

11227

18



UNIVERSIDAD NACIONAL AUTONOMA DE MÉXICO



FACULTAD DE MEDICINA  
DIVISIÓN DE ESTUDIOS DE POSTGRADO

INSTITUTO MEXICANO DEL SEGURO SOCIAL

TRANSTORNOS DISTIMICOS ASOCIADOS A  
HIPERTENSIÓN ARTERIAL ESENCIAL COMO  
FACTOR DE RIESGO PARA DESCONTROL  
DE LA MISMA

TESIS DE POSTGRADO

PARA OBTENER EL TITULO DE  
ESPECIALISTA EN MEDICINA INTERNA

P R E S E N T A  
DR. ELIAS ASTUDILLO NAVARRETE



MÉXICO D. F.

TESIS CON  
FALLA DE ORIGEN

2002





Universidad Nacional  
Autónoma de México



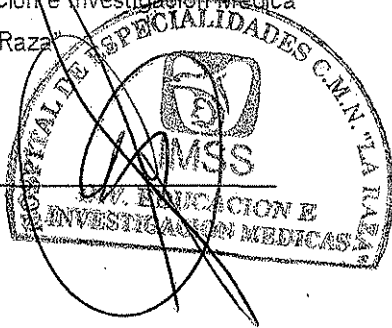
**UNAM – Dirección General de Bibliotecas**  
**Tesis Digitales**  
**Restricciones de uso**

**DERECHOS RESERVADOS ©**  
**PROHIBIDA SU REPRODUCCIÓN TOTAL O PARCIAL**

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

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

Dr. Jesús Arenas Ozuna  
Jefe de Educación e Investigación Médica  
H.E.C.M. "La Raza"



Dr. Raúl Ariza Andraca  
Titular del curso de Medicina Interna  
H.E.C.M. "La Raza"

A handwritten signature in black ink, appearing to read "Ariza", written over a horizontal line.

Dr. Elías Astudillo Navarrete  
Médico Residente de 4º Año de la  
Especialidad de Medicina Interna  
H.E.C.M. "La Raza"

A large, stylized handwritten signature in black ink, appearing to read "Astudillo", written over a horizontal line.

A circular stamp with a central emblem. Below the emblem, the text reads: "SUBDIVISION DE ESPECIALIZACION", "DIVISION DE ESTUDIOS DE POSGRADO", "FACULTAD DE MEDICINA", and "U. N. A. M.". A large, stylized signature is written over the stamp.

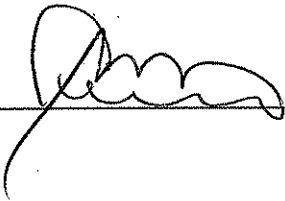
Número definitivo del protocolo: 99-690-0176

TESIS CON  
FALLA DE ORIGEN

ASESORES:

Dr. Raúl Ariza Andraca

Jefe de servicio de Medicina Interna del H.E.C.M. "La Raza"



---

Dr. José Gasga Hernández

Médico Internista del H.E.C.M. "La Raza"



---

TESIS CON  
FALLA DE ORIGEN

TRANSTORNOS DISTIMICOS ASOCIADOS A HIPERTENSIÓN  
ARTERIAL ESENCIAL COMO FACTOR DE RIESGO PARA  
DESCONTROL DE LA MISMA

TESIS CON  
FALLA DE ORIGEN

**RESUMEN:** El síndrome depresivo constituye una patología subdiagnosticada debido a la presentación atípica del cuadro clínico en cada uno de los pacientes donde a quienes afecta. **Objetivos:** Se llevó a cabo un estudio prospectivo, observacional, descriptivo y transversal para conocer la prevalencia de la depresión en pacientes hipertensos esenciales conocidos así como identificar y clasificar el grado de ansiedad o depresión y simultáneamente identificar la repercusión del trastorno distímico identificado en el comportamiento de la patología de base. **Pacientes y Métodos:** El estudio se llevó a cabo en pacientes hipertensos esenciales menores de 65 años a quienes se les aplicó un cuestionario para el diagnóstico de los cuadros depresivos no incluyéndose a los que cursaban con duelo al momento de la entrevista y a quienes cursaban con otra enfermedad crónica degenerativa concomitante. **Resultados:** Se evaluaron un total de 38 pacientes, documentaron alteraciones del estado de ánimo en 18(47%) de ellos y 20 sin alteraciones del estado de ánimo (53%), En los 18 pacientes con estado de ánimo alterado se documentaron 6(33%) con reacción de ansiedad, depresión media en 10 casos (56%) y finalmente 2 casos con depresión severa (11%). El OR e IC de 95% para evaluar el efecto de las alteraciones distímicas sobre el descontrol de los pacientes se documentó para la Reacción de Ansiedad un OR de 2 con IC 95% de 0.98-3.96, para la Depresión Media un OR de 0.66 con IC 95% de 0.33-1.88; el efecto de la Depresión severa no se pudo evaluar debido a la baja prevalencia encontrada. **Conclusiones:** El estudio realizado muestra una alta prevalencia de trastornos distímicos en el grupo de pacientes hipertensos como lo sugieren otros estudios en la población general, y aunque la asociación del trastorno distímico con el descontrol tensional no fue estadísticamente significativo, su presencia por sí sola o asociada a la hipertensión es meritoria de terapia antidepresiva y seguimiento.

