

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

NIVELES DE DEPRESIÓN EN PACIENTES ASISTIDOS EN
LA CONSULTA DE ATENCIÓN PRIMARIA DEL HOSPITAL
CENTRAL DE LAS FUERZAS ARMADAS
FEBRERO - JULIO, 2017

Tesis de pos-grado para optar por el título de especialista en:
MEDICINA FAMILIAR Y COMUNITARIA



Sustentante

Alondra Pamela Rodríguez Caesar

Asesores

Dra. Arleny Caro

Dra. Claridania Rodríguez Berroa

Los conceptos expuestos en el presente anteproyecto de tesis de posgrado son de la exclusiva responsabilidad de la sustentante

Distrito Nacional: 2017

CONTENIDO

Agradecimientos	
Dedicatorias	
Resumen	
I. Introducción	1
I.1. Antecedentes	2
I.2. Justificación	4
II. Planteamiento del problema	5
III. Objetivos	6
III.1. General	6
III.2. Específicos	6
IV. Marco teórico	7
IV.1. La depresión	7
IV.1.1. Historia	7
IV.1.2. Definición	8
IV.1.3. Epidemiología	9
IV.1.4. Etiología	10
IV.1.5. Factores de riesgo	10
IV.1.6. Riesgo de suicidio	12
IV.1.7. Sintomatología	13
IV.1.8. Diagnóstico	14
IV.1.9. Diagnóstico diferencial	17
IV.1.10. Abordaje de la depresión en atención primaria	18
IV.1.11. Tratamiento de depresión en atención primaria	18
IV.1.12 Estrategias ante no mejoría al tratamiento	22
IV.1.13 Derivación del paciente depresivo a Salud Mental	22
IV.1.14 Duración y finalización del tratamiento antidepresivo	23
IV.1.15. Prevención	24
V. Variables	26
VI. Operacionalización de las variables	27
VII. Material y métodos	28
VII.1. Tipo de estudio	28

VII.2. Demarcación geográfica	28
VII.3. Universo	28
VII.4. Muestra	28
VII.5. Criterios de inclusión	28
VII.6. Criterios de exclusión	28
VII.7. Instrumento de recolección de datos	29
VII.8. Procedimiento	29
VII.9. Tabulación	29
VII.9. Plan de análisis	29
VII.10. Principios éticos	29
VIII. Resultados	30
IX. Discusión	39
X. Conclusiones	41
XI. Recomendaciones	42
XII. Referencias bibliográficas	43
XIII. Anexos	
XIII.1. Cronograma	
XIII.2. Formulario de recolección de los datos	
XIII.3. Costos y recursos	
XIII.4. Evaluación	

AGRADECIMIENTOS

A Dios. Han sido muchos años de sacrificio y en algunos momentos he llegado a dudar de mi misma, quizás por estar agobiada o sentirme presionada, pero nunca he dudado de ti mi Dios y Padre Celestial, todo lo que soy te lo debo a ti, porque tu gracia y tu misericordia nunca se han apartado de mi lado. Gracias Señor por esta meta lograda. Aun me queda un largo camino por recorrer, esta es solo una etapa superada. Gracias PAPA!

A mis padres. Como un testimonio de amor y eterno agradecimiento por mi existencia. Porque sin escatimar esfuerzo alguno, han sacrificado gran parte de sus vidas para formarme y porque nunca podré pagar todo su cuidado y amor, ni aún con las riquezas más grandes del mundo. Gracias por lo que soy y por todo el tiempo que les he robado pensando en mí y en mi bienestar... los amo.

A mi esposo. Desde el principio confiaste en mí e hiciste tuyo cada momento vivido a lo largo de este arduo camino, por comprender mi ausencia, porque cada vez que quise flaquear me impulsabas a seguir, gracias por recordarme cada día que el proceso no sería eterno. La vida no me alcanzara para agradecerte. Te amo mi cielo...

A mi hijo. Gracias por llegar a mi vida y darme el motivo más grande para seguir adelante, porque tu sonrisa y ocurrencias han llenado mi existir de pura felicidad. Amor mío te amo un mundo.

A mis hermanos. Por su apoyo y confianza, les agradezco no solo por siempre estar a mi lado, sino también por los momentos de felicidad que me han brindado. Los amo.

En general, agradezco a los **familiares y amigos** que me han apoyado en este proceso. Con temor a que se me olvide algún nombre, solo puedo resaltar la gratitud que siento hacia ustedes, porque sin importar estar lejos o cerca, siempre están al pendiente de mi bienestar. Gracias a Dios por permitirme tener una familia que siempre creyó en mí y unos amigos que me han motivado a lograr las metas que me he trazado. Gracias a ustedes por impulsarme a ser mejor en mi vida y carrera profesional. Tíos, primos, sobrinos, padrastro e invaluable amigos que llenan mi vida de momentos inolvidables, excelentes seres humanos que quiero tener siempre a mi lado. Los amo demasiado.

A mi madrina Marina Carrión, por confiar siempre en mi capacidad para lograr las metas propuestas, por estar en muchos momentos difíciles durante este proceso.

A Ana María Rodríguez. Por aguantarme en todo momento. Gracias por tu apoyo incondicional, por estar siempre presente, por esta amistad que hemos cultivado y que quiero que dure hasta la eternidad. Gracias nena, te quiero mucho.

A Altagracia Almonte. Cabe agradecer, sin ningún tipo de duda, la afectuosa y generosa amistad que me has brindado, porque más que una

compañera eres mi súper amiga! Gracias por ser tan atenta, por confiar en mí y preocuparte siempre por mí y los míos. Gracias por todo Alti Monti, te quiero.

A mis compañeros de residencia. Por los momentos compartidos, que se convertirán en inolvidables.

Al Hospital Central de las Fuerzas Armadas, por abrirme sus puertas, permitiéndome no solo desarrollarme como profesional, sino también expulsándome a poner en práctica mis valores como ser humano.

A mis maestros. Gracias por enseñarme el valor de la medicina familiar, por compartir cada día sus conocimientos, por sus consejos y amabilidad durante este periodo.

A la Universidad Nacional Pedro Henríquez Ureña. Por abrirme sus puertas y colaborar con mi formación académica.

A mis asesoras. Por estar pendientes de cada detalle, porque sin importar la hora o el día, siempre dispuestas a colaborar, por el esfuerzo realizado y por compartir sus conocimientos conmigo. Gracias mil.

Gracias a todas las personas que de una u otra manera colaboraron para que este sueño fuera realizado. Doy gracias a Dios por tanta gente linda que conocí a lo largo de estos 4 años. Gracias por tantas sonrisas, tantas experiencias, por tantos abrazos que en medio de momentos difíciles, lograron reiniciarme...

DEDICATORIAS

Esta tesis la dedico a mi **Dios** quién supo guiarme en todo momento y darme fuerzas para seguir adelante sin desmayar en medio de los problemas que se presentaban, enseñándome a encarar las adversidades sin perder la dignidad ni desfallecer en el intento.

A mi madre, por tener siempre la fortaleza de salir adelante sin importar los obstáculos, por haberme formado como una mujer de bien, y por ser la mujer que Dios escogió para darme la vida. Si me tocara elegir, te elegiría a ti nuevamente como mi madre, te amo.

A mi esposo, por permanecer conmigo sin importar que el estudio y el trabajo ocupaban todo mi tiempo. No fue sencillo terminar con éxito este proyecto, pero siempre fuiste muy motivador y esperanzador, confiaste en mí a ciegas y estabas seguro de que lo lograría. Este logro no es mío, sino nuestro. Te amo.

A mi hijo. Aunque en estos momentos no puedes leer ni entender mis palabras, llegara el tiempo en que comprendas todo lo que significas para mí. Pido a Dios sabiduría para guiarte por el camino del bien, que por el afán y las responsabilidades nunca deje yo de disfrutarte, de darte lo mejor de mí. No quisiera que la vida me pase facturas por haber desperdiciado el tiempo en cosas menos importantes. Eres una parte de mí que anda fuera de mi cuerpo, eres el gran tesoro que la vida me ha dado. Eres mi príncipe de amor.

A mis tías Alma y Martha, por ser mujeres luchadoras, porque más que tías, las considero mis madres, quienes a lo largo de mi vida han velado por mi bienestar y educación siendo mi apoyo en todo momento. Depositando su entera confianza en cada reto que se me presentaba sin dudar ni un solo momento en mi capacidad. Las amo muchotee.

Por último, deseo dedicar este momento tan importante a mí misma, por no dejarme vencer, por aferrarme a Dios y superar los obstáculos que aparecieron en el camino, por llenarme de valor cuando pensaba que no podría dar más de mí...

RESUMEN

Se realizó un estudio descriptivo y transversal y cuantitativo de recolección prospectiva de datos con el objetivo de determinar los niveles de depresión en los pacientes asistidos en la consulta de atención primaria del Hospital Central de Las Fuerzas Armadas entre febrero-julio, 2017. El universo estuvo representado por 2,273 pacientes y la muestra fue de 180 pacientes que presentaron algún nivel de depresión. Se reporta una frecuencia de 7.6% de depresión, el 56.7% presentó depresión leve, un 30% estaba comprendido entre 38-47 años, el 54.4% correspondió al sexo femenino, un 45.6% tenía un nivel secundario de escolaridad, el 35.6% se encontró soltero, un 28.9% era militares, el 57.2% tenía historia de depresión familiar, el 13.3% ha recurrido a la consulta dos veces y un 91.7% presentaron tristeza como sintomatología, un 90.6% llanto y un 88.9% autocrítica.

Palabras clave: Niveles, depresión, atención primaria.

I. INTRODUCCIÓN

La depresión es un trastorno del estado del ánimo en que existe una reacción emocional de tristeza y melancolía además de un sentimiento persistente de inutilidad, pérdida de interés por el mundo, y falta de esperanza en el futuro, es un problema importante con una alta prevalencia a nivel mundial, causante de una alta morbilidad, baja calidad de vida y gran gasto económico tanto al paciente como al sector salud.¹

Puede aparecer en cualquier momento a lo largo del ciclo vital. No obstante, su mayor prevalencia se encuentra entre los 15 y los 45 años de edad. Los síntomas de depresión son variables para cada individuo y a veces son difíciles de reconocer. Pueden verse afectadas la conducta y la cognición así como el humor y el afecto. Algunas personas experimentan la depresión como una ralentización del pensamiento y del movimiento. Para algunos la dificultad para la concentración son factores prominentes.

Se ha documentado una mayor tendencia en los jóvenes a expresar el malestar desde el dominio conductual, mientras que los adultos mayores tendrían mayor tendencia a la expresión a través de los síntomas y molestias de corte somático.

Respecto al género, está bien establecido el dato de que la proporción de mujeres que la padecen representa el doble respecto a los varones y que no es infrecuente un perfil de expresión sintomático diferencial, con cierta tendencia en los varones a expresar mayor irritabilidad, mientras el ánimo triste predominaría en las mujeres. Es un trastorno con cierta tendencia a la recurrencia y la cronicidad, pero también a la recuperación.²

La Organización Mundial de la Salud (OMS) ha estimado que la depresión es la principal causa de problemas de salud y discapacidad y calcula que afecta a más de 300 millones de personas en el mundo.³

1.1. Antecedentes

Robles, realizó un estudio prospectivo y transversal, tipo entrevista de carácter descriptivo en pacientes que acudieron a consulta ambulatoria en la unidad de medicina familiar de Guayalejo, Tamaulipas, México, entre agosto y diciembre del 2008, con la finalidad de determinar el nivel de depresión en dichos pacientes. Se realizó un cuestionario para la entrevista, y se utilizó la escala de Beck. La muestra estuvo constituida por 120 pacientes, 36 (30%) fueron varones y 84 (70%), mujeres. 70 (58.3%) presentaron depresión leve, 42 (35%) depresión moderada y 8 (6.7%) depresión grave. El rango de edad más afectado fue de 30-39 años (75%), la escolaridad secundaria fue la más frecuente (79.1%). El 62.5% eran desempleados. El 66.6% tenía historia familiar de depresión. Los síntomas depresivos en orden de frecuencia fueron: pérdida importante del sueño, fatiga y molestias gastrointestinales.⁴

Díaz *et al*, realizaron un estudio de forma descriptiva, transversal, en una muestra de 46 pacientes que asistieron a la consulta externa del hospital Militar Central Dr. Carlos j. Finlay, Cuba, en el último semestre de 2004, remitidos de otras especialidades, con el objetivo general de la búsqueda de depresión oculta. El primer día se le aplicó el cuestionario de cogniciones anticipatorias, y a todos los que obtuvieron una puntuación mayor de 7 puntos, se les realizó la entrevista semiestructurada y se les aplicó la escala de Hamilton, para corroborar y clasificar la intensidad de la depresión, aspectos que ayudaron a encontrar síntomas depresivos, así como la aplicación de conductas psicoterapéuticas en los casos necesarios, de manera que se cumplió otro de los objetivos trazados. Se aplicó el cuestionario de cogniciones anticipatorias a un total de 46 pacientes, en 20 de ellos el test fue positivo, lo que indicó la presencia presuntiva de depresión, predominó el sexo femenino, mayores de 35 años de edad, unión consensual, 15 o más años de trabajo y los conflictos principales estuvieron relacionados con la esfera conyugal y laboral.⁵

Figuroa, realizó un estudio prospectivo, transversal, tipo encuesta sobre la prevalencia de depresión en consultorios externos del hospital Dos de Mayo de Lima entre los meses de mayo y julio de 2005. Siendo su muestra representativa de 220 pacientes, se encontró que el 64,7% de ellos presentaron depresión leve, 31% depresión moderada y 4.3% depresión grave. El grupo de edad más afectado fue el comprendido entre 18-27 años, con un 53,6%, el sexo más afectado fue el femenino con un 59.9%, los solteros constituyeron el 53.2%, el nivel de escolaridad con mayor frecuencia fue la secundaria, para un total de 38,3%, el 46,9% acudían por primera vez al consultorio de medicina. 48,18% presentaron síntomas generales, 27.6% molestias gastrointestinales, molestias respiratorias 16.6%.⁶

I.1.2. Justificación

La depresión es muy frecuente en la práctica clínica, aunque también es muy inespecífica. Por ello es preciso ser cuidadoso cuando se realiza un diagnóstico diferencial tanto con enfermedades somáticas como con otros trastornos psiquiátricos, ya que en el mundo no se le da a la salud mental la misma importancia que a la física; la mayoría de las veces la salud mental ha sido objeto de ignorancia, burla, desatención, abandono e indiferencia.

