

Frecuencia de depresión en los pacientes que consultan en las policlínicas de medicina interna del Hospital de Clínicas Dr. Manuel Quintela

Autores

Ramiro Almada

Médico psiquiatra.

Rodrigo Miraballes

Médico psiquiatra. Asistente interino de la Clínica Psiquiátrica de la Facultad de Medicina, Universidad de la República.

Suammy Agrafojo

Médica, posgrado de psiquiatría.

Correspondencia:

Rodrigo Miraballes

Gonzalo Ramírez 1574/301

098-311495

rodrigomiraballes@hotmail.com

Resumen

La depresión es una de las enfermedades con mayor prevalencia en Uruguay y causa de una importante mortalidad por su estrecha vinculación con el suicidio. A su vez, existe una marcada vinculación entre la depresión y las enfermedades médicas.

El objetivo de este estudio es conocer la frecuencia de depresión en los pacientes que consultan en las policlínicas de medicina del hospital universitario durante el período de un mes. Se estudió además la relación entre la presencia de depresión y distintas variables: autopercepción de la gravedad de la patología médica, tiempo de evolución de la patología médica y ocupación. Se utilizó la traducción española del inventario para la depresión de Beck (BDI) y un cuestionario que incluyó datos patronímicos y las variables mencionadas. El porcentaje de pacientes con depresión resultó mayor a los valores de referencia para la población general, tanto en muestras locales como extranjeras.

Palabras clave

*Depresión
Enfermedad médica
Enfermedad crónica
Percepción de la gravedad de enfermedad
Desocupación*

Summary

Depression is one of the most prevalent diseases in Uruguay and one of the major causes of mortality because of its close relationship with suicide rate. In turn, there is a strong link between depression and medical illness. The aim of our study was to determine the frequency of depression in patients attending medical clinics at the University Hospital during a one-month period. The study also assessed the relationship between the presence of depression and other variables, namely: self-rated severity of the medical condition, duration of the medical condition, and occupation. The Spanish version of the Beck Depression Inventory (BDI) was used, as well as a questionnaire that included patronymic data and the above mentioned variables. The percentage of patients with depression was greater than reference values for the general population, both local and foreign.

Key words

*Depression
Medical illness
Chronic illness
Illness perception
Unemployment*

Introducción

La depresión

La depresión es una de las enfermedades psiquiátricas más frecuentes en la población general con una prevalencia del trastorno depresivo mayor (TDM) según el DSM-IV-TR del 5 a 9 % en mujeres y un 2 a 3 % en hombres; plantea un riesgo para el TDM a lo largo de la vida entre el 10 y el 25 % para mujeres y entre el 5 y el 12 % para hombres.¹

Las repercusiones sanitarias y sociales de la depresión son muy importantes: la Organización Mundial de Salud considera que en los países industrializados es la segunda causa de invalidez, superada solo por las enfermedades cardiovasculares. Para Estados Unidos se calcula que el costo económico por invalidez y muerte prematura causado por la depresión es de 10 billones de dólares anuales.^{2,3}

La importancia de la depresión aumenta debido a su estrecha relación con el suicidio; se considera que esta patología es la causa del 64 % de los suicidios y que un 15 % de pacientes con un episodio depresivo mayor (EDM) severo comete suicidio.^{4,5}

Dos estudios realizados en nuestro país sobre síntomas depresivos y depresión han mostrado un incremento en su prevalencia, siendo en el año 1998 de un 16 % en mujeres y 6 % en hombres y en el 2008 de un 18 % en mujeres y 11 % en hombres.^{6,7}

Según un estudio realizado en el período 1999-2000 en el Hospital de Clínicas por la Clínica Psiquiátrica de la Facultad de Medicina (UdelaR), la depresión era la patología mental más frecuentemente tratada.⁸

Depresión y enfermedad médica

Depresión y enfermedad médica son entidades que se asocian, que presentan relaciones de influencia bidireccional entre sí. Distintos estudios epidemiológicos y de prevalencia muestran altos niveles de depresión en po-

blaciones de individuos con enfermedades médicas, tanto en hospitalizados como en poblaciones ambulatorias.⁹⁻¹³ Los pacientes que sufren algún tipo de enfermedad médica tienen un riesgo mayor de manifestar síntomas depresivos que el resto de la población general; estas cifras oscilan entre un 10 a 60 %.^{14,15}

Según el DSM-IV-TR los individuos que padecen enfermedades médicas crónicas o graves presentan un mayor riesgo de desarrollar un TDM. Hasta un 20-25 % de los sujetos con determinadas enfermedades médicas (diabetes, infarto agudo de miocardio [IAM], carcinomas, accidente cerebro-vascular [ACV]) presentarán un TDM a lo largo del curso de la enfermedad médica. Además, si hay un TDM el tratamiento de la enfermedad médica es más complejo y el pronóstico menos favorable. El pronóstico del TDM es peor (por ejemplo, episodios más largos o respuestas más pobres al tratamiento) si existen enfermedades médicas crónicas concomitantes.¹

La comorbilidad entre enfermedad médica y depresión se puede entender de varias maneras. Que la enfermedad médica cause la depresión, que facilite la aparición de la depresión en alguien susceptible, que coincidan ambos cuadros entre sí por azar, que la depresión sea secundaria a la reacción del paciente a su enfermedad médica (por las limitaciones o síntomas físicos que le genera) o que sea causada por los fármacos indicados para el tratamiento de la enfermedad médica.^{9,16}

