

11241
2 y 37

UNIVERSIDAD NACIONAL AUTONOMA DE MEXICO

FACULTAD DE MEDICINA

DEPARTAMENTO DE PSICOLOGIA, PSIQUIATRIA Y SALUD MENTAL

DEPRESION EN PACIENTES QUIRURGICOS DE URGENCIA
DE UN HOSPITAL GENERAL

Mercado

TESIS QUE PARA OBTENER EL GRADO DE ESPECIALISTA EN PSIQUIATRIA

PRESENTA

RIGOBERTO TEJEDA LOPEZ

TUTOR : DR. HECTOR A. ORTEGA SOTO

ASESOR: DR. JOSE G. MERCADO VERDIN

TESIS CON
FALLA DE ORIGEN

gaw
[Signature]

[Signature]

México, D.F. a febrero de 1989.

V. b. *[Signature]*
15-11-89



Universidad Nacional
Autónoma de México



UNAM – Dirección General de Bibliotecas
Tesis Digitales
Restricciones de uso

DERECHOS RESERVADOS ©
PROHIBIDA SU REPRODUCCIÓN TOTAL O PARCIAL

Todo el material contenido en esta tesis esta protegido por la Ley Federal del Derecho de Autor (LFDA) de los Estados Unidos Mexicanos (México).

El uso de imágenes, fragmentos de videos, y demás material que sea objeto de protección de los derechos de autor, será exclusivamente para fines educativos e informativos y deberá citar la fuente donde la obtuvo mencionando el autor o autores. Cualquier uso distinto como el lucro, reproducción, edición o modificación, será perseguido y sancionado por el respectivo titular de los Derechos de Autor.

I N D I C E

	Págs.
Antecedentes _____	1
Justificación _____	5
Hipótesis _____	5
Planteamiento y delimitación del problema _____	6
Objetivos _____	6
Diseño _____	7
Tipo de Estudio _____	7
Universo _____	7
Criterios de Inclusión _____	8
Criterios de Exclusión _____	8
Criterios de Eliminación _____	9
Variables Sociodemográficas _____	9
Criterios para definir presencia y Grado de _____	
Severidad de la depresión _____	10
Instrumento a utilizar _____	11
Procedimiento _____	12
Cuestionario de Datos Generales (Anexo 1) _____	15
Inventario de Beck _____	17
Análisis Estadístico _____	24
Resultados _____	25
Discusión _____	33
Bibliografía _____	35

ANTECEDENTES:

Seguramente es la cirugía una de las ramas de la medicina que más avances ha tenido en los últimos -- años, y han sido los elementos de la tecnología moderna los que se han puesto a su servicio. La naturaleza dramática de la cirugía y su demanda de conocimiento, destreza y técnica tienden a desviar la atención del cirujano de las reacciones emocionales del paciente, con el que tiene sólo una relación interpersonal donde se soslaya lo emocional. De hecho para algunos cirujanos el - paciente ideal es el que bajo los efectos de la anestesia solo puede funcionar en forma fisiológica, es por - lo tanto para él, una verdadera sorpresa cuando en lu-- gar de lograr los excelentes resultados esperados, el - paciente presenta un colapso emocional, (citado en 1).

En torno a estos acontecimientos se han realizado varias investigaciones. Morse y Litin en 1969 (citado en 2), en un estudio controlado de 60 pacientes con delirio postoperatorio, encontraron que el desarrollo - de este se veía muy relacionado con la edad avanzada -- del paciente (55% tenían más de 60 años) y a la vez que los factores efectivos y ambientales estaban muy rela-- cionados con dicho delirio.

En 1966 Kimball trató de relacionar la mortali-- dad postoperatoria con diversas alteraciones psicológi-- cas preoperatorias y encontró que la mortalidad más ele

vada estaba entre los pacientes deprimidos antes de la operación y en igual forma el mayor agravamiento de la enfermedad portadora, así mismo, observó que los que -- tenían un mejor pronóstico eran los que tenían un nivel de funcionamiento preoperatorio "intacto, resuelto y -- realista" (citado en 2).

Por diversas razones la intervención quirúrgica es de gran trascendencia emocional para el enfermo, y determinan en él diversas reacciones afectivas como -- las siguientes:

1.- La necesidad de internamiento significa que el problema por resolver no es sencillo, lo cual hace que el paciente tenga miedo a su enfermedad.

