

República Dominicana
Universidad Nacional Pedro Henríquez Ureña (UNPHU)
Facultad de Ciencias de la salud
Escuela de Medicina

Relación entre sintomatología depresiva presente vs el rendimiento académico de los
estudiantes de Medicina en la Universidad Nacional Pedro Henríquez Ureña Julio-Diciembre
2022



Trabajo de grado para optar por el título de Doctor en Medicina

Sustentante:
Iván Eduardo Vargas Hierro

Matrícula
15-1943

Asesores:
Dra. Edelmira Espaillat
Dra. Anya Alcántara

Año institucional 2023

CONTENIDO

Agradecimiento.....	13
Dedicatoria.....	15
Resumen.....	16
Abstract.....	17
I. INTRODUCCIÓN.....	18
I.1 Antecedentes.....	19
I.1.1 Internacionales.....	19
I.1.2 Nacionales.....	20
I.2 Justificación.....	22
II. Planteamiento del problema.....	23
III. Objetivos.....	24
III.1 Objetivo general.....	24
III. 2 objetivos específicos.....	24
IV. Marco teórico.....	25
V. Operacionalización de las variables.....	79
VI. Materiales y métodos.....	80
VI.1 Tipo de estudio.....	80
VI.2 Área de estudio.....	80
VI.3 universo.....	80
VI.4 Muestra.....	80
VI.5 Criterios.....	80
VI.5.1 Criterios de inclusión.....	80
VI.5.2 Criterios de exclusión.....	80
VI.6 Instrumento de recolección de datos.....	81
VI.7 Procedimiento.....	81
VI.8 Tabulación de datos.....	81
VI.9 Análisis de datos.....	81

VI.10 Aspectos éticos.....	81
VII. Resultados.....	83
VIII. Discusión.....	92
IX. Conclusión.....	93
X. Recomendaciones.....	94
XI. Referencias bibliográficas.....	95
XII. Anexos.....	97
XII.1 Cronograma.....	98
XII.2 Consentimiento informado.....	98
XII.3 Instrumento de recolección de la información.....	99
XIII. Costos y recursos.....	104
XIV. Evaluación.....	106

Agradecimiento

Estoy infinitamente agradecido con mis padres que fueron mi soporte durante todos estos años de carrera. Por siempre apoyarme en todo lo necesario para continuar cada día, siempre creyendo en mí y haciendo hasta lo imposible para lograr llegar hasta aquí. Estoy más que seguro, que sin su presencia y devoción no hubiese podido lograrlo, no existen palabras para describir cuánto me place tenerlos, gracias a Dios, a ambos de mi lado.

Estoy agradecido por las amistades que conseguí dentro del transcurso de mi carrera, estoy claro de que sin una buena relación social, de cooperación con mis compañeros hubiese sido imposible llegar hasta aquí. Y en especial a mi madre, que con mucho esfuerzo, sacrificio, dedicación, humildad, devoción y sobre todo amor de madre, hizo hasta lo imposible para escribir hoy este agradecimiento. Gracias a su luz, hizo que mucha gente confiara en mí y también me apoyaran incondicionalmente como son: Lissette Lluberes, Geisha Matos, Marisol, Nancy Gautreaux, Ysabel Bello, Eudosia Abreu, Braulio Del Villar, Don Leoncio, Martina Rodríguez, Abraham Castillo, Elvira Castillo, Fernando Rodríguez, Juan Luis Matos, Digna Matos.

Quiero agradecer a mis amigos, que estuvieron ahí en las buenas y en las malas, ya que gracias a ellos, nunca me faltó un consejo, un techo si lo necesité, comida, compañía, estudios. Por eso agradezco a Jaime Ledesma, por su amistad sincera e incondicional, por ser como un hermano para mí y apoyarme siempre que lo necesité. A Thomas Burger, por su inmensa paciencia y respeto hacia mi persona, su altruismo siempre servicial, acompañándome en momentos difíciles y apoyándome sin interés, como un hermano para mí. Agradezco también al Dr. Joaquín Octavio Paniagua Reyes, por ser como un hermano mayor para mí, por su respeto y cariño incondicional, su apoyo en los últimos años fueron clave para lograr donde estoy. Agradezco al Dr. José Augusto Belliard Sousa, por ser mi modelo profesional a seguir, por su amistad incondicional desde que tenemos 3 años, y gracias a Dios seremos colegas. No puedo olvidar agradecer a Donald Weishaupt, por abrirme las puertas de su casa cuando estaba necesitado, es un amigo increíble. Agradezco también a Carolyn Bido, por aceptarme en su casa y tratarme tan bien y soportarme, durante dos años en donde fuimos como hermanos.

Desde lo más profundo de mi corazón agradezco primero a Dios por regalarme una familia tan hermosa y devota a mí, por mi hermano Abel Emilio Vargas Hierro, que en una noche de desesperanza para mí, me dió el consejo de mi vida, que me dió rumbo cuando me sentía perdido en el proceso, gracias hermano, sin ti no hubiese podido lograrlo. A mi padre Fausto Eduardo Vargas Durán, por ser para mí, un ejemplo a seguir durante toda mi vida, y absolutamente siempre contar con

su apoyo y cariño. A mi abuelo Patricio Hierro, por creer en mí, quererme de verdad, y siempre estar dispuesto a apoyarme cuando lo necesité. A mi abuela María Filomena Mármol Tineo, por amarme como soy, y creer en mí incluso cuando yo no creía, al igual que mi tía Reyna Hierro Mármol, que me amó hasta su último suspiro y lo dió todo por mi y mi causa, cuanto daría porque estuvieran ambas a mi lado hoy y agradecerles infinitamente. Pero sobre todo quiero agradecer con todas mis células a mi hermosa madre, que se entregó en cuerpo y alma a mí, invirtió todo en mí, te demostraré que todo tu esfuerzo no fue en vano madre.

Por último pero no menos importante, quiero agradecer a mi novia Helizmer Thomas Caraballo, mi fiel compañera y soporte vital en mis luchas, tanto psicológicas, como sociales y académicas, que junto con Abel me dieron los consejos que nunca olvidaré. Llegó en un momento vital de mi vida y con su amor, me motivó a continuar sin rendirme y aún me inspira a dar lo mejor de mí, en cada uno de mis días.

Dedicatoria

Este trabajo de grado se lo dedico a mis padres, hermano, a mis tíos Elvira y Abraham Castillo. A mi hermosa novia Helizmer Thomas Caraballo presente en todo momento de éste trabajo. Y sobre todo a mi tía Reyna Hierro Mármol, a mi abuela María Filomena Mármol, a mi abuelo Ramón Vargas y al señor José Joaquín Paniagua Gil, que descansen en paz.

Resumen

Este estudio de investigación se centra en analizar la correlación entre los síntomas depresivos y el rendimiento académico entre los estudiantes de medicina de la Universidad Nacional Pedro Henríquez Ureña. Durante un periodo de seis meses, desde julio hasta diciembre de 2022, se realizó una encuesta para recolectar los datos pertinentes.

El ciclo preclínico contó con una mayor representación de estudiantes, lo que podría estar relacionado con el hecho de que, durante esta fase, los estudiantes se están ajustando a las exigencias de la carrera de medicina. Sin embargo, el resultado diagnóstico más alto fue la depresión mínima, lo que sugiere que, aunque los estudiantes de medicina pueden experimentar cierto nivel de estrés y ansiedad en el inicio de su carrera, estos síntomas no suelen llegar a niveles de depresión clínica significativa en esta etapa.

No obstante, a medida que avanzan en su carrera, la prevalencia de los síntomas depresivos puede aumentar. Los resultados de la encuesta mostraron que los estudiantes con síntomas depresivos informaron una disminución en su rendimiento académico. Este hallazgo puede estar relacionado con el hecho de que la depresión puede afectar la concentración, el interés y la motivación, que son fundamentales para el rendimiento académico.

Sorprendentemente, la mayoría de los estudiantes sin síntomas indicaron que su rendimiento académico no había mejorado. Este resultado podría estar asociado con las expectativas y presiones académicas en el campo de la medicina, que pueden ser desafiantes incluso para los estudiantes sin síntomas depresivos.

Los datos presentados en este trabajo subrayan la importancia del apoyo a la salud mental para los estudiantes de medicina para garantizar resultados académicos óptimos. El estrés y la presión asociados con la formación médica pueden contribuir a la aparición de síntomas depresivos y afectar el rendimiento académico. Por lo tanto, es esencial que las instituciones académicas implementen estrategias efectivas de apoyo a la salud mental, que pueden incluir servicios de asesoramiento, programas de manejo del estrés, y fomentar un entorno académico que priorice el bienestar de los estudiantes.

La Universidad Nacional Pedro Henríquez Ureña, así como otras instituciones de educación médica, deben reconocer que el bienestar emocional y mental de sus estudiantes es fundamental para su éxito académico. No solo eso, sino que la salud mental de los futuros médicos también es vital para garantizar que sean capaces de proporcionar una atención óptima a sus pacientes en el futuro. Por lo tanto, el enfoque en la salud mental de los estudiantes de medicina es una inversión en el futuro de la atención médica.

Palabras clave: Depresión. Síntomas depresivos. Rendimiento académico. Estudiantes de medicina. Impacto en el rendimiento académico.

Abstract

This research paper examines the correlation between depressive symptoms and academic performance among medical students within the Universidad Nacional Pedro Henríquez Ureña. The research involved a survey that collected data from July to December 2022. The study showed that the preclinical cycle had a higher representation of students and that the highest diagnostic result was minimal depression. Additionally, the majority of students with no symptoms stated that their academic performance had not improved, while students with depressive symptoms reported a decrease in academic performance. The data presented in this paper underscores the importance of mental health support for medical students to ensure optimal academic outcomes.

keywords: Depressive symptoms. Academic performance. Medical students. Impact on academic performance.

I. INTRODUCCIÓN

La Organización Mundial de la Salud (OMS, 2003) define a la depresión como un trastorno del estado de ánimo que se caracteriza por la pérdida de la capacidad del individuo para interesarse y disfrutar de las cosas. Alteración que afecta de manera significativa la funcionalidad del individuo en sus principales áreas de actividad.²

La depresión se acompaña también de cambios en el sueño, apetito y psicomotricidad, disminución de la atención, concentración y capacidad para tomar decisiones, pérdida de la confianza en sí mismo, sentimientos de inferioridad o inutilidad y culpa, así como de desesperanza, y pensamientos de muerte recurrentes con ideación, planeación y/o actos suicidas.

La depresión es una patología con alta morbilidad a nivel mundial, ya que la padecen 3.8 por ciento de la población mundial y se estima que más de 700,000 personas cometen el suicidio anualmente. También a nivel nacional, de acuerdo a los últimos informes oficiales de la Organización Mundial de la salud (OMS), República Dominicana se encuentra entre los 10 países de Latinoamérica con más alta prevalencia de la depresión con un 4.7 por ciento, con una tasa de suicidio de 6.5 por cada 100,000 habitantes.^{1,9}

Los problemas psicológicos y de salud mental entre los estudiantes universitarios se consideran uno de los problemas de salud pública vitales y en aumento en todo el mundo, para los cuales se requieren datos epidemiológicos y debe ser abordado como un problema prioritario. La educación universitaria se encuentra entre las más desafiantes y estresantes. Estudios previos han reconocido que los síntomas depresivos están muy extendidos en los estudiantes universitarios.

La depresión puede afectar negativamente a quienes la padecen, con repercusiones en el funcionamiento cognitivo, vocacional y/o social, lo que puede no ser un buen augurio para los estudiantes.

Existen diferentes variables que se relacionan con la depresión en estudiantes universitarios como son: antecedentes familiares y personales de depresión, dificultades académicas, inestabilidad económica, diagnóstico de una enfermedad grave, muerte de un ser querido, separación de los padres, consumo de sustancias, planeación o intento de suicidio, pérdida de una relación importante por separación, divorcio o muerte.

Varios estudios han encontrado que la identificación temprana de este trastorno no solo minimizaría la posibilidad de fracaso académico, sino que también reduciría en forma substancial otras conductas de riesgo para la salud, como el consumo de cigarrillo o alcohol.⁴

Un pequeño pero creciente cuerpo de literatura de investigación ha indicado que los factores psicosociales, como el apoyo social, pueden desempeñar un papel importante en la amortiguación del impacto negativo del estrés en los resultados de salud mental, incluida la depresión. Más importante aún, el apoyo social ha sido visto como protector entre los jóvenes. El apoyo social percibido, que se define como el acceso potencial de un individuo a los recursos de apoyo social, es decir, la creencia de un individuo de que el apoyo está disponible si es necesario, se ha relacionado repetidamente con resultados psicológicos y de salud positivos.

El objetivo a futuro de esta investigación, noblemente sería impulsar a desarrollar un modelo de clasificación para pronosticar depresión en estudiantes universitarios y demostrar cómo su conocimiento radica en la detección temprana, reconociendo si son conscientes de los rasgos tanto a nivel personal, incentivando a una búsqueda de ayuda profesional con miras a optimizar su rendimiento académico y mejorar su ambiente personal.

La finalidad de este estudio es identificar posibles factores de vulnerabilidad de desarrollar depresión, los cuales se constituyen como base para el desarrollo de programas de promoción, prevención e intervención para favorecer la salud mental de los estudiantes.

I.1 Antecedentes

I.1.1 Internacionales

Lagunes et al, en el 2018 hicieron un estudio observacional, descriptivo y transversal en estudiantes del primer año, de la Facultad de Medicina del campus Minatitlán de la Universidad Veracruzana en México y muestran que no existe relación entre los síntomas depresivos y el rendimiento académico. Por otro lado, se observó que la sintomatología depresiva está presente en los estudiantes de mayor edad y en aquellos que tienen problemas personales y familiares; además, se encontró que 15 por ciento de la población presenta sintomatología de ansiedad. La prevalencia de síntomas depresivos observadas en los estudiantes del primer año, es baja en comparación con distintas facultades de medicina en México, se reportó que 12,7 por ciento de los estudiantes de primero, quinto y décimo semestres presentan síntomas depresivos, 31.7 por ciento en los estudiantes de octavo cuatrimestre de la BUAP (Benemérita Universidad Autónoma de Puebla) y 43.2 por ciento de segundo y cuarto semestre de la Universidad Nacional Autónoma de México. De igual forma, a nivel internacional las prevalencias obtenidas son bajas en comparación con universidades de Colombia 75.4 por ciento, Peru 24.7 por ciento y Brasil 34.6 por ciento. Se concluye que no existe relación entre el rendimiento académico y los síntomas depresivos.³

Shams-Eldin et al, en el año 2017 realizaron un estudio transversal en este estudiantes masculinos y femeninos en la Universidad Al-Azhar, El Cairo, Egipto y reveló una alta

prevalencia de depresión entre los estudiantes de medicina de la Universidad Al-Azhar en El Cairo, Egipto. La prevalencia estimada fue del 42.9 por ciento. El estudio sugiere una variedad de factores de riesgo (ansiedad, depresión, insomnio, hipersomnia, sexo femenino, estudiantes que viven lejos de su familia) y la necesidad de asesoramiento psiquiátrico y servicios de apoyo disponibles para los estudiantes vulnerables. Las calificaciones académicas no mostraron una variación significativa en la prevalencia de depresión entre los estudiantes estudiados, donde la prevalencia de depresión se encontró alta entre los estudiantes con calificación alta (muy buena y excelente) y baja (aceptable), y levemente baja entre los estudiantes con calificación alta (buena nota académica) (36.5 por ciento). Se encontró también que los niveles de depresión se incrementan en los estudiantes de segundo y tercer año de medicina (curso de ciencias básicas) con una prevalencia de 48.4 por ciento comparado con los estudiantes de los años de ciencias clínicas con solo 36.8 por ciento. La prevalencia también fue alta entre los estudiantes que ingerían comida rápida (52.9).⁴

Talwar P, en el año 2016 realizaron una encuesta transversal en estudiantes de pregrado de una universidad pública en Malasia y demostró que el apoyo social percibido tiene una importancia crítica en el contexto del estrés. Los estudiantes que pueden utilizar el apoyo social, en promedio, no experimentan aumentos en los síntomas depresivos en situaciones estresantes. De esta manera, el apoyo social percibido puede proporcionar una interrupción vital del vínculo entre la exposición al estrés y la depresión.⁵

Masoom Ali S, en el año 2015 diseñaron un estudio epidemiológico para recopilar datos sobre los síntomas de depresión en los estudiantes de pregrado de ciencias Sociales y Biológicas de la Universidad de Karachi, Pakistán y concluyó su estudio afirmando que la depresión parece ser un problema grave en los estudiantes de pregrado a nivel universitario, ya que enfrentan numerosos problemas además de la abrumadora carga de la educación, todo esto se suma al estrés que, de continuar, puede conducir a la depresión.⁶

Perveen S, et al, en el 2016 realizaron un estudio transversal basado en un cuestionario en la facultad de Medicina de Ayub Abbottabad, la facultad de Medicina de Khyber, Peshawar, facultad de Medicina de Bannu, entre otras en Pakistán y revelaron que los años universitarios a menudo tienen más efectos adversos en el funcionamiento emocional e intelectual de un individuo que en cualquier otro período de educación, por lo que la depresión es más frecuente entre los estudiantes universitarios de todo el mundo. El cuarenta y uno por ciento de los estudiantes varones y el 61 por ciento de las mujeres exhibieron síntomas depresivos. Las mujeres tienen puntuaciones más altas en el cuestionario de estilo cognitivo.⁷

I.1.2 Nacionales

Villar G, en el 2018 realizó un estudio de indicadores de depresión en los estudiantes de la Escuela Nacional de Arte Dramático (ENAD) y de la Escuela Nacional de Artes Visuales (ENAV) y pudo determinar cuán importante son los rasgos de personalidad y los patrones mentales para desarrollar una posible depresión, en el caso de estudiantes de arte. Encontró que el 43 por ciento de la muestra presentó algún nivel de depresión.¹⁰

Frías-Veras M et al, en el año 2020 realizaron una investigación de tipo cuantitativo, transversal y con un alcance descriptivo-correlacional en distintas universidades de República Dominicana durante el cierre de las instituciones educativas por la pandemia COVID-19 y en su investigación, encontraron hallazgos que fueron significativos para los síntomas de ansiedad entre los estudiantes universitarios de la República Dominicana, diferenciados por sexo, y no se encontraron correlaciones estadísticamente significativas entre sintomatología ansiosa y edad. Utilizaron el cuestionario sociodemográfico y la adaptación española del Inventario de Ansiedad de Beck, reclutaron los participantes a través de muestreo por bola de nieve y se encontró que la mayoría de los participantes (60.66 por ciento) reportaron sintomatologías clínicamente relevantes de ansiedad entre los estudiantes (moderada y severa).¹¹

Pimentel L et al, en el año 2022 realizaron un estudio de tipo observacional, descriptivo, prospectivo y transversal en estudiantes del ciclo pre-clínico de la carrera de Medicina en la Universidad Nacional Pedro Henríquez Ureña y encontraron en su estudio que un 5.6 por ciento de los estudiantes entraron en depresión durante la pandemia de COVID-19. Sobre cómo afectó su rendimiento académico un 21.2 por ciento de la muestra declaró que le afectó mucho y un 3.5 por ciento desertaron temporalmente.¹²

Perez S, et al, en el año 2022 realizaron un estudio descriptivo transversal en los estudiantes de Mercadotecnia de la Universidad Nacional Pedro Henríquez Ureña (UNPHU) utilizando el inventario de depresión de Beck BDI-II y pudieron observar que el número de estudiantes que utilizan la red social Instagram es elevado y que existen signos de depresión asociados a su uso. De igual forma, existen diversos factores de riesgo asociados al uso de esta red social que pueden contribuir a la depresión. Determinaron que el 5.41 por ciento de los estudiantes de tercer año de Mercadotecnia se inclinan a la depresión severa.¹³

Marzo P, en el 2020 realizó un estudio transversal, descriptivo y cuantitativo entre los estudiantes de la Escuela de Música de la Universidad Nacional Pedro Henríquez Ureña (UNPHU) y evidenció la prevalencia de ideación suicida relacionada a rasgos de personalidad y se determinó a través de una muestra de 60 estudiantes de música que cumplieron con los criterios de inclusión. Los datos se recopilaron utilizando la Escala de gravedad de la idea del suicidio de Columbia (C-SSRS) y el Inventario de evaluación de la personalidad (PAI). Los resultados obtenidos fueron que el 25 por ciento de la población presentaba ideación suicida, siendo esta proporción más frecuente en hombres, quienes se

caracterizaban por rasgos de personalidad impulsiva, falta de apoyo social y altos niveles de estrés, miedo o frustración ante la posibilidad de autolesionarse.¹⁴

I.2 Justificación

Es de suma importancia el conocimiento de los signos y síntomas de la depresión en los estudiantes universitarios, ya que son una población evidentemente susceptible a adquirir descensos en su salud mental, debido al bombardeo constante de situaciones estresoras y su desconocimiento, cohibe al estudiante de la detección oportuna y por consiguiente de la búsqueda de ayuda profesional.

Este estudio motivará e impactará de manera positiva a estudiantes, mediante la promoción de la búsqueda de ayuda profesional. Ya que la depresión puede producir una disminución en la capacidad cognitiva, también la privación del sueño secundaria a ésta, que disminuye la capacidad cognitiva y retención de memoria, además síntomas como la baja autoestima que limitan el desempeño social, valoración que es muy importante para el desarrollo profesional.

Este estudio promueve propulsar medidas, herramientas, protocolos, sistemas, movimientos que promuevan la salud mental estudiantil, haciendo énfasis en los trastornos del estado de ánimo, principalmente de la depresión, como una de las causas principales de bajo índice académico, deserción estudiantil, cambios de carrera, bajo desempeño social, y en casos más graves del suicidio.

El conocimiento sobre señales y signos de depresión, además de la influencia en el autoconocimiento sobre el estado de ánimo del estudiante, le permitirá la detección tanto personal como de sus compañeros y docentes, promoviendo así la salud mental, y la posible mejora evidencial del desempeño académico de los estudiantes.

Hay un gran profesional en el área deseada de cada uno de los estudiantes universitarios actualmente labrando su camino, pero una patología mental no detectada, desapercibida tanto personal, como de sus compañeros y de docentes, puede evitar el desarrollo óptimo e integral del estudiante. En el caso de éste trabajo de grado que limita su estudio a trastorno del estado de ánimo, específicamente de la depresión, puede ser de gran influencia en el enfoque de éstas situaciones de las cuales ninguna institución académica está ni estará exenta.

El aporte de nuestra investigación es que nuestra institución pueda promover la salud mental entre nuestros estudiantes, en miras de un mejor desempeño cada día de sus estudiantes. Por lo tanto, el estudio comunitario de la salud mental, en este caso de conocimiento sobre cuánto afecta la depresión en el rendimiento académico, es de gran aporte tanto para el conocimiento científico, como para el desarrollo constante de la institución, siempre en búsqueda de manifestar lo mejor de sus estudiantes, y como meta principal, la excelencia académica, sin desestimar, la prevención de la deserción y la buena adaptación social de sus egresados.

II. Planteamiento del problema

La depresión es una condición que merece enfoque en la población que recibe educación superior. Debido a sus síntomas producen un descenso en la capacidad cognitiva, de adaptación, sociabilidad, concentración, de autoestima, interés, motivación, entre otras. Los trastornos del estado de ánimo, específicamente la depresión, dificultan en gran medida el desarrollo interpersonal y académico de los estudiantes universitarios a través del mundo y en nuestro país, República Dominicana.

La ignorancia de los signos y síntomas que caracterizan la depresión, tanto de los docentes como de los estudiantes es un factor clave de la propagación, desarrollo y avance de ésta patología mental tan común pero tan desapercibida en nuestra comunidad estudiantil.

La depresión en estudiantes universitarios es una de las principales causas de deserción, bajo índice académico, bajo desempeño social entre sus compañeros y en peor instancia, el suicidio.

El alto nivel de estrés y ansiedad son muy comunes entre los estudiantes universitarios de diversas carreras, y al ser los desencadenantes principales, debutadores de la depresión, valga la redundancia, hace a los estudiantes una de las poblaciones más determinantes a tener en cuenta en cuanto a salud mental, específicamente en cuanto a trastornos del estado de ánimo se habla.

La depresión es una condición de la cual todas las instituciones educativas padecen entre sus filas de estudiantes, de la cual, pocas han tenido un método de detección eficaz, de manera tal que permita una intervención oportuna evitando así, dificultades académicas, deserción o problemas de salud que logren desarrollarse paulatinamente en el proceso académico de los estudiantes.

Las unidades de apoyo universitarias se encargan mayormente de casos agudos, descensos de índices académicos, cambios de carrera pero carecen de protocolos de manejo, para un abordaje preventivo de trastornos del estado de ánimo, debido a la falta de herramientas que detengan el desarrollo de éstas patologías, lo que conlleva a una posible alta tasa de estudiantes con rasgos, episodios, debuts de trastornos del estado de ánimo.

Las universidades son ambientes muy proclives a ser un tipo de áreas de incubación de trastornos del estado de ánimo, debido a las tensiones que conlleva un proceso académico, la carga de estrés tanto mental como física que produce el proceso a un grado universitario, convirtiéndolas de igual manera en lugares idóneos para el estudio de jóvenes y aprovechar la problemática para el estudio sobre su conocimiento sobre ésta patología que regularmente

pasa desapercibida o quizás normalizada entre sus posibles padecientes y evidentemente vulnerables a adquirir episodios de ansiedad y depresión. ¿Existe relación entre la sintomatología depresiva en el rendimiento académico de los estudiantes de Medicina de la Universidad Nacional Pedro Henríquez Ureña Julio-Diciembre 2022?

III. Objetivos

III.1 Objetivo general

Determinar la relación existente entre rendimiento académico vs la sintomatología depresiva en los estudiantes de Medicina de la Universidad Nacional Pedro Henríquez Ureña durante el período julio-diciembre 2022

III. 2 objetivos específicos

1. Determinar las características sociodemográficas de los estudiantes.
2. Establecer el período académico que cursan los estudiantes al momento de la investigación.
3. Identificar el cuadro sintomatológico depresivo en los estudiantes.
4. Determinar si los estudiantes han recibido ayuda psicológica al momento de la investigación.
5. Relacionar sintomatología depresiva con efecto sobre el rendimiento académico.
6. Identificar la percepción de los estudiantes con respecto a su sintomatología y su rendimiento.

