

**UNIVERSIDAD DE SAN CARLOS DE GUATEMALA
FACULTAD DE CIENCIAS MÉDICAS
ESCUELA DE ESTUDIOS DE POSTGRADO**

MEDICINA INTERNA

**INCIDENCIA DE DEPRESIÓN EN PACIENTES
HOSPITALIZADOS, DEPARTAMENTO DE
MEDICINA INTERNA, HOSPITAL REGIONAL
DE OCCIDENTE, AÑO 2010.**

MANUEL DE JESÚS ROJAS GÓMEZ

Tesis

**Presentada ante las autoridades de la
Escuela de Estudios de Postgrado de la
Facultad de Ciencias Médicas
Maestría en Medicina Interna
Para obtener el grado de
Maestro en Ciencias en Medicina Interna
Enero 2013**



ESCUELA DE
ESTUDIOS DE
POSTGRADO

Facultad de Ciencias Médicas

Universidad de San Carlos de Guatemala

UNIVERSIDAD DE SAN CARLOS DE GUATEMALA

LA FACULTAD DE CIENCIAS MÉDICAS

ESCUELA DE ESTUDIOS DE POSTGRADO

HACE CONSTAR QUE:

El Doctor: Manuel de Jesús Rojas Gómez

Carné Universitario No.: 100018060

Ha presentado, para su EXAMEN PÚBLICO DE TESIS, previo a otorgar el grado de Maestro en Medicina Interna, el trabajo de tesis **"Incidencia de depresión en pacientes hospitalizados, departamento de Medicina Interna, Hospital Regional de Occidente, Año 2010"**.

Que fue asesorado: Dra. Mónica Gracias

Y revisado por: Dr. Julio César Fuentes Mérida MSc.

Quienes lo avalan y han firmado conformes, por lo que se emite, la ORDEN DE IMPRESIÓN para enero 2013.

Guatemala, 10 de enero de 2013


Dr. Carlos Humberto Vargas Reyes MSc.
Director
Escuela de Estudios de Postgrado


Dr. Luis Alfredo Ruiz Cruz MSc.
Coordinador General
Programa de Maestrías y Especialidades

/s/

Quetzaltenango, 27 de noviembre del 2012

Doctor:

Luis Alfredo Ruiz Cruz

Coordinador específico de Programas de Post-Grado

Universidad de San Carlos de Guatemala

Hospital Regional de Occidente

Presente

Estimado doctor Ruiz

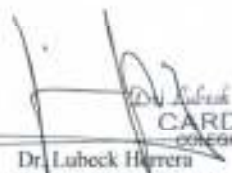
Atentamente me dirijo a usted deseándole éxitos en sus labores cotidianas, el motivo de la presente es para informarle que revisé el contenido del informe final de tesis con el título "Incidencia de Hospitalización en Pacientes Hospitalizados, Departamento de Medicina Interna, Hospital Regional de Occidente, año 2010", del Dr. Manuel de Jesús Rojas Gómez, el cual apruebo por llevar los requisitos solicitados por esta coordinación, pudiendo contar con los trámites correspondientes para impresión de tesis y trámites de graduación.

Sin otro particular me despido de usted.

Atentamente,


Dr. Julio Fuentes
Docente de Investigación
Programa de Postgrado Medicina
Hospital Regional de Occidente
Revisor de Tesis




Dr. Lubeck Herrera
CARDIOLOGO
Docente Maestría Medicina Interna
Hospital Regional de Occidente

Quetzaltenango, 27 de noviembre del 2012

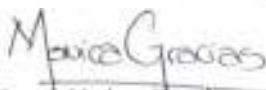
Doctor;
Docente responsable
Maestría en Medicina Interna
Hospital Regional de Occidente

Por este medio hago constar que he revisado y aprobado el trabajo de tesis "Incidencia de Depresión en Pacientes Hospitalizados, departamento de Medicina Interna, Hospital Regional de Occidente, año 2010", a cargo del Dr. Manuel de Jesús Rojas Gómez, residente de Medicina Interna, para dar cumplimiento al Normativo y Manual de Procedimientos de la escuela de estudios de postgrado de la facultad de Ciencias Médicas.

Sin otro particular me despido de usted.

Atentamente,

Dra. Mónica Lucía Gracias
MEDICINA INTERNA
C.R. 11.000


Dra. Mónica Gracias
Asesora de tesis de investigación

AGRADECIMIENTO

Agradezco a Dios por permitirme concluir una etapa más de mi vida en su compañía.

También agradezco a todas las personas y entidades que hicieron posible la culminación exitosa de esta maestría.

Agradezco de manera especial a:

Mis Padres:

Rolando Abel Rojas Gómez

Sonia Argentina Gómez Aguilar

Mis Hermanos:

Francisco Rolando Rojas Gómez (†)

Erick Estuardo Rojas Gómez

Rolando Rojas Gómez

INDICE

I	INTRODUCCIÓN.....	1
II	ANTECEDENTES.....	3
2.1	MARCO TEORICO.....	5
III	OBJETIVOS.....	39
IV	MATERIAL Y METODOS.....	41
V	RESULTADOS.....	47
VI	ANALISIS Y DISCUSION.....	59
6.1	CONCLUSIONES.....	65
6.2	RECOMENDACIONES.....	67
VII	BIBLIOGRAFIA.....	69
VIII	ANEXOS.....	77

INDICE DE GRAFICAS

Grafica No.1.....	47
Grafica No.2.....	48
Grafica No.3.....	49
Grafica No.4.....	50
Grafica No.5a.....	51
Grafica No. 5b.....	52
Grafica No.6a.....	53
Grafica No. 6b.....	54
Grafica No.7.....	55
Grafica No.8.....	56
Grafica No.9a.....	57
Grafica No.9b.....	58

INDICE DE CUADROS

Cuadro No.1.....	47
Cuadro No.2.....	48
Cuadro No.3.....	49
Cuadro No.4.....	50
Cuadro No.5.....	51
Cuadro No.6.....	53
Cuadro No.7.....	55
Cuadro No.8.....	56
Cuadro No.9.....	57

**PREVALENCIA DE DEPRESIÓN EN PACIENTES
HOSPITALIZADOS, DEPARTAMENTO DE MEDICINA
INTERNA, HOSPITAL REGIONAL DE OCCIDENTE,
AÑO 2010**

Rojas Gómez, Manuel de Jesús

RESUMEN

INTRODUCCION

Depresión, un problema con una alta prevalencia a nivel mundial, se encuentra frecuentemente en pacientes hospitalizados, el cual puede incrementar su morbilidad, uso de medicamentos, tiempo de estancia intrahospitalaria, y costos para el hospital.

OBJETIVO

Conocer la frecuencia de pacientes hospitalizados en el departamento de medicina interna del hospital regional de occidente, así como sus principales características epidemiológicas, uso de medicamentos, y número de hospitalizaciones previas.

TIPO DE ESTUDIO

Prospectivo-descriptivo.

MÉTODO

150 pacientes hospitalizados en el departamento de medicina interna del hospital regional de occidente durante el año 2010, a quienes se les realizó una entrevista y se aplicó la escala para la medida de depresión de Zung y conde.

RESULTADOS

De 150 personas estudiadas, 77 (51.3%), presentaron características depresivas, y 23 (15.4%), depresión clínica. Se evidenció mayor prevalencia de depresión en el género femenino, edades entre 43 a 72 años, solteros, amas de casa y pacientes sin oficio. Además, proporcionalmente a la severidad de depresión se incrementaron el uso de analgésicos, número de medicamentos consumidos y número de hospitalizaciones previas. De los pacientes con depresión únicamente tres tomaban algún tipo de antidepresivo desde antes de su hospitalización.

CONCLUSION

La mayoría de estudiados (51.3%), presentó características depresivas, y un 15.4% presentó depresión clínica.

**PREVALENCE OF DEPRESSION
IN HOSPITALIZED PATIENTS, DEPARTMENT OF INTERNAL
MEDICINE, HOSPITAL REGIONAL DE OCCIDENTE,
YEAR 2010
Rojas Gómez, Manuel de Jesús**

ABSTRACT

INTRODUCTION

Depression, a problem with a high worldwide prevalence, is frequently found in hospitalized patients, which may increase morbidity, medication use, length of hospital stay and hospital costs.

OBJECTIVE

To know the frequency of hospitalized patients of the department internal medicine department, at the Regional de Occidente Hospital, Guatemala, and its main epidemiological characteristics, medication use, and number of previous hospitalizations.

TYPE OF STUDY

Prospective descriptive.

METHOD

150 hospitalized patients, internal medicine department, at the Regional de occidente Hospital, Guatemala, in 2010, who underwent an interview and the scale was applied to measure depression (Zung-Conde).

RESULTS

Of 150 people studied, 77 (51.3%) had depressive features, and 23 patients clinical depression (15.4% $\pm 7.5\%$, IC: 95%). It showed higher prevalence of depression among females, ages between 43 to 72 years, unmarried, housekeepers and without a job patients. Additionally, in proportion to the severity of depression were increased the use of analgesics, number drugs used and number of previous hospitalizations. Of the patients with depression only three took any type of antidepressant since before its hospitalization.

CONCLUSION

Most people studied (51.3%) had depressive features, and a 15.4% had clinical depression.

I. INTRODUCCION

Depresión, definida como un trastorno del estado del ánimo en que existe una reacción emocional de tristeza y melancolía además de un sentimiento persistente de inutilidad, pérdida de interés por el mundo, y falta de esperanza en el futuro, es un problema importante con una alta prevalencia a nivel mundial, causante de una alta morbilidad, baja calidad de vida y gran gasto económico tanto al paciente como al sector salud, que se incrementa en algunos grupos poblacionales como en pacientes hospitalizados, lo que además favorece negativamente sobre su morbilidad, uso de medicamentos, tiempo de estancia intrahospitalaria, y costos para el hospital.

El presente estudio prospectivo-descriptivo se realizó con el principal objetivo de conocer la frecuencia de pacientes hospitalizados en el departamento de medicina interna del hospital regional de occidente, así como conocer las principales características epidemiológicas de los pacientes con depresión, uso de medicamentos, y número de hospitalizaciones previas. Utilizando para este propósito una muestra de 150 pacientes a quienes se entrevistó y se realizó el test de escala autoaplicada para la medida de depresión de Zung y Conde.

Del total de personas estudiadas, 77 que equivale a un 51.3% de la población presentaron características depresivas, y 23 pacientes que equivale a un 15.4% de la población presentaron depresión clínica. Los síntomas que con mayor frecuencia presentaron los pacientes estudiados fueron sentimientos de tristeza, depresión e irritabilidad y dificultad para realizar sus tareas como antes.

Los grupos de pacientes en quienes se evidencio mayor prevalencia de depresión fueron género femenino, edades comprendidas entre 43 a 72 años, la ausencia de pareja para convivir, amas de casa y pacientes sin oficio. Asimismo se observó que proporcionalmente a la severidad de depresión se incrementaron el uso de analgésicos, número total de medicamentos consumidos y el número de hospitalizaciones previas.

II. ANTECEDENTES

La depresión es un trastorno del estado de ánimo con un alto índice de frecuencia en la consulta diaria, se considera que actualmente de cada 10 pacientes que llegan al consultorio del médico general uno la padece. Teniendo un índice que está en aumento en todo el mundo, tal que en algunos países, la probabilidad de que los individuos sufran depresión en algún momento de sus vidas es tres veces más que en las generaciones anteriores.

El síndrome depresivo se puede relacionar con una enfermedad médica de diversas maneras:

- La enfermedad médica como causa de la depresión.
- Que la enfermedad facilite la aparición de depresión en alguien susceptible.
- Que coincidan ambos cuadros, sin relación entre sí, por azar.
- Que el enfermo reaccione con sintomatología depresiva a las limitaciones, pronóstico o síntomas de la enfermedad médica.
- Que los síntomas depresivos estén producidos, no por la enfermedad sino por los tratamientos empleados para combatirla.

En 1990 se consideró que fue la cuarta causa de sobrecarga de enfermedad (se define como los años vividos

con una incapacidad) y se estima que en el 2020 sea la segunda gran causa de sobrecarga de enfermedad. Está asociada a mayor dolor corporal y hace que los pacientes pasen más días en cama por su escasa salud, en comparación con la hipertensión, la diabetes, la artritis y la enfermedad pulmonar crónica.

El trastorno depresivo mayor es el más prevalente de los trastornos mentales en la población general. La prevalencia de TDM es alta en pacientes de consulta externa y en pacientes hospitalizados, en quienes la frecuencia de depresión es mayor que la población en general, con variaciones dentro del mismo grupo si se toma en cuenta el sexo, la edad, las enfermedades que además padece el paciente, así como el instrumento utilizado, tal como lo citan estudios realizados en pacientes en Chile (46.4%), y en pacientes mayores de 50 años en Colombia (52.6%). La presencia de TDM tiene implicaciones en el pronóstico de las enfermedades médicas, aumenta los costos de la atención en salud, además afecta la morbilidad y mortalidad en pacientes como inclusive a los familiares de los pacientes, por lo que se considera importante investigar la frecuencia de depresión, en los pacientes que son atendidos en el departamento de medicina interna del Hospital Regional de Occidente.

2.1 MARCO TEORICO

DEPRESIÓN

Se define como un trastorno del estado del ánimo en que existe una reacción emocional de tristeza y melancolía además de un sentimiento persistente de inutilidad, pérdida de interés por el mundo, y falta de esperanza en el futuro. (1, 2, 3, 4, 5, 6)

Etimológicamente depresión proviene del latín depressio: hundimiento; el paciente se siente hundido, con un peso sobre su existencia y devenir vital, que le impide cada vez más vivir con plenitud.

