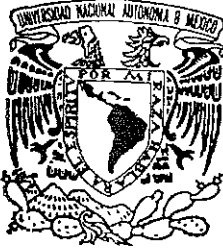


11227

231



UNIVERSIDAD NACIONAL AUTONOMA DE MEXICO

DIVISION DE ESTUDIOS DE POSGRADO E INVESTIGACION
FACULTAD DE MEDICINA

INSTITUTO DE SEGURIDAD Y SERVICIOS SOCIALES PARA LOS
TRABAJADORES DEL ESTADO

ESTUDIO COMPARATIVO DE INCIDENCIA DEL SINDROME
DEPRESIVO, ESTANCIA HOSPITALARIA Y RELACION
COMORBIDA, EN 120 PACIENTES INGRESADOS EN EL
SERVICIO DE MEDICINA INTERNA DE DOS LOCALIDADES
Y NIVEL DE ATENCION DISTINTOS

TRABAJO DE INVESTIGACION

QUE PRESENTA LA
DRA. YETLANEZI AURORA VARGAS INFANTE
PARA OBTENER EL DIPLOMA DE LA
ESPECIALIDAD DE MEDICINA INTERNA



ISSSTE

ASESOR DE TESIS:
DR. HECTOR LARA TAPIA

MEXICO, D.F.

2002

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 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.

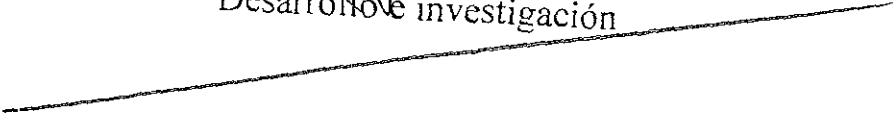
1a Hoja



SUBDIVISION DE ESPECIALIZACION
DIVISION DE ESTUDIOS DE POSGRADO
FACULTAD DE MEDICINA
U. N. A. M

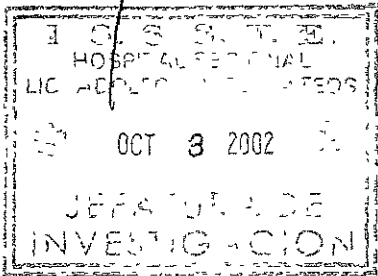
[Handwritten signature]

Dr Julio Cesar Díaz Becerra
Coordinador de Capacitación,
Desarrollo e investigación



[Handwritten signature]

Dr Luis S. Cazar Alvarez
Jefe de Investigación

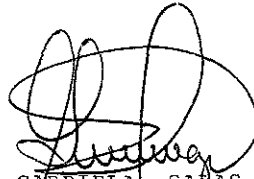


[Handwritten signature]

Dra Gabriela Salas Pérez
Jefe de enseñanza



2 Hoja

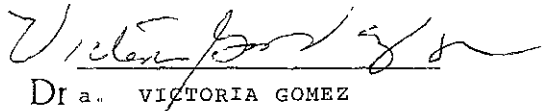


DRA. GABRIELA SALAS

Profesor titular



Dr. HECTOR LARA TAPIA
Asesor de Tesis



Dr a. VICTORIA GOMEZ
Vocal de Investigación

Índice

| | |
|--|-----------|
| 1. Introducción | 1 |
| 2. Objetivos | 4 |
| 3. Material y Métodos | 4 |
| 4. Criterios de Inclusión | 4 |
| 5. Criterios de Exclusión | 5 |
| 6. Cédula de Recolección de Datos | 5 |
| 7. Resultados | 5 |
| 8. Discusión | 19 |
| 9. Conclusiones | 21 |
| 10. Bibliografía | 22 |
| 11. Índice | 23 |

Estudio Comparativo de Incidencia del Síndrome Depresivo, Estancia Hospitalaria y Relación Comórbida, en 120 Pacientes Ingresados en el Servicio de Medicina Interna de Dos Localidades y Nivel de Atención Distintos.

Introducción

Desde los comienzos de la historia los trastornos del estado de ánimo han sido motivo de preocupación, existiendo registros Griegos que identificaban la presencia de temperamentos melancólicos, bien descritos por Jackson en su obra versada sobre la historia de estos síndromes clínicos (1) Kraepelin fue uno de los primeros autores que distinguió y publicó acerca de la evolución de pacientes con trastorno bipolar (1)(12), como parte de la corriente médica que enfocó su atención a distintos trastornos del estado de ánimo y su clasificación entre los siglos XIX y XX (1) La importancia de los síndromes clínicos encasillados actualmente como Trastornos del Estado de Ánimo, entre los que se clasifican la Distimia, la Depresión mayor (siendo la incidencia de ambos trastornos reportados en forma conjunta de un 20%) y el Trastorno Bipolar (2%), según criterios del DSM IV, radica en su impacto negativo sobre la capacidad funcional y morbilidad del individuo que padece el trastorno, la frecuencia de cronicidad de la patología (5-25%) y la relación que existe, particularmente, entre la Depresión mayor y el suicidio (15%) (1)(3)(7)(8)(11)(21) Estos síndromes representan, asociados a los trastornos de ansiedad, las patologías psiquiátricas más frecuentes observadas tanto a nivel de atención primaria como de alta especialidad (1)(2)(7)(13)(22)(23) Existen diferencias individuales, socioeconómicas, culturales y aún de género que determinan modificaciones en la incidencia y prevalencia del síndrome depresivo según la población estudiada, lo que posiblemente ha generado dificultades para el esclarecimiento de los factores predisponentes debido a la presencia de potenciales errores de sesgo durante su discriminación (3)(4)(7)(10)(11)(25)(26). Dependiendo de la severidad en los criterios de selección el porcentaje de afectación a nivel de la población general que podría ser beneficiada con adecuado manejo médico se ha determinado en un 10% en la Unión Americana donde el estudio de la ECA determinó una incidencia de Depresión mayor del 24% de 18512 individuos estudiados (2)(12)(14), reportándose más de 10 millones de personas con diagnóstico de Depresión mayor por año en dicha nación (Myers y cols,1984). La Incidencia estudiada para distintos países se ha calculado de hasta 12.6% en Nueva Zelanda y 1.1% en Taiwán como estadísticas polares, con 4.4% en USA, y en México, según los estudios epidemiológicos más recientes, tasas de prevalencia de 17% para un episodio de depresión mayor, e incidencias entre 3.7 y 8.7% de cuadros depresivos neuróticos según grupo demográfico, con índices de recurrencia de 59% (13) La depresión, que afecta con igual frecuencia a hombres y mujeres durante la pubertad, ha mostrado un incremento de afectación en el género femenino hasta dos a tres veces más que al masculino tras la pubertad, comportamiento que persiste más allá del climaterio, lo cual vincula al síndrome depresivo con factores endocrinos de manera incierta. Se ha reportado igualmente relación familiar observada en su presentación, con superioridad de incidencia de hasta 2 a 3 veces cuando existen antecedentes familiares de trastornos psicoafectivos en familiares de primer grado demostrada en amplios estudios genéticos de individuos mono y digigóticos, y en análisis

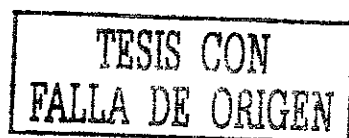
de segregación (1)(2)(3)(7)(4)(11)(13)(16)(23) La edad de presentación más frecuente de presentación se ubica en las percentilas más productivas y de maternidad (13) Los niveles socioeconómicos más bajos presentan mayor riesgo de enfrentar trastornos depresivos y de complicaciones relacionadas a cronicidad (1)(3)(12) Los pacientes con padecimientos crónico degenerativos (particularmente estudiadas en Neoplasias, Enfermedad Cardiovascular, Cerebrovascular, Parkinson, Artritis, Síndrome de Fatiga Crónica, Fibromialgia, Diabetes Mellitus e Hipertensión), enfermos neurológicos y en ciertas poblaciones de pacientes hospitalizados se han reportado tasas de incidencia de depresión más altas que en la población general, con prevalencias de hasta 25-30 5% (1)(5)(6)(7)(15)(16)(24), lo cual ha demostrado un impacto negativo en el pronóstico funcional y de longevidad en los individuos afectados (2)(11) El Depression Guideline Panel ha incluido 4 relaciones principales entre la depresión y la condición médica general

- 1 La depresión es biológicamente causada por condiciones médicas generales
- 2 Un individuo que posee cierta vulnerabilidad genética a un trastorno depresivo la manifiesta con facilidad vinculada con el deterioro de la condición médica general
- 3 La depresión es psicológicamente causada por la condición médica general
- 4 No se ha demostrado relación causal de padecimientos en la condición médica general y los trastornos de ánimo

(1) En un estudio prospectivo de 7 años en una provincia de Canadá, se observó una tasa de incidencia de 5% y recidiva de trastornos depresivos de 82%, observadas en los pacientes con depresión crónica de 2 hasta 20 veces más posibilidades de fallecer de causas no naturales, tales como suicidio o accidentes según sea observado en estudios Suecos ó Canadienses (12), se determinó que de dichos casos, el 55% habían sido atendidos por un médico general, el 17% por un psiquiatra y el 28% no habían recibido tratamiento Como factores de riesgo para suicidio identificables se han establecido

1. Historia de episodios previos de depresión
- 2 Historia familiar de trastornos depresivos
- 3 Historia de Intentos Suicidas
- 4 Sexo femenino
- 5 Edad de inicio después de 40 años
- 6 Puerperio
- 7 Enfermedades comórbidas
- 8 Ausencia de soporte social
- 9 Eventos negativos productores de estrés
- 10 Abuso de drogas