IV. Marco teórico

Historia de la depresión

En 1854, Gilles Faret describió una condición que llamó locura periódica. Utilizó el término enfermedad circulatoria. En 1899, Emile Kraepelin adoptó la mayoría de los criterios utilizados actualmente por los psiquiatras para describir la psicosis bipolar, basándose en las teorías de otros psiquiatras franceses y alemanes, y los utilizó para diagnosticar el tratamiento bipolar I.¹

La ausencia de depresión, enfermedad y empeoramiento de la manía distingue a esta entidad de la demencia de Placox (entonces conocida como esquizofrenia). Kraepelin también describió una depresión llamada melancolía, que desde entonces se considera un trastorno del estado de ánimo que comienza en la edad adulta tardía. Actualmente, la depresión es una enfermedad común en el mundo occidental. Sus principales síntomas son: tristeza y anhedonia. En la antigüedad, se creía que era una condición mental temporal o permanente que se presentaba en algunas personas y podía ser tratada (con hierbas, baile, dieta) o no, dependiendo del deseo del individuo por una vida activa. A lo largo de la historia médica, ha habido muchos intentos de conceptualizar la depresión.¹

Hipócrates fue el primer médico en considerar estos "estados de ánimo" como enfermedades causadas por cambios en uno de los cuatro humores (bilis negra), y desde entonces la enfermedad se ha vuelto más prominente. Al principio se le llamó melancolía. El origen de la palabra depresión se encuentra en el latín y *premere* ("empujar o presionar"). Uno de los primeros en utilizar el término fue Blackmore en 1725. En el siglo XIX, la palabra depresión se hizo popular y se usó junto con melancolía para denotar esta condición.¹

Robert Burton pasó la mayor parte de su vida escribiendo su Anatomía de la melancolía (publicada en 1621), un largo tratado médico y filosófico que resume todo lo que se sabía anteriormente sobre el tema. Su obra aporta un concepto multifactorial de la depresión, según el cual la enfermedad puede tener varias causas: desde la devoción a la religión, la política, la influencia de los famosos o el simple aburrimiento. La perturbación puede tener su origen en la cabeza, el cuerpo o la hipocondría, y puede acompañarse de delirios o fantasías, aunque se destacan el miedo y la tristeza como síntomas principales. En cuanto a la terapia, abarca desde la música hasta los negocios.¹

William Cullen usó conceptos fisicomecánicos modernos para explicar las enfermedades mentales, especialmente las "neuropatías" (enfermedades causadas por cambios neurofisiológicos). Para Cullen, la melancolía es una "neurosis" con excesiva "torpeza" en el movimiento de la energía nerviosa (1769). Creía que el paciente deprimido se encontraba en

un estado de falta de tono nervioso o "falta de respuesta". Para este autor, la tradición del humor en la medicina estaba completamente abandonada.¹

Falrett describió la "locura cíclica" (1854) caracterizada por el paso del mismo paciente de un estado maníaco a otro estado severamente deprimido. La descripción de Fallet se considera una de las primeras descripciones del trastorno bipolar. La alternancia observada de episodios maníacos y depresivos lo llevó a argumentar que la alternancia correspondía a una entidad nosológica definida. Unos meses más tarde (1854) Bailleire postula la existencia de esta entidad al estudiar casos en los que reconoce una cierta forma de locura caracterizada por una clara alternancia entre estados de excitación y depresión.¹

En 1863, Carl Ludwig Kahlbaum utilizó el término ciclotimia para referirse a los cambios en las fases maníaca y depresiva como ciclos repetidos y periódicos. La observación de Kraepelin del curso longitudinal de la enfermedad para hacer un diagnóstico clínico (1899) condujo a la acuñación del término trastorno bipolar para denotar lo que ahora se denomina trastorno bipolar. Bratton (1998) describió el concepto de depresión como una forma de trastorno del estado de ánimo o afectivo, al que se refiere como cambios en el estado de ánimo. Todas estas definiciones se basan en realidad en un síntoma muy típico de la enfermedad, que es la tristeza; con tristeza y depresión como síntomas principales.¹

Freud entendió que los síntomas de la depresión surgen de la experiencia de una pérdida real o imaginaria. Después del aporte psicoanalítico, surgieron diseños más eclécticos, recopilados tanto en el ICD-10 como en el DSM-5.¹

Definiciones

La CIE-10 de la Organización Mundial de la Salud describe la depresión como un trastorno psicoafectivo caracterizado por un estado de ánimo marcadamente deprimido y sentimientos predominantes de tristeza e infidelidad. Esto se considera una tendencia particular a la reincidencia. El Manual Diagnóstico y Estadístico de los Trastornos Mentales (DSM-5) difiere de la CIE-10 en la clasificación de los trastornos bipolares y relacionados mediante la creación de una rúbrica específica para estos trastornos. Trastorno disruptivo de la regulación del estado de ánimo, trastorno depresivo mayor, trastorno depresivo persistente (arritmias), trastorno disfórico premenstrual, trastorno depresivo inducido por sustancias o trastornos médicos generales, otros trastornos depresivos especificados, trastornos depresivos, incluidos los trastornos y otros trastornos depresivos no especificados. En ambas taxonomías, los términos humor e influencia parecen muy similares, pero el término influencia tiende a usarse para referirse a manifestaciones externas de estados de ánimo.¹

Epidemiología

Los trastornos del estado de ánimo son comunes. En la mayoría de los estudios, el trastorno depresivo mayor tiene la mayor prevalencia de por vida (casi el 17 por ciento) de todos los trastornos psiquiátricos. La prevalencia a lo largo de la vida de diversas formas de trastornos depresivos establecida por encuestas comunitarias oscila entre el 0,5 por ciento y el 6,3 por

ciento, y la prevalencia a lo largo de la vida de la manía oscila entre el 2,6 por ciento y el 7,8 por ciento.²

En general, se cree que la incidencia anual del trastorno bipolar es inferior al 1 por ciento, pero esto es difícil de estimar ya que no se reconocen normalmente trastornos bipolares leves.²

En la República Dominicana se registra una tasa de suicidios de 6.5 por cada 100 mil habitantes.⁹

Sexo

Un hallazgo casi universal, independientemente del país o la cultura, es que la prevalencia del trastorno depresivo mayor es el doble en mujeres que en hombres. Se han sugerido varias razones para esta diferencia, incluidas las diferencias en las hormonas involucradas, los efectos del parto, las diferencias en los factores estresantes psicosociales entre mujeres y hombres y el aprendizaje de comportamientos de impotencia. A diferencia de lo que sucede en el trastorno depresivo mayor, el trastorno bipolar I es igualmente frecuente en hombres y mujeres. Los episodios maníacos son más comunes en los hombres y los episodios depresivos son más comunes en las mujeres. Cuando los episodios maníacos ocurren en mujeres, se asocian con mayor frecuencia a imágenes mixtas que en hombres. Las mujeres también tuvieron una mayor incidencia de ciclos rápidos, pacientes con cuatro o más episodios maníacos en un año.²

Edad

El inicio del trastorno bipolar I es más temprano que el del trastorno depresivo mayor. La edad de inicio del trastorno bipolar I varía desde la infancia (5 o 6 años) hasta los 50 años y rara vez más, con una edad media de 30 años. En el 50 por ciento de los casos, la enfermedad se presenta entre los 20 y los 50 años. El trastorno depresivo mayor puede comenzar en la niñez o más adelante en la vida.²

Según los últimos datos epidemiológicos, la prevalencia del trastorno depresivo mayor parece estar aumentando en personas menores de 20 años, posiblemente relacionado con el aumento del abuso de alcohol y sustancias en este grupo de edad.²

Situación conyugal

El trastorno depresivo mayor es más común en personas que no tienen relaciones íntimas o que están divorciadas o separadas. El trastorno bipolar I es más común en solteros divorciados que en individuos casados, y esta diferencia puede reflejar el inicio temprano y las características de discordia marital tardía de este trastorno.²

Factores socioeconómicos y culturales

Aunque no se encontró una correlación entre el nivel socioeconómico y el trastorno depresivo mayor, los grupos de nivel socioeconómico más alto tenían tasas de trastorno bipolar más altas que el promedio. Los trastornos son más comunes en los graduados universitarios que

en las personas con la enfermedad. Esto también puede reflejar la edad relativamente temprana de aparición del trastorno. La depresión es más común en las áreas rurales que en las urbanas. Aunque la incidencia de los trastornos del estado de ánimo no difiere según la raza, los discriminadores tienden a subdiagnosticar los trastornos del estado de ánimo y sobrediagnosticar la esquizofrenia en pacientes de origen racial o cultural.²

Comorbilidad

Las personas con trastornos graves del estado de ánimo tienen un mayor riesgo de padecer uno o más trastornos relacionados. Los más comunes son el abuso o la dependencia del alcohol, el trastorno de pánico, el trastorno obsesivo-compulsivo (TOC) y el trastorno de ansiedad social. Por el contrario, las personas con abuso de sustancias y trastornos de ansiedad corren un alto riesgo de sufrir trastornos del estado de ánimo, tanto ahora como a lo largo de su vida. Entre los trastornos unipolares y bipolares, los trastornos por uso de sustancias son más comunes en los hombres, mientras que la ansiedad y los trastornos alimentarios son más comunes en las mujeres. En general, las personas con trastorno bipolar experimentan el consumo de sustancias y los trastornos de ansiedad relacionados con más frecuencia que las personas con depresión unipolar.²

En el estudio Epidemiological Catchment Area (ECA) se determinó una historia a lo largo de la vida de trastornos de abuso de sustancias, trastornos de angustia y TOC aproximadamente del doble en los pacientes con trastorno bipolar I (61 por ciento, 21 por ciento y 21 por ciento respectivamente). Los trastornos asociados de abuso de sustancias y ansiedad empeoran el pronóstico de la enfermedad e incrementan gravemente el riesgo de suicidio entre los pacientes con trastorno de depresión mayor unipolar y bipolar.²

Etiología

Factores biológicos

Se han informado cambios biológicos en pacientes con trastornos del estado de ánimo. Hasta hace poco, los neurotransmisores monoamínicos (norepinefrina, dopamina, serotonina e histamina) han sido el foco de atención e investigación sobre la patogenia de estos trastornos, pero para el estudio de trastornos neuroconductuales de sistemas individuales, circuitos y mecanismos neuroreguladores más complejos. Se cree que el sistema monoaminérgico es un sistema neuromodulador más amplio, cuyos cambios no solo están relacionados directa o causalmente con la etiología o la etiología, sino también con deficiencias secundarias o fenómenos secundarios.²

Aminas biógenas. De las aminas biógenas, la noradrenalina y la serotonina son los dos neurotransmisores más implicados en la fisiopatología de los trastornos del estado de ánimo.²

Noradrenalina. La correlación sugerida por la investigación básica entre la regulación a la baja o la regulación a la baja de los receptores beta-adrenérgicos y la respuesta clínica a los antidepresivos parece ser el factor más convincente en el papel del sistema noradrenérgico en

la depresión. La activación de los receptores β 2 presinápticos reduce la cantidad de norepinefrina liberada. Estos receptores beta 2 presinápticos también se encuentran en las neuronas serotoninérgicas y regulan la cantidad de serotonina liberada.²

Los efectos clínicos de los antidepresivos noradrenérgicos, como la venlafaxina, también respaldan el papel de la noradrenalina en la fisiopatología de al menos algunos síntomas depresivos.²

Serotonina. Dado el enorme papel que desempeñan los inhibidores selectivos de la recaptación de serotonina (ISRS), como la fluoxetina, en el tratamiento de la depresión, la serotonina se ha convertido en el neurotransmisor de la familia de aminas biogénicas más comúnmente asociadas con la depresión. La identificación de múltiples subtipos de receptores de serotonina también ha despertado el interés de la comunidad científica por desarrollar tratamientos más específicos para la depresión. Además de la eficacia de los ISRS y otros antidepresivos serotoninérgicos en el tratamiento de la depresión, existe evidencia de que la serotonina también está implicada en la fisiopatología de esta entidad, ya que su depleción conduce a depresión e ideación suicida en algunos pacientes impulsivos que tienen metabolitos de serotonina más bajos en líquido cefalorraquídeo (LCR) y niveles más bajos de sitios de captación de serotonina en las plaquetas.²

Dopamina. Aunque la norepinefrina y la serotonina son las aminas biogénicas más comúnmente asociadas con la fisiopatología de la depresión, también se ha sugerido que la dopamina está involucrada en este proceso, ya que su actividad se reduce en la depresión y aumenta en la manía. El descubrimiento de nuevos subtipos de receptores de dopamina y una mejor comprensión de la regulación presináptica y postsináptica de la función dopaminérgica han contribuido al estudio de la relación entre la dopamina y los trastornos del estado de ánimo. Medicamentos que reducen los niveles de dopamina (p. ej., reserpina) y trastornos que reducen los niveles de dopamina (p. ej., enfermedad de Parkinson) se asocia con síntomas depresivos, y los medicamentos que aumentan los niveles de dopamina (como tirosina, anfetamina y bupropión) pueden reducir los síntomas depresivos. Se han propuesto dos teorías para explicar la relación entre la dopamina y la depresión: la disfunción de la vía dopaminérgica mesolímbica y la hipoactividad de los receptores de dopamina D1.²

Otros trastornos de los neurotransmisores. La acetilcolina (ACh) está presente en neuronas ampliamente distribuidas a lo largo de la corteza cerebral, y estas neuronas mantienen conexiones recíprocas o interactivas con los tres sistemas monoaminérgicos. En las autopsias de algunos pacientes deprimidos se han encontrado niveles del precursor de la ACh colina, lo que puede indicar cambios en la composición de fosfolípidos celulares. Los agonistas y antagonistas colinérgicos tienen diferentes efectos clínicos en la depresión y la manía. Los agonistas inducen letargo, falta de respuesta y retraso psicomotor en individuos sanos, aumentan los síntomas depresivos y reducen los síntomas maníacos, aunque estos efectos son insuficientes para el uso clínico y los efectos secundarios son problemáticos. En modelos animales de depresión, se han identificado cepas de ratones con mayor sensibilidad o insensibilidad a los agonistas colinérgicos. Son más propensos o resistentes a desarrollar

indefensión aprendida. Los agonistas colinérgicos provocan cambios en la actividad del eje hipotálamo-pituitario-suprarrenal (HPA) y en el sueño similares a los asociados con la depresión mayor. Algunos pacientes con trastornos del estado de ánimo en remisión y sus familiares de primer grado que nunca los han tenido tienen una mayor sensibilidad a los agonistas colinérgicos, lo que puede definirse como un rasgo genético.²

El ácido gamma-aminobutírico (GABA) tiene efectos inhibitorios sobre las vías monoaminérgicas ascendentes, particularmente en el mesencéfalo y el sistema mesolímbico. Se ha demostrado una disminución de las concentraciones de GABA en plasma, líquido cefalorraquídeo y cerebro en la depresión, y los estudios en animales sugieren que el estrés crónico reduce o incluso induce el agotamiento de GABA.²

Los aminoácidos glutamato y glicina son los principales neurotransmisores excitadores e inhibidores del sistema nervioso central (SNC). El glutamato y la glicina se unen a los sitios de unión del receptor de N-metil-D-aspartato (NMDA), y la estimulación glutamatérgica excesiva puede causar efectos neurotóxicos. El hipocampo tiene una alta concentración de receptores NMDA, y el glutamato puede actuar junto con la hipercortisolemia sobre los efectos neurocognitivos negativos de la depresión mayor recurrente. Los antagonistas de los receptores de NMDA parecen tener efectos antidepresivos.²

Segundos mensajeros y cascadas intracelulares. La unión de neurotransmisores y receptores postsinápticos desencadena una serie de procesos intracelulares y ligados a la membrana mediados por el sistema de segundos mensajeros. Todos los receptores de la membrana celular interactúan con el entorno intracelular a través de proteínas de unión a nucleótidos de guanina (proteínas G). Estas proteínas G están a su vez vinculadas a una serie de enzimas intracelulares (adenilato ciclasa, fosfolipasa C y fosfodiesterasa) que regulan la utilización de energía y la producción de mensajeros secundarios como nucleótidos cíclicos (glucósidos de monofosfato de adenilo cíclico), "cAMP" y monosíngosifato cíclico (cGMP⁺), además de fosfatidilinosoles (por ejemplo, inositol trifosfatos y diglicéridos) y calponina. Los segundos mensajeros regulan la función de los canales iónicos en las membranas neuronales. Los fármacos equilibrantes actúan sobre las proteínas G u otros segundos mensajeros.²

Alteraciones de la regulación hormonal. Los cambios a largo plazo en las respuestas neuroendocrinas y conductuales son consecuencia de un estrés más temprano y más severo. Los estudios en animales han demostrado que los períodos de privación materna, incluso a corto plazo, alteran las respuestas posteriores al estrés. La actividad del gen que codifica el factor de crecimiento neurotrófico derivado de la neuroquinina cerebral (BDNF) disminuye después del estrés crónico, así como durante la neurogénesis. El estrés prolongado puede provocar cambios en el estado funcional de las neuronas y, finalmente, conducir a la muerte celular. Estudios recientes en pacientes deprimidos han demostrado que una historia de trauma temprano se asocia con una mayor actividad del eje HPA y cambios estructurales (atrofia o pérdida de volumen) en la corteza cerebral.²

El aumento de la actividad del eje HPA es fundamental para la respuesta al estrés de los mamíferos y uno de los vínculos más claros entre la depresión y la biología del estrés crónico. La hipercortisolemia en la depresión sugiere uno o más de los siguientes: disminución de la supresión de serotonina, aumento de la estimulación de norepinefrina, ACh, hormona liberadora de corticotropina o cortisol (CRH), o retroalimentación del hipocampo Disminución de la inhibición.²

La actividad del eje HPA aumenta notablemente en el 20-40 por ciento de los pacientes ambulatorios deprimidos y en el 40-60 por ciento de los pacientes hospitalizados deprimidos. El aumento de la actividad del eje HPA en la depresión se documentó mediante la excreción de cortisol libre en orina, las concentraciones de cortisol libre en plasma en muestras de sangre venosa de 24 horas (o menos), las concentraciones de cortisol en saliva y las pruebas de integridad. La inhibición de la retroalimentación se midió mediante la administración de dexametasona (0,5 a 2 mg), un potente glucocorticoide sintético que normalmente inhibe la actividad del eje HPA durante 24 h.²

La secreción de cortisol sin inhibir a las 08:00 de la mañana siguiente o el posterior escape de la inhibición a las 16:00 o 23:00 indica una inhibición de retroalimentación debilitada. La correlación entre la hipersecreción de cortisol y la falta de supresión con dexametasona fue incompleta (aproximadamente un 60 por ciento de acuerdo). En una modificación reciente para mejorar la sensibilidad del ensayo, se administró una dosis de prueba de CRH después de la supresión con dexametasona.²

Estas pruebas de inhibición por retroalimentación no se usan como prueba de diagnóstico para el hiperadrenocorticismismo (aunque esto es raro) en la manía, la esquizofrenia, la demencia y otros trastornos psiquiátricos.²

Actividad del eje tiroideo. Aproximadamente del 5 al 10 por ciento de las evaluaciones de depresión tienen disfunción tiroidea no diagnosticada previamente, como lo demuestran las concentraciones basales elevadas de hormona estimulante de la tiroides (TSH) o la TSH elevada después de la infusión de 500 mg de hormona liberadora de tiotropina neuropéptido hipotalámico. Estos cambios están asociados con niveles elevados de anticuerpos antitiroideos, lo que puede afectar la respuesta al tratamiento si el problema no se corrige con la terapia de reemplazo hormonal. La mayoría de los pacientes deprimidos (20 a 30 por ciento) tienen una respuesta de TSH acortada al desafío con TRH. El principal efecto terapéutico de esta respuesta de TSH es un mayor riesgo de recaída a pesar del tratamiento antidepresivo profiláctico. A diferencia de la prueba de supresión con dexametasona, la respuesta acortada de TSH a TRH no se normaliza durante el tratamiento.²

Hormona del crecimiento. La hormona del crecimiento (GH) se libera de la glándula pituitaria anterior en respuesta a la norepinefrina y la dopamina. La somatostatina (un neuropéptido hipotalámico) y la CRH inhiben esta secreción, y se ha informado que las concentraciones de somatostatina en el LCR reducen la depresión y aumentan la manía.²

Prolactina. La liberación de prolactina de la glándula pituitaria es estimulada por la serotonina e inhibida por la dopamina. La mayoría de los estudios no encontraron anomalías significativas en la secreción de prolactina basal o circadiana en pacientes deprimidos, aunque se acortó la respuesta a varios antagonistas de la serotonina, lo cual es común en mujeres premenopáusicas, lo que sugiere un papel menor para el estrógeno.²

Neurofisiología de las alteraciones del sueño. La depresión se asocia con privación prematura del sueño (ondas lentas) y aumento de los despertares nocturnos. Este último efecto se evidenció mediante cuatro tipos de cambios: aumento del despertar nocturno, disminución de la duración del sueño, aumento de la latencia del sueño con movimientos oculares rápidos (REM) y aumento de la temperatura corporal. La combinación de aumento del sueño REM y disminución del sueño de ondas lentas reduce la duración de la etapa 1 del sueño no REM, lo que se conoce como latencia REM reducida. Reducción de la latencia REM y persistencia de los déficits de sueño de ondas lentas tras la recuperación de un episodio depresivo.²

La secreción reducida de GH después del inicio del sueño se asocia con una reducción del sueño de ondas lentas y exhibe un comportamiento similar independiente del estado o similar a un rasgo. Una combinación de disminución de la latencia REM, aumento de la densidad del sueño REM y disminución del mantenimiento del sueño identificó depresión en el 40 por ciento de los pacientes ambulatorios y en el 80 por ciento de los pacientes hospitalizados.²

Resultados falsos negativos observados en pacientes jóvenes con narcolepsia con aumento del sueño de ondas lentas durante episodios depresivos. El 10 por ciento de las personas sanas tienen patrones de sueño anormales, lo que no es raro en otros trastornos psiquiátricos en ausencia de supresión con dexametasona. Los pacientes con trastornos típicos del sueño responden mal a la psicoterapia, tienen mayor riesgo de recaída o recaída y prefieren la farmacoterapia.²

Trastornos inmunitarios. La depresión se asocia con diversas anomalías del sistema inmunitario, incluida la alteración de la proliferación de linfocitos en respuesta a los mitógenos y otras formas de alteración de la inmunidad celular. Estos linfocitos producen neuromoduladores como el factor liberador de corticotropina (CRF) y citoquinas, péptidos llamados interleucinas. Parece estar asociado con gravedad clínica, hipercortisolismo y disfunción del sistema inmunitario, y la citocina interleucina 1 induce la actividad génica para la síntesis de glucocorticoides.²

En la depresión, el hallazgo más consistente en la tomografía por emisión de positrones (PET) es la disminución del metabolismo en el cerebro anterior, que suele ser más pronunciado en el lado izquierdo. Desde una perspectiva de dominancia diferencial, la depresión se asocia con un aumento relativo de la actividad en el hemisferio no dominante. Asimismo, el declive prefrontal se revirtió tras el paso de la depresión a la hipomanía, de manera que se observó una mayor reducción en el hemisferio derecho de la manía.²

Otros estudios han observado reducciones más específicas en el flujo sanguíneo y/o el metabolismo cerebral en los canales de inervación dopaminérgicos corticales y mesolímbicos en la depresión. Argumentamos que la evidencia sugiere que el tratamiento antidepressivo, al menos parcialmente, normaliza estos cambios.²

Además de una reducción general en el metabolismo del prosencéfalo, se observó un aumento del metabolismo de la glucosa en varias regiones límbicas, particularmente en pacientes con trastorno depresivo mayor recurrente y antecedentes familiares de trastornos del estado de ánimo. El aumento del metabolismo de la glucosa se asocia con la rumiación compulsiva durante los episodios depresivos.²

Tanto los sistemas de los trastornos del estado de ánimo como los resultados de los estudios biológicos apoyan la hipótesis de que el trastorno del estado de ánimo incluye una anomalía anatomopatológica cerebral. Las ciencias neurológicas afectivas modernas se centran en la importancia de cuatro regiones cerebrales para la regulación de las emociones normales: la corteza prefrontal (CPF), la zona cingulada anterior, el hipocampo y la amígdala. La CPF se considera la estructura que retiene representaciones de objetivos y las respuestas apropiadas para obtener esos objetivos. Dichas actividades son particularmente importantes cuando son múltiples, cuando las respuestas conductuales entran en conflicto o cuando se necesita superar una excitación afectiva. Parece existir alguna especialización hemisférica en la función de la CPF; por ejemplo, la activación de las regiones de la CPF izquierda está más implicada en comportamientos o apetitos dirigidos, mientras que las regiones de la CPF derecha participan en comportamientos de evitación e inhibición de apetitos. En las distintas regiones de la CPF se localizan las representaciones de los comportamientos relacionados con la recompensa y el castigo.²

La corteza cingulada anterior (CCA) actúa como punto integrador de las aferencias de la atención y las emociones. Se han identificado dos subdivisiones: una subdivisión afectiva en las regiones rostral y ventral de la CCA y una subdivisión cognitiva que incluye la zona dorsal de la CCA. La primera subdivisión comparte muchas conexiones con otras regiones límbicas, y la segunda interacciona más con la CPF y con otras regiones corticales. La activación de la CCA facilita el control de la excitación emocional, particularmente cuando se ha frustrado un logro o cuando se encuentran problemas nuevos.²

El hipocampo es la estructura que se ve involucrada más claramente en varias formas del aprendizaje y la memoria, incluido el condicionamiento al miedo, al igual que la regulación inhibitoria de la actividad del eje HHS. El aprendizaje emocional o contextual implica una conexión directa entre el hipocampo y la amígdala.²

La amígdala es un sitio importante para procesar nuevos estímulos emocionalmente significativos y coordinar u organizar respuestas corticales. Situada justo encima del hipocampo bilateral, la amígdala se ha considerado durante mucho tiempo el corazón del sistema límbico. Aunque la mayor parte de la investigación se ha centrado en el papel de la

amígdala en respuesta a estímulos de miedo o dolor, esta estructura se activa por la ambigüedad o la novedad más que por la naturaleza aversiva del estímulo en sí.²

Factores genéticos

Muchos estudios familiares, de adopción y de gemelos han documentado la naturaleza genética de los trastornos del estado de ánimo, aunque los estudios genéticos recientes se han centrado en identificar genes de susceptibilidad específicos utilizando enfoques genéticos moleculares.²

Estudios familiares. Los estudios familiares abordan la cuestión de si una enfermedad es hereditaria, o más bien, si una enfermedad es más común que en la población general con familiares de personas con la enfermedad. Según estudios familiares, si uno de los padres tiene un trastorno del estado de ánimo, su hijo tiene un riesgo del 10 al 25 por ciento de desarrollar un trastorno del estado de ánimo. Si ambos padres están afectados, el riesgo se duplica, y cuantos más miembros de la familia están afectados, mayor será el riesgo. Si los familiares afectados son familiares de primer grado, el riesgo también es mayor que para sus familiares más lejanos. Una historia familiar de trastorno bipolar aumenta el riesgo de desarrollar trastorno bipolar. El trastorno unipolar suele ser el tipo más común de trastorno del estado de ánimo en la familia de los probandos bipolares. Esta superposición familiar sugiere cierto apoyo mutuo entre estos dos trastornos del estado de ánimo. La presencia de enfermedades más graves en la familia aumenta el riesgo.²

