

59



**UNIVERSIDAD NACIONAL AUTÓNOMA
DE MÉXICO**

**FACULTAD DE MEDICINA
DIVISIÓN DE ESTUDIOS DE POSTGRADO
INSTITUTO MEXICANO DEL SEGURO SOCIAL
HOSPITAL DE ESPECIALIDADES CENTRO MEDICO
"LA RAZA"**

**ANTECEDENTES DEMOGRÁFICOS DE
ENFERMEDAD Y USO DE MEDICAMENTOS
COMO FACTORES DE RIESGO PARA LA
PRESENTACIÓN DE UN CUADRO DEPRESIVO
EN PACIENTES HOSPITALIZADOS**

TESIS DE POSTGRADO

**PARA OBTENER EL TITULO DE:
MEDICO INTERNISTA**

**PRESENTA:
DR. MAURICIO MIGUEL MORENO RODRÍGUEZ**

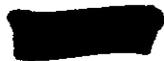
ASESOR: DR. RENATO ILLESCAS RICO



MÉXICO, D. F.

2001

299309





Universidad Nacional
Autónoma de México

Dirección General de Bibliotecas de la UNAM

Biblioteca Central



UNAM – Dirección General de Bibliotecas
Tesis Digitales
Restricciones de uso

DERECHOS RESERVADOS ©
PROHIBIDA SU REPRODUCCIÓN TOTAL O PARCIAL

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

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

AGRADECIMIENTOS.

"Piensa en grande y no desfallezcas".

En memoria de mí padre que me heredo la fuerza y la entereza, para ser un hombre y responder como tal.

A mí madre Yolanda y a mí abuela Leonor que me dieron ánimos.

A mí esposa Virginia y a mis tres hijos, Cesar, Sergio y Omar, que con su apoyo y comprensión fui capaz de realizar esta tesis.

A mis seis hermanos, Arturo, Beatríz, Octavio, Eunice y Rolando, y especialmente a Diana , que con su asesoría y paciencia logre elaborar esta tesis.

A mis maestros y compañeros que fueron un ejemplo y estímulo para mí formación como especialista y para la realización de esta tesis.

INDICE

INDICE	PAGINA
RESUMEN	1
TITULO	2
DEFINICIONES	3
OBJETIVO	13
MATERIAL,SUJETOS Y METODOS	13
RESULTADOS	14
ANALISIS DE RESULTADOS	25
CONCLUSIONES	29
REFERENCIAS BIBLIOGRAFICAS	30

RESUMEN

Título.—"Antecedentes demográficos, de enfermedades, y uso de medicamentos, como factores de riesgo para la presentación de un cuadro depresivo en pacientes hospitalizados".

Objetivo.—Determinar la incidencia y prevalencia de depresión, en pacientes con parámetros demográficos establecidos, con enfermedad médica y a los que se prescribe medicamentos y se encuentran hospitalizados.

Material y método.—Diseño de estudio, se trata de un estudio de tipo prospectivo, transversal, observacional y descriptivo.

El estudio se efectuó en el HE CM "La Raza", en el servicio de hospitalización de Medicina Interna, se incluyeron 61 pacientes, 43 femeninos, 27 masculinos y un homosexual, a los que se les aplico un cuestionario demográfico, así como la escala de Hamilton para depresión.

Resultados.—Édo. Civil. Predominan los casados 63%, solteros 23%. Sexo, femenino 54.1%, masculino 44.3%, y un homosexual 1.6%.

En cuanto al padecimiento de ingreso HAS 29.5%, DMII 19.7%, nefropatías 18%, enfermedades inmunológicas 18%, cardiopatías 16.4%, enfermedades neurológicas 13.1%. Los medicamentos mayormente utilizados Bloqueadores H2 50.8%, analgésicos no esteroideos 42.6%, antihipertensivos 34.4%, esteroides 29.5% y diuréticos 23%.

Los rangos de edad predominantes 19 a 30 años 21.3%, 31 a 40 años 19.7%, 41 a 50 años 19.7%, 61 a 70 años 11.5%.

Rangos por sexo y edad, mayor rango femeninos de 17 a 30 años 11.5%, menor rango, masculinos de 71 o mas años 3.3%, mayor rango de sexo y edad incluyendo ambos sexos 31 a 50 años.

Presencia de depresión, depresión leve 37 pacientes 60.7%, depresión moderada 6 pacientes 9.8%, sin depresión 18 pacientes 29.5%.

Depresión cruzada con sexo masculinos 15 pacientes 24.6%, femeninos 21 pacientes 34.4%, homosexual un paciente 1.6%, mayor porcentaje 37 pacientes con depresión leve.

Medicamentos asociados a depresión leve, esteroides, hipoglucemiantes, hipolipemiantes, insulina, analgésicos no esteroideos, anticoagulantes, antieméticos, antihistamínicos, antihipertensivos, antibióticos.

Medicamentos asociados a depresión moderada, analgésicos no esteroideos, antibióticos, y bloqueadores H2. Tasa de incidencia de depresión en pacientes hospitalizados, depresión leve 37 pacientes 60.7%, depresión moderada 6 pacientes 9.8%, sin depresión 18 pacientes 29.5%.

Tasa de prevalencia de depresión en pacientes hospitalizados, depresión leve 37 pacientes 0.6%, depresión moderada 6 pacientes 0.09%, sin depresión 18 pacientes 0.2%.

Conclusiones.—Concluimos que la incidencia de depresión leve es alta en nuestra muestra y depresión moderada es mínima y que la prevalencia de depresión en nuestra muestra es muy baja y podemos decir que encontramos una relación de depresión en pacientes hospitalizados o relacionadas con las características demográficas del paciente, su padecimiento de ingreso y los medicamentos que se le prescriben.

SUMMARY

Title.—" Demographic precedings of diseases and the use of medication, as risk factors for the occurrence of a depressive state in a hospitalized patient".

Objective.—Determine the incidence and prevalence of a depression in patients with established demographic standards, including a medical disease and others who under a prescribe drugs during hospitalization.

Methods and materials.—Desion of study—Prospective, transversal, observational and describe study. The investigation takes place in HE CM "La Raza", focused in internal medicine, consisting of 61 patients (43 females and 27 males and 1 homosexual) asked to fill out a demographic questionnaire, including a Hamilton scale in reference to depression.

Results.—Civil state— 63% were married of the population, with only 23 single patients. Sex— 54.1% females and 44.3% males and 1 homosexual 1.6%.

Of the entire group 29.5% were HAS, 19.7% were DMII, 18% suffered from nephropathy, 18% immunological diseases, 16.4% cardiovascular diseases and neurological diseases composed of 13.1%.

The medication used in the study composed of 50.8% H2 blockers, 42.6% based on non-steroid analgesic, antihipertensive drugs were 34.4%, steroids 29.5% and diuretics 23%.

The range of ages predominates— from 19–30 years 21.3%, 31–40 years 19.7%, 41–50 years 19.7%, 61–70 years 11.5%, less rank are males 71 or older 3.3%, larger rank of sex and ages includes both sex 31 to 50 years.

Percentage of depression occurred in minimally in 37 patients 60.7%, moderate depression ranked 6 patient 9.8% and 18 patient didn't suffered from depression 29.5%.

Crossed depression in 15 male patient 24.6%, 21 females making up 34.4%, homosexual 1 patient 1.6% the largest percentage involved 37 patients with minimal depression.

Medication associated with minimal depression include steroids, hipoglucemiantes, hipolipemiantes, insulin, AINES, anticoagulants, antiemetic, antihistamine, antihipertensive, antibiotic agents.

Medication associated with mild depression involve antibiotics, AINES, H2 blockers, interest rate of depression in hospitalized patients composed of minimal depression 37 patient 60.7%, moderate depression 6 patients 9.8% and 18 patients without depression 29.5%.

Prevalence rate in depression of hospitalized patients, minimal depression 37 patients 0.6%, moderate depression 0.09%, without depression 18 patients 0.2%.

Conclusion.—The incidence of minimal depression is high in our study and moderate depression is low and the prevalence of depression in our means is very low.

We can say that we find a relation of depression in hospitalized patients or they are associated with the demographic characteristics of the patient, his disease of internship and the drugs prescribed to him or her.

RESUMEN

Título.-"Antecedentes demográficos, de enfermedades, y uso de medicamentos, como factores de riesgo para la presentación de un cuadro depresivo en pacientes hospitalizados".

Objetivo.-Determinar la incidencia y prevalencia de depresión, en pacientes con parámetros demográficos establecidos, con enfermedad médica y a los que se prescribe medicamentos y se encuentran hospitalizados.

Método y materiales.-Diseño de estudio, se trata de un estudio de tipo prospectivo, transversal, observacional y descriptivo.

El estudio se efectuó en el HE CM "La Raza", en el servicio de hospitalización de Medicina Interna, se incluyeron 61 pacientes, 43 femeninos, 27 masculinos y un homosexual, a los que se les aplicó un cuestionario demográfico, así como la escala de Hamilton para depresión.

Resultados.-Édo. Civil. Predominan los casados 63%, solteros 23%. Sexo, femenino 54.1%, masculino 44.3%, y un homosexual 1.6%. en cuanto al padecimiento de ingreso HAS 29.5%, DMII 19.7%, nefropatías 18%, enfermedades inmunológicas 18%, cardiopatías 16.4%, enfermedades neurológicas 13.1%. Los medicamentos mayormente utilizados Bloqueadores H2 50.8%, analgésicos no esteroideos 42.6%, antihipertensivos 34.4%, esteroideos 29.5% y diuréticos 23%.

Los rangos de edad predominantes 19 a 30 años 21.3%, 31 a 40 años 19.7%, 41 a 50 años 19.7%, 61 a 70 años 11.5%. Rangos por sexo y edad, mayor rango femeninos de 17 a 30 años 11.5%, menor rango, masculinos de 71 o mas años 3.3%, mayor rango de sexo y edad incluyendo ambos sexos 31 a 50 años.

