



FUNDACION H. A. BARCELO
FACULTAD DE MEDICINA

***RASGOS DEPRESIVOS EN PACIENTES QUE
CONSULTAN EN FORMA AMBULATORIA AL SERVICIO
DE GASTROENTEROLOGIA***

AUTORES: Sarem, Muhannad¹; Garcia Da Costa, Joao Pedro²

1. Médico especialista en gastroenterología, docente investigador del IUCS – Fundación H. A. Barceló. 2. Alumno de la carrera de medicina del IUCS – Fundación H. A. Barceló

LUGAR DEL TRABAJO: Instituto Universitario de Ciencias de la Salud –
Fundación H. A. Barceló Sede Buenos Aires

PERIODO: 2015 – 2016

AGRADECIMIENTOS: Los autores agradecen la colaboración y los aportes científicos de la Licencia Gabriela Martha Monteverde.

INDICE:

Introducción	3
Objetivo	4
Materiales y Métodos	4 – 6
Población estudiada y diseño del estudio	4 – 5
Criterios de inclusión y exclusión	5 – 6
Métodos estadísticos	6
Resultados	6 – 8
Discusión y Consideraciones Finales	8 – 10
Bibliografía	11 – 12
Anexos (gráficos)	14 – 20

I. INTRODUCCION

La depresión es un trastorno del estado de ánimo que se manifiesta a partir de una serie de *síntomas emocionales* como pérdida de interés y de la capacidad de disfrutar cuestiones de la vida diaria, sentimiento de culpa, inutilidad y falta de ilusión, *síntomas somáticos* como la exacerbación de dolores preexistentes, aparición de nuevos dolores, fatiga y pérdida (o aumento) de peso y *síntomas cognitivos* como pérdida de concentración y reducción de la atención, pensamientos negativos recurrentes sobre uno mismo y enlentecimiento mental^{1,2}.

Los pacientes con trastornos del estado de ánimo frecuentemente tienen uno o más síntomas somáticos fundamentalmente cardiopulmonares o gastrointestinales que pueden ser en parte inducidos por el mismo trastorno del estado del ánimo^{3, 4, 5, 6}. Muchos de estos pacientes visitan, en primera instancia, a médicos no psiquiatras por sus molestias físicas^{7, 8}.

Determinar el rol de los factores estresores en la aparición o en la exacerbación del trastorno digestivo, ha sido objeto de muchas investigaciones aunque los hallazgos de éstos son controversiales^{9, 10, 11}.

En la práctica gastroenterológica diaria es frecuente recibir pacientes con síntomas que son mayormente relacionados con trastornos del estado del ánimo y que acuden al especialista con una larga historia de trastornos digestivos como dolor abdominal, estreñimiento, diarrea, distensión abdominal entre otros^{11, 12, 13}.

II. OBJETIVO

El objetivo de este estudio fue determinar la presencia de rasgos depresivos en pacientes que consultan en forma ambulatoria al servicio de gastroenterología por síntomas de origen gastrointestinal.

III. MATERIALES Y METODOS

1- Población estudiada y diseño del estudio:

La población estudiada se constituyó por pacientes de 18 a 40 años de edad que concurrieron al servicio de gastroenterología para realizar una consulta sobre síntomas de origen gastrointestinal, y pacientes derivados de otros servicios de la misma institución por el mismo motivo de consulta. La muestra para esta investigación se seleccionó, al azar, de los pacientes que asistieron en forma ambulatoria al servicio de gastroenterología en una clínica privada de la zona norte del conurbano bonaerense en un período de 12 meses (desde Julio de 2015 hasta Junio de 2016).