La depresión es un trastorno con un alto índice de frecuencia en la consulta diaria, se considera que actualmente de cada 10 pacientes que llegan al consultorio del médico general uno la padece. Además constituye junto con los trastornos adaptativos el motivo más frecuente de consulta psiquiátrica en asistencia primaria. (5, 6, 1, 4). Su prevalencia en Estados Unidos es del 60%, en México se calcula que hay más de 4 millones de habitantes que sufren de depresión, aunque desafortunadamente no se cuenta con datos estadísticos fiables de este problema en nuestro país. En 1990

se consideró que fue la cuarta causa de sobrecarga de enfermedad (se define como los años vividos con una incapacidad) y se estima que en el 2020 sea la segunda gran causa de sobrecarga de enfermedad a nivel mundial. (2, 5)

El costo que trae para consigo la depresión para la sociedad se aproxima a los cincuenta mil millones de dólares anuales. (7)

La depresión está asociada a mayor dolor corporal y hace que los pacientes pasen más días en cama por su escasa salud, en comparación con la hipertensión, la diabetes, la artritis y la enfermedad pulmonar crónica. (8)

1. Braunwald, Fauci, Kasper, Hauser, Longo, Jameson, HARRISON PRINCIPIOS DE MEDICINA INTERNA, 17ª. Edición, USA, Editorial McGraw Hill Interamericana, 2007.
2. Rojtenberg Sergio, DEPRESIONES, 1ª. Edición. Argentina, Editorial Polemos, 2007.
3. U.S. Preventive Services Task Force, SCREENING FOR DEPRESSION IN ADULTS: RECOMMENDATION STATEMENT, USA, 2010.
4. Roberts Feldman, PSICOLOGÍA, 4ª. Edición. USA, Editorial MacGraw Hill Interamericana, 2002.
5. Thomas J. McGlynn, Harry L. Metcalf, DIAGNOSTICO Y TRATAMIENTO DE LOS TRANSTORNOS DE ANSIEDAD, 1ª. Edición. España, 2000.
6. American Psychiatric Association. MANUAL DE DIAGNÓSTICO Y ESTADÍSTICO DE LAS ENFERMEDADES MENTALES (DSM-IV). 1994.
7. U.S. Preventive Services Task Force, SCREENING FOR DEPRESSION IN ADULTS: RECOMMENDATION STATEMENT, USA, 2010.
8. Vao Y, Sturm R, Croghan TW, A NATIONAL STUDY OF THE EFFECT OF CHRONIC PAIN ON THE USE OF HEALTH CARE BY DEPRESSED PERSONS, USA, 2003

En un estudio realizado en Puerto Rico con 145 pacientes que presentaban un estado depresivo mayor se intentó evaluar el reconocimiento de los síntomas asociados al estado depresivo mayor, en dicho estudio todos los pacientes reportaron la presencia de al menos un síntoma somático asociado a su estado depresivo. (9)

Es un trastorno que se da con mayor frecuencia en las mujeres con una relación aproximada hombre mujer de 1:2. Una proporción importante de mujeres refieren un empeoramiento de los síntomas del episodio depresivo mayor unos días antes del inicio de la menstruación. (10, 11)

9. Tamayo JM, Román K, Fumero JJ, Rivas M, THE LEVEL OF RECOGNITION OF PHYSICAL SYMPTOMS IN PATIENTS WITH A MAJOR DEPRESSION EPISODE IN THE OUTPATIENT PSYCHIATRIC PRACTICE IN PUERTO RICO, Puerto Rico, 2005
10. Molina Juan, Sanchez Maria, DIFERENCIAS EN LA CALIDAD DE VIDA Y ESTADO DE ANIMO EN PACIENTES MAYORES HOSPITALIZADOS SEGÚN EL GENERO, Colombia, 2005.
11. Alvarez Patricia, Cruz Patricia, DEPRESION EN PACIENTES HISTERECTOMIZADAS, UN PROBLEMA DE DESINFORMACION, Venezuela, 1999.

El índice de depresión está en aumento en todo el mundo, tal que en algunos países, la probabilidad de que los individuos sufran depresión en algún momento de sus vidas es tres veces más que en las generaciones anteriores. Además las personas están presentando depresión en edades cada vez más tempranas. (12, 13, 14)

La edad de aparecimiento de depresión es variable, actualmente con mayor frecuencia aparece en la segunda década de la vida. La incidencia de la depresión mayor es superior en individuos separados o divorciados que en personas casadas, sobre todo en varones, y en pacientes con una enfermedad.

12. Wong Cheryl, Eric hollander, TRANSTORNOS PSIQUIÁTRICOS FRECUENTES, 1ª. Edición. USA, Editorial EOS LTDA, 2007
13. Wolkowitz owen, DEPRESSION GETS OLD FAST: DO STRESS AND DEPRESSION ACCELERATE CELL AGING? , revista depression and anxiety, USA, 2010.
14. Benjamin J. Sadock, Virginia A. Sadock, KAPLAN & SADOCK'S COMPREHENSIVE TEXTBOOK OF PSYCHIATRY, 7ª. Edición, USA, Editorial Lippincott Williams & Wilkins, 2002.

El trastorno depresivo mayor definido como un estado de ánimo deprimido, es un cuadro clínico que se asocia con pérdida de peso, retardo motor, marcada variación circadiana, pérdida de la libido, alteraciones de la conducta social e ideas de muerte y suicidio. (15 - 18)

Para indicar la existencia de un episodio depresivo mayor, un síntoma debe ser de nueva presentación o haber empeorado claramente si se compara con el estado del sujeto antes del episodio. En algunos sujetos con episodios leves la actividad puede parecer normal, pero a costa de un esfuerzo muy importante.

El episodio puede caracterizarse por tristeza, indiferencia o apatía, o por irritabilidad y suele asociarse a cambios de distintas funciones neurovegetativas, incluyendo los patrones del sueño, el apetito y el peso corporal, la

15. Thakore Jogin, PHISICAL CONSEQUENCES OF DEPRESSION, Usa, 2003, nejm 2003;348:6.
16. Vázquez-Ávila Isidro, et al. TRASTORNOS DEL AFECTO. ¿FACTOR DE RIESGO PARA PADECER TRASTORNOS FUNCIONALES DIGESTIVOS? México, 2000.
17. Simon Gregory, et al, AN INTERNATIONAL STUDY OF THE RELATION BETWEEN SOMATIC SYMPTOMS AND DEPRESSION, Usa, 1999, nejm 1999;341:2818.
18. Belmarker R, Agam Galila, MAJOR DEPRESSIVE DISORDER, Israel, 2008, nejm 2008;358:55-68.

agitación o el retardo motores, la fatiga, la pérdida de la capacidad de concentración, y de decisión, la sensación de culpa o vergüenza y los pensamientos asociados con el suicidio. Algunas personas ponen énfasis en las quejas somáticas (p. ej., las molestias y los dolores físicos) en lugar de referir sentimientos de tristeza. Los pacientes con depresión tienen una pérdida profunda de la capacidad de sentir placer en todas las actividades susceptibles de producirlo, generalmente se despiertan muy pronto por la mañana y con frecuencia observan variaciones diurnas de su estado de ánimo.

La somatización es una presentación frecuente en pacientes con depresión vistas por médicos de atención primaria, siendo frecuente observar ésta en pacientes latinos. (9, 19)

Frecuentemente, el estado de ánimo en un episodio depresivo mayor es descrito por el sujeto como deprimido, triste, desesperanzado, desanimado o “como en un pozo” En algunos casos, la tristeza puede ser negada al principio, pero más tarde puede ser suscitada por la entrevista (p. ej., al señalar que el sujeto parece que esté a punto de llorar).

19. Kleinman Arthur M.D., CULTURE AND DEPRESSION, revista New England Journal of Medicine, USA 2004.

La presencia de un estado de ánimo depresivo puede inferirse de la expresión facial y el comportamiento aparente del sujeto.

Casi el 15% de pacientes con enfermedad depresiva no tratada se suicidarán y casi todos ellos acudirán al médico en búsqueda de ayuda durante el mes anterior a su muerte. Además, casi el 4% de las personas que cometen suicidio, matan antes a otra persona. (1, 5, 6, 7)

Las entidades comórbidas asociadas incluyen distimia en el 10 a 25% de los pacientes con depresión mayor, trastornos por ansiedad, trastornos de la alimentación, trastornos de la personalidad y toxicomanía. (1, 6)

El duelo, o la aflicción, comparten las características del síndrome depresivo, pero suele ser menos penetrante y de una duración más limitada.

Algunos autores describen un mecanismo de cómo la depresión podría originar efectos físicos siendo estos una desregulación del eje hipotalámico-suprarrenal con la consiguiente elevación crónica de los niveles séricos del cortisol de forma crónica, lo cual podría tener muchos efectos a nivel cerebral, incluidos un impedimento de la transmisión serotoninérgica, asimismo a nivel cardiovascular los niveles

séricos incrementados del cortisol se asocian a un incremento de la actividad del sistema nervioso autonómico, hipertensión, distorsión en el metabolismo de los carbohidratos y lípidos, así como un incremento del riesgo de infarto al miocardio. (20, 21, 22, 23)

ETIOLOGÍA

La etiología de la depresión sigue siendo terreno de hipótesis. (18, 19, 20, 21)

Desde luego que los acontecimientos negativos pueden precipitar una depresión y contribuir a ella, aunque existen factores genéticos que influyen en la sensibilidad de las personas a los acontecimientos estresantes.

30. Gilliam Frank et al, DEPRESSION AND BRAIN DYSFUNCTION, revista New England Journal of Medicine, USA 2006.
31. Phillips Ana et al, MAJOR DEPRESSIVE DISORDER GENERALISED ANXIETY DISORDER, AND THEIR COMORBIDITY: ASSOCIATIONS WITH CORTISOL IN THE VIETNAM EXPERIENCE STUDY, revista Science Direct, USA, septiembre 2010.
32. Werner Felix, Coveñas Rafael, CLASSICAL NEUROTRANSMITTERS AND NEUROPEPTIDES INVOLVED IN MAJOR DEPRESSION: A REVIEW, international journal of neuroscience, USA, 2008.
33. Koenig HG. Et al. DEPRESIÓN EN PACIENTES HOSPITALIZADOS CON INSUFICIENCIA CARDÍACA CONGESTIVA, España, 2006.

El nivel de ocupación pareciera también influir en el apareamiento de estos problemas. Personas con puestos de trabajo inferiores son más propensas a padecer tanto de depresión como de cefalea tensional.

Existen áreas cerebrales afectadas en los pacientes que padecen depresión, siendo las principales:

Núcleos del rafè: están en el tallo cerebral y son los productores de serotonina una sustancia química necesaria para muchas funciones de la mente, entre ellas el sentirnos animados.

Locus ceruleus: produce la noradrenalina con múltiples funciones y entre ellas también el sentirnos bien y animados, regula las arterias, el corazón y otras funciones.

Sistema límbico: que controla las emociones también interviene. (22, 24, 25)

34. Shen Chan et al, DEPRESSIVE DISORDERS AMONG COHORTS OF WOMEN VETERANS WITH DIABETES, HEART DISEASE, AND HYPERTENSION, *Journal of women's health*, USA, 2010.
35. Michael G. Gelder, NEW OXFORD TEXTBOOK OF PSYCHIATRY. 1ª. Edición, Editorial McGraw Hill Interamericana, 2003.

SINTOMATOLOGÍA

La aparición de síntomas depresivos suele ser lenta e insidiosa. El paciente puede mostrar ligera abulia, disminución del interés, pérdida del apetito e insomnio o necesidad de dormir más de lo habitual. A menudo estas manifestaciones no son consideradas importantes para el paciente por lo que no acuden al médico y piensan que pasan por una mala época, sin darle mayor importancia.

Los síntomas que marcan el comienzo de la depresión pueden ser los mismos, aunque menos intensos, que luego serán los propios del período de estado. Un síntoma cardinal del comienzo son las perturbaciones del dormir. (22)

Los sujetos con un episodio depresivo mayor presentan frecuentemente llanto, irritabilidad, tristeza, rumiaciones obsesivas, ansiedad, fobias, preocupación excesiva por la salud física y quejas de dolor (p. ej., cefaleas o dolores articulares, abdominales o de otro tipo). Durante un episodio depresivo mayor, algunos sujetos presentan crisis de angustia.

Pueden presentarse problemas matrimoniales, problemas laborales, problemas escolares, abuso de alcohol u

otras sustancias o aumento de la utilización de los servicios médicos.

La consecuencia más grave de un episodio depresivo mayor es la tentativa de suicidio o el suicidio consumado. El riesgo de suicidio es especialmente alto para los sujetos con síntomas psicóticos, historia de tentativas de suicidio previas, historia familiar de suicidio consumado o consumo concomitante de sustancias.

No se han identificado hallazgos de laboratorio que sean diagnósticos de un episodio depresivo mayor.

La cultura puede influenciar la experiencia y la comunicación de los síntomas de la depresión. Por ejemplo, en la cultura latina la depresión se experimenta en gran parte en términos somáticos, más que con tristeza o culpabilidad. La experiencia depresiva puede expresarse por las quejas de “nervios” y cefaleas. (1)

El síndrome depresivo se puede relacionar con una enfermedad médica de diversas maneras:

- La enfermedad médica como causa de la depresión. Incluso en algunas ocasiones la sintomatología depresiva precede a la somática.
- Que la enfermedad médica facilite la aparición de depresión en alguien susceptible, como estresante psicosocial.
- Que coincidan ambos cuadros, sin relación entre sí, por azar.
- Que el enfermo médico reaccione de manera desadaptativa, con sintomatología depresiva a las limitaciones, pronóstico o síntomas de la enfermedad médica.

Que los síntomas depresivos estén producidos, no por la enfermedad sino por los tratamientos empleados para combatirla.

