

**UNIVERSIDAD DE EL SALVADOR
FACULTAD MULTIDISCIPLINARIA DE OCCIDENTE
DEPARTAMENTO DE MEDICINA**



TRABAJO DE GRADUACIÓN

TEMA:

**“ANÁLISIS DEL DIAGNOSTICO DE DEPRESIÓN EN
EL ADULTO CONSULTANTE EN LA UNIDAD DE SALUD
DE EL CONGO EN EL AÑO 2009”.**

**PARA OPTAR AL GRADO DE:
DOCTOR EN MEDICINA**

PRESENTADO POR:

**FIGUEROA JIMÉNEZ, MARTHA ELIZABETH
MENDOZA, JOSÉ MIGUEL ANTONIO
RUANO MARROQUÍN, ELIA ISABEL**

DOCENTE DIRECTOR:

DR. MELITÓN MIRA BURGOS.

NOVIEMBRE, 2009

SANTA ANA, EL SALVADOR, CENTROAMÉRICA

UNIVERSIDAD DE EL SALVADOR

RECTOR

ING. Y MSC. RUFINO QUEZADA SÁNCHEZ

VICE-RECTOR ACADÉMICO

ARQ. Y MASTER MIGUEL ÁNGEL PÉREZ RAMOS

VICE-RECTOR ADMINISTRATIVO

LICDO. Y MASTER OSCAR NOE NAVARRETE

SECRETARIO GENERAL

LICDO. DOUGLAS VLADIMIR ALFARO CHÁVEZ

FISCAL GENERAL

DR. RENE MADECADEL PERLA JIMÉNEZ

FACULTAD MULTIDISCIPLINARIA DE OCCIDENTE

DECANO

LICDO. JORGE MAURICIO RIVERA

VICE-DECANO

LICDO. Y MASTER ELADIO EFRAÍN ZACARÍAS ORTEZ

SECRETARIO DE LA FACULTAD

LICDO. VÍCTOR HUGO MERINO QUEZADA

JEFE DE DEPARTAMENTO

DRA. SANDRA PATRICIA GÓMEZ DE SANDOVAL

AGRADECIMIENTOS:

**..... A Dios todo poderoso, por la sabiduría y la fortaleza que nos ha
dado**

**..... A nuestra Santísima Madre La Virgen María, por su guía a
través de nuestra carrera universitaria**

..... A nuestros padres por ayudarnos a terminar nuestro ideal

**..... Al Dr. Melitón Mira que con su sabiduría nos orientó para
culminar esta tesis que ahora presentamos**

**..... Al Dr. Fredy Sermeño por su incondicional apoyo en la
realización de nuestro trabajo de investigación**

**..... A nuestros maestros por las orientaciones tan sabias que nos
dieron**

..... A nuestros familiares y amigos por toda su comprensión

**..... Al Dr. Carlos Avilés, Director de la Unidad de Salud de El
Congo, por permitirnos realizar en la Unidad de Salud El Congo
nuestro trabajo de investigación.**

ÍNDICE

I.	RESUMEN	1
II.	INTRODUCCIÓN	2
III.	ANTECEDENTES	3
IV.	JUSTIFICACIÓN	6
V.	OBJETIVOS	7
	General:.....	7
	Específicos	7
VI.	MARCO TEÓRICO.....	8
	DEFINICIÓN.....	8
	ETIOLOGÍA.....	12
VII.	DISEÑO METODOLÓGICO.....	31
VIII.	EXPOSICIÓN Y ANÁLISIS DE RESULTADOS.....	35
IX.	DISCUSIÓN	42
X.	CONCLUSIONES	44
XI.	RECOMENDACIONES.....	45
XIII.	CRONOGRAMA.....	46
XIV.	PRESUPUESTO.....	47
XV.	BIBLIOGRAFÍA	49
XVI.	ANEXOS	54

I. RESUMEN

Se realizó un estudio de tipo Analítico de estudio de concordancia de características operativas en el cual se tomó una muestra de 42 adultos comprendidos en las edades de 20 a 59 años que consultan de manera subsecuente en la Unidad de Salud de El Congo, Departamento de Santa Ana, durante el período de mayo hasta agosto del año 2009. Con el objetivo de identificar la incidencia de la depresión en este grupo de edad, a la vez de caracterizar epidemiológicamente dicha población e identificar la existencia de un subregistro de la depresión; así como establecer la sensibilidad y especificidad del test de Zung, para proponerlo como una herramienta de identificación de pacientes en riesgo.

Se elaboró 1 instrumento de observación en el cual se planteaban los criterios del DSM IV con el fin de diagnosticar pacientes con depresión y obtener además la información epidemiológica necesaria para cumplir con los objetivos; también se utilizó el test de Zung, que es un test psicológico desarrollado para determinar los pacientes que se encuentran en riesgo de padecer depresión. Los datos obtenidos fueron trabajados con el programa informático “SPSS for Windows versión 17”. Además el test de Zung fue analizado en una tabla 2 X 2, de donde se determinó su sensibilidad y especificidad, siendo utilizados los criterios del DSM IV para diagnóstico de depresión como Gold Standard.

De ello se obtuvieron los siguientes resultados: Existe un grado alto de síntomas somáticos que orientan a depresión y no son evaluados de forma adecuada por los consultantes por lo que existe un subregistro en el diagnóstico de depresión, los hombres padecen más frecuentemente de depresión que las mujeres, además el grupo etáreo en que prevalece es desde los 28 a los 35 años, predomina mayormente en el área rural, afecta más a los casados y acompañados, y a aquellos con ocupación de oficios domésticos y jornaleros. Se estimó una incidencia de depresión del 16.7%. Se obtuvo también que el test de Zung tiene una sensibilidad de 85.7% y una especificidad de 51.4%, por lo que se puede decir que es una adecuada herramienta en la evaluación de pacientes en riesgo de padecer depresión. Por lo tanto, se debería utilizar en el ámbito del primer nivel de atención para aumentar el nivel de sospecha de depresión y reducir su subregistro.

II. INTRODUCCIÓN

La Organización Mundial De La Salud ha estimado que los trastornos mentales y del comportamiento representan cinco de las 10 principales cargas de morbilidad en las personas de 15 a 44 años de edad. Entre esos trastornos se encuentran la depresión, ansiedad, los relacionados al consumo de alcohol y otros.

Esta problemática afecta a todos los países, tanto industrializados como aquellos en vías de desarrollo. Las repercusiones económicas y sociales son enormes; se elevan los gastos de los servicios sociales y sanitarios, se incrementa el desempleo y se afecta la productividad. A esto debe añadirse el sufrimiento de los enfermos y sus familiares, así como el deterioro de la calidad de vida.

La situación de salud mental en El Salvador es especialmente compleja; el país ha sido afectado históricamente, por un gran número de eventos traumáticos como desastres naturales, conflictos armados y diferentes modalidades de violencia, en un contexto marcadas inequidades sociales y pobreza.

Sin embargo la estructura de los Servicios de Salud Mental no se corresponde con las necesidades. Los recursos especializados son insuficientes y están concentrados, en gran medida, en capitales y ciudades; también el nivel de resolutivez en el primer nivel de salud es muy bajo. El modelo de salud mental continua siendo de tipo curativo y centralizado en estructuras hospitalarias.

III. ANTECEDENTES

En el reporte de Salud en las Américas 2007 realizado por OPS¹ se dice que la salud mental es un área de la salud pública compuesta de múltiples dominios. En el ámbito de la salud, incluye la promoción y prevención primaria y, desde el punto de vista de la enfermedad la recuperación de la salud mental y la disminución de las discapacidades que genera el trastorno.

Los problemas de salud mental representan la cuarta parte de la carga de enfermedad total en las Américas, medidos en años de vida perdidos ajustados según la discapacidad.

En 1990 se estimó que las afecciones psiquiátricas y neurológicas explicaban 8.8% de los años de vida ajustados en función de la discapacidad en América Latina y el Caribe; en 2002 esa carga había ascendido a más del doble, 22.2%.

Los estudios epidemiológicos realizados en la Región de América Latina sobre los trastornos mentales, reflejan que los tres principales son el abuso o dependencia del alcohol con un 5.7%, la depresión mayor con un 4.9% y la psicosis no afectivas (entre ellas la esquizofrenia) con un 1%. Sin embargo, no habían recibido tratamiento psiquiátrico alguno más de la tercera parte de las personas afectadas.

En conclusión, solo una minoría de las personas que requieren atención relacionada con la salud mental la reciben. A esta situación debe agregarse el hecho de que los trastornos mentales afectan en mayor grado a los estratos socioeconómicos más bajos, para los cuales los servicios son más escasos.

Una forma de medir la capacidad resolutive de los problemas mentales es evaluando el número de profesionales especializados disponibles. En las Américas hay 2 psiquiatras por 100.000 habitantes, lo que corresponde a una fracción de los que hay en Europa (9.8 psiquiatras por 100.000 habitantes).¹ En el caso de El Salvador sólo existe 1.39 por 100,000 habitantes. La distribución de los recursos humanos entre áreas urbanas y rurales es desigual; la proporción de los psiquiatras que trabajan en o cerca de la ciudad más grande es 2.59 psiquiatras por 100, 000 habitantes y de 1.39 en todo el país. Se graduaron en el año 2004 0.0887 psiquiatras.²

Lo que nos indica una escasez de recursos especializados en la atención primaria en salud. Se desconoce el número de psiquiatras y psicólogos que trabajan solamente para establecimientos de salud mental administrados por el gobierno.

El resto de recursos humanos en salud mental lo conforman 72 médicos no psiquiatras (1.07), 114 psicólogos (1.68), 143 enfermeras (2.12), 105 trabajadoras sociales (1.55) y 10 terapistas ocupacionales (0.14) por 100,000 habitantes. El tiempo dedicado a salud mental en la formación universitaria de los médicos es de un 7%, y de 4% para enfermeras.²

Cabe mencionar que sólo la Universidad de El Salvador tiene en su pensum de la carrera de Medicina 3 ciclos en los que se imparte psiquiatría clínica y 1 rotación por el área de psiquiatría durante el internado rotatorio, en comparación con universidades privadas que sólo reciben 1 ciclo de psiquiatría clínica y no rotan por el área de psiquiatría durante el internado.

Cifras del Programa Nacional de Salud Mental del Ministerio de Salud Pública y Asistencia Social correspondientes a 2005 indican que las tasas de incidencia por depresión fueron de 132.6 por 100.000 habitantes; intento de suicidio, fue de 7.7. Estos trastornos afectan principalmente a las mujeres. Los departamentos de Cuscatlán (22.3), San Vicente (14.8) y La Paz (11.1) registran las mayores tasas de mortalidad.³

El Ministerio de Salud Pública y Asistencia Social (MSPAS) a través del Programa Nacional de Salud Mental, presenta en el 2006 las Guías Clínicas de Atención a los problemas más frecuentes de Salud Mental. Conteniendo las principales enfermedades mentales para el inicio e instauración del tratamiento en el primer nivel de atención.⁴

Actualmente no existen establecimientos de tratamiento diurno, unidades de hospitalización psiquiátrica de base comunitaria, ni establecimientos residenciales comunitarios. Se cuenta con 49 establecimientos ambulatorios de salud mental de los cuales menos de la mitad cuentan con psicofármacos. También hay dos hospitales psiquiátricos, ubicados en la capital, los cuales ofrecen tratamientos de tipo farmacológico gratuito.³

De los gastos de salud en El Salvador solo el 1% está destinado a salud mental y, de esto el 92% está destinado a gastos de los hospitales psiquiátricos.

El programa del Instituto Salvadoreño Del Seguro Social (ISSS) tiene una cobertura total de las diferentes patologías psiquiátricas y los problemas mentales de interés clínico. El acceso a medicamentos es gratuito en el sistema público de salud y en el ISSS. Sin embargo, para los usuarios que tienen que pagar los medicamentos los costos de los fármacos antipsicóticos y antidepresivos representan el 46% y 28%, respectivamente, del salario mínimo diario.²

En el municipio de El Congo en el año 2008 presentó una población total de 25,435; de los cuales se distribuyen en 12,532 para el sexo masculino y 12,903 para el sexo femenino.⁵

En base a lo expuesto anteriormente se realizó una revisión de la consulta diaria en el período del 1 de enero 2006 al 16 de febrero 2009. Encontrándose una frecuencia de depresión anual de la siguiente manera:

TABLA 1
REGISTRO DE LA CONSULTA DIARIA DE DEPRESION EN LA U/S EL CONGO.

AÑO	FRECUENCIA	
2006	24	37%
2007	19	29%
2008	20	31%
2009(Feb.)	2	3%
Total	65	100%

Fuente: Unidad de Estadística de U/S El Congo.

Las edades correspondían de los 10 a 60 años con predominio del sexo femenino.⁶

Una manera objetiva para medir el hecho que una persona presenta trastornos depresivos es mediante la aplicación de escalas clínicas. El test cumple la función de apoyar el diagnóstico clínico.

A lo largo de los años se han creado algunas escalas la cuales evalúan diferentes aspectos entre ellos la depresión endógena y la exógena. Entre ellas podemos mencionar: La escala de Hamilton, Test de Zung y el Test de Beck.

IV. JUSTIFICACIÓN

La importancia de la presente investigación radica en la observación del problema reflejado en la consulta diaria (basándose en los registros diarios de consulta atendidos por los médicos en servicio social cada día en días laborales de enero a febrero del año 2009) que revela que 3 de cada 5 mujeres de edad adulta presentan sintomatología general u orgánica relacionados con la Depresión, es decir, que existe una importante parte de la población con este cuadro y que no está siendo diagnosticado.

