

UNIVERSIDAD DE EL SALVADOR
FACULTAD MULTIDISCIPLINARIA DE OCCIDENTE
DEPARTAMENTO DE MEDICINA



TRABAJO DE GRADUACIÓN

TEMA:

LOS SÍNTOMAS PRINCIPALES QUE ENMASCARAN TRASTORNOS
DEPRESIVOS, EN LOS PACIENTES DE 30 A 70 AÑOS DE EDAD QUE
CONSULTAN EN LA SEDE DEL ECOSFB SAN SEBASTIÁN EL ESPINO,
MUNICIPIO DE CHALCHUAPA, DEPARTAMENTO DE SANTA ANA EN EL
PERIODO DE ABRIL A SEPTIEMBRE DEL 2012.

PARA OPTAR AL GRADO DE:

DOCTOR EN MEDICINA

PRESENTADO POR:

GARCÍA CARDONA, GUSTAVO ADOLFO ALEJANDRO.

MUÑOZ GÓMEZ, CINTHIA CRISTINA

DOCENTE DIRECTOR:

DRA. KATTYA ELIZABETH CIENFUEGOS IBARRA

NOVIEMBRE, 2012

SANTA ANA, EL SALVADOR, CENTROAMÉRICA.

UNIVERSIDAD DE EL SALVADOR

RECTOR

ING. MARIO ROBERTO NIETO LOVO

VICE-RECTORA ACADEMICA

LICDA. Y MSD. ANA MARIA CLOWER DE ALVARADO

VICE-RECTOR ADMINISTRATIVO (INTERINO)

LIC. SALVADOR CASTILLO AREVALO

SECRETARIO GENERAL

DRA. ANA LETICIA ZAVALA DE AMAYA

FISCAL GENERAL

LIC. FRANCISCO CRUZ CETONA

FACULTAD MULTIDISCIPLINARIA DE OCCIDENTE

DECANO

LICDO. RAUL ERNESTO AZCUNAGA LOPEZ

VICE-DECANO

ING. WILLIAM VIRGILIO ZAMORA GIRON

SECRETARIO DE FACULTAD

LICDO. VICTOR HUGO MERINO QUEZADA

JEFE DEL DEPARTAMENTO DE MEDICINA

DRA. MARIA ELENA DE ROJAS

ÍNDICE

Contenido	Nº de pág.
Dedicatoria	i
Introducción	ii-iii
Antecedentes	iv-v
Justificación	vi
Planteamiento del problema	vii
Objetivo	viii
Trastornos depresivos, definición	1
Historia	1
Epidemiología	2-5
Clasificación	5-6
Etiología	6-16
Cuadro clínico	16 -19
Episodio depresivo mayor	19 -21
Trastorno depresivo mayor	21
Episodio depresivo recurrente	21
Depresión melancólica	22
Depresión atípica	22
Depresión estacional	22
Depresión pos parto	23
Distimia	23
Otros trastornos depresivos	23-24
Diagnóstico	24-26
Diagnóstico diferencial	26-28

Curso y evolución	28-29
Diseño metodológico	30-31
Análisis de los resultados obtenidos	32-54
Conclusión	55
Recomendaciones	56
Bibliografía	57
Anexos	58-62

DEDICATORIA

El presente trabajo de graduación realizado por Cinthia Cristina Muñoz Gómez y Gustavo Adolfo Alejandro García Cardona, es dedicado en primer lugar a Dios, a cada uno de nuestros padres y miembros de nuestra familia que a lo largo de nuestra carrera nos han brindado apoyo incondicional, por su fe y su amor aun en los momentos más difíciles de esta profesión; no sin olvidar a muchos de nuestros mentores quienes incondicionalmente han aportado un sin número de conocimientos para nuestra formación como profesionales de la salud y que sin duda alguna cada uno de ellos ha sido pieza clave para llegar al final de nuestra carrera.

INTRODUCCIÓN

La depresión por ser una entidad patológica de índole psiquiátrica pasa muchas veces desapercibida tanto por el médico no especialista en el área de la psiquiatría como por el mismo paciente, debido a que este último siente la necesidad de encontrar el alivio a su mal a través de medicamentos, y el médico guiado por una línea organicista prescribe medicamentos que se vuelven infructuosos que sólo conllevan a consultas repetitivas.

La depresión como muchas entidades psiquiátricas tiende a enmascarse por una serie de síntomas que apuntan a un origen orgánico, pero que no constituyen un cuadro clínico y además no pueden ser demostrados mediante el examen físico.

El motivo de consulta del paciente no orienta en la mayoría de los casos a la enfermedad en cuestión, es por eso que se vuelve vital el indagar en diferentes aspectos de la vida del paciente que pueden ser los responsables de causar un cuadro agudo o crónico de depresión, para poder de esa forma realizar un diagnóstico adecuado y por ende un manejo certero y oportuno, ayudando también al paciente a comprender el origen de su enfermedad para que este se vuelva en parte clave para lograr el mejor curso de la enfermedad, debido a que esta puede muchas veces considerarse como un tabú por el hecho de tener que acudir con un psiquiatra, el paciente puede mostrarse inconforme al tener que enfrentar este hecho.

Se vuelve sumamente importante que los médicos no pertenecientes al área de la psiquiatría conozcan sobre la depresión debido a que un paciente reacciona de forma satisfactoria con los diferentes antidepresivos y psicoterapias con las que se cuenta en la actualidad, y de esa forma se pueden evitar las consecuencias más graves de esta enfermedad como lo son el suicidio y la psicosis.

Es de mencionar que este estudio abordará los síntomas que pueden en un determinado momento enmascarar los trastornos depresivos, lo cual es diferente a

la depresión enmascarada, la cual no tiene sintomatología alusiva al cuadro, por lo cual el diagnóstico de esta se hace al descartar otras patologías.

ANTECEDENTES

En El Salvador, en el año 2011 en el campus de la UTEC se hizo la presentación de la investigación sobre salud mental en la población, en la cual se expuso la importancia de conocer los indicadores que muestran el porqué de las alteraciones afectivas de la población y la creación de mejores estrategias en conjunto con las diversas entidades, para mejorar la salud tanto física como mental. El objetivo principal de esta investigación fue establecer la prevalencia de las alteraciones afectivas, como la depresión y ansiedad, para determinar la incidencia de casos de psicopatología en la población salvadoreña, y poder así obtener indicadores del nivel de salud mental de la población.

Durante la exposición se definió a los presentes que para la Organización Mundial de la Salud (OMS), la salud mental es el equilibrio psicológico o mental y fisiológico y social del ser humano. En un país subdesarrollado o en desarrollo, como suele llamársele, puede diagnosticarse mediante los indicadores de desarrollo humano tales como la salud, educación, trabajo, medio ambiente, esperanza y niveles de vida. Entre los trastornos más comunes encontrados a la cabeza la depresión y ansiedad.

Esta investigación indica que es muy importante crear conciencia en que el trabajo para mejorar la salud mental de la sociedad es un trabajo en conjunto, uniendo estrategias entre las entidades públicas, privadas y el Estado, creando así mayor confianza y mejor estabilidad para la prevención y tratamiento de las alteraciones afectivas de la población.

Los investigadores enfatizaron en que entre las causas de estos dos trastornos se tiene el consumo excesivo de alcohol y drogas, así como también problemas familiares, el nivel de educación que se posea, bajos ingresos económicos, desempleo, estado civil, entre otros.

Para la realización de la investigación se hicieron los estudios en las ciudades más representativas e importantes del país, con una estimación de error del 3 por ciento y un nivel de confianza del 95, con una muestra de mil 209 personas a escala

nacional. [José Ricardo Gutiérrez en colaboración con Ana Sandra Aguilar de Mendoza, investigadores sociales de la vicerrectoría de investigaciones de la Universidad Tecnológica de El Salvador (UTEC)].

JUSTIFICACIÓN

Este estudio se realizara para poder indagar cuales son los síntomas que enmascaran trastornos depresivos en los pacientes de treinta a setenta años, que consultan en la sede del ECOSFB San Sebastián El Espino en un periodo de tiempo establecido. Además se destacarán dentro de estos síntomas los cinco principales; con la intención de conocer el verdadero motivo que lleva al paciente a consultar en los centros de salud; ya que en la mayoría de los casos el paciente acude por motivos o causas somáticas.

De esta manera tener el índice de sospecha, que algunos de los síntomas expresados por los pacientes, sobre todo aquellos que no pueden ser corroborados al examen físico, pueden guiarnos a realizar el diagnóstico de un problema de depresión.

La información contenida en este estudio, se dirige al personal médico que no forma parte del campo psiquiátrico, a recordar el hecho de que el aspecto afectivo, es inherente al cuerpo humano y que como tal debe ser explorado para poder encontrar posibles causas que no hayan sido resueltas o que se estén viviendo actualmente en la vida de la persona (duelos no resueltos, perdida actual de un ser querido, violencia familiar, etc.); y que además puedan afectar la salud del paciente. De no incurrir en este aspecto, el médico sin formación en psiquiatría puede pasar por alto el diagnóstico de la depresión o en su defecto podría detectar pero, no dar el manejo adecuado o la referencia oportuna debido al tabú que implica acudir a una consulta psiquiátrica.

PLANTEAMIENTO DEL PROBLEMA

La dificultad de la consulta a un paciente que tiene depresión estriba en que, en la mayoría de los casos el motivo de consulta y la historia clínica que brinda el paciente no orienta a la patología en sí.

Generalmente el paciente proporciona una diversidad de síntomas inespecíficos, que se muestran sin conectivos o que son imposibles de comprobar mediante la exploración física; esta gama de síntomas tampoco conllevan al diagnóstico de una enfermedad física o mental. Se vuelve complicado y muchas veces infructuoso, el manejo de estos pacientes al no descubrir un trasfondo depresivo, lo cual lleva al paciente a repetitivas consultas, con el fin de encontrar solución a un problema depresivo que ha sido enmascarado por múltiples síntomas, y que en un determinado momento, pueden verse mal interpretados y por ende mal manejados, al no poseer el índice de sospecha de este problema.

OBJETIVOS:

Objetivo general:

- ✓ Describir los síntomas principales que enmascaran trastornos depresivos, en los pacientes de 30 a 70 años de edad que consultan en la sede del ECOSFB San Sebastián El Espino, municipio de Chalchuapa, departamento de Santa Ana en el periodo de abril a septiembre del 2012.

Objetivos específicos:

1. Enlistar los motivos de consulta por los cuales consultaron las personas con trastornos depresivos.
2. Enumerar en orden de frecuencia los cinco principales síntomas somáticos que encubren trastornos depresivos.
3. Identificar en el grupo de pacientes, en los que no se comprobó patología orgánica cuales son los eventos vitales (duelos no resueltos, perdida actual de un ser querido, violencia familiar, etc.), que están ocurriendo o que ocurrieron en la vida del paciente.

Trastornos Depresivos

Definición

Según Kraepelin las depresiones son un grupo heterogéneo de trastornos afectivos que se caracterizan por un estado de ánimo deprimido, disminución del disfrute, apatía y pérdida de interés en el trabajo, sentimientos de minusvalía, insomnio, anorexia e ideación suicida. A menudo manifiestan ansiedad y síntomas somáticos variados

Historia

Se realiza la diferencia entre la enfermedad maniaco depresiva con respecto a otras depresiones sin causa neuropatológica, creando una nueva clasificación, en depresiones de tipo bioquímico (enfermedad maniaco-depresiva, depresión endógena, psicótica, etc.) y las de tipo psicógeno (depresión neurótica, exógena, reactiva).¹

La depresión de tipo bioquímico es aquella donde no influye el medio o entorno del individuo contrario a las depresiones de tipo psicógeno en el que este juega un papel de importancia en el curso de la enfermedad.¹

Esta clasificación fue criticada debido a que otros estudiosos del tema consideraban que la depresión es producto del ambiente y de la dotación hereditaria individual.²

Según la psiquiatría norteamericana adopta una posición monista y descriptiva. Establece criterios diagnósticos específicos para las diferentes depresiones, sin implicaciones etiológicas, ya que considera que los conocimientos actuales no permiten hacer separaciones etiológicas precisas entre las diferentes categorías clásicas.³

¹ Kraepelin, *psiquiatría, fundamentos de medicina, cuarta edición*, Ricardo José Toro G, Luis Eduardo Yepes R. Editorial corporación para investigaciones biológicas.

² Mapother y Sir Aubrey Lewis, 1934, *fundamentos de medicina, cuarta edición*, Ricardo José Toro G, Luis Eduardo Yepes R. Editorial corporación para investigaciones biológicas

³ Winokur y Spitzer, *clasificación del manual diagnóstico y estadístico de los trastornos mentales, en inglés -DSM-IV*.

La Clasificación Internacional de Enfermedades (CIE-10) también se unió a esta concepción y simplemente las divide en episodio único o recurrente y las clasifica de acuerdo con la intensidad del trastorno.

Actualmente, las aproximaciones son monistas y dimensionales, en contraste con las anteriores que eran dualistas y categoriales.

Epidemiología

La prevalencia de la depresión en la población general es de 3% a 5% y en la consulta médica de 12.2% al 25% de todos los pacientes, por lo cual se vuelve imposible que los psiquiatras puedan tratar adecuadamente a todas las personas que la sufren.⁴

Solo un 0.2% de los pacientes deprimidos consulta al psiquiatra, un 9% al médico general y posiblemente un 89% nunca acude a la consulta médica.⁴

Por lo cual se hace claro que es responsabilidad del médico general aprender a sospechar, diagnosticar y tratar de manera adecuada este inmenso número de pacientes deprimidos. Además, el médico general y de familia bien entrenado en el síndrome depresivo estará en una posición ventajosa para diagnosticarlo en forma precoz, y para ser más fácilmente aceptado por el paciente temeroso de la estigmatización que la cultura aplica a la consulta psiquiátrica. De lo anterior resultaría una disminución de la cronicidad, de las consecuencias funestas tanto familiares como económicas y posiblemente de los suicidios.

Algunos autores consideran que los médicos que no pertenecen a la rama de la psiquiatría tienen escaso conocimiento acerca de la depresión y por ende les es difícil diagnosticarla, y cuando lo hacen no emprenden el manejo adecuado o lo

⁴ *Watts, fundamentos de medicina, cuarta edición, Ricardo José Toro G, Luis Eduardo Yepes R. Editorial corporación para investigaciones biológicas.*

hacen por muy corto tiempo lo que imposibilita obtener buenos resultados, ya que el buen manejo es efectivo en el 70% de los casos.⁴⁻⁵

En el estudio nacional de salud mental realizado en Colombia en el año 2003, la prevalencia puntual de casos de depresión mayor fue de 1.9%, y la de distimia 0.7%, mientras que en el estudio Epidemiological Catchment Area (ECA) realizado en Norteamérica, la prevalencia para depresión mayor de 2.2% y la de distimia el 3%.

El riesgo que un individuo tiene de sufrir un episodio depresivo mayor durante su vida según un estudio Colombiano es de 12.1% y en EUA de 4.4%.

Algunos de los indicadores de desarrollo humano tales como la salud, educación, trabajo, medio ambiente, esperanza y niveles de vida, pueden llegar a influir en el desarrollo de depresión y ansiedad.⁶

La modificación de estos indicadores de desarrollo humano influye de manera determinante en el curso y pronóstico de estas dos entidades.⁶

Entre las causas de estos dos trastornos se tiene el consumo excesivo de alcohol y drogas, así como también problemas familiares, el nivel de educación que se posea, bajos ingresos económicos, desempleo, estado civil, entre otros.⁶

La depresión mayor puede iniciarse a cualquier edad, con una edad promedio de iniciación entre los 25 y los 30 años. Parece que la edad de iniciación disminuye y la frecuencia aumento en los nacidos después de 1945, esto se atribuye a que la cultura actual es “depresiva”. Los cambios de la estructura familiar y la urbanización creciente, también aumentan la vulnerabilidad a la depresión.⁶

Otros factores que contribuyen a este aumento son: la longevidad, los cambios rápidos psicosociales, el aumento de enfermedades crónicas (cardiovasculares,

⁵ *Doctor Yepes y el Doctor Carlos Palacios, fundamentos de medicina, cuarta edición, Ricardo José Toro G, Luis Eduardo Yepes R. Editorial corporación para investigaciones biológicas.*

⁶ [José Ricardo Gutiérrez en colaboración con Ana Sandra Aguilar de Mendoza, investigadores sociales de la vicerrectoría de investigaciones de la Universidad Tecnológica de El Salvador (UTEC)].

cerebrovasculares, neurológicas y del colágeno), el exagerado consumo de ciertas drogas como los tranquilizantes, los antihipertensivos y los anticonceptivos que con frecuencia producen depresiones secundarias.⁷

Según encuestas realizadas entre médicos, la depresión es el fenómeno psiquiátrico más frecuente que ellos diagnostican; y diferentes estudios demuestran que de todo el público de los médicos, entre 12.2% y el 25% sufren predominantemente un cuadro depresivo.⁷

Otros estudios establecen que de los pacientes hospitalizados en salas médicas aproximadamente un 20% a 25% padecen básicamente un trastorno depresivo.⁷

En la consulta ambulatoria psiquiátrica la depresión ocupa el primer lugar, el 50% de todos los pacientes vistos por tres psiquiatras durante dos meses en su consulta privada, padecían de algún trastorno afectivo, la mayoría de tipo depresivo.⁸

Las depresiones son más frecuentes en el sexo femenino (2:1) y esto se debe a transmisión genética, fisiología endocrina y a las desventajas psicológicas del papel femenino en nuestra sociedad.⁸

En relación con la edad, aunque la depresión puede ocurrir en todas las etapas cronológicas, la frecuencia aumenta con el transcurso del tiempo. El máximo de frecuencia en las mujeres está entre 30 y 60 y en los hombres entre 40 y 70 años. La alta frecuencia en la edad madura y en la vejez se atribuye primordialmente a los factores psicosociales propios de esas etapas.⁸

No se ha podido establecer una relación clara entre clase social y depresión, ya que los hallazgos de diferentes estudios son contradictorios.⁸

La depresión es menos frecuente en los casados y solteros que en los divorciados, separados y viudos.⁸

⁷ Organización mundial de la salud (OMS)

⁸ Estudio Medellín por Alzate y colaboradores, psiquiatría, fundamentos de medicina, cuarta edición, Ricardo José Toro G, Luis Eduardo Yepes R. Editorial corporación para investigaciones biológicas.