**Palabras clave:** Síndrome depresivo, hipertensión arterial descontrolada.

**SUMMARY:** The depressive syndrome constitutes a pathology underdiagnosed due to the atypical presentation of the clinical square in each one of the patients where to who affects. **Objectives:** it was carried out a prospective, observational, descriptive and traverse study to know the prevalence of the depression in patient well-known essential hypertension as well as to identify and to classify the degree of anxiety or depression and simultaneously to identify the repercussion of the depressive conditions identified in the behavior of the base pathology. **Patient and Methods:** The study was carried out in patient essential hypertension smaller than 65 years to who you/they were applied a questionnaire for the diagnosis of the depressive squares not being included those that studied with bereavement to the moment of the interview and those who studied with another illness concomitant cronicodegenerativa. **Results:** they were evaluated a total of 38 patients, they documented alterations of the state of spirit in 18(47%) of them and 20 without alterations of the state of spirit (53%), In the 18 patients with state of altered spirit 6(33% was documented) with reaction of anxiety, half depression in 10 cases (56%) and finally 2 cases with severe depression (11%). The OR and IC of 95% to evaluate the effect of the depressive conditions on the discontrol of the patients were documented for the Reaction of Anxiety an OR 2 with IC 95% 0.98-3.96, for the Half Depression an OR 0.66 with IC 95% 0.33-1.88; the effect of the severe Depression you could not evaluate due to the drop opposing prevalence. **Conclusions:** The study carried out sample a high prevalence of change in condition encourage in the group of patient hypertension like they suggest it other studies in the general population, and although the association of the depression with the discontrol tensional was not statistically significant, its presence by itself or associated to the hypertension it is meritorious of therapy antidepressive and pursuit.

**Key words:** Depressive syndrome, hypertension arterial uncontrolled.

INTRODUCCIÓN: Si bien el uso del término *depresión* se acuñó hace 25 años aproximadamente, el cuadro patológico a que hace referencia en su forma severa fue descrito desde la época de los griegos con el nombre de *melancolia*, e Hipócrates en el siglo IV a.C. afirmaba que era producida por bilis negra o atrabilis. Así mismo en el México prehispánico también fue considerado como problema médico referido en el códice Badiano escrito en 1552.

El aumento en su prevalencia en la actualidad debe ser considerado como un problema de salud pública debido a que es una enfermedad silenciosa y grave por su tendencia a violar impulsos instintivos básicos y a bloquear funciones biológicas importantes además de perturbar las relaciones interpersonales; el instinto de conservación está alterado al grado de que el paciente que la padece en lugar de vivir desea morir, el instinto maternal que es el más puro y noble de todos está también perturbado haciendo a las madres agresivas violentas, también el instinto gregario frecuentemente alterado aísla al paciente de sus y familiares, incrementando su tendencia a presentar en forma repetitiva, las ideas pesimistas y de auto evaluación. En relación a las funciones biológicas fundamentales produce insomnio pertinaz, el apetito está profundamente originando baja de peso y en casi todos los casos se encuentra disminución de la libido. En relación a las relaciones interpersonales, la irritabilidad que ocasiona interfiere en forma severa con la vida social, laboral y familiar.

Hay reportes de estudios similares realizados en pacientes con otras patologías también crónico degenerativas como la diabetes mellitus; infecciosas como la infección por el HIV donde se ha demostrado que hay un incremento en la morbimortalidad ante la ausencia de tratamiento específico para el síndrome depresivo.

En base a éstas observaciones decidimos realizar el presente estudio con el objeto en primer lugar identificar la prevalencia de la depresión que como ya se ha comentado en la población general suele ser mayor a lo esperado y en el caso del grupo estudiado la probabilidad de que dicho número se incremente y ello a su vez



sea causa de descontrol hipertensivo agravando aún mas la enfermedad de fondo, de manera que nos permita incidir preventivamente con la aplicación de un sencillo cuestionario en el control de los pacientes con la institución de tratamiento adecuado.