La perspectiva psiconeuroinmunoendocrinológica postula a la ansiedad y la depresión como respuestas desadaptativas al estrés que originan un estado fisiopatológico mediado por la interacción de factores neurológicos, endocrinológicos y metabólicos que determina una vulnerabilidad a enfermedades somáticas.¹⁷ La hipótesis sostiene que los sistemas neurobiológicos de respuesta al estrés están involucrados tanto en la fisiopatología de síndromes que presentan características inflamatorias y depresivas, como en los mecanismos de acción de los agentes antidepresivos.¹⁸⁻²⁰ En estos mecanismos tendrían un rol fundamental el factor liberador hipo-

talámico de corticotrofina (CRF) y el sistema hipotálamico-hipofisario-suprarrenal (HHS). Sobre la base de los hallazgos experimentales en modelos de animales con experiencias estresantes tempranas, y trabajos en humanos con eventos de vida traumáticos en la infancia, se postula que existe una vulnerabilidad frente a los estímulos de la vida expresada por una respuesta de estrés hipersensible que se traduce en una hiperactividad del CRF y del eje HHS y del sistema nervioso autónomo (SNA). Clínicamente se manifiesta con una tendencia a expresar ansiedad, miedo y depresión.¹⁷ El rol del eje CRF/HHS y de las catecolaminas/SNA en modular la función inmune es claro. Los estímulos tanto fisiológicos como psicológicos activan el eje HHS a través de la activación córtico-límbica, hecho que resulta en la liberación de crf, hormona adreno-córtico-trófica (ACTH) y de cortisol plasmático. Cuando el nivel de cortisol se eleva hay una larga serie de funciones inmunes que se suprimen. Asimismo, tanto la CRF como las catecolaminas tienen otros efectos directos e indirectos sobre el sistema inmune.²¹⁻²³

Se plantea también que las alteraciones del eje HHS podrían explicar, al menos en parte, las alteraciones en el eje hipotálamo-hipofisario-tiroideo (HHT). Los autores que apoyan esta hipótesis sugieren que la respuesta aplanada de tirotrófina (TSH) que se encuentra en la depresión podría estar vinculada a la hiper-cortisolemia, la que tendría una acción supresora en la respuesta de la hormona liberadora de tirotrófina (TRH) al TSH. Otra posibilidad es que ambos ejes compartan una regulación común en el sistema nervioso central (SNC).^{24,25}

En cuanto al cuadro clínico, en la depresión existe sintomatología que se asocia más frecuentemente con la concomitancia de patología médica, ya sea como causante o como proceso adjunto. La pérdida o aumento de peso sin hacer régimen, insomnio o hipersomnia, agitación o enlentecimiento psicomotores, fatiga o pérdida de energía y la disminución en la capacidad de concentración son características clínicas compartidas con varios síndromes y enfermedades médicas, siendo

en general signos de alerta para la sospecha de esta asociación.¹⁶

Depresión y enfermedad crónica

Las enfermedades crónicas enfrentan a los pacientes a muchos miedos y desafíos, incluyendo dolor, alteración de su imagen corporal, deterioro de su funcionamiento físico, amenaza de perder su vida, cambios en sus perspectivas de futuro y más. Muchos pacientes crónicos enfrentan permanentemente cambios en su estilo de vida, estigma social, dependencia en tareas que eran de autogestión, amenazas a su dignidad y disminución de su autoestima, incertidumbres diagnósticas, disrupción de su tránsito vital normal y disminución de recursos económicos. Estos estresores asociados a sus enfermedades desafían las habilidades de los pacientes para mantener el equilibrio emocional y una autoimagen satisfactoria. Una variedad de respuestas puede surgir como resultado y se ha demostrado que la depresión es una de ellas.²⁶ Incluso, algunos estudios plantean que en personas añosas que no han tenido depresión el suceso vital más comúnmente asociado con la aparición de un episodio depresivo es el desarrollo de una enfermedad que amenaza la vida.²⁷

Múltiples estudios han demostrado la frecuente comorbilidad de la depresión con otras patologías crónicas, hecho que además empeora el pronóstico de estas últimas. Un trabajo realizado por la OMS a través del World Health Survey Data Services en 2007, que utilizó una muestra de 245.404 individuos de 60 países, mostró que aquellos pacientes que asociaban depresión con otra enfermedad crónica presentaban los peores estándares de salud comparados con todos los estados de enfermedad.²⁸

Depresión y desempleo

Algunos estudios plantean la consideración del desempleo como factor de riesgo para la

depresión, que existe mayor predisposición en individuos con desempleo prolongado, recaída en una situación de desempleo y la presencia o no de ayuda estatal.²⁹⁻³²

El concepto de desempleo es en sí mismo complejo y existen distintas construcciones teóricas. Para mostrar la complejidad del concepto y en relación con la depresión, en un trabajo realizado en el año 2000 en la Universidad de California por Dooley et al. se deja a un lado la dicotomía «empleado vs. desempleado» y se plantea un gradiente continuo que incluye «el empleo adecuado», pasando por el «empleo inadecuado» hasta el «desempleo». Se investiga la influencia de estas situaciones en la génesis de la depresión. Los resultados obtenidos a partir de esta hipótesis establecieron una asociación significativa entre los estados que se plantearon como «empleo inadecuado» y «desempleo» con un mayor riesgo de depresión.³³

Depresión y percepción de la gravedad de la enfermedad médica

El modelo de percepción de enfermedad se enfoca en las percepciones que tiene el paciente cuando empieza su experiencia de enfermedad. Así como las personas tratan de explicar los acontecimientos de acuerdo con sus propias construcciones, los pacientes desarrollan igualmente modelos cognitivos similares a partir de los cambios corporales y los síntomas. La percepción de la gravedad de la enfermedad médica ha demostrado tener una importante asociación con los resultados terapéuticos, tanto en enfermedades agudas como crónicas. Además, existen muchos trabajos que muestran una influencia bidireccional entre la percepción de las patologías médicas padecidas y su evolución y pronóstico.³⁴⁻³⁶

Objetivos

a) Objetivo general

Conocer la frecuencia de depresión en los pacientes que consultan en las policlínicas de

medicina del Hospital Universitario Dr. Manuel Quintela.

b) Objetivos específicos

Observar si existe una asociación entre la presencia de depresión y distintas variables:

- autopercepción de la gravedad de la patología médica,
- tiempo de evolución de la patología médica y
- ocupación

Material y método

Se llevó a cabo un estudio transversal con la finalidad de detectar los casos existentes en la población en cuestión (estudio de prevalencia). Se trató de un estudio de tipo descriptivo que pretendió evaluar los niveles de depresión presentes en la muestra y la relación con las variables de análisis.

