

UNIVERSIDAD DE EL SALVADOR

SEDE CENTRAL

FACULTAD DE MEDICINA

ESCUELA DE MEDICINA



Universidad de El Salvador

Hacia la libertad por la cultura

TEMA DE INVESTIGACION

PREVALENCIA DE TRASTORNOS DE ANSIEDAD Y DEPRESIÓN EN
PACIENTES DE 40 A 80 AÑOS CON ENFERMEDADES CRÓNICO -
DEGENERATIVAS QUE CONSULTAN EN UCSF - SAN JULIÁN Y UCSF - SAN
IGNACIO DURANTE EL PERIODO DE ABRIL-JUNIO 2017.

PRESENTADO POR:

Jorge Luis González Martínez

Marco Tulio Hernández Fabian

PARA OPTAR AL TITULO DE:

DOCTOR EN MEDICINA

ASESOR METODOLOGICO:

Dr. Roberto Henry Alonso Reyes Merlos

San Salvador, Ciudad universitaria, 17 de octubre de 2017

Índice

Contenido	Pág.
I. Introducción	01
II. Objetivos	03
III. Marco teórico	04
IV. Hipótesis	33
V. Diseño metodológico	34
VI. Resultados	40
VII. Discusión	59
VIII. Conclusiones	61
IX. Recomendaciones	62
X. Bibliografía	64
Anexos	65

RESUMEN

La siguiente investigación fue realizada con el objetivo de establecer la prevalencia de trastornos de ansiedad y depresión en pacientes con enfermedades crónicas degenerativas y sus principales manifestaciones clínicas utilizando el test de Hamilton para ansiedad y depresión.

El tipo de investigación es descriptiva, transversal no experimental de variable cualitativa.

La muestra se conformó con 100 pacientes con enfermedades crónicas degenerativa que consultaron por alguna comorbilidad, por control de dispensarización o por retiro de medicamentos: 50 pacientes de UCSF San Ignacio y 50 pacientes de UCSF San Julián, elegidos a conveniencia de los investigadores y que cumplían con los criterios de inclusión y que asistieron en el periodo de abril a junio de 2017.

Dentro de los principales resultados se encuentra que las mujeres son las que más consultan en la unidad salud con una muestra efectiva del 71%, así mismo según el test de Hamilton el 32% resultaron con reacción de ansiedad y en un menor porcentaje por depresión y ansiedad, mientras que en el sexo masculino son los que menos asisten a las consultas médicas con una muestra efectiva del 29% y de la muestra total únicamente el 9% resulto con reacción de ansiedad.

Entre las principales enfermedades crónico-degenerativas con mayor frecuencia, se encuentran la Hipertensión Arterial Crónica (HTA-C) y la Diabetes Mellitus Tipo 2 (DMT-2), ocupando el primer lugar en frecuencia la HTA-C y en segundo lugar la DMT-2, además de pacientes que presentan ambas patologías de manera simultánea y otros con diversas enfermedades como Dislipidemia, Obesidad, EPOC, Asma Bronquial, diversos tipos de Artritis, enfermedad renal, y otras.

Los síntomas que más predominó en la consulta médica fueron el insomnio, las palpitaciones y la cefalea.

I. INTRODUCCION

Las enfermedades crónicas degenerativas pueden forzar muchos cambios de estilo de vida potencialmente estresantes como, por ejemplo, dejar de hacer actividades que disfruta, adaptarse a nuevas limitaciones físicas, necesidades especiales, costear medicaciones y servicios de tratamiento costosos.

Dos prestigiosas asociaciones del Reino Unido (The King's Fund y the Center for Mental Health) han publicado recientemente un informe en el que se justifica la necesidad de abordar los problemas de salud mental de las personas que sufren enfermedades físicas de larga duración, tales como asma, trastornos cardiovasculares, diabetes, hipertensión, artritis o cáncer.

Según el consolidado del MINSAL de las primeras 10 causas de mortalidad en la red de hospitales públicos del país, en el periodo de enero a diciembre de 2015, resulta que la diabetes mellitus y las enfermedades hipertensivas sumaron una importante cifra.

El Ministerio de Salud (MINSAL) y el Instituto Nacional de Salud (INS) presentaron los principales resultados de la Encuesta Nacional de Enfermedades Crónicas del Adulto El Salvador 2014-2015 (ENECA-ELS 2015). En esta misma encuesta tenemos que del total de la muestra el 31.7% pertenecen a la región central y occidental, por comorbilidad resulta que el 26.9% padecen de dislipidemia, 37% son hipertensos y el 12.5% son diabéticos y que el sexo más afectado por comorbilidad es el femenino. Debido a esta alta presencia de estas morbilidades, la investigación estuvo orientada a establecer la prevalencia de trastorno depresivo y de ansiedad en esta población, se entrevistó a los pacientes con enfermedades crónicas degenerativa que consultaron en UCSF San Ignacio y UCSF San Julián en el periodo de abril a junio de 2017.

Los trastornos de ansiedad son las enfermedades psiquiátricas de mayor prevalencia en la población y se encuentran en 15 a 20% de los pacientes que

acuden a las consultas médicas. La ansiedad, definida como una sensación subjetiva de inquietud, temor o aprensión, puede indicar un proceso psiquiátrico primario o formar parte de una enfermedad médica primaria, o ser una reacción a ésta.

En la población general la prevalencia a un año es de 1,5% (1,2% a 1,9%) y del 5% (3% a 5,9%) en vida. En clínicas de ansiedad llega a ser hasta del 12%. El sexo femenino es el más afectado, hasta en dos terceras partes de los casos. En Colombia, el Estudio Nacional de Salud Mental mostró una prevalencia en el último año de 0,7% (0,5% en mujeres y 0,9% en hombres) y en vida fue de 1,3% (1,2% en mujeres y 1,5% en hombres).²

En el país no hay estudios acerca de los trastornos de ansiedad y depresión en pacientes con enfermedad crónico degenerativos, además, estos pacientes al asistir a la consulta manifiestan signos y síntomas que sugieren la presencia de ansiedad y depresión, por lo que es importante determinar la prevalencia y el nivel de ansiedad y depresión que estos podrían tener.

En El Salvador, se han realizado varios estudios acerca de la prevalencia de trastornos de ansiedad y depresión en la población general, enfocados en los adolescentes y otros grupos, no así en los pacientes con enfermedades crónico-degenerativas, de ahí la importancia de realizar estudios enfocados en esta población, la cual con el paso del tiempo ha ido aumentando y la tendencia hacia el futuro, indica que este grupo poblacional seguirá en aumento conforme la esperanza de vida se ve modificada por los avances en la atención sanitaria y el acceso a los servicios de salud, lo cual, en última instancia, incrementa la prevalencia de enfermedades crónico-degenerativas en la población y con ello también la prevalencia de trastornos de ansiedad y depresión.

1. Encuesta nacional de enfermedades crónicas no transmisibles en la población adulta de EL Salvador/ ENECA-ELS (2014-2015).
2. Víctor I. Rous. Trastornos mentales. En D.L. Longo, A.S. Fauci, D.L. Kasper, S.L. Jameson y J. Lozcalzo (Eds) Harrison Principios de Medicina Interna. Vol. 2, 18 Ed. (pág. 3529). New York, N.Y. US. McGraw Hill company.

II. OBJETIVOS.

2.1 Objetivo General:

2.1.1 Determinar la prevalencia de trastorno depresivo y ansiedad en pacientes de 40 a 80 años, de ambos sexos, con enfermedades crónico - degenerativas que consultan en UCSF San Julián (Sonsonate) y UCSF San Ignacio (Chalatenango) durante el periodo de abril a junio 2017.

2.2 Objetivos Específicos:

2.2.1 Identificar las diferentes manifestaciones clínicas de ansiedad y depresión en los pacientes con enfermedades crónico-degenerativas en estudio.

2.2.2 Describir los factores socio-demográficos, biológicos, culturales y económicos influyentes.

III. MARCO TEORICO.

Cuando un paciente es diagnosticado con una enfermedad crónico-degenerativa, invariablemente atraviesa por agudas etapas de estrés, de depresión y de ansiedad, principalmente. Puede ser que en el curso del tiempo supere y/o aprenda a controlar estados emocionales, producto de lo que socialmente significa vivir con una enfermedad de tales características (una enfermedad para toda la vida), pero también puede suceder que nunca se logre superar tal condición, y que a medida que pase el tiempo las etapas depresivas y estresantes sean cada vez más profundas y prolongadas.

En la actualidad, la diabetes es un tema que mantiene encendidos los focos de alerta a nivel internacional, la Federación Internacional de la Diabetes en su informe más reciente 2009, señala que la enfermedad se encuentra fuera de control, y también refiere que en 1985 las mejores cifras disponibles sugerían que 30 millones de personas tenían diabetes en todo el mundo; 15 años después las cifras han sido rebasadas a más de 150 millones. Hoy, a no más de 10 años, las nuevas cifras hechas públicas durante el XX Congreso Mundial de Diabetes en Montreal, Canadá (octubre 2009), sitúan el número próximo a los 300 millones, con una edad media mayoritaria entre los 20 y 60 años. Puntualiza que, si el actual índice continúa creciendo sin control, el número total excederá los 435 millones en 2030, muchas más personas que la población actual del Norte de América.

Las enfermedades crónico-degenerativas (enfermedades reumáticas, osteoporosis, coronariopatías, enfermedad vascular cerebral, enfermedad renal crónica, diabetes mellitus, hipertensión arterial crónica, dislipidemia, etc.), también son consideradas enfermedades «complejas» o «multifactoriales» debido a que sus explicaciones apuntan a la combinación de más de un gen, diversos factores ambientales y conductas de riesgo estrechamente vinculadas a las condiciones de vida de los pacientes. Las personas que las padecen y su

red más cercana tienen que aprender a vivir cotidianamente y durante toda su vida con los síntomas y complicaciones que ocasionan cambios físicos, estigma social y afecciones emocionales como: temores, angustia, tristeza, culpa.¹

El impacto emocional que tienen las enfermedades crónicas en los pacientes es innegable y está estrechamente relacionado con la incertidumbre e impredecibilidad del proceso de enfermedad, el distrés afectivo que genera, la pérdida de autonomía y el estigma social por los daños y cambios en su cuerpo, factores culturales, ambientales, espirituales y situación autobiográfica. Por lo anterior, el dolor y sufrimiento en los enfermos y sus familiares es una premisa importante.

Cuando las condiciones de vida de los pacientes son de pobreza, el sufrimiento posterior a la enfermedad se agudiza en términos de una serie de carencias que hacen más difícil y complejo el proceso de hacer frente y sobrellevar la enfermedad: aseguramiento de atención médica, disposición de medicamentos, condiciones económicas para ajustarse a un determinado régimen alimenticio, acceso a tecnologías diagnósticas, atención a complicaciones propias de la enfermedad crónica que se padece, entre otros requerimientos básicos.

La enfermedad crónica genera angustia, miedo, culpa, desesperanza, a pesar de que los pacientes y sus familiares dispongan de recursos para su tratamiento y atención oportuna y adecuada; no obstante, esos sentimientos se agudizan cuando no cuentan con recursos; porque están conscientes o hacen conciencia de que es una enfermedad incurable y antes o durante su tratamiento han tenido noticias de otros tantos pacientes con los mismos padecimientos, quienes no siempre logran evitar las complicaciones, y también porque la vida con una enfermedad guarda algún parecido con la que era antes, pero muchas cosas pueden haber cambiado.

1. Norma Gonzalez Gonzalez, Alicia Margarita, Tinoco García, 21 de marzo de 2011. Salud Mental y Emociones en pacientes con enfermedades crónico-degenerativas, un acercamiento a la DM tipo 2. www.redaly.org/html/67621319013.

Prevalencia de Enfermedades crónicas a nivel nacional.

El día 20 de marzo de 2017 el Ministerio de Salud (MINSAL) y el Instituto Nacional de Salud (INS) presentaron los principales resultados de la Encuesta Nacional de Enfermedades Crónicas del Adulto El Salvador 2014-2015, ENECA-ELS 2015.

El propósito de la ENECA-ELS 2015 fue de contar con una línea de base de las enfermedades no transmisibles (ENT) y generar información que contribuya a implementar estrategias de prevención oportunas.

Los resultados fueron producto de un estudio de tipo descriptivo de corte transversal a nivel nacional, en el que se establecieron criterios de elegibilidad mediante un muestreo aleatorio de varias fases, estratificado en tres grupos de edad (20 a 40 años, 41 a 60 años y mayor de 60 años) de zonas urbanas y rurales.

De un total de 9,097 personas elegibles, se encuestaron 6,150 personas a nivel nacional, de las cuales 4,817 fueron efectivas, obteniendo un porcentaje de respuesta del 67.6%. teniendo como resultados que la hipertensión arterial es la ENT(enfermedad no transmisible) que presenta la más elevada prevalencia a nivel nacional en ambos sexos, con predominio en la Región de Salud Metropolitana, en población adulta en El Salvador, siendo la mujer con el mayor porcentaje con un 38% en comparación con el hombre con un 35.8%.

Con respecto a la diabetes mellitus y la obesidad predominan en el sexo femenino con mayor prevalencia en la Región de Salud Metropolitana, la diabetes representa en la mujer un 13.9% y en el hombre un 10.6% y la obesidad representa en la mujer un 33.2% y en los hombres 19.5%. En cuanto al sobrepeso los hombres resultaron con un 39.5% y las mujeres con el 36.6%.

“Son cinco enfermedades que se están midiendo hipertensión arterial, diabetes, sobrepeso, la obesidad, la dislipidemia que es el aumento del colesterol y de los

triglicéridos y la enfermedad renal crónica; hay una cantidad grande, alrededor un millón y medio de personas en nuestro país que tienen una de estas enfermedades o que están avanzando y hay otra cantidad que está pre-hipertenso, pre-diabético, pre-obeso, representan una cantidad muy grande de población salvadoreña que no está cuidando los hábitos alimenticios”, según menciona la ministra de salud, Violeta Menjívar.

En esta misma encuesta tenemos que del total de la muestra el 31.7% pertenecen a la región central y occidental que corresponden a 1,526 personas y de estas por comorbilidad resulta que el 26.9% padecen de dislipidemia, 37% son hipertensos y el 12.5% son diabéticos y que el sexo más afectado por comorbilidad es el femenino.

Trastorno de ansiedad generalizada.

Los pacientes con trastorno de ansiedad generalizada (TAG, *trastorno de ansiedad generalizada*) tienen una preocupación persistente, excesiva o no realista asociada a otros signos y síntomas que, en general, consisten en tensión muscular, dificultad para concentrarse, hiperreactividad del sistema nervioso autónomo, sensación de estar “al límite” o inquietud e insomnio. El trastorno suele comenzar antes de los 20 años, y pueden encontrarse antecedentes de miedos infantiles e inhibición social. La prevalencia de por vida del TAG es de 5 a 6%; el peligro es mayor en parientes de primer grado de personas con la entidad diagnóstica.

Los trastornos de ansiedad son las enfermedades psiquiátricas de mayor prevalencia en la población y se encuentran en 15 a 20% de los pacientes que acuden a las consultas médicas. La ansiedad, definida como una sensación subjetiva de inquietud, temor o aprensión, puede indicar un proceso psiquiátrico primario o formar parte de una enfermedad médica primaria, o ser una reacción a ésta.

Como dato interesante, estudios de familias indican que el TAG y el trastorno de angustia se segregan de manera independiente. Más de 80% de los pacientes con TAG y trastorno de angustia sufre también depresión mayor, distimia o fobia social. Es frecuente el consumo de sustancias, en especial de alcohol, sedantes hipnóticos o ambos. Estos pacientes admiten fácilmente que se preocupan en exceso por temas nimios, con grave repercusión para su vida cotidiana; sin embargo, y a diferencia de lo que ocurre en el trastorno por angustia, no suelen referir síntomas vegetativos, como sensación de ahogo, palpitaciones o taquicardia.

La ansiedad puede considerarse como una respuesta normal y adaptativa a un estímulo amenazante que se acompaña de una respuesta somática y autonómica aumentada, mediada por los sistemas simpático y parasimpático. Aunque el TAG es uno de los trastornos mentales más comunes de la atención primaria, a menudo no es reconocido por el médico general, posiblemente porque los pacientes consultan más por problemas somáticos que por ansiedad.

Prevalencia.

En la población general la prevalencia a un año es de 1,5% (1,2% a 1,9%) y del 5% (3% a 5,9%) en vida. En clínicas de ansiedad llega a ser hasta del 12%. El sexo femenino es el más afectado, hasta en dos terceras partes de los casos. En Colombia, el Estudio de Nacional de Salud Mental mostró una prevalencia en el último año de 0,7% (0,5% en mujeres y 0,9% en hombres) y en vida fue de 1,3% (1,2% en mujeres y 1,5% en hombres).¹

Etiología y fisiopatología.

La etiología del TAG ha sido poco estudiada tanto en lo relativo a sus aspectos biológicos como psicológicos.

1. Victor I. Rous. Trastornos mentales. En D.L. Longo, A.S. Fauci, D.L Kasper, S.L Jameson y J. Lozcalzo (Eds) Harrison Principios de Medicina Interna. Vol. 2, 18 Ed. (pág. 3529). New York, N.Y. US. McGraw Hill company.

Factores Biológicos.

Es probable que este trastorno tenga un componente genético puesto que existen estudios en animales y humanos que demuestran que conceptos como emocionalidad, neuroticismo y ansiedad no clínica pueden heredarse, sin embargo, los estudios son controversiales y muy limitados en la literatura. Existen más estudios en pánico y fobias específicas. En un metaanálisis realizado en el instituto de genética psiquiátrica y comportamental de Virginia (EUA) se encontró que la heredabilidad del TAG era de un 32% y el resto podía ser atribuido a factores ambientales. Los pacientes con TAG muestran menor activación autonómica en reposo que sujetos con trastorno de pánico. Así mismo presentan menor activación ante el estrés que individuos normales. La recuperación al nivel basal y la habituación a estímulos repetidos parecen estar alteradas. Esto lugar a conceptualizar que en el TAG hay menor flexibilidad autonómica. Otros estudios han mostrado disminución en el número de receptores del ácido gamma aminobutírico (GABA) en plaquetas de pacientes con TAG. Algunos trabajos sugieren una menor sensibilidad a nivel central de este complejo receptor tanto en sujetos con Trastorno de Pánico como en aquellos con TAG. Otros receptores están implicados en la etiología del TAG, los serotoninérgicos, teniendo en cuenta la efectividad de la buspirona (agonista del receptor de serotonina -5-HT1A-) y los receptores centrales de adenosina, ya que los efectos ansiogénicos de la cafeína se deben al antagonismo de éstos. Otros neurotransmisores de posible importancia en la ansiedad son el ácido glutámico con sus acciones en los receptores N-metil-D-aspartato (NMDA) y el factor liberador de corticotropina.

