

25
29

11241



UNIVERSIDAD NACIONAL AUTONOMA DE MEXICO

FACULTAD DE MEDICINA

**DIVISION DE ESTUDIOS DE POSTGRADO
HOSPITAL REGIONAL 20 DE NOVIEMBRE
I. S. S. S. T. E.**

**PREVALENCIA DE DEPRESION EN PACIENTES QUE SE
REALIZAN RINOPLASTIA EN EL SERVICIO DE
CIRUGIA PLASTICA Y RECONSTRUCTIVA**

TESIS DE POSTGRADO

**PARA OBTENER EL TITULO DE:
ESPECIALISTA EN PSIQUIATRIA**

PRESENTA LA DOCTORA

IVONNE MUÑOZ VELAZQUEZ



ISSSTE

**TESIS CON
FALLA DE ORIGEN**

1987 - 1990

1991



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 está 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.

ANTECEDENTES

A la depresión se le ha llamado "el resfriado común" del ejercicio psiquiátrico. En realidad, no hay nada de "común" a este respecto si se consideran las complicaciones y sus efectos periféricos (1). La depresión puede variar entre la "tristeza", la cual es una alteración del sentimiento del Yo y que es común y que experimentan ocasionalmente todas las personas y que no requiere tratamiento, y un trastorno depresivo, que es una alteración bioquímica, importante, enfermedad grave y a menudo mortal pero que cuenta en general con terapéutica y que va desde una manifestación psicológica como las fijaciones egodistónicas estéticas de un paciente (2).

La obra Diagnóstica en Statical Manual of Mental Disorder (DSM IIIR), de la American Psychiatric Association señala varios tipos de depresión bajo la categoría de trastornos del Humor: Trastorno de Adaptación con humor (estado de ánimo) deprimido; Manifiesta sentimientos depresivos, de malestar, desesperanza y desánimo, se observa expresión facial triste.

Distimia: en el cual hay una historia de ánimo deprimido, debe de tener un tiempo de más de dos años como mínimo, sin que los dos primeros años del trastorno concuerden con los crite---

rios del episodio de depresión mayor, sintomatología asociada como poco apetito, alteraciones del sueño, fatiga, ideas de infraevaluación, desesperanza y falta de concentración.

Depresión Mayor: Hay uno o más episodios de depresión mayor, es un estado de ánimo deprimido o pérdida del interés o placer en todas o casi todas las actividades con síntomas asociados durante dos semanas como mínimo. Los síntomas asociados incluyen: alteración del apetito, peso, sueño, agitación o enlentecimiento psicomotriz, sentimientos excesivos o inadecuados de inutilidad o culpa, dificultades de pensamiento o concentración o ideas de muerte recurrentes o ideas de intento de suicidio, llanto, ansiedad, irritabilidad, rumiación obsesiva o repetitiva, excesiva preocupación por la salud física, crisis de angustia y fobias, edad de -- inicio después de los 28 años.

Y Trastorno bipolar: Mixto.- incluye sintomatología de episodio maniaco y depresivo mayor, mezclados y alternando en pocos días. Maniaco presenta un periodo de estado de ánimo anormalmente elevado, expansivo o irritable, se asocia con la disminución de la necesidad de dormir, verborrea, pensamiento rápido, ditriabilidad implicación excesiva en actividades con alta posibilidad de consecuencias negativas. Depresivo.- Tiene las mismas características de la depresión mayor, pero en algún momento de su vida ha presentado por lo menos un episodio maniaco (3).

Por lo menos del 5 al 07 % de la población mexicana sufre un trastorno del humor durante un periodo de seis meses y en su mayor parte estas enfermedades son crisis depresivas mayores o -- distimias (4) .

Existen barreras que disminuyen la posibilidad de administrar - asistencia eficaz a los individuos deprimidos en los centros de asistencia médica (5). Ya que se ignoran las bases biológicas y genéticas y los tratamientos farmacológicos de todos los trastornos depresivos, en favor de una opinión, que dicen que son "individuos sanos - apesadumbrados" y carentes de problemas reales (6, 7, 8, 9).

Otra barrera sería la pobre educación de los médicos (10).

Desde luego, se requiere mayor investigación para reconocer y - tratar los Trastornos Depresivos, en los centros de asistencia médica (11).

Esto plantea objetivos: 1o. Mejoría del reconocimiento y la - precisión diagnóstica de estas enfermedades. 2o. Empleo del tratamiento para trastornos específicos, 3o. Desarrollo de relaciones estrechas con consultores competentes (12).

La Depresión es un problema generalizado. Se estima que del - 20 al 26% de las mujeres y del 08 al 12% de los varones sufren de algún tipo de depresión durante su vida. A menudo muchos pacientes -- deprimidos reciben asistencia de médicos no psiquiatras y otros profesionales de la salud mental, siendo manejados erróneamente (13).

En realidad un cuadro depresivo puede llevar a la no aceptación de modificaciones corporales de un paciente.

Interrogante que se relaciona con la percepción del cuerpo, -- que se refiere no sólo a como nos vemos externamente a través de la realidad física que cada uno tiene si no también a un modo sublimar.

El hombre psíquicamente sano vive en armonía con su cuerpo y su corporalidad (14).