(1) Fisiopatológicamente se ha vinculado igualmente a los trastornos afectivos con alteraciones de sistemas neuroendocrinos (serotonina, norepinefrina, acetilcolina, dopamina e histamina entre los más estudiados), hipotalámicos, estructuras límbicas y de la corteza cerebral Las alteraciones en el sueño observadas en los pacientes deprimidos han estimulado la creación de teorías vinculando a éstos con factores fisiopatológicos, con cuatro trastornos más frecuentes: inicio prematuro de sueño REM, reducción de los estadios 3 y 4 del sueño, cambios fásicos de la actividad del REM y disturbios en la continuidad del sueño, relativos finalmente a alteraciones de neurotransmisores (2) Las manifestaciones clínicas pueden ser floridas e involucrar trastornos en las esferas conductual, afectiva, sexual, etc O bien presentarse de manera larvada como fatiga crónica, dolor o quejas somáticas no específicas (3)(13)(17)(18), debido a lo que el diagnóstico puede no ser sencillo al prescindir de la exploración acuciosa por el médico (2)(13), particularmente en presencia de trastornos demenciales (1)(16)(19)(22)(24)(27) El impacto negativo en la funcionalidad de los sujetos afectados por patología depresiva ha sido largamente demostrado, lo mismo que la relación entre la severidad de la sintomatología y el pronóstico (12) Por último, claros beneficios se han derivado de la oportuna y adecuada valoración de pacientes con trastornos depresivos, con reducción en las tasas de recaída, y mejoría significativa de los síntomas en el 65-80% cuando, alarmantemente, según estadísticas Mexicanas se ha estimado que la mitad de individuos que padecen Depresión no solicitan tratamiento y que en el 50% de los pacientes que buscan atención médica, no se llega al diagnóstico de dicho trastorno (13)(27) La



perspicacia médica hacia los problemas psicoafectivos, como ya se ha mencionado, se ha documentado más allá de nuestras fronteras, enfatizando nuevamente los resultados de un estudio Canadiense, que con una muestra de 1832 individuos, demostró que de el 13 2% de los individuos presentaba alteraciones del estado de ánimo las 2/3 partes no fueron diagnosticadas ni tratadas por su médico (28), por lo que se requieren más intensivas medidas de sensibilización de la sociedad ante este importante problema de salud

Los trastornos depresivos son parte de la patología psiquiátrica más frecuente, responsable de la reducción en el impulso vital de los individuos y con ello del detrimento en la calidad de vida, causa de morbilidad asociada, pérdidas económicas tanto en gastos de salud como en pérdida de productividad, y trastornos sociales relacionados con drogadicción, delincuencia, etc Siendo la Depresión Mayor, según la proyección para el año 2020 la segunda causa de Morbilidad a Nivel Nacional, resulta emergente la sensibilización de la población a dicho problema, atacando los estigmas socioculturales que obstaculizan la búsqueda de ayuda por los individuos afectados, es necesario reforzar la capacidad de diagnóstico y tratamiento oportuno por personal médico de 1er y 2do niveles de atención Ya que las medidas terapéuticas convenientes pueden generar una mejoría significativa en el 65-80% (13) de los pacientes deprimidos y han probado ser efectivas en la profilaxis de trastornos recurrentes

Dra Yetlanezi A Vargas Infante



Objetivos:

- * Evaluar la Incidencia del síndrome depresivo en pacientes hospitalizados en relación con su tiempo de estancia, en un servicio de Medicina Interna
- * Reiterar la necesidad de diagnosticar el síndrome depresivo en pacientes con padecimientos crónico degenerativos
- * Reconocer la relación de las distintas patologías crónico degenerativas más frecuentemente diagnosticadas en dos centros hospitalarios, y correlacionarlas con la Incidencia y Gravedad del Síndrome Depresivo.
- * Comparar los índices de calificación para diagnóstico de Síndrome Depresivo según las Escalas de Zung y Hamilton
- * Comparar la Incidencia del Síndrome Depresivo en dos poblaciones y niveles de atención distintos de la República Mexicana

Material y Métodos:

Se trata de un estudio de dos ramas, aleatorio, observacional, transversal, prospectivo, comparativo. Realizado en dos Hospitales del Instituto de Seguridad y Servicios Sociales para los Trabajadores del Estado tanto en el Distrito Federal, en la población del Hospital Regional Lic Adolfo López Mateos, como en Morelia, Michoacán, en el Hospital General Vasco de Quiroga Diseñado para determinar la incidencia del síndrome depresivo en pacientes ingresados al servicio de medicina interna en relación con su patología comórbida y días de estancia hospitalaria de zonas urbanas distintas Durante cortes transversales aleatorios a lo largo de un año, se capturaron 120 pacientes ingresados aleatoriamente al servicio de Medicina Interna sin discriminación de diagnóstico, sexo ni edad, a los cuales se aplicaron las escalas de Autoevaluación de Zung y Escala de Depresión de Hamilton para la detección de datos sugestivos de Síndrome depresivo Previo consentimiento informado

Se compiló la información referente a los antecedentes, patología de ingreso, tratamiento, diagnósticos de ingreso, estancia hospitalaria y parámetros paraclínicos diagnósticos del expediente clínico Los sujetos fueron reclutados según los criterios de inclusión/exclusión en una base de datos que conformó dos grupos de 60 casos cada uno, según la Unidad Hospitalaria de origen El Análisis estadístico se realizó a través de Chi cuadrada, "t" de Student y Análisis Multivariado

Criterios de Inclusión:

- * Individuos mayores de 18 años de edad
- * Pacientes ingresados al Servicio de Medicina Interna
- * Aceptación para participar en la resolución de todos los reactivos incluidos en las escalas de Zung y Hamilton de Detección de Síndrome Depresivo.
- * Expediente Clínico completo disponible para compilación de datos a través de la Historia clínica, Diagnósticos de ingreso formulados apoyados por parámetros clínicos y paraclínicos, Hojas de indicaciones y enfermería

Objetivos:

- * Evaluar la Incidencia del síndrome depresivo en pacientes hospitalizados en relación con su tiempo de estancia, en un servicio de Medicina Interna
- * Reiterar la necesidad de diagnosticar el síndrome depresivo en pacientes con padecimientos crónico degenerativos
- * Reconocer la relación de las distintas patologías crónico degenerativas más frecuentemente diagnosticadas en dos centros hospitalarios, y correlacionarlas con la Incidencia y Gravedad del Síndrome Depresivo.
- * Comparar los índices de calificación para diagnóstico de Síndrome Depresivo según las Escalas de Zung y Hamilton
- * Comparar la Incidencia del Síndrome Depresivo en dos poblaciones y niveles de atención distintos de la República Mexicana

Material y Métodos:

Se trata de un estudio de dos ramas, aleatorio, observacional, transversal, prospectivo, comparativo. Realizado en dos Hospitales del Instituto de Seguridad y Servicios Sociales para los Trabajadores del Estado tanto en el Distrito Federal, en la población del Hospital Regional Lic Adolfo López Mateos, como en Morelia, Michoacán, en el Hospital General Vasco de Quiroga Diseñado para determinar la incidencia del síndrome depresivo en pacientes ingresados al servicio de medicina interna en relación con su patología comórbida y días de estancia hospitalaria de zonas urbanas distintas Durante cortes transversales aleatorios a lo largo de un año, se capturaron 120 pacientes ingresados aleatoriamente al servicio de Medicina Interna sin discriminación de diagnóstico, sexo ni edad, a los cuales se aplicaron las escalas de Autoevaluación de Zung y Escala de Depresión de Hamilton para la detección de datos sugestivos de Síndrome depresivo Previo consentimiento informado

Se compiló la información referente a los antecedentes, patología de ingreso, tratamiento, diagnósticos de ingreso, estancia hospitalaria y parámetros paraclínicos diagnósticos del expediente clínico Los sujetos fueron reclutados según los criterios de inclusión/exclusión en una base de datos que conformó dos grupos de 60 casos cada uno, según la Unidad Hospitalaria de origen El Análisis estadístico se realizó a través de Chi cuadrada, "t" de Student y Análisis Multivariado

Criterios de Inclusión:

- * Individuos mayores de 18 años de edad
- * Pacientes ingresados al Servicio de Medicina Interna
- * Aceptación para participar en la resolución de todos los reactivos incluidos en las escalas de Zung y Hamilton de Detección de Síndrome Depresivo.
- * Expediente Clínico completo disponible para compilación de datos a través de la Historia clínica, Diagnósticos de ingreso formulados apoyados por parámetros clínicos y paraclínicos, Hojas de indicaciones y enfermería

Objetivos:

- * Evaluar la Incidencia del síndrome depresivo en pacientes hospitalizados en relación con su tiempo de estancia, en un servicio de Medicina Interna
- * Reiterar la necesidad de diagnosticar el síndrome depresivo en pacientes con padecimientos crónico degenerativos
- * Reconocer la relación de las distintas patologías crónico degenerativas más frecuentemente diagnosticadas en dos centros hospitalarios, y correlacionarlas con la Incidencia y Gravedad del Síndrome Depresivo.
- * Comparar los índices de calificación para diagnóstico de Síndrome Depresivo según las Escalas de Zung y Hamilton
- * Comparar la Incidencia del Síndrome Depresivo en dos poblaciones y niveles de atención distintos de la República Mexicana

Material y Métodos:

Se trata de un estudio de dos ramas, aleatorio, observacional, transversal, prospectivo, comparativo. Realizado en dos Hospitales del Instituto de Seguridad y Servicios Sociales para los Trabajadores del Estado tanto en el Distrito Federal, en la población del Hospital Regional Lic Adolfo López Mateos, como en Morelia, Michoacán, en el Hospital General Vasco de Quiroga Diseñado para determinar la incidencia del síndrome depresivo en pacientes ingresados al servicio de medicina interna en relación con su patología comórbida y días de estancia hospitalaria de zonas urbanas distintas Durante cortes transversales aleatorios a lo largo de un año, se capturaron 120 pacientes ingresados aleatoriamente al servicio de Medicina Interna sin discriminación de diagnóstico, sexo ni edad, a los cuales se aplicaron las escalas de Autoevaluación de Zung y Escala de Depresión de Hamilton para la detección de datos sugestivos de Síndrome depresivo Previo consentimiento informado

Se compiló la información referente a los antecedentes, patología de ingreso, tratamiento, diagnósticos de ingreso, estancia hospitalaria y parámetros paraclínicos diagnósticos del expediente clínico Los sujetos fueron reclutados según los criterios de inclusión/exclusión en una base de datos que conformó dos grupos de 60 casos cada uno, según la Unidad Hospitalaria de origen El Análisis estadístico se realizó a través de Chi cuadrada, "t" de Student y Análisis Multivariado

Criterios de Inclusión:

- * Individuos mayores de 18 años de edad
- * Pacientes ingresados al Servicio de Medicina Interna
- * Aceptación para participar en la resolución de todos los reactivos incluidos en las escalas de Zung y Hamilton de Detección de Síndrome Depresivo.
- * Expediente Clínico completo disponible para compilación de datos a través de la Historia clínica, Diagnósticos de ingreso formulados apoyados por parámetros clínicos y paraclínicos, Hojas de indicaciones y enfermería

Criterios de Exclusión:

- * Déficit cognocitivo y/o neurológico que imposibilitara la resolución adecuada de las escalas de Zung y Hamilton
- * Diagnóstico de enfermedad psiquiátrica primaria
- * Diagnóstico conocido de Síndrome Depresivo moderado a severo
- * Tratamiento farmacológico antidepressivo de más de 2 semanas de inicio
- * Expediente clínico incompleto al momento de la selección
- * Negación a participar en el Interrogatorio por parte del paciente

Cédula de Recolección de Datos:

La Escala de Autoevaluación de Zung consta de 20 reactivos para discriminar entre Depresión leve, Moderada y Severa. La Escala de Evaluación de Hamilton, con 17 reactivos discrimina entre el Paciente sin Depresión o con Depresión Moderada a Severa. El formato de Base de Datos incluyó las variables de edad, sexo, días de hospitalización al momento de la valoración, y enfermedades comórbidas, incluidas: Diabetes Mellitus, Hipertensión Arterial Sistémica, Insuficiencia Renal, Neoplasias, Enfermedades Autoinmunes, Cardiopatía (Insuficiencia Cardíaca), Neumopatía y Resultados de Escalas de Depresión aplicadas.

Resultados

Del 01 de Julio 01 al 30 de Jun 02 fueron reclutados 120 pacientes. Se capturaron edad, sexo, estancia hospitalaria y patología comórbida según: Diabetes Mellitus, Hipertensión Arterial, Nefropatía, Hepatopatía, Enfermedad Cerebrovascular, Neumopatía, Cardiopatía, Neoplasias, Patología autoinmune; y registraron calificaciones obtenidas en las Escalas de Autoevaluación de Zung y Aplicada de Hamilton.

Se dividieron resultados de acuerdo al lugar de origen, en 2 grupos de 60 individuos.

Las características demográficas de la población, se demostraron homogéneas en cuanto a sexo para ambos hospitales, sin diferencia significativa en cuanto a género dentro de un mismo grupo o en comparación entre ambos nosocomios. En cuanto a la edad, mantuvo un

Tabla 1. Características Demográficas

| | | | Hospital General | Hospital Regional | Total | χ^2 | p |
|-----------|--------------|---|------------------|-------------------|---------|----------|-------------|
| Pacientes | | | 60 | 60 | 120 | | |
| Sexo | Fem | N | 34 | 29 | 63 | | |
| | Mas | N | 26 | 31 | 57 | | |
| | Chi Cuadrada | | 0.769 | 0.302 | 0.3 | 0.593 | 0.584/0.441 |
| Edad | Rango | | 21 a 69 | 25 a 80 | 21 a 90 | -0.655 | 0.616 |
| | Media | | 64 | 64.5 | 64 | | |
| | DE | | 16.42 | 13.62 | 15.05 | | |
| | "s" | | 29.3 | 34.25 | 10.91 | | |
| | p | | <.000 | <.000 | <.000 | | |

Criterios de Exclusión:

- * Déficit cognocitivo y/o neurológico que imposibilitara la resolución adecuada de las escalas de Zung y Hamilton
- * Diagnóstico de enfermedad psiquiátrica primaria
- * Diagnóstico conocido de Síndrome Depresivo moderado a severo
- * Tratamiento farmacológico antidepressivo de más de 2 semanas de inicio
- * Expediente clínico incompleto al momento de la selección
- * Negación a participar en el Interrogatorio por parte del paciente

Cédula de Recolección de Datos:

La Escala de Autoevaluación de Zung consta de 20 reactivos para discriminar entre Depresión leve, Moderada y Severa. La Escala de Evaluación de Hamilton, con 17 reactivos discrimina entre el Paciente sin Depresión o con Depresión Moderada a Severa. El formato de Base de Datos incluyó las variables de edad, sexo, días de hospitalización al momento de la valoración, y enfermedades comórbidas, incluidas: Diabetes Mellitus, Hipertensión Arterial Sistémica, Insuficiencia Renal, Neoplasias, Enfermedades Autoinmunes, Cardiopatía (Insuficiencia Cardíaca), Neumopatía y Resultados de Escalas de Depresión aplicadas.

Resultados

Del 01 de Julio 01 al 30 de Jun 02 fueron reclutados 120 pacientes. Se capturaron edad, sexo, estancia hospitalaria y patología comórbida según: Diabetes Mellitus, Hipertensión Arterial, Nefropatía, Hepatopatía, Enfermedad Cerebrovascular, Neumopatía, Cardiopatía, Neoplasias, Patología autoinmune; y registraron calificaciones obtenidas en las Escalas de Autoevaluación de Zung y Aplicada de Hamilton.

Se dividieron resultados de acuerdo al lugar de origen, en 2 grupos de 60 individuos.

Las características demográficas de la población, se demostraron homogéneas en cuanto a sexo para ambos hospitales, sin diferencia significativa en cuanto a género dentro de un mismo grupo o en comparación entre ambos nosocomios. En cuanto a la edad, mantuvo un

Tabla 1. Características Demográficas

| | | | Hospital General | Hospital Regional | Total | χ^2 | p |
|-----------|--------------|---|------------------|-------------------|---------|----------|-------------|
| Pacientes | | | 60 | 60 | 120 | | |
| Sexo | Fem | N | 34 | 29 | 63 | | |
| | Mas | N | 26 | 31 | 57 | | |
| | Chi Cuadrada | | 0.769 | 0.302 | 0.3 | 0.593 | 0.584/0.441 |
| Edad | Rango | | 21 a 69 | 25 a 80 | 21 a 90 | -0.655 | 0.616 |
| | Media | | 64 | 64.5 | 64 | | |
| | DE | | 16.42 | 13.62 | 15.05 | | |
| | "s" | | 29.3 | 34.25 | 10.91 | | |
| | p | | <.000 | <.000 | <.000 | | |

Criterios de Exclusión:

- * Déficit cognocitivo y/o neurológico que imposibilitara la resolución adecuada de las escalas de Zung y Hamilton
- * Diagnóstico de enfermedad psiquiátrica primaria
- * Diagnóstico conocido de Síndrome Depresivo moderado a severo
- * Tratamiento farmacológico antidepresivo de más de 2 semanas de inicio
- * Expediente clínico incompleto al momento de la selección
- * Negación a participar en el Interrogatorio por parte del paciente

Cédula de Recolección de Datos:

La Escala de Autoevaluación de Zung consta de 20 reactivos para discriminar entre Depresión leve, Moderada y Severa. La Escala de Evaluación de Hamilton, con 17 reactivos discrimina entre el Paciente sin Depresión o con Depresión Moderada a Severa. El formato de Base de Datos incluyó las variables de edad, sexo, días de hospitalización al momento de la valoración, y enfermedades comórbidas, incluidas: Diabetes Mellitus, Hipertensión Arterial Sistémica, Insuficiencia Renal, Neoplasias, Enfermedades Autoinmunes, Cardiopatía (Insuficiencia Cardíaca), Neumopatía y Resultados de Escalas de Depresión aplicadas.

Resultados

Del 01 de Julio 01 al 30 de Jun 02 fueron reclutados 120 pacientes. Se capturaron edad, sexo, estancia hospitalaria y patología comórbida según: Diabetes Mellitus, Hipertensión Arterial, Nefropatía, Hepatopatía, Enfermedad Cerebrovascular, Neumopatía, Cardiopatía, Neoplasias, Patología autoinmune; y registraron calificaciones obtenidas en las Escalas de Autoevaluación de Zung y Aplicada de Hamilton.

Se dividieron resultados de acuerdo al lugar de origen, en 2 grupos de 60 individuos.

