

UNIVERSIDAD MARIANO GÁLVEZ DE GUATEMALA  
FACULTAD DE PSICLOGÍA

**SINTOMAS DE DEPRESIÓN EN PACIENTES  
MASCULINOS SOMETIDOS A PPROCEDIMIENTOS  
PREOPERATORIOS  
(EN EL HOSPITAL NACIONAL PEDRO DE BETHANCOURT DE ANTIGUA  
GUATEMALA, SACATEPEQUEZ)**

MARIA ANTONIETA GAYTAN MONZON

GUATEMALA MARZO DEL 2007

UNIVERSIDAD MARIANO GALVEZ  
FACULTAD DE PSICOLOGIA

**SINTOMAS DE DEPRESIÓN EN PACIENTES  
MASCULINOS SOMETIDOS A PPROCEDIMIENTOS  
PREOPERATORIOS  
(EN EL HOSPITAL NACIONAL PEDRO DE BETHANCOURT DE ANTIGUA  
GUATEMALA, SACATEPEQUEZ)**

PRESENTADA POR:

**MARIA ANTONIETA GAYTAN MONZON**

Previo a optar al Grado Académico de

**LICENCIADA**

Y el Título Profesional de

**PSICOLOGA CLÍNICA**

Guatemala Marzo del 2007

## **AUTORIDADES Y TRIBUNAL QUE PRACTICO EL EXAMEN DE TESIS**

DECANO DE LA FACULTAD      Dr. Carlos Ramírez Monterrosa

PRESIDENTE DEL TRIBUNAL  
EXAMINADOR                      Dra.

SECRETARIA

VOCAL



## **Artículo 8°. RESPONSABILIDAD**

Solamente el autor es responsable de los conceptos expresados en el trabajo de tesis. Su aprobación en manera alguna implica responsabilidades para la Universidad.

## INTRODUCCION

El trabajo de investigación que se presenta a continuación pretende dar a conocer, que en los tratamientos quirúrgicos el paciente del sexo masculino sufren síntomas de depresión.

El área Institucional Hospitalaria tiene como prioridad el tratamiento de enfermedades físicas, para poder involucrar al paciente a sus actividades cotidianas lo antes posible, sin tomar en cuenta que indicadores emocionales podrían contribuir en su recuperación.

La forma como el paciente enfrenta acontecimientos no comunes en su vida cotidiana tiene mucho que ver con la forma en que reaccione ante la enfermedad.

Este estudio se realizó con pacientes ingresados al Hospital Nacional Pedro de Bethancourt ubicado en la Aldea San Felipe de Jesús de la Ciudad de Antigua Guatemala, seleccionando una muestra de 163 pacientes del sexo masculino a quienes se les aplicó la Escala de Automedición de la Depresión de Zung antes de su procedimiento quirúrgico, ingresados por Emergencia o Consulta Externa.

Se hace un análisis de los resultados obtenidos con sus respectivas conclusiones y recomendaciones.

# CAPITULO I

## MARCO CONCEPTUAL

### A. ANTECEDENTES

Según (OMS) “Organización Mundial de la Salud”: **salud es el estado de completo bienestar físico, mental y social**, por lo que en la recuperación de la misma es importante determinar cómo y cuánto influyen los síntomas y signos emocionales en la recuperación del bienestar mental de los pacientes quirúrgicos. (Enciclopedia Microsoft Encarta, 2004)

La presencia de una Depresión durante el estado mórbido de Enfermedad empeora el pronóstico.

La Depresión interfiere con el funcionamiento cotidiano del paciente, esto causa dolor y sufrimiento no solo a quienes los padecen, sino a sus familiares. .

Según (OMS, 2004) “la Depresión es una de las enfermedades mentales más comunes que afecta en la actualidad a 340 millones de personas en todo el mundo”. A pesar de que la depresión permanece a menudo como no detectada o diagnosticada en sus dimensiones reales se calcula que entre el 2 y 4% de la población general padece de este tipo de trastorno (OMS, 2004).

Con este ritmo de crecimiento para el año 2020, según (OMS-2004) “se convertirá en la segunda causa mas importante de incapacitación y muerte tan solo superada por las enfermedades cardiovasculares”. Afortunadamente la depresión se encuentra entre los trastornos mentales que mejor responden al tratamiento por parte de profesionales especializados. Se estima que entre el 80-90% de las personas que son adecuadamente tratadas, responden de forma positiva al tratamiento y prácticamente la totalidad de los pacientes, experimenta un alivio significativo en diferentes grados de sus síntomas depresivos. Es necesario y fundamental que la depresión sea adecuadamente reconocida y diagnosticada.

Tomar en cuenta en el paciente quirúrgico aspectos biológicos, psicológicos, sociales y espirituales determina la calidad de la actuación profesional, además marca un estilo particular de atención y de relación entre un sujeto que sabe y otro que busca el beneficio de ese saber.

Aún antes de que se plantee la necesidad de la operación, el conocimiento de los distintos tipos de reacciones psicológicas de los pacientes, brinda elementos útiles en la anamnesis de cada enfermo para una mejor interpretación de los datos obtenidos.

El ambiente institucional desempeña un papel importante en el curso de la enfermedad, siendo determinantes en ello la relación que el paciente establece con los médicos y enfermeras que se ocupan de él y la de estos entre si.

## B. JUSTIFICACION

A pesar de que existen estudios de depresión, al indagar en otras universidades del país, han sido muy pocos los estudios dirigidos a pacientes del área de cirugía de hombres y los efectos psicológicos tienen un componente fuerte en la recuperación total de la salud.

Los factores emocionales, la estructura de la personalidad, la dinámica familiar y la enfermedad misma, tienen un papel muy importante en la relación del médico con su paciente. Entonces, al comprender como el paciente evoluciona por los síntomas de la enfermedad, pueden prevenirse otros síntomas que interfieren en el proceso de recuperación de la cirugía.

Dilia Morales y Lily Montenegro. “Psicoterapia Cognitiva Conductual y Breve de Emergencia en el Tratamiento del Trastorno Depresivo Mayor en Pacientes Adultos Internos” “La depresión en internos hace que se tomen somatizaciones como parte del padecimiento físico actual del paciente y no como parte de la depresión en si. (Tesis Licenciatura en Psicología 2004 USAC)

Giacomantone E. “Estrés Preoperatorio y Riesgo Quirúrgico” (Estudio España 1997). “Los factores emocionales, la estructura de la personalidad la dinámica familiar y la enfermedad misma, tienen un papel muy importante en la relación del médico con su paciente. Entonces, al comprender como el paciente se trastorna por los síntomas de la enfermedad, pueden prevenirse desencadenamientos de otros síntomas que interfieren el proceso de recuperación de la cirugía.”

Dr. Rozados. “Depresión en el Hombre”. (Foro Depresión, Marzo 2006). “La depresión también puede afectar la salud física del hombre, aunque en una forma diferente a la de la mujer. Un estudio reciente indicó que la depresión se asocia con un riesgo elevado de enfermedad coronaria (infartos de corazón) en ambos sexos. Sin embargo, sólo el hombre tiene una tasa alta de muerte debida a una enfermedad coronaria que se da junto con un trastorno depresivo. “

## C. DETERMINACION DEL PROBLEMA

### 1. DEFINICION DEL PROBLEMA

¿Presentan síntomas de depresión los pacientes en fase preoperatoria?