El presente estudio es de tipo descriptivo observacional, de corte transversal, realizado a través de un cuestionario denominado Escala de Depresión de Hamilton (Hamilton depression rating scale) ¹⁴, respondido de forma voluntaria por los pacientes. Dicha escala está diseñada para medir la gravedad de la depresión, siendo una de las más empleadas para monitorizar la evolución de los síntomas en la práctica clínica y en la investigación ^{14, 15}. Consiste en 17 ítems los cuales incluyen ánimo depresivo, sentimientos de culpa, suicidio, insomnio precoz, medio y tardío, trabajo y actividades, inhibición, agitación,

ansiedad psíquica y ansiedad somática, síntomas somáticos gastrointestinales, síntomas somáticos generales, síntomas sexuales (disfunción sexual y alteraciones de la menstruación), hipocondría, pérdida de peso y capacidad de entendimiento. La puntuación total obtenida sumando las puntuaciones de todos los ítems (con un rango de puntuación de 0 a 54 puntos) permite definir los niveles de gravedad de la depresión en: no depresión, depresión leve, depresión moderada y depresión severa ^{14, 15}.

2- Criterios de inclusión y exclusión:

Los pacientes incluidos fueron aquellos que consultaron al especialista por primera vez por el motivo que les llevó a realizar la consulta. Los criterios de exclusión fueron los siguientes: pacientes con diagnóstico previo de un trastorno psiquiátrico, pacientes con diagnóstico actual de un trastorno psiquiátrico, pacientes bajo tratamiento con fármacos que alteran el estado del ánimo, pacientes bajo tratamiento psicológico, pacientes que consultan al servicio de gastroenterología por síntomas de trastornos psiquiátricos, pacientes con sospecha de enfermedad aguda, pacientes con sospecha de enfermedad infecciosa, pacientes que visitan regularmente el servicio de gastroenterología para realizar controles periódicos de su enfermedad gastrointestinal, pacientes con diagnóstico confirmado de una enfermedad gastrointestinal grave o alguna otra enfermedad orgánica grave y pacientes con antecedentes personales o familiares de enfermedades oncológicas de origen gastrointestinal.

A todos los pacientes incluidos en este estudio, se les confeccionó una historia clínica, en la cual se indicaron detalles socio-demográficos como edad, género, empleo, educación y estado civil, motivo de consulta, inicio de síntomas, antecedentes personales y antecedentes familiares. Luego se les solicitó realizar el cuestionario de la escala de valoración de Hamilton para la evaluación de la depresión.

3- Métodos estadísticos:

El análisis de datos se fundamentó en la estadística descriptiva y, según las escalas de las variables se utilizaron medidas de tendencia central y dispersión (media, mediana, desviación estándar (DE) y rangos intercuartílicos) para las cuantitativas. También se calcularon frecuencias absolutas y frecuencias relativas, en función de aquellos aspectos en los cuales se registraron mayores consensos, como comportamiento en las variables objeto de estudio, en función de algunos ítems y en otros, de los indicadores. Los datos se incluyeron en tablas y gráficos diseñados para tal fin y Software Procesador de datos como el SPSS Statistics versión 23 para Windows y Software Epidat 3.1.

IV. RESULTADOS

Durante el período comprendido entre Julio de 2015 y junio de 2016, se atendieron 968 pacientes, de los cuales se incluyeron 370 pacientes.

La edad promedio de los pacientes que consultaron fue de 30.81 ± 5.32 años, mayoritariamente de sexo femenino al obtenerse una frecuencia de $f = 236$ equivalente a un 64%; mientras que los pacientes del sexo masculino,

estuvieron representados por $f = 134$ es decir el 36%. El principal motivo de consulta fue epigastralgia, con una frecuencia de $f = 98$ y esto representa un porcentaje de 26.46% de las personas que consultaron al gastroenterólogo. El segundo motivo de consulta en importancia por su frecuencia fue el dolor abdominal, con una $f = 96$ esto representa un porcentaje de 25.94%.