Para Sartre, en el cuerpo hay que distinguir dos aspectos irreductibles: el cuerpo como ser para sí y el cuerpo como ser para otro. (15).

El cuerpo es la puerta por la que nos hacemos presentes en el mundo. En el depresivo hay un descuido hacia el cuerpo, y -- por otra, como su cuerpo le pesa, no puede tirar de él. El --- cuerpo y la conciencia juegan un papel decisivo en la integra--- ción del Yo.

En las enfermedades depresivas, se asisten a un aumento de las ideas y actitudes hipocondriacas. ¿Qué ocurre en la dismorfia? Acuden al médico preocupados porque perciben angustiosamente que una parte de su cuerpo aparece como deformada, como poco estética, y que les lleva a pensar que no pueden llevar -- una vida absolutamente normal en el orden social, pues queda -- con ella marcado, estigmatizado. (16).

Muchas veces no hay ninguna realidad objetiva, ninguna deformación por pequeña que sea, pero el paciente examina una y -- otra vez tal aspecto de su cuerpo y lo percibe como antiestético, siendo más habitual en la mujer, ya que la relativa falta -- de libertad hace que esté más ensinismada en su cuerpo y pareciera como si le costara más desprenderse de él. (17).

La dismorfia se generaliza al cuerpo para posteriormente -- focalizarse a cara, manos, implantación de raíz del pelo, mamas, etc. (18).

La figura y el rostro de la mujer tienen una evidente im--

portancia. La mujer aparece al mismo tiempo como sér humano y como un sér peculiarmente sexuado. Se percibe como un todo irreductible gestáltico. (19).

Generalmente las dismorfias se localizan en nariz, mentón frente, mejillas, pabellón auricular. Las convicciones patológicas en cuanto a la deformación parcial o total del propio cuerpo, tiene en la depresión ciertas particularidades: 1.- Aparece de modo fásico o estacional, 2.- El estado de ánimo a lo largo del día es depresivo, se acentúa la sintomatología por la mañana y progresiva mejoría a medida que va acabando el día, 3.- La tristeza o el descenso del ánimo no es una constante. (20).

El concepto de imagen corporal ha sido estudiado por Shidler en 1950. La imagen corporal de una persona está matizada por las respuestas emocionales que recibe de sus compañeros. Estas reacciones no pueden ser subestimadas desde que la investigación ha demostrado que los individuos atractivos son más frecuentemente vistos como inteligentes, amistosos, sensitivos, exitosos, interesantes, etc., por lo que el concepto de imagen corporal es un concepto de variables psicológicas, lo que incluye entendimiento cognitivo y comparaciones hechas por el individuo entre él y otros. (21).

Murray y Col., en su revisión literaria señalan que un paciente debe pasar a través de varios estados antes de que el -

concepto mental de imagen corporal llegue a cambiar.

La distorsión de la imagen corporal puede tener proporciones ilusorias y causar que el paciente exagere mucho un defecto mínimo, a veces puede haber de hecho una deformidad cosmética, - sin embargo, el defecto es muy exagerado. Se menciona cerca del 2% en la consulta quirúrgica cosmética es secundaria a ésta alteración psiquiátrica. Algunas veces aún en individuos psicológicamente sanos se presentan distorsiones de la imagen corporal, - secundaria a dolor en alguna área particular del cuerpo.

Debido a que un individuo se obsesiona sobre un foco corporal, esto podría ocupar una parte más grande del esquema mental de su cuerpo.

Aunque algunos pacientes podrían discutir los detalles de su deformidad abiertamente, ellos podrían tener diferentes eventos emocionales, los cuales se vuelven más claros únicamente después de la cirugía.

La parte del cuerpo donde se opera podría tener un significado especial para el paciente o bien podría tener un significado inconsciente que podría resultar en conflicto psicológico postoperatorio.

Algunas veces los resultados quirúrgicos en algunos pacientes afecta sus relaciones con otras personas ya que se presentan variadas respuestas con significados psicológicos para el paciente.

Algunos autores reportan en pacientes que se efectuaron Ci-

rugía Plástica períodos de ansiedad reactiva y depresión en el período postoperatorio inmediato. En un estudio de 599 pacientes Reich, reportó depresión reactiva y ansiedad en el 31% de los pacientes. Estas reacciones, sin embargo, pueden ser el reflejo de dificultades preoperatorias; relacionado con los estilos caracterológicos de los pacientes. (22).

Ofrecen ser malos candidatos aquéllos pacientes que se encuentran excesivamente apesadumbrados por la operación, quienes tienen expectativas mágicas y no realistas, aquéllos que tienen una deformidad pequeña y quienes tienen una historia de psicosis, pérdida reciente o, una depresión actual. (23).

El paciente con una historia de muchas cirugías electivas también es un paciente de alto riesgo, quienes tienen una alteración por somatización o trastornos de personalidad. Pacientes que son muy dependientes, masoquistas, rasgos de personalidad narcista pueden demandar cirugía como una forma de derivar su trastorno de personalidad y bajo la crisis de la cirugía pueden presentar regresión, autodestructividad, insatisfacción, dependientes de su estilo caracterológico a lo largo de su vida. (24).

