

2
11227



**UNIVERSIDAD NACIONAL AUTONOMA
DE MEXICO**

**FACULTAD DE MEDICINA
DIVISION DE POSTGRADO
INSTITUTO MEXICANO DEL SEGURO SOCIAL
DELEGACION 3 SUROESTE
HOSPITAL DE ESPECIALIDADES C.M.N. S. XXI**

T E S I S

**"INCIDENCIA DE DEPRESION EN PACIENTES QUE
INGRESAN A HOSPITALIZACION EN MEDICINA
INTERNA."**

Q U E P R E S E N T A :

DR. GUSTAVO ACEVEDO STEINMANN

**PARA OBTENER LA ESPECIALIDAD EN:
MEDICINA INTERNA**



IMSS

MEXICO, D.F.

2003

**TESIS CON
FALLA DE ORIGEN**



Universidad Nacional
Autónoma de México

Dirección General de Bibliotecas de la UNAM

Biblioteca Central

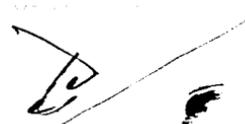


UNAM – Dirección General de Bibliotecas
Tesis Digitales
Restricciones de uso

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).

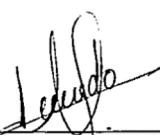
El uso de imágenes, fragmentos de videos, y demás material que sea objeto de protección de los derechos de autor, será exclusivamente para fines educativos e informativos y deberá citar la fuente donde la obtuvo mencionando el autor o autores. Cualquier uso distinto como el lucro, reproducción, edición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


DR. ANTONIO CASTELLANOS OLIVARES
DIVISION DE EDUCACION E INVESTIGACION MEDICA
Vo.Bo.


DIVISION DE ESPECIALIZACION
DIVISION DE ESTUDIOS DE POSGRADO
FACULTAD DE MEDICINA
UNIVERSIDAD DE CHILE


DR. HAIKO NEILLEN HUMMEL
JEFE DEL SERVICIO DE MEDICINA INTERNA
Vo.Bo.


DRA. MARIA EUGENIA GALVAN PLATA
MEDICO DE BASE DE MEDICINA INTERNA
ASESOR DE TESIS
Vo.Bo.


DR. GUSEAVO ACEVEDO STEINMANN

**7.3 CON
FALLA DE ORIGEN**



INSTITUTO MEXICANO DEL SEGURO SOCIAL

DIRECCION REGIONAL SIGLO XXI
DELEGACION 3 SUROESTE DEL D.F.
HOSPITAL DE ESPECIALIDADES
"DR. BERNARDO SEPULVEDA G." C.M.N. S. XXI
DIVISION DE EDUCACION E INVESTIGACION MEDICA

20 DE SEPTIEMBRE, 2002

REF. 37.B5.09.2153/ 02

ACTA DEL COMITE LOCAL DE INVESTIGACION

Después de revisar y discutir el documento enviado por los autores, el protocolo:

194/02 " INCIDENCIA DE DEPRESION EN PACIENTES QUE INGRESAN A HOSPITALIZACION EN MEDICINA INTERNA "

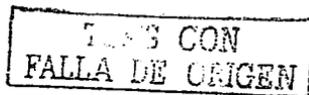
Dietamen: APROBADO

Comentarios de los vocales:

1.- Las alteraciones de las funciones mentales serán una variable confusora importante, tanto por estado confusional (metabólicos, por ejemplo) como los que tengan demencias (vasculares, etc) y sólo podrá estimar la importancia de esta variable si evalúa al menos el "Minimal State Examination" de Folstein.

ATENTAMENTE
SEGURIDAD Y SOLIDARIDAD SOCIAL

DOCTOR
HECTOR AGUIRRE GAS
DIRECTOR



DEDICATORIAS Y AGRADECIMIENTOS.

*AGRADEZCO A DIOS LA OPORTUNIDAD QUE ME HA DADO Y EL PERMITIRME TERMINAR EXITOSAMENTE, GRACIAS.

*A LA VIRGEN DE GUADALUPE, POR ESTAR A MI LADO SIEMPRE.

*A TI PAPA, POR QUE ESTO SE HICIERA REALIDAD Y NO UN SUEÑO, GRACIAS POR HACERME HOMBRE.

*MAMA: POR TUS DESVELOS A MI LADO, POR TU PREOCUPACION, POR TU AMOR Y POR SABER ESCUCHARME EN LOS MOMENTOS DIFICILES.

*KARI, TU SACRIFICIO VALIÓ LA PENA, NO CREES, GRACIAS. CUENTA CONMIGO SIEMPRE.

*MARA, GRACIAS POR SOPORTAR LAS NOCHES DE SOLEDAD Y MIS MALOS RATOS DESPUES DE GUARDIA, POR ACOMPAÑARME Y POR APOYARME EN TODO MOMENTO, TE AMO.

*A MIS TIOS Y TIAS (OLGA, MANUEL, LIZ, ABRAHAM, RAQUEL), GRACIAS POR ESTAR AL PENDIENTE Y POR SU ETERNO APOYO.

*A MI ABUELITA PILAR POR TUS REZOS Y ENCOMENDACIONES, Y A MIS ABUELOS QUE YA SE FUERON (LENCHO, QUIQUE Y PINA), OJALA VEAN MI ÉXITO Y CELEBREN A MI LADO EN ESPIRITU.

*A MIS AMIGOS, MEJOR DICHO HERMANOS, POR ESTAR SIEMPRE A MI LADO, POR SU APOYO Y SUS GANAS DE VERME TRIUNFAR, GRACIAS DIEGO, MARIO GERARDO Y JUAN CARLOS.

*DRA. GALVAN, GRACIAS POR SU ASESORIA Y ENSEÑANZA EN ESTOS 4 AÑOS.

*A TODOS AQUELLOS QUE CONTRIBUYERON EN MI EDUCACION.

*A LOS PACIENTES, QUE, FINALMENTE SON FUENTE INTERMINABLE DE SORPRESAS, CONOCIMIENTOS Y DUDAS.

**ESPERO NO DEFRAUDAR NUNCA A TODOS AQUELLOS QUE QUISIERON ACOMPAÑARME EN EL ÉXITO. GRACIAS, ESTO ES PARA TODOS USTEDES.

1.535 CON
FALLA DE ORIGEN

INDICE

INTROUCCION	PAG. 1
1. DEPRESION	PAG. 3
1.1 DEFINICION	PAG. 3
1.2 EPIDEMIOLOGIA	PAG. 4
1.3 CLASIFICACION	PAG. 5
2. CAUSAS DE DEPRESION Y FISIOPATOLOGIA	PAG. 6
2.1 CAUSAS GENETICAS	PAG. 6
2.2 FACTORES BIOLÓGICOS	PAG. 7
2.3 FACTORES PSICOSOCIALES	PAG. 8
3. ESCALAS PARA MEDIR LA DEPRESION	PAG. 9
4. MARCO TEORICO DEL PROTOCOLO	PAG. 12
5. PLANTEAMIENTO DEL PROBLEMAS	PAG. 15
6. HIPOTESIS	PAG. 15
7. OBJETIVOS	PAG. 15
8. MATERIAL PACIENTES Y METODOS	PAG. 15
8.1 DISEÑO DEL ESTUDIO	PAG. 15
8.2 DESCRIPCION DE VARIABLES	PAG. 16
8.3 SELECCIÓN DE LA MUESTRA	PAG. 16
9. ANALISIS ESTADISTICO	PAG. 18
10. CONSIDERACIONES ESTICAS	PAG. 18
11. RESULTADOS	PAG. 19
12. CONCLUSIONES	PAG. 34
BIBLIOGRAFIA	PAG. 37
ANEXOS	

TESIS CON
FALLA DE ORIGEN

INTRODUCCION

En la actualidad, la velocidad y el ritmo de la vida moderna, así como el constante bombardeo de los medios de comunicación y la globalización mundial, han creado en el ser humano una serie de disyuntivas, problemáticas y necesidades, la mayoría de las cuales no podemos enfrentar y solucionar adecuadamente, lo que ha llevado a un aumento en la incidencia de depresión tanto en países desarrollados como en vías de desarrollo convirtiéndose en un problema de salud importante por su tendencia a alterar los instintos básicos de supervivencia: maternidad, hambre, sueño y apetito sexual entre otras.

