

**ANSIEDAD Y DEPRESION EN ADULTOS CON HERIDAS CRONICAS
CARTAGENA, 2015**

INVESTIGADOR PRINCIPAL

MARTHA OSORIO LAMBIS

COINVESTIGADORES

Kritzia Carballo Zabaleta

Kevis Morales Sayas

Brenda Paternina Osorio

Eduardo Pitalúa González

**UNIVERSIDAD DE CARTAGENA,
FACULTAD DE ENFERMERÍA
CARTAGENA DE INDIAS D.T y C
2016**

**ANSIEDAD Y DEPRESION EN ADULTOS CON HERIDAS CRONICAS
CARTAGENA, 2015**

INVESTIGADOR PRINCIPAL

MARTHA OSORIO LAMBIS

COINVESTIGADORES

Kritzia Carballo Zabaleta

Kevis Morales Sayas

Brenda Paternina Osorio

Eduardo Pitalúa González

Proyecto presentado como requisito para obtener Titulo de Enfermera

**UNIVERSIDAD DE CARTAGENA,
FACULTAD DE ENFERMERÍA
CARTAGENA DE INDIAS D.T y C
2016**

Título: ANSIEDAD Y DEPRESION EN ADULTOS CON HERIDAS CRONICAS CARTAGENA 2015		
Investigador principal: Martha Osorio Lambis.		
Co-investigadoras: Kritzia Carballo, Kevis Morales, Brenda Paternina, Eduardo Pitalúa		
Correo electrónico: heridascomplejas@hotmail.com, melii.pa.oso0803@gmail.com, kevisita1@hotmail.com, kritz_baby94@hotmail.com, eduardopita1992@gmail.com		
Teléfono: 3005754958, 3012894163, 3007039365, 3165186135, 3013533866.		
Dirección de correspondencia: Facultad de Enfermería-Campus de Zaragocilla-Universidad de Cartagena		
Total de Investigadores (numero): 5		
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

	Pág.
LISTA DE TABLAS	5
LISTA DE ANEXOS	6
RESUMEN	7
1. INTRODUCCIÓN	9
3. MARCO TEÓRICO	12
4. METODOLOGÍA	16
4. RESULTADOS	19
5. DISCUSIÓN	20
CONCLUSIONES	23
RECOMENDACIONES	24
BIBLIOGRAFÍA	25

LISTA DE TABLAS

Pág

Tabla 1	Distribución de Características sociodemográficas de los pacientes adultos con heridas crónicas. Cartagena 2016.	34
Tabla 2	Disponibilidad de recursos de los pacientes con heridas crónicas participantes del estudio, Cartagena 2016.	35
Tabla 3.	Disponibilidad de cuidadores de los pacientes con heridas crónicas participantes del estudio. Cartagena 2016.	35
Tabla 4	Costos de las curaciones de heridas crónicas de los pacientes con heridas crónicas participantes del estudio. Cartagena 2016.	35
Tabla 5.	Resultados de ansiedad en pacientes adultos con heridas crónicas. Cartagena 2016.	36
Tabla 6	Resultados de depresión en pacientes adultos con heridas crónicas. Cartagena 2016.	36

	Pág
LISTA DE ANEXOS	
Anexo 1. Consentimiento informado.	30
Anexo 2. Cuestionario características sociodemográficas.	31
Anexo 3. Escala de Depresión.	32
Anexo 4. Escala de Ansiedad.	33
Anexo 5. Lista de Tablas.	34

RESUMEN

Introducción:

Identificar el nivel de ansiedad y depresión en las personas adultas con heridas crónicas, permitiría el direccionamiento estratégico de los cuidados brindados por los profesionales de la salud y en especial de enfermería, los cuales contemplarían en forma integral el componente físico y emocional contribuyendo favorablemente en la calidad de vida de estas personas.

Objetivo:

Identificar el nivel de ansiedad y depresión de los adultos con heridas crónicas en una institución de salud en Cartagena 2015

Metodología:

Es un estudio de tipo descriptivo con abordaje cuantitativo, población constituida por las personas adultas con heridas crónicas que reciban cuidados en una Institución Prestadora de Servicios de Salud de la ciudad de Cartagena SIME S.A.S; La muestra conformada por 87 personas. Para la recolección de la información se utilizó una encuesta diseñada por los investigadores para caracterizar socio demográficamente a los participantes y la escala de Zung, para identificar el nivel de ansiedad y depresión. Escala ha sido validada en varios departamentos de Colombia reportando índices de fiabilidad con Cronbach entre 0,79 y 0,92. Los datos se tabularon en una matriz de Microsoft Excel 2012, para el análisis estadístico se estimaron medidas de tendencia central, estadísticos de dispersión y posición. Previo diligenciamiento del consentimiento informado.

Resultados Principales: Participaron 87 pacientes adultos, el 83,9% mujeres, 32,2% viudos, 42,5% de estrato 2, dedicados el 63,2% a actividades del hogar, escolaridad primaria el 35,6%, cuentan con cuidadores el 69%, no cuentan con disponibilidad de recursos para el cuidado de sus heridas el 71,3%, siendo los gastos asumidos por ellos y familiares en un 75,9%. Con nivel de ansiedad en un 73,3% normal y un nivel de depresión ausente en un 55,2%.

