

UNIVERSIDAD NACIONAL AUTÓNOMA DE MÉXICO
FACULTAD DE MEDICINA
DEPARTAMENTO DE PSICOLOGÍA MÉDICA, PSIQUIATRÍA Y SALUD
MENTAL

RELACIÓN ENTRE DEPRESIÓN Y NÚMERO DE HOSPITALIZACIONES POR
RECAÍDAS EN LA ENFERMEDAD PULMONAR OBSTRUCTIVA CRÓNICA
EN POBLACIÓN GERIÁTRICA

TESIS PARA OBTENER EL DIPLOMA DE “ESPECIALIZACIÓN EN
PSIQUIATRÍA”.

DRA. YADIRA ESTHER AYALA ESPINOSA

TUTOR TEÓRICO

TUTOR METODOLÓGICO

DR. MIGUEL KRASSOIEVITCH
ZIBACH. .

DRA MA. DEL CARMEN FLORES
MIRANDA.



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.....	03
• ANTECEDENTES.....	21
• PLANTEAMIENTO DEL PROBLEMA.....	25
• JUSTIFICACIÓN.....	26
• HIPÓTESIS.....	26
• BENEFICIOS DEL ESTUDIO.....	27
• OBJETIVOS.....	27
• MATERIAL Y MÉTODO.....	28
○ CRITERIOS DE INCLUSIÓN.....	29
○ CRITERIOS DE EXCLUSIÓN.....	29
○ INSTRUMENTOS.....	29
• PROCEDIMIENTO.....	30
• ANÁLISIS ESTADÍSTICO.....	31
• RESULTADOS.....	32
• TABLA 1.....	34
• GRÁFICA 1.....	34
• GRÁFICA 2.....	34
• DISCUSIÓN.....	36
• CONCLUSIÓN.....	39
• BIBLIOGRAFÍA.....	41

INTRODUCCIÓN

Sentirse triste y abatido es una experiencia común en la mayoría de los seres humanos, sin embargo, hay una diferencia significativa entre esta circunstancia y los síntomas que caracterizan a la depresión clínica; a pesar de que existe una relación entre la tristeza “normal” y los trastornos depresivos, no todos los pacientes deprimidos están tristes ni todas las personas que están tristes tienen un trastorno depresivo. Por tanto, no se debe confundir a las variaciones del humor debidas a problemáticas sociales y emocionales de la vida cotidiana con lo que es propiamente un trastorno depresivo. (UNAM, 2002)

Como ocurre con otros fenómenos psicopatológicos, el término depresión se utiliza en tres sentidos: como síntoma, como síndrome o como enfermedad. Como síntoma puede acompañar a otros trastornos psíquicos, como síndrome agrupa uno de los procesos caracterizados por tristeza, inhibición, culpa, minusvalía y pérdida del impulso vital, y como enfermedad, desde la óptica del modelo médico, se observa como un trastorno de origen biológico en el que puede delimitarse una etiología, una clínica, un curso, un pronóstico y un tratamiento específico.

La clínica de la depresión se condensa en 5 grandes áreas: afectividad, pensamiento-cognición, conducta, ritmos biológicos y trastornos somáticos.

El eje nuclear afectivo de la depresión es la tristeza vital y profunda que envuelve al sujeto hasta afectar todas las esferas de su relación intra e

interpersonal, sin embargo, pueden emerger otros estados emocionales, como la irritabilidad o incluso la hostilidad, pero secundarios al estado de ánimo fundamental. Existe además dificultad o incapacidad para disfrutar de situaciones o eventos que habitualmente le despertaban alegría o gozo, con disminución o pérdida de interés hacia los mismos y hacia la vida. El descenso del estado de ánimo es constante, día tras día, sin responder a cambios en las circunstancias ambientales, con subsecuente deterioro en la funcionalidad global de la persona deprimida.

En cuanto a la esfera de pensamiento-cognición, el paciente deprimido presenta alteraciones que pueden consistir en ideas persistentes de inutilidad, pérdida del interés por el mundo y falta de esperanza en el futuro. El interés por el medio externo, así como la concentración, disminuyen, agregándose cansancio excesivo, incluso tras un esfuerzo mínimo.

Otro aspecto importantemente afectado en los estados depresivos es la confianza y la estima de sí mismo, viéndose éstas debilitadas e incluso reflejadas en ideas constantes de culpa, siendo frecuentes los pensamientos y actos suicidas. La pérdida de la estima de sí mismo, las ideas de inutilidad, culpa y desastre inminente pueden llegar a ser delirantes y acompañarse de alucinaciones. Puede haber, además disminución en el rendimiento intelectual, incapacidad para afrontar y resolver problemas cotidianos, pesimismo, indecisión o duda exagerada, fallas para hacer un juicio realista sobre sí mismo, etc.

Entre los síntomas conductuales más frecuentes se encuentran la disminución e incluso pérdida total de la funcionalidad, ausentismo, abuso de sustancias, conductas suicidas, inhibición en actividades físicas o bien, si la ansiedad es importante puede haber inquietud e hipermovilidad, pudiendo llegar a la agitación motora.

Además de los síntomas antes mencionados, durante un episodio depresivo, el sujeto sufre un descenso en su vitalidad así como en su nivel de actividad, observándose alteraciones claras en los ritmos biológicos. Entre los principales síntomas psicobiológicos de la depresión se encuentran: trastornos en el sueño, como el insomnio o bien la somnolencia o la hipersomnia diurna, cambios en el apetito (incremento o disminución), con subsecuentes cambios en el peso corporal, disminución de la energía en general, disminución del deseo sexual, constipación, cefalea, mareo, halitosis y quejas somáticas inespecíficas y sin correlación fisiopatológica.

El diagnóstico de la depresión es clínico, es decir basado en los síntomas y signos recopilados en el examen médico-psicológico.

En la definición operacional de la depresión debe ser primariamente identificado un estado de ánimo abatido, seguido de síntomas acompañantes como los ya mencionados. Además, debe evaluarse la duración del trastorno que puede variar en cada clasificación y por último, deben darse uno o más criterios de exclusión, como la depresión debida a un trastorno mental orgánico o la secundaria al abuso de sustancias.

Actualmente existen dos clasificaciones psiquiátricas para el establecimiento diagnóstico de los trastornos depresivos, la Décima versión de la clasificación internacional de enfermedades, cuyas siglas son CIE-10, establecida por la Organización Mundial de la Salud y la Cuarta Versión del Manual Diagnóstico y Estadístico, en su texto revisado, DSM-IV TR, que fue establecida por la Asociación Psiquiátrica Americana.

En el DSM-IV TR la depresión recibe la denominación de Depresión Mayor, y está agrupada en los trastornos del Humor o del Estado de Ánimo; además, considera como criterios diagnósticos a los diversos síntomas depresivos, los cuales deben cumplir con un mínimo, y de acuerdo al número de criterios que presenta el paciente, la depresión mayor puede ser clasificada como leve (número mínimo de criterios presentes), moderada (cuando el número de criterios es mayor al mínimo) y grave (cuando están presentes todos los criterios). Esta diferenciación en grados es importante, ya que permite establecer el plan de tratamiento necesario para cada paciente.