En el análisis estadístico se utilizó el programa de análisis SPSS y para la valoración de la relación de la depresión con las variables independientes se consideró el valor de referencia de significación estadística $p < 0,05$.

En el estudio actual se realizó una encuesta a todos los pacientes consultantes de las policlínicas de medicina interna del Hospital de Clínicas durante octubre de 2009.

La encuesta constó de un cuestionario acerca de datos patronímicos para una caracterización sociodemográfica elemental de la población y las herramientas para la valoración de las variables independientes planteadas. Se usó el inventario de depresión de Beck para valorar la variable índice.

Se solicitó la autorización del Comité de Ética del Hospital de Clínicas para realizar los cuestionarios planteados y la metodología de administración correspondiente.

La encuesta se realizó a cada paciente luego de finalizada la consulta médica correspondiente en un consultorio solicitado específicamente para este propósito. Se explicó a cada paciente los objetivos de la encuesta, su carácter voluntario y anónimo, así como

la independencia de esta en relación con su atención en el Hospital de Clínicas.

Criterios de inclusión y exclusión. Se incluyeron todos los pacientes que consultaron por cualquier motivo en las policlínicas en el tiempo considerado. Se excluyeron los menores de 15 años y los mayores de 85 años; también aquellos que presentaron un estado físico o mental que evidentemente no les permitía contestar adecuadamente los cuestionarios.

En suma, se trata de un estudio no experimental, observacional, transversal, con un análisis descriptivo.

Estudio piloto

Durante octubre de 2008 se realizó el estudio piloto inventario de depresión de Beck y test de Had para depresión y ansiedad aplicado a 48 pacientes consultantes en las policlínicas de medicina interna del Hospital de Clínicas Dr. Manuel Quintela. Este trabajo permitió planificar con mayor claridad las etapas del estudio actual, identificar diferentes obstáculos y poner a prueba las herramientas de análisis de datos. Dicha investigación arrojó los resultados que se pueden observar en el anexo 1.³⁷

Instrumentos

Inventario de depresión de Beck (BDI)

El inventario para la depresión de Beck es el instrumento de autoinforme más utilizado internacionalmente para evaluar depresión en poblaciones normales y clínicas, tanto en la práctica profesional como en la investigación.³⁸⁻⁴⁰

BDI-IA

La versión de 1978 presenta sustanciales mejoras respecto de la original de 1961 (Sanz y Vázquez, 1998). La versión de 1978 elimina algunas afirmaciones alternativas en 10 ítems, de forma que todos los ítems presentan

4 alternativas de respuestas y se hace más sencillo para el paciente.

Distintas investigaciones han mostrado que un puntaje de 18 puntos como resultado maximiza el potencial discriminatorio del BDI en cuanto a sensibilidad, especificidad, poder de predicción y eficiencia diagnóstica. Además ha resultado ser una puntuación bastante consensuada entre los investigadores para diferenciar personas con y sin depresión.⁴⁰

Es un cuestionario autoadministrado que consta de 21 ítems para evaluar intensidad de la depresión. Evalúa el estado promedio durante la última semana incluyendo el día en que completa el inventario. Cada ítem se valorará de 0 a 3 puntos, con una puntuación total que va desde 0 a 63 puntos máximos.

Discrimina en cuatro categorías según los niveles de gravedad: normal (0 a 9), leve (10 a 15), moderado (16 a 23), grave (24 a 63).

Estas son las categorías de gravedad propuestas por Beck originalmente para esta versión del inventario.³⁹ En este estudio empleamos la validación de la versión en español de Sanz y Vázquez que utiliza como punto de corte el puntaje 18 en el BDI. La función discriminante obtenida con este punto de corte podía clasificar correctamente el 98,01 % de los sujetos como no deprimidos o deprimidos.⁴¹

Cuestionario complementario

El cuestionario complementario recabó los datos patronímicos básicos y las preguntas correspondientes a las variables independientes planteadas. Consta de un texto en el que se explican sencillamente las características del estudio y las garantías éticas que tendrán al participar del trabajo. Incluye también las herramientas de evaluación de las variables independientes consideradas.

Tiempo de evolución de la patología médica. Confeccionamos un ítem en el cual el paciente debía catalogar su enfermedad de acuerdo con categorías preestablecidas de rangos de tiempo de padecimiento de la enfermedad. Elegimos el diseño de una escala con varias categorías

para acercarnos mejor a la evaluación del carácter progresivo de la enfermedad crónica (identificación de distintas categorías de acuerdo con el tiempo que transcurre desde el inicio de la noxa, de acuerdo con la percepción del paciente). La variable tiempo de padecimiento de la enfermedad es una forma indirecta de considerar la variable enfermedad crónica.

Ocupación. Elaboramos una lista inclusiva de distintas actividades que luego categorizamos en ocupados y no ocupados.⁴²

Percepción de la gravedad de la enfermedad. En nuestro estudio construimos una herramienta para la valoración de la percepción de la gravedad de la patología médica, debiendo los pacientes elegir un nivel de gravedad según su parecer en una escala ascendente con cuatro posibilidades: leve, leve-moderada, moderada-grave, grave.

Resultados

Debemos enfatizar las dificultades que tuvieron los pacientes para la realización del cuestionario. Observamos que en general emplearon mayor tiempo del esperado para su realización, y la frecuente necesidad de asistencia del encuestador.

Se analizó los resultados de la encuesta y se obtuvo datos de las características de la población encuestada como distribución por sexo, edad y nivel de instrucción. Se analizó la frecuencia de la variable dependiente y de las variables independientes para luego analizar si existía relación estadísticamente significativa entre sí. Con los criterios de inclusión y exclusión finalmente fueron utilizadas 99 encuestas válidas, 33 hombres y 66 mujeres.

