

11241
15
20

UNIVERSIDAD NACIONAL AUTONOMA DE MEXICO

FACULTAD DE MEDICINA

TITULO:

INCIDENCIA DE DEPRESION EN PACIENTES HOSPITALIZADOS EN
EL SERVICIO DE MEDICINA INTERNA DE UN HOSPITAL GENERAL.

ALUMNO:

DR JORGE GONZALO JIMENEZ SANCHEZ
MEDICO RESIDENTE DEL 3er GRADO DE PSIQUIATRIA
ADSCRITO AL HOSPITAL PSIQUIATRICO
"FRAY BERNARDINO ALVAREZ"

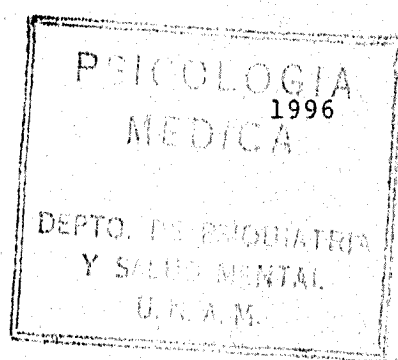


ASESOR TEORICO Y METODOLOGICO:

DR RAFAEL SALIM-PASCUAL

A handwritten signature in black ink, appearing to be "Rafael Salim-Pascual", written over the printed name.

TESIS PARA OBTENER EL DIPLOMA DE ESPECIALIZACION EN
PSIQUIATRIA



A handwritten signature in black ink, appearing to be "Adm", written in the bottom left corner.

TESIS CON
FALLA DE ORIGEN

TESIS CON
FALLA DE ORIGEN



Universidad Nacional
Autónoma de México

Dirección General de Bibliotecas de la UNAM

Biblioteca Central



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.

INDICE:

INTRODUCCIÓN.....	3
CLASIFICACIONES ACTUALES PARA DEPRESIÓN.....	8
CIE 10.....	8
DSM IV.....	11
JUSTIFICACIÓN.....	15
OBJETIVOS.....	15
HIPÓTESIS.....	15
MATERIAL Y MÉTODOS.....	16
RESULTADOS.....	19
DISCUSIÓN.....	20
TABLA 1.....	22
TABLA 2.....	23
TABLA 3.....	24
TABLA 4.....	25
TABLA 5.....	26
TABLA 6.....	27
BIBLIOGRAFÍA.....	28
ANEXO I: ESCALA DE HAMILTON.....	31
ANEXO II: ESCALA DE BECK.....	35

INTRODUCCION:

El paciente deprimido médicamente enfermo comparte la fisiopatología de un trastorno afectivo mayor (primario) y el diagnóstico apropiado se hace aplicando los mismo criterios.

Los siguientes síntomas deben estar presentes durante la mayor parte del día, casi todos los días y debe incluirse el ánimo deprimido o pérdida del interés o del placer. Animo deprimido, subjetivo u observado; notable disminución del interés o placer en casi todas las actividades, la mayoría de los días; aumento o pérdida de peso significativas (más del 5% del peso corporal en un mes); insomnio o hipersomnia; agitación o enlentecimiento psicomotor; fatiga o pérdida de energía; sentimientos de inutilidad o culpa excesivos o inapropiados; capacidad disminuida para pensar o concentrarse o bien indecisión y pensamientos recurrentes de muerte o suicidio.(1,2,22)

Dado que uno de los criterios de exclusión del DSM IV -que la disforia no sea debida a ningún trastorno mental orgánico- puede ser interpretado como un diagnóstico excluyente de depresión mayor en cualquier paciente con una enfermedad médica preexistente, ya que entonces se le podría llamar trastorno orgánico del ánimo, especialmente en el caso de un accidente cerebrovascular en el que la relación causa-efecto está más clara.(1,2)

Para realizar el diagnóstico de depresión en el paciente médicamente enfermo, la primera ayuda procede del descubrimiento de síntomas que son más claramente consecuencia de una depresión mayor, tal como la presencia de autorreproches (me siento inútil); el deseo de estar muerto o el retraso psicomotor (pocas enfermedades médicas por si mismas dan enlentecimiento psicomotor: hipotiroidismo y Enfermedad de Parkinson); el insomnio o hipersomnia, los intereses sexuales pueden no ser altos en un paciente médicamente enfermo, la capacidad de concentrarse o pensar, como los demás síntomas necesitan ser determinados específicamente en cada caso.(1,2,12,22)

Estados comúnmente mal calificados como depresión:

Hasta un tercio de los pacientes enviados por depresión no tendrán en el examen clínico, ni depresión mayor ni menor. Con mucho, el diagnóstico más frecuente encontrado en estos pacientes es el de síndrome mental orgánico; un paciente sosegadamente confuso puede parecer deprimido, un paciente demenciado o con un síndrome del lóbulo frontal debido a una lesión puede carecer de iniciativa espontánea; el retraso mental debido a que existe un fallo para seguir instrucciones complejas; en un paciente que ha atravesado por un episodio de enfermedad difícil, se puede creer que la reducción del lenguaje, la sonrisa y conversación por parte del paciente puede ser considerado como deprimido, aun cuando esto sea una manifestación de ira.(1)

Existe un sin número de medicamentos que pueden estar asociados con un **síndrome depresivo**, a continuación se mencionan: antihipertensivos como la reserpina, metildopa, tiacidas, espironolactona, clorhidrato de clonidina; anticonceptivos orales, esteroides y hormona adrenocorticotropa, cimetidina, ranitidina, barbitúricos, benzodiacepinas, β -bloqueadores, clorhidrato de metoclopramida y anfetaminas.(1)

Existe también un número elevado de enfermedades médicas asociadas a depresión, tal es el caso del carcinoma de páncreas que presenta una asociación frecuente con síntomas psiquiátricos especialmente depresión, la cual en algunos casos parece ser la primera manifestación de la enfermedad. otras son: enfermedad de arterias coronarias (18%), infarto de miocardio masivo (18%), infarto de miocardio parcial (27%); cáncer: pacientes ingresados por cáncer: 42%, gastrointestinales (20%), ginecológico (23%), páncreas (33%), enfermedad renal en estado terminal (30%), dolor crónico (32.4%). (1,17)

Existen enfermedades infecciosas que se asocian con sintomatología depresiva, tal es el caso del virus de la inmunodeficiencia humana que es neurotrópico, incluso en los individuos asintomáticos seropositivos en los cuales se demuestra una alta incidencia de anomalías electroencefalográficas y más anomalías en la exploración neuropsicológica.(1,15)

La depresión puede definirse como un trastorno básico del humor, a menudo acompañado de ansiedad y en los que puede darse, además, otros síntomas psiquiátricos del tipo de la inhibición motora, sensación de vacío, desinterés general, disminución de la comunicación y del contacto social, alteraciones en el apetito, (más frecuentemente anorexia), del sueño (insomnio tardío), agitación o enlentecimiento psicomotor, sentimientos de culpa y de incapacidad, ideas de muerte e incluso intentos de suicidio, etc, así como síntomas somáticos diversos (1).