Todos los agentes que generan ansiedad actúan en el complejo del receptor para ácido aminobutírico γ -conducto iónico del cloro, lo que implica a este sistema neurotransmisor en la ansiedad y ataques de pánico. Se piensa que las benzodiazepinas se unen a dos lugares receptores de GABA diferentes: el tipo I, con amplia distribución neuroanatómica, y el tipo II, concentrado en hipocampo,

cuerpo estriado y neocorteza. Los efectos anti ansiedad (ansiolíticos) de las distintas benzodiazepinas, así como los efectos secundarios como sedación y dificultades de memoria, están influidos por su unión relativa a los lugares receptores tipos I y II. También parece que la serotonina [5-hidroxitriptamina (5-HT)] y los esteroides neuroactivos reducidos 3α (moduladores alostéricos de GABAA) participan en la ansiedad, y la buspirona, un agonista parcial del receptor para 5-HT_{1A}, y ciertos antagonistas del receptor 5HT_{2A} y 5HT_{2C} (p. ej., nefazodona) pueden tener efectos benéficos.

Factores Psicológicos.

En cuanto a los aspectos psicológicos existen dos enfoques importantes, el de la teoría psicoanalítica y el de la teoría del aprendizaje.

En la teoría psicoanalítica la génesis de los síntomas neuróticos se enmarca dentro del concepto del conflicto intrapsíquico que consiste en que determinadas pulsiones internas buscan hacerse conscientes y la realidad externa interfiere con la expresión de dichas pulsiones. En la neurosis de ansiedad o TAG el mecanismo habitual de defensa, la represión, no resulta eficaz para contener la ansiedad, ni tampoco se utilizan otros mecanismos auxiliares de defensa, con el resultado de que la ansiedad en forma libre o flotante se convierte en el síntoma principal.

Desde el punto de vista de la teoría del aprendizaje, los estudios recientes sobre el procesamiento de la información son relevantes en la etiología del TAG. El modelo se basa principalmente en dos conceptos: las percepciones de amenaza personal y la percepción de bajo control. De acuerdo con esta teoría, la ansiedad es una respuesta a la percepción de peligro y se puede volver crónica por la tendencia a dar excesiva atención a posibles peligros, asignar interpretaciones amenazantes a determinados eventos y ser especialmente “eficiente” en adquirir información amenazadora. Además, se ha observado que los pacientes con TAG

poseen una tendencia general a tener una baja percepción de control personal sobre eventos cruciales ya sean internos o externos.

Si se consideran los factores precipitantes, se encuentra que el estrés causado por eventos vitales se asocia con el comienzo del TAG en aproximadamente la mitad de los casos. Además, éstos pueden jugar un papel en la persistencia de los síntomas.

Manifestaciones Clínicas.

El síntoma cardinal del TAG es la excesiva ansiedad cognitiva manifestada por preocupación o temores exagerados en relación con la salud, aspectos económicos, laborales, familiares, etc., a menudo con ansiedad anticipatoria. Se debe descartar que la preocupación del paciente no sea el temor a la presentación de un ataque de pánico o a enfrentar una situación fóbica.

Criterios Diagnósticos.

Los criterios diagnósticos para el TAG cambiaron con el tiempo, aunque siempre se han incluido la ansiedad cognitiva excesiva y síntomas físicos generalizados y persistentes. Tanto la Clasificación Internacional de Enfermedades (CIE-10) como el Manual Diagnóstico y Estadístico de Trastornos Mentales (en inglés, *DSM-IV-TR*) tienen la misma denominación de TAG. El CIE-10 incluye el TAG dentro del bloque de los trastornos neuróticos, relacionados con el estrés y somatomorfos colocando el TAG en la sección “otros trastornos de ansiedad”, donde también se incluyen, de manera separada, el trastorno de pánico y el trastorno mixto ansioso-depresivo, mientras que el DSM-IV asigna el TAG dentro de la categoría de trastornos de ansiedad.

CIE-10.

F41.1 Trastorno de ansiedad generalizada.

La característica esencial de este trastorno es una ansiedad generalizada y persistente, que no está limitada y ni siquiera predomina en ninguna circunstancia ambiental en particular (es decir, se trata de una "angustia libre flotante"). Como en el caso de otros trastornos de ansiedad los síntomas predominantes son muy variables, pero lo más frecuente son quejas de sentirse constantemente nervioso, con temblores, tensión muscular, sudoración, mareos, palpitaciones, vértigos y molestias epigástricas. A menudo se ponen de manifiesto temores a que uno mismo o un familiar vaya a caer enfermo o a tener un accidente, junto con otras preocupaciones y presentimientos muy diversos. Este trastorno es más frecuente en mujeres y está a menudo relacionado con estrés ambiental crónico. Su curso es variable, pero tiende a ser fluctuante y crónico.

Pautas para el diagnóstico.

El afectado debe tener síntomas de ansiedad la mayor parte de los días durante al menos varias semanas seguidas. Entre ellos deben estar presentes rasgos de:

- A. Aprensión (preocupaciones acerca de calamidades venideras, sentirse "al límite", dificultades de concentración, etc.).
- B. Tensión muscular (agitación e inquietud psicomotrices, cefaleas de tensión, temblores, incapacidad de relajarse).
- C. Hiperactividad vegetativa (mareos, sudoración, taquicardia o taquipnea, molestias epigástricas, vértigo, sequedad de boca, etc.).¹

Test de Hamilton.

La escala de ansiedad de Hamilton (Hamilton Anxiety Scale, HAS) fue diseñada en 1,959. Inicialmente, constaba de 15 ítems, pero cuatro de ellos se refundieron en dos, quedando reducida a 13. Posteriormente, en 1.969 dividió el ítem

“síntomas somáticos generales” en dos (somáticos musculares y somáticos sensoriales) quedando en 14. Esta versión es la más ampliamente utilizada en la actualidad. Su objetivo era valorar el grado de ansiedad en pacientes previamente diagnosticados y, según el autor, no debe emplearse para cuantificar la ansiedad cuando coexisten otros trastornos mentales (específicamente desaconsejada en situaciones de agitación, depresión, obsesiones, demencia, histeria y esquizofrenia).¹

Su validez no es la misma en todas las poblaciones, siendo menor en pacientes de edad elevada por el elevado peso de los síntomas somáticos, aunque ha mostrado buenos índices psicométricos en subpoblaciones de especiales características, tales como pacientes alcohólicos y pacientes con demencia, y mantiene un buen rendimiento en población geriátrica.

Diagnóstico Diferencial.

En primer lugar, hay que diferenciar la ansiedad patológica de la normal. Las preocupaciones en el TAG son difíciles de controlar, más permanentes, interfieren con el funcionamiento, tienden a ser múltiples y presentar síntomas somáticos de ansiedad.

En segundo lugar, es preciso descartar las causas médicas y tóxicas de ansiedad en las que los antecedentes de uso o abuso de drogas o medicamentos, así como la historia, el examen físico y el laboratorio ayudan al diagnóstico.

El diagnóstico diferencial con trastornos psiquiátricos puede ser más difícil puesto que la ansiedad es un síntoma ubicuo en muchas entidades, donde no están incluidas todas las que cursan con ansiedad. Además, el TAG presenta altos niveles de comorbilidad, especialmente con fobias, depresión, distimia y trastorno de pánico. De acuerdo con el DSM-IV, el diagnóstico de TAG puede coexistir con otros trastornos de ansiedad como trastorno de pánico (TP), trastorno obsesivo compulsivo (TOC), trastorno por estrés postraumático (TSPT) y otros trastornos psiquiátricos. Desde el punto de vista práctico el médico debe dar prioridad al

1. Hamilton. M. The assessment of anxiety states by rating. Brit. J. Medpsychol 1959; 32:50-55.

diagnóstico de aquellas entidades que tienen un tratamiento más específico tal como el TP o la depresión, buscando en la historia y en el examen mental los síntomas característicos de cada una. Los pacientes con diagnóstico dual de depresión y TAG tienen un curso más severo y prolongado y una mayor discapacidad funcional.

Tratamiento.

Debido a la naturaleza crónica de la enfermedad, la mayoría de los pacientes van a requerir algún tipo de tratamiento que va a estar determinado por la severidad y persistencia de los síntomas, la presencia o no de otro trastorno psiquiátrico o médico en general, el nivel de disfuncionalidad, medicamentos concomitantes y una historia de respuesta y tolerancia a tratamientos anteriores. El objetivo del tratamiento a corto plazo consiste en la reducción de los síntomas a un nivel tolerable ya que a menudo no es posible eliminarlos por completo, mientras que a largo plazo es la remisión total. Si los síntomas son leves y se asocian con factores estresantes psicosociales el manejo no farmacológico puede ser suficiente. Para síntomas más severos o duraderos es necesario combinar con el tratamiento farmacológico.

Tratamiento no Farmacológico.

Es preciso recordar que una parte importante del tratamiento está constituida por la evaluación, incluyendo el examen físico y la explicación respectiva acerca de la ausencia de enfermedad física. Estas medidas no solo ayudan a descartar otras enfermedades, sino que alivian la ansiedad y sirven para establecer una adecuada relación médico-paciente.

La psicoeducación consiste en comunicar un diagnóstico específico que no debe expresarse en términos como “usted no tiene nada” o “son sólo sus nervios”, o emplear alguna vaga y ambigua relación con el “estrés”. Se debe explicar el diagnóstico de impresión, en este caso el de TAG explicando de manera sencilla

de qué se trata, evitando culpabilizar al paciente y ofreciendo un pronóstico alentador.

La psicoterapia que demuestra mayor efectividad, similar a la terapia farmacológica, es la terapia cognitiva comportamental (TCC), tanto en tratamientos agudos como crónicos. Aquellos con mejor pronóstico son los que responden más rápido. Aparentemente mejora también la posibilidad de recaídas a largo plazo.

La psicoterapia de apoyo presupone una buena relación médico-paciente e incluye la oportunidad de que éste exprese sus preocupaciones sobre problemas familiares, económicos o de salud explorando las relaciones entre éstos y los síntomas.

El ejercicio físico regular es otra medida útil en estos pacientes.

Aunque esté bien establecido que la terapia psicológica tiene un papel fundamental en el tratamiento del TAG, debido al tiempo y a los recursos de nuestros sistemas de salud, además de la actitud de los pacientes hacia este tipo de terapia, es altamente probable que la mayoría de los pacientes terminen manejados con fármacos.

Tratamiento Farmacológico.

La gran mayoría de los pacientes son temerosos a iniciar medicación, debido a la posibilidad de sedación excesiva o de adicción, por lo cual es un tópico de discusión obligado con los pacientes antes de iniciar cualquier tratamiento farmacológico.

La escogencia de un fármaco va a depender de varios factores incluyendo los efectos adversos, los riesgos, la presencia o no de una depresión concomitante y la necesidad de un inicio rápido de acción. A continuación, se hará un breve recuento de las diferentes terapias farmacológicas utilizadas en el TAG.

Antidepresivos.

En este grupo se incluyen los antidepresivos tricíclicos, los inhibidores selectivos de recaptación de serotonina (ISRS) y los inhibidores de recaptación de serotonina y noradrenalina (IRSN). La mayoría de guías y consensos coinciden en que no existe mayor diferencia entre ellos en cuanto a su efectividad en esta entidad. Los más utilizados son los ISRS debido a su mejor perfil de efectos adversos. Entre estos, los únicos hasta ahora aprobados por la Food and Drug Administration (en inglés, *FDA*) para este trastorno están la paroxetina y el escitalopram, aunque se puede asumir que todos los antidepresivos que tengan una acción similar deben tener cierta utilidad. Entre los IRSN se encuentra principalmente la venlafaxina en dosis similares a las usadas en depresión 75 a 150 mg, medicamento que recientemente fue aprobado por la FDA en el manejo del TAG. Los antidepresivos tricíclicos han sido poco estudiados en estos pacientes, pero hay evidencia preliminar de su utilidad a dosis más bajas que las empleadas en depresión, por ejemplo 50 a 100 mg de amitriptilina o su equivalente.

Benzodiacepinas.

Son los medicamentos más prescritos en esta entidad y tienen además una mayor evidencia de efectividad. Aproximadamente el 70% mejoran al tomar la medicación, pero de éstos solo en el 40% hay remisión de los síntomas y en el 30% la mejoría es parcial. La respuesta es rápida en la primera semana y si con dosis adecuadas ésta no se obtuviere estaría indicando reevaluar el diagnóstico. No existen pautas definidas acerca de la duración del tratamiento con BDZ ni tampoco si una está más indicada que otra. Dada la naturaleza crónica o recidivante del TAG algunos estudios recomiendan tratamiento a largo plazo, pero esto sigue siendo motivo de polémica debido a su potencia adictiva.

Otros.

El grupo de las azapironas constituye otra alternativa. La buspirona tiene un período de latencia de dos a tres semanas y por su vida media corta hay que administrarla tres veces al día y no es efectiva para tomar a necesidad. La dosis oscila entre 15 a 30 mg al día. Es de anotar que la buspirona tiene eficacia limitada si se la compara con BZD, especialmente en aquellos pacientes que ya han recibido BZD previamente.

Otros medicamentos que pueden ser útiles en TAG serían los betabloqueantes, tales como el propanolol. Algunos estudios demuestran que éste combinado con una BDZ puede ser más efectivo que una BDZ sola, además que podría ayudar en el desmonte de la BDZ más adelante.

Un ejemplo del rol que podría desempeñar los trastornos de ansiedad, es su papel en el desarrollo de HTA resistente o refractaria, la cual se define como una presión arterial (PA) que permanece elevada a pesar de un tratamiento médico correcto con 3 fármacos antihipertensivos a dosis plenas, siendo uno de ellos un diurético. La HTA resistente supone entre un 15 y un 20% de los pacientes con HTA clínica y, generalmente, implica un mal pronóstico en términos de morbimortalidad.

Los factores psicológicos, que han ido cobrando importancia a lo largo de los años, suponen para algunos autores hasta un 8% de las causas de una HTA resistente. Entre los factores psicológicos que más influyen en el control de la PA encontramos la depresión, el trastorno de ansiedad crónica y los ataques de pánico. Los aspectos psicosociales que más relevancia clínica parecían tener en estos pacientes con HTA resistente. Se observó un mayor número de pacientes con distrés mental y repercusiones nerviosas en los pacientes con HTA resistente con respecto a los sujetos del grupo control, una evidencia que aún está por precisar y ratificar.

Según un estudio publicado en el año 2013 por la editorial Elsevier, no se pudo concluir que exista una asociación positiva entre ansiedad y cifras de PA. Pero

encontraron una correlación positiva entre el grado de ansiedad y las cifras de PA en el grupo de los hombres.

Curso.

El TAG es considerado típicamente como una enfermedad crónica, ya que la mayor parte de los pacientes se encuentran afectados hasta 12 años después del diagnóstico. Alrededor de la mitad de los pacientes refieren que el inicio fue en la niñez o adolescencia. El resto comienza en la adultez temprana. El curso tiende a ser crónico y fluctuante con acentuación en períodos de estrés.

Ansiolíticos.

En el siguiente cuadro se mencionan algunos de los ansiolíticos más utilizados.

Nombre	Dosis oral equivalente, mg	Comienzo de la acción	Semivida, horas	Comentarios
Benzodiazepinas				
Diazepam	5	Rápido	20 a 70	Metabolitos activos; muy sedante
Flurazepam	15	Rápido	30 a 100	El flurazepam es un profármaco; los metabolitos son activos; muy sedante
Triazolam	0.25	Intermedio	1.5 a 5	Sin metabolitos activos; puede inducir confusión y delirio, especialmente en ancianos
Lorazepam	1	Intermedio	10 a 20	Sin metabolitos activos; conjugación hepática directa con glucurónido; muy sedante
Alprazolam	0.5	Intermedio	12 a 15	Metabolitos activos; no demasiado sedante; puede poseer actividad antidepresiva y antiangustia específica; aparición fácil de tolerancia y dependencia
Clordiazepoxido	10	Intermedio	5 a 30	Metabolitos activos; moderadamente sedante
Oxazepam	15	Lento	5 a 15	Sin metabolitos activos; conjugación directa con glucurónido; no demasiado sedante

Temazepam	15	Lento	9 a 12	Sin metabolitos activos; moderadamente sedante
Clonazepam	0.5	Lento	18 a 50	Sin metabolitos activos; moderadamente sedante
No Benzodiazepínicos				
Buspirona	7.5	2 semanas	2 a 3	Metabolitos activos; administración c/8 h, la dosis usual es 10.20 mg c/8 h; no sedante; sin efectos aditivos con etanol; útil para controlar la agitación en pacientes con demencia o lesión cerebral

Tomado de Harrison, *Principios de Medicina Interna*, 18 edición

Trastornos del Estado de Ánimo.

Los trastornos del estado de ánimo se caracterizan por una alteración en la regulación del ánimo, comportamiento y afecto. Estos trastornos se subdividen en: 1) trastornos depresivos, 2) trastornos bipolares y 3) depresión relacionada con una enfermedad médica o con abuso de alcohol o sustancias. El trastorno depresivo mayor (MDD, *major depressive disorder*) se distingue del trastorno bipolar por la ausencia de un episodio maniaco o hipomaniaco. No se comprende bien la relación entre los síndromes depresivos puros y los trastornos bipolares; el MDD es más frecuente en las familias de pacientes bipolares, pero lo contrario no es cierto. En el *Global Burden of Disease Study* realizado por la Organización Mundial de la Salud, la depresión mayor unipolar se colocó en el cuarto lugar en el porcentaje de años de vida ajustados a la incapacidad, y se calculó que pasará al segundo lugar en el año 2020. En Estados Unidos, la pérdida de la productividad que depende directamente de la depresión se ha estimado en 55 100 millones de dólares al año.

El término depresión se utiliza en tres sentidos: síntoma, síndrome y enfermedad. Como síntoma puede acompañar a otros trastornos psíquicos, como los trastornos de angustia; como síndrome agrupa unos procesos caracterizados por tristeza, inhibición, culpa, minusvalía y pérdida del impulso vital, y como enfermedad, se observa como un trastorno de origen biológico en el que puede

delimitarse una etiología, una clínica, un curso, un pronóstico y un tratamiento específico.

Depresión Asociada a Enfermedades Médicas.

La depresión que aparece en el contexto de una enfermedad orgánica es difícil de valorar. La sintomatología depresiva puede reflejar el estrés psicológico de afrontar la enfermedad, deberse al propio proceso de enfermedad o a la medicación administrada, o bien simplemente coexistir en el tiempo con el diagnóstico médico.

