones les genera angustia, llevándolos cada vez más a vivir avergonzados y no tener participación en actividades sociales (11,12,13). Igualmente Meijer J (14), manifiesta que las úlceras en miembros inferiores por su cronicidad y recidivas llevan a alteraciones en las actividades físicas de las personas que la padecen, con aumento en las incapacidades laborales y la

dependencia hacia un cuidador o familiar; factores desencadenante de angustia y ansiedad en ellos.

Las personas con enfermedades crónicas tienen un riesgo elevado de sufrir problemas de ansiedad y depresión. Igualmente presentan dificultades de acceso a los recursos de ayuda en salud mental, por lo que no se les tiene en cuenta el sufrimiento psicológico (15). Los profesionales de la salud que atienden a estos pacientes, suelen centrarse en los síntomas físicos, obviando la carga psicológica que supone para estas personas enfrentar una situación de enfermedad crónica (16).

La OMS describe con alto riesgo para el desarrollo de depresión a quienes presenten limitaciones físicas y estrés prolongado, tales como pérdida auditiva, dificultades en la movilidad, artritis u otras enfermedades crónicas (16).

Valadez L. (17), describe la ansiedad y la depresión como reacciones emocionales no adaptativas frecuentes en personas con enfermedades crónicas como consecuencia del desgaste psicológico que implica padecerlas.

La depresión es el resultado de interacciones complejas entre factores sociales, psicológicos y biológicos. Afecta a unos 350 millones de personas, en todo el mundo, puede causar gran sufrimiento y alterar las actividades laborales, escolares y familiares. La prevalencia es hasta dos veces más alta en las mujeres que en los hombres. A su vez, puede generar más estrés y disfunción, y empeorar la situación vital de la persona afectada y, por consiguiente, la propia depresión. Hay relaciones entre la depresión y la salud física; así, por ejemplo, las enfermedades cardiovasculares pueden producir depresión, y viceversa OMS (16).

La ansiedad y la depresión son trastornos psiquiátricos con factores de riesgos biológicos, psicológicos, familiares y sociales. La prevalencia oscilan en pacientes con alteraciones orgánicas entre el 7% al 20 % para depresión y del 6% al 17 % para ansiedad (16,18,19,20).

La ansiedad es un trastorno mental prevalente en la actualidad, que se manifiesta en múltiples disfunciones y desajustes a nivel cognitivo, conductual y psicofisiológico, es una respuesta emocional que se presenta en las personas ante situaciones que se perciben o interpreta como amenazantes o peligrosas (21).

Jones J (22), en estudio realizado en Inglaterra, reporta que el 27% de los pacientes participantes en el estudio presentaron síntomas depresivos y el 26% obtuvieron sintomatología de ansiedad, hace énfasis que las personas que se encontraban aisladas socialmente que carecían del apoyo de familiares o amigos y la presencia de dolor presentaron mayor riesgo de sufrir problemas psicológicos como la ansiedad y depresión.

Allué G (23), describe que las personas con úlceras vasculares venosas presentan dolor continuo e incapacitante exacerbado en horas nocturnas.

White, R (24), detalla que el dolor es una experiencia común en las personas con heridas tanto agudas como crónicas, puede ser intenso, afectar adversamente al funcionamiento físico, prolongar el tiempo de cicatrización, causar aflicción psicológica y reducir la calidad de vida del paciente.

La literatura evidencia en Cartagena de Indias un estudio realizado por Melguizo H (25), en personas con heridas complejas, describe una mala Calidad de Vida Relacionado con la Salud, resaltando las bajas puntuaciones en las dimensiones del bienestar físico (6.2%) y psicológico (6.3%). Por otro lado Osorio L (26), evidencia que el 24,1% de los participantes se encontraron ligeramente ansiosos y que el 40,2% se encontraba ligeramente deprimido, sin especificar factores asociados.

En Cartagena, en la Institución Prestadora de Servicios de Salud Extramural (SIME SAS) se brinda cuidados por enfermería a pacientes con todo tipo de heridas crónicas con la utilización de apósitos biotecnológicos avanzados. Institución con 12 años de experiencia, que presta servicios domiciliarios y ambulatorios a pacientes de los regímenes subsidiados, contributivos, especiales y particulares residentes en Cartagena y municipios aledaños.

Teniendo en cuenta que las heridas crónicas se clasifican en diferentes tipos de acuerdo a los tejidos lesionados, originando diferentes grados de complejidad por la profundidad, extensión, cavitaciones, recidivas y tiempo de cicatrización que pueden presentar. Igualmente Satulovsky R (27), describe que los pacientes con úlceras venosas pueden convivir con ellas durante años, sin obtener la cicatrización de las lesiones. Estos factores podrían estar relacionados con alteraciones mentales como ansiedad y depresión.

Todos estos aspectos antes descritos motivaron al grupo investigador a plantear la siguiente pregunta de investigación.

¿Cuál es la asociación entre ansiedad y depresión con tipo y antigüedad de las lesiones en adultos con heridas crónicas que reciben cuidados por enfermería en el programa de heridas complejas de una Institución Prestadora de Servicios de Salud de Cartagena, 2016?

2. JUSTIFICACIÓN

Establecer la asociación entre tipo y antigüedad de las lesiones y ansiedad y depresión en adultos con heridas crónicas en Cartagena, podría contribuir en la medida que se divulguen los resultados en la calidad de los cuidados a brindar por los profesionales de enfermería contemplando la dimensión psicológica como un aspecto preventivo que contribuya favorablemente en el proceso de cicatrización de las lesiones y en la calidad de vida de las personas con esta patología.

Teniendo en cuenta que en la literatura no evidencia estudios similares, los resultados obtenidos permitirían ampliar el marco conceptual de este fenómeno, fortaleciendo la línea de investigación y contribuyendo su aplicabilidad en la academia.

Los resultados obtenidos contribuirían en el fortalecimiento de los cuidados brindados a estos pacientes y su núcleo familiar que redunden favorablemente en la calidad de vida de estas personas mediante el fortalecimiento en la dimensión psicológica.

Desde la disciplina de enfermería, además de actualizar, ampliar y fortalecer los conocimientos sobre el fenómeno en estudio, su divulgación podría propiciar el liderazgo desde la promoción e intervención de estrategias institucionales para la prevención de síntomas de ansiedad y depresión de acuerdo al tipo y antigüedad de las lesiones mediante un abordaje integral durante la prestación de los cuidados a los usuarios con heridas crónicas.

Sumado a lo anterior para los profesionales despertaría el interés por el fenómeno en estudio para nuevas investigaciones desde diferentes contextos.

3. OBJETIVOS

3.1.1. OBJETIVO GENERAL

Establecer la asociación entre el tipo y antigüedad de las lesiones y ansiedad y depresión en adultos con heridas crónicas en Cartagena 2016

3.1.2. OBJETIVOS ESPECÍFICOS

- Describir las características sociodemográficas de los pacientes adultos con heridas crónicas
- Determinar presencia de ansiedad y depresión en adultos con heridas crónicas atendidos en una Institución Prestadora de Servicios de Salud Extramural de Cartagena.
- Describir tipo y antigüedad de las lesiones de los adultos con heridas crónicas atendidos en una Institución Prestadora de Servicios de Salud Extramural de Cartagena.
- Estimar asociación entre tipo y antigüedad de las lesiones y ansiedad y depresión en adultos con heridas crónicas en Cartagena.

4. MARCO TEORICO

4.1. ANSIEDAD

Jarne E (28), define la ansiedad como “Un estado subjetivo de incomodidad, malestar, tensión, desplacer y alarma que hace que el sujeto se sienta molesto. Es una emoción que aparece cuando el sujeto se siente amenazado por un peligro, que puede ser interno o externo”.

Es una anticipación de un daño o desgracia futuros, acompañada de un sentimiento de disforia (desagradable) y/o de síntomas somáticos de tensión. Es una señal de alerta que advierte sobre un peligro inminente y permite a la persona que adopte las medidas necesarias para enfrentarse a una amenaza (29).

El manual de criterios diagnósticos del DSM-V define al trastorno de ansiedad generalizada como una ansiedad y preocupación excesiva, que se produce durante más días de los que ha estado ausente durante un mínimo de 6 meses, en relación con diversos sucesos o actividades, y al individuo le es difícil controlar la preocupación. Los síntomas que se presentan durante la ansiedad comprenden inquietud o sensación de estar atrapado o con los nervios de punta, fácilmente fatigado, dificultad para concentrarse o quedarse con la mente en blanco, irritabilidad, tensión muscular y problemas de sueño (dificultad para dormirse o para continuar durmiendo, o sueño inquieto e insatisfecho) (30).

El término ansiedad alude a la combinación de distintas manifestaciones físicas y mentales que no son atribuibles a peligros reales, sino que se manifiestan ya sea en forma de crisis o bien como un estado persistente y difuso, pudiendo llegar al pánico; no obstante, pueden estar presentes otras características neuróticas tales como síntomas obsesivos o histéricos que no dominan el cuadro clínico (31).