La Atención Primaria constituye el espacio idóneo para el abordaje de esta clase de problemas y así lo recomienda la OMS, promoviendo, en consecuencia, este nivel asistencial como el lugar lógico para dar respuesta a la mayoría de las necesidades de atención de la salud mental.

El médico de familia es el proveedor ideal para identificar y tratar la depresión en fase temprana, siendo habitualmente el primero, y a veces el único contacto con los servicios de salud de las personas con este tipo de trastorno.

Con frecuencia, los pacientes que consultan con esta problemática son mal diagnosticados o mal tratados; por tal razón se realizó un estudio cuantitativo en la consulta de atención primaria del Hospital Central de Las Fuerzas Armadas lo que permitirá establecer programas de identificación, utilizando los inventarios de depresión.

II. PLANTEAMIENTO DEL PROBLEMA

Los trastornos depresivos son un problema de salud pública, debido no sólo a su alta prevalencia, sino también a las repercusiones que traen consigo a nivel físico, psicológico, social y económico.

A pesar de su importancia, su detección se encuentra sustancialmente mellada, ya que un estudio multicéntrico que efectuó la OMS en 14 países, reveló una alta frecuencia de subdiagnóstico en los pacientes que a diario acuden a un establecimiento de salud, y esto es porque la mayoría de ellos acuden por diversas molestias de índole somático, de lo que se deduce que la mayoría de las veces que un paciente con síntomas psiquiátricos tiene contacto con un profesional de la salud, no es con un psiquiatra, sino más bien con un médico familiar, por lo cual debiera ser de pericia médica el diagnosticar precozmente dicha patología.

El reconocimiento precoz de estas condiciones por el médico familiar y un adecuado manejo desde sus primeras manifestaciones mediante psicoterapia, farmacoterapia o tratamientos alternativos, podrían determinar un cambio esencial en el curso, pronóstico y prevención o reducción de suicidios, en la mejoría de la calidad de vida del paciente y en la reducción de los costos en la atención, pues este tipo de pacientes son los que más utilizan los servicios médicos y presentan mayor disfuncionalidad que los pacientes con enfermedades crónicas.

La depresión afecta a personas de todas las edades y en todas las comunidades en el mundo, es el trastorno mental que más afecta a la población, y es además es la principal causa de discapacidad y contribuye de modo significativo a la carga mundial de morbilidad. En América Latina y el Caribe de la población adulta, 6 de cada 10 personas que la padecen no buscan o no reciben el tratamiento lo que corresponde en proporción del 60 a 65% de personas sin atención.⁹

Partiendo de estos informes se hace la siguiente pregunta:

¿Cuáles son los niveles de depresión en pacientes asistidos en la consulta de Atención Primaria del Hospital Central de Las Fuerzas Armadas entre febrero-julio, 2017?

III. OBJETIVOS

III.1. Objetivo general

Determinar los niveles de depresión en pacientes asistidos en la consulta de atención primaria del Hospital Central de Las Fuerzas Armadas entre febrero-julio, 2017.

III.2. Objetivos específicos

- Identificar los siguientes datos: sexo, edad, escolaridad, estado civil y ocupación de los pacientes con depresión.
- Determinar la presencia de antecedentes familiares depresión.
- Verificar la recurrencia a la consulta de atención primaria.
- Identificar en orden de frecuencia, los síntomas de los pacientes con depresión.

IV. MARCO TEÓRICO

IV.1. La depresión

IV.1.1. Historia

Existen múltiples referencias a la melancolía, equivalente a lo que hoy llamamos depresión. Algunos de los padres de la medicina, como el griego Hipócrates, en el siglo V a.C. o el romano Galeno en el siglo I a.C, achacaban la tristeza a la bilis negra, uno de los cuatro humores del cuerpo según las teorías predominantes de la época.⁷

En la Edad Media, la medicina se sumió en el oscurantismo y la superstición. La enfermedad mental es la que peor parada en este ciclo de la historia ya que cualquier trastorno del comportamiento se teñía de tintes demoniacos.

En el Renacimiento, considerado 'la edad de oro de la melancolía'. Muchos autores recorrieron con detalle la evolución de la depresión y llegaron a considerar el sufrimiento de este estado una característica de la profundidad del espíritu humano. Algunos médicos contemplaron la idea de que la melancolía estaba relacionada en ciertos casos con la manía y que ambas tenían el mismo origen y la misma causa.

En la edad moderna el origen del vocablo depresión, se encuentra en la expresión latina "de" y "premere", *empujar u oprimir hacia abajo*. Su uso se registra por vez primera en Inglaterra en el siglo XVIII por Sir Richard Blackmore, médico de Guillermo III de Inglaterra y poeta. El facultativo hablaba en 1725 de la depresión como un *estar hundido en profunda tristeza y melancolía*.

Hacia el siglo XIX, el término *depresión* va ganando terreno y se usa junto al de melancolía para designar a la enfermedad, mientras este último término siguió conservando su uso popular y literario.

La revolución francesa y la revolución industrial, cambiaron definitivamente el modo de entender a la persona enferma, y especialmente a la enfermedad mental.

El padre de la psiquiatría moderna Philippe Pinel, llega a la medicina después de un intenso estudio de las matemáticas, lo que le permite disponer de una óptica diferente al resto de los médicos de su época. Desde su punto de vista el origen de los trastornos anímicos, está en la percepción y las

sensaciones, inaugurando una época de causas morales (fanatismos religiosos, amores apasionados). Sin atacar estas causas, no se pueden tratar la melancolía, denominada por él como delirio parcial o delirio sobre un objeto.⁸

A medida que avanza el desarrollo de la psiquiatría, la terminología empleada para referirse a la melancolía o a la depresión va adquiriendo mayor especificidad y claridad. En las primeras décadas del siglo XX, el concepto de depresión se desglosa en otros como ansiedad, histeria, hipocondría, obsesión, fobia, distimia o trastorno psicossomático.

IV.1.2. Definición

Es un trastorno del estado de ánimo, episódico, recurrente o crónico caracterizado por tristeza, pena, sentimientos de soledad, infelicidad, desesperanza, culpabilidad y pensamientos negativos que en depresiones graves pueden acompañarse de pensamientos o ideas suicidas, también se evidencia un desgano y falta de voluntad en cosas que anteriormente la persona disfrutaba, tendencia marcada al llanto y muchas veces un trastorno de ansiedad puede acompañar a la depresión.⁹

La depresión influye en otros roles de la vida del paciente en el laboral, familiar y social por lo que la calidad de vida se ve afectada, la persona siente que en su trabajo su desempeño es bajo (afección cognitiva), se aísla de sus amistades y la familia es testigo de múltiples quejas y molestias físicas, irritabilidad, incluso alteraciones del apetito y sueño.

Desde el punto de vista médico el diagnóstico es clínico pero se puede acompañar de evaluaciones a través de test o escalas que apoyen y confirman lo planteado y se pueden especificar sobre los niveles de depresión, cuando se habla del origen se encuentra generalmente muchos factores que influyen de los cuales hay alguno que sobresale a los demás.¹⁰

Generalmente las frustraciones que son parte de la vida y pueden actuar como los factores desencadenantes principales entre los que podemos encontrar la muerte de un ser querido, una infidelidad o decepción amorosa, pérdidas económicas o la aparición de una enfermedad grave, a todo esto hay que mencionar que la personalidad y por consiguiente la forma de responder a

diversas situaciones de la vida diaria es también un factor importante en la posibilidad de desarrollar una depresión.¹¹

IV.1.3. Epidemiología

Diversos estudios concuerdan en que los trastornos del ánimo son de gran importancia en las políticas de salud pública, puesto que su incidencia y prevalencia ha aumentado en los últimos años, convirtiéndose en una de las enfermedades mentales con mayor presencia a nivel mundial. En América Latina y el Caribe, la prevalencia de los trastornos del ánimo, oscila entre 5 y 9% en la población general.¹²

En países occidentales de aproximadamente 3 por ciento en la población general, y para el trastorno depresivo mayor, una incidencia anual del 1 al 2 por mil.

Según la OMS en el mundo hay más de 300 millones de personas con depresión. Su prevalencia es casi el doble en la mujer que en el hombre. Algunos factores estresantes vitales, como el nacimiento de un hijo, las crisis de pareja, el abuso de sustancias tóxicas o la presencia de una enfermedad orgánica crónica se asocian con un riesgo incrementado de desarrollar un trastorno depresivo mayor. En cuanto a la asociación familiar debida a factores genéticos, la existencia de un pariente de primer grado con antecedentes de trastorno depresivo mayor aumenta el riesgo entre 1,5 y 3 veces frente a la población general.³

En las Américas, cerca de 50 millones de personas vivían con depresión en 2015, alrededor del 5% de la población y 65% de estas no reciben tratamiento.³

La depresión no sólo afecta a quien la padece, produce además deterioro al conjunto de la vida familiar. Se ha observado, desde la década de los 40, que cada generación tiene más riesgo de desarrollar trastornos depresivos leves a moderados; sin embargo, se mantiene la prevalencia para los episodios más severos.

IV.1.4. Etiología

La etiología de la depresión sigue siendo terreno de hipótesis. Desde luego que los acontecimientos negativos pueden precipitar una depresión y contribuir a ella, aunque existen factores genéticos que influyen en la sensibilidad de las personas a los acontecimientos estresantes.¹³

El nivel de ocupación pareciera también influir en el apareamiento de estos problemas. Personas con puestos de trabajo inferiores son más propensas a padecer tanto de depresión como de cefalea tensional. Existen áreas cerebrales afectadas en los pacientes que padecen depresión, siendo las principales: Núcleos del rafe: están en el tallo cerebral y son los productores de serotonina una sustancia química necesaria para muchas funciones de la mente, entre ellas el sentirnos animados.¹⁴

Locus ceruleus: produce la noradrenalina con múltiples funciones y entre ellas también el sentirnos bien y animados, regula las arterias, el corazón y otras funciones. Sistema límbico: que controla las emociones también interviene

IV.1.5. Factores de riesgo

La depresión es un proceso multifactorial y complejo cuya probabilidad de desarrollo depende de un amplio grupo de factores de riesgo, sin que hasta el momento haya sido posible establecer su totalidad ni las múltiples interacciones existentes entre ellos. Se desconoce el peso de cada uno de ellos en relación a las circunstancias y al momento de la vida en que se desarrolla.¹⁵

La investigación de los factores de riesgo de la depresión cuenta con algunas limitaciones: primero, es difícil establecer diferencias entre los factores que influyen en el inicio y/o el mantenimiento de la depresión; segundo, muchos de los factores de riesgo interactúan de tal manera que podrían ser causas o consecuencias de la misma. Además, pocos estudios han valorado su grado de influencia.

Las variables que incrementan el riesgo de depresión se pueden clasificar en factores personales, sociales, cognitivos, familiares y genéticos.

Factores personales y sociales

La prevalencia e incidencia de los trastornos depresivos es mayor en mujeres que en hombres, comenzando en la adolescencia y manteniéndose en la edad adulta. Además, aunque la depresión es una importante causa de discapacidad tanto en hombres como en mujeres, se ha estimado que la carga de la depresión es 50% más alta en las mujeres que en los hombres.

Las enfermedades crónicas, tanto físicas como mentales y la posible asociación con el consumo de alcohol y Tabaco también son factores de riesgo importantes. Los rasgos neuróticos de la personalidad se asocian con una mayor incidencia de casos y recaídas de depresión mayor y probablemente, aumentan la posibilidad de desarrollar depresión ante los acontecimientos adversos de la vida. También se asocian a otras formas de psicopatología, especialmente con los trastornos de ansiedad. Los trastornos de ansiedad son en general factores de riesgo para el desarrollo del primer episodio de depresión mayor y también la distimia se ha visto como un importante predictor del desarrollo posterior de un cuadro depresivo mayor. También, la presencia de enfermedad cardíaca y diversas patologías endocrinas, como la diabetes, el hipo o hipertiroidismo, el síndrome de Cushing, la enfermedad de Adisson y la amenorrea hiperprolactinémica, parecen aumentar el riesgo de depresión.