Estamos frente a una población con predominio del sexo femenino; el promedio de

Figura 1. Distribución por edad

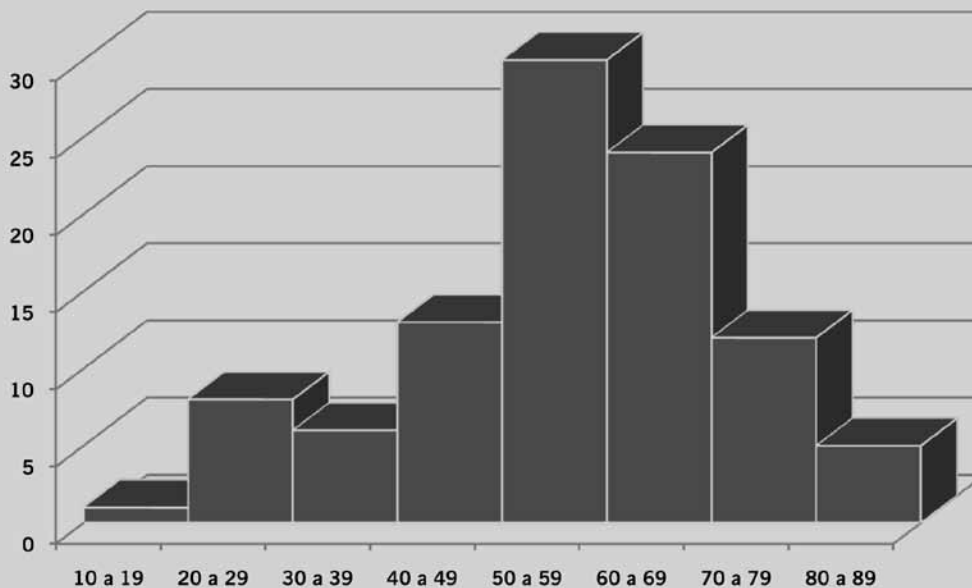
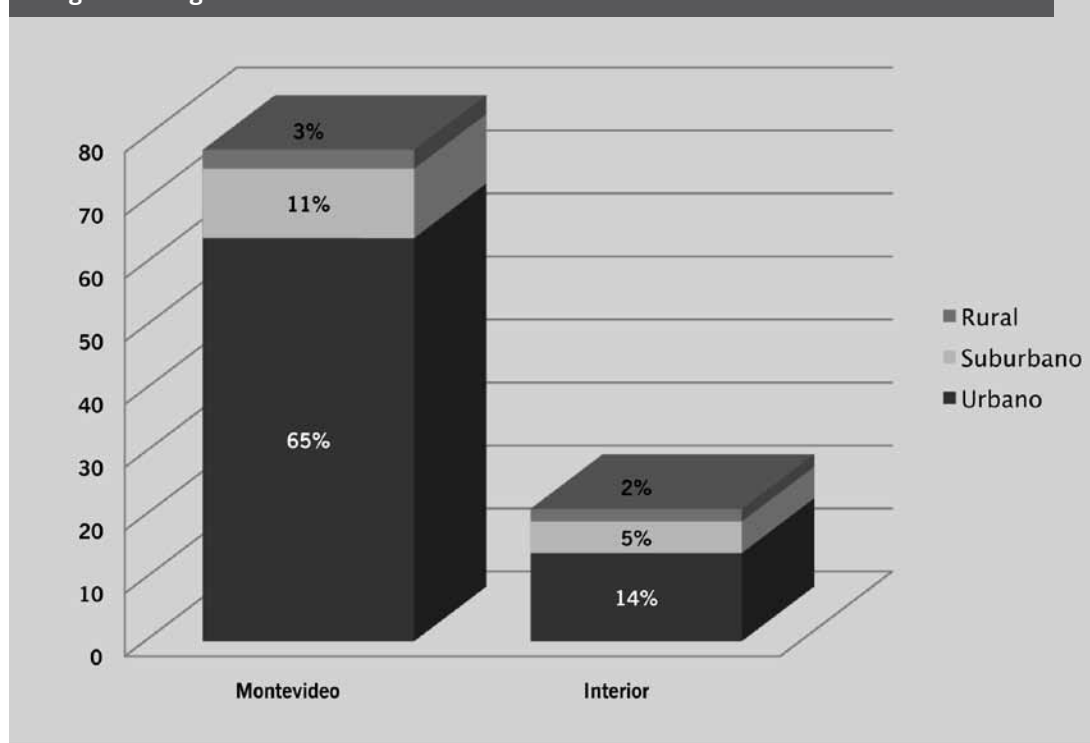


Figura 2. Lugar de residencia



edad fue de 55 años; la mitad de la población tiene más de 56 años, lo que constituye una población añosa (figura 1). El 79 % de los encuestados vivía en Montevideo y el 21 % en el interior del país, con la distribución que vemos en la figura 2 para cada categoría. El 79 % de la muestra vivía en zonas urbanas tanto de Montevideo como del interior.

Variable dependiente

Se muestra el resultado obtenido según la puntuación original del test y según el punto de corte de 18.

Según la discriminación categorial original 48,5 % de los encuestados presentó algún grado de depresión, de estos el 37 % se encontró dentro de la categoría leve, el 44 % como moderado y el 19 % dentro de la categoría grave (figura 3). Al analizar el resultado de la aplicación del test aplicando los 18 puntos como punto de corte encontramos que 22,2 %

de las personas encuestadas cumplen criterio para depresión.

La frecuencia de depresión en nuestra población de estudio fue de un 22 %. (figura 4).

