

República Dominicana
Universidad Nacional Pedro Henríquez Ureña
Facultad de Ciencias de la Salud
Escuela de Medicina
Hospital Central De Las Fuerzas Armadas
Residencia de Medicina Familiar Y Comunitaria

FRECUENCIA DE TRASTORNOS DEPRESIVOS EN LA UNIDAD DE
ATENCIÓN PRIMARIA DEL HOSPITAL CENTRAL DE LAS FUERZAS
ARMADAS JUNIO-AGOSTO 2018.



Tesis de pos grado para optar por el título de especialista en:
MEDICINA FAMILIAR Y COMUNITARIA
Residencia De Medicina Familiar y Comunitaria

Sustentante:
Dra. Yosary Mejía

Asesores:
Dr. Julio Ernesto Palm Ureña (Clínico)
Dra. Claridania Rodríguez (Metodológico)

Los conceptos emitidos en la presente tesis de pos grado son de la exclusiva responsabilidad de la sustentante de la misma.

Distrito Nacional: 2018

CONTENIDO

I. Introducción.....	6
1.1 Antecedentes Internacionales	6
1.2. Antecedentes nacionales	9
1.3. Justificación.....	10
II. Planteamiento del problema.....	11
III. Objetivos	13
III.1.General.....	13
III.2.Específicos:.....	13
IV. Marco teórico	14
Depresión.....	14
IV.1.1 Historia.....	14
IV.1.2 Definición	15
IV.1.3 Etiología.....	16
IV.1.3.Factores Genéticos.....	17
IV.1.3.2. Factores Sociales.....	17
IV.1.3.3 Factores Psicológicos	17
IV.1.3.4 Factores Biológicos.....	18
IV.1.5 Fisiopatología.....	19
IV.1.6 Epidemiología	20
IV.1.7 Diagnóstico	23
IV.1.7.1 Diagnóstico Clínico	23
La Escala de Depresión de Beck	26
V.1.7.2 Laboratorio.....	30
IV 1.7.3 Imágenes	30
IV.1.8. Diagnóstico diferencial	32
1V.1.9 Tratamiento.....	33
IV.1.10 Complicaciones.....	40
IV.11.1 Pronóstico y Evolución.....	41
IV.1.12. Prevención.....	42
VI. Operacionalización de las variables.....	45
VII. Material y métodos.....	46
VII.1. Tipo de estudio	46

VII.2. Área de estudio.....	46
VII.3. Universo.....	46
VII.4. Muestra.....	46
VII.5. Criterios.....	46
VII.5.1. De inclusión.....	46
VII.5.2. De exclusión.....	47
VII.7. Procedimiento.....	47
VII.8. Tabulación.....	47
VII.9. Análisis.....	47
VII.10. Aspectos éticos.....	48
VIII.- Presentación de los resultados.....	49
IX.- Discusión.....	59
X.- Conclusiones.....	62
XI.- Recomendaciones.....	63
XI.- Referencias.....	64
Anexos	

DEDICATORIA

A Dios:

Señor siempre ha sido mi norte, mi guía, mi mejor amigo y compañero de batallas. Nada he logrado sin tu apoyo. Quiero dedicarte mi sueño y mi mayor esfuerzo y agradecer todo tu inmenso amor a mi persona.

A mi madre:

Mami de mi corazón, que difícil es tener que escribir éstas líneas sin tenerte a mi lado. Por siempre será mi mayor bendición, agradezco a Dios, el privilegio de ser tu hija y del tiempo que me regaló junto a tu lado. Mi compañera inseparable, madre abnegada, mi ángel guardián; yo sé que desde el cielo ves mi logro, que es más tuyo que mío. Quiero dedicarte ésta tesis y agradecer todo el amor y apoyo que incondicionalmente siempre me diste. Te amaré mi vida entera.

AGRADECIMIENTOS

A mi hijo Alejandro:

Mi corazón, siempre esperando a tu madre y sin quejarte de tantas ausencias de ella en casa. Gracias amor por entender y comprender siempre, quiero agradecer a Dios por enviarte a mi vida y darte la gracia a ti por ser el mejor hijo del mundo. Te amo con toda la fuerza de mi alma.

A Nando:

Quiero agradecerte porque por difícil que hayan sido las cosas, siempre ha permanecido a mi lado, dándome el mayor apoyo que pueda. No hay que tener la misma sangre para ser tu hija, basta con que siempre haya un amor mutuo y en cada momento de nuestra vida hemos permanecidos unidos. Te quiero con todo el amor de mi corazón.

Al Hospital Central De Las Fuerzas Armadas:

Gracias por acogerme en su familia y darme la oportunidad de desarrollarme como profesional especialista dentro de su prestigiosa institución.

A mis profesores:

A las doctoras Rossy Molina Cuevas y Rosilys Rodríguez y al doctor Ramón García, quienes han sido mis mentores y mis mayores impulsores. Gracias por su apoyo incondicional y por darme la oportunidad de adquirir mayor conocimiento académico.

A mis compañeras de residencia médica:

A las doctoras Luz Peralta, Yasmin Polanco, Hortencia Santana, Sofía Gómez, Antonia Rincón y Yajaira Rincón, gracias por ser más que mis amigas, unas verdaderas hermanas. Durante cuatro años compartimos tantas cosas que serán inolvidables y por siempre cada una de ustedes ocupara un espacio en mi corazón.

A mis asesores de tesis:

Gracias por ayudarme en la culminación de mi meta.

Y a cada una de esas bellas personas, que con su palabras de alientos y ánimos, de una u otra manera me han apoyado siempre. Gracias Dios por todos.

I. INTRODUCCIÓN

La depresión se ha convertido en una epidemia en la última década con un incremento de un 20 por ciento, siendo un motivo de consulta en las unidades de atención primaria. Esta entidad médica, según la Organización Mundial de la Salud, es uno de los trastornos mentales más frecuente, que consiste en la presencia de tristeza, pérdida del interés o placer, sentimiento de culpa o falta de autoestima, trastornos del sueño o apetito, sensación de cansancio y falta de concentración. Puede volverse crónica y disminuir la capacidad laboral o emocional de la persona afectada. El individuo que sufre de algún tipo de trastorno depresivo debe de buscar ayuda y si la depresión es grave, recibir tratamiento, ya que puede pensar, intentar y hasta lograr suicidarse.

A pesar de que la depresión es un trastorno que genera discapacidad y cada día va en aumento, más del 50 por ciento a nivel mundial en los países desarrollados y un 80 por ciento de los subdesarrollados permanecen sin recibir el tratamiento adecuado o no lo recibe. La tasa de suicidio cada vez es mayor y la relación de la depresión con ellos es bastante clara.

1.1 Antecedentes Internacionales

La Organización Mundial de la Salud estima que la depresión afecta a nivel mundial a más de 300 millones de personas y emitió una voz de alarma ya que dicha patología va en ascenso y más de 800,000 personas se suicidan al año y la depresión es una de las principales causas. América Latina y el Caribe cursan con una cantidad significativa, un 5 por cientos de la población la padecen, según reportó la misma fuente (OMS, 2017).

La depresión afecta a 1 de cada 10 estadounidenses adultos, los CDC, analizaron datos de la encuesta del sistema de vigilancia de factores de riesgos del comportamiento entre 2006-2008.

La Guía de Práctica Clínica sobre el Manejo de los trastornos depresivos en Murcia, España, reporta que la atención primaria de salud es el primer contacto

que tienen la mayoría de los pacientes que presentan algún problema de salud mental, donde más del 90 por ciento de los pacientes psiquiátricos proceden de la consulta de atención primaria, donde el médico familiar atiende a más de un 15 por ciento de los pacientes con algún tipo de patología psiquiátrica. (Murcia, 2013)

Tanner Christensen (2013), plantea que muchos psicólogos y psiquiatras corroboran que la depresión mayor se amplifica en las personas que tienden a rumiar en sus pensamientos.

Según el presidente del Consejo General de Colegios de Psicólogos clínicos en el Hospital Universitario de Valencia “La depresión sigue siendo esa gran desconocida, no ya porque no exista un tratamiento específico, si no porque con mucha frecuencia ni la familia ni el propio paciente es consciente de que tiene un cuadro depresivo”. (Gómez, 2014) .¹⁴

Galindo y colaboradores, en 2015, en México determinaron las propiedades psicométricas de la Escala hospitalaria de ansiedad y depresión (HADS) en una muestra de pacientes oncológicos. Para el mismo participaron 400 pacientes del Instituto Nacional de Cancerología, de los cuales 226 eran mujeres (56.5%) y 174 eran hombres (43.6%); la edad promedio fue de 47.4 ± 14.1 años. Se encontró que en pacientes con cáncer en población mexicana presentó adecuadas características psicométricas, la detección de sintomatología ansiosa y depresiva por medio de la Escala hospitalaria de ansiedad y depresión (HADS) deriva en beneficios para la población oncológica y en estrategias funcionales de atención adecuada y costo-efectivas.³³

Valdez, y colaboradores en Chile, en 2017, con el propósito de evaluar las propiedades psicométricas de una versión en español del Inventario de Depresión de Beck (BDI-IA) en población chilena adulta, aplicaron a una muestra de 1.105 adultos de entre 18 y 73 años (94% mujeres). Noventa y nueve participantes fueron pacientes ambulatorios que recibieron tratamiento para trastornos afectivos, 932 fueron padres y / o tutores de estudiantes matriculados en escuelas y 73 fueron estudiantes universitarios (muestra sin trastorno depresivo conocido). Para realizar el análisis de datos, se generaron dos grupos de la combinación aleatoria de ambas muestras.³⁶

La Organización Mundial de la salud señala que Santiago de Chile, encabeza la lista de capitales con más alta de frecuencia de depresión en el mundo. Chile cuenta con un índice de un 17,2 por ciento, según la Encuesta Nacional de Salud. Por su parte el Ministerio de Salud chileno señala que en la población urbana el porcentaje de cuadro depresivo alcanza el 18,3 por ciento versus el 12,4 por ciento de los sectores rurales.

Otra investigación realizada por Garzón, Pascual y Collazo, en Cuba, con el objetivo de Identificar la relación que existe entre la depresión y algunas características sociodemográficas de los cuidadores principales, realizaron un estudio descriptivo correlacional en el Policlínico "Carlos Manuel Portuondo" del municipio Marianao, desde enero de 2010 hasta septiembre de 2012, en un universo de 35 cuidadores. De los 35 cuidadores principales, el 82,85% pertenecían al sexo femenino; el 60,00 % eran las hijas; el 45,71 % tenía 60 años y más, sin vínculo laboral (85,71 %), con un nivel superior de escolaridad (45,71 %) y el 68,60 % no recibía apoyo en el cuidado del paciente; el 37,10 % mostró depresión leve. Se evidenció correlación negativa y positiva débil entre la depresión y algunas de las características sociodemográficas y clínicas del cuidador principal.³⁵

Crempien, Parra, Grez, Valdés, López y Krause, en Chile, en 2017, describieron características sociodemográficas y clínicas en una muestra de pacientes depresivos atendidos en Centros Comunitarios de Salud Mental (COSAM) en Santiago, y explora asociaciones entre estas variables. 88 pacientes consultantes en el COSAM fueron evaluados mediante cuestionarios de auto-reporte, respecto a variables sociodemográficas, severidad de los síntomas depresivos (BDI), funcionamiento general y social (OQ-45) y calidad de vida (SF-36). Se realizaron análisis descriptivos y correlacionales para describir características sociodemográficas y clínicas, y estudiar las asociaciones entre variables sociodemográficas y gravedad de la sintomatología depresiva, y entre esta última y el funcionamiento general y calidad de vida. Los participantes fueron mayoritariamente mujeres, con síntomas depresivos crónicos y severos, y alta frecuencia de comorbilidad médica. Sexo femenino e historia de enfermedad física

fueron predictores significativos de gravedad de los síntomas depresivos. Estos, a su vez, mostraron correlaciones significativas con diferentes dimensiones del funcionamiento general y la calidad de vida, especialmente con la falta de vitalidad, impacto de la salud y problemas emocionales en la vida social, trabajo y actividades cotidianas, y percepción de una salud mental deteriorada. El perfil observado describe principalmente mujeres, con sintomatología severa y crónica, en la que se entrelazan vulnerabilidades físicas, emocionales y de personalidad, lo que sugiere la necesidad de un enfoque articulado de la salud física y mental y recursos terapéuticos que consideren estas características.¹⁴

1.2. Antecedentes nacionales

El licenciado Luis Beard habló en su publicación para el Diario de Salud sobre la publicación de la Organización Mundial de la Salud de que el 4.7 por ciento de la población de la República Dominicana padece de depresión, sin embargo instituciones como la Sociedad Dominicana de Psiquiatría y el Colegio Médico Dominicano, hablan de cifras superiores desde hace varios años, señalando un incremento de un 30 por ciento en la prevalencia de depresión. (Beard, 2017).

El doctor José Miguel Gómez, ex presidente de la Sociedad Dominicana de Psiquiatría, considera que la primera causa de los suicidios en República Dominicana, es la depresión, seguida por los trastornos del ánimo, problemas psiquiátricos, consumo de sustancias (alcohol, drogas...) y condiciones orgánicas y psicosociales como desempleo, deudas, sentimiento de frustración, entre otros,(Redacción El Día 2015).^{14l}

De acuerdo a la doctora María Nerys Pérez Ramírez, presidenta de la Sociedad Dominicana de Psiquiatría, “La sociedad dominicana está en crisis y uno de los principales factores es la variable socio-económica, en República Dominicana hay un problema serio de pobreza y de falta de oportunidades, por un lado y por el otro la galena plantea que es necesario ayudar a las personas a

buscar ayuda a tiempo para ser atendido por profesionales de la conducta como una forma de prevenir suicidios”. (Martínez v. 2016) ¹⁴

1.3. Justificación

Esta investigación indagará que tan frecuentes son los trastornos depresivos en Atención Primaria, si el médico de Medicina Familiar se percata de esos pacientes que son recurrentes y asiduos en la consulta de un primer nivel, aquejados de un sinnúmero de malestares físico, pero que al evaluarlos clínicamente y con determinadas pruebas, los mismos no tienen evidencia de patología alguna, pero que puede estar realizando un cuadro de algún trastorno depresivo.

La importancia radica en determinar si los pacientes no se captan a tiempos y en verdad permanecen subdiagnosticados como diferentes estudios los han demostrados, ya que un 20 por cientos de los trastornos depresivos llegan a la consulta de atención primaria y en muchas ocasiones no reciben el tratamiento que requieren por no llegar a un diagnóstico adecuado y ser derivado a una unidad de Salud Mental.

II. PLANTEAMIENTO DEL PROBLEMA

Después de la ansiedad, la depresión es el trastorno de salud mental más frecuente. Alrededor del 30 por ciento de las personas que acuden a la consulta de un médico de atención primaria presentan síntomas de depresión, pero menos del 10 por ciento de tales personas sufren de depresión grave.

La depresión es un trastorno mental frecuente que con el paso del tiempo se ha convertido en la enfermedad del siglo XXI, debido al impacto que tiene no tan solo en el individuo, sino también en la familia y la comunidad, la Organización Mundial de la Salud (OMS), considera que se ha convertido en un verdadero problema de salud pública. La Oficina Panamericana de la Salud (OPS), ubica esta entidad, entre uno de los cinco principales trastornos que generan mayor discapacidad a largo plazo y dependencia.

En el año 2017, la OMS emitió una voz de alarma en relación a la depresión, donde se consideraba a la misma como una nueva discapacidad, que aumentó casi un 20 por cientos en la última década.

En el 2015 el número de personas depresivas ascendía a 322 millones, para un 18.4 por ciento más que el 2005, por lo que la directora general de la OMS, Margaret Chan, emitió en un comunicado en abril del 2018, lo siguiente: *“Estas nuevas cifras son un llamado de atención para que todos los países se replanteen su visión de la salud mental y la traten con la urgencia que se merece.”*⁶

Un gran número de pacientes no van a chequearse por un profesional. En los países desarrollados se calcula que el 50 por cientos de los depresivos no fueron diagnosticados y por lo tanto no reciben tratamiento, mientras que en las naciones subdesarrolladas las cifras aumentan entre un 80 y 90 por cientos y hay que agregar que el tratamiento es de difícil acceso y el temor de que la persona sea tratada como que tiene la facultad mental alterada, es un impedimento para que muchos afectados busquen ayuda.

Casi 800,000 personas se suicidan cada año en el mundo, lo que equivale a un suicidio cada cuatro segundos y la relación con la depresión es bastante clara.⁶ Lo que determina que la mitad de las personas que se suicidan tanto en países ricos como pobres, sufren trastornos mentales, sobre todo de depresión; según afirma Saxena, especialista argentino de la salud mental (2018).

Muchos estudios confirman la alta prevalencia de los trastornos depresivos en las consultas de los médicos de Atención Primaria, por los que dichos especialistas deben tenerlos presentes al evaluar los pacientes. Muchos pacientes con probables trastornos mentales son infradiagnosticados, sobre todos mujeres, viudos, pensionados y los que han presentando acontecimientos vitales estresantes.⁹ Aunque es una enfermedad tratable seis de cada 10 personas que la padecen en América Latina y el Caribe no buscan o no reciben el tratamiento que necesitan, según el Centro de Control y Prevención de Enfermedades (CDC).¹⁰

Antes esta situación cada vez más agravante ya que se extrapola a la sociedad en general, es de vital importancia conocer:

¿Cuál es la frecuencia de trastornos depresivos en la Unidad de Atención Primaria del Hospital Central De Las Fuerzas Armadas Junio-Agosto del 2018?

III. OBJETIVOS

III.1.General

1. Determinar la frecuencia de Trastornos Depresivos en la unidad de Atención Primaria del Hospital Central De Las Fuerzas Armadas Junio-Agosto del 2018.

III.2.Específicos:

1. Identificar el sexo.
2. Determinar la edad de los pacientes afectados.
3. Establecer el estado civil.
4. Verificar la ocupación.
5. Especificar la escolaridad.
6. Determinar la procedencia.
7. Establecer la religión.
8. Verificar los Hábitos Tóxicos.
9. Detectar los signos y síntomas de presentación.

IV. MARCO TEÓRICO

Depresión

IV.1.1 HISTORIA

La Depresión a pesar del gran impacto social que está ocasionando en las últimas décadas, no es una patología reciente. Esta enfermedad ha estado presente en nuestra sociedad a lo largo de la historia y el hombre ha intentado combatirla con diferentes métodos. Es uno de los trastornos psiquiátricos más antiguo conocidos. Los griegos la llamaban "Bilis Negra". Mientras que los romanos la nombraban *atara bilis*, que significa de semblante triste. Pero el origen del vocablo radica en la expresión latina *de y premere* (*empujar u oprimir hacia abajo*).