Dentro del papel atribuido a las circunstancias sociales se ha destacado el bajo nivel de recursos económicos y las circunstancias laborales. Las personas en desempleo y baja laboral presentan depresiones con mayor frecuencia.

El estado civil (soltero, divorciado o viudo) y el estrés crónico parecen relacionarse con una mayor probabilidad de desarrollar depresión, y también se observa que la exposición a adversidades a lo largo de la vida está implicada en el comienzo de trastornos depresivos y ansiosos.¹⁵

Factores cognitivos

La investigación sobre el papel de los factores cognitivos en la depresión se ha guiado predominantemente por el modelo de Beck, en el que los esquemas negativos, pensamientos automáticos, distorsiones cognitivas y creencias disfuncionales tienen un papel fundamental en el procesamiento de la información. Estos y otros factores como la reactividad cognitiva hacia los

eventos negativos, el estilo rumiativo de respuesta y los sesgos atencionales se consideran claves en el desarrollo y mantenimiento de la depresión.

Factores familiares y genéticos

Los familiares de primer grado de pacientes con trastorno depresivo mayor tienen el doble de posibilidades de presentar depresión que la población general, proporción también importante en los de segundo grado. El patrón de presentación del cuadro también puede ser diferente, encontrando como señal más temprana un trastorno de ansiedad. No obstante, estos estudios familiares por sí mismos no pueden establecer qué cantidad de riesgo proviene de los factores genéticos y qué cantidad del ambiente familiar compartido. Uno de los acercamientos más frecuentes en la investigación de los genes implicados en el desarrollo de la depresión es el análisis del papel de las monoaminas. De entre todas las variantes genéticas estudiadas, un factor que podría influir en su desarrollo es la presencia de un polimorfismo del gen que codifica el transportador de la serotonina, lo que produciría una disminución del transporte de este neurotransmisor. Este gen podría ser un predictor de la respuesta al tratamiento antidepresivo.

El estudio PredictD, realizado en 6 países europeos y Chile en el ámbito de atención primaria, con el objetivo de realizar un algoritmo de predicción de riesgo de depresión, incluyó los siguientes factores: edad, sexo, nivel educativo, resultados de cribados previos de depresión, historia familiar de problemas psicológicos, salud física y mental, dificultades económicas y experiencias de discriminación. Actualmente este estudio está realizándose en España, junto con un ensayo clínico en el que se emplea el algoritmo para cuantificar el grado de riesgo.¹⁶

IV.1.6. Riesgo de suicidio

La depresión es uno de los factores más asociados a la conducta suicida. Se ha estimado que el riesgo de suicidio es cuatro veces mayor en las personas con depresión en comparación con la población general, y 20 veces mayor en el caso de la depresión grave.¹⁷

La conducta suicida es el resultado de la confluencia de distintas situaciones y factores que se combinan entre sí para generar un abanico que iría desde la ideación hasta el suicidio consumado. El riesgo de suicidio se puede incrementar durante el episodio de depresión y en el período de remisión parcial. Algunos de los factores que se han asociado con mayor riesgo de suicidio en pacientes con depresión son: sexo masculino, historia familiar de trastorno mental, intento de suicidio previo, niveles más graves de depresión, presencia de desesperanza y trastornos comórbidos, especialmente ansiedad y abuso de alcohol y otras drogas. Otros factores que se han asociado al suicidio en pacientes con depresión son el trastorno límite de la personalidad y niveles altos de impulsividad y agresividad.¹⁷

IV.1.7. Sintomatología

La aparición de síntomas depresivos suele ser lenta a insidiosa. El paciente puede mostrar ligera abulia, disminución del interés, pérdida del apetito e insomnio o necesidad de dormir más de lo habitual. A menudo estas manifestaciones no son consideradas importantes para el paciente por lo que no acuden al médico y piensan que pasan por una mala época, sin darle mayor importancia.¹⁸

Los síntomas que marcan el comienzo de la depresión pueden ser los mismos, aunque menos intensos, que luego serán los propios del período de estado. Un síntoma cardinal del comienzo son las perturbaciones del dormir. Los sujetos con un episodio depresivo mayor presentan frecuentemente llanto, irritabilidad, tristeza, rumiaciones obsesivas, ansiedad, fobias, preocupación excesiva por la salud física y quejas de dolor (p. ej., cefaleas o dolores articulares, abdominales o de otro tipo).¹⁸

Durante un episodio depresivo mayor, algunos sujetos presentan crisis de angustia. Pueden presentarse problemas matrimoniales, problemas laborales, problemas escolares, abuso de alcohol u otras sustancias o aumento de la utilización de los servicios médicos. La consecuencia más grave de un episodio depresivo mayor es la tentativa de suicidio o el suicidio consumado.

El riesgo de suicidio es especialmente alto para los sujetos con síntomas psicóticos, historia de tentativas de suicidio previas, historia familiar de suicidio

consumado o consumo concomitante de sustancias. No se han identificado hallazgos de laboratorio que sean diagnósticos de un episodio depresivo mayor. La cultura puede influenciar la experiencia y la comunicación de los síntomas de la depresión.¹⁹

Por ejemplo, en la cultura latina la depresión se experimenta en gran parte en términos somáticos, más que con tristeza o culpabilidad. La experiencia depresiva puede expresarse por las quejas de "nervios" y cefaleas.

El síndrome depresivo se puede relacionar con una enfermedad médica de diversas maneras:

La enfermedad médica como causa de la depresión. Incluso en algunas ocasiones la sintomatología depresiva precede a la somática.

Que la enfermedad médica facilite la aparición de depresión en alguien susceptible, como estresante psicosocial.

Que coincidan ambos cuadros, sin relación entre sí, por azar.

Que el enfermo médico reaccione de manera desadaptativa, con sintomatología depresiva a las limitaciones, pronóstico o síntomas de la enfermedad médica. Que los síntomas depresivos estén producidos, no por la enfermedad sino por los tratamientos empleados para combatirla. .¹⁹

IV.1.8. Diagnóstico

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 American Psychiatric Association (DSM).²⁰

Clasificación Internacional de Enfermedades, décima revisión (CIE-10):

La CIE-10 clasifica la depresión mayor dentro los trastornos del humor o afectivos (F30-F39). La categoría F32 incluye el episodio depresivo y la F33 la de trastorno depresivo recurrente, y la primera se subdivide a su vez en:²¹

- F32.0 Episodio depresivo leve
- F32.1 Episodio depresivo moderado
- F32.2 Episodio depresivo grave sin síntomas psicóticos
- F32.3 Episodio depresivo grave con síntomas psicóticos
- F32.8 Otros episodios depresivos

-F32.9 Episodio depresivo, no especificado

En cualquiera de los casos, el episodio depresivo debe tener una duración de al menos dos semanas y siempre deben estar presentes como mínimo dos de los tres síntomas considerados típicos de la depresión: ánimo depresivo, pérdida de interés y de la capacidad para disfrutar y aumento de la fatigabilidad. Además el episodio no es atribuible a abuso de sustancias psicoactivas o a trastorno mental orgánico.

Clasificación de la American Psychiatric Association, quinta edición (DSM-V): La quinta edición del DSM (Diagnostic and Statistical Manual of Mental Disorders) divide la anterior clasificación de "trastornos del estado de ánimo" en "trastornos depresivos" y "trastornos bipolares". El DSMV no introduce cambios significativos respecto a los criterios diagnósticos del DSM-IV-TR para el episodio de depresión mayor, a excepción de las modificaciones y especificaciones para describir el estado clínico actual que se comentan a continuación. La característica esencial continúa siendo un período de al menos 2 semanas consecutivas en el que la persona manifiesta un mínimo de 5 síntomas de los cuales al menos 1 tiene que ser estado de ánimo depresivo y/o disminución del interés o placer por todas o casi todas las actividades. El cuadro depresivo mayor puede dividirse en leve, moderado o grave, con códigos específicos para la remisión parcial, total o no especificada.²²

Criterios diagnósticos de trastorno de depresión mayor según DSM-V

A. Un episodio depresivo mayor se define como la presencia de cinco o más de los síntomas que se presentan a continuación durante las últimas dos semanas, y que representan un cambio respecto a la actividad previa; uno de los síntomas deberá de ser

1) Un estado de ánimo depresivo, o 2) pérdida del interés o la capacidad para el placer.

(1) Estado de ánimo deprimido la mayor parte del día, casi todos los días, según se desprende de la información subjetiva o de la observación por parte de otras personas.

(2) Disminución importante del interés o el placer por todas o casi todas las actividades la mayor parte del día, casi todos los días (como se desprende de la información subjetiva o de la observación)

(3) Pérdida importante de peso sin hacer dieta o aumento de peso, o disminución del apetito casi todos los días

(4) Insomnio o hipersomnias casi todos los días.

(5) Agitación o retraso psicomotor casi todos los días.

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

(7) Sentimiento de inutilidad o culpabilidad excesiva o inapropiada (que puede ser delirante) casi todos los días (no simplemente el autorreproche o culpa por estar enfermo).

(8) Disminución de la capacidad para pensar o concentrarse, o para tomar decisiones, casi todos los días (a partir de la información subjetiva o de la observación por parte de otras personas).

(9) Pensamientos de muerte recurrentes (no solo miedo a morir), ideas suicidas recurrentes sin un plan determinado, intento de suicidio o un plan específico para llevarlo a cabo.

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.

D. El episodio de depresión mayor no se explica mejor por un trastorno esquizoafectivo, esquizofrenia, trastorno esquizofreniforme, trastorno delirante, u otro trastorno especificado o no especificado del espectro de la esquizofrenia y otros trastornos psicóticos.

E. Nunca ha habido un episodio maníaco o hipomaníaco.

El diagnóstico de depresión es fundamentalmente clínico. Existen sin embargo dos tipos de ayuda diagnóstica, ninguna de estas ayudas es indispensable: Escalas auxiliares para evaluar la gravedad inicial y la evolución del tratamiento, exámenes de laboratorio para descartar otros diagnósticos.

Para hacer un diagnóstico de depresión se requiere de la evaluación de la gravedad. Los síntomas individuales no determinan la gravedad por sí solos

sino por el impacto que producen en el funcionamiento de la persona, pudiendo establecerse un diagnóstico dimensional:

- Depresión menor (menos de 5 síntomas depresivos).
- Depresión leve (existen pocos o ningún síntoma además de los 5 necesarios para hacer el diagnóstico y existe escasa repercusión funcional).
- Depresión moderada (síntomas o deterioro funcional entre «leve» y «grave»).
- Depresión grave (la mayoría de los síntomas interfieren de manera notable en el funcionamiento). Los síntomas psicóticos pueden aparecer y frecuentemente están asociados con la depresión grave.²²

IV.1.9. Diagnóstico diferencial

Principalmente deberá distinguirse un trastorno depresivo mayor de un trastorno del estado de ánimo debido a enfermedad médica, ya que en éste caso los síntomas depresivos se consideran un efecto fisiológico de una enfermedad de base como hipotiroidismo, accidente cerebro vascular, esclerosis múltiple.

Esto se podrá determinar mediante una adecuada anamnesis, examen físico y exámenes complementarios. Otros diagnósticos diferenciales a tomar en cuenta incluyen:²³

- Trastorno del estado de ánimo inducido por sustancias, ejemplo cocaína
- Demencia sobre todo en ancianos
- Episodios maníacos con estado de ánimo irritable
- Episodios mixtos, en presencia de síntomas maníacos
- Trastorno por déficit de atención con hiperactividad, sobre todo en niños
- - Trastorno adaptativo con estado de ánimo depresivo
- Duelo, Tras la pérdida de un ser querido
- Períodos de tristeza: no se deben diagnosticar como un episodio depresivo mayor a no ser que se cumplan los criterios de gravedad, duración, y malestar o deterioro clínicamente significativos.