Desde el punto de vista psicosocial parece que los cambios vitales tanto positivos (ejemplo matrimonio, nacimiento de un hijo, etc.) como los negativos (divorcio, muerte de un pariente cercano, etc.) son importantes como precipitantes. Se ha demostrado un aumento global de estos cambios, en particular de los eventos negativos e indeseables, en el periodo que antecede la aparición de la depresión.⁸

CLASIFICACION

Las clasificaciones actuales dividen las depresiones de acuerdo con su patrón de presentación (episodio único y recurrente, y trastorno persistente). Posteriormente las subdividen o clasifican de acuerdo con la intensidad en leves, moderadas y severas (con o sin síntomas psicóticos).

Otra clasificación divide la depresión en dos grandes grupos “primarias”, en las cuales la única enfermedad presente o pasada es un trastorno afectivo, y “secundarias”, en las cuales el paciente sufre otra enfermedad mental (por ejemplo esquizofrenia, alcoholismo) o un trastorno orgánico que explica la depresión (por ejemplo hipotiroidismo, cáncer del páncreas).⁹

⁹ Robins, psiquiatría, fundamentos de medicina, cuarta edición, Ricardo José Toro G, Luis Eduardo Yepes R. Editorial corporación para investigaciones biológicas.

Tabla 1 Clasificación de los trastornos depresivos.

CIE-10	DSM-IV
Trastorno depresivo mayor	
Episodio único	Episodio depresivo
Recurrente	Trastorno depresivo recurrente
Trastorno distímico	Trastorno persistente del ánimo (distimia)
Otros trastornos depresivos	Otros trastornos depresivos

Tabla 1. Tomado de psiquiatría, fundamentos de medicina, cuarta edición, Ricardo José Toro G, Luis Eduardo Yepes R. Editorial corporación para investigaciones biológicas.

ETIOLOGÍA

Causas primarias

Bioquímicos cerebrales. La teoría de las catecolaminas en su forma más simple postula que en la depresión hay un déficit absoluto o relativo de norepinefrina en sinapsis específicas cerebrales y que en la manía habría un exceso de ella.

Posteriormente se sugirió que un déficit de serotonina sería un prerrequisito básico en la etiología de la depresión. Inclusive se piensa que esta deficiencia de serotonina se debe a una disminución congénita de células que usan dicho neurotransmisor, y que esto de manera secundaria produciría una disminución de la monoaminoxidasa (MAO), enzima que degrada tanto las catecolaminas como la serotonina.¹⁰

Estas teorías se originaron al tratar de entender algunos efectos de los psicofármacos. Los antidepresivos tricíclicos disminuyen la receptación de las monoaminas y aumentan su disponibilidad en la hendidura sináptica. Los inhibidores selectivos de la recaptación de la serotonina (ISRS) disminuyen la

¹⁰ Psiquiatría, fundamentos de medicina, cuarta edición, Ricardo José Toro G, Luis Eduardo Yepes R. Editorial corporación para investigaciones biológicas.

recaptación de esta. Los inhibidores de la MAO aumentan los neurotransmisores al disminuir su degradación por dichas enzimas.¹⁰

También hay estudios, pero no todos, que muestran disminución de los metabolitos de los neurotransmisores en el líquido cefalorraquídeo (LCR) y en la orina de algunos subgrupos de pacientes depresivos (5-HIAA, metabolito de la serotonina, o MHPG, metabolito de la noradrenalina).¹⁰

Según algunas investigaciones se encontró asociación entre 5-HIAA bajo en LCR y el aumento del riesgo de suicidio, sobretodo en el que se utilizan medios violentos.¹⁰

Los receptores adrenérgicos alfa dos y beta también se postulan como candidatos en la etiología de la depresión. La mayoría de los estudios reportan aumento del número y la actividad de los receptores alfa dos en las plaquetas, también en cerebros de pacientes que se han suicidado. Esta hiperactividad de los receptores alfa dos presinápticos, al inhibir la producción de la noradrenalina, sería la responsable de la depresión. Los hallazgos en relación con los receptores beta son menos consistentes.¹⁰

A los opiodes y los neuropeptidos (sustancia P, Y, factor liberador de la corticotrofina, CRF), también se les atribuye papel en este trastorno.¹⁰

A pesar de todas estas hipótesis y hallazgos, el papel que las monoaminas juegan en los trastornos afectivos no está esclarecido. Postular que la depresión se debe a la deficiencia de un solo neurotransmisor es simplista, posiblemente existen desequilibrios entre varios de ellos. Además de la noradrenalina y la serotonina, se involucra el ácido gamma aminobutirico (GABA), el glutamato, la dopamina y la acetilcolina.¹⁰

Las hipótesis más recientes postulan cambios en la neurona postsináptica, tales como alteración en la membrana (proteína G), mensajeros secundarios y terciarios, alteración del glutamato y del calcio intracelular. Las alteraciones del factor de crecimiento neural y de la apoptosis producen aumento de la muerte y de la atrofia

neuronal especialmente en el hipocampo. Estos cambios inicialmente pueden ser reversibles pero con el tiempo pueden volverse permanente.¹⁰

Neuroendocrinos: consiste en anomalías en el eje hipotálamo pituitario adrenal (HPA) en los trastornos depresivos. Según esta teoría hay un aumento del factor liberador de la corticotrofina (CRF) en plasma y en LCR, curva plana de producción de hormona adrenocorticotropica (ACTH) al estimular con CRF, aumento del cortisol, y no respuesta a la prueba de la supresión del cortisol con la dexametasona, en muchos pacientes deprimidos y sobre todo en aquellos con depresión psicótica.
10

Con el tratamiento estos hallazgos generalmente se normalizan. La persistencia de la no supresión con la dexametasona después del tratamiento predice mayor posibilidad de recaídas.¹⁰

El aumento de los glucocorticoides disminuye la actividad del factor de crecimiento neuronal con disminución del tamaño de neuronas y del tejido glial, especialmente en áreas prefrontales.¹⁰

Un hallazgo muy importante y que persiste después de mejorar la depresión, es el de la disminución de la secreción de la hormona de crecimiento durante el sueño.
10

Neurofisiológicos. En los pacientes con depresión podemos encontrar en el electroencefalograma (EEG) acortamiento de la latencia de los movimientos oculares rápidos (MOR) durante el sueño. También se han reportado, disminución de los estadios 3 y 4 del sueño no MOR, aumento de la actividad fásica MOR, etc. Estos y otros hallazgos tales como la mayor incidencia de las crisis depresivas en la primavera y en el otoño, sugieren alteraciones patológicas de los ritmos cronofisiológicos cerebrales.¹⁰

Neuroimágenes. Disminución del volumen del hipocampo, aumento del volumen de la amígdala derecha, o pérdida de la asimetría normal de la amígdala,

disminución del volumen de los ganglios basales, y disminución del volumen de la corteza prefrontal. ¹⁰

Depresión de iniciación tardía se ha descrito hiperintensidades en la sustancia blanca, atrofia difusa cortical y subcortical, y aumento de los infartos cerebrales silenciosos.¹⁰

Genéticos y familiares. Los estudios familiares y de pedigrí están a favor de la existencia de factores genéticos en la depresión. ¹⁰

La heredabilidad en diferentes estudios se calcula que está entre 36% a 75%, lo que demuestra claramente un componente genético. ¹⁰

Factores psicológicos: Los factores psicógenos, ya sean dinámicos o conductuales influyen en la aparición de la depresión. ¹⁰

Un ejemplo de los factores psicológicos son las diferencias entre el duelo normal y el anormal. En el duelo normal la persona lamenta la pérdida de un ser amado, propiedad o creencia ideológica, se siente triste, perdido e incapaz de disfrutar nada. La persona se retrae, siente culpa ambivalente por pecados de omisión y comisión hacia la persona perdida y agresión por sentirse abandonado. A través del duelo el sujeto se libera poco a poco de la persona perdida y así puede de nuevo interesarse en otras cosas o personas. Durante este periodo la sociedad y la cultura proveen apoyo al doliente, quien así puede reorientarse y asumir nuevas tareas y vínculos.

11

En el duelo anormal el paciente se comporta como si la pérdida fuera más severa y los factores inconscientes son oscuros para la persona. Basado en estos estudios postulo que la depresión patológica se debía a la identificación con el muerto y la ambivalencia que el niño siente contra sus padres en los periodos tempranos de la vida.¹¹

¹¹ Sigmund Freud fundamentos de medicina, cuarta edición, Ricardo José Toro G, Luis Eduardo Yepes R. Editorial corporación para investigaciones biológicas.

La separación y la pérdida de personas amadas en la niñez producen depresiones infantiles y predisponen al sufrimiento de ellas en la vida adulta. Estas pueden ser desencadenadas por pérdidas triviales con valor simbólico para el paciente.¹²

El trauma en la infancia, especialmente el abuso sexual, se asocia con depresión de iniciación temprana en las mujeres.¹²

Desde el punto de vista psicosocial, se demuestra un aumento de depresiones después de situaciones estresantes tales como desastres naturales, guerras, permanencia en campos de concentración y periodos de desintegración social, la viudez, la pérdida de seres queridos, etc. También parecen aumentar la incidencia de depresión.¹²

La desesperanza aprendida se presenta cuando un individuo es sometido en forma repetida a estímulos desagradables que no puede ni predecir ni controlar, la persona se resigna y se deprime. Además presenta una tendencia a percibir que las cosas están fuera de su control.¹³

La pérdida de refuerzo (consecuencia agradable) en el ambiente, puede crear y mantener un comportamiento depresivo. Si por ejemplo, un niño pierde a su madre, los refuerzos que esta proporcionaba desaparecen, se vuelve más inactivo y esto atrae la simpatía de los que lo rodean (lo que refuerza el estado depresivo), posteriormente su inactividad y aislamiento disminuyen la posibilidad de ponerse en contacto con otras fuentes potenciales de reforzamiento y así se crea una espiral descendente que perpetua la condición depresiva.¹⁴

El problema psicológico básico de la depresión es un pensamiento distorsionado que produce una visión negativa de sí mismo, del mundo y del futuro, el estado depresivo es secundario a estos fenómenos cognoscitivos. Lo más aceptado actualmente es un modelo integrado en el cual se considera la depresión como un

¹² Abraham y Melanie Klein fundamentos de medicina, cuarta edición, Ricardo José Toro G, Luis Eduardo Yepes R. Editorial corporación para investigaciones biológicas.

¹³ Seligman fundamentos de medicina, cuarta edición, Ricardo José Toro G, Luis Eduardo Yepes R. Editorial corporación para investigaciones biológicas

¹⁴ Paolo Panchini, Amparo Belloch, Manual de Psiquiatría Clínica, Editorial TRILLA 1979, México, D.F, primera Edición.

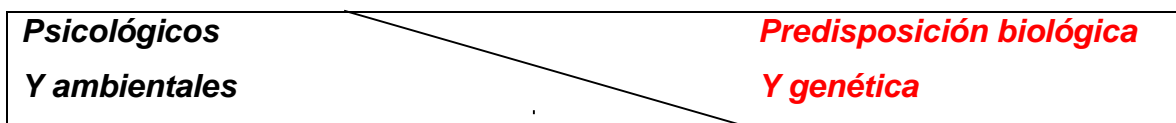
síndrome en el cual las depresiones están situadas en un espectro que va desde la tristeza normal, hasta las más severas de origen bioquímico, con implicaciones etiológicas y de tratamiento de acuerdo a la ubicación relativa de un determinado paciente.¹⁵

La mayoría de las depresiones primarias estarían en la parte media de este espectro depresivo, en la cual habría una interacción variable entre la predisposición genética (y sus consecuencias biológicas), los factores psicológicos y los estresantes ambientales.¹⁵

Figura 1: Espectro de la depresión según Beck

Tristeza	“Reactiva”	“Endógena”
Duelo normal	“Neurotica”	“Psicótica”
	Depresión menor	Maniaco depresiva

Factores etiológicos



Tratamiento

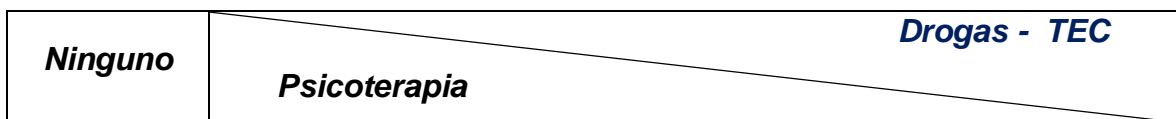


Figura 1 Tomado de psiquiatría, fundamentos de medicina, cuarta edición, Ricardo José Toro G, Luis Eduardo Yepes R. Editorial corporación para investigaciones biológicas.

¹⁵ Beck fundamentos de medicina, cuarta edición, Ricardo José Toro G, Luis Eduardo Yepes R. Editorial corporación para investigaciones biológicas

Causas secundarias.

Muchas drogas de uso común (hipotensores), enfermedades médicas (cáncer del páncreas) y psiquiátricas (alcoholismo), pueden ser la causa de una depresión. Esto es de primordial importancia para el médico no psiquiatra, quien debe conocer los medicamentos que como efecto secundario producen la depresión y sospechar las enfermedades cuya primera manifestación puede ser un cuadro depresivo. ¹⁵

Drogas. Se han descrito más de 200 medicamentos que pueden causar depresión, pero la mayoría de ellos solo la producen ocasionalmente. Sin embargo, algunos lo hacen tan a menudo que se debe sospechar relación etiológica cuando aparece un cuadro depresivo en un paciente que los recibe.

La supresión de ciertos medicamentos como las anfetaminas, pueden producir cuadros depresivos. Lo mismo sucede con la cocaína. ¹⁵

Enfermedades orgánicas. Cualquier enfermedad, en especial las graves, puede causar una depresión como reacción psicológica, pero existen ciertos cuadros que con mayor frecuencia se acompañan de un trastorno depresivo, y que posiblemente afectan los mecanismos íntimos responsables de esta enfermedad. ¹⁵

Esto es especialmente cierto en el SIDA, el cáncer, las enfermedades respiratorias y cardiovasculares. ¹⁵

Tabla 2: Medicamentos frecuentemente asociados con depresión.

- Analgésicos y antiinflamatorios
 - *Indometacina
 - *Fenilbutazona
- Antibióticos
 - *Griseofulvina
 - *Isoniacida
 - *Acidonalidixico
 - *Sulfas
- Hipotensores
 - *Clonidina
 - *Metildopa
 - *Propranolol
 - *Reserpina
 - *Bloqueadores de canales del calcio
- Antipsicóticos
- Drogas cardiacas
 - *Digitalicos
 - *Procainamida
- Corticoesteroides y ACTH
 - *Disulfiran
 - *L-dopa
 - *Anticonceptivos

Tabla 2: Tomado de psiquiatría, fundamentos de medicina, cuarta edición, Ricardo José Toro G, Luis Eduardo Yepes R. Editorial corporación para investigaciones biológicas.

Trastornos neurológicos. Lo más importantes son los que producen degeneración neuronal tanto de la corteza como de las estructuras subcorticales (Alzheimer, Huntington, Parkinson), y lesiones focales que comprometen el sistema límbico y sus proyecciones corticales. ¹⁵

En las focales parece que los accidentes cerebrovasculares del lado izquierdo (especialmente las afasias tipo Broca) originan más depresión que lesiones similares del lado derecho que producen un afecto aplanado e indiferencia. Se postula un efecto inhibitor del afecto al lado izquierdo y generador del mismo en el lado derecho. Respecto a los tumores se ha encontrado que causan más morbilidad psiquiátrica (depresión y otras) los del sistema límbico, se incluyen aquí las regiones temporales medianas. ¹⁵

Trastornos endocrinos. De estos los más importantes son los trastornos tiroideos, especialmente el hipotiroidismo. ¹⁵

Trastornos metabólicos. Se describen depresiones en la anemia perniciosa, la enfermedad de Wilson, la porfiria intermitente aguda (en esta son más frecuentes los trastornos psicóticos, fóbicos o confusionales). ¹⁵

Tabla 3: Trastornos orgánicos y depresión.