El síndrome depresivo afecta de un 4 a 6% de la población general; ocupa aproximadamente el 23.3% del total de hospitalizaciones y el 80% de estos pacientes son tratados por personal no especializado (2).

La depresión se puede clasificar en primaria o secundaria.

En la primaria no existen alteraciones patológicas comprobadas.

En las secundarias, en cambio, es posible poner de manifiesto la existencia de otros trastornos o enfermedades no psiquiátricas, cuya presencia determinan la aparición de síntomas depresivos (1,2)

Por su parte, las depresiones secundarias, pueden estar causadas por alteraciones orgánicas y se denominan depresiones somáticas, o están relacionadas con otras enfermedades psiquiátricas, de las que la depresión es un síntoma que hay que añadir a los propios de la enfermedad de base.

Otra clasificación es la de Kiel-Holz.

- 1.- Depresiones endógenas: bipolares (cíclicas), unipolares (periódicas), involutivas.
- 2.- Depresiones somatógenas: orgánicas, sintomáticas.

La depresión constituye uno de los trastornos típicos en los que sobre una personalidad preexistente, pueden incidir en proporciones variables una serie de elementos etiopatogénicos: factores genéticos, somáticos, psíquicos, socioculturales y otros varios. (1,2).

Entre las depresiones somatógenas o causadas por la existencia de otras enfermedades orgánicas, podemos señalar las siguientes:

- enfermedad del sueño,
- enfermedades endócrinas (3), sobre todo el hipotiroidismo crónico (4) y la Enfermedad de Addison (5,17).
- Intoxicaciones o tratamientos prolongados, así como por ejemplo: el tratamiento con antihipertensivos como reserpina, alfa-metildopa, etc., por la acción de agotamiento del almacenaje de neurotransmisores de las vesículas presinápticas (6,7,8), tratamientos con fármacos que provocan depresión en la actividad del SNC, como las fenotiacinas, butirofenonas, etc. También los corticoides (9) o las anfetaminas pueden dar lugar a manifestaciones depresivas. Así también existen relaciones muy marcadas entre otras sustancias con el síndrome depresivo como son los sistemas dopaminérgicos (10,11,12), las B endorfinas (13) y el triptofano (14).

Un reto que existe es diferenciar el síndrome depresivo primario de otra alteración orgánica como las ocasionadas por lesiones cerebrales focales en el área de Broca, Wernicke, en el lóbulo temporal, en algunas zonas de la región frontoparietal y parieto-occipital, además de presentar los trastornos específicos de estas áreas se asocian con síndromes depresivos (15). En donde hay que considerar la relación que existe entre síndrome depresivo y enfermedades de índole orgánica. (17)

La depresión es un fenómeno muy común en enfermos con patología orgánica. Existen 3 factores que pueden desencadenar la depresión en los enfermos.

- Primero: la amenaza de pérdida de la integridad corporal, amenazada de enfermedad y el grado de incapacidad.
- Segundo: las circunstancias sociales y la historia previa de enfermedad médica o psiquiátrica, que en el paciente puede contribuir a la aparición de la depresión.
- Tercero: muchos de los tratamientos usados en el manejo de las enfermedades son, por ellos mismos desagradables. Por ejemplo: la quimioterapia y radioterapia acompañadas frecuentemente de apariencia desagradable por los efectos sistémicos. (17)

Hay condiciones patológicas que por sí mismas se asocian con síndromes depresivos, como son:

- Enfermedad vascular cerebral (EVC): en estudios de estos pacientes, la asociación con depresión depende de la localización del EVC y el grado de incapacidad de éste, además se encontró que en un 80% de los pacientes que tuvieron afectación de ganglios basales se encontraban deprimidos, así como un 60% de los que tuvieron afectación de la corteza dorsolateral frontal derecha (15).

- Pacientes ancianos: En una revisión Alexopoulos y cols (16) encontraron que un 25 a 35% de la población estudiada, presentaban enfermedades multisistémicas, y otro estudio de prevalencia en ancianos admitidos en forma aguda en un hospital, se encontró que el 40% de los síntomas eran por depresión y un 10% podían ser diagnosticados como causados por una enfermedad depresiva.

La demencia y la depresión pueden confundirse. En particular por las alteraciones cognitivas que presentan. (16).

- La epilepsia: se encuentra muchas veces asociada con depresión. El uso de fenobarbital para el control de la epilepsia, la presencia de crisis parciales de sintomatología compleja, y la severidad de la enfermedad aparentemente incrementa el riesgo de depresión y una importante incidencia en la tendencia al suicidio.

- Abuso de alcohol y otras sustancias: esto es un problema común, según la sustancia de abuso son los problemas que se presentan. En relación a la sustancias de abuso, este puede asociarse a marcada depresión y puede ser la causa de retornar al uso de drogas o alcohol.

- Estados de fatiga: fatiga y depresión pueden ser consecuencia de enfermedades infecciosas como influenza, hepatitis, infección por HIV, encefalitis letárgicas y algunas infecciones no virales como son la brucelosis y toxoplasmosis. Aunque la fatiga puede ser un síntoma inicial del síndrome depresivo o de algún otro proceso como podría ser el infeccioso. (16,17,18),

El síndrome depresivo presenta un ritmo circadiano; las oscilaciones (19) corresponden similarmente a los niveles de cortisol plasmático, temperatura basal y no son independientes a la hormona tiroestimulante y hormona adrenocorticotrofa, cortisol y Testosterona (19,20).

Se pueden presentar recurrencias cortas, caracterizadas por episodios que pueden ser de 2 semanas y no ser diagnosticadas. Esto representa un alto riesgo de suicidio y requiere de diagnóstico.

Es necesario detectar condiciones asociadas como son la depresión mayor, enfermedad bipolar y distimia. (22)

Fodoroff y cols reportan que el 27% de pacientes con traumatismo craneoencefálico presentan criterios para depresión mayor con el DSM III y con la escala para depresión de Hamilton (23). Con lesiones en ganglios basales, en corteza dorsolateral frontal izquierda, en regiones parieto-occipital y hemisféricas derechas, encontrando la misma relación entre los que presentaron enfermedad vascular cerebral (23,24),

En relación a costos de este padecimiento, se gastan en Inglaterra y en el país de Gales aproximadamente 240 millones anuales y 3 billones por incapacidad relacionada (25).

Se define como depresión crónica a la depresión con persistencia de sintomatología por más de dos años, con una prevalencia de 12 a 15% (26).

En un estudio Blazer reportó en 997 ancianos, síntomas de disforia en 14.7%, con 3.7% de síntomas de depresión mayor y de los cuales 1.9% fueron primarios y 6.7% con síntomas asociados a enfermedades sistémicas (27).

Baldwin, en un estudio de 100 ancianos con estados depresivos no neuróticos reportó que un 7% presentaban síntomas depresivos continuos. Como factores predictivos se encontraron sexo femenino y enfermedad (se estudiaron 42 a los 104 meses) (28).

Entre otras formas de anticipar la depresión mencionan Spurell y colaboradores la respuesta linfocitaria con una disminución de esta, no teniendo relación con una respuesta inmunitaria y presentando correlación entre el índice linfocitario y el grado de depresión, así como también la elevación de niveles de proteínas en fases agudas de depresión mayor (29).