### 2. ALCANCES Y LIMITES

El estudio se realizó en los meses de enero a diciembre del 2006 a 163 pacientes del sexo masculino, con edades de 13 a 83 años del Hospital Nacional Pedro de Bethancourt, Antigua Guatemala, Sacatepéquez.

## CAPITULO II

### MARCO TEÓRICO

#### A. DEPRESION

Sentimiento penetrante de tristeza que puede comenzar después de alguna pérdida o un suceso estresante que continúa mucho tiempo después.

La depresión esta incluida entre los trastornos que tienen como característica principal una alteración del humor. Los trastornos depresivos son una división de los del estado de ánimo. La clasificación leve, moderada y grave.

#### B. EPISODIO DEPRESIVO MAYOR

La característica esencial de un episodio depresivo mayor es un período de al menos 2 semanas durante el que hay un estado de ánimo deprimido o una pérdida de interés o placer en casi todas las actividades.

Las especificaciones que describen la clasificación clínica del episodio afectivo actual (o más reciente): Leve, moderado, grave sin síntomas psicóticos, grave con síntomas psicóticos, en remisión parcial, en remisión total.

##### **1. Criterios para el episodio depresivo mayor según (DSM-IV-TR)**

A. Presencia de cinco o más de los siguientes síntomas durante un período de 2 semanas, que presentan un cambio respecto a la actividad previa: uno de los síntomas debe ser (1) estado de ánimo depresivo o (2) pérdida de interés o de la capacidad para el placer.

Nota: No incluir los síntomas que son claramente debidos a enfermedad médica o a las ideas delirantes o alucinaciones no congruentes con el estado de ánimo.

(1) Estado de ánimo depresivo la mayor parte del día, casi cada día según lo indica el propio sujeto (se siente triste o vacío) a la observación realizada por otros (llanto). Nota: En los niños y adolescentes el estado de ánimo puede ser irritable (2) disminución acusada del interés o de la capacidad para el placer en todas o casi todas las actividades, la mayor parte del día, casi cada día (según refiere el propio sujeto u observan los demás) (3) pérdida importante de peso sin hacer régimen o aumento de peso (un cambio de más del 5% del peso corporal en 1 mes), o pérdida o aumento del apetito casi cada día. Nota: En niños hay que valorar el fracaso en lograr aumentos de peso esperables. (4) Insomnio o hipersomnia casi cada día. (5) Agitación o enlentecimiento psicomotores casi cada día (observable por los demás, no meras sensaciones de inquietud o de estar enlentecido). (6) fatiga o pérdida de energía casi cada día. (7) Sentimientos de inutilidad o de culpa excesivos o inapropiados (que pueden ser delirantes) casi cada día (no los simples

autorreproches o culpabilidad por el hecho de estar enfermo). (8) Disminución de la capacidad para pensar o concentrarse, o indecisión, casi cada día (ya sea una atribución subjetiva o una observación ajena). (9) Pensamientos recurrentes de muerte (no sólo temor a la muerte) ideación suicida recurrente sin un plan específico para suicidarse.

B. Los síntomas no cumplen los criterios para un episodio mixto.

C. Los síntomas provocan malestar clínicamente significativo o deterioro social, laboral o de otras áreas importantes de la actividad del individuo.

D. Los síntomas no son debidos los efectos fisiológicos directos de una sustancia (una droga, un medicamento) o una enfermedad médica (hipotiroidismo)

E. Los síntomas no se explican mejor por la presencia de un duelo (después de la pérdida de un ser querido), los síntomas persisten durante más de 2 meses o se caracterizan por una acusada incapacidad funcional, preocupaciones mórbidas de inutilidad, ideación suicida, síntomas psicóticos o enlentecimiento psicomotor.

## **2. Curso**

Los síntomas de un episodio depresivo mayor suelen desarrollarse a lo largo de días o semanas. Antes de que comience un episodio depresivo mayor completo, puede haber un período de síntomas ansiosos y síntomas depresivos leves, que puede durar semanas o meses. La duración de un episodio mayor también es variable. Lo habitual es que un episodio no tratado dure 4 meses o más, independientemente de la edad de inicio. En la mayoría de los casos hay una remisión completa de los síntomas y la actividad retorna al nivel premórbido. En una proporción considerable de casos 20 o 30% algunos síntomas depresivos que son insuficientes para cumplir totalmente los criterios para un episodio depresivo mayor persistente durante meses o incluso años y se asocian a incapacidad o malestar. La remisión parcial después de un episodio depresivo mayor parece ser predictora de un patrón parecido para episodios posteriores. En algunos sujetos 5-10% se siguen cumpliendo totalmente los criterios para un episodio depresivo mayor durante 2 o más años.

## **3. Diagnóstico diferencial**

El episodio depresivo mayor debe distinguirse de un trastorno del estado de ánimo debido a enfermedad médica o inducido por sustancias, de una demencia por los síntomas de (desorientación, apatía, dificultad para concentrarse, pérdida de memoria), episodios maníacos con estado de ánimo irritable o de los episodios mixtos, del trastorno por déficit de atención con hiperactividad, trastorno adaptativo del estado de ánimo depresivo, duelo, periodos de tristeza y del trastorno depresivo no especificado, para distinguirlos es necesaria una evaluación clínica completa y una valoración del comienzo de las alteraciones.

## C. TRASTORNO DEPRESIVO MAYOR

La característica esencial de un trastorno depresivo mayor es un curso clínico caracterizado por uno o más episodios depresivos mayores, sin historia de episodios maníacos, mixtos o hipomaniacos. Para realizar el diagnóstico no se toman en cuenta los episodios del estado de ánimo inducidos por sustancias o enfermedad médica.

### 1. Especificaciones

Si se cumplen todos los criterios de un episodio depresivo mayor, pueden utilizarse las siguientes especificaciones: Leve, moderado, grave sin síntomas psicóticos, grave con síntomas psicóticos, crónico, con síntomas catatónicos, con síntomas melancólicos, con síntomas atípicos, de inicio en el posparto.

Si no se cumplen todos los criterios de un episodio depresivo mayor pueden utilizarse las siguientes especificaciones: En remisión parcial, en remisión total, crónica, con síntomas catatónicos, con síntomas melancólicos, con síntomas atípicos y de inicio en el período posparto.

Para indicar el patrón de los episodios y la presencia de sintomatología interepisódica en el trastorno depresivo mayor, recidivante, pueden utilizarse las especificaciones siguientes: Especificaciones de curso (con y sin recuperación total interepisódica) y con patrón estacional.

### 2. Características y trastornos asociados

El trastorno depresivo mayor está asociado a una mortalidad alta. Quienes padecen un trastorno depresivo mayor que mueren por suicidio llegan al 15%. Los datos epidemiológicos sugieren que las tasas de muerte en los sujetos con trastorno depresivo mayor de más de 55 años aumenta hasta llegar a cuadruplicarse. Los sujetos ingresados con trastorno depresivo mayor en residencias geriátricas pueden tener un mayor riesgo de muerte en el primer año y los visitados en salas de medicinas tienen más dolor y más enfermedades físicas y una peor actividad física, social y personal. El trastorno depresivo mayor puede ir precedido por un trastorno distímico con un 10% a estudios epidemiológicos y en un 15-25% en población clínica. Se estima que un 10% de los sujetos con un trastorno distímico iniciarán un primer episodio depresivo mayor. Otros trastornos mentales se presentan con frecuencia al mismo tiempo que el trastorno depresivo mayor (trastornos relacionados con sustancias, trastorno de angustia, trastorno obsesivo-compulsivo, anorexia nerviosa, bulimia, trastorno límite de la personalidad).