Según los resultados de la escala para medir depresión de Hamilton, el 26.25% (98) de los pacientes tenían resultados positivos, es decir un poco más de la cuarta parte de la población en estudio presentó depresión, con una edad media de 32.25 ± 4.20 años. Según los grados de depresión de la escala de Hamilton, se halló que el 17.50% ($f = 56$) tenían depresión leve, el 5.00% ($f=30$) depresión moderada y el 3.75% ($f =12$) depresión severa. En el 73.75% (272) de los pacientes estudiados no se hallaron resultados positivos con el mencionado test. Con respecto a la relación entre los síntomas gastrointestinales y los rasgos depresivos, se halló que el dolor abdominal fue presente en el 46% de los casos con una frecuencia de $f = 45$, seguido de epigastralgia en el 23% con una frecuencia de $f= 22$, diarrea crónica el 18% con una frecuencia de $f = 18$ y reflujo gastroesofágico (RGE) en el 13% de los pacientes con una frecuencia de $f = 13$. Se halla significación estadística con valor $OR = 3.16$ ($p=0.0001$)

Dentro de los factores estresores, los problemas cotidianos fueron el principal motivo identificado por los pacientes (32.50%) según la declaración del paciente (ver gráfico – 7). Por otra parte el 13.75% lo adjudicó a problemas laborales, el 10.0% a problemas familiares y el 6.25% a problemáticas diversas.

Es de destacar también que, como mencionamos anteriormente, un poco más de la tercera parte de los pacientes incluidos tenía un rasgo depresivo (leve, moderado o grave), de los cuales el 50 % aproximadamente son mujeres jóvenes con edad promedio de 30 años sin patología gastrointestinal comprobable.

V. DISCUSION Y CONSIDERACIONES FINALES

La mayoría de los pacientes con enfermedades crónicas sufre, en algún período de la enfermedad, algún grado de depresión caracterizado por presentar la menor tasa de diagnóstico y tratamiento dentro de las comorbilidades de tipo psiquiátricas¹⁶. Por otro lado, como hemos mencionado anteriormente, es posible que la depresión provoque síntomas somáticos digestivos *per se*.

Varios estudios han investigado los estados de depresión y ansiedad de los pacientes con enfermedades digestivas crónicas como la enfermedad inflamatoria intestinal y los trastornos funcionales del tubo digestivo entre otros, pero los resultados son contradictorios^{6, 8, 16, 17}. Por ejemplo, algunos estudios han informado que el síndrome de intestino irritable (SII) se asocia con altos niveles de depresión^{18, 19}, ansiedad o ambos^{17, 20}, mientras que otros no han informado de tal asociación^{21, 22}.

Un estudio del National Institute of Mental Health centrado en la prevalencia de comorbilidad psiquiátrica de aquellos con o sin síntomas gastrointestinales, sugirió que en comparación con los que no informaron síntomas

gastrointestinales, los sujetos que informan al menos uno de estos síntomas fue significativamente más propensos a experimentar episodios de depresión mayor en una tasa del 7,5% en comparación con el grupo control (2,9%) ²³. Además, una reciente revisión sistémica y metanálisis que incluyó 10 estudios de casos y controles concluyó que los pacientes con SII tenían niveles de ansiedad y depresión significativamente mayores que los de los controles ²⁴.

Un reciente estudio cohorte indicó que el SII puede ser un factor de riesgo para el desarrollo de trastornos depresivos y logró establecer una relación temporal entre el SII y este estado psiquiátrico donde el riesgo es más alto para el trastorno depresivo dentro de un año de diagnóstico de SII, pero el riesgo sigue siendo estadísticamente significativo durante más de 5 años posteriores al diagnóstico ²⁵. No obstante y a los fines prácticos, resulta difícil poder determinar si el estado depresivo es la causa o la consecuencia de los síntomas digestivos, teniendo en cuenta que ambas condiciones están demostradas.

Si bien estos estudios mencionados arriba, analizan los pacientes que ya tienen un diagnóstico de una enfermedad gastrointestinal, nuestro trabajo tenía como propósito determinar la presencia de rasgos depresivos en los pacientes que consultaron por primera vez al especialista en gastroenterología por síntomas gastrointestinales donde, según los resultados de la escala de Hamilton, un poco más de la cuarta parte de estos pacientes tenía un rasgo depresivo de tipo leve, moderado o grave. Es de destacar que, de estos pacientes, el 50 % eran mujeres jóvenes con edad promedio de 30 años sin patología gastrointestinal comprobable. Con respecto a los factores estresores,

es interesante observar que la mayoría (37.50 %) de los pacientes con rasgos depresivos no pudo definir claramente cuál es su percepción de estos factores con respecto a su dolencia.