Los criterios del DSM-IV para el Episodio Depresivo Mayor son:

A.-Presencia de cinco (ó más) de los siguientes síntomas durante un periodo de dos semanas, que representan un cambio respecto a la actividad previa; uno de los síntomas debe ser: 1) estado de ánimo deprimido o 2) pérdida del 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 sujeto u otro observador.
- 2) Disminución acusada del interés o de la capacidad para el placer en todas o casi todas las actividades, la mayor parte del día, casi cada día.
- 3) Pérdida importante de peso sin hacer régimen o aumento de peso, o pérdida o aumento del apetito casi cada día.
- 4) Insomnio o hipersomnia casi cada día
- 5) Agitación o enlentecimiento psicomotores casi cada día
- 6) Fatiga o pérdida de la energía casi cada día
- 7) Sentimientos de inutilidad o de culpa excesivos o inapropiados (que pueden ser delirantes) casi cada día (no los simples autorreproches o culpabilidad por el hecho de estar enfermo)
- 8) Disminución de la capacidad para pensar o concentrarse, o indecisión
- 9) Pensamientos recurrentes de muerte (no sólo temor a la muerte), ideación suicida recurrente sin un plan específico o una tentación de suicidio o un plan específico para suicidarse.

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

C.- Los síntomas provocan malestar 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 (droga o medicamento) o a una enfermedad médica.

E.- Los síntomas no se explican mejor por la presencia de un duelo, 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.

El establecimiento del diagnóstico mediante una clasificación criteriológica, como lo es el DSM-IV, permite mediante un lenguaje común el establecimiento claro de síntomas, y la unificación diagnóstica, especialmente útil en el campo de la investigación clínica.

Las principales teorías etiopatogénicas que permiten entender los presupuestos fisiológicos y psicológicos de la depresión incluyen factores genéticos, neuroendócrinos, neurofisiológicos, teorías cognitivo-conductuales y teorías psicodinámicas.

Existen datos suficientes que avalan una participación genética en los trastornos afectivos, aunque aún no se ha dilucidado el modo de transmisión. Los estudios de adopción han sido consistentes con la base genética, aunque sin descartar posibles inferencias ambientales, que se han relacionado principalmente con la edad de inicio y la severidad del cuadro, pero no con la aparición del cuadro depresivo.(Vallejo, 2000)

Las principales teorías bioquímicas de la depresión, incluyen la hipótesis noradrenérgica, la serotoninérgica, la colinérgica y la dopaminérgica, aunque entre estas sustancias, la noradrenalina y la serotonina son los dos neurotransmisores implicados más habitualmente en la fisiopatología de los trastornos del estado de ánimo. En modelos desarrollados en animales, casi todos los tratamientos antidepresivos somáticos efectivos que han sido evaluados se asociaban a largo plazo a un descenso en la sensibilidad de los receptores post-sinápticos beta adrenérgicos y en los receptores tipo 2 de la 5 hidroxitriptamina. (Stoudemire, 2000)

En relación a factores neuroendócrinos, se han observado diversas anormalidades en pacientes con trastornos en el estado de ánimo. Los ejes neuroendócrinos que más interés han despertado son el adrenal, el tiroideo y el de la hormona del crecimiento. Otras anormalidades descritas son la menor secreción nocturna de melatonina, la reducción de la secreción de prolactina a la administración de triptófano, los menores niveles basales de hormona folículo estimulante y hormona luteinizante y los menores niveles de testosterona en el hombre.(Vallejo, 2000)

En cuanto a las teorías psicológicas que han tratado de explicar la depresión se encuentran los modelos experimentales conductistas, los cognitivos y las teorías psicodinámicas.

Desde el ámbito conductista, se han esbozado diversas hipótesis explicativas de la conducta depresiva. Posiblemente el fenómeno denominado desesperanza aprendida o indefensión es uno de los que mejor se ajusta al paradigma conductista de la depresión. La desesperanza aprendida describe un estado caracterizado por ausencia de conductas adaptativas porque no se reconoce la relación entre determinadas respuestas y el alivio de los estímulos aversivos. Para Seligman(1981) la depresión sobreviene cuando el sujeto se percibe a sí mismo como perdiendo todo control sobre situaciones externas reforzadoras, lo cual lleva a vivencias de inseguridad, pasividad y desesperanza, que son características de la depresión.

El modelo conductual implica aspectos cognitivos, sociológicos y existenciales, aunque desde un modelo de estrés-vulnerabilidad esta teoría abarca cuestiones neuroquímicas.

Por otro lado, Beck (1964) ha destacado los aspectos cognitivos de la depresión que en su opinión, son la base del trastorno afectivo. En este sentido, un estilo cognitivo alterado, caracterizado por expectativas negativas respecto al ambiente, sería junto con la desesperanza y la incapacidad, el núcleo de la depresión humana e incluso el estilo de pensamiento de la personalidad predepresiva. Así pues, una concepción peyorativa de sí mismo, interpretaciones negativas de las experiencias propias y una visión pesimista del futuro constituirían la triada cognitiva básica del paciente deprimido; en donde el paciente se observa a sí mismo como lleno de defectos, a los cuales atribuye sus experiencias desagradables, cree que no logrará sus propósitos

porque se interponen a ellos numerosos obstáculos que no podrá sortear y además tiene la convicción de que no saldrá de su estado depresivo y de que no volverá a tener experiencias placenteras. (Krassoievitch, 1993)

En cuanto a las teorías psicodinámicas, desde Freud y Abraham, la escuela psicoanalítica tiende a considerar a la melancolía como una situación de “pérdida del objeto amado”. La depresión constituye un estado de duelo por el objeto libidinal perdido, en el que se produce una internalización del instinto agresivo que, por alguna razón, no se dirige hacia el objeto apropiado. La retroflexión de la hostilidad se pone en marcha a partir de la pérdida de un objeto ambivalente amado. En el melancólico tal objeto es incorporado, por lo que queda introyectado, formando parte del propio sujeto que se encontraría, por tanto, en un grave conflicto por desarrollar su autoagresión contra un objeto internalizado con el que el yo se identifica.

El trastorno depresivo mayor es un trastorno frecuente, con una prevalencia-vida estimada del 15%, que en las mujeres puede alcanzar el 25%. La incidencia de este trastorno es más alta en pacientes de asistencia primaria, donde se aproxima al 10% y en pacientes hospitalizados, entre los cuales puede alcanzar el 35% (Koenig y cols, 1997) La aparición de síntomas depresivos relacionados con enfermedades médicas es un fenómeno común, aunque la incidencia de este trastorno varía para cada enfermedad específica. Dentro de la población de pacientes médicamente enfermos se presentan con mayor frecuencia en pacientes con cáncer, infarto al miocardio, insuficiencia cardíaca, hipotiroidismo, enfermedad de Parkinson, epilepsia y en general

cualquier enfermedad que produzca limitación, deterioro y/o deformación en quien la padece. (Mc Hale, 2002)

Los trastornos depresivos pueden aparecer en cualquier etapa de la vida, sin embargo, adopta un especial interés en población geriátrica, ya que habitualmente los síntomas difieren de los encontrados en otras edades y son frecuentemente confundidos como parte del cuadro clínico de diversas enfermedades somáticas, también frecuentes en esta época, obstaculizando el diagnóstico oportuno y preciso y por ende, un tratamiento adecuado.