Aunque la alteración de cualquier parte del cuerpo puede tener impacto psicológico, estructuras tales como la cara, las mamas, los genitales son los que afectan más al paciente.

La cara es el órgano más frecuentemente usado para la identificación y está íntimamente relacionada con el reconocimiento. El perfil, movimiento facial y eventos característicos, y emociones constituyen elementos visuales.

La cara tiene estructuras sensibles que permiten ver, tocar, oír y saborear. Las blefaroplastias, rinoplastias, implantes mandibulares, ritidectomias, otoplastias son procedimientos quirúrgicos comunes que pueden afectar estos órganos de los sentidos

La facción más importante de la cara es la nariz y la rinoplastia es la operación más comunmente requerida. (26).

La unión entre el autoestima y la imagen corporal fue estudiada por Guillez en su estudio donde escribe que la parte del cuerpo, la nariz es considerada como la parte negativa de la aceptación de identidad, por lo que es el área de mayor influencia no solamente en como el paciente se ve si no también como se siente consigo mismo.

La parte del cuerpo que está siendo alterada por la cirugía podría simbolizar un conflicto inconsciente al individuo. (27).

Algunos autores psicoanalíticos sienten que debido a que la nariz contiene tejido eréctil similar a los genitales, sentimientos de inadecuación sexual pueden ser desplazados de los genitales a la nariz, Schaffer 1920. Otros autores sugieren que un paciente masculino que se encuentra insatisfecho con su nariz podría estarse defendiendo en contra de un sentimiento de que su perfil es afeminado o, de que es una preocupación inconsciente de que es homosexual, Hill and Silves, 1950.

La Cirugía Plástica "interviene en una batalla psicológica complicada", Meerlo, 1956.

Updegraff and Menninger, 1980, describen que las personas -

con conflictos sexuales y una autoimagen devaluada, pueden -- ser desplazados hacia partes de su cuerpo que son vistos como defectuosos. (28).

Otros autores proponen que algunos individuos pueden creer que sus deformaciones son un castigo por sus malas acciones, Meerloo, 1956.

Las fantasías de los pacientes y sus expectativas en lo referente a la cirugía siempre deberán ser estudiados y la esperanza individual de que el bisturí del cirujano puede mejorar conflictos matrimoniales o éxitos de negocios deben ser considerados como de alto riesgo como problemas psicológicos postoperatorios. (29).

Por otra parte para el paciente con una deformidad importante la Cirugía Plástica puede reconstruir su imagen corporal y mejorar su autoestima. (30).

El inventario de Beck para la depresión (IDB), es una escala que clínicamente se derivó de un inventario de autorreporte de depresión designado inicialmente para pacientes psiquiátricos. Fue estructurado para estimar el grado de depresión cuando éste se considera el diagnóstico primario. (31).

Esta escala consta de 21 temas que cubren las áreas afectiva, cognitiva, motivacional y psicológica de la sintomatología depresiva. Evalúa categorías sintomático - conductuales que se eligieron en el curso de la psicoterapia de pacientes deprimidos, haciendose observaciones sistemáticas, tomandose registro de actitudes y síntomas característicos, seleccionan-

dose sólo los que mostraron ser específicos para la depresión y que eran consistentes con la descripción de la enfermedad -- depresiva contenida en la literatura. (32).

Las 21 categorías quedaron de la siguiente forma:

- 1.- Animo
- 2.- Pesimismo
- 3.- Sensación de fracaso
- 4.- Insatisfacción
- 5.- Culpabilidad
- 6.- Sensación de castigo
- 7.- Descontento
- 8.- Autoacusación
- 9.- Deseos autopunitivos
- 10.- Llanto
- 11.- Irritabilidad
- 12.- Aislamiento
- 13.- Indecisión
- 14.- Imagen corporal
- 15.- Inhibición laboral
- 16.- Transtornos del sueño
- 17.- Fatigabilidad
- 18.- Pérdida del apetito
- 19.- Pérdida de peso
- 20.- Preocupación somática
- 21.- Pérdida de la libido

Los primeros 14 reactivos se han conocido como evaluadores

de la sintomatología afectivo - cognitiva, y los otros 7 como - de síntomas vegetativos somáticos.

Desde 1961 Beck reportó dos estudios de validación, los --- cuales tuvieron muy buenos resultados y hasta la fecha la escala se ha utilizado para valorar la asociación de depresión a otras patologías. (33).

La escala tiene la ventaja de ser autoaplicable, conteniendo datos homogéneos relacionados con la enfermedad depresiva, lo cual difiere de la escala para depresión del Minnesota, la cual también es autoaplicable, pero sus orígenes analíticos están en relación con características heterogéneas que se unen a diversos tipos de pacientes no mostrando constancia. Y forma parte de un reactivo que contiene preguntas.

Dado lo anterior la aplicación de esta escala ofrece la ventaja de poderse realizar rápidamente y dada la especificidad de - la misma para los fines de este estudio resulta ser un instrumento confiable. (34).

En 1988, a través de un estudio realizado con estudiantes del CCH, en la Ciudad de México, se concluyó que el inventario - para depresión de Beck es un instrumento que posee validez y con fiabilidad habiéndose correlacionado con los distintos apartados para depresión en el DSM IIIR. (35, 36, 37).