2.- Es por todos conocido que el enfermo rehuye a la -- hospitalización y más cuando se tiene que someter a una operación, lo cual refleja un temor a la muerte.

3.- Además, si la intervención afecta su capacidad física o su integridad estética tendrá aprensión ante posibles secuelas de incapacidad y deformidad.

4.- Finalmente, el régimen hospitalario implica aislamiento del medio familiar lo que determina recelo y angustia ante la soledad.(4).

Por todos estos motivos el enfermo está predispuesto a la depresión además de considerar las diversas etapas por las que atraviesa un paciente que se va a someter a un acto quirúrgico (etapa preoperatoria, opera-

toria y postoperatoria (citado en 3).

Por otro lado no debe olvidarse que hay inter
venciones muy específicas y que por sus características
predisponen en un alto porcentaje a la depresión y aún
quizá al suicidio, tales como: Las amputaciones de al--
gún miembro, mastectomía por CA, cirugía cardíaca o ci-
rugía del aparato sexual.

En otra investigación Janis, (citado en 2) se
refiere al papel de la ansiedad preoperatoria como un -
dato predictor para el desarrollo de depresión postqui--
rúrgica, y así, él habla de que pacientes con una elevad
a ansiedad o miedo anticipatorio es muy probable que -
desarrollen alteraciones emocionales durante el stress
de una operación o después de ella a diferencia de aquel
los que manifiestan una moderada ansiedad.

La depresión ha sido asociada con el increment
o de la mortalidad en pacientes de cirugía a corazón -
abierto, en diálisis renal y otros padecimientos. En un
estudio de pacientes con enfermedad física Moffic y Payk
el (5), encontraron que la depresión está significati-
vamente correlacionada con la severidad de la enferme--
dad física, pero no encontraron diferencias entre el --
diagnóstico médico específico. En contraste Schwab y --
Cols. (5) y Cavanaugh han reportado que la depresión es
más común en pacientes con enfermedad gastrointestinal.

En un estudio Emmons, Fetting y Zonderman com

pararon los síntomas de pacientes psiquiátricos puros - con pacientes con enfermedad física al aplicar el Inventario de Beck y no encontraron diferencias en éstos dos grupos, pero, en los pacientes psiquiátricos puros fue más alto el puntaje en relación a los items afectivos - y en los pacientes con enfermedad física el puntaje más alto fue en relación a los síntomas somáticos. (6)

Si consideramos al ser humano como una unidad Biopsicosocial, entonces, en la posible etiología de la depresión también se debe tomar en cuenta una serie de factores que pueden determinarla y el predominio de alguno de éstos estará en relación con el diagnóstico. Para un fin de entendimiento suelen dividirse los cuadros depresivos en tres tipos: psicóticos, neuróticos y simples. Aún cuando no existen factores etiológicos específicos en ningún tipo de depresión, con fines didácticos se dividen las causas en : genéticas, para las depresiones psicóticas; psicológicas para las depresiones neuróticas y ecológicas y sociales para las depresiones simples, siendo estas últimas las que serán motivo de la presente investigación; las principales causas ecológicas se constituyen por: contaminación atmosférica, problemas de tránsito y ruido excesivo en las ciudades; - las principales causas sociales son: desintegración de la familia, falta de vínculos con los vecinos, disminución del apoyo espiritual de la iglesia y las migraciones.

JUSTIFICACION:

Siendo la depresión uno de los males que con mayor frecuencia aquejan a la humanidad, se habla de ella en los diversos campos del saber y su magnitud es tal que hasta un sentido poético ha sido llamada " El gigante negro del alma ". Por otro lado si bien es cierto que es un padecimiento muy frecuente en la población general y quizá más aún en el paciente médicamente enfermo considero que en el paciente quirúrgico será mayor su frecuencia por lo que se realiza la presente investigación..

HIPOTESIS:

En el planteamiento de la hipótesis se deben tomar en cuenta los factores antes mencionados en relación a aspectos etiológicos o causas desencadenantes, por lo que puedo establecer mi hipótesis de la siguiente manera:

- a).- La frecuencia de depresión en pacientes postquirúrgicos, es superior a la de la población general.
- b).- La frecuencia de depresión varía según el tipo de intervención quirúrgica.
- c).- Los enfermos deprimidos difieren en sus características sociodemográficas de los no deprimidos.

