

UNIVERSIDAD DE EL SALVADOR
FACULTAD MULTIDISCIPLINARIA DE OCCIDENTE
ESCUELA DE POSGRADO



TRABAJO DE POSGRADO

**PREVALENCIA DE TRASTORNO DEPRESIVO EN PACIENTES COTIZANTES
DEL INSTITUTO SALVADOREÑO DE BIENESTAR MAGISTERIAL ATENDIDOS
POR PSIQUIATRÍA EN EL HOSPITAL FRANCISCO MENÉNDEZ DE
AHUACHAPÁN, EN EL PERÍODO COMPRENDIDO DE JULIO A DICIEMBRE DE
2018.**

PARA OPTAR AL GRADO DE
MAESTRA EN SALUD PÚBLICA

PRESENTADO POR
DOCTORA CRISTINA LISSETH DUARTE GUZMÁN
DOCTORA YESICA LIZETH RODRIGUEZ TOBAR

DOCENTE ASESOR
DOCTOR LUIS ALBERTO MARTÍNEZ LÓPEZ

JULIO, 2020

SANTA ANA, EL SALVADOR, CENTROAMÉRICA

UNIVERSIDAD DE EL SALVADOR

AUTORIDADES



M.Sc. ROGER ARMANDO ARIAS ALVARADO

RECTOR

DR. RAÚL ERNESTO AZCÚNAGA LÓPEZ

VICERRECTOR ACADÉMICO

ING. JUAN ROSA QUINTANILLA QUINTANILLA

VICERRECTOR ADMINISTRATIVO

ING. FRANCISCO ANTONIO ALARCÓN SANDOVAL

SECRETARIO GENERAL

LICDO. LUIS ANTONIO MEJÍA LIPE

DEFENSOR DE LOS DERECHOS UNIVERSITARIOS

LICDO. RAFAEL HUMBERTO PEÑA MARÍN

FISCAL GENERAL

FACULTAD MULTIDISCIPLINARIA DE OCCIDENTE

AUTORIDADES



M.Ed. ROBERTO CARLOS SIGÜENZA CAMPOS

DECANO

M. Ed. RINA CLARIBEL BOLAÑOS DE ZOMETA

VICEDECANA

LICDO. JAIME ERNESTO SERMEÑO DE LA PEÑA

SECRETARIO

M.Ed. JOSÉ GUILLERMO GARCÍA ACOSTA

DIRECTOR DE LA ESCUELA DE POSGRADO

INDICE

RESUMEN EJECUTIVO	vi
INTRODUCCIÓN.....	vii
CAPITULO I: PLANTEAMIENTO DEL PROBLEMA	8
1.1 JUSTIFICACIÓN	11
1.2 DELIMITACIÓN DEL TEMA.....	12
1.3 OBJETIVOS	13
1.3.1 objetivo general	13
1.3.2 objetivos específicos	13
CAPITULO II: MARCO TEORICO	14
2.1 TRASTORNOS DEPRESIVOS	14
2.1.1 DEFINICIÓN.....	14
2.1.2 HISTORIA.....	14
2.1.3 EPIDEMIOLOGIA.....	15
2.1.4 CLASIFICACIÓN.....	17
2.1.5 ETIOLOGÍA.....	18
2.1.6 PRESENTACIÓN CLÍNICA.....	24
2.1.7 CUADROS CLINICOS	26
2.1.8 DIAGNÓSTICO	30
2.1.9 DIAGNÓSTICO DIFERENCIAL.....	31
2.2.10 TRATAMIENTO.....	32
CAPITULO III: DISEÑO METODOLOGICO	35
3.1 TIPO DE ESTUDIO.....	35
3.2 PERIODO DE INVESTIGACIÓN.....	35
3.3 POBLACION Y MUESTRA	35
3.3.1 población:.....	35
3.3.2 muestra	35
3.4 VARIABLES Y OPERACIONALIZACIÓN.....	36
3.5 METODOS, TECNICAS E INSTRUMENTO DE RECOLECCIÓN DE DATOS.....	39
3.5.1 métodos	39
3.5.2 técnicas:	39
3.5.3 instrumento:	39
3.5.4 VALIDACIÓN DEL INSTRUMENTO:	41

3.6 PRESENTACIÓN DE RESULTADOS Y ANALISIS DE LA INFORMACIÓN	41
CAPITULO IV: ANÁLISIS DE RESULTADOS	42
CAPÍTULO V: CONCLUSIONES Y RECOMENDACIONES	49
5.1 CONCLUSIONES	49
5.2 RECOMENDACIONES	51
REFERENCIAS BIBLIOGRÁFICAS	52
ANEXOS	53

RESUMEN EJECUTIVO

Los trastornos depresivos son cada vez más frecuentes, mucha de nuestra población lo padece, ya sea con síntomas evidentes o silentes, lo que repercute en su calidad de vida y en la forma en que se relacionan con su entorno.

El presente estudio se ha delimitado a pacientes cotizantes y beneficiarios del Instituto Salvadoreño de Bienestar Magisterial que son tratados en la especialidad de psiquiatría del Hospital Francisco Menéndez de Ahuachapán, identificando los signos o síntomas que permiten hacer el diagnóstico, los factores de riesgo y su prevalencia.

La metodología empleada en el estudio es de tipo descriptivo, transversal en un período de 6 meses a través de revisión de expedientes clínicos de los pacientes atendidos en el área de psiquiatría, identificando una muestra de 16 pacientes que cumplían con los criterios de inclusión de una población de 30 pacientes atendidos en psiquiatría, dando a conocer a través de una lista de chequeo los síntomas más frecuentes que permiten hacer el diagnóstico, así como identificar su prevalencia y las características sociodemográficas (edad, sexo, estado civil, área geográfica y escolaridad) que esta población presenta los cuales son presentados en una tabla.

Los resultados de los diferentes instrumentos utilizados son presentados a través de tablas y gráficas, concluyendo que los trastornos depresivos prevalecen más en el sexo femenino en el rango de 40 a 49 años de edad, con estado civil casado en pacientes que habitan en área urbana, identificando en ellos el principal síntoma la agitación o retardo psicomotor y ánimo deprimido la mayor parte del día, prevaleciendo este trastorno en la población docente.

INTRODUCCIÓN

En los últimos años es evidente el aumento de situaciones socio ambientales que pueden causar en las personas padecimientos psicológicos, entre estos los trastornos depresivos, los cuales son un motivo de consulta a nivel hospitalario. La depresión podría presentar repercusiones tanto en la salud de la persona de forma individual como en lo colectivo donde incluye a su círculo familiar y amigos, además influye en el desarrollo o complicaciones de patologías que posee de base. Por ello es de interés identificar la prevalencia de los trastornos depresivos y los principales factores de riesgo que influyen en su apareamiento.

El estudio se realizó en los pacientes que consultan en Psiquiatría, cotizantes de Bienestar Magisterial del Hospital Francisco Menéndez de Ahuachapán, en el periodo de julio a diciembre del 2018, identificando los síntomas más frecuentes y los factores sociales que se relacionan con su patología.

El estudio es de tipo descriptivo, transversal, con una muestra de 16 personas que cumplen con los criterios de inclusión, en el periodo de tiempo establecido.

Se determinó que el diagnóstico de trastorno depresivo prevalece en el 53.3% de la muestra y la población femenina es la más afectada en las edades de 40 a 49 años.

CAPITULO I: PLANTEAMIENTO DEL PROBLEMA

En la Región de las Américas, cerca de 50 millones de personas viven con depresión, según OMS (Organización Mundial de la Salud) el número total de personas con depresión aumentó cerca de un 17% en los últimos diez años (www.paho.org, 2017). La población más afectada son los adolescentes y jóvenes adultos, las mujeres embarazadas o que han dado a luz recientemente, y los adultos mayores. Se calcula que aproximadamente el 20% de los niños y adolescentes del mundo tienen trastornos o problemas mentales (www.paho.org, 2017).

La depresión y los trastornos de ansiedad tienen consecuencias económicas y sociales para las personas que lo padecen y sus familias. Las ausencias en el trabajo a causa de la depresión pueden afectar la economía familiar y para los gobiernos significa menos ingresos fiscales o más gastos sociales y de salud.

La identificación oportuna y temprana, así como el tratamiento eficaz son fundamentales para garantizar que estas personas reciban la atención que necesitan, por lo que se debe contar con personal capacitado que reconozca los casos depresivos en el contacto desde el primer nivel de atención de salud. Los trastornos mentales más comunes se pueden prevenir y tratar, a un relativo bajo costo con el involucramiento de la familia y amigos como su red de apoyo psicosocial.

Según datos del MINSAL (Ministerio de Salud), la tasa nacional registra 102 casos de depresión por 100.000 habitantes; y las tasas más altas corresponden a los departamentos de Santa Ana, San Salvador y San Miguel. Las tasas más bajas se observan en: La Unión, La Libertad, La Paz y Ahuachapán. Los grupos de edad más afectados son los de 15 a 19 años con 3.965 casos; de 25 a 59 años, con 16.541 casos; y de 60 años o más, con 5.320 casos (<http://www.salud.gob.sv/>, 2017).