Se sabe que de 20 a 30% de los pacientes con enfermedades cardiovasculares presenta un trastorno depresivo; un porcentaje mayor experimenta síntomas depresivos cuando se utilizan las escalas de autoinforme. Los síntomas de depresión surgen después de angina inestable, infarto del miocardio o trasplante de corazón, y entorpecen la rehabilitación. Se acompañan de índices mayores de mortalidad y complicaciones médicas. Los pacientes deprimidos a menudo tienen variabilidad de la frecuencia cardíaca (un índice de actividad disminuida del sistema nervioso parasimpático), lo cual los predispone a arritmia ventricular y mayor morbilidad. También parece que la depresión aumenta el riesgo de cardiopatía coronaria, tal vez por incremento de la agregación plaquetaria. Los antidepresivos tricíclicos están contraindicados en personas con bloqueo de rama del haz de His y la taquicardia inducida por los antidepresivos constituye un punto adicional de preocupación en individuos con insuficiencia cardíaca congestiva. Los inhibidores de la recaptación selectiva de serotonina al parecer no inducen cambios ECG ni alteraciones en el corazón y, de este modo, constituyen fármacos razonables de primera línea para personas en peligro de mostrar complicaciones por los TCA. Sin embargo, los SSRI pueden interferir en el metabolismo de los anticoagulantes por el hígado y con ello prolongar o intensificar la anticoagulación.

La prevalencia notificada de depresión en individuos con *diabetes mellitus* varía de 8 a 27%, y la profundidad de las alteraciones del ánimo guarda relación con el nivel de hiperglucemia y la presencia de complicaciones de la diabetes. El tratamiento de la depresión puede complicarse por el efecto de los antidepresivos en el control de la glucemia. Los MAOI pueden inducir hipoglucemia e incremento ponderal. Un posible efecto de los TCA es hiperglucemia y apetito irrefrenable por carbohidratos. Los SSRI, a semejanza de los MAOI, pueden disminuir el valor de glucosa plasmática en el ayuno, pero son más fáciles de utilizar y con frecuencia mejoran el cumplimiento de órdenes dietéticas y de farmacoterapia. Alrededor de 15% de la población general sufre un episodio de depresión mayor en algún momento de su vida, y entre 6 y 8% de todos los pacientes ambulatorios de los servicios de atención primaria cumple los criterios diagnósticos de este trastorno. La depresión pasa muchas veces inadvertida y se trata incorrectamente incluso con mayor frecuencia. Si el médico sospecha un episodio de depresión mayor, su primera tarea será determinar si se trata de una depresión unipolar o bipolar, o si forma parte de 10 a 15% de los casos secundarios a una enfermedad orgánica o al abuso de sustancias. También deberá valorar el riesgo de suicidio mediante un interrogatorio directo, pues los pacientes suelen mostrarse renuentes a exponer tales pensamientos por sí solos. El término depresión menor se utiliza para personas que presentan, como mínimo, dos síntomas depresivos durante dos semanas, pero que no cumplen con todos los criterios de la depresión mayor. A pesar de la denominación, la depresión menor se acompaña de morbilidad y discapacidad notables; también mejora con la farmacoterapia.

La frecuencia de depresión es casi dos veces mayor en mujeres que en varones y la incidencia aumenta con el envejecimiento en ambos géneros. Desde luego, los acontecimientos vitales negativos pueden precipitar una depresión y contribuir a ella, pero estudios recientes indican que los factores genéticos influyen en la sensibilidad de las personas a los acontecimientos estresantes. En la mayor parte

de los casos están implicados tanto los factores biológicos como los psicosociales en el desencadenamiento y en la conservación de los episodios depresivos. Los factores de estrés más intensos son los relacionados con la muerte de un familiar, la agresión física o los problemas graves de pareja o con amistades.

Los *trastornos depresivos unipolares* por lo común comienzan en los inicios de la etapa adulta y reaparecen episódicamente durante toda la vida. El elemento que mejor predice el riesgo futuro es el número de episodios previos; 50 a 60% de los pacientes que tienen un primer episodio tendrá como mínimo una o dos recidivas. Algunos sujetos presentan múltiples episodios que se tornan más intensos y frecuentes con el paso del tiempo. La duración de un episodio no tratado varía enormemente y va de meses a un año o más. También es variable el tipo de recurrencia y evolución clínica en un episodio en desarrollo. En el propio individuo puede ser similar la naturaleza de los ataques con el paso del tiempo (p. ej., síntomas iniciales específicos, frecuencia y duración de los episodios). En una minoría, la gravedad puede avanzar hacia la sintomatología psicótica; en los pacientes ancianos, los síntomas depresivos se pueden asociar a confusión mental y asemejarse a demencia (“seudodemencia”). A veces existe un tipo estacional (*trastorno afectivoestacional*) que se manifiesta por comienzo y remisión de los episodios en épocas predecibles del año. Este trastorno es más frecuente en mujeres; sus síntomas consisten en anergia, fatiga, aumento de peso, hipersomnia y ansia episódica (un síndrome de abstinencia) de hidratos de carbono. La prevalencia aumenta con la distancia desde el ecuador; puede lograrse una mejoría del estado de ánimo incrementando la exposición a la luz.

Etiología y Fisiopatología.

Las pruebas de que existe transmisión genética de la depresión unipolar no tienen tanto peso como en el trastorno bipolar, pero en los gemelos monocigotos

existe un índice mayor de concordancia (46%) que en los hermanos dicigotos (20%), y hay pocos datos de que exista algún efecto del entorno familiar común.¹ Las alteraciones neuroendocrinas que reflejan los signos y síntomas neurovegetativos son: 1) aumento de la secreción de cortisol y de hormona liberadora de corticotropina (CRH, *corticotropin-releasing hormone*), 2) aumento del tamaño de las suprarrenales, 3) descenso de la respuesta inhibitoria de los glucocorticoides a la dexametasona y 4) respuesta amortiguada de la tirotropina (TSH, *thyroid-stimulating hormone*) a la inyección de hormona liberadora de tirotropina (TRH, *thyroid-releasing hormone*). Los tratamientos antidepresivos normalizan estas anomalías. La depresión mayor también se relaciona con un aumento de las citocinas proinflamatorias, lo cual también se normaliza con los antidepresivos.

Las variaciones diurnas en la intensidad de los síntomas y las alteraciones en los ritmos circadianos de varios factores neuroquímicos y neurohumorales sugieren que las diferencias biológicas podrían ser consecuencia de un defecto primario en la regulación de los ritmos biológicos. En los pacientes con depresión mayor se observa constantemente disminución del tiempo de inicio del sueño de movimientos oculares rápidos (REM) (latencia de REM), aumento de la densidad de REM y, en algunos sujetos, reducción de la etapa IV del sueño con ondas δ lentas.

Aunque los antidepresivos inhiben la recaptación de neurotransmisores en unas horas, sus efectos terapéuticos casi siempre se obtienen varias semanas después, lo que implica a los cambios adaptativos en los sistemas de segundos mensajeros y factores de transcripción como posibles mecanismos de acción.

Un estudio encontró que los médicos generales sólo diagnosticaron correctamente el 36% de los pacientes deprimidos que entrevistaron, además diagnosticaron 19% de depresiones en pacientes que no estaban deprimidos.

1. Víctor I. Rous. Trastornos mentales. En D.L. Longo, A.S. Fauci, D.L. Kasper, S.L. Jameson y J. Lozcalzo (Eds) Harrison, Principios de Medicina Interna. Vo I2, 18 ed (pag 3529) New York. The Grew Hill companier.

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

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

Clasificación de los trastornos depresivos.

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

Criterios diagnósticos del episodio depresivo mayor CIE-10.

- El episodio depresivo debe durar al menos dos semanas;
- No han existido síntomas maníacos o hipomaniacos en ningún periodo de la vida;
- No es atribuible al consumo de sustancias psicoactivas o a ningún trastorno mental orgánico;
- Deben estar presentes cuatro de los siguientes síntomas:

- Pérdida de interés o de la capacidad de disfrutar en actividades normalmente placenteras para el sujeto.
- Ausencia de reacciones emocionales ante situaciones que normalmente las producen.
- Despertarse por la mañana dos horas antes de lo habitual.
- Empeoramiento matutino del humor depresivo.
- Objetivamente enlentecimiento motor o agitación.
- Pérdida marcada del apetito.
- Notable disminución de la libido.¹

Diagnóstico Diferencial.

Condiciones no psiquiátricas.

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

Trastorno bipolar.

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

Secundarias a drogas.

Descritas en etiología; los hipotensores, los anticonceptivos y los corticoesteroides son de especial importancia por lo frecuente de su uso. Una anamnesis completa, que incluya la historia de ingestión de drogas, ayudará al diagnóstico diferencial.²

1. Trastorno del humor según CIE-10.

2. R.J.Toro, L.E. Yepes y C.A. Palacio. Trastornos. Trastornos depresivos. L.E. Yepes y C.A. Palacio(Eds). Psiquiatría (pág. 168-186);

Tratamiento.

Las depresiones secundarias por lo general mejoran al eliminar la enfermedad orgánica o al suspender la droga que las causan. Sin embargo, a menudo es necesario tratarlas con antidepresivos de la misma manera que se describe más adelante.

En relación con las depresiones primarias el médico que siga las pautas descritas en este capítulo estará en capacidad de tratar la mayor parte de ellas. Debe referir al psiquiatra los casos con sintomatología más severa, con riesgo alto de suicidio o historia de intentos anteriores, al paciente que sufre recaídas frecuentes y severas, y también a aquellos que no responden al tratamiento, presentan efectos secundarios muy severos o padecen enfermedades orgánicas que contraindican absoluta o relativamente el uso de los antidepresivos.

Hospitalización.

La mayoría de las depresiones pueden ser tratadas en el ámbito ambulatorio con psicofármacos y psicoterapia. Sin embargo, la hospitalización es necesaria cuando el riesgo suicida es alto, y también cuando existen relaciones interpersonales muy hostiles o destructivas.

Terapia Electroconvulsiva (TEC).

La TEC está indicada en las depresiones psicóticas, cuando existe un riesgo alto de suicidio y en aquellos casos que no responden de manera adecuada a los tratamientos farmacológicos y psicológicos. Estos casos que requieren hospitalización y TEC deben ser referidos al psiquiatra.

Psicoterapia.

El uso exclusivo de diferentes psicoterapias en el tratamiento de la depresión era recomendado en el pasado. La tendencia actual favorece la combinación de psicofármacos y técnicas psicológicas en la mayoría de los casos de depresión.

Sin embargo, en casos muy leves con historia de estresantes psicosociales que explican el cuadro depresivo, y también en ciertas depresiones crónicas llamadas caracterológicas, el tratamiento puede ser exclusivamente psicoterapéutico de tipo dinámico, conductual, grupal y aun psicoanalítico. Estas psicoterapias deben ser realizadas por el especialista. Las psicoterapias mejor estudiadas en el tratamiento de la depresión son la cognoscitiva y la interpersonal. En algunos estudios comparativos demuestran que estas terapias son tan efectivas como los antidepresivos. Esto es especialmente cierto en las depresiones moderadas o leves y sin síntomas psicóticos.

En la mayoría de las depresiones manejadas por el médico general éste debe, además de los psicofármacos, ofrecer a su paciente una psicoterapia de apoyo en la que le permita relatar sus síntomas, problemas y temores, a través de un diálogo sin prisa. Tanto el paciente como su familia deben ser educados para entender las causas biológicas de la depresión y su interacción con los aspectos psicosociales. Explicarles que los antidepresivos no causan adicción, que su efecto es lento y su administración prolongada. Todas estas medidas mejoran la adherencia al régimen terapéutico y disminuyen las recidivas que son consecuencia de una suspensión temprana del tratamiento.

Farmacoterapia.

La mayoría de las depresiones pueden mejorar con una farmacoterapia adecuada. Es de vital importancia que el médico explique con claridad al paciente algunas de las características farmacológicas de los antidepresivos, tales como los efectos secundarios, las restricciones dietéticas (en el caso de los IMAO irreversibles), la ausencia de efectos terapéuticos durante las tres a seis semanas iniciales del tratamiento, etc. Estas contribuyen a aumentar la colaboración del paciente. Aproximadamente el 70% de las depresiones responden al tratamiento con los antidepresivos y solamente el 35% mejoran cuando son tratados con un placebo. El éxito depende de usar dosis terapéuticas, de esperar cuatro a seis

semanas para ver su efectividad y luego de sostener dichas dosis, otros seis a nueve meses después de la recuperación. En la depresión mayor, tanto única como recurrente, todos los antidepresivos son igualmente efectivos, por lo tanto, la escogencia se basa en otras circunstancias.

Las depresiones melancólicas antes llamadas endógenas predicen una buena respuesta al tratamiento farmacológico.

Escogencia del antidepresivo.

La historia farmacológica del paciente es un predictor de respuesta no sólo para este tipo de drogas sino para los psicofármacos en general. Si en un episodio anterior mejoró con un antidepresivo específico, éste será el medicamento de escogencia para iniciar el tratamiento en el episodio actual. La tolerancia previa es también otro factor importante, si el paciente tuvo efectos secundarios severos con un fármaco determinado, éste no debe ser prescrito.

Si esta es la primera vez que se enferma, pero hay antecedentes familiares de enfermedad afectiva, está indicada la droga antidepresiva que ha sido efectiva en un pariente cercano. Parece que aspectos genéticos estuvieran involucrados en subgrupos de enfermedades depresivas y que esas diferencias genéticas tienen influencia en la respuesta al psicofármaco.

Las interacciones medicamentosas de los antidepresivos también pueden contraindicar un fármaco en un paciente dado. Es de suma importancia administrar dosis terapéuticas, no homeopáticas para tratar la depresión.

Duración del ensayo terapéutico.

En pocos casos se observa mejoría antes de dos a tres semanas después de iniciado el tratamiento y generalmente se necesitan de cuatro a seis para la desaparición de los síntomas en los casos exitosos. Por lo tanto, es necesario administrar el antidepresivo por lo menos seis semanas antes de decir que el

ensayo terapéutico fracasó. En la experiencia del autor la mala observación de estas reglas fundamentales es responsable del poco éxito que los médicos generales y algunos psiquiatras tienen en el manejo psicofarmacológico de las depresiones.

Continuación.

Las dosis terapéuticas totales deben ser administradas seis a diez meses después de que el paciente se ha recuperado. La disminución de la dosis que se recomendaba antes o la suspensión prematura del tratamiento, producen una recidiva (reaparición de síntomas de lo que se considera el mismo episodio), en un alto porcentaje de casos.

Antidepresivos tricíclicos y tetracíclicos (ADTT).

Este es el grupo con el que se tiene mayor experiencia en el tratamiento de la depresión. El comienzo insidioso y el retardo psicomotor predicen una buena respuesta a la Imipramina y a la amitriptilina, mientras que los pacientes con agitación psicomotora responden mejor a la amitriptilina.

El tratamiento se inicia, en el caso de la imipramina y la amitriptilina, con una dosis de 25-50 mg diarios y se aumentan 25 mg cada dos o tres días hasta llegar a los 150 mg por día que pueden ser repartidos en dos o tres dosis (en pacientes jóvenes y saludables los 150 mg pueden ser administrados en una dosis única nocturna, para disminuir los efectos secundarios durante el día).

Las dosis terapéuticas deben ser administradas seis a nueve meses después de obtener la recuperación. La duración de un episodio depresivo es de seis a ocho meses, y por lo tanto éste es el tiempo durante el cual el paciente se debe tratar. La interrupción prematura del tratamiento es otra causa frecuente de recidivas y de fracasos terapéuticos.

La suspensión de estos medicamentos debe ser gradual, porque algunos pacientes presentan síndrome de retirada cuando ellas son suspendidas

bruscamente. Éste se manifiesta con náuseas, vómito, irritabilidad, insomnio, malestar general, ansiedad, inquietud motora, sudoración, dolores abdominales, diarrea, cefalea, etc.

Los efectos secundarios más frecuentes de los ADTT son sedación, hipotensión postural y efectos anticolinérgicos tales como sequedad de mucosas, especialmente de la boca, constipación, retención urinaria y dificultades de acomodación visual.

Varían los diferentes tricíclicos en su perfil, así la imipramina es poco sedante, la amitriptilina la más sedante y anticolinérgica, mientras que la desipramina es la menos sedante y anticolinérgica del grupo.

Inhibidores selectivos de la recaptación de la serotonina (ISRS). Muchos autores piensan que este grupo, (o en su lugar la venlafaxina, la mirtazapina, el minalcipran, la reboxetina, o el bupropión) es el de elección para iniciar el tratamiento de la depresión, en especial en los casos moderados o ambulatorios. Los ISRS se caracterizan por inhibir la recaptación de la serotonina más que la de la noradrenalina. En general tienen las mismas indicaciones y efectividad que los antidepresivos tricíclicos. Su mínima afinidad por los receptores muscarínicos, histamínicos H1, alfa uno y dos adrenérgicos, explica su perfil favorable de efectos secundarios. Por sus escasos efectos anticolinérgicos y cardiovasculares, están especialmente indicados en pacientes ancianos, con problemas cardíacos, hipertrofia prostática, asma y glaucoma. Sus efectos secundarios más comunes son náuseas, diarrea, cefalea, disfunciones sexuales, nerviosismo e insomnio.

Los miembros de este grupo bloquean en forma variable algunas enzimas hepáticas del grupo citocromo P450 y por ello pueden afectar el metabolismo de muchos medicamentos. La fluoxetina se inicia con una dosis de 20 mg al desayuno, para minimizar el insomnio; si a las tres semanas no mejora, se aumenta a 40 mg, y de las seis semanas en adelante se puede llegar a 60 u 80

mg si la respuesta no es satisfactoria. En el caso de la sertralina, la misma técnica se inicia con 50 mg y se llega a un máximo de 200 mg diarios. Este medicamento se administra en la cena porque con mayor frecuencia causa somnolencia. La fluvoxamina se inicia con 100 mg por la noche y se puede aumentar hasta 200 mg. La paroxetina se inicia con 20 mg y se puede llegar hasta los 60 mg. Puede producir más sequedad de la boca y somnolencia que los anteriores. El citalopram se usa en dosis de 40 a 60 mg. Es muy bien tolerado por los ancianos. El mantenimiento y el tratamiento profilácticos son similares a los recomendados en los tricíclicos.

Inhibidores selectivos de la recaptación de la noradrenalina (ISRNA).

Reboxetina.

Es un inhibidor selectivo de la recaptación de la noradrenalina. Es útil en todas las depresiones y especialmente en las que presentan inhibición o retardo sicomotor. Dosis terapéutica 4 a 12 mg en dos administraciones.

Inhibidores de la Monoaminoxidasa (IMAO).

Son tan efectivos como los ADTT en la depresión mayor. Los IMAO están indicados en los pacientes unipolares que no tuvieron una buena respuesta con los tricíclicos, en aquellos cuyos familiares responden bien a los IMAO. Son superiores a los ADTT en las depresiones “atípicas”. Éstas se caracterizan por niveles altos de ansiedad, rasgos fóbicos, hipocondríacos y obsesivo-compulsivos. En lugar de insomnio tardío y anorexia pueden presentar hipersomnias e hiperfagia. La moclobemida se inicia con dosis de 450mg al día y se puede llegar hasta 600 mg. No requiere dieta especial por ser de acción reversible. Con los irreversibles se debe iniciar el tratamiento con la dosis inferior y rápidamente llegar al promedio. En el caso de la tranilcipromina, se inicia con 10 mg, se aumenta diariamente de acuerdo con la tolerancia del paciente hasta llegar a los 30 mg.

Curso y evolución.