1. Neurológicos Enfermedad de Alzheimer Enfermedad de Parkinson Enfermedad de Huntington Accidentes cardiovasculares Tumores cerebrales Cefaleas Epilepsias Esclerosis múltiples	3. Metabólicos Porfiria Deficiencias vitamínicas Enfermedad de Wilson
	4. Tumores Cáncer de páncreas Retroperitoneales
2. Endocrinos Hipotiroidismo enfermedad de Addison y Cushing Trastornos del calcio Posparto y premenstrual Feocromocitoma Hipoglucemia	5. Cardiovasculares Cirugía cardiaca
	6. Infecciones Hepatitis Influenza Brucelosis

Tabla 3: Tomado de psiquiatría, fundamentos de medicina, cuarta edición, Ricardo José Toro G, Luis Eduardo Yepes R. Editorial corporación para investigaciones biológicas.

Cáncer. Los carcinomas del cuerpo y de la cola del páncreas con frecuencia producen cuadros depresivos que a veces pueden preceder otros síntomas de la enfermedad. El mecanismo se desconoce pero se sospechan alteraciones humorales o endocrinas.¹⁵

Enfermedades cardiovasculares. El infarto de miocardio con frecuencia produce un cuadro depresivo, que por lo general mejora con rapidez. En algunos casos es más persistente y puede requerir tratamiento específico.¹⁵

Existe una asociación alta entre depresión y morbi-mortalidad subsecuentes a un infarto de miocardio, posiblemente relacionada con disregulación del eje HPA,

hiperactividad simpática, anomalías de la agrupación plaquetaria y la disminución de la variabilidad normal del ritmo. Es importante recordar que los anti-depresivos tricíclicos son cardiotoxicos y que en estos casos es preferible usar otros antidepressivos como los inhibidores selectivos de la recaptación de serotonina (ISRS), venlafaxina, mirtazapina y reboxetina. ¹⁵

Enfermedades infecciosas. La influenza, la hepatitis, la brucelosis, el SIDA y la mononucleosis infecciosa, causan con frecuencia depresión. ¹⁵

Enfermedades psiquiátricas. La esquizofrenia y el trastorno esquizoafectivo pueden producir cuadros depresivos. ¹⁵

Existe alta comorbilidad de depresión con el trastorno de pánico, de ansiedad social y otros trastornos de ansiedad. Es frecuente que el alcoholismo y la farmacodependencia produzcan una depresión secundaria. ¹⁵

El paciente con depresión no tiene historia previa de manía o de hipomanía, dicho antecedente la convierte en trastorno bipolar. ¹⁵

CUADRO CLINICO

Los pacientes deprimidos pueden dividirse en tres grupos de acuerdo con la sintomatología que los lleva a consultar. ¹⁰

El primero está constituido por los pacientes que manifiesta predominantemente síntomas depresivos (tristeza, sentimientos de culpa, ideación suicida, etc.). Estos son diagnosticados con más facilidad tanto por el psiquiatra como por el médico general. ¹⁰

El segundo grupo consulta por síntomas generales y orgánicos (insomnio, anorexia, cansancio, cefalea, vértigo). Con frecuencia estos pacientes son sometidos a múltiples e infructuosos exámenes clínicos y a tratamientos inefectivos. ¹⁰

El tercero se manifiesta por otros síntomas psiquiátricos dentro de los cuales predomina la ansiedad, que también es a menudo mal diagnosticada y tratada. ¹⁰

Figura 2: Principales síntomas por los cuales consulta el grupo 2

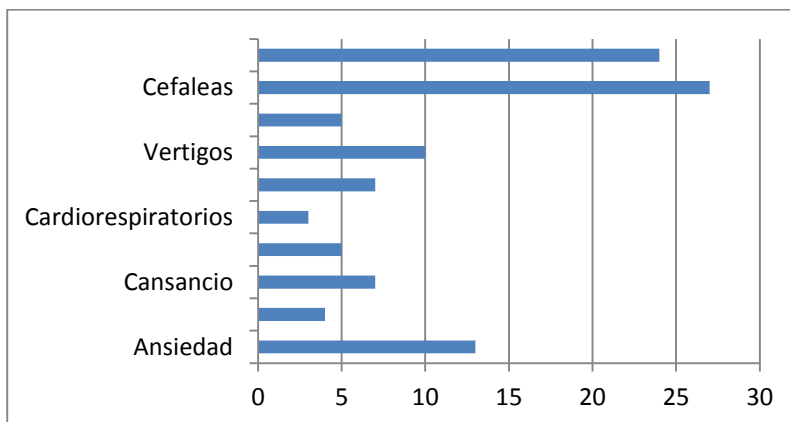


Figura 2: Tomado de psiquiatría, fundamentos de medicina, cuarta edición, Ricardo José Toro G, Luis Eduardo Yepes R. Editorial corporación para investigaciones biológicas.

Predominio depresivo

Los síntomas más importantes son el ánimo deprimido y la pérdida del interés en todas o casi todas las actividades. Se manifiestan por tristeza, vacío, llanto, sentimientos de minusvalía, culpa exagerada o inapropiada, pensamientos de muerte, ideación o intentos de suicidio, abandono o disminución de las actividades placenteras, disminución del placer sexual, etc.¹⁰

Aunque en este subgrupo predominan los síntomas depresivos, esto no quiere decir que los síntomas generales y los somáticos estén ausentes. Son frecuentes el insomnio o la hipersomnía; la anorexia (a menudo con pérdida marcada de peso) o la hiperfagia; la fatiga, el cansancio; la constipación, la pérdida o la disminución de la libido, los trastornos menstruales. El ciclo diurno puede estar invertido (peor por la mañana y mejor en el atardecer y la noche).¹⁰

También pueden existir dolores en cualquier parte del cuerpo, la más frecuente es la cefalea, y muchos otros síntomas orgánicos; manifestaciones hipocondriacas, ansiedad, etc.¹⁰

Predominio somático

Aunque cualquier síntoma somático puede estar presente en el paciente deprimido, los más comunes son: trastornos de la homeostasis general, problemas dolorosos, neurológicos y autonómicos.

Este tipo de depresión se considera ``enmascarada ´´ en la cual predominan los síntomas orgánicos, pero es importante recalcar que ellas generalmente se acompañan de los síntomas cuya presencia confirmara el paciente al ser interrogado. Es fácil, pues, en la mayoría de los casos, desenmascarar la depresión.¹⁰

Homeostasis general. Entre los de la homeostasis general es frecuente la pérdida de peso y esta, cuando no tiene una causa orgánica definida debe hacer sospechar la depresión. Lo mismo sucede con el insomnio. La fatiga fácil y la somnolencia diurna también son frecuentes.¹⁰

Dolor. Es el que más se asocia a la depresión. Este es el síntoma inicial hasta en el 35% de los pacientes deprimidos, los más comunes son las cefaleas, las algias articulares; dolores torácicos, de los miembros; abdominales y la neuralgias y las características de estos dolores es que son vagos, difusos, atípicos.¹⁰

Se ha comprobado que estos dolores que no provienen de una causa orgánica conocida, con frecuencia mejoran al ser tratados con antidepresivos tricíclicos (especialmente la amitriptilina) y en los últimos años la duloxetina (antidepresivo de acción dual). Los resultados son más favorables en dolores que han durado menos de un año y en aquellos que se inician al mismo tiempo que los síntomas depresivos.

10

Neurológicos. El vértigo es una de los síntomas más frecuentes y se define como un mareo o una sensación de que se va caer, acompañado a veces de marcha insegura. Otros frecuentes son el tinitus, visión defectuosa, fallas en la memoria y en la concentración. ¹⁰

Esto a veces, especialmente en pacientes de edad, puede ser tan severo que hace pensar en una demencia senil. La presencia de otros síntomas depresivos y la respuesta a los medicamentos ayuda a clarificar el diagnóstico.¹⁰

Autonómicos. Entre estos están palpitaciones, disnea, polaquiuria, sequedad de la boca, constipación, visión borrosa, oleadas de calor, etc.¹⁰

Además estos pacientes pueden tener la sensación de cuerpo extraño en la garganta, dispepsia, prurito, menstruaciones irregulares, amenorrea, dismenorrea, impotencia, etc.¹⁰

Predominio de otros síntomas psiquiátricos

Ansiedad. Según Watts, la ansiedad es la máscara más común de la depresión, esta es experimentada como una agonía diferente a la producida por las ansiedades de la vida normal. Puede también acompañarse de síntomas del sistema nervioso autónomo, tales como sudoración de las manos, palpitaciones, ahogo, sequedad de la boca, bolo esofágico, sensación de vacío en el estómago, opresión en el pecho, etc.⁴

Alcoholismo y farmacodependencia. Aunque es más frecuente que estos cuadros produzcan una depresión secundaria, a veces ellos son otra máscara psíquica de una depresión primaria que al ser tratada de manera adecuada puede hacer desaparecer dichos trastornos.¹⁰

Hipocondría. Es una manifestación común de una depresión subyacente¹⁰

Episodio depresivo mayor

La característica fundamental del episodio depresivo mayor (EDM) es un periodo de por lo menos dos semanas durante las cuales existe ya sea un ánimo deprimido o la pérdida del interés en todas o casi todas las actividades.¹⁰

El ánimo deprimido se manifiesta por sentirse triste, desesperanzado, desanimado. La tristeza se manifiesta en la expresión facial. Es generalizada y atormenta al sujeto, quien no puede liberarse de ella, es diferente de la tristeza como reacción

normal psicológica porque esta última es más limitada e interfiere menos con la vida del sujeto. El otro síntoma cardinal es la pérdida del interés en todas o casi todas las actividades, el individuo reporta que nada le importa, que no disfruta las actividades que antes le eran placenteras. En muchos pacientes hay una disminución importante del deseo y disfrute sexual.¹⁰

Debe, además, presentar cuatro síntomas adicionales tales como cambios de apetito o peso, sueño, actividad psicomotora, disminución de energía, sentimientos de minusvalía o culpa, dificultad para pensar, concentrarse o tomar decisiones o pensamientos recurrentes de muerte, ideación, planes o intentos de suicidio.¹⁰

El apetito por lo general esta disminuido, pero también puede esta aumentado. Puede haber pérdida o ganancia significativas de peso.¹⁰

El insomnio es muy común, generalmente el paciente se despierta durante la noche y le cuesta volverse a dormir (insomnio intermedio), o se despierta en la madrugada (insomnio terminal). La dificultad para conciliar el sueño (sueño inicial) también puede ocurrir. La hipersomnía es más rara y se manifiesta por prolongación del sueño nocturno o por somnolencia diurna.¹⁰

El paciente agitado no se puede quedar quieto, el retardado tiene movimientos lentos, lenguaje monótono y lento que puede llegar hasta el mutismo.¹⁰

Disminución de la energía con cansancio y fatiga, requiere mucho esfuerzo para tareas pequeñas y la eficiencia esta también disminuida.¹⁰

La autoestima disminuida se manifiesta por una evaluación negativa exagerada del valor propio o de la culpa sobre faltas pasadas aun mínimas. Esto puede ser de carácter delirante como en la depresión psicótica.¹⁰

La concentración es deficiente y al paciente le cuesta tomar decisiones. Se puede presentar lentitud mental.¹⁰

El paciente piensa que sería mejor estar muerto. La ideación suicida puede variar de leve y pasajera a muy recurrente y severa con planes elaborados de suicidio. Los intentos de suicidio y el suicidio son los riesgos más serios de la depresión.¹⁰

Trastorno depresivo mayor

Se caracteriza por la presencia de uno o más episodios depresivos mayores, sin historia de episodios maníacos, mixtos o hipomaniacos.¹⁰

De acuerdo al número de episodios se dividen en episodio único y recurrente.¹⁰

Episodio único. Solo se ha presentado un episodio depresivo mayor y esta es la forma menos frecuente en que se presenta.¹⁰

Recurrente. Este curso es el más común y algunos investigadores estiman que se puede presentar hasta en el 80% de los pacientes.¹⁰

De acuerdo con la severidad se divide en leve, moderado, severo sin características psicóticas y con características psicóticas.¹⁰

Leve. Pocos síntomas en exceso de los cinco requeridos para hacer el diagnóstico de episodio depresivo mayor. El menoscabo en funcionamiento ocupacional, social o en las relaciones con otros es menor.¹⁰

Moderado. Síntomas y menoscabo intermedios entre leve y severo.¹⁰

Severo sin características psicóticas. Varios síntomas por encima de los necesarios para hacer el diagnóstico de episodio depresivo mayor y marcada interferencia con el funcionamiento ocupacional, social y relacional.¹⁰

Severo con características psicóticas. Existen ideas delirantes o alucinaciones. Estas pueden ser congruentes con el estado de ánimo y por lo general son de fracaso personal, culpa, enfermedad, muerte o castigo merecido.¹⁰

Estas depresiones psicóticas requieren tratamiento combinado con antipsicóticos y antidepresivos o terapia electroconvulsiva en casos muy refractarios.¹⁰

De acuerdo con ciertas características clínicas que son importantes para escoger el antidepresivo, se pueden especificar como melancólicas o atípicas.¹⁰

Melancólica. Se caracteriza por pérdida del placer en todas o casi todas las actividades, falta de reactividad a estímulos que son usualmente placenteros, es decir, que el ánimo no se mejora ni aun temporalmente cuando sucede algo bueno, es decir son personas con afecto aplanado. Además presenta por lo menos tres de los siguientes síntomas: una calidad diferente del ánimo (distinto de la tristeza normal), depresión peor en la mañana, despertarse en la madrugada, retardo o agitación psicomotora, anorexia o pérdida de peso significativo y culpa excesiva o inapropiada.¹⁰

Este subtipo que correspondería a ``la depresión endógena`` tiene una tendencia mayor a responder a los antidepresivos y a la terapia electroconvulsiva.¹⁰

Atípica. Se caracteriza por la presencia de reactividad anímica, es decir, el ánimo se mejora cuando le sucede algo placentero al paciente. Esta mejoría puede persistir durante periodos largos si las circunstancias placenteras persisten. Deben estar presentes, además, por lo menos dos de los siguientes síntomas: aumento de apetito o peso significativos, hipersomnias, parálisis de plomo, es decir, sensación de pesantez en los brazos o piernas y un patrón de larga duración de sensibilidad al rechazo interpersonal que resulta en menoscabo social u ocupacional. Este produce relaciones tormentosas y dificultad para mantenerlas a largo plazo, renunciar al trabajo, evitar relaciones por miedo al rechazo, etc.¹⁰

La depresión atípica es tres veces más frecuente en mujeres. Estas depresiones responden menos a los antidepresivos tricíclicos y mejor a los inhibidores de la monoaminooxidasa y los inhibidores selectivos de la receptación de serotonina.¹⁰

Estacional. Algunos pacientes tienden a experimentar episodios depresivos en una época específica del año, más comúnmente en el invierno. Esto en los países en los cuales existen estaciones. Se postula un trastorno en los ritmos cronofisiológicos cerebrales. La terapia con luz parece ser efectiva en este subtipo de depresión.¹⁰

Posparto. Los pacientes con tendencia depresiva son más susceptibles de sufrir trastornos del estado del ánimo en el periodo posparto. Se denomina depresión posparto a la que se manifiesta dentro de las cuatro semanas siguientes al parto. Se postula que factores endocrinos contribuyen a su aparición, el tratamiento es similar al de otro episodio depresivo mayor.¹⁰

Distimia.

La característica esencial es un estado de ánimo deprimido crónicamente. Ocurre la mayor parte del día y durante más de la mitad de los días, tiene una duración mínima de dos años, y puede tener un periodo mayor de dos meses seguidos libre de sintomatología. Durante los periodos de depresión ocurren por lo menos dos de los siguientes síntomas: anorexia o hiperfagia, insomnio o hipersomnias, baja energía o fatiga, baja autoestima, concentración mala o dificultad para tomar decisiones y sentimientos de desesperanza. En resumen, son pacientes con una depresión relativamente leve, de duración larga y con intervalos muy cortos asintomáticos. Se puede iniciar en forma insidiosa desde la niñez o la adolescencia y en este caso es más probable que después desarrolle episodio depresivo mayor. También puede aparecer en forma tardía.¹⁰

Otros trastornos depresivos.

Es una categoría residual que no llena los criterios diagnósticos de trastorno depresivo mayor ni de distimia.¹⁰

Trastorno disfórico premenstrual: En la mayoría de los ciclos menstruales del año anterior ha presentado depresión, ansiedad y labilidad emocional marcada. Ocurre durante la última semana de la fase luteínica y remite en unos pocos días después del inicio de la menstruación.¹⁰

Trastorno depresivo menor: El episodio dura por lo menos dos semanas pero tiene menos de cinco ítems del episodio depresivo mayor.¹⁰

Depresión breve recurrente: Llena los criterios sintomáticos del episodio depresivo mayor, pero dura menos de dos semanas (generalmente tres a cinco

días), ocurre mínimo una vez al mes, pero no guarda relación con el ciclo menstrual. Es incapacitante y presenta muchos intentos de suicidio. No hay evidencia de que responda a ninguno de los antidepresivos disponibles actualmente.¹⁰

DIAGNOSTICO

Según estudios se encontró que los médicos generales solo diagnosticaron correctamente el 36% de los pacientes deprimidos que entrevistaron, además diagnosticaron 19% de depresiones en pacientes que no estaban deprimidos.¹⁰

Esto se debe quizás a que la mayoría de las depresiones (70% aproximadamente), se presentan con síntomas o mascararas orgánicas o psiquiátricas.¹⁰

Los cuadros con sintomatología predominantemente depresiva son identificados con mayor facilidad, pero en aquellos pacientes que consultan por síntomas somáticos, el profesional movido por una formación organicista, utiliza su tecnología médica o refiere al paciente a otros especialistas de acuerdo con la sintomatología (internista, cardiólogo, neurólogo, etc.). Sin embargo, estos cuadros predominantemente orgánicos, en la mayoría de los casos, presentan los síntomas depresivos (tristeza, decaimiento, debilidad, ideación suicida, etc.) y sus acompañantes (anorexia, pérdida de peso, insomnio o somnolencia, perdida de la libido, constipación, etc.).¹⁰

Tabla 4: Criterios diagnósticos del episodio depresivo mayor CIE-10.