Joyce encontró en su estudio un incremento en la inmunoglobulina G en depresión mayor como consecuencia de trastornos metabólicos, como ocurre con 5HT/imipramina plaquetaria como posible inhibidor de los mecanismos serotoninérgicos mediadores de la depresión (30).

A continuación mencionaremos las clasificaciones actuales para los episodios depresivos

EPISODIOS DEPRESIVOS (CIE 10)

En los episodios depresivos típicos de cada una de las tres formas descritas a continuación, leve (F32.0), moderada (F32.1) o grave (F32.2 y F32.3), por lo general, el enfermo que las padece sufre un humor depresivo, una pérdida de la capacidad de interesarse y disfrutar de las cosas, una disminución de su vitalidad que lleva a una reducción de su nivel de actividad y a un cansancio exagerado, que aparece incluso tras un esfuerzo mínimo. También son manifestaciones de los episodios depresivos:

- a) la disminución de la atención y concentración
- b) la pérdida de la confianza en sí mismo y sentimientos de inferioridad
- c) las ideas de culpa y de ser inútil (incluso en los episodios leves)
- d) una perspectiva sombría del futuro
- e) los pensamientos y actos suicidas o de autoagresiones
- f) los trastornos del sueño
- g) la pérdida del apetito.

La depresión del estado de ánimo varía escasamente de un día para otro y no suele responder a cambios ambientales, aunque puede presentar variaciones circadianas características. La presentación clínica puede ser distinta en cada episodio y en cada individuo. Las formas atípicas son particularmente frecuentes en la adolescencia. En algunos casos, la ansiedad, el malestar y la agitación psicomotriz pueden predominar sobre la depresión. La alteración del estado de ánimo puede estar enmascarada por otros síntomas, tales como irritabilidad, consumo excesivo de alcohol, comportamiento histriónico, exacerbación de fobias o síntomas obsesivos preexistentes o por preocupaciones hipocondríacas. Para el diagnóstico de episodio depresivo de cualquiera de los tres niveles de gravedad habitualmente se requiere una duración de al menos dos semanas, aunque períodos más cortos pueden ser aceptados si los síntomas son excepcionalmente graves o de comienzo brusco.

Algunos de los síntomas anteriores pueden ser muy destacados y adquirir un significado clínico especial. Los ejemplos más típicos de estos síntomas "somáticos" son: Pérdida del interés o de la capacidad de disfrutar de actividades que anteriormente eran placenteras. Pérdida de reactividad emocional a acontecimientos y circunstancias ambientales placenteras. Despertarse por la mañana dos o más horas antes de lo habitual. Empeoramiento matutino del humor depresivo. Presencia objetiva de inhibición o agitación psicomotrices claras (observadas o referidas por terceras personas). Pérdida marcada de apetito. Pérdida de peso (del orden del 5% o más del peso corporal en

el último mes). Pérdida marcada de la libido. Este síndrome somático habitualmente se considera presente al menos que cuatro o más de las características anteriores estén definitivamente presentes.

Enfermos con episodios depresivos leves son frecuentes en la práctica médica general, mientras que las unidades de internamiento psiquiátrico suelen ocuparse de las formas más graves de episodios depresivos.

PAUTAS PARA EL DIAGNOSTICO:

F32.0 Episodio depresivo leve.

El ánimo depresivo, la pérdida de interés y de la capacidad de disfrutar, y el aumento de la fatigabilidad suelen considerarse como los síntomas más típicos de la depresión, y al menos dos de estos tres deben estar presentes para hacer un diagnóstico definitivo, además de al menos dos del resto de los síntomas enumerados anteriormente. Ninguno de los síntomas debe estar presente en un grado intenso. El episodio depresivo debe durar al menos dos semanas.

Un enfermo con un episodio depresivo leve, suele encontrarse afectado por los síntomas y tiene alguna dificultad para llevar a cabo su actividad laboral y social, aunque es probable que no las deje por completo.

F32.1 Episodio depresivo moderado.

Deben estar presentes al menos dos de los tres síntomas más típicos descritos para episodio depresivo leve así como al menos tres (y preferiblemente cuatro) de los demás síntomas. Es probable que varios de los síntomas que se presenten en grado intenso, aunque esto no es esencial si son muchos los síntomas presentes. El episodio depresivo debe durar al menos dos semanas.

Un enfermo con un episodio depresivo moderado suele tener grandes dificultades para poder continuar desarrollando su actividad social, laboral o doméstica.

F32.2 Episodio depresivo grave:

Durante un episodio depresivo grave, el enfermo suele presentar una considerable angustia o agitación, a menos que la inhibición sea una característica marcada. Es probable que la pérdida de estimación de sí mismo, los sentimientos de inutilidad o de culpa sean importantes, y el riesgo de suicidio es importante en los casos particularmente graves. Se presupone que los síntomas somáticos están presentes casi siempre durante un episodio depresivo grave.

Deben estar presentes los tres síntomas típicos del episodio depresivo leve y moderado, y además por lo menos cuatro de los demás síntomas, los cuales deben ser de intensidad grave. Sin embargo, si están presentes síntomas importantes como la agitación o inhibición psicomotrices, el enfermo puede estar poco dispuesto o ser incapaz de describir muchos síntomas con detalle. En estos casos esta justificada

una evaluación global de la gravedad del episodio. El episodio depresivo debe durar normalmente al menos dos semanas, pero si los síntomas son particularmente graves y de inicio muy rápido puede estar justificado hacer el diagnóstico con una duración menor de dos semanas.

EPISODIO DEPRESIVO MAYOR (DEM IV)

CARACTERISTICAS DIAGNOSTICAS:

La característica esencial de un trastorno depresivo mayor es un curso clínico caracterizado por uno o más episodios depresivos mayores sin historia de episodios maníacos, mixtos o hipomaniacos (criterios A y C). Para realizar el diagnóstico de un trastorno depresivo mayor no se tienen en cuenta los episodios de trastorno del estado de ánimo inducidos por sustancias (debidos a los efectos fisiológicos directos de una droga, un medicamento o a la exposición a un tóxico) ni los trastornos del estado de ánimo debidos a enfermedad médica. Además, los episodios no se explican mejor por la presencia de un trastorno esquizoafectivo y no están superpuestos a una esquizofrenia, un trastorno esquizofreniforme, un trastorno delirante o un trastorno psicótico no especificado (criterio E).(2)

Si se presenta un episodio maníaco, mixto o hipomaniaco en el curso de un trastorno depresivo mayor, se cambia el diagnóstico por el de trastorno bipolar, sin embargo si los síntomas maníacos o hipomaniacos aparecen como efecto directo de un tratamiento antidepresivo, del consumo de otros medicamentos, del consumo de sustancias o de la exposición a tóxicos, sigue siendo apropiado el diagnóstico de trastorno depresivo mayor y debe anotarse un diagnóstico adicional de trastorno del estado de ánimo inducido por sustancias, con síntomas maníacos (o con síntomas mixtos). Del mismo modo, si los síntomas maníacos o hipomaniacos se producen como efecto directo de una enfermedad médica, sigue siendo apropiado el diagnóstico de trastorno depresivo mayor y debe anotarse el diagnóstico adicional de trastorno del estado de ánimo debido a enfermedad médica, con síntomas maníacos (o con síntomas mixtos).(2)