Las características demográficas de la población, se demostraron homogéneas en cuanto a sexo para ambos hospitales, sin diferencia significativa en cuanto a género dentro de un mismo grupo o en comparación entre ambos nosocomios. En cuanto a la edad, mantuvo un

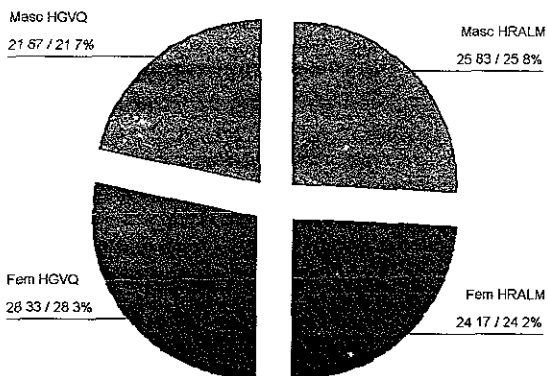
Tabla 1. Características Demográficas

| | | | Hospital General | Hospital Regional | Total | χ^2 | p |
|-----------|--------------|---|------------------|-------------------|---------|----------|-------------|
| Pacientes | | | 60 | 60 | 120 | | |
| Sexo | Fem | N | 34 | 29 | 63 | | |
| | Mas | N | 26 | 31 | 57 | | |
| | Chi Cuadrada | | 0.769 | 0.302 | 0.3 | 0.593 | 0.584/0.441 |
| Edad | Rango | | 21 a 69 | 25 a 80 | 21 a 90 | -0.655 | 0.616 |
| | Media | | 64 | 64.5 | 64 | | |
| | DE | | 16.42 | 13.62 | 15.05 | | |
| | "s" | | 29.3 | 34.25 | 10.91 | | |
| | p | | <.000 | <.000 | <.000 | | |

rango semejante entre ambos hospitales, encontrándose de 21 a 69 años para el Hospital General y de 25 a 80 años para el Regional, con lo cual no se demostró diferencia significativa entre ambos según "t" de Student pareada Sin embargo, para ambos nosocomios, sí se constató diferencia significativa de la población en base a edad Tabla 1

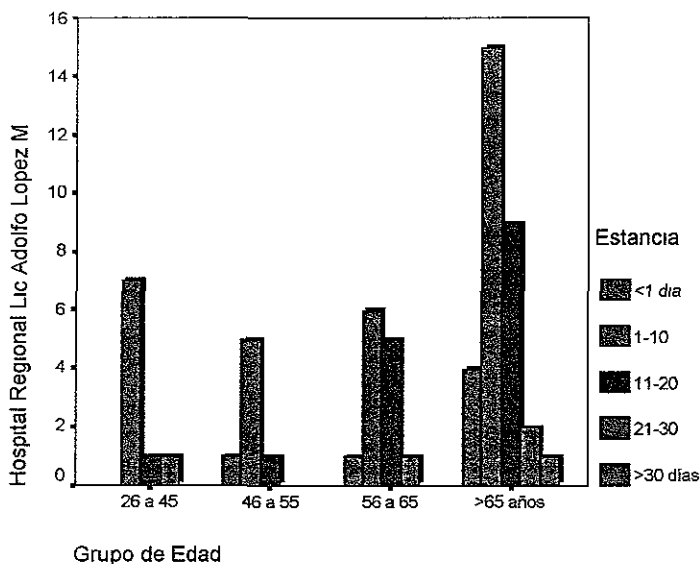
La distribución de individuos según grupo de edad mostró mayores proporciones en el rango de individuos mayores de 65 años en ambos Hospitales, comprendiendo hasta un 51.66% del total de la muestra estudiada Tabla 1b

| | Hospital General | Hospital Regional | Totales | Porcentaje |
|------------------|------------------|-------------------|---------|------------|
| Menos de 25 años | 1 | 0 | 1 | 0.83% |
| 26 a 45 | 10 | 9 | 19 | 15.83% |
| 46 a 55 | 8 | 7 | 15 | 13% |
| 56 a 65 | 10 | 13 | 23 | 19.16% |
| Más de 65 | 31 | 31 | 62 | 51.66% |
| Totales | 60 | 60 | 120 | 100% |

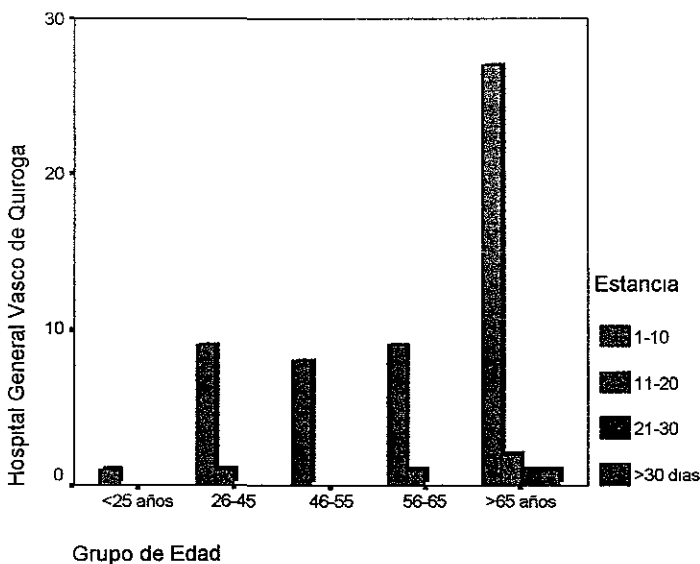


* HGVO: Hospital General Vasco de Quiroga
 HRALM: Hospital Regional Lic Adolfo López Mateos

TESIS CON
 FALLA DE ORIGEN

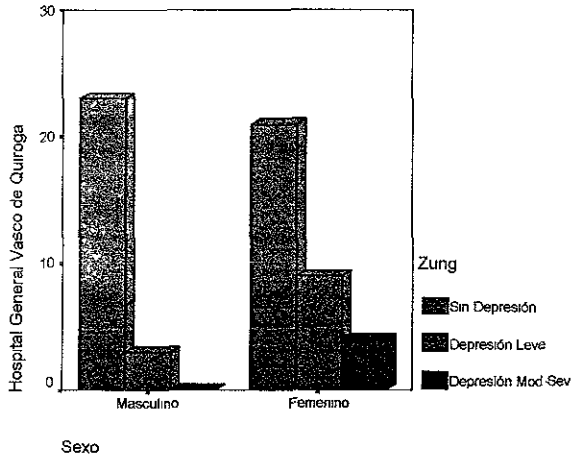
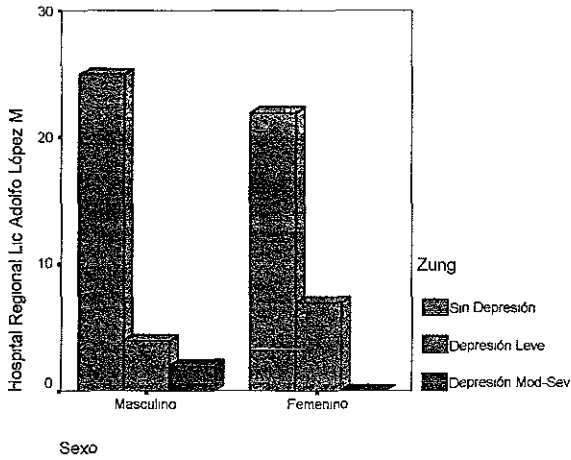


Los pacientes capturados con más de 30 días de internamiento, fueron, en ambos hospitales, individuos mayores de 65 años de edad



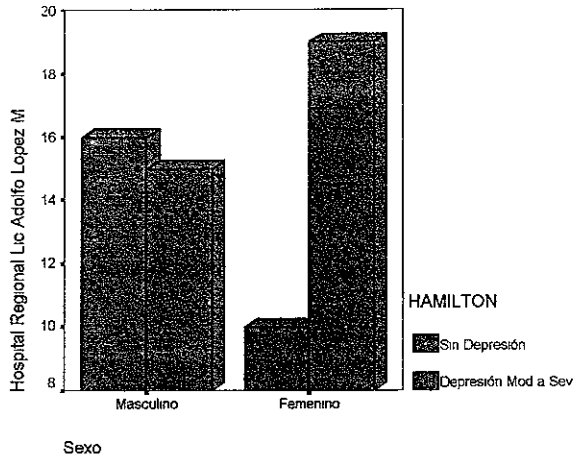
Según la Autoevaluación de Zung, hubo más casos de depresión leve en pacientes del sexo femenino en ambos hospitales, sin embargo, llamó la atención la presencia de depresión moderada a severa con mayor frecuencia en individuos de sexo masculino en el

Hospital Regional Lic Adolfo López Mateos y en el sexo femenino en el Hospital General Vasco de Quiroga

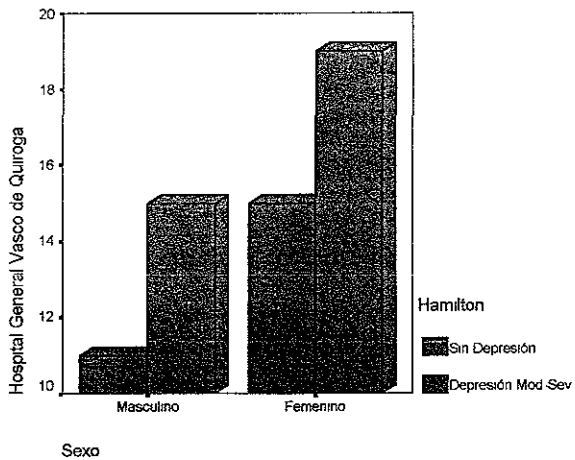


Según la Evaluación de Hamilton, la frecuencia de depresión moderada a severa, para ambos Hospitales fue mayor en pacientes del sexo femenino

