

UNIVERSIDAD DE SAN CARLOS DE GUATEMALA
FACULTAD DE CIENCIAS MEDICAS

**"INCIDENCIA DE DEPRESION EN UN GRUPO
DE PACIENTES DEL DEPARTAMENTO DE
MEDICINA INTERNA DEL
HOSPITAL ROOSEVELT"**

CARLOS MANUEL ALEGRIA FLORES

UNIVERSIDAD DE SAN CARLOS DE GUATEMALA
FACULTAD DE CIENCIAS MEDICAS

**“INCIDENCIA DE DEPRESION EN UN GRUPO
DE PACIENTES DEL DEPARTAMENTO DE
MEDICINA INTERNA DEL
HOSPITAL ROOSEVELT”**

T E S I S

Presentada a la Junta Directiva de la
Facultad de Ciencias Médicas de la
Universidad de San Carlos de Guatemala

P O R:

CARLOS MANUEL ALEGRIA FLORES

Previo a optar al título de:

MEDICO Y CIRUJANO

GUATEMALA, JUNIO DE 1981

PRESENTACION	i
PREFACIO	ii
I. INTRODUCCION	1
II. DESARROLLO	5
A) Definición de Depresión	5
B) Sintomatología de la Depresión	6
C) Clasificación de la Depresión	7
D) Diagnóstico y Tratamiento	9
E) Investigación de Campo	11
F) Material	11
G) Escala de Autoevaluación de Depresión por William Zung (SDS) – Self-rating Depression Scale)	11
H) Método	15
I) Criterios diagnósticos para enfermedades depresivas y sus relaciones con las preguntas SDS	16
J) Interpretación de calificaciones de SDS en la depresión y otros trastornos emocionales.	19
III RESULTADOS	25
A) Conclusiones	33
B) Recomendaciones	35
GLOSARIO	37
BIBLIOGRAFIA	39

INDICE DE CUADROS

Cuadro No.		Página No.
1.		8
2.		10
3.	Escala de Depresión de Zung	13
4.	Conversión del punteo bruto a índice SDS	14
5.	Criterios Diagnósticos para enfermedades	17 y 18
6.	Cuadro Estadístico de los 200 pacientes, agrupados por grupos etéreos, sexo, hospitalizados y consulta externa.	21
7.	Cuadro Estadístico de los 100 pacientes hospitalizados, agrupados por: grupos etéreos, sexo e index SDS	22
8.	Cuadro Estadístico de los 100 pacientes de consulta externa agrupados por grupos etéreos, sexo e index SDS	23
9.	Impresión clínica de depresión en los 100 pacientes hospitalizados por problemas orgánicos en el Departamento de Medicina Interna del Hospital Roosevelt.	29
10.	Impresión clínica de depresión en los 100 pacientes tratados en consulta externa por problemas orgánicos en el Departamento de Medicina Interna del Hospital Roosevelt.	31
Gráfica No.		
1.	Porcentaje de índice SDS de 100 pacientes hospitalizados	30
2.	Porcentaje de índice SDS de 100 pacientes de consulta externa	32

PRESENTACION

El progreso científico en el campo de las Ciencias Médicas en general, de la Psiquiatría y la Psicología en particular, ha tomado gran ímpetu en los últimos tiempos.

A un ritmo más lento, el conocimiento médico en Guatemala ha avanzado en forma considerable. Sin embargo, desafortunadamente, por múltiples factores el campo de la Salud Mental no ha logrado desarrollarse al ritmo que la sociedad contemporánea demanda. El desconocimiento, la falta de información y la orientación orgánica en la formación médica, entre otras, son razones que pesan en esta falta de desarrollo.

Pero no todo es pesimismo y algo se ha logrado en el campo de la Salud Mental. El presente trabajo sobre el síndrome depresivo prueba que ya existe una semilla de inquietud para la investigación en ese campo.

El Bachiller Manuel Alegría, con su trabajo de tesis ha hecho un aporte a la Salud Mental en Guatemala.

Dr. Romeo Lucas Medina
Asesor.-

El presente trabajo, recoge una investigación estadística que he llevado a cabo para mi tesis, requisito, o más bien diría el deseo implícito que conlleva el obtener más conocimientos para obtener el título de Médico y Cirujano.

El terreno, el cual me he propuesto investigar, es sobre el trastorno mental denominado en psiquiatría como "depresión"; acaso uno de los trastornos más frecuentes pero menos conocidos en su nosología y tratamiento por el estudiante de medicina y el médico general en su práctica diaria.

La selección del tema, lo he emprendido por lo siguiente: hasta el momento, no se presta en los hospitales nacionales la debida atención al paciente que puede estar mentalmente enfermo, concentrándose la atención en el problema orgánico, el cual puede enmascarar un Síndrome de Depresión.

La relación entre los aspectos orgánicos y los psíquicos es poca, existiendo un distanciamiento de la psiquiatría clínica dentro de las ciencias médicas; y no hay que olvidar que el buen desenvolvimiento psíquico de un individuo, va paralelo al óptimo funcionamiento de su organismo.

El objetivo de mi trabajo pretende: hacer ver, en particular, al Hospital Roosevelt, y a las autoridades correspondientes, la necesidad de prestar una mejor atención al paciente mentalmente enfermo y señalar la necesidad de la ampliación de los servicios en salud mental, por medio de Médicos Psiquiatras, Psicólogos, y personal especializado. Dicho lo anterior, quiero agradecer la valiosa colaboración de los médicos Dr. Romeo Lucas Medina, asesor, quien además me proporcionó una amplia bibliografía sobre depresión; al Dr. Rodolfo Kepfer revisor; Dr. Riyad Muadi, Jefe del Departamento de Medicina

Interna del Hospital Roosevelt y a todo el personal paramédico de dicho centro que contribuyó en la realización de este trabajo.

El presente trabajo, como las investigaciones científicas que se han llevado a cabo para el estudio de la melancolía, debe inspirarse en el estudio de los hechos que se observan en el Hospital Roosevelt y en el Hospital de Medicina y Cirugía.

El estudio de esta enfermedad se ha realizado en el Hospital Roosevelt y en el Hospital de Medicina y Cirugía, en su totalidad y en sus diferentes departamentos, en su totalidad y en sus diferentes departamentos.

