

11227
30
2E.j

UNIVERSIDAD NACIONAL AUTONOMA DE MEXICO



FACULTAD DE MEDICINA
DIVISION DE ESTUDIOS DE POSGRADO
HOSPITAL GENERAL "DR. MANUEL GEA
GONZALEZ"
SECRETARIA DE SALUD



DEPRESION EN PACIENTES
HOSPITALIZADOS EN MEDICINA
INTERNA

PARA OBTENER EL GRADO DE ESPECIALISTA
EN MEDICINA INTERNA
P R E S E N T A

DRA. MONSERRAT DE LOS ANGELES
GARCIA MARTIN

A S E S O R E S

DRA GUADALUPE FABIAN SAN MIGUEL
DR. JORGE ANDRES PEÑA ORTEGA



MEXICO, D. F.

1994

TESIS CON
FALLA DE ORIGEN



Universidad Nacional
Autónoma de México



UNAM – Dirección General de Bibliotecas Tesis Digitales Restricciones de uso

DERECHOS RESERVADOS © PROHIBIDA SU REPRODUCCIÓN TOTAL O PARCIAL

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

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

*DEPRESION EN
PACIENTES
HOSPITALIZADOS
EN MEDICINA INTERNA*

**DRA. MONSERRAT DE LOS ANGELES
GARCIA MARTIN .**


**HOSPITAL GENERAL " DR. MANUEL GEA
GONZALEZ".**

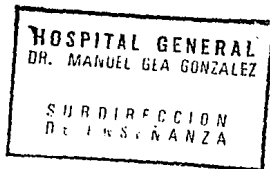
**DEPARTAMENTO DE MEDICINA INTERNA.
DEPARTAMENTO DE PSIQUIATRIA.**

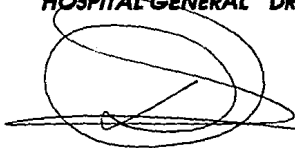
INDICE.

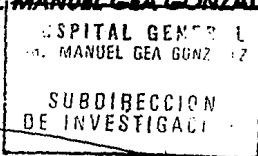
AUTORIZACIONES.....	1
COLABORADORES Y AGRADECIMIENTOS.....	2
ANTECEDENTES.....	4
PLANTEAMIENTO DEL PROBLEMA.....	11
JUSTIFICACION.....	12
OBJETIVO.....	13
HIPOTESIS.....	14
DISEÑO.....	14
MATERIAL Y METODOS.....	15
VALIDACION DE LOS DATOS.....	19
RESULTADOS.....	20
DISCUSION.....	24
CONCLUSIONES.....	26
REFERENCIAS BIBIBLIOGRAFICAS.....	27
TABLAS.....	31
ANEXOS.....	42

AUTORIZACIONES.


DR. CARLOS A. RIVERO LOPEZ..
SUB DIRECTOR DE ENSEÑANZA.
HOSPITAL GENERAL "DR. MANUEL GEA GONZALEZ".




DRA. DOLORES SAAVEDRA ONTIVEROS.
SUBDIRECTORA DE INVESTIGACION.
HOSPITAL GENERAL "DR. MANUEL GEA GONZALEZ".



DRA. GUADALUPE FABIAN SAN MIGUEL
PROFESORA TITULAR DEL CURSO DE ESPECIALIZACION
EN MEDICINA INTERNA.
HOSPITAL GENERAL "DR. MANUEL GEA GONZALEZ".



COLABORADORES.

ASESORES:

Dra. Guadalupe Fabian San Miguel.

Dr. Jorge Andres Peña Ortega.

COLABORADORES:

Dr. Victor Huggo Cordova P.

Dra. Rosa Aurora Chavez.

Dr. Eduardo Batalla.

AGRADECIMIENTOS

Se necesita valor para ser lo que somos, y no pretender lo que no somos.

Para vivir honradamente dentro de nuestros recursos, y no deshonestamente a expensas de otro.

Para decir rotunda y firmemente no, cuando los que nos rodean dicen que sí.

Para negarse a hacer una cosa mala, aunque otros la hagan.

Para pasar las veladas en casa tratando de aprender.

Para huir de los chismes, cuando los demás se deleitan con ello.

Para defender a una persona ausente, a quien se critica abusivamente.

Para ver en las ruinas de un desastre, que nos mortifica, humilla, traba, los elementos de un futuro éxito.

Para ser verdadero hombre o mujer, aferrados a nuestras ideas, cuando esto nos hace parecer extraños o singulares.

Para guardar silencio, en ocasiones en que una palabra nos limpiaría del mal que se dice de nosotros, pero perjudicaría a otra persona.

Para restringir según nuestros ingresos, y negarnos a lo que no podemos comprar.

Para alternar con la gente, sin tener automóvil propio.

Creo difícil que en menos palabras pueda reunirse tan sabios conceptos y tan juiciosas advertencias.

Pensar un instante nada más en cada una de ellos y procurar seguirlos, sería sin duda una gran enseñanza.

Rosario Sansores.

Agradezco a Dios por todo lo que me ha brindado y por la fortuna de tener los padres que tengo, por su cariño, y el apoyo incondicional que he tenido de su parte en todos los aspectos, también a mis maestros y compañeros, y en un capítulo especial a los pacientes ya que ellos son los libros vivientes que enriquecen nuestra existencia y el conocimiento y con ello su cariño, la confianza que nos dan ya que ellos dejan en nuestras manos el don más grande que nos da Dios que es la vida misma.