Estudios de adopción. Los estudios de adopción permiten desentrañar los factores genéticos y ambientales en la enfermedad familiar. El número de tales estudios publicados es pequeño y los resultados son inconsistentes. Un gran estudio encontró un aumento del triple en la prevalencia del trastorno bipolar y un aumento del doble en la prevalencia del trastorno unipolar en parientes biológicos de un probando con trastorno bipolar. De manera similar, en una muestra danesa, los familiares biológicos de un probando con un trastorno afectivo tenían un aumento de tres veces en el trastorno unipolar y un aumento de seis veces en la consumación del suicidio. Sin embargo, los resultados de otros estudios no fueron concluyentes y no se encontraron diferencias en la prevalencia de los trastornos del estado de ánimo.²

Estudios con gemelos. Los estudios de gemelos son la forma más poderosa de separar los factores genéticos del medio ambiente, o en otras palabras, la influencia de la naturaleza de la crianza. Los datos de gemelos proporcionan una fuerte evidencia de que los genes por sí solos representan del 50 al 70 por ciento de la etiología de los trastornos del estado de ánimo. El resto debe explicarse por el medio ambiente o algún otro factor no genético. Así, lo que se hereda es la susceptibilidad o susceptibilidad a la enfermedad. Combinando trastornos unipolares y bipolares, estos estudios encontraron tasas de concordancia para los trastornos del estado de ánimo en gemelos monocigóticos de 70 a 90 por ciento en comparación con 16 a 35 por ciento para gemelos dicigóticos del mismo sexo. Esta es la información más convincente sobre el papel de los factores genéticos en los trastornos del estado de ánimo.²

Estudios de ligamiento genético. Los marcadores de ADN son segmentos de ADN con ubicaciones cromosómicas conocidas que varían ampliamente entre sujetos. Se utilizan para rastrear la segregación de regiones cromosómicas específicas en familias afectadas por la enfermedad. Se dice que existe un vínculo genético con una enfermedad si se identifica un marcador asociado con la enfermedad en una familia. Los cromosomas 18q y 22q son las dos regiones con mayor evidencia de asociación con el trastorno bipolar. Varios estudios de ligamiento han encontrado evidencia de la participación de genes específicos en subtipos clínicos. Por ejemplo, la evidencia de vinculación en la región 18q se ha mostrado principalmente en parejas de hermanos con trastorno bipolar II y en familias en las que el probando tenía síntomas de pánico.²

Los estudios de mapeo genético de la depresión unipolar han proporcionado pruebas sólidas de la vinculación en el locus CREB1 ubicado en el cromosoma 2. Se encontraron enlaces en 18 regiones genómicas adicionales, algunas de las cuales mostraron un locus de interacción con CREB1. locus CREB1. Otro estudio describe la evidencia de interacciones gen-ambiente en el desarrollo del trastorno depresivo mayor. Las personas que experimentan eventos adversos en la vida a menudo tienen un mayor riesgo de depresión. Sin embargo, en estos casos, el mayor riesgo aumentado se encontró para las variantes del gen del transportador de serotonina detectadas. Esta es una de las primeras publicaciones sobre interacciones gen-ambiente específicas en trastornos psiquiátricos.²

Factores psicosociales

Situaciones vitales y estrés ambiental. Las observaciones clínicas han demostrado tradicionalmente que los eventos estresantes de la vida tienden a preceder en lugar de seguir el inicio de los trastornos del estado de ánimo. Esta asociación se ha descrito tanto en pacientes con trastorno depresivo mayor como en pacientes con trastorno bipolar I. Una teoría propuesta para explicar esta observación es que el estrés que acompaña al primer episodio provoca cambios a largo plazo que alteran el estado funcional de varios neurotransmisores y sistemas de señalización en las neuronas, y estos cambios pueden incluso incluir pérdida neuronal. Y la reducción excesiva hace que sea muy probable que una persona tenga episodios posteriores de trastornos del estado de ánimo, incluso en ausencia de factores estresantes externos.²

Algunos especialistas creen que las situaciones de la vida juegan un papel importante en la depresión, mientras que otros creen que juegan solo un papel limitado en el proceso de aparición y desarrollo de la depresión. Los datos más convincentes mostraron que el evento de la vida asociado con mayor frecuencia con el desarrollo de la depresión fue la pérdida de un padre antes de los 11 años, mientras que los factores estresantes ambientales se asociaron con mayor frecuencia con la pérdida de un padre. La depresión es la pérdida de un cónyuge. Otro factor de riesgo fue el desempleo; los desempleados describieron síntomas de un episodio depresivo mayor tres veces más que los empleados.²

Factores de la personalidad. Ningún rasgo o tipo de personalidad por sí solo puede causar que una persona sufra de depresión. Todas las personas, independientemente de sus patrones

de personalidad, pueden frustrarse en las circunstancias adecuadas. Las personas con ciertos trastornos de personalidad (TOC, histriónico y borderline) pueden tener un mayor riesgo que aquellas con trastornos de personalidad antisocial o paranoide. Estos últimos pueden usar la proyección y otros mecanismos de defensa externos para protegerse de la ira interna. No hubo evidencia de trastorno bipolar I, pero los pacientes con trastornos distímicos y ciclotímicos tenían riesgo de depresión mayor o trastorno bipolar I en el futuro.²

Las situaciones estresantes recientes fueron el predictor más fuerte de episodios depresivos. Los profesionales siempre están interesados en el significado de los estresores desde un punto de vista psicodinámico. Se ha demostrado que los factores estresantes a los que se enfrentan los pacientes y los que afectan negativamente a su autoestima son los que con mayor frecuencia conducen a la depresión. Además, un evento que parece ser un factor estresante relativamente benigno para un observador externo puede ser devastador para el paciente porque el evento tiene un significado especial y específico.²

Factores psicodinámicos en la depresión. El conocimiento de la psicodinámica de la depresión, tal como la define Sigmund Freud y la amplía Carl Abraham, ha ido más allá de la visión clásica de la depresión. La teoría aborda cuatro puntos principales: 1) el debilitamiento de la relación madre-hijo durante la fase oral (primeros 10-18 meses de vida), lo que contribuye a una mayor susceptibilidad a la depresión; 2) la depresión puede estar asociada con la pérdida de objetos reales o imaginarios; 3) La internalización del objeto perdido es un mecanismo de defensa contra el malestar asociado con el objeto perdido en sí, y 4) Debido a que pensar en el objeto perdido es una mezcla de amor y odio, los sentimientos de ira se vuelven hacia uno mismo.²

La comprensión de Melanie Klein de la depresión como una expresión de agresión hacia los seres queridos sigue en gran medida la teoría freudiana. Edward Bibring consideraba la depresión como un fenómeno que ocurre cuando una persona se da cuenta de la diferencia entre sus altísimos ideales y la incapacidad para alcanzarlos. Edith Jacobson ve el estado de depresión como el estado de un niño impotente e indefenso que es víctima del abuso de sus padres. Silvano Arietti, quien observó que muchas personas deprimidas viven para los demás más que para sí mismas, se refiere a la persona para quien vive el depresivo, que inicialmente puede ser tanto un ideal como una institución, como sujeto principal. La depresión ocurre cuando los pacientes se dan cuenta de que las personas o los ideales por los que han vivido nunca les responderán de una manera que esté a la altura de sus expectativas. La conceptualización de la depresión de Heinz Kohut se deriva de su teoría de la psicología del yo y se basa en la premisa de que el yo en desarrollo tiene necesidades específicas que los padres deben satisfacer para inculcar una autoestima positiva y autocongruencia en sus hijos. Cuando estas necesidades no pueden ser satisfechas por otras personas, se produce una enorme pérdida de autoestima, que se manifiesta en forma de depresión. Para John Bowlby, el daño de una relación pasada y una separación infantil traumática lo predisponen a la depresión. Pérdidas experimentadas en adultos al volver a experimentar pérdidas traumáticas en la infancia que conducen a episodios depresivos en adultos.²

Factores psicodinámicos en la manía. La mayoría de las teorías sobre la manía ven esos episodios como un mecanismo de defensa contra una depresión subyacente. Por ejemplo, Abraham sugirió que los episodios maníacos pueden reflejar intolerancia a las tragedias del desarrollo, como la pérdida de un padre. Los estados maníacos también pueden surgir de un superyó autoritario que crea una autocrítica insoportable, que luego es reemplazada por una autosatisfacción eufórica. Bertram Lewin creía que el ego de la persona maníaca se ve abrumado por impulsos placenteros (como el sexo) o imprudentes (como la agresión). Klein también ve la manía como una respuesta defensiva a la depresión que utiliza mecanismos de defensa como la omnipotencia, durante la cual una persona desarrolla delirios de grandeza.²

Otras perspectivas de la depresión

Teoría cognitiva. Según la teoría cognitiva, la depresión es el resultado de deficiencias cognitivas específicas en personas propensas a la depresión. Estas distorsiones, llamadas representaciones depresivas, son plantillas cognitivas, y la forma en que se reciben los datos internos y externos cambia en presencia de experiencias pasadas. Aaron Beck presenta la tríada cognitiva de la depresión, que consiste en una composición de visiones sobre uno mismo (autopercepción negativa), sobre el entorno (tendencia a ser hostil y exigente con el mundo) y visiones sobre el futuro (anticipación del dolor y el fracaso). El tratamiento consiste en revertir estos trastornos.²

Indefensión aprendida. La teoría de la depresión de la indefensión aprendida relaciona el fenómeno depresivo con la experiencia de situaciones que escapan a nuestro control. Por ejemplo, cuando los perros en el laboratorio recibieron descargas eléctricas de las que no pudieron escapar, exhibieron comportamientos que distinguen a estos animales de otros perros que no estaban expuestos a estas condiciones incontrolables. Cuando se les introdujo en un nuevo entorno de aprendizaje, los animales conmocionados no cruzaron las barreras erigidas para evitar el flujo de descargas, sino que permanecieron pasivos e inmóviles. De acuerdo con la teoría de la indefensión aprendida, los perros que reciben una descarga saben que el resultado es irrelevante para la respuesta, por lo que tienen un déficit motivacional cognitivo (es decir, no intentan evitar la descarga) y un déficit emocional (lo que indicaría una reactividad reducida). En una visión reformulada de la indefensión aprendida atribuida a la depresión humana, una explicación interna causal conduce a una pérdida de autoestima después de experimentar eventos externos adversos. Los conductistas que están de acuerdo con esta teoría enfatiza que las mejoras en la depresión coinciden con momentos en que los pacientes aprenden a adquirir una sensación de control y dominio sobre su entorno.²

DIAGNÓSTICO

Trastorno de depresión mayor

Trastorno de depresión mayor, episodio único

La depresión puede ocurrir como un episodio único o episodios repetidos. La diferencia entre estos pacientes y aquellos con dos o más episodios de depresión mayor es razonable porque el curso de la enfermedad en el primer grupo de pacientes es incierto. Los resultados de

varios estudios son consistentes con la opinión de que los trastornos depresivos mayores comprenden un grupo heterogéneo de trastornos. Una forma de estos estudios evaluó la estabilidad de los diagnósticos de depresión mayor de los pacientes a lo largo del tiempo. El estudio encontró que entre el 25 por ciento y el 50 por ciento de los pacientes fueron reclasificados posteriormente con otro trastorno psiquiátrico o un trastorno no psiquiátrico con síntomas psiquiátricos. Un segundo tipo de estudio evaluó a familiares de primer grado de pacientes con trastornos afectivos para determinar la presencia y tipo de diagnósticos psiquiátricos en estos familiares a lo largo del tiempo. Ambos tipos de investigación encontraron que las personas con depresión que tenían más síntomas depresivos también tenían más probabilidades de tener un diagnóstico estable y familiares con problemas emocionales a lo largo del tiempo que aquellos con menos síntomas. Además, los pacientes con trastorno bipolar I o trastorno bipolar II (episodios recurrentes de depresión mayor con hipomanía) tienen más probabilidades de tener un diagnóstico estable a lo largo del tiempo.²

Trastorno de depresión mayor recidivante

Las personas con al menos un segundo episodio depresivo se clasificaron como con trastorno depresivo mayor recurrente. El problema básico del diagnóstico es elegir los criterios que permitan determinar la resolución de cada periodo. Las dos variables utilizadas fueron el grado de resolución de los síntomas y la duración de la resolución. El DSM-5 requiere que los episodios individuales de depresión estén separados por al menos 2 meses durante los cuales el paciente esté libre de síntomas depresivos mayores.²

Trastorno bipolar I

Los criterios del DSM-5 para un episodio bipolar I requieren la presencia de un periodo de estado de ánimo notablemente anormal que dure al menos una semana e incluyen un diagnóstico de trastorno bipolar I basado solo en los síntomas del trastorno y uno o más episodios maníacos recientes, como se describe abajo.²

El nombre trastorno bipolar I es sinónimo de lo que antes se conocía como trastorno bipolar, un síndrome en el que se desarrolla todo el espectro de síntomas maníacos a medida que avanza la enfermedad. Los criterios diagnósticos del trastorno bipolar II se caracterizan por episodios hipomaníacos-depresivos a lo largo del curso del trastorno, pero los episodios de síntomas maníacos no son suficientes para cumplir los criterios diagnósticos de un síndrome maníaco generalizado.²

Los episodios maníacos aparentemente inducidos por la terapia antidepresiva (terapia farmacológica o terapia electroconvulsiva) no indican la presencia de un trastorno bipolar I.²

Trastorno bipolar I, episodio maníaco único. Según el DSM-5, un paciente debe tener un primer episodio maníaco para cumplir con los criterios diagnósticos del trastorno bipolar I, un único episodio maníaco. Esta afirmación se basa en el hecho de que los pacientes con un primer episodio de depresión bipolar I son indistinguibles de los pacientes con un trastorno depresivo mayor.²

Trastorno bipolar I, recidivante. Las cuestiones planteadas en la definición del final de un episodio depresivo también se aplican a la definición del final de un episodio maníaco. Los episodios maníacos se consideraron distintos si estaban separados por al menos 2 meses y sin síntomas manifiestos de manía o hipomanía.²

Trastorno bipolar II

Los criterios de diagnóstico para el trastorno bipolar II incluyen la gravedad, la frecuencia y la duración de los episodios maníacos. Los criterios diagnósticos de un episodio hipomaniaco se describen junto con los criterios diagnósticos del trastorno bipolar II. Estos criterios pretenden reducir el sobrediagnóstico de episodios hipomaniacos y clasificar erróneamente a los pacientes con trastorno depresivo mayor como aquellos con trastorno bipolar II. Clínicamente, es difícil para los psiquiatras distinguir entre manía normal e hipomanía en pacientes que han estado crónicamente deprimidos durante meses o años. Al igual que con el trastorno bipolar I, los episodios de hipomanía por antidepresivos no son diagnósticos de trastorno bipolar II.²

Especificadores (curso clínico)

Además de las especificaciones de gravedad, psicoticismo y remisión, pueden utilizarse otros síntomas para describir a los pacientes que presentan varios trastornos del estado de ánimo.²

Con características psicóticas. La presencia de características del trastorno depresivo mayor refleja una enfermedad grave y es un indicador de mal pronóstico. Una revisión de la literatura que compara el trastorno depresivo mayor con el trastorno depresivo mayor no psicótico encontró que las dos condiciones tienen etiologías diferentes, con base en el hecho de que el trastorno bipolar I es más común en familias con depresión psicótica.²

Criterios diagnósticos del DSM-5 para el trastorno de depresión mayor²

- A. Cinco (o más) de los síntomas siguientes han estado presentes durante el mismo período de dos semanas y representan un cambio del funcionamiento previo; al menos uno de los síntomas es (1) estado de ánimo deprimido o (2) pérdida de interés o de placer.
1. Estado de ánimo deprimido la mayor parte del día, casi todos los días, según se desprende de la información subjetiva (p. ej., se siente triste, vacío, sin esperanza) o de la observación por parte de otras personas (p. ej., se le ve lloroso). (**Nota:** en niños y adolescentes, el estado de ánimo puede ser irritable).
 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 (p. ej., modificación de más de un 5 por ciento del peso corporal en un mes) o disminución o aumento del apetito casi todos los días. (**Nota:** en los niños considerar el fracaso para el aumento de peso esperado.)
 4. Insomnia o hipersomnias casi todos los días.

5. Agitación o retraso psicomotor casi todos los días (observable por parte de otros, no simplemente la sensación subjetiva de inquietud o de entumecimiento).
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.

Nota: los criterios A-C constituyen un episodio de depresión mayor.

Nota: las respuestas a una pérdida significativa (p. ej., duelo, ruina económica, pérdidas debidas a una catástrofe natural, una enfermedad o discapacidad grave) pueden incluir el sentimiento de tristeza intensa, rumiación acerca de la pérdida, insomnio, pérdida del apetito y pérdida de peso que figuran en el Criterio A, y pueden simular un episodio depresivo. Aunque estos síntomas pueden ser comprensibles o considerarse apropiados a la pérdida, también se debería pensar atentamente en la presencia de un episodio de depresión mayor además de la respuesta normal a una pérdida significativa. Esta decisión requiere inevitablemente el criterio clínico basado en la historia del individuo y en las normas culturales para la expresión de malestar en el contexto de la pérdida.

D. El episodio de depresión mayor no se explica mejor por un trastorno esquizoafectivo, esquizofrenia, un trastorno esquizofreniforme, un 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.

Nota: Esta exclusión no se aplica si todos los episodios de tipo maníaco o hipomaníaco son inducidos por sustancias o se pueden atribuir a los efectos fisiológicos de otra afección médica.²

Para distinguir si el duelo se debe a un episodio depresivo mayor (MDE), los principales efectos del duelo son sentimientos de vacío y pérdida, mientras que el MDE se caracteriza por un estado de ánimo persistentemente depresivo y la incapacidad de esperar felicidad o alegría. La depresión por duelo puede disminuir en intensidad durante días o semanas y ocurrir en ráfagas conocidas como ataques de duelo. Estas vibraciones tienden a asociarse con los pensamientos y recuerdos del difunto. Los estados de ánimo depresivos en MDE a menudo son persistentes y no están vinculados a pensamientos o preocupaciones específicas. El duelo va acompañado de un sentido del humor y emociones positivas que no son característicos de la infelicidad y el duelo intenso que caracterizan a MDE. El contenido

ideológico relacionado con el duelo a menudo expresa preocupación por los pensamientos y recuerdos del difunto, en lugar de la autocrítica y las reflexiones pesimistas que se encuentran en MDE. Si bien la autoestima a menudo se conserva después de la muerte de un ser querido, los sentimientos de inutilidad y autodesprecio son comunes en MDE. Si tiene pensamientos de autodestrucción ante el duelo, a menudo se asocian con la percepción de que le ha fallado al difunto (p. ej., no lo visite más a menudo, no le dije cuánto lo amo). Cuando una persona en duelo piensa en la muerte y el final de su vida, estos pensamientos a menudo se centran en el difunto y tal vez en un "reencuentro" con ellos, pero en MDE, estos pensamientos son sobre el final de su vida. ¿Vale la pena vivir la vida o no se puede lidiar con el dolor de la depresión?²

Procedimiento de codificación y registro

El código de diagnóstico para el trastorno depresivo mayor se basa en si es único o recurrente, la gravedad actual, la presencia de características psicóticas y el estado de remisión. La gravedad actual y las características psicóticas sólo se mostrarán si se cumplen actualmente todos los criterios para un episodio depresivo mayor. Las especificaciones de remisión sólo se muestran si actualmente no se cumplen todos los criterios para un episodio depresivo mayor.²

Al registrar un nombre de diagnóstico, los términos se enumeran en el siguiente orden: depresión mayor, episodio único o recurrente, especificación de gravedad/psiquiátrica/remisión, y luego cualquiera de las siguientes especificaciones no codificadas que se aplican a ese diagnóstico. episodio.²

Especificar.

Con ansiedad

Con características mixtas.

Con características melancólicas.

Con características atípicas.

Con características psicóticas congruentes con el estado de ánimo.

Con características psicóticas no congruentes con el estado de ánimo.

Con catatonía.

Con inicio en el parto.

Con patrón estacional (solo episodio recurrente).²

Los síntomas psicóticos se autclasifican como consistentes con el estado de ánimo, es decir, correspondiente a un trastorno del estado de ánimo ("tengo que ser castigado porque soy malo") o un estado de ánimo inadecuado, es decir, estado de ánimo congruente, es decir, psicópatas congruentes con el estado de ánimo. Pero las personas con trastornos del estado de ánimo pueden tener un trastorno esquizoafectivo o esquizofrenia.²

Los siguientes factores están asociados con un mal pronóstico en pacientes con trastornos del estado de ánimo: duración prolongada del episodio, disociación temporal del trastorno del estado de ánimo y los síntomas psicóticos, e inadecuación social previa a la enfermedad. La

presencia de síntomas psicóticos también afecta significativamente al tratamiento. Estos pacientes generalmente requieren antipsicóticos además de antidepresivos o estabilizadores del estado de ánimo, y la mejoría clínica puede requerir TEC.²

Con síntomas melancólicos. La depresión es uno de los conceptos más antiguos de la psiquiatría, ya que Hipócrates lo utilizó en el siglo IV a. C. Describe el estado de ánimo oscuro de la depresión y todavía se usa para referirse a la depresión (a menudo situaciones triviales) caracterizada por anhedonia severa, despertar temprano, pérdida de peso y culpa profunda. No es raro que las personas con depresión tengan pensamientos suicidas. La depresión se asocia con cambios en el sistema nervioso central y la función endocrina, por lo que a menudo se la denomina "depresión endógena" o depresión que ocurre en ausencia de factores estresantes o precipitantes externos significativos. Los síntomas depresivos del DSM-5 se pueden utilizar para el trastorno depresivo mayor y los episodios depresivos mayores en bipolares I y II.²

Con síntomas atípicos. La introducción de una definición formal de depresión con síntomas atípicos fue una respuesta a la investigación y los datos clínicos que muestran que los pacientes con síntomas atípicos comparten predictores específicos: atracones o letargo. Estos síntomas se denominan síntomas autonómicos inversos y el patrón de síntomas se denomina disforia endocrina. Al comparar pacientes con trastorno depresivo mayor con síntomas atípicos con aquellos con síntomas depresivos típicos, los primeros muestran una edad de inicio más temprana, un retraso psicomotor más severo y diagnósticos comórbidos de trastorno de pánico, abuso de sustancias o dependencia. Trastornos de somatización con mayor frecuencia.²

La alta prevalencia y gravedad de los síntomas de ansiedad en pacientes con síntomas atípicos se asocia con la probabilidad de ser clasificados erróneamente como si tuvieran un trastorno de ansiedad en lugar de un trastorno del estado de ánimo. Los pacientes con síntomas atípicos también tenían un curso prolongado de la enfermedad, un diagnóstico de trastorno bipolar I o un patrón estacional de la enfermedad. Los síntomas atípicos del DSM-5 pueden referirse a un episodio reciente de depresión mayor, trastorno bipolar I, trastorno bipolar II o trastorno distímico. La depresión atípica puede enmascarar los síntomas de la manía.²

Con síntomas catatónicos. Como síntoma, la catatonía puede estar asociada con varios trastornos mentales, principalmente esquizofrenia y trastornos del estado de ánimo. La presencia de síntomas catatónicos en pacientes con trastornos del estado de ánimo puede tener implicaciones pronósticas y terapéuticas.²

Los principales síntomas de la catatonía (coma, retraso emocional, retraso extremo, negatividad y retraso psicomotor grave) se observan tanto en la esquizofrenia catatónica como en la no catatónica, el trastorno depresivo mayor (a menudo con rasgos psicóticos) y otros trastornos. Los síntomas médicos y neurobiológicos de la catatonía no suelen estar asociados con el trastorno bipolar I, porque los síntomas de la catatonía en coma contrastan

marcadamente con los síntomas típicos de la manía. Debido a que los síntomas catatónicos forman un síndrome conductual que ocurre en muchos otros trastornos médicos y psiquiátricos, no son diagnósticos en sí mismos.²

Inicio en el periparto. El DSM-5 permite el diagnóstico de trastorno del estado de ánimo posparto si los síntomas aparecen durante el embarazo o dentro de las 4 semanas posteriores al parto. Los trastornos mentales posparto más comunes son los síntomas psicóticos.²

Con ciclos rápidos. Los pacientes con trastorno bipolar I que muestran cambios cíclicos rápidos tienen más probabilidades de ser mujeres y tener antecedentes de episodios depresivos e hipomaniacos. Según los datos, los ciclos rápidos no parecen ajustarse al patrón de herencia familiar, por lo que algunos factores extremos, como el estrés o la medicación, podrían estar involucrados en la patogenia. Los criterios del DSM-5 establecen que los pacientes deben tener al menos 4 convulsiones en 12 meses.²

Patrón estacional. Los pacientes con un patrón afectivo estacional tienen episodios de depresión en determinadas épocas del año, con mayor frecuencia en invierno. Este patrón se conoce como trastorno afectivo estacional, aunque el término no se usa en el DSM-5. Dos tipos de evidencia sugieren que el patrón estacional es una entidad diagnóstica distinta. En primer lugar, los pacientes responden a la fototerapia, aunque no se han realizado estudios controlados para evaluar la eficacia de este tratamiento en pacientes con depresión no estacional. En segundo lugar, se ha demostrado una actividad metabólica reducida en la corteza frontal y las regiones parietales inferiores izquierdas. Se necesita más investigación para distinguir entre las personas con depresión estacional y aquellas con otras depresiones.²

Tipos no definidos en el DSM-5. En otros sistemas que identifican a los pacientes con trastornos del estado de ánimo, a menudo se separan los pacientes con buen pronóstico y los pacientes con mal pronóstico o los pacientes que responden a algún tratamiento. También se distinguen esquemas de reacción endógenos y primarios-secundarios. El continuo de respuesta endógena es una distribución contradictoria. Esto significa que la depresión endógena es biológica, mientras que la depresión reactiva es psicológica, principalmente debido a la presencia o ausencia de factores estresantes identificables. También se han descrito otros síntomas de depresión endógena, como cambios en el ritmo circadiano, delirios, retraso psicomotor, despertar temprano y sentimientos de culpa. Sin embargo, según el DSM-5, la depresión endógena corresponde a un diagnóstico de trastorno depresivo mayor con síntomas psicóticos o síntomas depresivos, o ambos. Los síntomas de la depresión reactiva incluyen insomnio inicial, ansiedad, inestabilidad emocional y varios problemas físicos.²

El trastorno depresivo mayor es lo que el DSM-5 llama un trastorno del estado de ánimo, excluyendo los diagnósticos de trastornos del estado de ánimo que se consideran secundarios a la depresión debido a otras afecciones médicas y trastornos del estado de ánimo inducidos por sustancias. En la depresión doble, un trastorno depresivo mayor se superpone a un trastorno del estado de ánimo. Un equivalente depresivo es un síntoma o síndrome que puede

ser una forma atípica de un episodio depresivo. Por ejemplo, la tríada de absentismo escolar, alcoholismo y promiscuidad sexual puede ser el equivalente depresivo de un joven que antes se portaba bien.²