La melancolía es una enfermedad que se caracteriza por un estado de ánimo de tristeza y desesperanza, que puede ser causada por una variedad de factores, como la pérdida de un ser querido, una enfermedad crónica, o una situación de vida que genera estrés y ansiedad.

La melancolía es una enfermedad que se caracteriza por un estado de ánimo de tristeza y desesperanza, que puede ser causada por una variedad de factores, como la pérdida de un ser querido, una enfermedad crónica, o una situación de vida que genera estrés y ansiedad.

El estudio de esta enfermedad se ha realizado en el Hospital Roosevelt y en el Hospital de Medicina y Cirugía, en su totalidad y en sus diferentes departamentos, en su totalidad y en sus diferentes departamentos.



(Fig. No. 1)
"MELANCOLIA"
Por: Albrecht Durer

INTRODUCCION

“La depresión no es sólo uno de los más comunes, sino también uno de los más extraños de los trastornos psíquicos que aquejan al hombre. Como “Spleen” o melancolía ha preocupado a filósofos y artistas a través de los siglos; como una enfermedad mental ha llamado la atención de psiquiatras, quienes han descrito y estudiado los síndromes psíquicos que caracterizan las formas depresivas de la experiencia; y, como causa de síntomas somáticos subjetivos que carecen de la profundidad de la experiencia francamente depresiva, es encontrada por especialistas en medicina interna y médicos generales. La depresión tiene tres fases: espiritual, psíquica y psicósomática. El primero de estos se resume en la profunda tristeza reflejada en la expresión del genio pensativo del cuadro “Melancolía” de Albrecht Durer (Figura No. 1)”(1)

En la práctica, la depresión desempeña un papel importante, ya que ninguna parte del cuerpo está a salvo de las manifestaciones de este síndrome, pudiendo tener manifestaciones diversas que pueden inducir al médico general a ignorar las consecuencias que provocan, concentrando sus esfuerzos terapéuticos únicamente en las manifestaciones somáticas.

Actualmente se han realizado en Guatemala una serie de estudios enfocados en la detección de síntomas depresivos. Se efectuó una revisión de antecedentes bibliográficos a partir de 1974 en las universidades del país, encontrándose los siguientes:

-
- (1) Centre de recherches psychopathologiques, clinique psychiatrique universitaire, Lausanne, Switzerland. P. Kielholz, Basle-Masked Depression. Hans Huber Publishers Bern. Switzerland, 1973. 32 pp.

En 1974, se realizó un trabajo de tesis en el departamento de Psicología de la Universidad de San Carlos: "Tendencia a la depresión en un grupo de universitarios de primer ingreso", por Jorge G. Santiago HERNICX; en dos grupos clasificados por residencia y origen, los de la capital y provincia, utilizando la prueba MMPI. (Inventario Multifacético de Personalidad de Minnesota).

En este estudio se encontró mayor tendencia a la depresión en el grupo de estudiantes que procedían de la provincia.

En 1976 se realizó otro estudio en la misma institución, "Estudio de la depresión en una muestra de alcohólicos anónimos", tesis por Edgar R. Hernández. En este estudio se clasificó a las personas, según el tiempo que tenían de pertenecer a la institución, se utilizó el cuestionario E.A.M.D. (Cuestionario de Auto Medición de Depresión, creado por William Zung). Mostraron sintomatología depresiva, el grupo de personas que tenía entre 4 y 6 años de permanecer en programa.

El trabajo que a continuación se presenta, comprende la incidencia de síntomas depresivos en un grupo de pacientes adultos del Departamento de Medicina Interna del Hospital Roosevelt, clasificados en dos grupos: hospitalizados y de consulta externa, ambos grupos tratados por problemas orgánicos. Para la evaluación, se utilizará la escala de depresión diseñada por William Zung. Se hará también una breve descripción de la "depresión", su nosología, sintomatología, clasificación y tratamiento, así como también la descripción del cuestionario de autoevaluación de William Zung, el criterio diagnóstico de éste y su interpretación.

En el transcurso de la investigación, se tratará de comprobar las siguientes hipótesis:

- 1) Más del 50o/o de los pacientes hospitalizados en el Departamento de Medicina Interna del Hospital Roosevelt presentan algún índice de depresión.
- 2) Menos del 50o/o de los pacientes atendidos por consulta externa en el Departamento de Medicina Interna del mismo centro, presentan algún índice de depresión.

DESARROLLO

DEFINICION DE DEPRESION

“La representación de la depresión como un trastorno afectivo, es tan tendiente a lo equívoco como lo sería el designar a la escarlatina como un “trastorno de la piel” o un “trastorno febril primario”. Aparte de los cambios en el estado de ánimo, existen otros componentes de la depresión. En una proporción importante de los casos, no se obtiene historia de anomalías del estado de ánimo del paciente. Con nuestros conocimientos actuales, no podemos saber cuál de los componentes del cuadro clínico de la depresión es primario, o si sencillamente son todas manifestaciones externas de algún proceso patológico desconocido”.(2)

Una de las dificultades de la conceptualización de la depresión en su esencia semántica, es que el término se ha aplicado para designar:

- a) Un tipo particular de sentimiento o síntoma;
- b) Un complejo sintomático (o síndrome);
- c) Y una entidad patológica bien definida.

La mayoría la designa como un síndrome o complejo sintomático.

La depresión puede, por ahora, definirse según las siguientes características:

- 1) Una alteración específica del estado de ánimo: tristeza, soledad, apatía.

(2) Aaron T. Beck, M.D.: Depression Clinical, Experimental, and Theoretical aspects, P.G. Hoeber Medical División, New York, 1967.

- 2) Un concepto negativo de sí mismo, asociado con sentimientos de culpabilidad.
- 3) Deseos regresivos y de autocastigo: deseo de escapar, esconderse o morir.
- 4) Cambios vegetativos: anorexia, insomnio, pérdida del íbido, estreñimiento.
- 5) Cambio en el nivel de actividad psicomotora, disminución o agitación.

Sintomatología de la depresión

A continuación se resumen los síntomas depresivos, según la forma de perturbación funcional:

Síntomas psíquicos:

Humor depresivo, indecisión, inhibición ideatoria, apatía o agitación interior, ansiedad, pesimismo, indiferencia, vacío interior.