Una reciente revisión de la literatura, reportada por ---- Hatzenbeuhler reveló que en la práctica el rango de puntos de -- corte de la escala es muy variable, encontrando que el criterio

de los grupos no deprimidos variaba 12 a 13, sin embargo, el punto de corte está cerca del reportado originalmente por --- Beck, mostrando diferencias de acuerdo a las variables pobla-- cionales en estudio. (38).

JUSTIFICACION Y PLANTEAMIENTO DEL PROBLEMA

La depresión es una de las condiciones más frecuentes que se presentan en la Clínica y posiblemente la fuente más importante del sufrimiento humano.

En los últimos 20 años ha habido notorios avances en el conocimiento de depresión, tanto en el campo de la bioquímica, la fisiología, la genética y la epidemiología.

Hay que considerar que tiene repercusiones sobre la esfera cognitiva y afectiva y debido a la percepción pesimista, que se tiene de uno mismo y del mundo, o en un intento de superar su afición de dar sentido a su experiencia, la vida de algunos pacientes deprimidos se altera profundamente en las esferas familiares, ocupacionales y sociales. Basándose en su propia devaluación y la devaluación del mundo, las autoacusaciones, las actitudes hipocóndricas estéticas, las alteraciones en la autoimagen dan sentido a lo que no lo tiene, culpándose a uno mismo, al cuerpo o a los demás. Por lo que el paciente pudiera centrar su foco de atención en alguna parte de su cuerpo como pudiera ser la nariz, fijándose metas poco realistas, como sería el hecho de resolver probablemente su problemática recurriendo a un acto quirúrgico.

Según estudios recientes efectuados en el área quirúrgica se ha demostrado la existencia subyacente de patología, tal es el caso de la depresión en los pacientes que son sometidos a Cirugía. Partiendo del hecho anterior es probable que un alto porcentaje de pacientes que acuden a rinoplastia presenten un cuadro depresivo y reflejo de conflictos psicológicos. Que al no solucionarse por la

intervención se reflejen más claramente en el período postquirúrgico.

Por lo anterior nuestra pregunta sería si el estado depresivo llevaría al paciente a recurrir a la búsqueda de rinoplastía - creyendo solucionar de esa manera su conflictiva con la reconstrucción de su imagen corporal y consecuentemente su autoestima?

Por lo que esta investigación lo que pretende es demostrar si la sintomatología depresiva detectada a través de un instrumento que ofrece confiabilidad y validez, como lo es el inventario para Depresión de Beck, llevaría al paciente a recurrir a la búsqueda de la rinoplastía para solucionar su conflictiva latente o aparente, como lo es una autoimagen devaluada, o en realidad esta búsqueda ayudaría a la reconstrucción de su imagen corporal y mejoraría su autoestima.

HIPOTESIS

En la formulación de la hipótesis se debe tener en cuenta los factores anteriormente mencionados, relacionados con los aspectos causales desencadenantes, por lo que la hipótesis queda establecida de la siguiente manera:

- a).- Los pacientes que acuden a solicitar la Cirugía de rinoplastía presentan depresión en un porcentaje significativo.
- b).- Los pacientes con depresión que acuden a solicitar la Cirugía de rinoplastía no se modifica la depresión.

OBJETIVOS

Detectar Depresión en los pacientes que solicitaron ser intervenidos quirúrgicamente para rinoplastia, y que fueron aceptados por el Servicio de Cirugía Plástica y Reconstructiva en su Clínica de Estética a través de un instrumento que es el inventario para depresión de Beck, que llevaría a demostrar que es necesaria la participación del Psiquiatra en el área quirúrgica ya que a través de sus evaluaciones y una evaluación integral se detectaría alteración psiquiátrica de fondo que repercutiría en la disminución de los costos innecesarios Institucionales causados por pacientes que presentan Depresión.

MATERIAL Y METODO

Límites de la investigación:

a).- Límites de espacio.

Se requirió para el estudio un consultorio dentro del Servicio de Cirugía Plástica y Reconstructiva, así como el cubículo asignado para la Clínica de Estética.

b).- Límites de tiempo.

El estudio inició el 25 de junio de 1989 y finalizó el 19 de octubre de 1990, dentro de este lapso se estudiaron 20 pacientes que reunieron las características de población establecidas.

c).- Límites del universo.

A los pacientes seleccionados se les aplicaron los siguientes

critérios:

CRITERIOS DE INCLUSION:

- a).- Pacientes que solicitaron ser intervenidos quirúrgicamente - en la consulta externa de la Clínica de Estética del Servicio de Cirugía Plástica y Reconstructiva del H R 20 de Noviembre ISSSTE.
- b).- Ambos sexos.
- c).- De 15 a 45 años de edad.
- d).- Que sepan leer y escribir.

CRITERIOS DE EXCLUSION:

- a).- Aquellos que padecieran algún tipo de afección orgánica como metabólica, endocrina, genética o cardiorrespiratoria.
- b).- Aquellos que padecieran algún otro tipo de alteración psiquiátrica según el DSM III R en el eje I.
- c).- Aquellos que presenten tratamiento quirúrgico previo (rino-plastia secundaria).
- d).- Aquellos que tengan tratamientos psiquiátricos previos.
- e).- Aquellos que presentaron traumatismo reciente nasal y que requerían Cirugía Plástica.