TESIS CON  
FALLA DE ORIGEN

## ANTECEDENTES

Debido al incremento notable de su prevalencia en los últimos años, el síndrome depresivo es considerado en la actualidad como un problema de salud pública; considerado como una enfermedad en la cual se perturban las relaciones personales y disminuye la productividad del individuo y el instinto de conservación está alterado y el impulso suicida que en ella se presenta debe ser tomado en cuenta como urgencia médica psiquiátrica (1).

En su etiopatogenia se han involucrado factores genéticos, sociales, ecológicos y hasta económicos a los cuales se encuentran expuestos los habitantes de las grandes urbes como la Ciudad de México y particularmente si sufren una patología subyacente (1).

Se ha encontrado que la depresión como padecimiento concomitante, aumenta el tiempo de hospitalización en los pacientes que la requieren por otras circunstancias asociadas.

En un estudio realizado en pacientes con depresión, estos requirieron un 25% más del tiempo de hospitalización que en pacientes como padecimientos físicos de una severidad similar que no cursaban con depresión simultáneamente demostró que estos pacientes fueron sometidos a un mayor número de procedimientos lo cual repercutió en un aumento significativo de los costos médicos (2).

La prevalencia actual en la población general es de 10%, cifra que puede duplicarse en personas que solicitan servicios médicos, lo cual implica que uno de cada 5 enfermos que atiende un médico puede estar presentando un cuadro depresivo simultáneamente al padecimiento por el cual consulta en ese momento (3).

Resultados preliminares de estudios realizados en México, muestran una prevalencia total de 8.7% de episodios depresivos en la vida y del 5.3% en los

últimos 12 meses del estudio en una población tomada de 18 a 64 años de edad (4).

Se ha demostrado que la detección rutinaria de pacientes deprimidos por médicos no psiquiatras es baja, lo anterior contribuye indudablemente a un mayor deterioro de la patología de fondo y sus consecuencias conocidas (5)

La mayoría de estudios longitudinales han determinado que la severidad inicial de los síntomas depresivos y la presencia de enfermedad concomitante, son predictores de la persistencia de la depresión (6).

Sin embargo el diagnóstico de los trastornos depresivos puede ser difícil los pacientes en cuestión, es decir, aquellos que están cursando con trastornos coexistentes debido a los síntomas somáticos de la depresión que pueden ser originados también por enfermedades físicas (7).

En estudios preliminares se ha observado que la intervención en el cuidado primario de los pacientes dirigido en la depresión secundaria es factible y efectiva en la reducción de los síntomas depresivos y probablemente asociados (7).

Se han identificado alteraciones neuroendocrinas en la depresión que son compatibles con los síntomas neurovegetativos encontrados en la misma, los cuales son: 1) aumento en la secreción de cortisol , 2) hiperplasia suprarrenal, 3) disminución en la respuesta inhibitoria de los esteroides endógenos ante la administración de dexametazona ; situaciones las cuales pueden estar involucradas en la génesis de la hipertensión arterial esencial asociándose lo anterior también a un aumento de la resistencia a la insulina (8).

Es muy probable que la depresión no tratada en el paciente físicamente enfermo tenga un curso prolongado o recurrente y que ocasione deterioro en la calidad de vida del enfermo y que incremente el riesgo de suicidio así como mayor afectación del padecimiento físico de fondo (9).

Para el diagnóstico de los trastornos en cuestión se han elaborado un gran número de escalas, entre las cuales se encuentran las muy complejas como el MMPI (Inventario multifásico de la personalidad de Minnesota) que debe ser aplicado por un psicólogo experimentado. Otros como el de Hamilton y el inventario de Beck propuestos en la década de los sesentas que sobre todo se utilizan para evaluar los resultados terapéuticos de un nuevo fármaco antidepresivo; y la más sencilla que es la escala de auto evaluación de Zung propuesta por éste autor Alemán en 1965, pequeña pero muy útil para estudios epidemiológicos sin embargo con muchos inconvenientes para su aplicación clínica en nuestro País ya que destacan muchas preguntas que no son comprendidas por los pacientes, ameritando una explicación extra por parte del personal entrevistador lo cual puede originar errores; además no existe un NO categórico por lo que algunas preguntas quedan sin respuesta (10).

Además en el citado cuestionario de auto aplicación no se plantean tres síntomas frecuentes en nuestro medio como son : inseguridad, la presencia de ideas obsesivas y la disminución en la concentración; lo anterior por mencionar algunos aspectos que pueden sesgar el diagnóstico de depresión (10).

Por lo anterior se propone en éste protocolo de investigación el uso del "CUESTIONARIO CLINICO. PARA EL DIAGNOSTICO DE LOS CUADROS DEPRESIVOS", que se encuentra en el apartado de anexos del protocolo junto con la carta de consentimiento del paciente (10).



