11227

UNIVERSIDAD NACIONAL AUTONOMA DE MEXICO

DIVISION DE ESTUDIOS DE POSGRADO

FACULTAD DE MEDICINA

CURSO DE ESPECIALIZACION EN MEDICINA INTERNA

HOSPITAL REGIONAL "1° DE OCTUBRE"

I. S. S. S. T. E.

PREVALENCIA DE LA DEPRESION EN PACIENTES ATENDIDOS EN EL SERVICIO DE MEDICINA INTERNA DEL HOSPITAL REGIONAL "1° DE OCTUBRE", MEDIANTE LA APLICACION DE LA ESCALA DEL DR. WILLIAM ZUNG.

TESIS DE POSGRADO

QUE PARA OBTENER EL TITULO DE:

ESPECIALISTA EN MEDICINA INTERNA

P R E S E N T A

DR. PEDRO MIRANDA ARAMBULA.

MEXICO, D.F. A OCTUBRE DE 1 9 9 6

TESIS CON
FALLA DE ORIGEN

Universidad Nacional Autónoma de México
UNAM
Biblioteca Central
Dirección General de Bibliotecas de la UNAM

UNAM – Dirección General de Bibliotecas
Tesis Digitales
Restricciones de uso

DERECHOS RESERVADOS ©
PROHIBIDA SU REPRODUCCIÓN TOTAL O PARCIAL

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

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

DR. OSCAR SAITA KAMINO

PROFESOR TITULAR DEL CURSO.

DR. OSCAR SAITA KAMINO.

ASESOR DE TESIS.

DR. HORACIO OLVERA HERNANDEZ.

JEFE DE ENSEÑANZA E INVESTIGACION.

FACULTAD DE MEDICINA
ABR. 25 1995
SECRETARIA DE SERVICIOS ESCOLARES
DEPARTAMENTO DE POSGRADO AMB

I. S. S. S. T. E.
SUBDIRECCION MEDICA
OCT. 31 1994
HOSP. G. 1o. DE OCTUBRE
JEFATURA DE ENSEÑANZA E INVESTIGACION

EL GRAN MISTERIO.

EL HOMBRE DE CIENCIA, LEYENDO EL LIBRO DE LA NATURALEZA DEBE ENCONTRAR LA SOLUCION EL MISMO, PORQUE NO PUEDE, COMO SUELEN HACER CIERTOS LECTORES IMPACIENTES, SALTAR HACIA EL FINAL DEL LIBRO.

A. EINSTEIN.

DIVERSOS HOMBRES PUEDEN SER AFECTADOS DE DIFERENTES MANERAS POR UN SOLO OBJETO, Y UN MISMO HOMBRE PUEDE SER AFECTADO POR UN SOLO OBJETO DE DISTINTAS MANERAS EN DIVERSOS TIEMPOS.

SPINOZA.

TODA NEUROSIS ES EL RESULTADO DE UN CONFLICTO ENTRE LOS PODERES CONGENITOS DEL HOMBRE Y AQUELLAS FUERZAS QUE BLOQUEAN SU DESARROLLO.

LOS SINTOMAS NEUROTICOS, AL IGUAL QUE LOS SINTOMAS DE UN MAL FISICO, SON LA EXPRESION DE LA LUCHA QUE LA PARTE SANA DE LA PERSONALIDAD SOSTIENE CONTRA LAS INFLUENCIAS INVALIDANTES DIRIGIDAS CONTRA SU DESPLIEGUE.

E. FROMM.

I N D I C E

R E S U M E N	1
S U M M A R Y	3
I N T R O D U C C I O N	5
M A T E R I A L Y M E T O D O S	8
R E S U L T A D O S	9
D I S C U S I O N	1 5
C O N C L U S I O N E S	2 0
B I B L I O G R A F I A	2 1

RESUMEN:

PREVALENCIA DE LA DEPRESION EN PACIENTES ATENDIDOS EN EL SERVICIO DE MEDICINA INTERNA DEL HOSPITAL REGIONAL "1° DE OCTUBRE", MEDIANTE LA APLICACION DE LA ESCALA DEL DR. WILLIAM ZUNG.

La depresión es un padecimiento frecuente en la población que a menudo acompaña a enfermedades crónicas y no es identificado por el médico.

En nuestro medio se desconoce la prevalencia de la depresión. En algunos algunos hospitales, se ha empleado el uso de encuestas - con éxito, para detectar este problema en los pacientes. Se destaca el uso de la escala de Zung, por su sensibilidad del 97% y su especificidad de hasta el 82%.

Se realizó un estudio prospectivo, transversal, abierto; a los pacientes atendidos por el servicio de medicina interna en la con-- sulta externa, hospitalización y urgencias, durante un periodo de - 15 meses. Se reclutaron 478 pacientes, 267 (55.8%) mujeres, y 211 - (44.2%) hombres; con edad entre 18 a 64 años y media de 41 años. Se distribuyeron dentro de dos grupos: el grupo I con pacientes sin -- depresión 326 (68.2%), el grupo II con pacientes con depresión 152 (31.2%), que se subdividieron en tres grupos: pacientes con depre-- sión leve 85 (17.8%), pacientes con depresión moderada 47 (9.8%), y pacientes con depresión severa 20 (4.2%). En los pacientes agrupa-- dos por enfermedades, la Diabetes Mellitus ocupó el primer lugar -- con 139 (42.3%) en el grupo de pacientes sin depresión. Las neo--- plasias ocuparón el primer lugar con 5 (25%) en el grupo con de----

presión severa. A pesar de lo heterogéneo del grupo, no se encon--- traron diferencias significativas con los resultados reportados en la literatura.