Presencia de depresión, depresión leve 37 pacientes 60.7%, depresión moderada 6 pacientes 9.8%, sin depresión 18 pacientes 29.5%.

Depresión cruzada con sexo masculinos 15 pacientes 24.6%, femeninos 21 pacientes 34.4%, homosexual un paciente 1.6%, mayor porcentaje 37 pacientes con depresión leve.

Medicamentos asociados a depresión leve, esteroideos, hipoglucemiantes, hipolipemiantes, insulina, analgésicos no esteroideos, anticoagulantes, antieméticos, antihistamínicos, antihipertensivos, antibióticos. Medicamentos asociados a depresión moderada, analgésicos no esteroideos, antibióticos, y bloqueadores H2. Tasa de incidencia de depresión en pacientes hospitalizados, depresión leve 37 pacientes 60.7%, depresión moderada 6 pacientes 9.8%, sin depresión 18 pacientes 29.5%. Tasa de prevalencia de depresión en pacientes hospitalizados, depresión leve 37 pacientes 60.7%, depresión moderada 6 pacientes 9.8%, sin depresión 18 pacientes 29.5%.

Conclusiones.-Concluimos que la incidencia de depresión leve es alta en nuestra muestra y depresión moderada es mínima y que la prevalencia de depresión en nuestra muestra es muy baja y podemos decir que encontramos una relación de depresión en pacientes hospitalizados o relacionadas con las características demográficas del paciente, su padecimiento de ingreso y los medicamentos que se le prescriben.

SUMMARY

Title.-" Demographic precedings of diseases and the use of medication, as risk factors for the occurrence of a depressive state in a hospitalized patient".

Objective.-Determine the incidence and prevalence of a depression in patients with established demographic standards, including a medical disease and others who under a prescribe drugs during hospitalization .

Methods and materials.-Desion of study-Prospective, transversal, observational and describe study. The investigation takes place in HE CM "La Raza", focused in internal medicine, consisting of 61 patients (43 females and 27 males and 1 homosexual) asked to fill out a demographic questionnaire, including a Hamilton scale in reference to depression.

Results.-Civil state- 63% were married of the population, with only 23 single patients. Sex- 54.1% females and 44.3% males and 1 homosexual 1.6%. Of the entire group 29.5% were HAS, 19.7% were DMII, 18% suffered from nephropathy, 18% immunological diseases, 16.4% cardiovascular diseases and neurological diseases composed of 13.1%. The medication used in the study composed of 50.8% H2 blockers, 42.6% based on non-steroid analgesic, antihipertensive drugs were 34.4%, steroids 29.5% and diuretics 23%.

The range of ages predominates.- from 19-30 years 21.3%, 31-40 years 19.7%, 41-50 years 19.7%, 61-70 years 11.5%, less rank are males 71 or older 3.3%, larger rank of sex and ages includes both sex 31 to 50 years.

Percentage of depression occurred in minimally in 37 patients 60.7%, moderate depression ranked 6 patient 9.8% and 18 patient didn't suffered from depression 29.5%. Crossed depression in 15 male patient 24.6%, 21 females making up 34.4%, homosexual 1 patient 1.6% the largest percentage involved 37 patients with minimal depression.

Medication associated with minimal depression include steroids, hipoglucemiantes, hipolipemiantes, insulin, AINES, anticoagulants, antiemetic, antihistamine, antihipertensive, antibiotic agemts. Medication associated with mild depression involve antibiotics, AINES, H2 blockers, interest rate of depression in hospitalized patients composed of minimal depression 37 patient 60.7%, moderate depression 6 patients 9.8% and 18 patients without depression 29.5%.

Prevalence rate in depression of hospitalized patients, minimal depression 37 patients 60.7%, moderate depression 0.09%, without depression 18 patients 29.5%.

Conclusion.-The incidence of minimal depression is high in our study and moderate depression is low and the prevalence of depression in our means is very low. We can say that we find a relation of depression in hospitalized patients or they are associated with the demographic characteristics of the patient, his disease of internship and the drugs prescribed to him or her.

TITULO

ANTECEDENTES DEMOGRAFICOS DE ENFERMEDAD Y USO DE
MEDICAMENTOS COMO FACTORES DE RIESGO PARA LA
PRESENTACION DE UN CUADRO DEPRTESIVO EN PACIENTES
HOSPITALIZADOS.

DEFINICIONES.

La depresión se ha inferido considerando solo los estados verbales que proporciona el paciente en el que se enumeran términos descriptivos asociados con estados internos: tristeza, desesperación, culpa, falta de valor, irritabilidad, e intento de suicidio. Pero también conductas observables o potencialmente observables: retado motor, reducción en el nivel de actividad, baja de apetito, disturbio en el sueño, etc., son ejemplos de comportamientos expresados por la gente deprimida.

Por su parte McLean (1982), señala que el único requerimiento para ésta es el ánimo deprimido porque ésta y su alta visibilidad de estados verbales dramáticos reflejan la experiencia del ánimo. Sin embargo, hablar de ánimo "deprimido" implica una Taotología y esta es de poca ayuda.

Jacobson (1981) menciona que la depresión es un desorden afectivo, considerando que lo indispensable de ésta es un extremo disturbio en el ánimo.

Por otro lado Seligman señala que la depresión esta definida por sus cuatro déficit, a saber, motivacional, congestivo, afectivo-somático y auto-estima.

Beck considera la depresión no como un disturbio primario del ánimo, sino como resultado de pensamientos negativos y distorsionados de sí, del mundo y del futuro, reconociendo la implicación de múltiples sistemas fisiológicos y psicológicos, por ejemplo: inhibición psicomotriz, apatía, fatiga, baja energía, etc.

Rehm sugiere las siguientes listas de conductas depresivas: Los síntomas verbal- cognitivo, que denotan aquellos síntomas expresados a través de verbalizaciones, u observaciones del proceso cognitivo del individuo y se subdividen en dos categorías:

- 1) Simulación de tristeza. La gente se describe como deprimida, triste, desanimada, infeliz.
- 2) Distorsiones cognitivas. Incluyen una variedad de actitudes y creencias sobre sí, el mundo y el futuro. Otros síntomas incluidos son: pesimismo, desesperación, incapacidad, baja autoestima y culpa.

Los síntomas somáticos, son aquellos manifestados por la conducta motora del individuo e incluyen tanto excesos como déficits conductuales a saber:

- 1) Excesos conductuales: Tristeza, cabeza colgada, llanto, carencia de contacto visual, torcer las manos, agitación y conducta suicida.
- 2) Déficit conductuales: involucran retardo psicomotor, decremento en el trabajo y actividades recreativas, así como perturbaciones en el sueño, en la conducta de comer y en la sexual.

Los síntomas somáticos también son considerados: fatiga excesiva, constipación, baja de apetito, pánico difuso, etc.

Por otro lado Craighead, ofrece la siguiente definición sobre la depresión:

"La depresión es una etiqueta por un sentimiento o estado afectivo de disforia como experiencia de una persona. Este estado afectivo puede ser precipitado por ocurrir simultáneamente con, o resultar en una dirección específica de respuestas desadaptadas o disfuncionales somático-motoras, cognitivas y fisiológicas".

También señala que las características clásicas conductuales incluyen evitaron o reducción en la interacción social, retardo en la prontitud de la respuesta, reducción de producción verbal e incremento del llanto.

En tanto que las respuestas cognitivas implican el autoreporte de percepciones de conductas y emociones, culpa, autoreproche, distorsión negativa del medio ambiente, variaciones del animo diurno, incapacidad y desesperación.

Las respuestas fisiológicas pueden ser: pérdida de apetito, pérdida de interés en la conducta sexual, fatiga, insomnio, despertar muy temprano, etc.

RESEÑA HISTORICA.

Se podrá observa que la depresión en un inicio es primeramente abordada desde un punto de vista médico y ya posteriormente psicológico.

Dentro de los antecedentes sobre la depresión encontramos que Hipócrates de quien se dice vivió en el siglo IV a. de c. formuló la primera descripción médica a la que llamó melancolía y cuyo origen atribuyó a un exceso de atrabilis o bilis negra en el cerebro.

Fue Areteo de Capadoccia en el siglo II en nuestra era, quién desarrolló el cuadro más completo sobre la depresión; al contrario de Hipócrates, sugirió que poco tenía que ver con la atrabilis, flema o humores y la relacionó más bien con factores de tipo psicológico, desafortunadamente este estudio no fue continuado por sus sucesores inmediatos.

Galeno, en el siglo II de nuestra era desarrolla la teoría de que la depresión estaba basada en supuestos humores, esta teoría se mantuvo hasta la edad media.

Ya en el renacimiento resurge el interés en la depresión en un nuevo enfoque sobre todo en la Inglaterra Isabelina de donde al parecer hubo una epidemia de melancolía.

Algunos trabajos realizados en ese breve periodo, de que se tiene conocimiento son: "teatrise on Melancholia" publicada en 1586 por Timothy Brig. Veinte años mas tarde se conoció "Optick Glass of Humours" de Tomas Walkington que se ocupó de la constitución melancólica. Por último en 1621,

Robert Burton terminó su "Anatomy of Melancholy", que es básicamente un texto sobre la depresión y reflexión sobre la vida.

Con la difusión de la revolución científica, los investigadores empiezan a considerar la depresión como una enfermedad mental causada por agentes fisiológicos más que por posesión demoníaca.

Ya en nuestro siglo se pueden encontrar enfoques psicoanalíticos como el de Freud, que escribe en 1917 sobre el duelo y la melancolía y se refiere básicamente a la pérdida de un objeto amoroso.

Modelos actuales sobre la etiología de la depresión.

1. Enfoque bioquímico.

Por la década de 1950 se observó que algunos pacientes hipertensos tratados con reserpina disminuye la norepinefrina (EN) y serotonina o 5 hidroxitriptamina (5-HT) del cerebro.