## MATERIAL, PACIENTES Y METODOS:

Se realizó un estudio descriptivo, prospectivo, transversal y observacional, el universo de trabajo fué el HECM "La Raza" con pacientes ambulatorios de la clínica de hipertensión arterial primaria de la consulta externa del servicio de Medicina Interna. La selección de pacientes se realizó en base a los siguientes criterios:

- Criterios de inclusión:

Se incluyeron todos aquellos pacientes de cualquier sexo, menor de 65 años de edad, que supiera leer y escribir y que deseara participar en el estudio, que estuviera siendo tratado por hipertensión arterial esencial en la clínica de hipertensión del HECMR del servicio de Medicina Interna.

- Criterios de no inclusión:

Pacientes hipertensos de cualquier sexo o edad controlado por la consulta externa de Medicina Interna que curse con "duelo" al momento de la encuesta por pérdida por fallecimiento de algún familiar o de su pareja en los 30 días previos a la virtual entrevista.

Así mismo aquellos con otra enfermedad cronicodegenerativa asociada como cáncer, insuficiencia renal crónica terminal; y a los portadores de otros trastornos no psiquiátricos de cualquier otra índole.

- Criterios de exclusión:

Pacientes sometidos a la encuesta que fallezcan en el siguiente mes de aplicada la misma, a los que deseen salir del estudio y a los que sean dados de alta a su HGZ correspondiente.

## METODOLOGIA:

Previa autorización del proyecto de investigación por parte del comité local de investigación, se procedió a la captación de pacientes en las áreas de consulta externa del HECMR de la clínica de hipertensión arterial primaria, donde se recurrió a una entrevista no estructurada con los pacientes seleccionados en base a los criterios de inclusión previamente emitidos; empleándose como instrumento el "Cuestionario Clínico para el Diagnóstico de los Cuadros Depresivos" previa autorización por escrito de la carta de consentimiento informado, ambos documentos seleccionados y referidos en los antecedentes del presente trabajo, que valora 20 reactivos en forma concreta, anotándole a cada uno el valor de 1-4 con puntuación mínima de 20 y máxima de 80 y de acuerdo con ello la obtención de los siguientes rangos con su consecuente diagnóstico.

- a) 20 a 35 puntos: Paciente sin depresión.
- b) 36 a 45 puntos: Reacción de ansiedad
- c) 46 a 65 puntos: Depresión media.
- d) 66 a 80 puntos: Estado depresivo severo

En el momento de la encuesta se proporcionó una solicitud de exámenes básicos de laboratorio y simultáneamente se evaluó el cuestionario, decidiéndose en ese momento el manejo antidepresivo en caso de ameritarlo y cuando fue necesario se solicitó apoyo mediante interconsulta al servicio de psiquiatría.

TESIS CON  
FALLA DE ORIGEN

## ANÁLISIS ESTADÍSTICO:

Para el análisis estadístico se utilizó estadística descriptiva como rangos, medias y desviación estándar.

Para comparación de los grupos con hipertensión, con o sin alteración distímica se utilizaron tablas de 2 x 2.

Para determinar el riesgo de variables a estudiar se utilizó la prueba de probabilidad OR (razón de momios).

## RESULTADOS

Se evaluaron un total de 38 pacientes hipertensos, de los cuales en 18 se documentaron alteraciones del estado de ánimo y 20 sin alteraciones del mismo (Gráfica 1) (tabla 1).

De los pacientes hipertensos con alteraciones distímicas (n=18) se evaluaron las variables de estudio como son las TAS, TAD, glucosa, creatinina, colesterol, sodio y potasio. Al compararlas con el grupo de pacientes hipertensos sin alteraciones distímicas sólo se encontró diferencia estadísticamente significativa en los valores de creatinina, siendo para el primero  $0.92 \pm 0.11$  y para el segundo  $1.57 \pm 0.57$  con una  $p=0.15$  y para los valores de colesterol  $233 \pm 25.4$  vs.  $158 \pm 41.7$  respectivamente con una  $p=0.029$ . En lo que respecta a TAS, TAD, glucosa, sodio y potasio, no hubo diferencia estadísticamente significativa (Gráfica 2).

En los pacientes con estado de ánimo alterado se documentaron 6 diagnósticos con reacción de ansiedad con un 33%, depresión media en 10 casos (56%) y depresión severa en 2 casos (11%). Gráfica 2.