PLANTEAMIENTO Y DELIMITACION DEL PROBLEMA

Considerando toda una serie de factores socio demográficos y condiciones individuales intento esclarecer aspectos diversos de la depresión en un servicio de cirugía de un hospital general de tercer nivel de la Cd. de México y que como rasgo característico es su atención de Urgencias. Para ello establezco los siguientes cuestionamientos:

- 1.- ¿Cuál es la frecuencia de depresión en pacientes postquirúrgicos?
- 2.- En caso de existir, ¿Cuál es la frecuencia de sus diferentes grados?
- 3.- ¿Qué grado de severidad presenta?
- 4.- ¿Qué relación existe entre las variables demográficas y la presencia de depresión?

Para conocimiento de lo anterior se realiza la presente investigación.

OBJETIVOS:

- 1.- Determinar la frecuencia de depresión en pacientes postquirúrgicos que se hospitalizan en el servicio de cirugía de un hospital general, frente a los mismos que no se deprimen.

- 2.- Determinar la magnitud o severidad de la depresión.
- 3.- Delimitar que tipos de intervenciones quirúrgicas se asocian con la depresión postoperatoria.
- 4.- Determinar que variables sociodemográficas se asocian a la depresión en la población en estudio.

DISEÑO:

1.- TIPO DE ESTUDIO

El presente estudio tiene las características de ser prospectivo, observacional y longitudinal.

2.- UNIVERSO

Se estudiaron exclusivamente a pacientes de ambos sexos, postquirúrgicos, entre edades de 15 a 45 años que se hospitalizaron en la sala de cirugía general del hospital Rubén Leñero del Departamento del Distrito Federal y que proceden en su mayoría de un estrato socioeconómico bajo, se dió preferencia a pacientes en que el evento quirúrgico se llevó a cabo prácticamente de una manera repentina porque su padecimiento así lo ameritó. El estudio se realizó a la máxima población captada durante los meses de noviembre y diciembre de 1988 y enero de 1989.

3.- CRITERIOS DE INCLUSION:

- a).- Saber leer y escribir.
- b).- Hombres y mujeres entre los 15 y los 45 años.
- c).- Que procedan de un nivel socioeconómico bajo y medio bajo.
- d).- Que sean sometidos a intervención quirúrgica de cualquier área corporal.
- e).- Que requieran para la intervención anestesia general o regional.
- f).- Solamente hospitalizados en el servicio de cirugía general del hospital Rubén Leñero de la Cd. de México.

CRITERIOS DE EXCLUSION:

- a).- No saber leer ni escribir.
- b).- Pacientes menores de 15 años y mayores de 45.
- c).- Pacientes de estrato socioeconómico alto.
- d).- Pacientes con intervenciones quirúrgicas mutilantes o incapacidades orgánicas previas.
- e).- Portadores de enfermedades crónicas (diabetes, hipertensos, cardiópatas, endocrinopatías, -- psicopatologías graves, etc.)
- f).- Pacientes que hayan cursado con hipoxia cerebral transoperatoria.
- g).- Mujeres embarazadas no se estudiarán.

CRITERIOS DE ELIMINACION:

- a).- Pacientes que durante su estancia hospitalaria reciban esteroides.
- b).- Pacientes que en su evolución se compliquen y mueran dentro del hospital.
- c).- Que sean dados de alta antes de terminar con la aplicación de la evaluación.

4.- VARIABLES SOCIODEMOGRAFICAS:

ESTADO CIVIL:

- a).- Soltero (a).
- b).- Casado (a).
- c).- Unión libre.

EDAD:

- a).- De 15 a 30 años
- b).- De 31 a 45 años

ESCOLARIDAD:

- a).- Ninguna pero sabe leer y escribir
- b).- Primaria completa
- c).- Secundaria completa.
- d).- Preparatoria completa o equivalente

SEXO :

a).- Masculino

b).- Femenino

OCUPACION:

a).- Trabaja actualmente

b).- No trabaja

c).- Estudia

RELIGION:

a).- Católica

b).- No católica

ASPECTOS FAMILIARES:

a).- Familia desintegrada

b).- Familia integrada.