Se concluye que mediante la aplicación de la Escala de Zung, es posible detectar oportunamente la sintomatología depresiva y --- contribuir a su tratamiento temprano.

SUMMARY:

PREVALENCE OF DEPRESSION IN PATIENTS OF INTERNAL MEDICINE SERVICE FROMM HOSPITAL REGIONAL "1° DE OCTUBRE", BY APPLICATION OF DR. WILLIAM ZUNG A SELF-RATING SCALE.

Depression is an usually disorder in general population, ----- associated with chronic diseases, is not easy recogniced by ------- physicians.

In our medium, we do not know the prevalence of depression. -- Some hospitals have been used test succesfully to determinate the prevalence of this ill, by the use of Dr. William Zung a self-rating scale beacause the sensivity range to 97% and especificity of 82%.

We carry out a prospective, crossover, open study, to ambula-- tory patients of internal medicine service, hospitalization and -- emergency room, during 15 months. We recluted 478 patients, 267 --- (55.8%) women and 211 (44.2%) men with ages within 18 to 64 years, with a medium age of 41 years. Result in two groups: Group I with 326 patients (68.2%) without depressive symptoms and group II, with 152 patients (31.8%) with depression symptoms; this last group ---- result in three subgroups: patients with light depression 85 (17.8%), with moderate depression 47 (9.8%), and patients with severe de---- pression 20 (4.2%). Patients that were grouped by their illness, -- Diabetes Mellitus had the first place with 139 (42.3%) in the group of patients without depression. Neoplasias get the first place in - the group of patients with severe depression with 5 (25%).

However, beacause of heterogeneous of the group, we did not -- find significant differentations from results reported in medical

literature. We concluded that with aplication of Zung self-rating scale it is possible to detection with oportunity depressive ------ symptoms and give a contribution to early treatment.

PREVALENCIA DE LA DEPRESION EN PACIENTES ATENDIDOS EN EL SERVICIO DE MEDICINA INTERNA DEL HOSPITAL REGIONAL "1° DE OCTUBRE", MEDIANTE LA APLICACION DE LA ESCALA DEL DR. WILLIAM ZUNG.

INTRODUCCION:

Los transtornos depresivos junto con la ansiedad, se encuentran entre los problemas más comunes y costosos que ven los médicos de todas las especialidades. Es frecuente observar sintomatología depresiva en pacientes con procesos patológicos de diversa índole, por lo que no siempre resulta fácil establecer el diagnóstico por el médico, quien considera como un hecho natural el estado del paciente (1).

La depresión puede variar entre la tristeza común que experimentan ocasionalmente todas las personas y que no requiere tratamiento, o corresponder a un trastorno depresivo importante. La obra Diagnostic and Statistical Manual of Mental Disorder (DSM-IIIR) de la American Psychiatric Association señala varios tipos de depresión bajo las categorías de trastornos del humor(2):

-Trastorno de adaptación con humor (estado de ánimo) deprimido.

-Distimia.

-Depresión mayor.

-Trastorno bipolar.

Las entidades previas, se han establecido para lo que se conoce como Depresión Primaria.

La Depresión Secundaria, es consecuencia de problema médico y quedó formalmente considerada en los criterios de Feighner en 1972, y se refiere al síndrome depresivo que los acompaña. Los primeros estudios sobre la naturaleza de la depresión secundaria, fue realizado por Steward, Drake y Winokur en 1965; ellos concluyeron clasificarla como Depresión Reactiva (1).

Se debe diferenciar entre "depresión reactiva" y "neurótica"; en que la primera, es consecuencia de cualquier padecimiento médico, mientras que la segunda resulta como consecuencia de una incapacidad del sujeto en su adaptación social, de hecho la depresión reactiva es precipitada por la presencia de una enfermedad (1,2).

Se estima que la depresión afecta del 3 al 10% de la población total. En series recientes, se ha establecido la prevalencia de este problema entre un 10 a un 30%, alcanzando en algunos estudios hasta un 40%; siendo el 4° motivo de consulta de atención primaria en los Estados Unidos, en nuestro medio su prevalencia se desconoce (3), mientras que, el reconocimiento de los trastornos mentales en los centros de asistencia médica, no es óptimo hasta en una tercera parte de los pacientes, siendo múltiples los estudios que se han realizado al respecto (3,4,5). Lo que se traduce en incremento de la morbi-mortalidad en estos pacientes, como son ausen-

tismo laboral, baja en su productividad, tendencia al - policonsumo y dependencia farmacológica, multitrata---- mientos, ingesta de alcohol e incluso intento de suicidio o muerte. En otras ocasiones, al uso de antidepre-- sivos y/o ansiolíticos, sin contar con un sustento ra-- cional; por parte médica (6,7).

