

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



TRABAJO DE GRADUACION

TEMA:

**“INDAGACION SOBRE LA EXISTENCIA O INEXISTENCIA DE SUBREGISTRO DE
DEPRESION MAYOR EN EL PRIMER NIVEL DE ATENCION EN LAS UNIDADES DE
SALUD DE NOMBRE DE JESUS, LA PALMA, SAN IGNACIO Y CITALA EN EL
DEPARTAMENTO DE CHALATENANGO”**

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

**PRESENTADO POR:
SALGUERO SALINAS, NESTOR ALEXANDER
SANTAMARIA BONILLA, RICARDO ALFREDO
SANTAMARIA DELGADO, KARLA CINDY**

**DOCENTE DIRECTOR:
DR. MELITON MIRA BURGOS**

**NOVIEMBRE, 2006.
SANTA ANA EL SALVADOR CENTROAMERICA**

UNIVERSIDAD DE EL SALVADOR

Dra. María Isabel Rodríguez

RECTORA

Dra. Carmen Elizabeth Rodríguez de Rivas

VICERRECTORIA ADMINISTRATIVA

Ing. Joaquín Orlando Machuca

VICERRECTOR ACADEMICO

Lic. Alicia Margarita Rivas

SECRETARIA GENERAL

FACULTAD MULTIDISCIPLINARIA DE OCCIDENTE

Lic. Jorge Mauricio Rivera

DECANO

Lic. Víctor Hugo Merino Quezada

SECRETARIO GENERAL

Dra. Sandra Patricia Gómez de Sandoval

JEFA DEL DEPARTAMENTO DE MEDICINA

AGRADECIMIENTOS

A DIOS TODOPODEROSO por iluminar nuestro pensamiento cada día.

**A LAS PERSONAS que brindaron apoyo incondicional a la realización de esta
investigación.**

**A NUESTRO DOCENTE DIRECTOR por sus conocimientos y por compartirlos con
nosotros.**

KARLA, NESTOR Y RICARDO

INDICE:

	Pág.
1. Resumen.....	5
2. Introducción.....	7
3. Antecedentes.....	8
4. Justificación.....	10
5. Objetivos.....	12
6. Marco Teórico.....	13
7. Hipótesis.....	25
8. Diseño metodológico.....	26
9. Presentación y Análisis de Resultados	34
10. Conclusiones	42
11. Recomendaciones	44
12. Anexos.....	45
11. Bibliografía.....	54

1. RESUMEN

Con el presente trabajo queremos dar a conocer una de tantas realidades en nuestro país y que es de gran importancia, ya que el más afectado es en sí el mismo salvadoreño que acude a buscar ayuda médica en diferentes establecimientos de salud.

Esta investigación toma una cantidad de pacientes que buscan atención y aquellos que la brindan como los médicos consultantes de unidades de salud de Nombre de Jesús, La Palma, San Ignacio y Citalá del departamento de Chalatenango con el objetivo de indagar si la población que acude a diario a la consulta médica en estos establecimientos padece depresión mayor y como los médicos están realizando el diagnóstico de ésta patología o realizando un subregistro de la misma, al no incluirla en el diagnóstico integral del paciente.

Se elaboró un instrumento de detección de depresión mayor, según los criterios diagnósticos internacionalmente aceptados del DSM-IV sometiendo con dicha prueba a pacientes específicos, ya que se tomaron en cuenta criterios de inclusión orientados a detectar características sugerentes del padecimiento de esta enfermedad, que más adelante se explican al desarrollar el trabajo.

Se sometió a la vez a los médicos consultantes con otro instrumento desarrollado para evaluar su nivel de conocimientos de depresión mayor y así clasificarlo en las siguientes categorías: deficiente, regular, bueno y excelente, basándose en el número de respuestas correctas obtenidas en dicha prueba.

Posteriormente se compara el resultado arrojado por el instrumento de detección de depresión con el diagnóstico emitido por el médico consultante a dichos pacientes, para verificar si coincidió con el diagnóstico de depresión mayor en los casos en que el instrumento de detección de depresión evidenció la presencia de la patología con el fin de demostrar la existencia o inexistencia de subregistro de la misma.

Se tomaron los resultados y luego se colocaron en tablas y gráficos para analizarlos e interpretarlos.

De lo expuesto anteriormente concluimos que un total de 20 pacientes seleccionados el 80% (16) cumplieron los criterios diagnósticos de depresión mayor.

Se detectó que el subregistro de depresión mayor es total por parte de los médicos consultantes sometidos al estudio.

Al realizar la prueba de conocimientos sobre depresión mayor se clasificó el nivel de conocimientos por categorías deficiente, regular, bueno y excelente obteniendo en este estudio que el 100% de los médicos consultantes fue calificado en la categoría deficiente, indistintamente de la universidad de procedencia.

Se espera que ésta investigación sea una de las bases para mejorar el futuro de El Salvador en cuanto a la optimización en la detección de trastornos depresivos en el primer nivel de atención en salud y mejorando la formación del profesional en áreas de tan vital importancia como la Psiquiatría, permitiendo a la población afectada un tratamiento oportuno y racional de su enfermedad.

2. INTRODUCCION

Este trabajo es el informe final de la investigación científica para optar al título de Doctorado en Medicina de la Universidad de El Salvador desarrollada entre Marzo y Junio del presente año.

Al iniciar esta investigación se pretendió constatar la existencia o inexistencia de un subregistro del diagnóstico de la patología depresión mayor en unidades de Salud Nombre de Jesús, La Palma, San Ignacio y Citalá del departamento de Chalatenango.

Para la realización de dicha tarea sometimos a una prueba de detección de la patología en cuestión a pacientes seleccionados bajo criterios que se detallan claramente en el diseño metodológico, a la vez se realizó una prueba de conocimientos sobre depresión mayor a los médicos consultantes, encargados de brindarles la atención a estos pacientes en las unidades de salud antes mencionadas.

Posteriormente, se determinó si el paciente que se sometió a la prueba y se les detectó depresión mayor fueron diagnosticados de igual forma por el médico consultante registrando o no la patología en el expediente del paciente.

Según el número de respuestas acertadas, clasificamos el nivel de conocimientos de los médicos consultantes en categorías, y luego se compararon aspectos como relación entre un nivel de conocimiento alto o bajo con la detección y registro de la depresión o subregistro de la misma, realizando una interpretación y análisis de resultados que lograron probar nuestra hipótesis y a la vez nos permitieron emitir conclusiones y recomendaciones orientadas a mejorar la detección y tratamiento de la depresión mayor en el primer nivel de atención en salud de nuestro país.

3. ANTECEDENTES

A nivel mundial, según datos publicados en el sitio Web de la Organización Mundial de la Salud, más de 121 millones de personas padecen depresión a nivel de todo el mundo, y según proyecciones de dicha entidad para el año 2020 se estima que la depresión ocupara el segundo puesto en la consulta solo después de los problemas cardiacos.¹

En nuestro país el Ministerio de Salud Publica y Asistencia Social quien cubre un 80% de las atenciones a la totalidad de la población, ha situado a la depresión (según estadísticas), como el segundo trastorno mental que mas afecta a los salvadoreños, solo detrás de los trastornos de ansiedad.²

Sin embargo coincidiendo con el autor Toro y Yepes, en nuestro país tanto hombres como mujeres tienden a estigmatizar todo lo que tenga que ver con salud mental, la depresión y el consumo de fármacos para su tratamiento se resume erradamente en la palabra "locura", esto traducido a la práctica hace que al psiquiatra solo acuda un 0.2% de pacientes con dicho problema y un 12% consulte a médicos generales u otros especialistas, hecho que hace más que necesario la capacidad del médico general para diagnosticar y brindar tratamiento oportuno de dicha patología.³

La realidad en nuestro país, dista mucho de ser la "ideal" En el 2001, la Organización Mundial de la Salud declaro el año 2001 como el "Año de la Salud Mental", dicho nombramiento es un reflejo de la preocupación de este organismo por los trastornos mentales y del comportamiento. Ese mismo año en la red nacional de salud, se establece el protocolo para la utilización de medicamentos antidepresivos el cual no ha sido tan socializado como las normas para la atención de pacientes, que constituyen indicadores de desarrollo humano, específicamente mujeres embarazadas y niños menores de un año.⁴

¹ www.phao.org

² www.mspas.gob.sv

³ Toro y Yepes, fundamentos de psiquiatria

⁴ www.elsalvador.com/vertice/2005/260605/fotos/antidepresivos.html

Entre los factores etiológicos de origen psicógeno de los trastornos depresivos se mencionan guerras, desastres naturales, períodos de desintegración social, entre otros⁵, en nuestro país, han acontecido fenómenos como por ejemplo la guerra sufrida de 1980 a 1992, los terremotos de 1986 y 2001, y la creciente migración de personas en edad productiva a Norteamérica, hechos que han golpeado muy fuerte a nuestra población, principalmente adultos mayores.⁶

Hasta el momento en la Facultad Multidisciplinaria de Occidente de la Universidad de El Salvador encontramos un estudio denominado “Realidad de los trastornos depresivos en la practica clínica de la Unidad de Salud Dr. Tomas Pineda Martínez de la ciudad de Santa Ana”, este trabajo se realizó en el período de Marzo a Septiembre del 2000, dicha investigación demuestra que los médicos que subestiman la complejidad del comportamiento depresivo y no utilizan ningún tipo de herramienta auxiliar, no realizan el diagnóstico de depresión a la población que demandó de sus servicios. No obstante demostró que mediante la realización de una historia clínica rigurosa y una herramienta auxiliar para el diagnóstico, en este caso se utilizó una escala de expresiones faciales, fueron determinantes para dar un diagnóstico preciso aún en casos de depresión somatizada.⁷

⁵ Toro y Yepes, Fundamentos de Psiquiatria

⁶ Estudio FESAL 2002/03

⁷ Estudio “Realidad de los trastornos depresivos en la practica clínica de la Unidad de Salud Dr. Tomas Pineda Martínez de la ciudad de Santa Ana”.