DEPRESIÓN EN EL PACIENTE HOSPITALIZADO

La depresión es un trastorno psiquiátrico de alta prevalencia entre los pacientes ingresados por causas orgánicas en salas médicas o quirúrgicas de hospitales generales. Utilizando los criterios diagnósticos del DSM IV TR recogidos mediante entrevista estructurada las cifras de prevalencia oscilan entre el 7 al 20%, y esta cifra se incrementa hasta más del 50% en pacientes mayores de 65 años. (26 - 29)

La concurrencia de patología física y psiquiátrica como depresión puede complicar el diagnóstico, la evolución y el tratamiento de los pacientes. Esto ha llevado a investigar el efecto de esta comorbilidad, determinándose que estos pacientes sufren de mayores niveles de discapacidad y sus costos de atención resultan más altos: permanecen hospitalizados por más tiempo, presentan con mayor frecuencia rehospitalizaciones, demandan más tiempo profesional y su respuesta a los tratamientos parece ser menos satisfactoria. (27, 28)

26. Braeuner Karin, Tesis. ESTADO DEPRESIVO EN PACIENTES DEL AREA DE CIRUGÍA DE MUJERES DEL HOSPITAL GENERAL SAN JUAN DE DIOS EN LA CIUDAD DE GUATEMALA. Universidad Francisco Marroquín. Guatemala. 2005.
27. Esquivel Molina, M.D. EPIDEMIOLOGÍA DE LA DEPRESIÓN MAYOR EN UN HOSPITAL GENERAL DE UN SISTEMA DE SEGURIDAD SOCIAL, México, 2003.
28. Cadavid Ávila, et al. PREVALENCIA DE ANSIEDAD Y DEPRESIÓN EN ALCOHÓLICOS HOSPITALIZADOS PARA DESINTOXICACIÓN EN BOGOTÁ, Colombia, 2007.
29. Sandoval Luis, Varela Luis, ESTUDIO COMPARATIVO DE FUNCIONALIDAD EN PACIENTES ADULTOS MAYORES AMBULATORIOS Y HOSPITALIZADOS, Perú, 2008.

Aunque existen muchos estudios que comprueban la asociación entre depresión y enfermedades así como diabetes, también hay datos que apoyan una asociación entre ésta y osteoporosis, VIH-SIDA, enfermedad cerebrovascular y pronóstico de algunos tipos de cáncer. (30, 31, 32. 33, 34).

En una revisión bibliográfica consultada se compararon siete estudios en donde se estudió la relación de pacientes con depresión clínica y enfermedades cerebrovasculares, en donde se encontró que ésta se correlaciona con mayor morbilidad y mortalidad independientemente de las variables estudiadas. (35)

30. Fullerton Claudio, PSICOPATOLOGIA EN PACIENTES HOSPITALIZADOS EN UN HOSPITAL GENERAL, Chile, 2003.
31. Bot Mariska, EDUCATION AND PSYCHOLOGICAL ASPECTS PREDICTORS OF INCIDENT MAJOR DEPRESSION IN DIABETIC OUTPATIENTS WITH SUBTHRESHOLD DEPRESSION, revista Diabetic Medicine, Holanda, agosto 2010.
32. Grau P Comas, EVOLUCION DE LA ANSIEDAD Y DEPRESION DETECTADA DURANTE LA HOSPITALIZACION EN UN SERVICIO DE MEDICINA INTERNA, España, 2007.
33. Jiménez Rodrigo, et al. DEPRESSION IN DIABETIC HOSPITALIZED PATIENTS IN A INTERNAL MEDICINE SERVICE, Usa, 2004.
34. Agudelo Vélez, et al. EVALUACIÓN DE LA DEPRESIÓN EN PACIENTES HOSPITALIZADOS POR DISTINTAS ENFERMEDADES MÉDICAS EN LA CIUDAD DE BUCARAMANGA, Colombia, 2007.
35. Ramasubbu rajamannar, EFFECT OF DEPRESSION ON STROKE MORBIDITY AND MORTALITY, Usa, 2003.

La depresión es la alteración psiquiátrica más común en pacientes con insuficiencia renal terminal tratados con hemodiálisis, puede tener efectos adversos sobre los resultados y eleva las tasas de morbilidad, dado que influye negativamente sobre diversos factores somáticos y emocionales del paciente, definitivos para su recuperación, teniendo un impacto negativo ésta sobre el curso de la enfermedad, la adherencia al tratamiento, el sistema inmune y la mortalidad de los pacientes con problema renal. (36, 37)

La depresión es muy frecuente en los pacientes hospitalizados con insuficiencia cardíaca, en particular es 3 o 4 veces más frecuente que en la población general de la misma edad. La prevalencia en los pacientes hospitalizados con insuficiencia cardíaca varía del 11 al 77% según el instrumento diagnóstico utilizado, la gravedad de los síntomas depresivos y la edad, la salud física y estado funcional de los pacientes. (23, 38, 39)

36. Alarcón Prada Ariel, LA DEPRESIÓN EN EL PACIENTE RENAL, Colombia, 2004.
37. Ricardo Ana et al, DEPRESSIVE SYMPTOMS AND CRONIC KIDNEY DISEASE: RESULTS OF THE NATIONAL HEALTH AND NUTRITION EXAMINATION SURVEY (NHANES), revista Nephrology, USA, 2010.
38. Franco José Gabriel, PREVALENCIA DE TRASTORNOS PSIQUIATRICOS EN PACIENTES MEDICOQUIRURGICOS HOSPITALIZADOS EN LA CLÍNICA UNIVERSITARIA BOLIVARIANA, Colombia, 2005.
39. Sánchez R. et al, LA DEPRESIÓN EN EL PACIENTE CON ENFERMEDAD ARTERIAL PERIFÉRICA, México, 2005.

Los principales mecanismos que se asocian a insuficiencia cardiaca y depresión conocidos son dos: biológicos y psicosociales. En cuanto a los biológicos, hay evidencias de que la depresión y la insuficiencia cardiaca comparten cierta activación neurohormonal, trastornos del ritmo cardiaco, aumento de marcadores de inflamación, incluidos reactantes de fase aguda y también, aunque con menor grado de evidencia, algunas alteraciones de la coagulación, en particular activación plaquetaria. En cuanto a los mecanismos psicosociales, la depresión aumenta el riesgo de incumplimiento terapéutico y de bajo apoyo social, y ambos empeoran el pronóstico de la insuficiencia cardiaca. (23)

La prevalencia de síntomas de ansiedad y depresión en pacientes con dependencia al alcohol es mayor a la encontrada en la población general llegando a ser ésta de hasta el 75% y relacionándose con recaídas con mayor frecuencia de esta última patología. (40)

40. Avila Juan David, Córdova Franklin, PREVALENCIA DE ANSIEDAD Y DEPRESIÓN EN ALCOHOLICOS HOSPITALIZADOS PARA

Además de los estudios mencionados se observa que existe una relación importante entre depresión y otras patologías como hipertensión, en donde se encuentra una frecuencia de depresión de hasta el 20% en este grupo de pacientes, así como en pacientes sometidos a tratamientos quirúrgicos, en los cuales en algunos casos se ha encontrado depresión incluso en pacientes a quienes se les ha brindado apoyo psicológico, como en mujeres histerectomizadas. (11, 22)

DEPRESIÓN EN EL ADULTO MAYOR HOSPITALIZADO

Se considera de importancia mencionar la relación existente entre depresión y el adulto mayor de sesenta y cinco años hospitalizado ya que éste es un problema frecuente, existiendo múltiples estudios sobre el tema que varían en cuanto al instrumento de diagnóstico utilizado, sea este entrevista o escalas estandarizadas, así como las características del grupo poblacional que se estudie, sin embargo la mayor parte de los estudios consultados coincide en que existe una relación de depresión y la edad mayor entre los pacientes hospitalizados, siendo esta mayor que la población joven, además que en personas mayores de sesenta y cinco años los síntomas depresivos tienden a haber con mayor frecuencia síntomas somáticos, melancólicos, y una mayor

tendencia al suicidio, siendo este dato de importancia debido a que en esta población se infradiagnostica y cuando se hace diagnostico no se trata de forma apropiada, contribuyendo esto a una mayor morbilidad y mortalidad en este grupo etareo. (41- 51)

41. Esquivel Gerardo, et al. ANSIEDAD Y DEPRESIÓN EN FAMILIARES DE PACIENTES HOSPITALIZADOS, España. 2005.
42. Duric Vanja et al, A NEGATIVE REGULATOR OF MAP KINASE CAUSES DEPRESSIVE BEHAVIOR, revista Nature Medicine, USA, octubre 2010.
43. Campo Adalberto, Jiménez Martín, DETECCION DE TRASTORNOS DEPRESIVOS EN PACIENTES HOSPITALIZADOS, Colombia, 2003.
44. Guallar Pillar, Magariños Losada Maria, PREVALENCIA DE DEPRESIÓN Y FACTORES BIOMEDICOS Y PSICOSOCIALES ASOCIADOS, EN ANCIANOS HOSPITALIZADOS CON INSUFICIENCIA CARDIACA EN ESPAÑA, España, 2006.
45. Martinez J, Ordaz V, PREVALENCIA DE DEPRESIÓN Y FACTORES DE RIESGO EN EL ADULTO MAYOR HOSPITALIZADO. Mexico, 2007.
46. Mudge Alison et al. RECURRENT READMISSIONS IN MEDICAL PATIENTS: A PROSPECTIVE STUDY, revista de Hospital Medicine, Australia, 2010.
47. López Jose Antonio, LA DEPRESIÓN EN EL PACIENTE ANCIANO, España, 2005.
48. Alfonso Jesús et al, PREVALENCIA DE DEPRESIÓN Y FACTORES DE RIESGO EN EL ADULTO MAYOR HOSPITALIZADO, Mexico, 2003.
49. Paquita Picart, et al. NIVELES DE ANSIEDAD Y DEPRESIÓN EN ENFERMOS HOSPITALIZADOS Y SU RELACIÓN CON LA GRAVEDAD DE LA ENFERMEDAD, Colombia, 2006.
50. Ioannis Michopoulos et al. HOSPITAL ANXIETY AND DEPRESSION SCALE (HADS): VALIDATION IN A GREEK GENERAL HOSPITAL SAMPLE, Grecia, 2007.
51. Cruz Noj Edy Fernando, Lilian Jeannette Juárez González. Tesis. EFECTIVIDAD DE UN PROGRAMA PSICOPROFILACTICO EN LA REDUCCIÓN DE ANSIEDAD EN PACIENTES PRE – OPERATORIOS CON FRACTURAS FACIALES. USAC. Guatemala. 2006.

DIAGNÓSTICO

Un trastorno de depresión no diagnosticado se asocia con una mala calidad de vida, dificultad de funcionamiento físico y social, poca adherencia a tratamientos e inclusive, empeoramiento de otras comorbilidades, así como un aumento de la morbilidad y mortalidad dados por suicidios otras comorbilidades. (52-56)

Los criterios diagnósticos para depresión mayor según el Manual Diagnóstico y Estadístico de los Trastornos Mentales (DSM-IV TR), hace referencia a uno o más episodios de depresión mayor en ausencia de manía o hipomanía. (6)

Los criterios del DSM-IV TR para el episodio depresivo mayor se resumen a continuación:

CRITERIOS DEL DSM-IV TR PARA EL EPISODIO DEPRESIVO MAYOR (54)

- A) Un episodio depresivo mayor se define como la presencia de cinco o más de los síntomas que se presentan a continuación durante las últimas dos semanas, y que representan un cambio respecto a la actividad previa; uno de los síntomas deberá de ser 1) un estado de ánimo

depresivo, o 2) pérdida del interés o la capacidad para el placer. No se deberán incluir síntomas que son claramente debidos a enfermedad médica o las ideas delirantes o alucinaciones no congruentes con el estado de ánimo.

- 1) Estado de ánimo depresivo la mayor parte del día, casi cada día según lo indica el propio sujeto (p. ej., se siente triste o vacío) o la observación realizada por otros (p. ej., llanto). En los niños y adolescentes el estado de ánimo puede ser irritable.
- 2) Disminución acusada del interés o de la capacidad para el placer en todas o casi todas las actividades, la mayor parte del día, casi cada día (según refiere el propio sujeto u observan los demás).

52. Portillo Murillo Myron Raúl. Tesis. INVESTIGACIÓN DE DEPRESIÓN EN FAMILIARES DE PACIENTES CON PROBLEMA PSIQUIÁTRICO. USAC. Guatemala. 1987.
53. Unutzer Jugren, LATE-LIFE DEPRESSION, Usa, 2007, nejm 2007;357:2269-76.
54. Serrano Moral, PERFIL Y RIESGO DE MORBILIDAD PSIQUICA EN CUIDADORES DE PACIENTES INGRESADOS EN SU DOMICILIO, España, 2003.
55. Almeida Osvaldo et al, DEPRESSION, ANTIDERESSANT USE AND MORTALITY IN LATER LIFE: THE HEALTH IN MEN STUDY, www.plosone.org, 2010.
56. Friedman Richard, EXPANDING THE BLACK BOX- DEPRESSION, ANTIDEPRESSANTS, AND THE RISK OF SUICIDE, revista New England Journal of Medicine, USA 2007.

- 3) Pérdida importante de peso sin hacer régimen o aumento de peso (p. ej., un cambio de más del 5% del peso corporal en 1 mes), o pérdida o aumento del apetito casi cada día. Nota: En niños hay que valorar el fracaso en lograr los aumentos de peso esperables.
- 4) Insomnio o hipersomnia casi cada día.
- 5) Agitación o enlentecimiento psicomotores casi cada día (observable por los demás, no meras sensaciones de inquietud o de estar enlentecido).
- 6) Fatiga o pérdida de energía casi cada día.
- 7) Sentimientos de inutilidad o de culpa excesiva o inapropiada (que pueden ser delirantes) casi cada día (no los simples auto reproches o culpabilidad por el hecho de estar enfermo).
- 8) Disminución de la capacidad para pensar o concentrarse, o indecisión, casi cada día (ya sea una atribución subjetiva o una observación ajena).
- 9) Pensamientos recurrentes de muerte (no sólo temor a la muerte), ideación suicida recurrente sin un plan específico o una tentativa de suicidio o un plan específico para suicidarse.

- B) Los síntomas no cumplen los criterios para un episodio mixto.
- C) Los síntomas provocan malestar clínicamente significativo o deterioro social, laboral o de otras áreas importantes de la actividad del individuo.
- D) Los síntomas no son debidos a los efectos fisiológicos directos de una sustancia (p. ej., una droga, un medicamento) o una enfermedad médica (p. ej., hipotiroidismo).
- E) Los síntomas no se explican mejor por la presencia de un duelo (p. ej., después de la pérdida de un ser querido), los síntomas persisten durante más de 2 meses o se caracterizan por una acusada incapacidad funcional, preocupaciones mórbidas de inutilidad, ideación suicida, síntomas sicóticos o enlentecimiento psicomotor.