INSTITUTO SALVADOREÑO DE BIENESTAR MAGISTERIAL

El Instituto Salvadoreño de Bienestar Magisterial, inicia sus funciones el 1º de abril de 2008 como un Programa especial de salud, que brinda el servicio de asistencia Médica y Hospitalaria, cobertura de riesgos profesionales y demás prestaciones que la ley expresa a favor del docente que trabaja para el estado en el ramo de educación, su conyugue o conviviente y sus hijos menores de 25 años. Brindando un modelo de atención basado en un enfoque de salud familiar que enfatice la promoción de la salud, la prevención del riesgo y del daño en el individuo, la familia y la comunidad, sin perjuicio de las actividades curativas y de rehabilitación tradicionales. El Consejo Directivo y Director Presidente del Instituto Salvadoreño de Bienestar Magisterial (ISBM), con el objetivo de mejorar y acercar los servicios al docente y su grupo familiar decide a partir del año 2011 implementar un modelo de atención basado en Redes Integradas de Servicios de Salud Magisteriales que enfatice la promoción de la salud, la prevención del riesgo y del daño en el individuo, la familia y la comunidad, sin perjuicio de las actividades de tratamiento y de rehabilitación.

El instituto Salvadoreño de Bienestar Magisterial para la prestación de servicios médicos y hospitalarios ha propuesto en forma operativa un modelo de atención basado en la estrategia de Atención Primaria en Salud, con enfoque de Redes integradas de Servicios de Salud Magisteriales, siendo el Médico Magisterial el primer contacto con el usuario, representando la puerta de entrada para los servicios; el segundo nivel integrado por los médicos de las especialidades de Medicina Interna, Cirugía General, Pediatría, Gineco-obstetricia, Psiquiatría, Nutrición y el tercer nivel integrado por especialistas, sub especialistas en hospitales públicos y privados que brindan servicios al Programa Especial de Salud del ISBM. La red de servicios integrales de servicios de salud magisteriales son una serie de servicios de salud preventivos y curativos para los docentes, servidores públicos y su grupo familiar.

Los servicios proporcionados por las Instituciones de salud y hospitales son parte fundamental en la resolución de los problemas de salud que demandan los usuarios del Instituto Salvadoreño de Bienestar Magisterial. Esto ha permitido la búsqueda de proveedores de servicios médicos y hospitalarios a nivel nacional que cumplan con

estándares de calidad requeridos por el Programa Especial de Salud a fin de dar cumplimiento a los objetivos de la misión institucional la cual busca brindar servicios de calidad a los usuarios de este programa, a través de normativa técnica administrativa como instrumento que regule las actividades y atenciones de los servicios médico y hospitalarios en la red de hospitales públicos y privados con propósito de poseer en forma documentada una conducta técnica y una manera de proceder unificada que debe adoptarse en cada institución que brinda sus servicios al Programa de Bienestar Magisterial.

El Hospital Francisco Menéndez a través de su convenio con el Instituto Salvadoreño de Bienestar Magisterial, brinda sus servicios en las especialidades de Medicina Interna, Cirugía, Pediatría, Gineco Obstetricia, Psiquiatría y Nutrición, teniendo un área exclusiva para la atención de pacientes de Bienestar Magisterial con 2 consultorios equipados, área de Archivo y área de hospitalización que consta de 10 habitaciones para ingreso de pacientes en todas sus especialidades.

La especialidad de Psiquiatría es atendida por médico Psiquiatra que brinda atención a las diferentes patologías de esa especialidad, algunos son atendidos por trastornos depresivos y se encuentran en control, además brindando servicio de hospitalización si fuese necesario.

1.1 JUSTIFICACIÓN

Los trastornos de la salud mental son muy frecuentes en el mundo, producto de factores biológicos, psicológicos y sociales que afectan el entorno de una persona. Dentro de estos se encuentran los trastornos depresivos que pueden afectar a todos los sectores de la población, sin importar edad, sexo o condición económica por lo que hay un aumento a nivel mundial de los casos de depresión.

Actualmente en las diversas instituciones de salud del país se están incrementando los esfuerzos para brindar un apoyo integral a la población tomando en cuenta la esfera psíquica como parte del estado pleno de salud y reconociendo que la presencia de una alteración en esta área desencadena el apareamiento de síntomas somáticos o psicológicos.

La población de docentes debido a los diferentes agentes estresores que están expuestos, principalmente en el ámbito laboral tienen mayor riesgo al apareamiento de trastornos o alteraciones en su estado de ánimo que afectan su desempeño en las actividades tanto laborales como familiares, por lo que necesitan contar con una red de apoyo integrada por familia, amigos y personal médico para mantener su estabilidad mental.

La importancia de la presente investigación radica en conocer la prevalencia de los trastornos depresivos y los factores que lo desencadenan en la población perteneciente al ISBM, particularmente en los pacientes que acuden al servicio de psiquiatría del hospital Francisco Menéndez de Ahuachapán. Esta información podrá ser utilizada para elaborar propuestas de seguimiento a los pacientes con trastornos depresivos o desarrollo de programas preventivos que fomenten la salud mental.

1.2 DELIMITACIÓN DEL TEMA

La depresión es una patología frecuente por lo que no se excluye a la población docente ya que están expuestos a diferentes factores estresores del medio laboral y familiar, lo que podría afectar su desarrollo en los diferentes ámbitos.

Los docentes deben atender un gran número de alumnos que demanda atención y un estado general de equilibrio que permita el desarrollo de sus labores, por lo que es importante la evaluación periódica del estado mental del docente y en algunas ocasiones debe incluirse a su núcleo familiar. Además, realizar el diagnóstico oportuno de las patologías psiquiátricas reduce las secuelas y permite una mejor calidad de vida.

Algunas personas de la población de cotizantes del Instituto Salvadoreño de Bienestar Magisterial acuden a consulta de Psiquiatría al hospital Francisco Menéndez de Ahuachapán. Convirtiéndose en nuestra población de estudio para determinar la prevalencia de los trastornos depresivos en el periodo de julio a diciembre del año 2018.

Identificando los factores causales que en común desencadenan sus episodios depresivos, de igual manera conocer la sintomatología más frecuente que presentan estos pacientes; por lo que es de mucha importancia el interés en el tema, ya que no solo afecta a la persona que lo padece sino de forma directa o indirecta a sus familias, compañeros de trabajo, amigos y alumnos.

1.3 OBJETIVOS

1.3.1 OBJETIVO GENERAL

Determinar la prevalencia de trastorno depresivo en pacientes cotizantes del Instituto Salvadoreño de Bienestar Magisterial que consultaron en la especialidad de Psiquiatría del Hospital Francisco Menéndez de Ahuachapán de julio de 2018 a diciembre de 2018.

1.3.2 OBJETIVOS ESPECÍFICOS

- Conocer el número de pacientes con diagnóstico de depresión atendidos por psiquiatría en el área de Bienestar Magisterial del Hospital Francisco Menéndez de Ahuachapán.
- Realizar la caracterización sociodemográfica de los pacientes con diagnóstico de trastorno depresivo atendidos por psiquiatría en el área de Bienestar Magisterial de Hospital Francisco Menéndez de Ahuachapán.
- Identificar los síntomas más frecuentes en los pacientes con Trastorno Depresivo.

CAPITULO II: MARCO TEORICO

2.1 TRASTORNOS DEPRESIVOS

2.1.1 DEFINICIÓN

La depresión es un grupo heterogéneo de trastornos afectivos que se caracterizan por un estado de ánimo deprimido, disminución del disfrute, apatía y pérdida del interés en el trabajo, sentimientos de minusvalía, insomnio, anorexia e ideación suicida. A menudo manifiestan ansiedad y síntomas somáticos aislados.

2.1.2 HISTORIA

El origen de la depresión es complejo ya que en su aparición influyen aspectos genéticos, biológicos y psicosociales. Existen muchos intentos de definir la depresión, entre ellos tenemos las descritas por Kraepelin, Marquez, Freud, Beck e Hipócrates, este último quien fue el primero en aportar un descubrimiento importante en el campo de la depresión, reconociéndola como una enfermedad que debe ser considerada y tratada con importancia llamándola melancolía.

Kraepelin la denominó “locura maníaco-depresiva” (Ed. Polaino, 1980, pag 10) derivado de depresión por los diferentes síntomas característicos. Breton, describe el término depresión como “una forma de trastorno anímico o afectivo” (Ed. Polaino 1998, pag 12), con lo cual se refiere a un cambio en el estado de ánimo. Todas estas definiciones están basadas prácticamente en un síntoma muy característico de esta enfermedad, la tristeza; el estar triste y sentirse deprimido se utilizan como síntomas principales. Llevándonos a Márquez (1990) quién define la depresión como “la falta o el déficit de energía psíquica”. Siendo la energía psíquica aquella fuerza que vivifica y anima y que procede de unas relaciones satisfactorias del ambiente y uno mismo. Freud por su parte considera que en el centro de la psique existe una fuerza que él llamaba líbido y que es lo que nos hace mantener el equilibrio o la felicidad. En sí definimos la depresión como una enfermedad mental que consiste en un trastorno del estado de ánimo que afecta las áreas, cognitiva, motora y conductual. La depresión juega un papel importante en la mayoría de los trastornos del estado de ánimo, ya que la palabra depresión es parte de nuestro vocabulario diario. Es importante darse

cuenta de que sentirse deprimido no es lo mismo que tener un trastorno depresivo. Técnicamente cuando las personas dicen que se sienten deprimidos “con baja energía” o “abatido”, están experimentando un estado de ánimo depresivo. A menudo estos sentimientos están basados en una situación temporal y desaparecen rápidamente cuando la circunstancia cambia. Estos sentimientos, aunque son desagradables son bastante diferentes de sentirse bajo la nube negra que acompaña a un episodio depresivo mayor o un trastorno depresivo mayor. La depresión mayor es un trastorno afectivo con efectos profundos y Sigmund Freud sugería “que la melancolía (depresión) podía ocurrir como respuesta ante una pérdida imaginaria o percibida y que los aspectos auto críticos del ego eran en parte responsables de la depresión” (Vargas Mendoza y JE, 2009, Terapia Cognitiva de la Depresión, pag 12). En el estado depresivo encontramos este tipo de juicio negativo en lo que llama “triada cognitiva” que define la tendencia del depresivo a verse a sí mismo, al entorno y al futuro de modo negativo”.