Síntomas y trastornos asociados:

Características descriptivas y trastornos mentales asociados: El trastorno depresivo mayor está asociado a una mortalidad alta. Los sujetos con trastorno depresivo mayor que mueren por suicidio llegan al 15%. Los datos epidemiológicos también sugieren que las tasas de muerte en los sujetos con trastorno depresivo mayor de más de 55 años aumentan hasta llegar a cuadruplicarse. Los sujetos con trastorno depresivo mayor ingresados en residencias geriátricas pueden tener un mayor riesgo de muerte en el primer año. De los sujetos visitados en consultas de medicina general, los que presentan un trastorno depresivo mayor tienen más dolor y más enfermedades físicas y una peor actividad física, social y personal.(2)

El trastorno depresivo mayor puede ir precedido por un trastorno distímico (en un 10% en estudios epidemiológicos y en un 15-25% en población clínica). También se estima que cada año aproximadamente el 10% de los sujetos con un trastorno distímico iniciarán un primer episodio depresivo mayor. Otros trastornos mentales se presentan con frecuencia al mismo tiempo que el trastorno depresivo mayor (p. ej., trastornos relacionados con sustancias, trastorno de angustia,

trastorno obsesivo-compulsivo, anorexia nerviosa, bulimia nerviosa, trastorno límite de la personalidad).(2)

El trastorno depresivo mayor puede asociarse a enfermedades crónicas. Hasta un 20-25% de los sujetos con determinadas enfermedades médicas (p. ej., diabetes, infarto de miocardio, carcinomas, accidentes vasculares cerebrales) presentarán un trastorno depresivo mayor a lo largo del curso de su enfermedad médica. Si hay un trastorno depresivo mayor, el tratamiento de la enfermedad médica es más complejo y el pronóstico, menos favorable.(2)

Prevalencia:

Los estudios del trastorno depresivo mayor han indicado un amplio intervalo de valores para la proporción de la población adulta que padece el trastorno. El riesgo para el trastorno depresivo mayor a lo largo de la vida en las muestras de población general ha variado entre el 10 y el 25% para las mujeres y entre el 5 y 12% para los varones. La prevalencia puntual del trastorno depresivo mayor en adultos en muestras de población general han variado entre el 5 y el 9% para las mujeres y entre el 2 y 3% para los varones. Las tasas de prevalencia para el trastorno depresivo mayor parecen no estar relacionadas con la raza, el nivel de estudios o ingresos económicos, ni con el estado civil.(2)

CRITERIOS PARA EL EPISODIO DEPRESIVO MAYOR. (DSM IV)

A. Presencia de cinco (o más) de los siguientes síntomas durante un período de 2 semanas, que representan un cambio respecto a la actividad previa; uno de los síntomas debe ser (1) estado de ánimo deprimido o (2) pérdida de interés o de la capacidad para el placer. Nota: no incluir los síntomas que son claramente debidos a enfermedad médica o las ideas delirantes o alucinaciones no congruentes con el estado de ánimo

(1) estado de ánimo deprimido la mayor parte del día, casi cada día según lo indica el propio sujeto (p. ej., se siente triste o vacío) o la observación realizada por otros (p. ej., llanto) Nota: En los niños y adolescentes el estado de ánimo puede ser irritable.

(2) disminución acusada del interés o la capacidad para el placer en todas las actividades, la mayor parte del día, casi cada día (según refiere el propio sujeto u observan los demás)

(3) pérdida importante de peso sin hacer régimen o aumento de peso (p. ej., un cambio de más del 5% del peso corporal en 1 mes), o pérdida o aumento del apetito casi cada día. Nota: En niños hay que valorar el fracaso en lograr los aumentos de peso esperables.

(4) insomnio o hipersomnia casi cada día

(5) agitación o enlentecimiento psicomotores casi cada día (observable por los demás, no meras sensaciones de inquietud o de estar enlentecido)

(6) fatiga o pérdida de energía casi cada día

(7) sentimientos de inutilidad o de culpa excesivos o inapropiados (que pueden ser delirantes) casi cada día (no los simples autoreproches o culpabilidad por el hecho de estar enfermo)

(8) Disminución de la capacidad para pensar o concentrarse, o indecisión, casi cada día (ya sea una atribución subjetiva o una observación ajena)

(9) Pensamientos recurrentes de muerte no sólo temor a la muerte), ideación suicida recurrente sin un plan específico o una alternativa de suicidio o un plan específico para suicidarse.

B. Los síntomas no cumplen los criterios para un episodio mixto

C. Los síntomas provocan malestar clínicamente significativo o deterioro social, laboral o de otras áreas importantes de la actividad del individuo.

D. Los síntomas no son debidos a los efectos fisiológicos directos de una sustancia (p.ej., una droga, un medicamento) o una enfermedad médica (p.ej., hipotiroidismo)

E. Los síntomas no se explican mejor por la presencia de un duelo (p.ej. después de la pérdida de un ser querido), los síntomas persisten durante más de 2 meses o se caracterizan por una acusada incapacidad funcional, preocupaciones mórbidas de inutilidad ideación suicida, síntomas psicóticos o enlentecimiento psicomotor.

Los episodios depresivos mayores en un trastorno depresivo mayor deben ser diferenciados de un trastorno del estado de ánimo debido a enfermedad médica. El diagnóstico es trastorno del estado de ánimo debido a enfermedad médica si la alteración del estado de ánimo se considera un efecto fisiológico directo de una enfermedad médica específica (p.ej., esclerosis múltiple, accidente vascular cerebral, hipotiroidismo). Esta decisión se basa en la historia clínica, los hallazgos de laboratorio y la exploración física. Si se considera que los síntomas depresivos no son la consecuencia fisiológica directa de la enfermedad médica, el trastorno primario del estado de ánimo se anota en el Eje I (p. ej., trastorno depresivo mayor) y la enfermedad médica se anota en el Eje III (p.ej. infarto de miocardio). Por ejemplo, éste sería el caso si se considera que el episodio depresivo mayor es la consecuencia psicológica directa de tener la enfermedad

(2)

médica o si no hay una relación etiológica entre el episodio depresivo mayor y la enfermedad médica.(2)

Son diversas la enfermedades médicas que pueden causar alteraciones del humor. Estas enfermedades incluyen las enfermedades neurológicas degenerativas (p.ej., Enfermedad de Parkinson, Enfermedad de Huntington), patología vascular cerebral (p.ej., accidente vascular cerebral) enfermedades metabólicas (p.ej. deficiencia de vitamina B₁₂), enfermedades endócrinas (p.ej., hiper o hipotiroidismo, hiper e hipoparatiroidismo, hiper e hipofunción corticoadrenal), enfermedades autoinmunes (p.ej. lupus eritematoso sistémico), infecciones víricas o de otro tipo (p.ej., hepatitis, mononucleosis, virus de inmunodeficiencia humana) y algunos tipos de cáncer (p. ej., carcinoma de páncreas). Los hallazgos de la exploración física, las pruebas de laboratorio y los patrones de prevalencia o inicio reflejan la enfermedad médica causante del cuadro.(2)

JUSTIFICACION:

La depresión es una patología frecuentemente relacionada con padecimientos crónico degenerativos, lo cual puede conducir al paciente a manejar situaciones asociadas a su enfermedad, con empeoramiento y ocasionando internamientos innecesarios; y que puede traer complicaciones asociadas a la hospitalización.