Curso clínico

Los dos principales patrones de síntomas de los trastornos del estado de ánimo son la depresión y la manía. Los episodios depresivos pueden ocurrir en la depresión mayor y el trastorno bipolar I. Se han hecho intentos para encontrar diferencias confiables entre los episodios depresivos en el trastorno bipolar I y los episodios del trastorno depresivo mayor, pero estas diferencias han sido difíciles de alcanzar. En un contexto clínico, solo el historial médico del paciente, los antecedentes familiares y el curso posterior de la enfermedad ayudan a distinguir entre las diferentes condiciones. Algunas personas con trastorno bipolar I tienen una mezcla de síntomas maníacos y depresivos, y algunas personas parecen tener breves episodios de depresión que duran de minutos a horas durante los episodios maníacos.²

Episodios depresivos

El bajo estado de ánimo y la pérdida de interés o placer son los principales síntomas de la depresión. Los pacientes pueden decir que se sienten tristes, sin esperanza, perdidos o que no valen la pena. En los pacientes, los sentimientos depresivos tienen características diferentes a la tristeza normal o tienen características diferentes a la tristeza o el duelo normales. Los pacientes a menudo describen los síntomas de la depresión como angustia emocional y se quejan de una incapacidad para llorar, que se resuelve cuando mejoran.²

Dos tercios de las personas con depresión han pensado en suicidarse, y entre el 10 y el 15 por ciento lo harán. Los casos hospitalizados por intentos de suicidio o pensamientos suicidas tenían un mayor riesgo de éxito que aquellos que nunca fueron hospitalizados por pensamientos suicidas. Algunas personas con depresión parecen no darse cuenta de su depresión y no reportan alteraciones del estado de ánimo, aunque pueden parecer retraídos de la familia, los amigos y las actividades de interés pasadas. Casi todas las personas con depresión (97 por ciento) se quejaron de poca energía, dificultad para completar tareas, problemas con la escuela y el trabajo, y disminución de la motivación para trabajar en nuevos proyectos. El 80 por ciento de los casos sufren problemas de sueño, sobre todo al despertarse por la mañana (insomnio tardío) y despertarse varias veces durante la noche pensando en sus problemas. Muchos pacientes notaron pérdida de apetito y peso, mientras que otros informaron aumento de apetito, aumento de peso y sueño más de lo habitual. Estos pacientes fueron clasificados como portadores de síntomas atípicos.²

Depresión en niños y adolescentes

La fobia escolar y el apego excesivo a los padres pueden ser síntomas de depresión en los niños. El bajo rendimiento académico, el abuso de sustancias, el comportamiento antisocial, la promiscuidad sexual, las tardanzas y el absentismo escolar son síntomas de depresión en los jóvenes.²

Depresión en mayores

La depresión es más común en los adultos mayores que en la población general. Varios estudios han reportado una prevalencia del 25 por ciento a casi el 50 por ciento, aunque se desconoce el porcentaje de casos por trastorno depresivo mayor. En varios estudios, el bajo nivel socioeconómico, la viudez, las comorbilidades y los adultos mayores fueron infradiagnosticados e infratratados, especialmente por los médicos de familia. La depresión está subdiagnosticada y subtratada entre los adultos mayores, posiblemente por médicos mayores porque el trastorno es más común con otras afecciones médicas que en las personas más jóvenes. Además, el envejecimiento lleva a los médicos a creer que los síntomas depresivos son normales en los pacientes mayores.²

Especificadores del DSM 5 para los trastornos depresivos

Esta categoría se refiere a las manifestaciones caracterizadas por síntomas de un trastorno depresivo que causan malestar clínicamente significativo o deterioro social, laboral u otras áreas importantes del funcionamiento, pero que no cumplen con todos los criterios para el diagnóstico de cualquier categoría de trastorno. La categoría depresión no especificada se utiliza cuando el médico elige no especificar una razón para no cumplir con los criterios para una depresión específica e incluye una declaración de que no hay información suficiente para hacer un diagnóstico más específico. (por ejemplo, en los servicios de emergencia).²

Especificadores para trastornos depresivos²

Especificar si:

Con ansiedad: la ansiedad se define como la presencia de dos o más síntomas siguientes, durante la mayoría de los días de un episodio de depresión mayor o trastorno depresivo persistente (distimia):

1. Se siente nervioso
2. Se siente habitualmente inquieto
3. Dificultad para concentrarse debido a las preocupaciones
4. Miedo a que pueda suceder algo terrible
5. El individuo siente que podría perder el control de sí mismo

Especificar la gravedad actual;

Leve: dos síntomas

Moderado: tres síntomas

Moderado-severo: cuatro o cinco síntomas

Grave: cuatro o cinco síntomas y con agitación motora

Nota: ansiedad que se aprecia como característica destacada tanto del trastorno bipolar como del trastorno de depresión mayor en la ansiedad primaria y en los servicios especializados de la salud mental. Los altos grados de ansiedad se han asociado a un riesgo mayor de suicidio, duración más prolongada de una enfermedad y mayor probabilidad de falta de respuesta al tratamiento. Por lo tanto, para planificar el tratamiento y controlar la respuesta terapéutica es clínicamente útil especificar con precisión la presencia y la gravedad de la ansiedad.

Con características mixtas

A. al menos tres de los síntomas maníacos/hipomaníacos siguientes están presentes casi todos los días durante la mayoría de los días de un episodio de depresión mayor.

1. Estado de ánimo elevado, expansivo.
2. Aumento de la autoestima o sentimiento de grandeza.
3. Más hablador de lo habitual o presión para mantener la conversación.
4. Fuga de ideas o experiencia subjetiva de que los pensamientos van a gran velocidad.
5. Aumento de la energía dirigida a un objeto (social, en el trabajo o la escuela, o sexual).
6. Implicación aumentada o excesiva en actividades que tienen muchas posibilidades de consecuencias dolorosas (p. ej., dedicarse de forma desenfadada a compras, juergas, indiscreciones sexuales o inversión de dinero imprudentes).
7. Disminución de la necesidad de sueño (se siente descansado a pesar de dormir menos de lo habitual, en contraste con el insomnio).

B. Los síntomas mixtos son observables por parte de otras personas y representan un cambio de comportamiento habitual del individuo.

C. En individuos cuyos síntomas cumplen todos los criterios de manía o hipomanía, el diagnóstico será trastorno bipolar I o bipolar II.

D. Los síntomas mixtos no se pueden atribuir a los efectos fisiológicos de una sustancia (p. ej., una droga, un medicamento u otro tratamiento).

Nota: las características mixtas asociadas a un episodio de depresión mayor son un factor de riesgo significativo para el desarrollo de trastorno bipolar I o bipolar II. Por lo tanto, para planificar el tratamiento y controlar la respuesta terapéutica es clínicamente útil apreciar la presencia de este especificador.²

Con características melancólicas

A. Una de las características siguientes está presente durante el período más grave del episodio actual:

1. Pérdida de placer por todas o casi todas las actividades.
2. Falta de reactividad a estímulos generalmente placenteros (no se siente mucho mejor, ni siquiera temporalmente, cuando sucede algo bueno).

B. Tres (o más) de las características siguientes:

1. Una cualidad bien definida del estado de ánimo depresivo es un desaliento profundo, desesperación y/o mal humor, o lo que se conoce como estado de ánimo vacío.
2. Depresión que acostumbra a ser peor por la mañana.
3. Despertar pronto por la mañana (es decir, al menos dos horas antes de lo habitual).
4. Notable agitación o retraso psicomotor.
5. Anorexia o pérdida de peso importante.
6. Culpa excesiva o inapropiada

Nota: el especificador "con características melancólicas" se aplica si estas características están presentes en la fase más grave del episodio. Hay una ausencia casi completa de la capacidad de placer, no simplemente una disminución. Una norma para evaluar la falta de reactividad del estado de ánimo es que ni siquiera los acontecimientos muy deseados se asocian a una elevación notable del estado de ánimo. El estado de ánimo no aumenta en lo absoluto o solamente aumenta parcialmente (p. ej., hasta un 20-40 por ciento de lo normal solo durante unos minutos seguidos). La "cualidad bien definida" del estado de ánimo característico del especificador "con características melancólicas" se experimenta como cualitativamente diferente del que se produce durante un episodio depresivo no melancólico. Un estado de ánimo deprimido se describe simplemente como más grave, más prolongado o presente sin ningún motivo no se considera de cualidad bien definida. Casi siempre existen cambios psicómotors y son observables por parte de otras personas.

Las características depresivas mostraron solo una ligera tendencia a repetirse en episodios en los mismos individuos. Son más comunes en pacientes hospitalizados que en pacientes ambulatorios: ocurren con menos frecuencia en los trastornos depresivos menos graves que en los episodios depresivos más graves, y ocurren con mayor frecuencia en pacientes con características psicóticas.

Con características atípicas: este especificador se puede aplicar cuando estas características predominan durante la mayoría de los días del episodio de depresión mayor actual o más reciente trastorno depresivo persistente.

- A. Reactividad del estado de ánimo (es decir, aumento del estado de ánimo en respuesta a sucesos positivos reales o potenciales).
- B. Dos (o más) de las siguientes características.
 1. Notable aumento de peso o del apetito.
 2. Hipersomnia.
 3. Parálisis plúmbea (es decir, sensación de pesadez plúmbea en brazos o piernas).
 4. Patrón prolongado de sensibilidad de rechazo interpersonal (no limitado a los episodios de alteración del estado de ánimo) que causa deterioro social o laboral importante.

C. No se cumplen los criterios para con "características melancólicas" o "con catatonía" durante el mismo episodio.

Nota: "depresión atípica" tiene un significado histórico (es decir, atípica en contraposición con las presentaciones más clásicas de depresión agitada, endógena, que eran la norma cuando la depresión se diagnosticaba raramente en pacientes ambulatorios y casi nunca en adolescentes o adultos jóvenes) y actualmente no connota una presentación clínica inusual o inusual como el término podría implicar.²

La capacidad de respuesta emocional es la capacidad de alegrarse cuando ocurren eventos positivos (por ejemplo, la visita de un niño, elogios de otros). Si el entorno externo sigue siendo favorable incluso durante un período de tiempo más largo, el estado de ánimo se vuelve normal (en lugar de triste). El aumento del apetito puede manifestarse como un

aumento significativo en la ingesta de alimentos o en el peso. La narcolepsia puede implicar un sueño nocturno prolongado o siestas diurnas de al menos 10 horas por día (o al menos 2 horas más que si el individuo no está deprimido). La parálisis por plomo se define como una sensación de pesadez o pesadez, generalmente en los brazos o piernas. Este sentimiento suele estar presente durante al menos una hora al día, pero suele durar varias horas seguidas. A diferencia de otros rasgos atípicos, la sensibilidad anormal al rechazo interpersonal percibido es un rasgo temprano y persiste a lo largo de la edad adulta. La sensibilidad al rechazo ocurre cuando una persona está deprimida y no deprimida, aunque puede empeorar durante la depresión.²

Con características psicóticas: presencia de delirios y/o alucinaciones.²

Con características psicóticas congruentes con el estado de ánimo: El contenido de todos los delirios y alucinaciones sigue los típicos temas depresivos de insuficiencia personal, culpa, enfermedad, muerte, nihilismo o castigo merecido.²

Con características psicóticas no congruentes con el estado de ánimo: Contenido delirante o alucinatorio que no involucre temas depresivos típicos como insuficiencia personal, culpa, enfermedad, muerte, nihilismo o retribución, o contenido que sea una mezcla de temas emocionalmente compatibles y emocionalmente incompatibles.²

Con catatonía: Se puede aplicar una especificación catatónica a un episodio depresivo si las características catatónicas están presentes durante la mayor parte del episodio.²

Con inicio en el periparto: Esta especificación se aplica a un episodio depresivo mayor actual o si los síntomas del estado de ánimo comenzaron durante el embarazo o dentro de las 4 semanas posteriores al parto, si no se cumplen todos los criterios para un episodio depresivo mayor actual, se aplica al episodio depresivo mayor más reciente.²

Los episodios de humor pueden comenzar durante el embarazo o después del parto. Entre el 3 por ciento y el 6 por ciento de las mujeres comienzan un episodio depresivo mayor durante el embarazo o en las semanas o meses posteriores al parto, aunque las estimaciones varían según la duración del seguimiento posparto. El cincuenta por ciento de los episodios depresivos mayores posnatales en realidad comienzan antes del nacimiento. Por lo tanto, estas etapas se conocen colectivamente como el período perinatal. Las mujeres con depresión perinatal severa a menudo experimentan ansiedad severa y ataques de pánico. Los estudios prospectivos han demostrado que los síntomas del estado de ánimo y la ansiedad durante el embarazo y la melancolía aumentan el riesgo de depresión posparto.²

Los episodios del estado de ánimo posparto (depresión mayor o manía) con síntomas psicóticos ocurren en 1 de cada 500 a 1 de cada 1000 nacimientos y pueden ser más comunes en mujeres que ya han dado a luz. El riesgo de episodios posparto con síntomas psicóticos específicos fue mayor en mujeres con antecedentes de episodios de estado de ánimo posparto,

pero también fue elevado en pacientes con antecedentes de depresión, ansiedad, trastorno bipolar (particularmente trastorno bipolar I) y aquellas con antecedentes familiares.²

Si una mujer experimenta un período posparto con síntomas psicóticos, tiene un riesgo de recaída del 30 por ciento al 50 por ciento con cada parto posterior. Los episodios posparto deben distinguirse del delirio posparto, que se caracteriza por fluctuaciones en la conciencia y la atención. El período posparto es único en términos de trastornos neuroendocrinos y ajustes psicosociales. El impacto potencial de la lactancia materna en la planificación del tratamiento y el impacto a largo plazo del historial de trastornos del estado de ánimo posparto en la planificación familiar posterior.²

Con patrón estacional: este especificador se aplica al trastorno de depresión mayor recurrente.²

A. Ha habido una relación temporal regular entre el inicio de los episodios de depresión mayor en el trastorno de depresión mayor y un aumento del año particular (p. ej., en otoño o invierno).²

Nota: no incluir casos en los que existe un efecto claro de factores de estrés psicosocial relacionados con las estaciones (p. ej., desempeño regularmente cada invierno).²

B. Las remisiones totales (o un cambio de depresión mayor a manía o hipomanía) también se producen en un momento del año característico (p. ej., la depresión desaparece en primavera).²

C. En los últimos dos años se han producido dos episodios de depresión mayor que demuestran la relación estacional definida más arriba y episodios de depresión mayor no estacional durante el mismo período.²

D. El número de episodios de depresión mayor estacionales (como se han descrito más arriba) supera notablemente el de episodios de depresión mayor no estacionales que pueden haber sucedido a lo largo de la vida del individuo.²

Nota: El parámetro 'estacional' es aplicable para modelar episodios depresivos mayores en el trastorno depresivo mayor recurrente. La línea de base es el inicio y la remisión de los episodios depresivos mayores en momentos específicos del año. La mayoría de las veces, los episodios comienzan en otoño o invierno y desaparecen en primavera. Con menos frecuencia, los episodios depresivos pueden reaparecer en el verano. El patrón de inicio y remisión de estos episodios debe ocurrir durante al menos 2 años, sin episodios no estacionales durante este período. Además, los episodios depresivos estacionales deberían superar significativamente los episodios depresivos no estacionales a lo largo de la vida de un individuo.²

Esta especificación no es adecuada para los casos en los que el patrón se explica mejor por un estresor psicosocial estacional (por ejemplo, el desempleo estacional o el calendario escolar). Los episodios depresivos mayores que ocurren estacionalmente a menudo se caracterizan por pérdida de energía, letargo, comer en exceso, aumento de peso y antojos de carbohidratos. No está claro si las tendencias estacionales son más comunes en el trastorno depresivo recurrente

o en el trastorno bipolar. Sin embargo, en el grupo con trastorno bipolar, los patrones estacionales fueron más comunes en el trastorno bipolar II que en el trastorno bipolar I. Para algunas personas, los episodios maníacos o hipomaníacos también pueden estar relacionados con ciertas estaciones.²

La prevalencia de los patrones invernales varía claramente según la latitud, la edad y el sexo. La prevalencia aumenta con la latitud. La edad también es un predictor importante de la estacionalidad, ya que es más probable que las personas más jóvenes experimenten episodios depresivos en el invierno.²

Especificar si:

En remisión parcial: los síntomas del episodio de depresión mayor inmediatamente anterior están presentes pero no se cumplen todos los criterios o, cuando acaba un episodio de este tipo, existe un período que dura menos de dos meses sin ningún síntoma significativo de un episodio de depresión mayor.⁸

En remisión total: durante los últimos dos meses no ha habido signos o síntomas significativos del trastorno.⁸

Especificar la gravedad actual:

La gravedad se basa en el número de síntomas del criterio, la gravedad de estos síntomas y el grado de discapacidad funcional.⁸

Leve: pocos o ningún síntoma más que los necesarios para cumplir los criterios diagnósticos, la intensidad de los síntomas causa malestar pero es manejable, y los síntomas producen poco deterioro en el funcionamiento social o laboral.⁸

Moderado: el número de síntomas, la intensidad de los síntomas y/o el deterioro funcional están entre los especificados para 'leve' y 'grave'.⁸

Grave: el número de síntomas supera notablemente a los necesarios para hacer el diagnóstico, la intensidad de los síntomas causa gran malestar y no es manejable, y los síntomas interfieren notablemente en el funcionamiento social y laboral.⁸

Episodios de manía

Los estados de ánimo elevados, prolongados e irritables son fundamentales para los episodios maníacos. El estado anímico es eufórico, a menudo contagioso e incluso puede inducir la negación de la enfermedad en practicantes sin experiencia. La persona afectada desconoce la naturaleza anormal del estado de ánimo del paciente, pero quienes lo conocen bien saben que es anormal y que, en ocasiones, puede llegar a irritarlo. Los pacientes a menudo experimentan grandes cambios de humor, que van desde la euforia al comienzo de la enfermedad hasta la irritabilidad posterior.²

Debido a que el tratamiento de pacientes hospitalizados maníacos desafía los límites de las reglas de servicio, tiende a culpar a los demás por sus acciones, es víctima de las debilidades de los demás y provoca conflictos entre los empleados, puede complicarse. Fuera del hospital, los pacientes maníacos a menudo beben en exceso, quizás en un intento de automedicarse. Su carácter liberal se evidencia en el uso excesivo del teléfono, especialmente en llamadas de larga distancia en la madrugada.²

Los malos juegos de azar, la tendencia a ir en poca ropa en público, rara vez usar ropa y joyas de colores brillantes, las combinaciones lujosas y la falta de atención a los detalles (como olvidarse de colgar el teléfono) también son síntomas del trastorno. Los pacientes actúan impulsivamente y al mismo tiempo con convicción y determinación. A menudo están preocupados por ideas de religión, política, economía, sexualidad o persecución que se convierten en un sistema delirante complejo. Los pacientes maníacos a veces retroceden, manipulando las heces y la orina.²

Manía en los adolescentes. La manía adolescente a menudo se diagnostica erróneamente como trastorno de personalidad antisocial o esquizofrenia. Los síntomas incluyen psicosis, abuso de sustancias, intentos de suicidio, problemas escolares, cavilaciones filosóficas, síntomas obsesivo-compulsivos, múltiples quejas físicas e irritabilidad que conduce a peleas y otras conductas antisociales. Aunque muchos de estos síntomas se observan en adolescentes normales, la gravedad o persistencia de los síntomas justifica que los médicos consideren el trastorno bipolar I en el diagnóstico diferencial.²

Trastorno bipolar II

Las manifestaciones clínicas del trastorno bipolar II son las del trastorno depresivo mayor asociado con síntomas de episodios hipomaníacos. Aunque los datos son limitados, algunos estudios sugieren que el trastorno bipolar II se asocia con más problemas maritales y que se desarrolla antes que el trastorno bipolar I. También se ha demostrado que los pacientes con trastorno bipolar II tienen un mayor riesgo de intentos de suicidio que aquellos con trastorno bipolar I y trastorno depresivo mayor.²

Trastornos comórbidos

Ansiedad. En cuanto a los trastornos de ansiedad, el DSM-5 hace referencia a la presencia de un trastorno mixto de depresión-ansiedad. Los síntomas de ansiedad significativos pueden (y a menudo lo hacen) coexistir con síntomas depresivos severos. No está claro si los pacientes con síntomas significativos de ansiedad y depresión se ven afectados por dos procesos de enfermedad diferentes o por un solo proceso que causa ambos síntomas. Los pacientes de ambas categorías constituyen la población de pacientes con trastorno mixto ansioso-depresivo.²

Dependencia del alcohol. El alcoholismo a menudo coexiste con los trastornos del estado de ánimo. Los pacientes con trastorno depresivo mayor y aquellos con trastorno bipolar I pueden cumplir con los criterios de diagnóstico para el trastorno por consumo de alcohol. Según los datos disponibles, el alcoholismo está más fuertemente asociado con un diagnóstico de depresión en mujeres que en hombres. Por el contrario, los datos genéticos y familiares en hombres con trastornos del estado de ánimo y alcoholismo sugieren que pueden tener dos procesos de enfermedad genéticamente distintos.²

Otros trastornos relacionados con sustancias. Los trastornos relacionados con sustancias distintas del alcoholismo también se asocian comúnmente con trastornos del estado de ánimo.

El abuso de sustancias puede verse como una causa de episodios o, por el contrario, como intentos de los pacientes para tratar su enfermedad. Los pacientes maníacos rara vez usan sedantes para reducir su euforia, mientras que los pacientes deprimidos a menudo usan estimulantes como la cocaína o las anfetaminas para reducir su depresión.²

Afecciones médicas. La depresión a menudo coexiste con otras condiciones médicas, especialmente en las personas mayores. Si la depresión y una condición médica coexisten, si la condición médica subyacente está relacionada con la fisiopatología de la depresión o si los medicamentos que el paciente está tomando para el problema causan la depresión. Es importante decidir si muchos estudios muestran que el tratamiento del trastorno depresivo mayor comórbido mejora los resultados de las afecciones subyacentes, incluido el cáncer.²

Diagnóstico

Exploración del estado mental

Descripción general

Aunque el retraso psicomotor generalizado es el síntoma más común de la depresión, también se ha observado agitación psicomotora, especialmente en pacientes de edad avanzada. Retorcerse las manos y tirar del cabello son los síntomas más comunes de agitación. Los pacientes deprimidos suelen tener una postura encorvada, falta de movimiento espontáneo, postura baja y no miran al frente. En el examen clínico, los pacientes deprimidos presentan síntomas de retraso psicomotor inespecíficos que pueden parecerse a los de la esquizofrenia catatónica.²

Estado de ánimo, afecto y sentimientos

La depresión es el síntoma principal, pero la mitad de los que lo niegan tienen un sentimiento de depresión, y parece que no tienen ningún sentimiento de depresión en particular. Los familiares y superiores del lugar de trabajo llevan o envían a estos pacientes a asesoramiento para recibir tratamiento debido al aislamiento social y al deterioro general del funcionamiento.²

Habla

Muchas personas deprimidas disminuyen la velocidad y el volumen de su habla, responden a las preguntas con palabras monosilábicas y tardan en responder. Los revisores pueden esperar hasta 2 o 3 minutos para responder a su pregunta.²

Trastornos de la percepción

Se dice que los pacientes con depresión y delirios o alucinaciones tienen un episodio depresivo mayor con síntomas psicóticos. Incluso en ausencia de delirios o alucinaciones, el término depresión psicótica se utiliza a veces para los pacientes con depresión marcadamente degenerativa. Quizás la mejor manera de describir a estos pacientes es decir que tienen síntomas catatónicos.²

Se dice que los delirios y las alucinaciones que corresponden al estado de ánimo depresivo son compatibles con el estado de ánimo. Las ilusiones del estado de ánimo correctas para una persona deprimida incluyen pensamientos de culpa, culpabilidad, inutilidad, pobreza, fracaso, abuso y enfermedad terminal (como cáncer o un cerebro "podrido").²

El contenido delirante o alucinatorio no es consistente con un estado de ánimo deprimido y un estado de ánimo conflictivo (Por ejemplo, los delirios irracionales de una persona deprimida pueden incluir temas de grandeza con poder, conocimiento y valores exagerados). Si esto ocurre, se debe considerar la presencia de esquizofrenia.²

Pensamiento

Las personas con depresión a menudo tienen una visión negativa del mundo y de sí mismos. El contenido de sus pensamientos a menudo incluye reflexiones delirantes sobre la pérdida, la culpa, el suicidio y la muerte. Aproximadamente el 10 por ciento de todos los pacientes deprimidos presentan síntomas de trastorno del pensamiento significativo, a menudo con trastorno del pensamiento y privación grave de contenido.²

Sensorio y cognición

Orientación: La mayoría de las personas deprimidas están interesadas en personas, lugares y momentos, pero algunas no tienen la energía o el interés para responder preguntas sobre esto durante una entrevista.²

Memoria: Alrededor del 50-75 por ciento de las personas con depresión tienen un deterioro cognitivo llamado demencia pseudodepresiva. Estos pacientes se quejan de mala concentración y mala memoria.²

Control de los impulsos

Entre el 10 por ciento y el 15 por ciento de las personas con depresión se suicidan y alrededor de dos tercios intentan suicidarse. Los pacientes deprimidos con síntomas psicóticos pueden tener pensamientos de matar a otros debido a su sistema delirante, mientras que los pacientes más severamente deprimidos carecen de motivación o energía para actuar impulsiva o violentamente. Los pacientes con trastornos depresivos tienen mayor riesgo de suicidio (suicidio paradójico) una vez que han mejorado la energía necesaria para planificar y llevar a cabo la conducta suicida y comienzan a recuperarse. No es aconsejable que a los pacientes deprimidos se les receten antidepresivos, especialmente tricíclicos, durante muchos días después del alta. Del mismo modo, los activadores potenciales como la fluoxetina deben prescribirse de manera que reduzcan su actividad (por ejemplo, cuando se combinan con benzodiazepinas).²

Juicio e introspección

El juicio se evalúa mejor considerando el comportamiento reciente del paciente y el comportamiento durante la entrevista. Los pacientes deprimidos a menudo exageran las afirmaciones que hacen sobre su discapacidad. Se centran demasiado en sus síntomas,

discapacidades y problemas de la vida. Convencer a estos pacientes de que la mejoría es posible es difícil.²

Fiabilidad

En entrevistas y conversaciones, las personas deprimidas enfatizan demasiado lo malo y minimizan lo bueno. Un error clínico común es no preguntar a los pacientes deprimidos lo suficientemente profundo como para creerles cuando dicen que los ensayos anteriores de antidepresivos fueron ineficaces. Estas afirmaciones pueden ser falsas y requieren confirmación de otra fuente. Los psiquiatras no deben tratar la información errónea del paciente como una fabricación deliberada. Es posible que una persona deprimida no pueda aceptar información esperanzadora.²

Escalas de puntuación objetivas de la depresión

Las evaluaciones objetivas de la depresión ayudan a documentar la depresión clínica en los pacientes.²

Zung. La escala de depresión de autoevaluación de Zung es una escala de 20 elementos con una puntuación normal de 34 puntos o menos y una puntuación de 50 puntos o más que se considera indicativa de depresión. Esta escala proporciona una indicación general de la intensidad de los síntomas depresivos de un paciente, incluidos los síntomas depresivos.²