En otro estudio se observó que los pacientes tuberculosos tratados con isoniazida impide la destrucción de EN y 5-HT inhibiendo el efecto de la monoaminoxidasa (MAO), enzima que metaboliza dichas aminas.

Más adelante se mostró que los efectos favorables de los antidepresivos tricíclicos, como por ejemplo la imipramina derivan de un bloqueo de la recaptación de norepinefrina en las terminaciones nerviosas.

Posteriormente se determinó que tanto la norepinefrina como la 5-HT están específicamente vinculadas con la depresión. Se cree que estas aminas son neurotransmisoras. Esto es, conducen la excitación de una neurona a otra, sugiriendo que su disminución provoca la depresión.

Dentro de la depresión farmacológica, los agentes más importantes son los tricíclicos, los inhibidores de la MAO y el litio. Estas tres clases de medicamentos han sido claramente establecidos como agentes efectivos en el tratamiento de la depresión. La imipramina y la amitriptilina parecen ser los más utilizados y quizá los agentes tricíclicos más efectivos. Ambos agentes son aminas terciarias, aunque los dos parecen tener efectos separados sobre los sistemas neurotransmisores del sistema nervioso central, con la imipramina se impacta al sistema adrenergico (por ejemplo: norepinefrina) y la amitriptilina parece impactar más directamente a los sistemas indolaminicos (por ejemplo la serotonina).

2.- Enfoque Cognitivo.

Una de las teorías cognitivas mayormente conocidas sobre la depresión es la formulada por Beck, quien considera a la depresión como un trastorno en la cognición y enfoca su atención sobre las manifestaciones vegetativas, conductuales, motivacionales y afectivas que la influyen.

El modelo enumera la espiral descendente característica de la depresión. Se señala que tres elementos son importantes en el desarrollo y mantenimiento de la depresión, a saber, la tríada cognitiva, los errores lógicos y los esquemas.

3.- Enfoque operante.

Desde el punto de vista de la teoría operante del aprendizaje se considera que la depresión es la consecuencia natural de la reducción sostenida en la cantidad de reforzamiento personal que el individuo recibe.

Básicamente, la formulación operante específica una relación de contingencia entre conducta y reforzamiento, si no existe contingencia, o si la conducta por sí (inactividad, llanto, queja, etc.) es inadvertidamente reforzada por un medio ambiente interpersonal compasivo sobre un extenso periodo de tiempo, las condiciones primarias, necesariamente para la depresión están presentes. Asimismo, señala que el denominador común entre las personas deprimidas es la frecuencia decrementada de muchas clases diferentes de actividad reforzada positivamente y el incremento en la actividad de evitación y escape.

4.- Modelo del aprendizaje social.

Lewinsohn Sullivan Grosscup (1982), sostienen que la depresión y reforzamiento son fenómenos relacionados. La hipótesis primaria es que la tasa baja de reforzamiento contingente a la respuesta constituye un antecedente crítico para la ocurrencia de la depresión. El reforzamiento es definido por la calidad de las interacciones de la persona con su medio ambiente. Aquellas interacciones persona-medio-ambiente con resultados positivos constituye el reforzamiento positivo. Tales interacciones fuerzan la conducta de la persona. El término "contingente" se refiere a la relación temporal entre una conducta y sus consecuencias.

5.- Modelo de auto control.

Rehm (en Caballo, 1991) menciona que el auto control se refiere a aquellos procedimientos de terapia cuyo objetivo es enseñar a la persona, estrategias para controlar o modificar su propia conducta a través de distintas situaciones con el propósito de alcanzar metas a largo plazo. Asimismo, el término auto control, expresa claramente la importancia del papel de la persona como director de su propia conducta.

6.- Modelo del desamparo aprendido.

Este modelo sobre la depresión considera cuatro series de déficits: motivacional, cognitivo, somático-afectivo y autoestima. Así como cuatro premisas fundamentales para que la depresión ocurra, a saber: 1) Aversión esperada, 2) descontrol esperado, 3) Estilo atribucional, 4) Severidad.

Prevalencia.

La prevalencia de la depresión en la población general es de aproximadamente 6% a lo largo de la vida. Sin embargo, sólo 50% de los pacientes que reúnen los criterios para hacer el diagnóstico de depresión reciben tratamiento.

Más de 80% de los problemas psiquiátricos vistos en la consulta de medicina general son trastornos de ansiedad y depresión.

Podría distinguirse entre la prevalencia de sintomatología depresiva, que puede llegar a ser hasta de 90%, y el diagnóstico de trastorno depresivo que es menos frecuente.

Cuando los pacientes son valorados mediante escalas, según el punto de corte, la prevalencia es de 12 a 25% para pacientes externos y de 20 a 35% en pacientes hospitalizados. Cuando se realizan entrevistas con criterios diagnósticos de investigación la prevalencia es de 5.8 a 10% en pacientes externos y de 14.9% para pacientes hospitalizados. Sin embargo sólo se diagnostica en un número reducido de casos.

Varios autores han señalado que los médicos no psiquiatras no reconocen más de la mitad de los pacientes con trastornos depresivos.

La depresión es aproximadamente dos veces más frecuente en la mujer que el varón. Puede presentarse en cualquier edad, aunque la mayoría de los casos se presenta entre los 20 y los 50 años. Clínicamente, la depresión se manifiesta con una disminución seria del estado de ánimo, pérdida del interés y de la capacidad de disfrutar de las cosas y que previamente interesaban al paciente. Además, existen síntomas tanto en el área cognoscitiva como vegetativa, como la incapacidad para concentrarse, las ideas autodevalorativas, de culpa de muerte, los pensamientos suicidas, la pérdida del apetito, del impulso sexual, el insomnio, la fatiga y otras.

La diferencia entre la enfermedad depresiva y los síntomas propios de la enfermedad subyacente es difícil por la imbricación con los síntomas somáticos.

También se ha sugerido que el diagnóstico de depresión mayor puede hacerse en estos pacientes cuando hay distrofia o anhedonia que no responde al tratamiento de la enfermedad médica subyacente. Apoyan el diagnóstico de depresión mayor los antecedentes personales y familiares de enfermedad depresiva. La depresión tiene un efecto negativo en la enfermedad somática. Algunos factores psicológicos y conductuales mantienen e incrementan la percepción de la gravedad de una enfermedad. La depresión es frecuente en pacientes con enfermedad renal crónica (en diálisis), pacientes con cáncer y enfermedades cardíacas.

La relación que existe entre la depresión y la enfermedad somática, aunque compleja, puede resumirse, en la siguiente forma: a) la depresión se presenta como una queja somática, b) existe comorbilidad entre una enfermedad somática y la depresión, pudiendo ser ésta una reacción de ajuste a la primera o desarrollarse una depresión mayor y c) la depresión está causalmente relacionada a una enfermedad física (síndrome orgánico afectivo).

Comorbilidad de depresión mayor y enfermedad somática.

La depresión puede ser el resultado del estrés que produce la enfermedad con la que el paciente tiene que contender, por lo que entraría en la categoría de reacción de ajuste con ánimo depresivo, o puede ser el resultado de las modificaciones que la enfermedad produce en el organismo (síndrome orgánico cerebral).

No solamente las enfermedades crónicas, dolorosas, mutilantes o incapacitantes producen disminución del ánimo. Ciertas enfermedades producen depresión en forma directa: las enfermedades endócrinas, metabólicas, neoplásicas, por ejemplo.

En los ancianos el factor estresante que con mayor frecuencia origina depresión es la enfermedad física.

La frecuencia y la gravedad de la depresión se relaciona directamente con la gravedad de la enfermedad física subyacente. Alrededor del 61% con enfermedades graves y 21% de los que padecen enfermedades leves padecen depresión (1)

Síndrome orgánicos cerebrales afectivos.

Los síndromes orgánicos cerebrales afectivos son aquellos cuyas características principales son las alteraciones del afecto y la evidencia de un factor orgánico que lo provoca. Por las implicaciones terapéuticas, es importante reconocer este factor orgánico. No obstante, es preciso recordar que en los pacientes médicamente enfermos hay múltiples factores que interactúan. La primera intervención en estos pacientes es el tratamiento de la enfermedad subyacente, pero esto no excluye el empleo de antidepresivos.

Entre los síndromes orgánicos cerebrales afectivos (DSM-III-R) se incluyen categorías como la llamada depresión secundaria, las depresiones "médicas" (asociadas a una enfermedad) y las inducidas por medicamentos.

El diagnóstico de un síndrome orgánico cerebral afectivo se hace si existe un factor orgánico que antecede a la aparición de los síntomas de depresión y que además se sabe causa el trastorno. El síndrome puede ser leve o grave e indistinguible de una depresión mayor no asociada a causa orgánica.

La aparición y el curso de la depresión depende de la causa que la originó. La mejoría no sigue de inmediato a la resolución del trastorno subyacente; la depresión puede persistir semanas o meses después de la desaparición del factor orgánico involucrado.

Depresión inducida por la ingesta de medicamentos.

Los medicamentos, en especial los antihipertensivos, son la causa más frecuente del síndrome orgánico cerebral afectivo. En la actualidad se conocen por lo menos 200 fármacos que pueden inducir depresión y se estima que 3% de los pacientes que los ingieren van a presentar este cuadro. En un estudio realizado en pacientes que asisten a servicios de medicina general, se observó que 47.8% de los pacientes deprimidos tenían por lo menos un medicamento de los que se conoce su potencial depresógeno.

El ejemplo más claro de estos medicamentos es la reserpina. Casi 15% de los pacientes que reciben este medicamento como tratamiento para la hipertensión presentan un trastorno depresivo. Con frecuencia se trata de una verdadera depresión mayor y ésta parece asociarse a antecedentes de enfermedad depresiva. En ocasiones no es suficiente con suspender el medicamento y es necesaria la prescripción de antidepresivos.