### 3. Estudios de laboratorio

Las anomalías de laboratorio asociadas con el trastorno depresivo mayor son las que se asocian con los episodios depresivos mayores. Ninguno de estos hallazgos es diagnóstico de un trastorno depresivo mayor, pero se ha visto que son anormales en grupos de sujetos con trastorno depresivo mayor si se comparan con los controles. Las

alteraciones neurobiológicas, tales como la elevación de los niveles de glucocorticoides y las alteraciones de EEG durante el sueño, son más frecuentes en individuos con síntomas psicóticos y en personas que padecen episodios más graves o con síntomas melancólicos. La mayoría de las normalidades de laboratorio son dependientes del estado (solo aparecen cuando hay síntomas depresivos). No obstante, hay datos que sugieren que algunas alteraciones del EEG del sueño persisten durante la remisión clínica o pueden preceder al inicio del episodio depresivo mayor.

#### **4. Estudios de la exploración física y enfermedades médicas asociadas**

Los sujetos que padecen enfermedades médicas crónicas o graves presentan un mayor riesgo de desarrollar trastorno depresivo mayor. Quienes padezcan diabetes, infarto de miocardio, carcinomas, accidentes vasculares cerebrales presentaran un trastorno depresivo mayor lo largo de su enfermedad médica. Si existe un trastorno depresivo mayor, el tratamiento de la enfermedad médica es mas complejo y el pronóstico menos favorable. El pronostico del trastorno depresivo mayor es peor (episodios mas largos o respuestas más pobres al tratamiento) si existen enfermedades médicas crónicas concomitantes.

#### **5. Cultura, edad y sexo**

El trastorno depresivo mayor (único o recidivante) tanto en adolescentes como en adultos, es dos veces más frecuente en mujeres que en hombres. En la edad prepuberal los niños y las niñas están afectados en la misma proporción.

#### **6. Prevalencia**

La tasa de Prevalencia para el trastorno depresivo mayor parece no estar relacionada con la raza, el nivel de estudios o de ingresos económicos, ni con el estado civil.

#### **7. Curso**

El trastorno depresivo mayor puede empezar a cualquier edad y la edad promedio de inicio es la mitad de la tercera década de la vida. El curso es variable, algunas personas tienen episodios aislados separados por muchos años sin síntomas depresivos y otras tienen episodios agrupados e incluso otras tienen episodios cada vez más frecuentes a medida que se hacen mayores. Los sujetos que han tenido un segundo episodio tienen un 70% de posibilidades de tener un tercero y los sujetos que han tenido tres episodios tienen un 90% de posibilidades de tener un cuarto. Entre el 5 y el 10% de los sujetos con un trastorno depresivo mayor, episodio único, presenta más tarde un episodio maníaco.

Los episodios depresivos mayores pueden desaparecer completamente (aproximadamente en dos terceras partes de los casos) y no hacerlo o hacerlo solo parcialmente (en aproximadamente un tercio de los casos). Los sujetos que presentan sólo una remisión parcial tienen más probabilidades de presentar otros episodios y de continuar con el patrón de recuperación parcial interepisódica. Algunos presentan un trastorno distímico previo al inicio del trastorno depresivo mayor, episodio único hay datos que sugieren que ellos

tienen mas probabilidades de presentar otros episodios depresivos mayores, tienen una peor recuperación interepisódica y pueden necesitar un tratamiento más intenso en la fase aguda y un período más largo de tratamiento continuando para alcanzar y mantener un estado eutímico más completo y de larga duración.

Los episodios de trastorno depresivo mayor se producen después de un estrés psicosocial grave como la muerte de un ser querido o el divorcio. Algunos estudios demuestran que los acontecimientos psicosociales estresantes desempeñan un papel importante en la precipitación del primer o el segundo episodios del trastorno depresivo mayor y desempeñan un papel menor en el inicio de los episodios posteriores.

## **8. Patrón familiar**

El trastorno depresivo mayor es 1.5-3 veces mas frecuente en los familiares biológicos de primer grado.

## **9. Criterios para el diagnóstico del Trastorno Depresivo Mayor, Episodio Único según (DSM-IV-TR)**

A. Presencia de un único episodio depresivo mayor.

B. El episodio depresivo mayor no se explica mejor por la presencia de un trastorno esquizoafectivo y no está superpuesto a una esquizofrenia, un trastorno equizofreniforme, un trastorno delirante o un trastorno psicótico no especificado.

C. Nunca se ha producido un episodio maniaco o un episodio hipomaniaco. Nota: esta exclusión no es aplicable si todos los episodios similares a la manía, a los episodios mixtos o a la hipomanía son inducidos por sustancias o por tratamientos o si se deben a los efectos fisiológicos directos de una enfermedad médica.

Si se cumplen todos los criterios de un episodio depresivo mayor, especificar su estado clínico actual y/o sus síntomas:

Leve, moderado, grave sin síntomas psicóticos/grave con síntomas psicóticos

Crónico

Con síntomas catatónicos

Con síntomas melancólicos

Con síntomas atípicos

De inicio en el periodo posparto

Si no se cumplen todos los criterios de un episodio depresivo mayor, especificar el estado clínico actual del trastorno depresivo mayor o los síntomas del episodio más reciente:

En remisión parcial, en remisión total

Crónico

Con síntomas catatónicos

Con síntomas melancólicos

Con síntomas atípicos  
De inicio en el posparto.

## D. TRASTORNO DEPRESIVO NO ESPECIFICADO

Incluye los síntomas depresivos que no cumplen los criterios para trastorno depresivo mayor, trastorno distímico, trastorno adaptativo con estado de ánimo depresivo o trastorno adaptativo con estado de ánimo mixto ansioso y depresivo. Algunas veces los síntomas depresivos se presentan como parte de un trastorno de ansiedad no especificado, el trastorno depresivo no especificado incluyen:

1. Trastorno disfórmico premenstrual.
2. Trastorno depresivo menor: episodios de al menos 2 semanas de síntomas depresivos, pero con menos de los cinco ítems exigidos para el trastorno depresivo mayor.
3. Trastorno depresivo leve recidivante: episodios depresivos con una duración de 2 días a 2 semanas, que se presentan al menos una vez al mes durante 12 meses.
4. Trastorno depresivo psicótico en la esquizofrenia: un episodio depresivo mayor que se presenta durante la fase residual en la esquizofrenia.
5. Un episodio depresivo mayor superpuesto a un trastorno delirante, a un trastorno psicótico no especificado o a la fase activa de la esquizofrenia.
6. Casos en los que el clínico ha llegado a la conclusión de que hay un trastorno depresivo, pero es incapaz de determinar si es primario, debido a enfermedad médica o inducido por sustancia.

## E. TRATAMIENTO

### 1. Medidas Generales Importantes con el Paciente Deprimido

- a) Evitar exámenes y consultas innecesarias
- b) Ayudar al enfermo a aceptar su impotencia y pérdida de libertad como algo reversible así como mantener viva su esperanza
- c) Explicarle la naturaleza del problema poniendo el acento en su carácter transitorio y en la eficacia de los recursos terapéuticos
- d) Inquirir en cada entrevista acerca de los matices de su experiencia como algo individualizado
- e) Lograr la cooperación de los familiares y hacer que asuman su responsabilidad en caso de que haya riesgo de suicidio
- f) Eliminar en lo posible las cargas y tensiones innecesarias
- g) Evitar que el enfermo, en tanto que esté deprimido, haga cambios radicales en su vida
- h) Verlo periódicamente hasta su total recuperación y estar accesible para que pueda consultar sus dudas e indecisiones, mostrarle que no importa cuán sombrío vea su futuro, hay una luz al final del túnel.