M.A.G.M.

ANTECEDENTES

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

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

Clasificación.

Se clasifica en primaria o secundaria.

En la primaria no existen alteraciones patológicas comprobadas.

En las secundarias, en cambio, es posible poner de manifiesto la existencia de otros trastornos o enfermedades

no psiquiátricas, cuya existencia determina la aparición de la depresión. (1,2.)

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

Otra clasificación es la de KIEL-HOLZ.

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

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

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

- * Enfermedad del sueño.

* Enfermedades endócrinas,(3) sobre todo el hipotiroidismo crónico (4) y la enfermedad de Addison (5).

* Intoxicaciones o tratamientos prolongados, así como por ejemplo, el tratamiento antihipertensivo con reserpina o la alfametildopa por su conocida acción de agotamiento del almacenaje de los neurotransmisores de las vesículas presinápticas (6,7,8); tratamientos con fármacos que provocan depresión en la actividad del SNC, como las fenotiacinas, butirofenonas, etc. También los corticoides(9) o las anfetaminas pueden dar lugar a manifestaciones depresivas. Así también existen relaciones muy marcadas entre otras sustancias con el síndrome depresivo como son los sistemas Dopaminérgicos(10,11,12) las B endorfinas (13) y el Triptofano (14).

Un reto que existe es diferenciar el síndrome depresivo primario de otra alteración orgánica como las ocasionadas por lesiones cerebrales focales en el área de Broca, Wernicke, en el lóbulo temporal en algunas zonas de la región frontoparietal y parieto occipital, además de presentar los trastornos específicos de estas áreas se asocian con Síndrome depresivo.(15)

Se considera la relación entre síndrome depresivo y enfermedades de índole orgánico.

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

* Primero, es la amenaza de la enfermedad y el grado de incapacidad causada.

* Segundo, las circunstancias sociales y la historia previa de enfermedad médica o psiquiátrica, en el paciente puede sólo contribuir a la aparición de la depresión.

* Tercero, muchos de los tratamientos usados en el manejo de las enfermedades son, por ellos mismos desagradables. Por ejemplo, la quimioterapia y radioterapia que se acompañan frecuentemente de apariencia desagradable por sus efectos sistémicos.

Hay condiciones patológicas que por sí mismas se asocian a síndrome depresivo, como son :

ENFERMEDAD VASCULAR CEREBRAL (EVC): En un estudio con estos pacientes, la asociación con depresión dependió de la localización del EVC y del grado de incapacidad de éste, además se encontró que en un 80% de los pacientes que tuvieron afectación de ganglios basales se encontraban

deprimidos así como un 60% los que tuvieron afectación de la corteza dorsolateral frontal derecha.(15)

PACIENTES ANCIANOS: en una revisión Alexopoulos y col.(16) encontraron que un 25 a 35% de la población estudiada presentaban enfermedades multisistémicas, y otro estudio de prevalencia en ancianos admitidos agudamente en un hospital se encontró que el 40% de los síntomas eran por depresión y un 10 % podían ser diagnosticados como causa de enfermedad depresiva.

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

LA EPILEPSIA: Se encuentra asociada con depresión. El uso de fenobarbital para el control de la epilepsia, la presencia de crisis parciales complejas, y la severidad de la enfermedad aparentemente incrementa el riesgo de depresión y una importante incidencia en la tendencia al suicidio.

ABUSO DE ALCOHOL Y DROGAS: Esto es un problema común: según la sustancia son los problemas que se presentan. En relación a la sustancia de abuso, este puede asociarse a marcada depresión y puede ser la causa de retornar al uso de drogas o alcohol.

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

El síndrome depresivo presenta un ritmo circadiano; las oscilaciones(19) corresponden similarmente a los niveles de cortisol plasmático, temperatura basal y no son independientes a la TSH, ACTH, CORTISOL, TESTOSTERONA Y TEMPERATURA. (19,20)

Se pueden presentar recurrencias cortas, caracterizadas por episodios que pueden ser de 2 semanas y no ser reconocidos. Esto representa un alto riesgo de suicidio y requiere de diagnóstico de depresión mayor.(21)

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

Fodoroff y cols reportan que 27% de pacientes con traumatismo craneoencefálico presentan criterios para depresión mayor con el DSMIII y con la escala de depresión de Hamilton (23). Con lesiones en ganglios basales, en

corteza dorsolateral frontal izquierda, en regiones parieto occipital y hemisféricas derechas, encontrando la misma relación entre los que presentaron enfermedad vascular cerebral. (23,24)

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

Se define como depresión crónica como persistencia de síntomas por más de 2 años, con una prevalencia de 12 a 15%. (26)

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

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

Entre otras formas de anticipar la depresión menciona Spurrell y col la respuesta linfocitaria con una

disminución de los linfocitos, no teniendo relación con respuesta inmunitaria y presentando correlación entre el índice linfocitario y el grado de depresión así como también la elevación de niveles de proteínas en fases agudas de la depresión mayor(29).

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

PLANTEAMIENTO DEL PROBLEMA:

¿Cuál es la incidencia de depresión en los pacientes con enfermedades crónico degenerativas hospitalizados en Medicina Interna.