Síntomas psicomotores:

Inhibición psicomotora (movimientos escasos, hipomimia o animia, inhibición de la expresión), o agitación psicomotora (agitación manifiesta, apresuramiento inmotivado, necesidad de actividad inútil).

Síntomas psicósomáticos:

Perturbación de los sentimientos vitales (abatimiento, debilidad) trastornos neurovegetativos en sentido estricto (mareos, alteraciones del ritmo cardíaco, sequedad de boca, estreñimiento, trastornos respiratorios); trastornos neurovegetativos en sentido amplio (trastornos del sueño, sensaciones dolorosas, de presión y

de frío, pérdida del apetito, adelgazamiento, trastornos menstruales, impotencia).

Clasificación de la depresión

En el siguiente esquema (Cuadro No. 1) se muestra la nosología y génesis de las depresiones en forma simplificada, según:

B. Luban — Plozza, Locarno

Profesor honorario de la Universidad de Heidelberg; y

W. Poldinger, Wil S.G.

Clínica Cantonal de Psiquiatría A, Wil, Profesor de Psiquiatría de la Universidad de Basilea.

CUADRO No. 1

Génesis	GRUPO NOSOLOGICO		
	Depresiones somatógenas	Depresiones Endógenas	Depresiones psicógenas
Afecciones cerebrales conocidas	Depresiones orgánicas (en la demencia senil arteriosclerosis y tumor cerebral, por ejemplo)		
Afecciones extra-cerebrales conocidas ("exógenas")	Depresiones sintomáticas (postinfecciosas, tóxicas, endocrinas, postoperatorias, por ejemplo)		
		Casos marginales (depresiones puerperales por ejemplo)	
Causa desconocida		Depresiones periódicas (incluida la depresión involutiva)	
	A veces, desencadenamiento somatógeno	Depresiones cíclicas (= depresiones de la psicosis maniaco depresiva) Depresiones esquizofrénicas	(a veces, desencadenamiento psicógeno)
		Casos marginales (por ejemplo, disritmias funcionales)	
Surmenaje afectivo prolongado Factores perturbadores inconscientes Acontecimiento aislado			Evoluciones depresivas (depresiones por agotamiento, desarraigo) Depresiones neuróticas Depresiones reaccionales

Diagnóstico y tratamiento

Es importante para el diagnóstico, las variaciones del estado del enfermo a lo largo del día. Los pacientes suelen sentirse mejor por la tarde o por la noche. Por la mañana es cuando con mayor frecuencia, se sienten deprimidos, encontrándose casi normales por la tarde o por la noche. Es raro que se sientan relativamente bien por la mañana y experimenten a lo largo del día, un aumento de la derpesión.

La subdivisión nosológica de la depresión en tres grupos principales —somatógena, endógena y psicógena— es esencial para el pronóstico y la terapia. Las depresiones somatógenas requieren como primera medida, el tratamiento de la afección originaria; en las depresiones endógenas está indicado el uso de antidepresivos y psicoterapia y en las depresiones psicógenas precisan fundamentalmente la psicoterapia, desempeñando únicamente los medicamentos el papel de medida coadyuvante.

Es de hacer notar que la psicoterapia como tratamiento auxiliar, deberá emplearse en las depresiones somatógenas y endógenas.

Psicoterapia:

La psicoterapia incluye:

- “1) La triada básica - comprensión, esperanza y planificación.
- 2) Utilización de la personalidad del médico: (el éxito depende no sólo del conocimiento técnico sino también de la habilidad para establecer rapport).
- 3) Los cuatro niveles de la psicoterapia ventilación, manejo de síntomas, principios de higiene mental y análisis profundo de la personalidad.

- 4) Guía terapéutica (el consejo directo puede ser de gran valor, pero debe ser usado con discreción, según las necesidades individuales".⁽³⁾)

Farmacoterapia:

A continuación se muestra un esquema simplificado de las drogas usadas en el tratamiento de la depresión (Cuadro No. 2).

CUADRO No. 2

Nombre Genérico	Nombre Comercial	Dosis	Dosis Total Diaria
Compuestos tricíclicos			
Imipramina	Tofranil	10 mg., 25 mg	75-300 mg.
Desipramina	Norpramin Pertofrane	25 mg.	75-200 mg.
Amitriptylina	Elavil	25 mg.	75-300 mg.
Nortriptylina	Aventyl	10 mg. 25 mg	25-100 mg.

Los inhibidores de la Mono-Amino-Oxidasa (IMAO), son de uso limitado y de alto riesgo.

(3) Aaron T. Beck, M.D. Depression, Clinical, Experimental and Theoretical aspects. Hoeber Medical División, New York, 1967, 313 pp.

Las dosis máximas se usan sólo en casos refractarios. La dosis mínima se usa para iniciar el tratamiento o para pacientes de edad avanzada, o de constitución pequeña. Generalmente la dosis se disminuye al lograr el efecto terapéutico.

Investigación de campo

Material

Para la presente investigación, se contó con los siguientes recursos:

- 1) Hospital Roosevelt
- 2) Pacientes hospitalizados y de consulta externa del Departamento de Medicina Interna del Hospital.
- 3) Escala de autoevaluación de Depresión, cuestionario diseñado por William Zung.

Escala de autoevaluación de depresión de William Zung (SDS - Self-Rating Depression Scale)

El SDS está compuesto de una lista de veinte parámetros (preguntas). Cada uno se relaciona con una característica específica de la depresión. Las veinte preguntas juntas delimitan los trastornos depresivos, tal como se reconocen por la mayoría de quienes están involucrados en su diagnóstico y tratamiento. A la par de las afirmaciones, se encuentran cuatro columnas con los siguientes encabezados: nada o muy poco, a veces buena parte del tiempo, la mayor parte del tiempo.

Al paciente se le proporciona la lista de preguntas y se le pide que ponga un cheque en la casilla correspondiente a como se relaciona con él y sus sentimientos, dentro de un marco cronológico especificado (durante la semana pasada).