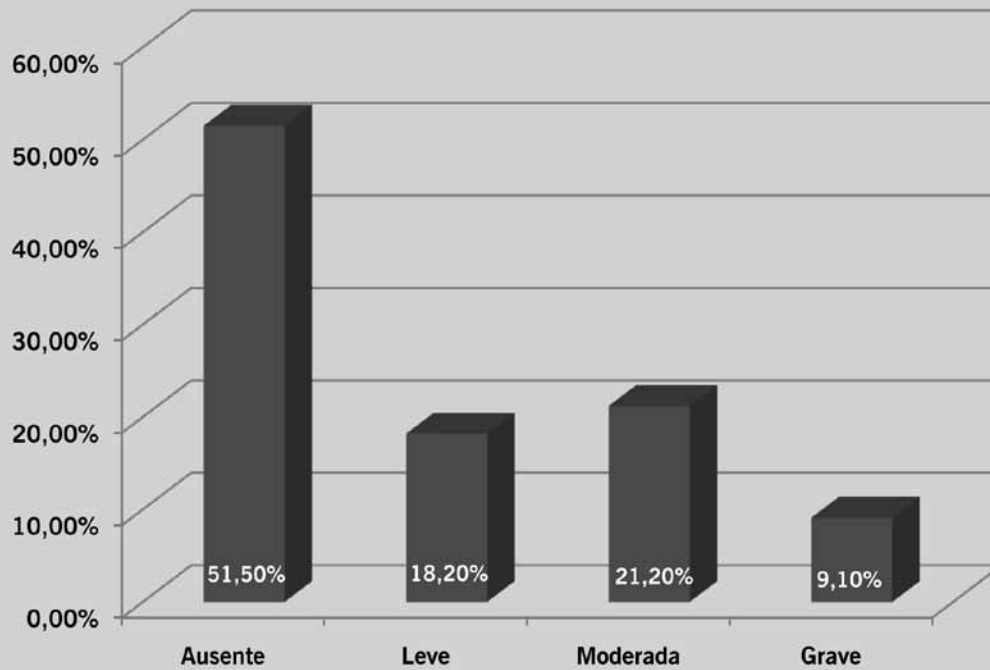
Análisis bivariado

Se analizó la relación entre depresión y las variables tiempo de padecimiento de la enfermedad, percepción de enfermedad y ocupación (considerando la variable depresión de acuerdo con el punto de corte 18 en el test de Beck).

1. Análisis de la relación con la *variable tiempo de padecimiento de la enfermedad médica*.

No se observó una relación significativa entre depresión y el tiempo de padecimiento de la enfermedad médica, obteniendo un valor de Chi cuadrado no significativo ($p=0,489$) (tabla 1).

Figura 3. Distribución de niveles de depresión según categorías originales



Trabajo original

Figura 4. Frecuencia de depresión según punto de corte 18

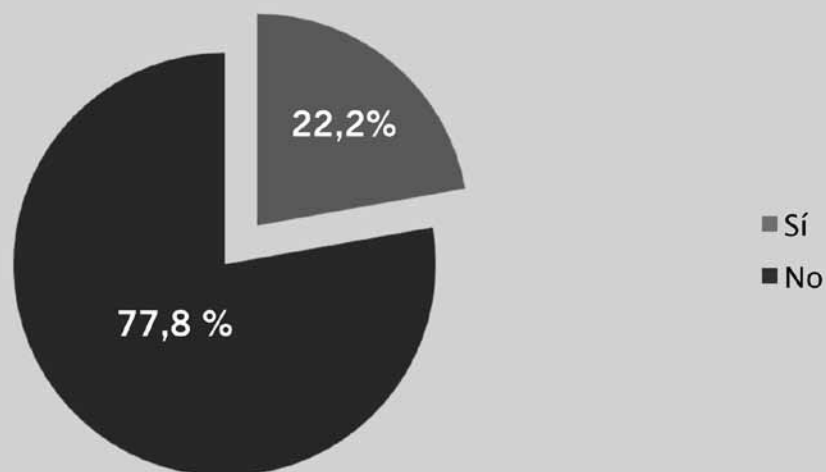


Tabla 1

Tabla de contingencia: Tiempo de padecimiento de la enfermedad vs. depresión (punto de corte >18)

		Depresión		Total
		No	Sí	
Tiempo de padecimiento de la enfermedad	< 6 meses	18 81,8 %	4 18,2 %	22 100 %
	de 6 a 12 meses	5 71,4 %	2 28,6 %	7 100 %
	de 1 a 3 años	12 66,7 %	6 33,3 %	18 100 %
	de 3 a 5 años	5 62,5 %	3 37,5 %	8 100 %
	> 5 años	35 83,3 %	7 16,7 %	42 100 %
Total		75 77.3 %	22 22.7 %	97 100 %

Tabla 2

Tabla de contingencia: percepción de la enfermedad vs. depresión (punto de corte >18)

		Depresión		Total
		No	Sí	
Percepción de enfermedad	Leve	20 100.0 %	0 0 %	20 100.0 %
	De leve a moderado	32 78.0 %	9 22.0 %	41 100.0 %
	De moderado a grave	14 70.0 %	6 30.0 %	20 100.0 %
	Grave	9 56.3 %	7 43.8 %	16 100.0 %
Total		75 77.3 %	22 22.7 %	97 100.0 %

2. Análisis de la relación con la *variable percepción de la enfermedad*.

Si bien se pudo observar que existe una correlación positiva entre la presencia de depresión y la percepción de la enfermedad para este tamaño muestral, no fue posible considerar esta asociación como significativa, ya que más del 20 % de las celdas tiene valor esperado menor a 5 (tabla 2).

3. Análisis de la relación con la *variable ocupación*.

Se aplicó el test exacto de Fisher en el análisis bivariado de la variable ocupación con depresión, no encontrándose asociación entre ambas variables (valor $p=0,5841$).

Se encontró igual porcentaje de pacientes con una probable depresión tanto en ocupados como en desocupados, siendo este porcentaje del 51,5 %. Se encontraban un 66,7 % de personas ocupadas en el momento de la encuesta.

Discusión

Distintas investigaciones han mostrado que un puntaje de 18 puntos como resultado maximiza el potencial discriminatorio del BDI en cuanto a sensibilidad, especificidad, poder de predicción y eficiencia diagnóstica.⁴⁰ En la muestra de nuestro estudio obtuvimos un valor de 22,2 % correspondiente a pacientes identificados como deprimidos por el test (figura 4), lo que constituye una alta prevalencia de depresión en la muestra. Si bien el diseño del estudio no contó con grupo control y no permite una comparación certera con otros trabajos sobre el tema, tenemos una aproximación inicial que deberá tomarse como insumo para próximas investigaciones. Los valores de depresión resultaron ser superiores a los que muestra el DSM-IV para la población general (del 5 a 9 % en mujeres y un 2 a 3 % en hombres),¹ y también valores superiores para la población general identificados en la población uruguaya (en el 2008, de un 18 %

en mujeres y 11 % en hombres).⁷ La discriminación por sexo arroja un 24 % y 18 %, respectivamente, para mujeres y hombres.

