

Prevalencia de síntomas depresivos en pacientes ambulatorios

Prevalence of depressive symptoms in outpatients

FIGUEROA ALVARADO, Marcos R¹, PAMO REYNA, Oscar G²

¹Bachiller en Medicina UPCH

²Profesor Asociado. Departamento de Medicina. UPCH.

SUMMARY

The Beck's Depression Inventory was taken to 224 patients (114 males and 110 females) of the medical outpatient clinic at the Hospital Dos de Mayo of Lima, between May and July 1990, in order to find out the prevalence of depression symptoms. The patients aged between 18 and 65 years and the survey included data of filiation and complaints. "Slight depression" symptoms were found in 64.7% of the patients and "Middle depression" symptoms in 49.6%. To be male born outside Lima and to have a low education correlated with the presence of such symptoms ($p<0.01$). We concluded that there is a high prevalence of depression symptoms among medical outpatients and that some features would be predictive of them.

RESUMEN

El inventario de Beck fue tomado a 224 pacientes (114 varones 110 mujeres) de los consultorios externos de Medicina del Hospital Dos de Mayo en Lima, entre mayo y julio de 1990, para determinar la prevalencia de síntomas depresivos. Ellos tenían entre 18 y 65 años de edad y se registraron datos de filiación y síntomas. Se halló que el 64.7% de ellos tenía síntomas de "depresión leve" y el 49.6% de "depresión moderada". El ser varón nacido en provincias y tener bajo nivel de escolaridad correlacionó con la presencia de síntomas depresivos ($p<0.01$). Concluimos que la prevalencia de síntomas depresivos es alta en los pacientes ambulatorios de medicina y que algunas características puedan predecir su presencia.

INTRODUCCION

Los pacientes ambulatorios que sufren problemas orgánicos suelen presentar síntomas depresivos que deforman y/o enmascaran los cuadros clínicos de estos pacientes.

No son muchos los estudios realizados sobre la presencia de síntomas depresivos en los pacientes que acuden a la consulta de medicina. En un estudio realizado con el test de Zung (Self-rating Depression Scale-SDS) se encontró una prevalencia de síntomas depresivos en el 25% de los pacientes (1). Otros trabajos, en que se aplicó el Inventario de Beck (Beck Depression Inventory -BDI) (2), encontraron prevalencias de síntomas depresivos entre el 22% y el 48% de los pacientes (2,3).

En nuestro medio, en un estudio hecho en pacientes de los consultorios de Gastroenterología, aplicando el inventario de Beck, se encontró “algún grado de depresión” en el 61.7% de ellos (4). Otro trabajo realizado con los pacientes ambulatorios de medicina del Hospital Cayetano Heredia de Lima, con el test de Zung reveló un 83% de “pacientes con síntomas depresivos” (5).

Los objetivos del presente trabajo fueron:

1. Determinar la prevalencia de síntomas de depresión en los pacientes de los consultorios externos de Medicina de un Hospital General; y,
2. Determinar algunos factores predictivos de presentar síntomas de depresión en dicha población.

MATERIAL Y METODOS

Se realizó un estudio prospectivo, transversal y de tipo encuesta en los consultorios externos de Medicina del Hospital Dos de Mayo de Lima entre los meses de mayo y julio de 1990.

Se calculó una muestra representativa de 220 pacientes considerando un promedio de 1500 pacientes que acuden a dichos consultorios en un mes (6).

Los criterios de inclusión fueron: 1) que sean alfabetos. 2) de ambos sexos y edad comprendida entre 18 y 65 años; y, 3) que sus condiciones físicas o mentales no constituyan impedimento para la comprensión y aplicación de la encuesta. Los criterios de exclusión fueron: 1) presencia de enfermedad grave que motive su internamiento y 2) falta de colaboración.

De esta manera las entrevistas se realizaron en forma individual y se invitó a responder la prueba, previa explicación en términos sencillos sobre las características de ésta. En total fueron abordados 246 pacientes. Veintidós rehusaron responderla aduciendo dificultades en la visión, indisposición, etc. Así 224 pacientes (114 varones y 110 mujeres), completaron la prueba. El tiempo promedio que utilizaron para responderla fue de 10 minutos. Además se tomaron los datos de filiación: edad, sexo, estado civil, grado de instrucción, ocupación, lugar de nacimiento, lugar de procedencia, número de visitas al consultorio, tiempo de residencia en Lima-Ciudad, signos y síntomas que motivaron la consulta.