Aunque la depresión por sí misma no es una enfermedad grave salvo en pocas ocasiones, se ha convertido en una problemática importante en todos los servicios de salud a nivel mundial. Su clasificación e identificación difícil de signos y síntomas hacen que en muchas ocasiones los pacientes no sean tratados en forma adecuada y por lo tanto se cometan errores diagnósticos importantes, así mismo la depresión en pacientes que tienen enfermedades crónicas degenerativas, neoplásicas o incurables como la infección por el virus de la inmunodeficiencia humana (VIH) presentan un proceso depresivo importante, el cual en la mayoría de las ocasiones para los médicos internistas no es fácil de identificar ya que nos enfocamos directamente a evaluar y corregir otros estados patológicos y en la mayoría de las ocasiones pasamos por alto ya sea en forma voluntaria o involuntaria, la sintomatología asociada a un síndrome depresivo, sin dar manejo adecuado al mismo y por lo tanto coadyuvando con los procesos patológicos subyacentes de los pacientes a quienes tratamos.

Hoy en día el alcance y los conocimientos obtenidos en depresión han sobrepasado el campo de acción de los Psiquiatras por lo tanto, este padecimiento debe ser parte

1 - 3 CON
FALLA DE ORIGEN

substantial del conocimiento general de los Médicos, ya que, la mayoría de nosotros no estamos calificados para diagnosticarla y por supuesto mucho menos para tratarla.

En la actualidad la depresión constituye la segunda causa de enfermedades crónicas después de la hipertensión arterial en la práctica de la medicina general, produciendo morbilidad elevada y según estadísticas norteamericanas 1 de cada 10 pacientes que acuden a cualquier tipo de consulta cursa con depresión mayor y otro 40% con algún estado depresivo, que en la mayoría de los casos, no son reconocidos y si se llegan a diagnosticar se dan tratamientos inadecuados, llevando finalmente a los pacientes a que tengan pérdida de productividad, funcionalidad y finalmente que se incremente el índice de mortalidad¹.

TESIS CON
FALLA DE ORIGEN

1. DEPRESION.

1.1. DEFINICION.

La depresión mayor se define como humor deprimido o disminución en el interés de las actividades diarias o ambos, durante las últimas dos semanas, acompañado por lo menos por tres o cuatro de los siguientes síntomas: insomnio o hipersomnia, sentimientos de tristeza o culpa excesiva, fatiga o pérdida de energía, disminución de la capacidad de concentración, cambios en el apetito o pérdida de peso, agitación psicomotora o disminución en los reflejos o ideas recurrentes de muerte o suicidio². Según el DSM-IV, con alguno de los siguientes síntomas por lo menos cuatro en la tabla 1.

TABLA 1. ALGORITMO PARA DEPRESIÓN MAYOR SEGÚN EL DSM-IV²

SINTOMA	CRITERIOS DE DIAGNOSTICO DEL DSM-IV
Sensación de depresión	Depresión una o más veces al día
Anhedonia	Disminución en el interés por las actividades diarias
Cambios de peso	Pérdida o ganancia de peso no intencional
Alteraciones del sueño	Insomnio o hipersomnia
Problemas psicomotores	Agitación psicomotora
Pérdida de energía	Fatiga o sensación de debilidad
Culpa excesiva	Sentimientos de culpa
Pobre concentración	Disminución en la habilidad para pensar o en la concentración
Ideas suicidas	Ideas recurrentes de muerte o suicidio

Como podemos ver el término depresión alude a una emoción humana normal en la mayoría de las ocasiones y también a un grupo de síndromes o trastornos que entran ya en rangos patológicos. Este término ha tenido diferentes significados a través de distintos ámbitos científicos, como la neurofisiología, la farmacología, la psicología y la psiquiatría. Por lo tanto desde el intento por definirla se han creado inmensidad de disyuntivas para dar

TESIS CON
FALLA DE ORIGEN

mayor riesgo en aquellos que tienen historia familiar de depresión o alcoholismo; con una recurrencia del 50 al 60%⁴ de los pacientes en remisión de una depresión mayor. La organización mundial de la salud calcula por lo tanto que actualmente existen alrededor de cien millones de personas que padecen algún trastorno afectivo o forma clínica reconocible de depresión y que por cada uno de ellos existen otras tres personas no diagnosticadas y por lo tanto no tratadas.

En México los datos obtenidos en un estudio realizado en el Distrito Federal arrojan cifras muy semejantes⁵ a los datos internacionales. Por lo tanto se espera que con los años exista un incremento notorio de la incidencia y la prevalencia de depresión en nuestro país así como a nivel mundial.⁴

1.3. CLASIFICACION.

La clasificación de la depresión o el síndrome depresivo siempre ha sido objeto de múltiples investigaciones y controversias, estableciéndose con frecuencia una diferencia entre las formas reactivas y las endógenas. La historia clínica de algunos pacientes muestra causas ambientales y psicológicas como factores determinantes aparentemente obvios; entonces la depresión es llamada exógena o reactiva; en otros no hay factores desencadenantes evidentes y la depresión es considerada como endógena. En la práctica clínica es difícil distinguir diferencias entre estos dos supuestos subgrupos. Por otra parte la dicotomía entre cuadros depresivos psicóticos y neuróticos ha sido siempre un problema para la clasificación de los trastornos mentales. A fin de colaborar con el clínico en la codificación del cuadro diagnóstico, La Organización Mundial de la Salud incrementó en la IX clasificación internacional de enfermedades de 10 a 19 categorías que podían corresponder a trastornos depresivos no clasificados anteriormente, sin embargo con finalidad de simplificación se ha clasificado en tres grupos: 1) depresión psicótica,

TESIS CON
FALLA DE ORIGEN

2)depresión neurótica y 3) depresión simple. Sin embargo hay que considerar que estos rubros a nivel general son vistos por el especialista y la clasificación para la mayoría de los médicos es en unipolar y bipolar.^{3,4}

2. CAUSAS DE DEPRESION Y FISIOPATOLOGIA.

Si consideramos al ser humano como una entidad biopsicosocial, en la etiología de la depresión también debemos tomar en cuenta una serie de factores que pueden determinarla; el predominio de alguno de ellos estará en función del diagnóstico. Al aceptar que en este cuadro patológico la constitución del paciente desempeña un papel importante, y que la participación de factores ambientales modifica este estado básico; tenemos que reconocer que existen elementos ambientales de diferente tipo, por lo que nunca hay que considerar que si se trata de un cuadro endógeno no es susceptible a tratamiento o modificación de los factores exteriores. Por el contrario los factores externos como los elementos ambientales, sociales y económicos, pueden ser el punto de partida para una depresión mayor y coadyuvar con los factores propios del paciente y los genéticos que pueda este mismo presentar. Por lo tanto el estado constitucional del paciente y los factores ambientales que lo rodean deben de ser siempre complementarios, pues el predominio del primero o de los segundos influirá en el desarrollo del cuadro depresivo y de las características clínicas del paciente. Aunque no existe un factor determinante y específico de depresión dividiremos las causas de depresión en: genéticas, factores biológicos y factores psicosociales.

2.1. CAUSAS GENETICAS.

Los estudios de Kallman que fueron los primeros realizados con la finalidad de entender o determinar si existía predisposición genética o hereditaria de la depresión, arrojaron resultados en base a un estudio de 461 personas en el cual se utilizaron parejas de gemelos

TESIS CON
FALLA DE ORIGEN

reportándose las siguientes tasas en relación con parientes consanguíneos: 0.4% en población general, 23.5% si los padres habían padecido la enfermedad, 16.7% en relación con los medios hermanos, 23% en relación con los hermanos, 26.3% en gemelos dicigóticos y 100%⁴ en gemelos homocigóticos. Así mismo se han realizado estudios en los cuales se involucra la presencia del complejo mayor de histocompatibilidad (HLA), aparentemente ligados al cromosoma X como gen dominante⁴ y existen trabajos en los cuales se ha intentado comprobar la alteración del transporte de litio a nivel de la membrana del glóbulo rojo. Sin embargo como se puede observar en los estudios anteriores no se ha demostrado asociación real alguna entre la presencia de una alteración genética como tal, con la enfermedad clínica propiamente dicha.

2.2. FACTORES BIOLÓGICOS.

Dentro de los factores biológicos existen una serie de estudios en los cuales se intenta demostrar la alteración a distintos niveles orgánicos con la finalidad de determinar, la etiología y la patogenia de dicha enfermedad.