4. JUSTIFICACION

Hasta el momento en el departamento de Chalatenango no se ha llevado a cabo ninguna investigación en cuanto al subregistro de pacientes con trastornos depresivos que consultan en las unidades de salud de dicho departamento.

Ahora bien las depresiones son tan prevalentes en la población general (3 a 5%) y tan comunes en la consulta médica (12.2 al 25%) de todos los pacientes que es imposible que los psiquiatras puedan tratar adecuadamente a todas las personas que la sufren. Mas aún, solo un 0.2% de los pacientes deprimidos consulta al psiquiatra, un 9% al médico general y posiblemente un 89% nunca acude a la consulta medica.⁸

Estas patologías causan problemas de tipo social (desintegración familiar, uso de sustancias prohibidas, suicidios, etc.) económico (ausentismo en días laborales, uso de instalaciones médicas) y de salud ocupando estas patologías un lugar muy cercano al numero de consultas por padecimientos cardíacos.⁸

Si le agregamos a la magnitud del problema la facilidad y efectividad de los tratamientos existentes, se hace claro que es responsabilidad del médico general aprender a sospechar, diagnosticar y tratar adecuadamente a este gran número de pacientes deprimidos.⁸

Infortunadamente lejos de alcanzar dicha meta los médicos generales y especialistas no psiquiatras y aún muchos psiquiatras no diagnostican adecuadamente estos trastornos confundiéndonos a menudo con cuadros orgánicos o con trastornos de ansiedad. Peor aún cuando los diagnostican los tratan inadecuadamente, recetando a veces los ansiolíticos que son inefectivos, pueden causar habituación y a menudo empeoran la depresión, y en otras depresiones dando dosis bajas o durante un tiempo demasiado corto de los antidepresivos, que formulados adecuadamente pueden ser efectivos hasta en el 70% de los casos.⁸

⁸ Toro y Yepes, fundamentos de Psiquiatria.

El código de salud de nuestro país contempla el siguiente artículo:

Artículo. 54 “El Ministerio de Salud Pública y Asistencia Social organizará y desarrollará actividades de salud mental para el estudio, investigación, prevención, tratamiento y rehabilitación de las enfermedades y trastornos mentales o problemas psicológicos de la población en general y principalmente de la infancia.”⁹

He aquí la necesidad de llevar a cabo una investigación cuyos resultados nos ayuden a señalar la existencia o no del subregistro (o registro adecuado) de pacientes que adolecen depresión y de ésta forma poder llevar a cabo acciones e intervenciones oportunas que lleven a mejorar la calidad de atención al paciente que acude a consultar en el primer nivel.

⁹ Código de Salud, Republica de El Salvador.

5. OBJETIVOS

5.1 OBJETIVO GENERAL

Indagar la existencia o inexistencia de subregistro de depresión mayor en el primer nivel de atención en las Unidades de Salud Nombre de Jesús, San Ignacio, La Palma y Citalá del Departamento de Chalatenango.

5.2. OBJETIVOS ESPECIFICOS

1. Determinar el nivel de registros adecuados sobre Depresión mayor a partir de la comparación de una prueba de detección en pacientes seleccionados y los diagnósticos emitidos por los médicos consultantes
2. Indagar el nivel de conocimiento sobre patología de depresión de los médicos consultantes de las Unidades de Salud Nombre de Jesús, La palma, San Ignacio y Cítala del departamento de Chalatenango, mediante una prueba de conocimientos sobre dicha patología.
3. Comparar el nivel de conocimiento del médico consultante sobre depresión con el registro o subregistro del diagnóstico en pacientes a quienes se les ha realizado la prueba de detección de depresión.

6. MARCO TEORICO

6.1 HISTORIA

La depresión se conoce desde la antigüedad, sus síntomas están descritos en muchos documentos antiguos. La Biblia menciona la historia del Rey Saúl en el antiguo testamento, describiendo un síndrome depresivo. 450 años antes de Cristo, Hipócrates utilizó los términos manía y melancolía para describir las alteraciones mentales. Cornelio Celso hacia el año 100 D.C describió melancolía en su obra de medicina como una depresión producida por la bilis negra, el término de depresión fue utilizado por otros autores médicos incluidos Areteo (120-180 D.C), Galeno (120-199 D.C) y Alejandro de Tralles en el siglo VI.¹

Otros escritos mencionan que los egipcios antiguos la reconocían como una entidad patológica definida, el empleo del término de depresión se inició principalmente con los intentos del psiquiatra del siglo XIX Emil Kraepelin de crear una nueva palabra que tuviera una mayor especificidad diagnóstica que melancolía,² la descripción de Kraepelin de la enfermedad depresiva contenía ya los criterios que los psiquiatras utilizan actualmente para hacer su diagnóstico e incluso describió también un tipo de depresión que empezaba después de la menopausia de las mujeres y en la edad adulta de los hombres que llegó a ser conocida como Melancolía Involutiva.¹

Durante la mayor parte de este siglo los clínicos han intentado subclasificar este síndrome basándose en los síntomas y las causas.

Muchas de las subclasificaciones resultaron no válidas o poca dignas de confianza por ejemplo la distinción en las depresiones reactivas y las que eran no reactivas o endógenas, es decir, no precipitadas por estrés psicosocial, resultaron carecer de valor de predicción, desde Kraepelin, muchas generaciones de psiquiatras (incluida la nuestra) han realizado numerosos intentos para mejorar la clasificación de los trastornos depresivos. Fruto de estos esfuerzos están los criterios de San Louis, la revisión de criterios diagnósticos y la clasificación del DSM IV.³

6.2 EPIDEMIOLOGIA.

Las cifras de la Organización Mundial de la Salud (OMS) son alarmantes: más de 121 millones de personas padecen de depresión en todo el mundo.

Hace cinco años, esta enfermedad representó la quinta causa de incapacidad laboral. Para el año 2020, el organismo prevé que ocupará el segundo puesto, detrás de los problemas cardíacos.⁴

En El Salvador, la situación no dista mucho de esta realidad. La Unidad de Epidemiología del Ministerio de Salud Pública y Asistencia Social (MSPAS) registró un aumento del 35 por ciento en los casos de depresión en los últimos cinco años.⁵

En 2000, se atendieron 6 mil 713 casos. A finales de 2004, la red nacional de hospitales registró 10 mil 411, convirtiéndose en el segundo trastorno del comportamiento que más afecta a la población después de los de ansiedad.⁵

La depresión puede iniciarse a cualquier edad y puede manifestarse con síntomas primarios que no abarcan cambios manifiestos del estado de ánimo.

Puede ser difícil diagnosticar depresión en niños, hay una edad promedio de iniciación entre 25 y 30 años aunque cada año la edad de iniciación ha aumentado y la frecuencia en nacimientos después de 1945, esto se ha atribuido a que la cultura actual es "depresiva", ya que han aumentado las situaciones de desvalimiento.

Los cambios de estructura familiar y la urbanización creciente también aumentan la vulnerabilidad a la depresión.³

Otros factores que contribuyen a este aumento según la OMS son la longevidad, los cambios rápidos psicosociales, el aumento de enfermedades crónicas (cardiovasculares, neurológicas, colágena, cerebro vasculares) el exagerado consumo de drogas como los

tranquilizantes, los antidepresivos y los anticonceptivos que frecuentemente producen depresiones secundarias.⁴

Diferentes estudios demuestran que de toda la clientela de los médicos entre el 12,5 y 25% sufren predominantemente un trastorno depresivo.³

Otros estudios establecen que de los pacientes hospitalizados en salas médicas un 20 al 25% padecen trastorno depresivo. Igualmente, en la consulta ambulatoria psiquiátrica la depresión ocupa el 1er lugar³

Las depresiones son más frecuentes en el sexo femenino (proporción 2:1) y esto ha sido atribuido a transmisión genética, fisiología endócrina y a las desventajas psicológicas en nuestra sociedad. En cuanto a la edad las depresiones unipolares pueden ocurrir en cualquier etapa cronológica, aunque la frecuencia aumenta con el transcurso del tiempo. El máximo de la frecuencia de las mujeres esta entre los 30 y 60 años y en los hombres entre 40 y 70 años. La depresión es menos frecuente en los casados y solteros que en los divorciados, separados y viudos. No se ha podido establecer una relación clara entre clase social y depresión ya que los hallazgos de diferentes estudios son contradictorios.³

La expectativa de por vida de desarrollar cualquier tipo de depresión para las mujeres es alrededor de 20% y para los hombres un 10%, ahora bien los familiares de 1er grado de las personas depresivas muestran un riesgo en vida de un 20% de los trastornos afectivos.