¿La hospitalización ocasiona aumento de la depresión?

JUSTIFICACION :

La depresión es una patología muy frecuentemente asociada a padecimientos crónicos degenerativos lo cual puede conducir al paciente a manejar situaciones asociadas a su enfermedad haciéndolas más graves y ocasionando internamientos innecesarios de estos pacientes con un índice mayor de complicaciones asociadas a la hospitalización.

Además de evaluar la progresión de la depresión de los pacientes que se encuentran hospitalizados con enfermedades crónicas degenerativas en el piso de Medicina Interna.

De confirmarse que existe un incremento de la depresión de estos pacientes establecer en las diferentes clínicas en las que se manejan estos pacientes un apoyo justificado para el manejo de la depresión y con ello mejorar su calidad de vida y llevar a una aceptación de su enfermedad y con ello un mejor control de la misma.

OBJETIVO:

- 1.- Conocer el riesgo absoluto de depresión en los pacientes con enfermedades crónico degenerativas hospitalizados en el servicio de Medicina Interna.
- 2.- Describir si existe una relación entre depresión y enfermedad crónica.
- 3.- Conocer el curso de la depresión en relación a la respuesta (favorable o no) sintomática por la enfermedad de base.

HIPOTESIS:

HIPOTESIS I: Si el estado afectivo del paciente se influye por eventos medioambientales entonces la hospitalización puede favorecer la depresión.

HIPOTESIS II: Si la depresión influye sobre los síntomas generales de una enfermedad entonces su ausencia favorece una mejoría clínica.

DISEÑO:

Se trata de un estudio de Cohorte.

MATERIAL Y METODOS:

Universo de estudio: comprendido por los pacientes hospitalizados en el servicio de Medicina Interna, del Hospital General "Dr. Manuel Gea González" de S.S.

Tamaño de la Muestra:

A) Del 1 de Mayo de 1991 al 30 de Abril de 1992, se ingresaron 743 pacientes, 384 hombres y 409 mujeres, con una edad promedio de 46.7 años, 140 fueron menores de 30a (19%).

Siendo las enfermedades más frecuentes:

Diabetes mellitus	188	25%
Hipertensión y cardiopatías	81	11%
Cirrosis e Insuficiencia Hepá tica.	80	11%
Hematológicos	56	8%
Neumopatías	49	7%
Nefropatías	33	4%
Pancreáticas	28	4%
Endocrinopatías	22	3%
Colagenopatías	26	3%
Otras	108	24%

(* Departamento de estadística HGMGG).

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

Criterios de selección

Criterios de inclusión:

Edad: de 18 a mayores de 85 años

sexo: Hombres y mujeres.

tipo de pacientes: Sin historia de depresión previa u otra patología psiquiátrica, neurológicamente íntegros, hemodinámicamente y metabólicamente estables.

Criterios de exclusión:

Pacientes puérperas.

Pacientes con otras patologías psiquiátricas asociadas, demostradas o con sospecha clínica.

Pacientes demenciados de cualquier tipo.

Falta de cooperación para contestar verbalmente el cuestionario

Con enfermedad aguda o de reciente diagnóstico.

Y el deseo de retirarse del estudio.

Criterios de eliminación:

Pacientes que después de iniciado el estudio evolucionaran con:

Evento Vascular Cerebral o cualquier tipo de afasia.

Encefalopatías Metabólicas.

Presencia de amputación y/o incapacidad física.

Fallecimiento durante el internamiento.

Diagnóstico de cualquier enfermedad de tipo Psiquiátrico durante su internamiento.

Variables:

Dependientes.

(De la patología de base)

Incapacidad física previa al estudio.

Tiempo de evolución de la enfermedad de base.

Tiempo de evolución de síntomas de depresión.

(Del investigador)

Se eliminan ya que el cuestionario se aplicó por un mismo investigador tanto al ingreso como al egreso.

Independientes.

- Edad.
- Sexo.
- Nivel socio económico
- Escolaridad.
- Patología de base.

Medicamentos (benzodiacepinas, tricíclicos, betabloqueadores, reserpina, alfametildopa, esteroides.)

Procedimiento de captación de la información:

Se realizó un cuestionario el cual fue por escala numérica registrándose en una hoja de captación de datos.

Se realizó el cuestionario mediante preguntas sencillas, y por un sólo investigador el cual realizó la entrevista al ingreso del paciente dentro de las primeras 24 horas, y en el momento del alta; se realizaron 2 tipos de encuestas una para diagnóstico (escala de Beck), y otra para establecer severidad (escala de Hamilton).

Parámetros de medición

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

Y la escala de Beck para establecer diagnóstico la cual se considera como positiva con 13 puntos. (31)

VALIDACION DE LOS DATOS .

Se usaron porcentajes y x2.

RESULTADOS.

Se incluyeron 40 pacientes que se ingresaron al servicio de Medicina Interna en el período comprendido del 1 de Agosto de 1993 al 10 de Febrero de 1994. Siendo 21 mujeres (52.5%) y 19 hombres (47.5%) con un rango de edad de 25 a 85 años media de 52.45 años +- 32.5 con un rango de estancia hospitalaria de 3 a 30 días con una media de 11.02 días, la distribución de grupos de edad y porcentajes se encuentran en la tabla 3, siendo el grupo más numeroso el de mayores de 66 años con 11 pacientes (27.5%) y en relación al sexo se encontró predominio en las mujeres.