Un recorrido a través de la historia de la Depresión desde el Neolítico hasta la aparición de los antidepresivos nos reporta que los primeros datos de la Depresión en la antigüedad tratan de una pequeña escultura, conocida como "El Dios Melancólico" la figura corresponde a la época neolítica y trata de un dios con una actitud de profunda tristeza.¹

Los egipcios usaban diferentes términos como "Fiebre del corazón" y "Corazón seco" ya que los griegos ubicaban el corazón como la parte anímica de la persona, para ellos la enfermedad tenía un carácter mágico o sagrado. Un texto conocido de la época es: "Dialogo de un desesperado con su alma". En el mismo un hombre deprimido relata su pesimismo y sufrimiento.

Los hititas y los judíos usaban un ritual para luchar contra la depresión y la desesperanza. El enfermo se daba un baño nocturno, se afeitaba todo el cuerpo se purifica con ungüentos y ofrecía alimentos dentro de un círculo mágico. Los judíos aluden la depresión en varios libros de la Biblia como: Job, Lamentaciones y Salmos.

Para los chinos el trastorno depresivo era ocasionado por un calentamiento excesivo de la sangre por una alteración del meridiano del corazón o por una obstrucción de los canales de energía del hígado, bazo o riñón, los cuales eran conocidos como "Chi". Como tratamiento usaban un bebedizo compuesto de nueve plantas medicinales como: rábano, menta, jazmín Estas teorías sobre el

origen de la depresión fueron recopiladas en el libro “Clásico de Medicina del Emperador Amarillo”.¹

Las Teorías de los humores de Hipócrates

Según los griegos la enfermedad era el resultado de la alteración de uno de los cuatro humores (sangre, flema, bilis amarilla y bilis negra). Aunque Hipócrates no fue el precursor de esta teoría humoral con el mismo alcanzó su apogeo. Para Hipócrates la alteración de estos cuatro humores produce cuatro temperamentos: colérico, flemático, sanguíneo y melancólicos. Antiguamente a la depresión le llamaban melancolía por lo que sería una alteración de la bilis negra, entonces El Padre de la Medicina, consideraba que el melancólico era sensible, pesimista y pasivo.²

En la Edad Media se acoge el vocablo “Acedía”, propuesto por el monje Jean Cassien en su libro “Sobre el espíritu de la tristeza”, para este monje la acedía era sinónimo de angustia o tristeza y la enfermedad se producía por la pérdida de fe en Dios y el tratamiento consistía en la oración para recobrar la fe.

En el siglo X un médico árabe llamado Isaac IbnImram escribe en su libro *“Tratado de la Melancolía”*, que la enfermedad es un trastorno del espíritu y no del cuerpo; realiza una descripción de la depresión y síntomas en su libro muy similar a la de hoy en día. Propone tratamientos medicinales y psicoterapia.

Ya en el siglo XIX, Esquirol, psiquiatra francés define la melancolía y la manía como enfermedades mentales independientes.

Emil Kraepelin, psiquiatra alemán, considerado como el fundador de la psiquiatría científica moderna, describe la psicosis maniaco depresiva, hoy conocida como trastorno bipolar y sustituye el término melancolía por depresión.³

IV.1.2 Definición

La Depresión etimológicamente proviene de los vocablos latinos “depressio” (opresión o abatimiento) y “depressus” (abatido o derribado).²

Clínicamente se define como el conjunto de de síntomas afectivos (tristeza patológica, apatía, anhedonia, desesperanza, decaimiento, irritabilidad, sensación subjetiva de malestar e importancia frente a las exigencias de la vida aunque en mayor o menor grado, con dos semanas consecutivas al menos en que la persona manifiesta al menos cinco de los síntomas acompañado de la disminución de interés en lo que hace.⁴

Es común escuchar a las personas utilizar los términos tristeza y pena como sinónimos de depresión, pero la tristeza es un sentimiento fisiológico normal propio de los seres humanos cuando están pasando por un duelo por cualquier circunstancia y la depresión es una alteración del estado de ánimo que va mucho más allá de estar melancólico; por ejemplo una pérdida significativa como duelo, ruina económica, una enfermedad, o una discapacidad grave puede acarrear un sentimiento de tristeza intenso y no es un estado depresivo.⁴

Según la OMS, *“la depresión es un trastorno mental que se caracteriza por la presencia de tristeza, pérdida interés o placer, sentimiento de culpa o falta de autoestima, trastornos del sueño o del apetito, sensación de cansancio y falta de concentración”*.

Esta enfermedad se puede volver crónica y disminuir la capacidad de las personas de trabajar, estudiar, socializar o ejecutar algunas de sus actividades cotidianas; dependiendo del número y de la intensidad de los síntomas.⁵

La depresión es un trastorno que concierne al yo en su relación con el ideal. En su obra “El yo y el ello”, Freud (1973) identifica el superyó y el ideal del yo.¹³

IV.1.3 Etiología

La depresión es el resultado de interacciones complejas entre factores sociales, psicológicos y biológicos. Aquellas personas que han pasado por circunstancias vitales adversas como luto, desempleo, traumatismos psicológicos; tienen más probabilidad de padecer depresión. A su vez la depresión puede más estrés y disfunción y empeorar la situación de la persona afectada.

Existe una mayor de sintomatología depresiva de adultos jóvenes entre los 18-44 años. Según la edad los síntomas predominantes son diferentes entre los

grupos de edad, por ejemplo en los niños son más frecuente las quejas somáticas, la irritabilidad y el aislamiento social, mientras que en el adolescente se asocia a trastornos disociales, trastornos de la conducta alimentaria y abuso de sustancias. En el adulto mayor suelen ser frecuentes las quejas somáticas y síntomas cognitivos (sensación de pérdida de memoria, falta de atención).

IV.1.3. Factores Genéticos:

Los familiares de primer grado presentan una mayor probabilidad de padecer un trastorno depresivo.⁷

IV.1.3.2 Factores Sociales:

Estos factores pueden predisponer a un incremento la vulnerabilidad de determinadas personas para el desarrollo de algún trastorno depresivo:

- Las experiencias de privación psicosensorial o de abusos y explotación extrema, que suelen darse durante la infancia en situaciones de falta de una estructura social o familiar.
- Otros factores sociales son: condiciones difíciles en el trabajo, desempleo, exclusión y rechazo social, dificultades en la adaptación cultural, vivienda inadecuada, vecindarios con altos niveles de violencia.⁷

IV.1.3.3 Factores Psicológicos:

Desde el conductismo se ha contemplado la depresión como una respuesta aprendida a situaciones en las que es imposible escapar a un estímulo desagradable o la falta de reforzadores positivos. Desde la década de los 80 se han multiplicado los trabajos que desarrollan las teorías cognitivas según las cuales el síndrome depresivo se desarrolla a partir de esquemas cognitivos que permiten la aparición de pensamientos negativos que producen ideas negativas sobre el mundo, el futuro e incluso sobre la misma persona.

IV.1.3.4 Factores Biológicos:

Dentro de estos están los neuroquímicos: los neurotransmisores que más se han relacionados con la depresión son la noradrenalina y la serotonina; se ha comprobado disminución del metabolito de la noradrenalina, 3 metoxi-4 hidroxifenilglicol en sangre y orina de pacientes depresivos y además una disminución de la recaptación de la serotonina, en las plaquetas de enfermos depresivos. Además factores endocrinos como la liberación de hormona de crecimiento, cortisol y alteración del eje hipotálamo-hipofisario-tiroideo. A nivel de los factores fisiológicos hay alteración del ritmo circadiano y del ciclo del sueño. También se ha comprobado alteración anatómica en los estudios de neuroimágenes, donde se han descrito alteraciones en el sistema límbico, ganglios basales e hipotálamo.

Los síntomas más frecuentes son: tristeza profunda donde la persona no experimenta ningún tipo de alegría, anhedonia o pérdida del placer de interés en las actividades habituales, pérdida de energía o cansancio continuo, pérdida de peso o del apetito, pérdida de la concentración, sentimiento de culpa e inutilidad, alteraciones del sueño, ideas suicidas.⁴

IV.1.4 Clasificación

Clásicamente la depresión se clasifica por su etiología en:

- Endógena: de causa idiopática, pero se asocia a una predisposición constitucional biológica del individuo.
- Psicógena: asociada a la personalidad o generada por acontecimientos vitales.
- Orgánica: puede ser secundaria a un fármaco o enfermedad por un mecanismo fisiológico. Por ejemplo un paciente como reacción a un diagnóstico de cáncer desarrolla una depresión, tendría una depresión psicógena, pero sí en cambio dicho paciente desarrolla una depresión que se considera ligada fisiopatológicamente ligada al cáncer, sería diagnosticado con depresión orgánica.⁷

Generalmente se usan dos sistemas para clasificar la depresión: el DSM-V y el CIE-10, ambos utilizados ampliamente para la clasificación y diagnósticos de trastornos mentales.

Clasificación de la Asociación Americana de Psiquiatría, quinta edición (DSM-V)

Esta propuesta divide la anterior clasificación de “trastornos del estado de ánimo” en “trastornos depresivos” y “trastornos bipolares”. La característica esencial continúa siendo un periodo de al menos dos semanas consecutivas en el que la persona manifiesta un mínimo de cinco síntomas de los cuales al menos uno tiene que ser estado de ánimo depresivo y/o disminución del interés o placer por todas o casi todas las actividades.¹⁵

El DSM-V clasifica los trastornos depresivos en:

- Depresión Mayor
- Trastornos Depresivos Persistentes (Distimia), persistente por dos años.
- Trastornos Depresivos inducidos por sustancia o medicamento.
- Trastornos Depresivos debidos a afección médica.
- Trastornos Depresivos Específicos.
- Trastornos Depresivos no Específicos.

Clasificación Internacional de Enfermedades- CIE-10, décima edición¹⁶

-Episodio depresivo leve.

- Episodio depresivo moderado.
- Episodio depresivo grave sin síntomas psicóticos.
- Episodio depresivo graves con síntomas psicóticos.
- Episodio depresivo no especificado.
- Otros episodios depresivos.

IV.1.5 Fisiopatología

La depresión es una alteración psicobiológica producida por un fallo de las estructuras y de los neurotransmisores cerebrales, que se encargan de regular las emociones, la memoria, la actividad motora y cognitiva y el estado anímico de la persona. En el ser humano, cada emoción se halla íntimamente relacionada en

zonas y núcleos cerebrales específicos. El lóbulo frontal y el sistema límbico tienen especial relevancia en el procesamiento de las emociones.

Mediante las modernas técnicas de neuroimágenes podemos estudiar, en el ser humano normal, que áreas cerebrales se activan, ante la visión de imágenes que generan simpatía, rabia, amor, odio, tristeza o alegría. Podemos así configurar una especie de mapa cerebral, que nos muestra que zonas son activadas por cada emoción específica.

Estas mismas técnicas usadas en el enfermo con depresión, nos muestran estas mismas áreas, apagadas, casi sin actividad. Las modernas técnicas de imagen traducen el estado de anhedonia en una especie de mapa en blanco y negro, en lugar del colorido dibujo del cerebro de la persona sana.¹⁷

En el enfermo depresivo no predomina la tristeza, sino la falta de sentimientos y respuestas emocionales ante estímulos ambientales.

IV.1.6 Epidemiología

La depresión es una de la más frecuente de las enfermedades psiquiátricas. Dos de cada diez personas padecerán en algún momento de su vida un cuadro depresivo. Es mucho más frecuente en las mujeres, pues de cada diez pacientes depresivos, siete son mujeres. Suele iniciarse en la adolescencia o entre los 20 y los 30 años, pero existe la posibilidad de iniciar a cualquier edad.

Debido a la alta prevalencia de la depresión, se ha convertido en un verdadero reto de salud pública. El número de personas que la sufre a lo largo de su vida se sitúa entre el 8 y 15 por ciento. Según afirmó el doctor Jorge Rodríguez, asesor principal en Salud Mental de la OMS/ OPS: *“Se trata de un trastorno que puede afectar a cualquier persona en algún momento de su vida, por lo que debe ser atendida y apoyada psicológica y socialmente”*.

Datos según el CDC entre 2006-2008.¹⁰

- Se calcula que el 25% de las personas padecen unos trastornos mentales o del comportamiento a lo largo de su vida.
- La depresión es el trastorno mental que más afecta a la población en el mundo. Más de 350 millones de personas de todas las edades sufre de

depresión globalmente. En América Latina y el Caribe la padece 5 por ciento de la población adulta.

- Los trastornos mentales y neurológicos representan el 14% de la carga mundial de enfermedades a nivel mundial y el 22 por ciento a nivel de América Latina y el Caribe.
- Entre 20% y 40% de las mujeres de los países en desarrollo sufren de depresión durante el embarazo o postparto.
- Aunque es una enfermedad tratable, seis de cada diez personas que la padecen en América Latina y el Caribe, no buscan o no reciben el tratamiento que necesitan.
- El Trastorno Depresivo Mayor afecta a alrededor de 14,8 millones de estadounidenses adultos, es decir al 6,7% de la población de 18 años o más en cualquier año dado, según informes de la revista médica Archives of General Psychiatry de junio de 2005.
- En España La depresión afecta al 4-5% de la población y el riesgo de que la población general desarrolle, al menos, un episodio de depresión grave a lo largo de la vida es casi el doble en mujeres (16,5%) que en hombres (8,9%), mientras que el porcentaje de personas que padece anualmente la enfermedad es del 4%.
- Entre los trastornos mentales en América Latina y el Caribe, la depresión es la más común (5%), seguida por los trastornos de ansiedad (3,4%), la Distimia (1,7%), el trastorno obsesivo compulsivo (1,4%), trastorno de pánico y psicosis no afectivas (1% cada una), y trastorno bipolar (0,8%), entre otros.

Los pacientes de depresión tienen 4 veces más posibilidades de tener un ataque cardíaco que los que no tienen antecedentes de esta enfermedad, según información del Instituto Nacional de Salud Mental, 1998.

- 32 años es la edad media de los casos, aunque en estadio severo puede aparecer a cualquier edad.

- 50% de los 350 millones de personas que padecen depresión en el mundo no recibe el tratamiento correspondiente, incluso en algunos países esta data puede llegar a más de 90%, de acuerdo con cifras de la Organización Mundial de la Salud 2012.
- Los pacientes con enfermedad del corazón, cáncer, diabetes, epilepsia y osteoporosis tienen mayor riesgo de incapacidad o muerte prematura cuando están deprimidos clínicamente. De hecho, el 10% de los hombres diabéticos y el 20% de las mujeres también sufren depresión – el doble que la población general.
- Diferentes trabajos publicados cifran en un 50% los trastornos depresivos que no reciben tratamiento o no el adecuado (psicofármacos o psicoterapia o combinación). En estudios españoles como el estudio SCREEN los trastornos depresivos se encontrarían en cerca del 20% de los pacientes atendidos en Atención Primaria.
- España es el país europeo con la tasa más alta de síntomas depresivos en población de edad avanzada. En el año 2013 se registraron un total de 1.868.173 personas que sufrieron la enfermedad. El aumento de esta incidencia en ese país, y en Europa en general, se debe fundamentalmente varios factores: el incremento de la edad media en la población, el nivel de estrés que invade a nuestras sociedades y al aumento de consumo de sustancias tóxicas y fármacos.⁹

La Organización Mundial de la Salud en el año 2017, establece que en República Dominicana, el 4.7 por ciento de la población padece de depresión; no obstante instituciones como la Sociedad Dominicana de Psiquiatría y el Colegio Médico Dominicano (CMD), desde hace varios años vienen hablando de cifras muy superiores, señalando un incremento de un 30 por ciento en la prevalencia de depresión.¹⁴

IV.1.7 Diagnóstico

El diagnóstico de la depresión, “es como el de cualquier patología médica, que consiste en recopilar y organizar información junto con un alto índice de sospecha y de intuición fundada”, según el doctor Rozados.¹⁴

Los criterios diagnósticos de depresión más utilizados, tanto en la clínica como en la investigación, son los de la Clasificación Estadística Internacional de Enfermedades y Problemas Relacionados con la Salud (CIE) y los de la clasificación de la Asociación Americana de Psiquiatría (DSM).¹⁵

IV.1.7.1 Diagnóstico Clínico

Criterios diagnósticos del DSMV para el Trastorno Depresivo Mayor:

- A- Cinco(o más) de los síntomas siguientes han estado presentes durante el mismo periodo de dos semanas y representan un cambio del funcionamiento previo; al menos uno de los síntomas es (1) estado de ánimo deprimido o (2) pérdida de interés o de placer.
- B- Los síntomas causan malestar clínicamente significativo o deterioro en lo social, laboral u otras áreas importantes del funcionamiento.
- C- El episodio no se puede atribuir a los efectos fisiológicos de una sustancia o de otra afección médica.

Nota: Los Criterios A-C constituyen un episodio de depresión mayor.

Trastorno depresivo persistente (Distimia)

En este trastorno se agrupan el trastorno de depresión mayor crónica y el trastorno distimico del DMS-IV.

- A- Estado de ánimo deprimido durante la mayor parte del día, presente más de los que está ausente, según se desprende de la información subjetiva o de la observación por parte de otras personas, durante un mínimo de dos años.
- B- Presencia, durante, la depresión de dos (o más) de los síntomas siguientes:
 1. Poco apetito o sobrealimentación.
 2. Insomnio o Hipersomnia.
 3. Fatiga o poca energía.

4. Baja autoestima.
 5. Falta de concentración o dificultad para tomar decisiones.
 6. Sentimientos de desesperanza.
- C- Durante el periodo de dos años (un año en niños y adolescentes) de la alteración, el individuo nunca ha estado sin los síntomas de los Criterios A y B durante más de dos meses seguidos.
- D- Los criterios para un trastorno de depresión mayor pueden estar continuamente presentes durante dos años.
- E- Nunca ha habido un episodio maníaco o un episodio hipomaníaco, y nunca se ha cumplido los criterios para el trastorno Ciclotímico.
- F- La alteración no se explica mejor por un trastorno esquizoafectivo persistente, esquizofrenia, trastorno delirante, u otro trastorno específico y no específico.
- G- Los síntomas no se pueden atribuir a los efectos fisiológicos de una sustancia, por ejemplo droga o medicamento o una patología médica.
- H- Los síntomas causan malestar clínicamente significativo o deterioro en lo social, laboral u otras áreas importantes del funcionamiento.

Trastorno depresivo inducido por una sustancia/medicamento

A- Alteración importante y persistente del estado del ánimo en el cuadro clínico y que se caracteriza por estado de ánimo deprimido, disminución notable del interés o placer por todas o casi todas las actividades.