<ul style="list-style-type: none">• El episodio depresivo debe durar al menos dos semanas.
<ul style="list-style-type: none">• No han existido síntomas maníacos o hipomaniacos en ningún periodo de la vida.
<ul style="list-style-type: none">• No es atribuible a consumo de sustancias psicoactivas o a ningún trastorno mental orgánico.
<ul style="list-style-type: none">• Deben estar presentes cuatro de los siguientes síntomas:<ul style="list-style-type: none">▪ Pérdida de interés o de la capacidad de disfrutar en actividades normalmente placenteras para el sujeto.▪ Ausencia de reacciones emocionales ante situaciones que normalmente las producen.▪ Despertarse por la mañana dos horas antes de lo habitual.▪ Empeoramiento matutino del humor depresivo.▪ Objetivamente enlentecimiento motor o agitación.▪ Pérdida marcada del apetito.▪ Pérdida marcada del peso.▪ Notable disminución de la libido.

Si se toma en cuenta que del 12% al 25% de todos los pacientes que acuden al médico sufren solo un cuadro depresivo, se hace necesario que este tenga un alto índice de sospecha en todos sus pacientes y sobre todo en aquellos cuya sintomatología no tiene características típicas o bien definidas y en los que la exploración somática es negativa. Antes de ordenar exámenes más costosos o de referirlo al especialista, debe realizar un interrogatorio cuidadoso que confirme o excluya la existencia de los síntomas del síndrome depresivo ya descritos antes.¹⁰

Además y esto es de vital importancia, se debe explorar y valorar el riesgo suicida del paciente. Para lograrlo hay que preguntárselo directamente. El riesgo suicida es más alto cuando la decisión está claramente definida y el paciente ha pensado en los medios específicos para lograrlo. Se aumenta si hay antecedentes personales agravantes tales como enfermedad física dolorosa o crónica, pérdida de trabajo o

muerte familiar cercano. Otros factores agravantes son la historia familiar de suicidio, el alcoholismo o la farmacodependencia y la existencia de psicofármacos o armas accesibles con facilidad.¹⁰

Tabla 5: Evaluación de ideación suicida.

1. ¿Tiene ideas negras en la cabeza?
2. ¿Ha pensado que estaría mejor muerto?
3. ¿Ha pensado morir?
4. ¿Ha pensado en quitarse la vida?
5. ¿Ha pensado, incluso en algún procedimiento concreto?

DIAGNOSTICO DIFERENCIAL

Condiciones psiquiátricas

Trastorno conversivo: Tradicionalmente han formado parte de la llamadas “neurosis histéricas”. Este trastorno se caracteriza principalmente por la pérdida o alteración de una función corporal debido a conflictos psicológicos y no a una causa orgánica. Pueden estar afectados una o varias funciones corporales (perdida de sensibilidad, mareos, incapacidad de movimiento, dolor, ceguera...etc). Los síntomas no responden a una actitud de simulación consciente e intencionada y están relacionados con problemas psicológicos.

Trastorno Facticio: Los trastornos facticios están caracterizados por síntomas físicos o psicológicos que son intencionalmente producidos o representados para asumir el rol de enfermo. La determinación de que un síntoma es producido intencionalmente se hace tanto por la evidencia directa como por la exclusión de otras causas. Sin embargo, la presencia de síntomas facticios no descarta la coexistencia de síntomas físicos o psicológicos reales.

hipocondriasis: Este trastorno se caracteriza por la presencia de interpretaciones incorrectas o poco realistas por parte del paciente de sus sensaciones o síntomas físicos, produciéndose preocupaciones y temores sobre la posibilidad de tener una enfermedad grave, incluso si no se puede encontrar una causa médica conocida. Las preocupaciones persisten a pesar de las evaluaciones y palabras tranquilizadoras de los médicos. Esta creencia de tener una enfermedad grave no tiene un carácter delirante (no es de origen psicótico) y no se limita a preocupaciones concretas sobre la apariencia. El trastorno dura al menos 6 meses y conlleva un deterioro importante en el funcionamiento sociolaboral.

Duelo no complicado: La muerte de una persona amada puede producir un cuadro depresivo completo, incluso con alteraciones del apetito y del sueño. Su adecuación al ambiente cultural del paciente lo distingue de los episodios depresivos primarios. Cuando persiste más de dos meses o presenta marcado menoscabo psicosocial, ya se diagnostica la depresión. Síntomas depresivos secundarios a divorcio, separación, pérdida de empleo, etc. También son normales y en general no requieren tratamiento específico.¹⁰

Trastornos de adaptación

Una persona puede tener una reacción maladaptativa con síntomas depresivos como reacción a un estrés psicosocial. Esta reacción se encuentra dentro de los tres meses siguientes a la ocurrencia del estrés. La identificación de la causa y la desaparición de la depresión al eliminar el estrés o al lograr una mejor adaptación, confirman este diagnóstico.¹⁰

Trastorno bipolar

En los casos típicos la diferenciación es fácil, la presencia o la historia de un episodio maniaco o hipomaniaco claramente confirman la presencia de este trastorno.¹⁰

Otras enfermedades psiquiátricas

Como la ansiedad es un síntoma frecuente en la depresión a menudo se confunden los cuadros depresivos con los trastornos de ansiedad. La presencia y predominancia de otros síntomas del síndrome depresivo favorecen el diagnóstico de depresión. En los cuadros de trastorno de pánico también se puede manifestar una etapa depresiva que es secundaria a los ataques de pánico. La presencia o historia de estos ataques define el diagnóstico ya que ellos anteceden la depresión.

¹⁰

En otros casos la depresión puede ser anterior a coexistir con el pánico. En esos casos se hacen los dos diagnósticos. ¹⁰

Enfermedades orgánicas

En etiología se describen las múltiples enfermedades que pueden producir depresiones. Es de especial importancia descartar cuadros de hipotiroidismo. ¹⁰

Secundarias a drogas

Descritas en etiología; los hipotensores, los anticonceptivos y los corticoesteroides son de especial importancia por lo frecuente de su uso. Una anamnesis completa, que incluya la historia de ingestión de drogas ayudara al diagnóstico diferencial. ¹⁰

CURSO Y EVOLUCION

Dada la heterogeneidad de este grupo de depresiones se presentan cursos diversos.

La minoría de los episodios depresivos mayores son únicos. Su duración promedio sin tratamiento es de seis meses. Aproximadamente el 50% a 60% de las depresiones mayores presentan un segundo episodio, después de dos episodios la probabilidad de recurrencia es del 70%, y después de tres episodios es del 90%. Aunque en general la recuperación después de un episodio depresivo es completa, un tercio de los pacientes no se recuperan totalmente y mantiene un grado moderado de sintomatología entre los episodios. ¹⁰

Aproximadamente el 20% se pueden volver crónicas con dos años o más de duración continua.¹⁰

La presencia de distímia antes del episodio depresivo mayor empeora el pronóstico. Del 5% al 10% de los pacientes que sufren de depresiones mayores, desarrollan hipomanía o manía y por lo tanto se convierten en trastornos bipolares.¹⁰

El 10% de los distímicos desarrollan un episodio depresivo mayor en el año siguiente. La siguiente breve recurrente es de mal pronóstico y de poca respuesta al tratamiento.¹⁰

Diseño Metodológico

1) Tipo de estudio:

Descriptivo, cuantitativo, transversal.

2) Población:

Para este estudio se trabajó con la población de habitantes del cantón San Sebastián El Espino perteneciente al municipio de Chalchuapa, departamento de Santa Ana que corresponde al universo de personas, que consultaron en el lapso de tiempo estipulado para este estudio, con un total de ciento treinta personas, de quienes se obtuvo la información mediante fuentes primarias, utilizando como instrumento la entrevista con preguntas abiertas y cerradas y lista de cotejo.

3) Criterios de inclusión:

Para poder realizar este estudio se llevó a cabo una revisión bibliográfica acerca de la patología psiquiátrica abordada, en este caso la depresión, en base a esto se escogió el perfil de la población blanco para esta investigación, entre los criterios a cumplir tenemos:

- a) Edad: rango entre 30-70 años.
- b) Ser parte de la población del cantón san Sebastián El Espino.
- c) Haber consultado en el periodo de abril-julio de 2012.
- d) Consulta de primera vez.

4) Criterios de exclusión:

Estos se consideran en base a la población que no cumple los requisitos que se necesitan para cumplir los objetivos de esta investigación y por lo cual estos individuos podrían afectar los resultados de este estudio al no cumplir un perfil en el que se pueda encontrar la patología en estudio o crear datos repetitivos que alteren la fidelidad de la información:

- a) Edad: no pertenecer al rango entre 30-70 años.
- b) No encontrarse en la ficha de población del cantón san Sebastián El Espino.
- c) Consultas fuera del periodo de abril-julio de 2012.
- d) Consultas subsecuentes por la misma patología.

5) Método de recolección de la información:

El instrumento utilizado en este caso fue la entrevista con preguntas abiertas y cerradas, que se aplicó a la población blanco en un periodo de tiempo de cuatro meses con preguntas abiertas, algunas provenientes de test utilizados en estudios anteriores y otras elaboradas a partir de la consulta literaria para esta investigación.

Además fue necesario confrontar los datos de la entrevista con el cuadro clínico y el examen físico del paciente para poder así diferenciar una patología orgánica de un trastorno depresivo.

6) Análisis de los resultados:

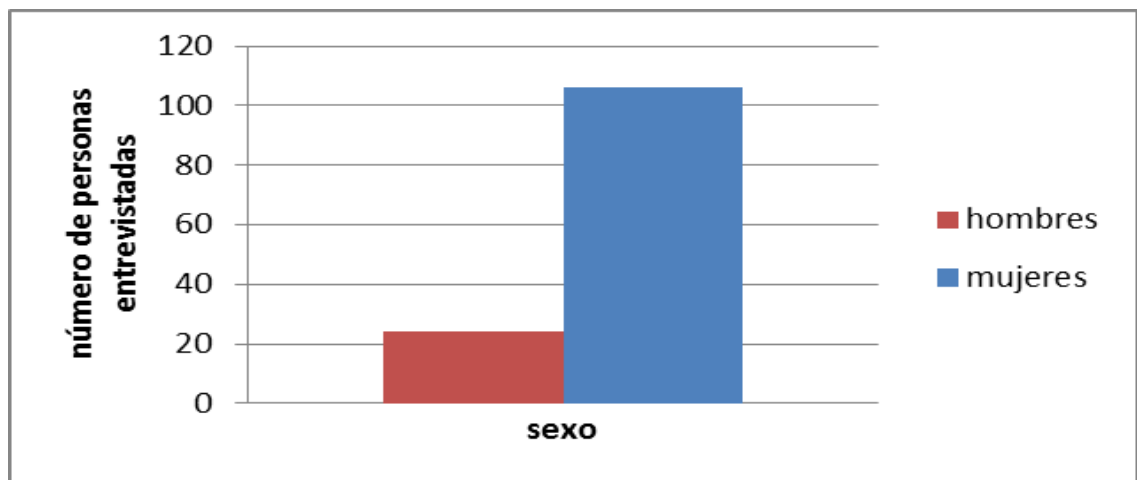
En base a los datos obtenidos por medio de la entrevista se procedió a la tabulación de los mismos para poder realizar un análisis en base a los objetivos planteados y poder interpretarlos y darlos a conocer a través de gráficos.

ANÁLISIS DE LOS RESULTADOS OBTENIDOS DE LA ENTREVISTA Y LISTA DE COTEJO

TABLA Y GRAFICO 1

Total de pacientes entrevistados para el estudio con el título: los síntomas principales que enmascaran trastornos depresivos, en los pacientes de 30 a 70 años de edad que consultan en la sede del ECOSFB san Sebastián el espino, municipio de Chalchuapa, departamento de Santa Ana en el periodo de abril a septiembre del 2012.

SEXO	NÚMERO DE PERSONAS ENCUESTADAS
hombres	24
mujeres	106
Total	130



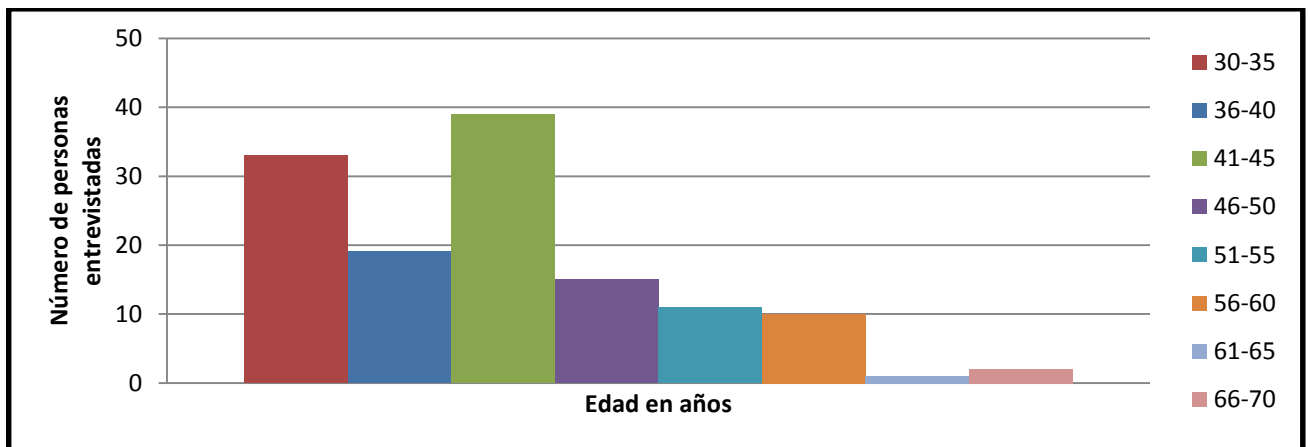
FUENTE: Entrevista.

Análisis: Del total de población que consulto entre los meses de abril a septiembre del año 2012, solo ciento treinta personas cumplían con los criterios de inclusión para el estudio, de los cuales ciento seis correspondían al sexo femenino y veinticuatro pertenecían al sexo masculino, probablemente porque la población femenina se dedica a los trabajos del hogar y cuentan con mayor tiempo para poder consultar.

TABLA Y GRAFICO 2

Edades del total de pacientes entrevistados para el estudio con el título: los síntomas principales que enmascaran trastornos depresivos, en los pacientes de 30 a 70 años de edad que consultan en la sede del ECOSFB san Sebastián el espino, municipio de Chalchuapa, departamento de Santa Ana en el periodo de abril a septiembre del 2012.

EDADES	NÚMERO DE PERSONAS
30-35	33
36-40	19
41-45	39
46-50	15
51-55	11
56-60	10
61-65	1
66-70	2
Total	130



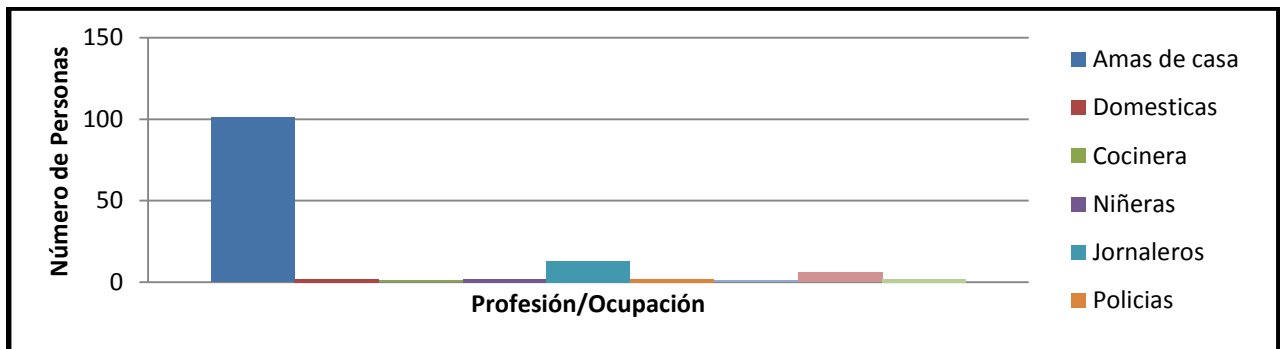
FUENTE: Entrevista.

Análisis: De los participantes en el estudio que previamente habían cumplido el criterio de inclusión de pertenecer al grupo de edad de 30 a 70 años que es el periodo en que más se presentan los trastornos depresivos podemos notar que el rango de edad que es más frecuente de cuarenta y uno a cuarenta y cinco años y en su minoría, es de sesenta y uno a sesenta y cinco años, pues esta población es más reducida.

TABLA Y GRAFICO 3

Profesión y ocupación del total de pacientes entrevistados para el estudio con el título: los síntomas principales que enmascaran trastornos depresivos, en los pacientes de 30 a 70 años de edad que consultan en la sede del ECOSFB San Sebastián el espino, municipio de Chalchuapa, departamento de Santa Ana en el periodo de abril a septiembre del 2012.