5.-CRITERIOS PARA DEFINIR PRESENCIA Y GRADO DE SEVERIDAD DE LA DEPRESION:

a).- Deprimidos mayor de 13

b).- No deprimidos menor de 13

c).- Depresión leve 13 a 20

d).- Depresión moderna de 21 a 30

e).- Depresión severa mayor de 31

6.- INSTRUMENTO A UTILIZAR:

A cada paciente se le aplicó un cuestionario conocido como INVENTARIO DE BECK previa entrevista psiquiátrica individual. Se midió grado de depresión y se realizó un análisis entre este grado y los datos personales que se recabaron también por escrito en una hoja especial mediante un cuestionario donde se determinaron las variables sociodemográficas al mismo tiempo -- que se aplicó el inventario de Beck. (7.8)

PROCEDIMIENTO:

Una vez diseñado el protocolo y con sus ajustes adecuados elaborados por el asesor de la presente investigación, además de contar con el permiso de los jefes del servicio de cirugía y el Vo. Bo. del jefe de enseñanza del hospital Rubén Leñero, se procedió a realizar el trabajo de la siguiente manera:

En una primera fase, con cada paciente y por lo general un día antes a la aplicación del instrumento, se entrevistó al candidato con la finalidad de lograr una identificación breve, y que mi presencia en el momento de aplicar la prueba no resultara impactante y poder contar con la sinceridad en sus contestaciones..

En una segunda fase y para conocimiento específico de la existencia o no de la depresión utilicé la Escala conocida como INVENTARIO DE BECK, el cual está elaborado para ser administrado por un entrevistador: se utiliza con una doble copia, una que se entrega al enfermo y la otra que es leída en voz alta por la persona que lo aplica. En este caso, después de enunciar las declaraciones correspondientes a cada reactivo, pedí al paciente que indicara cuál de las declaraciones definía mejor cómo se sentía en ese momento. Siempre estuve atento en tratar de no sugerir la respuesta, por lo que daba al paciente el tiempo necesario para su contestación, algunas veces encontré que el paciente se apegaba

a dos afirmaciones según su sentir de ese momento, en ese caso, yo que iba marcando las contestaciones en la copia que leía, marcaba la de mayor valor.

Debo decir también que el puntaje de depresión es la suma de las respuestas de los diversos items que van de la A a la U. Por otro lado, es conocido que el Inventario de Beck comprende 21 categorías de síntomas o actitudes, cada una de ellas es una manifestación de depresiones y valores numéricos del 0 al 3 cuantifican esta posibilidad.

En algunas categorías existen dos alternativas de respuesta y se les divide en a y b para indicar que se encuentran en el mismo nivel (7).

En las siguientes páginas encontramos ilustrado en forma completa el inventario de Beck, así mismo, un anexo donde se observa un cuestionario de datos generales con el fin de obtener la información de las variables en estudio lo más completa posible.

Una vez que se terminó de aplicar a la máxima población captada se procedió al vaciado de datos; para ello se enumeró cada instrumento aplicado, separándolos en dos grupos: uno de ellos, donde se conjunta a todos los que resultaron con un puntaje arriba de 13, y otro donde se colocaron a todos los que resultaron con un puntaje menor a 13, éste número fue el que se consideró como el corte de la depresión. Así mismo, para el adecu

do procesamiento y el análisis por computadora, se le dió una numeración progresiva a cada una de las diversas variables enunciadas en páginas anteriores, y de esa manera poder calificar correctamente a cada paciente estudiado.

CUESTIONARIO DE DATOS GENERALES

Nombre: _____ Edad: _____
 Sexo: _____ Lugar de Residencia: _____
 Núm. de Exp. : _____ Estado Civil: _____
 Religión: _____ Diagnóstico Médico: _____
 _____ Tipo de Intervención Quirúrgica: _____

ESCOLARIDAD: a).- Ninguna pero sabe leer y escribir.
 b).- Primaria incompleta.
 c).- Primaria completa.
 d).- Secundaria incompleta.
 e).- Secundaria completa.
 f).- Preparatoria o equivalente.