B- Existen pruebas a partir de la historia clínica, la exploración física o los análisis de laboratorio:

1-Síntomas del Criterio A desarrollados durante o pocos después de la intoxicación o abstinencia de una sustancia o después de la exposición a un medicamento.

2-La sustancia/medicamento implicado puede producir los síntomas del Criterio A.

C-El trastorno no se explica mejor por un trastorno depresivo no inducido por una sustancia/medicamento; es decir, los síntomas fueron anteriores al uso de la sustancia/medicamento.

D-El trastorno no se produce exclusivamente durante el curso de un síndrome confusional.

E-El trastorno causa malestar clínicamente significativo o deterioro en lo social, laboral u otras áreas importantes del funcionamiento.

Trastorno Depresivo debido a otra afección médica

A- Un periodo importante y persistente de estado de ánimo deprimido o una disminución notable del interés o placer por todas o casi todas las actividades predomina en el cuadro clínico.

B- Existen pruebas a partir de la historia clínica, la exploración física o los análisis de laboratorio de que el trastorno es la consecuencia fisiopatológica directa de otra afección médica.

C-La alteración no se explica mejor por otro trastorno mental, por ejemplo trastorno de adaptación, con estado de ánimo deprimido o donde el estrés es un factor de afección médica grave.

Otro trastorno depresivo especificado

Esta categoría se aplica a presentaciones en la que predominan los síntomas característicos de un trastorno depresivo que causan malestar clínicamente significativo o deterioro en lo social, lo laboral u otras áreas importantes del funcionamiento pero que no cumplen todos los criterios de ninguno de los trastornos de la categoría diagnóstica de los trastornos depresivos. Algunos ejemplos son:

1- Depresión breve recurrente, presencia concurrente de estado de ánimo deprimido y por lo menos otros cuatro síntomas de depresión 2-13 días por lo menos una vez al mes.

2- Episodio depresivo de corta duración (4-13 días): Afecto deprimido y al menos cuatro de los otros ocho síntomas de un episodio de depresión mayor asociados a un malestar significativo clínicamente significativo o deterioro que persiste durante más de cuatro, pero menos de 14 días.

3-Episodio depresivo con síntomas insuficientes: Afecto deprimido y al menos cuatro de los otros ocho síntomas de un episodio de depresión mayor asociado a malestar clínicamente significativo o deterioro que persiste durante un mínimo de dos semanas en un individuo cuya presentación nunca ha cumplido los criterios para otro trastorno depresivo bipolar.

Otro trastorno depresivo no especificado

Esta categoría se aplica a presentaciones en las que predominan los síntomas característicos de un trastorno depresivo que causan malestar clínicamente significativo o deterioro en lo social, laboral u otras áreas importantes del funcionamiento, pero que no cumplen todos los criterios de ninguno de los trastornos de la categoría diagnóstica de los trastornos depresivos. Aquí el clínico opta por no especificar el motivo de incumplimiento de los criterios de un trastorno depresivo específico.

Escalas como métodos de evaluación y diagnósticos de depresión.

Las escalas se han convertido en un popular instrumento clínico diseñado para evaluar ansiedad y depresión, encontrándose evidencias de que aplicado a diversas poblaciones puede tener buenas propiedades de detección como otros instrumentos.²¹ Son herramientas muy utilizadas y bastantes eficaces, dentro de estas tenemos a:

La Escala de Depresión de Beck

El BDI-II es un instrumento autoaplicado de 21 ítems y en cada uno de ellos la persona tiene que elegir, entre cuatro alternativas ordenadas de menor a mayor gravedad, la frase que mejor describe su estado durante las últimas dos semanas.

Cada ítem se valora de 0 a 3 puntos en función de la alternativa escogida y, tras sumar directamente la puntuación de cada ítem, se obtiene una puntuación total que varía de 0 a 63 puntos.

Respecto a la versión anterior (BDI-IA), el BDI-II reemplazó los ítems de pérdida de peso, cambio en la imagen corporal, preocupación somática y dificultades en el trabajo por otros de nueva creación (agitación, sentimientos de inutilidad, dificultad de concentración y pérdida de energía). Además, se modificaron los ítems de pérdida de apetito e insomnio para que pudieran evaluar tanto las disminuciones como los aumentos del apetito y sueño y se introdujeron modificaciones en varias de las afirmaciones usadas para valorar otros síntomas. Por otro lado, se extendió a dos semanas el marco temporal para medir la intensidad.

El inventario de Depresión de Beck fue creado por el psiquiatra, investigador y fundador de la Terapia Cognitiva, Aaron T. Beck. Las versiones más actuales de éste cuestionario pueden ser utilizadas en personas a partir de 13 años de edad. Es uno de los instrumentos más utilizados para medir la severidad de la depresión. (Ver anexo I)

Tabla 1. Puntuación de corte y descriptores del BDI

	Mínima	Leve	Moderada	Grave
BDI-II Original	0-13	14-19	20-28	>29
Adaptación española	0-13	14-18	19-27	>28
APA 2000	0-9 (no depresivo)	10-16	17-29	>30
NICE 2009	0-9 (no depresivo)	10-16 sub clínica	17-29 Leve-moderada	>30 moderada grave

Fuentes varias.

Tabla 2. BDI- II Valoración

Puntuación	Gravedad del Cuadro
0-13	Sin depresión
14-19	Depresión leve
20-28	Depresión moderada
29-63	Depresión grave o severa

Actualizado 1994, adaptación española.

Escala de Evaluación para la Depresión de Hamilton

Es un instrumento de evaluación diseñada por Max Hamilton en 1960; fue creada con la finalidad de servir como método para detectar la gravedad de los síntomas la depresión en pacientes previamente diagnosticados, así como la existencia de cambios en el estado de del paciente a lo largo del tiempo de evolución.(Ver anexo II)

Los objetivos principales de esta escala heteroaplicada, son la valoración de los efectos de gravedad y los tratamientos posibles sobre cada uno de los componentes que evalúa y la detección de recaídas; es decir, más que para diagnóstico se usa para la evaluación del estado de pacientes a los que previamente se les ha diagnosticado sobre todo con depresión mayor, también se ha aplicado para evaluar la presencia de síntomas depresivos en otros problemas y condiciones, como por ejemplos en las demencias.¹⁶

Su contenido se centra en aspectos somáticos y comportamentales de la depresión. Los síntomas vegetativos, cognitivos y de ansiedad son los que más tienen en el cómputo total de la evaluación. Se han identificados distintos índices como de melancolía, formado por los ítems 1(estado de ánimo depresivo), 2 (sensación de culpabilidad), 7 (trabajo y actividades), 8 (inhibición), 10 (ansiedad psíquica), y 13 (síntomas somáticos generales). Los índices de ansiedad están formados por los ítems 9 (agitación), 10 (ansiedad psíquica) y 11 (ansiedad somática), y por último los índices de alteraciones del sueño, conformado por los ítems referidos a insomnio (4, 5,6).¹⁵

Consta de 22 ítems, aunque inicialmente eran 21, posteriormente se elaboró una versión reducción de 17, agrupados en seis factores principales, que son la valoración somática, alteración cognitiva, variación diurna, ralentización y alteración del sueño, tomando en cuenta que todos los factores no tienen la misma importancia, por ejemplo se valora más la alteración cognitiva que la alteración del sueño.

Interpretación

La puntuación total es de 0 a 52 puntos, cada ítem se valora de 0 a 4 puntos, eligiendo la puntuación que mejor se ajuste a la sintomatología que presente el paciente. Hay excepción de algunos elementos que presentan una menor ponderación, que van del 0 al 2.

Puntuación	Gravedad del cuadro
0-7	Sin depresión
8-12	Depresión Menor
13-17	Menos que Depresión Mayor
18-29	Depresión Mayor
30-52	Más que Depresión Mayor

Puntuación total Bech P 1996.

Escala de Depresión de Zung

Escala autoplicada desarrollada por W.W Zung en 1965, es una cuantificación de síntomas de base empírica derivada de la escala de depresión de Hamilton, al igual que ella da más valor al componente somático-conductual del trastorno depresivo. Es un cuestionario tipo encuesta corta compuesto por 20 preguntas, las cuales indican las cuatro características más comunes de la depresión: el efecto dominante, los equivalentes fisiológicos, otras perturbaciones y las actividades psicomotoras.¹⁵

Interpretación

Hay diez preguntas elaboradas de forma positiva y otras diez de forma negativa. Cada pregunta se evalúa en una escala de 1-4(poco tiempo, algo de tiempo, una buena parte del tiempo, y la mayor parte del tiempo). El rango de calificación es de 20-80.¹⁸

Puntuación	Gravedad del cuadro
25-49	Rango normal
50-59	Ligeramente deprimido
60-69	Moderadamente deprimido
70 o más	Severamente deprimido

V.1.7.2 Laboratorio

Se han realizados diferentes trabajos científicos para analizar si es posible que por medio de análisis de sangre se pueda diagnosticar la depresión. Uno de lo que mayor se ha hecho referencia es el que realizó la neurocientífica Eva Redei, de la Universidad de Northwestern, y publicado en Translational Psychiatry en septiembre de 2014. Primero el experimento se realizo con ratones, posteriormente comprobado en humanos, analizando los niveles de nueve marcadores biológicos distintos. Dicha prueba funciona midiendo los niveles de ARN de estos nueve marcadores específicos de la sangre.¹⁹

Ella y su equipo desarrollaron un análisis de sangre capaz de diagnosticar la depresión en adultos mediante los niveles de ARN en sangre, los mensajeros responsables de interpretar los códigos genéticos del ADN y llevar a cabo las instrucciones que darían lugar a dicho trastorno mental que cada día afecta más nuestra sociedad. Los expertos descubrieron tres marcadores que daban positivos: DGKA, KIAA1539 y RAPH1, los tres ofrecían resultados más altos en los pacientes con depresión que el grupo control.²⁰

Inclusive el mismo análisis sería capaz de identificar aquellas personas propensas a desarrollar los síntomas. No obstante existe el problema de que estos biomarcadores compuestos de ARN se buscan a nivel cerebral y en el cerebro no se encuentran todos los genes presentes en sangre, por lo que el margen de error es considerable y además este experimento puede considerarse modesto debido al nivel de la muestra; tan solo se tomaron un total de 64 voluntarios de entre 21 y 79 años de edad, la mitad de ellos sin depresión como grupo control. Por lo que es una investigación en marcha, donde los resultados exactos para la población en general, todavía quedan lejanos.¹⁹

IV 1.7.3 Imágenes

Los métodos diagnósticos por imágenes cerebrales han ayudado a la comprensión de la fisiopatología, etiología, diagnóstico, respuesta terapéutica y pronóstico de diferentes trastornos mentales, pero aun son de compleja interpretación, muchas veces no disponibles en todos los lugares y sus

aplicaciones clínicas son limitadas. Aunque constituyen uno de los campos más interesantes en la psiquiatría de hoy.

Proporcionan nuevos conocimientos sobre la estructura y función del cerebro en las enfermedades psiquiátricas, con lo cual se logró entender las características neurobiológicas de las distintas patologías mentales.

En pacientes con depresión se halló incremento en la hiperintensidad de la sustancia blanca, disminución en el volumen del lóbulo frontal y en áreas de los ganglios basales; además atrofia del hipocampo unilateral y bilateral, pérdida del volumen de la amígdala y agrandamiento de la amígdala. Dichos hallazgos indican que la depresión es producto de anomalías estructurales en regiones importantes para la regulación emocional, como la corteza frontal, el hipocampo y la amígdala.²²

Los cambios en el metabolismo de la glucosa, medidos por Tomografía por Emisión de Positrones (PET), se asociaron con enlentecimiento psicomotor, déficit de atención y deterioro en la función ejecutiva. La respuesta clínica exitosa al tratamiento con Fluoxetina se asoció con incremento en el metabolismo en las regiones corticales dorsales, y con menor metabolismo en las regiones límbicas.²²

Las técnicas por neuroimágenes funcionales pueden ser además usadas para predecir la respuesta al tratamiento de la depresión, por ejemplo el aumento de la actividad del cíngulo anterior antes de la terapia predijo menor resultado terapéutico.

Las neuroimágenes son un pilar central para crear una base sólida para crear una base de evidencia que situó a la psiquiatría en un espacio de convergencia con otras disciplinas, y la práctica médica se convierte en ciencia médica. Así que el panorama en conjunto revela una sensibilidad diferencial de los componentes del eje hipotálamo-hipófisis-suprarrenal (HPS) a la hipercolesterolemia inducida por los episodios depresivos. La Resonancia Magnética estructural (RMe) con rastreo manual de las regiones hipotéticamente involucradas ha sido primordial en los estudios del HPS.²³

IV.1.8. Diagnóstico diferencial

La depresión hay que diferenciarla de patologías médicas como de trastornos mentales.

Patologías Médicas:

-Endocrinos/Metabólicas: Patologías tiroidea (Hipotiroidismo e Hipertiroidismo), Diabetes, Anemia Severa, enfermedad de Cushing, enfermedad de Adisson, Porfiria, Hiperparatiroidismo.

-Intoxicaciones: Plomo, Mercurio, Bismuto, Quinina, Monóxido de Carbono.

-Infecciosas: Tuberculosis, infección por el virus de Epstein –Barr, VIH, Sífilis terciaria, Hepatitis, Neumonía.

-Neurológicas: Enfermedad de Alzheimer, Esclerosis Múltiple, enfermedad de Parkinson, Ictus, Epilepsia, Miastenia Gravis, enfermedad de Huntington, Tumores intracraneales.

-Neoplasias: Carcinomatosis, Cáncer de Páncreas.

-Colagenopatías: Lupus, Artritis Reumatoide, Arteritis de células gigantes.

-Fármacos: Antihipertensivos y cardiovasculares (Metildopa, Betabloqueantes, Digitalícos); Esteroides (corticoides); Neurológicos y Psicofármacos (Levodopa, Carbamazepina, Fenitoína, Amantadina); antiinflamatorios (Indometacina, Ibuprofeno, Fenacetina, Fenilbutazona); Antibióticos, antifúngicos y afines (Metronidazol, Griseofulvina, Clotrimazol, Dapsona); Antineoplásico (Vincristina).⁷

Trastornos Mentales:

-Trastorno angustia/ansiedad.

-Trastorno obsesivo compulsivo.

-Trastorno Bipolar.

-Trastornos adaptativos.

-Síntomas negativos de la Esquizofrenia.

El trastorno adaptativo suele aparecer como consecuencia de un acontecimiento vital estresante, aparece un deterioro recuperable tras el estrés y los síntomas no permanecen por más de seis meses. En caso de que presente criterio de episodio

depresivo, debe ser diagnosticado como tal aunque sea consecuencia de un acontecimiento vital estresante.⁷

En el caso de enfermedad médica existe asociación temporal y fisiológica con el inicio de la enfermedad y la sintomatología depresiva remite con el tratamiento de la causa que lo provocó.

La reacción de duelo es una reacción normal a la muerte de una persona cercana. Aquí pueden darse síntomas propios de un episodio depresivo con duración variable y connotaciones socio-culturales propias de cada persona. En cualquier de los casos, si los síntomas persisten por más de dos meses tras la pérdida se puede diagnosticar como un episodio depresivo.

La demencia es una patología cerebral en la que hay déficit de memoria, orientación, comprensión, capacidad de aprendizaje, lenguaje, que al inicio puede confundirse con episodio depresivo.

Trastorno bipolar exige al menos la presencia de un episodio maníaco o hipomaníaco (logorrea, pensamiento de idea de grandeza, disminución del sueño), que produce deterioro laboral y se puede acompañar de síntomas psicóticos.⁷

La tristeza es un sentimiento normal ocasionado por una causa desencadenante no llega a tener la duración ni la intensidad de episodio depresivo y la ansiedad se caracteriza por un estado de ánimo centrado en el futuro y con alteración de los ritmos circadianos.

1V.1.9 Tratamiento

El tratamiento de la depresión plantea un abordaje integral donde se requiere una perspectiva farmacológica, psicológica y social, con distintas combinaciones de medicación y psicoterapia. Los profesionales sanitarios pueden ofrecer tratamientos psicológicos, como la activación conductual, la terapia cognitiva conductual y la psicoterapia interpersonal, o medicamentos antidepressivos, como los inhibidores selectivos de la recaptación de serotonina y los antidepressivos tricíclicos. Entre los diferentes tratamientos psicológicos a tener en cuenta se encuentran los tratamientos psicológicos cara a cara,

individuales o en grupo, dispensados por profesionales o por terapeutas supervisados.

La información y educación a paciente y familiares después de diagnosticar un trastorno depresivo, es fundamental. Ofrecer una explicación detallada y comprensible para el paciente y su familia acerca de dicho trastorno, planteando pautas y consejos sobre dicha enfermedad.

Tratamiento Farmacológico

El primer paso para iniciar el tratamiento de un paciente depresivo consiste en realizar una adecuada evaluación que permita establecer correctamente el diagnóstico y excluir la presencia de otra enfermedad médica y psiquiátrica. La historia clínica es el pilar fundamental y debe incluir la historia de la enfermedad actual con los posibles desencadenantes y estresores psicosociales, la historia clínica previa, destacando la presencia de síntomas maníacos en el pasado, así como los tratamientos recibidos, y además la historia general médica y el consumo de sustancias. Hay que realizar en el enfermo una adecuada anamnesis por aparatos y sistemas, exploración física, análisis de rutina como hemograma, bioquímica, hormona estimulante del tiroides (TSH), entre otros. Además exploraciones por imágenes (Tomografía axial computarizada, Resonancia Magnética Nuclear y Electroencefalograma, etc.) según sugiera la sinopsis clínica.

Probablemente el inconveniente más importante de los fármacos antidepresivos actuales es que tardan varias semanas en hacer efecto. Normalmente no se observa la mejoría hasta la tercera o cuarta semana de tratamiento, y alcanzan su máxima eficacia a las 10-12 semanas.

En el tratamiento de la depresión existe una familia de psicofármacos, los antidepresivos, complejos en su estructura química y su efecto sobre la neurotransmisión cerebral. En su función de su mecanismo de acción se pueden delimitar varios grupos de antidepresivos, los cuales a su vez se pueden clasificar en tres categorías según tengan una acción

predominantemente serotoninérgica (ISRS e IRAS), predominantemente noradrenérgica (ACC e IRNA) o dual (IRSN, NASSA, ACT).⁷

La principal indicación de los antidepresivos dentro del espectro depresivo es el tratamiento del trastorno depresivo mayor. También los trastornos distímico que son de menor intensidad, se benefician del tratamiento con antidepresivos. Los profesionales de la salud mental deben tener presentes los posibles efectos adversos de los antidepresivos, las posibilidades de llevar a cabo uno u otro tipo de intervención (por disponibilidad de conocimientos técnicos o del tratamiento en cuestión) y las preferencias individuales. Al elegir el antidepresivo hay que tomar en cuenta su eficacia en el paciente y sus efectos secundarios y toxicidad; los serotoninérgicos y antidepresivos de última generación como la Venlaxafina, Mirtazapina y Rebotaxina tienen el mejor perfil de tolerancia y seguridad. Mientras que los ACT son peor tolerados y tienen un mayor riesgo de ocasionar toxicidad.