La alfametildopa también puede ocasionar síntomas depresivos.

Las benzodiazepinas pueden producir síntomas depresivos en algunos pacientes. En este caso, puede ser suficiente la suspensión del medicamento.

Otros de los medicamentos que pueden inducir depresión son los corticosteroides y los anticonceptivos.

Endocrinopatías.

La relación entre el sistema endocrino y el estado de ánimo es estrecha. Las Endocrinopatías son las alteraciones que se asocian con mayor frecuencia a

modificaciones del estado de ánimo, principalmente depresión. Además, en los síndromes depresivos, se han observado alteraciones neuroendócrinas, aunque no son específicas para depresión, en particular del eje hipotálamo-hipófisis-suprarrenales y de la función tiroidea.

En el síndrome de Cushing, un tercio de los casos se asocia con depresión significativa, que puede ser tan seria como para que el paciente presente ideas suicidas e ideas delirantes depresivas. Se ha reportado que aproximadamente 10% de los pacientes con depresión secundaria al síndrome de Cushing tienen intentos de suicidio. La disminución del cortisol se asocia a disminución de la depresión. El tratamiento con esteroides puede producir síntomas depresivos similares a los de este síndrome, aunque es más frecuente la elación (manía).

El hipotiroidismo suele asociarse con ánimo deprimido, pesimismo, pobre autoestima, a los que intensifica el síndrome orgánico cerebral producido por mixedema.

En el hiperparatiroidismo hay fatiga ánimo deprimido, anhedonia, disminución de la auto estima, pesimismo e incapacidad para concentrarse. Los fenómenos mentales se relacionan directamente con el nivel de calcio sérico, en particular con niveles de 11 a 14 mg. La diálisis revierte con celeridad el síndrome.

Los síntomas del síndrome de tensión premestrua incluyen depresión, pesimismo, accesos de llanto y autodevaluación.

Gevard y colaboradores en 1993 determinaron la prevalencia de depresión en adultos con diabetes mellitus, encontrando un rango de prevalencia común de depresión en muestras de diabéticos en estudios controlados de entre un 8.5 a 27.3%. En dicho estudio, el rango de significancia clínica de sintomatología de depresión en pacientes diabéticos fue de entre 21.8 a 60% en los estudios controlados.

En otros estudios se ha informado que la prevalencia de depresión en pacientes con diabetes mellitus tipo I y II es más alta que en la población general (20% vs 3 a 10%), con mayor prevalencia en los tipo II; la edad de aparición de la depresión en la población general está entre los 27 y los 35 años, la cual es similar a la edad de aparición de la diabetes tipo II; en donde la depresión precede al inicio de la diabetes y en la tipo I se presenta posterior al comienzo de la enfermedad.

La depresión puede ser un factor de riesgo para el progreso de las complicaciones crónicas de la diabetes mellitus, como son la neuropatía y la microangiopatía.

Desde el punto de vista bioquímico, la depresión mayor se caracteriza por el aumento de las concentraciones séricas de hormonas contra reguladoras, principalmente del cortisol, que no se suprime con la administración de dexametasona y varios investigadores en la asociación entre depresión y diabetes mellitus.

Se cree que un pobre control de glicemia es un factor para el desarrollo de la depresión, así como la presencia de ansiedad o de depresión también contribuyan al incumplimiento de la terapéutica integral y por ende un peor control glucémico.

Trastornos del sistema nervioso central.

Diferentes condiciones pueden provocar un cuadro de depresión, como los tumores cerebrales, la encefalitis y la epilepsia. El daño cerebral que resulta de diversas alteraciones vasculares se asocia con depresión. En el periodo inmediato posterior a un accidente vascular cerebral se presentan síntomas depresivos en 50% de los pacientes y en un 25% de ellos el cuadro es de depresión mayor. Seis meses después, más de un tercio de los pacientes continúa con síntomas de depresión y el periodo de riesgo se extiende hasta los dos años siguientes al accidente vascular cerebral. Cuando estas depresiones no se tratan, su duración es de por lo menos seis meses.

Se observa que la depresión es más frecuente en los pacientes con accidentes vasculares cerebrales, que en pacientes con otras incapacidades motoras similares. Se propone que los accidentes vasculares cerebrales se asocian específicamente con depresión. En más de la mitad de los pacientes, la depresión se asocia con lesiones frontales izquierdas. Cuanto más cerca del polo frontal, más acentuada la depresión. En los seis meses posteriores, la gravedad de la depresión no se relaciona con la localización de la lesión sino por la incapacidad física. Se propone una base neurofisiológica para la depresión posaccidente vascular y se supone que la depresión posterior es una condición reactiva.

La depresión es más frecuente en la esclerosis múltiple que en la esclerosis lateral amiotrófica y que en la epilepsia del lóbulo temporal. Se sugiere la existencia de una vulnerabilidad común a la depresión y a la esclerosis múltiple, que estaría determinada por una alteración selectiva de monoaminas en el sistema nervioso central, y participación de estructuras límbicas por la desmielinización.

La elevada frecuencia de depresión en la enfermedad de Parkinson sugiere que una alteración bioquímica común puede contribuir tanto a la depresión como al trastorno neural. La depresión en la enfermedad de Parkinson aparece alrededor de dos quintos de los pacientes. Aparentemente, la depresión tiende a desarrollarse cuando el deterioro motor se acentúa.

Insuficiencia Renal.

El diagnóstico de depresión en pacientes con insuficiencia renal es bastante difícil porque los síntomas de uremia y depresión son similares: irritabilidad, disminución del apetito, insomnio, fatiga e incapacidad para concentrarse. Los síntomas que diferencian a los pacientes con insuficiencia renal y depresión de aquellos sin ésta son los que se consideran psicológicos: sentimientos de culpa, ideas de muerte y de suicidio.

De 10 a 40 % de los pacientes con insuficiencia renal terminal sometidos a diálisis tienen síntomas de depresión mayor es de aproximadamente 20%. La elevada frecuencia de intentos de suicidio y la interrupción de la diálisis pueden ser manifestaciones de afecto deprimido.

En pacientes con insuficiencia renal bajo (en tratamiento con) diálisis se observa que la incapacidad funcional y la depresión se relacionan directamente cuando los niveles de depresión son bajos. Los síntomas menos graves de

depresión son una respuesta no patológica a la enfermedad física; además, puede haber cierto traslape entre los síntomas leves de depresión y los efectos de la enfermedad física.

Evidentemente, la presencia de depresión mayor en los pacientes con insuficiencia renal, al igual que en otras poblaciones, depende de múltiples factores (personalidad, mecanismos de contención, apoyo social y la vulnerabilidad biológica a la depresión). Además, el grado de depresión y el significado de ésta para el paciente que con la incapacidad física que produce asociado a una enfermedad puede guardar más relación con e.

Cardiopatías.

En el periodo posinfarto inmediato, de 20^a 50% de los pacientes presentan ánimo deprimido. Después de un año, 19 de 100 pacientes tenían depresión mayor. Los antecedentes personales de depresión son un factor de riesgo para la depresión posinfarto.

Después de cirugía coronaria, más de 75% de los pacientes presentan síntomas de psicopatología, en especial depresión.

Neoplasias.

El papel de la enfermedad depresiva que precede a una neoplasia aún es controvertido. Algunos pacientes a los que más tarde se les descubre cáncer de estómago, páncreas o de otros órganos abdominales se quejan de fatiga, pérdida de interés, ánimo deprimido, y premoniciones de muerte.

De 17 a 42% de los pacientes con cáncer tienen sintomatología depresiva de moderada a grave. Evaluados con los criterios del DSM-III, la prevalencia de trastornos depresivos es de alrededor de 30%, sobre todo de reacciones de ajuste. Las mujeres con cáncer de mama aparentan ser el grupo más vulnerable.

No puede excluirse que, en algunos casos, la depresión de los pacientes con cáncer tenga una causa orgánica: a) que sea el primer signo de metástasis cerebrales o de un cáncer oculto, b) que sea el resultado de un síndrome paraneoplásico (hipoxia, hipopotasemia) o c) que se deba a los efectos colaterales de los medicamentos.

Enfermedades virales.

La relación entre el síndrome de fatiga crónica y los trastornos afectivos es aún controvertida. Hasta hace poco la etiología viral era la más aceptada. Sin embargo, los estudios del virus Epstein-Barr y Coxsackie no han resultado concluyentes.

La mononucleosis y la hepatitis infecciosa frecuentemente se acompañan de abstinencia, anorexia, ánimo deprimido y pesimismo.

Suicidio.

La frecuencia de suicidios en pacientes médicamente enfermos es elevada. Por ejemplo, es 400 veces más frecuente en pacientes con insuficiencia renal en tratamiento con diálisis que en la población en general.

En 18% de los pacientes que intentaron suicidarse y en 51% de los que lo lograron se detectan problemas de salud como factores contribuyentes.

Aunque la depresión no siempre precede al suicidio, la frecuencia tan elevada de depresión en pacientes médicamente enfermos explica en gran parte las también elevadas tasas de suicidio.

Factores contribuyentes para depresión.

Por otra parte hay factores que contribuyen a la presencia de depresión incluyendo los factores ya anotados y factores que les llamaremos demográficos y que son así descritos en la literatura a los que se enumeran sin jeraquizar, por el cual se incluyen: 1) Desórdenes médicos; 2) Medicamentos; 3) Coexistencia ó no con otras enfermedades psiquiátricas; 4) Factores genéticos y familiares; 5) Eventos de máximo stress en la vida diaria en el momento actual; 6) Estado de salud actual incluyendo estados de salud terminales; 7) Aislamiento social ().

OBJETIVO

Determinar la incidencia y prevalencia de depresión en pacientes con parámetros demográficos establecidos, con enfermedad médica a los que se les prescribió medicamentos y que se encuentran hospitalizados.