Se han propuesto varias teorías para explicar los mecanismos fisiopatológicos de la depresión, destacan - la hipótesis de los neurotransmisores, la del sistema - neuroendócrino, la del sueño, la de la genética y la -- inmunológica. Pero a pesar de los grandes avances en el campo de las neurociencias, que se han abocado a la investigación de estos problemas no se ha logrado concluir alguna, destacándose únicamente la primera (8,9,10).

Dada la prevalencia de la depresión en la pobla--- ción, así como, las dificultades en su detección y ---- diagnóstico, desde hace aproximadamente 20 años se han venido realizando estudios que permiten al clínico re-- conocer con mayor facilidad estos problemas en su con-- sulta diaria, que contribuya en la disminución de la -- elevada morbi-mortalidad que tienen los pacientes con - depresión. Una prueba de autoevaluación que consta de - 20 preguntas sencillas, para determinar la intensidad y prevalencia de depresión en cada enfermo, propuesta por el Dr. William Zung en 1965; aceptada internacionalmente e incluida en el DSM-IIIR; se ha aplicado de manera sistemática y rutinaria en algunos centros hospitala---

rios en otros países, y se ha demostrado una sensibilidad de 97%, con una especificidad del 63 al 82% en la correcta clasificación de los pacientes con depresión y pacientes sin depresión como controles (2,3,4,11).

Nos propusimos realizar un estudio prospectivo, transversal, abierto, con objeto de explorar la prevalencia de sintomatología depresiva en los pacientes vistos en el servicio de medicina interna, mediante la aplicación de la Escala de Autoevaluación de Zung, los cuales fueron reclutados durante quince meses y que tuvieran una edad entre los 18 a los 64 años.

MATERIAL Y METODOS:

Se diseñó un estudio transversal, prospectivo, abierto; con objeto de explorar la prevalencia de la depresión y su intensidad, en los pacientes atendidos en el servicio de medicina interna, vistos en la consulta externa, hospitalización y urgencias del Hospital Regional 1° de Octubre, durante un lapso de 15 meses, cuya edad se encontrara entre 18 a 64 años, y que estuviesen en posibilidad de contestar por sí mismos el cuestionario de autoevaluación de Zung considerándose éstos, los criterios de inclusión. Como criterios de exclusión, se consideraron que la edad del paciente no corresponda a la señalada, que por su pato-

logía no pueda comunicarse con el médico. Y de eliminación, cuando posterior a la aplicación de la prueba, -- ésta haya sido llenada de manera incorrecta.

La escala de autoevaluación de Zung, consta de 20 preguntas, cada una con cuatro posibles respuestas, y - para cada respuesta una calificación en puntos del 1 al 4, al final se suman los puntos obtenidos por cada una de las respuestas y se establece su puntuación máxima o índice que va de 50-59 puntos= depresión leve, de 60-69 puntos= depresión moderada, de 70-80 puntos= a depre--- sión severa y menores de 49 puntos= a normales (consi-- derados como sujetos control). Ver tablas I y II. Estableciéndose de este modo dos grupos, el primero de su-- jetos sanos o control y el segundo, de sujetos con sintomatología depresiva, estos últimos a su vez se sub--- agruparían en tres grupos más, los que tienen depresión leve, moderada y severa. Ambos grupos se redistribuye-- ron nuevamente entre hombres y mujeres y la patología - subyacente presente en cada caso. Ver gráficas 1 y 2.

RESULTADOS:

Se reclutaron 512 pacientes durante un pe--- riodo de 15 meses. Se eliminarón 34 pacientes por con-- testar de manera incorrecta el cuestionario. Quedaron - 478 pacientes incluidos, 267 (55.8%) fueron mujeres y -

TABLA I ESCALA DE AUTOEVALUACION DEL DR. WILLIAM ZUNG.

Nombre_____

Edad _____ Sexo _____ Fecha _____

		Nunca o Muy Pocas Veces	Algunas Veces	Muchas Veces	Casi Siempre o Todas las Veces
1.-	Me siento descorazonado, melancólico y triste				
2.-	Por la mañana me siento mejor				
3.-	Tengo eccesos de llanto, o me siento como para tenerlos				
4.-	Tengo problemas para dormir durante la noche				
5.-	Como tanto como solía comer				
6.-	Disfruto mirar, hablar y estar con mujeres/hombres atractivos				
7.-	Noto que estoy perdiendo peso				
8.-	Tengo problemas de constipación				
9.-	Mi corazón lato más rapidamente que lo normal				
10.-	Me canso sin razón				
11.-	Mi mente se halla tan clara como solía estar				
12.-	Hallo fácil el hacer lo que solía hacer				
13.-	Me siento intranquilo y no puedo mantenerme quieto				
14.-	Me siento esperanzado en el futuro				
15.-	Me irrito más de lo normal				
16.-	Encuentro fácil el tomar decisiones				
17.-	Siento que me necesitan y que soy útil				
18.-	Llevo una vida plena				
19.-	Siento que otros estarían mejor si yo estuviesa muerte				
20.-	Todavía disfruto lo que solía hacer				

Puntaje EAD

Indice EAD

TABLA II PUNTUACION PARA CADA PREGUNTA

DE LA ESCALA DEL DR. WILLIAM ZUNG.