## **2. Tratamiento Farmacológico**

El desarrollo de los medicamentos antidepresivos modifica la actividad de las neuronas que emplean como neurotransmisores a las monoaminas, norepinefrina y serotonina.

La mayor parte de los antidepresivos pertenece a dos grandes familias los inhibidores de la monoaminoxidasa y la de los triciclitos. Los inhibidores de la MAO aumentan la cantidad de monoaminas al bloquear la acción de la MAO, enzima que las desintegra.

Los antidepresivos tricíclicos parecen actuar aumentando la disponibilidad de monoaminas en la sinapsis; también se ha sugerido que estos medicamentos aumentan la sensibilidad de las células que usan monoaminas.

El litio es un agente terapéutico en la manía y en algunas formas de depresión, tiene también acciones profilácticas. El estudio de los mecanismo de acción del litio se han enfocado en el efecto sobre los neurotransmisores implicados en la acción de las drogas antidepresivas y que se estima juegan un papel en la patofisiología del trastorno afectivo.

## **F. ASPECTOS EMOCIONALES DEL PACIENTE QUIRURGICO**

Lo emocional de un paciente quirúrgico lo podemos entender desde los aspectos que entran en relación:

Los cirujanos, quienes conciben que su actividad dentro de la medicina es un arte, siendo su escenario el cuerpo del paciente y la enfermedad como entidad que altera íntegramente a la persona que la padece.

## **G. EL EFECTO PSICOLOGICO QUE PRODUCE LA CIRUGÍA**

Las necesidades emocionales del paciente estarían determinadas por su capacidad de adaptarse a las situaciones que le representen peligro, de adaptarse al riesgo que la cirugía representa y al enfrentarse a temores y ansiedades asociadas con acontecimientos de su historia.

La enfermedad y el proceso quirúrgico, leve o grave, trae consigo una serie de pérdidas: intimidad, autodeterminación, rutina diaria compañía, confort del hogar, imagen corporal.

El impacto emocional puede variar de acuerdo al carácter de la cirugía, si ésta es reparadora o mutilante. Aunque se tenga la seguridad de la finalidad curativa de la cirugía, sin embargo, se vive el proceso como de amenaza a la integridad física y por eso se dan con frecuencia también los temores de fragmentación corporal.

El paciente tiene expectativas y temores relacionados al órgano que va a ser intervenido, pues éste tiene un significado que puede estar ligado a la funcionalidad o a otras capacidades, por ejemplo, en cuanto compromete la identidad del paciente. Es el caso de órganos vinculados con la sexualidad, la reproducción, la capacidad intelectual o funcionalidad física.

## H. TIPOS DE RESPUESTAS PSICOLOGICAS PREVIO AL PROCEDIMIENTO QUIRURGICO

Ante la situación a la que el paciente se enfrentará se distinguen diferentes tipos de respuestas psicológicas: Respuestas de pasividad y dependencia extremas, respuesta de tipo melancólico, la respuesta fóbica: , respuesta contrafóbica, respuesta maníaca, respuesta histérica, respuesta paranoide, respuesta obsesiva y rrespuesta hipocondríaca. Todos ellos tienen relación con tipos de personalidad de cada individuo y rasgos de carácter.

## I. FACTORES QUE INTENSIFICAN LOS SINTOMAS DEPRESIVOS

El abordaje inapropiado de la información del procedimiento quirúrgico

Desconocimiento de su enfermedad

El tiempo de espera para ingreso al Hospital

Poco o ningún apoyo de su familia durante el tiempo de recuperación

## J. HISTORIA DEL HOSPITAL NACIONAL PEDRO DE BETHANCOURT

Su historia reciente indica que como consecuencia del terremoto de febrero de 1,976, el edificio que ocupaba el Hospital en el Centro de la Ciudad sufrió daños severos, y fue declarado inhabitable, por lo que en forma improvisada el hospital atendió la emergencia en carpas de circo que se instalaron en el Estadio Pensativo. Poco tiempo después se acomodó el edificio en el hotel “Rancho Nimajay” para que el hospital regularizara la prestación de servicios, pero nunca llegó a brindar todo lo necesario para garantizar servicios de calidad.

Desde 1,980 se inició la construcción del moderno edificio, situado en Aldea San Felipe de Jesús de la Antigua Guatemala, en donde inició sus funciones en 1,993, con un nuevo sistema de atención médica especializada.

### **1 Servicios que presta para la asistencia quirúrgica**

Sala de urgencias-emergencia: esta sala ocupa un área en la entrada principal del edificio, presta sus servicios continuos veinticuatro horas diarias, es atendida por un cirujano especializado.

Servicios de observación: constituye un pequeño servicio anexo a la emergencia no de uso exclusivo del departamento se comparte con medicina, los pacientes están a cargo de los cirujanos rotativos.

Servicio de encamamiento: estos servicios se encuentran ubicados en el cuarto nivel del edificio, allí se atiende a los pacientes cuya condición amerita diagnóstico y tratamiento quirúrgico.

El ambiente institucional desempeña un papel importante en el curso de la enfermedad, siendo determinantes en ello la relación que el paciente establece con los médicos y enfermeras que se ocupan de él y la de estos entre sí.

## **2. Procedimientos Quirúrgicos que se realizan en el Hospital**

Apendicetomía: procedimiento por medio del cual se extrae el apéndice vermicular.

Reducción de mandíbula: procedimiento por medio del cual se coloca la mandíbula en su sitio original.

Laparotomía exploradora:

Operación Quirúrgica que consiste en abrir las paredes abdominales y el peritoneo

Hernioplastia: extracción de una hernia por medio de un proceso Quirúrgico

Laparotomía + sutura facial + vaginoplastia + anoplastia: exploración abdominal, cierre de herida facial, exploración vaginal, exploración del orificio anal

Cierre de herida: suturación de herida

Colostomía: operación quirúrgica que consiste en dar al colon una vía de salida a través de la pared abdominal

Amputaciones: cortar y separar enteramente del cuerpo un miembro o porción de él.

Tenorrrafía: exploración de un tendón

Exploración testicular: reconocer y corregir una enfermedad testicular

Colecistectomía: Quitar la vesícula biliar por inflamación

Cervicotomía: exploración de las vértebras por inflamación

Reexploración: indagar y buscar en herida operatoria otra Enfermedad

Resecciones: extirpación total o parcial de un órgano

Escarectomía: Curación y exploración de llagas en la piel

Lavado y desbridamiento: curación y tratamiento de quemaduras en la piel

Drenaje de abscesos: asegurar la salida de líquidos anormales de una herida que afectan la salud del enfermo

Biopsias: muestra de tejido formada de un ser vivo con fines diagnósticos

Exámenes bajo anestesia y otros.

## **CAPITULO III**

### **MARCO METODOLÓGICO**

#### **A. OBJETIVO GENERAL**

Determinar si existen síntomas de depresión en pacientes que son sometidos a procedimientos quirúrgicos en el lapso preoperatorio.

#### **B. VARIABLES**

Variable independiente: procedimientos quirúrgico preoperatorio

Variable dependiente: síntomas depresivos.

