

República Dominicana
Universidad Nacional Pedro Henríquez Ureña
Facultad de Ciencias de la Salud
Escuela de Medicina
Hospital Dr. Luis E. Aybar
Residencia de Medicina Familiar y Comunitaria

DEPRESIÓN EN LOS RESIDENTES DE MEDICINA INTERNA EN EL HOSPITAL
DOCENTE DR. FRANCISCO MOSCOSO PUELLO ENERO-ABRIL 2023.



Tesis de posgrado para optar por el título de especialista en:
MEDICINA FAMILIAR Y COMUNITARIA

Sustentante:

Marlenny Altagracia Díaz Mejía

Asesores:

(Clínico)

Dra. Gladis Soto de los Santos

(Metodológico)

Dra. Claridania Rodríguez

Los conceptos emitidos en el presente anteproyecto de tesis de pos grado son de la exclusiva responsabilidad de la sustentante del mismo.

Distrito Nacional: 2023

CONTENIDO

Agradecimientos	4
Dedicatorias	5
I. Introducción	7
I.1. Antecedentes	8
I.2. Justificación	10
II. Planteamiento del problema	11
III. Objetivos	12
III.1. General	12
III.2. Específicos	12
IV. Marco teórico	14
IV.1. Depresión	14
IV.1.1. Historia	14
IV.1.2. Definición	17
IV.1.3. Etiología	18
IV.1.4. Clasificación	21
IV.1.5. Fisiopatología	23
IV.1.6. Epidemiología	26
IV.1.7. Factores de riesgo	26
IV.1.8. Diagnostico	27
IV.1.8.1. Diagnóstico diferencial	33
IV.1.9. Tratamiento	34
IV.1.10. Complicaciones	38
IV.1.11. Pronóstico y evolución	39
IV.1.13. Prevención	40
VI. Operacionalizacion de las variables	43
VII. Material y métodos	45
VII.1. Tipo de estudio	45
VII.2. Área de estudio	45
VII.3. Universo	46

VII.4. Muestra	46
VII.5. Criterio	46
VII.5.1. De inclusión	46
VII.5.2. De exclusión	46
VII. 6. Instrumento de recolección de datos	46
VII. 7. Procedimiento	47
VII.8. Tabulación	47
VII.9. Análisis	47
VII.10. Aspectos éticas	47
VIII. Resultados	50
VIII.1. Discusión	61
VIII.2. Conclusiones	64
VIII.3. Recomendaciones	65
IX. Referencias	66
X. Anexos	70
X.1. Cronograma	70
X.2. Instrumento de recolección de datos	71
XI.3. Consentimiento informado	75
XII.4. Costos y recursos	76
X.5. Evaluación	77

AGRADECIMIENTOS

A Dios

Por haberme guiado en todo este trayecto y por dame la fortaleza para seguir adelante y permitirme culminar con éxito.

A mi familia:

Por su comprensión, apoyo incondicional y por mantenerse dándome ánimos cada vez que lo he necesitado. Gracias por formarme con buenos sentimientos y valores y por guiarme siempre por el camino correcto.

A Jacinto Núñez:

Por estar presente y atento a todos mis progresos aun en la distancia, por alentarme junto a mi madre a seguir avanzando a pesar de los obstáculos y por alegrarse y celebrar mis logros como si fueran suyos.

DEDICATORIAS

A Dios

Al Dios padre todo poderoso doy las gracias por no dejarme caer y mantenerme firme hasta el final. Porque recta es la palabra de Jehová, y a toda su obra es hecha con fidelidad. Salmos 33:4

A mis padres

Miladys Mejía, Domingo Díaz por estar siempre pendiente de mí y por su disposición de ayuda constante durante mi formación educativa. Gracias por enseñarme valores, disciplina y por sus sabios consejos ya que gracias a ellos y a su dedicación como padres estoy aquí hoy.

A mi hija

Emma Sophia por ser mi mayor motivación de seguir adelante, nunca rendirme y ser un buen ejemplo para ella.

A mis hermanas

Domelys y Dianelys Díaz por estar presente en cada paso y brindar su ayuda siempre que la he necesitado. Gracias por la paciencia y apoyo incondicional.

A mis compañeras

Solanyi y Dollys por hacer estos años más llevaderos y divertidos, por brindarme siempre su ayuda en todo momento y apoyo incondicional.

A las Dras.

Gladis Soto, Venecia Contreras y Yajaira Sierra por su sabiduría y por sus esfuerzos de en ayudarme a culminar con éxitos la especialidad médica, gracias a los conocimientos compartidos y dedicación.

CAPITULO I
INTRODUCCION
PLANTEAMIENTO DEL PROBLEMA
JUSTIFICACION
OBJETIVOS

I. INTRODUCCIÓN

La depresión contribuye de manera significativa a la carga global de enfermedad; es una de las principales causas de discapacidad y se estima que afecta a 350 millones de personas en el mundo, con prevalencias que oscilan entre 3.3 y 21.4 por ciento. Este trastorno generalmente comienza en edades tempranas, reduce sustancialmente el funcionamiento de las personas, es un padecimiento recurrente y tiene importantes costos económicos y sociales. Es por ello que la depresión se encuentra entre los primeros lugares de la lista de enfermedades discapacitantes y se ha convertido en un objetivo prioritario de atención en todo el mundo.

Los trastornos depresivos afectan las funciones físicas, mentales y sociales y se asocian con mayor riesgo de muerte prematura. Pueden dificultar la capacidad de la persona para realizar actividades cotidianas, causando un deterioro significativo en el funcionamiento habitual y en la calidad de vida.¹

Diversos estudios describen el impacto de la carga mental de trabajo con los síntomas de depresión, aumento de ritmo cardíaco y disminución del rendimiento, entre otros. Se ha investigado la carga mental en múltiples profesiones, encontrándose mayormente afectado el gremio médico.

Las condiciones laborales en cuanto a factores riesgo psicosocial a las que se ven sometidos los médicos, como: altas exigencias, escaso control sobre el trabajo, realización de tiempos extra y largas jornadas laborales se asocian a tasas elevadas de ansiedad y depresión e influyen negativamente en las decisiones clínicas y calidad en la atención hacia los pacientes.²

El estrés en el trabajo, del cual Onciul, J. realiza una revisión de la adaptación al lugar de trabajo y del síndrome general de adaptación, el cual fue descrito en 1975 por Selye, refiere que cambios en el ambiente de trabajo conducen a cambios en el balance entre la actividad física y mental; siendo un proceso que caracteriza a la exposición prolongada al estrés. Los agentes estresantes pueden ser físicos, emocionales o mentales; estos son aditivos. Este proceso avanza en 3 estadios: 1) reacciones de alarma, 2) estadio de resistencia y 3) estadio de fatiga. El estrés prolongado conduce a problemas crónicos, que terminan en fatiga de

todas las reservas y energías e incluso a la depresión franca, la cual forma parte de los síntomas emocionales del estadio de fatiga, junto con la ideación suicida y el síndrome de ansiedad. Además de que tanto la depresión como el estrés en el trabajo están relacionados con abuso de sustancias lo cual se ha visto en residentes de medicina de urgencias en los EE.UU. Así como de alcohol, del cual se ha observado un incremento en su consumo en los estudiantes de medicina en EE. UU, con deterioro en su salud y nivel de competencia. Así también se han relacionado con una disminución en el nivel de competencia laboral y con aumentos en la tasa de ausencias al trabajo. En el estudio de Lindeman S, et al se observó que la depresión es la causa contribuyente más prevalente de muerte por suicidio en médicos, poniendo atención en que una minoría de los sujetos con depresión son admitidos al hospital, siendo posible que la depresión en los médicos, especialmente en los varones es infratratada en los hospitales psiquiátricos. La depresión es por mucho el desorden psiquiátrico más común en las mujeres médicos, y la tasa de suicidio es alarmantemente alta, sin embargo, el abuso de sustancias es menor.³

I.1. Antecedentes

La atención de salud mental en la República Dominicana se desarrolló, en el pasado, basada en un modelo institucional-manicomial centrado en el Hospital Psiquiátrico Padre Billini, inaugurado en 1959. Posteriormente, de manera progresiva, los servicios psiquiátricos se expandieron con la creación de consultas externas y unidades comunitarias de salud mental, así como hospitalizaciones de corta estadía en algunos hospitales generales. En el periodo 2014-2017 se profundiza la reestructuración de los servicios de salud mental, que fue acompañada de una significativa inversión financiera. Fue cerrado el Hospital Psiquiátrico Padre Billini para ser convertido en el Centro de Rehabilitación Psicosocial (de referencia nacional), que funciona como una institución para apoyar a las personas con enfermedad mental grave a recuperar el máximo grado de autonomía personal y social, promoviendo su integración a la comunidad y a sus familias.

El país no dispone de investigaciones o encuestas comunitarias nacionales de morbilidad por trastornos mentales; también son limitados los estudios de prevalencia por demanda en servicios de salud.

En términos de carga y prevalencia, la depresión continúa ocupando la principal posición entre los trastornos mentales, y es dos veces más frecuente en mujeres que en hombres. En las Américas, 65.000 personas mueren por suicidio cada año. La tasa de suicidio ajustada según la edad, por 100.000 habitantes, es de 7,3 (11,5 hombres y 3,0 mujeres).⁴

Desde hace décadas, antes de que el estrés en el trabajo y los factores psicosociales se convirtieran en expresiones habituales, se señalaba que el estrés psicológico era un hecho cada vez más frecuente en el lugar de trabajo y presentaba una amenaza para la salud mental. La carga mental de trabajo o simplemente la carga mental es un factor de riesgo psicosocial estrechamente asociado a las exigencias mentales de los puestos de trabajo y se define como el esfuerzo cognitivo que debe realizar una persona en un tiempo concreto para hacer frente a determinada cantidad y tipo de tareas.

Entre la población médica, con sus diferentes especialidades, se destaca que los médicos familiares y generales son los profesionistas que presentan mayor prevalencia de depresión. En México no se encontrado ningún tipo de evaluación de carga mental a médicos, solo evalúan otros aspectos como ansiedad y depresión de manera aislada, mas no su asociación con factores laborales.²

Según informes de la OMS, en la República Dominicana un 4.7 por ciento de la población padece de trastornos depresivos, mientras que un 5.7 por ciento sufre de trastornos de ansiedad. Estas cifras han aumentado en los últimos 15 años, pero podrían duplicarse en los próximos meses por la pandemia que estamos viviendo, según publicaciones recientes. Además, según este informe, la depresión es ya la primera causa de discapacidad, medida en años vividos con discapacidad. Esto representa un reto para los centros y servicios de salud mental de América Latina y el Caribe, que han tenido que adaptarse a la nueva realidad, afrontando una demanda creciente con recursos menguados.⁵

1.2 Justificación

La residencia medica es un sistema educativo en donde se adquieren competencias para la práctica de una especialidad médica. Este tiempo requiere disponibilidad completa del médico y estará sujeto continuamente a pruebas de nivel, cansancio físico, a disminución de horas de sueño, alejado de sus seres queridos y salarios bajos. Por lo que, en esta etapa de formación académica para optar por un título de especialistas es un periodo de gran estrés y puede ayudar a la aparición de depresión.

Los médicos residentes están expuesto a una gran carga en su salud mental en los hospitales lo cual ha generado un ambiente de trabajo no favorable no solo para los médicos sino también para los pacientes, debido a este alto riesgo de estrés al que están expuestos a padecer problemas de salud mental entre los que podemos mencionar la depresión y ansiedad por lo que hay que darle un seguimiento estricto durante este proceso.

Se debe considerar que la carga laboral que representa cada año de residencia medica conlleva un factor de riesgo más elevado de padecer cualquier tipo de alteración a nivel de la salud mental motivo por el cual se decidió realizar este trabajo de investigación contando con escalas de soporte para el diagnóstico de estas entidades patológica que nos pueden ayudar en cuanto al grado en el que se encuentran estas alteraciones.

Por esta gran importancia de conocer en qué estado se encuentra la salud mental de nosotros como residentes o como médicos se decidió realizar esta investigación.

II. PLANTEAMIENTO DEL PROBLEMA

Actualmente, la Depresión, es una enfermedad muy frecuente, según su último reporte de la OMS este se estima que afecta al 5 por ciento de adultos y un 5.7 por ciento de adultos mayores alrededor del mundo, aproximadamente unos 280 millones de personas tienen depresión en sus distintos niveles. Por lo cual es una importante fuente de morbilidad y de discapacidad, especialmente en sus casos severos; y en el peor de sus casos puede conllevar al suicidio.⁶

En el área médica esta ha prevalecido en los últimos tiempos debido a diferentes factores de riesgo como es el estrés producido por la carga laboral que los médicos residentes se encuentran expuestos lo que ha llevado a que durante la residencia médica los ya diagnosticados y los de primera vez hagan crisis.

Dado que los médicos residentes por los factores precipitantes, principalmente el estrés, presentan muy importantes factores de riesgo para el desarrollo de depresión durante su formación como médicos especialistas, consideramos que a pesar de los mecanismos de defensa desarrollados habrá en este grupo de personas una incidencia mayor de episodio depresivo que en lo reportado para la población en general. Asimismo, el grado de depresión también será mayor. A mayor carga de trabajo, tanto físico, como mental y emocional, (rango de residencia, tipo de guardias, servicio asignado, etc.) se reflejará en una mayor prevalencia y gravedad del padecimiento.³

Por lo anteriormente expuesto, nos planteamos la siguiente cuestionante

¿Cuál es la frecuencia de depresión en los residentes de medicina interna del Hospital Docente Dr. Francisco Moscoso Puello?