NÚMERO DE PERSONAS	PROFESIÓN/OCUPACIÓN
101	Amas de casa
2	Domesticas
1	Cocinera
2	Niñeras
13	Jornaleros
2	Policías
1	Motorista
6	Agricultores
2	Desempleados
130	Total



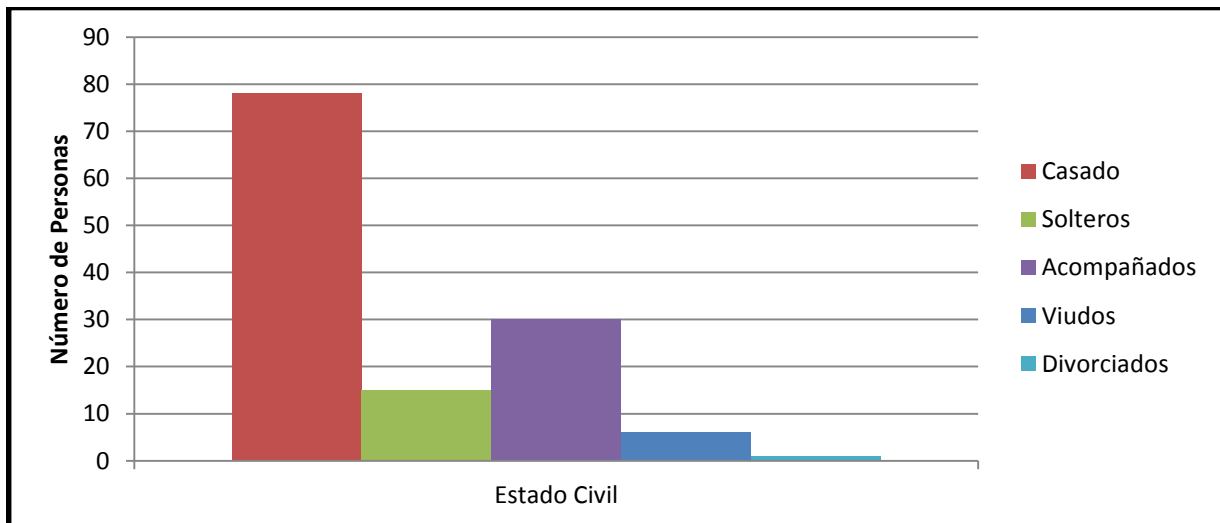
FUENTE: Entrevista.

Análisis: se sugiere que por ser la mayoría de personas que consultaron pertenecientes al sexo femenino y ser habitantes de un área rural su ocupación en su mayoría es dedicarse a las labores del hogar, seguido por el oficio de jornalero que predomina en esa área rural y que es ejercido en su mayoría por el sexo masculino y que en su minoría se encuentra la población que cuenta con un trabajo estable y con prestaciones de ley.

TABLA Y GRAFICO 4

Estado civil del total de pacientes encuestados para el estudio con el título: los síntomas principales que enmascaran trastornos depresivos, en los pacientes de 30 a 70 años de edad que consultan en la sede del ECOSFB San Sebastián el espino, municipio de Chalchuapa, departamento de Santa Ana en el periodo de abril a septiembre del 2012.

ESTADO CIVIL	NÚMERO DE PERSONAS
Casado	78
Solteros	15
Acompañados	30
Viudos	6
Divorciados	1
Total	130



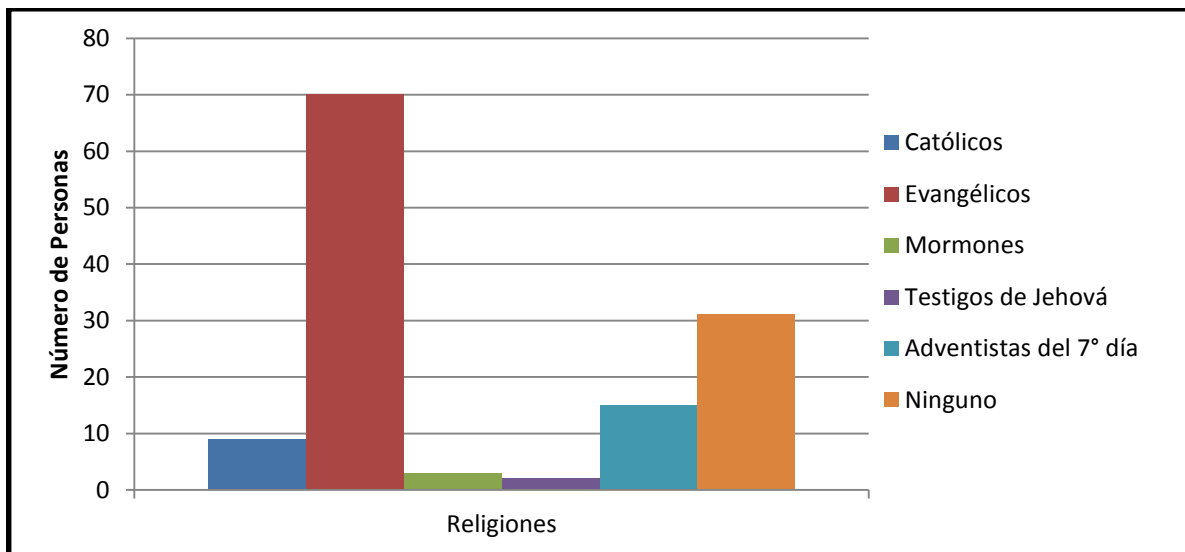
FUENTE: Entrevista.

Análisis: En cuanto al estado civil de la población encuestada setenta y ocho de ellos se encuentran casados y solo uno se encuentra divorciado, solteros quince, acompañados treinta, viudos seis.

TABLA Y GRAFICO 5

Religiones que practican los participantes en el estudio con título: los síntomas principales que enmascaran trastornos depresivos, en los pacientes de 30 a 70 años de edad que consultan en la sede del ECOSFB San Sebastián el espino, municipio de Chalchuapa, departamento de Santa Ana en el periodo de abril a septiembre del 2012.

RELIGIONES	NÚMERO DE PERSONAS
Católicos	9
Evangélicos	70
Mormones	3
Testigos de Jehová	2
Adventistas del 7° día	15
Ninguno	31
Total	130



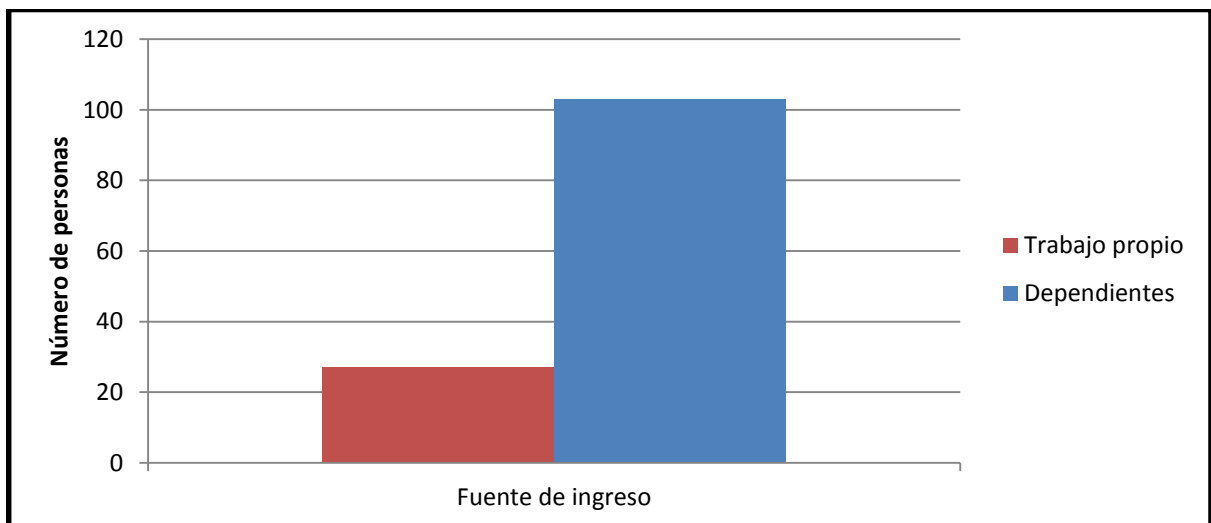
FUENTE: Entrevista.

Análisis: La mayoría de la población entrevistada practica la religión evangélica, seguido de aquellas personas que no profesan ninguna religión y en su minoría son testigos de jehová esto se debe probablemente a que en el área hay mayor número de iglesias evangélicas y menos cantidad de otro tipo de grupos.

TABLA Y GRAFICO 6

Fuentes de ingreso del total de pacientes encuestados para el estudio con el título: los síntomas principales que enmascaran trastornos depresivos, en los pacientes de 30 a 70 años de edad que consultan en la sede del ECOSFB San Sebastián el espino, municipio de Chalchuapa, departamento de Santa Ana en el periodo de abril a septiembre del 2012.

FUENTE DE INGRESO	NÚMERO DE PERSONAS
Trabajo propio	27
Dependientes	103



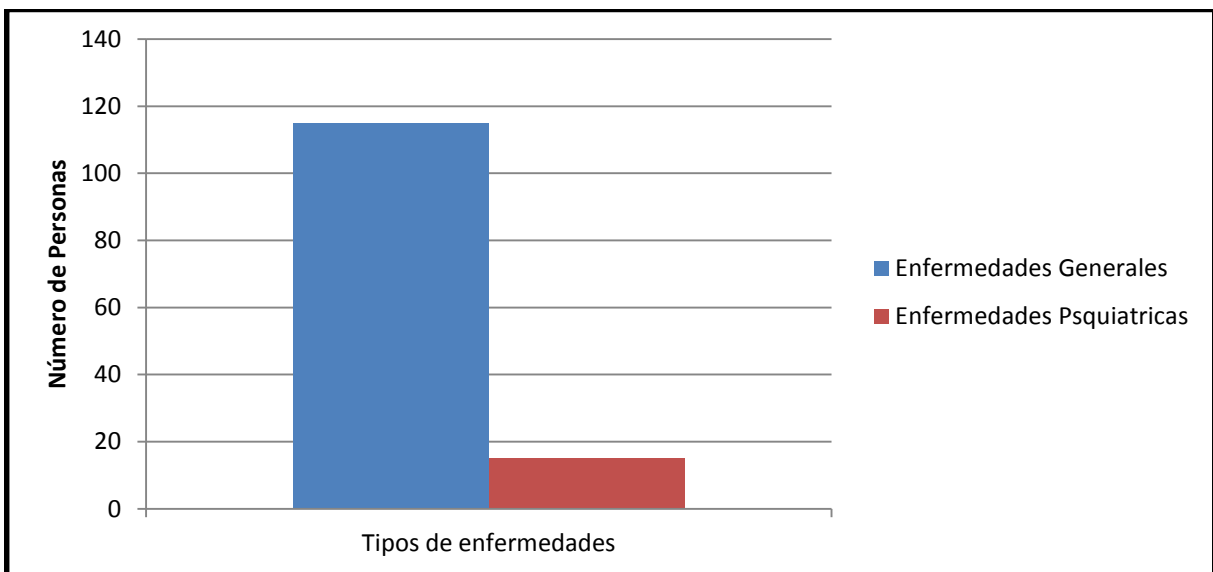
FUENTE: Entrevista.

Análisis: La mayoría de participantes son dependientes de los ingresos de otra persona eso debido a que la mayoría son amas de casa por lo cual no generan un aporte monetario al hogar.

TABLA Y GRAFICO 7

Etiología de las enfermedades de los pacientes encuestados para el estudio con el título: los síntomas principales que enmascaran trastornos depresivos, en los pacientes de 30 a 70 años de edad que consultan en la sede del ECOSFB San Sebastián el espino, municipio de Chalchuapa, departamento de Santa Ana en el periodo de abril a septiembre del 2012.

TIPOS DE ENFERMEDADES	NÚMERO DE PERSONAS
Enfermedades Generales	115
Enfermedades Psiquiátricas	15
Total	130



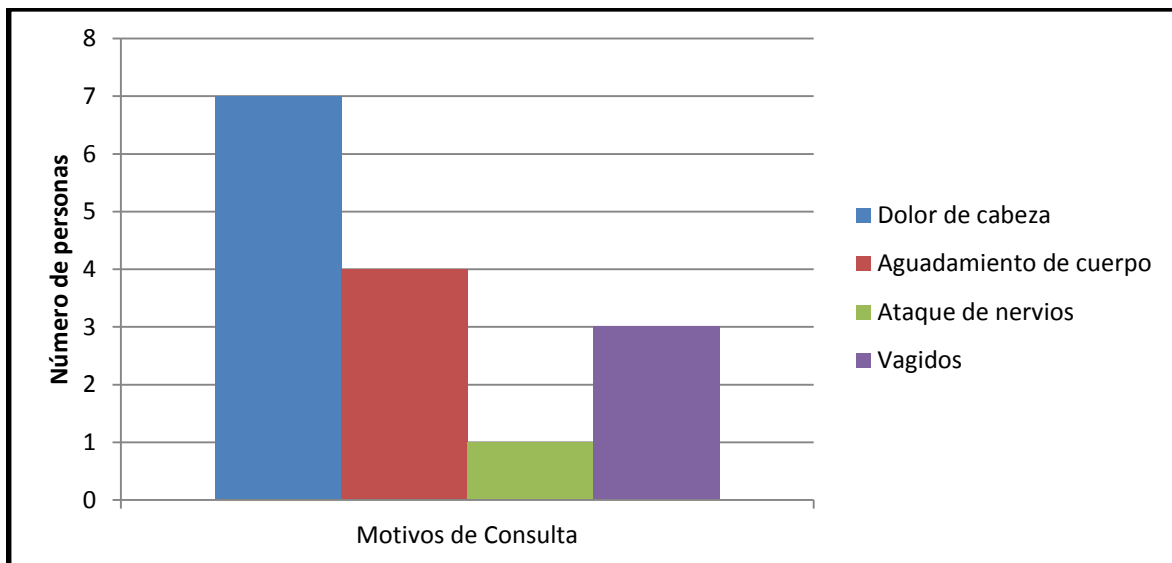
FUENTE: Entrevista y lista de cotejo.

Análisis: De los 130 participantes en el estudio 15 de ellos presentaron un cuadro concordante con un trastorno depresivo y 115 de ellos correspondían a una enfermedad orgánica que fue corroborada mediante la entrevista, examen físico que reportaba hallazgos positivos a la patología en cuestión y en algunos casos corroborado por exámenes de laboratorio y de gabinete.

TABLA Y GRAFICO 8

Motivos de consulta del total de pacientes que participaron en el estudio con el título: los síntomas principales que enmascaran trastornos depresivos, en los pacientes de 30 a 70 años de edad que consultan en la sede del ECOSFB San Sebastián el espino, municipio de Chalchuapa, departamento de Santa Ana en el periodo de abril a septiembre del 2012.

MOTIVOS DE CONSULTA	NÚMERO DE PERSONAS
“Dolor de cabeza”	7
“Aguadamiento de cuerpo”	4
“Ataque de nervios”	1
“Vagidos”	3
Total	15



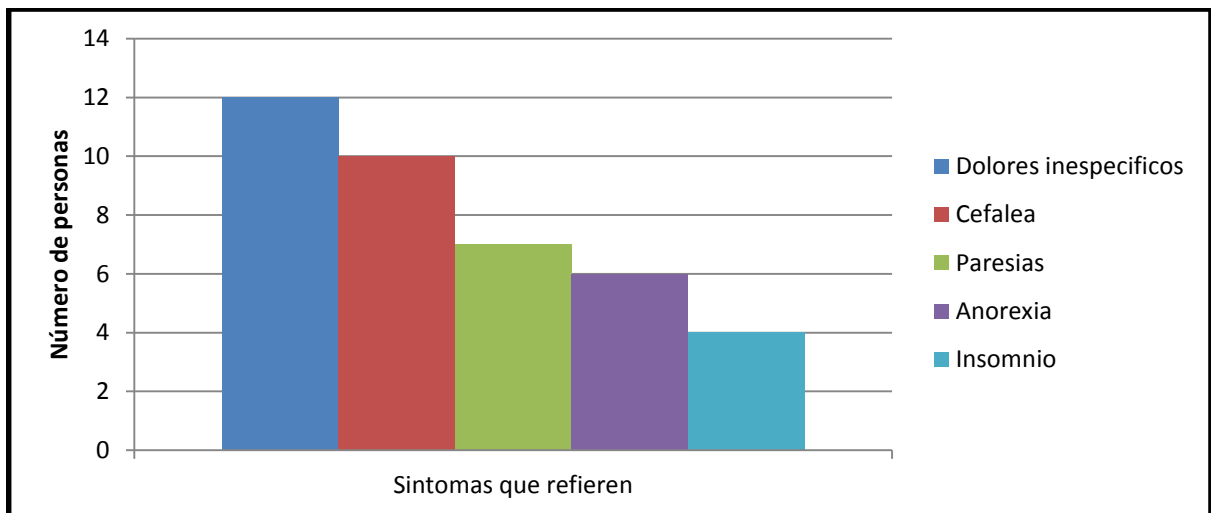
FUENTE: Entrevista.

Análisis: Del total de quince pacientes positivos al diagnóstico de trastorno depresivo los motivos de consulta orientaban a una patología orgánica y no a un trastorno depresivo, siendo de estos el motivo de consulta más frecuente el dolor de cabeza; de los que consultaron siete su consulta por fue: “dolor de cabeza”, cuatro presentaron “aguadamiento del cuerpo”, tres presentaron “vagidos” y uno presento “ataque de nervios”.