Es por ello igualmente importante este estudio para someter dichas observaciones a un proceso sistematizado con test estandarizados.

Se conoce que los servicios de salud mental son insuficientes, se dispone de escaso personal y el acceso a los mismos es limitado; los hospitales psiquiátricos siguen centralizados y en el primer nivel de atención no se dispone de suficiente capacitación para manejar los problemas de salud mental.

Las Guías Clínicas de Atención a los problemas más frecuentes de Salud Mental las cuales son de aplicación en el primer nivel no están presentes en la Unidad de Salud El Congo; es más el personal médico y de enfermería que labora en dicho centro desconoce la existencia de dicho documento.

Con este trabajo se favorecería a muchas personas con depresión que están subdiagnosticadas ya que las consecuencias de esta enfermedad sin una adecuada atención son mortales. Asimismo una vez diagnosticado se brindará un adecuado manejo; debido a que actualmente en la Unidad no se cuenta en farmacia con ningún medicamento antidepresivo.

Para finalizar es de mencionar que esta investigación toma mayor relevancia al no existir otros estudios en dicha Unidad de Salud que haya investigado la casuística de la depresión en el adulto.

En base a todo lo anterior consideramos que nuestro problema de estudio se resume en indagar ¿Cuál es la Incidencia Diagnóstica real de Depresión, acorde al DSM-IV, en los Adultos que consultan (20 a 59 años) en la Unidad de Salud de El Congo entre marzo a agosto de 2009, y si tiene aplicabilidad el uso de test cortos para correlacionar adecuadamente una referencia hacia una atención de salud mental requerida?

V. OBJETIVOS

General:

1. Evaluar la asignación del Diagnóstico de Depresión mayor en el paciente adulto subsecuente (20 a 59 años) que consulta en la Unidad de Salud de El Congo durante el período de marzo a agosto de 2009.

Específicos:

1. Correlacionar el diagnóstico de depresión mayor según los diagnósticos emitidos por los médicos tratantes en los censos reportados en la Unidad de Salud de El Congo.
2. Caracterizar epidemiológicamente la población diagnosticada con depresión mayor aplicando los criterios del DSM – IV.
3. Determinar si existe subregistro mediante la correlación de los Diagnósticos clínicos emitidos y los obtenidos acorde a los criterios del DSM – IV (Diagnostic and Statistical Manual of Mental Disorders) en el paciente adulto subsecuente (20 a 59 años) evaluados.
4. Determinar la sensibilidad y especificidad del test de Zung en el diagnóstico de depresión para proponerse como un método de apoyo en el primer nivel de atención para así captar a los pacientes con depresión subregistrados.

VI. MARCO TEÓRICO

DEFINICIÓN.

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.⁷ La base para distinguir estos cambios patológicos de cambios ordinarios, viene dada por la clínica, su gravedad, la presencia de otros síntomas y el grado de deterioro funcional y social que lo acompaña.

Muchos casos de depresión son claramente apreciables en la práctica clínica, aunque raras veces resulta fácil establecer su diagnóstico respecto de otras entidades psicopatológicas. Así, por ejemplo, la asociación entre trastorno depresivo y de ansiedad es alta y con diversas combinaciones sintomáticas en sus manifestaciones. La depresión también puede concurrir con el abuso de alcohol u otros tóxicos, y con algunas enfermedades orgánicas cerebrales y sistémicas⁸.

Si bien las causas de la depresión no son conocidas, diferentes factores podrían intervenir en su génesis, como determinados factores genéticos, vivencias de la infancia y adversidades psicosociales actuales (contexto social y aspectos de la personalidad).

En el DSM IV (Diagnostic and Statistical Manual of Mental Disorders IV) se establece la diferencia entre un Trastorno Depresivo (TD) como entidad psiquiátrica, con la sintomatología depresiva que acompaña a las enfermedades somáticas y los factores sociales desencadenantes de una reacción depresiva (como respuesta a un hecho vital). En un estudio realizado por Alan K. Koike, Jurgen Unutzer, Kenneth B Wells 2002, con 1356 pacientes que cumplían con los criterios diagnósticos de depresión mayor y distimia.

Encontraron que un 43% de ellos presentaban co-morbilidad médica, la cual entorpecía el adecuado manejo de la patología psiquiátrica; por otra parte un grupo de 46 pacientes con enfermedades médicas crónicas tales como migraña, artritis reumatoidea, úlcera gástrica, asma, diabetes, enterocolitis, tiroideopatía, angina, epilepsia, cáncer, entre otras, presentaban depresión, entorpeciendo este la evolución del cuadro⁹.

HISTORIA.

Kraepelin diferenció de la enfermedad maníaco-depresiva otras depresiones sin causa neuropatológica y que por lo tanto según él, no pertenecían a las enfermedades mentales; y las denominó “depresiones neuróticas reactivas”. Así se configura la separación dualista entre depresiones de tipo bioquímico (enfermedad maníaco-depresiva, depresión endógena, psicótica, etc.), y las de tipo psicógeno (depresión neurótica, exógena, reactiva).

Este cuadro ha sido criticado desde el principio y especialmente desde 1926 por Mapother Sir Aubrey Lewis quien en 1934 escribió: “toda enfermedad es el producto de dos factores: el ambiente trabajando sobre el organismo, hay un gran número de combinaciones posibles de acuerdo con la dotación hereditaria individual, el entrenamiento y la constelación particular de los factores ambientales”.

La psiquiatría norteamericana siguiendo los estudios de Winokur y las ideas de Spitzer (reflejadas en la clasificación DSM-IV), 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.⁸

EPIDEMIOLOGIA Y PREVALENCIA.

Según la Organización Mundial de la Salud (OMS), la depresión afecta en el mundo a unos 121 millones de personas, de los que menos del 25% tienen acceso a tratamientos efectivos y advierte que una de cada cinco personas llegará a desarrollar un cuadro depresivo en su vida, aumentando este número si concurren otros factores como enfermedades médicas o situaciones de estrés⁹. Además, es previsible que en el año 2020, la depresión pase a convertirse en la segunda causa más común de discapacidad, después de las enfermedades cardiovasculares¹⁰.

La prevalencia de la enfermedad es variable según el país estudiado y así, el National Comorbidity Survey Replication Americano observó que un 16.2% de las personas presentaron un trastorno depresivo mayor en algún momento de su vida (prevalencia vida) y que un 6.6% lo presentaron en los últimos 12 meses (prevalencia-año)¹¹, mientras que el Libro Verde elaborado por la Comisión de las Comunidades Europeas estima que la prevalencia anual en la población europea entre 18 y 65 años es del 6.1%¹²

Un estudio epidemiológico realizado en España sobre una muestra representativa de la población observó una prevalencia-vida de trastornos mentales del 19% y una prevalencia-año del 8.4%, y reveló que el episodio depresivo mayor es el trastorno mental más frecuente, con una prevalencia-vida del 10.5% y una prevalencia-año del 3.9%¹³. Sin embargo, entre los pacientes hospitalizados la prevalencia de depresión se eleva hasta un 18.9%¹⁴.

A juicio de la OMS, el suicidio constituye un problema de salud pública muy importante y en gran medida prevenible, que se traduce en casi un millón de víctimas al año, además de unos costes económicos muy elevados. En España, el número de suicidios consumados ha aumentado en los últimos años, pasando de 1,652 en 1980 (1,237 hombres y 415 mujeres) a 3,399 en 2005 (2,570 hombres y 829 mujeres). La tasa de mortalidad por suicidio ese último año fue de 15.79/100,000 habitantes (12.03/100,000 en los hombres y 3.76/100,000 en las mujeres).¹⁵

Los estudios epidemiológicos realizados en la Región de América Latina sobre los trastornos mentales, reflejan que los tres principales son el abuso o dependencia del alcohol con un 5.7%, la depresión mayor con un 4.9% y la psicosis no afectivas (entre ellas la esquizofrenia) con un 1%. Sin embargo, no habían recibido tratamiento psiquiátrico alguno más de la tercera parte de las personas afectadas por psicosis no afectivas, más de la mitad de las afectadas por trastornos de la ansiedad y cerca de las tres cuartas partes de las que dependían del alcohol.¹

Cifras del Programa Nacional de Salud Mental del MSPAS correspondientes a 2005 indican que las tasas de incidencia de trastornos de ansiedad fueron de 715.1 por 100,000 habitantes; depresión, 132.6; alcoholismo, 34.1; intento de suicidio, 7.7 y drogadicción, 1.7. Los primeros dos trastornos afectan principalmente a las mujeres. En 2004 se notificaron 840 defunciones por trastornos mentales y del comportamiento, con una tasa de 12,4 por 100.000 habitantes. La principal causa de muerte fue el uso de sustancias psicoactivas (consumo de alcohol en su mayoría).³

Existen dos entidades complementarias (Consejo Nacional de Salud Mental y el Programa Nacional de Salud Mental del Ministerio de Salud) con autoridad en salud mental. No existen establecimientos de tratamiento diurno, unidades de hospitalización psiquiátrica de base comunitaria, ni establecimientos residenciales comunitarios.

La disponibilidad de recursos humanos en salud mental es de 10.01 por 100,000 habitantes distribuidos de la siguiente manera: 92 psiquiatras (1.39 por 100,000 habitantes), 72 otros médicos no psiquiatras (1.07), 114 psicólogos (1.68), 143 enfermeras (2.12), 105 trabajadoras sociales (1.55) y 10 terapistas ocupacionales (0.14). A nivel urbano existen 2.59 psiquiatras por 100, 000 habitantes y 1.39 en todo el país. Se graduaron en el año de referencia 6 psiquiatras lo que equivale 0.0887 psiquiatras por 100,000 habitantes y 7.590 médicos por 100,000 habitantes.²

En relación con el lugar de trabajo, 22 psiquiatras trabajan en establecimientos ambulatorios, y 15 en hospitales psiquiátricos, 57 otros médicos no especializados en salud mental trabajan en establecimientos ambulatorios, y 1 en hospital psiquiátrico. En relación con los enfermeros, 82 trabajan en establecimientos ambulatorios y 19 en hospitales psiquiátricos. 65 psicólogos, trabajadores sociales y terapeutas ocupacionales laboran en establecimientos ambulatorios, y 19 en hospitales psiquiátricos.

El tiempo dedicado a salud mental en la formación universitaria de los médicos es de un 7%, en enfermeras 4%. El 16% de los médicos de atención primaria recibieron capacitación (actualizaciones) sobre temas de salud mental, así como, el 13% de las enfermeras; estas capacitaciones fueron promovidas por el Ministerio de Salud Pública y Asistencia Social.

De los gastos de salud en El Salvador solo el 1% está destinado a salud mental y, de esto el 92% está destinado a gastos de los hospitales psiquiátricos. El programa del Instituto Salvadoreño Del Seguro Social (ISSS) tiene una cobertura total de las diferentes patologías psiquiátricas y los problemas mentales de interés clínico.²

ETIOLOGÍA

CAUSAS PRIMARIAS.

BIOQUÍMICOS CEREBRALES.

La teoría más popular ha postulado cambios en las monoaminas cerebrales (noradrenalina, dopamina, serotonina). La teoría de las catecolaminas 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 ha sugerido 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.

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

Postular que la depresión se debe a la deficiencia de un solo neurotransmisor es simplista, posiblemente existen disregulaciones o desequilibrios entre varios de ellos. Además de la noradrenalina y la serotonina se han involucrado el GABA, el glutamato, la dopamina, y la acetilcolina.

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

Hipótesis más recientes postulan cambios en la neurona presináptica, tales como la alteración en la membrana (Proteína G), mensajeros secundarios y terciarios, alteración del glutamato y del calcio intracelular.¹⁶

NEUROENDOCRINOS.

Múltiples estudios demuestran anomalías en el eje hipotálamo pituitaria adrenal en los trastornos depresivos. Existe un aumento del factor liberador de la corticotropina en plasma y en líquido cefalorraquídeo.

NEUROFISIOLOGICOS.

En el electroencefalograma del paciente deprimido se observa un acortamiento de la latencia de los movimientos oculares rápidos (MOR) durante el sueño. También se ha reportado, disminución de los estadios 3 y 4 del sueño NMOR.¹⁷

La mayor incidencia de las crisis depresivas se da en la primavera y el otoño, se sugiere que es debido a alteraciones patológicas en los ritmos cronofisiológicos cerebrales.

NEUROIMAGENES.

En las depresiones tempranas se encuentra una disminución del volumen del hipocampo, aumento del volumen de la amígdala derecha, o pérdida de la asimetría derecha, o pérdida de la asimetría normal de las amígdalas, disminución del volumen de los ganglios basales, y disminución del volumen de la corteza prefrontal.

En las depresiones de iniciación tardía se han descrito hiperintensidades en la sustancia blanca, atrofia difusa cortical y subcortical, y aumento de los infartos cerebrales silenciosos.

GENETICOS Y FAMILIARES.

El trastorno depresivo mayor es 1.5- 3 veces más común en los familiares biológicos de primer grado de personas que sufren éste, que en la población general. La concordancia en gemelos monocigóticos es de 37% en hombres y 31% en mujeres, en los dicigóticos es de 23 y 25% respectivamente. La heredabilidad en diferentes estudios se calcula que está entre 36-75%, lo que demuestra claramente un componente genético.

FACTORES PSICOLOGICOS

Freud estudió 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. 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 período la sociedad y la cultura proveen apoyo al doliente, quien así puede reorientarse y asumir nuevas tareas y vínculos.

En el duelo anormal el paciente se comporta como si la pérdida fuera más severa y los factores inconscientes son oscuros para la persona.