Conclusiones: El nivel de ansiedad y depresión en personas adultas con heridas crónicas, mujeres, viudas, dedicadas a actividades del hogar, estrato socioeconómico 2, con nivel de escolaridad primaria, se evidencio dentro de los parámetros normales, con un ligero estado de ansiedad y depresión en pocos participantes del estudio.

Palabras Claves

Ansiedad, Depresión, Adulto, Heridas (DeCS).

ABSTRAC

Introduction:

Identify the level of anxiety and depression in adults with chronic wounds, allow the strategic direction of care provided by health professionals, especially nurses, which contemplate comprehensively physical and emotional component contributing favorably quality of life of these people.

Objective:

Identify the level of anxiety and depression in adults with chronic wounds in a health institution in Cartagena 2015

Methodology:

It is a descriptive study with a quantitative approach population comprised adults with chronic wounds who receive care in an institution providing health services of the city of Cartagena SIME S.A.S; The sample consisted of 102 people. a survey designed by the researchers to characterize demographically partner participants and Zung scale, to identify the level of anxiety and depression was used for data collection. Scale has been validated in several departments of Colombia reporting reliability with Cronbach rates between 0,79 and 0,92. Data were tabulated in a matrix Microsoft Excel 2012, for statistical analysis measures of central, statistical dispersion tendency and estimated position. Prior diligenciamiento of informed consent.

Main results:

Involving 87 adult patients, 83.9% women, 32.2% widowed, 42.5% layer 2, 63.2% dedicated to household activities, primary schooling 35.6%, caregivers have 69 %, do not have resources available for the care of their wounds 71.3%, with the costs incurred by them and family 75.9%. Level of anxiety in 73.3% normal and absent a level of depression in 55.2%.

Conclusions:

The level of anxiety and depression in adults with chronic wounds, women, widows, I engaged in household activities, socioeconomic status 2 level of primary schooling was evident within normal parameters, with a slight state of anxiety and depression few study participants.

Keywords:

Anxiety, Depression, Adult, Wounds (MaSH).

1. INTRODUCCIÓN

Las heridas crónicas son un importante problema de salud por su impacto epidemiológico económico y social. Representan para los profesionales de la salud un desafío, por su etiología y por su curso, en tanto que ellas, por lo general, son consecuencia de otra comorbilidad y su evolución depende, en gran medida, del estilo de vida de las personas que las padecen (1,2).

Las personas con heridas crónicas pueden presentar cambios en su vida diaria, sufrimiento, dolor, limitaciones, dependencia, alteración de la autoestima, temor y aislamiento social. El olor les genera angustia, llevándolos cada vez más a vivir avergonzados y no tener participación en actividades sociales. Estos factores generan en ellos alteraciones no solo en el ámbito fisiológico sino el psicológico (3,4,5).

La literatura reporta que en países bajos las personas con úlceras en miembros inferiores presentan alteraciones en sus actividades físicas; con aumento en las incapacidades laborales y dependencia hacia un cuidador o familiar (6). Igualmente los niveles altos de ansiedad producen retraso de la cicatrización en comparación con los controles normales (7).

Jones J (8), describe que en el Noroeste de Inglaterra el 27% de las personas en su estudio presentaron síntomas depresivos, mientras que el 26% obtuvieron sintomatología de ansiedad, observando que presentaron mayor riesgo de padecer síntomas de ansiedad y depresión quien carecía de apoyo por parte de familiares y amigos.

La ansiedad es una respuesta emocional que se presenta en el sujeto ante situaciones que percibe o interpreta como amenazantes o peligrosas, se manifiesta en múltiples disfunciones y desajustes a nivel cognitivo, conductual y psicofisiológico (11).

Las enfermedades crónicas presentan un riesgo muy elevado de sufrir problemas de ansiedad y depresión como consecuencias del desgaste psicológico que implica padecerlas lo que puede complicar gravemente los resultados del tratamiento, empeorar la evolución de la enfermedad física y reducir su calidad de vida (10,12, 13).

En la Ciudad de Cartagena un estudio evidencio que las personas con heridas complejas perciben tener una mala calidad de vida relacionada con la salud, resaltando las bajas puntuaciones en las dimensiones del bienestar físico y psicológico (9).

En Cartagena los pacientes con heridas crónicas reciben cuidados especializados por enfermería con apósitos biotecnológicos avanzados en la Institución Prestadora de Servicios de Salud Extramural (SIME SAS). Institución con 10 años de experiencia, que presta servicios domiciliarios y ambulatorios a pacientes con todo tipo de heridas crónicas de los regímenes subsidiados, contributivos, especiales y particulares residentes en Cartagena y municipios aledaños. Los cuidados son brindados por personal profesional de enfermería con capacitación en el cuidado de heridas complejas con un enfoque holístico del paciente para lograr su reinserción social, familiar y laboral en el menor tiempo posible.

Hay que resaltar que los cuidados se dispensan con continuidad y acompañamiento por enfermería, procurando establecer unas relaciones de empatía, con el fin de favorecer una evolución favorable hasta la sanación total de la herida.

Identificar los niveles de ansiedad y depresión de las personas con heridas crónicas, permitiría brindar cuidados acordes a las necesidades de soporte psicológico, contribuyendo de esta manera en el proceso de cicatrización de las lesiones.

Es pertinente la valoración del nivel de ansiedad y depresión de las personas con heridas crónicas, teniendo en cuenta que este factor podría ser la causa de posibles alteraciones en el proceso de cicatrización de las heridas.