OCUPACION: a).- ¿Trabaja? ____ ¿En qué? _____
 b).- ¿Cuánto gana al mes? _____
 c).- ¿Estudia? _____

DIA POSTQUIRURGICO EN QUE
 SE APLICO EL CUESTIONARIO:

- a).- 3º día
- b).- 4º día
- c).- 5º día
- d).- más de 5 días

Tipo de información dada por el médico sobre su enfermedad sobre la cirugía y el pronóstico:

- a).- Nula
- b).- Mínima
- c).- Satisfactoria

ASPECTOS FAMILIARES:

- a).- Familia integrada
- b).- Familia desintegrada

INVENTARIO DE BECK
REACTIVOS Y RESPUESTAS

A.- TRISTEZA:

- 0. No me siento triste.
- 1. Más siento triste o melancólico
- 2a. Més siento triste o melancólico todo el tiempo y no puedo animarme.
- 2b. Estoy tan triste o infeliz que esto es verdaderamente doloroso.

B.- PESIMISMO:

- 0. No estoy particularmente pesimista o desalentado por el futuro.
- 1. Me siento desalentado por el futuro.
- 2a. Siento que no tengo para qué pensar en el porvenir.
- 2b. Siento que nunca saldré de mis problemas.
- 3. Siento que el futuro es desalentador y que las cosas no pueden mejorar.

C.- SENSACION DE FRACASO:

- 0. No me siento como fracasado.
- 1. Siento que he fracasado más que el promedio.
- 2a. Siento que he consumado muy poco que valga la pena o que signifique algo.
- 2b. Viendo mi vida en forma retrospectiva todo lo

que puedo ver es una gran cantidad de fracasos.

3. Siento que soy un fracaso completo como persona (padre, esposo, esposa).

D.- INSATISFACCION:

0. No estoy particularmente insatisfecho.
- 1a. Me siento aburrido la mayor parte del tiempo.
- 1b. No gozo las cosas de la manera que acostumbraba.
2. Nunca siento satisfacción de nada.
3. Estoy insatisfecho de todo.

E.- CULPA:

0. No me siento particularmente culpable.
1. Me siento mal o indigno gran parte de tiempo.
- 2a. Me siento algo culpable.
- 2b. Me siento mal o indigno casi siempre.
3. Siento que soy muy malo o inútil.

F.- EXPECTATIVAS DE CASTIGO:

- 0.- No siento que esté siendo castigado.
1. He tenido la sensación de que algo malo me puede ocurrir.
2. Siento que soy castigado o que seré castigado.
- 3a. Creo que merezco ser castigado
- 3b. Deseo ser castigado.

G.- AUTODESAGRADO:

- 0. No me siento decepcionado de mí mismo.
- 1a. Estoy decepcionado de mí mismo.
- 1b. No me agradó
- 2. Estoy disgustado conmigo mismo.
- 3. Me odio.

H.- AUTOACUSACIONES:

- 0. No creo ser peor que cualquier otro.
- 1. Me critico por mi debilidad o errores.
- 2. Me reprocho mis culpas.
- 3. Me reprocho todo lo malo que ocurre.

I.- IDEAS SUICIDAS:

- 0. No tengo ninguna intención de hacerme daño.
- 1. Tengo intenciones de hacerme daño, pero no las llevaría a cabo.
- 2a. Siento que estaría mejor muerto.
- 2b. Siento que mi familia estaría en mejores circunstancias si yo muriera.
- 3a. Tengo planes definidos para suicidarme
- 3b. Me mataría si pudiera.

J.- LLANTO: :

- 0. No lloro más de lo casual.
- 1. Lloro más de lo que acostumbraba.

2. Ahora lloro todo el tiempo, no puedo evitarlo.
3. Yo fui capaz de llorar, pero ahora no puedo, - aunque quiera hacerlo.

K.- IRRITABILIDAD:

0. No estoy más irritado de lo habitual.
1. Me molesto o me irrito con mayor facilidad de lo usual.
2. Me siento irritado siempre.
3. No me irrito con las cosas que usualmente me - irritaban.

L.- SEPARACION SOCIAL:

0. No he perdido interés por la gente.
1. Estoy menos interesado por las demás personas de lo que acostumbraba estar.
2. He perdido casi totalmente el interés por las demás personas.
3. He perdido todo interés por las demás personas, y no me importa lo que les ocurra.