CRITERIOS DE ELIMINACION:

- a).- Pacientes que presentaron complicaciones durante el acto quirúrgico, como metabólicas, endocrinas o cardiorrespiratorias.
- b).- Aquellos pacientes que durante su tratamiento quirúrgico se compliquen con alguna infección severa.

Dentro de las variables sociodemograficas tenemos:

ESTADO CIVIL:

- a).- Soltero
- b).- Casado
- c).- Divorciado

EDAD:

- a).- De 15 a 20 años
- b).- De 21 a 25 años
- c).- De 26 a 30 años
- d).- De 31 a 35 años
- e).- De 36 a 40 años
- f).- De 41 a 45 años

ESCOLARIDAD:

- a).- Ninguna pero saber leer y escribir
- b).- Primaria completa
- c).- Secundaria completa
- d).- Estudios Comerciales
- e).- Preparatoria completa
- f).- Licenciatura

SEXO:

- a).- Femenino
- b).- Masculino

OCUPACION:

- a).- Estudiante
- b).- Empleado
- c).- Profesionista
- d).- No trabaja

Recursos humanos, materiales y técnicos:

Se solicitó la colaboración de los residentes del Servicio de Cirugía Plástica y Reconstructiva que trabajaron en conjunto con el investigador.

Se utilizaron 40 copias del inventario para depresión de Beck traducidas al castellano, los expedientes clínicos, así como implementos de papelería.

Métodos de obtención, procesamiento y presentación de datos:

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

Los pacientes llegaron a la consulta externa del Servicio de Cirugía Plástica y Reconstructiva del Hospital Regional 20 de Noviembre ISSSTE, solicitando ser intervenidos quirúrgicamente para rinoplastia, siendo evaluados en sesión conjunta por la Clínica de Estética y el Servicio de Psiquiatría.

Al ser aceptados para la intervención quirúrgica, el residente quirúrgico solicitó exámenes de laboratorio y gabinete, programando la cirugía a los 8 días en cada paciente. Se les comunicó verbalmente el objetivo de este estudio y se procedió a la valoración

psiquiátrica a través de una entrevista semiestructurada.

El siguiente paso fue la aplicación del inventario para depresión de Beck, (Anexo No. 1) instrumento que se utilizó para detectar - la sintomatología y que ofrece validez y confiabilidad; los ítems que se incluyen en dicha escala son los siguientes:

A estado de ánimo, B pesimismo, C sentimientos de fracaso, D falta de satisfacción, E sentimiento de culpa, F sentimiento de castigo, G odio así mismo, H autoacusaciones, I deseos autopunitivos, J brote de llanto, K irritabilidad, L aislamiento social, M indecisión, N imagen corporal, O inhibición del trabajo, P perturbación del sueño, Q fatigabilidad, R pérdida del apetito, S pérdida de peso, T preocupación somática y U pérdida de la libido.

Para calificar la escala de Beck, se utilizó la puntuación que se señaló en el artículo original del autor, asignándosele valores numéricos de 0 a 3, que cuantifican manifestación de depresión.

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. El resultado total se obtiene de la suma de los 21 ítems, por lo que el rango de medida posible se extiende de 0 - 63:

- a).- De 0 a 9 como no deprimidos
- b).- De 10 a 15 como depresión leve
- c).- De 16 a 23 como depresión moderada
- d).- De 24 a 63 como depresión severa

De acuerdo con el Servicio de Cirugía Plástica y Reconstructiva se programo un lapso de tres meses posteriores al acto quirúrgico de cada paciente, para entonces volver a aplicar la escala de -

Beck, considerándose que en este tiempo sería valorable el resultado estético de la intervención, ya que habrían remitido la sintomatología inflamatoria, el hematoma perinasal, la recuperación del funcionamiento respiratorio así como el retiro de la ferula nasal.

ANALISIS ESTADISTICO:

Los resultados alcanzados fueron tratados estadísticamente con ayuda de la Prueba t de Student, valores de la desviación estándar y la media.

Se realizó el análisis global de los sujetos utilizando -- la Prueba de McNemar para cambios.

ANEXO NO. 1

INVENTARIO DE BECK

REACTIVOS Y RESPUESTAS

A.- TRISTEZA:

- 0. No me siento triste.
- 1. Me siento triste o melancólico
- 2a. Me 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

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 acostumbrara.
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 del 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 estoy 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 irritaba.

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 dor-
mir 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 como me siento.

U.- PERDIDA DE LA LIBIDO:

0. No he notado ningún cambio reciente en mi interés 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.

RESULTADOS:

Porcentaje de resultados obtenidos en la fase prequirúrgica, Tabla No. 1.

DIAGNOSTICO	PORCENTAJE
Sin depresión	75%
Depresión leve	20%
Depresión moderada	5%
Depresión severa	0%

Tabla No. 1

En la fase postquirúrgica, Tabla No. 2.

DIAGNOSTICO	PORCENTAJE
Sin depresión	65%
Depresión leve	30%
Depresión moderada	5%
Depresión severa	0%

Tabla No. 2

Como observamos los resultados en la fase prequirúrgica - fueron: del 100% de los pacientes, el 20% presentó depresión leve, y sólo el 5% con depresión moderada.