La depresión es la enfermedad psiquiátrica más común en el anciano, en el que confluyen diversas circunstancias como el estrés psicosocial, la comorbilidad y cambios bioquímicos que se producen en el cerebro envejecido. (Cervilla, 2002) Diversos estudios epidemiológicos han arrojado resultados dispares en cuanto a la prevalencia e incidencia de la depresión en el anciano, sin embargo la Asociación Psiquiátrica Mexicana (1998) menciona que tres de cuatro individuos mayores de 60 años tienen algún tipo de problema depresivo, llegando a afectar hasta el 20% de la población de más de 65 años de edad, lo cual equivale al triple de la prevalencia en población general. Sin embargo, estas cifras se incrementan de manera considerable al estudiar clínicas de atención primaria (5%) o residencias geriátricas (25%).

Se estima que el 40% de la población geriátrica con depresión no es diagnosticada, debido en parte a que existen mitos tales como el que los síntomas de la depresión son consecuencia psicológica normal del envejecimiento, y en muchas ocasiones, atribuibles a enfermedades físicas. (APM, 1998). Por otra parte, no existe unificación de criterios para el diagnóstico de depresión en el anciano, y las manifestaciones sintomáticas de

la depresión en este grupo de edad pueden enmascarse por la polifarmacia y la presencia de deterioro cognitivo.

En cuanto a su etiología, la depresión en población geriátrica, engloba tanto aspectos psicológicos, como son los rasgos de personalidad que le permitirán enfrentar la vida, la presencia de acontecimientos vitales estresantes, con frecuentes pérdidas (del cónyuge, salud, estatus, belleza, independencia, etc), además de factores sociales (déficit de apoyo social, dificultad para desarrollar relaciones íntimas). Asimismo, el envejecimiento cerebral conlleva una serie de alteraciones en los sistemas de neurotransmisión tanto a nivel presináptico como postsináptico, pudiendo encontrarse alteraciones a nivel noradrenérgico, serotoninérgico y dopaminérgico, que como se ha mencionado previamente en este trabajo, son sustancias involucradas en el desarrollo de los trastornos depresivos.

Entre otros factores que influyen sobre la aparición de trastornos depresivos en el anciano, se encuentran los factores somáticos (Cervilla, 2002) ya que enfermedades propias de este grupo de edad, como la Enfermedad de Parkinson o de Alzheimer, se presentan con frecuencia de manera comórbida con depresión. Asimismo, las limitaciones sensoriales y la disminución de la autonomía funcional del paciente también actúan como factores de riesgo añadidos para la aparición del trastorno afectivo. Por último cabe mencionar que diversos fármacos y otras enfermedades físicas son conocidas por inducir estados depresivos en población geriátrica.

En cuanto a las manifestaciones clínicas, se han observado presentaciones particulares en la depresión del anciano (Cervilla, 2002) tales como acentuación patológica de rasgos premórbidos de personalidad, quejas

somáticas desproporcionadas o somatizaciones, expresión minimizada de tristeza, daño autoinducido deliberadamente, trastornos conductuales, pseudodemencia depresiva y comorbilidad con trastornos somáticos. La evaluación sintomática, sin embargo, no es suficiente para el diagnóstico de ancianos con depresión (APM, 1998). Deben revisarse los medicamentos que el paciente tome, así como la presencia de diversas enfermedades físicas. En ocasiones, puede recurrirse a instrumentos clínicos para detectar la presencia de un síndrome depresivo en el anciano, por ejemplo, la Escala de Depresión Geriátrica (Yesavage y cols, 1983), centrada en aspectos cognitivos de la depresión y no en sintomatología somática.

Debido a que la depresión en el anciano es un problema persistente o recurrente, sus consecuencias se acentúan a mayor edad, ya que pueden conducir a discapacidad, marcado deterioro cognitivo, aumento de la sintomatología somática, mayor utilización de servicios sanitarios y aumento de las tasas de suicidio y mortalidad general, por lo que es preciso afrontar esta enfermedad utilizando los tratamientos adecuados, además de aumentar la sensibilidad diagnóstica pues a menudo, la depresión del anciano es subdiagnosticada y por ende, no es tratada de manera adecuada. (Lecrubier, 1998).

La Iniciativa Global para Enfermedades Pulmonares Obstructivas Crónicas (GOLD por sus siglas en inglés de Global Initiative of Chronic Obstructive Lung Disease) define a la enfermedad pulmonar obstructiva crónica como *“una enfermedad caracterizada por limitación progresiva al flujo aéreo, causada por partículas inhaladas crónicamente, dando como resultado inflamación anormal e irreversible de las vías aéreas”*.(Mannino, 2002)

El diagnóstico de la Enfermedad Pulmonar Obstructiva Crónica debe ser considerado en cualquier paciente que presente síntomas como tos, expectoración, disnea y/o historial de exposición a factores de riesgo para la enfermedad. El diagnóstico es confirmado por espirometría. La presencia de un FEV1 (Volumen de espiración forzada en el primer segundo) post-broncodilatador menor a 80% del valor predicho en combinación con una relación FEV1 / FVC (capacidad vital forzada) menor a 70% confirma la presencia de limitación aérea no reversible.

Los factores de riesgo para esta enfermedad incluyen tanto factores del huésped como factores de exposición ambiental, surgiendo habitualmente de la interacción de ambos. El factor del huésped que más ha sido documentado es la deficiencia hereditaria de alfa 1 antitripsina. El principal factor ambiental es el humo del cigarro, exposición ambiental a polvos o químicos y la contaminación ambiental.

La mayoría de la información disponible sobre la prevalencia, morbilidad y mortalidad de la enfermedad pulmonar obstructiva crónica proviene de países industrializados. Estos datos subestiman la presencia de esta enfermedad debido a que usualmente no es diagnosticada hasta que es clínicamente evidente o ya se encuentra en una etapa de severidad moderada. Su prevalencia es mayor en países en donde el uso del cigarrillo ha sido o es muy común. Actualmente es la cuarta causa de muerte en países industrializados y se estima que en las próximas décadas existirá un incremento en cuanto a la prevalencia y mortalidad de esta enfermedad.

En México, durante el año 2002, se reportó a esta enfermedad en el Instituto Nacional de Enfermedades Respiratorias (INER), como la cuarta causa tanto de morbilidad como de mortalidad hospitalaria y como la segunda causa de morbilidad en el servicio de urgencias, lo cual hace evidente la frecuencia con la que estos pacientes presentan exacerbaciones agudas de los síntomas, representando un impacto social y económico elevado con repercusiones tanto para el paciente como para los servicios de salud.