III. OBJETIVOS

III.1. General

Valorar la frecuencia de depresión en los residentes de medicina interna del Hospital Docente Dr. Francisco Moscoso Puello enero-abril 2023.

III.2. Específicos:

Analizar según la escala de Zung la depresión en los residentes de medicina interna del Hospital Docente Dr. Francisco Moscoso Puello enero-abril 2023 según:

- Escala de depresión de Zung.
- Edad.
- Sexo.
- Estado civil.
- Antecedentes familiares psicológicos
- Comorbilidad.
- Nivel de residencia.

CAPITULO II
MARCO TEÓRICO

IV. MARCO TEÓRICO

IV.1. DEPRESIÓN

IV.1.1. Historia

Se considera que la depresión ha persistido a lo largo del desarrollo de la humanidad. En la antigüedad su símil, recibió el nombre de melancolía y sus síntomas fueron descritos en casi todos los registros literarios y médicos.

La palabra melancolía nació como termino médico, fruto de la doctrina humorística, que ocupó la mayor parte de la historia de la medicina. El humorismo era la doctrina médica antigua, definida por Hipócrates en el siglo V a.n.e., que explicaban la salud y la enfermedad por la acción equilibrada por la acción equilibrada o desequilibrada de los humores del cuerpo. La crisis era el equilibrio entre los 4 humores básicos: sangre, flema, bilis y atrabilis – humor negro o melancolía, así mismo, la expulsión de los humores mediante el sudor, los vómitos, la expectoración, la orina y las deyecciones, se conocían como crisis. En el proceso de la enfermedad los médicos sabían cuál era el momento crítico, es decir aquel en que debía ocurrir la expulsión de los malos humores.

Los griegos antiguos ya hacían mención en un estado delirante, con ánimo exaltado. Areteo de Capadocia, siglo I n.e., escribió: “La melancolía es una alteración apirética del ánimo, que está siempre frío y adherido a un mismo pensamiento, inclinado a la tristeza y la pesadumbre”, causada también por bilis negra. Además, escribió la conexión entre episodios depresivos y maníacos: “la melancolía es el principio y parte de la manía”⁷

otros pensadores como Galeno de Pergamo describieron la melancolía como una alteración crónica, que no se acompaña de fiebre y presenta síntomas como temor, miedo o desesperación, suspicacia, misantropía y cansancio de la vida entre otros.

Constantino el africano del siglo XI, planteó: “La melancolía perturba el espíritu más que otras enfermedades del cuerpo. Una de sus clases llamada hipocondriaca, está ubicada en la boca del estómago, la otra esta en lo íntimo del cerebro. El cuerpo sigue al alma en sus acciones y el alma sigue al cuerpo en sus accidentes”.

En América, según las narraciones de los conquistadores españoles, recopiladas por Elferink, la depresión era la enfermedad mental más frecuente entre los incas, quienes tenían un afianzado conocimiento de las plantas medicinales y los minerales que se empleaban contra la enfermedad, así como los ritos mágicos y religiosos para combatirla.

Santo tomas sostenía que la melancolía era provocada por demonios e influencias astrales e incluso por el pecado de la pereza.

En la edad media los líderes religiosos creían que la depresión era causada por posesión de los espíritus malos. El reformador religioso alemán, Martin Lutero, escribió: “Toda pesadez de la mente y la melancolía vienen del diablo”. A lo largo de los siglos, la depresión ha sido tratada con diferentes remedios como azotes, sangrías, exorcismo y baños. Durante la Edad Media este demonio fue conocido como acedia o *taedium cordis*, esta era considerada como uno de los 8 vicios capitales que subyugaban al hombre.

En el siglo XIV, Paracelso se refirió tanto a la depresión endógena como exógena. En 1621, Robert Burton escribió su libro *La anatomía de la melancolía* e hizo referencia a los aspectos, hasta entonces conocidos, sobre el padecimiento donde era fácil identificar los estados depresivos.

En 1679 Bonetus escribió *Manía de la melancolía* y en otra publicación que data de 1686 trató la y significación patogénica existentes entre la melancolía y la manía.

En 1784 Chiarugi propuso y defendió la idea de que durante la evolución de una misma enfermedad se pueden suceder diversos estados psíquicos. Estableció la hipótesis según la cual existían 3 formas de locura: la melancolía, la manía y la demencia.

En el siglo XVI la melancolía fue aceptada como una enfermedad mental y Bartolomeus Anglicus la definió como la afección de la parte media de la cabeza, con privación de la razón. “Es una afección que domina el alma y que proviene del miedo y de la tristeza que Daña la razón”.

En el siglo XIX supondría el periodo de máximo apogeo en el desarrollo de la psicosis única. Griesinger su idea de la psicosis única llegó a alcanzar su máximo

apogeo, para este autor solo se podía hablar de formas trastornos psíquicos, susceptibles de ser agrupados en perturbaciones afectivas y perturbaciones de pensamiento.

En 1863, Kahlbaum acuñó y empezó a utilizar el término Distimia, tan difundido actualmente entre los profesionales de la salud mental. En 1863, este autor empleo el termino ciclotimia para designar las variaciones de las fases depresiva y maniaca, remedando los ciclos. Finalmente, la melancolía fue aceptada como concepto de depresión, y dio lugar a otros más que especifican las diferentes ramas o clasificaciones de esta.

En 1911 Freud publicó su trabajo Duelo y melancolía, en el cual se establecieron las diferencias entre la enfermedad y el proceso de duelo que tiene lugar cuando se sufre por la pérdida de un ser querido, donde es normal la depresión, siempre y cuando esta se resuelva entre 6 y 12 meses, y no incapacite a la persona en el desarrollo de sus actividades normales.

En 1924 Bleuler se apartó de la línea de Kraepelin, al plantear que la relación entre la enfermedad maniaco-depresiva y la demencia precoz era parte de un continuo, sin una línea clara de delimitación. Por ultimo Maye creía que la psicopatología surgía de interacciones biopsicosociales. A partir de esta conceptualización, reflejada por el DSM-I en 1952, se incluyó el termino maniaco-depresiva. En 1957, Leonhard observo que algunos pacientes presentaban historia de depresión e historia de manía y otros solo presentaban historia de depresión. Los pacientes que noto con historia de manía los cuales llamaba bipolares tenían una elevada incidencia en sus familias cuando los comparaba con los que tenían solamente historia de depresión, los cuales llamaba monopulares.

En 1976, Dunner y colaboradores sugirieron subdividir el trastorno bipolar de la manera siguiente: tipo I, pacientes con historia de manía lo suficientemente severa como para requerir hospitalización y los tipos II, pacientes con una historia de hipomanía, además de presentar una historia previa de depresión mayor, que requirió hospitalización. En 1980, la distinción bipolar-unipolar fue incorporada formalmente en el sistema americano DSM-III.

Otras formas clínicas de nombrar la depresión fue neurosis depresiva, mientras que la otra, psicosis maniaco-depresiva. A partir del DSM-III, en el manual de diagnóstico y estadística de la Asociación Psiquiátrica Americana. Publicado en su tercera edición en 1981, se cambiaron los nombres por trastorno distímico y trastorno depresivo mayor.

Las teorías patogénicas acerca de la depresión continúan girando en espiral a lo largo de la historia, pasando de la magia a lo religioso, de la química a la mecánica, del animismo a lo orgánico, del humor a la electricidad, de lo ambiental a lo genético, de lo espiritual a lo vital, del espíritu a los neurotransmisores, el cuadro clínico, lo descriptivo, permanece estable.⁷

IV.1.2. Definición

La salud mental ha sido definida como un estado de bienestar por medio del cual los individuos reconocen sus habilidades, son capaces de hacer frente al estrés normal de la vida, trabajar de forma productiva y fructífera, y contribuir con sus comunidades. Las crisis emocionales son un conjunto de reacciones físicas y psicológicas que se presentan cuando se percibe una amenaza a la integridad personal, hay un desequilibrio emocional y aparecen problemas como depresión, ansiedad, estrés e insomnio.⁸

Según la OMS: es un “estado de ánimo deprimido, también la pérdida de la capacidad de disfrutar, así como de intereses, y la disminución de energía que produce un apagamiento de la actividad cotidiana, con un lapso mínimo de dos semanas” el cual puede ser causado por factores psicológicos, sociales y biológicos y que quienes hayan pasado por situaciones adversas como desempleo, luto, traumatismos psicológicos, pandemia covid-19.⁵

La depresión es una enfermedad mental que afecta negativamente los actos y pensamientos, ocasiona una pérdida en el interés de actividades agradables para la persona e impacta negativamente la funcionalidad de los individuos que la padecen, tanto en casa como en el trabajo.⁸

La depresión es una enfermedad frecuente en todo el mundo, pues se estima que afecta a un 3,8 por ciento de la población, incluidos un 5 por ciento de los

adultos y un 5,7 por ciento de los adultos de más de 60 años. A escala mundial, aproximadamente 280 millones de personas tienen depresión. La depresión es distinta de las variaciones habituales del estado de ánimo y de las respuestas emocionales breves a los problemas de la vida cotidiana. Puede convertirse en un problema de salud serio, especialmente cuando es recurrente y de intensidad moderada a grave. Puede causar gran sufrimiento a la persona afectada y alterar sus actividades laborales, escolares y familiares.⁹

IV.1.3. Etiología

La depresión puede deberse a un sin número de razones, esto puede incluir la muerte de algún pariente cercano, una enfermedad, pérdida de empleo, alcoholismo o aislamiento de las familias o amigos.

Algunas personas están en mayor riesgo. Las mujeres han mostrado mayor vulnerabilidad cuando han perdido a su madre siendo niñas, o cuando tienen 3 o más niños a su cuidado, cuando no tienen relación sentimental estable, o cuando necesitando un trabajo no lo tienen.

La causa clínica de la depresión se cree que tiene que ver con un desequilibrio en los neurotransmisores que estimulan el cerebro. Mucha o poca concentración de estas sustancias, entre ellos noradrenalina y la serotonina, pueden desencadenar la depresión.

Primarias

a. Bioquímicas cerebrales.

Es la teoría más popular y postula que un déficit relativo o absoluto en las concentraciones de noradrenalina, serotonina y dopamina es la causa de la depresión.

Más recientemente se ha sugerido que una disminución de serotonina es quien causa la depresión, incluso, puede haber una predisposición genética a la disminución de las células que usan ese neurotransmisor. Adicionalmente se han relacionado con depresión el GABA y la acetilcolina.

b. Neuroendocrinos.

Algunos síntomas del síndrome clínico como trastorno del humor, disminución de la libido, trastornos del sueño, del apetito y de la actividad anatómica, sugieren disfunción del hipotálamo.

Cerca de la mitad de los pacientes muestran aumento del cortisol. Además, existe una relación con la función tiroidea, debido que en muchos pacientes con disminución de T3, poseen depresión, sin embargo, muchos pacientes con depresión no tienen ninguna alteración de la función tiroidea. Otro hallazgo importante es que en pacientes deprimidos existe una disminución en la liberación de hormona del crecimiento (GH) durante las horas de sueño, que permanece hasta un año luego de la desaparición de los síntomas de depresión.

c. Neurofisiológicos.

En los pacientes que se les realiza Electroencefalograma, presentan una disminución de los movimientos oculares rápidos (MOR o REM).

d. Genéticos y familiares.

Estudios en familiares han revelado relación entre la depresión y la herencia. El trastorno depresivo mayor es de 1,5-3 veces más común en familiares biológicos de primer grado de personas que lo sufren, que en la población general.

e. Factores psicológicos.

Se cree que el problema de la depresión es producto de un pensamiento distorsionado que produce una visión negativa de sí mismo, del mundo y del futuro, el estado depresivo será secundario a estos fenómenos cognoscitivos.

Secundarias.

a. Drogas.

Más de 200 medicamentos se han relacionado con la aparición de depresión, la gran mayoría de ellos de forma ocasional, y unos pocos con mayor frecuencia. Entre ellos los AINES (indometacina, fenocetina, fenilbutazona), antibióticos (cicloserina, sulfas, isoniazida), hipotensores (clonidina, metildopa, propanolol, bloqueadores de canales de calcio), antipsicóticos, drogas cardiacas (digitálicos,

procainamida), corticoesteroides y ACTH, disulfiran, L-Dopa y contraceptivos orales.

b. Enfermedades orgánicas.

Cualquier enfermedad especialmente las graves, pueden causar depresión como reacción psicológica, pero algunas enfermedades se relacionan con mayor frecuencia, Alzheimer, Parkinson, Huntington, Epilepsias, esclerosis múltiple, hipotiroidismo, trastorno del calcio, feocromocitoma, porfiria, cáncer de páncreas, infarto al miocardio.

c. Enfermedades infecciosas.

Hepatitis, influenza y brucelosis.

d. Enfermedades psiquiátricas.

La esquizofrenia y el trastorno esquizofrénico pueden producir cuadros depresivos. Etapas avanzadas de los trastornos de pánico pueden causar depresión. El alcoholismo y la farmacodependencia pueden también producir depresión secundaria.¹⁰

Trastornos físicos que pueden ocasionar depresión.

Efectos secundarios de los medicamentos:

- Anfetaminas (síndrome de abstinencia).
- Antipsicóticos.
- betabloqueadores.
- Cimetidina.
- Indometacina.
- Anticonceptivos orales.
- Cicloserina.
- Metildopa
- Reserpina
- Vinblastina
- Vincristina.

Infecciones

- SIDA
- Gripe.

- Sífilis (estadio tardío).
- Tuberculosis.
- Hepatitis vírica.
- Neumonía vírica.

Trastornos hormonales:

- Enfermedad de Addison.
- Enfermedad de Cushing.
- valores altos y bajos de hormona tiroidea.
- Valores bajos de hormonas hipofisarias.