MATERIAL, SUJETOS Y MÉTODOS.

Diseño del estudio.

Se trata de un estudio tipo prospectivo, transversal, observacional, y descriptivo.

Universo de Trabajo:

El estudio se efectuará en el Hospital de Especialidades del C M Nacional " La Raza " en el servicio de hospitalización del servicio de Medicina Interna.

Se incluirán los pacientes que están ingresados y los que se ingresen que tengan expediente clínico, y que sean capaces de contestar el cuestionario específico que se les aplicará .

Selección de Pacientes:

Criterios de Inclusión : Se incluyen pacientes que estén ingresados o que ingresen al Servicio de Medicina Interna, no importando la edad , ni la patología que presenten sea aguda o crónica , que sean capaces de contestar el cuestionario que se les aplicara , y que acepten participar en el estudio.

Criterios de no inclusión: Se excluyen a los pacientes con alteraciones en su estado de conciencia , que no sean capaces de responder al cuestionario que aplicaremos para él estudio, pacientes con diagnóstico de depresión preestablecido, pacientes a los que se les este prescribiendo antidepresivos , y pacientes que rechazan participar en él estudio.

Criterios de exclusión : Ninguno.

IDENTIFICACION DE VARIABLES :

Variable independiente: Nombre, edad, sexo, escolaridad, antecedentes familiares, antecedentes patológicos, enfermedad psiquiátrica, medicamentos prescritos, estado actual, aislamiento social.

Variable dependiente.: Depresión.

OBJETIVO

Determinar la incidencia y prevalencia de depresión en pacientes con parámetros demográficos establecidos, con enfermedad médica a los que se les prescribió medicamentos y que se encuentran hospitalizados.

MATERIAL, SUJETOS Y MÉTODOS.

Diseño del estudio.

Se trata de un estudio tipo prospectivo, transversal, observacional, y descriptivo.

Universo de Trabajo:

El estudio se efectuará en el Hospital de Especialidades del C M Nacional " La Raza " en el servicio de hospitalización del servicio de Medicina Interna.

Se incluirán los pacientes que están ingresados y los que se ingresen que tengan expediente clínico, y que sean capaces de contestar el cuestionario específico que se les aplicará .

Selección de Pacientes:

Criterios de Inclusión : Se incluyen pacientes que estén ingresados o que ingresen al Servicio de Medicina Interna, no importando la edad , ni la patología que presenten sea aguda o crónica , que sean capaces de contestar el cuestionario que se les aplicara , y que acepten participar en el estudio.

Criterios de no inclusión: Se excluyen a los pacientes con alteraciones en su estado de conciencia , que no sean capaces de responder al cuestionario que aplicaremos para él estudio, pacientes con diagnóstico de depresión preestablecido, pacientes a los que se les este prescribiendo antidepresivos , y pacientes que rechazan participar en él estudio.

Criterios de exclusión : Ninguno.

IDENTIFICACION DE VARIABLES :

Variable independiente: Nombre, edad, sexo, escolaridad, antecedentes familiares, antecedentes patológicos, enfermedad psiquiátrica, medicamentos prescritos, estado actual, aislamiento social.

Variable dependiente.: Depresión.

RESULTADOS

TABLA 1

EDO. CIVIL	FRECUENCIA	PORCENTAJE%
SOLTERO	14	23
CASADO	39	63
VIUDO	4	6.6
U. LIBRE	2	3.3
M. SOLTERA	1	1.6
DIVORCIADO	1	1.6

FIGURA 1

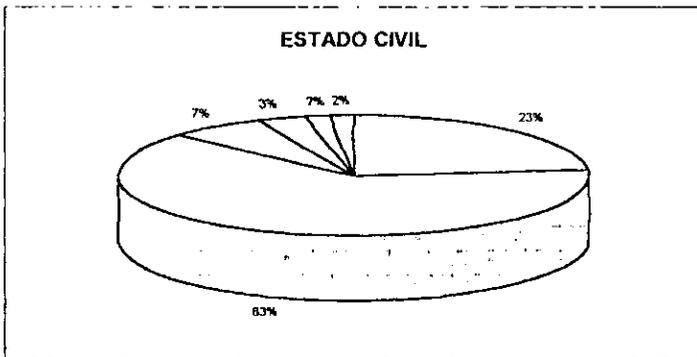


TABLA 2

SEXO	FRECUENCIA	PORCENTAJE%
MASCULINO	27	44.3
FEMENINO	33	54.1
HOMOSEXUAL	1	1.6

FIGURA 2

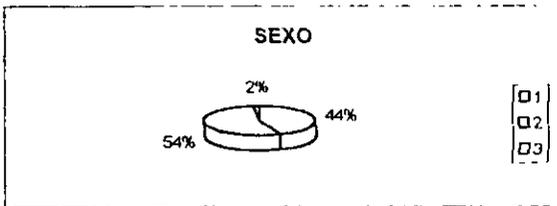


TABLA 3

ANT. PERSONALES	FRECUENCIA	PORCENTAJE
1.-ARTROPAFIAS	2	3.3%
2.-CARDIOTAFIAS	4	6.6%
3.-ERMATOLOFIICAS	3	4.9%
4.-DIABETES	12	19.7%
5.-DIGESTIVAS	6	9.8%
6.-ENDOCRINOPAFIAS	2	3.3%
7.-GENETICAS	1	1.6%
8.-HEMATOLOFIICAS	8	13.1%
9.-HEPATICAS	5	8.2%
10.-HIPERCUGULACION	5	8.2%
11.-HIPERTENSION	13	21.3%
12.-HIV	4	6.6%
13.-INFECCIOSAS	10	16.4%
14.-IRC	2	3.3%
15.-METABOLICAS	2	3.3%
16.-NEOPLASICAS	4	6.6%
17.-NEUMOPAFIAS	4	6.6%
18.-NEUROLOGICAS	10	16.4%
19.-INMUNOLOGICAS	13	21.3%
20.-PSIQUIATRICAS	1	1.6%
21.-NEFROPAFIAS	9	14.8%
22.-VASCULOPAFIAS	2	3.3%

FIGURA 3

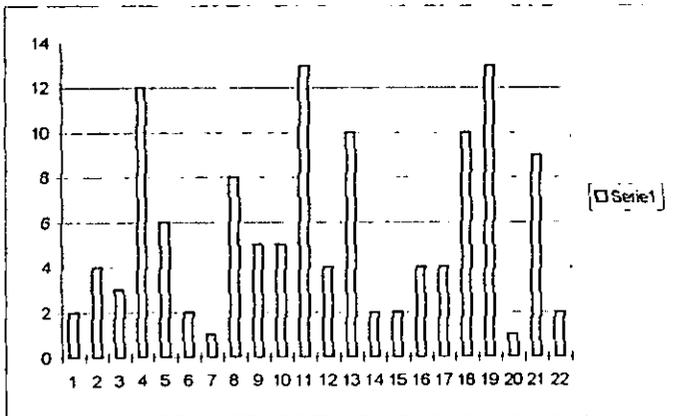


TABLA 4

PAD. ACTUAL	FRECUENCIA	PORCENTAJE
1.-ENF. PSIQUIATRICA	6	9.8 %
2.-ENF. QUIRURGICA	6	9.8 %
3.-ARTROPA S	8	13.1 %
4.-CARDIOPATIAS	10	16.4 %
5.-ENF. DERMATOLOGICA	3	4.9 %
6.-DIABETES	12	19.7 %
7.-DIGESTIVAS	2	3.3 %
8.-ENDOCRINOPATIAS	3	4.9 %
9.-NEFROPATIAS	11	18 %
10.-VASCULOPATIAS	4	6.6 %
11.-ENF.GINECOLOGICA	1	1.6 %
12.-HIPERCUAGULABILID/	1	1.6 %
13.-ENF. HEMATOLOGICA	2	3.3 %
14.-ENF. HEPATICA	2	3.3 %
15.-HIPERTENSION ARTERI	18	29.5 %
16.-HIV	1	1.6 %
17.-ENF. INFECCIOSA	5	8.2 %
18.-ENF. INMUNOLOGICA	11	18 %
19.-NEOPLASIAS	2	3.3 %
20.-NEUMOPATIAS	4	6.6 %
21.-ENF. NEUROLOGICAS	8	13.1 %
22.-OFTALMOLOPATIA	1	1.6 %