#### **C. DEFINICIÓN DE LAS VARIABLES**

Variable Dependiente

Síntomas Depresivos: Sensaciones afectivas, biológicas y psicológicas.

Variable Independiente

Procedimientos quirúrgicos: Técnica médica manual operatoria por medio de la cual se trata o se corrige una enfermedad física.

#### **1. INSTRUMENTO A UTILIZAR**

##### **1.1 Ficha Clínica**

Instrumento utilizado para el abordaje de los pacientes seleccionados para la muestra que contenía datos importantes para el entrevistador como: nombre completo, edad, estado civil, número de cama, religión.

##### **1.2 “Escala para la Automedición de la Depresión” del Doctor William W.K. Zung.**

La tabla para medir la depresión comprende una lista de 20 declaraciones auto-reportables. Cada declaración se refiere a una característica específica y común de la depresión, sin importar la etiología. Los temas esbozan de manera comprensiva, los síntomas ampliamente reconocidos como desordenes de la depresión. Abarcan tres áreas importantes y características: afectiva (dos items), biológico (ocho items) y psicológico (diez items). El autor no establece claramente cuál fue la base para decidir sobre el número de items para representar cada una de las áreas. A un lado de las declaraciones aparecen cuatro columnas cuyos encabezados dicen: MUY POCAS VECES, ALGUNAS VECES, LA MAYOR PARTE DEL TIEMPO Y CONTINUAMENTE.

Se da al paciente la lista de declaraciones y se pide que escriba una marca en el recuadro más aplicable a su caso en el momento de hacer la prueba (no existen instrucciones estandarizadas para el sujeto escritas en el formato). Para obtener la medición de la depresión del paciente, la escala terminada se coloca bajo la clave para hacer cada declaración y luego se suma; esta calificación se escribe en el margen, el valor indicado para cada declaración y luego se suma; esta calificación básica se convierte entonces a un índice basado en 100 (tabla 1). La escala está planeada de tal manera que un índice bajo indica poca o ninguna depresión y un índice alto señala una depresión de significación clínica.

El cuestionario tiene ciertas medidas de protección comunes a todas las pruebas psicológicas, en las declaraciones y en los encabezados de las columnas de calificación. El paciente no puede discernir alguna tendencia en sus respuestas porque la mitad de las declaraciones están redactadas de manera sintomáticamente positiva y la otra mitad como sintomáticamente negativas. Por ejemplo el primer tema, “me siento abatido y melancólico”, es positivo. El segundo “en la mañana me siento mejor”, es una declaración negativa que refleja lo contrario del estado de ánimo de la mayoría de los pacientes deprimidos, que se sienten peor por las mañanas. Los temas redactados negativamente se identifican mediante los asteriscos de la clave y las palabras clave de las declaraciones negativas aparecen con letras mayúsculas en la Tabla 3. Se omite una posible columna cuyo encabezado sería NUNCA, que algunas veces podría ser apropiada para que se puedan elegir respuestas significativas y cuantitativamente mensurables. Además se usa un número par de columnas, de preferencia a un número non para impedir la posibilidad de que el paciente marque una columna central con el fin de dar una apariencia de promedio (Zung, s.a.)

### **1.3 Interpretación de las clasificaciones y otros desórdenes Emocionales**

La depresión se presenta como una enfermedad y como un síntoma de otras enfermedades, ya sea emocional o física. La escala Automedición de la Depresión está destinada a diferenciar la depresión como enfermedad, de la depresión como síntoma. Sirve para medir cuantitativamente la intensidad de la depresión, sin tomar en cuenta el diagnóstico. En consecuencia, las calificaciones altas no son en sí mismas un diagnóstico, sino una indicación de la presencia de síntomas que pueden tener importancia clínica.

La tabla 2 muestra las mediciones de depresión Automedición de la Depresión obtenidas con controles normales y con pacientes a los que habían diagnosticado depresión, reacción de ansiedad, desórdenes de la personalidad, etcétera.

Las declaraciones de la Escala Automedición de la Depresión están redactadas en lenguaje común de los que sufren una depresión, las palabras son las que pueden usar el paciente, significado identifica de manera precisa un síntoma de la depresión aceptado. Las declaraciones de la Escala de Automedición de la Depresión de la tabla 3 no están en mismo orden de la escala, pero se anotan al lado de los síntomas de la depresión

organizados en su orden afectivo, fisiológico o psicológico.

Ésta escala es un método rápido utilizada para propósitos clínicos y de investigación, para hacer un diagnóstico completo es necesario el apoyo de otras evaluaciones.

#### **1.4 Forma de Calificación de la Escalada de Automedición de la Depresión de Zung**

La tabla que contiene la clave para calificar la Escala de la Automedición de la Depresión de Zung tiene puntajes que corresponde a cada enunciado valorados de 1 a 4 puntos. Luego se suman y nos da un total que corresponde a la calificación básica. En la tabla 1 se busca el índice de calificación Escala de la Automedición de la Depresión que nos proporciona el diagnóstico de cada uno de los sujetos.

Diagnósticos según tabla 2 de la Escala de Automedición de la Depresión  
Según la Teoría del Dr. Zung, en la Escala de Automedición de la Depresión se pueden encontrar los diagnósticos siguientes:

Controles normales  
Deprimidos Hospitalizados  
Deprimidos Ambulatorios  
Reacciones de Ansiedad  
Desórdenes de la Personalidad  
Reacciones de Ajuste de Situación Transitoria

Tabla 3 de la Escala de Automedición de la Depresión Síntomas de los Desórdenes Depresivos:

##### Afectivos Persistentes

Deprimido  
Triste  
Melancólico  
Accesos de llanto

##### Equivalentes Fisiológico

Variación diurna  
Sueño  
Apetito  
Pérdida de peso  
Sexuales  
Gastrointestinales  
Cardiovasculares  
Musculoesqueléticas

### Equivalentes Psicológicos

Agitación psicomotora

Retardo psicomotor

Confusión

Vacuidad

Desesperanza

Indecisión

Irritabilidad

Insatisfacción

Devaluación personal

Rumiación suicida

## 2. METODO ESTADÍSTICO

Se utilizó Estadística Descriptiva, describiendo cada dato obtenido transformado en graficas.

## 3. TIPO DE INVESTIGACION

Investigación descriptiva

## 4. SELECCIÓN DE LA MUESTRA

Se seleccionaron 163 pacientes del sexo masculino en forma aleatoria ingresados al Servicio de Cirugía de Hombres del Hospital Nacional Pedro de Bethancourt.

## 5. TAMAÑO DE LA POBLACION

La población estaba compuesta por 163 pacientes comprendidos entre las edades de 13 a 83 años del Servicio Cirugía de Hombres del Hospital Nacional de Antigua.

# **CAPITULO IV**

## **MARCO OPERATIVO**

### **A. TECNICAS DE RECOLECCION DE DATOS**

#### **1. Fuentes de datos**

Forma en que se obtuvieron los datos para la presente investigación.

##### **1.1 Fuente Directa**

Pacientes que serían operados que ingresaban al Servicio de Cirugía de Hombres, se solicito autorización al Médico tratante y al paciente para realizar la entrevista y hacer la prueba de la automedición de la depresión.

##### **1.2 Ficha Clínica**

Instrumento que justificó el abordaje de los pacientes seleccionados para la muestra, fue utilizado de la siguiente forma: para recolectar datos importantes del paciente como nombre completo, edad, fecha de nacimiento, estado civil; se tuvo a la vista la ficha clínica de cada paciente, se observó, luego se entrevistó individualmente, para obtener la mayor información posible.