IV.1.10 Abordaje de la depresión en atención primaria

Entre las conductas generalmente aceptadas como recomendables para el abordaje diagnóstico y terapéutico de la depresión en el marco de atención primaria se incluyen las siguientes: screening desde la consulta con un test validado sencillo a personas con riesgo, confirmación y especificación diagnóstica sobre la base de entrevista clínica según criterios del DSM-V o mediante derivación a psiquiatría; tratamiento específico con psicofármacos y, probablemente psicoterapia en el ámbito especializado, más algunas otras intervenciones inespecíficas complementarias.²⁴

IV.1.11 Tratamiento de depresión en atención primaria

Se habla de diferentes factores psicológicos subyacentes de las enfermedades mentales y como consecuencia directa de su formulación se proponen diferentes alternativas terapéuticas, sostenidas en la enorme diversidad de enfoques teóricos que interpretan la realidad del comportamiento humano.²⁵

Según Chamorro, en la Guía de manejo de los trastornos mentales en atención primaria, se trata básicamente de una psicoterapia breve de apoyo, cuyas características esenciales incluirán:

1. Establecer una relación empática con el paciente.
2. Actitud comprensiva, no sermonear.
3. Brindar soporte emocional adecuado.
4. Proporcionar una explicación racional para los síntomas del paciente.
5. Asociar como parte de la misma enfermedad los síntomas emocionales, cognitivos y biológicos.
6. Ofrecer información sobre el tratamiento y pronóstico.
7. Insistir en el carácter temporal y cíclico de estos procesos.
8. Conseguir apoyo familiar y social adecuado.
9. Establecer objetivos realistas en función de la fase evolutiva.
10. Trabajar la reincorporación laboral como estrategia terapéutica en las fases finales de la recuperación.
11. Evitar las altas por sorpresas.²⁶

La depresión, como fenómeno de naturaleza compleja y etiología multifactorial, es susceptible de ser tratada de muchas maneras, en coherencia con las diferentes perspectivas desde las que se entienda y conceptualice en un momento dado. Sin embargo, en general, se asume que los fármacos de nueva generación son igual de efectivos que los clásicos, tienen un perfil de acción más específico y menos efectos secundarios.

El tratamiento psicológico es tan eficaz como el tratamiento farmacológico en la reducción sintomática y superior en el mantenimiento de los logros en el seguimiento a los 12 meses.²⁷

La revisión de *Hammen* establece cuatro categorías a la hora de clasificar la medicación antidepresiva, a saber: antidepresivos tricíclicos, inhibidores de la monoamino-oxidasa (IMAOs), inhibidores selectivos de la receptación de serotonina (ISRS) y heterocíclicos de segunda generación. Quizá, por lo que aquí concierne, lo más práctico sea, como hacen otros autores, distinguir entre antidepresivos clásicos o de primera generación y nuevos o de segunda generación.²⁸

La eficacia y seguridad del tratamiento farmacológico con antidepresivos, no sin controversias, está bien asentada y documentada, asumiéndose que proporcionan mayor beneficio cuanto más grave sea la depresión diversos países coinciden en recomendarlo como tratamiento de primera línea de actuación.

Hay gran eficacia en los diversos tipos de tratamientos psicológicos para la depresión. Siendo conscientes de la ingente cantidad de modelos terapéuticos disponibles, los que presentan un mayor sustento empírico, a saber: la terapia cognitivo conductual (TCC), la terapia interpersonal (TIP), la terapia de solución de problemas (TSP) y la terapia de activación conductual (TAC).

En términos de eficacia, las diferencias entre unas y otras son mínimas. Cuando se comparan el tratamiento psicológico y el farmacológico, el primero es ligeramente superior y la combinación de ambos superior a la eficacia de cada uno de ellos por separado. Estas conclusiones, además, son válidas no sólo para los casos leves y moderados, sino también para los episodios graves, los episodios recurrentes, los episodios de depresión post-parto y cuando la depresión es una condición asociada a otra patología médica.

Las terapias cognitivo conductuales, actualmente dentro del paradigma dominante de investigación en psicoterapia o tratamientos psicológicos, la terapia cognitivo conductual es, sin duda, la terapia más investigada y con mayor apoyo empírico, no sólo para la depresión, sino que cuenta con adaptaciones para la gran mayoría de los trastornos mentales.²⁹

Antidepresivos de primera elección

La guía NICE (national institute for health and Clinical excellence) 2010 establece que hay poca diferencia entre los distintos antidepresivos en lo que se refiere a su eficacia y que por lo tanto no está justificada la elaboración de recomendaciones para fármacos específicos. Sin embargo sí destacan las diferencias en la tolerabilidad y la seguridad entre los antidepresivos.³⁰

Para el tratamiento farmacológico de pacientes adultos que presentan una depresión mayor, se recomienda seleccionar un antidepresivo de segunda generación y entre éstos los inhibidores selectivos de la recaptación de serotonina (ISRS) son los fármacos de primera elección.

Aunque los ISRS son el tratamiento de primera elección, en la actualidad, la evidencia disponible no permite establecer recomendaciones sobre qué antidepresivo es superior a otro, ya que no se han encontrado entre los ISRS diferencias significativas en cuanto a su eficacia para el tratamiento de la depresión mayor.

La conclusión general de la guía NICE 2010 es que en la selección de un fármaco específico se debería tener en cuenta: el perfil de efectos adversos, el coste y las preferencias del paciente dirigidas al cumplimiento de los objetivos clínicos y la adherencia a una dosis terapéutica.³⁰

Inhibidores selectivos de la recaptación de serotonina (ISRS)

Los inhibidores selectivos de la recaptación de serotonina (ISRS) inhiben la recaptación de la serotonina en la neurona presináptica aumentando así la neurotransmisión. A pesar de que inhiben la recaptación de serotonina de forma "selectiva", no lo hacen de forma única. Algunos de los fármacos de esta

clase también inhiben la recaptación de la noradrenalina y / o dopamina en menor medida.²⁹

Los Inhibidores selectivos de la recaptación de serotonina son: Sertralina, Citalopram, Fluoxetina, Paroxetina, Escitalopram, Citalopram y la Fluvoxamina.

Antidepresivos de segunda elección

La evidencia para cambiar a otro antidepresivo es más robusta que el aumento de dosis y es probable que sea una estrategia útil. No existe una evidencia fuerte sobre cambios entre las distintas clases de antidepresivos.

El fracaso de un fármaco de una clase no descarta el posible beneficio con otros de la misma, esto es particularmente cierto para los ISRS.

La venlafaxina y el escitalopram pueden ofrecer beneficios marginales con respecto a otros antidepresivos con respecto al cambio, pero esta ventaja es demasiado pequeña para ser estadísticamente significativa, pero puede ser lo suficientemente grande como para que sea clínicamente útil en los que no se han beneficiado del tratamiento con un primer o segundo antidepresivo. Sin embargo, la evidencia actual no es lo bastante sólida como para formar la base para una recomendación.³⁰

La elección de un nuevo fármaco debería guiarse por los principios similares a los de la elección inicial de la medicación, por ejemplo, el potencial de efectos secundarios de un fármaco. Dado que es posible que la mala respuesta al tratamiento inicial pueda ser debido a que no hubo adhesión al mismo o no se inició correctamente, estos factores deberían ser examinados en primer lugar y considerar aumentar la frecuencia del seguimiento. Entre los antidepresivos de tercera generación se encuentran: Venlafaxina, Mirtazapina, Duloxetina, Reboxetina. Bupropion, Agomelatina y los Antidepresivos tricíclicos (ADT).

IV.1.12 Estrategias ante no mejoría al tratamiento

Ante un paciente que no mejora con el tratamiento antidepresivo inicial, se recomienda: Revisar el diagnóstico, verificar la adherencia al tratamiento, valorar la existencia de conciencia de enfermedad, motivación al cambio y existencia de posible comorbilidad.³¹

En pacientes con respuesta parcial tras la tercera o cuarta semana, se recomienda esperar la evolución clínica hasta la octava semana o aumentar la dosis del fármaco hasta la dosis máxima terapéutica.

Si a la tercera o cuarta semana de tratamiento el paciente no mejora, se podría seguir cualquiera de las siguientes estrategias:

- Cambio de antidepresivo. En general, la utilización de un único antidepresivo en lugar de combinar fármacos se asocia a menor riesgo de efectos adversos. Inicialmente se recomienda valorar un ISRS diferente como opción preferente, o bien otro antidepresivo de nueva generación bien tolerado. Como siguiente opción, puede utilizarse un antidepresivo de distinta clase farmacológica (y con más efectos secundarios), como venlafaxina.
- Combinación de antidepresivos. Se recomienda seleccionar aquellos fármacos de los que exista información sobre su seguridad en uso combinado y monitorizar cuidadosamente los efectos adversos. La combinación de un ISRS (o venlafaxina) con mirtazapina o mianserina podría ser una opción recomendable. Otra posible combinación es un ISRS con bupropión.³¹

IV.1.13 Derivación del paciente depresivo a Salud Mental

Se debe realizar siguiendo criterios de gravedad:³²

- Riesgo de suicidio o heteroagresividad
- Episodio depresivo grave
- Sospecha de bipolaridad
- Depresión moderada de alta recurrencia
- Episodios depresivos prolongados
- Abuso de sustancias
- Negación del trastorno

- Dos o más intentos fallidos de tratamiento
- Cuando el cuadro plantea dudas diagnósticas o terapéuticas

IV.1.14 Duración y finalización del tratamiento antidepresivo

El riesgo de recurrencia en la depresión mayor es alto; la mitad de los pacientes tienen un nuevo episodio después de sufrir el primero, el 70% después de dos y hasta el 90% después de tres. En general, los pacientes que abandonan el tratamiento antidepresivo tienen mayor riesgo de recurrencia que los que continúan con él; sin embargo, el beneficio de prolongar el tratamiento va disminuyendo con el tiempo.³³

Si bien el tratamiento de larga duración con antidepresivos puede ser apropiado en pacientes concretos, los beneficios y riesgos de generalizar su uso prolongado son poco conocidos, e insisten en la importancia de revisar regularmente la necesidad de tratamiento.

Se recomienda mantener el tratamiento con fármacos antidepresivos durante al menos 6 meses tras la remisión del episodio, valorando la posibilidad de prolongarlo teniendo en cuenta el número de episodios previos, la presencia de síntomas residuales, la comorbilidad o la existencia de dificultades psicosociales. La duración recomendada en función del número de recaídas es:

- 6 meses tras la remisión del primer episodio
- 12 meses tras la remisión, en segundos episodios
- 24 meses tras la remisión, a partir del tercer episodio
- Valorar su continuación más allá de 24 meses en pacientes con tres o más episodios.³³

La dosis del fármaco empleado durante la fase de mantenimiento debe ser similar a aquella con la que se consiguió la remisión.

Debe considerarse la finalización del tratamiento antidepresivo si el mismo no es efectivo, si aparecen efectos adversos que obligan a la interrupción del tratamiento o son inaceptables para el paciente o si se producen cambios en el estado de salud o enfermedades que precisan una mediación concomitante que interfiere con el tratamiento.

La finalización de un tratamiento antidepresivo debe realizarse reduciendo la dosis de forma gradual, normalmente en un periodo de 4 semanas, aunque algunas personas necesitarán periodos más prolongados, particularmente con fármacos de vida media corta como paroxetina o venlafaxina.³⁴

IV.1.15. Prevención

Podemos distinguir entre prevención primaria, secundaria y terciaria.³⁵

En la prevención primaria podemos incluir varios tipos de intervenciones: Intervenciones universales: El fortalecer e intensificar los factores de protección en la población reduce la sintomatología depresiva. Ejemplo: Los programas escolares basados en técnicas cognitivas, de resolución de problemas y habilidades sociales en niños y adolescentes.

Algunos de estos programas escolares encuentran reducciones de un 50% o más en los niveles de síntomas depresivos al año de la intervención.

Los programas que fomentan la realización de ejercicio en personas mayores. Recientes estudios y ensayos controlados han demostrado que el ejercicio (aerobic y taichi) en personas mayores tiene importantes beneficios físicos y psicológicos: mejora el estado de ánimo, reduce los síntomas depresivos, produce sensación de satisfacción y bien estar, baja la tensión arterial y disminuye las caídas.

Existen intervenciones selectivas, las cuales son dirigidas a personas que sufren acontecimientos vitales mayores han demostrado ser efectivas, como los programas dirigidos a niños que sufren la muerte de uno de los padres o el divorcio. Las intervenciones sobre niños, adolescentes de padres con depresión son una prometedora estrategia. Pueden esperarse reducciones de incidencia de depresión a través de mejorar el apoyo a refugiados y personas expuestas a traumas de guerra. Intervenciones indicadas:

Los programas dirigidos a aquellas personas con elevados niveles de síntomas depresivos pero que no cumplen criterios de trastorno depresivo, muestran gran eficacia en reducir los altos niveles de síntomas depresivos y en prevenir episodios depresivos.

Estos programas han sido dirigidos a grupos de pacientes de atención primaria, adolescentes y otros. A través de formación en grupo, enseñándoles

a pensar en positivo y cambiar los estilos de pensamientos negativos y aprendizaje en técnicas de resolución de problemas. El hallazgo de que los trastornos de ansiedad frecuentemente preceden al inicio de la depresión potencia la importancia de programas de prevención como estrategia indirecta para reducir el riesgo de depresión.

La prevención secundaria: Busca reducir la prevalencia de la depresión a través de la detección precoz y tratamiento de los trastornos depresivos. En este sentido tiene gran importancia el papel de la Atención Primaria.

La *Canadian Task Force on Preventive Health Care (CTFPHC)* concluye que hay una evidencia razonable en recomendar screening en adultos en Atención Primaria si tienen acceso a seguimiento y tratamiento adecuado (medicaciones antidepresivas y psicoterapia). Sin embargo no encuentra evidencia en recomendar screening si no existen posibilidades de un seguimiento y tratamiento adecuado. El Programa de actividades preventivas y de promoción de la salud en atención primaria (PAPPS) recomienda la detección precoz de los trastornos de ansiedad y depresión seguida de una adecuada intervención.