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

Peor aún, aproximadamente el 20% se pueden volver crónicas con dos años o más de duración continua.¹

1. R.J.Toro, L.E. Yepes y C.A. Palacio. Trastornos. Trastornos depresivos. L.E. Yepes y C.A. Palacio(Eds). Psiquiatría (pág. 168-186);

IV. HIPOTESIS

“Los pacientes con enfermedades crónico - degenerativas que consultan en UCSF San Ignacio y UCSF San Julián en el periodo de abril a junio de 2017 tienen trastornos de ansiedad o trastornos depresivos o de tipo mixto”.

V. DISEÑO METODOLOGICO.

5.1 Tipo de investigación:

Investigación médica de tipo descriptivo transversal no experimental de variable cuantitativa.

5.2 Periodo de investigación:

El periodo en que se llevó a cabo la investigación fue de abril a junio de año 2017.

5.3 Universo:

El universo fueron 100 personas que padecen alguna enfermedad crónica degenerativa y que consultaron en UCSF San Ignacio y UCSF San Julián hasta el mes de junio 2017.

5.4 Muestra:

La muestra estuvo representada por el universo, 100 pacientes, 50 por cada establecimiento que consultaron en el periodo de abril a junio de 2017 en las UCSF San Ignacio y UCSF San Julián.

5.4.1 Criterios de inclusión:

- Ser una persona diagnosticada con alguna enfermedad crónica degenerativa (HTA-C, diabetes, dislipidemia, EPOC, artritis reumatoidea, enfermedad renal crónica, entre otras) con edad de 40-80 años.
- Que pertenezca al área geográfica que corresponde según UCSF San Ignacio y UCSF San Julián.
- Que consulte en las UCSF San Ignacio y San Julián por control dispensarial, por retiro de medicamentos que regularmente se utilizan para el manejo de sus enfermedades o por comorbilidades relacionadas o no a sus patologías de base.

5.4.2 Criterios de exclusión:

- Que no corresponda al área geográfica correspondiente a UCSF San Ignacio y San Julián.
- Paciente menor de 40 años de edad y mayor de 80 años de edad.
- Paciente que haya sido diagnosticado por médico especialista con trastorno fóbico, reacción al estrés agudo y trastorno de pánico.

5.5 Variables

5.5.1 Variable dependiente:

- Trastornos de ansiedad y depresión.

5.5.2 Variables independientes:

- Edad.
- Sexo.
- Estado civil.
- Nivel académico.
- Procedencia.
- Religión.
- Enfermedades crónico-degenerativas.

5.6 Operacionalización de variables.

Variable	Definición	Valor	Indicador	Fuente
Edad	Tiempo transcurrido a partir del nacimiento de un individuo Cada uno de los periodos en que se considera dividida la vida humana.	Ordinal	- 40 – 49 años - 50 – 59 años - 60 – 69 años - 70 – 79 años - 80 años	Entrevista
Sexo	Condición orgánica, masculino o femenino, de los organismos que se reproducen de manera sexual.	Nominal	- Masculino - Femenino	Entrevista
Nivel Académico	Grado o nivel de estudios realizados y completados por una persona en una institución educativa oficial.	Ordinal	-Preescolar -Primaria -Básica -Media -Superior no universitaria Superior Universitaria	Entrevista
Nivel Socio-económico	Medida total económico y sociológico combinada de la preparación laboral de una persona y de la posición económica y social individual o familiar en relación a otras personas, basada en sus ingresos, educación, y empleo.	Ordinal	Baja Media Alta	Entrevista
Procedencia	Origen, principio de donde nace o se deriva algo.	Nominal	Rural Urbana	Entrevista

Religión	Es un sistema cultural de comportamientos y prácticas, cosmovisiones, ética y organización social, que relaciona la humanidad a una categoría existencial.	Nominal	Católico Protestante Testigo de Jehová Mormón Adventista otras	Entrevista
Enfermedad crónico-degenerativa	Afecciones de larga duración y por lo general, de progresión lenta.	Nominal	Diabetes Hipertensión Arterial Dislipidemia Otras	Entrevista

5.7 Fuentes de información.

Se obtuvo de una fuente información primaria se utilizó una entrevista estructurada por medio de un cuestionario o test de Hamilton el cual contiene 19 preguntas

5.8 Técnicas de obtención de información:

La información se obtuvo de los pacientes con enfermedad crónico-degenerativa que consultaron en la UCSF San Ignacio y UCSF San Julián por comorbilidad y por control y que fueron atendidos por los investigadores, en el mes de abril-junio de 2017, y en quienes cumplieron con los criterios de inclusión y exclusión.

La técnica que se utilizó para la recolección de datos es la entrevista y el instrumento que se utilizó es el cuestionario con preguntas directas y opción múltiple, así como la utilización de test de Hamilton que consiste en 19 preguntas y está estructurado de la siguiente manera:

- 1- Datos generales.
- 2- Indicaciones
- 3- Factores sociales.
- 4- Factores económicos.

En los ítems 1, 2, 3, 5, 6, 8, 12, 13, 17,19 se evalúa los criterios del DSMIV para el diagnóstico de trastorno depresivo.

En los ítems 4, 7, 10, 11, 12, 14, 16,18 se evalúa los criterios del DSM IV para el diagnóstico de trastorno de ansiedad.

5.9 Herramientas para obtención de información:

La herramienta que se utilizó para la obtención de la información es el cuestionario del Test de Hamilton.

5.10 Procesamiento y análisis de información:

Primero se tabularon todos los datos obtenidos en la entrevista estructurada mediante la técnica de Palotes, posteriormente se realizó el análisis de resultados.

Los resultados se presentaron a través de un análisis estadístico descriptivo y se procesaron a través de tablas de distribución de frecuencias con sus respectivos porcentajes trabajadas en los programas de Microsoft Word y Excel 2016.

El análisis de los resultados con la presentación de tablas y gráficos de barra.

5.11 Mecanismo de confidencialidad y resguardo de los datos.

Mecanismos de confidencialidad para la entrevista.

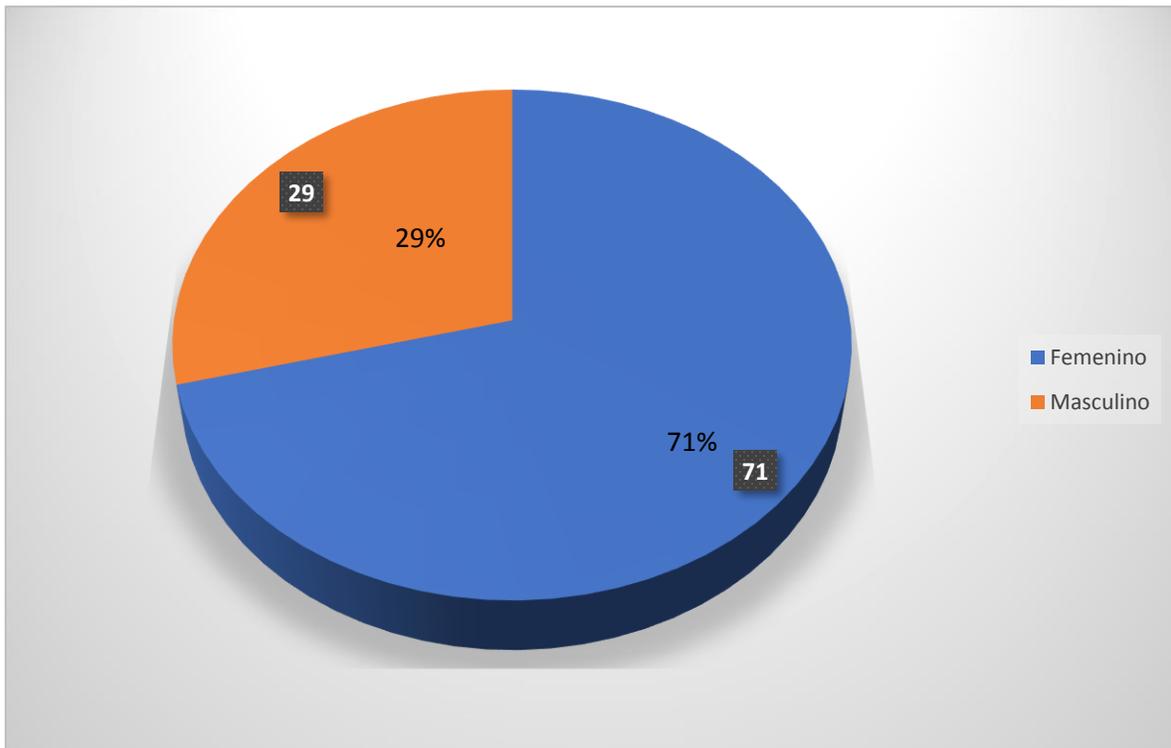
Se proporcionó el instrumento (*test de Hamilton*) de manera individual y privada, previa explicación y consentimiento verbal, a cada paciente dentro del consultorio en el momento de la consulta, para asegurar la privacidad de la información proporcionada.

Resguardo de los datos.

Los resultados del instrumento que se pasó a cada paciente fueron resguardados por los investigadores por un periodo de 2 años posterior a lo cual serán eliminados. La base de datos quedara resguardada en la Universidad de El Salvador donde serán entregadas tres copias.

VI. RESULTADOS

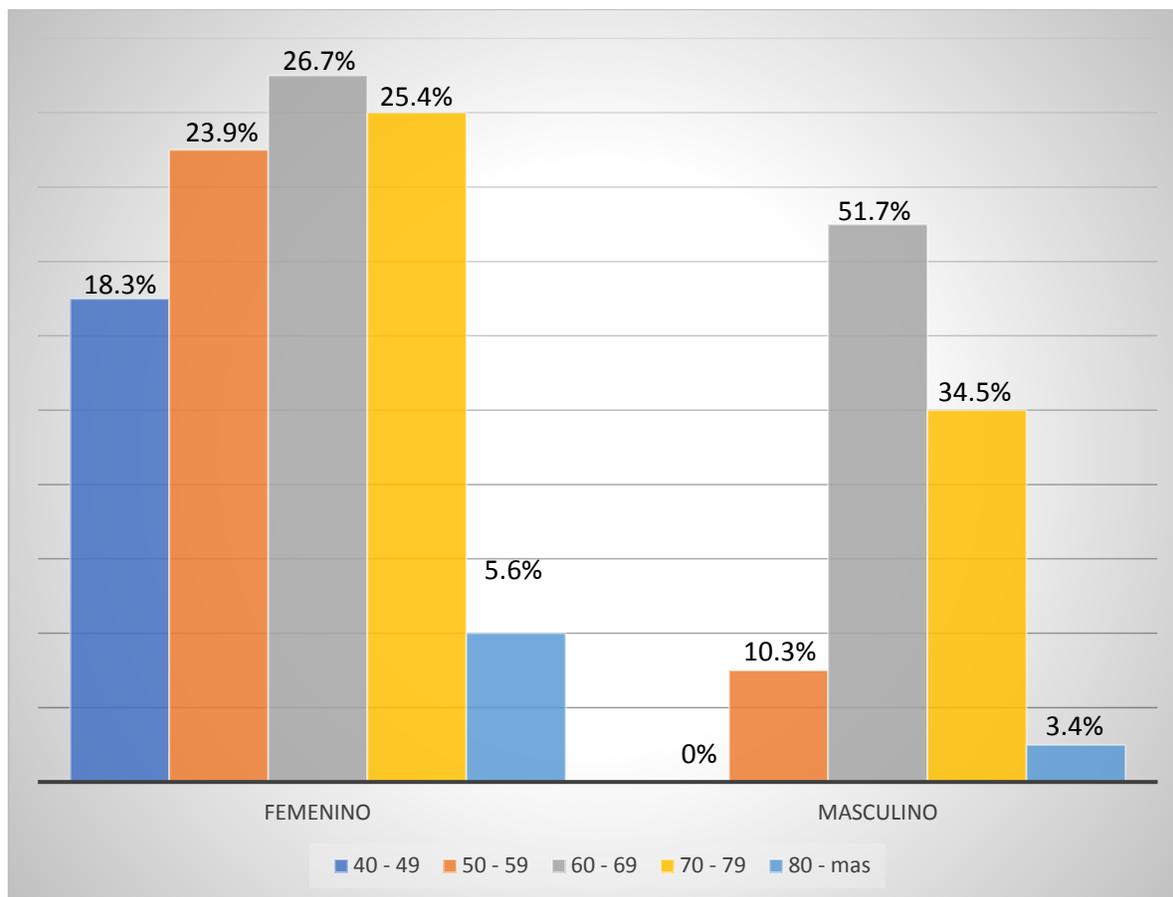
Grafico No. 1: Total de pacientes entrevistados.



Fuente: Cuestionario de ansiedad y depresión de Hamilton. Prevalencia de trastornos de ansiedad y depresión en pacientes de 40 a 80 años con enfermedades crónico-degenerativas que consultan en UCSF - San Julián y UCSF - San Ignacio durante el periodo de abril a junio 2017.

Los resultados obtenidos y mostrados en el gráfico indican que en la mayoría de la consulta, 71 de los 100 pacientes son mujeres y 29 de los pacientes pertenecen al sexo masculino

Grafico No. 2: Consulta según grupos etarios para ambos sexos.

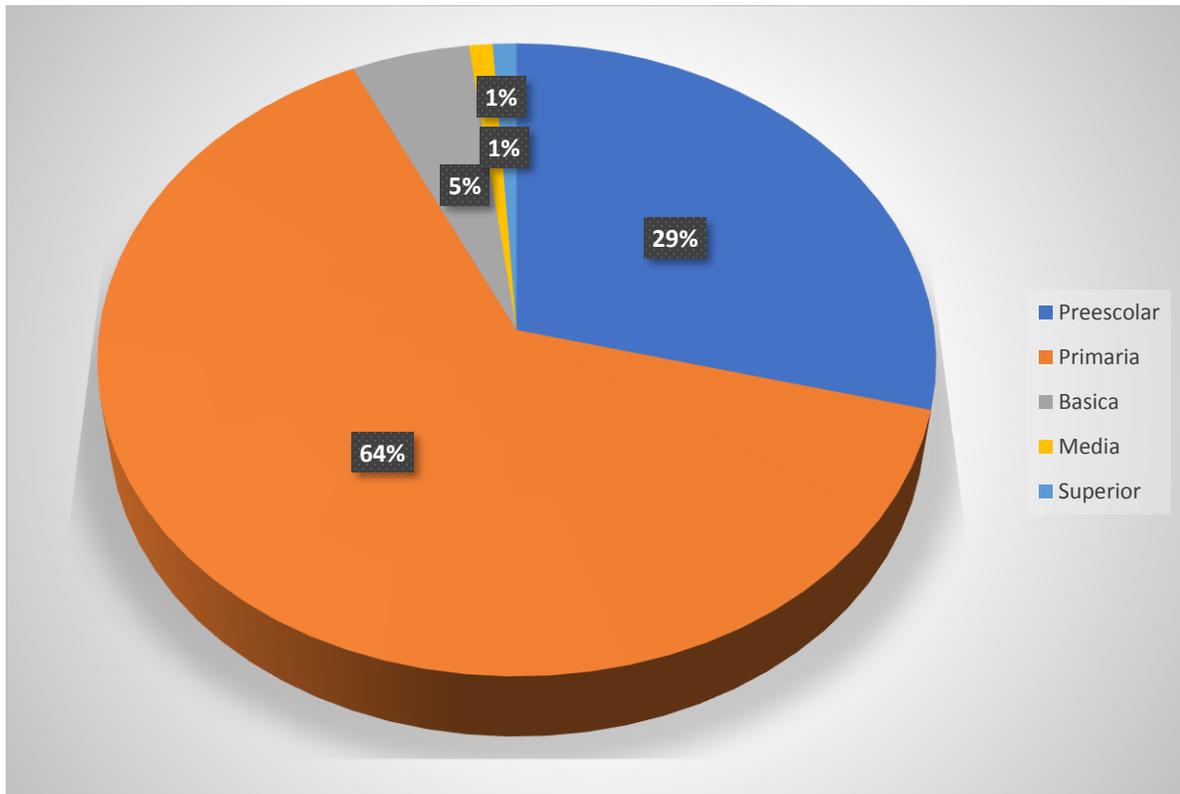


Fuente: Cuestionario de ansiedad y depresión de Hamilton. Prevalencia de trastornos de ansiedad y depresión en pacientes de 40 a 80 años con enfermedades crónico-degenerativas que consultan en UCSF - San Julián y UCSF - San Ignacio durante el periodo de abril a junio 2017.

De acuerdo con los resultados y el grafico el 26.7% de la consulta en el sexo femenino se encuentra en el rango de edad de 60 a 69 años, y en el sexo masculino, el 51.7% de la consulta corresponde al mismo rango de edad.

En el rango de edad de los 70 a 79 años 18% represento a consulta en el sexo femenino y 10% en el sexo masculino, siendo el rango de 60 a 69 años el que mayor frecuencia registra. Además, en el rango de 50 a 59 años, la consulta es predominantemente en el sexo femenino, y que los pacientes masculinos de 40 a 49 años tienen nula asistencia según los resultados de la investigación.

Grafico No. 3: Nivel educativo de los pacientes entrevistados.

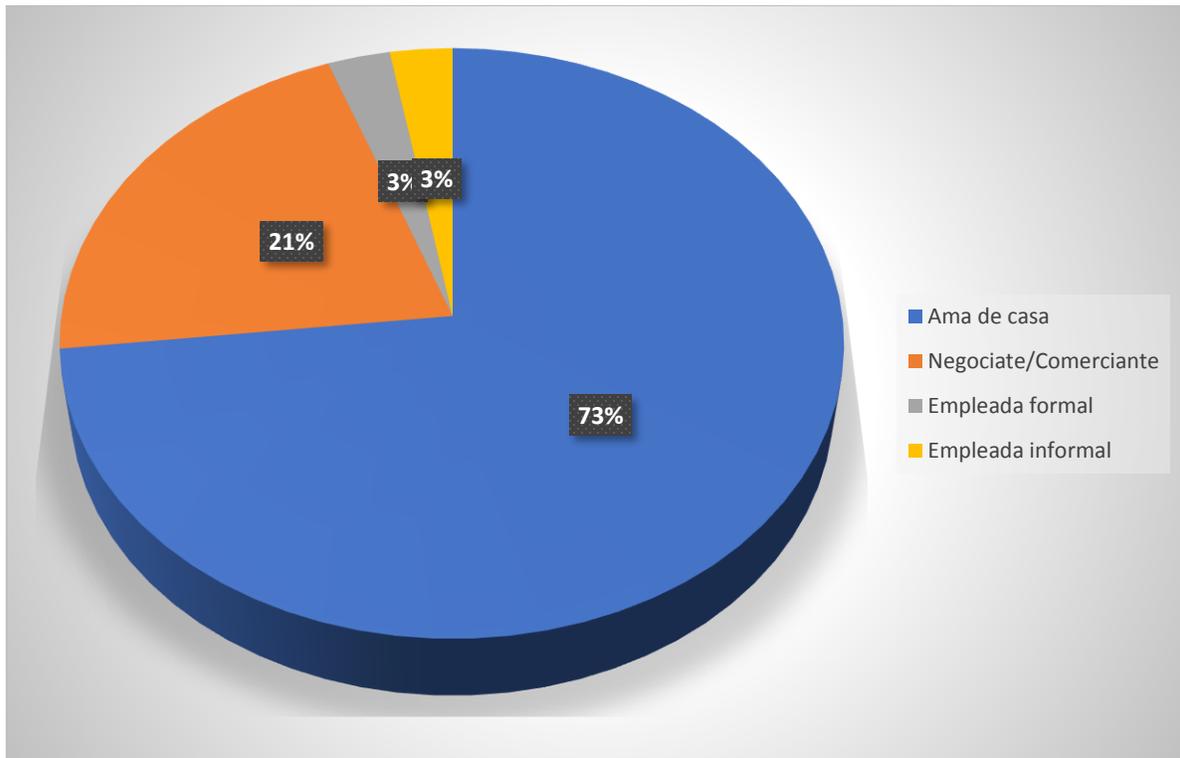


Fuente: Cuestionario de ansiedad y depresión de Hamilton. Prevalencia de trastornos de ansiedad y depresión en pacientes de 40 a 80 años con enfermedades crónico-degenerativas que consultan en UCSF - San Julián y UCSF - San Ignacio durante el periodo de abril a junio 2017.