Enfermedad de tejido conectivo:

- Artritis reumatoidea.
- Lupus eritematoso sistémico.

Trastornos neurológicos:

- Tumores cerebrales.
- Lesiones craneales.
- Esclerosis múltiple.
- Enfermedad de Parkinson.
- apnea del sueño.
- Accidente vascular cerebral.
- Epilepsia del lóbulo temporal.
- Trastornos nutricionales.
- Pelagra (deficiencia de vitamina B6)
- Anemia perniciosa (deficiencia de vitamina B12)

Canceres:

- CA abdominal (ovario y de colon).
- CA diseminado por todo el organismo. ¹⁰

IV.1.4. Clasificación

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

La CIE-1056 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:

F32.0 Episodio depresivo leve`

El animo depresivo, la perdida de interes y la capacidad de disfrutar, y el aumento de la fatigabilidad suelen considerarse los sintomas mas tipicos de la depresion y, como minimo 2 de estos 3 deben estar presentes para plantear el diagnostico definitivo. El episodio depresivo debe durar al menos 2 semanas.

F32.1 Episodio depresivo moderado

Deben estar presentes 2 o 3 de los sintomas tipicos, descritos para el episodio depresivo leve, asi como ademas 3 de los demas sintomas. Es posible que algunos de los sintomas se presenten en grado intenso. El episodio depresivo debe durar al menos 2 semanas.

F32.2 Episodio depresivo grave sin síntomas psicóticos

Durante un episodio depresivo grave, el enfermo suele presentar una considerable angustia o agitacion, a menos que la inhibicion sea una característica marcada, es probable que la perdida del autoestima y los sintomas de inutilidad o de culpa sean significativos, y el riesgo de suicidio es importante en los casos particularmente graves. Para confirmar diagnostico deben estar presentes al menos 3 sintomas tipicos del episodio depresivo leve y moderado, y por lo menos 4 de los demas sintomas, los cuales deben se de intensidad grave. Normalmente los sintomas depresivos deben durar al menos 2 semanas, pero si lo sintomas son graves.¹¹

– 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:

- Animo depresivo
- pérdida de interés y la capacidad para disfrutar
- Aumento de la fatigabilidad

Clasificación de la American Psychiatric Association, quinta edición (DSM-5)

Esta propuesta divide la anterior clasificación de “trastornos del estado de ánimo” en “trastornos depresivos” y “trastornos bipolares”. El DSM-5 no introduce cambios significativos respecto a los criterios diagnósticos del DSMIV-TR para el episodio de depresión mayor, a excepción de las modificaciones y especificaciones para describir el estado clínico actual.

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.¹¹

IV.1.5. Fisiopatología

Las teorías fisiopatológicas de los trastornos afectivos se desarrollan a lo largo de tres líneas principales de investigación:

- Estudios endocrinos.
- Neurotransmisores.
- Estudios electrofisiológicos.

En el tronco encefálico existen cantidades moderadas de neuronas secretoras de norepinefrina, especialmente en el locus ceruleus. Envían fibras a la mayoría del sistema límbico, talamo y corteza cerebral. Además existen numerosas neuronas productoras de serotonina en los núcleos del rafe medio de la parte inferior de la protuberancia y el bulbo y proyectan fibras a diversas zonas del sistema límbico y otras áreas del encefalo.

Existe la hipótesis de que estos trastornos expresan una patología del sistema límbico, ganglios basales e hipotálamo. Es posible que las personas que presentan lesiones en estas partes presenten síntomas depresivos. El sistema límbico y los ganglios basales están íntimamente relacionados y a este sistema se le atribuye una función en la producción de las emociones. Las alteraciones del

sueño, apetito, conducta sexual y los cambios biológicos en las medidas endocrinas, inmunológicas y cronobiológicas observadas en los pacientes deprimidos sugirerían una disfunción del hipotálamo.

Se sugiere una disfunción hipotálamo-hipofisis en todos los trastornos afectivos, debido a que ninguno de estos hallazgos es específico para algún tipo de enfermedad depresiva o consistente en todas las enfermedades depresivas. Se ha encontrado que los pacientes deprimidos con frecuencia presentan elevación de las concentraciones de esteroides corticales en la sangre y orina.

Los estudios de los neurotransmisores se fundamentan en el éxito de los medicamentos para el tratamiento. El 70 por ciento de los pacientes depresivos responden de manera efectiva a fármacos que aumentan los efectos excitadores de estos neurotransmisores en las terminaciones nerviosas, como son los tricíclicos y los inhibidores de la MAO que aumentan la disponibilidad de catecolaminas e indolaminas en el sistema nervioso central. Medicamentos como reserpina, fenotiazida que disminuyen la cantidad de neurotransmisores, bloqueando la secreción de norepinefrina y serotonina, pueden iniciar síntomas de depresión.

La L-dopa usada como tratamiento antiparkinsoniano es un precursor de dopamina y por sí misma puede producir manía.

Los estudios en líquido cefalorraquídeo y en orina de noradrenalina, su metabolito 3-metoxi-4-hidroxifenetilenglicol y la enzima catalítica dopamina beta-hidroxilasa indican fluctuaciones en una dirección predecible durante un episodio depresivo mayor y un episodio maniaco. Sin embargo se han descrito aumentos de noradrenalina tanto en la manía como en la depresión.

La noradrenalina es más abundante en el cerebro y la adrenalina en el plasma, se sintetizan a partir de tirosina y la enzima limitante de la síntesis es la tirosin hidroxilasa. En las neuronas liberadoras de noradrenalina, la enzima dopamina beta-hidroxilasa convierte la dopamina en adrenalina, en las liberadoras de adrenalina la enzima feniletanolamina-N-metiltransferasa convierte la noradrenalina en adrenalina luego de formadas se transportan a vesículas sinápticas mediante transportadores específicos y de ahí son liberadas cuando se despolariza la

terminal axónica, las dos rutas principales de desactivación son la recaptación por la neurona presináptica y el metabolismo por la MAO.

La serotonina se ha convertido en el neurotransmisor más asociado a este trastorno, debido a la gran repercusión que han tenido los inhibidores de la recaptación de serotonina (ISRS) en su tratamiento. La identificación de múltiples receptores ha aumentado el interés por este neurotransmisor. Su descenso puede precipitar a una depresión.

Algunos datos sugieren que la actividad dopaminérgica podría estar disminuida en la depresión y aumentada en la manía, los fármacos que reducen la concentración de dopamina, como la reserpina y las enfermedades en donde esta baja, como Parkinson se ha relacionado con la depresión y sustancias que incrementan su concentración producen mejoría.

La noradrenalina se ha implicado en la depresión, la activación de los receptores presinápticos β -2 adrenérgicos produce una disminución de la cantidad de noradrenalina liberada, estos también están en las neuronas serotoninérgicas y regulan la cantidad de serotonina liberada, también existe tratamiento antidepresivo casi exclusivamente noradrenergico.

Hay estudios electrofisiológicos que se centran en las disfunciones de; sueño REM durante episodios de la enfermedad, en algunos de ellos se acorta la latencia REM. El análisis de los ritmos circadianos ofrece cada vez más pruebas de un desencadenamiento durante el invierno y el otoño de enfermedades bipolares, con enfermedad depresiva en aparente relación con la disminución de la luminosidad ambiental.

Las alteraciones neuroendocrinas compatibles con los signos y síntomas neurovegetativos son:

- Aumento de la secreción del cortisol.
- Aumento del tamaño de las suprarrenales.
- Descenso de la respuesta inhibitoria de los glucocorticoides a la dexametaxona.
- Respuesta amortiguada de la hormona estimulante de la tiroides. (TSH)

Hay estudios sobre los factores genéticos, debido a que los trastornos del estado del ánimo resultan de la interacción compleja entre la carga genética del paciente con la del medio.

La causa de un episodio depresivo puede concebirse como la intersección de los espectros continuos de factores de intensidad progresiva. Uno se refiere a la vulnerabilidad de la persona a presentar un trastorno del estado del ánimo. Esto interacciona con el segundo referido al estrés ambiental y acontecimientos vitales a los que está sometido el paciente. Algunos individuos con predisposición genética, presentan síntomas luego de acontecimientos desencadenantes poco importantes. Otros con poca predisposición genética presentan trastornos solo cuando se exponen a acontecimientos desencadenantes graves y a tensiones acumuladas a lo largo de su vida.¹²

IV.1.6. Epidemiología

Se estima que, en el 2015, la proporción de la población mundial con depresión fue de 4,4%. La depresión es más común en las mujeres (5,1%) que en los hombres (3,6%).

Las tasas de prevalencia varían según la edad y alcanzan su punto máximo en la edad más adulta (por encima de 7,5% en mujeres de edades comprendidas entre los 55 y 74 años, y por encima de 5,5% en hombres). La depresión también ocurre en niños y adolescentes menores de 15 años, pero en un grado menor que en los grupos de mayor edad. El número total estimado de personas con depresión aumentó en 18,4% entre el 2005 y el 2015, lo que refleja el crecimiento general de la población mundial, así como un aumento proporcional de los grupos etarios.

En el 2015, los trastornos depresivos representaron un total de más de 50 millones de años vividos con discapacidad a escala mundial. Más de 80% de esta carga de enfermedad no mortal ocurrió en países de ingresos bajos y medianos.¹³

IV.7. Factores de riesgo

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.¹⁷

Debido a las distintas etiologías y a los múltiples factores que están presentes en esta patología, asociado a las comorbilidades, aspectos psicosociales se presenta cierta dificultad para determinar factores de riesgo para el desarrollo de la misma, siempre salen a resaltar factores de riesgo comunes, por lo que se pueden rescatar al menos de mayor importancia los siguientes:

- Sexo femenino
- Enfermedad médica concomitante Dolor crónico
- Medicamentos: glucocorticoides
- Enfermedad psiquiátrica concomitante
- Eventos de vida adversos
- Rasgos de personalidad
- Estatus económico bajo
- Estado civil: separado, viudo, divorciado
- Fumador o exfumador
- Antecedente de enfermedad mental
- Conflictos en la infancia con los cuidadores

También se mencionan algunos factores protectores como son: creencias religiosas, soporte social, embarazo y tener hijos.¹⁴

IV.1.8. Diagnóstico

La depresión puede manifestar una combinación de distintos síntomas, lo que hace su detección con un grado mayor de dificultad, y en especial en el contexto de otra enfermedad concomitante.¹⁵

Criterios diagnósticos de un episodio depresivo según CIE-10.

A. El episodio depresivo debe durar al menos dos semanas.

B. El episodio no es atribuible a abuso de sustancias psicoactivas o a trastorno mental orgánico.

C. Síndrome somático: algunos de los síntomas depresivos pueden ser muy destacados y adquirir un significado clínico especial. Habitualmente, el síndrome somático se considera presente cuando coexisten al menos cuatro o más de las siguientes características:

- Pérdida importante del interés o capacidad de disfrutar de actividades que normalmente eran placenteras
 - Ausencia de reacciones emocionales ante acontecimientos que habitualmente provocan una respuesta
 - Despertarse por la mañana dos o más horas antes de la hora habitual
 - Empeoramiento matutino del humor depresivo
 - Presencia de enlentecimiento motor o agitación
 - Pérdida marcada del apetito
 - Pérdida de peso de al menos 5 % en el último mes
 - Notable disminución del interés sexual
-

Revista Médica Sinergia Vol.5 (12), diciembre 2020 - ISSN:2215-4523 / e-ISSN:2215-5279

Criterios de gravedad de un episodio depresivo según CIE-10.

A. Criterios generales para episodio depresivo

- El episodio depresivo debe durar al menos dos semanas.
 - El episodio no es atribuible a abuso de sustancias psicoactivas o a trastorno mental orgánico.
-

B. Presencia de al menos dos de los siguientes síntomas:

- Humor depresivo de un carácter claramente anormal para el sujeto, presente durante la mayor parte del día y casi todos los días, que se modifica muy poco por las circunstancias ambientales y que persiste durante al menos dos semanas.
 - Marcada pérdida de los intereses o de la capacidad de disfrutar de actividades que anteriormente eran placenteras.
-

– Falta de vitalidad o aumento de la fatigabilidad.

C. Deben estar presentes uno o más síntomas de la lista, para que la suma total sea al menos de cuatro:

– Pérdida de confianza y estimación de sí mismo y sentimientos de inferioridad.

– Reproches hacia sí mismo desproporcionados y sentimientos de culpa excesiva e inadecuada.

– Pensamientos recurrentes de muerte o suicidio, o cualquier conducta suicida.

– Quejas o disminución de la capacidad de concentrarse y de pensar, acompañadas de falta de decisión y vacilaciones.

– Cambios de actividad psicomotriz, con agitación o inhibición.

– Alteraciones del sueño de cualquier tipo.

– Cambios del apetito (disminución o aumento) con la correspondiente modificación del peso

D. Puede haber o no síndrome somático*

Episodio depresivo leve: están presentes dos o tres síntomas del criterio B. La persona con un episodio leve probablemente está apta para continuar la mayoría de sus actividades.

Episodio depresivo moderado: están presentes al menos dos síntomas del criterio B y síntomas del criterio C hasta sumar un mínimo de 6 síntomas. La persona con un episodio moderado probablemente tendrá dificultades para continuar con sus actividades ordinarias.

Episodio depresivo grave: deben existir los 3 síntomas del criterio B y síntomas del criterio C con un mínimo de 8 síntomas. Las personas con este tipo de depresión presentan síntomas marcados y angustiantes, principalmente la pérdida de autoestima y los sentimientos de culpa e inutilidad. Son frecuentes las ideas y acciones suicidas y se presentan síntomas somáticos importantes. Pueden aparecer síntomas psicóticos tales como alucinaciones, delirios, retardo psicomotor o estupor grave. En este caso se denomina como episodio depresivo grave con síntomas psicóticos. Los fenómenos psicóticos como las alucinaciones o el delirio pueden ser congruentes o no congruentes con el estado de ánimo.