Nombre_____

Edad _____ Sexo _____ Fecha _____

		Nunca o Muy Pocas Veces	Algunas Veces	Muchas Veces	Casi Siempre o Todas las Veces
1.-	Me siento descorazonado. melancólico y triste	1	2	3	4
2.-	Por la mañana me siento mejor	4	3	2	1
3.-	Tengo eccesos de llanto, o me siento como para tenerlos	1	2	3	4
4.-	Tengo problemas para dormir durante la noche	1	2	3	4
5.-	Como tanto como solía comer	4	3	2	1
6.-	Disfruto mirar, hablar y estar con mujeres/hombres atractivos	4	3	2	1
7.-	Noto que estoy perdiendo peso	1	2	3	4
8.-	Tengo problemas de constipación	1	2	3	4
9.-	Mi corazón late más rapidamente que lo normal	1	2	3	4
10.-	Me canso sin razón	1	2	3	4
11.-	Mi mente se halla tan clara como solía estar	4	3	2	1
12.-	Hallo fácil el hacer lo que solia hacer	4	3	2	1
13.-	Me siento intranquilo y no puedo mantenerme quieto	1	2	3	4
14.-	Me siento asperanzado en el futuro	4	3	2	1
15.-	Me irrito más de lo normal	1	2	3	4
16.-	Encuentro fácil el tomar decisiones	4	3	2	1
17.-	Siento que me necesitan y que soy útil	4	3	2	1
18.-	Llevo una vida plena	4	3	2	1
19.-	Siento que otros estarían mejor si yo estuviese muerte	1	2	3	4
20.-	Todavía disfruto lo que solía hacer	4	3	2	1

Puntaje EAD

Indice EAD

49 o menos = sin depresión

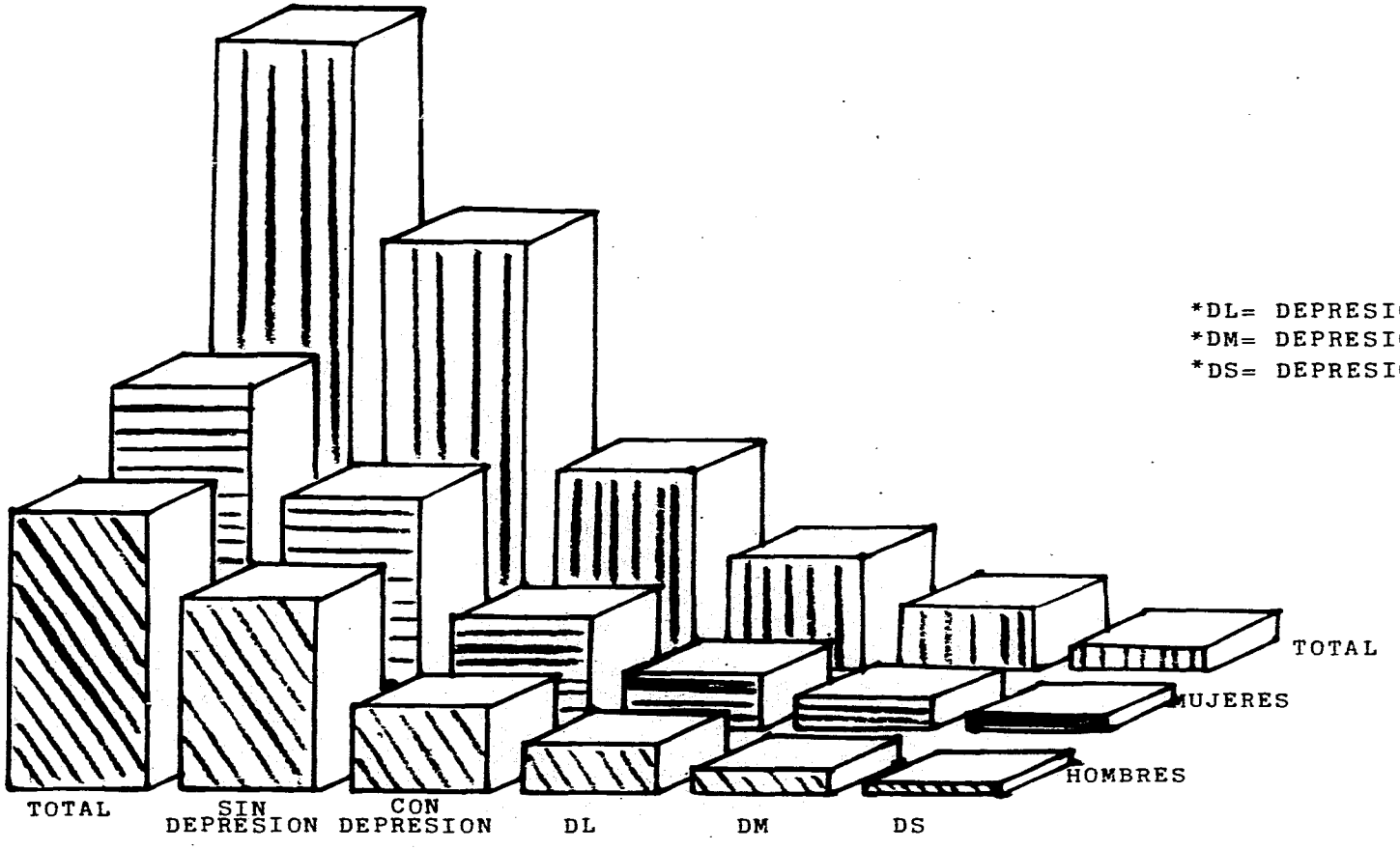
50 - 59= depresion leve

60 - 69= depresion moderada

70 - 80= depresion severa.