La prevención terciaria: Incluye intervenciones que reducen la incapacidad, fomentan la rehabilitación y previenen las recaídas y recurrencias de la enfermedad, así como las complicaciones.

Prevención del suicidio. El suicidio es la más temida y trágica complicación de la depresión.

La depresión es el trastorno psíquico con más riesgo de suicidio. La formación de los médicos de Atención Primaria en el reconocimiento y tratamiento de los trastornos depresivos se ha demostrado que reduce la tasa de suicidios.³⁵

V. VARIABLES

Nivel de depresión

Edad

Sexo

Escolaridad

Estado civil

Ocupación

Antecedentes familiares de depresión

Recurrencia a la consulta

Sintomatología

VI. OPERACIONALIZACION DE LAS VARIABLES

VARIABLES	CONCEPTO	INDICADOR	ESCALA
Depresión	Estado emocional anormal caracterizado por un sentimiento de tristeza, vacío, melancolía, desánimo, desmerecimiento, y desesperanza en grado inapropiado o desproporcionado respecto a la realidad.	Leve Moderada Grave	Nominal
Edad	Tiempo transcurrido desde el nacimiento hasta el momento de la entrevista.	18-27 48-57 28-37 58-67 38-47 68 y mas	Ordinal
Sexo	Estado genotípico condicionado genéticamente y que determina el género al que pertenece un individuo	Masculino Femenino	Nominal
Escolaridad	Grado alcanzado en un centro escolar	Ninguna Primaria Secundaria Universitaria	Nominal
Estado civil	Situación de las personas físicas determinada por sus relaciones de familia, provenientes del matrimonio o del parentesco, que establece ciertos derechos y deberes.	Soltero Casado Unión libre Divorciado Viudo	Nominal
Ocupación	Actividad de trabajo como medio de subsistencia	Empleado privado Militar Estudiante Ama de casa Desempleado Empleado privado Jubilado	Nominal
Antecedentes familiares de depresión	Datos pasados de la familia relacionado con estado depresivo	Sí No	Nominal
Recurrencia a la consulta	Acción de volver a acudir o aparecer una cosa con cierta frecuencia o de manera iterativa el paciente a la consulta.	2 veces 3 veces Ninguna	Ordinal
Sintomatología	Forma como se manifiesta una entidad nosológica	Sentimiento de culpa Pesimismo Tristeza Irritabilidad Pensamiento suicida Llanto Agitación Indecisión Otras	Nominal

VII. MATERIAL Y MÉTODOS

VII.1. Tipo de Estudio

Se realizó un estudio descriptivo, transversal y cuantitativo de recolección prospectiva de datos con el objetivo de determinar los niveles de depresión en los pacientes asistidos en la consulta de atención primaria del Hospital Central de Las Fuerzas Armadas entre febrero-julio, 2017.

VII.2. Demarcación geográfica

El estudio fue realizado en el Hospital Central de Las Fuerzas Armadas, ubicado en el Ensanche Naco, el cual corresponde a un tercer nivel de atención y delimitado, al Norte, por la calle Dr. Heriberto Pieter, al Sur, por la calle Prof. Aliro Paulino, al Este, por la calle Ortega y Gasset y al Oeste, por la calle del Carmen.

VII.3. Universo

Estuvo representado por 2,273 pacientes asistidos en la consulta de atención primaria del Hospital Central de Las Fuerzas Armadas entre febrero-julio, 2017.

VII.4. Muestra

Estuvo representada por 180 pacientes que cumplieron con los criterios de inclusión, asistidos en la consulta de atención primaria del Hospital Central de Las Fuerzas Armadas entre febrero-julio, 2017.

VII.5. Criterios de inclusión

- . Pacientes mayores de 18 años.
- . No discrimina sexo.

VII.6. Criterios de exclusión

- . Pacientes con diagnóstico previo de depresión.
- . Pacientes menores de 18 años.
- . Paciente que presentaron otras comorbilidades.

VII.7. Instrumento de recolección de datos

Para la recolección de la información se elaboró un cuestionario, el cual se aplicó a los pacientes. Además la Escala de Depresión de Beck.

VII.8. Procedimiento

Se entrevistaron a los pacientes que asistieron a la consulta de atención primaria del Hospital Central de Las Fuerzas Armadas entre febrero-julio, 2017.

VII.9. Tabulación

Fue procesada mediante el programa de computadora digital: EPI-INFO-7.0.

VII.10. Análisis

Los datos obtenidos fueron analizados en frecuencia simple.

VII.11. Aspectos éticos

El presente estudio fue ejecutado con apego a las informativas éticas internacionales, incluyendo los aspectos relevantes de la Declaración de Helsinki y las pautas del Consejo de Organizaciones Internacionales de las Ciencias Médicas. El protocolo de estudio y los instrumentos diseñados para el mismo fueron sometidos a la revisión del comité de la universidad a través de la Escuela de Medicina y de la Coordinación de la Unidad de Investigación de la Universidad, así como del Hospital Central de Las Fuerzas Armadas, cuya aprobación fue el requisito para el inicio del proceso de recopilación y verificación de datos.

Todos los datos recopilados en este estudio serán manejados con el estricto apego a la confidencialidad, la identidad contenida en los expedientes clínicos será protegida en todo momento. Finalmente toda la información fue incluida en el texto del presente estudio, tomada en otros autores fue justificada por su llamada correspondiente.

VIII. RESULTADOS

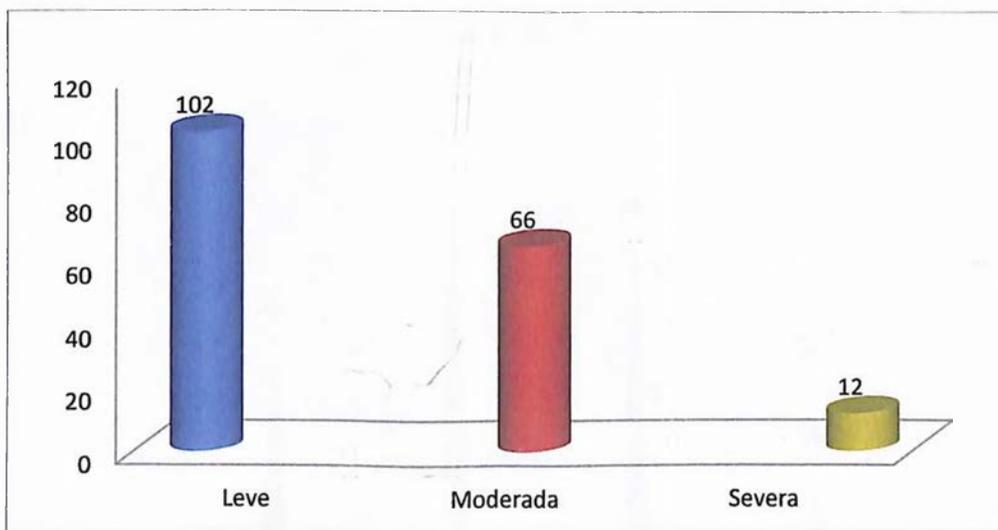
Cuadro 1. Niveles de depresión en los pacientes asistidos en la consulta de atención primaria del Hospital Central de Las Fuerzas Armadas entre febrero-julio, 2017.

Niveles de depresión	Frecuencia	%
Leve	102	56.6
Moderada	66	36.7
Grave	12	6.7
Total	180	100.0

Fuente: Entrevista a pacientes con depresión, julio, 2017.

Se observó que el 56.7% de los pacientes presentaron depresión leve y un 36.7% depresión moderada.

Gráfico 1. Niveles de depresión en los pacientes asistidos en la consulta de atención primaria del Hospital Central de Las Fuerzas Armadas entre febrero-julio, 2017.



Fuente: Cuadro 1

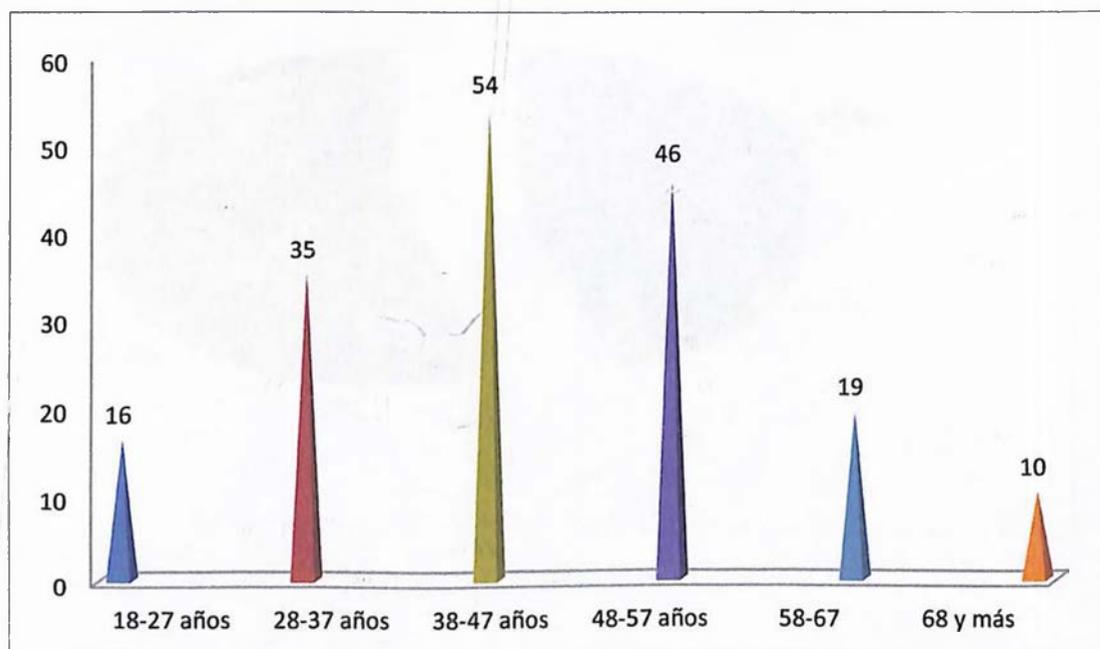
Cuadro 2. Edad de los pacientes con depresión asistidos en la consulta de atención primaria del Hospital Central de Las Fuerzas Armadas entre febrero-julio, 2017.

Edad (años)	Frecuencia	%
18 – 27	16	8.9
28 – 37	35	19.4
38 – 47	54	30.0
48 – 57	46	25.6
58 – 67	19	10.6
68 y más	10	5.6
Total	180	100.0

Fuente: Entrevistas a pacientes con depresión, julio, 2017.

Se encontró que un 30% de los pacientes depresivos estaban comprendidos entre 38-47 años.

Gráfico 2. Edad de los pacientes con depresión asistidos en la consulta de atención primaria del Hospital Central de Las Fuerzas Armadas entre febrero-julio, 2017.



Fuente: Cuadro 2

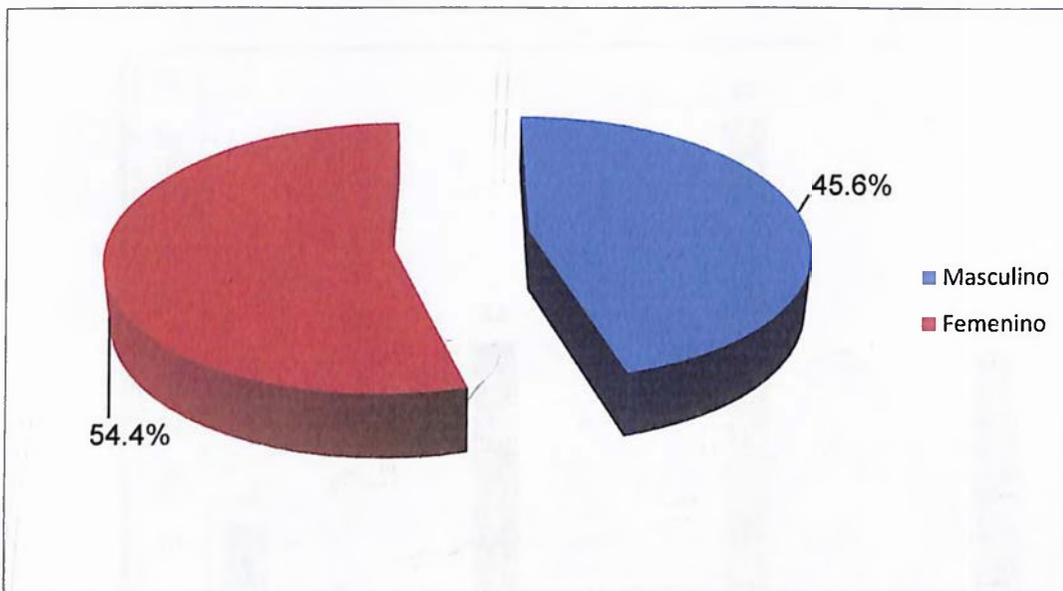
Cuadro 3. Sexo de los pacientes con depresión asistidos en la consulta de atención primaria del Hospital Central de Las Fuerzas Armadas entre febrero-julio, 2017.