En cuanto a la recurrencia hay una posibilidad de 50 y 60% de los pacientes en remisión de una depresión unipolar tengan otro ataque. Los episodios suelen reproducirse cada 3 a 9 años.³

6.3 CLASIFICACION.

Las clasificaciones actuales dividen las depresiones de acuerdo con su patrón de presentación (episodio único o recurrente, y trastorno persistente). Posteriormente las

subdividen o clasifican de acuerdo con la intensidad en leves, moderadas y severas (con o sin síntomas psicóticos).

Las clasificaciones internacionales de los trastornos depresivos vigentes en la actualidad son las del CIE-10 y el DSM-IV a continuación describiremos la segunda:

DSM-IV
Episodio depresivo
Trastorno depresivo recurrente
Trastorno persistente del ánimo (distimia)
Otros trastornos depresivos

Según el autor Robins las depresiones se dividen en dos grandes grupos: “primarias”, en las cuales la única enfermedad presente o pasada es un trastorno afectivo, y “secundarias” en las cuales el paciente sufre otra enfermedad mental (por ejemplo esquizofrenia, alcoholismo) o un trastorno orgánico que explica la depresión (por ejemplo hipotiroidismo, cáncer del páncreas).³

6.4 ETIOLOGIA.

La etiología de los trastornos depresivos puede obedecer a causas primarias o secundarias, que a continuación se describen:

Causas primarias

Factores bioquímicos cerebrales. Las hipótesis más importantes que se ofrecen para explicar el mecanismo real del trastorno de ánimo se orientan a cambios en las monoaminas cerebrales (noradrenalina, dopamina, serotonina). La teoría de las catecolaminas en su forma más simple postula que en la depresión existe un déficit absoluto o relativo de norepinefrina en las sinapsis cerebrales, por el contrario en la manía existe un exceso de dicha monoamina.

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

Estas teorías se originaron al tratar de entender algunos efectos de los psicofármacos, sin embargo a pesar de todas estas hipótesis y hallazgos, el papel que las monoaminas juegan en los trastornos afectivos no está esclarecido y por tanto postular que la depresión se deba a una deficiencia de un solo neurotransmisor es simplista, posiblemente existan desregulaciones o desequilibrios entre varios de ellos.

Factores neuroendocrinos. Múltiples estudios demuestran anomalías en el eje hipotálamo hipofisiario suprarrenal en los trastornos depresivos. Existe un aumento del factor liberador de la corticotropina (CRF) en plasma y en líquido cefalorraquídeo (LCR), la curva plana de producción de hormona suprarrenal (ACTH) al estimular con CRF, aumento del cortisol, y no respuesta al test de la supresión del cortisol, en muchos pacientes deprimidos y especialmente en aquellos con depresión psicótica.

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

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

En el eje hipotálamo hipofisiario tiroideo también se han reportado anomalías pero los hallazgos no son consistentes en diferentes estudios. Un hallazgo muy importante y que persiste después de mejorar la depresión, es el de la disminución de la secreción de la hormona del crecimiento durante el sueño.

Factores neurofisiológicos. Uno de los hallazgos más consistentes en el electroencefalograma (EEG) del paciente deprimido es el del acortamiento de la latencia de los movimientos oculares rápidos durante el sueño. También se han reportado disminución de los estadios 3 y 4 del sueño de los movimientos oculares rápidos, aumento de la

actividad física de movimientos oculares rápidos, etc. Estos y otros hallazgos sugieren alteraciones patológicas de los ritmos cronofisiológicos cerebrales.³

Factores genéticos y familiares. El trastorno depresivo mayor es 1,5-3 veces más común en los familiares biológicos de 1er grado de personas que sufren éste, que en la población general.

La heredabilidad en diferentes estudios se calcula que esta entre 36-75%, lo que demuestra claramente un componente genético.^{2,3}

Factores psicológicos. 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 periodos de desintegración social. La viudez, la pérdida de seres queridos, entre otros, parecen aumentar la incidencia de depresión.³

Causas secundarias

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

Drogas. Se han descrito más de 200 drogas que pueden causar depresión, pero la mayoría de ellas solo la producen ocasionalmente. Sin embargo, algunas lo hacen tan a menudo que se debe sospechar relación etiológica cuando aparecen un cuadro depresivo en un paciente que las esta recibiendo (ver tabla).

La supresión de ciertas drogas como las anfetaminas y los anorexiantes, puede producir cuadros depresivos. Lo mismo sucede con la cocaína.

MEDICAMENTOS FRECUENTEMENTE ASOCIADOS CON DEPRESION

- 1. Analgésicos y antiinflamatorios.**
- 2. Antibióticos.**
- 3. Hipotensores.**
- 4. Antipsicóticos.**
- 5. Drogas cardíacas.**
- 6. Corticosteroides y ACTH.**
- 7. Disulfiram.**
- 8. L-dopa.**
- 9. Metisergida.**
- 10. Anticonceptivos.**

Enfermedades orgánicas. Cualquier enfermedad especialmente las graves, puede causar una depresión como reacción psicológica, pero existen ciertos cuadros que con mayor frecuencia se acompañan de un trastorno depresivo, esto es especialmente cierto en el SIDA, el cáncer, las enfermedades respiratorias y cardiovasculares.³

6.5 PRESENTACION CLINICA.

Los pacientes deprimidos pueden dividirse en tres grupos atendiendo a la sintomatología que constituye el motivo de consulta.

El primer grupo esta constituido por los pacientes que manifiestan predominantemente síntomas depresivos (tristeza, sentimientos de culpa, ideación suicida, etc.) estos son más fácilmente diagnosticados tanto por el psiquiatra como por el médico general.

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

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

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

Aunque este subgrupo predominen los síntomas depresivos, esto no quiere decir que los síntomas generales y los somáticos estén ausentes. Son frecuentes el insomnio o la hiperinsomnia; anorexia o hiperfagia; fatiga, cansancio, constipación, pérdida o disminución de la libido, trastornos menstruales. El ciclo diurno puede estar invertido.

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

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

Algunos autores denominan “enmascaradas” a estas depresiones en las cuales predominan síntomas orgánicos, pero es importante recalcar que ellas generalmente se acompañan de los síntomas cuya presencia confirmara el paciente al ser interrogado adecuadamente.

Hay alteraciones de la homeostasis general, es frecuente la pérdida de peso que cuando no tiene causa orgánica definida debe hacer sospechar depresión. Lo mismo sucede con el insomnio. La fatigabilidad y la somnolencia diurna son frecuentes.

Otras de las manifestaciones somáticas características es el dolor cuya asociación con la depresión esta bien establecida. Este es el síntoma inicial hasta en el 35% de los pacientes deprimidos. Los más comunes son la cefalea, artralgias, dolores torácicos, de los miembros, abdominales y neuralgias, teniendo como rasgo característico que son dolores vagos difusos y atípicos.

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

Otros síntomas presentados por el paciente depresivo pueden ser palpitations, disnea, polaquiuria, sequedad de boca, constipación, visión borrosa, oleadas de calor, sensación de bola en la garganta, dispepsia, prurito, amenorrea, dismenorrea, impotencia, etc.³

Predominancia de otros síntomas psiquiátricos. La ansiedad es la máscara más común de la depresión, ésta es experimentada como una agonía diferente a la producida por las ansiedades de la vida normal. Puede también acompañarse de síntomas del sistema nervioso autónomo, tales como: sudoración de las manos, palpitations, ahogo, sequedad de boca, etc.³

6.5.1 CUADROS CLINICOS.

Episodio depresivo mayor.

La característica fundamental del episodio depresivo mayor (EDM) es un período de por lo menos dos semanas durante las cuales existe ya sea un ánimo deprimido o la pérdida de 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, quien no puede librarse de ella. Otro síntoma cardinal es la pérdida del interés en todas o casi todas las actividades, en muchos pacientes hay disminución importante del deseo y disfrute sexual.

Debe, además presentar cuatro síntomas adicionales, tales como cambios de apetito o peso, sueño, actividad psicomotora, disminución de energía, sentimientos de minusvalía o culpa, dificultad para pensar, o tomar decisiones, o pensamientos recurrentes de muerte, ideación, planes o intentos de suicidio.³

Trastorno depresivo mayor.