Criterios diagnósticos de trastorno de depresión mayor según DSM-5.

A. Cinco (o más) de los síntomas siguientes han estado presentes durante el mismo período de dos semanas y representan un cambio de funcionamiento previo; al menos uno de los síntomas es (1) estado de ánimo depresivo o (2) pérdida de interés o de 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 hipersomnia 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.

Revista Médica Sinergia Vol.5 (12), diciembre 2020 - ISSN:2215-4523 / e-ISSN:2215-5279

Plan De Actuación

Detección

Las herramientas más utilizadas para la detección de la depresión (Escala de depresión de Goldberg, Zung, Beck, Hamilton etc. Son igual de eficaces que formular al paciente estas dos preguntas:

- Durante las últimas dos semanas ¿se ha sentido triste, deprimido o desesperanzado?
- Durante las últimas dos semanas ¿ha perdido el interés por sus actividades habituales o el placer en hacer cosas con las que se solía disfrutar?

Por lo que se puede utilizar una escala o esas preguntas como forma de exploración. Una detección positiva, incluso unida a factores de riesgo (como sexo femenino, historia familiar de depresión, desempleo o enfermedades crónicas) no equivale a diagnóstico.¹⁶

Tienen como objetivo la evaluación sintomática del paciente en un marco temporal determinado, permitiendo la gradación de cada ítem y obteniendo una puntuación final. No tienen una pretensión diagnóstica, que deberá realizarse a partir de la información psicopatológica obtenida de la entrevista clínica.¹⁵

Anamnesis

Existe evidencia de la utilidad de un adecuado conocimiento y aplicación de técnicas y habilidades en la entrevista clínica para mejorar la detección y manejo de los problemas de salud mental en la consulta.

Aspectos a valorar	Preguntas sugeridas
Animo depresivo	¿Cómo ha estado su ánimo últimamente? ¿Se ha sentido triste, deprimido o desesperanzado?
Anhedonia	¿Ha perdido interés en sus actividades habituales?

	¿Obtiene menos placer en las cosas que solía disfrutar?
Perdida de energía	¿Se cansa con facilidad?
Cambios de peso o de apetito	¿Se siente con menos energía? ¿Ha tenido algún cambio de peso o de apetito?
Aumento o descenso en la actividad psicomotora	¿Se ha sentido inquieto, intranquilo, como si no pudiera estar quieto? ¿Se siente enlentecido, como si estuviera moviendo a cámara lenta o pesado?
Perdida de concentración	¿Ha tenido problemas para concentrarse? ¿Le cuesta más tomar decisiones que antes?
Sentimiento de culpa de inutilidad	¿Se siente culpable o se culpabiliza por las cosas? ¿Cómo se describiría a sí mismo a alguien que nunca lo hubiera conocido antes?
Alteraciones del sueño	¿Ha dormido bien últimamente? ¿Cómo lo compara con su sueño normal?
Ideación suicida	¿Ha sentido que no merece la pena vivir o que estaría mejor muerto? Algunas veces cuando una persona se siente decaída o deprimida puede pensar en morirse. ¿ha tenido algún pensamiento como ese?
Esfera socio familiar	¿Cómo van las cosas en casa o en el trabajo? ¿Hay alguna cosa que le preocupe? ¿Ha vivido alguna situación difícil o conflictiva?

Guía De Práctica Clínica De Los Trastornos Depresivos

Es importante preguntar y reflejar en la historia clínica la ideación suicida y los factores de riesgo para llevarlo a cabo. No hay evidencia de que preguntar sobre ideas de suicidio aumente el riesgo de realizarlo. Hay alguna evidencia circunstancial de que, formando a los médicos de familia para reconocer los factores de riesgo, se reducen las tasas de suicidio.

Exploración Física

Descartar enfermedad orgánica subyacente insistiendo en la exploración neurológica para descartar focalidad:

- Estado de piel y mucosas: coloración en la enfermedad de Addison, estigmas de hepatopatía.
- Estado general: fiebre, frecuencia respiratoria, pérdida de peso...
- Exploración tiroidea
- Auscultación pulmonar.
- Exploración abdominal.
- Exploración de pares craneales, marcha, tono muscular.
- Exploración cognitiva.

Exploración Social

Es necesario realizar una exploración social general con el objetivo de detectar la presencia de indicadores de riesgo social.

Exploraciones Complementarias

El propósito de su realización es el de detectar patología causante del episodio depresivo ya comentada en el apartado de etiología: Solicitar al menos una analítica en la que se incluyan: hemograma, fórmula y recuento, electrolitos (sodio, potasio, calcio, fósforo, glucemia, creatinina, función hepática (GOT, GPT, GGT, fosfatasa alcalina) función tiroidea (T4 libre, TSH) serología (VDRL, VIH), B12 y folatos.¹⁶

IV.1.8.1. Diagnóstico diferencial

El diagnóstico diferencial del episodio depresivo debe orientarse a constatar si la etiología es idiopática o puede estar relacionada con otra patología médica, trastorno mental, consumo de drogas o alguna medicación prescrita.

Patologías medicas	Trastornos mentales
Endocrino/Metabólicas:	Trastorno angustia/ansiedad.
Patología tiroidea (hipo e hipertiroidismo), diabetes, anemia	Trastorno obsesivo compulsivo. Trastorno bipolar.

severa, enfermedad de Cushing, Distimia.

enfermedad de Adisson, Porfiria.

Trastornos adaptativos.

Infecciosas:

Síntomas negativos de la esquizofrenia.

Tuberculosis, infección por virus de Consumo de tóxicos.

Epstein-Barr, VIH, sífilis terciarias.

Neurológicas:

Enfermedad de Alzheimer, esclerosis

múltiple, enfermedad de Parkinson,

ictus, epilepsia.

Neoplasias:

Carcinomatosis, cáncer de páncreas.

Otros:

Lúes, dolor crónico.

Guía De Practica Clínica De Los Trastornos Depresivos

Además, existen drogas y fármacos que pueden causar sintomatología depresiva, por lo que también deberían tenerse en cuenta a la hora de realizar el diagnóstico diferencial.¹⁶

IV.1.9. Tratamiento

Por lo general, el tratamiento de la depresión incluye medicamentos, psicoterapia o ambos. Si estos tratamientos no disminuyen los síntomas, otra opción de tratamiento puede ser la terapia de estimulación cerebral. En casos más leves de depresión, el tratamiento puede empezar solo con psicoterapia y se añaden medicamentos si la persona continúa teniendo síntomas. En el caso de una depresión moderada o grave, muchos profesionales de salud mental recomiendan una combinación de medicamentos y terapia al principio del tratamiento. La selección del plan de tratamiento adecuado debe basarse en las necesidades y en la situación de salud de la persona y bajo el cuidado de un proveedor de atención médica.¹⁷

La acción terapéutica en la depresión es compleja y varía según la gravedad. Su intervención debe ser integral, combinando la intervención farmacológica y la

psicoterapéutica. El objetivo final va dirigido a la mejora en la calidad de vida, la recuperación de la capacidad funcional y la disminución de los riesgos suicidas en el paciente. Para ello, el tratamiento incluye una fase aguda (dirigida a la remisión sintomática), una fase de continuación (evita recaídas) y una fase de mantenimiento (orientada a prevenir recidivas).

El tratamiento farmacológico debe durar al menos unos 6 meses y el mayor riesgo de recaída suele producirse a los 4 o 6 meses de haber desaparecido la sintomatología. La elección del fármaco debe basarse en la situación clínica del paciente, así como el perfil de seguridad y tolerabilidad de los diferentes antidepresivos. Es muy importante que el paciente sea consciente de que los efectos adversos al fármaco aparecen antes que la mejoría clínica, que comienza pasadas de 2 a 4 semanas.

En general el plan de actuación que siguen la mayoría de las guías terapéuticas viene recogido en el Modelo escalonado de la depresión:

Objetivo de la intervención	Naturaleza de la intervención
Depresión grave y/o resistente	<ul style="list-style-type: none"> • Estrategias farmacológicas. • Intervenciones psicológicas. • Tratamiento combinado. • TEC.
Depresión moderada	<ul style="list-style-type: none"> • Intervenciones psicológicas. • Antidepresivos. • Tratamientos combinados.
Depresión leve	<ul style="list-style-type: none"> • Evaluación, apoyo, psicoeducación. • Intervenciones psicológicas. • Antidepresivos.

Modelo escalonado en el manejo de la depresión (Louro et al.2019)

Existe una gran variedad de fármacos antidepresivos, la función general de estos fármacos es revertir la situación patológica. La clasificación común divide

estos fármacos en base a su mecanismo de acción, en nuestro caso se ha incluido también la clasificación cronológica (incluye los clásicos o de 1º generación y los nuevos o de 2º generación), importante en esta revisión ya que se centrará en el estudio de los fármacos de nueva generación o también llamados de 2º generación.

Clásicos:

Antidepresivos tricíclicos (ATC)

Entre ellos destacan amitriptilina, clomipramina, desipramina, Imipramina y nortriptilina.

Aunque son considerados efectivos y en la actualidad continúan utilizándose, son el grupo con mayor incidencia de efectos adversos. Esto se explica debido a que a pesar de que su mecanismo de acción consiste en la inhibición de la recaptación neuronal de NA y 5-HT (aportando el efecto terapéutico), no es un proceso selectivo y estos fármacos actúan también bloqueando otros receptores como son los alfa-1-adrenérgicos (causando hipotensión ortostática), muscarínicos (sequedad de boca, estreñimiento) e histamínicos (sedación y somnolencia). Además, tienen un alto riesgo de sobredosis.

Inhibidores de la monoaminoxidasa (IMAO)

Se encuentran los IMAOs clásicos (no selectivos e irreversible), como la tranilcipromina y los IMAOs de segunda generación (selectivos y reversibles), como la moclobemida. En la actualidad son utilizados como fármacos de segunda línea cuando se ha producido un fracaso terapéutico con los anteriores. Su mecanismo de acción consiste en inhibir de forma irreversible o reversible a la enzima MAO que es la encargada de la degradación de monoaminas.

Nueva Generación:

Este conjunto de antidepresivos desarrollados más recientemente, aunque también llevan mucho tiempo en el mercado, poseen en gran medida mecanismos de acciones análogos a los tricíclicos, en cambio tienen la característica de ser más selectivos lo que permite la reducción de los efectos adversos reduciendo las interacciones con receptores colinérgicos, histaminérgicos y alfa-adrenérgico.

Inhibidores de la recaptación de serotonina (ISRS)

Pertenecen a este grupo la fluoxetina, la sertralina, fluvoxamina, paroxetina, escitalopram y citalopram. Tiene una acción potente y selectiva sobre la recaptación de la serotonina (5-HT), esto provoca, de manera rápida tras su administración, un aumento de la concentración de serotonina en el espacio sináptico. A pesar de esto, su efecto 13 terapéutico no se alcanza hasta pasadas unas 2-4 semanas.

Inhibidores de la recaptación de noradrenalina (IRNA)

El más importante es la reboxetina. Su mecanismo de acción es un inhibidor selectivo y potente de recaptación de noradrenalina, por lo que no afecta o de forma muy débil sobre la captación de serotonina o dopamina.

Inhibidores de la recaptación de serotonina y noradrenalina (IRSN)

Mecanismo de acción a diferencia de los tricíclicos estos fármacos son selectivos para los receptores noradrenérgicos y serotoninérgicos y no interaccionan con el resto de receptores. En el caso de la duloxetina tiene una capacidad inhibitoria similar en ambos receptores mientras que la venlafaxina, aunque tiene también efecto dual, presenta una afinidad hasta 5 veces mayor por los receptores 5HT. La desvenlafaxina (metabolito activo de la venlafaxina) también posee actividad antidepresiva.

Otros

Bupropión: Inhibidor de la recaptación de dopamina y noradrenalina (IRDN), realmente actúa como una prodroga, ya que su metabolito hidroxilado es más potente.

Mirtazapina: Antagonista selectivo de serotonina y noradrenalina (NASSA). A diferencia de mucho de los fármacos anteriores no tiene un mecanismo relacionado con la recaptación de neurotransmisores.

Trazodona: Antagonista de los receptores serotoninérgicos 5HT₂ e inhibidor débil de la recaptación de serotonina (ASIR). Actúa también bloqueando receptores H₁ por lo que tiene efectos sedantes y de forma potente sobre los receptores α ₁-adrenérgico, lo que causa hipotensión ortostática. Puede provocar también priapismo.

Agomelatina: Es un agonista melatoninérgico, de los receptores MT 1 y MT 2., y antagonista débil de 5-HT 2C. La agomelatina aumenta la liberación de dopamina y noradrenalina, específicamente en la corteza frontal, y no tiene influencia en los niveles extracelulares de serotonina.¹⁸

Terapia eletroconvulsiva (TEC)

La TEC es un tratamiento biológico consistente en inducir una convulsión tónico-clónica generalizada mediante la administración de un estímulo eléctrico superior al umbral convulsivo, con una frecuencia y en un número de veces determinado en función de la patología y las peculiaridades clínicas de cada paciente. El estímulo eléctrico se administra a través de unos electrodos colocados en la superficie craneal, mediante un aparato diseñado a tal efecto.¹⁹

IV.1.10. Complicaciones

Cronificación de los síntomas

La cronificación de un trastorno depresivo es frecuente. Aproximadamente el 15% de los pacientes que sufren depresiones presenta un curso crónico. Tienen más tendencia a la cronicidad cuando se dan una o dos de las siguientes circunstancias:

- Hay factores estresantes crónicos (problemas de salud, problemas económicos, problemas familiares, etc.).
- El paciente tiene rasgos de personalidad que dificultan el hecho de enfrentarse con tranquilidad al día a día.
- Por el contrario, las depresiones que empezaron espontáneamente, es decir, sin ninguna causa aparente, son las que con menor frecuencia se cronifican.