Los resultados obtenidos ampliarían los conocimientos en el fenómeno a investigar, y a partir de los resultados diseñar estrategias de prevención y atención que favorezcan la calidad de vida de estas personas y su núcleo familiar, fortaleciendo su autoestima y disminuyéndole el estrés prolongado que conduce a la aparición de estas patologías.

Para los profesionales de enfermería, contribuirían al enriquecimiento conceptual, y a liderar estrategias que aborden este fenómeno con el fin de prevenir síntomas depresivos en pacientes con heridas crónicas, a la vez que permitiría fortalecer los conocimientos e incentivar y despertar el espíritu investigativo.

Teniendo en cuenta todos estos aspectos el grupo investigador se plantea la siguiente pregunta:

¿Cuál es el nivel de ansiedad y depresión de las personas adultas con heridas crónicas atendidas en el programa de heridas complejas de una Institución Prestadora de Servicios de Salud Extramural de la ciudad de Cartagena, 2015?

2. OBJETIVOS

2.1. Objetivo general

Identificar el nivel de ansiedad y depresión de los adultos con las heridas crónicas en atendidos en una Institución Prestadora de Servicios de Salud Extramural de la ciudad de Cartagena, 2015.

2.2. Objetivos específicos

- Describir las características sociodemográficas de los pacientes adultos con heridas crónicas.
- Identificar el nivel de ansiedad de los pacientes adultos con heridas crónicas.
- Identificar el nivel de depresión de los pacientes adultos con heridas crónicas.

3. MARCO TEÓRICO

3.1. Depresión

La depresión es una alteración incluida dentro de los trastornos del estado de ánimo cuya principal manifestación es la alteración de este (14).

La depresión también se define como un grupo de trastornos afectivos que se caracteriza por un estado de ánimo deprimido, disminución del disfrute, apatía, pérdida del interés por el trabajo, sentimientos de minusvalía, insomnio, anorexia e ideas suicidas. Se estima que el 10% de las personas que tienen problemas físicos, tiene en realidad una depresión (15).

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. Uno de los principales factores de riesgo en la depresión es el suicidio (16).

El Manual Diagnóstico y Estadístico de los Trastornos Mentales (DSM-V) entre la clasificación de trastornos depresivos se encontró el trastorno de depresión mayor (TDM), estableciendo como sus síntomas 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 (17).

El sujeto deprimido se siente abatido por un sufrimiento, cambios de humor, añora la soledad porque toda presencia le resulta inoportuna y molesta, por la demanda de respuesta que ella implica y por la vergüenza que él siente por su estado de impotencia. El depresivo se queja de su falta de valor y de ser incapaz de realizar lo que hacen los otros, pero no se acusa como el melancólico. Entre los síntomas más comunes de la depresión encontramos la búsqueda de placer y de revestimiento del mundo y del otro, la apatía, la anhedonia y la impotencia (18).

Además de los ya mencionados también se encontró que los síntomas de la depresión, se clasifican de la siguiente manera:

- Alteraciones emocionales: tristeza patológica, angustia e irritabilidad.

- Alteraciones del pensamiento: comprende características como, fallas en la concentración y la memoria, desinterés, indecisión, desesperanza, ideación delirante e ideación suicida.
- Alteraciones somáticas: compuestas por insomnio-hipersomnio, anorexia, hiperfagia, disminución o aumento de peso, disminución del lívido, fatiga, algias.
- Alteraciones de los ritmos vitales: estar peor a ciertas horas del día, habitualmente en las mañanas, cambios menstruales, tendencia a la presentación estacional de los síntomas.
- Alteraciones de la conducta: llanto, agitación, identificación, aislamiento, mutismo (19).

Dentro de las causas de la depresión se encuentran factores tanto ambientales como disposicionales, por lo que según Lewinsohn (20) propone un modelo integrador de la depresión en el cual la depresión sería el resultado final de cambios iniciados por el ambiente en la conducta, el afecto y las cogniciones; tomando en cuenta que los factores situacionales son significativos como “desencadenantes” del proceso depresogénico y a los factores cognitivos como moderadores de los efectos del ambiente. Dicho de otro modo, podemos señalar que los acontecimientos vitales estresantes conducen a la depresión en la medida en que perturben las relaciones personales importantes o las actividades diarias del individuo, tomando en cuenta también sus vulnerabilidades o características predisponentes propias del individuo.

La ansiedad y la depresión suelen acompañarse, por eso, las intervenciones en salud mental suelen tener un efecto generalizado, de manera que aquello que es útil en la prevención de la ansiedad también tiene efectos en los problemas de depresión y viceversa (21).

3.2. Ansiedad

La ansiedad es un sentimiento desagradable de temor, que se percibe como una señal de alerta que advierte de un peligro amenazante, frecuentemente la amenaza es desconocida, lo que la distingue del miedo donde la amenaza es concreta y definida (22).

La ansiedad también es representada en distintos factores donde pueden incrementarse con un sentimiento de vergüenza, afecta a los procesos del pensamiento y del aprendizaje, tiende a producir confusión y distorsiones de la percepción, no sólo en cuanto al tiempo y al espacio, sino respecto a la gente y al sentido de los diferentes sucesos (22).

La ansiedad y preocupación excesiva, que se produce durante más días de los que ha estado ausente durante un mínimo de seis meses, en relación con diversos sucesos o actividades. Al individuo le es difícil controlar la preocupación (17).