2.1.3 EPIDEMIOLOGIA

Se estima que cerca de 50 millones de personal en la Región de las Américas vive con depresión, casi un 17% más que en 2005.

La depresión es la principal causa de problemas de salud y discapacidad en todo el mundo. (Ginebra/Washington, 30 de marzo de 2017 OMS/OPS). Según las últimas estimaciones de la Organización Mundial de la Salud (OMS) más de 300 millones de personas viven con depresión, un incremento de más de 18% entre 2005 y 2015. La falta de apoyo a las personas con trastornos mentales, junto con el miedo al estigma, impiden que muchos accedan al tratamiento que necesitan para vivir vidas saludables y productivas.

En las Américas alrededor del 5% de la población vivían con depresión. La depresión nos afecta a todos. No discrimina por edad, raza o historio personal. Puede dañar las relaciones, interferir con la capacidad de las personas para ganarse la vida y reducir su sentido de la autoestima. (paho.org/hq/index.php)

La prevalencia puntual de casos de depresión mayor en el Estudio Nacional de Salud Mental realizado en Colombia en el año 2003 fue de 1.9%, y la de distimia de 0.7%, mientras que en el estudio Epidemiological Catchment Area(ECA) realizado en Norteamérica, la prevalencia para depresión mayor de 2.2% y la de distimia de 3%.

En un estudio en Colombia (<https://scielosp.org/article/rpsp/2004.v16n6/378-386/>) en los años 2000 y 2001 se analizó la prevalencia del síndrome depresivo y los factores asociados con la depresión, obteniendo los siguientes resultados: que de las personas estudiadas 10,0% presentaron algún episodio depresivo en los 12 meses previos a la encuesta y 8,5% sufrieron alguno durante el último mes. Hubo una mayor proporción de mujeres con depresión en ambos períodos. Más de 50% de los episodios fueron moderados tanto en hombres como en mujeres, y las mayores prevalencias se encontraron en las personas mayores de 45 años. Los factores asociados con la depresión en el último mes fueron: ser mujer, considerar el estado de salud propio como regular o malo, sufrir de dolores o molestias, tener dificultades en las relaciones interpersonales, consumir marihuana o sustancias adictivas, medicamentos estimulantes o calmantes, tener dependencias del alcohol, o estar desempleado con discapacidad. Concluyendo que la depresión es una afección frecuente en Colombia. Se deben poner en marcha medidas dirigidas a reducir el riesgo de depresión, especialmente en mujeres y en personas mayores de 45 años de edad que es la población en riesgo (<http://www.who.int/whr/2001/es/>).

La depresión puede iniciarse a cualquier edad, con una edad promedio de iniciación entre los 25 y los 30 años. Parece que la edad de inicio disminuyó y la frecuencia aumentó en los nacidos después de 1945, esto se atribuye a que la cultura actual es “depresiva”. Los cambios de la estructura familiar y la urbanización creciente, también aumentan la vulnerabilidad a la depresión. Otros factores que contribuyen a este aumento son, según la OMS, la longevidad, los cambios rápidos psicosociales, el aumento de las enfermedades crónicas (cardiovasculares, cerebrovasculares, neurológicas y del colágeno), el exagerado consumo de ciertas drogas como los tranquilizantes, los antidepresivos y los anticonceptivos que con frecuencia producen depresiones secundarias.

2.1.4 CLASIFICACIÓN

Las clasificaciones actuales dividen las depresiones de acuerdo a su patrón de presentación (episodio único o recurrente y trastorno persistente). Posteriormente las subdividen o califican dependiendo del número y de la intensidad de los síntomas, como leves, moderados o graves. Las personas con episodios depresivos leves tendrán alguna dificultad para seguir con sus actividades laborales y sociales habituales, aunque probablemente no las suspendan completamente. En cambio, durante un episodio depresivo grave es muy improbable que el paciente pueda mantener sus actividades sociales laborales o domésticas sin o es con grandes limitaciones.

Así tenemos algunos tipos de Depresión ya establecidos según sus características (Paho.org/hq/index.php?option=com_content&view=article&id=13102:depresión):

- **El trastorno depresivo grave:** también llamado depresión grave, se caracteriza por una combinación de síntomas que interfieren con la capacidad para trabajar, dormir, estudiar, comer, y disfrutar de las actividades que antes resultaban placenteras. La depresión grave incapacita a la persona y le impide desenvolverse con normalidad. Un episodio de depresión grave puede ocurrir solo una vez en el curso de la vida de una persona, pero mayormente, recurre durante toda su vida.
- **Depresión psicótica:** ocurre cuando una enfermedad depresiva grave está acompañada por alguna forma de psicosis, tal como ruptura con la realidad, alucinaciones y delirios.
- **Depresión posparto:** se diagnostica si una mujer que ha dado a luz recientemente sufre un episodio de depresión grave dentro del primer mes después del parto. Se calcula que del 10 al 15% de las mujeres padecen depresión posparto luego de dar a luz.
- **Trastorno depresivo recurrente:** se caracteriza por repetidos episodios de depresión. Durante estos episodios, hay estado de ánimo deprimido, pérdida de interés y de la capacidad de disfrutar, reducción de la energía que produce

una disminución de la actividad, todo ello durante un mínimo de dos semanas. Muchas personas con depresión también padecen síntomas de ansiedad, alteraciones del sueño y del apetito, sentimientos de culpa y baja autoestima, dificultades de concentración e incluso síntomas sin explicación médica.

- **Trastorno afectivo bipolar:** este tipo de depresión consiste característicamente en episodios maníacos y depresivos separados por intervalos con un estado de ánimo normal. Los episodios maníacos cursan con estado de ánimo elevado o irritable, hiperactividad, autoestima excesiva y disminución de la necesidad de dormir.

Según Robins, la depresión se divide en dos grandes grupos: primarias, en las cuales la única enfermedad presente o pasada es un trastorno afectivo y secundarias, en las cuales el paciente sufre otra enfermedad mental o un trastorno orgánico que explica la depresión.

2.1.5 ETIOLOGÍA

Causas primarias

Bioquímicas cerebrales: Los sistemas neuroquímicos que modulan la transcripción génica y la síntesis de proteínas, desempeñan un papel en la etiología de los síntomas depresivos, la teoría más popular postula cambios en las monoaminas cerebrales (noradrenalina, dopamina, serotonina), hay un déficit absoluto o relativo de norepinefrina en sinapsis específicas cerebrales y que en la manía habría un exceso de ella. Posteriormente se sugirió que un déficit de serotonina sería un prerrequisito básico en la etiología de la depresión. Inclusive se piensa que esta deficiencia de serotonina se debe a una disminución congénita de células que usan dicho neurotransmisor, y que esto de manera secundaria produciría una disminución de la Monoaminoxidasa (MAO), enzima que degrada tanto las catecolaminas como la serotonina.

No está claro cuánto tiempo necesita un cerebro sano para reponer un déficit, y qué déficit similar lleva a una depresión crónica en ciertos casos, pero solo a episodios

distímicos transitorios en otros. Los niveles de neurotransmisores relevantes en plasma no son muy fiables para determinar un déficit, ya que puede que no reflejen adecuadamente los niveles intersinápticos que, hoy por hoy, difícilmente se pueden verificar de forma directa.

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

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

Las hipótesis más recientes postulan cambios en la neurona postsináptica, tales como alteración en la membrana (proteína G), mensajeros secundarios y terciarios, alteración del glutamato y del calcio intracelular. Las alteraciones del factor de crecimiento neural y de la apoptosis producen aumento de la muerte y de la atrofia neuronal especialmente en el hipocampo. Estos cambios inicialmente pueden ser reversibles, pero con el tiempo pueden volverse permanentes.

Neuroendocrinos: Se ha demostrado anomalías en el eje hipotálamo pituitaria adrenal (HPA) en los trastornos depresivos. Existe aumento del factor liberador de la cortisona (CRF) en plasma y en LCR, curva plana de producción de hormona adrenocorticotrópica (ACTH) al estimular con CRF, aumento del cortisol, y no respuesta a la prueba de la supresión del cortisol con la dexametasona, en muchos pacientes deprimidos y sobre todo en aquellos con depresión psicótica.

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

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

Neurofisiológicos: uno de los hallazgos más consistentes en el electroencefalograma (EEG) del paciente deprimido es el acortamiento de la latencia de los movimientos oculares rápidos (MOR) durante el sueño. También se han reportado, disminución de los estadios 3 y 4 del sueño no MOR, aumento de la actividad fásica MOR, etc. Estos y otros hallazgos tales como la mayor incidencia de las crisis depresivas en la primavera y el otoño, sugieren alteraciones patológicas de los ritmos cronofisiológicos cerebrales.

Neuroimágenes: en las depresiones de iniciación temprana algunos estudios muestran disminución del volumen del hipocampo, aumento del volumen de la amígdala derecha, o pérdida de la asimetría normal de la amígdala, disminución del volumen de los ganglios basales, y disminución de la corteza prefrontal.