##### **1.3 Escala de la Automedición de la Depresión de Zung,**

Se le proporcionó a cada paciente dándole la información correspondiente y resolviendo sus dudas.

#### **2. Procesamiento de la información**

La información obtenida se transformó en datos estadísticas de la siguiente forma.

##### **2.2 Ordenar**

Se ordenó para facilitar el procedimiento siguiente, luego se les dio la calificación correspondiente a cada una de las preguntas de la prueba, se obtuvo una calificación básica la que se compara en la tabla para convertir esa calificación al índice EAMD (escala para la auto-medición de la depresión de Zung) la que ya nos proporcionó el diagnóstico para cada paciente entrevistado.

##### **2.3 Clasificar**

Según el diagnóstico se clasificaron los síntomas y signos uno por uno hasta llegar a un conteo final para determinar los más comunes padecidos por el paciente en ese momento los más frecuentes en los pacientes deprimidos fueron: desesperanza, pérdida del apetito, irritabilidad, indecisión, devaluación personal, dificultad en hacer cosas que acostumbraba,

libido disminuida, pérdida de peso, cansancio a pesar de no hacer nada, trastornos cardiovasculares, confusión, trastornos del sueño, trastornos gastrointestinales, intranquilidad, deprimidos, melancólicos, tristeza, ideas suicidas, accesos de llanto.

## **2.4 Tabular**

Se trabajaron las graficas circulares en el Microsoft Excel con cada una de las respuestas obtenidas para obtener al final los adecuados resultados en la recopilación de datos del trabajo de campo.

## **2.5 Interpretar**

Cada dato relevante en las graficas circular fue interpretado según criterio de la autora, tomando como principal componente el estado emocional del paciente y buscando que contribuye a que el paciente tenga reacciones preoperatorias que son tratadas únicamente como componentes físicos de su recuperación.

## **3. Sistema utilizado en el proceso de la información**

Se contacto el centro de ingresos de pacientes a Cirugía de Hombres y se le a bordo de forma individual para poder hacerles la entrevista y prueba de la depresión de Zung.

## **4. Fuentes Indirectas**

Libros, revistas, documentales, paginas de internet.

## **B. TRABAJO DE CAMPO**

La aplicación de la prueba y entrevista tuvo una duración de 45 minutos a 1 hora aproximadamente con cada paciente que era hospitalizado en el Servicio de Cirugía de Hombres antes de su procedimiento quirúrgico.

## **C. PROCESAMIENTO DE LA INFORMACION**

Para analizar y procesar los resultados utilizó la hoja electrónica de Microsoft Excel.

Obtención de la moda o síntomas que más se repite:

En los equivalentes Psicológicos se cuentan con 14% en indecisión e irritabilidad la moda entre los pacientes deprimidos es:

Experimental: indecisión e irritabilidad

En los equivalentes Fisiológicos hay 14% en pérdida de peso, libido disminuida, trastornos cardiovasculares y musculoesqueleticos la moda en los pacientes deprimidos es:

Experimental: pérdida de peso, libido disminuida, trastornos cardiovasculares y musculoesqueleticos.

Porcentaje: es la composición de una distribución en por ciento o sea la cantidad representativa de un total.

$$\frac{f}{N} \times 100 = N$$

## CAPITULO V

### ANÁLISIS E INTERPRETACIÓN DE RESULTADOS

Si bien algunos pacientes no proporcionan voluntariamente mucha información la mayor parte prestó su colaboración al explicarle que esto ayudaría a determinar mejor sus síntomas de depresión. Las declaraciones están redactadas en lenguaje común y de usos diario de los pacientes. En ocasiones los enfermos tenían dudas sobre ciertas declaraciones y preguntaban como se contesta la pregunta tal. Se le pidió que contestara lo mas sincero posible. Cuando hacían preguntas sobre los cuestionamientos se les veía el deseo de cooperación y los que no preguntaban por lo general no tenían ningún deseo de cooperar y se sentían escépticos al tema.

Los pacientes que serán sometidos a procedimientos quirúrgicos que experimentan síntomas de depresión son un 85%. Ver grafica No. 1.

El paciente Hospitalizado que espera por una cirugía para la cura de su enfermedad se ve afectado por desesperanza 16%, indecisión 14% e irritabilidad 14% por el miedo a no despertar de la anestesia, acompañado de incertidumbre respecto al procedimiento, la mayoría de ellos no tienen información sobre su procedimiento. El retardo psicomotor esta representado por 13% al paciente ya no le resulta fácil hacer las mismas cosas que acostumbraba tiene miedo de que el órgano afectado responda de forma dolorosa. La confusión esta representada por un 12% le hace sentirse inseguro de si mismo y su entorno. Siente agitación psicomotora que esta representada por el 11% algunos de ellos experimentaron presión alta y fueron rechazados de la sala de operaciones, egresaron y tuvieron que esperar otro ingreso esto incrementó su predisposición a deprimirse. Ver gráfica No. 2.

Existe una moda entre los pacientes quirúrgicos deprimidos que equivale al 14% con pérdida de peso, libido disminuida, trastornos cardiovasculares y músculo esqueléticos. Ver grafica No. 3.

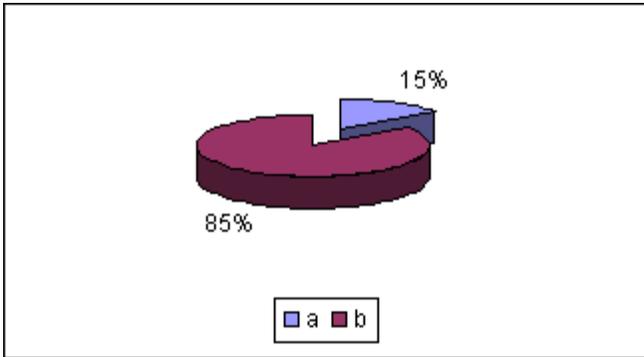
En su mayoría el paciente quirúrgico experimenta abatimiento y tristeza 72% y tiene accesos de llanto por un duelo anticipado debido a la pérdida que sufrirá del órgano afectado. Ver grafica No. 4.

La mayoría de pacientes que experimentan Síntomas de Depresión se ven afectados por síntomas psicológicos representados con un 49%, por lo tanto experimentan intranquilidad, confusión, desinterés en la vida, desesperanza, indecisión, irritabilidad, insatisfacción, dejan de hacer las cosas que acostumbran y devaluación personal. Se ven afectados también por síntomas fisiológicos que se representa con un 44% que pueden interrumpir la resolución de su problema físico por alteraciones pre operatorias que impiden su operación como: trastornos gastrointestinales, cardiovasculares y musculoesqueléticos. Ver grafica No. 5.