En relación a patologías causa de internamiento se muestran DM I y II 15 pacientes (37.5%) seguido de los cardiovasculares 10 pacientes (25%), osteoarticular 5 pacientes (12.5%) y el resto a los neumopatías 4 pacientes (10%) y otras causas 6 (15%) como se muestran en la tabla 4, la distribución de las puntuaciones de ambas escalas así como las diferenciales se muestran en las tablas 5 y 6, resumiéndose de la siguiente forma:

Con la escala de Beck no deprimidos al ingreso 18 y al egreso 17, deprimidos al ingreso 22 y al egreso 23; con la escala de Hamilton no deprimidos al ingreso 24 y al egreso 17

deprimidos al ingreso 16 y al egreso 23, se realizó χ^2 comparando ambas escalas al ingreso la cual fué de $\chi^2=1.253$ con 1 grado de libertad y $P= 0.26$ y la comparación de ambas escalas al egreso fue $\chi^2=0.051$ con 1 grado de libertad $P=0.821$ no resultando significativa esta última comparación, en relación a la comparación de ambas escalas tanto deprimidos como no deprimidos se encontró $\chi^2=1.805$ con 3 grados de libertad y $P=0.840$.

En relación a las patologías la distribución se muestra en la tabla 9 encontrándose mayor número de pacientes deprimidos entre los pacientes con padecimientos cardiovasculares y diabéticos en el orden mencionado al ingreso y al egreso teniendo una relación similar de ambas patologías. Se compararon todas las patologías al ingreso entre deprimidos y no deprimidos y se encontró una $\chi^2=4.714$ con 4 grados de libertad y $P=0.318$ en la misma forma al egreso $\chi^2=4.538$ con 4 grados de libertad $P=0.338$ también se comparó los no deprimidos al ingreso y al egreso $\chi^2=2.880$ con 4 grados de libertad $P=0.57$ y los deprimidos al ingreso y egreso con $\chi^2=2.057$ con 4 grados de libertad $P=0.725$ siendo estadísticamente significativas las diferencias establecidas, no encontrándose diferencias estadísticamente significativas

en relación al sexo, grado de depresión y deprimidos o no al ingreso y egreso, la descripción entre el grupo de edad, sexo y grados de severidad se muestran en la tabla 11 y así tenemos que en relación a la progresión de la puntuación con Beck fue de 30 pacientes sin tomar en cuenta el cambio de diagnóstico o no y de 19 de los que progresaron a la depresión con diagnóstico o incrementaron sus puntuaciones, en la misma forma se evaluó con la escala de Hamilton presentando diferenciales a la progresión en 32 pacientes y de los que progresaron a la depresión al egreso y/o cambiaron su grado de severidad fueron en 21 pacientes esto indica que el 52.5% de los 40 pacientes que se estudiaron progresaron durante su internamiento; no se mostraron diferencias estadísticamente significativas en las evaluaciones en este término en ambas escalas.

Hay que mencionar que un total de 8 pacientes de los 40 pacientes que se estudiaron mostraron disminución en sus cifras de diferencial de los cuales continuaron sin cambio en su diagnóstico de depresión en relación a severidad en 6 de los pacientes y en 2 de los pacientes disminuyó en relación a

la severidad al egreso, lo cual no es estadísticamente significativo.

DISCUSION:

En relación a patologías como causa de ingreso se compararon con las estadísticas propias del servicio en el año pasado no mostrando diferencias. Se encontró un predominio de los pacientes en edad geriátrica la cual es comparable ya que en el servicio de Medicina Interna el promedio de edad es similar así como la media que se obtuvo de las edades de los pacientes hospitalizados;(32) en forma similar en relación al sexo, se puede comparar con estudios ya realizados previamente de pacientes que al ingresarse se encuentran deprimidos predominantemente en los pacientes con enfermedades crónico degenerativas (22,23,27). Por el tipo de pacientes que incluimos en nuestro estudio sólo podremos comparar que un alto índice de los pacientes que ingresan al servicio se encuentran deprimidos y las estadísticas no varían en relación a otras poblaciones o grupos estudiados (23,24,25,26,27,28); la variable que en nuestro estudio planteamos es la progresión de la depresión durante el internamiento tratando de excluir otras causas externas o de la patología de base para poder evaluar únicamente si existe progresión o no, por el momento no se cuenta con un estudio

comparativo de progresión para establecer diferencias y comparar estadísticas.

Hay que mencionar que la escala de Beck se le realizó una comparación entre diagnóstico por la escala y clínico; se encontró que 28 de 33 pacientes que presentaron variaciones fueron predecidas por medio de la escala. Se realizaron dos estudios uno de 226 pacientes en donde se encontró un error estandar de 0.068, con un coeficiente de correlación de 0.65 y $P < 0.01$ y el segundo grupo fué de 183 pacientes con un coeficiente de corelación de 0.67, con un error standar de 0.059 con $P < 0.01$ (31).

En relación a la escala de Hamilton en el estudio que realizamos se encontró correlación con Beck para establecer el diagnóstico, así como, en el incremento de las cifras diferenciales en ambas escalas en una forma similar.

CONCLUSIONES:

En este estudio no se muestran diferencias en relación a la incidencia de la depresión en pacientes con enfermedades crónico-degenerativas.