Parece que la separación y la pérdida de personas amadas en la niñez producen depresiones infantiles y predisponen al sufrimiento de ellas en la vida adulta.

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

Desde el punto de vista psicosocial, se ha demostrado un aumento de depresiones después de situaciones estresantes tales como desastres naturales, guerras, permanencia en campos de concentración y períodos de desintegración social. La viudez, la pérdida de seres queridos, parecen aumentar la incidencia de depresión.¹⁷

CAUSAS SECUNDARIAS.**TABLA 2**

MEDICAMENTOS FRECUENTEMENTE ASOCIADOS CON DEPRESION
1. Analgésicos y Antiinflamatorios: <ul style="list-style-type: none"> - Indometacina. - Fenacetina. - Fenibutazona.
2. Antibióticos: <ul style="list-style-type: none"> - Isoniacida - Griseofulvina - Sulfas - Acido Nalidíxico
3. Hipotensores: <ul style="list-style-type: none"> - Metildopa - Propanolol - Bloqueadores de los canales de calcio
4. Antipsicóticos
5. Drogas Cardíacas: <ul style="list-style-type: none"> - Digitálicos
6. Corticosteroides.
7. Disulfirán.
8. Anticonceptivos.

Muchas drogas de uso común como hipotensores, enfermedades médicas como cáncer de páncreas y psiquiátricas como alcoholismo, pueden ser la causa de una depresión. De ahí la importancia para el médico general en que conozca las drogas que como efecto secundario producen la depresión y sospechar las enfermedades cuya primera manifestación puede ser un cuadro depresivo.¹⁷

TABLA 3¹⁷

TRASTORNOS ORGÁNICOS Y DEPRESIÓN
1. Neurológicos: <ul style="list-style-type: none">- Enf. de Alzheimer.- Enf. de Parkinson.- ACV- Tumores Cerebrales
2. Endócrinos: <ul style="list-style-type: none">- Hipotiroidismo.- Enf. de Cushing.- Posparto- Hipoglicemia
3. Metabólicos: <ul style="list-style-type: none">- Porfiria- Deficiencias Vitamínicas.
4. Tumores: <ul style="list-style-type: none">- Ca. de Páncreas.- Retroperitoneales
5. Cardiovasculares: <ul style="list-style-type: none">- Cirugía Cardíaca.
6. Infecciones: <ul style="list-style-type: none">- Hepatitis- Influenza

DIAGNÓSTICO

La posibilidad diagnóstica de un trastorno depresivo se puede plantear a partir de datos observacionales poco específicos, como el deterioro en la apariencia y en el aspecto personal, enlentecimiento psicomotriz, tono de voz bajo, facies triste, llanto fácil o espontáneo, disminución de la atención, verbalización de ideas pesimistas, ideas hipocondríacas, alteraciones del sueño y quejas somáticas inespecíficas. La edad de inicio de la Depresión Mayor, aunque varía en diferentes estudios, puede establecerse entre los 30 y 40 años, y alcanza un pico máximo de incidencia entre los 18-44 años¹⁸.

La presentación de la enfermedad puede ser distinta con la edad, y así, los jóvenes muestran síntomas fundamentalmente comportamentales mientras que los ancianos tienen con mayor frecuencia síntomas somáticos¹⁹.

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

El primero está constituido por los pacientes que manifiestan predominantemente síntomas depresivos (tristeza, sentimientos de culpa, ideación suicida, etc.).

El segundo grupo consulta por síntomas generales u orgánicos (insomnio, anorexia, cansancio, cefalea, vértigo).

El tercero se manifiesta por otros síntomas psiquiátricos dentro de los cuales predomina la ansiedad.¹⁷

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.

En este grupo es posible encontrar síntomas somáticos como insomnio o hipersomnias; la anorexia o la hiperfagia, el cansancio. El ciclo diurno puede estar invertido peor por la mañana y mejor en el atardecer y la noche.

También pueden existir dolores en cualquier parte del cuerpo, siendo el más frecuente la cefalea.

PREDOMINIO SOMATICO

Los más comunes son los trastornos de la homeostasis general, problemas dolorosos, neurológicos y autonómicos.

- HOMEOSTASIS GENERAL: Es frecuente la pérdida de peso, insomnio, fatigabilidad y la somnolencia diurna.
- DOLOR: Los más comunes son las cefaleas (peso en la cabeza, tirantez en la nuca); dolores articulares, dolores torácicos, de los miembros, abdominales y neuralgias. Dichos síntomas mejoran al ser tratados con antidepresivos tricíclicos.
- NEUROLÓGICOS: El vértigo es uno de los síntomas más frecuentes; otros es el tinnitus, visión defectuosa, fallas en la memoria y en la concentración.
- AUTONÓMICOS: Entre estos están palpitaciones, disnea, poliaquiuria, sequedad de la boca, constipación, oleadas de calor.¹⁷

PREDOMINANCIA DE OTROS SINTOMAS PSIQUIATRICOS

- ANSIEDAD: Está es la máscara más común de la depresión y es experimentada como una agonía diferente a la producida por las ansiedades de la vida normal.
- ALCOHOLISMO.
- HIPOCONDRIASIS.

EPISODIO DEPRESIVO MAYOR.¹⁷

La característica fundamental de este cuadro es un episodio 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. El ánimo deprimido se manifiesta por sentirse triste, desesperanzado, desanimado. La tristeza se manifiesta en la expresión facial. Es generalizada y atenaza al sujeto,

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 que antes le eran placenteras. En muchos pacientes hay una disminución importante del deseo y disfrute sexual.

Debe además, presentar 4 síntomas adicionales como cambios de apetito o peso, sueño, actividad psicomotora, disminución de la energía, sentimientos de minusvalía o culpa, dificultad para pensar, concentrarse o tomar decisiones o pensamientos recurrentes de muerte, ideación, planes o intentos de suicidio.

El apetito generalmente está disminuido, pero también puede estar aumentado. Puede haber pérdida o ganancia significativa de peso.

El insomnio es muy común, el paciente se despierta durante la noche y le cuesta volverse a dormir, o se despierta en la madrugada. La dificultad para conciliar el sueño puede ocurrir.

El paciente agitado no se puede quedar quieto, el retardado tiene movimientos lentos, lenguaje monótono y lento.

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

La autoestima disminuida se manifiesta por una evaluación negativa exagerada del valor propio, o de la culpa sobre faltas pasadas aun mínimas.

La concentración es deficiente y al paciente le cuesta tomar decisiones. Pueden presentar lentitud mental.

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.¹⁷

Existen diversos instrumentos diagnósticos fiables, que posibilitan que el clínico lleve a cabo una entrevista diagnóstica. Muchos de estos instrumentos son útiles en los centros de Atención Primaria.²⁰

CRITERIOS DSM IV.

Criterios para el episodio depresivo mayor

El DSM IV, debido a su alto grado de estructuración permite ser administrada por encuestadores legos con el consecuente bajo costo y la posibilidad de utilizarlo en gran escala para estimaciones de prevalencia de trastornos psiquiátricos en muestras no clínicas (Shaffer, 1996). Se le ha utilizado en numerosas investigaciones (Shafer, 1996), (Schwab Stone, 1996) (Piacentini, 1993) (Lahey, 1996) a lo largo de diversos países (Bravo, 2001, Breton, 1998).

Las ventajas de estos criterios son las siguientes: a) Constituye un esfuerzo internacional de unificación de criterios y de lenguaje para describir los hechos representativos de alteraciones mentales; b) Intenta superar la Psicopatología tradicional al tratar de relacionar la patología con los aspectos psicosociales y biológicos, a través de la clasificación multiaxial; c) Incluye no solo trastornos sino otros aspectos del sujeto y de su interacción con el medio. Dentro de las Desventajas se tienen las siguientes: a) Parte de una concepción “a teórica”, basada en los hechos para lograr un acuerdo en la clasificación por las distintas escuelas, cuando en realidad su posición corresponde al positivismo; b) A pesar de establecer un enfoque multiaxial, se queda a nivel descriptivo, al no ofrecer intervenciones genéticas para explicar el trastorno; c) En la práctica sólo se utilizan los Ejes I y II quedando el resto para estudios especiales, investigación o tratamiento, d) Desaparece la concepción de enfermedad, cobrando importancia la concepción de trastorno, que destaca el componente sintomático y conductual, obviando otros indicadores claves para el diagnóstico como la etiología, la personalidad premórbida, etc.; e) Los trastornos se agrupan siguiendo criterios externos.³⁹

La Asociación Americana de Psiquiatría (APA) publica un manual estadístico y diagnóstico de los trastornos mentales. En él, indica como CRITERIOS PARA UN EPISODIO DEPRESIVO MAYOR, los siguientes:

Presencia de cinco (o más) de los siguientes síntomas durante un período de 2 semanas, que representan un cambio respecto a la actividad previa; uno de los síntomas debe ser:

- 1. Estado de ánimo depresivo** o
- 2. Pérdida de interés o de la capacidad para el placer.**

1. Estado de ánimo depresivo la mayor parte del día, casi cada día según lo indica el propio sujeto (p. ej., se siente triste o vacío) o la observación realizada por otros (p. ej., llanto). En los niños y adolescentes el estado de ánimo puede ser irritable

2. Disminución acusada del interés o de la capacidad para el placer en todas o casi todas las actividades, la mayor parte del día, casi cada día (según refiere el propio sujeto u observan los demás)

3. Pérdida importante de peso sin hacer régimen o aumento de peso (p. ej., un cambio de más del 5 % del peso corporal en 1 mes), **o pérdida o aumento del apetito casi cada día**. Nota: En niños hay que valorar el fracaso en lograr los aumentos de peso esperables

4. Insomnio o hipersomnia (*sueño excesivo*) casi cada día.

5. Agitación o enlentecimiento psicomotores casi cada día (observable por los demás, no meras sensaciones de inquietud o de estar enlentecido)

6. Fatiga o pérdida de energía casi cada día

7. Sentimientos de inutilidad o de culpa excesivos o inapropiados (que pueden ser delirantes) casi cada día (no los simples autorreproches o culpabilidad por el hecho de estar enfermo)

8. Disminución de la capacidad para pensar o concentrarse, o indecisión, casi cada día (ya sea una atribución subjetiva o una observación ajena)

9. Pensamientos recurrentes de muerte (no sólo temor a la muerte), ideación suicida recurrente sin un plan específico o una tentativa de suicidio o un plan específico para suicidarse

Estos síntomas "**provocan malestar clínicamente significativo o deterioro social, laboral o de otras áreas importantes** de la actividad del individuo."

"Los síntomas no son debidos a los efectos fisiológicos directos de una sustancia (p. ej., una droga, un medicamento) o una enfermedad médica {...}"

Los síntomas no se explican mejor por la presencia de un duelo (p. ej., después de la pérdida de un ser querido), los síntomas persisten durante más de 2 meses o se caracterizan por una acusada incapacidad funcional, preocupaciones mórbidas de inutilidad, ideación suicida, síntomas psicóticos o enlentecimiento psicomotor.²¹

Los síntomas somáticos son muy importantes en la depresión pero que, sin embargo, están infrarepresentados en las nosologías psiquiátricas. Por ejemplo, un síntoma tan importante como el dolor crónico no está incluido ni en las clasificaciones psiquiátricas ni en las escalas que evalúan la depresión. Se considera que tres de cada cuatro pacientes con depresión presentan síntomas somáticos como dolor, dificultad para respirar, fatiga, náuseas y anorexia.

En la depresión somatizada existen significativamente más síntomas somáticos, pero sobre todo menos depresión, tanto experimentada por el paciente como evaluada por el clínico, por lo que es importante indagar bien en los pacientes que consulten con dolores crónicos no se este pasando desapercibido el diagnóstico de depresión.

Entre los síntomas somáticos más frecuentemente presentados tenemos los siguientes:²²

Síntoma	Porcentaje
Dolor de espalda	71,4%
Mareos	65,3%
Dolor en extremidades	60,5%
Flatulencias	52,3%
Dificultad para respirar	50,3%
Palpitaciones	49,6%
Dolor en articulaciones	45,5%
Dolor torácico	44,2%
Náuseas	43,5%
Amnesia	39,4%
Dolor abdominal	37,4%

ESCALAS DE VALORACIÓN EN EL DIAGNOSTICO DE DEPRESIÓN MAYOR

Entre otros instrumentos diagnósticos tenemos La **Escala Autoaplicada de Depresión de Zung** desarrollada por Zung en 1965, es una escala de cuantificación de síntomas de base empírica y derivada en cierto modo de la escala de depresión de Hamilton, ya que al igual que ella da mayor peso al componente somático-conductual del trastorno depresivo. Fue probablemente una de las primeras en validarse en nuestro país (Conde y cols. 1970) y ha tenido una amplia difusión.²³

Es una escala autoaplicada formada por 20 frases relacionadas con la depresión, formuladas la mitad en términos positivos y la otra mitad en términos negativos. Tienen gran peso los síntomas somáticos y los cognitivos, con 8 items para cada grupo, completándose la escala con dos items referentes al estado de ánimo y otros dos a síntomas psicomotores.

El paciente cuantifica no la intensidad sino solamente la frecuencia de los síntomas, utilizando una escala de Likert de 4 puntos, desde 1 (raramente o nunca) hasta 4 (casi todo el tiempo o siempre).

La escala se interpreta de la siguiente forma: La escala de Likert de cada item asigna una puntuación de 1 a 4 para los de sentido negativo, o de 4 a 1 para los de sentido positivo; el rango de puntuación es de 20 – 80 puntos. El resultado puede presentarse como el sumatorio de estas puntuaciones, o como puntuación normalizada (suma de las puntuaciones de cada item expresada como porcentaje de la máxima puntuación posible), oscilando en este caso el rango de valores entre 25 y 100.