CRITERIOS DEL DSM-IV TR PARA DISTIMIA

Se trata de una perturbación crónica del humor, que involucra el humor depresivo, por lo menos en los dos últimos años, y que puede ir acompañado por alguno de los síntomas asociados.

Presencia, mientras está deprimido, de por lo menos dos de los siguientes síntomas:

Poco apetito o hiperfagia

Insomnio o hipersomnia

Poca energía o fatiga

Baja autoestima

Pobre concentración o dificultad para tomar decisiones

Sentimiento de desesperanza

Durante un período de dos años de la perturbación, nunca han estado los síntomas de los criterios A y B por más de dos meses.

Normalmente, el apetito disminuye y muchos sujetos tienen que esforzarse por comer. Otros, especialmente en la consulta ambulatoria, pueden tener más apetito, con apetencia por ciertas comidas (por ejemplo dulces u otros hidratos de carbono). Cuando las alteraciones del apetito son graves puede haber una pérdida o ganancia significativa de peso. (6)

La alteración del sueño asociada más a menudo a un episodio depresivo mayor es el insomnio. Es característico el insomnio medio (despertarse durante la noche y tener problemas para volver a dormirse) o el insomnio tardío (despertarse demasiado pronto y ser incapaz de volver a

dormirse), siendo este último el más frecuente. También se puede presentar un insomnio inicial (problemas para conciliar el sueño). Menos frecuentemente, los sujetos se quejan de hipersomnia en forma de episodios de sueño prolongado nocturno o de aumento del sueño diurno. Algunas veces el trastorno del sueño es la razón por la que el sujeto acude en busca de tratamiento.

El diagnóstico de depresión es fundamentalmente clínico. Existen sin embargo dos tipos de ayuda diagnóstica, ninguna de estas ayudas es indispensable:

1. Escalas auxiliares para evaluar la gravedad inicial y la evolución del tratamiento. (55, 56)
2. Exámenes de laboratorio para descartar otros diagnósticos.

DIAGNÓSTICO DIFERENCIAL

Principalmente deberá distinguirse un trastorno depresivo mayor de un trastorno del estado de ánimo debido a enfermedad médica, ya que en éste caso los síntomas depresivos se consideran un efecto fisiológico de una enfermedad de base como hipotiroidismo, accidente cerebro vascular, esclerosis múltiple. Esto se podrá determinar mediante una adecuada anamnesis, examen físico y exámenes complementarios.

Otros diagnósticos diferenciales a tomar en cuenta incluyen:

- Trastorno del estado de ánimo inducido por sustancias, ejemplo cocaína
- Demencia sobre todo en ancianos
- Episodios maníacos con estado de ánimo irritable
- Episodios mixtos, en presencia de síntomas maníacos
- Trastorno por déficit de atención con hiperactividad, sobre todo en niños
- Trastorno adaptativo con estado de ánimo depresivo
- Duelo, Tras la pérdida de un ser querido
- Períodos de tristeza: no se deben diagnosticar como un episodio depresivo mayor a no ser que se cumplan los criterios de gravedad, duración, y malestar o deterioro clínicamente significativos.

TRATAMIENTO

El riesgo de no tratar la depresión o de dar un inadecuado tratamiento incluye depresión crónica, impedimento cognitivo, empeoramiento de la enfermedad física, discapacidad social y hasta suicidio.

La intervención más eficaz para lograr la remisión y evitar la recaída es el tratamiento farmacológico, pero el

tratamiento combinado, que incorpora la psicoterapia para ayudar al paciente a afrontar su pérdida de autoestima y su desmoralización, mejora significativamente los resultados.

En un estudio realizado en Alemania, se sometió a 24 mujeres las cuales padecían de ansiedad y trastornos del estado de ánimo a tres meses de un programa de Iyengar Yoga, y al final del programa se demostró una pronunciada y significativa mejoría de su percepción del estrés, estado de ansiedad, vigor, fatiga y depresión. (57)

Cabe destacar que en algunos países se le da importancia a algunas actividades encaminadas a eliminar el estrés tales como la risoterapia. Hace diez años, unos científicos de la Universidad Estatal de Nueva York se propusieron encontrar la explicación científica de tal creencia, descubriendo que la risa, incluso artificial, es capaz de estimular la producción de endorfinas que fortalecen nuestro sistema inmunológico. El estudio reveló que un grupo de hormonas llamadas citoquinas fomentan la actividad de los glóbulos blancos de la sangre, que son imprescindibles para brindar protección contra virus, bacterias y que son capaces de destruir las células potenciales del cáncer.

57. Michalsen A et al, RAPID STRESS REDUCTION AND ANXIOLYSIS AMONG DISTRESSED WOMEN AS A CONSEQUENCE OF A THREE-MONTH INTENSIVE YOGA PROGRAM, Alemania, 2006.

Las citoquinas son tan sólo algunas de las diversas sustancias cuyos niveles se incrementan de forma considerable, por el simple hecho de reír. La estrecha relación entre las citoquinas y la risa ha llevado a algunos investigadores a referirse a éstas como las hormonas felices.

Aproximadamente hace 10 años fue creada la American Association for Therapeutic Humor (AATH) que está formada principalmente por payasos, médicos, enfermeras, psiquiatras, psicólogos y otras personas que trabajan en el campo de la psiconeuroinmunología, que estudia cómo las emociones afectan al sistema inmunológico. Esta asociación está dedicada al estudio del avance del conocimiento y comprensión del humor y la risa con el bienestar y la curación.

La risoterapia es una técnica que lleva más de 25 años aplicándose con mucho éxito en países como Estados Unidos, Francia Canadá o Suiza y mediante la cual se quiere amortiguar el impacto emocional que producen las enfermedades. (58)

58. Lezama Quiquia Maria Luz, PACIENTES HOSPITALIZADOS EXPUESTOS AL PROGRAMA DE RISOTERAPIA, Perú, 2003.

Los objetivos del tratamiento farmacológico incluyen no solamente la disminución y resolución de los síntomas depresivos sino también la prevención de recaídas y recurrencia. Por lo tanto dicho tratamiento se deberá continuar por algunos meses.

Los tratamientos utilizados para el tratamiento de la depresión se denominan antidepresivos, aunque muchos de estos también son eficaces en el tratamiento de afecciones psiquiátricas y somáticas, como ansiedad, trastornos de la alimentación, cefaleas incluyendo la tipo tensional, y el dolor. (2, 7, 59, 60)

TRATAMIENTO FARMACOLÓGICO

Los antidepresivos se reúnen en varios grupos:

- a. Antidepresivos tricíclicos y heterocíclicos: ej. Imipramina.
- b. Inhibidores de la recaptura de dopamina y noradrenalina:
Bupropión
- c. Inhibidores de la recaptura de serotonina y noradrenalina:
Venlafaxina.

59. Wikinsky Silvia, Jufe Gabriela, EL TRATAMIENTO FARMACOLÓGICO EN PSIQUIATRÍA, 1ª. Edición. Argentina, Editorial Panamericana, 2006.

60. Mann John, THE MEDICAL MANAGEMENT OF DEPRESSION, USA, 2005, nejm 2005;353:1819-34.

- d. Inhibidores selectivos de la recaptura de serotonina:
Fluoxetina
- e. Noradrenérgico y serotoninérgico específico: Mirtazapina
- f. Inhibidores de la Mono-amino-oxidasa: fenelcina
- g. Inhibidores selectivos de los antagonistas de serotonina:
Nefazodona

El tratamiento farmacológico se divide en 3 fases:

1. Aguda, hasta alcanzar una remisión.
2. Mantenimiento, para prevenir una recaída dentro del episodio en tratamiento.
3. Profilaxis, para prevenir la recurrencia.

Los antidepresivos que se han utilizado con mayor frecuencia incluyen los antidepresivos tricíclicos y los Inhibidores selectivos de la recaptura de serotonina, siendo estos últimos los más utilizados actualmente.

ANTIDEPRESIVOS TRICÍCLICOS

Los depresivos tricíclicos se han utilizado por décadas, han mostrado eficacia superior al resto de antidepresivos en pacientes con melancolía, su administración es de una vez al

día, aunque en ocasiones se deben repartir entre varias tomas debido a la mala tolerancia, además entre sus limitaciones se incluyen ortostásis, estreñimiento, constipación, taquicardia, retención urinaria, sequedad de boca, impedimento cognitivo, delirium y sedación. Además se deberá utilizar con precaución en pacientes con problemas cardíacos, y en pacientes con edad avanzada se deberá de realizar un electrocardiograma antes del inicio del tratamiento y durante el mismo.

INHIBIDORES SELECTIVOS DE LA RECAPTACIÓN DE SEROTONINA

Dichos medicamentos se han utilizado desplazando al uso de los antidepresivos tricíclicos ya que son más seguros y mejor tolerados. (10)

El efecto clínico de estos medicamentos puede tardar tres a cuatro semanas en manifestarse, aunque los antidepresivos tricíclicos pueden demorarse aún más tiempo.

Por otra parte es importante hacer notar que todos estos medicamentos pueden alterar la función sexual, y más importante aún, que estos medicamentos se han relacionado con la producción de cefaleas.

Independientemente del medicamento seleccionado, hay que valorar la respuesta al mismo después de seis semanas como mínimo. Si no existiera una mejoría marcada será preciso interrogar al enfermo acerca del cumplimiento de la medicación y se deberá considerar un incremento en la dosis si no existen efectos secundarios molestos.

PRONÓSTICO

La evolución natural de un episodio depresivo es hacia la resolución espontánea en un período que va de los tres a los veinticuatro meses, pero el 75% de las personas que lo padecen suelen tener una recaída tiempo después. Por lo tanto el curso habitual de la depresión mayor es recurrente, con periodos sintomáticos de duración variable. (4)

ESCALA AUTOAPLICADA PARA LA MEDIDA DE DEPRESIÓN DE ZUNG Y CONDE

Fue creada por el Doctor William W. K. Zung en el año 1965 para conocer el nivel de depresión en los pacientes, por lo tanto evalúa la gravedad del cuadro depresivo, es relativamente independiente con respecto a factores de edad, educación, estado marital, inteligencia, ingresos económicos, familiares, situación social del paciente.

ADMINISTRACIÓN

Se trata de una escala breve, autoaplicada, en la que el paciente ha de indicar la frecuencia con la que experimenta cada uno de los síntomas explorados. Consta de 20 ítems que se agrupan en 4 factores:

Factor depresivo

Factor biológico

Factor psicológico

Factor psicosocial

Cada ítem se responde según una escala tipo Likert de 4 valores (rango de uno a cuatro) que hace referencia a la frecuencia de presentación de los síntomas. El marco de referencia temporal es el momento actual.

CALIFICACIÓN

La puntuación total oscila entre 20 y 80 puntos, a mayor puntuación mayor gravedad del cuadro depresivo. Para evitar el sesgo de “acostumbramiento” en las respuestas, se alternan ítems realizados en sentido positivo con ítems en sentido negativo.

Para la calificación del test existe una plantilla que indica el puntaje que se le otorgará a cada respuesta, tomando en cuenta que algunos ítems (1, 3, 4, 7-10, 13, 15 y 19) se encuentran en sentido negativo, y el resto (2, 5, 6, 11, 12, 14, 16-18 y 20) en sentido positivo.

Los puntos de corte propuestos en la validación española son:

20-35 depresión ausente

36-51 depresión subclínica

52-67 depresión media severa

68-80 depresión grave (opcionalmente hospitalizable)

APLICACIÓN

Esta escala está adaptada y validada al español (1967) por Esteban Chamorro Conde, y a partir de esta fecha se han utilizado en estudios en países de habla hispana como Guatemala, El salvador, Honduras, México, España, Puerto Rico, y Colombia. (61-65)

Junto con el BDI es la escala autoaplicada más utilizada en la depresión, y a pesar de que existen varias escalas de depresión, de éstas solamente la de Zung y la CES-D se pueden utilizar sin costos por derechos de autor.

Dicha escala para la medida de depresión será aplicada a los pacientes que cumplan con los criterios de inclusión en una boleta de recolección de datos que incluirán además el sexo, edad, procedencia y ocupación del paciente.

61. Díaz Luis Alfonso, et al. PROPUESTA DE UNA VERSIÓN ABREVIADA DE LA ESCALA DE ZUNG PARA DEPRESIÓN. Colombia, 2005.
62. Conde VS. La ESCALA AUTO APLICADA PARA LAS DEPRESIONES DE ZUNG. España, 1969.
63. Bobes J, Portilla M, Saiz P, BANCO DE INSTRUMENTOS BÁSICOS PARA LA PRACTICA DE LA PSIQUIATRÍA CLÍNICA, 3ª. Edición, Argentina, Editorial Arts Médica, 2004.
64. Aragonés Benaiges E., Masdén Montalà R.M., Cando Guasch G. y Coll Borràs G. VALIDEZ DE LA SELF-RATING DEPRESSION SCALE DE ZUNG EN PACIENTES DE ATENCIÓN PRIMARIA. España 2001.
65. F. Bermejo Parejo, J. Díaz Guzmán, Cien ESCALAS DE INTERÉS EN NEUROLOGÍA CLÍNICA, 1ª. Edición, España, Editorial Prous Science, 2001.

III. OBJETIVOS

3.1 OBJETIVO GENERAL

3.1.1 Determinar la frecuencia de depresión en pacientes hospitalizados en el departamento de medicina interna del Hospital Regional de Occidente.

3.2 OBJETIVOS ESPECIFICOS

3.2.1 Establecer el sexo, edad, estado civil, y ocupación de los pacientes con Depresión atendidos en el departamento de medicina interna del Hospital Regional de Occidente.

3.2.2 Conocer el tiempo de estancia hospitalaria de los pacientes con depresión, el número de medicamentos utilizados, así como el número de hospitalizaciones previas.