Se ha observado dentro de estas alteraciones, problemas a nivel de las aminas principalmente una alteración en la dopamina, noradrenalina y adrenalina y finalmente en la serotonina la cual parece estar más asociada a las alteraciones presentadas a nivel del sistema nervioso central.⁴De esta forma algunos estudios han demostrado que las alteraciones a nivel de estas catecolaminas ocasionan algunos de los síntomas, se ha determinado que existe aparentemente una disminución a nivel de noradrenalina en los procesos depresivos y que en los trastornos bipolares la manía puede ser debida a un aumento en las concentraciones de esta misma amina. Otro ejemplo es que las concentraciones de serotonina a nivel del sistema nervioso central disminuyen principalmente su metabolito activo, lo cual se ha demostrado gracias a que la

CON
FALLA DE ORIGEN

administración de triptofano, un precursor de la serotonina, en los pacientes con depresión a llevado a una disminución de la sintomatología.

Así mismo desde la década de los setenta, se ha intentado atribuir a muchos procesos biológicos la presencia de los síndromes depresivos, considerando desde cambios hormonales a nivel de hormonas como la del crecimiento, cortisol, hormona liberadora de tiroxina etc.⁴

2.3. FACTORES PSICOSOCIALES.

Siempre ha existido la consideraciones de que existen factores exógenos, como se mencionó anteriormente, los cuales pueden ser capaces de llevar a un estado depresivo; factores propios de la personalidad, psicológicos y otro tipo de factores asociados, sobre todo, a la vida social y comunitaria de las personas pueden aparentemente desencadenar un estado depresivo.⁴ Existen demostrados, que los factores de estrés en la vida social son un componente importante para desarrollar depresión, sobre todo aquellos producidos por situaciones cotidianas: por lo tanto en muchas encuestas se pregunta al paciente si la depresión estuvo ocasionada o relacionada a algún factor de su vida diaria. Así mismo dentro de la personalidad de las personas, se puede asociar que existen algunos tipos de personas predispuestas a sentirse deprimidas, como lo son, la personalidad obsesiva, histérica y algunos otros.

De esta forma como pudimos observar en los párrafos anteriores, existen diversas teorías que nos llevan a intentar escudriñar las causas de la depresión y hasta la fecha no se ha podido en sí, dilucidar propiamente cual o cuales se encuentran asociadas para producir el estado depresivo.

TIENE CON
FALLA DE ORIGEN

3. ESCALAS PARA MEDIR LA DEPRESION.

En esta tesis, se hace referencia a una encuesta para llegar al diagnóstico de depresión y por lo tanto es importante que consideremos este punto para saber como se realizó la encuesta en los pacientes.

Desde que se comprendió la depresión como un proceso patológico, han existido múltiples intentos por llevar a cabo un diagnóstico exacto de la enfermedad, principalmente a través de cuestionarios y encuestas, basados todos ellos en la sintomatología de la depresión.

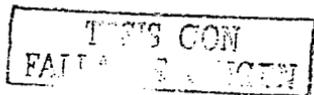
Las primeras encuestas de depresión datan de principios del siglo pasado; en 1915 Kempf describió la primera escala de depresión y hacia 1917 se publicó el primer cuestionario de autoevaluación por Woodworth.³

Todas estas escalas, desde principios del siglo XX, han ido desde solo unas cuantas preguntas sencillos como "duerme bien", "tiene suficiente apetito", "ha bajado de peso" etc.; hasta inventarios realizados con mas de 60 reactivos, como el Inventario Multifacético de Personalidad de Minnesota³, el cual puede constar incluso de hasta 550 preguntas para diagnosticar y dar escala a la depresión. Los intentos mas recientes de realizar una encuesta para medir la depresión datan de 1960 por Hamilton y un año después por Beck, esta encuesta consta de 21 reactivos, en los cuales se preguntan diversos síntomas del estado depresivo cada uno con 4 opciones de contestación tomados como 0,1,2 y 3; los que al hacer una suma de todos los reactivos nos llevan a una escala matemática con la cual podemos dividir o escalar la depresión en sano, leve, moderado y severo. Esta encuesta valora a grandes rasgos los siguientes puntos:

A. Tristeza.

B. Pesimismo

C. Sensación de fracaso



- D. Insatisfacción*
- E. Culpa*
- F. Expectativas de castigo*
- G. Autodesagrado*
- H. Autoacusaciones*
- I. Ideas suicidas*
- J. Llanto*
- K. Irritabilidad*
- L. Separación social*
- M. Indecisión*
- N. Cambios en la imagen corporal*
- O. Retardo laboral*
- P. Insomnio*
- Q. Fatigabilidad*
- R. Anorexia*
- S. Pérdida de peso*
- T. Preocupación somática*
- U. Pérdida de la libido*

QUE CON
FALLA DE MEMORIA

A partir de estos se dan escalas a la depresión como se observa en la tabla siguiente³:

TABLA 2. GRADOS DE DEPRESIÓN Y PUNTUACIÓN SEGÚN ESCALA DE BECK.^{6,3}

PUNTUACION	GRADO DE DEPRESION
0 A 9	SANO
10 A 16	LEVE
17 A 29	MODERADO
30 O MAS	SEVERO

Esta escala fue validada en la Universidad Nacional Autónoma de México en el año de 1995 para la población mexicana⁷, así mismo es un cuestionario de autoevaluación, que se aplica el paciente por si mismo y cuyo tiempo de aplicación es corto, motivo por el cual fue la escala seleccionada para la realización del protocolo de esta tesis. Posteriormente, existen diversas encuestas para la clasificación y diagnóstico de depresión sin embargo no son útiles, ya que muchas de ellas tienen que ser llevadas a cabo por el Médico, son largas o bien no han sido validadas para la población Mexicana.

TRABAJADO CON
FALLA DE ORIGEN

4. MARCO TEORICO DEL PROTOCOLO.

Los médicos generales, familiares e internistas, son aquellos que tienen el primer contacto con los pacientes; por ello el realizar una buena historia clínica y una exploración exhaustiva son importantes para llegar a conclusiones diagnósticas y terapéuticas acertadas, solicitar los estudios de laboratorio y gabinete correspondientes a la patología sospechada y tomar una decisión acerca del pronóstico y la sobrevida del paciente⁸.

A pesar de lo anterior y a que los pacientes deben ser considerados como una entidad biosociosocial, el Médico internista, tanto a nivel de consulta externa como a nivel Hospitalario pasa por alto con frecuencia los aspectos psiquiátricos del paciente, incluso a pesar de que estos sean francamente evidentes.

En los programas universitarios se tienen contemplados los entrenamientos y el estudio de patologías psiquiátricas, pero sin embargo el Médico Internista con poca frecuencia hace preguntas asociadas al diagnóstico específico de la depresión, y en muchas ocasiones a pesar de la marcada sintomatología es pasada por alto o bien clasificada de nerviosismo, estrés etc.

El problema principal en Medicina Interna, es que debemos valorar al paciente en forma integral, y no dejar por supuesto al especialista, en este caso, al Psiquiatra el diagnóstico oportuno de un proceso depresivo.

Debemos considerar, que la mayoría de los paciente que manejamos a nivel Hospitalario, cuentan si no bien con diagnósticos per se mortales, si en muchas ocasiones con diagnósticos crónicos o bien con enfermedades que se encuentran debido a sus características clínicas en investigación de la etiología o patogenia de la misma⁹.

Por lo que hemos mencionado en los párrafos anteriores, es importante que el Médico Internista considere siempre la posibilidad de que un paciente puede estar cursando con un

1. CON
FALLA DE ORIGEN

cuadro depresivo, y que no siempre se asocia a la enfermedad de base la sintomatología del mismo; ya que la depresión puede dar una variada sintomatología a distintos niveles, como los son: gastrointestinal (diarreas, vómito), cardiovascular (taquicardia, dolor precordial), pulmonar (disnea)³ y así una infinidad de sintomatología, que si bien puede estar asociada a la patología de base del paciente, bien puede ser indicio de un cuadro depresivo incipiente, el cual puede ser detectado y tratado en forma oportuna, siempre y cuando se considere la posibilidad del mismo.