Los resultados indican que la mayoría de los pacientes entrevistados (64%) tienen un nivel educativo de primaria, el 29% no asistió a la escuela, un 5% cuenta con un nivel básico, el 1% con nivel medio y ninguno posee nivel superior.

Según se puede observar, el nivel educativo de la población estudiada solamente alcanza el nivel primario, con un porcentaje de pacientes que no asistieron a la escuela, además de un mínimo porcentaje de pacientes con un nivel básico y medio y ningún paciente con un nivel educativo superior.

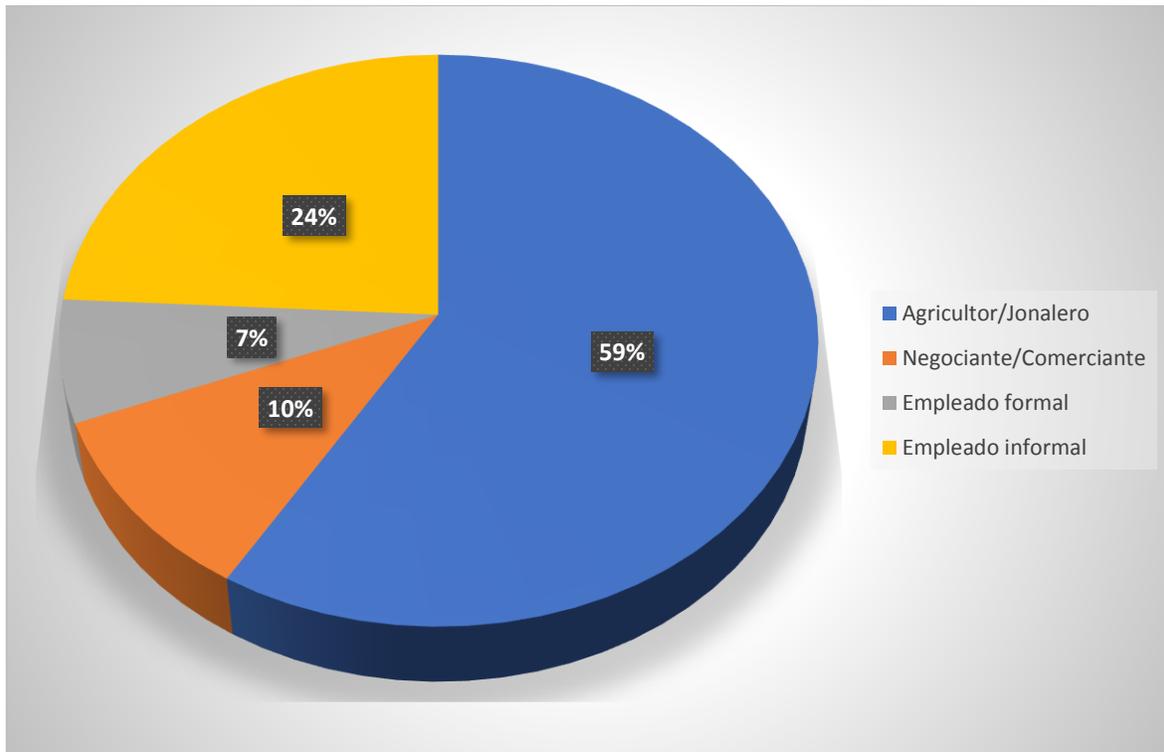
Grafico No.4: Ocupación en el sexo femenino.



Fuente: Cuestionario de ansiedad y depresión de Hamilton. Prevalencia de trastornos de ansiedad y depresión en pacientes de 40 a 80 años con enfermedades crónico-degenerativas que consultan en UCSF - San Julián y UCSF - San Ignacio durante el periodo de abril a junio 2017.

Según los resultados de la investigación, la mayoría de las pacientes se dedican a las labores del hogar pues el 73% de ellas son amas de casa; un buen porcentaje de ellas se dedica al comercio informal principalmente, pues el 21% de ellas refiere ser negociante/comerciante; solamente un 3% de las pacientes refiere tener un empleo informal y el otro 3% empleo formal.

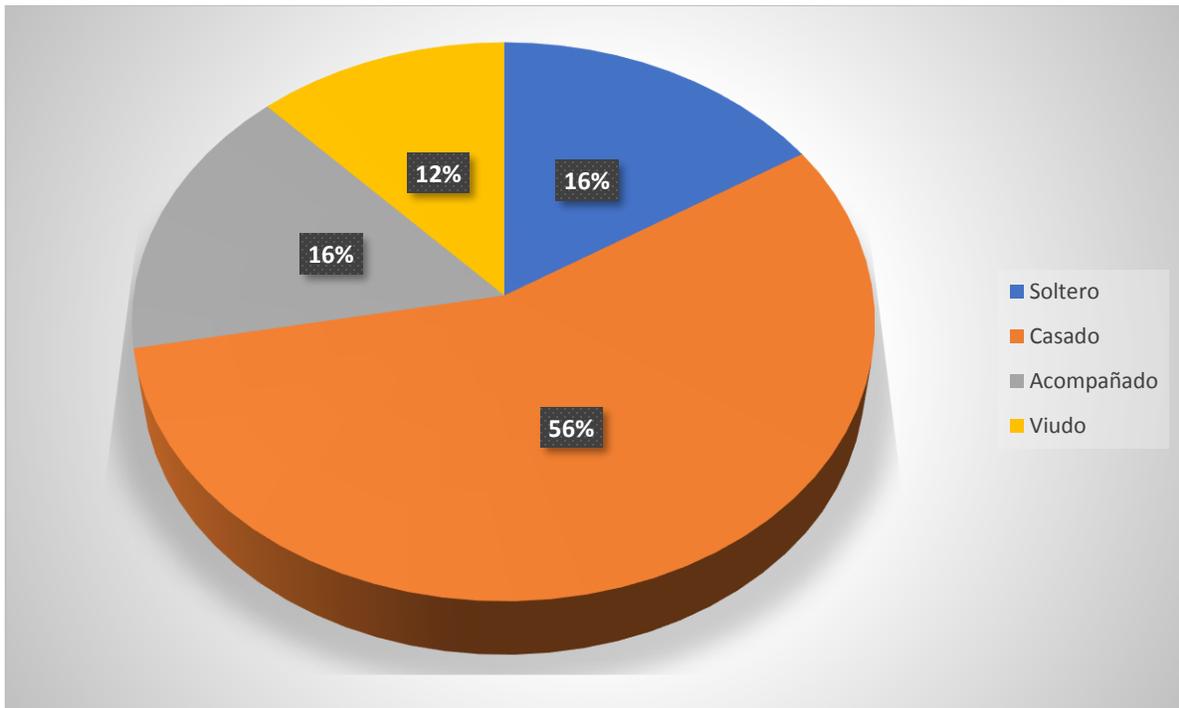
Grafico No. 5: Ocupación en el sexo masculino.



Fuente: Cuestionario de ansiedad y depresión de Hamilton. Prevalencia de trastornos de ansiedad y depresión en pacientes de 40 a 80 años con enfermedades crónico-degenerativas que consultan en UCSF - San Julián y UCSF - San Ignacio durante el periodo de abril a junio 2017.

Según los resultados, la mayoría de los pacientes se dedican a las labores agrícolas, pues el 59% de ellos refieren ser agricultores, jornaleros o ambos oficios; en segundo lugar, 24% de ellos dicen dedicarse a diversas labores como conductores, albañilería, carpintería y otras; hay un 10% de pacientes que refieren dedicarse a la venta de algunos productos de manera ambulante y unos que poseen su propio negocio; por último, hay un 7% de ellos que cuentan con un trabajo formal.

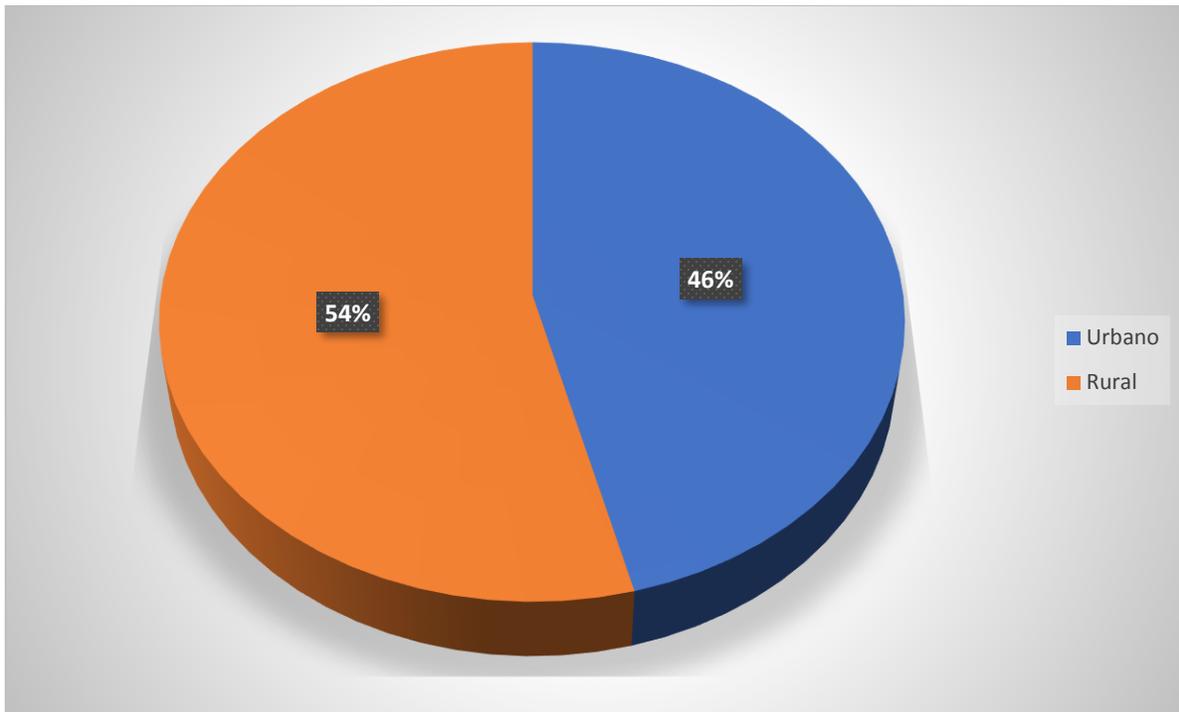
Gráfico No. 6: Estado civil de los pacientes entrevistados.



Fuente: Cuestionario de ansiedad y depresión de Hamilton. Prevalencia de trastornos de ansiedad y depresión en pacientes de 40 a 80 años con enfermedades crónico-degenerativas que consultan en UCSF - San Julián y UCSF - San Ignacio durante el periodo de abril a junio 2017.

De acuerdo con el gráfico, la mayoría de los pacientes entrevistados en el estudio están casados, 56% de ellos; para los pacientes solteros y acompañados los porcentajes son iguales, 16% para ambos; por último, hay un 12% de ellos que están viudos.

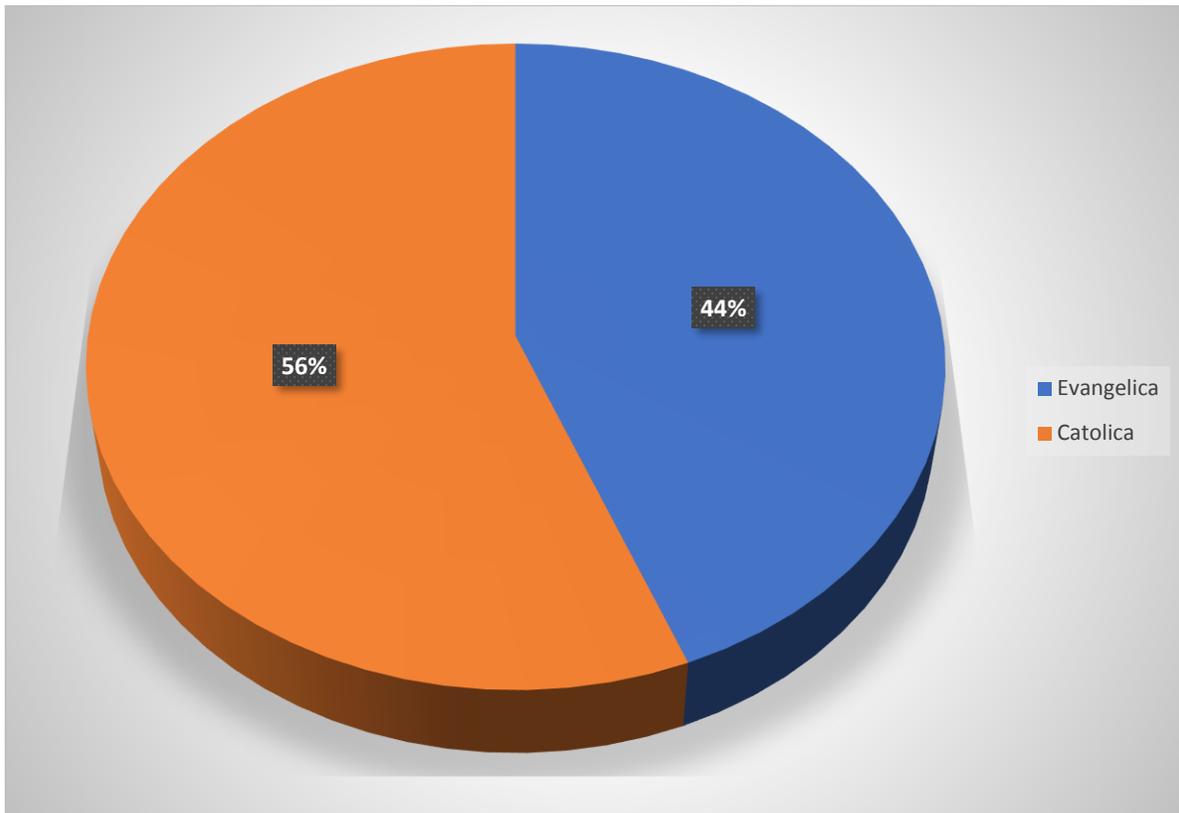
Grafico No. 7: Procedencia de los pacientes entrevistados.



Fuente: Cuestionario de ansiedad y depresión de Hamilton. Prevalencia de trastornos de ansiedad y depresión en pacientes de 40 a 80 años con enfermedades crónico-degenerativas que consultan en UCSF - San Julián y UCSF - San Ignacio durante el periodo de abril a junio 2017.

Según los resultados, hay una mayor cantidad de pacientes procedentes de la zona rural, un 54% de ellos frente un 46% de los pacientes proceden del área Urbana.

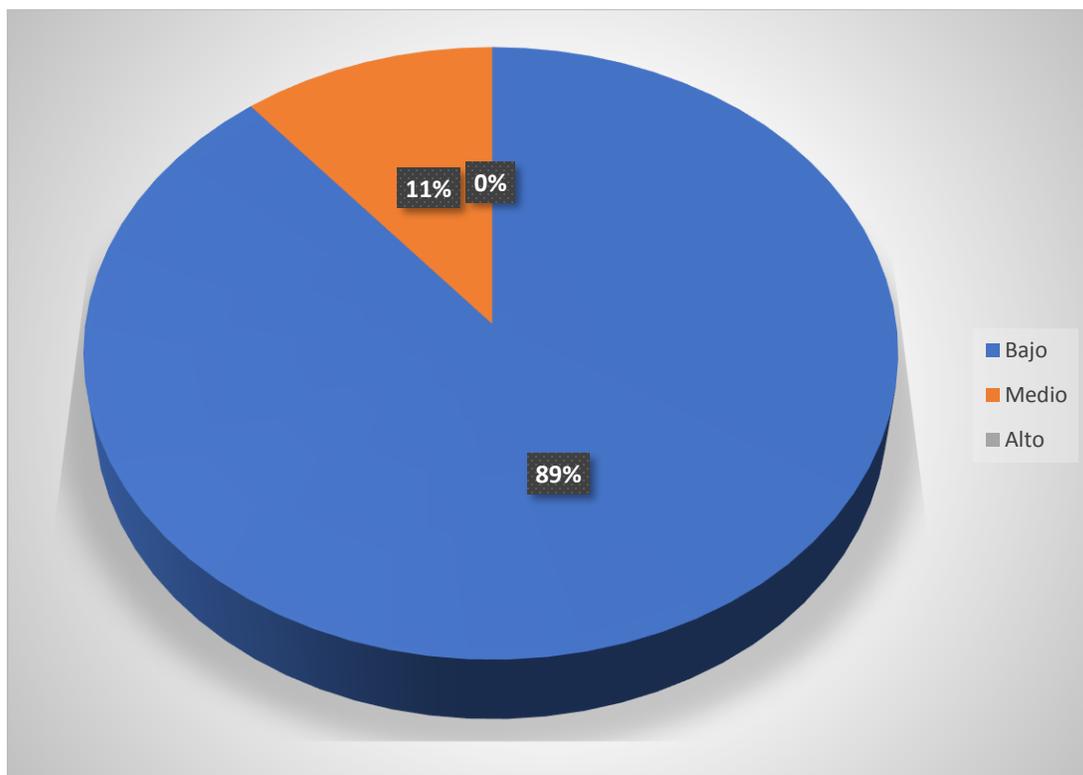
Grafico No. 8: Denominación religiosa de los pacientes entrevistados.



Fuente: Cuestionario de ansiedad y depresión de Hamilton. Prevalencia de trastornos de ansiedad y depresión en pacientes de 40 a 80 años con enfermedades crónico-degenerativas que consultan en UCSF - San Julián y UCSF - San Ignacio durante el periodo de abril a junio 2017.