IV. MATERIAL Y MÉTODOS

4.1 MATERIAL:

Pacientes atendidos en el departamento de medicina interna del Hospital Regional de Occidente, año 2010.

4.2 TIPO DE ESTUDIO:

Prospectivo-Descriptivo.

4.3 POBLACIÓN:

Todos los pacientes atendidos en el departamento de medicina interna del Hospital Regional de Occidente, año 2010.

4.4 MUESTRA:

150 Pacientes atendidos en el departamento de medicina interna del Hospital Regional de Occidente, año 2010, seleccionados con la siguiente formula estadística:

$$n = \frac{Za^2 P (1-P)}{l^2}$$

N = tamaño de la muestra requerido

Za = nivel de fiabilidad de 95% (valor estándar de 1,96)

P = prevalencia estimada de depresión en pacientes atendidos

l = margen de error de 5% (valor estándar de 0,05)

$$n = \frac{Z_{\alpha}^2 P (1-P)}{I^2}$$

$$n = \frac{1.96^2 * 0.10 (1- 0.10)}{0.05^2}$$

$$n = \frac{0.36}{0.0025}$$

$$n = 146 \sim \mathbf{150}$$

CRITERIOS DE INCLUSIÓN

- Pacientes de ambos sexos hospitalizados en el departamento de medicina interna del Hospital Regional de Occidente, del 1 de enero al 31 de diciembre del año 2010, con más de una semana de hospitalización.

CRITERIOS DE EXCLUSIÓN

- Pacientes con retraso psicomotor.
- Pacientes con alteración del estado de la conciencia o conducta.
- Pacientes con hipotiroidismo.
- Pacientes bajo ventilación mecánica.

VARIABLES:

Sexo	Comorbilidad
Edad	Síntomas de depresión
Estado Civil	Tiempo de estancia hospitalaria
Ocupación	Medicamentos
Depresión	Hospitalizaciones previas

DEFINICION DE VARIABLES

VARIABLE	DEFINICIÓN	ESCALA
Sexo	Género de los seres humanos.	Hombre Mujer
Edad	Edad de un individuo expresada como el periodo de tiempo que ha pasado desde su nacimiento.	Años
Estado Civil	Estado marital del paciente	Soltero Casado
Ocupación	Actividad de trabajo como medio de subsistencia	Nominal

VARIABLE	DEFINICIÓN	ESCALA
Depresión	Estado emocional anormal caracterizado por un sentimiento de tristeza, vacío, melancolía, desánimo, desmérito, y desesperanza en grado inapropiado o desproporcionado respecto a la realidad. Evaluado mediante la Escala Autoaplicada para la medida de depresión de Zung y Conde. La puntuación oscila entre 20-80 puntos	Test de Zung 20-35 depresión ausente. 36-51 depresión subclínica y variantes normales 52-67 depresión media-severa 68-80 depresión grave.
Comorbilidad	Coexistencia de otras patologías médicas o procesos patológicos en el paciente con diagnóstico de depresión.	Nominal
Síntomas de depresión	Trastornos subjetivos que el paciente con depresión manifiesta experimentar, evaluado mediante el test de Zung y Conde.	Test de Zung (ver anexos)
Tiempo de estancia hospitalaria	Total de días que permaneció el paciente hospitalizado.	Nominal
Medicamentos	Número de medicamentos que el paciente utilizó durante su hospitalización.	Nominal
Hospitalizaciones previas	Número de hospitalizaciones previas, por enfermedades no quirúrgicas.	Nominal

DESCRIPCION METODOLOGICA

Se seleccionaron a 150 pacientes hospitalizados en el departamento de medicina interna del Hospital Regional de Occidente, quienes cumplían los criterios de inclusión utilizando la siguiente fórmula estadística para la obtención de la muestra:

$$n = \frac{Za^2 P (1-P)}{l^2}$$

A quienes con el apoyo del personal de sicología del Hospital regional de occidente, se les explico a los pacientes el propósito del estudio, se les solicito su autorización por escrito mediante la boleta de consentimiento informado, y posteriormente se procedió a:

1. Obtener datos dados por el paciente mediante las boletas de recolección de datos con las variables mencionadas en el apartado anterior.
2. Obtener datos del paciente mediante su expediente clínico, con las variables mencionadas en el apartado anterior.
3. Explicar la forma de llenar la escala autoaplicada para la medida de depresión de Zung y Conde, la cual posteriormente el paciente procedió a llenar.

4. Interpretación de la escala como descrito en el marco teórico.
5. Información al paciente sobre su diagnóstico, a los pacientes con diagnóstico de depresión se les dio referencia a psicología para seguimiento, importante mencionar que el hospital no cuenta con psiquiatra.

Posteriormente dichos datos fueron tabulados, interpretados y analizados, por último se efectuaron las conclusiones y recomendaciones pertinentes.

V. RESULTADOS

CUADRO No. 1

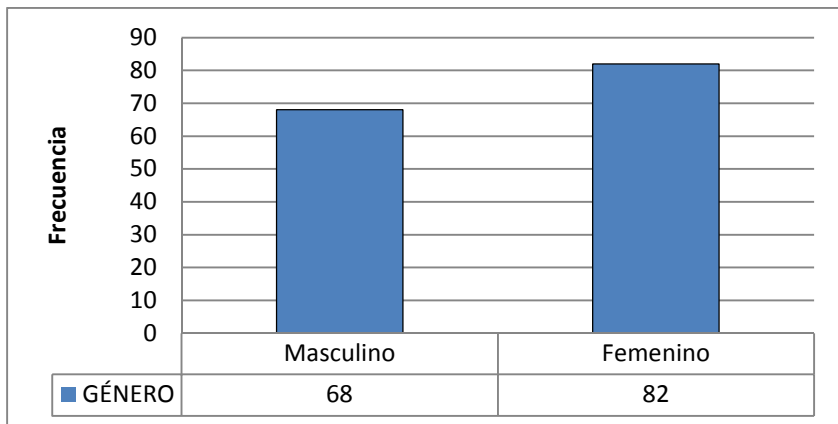
GÉNERO DE LOS PACIENTES ESTUDIADOS

GÉNERO	FRECUENCIA	PORCENTAJE
Masculino	68	45%
Femenino	82	55%
Total	150	100%

Fuente: Boleta de recolección de datos

GRAFICA No. 1

GÉNERO DE LOS PACIENTES ESTUDIADOS



Fuente: Cuadro 1

CUADRO No. 2

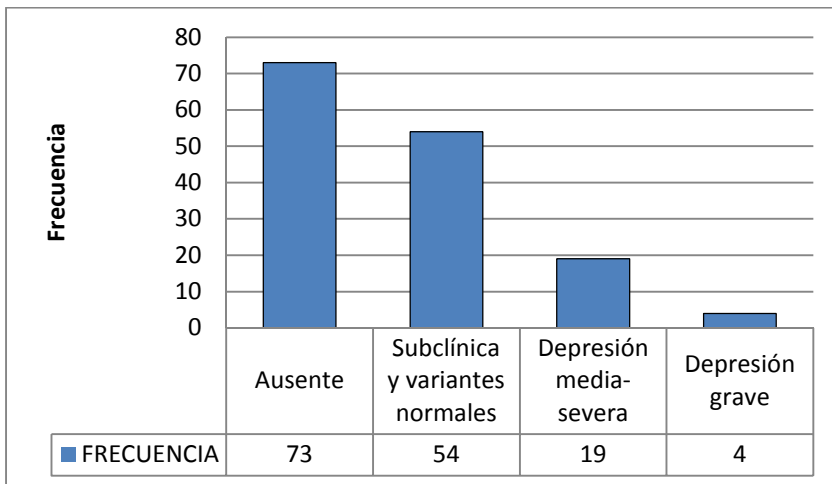
FRECUENCIA DE DEPRESIÓN DE LOS PACIENTES ESTUDIADOS

FRECUENCIA DE DEPRESIÓN	FRECUENCIA	PORCENTAJE
Ausente	73	48.7%
Subclínica y variantes normales	54	36.0%
Depresión media-severa	19	12.7%
Depresión grave	4	2.7%
Total	150	100.0%

Fuente: Boleta de recolección de datos

GRAFICA No. 2

FRECUENCIA DE DEPRESIÓN DE LOS PACIENTES ESTUDIADOS



Fuente: Cuadro 2

CUADRO No. 3

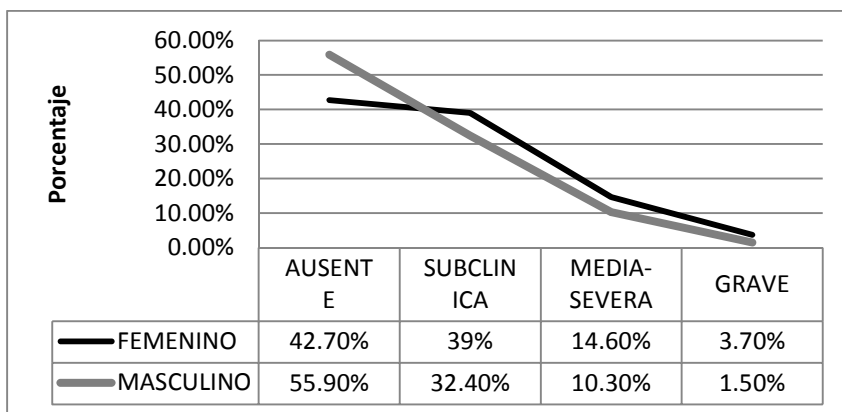
FRECUENCIA DE DEPRESIÓN DE LOS PACIENTES
ESTUDIADOS SEGÚN GÉNERO

DIAGNOSTICO DE DEPRESION	FEMENINO		MASCULINO	
	FRECUENCIA	PORCENTAJE	FRECUENCIA	PORCENTAJE
Ausente	35	42.7%	38	55.9%
D. Subclínica	32	39.0%	22	32.4%
D. Media-severa	12	14.6%	7	10.3%
D. Grave	3	3.7%	1	1.5%
Total	82	100.0%	68	100.0%

Fuente: Boleta de recolección de datos

GRAFICA No. 3

FRECUENCIA DE DEPRESIÓN DE LOS PACIENTES
ESTUDIADOS SEGÚN GÉNERO



Fuente: Cuadro 3

CUADRO No. 4

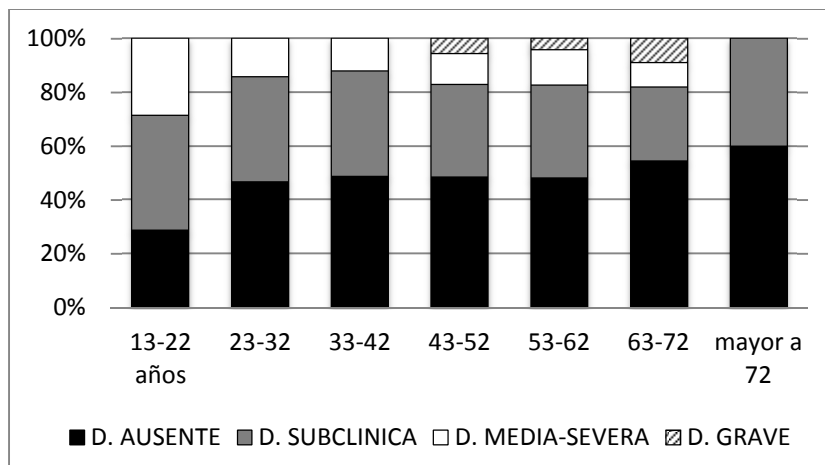
EDAD DE LOS PACIENTES ESTUDIADOS SEGÚN
FRECUENCIA DE DEPRESIÓN

EDAD	D. AUSENTE		D. SUBCLINICA		D. MEDIA-SEVERA		D. GRAVE		TOTAL	
13-22 años	2	1.3%	3	2.0%	2	1.3%	0	0.0%	7	4.7%
23-32	13	8.7%	11	7.3%	4	2.7%	0	0.0%	28	18.7%
33-42	20	13.3%	16	10.7%	5	3.3%	0	0.0%	41	27.3%
43-52	17	11.3%	12	8.0%	4	2.7%	2	1.3%	35	23.3%
53-62	11	7.3%	8	5.3%	3	2.0%	1	0.7%	23	15.3%
63-72	6	4.0%	3	2.0%	1	0.7%	1	0.7%	11	7.3%
mayor a 72	3	2.0%	2	1.3%	0	0.0%	0	0.0%	5	3.3%
Total	72	48.0%	55	36.7%	19	12.7%	4	2.7%	150	100.0%

Fuente: Boleta de recolección de datos

GRAFICA No. 4

EDAD DE LOS PACIENTES ESTUDIADOS SEGÚN
FRECUENCIA DE DEPRESIÓN



Fuente: Cuadro 4

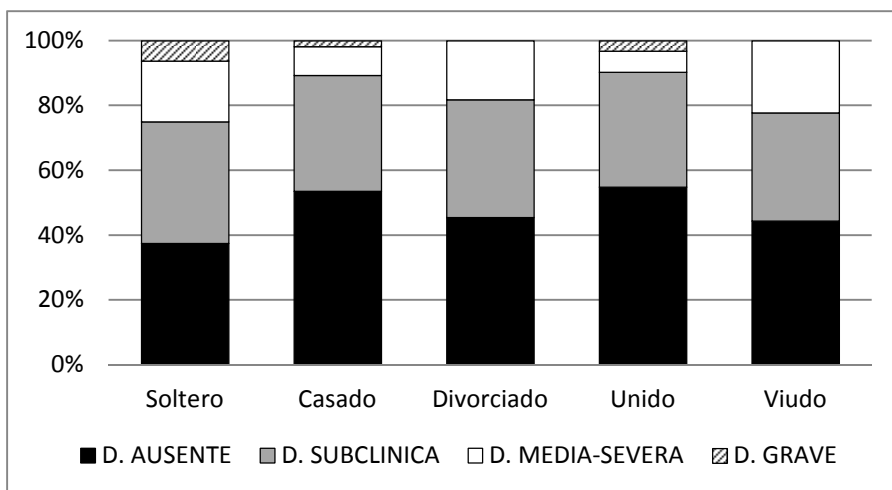
CUADRO No. 5

ESTADO MARITAL DE LOS PACIENTES ESTUDIADOS SEGÚN FRECUENCIA DE DEPRESIÓN

ESTADO MARITAL	D. AUSENTE		D. SUBCLINICA		D. MEDIA-SEVERA		D. GRAVE		TOTAL	
Soltero	12	8.0%	12	8.0%	6	4.0%	2	1.3%	32	21.3%
Casado	30	20.0%	20	13.3%	5	3.3%	1	0.7%	56	37.3%
Divorciado	10	6.7%	8	5.3%	4	2.7%	0	0.0%	22	14.7%
Unido	17	11.3%	11	7.3%	2	1.3%	1	0.7%	31	20.7%
Viudo	4	2.7%	3	2.0%	2	1.3%	0	0.0%	9	6.0%
Total	73	48.7%	54	36.0%	19	12.7%	4	2.7%	150	100.0%