En estudios realizados a nivel mundial, se ha demostrado, la presencia de depresión en pacientes hospitalizados, en aproximadamente un 40%¹⁰ de estos, en los Estados Unidos, la depresión se ha presentado en 1 de cada 10 pacientes que acuden a la consulta externa con depresión mayor y un 40% mas presentan algun grado de depresión¹¹, a nivel hospitalario, el porcentaje varia de un 40 a 60%¹² de depresión en pacientes encamados.

El porcentaje varia dependiendo del tipo de Servicio Médico en el que se encuentren y de los diagnósticos de base de los pacientes, en esta forma la mayor incidencia de depresión es en servicios en los cuales los pacientes se encuentran con diagnósticos necesariamente mortales¹³, mientras que en servicios como cirugía tanto el porcentaje como el grado de depresión es menor ya que se encuentra generalmente sujeto a un proceso quirúrgico la mayoría de las veces curativo por si mismo.

La mayoría de los estudios han mostrado, que el paciente presenta un grado de depresión al momento inicial de su internamiento, el cual puede variar dependiendo del diagnóstico del mismo y de los antecedentes de su enfermedad, así como de la certeza diagnóstica con la que se encuentran; por supuesto también se encuentra asociado a factores sociales como sexo, edad, estado civil, etc¹⁴.

TESIS CON
FALLA DE ORIGEN

El punto primordial en este protocolo, es determinar la presencia de estados depresivos en los pacientes que ingresan al servicio de Medicina Interna, y ver la relación existente entre las enfermedades de base, el sexo, edad y las enfermedades crónico degenerativas con las que cuentan los paciente, para que en esta forma podamos determinar, la incidencia de depresión en el Hospital de especialidades en los pacientes que ingresan al Servicio de Medicina Interna y considerar el apoyo en forma oportuna de los especialistas en esta área.

En la literatura mundial se maneja que un porcentaje mayor de la depresión afecta al sexo femenino y en menor porcentaje al sexo masculino: en cuanto a los grupo de edad se observa que la población menor de 40 años presenta algún grado en el 60%. a diferencia del resto de la población que ha sido estudiada; en cuanto al estado civil se observa depresión en el 15% aproximadamente de las personas solteras.^{3,10}

Otras de las variables que han sido consideradas son la presencia de depresión en pacientes terminales cuyo porcentaje varía de 70 a 80%, así como en pacientes con enfermedades crónico degenerativas, sin embargo no se a observado relación alguna en cuanto a que presenten mayor grado de depresión.^{8,3}

Otros factores que han sido observados a nivel mundial y nacional es que cuando existe una pobre posición económica el grado de depresión es mayor así como en cuanto a la escolaridad, siendo que el mayor porcentaje de depresión se presenta en aquellos que tienen un menor grado de estudios. Sin embargo estas variables no fueron consideradas en este protocolo.

TRIPS CON
FALLA DE LA UNICEN

5. PLANTEAMIENTO DEL PROBLEMA.

Como hemos observado la incidencia de depresión en los diversos estudios es variable, aunque sí con una frecuencia importante para los pacientes por lo tanto, determinar si los pacientes que ingresan al Servicio de Medicina Interna presentan depresión, es importante para decidir si es necesario dar manejo a los mismos o considerar su manejo por Psiquiatría como especialidad, o bien continuar únicamente manejando a los pacientes de acuerdo a sus distintas patologías de base sin tomar en cuenta la presencia de depresión; el problema o la pregunta es: **¿LOS PACIENTES QUE INGRESAN AL SERVICIO DE MEDICINA INTERNA HOSPITALIZACIÓN, PRESENTAN UN CUADRO DEPRESIVO A SU INGRESO?**

6. HIPOTESIS.

Los pacientes que ingresan al Servicio de Medicina Interna hospitalización presentan depresión a su ingreso.

7. OBJETIVOS.

a) Determinar la incidencia de depresión en los pacientes que ingresan a Medicina Interna en el Hospital de Especialidades "Dr. Bernardo Sepúlveda G." de Centro Médico Nacional Siglo XXI (CMN S. XXI).

8. MATERIAL, PACIENTES Y METODOS.

8.1. DISEÑO DEL ESTUDIO.

Se realizó un estudio descriptivo transversal, en el cual se realiza una entrevista o encuesta para determinar si existe depresión en los pacientes que ingresan al servicio de Medicina Interna del Hospital de Especialidades de CMN S. XXI.

TESIS CON
FALLA DE CUBIERTA

8.2 DESCRIPCIÓN DE VARIABLES.

Se consideraron dos tipos de variables, la dependiente, la cual fue considerada al grado de depresión y las independientes las cuales fueron constituidas por: edad, sexo, estado civil, enfermedades crónico degenerativas y diagnósticos de base. Así mismo se consideró la primera de tipo cualitativa ordinal y las demás cuantitativas.

8.3. SELECCIÓN DE LA MUESTRA

Fueron considerados todos los pacientes que ingresaron al Servicio de Medicina Interna de esta Hospital, ambos sexos de 16 a 95 años, del 1º de Junio al 31 de Agosto del 2002; sin importar el servicio de procedencia de los pacientes y que cumplieran con los criterios de inclusión:

1. *Mayores de 16 años.*
2. *Llenado de la carta de aceptación del protocolo.*
3. *Ambos géneros.*

Los criterios de No inclusión fueron los siguientes:

1. *Que se encontrarán con apoyo mecánico ventilatorio ya sea con ventilador volumétrico o de presión.*
2. *Que presentarán deterioro neurológico, con Glasgow de 10 o menor, o bien con minimal menor de 20.*
3. *Que contarán con diagnóstico previo de depresión o algún otro diagnóstico psiquiátrico.*

Los criterios de exclusión:

1. *Que el paciente presentará deterioro neurológico o de las funciones mentales superiores durante la encuesta realizada.*
2. *Que requiriera apoyo mecánico ventilatorio.*

TESIS CON
FALLA DE OPIGEN

3. Que se diagnosticará un trastorno psiquiátrico excepto depresión.

Se procedió a considerar a los pacientes para el protocolo dentro de las primeras 24 horas posteriores a su ingreso, en la cuales el Médico encargado del protocolo les explico el procedimiento, así como la finalidad del estudio y se les entrego una carta de consentimiento informado (ANEXO 1), el cual se explica con detalle el tipo de estudio y la finalidad del mismo; si los pacientes aceptaban el protocolo se procedía a llenar la hoja de datos (ANEXO 2), en la cual se incluyen datos como:

- a. Nombre completo.*
- b. Edad.*
- c. Sexo.*
- d. Estado civil.*
- e. Escala de coma de Glasgow.*
- f. Minimental.*
- g. Diagnóstico de ingreso.*
- h. Enfermedades crónico degenerativas.*
- i. Diagnóstico psiquiátrico previo.*
- j. Presencia de asistencia mecánica ventilatoria.*

Posteriormente se procedió a la aplicación de la encuesta de Beck, que como se mencionó en los párrafos anteriores nos permite diagnosticar depresión y darle una escala la cual va de sano a depresión grave; esta encuesta es de autoaplicación por parte de los pacientes, en la cual se les explico que el llenado consistía en escoger una de las cuatro opciones que presenta cada uno de los 26 incisos de la entrevista, dependiendo de cómo se han sentido durante la última semana incluyendo el día en que se aplica la encuesta mencionada. Cabe

LEES CON
FALLA DE ORIGEN

aclarar que esta encuesta fue validada en la Universidad Nacional Autónoma de México en una tesis para obtener el título de Psicología en el año de 1995⁷. (ANEXO 3).

El paciente fue evaluado en una sola ocasión, durante las primeras 24 horas posteriores a su ingreso.

9. ANALISIS ESTADISTICO.

Siendo que el tipo de escala obtenido con la encuesta de Beck nos permite obtener una medición, se realizó el análisis estadístico con el programa STATA versión 6.0, en el cual se obtuvieron las frecuencias, los porcentajes, el promedio de edad, la desviación estándar de las edades, y así mismo se realizó una regresión logística simple para ver la existencia de correlación entre las variables independientes con la dependiente. También parte del análisis y de la base de datos, así como las gráficas que se presentan se realizaron con el programa de EXCELL XP, de Microsoft systems.