FIGURA 4

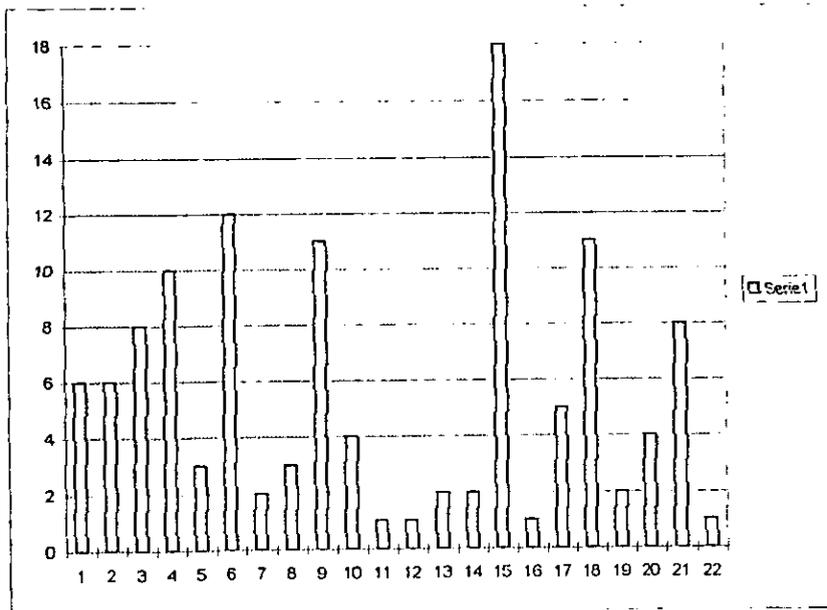


TABLA 5

	FRECUENCIA	PORCENTAJE
1 MEDICAMENTOS		
2 DIALISIS	2	3.3 %
3 DIGITAL	5	8.2 %
4 DIURETICOS	14	23 %
5 ESTEROIDES	18	29.5 %
6 HIPOGLUCEMIANTES	6	9.8 %
7 HIPOLIPEMIANTES	3	4.9 %
8 INMUNOMODULADORES	2	3.3 %
9 INSULINA	3	4.9 %
10 LEVOTIROXINA	3	4.9 %
11 ANTIRRETROVIRALES	2	3.3 %
12 TRANQUILIZANTES	6	9.8 %
13 URICOSURICOS	7	11.5 %
14 ANTIRRETROVIRALES	2	3.3 %
15 ANALGESIC NO ESTER.	26	42.6 %
16 ANTICUAGULANTES	9	14.8 %
17 ANTIEMETICOS	10	16.4 %
18 ANTIHISTAMINICOS	3	4.9 %
19 ANTIHIPERTENSIVOS	21	34.4 %
20 ANTIBIOTICOS	28	45.9 %
21 ANTICONVULSIVOS	6	9.8 %
22 ANTIESPASMOTICOS	1	1.6 %
23 ANTIFIMICOS	3	4.9 %
24 ANTIMICOTICOS	3	4.9 %
25 BLOQUEADORES H 2	31	50.8 %
26 BRONCODILATADORES	4	6.6 %

FIGURA 5

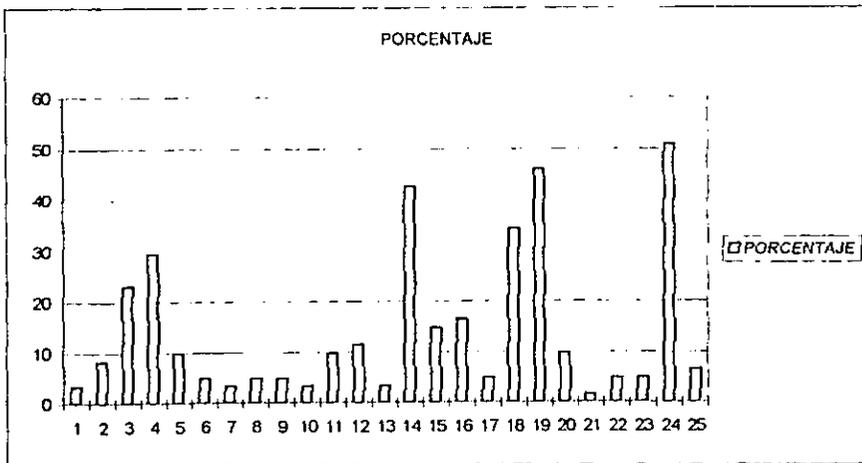


TABLA 6

EDAD AÑOS	FRECUENCIA	PORCENTAJE
1.-19	1	1.6 %
2.-21	1	1.6 %
3.-23	3	4.9 %
4.-24	1	1.6 %
5.-25	2	3.3 %
6.-26	1	1.6 %
7.-27	3	4.9 %
8.-29	1	1.6 %
9.-32	1	1.6 %
10.-34	1	1.6 %
11.-35	5	8.2 %
12.-36	1	1.6 %
13.-38	3	4.9 %
14.-40	1	1.6 %
15.-41	1	1.6 %
16.-44	1	1.6 %
17.-45	1	1.6 %
18.-47	2	3.3 %
19.-50	7	11.5 %
20.-52	1	1.6 %
21.-53	1	1.6 %
22.-56	2	3.3 %
23.-57	1	1.6 %
24.-57	1	1.6 %
25.-58	2	3.3 %
26.-63	2	3.3 %
27.-64	3	4.9 %
28.-66	1	1.6 %
29.-67	1	1.6 %
30.-68	2	3.3 %
31.-69	1	1.6 %
32.-70	1	1.6 %
33.-73	2	3.3 %
34.-75	1	1.6 %
35.-76	1	1.6 %
36.-77	1	1.6 %
37.-83	1	1.6 %

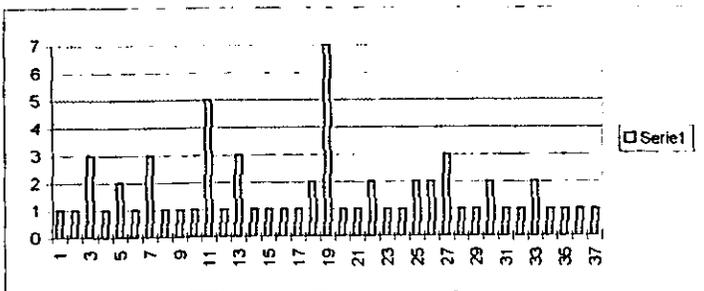


FIGURA 6

TABLA 7
RANGOS DE EDAD.

RANGOS	FRECUENCIA	PORCENTAJE
1.-19-30	13	21.30%
2.-31-40	12	19.70%
3.-41-50	12	19.70%
4.-51-60	7	11.50%
5.-61-70	11	18.00%
6.-71 o más	6	9.80%

FIGURA 7

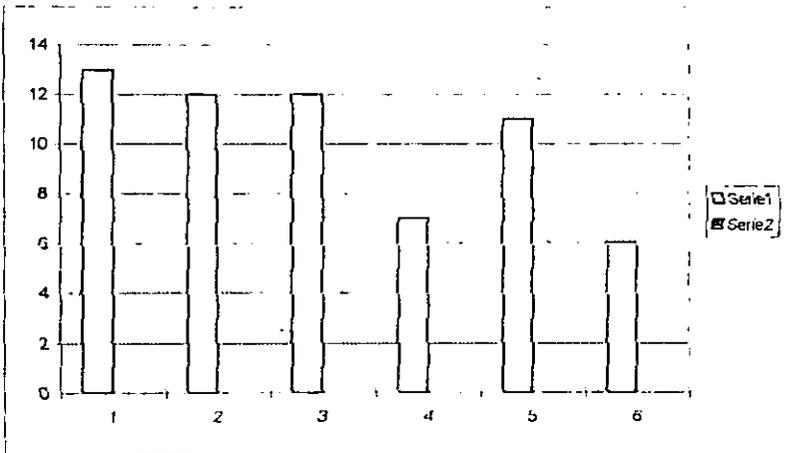


TABLA 8
RANGOS POR SEXO

RANGOS	NUMERO	MASCULINO	NUMERO	FEMENINO	NUMERO	HOMOSEX	TOTAL
17-30	5	8.2%	7	11.5%	1	1.6%	21.3%
31-40	6	9.8%	6	9.8%			19.7%
41-50	6	9.8%	6	9.8%			19.7%
51-60	2	3.3%	5	8.2%			11.5%
61-70	6	9.8%	5	8.2%			18.0%
71 o más	2	3.3%	4	6.6%			9.8%
TOTAL	27	44.3%	33	54.1%			100.0%

TABLA 9
EDO. CIVIL CRUCE CON SEXO

ESTADO CIVIL	NUMERO	MASCULINO	NUMERO	FEMENINO	NUMERO	HOMOSEX	TOTAL	PORCENTAJ
SOLTERO	5	8.20%	8	13.10%	1	1.60%	14	23.00%
CASADO	20	32.80%	19	31.10%			39	63.90%
VIUDO	1	1.60%	3	4.90%			4	6.60%
UNION LIBRE	1	1.60%	1	1.60%			2	3.30%
MADRE SOLTERA			1	1.60%			1	1.60%
DIVORCIADO			1	1.60%			1	1.60%
TOTAL	27		33		1		61	100%

TABLA 10

DEPRESIÓN	FRECUENCIA	PORCENT
SIN DEPRESIÓN	18	29.50%
DEPRESIÓN LEVE	37	60.70%
DEPRESIÓN MODERADA	6	9.80%
TOTAL	61	100%

TABLA 11

DEPRESIÓN CRUZADA CON SEXO

	NUMERO	MASCULINO	NUMERO
SIN DEPRESIÓN	7	11.50%	
DEPRESIÓN LEVE	15	24.60%	
DEPRESIÓN MODERADA	5	8.20%	
TOTAL	27		
PORCENTAJE TOTAL		44.30%	

TABLA 12

DEPRESIÓN CRUZADA CON RANGOS DE EDAD

	NUMERO	SIN DEPRESIÓN	NUMERO
19-30	5	8.20%	
31-40	5	8.20%	
41-50	3	4.90%	
51-60			
61-70	3	4.90%	
71 o más	2	3.30%	
TOTAL	18		
TOTAL %		29.50%	