Baeza J (32), describe diferentes grupos de síntomas de ansiedad tales como:

- **Físicos:** Taquicardia, palpitaciones, opresión en el pecho, falta de aire, temblores, sudoración, molestias digestivas, náuseas, vómitos, nudo en el estómago, sensación de obstrucción en la garganta, agarrotamiento, tensión y rigidez muscular, cansancio, hormigueo, sensación de mareo e inestabilidad. Si la activación neurofisiológica es muy alta pueden aparecer alteraciones del sueño, la alimentación y la respuesta sexual.

- **Psicológicos:** inquietud, agobio, sensación de amenaza o peligro, ganas de huir o atacar, inseguridad, sensación de vacío, sensación de extrañeza o despersonalización, temor a perder el control, celos, sospechas, incertidumbre, dificultad para tomar decisiones. En casos más extremos, temor a la muerte, a la locura o al suicidio.
- **De conducta:** Estado de alerta e hipervigilancia, inhibición, bloqueos, torpeza o dificultad para actuar, impulsividad, inquietud motora, dificultad para estar quieto y en reposo. Estos síntomas vienen acompañados de cambios en la expresividad corporal y el lenguaje corporal: posturas cerradas, rigidez, movimientos torpes de manos y brazos, cambios en la voz, expresión facial de asombro, duda o crispación, etc.
- **Intelectuales o cognitivos:** Dificultades de atención, concentración y memoria, aumento de los despistes y descuidos, preocupación excesiva, expectativas negativas, rumiaciones, pensamientos distorsionados e importunos, incremento de las dudas y la sensación de confusión, tendencia a recordar sobre todo cosas desagradables, sobrevaloración de pequeños detalles desfavorables, abuso de la prevención y de la sospecha, interpretaciones inadecuadas, susceptibilidad, etc.
- **Sociales:** Irritabilidad, hostilidad, ensimismamiento, dificultades para iniciar o seguir una conversación, en unos casos, y verborrea en otros, bloquearse o quedarse en blanco a la hora de preguntar o responder, dificultades para expresar las propias opiniones o hacer valer los propios derechos, temor excesivo a posibles conflictos, etc.

Patilla C (33), además de los síntomas de la ansiedad antes descrita, detalla otras características en las alteraciones emocionales como tristeza patológica, angustia e irritabilidad; en las alteraciones del pensamiento fallas en la concentración y la memoria, desinterés, indecisión, desesperanza, ideación delirante e ideación suicida; en alteraciones somáticas insomnio-hipersomnio, anorexia, hiperfagia, disminución o aumento de peso, disminución del lívido, fatiga, algias; alteraciones de los ritmos vitales a ciertas horas del día, habitualmente en las mañanas, cambios menstruales, tendencia a la presentación estacional de los síntomas; alteraciones de la conducta como el llanto, agitación, identificación, aislamiento, mutismo. Es importante señalar que no todas las personas tienen los mismos síntomas, ni la misma intensidad en todos los casos. Cada persona, según su predisposición biológica y/o psicológica, se muestra más vulnerable o susceptible a unos u otros.

4.2. DEPRESIÓN

La depresión es una enfermedad caracterizada por un estado de ánimo triste, con pérdida de interés o capacidad para sentir placer por situaciones que antes lo producían, pérdida de confianza en sí mismo y sentimiento de inutilidad (34, 35,36).

Los trastornos depresivos son los trastornos psiquiátricos más frecuentes y ocasionan elevadas cargas económicas para la sociedad y sufrimiento emotivo para los pacientes afectados. Se originan por factores biológicos, psicológicos y sociales, manifestados a través de diversas presentaciones clínicas (37).

Adicionalmente la OMS (38), señala la depresión como un trastorno mental frecuente, caracterizado por sentimientos de culpa o falta de autoestima, trastornos del sueño o del apetito, sensación de cansancio y falta de concentración.

La depresión en el adulto es un problema de salud debido a su prevalencia, la repercusión sobre la calidad de vida del paciente y sobre la estructura familiar y social (39).

El DSM-V, en la edición del manual diagnóstico y estadístico de los trastornos mentales y los criterios establecidos para el trastorno depresivo se encuentra:

El trastorno de depresión mayor (TDM) caracterizado por:

- Síntomas en el estado de ánimo deprimido la mayor parte del día o casi todos los días
- Disminución importante del interés o el placer por todas o casi todas las actividades la mayor parte del día.
- Pérdida importante de peso sin hacer dieta o aumento de peso.
- Insomnio o hipersomnia casi todos los días
- Agitación o retraso psicomotor casi todos los días
- Fatiga o pérdida de energía casi todos los días
- Sentimiento de inutilidad o culpabilidad excesiva o inapropiada
- Disminución de la capacidad para pensar o concentrarse/ o para tomar decisiones
- Pensamientos de muerte recurrentes

La presencia de 5 o más síntomas deben estar o pueden estar presentes en un periodo de dos semanas (40)

La depresión tiene una función importante en cualquier condición crónica La depresión es frecuente en personas con enfermedades crónicas ya que la ansiedad y el estrés relacionado con estas, desencadenan síntomas de depresión (41). Debido a que es un estado emocional que conlleva a cambios fisiológicos (42).

Dentro de los síntomas más comunes se encuentra la búsqueda de placer y de revestimiento del mundo, la apatía, la anhedonia y la impotencia (43).

4.3. HERIDAS CRÓNICAS

La herida es una solución de continuidad de los tejidos con tendencia espontánea a la curación, causada por traumatismos, en cirugía, exposición a agentes físicos o químicos, invasión de microorganismos, muerte de las células por trastornos en el funcionamiento normal de los tejidos, entre otras (44).

A su vez las heridas crónicas requieren períodos muy prolongados para su cicatrización. Constituyéndose en un importante problema asistencial que afecta al sistema de salud por la disminución de la calidad de vida, su elevado coste económico y por la dedicación de mucho tiempo de los profesionales de Enfermería (45).

Las heridas crónicas por lo general están siempre colonizadas o contaminadas por gérmenes, requiriendo de tiempo prolongado para su cicatrización (superior a los 14 días) (46).

La causa por la cual una herida se transforma en crónica es multifactorial; la infección local, hipoxia, trauma, cuerpos extraños, problemas sistémicos como diabetes, malnutrición, inmunodeficiencia, o medicamentos son los responsables más frecuentes (47).

Por otro lado la duración en el proceso de cicatrización de una herida es un factor indicativo de un posible retraso de la cicatrización (48).

Troxier M (7), enuncia dentro de los factores físicos que alteran el proceso de cicatrización de las heridas crónicas la diabetes mellitus, la obesidad, la desnutrición, personas mayores de 60 años, la isquemia, la vasculopatía periférica, el cáncer, la insuficiencia orgánica, la sepsis e incluso las limitaciones de la movilidad afectan a la cicatrización.

Por otro lado, Franks P (8), describe factores psicosociales del paciente que pueden alterar la cicatrización de las lesiones, como la ansiedad, depresión, el aislamiento social, situación económica, la sensación de dolor, experiencias previas, creencias y los valores del paciente también influyen en la cicatrización y tienen una gran repercusión.

En un estudio Margolis DJ (9), evidencia que determinadas características de la herida se correlacionaban con la cicatrización. Afirma que los pacientes con una herida de superficie amplia, de larga duración, con un índice de presión arterial tobillo-brazo bajo o con presencia de fibrina en más del 50% de la superficie de la herida, presentaban un retraso de la cicatrización de la úlcera venosa al cabo de 24 semanas. Además, hay otras características de la herida que se tienen que tener en cuenta, y que influyen en la cicatrización, como el estado del lecho de la herida y la localización anatómica.

Caicedo R (49), y Jiménez J (50), clasifican dentro del grupo de heridas crónicas las úlceras por presión (UPP), pie diabético, quemaduras, heridas extensas e infectadas, con el compromiso de músculos, huesos, vasos y otras estructuras del cuerpo.

Las úlceras vasculares se caracterizan por tener una evolución crónica y escasa o nula tendencia a la cicatrización espontánea. Son lesiones dolorosas que dificultan la movilidad y alteran la propia imagen corporal, el dolor es frecuente y puede ser grave o continuo e incapacitante. Poseen un carácter crónico y recidivante con una alta tasa de recurrencia (49).

Las úlceras por presión constituyen un tipo esencial de lesiones causadas por un trastorno de irrigación sanguínea y nutrición tisular como resultado de presión prolongada sobre prominencias óseas o cartilagosas. Ocurren con mayor frecuencia en la edad avanzada, pacientes confinados en cama o a silla de ruedas, desnutridos, comprometidos de conciencia y mal apoyo familiar. Los sitios más comprometidos en más del 80% de los casos son: sacro, trocánteres, nalgas, maléolos externos y talones. El factor causal primordial en la génesis de las úlceras es la fuerza de compresión. Ya sea fuerzas de compresión de alta intensidad por corto período o de baja intensidad por largos períodos pueden producir ulceraciones cutáneas. Son más sensibles los tejidos subcutáneos y el músculo, bastando presiones de 60-70 mmHg por 1-2 hrs para sufrir cambios irreversibles (51).