Se caracteriza por la presencia de una o más episodios depresivos mayores, sin historia de episodios maníacos, mixtos o hipomaníacos. De acuerdo al número de episodios se pueden dividir un episodio único y recurrente, el primero es aquel en el cual sólo se ha presentado un episodio depresivo mayor y el recurrente que es el más común es donde se ha presentado más de un episodio depresivo mayor.³

6.6 DIAGNOSTICO.

Para el diagnóstico enunciamos a continuación los criterios diagnósticos según el DSM IV.³

CRITERIOS DIAGNOSTICOS DEL EPISODIO DEPRESIVO MAYOR DSM-IV

A. Cinco o (más) de los siguientes síntomas han estado presentes durante el período de las mismas dos semanas y representan un cambio del funcionamiento previo; por lo menos uno de los síntomas es (1) ánimo deprimido o (2) pérdida de interés o placer.

1. Ánimo deprimido la mayor parte del día, casi todos los días, indicado por, ya sea reporte (ejemplo, se siente triste o vacío) u observación hecha por otros (ejemplo, parece lloroso).

Nota: en los niños o adolescentes puede ser ánimo irritable.

2. Interés o placer marcadamente disminuidos en todas o casi todas las actividades, la mayor parte del día, casi todos los días.

3. Pérdida o aumento de peso significativo sin estar a dieta. (5% de peso en un mes). O disminución o aumento de apetito casi todos los días.

4. Insomnio o hipersomnia casi todos los días.

5. Agitación o retardo psicomotor casi todos los días (observable por otros, no solamente la sensación subjetiva de inquietud o de estar lento).

6. Fatiga o pérdida de energía casi todos los días.

7. Sentimientos de minusvalía o culpa excesiva o inapropiada (puede ser delirante) casi todos los días. (No meramente autorreprochable o culpa por estar enfermo).

8. Disminución o falta de concentración o pensar.

9. Ideación o intentos de suicidio.

B. Los síntomas producen sufrimiento clínico significativo o trastorno en funcionamiento social, ocupacional o entre otras áreas importantes del funcionamiento.

C. No se debe a efectos de una sustancia (droga de abuso o medicación) o a alguna condición médica en general (ejemplo: hipotiroidismo).

D. Los síntomas no son mejor explicados por duelo, es decir, después de la pérdida de un ser amado, los síntomas persisten más de 2 meses o están caracterizados por marcado menoscabo funcional, preocupación mórbida con desvalorización, ideación suicida, síntomas psicóticos o retardo psicomotor.

Partiendo de estos criterios diagnósticos, para éste estudio se elaboró un instrumento en forma de encuesta, en donde se indaga cada criterio en forma de pregunta en un cuestionario que se utilizó para la detección de depresión mayor en los pacientes sometidos al mismo, la interpretación de la prueba es el criterio mencionado al inicio de la tabla.

6.6.1 DIAGNOSTICO DIFERENCIAL.

Condiciones no psiquiátricas, trastornos de adaptación, trastorno bipolar, otras enfermedades psiquiátricas y enfermedades orgánicas.^{1,3}

6.7 TRATAMIENTO.

La mayoría de las depresiones pueden ser manejadas ambulatoriamente con psicofármacos y psicoterapia. Sin embargo la hospitalización es necesaria cuando el riesgo suicida es alto también cuando estén relaciones interpersonales muy hostiles o destructivas. La terapia electroconvulsiva esta indicada en las depresiones psicóticas, cuando existe un riesgo alto de suicidio y en aquellos casos que no responde adecuadamente a tratamientos farmacológicos y psicológicos.^{1,3}

Actualmente se utiliza la combinación de psicofármacos y técnicas psicológicas en la mayoría de los casos de depresión.³

La mayoría de las depresiones pueden mejorar con una farmacoterapia adecuada.

A continuación se describen los más utilizados actualmente

Antidepresivos tricíclicos y tetracíclicos: Entre estos el más utilizado es la amitriptilina cuya dosis terapéutica es de 75-300mg, otros fármacos de esta categoría son nortriptilina, imipramina, doxepina, entre otros.

Inhibidores selectivos de la recaptación de serotonina: Entre estos el fármaco prototipo es la fluoxetina cuya dosis terapéutica es de 20-80mg, otros fármacos de esta categoría incluyen fluvoxamina, sertralina, citalopram.

Inhibidores selectivos de la recaptación de noradrenalina: Entre estos tenemos: la reboxetina, venlafaxina, mirtazapina.

Otros medicamentos antidepresivos con efecto comprobado y que también se utilizan en otros trastornos psiquiátricos son la trazodona, fenazadona, bupoprión y sulpiride.³

6.8 ORGANIZACIÓN DE LA CONSULTA MÉDICA EN UNIDADES DE SALUD DE EL SALVADOR.

El primer nivel de atención de Salud en El Salvador está constituido por personal médico y paramédico que debe trabajar especialmente en la Atención Primaria de Salud en la comunidad. Generalmente existe un médico director, médicos que brindan consulta general, una licenciada en enfermería, una auxiliar de enfermería, personal administrativo, promotores de salud comunitarios y un inspector de saneamiento ambiental. Rutinariamente en una unidad de salud, el personal de enfermería prepara a los pacientes y determina a su vez la cantidad de pacientes a quienes les brindará la atención el médico consultante distribuyendo el total de pacientes de forma proporcional entre el número total de médicos consultantes, en las unidades de salud de ambos SIBASI sólo se anotan pacientes para recibir consulta médica en dos horarios durante el día, la primera hora de anotación es de 7:30 AM a 10:00 AM, y la segunda es por la tarde entre la 1:00 PM y las 2:00 PM, fuera de estos horarios sólo se atienden emergencias.

Referencias:

1 Harold I. Kaplan., Benjamín J. Sadock. Compendio de Psiquiatría 2da edición, Salvat editores S.A. 1992. Capítulo 13.

2 Howard H. Goldman, Psiquiatría General 3er edición, editorial Manual Moderno México DF. Santa Fe de Bogotá 1994. Capítulo 22..

3 Dr. Luís E. Yepes R. Fundamentos de Psiquiatría, 4ta. Ed. Editorial CIB, Colombia.

4 www.phao.org

5 www.mspas.gob.sv

7. HIPOTESIS

El bajo nivel de conocimiento acerca de la patología depresión mayor por los médicos consultantes se relaciona directamente con el subregistro de dicha patología.

HIPOTESIS NULA

El nivel de conocimiento de la patología depresión mayor por los médicos consultantes no guarda relación con el grado de registro de dicha patología.

8. DISEÑO METODOLOGICO

8.1 Tipo de estudio.

El diseño de nuestro estudio es descriptivo transversal

8.2 Población de estudio.

8.2.1 Universo: nuestro universo esta constituido por los médicos consultantes que laboran en Unidades de Salud de Nombre de Jesús, Citalá, San Ignacio y La Palma del departamento de Chalatenango sumando en total 12 médicos de los cuales nos excluimos los realizadores del estudio. Administrativamente el departamento de Chalatenango cuenta con 2 SIBASI's, los cuales cuentan con 1er y 2do niveles de atención de salud, estos SIBASI's son Chalatenango y Nueva Concepción, el 1ro con 28 unidades de salud y el 2do con 8 unidades de salud respectivamente.

En ambos SIBASI's se han establecido divisiones geográficas que agrupan 3 o 4 municipios que se les denominan REDES de salud, cada una con una unidad denominada cabeza de red, las cuales cuentan con un médico director que en aquellas áreas consideradas de escasa población tiene también funciones de médico consultante siendo el único recurso designado a su unidad, sin embargo en la mayor parte de unidades se cuenta con 1 a 4 consultantes, en base a los registros diarios de consulta del mes de mayo de 2006 la unidad de salud de Citalá atiende una media de 65 pacientes por día, la unidad de salud de Nombre de Jesús, atiende una media de 56 pacientes por día, San Ignacio, una media de 32 pacientes diarios y La Palma 108 pacientes diarios de estos pacientes, bajo criterios de inclusión que se mencionan posteriormente se tomó la población de estudio para aplicarles el instrumento de prueba de detección de depresión mayor.

8.2.2 Muestra.

El presente estudio se realizó en cuatro unidades de salud, el número total de médicos consultantes es de 12, por lo tanto por ser una pequeña cantidad se llevó a cabo con la totalidad de médicos consultantes, en el caso de los pacientes se realizó el estudio con el número de pacientes que reunieron los criterios de inclusión los cuales fueron:

- El motivo de consulta por problemas somáticos como lumbalgia, cefalea, debilidad, fatiga, vértigo, dolores vagos e inespecíficos.
- Síntomas psiquiátricos como tristeza patológica, vacío, llanto, sentimientos de minusvalía, culpa exagerada o inapropiada, pensamientos de muerte, ideación o intentos de suicidio, abandono o disminución de las actividades placenteras incluyendo el placer sexual.
- Otros síntomas psiquiátricos comprendidos en el apartado del marco teórico del mismo nombre (ver pagina: 18).