10. CONSIDERACIONES ETICAS.

El proyecto de tesis fue sometido a la valoración por parte del comité local de investigación, del Hospital de Especialidades de CMN S. XXI, el cual fue aprobado con el número 194/02. Así mismo cumple con los criterios de norma de investigación clínica con humanos.¹⁵

TESIS CON
FALLA DE ORIGEN

11. RESULTADOS.

Fueron considerados para el protocolo un total de 74 pacientes que ingresaron al Servicio de Hospitalización de Medicina Interna en el Hospital de Especialidades de CMN S. XXI, de los cuales 39 cumplieron con los criterios de inclusión, 35 no fueron considerados como sujetos para entrar en el protocolo de los cuales 27 no cumplieron con los criterios de inclusión y 8 no aceptaron participar en el protocolo. La población que participó en el protocolo fue en mayor porcentaje del sexo femenino con una razón de 1.2:1 con respecto al sexo masculino. Las edades fueron desde los 17 hasta los 90 años, con un promedio de edad de 46 años, con estado civil predominantemente casados. Los datos de la población del estudio se observan en las tablas 3 y 4.

TABLA 3. DATOS DE LA POBLACION DE ESTUDIO.

EDAD	CARACTERISTICAS
MINIMA	17 AÑOS
MAXIMA	91 AÑOS
PROMEDIO	46 AÑOS
DESVIACION ESTANDAR	+/-19.8 AÑOS
SEXO	
MASCULINO	17
FEMENINO	22
ESTADO CIVIL	
CASADOS	20
SOLTEROS	19
TOTAL	39

LIBRE CON
FALLA DE INGEN

TABLA 4. DATOS DE LA POBLACION NO PARTICIPANTE.

EDAD	CARACTERISTICAS
MINIMA	19 AÑOS
MAXIMA	90 AÑOS
PROMEDIO	61.38 AÑOS
DESVIACION ESTANDAR	+19.31 AÑOS
SEXO	
MASCULINO	17
FEMENINO	18
ESTADO CIVIL	
CASADO	*/
SOLTERO	*/
TOTAL	35

* No se considero necesario tomar el estado civil, sin embargo se encuentran los datos en la hoja de cálculo y en las hojas de captura.

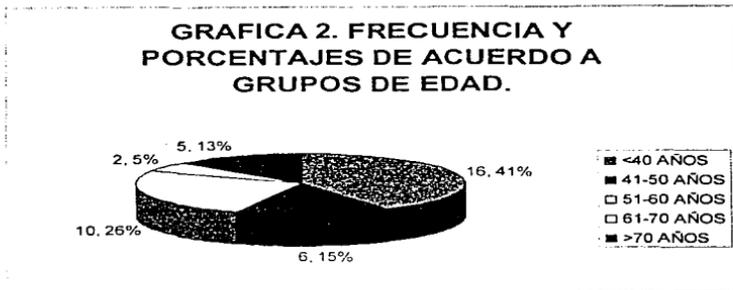
En la población participante dentro del estudio se observaron las siguientes frecuencias en cuanto a sexo y se muestran en la gráfica 1.

GRAFICA 1. FRECUENCIA Y PORCENTAJES CON RESPECTO A SEXO.



TIENE CON FALLA DE ORIGEN

Las frecuencias con respecto a la edad se dividieron por decenios en los cuales se consideraron cuatro grupos: <40 años, 41-50 años, 51-60 años, 61-70 años y > de 70 años, las frecuencias y porcentajes se observan en la gráfica 2.



Como se puede observar el mayor porcentaje de los pacientes son menores de 40 años, seguido por pacientes de la 5ta. Década de la vida y finalmente de la 6ta. Década de la vida. Podemos observar que un porcentaje importante corresponde a pacientes mayores de 70 años de edad.

TESIS CON
FALLA DE CENSURA

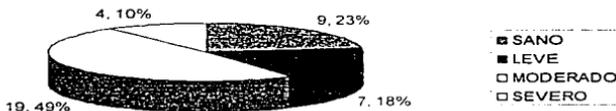
La frecuencia y porcentajes en cuanto al estado civil de los pacientes, fueron prácticamente iguales y se observa en la gráfica 3. Aunque con cierta tendencia en los pacientes casados dentro de la población de estudio.



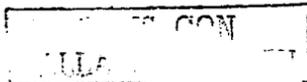
CON FALLA DE ORIGEN

A continuación se presentan los resultados de acuerdo al grado de depresión que se observó en la población de estudio y posteriormente se presentará los datos de porcentajes y frecuencias de acuerdo a la asociación de las distintas variables independientes con la dependiente. Los grados de depresión observados se muestran en la gráfica 4, en la cual podemos observar que el grueso de la población presenta depresión moderada y se observa una tasa de 76.9 pacientes por cada 100 presentan algún grado de depresión de los 39 pacientes participantes.

GRAFICA 4. FRECUENCIA Y PORCENTAJES DEL GRADO DE DEPRESION EN LA POBLACION DE ESTUDIO.



Así mismo se obtuvieron las frecuencias y los porcentajes de las enfermedades crónico degenerativas que presentaba la población de estudio; tomándose en cuenta solamente dos de estas que fueron Hipertensión arterial sistémica y Diabetes Mellitus. También se realizó una división de acuerdo a los diagnósticos de base de los pacientes, la cual se hizo en base a aparatos y sistemas asignándose distintas categorías en las cuales se tomaba una serie de



enfermedades que involucra a un aparato o sistema, estos resultados se observan en las gráficas 5 y tabla 5.



TABLA 6. FRECUENCIA Y PORCENTAJES DE ACUERDO A ENFERMEDADES DE BASE.

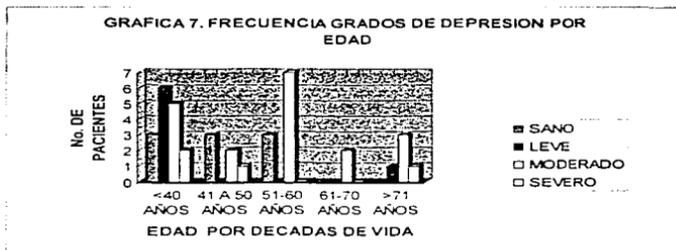
ENFERMEDADES BASE	FRECUENCIA	PORCENTAJE
NEUMOLOGICO	5	12.82
CARDIOVASCULAR	6	15.38
NEUROLOGICO	2	5.13
REUMATOLOGICO	1	2.56
HEMATOLOGICO	1	2.56
INFECCIOSO	6	15.38
FIEBRE EN ESTUDIO	9	23.08
GASTROENTEROLOGICO	6	15.38
ENDOCRINOLOGICO	1	2.56
ONCOLOGICO	1	2.56
TOXICOLOGICO	1	2.56
TOTAL	39	100

TESIS CON
FALLA DE CUBRIR

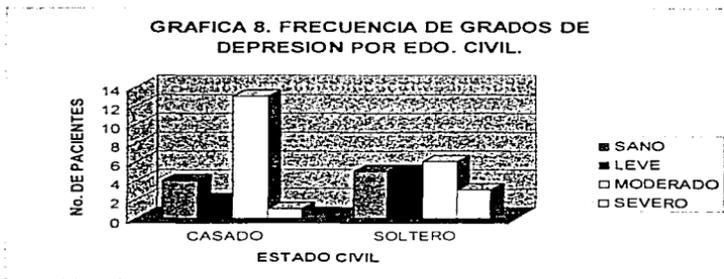
En los siguientes párrafos y gráficos se hace una regresión simple de los datos al correlacionar dos variables en el caso de sexo con grado de depresión se observó una p de 0.84, con una X^2 de 0.82, no estadísticamente significativas. En cuanto al grado de depresión y las décadas de la vida se observó una p de 0.19 con X^2 de 15.93; en cuanto a la relación existente entre estado civil y grados de depresión se observó una p de 0.17 con X^2 de 4.95; en cuanto a la relación existente entre las enfermedades crónico degenerativas y el grado de depresión se observa una p de 0.32 con X^2 de 6.9; en cuanto a la relación de enfermedades de base con los grados de depresión no se realizó la regresión simple. Como se puede observar no existe una relación estadísticamente significativa que asocie las variables dependientes con los grados de depresión que se presentaron en la población. A continuación se muestran las frecuencias de las relaciones realizadas entre los grados de depresión con las variables independientes.



En la siguiente gráfica 7 se observa la frecuencia de los grados de depresión por décadas de la vida.