Pero en relación al objetivo que se planteó si el internamiento de los pacientes incrementa el grado de la depresión en ello se mostró que más del 50% de los pacientes que se estudiaron mostraron un incremento significativo en el grado de depresión o progresión de la misma. No encontramos diferencias significativas entre grupos de edad o sexo lo cual no es comparable con otros estudios en los cuales mencionan que un índice predictivo es Sexo femenino y enfermedad grave, esta última condición no fue evaluada en el estudio ya que se eliminaron pacientes en etapa terminal o pacientes incapacitados por la enfermedad de base, así también no se encontró diferencias en relación al sexo y la prevalencia de depresión.

REFERENCIAS BIBLIOGRAFICAS

1)

Farreras, Rozman
Medicina Interna 11a edición. pag 1437-42
Editorial Doyma 1988 Barcelona España.

2)

Ned H. Cassem.
MGH Handboob of General Hospital Psychiatry
pag 227-1011.

3)

R.Weller y col
Comparison of Fluorescent polarization immunoassay
an radioimmunoassay in measuring cortisol levels in
prepuberal depressed children.
Am. J. Psychiatry 1992;149:1395-96

4)

G.M.Hasey y col.
The interface betseen thyroid activity, magnesium and
depression: A pilot study.
Biol psychiatry 1993;33;133-35

5)

E. Paykel y col.
Workshops IV Depression in medical illness.
International clin. Psychopharmacology 1993;3-4;205-07

6)

A.F. Schatzberg y col.
Serotonin activity in psychotic (delusional) Mayor depression.
J Clin Psychiatry 1992;53 suppl 10:52-55.

7)

R. Seth. A.L Jennings y col.
Combination tratament with noradrenalin and serotonin
reuptake inhibitors in resistant depression.
B.J of Psychiatry 1992;161:562-65

8)

S.Craig Risch y col.
Neurochemical alterations of serotonergic neuronal systems
in depression
J.Clin Psychiatry 1992;53 suppl 10:3-7

9)

R.Huw Davies y col.
Salivary testosterona levels and major depressiver illnes
in men.
B.J. of Psychiatry 1992;161:629-632.

10)

Shitij Kapur y J. John Mann
Role of The Dopaminergic System in Depression.
Biol Psychiatry 1992;32:1-17.

11)

W. Pitchot y col.
Dopaminergic Function in Panic Disorder: Comparison
with Major and Minor Depression.
Biol Psychiatry 1992;32:1004-11.

12)

J. Cummings
Depression and Parkinson's disease: a review
Am.J. Psychiatry 1992;149:443-54

13)

D.F. Darko y col.
Association of B-Endorphin with specific clinical
syntoms of depression.
Am.J.Psychiatry 1992;149:1167-1169.

14)

H. Miller y col.
Acute tryptophan depletion: a Method of studying
antidepressant action.
J.Clin psychiatry 1992;53 suppl 10:28-35.

15)

E.D Ross y col.
Diagnosis and neuroanatomical correlates of
depression in brain-damaged patients
(Implications for neurology of depression)
Arc. Gen psychiatry 1981;38:1344-1354.

16)

G.S Alexopoulos y col.
Chronicity and relapse in geriatric depression
biol psychiatry 1989;26;551-564.

17)

H.S Moffic y col.
Depression in medical in-patients
B.J Psychiatry 1975;126:346-356.

18)

J.M Léger y col.
La dépression et le vieillissement.
L'Encéphale 1992;28;511-516.

- 19)
J. Dalery
Les Temps de la dépression.
Temps cyclique et temps linéaire
L'Encéphale 1992;28:469-474
- 20)
S.A Montgomery y col.
Features of recurrent brief depression.
L'Encéphale 1992;18:521-523.
- 21)
Jan Scott y col.
Can We Predict the persistence of depression.
B.J. of psychiatry 1992;161:630-637.
- 22)
DSM III R
- 23)
Max Hamilton
A Rating Scale for Depression.
J. Neurol, Neurosurgery, Psychiatry 1960;23:56-62.
- 24)
J.P Fedoroff y col.
Depression in patients with acute traumatic brain injury
Am.J. Psychiatry 1992;149:918-923.
- 25)
P. Kind y col.
The costs of depression.
International clin. Psychopharmacology 1993;7,3-4:191-195.
- 26)
Jan Scott.
Chronic depression
B.J of Psychiatry 1988;153:287-97.
- 27)
Dan Blazer y col.
Epidemiology of Dysphoria and depression in Elderly Population
Am.J. Psychiatry 1980;137:439-44
- 28)
Baldwin y col.
The prognosis of depression in old age.
B.J of Psychiatry 1986;149:574-83.
- 29)
M.T Spurrell y col.
Lymphocyte response in depressed patients and subjects
anticipating bereavement.
B.J of Psychiatry 1993;162:60-64.

30)

Peter R Joyce y col.

Elevated levels of acute phase plasma proteins in mayor depression.

Biol Psychiatry 1992,32:1035-41.

31)

Beck y col.

An Inventory for measuring depression

Archives of Gen Psychiatry 1961;4;561-71.

32)

Departamento de estadística del Hospital General "DR. Manuel Gea Gonzalez 1992.

DEPRESION EN PACIENTES HOSPITALIZADOS EN MEDICINA INTERNA.