Los síntomas según el DSM-V son: 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, problemas de sueño (dificultad para dormirse o para continuar durmiendo, o sueño inquieto e insatisfactorio) (17).

Cabe aclarar que la ansiedad por sí misma no se considera una enfermedad, ya que, partiendo de su función, ésta se encuentra contemplada en la amplia gama de respuestas emocionales que presenta cualquier persona. Cuando conserva cierta frecuencia, intensidad, recurrencia y duración tiene una utilidad y un fin. Los trastornos de ansiedad se contemplan como un grupo de trastornos dentro de la clasificación Internacional de Enfermedades mentales de la Organización Mundial de la salud se encuentran trastornos de ansiedad generalizada y agorafobia, crisis de pánico, fobia social, fobia específica, trastorno obsesivo compulsivo, trastorno de estrés postraumático (22).

Los síntomas de ansiedad también podrían clasificarse en diferentes grupos:

- **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 (19).
- **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 (19).
- **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. (19).
- **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. (19).

- **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. (19).

3.3. Heridas crónicas

Las heridas crónicas Constituyen un importante problema de salud, en virtud de su impacto epidemiológico, económico y social (2).

El proceso de cicatrización de las heridas crónicas se puede ver afectado por múltiples factores tanto generales como locales, que van a afectar al proceso de cicatrización como pueden ser la edad, fármacos, malnutrición, patologías asociadas, situación socio familiar, tratamiento inadecuado de la herida. Esta alteración lleva a la cronicidad de la lesión (23).

Dentro del grupo de heridas crónicas podemos mencionar, 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 (23,24).

Las heridas crónicas producen en las personas que las padecen cambios en la vida diaria, sufrimiento, dolor, limitaciones, dependencia, alteración de la autoestima, temor, angustia y aislamiento, entre otros; convirtiéndose así en un problema desde los ámbitos epidemiológicos, de salud y legal (25,26).

La persona adulta con alteraciones en la integridad de la piel, es el individuo, para quien tener una herida crónica representa un sin número de cambios en su vida tanto física, psicológica y social. Asumir estos cambios requiere de un proceso de adaptación (2).

4. METODOLOGÍA

4.1. Tipo de Estudio:

Estudio Descriptivo, con abordaje Cuantitativo.

4.2. Población Diana:

La población estuvo conformada por personas adultos con heridas crónicas residentes en la ciudad de Cartagena.

4.3. Población y muestra

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 SIME S.A.S (actualmente son 102 pacientes) durante los meses de julio, agosto y septiembre de 2015 (tiempo de recolección de la información). Se realizaron 87 encuestas debido a la disminución en la asistencia de los pacientes y a la detención del ofrecimiento de los servicios hacia entes públicos por parte de la entidad antes mencionada.

4.4. Criterios de Inclusión

El presente proyecto contemplo como 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.
- Con heridas crónicas ubicada en cualquier posición anatómica y en cualquier etapa de cicatrización.
- Pacientes que deseen participar en el estudio

4.5. Criterios de Exclusión:

- Persona con cualquier limitación mental que le impida proporcionar los datos requeridos en los instrumentos de recolección.
- Persona que se encuentre diagnosticada con algún trastorno mental, aunque se encuentre bajo tratamiento controlado.

4.6. Técnicas y procedimientos

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

Para asegurarse de la claridad y buen manejo de los instrumentos, los coinvestigadores recibieron capacitación sobre el correcto manejo de estos. Previo consentimiento informado por parte de la institución, 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 diseñada por los investigadores (anexo No 2), y la “Escala de Zung” la cual se divide en dos subtemas, depresión y ansiedad (anexo No. 3 y 4).

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

4.7. Instrumentos:

4.7.1. Encuesta Sociodemográfica

Este instrumento fue diseñado por los investigadores, consta de 10 que contemplan aspectos como edad, sexo, estado civil, escolaridad, ocupación estrato de la vivienda, disponibilidad de recursos económicos para el cuidado de la herida, si cuenta con cuidadores o no, afiliación a la seguridad social en salud, y costos de los cuidados a las heridas (**Anexo 2**)

4.7.2. Escala de Zung

Fue desarrollada por Zung en 1965, la cual se divide en dos subtemas depresión y ansiedad. Es una escala de cuantificación de síntomas de base empírica y derivada en cierto modo de la escala de depresión de Hamilton, ya que al igual que ella da mayor peso al componente somático-conductual del trastorno depresivo (27).

El rango de calificación es de 20-80.

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

Las preguntas de este instrumento 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”, Las puntuaciones van de uno a cuatro para cada pregunta, de manera que los puntajes globales están entre 20 y 80 (27). Este instrumento ha sido validado en varios estudios en Colombia (28,30) en Cartagena Cogollo Z et/al validaron la escala en adolescente y obtuvieron una consistencia interna alfa de Cronbach de 0.689 (29); por tratarse de poblaciones diferentes para este estudio se calculó la consistencia interna alfa Cronbach para depresión: 0,653.

La escala de Zung para ansiedad es un instrumento de autoevaluación que consta de veinte puntos que cuantifica síntomas ansiosos, 15 somáticos y 5 cognoscitivos, durante los últimos treinta días, hay diez 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)

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. (27) (**Anexo 3 y 4**).