Por lo anterior, consideré que conocer la prevalencia y evolución de estos síntomas en pacientes médicamente enfermos resultaba de interés primordial.

De confirmarse que existe un incremento en la sintomatología depresiva en los pacientes hospitalizados, establecer las diferencias clínicas en las que se manejan estos pacientes, proporcionar apoyo médico justificado para el manejo de la depresión y con ello mejorar la calidad de vida, llevar a una correcta aceptación de su enfermedad y como consecuencia un mayor apego al tratamiento.

OBJETIVOS:

- 1.- Evaluar la incidencia de depresión en los pacientes con enfermedad crónico-degenerativas internados en el servicio de Medicina Interna de un hospital general.
- 2.-Describir si existe una relación entre depresión y enfermedad crónica.
- 3.- Investigar el curso de la depresión en relación a la respuesta sintomática de la enfermedad de base.

HIPÓTESIS:

HIPÓTESIS : Si el estado afectivo del paciente se ve influido por eventos medioambientales, entonces el proceso hospitalario puede favorecer la aparición de depresión.

DISEÑO DEL ESTUDIO:

Se trata de un estudio observacional, transversal, descriptivo y comparativo.

MATERIAL Y METODOS

UNIVERSO DE ESTUDIO: Comprendido por los pacientes hospitalizados en el servicio de Medicina Interna del Hospital General Dr. Aurelio Valdivieso, de la Ciudad de Oaxaca de Juárez, Oaxaca, perteneciente a la Secretaría de Salud.

TAMAÑO DE LA MUESTRA: Durante el periodo comprendido del 15 de Junio de 1994 al 15 de Junio de 1995, se ingresaron 545 pacientes, 310 hombres y 235 mujeres, con una edad promedio de 42.3 años. Las enfermedades más frecuentes fueron:

- Diabetes Mellitus	25%
- Hipertensión y cardiopatías	11%
- Cirrosis e insuficiencia hepática	11%
- Hematológicos	8%
- Neumopatías	7%
- Nefropatías	4%
- Pancreáticas	4%
- Endocrinopatías	3%
- Colagenopatías	3%
- Otras.	24%

Tomando en cuenta estos datos, se realizó una prueba de campo para ajustar el número de la muestra (n) para alcanzar una significancia estadística.

CRITERIOS DE INCLUSIÓN:

EDAD:	de 18 a 80 años
SEXO:	Hombres y mujeres
TIPO DE PACIENTE:	Sin historia de depresión previa u otra patología psiquiátrica, neurológicamente integros, hemodinámicamente y metabólicamente estables.

CRITERIOS DE EXCLUSIÓN:

- Pacientes puérperas
- Pacientes con otras patologías psiquiátricas asociadas, demostradas o por sospecha clínica.
- Pacientes con procesos demenciales de cualquier tipo
- Falta de cooperación para contestar verbalmente el cuestionario
- Con enfermedad aguda o de reciente diagnóstico y,
- Deseo de abandonar el estudio.

CRITERIOS DE ELIMINACION:

Pacientes que después de iniciado el estudio evolucionaron con:

- Evento vascular cerebral
- Encefalopatía metabólica
- Presencia de incapacidad física y/o amputación
- Fallecimiento durante el internamiento
- Diagnóstico de cualquier otra enfermedad de tipo psiquiátrico durante el internamiento

VARIABLES:

DEPENDIENTES: (de la patología de base):

- Grado de depresión
- incapacidad física previa al estudio
- tiempo de evolución de la enfermedad de base
- Tiempo de evolución de los síntomas de depresión.

(Del investigador)

El cuestionario se aplicó por un mismo investigador, tanto al ingreso como al egreso.

INDEPENDIENTES:

- edad
- sexo
- nivel socioeconómico
- escolaridad
- enfermedad de base.

Procedimiento de captación de la información

Se aplicó un cuestionario, el cual fué por escala numérica (Escala de Hamilton y Escala de Beck para depresión) y se registraron en una hoja de captación de datos.

Se aplicó el cuestionario mediante preguntas e indicaciones sencillas, y por un solo investigador, el cual realizó la entrevista al ingreso del paciente dentro de las primeras 24 horas, y al momento del alta; se realizaron 2 tipos de cuestionario, uno para diagnóstico (escala de Beck) y otro para establecer grado de severidad (escala de Hamilton).

Parámetros de medición:

Se usó la escala de Hamilton que es numérica para severidad, la cual se califica como positiva con 14 puntos, sin depresión de 0 a 13 puntos, de leve a moderada de 14 a 24 puntos y severa o profunda de 25 o más puntos (23).

La escala de Beck para establecer el diagnóstico, se consideró positiva con 14 puntos (31)

ANALISIS ESTADISTICO:

Se utilizaron métodos de estadística paramétrica como la prueba de "t" pareada para variables dependientes y el coeficiente de correlación de Pearson entre ambas escalas.

RESULTADOS

Incluimos una muestra de 40 pacientes que se ingresaron al servicio de Medicina Interna; de los cuales, el 52.5% eran mujeres (21) y el 47.5% eran hombres (19), con un rango de edad de 20 a 85 años de edad y un promedio de 11 días de estancia. (tabla 1)

En la tabla 2 se presenta la distribución en cuanto al sexo, grado de depresión y presencia o no de depresión tanto al ingreso como al egreso de los pacientes participantes en el estudio.

En la tabla 3 se muestra la base de datos a partir de los cuales se elaboró el estudio

Según la escala de Beck (tabla 4), el 55% de los pacientes que ingresaron a hospitalización presentaban puntajes indicativos de depresión, el cual se mantuvo incluso al egreso, sin embargo, se encontraron diferencias en el nivel global de depresión, esto mostrado según la prueba de "t" pareada ($p < 0.05$) con promedios de 14.62 al ingreso y 17.05 al egreso. (tabla 4)

En el caso de la escala de Hamilton, está mostró que el 40% de la población presentó puntajes sugerentes de depresión al ingreso y llama la atención que al egreso, el 60% de ellos tenían puntajes elevados, nuevamente se demostró que los promedios totales de la escala de Hamilton al ingreso versus egreso mostraban diferencias significativas con 13.85 al ingreso y 17.27 al egreso ($p < 0.05$) (tabla 4)

Por otra parte, consideramos que era necesario conocer si existía una correlación entre la aplicación de ambas escalas para lo cual el análisis de correlación de Pearson mostró que se encontraban valores altos de correlación entre las dos escalas; esto demostrado tanto en

los resultados de ambas, al ingreso ($r=0.85$) tanto como al egreso ($r=0.88$), lo anterior nos habla que ambas escalas pudieran ser utilizadas indistintamente con muy alto grado de confiabilidad. (tabla 5)

De acuerdo a los diagnósticos establecidos, los pacientes que más presentaron depresión fueron los pacientes Diabéticos, Osteoarticulares y los Neumopatas, en contraste con los pacientes Cardiovasculares, que al menos uno de ellos presento mejoría; (tabla 6)

DISCUSION:

La diferencia tan importante en la prevalencia detectada por la escala de Hamilton no se demostró con la escala de Beck, lo anterior pudiera deberse a fallas en la aplicación de alguna de las dos escalas que expliquen un 15% mas depresión mediante la escala de Hamilton. Sin embargo, queda claro que las diferencias globales en los promedios si deben tomarse en cuenta como indicativas de respuesta a un estresor importante como es la hospitalización.