- **TOTAL 40 PACIENTES.**
- **21 MUJERES.**
- **19 HOMBRES.**

TABLA 1

DEPRESION EN PACIENTES HOSPITALIZADOS EN MEDICINA INTERNA

- RANGO DE 22 A 85 AÑOS.
- MEDIA DE 52.45 AÑOS \pm 32.5
- CON RANGO DE ESTANCIA HOSPITALARIA.
3 A 30 DIAS.
- MEDIA DE 11.02 \pm 18.97.

TABLA 2

DEPRESION EN PACIENTES HOSPITALIZADOS EN MEDICINA INTERNA. DISTRIBUCION POR GRUPO DE EDAD Y PORCENTAJE.

EDADES	20-25	26-30	31-35	36-40	41-45	46-50	51-55	56-60	61-65	MAS DE 66
NUMERO	3	4	3	2	4	1	3	4	5	11
PORCENTAJE	7.5%	10%	7.5%	5%	10%	2.5%	7.5%	10%	12.5%	27.5%

TABLA 3.

DEPRESION EN PACIENTES HOSPITALIZADOS EN MEDICINA INTERNA. DISTRIBUCION POR PATOLOGIAS.

DIABETES I Y II	CARDIO VASCULAR	OSTEOARTICULAR	NEUMOPATIAS	OTRAS.
15	10	5	4	6
37.5%	25%	12.5%	10%	15%

TABLA 4.

DEPRESION EN PACIENTES HOSPITALIZADOS EN MEDICINA INTERNA. DESCRIPCION.

TABLA 5.

PACIENTE	BECK INGRESO/DX	BECK EGRESO/DX	DIFERENCIAL	HAMILTON INGRESO/TIPO	HAMILTON EGRESO/TIPO	DIFERENCIAL
1	20 SI	30 SI	10	20 MODERADA	26 PROFUNDA	6
2	23 SI	23 SI	0	18 LEVE	22 MODERADA	4
3	5 NO	3 NO	-2	8 NO	0 NO	-8
4	4 NO	12 NO	8	5 NO	25 PROFUNDA	20
5	24 SI	29 SI	5	34 PROFUNDA	41 PROFUNDA	7
6	13 SI	4 NO	-9	18 LEVE	6 NO	-12
7	38 SI	19 SI	-19	34 PROFUNDA	24 PROFUNDA	-10
8	41 SI	25 SI	-16	28 PROFUNDA	21 MODERADA	-7
9	12 NO	19 SI	7	11 NO	17 LEVE	6
10	7 NO	12 NO	5	7 NO	8 NO	1
11	8 NO	15 NO	7	4 NO	8 NO	4
12	13 SI	18 SI	3	14 LEVE	15 LEVE	1
13	27 SI	32 SI	5	25 PROFUNDA	31 PROFUNDA	6
14	11 NO	15 SI	4	9 NO	19 LEVE	10
15	13 SI	17 SI	4	13 NO	20 LEVE	7
16	5 NO	9 NO	4	5 NO	8 NO	3
17	18 SI	24 SI	6	14 LEVE	19 LEVE	5
18	30 SI	38 SI	8	34 PROFUNDA	52 PROFUNDA	18
19	13 SI	11 NO	-3	14 NO	6 NO	-8
20	12 NO	18 SI	7	12 NO	16 LEVE	4

DEPRESION EN PACIENTES HOSPITALIZADOS EN MEDICINA INTERNA. DESCRIPCION.

TABLA 6.

PACIENTE	BECK INGRESO/DX	BECK EGRESO/DX	DIFERENCIAL	HAMILTON INGRESO/TIPO	HAMILTON EGRESO/TIPO	DIFERENCIAL
21	3 NO	15 SI	12	2 NO	15 LEVE	11
22	19 SI	29 SI	10	12 NO	23 MODERADA	11
23	4 NO	13 SI	9	6 NO	14 LEVE	8
24	5 NO	8 NO	3	5 NO	7 NO	2
25	24 SI	28 SI	4	25 PROFUNDA	29 PROFUNDA	4
26	7 NO	8 NO	1	6 NO	5 NO	-1
27	34 SI	28 SI	-6	18 LEVE	27 PROFUNDA	9
28	9 NO	7 NO	-2	16 LEVE	8 NO	8
29	18 SI	20 SI	2	8 NO	13 NO	5
30	14 SI	12 NO	-8	13 NO	8 NO	-5
31	15 SI	12 NO	-3	10 NO	11 NO	1
32	8 NO	9 NO	1	7 NO	8 NO	1
33	6 NO	7 NO	1	4 NO	6 NO	2
34	5 NO	9 NO	4	8 NO	11 NO	3
35	19 SI	28 SI	9	22 MODERADA	26 PROFUNDA	4
36	13 SI	15 SI	2	13 NO	20 MODERADA	7
37	13 SI	20 SI	7	16 LEVE	24 MODERADA	8
38	15 SI	23 SI	8	20 MODERADA	26 PROFUNDA	6
39	12 NO	10 NO	2	13 NO	9 NO	-4
40	5 NO	9 NO	4	4 NO	7 NO	3

DEPRESION EN PACIENTES HOSPITALIZADOS EN MEDICINA INTERNA. DIAGNOSTICO POR ESCALA DE BECK Y HAMILTON.