El 54% de los pacientes refiere pertenecer a la religión católica y el 46% de ellos manifiesta pertenecer a la religión evangélica, no encontrando pacientes que pertenezcan a otras religiones.

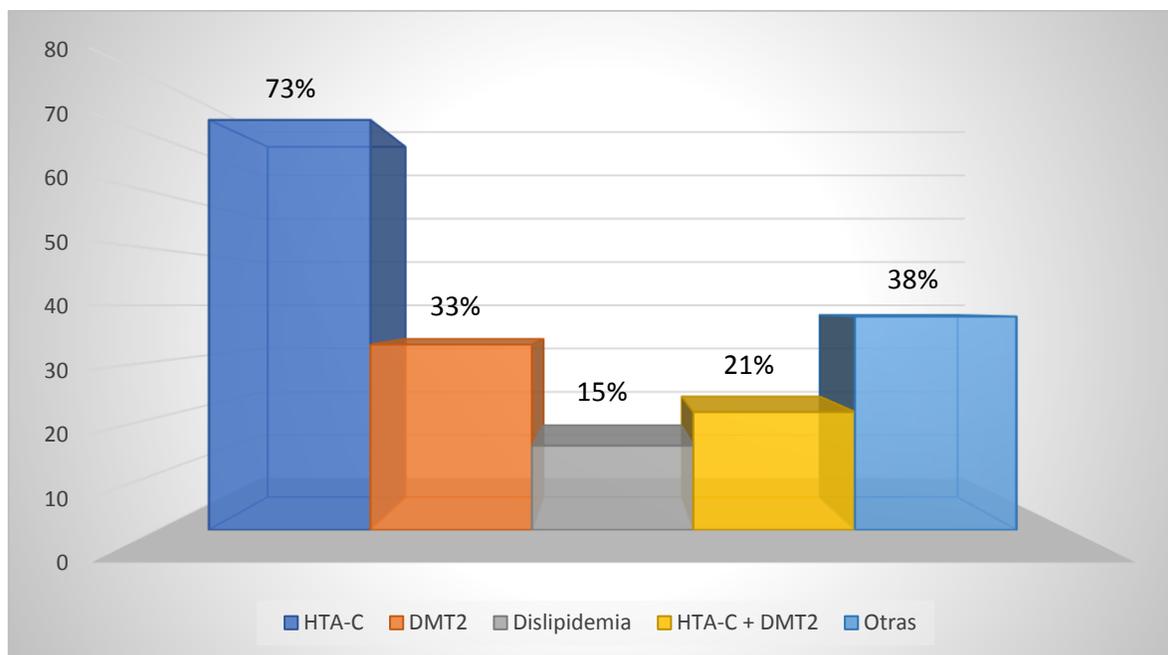
Grafico No. 9: Nivel económico de los pacientes entrevistados.



Fuente: Cuestionario de ansiedad y depresión de Hamilton. Prevalencia de trastornos de ansiedad y depresión en pacientes de 40 a 80 años con enfermedades crónico-degenerativas que consultan en UCSF - San Julián y UCSF - San Ignacio durante el periodo de abril a junio 2017.

El 89% de los pacientes entrevistados se encuentra en un nivel económico bajo, un 11% en un nivel económico medio.

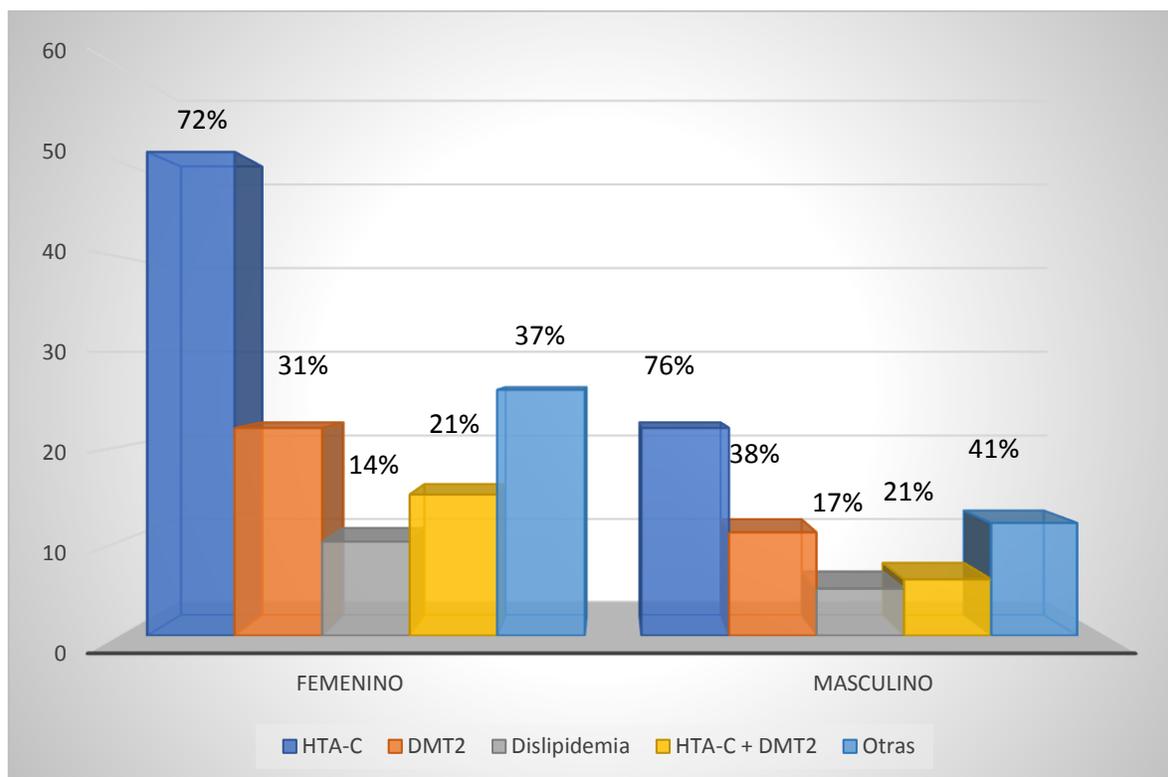
Grafico No. 10: Prevalencia de las diferentes enfermedades crónicas-degenerativas en el total de los pacientes entrevistados.



Fuente: Cuestionario de ansiedad y depresión de Hamilton. Prevalencia de trastornos de ansiedad y depresión en pacientes de 40 a 80 años con enfermedades crónico-degenerativas que consultan en UCSF - San Julián y UCSF - San Ignacio durante el periodo de abril a junio 2017.

De acuerdo a los resultados de la investigación, la HTA-C es la enfermedad con mayor prevalencia en la población estudiada, pues el 73% de los pacientes entrevistados la presentan; en segundo lugar se encuentra la DMT-2, la cual esta presente en el 33% de los pacientes; la dislipidemia está en un 15% de la población estudiada, además, hay un 21% de pacientes que simultáneamente padecen tanto de HTA-C y DMT-2; por último, hay un significativo número de pacientes que padecen de otras afecciones crónicas (EPOC, Artritis crónica, Enfermedad renal crónica, entre otras), representando un 38% del total de los pacientes.

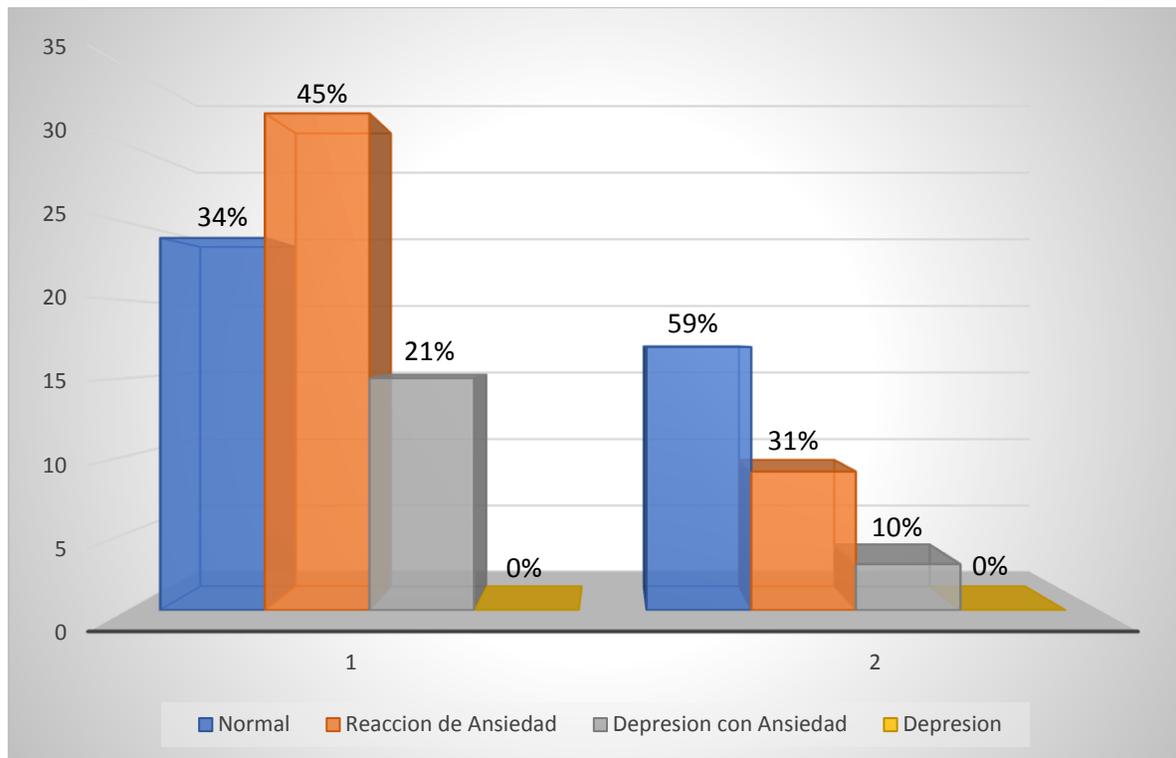
Grafico No. 11: Frecuencias de las diferentes enfermedades crónicas no transmisibles en los pacientes entrevistados de ambos sexos.



Fuente: Cuestionario de ansiedad y depresión de Hamilton. Prevalencia de trastornos de ansiedad y depresión en pacientes de 40 a 80 años con enfermedades crónico-degenerativas que consultan en UCSF - San Julián y UCSF - San Ignacio durante el periodo de abril a junio 2017.

Según los resultados, la HTA-C es la patología más frecuente encontrada en ambos sexos, con el 72% en el sexo femenino y un 76% del sexo masculino; le sigue la DMT-2, con un 31% en las mujeres y un 38% en los hombres; la dislipidemia se encuentra en un 14% de las mujeres y en 17% de los hombres; los pacientes que tienen tanto HTA-C y DMT-2 de manera simultánea representan el 21% en ambos sexos; por último, las otras afecciones crónicas (EPOC, Artritis crónica, Enfermedad renal crónica, entre otras), representan un 37% en las mujeres y un 41% en los hombres.

Grafico No. 12: Resultados del test de Hamilton en ambos sexos.

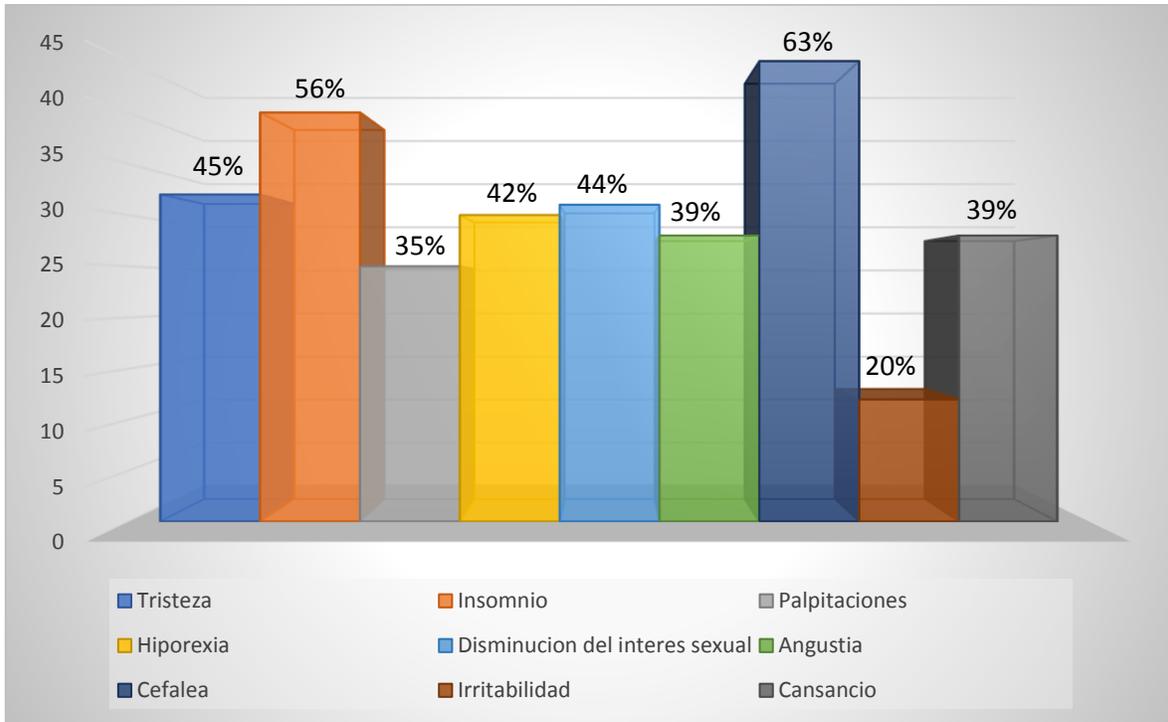


Fuente: Cuestionario de ansiedad y depresión de Hamilton. Prevalencia de trastornos de ansiedad y depresión en pacientes de 40 a 80 años con enfermedades crónico-degenerativas que consultan en UCSF - San Julián y UCSF - San Ignacio durante el periodo de abril a junio 2017.

De las 71 pacientes femeninas entrevistadas, 24 resultaron normal, representando el 34%, con reacción de ansiedad 32 de ellas, que es un 45%, depresión con ansiedad 14, que es el 21%, y no se encontraron pacientes con depresión.

De los 29 pacientes masculinos entrevistados, 17 resultaron normal, representando el 59%, 9 con Reacción de Ansiedad, que es un 31%, Depresión con Ansiedad 3, siendo el 10%, y 0 pacientes con Depresión.

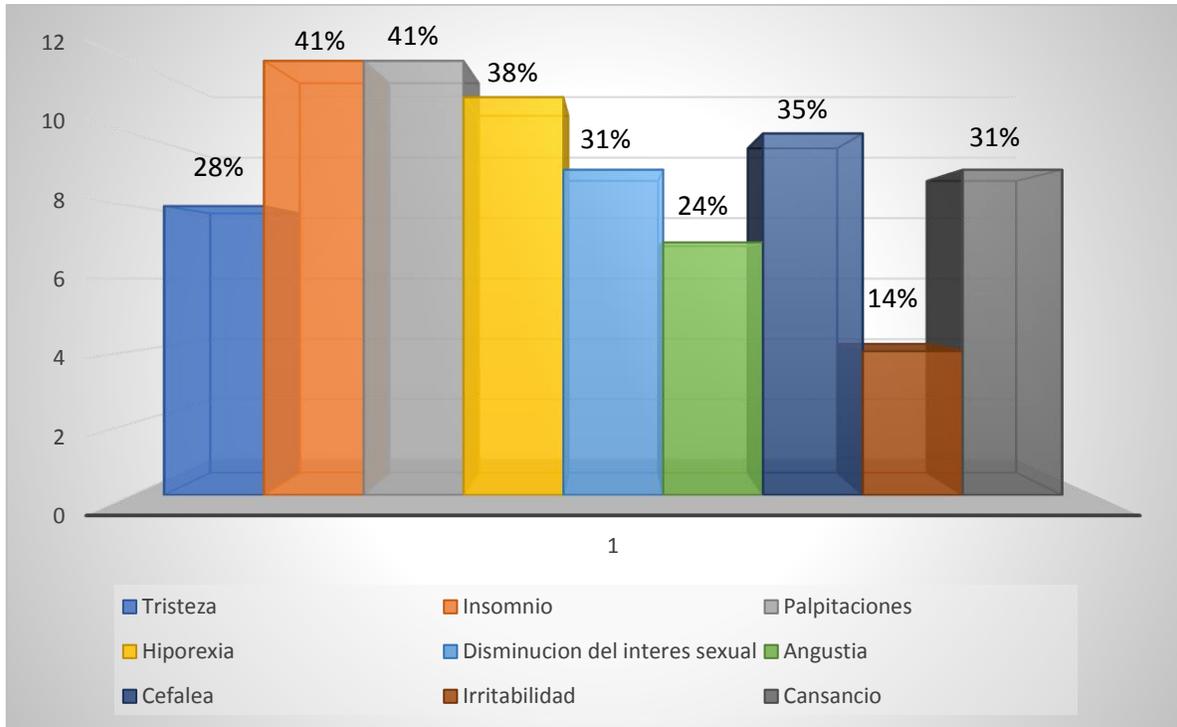
Gráfico No. 13: Manifestaciones principales encontradas en las mujeres entrevistadas.



Fuente: Cuestionario de ansiedad y depresión de Hamilton. Prevalencia de trastornos de ansiedad y depresión en pacientes de 40 a 80 años con enfermedades crónico-degenerativas que consultan en UCSF - San Julián y UCSF - San Ignacio durante el periodo de abril a junio 2017.

Según los resultados, el síntoma que con más frecuencia refieren las mujeres es la cefalea, 45 de ellas que representa el 63%, seguido del insomnio con 40 que es un 56%, tristeza con 32 que es el 45%, disminución del interés sexual 31 que es el 44%, hiporexia 30 que es el 42%, angustia y cansancio con 28 cada uno que es un 39%, palpitaciones 25 que es el 35% y por último irritabilidad con 12 que es un 20%.