La prevalencia según ambas escalas de 60% de los pacientes con un puntaje sugerente de depresión es menor al reportado por otras series, es decir, que hasta el 80% de los pacientes hospitalizados presentan algun grado de depresión. Sin embargo, lo arrojado por nuestra muestra debe tomarse con reserva, toda vez que nuestro tamaño de muestra no permite mayores inferencias.

Sin embargo, nuevamente el reducido número de la muestra, no permite resultados concluyentes. Una deficiencia de nuestro estudio es el hecho de que en la detección de depresión solo se utilizaron instrumentos y no la entrevista psiquiátrica considerada como el

"standar de oro" para conocer la prevalencia. No obstante, por lo reportado en la literatura y nuestros hallazgos se puede determinar que el empleo de estos instrumentos puede ser de gran utilidad en el diagnóstico de depresión, utilizando cualquiera de estas escalas en forma confiable.

TABLA 1
DEPRESIÓN EN PACIENTES HOSPITALIZADOS
EN EL SERVICIO DE MEDICINA INTERNA EN UN HOSPITAL GENERAL.

NÚMERO DE PACIENTES:	40
HOMBRES:	19
MUJERES:	21
RANGO DE EDAD:	20 a 85 AÑOS
RANGO DE ESTANCIA HOSPITALARIA	3 a 30 DÍAS.
PROMEDIO DE ESTANCIA HOSPITALARIA	11.2 DÍAS

TABLA 2
 DEPRESIÓN EN PACIENTES HOSPITALIZADOS
 DISTRIBUCIÓN POR SEXO, SEVERIDAD Y EDAD

INGRES	HAMILTON	21-30	31-40	41-50	51-60	+ 60
	S/DEPRES	2F 1M	0 3M	3F 1M	2F 3M	4F 3M
	LEVE	1F 1M	0F 0M	1F 0M	1F 0M	3F 2M
	MOD.	0F 0M	1F 0M	0F 1M	0F 1M	1F 0M
	SEVERA	2F 0M	1F 0M	0F 0M	0F 0M	2F 1M
EGRESO	S/DEPRES	1F 2M	3F 1M	3F 1M	1F 2M	2F 2M
	LEVE	1F 0M	0F 0M	0F 0M	1F 1M	1F 3M
	MODE	2F 0M	1F 0M	1F 0M	0F 0M	1F 2M
	SEVERA	0F 0M	0F 0M	0F 0M	1F 1M	3F 2M

TABLA 3
DESCRIPCIÓN DE PACIENTES DEPRIMIDOS O NO, HOSPITALIZADOS EN UN PISO DE
MEDICINA INTERNA. (BASE DE DATOS)

PACIENTE	INGRESO BECK	EGRESO BECK	DIFERENC.	INGRESO HAMILTON	EGRESO HAMILTON	DIFERENC.
1	08	15	7	4	0	4
2	13	16	3	14	15	1
3	27	32	7	25	31	6
4	11	15	4	9	19	10
5	13	17	4	13	20	7
6	5	9	4	5	8	3
7	18	24	6	14	19	5
8	30	38	8	34	52	18
9	13	11	-3	12	16	4
10	12	19	7	12	16	4
11	15	12	-3	10	11	1
12	8	9	1	7	8	1
13	6	7	1	4	6	2
14	5	9	4	8	11	3
15	19	28	9	22	26	4
16	13	15	2	13	20	7
17	13	20	7	16	24	8
18	15	23	8	20	26	6
19	12	10	-2	13	9	-4
20	5	9	4	4	7	3
21	3	15	12	2	15	11
22	19	29	10	12	23	11
23	4	13	9	6	14	8
24	5	8	3	5	7	2
25	24	28	4	25	29	4
26	7	8	1	6	5	-1
27	34	28	-6	18	27	9
28	9	7	-2	16	8	-8
29	18	20	2	8	13	5
30	14	12	-2	13	8	-5
31	20	30	10	20	26	6
32	23	23	0	18	22	4
33	5	3	-2	8	0	-8
34	4	12	8	6	25	19
35	24	29	5	34	41	7
36	13	4	-9	18	6	-12
37	38	19	-19	34	24	-10
38	41	25	-16	28	21	-7
39	12	19	7	11	17	6
40	7	12	5	7	8	1

TABLA 4
 VALORES DE SIGNIFICANCIA DE PRUEBA DE "t" PAREADA
 PARA LOS PROMEDIOS LAS ESCALAS DE BECK Y HAMILTON AL INGRESO Y AL
 EGRESO, PARA CONOCER EL VALOR ESTADÍSTICO DEL ESTUDIO.

	INGRESO BECK	EGRESO BECK	INGRESO HAMILTON	EGRESO HAMILTON
X=	14.62	17.05	13.85	17.27
DE=	9.51	8.62	8.62	10.47
di=	2.45		3.42	
DEdi	6.56		6.70	
Valor de t pareada 2.37 39 G.L.			3.22	
	p < 0.05		p < 0.05	

TABLA 5
CORRELACIÓN ENTRE ESCALA DE BECK Y HAMILTON
SEGÚN EL COEFICIENTE DE CORRELACIÓN DE PEARSON.

	INGRESO	INGRESO	r PEARSON
	BECK	HAMILTON	
X	14.62	13.85	$r = 0.85$
	EGRESO	EGRESO	r PEARSON
X	17.05	10.47	$r = 0.88$

TABLA 6
DISTRIBUCIÓN DE PACIENTES DEPRIMIDOS POR PATOLOGÍAS
HOSPITALIZADOS EN MEDICINA INTERNA

PATOLOGIA	AL INGRESO SIN DEPRESION	AL INGRESO DEPRESION	AL EGRESO SIN DEPRESION	AL EGRESO DEPRESION
DIABETICOS	10	5	7	8
CARDIOVASCULARES	3	7	4	6
OSTEOARTICULARES	4	1	2	3
PULMONAR	2	2	0	4
OTRAS	3	3	4	2