El inventario de Beck aplicado en este trabajo es el mismo que se utilizó en el proyecto de Estandarización y correlación de las escalas de Depresión de Beck-Hamilton y Zung realizado en el Instituto Nacional de Salud Mental Honorio Delgado-Hideyo Noguchi, que se caracteriza por haber sido válido al español en nuestro medio y por tener un lenguaje sencillo para su comprensión (7).

Se utilizó la recomendación de Nielsen (8), considerándose que la puntuación de 13 o más permitía el diagnóstico de “cierto grado de depresión” o “depresión leve” y la puntuación de 17 o más el de “depresión moderada”.

El análisis estadístico se realizó con la prueba Chi cuadrado.

RESULTADOS

DATOS DE FILIACION

EDAD: La distribución de frecuencia según grupos etáreos fue: 18 a 27 años 120 (53.6%), 28 a 37 años 48 (21.4%), 38 a 47 años 34 (15.2%), 48 a 57 años 14 (6.2%), 58 a 65 años 9 (3.6%). La edad promedio para los varones fue 31.9 años (rango 18 a 65 años) y para las mujeres fue de 29.1 años (rango 18 a 62 años).

SEXO: Varones 114 (50.9%), mujeres 110 (49.1%).

ESTADO CIVIL: Solteros 119 (53.2%), casados 71 (31.7%), conviviente 26 (11.6%), viudos 5 (2.2%) y separados 3 (1.3%).

GRADO DE INSTRUCCIÓN: Primaria incompleta 12 (5.4%), primaria completa 32 (14.3%), secundaria incompleta 45 (20.1%) secundaria completa 87 (38.3%), estudios superiores 48 (21.4%).

OCUPACION: Labores caseras 53 (23.7%), estudiantes 53 (23.7%), comerciantes 43 (19.2%), obreros 31 (13.8%), técnicos 18 (8.0%), empleados 24 (10.7%), profesionales 2 (0.9%).

LUGAR DE NACIMIENTO: Lima 109 (48.7%), provincias 115 (51.3%). Entre las provincias principales: Ayacucho 13 (11.3%), Ancash y Junín 12 (10.4%), Cajamarca 10 (8.7%), La Libertad 9 (7.8%) y Piura 8 (6.9%), etc.

LUGAR DE PROCEDENCIA: Lima Metropolitana 204 (91%), zonas periféricas de Lima o de provincias 20 (9%).

NUMERO DE CONSULTAS: Acudían por primera vez al consultorio de Medicina 105 (46.9%), y por consulta repetida 119 (53.1%).

TIEMPO DE RESIDENCIA EN LIMA-CIUDAD: Residencia en Lima, menor de 5 años: 30 (28%), y con residencia de 5 años o más: 85 (72%).

SINTOMAS QUE MOTIVARON LA CONSULTA: Síntomas generales 106 (20.3%), molestias gastrointestinales 144 (27.6%), molestias respiratorias 84 (16.1%), molestias urinarias 10 (2%), síntomas neuropsiquiátricos 78 (15.0%), algias osteomioarticulares 40 (7.7%), molestias dermatológicas 19 (3.6%), tumoraciones 5 (1%), control de enfermedad previa 20 (3.8%), otras molestias no clasificadas: 15 (2.8%).

PREVALENCIA DE SINTOMAS DEPRESIVOS

Usando las puntuaciones recomendadas por Nielsen encontramos 145 pacientes (64.7%) con “depresión leve” y 111 (49.6%) con “depresión moderada”.

PREVALENCIA DE PREDICTIVOS DE PRESENTAR SINTOMAS DEPRESIVOS

Cuando se trató de determinar algunas características que permitan predecir una puntuación en el rango de depresión, se obtuvo que el hecho de ser varón nacido en provincias y de baja escolaridad fueron estadísticamente significativa ($p < 0.01$). No se encontró significación estadística con otros factores como edad, sexo, estado civil, ocupación, lugar de procedencia, número de consultas, tiempo de residencia en Lima-Ciudad y síntomas que motivaron las consultas.

DISCUSION

Como hemos mencionado, algunos estudios sugieren una elevada prevalencia del síndrome depresivo en la práctica médica, (1,2,3,4,8). La primera dificultad que encontramos, fue la de hallar una prueba adecuada. Nos decidimos por el inventario de Beck, ya que es de mayor sensibilidad que la escala de depresión de Zung y existía una experiencia previa realizada en nuestro medio, en la cual se adecuó la traducción del inventario de Beck a un lenguaje comprensible (7,9,10).