La Escala de **Hamilton** para la **Depresión** (HAM-D) es un cuestionario de 17 preguntas de respuesta múltiple que los doctores pueden utilizar para testar la severidad de la depresión en los pacientes. Fue publicado originalmente en el año 1960 por Max Hamilton, y actualmente es una de las escalas más ampliamente utilizadas para evaluar la depresión en investigación médica. El cuestionario valora la severidad de los síntomas observados en depresión como insomnio, agitación, ansiedad y pérdida de peso.

El médico puede escoger entre las respuestas para cada pregunta entrevistando al paciente y observando sus síntomas. Cada cuestión tiene entre 3 y 5 posibles respuestas las cuales incrementan con la severidad de la enfermedad. (<http://www.e-psicometria.com>)

El **Inventario de Depresión de Beck (BDI, BDI-II)**, creado por [Aaron T. Beck](#), es un autocuestionario que consta de 21 preguntas de múltiple respuesta. Es uno de los instrumentos más comúnmente utilizados para medir la profundidad de una depresión. Las versiones más actuales de este cuestionario están diseñadas para ser utilizadas en personas de a partir de 13 años de edad. Está compuesto por ítems relacionados con síntomas de depresión como la desesperanza e irritabilidad, cogniciones como la culpa o sentimientos como estar siendo castigado, así como síntomas físicos relacionados con la depresión, como la fatiga, la pérdida de peso y de apetito sexual. Existen tres versiones del BDI: la versión original, publicada en 1961 y revisada posteriormente en 1971 bajo el título de BDI-1A; y el BDI-II, publicado en 1996. El BDI es bastante utilizado como herramienta de evaluación de la depresión por profesionales de la salud y por investigadores en diversas competencias.

Todos estos test son muy utilizados como herramientas de evaluación de la depresión, los índices de fiabilidad y validez son buenos, pero el Gold Standard para el diagnóstico de depresión es el DSM – IV, por lo cual en el nos apoyaremos para nuestro estudio.

El primer episodio de una depresión mayor puede ocurrir en cualquier momento y en algunos casos, en los meses previos a su presentación, los pacientes pueden experimentar un conjunto de síntomas, como ansiedad, fobias, síntomas depresivos mínimos y ataques de pánico. La tendencia a la recurrencia es muy frecuente en esta patología. El episodio depresivo grave puede además venir o no acompañado de síntomas psicóticos, donde además de los criterios establecidos para definir un episodio depresivo grave, aparecen ideas delirantes, alucinaciones o estupor.

Los síntomas depresivos son susceptibles de valoración y ordenamiento según criterios diagnósticos operativos, y los más utilizados, tanto en la clínica como en los estudios de investigación, es la clasificación DSM-IV.

La sensibilidad y especificidad de un estudio o pruebas diagnósticas depende de las probabilidades que ese estudio puede tener, así:

1. **Sensibilidad:** Es la probabilidad que tiene una persona con un estudio positivo de estar enferma.
2. **Especificidad:** Es la probabilidad que tiene una persona con un estudio negativo de estar sana.
3. **Valor predictivo positivo:** Es la probabilidad que tiene una persona enferma de resultar con el estudio positivo.
4. **Valor predictivo negativo:** Es la probabilidad que tiene una persona sana de resultar con el estudio negativo.
5. **Tasa de falsos positivos:** Es la probabilidad que tiene una persona con un estudio positivo de estar sana.
6. **Tasa de falsos negativos:** Es la probabilidad que tiene una persona con un estudio negativo de estar enferma.

Cada uno se calcula tomando en cuenta los datos extraídos en una tabla 2 x 2, comparando el resultado del estudio en investigación con el “gold standard” (una prueba patrón, es decir, que sirve de manera ineludible para hacer diagnóstico de determinada patología).

TABLA 2 X 2

ENFERMEDAD

		PRESENTE	AUSENTE	TOTAL
PRUEBA	POSITIVA	a	b	a+b
	NEGATIVA	c	d	c+d
TOTAL		a+c	b+d	a+b+c+d

De la anterior se extraen los datos y se utilizan las siguientes fórmulas:

1. **Sensibilidad:** $a / (a + c)$
2. **Especificidad:** $d / (d + b)$
3. **Valor predictivo positivo:** $a / (a + b)$
4. **Valor predictivo negativo:** $d / (d + c)$
5. **Tasa de falsos positivos:** $b / (b + d)$
6. **Tasa de falsos negativos:** $c / (a + c)$

Además existen otros datos que pueden ser obtenidos de la misma tabla, como es la **prevalencia**, es decir, la tasa de casos nuevos entre la población estudiada por un período de tiempo determinado.

TRATAMIENTO

Fases del tratamiento

El tratamiento de la depresión mayor se suelen distinguir tres fases: aguda, continuación y mantenimiento.

Aguda: Su objetivo es suprimir todos los signos y síntomas del episodio en curso, restaurando la funcionalidad psicosocial y ocupacional. Esta fase abarca las primeras semanas de tratamiento, hasta que el paciente alcanza una respuesta clínica significativa, que usualmente es de al menos un 40-60% de mejora en los síntomas.

Continuación: Persigue prevenir las recaídas consolidando la respuesta inicial. Se considera al paciente recuperado cuando ha permanecido asintomático durante al menos 4 a 9 meses tras el episodio depresivo. Una vez alcanzada la recuperación, el tratamiento de continuación puede interrumpirse; no debiendo retirarlo si aún persisten los síntomas.

Mantenimiento: Se encamina a prevenir un nuevo episodio de depresión.

Formas de tratamiento

La decisión de instaurar un tratamiento antidepresivo debería realizarse en función de los síntomas, del grado de disfunción, y de los episodios depresivos previos que presenta el paciente.

Psicoterapia

Solía considerarse la psicoterapia de elección tan sólo para los casos poco graves, sin complicaciones, sin concurrencia de síntomas melancólicos, ni psicóticos, y que no presentaban recurrencia elevada; particularmente, en pacientes que la consideran como terapia preferida o que ya habían respondido positivamente a esta forma de tratamiento.

Existen diversas técnicas de psicoterapia específica para tratar la depresión (cognitivo-conductual, interpersonal y de resolución de problemas); en los estudios realizados, presentan

más similitudes que diferencias en cuanto a su eficacia global durante la fase aguda del tratamiento y su impacto sobre los síntomas.²⁴

Terapia electroconvulsiva

La terapia electroconvulsiva es la forma más efectiva de intervención disponible para la depresión, particularmente para las formas más graves (riesgo de suicidio inminente, melancolía o depresión psicótica). La utilización de esta terapia no excluye el uso de medicamentos antidepresivos; ya que, aunque la terapia electroconvulsiva es eficaz, tiene una duración limitada, por lo que la farmacoterapia previene las recaídas a largo plazo. La terapia electroconvulsiva no se considera de primera elección para casos de depresión mayor no complicados, no psicóticos, ya que se dispone de otros tratamientos eficaces que son menos invasivos y costosos.

Luminoterapia

Se considera indicada tan sólo en casos bien documentados de depresión estacional (leve a moderada), no psicótica y en los episodios depresivos invernales de pacientes con depresión mayor recurrente o trastornos bipolares.

Farmacoterapia

Se considera que aproximadamente las dos terceras partes de los pacientes con depresión responden aceptablemente al tratamiento con antidepresivos. La respuesta es gradual y suele manifestarse entre la segunda y sexta semana del inicio del tratamiento.²⁵

Un régimen de tratamiento farmacológico -a dosis completa- está indicado para pacientes con depresión entre moderada y grave, por ejemplo, con síntomas como alteración del sueño que afecta a las actividades diarias normales, o en aquellos en los que la discapacidad funcional hace que dejen de trabajar.²⁶

Podría considerarse el tratamiento continuado (de por vida) en aquellos pacientes que presenten episodios depresivos inusualmente graves, recurrentes, con antecedentes familiares reconocidos de depresión, o cuando presentan ideas suicidas. Cuando se interrumpe el tratamiento, existe un riesgo significativo de recurrencia, que se estima puede ocurrir en el 50-85% de los pacientes.²⁶

TABLA 4

PAUTAS DE TRATAMIENTO DE LA DEPRESION MAYOR		
EPISODIO DEPRESIVO	DURACION DEL TRATAMIENTO	DOSIS DEL MEDICAMENTO
1er episodio		
Agudo	6 – 8 sem. (hasta asintomática)	Completa
Continuación	4 – 5 meses	Completa
Terminación gradual	1 –5 meses	Reducción 25% semanal
2º episodio	4 – 5 años	Completa
3º episodio	Indefinidamente	Completa

MEDICAMENTOS ANTIDEPRESIVOS

Los mecanismos por los cuales se desencadena una depresión no están totalmente aclarados, si bien se suelen relacionar con la insuficiencia funcional de los sistemas responsables de la neurotransmisión cerebrales, principalmente los mediados por serotonina, norepinefrina y dopamina.

En general, todos los antidepresivos, (por distintos mecanismos) intentan corregir dicho déficit; siendo el principal lugar de acción farmacodinámico de los antidepresivos, la sinapsis neuronal.²⁷ Los antidepresivos actúan principalmente inhibiendo la recaptación de los neurotransmisores o previniendo su degradación, por inhibición de la monoamino oxidasa (MAO); afectando todos, en mayor o menor grado, la recaptación de la serotonina.

La tabla 5 presenta los medicamentos antidepresivos disponibles en España, clasificados en los grupos más frecuentemente considerados en la literatura dedicada a estos medicamentos, con el objetivo de que sea de utilidad práctica.

TABLA 5
PRINCIPALES ANTIDEPRESIVOS

Principio	Clasificación	Dosis diaria	Frecuencia	Particularidades
Amitriptilina	ADT	50-200 mg	Dos o tres veces/día	Más abandonos por efectos adversos que los ISRS.
Clomipramina	ADT	100-150 mg	Varias veces/día	
Imipramina	ADT	50-200 mg	Varias veces/día	
Nortriptilina	ADT	75-100 mg. Hasta 150 mg en hospitalizados	Varias veces/día	
Maprotilina	Relación con ADT	25-150 mg	Una o varias veces/día	Visión borrosa y somnolencia.
Trazodona	Relación con ADT	150-400 mg y hasta 600 mg en hospitalizados	Varias veces/día	Más sedación, hipotensión postural y nauseas.
Mianserina	Relación con ADT	30-200 mg	Una o varias veces/día	Más somnolencia que otros ADT. Útil en tratamientos combinados.
Citalopram	ISRS	20-60 mg	Una vez/día	Nauseas, boca seca, sudoración y temblor. Menos abandonos.
Escitalopram	ISRS	10-20 mg	Una vez/día	
Fluoxetina	ISRS	20 mg-60 mg 90 mg (semanal)	Cada 12-24/horas o una vez/ semana	Más sudoración, náusea y pérdida de peso.
Fluvoxamina	ISRS	100-300 mg	Una o dos veces/día	Nauseas, nerviosismo y sudoración.
Paroxetina	ISRS	20-50 mg	Una vez/día	Aumento de peso, mayor disfunción sexual y síndrome de discontinuación.
Sertralina	ISRS	50-200 mg	Una vez/día	Más diarrea que resto del grupo.
Bupropion	ISRND, otros	150-300 mg	Una vez/día	Menos problemas de disfunción eréctil y menor aumento de peso.
Duloxetina	ISRSN	60 mg	Una vez/día	Sin estudios de prevención de recaídas (6 meses).
Mirtazapina	ISRSN, otros	15-45 mg	Una vez/día	Respuesta más rápida, mayor aumento de peso.
Reboxetina	ISRN	8-12 mg	Varias veces/día	Sintomas vegetativos. Taquicardia e hipotensión leve relacionada con la dosis.
Venlafaxina	ISRSN	75-325 mg 75-225 mg (retard)	Varias veces/día o cada 24 horas (retard)	Efectos secundarios potencialmente más graves. Requiere seguimiento cardiovascular estrecho.

Fuente: elaboración propia. ADT: antidepresivos tricíclicos; ISRS: inhibidores selectivos de la recaptación de serotonina; ISRN: inhibidores selectivos de la recaptación de noradrenalina; ISRSN: inhibidores selectivos de la recaptación de serotonina y noradrenalina; ISRND: Inhibidores selectivos de la recaptación de noradrenalina y dopamina.

Los antidepresivos tricíclicos (ATC) y heterocíclicos (AHC) actúan principalmente aumentando la concentración de los neurotransmisores a nivel de la sinapsis, por inhibición de la recaptación presináptica de norepinefrina y serotonina. Así mismo, disminuyen la sensibilidad de los receptores postsinápticos, si bien existen notables diferencias en cuanto a la especificidad y el nivel íntimo de actuación entre los distintos agentes. Los inhibidores selectivos de la recaptación de serotonina (ISRS), como su nombre indica, actúan inhibiendo selectivamente la recaptación de la serotonina, aumentando la disponibilidad de serotonina en los receptores postsinápticos.²⁸

Los inhibidores de la monoaminoxidasa (IMAOs) tradicionales (no selectivos) aumentan la concentración sináptica de norepinefrina, serotonina y dopamina, por inhibición de la MAO en sus formas A o B. La moclobemida es un IMAO reversible y selectivo de la monoamino oxidasa A, no relacionado químicamente con los IMAOs tradicionales.²⁹

En la actualidad, parece que los ISRS son más utilizados como primera elección para tratar la depresión en pacientes psiquiátricos, mientras que los ATC son aun comúnmente utilizados en atención primaria.²⁷

VII. DISEÑO METODOLÓGICO

TIPO DE ESTUDIO

El diseño de Estudio realizado es Analítico del tipo Estudio de concordancia de características operativas.