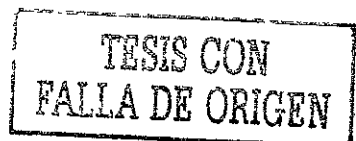


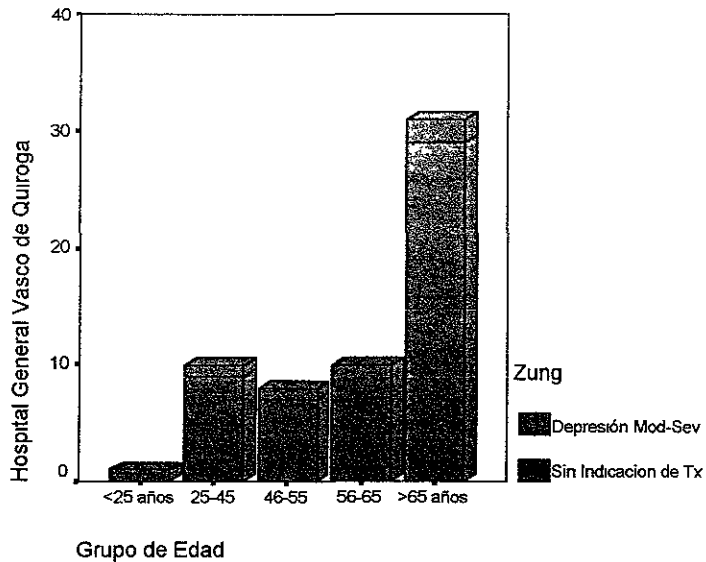
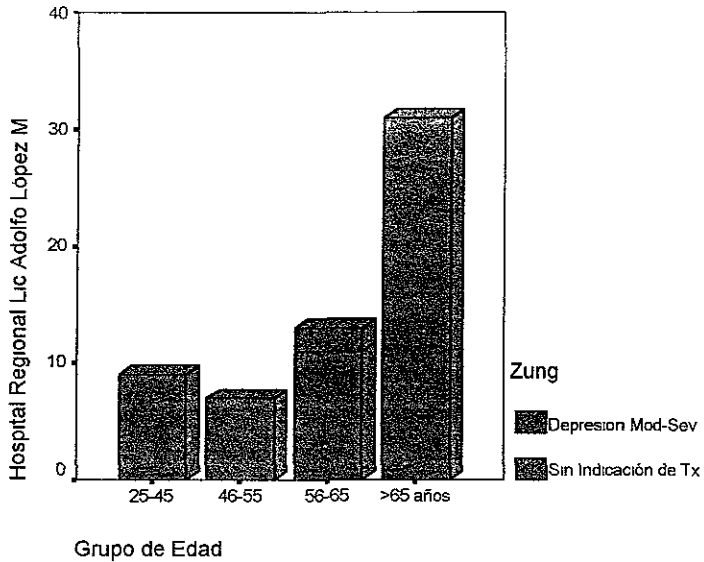


Sin embargo, en el Hospital General Vasco de Quiroga, la proporción de pacientes con depresión moderada a severa, en comparación con pacientes catalogados según la escala como no deprimidos, fue mayor aún en pacientes de género masculino



Se estableció discreto incremento en la frecuencia de diagnóstico de Depresión Moderada a Severa en individuos de 56 a 65 años del Hospital Regional Lic Adolfo López Mateos y mayores de 65 años en el Hospital General, de acuerdo a la Autoevaluación de Zung

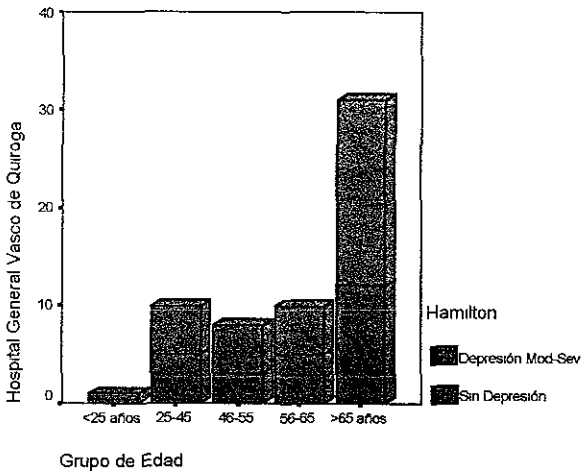
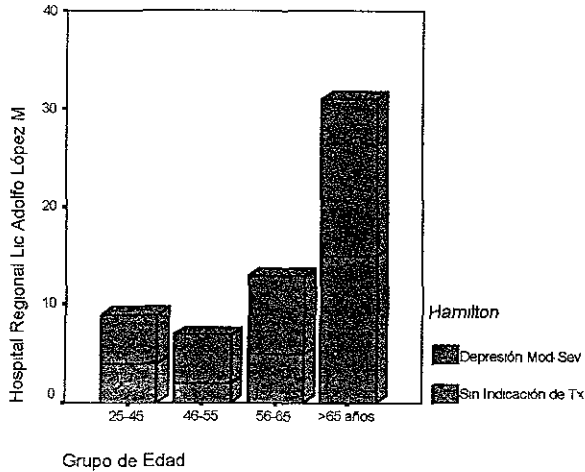




La Depresión Moderada a Severa diagnosticada mediante la Evaluación de Hamilton fue más frecuente en individuos mayores de 65 años para ambos hospitales, sin embargo la proporción entre individuos con y sin la patología fue semejante en todos los

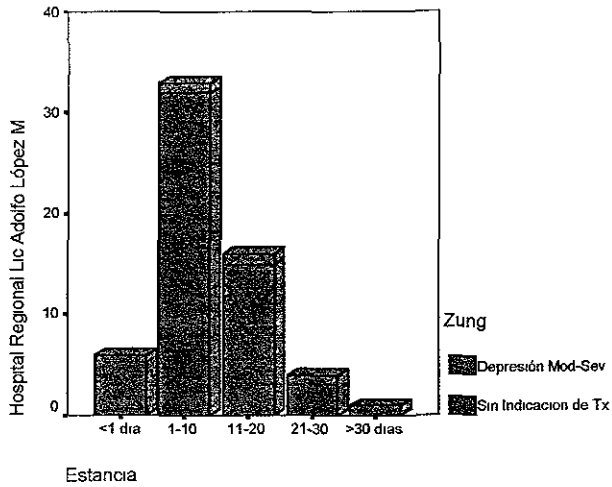


grupos de edad, excepto por menor incidencia de depresión en sujetos de menos de 25 años de edad en el Hospital General

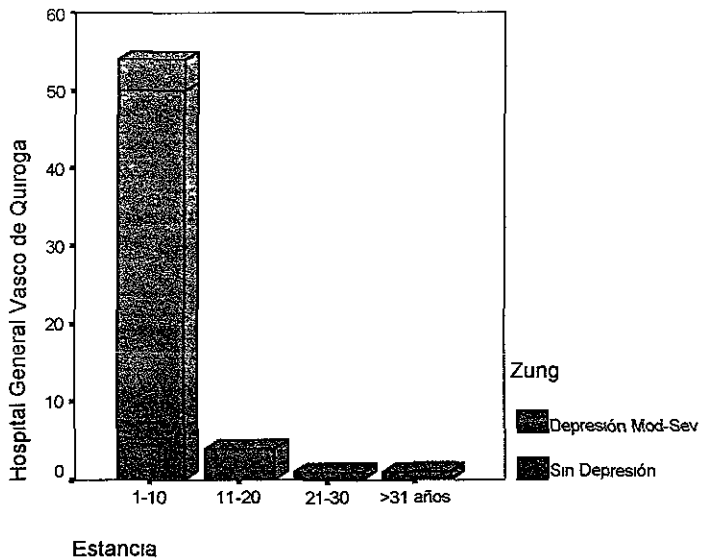


De acuerdo a la Autoevaluación de Zung, no existió correlación de frecuencia entre la incidencia de Síndrome Depresivo y el tiempo de Estancia Hospitalaria. El incremento diagnóstico se demostró en relación con la proporción de casos estudiados según los grupos de estancia hospitalaria establecidos

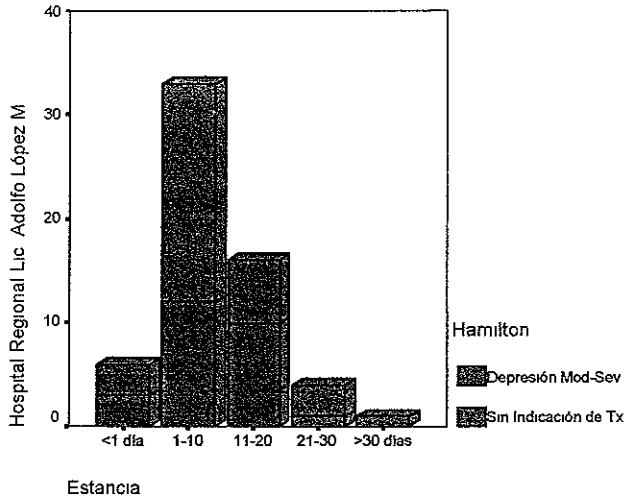
TESIS CON FALLA DE ORIGEN



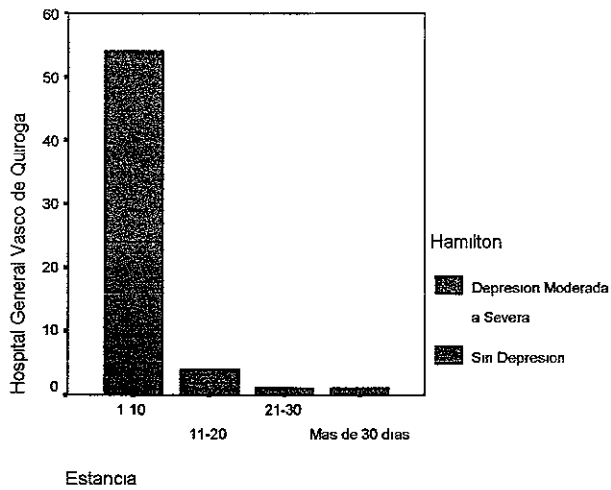
A mayor número de casos estudiados, más casos detectados de Depresión Moderada a Severa