Sexo	Frecuencia	%
Masculino	82	45.6
Femenino	98	54.4
Total	180	100.0

Fuente: Entrevistas a pacientes con depresión, julio, 2017.

Se evidenció que el 54.4% de los pacientes depresivos correspondieron al sexo femenino.

Gráfico 3. Sexo de los pacientes con depresión asistidos en la consulta de atención primaria del Hospital Central de Las Fuerzas Armadas entre febrero-julio, 2017.



Fuente: Cuadro 3

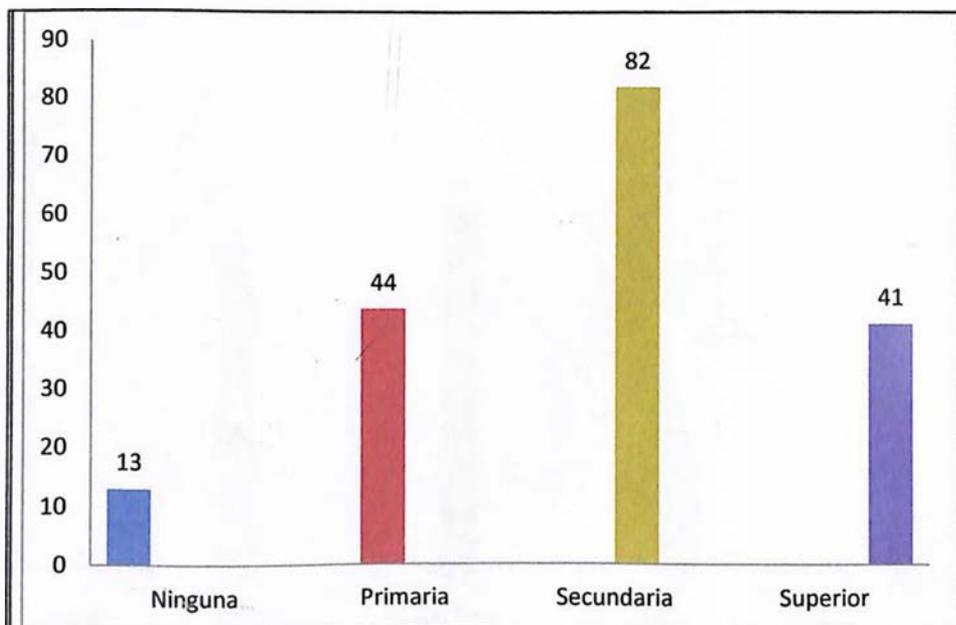
Cuadro 4. Escolaridad de los pacientes con depresión asistidos en la consulta de atención primaria del Hospital Central de Las Fuerzas Armadas entre febrero-julio, 2017.

Escolaridad	Frecuencia	%
Ninguna	13	7.2
Primaria	44	24.4
Secundaria	82	45.6
Superior	41	22.8
Total	180	100.0

Fuente: Entrevistas a pacientes con depresión, julio, 2017.

Se observó que un 45.6% de los pacientes depresivos tenían un nivel secundario de escolaridad.

Gráfico 4. Escolaridad de los pacientes con depresión asistidos en la consulta de atención primaria del Hospital Central de Las Fuerzas Armadas entre febrero-julio, 2017.



Fuente: Cuadro 4

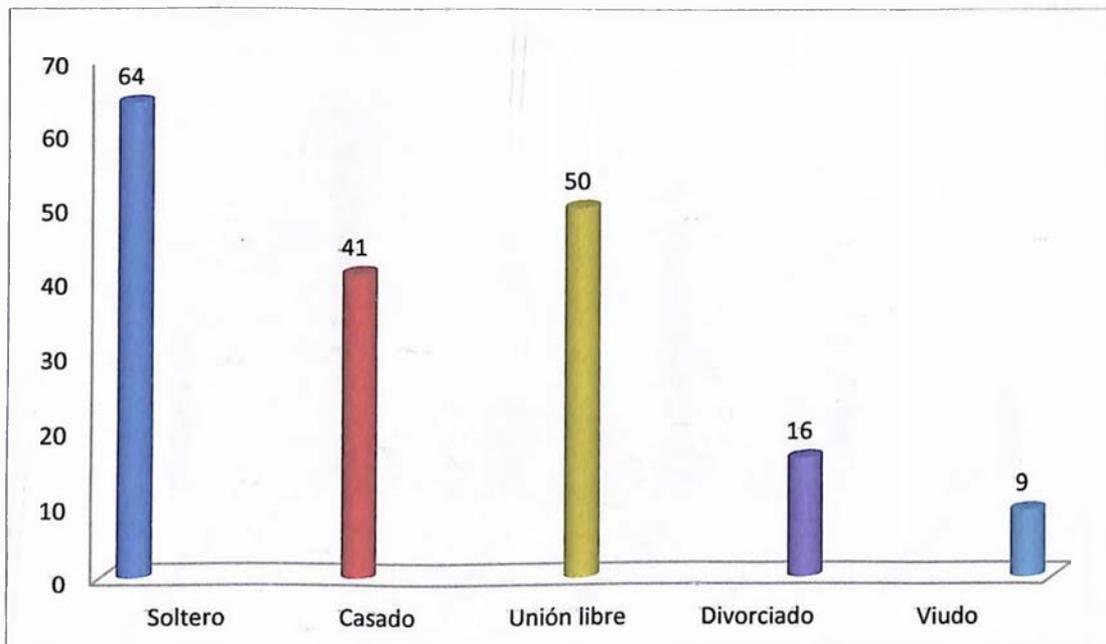
Cuadro 5. Estado civil de los pacientes con depresión asistidos en la consulta de atención primaria del Hospital Central de Las Fuerzas Armadas entre febrero-julio, 2017.

Estado civil	Frecuencia	%
Soltero	64	35.6
Casado	41	22.8
Unión libre	50	27.8
Divorciado	16	8.9
Viudo	9	5.0
Total	180	100.0

Fuente: Entrevistas a pacientes con depresión, julio, 2017.

Se encontró que el 35.6% de los pacientes depresivos se encontraban solteros.

Gráfico 5. Estado civil de los pacientes con depresión asistidos en la consulta de atención primaria del Hospital Central de Las Fuerzas Armadas entre febrero-julio, 2017.



Fuente: Cuadro 5

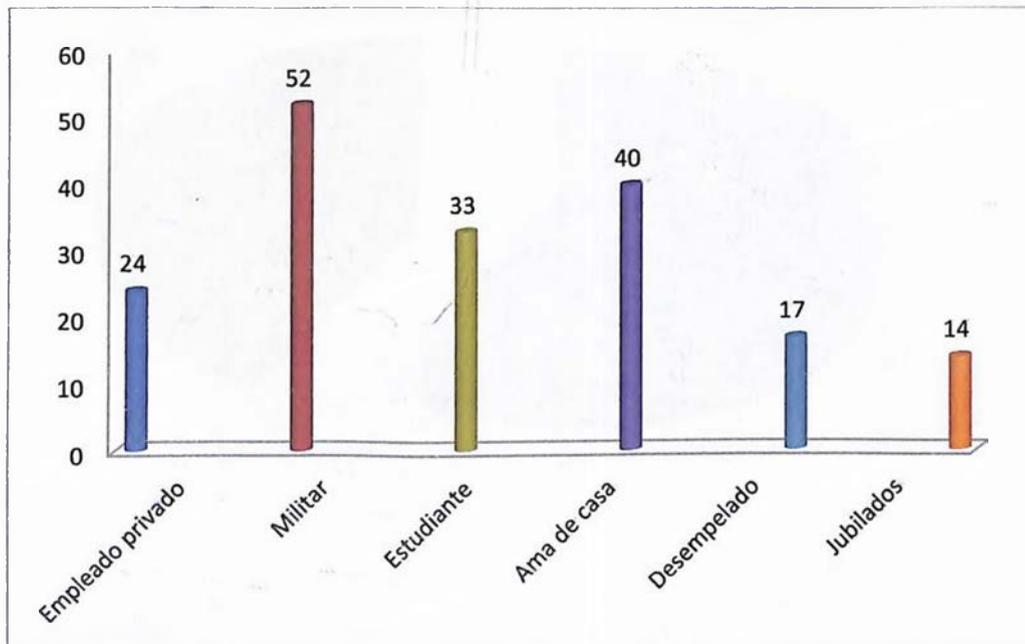
Cuadro 6. Ocupación de los pacientes con depresión asistidos en la consulta de atención primaria del Hospital Central de Las Fuerzas Armadas entre febrero-julio, 2017.

Ocupación	Frecuencia	%
Empleado privado	24	13.3
Militar	52	28.9
Estudiante	33	18.3
Ama de casa	40	22.2
Desempleado	17	9.4
Jubilado	14	7.8
Total	180	100.0

Fuente: Entrevistas a pacientes con depresión, julio, 2017.

Se observó que un 28.9% de los pacientes depresivos eran militares y un 22.2% eran amas de casa.

Gráfico 6. Ocupación de los pacientes con depresión asistidos en la consulta de atención primaria del Hospital Central de Las Fuerzas Armadas entre febrero-julio, 2017.



Fuente: Cuadro 6

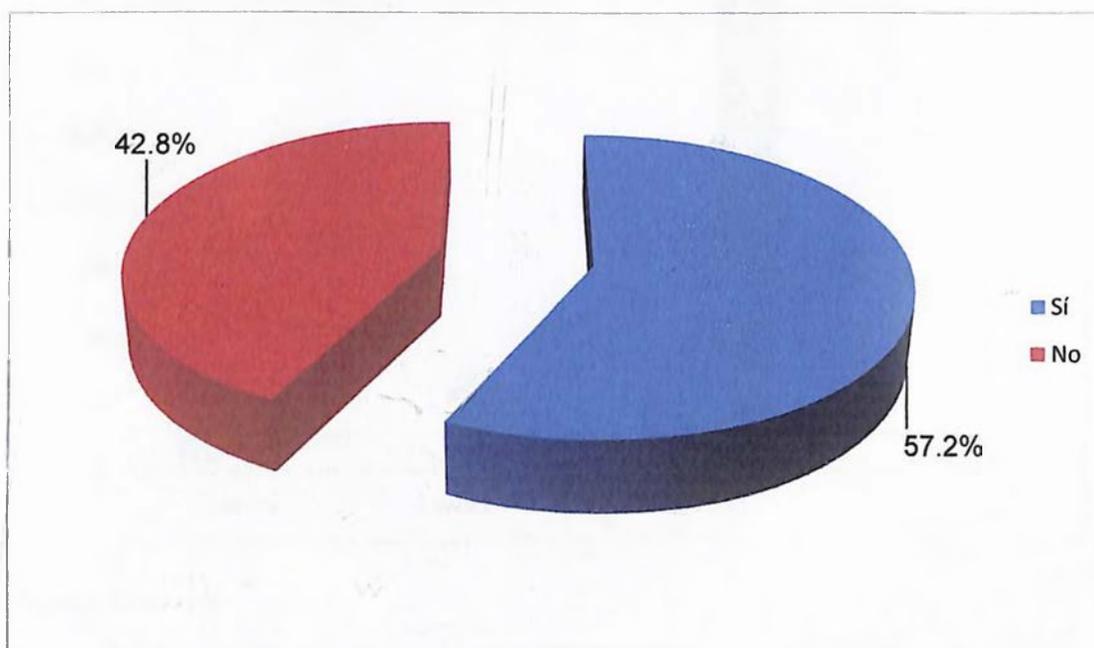
Cuadro 7. Antecedente familiar de depresión de los pacientes con depresión asistidos en la consulta de atención primaria del Hospital Central de Las Fuerzas Armadas entre febrero-julio, 2017.

Antecedente familiar	Frecuencia	%
Sí	103	57.2
No	77	42.8
Total	180	100.0

Fuente: Entrevistas a pacientes con depresión, julio, 2017.

Se observó que el 57.2% de los pacientes depresivos tenían historia de depresión familiar.

Gráfico 7. Antecedente familiar de depresión de los pacientes con depresión asistidos en la consulta de atención primaria del Hospital Central de Las Fuerzas Armadas entre febrero-julio, 2017.