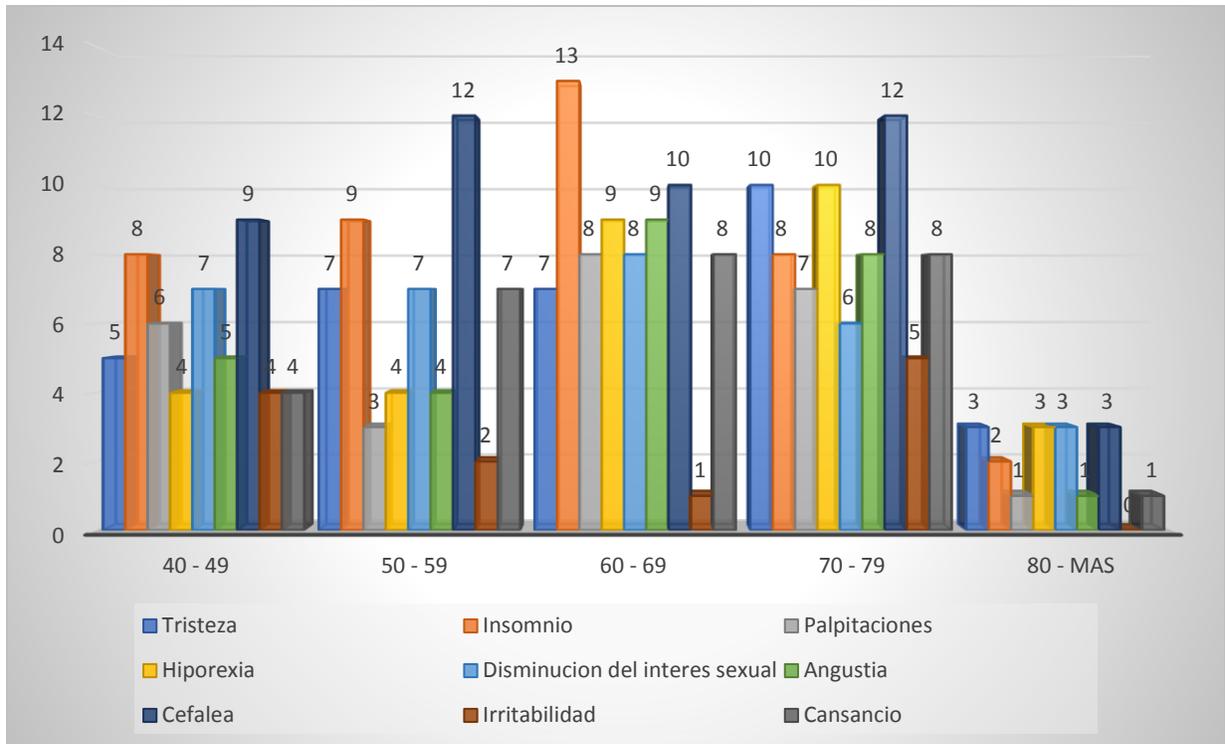
Grafico No. 14: Manifestaciones principales encontradas en los hombres entrevistados.



Fuente: Cuestionario de ansiedad y depresión de Hamilton. Prevalencia de trastornos de ansiedad y depresión en pacientes de 40 a 80 años con enfermedades crónico-degenerativas que consultan en UCSF - San Julián y UCSF - San Ignacio durante el periodo de abril a junio 2017.

Insomnio y palpitaciones son los síntomas que con mayor frecuencia aparecen en los hombres, 12 para cada uno, que representa el 41%, en Segundo lugar, se ubica la hiporexia con 11 que es un 38%, cefalea con 10 que es el 35%, cansancio y disminución del interés sexual ambos con 9 que es el 31%, tristeza 8 que es el 28%, angustia 7 que es el 24%, irritabilidad 4 que es el 14%.

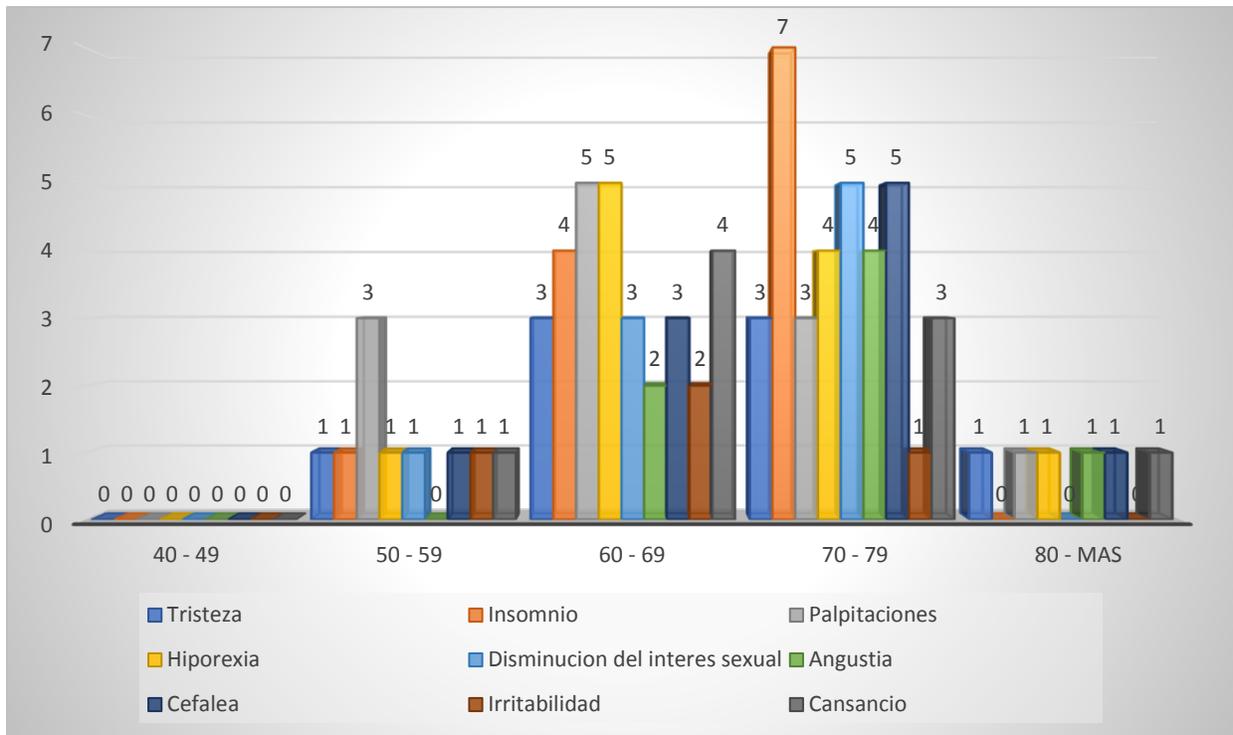
Gráfico No. 15: Síntomas principales encontrados en las pacientes entrevistadas según los diferentes grupos etarios.



Fuente: Cuestionario de ansiedad y depresión de Hamilton. Prevalencia de trastornos de ansiedad y depresión en pacientes de 40 a 80 años con enfermedades crónico-degenerativas que consultan en UCSF - San Julián y UCSF - San Ignacio durante el periodo de abril a junio 2017.

Según los resultados, la cefalea es el síntoma predominante en los grupos de 40 a 49, 50 a 59 y 70 a 79 años, con el 31%, 41% y 41% respectivamente, en el grupo de 60 a 69 años de edad es el insomnio el síntoma que más frecuencia registra con 13 de las 19 de ellas que es el 68.4% de ese grupo.

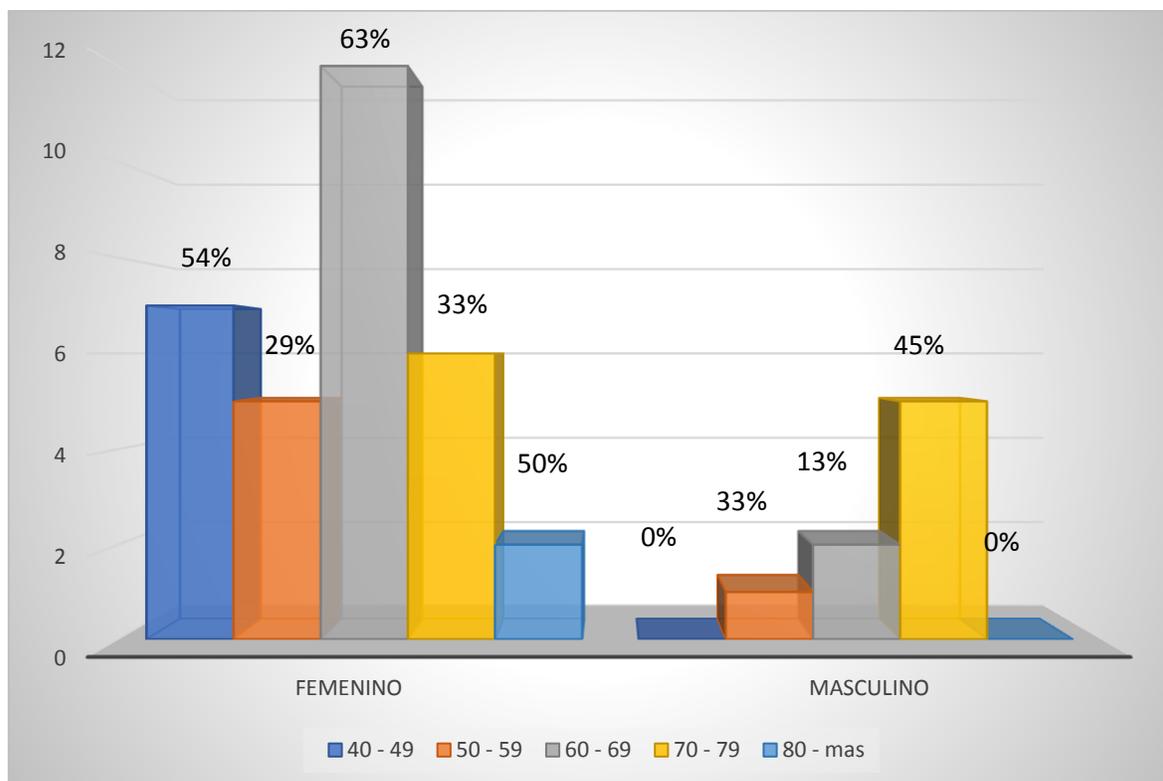
Grafico No. 16: Síntomas principales encontrados en los pacientes entrevistados según los diferentes grupos etarios.



Fuente: Cuestionario de ansiedad y depresión de Hamilton. Prevalencia de trastornos de ansiedad y depresión en pacientes de 40 a 80 años con enfermedades crónico-degenerativas que consultan en UCSF - San Julián y UCSF - San Ignacio durante el periodo de abril a junio 2017.

Según los datos obtenidos, en el grupo de 50 a 59 años las palpitaciones es el síntoma predominante con 3 de los 3 tres pacientes de ese grupo, representando al 100% de ellos; en el grupo de 60 a 69 años de edad son las palpitaciones y la hiporexia los síntomas más frecuentes con una frecuencia de 5 para ambos síntomas de los 15 pacientes de este grupo, que es un 33.3%; en el grupo de 70 a 79 años el síntoma que mayor frecuencia registra es el insomnio, con 7 de los 10 pacientes de ese grupo, que es un 70% de ellos.

Grafico No. 17: Frecuencia de Reacción de Ansiedad para los diferentes grupos etarios de ambos sexos.

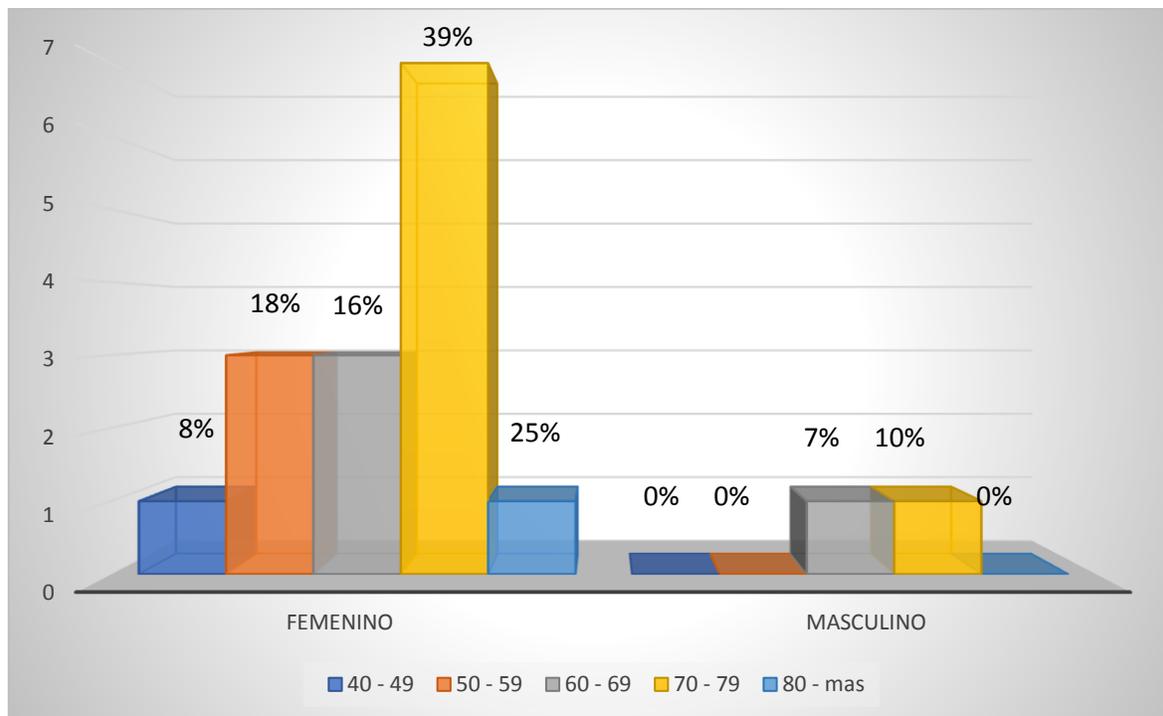


Fuente: Cuestionario de ansiedad y depresión de Hamilton. Prevalencia de trastornos de ansiedad y depresión en pacientes de 40 a 80 años con enfermedades crónico-degenerativas que consultan en UCSF - San Julián y UCSF - San Ignacio durante el periodo de abril a junio 2017.

En las mujeres de 40 a 49 años 7 de las 13 presentan Reacción de Ansiedad, que es un 54%; en el grupo de 50 a 59, 5 de las 17 presentan reacción de ansiedad, que es el 29%; en el grupo de 60 a 69 años 12 de las 19 pacientes de la muestra presentaron reacción de ansiedad, siendo el 63%; en el grupo de 70 a 79 años, 6 de las 18 entrevistadas resultaron con este trastorno, que es el 33% y el en grupo de 80 años y más, 2 de las 4 presentaron este trastorno, que es el 50% de ellas.

En los hombres de 50 a 59 años, 1 de los 3 presento el trastorno, que es el 33%; del grupo de 60 a 69 años 2 de los 15 pacientes presento reacción de ansiedad, que es el 13%; en el grupo de 70 a 79 años, 5 de los 11 presentaron el trastorno que es el 45% de ellos.

Gráfico No. 18: Frecuencia de Depresión con Ansiedad para los diferentes grupos etarios de ambos sexos.

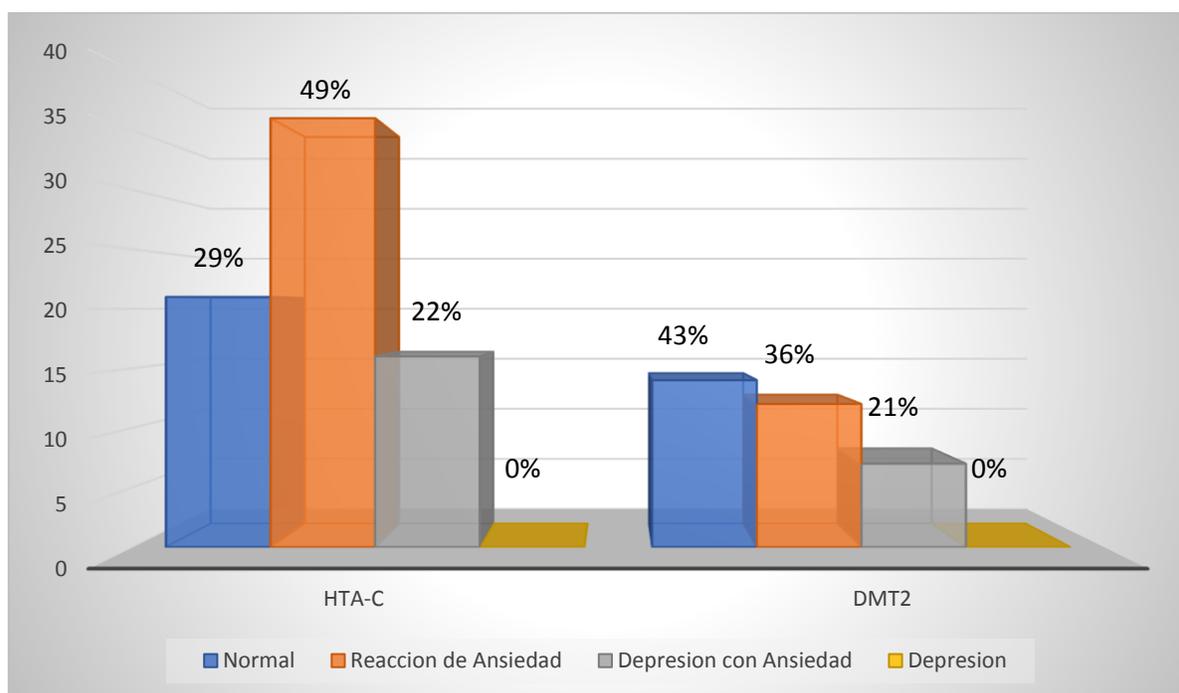


Fuente: Cuestionario de ansiedad y depresión de Hamilton. Prevalencia de trastornos de ansiedad y depresión en pacientes de 40 a 80 años con enfermedades crónico-degenerativas que consultan en UCSF - San Julián y UCSF - San Ignacio durante el periodo de abril a junio 2017.

En las mujeres de 40 a 49 años 1 de las 13 presentan reacción de ansiedad, que es un 8%; en el grupo de 50 a 59, 3 de las 17 presentan reacción de ansiedad, que es el 18%; en el grupo de 60 a 69 años 3 de las 19 presentaron reacción de ansiedad, siendo el 18%; en el grupo de 70 a 79 años, 7 de las 18 entrevistadas resultaron con este trastorno, que es el 39% y el en grupo de 80 años y más, 1 de las 4 presentaron este trastorno, que es el 25% de ellas.

En los hombres de 50 a 59 años, no se registró trastorno depresión-ansiedad; del grupo de 60 a 69 años, 1 de los 15 pacientes presento reacción de ansiedad, que es el 7%; en el grupo de 70 a 79 años, 1 de los 10 presentaron el trastorno que es el 10% de ellos.

Grafico N0. 19: Resultados para las dos patologías principales (HTA-C y DMT-2) en ambos sexos.



Fuente: Cuestionario de ansiedad y depresión de Hamilton. Prevalencia de trastornos de ansiedad y depresión en pacientes de 40 a 80 años con enfermedades crónico-degenerativas que consultan en UCSF - San Julián y UCSF - San Ignacio durante el periodo de abril a junio 2017.

De los 100 pacientes entrevistados, 73 de ellos padecen HTA-C, de estos, 36 de ellos presentaron reacción de ansiedad, que es el 49%; 16 de ellos presentaron depresión con ansiedad representando el 22%.

De los 100 pacientes entrevistados, 33 de ellos padecen DMT-2, de estos, 12 de ellos presentaron reacción de ansiedad, que es el 36%; 7 de ellos presentaron depresión con ansiedad representando el 21%.

VII. DISCUSION Y ANALISIS DE RESULTADOS

De acuerdo a los resultados, es evidente que la mayor parte de la consulta médica es a predominio de las mujeres con un 71% y en el sexo masculino con un 29%, evidenciando la baja frecuencia e irregularidad con la que el sexo masculino acude a sus controles.