Recaídas

Los trastornos depresivos (en especial la depresión mayor y el trastorno distímico) son enfermedades con tendencia a la recaída. Se considera que aproximadamente el 70% de los pacientes que sufren un episodio depresivo presentarán algún otro episodio depresivo a lo largo de la vida. Un 50% presentará un segundo episodio ya en los dos primeros años tras la recuperación. A mayor

número de episodios depresivos padecidos, mayor es la posibilidad de una nueva recaída. Cuanto más tiempo esté un paciente sin síntomas más probable es que no haya recaídas rápidas tras suspender el tratamiento.

Suicidio

El suicidio es la más temida y trágica complicación de la depresión. En el 2012 se estima que 877.000 vidas se perdieron en el mundo como causa del suicidio.²³

Algunos datos relevantes al respecto serían éstos:

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

Si bien no siempre es posible prever el suicidio, tienen mayor riesgo suicida: las personas mayores de 60 años, los varones, las personas no creyentes, las personas viudas, las personas que están en el paro, las personas jubiladas, las personas toxicómanas, las que padecen otras enfermedades, las personas sometidas a estrés y aquellas que padecen aislamiento social. La presencia de ansiedad intensa y/o la existencia de sentimientos de culpa y/o de desesperanza deben ser considerados como síntomas que aumentan de forma importante el riesgo de suicidio.²⁰

IV.1.11. Pronóstico y evolución

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 sólo parcialmente en un tercio de los casos (especialmente si vienen precedidos de un trastorno distímico). A medida que aumenta el número de episodios, éstos tienden a ser más frecuentes y prolongados. En un periodo de 20 años, la cantidad media de episodios es de unos cinco. Se puede esperar que el 50-60 % de los sujetos con un primer episodio tengan un segundo episodio. Los sujetos que han tenido un segundo episodio tienen un 70 % de posibilidades de tener un tercero y los que han tenido tres episodios tienen un 90 % de posibilidades de tener el cuarto.¹⁶

Las depresiones tienen tendencia a ser recurrentes, es decir, se suele producir más de un episodio. Por el momento no disponemos de ningún tratamiento que evite al 100% las recaídas. En consecuencia, podríamos decir que no sabemos curar las depresiones. Aproximadamente el 80-85% de los episodios depresivos remiten con el tratamiento apropiado o, lo que es lo mismo, entre el 15-20% de los pacientes con depresión no se curan completamente de su episodio depresivo.²⁰

IV.1.13. Prevención

Clasificación de las intervenciones preventivas Podemos distinguir entre prevención primaria, secundaria y terciaria. 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.
- Las intervenciones 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.
- 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.

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 antidepressivas y psicoterapia). 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.²²

CAPITULO III
OPERACIONALIZACION DE LAS VARIABLES
DISEÑO METODOLOGICO

VI. OPERACIONALIZACIÓN DE LAS VARIABLES

Variables	Concepto	Indicador	Escala
Depresión	Enfermedad o trastorno mental que se caracteriza por una profunda tristeza, decaimiento anímico, baja autoestima, pérdida de interés por todo y disminución de las funciones psíquicas.	Si No	Nominal
Escala de depresión de Zung	Valora que tan deprimido se encuentra un paciente evaluando características más comunes de la depresión: el efecto dominante, los equivalentes fisiológicos, otras perturbaciones, y las actividades psicomotoras.	Rango normal Ligeramente deprimido Moderadamente deprimido Severamente deprimido	Nominal
Edad	Tiempo transcurrido desde el nacimiento hasta la realización del estudio.	Años cumplidos	Numérica
Sexo	Estado genotípico que diferencia al macho de la hembra.	Femenino Masculino	Nominal
Estado civil	Situación en la que se encuentra una persona en determinado momento de su vida personal.	Soltero Casado Unión libre Viudo	Ordinal
Antecedentes familiares	Registro de las enfermedades y afecciones que se han dado en la familia.	Psicológicos Psiquiátricos	Nominal
Comorbilidad	Persona tiene dos o más enfermedades o trastornos al	HTA DM Otras	Nominal

	mismo tiempo		
Nivel de residencia	Años cursados durante el pos grado.	R1 R2 R3 R4	Ordinal

VII. MATERIAL Y MÉTODOS

VII.1. Tipo de estudio

Se realizó un estudio descriptivo prospectivo de corte transversal con el objetivo de valorar la frecuencia de depresión en los residentes de medicina interna Hospital Docente Dr. Francisco Moscoso Puello enero-abril 2023. (ver anexo X.1 Cronograma)

VII.2. Área de estudio

Se llevó a cabo el estudio en el hospital Docente Dr. Francisco Moscoso Puello enero-abril 2023.

Hospital docente Dr. Francisco Moscoso Puello se encuentra ubicado en la Av Nicolás de Ovando esquina Josefa Brea, Ensanche Luperón, Santo Domingo, Distrito Nacional, Rep. Dom. El cual le corresponde los siguientes límites:

Norte: Av. Nicolás de Ovando, Sur: calle 35, Este: calle Josefa Brea, Oeste: calle 16. (ver mapa cartográfico y vista aérea)



VII.3. Universo

El universo estuvo representado por 62 residentes de medicina interna del Hospital Docente Dr. Francisco Moscoso Puello.

VII.4. Muestra

La muestra estuvo representada por 57 residentes de medicina interna del Hospital Docente Dr. Francisco Moscoso Puello enero-abril 2023.

VII.5. Criterios

VII.5.1. De inclusión

1. Depresión.
2. Residentes de medicina interna.
3. Ambos sexos.
4. No se discriminará edad

VII.5.2. De exclusión

1. Negarse a participar en el estudio.
2. No firmar el consentimiento informado.
3. Llenado incompleto.
4. Estar ausente en su aplicación.

VII.6. Instrumento de recolección de datos

Se elaboró un instrumento de recolección de datos que contiene 26 preguntas, 1 abierta y 25 cerradas. Divididas en 2 sesiones, la sección 1 corresponde a los datos sociodemográficos tales como edad, sexo, estado civil, antecedentes familiares psicológicos, comorbilidades y nivel de residencia y la sección 2 corresponde a la escala de depresión de zung. La escala para la depresión de Zung es una encuesta corta que se auto administra para valorar que tan deprimido se encuentra un paciente. Consta de 20 asuntos en la escala que indican las 4 características más comunes de la depresión: el efecto dominante, los

equivalentes fisiológicos, otras perturbaciones, y las actividades psicomotoras. 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 puntos. (ver anexo X.2. Instrumento de recolección de datos).

- 25-49 rango normal
- 50-59 Ligeramente deprimido
- 60-69 Moderadamente deprimido
- 70 o más, Severamente deprimido

VII.7. Procedimiento

El instrumento de recolección de datos fue llenado a través de una auto encuesta. Esta fase será ejecutada por la sustentante durante marzo-abril 2023 (ver anexo X.1. cronograma)

VII.8. Tabulación

Los datos obtenidos fueron calculados mediante el programa de Word y Excel.

VII.9. Análisis

Los resultados fueron presentados en frecuencia simple, las variables que sean susceptibles de comparación serán analizadas en chi cuadrado, considerándose de significación estadística cuando p sea menor de 0.5.

VII.10. Aspectos éticos

El presente estudio se ejecutó con apego a las normativas éticas internacionales, incluyendo los aspectos relevantes de la Declaración de Helsinki²² y las pautas del Consejo de Organizaciones Internacionales de las Ciencias Médicas (CIOMS).²³ El protocolo del estudio y los instrumentos diseñados para el mismo fueron sometidos a la revisión del Comité de Ética de la Universidad, a través de la Escuela de Medicina y de la coordinación de la Unidad de Investigación de la Universidad, así como a la Unidad de enseñanza

del hospital docente Dr. Francisco Moscoso Puello, cuya aprobación será el requisito para el inicio del proceso de recopilación y verificación de datos.

El estudio implica el manejo de datos identificatorios ofrecidos por personal que labora en el centro de salud (departamento de estadística). 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 ser contactadas en las etapas subsecuentes del estudio.

Todos los datos recopilados en este estudio fueron manejados con el estricto apego a la confidencialidad. A la vez, la identidad de los/as contenida en los expedientes clínicos será protegida en todo momento, manejándose los datos que potencialmente puedan identificar a cada persona de manera desvinculada del resto de la información proporcionada contenida en el instrumento.

Finalmente, toda información incluida en el texto de la presente tesis de pos grado, tomada en otros autores, será justificada por su llamada correspondiente.

CAPITULO IV
RESULTADOS
DISCUSION

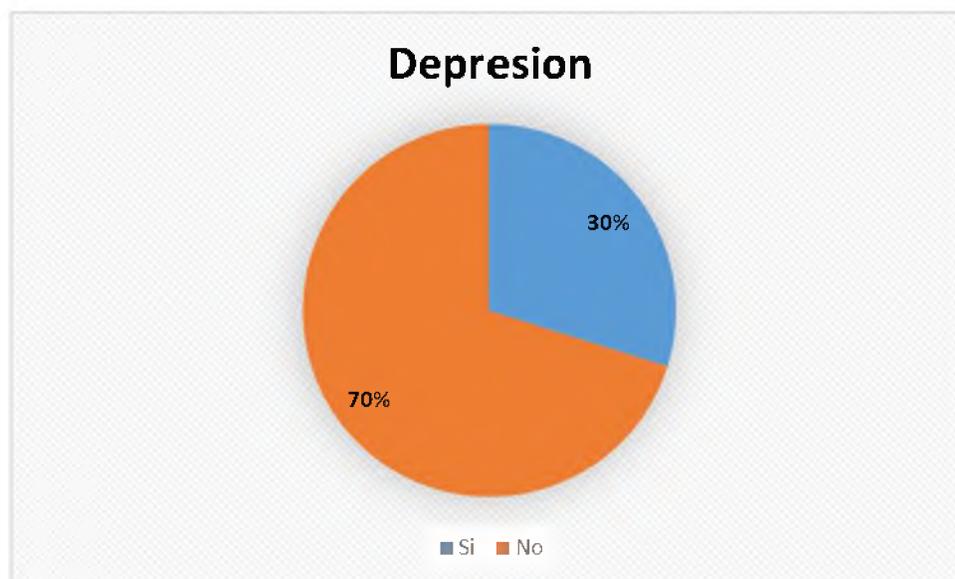
VIII. Resultados

Cuadro 1. Valorar la frecuencia del estado de depresión en los residentes de medicina interna del Hospital Docente Dr. Francisco Moscoso Puello enero-abril 2023.

Depresión	Frecuencia	Por ciento (%)
Si	17	30%
No	40	70%
Total	57	100%

Fuente: cuestionario realizado a los residentes de medicina interna del Hospital Docente Dr. Francisco Moscoso Puello

Grafico 1-



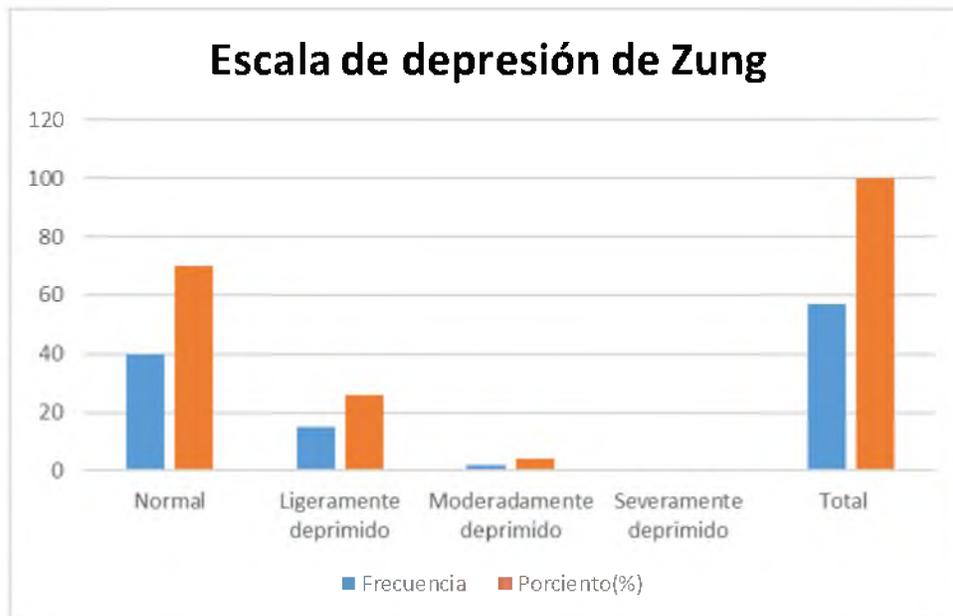
Fuente tabla no.1

Cuadro 2. Analizar la aplicación de la escala de depresión de zung en los residentes de medicina interna del Hospital Docente Dr. Francisco Moscoso Puello enero-abril 2023

Escala de depresión de Zung	Frecuencia	Porcentaje(%)
Normal	40	70%
Ligeramente deprimido	15	26%
Moderadamente deprimido	2	4%
Severamente deprimido	0	0%
Total	57	100

Fuente: cuestionario realizado a los residentes de medicina interna del Hospital Docente Dr. Francisco Moscoso Puello

Grafico 2.