NUMERO PORCENTAJE

13	21.30%
12	19.70%
12	19.70%
7	11.50%
11	18.00%
6	9.80%
61	100%
	100%

MEDICAMENTOS CRUZADOS CON DEPRESIÓN

TABLA 13

	SIN DEPRESIÓN		DEPRESIÓN LEVE		DEPRESIÓN MODERADA		TOTAL
	NUMERO	PORCENTAJE	NUMERO	PORCENTAJE	NUMERO	PORCENTAJE	
ESTEROIDES							
NO PRESCRITO	15	34.90%	23	53.50%	5	11.60%	43-70.5%
PRESCRITO	3	16.70%	14	77.80%	1	5.60%	18-29.5%
HIPOGLUCEMIANTES							
NO PRESCRITO	17	30.90%	33	60%	5	9.10%	55-90.2%
PRESCRITO	1	16.70%	4	66.70%	1	16.7	6-9.8%
HIPOLIPEMIANTES							
NO PRESCRITO	18	31.00%	34	58.60%	6	10.30%	58-95.1%
PRESCRITO	0	0	3	100.00%	0	0	3-4.9%
INMUNOMODULADORES							
NO PRESCRITO	18	30.50%	35	59.30%	6	10.20%	59-96.7%
PRESCRITO	0	0	2	100.00%	0	0	2-3.3%
INSULINA							
NO PRESCRITO	18	31.00%	34	58.60%	6	10.30%	58-95.1%
PRESCRITO	0	0	3	100.00%	0	0	3-4.9%
LEVOTIROXINA							
NO PRESCRITO	17	29.30%	35	60.30%	6	10.30%	58-95.1%
PRESCRITO	1	33.30%	2	66.70%	0	0	3-4.9%
ANTIRRETROVIRALES							
NO PRESCRITO	18	30.50%	36	61.00%	5	8.50%	59-96.7%
PRESCRITO	0	0	1	50.00%	1	50.00%	2-3.3%
ANALGESICOS NO ESTEROIDEOS							
NO PRESCRITO	8	22.90%	24	68.60%	3	8.60%	35-57.4%
PRESCRITO	10	38.50%	13	50.00%	3	11.50%	26-42.6%
ANTICUAGULANTE							
NO PRESCRITO	17	32.70%	30	57.70%	5	9.60%	52-85.2%
PRESCRITO	1	11.10%	7	77.80%	1	11.10%	9-14.8%
ANTIEMETICOS							
NO PRESCRITO	17	33.30%	29	56.90%	5	9.80%	51-83.6%
PRESCRITO	1	10.00%	8	80.00%	1	10.00%	10-16.4%
ANTIHIISTAMINICOS							
NO PRESCRITO	18	31.00%	34	58.60%	6	10.30%	58-95.1%
PRESCRITO	0	0	3	100.00%	0	0	3-4.9%
ANTIHIPERTENSIVOS							

NO PRESCRITO	14	35.00%	20	50.00%	6	15.00%	40-65.6%
PRESCRITO	4	19.00%	17	81.00%	0	0	21-34.4%
ANTIBIOTICOS							
NO PRESCRITO	11	33.30%	18	54.50%	4	12.10%	33-34.4%
PRESCRITO	7	25.00%	19	67.90%	2	7.10%	28-45.9%
ANTICONVULSIVOS							
NO PRESCRITO	17	30.90%	33	60.00%	5	9.10%	55-90.2%
PRESCRITO	1	16.70%	4	66.70%	1	16.70%	6-9.8%
ANTIESPASMODICOS							
NO PRESCRITO	18	30.00%	36	60.00%	6	10.00%	60-98.4%
PRESCRITO	0	0	1	100.00%	0	0	61-100.0%
ANTIFIMICOS							
NO PRESCRITO	17	29.30%	35	60.30%	6	10.30%	58-95.1%
PRESCRITO	1	33.30%	2	66.70%	0	0	3-4.9%
ANTIMICOTICOS							
NO PRESCRITO	17	29.30%	35	60.30%	6	10.30%	58-95.1%
PRESCRITO	1	33.30%	2	66.70%	0	0	3-4.9%
BLOQUEADOR H2							
NO PRESCRITO	11	36.70%	16	53.30%	3	10.00%	30-49.2%
PRESCRITO	7	22.70%	21	67.70%	3	9.70%	31-50.8%
BRONCODILATADOR							
NO PRESCRITO	18	31.60%	34	59.60%	5	8.80%	57-93.4%
PRESCRITO	0	0	3	75.00%	1	25.00%	4-6.6%
DIALISIS							
NO PRESCRITO	17	28.80%	36	61.00%	6	10.20%	59-96.7%
PRESCRITO	1	50.00%	1	50.00%	0	0	2-3.3%
DIGITAL							
NO PRESCRITO	17	30.40%	33	58.90%	6	10.70%	56-91.8%
PRESCRITO	1	20.00%	4	80.00%	0	0	5-8.2%
DIURETICOS							
NO PRESCRITO	15	31.90%	27	57.40%	5	10.60%	47-77.0%
PRESCRITO	3	21.40%	10	71.40%	1	7.10%	14-23.0%
TRANQUILIZANTES							
NO PRESCRITO	15	27.30%	35	63.60%	5	9.10%	55-90.2%
PRESCRITO	3	50.00%	2	33.30%	1	16.70%	6-9.8%
URICOSURICOS							
NO PRESCRITO	15	27.80%	34	63.00%	5	9.30%	54-88.5%

PRESCRITO	3	42.90%	3	42.90%	1	14.30% 7-11.5%
VASODILADORES						
NO PRESCRITO	16	30.80%	31	59.60%	5	9.60% 52-85.2%
PRESCRITO	2	22.20%	6	66.70%	1	11.10% 9-14.8%

ANALISIS DE RESULTADOS Y CONCLUSIONES

Tabla (1). Edo. Civil.-Soltero 14 pacientes 23%, casados 39 pacientes - 63%, viudos 4-6.6%, U. libre 2 pacientes-3.3%, madre soltera 1-1.6%, divorciado 1-1.6%. Predominan casados 63% y solteros 23%.

Tabla (2). Figura (2). Sexo. Femeninas 33 pacientes-54.1%, masculinos 27 pacientes 44.3%, homosexual 1 paciente 1.6%. Predomina sexo femenino 54.1%.

Tabla(3). Figura (3). Antecedentes personales.
Predominan los siguientes padecimientos.-Hipertension arterial 13 pacientes-21.3%, enfermedades inmunologicas 13 pacientes-21.3%, diabetes 12 pacientes 19.7%, enfermedades infecciosas 10 pacientes 16.4%, enfermedades neurológicas 10 pacientes 16.4%, Nefropatias 9 pacientes 14.8%, el resto misceláneos.

Tabla(4). Figura(4). Padecimiento Actual.
Predominan los siguientes padecimientos.-Hipertension Arterial 18 pacientes 29.5%, diabetes 12 pacientes 19.7%, nefropatias 11 pacientes 18%, enfermedades inmunologicas 11 pacientes 18%, cardiopatias 10 pacientes 16.4%, enfermedades neurológicas 8 pacientes 13.1%.

Tabla(5). Figura(5). Medicamentos mayormente utilizados.
Predominan.-Bloqueadores H 2, 31 pacientes 50.8%, analgésicos no esteroideos 26 pacientes 42.6%, antihipertensivos 21 pacientes 34.4%, esteroides 18 pacientes 29.5%, diuréticos 14 pacientes 23%.

Tabla(6). Figura(6). Edad en años.
Predominan.- Pacientes con 50 años 7 pacientes 11.5 %, pacientes de 35 años 5-8.2%, pacientes con 23 años 4.9%, pacientes con 27 años 3-4.9%, pacientes de 38 años 3-4.9%, pacientes con 64 años 3-4.9%, el paciente de menor edad 19 años 1-1.6%, el paciente de mayor edad 83 años 1-1.6%.

Tabla(7). Figura(7). Pacientes por rango de edad.
19 a 30 años.-13 pacientes 21.3%.
31 a 40 años.-12 pacientes 19.7%.
41 a 50 años.-12 pacientes 19.7%.
61 a 70 años.-11 pacientes 18%.
51 a 60 años.-07 pacientes 11.5%.
71 o mas años.-06 pacientes 9.8%.

Tabla(8). Rangos por sexo y edad.

Masculinos.

31-40 años-6 pacientes-9.8%.
 41-50 años-6 pacientes-9.8%.
 61-70 años-6 pacientes-9.8%.
 17-30 años-5 pacientes-8.2%.
 51-60 años-2 pacientes-3.3%.
 71 o mas-2 pacientes-3.3%.

Tabla(8).

Femeninos.

17-30 años-7 pacientes-11.5%.
 31-40 años-6 pacientes-9.8%.
 41-50 años-6 pacientes-9.8%.
 51-60 años-5 pacientes-8.2%.
 61-70 años-5 pacientes-8.2%.
 71 o mas-4 pacientes-6.6%.

Mayor rango pacientes-femeninas de 17 a 30 años-11.5%.

Menor rango pacientes-masculinos de 71 o mas años-3.3%.

Mayor rango de sexo y edad ambos sexos pacientes de 31 a 50 años.

Tabla(9). Estado Civil cruzado con sexo.

Masculinos.

Casados-20 pacientes-32.8%.
 Solteros-5 pacientes-8.2%.

Femeninos.

19 pacientes-31.10%.
 8 pacientes-13-10%.

Depresión. Tabla(10),(11),(12).

Tabla(10).

Sin depresión-18 pacientes-29.5%.
 Depresión leve-37 pacientes-60.7%.
 Depresión Moderada-6 pacientes-9.8%.

Tabla(11). Depresión cruzada con sexo.

	No.	masc.	Fem.	Hmx.
Sin depresión.	18	7-11.5%.	11-18%.	
Depresión leve.	37	15-24.6%.	21-34.4%.	1-1.6%.
Depresión moderada.	6	5-8.2%.	1-1.6%.	

Mayor porcentaje- 37 pacientes ambos sexos con depresión leve.

Tabla(12). Depresión cruzada con rangos de edad.

Depresión leve.		Depresión moderada.	
19-30 años	7 pacientes-11.5%.	31-40 años	2 pacientes-3.3%.
41-50 años	7 pacientes-11.5%.	41-50 años	2 pacientes-3.3%.
51-60 años	7 pacientes-11.5%.	19-30 años	1 paciente-1.6%.
61-70 años	7 pacientes-11.5%	61-70 años	1 paciente-1.6%.
31-40 años	5 pacientes-8.2%.		
71 o mas.	4 pacientes-6.6%.		

Tabla(13). Medicamentos cruzados con depresión.