Úlceras en miembros inferiores de acuerdo a su etiología se pueden clasificar en venosas y arteriales. Las venosas se caracterizan por insuficiencia venosa e incompetencia valvular (52), y las arteriales que aparecen como consecuencia de un déficit de riego sanguíneo y por procesos isquémicos crónicos siendo la obstrucción arteriosclerótica la causa más importante (53).

La elevada prevalencia, cronicidad y tasa de recurrencia constituyen las principales características de la úlcera de etiología venosa; incluso diferentes estudios han discutido su prevalencia por situaciones de población, género y edad, no obstante, existe consenso que entre el 75% y 80% de las úlceras de extremidad inferior son de esta etiología y su principal problema radica en la recurrencia, estimada en 37%; varios estudios demuestran que a los dos años su recidiva es del 20% al 30%, a los 3 o 4 años del 40% y a los 5 años puede llegar hasta el 60% (53).

Como complemento a ello, se estima que entre un 40% y un 50% de las úlceras en miembros inferiores permanecen abiertas o activas por un periodo no inferior a los seis meses, un porcentaje muy similar pasa de los 12 meses de evolución y un porcentaje por debajo del 10% permanece sin cicatrizar por encima de los 5 años; en los doce meses siguientes a la cicatrización un tercio de las heridas recidiva (54).

En la Conferencia Nacional de Consejo sobre Úlceras de la Extremidad Inferior (CONUEI), se detalla que entre el 75 y el 80 % de las úlceras de la extremidad inferior son de etiología venosa, su prevalencia es del 0,5% al 0,8% y la incidencia está entre 2 y 5 nuevos casos por mil personas/año (55).

Describe en su estudio que por cada 10 pacientes, 7 padecían la herida hace un año o menos, no obstante, algunos tenían la lesión desde hace 20, 25 e incluso 30 años, con una mediana de antigüedad de la herida en hombres de 9 o menos meses y la de las mujeres fue de 5,5 o menos meses (56).

El pie diabético son el conjunto de síndromes ocasionados por la existencia de neuropatía, isquemia e infección que provocan alteraciones tisulares o úlceras secundarias a micro traumatismos. Son una importante causa de morbilidad que puede devenir en amputaciones. En las etapas iniciales la primera afectación se produce en la sensibilidad profunda y más adelante en la sensibilidad táctil superficial, dolorosa y térmica. La combinación de esos elementos ocasiona acortamiento en los tendones alterando la distribución de carga que soporta el pie (57).

La alteración de los mecanismos de reparación en el diabético puede llevar a un retraso marcado en el proceso de cicatrización diferenciándolo de otras heridas crónicas, asociándose a un peor pronóstico, sobre todo si se mantiene abierta por 4 semanas o más. (58).

Las enfermedades crónicas suelen perjudicar importantes aspectos de la vida de los pacientes, ocasionando alteraciones psíquicas, caracterizado por desequilibrio físico, social y psicológico acompañado de ansiedad, depresión y miedo, repercutiendo en la evolución y buen manejo de la enfermedad que padece (59).

5. METODOLOGIA

5.1. TIPO DE ESTUDIO

Estudio de tipo transversal correlacional. Teniendo en cuenta que se describió la relación entre dos o mas variables en un momento determinado.

5.2. POBLACIÓN DIANA

Estuvo conformada por personas adultos con heridas crónicas residentes en la ciudad de Cartagena

5.3. POBLACIÓN

Todos los pacientes adultos con heridas crónicas, que recibían cuidados en el programa de heridas complejas en la Institución Prestadora de Servicios de Salud de la ciudad de Cartagena durante un trimestre del 2016. Conformando una muestra de 87 pacientes.

5.4. CRITERIOS DE INCLUSIÓN

Se contemplaron los siguientes criterios de inclusión:

- Pacientes adultos con heridas crónicas, que recibían cuidados en la Institución Prestadora de Servicios de Salud de la ciudad de Cartagena seleccionada para el estudio.
- Pacientes adultos con heridas crónicas, ubicadas en cualquier posición anatómica y en cualquier etapa de cicatrización.
- Pacientes que desearon participar en el estudio

5.5. CRITERIOS DE EXCLUSIÓN

- Persona que se encontraba diagnosticada con antecedentes de salud mental, aunque se encontrara bajo tratamiento controlado.

5.6. TÉCNICAS Y PROCEDIMIENTOS

Para la recolección de los datos se utilizó una fuente primaria, se abordó directamente a las personas con heridas crónicas que recibían cuidados en la institución seleccionada para el estudio que cumplían con los criterios de inclusión.

Los encuestadores previamente capacitados, aplicaron los instrumentos a utilizar que permitieron claridad y un correcto manejo de los mismos, previo diligenciamiento del consentimiento informado por parte de la institución donde se realizó el estudio. Para la recolección de los datos referentes a tipos y antigüedad de las heridas se contó con el apoyo de los profesionales de enfermería expertos en el cuidado de las heridas crónicas de la institución donde se realizó el estudio.

Se dio a conocer los objetivos de la investigación y los nombres de los investigadores. Los que desearon participar diligenciaron el consentimiento informado (anexo No. 1). Posteriormente se aplicó la encuesta sociodemográfica y características de las lesiones diseñada por los investigadores acorde con la literatura (anexo No 2), y la “Escala de Zung” para determinar la presencia de ansiedad y depresión en los adultos con heridas crónicas participantes en el estudio (anexo No. 3 y 4).

La muestra se recolectó durante tres meses, con la participación de las enfermeras jefes que brindan cuidados a las heridas de estos pacientes (previamente capacitadas) y por el grupo investigador.

5.7. INSTRUMENTOS

5.7.1. Encuesta Sociodemográfica

La encuesta sociodemográfica consta de 6 ítems tales como edad, sexo, estado civil, escolaridad, ocupación, estrato de la vivienda, Tipo de lesión y Tiempo de evolución (antigüedad) (**Anexo 2**).

5.7.2. Escala de Zung

Esta escala fue desarrollada por Zung en 1965, contempla dos subtemas depresión y ansiedad. Es una escala derivada de la escala de depresión de Hamilton, que al igual que ella da mayor peso al componente somático-conductual del trastorno depresivo (34).

Para su interpretación utiliza puntajes globales que van de 20-80.

- 25-49 rango normal
- 50-59 Ligeramente deprimido
- 60-69 Moderadamente deprimido
- 70 o más, Severamente deprimido.

Las preguntas están orientadas a determinar la presencia de síntomas de depresión durante las últimas dos semanas, en un rango de respuestas que va desde “Nunca, a veces, muchas veces, siempre” (34). Este instrumento ha sido validado en varios estudios en Colombia (60,61) y en Cartagena en adolescente obteniendo una consistencia interna alfa de Cronbach de 0.689 (62). Igualmente en personas adultos con heridas crónicas una consistencia interna con alfa Cronbach para depresión: 0,653 (26).

Para valorar ansiedad la escala de Zung es un instrumento de autoevaluación, consta de veinte puntos que cuantifica síntomas ansiosos, 15 somáticos y 5 cognoscitivos, durante los últimos treinta días. Cuenta con preguntas elaboradas de forma positiva y otras diez de forma negativa. Cada pregunta se evalúa en una escala de 1 – 4 (nunca, a veces, muchas veces y siempre). Escala validada en Colombia con alfa de Cronbach de 0,863. (61); En Cartagena con personas adultos con heridas crónicas una consistencia interna con alfa Cronbach para ansiedad que fue de: 0,777 (26).

El rango de calificación es de 20-80.

- 25-49 rango normal
- 50-59 Ligeramente ansioso
- 60-69 Moderadamente ansioso
- 70 o más, Severamente ansioso. (34) (**Anexo 3 y 4**).

5.8. ANÁLISIS ESTADÍSTICO

Para el análisis de la información los datos fueron tabulados en una matriz Microsoft Excel 2012. Se utilizó estadística descriptiva y el OR para establecer la relación entre tipo y antigüedad de la lesión con ansiedad, depresión. Se construyeron gráficos y tablas para facilitar la comprensión de los datos obtenidos.

5.9. CONSIDERACIONES ÉTICAS

La presente investigación contemplo las siguientes consideraciones éticas:

Parágrafo “a” del artículo 11 de la Resolución 08430 del 4 de Octubre 1993 del Ministerio de Salud Pública, de Colombia, esta es una “investigación sin riesgo”, teniendo en cuenta que “no se realiza ninguna intervención o modificación intencionada de las variables biológicas, fisiológicas, psicológicas o sociales de los individuos que participan en el estudio”; dado que los instrumentos que se utilizaron son cuestionarios. Igualmente se diligenciará el consentimiento informado y la identidad de los participantes se mantendrá en anonimato, establecido en los artículos 6, 15 y 16 (63).