M.- INDECISION:

0. Tomo decisiones tan bien como siempre.
1. Trato de evitar el tomar decisiones.
2. Tengo grandes dificultades para tomar decisiones.
3. No puedo tomar ninguna decisión.

N.- CAMBIOS EN LA IMAGEN CORPORAL:

0. No siento que luzca peor de lo acostumbrado.
1. Me preocupa parecer viejo o desagradable.
2. Siento que hay cambios permanentes en mi apariencia.
3. Siento que luzco feo o repulsivo.

O.- RETARDO LABORAL:

0. Puedo trabajar tan bien como antes.
- 1a. Me cuesta un esfuerzo extra el empezar a hacer algo.
- 1b. No trabajo tan bien como lo acostumbraba.
2. Tengo que darme mucho ánimo para hacer cualquier cosa.
3. No puedo hacer ningún trabajo.

P.- INSOMNIO:

0. No puedo dormir tan bien como siempre.
1. Despierto por la mañana más cansado que de costumbre.
2. Despierto una o dos horas más temprano de lo usual y me es difícil volver a dormirme.
3. Despierto temprano cada mañana y no puedo dormir más de 5 horas.

Q.- FATIGABILIDAD:

0. No me canso más de lo normal.

1. Me canso más fácilmente que lo usual.
2. Me canso de no hacer nada.
3. Me canso demasiado al hacer cualquier cosa.

R.- ANOREXIA:

0. Mi apetito no excede a lo normal.
1. Mi apetito no es tan bueno como de costumbre.
2. Mi apetito es deficiente.
3. No tengo apetito.

S.- PERDIDA DE PESO:

0. No he perdido mucho peso, o nada últimamente.
1. He perdido más de 2.5 Kgs.
2. He perdido más de 5 Kgs.
3. He perdido más de 7 Kgs.

T.- PREOCUPACION SOMATICA:

0. No estoy más interesado en mi salud que lo -- usual.
1. Estoy preocupado por males y dolores, malestar estomacal o constipación.
2. Estoy tan preocupado de como me siento, que es difícil tener otros pensamientos.
3. Estoy sumamente preocupado de cómo me siento.

U.- PERDIDA DE LA LIBIDO:

0. No he notado ningún cambio reciente en mi inte
rés sexual.
1. Tengo poco interés por el sexo.
2. Mi interés por el sexo es casi nulo.
3. He perdido completamente el interés por el sexo.

ANALISIS ESTADISTICO :

Para el análisis estadístico se utilizaron - pruebas paramétricas y no paramétricas como la "t" de Student, la χ^2 , la U de Mann Whithey, además de la distribución porcentual adecuada.

R E S U L T A D O S

PORCENTAJE DE RESULTADOS:

Deprimidos	53.3	%
No deprimidos	46.7	%
Depresión leve	23.1	%
Depresión moderada	19.8	%
Depresión severa	9.9	%

EDAD :

En relación a la edad de la población estudiada encontramos un promedio de 24.31 años para los casos deprimidos y 27.41 años para los no deprimidos, ante lo cual con la prueba de "t" de Student se obtiene un valor de -1.28 con 28 grados de Libertad siendo no significativa por lo que se considera que la edad no es un factor que determine la depresión en esta población estudiada.

E D A D

Depresión	24.3	±	8
No deprimidos	27.7	±	6.4

SEXO :

En relación al sexo se encuentra una proporción muy similar en los deprimidos como en los no deprimidos por lo que mediante la χ^2 se obtiene un valor de .02 con un grado de libertad. no siendo significativa para la determinación de la depresión.

	M	F
Deprimidos	14	2
No deprimidos	12	2

RESIDENCIA:

Se puede observar una mayor tendencia a la depresión en la población del Estado de México, obteniéndose un χ^2 con valor de 2.57 con un grado de libertad.

	D.F.	Edo.Méx
Deprimidos	10	6
No deprimidos	12	2

Quizá con esta variable podríamos pensar que los factores ambientales, el ritmo de vida acelerado -- se lleva en la Cd., el costo de vida etc. influyen para el desencadenamiento de la depresión.