Tomándolos del total de pacientes atendido por cada uno de ellos en un solo día, en que se programe la visita a dicho establecimiento.

Criterios de exclusión:

- Pacientes que no cumplan criterios de inclusión detallados anteriormente.
- Pacientes sanos que asisten a programas de control específicos como por ejemplo control prenatal, y que no adolecen de otro padecimiento.
- Todo paciente con enfermedades somáticas clínicamente evidentes como traumas, heridas, abdomen agudo, fiebre demostrada por medición de temperatura efectuada por el personal de enfermería.
- Emergencias que se atienden fuera del período regular de anotación de consulta establecido en cada unidad de salud.

Siendo una muestra de 20 pacientes seleccionados los que cumplieron los criterios de elección .

8.3 Recolección de datos.

La recolección de datos, se realizó a través de entrevistas guiadas por cuestionarios y realizadas por tres entrevistadores, previamente adiestrados en la aplicación de dichos cuestionarios.

Se programaron visitas en días distintos a las cuatro unidades de salud en las que se desarrolló el estudio, un día de la semana laboral.

La recolección de los datos se llevó a cabo en dos etapas, ya que nuestro sujetos de estudio eran tanto los médicos consultantes de los establecimientos antes mencionados como los pacientes que cumplieran con los criterios ya mencionados, en una primera etapa se indagó en los pacientes seleccionados bajo criterios de inclusión la presencia o ausencia de la patología depresión mayor mediante un instrumento, con el fin de evaluar posteriormente, en la segunda etapa la capacidad del médico tratante de emitir el mismo diagnóstico o por lo menos considerarlo dentro del diagnóstico integral del paciente, y comparar su nivel de conocimiento mediante el otro instrumento para establecer una asociación entre el nivel de conocimiento y el registro o subregistro del diagnóstico.

El entrevistador seleccionó a los pacientes a quienes se les realizó la prueba de detección de depresión en base a los criterios de inclusión mencionados anteriormente, preguntando el motivo de consulta a cada paciente antes de recibir la atención médica.

Esta selección de pacientes se realizó a pacientes anotados en los horarios regulares mencionados excluyendo pacientes que se atendieron de emergencia.

Ningún entrevistador reportó alguna anomalía o dificultad en llevar a cabo esta etapa del estudio.

Posterior a recibir la atención médica a los pacientes que fueron seleccionados se les realizó la prueba de detección de depresión mayor (ver anexo1) por el entrevistador, quien recolectó los datos, el tiempo que se estimó inicialmente para la aplicación de dicha prueba fue fijado en aproximadamente 6 minutos, se inicio su aplicación inmediatamente después de que el primer paciente elegido abandonó el consultorio del médico consultante,

estimando que el entrevistador terminaría de realizar las pruebas del primer grupo de pacientes anotados en el primer horario de atención a más tardar una hora después de este período, es decir a las 11:00 AM, y de la misma forma se procedería con el grupo de pacientes que se anotaron por la tarde, estimando la finalización de aplicación de pruebas a pacientes a las 3:00 PM, hora en la cual se les aplicaría la prueba de conocimientos sobre depresión a los médicos consultantes (ver anexo 2), sin embargo al llevar a la práctica las entrevistas a pacientes, los tres entrevistadores experimentamos una prolongación variable del tiempo fijado en 6 minutos, hasta un máximo de 22 minutos en uno de los pacientes, este tiempo excedente fue principalmente por manifestaciones de llanto de los pacientes, sin embargo esto no afectó el desarrollo de las entrevistas a médicos consultantes quienes esperaron con toda disposición que se terminara de entrevistar a pacientes, se les realizó la prueba de conocimientos finalizándola satisfactoriamente el tiempo estimado de 20 minutos como máximo, posteriormente se recolectaron los datos del registro diario de consulta acerca de el diagnóstico emitido a los pacientes seleccionados y consignado por los médicos consultantes en dicho formulario, en esta etapa se tuvo que preguntar en algunos casos el diagnóstico al médico consultante por problemas de legibilidad en los datos consignados en el registro diario de consulta, estos datos fueron trasladados al formulario de registro de diagnósticos, con el correspondiente número de expediente del paciente (ver anexo 3).

8.4 Variables.

8.4.1 Definición y registro de variables.

El primer cuestionario (ver anexo 1), que se aplicó a pacientes con sintomatología específica o inespecífica sugerente de depresión que consultan en unidades de salud del departamento de Chalaténango, fue registrado por tres entrevistadores previamente capacitados; se diseñó con cuatro secciones, la primera de ellas denominada “identificación” contenía las siguientes variables:

1. Registro, en esta variable se consignó el número correspondiente de expediente clínico del paciente entrevistado, en la unidad de salud donde se llevó a cabo la entrevista.

2. Sexo, edad y estado civil variables que como su nombre lo indica registraron datos propios de la identificación del paciente.

La segunda sección de este cuestionario indagó las siguientes variables:

1. Patologías crónicas, en donde se registraron todas las patologías crónicas padecidas por el paciente entrevistado ya que algunas de ellas por sí mismas o por su tratamiento pueden ser causa de depresión mayor, tal como se detalla en el marco teórico.
2. Consumo de medicamentos, variable que indagó ingesta de todo tipo de medicamentos ya sea indicados por un médico como tratamiento de una patología o automedicados, se incluyó por la importancia que reviste este aspecto en la etiología de trastornos depresivos.

La tercera sección, contiene sólo una variable denominada “consulta por” en donde se registro el motivo de la consulta, de acuerdo a los criterios de inclusión mencionados con anterioridad.

La cuarta sección contenía 16 variables de las cuales las primeras doce se dedicaron a indagar síntomas específicos de depresión mayor, descritos en el DSM-IV, se preguntó al paciente sobre la presencia o ausencia del síntoma y en caso de ser una respuesta afirmativa, se indagó luego “por cuanto tiempo?” para completar la secuencia necesaria para hacer el diagnóstico. Las variables restantes (13 a 16) constituyen una secuencia que se dedicó a indagar sobre ideación suicida, las variables 13 y 14, “ha pensado en morir” y “ha pensado en quitarse la vida” respectivamente, se cuestionaron de igual forma que las primeras doce, la variable 15 “ha pensado de que forma se quitaría la vida” está condicionada a la respuesta afirmativa de la variable 14, y esta a su vez si era respondida afirmativamente obligaba al entrevistador a cuestionar la ultima variable “de que forma lo haría” con el único fin de dilucidar la presencia o ausencia de un plan elaborado de suicidio en el paciente.

La prueba de conocimientos que se aplicó al médico consultante (ver anexo 2) consta de 4 secciones, la primera de ellas enuncia una breve introducción explicativa del estudio, la

segunda sección brinda las instrucciones para complementar dicho cuestionario, la tercera y cuarta sección recaban la información para el estudio, para la tercera sección se utilizaron cinco variables:

1. Código, esta variable se registró por el entrevistador previa entrega del cuestionario al médico consultante con un valor numérico de 3 dígitos, los cuales fueron asignados mediante un sistema descrito en el registro de confidencialidad del estudio (ver anexo 4) y su utilidad es con fines estrictamente académicos para verificación de la legitimidad del estudio, ya que nos permitiría de ser requerido, saber la identidad del entrevistado.
2. Universidad de egreso, como su título lo indica, es una variable complementada por el entrevistado en donde se consignó el nombre de la universidad de donde egresó.
3. Cargo que desempeña, variable completada por el entrevistado en donde registró su cargo de nombramiento actual, ya sea como médico director, médico consultante o estudiante de medicina en servicio social.
4. Establecimiento de salud, en esta variable fue consignado por el entrevistado el nombre de la unidad de salud donde labora.
5. Fecha y hora, correspondientes a la ubicación cronológica del estudio y complementadas por el entrevistado.
6. Nombre del entrevistador, este rubro fue complementado por el entrevistador previa entrega del formulario al entrevistado.

La cuarta sección de este cuestionario contiene 8 preguntas diseñadas para verificar el conocimiento de la patología depresión mayor de los médicos entrevistados, y sus variables son las siguientes:

1. Definición de depresión, en la cual el entrevistado debió consignar la definición de depresión.
2. Capacidad de enunciar los criterios diagnósticos de depresión mayor según el DSM-IV, en la cual sólo pudieron generarse dos respuestas, una afirmativa y otra negativa.
3. Criterios diagnósticos de depresión según el DSM-IV, esta variable se diseño condicionada a la variable anterior, se consignaría sólo si ésta era afirmativa.