Las exacerbaciones agudas de la EPOC se caracterizan por un incremento en la disnea, frecuentemente acompañada de sibilancias, incremento en la tos y en el esputo, así como fiebre. Las exacerbaciones pueden también ser acompañadas por un número no especificado de quejas, como malestar general, insomnio y fatiga . Un decremento en la tolerancia al ejercicio, nuevas alteraciones radiográficas sugestivas de enfermedad

pulmonar o fiebre pueden anunciar una exacerbación en la Enfermedad Pulmonar Obstructiva Crónica. (Blanchard, 2003)

Las causas más frecuentes de exacerbación son las infecciones del árbol traqueobronquial y la contaminación ambiental, pero en aproximadamente un tercio de los casos, la causa no puede ser identificada. Es posible que otros trastornos, puedan simular una exacerbación en la EPOC, tales como neumonía, insuficiencia cardíaca congestiva, neumotórax, tromboembolia pulmonar y arritmias cardíacas. (Sunghye y Terence, 2004)

No todas las exacerbaciones en la EPOC son indicación para su ingreso hospitalario; un buen porcentaje es estabilizado en el servicio de urgencias con reajuste al tratamiento y posterior manejo ambulatorio. Las indicaciones para evaluación hospitalaria o admisión para exacerbaciones agudas de la EPOC (recaídas) son: incremento marcado en la intensidad de los síntomas, como el desarrollo súbito de la disnea en reposo, inicio de signos físicos nuevos, como cianosis o edema periférico, falla en la respuesta inicial al manejo médico de la exacerbación, comorbilidad importante (principalmente cardiovascular), mayor edad e insuficiente apoyo familiar. (Romain y cols, 2001)

Debido a la naturaleza irreversible de la Enfermedad Pulmonar Obstructiva Crónica, el objetivo final del tratamiento en estos pacientes no es la cura, pero sí la reducción de los síntomas, incremento en la funcionalidad y mejora en cuanto a la calidad de vida. (Palm y Decker, 2003)

Los objetivos para un manejo efectivo de la enfermedad, serán enfocados para prevenir su progresión, alivio de síntomas, mejorar la tolerancia al ejercicio, prevenir y tratar las complicaciones, prevenir y tratar las exacerbaciones y reducir la mortalidad. (Romain y cols, 2001)

Un plan de tratamiento óptimo incluirá los siguientes componentes: 1) evaluación y monitoreo de la enfermedad, 2) reducción de los factores de riesgo 3) manejo de la EPOC estable y 4) manejo de las exacerbaciones, principalmente con la utilización de fármacos, como broncodilatadores, glucocorticoides, vacunas, entrenamiento y rehabilitación pulmonar, así como uso de oxígeno suplementario. Además de estos componentes, será necesario vigilar y descartar otros trastornos comórbidos, entre ellos, los trastornos depresivos, que pueden empeorar el curso y el pronóstico de esta Enfermedad Respiratoria.(Von Ammon y cols, 2001)

Ha sido sugerido que la depresión es un trastorno común en pacientes con EPOC, ya que el paciente se enfrenta a un gran deterioro físico que limita sus actividades cotidianas y esto progresivamente compromete su calidad de vida. La calidad de vida de un paciente crónicamente enfermo puede complicarse con un trastorno depresivo, que pudiera llevar al paciente a un círculo vicioso: los síntomas depresivos se convierten en obstáculos para sobrellevar la enfermedad crónica, los síntomas físicos se hacen más intolerantes y el efecto debilitante de la enfermedad refuerza el trastorno depresivo.(Van Ede y cols, 1999)

Los trastornos depresivos son más comunes en pacientes con alguna enfermedad física que en aquellos que no la tienen, llegándose a reportar hasta en un tercio de pacientes hospitalizados, síntomas de depresión de leve a moderada. Los pacientes hospitalizados son más susceptibles a presentar depresión, existiendo un número potencial de factores que pueden contribuir a este incrementado riesgo, entre ellos, anormalidades hormonales, nutricionales, electrolíticas, efectos medicamentosos, consecuencias físicas de la enfermedad, y algunos factores psicológicos, como el sentido de pérdida asociado a una enfermedad seria, a efectos en la imagen corporal, en la autoestima, así como incapacidad para trabajar y mantener relaciones sociales.(Mc Hale, 2002)

Los pacientes con enfermedades físicas que concomitantemente presentan un trastorno depresivo, presentan peores niveles de funcionamiento y mayores niveles de morbi-mortalidad comparados con aquellos pacientes con enfermedades similares pero sin depresión.(Koenig y cols, 1997)

La comorbilidad del trastorno depresivo con las enfermedades físicas, debe ser entendida por medio de diferentes caminos, que pueden traslaparse entre sí. Mc Hale (2002) menciona en primer lugar, que la condición médica puede causar la enfermedad depresiva, debido a un mecanismo biológico directo, especialmente si la enfermedad afecta al sistema endócrino o al sistema nervioso central. La condición física puede además, desencadenar la depresión por medio de una respuesta psicológica, especialmente si la condición es desfigurante, inhabilitante o potencialmente fatal. Por otro lado, el

problema físico puede desarrollarse o incrementarse debido al trastorno depresivo, ya que el ánimo abatido y todo el complejo sintomático de la depresión contribuye a algunas conductas relacionadas con la salud, como la pobre adherencia terapéutica, incluyendo medicamentos, dieta, ejercicio, utilización de oxígeno suplementario y asistencia a los servicios de salud.

El diagnóstico y tratamiento de la depresión en pacientes con alguna enfermedad médica es de importancia crítica. Aún cuando es subdiagnosticado, el trastorno depresivo mayor tiene alta prevalencia y gran posibilidad de tratamiento óptimo, ya que en caso de ignorarlo o no tratarlo, la condición médica es asociada con mayor morbilidad y mortalidad, particularmente en pacientes ancianos.

ANTECEDENTES

Estudios previos han observado una asociación entre la Enfermedad Pulmonar Obstructiva Crónica y un elevado riesgo de presentar depresión y otros trastornos mentales, así como sus probables repercusiones en el curso y pronóstico de la enfermedad; esto es particularmente importante en la población geriátrica, ya que la EPOC es una enfermedad crónica que principalmente se manifiesta en este grupo de edad y en donde se ha observado que la hospitalización por una exacerbación aguda puede precipitar el deterioro en la función y la calidad de vida y a pesar de que tal deterioro frecuentemente resulta de las alteraciones físicas causadas por la enfermedad aguda, también se ha hipotetizado que dicho decremento puede ser también influenciado por factores como el trastorno depresivo.

En población geriátrica, se ha observado deterioro físico y pobre curso clínico después de una hospitalización por una enfermedad agudizada. Covinsky y cols, (1997) realizaron un estudio prospectivo para determinar si los síntomas depresivos pueden predecir peor pronóstico en la enfermedad física de pacientes ancianos, independientemente del estado de salud y de la severidad de la enfermedad al momento de la admisión hospitalaria. Estos autores concluyeron que los síntomas depresivos en pacientes ancianos hospitalizados pueden identificar un grupo particularmente vulnerable que se encuentra en riesgo de presentar un curso desfavorable en su estado físico.

En un estudio de pacientes físicamente enfermos, Von Ammon y cols, (2001) mostraron que los pacientes entrevistados que presentaban un trastorno depresivo, estuvieron más propensos a morir en el hospital, con excepción de los pacientes que presentaron depresión leve, y esto fue independiente de la severidad de la enfermedad física subyacente y de su control. Otro estudio similar para evaluar la importancia de los síntomas depresivos en relación con el funcionamiento físico y severidad de la enfermedad, fue el realizado por Florence y cols, (2000) quienes encontraron que a mayor severidad de síntomas depresivos, era peor el nivel de funcionamiento físico y mayor la severidad de la enfermedad.