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

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

El trastorno depresivo mayor es 1.5 a 3 veces más común de los familiares biológicos de primer grado de personas que sufren este, que en la población general. La concordancia en gemelos homocigóticos es de 37% en hombres y 31% en mujeres, en los dicigóticos es de 23% y 25% respectivamente.

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

Factores psicológicos: muchos autores postulan que, en las depresiones, sobre todo en las de menor intensidad, es de mayor importancia etiológica la presencia de factores psicógenos, ya sean dinámicos o conductuales.

Freud estudio las diferencias entre el duelo normal y el anormal. En el duelo normal la persona lamenta la pérdida de un ser amado, propiedad o creencia ideológica, se siente triste, perdido e incapaz de disfrutar de nada. Freud pensaba que después de la perdida, la libido era retirada del objeto amado e investida en el sujeto. Este se retrae, siente culpa ambivalente por pecados de omisión y comisión hacia la persona perdida y así puede de nuevo interesarse en otras cosas o personas. Durante este periodo la sociedad y la cultura proveen apoyo al doliente, quien así puede reorientarse y asumir nuevas tareas y vínculos.

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

Parece que la separación y la perdida de personas amadas en la niñez producen depresiones infantiles y predisponen al sufrimiento de ellas en la vida adulta. Estas pueden ser desencadenadas por perdidas triviales con valor simbólico para el paciente.

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

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

La teoría del aprendizaje atribuye importancia etiológica a trastornos del comportamiento y de la cognición.

Seligman postuló que la desesperanza aprendida se presenta cuando un individuo es sometido en forma repetida a estímulos desagradables que no puede ni predecir ni controlar, la persona se resigna y se deprime.

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

Para Beck, el problema psicológico básico de la depresión es un pensamiento distorsionado que produce una visión negativa de sí mismo, del mundo y del futuro, el estado depresivo sería secundario a estos fenómenos cognoscitivos. Lo más aceptado actualmente es un modelo integrado en el cual se considera a la depresión como un síndrome, en el cual las depresiones están situadas en un espectro que va desde la tristeza normal, hasta las más severas de origen bioquímico, con complicaciones etiológicas y de tratamiento de acuerdo a la ubicación relativa de un determinado paciente.

Causas secundarias: muchas drogas de uso común, enfermedades médicas y psiquiátricas, pueden ser la causa de la depresión.

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

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

Enfermedades orgánicas: cualquier enfermedad, en especial las graves, pueden causar una depresión como reacción psicológica, pero existen ciertos cuadros que con

mayor frecuencia se acompañan de un trastorno depresivo, y que posiblemente afectan los mecanismos íntimos responsables de esta enfermedad.

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

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

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

Trastornos endocrinos: de estos los más importantes son los trastornos tiroideos, especialmente el hipotiroidismo, ya que la depresión se asocia fuertemente con el mal funcionamiento de la glándula tiroidea, pero un porcentaje elevado de casos queda sin diagnosticar durante mucho tiempo. También se ha encontrado que la paratiroidectomía lleva a una tasa de curación de la enfermedad prácticamente completa, con mejoras marcadas también en los síntomas depresivos y ansiosos. La función tiroidea y paratiroidea debe verificarse en todos los pacientes con síntomas depresivos.

Trastornos metabólicos: se describen depresiones en la anemia perniciosa, la enfermedad de Wilson, la porfiria intermitente aguda, deficiencias vitamínicas, de minerales y relacionadas con la dieta.

Cáncer: Tanto la respuesta física como psicológica al diagnóstico de cáncer puede producir síntomas depresivos. Carcinomas del cuerpo y de la cola del páncreas con frecuencia producen cuadros depresivos que a veces pueden preceder otros síntomas

de la enfermedad. El mecanismo se desconoce, pero se sospecha alteraciones humorales o endocrinas.

Enfermedades cardiovasculares: el infarto de miocardio con frecuencia produce un cuadro depresivo, que por lo general mejora con rapidez. Existe una asociación alta entre depresión y morbi-mortalidad subsecuentes a un infarto de miocardio, posiblemente relacionada con disregulación del eje HPA, hiperactividad simpática, anomalías de agrupación plaquetaria y disminución de la variabilidad normal del ritmo.

Enfermedades infecciosas: la influenza, la hepatitis, la brucelosis, el Sida y la mononucleosis infecciosa causan con frecuencia depresión.

Enfermedades psiquiátricas: la esquizofrenia y el trastorno esquizoafectivo pueden producir cuadros depresivos.

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

2.1.6 PRESENTACIÓN CLÍNICA

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

1. Está constituido por los pacientes que manifiestan predominantemente síntomas depresivos.
2. En este grupo consultan por síntomas generales u orgánicos (insomnio, anorexia, cansancio, somnolencia, vértigo).
3. Se manifiesta por otros síntomas psiquiátricos dentro de los cuales predomina la ansiedad.

Predominio depresivo

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

Son frecuentes el insomnio o la hipersomnía, la anorexia o la hiperfagia, el cansancio, la constipación, la pérdida o la disminución de la libido, los trastornos menstruales, el ciclo diurno puede estar invertido. También pueden existir dolores en cualquier parte del cuerpo, la más frecuente es la cefalea, y muchos otros síntomas orgánicos; manifestaciones hipocondriacas, ansiedad, etc.

Predominio somático

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

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

- Homeostasis general: es frecuente la pérdida de peso y esta cuando no tiene una causa orgánica definida debe hacer sospechar la depresión. Lo mismo sucede con el insomnio. La fatiga fácil y la somnolencia diurna también son frecuentes.
- Dolor: la asociación entre depresión y dolor está bien establecida. Este es el síntoma inicial hasta en el 35% de los pacientes deprimidos. Los más comunes son las cefaleas, las algias articulares, dolores torácicos, de los miembros, abdominales y neuralgias. Estos dolores son vagos, difusos, atípicos.

- Neurológicos: el vértigo es uno de los síntomas más frecuentes y se define como un mareo o una sensación de que se va a caer, acompañado de marcha insegura. Otros frecuentes son los tinitus, visión defectuosa, fallas con la memoria y en la concentración.
- Autonómicos: entre estos están palpitaciones, disnea, polaquiuria, sequedad de la boca, constipación, visión borrosa, oleadas de calor, etc.
- Otros: sensación de cuerpo extraño en la garganta, dispepsia, prurito, menstruaciones irregulares, amenorrea, dismenorrea, impotencia, etc.

Predominancia de otros síntomas

Ansiedad.

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

Alcoholismo y farmacodependencia

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

2.1.7 CUADROS CLINICOS

Episodio depresivo mayor

La característica fundamental del episodio depresivo mayor (EDM) es un periodo de por lo menos dos semanas durante las cuales existe ya sea un ánimo deprimido, o la pérdida del interés en todas o casi todas las actividades. El ánimo deprimido se manifiesta por sentirse triste, desesperanzado, desanimado. La tristeza se manifiesta

en la expresión facial. Es generalizada y atenaza al sujeto, quien no puede liberarse de ella, es diferente de la tristeza como reacción normal psicológica porque esta última es más limitada e interfiere menos con la vida del sujeto. El otro síntoma cardinal es la pérdida en todas o casi todas las actividades, el individuo reporta que nada le importa, que no disfruta de las actividades que antes le eran placenteras. En muchos pacientes hay una disminución importante del deseo y disfrute sexual.

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

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

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

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

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

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

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

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

Trastorno Depresivo Mayor

Se caracteriza por la presencia de uno o más episodios depresivos mayores, sin historia de episodios de maníacos, mixtos o hipomaniacos. De acuerdo al número de episodios se dividen en episodio único y recurrente.

Episodio único. Solo se ha presentado un episodio depresivo mayor. Muchos estudios prospectivos demuestran que esta evolución es la menos frecuente (22% a 44%)

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

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

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

Moderado. Síntomas y menoscabo intermedios entre leve y severo.

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

Severo con características psicóticas. Existen ideas delirantes o alucinaciones. Estas pueden ser congruentes con el estado de ánimo y por lo general son de fracaso personal, culpa, enfermedad, muerte, nihilismo o castigo merecido. Las incongruentes son diferentes a las ya citadas y pueden ser de persecución, inserción o transmisión del pensamiento, control delirante, etc.

Estas depresiones psicóticas requieren tratamiento combinado con antipsicótico y antidepresivos o terapia electroconvulsiva.

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

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

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

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

Distimia. La característica principal es un estado de ánimo deprimido crónicamente. Ocurre la mayor parte del día y durante más de la mitad de los días, tiene una duración

mínima de dos años, y no puede tener un periodo mayor de dos meses seguidos libre de sintomatología. Durante los periodos de depresión ocurren por lo menos dos de los siguientes síntomas: anorexia o hiperfagia, insomnio o hipersomnia, baja energía o fatiga, baja autoestima, concentración mala o dificultad para tomar decisiones y sentimiento de desesperanza. Son pacientes con una depresión relativamente leve de duración larga y con intervalos muy cortos asintomáticos. Se puede iniciar de forma insidiosa desde la niñez o la adolescencia y en este caso es más probable que después desarrolle EDM.

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

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

Trastorno depresivo menor. El episodio dura por lo menos dos semanas, pero tiene menos de cinco ítems del EDM.

Depresión breve recurrente. Llena los criterios sintomáticos del EDM, pero dura menos de dos semanas (generalmente tres a cinco días), ocurre mínimo una vez al mes, pero no guarda relación con el ciclo menstrual. Es incapacitante y presenta muchos intentos de suicidio.

2.1.8 DIAGNÓSTICO

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

acompañantes (anorexia, pérdida de peso, insomnio o somnolencia, pérdida de la libido, constipación, etc.)