Depresión leve.	Depresión moderada.
Esteroides-14 pacientes 77.8%.	Analgésicos no esteroideos 3
Hipoglucemiantes 4 pacientes 66.7	pacientes 11.5%.
%.	Antibióticos 2 pacientes-7.1%.
Hipolipemiantes 3 pacientes 100%.	Bloqueadores H 2-3 pacientes 9.7%.
Insulina 3 pacientes 100%.	
Analg. No esteroides-13 pacientes	
-50%.	
Anticuagulantes-7 pacientes-77.8%.	
Antieméticos-8 pacientes-80%.	
Antihistamínicos-3 pacientes-100%.	
Antihipertensivos-17 pacientes-	
81%.	
Antibióticos-19 pacientes-67.9%.	
Anticonvulsivos-4 pacientes-66.7%.	
Bloq. H2-21 pacientes - 67.7%.	
Broncodilatador 3 pacientes-75%.	
Digital-4 pacientes-80%.	
Diuréticos-10 pacientes-71.9%.	
Uricosúricos-3 pacientes-42.9%.	
Vasodilatadores-6 pacientes-66.7%.	

Taza de incidencia de depresión en pacientes hospitalizados.

	No. de casos.	Taza de incidencia.
Pacientes sin depresión.	18	29.5
Depresión leve.	37	60.7
Depresión moderada.	6	9.8
TOTAL	----- 61 Casos.	

Taza de Prevalencia de depresión en pacientes hospitalizados.

	No de casos.	
Sin depresión.	18	0.2
Depresión leve.	37	0.6
Depresión moderada.	6	0.09

CONCLUSIONES

Se concluye que la tasa de incidencia para depresión en pacientes hospitalizados es de 60.7 para depresión leve, siguiendo pacientes sin depresión con tasa del 29.5, y una tasa mínima para depresión moderada de 9.8, estos porcentajes son altos en relación a lo reportado en la literatura, aunque considero que este fenómeno puede estar dado por lo riguroso de nuestras encuestas aplicadas y al tamaño modesto de nuestra muestra. Deberá ser corroborado por estudios mas amplios.

En cuanto a la tasa de prevalencia predomina la depresión leve con un 0.6 seguida de la tasa de pacientes sin depresión con 0.2 y siguiendo la depresión moderada con un 0.09, esos resultados difieren diametralmente con los reportados en la literatura quienes marcan tasas de hasta 14.9, hay que considerar que estamos fragmentando la depresión en nuestra muestra en varios grados, incluso su no presencia, por lo que ahí puede estar dada la diferencia, ya que esta fragmentacion no se ha hecho en estudios anteriores.

En cuanto a relacionar la presencia de depresión con padecimiento de ingreso, en nuestra muestra predominan la Hipertensión Arterial, La Diabetes Mellitus, Nefropatias, Enfermedades Inmunologicas, Cardiopatias y Enfermedades Neurológicas, padecimientos que son las principales causas de ingresos a los servicios de Medicina Interna, y que están relacionados con la presencia de cuadros depresivos y que en nuestro estudio los resultados no varían significativamente con los de los reportes de la literatura.

En cuanto a la relación de la prescripción de de medicamentos con la presencia de cuadro depresivo, en la mayoría de nuestros pacientes se utilizaron bloqueadores H2, analgésicos no esteroideos, antihipertensivos, esteroides, diuréticos e insulina, en los reportes de la literatura hay una relación con la presencia de depresión principalmente con la prescripción de algunos antipertensivos y benzodiacepinas, lo que en cierta forma podemos relacionar con nuestros resultados, ya que en un porcentaje alto de nuestros pacientes se estaban manejando con antihipertensivos y principalmente se relacionaron con la presencia de depresión leve.

Concluyo que este estudio es importante en cuanto la utilización de factores demográficos, padecimiento del paciente, utilización de medicamentos, en relación a la presencia de depresión en pacientes hospitalizados y que no se ha utilizado en estudios anteriores, y que puede dar la pauta para la realización de estudios parecidos pero mas amplios en muestra y tiempos de aplicación, así como para revalidar el cuestionario demográfico y la escala de Hamilton para depresión que utilizamos para instrumentos, y que pueden utilizarse para prevenir y tratar anticipadamente la presencia de depresión en pacientes hospitalizados.

ESTA TESIS NO SALE
DE LA BIBLIOTECA

REFERENCIAS BIBLIOGRAFICAS.

- 1) Prevalence and correlates of depression in an aging cohort.: The Alameda County Study .
Roberts RE; Kaplan GA ; Shema SJ.
J gerontol B Psychol Sci-Soc-Sci. 1997 Sep; 52 (5) 252-8.
- 2) Depression in black and white women the role of marriage and socioeconomic status.
Gasmararian JA ; James SA.
Ann Epidemiol 1995, Nov ; 5 (6) : 455-63.
- 3) Longitudinal analysis of the association between depressive symptomatology and cognitive deterioration .
Dufovil C; Fuhrer R; Dartigues J F.
Am J Epidemiol 1996 oct 1 ; 144 (7): 634-41.
- 4) Depression and risk for onset of type II diabetes. A prospective population -based-study.
Eaton WW; Armenian H; Gallo J.
Diabetes Care 1996 oct; 19 (10) : 1097-102.
- 5) Wais to hip ratio and psychosocial factors in adults whit insulin -dependent diabetes mellitus; The Pittsburg Epidemiology of Diabetes Complications study.
Lloid C E; Wing RR.
Metabolism 1996 feb; 45 (2) : 268-72.
- 6) Depression after stroke. Result of the Finnestroke Study.
Kotila -M; Numminen-H; Waltimo-O; Kaste -M.
Stroke. L998 feb; 29(2): 368-72.
- 7) Depressed mood and the incidence of Alzheimer's disease in the elderly in the community.
Deranand DP; Sano-M; Tang -MX; Taylor -S.
Arch-Gen -Psychiatry .1996 Feb ; 53(2) : 175-82.
- 8) Depression and multiple sclerosis.
Sandounick-AD ; Remick-RA; Alen-J.
Neurology 1996 Mar; 46(3) : 328-32.
- 9) A replicated prospeptive investigation of life stress,coping and depressive syptoms in multiple sclerosis.
Aikens-JE; Fisher-JS; Namey -M.
J-Behav-Med 1997 oct; 20(5) : 433-45.
- 10) Social impairment and depression after traumatic brain injury.
Gomez-HR; Max -JE; Paradiso -S.
Arch-Phys-Med-Rehabil. 1997 Dec; 78 (12); 1321 -6.
- 11) Depression coping and level of neurological impairment in multiple sclerosis.
MOHR-DC; Goodkin-DE; Gatto-N.
Mult-Scler, 1997 Aug; 3(4):254-8.
- 12) Psychological risk factors for cardiac events:could there be just one?
Carney -RM.
Circulation 1998 Jan 20; 97(2) : 128-9.
- 13) Incidence and patterns of depression following coronary artery bypass graft surg
Timberlake-N; KLINGER-L; Smith-P;Venn-G.

- J psychosom Res-1997 Aug; 43(2) : 197-207.
- 14) Psychosocial factors of coronary heart disease in women: a review
Brezinka-V; Kittel -F.
Soc-Sci-Med.1996 May;42(10) :1351-65.
- 15) Symptoms of Depression , acute myocardial infarction and total mortality in a community sample.
Barefoot-JC; Scroll-M.
Circulation 1996 Jun 1; 93 (11): 1976-80.
- 16) Association of Depression with reduced heart rate variability in coronary artery disease.
Carney-RM; Saunders-RD; Freedland-KE.
Am-J-Cardiol.1995 Sep 15; 76(8): 562-4.
- 17) Arteriosclerotic depression.
Krishnan-KR; Mc Donald-WM.
Med-Hypotheses 1995 Feb; 44(2):111-5.
- 18) Functional status in coronary artery disease: a one year prospective study of the role of anxiety and depression.
Sullivan-MD; La Croix-AZ; Baum-C.
Am-J-Med.1997 Nov; 103(5): 348-56.
- 19) Panic disorder, anxiety and depression in resistant hypertension a case control study.
Davies-SJ; Chahrami-P; Jackson-PR.
J-Hypertens 1997 oct; 15 (10): 1077-82.
- 20) Prevalence of anxiety and depression in cancer patients seen at the norwegian Radium Hospital.
Aass-N; Fosha- SD; Dahl- AA Moe-Tj
Eur-J-Cancer. 1997 sep; 33 (10): 1597-604.
- 21) Depression and HIV. A nursing perspective on a complex relationship.
Mc Enany G-W; Hughes A-M; Lee K-A.
Nurs-Clin-North-Am.1996 Mar; 31 (1) ; 57-80.
- 22) Vulnerability to psychologic distress and depression in patients with end-stage Liver disease due to hepatitis C virus.
Singh-N; Gayowski-T; Wagener M-M.
Clin-Transplant. 1997 oct; 11 (Sept 1) : 406-11.
- 23) Suicide in head and neck cancer patients.
Henderson JM; Ord RA.
J-Oral -Maxillofac-Surg. 1997 Nov;; 55(11): 1217 -21.
- 24) Parenteral divorce and adult psychological distress: evidence from a antional birth cohort: a research note.
Rodgeras-B; Power -C.
J-Affec; D isord. 1997 Aug; 45 (1-2) : 31-9; discussion 39-40.
- 25) Functioning, wellbeing, and health perception in late middle aged and older people: comparing the effects of depressive symptoms and chronic medical conditions.
Ormel-J; Kempen-GI; Deeg-DJ.

- J-Am-Geriatric-Soc.1998 Jan ; 46 (1): 39-48.
26) Temas Medicina Interna
Problemas Psiquiatricos en la Practica Medica.
Asoc. De Med Int Mex.
Vol II Num 3, 1994 : 399-409.
27) Recognizing and Managing Depression in Primary Carer.
Brody S; Thomson II T; Larson B ; Ford E.
General Hospital Psychiatry 17,93-107, 1995.
28) Prevalence, Nature, and Comorbidity of Depressive Disorders in Primary Care.
James C ; Fechner-Bates S; Schwenk L.
General Hospital Psychiatry 16 ,267-276,1994.