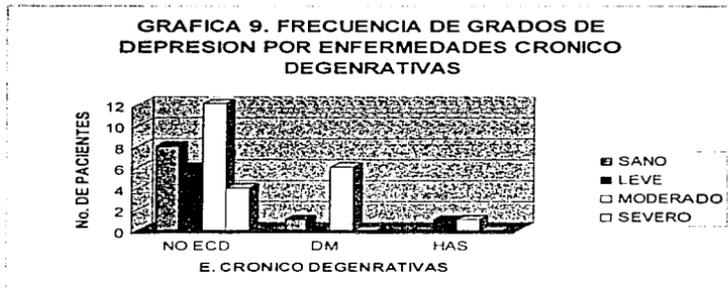


En la gráfica 8 se observa la frecuencia existente entre los grados de depresión y el estado civil de la población de estudio.



PERSONAS CON FALLA DE ORIGEN

En la gráfica 9 se observa la frecuencia de los grados de depresión con respecto a las enfermedades crónico degenerativas que presentó la población.



Posteriormente se realizó un análisis en cuanto al grado de depresión por sexo y décadas de la vida, por grado de depresión, sexo y estado civil y finalmente por grado de depresión sexo y enfermedades crónico degenerativas, en las cuales no se observó una relación estadísticamente significativa entre estas, a continuación se muestran las frecuencias obtenidas por grados de depresión asociadas a dos variables independientes en las tablas 7,8 y 9.

TESIS CON
FALLA DE ORIGEN

TABLA 7. RELACION DE GRADOS DE DEPRESION POR SEXO Y DECADAS DE VIDA.

GRADO DEP.	SEXO	EIDADES				(AÑOS)
		<40	41-50	51-60	61-70	
SANO	M	1	2	1	0	0
	F	2	1	2	0	0
LEVE	M	2	0	0	0	0
	F	4	0	0	0	1
MODERADO	M	3	2	2	1	1
	F	2	0	5	1	2
SEVERA	M	1	1	0	0	0
	F	1	0	0	0	1
TOTAL	M	7	5	3	1	1
	F	9	1	7	1	4

TABLA 8. RELACION DE GRADOS DE DEPRESION POR SEXO Y ESTADO CIVIL.

GRADO DEP.	SEXO	ESTADO CIVIL	
		CASADO	SOLTERO
SANO	M	3	1
	F	1	4
LEVE	M	0	2
	F	2	3
MODERADO	M	7	2
	F	6	4
SEVERA	M	1	1
	F	0	2
TOTAL	M	11	6
	F	9	13



TABLA 9. RELACION DE GRADOS DE DEPRESION POR SEXO Y ENFERMEDADES CRONICO DEGENERATIVAS. (*E.C.D.)

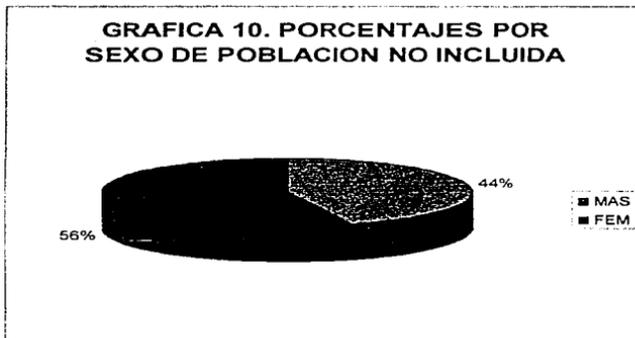
GRADO DEP.	SEXO	ENFERMEDAD	CRONICO	DEGENERATIVAS
		ES DIABETES	HIPERTENSION	NO *E.C.D.
SANO	M	0	0	4
	F	1	0	4
LEVE	M	0	0	2
	F	0	1	4
MODERADO	M	1	1	7
	F	5	0	5
SEVERA	M	0	0	2
	F	0	0	2
TOTAL	M	1	1	15
	F	6	1	15

**M=MASCULINO; F=FEMENINO

Los pacientes que no ingresaron en el protocolo fueron 35 pacientes, de los cuales 8 (2.8%) no aceptaron participar; los 27 (9.45%) pacientes restantes presentaban criterios de exclusión ya fuese asistencia mecánica ventilatoria, minimental menor de 20 o Glasgow menor de 10 o bien dos de los tres criterios, ninguno de los pacientes presentó mas de dos criterios de no inclusión en el protocolo. Ningún paciente fue excluido del protocolo, solamente se presentó al final de una de las entrevistas un paciente que presentó datos francos de falla cardiaca y amerito intubación orotraqueal sin embargo ya se había realizado la encuesta y fue tomado como paciente que cumplía con los criterios de inclusión. En las siguientes gráficas se muestran los resultados de la población que no cumplió criterios de inclusión.

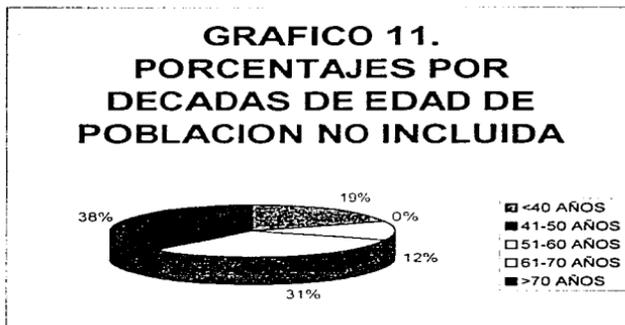
LEA CON
FALLA DE ORIGEN

En la gráfica 10 se observa los porcentajes de acuerdo al sexo de la población no incluida en el estudio.

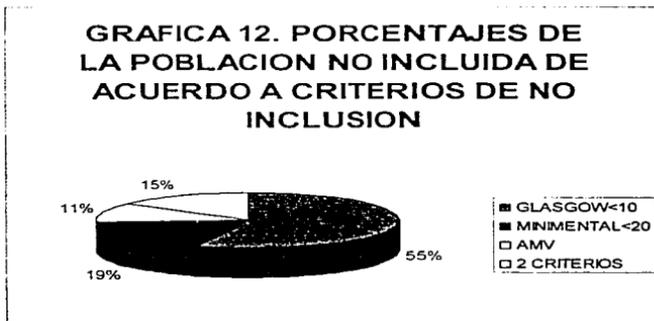


INSTITUTO VENEZOLANO
DE ESTADÍSTICA Y
CENSO

En la gráfica 11 se muestran los porcentajes de acuerdo a grupo de edad de la población no incluida.



En la gráfica 12 se observan los porcentajes de acuerdo a criterios de no inclusión.

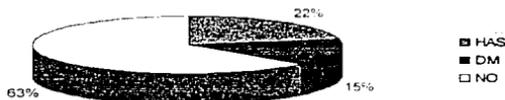


AMV: Asistencia mecánica ventilatoria.

TESIS CON
FALLA DE ORIGEN

En la gráfica 13 se observan los porcentajes de las enfermedades crónico degenerativas en la población no incluida.

**GRAFICA 13.
PORCENTAJES DE
ENFERMEDADES CRONICO
DEGENERATIVAS EN LA
POBLACION NO INCLUIDA.**



En la tabla 10 se observa la distribución por edad y sexo de la población no participante en el estudio, el porcentaje mayor correspondió a los mayores de 70 años en ambos sexos, que no cumplieron con los criterios de inclusión.

TABLA 10. DISTRIBUCION POR GRUPO DE EDAD Y SEXO DE LA POBLACION NO INCLUIDA.

EDAD	FEM	MAS
<40 AÑOS	2(7.4%)	3(11.11%)
41-50 AÑOS	0(0%)	0(0%)
51-60 AÑOS	1(3.7%)	2(7.4%)
61-70 AÑOS	4(14.81%)	4(14.81%)
>70 AÑOS	5(18.51%)	5(18.51%)
TOTAL	12(44.42%)	15(51.83%)

MAS=MASCULINO; FEM=FEMENINO.

TESTE CON
FALLA DE CARGEN

En la tabla 11 se observa la distribución de acuerdo al sexo y a los criterios de no inclusión de la población no sometida a la encuesta, se observa que el mayor porcentaje correspondió al sexo masculino con Glasgow menor de 10 en un 40.74%.

TABLA 11. DISTRIBUCION POR SEXO Y CRITERIOS DE NO INCLUSION DE LA POBLACION NO PARTICIPANTE.