TABLA Y GRAFICO 9

Síntomas que refirieron los participantes en el estudio con el título: los síntomas principales que enmascaran trastornos depresivos, en los pacientes de 30 a 70 años de edad que consultan en la sede del ECOSFB San Sebastián el espino, municipio de Chalchuapa, departamento de Santa Ana en el periodo de abril a septiembre del 2012.

SÍNTOMAS QUE REFIEREN	NÚMERO DE PERSONAS
Dolores inespecíficos	12
Cefalea	10
Paresias	7
Anorexia	6
Insomnio	4



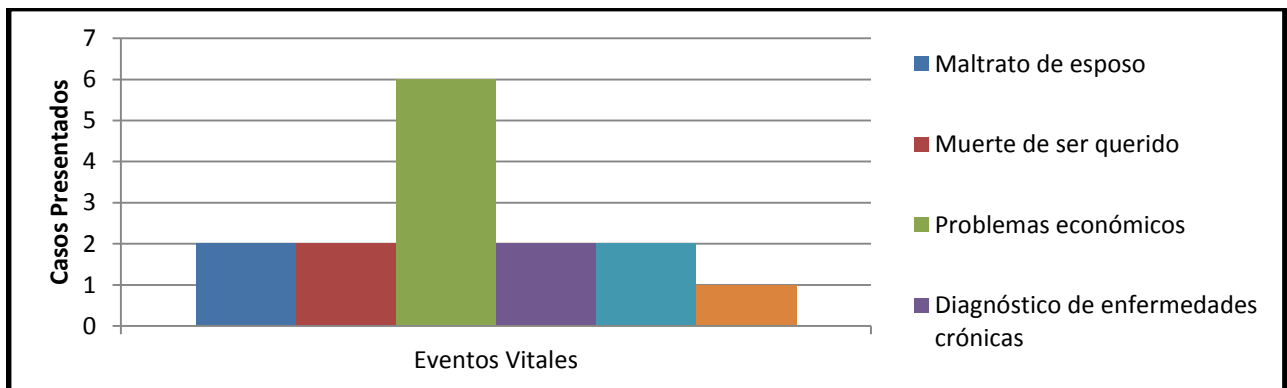
FUENTE: Entrevista y lista de cotejo

Análisis: De los quince casos de trastornos depresivos, los síntomas referidos por los pacientes eran de naturaleza orgánica siendo de ellos el más común los dolores no específicos seguido de cefalea, paresias, anorexia e insomnio, todos síntomas orgánicos que se encontraban enmascarando a una patología de origen afectivo, de los síntomas que refieren son: Dolores inespecíficos doce, cefalea diez, paresias siete, anorexia seis, insomnio cuatro.

TABLA Y GRAFICO 10

Eventos vitales del total de pacientes entrevistados en el estudio con el título: los síntomas principales que enmascaran trastornos depresivos, en los pacientes de 30 a 70 años de edad que consultan en la sede del ECOSFB San Sebastián el espino, municipio de Chalchuapa, departamento de Santa Ana en el periodo de abril a septiembre del 2012.

EVENTOS VITALES	CASOS PRESENTADOS
Maltrato de esposo	2
Muerte de ser querido	2
Problemas económicos	6
Diagnóstico de enfermedades crónicas	2
Infidelidad de la pareja	2
Divorcios	1
Total	15



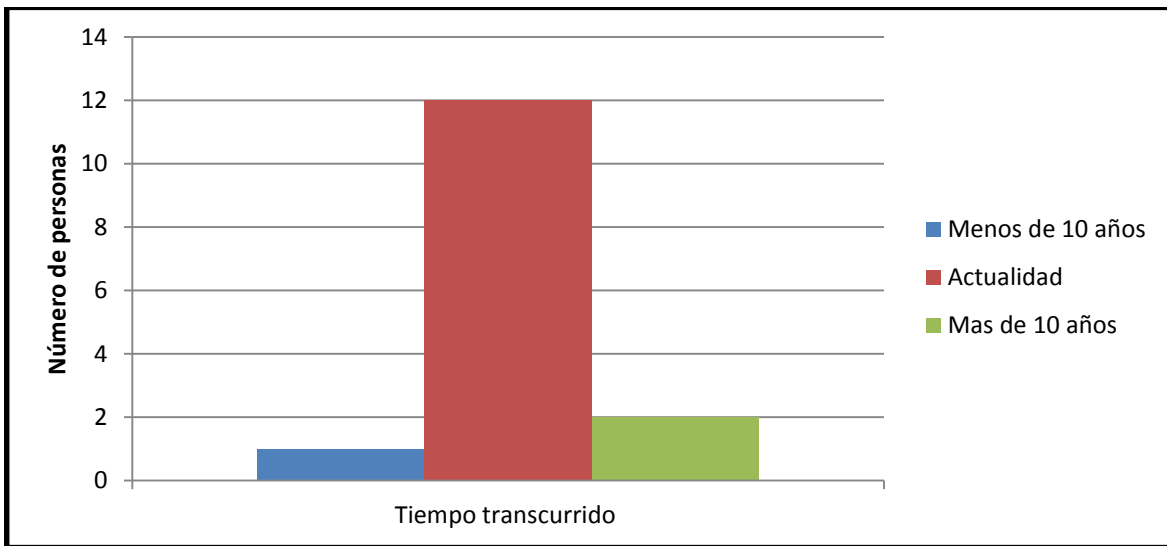
FUENTE: Entrevista.

Análisis: Todos los pacientes con trastornos depresivos habían sufrido o se encontraban actualmente atravesando por un evento vital negativo el cual posiblemente causaba repercusiones en su salud física, los más frecuentes fueron los problemas económicos que coincide con resultado de gráficos anteriores como los de la ocupación de los participantes y el aporte de ingresos económicos al grupo familiar; los eventos vitales que ocurrieron son con orden de frecuencia: seis con problemas económicos, dos con maltrato del esposo, muerte de ser querido, diagnóstico de enfermedades crónicas, infidelidad de la pareja.

TABLA Y GRAFICO 11

Tiempo transcurrido desde el Evento vital de los pacientes entrevistados en el estudio con el título: los síntomas principales que enmascaran trastornos depresivos, en los pacientes de 30 a 70 años de edad que consultan en la sede del ECOSFB San Sebastián el espino, municipio de Chalchuapa, departamento de Santa Ana en el periodo de abril a septiembre del 2012.

TIEMPO TRANSCURRIDO	NÚMERO DE PERSONAS
Menos de 10 años	1
Actualidad	12
Más de 10 años	2
Total	15



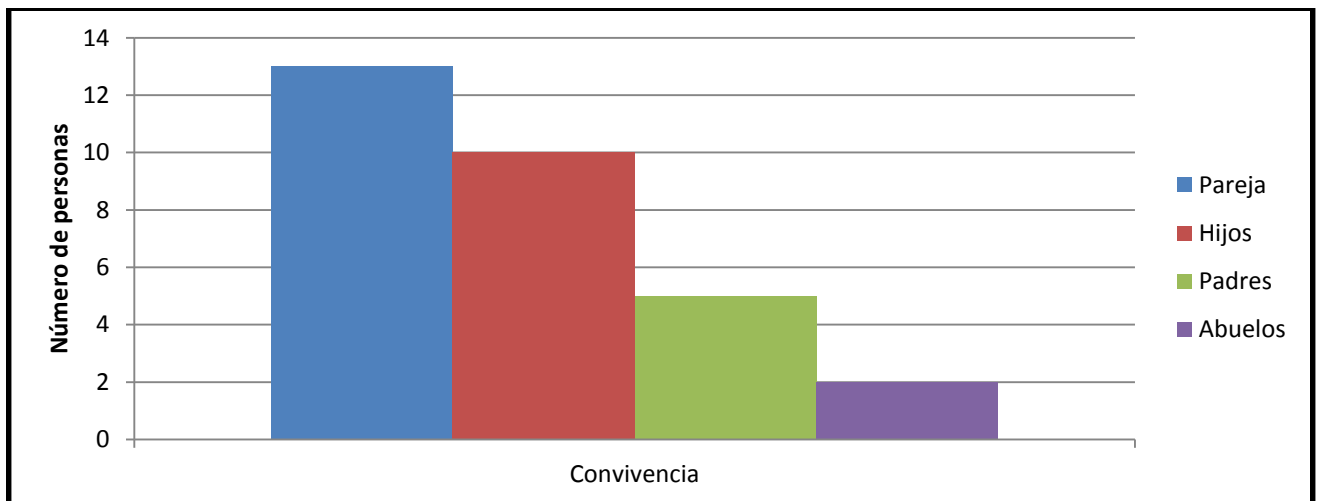
FUENTE: Entrevista.

Análisis: En su mayoría el evento vital negativo que estaba causando el trastorno depresivo era de origen económico por lo cual doce de los quince pacientes se encontraban viviendo actualmente ese evento vital y solo dos personas habían vivido ese evento hace más de diez años que en su mayoría correspondía a la pérdida de un ser querido.

TABLA Y GRAFICO 12

Convivencia de los pacientes en el hogar con sus diferentes familiares; del total de pacientes entrevistados para el estudio con el título: los síntomas principales que enmascaran trastornos depresivos, en los pacientes de 30 a 70 años de edad que consultan en la sede del ECOSFB San Sebastián el espino, municipio de Chalchuapa, departamento de Santa Ana en el periodo de abril a septiembre del 2012.

CONVIVENCIA	NÚMERO DE PERSONAS
Pareja	13
Hijos	10
Padres	5
Abuelos	2



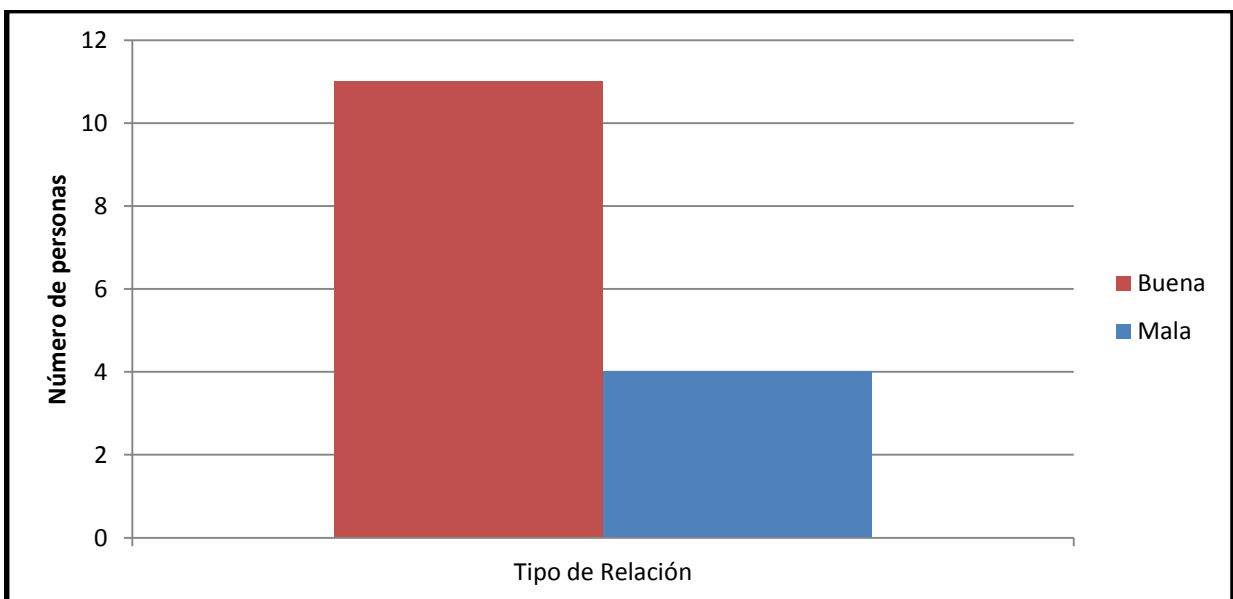
FUENTE: Entrevista.

Análisis: La mayoría de los pacientes convivía con la pareja e hijos siendo personas ya establecidas en un hogar el cual probablemente era parte de las presiones que generaba ese tipo de enfermedad debido a que para muchas personas esto implica una serie de responsabilidades con el resto del grupo familiar, responsabilidades que no son experimentadas por una persona soltera; entonces en orden de frecuencia los pacientes viven: trece con su pareja, diez con su hijos, cinco con sus padres, y dos con sus abuelos.

TABLA Y GRAFICO 13

Tipo de relación de los pacientes en el hogar con sus diferentes familiares; para el estudio con el título: los síntomas principales que enmascaran trastornos depresivos, en los pacientes de 30 a 70 años de edad que consultan en la sede del ECOSFB San Sebastián el espino, municipio de Chalchuapa, departamento de Santa Ana en el periodo de abril a septiembre del 2012.

Tipo de Relación	Número de personas
Buena	11
Mala	4
Total	15



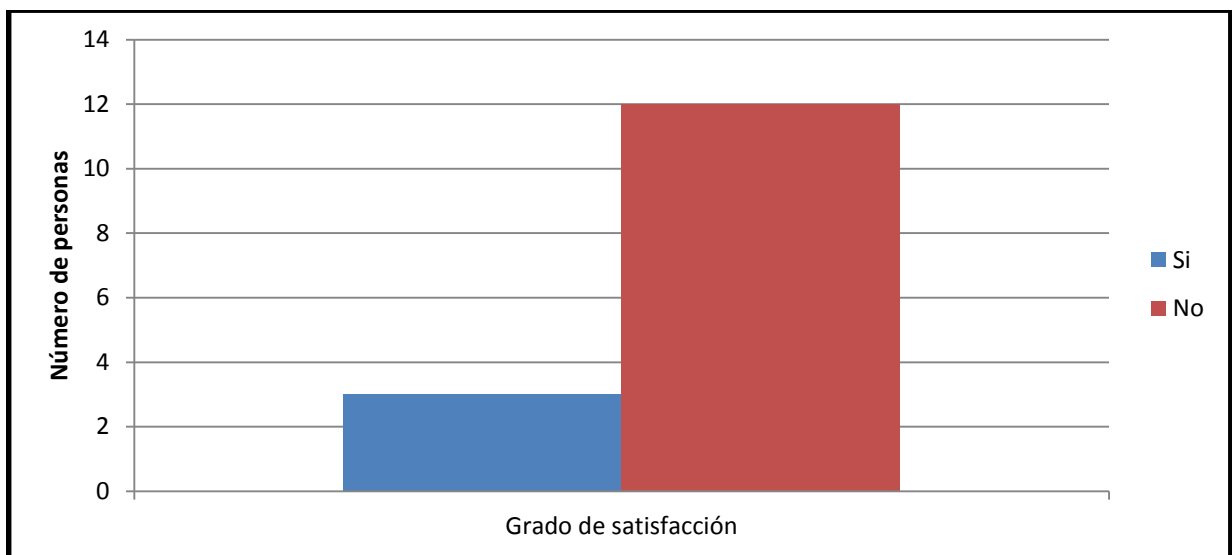
FUENTE: Entrevista.

Análisis: La mayoría de los pacientes tienen una buena relación con sus familiares y allegados, puesto que en su mayoría los eventos vitales negativos no tenían relación con problemas interpersonales sino de tipo financiero debido a la ocupación de la persona o la dependencia de la misma, de los pacientes entrevistados, la relación familiar era buena en once de ellos, y mala en cuatro.

TABLA Y GRAFICO 14

Grado de satisfacción de la ocupación o profesión que desempeña los entrevistados para el estudio con el título: los síntomas principales que enmascaran trastornos depresivos, en los pacientes de 30 a 70 años de edad que consultan en la sede del ECOSFB San Sebastián el espino, municipio de Chalchuapa, departamento de Santa Ana en el periodo de abril a septiembre del 2012.

GRADO DE SATISFACCIÓN	NÚMERO DE PERSONAS
Si	3
No	12
Total	15



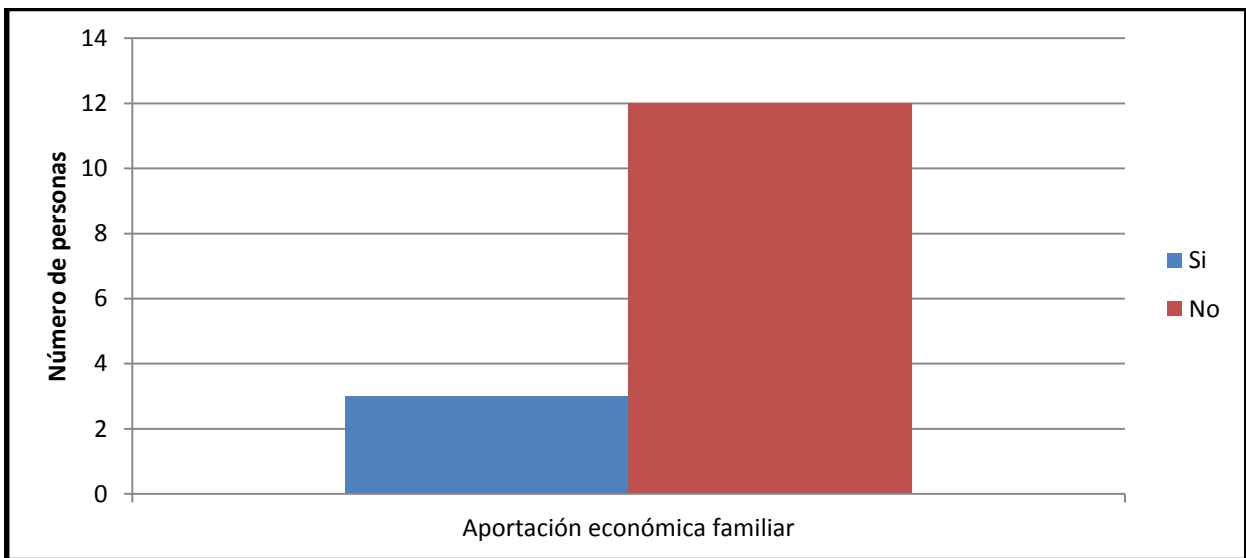
FUENTE: Entrevista.