Por su parte, Singer y cols,(2001) investigaron el impacto psicológico de la EPOC en etapa terminal, mencionando que en este tipo de pacientes existe un riesgo incrementado de presentar depresión, afectando la calidad de vida y la relación con el equipo médico que los atiende, identificando la necesidad de intervenciones psiquiátricas frecuentes en estos pacientes.

Los pacientes con EPOC han sido frecuentemente caracterizados como una población de pacientes crónicamente enfermos que presentan un alto riesgo de deprimirse. Asimismo, se ha tratado de encontrar la influencia de la depresión en el curso y pronóstico de la enfermedad pulmonar. En algunos estudios, se han identificado niveles elevados de depresión en pacientes con EPOC (del 20-40%),(Van Ede y cols,1999) mientras que en otros esto no ha sido confirmado. Van Mannen y cols, (2002) realizaron un estudio sobre el riesgo de presentar depresión en pacientes con EPOC, así como las

determinantes de dicho riesgo, encontrando que en pacientes con estadio severo de la enfermedad, existe un riesgo incrementado de presentar depresión. Refiere además que factores como el vivir solo, el tener mayores síntomas respiratorios y mayor deterioro físico, estuvieron asociados con depresión en pacientes con EPOC, resaltando la importancia de reducir síntomas y mejorar el funcionamiento físico en estos pacientes, en lugar de sólo enfocarse al funcionamiento pulmonar.

Además de investigar la presencia de depresión en pacientes con EPOC, se ha estudiado su influencia sobre el curso de esta enfermedad respiratoria. Dahlén (2002) estudió la posibilidad de que la depresión pudiera predecir el curso de la EPOC en pacientes que son atendidos en un servicio de urgencias por una exacerbación aguda de dicha enfermedad. Este autor encontró signos y síntomas de depresión en los pacientes que presentaron nuevas exacerbaciones posterior a ser egresados del servicio de urgencias.

Fan, Curtis y cols,(2002) encontraron a la calidad de vida como un frecuente predictor de hospitalización y mortalidad en pacientes con EPOC, refiriendo a Osman y cols., quienes demostraron que pacientes con peor puntuación en la calidad de vida, tienen mayor frecuencia de exacerbaciones y hospitalizaciones, así como alta prevalencia de depresión.

Almagro y cols, (2002) en un estudio sobre mortalidad después de hospitalizaciones por EPOC, confirmaron la presencia de factores como la readmisión hospitalaria, presencia de depresión, el vivir solo y peor puntuación

en cuanto a la calidad de vida como los predictores más fuertes de mortalidad en pacientes con esta enfermedad pulmonar. Además, encontraron (Almagro y cols, 2002) una fuerte relación entre la presencia de depresión y mortalidad a mediano plazo, sugiriendo que el estado psicológico de estos pacientes debe ser cuidadosamente evaluado y considerarse el uso de antidepresivos o intervenciones psicológicas en pacientes con depresión moderada o severa para mejorar el curso y pronóstico de su enfermedad física.

PLANTEAMIENTO DEL PROBLEMA

Como se ha indicado en estudios previos, se ha observado en los pacientes con Enfermedad pulmonar obstructiva crónica, una mayor predisposición a presentar depresión que la población general, siendo esto aún más evidenciado en población geriátrica. Un trastorno depresivo puede empeorar el curso y el pronóstico de la enfermedad física y ésta a su vez, por su naturaleza crónica, irreversible e incapacitante, perpetúa los síntomas depresivos, estableciéndose un peligroso círculo vicioso.

El Instituto Nacional de Enfermedades Respiratorias, INER., en el año 2002, refiere bioestadísticamente a la Enfermedad Pulmonar Obstructiva Crónica como la cuarta causa de morbilidad hospitalaria, con un total de 338 casos, siendo el mayor número de casos en el grupo de edad de 65 años ó más, con un total de 237 casos. En cuanto a la mortalidad, se reportó que la Enfermedad pulmonar obstructiva crónica ocupó también el cuarto lugar de las enfermedades atendidas, con un total de 43 muertes, siendo de nuevo el grupo más afectado el de los pacientes de 65 años ó más. El total de muertes registrado ese año fue de 341.

¿Estará relacionada la Enfermedad Pulmonar Obstructiva Crónica con la depresión? ¿Influirá la depresión en el curso de la enfermedad pulmonar?, ¿qué tan frecuente es encontrar síntomas depresivos en pacientes con EPOC que se encuentran hospitalizados por una exacerbación aguda? ¿influirá el número de hospitalizaciones en la severidad del cuadro depresivo?

JUSTIFICACIÓN

Ha sido observada una tendencia en pacientes con Enfermedad Pulmonar Obstructiva Crónica a presentar depresión, la cual complica el curso de esta debilitante y fatal enfermedad respiratoria. A su vez, la depresión es frecuentemente confundida con los síntomas propios de la enfermedad física y muchas veces subdiagnosticada, llevando finalmente a la falta de tratamiento óptimo para estos pacientes.

HIPÓTESIS

1ª) La H_0 , hipótesis nula: en los pacientes con EPOC que presenten 2 ó más recaídas que requieran de hospitalización durante el último año, habrá una menor asociación con depresión, en comparación con aquellos pacientes que presenten menos de dos hospitalizaciones en el último año.

1b) La H_A , hipótesis alterna: en los pacientes con EPOC que presenten 2 ó más recaídas que requieran de hospitalización durante el último año, habrá una asociación significativa con depresión, en comparación con aquellos pacientes que presenten menos de dos hospitalizaciones en el último año.

2ª) La H_0 , hipótesis nula: a mayor número de recaídas que requieran de hospitalización, no será mayor la puntuación en la Escala de Depresión Geriátrica. (mayor a 20 puntos)

2b) La H_A, hipótesis alterna: a mayor número de recaídas que requieran de hospitalización, será mayor la puntuación en la Escala de Depresión Geriátrica. (mayor a 20 puntos).

BENEFICIOS DEL ESTUDIO

Los resultados de este estudio, servirían en primer lugar, para determinar si existe una asociación entre la depresión y la Enfermedad pulmonar obstructiva crónica y si tal asociación está relacionada con el número de hospitalizaciones, contribuyendo así al empeoramiento del curso y pronóstico de la enfermedad física. Serviría además para implementar el tratamiento oportuno para mantener el mejor control físico y mejorar la calidad de vida de estos pacientes.

OBJETIVOS

- 1).- Determinar si existe depresión en pacientes geriátricos hospitalizados por una exacerbación aguda de la Enfermedad Pulmonar obstructiva crónica.
- 2).- Evaluar si el número de hospitalizaciones se relaciona con la intensidad de los síntomas depresivos.
- 3).-Evaluar si las variables sociodemográficas (edad, sexo, estado civil) así como los años con la enfermedad pulmonar se relacionan con la presencia de depresión.

MATERIAL Y MÉTODOS

Diseño de la investigación.

Estudio comparativo y transversal.

Población.

Pacientes con edad igual o mayor a 60 años, con diagnóstico de Enfermedad pulmonar obstructiva crónica establecido en su expediente clínico, en cualquier estadio de severidad según la clasificación GOLD y que se encuentren hospitalizados en los pabellones 1, 2, 3, 4, 5 y 6 del Instituto Nacional de Enfermedades Respiratorias durante el periodo comprendido de diciembre del 2004 a marzo del 2005.