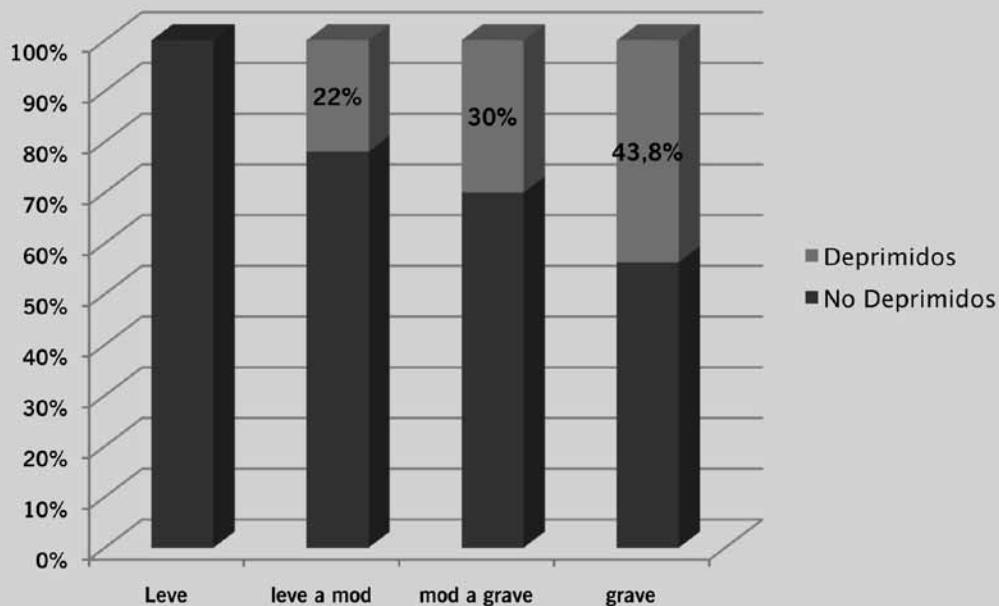
Esta observación es coherente con la hipótesis de que es esperable encontrar mayores niveles de depresión en individuos con enfermedad médica.

En nuestro estudio, la valoración de la relación entre las variables independientes y la depresión arroja como observación más importante el comportamiento de la variable percepción de la enfermedad. Se observa una correlación entre las variables, de manera que los niveles de depresión aumentan cuanto mayor es la percepción de la gravedad de la enfermedad (figura 5). Así, mientras que entre quienes perciben como «leve» el nivel de gravedad de su enfermedad no hay ningún individuo con depresión, entre quienes lo perciben como «grave» el porcentaje alcanza el 43,8 %. Estadísticamente no se obtiene un grado significativo de esta correlación.

Esta correlación puede entenderse teóricamente tanto en una dirección como en otra. La depresión posee un componente de pesimismo y visión peyorativa de la realidad, de manera que aquellos individuos deprimidos incluyan la gravedad de la enfermedad en el panorama pesimista de su horizonte (aquellos individuos deprimidos tendrían mayores niveles de percepción grave de la enfermedad). Así, también, el padecimiento de una enfermedad más grave puede constituirse en un factor estresante (pronóstico, limitaciones, invalidez, alteraciones funcionales, dolor) que precipite, desencadene o agrave un estado depresivo (aquellos individuos con enfermedades más graves tendrían mayores niveles de depresión).

En la medición de esta variable optamos por utilizar un test sencillo de fácil aplicación. Consideramos la utilización de otras herramientas validadas, como por ejemplo el IPQ (illness perception questionnaire),³⁴ pero su aplicación introducía un cuestionario extenso y complejo para ser contestado por los pacientes. En la valoración del estudio piloto encontramos que por el tiempo insumido y

Figura 5. Niveles de depresión vs. Percepción de la gravedad de la enfermedad



la complejidad de los test la realización del cuestionario completo ofrecía suficientes dificultades a los pacientes como para añadir otro más, lo que probablemente determinaría más obstáculos que beneficios al estudio. Posiblemente estas dificultades tengan relación con las características sociodemográficas de la población en cuestión. Utilizamos un cuestionario que, si bien no ha sido validado, ofreció la suficiente sencillez como para ser admisible en la operatividad del estudio. El haber encontrado una correlación con esta herramienta constituye más que nada una perspectiva para llevar a cabo otros estudios con herramientas validadas que puedan caracterizar mejor la probable correlación entre depresión y percepción de gravedad de la enfermedad médica.

Según la OMS las enfermedades crónicas son aquellas enfermedades de larga duración y por lo general de progresión lenta.⁴³ Se buscó conocer si el tiempo de padecimiento de la enfermedad tenía alguna correlación con la presencia de depresión, sabiendo que en el

transcurso de una enfermedad crónica las consecuencias de esta sobre el bienestar físico, psíquico y social del individuo van siendo mayores. No se pretendió tomar solo la duración de la enfermedad para determinar que los pacientes padecían una patología crónica; sí lo tomamos como un índice importante en ese sentido. La vivencia de padecer una o más enfermedades por un tiempo prolongado supone igualmente una carga psicológica que podría tener influencia en el desarrollo de la depresión.

Se pudo utilizar la identificación de enfermedades crónicas según una lista de categorías nosográficas específicas, pero no se encontró herramientas operativas que aseguraran certeza al diagnóstico y que no resultaran tediosas en el momento de la encuesta. Por lo que se apeló a la consideración del paciente en cuanto al tiempo transcurrido desde que identifica el diagnóstico.

No se observó correlación entre el tiempo de padecimiento de la enfermedad y la presencia o no de depresión en la muestra de población

Tabla 3

Tabla de contingencia: Tiempo de padecimiento de la enfermedad vs. Percepción de la gravedad de la enfermedad.