CUADRO No. 3

ESCALA DE DEPRESION DE ZUNG

Nombre _____	Nada o muy poco	A veces	Buena parte del tiempo	La mayor parte del tiempo
Edad _____ Sexo _____ Fecha _____				
1. Me siento decaído y triste	1	2	3	4
2. Por la mañana es cuando mejor me siento	4	3	2	1
3. Me siento con ganas de llorar o tengo ansias de llanto	1	2	3	4
4. Tengo problemas para dormir durante la noche	1	2	3	4
5. Estoy comiendo como siempre	4	3	2	1
6. Me gusta ver, hablar y estar con un hombre/mujer atractivo	4	3	2	1
7. Noto que estoy perdiendo peso	1	2	3	4
8. Tengo problemas de estreñimiento	1	2	3	4
9. Mi corazón late más rápido que de costumbre	1	2	3	4
10. Me canso sin razón alguna	1	2	3	4
11. Mi mente está tan clara como siempre	4	3	2	1
12. Encuentro fácil hacer las cosas a las que estoy acostumbrado	4	3	2	1
13. Estoy intranquilo y no me puedo quedar quieto	1	2	3	4
14. Siento esperanzas en el futuro	4	3	2	1
15. Estoy más irritable que de costumbre	1	2	3	4
16. Encuentro fácil hacer decisiones	4	3	2	1
17. Siento que soy útil y necesario	4	3	2	1
18. Mi vida está llena de cosas buenas	4	3	2	1
19. Siento que otros estarían mejor si yo me muriera	1	2	3	4
20. Aún gozo de las cosas como solía hacerlo	4	3	2	1

Para obtener el punteo del paciente en cuanto a depresión, la lista completada se coloca debajo de la clave transparente para calificar y el valor indicado para cada pregunta, se escribe en el margen y se suma. Este total bruto se convierte a un índice basado en cien. El índice SDS es una indicación total de "¿Qué tan deprimido está el paciente?" en términos de la definición funcional y expresado en porcentaje. Así, una calificación SDS de sesenta y cinco (65) puede ser interpretada como que el paciente tiene 65o/o de la depresión mensurable por medio de la escala.

Las calificaciones de las preguntas individuales nos dicen cuál signo o síntoma específico es el que el paciente está manifestado, mientras que la calificación conjunta de varias preguntas nos dice en qué área o áreas es que el paciente tiene más dificultad. Por ejemplo las preguntas:

- a) 1 y 3 se refieren a lo afectivo.
- b) 2, y de 4 a 10 miden trastornos fisiológicos
- c) 12 y 13 miden trastornos psicomotores
- d) 11, y de 14 a 20 miden trastornos psicológicos (véase Cuadro No. 3 y 5).

Después de que el paciente ha terminado la escala, se revisa para ver si se ha contestado todas las preguntas. A continuación se muestra una escala de depresión de Zung, incluida la clave para efectuar el conteo bruto (Cuadro No. 3) y la tabla de conversión del punteo bruto a índice SDS (Cuadro No. 4).

CUADRO No. 4

CONVERSION DEL PUNTEO BRUTO A INDICE SDS

$$\text{Index} = \frac{\text{Total punteo bruto}}{\text{Punteo máximo de 80}} \times 100$$

Punteo Bruto	SDS Index	Punteo Bruto	SDS Index	Punteo Bruto	SDS Index
20	25	40	50	60	75
21	26	41	51	61	76
22	28	42	53	62	78
23	29	43	54	63	79
24	30	44	55	64	80
25	31	45	56	65	81
26	33	46	58	66	83
27	34	47	59	67	84
28	35	48	60	68	85
29	36	49	61	69	86
30	38	50	63	70	88
31	39	51	64	71	89
32	40	52	65	72	90
33	41	53	66	73	91
34	43	54	68	74	92
35	44	55	69	75	94
36	45	56	70	76	95
37	46	57	71	77	96
38	48	58	73	78	98
39	49	59	74	79	99
				80	100

Método

Se escogió un grupo de 200 pacientes tratados por problemas orgánicos en el Depto. de Medicina Interna de adultos del Hospital Roosevelt, los cuales se dividieron en dos grupos principales:

PRIMER GRUPO

100 pacientes hospitalizados, éstos a su vez subdivididos en hombres y mujeres; (véase Cuadro No. 6) con las siguientes características:

- a) Una semana como mínimo de tratamiento
- b) Estar incluidos entre los 20-64 años de edad.

SEGUNDO GRUPO

100 pacientes de consulta externa, subdivididos también en hombres y mujeres (Véase Cuadro No. 6) con las características anteriores.

Se tomó el mismo número de pacientes hospitalizados como de consulta externa, para efectuar un balance entre ambos grupos, y así efectuar un estudio lo más significativo posible. Luego de pasado el cuestionario (escala) a los pacientes, en este caso se les leyó a cada paciente por la misma persona para que así, ellos indicaran la pregunta específica a marcar por el interrogador. Se dió el caso de la necesidad de interpretarles las preguntas a algunos pacientes, a un lenguaje adecuado según su cultura. Seguidamente se procedió a realizar los cuadros estadísticos agrupando a los pacientes en la siguiente forma:

- 1) Pacientes hospitalizados, agrupados por edades, sexo y preguntas SDS (Cuadro No. 7).

- 2) Pacientes de consulta externa agrupados en la misma forma (Cuadro No. 8).

Criterios diagnósticos para enfermedades depresivas y sus relaciones con las preguntas SDS:

Las afirmaciones del SDS en el Cuadro No. 5 no están en el mismo orden como en la escala; del lado izquierdo se encuentran los síntomas correspondientes a depresión, organizados de la siguiente manera:

1. Trastornos afectivos
2. Trastornos fisiológicos
3. Trastornos psicomotores
4. Trastornos psicológicos.

Algunas palabras usadas en las afirmaciones, se han convertido de sintomáticamente positivas a sintomáticamente negativas para evitar que el paciente encuentre un patrón definido en sus respuestas.