En la fase postquirúrgica, del 100% de los pacientes el 30% presentó depresión leve y el 5% con depresión moderada.

Para el estudio estadístico se utilizó el método de la Prueba t - pareada, obteniéndose:

ESTA TESIS NO DEBE
SALIR DE LA BIBLIOTECA

1
2
3
4
5
6
7
8
9
10
11
12
13
14
15
16
17
18
19
20

$$\bar{d} = -1.45$$

$$s\hat{d} = 6.99$$

$$t = \frac{-1.45}{\frac{6.99}{\sqrt{20}}} = -\frac{1.45}{1.56} = -0.93$$

y la prueba de McNemar para cambios:

$$X^2 = \frac{(A - D)^2}{(A + D)}$$

$$X^2 = \frac{(6 - 4)^2}{(6 + 4)} = \frac{4}{10} = 0.4$$

Valores: $p = -0.93$; $p = 0.4$, estadísticamente no significativos.

De acuerdo al diagnóstico obtenido por la Escala de Beck, se forman los siguientes subgrupos, según se muestran en la Tabla No. 3.

SUBGRUPO	DIAGNÓSTICO		NO. de pacientes	PORCENTAJES
	PREGX.	POSTGX.		
1	Normal	Normal	9	45%
2	Normal	Depresión	6	30%
3	Depresión	Normal	4	20%
4	Depresión	Depresión	1	5%

Tabla No. 3

EDAD:

En relación a la edad de la población estudiada, encontramos que la edad promedio del grupo es de 27.65 . En la siguiente Tabla se muestra la frecuencia de edad en relación al diagnóstico de los subgrupos, siendo este resultado no significativo, por lo que se considera que la edad no es un factor que determine la depresión en esta población estudiada.

E D A D E S	S U B G R U P O S			
	1	2	3	4
15 - 20	1	0	1	1
21 - 25	3	4	0	0
26 - 30	0	1	2	0
31 - 35	3	0	0	0
36 - 40	1	0	1	0
41 - 45	1	1	0	0

Tabla No. 4

SEXO:

En relación al sexo, se encontró una proporción mayor del sexo femenino en relación con el masculino; haciéndose notar que el total de pacientes que alcanzaron mejoría en su depresión posterior a la Cirugía fueron mujeres.

SUBGRUPO	MASCULINO	FEMENINO
1	2	7
2	2	4
3	0	4
4	-	1

Tabla No. 5

ESTADO CIVIL:

Con esta variable encontramos que del total de pacientes, 15 eran solteros; 2 casados y 3 divorciados. Por lo que las posibles diferencias en los diversos subgrupos no son significativas para esta investigación. (Tabla No. 6)

SUBGRUPO	SOLTEROS	CASADOS	DIVORCIADOS
1	6	2	1
2	5	0	1
3	3	0	1
4	1	-	-

Tabla No. 6

ESCOLARIDAD:

Los resultados obtenidos, muestran que no existe diferencia significativa en los diferentes niveles de escolaridad, pero podemos observar en la Tabla No. 7 que en la población prevaletió una preparación media (14 de 20 pacientes) y que en aquellos con -

estudios superiores la evolución fue satisfactoria.

ESCOLARIDAD	SUBGRUPOS			
	1	2	3	4
Secundaria	0	0	1	-
Est. Comerciales	4	2	0	-
Preparatoria	2	4	1	1
Licenciatura	3	0	2	-

Tabla No. 7

OCUPACION:

Los resultados obtenidos se pueden apreciar en la Tabla No. 8 la cual nos muestra que la variable ocupación no es significativa para la manifestación de depresión, pero se hace notar que el total de los profesionistas no presentaron depresión.

GRUPO	ESTUDIANTE	EMPLEADO	PROFESIONISTA
1	3	5	1
2	2	4	0
3	1	1	2
4	1	-	-

Tabla No. 8

DISCUSION:

Los pacientes incluidos en este estudio fueron 20. En la investigación para detectar depresión se utilizó, el inventario para depresión de Beck instrumento que ofrece confiabilidad y validez, en donde se detectó por ítems mayor puntaje en los referidos a imagen corporal y preocupación somática.

Sin que sea posible sacar conclusiones estadísticamente significativas interpretables, es interesante observar, que entre los 20 pacientes examinados, el 25% de los sujetos que solicitaron ser intervenidos quirúrgicamente para rinoplastia se detectó depresión, lo cual clínicamente si es significativo.

Según estudios de Reich, reporta en fase preoperatoria el 31% de depresión, por lo que no debemos subestimar el porcentaje encontrado en el presente estudio.

Se encontraron 5 casos con depresión en la fase prequirúrgica, de los cuales el 80% alcanzó la mejoría en la siguiente fase y sólo el 20% se mantuvo sin cambios, por lo que este dato hace suponer que el atractivo físico es una legítima y extraordinaria variable psicológica importante en el campo de la apariencia.

De los 15 pacientes sin depresión inicial, 6 de ellos presentaron depresión en la fase postquirúrgica, correspondiendo al 40% de ellos, lo cual pudiera deberse a no haber sido cubiertas las expectativas poco realistas del paciente, no descartando que en los sujetos existan conflictos psíquicos profundos y que de alguna manera sean manifiestos a través de la búsqueda de un acto quirúrgico.