Finalmente, y a pesar de estos datos, se ha informado que los médicos gastroenterólogos a menudo no logran identificar la mayoría de los casos de depresión y/o ansiedad, lo que conduce a la falta de diagnóstico y tratamiento en un porcentaje considerable de estos pacientes ²⁶. Por lo tanto, los médicos gastroenterólogos deben prestar especial atención a las comorbilidades psiquiátricas en los pacientes con enfermedades gastrointestinales crónicas y a las alteraciones del estado de humor de los pacientes que consultan por síntomas gastrointestinales con el propósito de facilitar una mejor atención y contención del paciente asignando así, y de una manera razonable, los recursos médicos y sanitarios.

BIBLIOGRAFIA:

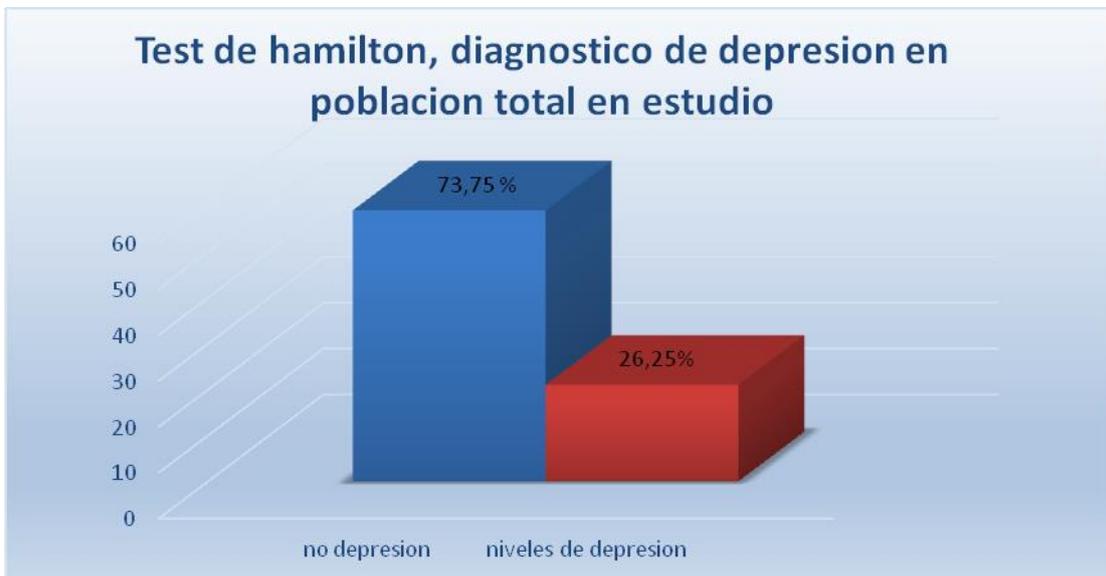
1. Ragugett RM, Cha DS, Kakar R, Rosenblat JD3, Lee Y, McIntyre RS. Assessing and measuring cognitive function in major depressive disorder. *Evid Based Ment Health*. 2016 Nov;19(4):106-109. doi: 10.1136/eb-2016-102456. Epub 2016 Oct 8.
2. Brady P, Kangas M, McGill K."Family Matters": A Systematic Review of the Evidence For Family Psychoeducation For Major Depressive Disorder. *J Marital Fam Ther*. 2016 Nov 16. doi: 10.1111/jmft.12204.
3. Bercik P, Collins SM, Verdu EF. Microbes and the gut-brain axis. *Neurogastroenterology and motility: the official journal of the European Gastrointestinal Motility Society* 2012;24:405–413.
4. Kennedy PJ, Clarke G, Quigley EM, Groeger JA, Dinan TG, Cryan JF. Gut memories: towards a cognitive neurobiology of irritable bowel syndrome. *Neuroscience and biobehavioral reviews* 2012;36:310–340. doi: 10.1016/j.neubiorev.2011.07.001
5. Hausteiner-Wiehle C, Henningsen P. Irritable bowel syndrome: relations with functional, mental, and somatoform disorders. *World journal of gastroenterology: WJG* 2014;20:6024–6030. doi: 10.3748/wjg.v20.i20.6024
6. Levy RL, Olden KW, Naliboff BD, Bradley LA, Francisconi C, Drossman DA, et al. Psychosocial aspects of the functional gastrointestinal disorders. *Gastroenterology* 2006;130:1447–1458.
7. Bonfils S., Miuzan M: Irritable Bowel Syndrome vs Ulcerative Colitis: Psychofuntional Disturbance vs Psychosomatic Disease. *J. Psychosom. Res*, 1974; 18:291-196
8. Folks D., Kinney J. The role of psychological factors in gastrointestinal conditions. *Am y Psychiatry* 1995. 149: 257-289
9. Latimr P., Braude J., Meid H. Irritable bowel syndrome. *Psychosomatics*. 1981 24:205218
10. Lipsitt D., *Gsatrointestinal Disorders in Comprehensive textbook of Psychiatry (Fifth Edition)*. Edited by Kaplan H. I. y Sadock B. J. Baltimore, Williams and Wilkins, 1989, pp 1169- 1178.
11. Rubio, D. E., Walter R. H. y Ciprian O. J. Enfermedad psiquiátrica y tratamiento antidepresivo en pacientes con síntomas digestivos. *Alcmeon. Revista Argentina de Clínica Neuropsiquiátrica*. Año VIII Vol 6 N° 4 – 1998.