También se consideraron los aspectos éticos contemplados en la declaración de Helsinki, y el código de ética de enfermería de Colombia (Ley 911 de 2004 del Congreso de Colombia). Estos están evidenciados en la protección de la vida, salud, dignidad, integridad, derecho a la autodeterminación, intimidad y confidencialidad de la información de las personas que participaron en la investigación; teniendo en cuenta que estos se adjuntan y se encuentran justificados en el consentimiento informado (63, 64,65).

6. RESULTADOS

6.1. CARACTERÍSTICAS SOCIODEMOGRÁFICAS

La población del estudio estuvo constituida por un total de 87 personas que recibían cuidados en el programa de heridas complejas en la Institución Prestadora de Servicios de Salud de la ciudad de Cartagena SIME SAS, durante un trimestre del 2016. De los cuales el 83,9% (73) fueron de sexo femenino y el 16,1 % (14) fueron de sexo masculino. (Ver tabla 1).

Con relación al estado civil, se pudo observar que en su mayoría presentaron una relación conyugal estable el 37,9% (33) (casados el 27,6% y unión libre 10,3%), seguido de la condición de ser viudos el 32,2% (28) (Ver tabla 1).

Teniendo en cuenta el grado de escolaridad el 36,8% (32) cursaron primaria (Ver tabla 1), dedicados a la atención del hogar en un 63,2% (55); pertenecientes a los estratos socioeconómicos 2 el 42,5% (37) y el 31,0% (27) al estrato 1 (Ver tabla 1).

6.2. TIPO DE HERIDA

La totalidad de los participantes en el estudio fueron clasificados según el tipo de herida que presentaban a la hora de realizar las encuestas. Estos fueron clasificados en: Ulcera vasculares venosas, pie diabético, úlceras de etiología arterial, úlceras por presión y otro tipo de heridas (heridas quirúrgicas, úlceras asociadas a anemia de células falciformes, fistulas, entre otras); evidenciándose que un 71,3% (62) pertenecían a úlceras vasculares venosas, el 14,9% (13) a pie diabético y el 13,8% (12) a otro tipo de lesiones (Ver tabla 2).

6.3. ANTIGÜEDAD DE LAS HERIDAS

Se clasifico la totalidad de la población estudiada de acuerdo a la antigüedad de las lesiones de la siguiente manera: de 6 a 12 meses, 13 a 18 meses, 19 a 24 meses, 24 a 36 meses, 37 a 48 meses y más de 48 meses. Evidenciando que el 23% (20) de las lesiones eran mayores a 48 meses, seguido por un 21,8% (19) con antigüedad de 6 a 12 meses y el 20,7% (18) con 24 a 36 meses. (Ver tabla 3).

6.4. NIVEL DE DEPRESIÓN

Según los datos revelados en este estudio, teniendo en cuenta la clasificación establecida en la escala de Zung para determinar el nivel de depresión, el 55,2% (48) de la población encuestada no presento ningún grado de depresión, el 40,2% (35) ligeramente deprimido y el 4,6% (4) moderadamente deprimido (Ver tabla 4).

6.5. NIVEL DE ANSIEDAD

Igualmente de acuerdo a los criterios establecido por la escala de Zung para determinar el nivel de ansiedad en los participantes del estudio, se evidencio que el 73,6% (64) no presentaron ansiedad, el 24,1% (21) manifestó ligeramente ansioso y el 2,3% (2) moderadamente ansioso (Ver tabla 5).

6.6. ANSIEDAD Y DEPRESIÓN ASOCIADO A TIPO Y ANTIGÜEDAD DE LAS LESIONES

Teniendo en cuenta que la mayoría de los participantes presentaron úlceras vasculares venosas (71,3%), seguido en menores porcentajes el pie diabético (14,9%) y otro tipo de lesiones (13,8%); para establecer la asociación entre tipo de herida los investigadores consideraron agrupar los tipos de heridas en dos categorías quedando de la siguiente manera: Dentro de la variable tipo de herida consideraron tener Ulceras venosas y otro tipo de lesiones. Y para la variable antigüedad de las lesiones se agruparon: de 6 a 12 meses, 13 a 18 meses, 19 a 24 meses, 24 a 36 meses, 37 a 48 meses y más de 48 meses

6.6.1. RELACIÓN ENTRE EL TIPO DE HERIDA Y DEPRESIÓN

De acuerdo a lo antes descrito, se encontró que el 50% (31) de los participantes con UVV se encontraban ligeramente o moderadamente deprimidos y el otro 50% (31) se encontraba en condiciones normales. A su vez, se apreció que el 32% (8) de los participantes con otro tipo de herida diferente a las UVV se encontraban ligera o moderadamente deprimidos mientras que el 68% (17) restante se encontraba en condiciones normal. (Ver tabla 6).

6.6.2. RELACIÓN ENTRE EL TIPO DE HERIDA Y ANSIEDAD

Con respecto a la relación entre tipo de herida y nivel de ansiedad, el 32,3% (20) de los encuestados con UVV se presentó ligera o moderadamente ansioso a la hora de responder la escala y el 67,7% (42) restante se encontraba en condiciones normales. A su vez de los participantes con otro tipo de heridas el 88% (22) no presentó ansiedad, mientras que solo el 12% (3) se presentó ligera o moderadamente deprimido. (Ver tabla 7).

6.6.3. RELACIÓN ENTRE LA ANTIGÜEDAD DE LAS LESIONES CON DEPRESIÓN Y ANSIEDAD

Para conocer si existen relación entre la antigüedad de las lesiones con depresión y ansiedad utilizamos la probabilidad Krusjall Wallis, que nos permite mirar si al relacionar los datos obtenidos en la escala de Zung con la antigüedad de la herida hay o no un comportamiento que nos permita identificar que existe relación significativa entre estas dos variables; en los resultados arrojados encontramos que se rechaza la hipótesis nula, ya que no hay un comportamiento que nos indique que a mayor tiempo mayor es la probabilidad de tener depresión o ansiedad, donde la probabilidad de tener depresión a mayor tiempo es de 0,347 y de padecer de ansiedad de 0,558. (Ver tabla 8, grafico 1).

7. DISCUSION

La ausencia de asociación entre ansiedad y depresión con el tipo y antigüedad de las lesiones reportado en el estudio, difiere con Meijer J (14), y White R (24) quienes aseguran que las heridas crónicas por su cronicidad son un desencadenante de afecciones psicológicas y disminuyen la salud mental del paciente; y de igual modo difiere con la OMS (16), quien refiere que las enfermedades mientras más crónicas conllevan a un riesgo más alto de presentar depresión en los pacientes. Y coincide con Chico A (66), quien evidencia que el tiempo de evolución de las enfermedades no se relaciona con el bienestar psicológico. Por otra parte todos estos aspectos guardan relación con lo descrito por Melzack R (67), quien considera que la experiencia de dolor crónico asociado a la incapacidad funcional son consideradas como algo subjetivo, una experiencia perceptual compleja que se asocia con estados emocionales y atribucionales por parte del paciente.

Los resultados obtenidos con las variables antes mencionadas permite considerar, que el bienestar psicológico de un individuo esta mediado por múltiples dimensiones, en donde la interacción social, y las relaciones familiares podrían contribuir favorablemente en los resultados. En este estudio los participantes contaban con una relación conyugal estable, aspecto que podría contribuir positivamente en que no exista relación significativa entre el tipo de herida y la antigüedad de las lesiones asociada con ansiedad y depresión.

Teniendo en cuenta las características sociodemográficas estudiadas en los participantes de este estudio, se evidenció que el predominio del sexo femenino coincide con los hallazgos de Meijer J (14), González R (3), Melguizo E (25), Osorio L (26, 68), quienes reportan que la mayoría de los participantes de su estudio fueron mujeres 63%, 66%, 62,8%, 83,9%, 82% respectivamente. Difere de Soldevilla J (2), quien detalla que el 58,9% de los pacientes con úlceras crónicas pertenecieron al género masculino.

De acuerdo con el estado civil, se encontró que los participantes de la presente investigación tenían una relación conyugal estable, aspecto que concuerda con lo descrito por González R (3), Jones J (22), y Melguizo E (25), las cuales informan que las personas que participaron en sus estudios en su gran mayoría eran casados. Teniendo en cuenta lo evidenciado por Ibáñez J (69), quien afirma que tener una familia, la comprensión, el afecto y el apoyo incondicional en los pacientes con úlceras venosas genera impacto positivo en la vida de ellos. En este estudio esta característica le permite al paciente contar con el apoyo familiar, lo que podría ser un factor favorable para la ausencia de sintomatología de

ansiedad y depresión. Y difiere de Osorio L (26, 68), quien asiente estado civil en su mayoría soltero, separado y/o viudos en un 32,2% y 52,8% respectivamente.

El bajo nivel de escolaridad (primaria) y estar dedicados a las actividades en el hogar, coinciden con los de Meijer J (14), Osorio L (26, 68), Vasconcelos (70), Gómez y col (71); contrario de lo descrito por Pereira R (72) el cual describe que la mayoría de la población de estudio eran analfabetas. Contar con nivel de escolaridad bajo es factor que podría estar asociado a desempeñar actividades laborales independientes o en el hogar, estas a su vez generan jornadas laborales extensas y ausencia de pausas activas, factor que influye en la presencia de úlceras venosa o complicaciones de las mismas de acuerdo con lo evidenciado en la literatura.