Con respecto a las variables poblacionales encontramos:

La edad.- Este dato no representó ser factor determinante en la evolución de la presentación de cuadro depresivo en los pacientes.

El sexo femenino alcanzó el 80% de los pacientes que solicitaron ser intervenidos quirúrgicamente. De estas se diagnóstico depresión en la fase inicial en el 31.25%, lo cual es compatible con los porcentajes reportados en la literatura.

En lo referente al estado civil se concluye que el grupo de solteros fue de el 75%, debido probablemente a que esta población pudiera tener mayor interés en modificar su apariencia para mejorar su desempeño social.

El nivel de preparación fue medio primordialmente, tal vez debido al acceso de dichos pacientes a la Institución (por la prestación social del trabajador y familiares). Cabe mencionar que en la población con preparación a nivel de licenciatura no se diagnóstico depresión, pudiendose deber a que sus expectativas son realistas al tener mayor conocimiento de su autoimagen. Esta variable se encuentra íntimamente relacionada con la ocupación por lo que los datos obtenidos son semejantes.

Debemos considerar que los resultados de la investigación no fueron estadísticamente los esperados (aunque clínicamente si), pudiendo deberse a que el universo de estudio fue pequeño.

Estos hallazgos tienden a hacernos pensar que no debe esperarse sintomatología depresiva de fondo, pero si tener en cuenta la presencia de un conflicto profundo existente en el paciente, que lo

pudiera conllevar a forjar metas ilusorias en algún foco corporal.

De esta manera se sugiere ampliar la investigación a futuro sobre conflictos psíquicos a través de otros instrumentos de estudio.

CONCLUSIONES:

De acuerdo a los datos obtenidos y el análisis estadístico realizado en término de la frecuencia de depresión en pacientes que acuden al Servicio de Cirugía Plástica y Reconstructiva para rinoplastia, encontramos que no fue significativa en relación a lo esperado de no modificación de la depresión en pacientes que se someten a la intervención quirúrgica, los cambios encontrados no fueron significativos.

De lo anterior podemos concluir que el abordaje a través de una escala de medición de la depresión que nos ubica en un nivel solo sindromático descriptivo, no es útil para la detección de posibles conflictos psicológicos que nos expliquen los cambios esperados y observados en relación a los pacientes que acuden al Servicio de Cirugía Plástica y Reconstructiva.

Los datos obtenidos no son concluyentes para pensar que los pacientes que acuden a dicho Servicio presenten Psicopatología que se agrave o no se modifique por el acto quirúrgico por no incidir sobre los conflictos enmascarados de fondo.

BIBLIOGRAFIA

- 1.- Rodin G. Voshart K; Depression in the medically ill: An interview. *Amj. Psychiatry* 143:696 - 705, 1986.
- 2.- Regier DA, Boyd JH, Burke JD, et al: One-month prevalence of mental disorders in the U. S. - based on five. Epidemiologic Catchment Area Sites. *Arch Gen Psychiatry* 1988
- 3.- Pierre Pichot, et al: Transtornos del estado de ánimo. -- Manual Diagnóstico y Estadístico de los transtornos mentales DSM IIR, Ed. Masson: 247 - 279, 1988.
- 4.- Carroll BJ: Implications of Biological Research of the Diagnosis of Depresión. In Mendelwicz J. (ed). *New Advances in the Diagnosis and Treatment of Depressive Illness*. Amsterdam, Elsevier, (1): 85-107, 1981.
- 5.- Burns BJ, Burke JD: Improving Mental Health Practices in -- primary care: Findings from recent research. *Public Health Rep.* 100: 294 - 300, 1985.
- 6.- Suranyi-Cadotte BE, Wood PL., Schwartz G., et al: Altered -- platelet H-imipramine binding in schizoaffective and depressive disorders. *Biol Psychiatry* 19:923 - 927, 1983.
- 7.- Stokes PE, Stoll P., Koslow H., et al: Pretreatment DST and hypothalamic-pituitary-adreno-cortical function in depressed patients and comparason groups. *Arch Gen Psychiatry* 41:257. - 237, 1984.
- 8.- Taylor I J, Taylor BT. Thase HE: Cognitive and behavioral - Treatments for depression: a review of recent developments, in *Affective Disorders Reassessed*. MD, Ayd Medical Communications, 1983.
- 9.- Lewy AJ, Rurnberger JI, Wehr TA, et al: Supersensitivity to light: possible trait marker for manic-depressive illness. - *Am J Psychiatry* 142:725 - 727, 1985.
- 10.- Strain JT. Gise L. W. Raupt J, et al: Mental Health Training for Primary Care Physicians: Final report, NIMH Contract No OD-82-0015. Rockville, MD, National Institute of Mental Health, 1983.
- 11.- Kameron DB: Research on mental disorders in primary care -- setting: Rationale, Topics, and Support. *Fam Pract Res J* - 6:5 -- 11, 1986.