Raskin. La escala de depresión de Raskin es una escala clasificada por proveedores que mide el nivel de depresión en los pacientes en función de las observaciones informadas por el paciente y observadas por el médico y tiene tres dimensiones: informada verbalmente, demostrando comportamiento y síntomas secundarios.) en un 5- escala de puntos La escala utiliza un rango de 3-13. Una puntuación de 3 se considera normal y una puntuación de 7 o más indica depresión.²

Hamilton. La escala de calificación de depresión de Hamilton es una escala de calificación de depresión ampliamente utilizada que utiliza hasta 24 elementos, cada uno calificado de 0 a 4 o de 0 a 2, con una puntuación total de 0 a 76. Preguntas de paciente a paciente sobre la culpa y la ideación suicida. , hábitos de sueño y otros síntomas de depresión, y puntuaciones obtenidas de entrevistas clínicas.²

Episodios de manía

Descripción general. Los pacientes maníacos suelen estar agitados, locuaces, juguetones y, a menudo, hiperactivos. A veces son tan claramente psicóticos y desorientados que deben ser inmovilizados por medios físicos e inyectados intramuscularmente con sedantes. Estado de ánimo, influencia, emoción. Los pacientes con manía a menudo están agitados, pero también pueden estarlo, especialmente si la manía ha estado presente durante algún tiempo.²

También tienen una baja tolerancia a la frustración, lo que puede provocar sentimientos de ira y hostilidad. En cuestión de minutos u horas, un paciente maníaco puede volverse emocionalmente inestable, desde la risa hasta la irritabilidad y la depresión.²

Habla. Los pacientes maníacos son incapaces, a menudo entrometidos y molestos por quienes los rodean cuando hablan. Cuando aumenta el estado de activación, el discurso se llena de bromas, rimas, juegos de palabras y comentarios sin sentido. Incluso los niveles más altos de actividad aflojan las conexiones, reducen el enfoque y filtran ideas, ruido y neuronas. Durante la manía aguda, el habla puede ser completamente incoherente e indistinguible de la de una persona con esquizofrenia.²

Trastornos de la percepción. Los delirios están presentes en el 75 por ciento de todos los pacientes maníacos. La paranoia maníaca del estado de ánimo se manifiesta como riqueza, habilidad o poder extraordinarios. Los maníacos también tienen extraños delirios y alucinaciones que no se adaptan a su estado de ánimo.²

Pensamientos. Los déficits cognitivos en pacientes con esquizofrenia han sido bien examinados, pero déficits similares se informan con menos frecuencia en pacientes con trastorno bipolar I. Por lo tanto, se investigó más a fondo la ubicación de la región anormal. Algunos maníacos están tan agitados que no pueden responder preguntas de prueba de orientación, pero visualmente, la orientación y la memoria están intactas. Emil Kraepelin llama a esto el síntoma delirante de la manía.²

Sensorio y cognición. Los déficits cognitivos en pacientes con esquizofrenia han sido bien examinados, pero déficits similares se informan con menos frecuencia en pacientes con trastorno bipolar I. Por lo tanto, se investigó más a fondo la ubicación de la región anormal. Algunos maníacos están tan agitados que no pueden responder preguntas de prueba de orientación, pero visualmente, la orientación y la memoria están intactas. Emil Kraepelin llama a esto el síntoma delirante de la manía.²

Control de los impulsos. El 75 por ciento de todos los pacientes maníacos son agresivos y amenazantes. Los pacientes maníacos intentan suicidarse y asesinar, pero se desconoce la prevalencia de estos comportamientos.²

Juicio e introspección. La alteración del juicio es una de las características de los pacientes maníacos. Violaron las leyes sobre el uso de tarjetas de crédito, la actividad sexual y la actividad económica, y causaron la ruina financiera de sus familias. Los pacientes maníacos no son conscientes de su enfermedad.²

Fiabilidad. Los pacientes maníacos son muy poco fiables acerca de la información que proporcionan. La mentira y el engaño son tan comunes en la manía que los profesionales sin experiencia pueden tratar a los pacientes maníacos con una falta de respeto inapropiada.²

Diagnóstico diferencial

Trastorno de depresión mayor

Problemas médicos. Se debe considerar el diagnóstico de trastornos del estado de ánimo debido a otra afección médica. No obtener un buen historial médico e ignorar las

circunstancias de la situación de vida actual del paciente puede conducir a un diagnóstico erróneo. En adolescentes deprimidos se debe buscar la presencia de mononucleosis, y en pacientes con sobrepeso extremo o bajo peso se debe descartar disfunción suprarrenal o tiroidea. Se debe descartar la presencia de SIDA en homosexuales, bisexuales, trabajadores sexuales y drogadictos intravenosos. Las personas mayores deben ser evaluadas para detectar una posible neumonía viral y otras afecciones médicas.²

Muchos trastornos y medicamentos neurológicos y médicos causan síntomas depresivos. Los pacientes con trastornos depresivos primero deben hablar sobre sus molestias físicas con su médico. La mayoría de las causas médicas de los trastornos depresivos se pueden descubrir a través de un historial médico completo, un examen físico y neurológico completo y análisis de sangre y orina regulares.²

Los estudios de diagnóstico deben incluir pruebas de función tiroidea y suprarrenal, ya que ambas alteraciones endocrinas pueden manifestarse como trastornos depresivos. Una regla general razonable aplicable a los trastornos del estado de ánimo inducidos por sustancias es que es probable que las sustancias ingeridas por pacientes deprimidos desencadenen trastornos del estado de ánimo. El tratamiento con antipsicóticos, antihipertensivos, sedantes, hipnóticos, antipsicóticos, antiepilépticos, antiparkinsonianos, analgésicos, antibióticos y anticancerosos se asocia con síntomas depresivos.²

Problemas neurológicos. Los problemas neurológicos más comunes que se manifiestan como síntomas depresivos son la enfermedad de Parkinson, el hipotiroidismo (incluida la demencia de tipo Alzheimer), la epilepsia, la enfermedad cerebrovascular y los tumores. Entre el 50 por ciento y el 75 por ciento de todos los pacientes con enfermedad de Parkinson no están correlacionados con la discapacidad, la edad o la duración de la enfermedad del paciente, pero sí con la presencia de otras anomalías encontradas en el examen neuropsiquiátrico. Los síntomas de los trastornos depresivos pueden estar enmascarados por síntomas motores que imitan a los que se observan en la enfermedad de Parkinson. Los síntomas depresivos suelen responder a los antidepresivos o a la TEC. Los cambios dramáticos asociados con la epilepsia del lóbulo temporal pueden simular trastornos depresivos, especialmente cuando el foco de la convulsión está en el lado derecho. La depresión es una complicación común de la enfermedad cerebrovascular, especialmente dentro de los primeros dos años de su aparición. La depresión es más común con daño en el cerebro anterior que en el cerebro posterior, y ambos responden a los antidepresivos. Es particularmente probable que los tumores del cerebro y de las regiones temporales se asocien con síntomas de trastornos depresivos.²

Pseudodemencia. Por lo general, es posible distinguir la pseudodemencia y el trastorno depresivo mayor de la demencia causada por otra enfermedad, como la demencia de tipo Alzheimer, en términos clínicos. Los síntomas cognitivos del trastorno depresivo mayor aparecen de manera abrupta y se relacionan con otros síntomas del trastorno, como el autorrechazo. Se observan fluctuaciones diarias en el deterioro cognitivo que no se observan en la demencia primaria. Los pacientes deprimidos con deterioro cognitivo no están

dispuestos a responder preguntas ("No sé"), mientras que los pacientes con demencia están confundidos. Durante la entrevista, se puede alentar a los pacientes deprimidos a practicar y memorizar habilidades de las que carecen los que padecen demencia.²

Trastornos mentales. La depresión puede ser una característica de casi cualquier otro trastorno mental. Los trastornos que a menudo se asocian con síntomas depresivos son la esquizofrenia, el trastorno de adaptación con estado de ánimo deprimido y la esquizofrenia. Los trastornos de ansiedad incluyen el trastorno de pánico, el trastorno de ansiedad generalizada, el trastorno de estrés postraumático, el trastorno mixto de ansiedad-depresión y el trastorno obsesivo-compulsivo. Los trastornos alimentarios incluyen la anorexia nerviosa y la bulimia. Los trastornos del estado de ánimo incluyen trastorno bipolar I, trastorno bipolar II, trastorno periódico, trastorno depresivo mayor, trastorno depresivo leve, trastorno del estado de ánimo debido a otra afección médica, trastorno del estado de ánimo Incluye trastornos del estado de ánimo inducidos por sustancias y psicosis. Trastornos por consumo de alcohol y trastornos somatomorfos (especialmente trastornos de síntomas somáticos).²

Otros trastornos mentales. Los trastornos por uso de sustancias, los trastornos psiquiátricos, los trastornos alimentarios, los trastornos de adaptación, los trastornos de síntomas somáticos y los trastornos de ansiedad se asocian con síntomas depresivos con relativa frecuencia y deben ser considerados en el diagnóstico diferencial de pacientes con síntomas depresivos. Quizás el diagnóstico diferencial más difícil sea entre el trastorno de ansiedad con gran ansiedad y el trastorno depresivo con gran ansiedad. Los resultados anormales de la prueba de supresión con dexametasona, la presencia de retraso REM acortado en el EEG del sueño y la prueba de infusión de lactato negativa respaldan el diagnóstico de trastorno depresivo mayor en ciertos casos.²

Duelo no complicado. Aunque el duelo simple no se considera un trastorno mental, un tercio de los cónyuges viudos han cumplido los criterios diagnósticos de trastorno depresivo mayor durante algún tiempo. Algunos pacientes con duelo no complicado desarrollan un trastorno depresivo mayor, pero el diagnóstico se realiza solo cuando el dolor persiste. La distinción se basa en la intensidad y duración de los síntomas. En el trastorno depresivo mayor, los síntomas comunes que surgen de la aflicción no resuelta son la preocupación patológica por la inutilidad, la ideación suicida y la sensación de que la persona ha hecho algo malo (simplemente por error), la muerte de un cónyuge, la "momificación" (mantener posesiones del difunto intactas), y las reacciones de cumpleaños particularmente severas pueden incluir ideación suicida.²

En la depresión por duelo grave, el paciente simplemente está letárgico y no puede vivir sin la expareja, generalmente un cónyuge. Estas personas tienen serios problemas médicos. Su función inmunológica está comprometida y su estado cardiovascular es deficiente. La muerte puede ocurrir meses después del cónyuge, especialmente en hombres mayores. Con estas consideraciones en mente, es clínicamente imprudente suspender los antidepresivos para muchas personas que experimentan un duelo tan intenso.²

Esquizofrenia. Se han publicado numerosos artículos sobre la dificultad clínica de distinguir entre episodios maníacos y esquizofrénicos. Aunque es difícil, el diagnóstico diferencial es posible. La euforia contagiosa, la euforia y el estado de ánimo son más comunes durante los episodios maníacos que durante los episodios esquizofrénicos. Una combinación de estados maníacos, hablar rápido o hablar rápido e hiperactividad apoya fuertemente el diagnóstico de episodios maníacos. Un episodio maníaco comienza rápidamente y se ve como un cambio importante en el comportamiento anterior del paciente. La mitad de las personas con trastorno bipolar I tienen antecedentes familiares de trastornos del estado de ánimo. Los síntomas catatónicos son parte del episodio depresivo del trastorno bipolar I. Al evaluar a los pacientes con episodios catatónicos, se deben analizar los antecedentes de episodios maníacos o depresivos y los antecedentes familiares de trastornos del estado de ánimo. Los síntomas maníacos en personas de grupos minoritarios (particularmente negros e hispanos) a menudo se diagnostican erróneamente como síntomas de esquizofrenia.²

Afecciones médicas. A diferencia de los síntomas depresivos que se encuentran en la mayoría de los trastornos psiquiátricos, los síntomas maníacos son más diferenciados, aunque también pueden ser causados por una variedad de problemas médicos, neurológicos y de uso de sustancias. El tratamiento antidepresivo también puede provocar episodios maníacos en algunos pacientes.²

Trastorno bipolar I

Si un paciente con trastorno bipolar I tiene un episodio depresivo, se realiza el mismo diagnóstico diferencial que para el trastorno depresivo mayor. Sin embargo, si el paciente es maníaco, el diagnóstico diferencial incluye trastorno bipolar I, trastorno bipolar II, trastorno de ciclotimia, trastorno del estado de ánimo debido a otra afección médica y trastorno del estado de ánimo inducido por sustancias. Se debe prestar especial atención a los rasgos de personalidad limítrofe, narcisista, temeroso y antisocial cuando se trata de síntomas del trastorno maníaco de la personalidad.²

Trastorno bipolar II

El diagnóstico diferencial de los pacientes sometidos a evaluación por trastornos del estado de ánimo debe incluir otros trastornos del estado de ánimo, psicosis y trastorno límite de la personalidad. Por un lado, la distinción entre trastorno depresivo mayor, trastorno bipolar I y trastorno bipolar II se basa en la evaluación clínica de los episodios maníacos. Las resacas en pacientes crónicamente deprimidos no deben confundirse con episodios maníacos o episodios maníacos. Las personas con trastorno límite de la personalidad tienen síntomas recurrentes de un trastorno del estado de ánimo y, al igual que el trastorno bipolar II, a menudo experimentan una alteración importante de su vida.²

Trastorno de depresión mayor frente a trastorno bipolar

Determinar si un paciente tiene un trastorno depresivo mayor o un trastorno bipolar es uno de los desafíos clave en la práctica clínica. Muchos estudios han demostrado que el trastorno bipolar no solo se confunde con los trastornos de personalidad, el abuso de sustancias o la

esquizofrenia, sino también con los trastornos depresivos y de ansiedad. Ciertos síntomas son predictivos del trastorno bipolar, especialmente cuando se combinan.²

Aquí hay algunos indicadores más amplios del trastorno bipolar: Ninguno de ellos autoconfirmó el diagnóstico, aunque despertó sospecha clínica en este sentido: depresión agitada, depresión cíclica, trastornos transitorios del sueño o resistencia combinada a estos factores Depresión (fracaso del tratamiento con 3 grupos diferentes de antidepresivos); Depresión en personas con ocupaciones extrovertidas, impulsividad frecuente como el juego, comportamiento sexual anormal o antojos, o hipersensibilidad periódica, Depresión con intento de suicidio, o ambos, y una personalidad inestable inestable.²

Síntomas clínicos predictivos del trastorno bipolar.²

- Edad de inicio más precoz.
- Depresión psicótica antes de los 25 años de edad.
- Depresión en el posparto, especialmente con síntomas psicóticos
- Episodios depresivos de corta duración de inicio y desaparición rápidos (menos de 3 meses).
- Depresión recidivante (más de 5 episodios).
- Depresión con importante retraso psicomotor.
- Síntomas atípicos (signos vegetativos invertidos).
- Estacionalidad.
- Historia familiar de trastorno bipolar.
- Árbol genealógico denso, de tres generaciones.
- Labilidad emocional (ciclotimia).
- Temperamento hipertímico.
- Hipomanía asociada a antidepresivos.
- Pérdida de la eficacia reiterada (al menos tres veces) de los antidepresivos después de la respuesta inicial.
- Estado depresivo mixto (con excitación psicomotora, hostilidad irritable, pensamiento acelerado y excitación sexual durante la depresión mayor).²

Evolución y pronóstico

Los estudios sobre el curso y el pronóstico de los trastornos del estado de ánimo han concluido que estos trastornos tienden a ser persistentes y recurrentes. Los trastornos del estado de ánimo generalmente se consideran benignos, pero a diferencia de la esquizofrenia, imponen costos muy altos a los pacientes afectados.²

Trastorno de depresión mayor

Evolución

Inicio. Aproximadamente el 50 por ciento de los pacientes presentan síntomas depresivos significativos durante su primer trastorno depresivo mayor antes de que se identifique este episodio. Cuanto antes identifique y trate los síntomas, más probabilidades tendrá de prevenir el desarrollo de un episodio depresivo en toda regla. Las personas con trastorno depresivo mayor generalmente no tienen un trastorno de personalidad antes del inicio de la enfermedad,

aunque los síntomas ya pueden estar presentes. El primer episodio depresivo ocurre antes de los 40 años en el 50 por ciento de los casos. El inicio tardío no se asoció con trastornos del estado de ánimo, personalidad antisocial ni antecedentes familiares de abuso de alcohol.²

Duración. Un episodio depresivo no tratado dura de 6 a 13 meses, y la mayoría de los episodios tratados duran alrededor de 3 meses. Si se suspenden los antidepresivos con 3 meses de anticipación, lo más probable es que los síntomas regresen. A medida que avanza la enfermedad, las personas tienden a tener episodios más frecuentes y de mayor duración, con un promedio de cinco a seis episodios durante un período de 20 años.²

Desarrollo de los episodios de manía. Entre el 5 por ciento y el 10 por ciento de los pacientes diagnosticados inicialmente con trastorno depresivo mayor experimentan un episodio maníaco de 6 a 10 años después de su primer episodio depresivo. La edad media de este cambio es de 32 años y suele ocurrir tras 3-4 episodios depresivos. Depresión caracterizada por insomnio, retraso mental, síntomas psicóticos, antecedentes de episodios posparto, antecedentes familiares de trastorno bipolar I y antecedentes de uso de antidepresivos, aunque los datos son inconsistentes y controvertidos. Se han informado casos en los que los pacientes fueron diagnosticados posteriormente con trastorno bipolar I.²

Pronóstico. El trastorno depresivo mayor no es benigno. Tiende a cronificarse y reaparecer. Los pacientes inicialmente hospitalizados con trastorno depresivo mayor tienen un 50 por ciento de posibilidades de recuperación dentro del primer año. Después de muchas hospitalizaciones, la proporción de pacientes que se recuperaron de la enfermedad disminuyó gradualmente con el tiempo. Muchos pacientes que no se recuperan siguen afectados por una disfunción neurológica. El trastorno depresivo mayor recae en el 25 por ciento de los casos dentro de los 6 meses, entre el 30 por ciento y el 50 por ciento dentro de los 2 años y entre el 50 por ciento y el 75 por ciento dentro de los 5 años posteriores al alta. Las tasas de recaída fueron inferiores a estas cifras en los pacientes que continuaron recibiendo tratamiento psiquiátrico preventivo y en los que tuvieron sólo uno o dos episodios depresivos. En general, a medida que los pacientes acumulan más episodios depresivos, el tiempo entre episodios disminuye y su intensidad aumenta.²

Indicadores pronósticos. Muchos estudios se han centrado en identificar indicadores de buen y mal pronóstico en el curso del trastorno depresivo mayor. Los episodios leves, la ausencia de síntomas psicóticos y la estancia hospitalaria corta son signos de pronóstico favorable. Los indicadores psicosociales de resultados favorables fueron antecedentes de fuertes amistades adolescentes, actividad familiar estable y actividad social uniforme durante los 5 años anteriores a la enfermedad. Otros signos de pronóstico favorable incluyen ausencia de trastornos psiquiátricos y de personalidad asociados, no más de una hospitalización previa por trastorno depresivo mayor y edad avanzada de inicio. La probabilidad de un mal pronóstico aumenta con el deterioro funcional asociado, el abuso de sustancias, los síntomas de los trastornos de ansiedad y los antecedentes de múltiples episodios depresivos previos. Los hombres son más propensos que las mujeres a tener enfermedades crónicamente exacerbantes.²

Trastorno bipolar I

Evolución. El trastorno bipolar I suele comenzar con depresión (75 por ciento de las mujeres, 67 por ciento de los hombres) y es un trastorno recurrente. La mayoría de los pacientes tienen episodios depresivos y maníacos, pero entre el 10 y el 20 por ciento solo tienen episodios maníacos. Los episodios maníacos suelen ser breves (de horas a días), pero pueden progresar durante semanas. Un episodio maníaco no tratado dura alrededor de 3 meses, antes de que no se deba interrumpir el tratamiento. Es probable que el 90 por ciento de las personas que han tenido un episodio maníaco tengan otro. El intervalo entre los ataques se vuelve más corto a medida que avanza el trastorno. Sin embargo, después de unos 5 episodios, el intervalo entre episodios se estabiliza en unos 6-9 meses. 5-15 por ciento de las personas con trastorno bipolar experimentan 4 o más episodios por año y pueden clasificarse como cicladores rápidos.²

Trastorno bipolar I en niños y personas mayores. Este trastorno puede afectar tanto a personas muy jóvenes como a personas muy mayores. Tiene una incidencia del 1 por ciento en niños y adolescentes y puede presentarse desde los 8 años de edad. Los diagnósticos erróneos más comunes son la esquizofrenia y el trastorno de confrontación por oposición. El pronóstico para dicho trastorno bipolar I prematuro es malo. Los síntomas maníacos son comunes en las personas mayores, pero tienen una variedad de causas, que incluyen trastornos no psicóticos, demencia, paranoia y trastorno bipolar I. Es relativamente raro que las personas mayores desarrollen un verdadero trastorno bipolar I.²

Pronóstico. Los pacientes con trastorno bipolar I tienen peor pronóstico que aquellos con trastorno depresivo mayor. Aproximadamente el 40-50 por ciento de las personas con trastorno bipolar I experimentan un segundo episodio maníaco dentro de los 2 años posteriores al primero. La profilaxis con litio mejora el curso y el pronóstico de este trastorno, pero quizás solo el 50-60 por ciento de los pacientes logran un control significativo de los síntomas con litio. Un estudio de seguimiento de cuatro años de pacientes con trastorno bipolar I encontró que el mal estado de trabajo previo al ejercicio, el alcoholismo y los síntomas del trastorno bipolar estaban asociados con un mal pronóstico. La duración más corta de los episodios maníacos, la edad de inicio más avanzada, la menor ideación suicida y algunos problemas psiquiátricos o médicos coexistentes predicen mejores resultados.²

Los síntomas no recurrieron al 7 por ciento de los pacientes con trastorno bipolar I. El 45 por ciento tiene múltiples episodios y el 40 por ciento tiene enfermedad crónica. Los pacientes pueden tener entre 2 y 30 episodios maníacos, con un promedio de 9, pero el 40 por ciento de todos los pacientes tienen 10 o más episodios maníacos. El seguimiento a largo plazo mostró que el 15 por ciento de todos los pacientes con trastorno bipolar I estaban bien, el 45 por ciento estaba bien pero presentaba múltiples recaídas, el 30 por ciento presentaba una remisión parcial y el 10 por ciento padecía una enfermedad crónica. Un tercio de todos los casos de trastorno bipolar I tienen síntomas crónicos y signos de discapacidad social significativa.²

Trastorno bipolar II

El curso y el pronóstico del trastorno bipolar II sugieren que el diagnóstico es estable, como lo demuestra el hecho de que los pacientes con trastorno bipolar II tienen más probabilidades de recibir el mismo diagnóstico después de 5 años. El trastorno bipolar II es una enfermedad crónica que requiere el uso de estrategias terapéuticas a largo plazo.²

TRATAMIENTO

El tratamiento de pacientes con trastornos del estado de ánimo debe apuntar a varios objetivos. En primer lugar, se debe garantizar la seguridad del paciente y, en segundo lugar, se requiere una evaluación diagnóstica completa. El tratamiento actual enfatiza el uso de tratamientos farmacológicos y psicoterapéuticos, pero las tasas de recaída son más altas en situaciones de vida estresantes, por lo que el tratamiento también debe ser efectivo. Considere la cantidad y la intensidad de sus factores estresantes.²

En general, los psiquiatras dan la bienvenida al tratamiento de los trastornos del estado de ánimo. Muchos episodios maníacos y depresivos tienen tratamientos específicos y pueden prevenirse. El optimismo siempre es bienvenido tanto por los pacientes como por las familias, ya que el pronóstico de cada episodio es bueno. Sin embargo, los trastornos del estado de ánimo son crónicos y se debe informar a los pacientes y sus familias sobre futuras estrategias de tratamiento.²

Hospitalización

La primera (y más importante) decisión que debe tomar un médico es si hospitalizar al paciente o intentar un tratamiento ambulatorio. Los indicadores obvios de hospitalización son el riesgo de suicidio u homicidio, una disminución significativa de la capacidad del paciente para comer y quedarse en casa, y la necesidad de procedimientos de diagnóstico. También se requiere hospitalización si hay antecedentes de síntomas que progresan rápidamente y si el paciente está desconectado del sistema de apoyo habitual.²

Los médicos pueden tratar con éxito la depresión leve y la manía en el consultorio si pueden evaluar a los pacientes con regularidad. Los signos clínicos de falta de juicio, pérdida de peso o insomnio deben ser limitados, y el sistema de apoyo al paciente debe ser sólido y no estar demasiado involucrado ni demasiado lejos del paciente. Pequeños cambios negativos en los síntomas o el comportamiento del paciente, o la actitud de la red de apoyo, pueden ser suficientes para justificar la hospitalización.²

Los pacientes con trastornos del estado de ánimo suelen ser reacios a ser hospitalizados voluntariamente y pueden requerir hospitalización involuntaria. Estos pacientes son incapaces de tomar decisiones debido a su lentitud de pensamiento, una visión negativa del mundo y sentimientos de desesperanza. Los pacientes maníacos a menudo desconocen por completo su enfermedad, por lo que ser hospitalizado parece completamente tonto.²

Tratamiento psicosocial

La mayoría de los estudios muestran (y la mayoría de los médicos e investigadores lo confirman) que una combinación de psicoterapia y tratamientos farmacológicos es el tratamiento más efectivo para este trastorno. El uso del tratamiento da como resultado episodios leves de depresión mayor y, en casos de rutina, aumenta los costos y expone a los pacientes a efectos secundarios innecesarios.²

Se han estudiado tres tipos de psicoterapia a corto plazo: terapia cognitiva, terapia interpersonal y terapia conductual. Verificar la eficacia en el tratamiento del trastorno depresivo mayor. Aunque la eficacia de la psicoterapia psicoanalítica en esta indicación no se ha estudiado tanto como las otras tres terapias, se ha utilizado durante mucho tiempo para los trastornos depresivos y muchos médicos la utilizan como su principal método de trabajo. Los factores que distinguen los tres enfoques psicoterapéuticos a corto plazo de los procedimientos de orientación psicoanalítica son el papel activo y directivo del terapeuta, las metas directamente identificables y las metas necesarias a alcanzar en el tratamiento a corto plazo.²

Los datos recopilados son muy prometedores con respecto a la eficiencia del procesamiento dinámico. Un ensayo controlado aleatorio que comparó la terapia psicodinámica con la terapia cognitivo-conductual encontró resultados similares para ambos tratamientos en personas con depresión.²

El Programa Colaborativo de Investigación del Tratamiento de la Depresión del Instituto Nacional de Salud Mental (NIMH, por sus siglas en inglés) estableció los siguientes predictores de respuesta a varios tratamientos: El deterioro cognitivo sugiere una respuesta favorable a la terapia cognitivo-conductual y al tratamiento farmacológico. El alto deterioro ocupacional responde bien al tratamiento farmacológico, y la depresión mayor responde bien al tratamiento interpersonal y farmacológico.²