		Percepción de la enfermedad				Total
		Leve	De leve a moderada	De moderada a grave	Grave	
Tiempo de padecimiento de la enfermedad	< 6 meses	12 54,5 %	7 31,8 %	1 4,5 %	2 9,1 %	22 100 %
	de 6 a 12 meses	1 14,3 %	4 57,1 %	2 28,6 %	0 0 %	7 100 %
	de 1 a 3 años	2 11,1 %	9 50,0 %	4 22,2 %	3 16,7 %	18 100 %
	de 3 a 5 años	0 0 %	5 62,5 %	2 25,0 %	1 12,5 %	8 100 %
	> 5 años	5 11,9 %	16 38,1 %	11 26,2 %	10 23,8 %	42 100 %
Total		20 20,6 %	41 42,3 %	20 20,6 %	16 16,5 %	97 100 %

estudiada. Sin embargo, se pudo observar que la mayoría de los pacientes que percibieron su enfermedad como grave fueron aquellos que la padecían por más de 5 años; de forma inversa, los que padecían su enfermedad por menos de 6 meses fueron quienes en su mayoría respondieron percibir su enfermedad como leve (tabla 3). Se puede decir que existe cierta tendencia a que a mayor tiempo de padecimiento de la enfermedad peor fue la percepción de esta. A su vez, cuanto peor fue la percepción mayor porcentaje de pacientes con depresión hubo.

Al relacionar la variable desocupación con depresión, se observó su comportamiento independiente. Siendo el desempleo una condición considerada un factor predictor de la depresión surge una pregunta: ¿por qué motivo no se encontró relación en este estudio? Además de las limitaciones generales del trabajo, dentro de las cuales consideramos especialmente importante el bajo número de la muestra, seguramente influyó la dificultad en el modo de consideración de la variable.⁴⁴

Una limitación conocida del BDI aplicado a una población de pacientes con patologías médicas es la imposibilidad de discriminar el origen de los síntomas somáticos, los que pueden corresponder tanto al cuadro depresivo como a su enfermedad de base.

Una muestra de mayor tamaño permitiría una mejor capacidad analítica e inferencial.

Conclusiones

Como se dijo, la depresión es causa de importante morbilidad y mortalidad en la población general, y genera costos millonarios a la sociedad, tanto en nuestro país como en otros.^{1-4, 6-8}

La evidencia científica muestra que la vinculación entre la patología depresiva con otras patologías médicas conlleva múltiples consecuencias negativas: mayor prevalencia de la depresión, mayores dificultades para realizar los diagnósticos con certeza y en los

tiempos adecuados, así como la aplicación de estrategias terapéuticas erróneas e ineficaces.⁹⁻¹⁵

En este estudio se obtuvo un valor de 22,2 % correspondiente a pacientes identificados como deprimidos, lo que constituye una alta prevalencia de depresión, coherente con la hipótesis de que es esperable encontrar mayores niveles de depresión en individuos con enfermedad médica.

Se observó una correlación entre las variables percepción de la gravedad de enfermedad y depresión, de manera que los niveles de depresión aumentan cuanto mayor es la percepción de la gravedad de la enfermedad. Esta correlación no es estadísticamente significativa, pero marca una guía a seguir en la búsqueda de conocimiento sobre el tema.

Los datos que el trabajo arrojó podrían sumarse a la evidencia disponible que plantea que los niveles de depresión son mayores en pacientes con patología médica. Se entiende que la influencia de la depresión en los pacientes con una enfermedad médica empeora su pronóstico y la propia vivencia subjetiva del paciente. El diagnóstico asertivo y tratamiento adecuado de un trastorno depresivo mejorarían la calidad de vida y el pronóstico de estos pacientes.

Asimismo, creemos que los cambios que pudieran promoverse a partir de estos datos estarían destinados principalmente a los técnicos del primer nivel de atención y no tanto a los especialistas en psiquiatría, ya que son los primeros los que se enfrentan inicialmente con estos pacientes. Esto sería además coherente con una política que priorice la prevención en salud.

Agradecimientos

Agradecemos a nuestra docente Prof. Dra. Stella Bocchino por motivarnos e impulsar esta investigación en el Hospital de Clínicas. Por apoyarnos en todo momento y facilitar los diferentes pasos que tuvimos que dar para llegar a los resultados.

Referencias bibliográficas

1. American Psychiatric Association. Diagnostic and statistical manual of mental disorders. 4th ed. Washington DC: American Psychiatric Publishing; 1994.
2. **Murray CJ, Lopez AD.** The global burden of disease, Geneva: World Health Organization; 1996.
3. **Murray CJ, Lopez AD.** Global mortality, disability, and the contribution of risk factors: Global Burden of Disease Study. *Lancet* 1997; 349:1436-42.
4. **Benca RM.** Mood disorders. In: Kryger MH, Roth T, Dement WC. Principles and practices of sleep medicine, 4th ed. Philadelphia: Elsevier-Saunders; 2005, pp. 311-1326.
5. **Boyd JH, Weissman MM.** Epidemiology of affective disorders. A reexamination and future directions. *Arch Gen Psychiatry* 1981; 38:1039-46.
6. **Lista A.** Cifra. Encuesta sobre prevalencia de síntomas y trastornos depresivos en la República Oriental del Uruguay. Año 1998.
7. **Lista A.** Cifra. Encuesta sobre prevalencia de síntomas y trastornos depresivos en la República Oriental del Uruguay. Año 2008.
8. **Díaz N, Ruiz A.** Estudio epidemiológico de la población asistida en el Departamento de Psiquiatría del Hospital de Clínicas: período 1999-2000. *Rev Med Urug* 2002; 18:48-58.
9. **Goodwin R, Kroenke K, Hoven C, Spitzer R.** Major depression physical illness and suicidal ideation in primary care. *Psychosom Med* 2002; 65:501-505.
10. **MacHale S.** Managing depression in physical illness. *Adv Psychiatr Treat* 2002; 8:297-306.
11. **Moldin SO, Scheftner WA, Rice JP, Nelson E, Knesevich MA, Akiskal H.** Association between major depressive disorder and physical illness. *Psychol Med* 1994; 23:755-761.