La escala de Zung para ansiedad ha sido validada en Colombia con un adecuado desempeño psicométrico, Orozco L. en Bucaramanga informo una consistencia interna Alfa de 0,863. (30); Por ser poblaciones diferentes se calculó el Alfa de Cronbach del presente estudio para ansiedad que fue de: 0,777.

4.8. Análisis Estadístico:

Después de realizadas las encuestas se tabularon en una matriz en Microsoft Excel 2012 (33). Se estimaron frecuencias absolutas y relativas para las variables cualitativas y se elaboraron gráficos y figuras para facilitar la descripción de los datos obtenidos.

4.9. Consideraciones éticas

La presente investigación contemplo las siguientes consideraciones éticas:

La Resolución N° 008430 de octubre 4 de 1993 de la república de Colombia, donde se establecen las normas científicas, técnicas y administrativas para la investigación en salud, para todo ello se ejecutará el consentimiento informado, establecido en los artículos 6, 15 y 16.

También se consideraron los aspectos éticos contemplados en la declaración de Helsinki, y el código de ética de enfermería 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 (34,35,36).

4. RESULTADOS

Características sociodemográficas

El presente estudio estuvo conformado por un total de 87 pacientes adultos con heridas crónicas atendidos en la clínica SIME S.A.S. de la ciudad de Cartagena, en el cual se evidenció que el 65,7% eran mayores de 60 años, de género femenino el 83,9% (73) y el 16,1% (14) masculino. En cuanto al estado civil el 32,2% (28) eran viudos, seguido de la condición de casado el 27,6% (24) y el 5,7% (5) eran divorciados.

Con relación al estrato socioeconómico el 42,5% (37) pertenecían al estrato 2, el 31% (27) estrato 1. Dedicados el 63,2% (55) a actividades del hogar, seguido del 18,4% (19) quienes laboraban como trabajadores independientes.

Con respecto al nivel de escolaridad el 35,6% (31) pertenecían a un grado de primaria completa y el 9,2% (8) manifestaron no tener ningún grado de escolaridad.

Referente a la disponibilidad de recursos económicos para el cuidado de la herida el 71,3% (62) no cuentan con recursos y el 28,7% (25) sí. Igualmente los costos para las curaciones son asumidos en un 75,9% (66) por el paciente y familiares, seguido de un 24,1% (21) por su EPS.

En lo que respecta a contar con cuidadores el 69,0% (60) cuenta con ellos y el 31,0% (27) no. (Ver tabla 1, 2, 3,4).

Nivel de ansiedad

El nivel de ansiedad mediante la escala de Zung aplicada a los pacientes adultos con heridas crónicas del presente estudio presentaron un nivel de ansiedad dentro de los parámetros normales el 73,3% (64) pacientes Ver tabla (5).

Nivel de Depresión

Con relación al nivel de depresión utilizando la escala de Zung el 55,2% (48) se encontraron con ausencia de depresión Ver tabla (6).

5. DISCUSIÓN

Los niveles de ansiedad (73,3%) y depresión (55,2%) reportado en el estudio concuerda con lo descrito por Jones J (8), en estudio realizado en el Noroeste de Inglaterra en pacientes con úlceras venosas crónicas quien reporta que el 73% de los pacientes no presentaron síntomas depresivos y un 74% no se mostraron ansiosos. Difieren de lo reportado por González R (2) quien describe que las personas con heridas crónicas generan sufrimiento callado, con alteraciones en estado de ánimo y Meijer J (6), quien refiere que un factor desencadenante de la presencia de angustia y ansiedad en los pacientes es la alteración de sus actividades físicas diarias generadas por las úlceras vasculares en miembros inferiores (no reportan porcentajes).

Paralelamente Åhman S (37), en un estudio donde evalúa el dolor crónico causado en las lesiones y su impacto en el nivel de ansiedad y depresión en los pacientes, reporta que el estrés en un 48,1% era desencadenante de ansiedad y el dolor en un 45,2% de depresión. En este estudio no se valoró la percepción del dolor en los participantes, pero igualmente el consenso del grupo de trabajo de expertos en heridas (46), describe la ausencia de dolor en pacientes a quienes se les aplica biotecnología avanzada. Al mismo tiempo Melguizo E (9), describe que el 52,7% de los pacientes que recibieron cuidados con apósitos medicados en sus heridas no reportan dolor relacionado con la herida.

Igualmente no se encontraron estudios que evidencien directamente el nivel de ansiedad y depresión en personas con heridas crónicas para ampliar la discusión con los resultados obtenidos.

Estos aspectos podrían estar relacionado con lo reportado por el Consenso Internacional de Heridas (46), quienes describen que la utilización de apósitos biotecnológicos avanzados proporciona ausencia de dolor, control de infección y del exudado, favoreciendo la cicatrización y los pacientes participantes en el estudio reciben cuidados con estos apósitos avanzados. Por otra parte, los cuidados liderados por los profesionales de enfermería proporcionan un escenario donde esta disciplina se engrana en todo el proceso multidisciplinar que podría contribuir en el bienestar del paciente y por consiguiente disminuir la probabilidad de desarrollo de ansiedad y depresión.