Terapia cognitiva. La terapia cognitiva, desarrollada por primera vez por Aaron Beck, se centra en las distorsiones cognitivas que se cree que están presentes en el trastorno depresivo mayor. Estas distorsiones incluyen la atención selectiva a los aspectos negativos de la situación y las consiguientes intervenciones patológicas poco realistas, como la apatía y la falta de energía debido a la enfermedad. El objetivo de la terapia cognitiva es aliviar los episodios depresivos ayudando a los pacientes a identificar y analizar las percepciones negativas, desarrollar métodos alternativos y flexibles, practicar nuevas respuestas cognitivas y conductuales y prevenir la recurrencia.²

Se ha demostrado que es eficaz en el tratamiento del trastorno depresivo mayor. La mayoría de los estudios muestran que la terapia cognitiva es tan efectiva como el tratamiento farmacológico, tiene menos efectos secundarios y tiene mejores resultados de seguimiento. Aunque algunos de los estudios mejor controlados han demostrado que una combinación de tratamientos cognitivos y farmacológicos es más eficaz que los dos tratamientos por separado, otros estudios han demostrado que este efecto secundario no se encuentra. Al

menos un estudio, el Programa de Investigación Colaborativa del NIMH sobre el Tratamiento de la Depresión, encontró que las opciones farmacológicas, solas o en combinación con la psicoterapia, pueden ser el tratamiento de elección para los pacientes con episodios depresivos graves.²

Terapia interpersonal. Desarrollada por Gerald Klerman, la terapia interpersonal se centra en uno o dos de los problemas interpersonales actuales del paciente. En primer lugar, los problemas interpersonales actuales son el resultado de relaciones disfuncionales previas y, en segundo lugar, estos problemas provocan o perpetúan los síntomas depresivos. Los estudios controlados muestran que la terapia interpersonal es eficaz para tratar el trastorno depresivo mayor y, como era de esperar, es particularmente útil para tratar los problemas interpersonales. Según varios estudios, la terapia interpersonal puede ser el método más eficaz para los episodios depresivos mayores graves cuando la psicoterapia es el único tratamiento de elección.²

Los programas de terapia interpersonal suelen incluir de 12 a 16 sesiones por semana y cuentan con un enfoque terapéutico activo. Los fenómenos neuropsiquiátricos como los mecanismos de defensa y los conflictos internos no se resuelven. Se pueden abordar otros comportamientos inconexos, como la duda, el deterioro de las habilidades sociales y el pensamiento distorsionado, pero solo en el contexto de su significado e impacto interpersonal.²

Terapia conductual. La terapia conductual se basa en la suposición de que los patrones de comportamiento inapropiados pueden llevar a una persona a recibir poca retroalimentación positiva y ser completamente rechazada por la sociedad. Al abordar los comportamientos de mala adaptación a través de la terapia, los pacientes aprenden a funcionar en el mundo de manera que reciben un refuerzo positivo. La terapia conductual para el trastorno depresivo mayor no ha sido objeto de muchos estudios controlados y los datos limitados disponibles indican que la terapia conductual es un tratamiento eficaz para el trastorno depresivo mayor.²

Terapia orientada psicoanalíticamente. Los enfoques psicoanalíticos de los trastornos del estado de ánimo se basan en las teorías psicoanalíticas de la depresión y la manía. El objetivo de la terapia psicoanalítica es cambiar la estructura y los rasgos de personalidad del paciente, en lugar de simplemente aliviar los síntomas. Algunos de los objetivos de la terapia psicoanalítica son mejorar la confianza interpersonal, la intimidad, los mecanismos de afrontamiento, la tolerancia y la capacidad de percibir diferentes emociones. Durante el tratamiento, los pacientes deben experimentar períodos de mayor ansiedad e irritabilidad durante el tratamiento, que pueden durar años.²

Terapia de familia. Aunque la terapia familiar generalmente no se considera un tratamiento primario para el trastorno depresivo mayor, existe una evidencia creciente de que ayudar a las personas con trastornos del estado de ánimo a reducir y controlar el estrés también reduce el riesgo de depresión. Indicado cuando el trastorno pone en peligro la vida conyugal o familiar del paciente, o cuando las circunstancias familiares derivan o perpetúan el trastorno del

estado de ánimo. La terapia familiar considera el papel de los miembros con trastornos del estado de ánimo en el bienestar psicológico general de la familia, así como el papel de la familia en su conjunto en el mantenimiento de los síntomas del paciente. Las tasas de divorcio entre las personas con trastornos del estado de ánimo son altas, y el 50 por ciento de los cónyuges dicen que no se casarían, ni tendrían hijos si supieran que sus pacientes desarrollarían trastornos del estado de ánimo.²

Estimulación del nervio vago

La estimulación experimental del nervio vago mejoró el estado de ánimo de los pacientes en varios estudios que analizaban tratamientos para la epilepsia. Esta observación ha llevado al uso de la estimulación del nervio vago (VNS) mediante un dispositivo electrónico implantado en la piel, similar a un marcapasos. Los estudios preliminares han demostrado que algunos pacientes con trastorno depresivo mayor crónico recurrente experimentan una remisión de los síntomas con el tratamiento con VNS. El mecanismo de acción de VNS que explica esta mejora aún no está claro. El nervio vago se conecta al sistema nervioso entérico y cuando se estimula libera péptidos que actúan como neurotransmisores. Se están realizando grandes ensayos clínicos para determinar la eficacia de VNS.²

Estimulación magnética transcraneal

La estimulación magnética transcraneal (TMS) se muestra prometedora como tratamiento para la depresión. Utiliza energía magnética o pulsos muy cortos para estimular las células nerviosas del cerebro. Está específicamente indicado y está en desarrollo para el tratamiento de la depresión en pacientes adultos que no han visto una mejoría significativa con los antidepresivos utilizados anteriormente a la dosis efectiva más baja o por encima de ella.²

La TMS repetitiva (rTMS) produce estimulación eléctrica secundaria focal de regiones corticales específicas. No provoca convulsiones, no requiere anestesia, tiene efectos secundarios seguros y no está asociado con efectos secundarios cognitivos.²

Los pacientes no requieren anestesia ni sedación para permanecer despiertos y conscientes. Este es un procedimiento ambulatorio de 40 minutos aprobado por un psiquiatra y se puede realizar en el mismo consultorio. El tratamiento generalmente se administra diariamente durante 4 a 6 semanas. El efecto secundario más común relacionado con el tratamiento es dolor o malestar en el cuero cabelludo.²

La terapia TMS está contraindicada en pacientes con dispositivos metálicos implantados u objetos metálicos fijos en la cabeza o cerca de ella.²

Privación del sueño

Los trastornos del estado de ánimo se caracterizan por alteraciones del sueño. La manía tiende a disminuir la necesidad de dormir y la depresión se asocia con insomnio o insomnio excesivo. La privación del sueño induce episodios maníacos en pacientes con trastorno bipolar I y alivia temporalmente la depresión en pacientes con trastorno unipolar. Aproximadamente el 60 por ciento de los pacientes con trastorno depresivo mayor obtienen

beneficios significativos pero temporales del insomnio total. Los resultados positivos a menudo se revierten con el sueño de la noche siguiente. Se han utilizado una variedad de procedimientos para lograr una respuesta sostenida a la privación del sueño. Dormir normalmente cada 1 o 2 días, y privarse por completo del sueño en uno de esos días. Este enfoque no produce una respuesta antidepresiva sostenida, ya que la depresión tiende a reaparecer con ciclos normales de sueño.²

Otro método es retrasar las horas en que el paciente se acuesta todas las noches o tiene insomnio parcial. Este método permite a los pacientes permanecer despiertos de 2:00 am a 10:00 pm todos los días. Hasta el 50 por ciento de los casos tienen efectos antidepresivos el mismo día que el insomnio parcial, pero este efecto también tiende a desaparecer con el tiempo. Sin embargo, varias publicaciones han utilizado con éxito el insomnio episódico en serie para tratar el insomnio relacionado con la depresión. Un tercer método, y quizás el más efectivo, combina la privación del sueño con el tratamiento farmacológico de la depresión. Se ha sugerido un tratamiento para mantener los efectos antidepresivos de la privación del sueño. Además, algunas publicaciones sugieren que la privación del sueño acelera la respuesta a los antidepresivos como la fluoxetina y la nortriptilina. También se ha demostrado que la privación del sueño mejora el Trastorno de depresión mayor.²

Fototerapia

La fototerapia se introdujo en 1984 como tratamiento para el trastorno afectivo estacional. Con este trastorno, los pacientes a menudo experimentan síntomas depresivos porque las horas del día disminuyen con la llegada del invierno. Las mujeres constituyen al menos el 75 por ciento de las personas con depresión estacional, con una mediana de edad de diagnóstico de 40 años. En raras ocasiones, el trastorno afectivo estacional ocurre en personas mayores de 55 años.²

La fototerapia expone a los pacientes a una luz brillante de 1500 a 10 000 lux o más. Por lo general, de una caja de luz sobre una mesa o escritorio. Los pacientes se sientan frente a la luz una o dos horas antes de la puesta del sol todos los días, pero algunas personas también se benefician de la exposición a la luz después del anochecer. Algunos fabricantes también han desarrollado viseras livianas que incorporan fuentes de luz en el ala del sombrero. Estos ahorros de peso mejoran la portabilidad. Sin embargo, el uso de este tipo de exposición a la luz ha sido cuestionado en estudios controlados. Los estudios generalmente duran una semana, pero las exposiciones más largas conducen a respuestas más altas.²

La fototerapia es generalmente bien tolerada. La mayoría de las fuentes de luz modernas tienden a usar luz de baja intensidad y ya están equipadas con filtros. Los pacientes deben evitar mirar directamente a la fuente de luz. La terapia de luz, como otros antidepresivos, puede, en casos raros, desempeñar un papel en la manía o los cambios maníacos que experimentan los pacientes deprimidos.²

Tratamiento farmacológico

Una vez que se confirma el diagnóstico, se debe desarrollar una terapia farmacológica. Establecer un diagnóstico preciso es esencial, ya que los trastornos del espectro unipolar y bipolar requieren diferentes regímenes de tratamiento. El objetivo de la terapia con medicamentos es aliviar los síntomas, no aliviar los síntomas. Los pacientes con síntomas residuales tenían más probabilidades que los que estaban en remisión completa de tener episodios depresivos recurrentes o recurrentes y un declive diario continuo.²

Trastorno de depresión mayor. El uso de ciertos tratamientos farmacológicos duplica aproximadamente las posibilidades de que un paciente se recupere en un mes. Todos los antidepresivos actualmente disponibles tardan de 3 a 4 semanas en producir efectos terapéuticos significativos, incluso si se notan temprano. La elección del antidepresivo depende al menos de un perfil de efectos secundarios inaceptables teniendo en cuenta la condición física, el temperamento y el estilo de vida de un paciente en particular.²

El hecho de que haya muchas clases de antidepresivos, muchos de los cuales tienen diferentes mecanismos de acción, es una evidencia indirecta de la heterogeneidad de la disfunción bioquímica subyacente. Si bien los antidepresivos originales, los inhibidores de la monoaminoxidasa (IMAO) y los antidepresivos tricíclicos todavía están en uso, los nuevos compuestos han hecho que el tratamiento de la depresión sea un poco más aceptable tanto para los médicos como para los pacientes.²

Guías clínicas generales. El error clínico más común con resultados insatisfactorios en los ensayos clínicos de antidepresivos es el uso de una dosis demasiado baja durante un período corto de tiempo. A menos que las circunstancias negativas lo impidan, la dosis de antidepresivo debe aumentarse a la dosis máxima recomendada y mantenerse en este nivel durante al menos 4-5 semanas antes de que se considere fallida la prueba. De lo contrario, si un paciente mejora clínicamente con una dosis más baja, la dosis no debe aumentarse a menos que cese la mejoría clínica antes de lograr el beneficio máximo. Si un paciente no comienza a responder a las dosis adecuadas del fármaco después de 2 o 3 semanas, el médico puede optar por medir los niveles plasmáticos del fármaco, si hay un método disponible. Este estudio puede mostrar un incumplimiento farmacocinético o una distribución particularmente aberrante, y se pueden sugerir dosis alternativas.²

Duración y profilaxis. El tratamiento antidepresivo debe continuar durante al menos 6 meses o durante la duración del episodio anterior, lo que sea más largo. Este tratamiento profiláctico reduce el número y la intensidad de las recaídas. Un estudio concluyó que se requieren 5 años de profilaxis si el intervalo entre episodios es inferior a 2,5 años. Otro factor que sugiere el uso de tratamiento profiláctico es la gravedad de los episodios depresivos previos. Los episodios asociados con ideación suicida significativa o disfunción psicosocial también son indicadores de tratamiento preventivo. Al suspender el tratamiento antidepresivo, la dosis debe reducirse gradualmente durante 1 a 2 semanas, dependiendo de la vida media del compuesto en particular. Algunos estudios sugieren que seguir tomando antidepresivos para tratar la depresión crónica es seguro y efectivo.²

La prevención de nuevos episodios (es decir, recaídas) es el objetivo de la fase de mantenimiento. Solo los pacientes con depresión recurrente o crónica deben recibir terapia de mantenimiento.²

Selección de la medicación inicial. No hubo diferencias importantes entre los antidepresivos en términos de eficacia global, tasa de respuesta o eficacia a largo plazo, pero difieren en sexo y facilidad de ajuste de dosis. Ser incapaz de tolerar el tratamiento o no responder a los medicamentos no significa que otros medicamentos no funcionen. La elección del tratamiento inicial depende de la enfermedad crónica, el curso de la enfermedad (recurrente o crónica se asocia con una mayor probabilidad de desarrollar síntomas depresivos en el futuro si la enfermedad está presente en individuos no tratados), la enfermedad depende de su historial médico y respuesta al tratamiento, intensidad de los síntomas, otras condiciones médicas comunes o psiquiátricas concurrentes, respuesta al tratamiento, otros episodios agudos previos, interacciones farmacológicas potenciales y preferencias del paciente. Por lo general, del 45 por ciento al 60 por ciento de los pacientes ambulatorios tienen un trastorno depresivo mayor sin complicaciones (es decir, al menos una reducción del 50 por ciento en los síntomas iniciales). Sin embargo, solo el 35-50 por ciento de los casos entran en remisión (es decir, pocos síntomas depresivos).²

Tratamiento de los subtipos depresivos. Las categorías clínicas de los episodios depresivos mayores muestran diversos grados de respuesta a los antidepresivos o no antidepresivos individuales. Los pacientes con trastorno depresivo mayor (llamado trastorno maníaco) con síntomas atípicos responden preferentemente al tratamiento con IMAO o ISRS. Se ha demostrado que los antidepresivos con mecanismos duales de acción sobre los receptores serotoninérgicos y noradrenérgicos son más efectivos en la depresión melancólica. Los pacientes con depresión estacional de invierno pueden tratarse con fototerapia. El tratamiento de los episodios depresivos mayores con síntomas psicóticos requiere una combinación de antidepresivos y antipsicóticos atípicos. Varios estudios han demostrado que la TEC es efectiva para esta indicación, posiblemente más efectiva que la terapia con medicamentos. La eficacia de los IMAO ha sido claramente demostrada en pacientes con síntomas atípicos. Los ISRS y el bupropión también se usan para la depresión atípica.²

Trastornos asociados. La comorbilidad con otras enfermedades influye en la elección del tratamiento inicial. Por ejemplo, el tratamiento exitoso del TOC asociado con síntomas depresivos a menudo conduce a la remisión de la depresión. De manera similar, para el trastorno de pánico con depresión mayor, se prefieren los fármacos con eficacia comprobada en ambas afecciones (p. ej., tricíclicos e ISRS). Otro problema comúnmente asociado con los trastornos del estado de ánimo es determinar las opciones de tratamiento en los estados involucrados. El abuso de sustancias concomitante aumenta la probabilidad de trastornos del estado de ánimo inducidos por sustancias y debe evaluarse revisando un historial médico o solicitando la abstinencia durante varias semanas. La abstinencia puede aliviar los síntomas depresivos de los trastornos del estado de ánimo inducidos por sustancias. Las personas con síntomas de abstinencia que continúan teniendo síntomas depresivos graves deben ser

diagnosticadas y tratadas por trastornos del estado de ánimo no relacionados con el uso de estimulantes.²

Dado que las condiciones médicas comunes son factores de riesgo conocidos para desarrollar depresión, la presencia de un episodio depresivo mayor se asocia con muchas condiciones médicas comunes (p. ej., enfermedad cardiovascular, diabetes, enfermedad cerebrovascular y cáncer) que se asocian con una mayor incidencia o mortalidad.²

Uso terapéutico de los efectos secundarios. Elegir los antidepresivos más sedantes (como la amitriptilina) para los más ansiosos-depresivos, o los activadores más potentes (como la desipramina) para los más depresivos psicomotores, no suele ser posible, por ejemplo, los beneficios a corto plazo de paroxetina, mirtazapina o amitriptilina (que son muy sedantes) para los síntomas de ansiedad e insomnio puede resultar perjudicial. Estos medicamentos suelen tener un efecto sedante de larga duración, obligando a los pacientes a dejar de tomarlos prematuramente, aumentando el riesgo de recaída o recaída. Algunos médicos usan medicamentos complementarios (p. ej., pastillas para dormir o ansiolíticos) en combinación con antidepresivos para aliviar los síntomas más rápidamente o enmascarar los efectos secundarios a los que los pacientes se adaptan con el tiempo.²

Conocer el historial de medicación de un paciente es importante porque las respuestas anteriores a menudo predicen la respuesta a la terapia actual. Los fracasos de ensayos documentados con ciertas clases de antidepresivos (ISRS, tricíclicos, IMAO, etc.) sugieren la necesidad de elegir un fármaco sobre otro. Una historia de respuesta relativa de primer grado a un fármaco en particular se asocia con una mejor respuesta del paciente al mismo fármaco.²

Fracaso del tratamiento agudo. Los pacientes pueden no responder a la medicación por las siguientes razones: 2) el potencial de eventos adversos idiosincrásicos; 3) respuesta clínica inadecuada o 4) diagnóstico erróneo. Los ensayos farmacológicos de fase aguda deben continuar durante 4 a 6 semanas para determinar si los síntomas se alivian significativamente. Para la mayoría de los pacientes (pero no todos) que finalmente obtienen una respuesta completa, la dosis es suficiente durante las primeras semanas de tratamiento. Si no se observa una respuesta parcial a las 4-6 semanas, indica la necesidad de cambiar el tratamiento. Se necesita más tiempo para determinar el grado final de alivio de los síntomas que se puede lograr con un fármaco.²

Selección de las segundas opciones terapéuticas. Si el tratamiento inicial falla, es común cambiar a otro régimen o aumentar la dosis actual. La elección de cambiar de un primer fármaco a un nuevo fármaco se basa en el historial de medicación del paciente, el grado de beneficio del primer tratamiento y la preferencia del paciente. Como regla general, es mejor cambiar los medicamentos que aumentar la dosis después de que el tratamiento inicial haya fallado. Por otro lado, los procedimientos de escalada de dosis son útiles para pacientes que han obtenido algún beneficio del tratamiento inicial pero no están en remisión. Los regímenes de dosificación mejor estudiados son los que utilizan litio u hormona tiroidea. También se

utilizan combinaciones de ISRS y bupropión. De hecho, no se ha concluido que ningún proceso combinatorio sea más eficiente que otros. La TEC es efectiva tanto para la depresión psicótica como para la no psicótica, pero generalmente se recomienda solo para pacientes con falta de respuesta persistente o deterioro muy grave.²

El uso de ketamina, un anestésico, es un nuevo tratamiento que ha demostrado ser efectivo para la depresión intratable. Su mecanismo de acción es a través de la inhibición de los receptores NMDA postsinápticos a los que se une el glutamato. La señalización glutamatérgica alterada se asocia con el trastorno depresivo mayor y puede justificar su eficacia. Los pacientes suelen recibir una única infusión de ketamina durante 30 minutos a una concentración de 0,5 mg/kg. Por lo general, se observa una respuesta positiva dentro de las 24 horas y la mejora del estado de ánimo dura de 2 a 7 días. Los efectos secundarios más comunes fueron mareos transitorios, dolor de cabeza y falta de coordinación. También puede causar síntomas disociativos como alucinaciones.²

Tratamiento combinado. El tratamiento médico y la psicoterapia formal a menudo se usan en combinación en la práctica clínica. Los trastornos del estado de ánimo se consideran principalmente un proceso de desarrollo a partir de problemas psicodinámicos, pero el entorno que rodea su uso de drogas conduce a una respuesta deficiente, incumplimiento y uso inapropiado de drogas debido a la duración demasiado corta del tratamiento. Existe una posibilidad. Por otro lado, si se descuidan las necesidades psicosociales de los pacientes, los resultados del tratamiento farmacológico pueden verse comprometidos. Varios estudios que combinan fármacos y psicoterapia en pacientes ambulatorios con depresión han mostrado tasas más altas de respuesta y remisión con la combinación que con las dos terapias solas.²

Trastornos bipolares. La farmacoterapia para el trastorno bipolar se divide en fases aguda y persistente. Sin embargo, el tratamiento bipolar también implica diseñar diferentes procedimientos para pacientes maníacos. Manía o depresión. El principal abordaje de esta enfermedad es el litio, cuya mayor eficacia es mediante el uso de antidepresivos, antipsicóticos y benzodiazepinas, pero más recientemente se han añadido tres anticonvulsivantes estabilizadores del estado de ánimo (carbamazepina, valproato y lamotrigina). La mayoría de los antipsicóticos están aprobados para el tratamiento de la manía aguda, uno también está aprobado como monoterapia para la depresión aguda y el tercero es para la profilaxis.²

Tratamiento de la manía aguda. El tratamiento de la manía o la manía aguda suele ser la etapa más sencilla del tratamiento del trastorno bipolar. Los medicamentos se pueden usar solos o en combinación para aliviar las condiciones más graves del paciente. El mejor tratamiento para los pacientes maníacos es la hospitalización, donde se pueden usar dosis fuertes y se pueden obtener respuestas adecuadas en días o semanas. La adherencia al tratamiento sigue siendo un desafío, ya que muchos pacientes rechazan la medicación. Debido a que la combinación de falta de juicio, impulsividad y agresión pone en riesgo a la persona y a los demás, muchas personas con manía toman medicamentos para protegerse a sí mismos y a los demás del daño.²

Aunque el carbonato de litio se considera el estabilizador del estado de ánimo prototipo, puede retrasar la aparición de los efectos anti eufóricos y, por lo tanto, no se recomienda en las primeras etapas de la psicosis atípica, los estabilizadores del estado de ánimo o los tratamientos antipsicóticos como las benzodiazepinas fuertes. a menudo complementado. Los valores terapéuticos para el litio son de 0,6 a 1,2 mEq/l. El uso de litio en la fase aguda se ha visto limitado en los últimos años por una eficacia impredecible, efectos secundarios problemáticos y la necesidad de pruebas de laboratorio frecuentes. El advenimiento de fármacos modernos con menos efectos secundarios, menos toxicidad y menos control analítico ha reducido el uso del litio. Sin embargo, sus beneficios clínicos todavía se notan en muchos pacientes.²

El uso de valproato superó al uso de litio en episodios maníacos agudos. A diferencia de este último, el valproato está específicamente indicado para la manía aguda, aunque la mayoría de los expertos coinciden en que también tiene un efecto preventivo. Las dosis habituales de valproato oscilan entre 750 y 2500 mg/día, lo que da como resultado niveles en sangre de 50 a 120 µg/mL. La administración oral rápida de 15-20 mg/kg de divalproato de sodio a partir del primer día de tratamiento es bien tolerada y se asocia con una respuesta rápida. Se deben realizar varios controles analíticos durante el tratamiento con valproato.²

La carbamazepina, que se ha utilizado ampliamente en todo el mundo durante décadas como tratamiento de primera línea para la manía aguda, fue aprobada en los Estados Unidos en 2004. 4 a 12 microgramos por mililitro. La oxcarbazepina, un compuesto de cetocarbamazepina, tiene propiedades similares para la manía. 1500 mg de oxcarbazepina equivalen a 1000 mg de carbamazepina, por lo que se necesitan dosis más altas de carbamazepina.²

Los anticonvulsivos potentes de benzodiazepina utilizados en episodios maníacos agudos incluyen clonazepam y lorazepam. Ambos son efectivos y se utilizan como tratamientos complementarios para la agitación maníaca aguda, el insomnio, la agresión y las dificultades del habla y la ansiedad. El perfil de seguridad y los efectos secundarios leves de estos agentes los convierten en complementos ideales del litio, la carbamazepina o el valproato.²

Todos los antipsicóticos atípicos (olanzapina, risperidona, quetiapina, ziprasidona y aripiprazol) han demostrado ser efectivos contra la manía y han sido aprobados por la FDA de EE. UU. para esta indicación. En comparación con los fármacos más antiguos, como el haloperidol y la clorpromazina, los antipsicóticos atípicos son menos fiables para reducir los potenciales postsinápticos excitatorios y la discinesia tardía. Aunque muchos no aumentan los niveles de prolactina, conllevan una amplia gama de riesgos, de significativos a ninguno, de aumento de peso, problemas de resistencia a la insulina, diabetes, hiperlipidemia, hipercolesterolemia y daño cardiovascular. Sin embargo, algunos pacientes requieren tratamiento de mantenimiento con antipsicóticos.²

Tratamiento de la depresión bipolar aguda. En general, la utilidad relativa de los antidepresivos estándar en el trastorno bipolar, en particular los estados mixtos y de ciclos rápidos, sigue siendo controvertida debido a su propensión a inducir ciclos, manía o hipomanía. Por lo tanto, el uso de estabilizadores del estado de ánimo como tratamiento de primera línea para el primer episodio o el único episodio de depresión bipolar mejora los efectos de los antidepresivos. Una combinación fija de olanzapina y fluoxetina es eficaz en el tratamiento de la depresión bipolar aguda durante 8 semanas sin provocar una transición maníaca o hipomaníaca.²

Paradójicamente, muchas personas con depresión bipolar no responden al tratamiento con antidepresivos de uso común. En este caso, pueden ser eficaces dosis bajas de lamotrigina o ziprasidona (20-80 mg/día).²

La TEC también puede ser útil en pacientes con depresión bipolar que no responden al litio u otros estabilizadores del estado de ánimo y sus complementos, especialmente en el caso de tendencias suicidas graves como emergencia médica.²

Otros compuestos pueden ser efectivos cuando fallan los tratamientos tradicionales. El antagonista del calcio verapamilo es eficaz en la manía aguda. La gabapentina, el topiramato, la zonisamida, el levetiracetam y la tiagabina no mostraron tal efecto, aunque estos estudios pueden ser útiles en algunos pacientes cuando falla la terapia estándar. Lamotrigina no afecta la manía aguda, pero ayuda a prevenir la recurrencia de los episodios maníacos. Los estudios con muestras pequeñas han sugerido posibles efectos profilácticos y antimaniacos agudos de la fenitoína. La TEC es eficaz en la manía aguda. La terapia bilateral es necesaria porque las que son unilaterales y no dominantes son ineficaces e incluso empeoran los síntomas maníacos. La TEC está indicada para pacientes con manía refractaria (raro) o con complicaciones médicas y agotamiento extremo (hipertermia maligna o catatonía fatal).²

Terapia de mantenimiento para el trastorno bipolar. El mayor desafío para los profesionales es evitar que los episodios de humor se repitan. El régimen de tratamiento elegido no solo debe lograr su objetivo principal de mantener un estado de ánimo normal, sino que el medicamento no debe tener efectos secundarios no deseados que afecten el funcionamiento. La sedación, el deterioro cognitivo, los temblores, el aumento de peso y la erupción fueron algunos de los efectos secundarios que llevaron a la interrupción del tratamiento.²

El litio, la carbamazepina y el ácido valproico, solos o en combinación, son los fármacos más utilizados para el tratamiento a largo plazo de pacientes con trastorno bipolar. La lamotrigina tiene propiedades antidepresivas profilácticas y posiblemente reductoras del estado de ánimo. La tasa de cambio en la manía en pacientes con depresión bipolar I que recibieron lamotrigina fue la misma que la del placebo. La lamotrigina parece tener mejores propiedades profilácticas y antidepresivas agudas que los fármacos antimaniacos. Debido a que la depresión avanzada es un problema de prevención difícil de abordar, lamotrigina es un agente terapéutico único. Al aumentar la dosis de lamotrigina muy lentamente, se evitó el raro efecto secundario de una erupción fatal. La dosis promedio en muchos estudios parece ser de 200

mg por día. La incidencia de erupción grave (es decir, síndrome de Stevens-Johnson, una forma de necrólisis epidérmica tóxica) fue de 2 casos. 10.000 adultos y 4 por cada 10.000 niños.²

Durante el tratamiento a largo plazo, a menudo se requieren suplementos de hormona tiroidea. Muchos pacientes tratados con litio tienen hipotiroidismo y muchos pacientes con trastorno bipolar tienen disfunción tiroidea idiopática. Debido a su vida media corta, se recomienda la triyodotironina (T3) (25-50 mg diarios) para los procedimientos de escalada de fase aguda, mientras que la tiroxina (T4) se usa principalmente para la terapia de mantenimiento a largo plazo.²

Algunos centros utilizan altas dosis de hormonas tiroideas metabólicas. Los datos sugieren que los episodios maníacos y depresivos pueden mejorar con un programa de aumento de T4 hipermetabólico.²

Rendimiento académico

El rendimiento académico es un término ampliamente utilizado en el contexto educativo para evaluar el nivel de éxito y logro de un estudiante en sus actividades y tareas académicas. Se refiere a la capacidad y eficiencia con la que un estudiante puede aprender y aplicar conocimientos adquiridos en el aula. Este concepto abarca una amplia gama de aspectos, desde calificaciones en exámenes y trabajos hasta participación en clase y habilidades de resolución de problemas.¹⁸

Factores que Influyen en el Rendimiento Académico

El rendimiento académico puede ser influenciado por diversos factores, que pueden variar según el individuo y el contexto educativo. Algunos de los factores más comunes incluyen:

1. **Motivación:** La motivación intrínseca y extrínseca juega un papel crucial en el rendimiento académico. Los estudiantes motivados tienden a comprometerse más con el proceso de aprendizaje y alcanzar un mayor éxito académico.