UNIVERSO, POBLACIÓN Y MUESTRA

Se tomó como universo a una población de 2,319 adultos consultante subsecuente de 20 a 59 años de la Unidad de Salud El Congo (dato proveniente de la Unidad de Estadística y Documentos Médicos de dicha institución) durante el período en que se realizó el estudio. Se tomó una muestra calculada con “STAT – CALC” del programa informático “EPI – INFO 3.5.1”, se utilizó para ello una prevalencia del 16.2% (dato proveniente del National Comorbidity Survey Replication Americano), para obtener resultados con una precisión del 5%, con una probabilidad de error alfa del 5%, y una probabilidad de error beta del 20%. Se obtuvo un tamaño muestral a través de dicho programa informático de 42 pacientes comprendidos entre los 20 a 59 años de edad, a los cuales se les aplicó los instrumentos de recolección de datos de manera aleatoria (lo cual será explicado a su vez en el plan de recolección de datos).

PERÍODO

Se realizó durante el período de mayo hasta agosto del año 2009.

INSTRUMENTO DE RECOLECCIÓN DE DATOS

Para la realización de un estudio de evaluación de una prueba diagnóstica se toma como punto de partida la existencia de un resultado de referencia (conocido como “Gold-Estándar”) que para nuestro caso consiste en la determinación de los criterios DSM-IV. Así mismo la prueba que sometemos a evaluación consistirá en la Escala Autoaplicada de Zung.

Se utilizó dos instrumentos para la recolección de los datos necesarios para esta investigación. Este consistió en un cuestionario, el cual se titula: Instrumento *de evaluación de los criterios DSM – IV (Diagnostic and Statistical Manual of Mental Disorders) para el diagnóstico de depresión mayor*, el cual fue diseñado para evaluar los criterios DSM – IV en el paciente consultante adulto (20 a 59 años) con el fin de diagnosticar depresión mayor en dichos pacientes.

Éste constó de 6 preguntas que recogieron los datos generales acerca de la persona entrevistada; la primera parte encerró varios apartados para evaluar síntomas diagnósticos relacionados con la depresión mayor; en la segunda parte se agrupó varios apartados que caracterizaron los síntomas expresados en la parte I. Además en la parte III, se reportó el diagnóstico emitido por el médico consultante. Dichos criterios fueron validados por la Asociación Americana de Psiquiatría.

El segundo instrumento fue la *Escala autoaplicada de depresión de Zung (Self – Rating Depression Scale, SDS)*, desarrollada por Zung en 1965, es una escala de cuantificación de síntomas de base empírica y derivada en cierto modo de la escala de depresión de Hamilton, ya que al igual que ella da mayor peso al componente somático-conductual del trastorno depresivo. Fue probablemente una de las primeras en validarse en nuestro país (Conde y cols. 1970) y ha tenido una amplia difusión.

Es una escala autoaplicada formada por 20 frases relacionadas con la depresión, formuladas la mitad en términos positivos y la otra mitad en términos negativos. Tienen gran peso los síntomas somáticos y los cognitivos, con 8 ítems para cada grupo, completándose la escala con dos ítems referentes al estado de ánimo y otros dos a síntomas psicomotores.

El paciente cuantificó no la intensidad sino solamente la frecuencia de los síntomas, utilizando una escala de Likert de 4 puntos, desde 1 (raramente o nunca) hasta 4 (casi todo el tiempo o siempre).

La escala se interpretó de la siguiente forma: La escala de Likert de cada ítem asigna una puntuación de 1 a 4 para los de sentido negativo, o de 4 a 1 para los de sentido positivo; el rango de puntuación es de 20 – 80 puntos. El resultado puede presentarse como el sumatorio de estas puntuaciones, o como puntuación normalizada (suma de las puntuaciones de cada ítem expresada como porcentaje de la máxima puntuación posible), oscilando en este caso el rango de valores entre 25 y 100.

Dichos instrumentos fueron validados por un médico psiquiatra.

PLAN DE RECOLECCIÓN DE DATOS

Se realizó a través de los Médicos en Año Social de la Unidad de Salud de El Congo, ubicada en el municipio de El Congo, departamento de Santa Ana, y se hizo a través de los instrumentos antes mencionados.

Todo ello con el fin de determinar la incidencia de la depresión en el adulto subsecuente (20 a 59 años de edad) que consultó en la Unidad de Salud. La información recolectada se trasladó a una matriz de datos.

Con el primer instrumento el médico encargado de aplicarlo le explicó a la persona evaluada el propósito de la investigación, posteriormente se pasó a evaluar (con el instrumento) el aspecto que se describe en las preguntas, con un lenguaje comprensible para el paciente y el médico respondió de acuerdo a si el paciente presentaba el síntoma o no, y posteriormente si los síntomas cumplieron con las características señaladas en dicho instrumento (ver instrumento de recolección de datos en la sección de Anexos).

El segundo instrumento a diferencia del primero se entregó al paciente para que este las contestara según la frecuencia en que considerara que poseía dichos síntomas. Se pasó ambos instrumentos a cada paciente, posterior a su consulta médica; siendo de manera aleatoria, cada 7 pacientes que consultaban (ver criterios de inclusión y exclusión), entrevistando a 3 pacientes diarios hasta completar la muestra calculada.

Se tomaron en cuenta los siguientes criterios:

Criterios de inclusión: Adulto que asistió a la Unidad de Salud en consulta subsecuente y que tuviera una edad comprendida entre los 20 a 59 años, sean masculinos o femeninos.

Criterios de exclusión: Adulto que asistió a la Unidad de Salud en consulta de primera vez y/o que tuviera una edad mayor de 60 años o menor de 20 años. Pacientes femeninas embarazadas.

PLAN DE ANALISIS DE DATOS

Para poder satisfacer los objetivos planteados se aplicó mediante el paquete informático SPSS for Windows versión 17.0 en donde los datos se colocaron en una matriz. Luego, se cruzarán las variables, a través de tablas cruzadas. Para la determinación de la sensibilidad y

especificidad del test se hizo uso de las tablas 2x2 para pruebas diagnósticas; ocupando para ello la siguiente tabla con sus fórmulas:

		ENFERMEDAD		
		PRESENTE	AUSENTE	TOTAL
PRUEBA	POSITIVA	a	b	a+b
	NEGATIVA	c	d	c+d
TOTAL		a+c	b+d	a+b+c+d

Sensibilidad= $a / (a+c)$.

Especificidad= $d / (b+d)$.

Los gráficos y tablas resultantes proporcionarán la información necesaria para la discusión y posterior elaboración de las conclusiones del trabajo. Así mismo se podrá observar el comportamiento del fenómeno a través de los datos organizados en la matriz. Complementándose ambos métodos de análisis.

VIII. EXPOSICIÓN Y ANÁLISIS DE RESULTADOS

La muestra analizada correspondió a 42 personas, de las cuales el 66.7% correspondieron al sexo femenino y un 33.3% al sexo masculino con una edad promedio entre los 28 y 31 años. De acuerdo a los objetivos planteados en nuestra investigación se elaboran las siguientes tablas.

Objetivo 1: Correlacionar el diagnóstico de depresión mayor según los diagnósticos emitidos por los médicos tratantes en los censos reportados en la Unidad de Salud de El Congo.

Objetivo 3: Determinar si existe subregistro mediante la correlación de los Diagnósticos clínicos emitidos y los obtenidos acorde a los criterios del DSM – IV (Diagnostic and Statistical Manual of Mental Disorders) en el paciente adulto subsecuente (20 a 59 años) evaluados.

TABLA 1
DIAGNÓSTICOS CLÍNICOS EMITIDOS POR MÉDICOS

	DEPRESIÓN SEGÚN DSM IV		Total
	Con Depresión mayor	Sin Depresión Mayor	
DIAGNÓSTICO PRETEST	Anemia	1 14.3%	0 .0% 2.4%
	Ansiedad	2 28.6%	4 11.4% 14.3%
	Cefalea Tensional	2 28.6%	7 20.0% 21.4%
	Lumbalgia	1 14.3%	3 8.6% 9.5%
	Sx. Colon Irritable	1 14.3%	1 2.9% 4.8%
Total	7 100.0%	35 100.0%	42 100.0%

DESCRIPCIÓN: La presente es una tabla cruzada en la cual se muestran los diagnósticos clínicos emitidos por el médico en los pacientes diagnosticados con depresión mayor según DSM-IV.

ANÁLISIS: En un total de 7 pacientes diagnosticados con depresión mayor según DSM-IV; el médico consultante los catalogó en su mayoría con los diagnósticos de Cefalea Tensional y Ansiedad y otra minoría con Anemia, lumbalgia y Colon Irritable. Esto refleja que el médico no diagnostica Depresión en los pacientes estudiados; lo que nos indica un subregistro de depresión por el médico consultante del 100%.

Esto puede surgir de la progresiva fragmentación que la práctica de la medicina ha venido sufriendo a lo largo de los años (no sólo en el aspecto de las especialidades y subespecialidades, encontrándose incluso que la mente se ha desprendido del cuerpo) y además del enfoque predominantemente biológico de la práctica actual, lo que ha desarrollado en los médicos la tendencia a enfocarse exclusivamente en lo biológico dejando de lado lo mental, social, cultural y ambiental del paciente, por lo que se les dificulta el identificar dichas patologías en sus momentos iniciales o en períodos más tardíos pero aún poco diferenciados.

Objetivo 2: Caracterizar epidemiológicamente la población diagnosticada con depresión mayor aplicando los criterios del DSM – IV.

TABLA 2 – A
RELACIÓN ENTRE LA EDAD Y EL DIAGNOSTICO DE DEPRESIÓN MAYOR

		DEPRESIÓN SEGÚN DSM IV		Total
		Con Depresión mayor	Sin Depresión Mayor	
EDAD	De 28 a 31 años	1 14.3%	10 28.6%	11 26.2%
	De 32 a 35 años	4 57.1%	4 11.4%	8 19.0%
	De 36 a 39 años	1 14.3%	2 5.7%	3 7.1%
	De 44 a 47 años	1 14.3%	2 5.7%	3 7.1%
Total		7 100.0%	35 100.0%	42 100.0%

DESCRIPCION: La presente es una tabla cruzada en la que se relaciona las edades y el diagnóstico de depresión mayor según DSM-IV.

ANÁLISIS: Podemos observar que el mayor porcentaje de pacientes diagnosticados con depresión mayor oscila entre las edades de 32 a 35 años, lo que nos demuestra que la mayor frecuencia de esta patología no se encontraba en los extremos de dicha muestra, si no en las rangos medios. Coincidiendo estas edades con la época de mayor productividad y actividad social del adulto, así como la mayor proporción de responsabilidades familiares, lo que puede provocar un excesivo estrés que puede conducir al desarrollo de la depresión.

TABLA 2 – B
RELACION ENTRE EL TRABAJO Y DEPRESION MAYOR

		DEPRESIÓN SEGÚN DSM IV		Total
		Con Depresión mayor	Sin Depresión Mayor	
TRABAJO	Estudiante	1 14.3%	0 .0%	1 2.4%
	Jornalero	2 28.6%	5 14.3%	7 16.7%
	Motorista	1 14.3%	0 .0%	1 2.4%
	Oficios Domésticos	3 42.9%	14 40.0%	17 40.5%
Total		7 100.0%	35 100.0%	42 100.0%

DESCRIPCIÓN: La presente es una tabla cruzada en donde se relaciona la ocupación de los pacientes y el diagnóstico de Depresión Mayor.

ANÁLISIS: Se puede decir que entre los pacientes diagnosticados con depresión, la mayoría de ellos son personas cuya ocupación son los oficios domésticos, siendo este entre los diagnosticados los más propensos a presentar depresión, luego se encuentran los jornaleros. En ambos casos (oficios domésticos y jornaleros), la monotonía en el trabajo, así como las dificultades para acceder a recreación, descanso, o el participar de otras actividades sociales u

otros referentes sociales diferentes del trabajo y el hogar (esto es aún más pronunciado en oficios domésticos, ya que su trabajo es la casa y la casa es el trabajo, por lo que los referentes sociales son aún más escasos), hace que la liberación de estrés sea menor, y el intercambio de ideas se reduce, con lo que se reduce la posibilidad de buscar ayuda, u observar como otros resuelven los diferentes problemas de la vida cotidiana, por lo que se pierde ese mecanismo de escape, y por lo tanto, el estrés aumenta, lo que predispone a depresión.

TABLA 2 – C
RELACION ENTRE PROCEDENCIA Y DEPRESION MAYOR
SEGÚN DSM-IV

		DEPRESIÓN SEGÚN DSM IV		Total
		Con Depresión mayor	Sin Depresión Mayor	
PROCEDENCIA	Urbano	3 42.9%	17 48.6%	20 47.6%
	Rural	4 57.1%	18 51.4%	22 52.4%
Total		7 100.0%	35 100.0%	42 100.0%

DESCRIPCIÓN: La presente es una tabla cruzada que relaciona la procedencia de los pacientes diagnosticados con depresión mayor.

ANÁLISIS: Entre el total de pacientes diagnosticados con depresión observamos que el mayor porcentaje de pacientes procedían del área rural, siendo estos más propensos a presentar cuadros depresivos, algo que podría estar relacionado también a su ocupación, como lo pudimos observar en la tabla anterior; ya que como se expresó el número de referentes sociales está disminuido, así como usualmente el grado educativo es menor, las necesidades son mayores y los recursos más escasos.