ESTADO CIVIL :

Con esta variable encontramos ligera tendencia a la depresión en el grupo de los casados, lo cual podría explicarse por los diversos factores que influyen en el tipo de población estudiada, desde un contexto social, ocupacional, ingresos económicos bajos, sostenimiento de una familia, frecuentemente familia numerosa, entre otros. Mediante la aplicación de la prueba de χ^2 se obtiene un valor de 8.68 con 2 grados de libertad, y una P de -0.05

	Deprim.	No deprim.
Solteros	11	5
Casados	2	9
Unión libre	3	0

RELIGION :

Se observaron resultados similares tanto en el grupo de los deprimidos como en el de los no deprimidos por lo que esta variable tampoco se considera significativa para la determinación de depresión en la población estudiantil la prueba de χ^2 se obtiene un valor de 0.43 con un grado de libertad.

R E L I G I O N

	Deprim.	No deprim.
Católicos	14	2
No católicos	11	3

DIAGNOSTICO MEDICO:

Los resultados para los tres diversos grupos de padecimientos estudiados se observan similares tanto en los deprimidos como en los no deprimidos por lo que tampoco se puede considerar como significativa esta variable. Aunque en términos de proporción se observa que el diagnóstico predominante fueron las heridas por proyectil de arma de fuego en donde se observa ligero aumento de los deprimidos sobre los no deprimidos. Se aplicó la prueba de χ^2 dando un valor de 0.09 y un grado de Libertad.

DIAGNOSTICO MEDICO

	Deprim.	No Deprimidos
Apendicitis Aguda	2	2
Herida por proyectil de arma de -- fuego.	10	8
Politraumatizados	4	4

ESTA TESIS NO DEBE SALIR DE LA BIBLIOTECA

TIPO DE INTERVENCION QUIRURGICA:

Se encuentra una mayor tendencia a la depresión en los pacientes intervenidos de abdomen y de Tórax, no así en los intervenidos de extremidades. Se aplicó la χ^2 dándonos un valor de 5.28 con 2 grados de Libertad y una P de .1, quizá podríamos suponer que es el temor a la muerte en estos padecimientos lo que predispone a la depresión.

	Deprim.	No Deprim.
Interven. de Tórax	0	4
Interven. de Abdomén	13	8
Interven. de Extre midades.	3	2

ESCOLARIDAD:

No existe diferencia significativa para la depresión en los diferentes niveles de escolaridad, pero según esquema mostrado enseguida podemos ver que a menor escolaridad mayor depresión, con fin estadístico se aplica la prueba de χ^2 resultado un valor de 2.45 con 2 grados de Libertad sin significancia para depresión.

	Deprim.	No Deprim.
Primaria	11	13
Secundaria	2	1
Preparatoria	3	0

OCUPACION:

Se encontraron resultados similares tanto para los deprimidos como para los no deprimidos en relación a los que trabajan, obteniéndose un valor de χ^2 de 3.38 con 2 grados de Libertad, lo cual no tiene significancia en términos de la población estudiada, puede observarse también que los que estudian resultaron con mayor depresión; (ver esquema)

	Deprim.	No Deprim.
Trabajan	11	13
No trabajan	2	1
Estudian	3	0

TIPO DE INFORMACION PREVIA A LA CIRUGIA:

Dado el tipo de población estudiada (pacientes quirúrgicos de urgencias) observamos que esta variable no es determinante para que un paciente se deprima. Se aplicó la χ^2 con un valor de 1.32 con 2 grados de Libertad no siendo significativa. Podría presumirse que dado que es imperioso el acto quirúrgico en el momento en que se recibe al paciente la información dada queda en segundo término. (Ver cuadro siguiente)

TIPO DE INFORMACION PREVIA A LA CIRUGIA

	Deprim.	No Deprim.
Inform. nula	3	2
Inform. mínima	7	9
Inform. Satisf.	6	3

TIPO DE FAMILIA:

En esta variable puede observarse una diferencia importante entre los de familia desintegrada-deprimidos contra los de familia integrada no deprimidos. Lo cual mediante la χ^2 se obtiene un valor de 4.28 con un grado de libertad, y una P de -0.05 lo cual demuestra su significancia. Aquí podría plantearse la posibilidad de que quizá el paciente deprimido de familia desintegrada ya se encontraba con alteración emocional desde antes del estudio.