Según el análisis de los resultados del test de Hamilton, las mujeres son las que presentan mayor frecuencia de reacción de ansiedad, con un 45% del total de las pacientes entrevistadas frente a un 31% de pacientes masculinos con reacción de ansiedad, resultado que refleja la mayor predisposición del género femenino; por grupo etario, la edad más afectada son las mujeres que tienen entre 60-69 años con un 63% y en el sexo masculino la edad más afectada es de los 70-79 años con un 45% de prevalencia en este grupo.

Podemos concluir que es el sexo femenino el más afectado por los trastornos de ansiedad y depresión, y aún más a partir de los 60 años de edad que coincide con la teoría consultada. El sexo, en cierta medida, podría ser es un factor biológico influyente.

Las enfermedades crónicas que más frecuentemente encontramos en los pacientes entrevistados fueron la HTA-C con un 73%, y entre los hipertensos, un 49% de ellos resultaron con trastorno de ansiedad y 22% con depresión con ansiedad; en segundo lugar, se ubica la DMT-2, con un 33% de prevalencia entre los pacientes, en los cuales se encuentra reacción de ansiedad en un 36% y depresión con ansiedad en un 21% de ellos.

La HTA-C es la enfermedad crónica más frecuente en ambos sexos y es en estos pacientes donde se encuentra el mayor número de casos de trastorno de ansiedad y depresión, de ahí la importancia de la prevención, detección y manejo los trastornos mentales en esta patología.

Los síntomas más referidos por los pacientes en el sexo femenino son: cefalea con un 64%, insomnio con un 45%, disminución del interés sexual con 43.7% e hiporexia con un 42%. Sin embargo, en el sexo masculino los síntomas más frecuentes son el insomnio y las palpitaciones con un 39%.

Al revisar los resultados por enfermedades, puede verse que hay mayor prevalencia de trastornos de ansiedad y depresión en los pacientes que padecen de HTA-C que en los que padecen DMT-2, pero estos resultados podrían estar influenciados por el menor número de pacientes con DMT-2 que los que padecen de HTA-C entrevistados en este estudio, lo que refleja una menor prevalencia DMT-2 que de HTA-C en la población estudiada, aunque hay un buen porcentaje de ellos que padecen ambas patologías de manera simultánea.

VIII. CONCLUSIONES

- Se determina que los pacientes con enfermedades crónicas degenerativas, padecen de trastornos de ansiedad y depresión, según los resultados de la investigación.
- Los síntomas que más presentaron los pacientes, detectados a través del test de Hamilton, son, en el femenino cefalea e insomnio y en el masculino fueron las palpitaciones, la hiporexia y el insomnio.
- Los trastornos depresivos y de ansiedad en pacientes que padecen enfermedades crónicas degenerativas son más frecuentes en el sexo femenino y la edad a la cual los pacientes se ven más afectados es a partir de los 60 años en el sexo femenino y a partir de los 70 años en el sexo masculino.
- Según el test de Hamilton el trastorno que predominó en ambos sexos fue el de reacción de ansiedad y en menor grado el de depresión y ansiedad. La comorbilidad más relacionada fue la HTA-C y, en segundo lugar, la DMT-2.
- Dentro de los factores sociodemográficos influyentes tenemos que nivel académico bajo, la baja escolaridad, son comunes a la mayor parte de los pacientes entrevistados.

IX. RECOMENDACIONES

- Al MINSAL, que se amplíe en las guías de atención a pacientes con enfermedades crónicas degenerativas, el componente de salud mental como parte esencial en la atención integral, además de mejorar las vías de enlace entre los médicos de atención primaria y los especialistas en salud mental del sistema público.
- A la Universidad de El Salvador (UES), fomentar y apoyar investigaciones que incluyan los temas de salud mental y con esto contribuir de manera positiva en la promoción y prevención de la salud mental de la población general.
- A las ONG, Empresa privada, Universidades, grupos y asociaciones sociales y comunitarias, que haya mayor involucramiento, comunicación y coordinación en lo referido a la promoción y la prevención de la salud mental en la población general y especialmente en los pacientes con enfermedades crónico-degenerativas.
- A los médicos, ser muy acucioso en la determinación del origen de las diferentes manifestaciones clínicas y discernir con la mayor certeza posible si su origen es debido a las manifestaciones de las patologías crónicas o si son debido a un trastorno mental subyacente que las origina o las exacerba.
- Al personal general de atención en salud, mayor promoción de la salud mental, haciendo énfasis a pacientes masculinos con enfermedades crónicas degenerativas y motivarlos a consultar con mayor regularidad, ya sea por comorbilidad o por control dispensarial.

Cronograma de actividades.

“Prevalencia de trastornos de ansiedad y depresión en pacientes de 40 a 80 años con enfermedades crónico-degenerativas que consultan en UCSF - San Julián y UCSF - San Ignacio durante el periodo de abril-junio 2017”

No.	ETAPAS	Mes	Marzo				Abril				Mayo				Junio				Julio				Agosto				Septiembre			
		Semana																												
		Duración en semanas	1	2	3	4	1	2	3	4	1	2	3	4	1	2	3	4	1	2	3	4	1	2	3	4	1	2	3	4
1	Plan de trabajo.	2																												
2	Perfil de investigación.	2																												
3	Primer avance de protocolo.	3																												
4	Primer borrador de protocolo a asesor metodológico.	4																												
5	Entrega de protocolo definitivo.	3																												
6	Aplicación de los instrumentos de recolección de datos (primer avance de informe final).	5																												
7	Procesamiento de los datos y presentación de los resultados (primer avance de informe final).	5																												
8	Informe final de investigación.	6																												
9	Defensa pública.	4																												

X. BIBLIOGRAFIA

- R. Hernández Sampieri (2014). Planteamiento cuantitativo del problema. R. Sampieri. *Metodología de la investigación* (pág. 36-57). México D.F: McGraw Hill.
- D.L. Longo, A.S. Fauci, D.L Kasper, S.L Jameson y J. Lozcalzo (Eds), (2012). *Harrison - Principios de Medicina Interna*. New York, N.Y. US. McGraw Hill;
- R.J. Toro, L.E. Yepes y C.A. Palacio. Trastorno de ansiedad generalizada. R.J. Toro y J.J. Calle (Eds). *Psiquiatría* (pág. 241-247);
- R.J. Toro, L.E. Yepes y C.A. Palacio. Trastornos. Trastornos depresivos. L.E. Yepes y C.A. Palacio (Eds). *Psiquiatría* (pág. 168-186);
- Hamilton. M. The assessment of anxiety states by rating. *Brit. J. Medpsychol.*
- Trastorno de ansiedad generalizada según DSM– IV.
- Trastorno del humor según DSM–IV.
- Trastorno de ansiedad generalizada según CIE – 10.
- Trastorno del humor según DSM – IV.
- Encuesta nacional de enfermedades crónicas no transmisibles en la población adulta de EL Salvador/ ENECA-ELS (2014-2015).
- <http://www.isdem.gob.sv>;
- www.wikipedia.org.

ANEXOS

Glosario.

Angustia.

Es un estado afectivo de carácter penoso que se caracteriza por aparecer como reacción ante un peligro desconocido o impresión. Suele estar acompañado por intenso malestar psicológico y por pequeñas alteraciones en el organismo, tales como elevación del ritmo cardíaco, temblores, sudoración excesiva, sensación de opresión en el pecho o de falta de aire (de hecho, “angustia” se refiere a “angostamiento”).

Ansiedad.

Es una respuesta de anticipación involuntaria del organismo frente a estímulos que pueden ser externos o internos, tales como pensamientos, ideas, imágenes, que son percibidos por el individuo como amenazantes y/o peligrosos, y se acompaña de un sentimiento desagradable o de síntomas somáticos de tensión. Se trata de una señal de alerta que advierte sobre un peligro inminente y permite a la persona que adopte las medidas necesarias para enfrentarse a una amenaza.

Cefalea.

Hace referencia a los dolores y molestias localizadas en cualquier parte de la cabeza, en los diferentes tejidos de la cavidad craneana, en las estructuras que lo unen a la base del cráneo, los músculos y vasos sanguíneos que rodean el cuero cabelludo, cara y cuello. En el lenguaje coloquial cefalea es sinónimo de dolor de cabeza.

Diabetes Mellitus.

es un conjunto de trastornos metabólicos, cuya característica común principal es la presencia de concentraciones elevadas de glucosa en la sangre de manera persistente o crónica, debido ya sea a un defecto en la producción de insulina, a una resistencia a la acción de ella para utilizar la glucosa, a un aumento en la producción de glucosa o a una combinación de estas causas. También se

acompaña de anormalidades en el metabolismo de los lípidos, proteínas, sales minerales y electrolitos.

Depresión.

Es el diagnóstico psiquiátrico que describe un trastorno del estado de ánimo, transitorio o permanente, caracterizado por sentimientos de abatimiento, infelicidad y culpabilidad, además de provocar una incapacidad total o parcial para disfrutar de las cosas y de los acontecimientos de la vida cotidiana (anhedonia). Los trastornos depresivos pueden estar, en mayor o menor grado, acompañados de ansiedad.

Dislipidemia.

Son una serie de diversas condiciones patológicas cuyo único elemento común es una alteración del metabolismo de los lípidos, con su consecuente alteración de las concentraciones de lípidos y lipoproteínas en la sangre. En algunos países se le conoce como dislipemia pudiéndose usar ambos términos como sinónimos.

Enfermedad Crónica.

Afecciones de larga duración y por lo general, de progresión lenta. No hay un consenso acerca del plazo a partir del cual una enfermedad pasa a considerarse crónica; pero por término medio, toda enfermedad que tenga una duración mayor a seis meses puede considerarse como crónica.

Hipertensión Arterial crónica.

Es una enfermedad crónica caracterizada por un incremento continuo de las cifras de la presión sanguínea en las arterias.

Nerviosismo.

Es un estado interior de agitación en el que se reduce o se pierde la calma natural. Normalmente, el nerviosismo suele ser una reacción del organismo ante una situación desconocida, poco frecuente o incómoda.

Obsesivo.

La obsesión es una enfermedad mental se trata de una perturbación anímica producida por una idea fija, que con tenaz persistencia asalta la mente.

Palpitación.

Son sensaciones de latidos cardíacos que se perciben como si el corazón estuviera latiendo con violencia o acelerando. A veces pueden acompañarse de angustia.

Pesimismo.

Es una disposición anímica o un estado de ánimo en virtud de los cuales el sujeto percibe bajo la razón de mal todos los fenómenos que le rodean.

Salud.

La salud es un estado de completo bienestar físico, mental y social, y no solamente la ausencia de afecciones o enfermedades.

Signo.

Son las manifestaciones objetivas, clínicamente fiables, y observadas en la exploración médica, es decir, en el examen físico del paciente

Síntoma.

Es la referencia subjetiva que da un enfermo de la percepción que reconoce como anómala o causada por un estado patológico o una enfermedad.

Ubicación geográfica.

- San Ignacio, Chalatenango.

San Ignacio es una ciudad de El Salvador. Está ubicado en el departamento de Chalatenango, a una distancia de 88 kilómetros desde San Salvador, tomando la carretera Troncal del Norte, y a 8 kilómetros de la frontera con Honduras, conocida como "El Poy". Limitado hacia el norte-oeste por Citalá y al sur-oeste por La Palma. San Ignacio posee dos particularidades, ya que en su jurisdicción se encuentra el punto más elevado de El Salvador, el Cerro El Pital, con 2.730 msnm, que es, al mismo tiempo, el punto más septentrional de la nación cuzcatleca.



San Ignacio posee una extensión territorial de 69.15 km² y una población relativamente pequeña de 8,611 según el censo poblacional del año 2007, los cantones que corresponden a la jurisdicción de esta ciudad son:

1. Barrio El Centro.
2. Canton El Carmen.

3. Canton Rio Chiquito.
4. Canton El Rosario.
5. Canton Santa Rosa.
6. Canton EL Pinar.

San Ignacio posee una UCSF intermedia que atiende a la población que corresponde al Barrio El Centro, Cantón Santa Rosa, Cantón El Pinar, Barrio el Calvario y Barrio las delicias y 2 ECOS comunitarios que atiende a la población del Cantón El Carmen y Cantón El Rosario.

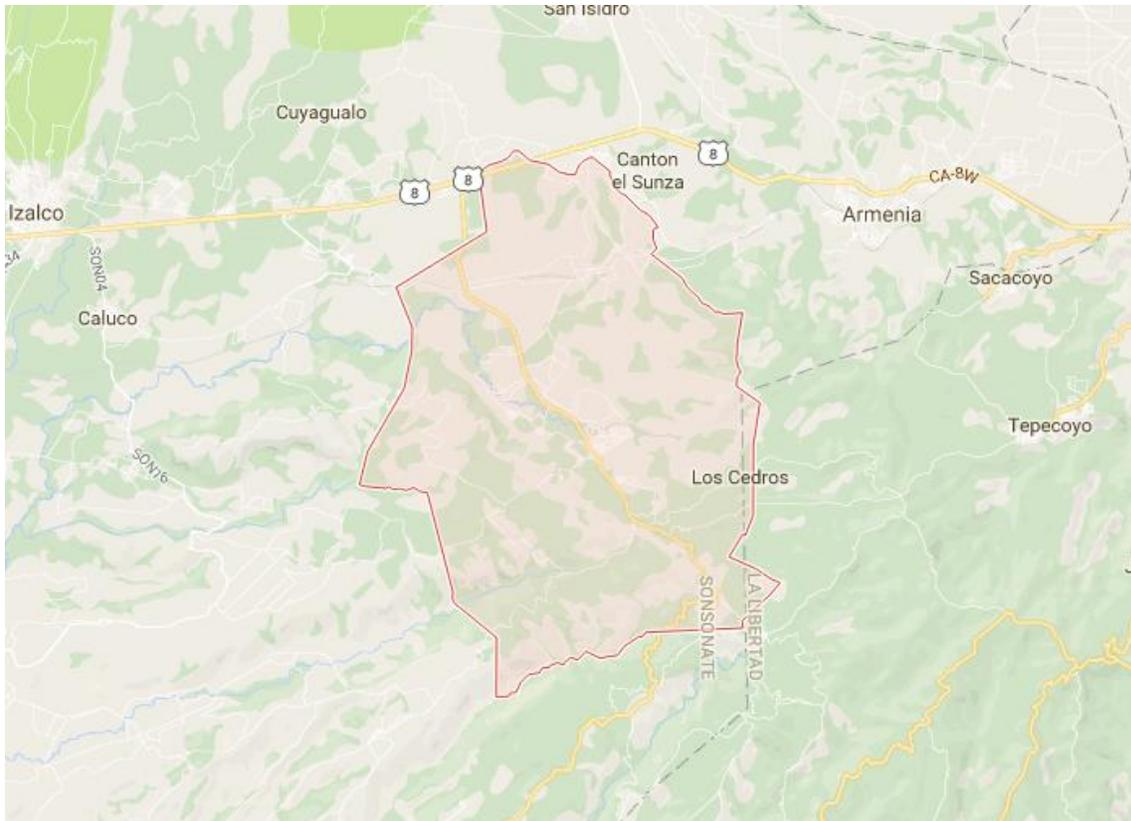
- **San Julian, Sonsonate.**

San Julián es un municipio ubicado en el departamento de Sonsonate, El Salvador. De acuerdo al Censo de Población y Vivienda de 2007, tiene 18.648 habitantes. Utilizada hace varios años como campo de batalla y en la actualidad es una bella colonia muy habitada.

Su nombre autóctono es Cacaluta o Cacalutat que significa “Ciudad de los Cuervos” o “Lugar de las Guaras” por formarse de las raíces Cacalut: Cuervo, Guara o Guacamaya y ta: desinencia de lugar.

El Municipio de San Julián está limitado al Norte por Izalco y Armenia, al Este por Armenia y Tepecoyo, (Depto. de la Libertad), al Sur por Santa Isabel Ishuatán y Cuisnahuat, al Oeste por Cuisnahuat y Caluco. Se divide en 9 cantones y 30 caseríos y se encuentra ubicado a 40 Km. de la capital; el área del municipio es de 81,64 km² y la cabecera tiene una altitud de 520 msnm.

El topónimo náhuat *Cacaluta* significa «La ciudad de los cuervos» o «Lugar de guaras». Las fiestas patronales se celebran del 22 al 28 de enero en honor a San Julián Obispo o Julián de Cuenca.



Actualmente esta ciudad posee una de las actividades turísticas más populares, que es la Ruta del Bálsamo, pues posee grandes extensiones con cultivos de este medicinal árbol.

Cantones:

1. Agua Shuca.
2. Chilata.
3. El Achiotal.
4. El Bebedero.
5. El Sauce.
6. Los Lagartos.
7. Monserrat.
8. Palo Verde.
9. Peña Blanca.
10. Petacas.
11. Tierra Colorada.



Cuestionario clínico para detección y valoración del síndrome depresivo.

Nombre: _____ sexo: _____ Edad: _____

Estado civil: _____ Fecha: _____

Ocasiones en que ha respondido este cuestionario: 1 2 3 4 5 6 o mas

		NO	POCO	REGULAR	MUCHO
1	¿Se siente triste o afligido?				
2	¿Llora o siente ganas de llorar?				
3	¿Duerme mal de noche?				
4	¿En la mañana se siente peor?				
5	¿Le cuesta trabajo concentrarse?				
6	¿Le ha disminuido el apetito?				
7	¿Se siente obsesivo o repetitivo?				
8	¿Ha disminuido su interés sexual?				
9	¿Considera que su rendimiento en el trabajo es menor?				
10	¿Siente palpitaciones o presión en el pecho?				
11	¿Se siente nervioso, angustiado o ansioso? (Precisar cuál es la molestia)				
12	¿Se siente cansado o decaído?				
13	¿Se siente pesimista o piensa que las cosas le van a salir mal?				
14	¿Con frecuencia le duele la cabeza o la nuca?				
15	¿Está más irritable o enojón que antes?				
16	¿Se siente inseguro, con falta de confianza en usted mismo?				
17	¿Siente que le es menos útil a su familia?				
18	¿Siente miedo de algunas cosas?				
19	¿Ha sentido deseos de morirse?				

Calificación

Preguntas contestadas en la primera columna (NO) _____ X1 = _____

Total

Preguntas contestadas en la segunda columna (POCO) _____ X2 = _____

Preguntas contestadas en la tercera columna (REGULAR) _____ X3 = _____

Preguntas contestadas en la cuarta columna (MUCHO) _____ X4= _____



Equivalencias Puntajes:

20 a 35: Normal

36 a 45: Reacción de ansiedad

46 a 65: Depresión con ansiedad

66 a 80: Depresión



Captura de datos. UCSF San Ignacio, Cantón Rio Chiquito, Chalateno, 16 de junio de 2017.



Captura de datos. UCSF San Julián, consultorio No. 1, Lunes 12 de junio de 2017.