ESCALA	SIN DEPRESION AL INGRESO	DEPRESION AL INGRESO	SIN DEPRESION AL EGRESO	DEPRESION AL EGRESO
BECK	18	22	17	23
HAMILTON	24	16	17	23

$\chi^2=1.253$ 1 GRADO DE LIBERTAD
 $p=0.26$

$\chi^2=0.051$ 1 GRADO DE LIBERTAD.
 $p=0.821$

$\chi^2=1.805$ 3 GRADOS DE LIBERTAD.
 $p=0.840$

DEPRESION EN PACIENTES HOSPITALIZADOS EN MEDICINA INTERNA. DISTRIBUCION DE DEPRESION POR PATOLOGIAS.

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

$\chi^2=9.249$ 12 GRADOS DE LIBERTAD.
 $p=0.682$

DEPRESION EN PACIENTES

HOSPITALIZADOS EN MEDICINA INTERNA. DISTRIBUCION POR PATOLOGIAS (estadística).

- **POR PATOLOGIAS EN RELACION A
DEPRESION Y SIN DEPRESION AL INGRESO.
 $\chi^2=4.714$ 4 GRADOS DE LIBERTAD $P=0.318$.**
- **POR PATOLOGIAS EN RELACION A
DEPRESION Y SIN DEPRESION AL INGRESO.
 $\chi^2=4.538$ 4 GRADOS DE LIBERTAD $P=0.338$.**
- **POR PATOLOGIAS EN RELACION A
SIN DEPRESION AL INGRESO Y EGRESO.
 $\chi^2=2.880$ 4 GRADOS DE LIBERTAD $P=0.57$**
- **POR PATOLOGIAS EN RELACION A
CON DEPRESION AL INGRESO Y EGRESO.
 $\chi^2=2.057$ 4 GRADOS DE LIBERTAD $P=0.725$**

DEPRESION EN PACIENTES HOSPITALIZADOS EN MEDICINA INTERNA DISTRIBUCION POR SEXO Y SEVERIDAD (HAMILTON).

SEXO	INGRESO.				EGRESO.			
	SIN DEPRESION	LEVE	MODERADA	PROFUNDA	SIN DEPRESION	LEVE	MODERADA	PROFUNDA
MASCULINO	14	3	1	1	10	4	2	3
FEMENINO	8	6	2	6	7	3	6	6
TOTAL	22	9	3	6	17	7	7	9

X²=0.554 2grados de libertad
P= 0.758

EN RELACION AL INGRESO Y EGRESO CON
Y SIN DEPRESION.
x²=0.801 1 GRADO DE LIBERTAD p=0.371

X²=1.408 2 GRADOS DE LIBERTAD
p= 0.495

DEPRESION EN PACIENTES HOSPITALIZADOS EN MEDICINA INTERNA. DISTRIBUCION POR EDAD, SEXO Y SEVERIDAD.

	ESCALA DE HAMILTON	20-25a	26-30	31-35	36-40	41-45	46-50	51-55	56-60	61-65	más de 66
INGRESO	SIN DEPRESION	F	F.M	2.M	M	2.F.M	F	2.F	3.M	2.M	F.4.M
	LEVE.	F.M				F			F	2.M.F	2.F
	MODERADA.			F				M			F
	SEVERA.		F.F		F						2.F.M
EGRESO	SIN DEPRESION.	M.F	M	2.M	M	2.F.M	F	F	2.M	F.M	F.M
	LEVE.		F					F	M	2.M	F.M
	MODERADA	F	2.F			F					2.M.F
	SEVERA.			F	F			M	F	M	3.F.M.

TABLA 11.

ANEXO 1

ESCALA DE BECK.

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

- 1) No me siento triste.
 Me siento triste.
 Me siento triste todo el tiempo y no puedo animarme.
 Me siento tan triste o infeliz que ya no lo soporto.
- 2) No me siento desanimado acerca del futuro.
 Me siento desanimado acerca del futuro.
 Siento que no tengo para que pensar en el porvenir.
 Siento que no hay esperanza para el futuro y que las cosas no pueden mejorar.
- 3) No me siento como un fracasado.
 Siento que he fracasado más que otras personas.
 Conforme veo hacia atrás en mi vida todo lo que puede ver son muchos fracasos.
 Siento que como persona soy un completo fracaso.
- 4) Obtengo tanta satisfacción de las cosas como siempre.
 No disfruto de las cosas como antes.
 Ya no obtengo satisfacción de nada.
 Estoy insatisfecho y molesto por todo.
- 5) No me siento culpable.
 En algunos momentos me siento culpable.
 La mayor parte del tiempo me siento algo culpable.
 Me siento culpable todo el tiempo.
- 6) No siento que seré castigado.
 Siento que puedo ser castigado.
 Creo que seré castigado.
 Siento que estoy siendo castigado.