De acuerdo a la clasificación de las heridas los resultados del estudio señalaron, que en su mayoría los participantes presentaron úlceras vasculares venosas, siendo ésta la más prevalente. Esto coincide con Gómez A (73), y Tavizón O (74), que en sus estudios afirman que las UVV son las heridas más comunes y que más afectan la población, muy por encima de otro tipo de úlceras y de otras heridas crónicas. En el primer consenso latinoamericano de úlceras venosas (75) se consideró que las UVV representan el 70% de todas las úlceras, y enfatizó en que esta cifra es mayor a otras patologías serias en las que se destacó el pie diabético, el cual, en este estudio, fue la segunda herida crónica que más prevalencia tuvo, donde 13 personas presentaron este tipo de herida. Lo antes descrito requiere que los profesionales de la salud y en especial enfermería, desarrollen estrategias de intervención encaminadas a la prevención y el cuidado adecuado a estos pacientes a fin que a mediano y largo plazo se disminuya la prevalencia.

En el estudio se reporta que el 55,2% de los participantes no presentó depresión, y el 73,6% no presentó ansiedad. Lo que se relaciona con el estudio realizado en Noroeste de Inglaterra, donde Jones J (22), encontró que el 73% de sus participantes no presentaron síntomas depresivos y el 74% no presentó síntomas de ansiedad. De igual modo en el estudio realizado por Osorio M (26) se encontró igual similitud de porcentajes que en el presente estudio. Sin embargo, estos datos difieren con los expuestos por Meijer J (14), Kiecolt-Glaser J (76), OMS (21), Valadez L (17), quienes manifiestan que las úlceras en miembros inferiores pueden ser desencadenantes de angustia y ansiedad por las alteraciones en las actividades físicas de las personas que lo padecen.

La evidencia de encontrarse que los pacientes con úlceras venosas participantes en el estudio (31), en un 50% se encontraron ligeramente o moderadamente deprimido y el 32,3% (20) ligero o moderadamente ansioso, amerita desde los escenarios académicos y los entes territoriales e intersectoriales de salud se sigan adelantando investigaciones que permitan ampliar el fenómeno en estudio y la correlación entre diferentes factores que podrían propiciar estos resultados.

Igualmente, los trastornos depresivos ocasionan elevadas cargas económicas (37), con repercusiones para la calidad de vida del paciente, la estructura familiar y social (39). Diseñar e implementar estrategias de prevención e intervención que reduzcan los tiempos de cicatrización, el dolor, recidivas e incapacidades permitiría mejorar la calidad de vida de los pacientes con heridas crónicas desde diferentes dimensiones (psicológica, social, física y espiritual).

8. CONCLUSIONES

Del presente estudio podemos concluir que los pacientes con heridas crónicas se caracterizaron en su mayoría de sexo femenino, con relación conyugal estable, dedicados a actividades del hogar o con trabajos independientes, con nivel de escolaridad y socioeconómico bajo. Las heridas en su mayoría clasificadas en úlceras vasculares de etiología venosas, seguidas de el pie diabético en menor proporción.

Con relación al nivel de ansiedad y depresión, se encontró dentro de los parámetros normales, con ligero estado de ansiedad en pocos participantes y una minoría ligeramente deprimido.

Igualmente se determinó que no hay una relación que determine que a mayor tiempo de tener una herida y el tener una úlcera venosa u otro tipo de lesión, se relacione con la presencia de ansiedad y depresión. Sin embargo, se destaca que la mitad de los participantes que presentaban UVV presentaron algún grado de depresión, fenómeno que puede ser relevante para futuros estudios.

9. RECOMENDACIONES

- Seguir ampliando los conocimientos con el fenómeno en estudio que permitan enriquecer los actuales y determinar las posibles variables relacionadas con el nivel de ansiedad y depresión de las personas con heridas crónicas.
- Realizar investigaciones en otras instituciones a fines desde la ciudad de Cartagena y a nivel regional y nacional.
- Teniendo en cuenta la alta incidencia de úlceras venosas en este estudio, liderar desde la disciplina intervenciones de primer nivel de atención.

BIBLIOGRAFÍA

1. Feldman S y Krueger G. Psoriasis assessment tolos in clinical trials. Ann RheumDis. 2005. 64 (2) 65:68
2. Soldevilla J, Torra J, Verdú J, Rueda J, Martínez F, Roche E. Epidemiology of Chronic Wounds in Spain: Results of the First National Studies on Pressure and Leg Ulcer Prevalence. Wounds Research. 2006 Agosto; 18(8): p. 213-26.
3. González R, Verdú J. Calidad de Vida Relacionada con Heridas Crónicas. Gerokomos. 2010 Septiembre; 21(3): p. 131-139.
4. Christian Salem Z, Juan Antonio Pérez P, Enrique Henning L, Fernando Uherek P, Carlos Schultz O, Internos Jean Michel Butte B, et al. Heridas. Conceptos generales. Instituto de Cirugía, Facultad de Medicina, Universidad Austral de Chile. Servicio de Cirugía, Hospital Clínico Regional de Valdivia. Cuad. Cir. 2000; 14: p. 90-99.
5. Martínez JR.; Leyva F. La piel. Cicatrización cutánea. (Disponible en [www.secpre.org/ documentos%20 manual%202b.html](http://www.secpre.org/documentos%20manual%202b.html). Fecha de acceso: 01-03-2015)
6. Gómez MJ. Úlceras Cutáneas.(Disponible en: <http://www.ulceras.net/publicaciones/ulceras.pdf>. Fecha de acceso: 01-03-2015).
7. Troxler M, Vowden K, Vowden P. Integrating adjunctive therapy into practice: the importance of recognising ‘hard-to-heal’ wounds. (Disponible en: <http://www.worldwidewounds.com/2006/december/Troxler/Integrating-Adjunctive-Therapy-Into-Practice.html>. Fecha de acceso: 08-07-2016).
8. Franks PJ, Bosanquet N, Connolly M. Venous ulcer healing: effect of socioeconomic factors in London. J Epidemiol Community Health 1995; 49(4): 385-88
9. Margolis DJ, Berlin JA, Strom BL. Risk factors associated with the failure of a venous leg ulcer to heal. Arch Dermatol 1999; 135(8): 920-26

10. Barón M, Benítez M, Caparrós A. .Quía para la prevención y manejo de las UPP y heridas crónicas. Ministerio de Sanidad, Servicios sociales e igualdad. 2015.
11. Van Korlaar I, Vossen C, Rosendahl F, Cameron L, Bovill E, Kaptein A. Quality of life in venous disease. *Thromb Haemost.* 2003 Julio; 90(1): p. 27-35
12. Hopkins A. Disrupted Lives: Investigating Coping Strategies for Non-Healing leg Ulcers. *Br J Nurs.* 2004; 13(9): p. 556-63.
13. European Wound Management Association. Heridas de difícil cicatrización: un enfoque integral.
(Disponible en:
http://www.woundsinternational.com/media/issues/433/files/content_9886.pdf. Fecha de acceso: 05-03-2015).
14. Meijer J, Trip J, Jaegers S, Links T, Smits A, Groothoff J, et al. Quality of life in patients with diabetic foot ulcers. *Disability and Rehabilitation.* 2001 may; 23(8): p. 336-340.
15. Yang E, Bane C, MacCallum R. Stress-related modulation of matrix metalloproteinase expression. *J Neuroimmunol.* 2002; 133(1-2): p. 144-50
16. Organizacion Mundial de la Salud. Centro de prensa. La depresión. (Disponible en: <http://www.who.int/mediacentre/factsheets/fs369/es/>. Fecha de acceso: 05-03-2015)
17. Valadez L, Galindo O, Álvarez M, González C, Robles R, Alvarado S. Ansiedad y depresión en pacientes con cáncer testicular en tratamiento y seguimiento; una revisión. *Gaceta Mexicana de Oncología.* 2011 Junio; 10(3).
18. Clarke D, Minas I, Stuart G. The Prevalence of Psychiatric Morbidity in General Hospital Inpatients. *Aust N Z J Psychiatry.* 1991 Sep; 25(3): p. 322-9
19. Silverstone P. Prevalence of Psychiatric Disorders in Medical Inpatients. *The Journal of Nervous and Mental Disease.* 1996 Jun; 184(1): p. 43-51