Tamaño de la muestra

El tamaño de la muestra será determinado por el total de pacientes que se identifiquen y participen durante el plazo para la realización del estudio.

Definición de variables

Variable dependiente:Depresión

VARIABLES INDEPENDIENTES: Edad,
Sexo,
Estado civil,
Años con la enfermedad,
Número de internamientos.

Criterios de inclusión

- Pacientes de edad igual o mayor a los 60 años
- Pacientes masculinos o femeninos
- Pacientes con diagnóstico de Enfermedad pulmonar obstructiva crónica establecida en su expediente clínico y hospitalizados en el INER durante el periodo de tiempo en que se realice el estudio.
- Pacientes que hayan dado su autorización por escrito para su participación en el estudio.

Criterios de exclusión

- Pacientes menores de 60 años
- Pacientes que no tengan diagnóstico de Enfermedad pulmonar obstructiva crónica establecido con claridad en su expediente clínico.
- Pacientes que no acepten participar en la investigación durante cualquier etapa de la misma.
- Pacientes que presenten algún trastorno mental ya conocido.

Instrumentos para medir variables

- Entrevista Clínica Estructurada para Trastornos del Eje I del DSM-IV (versión en español del SCID-I y validada en México) en su fracción para Episodio Depresivo Mayor actual.
- Escala de Depresión Geriátrica (versión de 30 ítems) ya validada en México.

Procedimiento

Posterior a presentar el proyecto ante la UNAM, el Comité de Ética e Investigación del INER y del Hospital Psiquiátrico "Fray Bernardino Álvarez", así como a supervisores y posterior a su aprobación, se procedió a la selección de pacientes, la cual se realizó en los pabellones 1, 2, 3, 4, 5 y 6 del INER, en donde fueron seleccionados los pacientes hospitalizados de acuerdo a los criterios de inclusión y exclusión durante los meses de diciembre del 2004 a marzo del 2005. A todos los pacientes se les solicitó su autorización por escrito para participar en el estudio, posterior a la explicación del objetivo y procedimiento del mismo. Posterior a su aprobación, se aplicó a cada participante, en primer lugar el SCID-I, en su versión en español, sólo en la fracción para episodio depresivo mayor actual, ya que se encontró a este instrumento como la forma más confiable para el establecimiento del diagnóstico de la enfermedad depresiva. En aquellos pacientes en quien se diagnosticó un episodio depresivo mayor, se aplicó entonces la Escala de depresión geriátrica, para determinar puntuación y severidad de la misma. Se decidió utilizar esta escala para obtener las siguientes ventajas: 1) fue creada específicamente para su empleo en ancianos, 2) elimina los síntomas somáticos que son frecuentes en este grupo de edad.

En cada hoja de prueba se anotaron datos generales de cada paciente, así como la severidad del trastorno en base a la clasificación GOLD, número de hospitalizaciones durante el último año y número de años con el diagnóstico de la EPOC.

ANÁLISIS ESTADÍSTICO

- 1.- Se realizaron frecuencias de las variables estudiadas.
- 2.- Prueba de T de muestras independientes en donde el grupo con depresión corresponderá a una muestra y el grupo sin depresión a otra muestra; en relación a las variables dimensionales: número de internamientos, años con la enfermedad y edad; en el grupo con y sin depresión.
- 3.- Coeficiente de correlación de Pearson para ver la correlación existente dentro del grupo de los deprimidos entre las siguientes variables: severidad de la depresión versus: edad, años con la enfermedad y número de internamiento.
- 4.- Chi cuadrada para determinar la presencia o no de asociación entre las siguientes variables: diez ó más años con la enfermedad y la presencia de depresión y 2 ó más internamientos y la presencia de depresión. Para esto se dividió a los años con la enfermedad en igual o mayor a diez o menor de diez y al número de internamientos en 1 y 2 ó más.

RESULTADOS

CARACTERÍSTICAS GENERALES

Se incluyeron en el estudio, un total de 85 pacientes con Enfermedad Pulmonar Obstructiva Crónica. Sus características se muestran en el cuadro 1.

36 de los pacientes fueron del sexo masculino (42.40%) y 49 fueron femeninos (57.60%). Su distribución por estado civil fue parecida, 47.1% estuvieron casados o en unión libre y el 52.9% no tenía pareja (soltero, viudo o divorciado). El mayor número de pacientes, se encontró en un rango de edad igual o mayor a 65 años (70.60%), y en el grupo de 60 a 64 años se encontraron 25 pacientes (29.40%).

62 pacientes (72.94%) tenían menos de 10 años con los síntomas de la enfermedad.

Respecto al número de internamiento, 52 pacientes se encontraban cursando con su primer internamiento (61.20%) y 33 contaron con 2 ó más internamientos durante el último año (38.80%). En cuanto a la severidad de la EPOC, 84 pacientes estuvieron en estadio IV respecto a la clasificación GOLD (98.8%); sólo un paciente calificó para estadio III. (1.2%)

FRECUENCIA DE DEPRESIÓN

53 pacientes (62.40%) obtuvieron diagnóstico de depresión mediante la aplicación del SCID-I en su fracción para episodio depresivo mayor actual; 49.10% de ellos calificaron para depresión severa y 50.90% para depresión leve.

A la realización de la prueba de T, sólo se obtuvo significancia estadística respecto al número de internamientos, $t= 3.739$ (sign. 0.000), en comparación con las variables: años con la enfermedad ($t=.583$, sign. 0.562) y edad ($t=1.411$, sign. 0.162).

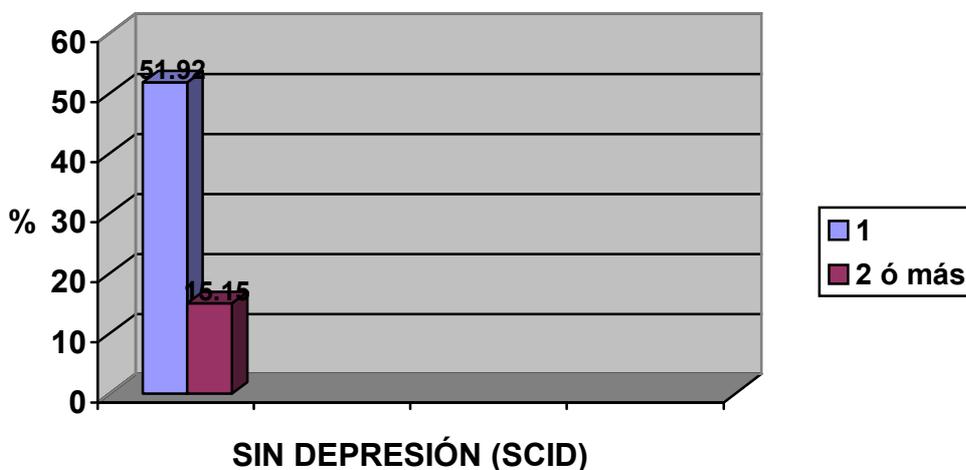
Dado que el coeficiente de correlación de Pearson varía del -1 a +1, en donde 1 es la correlación perfecta, sólo la variable número de internamiento fue el más cercano a este valor, con 0.774, en relación a la variable severidad de la depresión.