4. La depresión es un trastorno de ansiedad, esta afirmación es una variable que exigió al entrevistado a reafirmarla contestando “verdadero” o negarla contestando “falso”.
5. Mención de los 2 síntomas que por lo menos uno de ellos debe estar presente para el diagnóstico de depresión, en esta variable, mencionamos 5 opciones, ordenadas con letras de la “A” hasta la “E”, de las cuales se pidió al entrevistado elegir la correcta.
6. Tiempo mínimo de presentación de síntomas para el diagnóstico de depresión, variable similar a la anterior, el entrevistado debió señalar la opción correcta entre 4 distractores.
7. Mención de una pauta terapéutica farmacológica para el diagnóstico de depresión, en esta variable se pidió al entrevistado mencionar por lo menos una de las múltiples pautas terapéuticas farmacológicas que existen para el tratamiento de la depresión.
8. Etiología de la depresión, variable que indagó el conocimiento sobre los factores etiológicos de la depresión que debió ser completada por el entrevistador.

8.4.2 Medición de las variables.

Para el cuestionario que fue aplicado a los pacientes, las primeras tres secciones se utilizaron para fines descriptivos de comparación con lo enunciado en el marco teórico, la cuarta sección que contenía las variables sobre los criterios diagnósticos de depresión mayor del DSM-IV, se midió de la siguiente manera:

Las primeras dos preguntas según los criterios diagnósticos del DSM IV, que corresponden a los síntomas ánimo deprimido y pérdida del interés o placer, por lo menos una de ellas debió ser contestada de forma afirmativa por el paciente, y el periodo de duración de dichos síntomas debe ser mayor de dos semanas, para el diagnóstico de depresión mayor si ambas preguntas eran contestadas de forma negativa por el paciente se descartaba el diagnóstico de depresión mayor.

Si se cumplía la condición anterior, deberían ser contestadas de forma afirmativa por lo menos tres más (si las primeras dos variables fueron afirmativas y cuatro si solo una de ellas fue afirmativa) de cualquiera de las restantes variables y con un período de duración de los síntomas de por lo menos dos semanas, de esta forma el paciente que cumpliera con esta condición sería diagnosticado como depresión mayor.

El cuestionario para médicos consultantes recabo información en su tercera y cuarta secciones, las variables de la tercera sección se utilizaron sólo para fines descriptivos y comparativos.

La medición de las variables de la cuarta sección, se realizó en base a el número de respuestas contestadas de forma acertada, clasificando así, el nivel de conocimiento por categorías, cada dos respuestas correctas, si hay una o dos respuestas correctas, se clasificó como malo, si hay tres o cuatro respuestas correctas se clasificó en regular, si hay cinco o seis respuestas correctas se clasificó como bueno y si siete o el total de respuestas son correctas se clasificó como excelente.

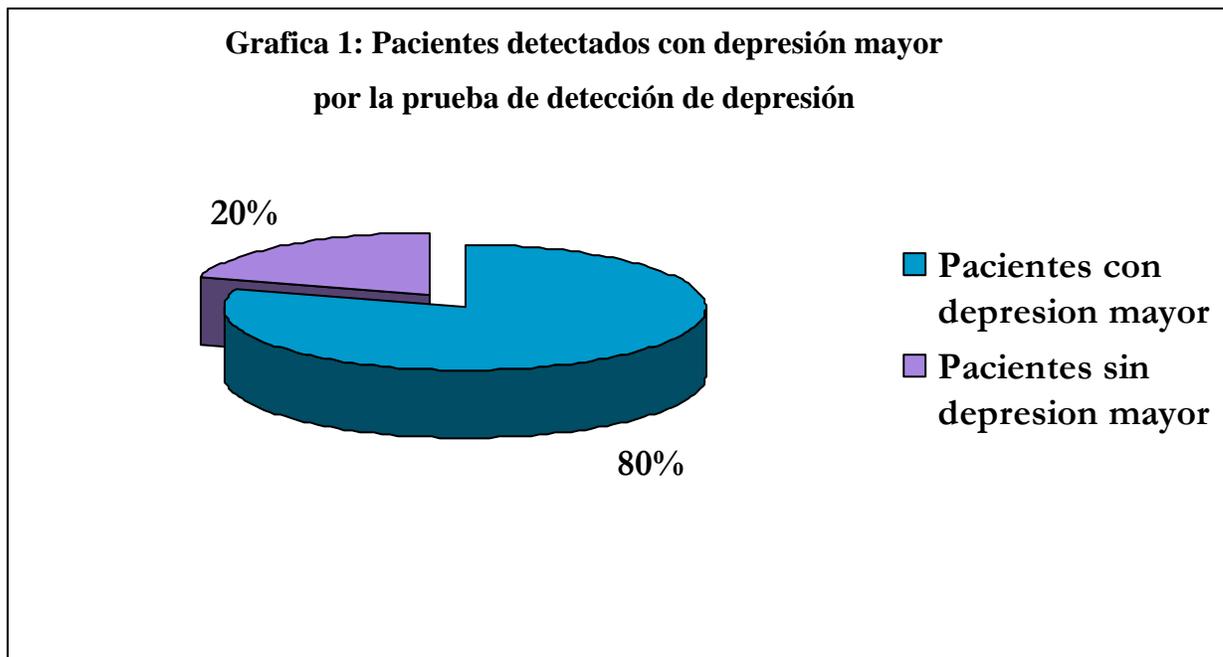
8.5 Gestión de información.

La información se procesó realizando conteos de forma manual de las variables registradas en ambos cuestionarios y realizando un consolidado de datos que fueron introducidos por medio de un ordenador en el programa Microsoft Office Excel versión 10.0 (2003), a partir de la entrega de los cuestionarios por los entrevistadores y con un período de no más de dos semanas después de realizadas las entrevistas, posteriormente se procedió al análisis de los datos el cual se describe a continuación.

9. PRESENTACION Y ANALISIS DE RESULTADOS

El primero de nuestros objetivos específicos planteados consistía en determinar el nivel de registros adecuados sobre Depresión mayor a partir de la comparación de una prueba de detección en pacientes seleccionados y los diagnósticos emitidos por los médicos consultantes para esto era necesario en primer lugar realizar una prueba de detección de depresión mayor a pacientes seleccionados según los criterios de inclusión mencionados en el diseño metodológico, ahora bien un total de 20 pacientes cumplieron con estos criterios y se les realizó la prueba de detección de depresión encontrando los siguientes resultados:

Pacientes sometidos a la prueba de detección de depresión mayor	
Con depresión mayor	16 (80%)
Sin depresión mayor	4 (20%)

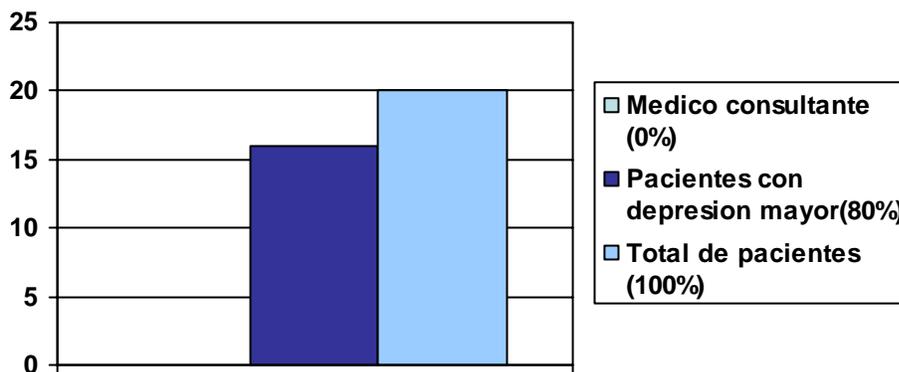


Del total de pacientes que reunieron los criterios de inclusión un 80% de ellos fue diagnosticado con depresión mayor, utilizando los criterios diagnósticos del DSM-IV, por lo tanto se demuestra la presencia real de esta patología en pacientes que consultan en las

unidades de salud en donde se llevó a cabo el estudio del primer nivel de atención en salud, del departamento de Chalatenango.

Para conocer el diagnóstico emitido por el médico consultante a los pacientes que reunieron los criterios de inclusión para el estudio, se tomaron los datos del registro diario de consulta y comparándolos con los resultados de la prueba de detección de estos pacientes para verificar la coincidencia o discrepancia en los diagnósticos se obtuvo lo siguiente:

Grafico 3: Diagnóstico de depresión mayor en los pacientes que cumplieron los criterios de inclusión, tanto por el médico consultante como por la prueba de detección de depresión.



De lo anterior podemos afirmar con certeza que ninguno de los médicos consultantes (0%) consignó para este grupo de pacientes el diagnóstico depresión mayor en el registro diario de consulta y según la prueba de detección de depresión 16 (80%) de los 20 pacientes que cumplieron los criterios de inclusión fueron diagnosticados con depresión mayor, los diagnósticos de los emitidos en el registro diario de consulta fueron los siguientes:

Diagnóstico	Frecuencia
Cefalea o Migraña	9 (45%)
Lumbalgia	6 (30%)
Espasmo muscular	3 (15%)
Cólico Abdominal	2 (10%)

La sensibilidad de los médicos para emitir el diagnóstico fue de 0% y la especificidad de 1% (dato obtenido mediante fórmula enunciada en anexo 4).