12. **Grau AP, Comas R, Suñer E, Peláez L, Sala M.** Evolución de la ansiedad y de la depresión detectada durante la hospitalización en un servicio de Medicina Interna. *An Med Interna (Madrid)* 2007; 24 (5): 212-216.
13. **Katon WJ.** Clinical and health services relationships between major depression, depressive symptoms, and general medical illness. *Biological Psychiatry* 2003; 54:216-226.
14. **Fernández Camacho A.** Depresión y enfermedad médica. *Medicina General* 2001; 38:823-826.
15. **Fullerton C, Florenzano R y Acuña J.** Comorbilidad de enfermedades médicas crónicas y trastornos psiquiátricos en una población de consultantes en el nivel primario de atención. *Rev Med Chile* 2000; 128:729-734.
16. **Serrano F.** Depresión en enfermedades médicas. Unidad de Psiquiatría. Hospital Virgen del Camino. *Anales de Salud Mental* 1995; IX:9-29.
17. **Bonet J.** Vulnerabilidad a la ansiedad y la depresión y su relación con enfermedades médicas. 2011. Disponible en: <<http://www.gador.com.ar/iyd/psiquiatria/pdf/vulner.pdf>>. (Consulta: agosto 2009.)
18. **Gold P, Chrousos G.** The endocrinology of melancholic and atypical depression: relation to neurocircuitry and somatic consequences. *Proc Assoc Am Physicians* 1999; 111(1):22-24.
19. **Gold P.** The stress response, depression, and inflammatory disease. *Ann Intern Med* 1992; 117:854-866.
20. **Gold P, Chrousos G.** Clinical and biochemical manifestations of depression. Relation to neurobiology of stress. *N Engl J Med* 1988; 319:413-420.
21. **Arias P, Arzt E, Bonet J.** Estrés y procesos de enfermedad. Tomo I. Buenos Aires: Ed. Biblos; 1998.
22. **Bonet JL.** La supresión de la hiperactividad del eje hipotálamo-pituitario-adrenal (HPA) Dossier: Psiconeuroinmunoendocrinología. *Vertex, Rev Arg Psiq*, 1995; VI (21).
23. **Irwin M.** Psychoneuroimmunology of depression. In: Bloom FE, Kupfer DJ. *Psychopharmacology: The Fourth Generation of Progress*, 1995, 983-988.
24. **Contreras F.** Psicoendocrinología de la depresión. En: Vallejo R. *Tratado de psiquiatría*, 2.ª ed., Madrid: Ed. Marban; 2012, pp. 1113-1123.
25. **Romero C.** Depresión y enfermedad cardiovascular. *Rev Urug Cardiol* 2007; 22:92-109.
26. **Bisschop M, Kriegsman D, Beekman A, Deeg D.** Chronic diseases and depression: the modifying role of psychosocial resources. *Soc Sci Med* 2004; 59:721-733.
27. **Wells KB, Golding JM, Burnham MA.** Psychiatric disorder in a sample of the general population with and without medical disorder. *Am J Psychiatry* 1988; 145:976-981.
28. **Moussavi S, Chatterji S, Verdes E, Tandon A, Patel V, Ustun B.** Depression, chronic diseases, and decrements in health: results from the World Health Surveys, 2007; *Lancet* 370 (9590):851-858.
29. **Rodriguez E, Frongillo E, Chandra P.** Do social programmes contribute on mental well-being? The long-term impact of the unemployment on depression in the United States. *Int J Epidemiol* 2001; 30:163-170.
30. **Frese M, Mohr G.** Prolonged unemployment and depression in older workers: a longitudinal study of intervening variables. *Soc Sci Med* 1987; 25(2):173-178.
31. **Mossakowsky KN.** The influence of past unemployment on symptoms of depression among young women and men in the United States. *Am J Public Health* 2009; 99(10):1826-1832.
32. **Montgomery SM, Cook DG, Bartley MJ, Wadsworth ME.** Unemployment predates symptoms of depression and anxiety resulting in medical consultation in young men. *Int J Epidemiol* 1999; 28:95-100.

33. **Dooley D, Prause J, Ham-Rowbottom KA.** Underemployment and depression: longitudinal relationships. *J Health Soc Behav* 2000; 41(4):421-436.
34. **Broadbent E, Petriea KJ, Maina J, Weinmanb J.** The Brief Illness Perception Questionnaire. *J Psychosom Res* 1997; 60:631-637.
35. **Weinman J, Petrie K.** Illness perceptions: A new paradigm for psychosomatics? *J Psychos Res* 1997; 42(2):113-116.
36. **Keith J.** The role of illness perceptions in patients with medical conditions. *Curr Opin Psychiatry* 2007; 20:163-167.
37. **Evaluación de depresión en pacientes que consultan en policlínicas médicas.** XVIII Jornadas Científicas de la Clínica Psiquiátrica, Facultad de Medicina-UdelaR, Uruguay, 2008.
38. **Beck AT, Ward CH, Mendelson M, Mock J, Erbaugh J.** An inventory for measuring depression. *Arch Gen Psychiatry* 1961; 4:561-571.
39. **Beck AT, Rush AJ, Shaw BF, Emery G.** Cognitive therapy of depression. New York: Guilford Press; 1979.
40. **Sanz J, Vázquez C.** Fiabilidad, validez y datos normativos del inventario para la depresión de Beck. *Psicothema* 1998; 10(2):303-318.
41. **Beck A, Steer RA, Brown GK.** BDI-II Inventario de Depresión de Beck, 2.ª ed., Buenos Aires: Paidós; 2006.
42. **Aguirre R.** Una nueva mirada sobre las desigualdades de género: el trabajo no remunerado y el uso del tiempo. Disponible en: <<http://www.med.univ-rennes1.fr/iidris/cache/es/20/2060>>. (Consulta: agosto 2009.)
43. **Organización Mundial de la Salud.** Enfermedades crónicas. Disponible en: <http://www.who.int/topics/chronic_diseases/es/>. (Consulta: agosto 2009.)
44. **Instituto Nacional de Estadística.** Metodología de la Encuesta Nacional de Hogares Ampliada 2006. Disponible en: <<http://www.ine.gub.uy/biblioteca/metodologias/ech/metodologia%20enha%202006.pdf>>. (Consulta: agosto 2009.)