TABLA 2 – D
RELACION ENTRE EL SEXO Y LA DEPRESION MAYOR

		DEPRESIÓN SEGÚN DSM IV		Total
		Con Depresión mayor	Sin Depresión Mayor	
SEXO	Femenino	3 42.9%	25 71.4%	28 66.7%
	Masculino	4 57.1%	10 28.6%	14 33.3%
Total		7 100.0%	35 100.0%	42 100.0%

DESCRIPCIÓN: La presente es una tabla cruzada que muestra la relación del sexo y el diagnóstico de Depresión Mayor.

ANÁLISIS: En el total de la muestra tomada la mayoría de pacientes incluidos en ella pertenecían al sexo femenino pero entre los pacientes diagnosticados con depresión mayor se encuentra que el mayor porcentaje de estos pertenecían al sexo masculino; siendo más propensos a presentar un cuadro depresivo. Esto contrasta con los datos de otros estudios, en los cuales se enuncia que la frecuencia de depresión es mayor en mujeres que en hombres; pero esto puede deberse a que en el país el hombre consulta menos que las mujeres, por lo que sus problemas son más crónicos cuando éste decide consultar, de allí, se explica que en este estudio la frecuencia sea mayor en hombres que en mujeres, las cuales consultan tempranamente y no dejan desarrollarse dichos cuadros.

TABLA 2 – E
RELACIÓN ENTRE ESTADO CIVIL Y DEPRESIÓN

		DEPRESIÓN SEGÚN DSM IV		Total
		Con Depresión mayor	Sin Depresión Mayor	
ESTADO CIVIL	Casado	3 42.9%	6 17.1%	9 21.4%
	Soltero	1 14.3%	14 40.0%	15 35.7%
	Acompañado	3 42.9%	14 40.0%	17 40.5%
Total		7 100.0%	35 100.0%	42 100.0%

DESCRIPCIÓN: La tabla cruzada anterior representa la relación del estado civil y el diagnóstico de Depresión mayor.

ANÁLISIS: En la tabla podemos observar que entre los pacientes diagnosticados con depresión mayor; la mayoría de ellos se encuentra casado o acompañado y en menor porcentaje soltero, ninguno de los diagnosticados era viudo, por lo tanto vemos que los pacientes con depresión mayor en un gran porcentaje tienen convivencia de pareja. Esto se puede surgir de la mayor cantidad de referentes sociales que tiene el soltero frente al acompañado y/o casado, quienes por las responsabilidades familiares, reducen estos referentes, además de la mayor carga de estrés que implica la relación de pareja en el marco de una unión más formal y con mayores obligaciones que el noviazgo.

Objetivo 4: Determinar la sensibilidad y especificidad del test de Zung en el diagnóstico de depresión para proponerse como un método de apoyo en el primer nivel de atención para así captar a los pacientes con depresión subregistrados.

TABLA 3
TABLAS 2*2 DEL TEST DE ZUNG Y EL DSM-IV
Determinación de la Sensibilidad y Especificidad del Test de Zung.

PRUEBAS CON RESULTADO DICOTÓMICO			
ÍNDICE	CARACTERÍSTICA EVALUADA		
	PRESENTE (Prueba de referencia +)	AUSENTE (Prueba de referencia -)	
PRUEBA DIAGNÓSTICA +	6	17	23
PRUEBA DIAGNÓSTICA -	1	18	19
	7	35	42
			IC 95%
Sensibilidad	85.7%	48.7% a 97.4%	
Especificidad	51.4%	35.6% a 67.0%	
Valor predictivo positivo	26.1%	12.5% a 46.5%	
Valor predictivo negativo	94.7%	75.4% a 99.1%	
Proporción de falsos positivos	48.6%	33.0% a 64.4%	
Proporción de falsos negativos	14.3%	2.6% a 51.3%	
Exactitud	57.1%	42.2% a 70.9%	
Odds ratio diagnóstica	6.35	0.69 a 58.40	
Índice J de Youden	0.4		
CPP o LR(+)	1.76	1.12 a 2.78	Taylor
		0.54 a 1.85	Miettinen
CPN o LR(-)	0.28	0.04 a 1.78	Taylor
		0.25 a 4.03	Miettinen
Probabilidad pre-prueba (Prevalencia)	16.7%		

Descripción: La presente es una tabla 2 x 2 que tiene por objetivo correlacionar una prueba diagnóstica, para investigar su especificidad y sensibilidad en el diagnóstico de una determinada enfermedad o característica. En esta se evalúa la sensibilidad y especificidad del test de Zung.

Análisis: Se puede observar que el test de Zung tiene una gran sensibilidad para la detección de depresión (85.7%); pero que su especificidad es bastante baja (51.4%). Por lo que se puede deducir que el test de Zung tiene utilidad en detectar personas en riesgo; pero no en diagnosticar dicho padecimiento. Se puede observar también que la enfermedad tiene una prevalencia de 16.7% en la población estudiada. De ello se extrae que el test de Zung es una buena herramienta al momento de evaluar a los pacientes en riesgo de presentar depresión.

IX. DISCUSIÓN

Se observó que la incidencia de Depresión en el municipio del Congo fue de un 16.7%. Al correlacionar diagnóstico de depresión mayor según los diagnósticos emitidos por los médicos tratantes en los censos reportados en la Unidad de Salud de El Congo, se encontró que los diagnósticos emitidos con mayor frecuencia son: Trastorno de Ansiedad y Cefalea Tensional con un 28.6%; seguidos por lumbalgia, síndrome de colon irritable y anemia con un 14.3% cada uno. De lo que podemos observar que dichos diagnósticos no son más que manifestaciones clínicas de somatizaciones que son compatibles con los trastornos depresivos y al parecer el clínico sólo es capaz de percibirlos como algo meramente orgánico y no como una manifestación de un trastorno psiquiátrico. Por lo que al determinar la presencia de subregistro del diagnóstico de Depresión mediante la correlación de los Diagnósticos clínicos emitidos y los obtenidos acorde a los criterios del DSM – IV (Diagnostic and Statistical Manual of Mental Disorders) en el paciente adulto subsecuente (20 a 59 años) evaluados, se encuentra que existe un subregistro del 100% y esto podría deberse a que en la formación académica de los médicos los conocimientos adquiridos son enfocados a manifestaciones de tipo orgánico (en su gran mayoría) y no con un enfoque integral de mente y cuerpo; es decir que estudian al ser humano de forma parcial y no en su totalidad y esto se ve reflejado en este subregistro. Sin embargo es de mencionar que existió la emisión del diagnóstico de Ansiedad lo que significa que el médico consultante tiene conocimientos superficiales sobre los trastornos mentales los cuales habría que enriquecer a lo largo de su formación académica como médico.

Al caracterizar epidemiológicamente la población diagnosticada con depresión mayor aplicando los criterios del DSM – IV, se encontró que la población que padece este trastorno corresponde al área rural con un 57.1% y la ocupación de jornalero 28.6% y oficios domésticos con un 42.9% es la principal asociada y de estos el sexo masculino es el mayormente afectado con un 57.1%; esto puede deberse a que dicha población no posee espacios de esparcimiento y a la vez no posee un centro de salud cercano para consultar en comparación con la población urbana; además que la ocupación que estos pacientes desempeña juega un papel importante debido a que aparte de ser una actividad monótona, requiere de un mayor tiempo de dedicación, esfuerzo y sacrificio; el cual no les permite hasta cierto punto tener horas de esparcimiento. El hallazgo de encontrar que el sexo masculino fuese el más afectado con este trastorno psiquiátrico viene a romper el esquema epidemiológico que se había manejado en el marco teórico ya que quienes se catalogan

con más frecuencia con depresión mayor eran las mujeres y no los hombres. En el caso de nuestra investigación una posible explicación a este hallazgo es que el sexo masculino es el que menos busca una atención médica temprana y por ende cuando éste la busca, la patología ya se encuentra en fases avanzadas. En cambio, el sexo femenino se caracteriza por que es el que con mayor frecuencia consulta en los inicios de la patología y por ende no llegan a complicarse en cuanto a gravedad se refiere.

El grupo etario que resultó con depresión fue el de 32- 35 años con un 57.1%, esta variable se correlaciona con el estado civil, el cual según los resultados se encontró que el estar acompañado o casado presentó un 42.9% de padecer depresión; lo que implica que existe una relación estrecha de padecer de un trastorno depresivo y esto se debe a que estas dos variables tienen un denominador común y es que ambos estados poseen mayor responsabilidad en sus respectivos contextos; en el caso de estar acompañado o casado tienen mayor obligaciones que realizar debido a que la mayor parte posee una familia por la cual debe velar y por ende posee más preocupaciones de diferentes índoles en comparación con los solteros que si bien poseen preocupaciones, no son en la misma intensidad que si estuvieran casados o acompañados.

Se encontró que a partir de comparar el test de Zung con el Gold estándar que son los criterios del DSM-IV la sensibilidad de dicho test fue del 85.7% y una especificidad del 51.4%, lo que significa que el test de Zung tiene una alta capacidad para identificar pacientes con síntomas depresivos y de ahí que se pueda utilizar como una prueba de tamizaje (screening) para identificar a los pacientes en riesgo de desarrollar un trastorno depresivo. Por ende su aplicabilidad en el primer nivel de atención implicaría una disminución el subregistro existente y a la vez esto disminuirá el despilfarro de medicamentos que se administran innecesariamente en los síntomas somáticos de los pacientes.

X. CONCLUSIONES

Se puede concluir que:

- ❖ El test de Zung por su alta sensibilidad para captar pacientes con síntomas depresivos o en riesgo de presentar depresión se convierte en una herramienta para ser aplicable en el primer nivel de atención para tamizaje de pacientes con dichos problemas.
- ❖ El diagnóstico de Cefalea Tensional y Ansiedad son los diagnósticos más frecuentes emitidos por médicos consultantes en los pacientes con Depresión Mayor. Lo que refleja que el médico consultante presenta un déficit de conocimientos sobre enfermedades psiquiátricas; inclinándose exclusivamente por lo somático y dejando de lado lo mental.
- ❖ Los diagnósticos emitidos por los consultantes reflejaron un subregistro del 100% de Depresión Mayor en el paciente adulto subsecuente que consulta y que realmente lo padecía.
- ❖ Se encontró que el grupo etario afectado con depresión mayor se encuentra en el rango de 32 a 35 años. La procedencia en la que se encontró Depresión Mayor fue el área rural y es la que más utiliza los servicios de salud pública. Por otro lado el sexo mayormente afectado fue el masculino. La ocupación principalmente asociada con depresión Mayor fue oficios domésticos. El estado civil de estar casado y/o acompañado fue el que mayor Depresión presentó.

XI. RECOMENDACIONES

Se recomienda que:

- ❖ Se deben fortalecer las debilidades que existen en la formación de los médicos en cuanto a los conocimientos sobre las patologías psiquiátricas.
- ❖ Aplicar el Test de Zung como tamizaje en el primer nivel de atención.
- ❖ Familiarizar al personal médico del primer nivel sobre las normas psiquiátricas existentes.
- ❖ Se deben realizar otros estudios en los que se involucren una muestra más amplia de manera que se pueda indagar sobre otros factores predisponentes a esta patología.
- ❖ Se debe de abastecer de medicamentos de uso psiquiátrico al primer nivel de atención para que se brinde una atención integral al paciente con trastornos psiquiátricos.

XII.

XIV. PRESUPUESTO

47

RECURSOS MATERIALES		
<i>DETALLE</i>	<i>COSTO UNITARIO</i>	<i>COSTO TOTAL</i>
Tinta de impresión negra	\$ 30.00	\$ 30.00
Tinta de impresión color	\$ 30.00	\$ 30.00
Material bibliográfico	\$ 50.00	\$ 50.00
Computadora	\$ 400.00	\$ 400.00
Impresora	\$ 40.00	\$ 40.00
Ficha de memoria	\$ 20.00	\$ 20.00
Papelería	\$ 4.25	\$ 8.50
TOTAL	\$ 578.50	

SERVICIOS		
<i>DETALLE</i>	<i>COSTO UNITARIO</i>	<i>COSTO TOTAL</i>
Tarjetas prepago celular	\$ 3.00	\$ 60.00
Internet	\$ 1.00	\$ 50.00
Transporte	\$ 0.25	\$ 50.00
Teléfono celular	\$ 15.00	\$ 15.00
Alquiler de proyector	\$ 30.00	\$ 30.00
Alquiler de laptop	\$ 30.00	\$ 30.00
Refrigerio defensa	\$ 100.00	\$ 100.00
Empastado	\$ 10.00	\$ 30.00
Copias	\$ 0.03	\$ 50.00
Escaneado	\$ 0.60	\$ 25.00
TOTAL	\$ 440.00	

RECURSOS HUMANOS		
<i>DETALLE</i>	<i>COSTO UNITARIO</i>	<i>COSTO TOTAL</i>
Digitador	\$ 80.00	\$ 80.00
Encuestador	\$ 145.00	\$ 145.00
Estadístico	\$ 145.00	\$ 145.00
TOTAL	\$ 370.00	

TOTALES	
<i>DETALLE</i>	<i>COSTO</i>
Recursos materiales	\$ 578.50
Recursos humanos	\$ 370.00
Servicios	\$ 430.00
Varios	\$ 125.00
TOTAL	\$ 1503.50

XV. BIBLIOGRAFÍA

1. Salud en las Américas 2007, OPS. Vol. I Regional; pág. 142.
2. Informe sobre los Sistemas de Salud Mental Nicaragua, El Salvador y Guatemala, OPS 2006, p43-44.
3. Salud en las Américas 2007, OPS. Salud Mental Vol. II Países, El Salvador; pág. 331.
4. Guía Clínicas de Atención en Salud Mental. MSPAS 2006.
5. Informe de la Dirección General De Estadísticas y Censos 2008.
6. Unidad de Estadística y Documentos Medidos, U/S El Congo.
7. Toro R, Yepes L. Psiquiatría. 4ª. Ed. Corporación para Investigaciones Biológicas. Medellín, Colombia 2004. Página 152.
8. Depression. Internet Geneva: World Health Organization. 2007citado 1 octubre 2007; Disponible en: http://www.who.int/mental_health/management/depression/definition/en/
9. Alan K. Koike, MD. Jürgen Unützer, MD. Kenneth B. Wells, MD. Improving the care for depression in patients with comorbid medical illness (Am J Psychiatry 2002; 159: 1738-1745).
10. Murray CJ, Lopez AD. Alternative projections of mortality and disability by cause 1990-2020: Global Burden of Disease Study. Lancet 1997; 349(9064):1498-504.
11. Kessler RC, Berglund P, Demler O, Jin R, Koretz D, Merikangas KR, et al. The epidemiology of major depressive disorder: results from the National Comorbidity Survey Replication (NCS-R). JAMA 2003; 289(23):3095-105.