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

Además, se debe valorar el riesgo suicida del paciente. Para lograrlo hay que preguntárselo directamente. El riesgo suicida es más alto cuando la decisión está claramente definida y el paciente ha pensado en los medios específicos para lograrlo. Se aumenta si hay antecedentes personales de otros intentos, en situaciones de soledad, en el sexo masculino, en mayores de 50 años y cuando hay situaciones personales agravantes tales como enfermedad física dolorosa o crónica, pérdida de trabajo o muerte de un familiar cercano. Otros factores agravantes son la historia familiar de suicidio, el alcoholismo o la farmacodependencia y la existencia de psicofármacos o armas accesibles con facilidad.

2.1.9 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 natural del paciente lo distingue de los episodios depresivos primarios. Cuando persiste por 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.

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

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

Otras enfermedades psiquiátricas. Como la ansiedad es un síntoma frecuente en la depresión, a menudo se confunden los cuadros depresivos con los trastornos de ansiedad. La presencia y predominancia de otros síntomas del síndrome depresivo favorecen el diagnóstico de depresión.

Enfermedades orgánicas. Es de especial importancia descartar cuadros de hipotiroidismo larvado.

Secundarias a drogas. Los hipotensores, los anticonceptivos y los corticoesteroides son de especial importancia por lo frecuente de su uso. Una anamnesis completa, que incluya la historia de ingestión de drogas, ayudara al diagnóstico diferencial.

2.2.10 TRATAMIENTO

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

Hospitalización

Terapia electroconvulsiva (TEC). 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. Al interrumpirlas es más fácil establecer una buena relación terapéutica con el paciente y aumentar la efectividad del tratamiento.

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.

Psicoterapia. La combinación de psicofármacos y técnicas psicológicas tienen un buen efecto en la mayoría de los casos de depresión. Sin embargo, en casos muy leves con 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. La mejor terapia estudiada para el tratamiento de la depresión son la cognoscitiva y la interpersonal.

Farmacoterapia. Las depresiones responden al tratamiento con antidepresivos. 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 o nueve meses después de la recuperación.

Antidepresivos tricíclicos y tetracíclicos (ADTT) 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. Las dosis terapéuticas deben ser administradas seis a nueve meses después de obtener la recuperación, la suspensión de estos medicamentos debe ser gradual, porque algunos pacientes presentan síndrome de retirada cuando ellas son suspendidas bruscamente.

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

Inhibidores selectivos de la receptación de la serotonina (ISRS) Se caracterizan por inhibir la receptación de serotonina más que la de la noradrenalina. Tienen pocos

efectos anticolinérgicos y cardiovasculares, por lo que están especialmente indicados en pacientes ancianos, con problemas cardiacos, hipertrofia prostática, asma y glaucoma.

Sus efectos secundarios más frecuentes son nauseas, diarrea, cefalea, disfunciones sexuales, nerviosismo e insomnio.

Antidepresivos duales. Estos aumentan tanto la noradrenalina como la serotonina en la misma forma que los ADT, pero por no bloquear otros receptores tiene menos efectos secundarios.

Inhibidores de la monoaminoxidasa. Los IMAO están indicados en los pacientes unipolares que no tuvieron una buena respuesta a los tricíclicos, en aquellos cuyos familiares responden bien a los IMAO.

CAPITULO III: DISEÑO METODOLOGICO

3.1 TIPO DE ESTUDIO

El estudio tiene un enfoque cuantitativo y es de tipo descriptivo - transversal.

3.2 PERIODO DE INVESTIGACIÓN

El período que se tomó para realizar el estudio de los pacientes que consultaron en la especialidad de psiquiatría en el área de Bienestar Magisterial del hospital nacional de Ahuachapán fue de julio a diciembre del año 2018.

3.3 POBLACION Y MUESTRA

3.3.1 POBLACIÓN:

Del total de personas cotizantes del Instituto Salvadoreño de Bienestar Magisterial adscrita al Hospital Francisco Menéndez de Ahuachapán que corresponde a 251 se tomaron como población únicamente a los 30 pacientes que fueron atendidos en psiquiatría en el período comprendido de julio a diciembre de 2018.

3.3.2 MUESTRA

Del total de la población se tomó una muestra de 16 pacientes que cumplían con los criterios de inclusión y exclusión pertenecientes a los cotizantes del Instituto Salvadoreño de Bienestar Magisterial atendidos en psiquiatría en el Hospital Francisco Menéndez de Ahuachapán, en el mes de julio a diciembre del 2018.

3.3.2.1 TIPO DE MUESTREO

El muestreo que se utilizó fue el no probabilístico de tipo intencional selectivo debido a que se seleccionó solamente a los pacientes cotizantes del instituto salvadoreño de bienestar magisterial que fueron atendidos por psiquiatría en el hospital Francisco Menéndez de Ahuachapán y que cumplieron los siguientes criterios de inclusión.

CRITERIOS DE INCLUSIÓN	CRITERIOS DE EXCLUSIÓN
<ul style="list-style-type: none"> - Paciente cotizante o beneficiario del programa de Bienestar Magisterial - Paciente atendido por la especialidad de psiquiatría del Hospital de Ahuachapán en el área de Bienestar Magisterial. - Paciente que recibió atenciones por Psiquiatría en el período comprendido de julio a diciembre de 2018, en Bienestar Magisterial de Hospital de Ahuachapán. 	<ul style="list-style-type: none"> - Paciente que no pertenece al programa de Bienestar Magisterial. - Paciente atendido por otra especialidad médica en el área de Bienestar Magisterial. - Paciente que fue atendido fuera del período comprendido de julio a diciembre de 2018.

3.4 VARIABLES Y OPERACIONALIZACIÓN

VARIABLE	DEFINICIÓN OPERACIONAL	DEFINICIÓN CONCEPTUAL	INDICADOR	INSTRUMENTO
Trastorno Depresivo	Desánimo y sentimientos negativos que impiden el disfrute de las actividades cotidianas.	Grupo heterogéneo de trastornos afectivos que se caracterizan por un estado de ánimo deprimido, disminución del	¿Ha tenido ánimo deprimido durante dos semanas previas? ¿Ha sentido pérdida de interés o	DSN- IV (Manual diagnóstico y estadístico de los trastornos mentales)

		disfrute y apatía.	placer durante 2 semanas o más? ¿Ha experimentado trastornos del sueño y del apetito en las últimas dos semanas?	
Caracterización sociodemográfica	Grupo de características similares que presentan los pacientes con una misma patología. Condiciones externas que influyen en la salud de la persona.	Son elementos o características que presentan las enfermedades y que siempre se repiten para cada una de ellas, pudiendo decirse qué enfermedades presentan mayor selectividad o afinidad para ciertos grupos de población. Son factores externos que	¿En qué edad son más frecuentes los trastornos depresivos? ¿Cuál es el sexo de mayor incidencia en trastornos depresivos? ¿Cuál es su estado civil? ¿Cuál es su nivel de escolaridad?	Tabla de caracterización socio demográfica de pacientes que consultaron en el área de Psiquiatría de Julio a diciembre de 2018. Tabla de caracterización socio demográfica y factores sociales.

		influyen en la salud del individuo que padece una determinada condición.	¿Vive usted en una zona urbana o rural?	
Pacientes con Depresión	Paciente ya conocido y tratado por cuadro de depresión	ya y por de depresión por 2 o más semanas.	Paciente que cumple con 5 o más síntomas de depresión por 2 o más semanas. ¿Ha sido usted diagnosticado con depresión? ¿Está actualmente tomando medicamento para Depresión?	Revisión de expediente clínico

3.5 METODOS, TECNICAS E INSTRUMENTO DE RECOLECCIÓN DE DATOS.

Las fuentes para la recolección de la información son secundarias ya que no se obtuvo la información de forma directa con los pacientes. Se realizó a través de la revisión de expedientes clínicos y registros de consulta.

3.5.1 MÉTODOS

Para desarrollar esta investigación se aplicó el método estadístico.

Estadístico:

Este método permitió cuantificar y procesar los datos que fueron obtenidos a través de la revisión del expediente clínico y el registro diario de consulta del área de psiquiatría del Hospital Francisco Menéndez correspondiente al Instituto Salvadoreño de Bienestar Magisterial.

3.5.2 TÉCNICAS:

La técnica que se utilizó para la recolección de los datos en la investigación fue el uso de una tabla donde se detallaron aspectos epidemiológicos y sociales como la edad del paciente, el estado civil, el sexo, área geográfica y escolaridad.

Además, una lista de chequeo con los síntomas más frecuentes en trastornos depresivos, dichos datos fueron obtenidos a través de la revisión de expedientes clínicos.

3.5.3 INSTRUMENTO:

El instrumento que se utilizó fue una tabla simple en la cual se evaluaron aspectos tales como: edad del paciente, estado civil, sexo, área geográfica y escolaridad.

EXPEDIENTE	EDAD	ESTADO CIVIL	SEXO	AREA GEOGRAFICA	ESCOLARIDAD

Se utilizó una lista de chequeo con los síntomas más frecuentes de los trastornos depresivos, tomando en cuenta que 5 o más de los siguientes síntomas están presentes para hacer el diagnóstico de depresión. Por lo menos uno de los síntomas es ánimo deprimido o pérdida de interés o placer.