El inventario de depresión de Beck consta de 21 ítems. Los primeros 14 evalúan síntomas cognitivos y efectivos de la depresión. Cada ítem del inventario tiene una puntuación. Así, la primera frase indica que el síntoma no estuvo presente y le corresponde el puntaje de cero, la segunda frase tiene un puntaje de 1, la tercera de 2 y la última que denota el síntoma depresivo en su mayor magnitud con un puntaje de 3.

Algunos estudios encontraron que la escala de depresión de Zung no es aplicable para trabajos de investigación debido a que no discrimina de manera efectiva entre los diferentes grados de depresión (12,14). Además, el inventario de Beck tiene ventajas como la fácil aplicación de las preguntas, el poco tiempo requerido, es autoaplicable y sobre todo guarda alta correlación con los resultados de las evaluaciones psiquiátricas. La siguiente dificultad que hallamos fue encontrar el punto de corte o puntuación que nos permita determinar los pacientes con síntomas depresivos. En el trabajo original de Beck se establecía la puntuación de 10 para definir este grupo. La mayoría de los trabajos foráneos han recomendado la puntuación de 13 con la finalidad de definir mejor a los pacientes con síntomas de depresión (3,12,13).

Nielsen y Williams realizaron un trabajo aplicando el inventario de Beck a una población de 526 pacientes de los consultorios externos de Medicina y con entrevistas psiquiátricas a una muestra de ellos. Esto les permitió demostrar que la puntuación de 10 es óptima para los estudios de sondeo pues tiene una sensibilidad de 0.38 y una especificidad de 0.88. Con esta puntuación de 10 tan sólo el 3% de los pacientes deprimidos no serían reconocidos; y, para propósito de determinar la prevalencia, una puntuación de 13 tiene una combinación óptima de sensibilidad y especificidad, 0.79 y 0.77 respectivamente. Cuando se eliminó aquellos casos de “depresión leve” el punto de corte óptimo fue 17, con una sensibilidad de 0.66 y especificidad de 0.84. Estos puntos de corte hallados son cercanos a aquellos obtenidos por otros autores que llegaron a las mismas conclusiones, sin utilizar los análisis de sensibilidad y especificidad (8).

De esta manera cuando nosotros utilizamos la puntuación mínima de 13 hallamos que el 64.7% de los pacientes tenían “depresión leve” y con la puntuación de 17, un 49.6% de pacientes con “depresión moderada”. Si somos exigentes y excluimos a aquellos catalogados de “depresión leve”, ya que en este grupo podrían estar comprendidos muchos ansiosos, apreciaremos que casi el 50% de la muestra estudiada tenía un,

llamémosla así, “grado importante de depresión”. En cuanto a “depresión severa” con la puntuación original de Beck, 30, tenemos un 19.6%. Este porcentaje es relativamente muy alto, pero si nos atenemos a las exigencias que hemos impuesto este puntaje nos da una idea de los casos de “depresión muy importante” que el médico general y el internista deben prestar especial atención y derivar al psiquiatra oportunamente.

Creemos que nuestro hallazgo es muy importante y debe permitirnos un mejor enfoque de cada paciente que se atiende en los consultorios externos de Medicina. Vale decir que, partiendo de la premisa de que uno de cada dos pacientes que vemos tiene “cierto grado de depresión” debemos poner énfasis en la terapia de apoyo y/o farmacoterapia antidepressiva junto con la solución de los problemas orgánicos que motivan su visita.

En la práctica diaria, en nuestro medio, es muy probable que se pierdan algunos de estos pacientes por falta de búsqueda de dicho síndrome. Sería importante que el médico general usara en la consulta el inventario de Beck, en los pacientes que presentan el síndrome ansioso-depresivo, para evitar que aquellos realmente deprimidos sean catalogados de ansiosos y reciban ansiolíticos que eventualmente podrían agravarles los síntomas depresivos (14,15).

Como ya se mencionó los síntomas depresivos acompañan, enmascaran o exacerbaban los procesos orgánicos siendo importante reconocerlos para que el tratamiento sea integral; es decir, ofrecer posibilidades de bienestar físico y mental luego de la consulta ambulatoria. Igualmente debemos considerar que el sobre diagnóstico de depresión puede ocurrir y entrañar algunos riesgos como farmacoterapia irracional e innecesaria de parte de los médicos por solucionar un problema inexistente (16).

A diferencia de lo reportado por la literatura, no encontramos una prevalencia significativa de síntomas depresivos en relación a la edad y al sexo. Probablemente ello se deba a que nuestra muestra es predominantemente de adultos jóvenes y de características socioculturales de estrato socioeconómico bajo.