Las reacciones de ansiedad son representadas por un 74% es un indicador fuerte, que muestra que la mayoría de los pacientes que serán sometidos a procedimientos quirúrgicos la experimenta y es un indicador de síntomas de depresión. Ver grafica No. 6

# GRAFICAS

GRAFICA 1

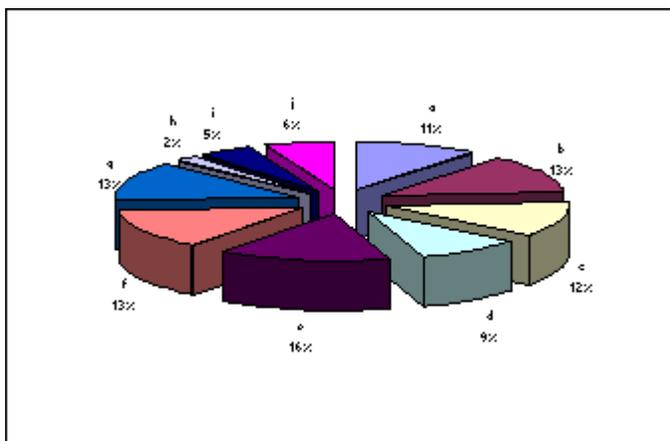


- a. Depresión
- b. Otros

El indicador de pacientes quirurgicos afectados por una depresión es de 15%

Fuente: Escala de Automedición de la Depresión de Zung.

GRAFICA 2

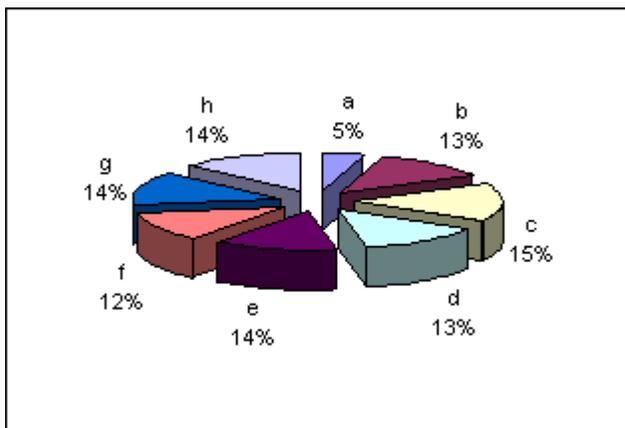


- a. Agitación psicomotora
- b. Retardo psicomotor
- c. Confusión
- d. Vacuidad
- e. Desesperanza
- f. Indecisión
- g. Irritabilidad
- h. Insatisfacción
- i. Devaluación personal
- j. Rumiación suicida

El equivalente psicologico de mayor porcentaje y que afecta a los pacientes quirúrgicos es la desesperanza con un 23%

Fuente: Escala de Automedición de la Depresión de Zung.

GRAFICA No. 3  
**Síntomas Fisiológicos de Depresiones en Pacientes Quirúrgicos**

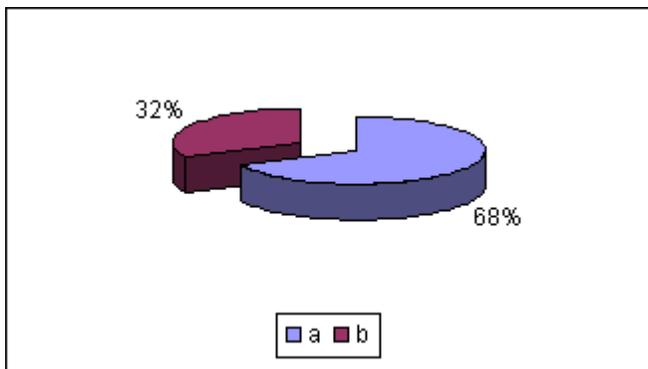


- Preguntas
- a. En la mañana me siento mejor
  - b. Trastornos del sueño
  - c. Pérdida del apetito
  - d. Pérdida de peso
  - e. Libido disminuida
  - f. Trastornos gastrointestinales
  - g. Trastornos cardiovasculares
  - h. Musculoesqueleticas (fatiga)

Existe una moda entre los equivalentes fisiológicos experimentados por los pacientes Quirúrgicos que es del 14%: libido disminuida, trastornos cardiovasculares y fatiga.

Fuente: Escala de Automedición de la Depresión de Zung.

GRAFICA No. 4  
**Síntomas Afectivos Persistentes de Depresiones en Pacientes Quirúrgicos**

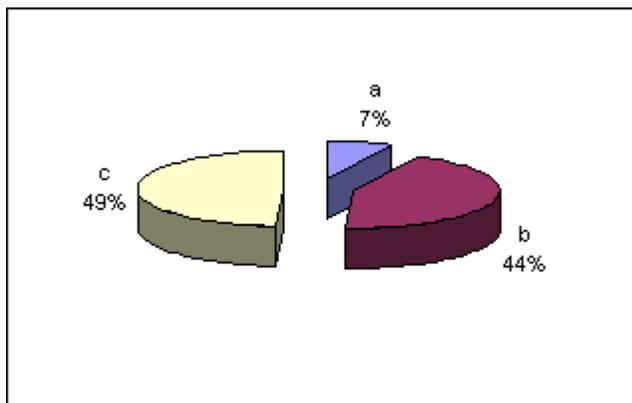


- a. Deprimidos, trsites, melancolicos
- b. Accesos de llanto

En pacientes que tienen depresión el indicador de mayor porcentaje son los sentimientos de depresión, tristeza y melancolía con un 68%

Fuente: Escala de Automedición de la Depresión de Zung.

GRAFICA No. 5  
**Comparación de Síntomas**

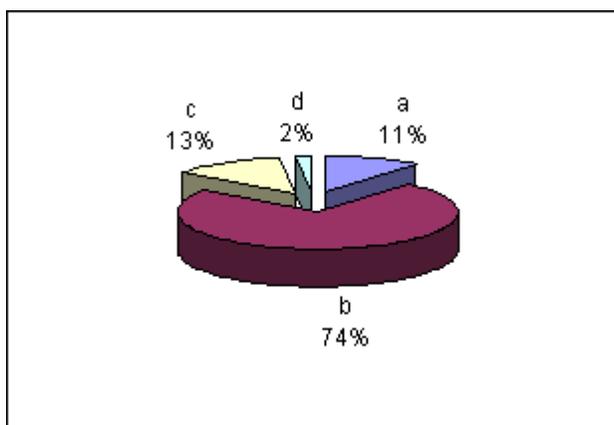


- a. Síntomas Afectivos
- b. Síntomas Fisiológicos
- c. Síntomas Psicológicos

El indicador de mayor porcentaje es el experimentar síntomas psicológicos con un 49%

Fuente: Escala de Automedición de la Depresión de Zung.

GRAFICA No. 6  
**Resultados Generales**



- a. Controles Normales
- b. Reacciones de Ansiedad
- c. Deprimidos Hospitalizados
- d. Deprimidos Ambulatorios

El indicador de mayor porcentaje, que afecta al paciente Quirúrgico, son las reacciones ansiedad, con un 74% de la muestra.

Fuente: Escala de Automedición de la Depresión de Zung.

## **CAPITULO VI**

### **CONCLUSIONES Y RECOMENDACIONES**

#### **CONCLUSIONES**

1. Los pacientes que son sometidos a procedimientos quirúrgicos si presentan síntomas de depresión durante el proceso preoperatorio.
2. Los síntomas de depresión padecidos por los pacientes quirúrgicos que tienen mayor porcentaje en la fase preoperatoria son los psicológicos entre ellos desesperanza, irritabilidad y confusión.
3. Los síntomas de depresión fisiológicos que padece el paciente en fase preoperatoria son considerados como parte de la enfermedad que será resuelta durante el procedimiento quirúrgico y no como posibles somatizaciones.
4. El tratamiento institucional considera solamente la enfermedad física y no los equivalentes psicológicos padecidos por el paciente en fase preoperatoria.