Fuente tabla no.2

Cuadro 3. Identificar el rango de edad más frecuente en los residentes de medicina interna del Hospital Docente Dr. Francisco Moscoso Puello enero-abril 2023.

Edad	Frecuencia	Porcentaje(%)
23-26	14	24%
27-30	28	49%
31-35	15	27%
Total	57	100

Fuente: cuestionario realizado a los residentes de medicina interna del Hospital Docente Dr. Francisco Moscoso Puello

Grafico 3.



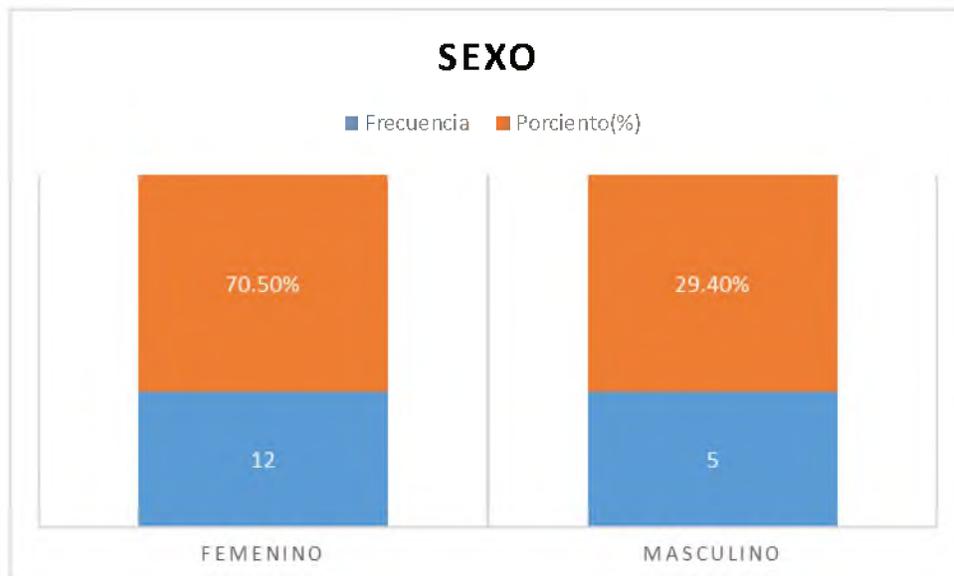
Fuente tabla no.3.

Cuadro 4 Identificar el sexo más frecuente depresión en los residentes de medicina interna del Hospital Docente Dr. Francisco Moscoso Puello enero-abril 2023.

Sexo	Frecuencia	Por ciento(%)
Femenino	12	70.5
Masculino	5	29.4
Total	17	100

Fuente: cuestionario realizado a los residentes de medicina interna del Hospital Docente Dr. Francisco Moscoso Puello

Grafico 4.



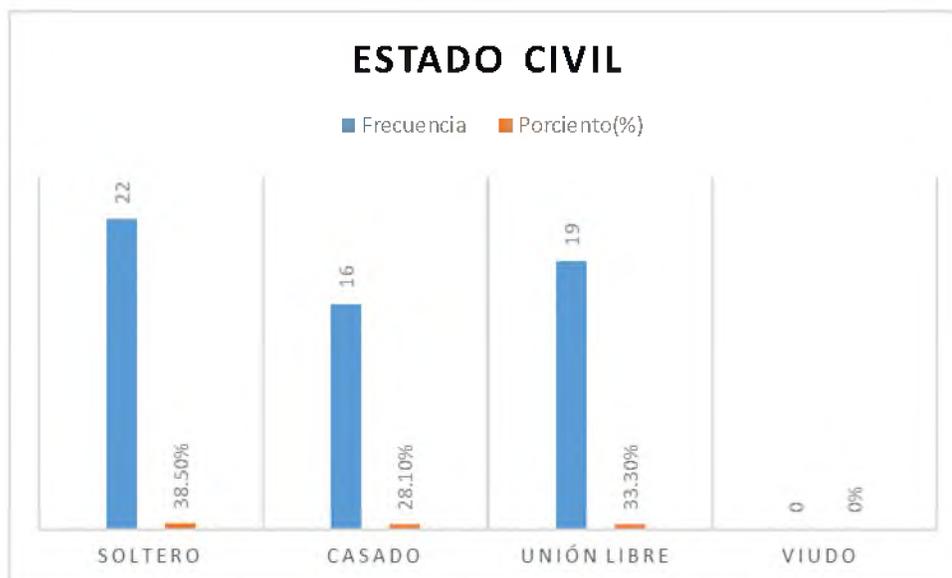
Fuente tabla no.4

Cuadro 5. Conocer el estado civil en los residentes de medicina interna del Hospital Docente Dr. Francisco Moscoso Puello que presentaron depresión enero-abril 2023.

Estado civil	Frecuencia	Por ciento(%)
Soltero	22	38.5%
Casado	16	28.1%
Unión libre	19	33.3%
Viudo	0	0%
Total	57	100

Fuente: cuestionario realizado a los residentes de medicina interna del Hospital Docente Dr. Francisco Moscoso Puello

Grafico 5.



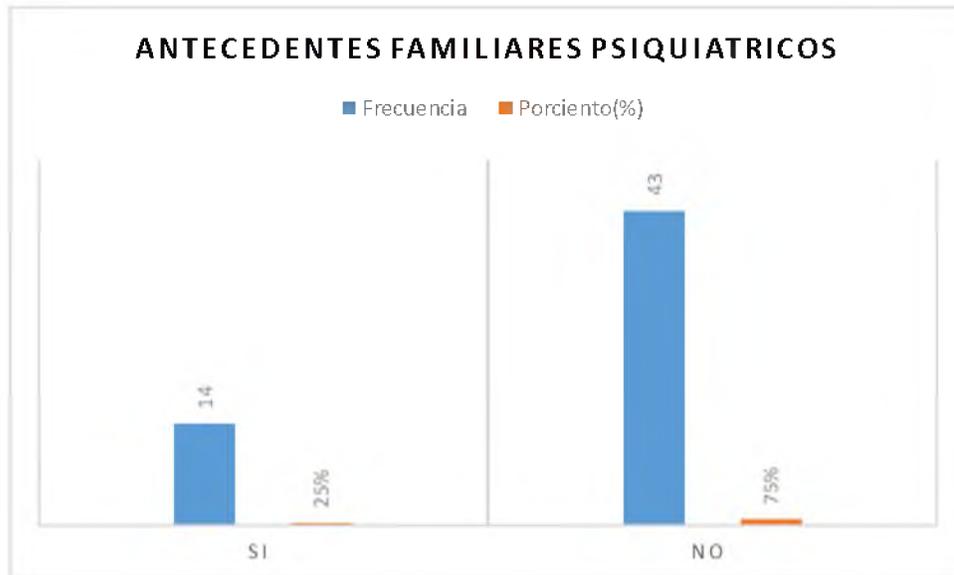
Fuente tabla no.5

Cuadro 6. Identificar los antecedentes familiares psiquiátrico de los residentes de medicina interna del Hospital Docente Dr. Francisco Moscoso Puello enero-abril 2023.

Antecedentes familiares psiquiátrico	Frecuencia	Por ciento(%)
Si	14	25%
No	43	75%
Total	57	100%

Fuente: cuestionario realizado a los residentes de medicina interna del Hospital Docente Dr. Francisco Moscoso Puello

Grafico 6.



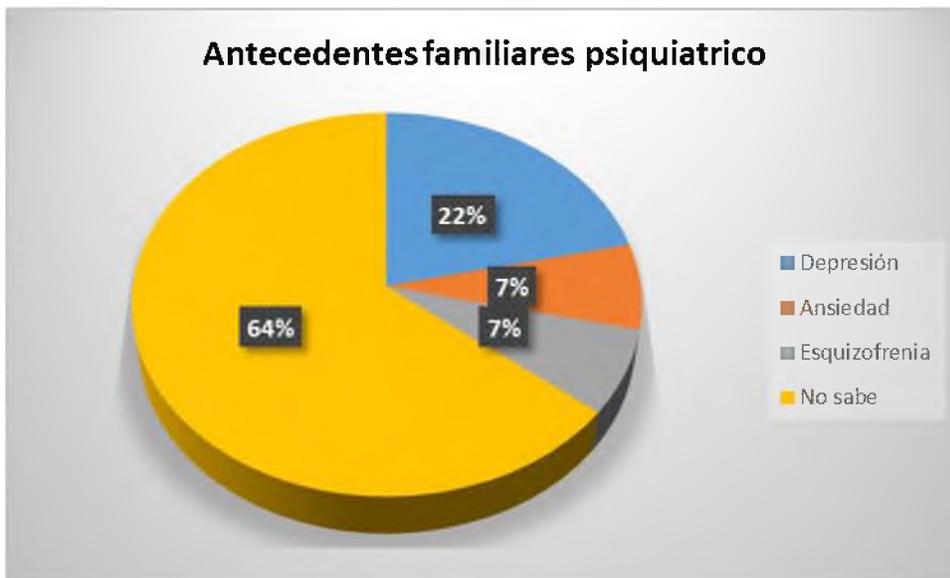
Fuente tabla no.6

Cuadro 7. Determinar los antecedentes familiares psiquiátricos de los residentes de medicina interna del Hospital Docente Dr. Francisco Moscoso Puello enero-abril 2023.

Antecedentes familiares psiquiátrico	Frecuencia	Porcentaje(%)
Depresión	3	21.4%
Ansiedad	1	7.1%
Esquizofrenia	1	7.1%
No sabe	9	64.2%
Total	14	100%

Fuente: cuestionario realizado a los residentes de medicina interna del Hospital Docente Dr. Francisco Moscoso Puello

Grafico 7.



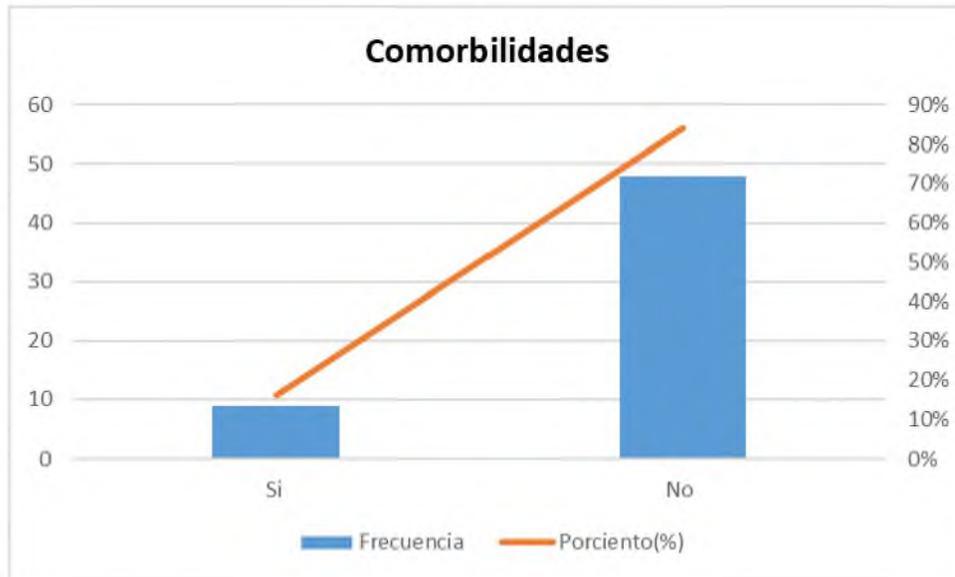
Fuente tabla no.7

Cuadro 8. Conocer las comorbilidades en los residentes de medicina interna del Hospital Docente Dr. Francisco Moscoso Puello enero-abril 2023.

Comorbilidades	Frecuencia	Porcentaje(%)
Si	9	16%
No	48	84%
Total	57	100%

Fuente: cuestionario realizado a los residentes de medicina interna del Hospital Docente Dr. Francisco Moscoso Puello

Grafico 8.



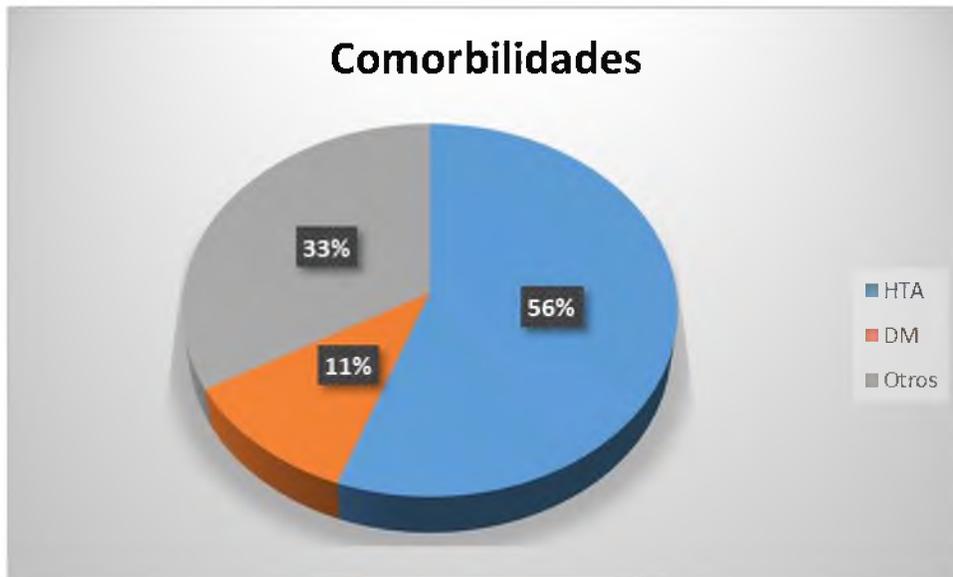
Fuente tabla no.8

Cuadro 9. Determinar las comorbilidades en los residentes de medicina interna del Hospital Docente Dr. Francisco Moscoso Puello enero-abril 2023.