12. Mayer EA. Clinical practice. Irritable bowel syndrome. *The New England journal of medicine* 2008;358:1692–1699. doi: 10.1056/NEJMcp0801447
13. Cho HS, Park JM, Lim CH, Cho YK, Lee IS, Kim SW, et al. Anxiety, depression and quality of life in patients with irritable bowel syndrome. *Gut and liver* 2011;5:29–36. doi: 10.5009/gnl.2011.5.1.29
14. Bech P. The Bech, Hamilton and Zung scales for mood disorders: screening and listening: a twenty years update with reference to DSM-IV and CIE-10.2nd ed. New York: Springer-Verlag 1996; p 53
15. O'Sullivan RL, Fava M, Agustin C et al. Sensitivity of the six-item Hamilton Depression Rating Scale. *Acta Psychiatr Scand* 1997; 95: 379-384.
16. Morrison M, Petitto J, Ten Have T, Gettes D, Chiappinni M, Weber A, et al. Depressive and anxiety disorders in women with HIV infection. *Am J Psychiatry* 2002; 159: 789-96.
17. Alander T, Heimer G, Svardsudd K, Agreus L. Abuse in women and men with and without functional gastrointestinal disorders. *Digestive diseases and sciences* 2008;53:1856–1864.
18. Alander T, Heimer G, Svardsudd K, Agreus L. Abuse in women and men with and without functional gastrointestinal disorders. *Digestive diseases and sciences* 2008;53:1856–1864.
19. Sugaya N, Nomura S, Shimada H. Relationship between cognitive factors and anxiety in individuals with irritable bowel syndrome. *International journal of behavioral medicine* 2012;19:308–315. doi: 10.1007/s12529-011-9195-0
20. Huerta I, Bonder A, Lopez L, Ocampo MA, Schmulson M. [Differences in the stress symptoms rating scale in Spanish between patients with irritable bowel syndrome (IBS) and healthy controls]. *Revista de gastroenterología de Mexico* 2002;67:161–165.
21. Berman S, Suyenobu B, Naliboff BD, Bueller J, Stains J, Wong H, et al. Evidence for alterations in central noradrenergic signaling in irritable bowel syndrome. *NeuroImage* 2012;63:1854–1863. doi: 10.1016/j.neuroimage.2012.08.028
22. Lee YY, Waid A, Tan HJ, Chua SB, Whitehead WE. Validity and reliability of the Malay-language translation of the Rome III Diagnostic Questionnaire for irritable bowel syndrome. *Journal of gastroenterology and hepatology* 2012;27:746–750. doi: 10.1111/j.1440-1746.2011.06943.x
23. Walker EA, Katon WJ, Jemelka RP, Roy-Bryne PP. Comorbidity of gastrointestinal complaints, depression, and anxiety in the Epidemiologic Catchment Area (ECA) Study. *The American journal of medicine* 1992;92:26S–30S.
24. Fond G, Loundou A, Hamdani N, Boukouaci W, Dargel A, Oliveira J, et al. Anxiety and depression comorbidities in irritable bowel syndrome (IBS): a systematic review and meta-analysis. *European archives of psychiatry and clinical neuroscience* 2014;264:651–660. doi: 10.1007/s00406-014-0502-z