Con relación a las características sociodemográficas de los participantes se evidenció el predominio del sexo femenino (83,9%), aspecto que concuerda con lo reportado por González R (2), Meijer J (6) y Melguizo E (9) quienes identificaron 66%, 63%, 62,8% respectivamente. Difiere de Soldevilla J (1), quien describe 58,9% de úlceras crónicas en hombres. Esta característica guarda relación con los datos suministrados

por el DANE en la proyección poblacional para el 2015 (38) donde se reporta en la pirámide poblacional mayor número de población femenina en Colombia.

Referente a la condición de ser mayor de 60 años es similar a lo descrito en la literatura por Vasconcelos G (39), quien relata una incidencia a partir de los 60 años y difiere de Nelzen O (40), Risjswijk V (41), Less T (42), Baker S (43), quienes describen predominio de personas menores de 59 años. Esta diferencia podría deberse al hecho de que este estudio dentro de los criterios de inclusión se contempló la condición de ser adulto.

El estado civil del presente estudio difiere con lo reportado por González R (2), Jones J (8) y Melguizo E (9), las cuales informan que las personas participantes en el estudio en su mayoría eran casadas, mientras que en los resultados de este estudio se evidenció predominio de la población viuda.

Con relación al nivel de escolaridad González R (2), Melguizo E (9) y Vasconcelos G (39) reportan nivel de escolaridad con predominio primaria completa e incompleta, coincidiendo con lo encontrado en el presente estudio y difiere de Pereira R (44) quien describe población sin nivel de escolaridad.

Gonzales R (2) describe que la mayoría de los participantes se dedicaban a actividades del hogar o ama de casa, lo cual se asemeja a lo encontrado en el presente estudio.

El estrato 2 predominó durante este estudio, lo cual concuerda con lo reportado por Melguizo E (9).

Todos estas características sociodemográficas descritas podrían guardar relación con la presencia de heridas crónicas y en especial en miembros inferiores en los participantes del estudio, ya que este rol lleva a un aumento en las horas de trabajo en el hogar y mantener posición en bipedestación. Por otro lado, Rosenbaum J (45), describe que las pacientes del género femenino asumen primordialmente la responsabilidad del cuidado en el hogar.

Melguizo E (9), reporta que los participantes de su estudio contaban con cuidadores en el hogar lo cual concuerda con el presente estudio. Este aspecto se constituye en una fortaleza para los adultos mayores con heridas crónicas, pues este tipo de lesiones generan en su mayoría limitaciones para las actividades de la vida diaria y requieren reposo para reducir el edema linfático en las extremidades y favorecer el proceso de cicatrización.

Al mismo tiempo Melguizo E (9), reporta que la mayoría de las personas participantes no contaban con recursos económicos para el cuidado de las lesiones, lo cual contrasta con lo encontrado en el presente estudio. Igualmente los pacientes manifestaron que los gastos para el cuidado de las heridas eran asumidos por ellos.

Esta diferencia podría deberse al hecho de que en el momento de recolección de la muestra, todos los pacientes entrevistados estaban asumiendo los costos de su atención por el impago de las Empresas Promotoras de salud (EPS) a la institución donde se realizó el estudio. Este aspecto podría generar complicaciones en las heridas de los pacientes por el incumplimiento en citas programadas para el cuidado por falta de recursos económicos en determinado momento.

CONCLUSIONES

En el presente estudio podemos concluir con relación a las características sociodemográficas de las personas adultas con heridas crónicas, constituidos en su mayoría por mujeres, estado civil viudo, estrato socioeconómico 2, dedicados a actividades del hogar, con nivel de escolaridad primaria, cuentan con cuidadores, sin disponibilidad de recursos económicos para el cuidado de su herida siendo los costos de la misma asumidos por el paciente y familiares.

Con relación al nivel de ansiedad se encuentran dentro de los parámetros normales, con un ligero estado de ansiedad en pocos participantes del estudio.

Con respecto al nivel de depresión, tienen un parámetro normal, con una minoría ligeramente deprimido.

RECOMENDACIONES

- Que para próximas investigaciones se tengan en cuenta poblaciones socio demográficamente diferente, debido a que la utilizada en esta investigación en su mayoría tienen las mismas condiciones.
- Continuar realizando investigaciones relacionadas con este fenómeno en estudio, en pacientes que no reciban cuidados con biotecnología avanzada para el cuidado de las heridas, que generen nuevos conocimientos desde la disciplina.
- Realizar estudios donde se establezca relación entre el nivel de ansiedad/ depresión y el tipo y características de las lesiones.

BIBLIOGRAFÍA

1. 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.
2. González R, Verdú J. Calidad de Vida Relacionada con Heridas Crónicas. *Gerokomos*. 2010 Septiembre; 21(3): p. 131-139.
3. 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.
4. Hopkins A. Disrupted Lives: Investigating Coping Strategies for Non-Healing leg Ulcers. *Br J Nurs*. 2004; 13(9): p. 556-63.
5. European Wound Management Association. Heridas de difícil cicatrización: un enfoque integral. [Internet]; 2008 [citado 14 Octubre 2014]. Disponible en: http://www.woundsinternational.com/media/issues/433/files/content_9886.pdf
6. 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.
7. 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.
8. Jones J, Barr W, Robinson J, Carlisle C. Depression in Patients With Chronic Venous Ulceration. *BR J Nurs*. 2006; 15(11): p. 17-23.
9. 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.
10. Organización Mundial de la Salud. Prevención de los Trastornos Mentales. Intervenciones Efectivas y Opciones de Políticas. Informe Compendiado. [Internet].; 2004 [citado 15 Octubre 2014]. Disponible en: http://www.who.int/mental_health/evidence/Prevention_of_mental_disorders_spanish_version.pdf
11. Virues R. Psicología Clínica y Psicoterapia. Estudio sobre Ansiedad. *Rev. Psicología Científica*. 2005 Mayo; 5(1): p. sp.