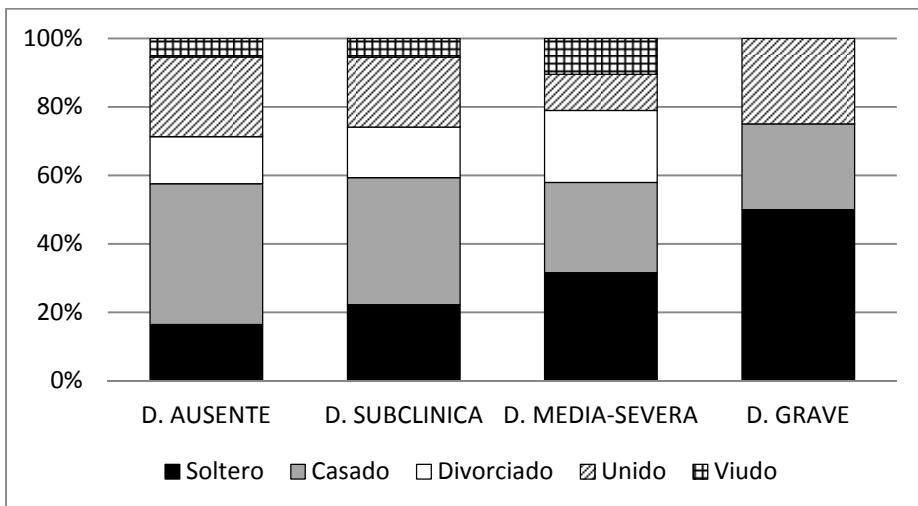
Fuente: Boleta de recolección de datos

GRAFICA No. 5 a



Fuente: Cuadro 5

GRAFICA No. 5 b



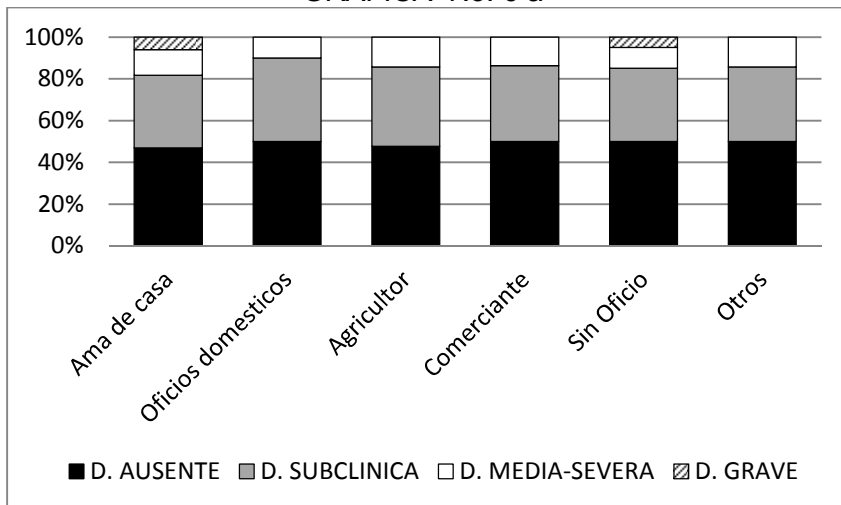
Fuente: Cuadro 5

CUADRO No. 6
OCUPACIÓN DE LOS PACIENTES ESTUDIADOS SEGÚN
FRECUENCIA DE DEPRESIÓN

OCUPACION	D. AUSENTE		D. SUBCLINICA		MEDIA-SEVERA		D. GRAVE		TOTAL	
Ama de casa	23	15.3%	17	11.3%	6	4.0%	3	2.0%	49	32.6%
Oficios domésticos	5	3.3%	4	2.7%	1	0.7%	0	0.0%	10	6.7%
Agricultor	10	6.7%	8	5.3%	3	2.0%	0	0.0%	21	14.0%
Comerciante	11	7.3%	8	5.3%	3	2.0%	0	0.0%	22	14.7%
Sin Oficio	10	6.7%	7	4.7%	2	1.3%	1	0.7%	20	13.3%
Otros	14	9.3%	10	6.7%	4	2.7%	0	0.0%	28	18.7%
Total	73	48.7%	54	36.0%	19	12.7%	4	2.7%	150	100.0%

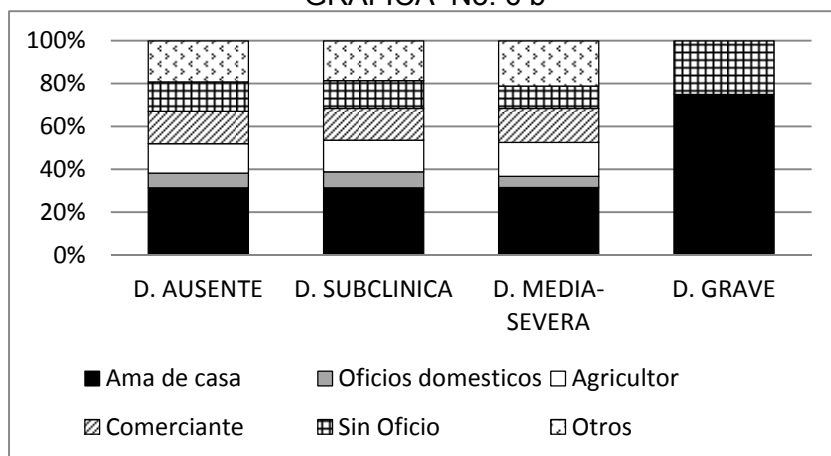
Fuente: Boleta de recolección de datos

GRAFICA No. 6 a



Fuente: Cuadro 6

GRAFICA No. 6 b



Fuente: Cuadro 6

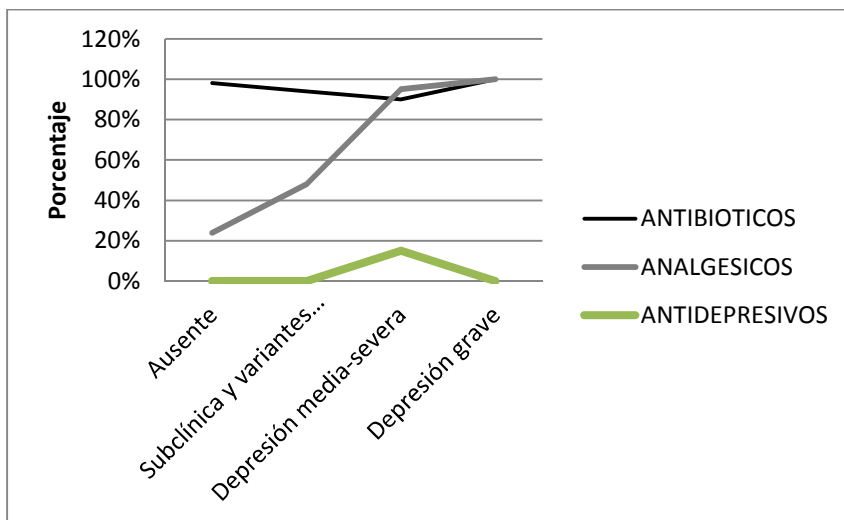
CUADRO No. 7

USO DE FÁRMACOS DE LOS PACIENTES ESTUDIADOS
SEGÚN FRECUENCIA DE DEPRESIÓN

FRECUENCIA DE DEPRESIÓN	ANTIBIOTICOS	ANALGESICOS	ANTIDEPRESIVOS
Ausente	98%	24%	0%
Subclínica y variantes normales	94%	48%	0%
Depresión media-severa	90%	95%	15%
Depresión grave	100%	100%	0%
PROMEDIO	96%	67%	4%

Fuente: Boleta de recolección de datos

GRAFICA No. 7



Fuente: Cuadro 7

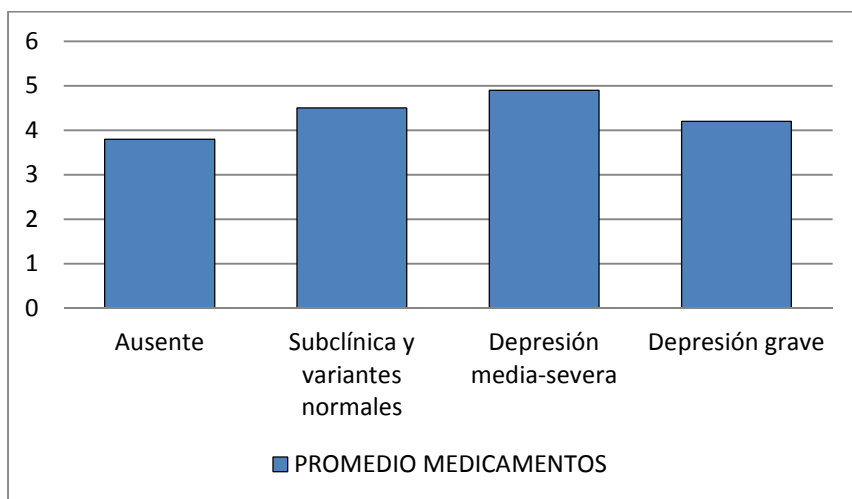
CUADRO No. 8

PROMEDIO DE MEDICAMENTOS UTILIZADOS POR LOS
PACIENTES ESTUDIADOS SEGÚN FRECUENCIA DE
DEPRESIÓN

FRECUENCIA DE DEPRESIÓN	PROMEDIO MEDICAMENTOS UTILIZADOS
Ausente	3.8
Subclínica y variantes normales	4.5
Depresión media-severa	4.9
Depresión grave	4.2
PROMEDIO	4.2

Fuente: Boleta de recolección de datos

GRAFICA No. 8



Fuente: Cuadro 8

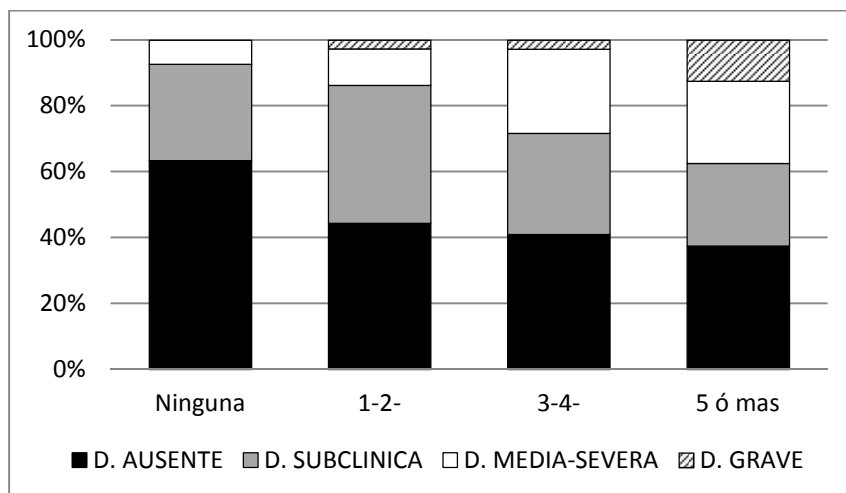
CUADRO No. 9

HOSPITALIZACIONES PREVIAS EN PACIENTES
ESTUDIADOS SEGÚN FRECUENCIA DE DEPRESIÓN

HOSP. PREVIAS	D. AUSENTE		D. SUBCLINICA		D. MEDIA- SEVERA		D. GRAVE		TOTAL	
Ninguna	26	17.3%	12	8.0%	3	2.0%	0	0.0%	41	27.3%
1-2-	36	24.0%	34	22.7%	9	6.0%	2	1.4%	81	54.0%
3-4-	8	5.3%	6	4.0%	5	3.3%	1	0.4%	20	13.3%
5 ó mas	3	2.0%	2	1.3%	2	1.3%	1	0.7%	8	5.3%
Total	73	48.7%	54	36.0%	19	12.7%	4	2.7%	150	100.0%

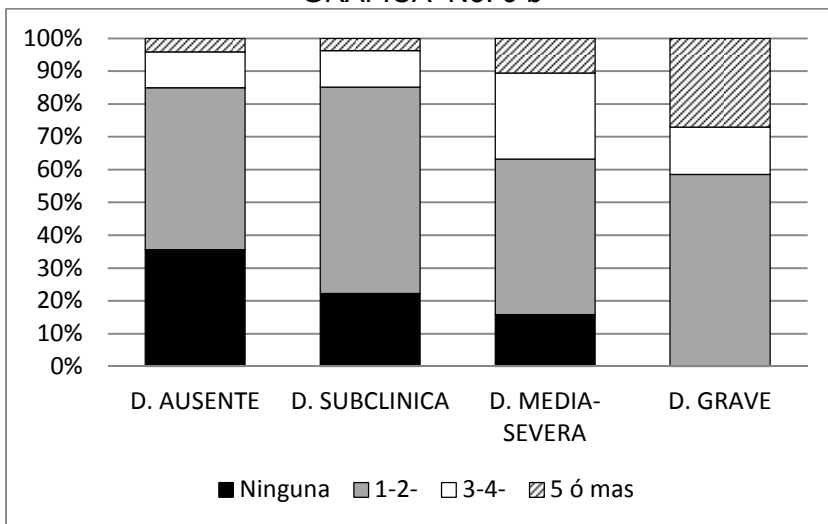
Fuente: Boleta de recolección de datos

GRAFICA No. 9 a



Fuente: Cuadro 9

GRAFICA No. 9 b



Fuente: Cuadro 9

VI. DISCUSION Y ANALISIS

En el presente estudio se investigaron 150 pacientes hospitalizados por causas diversas en el departamento de medicina interna del hospital regional de occidente durante el año 2010, y se estableció que en la mayoría padecen de algún grado de depresión (51.3%), dato que es significativamente mayor a la prevalencia de depresión en la población general (10%), aun si se toman en cuenta el diagnostico de depresión media a grave (15.4%), dato que consideramos importante debido a que afirma de que existe una prevalencia mayor de depresión en el paciente hospitalizado, diagnostico que no fue tomado en cuenta en la población estudiada, ni siquiera en los cuatro pacientes con diagnóstico de depresión grave, quienes necesitan tratamiento farmacológico antidepresivo así como manejo por especialista, que no contamos en nuestro hospital (fueron referidos a sicología, sin tratamiento farmacológico).