12. Libro Verde. Mejorar la salud mental de la población. Hacia una estrategia de la Unión Europea en materia de salud mental. In: Comisión de las Comunidades Europeas; 2005. p. 484final.
13. Haro JM, Palacin C, Vilagut G, Martinez M, Bernal M, Luque I, et al. Prevalencia de los trastornos mentales y factores asociados: resultados del estudio ESEMeD-España. *Med Clin (Barc)* 2006; 126(12):445-51.
14. Crespo D, Gil A, Porrás Chavarino A, Grupo De Investigación en Depresión y Psiquiatría de Enlace. Prevalencia de los trastornos depresivos en psiquiatría de enlace. *Actas Esp Psiquiatr* 2001; 29(2):75-83.
15. Instituto Nacional de Estadística. Defunciones según la causa de muerte. Internet. Instituto Nacional de Estadística. 2007. Citado 1 octubre 2007; Disponible en: <http://www.ine.es>.
16. Toro R, Yepes L. *Psiquiatría*. 4ª. Ed. Corporación para Investigaciones Biológicas. Medellín, Colombia 2004. Página 154 a 156.
17. Modificado de Woods BT, *Medical and Neurological Aspects o Depression*. En Harrison Principles of Internal Medicine UpdteIII, Mc Graw Hill, New York, 1982.
18. Regier DA, Boyd JH, Burke JD, Jr., Rae DS, Myers JK, Kramer M, et al. One-month prevalence of mental disorders in the United States. Based on five Epidemiologic Catchment Area sites. *Arch Gen Psychiatry* 1988; 45(11):977-86.
19. Serby M, Yu M. Overview: depression in the elderly. *Mt Sinai J Med* 2003; 70 (1):38-44.
20. Ferrando L F-AL, Soto M, Bobes J, Soto O, Franco L, Gubert J. M.I.N.I. Mini International Neuropsychiatric Interview. Versión en español 5.0.0.DSM-IV. Instituto IAP, Madrid, 1998.
21. <http://www.depresión.psicomag.com>

22. [http://www.gabineteam.com/S%C3%ADntomas%20de%20la%20Depresi%C3%B3n%20DSM- IV.htm](http://www.gabineteam.com/S%C3%ADntomas%20de%20la%20Depresi%C3%B3n%20DSM-IV.htm)
23. *Somatización y depresión en atención primaria* **GARCÍA CAMPAYO, J.** Psiquiatra y Profesor Asociado. Hospital Universitario Miguel Servet y Universidad de Zaragoza **ALDA, M. MIR** Psiquiatría. Hospital Universitario Miguel Servet y Universidad de Zaragoza **MORENO GONZÁLEZ, S.** Psicólogo. Investigador. Hospital Universitario Miguel Servet y Universidad de Zaragoza http://www.grupoaulamedica.com/aula/SALUDMENTAL2_2005.pdf
24. Depression Guideline Panel. Depression in Primary Care: Volume 2. Treatment of Major Depression. Clinical Practice Guideline, Number 5. Rockville, MD. U.S. Department of Health and Human Services, Public Health Service, Agency for Health Care Policy and Research. 1993; AHCPR Publication No. 93-0551. (URL:<http://text.nlm.nih.gov>)
25. Schulberg HC et al. Best clinical practice: Guidelines for managing major depression in primary medical care. J Clin Psychiatry 1999; 60: 19-26.
26. Brendan C. Recognition and treatment of depression in primary care setting. J Clin Psychiatric 1994; 55(12 Supple): 18-34.
27. Ballenger JC et al. Consensus statement on the primary care management of depression from the International Consensus Group on Depression and Anxiety. J Clin Psychiatry 1999; 60(supple 7):54- 61.
28. Schulberg HC et al. Best clinical practice: Guidelines for managing major depression in primary medical care. J Clin Psychiatry 1999; 60: 19-26.
29. Ficha Transparencia. Antidepresivos. Madrid: Ministerio de Sanidad y Consumo / Junta Andalucía. 1996.
30. Jessen LM. Depression. US Pharm 1996; 21(5): 57-70.

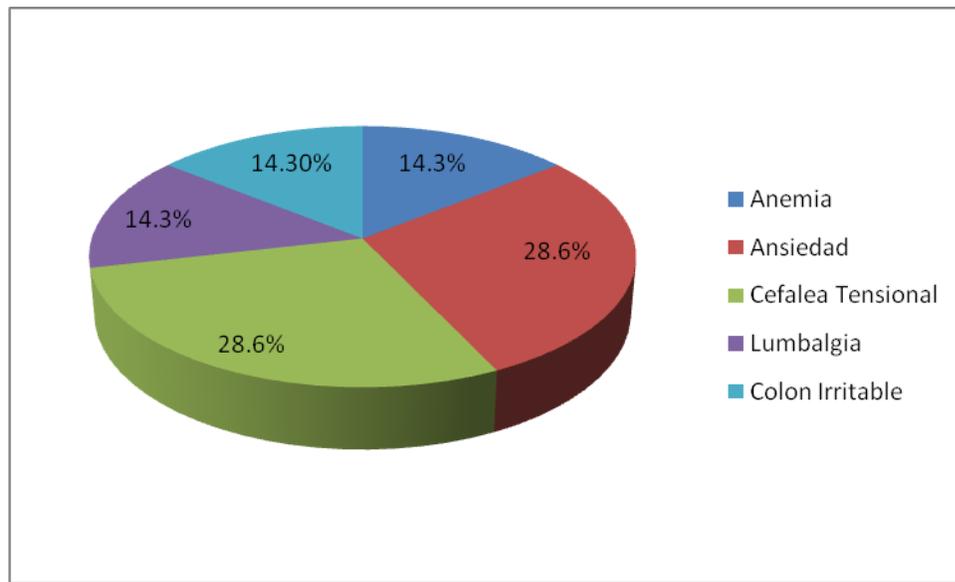
31. Wells BG et al. Depressive disorders, In. In: Di Piro JT et al, editors. Pharmacotherapy. A Pathophysiologic Approach. 3rd ed. Stamford: Appleton & Lange, 1997. p.1395-417.
32. Norman TR et al. Te new antidepressants – mechanism of action. Aust Prescr 1999; 22(5): 106-8.
33. Selecting an antidepressant. Mero Bull 1995; 6(1): 1-4.
34. Reboxetine. Another new antidepressant. Drug Ther Bull 1998; 36(11): 86-8.
35. Preskorn SH. Antidepressant drug selection: criteria and options. J Clin Psychiatry 1994;55(9, suppl A): 6-22.
36. Selecting an antidepressant. Mero Bull 1995; 6(1): 1-4.
37. Rudorfer MV et al. Comparative tolerability profile of the newer versus older antidepressants. Drug Safe 1994; 10(1): 18-46.
38. Selective serotonin reuptake inhibitors for depression? Drug Ther Bull 1993; 31(15):57-8
39. <http://www.psiquiatria.com/psicologia/revista/198/31090/part2/?++interactivo>