El número de casos diagnosticados con Depresión Moderada a Severa fue mayor empleando la Escala de Hamilton, con la que, se registró también una proporción creciente de casos en relación directa con mayores estancias hospitalarias para ambos Hospitales



No obstante, la frecuencia de los casos se registró en individuos de 1-10 días de internamiento, en donde se concentró también la población predominante del estudio



TESIS CON
FALLA DE ORIGEN

Tabla 2 Estancia Hospitalaria

| | Población Total | Hospital General | Hospital Regional | 't' | p |
|--------------|-----------------|------------------|-------------------|-----|-------|
| Rango | 0a52 | 1a32 | 0a52 | 31 | 0.000 |
| Media | 6 | 5.5 | 9.78 | | |
| DE | 7.7 | 5.76 | 8.77 | | |
| 't' | 10.91 | 7.44 | 8.63 | | |
| p | <0.000 | <0.000 | <0.000 | | |
| Días Totales | | 383 | 1028 | | |

Se registraron diferencias significativas de estancia hospitalaria dentro de ambos hospitales y en las pruebas comparativas de éstos entres sí, esto último dado a que las estancias hospitalarias en general fueron menores en los individuos estudiados del Hospital Vasco de Quiroga

| | Hospital General | Hospital Regional | Totales | Porcentaje |
|----------------|------------------|-------------------|---------|------------|
| Menos de 1 día | 0 | 6 | 6 | 5.00% |
| 1 a 10 | 54 | 33 | 87 | 72.50% |
| 11 a 20 | 4 | 16 | 20 | 16.66% |
| 21 a 30 | 1 | 4 | 5 | 4.16% |
| Más de 30 | 1 | 1 | 2 | 1.66% |
| Totales | 60 | 60 | 120 | 100% |

El Síndrome Depresivo Moderado a Severo de acuerdo a tiempo de estancia hospitalaria se presentó hasta en el 4.18% según la Autoevaluación de Zung y 42.5% de la población según la Escala de Hamilton, ambas, incidencias mayores reportadas en el grupo de 1-10 días de estancia Hospitalaria

TESIS CON
FALLA DE ORIGEN

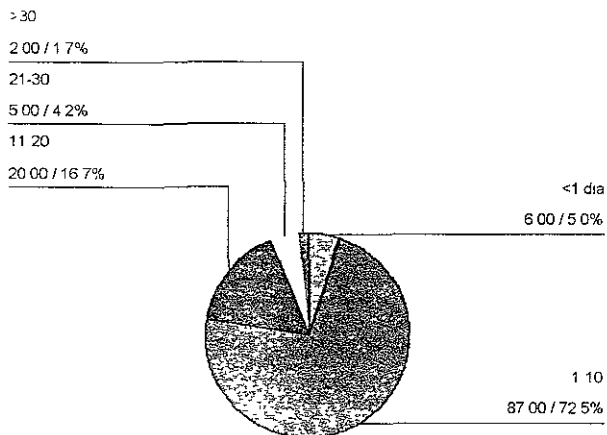


Tabla 2a. Incidencia de Síndrome Depresivo Moderado a Severo según Estancia Hospitalaria y Escala

| | Hospital General | | Hospital Regional | | Totales | | No. Total Pacientes | % en Total de Pacientes | Casos de Depresión | | % por No. De Casos | | |
|----------------|------------------|------|-------------------|------|---------|------|---------------------|-------------------------|--------------------|------|--------------------|--------|------|
| | AEMZung | HAMD | AEMZung | HAMD | AEMZung | HAMD | | | AEMZung | HAMD | AEMZung | HAMD | |
| Menos de 1 día | 0 | 0 | 0 | 3 | 0 | 3 | 6 | 0% | 2.50% | 2 | 3 | 0% | 100% |
| 1a 10 | 4 | 30 | 1 | 26 | 5 | 51 | 87 | 4.16% | 42.50% | 24 | 51 | 20.83% | 100% |
| 11 a 20 | 0 | 2 | 1 | 6 | 1 | 8 | 20 | 0.83% | 6.66% | 2 | 8 | 50.00% | 100% |
| 21 a 30 | 0 | 1 | 0 | 3 | 0 | 4 | 5 | 0% | 3.33% | 1 | 4 | 0% | 100% |
| Más de 30 | 0 | 1 | 0 | 1 | 0 | 2 | 2 | 0% | 1.66% | 0 | 2 | 0% | 100% |
| Totales | 4 | 34 | 2 | 34 | 6 | 68 | 120 | 4.99% | 56.66% | 29 | 68 | 71% | 100% |

TESIS CON
FALLA DE ORIGEN

Tabla 3 Puntaje según Escala de Depresión

| | | Hospital General | Hospital Regional | Totales | "t" | p |
|----------|----------|------------------|-------------------|---------|-------|-------|
| EAM Zung | Rango | 20 a 65 | 23 a 70 | 20 a 70 | -0.74 | 0.941 |
| | Promedio | 40.8 | 40.65 | 40.72 | | |
| | DE | 11.08 | 10.36 | 10.68 | | |
| | "t" | 28.51 | 30.38 | 41.75 | | |
| | p | <0.000 | <0.000 | <0.000 | | |
| HAM-D | Rango | 3 a 30 | 7 a 33 | 3 a 33 | 0.197 | 0.844 |
| | Promedio | 16.06 | 7.17 | 16.19 | | |
| | DE | 7.17 | 6.67 | 6.9 | | |
| | "t" | 17.35 | 18.92 | 25.7 | | |
| | p | <0.000 | <0.000 | <0.000 | | |

La Incidencia de Síndrome Depresivo entre ambos Hospitales, aún analizando comparativamente el resultado de las dos escalas empleadas, no mostró diferencia estadísticamente significativa

Tabla 4 Depresión según Escala

| | | Hospital General | Hospital Regional | Totales | x2 | p |
|----------|---------------------|------------------|-------------------|---------|--------|--------|
| EAM Zung | Sin Depresión | 44 | 47 | 91 | | |
| | Leve | 12 | 11 | 23 | | |
| | Moderada a Severa | 4 | 2 | 6 | | |
| | Total Depresión | 16 | 13 | 29 | -0.758 | 0.449 |
| | <i>Chi Cuadrada</i> | 44.8 | 56.7 | 101.15 | | |
| p | <0.000 | <0.000 | <0.000 | | | |
| HAM-D | Sin Depresión | 26 | 26 | 52 | | |
| | Moderada a Severa | 34 | 34 | 68 | | |
| | Total Depresión | 34 | 34 | 68 | 0.000* | 1.000* |
| | <i>Chi Cuadrada</i> | 1.067 | 1.067 | 2.133 | | |
| | p | 0.302 | 0.302 | 0.144 | | |

La Depresión se diagnosticó en 29 individuos totales según la Autoevaluación de Zung y en 68 pacientes según la Escala de Hamilton, con diferencia significativa en cuanto a frecuencia de diagnóstico según escala estandarizada, aún en pacientes con Depresión Moderada a Severa e Indicación de inicio de tratamiento farmacológico

TESIS CON
FALLA DE ORIGEN

No existió diferencia estadísticamente significativa entre el número de casos con y sin los diagnósticos de Diabetes Mellitus e Hipertensión Arterial para ambos Hospitales, para Insuficiencia Renal en el Hospital Regional y Cardiopatía en el Hospital General. Desafortunadamente, el número de casos discriminados para neoplasias, enfermedades autoinmunes, neumopatías y enfermedades cerebrovasculares fue insuficiente para una adecuada evaluación cualitativa así como para vinculación certera con incidencia de síndrome depresivo.

Tabla 4 Comorbilidad

| Diagnóstico Clínico | Hospital General | Hospital Regional | Totales | Wilcoxon (p) |
|--|------------------|-------------------|------------|--------------|
| Diabetes Mellitus | 34 | 26 | 60 | |
| <i>Chi Cuadrada</i> | 1 067 | 1 067 | 1 53* | |
| <i>p</i> | 0 302 | 0 302 | 0 216 | 0 157 |
| Hipertensión Arterial Sistémica | 37 | 35 | 72 | |
| <i>Chi Cuadrada</i> | 3 267 | 1 667 | | |
| <i>p</i> | 0 071 | 0 197 | 0 839** ES | 0 683 |
| Insuficiencia Renal | 13 | 33 | 46 | |
| <i>Chi Cuadrada</i> | 19 267 | 0 6 | 10 61 | |
| <i>p</i> | <0 0001 | 0 439 | < 001* | 0 001 |
| Neoplasias | - | 16 | 23 | |
| <i>Chi Cuadrada</i> | 35 267 | 13 067 | | |
| <i>p</i> | <0 0001 | <0 0001 | 064**ES | 0 039 |
| E. Autoinmunes | 3 | 4 | 7 | |
| <i>Chi Cuadrada</i> | 48 6 | 45 065 | | |
| <i>p</i> | <0 0001 | <0 0001 | 1 000**ES | 0 705 |
| Neumopatías | 7 | 3 | 10 | |
| <i>Chi Cuadrada</i> | 35 267 | 48 6 | | |
| <i>p</i> | <0 0001 | <0 0001 | 344**ES | 0 206 |
| E. Cerebrovasculares | 1 | 2 | 3 | |
| <i>Chi Cuadrada</i> | 56 067 | 52 267 | | |
| <i>p</i> | <0 0001 | <0 0001 | 1 000**ES | 0 564 |
| Cardiopatías | 25 | 44 | 69 | |
| <i>Chi Cuadrada</i> | 1 667 | 13 067 | 9 81* | |
| <i>p</i> | 0 197 | <0 0001 | 0 002 | 0 001 |
| Totales | 127 | 163 | 290 | 290 |