Se realizó chi cuadrada para valorar asociación entre la presencia de depresión y 2 ó más internamientos, así como asociación entre la presencia de depresión y diez ó más años con la enfermedad pulmonar, encontrándose significancia estadística sólo respecto a 2 ó más internamientos y la presencia de depresión ($X= 11.63$, sign. 0.001), gráfica 2.

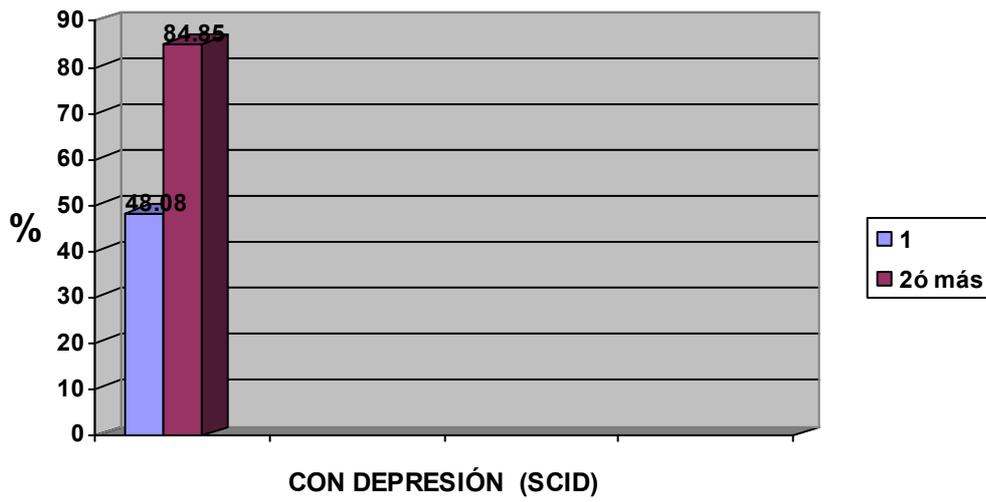
Cuadro 1
 Características generales de los pacientes con EPOC.
 Instituto Nacional de Enfermedades Respiratorias
 México, Diciembre 2004- Marzo 2005

Variables	número	%	Variables	número	%
Sexo			Número de internamientos		
Masculino	36	42.40	1	52	61.2
Femenino	49	57.60	2 ó más	33	38.80
Estado civil			Depresión (SCID)		
Casado	38	44.70	No	32	37.60
Unión libre	2	2.40	Sí	53	62.40
Soltero-otro	45	52.90	Grado de depresión		
Grupos de edad			Leve	27	50.90
60-64	25	29.40	Severa	26	49.10
65-74	31	36.50	Años con enfermedad		
75-84	21	24.70	Menor a 10	62	72.94
85 ó más	8	9.40	Igual o mayor a 10	23	27.06

Gráfica 1. Depresión en pacientes con EPOC de acuerdo al número de internamientos. INER, México, Diciembre 2004-Marzo 2005



Gráfica 2. Depresión en pacientes con EPOC de acuerdo al número de internamientos. INER. México, Diciembre 2004- Marzo 2005



DISCUSIÓN

En este estudio se encontró una prevalencia de depresión en pacientes con EPOC de 62.4%. En estudios previos, la prevalencia de depresión en este tipo de pacientes estuvo en el rango del 20 al 40%.(Van Ede y cols, 1999) Esta variación en la prevalencia puede ser atribuída al uso de diferentes medidas para la depresión, ya que se han utilizado con mayor frecuencia 3 tipos de medidas: cuestionarios autoaplicables, entrevistas basadas en listas de síntomas y evaluaciones clínicas realizadas por un psiquiatra. Esta última, basada en los criterios del DSM-IV, es frecuentemente usada como el estándar de oro en la validación de estudios en los que se han utilizado otros instrumentos y fue la utilizada en nuestro estudio. El riesgo de sobrediagnosticar depresión disminuye al aplicar el instrumento de medición el mismo psiquiatra, siguiendo criterios diagnósticos previamente establecidos, así como la utilización de la Escala de Depresión Geriátrica (Yesavage y cols, 1983) que tiene la ventaja de haber sido creada específicamente para su empleo en ancianos y que además elimina los síntomas somáticos, frecuentes en población geriátrica y que podrían ser acentuados en portadores de la EPOC, tales como fatiga, insomnio, hiporexia, etc. Por otro lado, los estudios que han reportado menor prevalencia de depresión en estos pacientes, han sido realizados en pacientes ambulatorios, por lo que es sugerido que el estar hospitalizado influye sobre la presencia del trastorno, apoyando nuestra hipótesis principal.

En cuanto a la prevalencia de depresión asociada a las variables independientes, ésta fue mayor en mujeres (57.60%) lo cual coincide con estudios previos en donde se reporta que las mujeres se deprimen más y

obtienen puntajes mayores en escalas clinimétricas para depresión. Por otro lado, en este caso se capturó un mayor número de participantes mujeres que de hombres, lo cual podría explicar el resultado.

Respecto a la edad, el grupo más afectado fue el de 65 años ó más, con una prevalencia de depresión de 70.60%. Esto podría deberse al deterioro e incapacidad ocasionados por la enfermedad pulmonar aunado al propio de la vejez, que podría implicar mayor dependencia funcional así como mayor deterioro físico y mental. En este sentido, hubiera sido de gran utilidad la evaluación de la función cognitiva en los sujetos estudiados.

Comparando al grupo de deprimidos contra el grupo de no deprimidos, sólo el número de internamientos mostró una diferencia significativa.

En este estudio, se confirmó la asociación entre la presencia de depresión y el antecedente de 2 ó más internamientos por exacerbaciones agudas de la EPOC. Los resultados coinciden con estudios previos en donde ha sido observada a la readmisión hospitalaria como un factor de riesgo para presentar depresión (Dahlén, 2002) y confirma una de nuestras hipótesis.

Por otro lado, el número de internamiento y su asociación con la presencia de depresión, no pudo variar respecto a la severidad de la EPOC, ya que todos menos uno de los participantes, se encontraron en estadio IV en la clasificación GOLD, que pudiera explicarse debido a que todos los sujetos se encontraban hospitalizados por una exacerbación aguda de la enfermedad pulmonar y se esperaría que su severidad fuese mayor a pacientes ambulatorios que no requieren internamiento.

Respecto al resultado de la correlación de Pearson, se podría decir que a mayor número de internamiento, mayor severidad de la depresión, sin que ésta sea una correlación perfecta, acercándose a nuestra segunda hipótesis.

En relación a los años en la variante menor o igual a 10 y mayor a 10, los datos pudieran no ser muy confiables, ya que fueron reportados por los mismos pacientes en base a su percepción de los síntomas y no al tiempo exacto con el establecimiento del diagnóstico médico de la enfermedad. Sin embargo, habrá que considerarse el hecho de que en la mayoría de los casos reportados en la literatura médica, los pacientes a pesar de tener tiempo con las alteraciones fisiopatológicas propias de la enfermedad no perciben los síntomas y por tanto no acuden al servicio médico sino hasta que se encuentran en un estadio moderado de la enfermedad, considerando sólo hasta ese momento, el inicio de su enfermedad, a pesar de tener ya tiempo atrás datos sugestivos de EPOC, por lo que sería conveniente encontrar un método más eficaz para el establecimiento exacto del tiempo con la enfermedad para finalmente poder valorar su influencia sobre la aparición de síntomas depresivos en estos pacientes.