GRAFICA 1

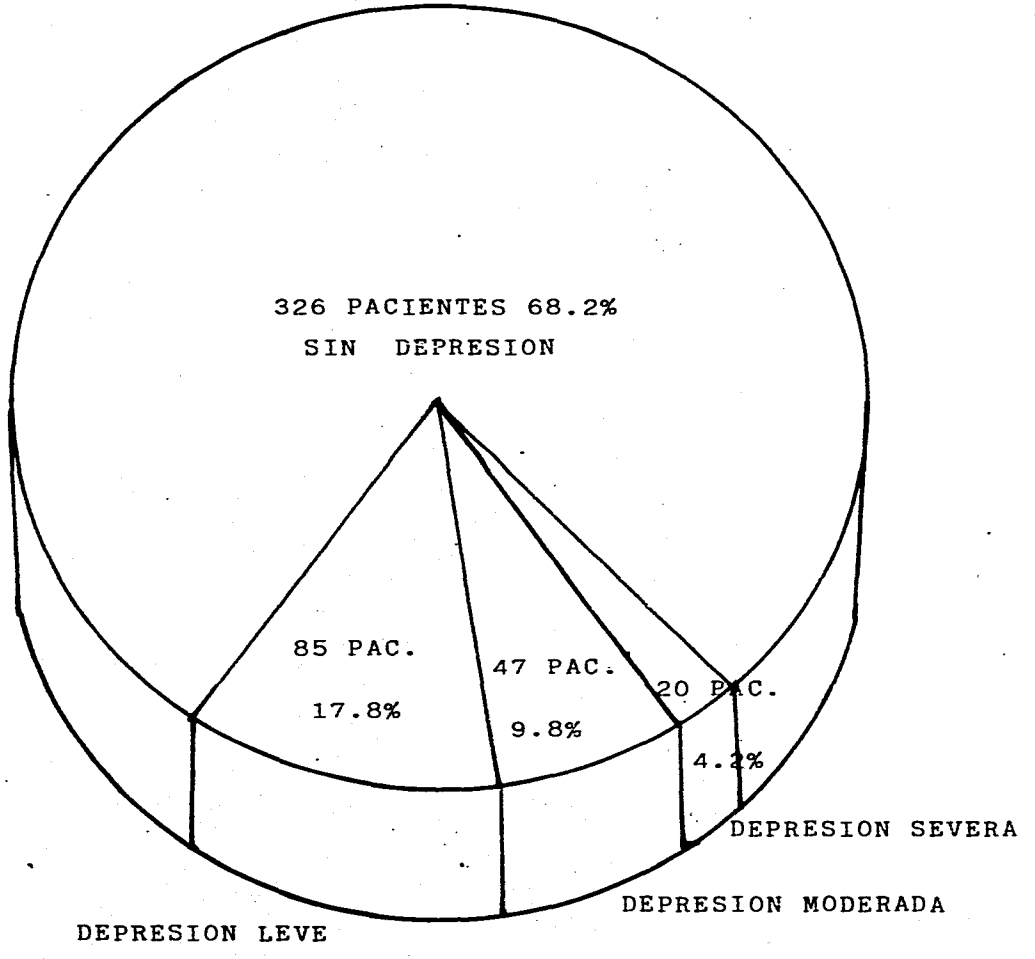
PREVALENCIA DE LA DEPRESION POR SEXO.



*DL= DEPRESION LEVE
*DM= DEPRESION MODERADA
*DS= DEPRESION SEVERA

GRAFICA 2

PREVALENCIA DE LA DEPRESION EN EL TOTAL DE PACIENTES.



211 (44.2%) fueron hombres, la edad de los pacientes -- fue de 18 a 64 años y la edad media de 41 años. Se di-- vidieron en dos grupos de pacientes: El primero, de pa- cientes sin sintomatología depresiva (controles), que - incluyó a 326 pacientes (68.2%), y el segundo, con --- pacientes con sintomatología depresiva 152 (31.8%). Es- te último, se subdividio en tres subgrupos más, para -- los pacientes con depresión leve 85 (17.8%), con depre- sión moderada 47 (9.8%) y el tercero para los pacientes con depresión severa 20 (4.2%). Ver gráficas 1 y 2.