Análisis: Doce de los participantes no se encontraban cómodos con las actividades que realizaban posiblemente porque la mayoría eran amas de casa y por lo tanto no podían generar un aporte económico para los gastos de la familia.

TABLA Y GRAFICO 15

Aportación económica familiar de los pacientes entrevistados para el estudio con el título: los síntomas principales que enmascaran trastornos depresivos, en los pacientes de 30 a 70 años de edad que consultan en la sede del ECOSFB San Sebastián el espino, municipio de Chalchuapa, departamento de Santa Ana en el periodo de abril a septiembre del 2012.

APORTACIÓN ECONÓMICA FAMILIAR	NÚMERO DE PERSONAS
Si	3
No	12
Total	15



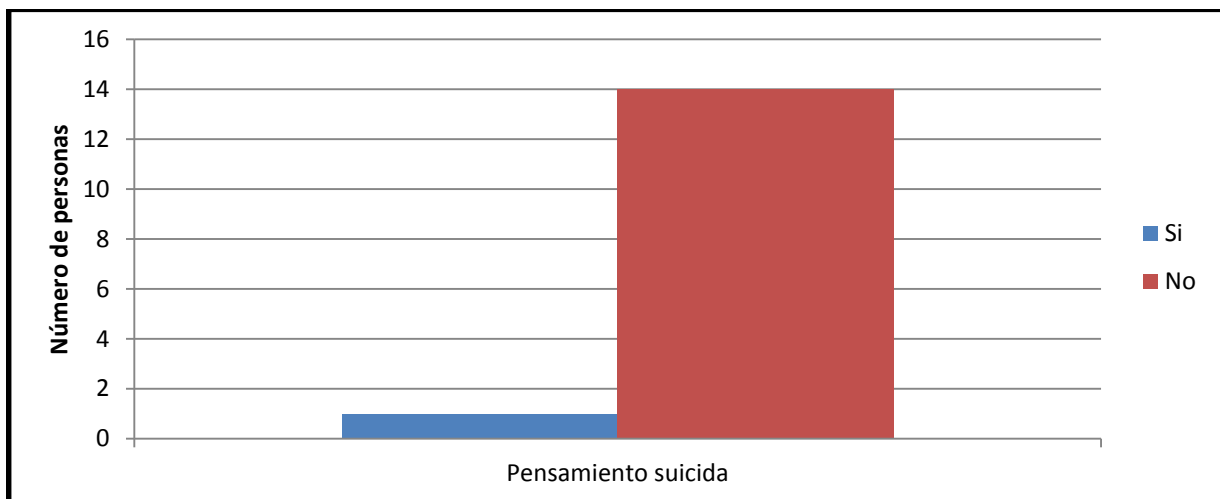
FUENTE: Entrevista.

Análisis: Doce de los participantes no generan ingresos económicos para sus familias debido a que se dedicaban a las diferentes actividades del hogar y el cuidado de los hijos siendo dependientes en su mayoría de los ingresos generados por el conyugue por lo cual no se consideraban parte vital en el sostén de la familia.

TABLA Y GRAFICO 16

Presencia de pensamientos suicidas en los pacientes entrevistados para el estudio con el título: los síntomas principales que enmascaran trastornos depresivos, en los pacientes de 30 a 70 años de edad que consultan en la sede del ECOSFB San Sebastián el espino, municipio de Chalchuapa, departamento de Santa Ana en el periodo de abril a septiembre del 2012.

PENSAMIENTO SUICIDA	NÚMERO DE PERSONAS
Si	1
No	14
Total	15



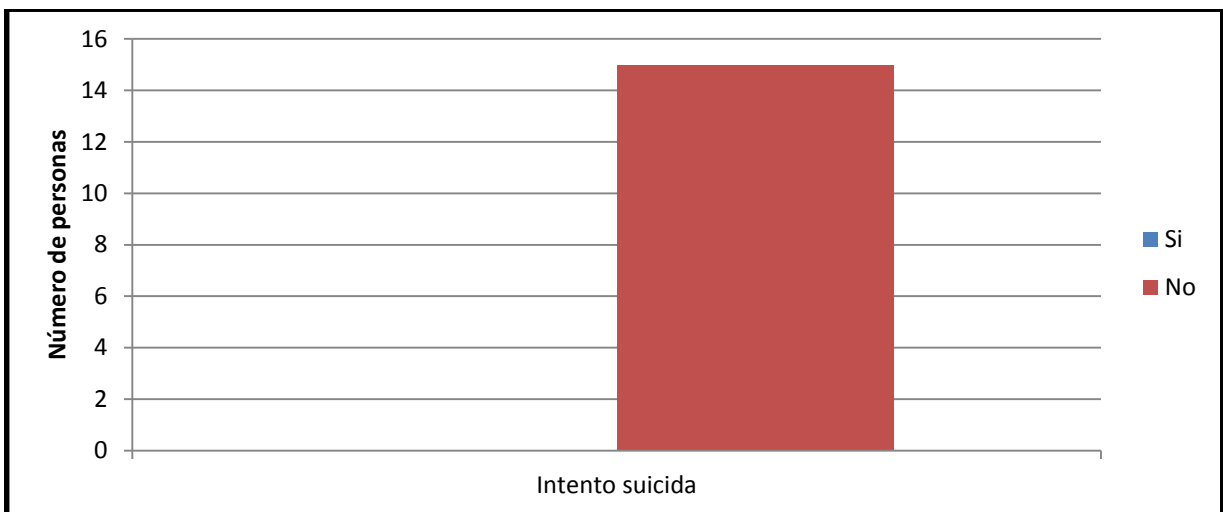
FUENTE: Entrevista.

Análisis: La mayoría de los pacientes con esta enfermedad no presentaban pensamientos suicidas se sugiere que esto se debió a que el evento negativo en su mayoría de origen económico no era lo suficientemente grave como para provocar en ellos este tipo de pensamientos, y por ser personas ya establecidas en un hogar anteponían las responsabilidades para con los demás miembros de la familia como un propósito para salir adelante, en el caso del paciente que presento ese tipo de pensamientos fue probablemente por el antecedente psiquiátrico, los catorce restantes no tienen este tipo de pensamientos.

TABLA Y GRAFICO 17

Presencia de intentos suicidas en los pacientes entrevistados para el estudio con el título: los síntomas principales que enmascaran trastornos depresivos, en los pacientes de 30 a 70 años de edad que consultan en la sede del ECOSFB San Sebastián el espino, municipio de Chalchuapa, departamento de Santa Ana en el periodo de abril a septiembre del 2012.

INTENTO SUICIDA	NÚMERO DE PERSONAS
Si	0
No	15
Total	15



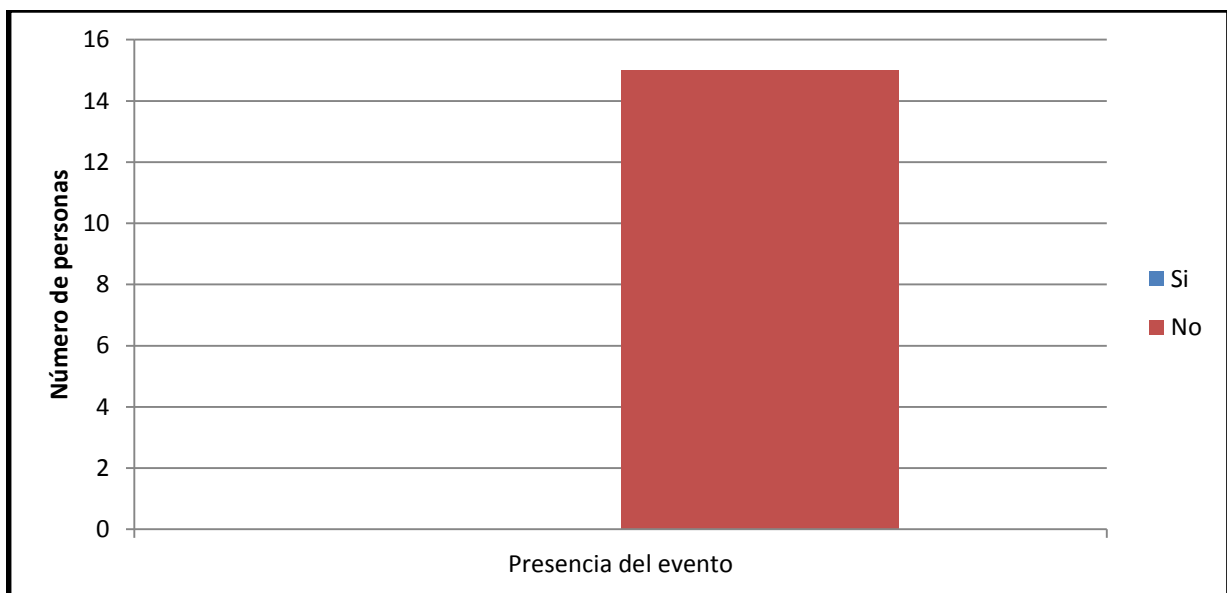
FUENTE: Entrevista.

Análisis: Ninguno de los quince pacientes había realizado intentos suicidas puesto que no poseían pensamientos de este tipo, y el paciente que había presentado en ocasiones este tipo de pensamientos nunca había llevado a cabo ninguno de ellos.

TABLA Y GRAFICO 18

Presencia de intentos suicidas en los pacientes entrevistados para el estudio con el título: los síntomas principales que enmascaran trastornos depresivos, en los pacientes de 30 a 70 años de edad que consultan en la sede del ECOSFB San Sebastián el espino, municipio de Chalchuapa, departamento de Santa Ana en el periodo de abril a septiembre del 2012.

PRESENCIA DEL EVENTO	NÚMERO DE PERSONAS
Si	0
No	15
Total	15



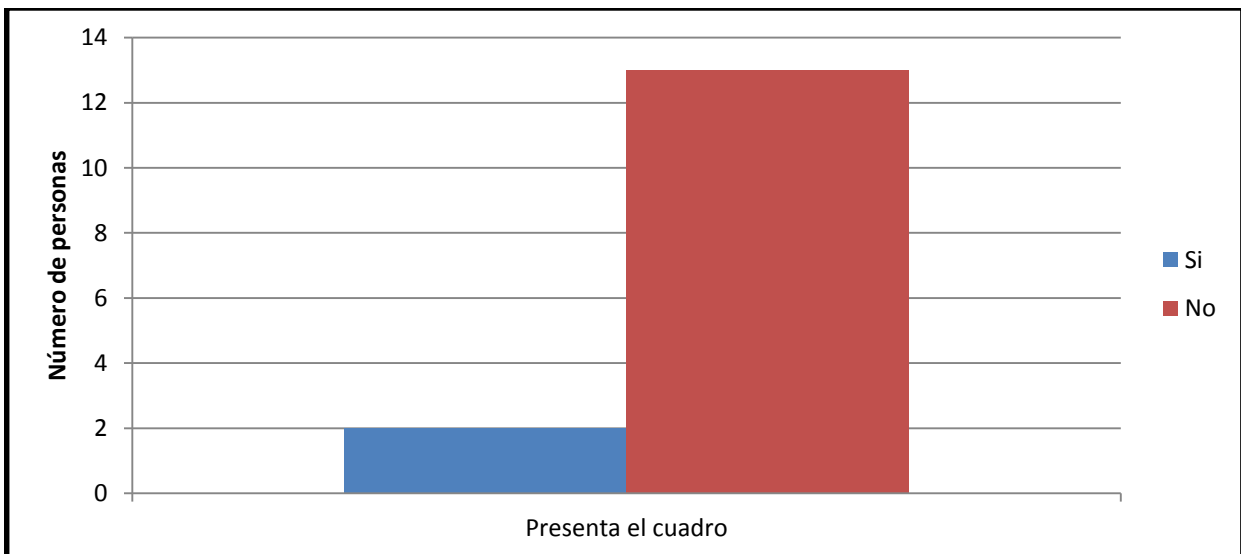
FUENTE: Entrevista.

Análisis: Ninguno de los quince pacientes con trastorno depresivo manifestó que en su familia hubiese parientes que hubiesen intentado quitado la vida.

TABLA Y GRAFICO 19

Presencia de antecedentes de depresión en los familiares de los entrevistados para el estudio con el título: los síntomas principales que enmascaran trastornos depresivos, en los pacientes de 30 a 70 años de edad que consultan en la sede del ECOSFB San Sebastián el espino, municipio de Chalchuapa, departamento de Santa Ana en el periodo de abril a septiembre del 2012.

PRESENTA EL CUADRO	NÚMERO DE PERSONAS
Si	2
No	13
Total	15



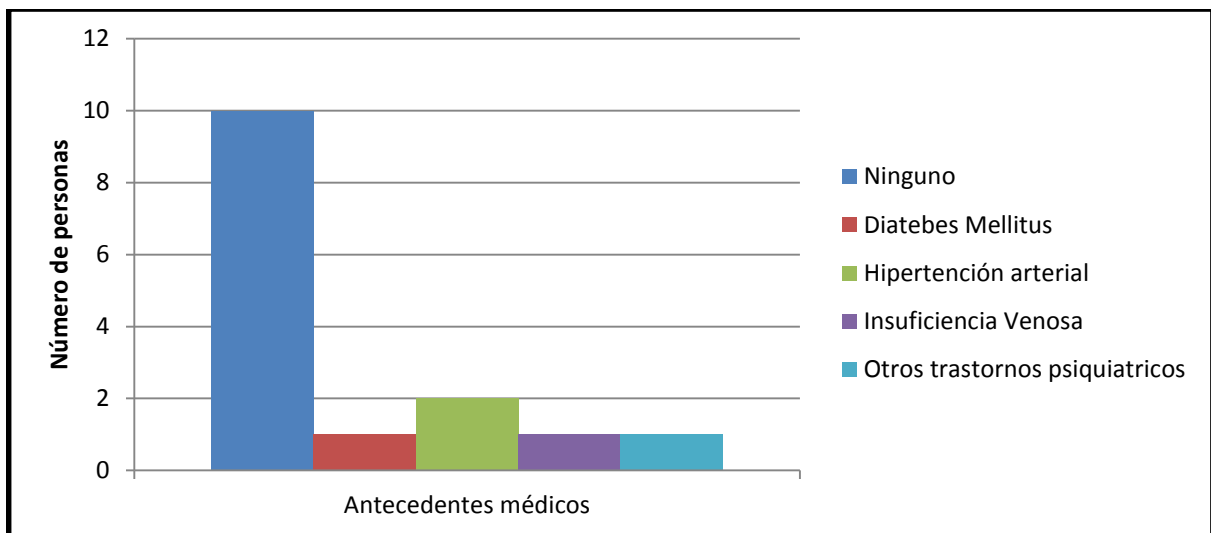
FUENTE: Entrevista.

Análisis: La depresión es un trastorno que se ha comprobado que tiene también un origen familiar, sin embargo solo dos de los pacientes entrevistados dijeron recordar poseer familia con este trastorno, cabe mencionar que esta es una enfermedad poco diagnosticada por lo cual podría estar presente en más personas pero que no se ha detectado.

TABLA Y GRAFICO 20

Presencia de antecedentes médicos de los pacientes entrevistados para el estudio con el título: los síntomas principales que enmascaran trastornos depresivos, en los pacientes de 30 a 70 años de edad que consultan en la sede del ECOSFB San Sebastián el espino, municipio de Chalchuapa, departamento de Santa Ana en el periodo de abril a septiembre del 2012.