De los pacientes estudiados se determinó que existió una prevalencia mayor de depresión en el género femenino, dato que concuerda con los datos estadísticos de dicha enfermedad, asimismo la frecuencia de depresión en grados medio a severo estuvo presente en el grupo de pacientes comprendidos entre los 43 y 72 años. Sin embargo resulta interesante observar que el grupo de pacientes más jóvenes estudiados (13 A 22 años) presentó mayor prevalencia de

depresión en comparación al resto de la población (más del 70% presento depresión) aunque de menor grado (subclínica, media, severa). Dato que resulta preocupante ya que es una población joven con una prevalencia de depresión mayor a la esperada, con mayor vulnerabilidad, y en quienes el pronóstico a largo plazo es peor a la población de mayor edad, según la literatura consultada. En el adulto mayor a 72 años no se encontraron casos de depresión grave, aunque cabe señalar que la población que fue estudiada en este rango de edad no fue significativo (3 pacientes).

El estado marital de los pacientes también influyó en la prevalencia de depresión estudiada, ya que como señala el cuadro 5, se evidencio una prevalencia así como una gravedad mayor de depresión en el grupo de pacientes que no contaban con pareja para convivir sin tomar en cuenta el estado civil (soltero, divorciado y viudo), en comparación al grupo de pacientes quienes contaban con pareja sean casados o solo unidos. Por lo que se considera que más que el estado civil de los pacientes, es la ausencia de pareja para convivir quien puede influir negativamente en una mayor frecuencia de depresión.

Respecto a la ocupación de los pacientes se observó dos grupos que presentaron una misma frecuencia de depresión aunque en mayor gravedad, siendo estos el grupo

de pacientes ama de casa, así como pacientes sin oficio, dato importante de conocer ya que se sabe que los factores exógenos son con mucho las causas de depresión, por lo que el hecho de estar sin empleo no extraña que sea un factor de riesgo, pero al observar al primer grupo de pacientes (ama de casa), se observa a un grupo vulnerable de padecer de depresión y que fue tomado en cuenta solo por pocas fuentes de consulta que se revisaron.

Según los resultados obtenidos, se concluyó que la frecuencia así como la gravedad de depresión se relaciona de una forma directamente proporcional al uso de medicamentos, en donde se determinó que los pacientes con depresión en grado medio a grave consumieron en promedio un medicamento más en comparación a los pacientes sin depresión, lo cual es muy significativo al tomar en cuenta que es un medicamento por cada paciente estudiado, asimismo se observó que a mayor gravedad de depresión hubo necesidad de un mayor uso de analgésicos, que se explica por la mayor prevalencia de síntomas físicos en este grupo de pacientes. Esta información cobra importancia ya que el consumo de más medicamentos por parte de los pacientes con depresión sugiere mayor morbilidad, dependencia de medicamentos y gastos económicos de los mismos, más aun preocupa el observar que a pesar de un mayor uso de medicamentos, en

los pacientes con depresión no se incluyó algún fármaco antidepresivo aun en los pacientes con depresión grave, siendo este grupo quien debería tomar medicamento ya que es alta la prevalencia de suicidio y porque la enfermedad crea un impacto negativo de mucha importancia en su calidad de vida. Asimismo se observó que a mayor grado de depresión hubo un mayor número de hospitalizaciones previas, datos que además implica más gastos para el sector salud.

Con respecto a los síntomas depresivos en base a la escala auto-aplicada para la medida de depresión de Zung y Conde en la población de estudio, los cuales solo se analizan y no se presentan donde corresponde (presentación de resultados), debido a la magnitud de síntomas que evalúa dicha escala, se observa que los factores depresivos, biológicos, psicológicos y psicosociales se hicieron presentes de manera homogénea en la población y que se encontraron presentes en la mayoría de los pacientes que fueron estudiados. Cabe señalar que los problemas que se presentaron con una frecuencia ligeramente mayor fueron los sentimientos de tristeza e irritabilidad, así como la dificultad para realizar tareas como antes lo hacían, es relevante mencionar que éstos factores influyen en las actividades diarias de los pacientes y su relación con las demás personas, principalmente en el trabajo, ocasionándoles incluso hasta el

despido de sus labores lo que generaría un cuadro depresivo severo.

Depresión, definida como un trastorno del estado del ánimo en que existe una reacción emocional de tristeza y melancolía además de un sentimiento persistente de inutilidad, pérdida de interés por el mundo, y falta de esperanza en el futuro, es una enfermedad con una prevalencia muy alta según la OMS, quienes además indican que es causante de una alta morbilidad, baja calidad de vida y una gran gasto económico tanto al paciente como al sector salud, poco diagnosticada a nivel mundial posiblemente a la sintomatología inespecífica que presenta y la complejidad para diagnosticarla, datos que se han podido comprobar en este estudio con los 77 pacientes diagnosticados, de los cuales muy pocos eran conscientes de su problema y menos aún eran tratados con medicamentos antidepresivos (solamente 3), a pesar de estar hospitalizados, en parte debido a la falta de conocimiento de esta enfermedad, y por otro lado por la falta de especialista para poder tratarla adecuadamente, lo cual genera un problema de mayor importancia tanto para los pacientes como para el hospital ya que esta enfermedad implica mayor número de hospitalizaciones, uso de medicamentos y según indica la bibliografía utilizada, mayor tiempo de estancia intrahospitalaria.

6.1 CONCLUSIONES

- 6.1.1 La mayor parte de los pacientes estudiados (51.3%), presentó características depresivas, y un 15.4% presentó depresión clínica ($15.4\% \pm 7.5\%$, IC: 95%).
- 6.1.2 Tanto la frecuencia de depresión como la gravedad de la misma, fueron mayores en mujeres que en hombres.
- 6.1.3 El grupo de pacientes con edades comprendidas entre los 13-22 años presentaron mayor frecuencia de depresión en comparación al resto de la población, sin embargo en el grupo de pacientes de mayor edad (43 a 72 años), ésta se encontró en grados más severos.
- 6.1.4 Se evidencio mayor prevalencia y gravedad de depresión en el grupo de pacientes que no contaban con pareja para convivir sin tomar en cuenta el estado civil (soltero, divorciado y viudo), en comparación a casados o unidos.
- 6.1.5 Respecto a la ocupación de los pacientes se observó que amas de casa y pacientes sin oficio fueron los grupos que presentaron mayor gravedad de depresión.
- 6.1.6 El uso de analgésicos fue utilizado de forma proporcional al grado de depresión de los pacientes. Además solamente en tres de ellos se observó que tomaban algún tipo de antidepresivo, el cual ya tomaban antes de su hospitalización.

- 6.1.7 Con respecto al promedio de medicamentos utilizados se determinó que los pacientes con depresión media a grave consumieron un medicamento más en comparación a los pacientes sin depresión.
- 6.1.8 Se evidenció que el número de hospitalizaciones previas se incrementó de forma proporcional al grado de depresión de los pacientes estudiados.

6.2 RECOMENDACIONES

- 6.2.1 Siendo la depresión una enfermedad frecuente en los pacientes hospitalizados se recomienda en ellos el uso sistemático de escalas diagnósticas como la autoaplicada para la medida de depresión de Zung y Conde, utilizada en el presente estudio, como pruebas de tamizaje de esta enfermedad, previo entrenamiento del entrevistador.

- 6.2.2 Depresión, una enfermedad que influye en la morbilidad del paciente, el pronóstico de su enfermedad y que implica mayores gastos para el hospital, al ser diagnosticada debería ser tratada idealmente por un especialista (psiquiatra), el cual se recomienda a las autoridades del hospital tomar en cuenta.

VII. BIBLIOGRAFIA

1. Braunwald, Fauci, Kasper, Hauser, Longo, Jameson, HARRISON PRINCIPIOS DE MEDICINA INTERNA, 17ª. Edición, USA, Editorial McGraw Hill Interamericana, 2007.
2. Rojtenberg Sergio, DEPRESIONES, 1ª. Edición. Argentina, Editorial Polemos, 2007.
3. U.S. Preventive Services Task Force, SCREENING FOR DEPRESSION IN ADULTS: RECOMMENDATION STATEMENT, USA, 2010.
4. Roberts Feldman, PSICOLOGÍA, 4ª. Edición. USA, Editorial MacGraw Hill Interamericana, 2002.
5. Thomas J. McGlynn, Harry L. Metcalf, DIAGNOSTICO Y TRATAMIENTO DE LOS TRANSTORNOS DE ANSIEDAD, 1ª. Edición. España, 2000.
6. American Psychiatric Association. MANUAL DE DIAGNÓSTICO Y ESTADÍSTICO DE LAS ENFERMEDADES MENTALES (DSM-IV). 1994.
7. U.S. Preventive Services Task Force, SCREENING FOR DEPRESSION IN ADULTS: RECOMMENDATION STATEMENT, USA, 2010.
8. Vao Y, Sturm R, Croghan TW, A NATIONAL STUDY OF THE EFFECT OF CHRONIC PAIN ON THE USE OF HEALTH CARE BY DEPRESSED PERSONS, USA, 2003.

9. Tamayo JM, Román K, Fumero JJ, Rivas M, THE LEVEL OF RECOGNITION OF PHYSICAL SYMPTOMS IN PATIENTS WITH A MAJOR DEPRESSION EPISODE IN THE OUTPATIENT PSYCHIATRIC PRACTICE IN PUERTO RICO, Puerto Rico, 2005.
10. Molina Juan, Sanchez Maria, DIFERENCIAS EN LA CALIDAD DE VIDA Y ESTADO DE ANIMO EN PACIENTES MAYORES HOSPITALIZADOS SEGÚN EL GENERO, Colombia, 2005.
11. Alvarez Patricia, Cruz Patricia, DEPRESION EN PACIENTES HISTERECTOMIZADAS, UN PROBLEMA DE DESINFORMACION, Venezuela, 1999.
12. Wong Cheryl, Eric hollander, TRANSTORNOS PSIQUIÁTRICOS FRECUENTES, 1ª. Edición. USA, Editorial EOS LTDA, 2007.
13. Wolkowitz owen, DEPRESSION GETS OLD FAST: DO STRESS AND DEPRESSION ACCELERATE CELL AGING? , revista depression and anxiety, USA, 2010.
14. Benjamin J. Sadock, Virginia A. Sadock, KAPLAN & SADOCK'S COMPREHENSIVE TEXTBOOK OF PSYCHIATRY, 7ª. Edición, USA, Editorial Lippincott Williams & Wilkins, 2002.
15. Thakore Jogin, PHISICAL CONSEQUENCES OF DEPRESSION, Usa, 2003, nejm 2003;348:6.
16. Vázquez-Ávila Isidro, et al. TRASTORNOS DEL AFECTO. ¿FACTOR DE RIESGO PARA PADECER TRASTORNOS FUNCIONALES DIGESTIVOS? México, 2000.

17. Simon Gregory, et al, AN INTERNATIONAL STUDY OF THE RELATION BETWEEN SOMATIC SYMPTOMS AND DEPRESSION, Usa, 1999, nejm 1999;341:2818.
18. Belmarker R, Agam Galila, MAJOR DEPRESSIVE DISORDER, Israel, 2008, nejm 2008;358:55-68.
19. Kleinman Arthur M.D., CULTURE AND DEPRESSION, revista New England Journal of Medicine, USA 2004.
20. Gilliam Frank et al, DEPRESSION AND BRAIN DYSFUNCTION, revista New England Journal of Medicine, USA 2006.
21. Phillips Ana et al, MAJOR DEPRESSIVE DISORDER GENERALISED ANXIETY DISSORDER, AND THEIR COMORBIDITY: ASSOCIATIONS WITH CORTISOL IN THE VIETNAM EXPERIENCE STUDY, revista Science Direct, USA, septiembre 2010.
22. Werner Felix, Coveñas Rafael, CLASSICAL NEUROTRANSMITTERS AND NEUROPEPTIDES INVOLVED IN MAJOR DEPRESSION: A REVIEW, international journal of neuroscience, USA, 2008.
23. Koenig HG. Et al. DEPRESIÓN EN PACIENTES HOSPITALIZADOS CON INSUFICIENCIA CARDÍACA CONGESTIVA, España, 2006.
24. Shen Chan et al, DEPRESSIVE DISORDERS AMONG COHORTS OF WOMEN VETERANS WITH DIABETES, HEART DISEASE, AND HYPERTENSION, journal of women's health, USA, 2010.
25. Michael G. Gelder, NEW OXFORD TEXTBOOK OF PSYCHIATRY. 1ª. Edición, Editorial McGraw Hill Interamericana, 2003.