## RECOMENDACIONES

1. Que se le brinde un espacio de tiempo apropiado a los pacientes en fase preoperatoria para indagar sus temores y preocupaciones, considerando con esta información que se les proporcione un tratamiento multidisciplinario.
2. Favorecer la comunicación y el apoyo familiar a los pacientes en fase preoperatoria.
3. Como todo proceso de adaptación emocional lleva consigo un estrés alto es indispensable brindar apoyo psicológico a los pacientes que serán sometidos a procedimientos quirúrgicos y de esta manera evitar que los síntomas de depresión formen parte de un trastorno depresivo.
4. Considerar la implementación de apoyo psicológico preoperatorio y postoperatorio en el Servicio de Cirugía de Hombres.

## BIBLIOGRAFÍA

1. CONCEPTOS FUNDAMENTALES DE LA PSICOTERAPIA, Singer, Erwin, Editorial, México, DF, 1969.
2. DESARROLLO HUMANO, Papalia Diane, Editorial, País, 1997.
3. DIAGNOSTICO FÍSICO, Judge Richard, Zuidema George, Editorial, País 1967.
4. DIAGNOSTICO Y TRATAMIENTO DE LOS TRASTORNOS DE ANSIEDAD, Asociación Mundial de Psiquiatría, 1999.
5. DSM-IV MANUAL DIAGNOSTICO Y ESTADISTICO DE LOS TRASTORNOS MENTALES, Pierre, Pichot, España, 1995.
6. ESCUELAS PSICOLOGICAS Y PSICOTERAPEUTICAS, Prada Rafael, Tercera Edición, Editaoria, San Pablo, 1995
7. ESTUDIO DEPRESIÓN EN EL ADULTO MAYOR, Hospital Nacional Pedro de Bethancourt, 2004,
8. LA MEDICION DE LA DEPRESIÓN, Zung, W. K. William Dr., 1965, 1974, 1989, 1999, derechos reservados,
9. MANUAL DE ORGANIZACIÓN Y FUNCIONES DEL DEPARTAMENTO DE CIRUGIA, Hospital Nacional Pedro de Bethancourt, Revisión 1998.
10. METODOLOGIA DE LA INVESTIGACION, Hernández Robert A., 1era. Edición, México, 1999
11. OMS/MNH/96, CIE-10 Trastornos Mentales y del Comportamiento, Pautas Diagnósticas y de Actuación en Atención Primaria, adaptación para España, 1998.
12. PATOLOGÍA QUIRÚRGICA, Schawartz, La prensa Médica Mexicana, Primera Edición, 1976.
13. PSICOPATOLOGIA GENERAL, Monedero Carmelo, 2da. Edición, Madrid, 1978.

14. PSICOLOGIA MÉDICA, De la Fuente Ramón, Nueva Edición, 1996.
15. ESTRÉS PREOPERATORIO Y RIESGO QUIRURGICO, Giacomantone E., España, 1997.
16. TERAPIA CONITIVA DE LA DEPRESION, T. Beck Aarón, 9ª. Edición, Biblioteca de Psicología, 1997.
17. PSICOTERAPIA BREVE Y DE EMERGENCIA, Bellar, Leopold y Small, 2ª. Edición, Traducción Mauricio González de la Garza, México 1980
18. SI CREES QUE TIENES DEPRESIÓN, Granet Roger y Levison Roben K, 1ª. Edición, España Barcelona, Traducción Vilches M. Gregorio, 1994.
19. LA DEPRESIÓN NERVIOSA, Wuidart Yves Dr., Bordeleau Jean Dr., Mauriello Vicent Dr., Traducción José Miguel Yurita, España Editorial, 1979.
20. PSICOPATOLOGIA GENERAL, Monedero Carmelo, 2ª. Edición, Madrid, 1978.
21. MANUAL DE PSIQUIATRIA CLÍNICA, Pancheri Paolo, 1ª. Edición, México, 1987
22. <http://www.arrakis.es/-mateu/articulo.htm>, QUE ES LA DEPRESION
23. [http://www.realismotetico.org/depresion-JT-el\\_diario.html](http://www.realismotetico.org/depresion-JT-el_diario.html), QUE CAUSA LA DEPRESIÓN
24. Pucho Esparza David, Dr. 2006, página Web/ dpucho@yahoo.es.com, España
25. RAE, 2004, DICCIONARIO ENCARTA, CD. 1

# **ANEXOS**

## FICHA CLINICA

Nombre: \_\_\_\_\_

Estado Civil: \_\_\_\_\_

Edad: \_\_\_\_\_

Religión: \_\_\_\_\_

Dirección: \_\_\_\_\_

Diagnostico: \_\_\_\_\_

### 3. ESCALA DE LA AUTO-MEDICION DE LA DEPRESIÓN DE ZUNG

NOMBRE:

EDAD:

SEXO:

FECHA:

Por favor, señale una respuesta de las Sigüientes declaraciones	Nunca Muy Pocas Veces	Algunas Veces	Frecuente-mente	La mayoría Del Tiempo o Siempre
1. ME SIENTO DESCORAZONADO, MELANCOLICO Y TRISTE	*	*	*	*
2. POR LA MAÑANA ES CUANDO MEJOR ME SIENTO	*	*	*	*
3. SIENTO DESEOS DE LLORAR	*	*	*	*
4. ME CUESTA TRABAJO DORMIR POR LA NOCHE	*	*	*	*
5. COMO TANTO COMO SOLIA COMER ANTES	*	*	*	*
6. DISFRUTO CONVERSANDO, MIRANDO Y ESTANDO CON MUJERES/HOMBRES ATRACTIVOS	*	*	*	*
7. NOTO QUE ESTOY PERDIENDO PESO	*	*	*	*
8. TENGO PROBLEMAS DE ESTREÑIMIENTO	*	*	*	*
9. MI CORAZON LATE MAS RAPIDAMENTE QUE LO NORMAL	*	*	*	*
10. ME CANSO SIN MOTIVO	*	*	*	*
11. MI MENTE ESTA TAN DESPEJADA COMO SIEMPRE	*	*	*	*
12. ME RESULTA FACIL HACER TODO LO QUE SOLIA HACER	*	*	*	*
13. ME SIENTO INTRANQUIL Y NO PUEDO MANTENERME QUIETO	*	*	*	*
14. TENGO ESPERANZA EN EL FUTURO	*	*	*	*
15. ME IRRITO MAS DE LO NORMAL	*	*	*	*
16. ENCUENTRO FACIL EL TOMAR DECISIONES	*	*	*	*
17. SIENTO QUE ME NECESITAN Y QUE SOY UTIL	*	*	*	*
18. LLEVO UNA VIDA SATISFACTORIA	*	*	*	*
19. SIENTO QUE LOS DEMAS ESTARÍAN MEJOR SI YO ESTUVIERA MUERTO	*	*	*	*
20. TODAVIA DISFRUTO DE LAS COSAS QUE SOLIA HACER	*	*	*	*

W.W.K.Zung 1965, 1991, 1999 TODOS LOS DERECHOS RESERVADOS

#### INSTRUCCIONES:

Lea cada declaración cuidadosamente, marque el círculo de la columna que mejor responda a la forma como usted se ha sentido las dos últimas semanas.

Para las declaraciones 5 y 7, si usted está a dieta, conteste como si no lo estuviera

This document was created with Win2PDF available at <http://www.daneprairie.com>.  
The unregistered version of Win2PDF is for evaluation or non-commercial use only.