El segundo objetivo consistió en la indagación del conocimiento de la patología depresión en los médicos consultantes de las unidades de salud en donde se realizó el estudio, para tal fin se les sometió a una prueba de conocimientos y en base al número de respuestas acertadas se calificó su nivel de conocimiento en categorías cumpliendo de esta forma con el segundo objetivo, los resultados fueron los siguientes:

Nivel de conocimientos de depresión de los médicos consultantes	
Deficiente	9 (100%)
Regular	0 (0%)
Bueno	0 (0%)
Excelente	0 (0%)

La prueba de conocimientos incluía los conceptos básicos necesarios sobre la patología así como sus criterios diagnósticos, sin embargo ninguno de los médicos respondió más de dos preguntas, calificando la totalidad en la categoría de conocimiento deficiente, por tanto podemos deducir que el conocimiento sobre este trastorno en los médicos que brindan consulta es mínimo, cabe mencionar que los médicos que se sometieron a la prueba proceden de tres universidades distintas como se detalla a continuación sin embargo indistintamente de que universidad procediera el médico, estos no fueron capaces de diagnosticar depresión mayor:

Nombre de universidad	Numero de médicos	Porcentaje de médicos
Universidad de El Salvador	5	55.5%
Universidad Evangélica	3	33.3%
Universidad de Nueva San Salvador	1	11.2%

A continuación detallamos por separado los resultados para cada una de las preguntas:

Definición de depresión mayor	
Definición correcta	0 (0%)
Definición incorrecta	2 (22.2%)
Definición incompleta	3 (33.3%)
No contestó	4 (44.5%)

La definición de depresión para ser considerada completa debió incluir los parámetros definidos en el marco teórico para tal concepto, sin embargo ninguno lo pudo definir correctamente (0%), solo fueron descritos algunos de los componentes de este concepto clasificándola como incompleta (33.3%), otros la definieron incorrectamente (22.2%) y la mayoría ni siquiera contestó (44.4%).

Dentro de la prueba de conocimientos se cuestionó a los médicos si se consideraban capaces de definir los criterios diagnósticos de depresión mayor según el DSM-IV, debiendo contestar de forma afirmativa o negativa, al analizar los resultados se observó lo siguiente:

Capacidad de enunciar los criterios diagnósticos de depresión mayor DSM-IV	
Médicos que se consideran capaces de enunciar los criterios diagnósticos	2 (22.3%)
Médicos que no se consideran capaces de enunciar los criterios diagnósticos	7(77.7%)
No contestó	0 (0%)

El porcentaje más alto de médicos (77.7%) respondió que no se consideraba capaz de enunciar los criterios diagnósticos, sin embargo dos de ellos respondieron que si eran

capaces de enunciar dichos criterios (22.3%), posterior a esta interrogante se planteó que si contestaron afirmativamente, enunciaran los criterios uno a uno esperando para tal caso que los dos médicos que se consideraron capaces de hacerlo respondieran correctamente pero no fue así y los resultados fueron:

Conocimiento de los criterios diagnósticos de depresión	
Médicos que enunciaron correctamente los criterios diagnósticos	0 (0%)
Médicos que enunciaron de forma incompleta los criterios de depresión	0 (0%)
Médicos que enunciaron de forma incorrecta los criterios de depresión	0 (0%)
Médicos que no contestaron	9 (100%)

El 100% de los médicos sometidos a la prueba de conocimientos no fueron capaces de definir ni si quiera uno de los criterios diagnósticos considerados por el DSM-IV para depresión mayor, puesto que no se encontró ninguna respuesta completa.

Se evaluaron dos preguntas respecto al conocimiento de los dos síntomas principales de la depresión mayor y su tiempo de duración, obteniendo lo siguiente:

Conocimiento de los dos principales síntomas de depresión mayor	
Médicos que contestaron correctamente	3 (33.3%)
Médicos que contestaron incorrectamente	6 (66.7%)
Médicos que no contestaron	0 (0%)

Conocimiento tiempo mínimo de síntomas para el diagnostico de depresión mayor	
Medico que contesto correctamente	2 (22.3%)
Medico que contesto incorrectamente	7 (77.7%)
Medico que no contesto	0 (0%)

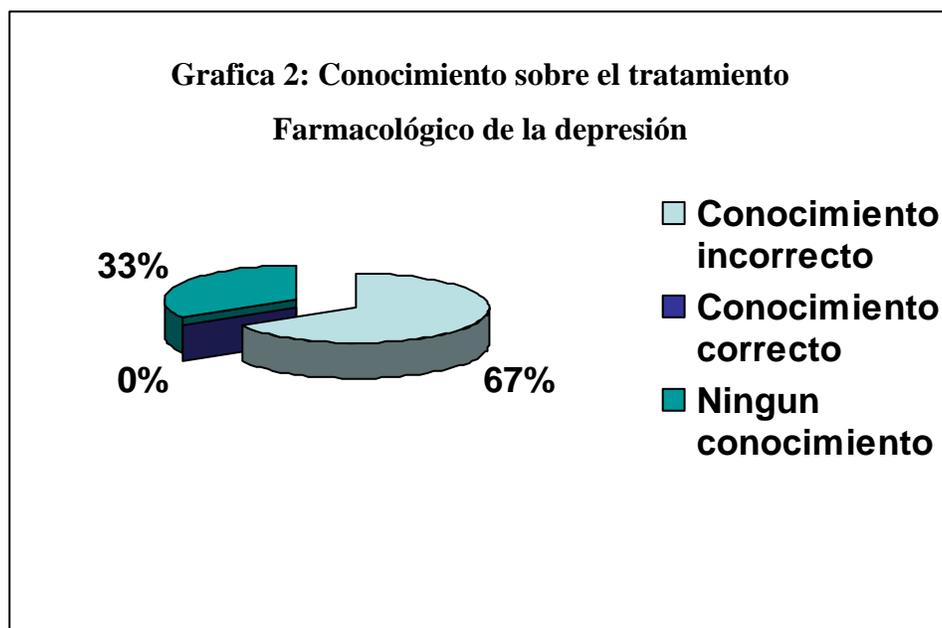
El 33.3% de los médicos consultantes saben cuáles son los dos principales síntomas que se consideran para el diagnóstico de depresión mayor, un 66.7% no sabe cuáles son estos síntomas, y con respecto al tiempo de duración de los mismos para validar el diagnóstico, solo un 22.3% contestó correctamente, el resto 77.7%, al parecer ignora dicho intervalo de tiempo y su importancia.

Los trastornos depresivos coincidiendo con lo expuesto en el marco teórico son frecuentemente confundidos con trastornos de ansiedad, para comprobar dicha aseveración incluimos una interrogante en la cual se debería afirmar o negar que “la depresión es un trastorno de ansiedad”, demostrando que para algunos médicos que respondieron que esta falsa aseveración es correcta (44.5%), no tienen conocimiento alguno sobre el tipo de trastorno psiquiátrico al que pertenece dicha patología, cabe mencionar que ésta fue la interrogante con mayor número de respuestas correctas(55.5%).

Conocimiento del grupo de trastornos psiquiátricos al que pertenece la depresión	
Médicos que contestaron correctamente	5 (55.5%)
Médicos que contestaron incorrectamente	4 (44.5%)
Médicos que no contestaron	0 (0%)

Para el tratamiento de la depresión mayor existen muchas pautas farmacológicas descritas, hecho que nos motivo a interrogar a los médicos consultantes por lo menos una de ellas, al tabular esta información advertimos que ninguno conoce por lo menos una de ellas, y sin embargo mencionaron datos incorrectos que se limitaron a el nombre de un fármaco, aunque este se utilice para el tratamiento de la depresión mayor, no consignaron su dosificación ni su tiempo de empleo, catalogando esta respuesta como incorrecta.

Conocimiento sobre el tratamiento farmacológico de la depresión	
Ningún conocimiento sobre el tratamiento	3 (33%)
Conocimiento de por lo menos una pauta Terapéutica	0 (0%)
Conocimiento incorrecto	6 (67%)



La última pregunta de la prueba de conocimientos sobre depresión mayor cuestionaba el conocimiento de la etiología de esta patología, según se expone en el marco teórico, es multifactorial y para considerar la respuesta correcta debieron enunciarse todos estos factores, sin embargo ninguno de los médicos consultantes (0%), la contestó correctamente, el 55.5% emitió respuesta incorrecta y el 44.5% no la contestó asumiendo de ésta forma no tener conocimiento alguno de la etiología de la depresión.