Los duales ACT tienen una mayor incidencia de sedación, aumento de peso, constipación, dificultad miccional, hipotensión, palpitaciones, mareo, temblor, resequecedad de boca, visión borrosa y toxicidad en caso de sobredosis. Al contrario los efectos secundarios de los ISRS suelen ser leves y transitorios como los digestivos que son los más frecuentes (náuseas, diarreas y molestias abdominales), les siguen los síntomas neurológicos (cefalea, temblor).

La introducción de los inhibidores selectivos de la recaptación de serotonina (ISRS) marcó un salto cualitativo en el tratamiento de la depresión, ya que su eficacia antidepresiva carece de los efectos indeseados y toxicidad. Su mecanismo de acción consiste en producir el bloqueo de la recaptación de 5-HT por parte de la neurona presináptica. Las diferencias existentes entre ellos respecto a su potencia de inhibición no adquieren relevancia a nivel práctico. Aunque los distintos ISRS difieren en su actividad sobre otros sistemas de neurotransmisores, en general carecen de actividad anticolinérgica, alfa-1-adrenérgica e histaminérgica con repercusión clínica.²⁴

Dentro de los Inhibidores selectivos de la recaptación de serotonina (ISRS) tenemos:

Nombres	Dosis/día
Fluvoxamina	75-300 mg
Fluoxetina	20-80 mg
Paroxetina	20-50 mg
Sertralina	50-200 mg
Citalopram	20-80 mg
Escitalopram	10-20 mg

La Fluoxetina puede provocar con mayor frecuencia inquietud y pérdida de peso y la Paraxotina y la Fluvoxamina somnolencia; la larga semivida de la Fluoxetina, de 72 horas a 2 semanas favorece su elección en pacientes incumplidores. La Mirtazapina puede ocasionar ansiedad, agitación, insomnio y disfunción sexual; en cambio la Venlaxafina produce pérdida de peso, náusea y diarrea.

La Sertralina no altera su farmacocinética en caso de Insuficiencia Renal. En cambio el Citalopram al parecer tiene menor actividad sobre el Citocromo P450, por lo que es preferible en caso de Insuficiencia Hepática.

Lo Inhibidores de la recaptación y antagonistas de la serotonina (IRAS) actúan como antagonistas de los receptores como el 5-HT_{2A} e inhiben la recaptación de la norepinefrina y/o dopamina. El más utilizado dentro de este grupo es la Trazodona de 100 a 600 mg diario; además la Etoiperidona y la Nefazodona.

Por otra parte los Inhibidores de la recaptación de serotonina y noradrenalina (IRSN), éstos antidepresivos además de ser utilizados en la depresión se usan en algunos trastornos del estado de ánimo como el trastorno obsesivo compulsivo y el trastorno por déficit de atención con hiperactividad. Actúan a nivel cerebral sobre los neurotransmisores la serotonina y la noradrenalina. Algunos efectos secundarios son visión borrosa, pesadilla, constipación, cambios en el apetito, temblor, boca seca o náusea.

Medicamentos	Dosis/día
Venlafaxina	75-375 mg
Duloxetina	30-60 mg
Milnacipran	25-50 mg
Desvenlafaxina	50-400 mg
Levomilnacipran	20-80 mg

Antidepresivos noadrenérgicos y serotoninérgicos específicos (NASSA), llamados también antidepresivos duales, actúan a través del bloqueo de los receptores alfa₂. El antagonismo H₁ (Histamina) produce sedación, somnolencia y aumento del apetito y el bloqueo de receptores 5HT₃, 5HT_{2A} y 5HT_{2C} evita los efectos adversos de náuseas, ansiedad y disfunción sexual causados por la estimulación serotoninérgica además de contribuir a su efecto sedante. El más usado de este grupo es la Mirtazapina de 15-45 mg al día. Este fármaco no causa efectos clínicamente significativos sobre el umbral convulsivo ni sobre el sistema cardiovascular. Pero está contraindicado en infarto agudo del miocardio²⁵.

Los Inhibidores no selectivos de la recaptación de monoaminas 1 (ACT), son los antidepresivos tricíclicos, que reciben su nombre de su estructura química, que incluye una cadena de tres anillos. Los tricíclicos son uno de los fármacos más usados en el tratamiento médico de los trastornos de ánimo, como los trastornos bipolares. Generalmente están contraindicados en menores de 18 años, y deben usarse con precaución en embarazo, lactancia, epilepsia y conductas suicidas, hay que valorar la relación riesgo-beneficio. El primer antidepresivo tricíclico fue la Imipramina, que inicialmente se pensó como un antipsicótico, pero pronto se descubrió su propiedad como antidepresivo.

Medicamentos ACT	Dosis/ día
Clorimipramina	75-250 mg
Amitriptilina	75-300 mg
Imipramina	75-300 mg
Nortriptilina	50-200 mg

Los Inhibidores no selectivos de la recaptación de monoaminas 2 (ACC), son los cuadríciclos o tetracíclicos que reciben su nombre de su estructura química, que incluye una cadena de cuatro anillos, al igual que los tricíclicos tratan la depresión al afectar los neurotransmisores utilizados en la comunicación entre las neuronas cerebrales. Interrumpen la recaptación de la serotonina y la norepinefrina, lo cual aumenta el nivel de ambos neurotransmisores del cerebro. Algunos efectos secundarios son visión borrosa, constipación, sequedad de la boca, somnolencia, hipotensión ortostática y retención urinaria.

Medicamentos ACC	Dosis/ día
Maprotilina	75-225 mg
Mianserina	30-120 mg

Tratamiento electroconvulsivo

El tratamiento electroconvulsivo (o electroshock), es el más efectivo de la depresión mayor muy grave. No obstante, algunos aspectos como su uso indiscriminado e inadecuado en el pasado o la utilización caricaturizada en películas con el objetivo de impactar, ha generado un rechazo social a éste tratamiento. En la actualidad, su aplicación se realiza en condiciones sanitarias adecuadas, sin implicar ningún tipo de dolor ni efecto secundario grave para el paciente. A pesar de que se han elaborados muchas hipótesis del porqué su eficacia hasta el momento no se ha podido demostrar el mecanismo por el cual tiene un efecto antidepresivo tan potente. Debido a que éste tratamiento se realiza con anestesia general, su uso se limita a casos muy graves de depresión mayor en los que el paciente no ha respondido previamente al tratamiento farmacológico.

Los inhibidores de selectivos de la recaptación de noradrenalina (IRNA), estos aumentan los niveles de serotonina en el cerebro bloqueando la recaptación de la misma, lo que hace haya más serotonina disponible. También se usan en trastornos de ansiedad. Un claro ejemplo de los IRNA, es la Reboxetina de 4-10 mg al día.

Tratamiento Psicológico

El tratamiento psicológico tiene tres objetivos principales:

- 1) El tratamiento de los síntomas depresivos propiamente dichos.
- 2) Si existen rasgos de personalidad que han predisuesto a la aparición del episodio depresivo, la modificación de dichos rasgos de personalidad.
- 3) El aprendizaje de estrategias de identificación precoz de los síntomas y de prevención de recaídas.

Para iniciar psicoterapia en pacientes que presentan algún tipo de trastorno depresivo debemos de valorar las siguientes condiciones: embarazo, lactancia, paciente pluripatológico, edad (sobre todo joven con depresión leve), depresión reactiva a acontecimientos vitales estresantes. En algunos países como España y Canadá, se está implementando lo que se conoce como entrenamiento en solución de problemas, que ha demostrado ser muy eficaz, aplicados a pacientes deprimidos. Se necesita entrenamiento y una dedicación además larga de la que habitualmente se dispone en Atención Primaria. Se suele llevar a cabo en grupo.⁷

-Terapia cognitivo- conductual: es una forma de terapia específica psicológica que utiliza técnicas cognitivas y conductuales. Se aplica en sesiones por semanas, con una duración promedio entre 12 y 18 semanas. Ha demostrado ser tan eficaz como el tratamiento farmacológico, en depresión leve y moderada y puede combinarse con el tratamiento farmacológico. La mayoría de guías prácticas clínicas para el manejo de la depresión recomiendan intervenciones psicoeducativas y psicoterapias como primer paso de acción en el protocolo. ²⁹

-Terapia interpersonal: es una forma de terapia psicológica centrada en los problemas actuales del paciente conectados con el episodio depresivo. Dura de 12 a 20 sesiones semanales.

-Terapia de apoyo y consejo o consejo: puede ser de apoyo en circunstancias sociales complejas, pero todavía no existe evidencia específica que valide su eficacia.

IV.1.10 Complicaciones

En la depresión existen muchas complicaciones, pero tres son las más frecuentes: cronificación de los síntomas, las recaídas y el suicidio, la más temible de todas.

Cronificación de los síntomas

La cronificación de los síntomas de un trastorno depresivo es bastante frecuente, aproximadamente 15% de los pacientes que sufren depresiones presenta un curso según refieren algunos estudios. Tienen mayor tendencia a la cronicidad cuando se dan una o dos de las siguientes circunstancias:

- Factores estresantes crónicos, como problemas de salud, económicos y familiares.
- El paciente presenta rasgos de personalidad que dificultan el hecho de enfrentarse con tranquilidad al día a día.
- Las depresiones que comenzaron espontáneamente, es decir; sin ninguna causa aparente, son las que con menor frecuencia se cronifican

Recaídas

Los trastornos distímicos y la depresión mayor, son los trastornos depresivos que mayor tendencia a la recaída. Se considera que aproximadamente el 70 por ciento de los pacientes que sufren un episodio depresivo presentarán algún otro episodio depresivo a lo largo de la vida. Mientras que el 50 por ciento presentará un segundo episodio en los dos primeros años tras la recuperación. A mayor número de episodios depresivos padecidos, mayor es la posibilidad de una nueva recaída. Por eso esa elevada tendencia a la recaída, es que se justifica que el tratamiento de la depresión se prolongue durante mucho tiempo,

al finalizar el episodio depresivo es necesario continuar el tratamiento a largo plazo si se quiere evitar futura recaídas.

Suicidio

Los suicidios, pero sobre todo los intentos de suicidios, son una complicación frecuente y la más temida en la depresión.

- Las personas con depresión presentan un riesgo de suicidio 30 veces superior a la población general.
- Aproximadamente un 15 por ciento de los pacientes que padecen una depresión realizan algún intento de suicidio.

No siempre es posible prever el suicidio, pero tienen mayor riesgo suicida: personas mayores de 60 años, sexo masculino, personas no creyentes, viudos/as, jubilados/as y personas toxicómanas, las que padecen otras enfermedades y las sometidas a estrés y si padecen aislamiento social. La presencia de ansiedad y/o la existencia de sentimientos de culpa y de desesperanza deben ser considerados como síntomas que aumentan de forma importante el riesgo de suicidio.

Las implicaciones de la coexistencia de depresión y consumo de drogas son diversas, incrementa las conductas de riesgos para la infección por el virus de inmunodeficiencia Humana (VIH), hepatitis B y C, incrementa el riesgo de sobredosis y suicidio, y conllevan mayores casos de recaídas tras el tratamiento de la dependencia de drogas. La prevalencia en el 2009 de cocaínas es alta en países como España, de un 4,4 por ciento en personas de 15 a 34 años de edad.²⁸

IV.11.1 Pronóstico y Evolución

La depresión es una patología que tiende a repetirse, pero aún así el pronóstico es bueno, siempre que el tratamiento sea eficaz y se logre una recuperación completa. A pesar de que existen grandes repercusiones derivadas de la depresión, que la misma está infradiagnosticada, sin embargo

si se trata correctamente y responde bien a las medidas de apoyo psicológico siempre puede tener un pronóstico favorable.²⁶

Un episodio no tratado suele durar entre 6 y 12 meses, mientras que la mayoría de los episodios tratados duran alrededor de 3 meses. Los episodios remiten completamente en dos terceras partes de los casos, mientras que lo hacen solo parcialmente en un tercio de los casos (especialmente si vienen precedido de un trastorno distímico). A medida que aumenta el número de episodios, éstos tienden a ser más frecuentes y prolongados. Se puede esperar que el 50-60 por ciento de los sujetos con un primer episodio tengan un segundo episodio. Los pacientes que han tenido un segundo episodio tienen un 70 por ciento de posibilidades de tener un tercero y los que han tenido tres episodios tienen un 90 por ciento de posibilidades de tener el cuarto.

La evolución de la enfermedad depresiva tiene mucho que ver actualmente con los factores asociados al desarrollo de determinantes genéticos, de estilo de vida y socioeconómicos. Además la depresión tiene una estrecha relación con la ansiedad y con el desarrollo de obesidad, según estudios recientes realizados en los Estados Unidos, América Latina y México.²⁷

IV.1.12. Prevención

Las guías prácticas para el manejo de la depresión recomiendan que para la prevención de la depresión, sea fundamental el tratamiento farmacológico y/o psicoterapéutico. La depresión puede afectar de forma negativa el curso y el resultado de afecciones crónicas comunes, como la artritis, el asma, la enfermedad cardiovascular, el cáncer, la diabetes y la obesidad. La misma también puede provocar aumentos en el ausentismo laboral, incapacidades a corto plazo y descenso de la productividad.

Está demostrado que los programas de prevención reducen la depresión. Entre las estrategias comunitarias eficaces para prevenirla se encuentran los programas escolares para promover un modelo de pensamiento positivo entre los niños y adolescentes. Las intervenciones dirigidas a los padres de niños con problemas de conducta pueden reducir los síntomas depresivos de los padres y

mejorar los resultados de sus hijos. Los programas de ejercicio para las personas mayores también pueden ser eficaces para prevenir la depresión.

Los problemas de salud mental especialmente de depresión y ansiedad, suponen aproximadamente 1 de cada 4 consultas que recibe el médico de atención primaria. En todo el mundo, los problemas de salud mental suelen ser atendidos por primera vez, más en las consultas de atención primaria que en salud mental. En España al menos una de cada 5 consultas que recibe un médico familiar, el paciente va por algún problemas de índole psicológico o psiquiátrico ya que diversas investigaciones señalan que la prevalencia de psicopatología se mueve entre un 22 por ciento y un 29 por ciento, pudiendo llegar incluso al 45 por ciento, en algún estudio.³⁰ Así que es de vital importancia que cuando un paciente consulte de forma repetida en las diferentes consultas de atención primaria hay que tratar de hacer una detección precoz para brindar la mejor prevención y derivar a tiempo los pacientes que se captan en la evaluación

Las cargas de trabajo excesivas, falta de claridad de las funciones del rol, falta de comunicación ineficaz, falta de apoyo por parte de dirección o los compañeros, acoso sexual y poca participación en las tomas de decisiones que afectan al trabajador, son condiciones que ocasionan un fuere estrés, que con el paso del tiempo puede ocasionar un grado de depresión.³¹ Por lo que hay que evitar el estrés en el ámbito laboral para prevenir desarrollar un trastorno depresivo en el futuro.

Los expertos en salud mental hacen las siguientes recomendaciones para evitar una recaída:

- ✓ Seguir rigurosamente el tratamiento asignado.
- ✓ Mantener al día su chequeo médico.
- ✓ Tener una actitud positiva.
- ✓ Cuidar su salud física.
- ✓ Tratar de reanudar las responsabilidades de forma paulatina.
- ✓ Aceptarse como tal y evitar comparaciones.

- ✓ Expresar sus emociones.
- ✓ Llevar una dieta equilibrada.
- ✓ Realizar ejercicios físicos.
- ✓ Evitar el estrés.

VI. OPERACIONALIZACIÓN DE LAS VARIABLES

VARIABLES	DEFINICIÓN	INDICADOR	ESCALA
Trastornos Depresivos	Trastornos caracterizados por una tristeza de una intensidad o duración suficiente para interferir en la funcionalidad de la persona afectada.	Nivel de gravedad obtenido en el cribado de Beck, escala de Depresión. 0-13=sin depresión. 14-19= depresión leve. 20-28= depresión moderada. 29-63=depresión grave o severa.	Ordinal
Sexo	Estado fenotípico condicionado genéticamente y que determina el género al que pertenece un individuo.	Femenino Masculino	Nominal
Edad	Tiempo transcurrido desde el nacimiento hasta la realización del estudio o trabajo de investigación.	Años cumplidos	Ordinal
Estado Civil	Condición de una persona según el registro civil en función si tiene o no pareja y su situación legal respecto a esto.	Soltero/a Casado/a Divorciado/a Viudo/a Otros*	Nominal
Ocupación	Clase o tipo de trabajo desarrollado la semana natural anterior a la entrevista, con especificación del puesto de trabajo desempeñado.	Quehaceres domésticos Secretaria Profesor Comerciante Estudiante Militar Mecánico Chófer Otros	Ordinal
Escolaridad	Nivel académico alcanzado.	Analfabeto Primaria Secundario Técnico Superior	Ordinal
Procedencia	Origen o principio de donde nace una persona.	Rural Urbana	Nominal
Religión	Conjunto de creencias o dogmas de acerca de la divinidad, de sentimiento o temor hacia ella, de normas morales para la conducta individual y social y de prácticas rituales.	Católica Protestante Otro	Nominal
Hábitos Tóxicos	Hábitos producidos por el consumo de una sustancia nociva que incrementa el riesgo de deteriorar la salud de una persona.	Café Alcohol Tabaco Drogas narcóticas	Nominal
Signos y síntomas de presentación	Son las manifestaciones clínicas relacionadas con los trastornos depresivos.	Tristeza Ansiedad Falta de apetito Pérdida de peso Insomnio Hipersomnia Irritabilidad Idea Suicida Anhedonia	Nominal

*Unión libre, amancebado, concubinato.

VII. MATERIAL Y MÉTODOS

VII.1. Tipo de estudio

Es un estudio prospectivo, descriptivo y transversal con el objetivo de determinar la frecuencia de trastornos depresivos en la unidad de Atención Primaria del Hospital Central De Las Fuerzas Armadas, Junio-Agosto del 2018.