Comorbilidades	Frecuencia	Porcentaje(%)
HTA	5	56%
DM	1	11%
Otros	3	33%
Total	9	100

Fuente: cuestionario realizado a los residentes de medicina interna del Hospital Docente Dr. Francisco Moscoso Puello

Grafico 9.



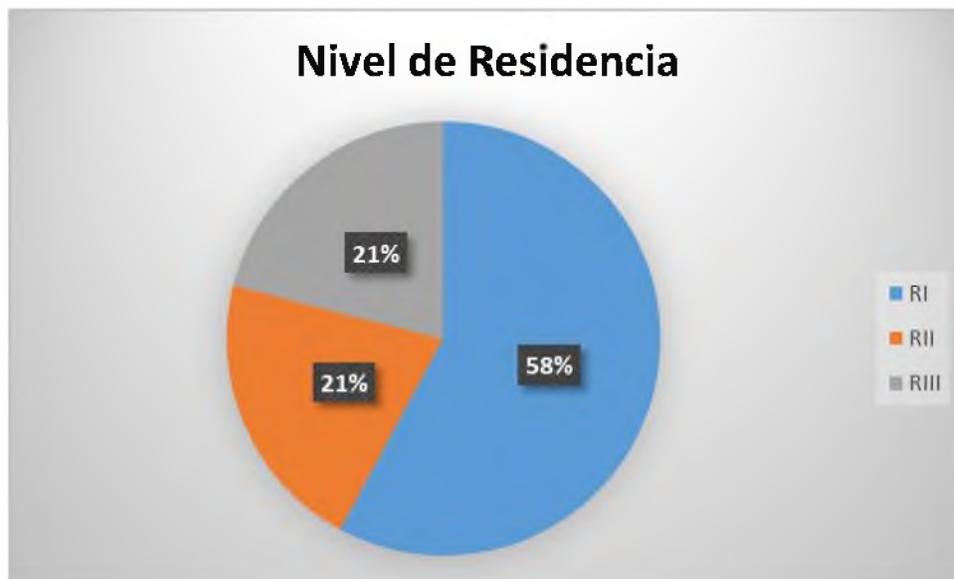
Fuente tabla no.9

Cuadro 10. Conocer el nivel de residencia de los residentes de medicina interna del Hospital Docente Dr. Francisco Moscoso Puello enero-abril 2023.

Nivel de residencia	Frecuencia	Porcentaje(%)
RI	33	59%
RII	12	21%
RIII	12	21%
Total	57	100%

Fuente: cuestionario realizado a los residentes de medicina interna del Hospital Docente Dr. Francisco Moscoso Puello

Grafico 10.



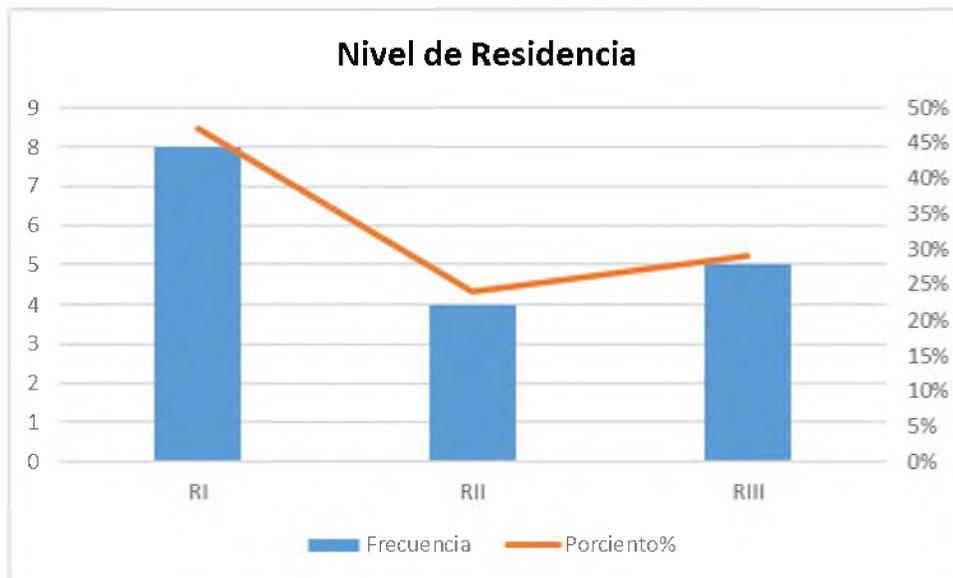
Fuente tabla no.10

Cuadro 11. Determinar nivel de residencia presentó mayor grado de depresión de los residentes de medicina interna del Hospital Docente Dr. Francisco Moscoso Puello enero-abril 2023.

Nivel de residencia	Frecuencia	Porcentaje
RI	8	47%
RII	4	24%
RIII	5	29%
Total	17	100%

Fuente: cuestionario realizado a los residentes de medicina interna del Hospital Docente Dr. Francisco Moscoso Puello

Grafico 11.



Fuente tabla no.11

VIII.1. Discusión

Este trabajo de investigación fue realizado con el objetivo de valorar la depresión de los residentes de medicina interna del hospital docente Dr. Francisco Moscoso Puello enero- abril 2023, de los cuales se obtuvo una muestra de 57 residentes y de estos 17 presentaron depresión, donde 15 residentes entraron en el rango de ligeramente deprimido representado por un 26% mientras que 2 residentes se encontraron en el rango de moderadamente deprimido representado por un 4%.

Cabe destacar que el 70% de los residentes que se encontraron en rango normal obtuvieron una puntuación entre 39-49 en la escala de depresión de zung aunque este puntaje no lo clasifica con depresión, pero es de importancia tomar en cuenta ya que se encontraban en el límite de serlo.

Se asemeja a un estudio realizado por José Antonio Martínez-García titulado Prevalencia de depresión, ansiedad y factores asociados en médicos residentes de centros hospitalarios durante la pandemia de COVID-19 en México 2022. La frecuencia de la depresión en residentes de medicina interna fue de al menos 45 %

Otro estudio realizado por Aguirre-Hernández R, en el Hospital Civil “Dr. Antonio González Guevara” de Tepic, Nayarit México, reporto que 23.9% se encontraban en depresión leve y el 5.6 % en depresión moderada.

Las edades más frecuentes en los residentes de medicina interna se encontraron entre los 27-30 años con un total de 28 residentes, representados con un 49%. Este se asemeja al estudio realizado en el Centro Médico Virtual de Alta Especialidad en México en donde las edades más frecuentes eran de 26-31 años en un 44.5%

El sexo que mostro mayor frecuencia de depresión fue el sexo femenino con un total de 12 residentes, representado con un 70.5%. encontrando una semejanza en un estudio realizado José Antonio Martínez-García sobre la Prevalencia de depresión, ansiedad y factores asociados en médicos residentes de centros hospitalarios durante la pandemia de COVID-19 en marzo 2022 en donde el sexo femenino fue el más afectado de depresión en un 48.38%.

El estado civil de los residentes de medicina interna más frecuente fueron los solteros con 22 residentes representados con un 38.5% seguido de la unión libre con 19 residentes representando un 33.3%. Teniendo gran similitud en lo publicado en la revista alegría de México por García Martínez JA, et al en el 2022 en donde los solteros presentan un 45.5% seguido de los que se encontraron en unión libre con un 22.2%. Difiere con el estudio Patricia Martínez-Lanz y cols. en Hospital general de la Ciudad de México En donde predominan los casados con un 38%.

El 75% del residente de medicina interna no tenían antecedentes familiares psicológicos y/o psiquiátricos mientras que el 25% restante si los presento, de los cuales 9 residentes representado con un 64.2% no sabe diagnóstico de su familiar seguido de 3 residentes 21.4% tenían antecedentes de depresión. Cabe destacar que los 2 residentes que mostraron depresión moderada no tienen antecedentes psicológicos ni psiquiátricos.

48 residentes representado por un 84% no presentaron comorbilidades mientras que 9 residentes representados por un 16% si presentaron comorbilidades de las cuales presento mayor frecuencia la hipertensión arterial con un 56% seguido de otras con un 33% siendo predominante el asma.

El nivel de residencia que mayor cantidad de médicos presenta son los RI con 33 residentes representado por un 59%. Tomando en cuenta que en este trabajo de investigación los residentes de primer año presentaron mayor frecuencia de depresión con 8 residentes 47%, de los cuales 2 de ellos se encontraban en depresión moderada según la escala de zung, seguido de los residentes de tercer año con 5 residentes 29% y por último los residentes de segundo año con 4 residentes 23.5%.

Se asemeja a un estudio realizado en el Hospital 10 de octubre del Instituto de Seguridad y Servicios Sociales de los Trabajadores del Estado (ISSSTE) en México, Distrito Federal, en donde la mayor cantidad de residentes son los de primer año con un 36.8% y además difiere en cómo está distribuida la depresión en estos residentes por nivel. Ya que los residentes de primer año presentaron depresión moderada en un 42.5%

CAPITULO V
CONCLUSIONES
RECOMENDACIONES

VIII.2. Conclusiones

1. El 30% de los residentes de medicina interna presentaron depresión.
2. El 70% de los residentes de medicina interna del Hospital Docente Dr. Francisco Moscos Puello se encontraban en rango normal, mientras que el 26% presentaron ligera depresión y el 4% presento depresión moderada.
3. El 49% de los residentes de encontraban entre 27-30 años seguido de 31-35 años con un 27%.
4. El sexo con mayor frecuencia de depresión fue el femenino con un 70.5%.
5. El estado civil de los residentes de medicina interna más frecuente fueron los solteros con un 38.5% seguido de la unión libre con un 33.3%.
6. El 75% del residente de medicina interna no tenían antecedentes familiares psicológicos y psiquiátricos.
7. El 64.2% no sabe diagnóstico de su familiar, el 21.4% tenían antecedentes de depresión. Cabe destacar que los 2 residentes que mostraron depresión moderada no tienen antecedentes psicológicos ni psiquiátricos.
8. El 84% de los residentes no presentaban comorbilidades.
9. El 56% presentaba hipertensión arterial.
- 10.El nivel de residencia que predomina son los residentes de primer año (RI) con un 59%
- 11.El 47% de los residentes que presentaron mayor grado de depresión fueron los residentes de primer año, seguido de los de tercer año con un 29%.

VIII.3. Recomendaciones

Al Servicio Nacional de Salud

- Desarrollar programa de evaluación y ayuda dirigido a los residentes cada año.

A Residencias Médicas

- Evaluar la capacidad de los docentes sobre el manejo de problemas de salud mental.
- Integrar a Psicólogos y/o Psiquiatras con el fin de prevenir y tratar la depresión.

Al Hospital Docente Dr. Francisco Moscoso Puello

- Ayudar a disminuir los factores de riesgo como la carga laboral, descanso insuficiente, condiciones precarias de trabajo, etc.

Al Hospital Docente Dr. Francisco Moscoso Puello en conjunto con el Departamento de Psicología y/o Psiquiatría

- Poner en práctica los programas recomendados y la realización de test psicológicos cada año con el fin de prevenir la depresión y captar a los médicos que la padecen.
- Evaluar cada mes a los residentes ya diagnosticados con depresión y dar seguimiento al apego de los medicamentos con el fin de evitar recaídas debido a la exposición de factores de riesgo psicosocial.

IX. REFERENCIAS

1. Berenzon S, Asunción-Lara M, Robles R, Medina-Mora ME. Depresión: estado del conocimiento y la necesidad de políticas públicas y planes de acción en México. *Salud Publica Mex* 2013; 55:74-80 (Rev. 29/01/2023). Disponible en: <https://www.scielosp.org/pdf/spm/2013.v55n1/74-80/es>
2. Milian-Saenz MA, Ureña-Martínez A, Díaz-Hernández M, Duarte-Borja JA Carga Mental De Trabajo Asociada Con Depresión Y Ansiedad En Médicos Familiares *Mental Workload Associated With Depression And Anxiety In Family Physicians Rev Mex Med Fam.* 2021;8:41-8. Disponible en: http://www.revmexmedicinafamiliar.org/frame_esp.php?id=80
3. Rosales-Juseppe JE, Gallardo-Contreras R, Conde-Mercado JM. Prevalencia de Episodio Depresivo en los Médicos Residentes del Hospital Juárez de México. *Revista de Especialidades Médico-Quirúrgicas* 2005; Volumen 10, Núm.1(Rev. 31/01/2023). Disponible en: <https://www.medigraphic.com/pdfs/quirurgicas/rmq-2005/rmq051e.pdf>
4. Ministerio de Salud Pública. Plan Nacional de Salud Mental: República Dominicana 2019-2022. Santo Domingo: MSP; 2019. Disponible en: http://plataforma.fundacionmanantial.org/system/files/rd_plan_de_salud_mental_rd_14marz2019_1.1.pdf
5. Garcia-Batista ZE, Salud mental en República Dominicana: retos y oportunidades, portal PCMM 2020/13/10. Disponible en: <https://investigacion.pucmm.edu.do/noticias/Lists/EntradasDeBlog/Post.aspx?List=56eb4e50%2D9bb6%2D4d80%2D8f5d%2D3386abaae4b0&ID=68&Web=3f3045bd%2D995e%2D46ab%2Dbb0d%2Dbefcf5f5e2a>
6. Villena-Herrera, Yeltsin, Depresión, estrés y ansiedad en médicos y enfermeros del Hospital Regional Lambayeque, Universidad Cesar Vallejo CHICLAYO – PERÚ 2022. Disponible en: https://repositorio.ucv.edu.pe/bitstream/handle/20.500.12692/86413/Villena_HY-SD.pdf?sequence=1&isAllowed=y
7. Zarragoitia- Alonso I, Depresion, generalidades y particularidades, editorial de ciencias médicas la Habana Cuba. Antecedentes históricos y fisiológicos

de la depresion 2011:6-12 (Rev. 9/2/2023). Disponible en: http://newpsi.bvs-psi.org.br/ebooks2010/pt/Acervo_files/depresion-cuba.pdf