- 7) ___ No me siento descontento conmigo mismo.
___ Me siento descontento conmigo mismo.
___ Me siento a disgusto conmigo mismo.
___ Me odio a mí mismo.
- 8) ___ No siento que sea peor que otros.
___ Me crítico a mí mismo por mi debilidad y mis errores.
___ Me culpo todo el tiempo por mis errores.
___ Me culpo por todo lo malo que sucede.
- 9) ___ No tengo ninguna idea acerca de suicidarme.
___ Tengo ideas de suicidarme pero no lo haría.
___ Quisiera suicidarme.
___ Me suicidaría si tuviera la oportunidad.
- 10) ___ No lloro más que de costumbre.
___ Lloro más que antes.
___ Lloro todo el tiempo.
___ Podría llorar pero ahora no puedo aunque quisiera.
- 11) ___ Ahora no estoy más irritable que antes.
___ Me molesto o irrito más fácilmente que antes.
___ Me siento irritado todo el tiempo.
___ No me irrito para nada con las cosas que antes me irritaban.
- 12) ___ No he perdido el interés en la gente.
___ No me interesa la gente como antes.
___ He perdido la mayor parte de mi interés en la gente.
___ He perdido todo el interés en la gente.
- 13) ___ Tomo decisiones tan bien como siempre.
___ Pospongo decisiones con más frecuencia que antes.
___ Se me dificulta tomar decisiones.
___ No puedo tomar decisiones en nada.
- 14) ___ No siento que me vea más feo(a) que antes.
___ Me preocupa que me vea viejo(a) y feo(a).
___ Siento que hay cambios permanentes en mi apariencia que hacen que me vea feo(a).
___ Creo que me veo horrible.

- 15) ___ Puedo trabajar tan bien como antes.
___ Tengo que hacer un esfuerzo extra para iniciar algo.
___ Tengo que obligarme a hacer cualquier cosa.
___ No puedo trabajar para nada.
- 16) ___ Duermo tan bien como antes.
___ No duermo tan bien como antes.
___ Me despierto 1 ó 2 horas antes de lo acostumbrado y me es difícil volver a dormirme.
___ Me despierto muchas horas antes de mi hora acostumbrada y no puedo volver a dormirme.
- 17) ___ No me canso más de lo habitual.
___ Me canso más fácilmente que antes.
___ Me canso de hacer casi cualquier cosa.
___ Me siento muy cansado de hacer cualquier cosa.
- 18) ___ Mi apetito es igual que siempre.
___ Mi apetito no es tan bueno como antes.
___ Casi no tengo apetito.
___ No tengo apetito en lo absoluto.
- 19) ___ No he perdido peso o casi nada.
___ He perdido más de 2.5 kilogramos.
___ He perdido más de 5 kilos.
___ He perdido más de 7.5 kilos
(estoy a dieta SI NO).
- 20) ___ Mi salud no me preocupa más que antes.
___ Me preocupan molestias como dolor de cabeza, malestar estomacal o estreñimiento.
___ Estoy tan preocupado por mis molestias físicas que es difícil que pueda pensar en otra cosa.
___ Estoy tan preocupado por mis molestias físicas que no puedo pensar en otra cosa.
- 21) ___ Mi interés por el sexo es igual que antes.
___ Estoy menos interesado en el sexo que antes.
___ Ahora estoy mucho menos interesado en el sexo que antes
-- He perdido completamente el interés en el sexo.

ESCALA DE HAMILTON PARA LA DEPRESION.

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

0. Ausente,

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

2 SENTIMIENTOS DE CULPA.

0) ausente

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

3 SUICIDIO

0) Ausente.

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

4 INSOMNIO INICIAL

0) Nunca tarda en conciliar el sueño.

- 1) Se queja de dificultad ocasional para conciliar el sueño (tarda 1/2 hora).
- 2) Diariamente tarda en conciliar el sueño.

5 INSOMNIO DE DESPERTARES

0) Ausente.

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

6 INSOMNIO TARDIO

0) ausente

1) Despierta en la madrugada, pero vuelve a dormirse.

2) Si se levanta no puede volver a dormirse.

7 TRABAJO Y ACTIVIDADES

0) No tiene problemas.

1) Pensamientos y sentimientos de incapacidad, fatiga o debilidad en relación a las actividades de trabajos o diversiones.

2) Pérdida del interés en las actividades, diversiones o trabajo, sea reportado directamente por el paciente o -- indirectamente por mostrarse desatento, indeciso y vacilante (Tiene que esforzarse para iniciar el trabajo o actividad).

3) Disminución del tiempo que dedicaba normalmente a sus actividades o disminución en la productividad.

4) Dejó de trabajar a causa del padecimiento actual.

En el hospital califique con 4 puntos, si el paciente no participa en ninguna actividad, salvo tareas de pabellón o si el paciente no efectúa sus labores del pabellón cuando se le deja sólo.

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

0) Pensamiento y habla normales.

1) Retardo ligero durante la entrevista.

2) Retardo evidente durante la entrevista.

3) Entrevista difícil.

4) Estupor.

9 AGITACION

0) Ninguna.

1) Inquietud.

2) El paciente juguetea con sus manos, pelo, etc.

3) Se está moviendo, no puede estar sentado.

4) Retuerce las manos, se muerde las uñas y los labios, se jala el pelo.

10 ANSIEDAD PSIQUICA.

0) Ausente.

1) Tensión subjetiva o irritabilidad.

2) Preocupación por trivialidades.

3) Actitud ansiosa notable en la cara o en su lenguaje.

4) Habla espontáneamente de sus temores.

17 CONCIENCIA DE ENFERMEDAD

0) Se da cuenta de que está deprimido y enfermo.

1) Se da cuenta de que está deprimido y enfermo, pero lo atribuye a la comida, al clima, al trabajo excesivo, a los virus, a las necesidades de descanso, etc.

2) Niega por completo estar enfermo.