25. Lee YT, Hu LY, Shen CC, Huang MW, Tsai SJ, Yang AC, Hu CK, Perng CL, Huang YS, Hung JH. Risk of Psychiatric Disorders following Irritable Bowel Syndrome: A Nationwide Population-Based Cohort Study. PLoS One. 2015 Jul 29;10(7):e0133283. doi: 10.1371/journal.pone.0133283. eCollection 2015.
26. Keefer L, Sayuk G, Bratten J, Rahimi R, Jones MP. Multicenter study of gastroenterologists' ability to identify anxiety and depression in a new patient encounter and its impact on diagnosis. J Clin Gastroenterol. 2008 Jul;42(6):667-71. doi: 10.1097/MCG.0b013e31815e84ff.

ANEXOS

GRAFICO – 1:

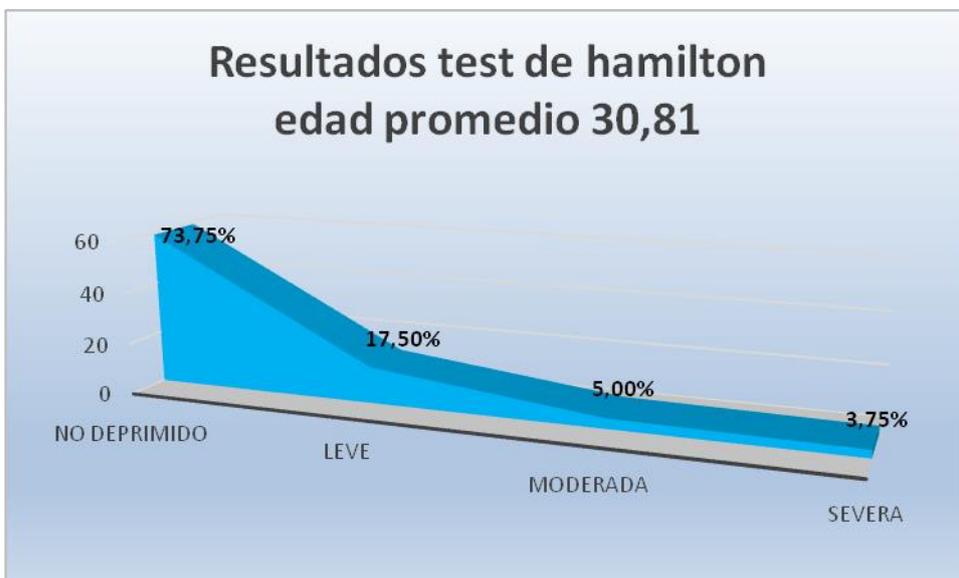
PORCENTAJE DE PACIENTES SEGÚN DIAGNOSTICO DE DEPRESION, QUE CONSULTARON EL SERVICIO DE GASTROENTEROLOGÍA



En el gráfico 1, se demuestra que el 26.25% (98) de los pacientes incluidos tenían un resultado positivo de la escala de Hamilton, es decir un poco mas de la cuarta parte de la población en estudio presento depresión (con una edad media de 32.25 ± 4.20 años) y diagnosticados negativos un 73.75%(272).

GRAFICO – 2:

PACIENTES SEGÚN SEVERIDAD EN LA ESCALA DE DEPRESION, QUE CONSULTARON EL SERVICIO DE GASTROENTEROLOGÍA.