VII.2. Área de estudio

El estudio se realizará en el Hospital Central De Las Fuerzas Armadas, dicho hospital fue establecido por el decreto genera No. 1-1983. El mismo está ubicado en el Distrito Nacional, Ensanche Naco, delimitado de la siguiente manera:

Norte: Calle Dr. Heriberto Pieter

Sur: Calle Profesor Aliro Paulino

Este: Calle Ortega y Gasset

Oeste: Calle Del Carmen

VII.3. Universo

El Universo estuvo constituido por 97 pacientes que se entrevistaron en la unidad de Atención Primaria del Hospital Central De Las Fuerzas Armadas en el periodo Junio-Agosto del 2018.

VII.4. Muestra

La muestra se tomó a partir de los 25 pacientes que fueron diagnosticados con algún tipo de trastorno depresivo al aplicarse la escala de depresión de Beck en la unidad de Atención Primaria del Hospital Central De Las Fuerzas Armadas en el periodo Junio-Agosto del 2018.

VII.5. Criterios

VII.5.1. De inclusión

- Todos los pacientes que presenten algún tipo de trastorno depresivo.
- Pacientes masculinos y femeninos.
- Pacientes mayores de 17 años.

VII.5.2. De exclusión

- Pacientes que no presenten ningún trastorno depresivo.
- Pacientes menores de 17 años.

VII.6. Instrumento de recolección de datos

Se va a proceder a aplicar el inventario de Beck a los pacientes entrevistados, así como una encuesta de datos generales del paciente.

VII.7. Procedimiento

Se seleccionó el tema conjuntamente con la búsqueda de las referencias, y en abril se elaboró el anteproyecto, el cual se solicitó mediante carta al departamento de enseñanza del Hospital Central De Las Fuerzas Armadas y presentado a la asesora metodológica de La Universidad Nacional Pedro Henríquez Ureña en mayo del 2018, fue sometido y aprobado en mayo del mismo año. Se procedió a recolectar los datos en los meses de junio, julio y agosto; por medio de un cuestionario para obtener los datos sociodemográficos de los pacientes entrevistados, a los cuales también se le aplicó como instrumento el inventario de la escala de Depresión de Beck, en la Unidad de Atención Primaria del Hospital Central de las Fuerzas Armadas.

VII.8. Tabulación

Los datos fueron tabulados a partir de la recolección del instrumento con la escala de Depresión de Beck, una vez recolectada la información se llevó a cabo su procesamiento utilizando el programa SPSS, para posterior presentación en tablas y gráficos.

VII.9. Análisis

Los datos fueron presentados de manera descriptiva dando realice a los datos más relevantes de la investigación.

VII.10. Aspectos éticos

El presente estudio fue ejecutado con apego a las normativas éticas internacionales. El protocolo del estudio y el instrumento utilizado para el mismo fue presentados a los asesores y a la Unidad de enseñanza del Hospital Central de las Fuerzas Armadas, cuya aprobación fue el requisito para la realización, proceso de recopilación y verificación de datos.

- ✓ El estudio utilizó la información y datos que se obtuvieron a través de la entrevista con los pacientes. Los mismos fueron manejados con suma cautela, e introducidos en las bases de datos creadas con esta información y protegidas por una clave asignada y manejada únicamente por la investigadora. Todos los informantes identificados durante esta etapa fueron abordados de manera personal con el fin de obtener su permiso para aplicarle el cuestionario y la escala, donde no se le pidió identificación personal para darle confianza de que sus nombres no serían expuestos.
- ✓ Todos los datos recopilados en este estudio han sido manejados con el estricto apego a la confidencialidad. La identidad de los pacientes entrevistados están desvinculada del resto de la información proporcionada contenida en el instrumento.
- ✓ Finalmente, toda información incluida en el texto de la presente tesis, tomada de otros autores, fueron justificada por su llamada correspondiente

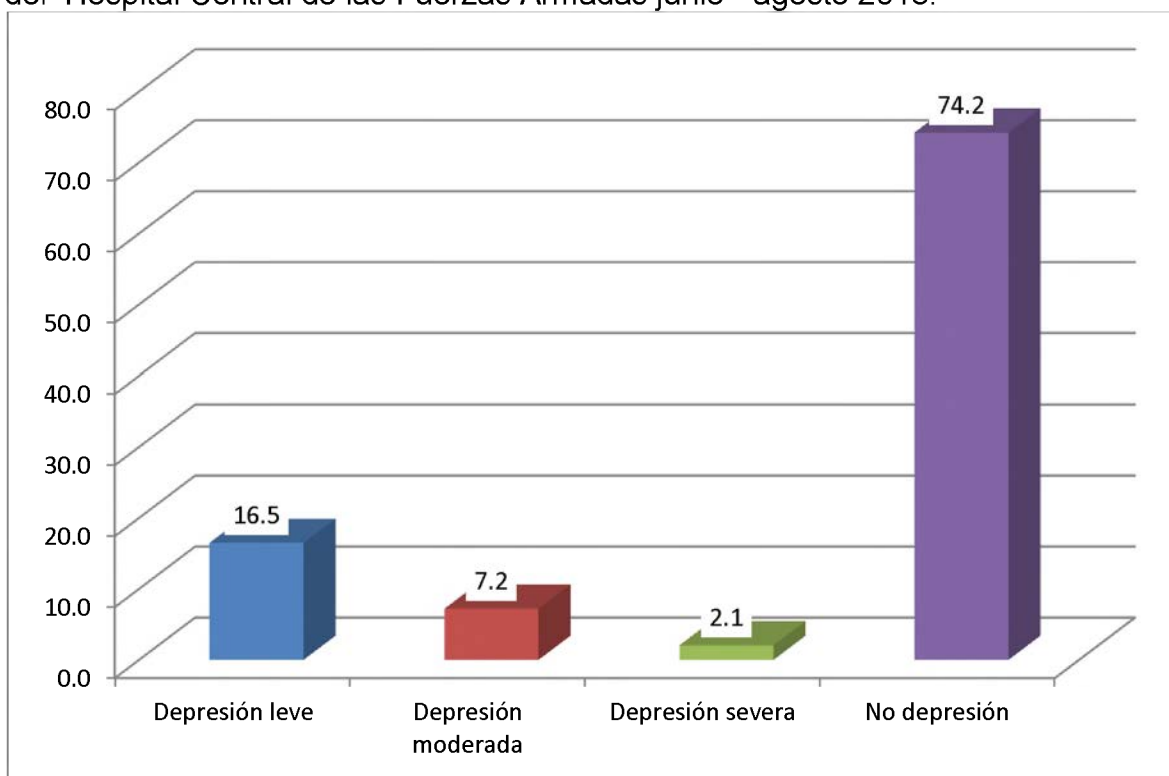
VIII.- PRESENTACIÓN DE LOS RESULTADOS

Tabla 1.- Frecuencia de trastornos depresivos en la unidad de atención primaria del Hospital Central de las Fuerzas Armadas junio - agosto 2018.

DIAGNÓSTICO	Frecuencia	%
Depresión leve	16	16.5
Depresión moderada	7	7.2
Depresión severa	2	2.1
No depresión	72	74.2
Total	97	100.0

Fuente: Cuestionario modificado de depresión de Beck.

Gráfico 1.- Frecuencia de trastornos depresivos en la unidad de atención primaria del Hospital Central de las Fuerzas Armadas junio - agosto 2018.



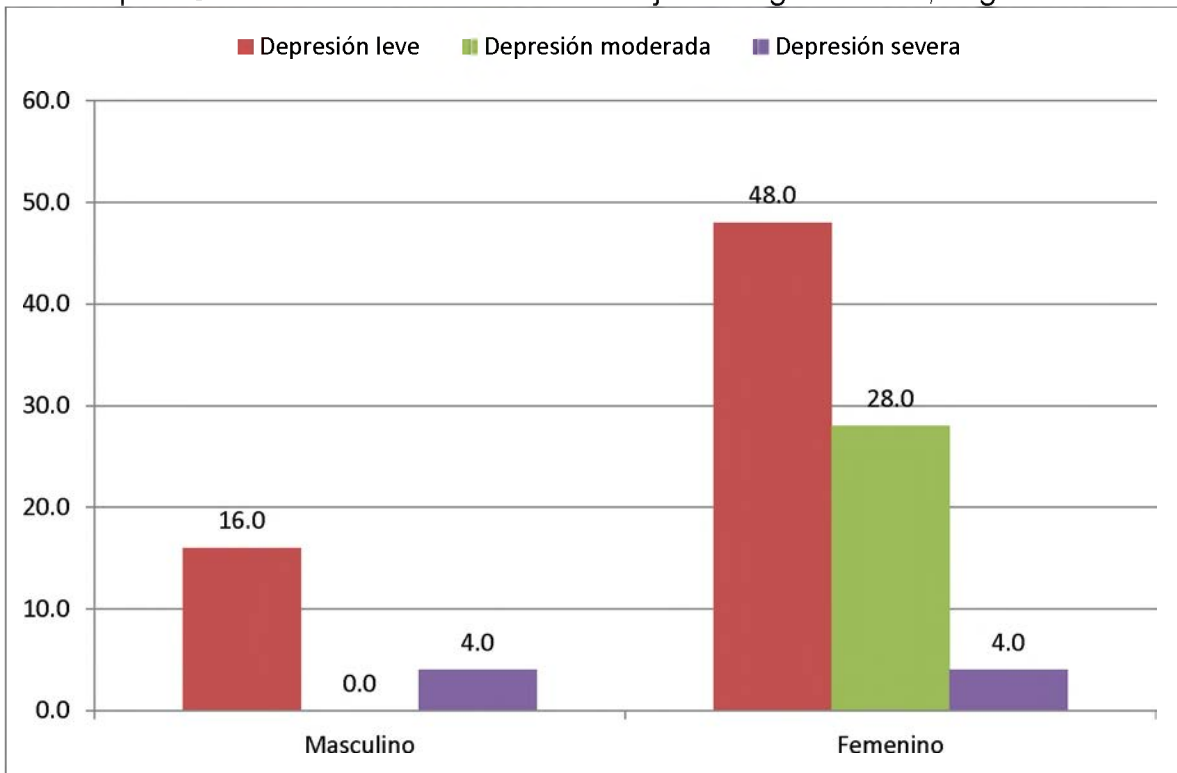
Fuente: Tabla 1

Tabla 2.- Frecuencia de trastornos depresivos en la unidad de atención primaria del Hospital Central de las Fuerzas Armadas junio - agosto 2018, según sexo

Sexo	DIAGNÓSTICO						Total	%
	Depresión leve	%	Depresión moderada	%	Depresión severa	%		
Masculino	4	16.0	0	0.0	1	4.0	5	20.0
Femenino	12	48.0	7	28.0	1	4.0	20	80.0
Total	16	64.0	7	28.0	2	8.0	25	100.0

Fuente: Cuestionario modificado de depresión de Beck.

Gráfico 2.- Frecuencia de trastornos depresivos en la unidad de atención primaria del Hospital Central de las Fuerzas Armadas junio - agosto 2018, según sexo



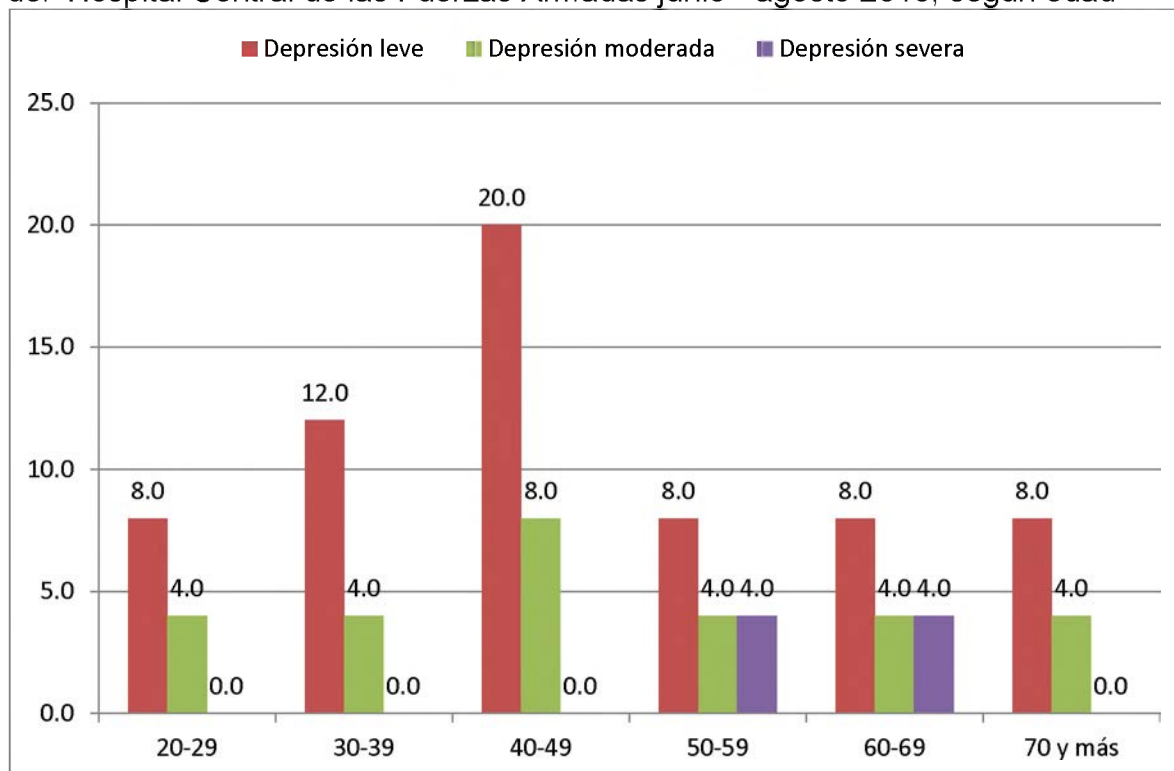
Fuente: Tabla 2

Tabla 3.- Frecuencia de trastornos depresivos en la unidad de atención primaria del Hospital Central de las Fuerzas Armadas junio - agosto 2018, según edad

Edad	DIAGNÓSTICO						Total	%
	Depresión leve	%	Depresión moderada	%	Depresión severa	%		
20-29	2	8.0	1	4.0	0	0.0	3	12.0
30-39	3	12.0	1	4.0	0	0.0	4	16.0
40-49	5	20.0	2	8.0	0	0.0	7	28.0
50-59	2	8.0	1	4.0	1	4.0	4	16.0
60-69	2	8.0	1	4.0	1	4.0	4	16.0
70 y más	2	8.0	1	4.0	0	0.0	3	12.0
Total	16	64.0	7	28.0	2	8.0	25	100.0

Fuente: Cuestionario modificado de depresión de Beck.

Gráfico 3.- Frecuencia de trastornos depresivos en la unidad de atención primaria del Hospital Central de las Fuerzas Armadas junio - agosto 2018, según edad



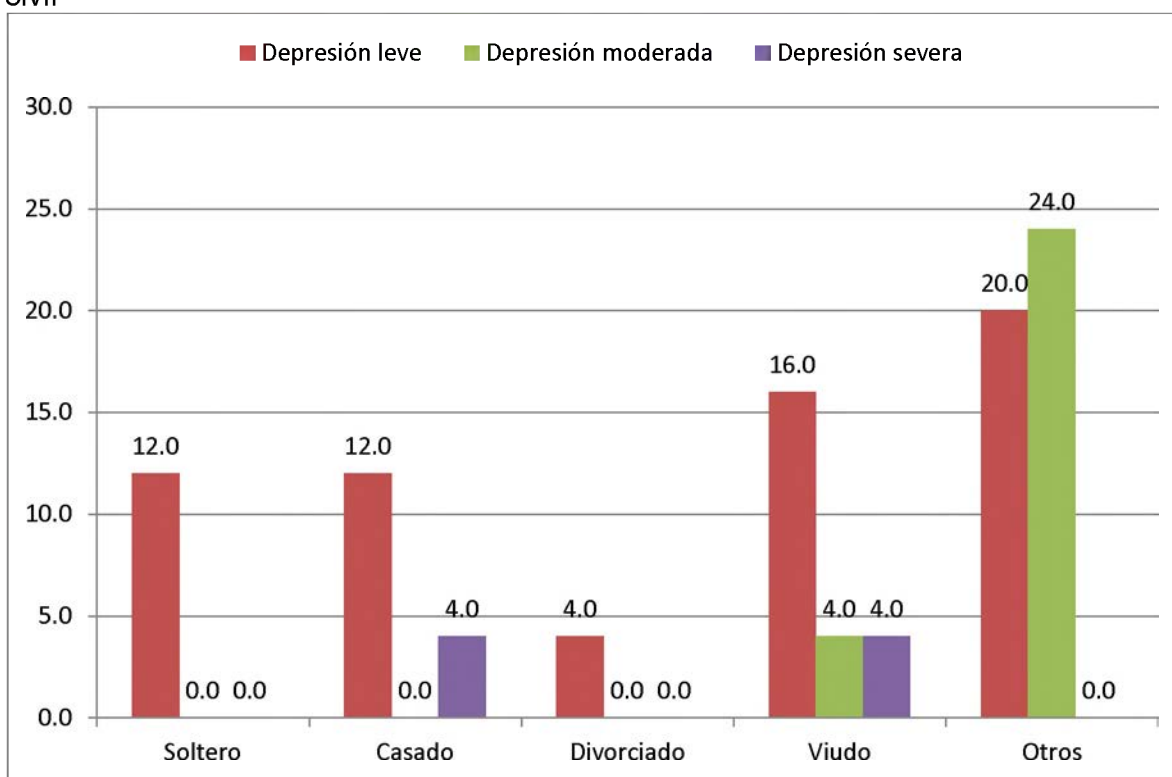
Fuente: Tabla 3

Tabla 4.- Frecuencia de trastornos depresivos en la unidad de atención primaria del Hospital Central de las Fuerzas Armadas junio - agosto 2018, según estado civil.

Estado Civil	DIAGNÓSTICO						Total	%
	Depresión leve	%	Depresión moderada	%	Depresión severa	%		
Soltero	3	12.0	0	0.0	0	0.0	3	12.0
Casado	3	12.0	0	0.0	1	4.0	4	16.0
Divorciado	1	4.0	0	0.0	0	0.0	1	4.0
Viudo	4	16.0	1	4.0	1	4.0	6	24.0
Otros	5	20.0	6	24.0	0	0.0	11	44.0
Total	16	64.0	7	28.0	2	8.0	25	100.0

Fuente: Cuestionario modificado de depresión de Beck.