Al evaluar el efecto de las alteraciones del estado de ánimo sobre el control hipertensivo se documentaron 4 grupos:

Grupo 1: Pacientes con alteraciones del estado de ánimo y descontrol tensional

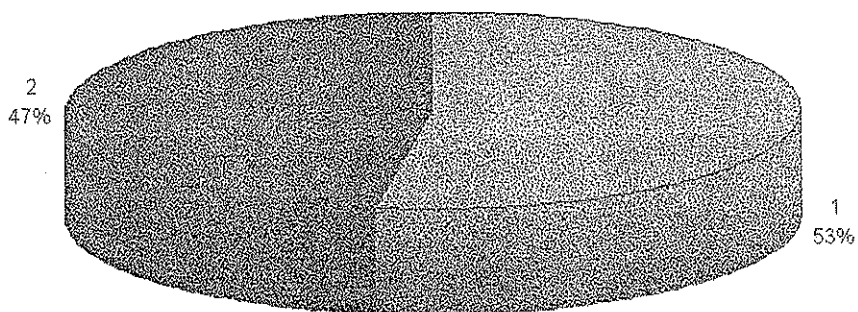
Grupo 2: Pacientes con alteración del estado de ánimo con TA normal

Grupo 3: Pacientes sin alteración del estado de ánimo y descontrol tensional

Grupo 4: Pacientes sin alteración del estado de ánimo con TA normal. Gráfica 3.



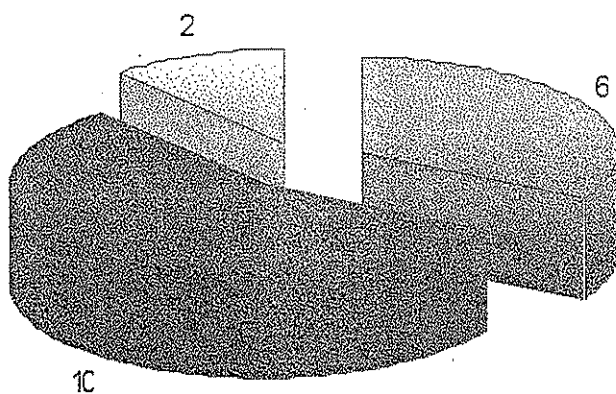
Gráfica 1. Distribución de pacientes hipertensos según su estado de ánimo



1 2

TESIS CON  
FALLA DE ORIGEN

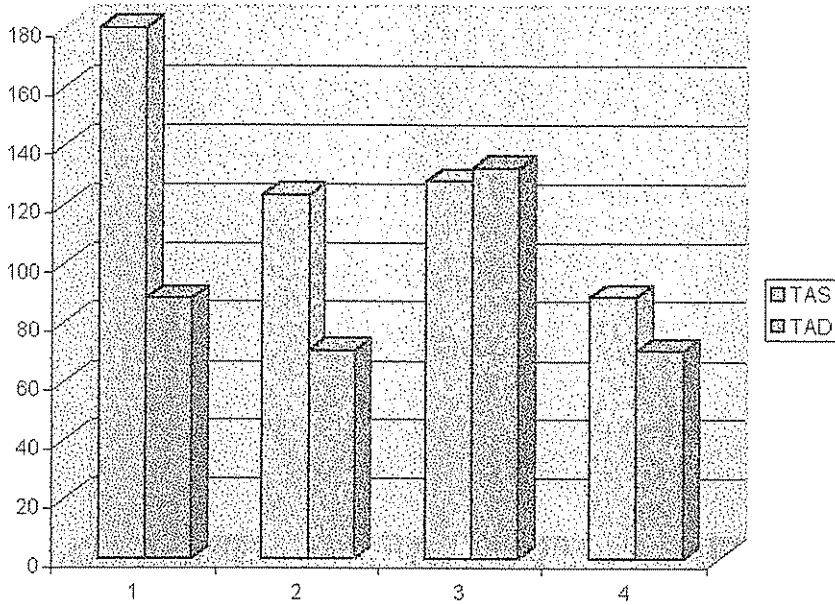
Gráfica 2 Distribución de pacientes hipertensos con depresión



■ 1 ■ 2 ■ 3

TESIS CON  
FALLA DE ORIGEN

**GRÁFICA 3. Distribución de la TAS y TAD según el grupo.**



**TESIS CON  
FALLA DE ORIGEN**

Al comparar estos grupos en relación al control o descontrol tensional no se documentó diferencia estadísticamente significativa, es decir que los pacientes descontrolados con o sin alteración del estado de ánimo tienen semejantes valores de TAS y TAD con una  $P > 0.05$  y los pacientes controlados con o sin alteraciones del estado de ánimo también tienen valores semejantes de TAS y TAD con  $p > 0.05$ . TABLA 1.

Respecto al sexo, el femenino tuvo un ligero predominio de transtorno depresivo respecto a los varones siendo 10 casos globales de sexo femenino con depresión y 8 masculinos.

TABLA 1. CARACTERÍSTICAS GENERALES DE LOS PACIENTES.