CUADRO No. 5

CRITERIOS DIAGNOSTICOS PARA ENFERMEDADES DEPRESIVAS Y SUS RELACIONES CON LAS PREGUNTAS SDS

Síntomas de la Enfermedad Depresiva relacionada a la pregunta	Preguntas SDS	No. de Preguntas
I. Trastorno Afectivo		
1) Deprimido, triste, cabibajo melancólico	Me siento decaído y triste	(1)
2) Lloroso	Me siento con ganas de llorar o tengo ansias de llanto	(3)
II. Trastornos Fisiológicos		
1) Variación diurna: exacerbación de síntomas en la mañana y algún alivio en el transcurso del día	Por la mañana es cuando me siento mejor	(2)
2) Sueño: característicamente se encuentra despertar temprano o frecuentemente	Tengo problemas para dormir durante la noche	(4)
3) Apetito: Disminución de la ingesta de alimento	Estoy comiendo como siempre	(5)
(4) Pérdida de peso: asociado con disminución de la ingesta de alimento o aumento de metabolismo y disminución de descanso		
5) Sexo: disminución del líbido	Nota que estoy perdiendo peso Me gusta ver, hablar y estar con hombre/mujer atractivo	(7) (6)

Síntomas de la Enfermedad Depresiva relacionada a la pregunta	Pregunta SDS	No. de Pregunta
6) Gastrointestinal: estreñimiento	Tengo problemas de estreñimiento	(8)
7) Cardiovascular: taquicardia	Mi corazón late más rápido que de costumbre	(9)
8) Músculo esquelético: fatiga aumentada e inexplicable	Me canso sin razón alguna	(10)
III. Alteraciones Psicomotoras		
1) Agitación	Estoy intranquilo y no me puedo quedar quieto	(13)
2) Retardo	Encuentro fácil hacer las cosas a las que estoy acostumbrado	(12)
IV. Trastornos Psicológicos		
1) Confusión	Mi mente está tan clara como siempre	(11)
2) Sensación de vacío	Mi vida está llena de cosas buenas	(18)
3) Desesperanza	Siento esperanzas en el futuro	(14)
4) Indecisión	Encuentro fácil hacer decisiones	(16)
5) Irritabilidad	Estoy más irritable que de costumbre	(15)
6) Insatisfacción	Aún gozo de las cosas como solía hacerlo	(20)
7) Depreciación	Siento que soy útil y necesario	(17)
8) Ideas suicidas	Siento que otros estarían mejor si yo me muriera	(19)

Interpretación de calificaciones de SDS en la depresión y otros trastornos emocionales:

El propósito del SDS es el de valorar la depresión como un trastorno. Sin embargo, el SDS no se diseñó para distinguir entre los diferentes tipos de depresión. Más bien sirve para medir cuantitativamente la intensidad de la depresión, sin tomar en cuenta el término diagnóstico usado.

Algunos elementos de seguridad están incorporados en la construcción de esta escala de evaluación.

El paciente es incapaz de encontrar un patrón definido en sus respuestas, porque la mitad de las afirmaciones están redactadas en forma sintomáticamente positiva y la otra mitad está redactada de forma sintomáticamente negativa. Por ejemplo: la pregunta No. 1 "Me siento decaído y triste" es positiva y la pregunta No. 2 "Por la mañana es cuando mejor me siento", es una afirmación negativa que refleja lo contrario de cómo se sienten la mayoría de los pacientes deprimidos, o sea, peor en la mañana. Las afirmaciones con redacción negativa se identifican por asteriscos en la hoja transparente.

Se usa un número de columnas par en vez de impar, para contrarrestar la posibilidad de que un paciente marque la columna de en medio, por tratar de parecer normal. Según los resultados de varios estudios, el índice SDS puede ser interpretado de la siguiente manera:

Índice SDS

Menos de 50
de 50-59
De 60-69
De 70 y más

Impresión clínica global equivalente

Entre límites normales sin psicopatología
Depresión mínima - ligera
Depresión moderada a marcada
Depresión de severa a extrema.

Las interpretaciones expuestas se basan sobre datos que comparan pacientes deprimidos con pacientes no deprimidos, y personas deprimidas con personas normales en los grupos etáreos de 20 - 64 años. Los valores altos no son en sí diagnósticos, pero indican la presencia de síntomas que pueden tener significado clínico.

Este cuestionario, (o escala) puede ser utilizado por médicos generales sin entrenamiento psiquiátrico; por lo tanto, se hace ver que un índice por ejemplo: de 70 o más (que es indicador de depresión severa) en un paciente al que se le ha pasado el cuestionario, no hace el diagnóstico ni la clasificación de la depresión que pueda tener el paciente, pero lo hace un candidato inminente a investigación psiquiátrica.

CUADRO No. 6

CUADRO ESTADISTICO DE LOS 200 PACIENTES, AGRUPADOS POR:
GRUPOS ETAREOS, SEXO, HOSPITALIZADOS Y CONSULTA EXTERNA.

Edades	Sexo		pacientes hospitalizados por sexo		Pacientes tratados en Consulta Externa por sexo	
	M	F	M	F	M	F
60 - 64	2	1	2	1	0	0
55 - 59	6	0	2	0	4	0
50 - 54	7	7	4	4	3	3
45 - 49	9	12	5	8	4	4
40 - 44	8	12	5	5	3	7
35 - 39	14	15	8	8	6	7
30 - 34	17	18	6	8	11	10
25 - 29	19	18	9	7	10	11
20 - 24	18	17	9	9	9	8
Σ f = 200	Σ = 100	Σ = 100	Σ = 50	Σ = 50	Σ = 50	Σ = 50

CUADRO No. 7

CUADRO ESTADISTICO DE LOS 100 PACIENTES HOSPITALIZADOS
 AGRUPADOS POR: GRUPOS ETAREOS, SEXO E INDEX SDS

Edades	F	Sexo		Index SDS Menor de 50		Index SDS de 50 - 59		Index SDS de 60 - 69		Index SDS de 70 y más	
		M	F	M	F	M	F	M	F	M	F
60 - 64	3	2	1	1	1	1					
55 - 59	2	2	0	1	0	1					
50 - 54	8	4	4	4	4						
45 - 49	13	5	8	4	4	1	2		1		1
40 - 44	10	5	5	3	4	2	1				
35 - 39	16	8	8	6	6	1	1	1	1		
30 - 34	14	6	8	4	7	2			1		
25 - 29	16	9	7	8	6	1			1		
20 - 24	18	9	9	8	8			1	1		
	$\Sigma f = 100$	$\Sigma \leq 50$	$\Sigma \leq 50$	$\Sigma \leq 39$	$\Sigma \leq 40$	$\Sigma = 9$	$\Sigma = 4$	$\Sigma = 2$	$\Sigma = 5$		$\Sigma = 1$