Gráfico 4.- Frecuencia de trastornos depresivos en la unidad de atención primaria del Hospital Central de las Fuerzas Armadas junio - agosto 2018, según estado civil



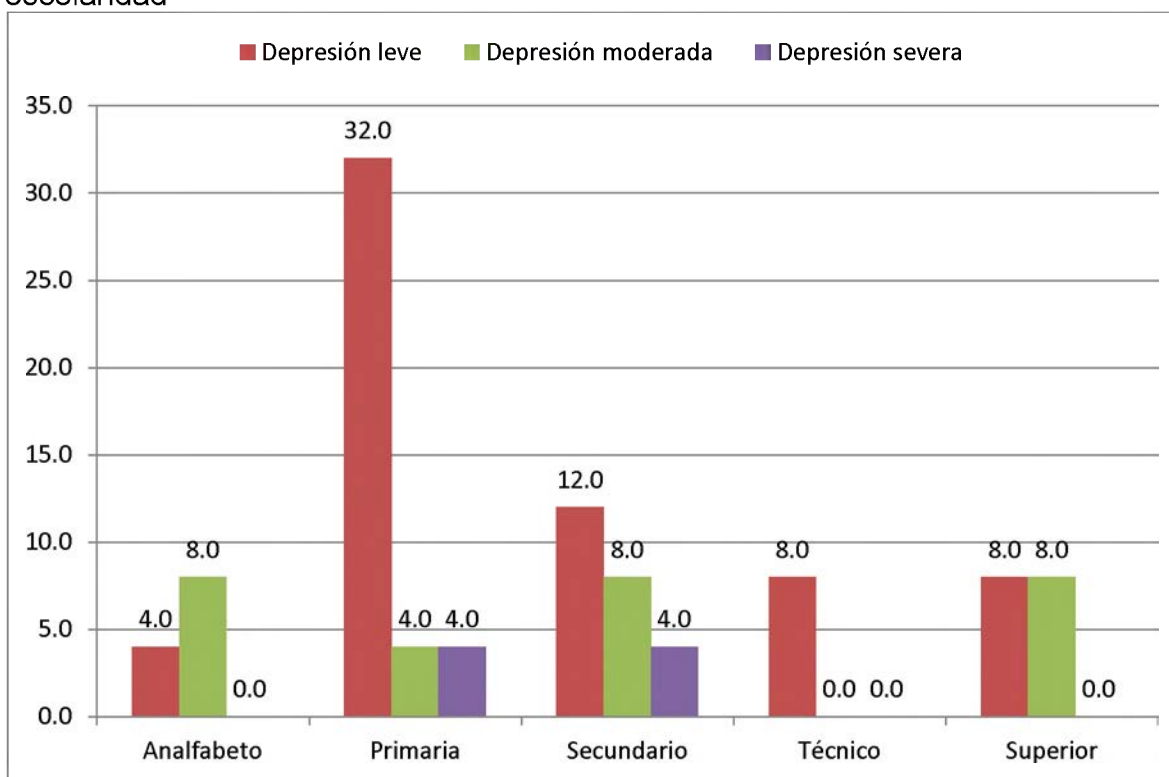
Fuente: Tabla 4

Tabla 5.- Frecuencia de trastornos depresivos en la unidad de atención primaria del Hospital Central de las Fuerzas Armadas junio - agosto 2018, según escolaridad.

Escolaridad	DIAGNÓSTICO						Total	%
	Depresión leve	%	Depresión moderada	%	Depresión severa	%		
Analfabeto	1	4.0	2	8.0	0	0.0	3	12.0
Primaria	8	32.0	1	4.0	1	4.0	10	40.0
Secundario	3	12.0	2	8.0	1	4.0	6	24.0
Técnico	2	8.0	0	0.0	0	0.0	2	8.0
Superior	2	8.0	2	8.0	0	0.0	4	16.0
Total	16	64.0	7	28.0	2	8.0	25	100.0

Fuente: Cuestionario modificado de depresión de Beck.

Gráfico 5.- Frecuencia de trastornos depresivos en la unidad de atención primaria del Hospital Central de las Fuerzas Armadas junio - agosto 2018, según escolaridad



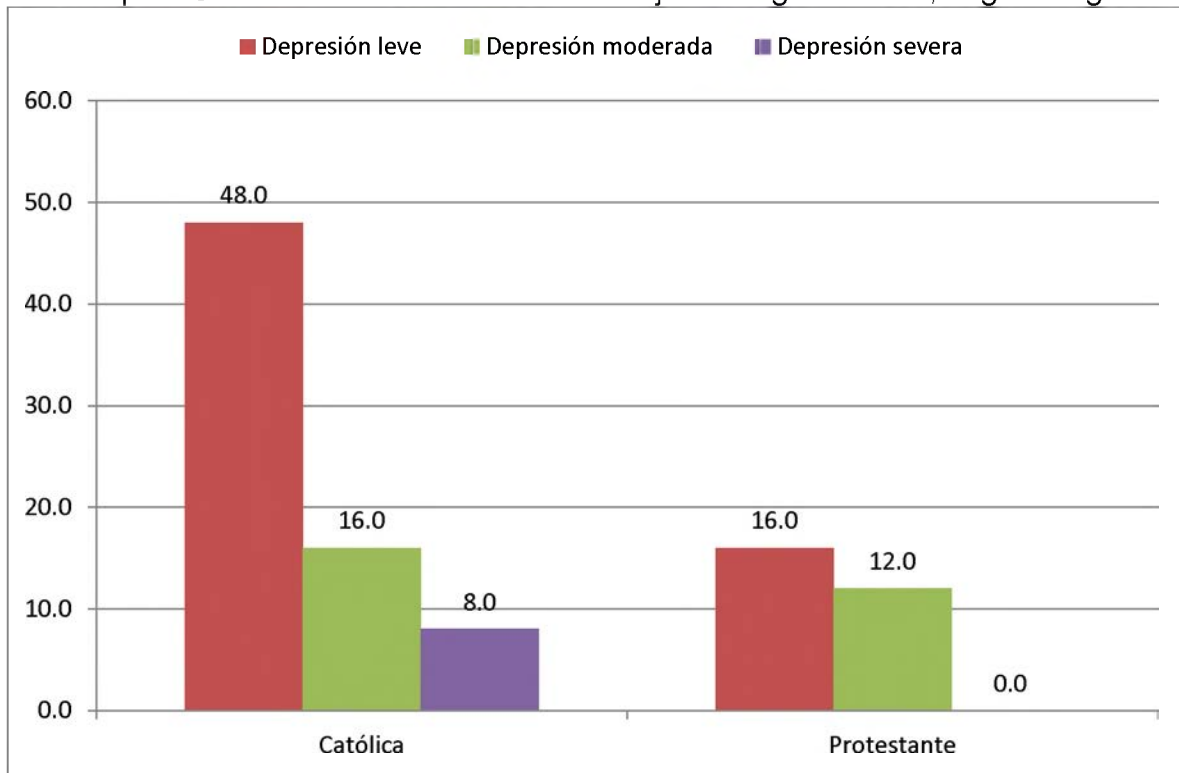
Fuente: Tabla 5

Tabla 6.- Frecuencia de trastornos depresivos en la unidad de atención primaria del Hospital Central de las Fuerzas Armadas junio - agosto 2018, según religión

Religion	DIAGNÓSTICO						Total	%
	Depresión leve	%	Depresión moderada	%	Depresión severa	%		
Católica	12	48.0	4	16.0	2	8.0	18	72.0
Protestante	4	16.0	3	12.0	0	0.0	7	28.0
Total	16	64.0	7	28.0	2	8.0	25	100.0

Fuente: Cuestionario modificado de depresión de Beck.

Gráfico 6.- Frecuencia de trastornos depresivos en la unidad de atención primaria del Hospital Central de las Fuerzas Armadas junio - agosto 2018, según religión



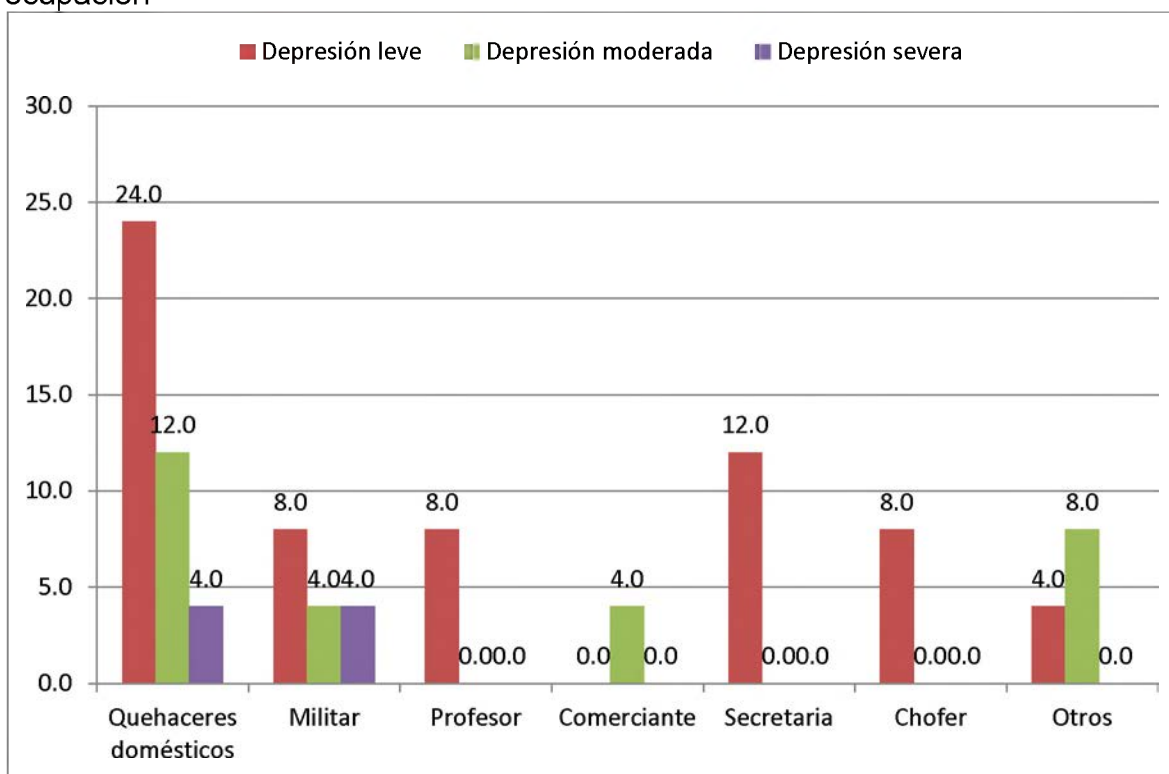
Fuente: Tabla 6

Tabla 7.- Frecuencia de trastornos depresivos en la unidad de atención primaria del Hospital Central de las Fuerzas Armadas junio - agosto 2018, según ocupación

Ocupacion	DIAGNÓSTICO						Total	%
	Depresión leve	%	Depresión moderada	%	Depresión severa	%		
Quehaceres domésticos	6	24.0	3	12.0	1	4.0	10	40.0
Militar	2	8.0	1	4.0	1	4.0	4	16.0
Profesor	2	8.0	0	0.0	0	0.0	2	8.0
Comerciante	0	0.0	1	4.0	0	0.0	1	4.0
Secretaria	3	12.0	0	0.0	0	0.0	3	12.0
Chofer	2	8.0	0	0.0	0	0.0	2	8.0
Otros	1	4.0	2	8.0	0	0.0	3	12.0
Total	16	64.0	7	28.0	2	8.0	25	100.0

Fuente: Cuestionario modificado de depresión de Beck.

Gráfico 7.- Frecuencia de trastornos depresivos en la unidad de atención primaria del Hospital Central de las Fuerzas Armadas junio - agosto 2018, según ocupación



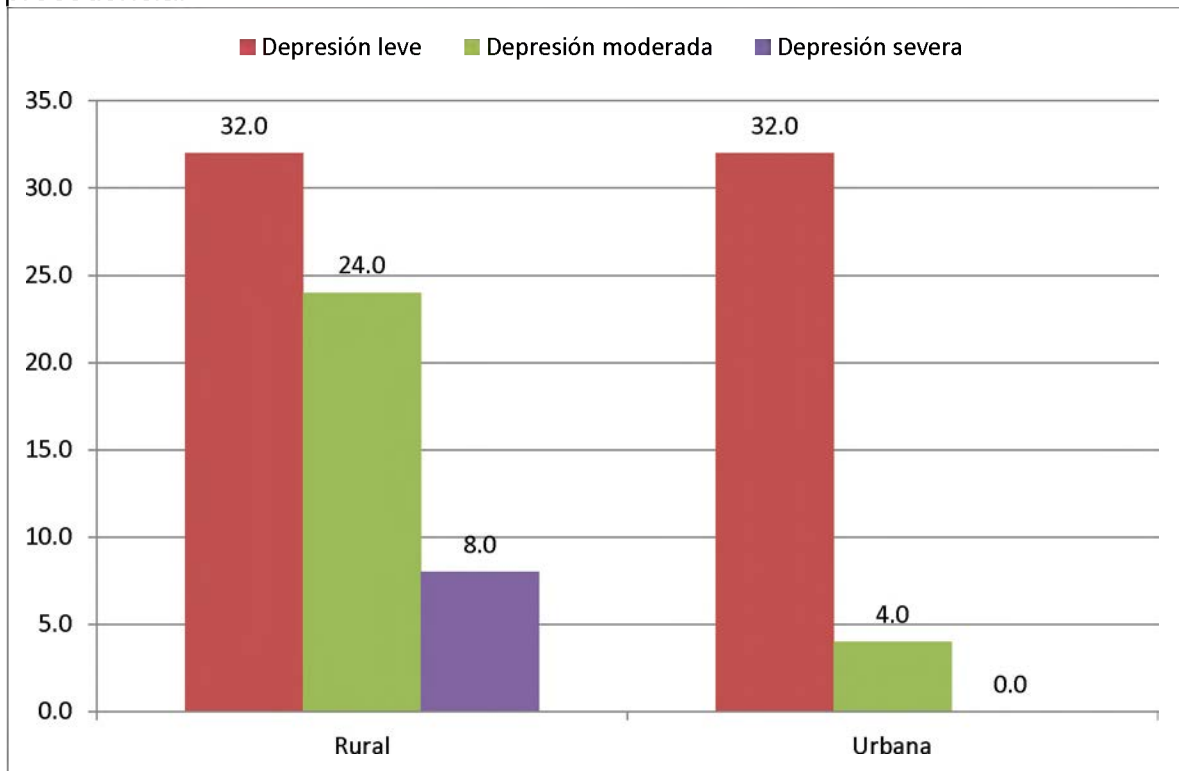
Fuente: Tabla 7

Tabla 8.- Frecuencia de trastornos depresivos en la unidad de atención primaria del Hospital Central de las Fuerzas Armadas junio - agosto 2018, según procedencia

Procedencia	DIAGNÓSTICO						Total	%
	Depresión leve	%	Depresión moderada	%	Depresión severa	%		
Rural	8	32.0	6	24.0	2	8.0	16	64.0
Urbana	8	32.0	1	4.0	0	0.0	9	36.0
Total	16	64.0	7	28.0	2	8.0	25	100.0

Fuente: Cuestionario modificado de depresión de Beck.

Gráfico 8.- Frecuencia de trastornos depresivos en la unidad de atención primaria del Hospital Central de las Fuerzas Armadas junio - agosto 2018, según procedencia.



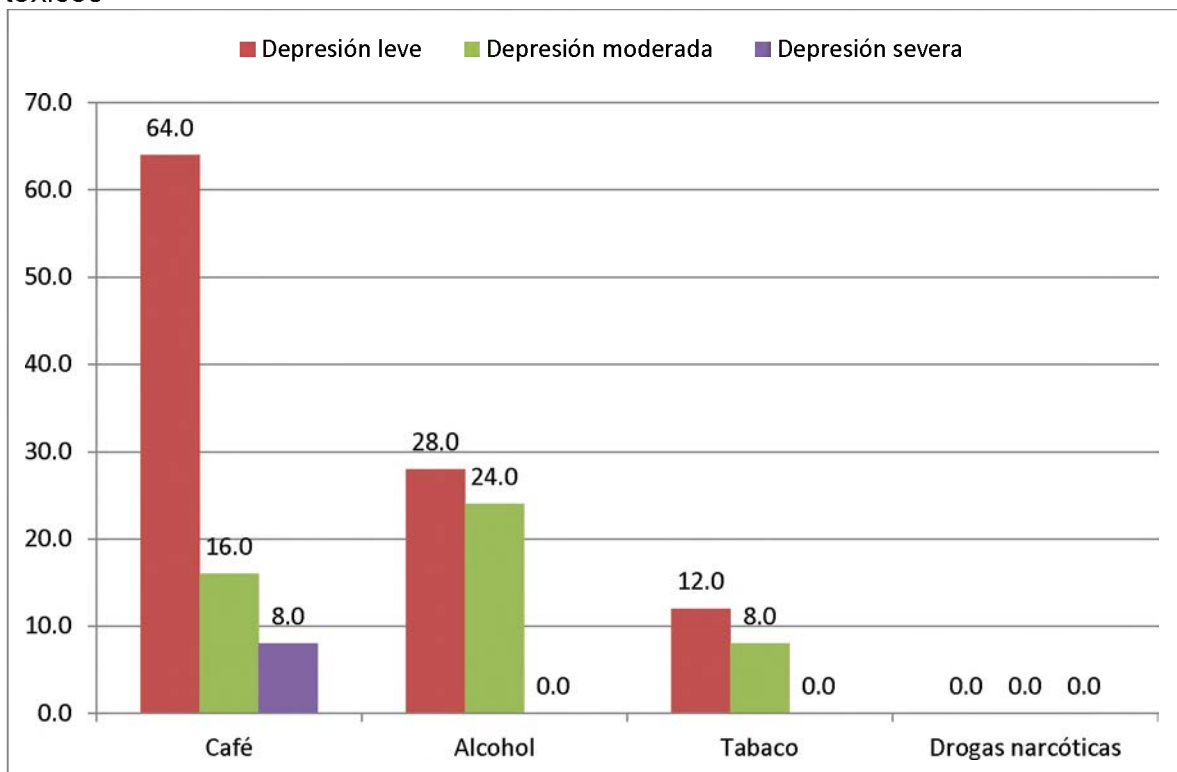
Fuente: Tabla 8

Tabla 9.- Frecuencia de trastornos depresivos en la unidad de atención primaria del Hospital Central de las Fuerzas Armadas junio - agosto 2018, según hábitos tóxicos

Hábitos tóxicos	DIAGNÓSTICO						Total	%
	Depresión leve	%	Depresión moderada	%	Depresión severa	%		
Café	16	64.0	4	16.0	2	8.0	22	88.0
Alcohol	7	28.0	6	24.0		0.0	13	52.0
Tabaco	3	12.0	2	8.0		0.0	5	20.0
Drogas narcóticas	0	0.0	0	0.0	0	0.0	0	0.0

Fuente: Cuestionario modificado de depresión de Beck.