Tampoco se halló correlación significativa con la presencia de síntomas depresivos por lo siguiente: tener o no tener una pareja; trabajo dependiente o independiente; estar desocupado; tiempo de residencia en la capital, consulta por primera vez o si eran pacientes en seguimiento y finalmente el tipo de molestia que motivó la consulta.

El grupo de menor escolaridad presentó una mayor frecuencia de síntomas depresivos ($p < 0.01$). Se trató de determinar si la puntuación obtenida se debió a errores en el llenado de la prueba. Se hizo nuevamente los cálculos, descartando aquellos pacientes que tenían la más baja escolaridad y nuevamente la diferencia fue estadísticamente significativa ($p < 0.05$). La causa de esto probablemente radique en las frustraciones que encuentran los individuos de más baja escolaridad en el desenvolvimiento de la vida cotidiana. Los varones nacidos en provincias, presentaron mayor frecuencia de síntomas depresivos ($p < 0.01$).

Por todo lo expuesto, llegamos a las siguientes conclusiones:

1. La prevalencia encontrada de síntomas depresivos en los pacientes de los consultorios de Medicina fue de 64.7% si se considera la puntuación mínima de 13 para “depresión

leve”; y de 49.6% de “depresión moderada” si se considera la puntuación de 17, usando el inventario de Beck.

2. En cuanto a los factores predictivos de síntomas depresivos, solo encontramos el hecho de tener menor grado de escolaridad y ser varón nacido en provincias, ambos ($p < 0.01$); y, que no existe relación con edad, sexo, ocupación, lugar de procedencia, tiempo de residencia en Lima, número de consultas y síntomas que motivaron la consulta.

BIBLIOGRAFIA

1. Ihezue V. y Kumaraswamy N. Prevalence of depressive symptoms among patients attending a general outpatient clinic. *Acta Psychiatr Scand.* 1986; 73: 395-398.
2. Salkin M. Beck Depression Inventory in general practice. *J Coll Gen Pract* 1969; 18: 267-273.
3. Schwab J. y Bialow M. Diagnosing depression in medical inpatients. *Ann Int med* 1967; 67: 695-707.
4. Kufoy W. Determinación de niveles de depresión en pacientes con molestias gastrointestinales que acuden a consultorio de Gastroenterología usando el BDI. Tesis de Bachiller en Medicina. Universidad Peruana Cayetano Heredia. 1984.
5. Castillo A. Dimensiones psicopatológicas en pacientes no psiquiátricos. Tesis de Bachiller en Medicina. Universidad Peruana Cayetano Heredia. 1975.
6. Servicio de Estadística del Hospital Dos de Mayo. Lima. 19903.
7. Novara J. Sotillo C. y Warthon D. Estandarización de las escalas de Beck, Hamilton y Zung para depresión de Lima Metropolitana Instituto Nacional de Salud Mental “Honorio Delgado-Hideyo Noguchi” Lima. 1985.
8. Nielsen III A. y Williams T. Depression in ambulatory medical patients. *Arch Gen Psychiatry.* 1980; 37: 999-1004.
9. Metcalfé M. y Goldman E. Validation of inventory for measuring depression. *Brit J Psychiat.* 1965; 11: 240-242.
10. Johnson D y Heather B The Sensitivity of Beck Depression Inventory to changes of symptomatology. *Brit J Psychiat* 1974; 125: 184-185.
11. Carroll B. Fielding J. Blashki, et al. Depression Rating Scales. A critical review. *Arch Gen Psychiatry.* 1973; 28: 361-366.
12. Johnson A. y Goldberg D. Psychiatric screening in general practice. *Lancet.* 1976; 20:605-608.
13. Schwab J, Bialow J, Holzer R, et al. Sociocultural aspects of depression in medical inpatients. I. Frequency and social variables. *Arch Gen Psychiat.* 1967; 17:533-538.
14. Accinelli R. y León R. Ansiedad, obsesión-compulsión y cólera-hostilidad en pacientes con depresión. *Revista de Neurosiquiatria.* 1981; 44: 83-91.
15. Raft D, Davidson J, et al. Inpatients and outpatients patterns of psychotropic drug prescribing by nonpsychiatrist physicians. *Am J Psychiatry.* 1975; 132: 1309-1312.
16. Cella D y Perry S Overdiagnosis of depression in the medically ill. *Am J Psychiatry.* 1987; 114: 125-126.