Se agruparon además, en trece patologías y una --- miscelánea: DIABETES MELLITUS (TIPO I Y II) con 158 pa- cientes (33%) con 20 pacientes con sintomatología de--- presiva (12.6%), INSUFICIENCIA RENAL CRONICA con 68 pa- cientes (14.2%), con 30 pacientes deprimidos (44%); --- NEOPLASIAS que incluyó procesos tumorales de origen he- matológico, pulmonar y de tubo digestivo básicamente; - con 42 pacientes (8.8%), y 27 pacientes deprimidos (64%); HIPERTENSION ARTERIAL SISTEMICA con 42 pacientes (8.8%) y 6 pacientes deprimidos (14%); INSUFICIENCIA CARDIACA Y CARDIOPATIA ISQUEMICA con 35 pacientes (7.3%), con 32 pacientes deprimidos (92%); ARTRITIS REUMATOIDE con 32 pacientes (6.7%), con 10 pacientes deprimidos (31%); -- CIRROSIS HEPATICA con 20 pacientes (4.2%), con 3 pa---- cientes deprimidos (15%); SANGRADO DE TUBO DIGESTIVO -- (ALTO Y BAJO) con 18 pacientes (3.8%), sin pacientes -- deprimidos; ASMA con 18 pacientes (3.8%), con un pa----

ciente deprimido (6.8%); NEUMONIA con 16 pacientes (3.3%), con 6 pacientes deprimidos (38%); ENFERMEDAD PULMONAR -- OBSTRUCTIVA CRONICA con 10 pacientes (2.1%), con 3 pa-- cientes deprimidos (30%); LUPUS ERITEMATOSO SISTEMICO - con 8 pacientes (1.6%), con 6 deprimidos (75%); SINDRO- ME DE INMUNODEFICIENCIA ADQUIRIDA (SIDA), con 6 pa---- cientes (1.2%), con todos deprimidos (100%); MISCELA--- NEOS (otros) con 5 pacientes (1%), con 2 pacientes --- deprimidos (40%). Ver gráfica 3.

La DIABETES MELLITUS ocupó el primer lugar dentro del grupo de pacientes sin depresión con 138 pacientes (42.3%). Las NEOPLASIAS ocuparon el primer lugar den-- tro del grupo de pacientes con depresión severa con 5 - pacientes (25%). Ver gráfica 4.

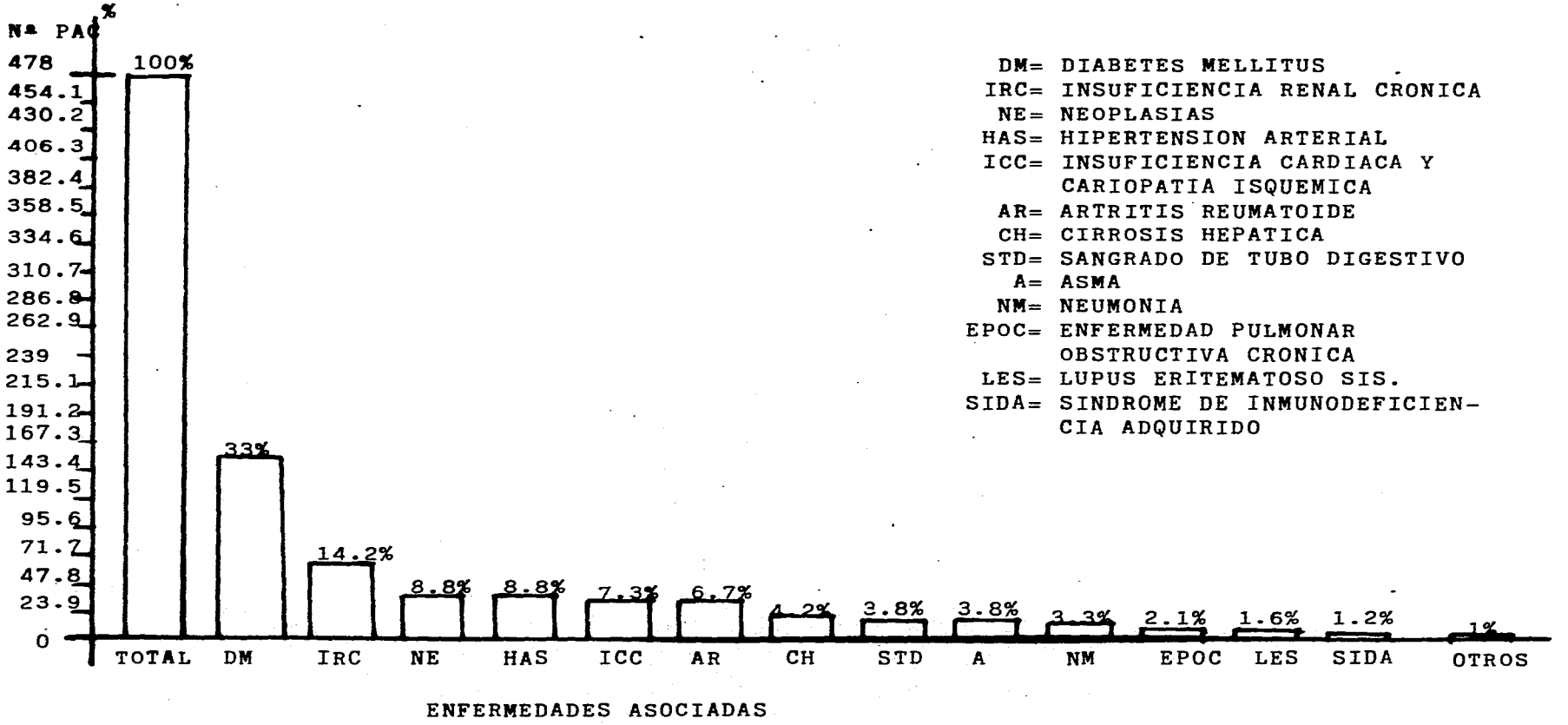
DISCUSION:

Dadas las características de diseño del estu- dió, se obtuvieron dos grupos heterogéneos en cuanto a la patología subyacente, sexo y predominio de edad; que al ser correlacionados comparativamente con los resul-- tados reportados por la literatura no se observaron di- ferencias significativas. Ver tabla III.