Lista de chequeo para la identificación de síntomas de trastornos depresivos	
Pérdida de interés en todas o casi todas las actividades.	
Animo deprimido la mayor parte del día	
No disfruta las actividades que antes le eran placenteras	
Disminución del deseo y disfrute sexual	
Cambios en el apetito o peso	
Cambios en el patrón de sueño (insomnio o hiperinsomnia)	
Fatiga o disminución de la Energía	
Sentimientos de minusvalía o culpa	
Dificultad para pensar, concentrarse o tomar decisiones.	
Pensamientos recurrentes de muerte	
Auto estima disminuída	
Agitación o retardo psicomotor	

3.5.4 VALIDACIÓN DEL INSTRUMENTO:

Para validar el estudio se aplicó el instrumento a los expedientes clínicos de los pacientes que cumplieron con los criterios de inclusión mencionados anteriormente de los usuarios de la especialidad de psiquiatría del área de Bienestar Magisterial del Hospital Francisco Menéndez.

3.6 PRESENTACIÓN DE RESULTADOS Y ANALISIS DE LA INFORMACIÓN

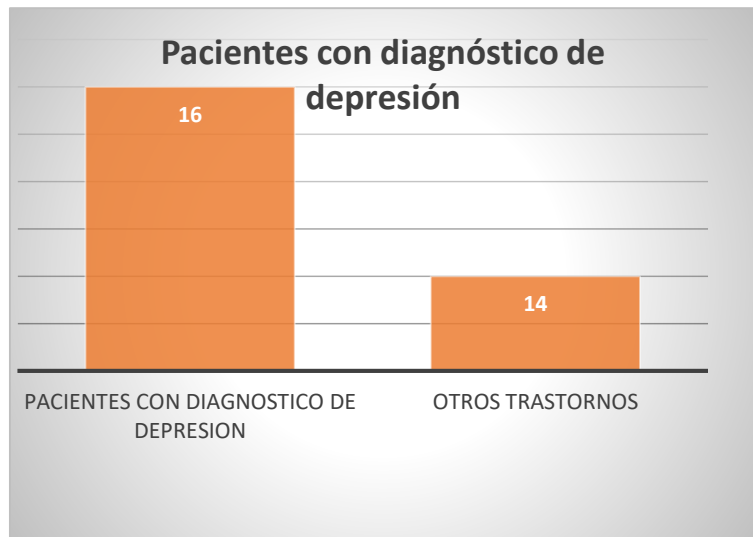
Recolectados los datos se inició el procesamiento y tabulación de los mismos, cuantificándose manualmente, además se plasmaron todos los resultados en cuadros y gráficas de barras para una mejor apreciación de ellos, haciendo uso del programa Microsoft Word y Excel.

El análisis se realizó a partir de los datos obtenidos en las tablas de recolección de información.

CAPITULO IV: ANÁLISIS DE RESULTADOS

Tabla y gráfico 1: En el presente estudio la población cotizante del Instituto Salvadoreño de Bienestar Magisterial, quienes consultan en el área de Psiquiatría fue de 30 pacientes de los cuales 14 de ellos fueron diagnosticados con cuadros de depresión según expediente clínico en el Hospital Francisco Menéndez de Ahuachapán en el periodo comprendido de julio a diciembre de 2018.

PACIENTES CON DIAGNOSTICO DE DEPRESION	OTROS TRASTORNOS
16	14

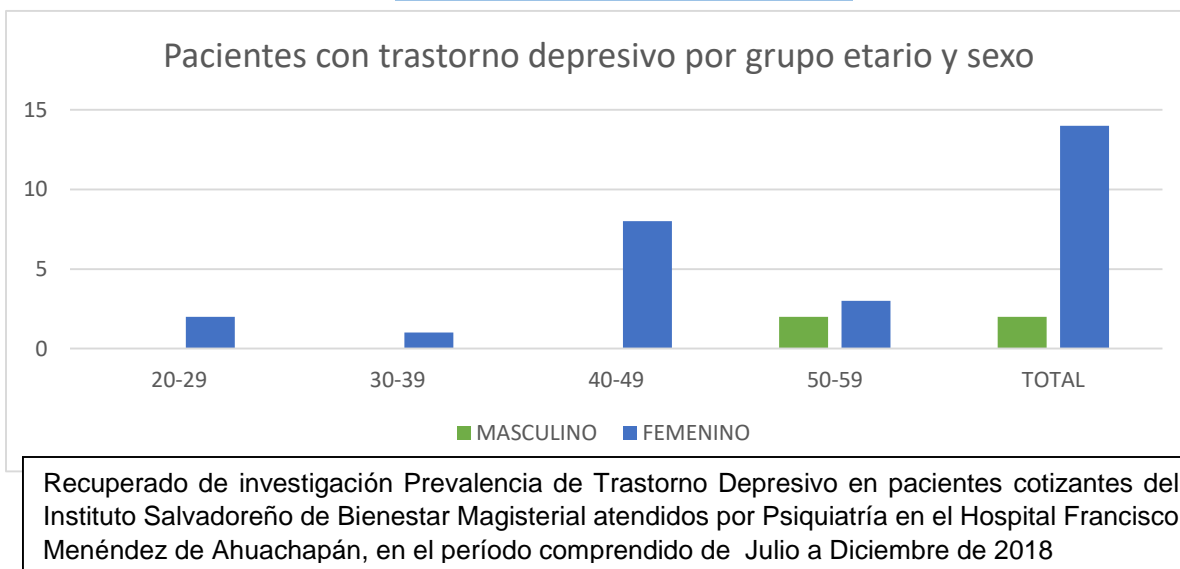


Recuperado de investigación Prevalencia de Trastorno Depresivo en pacientes cotizantes del Instituto Salvadoreño de Bienestar Magisterial atendidos por Psiquiatría en el Hospital Francisco Menéndez de Ahuachapán, en el período comprendido de Julio a

En la gráfica de barras se representa el total de pacientes atendidos en el área de Psiquiatría de Instituto Salvadoreño de Bienestar Magisterial de Hospital Francisco Menéndez de Ahuachapán en el período comprendido de Julio a Diciembre de 2018, en la cual observamos que 16 pacientes padecen o han tenido trastornos Depresivos en ese período, lo que evidencia que éste es el trastorno psiquiátrico más frecuente atendido entre nuestra población ya que más de la mitad de los pacientes en estudio lo padecen. Muy buena parte de nuestra población lo padece y muchas veces no es tan evidente su diagnóstico entre los pacientes, pero al aplicar los instrumentos diagnósticos por el profesional de la salud se realiza el diagnóstico y éstos pueden ser tratados.

Tabla y gráfico 2: Pacientes cotizantes del Instituto Salvadoreño de Bienestar Magisterial con diagnóstico de trastorno depresivo por grupo etario y sexo.

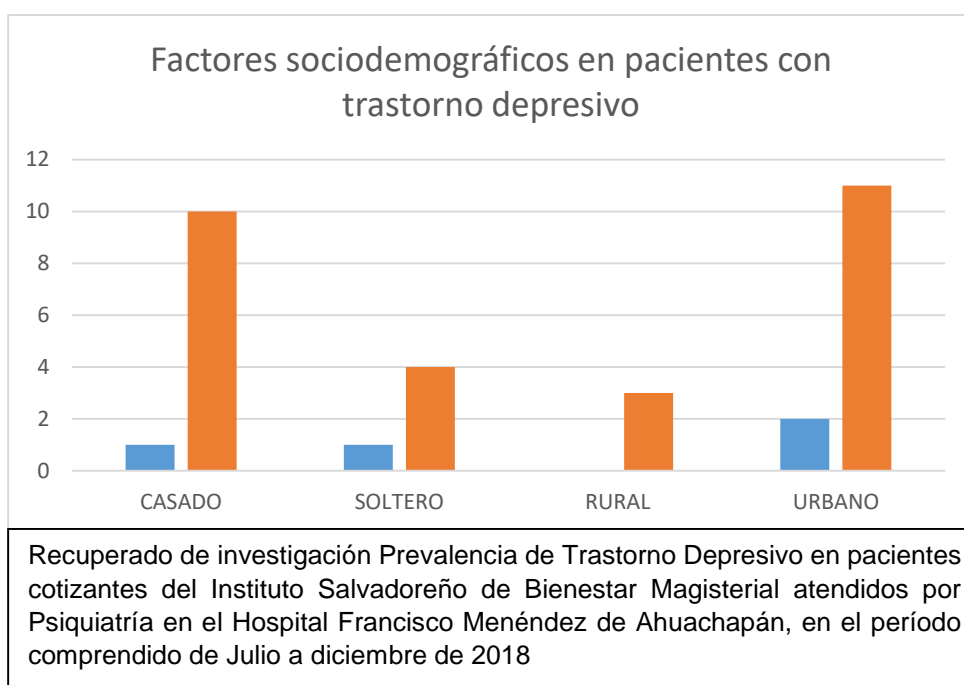
GRUPO ETAREO	MASCULINO	FEMENINO
20-29		2
30-39		1
40-49		8
50-59	2	3
TOTAL	2	14



En la tabla y gráfica de barras se observa la población total con diagnóstico de Depresión por grupo etario y sexo siendo un total de 16 pacientes, evidenciando que el sexo femenino tiene mayor prevalencia en todos sus rangos de edades por sobre el sexo masculino, siendo la edad más frecuente entre los 40 a 49 años con un total de 8 pacientes en ese rango, el cual coincide con el apareamiento de la menopausia y enfermedades metabólicas/crónicas, como HTA. DM, Trastornos tiroideos, entre otros, las cuales están íntimamente relacionados a trastornos depresivos, el siguiente rango de edad más frecuente es de 50 a 59 años con 3 pacientes, luego el rango de 20 a 29 años con 2 pacientes, y entre las edades de 30 a 39 años con 1 paciente, demostrando que en todos los rangos de edad hay riesgo de presentar cuadros depresivos siendo más frecuente en la edad adulta. En el caso del sexo masculino solo se cuenta con dos pacientes entre las edades de 50 a 59 años.