CUADRO No. 8

CUADRO ESTADISTICO DE LOS 100 PACIENTES DE CONSULTA
 EXTERNA AGRUPADOS POR: GRUPOS ETAREOS, SEXO E INDEX SDS

Edades	F	Sexo		Index SDS Menor de 50		Index SDS de 50-59		Index SDS De 60 - 69		Index SDS de 70 y más	
		M	F	M	F	M	F	M	F	M	F
60 - 64	0	0	0								
55 - 59	4	4	0	1		2		1			
50 - 54	6	3	3	3	1	1	1	1	1	1	
45 - 49	8	4	4	2	2	2	2				
40 - 44	10	3	7	2	3	1	2		2		
35 - 39	13	6	7	2	4	2	1	1	2	1	
30 - 34	21	11	10	5	5	4	4	2	1		
25 - 29	21	10	11	4	6	4	4	2	1		
20 - 24	17	9	8	3	4	2	3	1		3	1
	$\Sigma f = 100$	$\Sigma \leq 50$	$\Sigma \leq 50$	$\Sigma \leq 20$	$\Sigma \leq 25$	$\Sigma \leq 18$	$\Sigma = 17$	$\Sigma = 8$	$\Sigma = 7$	$\Sigma = 4$	$\Sigma = 1$

RESULTADOS

A continuación se muestran los resultados obtenidos durante la investigación realizada. Es importante hacer notar al lector, que con un grupo pequeño de pacientes (en este caso 200), no es posible obtener resultados significativos, pues para ello se necesitaría un grupo más numeroso (aproximadamente 1,000 pacientes) para poder aseverar que todos los pacientes hospitalizados presentan un porcentaje determinado de índice de depresión, más alto, igual o más bajo, en relación a los pacientes tratados en consulta externa. Pero es importante hacer la siguiente observación: En las páginas siguientes, se muestran los porcentajes obtenidos en relación a las dos hipótesis planteadas, los resultados son los siguientes:

- 1) Menos del 50o/o de los pacientes hospitalizados presentaron algún índice de depresión.
- 2) Más del 50o/o de los pacientes atendidos en consulta externa, presentaron algún índice de depresión.

En relación al punto No. 1, se hace la siguiente observación. Los pacientes hospitalizados en el Departamento de Medicina Interna, han sido seleccionados adecuadamente para su ingreso y tratamiento por problemas orgánicos, lo cual hace que disminuya la incidencia de los problemas emocionales. En algunos casos, pueden existir problemas orgánicos juntamente con trastornos emocionales (en este caso depresión) dándosele atención primordial al trastorno físico.

En relación al punto No. 2, se hace la siguiente observación: los pacientes que son atendidos en la consulta externa del Departamento de Medicina Interna, solicitan ayuda muchas veces por síntomas somáticos, que pueden enmascarar un trastorno emocional (en este caso depresión), pudiendo inducir al

médico a ignorar los trastornos que los provocan, tendiendo a concentrar sus esfuerzos terapéuticos en las manifestaciones somáticas. Esta dificultad resulta aún mayor, debido a que los pacientes sienten con mucha frecuencia una necesidad imperiosa de negar la existencia de problemas psíquicos.

De este modo, el médico no psiquiatra termina por referir al departamento correspondiente, una gran cantidad de pacientes que presentan manifestaciones somáticas que necesitan fundamentalmente investigación psiquiátrica.

Las observaciones antes mencionadas, no están basadas en estudios nacionales, pues hasta la fecha no se han realizado investigaciones como la presente, y su verificación se deja como estímulo para próximos trabajos de investigación. Es de hacer notar, que la escala (cuestionario) de William Zung, como ya se dijo en páginas anteriores, no diagnostica depresión, ni la clasifica, pero es un parámetro importante y de validez para el médico general, quien por medio de este cuestionario tendrá una importante guía para evaluar un mejor diagnóstico de depresión. Por consiguiente, muchos de los síntomas que verifica el cuestionario, pueden estar presentes en otros trastornos emocionales, como por ejemplo: Esquizofrenia, ansiedad, etc. Resumiendo, las conclusiones de la investigación en el grupo, en este caso los pacientes atendidos en consulta externa que dieron resultados de síntomas depresivos arriba del 50o/o, es probable encontrar en algunos de ellos, otro tipo de trastorno emocional; lo mismo para el grupo de pacientes hospitalizados, que en este modo se encontraron síntomas depresivos en menos del 50o/o. Se hace esta observación, para que no se interpreten los resultados en forma absoluta, sino como una indicación de que en nuestro medio, en este caso refiriéndonos a los pacientes que consultan por problemas orgánicos a los hospitales nacionales, en un porcentaje de ellos (que debe ser tomado en consideración) presentan trastornos emocionales. A continuación se hace una referencia realizada en el Symposium Internacional de Psiquiatría,

realizado en St. Moritz del 7 al 8 de enero de 1974, de un grupo de pacientes que consultaron por problemas orgánicos, en la República Federal de Alemania, Francia, Austria y Suiza; los médicos no psiquiatras contestaron a las preguntas en la siguiente forma:

“Preguntas:

1) ¿Cuál es el porcentaje de pacientes que consultan únicamente por trastornos psicológicos?

R: El 65o/o de los médicos dijeron que hasta el 10o/o de los pacientes caían en esta categoría y un 30o/o de los médicos estimó que la proporción eran tan alta de hasta 25o/o.

2) ¿Podría usted estimar el porcentaje de sus pacientes que tienen trastornos psicológicos además de los síntomas de tipo somático?

R: El 39o/o de los médicos dió una cifra de hasta 25o/o, y 34o/o de ellos, la clasificaron hasta en 50o/o.

3) ¿Podría usted estimar el porcentaje de sus pacientes que sufren enfermedad depresiva?

R: El 48o/o de los médicos generales y no psiquiatras dieron una cifra de hasta el 5o/o y 27o/o pusieron hasta un 10o/o”.⁽⁴⁾

(4) Psychiatriche - Universitätsklinik, Viena, Austria. P. Kielholz, Basle
Depression in every day practice. Hans Huber Publishers, Ber
Stuttgart, Vienna. 121-123 pp.