En nuestro estudio encontramos 20 pacientes con -- sintomatología de depresión severa (4.2%), siendo más - frecuente entre mujeres que en hombres, 12 contra 8 ---

GRAFICA 3

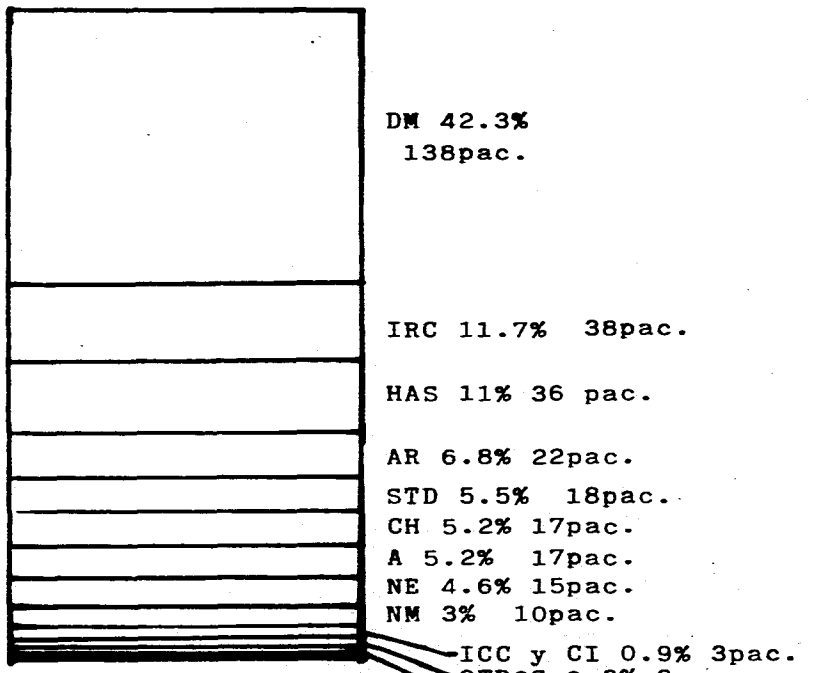
PREVALENCIA DE PATOLOGIAS ASOCIADAS EN PACIENTES SIN DEPRESION Y CON DEPRESION.



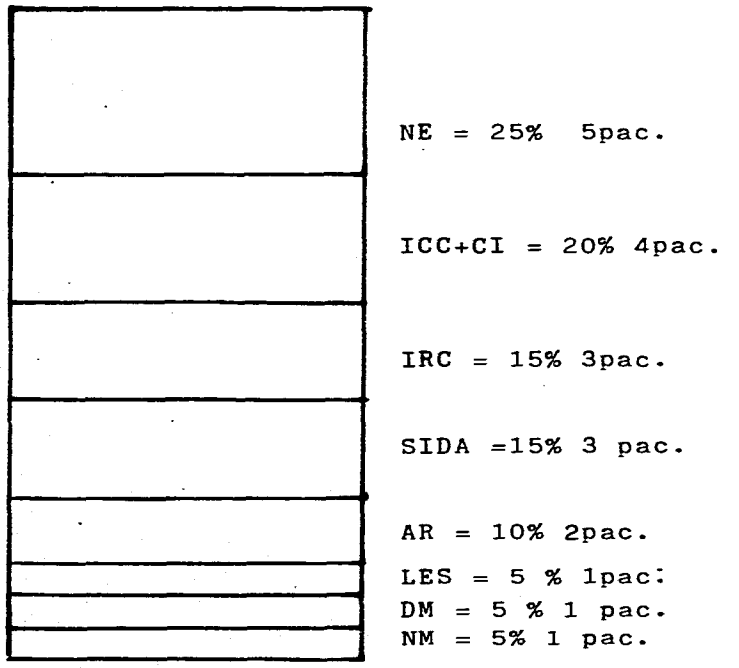
DM= DIABETES MELLITUS
IRC= INSUFICIENCIA RENAL CRONICA
NE= NEOPLASIAS
HAS= HIPERTENSION ARTERIAL
ICC= INSUFICIENCIA CARDIACA Y CARIOPATIA ISQUEMICA
AR= ARTRITIS REUMATOIDE
CH= CIRROSIS HEPATICA
STD= SANGRADO DE TUBO DIGESTIVO
A= ASMA
NM= NEUMONIA
EPOC= ENFERMEDAD PULMONAR OBSTRUCTIVA CRONICA
LES= LUPUS ERITEMATOSO SIS.
SIDA= SINDROME DE INMUNODEFICIENCIA ADQUIRIDO

GRAFICA 4

PREVALENCIA DE DEPRESION EN LOS DIVERSOS GRUPOS DE PACIENTES POR SUS ENFERMEDADES.



PACIENTES SIN DEPRESION
326 = 100%



PACIENTES CON DEPRESION SEVERA
20 = 100%

TABLA III PREVALENCIA DE DEPRESION POR GRUPOS DE EDAD Y SEXO.