Tabla y gráfico 3: características sociodemográficas de los pacientes cotizantes del Instituto Salvadoreño de Bienestar Magisterial con diagnóstico de trastorno depresivo, agrupados por sexo, estado civil y área demográfica.

Columna1	CASADO	SOLTERO	RURAL	URBANO
MASCULINO	1	1		2
FEMENINO	10	4	3	11
TOTAL	11	5	3	13

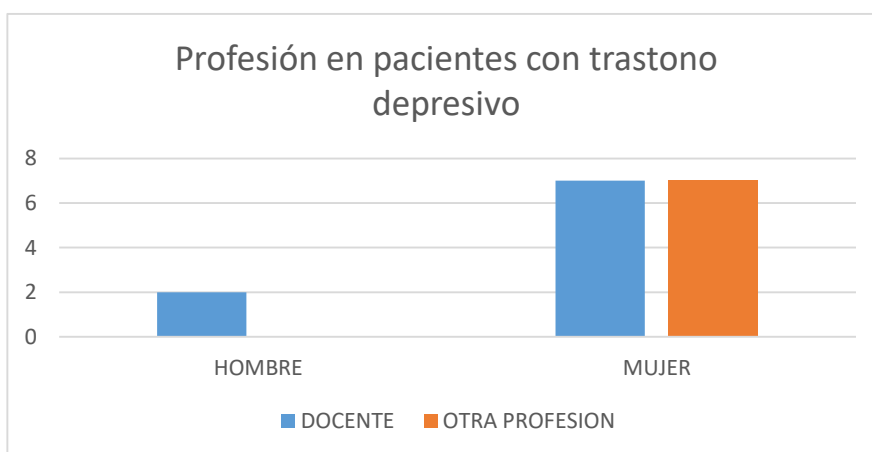


En la anterior gráfica se puede observar que hay mayor prevalencia en pacientes de sexo femenino en todos los rangos de edad con estado civil casado. Lo que nos lleva a analizar que probablemente el estar casado sea un factor estresante que junto con otros factores ya sea externos o internos de la persona llevan a un estado de depresión, al igual que residir en un área urbana sobre la rural, agrava más la prevalencia de depresión, probablemente sea por la situación de violencia que se vive en nuestro país ya que hay muchas zonas urbanas las cuales son consideradas como de alto riesgo, siendo éste otro motivo de estrés o preocupación para las pacientes, ya que el riesgo que a algún miembro de su familia le ocurra algo es una preocupación

del diario vivir sumando a ello la vida agitada en el área urbana comparado con la rural. Siendo muchas veces el hogar una alta responsabilidad para la mujer por lo que dicha carga sumado a comorbilidades disminuye la calidad de vida llevando a un estado de depresión ya que las obligaciones en el hogar, trabajo, familia, amigos, descuidan su propia persona, dejando a un lado sus sentimientos y deseos ignorando los síntomas propios de una depresión que puedan coexistir.

Tabla y gráfico 4: características sociodemográficas de los pacientes cotizantes del Instituto Salvadoreño de Bienestar Magisterial con diagnóstico de trastorno depresivo, agrupados por sexo y tipo de profesión.

SEXO	DOCENTE	OTRA PROFESION
HOMBRE	2	
MUJER	7	7
TOTAL	9	7



Recuperado de investigación Prevalencia de Trastorno Depresivo en pacientes cotizantes del Instituto Salvadoreño de Bienestar Magisterial atendidos por Psiquiatría en el Hospital Francisco Menéndez de Ahuachapán. en el período comprendido de Julio a Diciembre de 2018

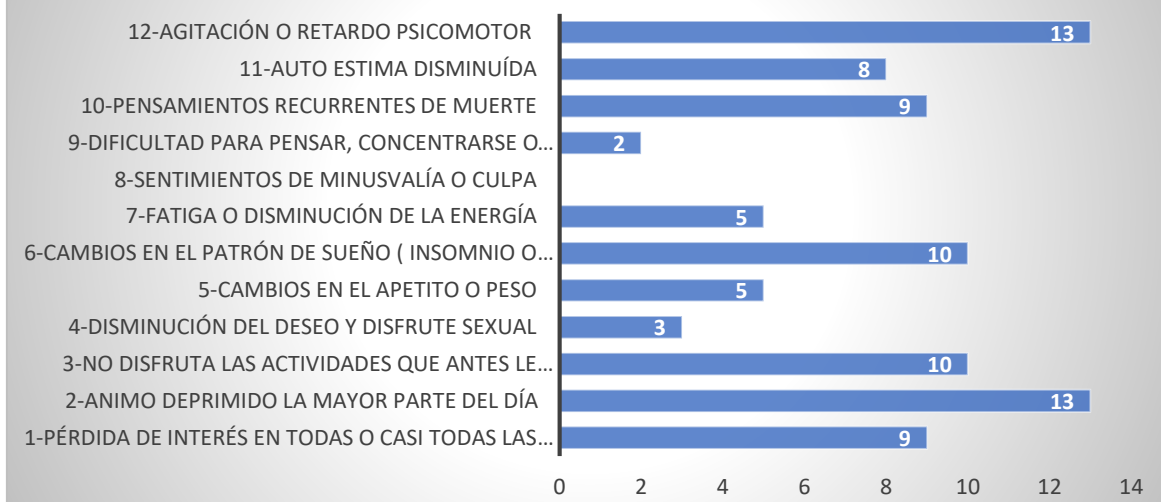
Entre la población atendida por Psiquiatría con diagnóstico de Trastorno Depresivo, de los pacientes del programa de Bienestar Magisterial, en la población femenina 7 son docentes, 7 son beneficiarias correspondiendo a otra profesión y para la población masculina los 2 pacientes con diagnóstico de depresión son docentes.

Por lo que los trastornos depresivos en la muestra de nuestro estudio son igual para pacientes profesionales (docentes en este caso), como para persona con nivel educativo menor (ama de casa) u otra profesión, siendo el mayor riesgo el ser mujer. Para el sexo masculino, los dos únicos hombres del estudio son docentes.

Tabla y gráfico 5: síntomas identificados en los pacientes cotizantes del Instituto Salvadoreño de Bienestar Magisterial con diagnóstico de trastorno depresivo.

SINTOMAS	NUMERO DE PACIENTES
1-Pérdida de interés en todas o casi todas las actividades.	9
2-Animo deprimido la mayor parte del día	13
3-No disfruta las actividades que antes le eran placenteras	10
4-Disminución del deseo y disfrute sexual	3
5-Cambios en el apetito o peso	5
6-Cambios en el patrón de sueño (insomnio o hiperinsomnia)	10
7-Fatiga o disminución de la Energía	5
8-Sentimientos de minusvalía o culpa	0
9-Dificultad para pensar, concentrarse o tomar decisiones.	2
10-Pensamientos recurrentes de muerte	9
11-Auto estima disminuida	8
12-Agitación o retardo psicomotor	13

SINTOMAS DE DEPRESION



Recuperado de investigación Prevalencia de Trastorno Depresivo en pacientes cotizantes del Instituto Salvadoreño de Bienestar Magisterial atendidos por Psiquiatría en el Hospital Francisco Menéndez de Ahuachapán, en el período comprendido de Julio a diciembre de 2018

Según la tabla de síntomas más frecuentes en los pacientes con trastornos depresivos en nuestra población de estudio podemos identificar los síntomas con que cursa la mayoría de pacientes identificados, lo que nos permitirá conocer la sintomatología que más prevalece y realizar de una forma más rápida y oportuna el diagnóstico. Los principales síntomas que se observan en los estados depresivos son Agitación o retardo psicomotor, es decir la persona se vuelve más lenta en sus pensamientos o acciones, o se agita/altera con facilidad lo que permite realizar el diagnóstico con mayor facilidad y precisión al identificar estos síntomas, al igual que Animo deprimido la mayor parte del día, es decir sin ganas de nada.

CAPÍTULO V: CONCLUSIONES Y RECOMENDACIONES

5.1 CONCLUSIONES

De acuerdo a los resultados obtenidos en la presente investigación se puede concluir lo siguiente:

- Los pacientes atendidos por la especialidad de Psiquiatría en Bienestar Magisterial del Hospital Francisco Menéndez de Ahuachapán diagnosticados con Trastorno Depresivo son 16 pacientes de una muestra de 30. Lo que corresponde a un 53.3 % de la población en estudio, es decir más de la mitad, siendo este un trastorno más frecuente de lo que se piensa pero que muchas veces pasa desapercibido o no se le presta la atención que merece ya que se desconoce mucho de la enfermedad, sus posibles causas y .la forma en que repercute en la vida de la persona que lo padece, disminuyendo su calidad de vida y no permitiendo que la persona se desarrolle plenamente en todos sus ámbitos.
- El diagnóstico de Trastorno Depresivo prevalece más entre la población femenina, en las edades de 40 a 49 años de edad. La mayoría de pacientes que lo padecen son mujeres en todos sus rangos etarios, pero hay una mayor prevalencia en la 5ª década de la vida lo cual coincide con la menopausia en las mujeres disminuyendo la protección hormonal e iniciando con el apareamiento de enfermedades crónicas, lo que aumenta el estrés y preocupación en las usuarias, de igual forma el estrés laboral es otro factor que puede descompensar cualquier otra comorbilidad lo que descompensa su estado de salud.
- Los trastornos depresivos son más frecuentes en la población femenina con estado civil casado siendo este identificado como un estresor que predispone a presentar un estado depresivo siendo el entorno familiar un ambiente hostil muchas veces sin el apoyo de una pareja que aporte a la familia. Y en la población masculina encontramos igual número de casos en el estado civil soltero y casado. En cuanto al

área geográfica se encuentran mayores casos en personas que residen en áreas urbanas siendo el factor social y la violencia por grupos delictivos un factor que preocupa a hombres y mujeres principalmente por el bienestar de sus seres queridos y el de ellos mismos, de igual forma ya se sabe el estilo de vida más ajetreado que existe en las ciudades a comparación con el estilo de vida rural en donde hay mayor tranquilidad.