- 12.- Kamerow DB, Campbell TL: Is screening for mental health problems worthwhile in family practice, J Fam Pract --- 25:181 - 187, 1987.
- 13.- Glass RM, Allan AT, Uhlenhuth EH, et al: Psychiatric -- screening in a medical Clinic. Arch Gen Psychiatry. - 35: 1189 - 1195, 1978.
- 14.- Enrique Rojas. Psicopatología de la Depresión. Psicopatología de la Sensopercepción, Cap. 3: 41 - 135. Ed. Salvat, 1981.
- 15.- Meyer L; Jacobbson S. The predictive validity of Psychosocial factors for patients acceptance of rhinoplasty. Eng Ann. Plast. Surg, Dec; 17 (6): 513 - 20, 1986.
- 16.- Martínez Pina, A.: Patología psicósomática en la práctica médica. Ediciones Fragmentadas. Hoechst Ibérica. -- Barcelona, 1980.
- 17.- Ruiz-Mateos, A.: Los condicionamientos de cultura en la - Sociedad actual. Conferencia de clausura del "Curso monográfico sobre la conciencia". Instituto de Ciencias Morales. Madrid, 1979.
- 18.- Morselli, G.: Sulla dismorfofobia e Sulla tafet o fobia. - Boll. Acad. Med. Génova, 6; 1986.
- 19.- Marcia KG, Burgoyne, John M. Goin, and Fred R. Staples. A Prospective Psychological Study of 50 Female Face-Lift patients. Plastic and Recons. Surgery, April; 65 (4): 436 - 442, 1980.
- 20.- Kenyon, F. E.: Hypochondriasis. En: Currents issues in psychiatry. Science House. Vol. II: 157, New York, 1987.
- 21.- Arndt EM, Travis F. Lefebure A. Beauty and the eye of the beholder. Social consequences and personal adjustment for facial patients. British Journal of Plastic Surgery. 39: 81 - 84, 1986.
- 22.- Last U. Mosess. Mahler D. Mental Health correlates of -- valid perception of nasal deformity in female applicants for aesthetic rhinoplasty. Aesthetic Plast. Surg. 1983; 7 (2): 77 - 80.
- 23.- Murray JE. Muliken J. B. Kalem LB. et al 1979. Twenty --- year experience in maxillocraniofacial surgery: An evaluation of early surgery or growth, function and body image. Annals of Surgery. 190: 320 - 230.

- 24.- Thompson JA, Knorr and Edgeston MT. Jr. 1978. Cos---
metic Surgery The psychiatric perspective. Psychosoma-
tic Surgery The psychiatric perspective. Psychosomati-
cs, 19; 7 - 15.
- 25.- Belfer ML, Harrison AM and Murray JE. 1979. Body image-
and the process of reconstructive surgery. Am Jornal -
of Diseases of children, 133: 532 - 535.
- 26.- Ann Marie Riether and Alan Stoudemire, MD. Principales
of Medical Psychiatry: Surgery and Trauma, 1987. Gand S
Inc. 19: 443 - 445.
- 27.- Henker FO (1979). Body - image conflict following trau-
ma and surgery Psychosomatic. 20; 812 - 820.
- 28.- Gilles DA. Body image changes following illness and in-
jury. Journal of Enterostomy Therapy, 1984. 11: 185 -
189.
- 29.- Reich J. The Surgery of appearance. Psychological and
related aspects Medical Journal of Australia. 2:5 - 13.
- 30.- Harold I. Kaplan, M. D. Benjamín J. Sadock, M: D. Com-
prehensive Text book of Psychiatry - IV. Ed. 4a. Psy-
chiatric Emergencies. 28: 1321 - 1322.
- 31.- Beck AT, Ward CE et al; An inventory for measuring depre-
ssion. Arch Gen Psychiatry. 4:561 - 571, 1961.
- 32.- Beck A. T. Beamsderfer A; Assessment of depression: The
depression inventory, in Psychological Measurements in -
Psychopharmacology. Ed. by Pichot P. Basel, Karger 1974.
- 33.- Beck A. T. Depression. Causes and treatment. Philadel-
phia, University of Pensylvania Press, 1972.
- 34.- Beck A. T.; Rush A. J. Adults with affective disorders, -
in behavior therapy in psychiatric settings. Ed. by Her-
sen M., Bellack AS, Baltimore, Williams and Williams, ---
1978.
- 35.- Bryson Susan and Pilon J. David. Sex differences in depre-
ssion and Method of Administering de Beck Depression In -
ventory. Journal of Clinical Pshychology. Vol. 40(2):529-
534, 1984.
- 36.- Ramos- Brieva. La validez Predictiva del Inventario para-
Depresión de Beck en castellano. Actas Luso - Españolas -
de Neurología, Psiquiatria y Ciencias afines. Vol. XIV 2a.
etapa No. 1- 47 -50, 1986.
- 37.- Alvarado Elena; Ortega Hector; Tofres Mario. La validez de
una Traducción del Castellano del Inventario de Beck para-
la depresión en estudiantes del CCH; Tesina; biblioteca
del Departamento de Psiquiatria, Psicología Médica y
Salid Mental UNAM, 1988.

- 38.- Runyon, Haber. Estadística para las ciencias sociales. Inferencia Estadística con Muestras Correlacionadas. Ed. Sitsa. Cap 14: 259 - 275, 1986.