REFERENCIAS BIBLIOGRAFICAS

- 1.- Hassey N., Massachusetts General Hospital Handbook of General Hospital Psychiatry: 227-1011
- 2.- DSM IV, Manual Diagnóstico y Estadístico de los Trastornos Mentales, Asociación Psiquiátrica Americana de Washington, Editorial Masson, Barcelona: 326-358.
- 3.- Weller R. y cols: Comparison of fluorescent polarization immunoassay and radioimmunoassay cortisol levels in prepuberal depressed children. American Journal of Psychiatry. 1992, 149: 1395-96
- 4.- Hassey G.M. y Col: Workshops IV depression in medical illness. International Clinical Psychofarmacology 1993, 3-4: 205-07
- 5.- Paykel E. y Col; Workshops IV Depression in Medical Illness; International Clinical Psychofarmacology, 1993, 3: 205-207.
- 6.- Schatzberg A.F. y col: Serotonin activity in psychotic (delusional) Major Depression. Journal of Clinical Psychiatry 1992, 161: 562-65
- 7.- Seth R. Jennings A.L. y Col. Combination treatment with noradrenalin and serotonin reuptake inhibitors in resistant depression. British Journal of Psychiatry 1992, 161: 562-65
- 8.- Craig Risch S. y Col. Neurochemical alterations of serotonergic neuronal systems in depression. Journal of Clinical Psychiatry 1992, 53; 10:3-7
- 9.- Davies R.H. y col Salivary testosterone levels and major depressive illness in men. British Journal of Psychiatry 1992, 161: 629-632
- 10.- Shitij Kapur y J. John Mann Role of the dopaminergic system in depression. Biological Psychiatry 1992, 32:1-17
11. Pitchot W. y Col Dopaminergic Function in Panic Disorder: Comparison with Major and Minor Depression. Biological Psychiatry 1992, 32:1004-1011
- 12.- Cummings J.: Depression and Parkinson Disease: a review. American Journal of Psychiatry 1992, 149: 443-54

13.- Darko D.F. y col. Association of Endorphin with specific clinical symptoms of Depression. American Journal of Psychiatry 1992, 249:1167-1169.

14.- Miller H. y Col. Acute tryptofan depletion: A Method of Studying antidepressant action. American Journal of Psychiatry 1992, 53: suppl 10:28-35.

15.- Ross E.D. y Col. Diagnosis and Neuroanatomical Correlates of depression in Brain-damaged Patients. (Implications for Neurology of Depression). Archives of General Psychiatry 1981, 38: 1344-54.

16.- Alexopoulos G.S. Chronicity and relapse in Geriatric depression, Biological Psychiatry 1989: 26, 551-64

17.- Moffic H.S. y Col: Depression in Medical In-patients. British Journal of Psychiatry 1975, 126:346-56

18.- Lèger G.M. y Col. La Dépression et le vieillissement. L'encephale 1992, 28: 511-16

19.- Dalery J. Les temps de la Dépression. Temps Cyclique et temps linéaire. L'encephale 1992, 28: 469-74

20.- Montgomery S.A y Col: Features of recurrent brief depression. British Journal of Psychiatry 1992, 161:630-37

21.- Scott J. Can we predict the persistence of depression. British Journal of Psychiatry 1992, 161: 630-7

22.- CIE 10, Trastornos mentales y del comportamiento. Organización Mundial de la Salud. Ginebra 1992: 152-166.

23.- Hamilton Max.: A Rating Scale for Depression. Journal of Neurological, Neurosurgery and Psychiatry 1960, 23: 56-62

24.- Fedoroff J.P. y Col. Depression in patients with acute traumatic brain injury. American Journal of Psychiatry 1992, 149: 918-23

25.- Kind P. y Col The cost of depression; International Clinical Psychopharmacology 1993; 7, 3-4: 191-95.

26.- Scott Jan; Chronic Depression. British Journal of Psychiatry 1988, 153: 287-97.

27.- Blazer Dan; y Col. Epidemiology of Disphoria and Depression in Elderly Populations. American Journal of Psychiatry 1980, 137: 439-44.

28.- Baldwin G. y Col. The prognosis of depression in old age.
British Journal of Psychiatry 1980, 137: 439-44

29.- Spurell M.T. y Col: Lymphocyte response in depressed patients and
subjets anticipating bereavement; British Journal of Psychiatry 1993,
162:60-64

30.- Joyce P.R y Col; Elevated Levels of Acute Phase Plasma Proteins
in Mayor Depression. Biologycal Psychiatry 1992, 32: 1035-41

31.- Beck y Cols. An inventory for measuring Depression. Archives of
General Psychiatry 1961, 4: 561-71

32.- Stoudemire A. Psychiatric Care of the Medical Patient, Oxford
University Press: 53-69.

ESCALA DE HAMILTON PARA LA DEPRESION.

1.- TALANTE DEPRIMIDO (TRISTEZA, DESESPERANZA, INUTILIDAD, AUTODEVALUACION)

- 0) ausente
- 1) acepta estos síntomas sólo cuando se le pregunta.
- 2) Reporta estos síntomas espontáneamente.
- 3) Comunica estos síntomas en forma no verbal, sino por la expresión facial, postura, voz, tendencia al llanto.
- 4) El paciente refiere casi únicamente estos síntomas en su comunicación tanto verbal como no verbal.

2.- SENTIMIENTOS DE CULPA

- 0) Ausente
- 1) Auto-reproche, siente que le ha fallado a los demás
- 2) Rumiación sobre errores pasados o malas acciones
- 3) La enfermedad actual es un castigo. Delirio de culpa.
- 4) Oye voces que lo acusan o lo denuncian y/o experimenta alucinaciones visuales amenazadoras

3.- SUICIDIO

- 0) Ausente.
- 1) Siente que la vida no vale la pena.
- 2) Deseos de morir o pensamientos fugaces de matarse.
- 3) Ideas o amagos de suicidio.
- 4) Intentos de suicidio (cualquier intento serio califica como 4).

4.- INSOMNIO INICIAL

- 0) Nunca tarda en conciliar el sueño
- 1) Se queja de dificultad ocasional para conciliar el sueño (tarda 30 minutos)
- 2) Diariamente tarda en conciliar el sueño.

5.- INSOMNIO DE DESPERTARES

- 0) Ausente
- 1) Se queja de sueño superficial e inquietud durante la noche; si se levanta de la cama califica 2 excepto si es para orinar.

6.- INSOMNIO TARDIO

- 0) Ausente.
- 1) Despierta en la madrugada, pero vuelve a dormirse.
- 2) Si se levanta no puede volver a dormirse.

7.- TRABAJO Y ACTIVIDADES

- 0) No tiene problemas
- 1) Pensamientos y sentimientos de incapacidad, fatiga o debilidad en relación a las actividades de trabajo o diversiones.
- 2) Pérdida del interés en las actividades, diversiones o trabajo, sea reportado directamente por el paciente o indirectamente por mostrarse desatento, indeciso y vacilante (tiene que esforzarse para iniciar el trabajo o la actividad)
- 3) Disminución del tiempo que dedicaba normalmente a sus actividades o disminución de la productividad.
- 4) Dejo de trabajar a causa del padecimiento actual
En el hospital califique con 4 puntos si el paciente no participa en ninguna actividad, salvo tareas de pabellón o si el paciente no efectúa sus labores del pabellón cuando se le deja sólo.

8.- RETARDO (lentitud en el pensamiento y el habla, dificultad para concentrarse; actividad motora disminuida).

- 0) Pensamiento y habla normales
- 1) Retardo ligero durante la entrevista
- 2) Retardo evidente durante la entrevista
- 3) Entrevista difícil
- 4) Estupor.