* Chi cuadrada segun Mc Nemar

** Distribucion Binominal

| Tabla 5. Depresión y Relación Comórbida | AEM Zung | | | Hospital Regional | | | HAM-D | | | Hospital Regional | | | Totales | % | % |
|---|----------|----|------|-------------------|----|------|-------|------|-------|-------------------|-------|--------|---------|---|---|
| | SD | DL | DM-S | SD | DL | DM-S | SD-DL | DM-S | SD-DL | DM-S | SD-DL | DM-S | | | |
| DM | 24 | 7 | 3 | 18 | 6 | 2 | 16 | 18 | 10 | 16 | 60 | 30% | 56.66% | | |
| HAS | 29 | 6 | 2 | 26 | 7 | 2 | 18 | 19 | 11 | 24 | 72 | 23.61% | 59.72% | | |
| Insuficiencia Renal | 7 | 5 | 1 | 26 | 5 | 2 | 4 | 9 | 13 | 20 | 46 | 28.26% | 63.04% | | |
| Neoplasias | 5 | 2 | 0 | 12 | 4 | 0 | 4 | 3 | 7 | 9 | 23 | 26.08% | 52.17% | | |
| Patología Autoinmune | 3 | 0 | 0 | 4 | 0 | 0 | 2 | 1 | 3 | 1 | 7 | 0% | 28.57% | | |
| Neumopatía | 6 | 1 | 0 | 3 | 0 | 0 | 2 | 5 | 1 | 2 | 10 | 10% | 70% | | |
| E. Cerebrovascular | 1 | 0 | 0 | 1 | 1 | 0 | 0 | 1 | 0 | 2 | 3 | 33.33% | 100% | | |
| Cardiopatía | 20 | 3 | 2 | 37 | 5 | 2 | 12 | 13 | 21 | 23 | 69 | 17.39% | 52.17% | | |

TESIS CON
FALLA DE ORIGEN

La Depresión presentó incidencias incrementadas de acuerdo a frecuencia de diagnóstico según número de casos estudiados y prueba evaluatoria Coincidiendo menor número de individuos diagnosticados con la Autoevaluación de Zung y detecciones de hasta el 100% de casos evaluados con la Escala de Hamilton

Enseguida se muestran distintas gráficas de relación diagnóstica entre las distintas patologías más frecuentes y el síndrome depresivo moderado a severo (con indicación de tratamiento farmacológico) De acuerdo a Hospital de origen y Prueba evaluatoria empleada La Diabetes Mellitus, Hipertensión Arterial y Cardiopatías demostraron consistentemente, según ambas escalas, un mayor número de casos de depresión moderada a severa en ambos Hospitales (patologías con mayor población) La Insuficiencia Renal presentó un mayor número de casos de Depresión Moderada a Severa en el Hospital Regional

Discusión

En la realidad, tanto dentro de nuestro país como en estadísticas elaboradas en Canadá y los Estados Unidos de Norteamérica, el Síndrome Depresivo sigue siendo una entidad subdiagnosticada fuera de servicios especializados de psiquiatría, no obstante sus implicaciones en el pronóstico de morbilidad y mortalidad de los pacientes con patología concomitante, en quienes por diversos factores, se facilita la génesis de un trastorno del estado de ánimo. El médico especialista infravalora el poder terapéutico de la atención al síndrome depresivo, en la propia patología crónico degenerativa. Se han documentado ya, mejoría en el apego y respuesta al tratamiento de las patologías orgánicas de base en relación a tratamiento de trastornos del estado de ánimo, y particularmente del síndrome depresivo vinculado con éxito en el manejo de pacientes con fármaco dependencias, cefalea crónica, fibromialgia, enfermedades neurológicas, trastornos ginecoobstétricos, enfermedades crónico degenerativas, desórdenes alimentarios, e incluso, con impacto pronóstico en la mortalidad según trabajos realizados en pacientes geriátricos. La medicina sigue siendo una ciencia Bio-Psico-Social, en tanto el médico respete y atienda cada uno de estos aspectos con integridad, el paciente recibirá un beneficio mayor. En el presente estudio, a pesar de los diferentes factores ambientales de dos Unidades hospitalarias, el comportamiento de ambas poblaciones resultó ser particularmente semejante independientemente de la escala evaluatoria de síndrome depresivo empleada, y salvo la diferencia estadística en estancia hospitalaria y en cuanto al número de casos registrados para cada uno de los nosocomios, de patologías comórbidas definidas, la Incidencia de Síndrome Depresivo no mostró variación de acuerdo a sitio de origen. El tiempo de permanencia en un servicio de hospitalización se determinó, en la población estudiada, mayor para el Hospital Regional, comprensible dada la referencia a Tercer Nivel de Atención de los pacientes complicados o con necesidades diagnósticas superiores al nivel de atención tratante en el Hospital General. Sin embargo, aún cuando los pacientes con más de 21 días de hospitalización presentaron frecuencias superiores de síndrome depresivo, no se demostró una relación estadísticamente significativa de incidencia según estancia hospitalaria, ya que se registró una proporción homogénea de casos con depresión moderada a severa aún en pacientes recientemente ingresados, con una fluctuación promedio de 22.4 a 59.6% la cual, cabe mencionar, fue sensiblemente superior a la de la población general (conocida en la población general mexicana de hasta 8.7%), e incluso mayor a la reportada en estudios previos de incidencia en pacientes con padecimientos crónico degenerativos (30.5%) según escala aplicada. Las más altas incidencias de síndrome depresivo, por tanto, se detectaron en el grupo de estancia hospitalaria con mayor número de individuos, para el Hospital Regional de 1-20 días y para el General de 1 a 10 días (72.5%), aún cuando la distribución de casos por grupo fue semejante.

No existió diferencia significativa en cuanto a género, y la incidencia de Depresión, sin ser motivo de estudio en el presente trabajo, fue superior para el sexo femenino según ambas escalas aplicadas, llamando la atención una mayor proporción de casos con depresión moderada a severa del sexo masculino, según Hamilton en el Hospital General.

Por grupos de edad, para el Hospital Regional según la escala de Zung, se registró una mayor cantidad de pacientes con depresión moderada a severa entre los 56 y 65 años, siendo para el Hospital General, el grupo más afectado de más de 65 años. Sin embargo, la Escala de Hamilton reportó cifras constantes de acuerdo al número de individuos encuestados para cada grupo de edad, observándose de forma indiferente una incidencia

promedio de un 50% del número de casos para cada grupo de edad (excepto en individuos menores de 25 años del Hospital General)

La relación comórbida del Síndrome Depresivo con distintas patologías se expresó en relación directa con el número de individuos captados es decir a mayor muestra encuestada con la patología definida, mayor incidencia de síndrome depresivo. La Diabetes Mellitus consiguió relación con síndrome depresivo moderado a severo, según escala evaluatoria de un 30 a un 56.6% de los casos, la Hipertensión Arterial Sistémica de 23.61 a 59.72%, la Insuficiencia Renal de 28.26 a 63.04%, Neoplasias 26.08 a 52.17%, patología Autoinmune de 0 a 28.57%, Neumopatía 10-70%, Enfermedad Cerebrovascular 33.3 a 100% y Cardiopatía 17.39 a 52.17%, alcanzando cifras estadísticamente significativas únicamente la Diabetes Mellitus, la Hipertensión Arterial Sistémica, Cardiopatía y en el caso del Hospital Regional la Insuficiencia Renal debido al reducido número de casos acumulados con respecto a las patologías de las categorías restantes. No hubo diferencias significativas en cuanto al número de casos registrados por patología de base, excepto en el caso de pacientes con Insuficiencia renal, Neoplasias y Cardiopatías.

Por último, deseamos enfatizar la diferencia de valores estadísticos, establecida entre los resultados obtenidos según la Escala Aplicada en cuanto a Incidencia de Depresión, notados invariablemente más bajos con la EAMD Zung. La diferencia entre ambas escalas la establece el punto de apreciación, siendo la sintomatología depresiva capturada por el propio paciente (EAMD Zung) o por el médico (HAM-D), por lo que consideramos a los resultados el reflejo de la negación del paciente crónico a manifestar desórdenes del estado de ánimo, más que cierta predisposición del médico evaluador para detectar sintomatología depresiva entre pacientes crónicos, discriminar el origen de estos resultados podría ser bien motivo de un estudio longitudinal que compare los puntajes obtenidos en los distintos rubros de ambas escalas.

El valor de un diagnóstico oportuno y un tratamiento eficaz va más allá del síndrome depresivo, y la patología comórbida, el impacto a largo plazo puede alcanzar el carácter de medicina preventiva en los individuos allegados a nuestro paciente, consiguiendo un beneficio colectivo. En el presente trabajo, la totalidad de individuos reportados con síndrome depresivo moderado a severo habían escapado al diagnóstico y tratamiento por médicos de primer contacto y durante su hospitalización, sólo un 2% fueron considerados por su médico especialista como candidatos para recibir algún manejo terapéutico. Al momento de su captura, ninguno había iniciado tratamiento.