ANEXOS

XVI. ANEXOS

GRÁFICO 1

DIAGNÓSTICOS CLÍNICOS EMITIDOS POR MÉDICOS



GRÁFICA 2

RELACIÓN ENTRE LA EDAD Y EL DIAGNÓSTICO DE DEPRESIÓN MAYOR

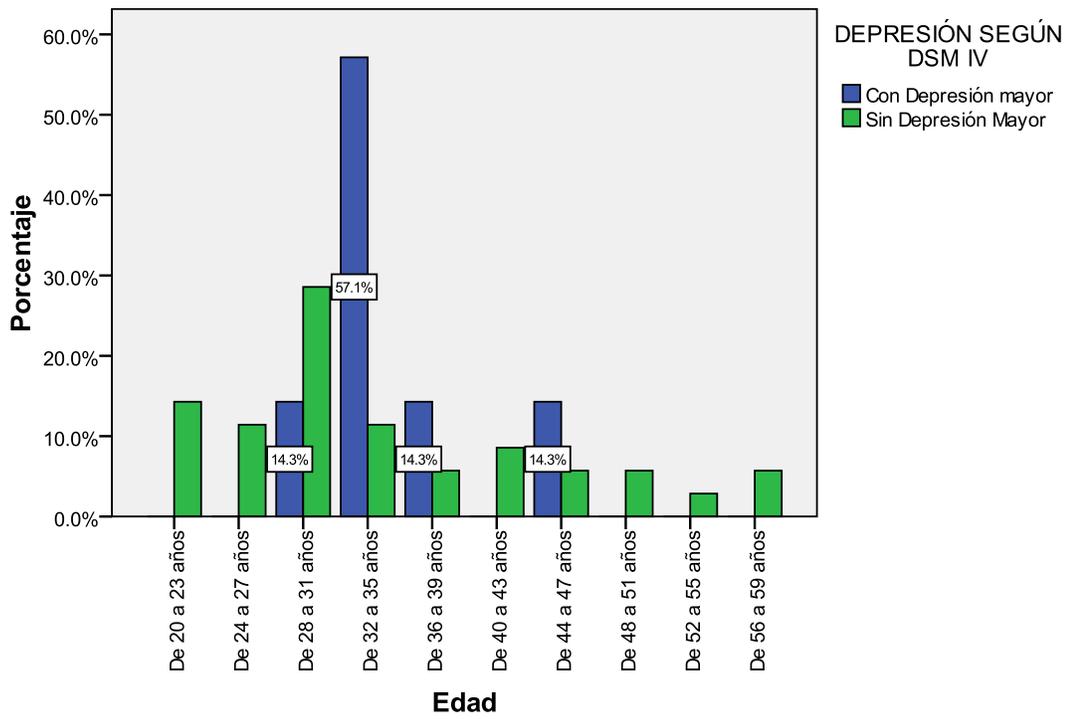


GRÁFICO 3

RELACIÓN ENTRE EL TRABAJO Y EL DIAGNÓSTICO DE DEPRESIÓN MAYOR

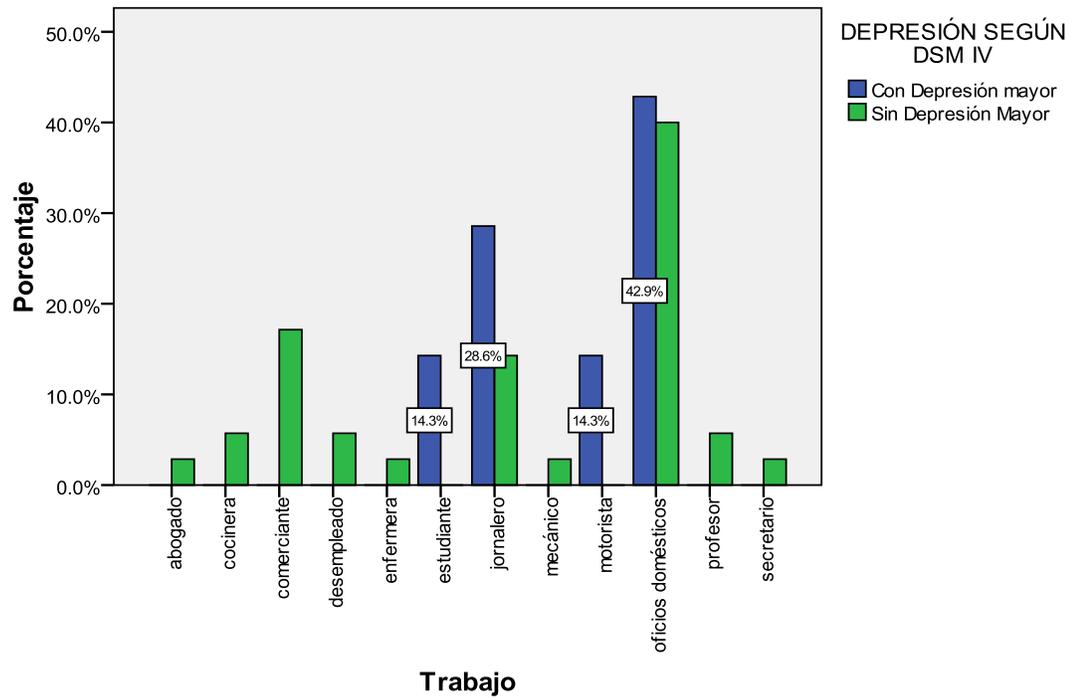


GRÁFICO 4

RELACIÓN ENTRE PROCEDENCIA Y DEPRESIÓN MAYOR SEGÚN DSM-IV

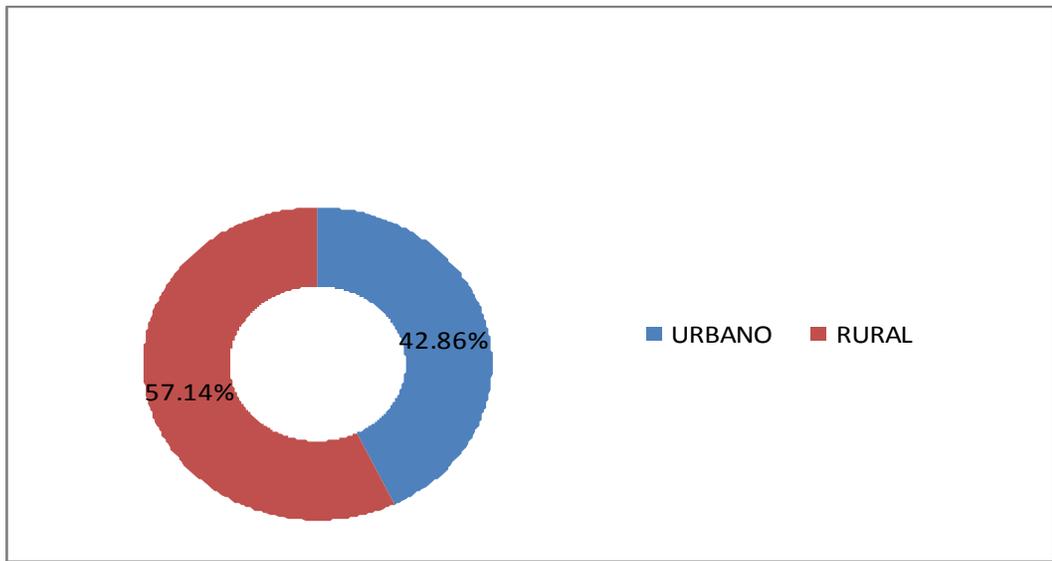


GRÁFICO 5

RELACIÓN ENTRE EL SEXO Y EL DIAGNÓSTICO DE DEPRESIÓN MAYOR

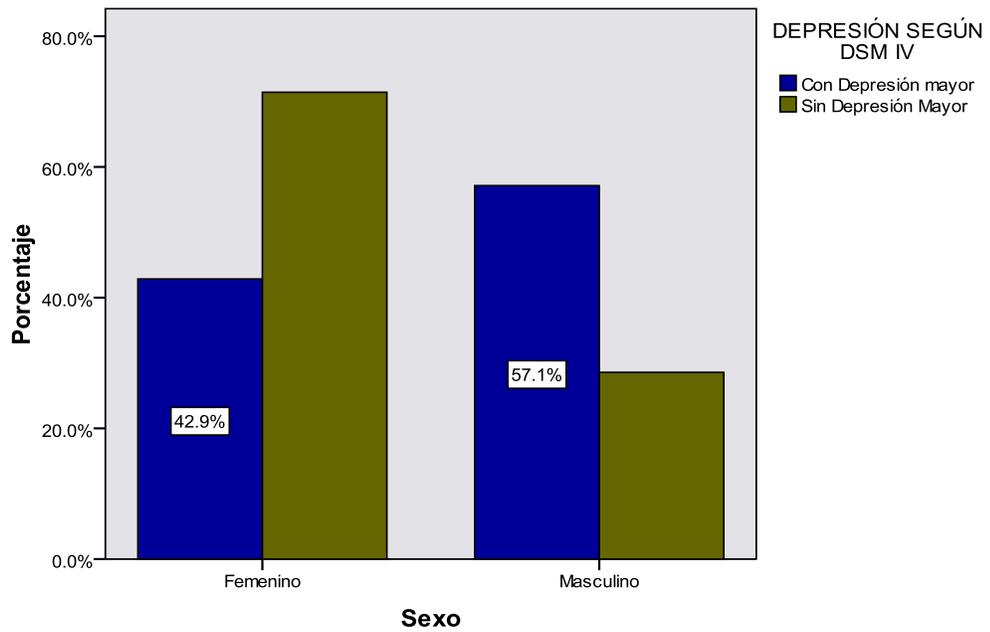
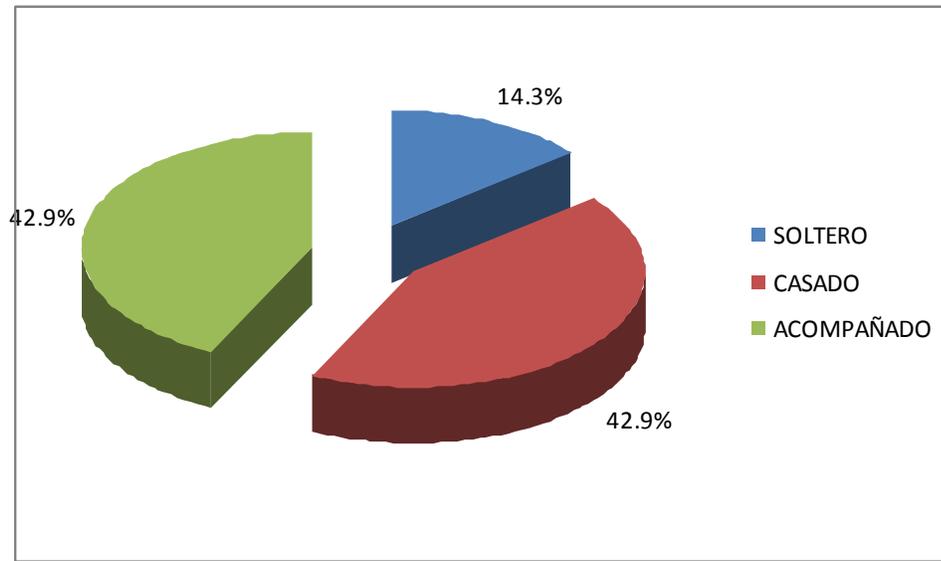


GRÁFICO 6

RELACIÓN ENTRE ESTADO CIVIL Y DEPRESIÓN



- c) ¿Tiene pérdida o aumento de peso significativos sin estar a dieta o disminución o aumento de apetito casi todos los días?
- Sí No
- d) ¿Padece de insomnio o hipersomnia casi todos los días?
- Sí No
- e) ¿Sufre de agitación o retardo psicomotor casi todos los días?
- Sí No
- f) ¿Presenta fatiga o pérdida de energía casi todos los días?
- Sí No
- g) ¿Se observa sentimiento de minusvalía o culpa excesiva o inapropiada casi todos los días?
- Sí No
- h) ¿Presenta capacidad disminuida de pensar o concentrarse, o indecisión casi todos los días?
- Sí No
- i) ¿Tiene pensamientos recurrentes de muerte, ideación recurrente de suicidio sin un plan específico, o un intento de suicidio o plan específico de suicidarse?
- Sí No

8. Parte II:

- a) ¿Causan sufrimiento clínico significativo o trastorno en el funcionamiento social u ocupacional o en otras áreas importantes del funcionamiento?
- Sí No
- b) ¿Se encuentra sin efectos de una sustancia (droga de abuso o medicación) o se encuentra sin una condición médica general?
- Sí No
- c) ¿Está sin duelo previo?
- Sí No
- d) ¿Están caracterizados por marcado menoscabo funcional, preocupación mórbida con desvalorización, ideación suicida, síntomas psicóticos o retardo psicomotor?
- Sí No
- e) ¿Están los síntomas presentes por 2 semanas o más de tiempo?
- Sí No

9. Parte III: Para el investigador.

- a) ¿Cuál fue el diagnóstico con el que fue catalogado en la consulta de ese día?
-
-

Instrumento 2:

Escala autoaplicada de depresión de Zung (Self – Rating Depression Scale, SDS)

NOMBRE DEL PACIENTE: _____

EDAD _____ **SEXO** _____ **FECHA** _____

Por favor, señale una respuesta de cada una de las siguientes afirmaciones	Nunca o Muy Pocas Veces	Algunas Veces	Muchas Veces	Casi Siempre o Todas las Veces	
1. ME SIENTO DESCORAZONADO, MELANCOLICO Y TRISTE	<input type="radio"/> 1	<input type="radio"/> 2	<input type="radio"/> 3	<input type="radio"/> 4	
2. POR LA MAÑANA ES CUANDO MEJOR ME SIENTO *	<input type="radio"/> 4	<input type="radio"/> 3	<input type="radio"/> 2	<input type="radio"/> 1	
3. TENGO ACCESOS DE LLANTO, O ME SIENTO COMO PARA TENERLOS	<input type="radio"/> 1	<input type="radio"/> 2	<input type="radio"/> 3	<input type="radio"/> 4	
4. TENGO PROBLEMAS PARA DORMIR DURANTE LA NOCHE	<input type="radio"/> 1	<input type="radio"/> 2	<input type="radio"/> 3	<input type="radio"/> 4	
5. COMO TANTO COMO SOLIA COMER *	<input type="radio"/> 4	<input type="radio"/> 3	<input type="radio"/> 2	<input type="radio"/> 1	
6. DISFRUTO AL MIRAR, CONVERSAR Y ESTAR CON MUJERES/HOMBRES ATRACTIVOS *	<input type="radio"/> 4	<input type="radio"/> 3	<input type="radio"/> 2	<input type="radio"/> 1	
7. NOTO QUE ESTOY PERDIENDO PESO	<input type="radio"/> 1	<input type="radio"/> 2	<input type="radio"/> 3	<input type="radio"/> 4	
8. TENGO PROBLEMAS DE ESTREÑIMIENTO	<input type="radio"/> 1	<input type="radio"/> 2	<input type="radio"/> 3	<input type="radio"/> 4	
9. MI CORAZON LATE MAS RAPIDAMENTE QUE LO NORMAL	<input type="radio"/> 1	<input type="radio"/> 2	<input type="radio"/> 3	<input type="radio"/> 4	
10. ME CANSO SIN MOTIVO	<input type="radio"/> 1	<input type="radio"/> 2	<input type="radio"/> 3	<input type="radio"/> 4	
11. MI MENTE ESTA TAN DESPEJADA COMO SIEMPRE *	<input type="radio"/> 4	<input type="radio"/> 3	<input type="radio"/> 2	<input type="radio"/> 1	
12. ME RESULTA FACIL HACER TODO LO QUE SOLIA HACER *	<input type="radio"/> 4	<input type="radio"/> 3	<input type="radio"/> 2	<input type="radio"/> 1	
13. ME SIENTO INTRANQUILO Y NO PUEDO MANTENERME QUIETO	<input type="radio"/> 1	<input type="radio"/> 2	<input type="radio"/> 3	<input type="radio"/> 4	
14. TENGO ESPERANZAS EN EL FUTURO *	<input type="radio"/> 4	<input type="radio"/> 3	<input type="radio"/> 2	<input type="radio"/> 1	
15. ME IRRITO MAS DE LO NORMAL	<input type="radio"/> 1	<input type="radio"/> 2	<input type="radio"/> 3	<input type="radio"/> 4	
16. ENCUENTRO FACIL EL TOMAR DECISIONES *	<input type="radio"/> 4	<input type="radio"/> 3	<input type="radio"/> 2	<input type="radio"/> 1	
17. SIENTO QUE ME NECESITAN Y QUE SOY UTIL *	<input type="radio"/> 4	<input type="radio"/> 3	<input type="radio"/> 2	<input type="radio"/> 1	
18. LLEVO UNA VIDA PLENA *	<input type="radio"/> 4	<input type="radio"/> 3	<input type="radio"/> 2	<input type="radio"/> 1	
19. SIENTO QUE LOS DEMAS ESTARIAN MEJOR SI YO ESTUVIESE MUERTO	<input type="radio"/> 1	<input type="radio"/> 2	<input type="radio"/> 3	<input type="radio"/> 4	
20. TODAVIA DISFRUTO LO QUE SOLIA HACER *	<input type="radio"/> 4	<input type="radio"/> 3	<input type="radio"/> 2	<input type="radio"/> 1	
				PUNTUACION BRUTA	
				INDICE EAD	

Indice EAD	Impresión Clínica Global Equivalente
Debajo de 50	Dentro de lo normal, sin psicopatología
50-59	Presencia de depresión (de mínima a leve)
60-69	Presencia de depresión (de moderada a notable)
70 o más	Presencia de depresión (de severa a extrema)

Conversión de la Puntuación Bruta al Índice de EAD							
Punt. Bruta	Indice EAD	Punt. Bruta	Indice EAD	Punt. Bruta	Indice EAD	Punt. Bruta	Indice EAD
20	25	32	40	44	55	66	70
21	26	33	41	45	56	57	71
22	28	34	43	46	58	58	73
23	29	35	44	47	59	59	74
24	30	36	45	48	60	60	75
25	31	37	46	49	61	61	76
26	33	38	48	50	63	62	78
27	34	39	49	51	64	63	79
28	35	40	50	52	65	64	80
29	36	41	51	53	66	65	81
30	38	42	53	54	68	66	83
31	39	43	54	55	69	67	84
						68	85
						69	86
						70	88
						71	89
						72	90
						73	91
						74	92
						75	94
						76	95
						77	96
						78	98
						79	99
						80	100

FOTOGRAFÍAS DE UNIDAD DE SALUD



Fachada de la Unidad de Salud El Congo.



Entrada a la Unidad de Salud El Congo.



Área de Espera.



Consultorio Médico.