CARACTERÍSTICA	GRUPO 1	GRUPO 2	VALOR DE p
TAS	138.8+-29.7	142+-18.7	0.806
TAD	83.8+-10.5	87+-12.7	0.572
GLUCOSA	134.4+-13.9	89.5+-9.4	0.556
CREATININA	0.92+-0.11	1.57+-0.57	0.015
COLESTEROL	233+-25.4	158+-41.7	0.029
SODIO	144.5+-2.3	140+-2.6	0.064
POTASIO	4.52+-0.5	3.9+-0.4	0.151
n	18	20	
Depresión media	10	0	
R. de ansiedad	6	0	
Depresión severa	2	0	

Grupo 1: Pacientes hipertensos con alteraciones del estado de ánimo.

Grupo 2: Pacientes hipertensos sin alteraciones del estado de ánimo.

Así mismo se mencionan las características particulares de los pacientes al agruparlos según alteraciones del estado de ánimo y descontrol hipertensivo.

TABLA 2.

Grupo 1: Pacientes con alteraciones del estado de ánimo y descontrol tensional

Grupo 2: Pacientes con alteración del estado de ánimo con TA normal

Grupo 3: Pacientes sin alteración del estado de ánimo y descontrol tensional

Grupo 4: Pacientes sin alteración del estado de ánimo con TA normal

CARACTERISTICA	GRUPO 1	GRUPO 3	VALOR DE p
TAS	167.5+-12.5	156+-16.7	0.293
TAD	93.8+-4.7	97+-8.37	0.510
CARACTERISTICA	Grupo 2	GRUPO 4	
TAS	116+-13.4	128+-4.4	0.094
TAD	76+-5.4	77+-6-7	0.841

Finalmente se realizó el análisis de riesgo OR (IC 95%) para evaluar el efecto directo de las alteraciones del estado de ánimo sobre el descontrol de los pacientes hipertensos, en la depresión severa no se pudo evaluar el efecto debido a la baja prevalencia encontrada. Ninguno de ellos fueron estadísticamente significativos, aunque existe una tendencia importante en la reacción de ansiedad clínicamente no significativa. TABLA 3.

CARACTERISTICA	OR	IC 95%	Valor de P
Depresión media	0.66	0.33-1.88	0.564
Depresión severa	NO VALORABLE	NO VALORABLE	NO VALORABLE
R. de ansiedad	2.0	0.98-3.96	0.067

Para fines de tratamiento, todos los pacientes sin excepción e independientemente de la gravedad del trastorno distímico encontrado, les fue otorgada una solicitud de interconsulta al servicio de psiquiatría de ésta misma unidad para evaluar tratamiento y posterior seguimiento éste último realizado por ya sea por nuestro servicio a decir de la contrarreferencia de psiquiatría o bien por dicho servicio en tercer o segundo nivel de atención de su HGZ lo que también quedó a su consideración .

Cabe mencionar que un paciente ameritó NO INCLUSIÓN al estudio por tener diagnóstico final de neoplasia tiroidea, sin embargo no se procedió de ésta forma porque resultó no tener trastorno del estado de ánimo.

DISCUSIÓN: El síndrome depresivo afecta entre el 14 y 18 por ciento de la población general sana, es decir casi 2 personas de cada diez presentan ésta afección en alguna de sus formas, así mismo predomina en el sexo femenino en proporción 2:1 respecto a los hombres. En estudios previos realizados en otras patologías crónico degenerativas como en diabéticos se ha encontrado un aumento en la prevalencia de dicho síndrome asociado y la importancia de ello como común denominador radica en el descontrol de las cifras de glucemia formando un círculo vicioso; de ésta forma como se sospechaba, los hallazgos de dicha afección concomitante en pacientes hipertensos descontrolados la prevalencia fue del 47% , es decir casi un 50 por ciento de los pacientes hipertensos independientemente de su buen control o descontrol tuvieron algún grado de depresión, situación que merece atención en la evolución de la enfermedad por complicación similar a su asociación con otras patologías crónicas de fondo. Es pertinente reconocer que es una patología no diagnosticada sobretodo en primer y segundo nivel de atención frecuentemente porque no se piensa en su existencia en el paciente consultante. No nos queda duda de que la presencia de enfermedades subyacentes, principalmente las crónicas sean causa de asociación con algún grado de trastorno distímico y quizá en ello influyen varios factores como pueden ser el conocimiento del paciente de la reducción en su longevidad, presencia de complicaciones latentes atribuibles a la primera o simplemente la necesidad de ingesta continua de algún fármaco controlador sintomático y la posible presencia de reacciones secundarias . Respecto a las ideas suicidas en nuestro estudio se encuentran 8 casos, es decir un 44% de la población deprimida tienen ésta grave complicación habiendo en éste aspecto diferencia con lo que se menciona en la literatura general donde se reporta que las ideas suicidas prevalecen en los varones. Por ello la urgencia que demanda la administración de la terapia antidepresiva y sobre todo de la detección anticipada de los casos y el estadio de los mismos justifica la realización de mas estudios como el presentado para la identificación precoz de los posibles casos y con ello mejorar la calidad de vida de la población crónicamente enferma.