CONCLUSIONES

Este estudio mostró alta prevalencia de depresión entre los pacientes hospitalizados por una exacerbación aguda de la Enfermedad Pulmonar Obstructiva Crónica.

Los resultados orientan hacia el predominio de depresión en pacientes con EPOC hospitalizados con las siguientes características: ser mujer, tener 65 años ó más y tener dos ó más internamientos durante el último año , sin embargo, sólo ésta última presentó significancia tras el análisis estadístico, por lo que los resultados deben tomarse con cuidado respecto a la tendencia que muestran.

Se comprobó nuestra primera hipótesis, dado que el estudio mostró una asociación entre depresión en pacientes hospitalizados por una exacerbación aguda de la EPOC que tuvieron el antecedente de dos ó más internamientos en el último año, en comparación con los que se hospitalizaron menos.

Existe cierta correlación entre el número de hospitalización por exacerbación aguda de la EPOC y la severidad del trastorno depresivo, sin ser una correlación perfecta.

Dado que este estudio se realizó en población geriátrica, los resultados no pueden ser generalizados a toda la población portadora de EPOC.

Los resultados de este estudio corroboran la asociación entre depresión y Enfermedad Pulmonar Obstructiva Crónica, por lo que será importante que todo paciente con esta enfermedad pulmonar, sea cuidadosamente evaluado en su estado afectivo para evitar que un trastorno depresivo pueda influir negativamente en el curso y pronóstico de su enfermedad de base , así como emitir las intervenciones terapéuticas necesarias para el control del mismo y no enfocarse en la enfermedad física o sólo en el funcionamiento pulmonar.

Como inquietud para estudios futuros, podría sugerirse la evaluación del estado afectivo en pacientes con EPOC no hospitalizados y dar seguimiento para identificar otros factores que pudieran incrementar su vulnerabilidad para presentar un trastorno depresivo, tales como deterioro cognitivo, mayor nivel de dependencia funcional o el uso de oxígeno suplementario. Otro tópico de interés sería la evaluación de depresión en pacientes con EPOC que se encuentren en un grupo de edad diferente a la estudiada, dado que sólo fueron incluidos pacientes en edad geriátrica.

BIBLIOGRAFÍA

Almagro P., "Mortality after hospitalization for COPD", *Chest*, 2002; 121 (5): 730-738.

Asociación Psiquiátrica Mexicana, *Psicogeriatría*, Programa de Actualización Continua en Psiquiatría, B-3, 1998.

Beck A., Wynnendod, P., "Thinking and depression", *Arch Gen Psychiatry*, 1964; 10: 561-571.

Blanchard A., "Treatment for acute exacerbations for COPD", *Clin Cornerstone*, 2003; 5 (1): 432-442.

Cervilla JA., 3.3 *Trastornos depresivos*, En: *Psiquiatría Geriátrica*. Madrid, Masson, 2ª edición: 333-359, 2002.

Coffman K., "Psychiatric Issues in Pulmonary Disease", *Psychiatric Clin North Am*, 2002; 25 (1): 1343-1361.

Covinsky K, Fortinsky RH, Palmer R., Kresevic D, Landefeld S, "Relation between symptoms of depression and health status outcomes in acutely ill hospitalized older persons", *Ann Intern Med*, 1997; 126 (6): 417-425.

Dahlén I, "Anxiety and Depression are related to the outcome of emergency treatment in patients with Obstructive Pulmonary Disease", *Chest*, 2002; 122 (5): 76-84

Fan V, Curtis R, Shin-Ping T, McDonell MB, Fihn S, "Using quality of life to predict hospitalization and mortality in patients with obstructive lung diseases", *Chest* 2002; 122 (2): 429-436.

Florence H, Kunik M, Molinari V, Hillman S, Lalani S, "Functional impairment in COPD patients: The impact of anxiety and depression", *Psychosomatics*, 2000; 41 (6): 465-471.

Hernández R, Fernández C, Baptista P, *Metodología de la Investigación*, México, Mc Graw Hill, 3ª. Edición, 233-476, 2003.

Koenig H, George L, Peterson B, Pieper C, "Depression in medically ill hospitalized older adults: Prevalence, characteristics and course of symptoms according to six diagnostic schemes", *Am J Psychiatry*, 1997; 154 (10): 1376-1383.

Krassoievitch, M., *V. Aspectos Psicopatológicos*, En: *Psicoterapia geriátrica*, México, Fondo de Cultura Económica, 1993: 128.

Lara MC, *Clinimetría en Psiquiatría*, Programa de Actualización continua en psiquiatría, Libro 3, Asociación Psiquiátrica Mexicana, 163-174, 197-201, 2003.

Lecrubier Y., "Is depression under-recognized and under-treated?", *Int Clin Psychopharmacol*, 1998; 13: S1-S2.

McHale S, "Managing Depression in Physical illness", *Advances in Psychiatric Treatment* 2002; 8: 297-305.

Mannino D, "COPD: Epidemiology, prevalence, morbidity and mortality and Disease Heterogeneity", *Chest*, 2002; 121: 121S-126S.

Palm K, Decker W, "Acute Exacerbations of Chronic Obstructive Pulmonary Disease", *Emerg Med Clin North Am*, 2003; 21 (2): 1187-1215.

Romain A, Pauwels A, Buirst S, Calverly P, "Global Strategy for the diagnosis, management and prevention of Chronic Obstructive Pulmonary Disease", *Am J Respir Crit Care Med*, 2001; 163: 1256-1271.

Seligman, M., *Indefensión*. Debate, Madrid, 1981.

Singer HK, Ruchinskas RA, Riley K, et al, "The Psychological impact of end-stage lung diseases", *Chest*, 2001; 120 (4): 1-11.

Stoudemire A, Fogel B, Greenberg D, *Psychiatric care of the medical patient*, Oxford University Press, 2nd edition, 149-161, 2000.

Sunghye K, Terence A, "Prospective multicenter study of relapse following emergency department treatment of COPD exacerbations", *Chest*, 2004; 125 (5): 567-576.

UNAM, Guía Práctica. Manejo del Espectro Depresión-Ansiedad, 2002.

Vallejo J, *Introducción a la psicopatología y la psiquiatría*, México, Masson, 4ª. Edición, 501-517, 2000.

Van Ede L, Yzermans J, Brouwer HJ, "Prevalence of depression in patients with chronic obstructive pulmonary disease: a systematic review", *Thorax*, 1999; 54: 688-692.

Van Manen JG, Bindels PJ, Dekker FW, et al, "Risk of depression in patients with chronic obstructive pulmonary disease and its determinants", *Thorax*, 2002; 57: 412-416.

Von Ammon CS, Van der Zee JS, Schadé E, "Medical Illness, past depression and present depression: a predictive triad for in-hospital mortality", *Am J Psychiatry*, 2001; 158: 43-48.

Yesavage, JA, Brink TL, Rose TL, et al, "Development and validation of a geriatric depression screening scale- a preliminary report", *J Psychiatry Res*, 1983; 17: 37-49.