20. Hansen M, Fink P, Frydenberg M, Oxhoj M, Sondergaard L, Munk-Jorgense P. Mental Disorders Among Internal Medical Inpatients Prevalence, Detection and Treatment Status. *Journal of Psychosomatic Research*. 2001 Abril; 50(4): p. 199-204
21. Organización Mundial de la Salud. Prevención de los Trastornos Mentales. Intervenciones Efectivas y Opciones de Políticas. Informe Compendiado. (Diapponible en: http://www.who.int/mental_health/evidence/Prevention_of_mental_disorders_spanish_version.pdf. Fecha de acceso: 06-04-2016)
22. Jones J, Barr W, Robinson J, Carlisle C. Depression in Patients With Chronic Venous Ulceration. *BR J Nurs*. 2006; 15(11): p. 17-23.
23. Allué Gracia; Ballabriga Escuer; Clerencia Sierra; Gállego Domenque; García Espot; Moya Porté. Heridas crónicas un abordaje integral. Colegio oficial de enfermería de Huesca. 2012
24. White Richard; Blanco Alejandro. Efectividad de la tecnología Safetac en la disminución del dolor asociado a las heridas: un factor significativo en la demora de la cicatrización y en el incremento en los costes. *En Gerokomos* 20; (3). 2009
25. Melguizo E, Osorio M, Diaz A. Calidad de Vida de Personas con Heridas Complejas en Cartagena, Colombia. *Rev. Salud Publica*. 2011; 13(6): p. 942-592.
26. Osorio M; Carballo K; Morales K; Paternina B; Pitalúa E. Ansiedad y depresión en adultos con heridas crónicas Cartagena 2015. Trabajo de grado (enfermera(o)). Universidad de Cartagena. Facultad de Enfermería.
27. Satolovsky A Ricardo. Úlceras venosas: Criterios diagnósticos y terapéuticos. *Revista de Flebología y linfología*. 7 No. 18 2012.
28. Jarne A; Talar A; Armayones M; Horta E; Requena E. *Psicopatología*. Editorial UOC. 2006.
29. Bulbena V, Casquero R, de Santiago H, del Cura G, Díaz DC, Garcia L, Gracia SR, Pereira F, Pozo P, Suarez B, Tello B, Torralba C. Guía de Práctica Clínica para el Manejo de Pacientes con Trastornos de Ansiedad en Atención Primaria. Ministerio de sanidad y consumo. Madrid España. 2008.

30. Asociación Americana de Psiquiatría. Guía de consulta de los Criterios Diagnósticos del DSM-V Arlington, VA: American Psychiatric publishing; 2013.
31. Marks, I. (1986). Tratamiento de neurosis. Barcelona: Martínez Roca) (Sandín, B. & Chorot, P. (1995). Concepto y categorización de los trastornos de ansiedad. In A. B. Belloch, B. Sandín & F. Ramos (Eds.), Manual de psicopatología (Vol. 2 pp.53-80). Madrid: McGraw-Hill) (Vila, J. (1984). Técnicas de reducción de ansiedad. In J. Mayor & F. J. Labrador (Eds.), Manual de Modificación de conducta (pp. 229- 264). Madrid: Alhambra.
32. Baeza JC; Balaguer G; Belchi, I; Coronas, M. Guillamon, N. Higiene y prevención de la ansiedad. Edición Díaz de Santos España 2008; 88: 62-150.
33. Patilla C. Ansiedad, depresión y situaciones generadoras de estrés en pacientes diabéticos tipo 2 con adherencia y sin adherencia al tratamiento. Lima, Perú, 2011. Trabajo de grado (Psicóloga(o)) Universidad Nacional Mayor de San Marcos. Facultad de Psicología.
34. Zung, ww. (1965). A self-rating depression scale. Archives of general Psychiatry 12: 63-70
35. Retamal, P. (1999). Depresión. Santiago de Chile: Universitaria (2ª Edc)
36. De la Garza, F. Depresión, Angustia Bipolaridad. Guía para pacientes y familiares. México: Trillas. 2006.
37. David E. Psiquiatría Clínica Editorial McGraw-hill Interamericana. 2002
38. Organización mundial de la salud. Temas de salud. Disponible en: (<http://www.who.int/topics/depression/es/>. Fecha de acceso: 31-07-2016)
39. Ministerio de Sanidad. Servicios Sociales e Igualdad. Agencia de Evaluación de Tecnologías Sanitarias de Galicia. Guía de Práctica Clínica sobre el Manejo de la Depresión en el Adulto España: Tórculo Comunicación Gráfica; 2014.
40. Asociación Americana de Psiquiatría. Guía de consulta de los Criterios Diagnósticos del DSM-V Arlington, VA: American Psychiatric publishing; 2013

41. Instituto Nacional de Salud Mental. Departamento de Salud y Servicios humanos de los Estados Unidos. Depresión. 2009.
(Disponible:
http://www.nimh.nih.gov/health/publications/espanol/depresion/depresion_38791.pdf.
Fecha de acceso: 01-08-2016).
42. Brannon L; Feist I. Health psychology: an introduction to behavior and health. Cuarta edición. 2000.
43. Bogaert H. La depresión: etiología y tratamiento. Ciencia y Sociedad. 2012 abril-junio; 37(2): p. 183-197.
44. Eynard Aldo R., Valentich Mirta A., Rovasio Roberto A. Histología y embriología del ser humano: Bases celulares y moleculares. Editorial médica Panamericana. 2008.
45. Lorenzo Hernández, María Piedad; Hernández Cano, Rosa María y Soria Suárez, María Isabel. Heridas crónicas atendidas en un servicio de urgencias. Scielo [en línea] julio 2014 [fecha de acceso: 31-07-2016]; URL disponible en: http://scielo.isciii.es/scielo.php?script=sci_arttext&pid=S1695-61412014003300002
46. Caicedo R, Castañeda C, Cossio F, Delgado A, Fernández B, Gómez M, et al. Prevención y Cuidados Locales de Heridas Crónicas. España: Servicio Cántabro de Salud 2011.
47. Registered Nurses Association of Ontario. Assessment and Management of Venous Leg Ulcers [en línea]. Ontario: RNAO; [Fecha de acceso: 11-12-2015]. Disponible en: http://healthsci.queensu.ca/assets/NSG_Simlab/Old_Assets/4017_rnao_venous_leg.final_4.pdf
48. Benjamí F. Abordaje en las heridas de difícil cicatrización. Universitat De Lleida. 2012-2013
49. Caicedo R, Castañeda C, Cossio F, Delgado A, Fernández B, Gómez M, et al. Manual de Prevención de Cuidados Locales de Heridas Crónicas: Servicio Cántabro de Salud; 2011.

50. Jiménez C. Terapia de presión negativa: una nueva modalidad terapéutica en el manejo de heridas complejas. Rev colomb. [en línea] 2007 (Fecha de acceso 02-08-2016); 22(4): 229-224.
Disponible en:
<http://www.scielo.org.co/scielo.php?pid=S201175822007000400004&script=sciarttext&tln g=es>.
51. Marín P., Lim J. Escaras o Ulceras por presión. Manual Geriatria y Gerontología. 2000. Univeridad Católica de Chile. Facultad de Medicina.
52. Rondón A, Chirinos M, Sarabia M. manejo practico de las ulceras de miembros inferiores. (<http://antoniorondonlugo.com/blog/wp-content/uploads/2010/03/ulceras.pdf>. Fecha de acceso: 01-08-2016
53. Marinello Roura J. Úlceras de la extremidad inferior. Barcelona: Ed. Glosa; 2005.
54. Marinello Loura J. Úlceras de la Extremidad Inferior. Barcelona: Editorial Glosa; 2011.
55. CONUEI. Conferencia nacional de consenso sobre úlceras de la extremidad inferior. [en línea] 2009 [Fecha de acceso 26-03-2015]; 9:119 Disponible en: <http://www.aeev.net/guias/CONUEI2009.pdf>.
56. Álvarez RF. Factores asociados a la Cicatrización de Úlceras Venosas de Miembros Inferiores y Calidad de Vida en Adultos. Universidad de Antioquia. Medellín 2014-2015.
57. Del Castillo R, Fernández J, Del Castillo F. Guía de práctica clínica en el pie diabético (<http://www.archivosdemedicina.com/medicina-de-familia/gua-de-prctica-clnica-en-el-pie-diabtico.pdf>. Fecha de acceso: 30-07-2016
58. American Diabetes Association. Consensus development conference on diabetic foot wound care. Diabetes Care 1999; 22 (8): 1354-60.
59. Feldman S y Krueger G. Psoriasis assessment tolos in clinical trials. Ann RheumDis. 2005. 64 (2) 65:68