2. **Hábitos de Estudio:** La forma en que un estudiante se organiza y gestiona su tiempo de estudio puede afectar significativamente su rendimiento. Los hábitos de estudio efectivos, como la planificación y la concentración, pueden mejorar los resultados académicos.
3. **Apoyo Familiar:** El apoyo y el ambiente familiar pueden tener un impacto importante en el rendimiento académico. Un entorno familiar que fomente el aprendizaje y brinde apoyo emocional puede contribuir al éxito académico del estudiante.
4. **Calidad de la enseñanza:** La calidad de los maestros y el enfoque pedagógico empleado en el aula también pueden influir en el rendimiento de los estudiantes. Un profesorado comprometido y capacitado puede inspirar a los estudiantes y mejorar su rendimiento.
5. **Inteligencia y Aptitud:** Aunque el rendimiento académico no se limita a la inteligencia, es innegable que las capacidades cognitivas y aptitudes juegan un papel en la adquisición de conocimientos y habilidades.

Medición del Rendimiento Académico

El rendimiento académico se mide generalmente mediante la evaluación de los logros del estudiante en exámenes, tareas, proyectos y participación en clase. Las calificaciones obtenidas en estas evaluaciones se utilizan como indicadores para determinar el nivel de rendimiento. Sin embargo, es importante tener en cuenta que el rendimiento académico no

debe reducirse únicamente a calificaciones numéricas, sino que debe abarcar una comprensión más profunda del progreso del estudiante en el proceso de aprendizaje.

Importancia del Rendimiento Académico

El rendimiento académico tiene un impacto significativo en la vida estudiantil y más allá. Un buen rendimiento académico puede abrir puertas a oportunidades educativas y profesionales, mientras que un bajo rendimiento puede limitar las opciones futuras. Además, un rendimiento sólido puede aumentar la autoestima y la confianza de un estudiante en sus habilidades, lo que a su vez fomenta una actitud positiva hacia el aprendizaje.

El rendimiento académico es un aspecto crucial de la experiencia educativa de un estudiante y está influenciado por una combinación de factores internos y externos. Fomentar un ambiente de aprendizaje positivo y proporcionar apoyo a los estudiantes son componentes fundamentales para mejorar el rendimiento académico. Además, es fundamental reconocer que el rendimiento académico debe considerarse como parte de un enfoque holístico para el desarrollo de los estudiantes, donde se valora tanto el progreso académico como el crecimiento personal.

18

Estudiantes de medicina y rendimiento académico

El rendimiento académico de los estudiantes de medicina es de vital importancia, ya que su desempeño durante la carrera puede tener un impacto directo en la calidad de atención médica que brindarán en el futuro. La formación de médicos competentes y comprometidos requiere una evaluación adecuada de los factores que influyen en su rendimiento académico y la identificación de los desafíos que enfrentan en su trayectoria educativa.

Factores que Influyen en el Rendimiento Académico

Carga Académica Intensa: La carrera de medicina implica una carga académica considerable, con cursos complejos y extensos períodos de estudio. El volumen de información que los estudiantes deben asimilar puede ser abrumador y afectar su rendimiento.

Estilo de Aprendizaje Individual: Cada estudiante tiene un estilo de aprendizaje único. Algunos pueden adaptarse mejor a las conferencias magistrales, mientras que otros pueden preferir el aprendizaje práctico o el trabajo en equipo. El alineamiento entre el estilo de aprendizaje y los métodos de enseñanza puede influir en el rendimiento académico.

Apoyo Social y Familiar: El apoyo emocional y financiero de la familia y amigos puede tener un impacto positivo en el rendimiento académico de los estudiantes de medicina. Un sistema de apoyo sólido puede ayudarlos a enfrentar los desafíos y el estrés asociado con la carrera.

Habilidades de Gestión del Tiempo: La capacidad de administrar eficientemente el tiempo es esencial en la carrera de medicina, dada la cantidad de material que deben aprender y las responsabilidades clínicas. Los estudiantes que dominan estas habilidades suelen tener un mejor rendimiento académico.

Estrategias de Aprendizaje: La adopción de estrategias de aprendizaje efectivas, como resúmenes, esquemas y repasos regulares, puede mejorar la retención de información y el rendimiento en exámenes.

Desafíos del Rendimiento Académico en Medicina

Estrés y fatiga: Los estudiantes de medicina a menudo enfrentan altos niveles de estrés y fatiga debido a las largas horas de estudio, la presión de los exámenes y las responsabilidades clínicas. Este estrés prolongado puede afectar negativamente su rendimiento académico y bienestar general.

Competencia y Perfeccionismo: La medicina es una profesión altamente competitiva, lo que puede llevar a que algunos estudiantes se sientan presionados para alcanzar la perfección en

sus estudios. Esta mentalidad puede ser agotadora y, paradójicamente, afectar negativamente su rendimiento.

Balance entre Vida Personal y Estudios: La carrera de medicina puede consumir mucho tiempo, dejando poco espacio para la vida personal y el autocuidado. El desafío consiste en encontrar un equilibrio adecuado para evitar el agotamiento y mantener un rendimiento académico óptimo.

Experiencia Clínica Temprana: La transición de la teoría a la práctica puede ser desafiante para algunos estudiantes de medicina. La experiencia clínica temprana puede impactar positiva o negativamente su rendimiento académico, dependiendo de cómo se maneje.

El rendimiento académico de los estudiantes de medicina es el resultado de una interacción compleja entre diversos factores, como la carga académica, el estilo de aprendizaje individual y el apoyo social. Además, enfrentan desafíos únicos, como el estrés, la competencia y la necesidad de equilibrar su vida personal y profesional. La identificación y abordaje de estos factores y desafíos son esenciales para fomentar un rendimiento académico exitoso y sostenible en la formación de futuros médicos comprometidos con la salud y el bienestar de la sociedad.

Factores Predisponentes en los Estudiantes de Medicina para Desarrollar Sintomatología Depresiva

Los estudiantes de medicina pueden enfrentar una serie de factores que los hacen especialmente susceptibles a desarrollar síntomas de depresión durante su formación académica. La presión académica, el estrés emocional y las responsabilidades clínicas pueden generar un entorno propicio para la aparición de la sintomatología depresiva. Esta revisión explora algunos de los factores predisponentes más comunes que afectan a los estudiantes de medicina y pueden contribuir al desarrollo de la depresión.

La intensa carga académica, que incluye múltiples exámenes y responsabilidades clínicas, puede generar una presión abrumadora. Además, la competencia y el perfeccionismo en una carrera altamente competitiva pueden llevar a un estrés emocional significativo y sentimientos de inadecuación. La exposición temprana a experiencias clínicas desafiantes, así como la responsabilidad de tomar decisiones éticas y emocionalmente cargadas, también

pueden influir en su bienestar emocional. El aislamiento social, debido a la falta de tiempo para actividades extracurriculares y relaciones personales, junto con el descuido del autocuidado en medio de las exigencias académicas, son factores adicionales que pueden aumentar la vulnerabilidad a la depresión entre los estudiantes de medicina. Abordar estos factores y brindar un entorno de apoyo y comprensión es esencial para proteger la salud mental y el bienestar emocional de estos futuros profesionales médicos.¹⁹

Algunos reportes señalan que la prevalencia de la sintomatología depresiva es más elevada dentro de los estudiantes de medicina, en los cuales varían de 10 a 59%, en donde se han observado desde síntomas moderados o severos de depresión, hasta ideas suicidas.³

V. Operacionalización de las variables

Variables	Concepto	Indicador	Escala
Edad	Tiempo transcurrido desde el nacimiento hasta la realización del estudio	Años cumplidos	De 5 en 5
Sexo	Estado fenotípico condicionado genéticamente y que determina el género al que pertenece el individuo	Femenino Masculino	Nominal
Rendimiento académico	Escala establecida que se asigna a una persona para valorar el nivel de suficiencia o insuficiencia de sus conocimientos	Subjetivo	Numérica
Ciclo académico	Es el período del año durante el cual los estudiantes acuden a sus centros de enseñanza	Si No	Numérica

VI. Materiales y métodos

VI.1 Tipo de estudio

Se realizó un estudio de tipo observacional, descriptivo, prospectivo y transversal de la sintomatología depresiva vs el rendimiento académico en los estudiantes de Medicina acorde a los resultados de la encuesta en Universidad Nacional Pedro Henríquez Ureña. Julio-Diciembre, 2022.

(Ver anexos VIII.1 Cronograma).

VI.2 Área de estudio

El estudio tendrá lugar en la Universidad Nacional Pedro Henríquez Ureña, la cual se encuentra ubicada en la Av. John F. Kennedy km 7 ½, Distrito Nacional, República Dominicana. Está delimitada, al norte, por la Avenida Los Próceres; al sur, por la avenida John F. Kennedy; al este, por la calle Coronel Rafael Fernández Domínguez y al oeste, por la calle Los Jardines del Edén. (Ver mapa cartográfico y vista aérea).

VI.3 universo

El universo está compuesto totalmente por los estudiantes de la facultad de Ciencias de la Salud de la Universidad Nacional Pedro Henríquez Ureña, Julio-diciembre 2022.

VI.4 Muestra

La muestra está representada por los estudiantes de Medicina de la Universidad Nacional Pedro Henríquez Ureña. Julio-diciembre 2022.

VI.5 Criterios

VI.5.1 Criterios de inclusión

1. Estudiante de Medicina en la Universidad Nacional Pedro Henríquez Ureña
2. \geq de 17 años
3. Ambos sexos
4. Firmen el consentimiento informado

VI.5.2 Criterios de exclusión

1. Barrera idiomática
2. No firmar el consentimiento informado
3. No acepten completar la encuesta

VI.6 Instrumento de recolección de datos

Para la recolección de datos se elaboró un formulario diseñado por el sustentante y revisado por sus asesores clínicos y metodológicos, que contiene tanto preguntas cerradas como abiertas. Como instrumento utilizaremos el inventario de depresión de Beck (BDI-II)¹⁷ sumado a preguntas complementarias, de manera que permitan direccionar el estudio. Contiene datos sociodemográficos como sexo y edad, y otros como rendimiento académico, hábitos de estudio, hábitos de sueño, durante el período septiembre-diciembre 2022.

VI.7 Procedimiento

Se sometió el trabajo de grado a la Unidad de investigación de la facultad de Ciencias de la Salud de la Universidad Nacional Pedro Henríquez Ureña. Para la recolección de datos, en primer lugar, se informará del objetivo del estudio al estudiante, mediante un consentimiento informado por escrito, se realizarán las preguntas, dichas preguntas serán introducidas y organizadas en un formulario virtual de google forms donde estarán las preguntas hechas por el cursante de manera que los datos de cada estudiante quedarán almacenados para mejor organización e interpretación de los datos.

VI.8 Tabulación de datos

Los datos obtenidos fueron tabulados en el programa computarizado Microsoft Excel 2016. Utilizando frecuencia simple con sus porcentajes, representados en tablas y gráficos.

VI.9 Análisis de datos

Las informaciones obtenidas se analizarán en frecuencia simple. Las variables que sean susceptibles de comparación serán analizadas a través de la prueba del chi-cuadrado (X^2), considerándose de significación y estadística, cuando $P < 0,05$.

VI.10 Aspectos éticos

El presente estudio será ejecutado con apego a las normativas éticas internacionales, incluyendo los aspectos relevantes de la Declaración de Helsinki¹⁵ y las flautas del Consejo de Organizaciones Internacionales de las Ciencias Médicas (CIOMS)¹⁶. El protocolo del estudio y los instrumentos diseñados para el mismo se someterá a la revisión del comité de Ética de la Universidad, a través de la Escuela de Medicina de la Universidad Nacional Pedro Henríquez Ureña y de la coordinación de la Unidad de Investigación de la Universidad, cuya aprobación será el requisito para el inicio del proceso de recopilación y verificación de datos.

El estudio implica el manejo de datos identificativos ofrecidos por el personal que labora en el centro de salud (departamento de estadística). Los mismos se manejan con suma cautela, e

introducidos en las bases de datos creadas con esta información, protegidas por una clave asignada y manejada únicamente por el investigador. Todos los informantes identificados durante esta etapa serán abordados de manera personal con el fin de obtener su permiso para ser contactados en las etapas subsecuentes del estudio.

Todos los datos recopilados en este estudio se manejaron con el estricto apego a la confidencialidad. A la vez, la identidad de los/as contenida en los expedientes clínicos será protegido en todo momento, manejando 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 del presente trabajo de grado, tomado de otros autores, fue justificada por su llamada correspondiente.

VII. Resultados

Cuadro 1. Representación de los resultados sobre las características sociodemográficas de los encuestados sobre la relación entre sintomatología depresiva presente en el rendimiento académico de los estudiantes de Medicina en la Universidad Nacional Pedro Henríquez Ureña Julio-Diciembre 2022.

Característica Rango de edad	Masculino Dominicano	Masculino Extranjero	Femenino Dominicano	Femenino Extranjero
17-20	(17%) 14	(0%) 0	(82%) 66	(0%) 0
21-35	(23%) 18	(3%) 2	(85%) 68	(3%) 3
35-50	(0%) 0	(0%) 0	(0%) 0	(0%) 0

Fuente: instrumento de recolección de datos

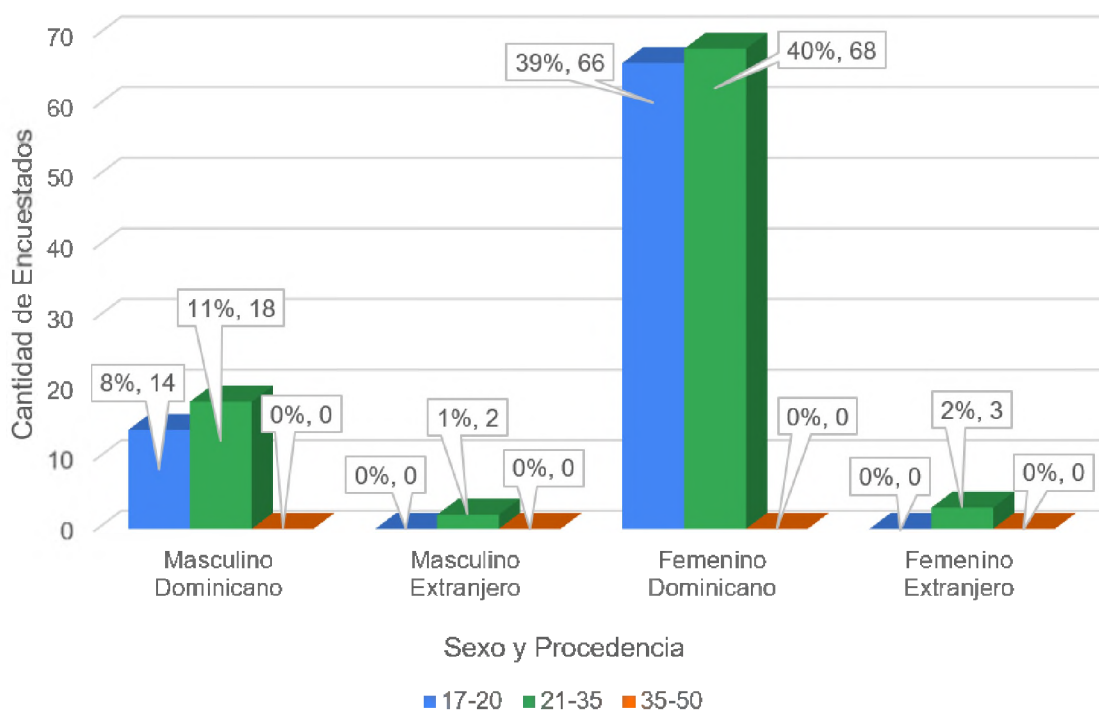
Se obtuvo como resultado que los estudiantes masculinos dominicanos encuestados entre el rango de edades de 17 a 20 años fueron de un 8 por ciento. Entre las edades de 21 a 35 años fueron de un 11 por ciento, que es el rango con mayor cantidad de estudiantes masculinos dominicanos, y los que se encuentran en las edades de 35 a 50 años fue de un 0 por ciento.

Se obtuvo como resultado que los estudiantes masculinos extranjeros encuestados entre el rango de edades de 17 a 20 años fueron 0 por ciento. Los que se encuentran entre las edades de 21 a 35 años el resultado fue de 1 por ciento, siendo la mayor cantidad. Por otro lado, los encuestados entre el rango de edades de 35 a 50 años fue de 0 por ciento.

Se obtuvo como resultado que los estudiantes del género femenino y procedencia dominicana entre el rango de edades de 17 a 20 años fue de un 39 por ciento. Entre las edades de 21 a 35 años el resultado fue de 40 por ciento y entre las edades de 45 a 50 años el resultado fue de 0 por ciento.

Y por último, se obtuvo como resultado que los estudiantes del género femenino y procedencia extranjera entre el rango de edades de 17 a 20 años fue de un 0 por ciento, mientras que, entre el rango de edades de 21 a 35 años el resultado fue de 2 por ciento. Por otro lado, en el rango de edad de 35 a 50 años fue de 0 por ciento.

Características sociodemográficas de encuestados en la relación entre sintomatología depresiva presente vs el rendimiento académico de los estudiantes de Medicina en la Universidad Nacional Pedro Henríquez Ureña Julio-Diciembre 2022



Fuente: cuadro 1

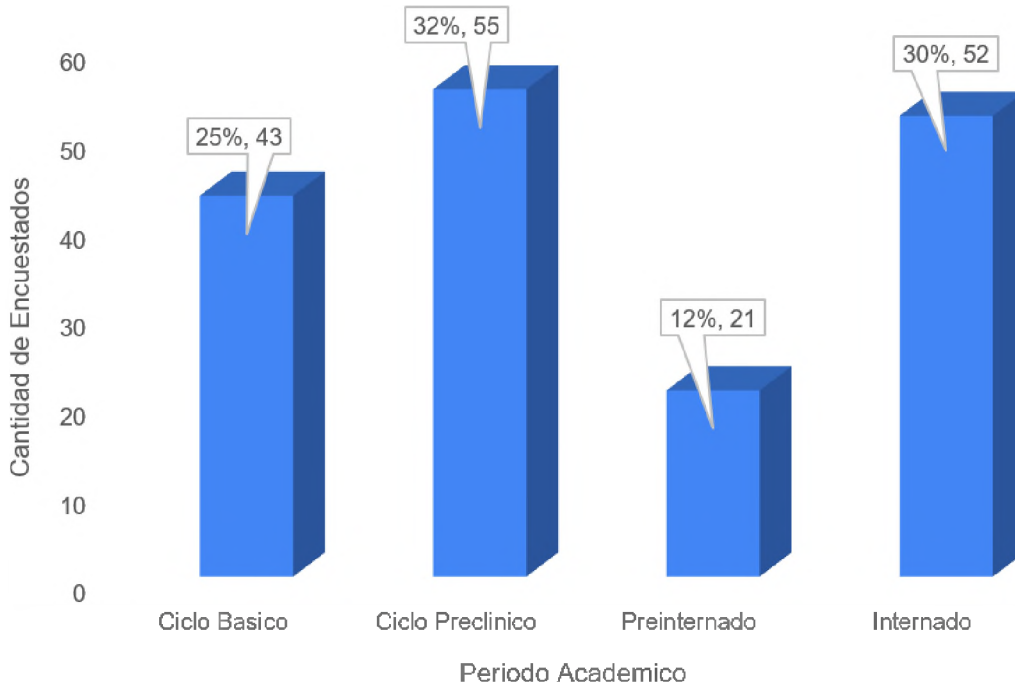
Cuadro 2. Representación del período académico que cursan los encuestados en la relación entre la sintomatología depresiva presente vs el rendimiento académico de los estudiantes de Medicina en la Universidad Nacional Pedro Henríquez Ureña Julio-Diciembre 2022.

Ciclo	Cantidad	%
Ciclo Basico	43	25%
Ciclo Preclínico	55	32%
Preinternado	21	12%
Internado	52	30%
Total	171	100%

Fuente: instrumento de recolección de datos

Se obtuvo como resultado que el porcentaje de estudiantes que se encuentran en el ciclo básico es de un 25 por ciento. Los que se encuentran en el ciclo preclínico representan un 32 por ciento. Los estudiantes que en el momento de la encuesta cursan el ciclo del preinternado representan un 12 por ciento. Para concluir, los estudiantes del ciclo del internado representan un 30 por ciento.

Periodo academico que cursan los encuestados en la relación entre sintomatología depresiva presente vs el rendimiento académico de los estudiantes de Medicina en la Universidad Nacional Pedro Henríquez Ureña Julio-Diciembre 2022



Fuente: cuadro 2

Cuadro 3. Representación del cuadro sintomatológico depresivo que presentan los estudiantes según su ciclo académico en la relación entre sintomatología depresiva presente vs el rendimiento académico de los estudiantes de Medicina en la Universidad Nacional Pedro Henríquez Ureña Julio-Diciembre 2022.

Ciclo Academico \ Sintomatología	Sintomatología				
	Sin Sintomatología	Mínima depresión	Depresión leve	Depresión moderada	Depresión grave
Ciclo Basico	(5%) 2	(30%) 13	(33%) 14	(14%) 6	(19%) 8
Ciclo Preclinico	(2%) 1	(45%) 25	(16%) 9	(29%) 16	(7%) 4
Preinternado	(5%) 1	(24%) 5	(29%) 6	(29%) 6	(14%) 3
Internado	(2%) 1	(56%) 29	(21%) 11	(12%) 6	(10%) 5

Fuente: instrumento de recolección de datos

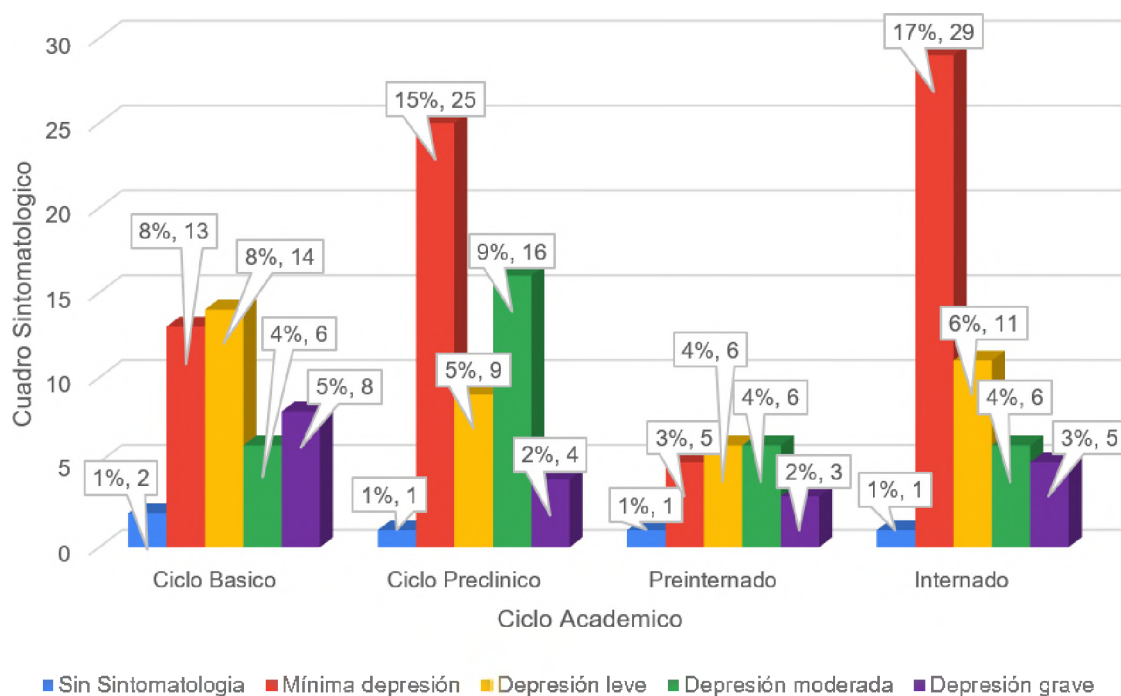
Se evidenció que los estudiantes que se encuentran en el ciclo básico, demostraron por medio de la encuesta utilizada para la recolección de datos (Inventario de Depresión de Beck BDI-II) que un 1 por ciento se encontraron sin sintomatología. Un 8 por ciento demostró tener sintomatología de mínima depresión, mientras que un 8 por ciento demostró tener sintomatología de depresión leve. Un 4 por ciento lo representa estudiantes que presentaron sintomatología de depresión moderada y un 5 por ciento que es representado por estudiantes que presentaron sintomatología de depresión grave.