Gráfico 9.- Frecuencia de trastornos depresivos en la unidad de atención primaria del Hospital Central de las Fuerzas Armadas junio - agosto 2018, según hábitos tóxicos



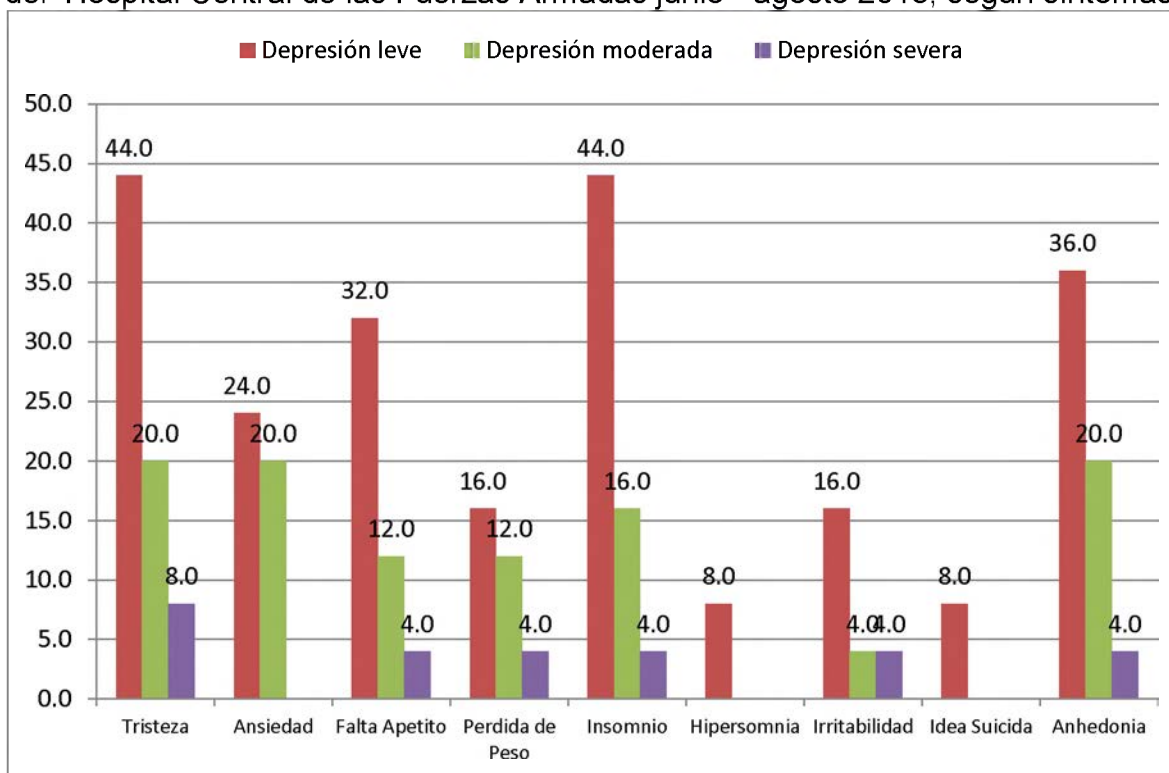
Fuente: Tabla 9

Tabla 10.- Frecuencia de trastornos depresivos en la unidad de atención primaria del Hospital Central de las Fuerzas Armadas junio - agosto 2018, según síntomas

Síntomas	DIAGNÓSTICO						Total	%
	Depresión leve	%	Depresión moderada	%	Depresión severa	%		
Tristeza	11	44.0	5	20.0	2	8.0	18	72.0
Ansiedad	6	24.0	5	20.0			11	44.0
Falta Apetito	8	32.0	3	12.0	1	4.0	12	48.0
Perdida de Peso	4	16.0	3	12.0	1	4.0	8	32.0
Insomnio	11	44.0	4	16.0	1	4.0	16	64.0
Hipersomnia	2	8.0					2	8.0
Irritabilidad	4	16.0	1	4.0	1	4.0	6	24.0
Idea Suicida	2	8.0					2	8.0
Anhedonia	9	36.0	5	20.0	1	4.0	15	60.0

Fuente: Cuestionario modificado de depresión de Beck.

Gráfico 10.- Frecuencia de trastornos depresivos en la unidad de atención primaria del Hospital Central de las Fuerzas Armadas junio - agosto 2018, según síntomas



Fuente: Tabla 10

IX.- DISCUSIÓN

La mayoría de las personas que asistieron a la consulta, el 74.2 por ciento no padecía de depresión, el 16.5 por ciento tenía depresión leve, 7.2 por ciento depresión moderada y un 2.1 por ciento, depresión severa. Datos que coinciden con las investigaciones internacionales como la Organización Mundial de la Salud que estima que en América Latina y el Caribe cursan con una cantidad significativa; un 5 por cientos de la población la padecen (OMS, 2017). Además se indica que la depresión afecta a 1 de cada 10 estadounidenses adultos, analizando datos de la encuesta del sistema de vigilancia de factores de riesgos del comportamiento entre 2006-2008. Y de acuerdo a la Guía de Práctica Clínica sobre el Manejo de los trastornos depresivos en Murcia, España, reporta que la atención primaria de salud es el primer contacto que tienen la mayoría de los pacientes que presentan algún problema de salud mental, aproximadamente un 20 por ciento (Murcia, 2013).

De las personas con depresión el 80.0 por ciento pertenecen al sexo femenino. El sexo masculino tuvo depresión leve en 16.0 por ciento, y severa en el 4.0 por ciento para un 20 por ciento. El femenino tuvo depresión leve en el 48.0 por ciento, moderada en el 28.0 por ciento y severa en el 4.0 por ciento. Estos datos coinciden con el estudio realizado por Galindo y colaboradores, en 2015, en México, en donde participaron 400 pacientes de los cuales 226 eran mujeres (56.5%) y 174 eran hombres (43.6%).³³

El rango de edad más frecuente fue de 40-49 años con el 28.0 por ciento, de éstos un 20.0 por ciento tiene depresión leve y el 8.0 por ciento depresión moderada, coincidiendo con la investigación de Galindo, la edad promedio fue de 47.4 ± 14.1 años.³³

El 44.0 por ciento tienen un estado civil a los que atribuyeron el término "otros", indicando que tenían un relación inestable, de éstos el 20.0 por ciento tiene depresión leve, 24.0 por ciento depresión moderada. Estos datos coinciden con la investigación realizada por Crempien, Parra, Grez, Valdés, López y Krause, en Chile, en 2017, en donde en su investigación sobre las características sociodemográficas y clínicas en una muestra de pacientes depresivos atendidos en Centros Comunitarios de Salud Mental (COSAM) en Santiago, encontraron que el perfil observado describe principalmente mujeres, con sintomatología severa y crónica, en la que se entrelazan vulnerabilidades físicas, emocionales y de personalidad, con relaciones afectivas conflictivas.³⁴

El 40.0 por ciento de los pacientes con depresión tiene un nivel de educación primaria, secundario el 24.0 por ciento, superior el 16.0 por ciento y analfabeto el 12.0 por ciento. Las personas con educación primaria el 32.0 por ciento tiene depresión leve, el 4.0 por ciento moderada, 4.0 por ciento grave. A diferencia de la mayoría de los estudios internacionales encontrados en donde la población de estudio posee educación superior, como el estudio realizado por Garzón, Pascual y Collazo, en Cuba, en donde el nivel superior de escolaridad fue de 45,71 % y el 68,60 % no recibía apoyo en el cuidado del paciente; el 37,10 % mostró depresión leve.³⁵

El 72.0 por ciento de los pacientes con depresión es de religión católica y el 28.0 por ciento es protestante. En las personas que simpatizan por la religión católica, el 48.0 por ciento tiene depresión leve, 16.0 por ciento depresión moderada, y 8.0 por ciento depresión severa. De las personas protestantes, 16.0 por ciento depresión leve y 12.0 depresión moderada. Los estudios citados no mencionan la incidencia de que profesar alguna fe, se relacionen con la depresión.

El 40.0 por ciento de las personas tienen como ocupación los quehaceres domésticos, de las cuales un 24.0 por ciento tiene depresión leve, 12.0 por ciento depresión moderada, 4.0 por ciento depresión severa. Esta información guarda relación con el estudio realizado por el doctor José Miguel Gómez, ex presidente de la Sociedad Dominicana de Psiquiatría, considera que la primera causa de los

suicidios en la República Dominicana, es la depresión, es uno de los principales males psicológicos que afecta la población y que es atribuible a factores tales como consumo de sustancias (alcohol, drogas...) y condiciones orgánicas y psicosociales como desempleo, deudas, sentimiento de frustración, entre otros,(Redacción El Día 2015).^{14l}

El 64.0 por ciento de los pacientes con depresión son de origen rural y el 36.0 por ciento, son de procedencia urbana. De las personas de origen rural, el 32.0 por ciento tiene depresión leve, 24.0 por ciento moderada y 4.0 por ciento severa. De aquellos de origen urbana, 32.0 por ciento depresión leve y 4.0 por ciento depresión moderada. La Organización Mundial de la salud señala que Santiago de Chile, encabeza la lista de capitales con más alta de frecuencia de depresión en el mundo. Chile cuenta con un índice de un 17,2 por ciento, según la Encuesta Nacional de Salud. Por su parte el Ministerio de Salud chileno señala que en la población urbana el porcentaje de cuadro depresivo alcanza el 18,3 por ciento versus el 12,4 por ciento de los sectores rurales. Por lo que el estudio no coincidió con las investigaciones internacionales.

El 88.0 por ciento los pacientes con depresión consumen café, 52.0 por ciento alcohol. De las personas que consumen café 64.0 tienen depresión leve, y de aquellos que consumen alcohol, 28.0 por ciento depresión leve y 24.0 por ciento depresión moderada. Estos datos coinciden con la investigación llevada a cabo por Micek, Castellano, Pajak, Galvano, en 2015, sobre los riesgos de consumo de café, te y cafeina con riesgo de depresión, encontraron que existe un riesgo de depresión para aquellas personas que consumen más de 400 ml de café por día.³²

En relación a los síntomas, el 72.0 por ciento reportó tristeza, 64.0 por ciento insomnios, 48.0 por ciento falta de apetito, 44.0 por ciento ansiedad y 32.0 por ciento pérdida de peso. Estos datos guardan relación con el estudio elaborado por Valdes, y colaboradores, en Chile, en 2017, en lo que los resultados indican indican que los síntomas más frecuentes fueron insomnio, tristeza y ansiedad.³⁶

X.- CONCLUSIONES

La mayoría de las personas que asistieron a la consulta, 74.2 por ciento no padecía depresión, el 16.5 por ciento depresión leve.

De las personas con depresión 80.0 por ciento pertenecen al sexo femenino con depresión leve en el 48.0 por ciento. Mientras que el 20 por ciento es masculino.

El rango de edad más frecuente fue de 40-49 años con el 28.0 por ciento.

El 44.0 por ciento tienen un estado civil diferente a los encontrados, de éstos el 20.0 por ciento tiene depresión leve, 24.0 por ciento depresión moderada.

El 40.0 por ciento de los pacientes con depresión tiene nivel de educación primaria, secundario el 24.0 por ciento, superior el 16.0 por ciento y analfabeto el 12.0 por ciento. Las personas con educación primaria el 32.0 por ciento tiene depresión leve, el 4.0 por ciento moderada, 4.0 por ciento severa.

El 72.0 por ciento de los pacientes con depresión es de religión católica.

El 40.0 por ciento de las personas es de quehaceres domésticos, con 24.0 por ciento depresión leve, 12.0 por ciento depresión moderada, 4.0 por ciento depresión grave.

El 64.0 por ciento de los pacientes con depresión son de origen rural, 36.0 por ciento urbana. De las personas de origen rural, el 32.0 por ciento tiene depresión leve, 24.0 por ciento moderada, 8.0 por ciento severa. De aquellos de origen urbana, 32.0 por ciento depresión leve, 4.0 por ciento depresión moderada.

El 88.0 por ciento consume café, seguido del alcohol en un 52 por ciento.

En relación a los síntomas, el 72.0 por ciento reportó tristeza, 72.0 por ciento insomnio 48.0 por ciento falta de apetito y 44.0 por ciento presentó ansiedad.

XI.- RECOMENDACIONES

- Implementar un Departamento en conjunto de Salud Mental y Atención Primaria para darle seguimiento a los pacientes que manifiesten algún tipo de trastorno depresivo.
- Aplicar algunos métodos diagnósticos para determinar la depresión como las escalas, en aquellos pacientes que visitan continuamente la consulta de atención primaria, aquejados de un sinnúmero de molestias, pero a la evaluación médica están bien.
- Derivar a tiempo un paciente que se le realice una detección de depresión a una unidad de Salud Mental, para que se beneficie de un tratamiento farmacológico o psicoterapéutico, o de ambos.
- Realizar campañas de concientización a la población, para orientar sobre medidas preventivas en relación a la depresión.
- Evitar el estrés laboral como emocional y circunstancias negativas que pueden desencadenar un episodio depresivo.
- Los médicos de atención primaria valorar exhaustivamente los pacientes que acuden a diario a sus consultas, tratando de evitar que los pacientes depresivos sigan siendo infradiagnosticados.
- Recomendar a los pacientes la importancia de buscar ayuda cuando presenten síntomas depresivos.
- Impartir charlas educativas en las consultas de atención primaria para enseñar a identificar aspecto depresivo en su persona o en algún familiar, vecino cercano o a compañeros de trabajo.
- Hacer entender que buscar ayuda no significa que una persona se sienta discriminada por su condición de presentar algún trastorno depresivo.
- Exhortar a los pacientes que enfrentan una depresión, a que no abandonen el tratamiento para evitar las recaídas, que son tan peligrosas y pueden conllevar a un intento de suicidio o peor aun cometer el mismo.

XI.- REFERENCIAS

1. Castaño Recuero G. Breve Historia de la Depresión. Washington, DC (USA) 2010. Ver <http://www.mentalhealhinformation>.
2. OMS. Décima Clasificación Internacional de Enfermedades. CIE-10. Trastornos Mentales y del Comportamiento. Madrid (España): Meditar. 1992. Actualizado en el 2012.
3. Kraepelin, Emil. La Demencia Precoz. Buenos Aires (Argentina): Editora Palmens, 2008.
4. OMS. Guía de consultas del DSM-5. Asociación Americana de Psiquiatría. Washington, DC, 2013
5. Gviria Uribe A, Serna Correa L, Guerrero C, Saldarriaga E, Valderrama Vergara J, Burgos Bernal G, et al. Depresión. Rev. Todo por un nuevo país 2017; 1.
6. Amandara, G. Tendencias Depresivas en América. Rev. Infobae, Grandes Libros, 2011; 4(11).
7. Alarcón-Terroso R, Gea Serrano A, Martínez J, Pedreño J, Pujalte- Martínez J, Garre-Sánchez L, et al. Guía de Practicas Clínicas de los Trastornos Depresivos. Rev. UCES 2013.
8. Revista Cubana de Investigación Biomédica.2010; 29(2)237-243. <http://scielo.sld.cu>
9. Gabarón Hortal.JMH, Boix Soriano A, Javier Blanco. M, Arenas Prat. Prevalencia y Detección de Trastornos Depresivos en Atención Primaria.

[http://doi.org/10.1016/S0212-6567\(102\)70578](http://doi.org/10.1016/S0212-6567(102)70578). Get rights and Content 2010. Barcelona, España.

10. CDC. La Depresión Actual entre los adultos, Estados Unidos, 2006- 2008. MMWR2010; 59(38); 1229-1235.
11. Depresión: presente y futuro de una epidemia contemporánea. Tendencias Américas Tele show. Mix 5411. Grandes Libros.2017. Argentina- Infobae.
12. Subjetividad y Procesos Cognitivos, Vol. 15 No.1, 2011. Pág. 119-145.
13. Bogaert García, Huberto. La Depresión: Etiología y Tratamiento. Rev. Ciencia y Sociedad XXXVII 2012; 2(4-6):183-187.
14. Genao- Villar GA. Prevalencia de Indicadores de Depresión en los estudiantes de la Escuela Nacional de Artes Dramáticas (ENAD) y de la Escuela Nacional de Artes Visuales (ENAV) periodo 2017-2018.[Tesis de Grado-Psicología]. Santo Domingo (Rep. Dom.): Universidad Pedro Henríquez Ureña; 2018.
15. Ariza- Álvarez M, Merino- Atienza G, González- María J, Rodríguez- Guitián A, Liñero- De Los Heros E, González- Lauro A, et al. Guía Práctica sobre Manejo en el Adulto. Enero 2015, España. Ver Guía Salud www.guiassalud.es.
16. Sanz LJ y Álvarez, C. Evaluación en Psicología Clínica. Manual CEDE de Preparación PIR.OS. Madrid 2012. Ver <https://www.hipocampi.org/hamilton>.
17. Sanz J y Vázquez, C. Evaluación del Inventario BDI-II. Consejo de Evaluación de Psicólogos. Madrid, España. 2011.