“Los resultados de otros estudios, han demostrado que generalmente hay una sintomatología depresiva en casi todos los trastornos psiquiátricos. Los pacientes pueden tener varios diagnósticos: cefalea y depresión, esquizofrenia y depresión, diabetes y depresión. Así un diagnóstico primario del paciente que no sea depresión, no elimina la posibilidad de que el paciente esté también deprimido. Si un índice SDS está arriba de 50, posiblemente necesite tratamiento para su depresión, además del tratamiento de su diagnóstico primario”.(5)

(5) Zung, W.W. K. & Wonnacott, T.H.: Treatment prediction on depression using a self-rating scale, Biol. Psychiat. 2: 321-329, 1970.

CUADRO No. 9

IMPRESION CLINICA DE DEPRESION EN LOS 100 PACIENTES HOSPITALIZADOS POR PROBLEMAS ORGANICOS EN EL DEPTO. DE MEDICINA INTERNA DEL HOSPITAL ROOSEVELT

No.	Index SDS Menor de 50 Pacientes M y F	Index SDS De 50 - 59 Pacientes M y F	Index SDS De 60 - 69 Pacientes M y F	Index SDS De 70 y más Pacientes M y F
Total	79	13	7	1

Indice de la escala de autoevaluación de depresión (SDS)

Menos de 50

De 50 - 59

De 60 - 69

de 70 y más

o/o en los pacientes

79o/o

13o/o

7o/o

1o/o

Impresión clínica global Equivalente

Entre límites normales sin psicopatología

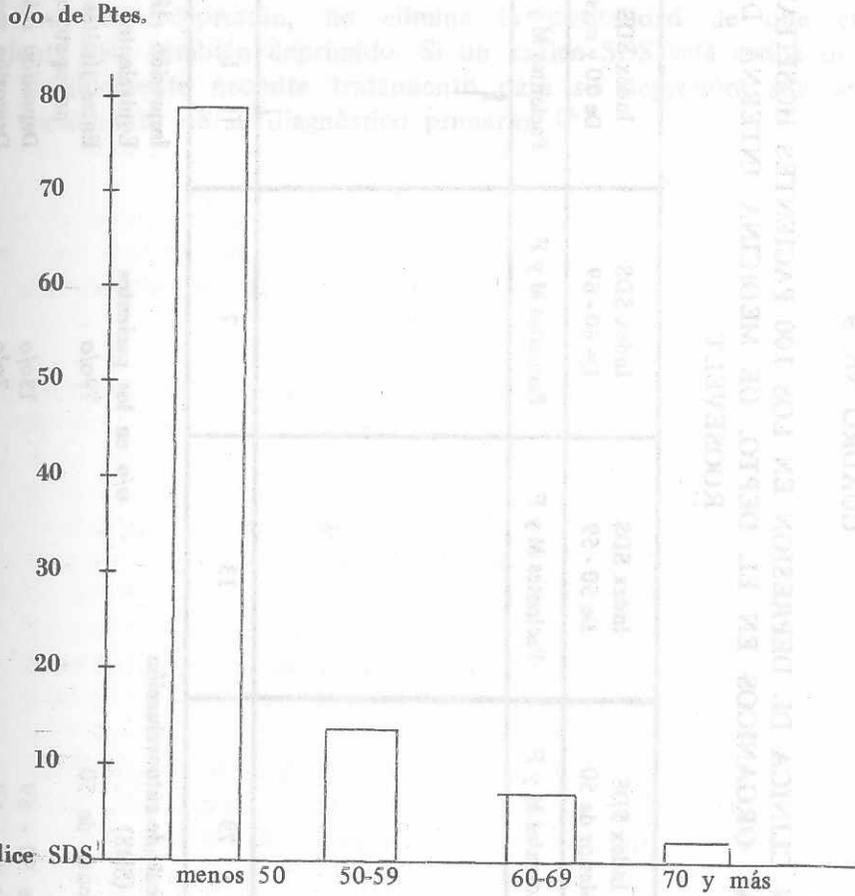
Depresión mínima ligera

Depresión moderada a marcada

Depresión de severa a extrema

GRAFICA No. 1

PORCENTAJE DE INDICE SDS DE 100
PACIENTES HOSPITALIZADOS



CUADRO No. 10

IMPRESION CLINICA DE DEPRESION EN LOS 100 PACIENTES TRATADOS EN
CONSULTA EXTERNA POR PROBLEMAS ORGANICOS EN EL DEPARTAMENTO DE
MEDICINA INTERNA DEL HOSPITAL ROOSEVELT

No.	Index SDS Menor de 50 Pacientes M y F	Index SDS De 50 - 59 Pacientes M y F	Index SDS De 60 - 69 Pacientes M y F	Index SDS De 70 y más Pacientes M y F
Total	35	35	15	5

Indice de la escala de autoevaluación
de depresión (SDS)