Fuente: Cuadro 7

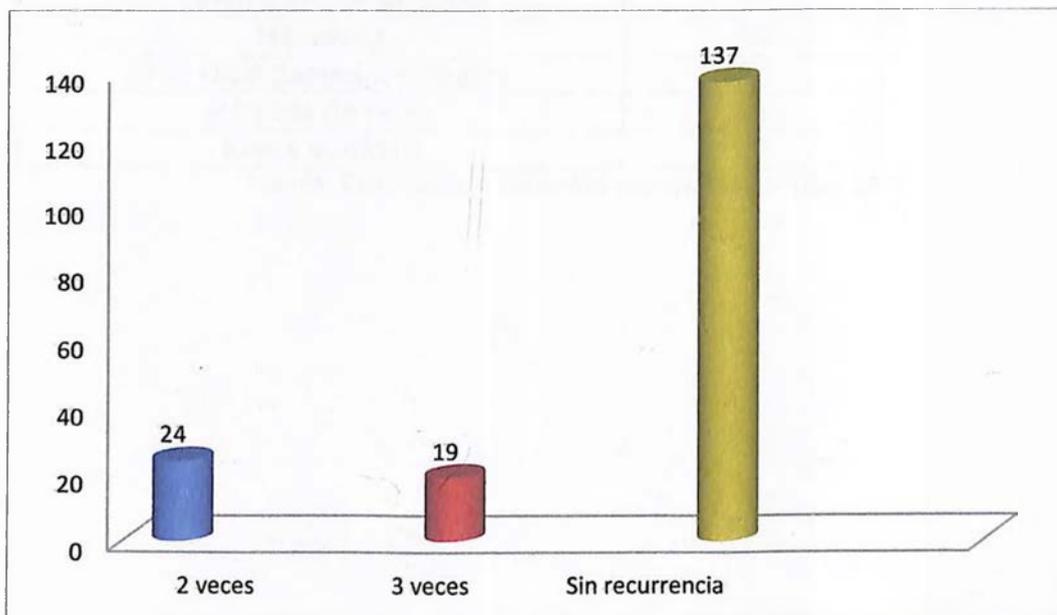
Cuadro 8. Recurrencia por los pacientes depresivos a la consulta de atención primaria del Hospital Central de Las Fuerzas Armadas entre febrero-julio, 2017.

Recurrencia a la consulta	Frecuencia	%
2 veces	24	13.3
3 veces	19	10.6
Sin recurrencia	137	76.1
Total	180	100.0

Fuente: Entrevistas a pacientes con depresión, julio, 2017.

Se evidenció que el 13.3% de los pacientes depresivos ha recurrido a la consulta dos veces y un 10.6% tres veces.

Gráfico 8. Recurrencia por los pacientes depresivos a la consulta de atención primaria del Hospital Central de Las Fuerzas Armadas entre febrero-julio, 2017.



Fuente: Cuadro 8

Cuadro 9. Síntomas, en orden de frecuencia de los pacientes con depresión asistidos en la consulta de atención primaria del Hospital Central de Las Fuerzas Armadas entre febrero-julio, 2017.

Síntomas presentes	Frecuencia	%
Tristeza	165	91.7
Llanto	163	90.6
Autocrítica	160	88.9
Desesperanza	159	88.3
Irritabilidad	155	86.1
Culpabilidad	149	82.8
Inconformidad con apariencia física	149	82.8
Apatía	141	78.3
Decepción	129	71.7
Anhedonia	125	69.4
Indecisión	112	62.2
Anergia	98	54.4
Insomnio	97	53.8
Disminución de la libido	91	50.5
Hiporexia	80	44.4
Molestias gastrointestinales	50	27.7
Pérdida de peso	34	18.8
Ideas suicidas	05	2.7

Fuente: Entrevistas a pacientes con depresión, julio, 2017.

IX. DISCUSIÓN

En el presente estudio se investigaron 2,373 pacientes asistidos por causas diversas en la consulta de atención primaria del Hospital Central de Las Fuerzas Armadas durante el período Febrero-Julio del 2017., se encontró que 180 de ellos presentaron algún nivel de depresión, lo que equivale a una frecuencia de 7.6%.

De los pacientes estudiados se determinó que existió un 56.6% padeciendo depresión leve, seguido por un 36.7% correspondiente a la depresión moderada, y 6.7% depresión grave, hallazgo coincidente con Robles, en su estudio sobre niveles de depresión en pacientes que acudieron a consulta ambulatoria en la unidad de medicina familiar de Guayalejo, Tamaulipas, México, en el 2008, quién reportó que el 58.3% presentaron depresión leve, 35% depresión moderada y 6.7% depresión grave.

Al analizar el factor edad, se pudo evidenciar que el grupo etario más afectado con depresión es de 38 a 57 años. En contraposición con Figueroa en su estudio sobre la Prevalencia de depresión en consultorios externos de Medicina del Hospital Dos de Mayo de Lima, en 2005, quien reportó que el grupo de edad más afectado fue el comprendido entre 18-27 años, con un 53,6%. Sin embargo, existe evidencia que los pacientes mayores tienden a deprimirse más debido al auto reproche y el sentimiento de culpa ante posibles cambios en su familia.

En el mismo estudio se determinó como factor de riesgo el sexo femenino (59.9%) y consideraron que la depresión se presenta en mayor porcentaje en mujeres; en concordancia con el presente estudio, donde también prevaleció el sexo femenino, con un 54.4%. Como expone Cantero, que hay que tener en cuenta que las mujeres tienen más estrés por las responsabilidades del cuidado de niños, el mantenimiento del hogar y un empleo, además de los cambios biológicos y hormonales propios de toda mujer.³⁶

El bajo nivel de escolaridad, incide negativamente a la hora de buscar soluciones acertadas a los problemas que engendra la vida cotidiana. En el

presente estudio, al igual que en los antecedentes consultados, coincide en que el nivel de escolaridad secundario ha sido más afectado.

En cuanto al estado marital, se evidenció un mayor porcentaje en pacientes solteros (64%), en comparación al grupo de pacientes quienes contaban con pareja sean casados o solo unidos. Aunque se considera que más que el estado civil de los pacientes, es la ausencia de pareja para convivir que puede influir negativamente en una mayor frecuencia de depresión, como es señalado por Wagner *et al*, en su estudio enfocando la depresión como problema de salud pública en México en el 2012.³⁷

Respecto a la ocupación de los pacientes se observó que el grupo más afectado fueron los militares (28.9%), siendo esta una población vulnerable por las largas jornadas de trabajo, estrés laboral y poco descanso, seguido de las amas de casa (22.2%), quienes también son propensas a padecer de depresión. A nivel general, se ha destacado el bajo nivel de recursos económicos y las circunstancias laborales. Las personas en desempleo y baja laboral presentan depresiones con mayor frecuencia.

En el presente estudio, encontramos que el 57.2% de los pacientes refirió antecedente familiar de depresión, hallazgo coincidente con Robles, quién reportó que el 66.6% de su población estudiada tenía historia familiar de depresión. Hallazgos respaldados por las investigaciones de Vallejo, en el 2012 y por Pereyra, en el 2010, quienes sustentan que las personas con antecedentes familiares de depresión tienen más probabilidad de presentar este trastorno que la población general; además, agregan que la herencia es un factor influyente en la depresión entre un 31% y un 42%.^{38,39}

En cuanto a los síntomas de presentación, en el presente estudio los más predominantes fueron la tristeza, llanto, autocrítica y desesperanza, mientras que en el estudio de Robles, los síntomas de mayor presentación fueron pérdida importante del sueño, fatiga y molestias gastrointestinales. De su parte, Figueroa, reporta que el 48.18% presentaron síntomas generales, 27.6% molestias gastrointestinales, molestias respiratorias 16.6%.

X. CONCLUSIONES

1. De los 2,373 pacientes asistidos durante el período, el 7.6% presentaron depresión.
2. El 56.7% de los pacientes presentaron depresión leve y un 36.7% depresión moderada.
3. Un 30% de los pacientes depresivos estaban comprendidos entre 38-47 años de edad.
4. El 54.4% de los pacientes depresivos correspondieron al sexo femenino.
5. Un 45.6% de los pacientes depresivos tenían un nivel secundario de escolaridad.
6. El 35.6% de los pacientes depresivos se encontraban solteros.
7. Un 28.9% de los pacientes depresivos eran militares y un 22.2% eran amas de casa.
8. El 57.2% de los pacientes depresivos tenían historia de depresión familiar.
9. El 13.3% de los pacientes depresivos ha recurrido a la consulta dos veces y un 10.6% tres veces.
10. Un 91.7% de los pacientes depresivos presentaron tristeza como sintomatología, un 90.6% llanto y un 88.9% autocrítica.

XI. RECOMENDACIONES

- 1) Se recomienda el uso de escalas diagnósticas como la utilizada en el presente estudio, para realizar pruebas de tamizaje de esta enfermedad, así como el uso de protocolos que faciliten el manejo en atención primaria.
- 2) El cribado de depresión en atención primaria debe efectuarse en los grupos de alto riesgo, especialmente en los pacientes con antecedentes de depresión, enfermedades físicas crónicas dolorosas o invalidantes, u otros problemas de salud mental, como la demencia.
- 3) El médico de atención primaria debe considerar las características psicológicas, sociales, culturales y físicas del paciente y la calidad de sus relaciones interpersonales. Debe considerar el impacto de éstas en la depresión y las implicaciones en la elección de tratamiento y su seguimiento posterior.
- 4) Aconsejar a los pacientes y cuidadores que estén vigilantes a los cambios del estado de ánimo, particularmente durante los períodos de alto riesgo, como al iniciar o cambiar un medicamento y si aumenta el estrés personal.
- 5) Realizar charlas y actividades grupales, donde además del paciente participen sus familiares, facilitándoles información escrita, para mayor comprensión de la enfermedad.
- 6) El médico de atención primaria debe recibir, identificar, tratar y referir cuando sea necesario los trastornos depresivos, con la finalidad que el paciente se mantenga integrado a la comunidad y disminuir el riesgo de complicaciones.

XII. REFERENCIAS BIBLIOGRÁFICAS

1. Longo D, Fauci A, Kasper D, Hauser S, Loscalzo, Harrison. Principios de Medicina Interna. 18va edición, México. Editorial McGraw-Hill interamericana 2012.
2. Gómez-Pardiñas MS. Interconsulta Psiquiátrica en un Hospital General. Intentos de Suicidio y factores relacionados (1997-2007). (Tesis Doctoral) A Coruña: Universidad A Coruña. 2013 Marzo pp. 2–55.
3. Organización mundial de la salud (OMS). Depresión. Febrero 2017.
4. Robles, A. Nivel de depresión en pacientes que acudieron a consulta ambulatoria en la unidad de medicina familiar de Guayalejo, Tamaulipas, México. Agosto-Diciembre de 2008.
5. Díaz. Lídice Josué, Torres Lio-Coo. Vladimil, Font Darias. Iliana. Depresión oculta en consulta Externa del Hospital Militar Central Dr. Carlos j. Finlay, Cuba, Julio-Diciembre de 2004.
6. Figueroa, T. Prevalencia de Depresión en consultorios externos de Medicina del Hospital dos de mayo de lima. Perú. Tesis de grado, 2005.
7. La depresión a través de la historia. Disponible en: <http://unidosporobsba.blogspot.com/2014/08/breve-historia-de-la-depresion>. Publicado el 8 de Agosto 2014.
8. Foucault Michel. *Historia de la locura en la época clásica*, Madrid, Fondo de Cultura Económica, 2000. Tomos I y II
9. E H. Tratado de psiquiatría. 8ª ed., Barcelona, Masson Editora, 2012: 45-60.
10. Rodríguez j. Green Book Diagnóstico y Tratamiento Médico. Madrid. Editora Marbán. 2013.
11. David G. Psiquiatría clínica. México, D.F., McGraw-Hill Interamericana, 2010:64-85.
12. Grupo de Trabajo sobre el Manejo de la Depresión Mayor en el Adulto. Guía de Práctica Clínica sobre el Manejo de la Depresión Mayor en el Adulto. Madrid: Plan Nacional para el SNS del MSC. Agencia de Evaluación de Tecnologías Sanitarias de Galicia (avalía-t); 2013:12-15.
13. Palomo, Tomás; Jiménez-Arriero, Miguel Ángel. "Manual de Psiquiatría". Madrid, Ene Life Publicidad S.E. y Editores 2014:9-12.

14. Iglesias-Gil-de-Bernabé, Fernando; Alberdi-Sudupe, Jesús; García-Fernández, Jorge; Martínez-Sande, Gonzalo; Sardiña-Agra, Javier; Lantes-Louzao, Sara. Marco de Gestión Clínica de una Unidad Psiquiátrica Hospitalaria de Interconsulta y Enlace, 2012; 11(2):35-38.
15. Ministerio de Salud y Protección Social. Detección temprana y diagnóstico del episodio depresivo y trastorno depresivo recurrente en adultos. Atención integral de los adultos con diagnóstico de episodio depresivo o trastorno depresivo recurrente. Colombia 2013. Guía No. 22
16. Bellón JA, Luna JD, King M, Moreno-Küstner B, Nazareth I, Montón-Franco C, GildeGómez-Barragán MJ, Sánchez-Celaya M, Díaz-Barreiros MÁ, Vicens C, Cervilla JA, Svab I, Maarros HI, Xavier M, Geerlings MI, Saldivia S, Gutiérrez B, Motrico E, Martínez-Cañavate MT, Oliván-Blázquez B, Sánchez-Artiaga MS, March S, del Mar Muñoz-García M, Vázquez-Medrano A, Moreno-Peral P, Torres-González F. Predicting the onset of major depression in primary care: international validation of a risk prediction algorithm from Spain. *Psychol Med* 2011, 41(10):2075-88.
17. Villalobos-Galvis. Validez y fiabilidad del inventario de ideación suicida positiva y negativa (PANSI), en estudiantes colombianos. Universidad Psychologica. 2010.
18. Plata-Guarneros M, Flores-Cabrera L, Curiel-Hernández O, Juárez Ocaña JR, Rosas-Barrientos JV. Depresión y ansiedad en la residencia médica. 2011.
19. González M. Manual de terapéutica. 14a ed., Colombia, Editora Panamericana, 2011:547-554.
20. Goldberg D, Kendler KS, Sirovatka PJ. Temas de investigación DSM-V de la American Psychiatric Association. Depresión y trastorno de ansiedad generalizada. Ed. panamericana; 2011: Código CIE 10 F06.32.
21. Décima Revisión de la Clasificación Internacional de Las Enfermedades (CIE 10). Trastornos Mentales y del Comportamiento: Descripciones Clínicas y pautas para el Diagnóstico. Madrid: Meditor. 1992.
22. American Psychiatric Association (2014). DSM-V. Manual diagnóstico y estadístico de los trastornos mentales. Editorial Médica Panamericana.