12. The Kings Fund and Center for Mental Health. Long-term Conditions and mental health. The cost of co-morbidities. The Kings Fund and Center for Mental Health. 2012 Febrero; 1(1): p. 1-32.
13. 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).
14. Organización Médica Colegial. Ministerio de Sanidad y Consumo. guía de Buena Práctica Clínica en Depresión y ansiedad. Madrid: International Marketing & Communications, S.A.; 2003.
15. Centro Nacional de Información de Medicamentos. Instituto de Investigaciones Farmacéuticas. Facultad de Farmacia. Universidad de Costa Rica.. Depresión: Fisiopatología y Tratamiento. Serie de Actualización Profesional. [Internet]; 2003 [citado 16 Octubre 2014]. Disponible en: <http://sibdi.ucr.ac.cr/boletinespdf/cimed7.pdf>
16. República Española. Ministerio de Sanidad, Servicios Sociales e Igualdad. Biblioteca de Guías de Prácticas Clínicas del Sistema Nacional de Salud. 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.
17. Asociación Americana de Psiquiatría. Guía de consulta de los Criterios Diagnósticos del DSM-V Arlington, VA: American Psychiatric publishing; 2013.
18. Bogaert H. La depresión: etiología y tratamiento. Ciencia y Sociedad. 2012 abril-junio; 37(2): p. 183-197.
19. 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 para optar el título Profesional de Psicóloga] Universidad Nacional Mayor de San Marcos. Facultad de Psicología.
20. Lewinsohn P, Gotlib I, Hautzinger M. Tratamiento Conductual de la Depresión Unipolar. In Caballo V. Manual para el tratamiento cognitivo-conductual de los trastornos psicológicos. Madrid: Siglo XXI de España Editores; 2002. p. 493-501.
21. Agüera L, Cervilla J, Martín M. Psiquiatría Geriátrica. 2nd ed. España: Elsevier-Masson; 2006.
22. Virgen R, Lara A, Morales G, Villaseñor S. Los Trastornos de Ansiedad. Revista Digital Universitaria. 2005 noviembre; 6(11): p. 2-11.
23. 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.

24. Hospital Universitario Ramón y Cajal. Dirección Enfermera. Salud Madrid. Protocolo de cuidados: Ulceras Vasculares. [Internet]; junio 2005 [citado 20 octubre 2014]. Disponible en: <http://www.madrid.org/cs/Satellite?blobcol=urldata&blobheader=application%2Fpdf&blobkey=id&blobtable=MungoBlobs&blobwhere=1202756185571&ssbinary=true>.
25. González R. Gerencia del cuidado: liderazgo de la enfermera en el cuidado de la persona con alteración de los tejidos. *av. Enferm*; 2007, enero-junio; 25(1): p. 122-129.
26. Armstrong D, Lavery L, Wrobel J, Vieleikyte L. Quality of life in healing diabetic wounds: Does the end justify the means. *The journal of Foot & Ankle Surgery*. 2008; 74(4): p. 278-282.
27. Zung A. A self-rating depression scale. *Arch Gen Psychiatry*. 1965; 12: p. 63-70.
28. 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).
29. 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).
30. 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 autodiligenciado de Zung. *Revista de la Universidad Industrial de Santander. Salud. Aug 2011 43(2):159-166*
31. Campo A, Diaz C, Cogollo Z. Factores asociados a síntomas depresivos con importancia clínica en estudiantes de Cartagena, Colombia: un análisis diferencial por sexo. *Rev. Colombiana de Psiquiatría*. 2006 abril-junio; 35(2): p. 167-183.
32. Gaviria A, Quiceno J, Vinaccia S, Martínez A, Otalvaro M. Estrategias de afrontamiento y Ansiedad-Depresión en pacientes Diagnosticados con VIH/SIDA. *Terapia psicológica*. 2009 julio; 27(1): p. 5-13.
33. Universidad de Antioquia. Aprende en Línea. Muestreo Aleatorio Simple. [Internet]; 2008 [citado 15 mayo 2014]. Disponible en: <http://aprendeonline.udea.edu.co/lms/moodle/mod/resource/view.php?id=55121>
34. World Medical Association. Declaración de Helsinki de la Asociación Médica Mundial. Principios éticos para las investigaciones médicas en seres humanos. [Internet]; 2008 [citado 15 mayo 2014]. Disponible en:

http://www.wma.net/es/30publications/10policies/b3/17c_es.pdf

35. 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. [Internet]; 1993 [citado 19 mayo 2014]. Disponible en: http://www.unisabana.edu.co/fileadmin/Documentos/Investigacion/comite_de_etica/Res_8430_1993_-_Salud.pdf
36. 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
37. Ahman S, Stalnacke B. Post-traumatic stress, depression, and anxiety in patients with injury-related chronic pain: A pilot study. *Neuropsychiatric Disease and Treatment*. 2008; 4(6): p. 1245–1249
38. Departamento Administrativo Nacional de Estadísticas, Colombia. Proyección 2015. Consultado el: 26 abril 2016. Disponible en: <https://geoportal.dane.gov.co/v2/?page=elementoMiDANE>
39. Vasconcelos G, Fernández I, da Silva R, Almeida A, Gomes A, Parreira F. Caracterización de las personas con úlcera venosa en Brasil y Portugal: estudio comparativo. *Enfermería Global*. 2013; octubre 12(32): p. 62-74.
40. Nelzen O., Bergqvist D. , Lindhagen A. The prevalence of chronic lower-limb ulceration has been underestimated: Results of a validated population questionnaire. 1996; Febrero 83(2).
41. Risjswijk V., I and the multi-center leg ulcer study group. Full-thickness leg ulcers: patient demographics and predictors of healing. 1993. Junio; 36(6).
42. Lees T., Lambert D. Prevalence of lower limb ulceration in an urban health district. 1992. Octubre; 79(10).
43. Baker Sr., Stacey Mc., Jopp-mckay Ag. Epidemiology of chronic venous ulcers. 1991. Julio; 78(7).
44. Pereira R, Almehira A. Perfil sociodemográfico, saúde e clínico pessoas com úlceras venosas atendidos em um hospital universitario. *Rev. Enf. UST online*. 2012 enero 6(1:62-68)
45. Rosenbaum JN. Comparison of two theorists on care: Orem and Lininger. *J Adv Nurs* 1986;11(4): p. 409-419

46. Consenso Internacional. Uso adecuado de los apósitos de plata en las heridas. Consenso del grupo de trabajo de expertos. London: Wounds International, 2012. [citado 2015 Nov 8] Disponible:
http://www.woundsinternational.com/media/issues/591/files/content_10498.pdf

ANEXOS

ANEXO 1 - CONSENTIMIENTO INFORMADO



**Universidad de Cartagena
Facultad de enfermería
2015**

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 de Adultos con Heridas Crónicas, Cartagena 2015”; el cual es desarrollado por los estudiantes, Kritzia José Carballo Zabaleta, Kevis Tatiana Morales Sayas, Brenda Melissa Paternina Osorio, Eduardo Enrique Pitalúa González. 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

Disponibilidad de recursos económicos para el cuidado de la herida: SI: ____ 1
NO ____ 2

Estrato ubicación vivienda:

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

Cuenta con cuidadores: SI: ____ 1 NO ____ 2

Afiliación a la Seguridad Social en Salud: SI: ____ 1 NO ____ 2

Los costos de las curaciones son asumidos por: 1. EPS () 2. Usted () 3. Otro ()
) quien _____

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				

ANEXO 5- LISTA DE TABLAS

Tabla: 1 Características sociodemográficas de los pacientes adultos con heridas crónicas, Cartagena 2016.

CARACTERÍSTICAS SOCIODEMOGRÁFICAS	N	%	TOTAL PACIENTES
EDAD			
≥59	30	34,3	87
≤60	57	65,7	87
GÉNERO			
Femenino	73	83,9	87
Masculino	14	16,1	
ESTADO CIVIL			
Casado	24	27,6	
soltero	22	25,3	87
Divorciado	5	5,7	
Unión libre	8	9,2	
Viudo	28	33,2	
ESTRATO			
1	27	31,0	
2	37	42,5	
3	16	18,4	87
4	6	6,9	
6	1	1,1	
OCUPACIÓN			
Obrero	2	2,3	
Técnico	3	3,4	87
Hogar	55	63,2	
Pensionado	8	9,2	
Trabajador independiente	19	18,4	
ESCOLARIDAD			
Sin escolaridad	8	9,2	
Primaria completa	31	35,6	87
Secundaria completa	28	32,2	
técnico	10	11,5	
Universidad completa	10	11,5	

Fuente: Datos del estudio.

Tabla 2. Disponibilidad de recursos de los pacientes con heridas crónicas participantes del estudio, Cartagena 2016

DISPONE DE RECURSOS PARA EL CUIDADO DE LA HERIDA	No.	%
NO	62	71,30
SI	25	28,7
TOTAL	87	100%

Fuente: Datos del estudio.

Tabla 3. Disponibilidad de cuidadores de los pacientes con heridas crónicas participantes del estudio, Cartagena 2016

CUENTA CON CUIDADORES	No.	%
SI	60	69,0
NO	27	31,0
TOTAL	87	100%

Fuente: Datos del estudio.

Tabla 4. Costos de las curaciones de heridas crónicas de los pacientes con heridas crónicas participantes del estudio. Cartagena 2016

LOS COSTOS DE LAS CURACIONES SON ASUMIDOS POR:	No.	%
EPS	21	24,1
USTED	58	66,7
OTRO	8	9,2
TOTAL	87	100%

Fuente: Datos del estudio.

Tabla 5. Ansiedad en pacientes adultos con heridas crónicas, Cartagena 2016

ANSIEDAD	N	%
Normal	64	73,6
Ligeramente Ansioso	21	24,1
Moderadamente Ansioso	2	2,3
Severamente Ansioso	0	0
TOTAL	87	100,0

Fuente: Datos del estudio

Tabla 6. Depresión en pacientes adultos con heridas crónicas, Cartagena 2016

DEPRESION	N	%
Normal	48	55,2
Ligeramente Deprimido	35	40,2
Moderadamente Deprimido	4	4,6
Severamente Deprimido	0	0
TOTAL	87	100,0

Fuente: Datos del estudio