Menos de 50
De 50 - 59
De 60 - 69
De 70 y más

o/o en los pacientes

45o/o
35o/o
15o/o
5o/o

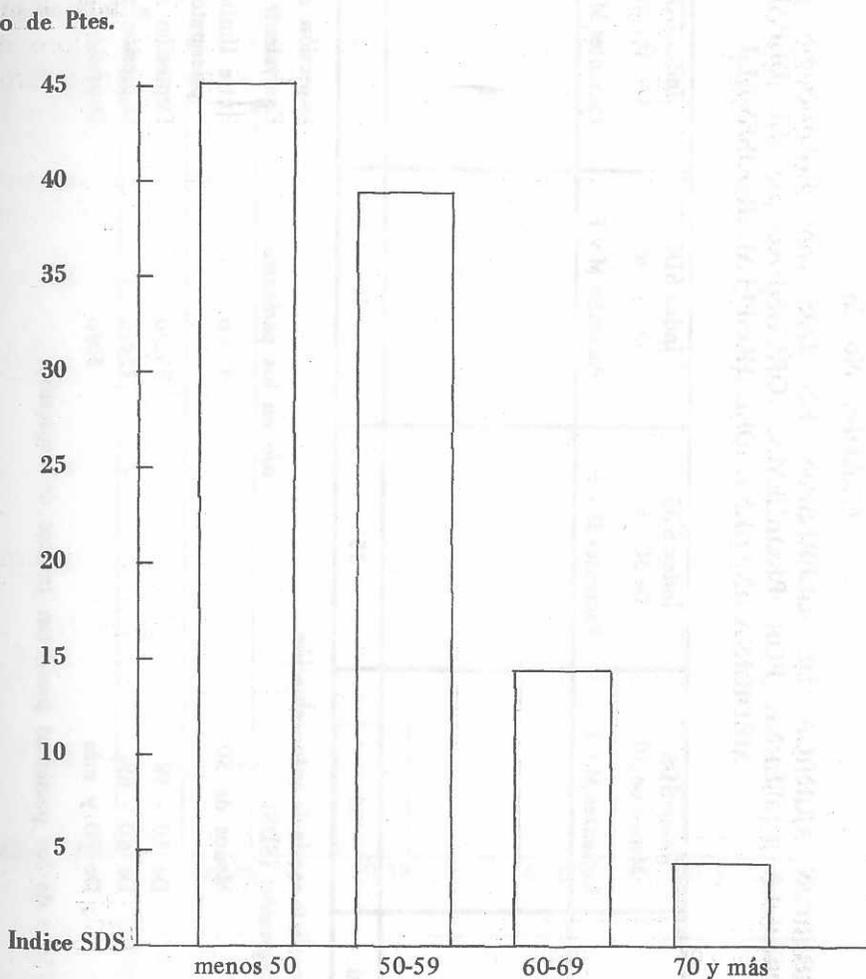
Impresión clínica global
Equivalente

Entre límites normales sin
psicopatología
Depresión mínima - ligera
Depresión moderada a marcada
Depresión severa a extrema

El 55o/o de los pacientes presentan índices de depresión.

GRAFICA No. 2

PORCENTAJE DE INDICE SDS DE 100
PACIENTES DE CONSULTA EXTERNA



CONCLUSIONES

- 1) La primera hipótesis se descarta, pues menos del 50o/o de los pacientes hospitalizados presentaron algún índice de depresión.
- 2) La segunda hipótesis se descarta, pues más del 50o/o de los pacientes atendidos en consulta externa presentaron algún índice de depresión.
- 3) El 21o/o de los pacientes hospitalizados presentaron sintomatología depresiva, clasificada en la siguiente forma (véase Cuadro No. 9 y Gráfica No. 1):
 - a) 13o/o - síntomas depresivos mínimos
 - b) 7o/o - síntomas depresivos moderados
 - c) 1o/o - síntomas depresivos severos.
- 4) El 55o/o de los pacientes atendidos en consulta externa, presentaron sintomatología depresiva, clasificada en la siguiente forma (Véase Cuadro No. 10 y Gráfica No. 2):
 - a) 35o/o - síntomas depresivos mínimos
 - b) 15o/o - síntomas depresivos moderados
 - c) 5o/o - síntomas depresivos severos.

RECOMENDACIONES

- 1) Insistir ante las autoridades correspondientes, la necesidad de personal especializado en aspectos psiquiátricos para los hospitales nacionales.
- 2) Insistir a la Facultad de Ciencias Médicas de la Universidad de San Carlos y a los Hospitales Nacionales, la capacitación de médicos generales y estudiantes de medicina en la detección y tratamiento de los trastornos emocionales.
- 3) Insistir ante las autoridades correspondientes, en la necesidad de ampliar los servicios nacionales de Psiquiatría, Psicología y servicios especializados.
- 4) Ampliar dentro del curriculum de la carrera de medicina, los programas de psiquiatría y de salud mental.

GLOSARIO

- 1) E.A.M.D. Cuestionario creado para la auto-medición de la depresión, creado por William Zung.
- 2) M.A.O. (Monoaminoxidasa) cataliza la desanimación oxidativa de las catecolaminas; se halla a nivel de las terminaciones nerviosas y actúa evitando el almacenamiento excesivo de noradrenalina.
- 3) Melancolía. Término utilizado anteriormente para la depresión que actualmente se utiliza rara vez.

En la expresión melancolía evolutiva, se refiere a un estado patológico de depresión y no a un síntoma.
- 4) M.M.P.I.V. Inventario multifacético de personalidad de Minnesota.
- 5) SDS (Self-rating depression scale) Escala de autoevaluación de depresión.
- 6) Spleen. Bazo - término usado para designar la tristeza o melancolía.

BIBLIOGRAFIA

Obras consultadas

Aaron, T. Beck, M.D. *Depression Clinical, Experimental & Theoretical aspects*. Hoeber Medical Division, New York, 1967.

B. Luban-Plozza y W. Poldinger. *El Enfermo Psicossomático y el Médico Práctico*. Edición; Roche, Basilea, Suiza, 1975.

P. Kielholz, Basle, *Depression in every day practice*. Hans Huber Publishers, Bern Stuttgart Vienna, 1974.

P. Kielholz, Basle, *Masked Depression*, Hans Huber Publishers, Bern Stuttgart Vienna, 1973.

Zung, W.W. K. & Wonnacott, T.H.: *Treatment prediction in depression using a self-rating scale*. *Biol., Psychiat.* 2: 321-329, 1970.

tesis consultadas

Hernández, Edgar R. "Estudio de la depresión en una muestra de alcohólicos anónimos, obtenida con el E.A.M.D." Universidad de San Carlos, Escuela de Psicología, Guatemala, 1976.

Santiago H., Jorge. "Tendencia a la depresión en un grupo de universitarios de primer ingreso". Universidad de San Carlos, Escuela de Psicología, Guatemala, 1974.

Br. *C. M. Alegria*
Carlos Manuel Alegria Flores.-

Dr. *Romeo Lucas Medina*
Asesor.
Dr. Romeo Lucas Medina.-

Dr. *Rodolfo Kepfer*
Revisor.
Dr. Rodolfo Kepfer.-

Dr. *Carlos Waldheim*
Director de Fase III
Dr. Carlos Waldheim.-

Dr. *Rafael A. Castillo Rodas*
Secretario
Dr. Rafi A. Castillo Rodas.-

Vo. Bo.

Dr. *Rolando Castillo Montalvo*
Decano.
Dr. Rolando Castillo Montalvo.-