9.- AGITACION

- 0) Ninguna
- 1) Inquietud
- 2) El paciente juguetea con sus manos, pelo, etc.
- 3) Se esta moviendo, no puede estar sentado
- 4) Retuerce las manos, se muerde la uñas y los labios, se jala el pelo.

10.- ANSIEDAD PSIQUICA

- 0) Ausente
- 1) Tensión subjetiva o irritabilidad
- 2) Preocupación por trivialidades
- 3) Actitud ansiosa notable en la cara o en su lenguaje
- 4) Habla espontáneamente de sus temores

11.-ANSIEDAD SOMATICA: (Manifestaciones fisiológicas de angustia gastrointestinal: boca seca, indigestión, eructos, flatulencias, diarrea, retortijones, cardiovascular, palpitaciones, cefaleas, respiratorio: hiperventilación, suspiros; frecuencia urinaria, sudoración).

- 0) Ausente
- 1) Leve
- 2) Moderada
- 3) Severa
- 4) Incapacitante.

12.- SINTOMAS SOMATICOS GASTROINTESTINALES:

- 0) Ninguna
- 1) Pérdida de apetito, pero come si se le insiste
- 2) No se alimenta bien si no se le insiste. Pide o necesita laxantes o medicamentos para síntomas gastrointestinales.

13.- SINTOMAS SOMATICOS:

- 0) Ninguno
- 1) Pesantez o dolor de espalda, cefalea, dolores musculares, pérdida de energía y fatigabilidad
- 2) Cualquier síntoma bien definido de este tipo califica con dos puntos.

14 SINTOMAS GENITALES: (síntomas como pérdida de la libido o trastornos menstruales).

- 0) Ausentes
- 1) Leve
- 2) Severo.

15.- HIPOCONDRIASIS:

- 0) Ausente
- 1) Atención excesiva a su cuerpo.
- 2) Preocupación por su salud.
- 3) Quejas frecuentes, solicita ayuda, etc.
- 4) Ideas delirantes hipocondríacas

16.- PERDIDA DE PESO: A= Valorado por interrogatorio.

- 0) No ha perdido peso
- 1) Probable pérdida de peso asociada al padecimiento actual.
- 2) Pérdida de peso indudable (según el paciente)
- 3) No investigado

B= Valorado semanalmente por el médico al medir los cambios reales de peso

- 0) Pérdida menor de 500 grs en una sola semana
- 1) Pérdida de más de 500 grs en una sola semana
- 2) Pérdida de más de 1 kg en una semana
- 3) No investigado.

17.- CONCIENCIA DE ENFERMEDAD:

- 0) Se da cuenta de que esta deprimido y enfermo
- 1) Se da cuenta de que esta deprimido y enfermo, pero lo atribuye a la comida, al clima, al trabajo excesivo, a los virus, a las necesidades de descanso, etc.
- 2) Niega por completo estar enfermo

ESCALA DE BECK

En este cuestionario hay grupos de oraciones, por favor lea cada grupo cuidadosamente y escoja la oración de cada grupo que mejor describa cómo se ha sentido esta última semana, incluyendo hoy. Marque con una "X" la oración en el grupo que corresponde a su caso, marque sólo una. Asegúrese de leer todas las aseveraciones en cada grupo antes de contestar.

- 1) - no me siento triste
- me siento triste
- me siento triste todo el tiempo y no puedo animarme
- me siento tan triste o infeliz que ya no puedo aguantarlo.
- 2) - no me siento desanimado a cerca del futuro
- me siento desanimado a cerca del futuro
- siento que no tengo para que pensar en el porvenir
- siento que no hay esperanza para el futuro y que las cosas no pueden mejorar.
- 3) - no me siento como un fracasado
- siento que he fracasado más que otras personas
- conforme veo hacia atrás en mi vida, todo lo que puedo ver son muchos fracasos
- siento que como persona soy un completo fracaso.
- 4) - obtengo tanta satisfacción en las cosas como siempre
- no disfruto de las cosas como antes
- ya no obtengo satisfacción de nada
- estoy insatisfecho y molesto por todo.
- 5) - no me siento culpable
- en algunos momentos me siento culpable
- la mayor parte del tiempo me siento culpable
- me siento culpable todo el tiempo.
- 6.- - No siento que seré castigado
- siento que puedo ser castigado
- creo que seré castigado
- siento que estoy siendo castigado.
- 7) - no me siento descontento conmigo mismo
- me siento descontento conmigo mismo
- me siento a disgusto conmigo mismo
- me odio a mí mismo

- 8) - No siento que sea peor que otros
- me critico a mí mismo por mi debilidad y mis errores
- me culpo todo el tiempo por mis errores
- me culpo por todo lo malo que sucede
- 9) - no tengo ninguna idea de suicidarme
- tengo ideas de suicidarme pero no lo haría
- quisiera suicidarme
- me suicidaría si tuviera la oportunidad.
- 10) - no lloro más que de costumbre
- lloro más que antes
- lloro todo el tiempo
- podría llorar pero ahora no puedo aunque quisiera.
- 11) - ahora no estoy más irritable que antes
- me molesto o irrito más fácilmente que antes.
- me siento irritado todo el tiempo
- no me irrito para nada con las cosas que antes me irritaban
- 12) - no he perdido el interés en la gente
- no me interesa la gente como antes
- he perdido la mayor parte de mi interés en la gente
- he perdido todo el interés en la gente
- 13) - tomo decisiones tan bien como siempre
- pospongo decisiones más frecuentemente que antes
- se me dificulta tomar decisiones
- no puedo tomar decisiones en nada
- 14) - no siento que me vea más feo (a) que antes
- me preocupa que me vea viejo (a) y feo (a)
- siento que hay cambios permanentes en mi apariencia que hacen que me vea feo (a)
- creo que me veo horrible.
- 15) - puedo trabajar tan bien como antes
- tengo que hacer un esfuerzo extra para iniciar algo
- tengo que obligarme para hacer cualquier cosa
- no puedo trabajar para nada
- 16) - duermo tan bien como antes
- no duermo tan bien como antes
- me despierto 1 o 2 horas antes de lo acostumbrado y me es difícil volver a dormirme
- me despierto muchas horas antes de mi hora acostumbrada y no puedo volver a dormirme.

- 17) - no me canso más de lo habitual
- me canso más fácilmente que antes
- me canso de hacer casi cualquier cosa
- me siento muy cansado de hacer cualquier cosa.
- 18) - mi apetito es igual que siempre
- mi apetito no es tan bueno como antes
- casi no tengo apetito
- no tengo apetito en lo absoluto
- 19) - no he perdido peso o casi nada
- he perdido más de 2.5 kilogramos
- he perdido más de 5 kilogramos
- he perdido más de 7.5 kilogramos
(estoy a dieta SI NO)
- 20) - mi salud me preocupa más que antes
- me preocupan molestias como dolor de cabeza, malestar estomacal o estreñimiento
- estoy tan preocupado por mis molestias físicas que es difícil que pueda pensar en otra cosa
- estoy tan preocupado por mis molestias físicas que no puedo pensar en otra cosa.
- 21) - mi interés por el sexo es igual que antes
- ahora estoy menos interesado en el sexo que antes
- ahora estoy mucho menos interesado en sexo que antes
- he perdido completamente el interés por el sexo