Conocimiento sobre la etiología de la depresión	
Respuesta correcta	0 (0%)
Respuesta incompleta	0 (%)
Respuesta incorrecta	5 (55.5%)
No contesta	4 (44.5%)

Finalizando con nuestro análisis, en el tercer objetivo se planteó la comparación del nivel de conocimiento de los médicos consultantes con la capacidad de registrar o subregistrar el diagnóstico de depresión mayor en los pacientes a quienes se les brinda atención, como lo expuesto anteriormente la totalidad de médicos consultantes sometidos a la prueba de conocimientos de la patología de depresión mayor fueron catalogados con conocimiento deficiente y extrapolando estos resultados con los hallazgos del cuarto objetivo ninguno de ellos fue capaz de considerar el diagnóstico de depresión mayor y mucho menos consignarlo en el registro diario de consulta sin embargo, en el mismo se demostró que un 80% de los pacientes en estudio y según los criterios diagnóstico del DSM-IV padecen de depresión mayor, quedando en evidencia y en base a los resultados que la hipótesis es verdadera.

10. CONCLUSIONES

1. Se observó que los pacientes a los cuales se les diagnosticó depresión mayor en base a la prueba de detección de depresión mayor no fueron diagnosticados con ésta patología por los médicos quienes les brindaron la atención. Esto demuestra un subregistro del 100% con una sensibilidad de 0 % y una especificidad de 1%.
2. Diariamente en las unidades de salud de Nombre de Jesús, La Palma, San Ignacio y Citalá del primer nivel de atención del departamento de Chalatenango asisten a consulta una cantidad promedio de 65 pacientes cada día, de los cuales, si se les realiza una anamnesis orientada a descubrir depresión mayor por lo menos 6 % de estos pacientes cumplen los criterios diagnósticos para depresión mayor.
3. Después de realizar una prueba de conocimientos de depresión mayor a los médicos consultantes se observa una clara falta de los mismos al no poder responder correctamente sobre diversos aspectos como: etiología, clasificación, criterios diagnósticos y tratamiento de la depresión mayor.
4. Al realizar la comparación de el nivel de conocimiento de los médicos consultantes sobre depresión mayor y la capacidad de emitir este diagnóstico en el diagnóstico integral de la salud del paciente, pudimos constatar que la totalidad (100%) de médicos fueron calificados con un nivel deficiente de conocimientos y ninguno de ellos emitió con certeza el diagnóstico a los pacientes a quienes se les detectó el mismo mediante la prueba de detección de depresión, probando de esta forma que nuestra hipótesis es correcta y que existe un subregistro de la patología en cuestión.
5. Al no realizar el diagnostico de depresión mayor a los pacientes y dar tratamientos inadecuados a estos pacientes aumenta el gasto en salud pública y a su vez la

recurrencia de estos pacientes al establecimiento de salud por no obtener ninguna mejoría.

6. Se puede afirmar que a pesar que los médicos consultantes sometidos al estudio provienen de diferentes universidades, ninguno de ellos fue capaz de diagnosticar adecuadamente depresión mayor en sus pacientes.
7. Los pacientes sometidos al estudio fueron diagnosticados en un 100% con problemas de otra índole en su totalidad considerados dentro de las manifestaciones somáticas que pueden enmascarar una depresión mayor, demostrando en el estudio que el 80% de los mismos padecía la enfermedad.

11. RECOMENDACIONES

1. Los trastornos depresivos son una realidad en nuestro país, hay muchos pacientes que los padecen y por lo tanto debería tenerse en cuenta a la hora de brindar la atención médica y no pasarlos inadvertidos enfocándose solo en manifestaciones somáticas aisladas que presentan estos pacientes enmascarando un trasfondo depresivo.
2. Las instituciones encargadas de la formación de profesionales de la salud y los médicos que brindan consulta en unidades de salud deben estar concientes de la importancia de la depresión mayor como una causa importante de morbilidad al igual que otras patologías comunes y por tanto fortalecer sus conocimientos para saber identificar y tratar adecuadamente a los pacientes que la presenten.
3. El Ministerio de Salud Pública y Asistencia Social debería de estar al tanto de esta situación y hacer énfasis tanto en el programa de salud mental incluyendo la depresión mayor como un problema de salud pública como a través de las capacitaciones que brindan a sus médicos consultantes.
4. Se debe hacer énfasis en todos los médicos encargados de brindar atención a pacientes el tener siempre en consideración y mantenerse en constante búsqueda de trastornos depresivos en sus pacientes y no excluyendo el complejo espectro que encierran padecimientos psiquiátricos como la depresión mayor, principalmente en pacientes que presenten manifestaciones somáticas vagas e inespecíficas

12. ANEXOS

ANEXO 1

CUESTIONARIO PARA MEDICOS QUE BRINDAN CONSULTA EN UNIDADES DE SALUD DEL DEPARTAMENTO DE CHALATENANGO

1. INTRODUCCION

El nivel de conocimiento sobre la patología Depresión Mayor en los médicos que brindan consulta en unidades de salud del primer nivel de atención del departamento de Chalatenango, su llenado es de carácter voluntario y los datos obtenidos se manejarán exclusivamente para fines de estudio guardando la confidencialidad absoluta de los entrevistados.

2. INSTRUCCIONES

Conteste de forma clara, con bolígrafo y letra legible lo que a continuación se pregunta.

Si tiene alguna duda sobre la redacción y/o interpretación de las preguntas consulte a su entrevistador para su respectiva aclaración.

Si no sabe la o las respuestas a las interrogantes que son de complementar no escriba nada en el espacio asignado para responderlas.

Cuenta con un tiempo estimado de 20 minutos para su realización.

3. IDENTIFICACION:

3.1 Código:

3.2 Universidad de Egreso:

3.3 Cargo que desempeña

3.4 Establecimiento de Salud:

3.5 Fecha y Hora:

ANEXO 2

CUESTIONARIO PARA PACIENTES QUE CONSULTAN CON SINTOMATOLOGIA ESPECIFICA O INESPECIFICA SUGERENTE DE DEPRESION EN UNIDADES DE SALUD DEL DEPARTAMENTO DE CHALATENANGO

1. IDENTIFICACION:

1.1 Registro:

1.2 Sexo:

1.3 Edad:

1.4 Estado Civil:

2. Antecedentes:

2.1 Patologías Crónicas:

2.2 Consumo de medicamentos:

3. Consulta por:

4. Cuestionario:

4.1 ¿Se siente triste?

SI __ NO__ ¿Cuanto tiempo? _____

4.2 ¿Ha perdido interés en las actividades de la vida diaria?

SI __ NO__ ¿Cuanto tiempo? _____

4.3 ¿Ha perdido peso?

SI __ NO__ ¿Cuanto tiempo? _____

4.4 ¿Ha perdido apetito?

SI __ NO__ ¿Cuanto tiempo? _____

4.5 ¿Tiene problemas para conciliar el sueño?

SI __ NO__ ¿Cuanto tiempo? _____

4.6 ¿Pasa con sueño en el día?

SI __ NO__ ¿Cuanto tiempo? _____

4.7 ¿Tiene la sensación de estar lento o agitado?

SI __ NO__ ¿Cuanto tiempo? _____

4.8 ¿Siente debilidad en el cuerpo?

SI __ NO__ ¿Cuanto tiempo? _____

4.9 ¿Siente que ha perdido las energías?

SI __ NO__

4.10 ¿Se siente culpable por alguna situación?

SI __ NO__ ¿Cuanto tiempo? _____

4.11 ¿Tiene dificultad para concentrarse?

SI __ NO__ ¿Cuanto tiempo? _____

4.12 ¿Ha pensado que estaría mejor muerto?

SI __ NO__ ¿Cuanto tiempo? _____

4.13 ¿Ha pensado en morir?

SI __ NO__ ¿Cuanto tiempo? _____

4.14 ¿Ha pensado en quitarse la vida?

SI __ NO__ ¿Cuanto tiempo? _____

Si la respuesta es afirmativa, preguntar:

4.15 ¿Ha pensado de qué forma se quitaría la vida?

SI __ NO__

Si la respuesta es afirmativa, preguntar:

4.16 ¿de que forma lo haría?

ANEXO 4

Evaluación de la sensibilidad:

Resultado de la prueba	Sujetos sanos
Positivo	Falsos positivos
Negativo	Verdaderos negativos

Evaluación de la especificidad:

	Condición de interés	
Resultado de la prueba	Presente	Ausente
Positivo	a	b
Negativo	c	d

$$\text{Sensibilidad} = a / a+c \quad \text{Especificidad} = d / b+d$$

13. BIBLIOGRAFIA

- Compendio de Psiquiatría 2da edición.
Harold I. Kaplan.
Benjamín J. Sadock.
Salvat editores S.A.
1992.

- Métodos de Investigación Clínica y Epidemiológica 3er edición.
Joseph Argimon Pallas.
Joseph Jiménez Villa.
Elsevier.
2004.

- Fundamentos de Psiquiatría.
Dr. Luis E. Yepes R.
Editorial CIB, Colombia.

- Psiquiatría General 3er edición.
Howard H. Goldman.
México DF. Santa Fe de Bogota.
1994.