**Conclusiones:** Reanudando en que el síndrome depresivo es un problema de salud pública y que el cuadro clínico puede manifestarse por síntomas psicológicos y somáticos, --lo que se ha dado en llamar *depresión enmascarada*-- la identificación del padecimiento puede ser fácil en el primer caso pero muy complicado en el segundo haciendo notar oportunamente en éste punto el viejo y conocido aforismo referente a que *"los ojos no ven lo que la mente no conoce"* que es muy propicio mencionar en éstos casos ya que si bien los síntomas psicológicos no son para el paciente el motivo de la consulta, pocas veces le son cuestionados intencionadamente durante el interrogatorio; siendo lamentable la frecuencia con la que el médico al no encontrar una causalidad orgánica que justifique las molestias del enfermo tiende a cometer los siguientes errores: informar al paciente "todo se debe a sus nervios" , "procure controlarse" o definitivamente "no tiene usted nada" y lo que es peor, la tendencia a prescribir tranquilizantes que en lugar de mejorar el cuadro clínico lo empeoran por su efecto depresivo sobre el sistema nervioso central ; situaciones erróneas ya que en la actualidad está bien descrita la participación de factores bioquímicos en las funciones neuronales que recaen en el aspecto psicológico. Además dado que su presentación puede ser primaria cuando se presenta aislado, o secundaria es decir cuando se asocia a otras enfermedades concomitantes como en los casos detectados en nuestro estudio donde de alguna manera interfiere con la evolución del trastorno asociado y complica el tratamiento del mismo además de la tendencia a caer en otra patología psiquiátrica como las toxicomanías , no es de extrañar que haya un gran número de casos no detectados en los servicios de medicina interna , siendo mayor el problema en los servicios de cirugía, con predominio del medio institucional donde los pacientes suelen resistirse al internamiento lo cual da por resultado demoras injustificadas que complican el acto quirúrgico al interferir con sus resultados sobre todo cuando éste es la única solución para salvar la vida del paciente donde pueden quedar secuelas que afecten severamente el estado afectivo del enfermo. Su atención médica y preventiva debe estar dirigida por un lado a enfermos en particular y por otro a poblaciones de la comunidad determinados, estableciendo de ésta manera una actitud de prevención secundaria y terciaria, reconociendo que la prevención



primaria es muy difícil de lograr en lo que es el campo de la salud mental. La prevención secundaria que implica la detección temprana y el tratamiento oportuno de los casos detectados demuestra ser nuestro campo de acción mas efectivo como en el caso de nuestro estudio en donde la detección de un padecimiento en el que pocas veces se piensa se llevó a cabo de manera oportuna, concretamente en 6 casos(33%) donde hay mayor tendencia al descontrol hipertensivo y que está considerado como reacción de ansiedad mas que depresión, la aplicación de terapia psiquiátrica específica y seguimiento contribuye a mejorar la calidad de vida del paciente, disminución en la cantidad de medicamentos hipotensores y consecuentemente disminución en las reacciones secundarias de los mismos que en casos determinados pueden propiciar círculos viciosos debido a la aparición de síntomas indeseables asociados.

Por otro lado en relación a las expectativas para el siglo XXI se estima que el problema se incrementará en forma notoria lo cual probablemente haga indispensable la participación activa del médico independientemente de su especialidad al pensar en éstas posibilidades que hasta ahora han sido subestimadas.

## BIBLIOGRAFÍA

- 1.- Calderón G. La Depresión un Problema de Salud Pública en Aumento. *Psiquiatría* 1987;3:99-105
- 2.- Levenson J. Relation of Psychopathology in General Medical Inpatients to Use and Cost of Services. *Am J Psychiat* 1990;147:1498-1503
- 3.- Katon W. The Impact of Major Depression on Chronic Medical Illness. *Gen Hosp Psychiatry* 1996;18:215-9
- 4.- Caraveo A. Epidemiología de los Transtornos Depresivos. *Psiquiatría* 1997;13(supl):2-5
- 5.- Lee W. Patients Presentation, Interview Content and the Detection of Depression by Primary Care Physicians. *Psychosomatic Med* 1994;56:128-35
- 6.- Katon W. Epidemiology of Depression in Primary Care. *Gen Hosp Psychiatry* 1992;14:237-47
- 7.- Kathol R. Diagnosing Depression in Patients with Medical Illness. *Psychosomatic* 1990; 31:434-40
- 8.- Harrison. Tratado de Medicina Interna. Ed. Mc Graw Hill Interamericana 14ª. ed. 1998 pp 2831-50
- 9.- Celis P. Depresión en el Paciente Médicamente Enfermo. *Psiquiatría* 1989;1:35-43
- 10.- Calderón g. Cuestionario Clínico para el Diagnóstico de los Cuadros Depresivos. *Rev Med IMSS* 1992;30:377-80



11.- Méndez I. El protocolo de Investigación. Ed. Trillas 5ª. Reimp. 1997.