18. Zung, WW (1965) A self depression scale. Arch Gen Psychiatry 12, 63-70. Ver. www.mentalhealthministries.net. Actualizada en 2014.
19. <https://omicrono.elespanol.com>>2015/05
20. <http://www.muyinteresante.es>>artículo por Sarah Romero.
21. Terol-Cantero, M.C; Cabrera-Perona, V; Martín-Aragón, M. Revisión de estudios de las Escalas de Ansiedad y Depresión Hospitalarias en muestras españolas. Anal Psicológico. Mayo 2015, vol.31 No. 2 p 494-503. <http://scielo.sld.cu>
22. Gupta A, Elheis M, Pansari K. Diagnóstico por Imágenes en las Enfermedades Psiquiátricas. International Journal of Clinical Practice. 2004. www.bago.com>Biblio>psiqueweb267.
23. Suckling J. Evidencia sobre la depresión con técnicas de imagen: ¿hay biología en la bibliografía? Rev. de Psiquiatría y Salud Mental (Barcelona). 2012;5(1): 5-7. www.elsevier.es
24. Saiz-Ruiz J, Montes-Rodríguez JM. Tratamiento farmacológico de la depresión. Rev. Clínica Española 2005; Vol. 205(5): 233-240.
25. Sánchez AJ. Psicofarmacología de la Depresión. www.psicobioquimica.org.
26. Vázquez FL, Blanco V, Tomes A, Otero P, Hemido E. La eficacia de la prevención indicada: una revisión. Enero 2014; Vol. 30 no.1, p9-24. <http://scielo.sld.cu>
27. Balagué L, Calderón C, Retozola A, Bacigalupe A, Zallo E, Mosquera I. Perspectivas de los pacientes diagnosticados de depresión y atendidos por

- medio de familia y psiquiatra en Atención Primaria. 2012, 44(1), 595-602. <http://scielo.sld.cu>
28. Chahua M, Sardo L, Malist G, Domingo A, Brugal M, et al. Depresión en jóvenes. Usuarios regulares de cocaína, reclutados en comunidad Gac Sanit, abril 2014, Vol. 28 no. 2, p 155-159. <http://scielo.sld.cu>
29. Casañas R, Catalán R, Antonio R, Red J. Efectividad de un programa grupal psicoeducativo en Atención Primaria: Ensayo Clínico controlado aleatorizado. Rev. Asociación Española Neuropsiquiatría. Marzo 2014, vol. 43 no. 121, p145-146. <http://scielo.sld.cu>.
30. Latorre P, Bravo-Navarro J M, Delgado M et al. Evaluación e intervención de Ansiedad y Depresión en Atención Primaria: Un problema sin resolver. Rev. Clínica Médica Familiar. Febrero 2012, vol.5, No.1 p37-45. <http://scielo.sld.cu>
31. Méndez –Cintrón CA. Prevalencia de Estrés, Depresión y Ansiedad en personas del Departamento de Cirugía del Hospital Salvador B. Gautier. Febrero-Julio 2016. [Tesis de Grado-Medicina]. Santo Domingo (Rep. Dom.): Universidad Pedro Henríquez Ureña; 2016.
32. Micek, A; Castellano, S; Pajak, A; Galvano, F. Coffee, tea, caffeine and risk of depression: A systematic review and dose-response meta-analysis of observational studies. Octubre 2015. Disponible en: <https://onlinelibrary.wiley.com/doi/full/10.1002/mnfr.201500620#support-information-section>
33. Galindo Vázquez Oscar, Benjet Corina, Juárez García Francisco, Rojas Castillo Edith, Riveros Rosas Angélica, Aguilar Ponce José Luis et al Propiedades psicométricas de la Escala Hospitalaria de Ansiedad y Depresión (HADS) en una población de pacientes oncológicos mexicanos. Salud Ment

[revista en la Internet]. 2015 Ago. [citado 2018 Ago. 29]; 38(4): 253-258. Disponible: http://www.scielo.org.mx/scielo.php?script=sci_arttext&pid=S0185-33252015000400253&lng=es.

34. C Carla, de la Parra C Guillermo, Grez B Marcela, Valdés F Camila, López M María José, Krause J Mariane. Características sociodemográficas y clínicas de pacientes diagnosticados con depresión en Centros Comunitarios de Salud Mental (COSAM) de Santiago, Chile. Rev. chil. neuro-psiquiatr. [Internet]. 2017 Abr. [citado 2018 Ago. 29]; 55(1): 26-35. Disponible en: https://scielo.conicyt.cl/scielo.php?script=sci_arttext&pid=S0717-92272017000100004&lng=es. <http://dx.doi.org/10.4011/Crempien.67/S0717-92272017000100004>.
35. Garzón Patterson M, Pascual Cuesta Y, Collazo Lemus Ed. Relación entre depresión y características sociodemográficas en cuidadores principales de pacientes con enfermedad de Alzheimer. Revista Cubana de Enfermería [revista en Internet]. 2018 [citado 2018 Ago. 29]; 34(1): [aprox. 0 p.]. Disponible en: <http://revenfermeria.sld.cu/index.php/enf/article/view/1513>
36. Valdés Camila, Morales-Reyes Irma, Pérez J. Carola, Medellín Adriana, Rojas Graciela, Krause Mariane. Propiedades psicométricas del inventario de depresión de Beck IA para la población chilena. Rev. Med. Chile [Internet]. 2017 Ago. [citado 2018 Ago. 29]; 145(8): 1005-1012. Disponible en: https://scielo.conicyt.cl/scielo.php?script=sci_arttext&pid=S0034-98872017000801005&lng=es.

VIII ANEXOS

CUESTIONARIO DE DEPRESIÓN DE BECK-BDI-II (MODIFICADO)

Encuesta de datos generales del paciente entrevistado:

Sexo

Femenino

Masculino

Edad _____**Estado Civil**

Soltero/a

Casado/a

Divorciado/a

Viudos/as

Otros

Ocupación

Quehaceres domésticos

Militar

Profesor

Comerciante

Estudiante

Secretaria

Mecánico

Chófer

Otros

Escolaridad

Analfabeto

Primaria

Secundario

Técnico

Superior

Procedencia

Rural

Urbana

Religión

Católica

Protestante

Hábitos Tóxicos

Café

Alcohol

Tabaco

Drogas narcóticas

Signos y síntomas de

Presentación

Tristeza

Ansiedad

Falta de apetito

Pérdida de peso

Insomnio

Hipersomnias

Irritabilidad

Idea Suicida

Anhedonia

1- Tristeza

- a) No me siento triste.
- b) Me siento triste.
- c) Me siento siempre triste y no puedo salir de mi tristeza.
- d) Estoy tan triste e infeliz y no puedo soportarlo.

2-Pesimismo

- a) No me siento especialmente desanimado antes el futuro.
- b) Me siento desanimado con respecto al futuro.
- c) Siento que no tengo nada que esperar.
- d) Siento que el futuro no hay esperanza y que las cosas no pueden mejorar.

3- Fracaso pasado

- a) No creo que sea un/a fracaso/a
- b) Creo que he fracasado más que cualquier persona normal.
- c) Al recordar mi vida pasada, todo lo que puedo ver es un montón de fracasos.
- d) Creo que soy un fracaso absoluto como persona.

4-Pérdida de placer

- a) Obtengo tanta satisfacción de las cosas como la que solía obtener antes.
- b) No disfruto de las cosas de la manera en que solía hacerlo.

- c) Ya no tengo verdadera satisfacción de nada.
- d) Estoy insatisfecho o aburrido de todo.

5-Sentimientos de culpabilidad

- a) No me siento especialmente culpable.
- b) No me siento culpable una buena parte del tiempo.
- c) Me siento culpable casi siempre.
- d) Me siento culpable siempre.

6-Sentimientos de castigo

- a) No creo que este siendo castigado/a.
- b) Creo que puedo ser castigado/a.
- c) Espero ser castigado/a.
- d) Creo que estoy siendo castigado/a.

7-Sentimientos de decepción hacia uno mismo

- a) No me siento decepcionado de mí mismo.
- b) Me he decepcionado a mí mismo.
- c) Estoy disgustado/a conmigo mismo.
- d) Me odio.

8-Autocrítica

- a) No creo ser peor que los demás.
- b) Me critico por mis debilidades o errores.
- c) Me culpo siempre por mis errores.
- d) Me culpo por todas las cosas malas suceden.

9-Ideas suicidas

- a) No pienso matarme.
- b) Pienso en matarme, pero no lo haría.
- c) Me gustaría matarme.
- d) Me mataría si tuviera la oportunidad.

10-Llantos

- a) No lloro más de lo de costumbre.
- b) Ahora lloro más que de costumbre.
- c) Ahora lloro todo el tiempo.
- d) Solía poder llorar, pero ahora no puedo llorar, aunque quiera.

11-Irritabilidad

- a) Las cosas no me irritan más que de costumbre.
- b) Las cosas me irritan más que de costumbre.
- c) Estoy bastante irritado o enfadado una buena parte del tiempo.
- d) Ahora me siento irritado todo el tiempo.

12-Pérdida de interés

- a) No he perdido el interés por otras cosas.
- b) Estoy menos interesado en otras personas que de costumbre
- c) He perdido el interés por otras personas.
- d) He perdido todo mi interés por otras personas.

13-Indecisión

- a) Tomo decisiones casi siempre.
- b) Postergo la adopción de decisiones más que de costumbre.
- c) Tengo que obligarme seriamente para hacer cualquier decisión que antes.
- d) Ya no puedo tomar decisiones.

14-Aspecto físico

- a) No creo que mi aspecto sea peor que de costumbre.
- b) Me preocupa el hecho de parecer viejo sin atractivos.
- c) Tengo que obligarme seriamente con mi aspecto, y parezco poco atractivo.
- d) Creo que veo feo.

15- Sentimientos de inutilidad

- a) Puedo trabajar tan bien como antes.
- b) Me cuesta más esfuerzo empezar a hacer algo.
- c) Tengo que obligarme seriamente para hacer cualquier cosa.
- d) No puedo trabajar en absoluto.

16-Cambio en el sueño

- a) Puedo dormir también como antes.
- b) No puedo dormir tan bien como solía.
- c) Me despierto una o dos horas más temprano que de costumbre y me cuesta mucho volver a dormir.
- d) Me despierto varias horas antes de lo que solía y no puedo volver a dormir.

17-Pérdida de energía

- a) No me canso más que de costumbre.
- b) Me canso más fácilmente que de costumbre.
- b) Me canso sin hacer nada.
- d) Estoy demasiado cansado/a como para hacer algo.

18-Cambio en el apetito

- a) Mi apetito no ha variado.
- b) Mi apetito no es tan bueno como antes.
- c) Mi apetito es mucho peor que antes.
- d) Ya no tengo nada de apetito.

19-Pérdida de pesos

- a) Últimamente no he perdido muchos pesos, si es que perdí algo.
- b) He perdido más de 2 kilos.
- c) He perdido más de 4 kilos.
- d) He perdido más de 6 kilos.

20-Preocupación

- a) No estoy más preocupado/a por mi salud de lo habitual.
- b) Estoy preocupado/a por problemas físicos tales como molestares y dolores de estómago o constipación.
- c) Estoy preocupado/a por problemas físicos y es difícil pensar en otras cosas.
- d) Estoy tan preocupado/a por mis problemas físicos que no puedo pensar en nada más.

21-Pérdida de interés en el sexo

- a) No he notado cambios recientes de mi interés por el sexo.
- b) Estoy menos interesado por el sexo de lo que solía estar.
- c) Estoy mucho menos interesado por el sexo ahora.
- d) He perdido por completo mi interés por el sexo.

Anexo VIII.2 Escala de Hamilton

1) Humor deprimido (tristeza, depresión, desamparo, inutilidad).

0 puntos=Ausente

1 punto= Éstas sensaciones se indican sólo al ser preguntadas.

2 puntos= Éstas sensaciones se relatan oral y espontáneamente.

3 puntos= Sensaciones no comunicadas verbalmente, sino por la expresión facial, postura, voz, tendencia al llanto.

4 puntos= El paciente manifiesta éstas sensaciones en su comunicación verbal y no verbal de forma espontánea.

2) Sensación de Culpabilidad

0 puntos= Ausente

1 punto= Se culpa a sí mismo, cree haber decepcionado a la gente.

2 puntos= Ideas de culpabilidad, o meditación sobre errores pasados o malas acciones.

3 puntos= La enfermedad actual es un castigo.

4 puntos= Oye voces acusatorias o de denuncia y/o experimenta alucinaciones visuales amenazadoras.

3) Idea de Suicidio

0 puntos= Ausente

1 punto= Le parece que la vida no merece la pena ser vivida.

2 puntos= Desearía estar muerto o tiene pensamientos sobre la posibilidad de morirse.

3 puntos= Ideas o amenazas de suicidio.

4 puntos= Intentos de suicidio.

4.1) Insomnio Precoz

0 puntos= Ausente

1 punto= Dificultades ocasionales para dormirse, por ejemplo más de media hora.

2 puntos= Dificultades para dormirse cada noche.

4.2) Insomnio Medio

0 puntos= Ausente.

1 punto= El paciente se queja de estar inquieto durante la noche.

2 puntos= Está despierto durante la noche, cualquier ocasión de levantarse de la cama se puntúa como 2, excepto si está justificada (orinar, tomar o dar medicación).

4.3) Insomnio Tardío

0 puntos= Ausente

1 punto= Se despierta a primeras horas de la madrugada, pero vuelve a dormirse.

2 puntos= No puede volver a dormirse si se levanta de la cama.

5) Problemas en el trabajo y actividades

0 puntos= Ausente

1 punto= Ideas y pensamientos de incapacidad. Fatiga o debilidad relacionada con su trabajo, actividad u oficios.

2 puntos= Pérdida de interés en su actividad, oficios o trabajo, manifestado por desatención, indecisión y vacilación.

3 puntos= Disminución del tiempo dedicado a actividades o descenso en la productividad.

4 puntos= Dejó de trabajar por la presente enfermedad.

6) Inhibición (lentitud de pensamientos y de palabras, empeoramiento de la concentración; actividad motora disminuida).

0 puntos= Palabras o pensamientos normales.

1 punto= Ligero retraso en el diálogo.

2 puntos= Evidente retraso en el diálogo.

3 puntos= Diálogo difícil.

4 puntos= Torpeza absoluta.

7) Agitación

0 puntos= Ninguna

1 punto= "Juega" con sus manos, cabello, etc.

2 puntos= Se retuerce las manos, se muerde las uñas, se tira de los cabellos, etc.

8) Ansiedad Psíquica

0 puntos= No hay dificultad.

1 punto= Tensión subjetiva e irritabilidad.

2 puntos= Preocupación por pequeñas cosas.

3 puntos= Actitud aprensiva aparente en la expresión o en el habla.

4 puntos= Terrores expresados sin preguntarle.

9) Ansiedad Somática: signos o síntomas concomitantes de la ansiedad.

Ejemplos:

-Gastrointestinales: boca seca, flatulencia, diarrea, eructos, retortijones.

-Cardiovasculares: palpitaciones, cefalalgias.

-Respiratorio: hiperventilación, suspiros.

-Frecuencia urinaria.

-Sudoración.

0 puntos= Ausente

1 punto= Ligera 2 puntos= Moderada 3 puntos= Grave 4 puntos= Incapacitante.

10) Síntomas somáticos gastrointestinales

0 puntos= Ninguno

1 punto= Pérdida del apetito, pero come sin necesidad de que lo estimulen.
Sensación de pesadez en el abdomen.

2 puntos= Dificultad en comer si no se le insiste. Solicita o necesita laxantes o medicación intestinal o para sus síntomas gastrointestinales.

11) Síntomas somáticos generales

0 puntos= Ninguno.

1 punto= Pesadez en las extremidades, espalda o cabeza. Dorsalgias, cefalalgias, mialgias. Fatigabilidad y pérdida de energía.

2 puntos= Cualquiera de los síntomas anteriores se puntúa como 2 si está muy bien definido.

12) Síntomas genitales como pérdida de la libido y trastornos menstruales

0 puntos= Ausentes.

1 punto= Débiles.

2 puntos= Graves.

3 puntos= Incapacitante.

13) Hipocondría

0 puntos= No la hay.

1 punto= Preocupado de sí mismo (corporalmente).

2 puntos= Preocupado por su salud.

3 puntos= Se lamenta constantemente, solicita ayuda.

4 puntos= Ideas delirantes hipocondríacas.

14) Pérdida de peso

A- Según manifestaciones del paciente (primera evaluación)

0 puntos= No hay pérdida de peso.

1 punto= Probable pérdida de peso asociada con la enfermedad actual.

2 puntos= Pérdida de peso definida según el enfermo

B- Según el pesaje por parte del médico (evaluaciones siguientes)

0 puntos=Pérdida de peso inferior 500 gramos por semana (de promedio).

1 punto= Pérdida de pesos de más de 500 gramos por semana (de promedio).

2 puntos=Pérdida de pesos de además de 1 kilogramo por semana (de promedio).

15) Conciencia de la enfermedad

0 puntos= Se da cuenta de que está deprimido y enfermo.

1 punto=Se da cuenta de su enfermedad, pero atribuye la causa a la mala alimentación, clima, exceso de trabajo.

2 puntos= Niega estar enfermo.

IX.1. Cronograma

Variables	Tiempo: 2018	
Selección del tema	2018	Febrero
Búsqueda de referencias		Febrero-Abril
Elaboración del anteproyecto		Mayo-junio
Sometimiento y aprobación	2018	Mayo
Ejecución de las encuestas		Junio-Agosto
Tabulación y análisis de la información		Agosto
Redacción del informe		Agosto
Revisión del informe		Agosto
Encuadernación		Agosto
Presentación		Agosto

IX.3. Costos y recursos

IX.3.1. Humanos			
<ul style="list-style-type: none"> • 1 sustentante • 1 asesor (metodológico y clínico) • Personal médico calificado en número de cuatro • Personas que participaron en el estudio 			
IX.3.2. Equipos y materiales	Cantidad	Precio	Total
Papel bond 20 (8 1/2 x 11)	4 resmas	100.00	400.00
Papel Mistique	3 resmas	230.00	690.00
Lápices	10 unidades	5.00	50.00
Borras	5 unidades	8.00	40.00
Bolígrafos	6 unidades	15.00	90.00
Sacapuntas	4 unidades	5.00	20.00
Computador Hardware:			
Pentium III 700 Mhz; 128 MB RAM;			
20 GB H.D.;CD-ROM 52x			
Impresora HP 932c			
Scanner: Microteck 3700			
Software:			
Microsoft Windows XP			
Microsoft Office XP			
MSN internet service			
Omnipage Pro 10			
Dragon Naturally Speaking			
Easy CD Creator 2.0			
Presentación:			
Sony SVGA VPL-SC2 Digital data projector			
Cartuchos HP 45 A y 78 D	2 unidades	600.00	1,200.00
Calculadoras	2 unidades	150.00	300.00
IX3.3. Información			
Adquisición de libros			
Revistas			
Otros documentos			
Referencias bibliográficas (ver listado de referencias)			
IX.3.4. Económicos*			
Papelería (copias)	1080 copias	1.00	1080.00
Encuadernación	5 informes	180.00	900.00
Alimentación			1,500.00
Transporte			3,000.00
Inscripción al curso			3,000.00
Inscripción años académicos			20,000.00
Inscripción de la tesis			10,000.00
Imprevistos			2,500.00
Asesoría Clínica			7,000.00
Digitación e impresión de tesis			11,000.00
Total			\$62,700.00

*Los costos totales de la investigación fueron cubiertos por la sustentante.

XIII.4. Evaluación

Sustentante

Dra. Yosary Mejía

Asesores

Dra. Claridania Rodríguez
(Metodológico)

Dr. Julio E. Palm Ureña
(Clínico)

Jurado:

Dra. Denni Cosma

Dra. Guillermina Beltré Cárdena

Dra. Maridoly Tapia Zabala

Autoridades:

Dra. Rosilys Rodríguez
Coordinadora

Dr. Martín M. Salazar Simó
Jefe Departamento

Dr. Manuel Fernández
Jefe de enseñanza

Dra. Claridania Rodríguez
Coordinadora de Postgrado de la
Facultad de Ciencias de la Salud

Dr. William Duke
Decano de la Facultad
Ciencias de la Salud

Fecha presentación _____

Calificación: _____