EDAD EN AÑOS	SIN DEPRESION		DEPRESION LEVE		DEPRESION MODERADA		DEPRESION SEVERA	
	H	M	H	M	H	M	H	M
18 - 24	10	17	7	3	0	0	0	1
25 - 29	6	7	3	5	1	3	1	1
30 - 34	8	19	6	0	0	1	2	0
35 - 39	7	7	4	3	0	0	3	1
40 - 44	24	36	3	8	2	4	1	1
45 - 49	8	18	4	6	3	2	1	0
50 - 54	15	30	2	4	4	8	0	2
55 - 59	12	16	7	5	2	3	0	2
60 - 64	54	32	3	12	8	6	0	4
TOTAL 478 pac. 100%	144 30.2%	182 38%	39 8.2%	46 9.6%	20 4.2%	27 5.6%	8 1.7%	12 2.5%

respectivamente (4.5% y 3.8%). Estas diferencias en --- porcentaje no fuerón significativas al compararse en -- proporción a cada uno de los sexos, además, de no en-- contrarse grandes variaciones en la mayoría de los ca-- sos comparados sin ser significativas, como ya se ha -- reportado en la literatura médica (3,4,5).

Dentro de las patologías que se relacionaron con - una prevalencia mayor hacia la depresión, se destacan - las NEOPLASIAS (25%), la INSUFICIENCIA CARDIACA y la -- CARDIOPATIA ISQUEMICA (20%), la INSUFICIENCIA RENAL y - el SIDA (15%).

Se observó una prevalencia del 31.8% de síntomas - depresivos en el total de los 478 pacientes explorados, lo que se correlaciona con lo comentado ya en la lite- ratura. Por lo que resulta importante hacer notar que - muchos de los pacientes que fueron reclutados en este - estudio son ya conocidos del servicio y que en muy po-- cas ocasiones se ha solicitado el apoyo del servicio de psiquiatria para el manejo conjunto del paciente y su - problema depresivo, con lo que nuevamente se correla--- ciona la utilidad práctica de esta prueba de autoeva--- luación de Zung.

Fuerón excluidos del estudio los pacientes ado--- lescentes y los geriátricos (menores de 18 y mayores de 64 años), dado que en cada uno de los casos existen o-- tras pruebas de exploración de mayor confiabilidad.

En este estudio no comparamos porcentajes de pre--

valencia de sintomatología depresiva por grupos de edad, por la gran heterogeneidad de la muestra que se exploró, en cuanto a sus edades.

CONCLUSIONES:

No encontramos diferencias significativas en porcentajes en relación a los resultados referidos -- en otros estudios reportados, en cuanto a la prevalencia de la depresión por sexo y grupo total de pacientes.

Encontramos una modesta tendencia de sintomatolo-- gía depresiva, con una prevalencia más severa, en los -- pacientes del subgrupo con enfermedades de mal pronóstico a corto plazo.

La aplicación de este tipo de cuestionarios explo-- ratorios, en forma cotidiana durante la revisión de los pacientes, puede contribuir de manera significativa en - la detección de individuos con sintomatología depresiva severa que pasan inadvertidos por el clínico no psiquiatra, lo que puede favorecer una atención más especiali-- zada con mayor oportunidad y la instalación de un manejo más racional en estos pacientes, además de permitirnos - conocer la prevalencia real de estos problemas en nues-- tros pacientes.

BIBLIOGRAFIA

1. Cassem EH. Depression and anxiety secondary to medical illnes. Psychiatr Clin North Am 1990:13(4):597-611.

2. Kamerow DB. Depression and anxiety in medicine: General review. Clin Med North 1988;72(4):795-801.

3. Zung WWK, George DT, Woodruff III WW, et al. Symptom perception by nonpsychiatric physicians in evaluating for depression . J Clin Psychiatry 1984;45(7,sec.2):26-29.

4. Zung WWK. The role of rating scales in the identification and managament of depressed patient in the primay care setting. J Clin Psychiatry 1990;51(6,suppl):72-76.

5. Zung WWK, Magruder-Habib K, et al. The comorbidity of anxiety and depression in general medical patients: A longitudinal study. J Clin Psychiatry 1990;51(6,suppl):77-80.

6. Shorr RI, Bauwens SF. Diagnosis and treatment of outpatient insomnia by psychiatric and nonpsychiatric physicians. Am J Med 1992;93:78-82.

7. Magruder-Habib K, Zung WWK, et al. Management of general medical patients with symptoms of depression. Gen Hosp Psychiatry 1989; 11:201-206.

8. Rothschild AJ. Biology of depression. Clin Med North Am -- 1988;72(4):813-842.

9. Gjerris A, Widerlov E, et al. Cerebrospinal fluid concentrations of neuropeptide Y in depressed patients and in controls.

J Psychiatry Neurosci 1992;17(1):23-27.

10. Calabrase JR, Kling MA, Gold PW. Alterations in inmunocom---- petence during stress, bereavement, and depression: Focus on - neuroendocrine regulation. Am J Psychiatry 1987;144:1123-1134.

11. Hickey JS, Baer PE. Psychological criteria for valoration and treatment of anxiety and depression. Clin Med North Am 1988; 72(4):971-989.