El médico inicia una etapa de sensibilización que comienza a dar frutos según una encuesta realizada a médicos del primer nivel de atención el presente año, analizada en el Distrito Federal. De 201 médicos entrevistados (76.3% generales, 15.9% familiares y 7.8% de otra especialidad), el 88.1% atienden pacientes con algún tipo de enfermedad depresiva, 98.5% consideran la depresión un problema de salud pública y el 96% desean recibir capacitación en el manejo de la enfermedad depresiva. Consideraron el porcentaje de pacientes con enfermedad depresiva atendidos en su consulta de un 3 a 69.9% (cifras comparables a los resultados obtenidos por nuestro estudio), expresando que hasta el 70.6% no reconocen su enfermedad, que el porcentaje de pacientes que aceptan el tratamiento antidepressivo va de un 23.6 a un 43.8% con mantenimiento de dicho tratamiento de un 7.1 a un 68.1%. Entre las enfermedades médicas asociadas con mayor incidencia de depresión se identificaron el Cáncer, el Síndrome de Inmunodeficiencia Adquirida, Diabetes Mellitus, Otras Crónicas Degenerativas, Cardíacas y la Hipertensión Arterial como tal, lo cual se ajusta a nuestros resultados. Generándose dificultad diagnóstica con expresión simultánea de patología psiquiátrica diversa, múltiples quejas somáticas, padecimientos médicos

concomitantes, falta de conciencia de enfermedad o asociación con ciertas etapas de la vida. Esta apertura, motivada por estudios precedentes, que han desenmascarado una alta tasa de pacientes con enfermedad no diagnosticada o incluso, diagnosticada e ineficazmente tratada, representa una satisfactoria demostración de conciencia cuando el Programa Nacional de Depresión pronostica la ubicación de la Depresión Mayor entre las primeras causas de morbi-mortalidad para los próximos años en nuestro país.

Conclusiones

- 1 El Síndrome Depresivo presenta incidencias de acuerdo a la escala evaluatoria empleada, según EAMD Zung 22.4-28.1% y HAM-D 57.3-59.6%, en pacientes ingresados al Servicio de Medicina Interna.
- 2 El porcentaje de pacientes con indicación terapéutica potencial, por Depresión Moderada a Severa se estimó en 22.5-89.9% por EAMD Zung y del 57.3-59.6% para HAM-D.
- 3 No existió diferencia estadísticamente significativa en la Incidencia de Síndrome Depresivo en relación con el lugar de origen y/o nivel de atención tratante de los Individuos estudiados.
- 4 Existió correlación entre la Incidencia de Síndrome Depresivo y creciente estancia hospitalaria, sin embargo fue más frecuente, en pacientes con estancias promedio de 1-20 días para el Hospital Regional Lic Adolfo López Mateos y 1-10 días para el Hospital General Vasco de Quiroga.
- 5 Los pacientes con diagnóstico de Diabetes Mellitus, Hipertensión Arterial Sistémica, y Cardiopatía en ambos Hospitales, presentaron incidencias mayores de Síndrome Depresivo.
- 6 La Insuficiencia Renal presentó mayor frecuencia de Síndrome Depresivo únicamente en el Hospital Regional Lic Adolfo López Mateos **.

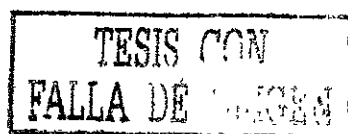
concomitantes, falta de conciencia de enfermedad o asociación con ciertas etapas de la vida. Esta apertura, motivada por estudios precedentes, que han desenmascarado una alta tasa de pacientes con enfermedad no diagnosticada o incluso, diagnosticada e ineficazmente tratada, representa una satisfactoria demostración de conciencia cuando el Programa Nacional de Depresión pronostica la ubicación de la Depresión Mayor entre las primeras causas de morbi-mortalidad para los próximos años en nuestro país.

Conclusiones

- 1 El Síndrome Depresivo presenta incidencias de acuerdo a la escala evaluatoria empleada, según EAMD Zung 22.4-28.1% y HAM-D 57.3-59.6%, en pacientes ingresados al Servicio de Medicina Interna.
- 2 El porcentaje de pacientes con indicación terapéutica potencial, por Depresión Moderada a Severa se estimó en 22.5-89.9% por EAMD Zung y del 57.3-59.6% para HAM-D.
- 3 No existió diferencia estadísticamente significativa en la Incidencia de Síndrome Depresivo en relación con el lugar de origen y/o nivel de atención tratante de los Individuos estudiados.
- 4 Existió correlación entre la Incidencia de Síndrome Depresivo y creciente estancia hospitalaria, sin embargo fue más frecuente, en pacientes con estancias promedio de 1-20 días para el Hospital Regional Lic Adolfo López Mateos y 1-10 días para el Hospital General Vasco de Quiroga.
- 5 Los pacientes con diagnóstico de Diabetes Mellitus, Hipertensión Arterial Sistémica, y Cardiopatía en ambos Hospitales, presentaron incidencias mayores de Síndrome Depresivo.
- 6 La Insuficiencia Renal presentó mayor frecuencia de Síndrome Depresivo únicamente en el Hospital Regional Lic Adolfo López Mateos **

BIBLIOGRAFIA

- 1 Gruenberg, Alan M & col Depressive disorders Tasman Psychiatry, 1st ed , 1997 W B Saunders Company
- 2 Imán, Steven E & col Mood & anxiety disorders Rubenstein & Federman s Scientific American Medicine, 1997 Scientific American, Inc
- 3 Ramírez de Lara, I & col Eventos cotidianos, percepción del stress y enfermedad psiquiátrica Revista Médica del ISSSTE 1972;7 489-510
- 4 Lara Tapia, H &col Algunas normas para la medición de la depresión Neurología-Neurocirugía-Psiquiatría 1976;17(1):5-15
- 5 Lara Tapia, H & col Un estudio sobre las alteraciones mentales iatrogénicas en pacientes con enfermedad de Parkinson Revista Médica ISSSTE 1979;2(1):29-33
- 6 Lara Tapia, H Alteraciones Psiquiátricas en la Insuficiencia Vascular Cerebral Arch Neurociencias 1996;1(4):292-297
- 7 Lara Tapia, H & cols Estudio clínico epidemiológico de la depresión mayor en el Instituto Nacional de Neurología y Neurocirugía Manuel Velasco Suárez durante tres años (1996-1998) Psiquiatría 2001,17(2) 47-50
- 8 Lara Tapia, H & cols Depresión y miedo a la muerte en pacientes con cáncer de mama. Revista Mexicana de Psicología 2001,
- 9 Lara Tapia, H & cols Depresión mayor y climatelio: Un estudio controlado 2001
- 10 Velásquez, R & cols Epidemiología psiquiátrica en un hospital de tercer nivel de atención en un sistema de seguridad social. Psiquiatría 2001
- 11 Rantanen Taina & cols Depressed mood and body mass index as predictors of muscle strength in old men Journal of the American Geriatrics Society 2000;46(6)
- 12 Mueller Timothy I. & col Recovery, chronicity and levels of psychopathology in major depression Psychiatric Clinics of North America 1996;19(1):85-102
- 13 Programa Nacional de Depresión
- 14 First Michael B & col Nosology in chronic mood disorders Psychiatric Clinics of North America 1996,19(1) 29-39
- 15 Szewczyk Marcia & col Depresión and related disorders Primary Care.Clinics in Office Practice 1997,24(1):83-101
- 16 Blazer Dan G & col Depresión in the elderly Psychiatric Clinics of North America 1997;20(1).111-119
- 17 Devlin Michael J. & col Assessment and treatment of binge-eating disorder Psychiatric Clinics of North America 1996;19(4):761-772
- 18 Kreipe Richard E. & cols Eating disorders in adolescents and young adults Obstetrics and Gynecology Clinics 2000,27(1):101-124
- 19 Pare Michael F. & col Personality disorders in primary care Primary Care;Clinics in Office Practice 1999,26(2):243-278
- 20 Moscicki Eve K & col. Identification of suicide risk factors using epidemiologic studies. Psychiatric Clinics of North America 1997;20(3).499-517
- 21 Keller Martin B. & cols. Summary of the DSM IV mood disorders field trial and issue overview Psychiatric Clinics of North America 1996,19(1).1-28
- 22 Holzer Charles E & cols Reliability of diagnosis in mood disorders Psychiatric Clinics of North America 1996;19(1):73-84



- 23 Diket Albert L & cols Anxiety and depression Obstetrics and Gynecology Clinics 1997,24(3) 535-558
- 24 Blazer Dan G Depression in the elderly,Myths and Misconceptions Psychiatric Clinics of North America 1997,20(1) 111-119
- 25 Kawakami Norito & cols Prevalence of mood disorders in a working population in Japan Journal of Occupational and Environmental Medicine 1996,38(9):809-905
- 26 Chevalier Anne Ocupational factors of anxiety and depressive disorders in the French National Electricity and Gas Company Journal of Occupational and Environmental Medicine 1996,38(11) 1098-1107
- 27 Kaneda Y The relation between anxiety and depressive symptoms in normal subjects and patients with anxiety and/or mood disorders J Med Invest 2000;47(1-2):14-18
- 28 Ohayon MM Differentiating DSM IV anxiety and depressive disorders in the general population:comorbidity and treatment consequences Can J Psychiatry 2000,45(2) 166-172
- 29 Moore J David &col Depression and dysthymia Medical Clinics of North America 2001,85(3),631-643
- 30 Brown Candace S & col. Depression and anxiety disorders Obstetrics and Gynecology Clinics 2001; 28(2).
- 31 Rushton Jerry L & col Epidemiology of Depressive Symptoms in the National Longitudinal Study of Adolescent Health Journal of the American Academy of Child and Adolescent Psychiatry 2002, 41(2).
- 32 Lyness Jeffrey M & col The Importance of Subsyndromal Depression in Older Primary Care Patients Prevalence and Associated Functional Disability Journal of the American Geriatrics Society 1999; 47(6): 647-652
- 33 Desmond David W. & col Mortality in patients with dementia after ischemic stroke Neurology 2002, 59(4)
- 34 Anfinson Theodore J & col A Health Services Perspective on Delivery of Psychiatric Services in Primary Care Including Internal Medicine 2001, 85 (3)

TESIS CON
 FALLA DE ORIGEN