TESIS CON  
FALLA DE ORIGEN

ANEXOS

TESIS CON  
FALLA DE ORIGEN

CARTA DE CONSENTIMIENTO DEL PACIENTE

México, D.F. a \_\_\_\_\_ de \_\_\_\_\_.

A quien corresponda:

Yo \_\_\_\_\_, declaro que por voluntad propia deseo participar en éste estudio de investigación médica.

Para ello declaro que con anterioridad se me ha informado detalladamente del propósito de éste estudio, el cual no requerirá ningún procedimiento médico-quirúrgico.

Por medio del presente autorizo al personal médico del IMSS que se me aplique el Cuestionario Clínico para el Diagnóstico de los Cuadros Depresivos.

Queda establecido que estoy en completa libertad para retirar la presente autorización en el momento que lo desee.

ATENTAMENTE:

\_\_\_\_\_  
Nombre

\_\_\_\_\_  
Firma

\_\_\_\_\_  
Testigo



CUESTIONARIO CLINICO PARA EL DIAGNÓSTICO DE LOS CUADROS  
DEPRESIVOS

Nombre: \_\_\_\_\_ Sexo \_\_\_\_\_ Edad \_\_\_\_\_  
Afilación \_\_\_\_\_ Estado Civil \_\_\_\_\_  
Fecha \_\_\_\_\_ Entrevistador \_\_\_\_\_

- SI  
NO      POCO    REGULAR    MUCHO
- 1.-¿Se siente triste o afligido?
  - 2.-¿Llora o tiene ganas de llorar?
  - 3.-¿Duerme mal de noche?
  - 4.-¿En las mañanas se siente peor?
  - 5.-¿ Le cuesta trabajo concentrarse?
  - 6.-¿ Le ha disminuido el apetito?
  - 7.-¿ Se siente obsesivo o repetitivo?
  - 8.-¿ Ha disminuido su interés sexual?
  - 9.-¿ Considera que su rendimiento en el trabajo ha disminuido?
  - 10.-¿ Siente palpitaciones o presión en el pecho?
  - 11.-¿ Se siente nervioso o angustiado?
  - 12.-¿ Se siente cansado o distraído?
  - 13.-¿ Se siente pesimista, siente que las cosas le van a salir mal?
  - 14.- ¿Le duele con frecuencia la cabeza o la nuca?
  - 15.-¿Está más irritable o enojón que antes?
  - 16.-¿ Se siente inseguro, con falta de confianza en sí mismo?
  - 17.-¿ Siente que le es menos útil a su familia?

**TESIS CON  
FALLA DE ORIGEN**

- 18.-¿Siente miedo de algunas cosas?  
19.-¿Ha sentido deseos de morirse?  
20.-¿Se siente apático, como si las cosas  
que antes le interesaban, ahora le  
fueran indiferentes?

CALIFICACIÓN:

Preguntas contestadas en la primera columna (no) \_\_\_\_\_x1= \_\_\_\_\_

Preguntas contestadas en la segunda columna (poco) \_\_\_\_\_x2= \_\_\_\_\_

Preguntas contestadas en la tercera columna (regular) \_\_\_\_\_x3= \_\_\_\_\_

Preguntas contestadas en la cuarta columna (mucho) \_\_\_\_\_x4= \_\_\_\_\_

EQUIVALENTE AL SIGUIENTE PUNTAJE:

20 a 35: Normal

36 a 45: Reacción de ansiedad

46 a 65 : Depresión media

66 a 80 : Depresión severa

TESIS CON  
FALLA DE ORIGEN

DEDICADO A...

...los pacientes, que con padecimientos a veces inexplicables nos inducen a la actualización y búsqueda de alternativas diagnósticas y terapéuticas.

...los compañeros médicos de cualquier nivel de atención y especialidad, para ampliar sus probabilidades de diagnóstico diferencial.

...la sociedad en general, en espera de mejor calidad de vida y también de la calidad humana; en tiempos de degeneración de los valores morales y espirituales.



## AGREDECIMIENTOS:

A los doctores:

- José Encarnación Uribe Pozos  
Médico Internista y Reumatólogo
  
- Javier Guillermo Domínguez Herrera  
Médico Internista

Por su participación en el análisis estadístico del presente trabajo.

TESIS CON  
FALLA DE ORIGEN