En el grafico 2, se refleja que los pacientes que acudieron al consultorio de gastroenterología, se caracterizaron por tener los siguientes resultados de la escala de depresión de Hamilton: No hay depresión (<18 puntos) en el 73.75% con una f= 272 de los pacientes estudiados, depresión leve (19-25 puntos) el 17.50% con una f = 56, depresión moderada (26-30 puntos) el 5.00% con una f=30 y depresión severa (31-47) el 3.75% con una f =12.

GRAFICO – 3:

PACIENTES SEGÚN EDAD QUE CONSULTARON EL SERVICIO DE GASTROENTEROLOGÍA.



En el gráfico 3 se destaca, que la edad de los pacientes que consultaron el Servicio de Gastroenterología, mayoritariamente estuvieron en el intervalo de 33 a 37 años.

GRAFICO – 4:

PACIENTES SEGÚN SEXO QUE CONSULTARON EL SERVICIO DE GASTROENTEROLOGÍA.



En el gráfico 4 se destaca que los pacientes en busca de atención médica al Servicio de Gastroenterología, mayoritariamente era del sexo femenino, al obtenerse una frecuencia de $f = 236$ equivalente a un 64%; mientras que los pacientes del sexo masculino, estuvieron representados por $f = 134$, representando el 36%.

GRAFICO – 5:

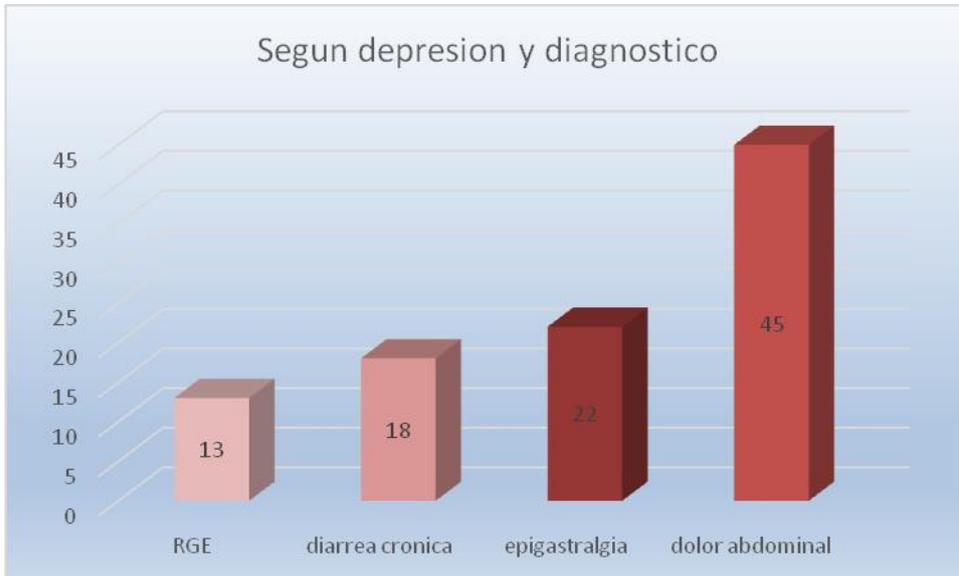
PACIENTES SEGÚN MOTIVO DE CONSULTA, QUE CONSULTARON EL SERVICIO DE GASTROENTEROLOGÍA



En el grafico 5 se observan los motivos de consulta de los pacientes incluidos. Es de destacar que los principales motivos de consulta fueron epigastralgia y dolor abdominal.

GRAFICO – 6:

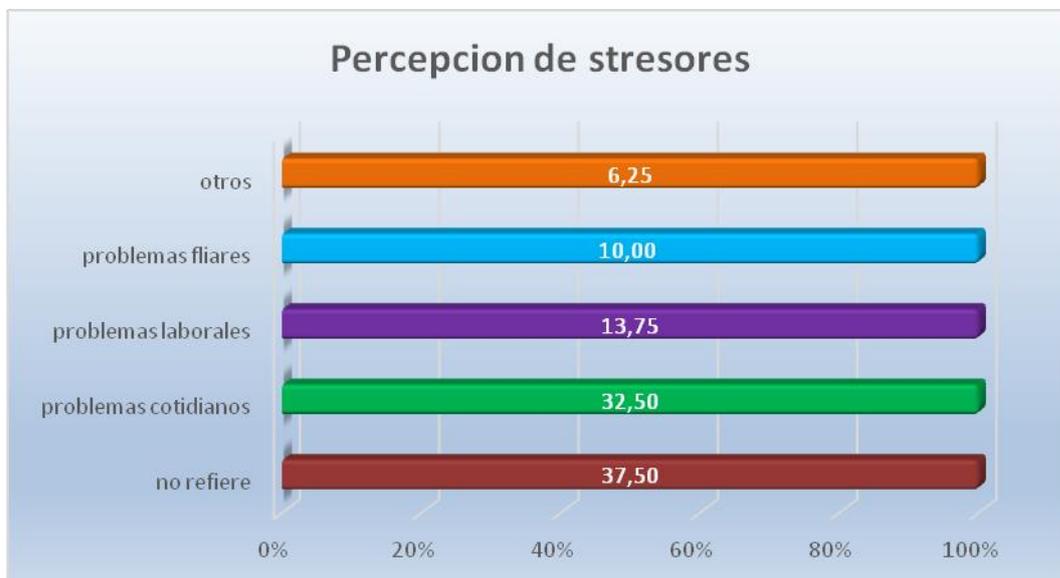
PACIENTES QUE PRESENTARON DEPRESION SEGÚN TEST DE HAMILTON, SINTOMATOLOGIA DE CONSULTA DE AQUELLOS PACIENTES QUE CONSULTARON EL SERVICIO DE GASTROENTEROLOGÍA



En el grafico 6 se presenta la relación entre los síntomas gastrointestinales y los rasgos depresivos donde se halló que el dolor abdominal fue presente en el 46% de los casos con una frecuencia de $f = 45$, seguido de epigastralgia en el 23% con una frecuencia de $f = 22$, diarrea crónica el 18% con una frecuencia de $f = 18$ y reflujo gastroesofágico (RGE) en el 13% de los pacientes con una frecuencia de $f = 13$. Se halla significación estadística con valor $OR = 3.16$ ($p=0.0001$)

GRAFICO – 7:

PERCEPCION DE ESTRESORES POR AQUELLOS PACIENTES QUE PRESENTARON DEPRESION SEGÚN EL TEST DE HAMILTON



En el grafico 7, se presentan, según la declaración del paciente, la percepción de estresores desencadenantes de su sintomatología gastrointestinal. Es interesante observar que 37.50 % de los pacientes no puede definir claramente cuál es su percepción con respecto a su dolencia. Por otra parte el 32.50% lo adjudica a problemas cotidianos, el 13.75 % a problemas laborales, el 10.0% a problemas familiares y el 6.25% a problemáticas diversas.

Tablas de contingencia: Tablas 2x2 simples

Tipo de estudio : Transversal
 Nivel de confianza: 95,0%

Prevalencia de la enfermedad	Estimación	IC (95,0%)	
En expuestos	0,176471	-	-
En no expuestos	0,063492	-	-
Razón de prevalencias 11,246553 (Katz)	2,779412	0,686889	

Prevalencia de exposición	Estimación	IC (95,0%)	
En enfermos	0,428571	-	-
En no enfermos	0,191781	-	-
Razón de prevalencias 5,933202 (Katz)	2,234694	0,841680	

Inferencia sobre el coeficiente de correlación de Pearson

Coeficiente de correlación: 0,959
 Tamaño de muestra: 370
 Nivel de confianza: 95,0%

Coeficiente de correlación	IC (95,0%)	
0,959	0,937	0,974

Inferencia sobre una proporción

Número de casos: 22
 Tamaño de muestra: 370
 Valor a contrastar: 0,001%
 Nivel de confianza: 95,0%

Proporción (%)	IC (95,0%)	
5,946	3,401	8,491

Prueba para una proporción	
Estadístico Z	Valor p
-----	-----
353,3988	0,0001

Media	0,7875
Varianza	0,5661

La desviación estándar (σ) es pequeña, por esto, la media es un índice representativo de toda la distribución de la muestra