CRITERIO	FEM	MAS
GLASGOW<10	4(14.81%)	11(40.74%)
MINIMENTAL<20	4(14.81%)	1(3.7%)
AMV	2(7.4%)	1(3.7%)
2 CRITERIOS	2(7.4%)	2(7.4%)
TOTALES	12(44.42%)	15(55.54%)

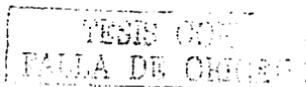
MAS=MASCULINO; FEM=FEMENINO; AMV=Asistencia mecánica ventilatoria.

En la tabla 12 se observa la distribución de las enfermedades crónico degenerativas por sexo de la población no incluida en el protocolo en la cual se observa que el mayor porcentaje correspondió al sexo masculino sin enfermedades crónico degenerativas en un 33.33%.

TABLA 12. DISTRIBUCION DE ACUERDO A SEXO Y ENFERMEADES CRONICO DEGENRATIVAS DE LA POBLACION NO INCLUIDA.

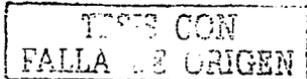
ENF. CRONICO DEG.	FEM	MAS
HAS	3(11.11%)	3(11.11%)
DM	1(3.7%)	3(11.11%)
NO	8(29.62%)	9(33.33%)
TOTAL	12(44.43%)	15(55.55%)

MAS=MASCULINO; FEM=FEMENINO; DM=DIABETES MELLITUS;
HAS=HIPERTENSION ARTERIAL.



12. CONCLUSIONES.

Como podemos observar en el presente estudio, se tomo una pequeña muestra de pacientes del Hospital de Especialidades de C.M.N. S. XXI, en el Servicio de Hospitalización de Medicina Interna, sin embargo consideramos que fue un número suficiente de pacientes para determinar la presencia de Depresión en el servicio. Se observan en general datos similares a la literatura mundial, como lo son en cuanto a distribución de algún grado de depresión con respecto al sexo, en donde observamos una mayor frecuencia en el sexo masculino, en cuanto a la relación del grado de depresión (moderado) con el estado civil se observa una mayor frecuencia en los pacientes casados y en cuanto al grupo de edad se observo una mayor frecuencia en los pacientes que son menores de 40 años lo que si coincide con la literatura mundial, en cuanto al resto de las variables se observaron las frecuencias marcadas sin embargo estadísticamente no se correlacionó en forma significativa ninguna de estas con el grado de depresión de los pacientes, incluso pacientes sin enfermedades crónico degenerativas presentaron una mayor frecuencia en el grado de depresión, la relación existente entre mujeres y hombres fue prácticamente igual. La incidencia observada en este estudio es de 77 pacientes por cada 100 presentan algún grado de depresión, como se observa a nivel mundial con cifras que van desde el 40 hasta el 80% en pacientes con enfermedades en etapa terminal. Las enfermedades crónico degenerativas no mostraron ser un factor predisponente para el síndrome depresivo, al igual que no se observa relación estadísticamente significativa con respecto a las enfermedades de base. Podemos observar que en general, como se ha mostrado en la literatura mundial, existen un sin número de factores que contribuyen a la presencia de depresión tanto en la población general como en los pacientes que son ingresados para un manejo hospitalario; incluso

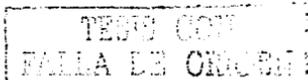


incluso podemos determinar que la incidencia de depresión es mas frecuente en los pacientes hospitalizados.

En general debemos concluir, como la literatura mundial lo establece, que el SINDROME DEPRESIVO es una patología importante la cual debe de ser investigada en forma concreta por el Médico clínico, con la finalidad de dar un manejo oportuno y poder brindar no solo una mejor expectativa de vida al paciente en cuanto a tiempo de vida nos referimos, si no por el contrario ofrecer también una mejor calidad de vida, lo cual hoy por hoy es un factor extremadamente importante para todos los países del mundo y los sistemas de salud internacionales.

Este estudio nos ha permitido determinar la incidencia de depresión en los pacientes hospitalizados en el Servicio de Medicina Interna y los resultados nos sugieren lo siguiente:

- 1. Tomar en cuanto como diagnóstico agregado al paciente un Síndrome depresivo.*
- 2. Considerar necesario aplicar la encuesta de Beck a los pacientes que ingresan.*
- 3. Solicitar el apoyo del Servicio de Psiquiatría para dar manejo conjunto al paciente.*
- 4. Brindar un tratamiento oportuno al Síndrome depresivo, para mejorar la calidad de vida del enfermo en cuestión.*
- 5. Realizar un estudio mas amplio acerca del Síndrome depresivo, no solo en el Servicio de Medicina Interna, si no también en el resto de los Servicios que admiten pacientes a Hospitalización.*
- 6. Realizar un estudio en el cual se determine de ser posible si los pacientes presentan depresión previa a su ingreso a Hospitalización.*
- 7. Determinar si los pacientes presentan un mayor grado de depresión de acuerdo a los días de estancia intrahospitalaria.*



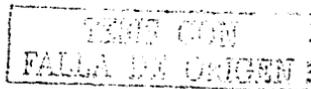
8. *Determinar si los pacientes mejoran su estado depresivo al ser egresados.*
9. *Brindar un apoyo no solo Médico si no humanitario al paciente que ingresa a Hospitalización.*
10. *Procurar siempre una menor estancia del paciente así como considerar el manejo ambulatorio de ser posible para disminuir la incidencia de depresión.*

Finalmente es importante que consideremos al paciente como una unidad BIOPSIICOSOCIAL, el cual no solo los factores fisiopatológicos contribuyen a un deterioro físico, si no por el contrario factores psicológicos y ambientales, los cuales también pueden influir en la patología del individuo.

TESIS CON
FALLA DE CUBIEN

BIBLIOGRAFIA.

1. Whooley A. Mary, Simon E. Gregory. Managing depression in medical outpatients. The New England Journal of Medicine. 2000; 343(26): 1942-49.
2. Goley E. et al. DSM-IV. 2000.
3. Calderón NG. Depresión causas, manifestaciones y tratamiento. Ed. Trillas 1990.
4. Kaplan.- Tratado de Psiquiatría. Ed. Trillas. México, 1996.
5. Zung WWK. A self rating depression scale. Arch. Gen Psychiat. 1965; 13:508.
6. Beck. Scale for depression. J of psychiatry. 1965.
7. Méndez S. Traducción y estandarización del inventario de Beck para población mexicana. Tesis para obtener el Título de Licenciatura en Psicología.
8. Broadhead WE, Blazer DG, George LK, Tse CK. Depresión, disability days, and days lost from work in a prospective epidemiologic survey. JAMA 1990; 264:2524-28.
9. Hirschfeld RMA, Sélter MB, Panico S, et al. The national depressive and manic-depressive association consensus statement on the undertreatment of depression. JAMA 1997; 277: 333-40.
10. Agency for healthcare research and quality. 2002 <http://text.nlm.nih.gov>.
11. Psychology information on line. 2002. <http://www.psychologyinfo.com/depression>
13. Wells KB, Stewart A, Hays RD, et al. The functioning and well being of depressed patients: results from the medical outcomes study. JAMA. 1989; 262:914-19.
13. Wells KB, Sturm R, Sherborne CD, Meredith LS. Caring for depression. Cambridge, Mass.: Harvard University Press, 1996.
14. Depresión awareness, recognition, and institute of mental health. 2002. <http://www.nih.gov/publicat/index.cfm>



15. Mendoza M, Sánchez M. Análisis y difusión de resultados científicos. Facultad de estudios superiores de zaragoza.2001. 1º edición.

TESIS CON
FALLA DE ORIGEN

ANEXOS

TESIS CON
FALLA DE ORIGEN

ANEXO I

CARTA DE CONSENTIMIENTO INFORMADO

PROTOCOLO: INCIDENCIA DE DEPRESION EN PACIENTES QUE INGRESAN A HOSPITALIZACION EN MEDICINA INTERNA.

**INVESTIGADOR PRINCIPAL: DR. GUSTAVO ACEVEDO STEINMANN
TUTOR: DRA. MARIA EUGENIA GALVAN
INSTITUCION: HOSPITAL DE ESPECIALIDADES C.M.N. S. XXI I.M.S.S.**

INVESTIGACION CLINICA EN HUMANOS Y CONSENTIMIENTO INFORMADO

Se le ha solicitado su participación en un estudio de investigación clínica en seres humanos. El Doctor Gustavo Acevedo Steinmann, en el Hospital de Especialidades de C.M.N. S. XXI, estudia la incidencia de la enfermedad con el fin de brindar diagnóstico oportuno de la misma y brindar tratamiento adecuado. Este procedimiento se llama investigación clínica. Para que usted decida si acepta participar en este estudio, es necesario que comprenda los riesgos y beneficios para estar en condiciones de tomar una decisión. Este procedimiento se llama consentimiento informado.