23. José Ángel Alda Díez, Sabel Gabaldón Fraile (2006). Elsevier, Mason, ed. *Urgencias psiquiátricas en el niño y el adolescente. Capítulo 14. Trastornos psiquiátricos debidos a patología orgánica.*
24. Ezquiaga E, García A, Huerta R, Pico A. Tasas de prevalencia de depresión en atención primaria en relación con las características metodológicas de los estudios. *Med Clin (Barc).* 2011; 137:612-5. Disponible en:<http://www.elsevier.es/es-revista-medicina-clinica-2-articulo-tasas-prevalencia-azqdepresion-atencion-primaria-S0025775310007402>.
25. Pérez-Franco B, Turabián-Fernández JL. ¿Es válido el abordaje ortodoxo de la depresión en atención primaria? *Aten Primaria.* 2006.
26. Chamorro García L. Guía de manejo de los trastornos mentales en atención primaria. Barcelona, España: Ars Médica; 2004
27. García-Herrera Pérez Bryan JM, Nogueras Morillas EV, Muñoz Cobos F, Morales Asencio JM. Guía de Práctica Clínica para el tratamiento de la depresión en Atención Primaria. Distrito Sanitario Málaga-UGC Salud Mental Hospital Regional Universitario "Carlos Haya".Málaga. 2011
28. Pérez Álvarez, Marino, García Montes, José Manuel, Tratamientos psicológicos eficaces para la depresión. *Psicothema [en línea]* 2001. Disponible en:<http://www.redalyc.org/articulo.oa?id=72713314>.ISSN 0214-9915.
29. Grupo de trabajo de la Guía de Práctica Clínica sobre el Manejo de la Depresión en el Adulto. Guía de Práctica Clínica sobre el Manejo de la Depresión en el Adulto. Ministerio de Sanidad, Servicios Sociales e Igualdad. Agencia de Evaluación de Tecnologías Sanitarias de Galicia (avalia-t); 2014. Guías de Práctica Clínica en el SNS: Avalia-t 2013/06. Disponible en: http://www.guiasalud.es/GPC/GPC_534_Depresion_Adulto_Avaliat_compl.pdf2
30. NICE Guía de Cínica Práctica, 2010
31. INFAC. Información farmacoterapeutica Tratamiento de la depresión en Atención primaria: Cuando y con qué. Volumen 25 N° 01 2017. Disponible en: https://www.osakidetza.euskadi.eus/contenidos/informacion/cevime_infac_2017/es_def/adjuntos/INFAC-Vol-25-n-1_antidepresivos.pdf.
32. Ministerio de Salud. Guía clínica para la atención primaria. La depresión: detección, diagnóstico y tratamiento. Santiago, Chile: Unidad de Salud Mental y Departamento de Modelo de Atención del Ministerio de Salud.

33. López J. Manual diagnóstico y estadístico de los trastornos mentales. Masón, S.A., 2012:413-415.
34. IDP, Grupo de investigación para Colombia: Gómez-Restrepo C. Bohórquez Peñaranda A. Manual de entrenamiento en reconocimiento y manejo de la depresión para profesionales de atención primaria en Colombia. «Taller sobre el reconocimiento y manejo de la depresión en atención primaria». Bogotá: Pontificia Universidad Javeriana, Col.ciencias, Inclcn; 2015.
35. R .L. Fernández. Aspectos básicos de salud mental en atención primaria.
36. CanteroTE, Ramírez PJ, factores psicosociales y depresión laboral: una revisión, Rev. Med Inst Mex Seguro Soc. 2009:47 (6): 627-636.
37. Wagner, Fernando A.; González-Forteza, Catalina; Sánchez-García, Sergio; García-Peña, Carmen; Gallo, Joseph J. Enfocando la depresión como problema de salud pública en México Salud Mental, vol. 35, núm. 1, enero-febrero, 2012, pp. 3-11 Instituto Nacional de Psiquiatría Ramón de la Fuente Muñiz Distrito Federal, México.
38. Vallejo C, Segura CB, Rojas RM. Prácticas parenterales y sintomatología depresiva en adolescentes. Salud Mental 2012; 3:29- 36.
39. Pereyra R, Ocampo J Silva V, Vélez E Costa D, et al. Prevalencia y factores asociados con síntomas depresivos en estudiantes de ciencias de la salud de una universidad privada de Lima, Perú 2010. Rev Perú Med Exp Salud Pública. 2010; 27(4):520-526.

XIII.2. Formulario de recolección de datos

Niveles de depresión en los pacientes que asisten a la consulta de atención primaria del Hospital Central de Las Fuerzas Armadas entre febrero-julio, 2017.

DATOS GENERALES

1. Edad _____ años
2. Sexo: Masculino _____ Femenino _____
3. Escolaridad _____
4. Estado civil
Soltero _____ Casado _____ Unión libre _____
5. Ocupación
Ama de casa _____ Empleado público _____ Empleado privado _____
Estudiante _____ Otras _____
6. Historia familiar de depresión
Sí _____ No _____
7. Recurrencia a la consulta
Sí _____ No _____
8. Sintomatología
Pesimismo _____ Tristeza _____ Irritabilidad _____
Autocrítica _____ Llanto _____ Agitación _____ Indecisión _____
Otras _____

Escala de Beck para depresión

1)

- No me siento triste.
- Me siento triste.
- Me siento triste todo el tiempo y no puedo librarme de ello.
- Me siento tan triste o desdichado que no puedo soportarlo.

2)

- No estoy particularmente desanimado con respecto al futuro.
- Me siento desanimado con respecto al futuro.
- Siento que no puedo esperar nada del futuro.
- Siento que el futuro es irremediable y que las cosas no pueden mejorar.

3)

- No me siento fracasado.
- Siento que he fracasado más que la persona normal.
- Cuando miro hacia el pasado lo único que puedo ver en mi vida es un montón de fracasos.
- Siento que como persona soy un fracaso completo.

4)

- Sigo obteniendo tanto placer de las cosas como antes.
- No disfruto de las cosas como solía hacerlo.
- Ya nada me satisface realmente.
- Todo me aburre o me desagrada.

5)

- No siento ninguna culpa particular.
- Me siento culpable buena parte del tiempo.
- Me siento bastante culpable la mayor parte del tiempo.
- Me siento culpable todo el tiempo.

6)

- No siento que esté siendo castigado.
- Siento que puedo estar siendo castigado.
- Espero ser castigado.

Siento que estoy siendo castigado.

7)

No me siento decepcionado en mí mismo.

Estoy decepcionado conmigo.

Estoy harto de mí mismo.

Me odio a mí mismo.

8)

No me siento peor que otros.

Me critico por mis debilidades o errores.

Me culpo todo el tiempo por mis faltas.

Me culpo por todas las cosas malas que suceden.

9)

No tengo ninguna idea de matarme.

Tengo ideas de matarme, pero no las llevo a cabo.

Me gustaría matarme.

Me mataría si tuviera la oportunidad.

10)

No lloro más de lo habitual.

Lloro más que antes.

Ahora lloro todo el tiempo.

Antes era capaz de llorar, pero ahora no puedo llorar nunca aunque quisiera.

11)

No me irrito más ahora que antes.

Me enojo o irrito más fácilmente ahora que antes.

Me siento irritado todo el tiempo.

No me irrito para nada con las cosas que solían irritarme.

12)

No he perdido interés en otras personas.

Estoy menos interesado en otras personas de lo que solía estar.

- He perdido la mayor parte de mi interés en los demás.
- He perdido todo interés en los demás.

13)

- Tomo decisiones como siempre.
- Dejo de tomar decisiones más frecuentemente que antes.
- Tengo mayor dificultad que antes en tomar decisiones.
- Ya no puedo tomar ninguna decisión.

14)

- No creo que me vea peor que antes.
- Me preocupa que esté pareciendo avejentado (a) o inatractivo (a).
- Siento que hay cambios permanentes en mi apariencia que me hacen parecer inatractivo (a)..
- Creo que me veo horrible.

15)

- Puedo trabajar tan bien como antes.
- Me cuesta un mayor esfuerzo empezar a hacer algo.
- Tengo que hacer un gran esfuerzo para hacer cualquier cosa.
- No puedo hacer ningún tipo de trabajo.

16)

- Puedo dormir tan bien como antes.
- No duermo tan bien como antes.
- Me despierto 1 ó 2 horas más temprano de lo habitual y me cuesta volver a dormir.
- Me despierto varias horas más temprano de lo habitual y no puedo volver a dormirme

17)

- No me canso más de lo habitual.
- Me canso más fácilmente de lo que solía cansarme.
- Me canso al hacer cualquier cosa.
- Estoy demasiado cansado para hacer cualquier cosa.

18)

- Mi apetito no ha variado.

- Mi apetito no es tan bueno como antes.
- Mi apetito es mucho peor que antes.
- Ya no tengo nada de apetito.

19)

- Últimamente no he perdido mucho peso, si es que perdí algo.
- He perdido más de 2 kilos.
- He perdido más de 4 kilos.
- He perdido más de 6 kilos.

20)

- No estoy más preocupado por mi salud de lo habitual.
- Estoy preocupado por problemas físicos tales como malestares y dolores de estómago o constipación.
- Estoy muy preocupado por problemas físicos y es difícil pensar en otra cosa.
- Estoy tan preocupado por mis problemas físicos que no puedo pensar en nada más.

21)

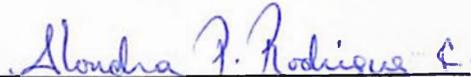
- No he notado cambio reciente de mi interés por el sexo.
 - Estoy menos interesado por el sexo de lo solía estar.
 - Estoy mucho menos interesado por el sexo ahora.
 - He perdido por completo mi interés por el sexo.
-

XIII.3. Costos y recursos

3.1. Humanos			
Una médico			
Dos asesores			
Un estadígrafo			
3.2 Equipos y materiales			
	Cantidad	Precio RD\$	Total RD\$
Papel bond 20 (8 ½ x 11)	3resma	160.00	480.00
Paper Graphics-gray 28 (8 ½ x 11)	1 resma	300.00	300.00
Lápices	2unidades	5.00	10.00
Borras	2 unidades	10.00	20.00
Bolígrafos	2 unidades	10.00	20.00
Sacapuntas	2 unidades	10.00	20.00
Computador			
Impresora			
Proyector			
Cartucho HP	2 unidades	1500.00	3000.00
Calculadoras	1 unidad	150.00	150.00
3.3 Información			
Adquisición de libros			
Revistas			
Otros documentos			
Referencias bibliográficas (ver listado de referencias)			
3.4. Económicos			
Papelería (copias)	1000 copias	2.00	2000.00
Encuadernación	8 informes	200.00	600.00
Transporte	10 pasajes x	25.00 c/u	750.00
Imprevistos	3		1000.00
Pago de tesis	1 médico	13,000.00	13000.00
Tarjetas de llamada	10	60.00 c/u	600.00
Total			RD\$ 21950.00

XIII.4. Evaluación

Sustentante

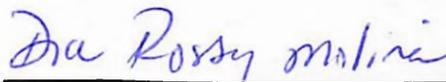

Dra. Alondra Pamela Rodríguez Caésar

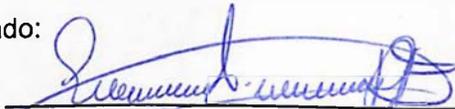
Asesores


Dra. Arlény Caro
Asesora Clínica


Dra. Claridania Rodríguez Berroa
Asesora Metodológica

Jurado:


Dra. Rossy Molina
Médico Familiar y Comunitaria


Dra. Esther Rivas Fermín
Médico Familiar y Comunitaria

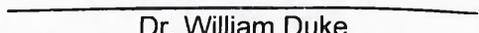

Dr. Ramón García Almanzar
Médico Familiar y Comunitaria

Autoridades:


Dr. Martín Manuel Salazar Simó
Director General Residencias Médicas
y Post-grado del MIDE


Dr. Manuel Fernández Martínez
Jefe de Enseñanza del HCFF.AA


Dra. Heidy De Los Santos
Coordinadora Residencia MFYC


Dr. William Duke
Decano de la Facultad Ciencias de la Salud
(UNPHU)

Fecha presentación 03/11/17

Calificación: 98 pts