	Deprim.	No deprim.
Familia Integrada	8	12
Familia Desintegrada	8	2

DIA POSTQUIRURGICO:

En relación al día postquirúrgico en que se aplicó el instrumento y de acuerdo a la Prueba de U de Mann Whitley, observamos que el grupo de los deprimidos obtiene un puntaje de 280 y los no deprimidos de 185 -- con una U de 80 por lo que se considera como no significativo. Demostrando que el Rango de tiempo en que se aplicó el instrumento no es determinante para el desarrollo de la depresión.

DIA POSTQUIRURGICO

Deprimidos	4 ± 1
No deprimidos	4 ± 1

INGRESOS ECONOMICOS:

En los aspectos de Ingresos económicos y de acuerdo a las diferentes ocupaciones se encontró que -- para los deprimidos existió un promedio de \$211,500.00 mensuales y para los no deprimidos \$ 253,500.00 mensuales lo cual indica que existe cierta tendencia a deprimirse aquel paciente con ingresos más bajos. Según la U de Mann Whitley se obtiene un valor de 75.5 para los deprimidos.

INGRESOS MENSUALES

Deprimidos	\$211,500.00
No deprimidos	\$253,500.00

DISCUSION :

Reconociéndose la depresión como una entidad Psiquiátrica frecuente, en sus diversos grados; ha sido sorprendente que en la presente investigación los resultados no fueron los esperados tal y como se había planteado en la hipótesis. Para lo anterior puedo plantear los siguientes razonamientos:

- a).- La selección de pacientes fue muy reducida por factores inherentes a la propia institución estudiada.
- b).- El Universo en estudio fue pequeño.
- c).- El día postquirúrgico tal vez no fue el oportuno, dado que el resultado hubiera sido diferente si se hubiera aplicado en días posteriores.
- d).- Existió dificultad en la comprensión de algunos -- items por el nivel educacional tan reducido en los pacientes.

La segunda hipótesis planteada se pudo corroborar en mínimo grado observándose que el tipo de intervención quirúrgica es impactante en el área emocional -- del paciente recibiendo mayor peso aquellas cirugías de abdomen como ya unos investigadores previamente lo habían detectado.

También pudimos corroborar que los factores --

sociodemográficos influyen para la presentación de la depresión, observándose mayor depresión en los habitantes de la Cd. de México más que en los del Edo. de México.

Con todo el análisis elaborado, puedo inferir que de continuar la presente investigación sería importante tomar una muestra mayor, seleccionar a todo paciente quirúrgico e incluso en la medida de lo posible aplicar el mismo Inventario de Beck en días previos a la Cirugía. Siendo también de interés el poder comparar poblaciones de diferentes hospitales con mismo manejo quirúrgico.

B I B L I O G R A F I A

- 1.- Dickens R. Surgery, Medicine, Drugs and Sexuality and the Physician's role in sex Education. En Comprehensive Textbook of Psychiatry por Kaplan H I Freedman cols. -- Baltimore/Londres 1980.
- 2.- Milano MR y Kornfeld DS Psychiatry and Surgery. En Comprehensive Textbook of Psychiatry, Kaplan H I, Freedman Baltimore/Londres 1980.
- 3.- Abram HS: Psiquiatría y Cirugía. En Tratado de Psiquiatría Tomo II Freedman y Kaplan Editorial Salvat Editores pp --- 1933 - 1938; 1982.
- 4.- Calderón NG; Depresión y Cirugía. En Depresión. Editorial - trillas, pp 134-135. 1984
- 5.- Rosen DH, Gregory RS, Pollock D, Schiffmann A: Depression - in patients refered for Psychiatric Consultation: A need - for a new Diagnosis. Gen Hosp. Psychiatric 9: 391-397, 1987.
- 6.- Emmons CA, Fetting JH, Zondermann AB: A comparison of the - Symptoms of medical and Psychiatric patients matched on the Beck; Gen. Hosp. Psychiatric 9: 398-404, 1987.
- 7.- Torres M. Sensibilidad y Especificidad del Inventario de -- Beck en un Hospital de tercer Nivel de la Cd. de México, Te sina realizada para obtener el grado de Especialista en Psi quiatría en 1987.
- 8.- Hernández ME: Confiabilidad del Inventario de Beck en un -- hospital de Tercer Nivel de la Cd. de México. Tesina reali zada para obtener el grado de especialista en psiquiatría - en 1987.