Esta carta de consentimiento informado contiene información acerca del estudio de investigación clínica, la cual discutirá con usted la persona que va a realizar la investigación. Una vez que entienda el propósito del estudio, si acepta participar se le pedirá que firme esta carta y se le entregará una copia para que la tenga como antecedente.

El firmar este documento no interfiere con sus derechos legales, pero indicara que comprende la información y que da su consentimiento para que se realice el procedimiento médico requerido y que participará en el estudio. No dude en preguntar acerca de cualquier información contenida en ella.

PROPOSITO DEL ESTUDIO

Este estudio está diseñado para determinar la incidencia de depresión en los pacientes que ingresan al servicio de Medicina Interna.

DESCRIPCION DEL ESTUDIO

Este estudio se realizará en el Servicio de Medicina Interna del Hospital de Especialidades de CMN S. XXI y se le solicita su consentimiento ya que fue usted ingresado a este Servicio Médico.

El estudio consiste en realizar una entrevista con la cual podemos determinar la presencia de depresión en el paciente que la realiza. No incluye ningún procedimiento invasivo, ni administración de ningún medicamento, que no decida su Médico tratante.

Por medio de este protocolo conoceremos la incidencia de depresión en los pacientes que son hospitalizados en el servicio de Medicina Interna del H.E. de CMN S. XXI, y se nos permitirá

40

CON
FALLA EN ORIGEN

tener estadística fidedigna acerca de la enfermedad en nuestro país y en esta forma brindar en un futuro el tratamiento de la forma más oportuna posible.

ACEPTACION:

Yo _____, internado en el Servicio de Medicina Interna el día _____, he sido informado acerca del protocolo de investigación y me han quedado claros los procedimientos que involucra esta investigación y doy mi consentimiento para que se realice dicha investigación por los Doctores a cargo del protocolo.

FIRMA DEL PACIENTE

FIRMA DE TESTIGO

FIRMA MEDICO INVESTIGADOR.

FECHA: _____

TESIS CON
FALLA DE ORIGEN

ANEXO 2.

HOJA DE DATOS DE PROTOCOLO DE DEPRESION.

NOMBRE: _____
AFILIACION: _____ No. PACIENTE: _____
EDAD: _____ SEXO: _____
ESTADO CIVIL: _____
DIAGNOSTICO PRINCIPAL: _____
DIAGNOSTICOS SUBYACENTES: _____
DIAGNOSTICO PSIQUIATRICO PREVIO (SI EXISTE): _____

ENFERMEDADES CRONICO DEGENERATIVAS: _____

ESCALA DE GLASGOW: _____
MINIMENTAL: _____
TRATAMIENTO ACTUAL (SOLO FARMACOS): _____

FECHA DE INGRESO _____
FECHA DE ENCUESTA: _____
APOYO MECANICO VENTILATORIO SI () NO ()
CUMPLE CRITERIOS DE INCLUSION SI () NO ()



NOMBRE DEL PACIENTE _____
 INVENTARIO DE BECK

FECHA _____
 No. PAC: _____

DESCRIBA COMO SE HA SENTIDO YA SEA LA SEMANA PASADA, INCLUSO HOY.
 FAVOR DE COLOCAR UNA CRUZ SEGUN SEA SU RESPUESTA.

PREGUNTA		
A	No me siento triste	0
	Me siento triste	1
	Estoy triste todo el tiempo y no me puedo reponer	2
	Estoy tan triste o infeliz que no lo puedo soportar	3
B	No estoy particularmente desilusionado del futuro	0
	Estoy desilusionado del futuro	1
	Siento que no tengo perspectiva del futuro	2
	Siento que el futuro es desesperanzador y que nada cambiara	3
C	No siento que falle	0
	Siento que fallo mas que una persona normal	1
	Siento que existen muchas fallas en mi pasado	2
	Siento una falla completa como persona	3
D	Tengo tanta satisfaccion de las cosas como siempre	0
	No disfruto de las cosas como antes	1
	No encuentro ya satisfaccion real de nada	2
	Estoy insatisfecho o aburrido de todo	3
E	No me siento particularmente culpable	0
	Me siento culpable buena parte del tiempo	1
	Me siento muy culpable la mayor parte del tiempo	2
	Me siento culpable todo el tiempo	3
F	No siento que he sido castigado	0
	Siento que podria ser castigado	1
	Espero ser castigado	2
	Siento que he sido castigado	3
G	No me siento desilusionado de mi	0
	Estoy desilusionado de mi	1
	Estoy disgustado conmigo	2
	Me odio	3
H	No me siento peor que nadie	0
	Me critico por mi debilidad o por mis errores	1
	Me culpo todo el tiempo por mis faltas	2
	Me culpo por todo lo malo que sucede	3
I	No tengo pensamientos de suicidarme	0
	Tengo pensamientos de muerte, pero no los realizaria	1
	Me gustaria matarme	2
	Me mataria si pudiera	3
J	No lloro mas de lo usual	0
	Lloro mas que antes	1
	Lloro ahora todo el tiempo	2
	Podia llorar antes pero ahora, aunque quiera no puedo	3
K	No soy mas irritable de lo que era antes	0
	Me siento molesto o irritado mas facil que antes	1
	Me siento irritado todo el tiempo	2
	No me irrito ahora por las cosas que antes si	3
L	No he perdido el interes en otra gente	0
	Estoy menos interesado en otra gente que antes	1
	He perdido mi interes en otra gente	2
	He perdido todo mi interes en otra gente	3
M	Tomo decisiones igual que siempre	0

TOMAS CON
 FALLA LA ORIGEN

	Evito tomar mas desiciones que antes	1
	Tengo mayores dificultades para tomar desiciones ahora	2
	No puedo tomar desiciones por completo	3
N.	No siento que me vea pero que antes	0
	Me preocupa verme viejo o poco atractivo	1
	Siento que existen cambios permanente en mi que me hacen lucir feo	2
	Creo que me veo feo	3
O	Puedo trabajar tan bien como antes	0
	Me cuesta un esfuerzo extra empezar a hacer algo	1
	Tengo que impulsarme muy fuerte para hacer algo	2
	No puedo hacer nada	3
P	Puedo dormir tan bien como siempre	0
	No puedo dormir tan bien como antes	1
	Me despierto 1 O 2 horas mas temprano y me cuesta volver a dormir	2
	Me despierto varias horas antes de lo usual y no puedo volver a dormir	3
Q	No me canso mas de lo usual	0
	Me canso mas facil que antes	1
	Me canso de hacer casi cualquier cosa	2
	Me siento muy cansado de hacer cualquier cosa	3
R	Mi apetito es igual que lo usual	0
	Mi apetito no es tan bueno como antes	1
	Mi apetito es mucho pero ahora	2
	No tengo nada de apetito	3
S	No he perdido peso	0
	He perdido mas de 2 5Kg	1
	He perdido mas de 5kg	2
	He perdido mas de 7 5kg	3
	He intentado perder peso comiendo menos	SI
T	No estoy mas preocupado por mi salud que antes	0
	Estoy preocupado por problemas fisicos como dolores y molestias	1
	Estoy muy preocupado por problemas fisicos y es dificil pensar en otra cosa	2
	Estoy tan preocupado con mis problemas fisicos que no puedo pensar en nada mas	3
U	No he notado cambios en mi interes por el sexo	0
	Estoy menos interesado en el sexo que antes	1
	Estoy mucho menos interesado en el sexo ahora	2
	He perdido completamente el interes en el sexo	3

RESULTADOS

SOLO PARA ENTREVISTADOR

MENOR A 9 SANO

10-16 DEPRESION LEVE

17-29 DEPRESION MODERADA

MAYOR A 30 DEPRESION GRAVE

DIAGNOSTICO

OBSERVACIONES

A	L	
B	M	
C	N	
D	O	
E	P	
F	Q	
G	R	
H	S	
I	T	
J	U	
K	TOT	

TESIS CON
FALLA DE ORIGEN