60. De la Ossa S, Martínez Y, Herazo E, Campo A. Estudio de la consistencia interna y estructura factorial de tres versiones de la escala de Zung para ansiedad. *Colombia Médica*. 2009; 40(1).
61. Luis C. Orozco V., Carlos A. Conde C., Marta I. Dallos A., Ana M. Baez., Laura I. Rodríguez S., Nohra A. Torres Y. Ansiedad dimensional: Un análisis desde la teoría clásica del formulario autodilucidado de Zung. *Revista de la Universidad Industrial de Santander. Salud*. Aug 2011 43(2):159-166
62. Cogollo Z, Díaz C, Campo A. Exploración de la validez de constructo de la escala de Zung para depresión en adolescentes escolarizados. *Colombia Médica*. 2006; 37(2).
63. República de Colombia. Ministerio de Salud. Resolución No. 008430 de 1993. Por la cual se establecen normas científicas, técnicas y administrativas para la investigación en salud. Bogotá. El Ministerio. [en línea].; 1993 [Fecha de acceso: 19-05-2015]. Disponible en: http://www.unisabana.edu.co/fileadmin/Documentos/Investigacion/comite_de_etica/Res_8430_1993_-_Salud.pdf .
64. World Medical Association. Declaración de Helsinki de la Asociación Médica Mundial. Principios éticos para las investigaciones médicas en seres humanos. [en línea]; 2008 [Fecha de acceso: 14-05-2015]. Disponible en: http://www.wma.net/es/30publications/10policies/b3/17c_es.pdf.
65. República de Colombia. Congreso de Colombia. Ley 911 de 2004. Por la cual se dictan disposiciones en materia de responsabilidad deontológica para el ejercicio de la profesión de Enfermería en Colombia. [Internet]; 2004 [citado 16 Mayo 2014]. Disponible en: http://unisystem.edu.co/wp-content/uploads/2014/10/ley_911_de_2004.pdf
66. Chico A, Caballar L, Del toro M, Garcia C, Pernas A. Factores que influyen en el bienestar psicológico de pacientes con artirtritis reumatoide. *Rev. Cubana med*. 2012. 51 (1)
67. Melzack R. Pain measurement and assessment. Nueva York: Raven Press; 1983. p. 33-7.
68. Osorio L, Suarez K, Peña J. Factores de riesgo y características clínicas en pacientes con úlceras vasculares en miembros inferiores-Cartagena. Repositorio. Universidad de Cartagena. 2015.

69. Ibañez J, Miranda O. Calidad de vida de los pacientes portadores de úlceras venosas que asisten al consultorio urbano “Dr Manuel Ferreira G” de la ciudad de Ancud. Modulo I: Tendencias en salud pública. Disponible: http://medicina.uach.cl/saludpublica/diplomado/contenido/trabajos/1/Puerto%20Montt%202003/Calidad_de_vida_pacientes_portadores_de_ulceras.pdf
70. Vasconcelos G, Fernández I, et al. Caracterización de las personas con úlcera venosa en Brasil y Portugal: estudio comparativo. *Enfermería Global*. 2013 Octubre; N°32
71. Gómez da Nóbrega W; Martins Melo G; Fernández Costa Isabelle K; Vieira Dantas D; Araujo Becerra E; Torres Gilson de Vasconcelos; Parreira Méndez F. Cambios en la calidad de vida de pacientes con úlceras venosas atendidos en un ambulatorio de un hospital universitario. *Rev enferm UFPE on line*. 2011; 5(2):220-27
72. Pereira R, Almeida A, et al. Perfil sociodemográfico, saúde e clínico de pessoas com úlceras venosas atendidos em um Hospital Universitário. *Rev. enferm UFPE on line*. 2012 Jan; 6(1):62-8
73. Gómez A. Úlceras vasculares. *Farmacia profesional* 2008; 22: 33-38.
74. Tavizón O, Romero L. algunos aspectos clínicos-patológicos de la úlcera de pierna. *Rev Mex* 2009; 53: 80-91
75. Nettel F,1 Rodríguez N, Nigro J, González M, Conde A, Muñoa A, et al. Primer consenso latinoamericano de úlceras venosas. (Disponible en: <http://www.sflb.com.ar/revista/2013-08-21-02.pdf>. Fecha de acceso: 03-02-2016).
76. Kiecolt-Glaser J, Loving T, Stowell J, Malarkey W, Lemeshow S, Dickinson S, et al. Hostile Marital Interactions, Proinflammatory Cytokine Production, And Wound Healing. *Arch Gen Psychiatry*. 2005 62; 12: p. 1377-84.

ANEXOS

ANEXO 1 - CONSENTIMIENTO INFORMADO



Universidad de Cartagena
Facultad de enfermería
2016

CONSENTIMIENTO INFORMADO

PERSONA PARTICIPANTE DEL ESTUDIO

Yo _____ con C.C N° _____ de _____, doy autorización para que la información que proporciono sea utilizada con fines investigativos en el estudio: “Ansiedad y Depresión Asociado a tipo y antigüedad de las lesiones en Adultos con Heridas Crónicas, Cartagena 2016”; el cual es desarrollado por los estudiantes, Kevin Palencia Cotta, María Angélica Pérez Retamoza y Elvia Rosa Torres Ortega. Bajo la tutoría de Marta Osorio Lambis, docente de la Facultad de Enfermería de la Universidad de Cartagena.

Entiendo que fui seleccionado para participar en este estudio porque soy una persona que tiene una herida crónica y deseo participar. Se me ha explicado que mi nombre no aparecerá escrito y de ser necesario usaré un apodo que yo seleccione, durante la(s) entrevista(s) podrá estar presente un miembro de mi familia, si así lo deseo y se mantendrá respeto en el manejo de la información y por mi vida privada. Tendré el derecho a no continuar en el estudio, si así lo decido, sin que se vea afectada mi familia, mi integridad física, social o la prestación de los diferentes servicios de salud que recibo.

Acepto participar sin recibir apoyo económico o de otra naturaleza, reconozco que mis aportes van a servir para brindar un mejor cuidado a otras personas que tengan úlceras heridas crónicas y que los resultados del estudio me serán proporcionados si los solicito a los investigadores responsables del proyecto, al teléfono: 6520944. Dejo constancia que recibo los datos para ubicarlos y resolver cualquier duda.

Fecha _____

Firma del participante ----- o huella -----

Firma del investigador responsable-----

ANEXO 2 - CUESTIONARIO CARACTERÍSTICAS SOCIO-DEMOGRÁFICAS

CUESTIONARIO CARACTERÍSTICAS SOCIO-DEMOGRÁFICAS

Número de Identificación _____

Edad: ____ años

Sexo: masculino () 1 femenino () 2

Estado civil:

Casado () 1 Soltero () 2 Unido () 3 Divorciado () 4 Viudo () 5

Escolaridad:

Sin escolaridad () 1 Primaria () 2 Secundaria () 3 Técnico () 4 Profesional () 5

Ocupación:

Hogar () 1 Obrero () 2 Técnico () 3 Trabajo independiente () 4 No trabaja () 5

Pensionado () 6

Estrato ubicación vivienda:

Estrato 1 () 1 Estrato 2 () 2 Estrato 3 () 3 Estrato 4 () 4 Estrato 5 () 5 Estrato 6 () 6

Tipo de Herida Crónica: Úlceras vasculares venosas () 1 Úlceras arteriales () 2 Pie Diabético () 3 Úlceras por presión () 4 Úlceras neoplásicas () 5 otra () cual _____

Tiempo de evolución:

Menos de seis meses () 1 De 6 a 12 meses () 2 de 13 meses a 18 Meses () 3 De 19 a 24 meses () 4 de 24 a 36 Meses () 5. 36 a 48 meses () 6

ANEXO 3 - ESCALA DEPRESIÓN

| Ítems (Preguntas) | Nunca | A veces | Muchas Veces | Siempre |
|--|-------|---------|--------------|---------|
| 1. ¿Se ha sentido triste y decaído? | | | | |
| 2. Por la mañana es cuando me siento mejor | | | | |
| 3. Ha tenido ganas de llorar o ha llorado | | | | |
| 4. ¿Tengo problemas para dormir de noche? | | | | |
| 5. ¿Cómo la misma cantidad que siempre? | | | | |
| 6. ¿Aun disfruto el sexo? | | | | |
| 7. He notado que estoy perdiendo peso | | | | |
| 8. ¿Tengo problemas de estreñimiento? | | | | |
| 9. Ha tenido palpitaciones? (taquicardia) | | | | |
| 10. ¿Se ha sentido cansado sin razón aparente? | | | | |
| 11. ¿Ha sentido su mente tan despejada como siempre? | | | | |
| 12. ¿Le han sido fácil hacer las cosas como antes? | | | | |
| 13. ¿Se ha sentido inquieto, intranquilo? | | | | |
| 14. ¿Tengo esperanza en el futuro? | | | | |
| 15. Se ha sentido más irritable que de costumbre | | | | |
| 16. ¿Me es más fácil tomar decisiones? | | | | |
| 17. Siento que soy útil y que me necesitan | | | | |

| | | | | |
|---|--|--|--|--|
| 18. ¿Mi vida es plena? | | | | |
| 19. Siento que los demás estarían mejor si yo muriera | | | | |
| 20. ¿Todavía disfruto de mis actividades cotidianas? | | | | |