ANTECEDENTES MÉDICOS	NÚMERO DE PERSONAS
Diabetes Mellitus	1
Ninguno	10
Hipertensión arterial	2
Insuficiencia Venosa	1
Otros trastornos psiquiátricos	1
Total	15



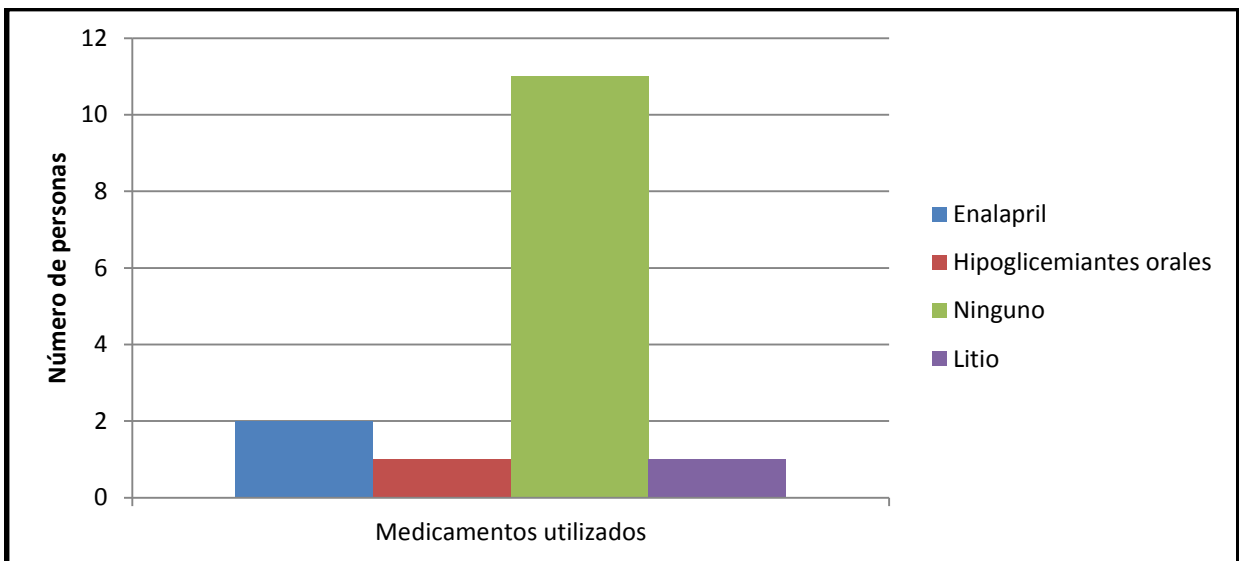
FUENTE: Entrevista.

Análisis: Diez de los quince pacientes no presentaban ningún antecedente médico, mientras que el resto presentaba enfermedades crónicas degenerativas, que en estudios previos se ha demostrado que este tipo de enfermedades se vinculan a la etiología de los trastornos depresivos: uno presenta diabetes mellitus, dos presentan hipertensión arterial, uno presenta insuficiencia venosa, y uno presenta otro trastorno psiquiátrico.

TABLA Y GRAFICO 21

Uso de medicamentos de forma crónica por los pacientes entrevistados para el estudio con el título: los síntomas principales que enmascaran trastornos depresivos, en los pacientes de 30 a 70 años de edad que consultan en la sede del ECOSFB San Sebastián el espino, municipio de Chalchuapa, departamento de Santa Ana en el periodo de abril a septiembre del 2012.

MEDICAMENTOS UTILIZADOS	NÚMERO DE PERSONAS
Enalapril	2
Hipoglucemiantes orales	1
Ninguno	11
Litio	1
Total	15



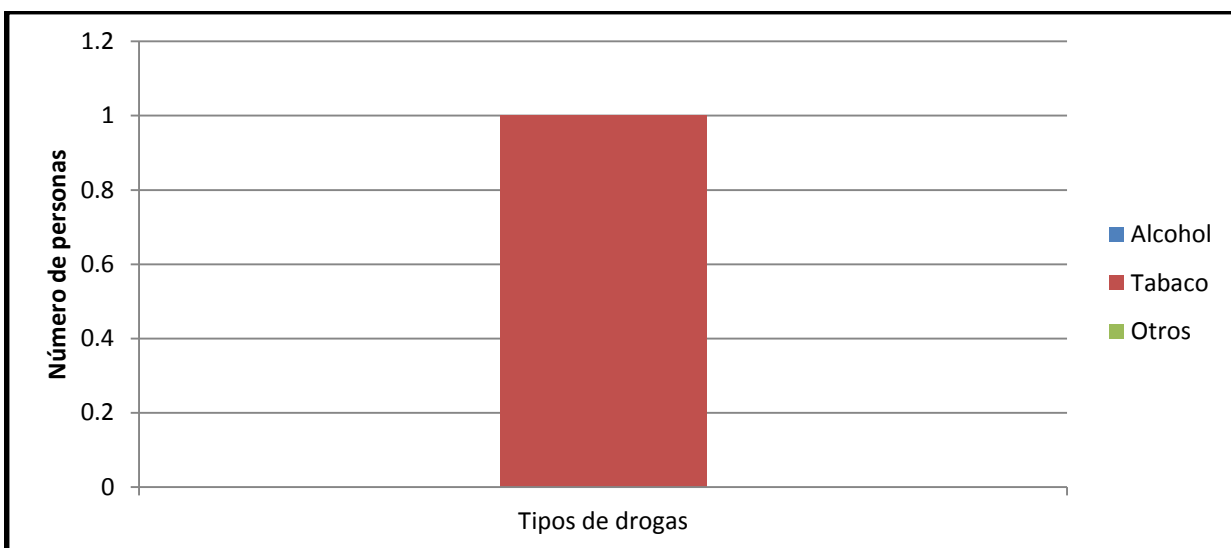
FUENTE: Entrevista.

Análisis: Al igual que las enfermedades crónicas degenerativas que se han vinculado a la etiología de los trastornos depresivos, muchos de los fármacos utilizados en su tratamiento también se han vinculado con la aparición de depresión tal es el caso de los analgésicos, antiinflamatorios, antibióticos, hipotensores, drogas cardiacas, corticosteroides y anticonceptivos.

TABLA Y GRAFICO 22

Consumo de alcohol u otro tipo de drogas en los pacientes entrevistados para el estudio con el título: los síntomas principales que enmascaran trastornos depresivos, en los pacientes de 30 a 70 años de edad que consultan en la sede del ECOSFB San Sebastián el espino, municipio de Chalchuapa, departamento de Santa Ana en el periodo de abril a septiembre del 2012.

TIPOS DE DROGAS	NÚMERO DE PERSONAS
Alcohol	0
Tabaco	1
Otros	0
Total	1



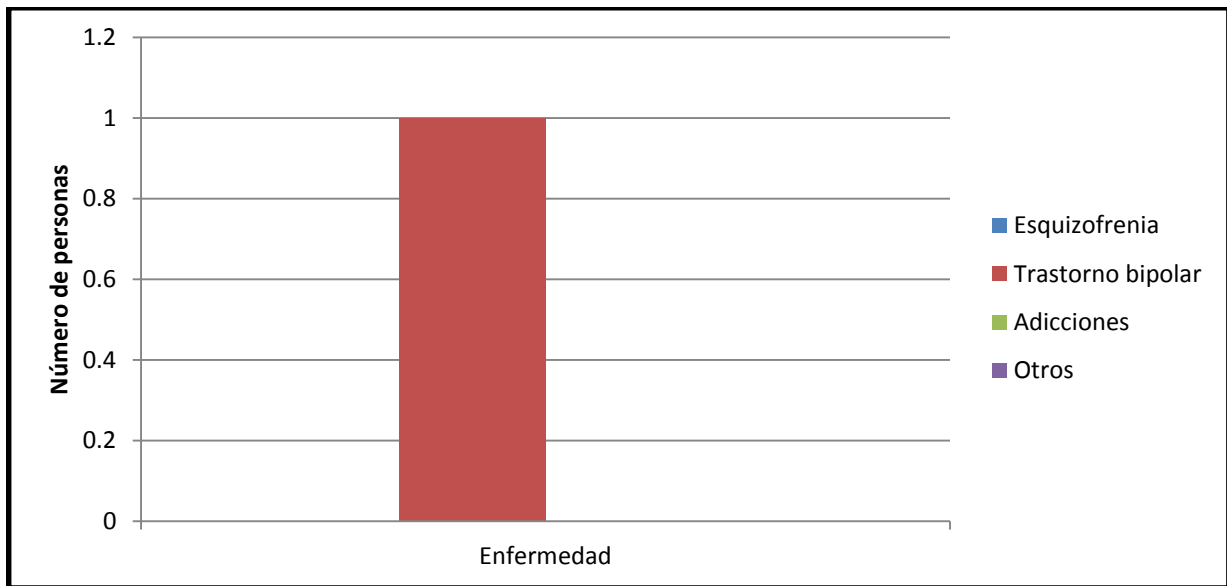
FUENTE: Entrevista.

Análisis: De los quince pacientes entrevistados solo uno era tabaquista, es importante conocer este tipo de datos debido a que muchas drogas licitas o ilícitas pueden asociarse a un tipo de depresión secundaria que es de vital importancia diagnosticar para brindar un tratamiento coadyuvante.

TABLA Y GRAFICO 23

Antecedente de enfermedad psiquiátrica en los pacientes entrevistados para el estudio con el título: los síntomas principales que enmascaran trastornos depresivos, en los pacientes de 30 a 70 años de edad que consultan en la sede del ECOSFB San Sebastián el espino, municipio de Chalchuapa, departamento de Santa Ana en el periodo de abril a septiembre del 2012.

ENFERMEDAD	NÚMERO DE PERSONAS
Esquizofrenia	0
Trastorno bipolar	1
Adicciones	0
Otros	0
Total	1



FUENTE: Entrevista.

Análisis: De los quince pacientes solo uno poseía un trastorno psiquiátrico aunado al trastorno depresivo, y muchos de los casos de enfermedades depresivas la causa de esta puede radicar en otro trastorno psiquiátrico que puede a su vez enmascarar al trastorno depresivo por ejemplo el alcoholismo.

CONCLUSIONES

1. En base a los resultados y al análisis de los mismos se dice que de las 130 personas que participaron en el estudio, 15 de ellas presentaron un trastorno depresivo, pero en ninguno de los casos el motivo de consulta orientaba a la patología y generalmente insinuaba una etiología orgánica.
2. Asimismo la historia clínica siempre contaba con una gama de síntomas orgánicos pero sin conexiones que llevaran al diagnóstico de una enfermedad de esa índole, siendo estos inespecíficos, no comprobables al examen físico y sin estudios de laboratorio que respaldaran el cuadro.
3. En los pacientes con trastornos depresivos fue de gran importancia el hecho de encontrar que habían sufrido o actualmente pasaban por un evento vital negativo en sus vidas, siendo de estos los más frecuentes problemas económicos o con el cónyuge, debido a que los eventos negativos son parte importante de la etiología, curso y evolución de la enfermedad.

RECOMENDACIONES

- 1- Antes de realizar un diagnóstico el cual no puede comprobarse mediante examen físico y estudios correspondientes para respaldar tal diagnóstico, es necesario indagar en la psique del paciente y tratar de dilucidar aquellos eventos vitales que pueden influir de manera negativa en la salud del paciente, y causarle un trastorno depresivo, el cual puede tener un buen curso y evolución si se trata de forma adecuada.

- 2- Debido a que los trastornos depresivos en su mayoría se ven enmascarados por múltiples síntomas orgánicos, es de mencionar que no es recomendable utilizar en estos pacientes una gama de medicamentos para cada uno de ellos puesto que es necesario hacer consiente al paciente de la naturaleza de su enfermedad y explicarle la eficacia del tratamiento y terapia adecuada.

- 3- En el caso de los pacientes que sufren un trastorno afectivo como lo es la depresión el médico general o de otra rama diferente a la psiquiatría que se encuentra tratándolo debe ser empático con el paciente y explicarle que la visita al psiquiatra es de vital importancia para su recuperación y que los medicamentos prescritos no consisten en sedantes como muchos erróneamente los catalogan dando la impresión al paciente que perderá parte de su autonomía por el efecto de tales drogas.

BIBLIOGRAFÍA

- ✓ Beth Dawsen Sanders y Robert G. Trape, bioestadística médica, segunda edición, editorial el manual moderno SA de CV, México D.F.1997.
- ✓ Clasificación Internacional de Enfermedades, Decima Versión, CIE-10
- ✓ Eladio Zacarías Ortez, Así se investiga, pasos para hacer una investigación, primera edición, Editorial clásicos Roxil, 2000.
- ✓ José Ricardo Gutiérrez, Ana Sandra Aguilar de Mendoza, investigadores sociales de la vicerrectoría de investigaciones de la Universidad Tecnológica de El Salvador (UTEC) www.saludmental.com
- ✓ Manual de Diagnóstico y Estadística de los Desórdenes Mentales, 4^{ta} Edición. DSM-IV
- ✓ Organización mundial para la salud, www.OMS.com
- ✓ Phillips Salomón, Manual de Psiquiatría, Editorial Manual Moderno, México, D.F, Primera Edición.
- ✓ Paolo Panchini, Amparo Belloch, Manual de Psiquiatría Clínica, Editorial TRILLA 1979, México, D.F, primera Edición.
- ✓ Ricardo José Toro G, Luis Eduardo Yepes R. Psiquiatría, fundamentos de medicina, cuarta edición, Editorial corporación para investigaciones biológicas, Edición 17.
- ✓ Robert. G.D, Steel y James H. Torrie, bioestadística principios y procedimientos, segunda edición, editorial Mc Graw Hill, interamericana de México S.A. de C.V., 1992.

ANEXO 1

CRONOGRAMA AÑO 2012

ACTIVIDADES	DURACIÓN 12 MESES FECHA DE INICIO ENERO DE 2012											
	ENERO	FEBRERO	MARZO	ABRIL	MAYO	JUNIO	JULIO	AGOSTO	SEPTIEMBRE	OCTUBRE	NOVIEMBRE	DICIEMBRE
MESES												
AJUSTE DEL ANTEPROYECTO	X											
ESTABLECER CONTACTO CON LA POBLACIÓN OBJETO DE ESTUDIO	X	X										
ELABORAR O AJUSTAR INSTRUMENTOS PARA LA RECOLECCIÓN DE INFORMACIÓN				X	X	X						
ELABORAR MARCO TEÓRICO						X	X	X				
APLICAR EL INSTRUMENTO Y RECOGER INFORMACIÓN						X	X	X	X			
PROCESAR LOS DATOS										X		
DESCRIBIR LOS RESULTADOS											X	
ANALIZAR LOS RESULTADOS											X	
ELABORAR O REDACTAR EL INFORME FINAL												X
REVISIÓN DEL INFORME FINAL POR PARTE DEL ASESOR												X
ENTREGAR EL INFORME FINAL												X

ANEXO 2

UNIVERSIDAD DE EL SALVADOR
FACULTAD MULTIDISCIPLINARIA DE OCCIDENTE
DEPARTAMENTO DE MEDICINA
INSTRUMENTO DE RECOLECCIÓN DE INFORMACIÓN
UTILIZADO: ENTREVISTA Y OBSERVACION DIRECTA

TEMA DE INVESTIGACION: LOS SÍNTOMAS PRINCIPALES QUE ENMASCARAN TRASTORNOS DEPRESIVOS, EN LOS PACIENTES DE 30 A 70 AÑOS DE EDAD QUE CONSULTAN EN LA SEDE DEL ECOSFB SAN SEBASTIÁN EL ESPINO, MUNICIPIO DE CHALCHUAPA, DEPARTAMENTO DE SANTA ANA EN EL PERIODO DE ABRIL A SEPTIEMBRE DEL 2012.

Objetivo general:

- ✓ Describir los síntomas principales que enmascaran trastornos depresivos, en los pacientes de 30 a 70 años de edad que consultan en la sede del ECOSFB San Sebastián El Espino, municipio de Chalchuapa, departamento de Santa Ana en el periodo de abril a septiembre del 2012.

1. Nombre del paciente:

Se utilizó por numero correlativo _____

2. Edad: _____

3. Sexo: _____.

4. Profesión, u ocupación: _____

5. Estado civil: _____

6. Religión: _____

7. Fuente de ingreso: _____

8. Motivo de consulta:

9. Síntomas que refiere:

10. Sucesos, o eventos significativos en su vida:

11. ¿Hace cuánto tiempo paso el evento?:

12. Con quienes convive en el hogar:

13. ¿Cómo considera la relación con su familia o allegados?:

14. ¿Se siente usted cómodo en su trabajo o en las diferentes labores que realiza a diario?:

15. ¿Considera usted que es parte fundamental para el sostén de su familia?:

16. ¿Ha pensado alguna vez en quitarse la vida?:

17. ¿Alguna vez ha intentado quitarse la vida?:

18. Hay alguien en su familia que se ha suicidado:

19. ¿Es usted feliz?:

20. ¿Hay alguien que padezca de tristeza en su familia?:

21. Antecedentes médicos:

22. Utiliza algún medicamento:

23. Consume alcohol, o tabaco u otro tipo de droga:

24. Padece usted de alguna enfermedad psiquiátrica:

25. Presenta usted sentimientos de culpa:

26. Tiene vida sexual activa:

27. Disfruta de su actividad sexual:

LISTA DE COTEJO

(OBSERVACIÓN DURANTE LA ENTREVISTA)

SÍNTOMAS/HALLAZGOS/EXÁMENES DE LABORATORIO	PRESENTES	AUSENTES
Nauseas		
Vómitos		
Vértigo		
Insomnio		
Dolor		
Shock nervioso		
Cefalea		
Malestar general		
Paresias		
Plejías		
Dolor		
Hallazgos al examen físico que respalden el diagnóstico		
Exámenes de laboratorio que respaldan el diagnóstico		

ANEXO 3

PRESUPUESTO

PARTIDA		UNIDAD DE MEDIDA	CANTIDAD	COSTOS	
				UNITARIO	TOTAL
B I E N E S	Papel bond	Ciento	Cinco	0.02	10.00
	Tinta	Unidad	Uno	1.00	1.00
	Discos compactos gravados (CD'S)	Unidad	Dos	0.40	0.80
	Folders de manila	Unidad	Dos	0.35	0.70
S E R V I C I O S	Anillados	Unidad	Cuatro	1.50	6.00
	Fotocopias	Unidad	Setenta	0.03	2.10
	Pasajes	Unidad	Trecientos	1.65	495.00
	Impresiones	Unidad	Doscientos setenta y seis	0.15	41.40
	Empastado	Unidad	Tres	35.00	105.00
TOTAL GENERAL					662.00