- Los síntomas más frecuentes en los pacientes con trastorno depresivo que se detectaron son agitación o retardo psicomotor y animo deprimido la mayor parte del día; por lo que el paciente puede pasar de un estado de agitación a retraimiento, siendo éstos los síntomas más frecuentes en los trastornos depresivos y encontrados en la mayoría de los pacientes estudiados, por lo que ya conociendo estos signos o síntomas, el profesional de salud pueda enfocarse en su identificación y apoyar a la persona que lo padezca a llevar una vida o más plena que parezca.

5.2 RECOMENDACIONES

- Conociendo que la población femenina es la más afectada por esta enfermedad se recomienda realizar jornadas de Salud Mental al personal docente por parte del Ministerio de Salud enfocado en el manejo del estrés y otros temas relacionados a salud mental, brindando las herramientas para superar dichas situaciones estresantes e informando a los docentes sobre la enfermedad de Trastorno Depresivo, sus síntomas y la forma en que repercute para la realización de sus actividades cotidianas.
- Que el área de Psiquiatría de Bienestar Magisterial del Hospital Francisco Menéndez de Ahuachapán realice una evaluación general a todos los docentes de su área geográfica, iniciando desde los 40 años que es la edad de mayor prevalencia de trastornos depresivos, realizando un diagnóstico temprano y un tratamiento oportuno.
- Creación de grupos de apoyo a las personas que se identifiquen con alto riesgo de padecer la enfermedad y pacientes femeninas tratadas con Trastorno depresivo con el objetivo de mejorar su auto estima, crear redes de apoyo y disminuir su reincidencia, brindando las herramientas para sobre llevar las situaciones estresantes en los diferentes entornos.
- Gestionar con la Policía Nacional Civil el fortalecimiento de la vigilancia y la seguridad en los alrededores de los Centros Escolares y en las comunidades consideradas de alto riesgo disminuyendo así el estrés entre la población docente sobre la violencia social.

REFERENCIAS BIBLIOGRÁFICAS

- Bernal Torres, C. (2006). Metodología de la Investigación. México D.F. Pearson
- Sanchez Carlessi, H. (1986). Metodología de la investigación científica. Lima: San Marcos.
- Scott Lilienfeld, Steven Jay Lynn, Laura Namy y Nancy Wolf. (2011). Psicología una introducción. México: Pearson.
- Charles Morris, Albert Maisto. (2009). Psicología. México: Pearson.
- Ricardo Jose Toro, Luis Eduardo Yepes (2013) Psiquiatría Medellín, Colombia: Fondo Editorial de la CIB
- Carlos Fernandez Collado, Pilar Baptista Collado, (2014). METODOLOGÍA DE LA INVESTIGACIÓN. México: Mc GRAW HIL/ INTERAMERICANA.
- Maria Elena Medina Mora, Elsa Josefina Sarti. (2013). La depresión y otros trastornos psiquiátricos. México: Academia Nacional de Medicina.
- José María García, Vanessa Nogueras. (2013). Guías de autoayuda para la depresión y los trastornos de depresión. Sevilla España: Servicio Andaluz de Salud.
- Allen Frances, Harold Alan Pincus, Michael B. First (2001). Manual Diagnóstico y Estadístico de los Trastornos Mentales. Barcelona: Elsevier – Masson.
- <http://www.salud.gob.sv/>. (2017). Obtenido de <http://www.salud.gob.sv/06-04-2017-minsal-iss-s-y-ops-conmemoran-el-dia-mundial-de-la-salud/>
- www.paho.org. (2017). Obtenido de Organización Panamericana para la Salud: https://www.paho.org/hq/index.php?option=com_content&view=article&id=13102:depression-lets-talk-says-who-as-depression-tops-list-of-causes-of-ill-health&Itemid=1926&lang=es#:~:text=Seg%C3%BAAn%20las%20%C3%BAltimas%20estimaciones%20de,18%25%20entre%202005%2
- Paho.org/hq/index.php?option=com_content&view=article&id=13102:depreσιο

ANEXOS

ANEXO 1:**PRESENTACION, ANALISIS E INTERPRETACION DE RESULTADOS**

	EXPEDIENTE	EDAD	ESTADO CIVIL	SEXO	AREA GEOGRAFICA	ESCOLARIDAD
1	11467-19	21	SOLTERA	F	URBANA	ESTUDIANTE
2	6493-17	42	SEPARADA	F	URBANA	MAESTRA
3	10805-15	45	CASADA	F	RURAL	MAESTRA
4	11800-14	49	CASADA	F	URBANO	MAESTRA
5	5379-17	54	CASADA	F	URBANO	MAESTRA
6	14802-17	43	CASADA	F	URBANO	MAESTRA
7	16508-14	40	CASADA	F	URBANO-MARGINAL	AMA DE CASA
8	7550-14	41	CASADA	F	URBANO	MAESTRA
9	2223-13	55	SOLTERA	F	URBANO	EMPLEADA
10	18689-17	46	CASADA	F	RURAL	MAESTRA
11	9570-18	55	SOLTERO	M	URBANO	MAESTRO
12	3540-18	34	ACOMPANADO	M	RURAL	EMPLEADO INFORMAL
13	18517-15	47	ACOMPANADO	M	URBANO	MAESTRO
14	3850-16	54	DIVORCIADA	F	URBANA	MAESTRA
15	16110-19	55	CASADA	F	URBANO	MAESTRA
16	14128-18	22	SOLTERA	F	URBANO	ESTUDIANTE
17	411-19	26	SEPARADA	F	URBANO	AMA DE CASA
18	14509-17	40	CASADA	F	URBANA	AMA DE CASA
19	20302-17	38	CASADA	F	URBANA	MAESTRA
20	3403-15	58	CASADO	M	URBANO	MAESTRO

21	7531-18	42	CASADA	F	RURAL	MAESTRA
22	4971-17	19	SOLTERO	M	URBANO	ESTUDIANTE
23	3741-18	57	SOLTERO	M	URBANO- MARGINAL	MAESTRO
24	5533-15	47	CASADA	F	URBANO	MAESTRA
25	7951-16	58	ACOMPAÑADA	F	URBANO	AMA DE CASA
26	9642-19	44	CASADA	F	RURAL	AMA DE CASA
27	2444-17	35	VIUDO	M	URBANO	MAESTRO
28	1829-18	45	CASADA	F	URBANO	MAESTRA
29	3471-19	40	CASADA	F	URBANO	MAESTRA
30	4727-16	57	CASADO	M	RURAL	MAESTRO

Lista de chequeo para la identificación de síntomas de trastornos depresivos										
EXPEDIENTE	1146	649	1080	1180	537	1480	1650	755	222	1865
	7-19	3-17	5-15	0-14	9-17	2-17	8-14	0-14	3-13	9-17
1-Pérdida de interés en todas o casi todas las actividades.		X								
2-Animo deprimido la mayor parte del día		X	X				X	X	X	X
3-No disfruta las actividades que antes le eran placenteras		X		X		X		X	X	
4-Disminución del deseo y disfrute sexual							X			
5-Cambios en el apetito o peso								X		
6-Cambios en el patrón de sueño (insomnio o	X			X			X	X		

hiperinsomnias)										
7-Fatiga o disminución de la Energía			X						X	X
8-Sentimientos de minusvalía o culpa		X	X							
9-Dificultad para pensar, concentrarse o tomar decisiones									X	X
10-Pensamientos recurrentes de muerte			X				X			X
11-Autoestima disminuida			X							
12-Agitación o retardo psicomotor	X	X		X	X	X	X	X	X	X

Lista de chequeo para la identificación de síntomas de trastornos depresivos										
EXPEDIEN TE	753 1-18	340 3-15	37 4- 18	553 3-15	795 1-16	964 2-19	244 4-17	182 9-18	347 1-19	472 7-16
1-Pérdida de interés en todas o casi todas las actividades.			X	X	X					
2-Animo deprimido la mayor parte del día				X	X	X				
3-No disfruta las actividades que antes le eran placenteras						X	X			X
4-Disminución del deseo y disfrute sexual					X					
5-Cambios en el apetito o peso				X		X			X	
6-Cambios en el patrón de sueño (insomnio o hiperinsomnia)	X		X				X	X		
7-Fatiga o disminución de la Energía			X			X	X			
8-Sentimientos de			X	X	X			X		X

n de la Energía										
8- Sentimientos de minusvalía o culpa					X			X	X	X
9- Dificultad para pensar, concentrarse o tomar decisiones .										
10- Pensamientos recurrentes de muerte		X				X	X		X	X
11-Autoestima disminuida		X				X		X		X
12- Agitación o retardo psicomotor			X		X		X	X		