ANEXO 4 - ESCALA ANSIEDAD

| Ítems (preguntas) | Nunca | A veces | Muchas veces | Siempre |
|--|--------------|----------------|---------------------|----------------|
| 1. Se ha sentido últimamente más nervioso y ansioso | | | | |
| 2. Se ha sentido temeroso sin razón | | | | |
| 3. Se ha irritado fácilmente o ha sentido pánico | | | | |
| 4. Ha sentido que se está derrumbando | | | | |
| 5. Ha sentido que nada malo va a pasar/ que todo va bien | | | | |
| 6. Se ha sentido tembloroso | | | | |
| 7. Le ha dolido el cuello, la espalda o la cabeza | | | | |
| 8. Se ha sentido débil y se cansa fácilmente | | | | |
| 9. Se ha sentido calmado y puede mantenerse quieto | | | | |
| 10. Ha sentido palpitaciones, taquicardia, últimamente | | | | |
| 11. Se ha sentido últimamente mareado | | | | |
| 12. Se ha desmayado o sentido síntomas de | | | | |

| | | | | |
|---|--|--|--|--|
| desmayo | | | | |
| 13. Ha podido respirar con facilidad | | | | |
| 14. Ha sentido hormigueo/falta de sensibilidad en los dedos | | | | |
| 15. Ha sentido náuseas y malestar en el estomago | | | | |
| 16. Ha orinado con mayor frecuencia de lo normal | | | | |
| 17. Ha sentido sus manos secas y calientes | | | | |
| 18. Se ha ruborizado con frecuencia | | | | |
| 19. Ha dormido bien y descansado toda la noche | | | | |
| 20. Ha tenido pesadillas | | | | |

TABLAS No. 1. Características sociodemográfica en adultos con heridas crónicas en una Institución de Salud Cartagena SIME SAS - 2016

| SEXO | FRECUENCIA | PORCENTAJE % |
|--------------------------|-------------------|---------------------|
| Femenino | 73 | 83,9 |
| Masculino | 14 | 16,1 |
| ESTADO CIVIL | | |
| Casados | 24 | 27,6 |
| Divorciados | 4 | 4,6 |
| Solteros | 22 | 25,3 |
| Unión libre | 9 | 10,3 |
| Viudo/a | 28 | 32,2 |
| ESCOLARIDAD | | |
| Primaria | 32 | 36,8 |
| Profesional | 10 | 11,5 |
| Secundaria | 27 | 31,0 |
| Sin estudio | 8 | 9,2 |
| Técnico | 10 | 11,5 |
| OCUPACIÓN. | | |
| Hogar | 55 | 63,2 |
| Independiente esporádico | 2 | 2,3 |
| Obrero | 2 | 2,3 |
| Pensionado | 8 | 9,2 |
| Técnico | 3 | 3,4 |
| Trabajador independiente | 17 | 19,5 |
| ESTRATO. | | |
| 1 | 27 | 31,0 |
| 2 | 37 | 42,5 |
| 3 | 16 | 18,4 |
| 4 | 6 | 6,9 |
| 6 | 1 | 1,1 |

Fuente: Datos del estudio.

TABLAS No. 2. Tipo de heridas en adultos con heridas crónicas en una Institución de Salud Cartagena SIME SAS – 2016

| TIPO DE HERIDA | FRECUENCIA | PORCENTAJE % |
|----------------------------|-------------------|---------------------|
| Úlceras vasculares venosas | 62 | 71,3 |
| Pie Diabético | 13 | 14,9 |
| otra | 12 | 13,8 |
| Total | 87 | 100,0 |

Fuente: Datos del estudio.

TABLAS No. 3. Antigüedad de las lesiones en adultos con heridas crónicas en una Institución de Salud Cartagena SIME SAS – 2016

| ANTIGÜEDAD DE LAS LESIONES | FRECUENCIA | PORCENTAJE % |
|-----------------------------------|-------------------|---------------------|
| De 6 a 12 meses | 19 | 21,8 |
| 13 a 18 meses | 15 | 17,2 |
| 19 a 24 meses | 6 | 6,9 |
| 24 a 36 meses | 18 | 20,7 |
| 37 a 48 meses | 9 | 10,3 |
| Más de 48 meses | 20 | 23,0 |
| Total | 87 | 100,0 |

Fuente: Datos del estudio.

TABLAS No. 4. Depresión en adultos con heridas crónicas en una Institución de Salud Cartagena SIME SAS – 2016

| DEPRESIÓN | FRECUENCIA | PORCENTAJE % |
|-------------------------|-------------------|---------------------|
| Normal | 48 | 55,2 |
| Ligeramente deprimido | 35 | 40,2 |
| Moderadamente deprimido | 4 | 4,6 |
| Total | 87 | 100,0 |

Fuente: Datos del estudio.

TABLAS No. 5. Ansiedad en adultos con heridas crónicas en una Institución de Salud Cartagena SIME SAS – 2016

| ANSIEDAD | FRECUENCIA | PORCENTAJE % |
|-------------------------|-------------------|---------------------|
| Normal | 64 | 73,6 |
| Ligeramente deprimido | 21 | 24,1 |
| Moderadamente deprimido | 2 | 2,3 |
| Total | 87 | 100,0 |

Fuente: Datos del estudio.

TABLAS No. 6. Relación entre el tipo de herida y depresión en adultos con heridas crónicas en una Institución de Salud Cartagena SIME SAS – 2016

| TIPO DE HERIDA | LIGERA O MODERADAMENTE DEPRIMIDO | % | NORMAL | % | OR I.C. 95% | P VALOR |
|--|---|----------|---------------|----------|--------------------|----------------|
| Pacientes que presentaron Ulceras Vasculares | 31 | 50,0 | 31 | 50,0 | 0,4 (0,1 – 1,2) | 0,127 |
| Pacientes que presentaron otras lesiones | 8 | 32,0 | 17 | 68,0 | | |

Fuente: Datos del estudio.

TABLAS No. 7. Relación entre el tipo de herida y ansiedad en adultos con heridas crónicas en una Institución de Salud Cartagena SIME SAS – 2016

| TIPO DE HERIDA | LIGERA O MODERADAMENTE ANSIOSO | % | NORMAL | % | OR I.C. 95% | P VALOR |
|--|---------------------------------------|----------|---------------|----------|--------------------|----------------|
| Pacientes que presentaron Ulceras Vasculares | 20 | 32,3 | 42 | 67,7 | 0,2 (0,07-1,07) | 0,053 |
| Pacientes que presentaron otras lesiones | 3 | 12,0 | 22 | 88,0 | | |

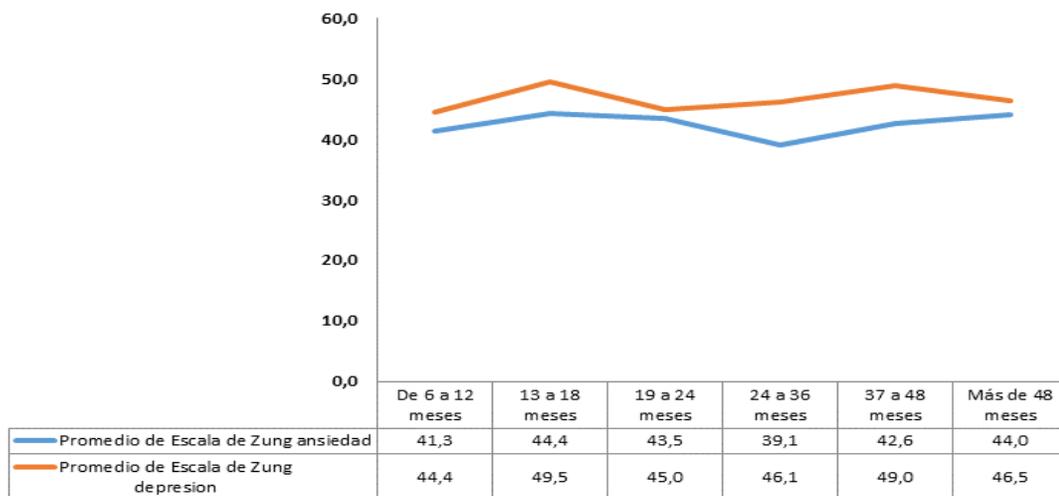
Fuente: Datos del estudio.

TABLAS No. 8. Relación entre la antigüedad de las lesiones con depresión y ansiedad en adultos con heridas crónicas en una Institución de Salud Cartagena SIME SAS – 2016

| ANTIGÜEDAD DE LAS LESIONES | PROMEDIO DE ESCALA DE ZUNG ANSIEDAD (DE) | PROB. KRUSKA LL WALLIS | PROMEDIO DE ESCALA DE ZUNG DEPRESIÓN (DE) | |
|----------------------------|--|------------------------|---|--------------|
| De 6 a 12 meses | 41,3 (9,4) | 0,558 | 44,4 (7,0) | 0,347 |
| 13 a 18 meses | 44,4 (11,4) | | 49,5 (8,3) | |
| 19 a 24 meses | 43,5 (10,1) | | 45,0 (10,9) | |
| 24 a 36 meses | 39,1 (10,3) | | 46,1 (8,6) | |
| 37 a 48 meses | 42,6 (9,6) | | 49,0 (8,0) | |
| Más de 48 meses | 44,0 (10,0) | | 46,5 (7,1) | |
| TOTAL | 42,3 (10,1) | | 46,6 (8,0) | |

Fuente: Datos del estudio.

GRAFICO No. 1. Relación entre la antigüedad de las lesiones con depresión y ansiedad en adultos con heridas crónicas en una Institución de Salud Cartagena SIME SAS – 2016



Fuente: Datos del estudio.