26. Braeuner Karin, Tesis. ESTADO DEPRESIVO EN PACIENTES DEL AREA DE CIRUGÍA DE MUJERES DEL HOSPITAL GENERAL SAN JUAN DE DIOS EN LA CIUDAD DE GUATEMALA. Universidad Francisco Marroquín. Guatemala. 2005.
27. Esquivel Molina, M.D. EPIDEMIOLOGÍA DE LA DEPRESIÓN MAYOR EN UN HOSPITAL GENERAL DE UN SISTEMA DE SEGURIDAD SOCIAL, México, 2003.
28. Cadavid Ávila, et al. PREVALENCIA DE ANSIEDAD Y DEPRESIÓN EN ALCOHÓLICOS HOSPITALIZADOS PARA DESINTOXICACIÓN EN BOGOTÁ, Colombia, 2007.
29. Sandoval Luis, Varela Luis, ESTUDIO COMPARATIVO DE FUNCIONALIDAD EN PACIENTES ADULTOS MAYORES AMBULATORIOS Y HOSPITALIZADOS, Perú, 2008.
30. Fullerton Claudio, PSICOPATOLOGIA EN PACIENTES HOSPITALIZADOS EN UN HOSPITAL GENERAL, Chile, 2003.
31. Bot Mariska, EDUCATION AND PSYCOLOGICAL ASPECTS PREDICTORS OF INCIDENT MAJOR DEPRESSION IN DIABETIC OUTPATIENTS WITH SUBTHRESHOLD DEPRESSION, revista Diabetic Medicine, Holanda, agosto 2010.
32. Grau P Comas, EVOLUCION DE LA ANSIEDAD Y DEPRESION DETECTADA DURANTE LA HOSPITALIZACION EN UN SERVICIO DE MEDICINA INTERNA, España, 2007.
33. Jiménez Rodrigo, et al. DEPRESSION IN DIABETIC HOSPITALIZED PATIENTS IN A INTERNAL MEDICINE SERVICE, Usa, 2004.

34. Agudelo Vélez, et al. EVALUACIÓN DE LA DEPRESIÓN EN PACIENTES HOSPITALIZADOS POR DISTINTAS ENFERMEDADES MÉDICAS EN LA CIUDAD DE BUCARAMANGA, Colombia, 2007.
35. Ramasubbu rajamannar, EFFECT OF DEPRESSION ON STROKE MORBIDITY AND MORTALITY, Usa, 2003.
36. Alarcón Prada Ariel, LA DEPRESIÓN EN EL PACIENTE RENAL, Colombia, 2004.
37. Ricardo Ana et al, DEPRESSIVE SIMPTOMS AND CRONIC KIDNEY DISEASE: RESULTS OF THE NATIONAL HEALTH AND NUTRITION EXAMINATION SURVEY (NHANES), revista Nephrology, USA, 2010.
38. Franco José Gabriel, PREVALENCIA DE TRASTORNOS PSIQUIATRICOS EN PACIENTES MEDICOQUIRURGICOS HOSPITALIZADOS EN LA CLÍNICA UNIVERSITARIA BOLIVARIANA, Colombia, 2005.
39. Sánchez R. et al, LA DEPRESIÓN EN EL PACIENTE CON ENFERMEDAD ARTERIAL PERIFÉRICA, México, 2005.
40. Avila Juan David, Córdova Franklin, PREVALENCIA DE ANSIEDAD Y DEPRESIÓN EN ALCOHOLICOS HOSPITALIZADOS PARA DESINTOXICACION EN BOGOTA, Colombia, 2005.
41. Esquivel Gerardo, et al. ANSIEDAD Y DEPRESIÓN EN FAMILIARES DE PACIENTES HOSPITALIZADOS, España. 2005.
42. Duric Vanja et al, A NEGATIVE REGULATOR OF MAP KINASE CAUSES DEPRESSIVE BEHAVIOR, revista Nature Medicine, USA, octubre 2010.

43. Campo Adalberto, Jiménez Martín, DETECCIÓN DE TRASTORNOS DEPRESIVOS EN PACIENTES HOSPITALIZADOS, Colombia, 2003.
44. Guallar Pillar, Magariños Losada Maria, PREVALENCIA DE DEPRESIÓN Y FACTORES BIOMEDICOS Y PSICOSOCIALES ASOCIADOS, EN ANCIANOS HOSPITALIZADOS CON INSUFICIENCIA CARDIACA EN ESPAÑA, España, 2006.
45. Martinez J, Ordaz V, PREVALENCIA DE DEPRESIÓN Y FACTORES DE RIESGO EN EL ADULTO MAYOR HOSPITALIZADO. Mexico, 2007.
46. Mudge Alison et al. RECURRENT READMISSIONS IN MEDICAL PATIENTS: A PROSPECTIVE STUDY, revista de Hospital Medicine, Australia, 2010.
47. López Jose Antonio, LA DEPRESIÓN EN EL PACIENTE ANCIANO, España, 2005.
48. Alfonso Jesús et al, PREVALENCIA DE DEPRESIÓN Y FACTORES DE RIESGO EN EL ADULTO MAYOR HOSPITALIZADO, Mexico, 2003.
49. Paquita Picart, et al. NIVELES DE ANSIEDAD Y DEPRESIÓN EN ENFERMOS HOSPITALIZADOS Y SU RELACIÓN CON LA GRAVEDAD DE LA ENFERMEDAD, Colombia, 2006.
50. Ioannis Michopoulos et al. HOSPITAL ANXIETY AND DEPRESSION SCALE (HADS): VALIDATION IN A GREEK GENERAL HOSPITAL SAMPLE, Grecia, 2007.

51. Cruz Noj Edy Fernando, Lilian Jeannette Juárez González. Tesis. EFECTIVIDAD DE UN PROGRAMA PSICOPROFILACTICO EN LA REDUCCIÓN DE ANSIEDAD EN PACIENTES PRE – OPERATORIOS CON FRACTURAS FACIALES. USAC. Guatemala. 2006.
52. Portillo Murillo Myron Raúl. Tesis. INVESTIGACIÓN DE DEPRESIÓN EN FAMILIARES DE PACIENTES CON PROBLEMA PSIQUIÁTRICO. USAC. Guatemala. 1987.
53. Unutzer Jugren, LATE-LIFE DEPRESSION, Usa, 2007, nejm 2007;357:2269-76.
54. Serrano Moral, PERFIL Y RIESGO DE MORBILIDAD PSIQUICA EN CUIDADORES DE PACIENTES INGRESADOS EN SU DOMICILIO, España, 2003.
55. Almeida Osvaldo et al, DEPRESSION, ANTIDERESSANT USE AND MORTALITY IN LATER LIFE: THE HEALTH IN MEN STUDY, www.plosone.org, 2010.
56. Friedman Richard, EXPANDING THE BLACK BOX- DEPRESSION, ANTIDEPRESSANTS, AND THE RISK OF SUICIDE, revista New England Journal of Medicine, USA 2007.
57. Michalsen A et al, RAPID STRESS REDUCTION AND ANXIOLYSIS AMONG DISTRESSED WOMEN AS A CONSEQUENCE OF A THREE-MONTH INTENSIVE YOGA PROGRAM, Alemania, 2006.
58. Lezama Quiquia Maria Luz, PACIENTES HOSPITALIZADOS EXPUESTOS AL PROGRAMA DE RISOTERAPIA, Perú, 2003.

59. Wikinsky Silvia, Jufe Gabriela, EL TRATAMIENTO FARMACOLÓGICO EN PSIQUIATRÍA, 1ª. Edición. Argentina, Editorial Panamericana, 2006.
60. Mann John, THE MEDICAL MANAGEMENT OF DEPRESSION, USA, 2005, nejm 2005;353:1819-34.
61. Díaz Luis Alfonso, et al. PROPUESTA DE UNA VERSIÓN ABREVIADA DE LA ESCALA DE ZUNG PARA DEPRESIÓN. Colombia, 2005.
62. Conde VS. La ESCALA AUTO APLICADA PARA LAS DEPRESIONES DE ZUNG. España, 1969.
63. Bobes J, Portilla M, Sàiz P, BANCO DE INSTRUMENTOS BÁSICOS PARA LA PRACTICA DE LA PSIQUIATRÍA CLÍNICA, 3ª. Edición, Argentina, Editorial Arts Médica, 2004.
64. Aragonés Benaiges E., Masdéu Montalà R.M., Cando Guasch G. y Coll Borràs G. VALIDEZ DE LA SELT-RATING DEPRESSION SCALE DE ZUNG EN PACIENTES DE ATENCIÓN PRIMARIA. España 2001.
65. F. Bermejo Parejo, J. Díaz Guzmán, CIENTES ESCALAS DE INTERÉS EN NEUROLOGÍA CLÍNICA, 1ª. Edición, España, Editorial Prous Science, 2001.

VIII. ANEXOS

UNIVERSIDAD DE SAN CARLOS DE GUATEMALA
FACULTAD DE CIENCIAS MÉDICAS
ESCUELA DE ESTUDIOS DE POSTGRADO

Boleta de recolección de datos Número: _____

**FRECUENCIA DE DEPRESIÓN EN PACIENTES
HOSPITALIZADOS EN EL DEPARTAMENTO DE MEDICINA
INTERNA DEL HOSPITAL REGIONAL DE OCCIDENTE, AÑO
2010**

Sexo: Masculino: _____ Femenino: _____ Edad: _____

Estado civil: _____ Expediente: _____

Ocupación: _____

Diagnóstico de depresión: _____

Comorbilidades: _____

Tiempo de estancia hospitalaria: _____

Medicamentos: _____

Hospitalizaciones previas: _____

“En el cuestionario que sigue encontrará 20 preguntas, lea cada una de ellas cuidadosamente y diga cuanto tiempo le ha afectado cada situación en su estado de ánimo en el momento presente, o todo lo más durante la última semana.

ESCALA AUTOAPLICADA PARA LA MEDIDA DE DEPRESIÓN DE ZUNG Y CONDE

DIGA SI TAL SITUACIÓN CORRESPONDE A SU CASO

- 1. Muy pocas veces, muy poco tiempo, raramente o nunca**
- 2. Algunas veces, algún tiempo, o de vez en cuando**
- 3. Muchas veces, mucho tiempo o frecuentemente**
- 4. Casi siempre, gran parte del tiempo, casi todo el tiempo o siempre.**

SITUACIONES:

- | | | | | |
|---|---|---|---|---|
| 1. Me siento triste y deprimido: | 1 | 2 | 3 | 4 |
| 2. Por las mañanas me siento mejor que por las tardes: | 1 | 2 | 3 | 4 |
| 3. Frecuentemente tengo ganas de llorar y a veces lloro: | 1 | 2 | 3 | 4 |
| 4. Me cuesta mucho dormir o duermo mal por la noche:..... | 1 | 2 | 3 | 4 |
| 5. Ahora tengo tanto apetito como antes: | 1 | 2 | 3 | 4 |
| 6. Todavía me siento atraído por el sexo opuesto: | 1 | 2 | 3 | 4 |
| 7. Creo que estoy adelgazando: | 1 | 2 | 3 | 4 |
| 8. Estoy estreñado: | 1 | 2 | 3 | 4 |
| 9. Tengo palpitaciones: | 1 | 2 | 3 | 4 |
| 10. Me canso por cualquier cosa: | 1 | 2 | 3 | 4 |
| 11. Mi cabeza está tan despejada como antes: | 1 | 2 | 3 | 4 |
| 12. Hago las cosas con la misma facilidad que antes: | 1 | 2 | 3 | 4 |
| 13. Me siento agitado e intranquilo, y no puedo estar quieto: | 1 | 2 | 3 | 4 |
| 14. Tengo confianza y esperanza en el futuro: | 1 | 2 | 3 | 4 |
| 15. Me siento más irritable que habitualmente: | 1 | 2 | 3 | 4 |
| 16. Encuentro fácil tomar decisiones: | 1 | 2 | 3 | 4 |
| 17. Me creo útil y necesario para la gente: | 1 | 2 | 3 | 4 |
| 18. Encuentro agradable vivir, mi vida es plena: | 1 | 2 | 3 | 4 |
| 19. Creo que sería mejor para los demás si me muriera: | 1 | 2 | 3 | 4 |
| 20. Me gustan las mismas cosas que habitualmente me
agradaban: | 1 | 2 | 3 | 4 |

UNIVERSIDAD DE SAN CARLOS DE GUATEMALA
FACULTAD DE CIENCIAS MÉDICAS
ESCUELA DE ESTUDIOS DE POSTGRADO DE MEDICINA
MAESTRÍA EN MEDICINA INTERNA
HOSPITAL REGIONAL DE OCCIDENTE

Boleta número: _____

Boleta de consentimiento informado

**FRECUENCIA DE DEPRESIÓN EN PACIENTES
HOSPITALIZADOS EN EL DEPARTAMENTO DE MEDICINA
INTERNA DEL HOSPITAL REGIONAL DE OCCIDENTE, AÑO
2010**

Depresión, definida como un trastorno del estado del ánimo en que existe una reacción emocional de tristeza y melancolía además de un sentimiento persistente de inutilidad, pérdida de interés por el mundo, y falta de esperanza en el futuro, es un trastorno frecuente en el paciente hospitalizado que puede influir de forma negativa en el diagnóstico, evolución y tratamiento de su enfermedad, razón por la cual se ha llevado a cabo la presente investigación que tiene como principal propósito conocer la frecuencia de depresión en los pacientes hospitalizados en el departamento de Medicina Interna del Hospital Regional de Occidente.

Siendo la entrevista y manejo de la información que nos brinde de carácter voluntario, anónimo y que no suponemos que traiga riesgos para el participante.

Por medio del presente documento yo:

Autorizo a Manuel de Jesús Rojas Gómez, autor de la investigación “DEPRESIÓN EN EL PACIENTE HOSPITALIZADO” a participar en dicha investigación.

Firma.

El autor concede permiso para reproducir total o parcialmente y por cualquier medio la tesis titulada “INCIDENCIA DE DEPRESIÓN EN PACIENTES HOSPITALIZADOS, DEPARTAMENTO DE MEDICINA INTERNA, HOSPITAL REGIONAL DE OCCIDENTE, AÑO 2010” para propósito de consulta académica. Sin embargo, quedan reservados los derechos del autor que confiere la ley, cuando sea cualquier otro motivo diferente al que se señala lo que conduzca su reproducción o comercialización total o parcial.