8. Martínez-García José Antonio, Aguirre-Barbosa Margarita, Mancilla-Hernández Eleazar, Hernández-Morales María del Rocío, Guerrero-Cabrera María Belem, Schiaffini-Salgado Luis Gilberto. Prevalencia de depresión, ansiedad y factores asociados en médicos residentes de centros hospitalarios durante la pandemia de COVID-19. Rev. alerg. Méx. [revista en la Internet]. 2022 Mar [citado 2023 Mayo 05] ; 69(1): 1-6. Disponible en: http://www.scielo.org.mx/scielo.php?script=sci_arttext&pid=S2448-91902022000100001&lng=es. Epub 17-Feb-2023. <https://doi.org/10.29262/ram.v69i1.903>.
9. OMS/WHO Depresión, 13 septiembre 2021. Disponible en: <https://www.who.int/es/news-room/fact-sheets/detail/depression>.
10. Hall-Ramírez V. Depresión, fisiopatología y tratamiento, Centro Nacional de Información de Medicamentos. Diciembre 2003 (Rev. 30/01/2023). Disponible en: <https://sibdi.ucr.ac.cr/boletinespdf/cimed7.pdf>
11. Zarragoitia- Alonso I, Depresion, generalidades y particularidades, editorial de ciencias médicas la Habana Cuba. Clasificación de la depresión 2011:13-20 (Rev. 9/2/2023). Disponible en: http://newpsi.bvs-psi.org.br/ebooks2010/pt/Acervo_files/depresion-cuba.pdf
12. Hall-Ramírez V. depresion fisiopatologia y tratamiento. Centro nacional de informacion de medicamentos. Instituto de investigaciones farmaceuticas. Costa Rica. Diciembre 2003 (Revisado 4/3/2023). Disponible en: <https://sibdi.ucr.ac.cr/boletinespdf/cimed7.pdf>
13. Depresión y otros trastornos mentales comunes. Estimaciones sanitarias mundiales. PAHO/NMH/17-005 © Organización Panamericana de la Salud 2017. Disponible en: <https://iris.paho.org/bitstream/handle/10665.2/34006/PAHONMH17005-spa.pdf>
14. 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. (Rev. 31/03/2023). Disponible en: https://portal.guiasalud.es/wp-content/uploads/2018/12/GPC_534_Depresion_Adulto_Avaliat_compl.pdf
- 15.** Piñar Sancho G. Suárez Brenes G. De La Cruz Villalobos N. Actualización sobre el trastorno depresivo mayor. Revista Médica Sinergia Vol.5 Num.12, diciembre 2020. Disponible en: <https://revistamedicasinerгия.com/index.php/rms/article/view/610>
- 16.** Alarcón Terroso, R. Gea Serrano A. Martínez Maurandi JM. Pedreño Planes JJ. Pujalte Martínez, ML. Guía De Práctica Clínica De Los Trastornos Depresivos. Subdirección General de Salud Mental y Subdirección General de Atención Primaria, Urgencias y Emergencias Servicio Murciano de Salud Año de publicación: 2009 (Rev. 05/04/2023). Disponible en: <https://consaludmental.org/publicaciones/GPCtrastornosdepresivos.pdf>
- 17.** Instituto Nacional de la Salud Mental. *Depresión*. Publicación de NIH Núm. 21-MH-8079S Revisada en 2021. Disponible en: <https://infocenter.nimh.nih.gov/sites/default/files/202202/depresi%C3%B3n.pdf>
- 18.** Corazón-Villanueva. J. Antidepresivos De Nueva Generación: Perfil De Seguridad Y Elección En La Práctica Clínica. Sevilla 10 de Julio de 2020. Disponible en: <https://idus.us.es/bitstream/handle/11441/103591/CORAZON%20VILLANUEVA%20JAVIER.pdf?sequence=1&isAllowed=y>
- 19.** Hospital Universitario 12 de octubre. Guía de Terapia Eletroconvulsiva (TEC) 2ª edición (2015-2017). Disponible en: <https://www.comunidad.madrid/hospital/12octubre/file/2645/download?token=anTUiEeh>
- 20.** Gastó. G. Navarro. V. La depresión. Forumclínic. Abril 2008. (Rev. 26 de abril 2023). Disponible en: <https://www.fbbva.es/publicaciones/la-depresion/>
- 21.** Celedonio-Encarnación RA. Prevalencia De Depresión En Adolescente Del Liceo Juan Pablo Duarte. Enero-marzo, 2020. Tesis de grado UNPHU

Universidad Pedro Henríquez Ureña. Disponible en:
<https://repositorio.unphu.edu.do/handle/123456789/3798?show=full>

22. Manzini JL. Declaración de Helsinki: principios éticos para la investigación médica sobre sujetos humanos. *Acta Bioethica* 2015; VI (2): 321.
23. International Ethical Guidelines for Biomedical Research Involving Human Subjects. Prepared by the Council for International Organizations of Medical Sciences (CIOMS) in collaboration with the World Health Organization (WHO). Genova, 2017
24. Aguirre- Hernández R, López -Flores JF, Flores- Flores RC. Prevalencia de la ansiedad y depresión de médicos residentes de especialidades médicas Unidad Académica de Medicina, Universidad Autónoma de Nayarit, México. *Revista Fuente* Año 3 No. 8 Julio - septiembre 2011 (Revisado año 2023) disponible en: <http://fuente.uan.edu.mx/publicaciones/03-08/5.pdf>

X. ANEXOS

X.1. Cronograma

Variables	Tiempo: 2022-2023	
Selección del tema	2022	Octubre
Búsqueda de referencias		Noviembre
Elaboración del anteproyecto		Enero 2023
Sometimiento y aprobación	2023	Enero
Realización de encuesta-entrevista (prospectivo)		Febrero
Tabulación y análisis de la información		Marzo
Redacción del informe		Abril
Revisión del informe		Mayo
Encuadernación		Mayo
Presentación		Mayo

X.2. INSTRUMENTO DE RECOLECCIÓN DE DATOS

Cuestionario

Sección 1.

Datos sociodemográficos

1. Edad _____
2. Sexo:
Femenino Masculino
3. Estado Civil:
Soltero Casado Unión Libre Viudo
4. Antecedentes familiares Psicológicos
Sí No
Cual: _____
5. Comorbilidades
HTA DM Otros _____
6. Nivel de Residencia:
RI RII RIII RIV

Sección 2.

Cuestionario de Zung

1. Me siento decaído y triste.
Poco tiempo Algo del tiempo Una buena parte del tiempo
La mayor parte del tiempo
2. Por la mañana es cuando me siento mejor.
Poco tiempo Algo del tiempo Una buena parte del tiempo
La mayor parte del tiempo
3. Siento ganas de llorar o irrumpo en llanto.
Poco tiempo Algo del tiempo Una buena parte del tiempo
La mayor parte del tiempo

4. Tengo problemas para dormir por la noche.

Poco tiempo Algo del tiempo Una buena parte del tiempo

La mayor parte del tiempo

5. Como la misma cantidad de siempre.

Poco tiempo Algo del tiempo Una buena parte del tiempo

La mayor parte del tiempo

6. Todavía disfruto el sexo.

Poco tiempo Algo del tiempo Una buena parte del tiempo

La mayor parte del tiempo

7. He notado que estoy perdiendo peso.

Poco tiempo Algo del tiempo Una buena parte del tiempo

La mayor parte del tiempo

8. Tengo problemas de estreñimiento.

Poco tiempo Algo del tiempo Una buena parte del tiempo

La mayor parte del tiempo

9. Mi corazón late más rápido de lo normal.

Poco tiempo Algo del tiempo Una buena parte del tiempo

La mayor parte del tiempo

10. Me canso sin razón alguna.

Poco tiempo Algo del tiempo Una buena parte del tiempo

La mayor parte del tiempo

11. Mi mente esta tan clara como siempre.

Poco tiempo Algo del tiempo Una buena parte del tiempo

La mayor parte del tiempo

12. Me es fácil hacer lo que siempre hacia.

Poco tiempo Algo del tiempo Una buena parte del tiempo
La mayor parte del tiempo

13. Me siento agitado y no puedo estar quieto.

Poco tiempo Algo del tiempo Una buena parte del tiempo
La mayor parte del tiempo

14. Siento esperanza en el futuro.

Poco tiempo Algo del tiempo Una buena parte del tiempo
La mayor parte del tiempo

15. Estoy más irritable de lo normal.

Poco tiempo Algo del tiempo Una buena parte del tiempo
La mayor parte del tiempo

16. Me es fácil tomar decisiones.

Poco tiempo Algo del tiempo Una buena parte del tiempo
La mayor parte del tiempo

17. Siento que soy útil y me necesitan.

Poco tiempo Algo del tiempo Una buena parte del tiempo
La mayor parte del tiempo

18. Mi vida es bastante plena.

Poco tiempo Algo del tiempo Una buena parte del tiempo
La mayor parte del tiempo

19. Siento que los demás estarían mejor si yo muriera.

Poco tiempo Algo del tiempo Una buena parte del tiempo

La mayor parte del tiempo

20. Todavía disfruto de las cosas que disfrutaba antes.

Poco tiempo Algo del tiempo Una buena parte del tiempo

La mayor parte del tiempo

X.3. CONSENTIMIENTO INFORMADO

Para realización de entrevistas sobre depresión en residentes de Medicina interna del Hospital Docente Dr. Francisco Moscoso Puello.

Dr/Dra. _____
De ____ años de edad, con domicilio en:
_____.

DECLARO

Que el DOCTOR/A _____ de Medicina Familiar y Comunitaria me ha explicado que es conveniente realizarme el cuestionario Zung para evaluar el nivel de depresión.

1. Mediante este cuestionario, se pretende prevenir la depresión.
2. Alertar a las autoridades médicas del hospital sobre el progreso o evolución a la depresión.
3. Mejorar la situación actual del padecimiento.
4. El médico me informa de que el cuestionario consta de una pregunta abierta y 25 cerradas.
5. He comprendido las explicaciones que se me han facilitado en un lenguaje claro y sencillo y el facultativo que me ha atendido me ha permitido realizar todas las observaciones y me ha aclarado todas las dudas que le he planteado.
6. También comprendo que, en cualquier momento y sin necesidad de dar ninguna explicación, puedo revocar el consentimiento que ahora presto.
7. Por ello, manifiesto que estoy satisfecho con la información recibida y que comprendo todo lo que conlleva.

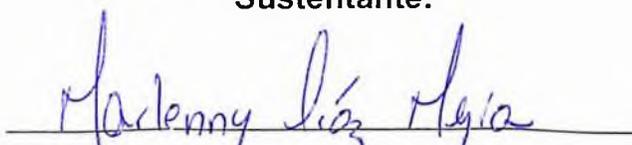
X.4. Costos y recursos

IX.4.1. Humanos			
<ul style="list-style-type: none"> • 1 sustentante • 2 asesores (metodológico y clínico) • Secretaria/estadígrafo • Personas que participaron en el estudio 			
IX.4.2. Equipos y materiales			
	Cantidad	Precio	Total
Papel bond 20 (8 1/2 x 11)	1 resmas	80.00	240.00
Papel Mistique	1 resmas	180.00	540.00
Lápices	2 unidades	3.00	36.00
Borras	2 unidades	4.00	24.00
Bolígrafos	2 unidades	3.00	36.00
Sacapuntas	2 unidades	3.00	18.00
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	75.00	150.00
IX 4.3. Información			
Adquisición de libros			
Revistas			
Otros documentos			
Referencias bibliográficas			
(ver listado de referencias)			
IX.4.4. Económicos*			
Papelería (copias)	1200 copias	00.35	420.00
Encuadernación	12 informes	80.00	960.00
Alimentación			1,200.00
Transporte			5,000.00
Inscripción al curso			2,000.00
Inscripción de anteproyecto			
Inscripción de la tesis			
Subtotal			
Imprevistos 10%			
Total			\$000.00

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

EVALUACION

Sustentante:

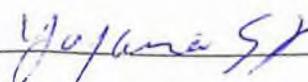

Dra. Marlenny Alt. Díaz Mejía

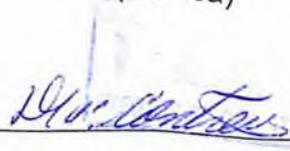
Asesores:

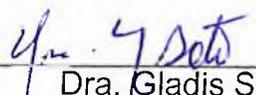

Dra. Claridania Rodríguez
(Metodológica)


Dra. Gladis Soto
(Clínica)

Jurados:


Dra. Yajaira Sierra

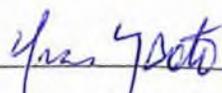

Dra. Venecia Contreras


Dra. Gladis Soto

Autoridades:


Dra. Rosa María Acosta
Jefa de enseñanza
(HLEA)




Dra. Gladis Soto
Coord. Residencia de Medicina Familiar y Comunitaria
(HLEA)


Dra. Claridania Rodríguez
Unidad de post grado y residencias medicas
(UNPHU)


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

Fecha de presentación: 24/5/2023

Calificación: 100%