Se obtuvo como resultado que los estudiantes encuestados que se encuentran en el ciclo preclínico, un 1 por ciento demostró no tener sintomatología depresiva. Mientras que un 15 por ciento demostró tener sintomatología de mínima depresión. Un 5 por ciento demostró tener sintomatología de depresión leve, mientras que un 9 por ciento demostró tener depresión moderada. Y para culminar un 2 por ciento demostró tener sintomatología de depresión grave.

Se evidenció que los estudiantes encuestados que se encuentran en el ciclo del preinternado, 1 por ciento no demostró sintomatología depresiva, siendo el porcentaje más bajo. Mientras que un 3 por ciento demostró tener sintomatología de mínima depresión. Un 4 por ciento demostró tener sintomatología de depresión leve, mientras que un 4 por ciento demostró tener sintomatología de depresión moderada. Seguido por un 2 por ciento que demostró tener sintomatología de depresión grave.

Se obtuvo como resultado que los estudiantes encuestados que se encuentran en el ciclo del internado, 1 por ciento no demostró tener sintomatología depresiva, siendo el porcentaje más bajo. Mientras que un 17 por ciento demostró tener sintomatología de depresión mínima, siendo el diagnóstico de sintomatología depresiva más alto en los estudiantes que cursan el internado. Un 6 por ciento de los estudiantes dió como resultado el diagnóstico de depresión leve, mientras que un 4 por ciento tuvo diagnóstico de sintomatología de depresión moderada. Por último, un 3 por ciento de los estudiantes de internado, demostró tener diagnóstico de depresión grave.

Cuadro sintomatológico según el ciclo académico de los encuestados en la relación entre sintomatología depresiva presente vs el rendimiento académico de los estudiantes de Medicina en la Universidad Nacional Pedro Henríquez Ureña Julio-Diciembre 2022



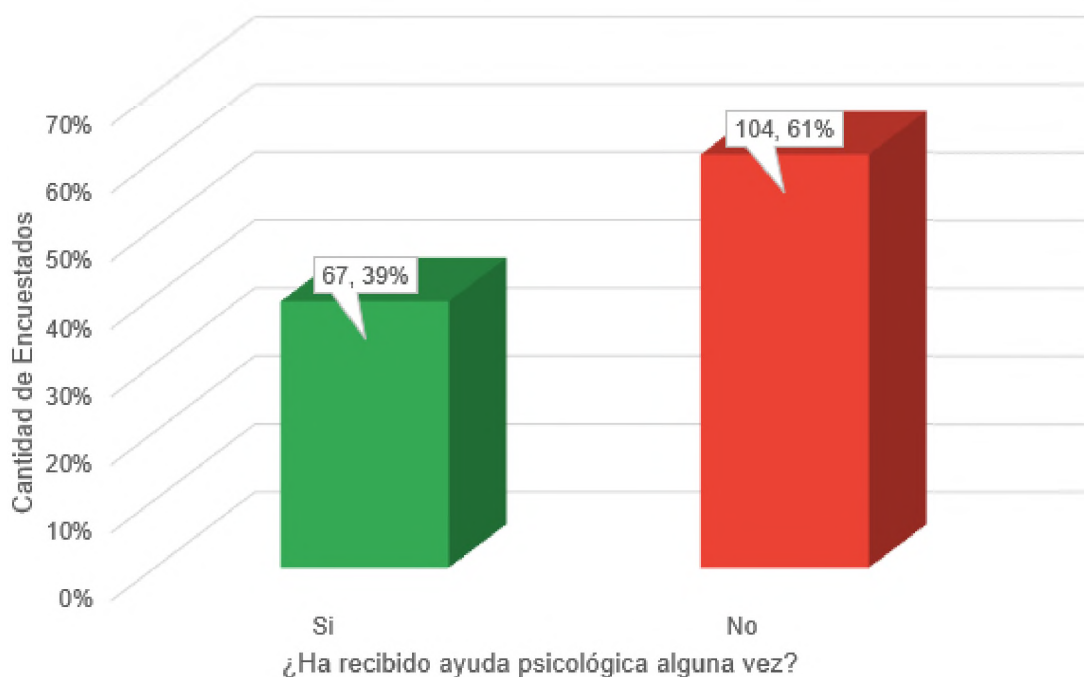
Cuadro 4. Representación de estudiantes encuestados que recibieron ayuda psicológica alguna vez en la relación entre sintomatología depresiva presente vs el rendimiento académico de los estudiantes de Medicina en la Universidad Nacional Pedro Henríquez Ureña Julio-Diciembre 2022.

Recibio ayuda	Cantidad	%
Si	67	39%
No	104	61%
Total	171	100%

Fuente: instrumento de recolección de datos

Se obtuvo como resultado que los estudiantes encuestados, un 39 por ciento afirmó haber recibido alguna vez ayuda psicológica. Mientras que un 61 por ciento de los estudiantes encuestados, negó haber recibido alguna vez ayuda psicológica.

¿Recibieron ayuda psicologica alguna vez los encuestados en la relación entre sintomatología depresiva presente vs el rendimiento académico de los estudiantes de Medicina en la Universidad Nacional Pedro Henríquez Ureña Julio-Diciembre 2022?



Fuente: cuadro 4

Cuadro 5. Representación de la relación entre sintomatología depresiva presente vs el rendimiento académico de los estudiantes de Medicina en la Universidad Nacional Pedro Henríquez Ureña Julio-Diciembre 2022.

Sintomatología \ Rendimiento	Sin Sintomatología	Mínima depresión	Depresión leve	Depresión moderada	Depresión grave
Mejóro	(40%) 2	(46%) 33	(38%) 15	(26%) 9	(25%) 5
Sigue igual	(60%) 3	(29%) 21	(33%) 13	(29%) 10	(40%) 8
Empeoró	(0%) 0	(25%) 18	(30%) 12	(44%) 15	(35%) 7

Fuente: instrumento de recolección de datos

Se evidenció que los estudiantes encuestados que dieron como resultado en el diagnóstico de sintomatología depresiva, sin sintomatología, un 40 por ciento afirmó que su índice mejoró. Sin embargo, un 60 por ciento afirmó que su índice siguió igual, mientras que ninguno de este diagnóstico afirmó que empeoró, representando un cero por ciento.

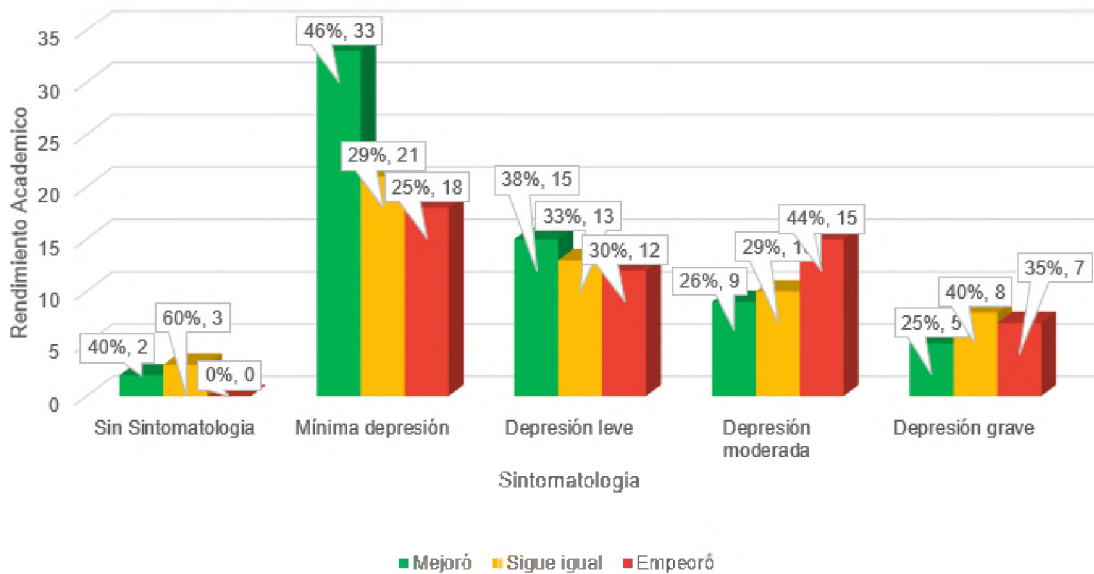
Se obtuvo como resultado que los estudiantes encuestados que dieron como resultado el diagnóstico de sintomatología depresiva de mínima depresión, un 46 por ciento afirmó que, a pesar de su cuadro sintomatológico, su índice mejoró, siendo el porcentaje más alto entre los estudiantes con diagnóstico de sintomatología depresiva de mínima depresión. Mientras que un 29 por ciento afirmó que su índice se mantuvo igual y un 25 por ciento afirmó que su índice empeoró, siendo el porcentaje más bajo.

Se evidenció que los estudiantes encuestados que dieron como resultado el diagnóstico de sintomatología depresiva de depresión leve, un 38 por ciento afirmó, que su índice mejoró, siendo el porcentaje más alto entre los estudiantes con diagnóstico de sintomatología depresiva de depresión leve. Mientras que un 33 por ciento afirmó que su índice sigue igual y un 30 por ciento afirmó que su índice empeoró, siendo el porcentaje más bajo en este diagnóstico.

Se obtuvo como resultado que los estudiantes encuestados que dieron como resultado el diagnóstico de sintomatología depresiva de depresión moderada, un 26 por ciento afirmó que su índice mejoró siendo el porcentaje más bajo en este diagnóstico. Mientras que un 29 por ciento afirmó que su índice sigue igual y un 44 por ciento afirmó que su índice empeoró, siendo el porcentaje más alto entre los estudiantes con diagnóstico de sintomatología de depresión moderada.

Se evidenció que los estudiantes encuestados que dieron como resultado el diagnóstico de sintomatología de depresión grave, un 25 por ciento afirmó que su índice mejoró, siendo el porcentaje más bajo en este diagnóstico. Mientras que un 40 por ciento afirmó que su índice sigue igual, siendo el porcentaje más alto en este diagnóstico. Sin embargo, un 35 por ciento afirmó que su índice empeoró.

Relación entre sintomatología depresiva presente vs el rendimiento académico de los estudiantes de Medicina en la Universidad Nacional Pedro Henríquez Ureña Julio-Diciembre 2022



Fuente: cuadro 5

Cuadro 6. Representación de la percepción de los estudiantes con respecto a su sintomatología y su rendimiento en la Escuela de Medicina en la Universidad Nacional Pedro Henríquez Ureña Julio-Diciembre 2022.

Percepción	Sin Sintomatología	Mínima depresión	Depresión leve	Depresión moderada	Depresión grave
No afectó	4	26	4	3	4
Un poco	1	16	5	3	3
Moderadamente	0	22	18	11	3
Me afectó bastante	0	6	13	16	7
Deseo cambiar de carrera	0	2	0	1	2
Pienso dejar la universidad un tiempo	0	0	0	0	1

Fuente: instrumento de recolección de datos

Se obtuvo como resultado que los estudiantes encuestados, 3 por ciento demostró que no tuvieron sintomatología depresiva, donde un 2 por ciento afirmó que su estado de ánimo no afectó su rendimiento académico. Mientras que un 1 por ciento afirmó que su estado de ánimo afectó un poco en su rendimiento académico.

Se evidenció que los estudiantes encuestados que dieron como resultado el diagnóstico de sintomatología depresiva de mínima depresión, un 15 por ciento afirmó que no afectó su estado de ánimo en su rendimiento académico, siendo el porcentaje más alto entre los estudiantes con diagnóstico de sintomatología depresiva de mínima depresión. Mientras que un 9 por ciento afirmó que su estado de ánimo afectó un poco en su rendimiento académico. Un 13 por ciento afirmó que su estado de ánimo afectó moderadamente en su rendimiento académico. Sin embargo, un 4 por ciento afirmó que su estado de ánimo afectó bastante en su rendimiento académico y un 1 por ciento afirmó que su estado de ánimo afectó tanto que se siente incapaz de continuar con la carrera y desea cambiar a otra. Para culminar, ninguno con este diagnóstico sintomatológico desea dejar la universidad un tiempo, arrojando un cero por ciento.

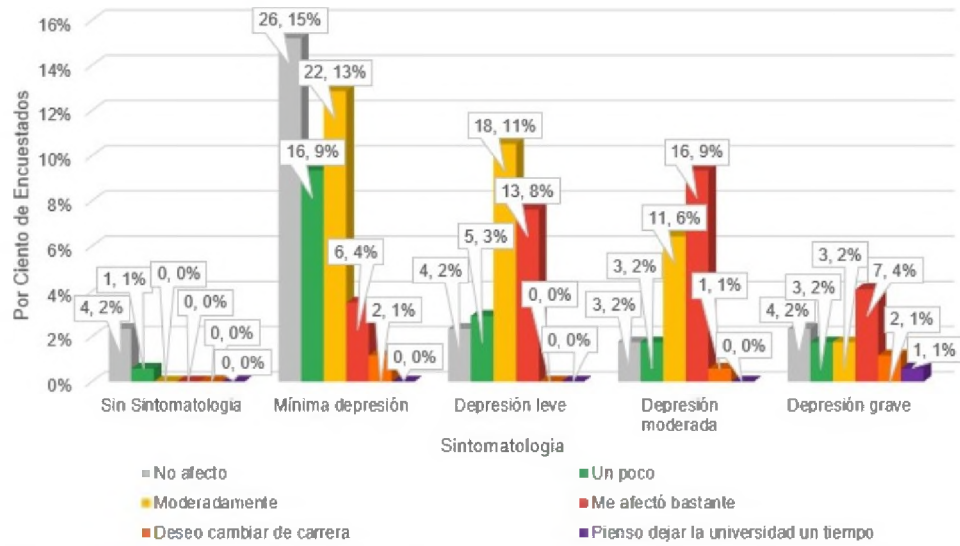
Se obtuvo como resultado que los estudiantes encuestados que dieron como resultado el diagnóstico de sintomatología de depresión leve, un 2 por ciento afirmó que no afectó su estado de ánimo en su rendimiento académico. Mientras que un 3 por ciento afirmó que su estado de ánimo afectó un poco en su rendimiento académico. Un 11 por ciento afirmó que su estado de ánimo afectó moderadamente en su rendimiento académico, siendo el porcentaje más alto entre los estudiantes con diagnóstico de sintomatología depresiva de depresión leve. Sin embargo, un 8 por ciento afirmó que su estado de ánimo afectó bastante en su rendimiento académico. Por último, de los estudiantes con este diagnóstico sintomatológico, ninguno afirmó que se siente incapaz de continuar con la carrera, ni que piensa dejar la universidad un tiempo, arrojando un cero por ciento en ambos acápites.

Se evidenció que los estudiantes encuestados que dieron como resultado el diagnóstico de sintomatología depresiva de depresión moderada, un 2 por ciento afirmó que no afectó su estado de ánimo en su rendimiento académico. Igual al anterior, un 2 por ciento afirmó, que su estado de ánimo afectó un poco en su rendimiento académico. En cambio, un 6 por ciento afirmó que su estado de ánimo afectó moderadamente en su rendimiento académico. Sin embargo, un 9 por ciento afirmó que su estado de ánimo afectó bastante en su rendimiento académico, siendo el porcentaje más alto de estudiantes con diagnóstico de sintomatología depresiva de depresión moderada. También, un uno por ciento afirmó que se siente incapaz de continuar con la carrera pero, ninguno afirmó que piensa dejar la universidad por un tiempo, arrojando un cero por ciento.

Se demostró que los estudiantes encuestados que dieron como resultado el diagnóstico de sintomatología depresiva de depresión grave, un 2 por ciento afirmó que su estado de ánimo no afectó su rendimiento académico. Igual al anterior, un 2 por ciento afirmó, que su estado de ánimo afectó un poco en su rendimiento académico. Igual a ambas de las anteriores, un 2 por ciento afirmó que su estado de ánimo afectó moderadamente en su rendimiento académico. En cambio, un 4 por ciento afirmó que su estado de ánimo afectó bastante en su rendimiento académico, siendo el porcentaje más alto de estudiantes con diagnóstico de sintomatología depresiva de depresión grave. Para culminar, un uno por ciento afirmó que se

siente incapaz de continuar con la carrera y también un 1 por ciento afirmó que piensa dejar la universidad un tiempo.

Identificar la percepción de los estudiantes con respecto a su sintomatología y su rendimiento en los estudiantes de Medicina de la Universidad Nacional Pedro Henríquez Ureña durante el período julio-diciembre 2022



Fuente: cuadro 6

VIII. Discusión

Con respecto al rendimiento académico no se encontró asociación con los síntomas depresivos, coincidiendo con lo reportado por Lagunes et al 2018. Lo cual, puede deberse a que en la población estudiada, las calificaciones presentadas son generalmente buenas y son pocos los que presentan un rendimiento académico deficiente. Por otra parte, es importante señalar que los estudiantes que presentan sintomatología depresiva muestran un rendimiento académico menor a los estudiantes sin ella.

Una vez obtenidos los resultados de la investigación, varios tópicos pudieron determinarse gracias a los objetivos de esta. Objetivamente, se determinó que la mayoría, un 67 por ciento de los estudiantes que formaron parte de la investigación por vía de la encuesta que completaron, no han recibido nunca ayuda psicológica.

De los estudiantes encuestados la mayoría de ellos son representados por los estudiantes que cursan el ciclo preclínico con un 32 por ciento. Estos, representaron un grupo en el estudio, el cual por medio del inventario de depresión de Beck fueron diagnosticados con la sintomatología depresiva de depresión mínima.

En los estudiantes del ciclo básico predominó el diagnóstico sintomatológico de depresión leve con un 8%. Mientras que en los estudiantes que cursan el ciclo del preinternado predominaron los diagnósticos sintomatológicos de depresión leve y depresión moderada, respectivamente, ambos representando un 4 por ciento. Sin embargo, en los estudiantes del ciclo del internado, el diagnóstico sintomatológico que predominó fue el de depresión mínima con un 17 por ciento.

El rango de edad de estudiantes que predominó entre los encuestados fue de 21 a 35, y el sexo que predominó entre los estudiantes fue el femenino. Además la procedencia que predominó entre los estudiantes encuestados fue el de República Dominicana. Estos datos sociodemográficos fueron agrupados en un grupo y se determinó que el grupo femenino dominicano entre las edades de 21 a 35 años representa el 40 por ciento. No obstante el grupo femenino dominicano que se encuentra entre las edades de 17 a 20 años estuvo muy cerca, representando un 39 por ciento, siendo también representante de la mayoría de encuestados.

En el estudio de Pimentel L et al, en el año 2022, estudiantes de Medicina de la Universidad Nacional Pedro Henríquez Ureña, afirmaron sobre cómo afectó su sintomatología en su rendimiento académico un 21.2 por ciento de la muestra declaró que le afectó mucho y un 3.5 por ciento desertaron temporalmente.

En este estudio se evidenció que de los estudiantes entrevistados, un 4 por ciento afirmó que su estado de ánimo afectó bastante en su rendimiento académico, siendo el porcentaje más alto de estudiantes con diagnóstico de sintomatología depresiva de depresión grave. Para culminar, un uno por ciento afirmó que se siente incapaz de continuar con la carrera y también un 1 por ciento afirmó que piensa dejar la universidad un tiempo.

IX. Conclusión

Los hallazgos de esta investigación, llevada a cabo en la Universidad Nacional Pedro Henríquez Ureña, presentan un tema preocupante que merece una atención significativa: la prevalencia de los síntomas depresivos entre los estudiantes de medicina. Este estudio no solo identifica una prevalencia alarmante, sino que también destaca el impacto potencial de estos síntomas en el rendimiento académico de los estudiantes.

El estudio reveló que el ciclo de internado es una fase especialmente crítica para los estudiantes de medicina, durante la cual se observó el porcentaje más alto de síntomas depresivos. Esto puede deberse a las altas demandas y presiones que se presentan durante este período, como largas horas de trabajo, falta de sueño, poco tiempo para actividades recreativas y personales, y la confrontación directa con la enfermedad y la muerte, todos estos factores pueden contribuir a la aparición de la depresión.

Estos hallazgos enfatizan la necesidad urgente de servicios de apoyo psicológico en la universidad. A pesar de las implicaciones graves que puede tener la depresión en la vida de un estudiante, la investigación demostró que buscar ayuda psicológica no es común entre los estudiantes deprimidos. Esto puede estar relacionado con el estigma asociado con la salud mental en la sociedad y en el campo médico, la falta de tiempo o la falta de servicios accesibles.

La presencia de síntomas depresivos graves en los estudiantes no significa necesariamente un mal rendimiento académico. Los hallazgos del estudio sugieren que algunos estudiantes con síntomas depresivos graves pueden experimentar una mejora en su rendimiento académico. Esto puede estar relacionado con el uso de estrategias de afrontamiento, el apoyo de compañeros y familiares, o la motivación para superar los desafíos personales.

No obstante, estos hallazgos no deben tomarse como una indicación de que la depresión no tenga impacto en la vida de los estudiantes. Los estudiantes de medicina con depresión pueden enfrentar desafíos académicos y personales, y la falta de apoyo puede tener consecuencias a largo plazo en su salud mental y bienestar.

En resumen, este estudio enfatiza la importancia de mantener una monitorización constante y ofrecer apoyo a los estudiantes de medicina que experimentan síntomas depresivos. La promoción de su logro académico y salud mental debería ser una prioridad para la universidad. Se requiere una estrategia integral que incluya servicios de asesoramiento, actividades de bienestar, y una cultura que promueva la salud mental y disminuya el estigma asociado. Esto, a su vez, podría conducir a un ambiente de aprendizaje más saludable y a médicos más resilientes en el futuro.

X. Recomendaciones

1. Optar por una estrategia integral que incluya servicios de asesoramiento, actividades de bienestar, y una cultura que promueva la salud mental y disminuya el estigma asociado.
2. Impulsar el desarrollo, hábito y mejora constante de la promoción de la salud mental en todos los ámbitos del estudiante. Tanto en el ámbito académico, como también en el ámbito social, familiar y comunitario.
3. Implementar técnicas de detección temprana en los institutos académicos que permitan notificar el descenso en rendimiento académico, promoviendo un abordaje temprano de estudiantes que presenten sintomatología.
4. Mantener una monitorización constante y ofrecer apoyo a los estudiantes de medicina que experimentan síntomas depresivos.
5. Promoción de nuevos estudios a un grupo estudiantil más amplio, de tal modo que ayude a reconocer y diagnosticar los grupos académicos más vulnerables a presentar sintomatología depresiva.

XI. Referencias bibliográficas

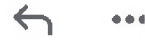
1. Valladolid G. Fundamentos de Psiquiatría. Bases científicas para el manejo clínico. Editorial médica Panamericana; 2014.
2. B. Sadock. Kaplan & Sadock Sinopsis de psiquiatría 11va edición. WK.; 2015
3. Puig Lagunes, Angel Alberto & Palma-Quezada, Fabiola & Ricaño-Santosa, Kevin & Palma-Quezada, Julia & Martinez-Fermana, Mónica & Puig-Nolasco, Angel. (2018). Síntomas depresivos y rendimiento académico en estudiantes de medicina. Ciencia e Investigación Medico Estudiantil Latinoamericana. 23. 10.23961/cimel.v23i2.1053.
4. Shams-Eldin, Alaa & Hassan, Haytham & Elkhar, Omaira & Amer, Soliman & Kasim, Khaled. (2017). Prevalence of Depression among Medical Students at Al-Azhar University: A Cross Sectional Study. Journal of Community Medicine & Public Health. 2017. 1-7. 10.29011/CMPH-115/100015.
5. Talwar P. The Moderating Effect of Perceived Social Support on Stress and Depression among University Students. Online J Health Allied Scs. 2016;15(3):3. Available at URL: <http://www.ojhas.org/issue59/2016-3-3.html>
6. Masoom Ali, Saima. (2018). Symptoms of Depression in Emerging Adults. 3.
7. Perveen S, Kazmi SF, ur Rehman A. RELATIONSHIP BETWEEN NEGATIVE COGNITIVE STYLE AND DEPRESSION AMONG MEDICAL STUDENTS. J Ayub Med Coll Abbottabad. 2016 Jan-Mar;28(1):94-8. PMID: 27323571.
8. Manual diagnóstico y estadístico de los trastornos mentales DSM'5, 5ta edición. 2014, American Psychiatric Association
9. MSP llama a estar atentos a signos de depresión y crear esperanza a través de la acción - Ministerio de Salud Pública [Internet]. www.msp.gov.do. [cited 2022 Nov 20]. Available from: <https://www.msp.gov.do/web/?p=15625>
10. Villar G. PREVALENCIA DE INDICADORES DE DEPRESIÓN EN LOS ESTUDIANTES DE LA ESCUELA NACIONAL DE ARTE DRAMÁTICO (ENAD) Y DE LA ESCUELA NACIONAL DE ARTES VISUALES (ENAV) PERÍODO 2017-2018. [Universidad Nacional Pedro Henríquez Ureña]; 2018.
11. Frías-Veras, M., Guzmán Lazala, T. D. C., & Sánchez-Vincitore, L. V. Sintomatología ansiosa en estudiantes de universidades dominicanas durante COVID-19. Ciencia y

12. Pimentel L, Ureña S. Desempeño académico en estudiantes de Medicina del ciclo pre-clínico en el período virtual durante la pandemia COVID-19. Abril, 2022-agosto, 2022. [Universidad Nacional Pedro Henríquez Ureña]; 2022.
13. Pérez S, Rincón Suárez ML. Factores de riesgo de signos depresivos relacionados al uso de la red social Instagram en estudiantes de Mercadotecnia de la UNPHU en el período agosto-diciembre 2021. [Universidad Nacional Pedro Henríquez Ureña]; 2021.
14. Marzo P. Ideaciones suicidas y rasgos de personalidad en estudiantes de la Escuela de Música de la UNPHU, en edades de 19-24 años, en el periodo Enero 2019-Septiembre 2020 Sto. Dgo. Rep. Dom. [Universidad Nacional Pedro Henríquez Ureña]; 2020.
15. Declaración de Helsinki. Principios éticos para las investigaciones con seres humanos. 59ª Asamblea General, Seúl, Corea, octubre de 2008 [en línea]. [Fecha de consulta: 20 de mayo de 2011]. Disponible en: <http://www.wma.net/es/30publications/10policies/b3/index>.
16. 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). Génova, 2017.
17. Beck, A. T., Steer, R. A., Brown, G. K., & Vázquez, C. BDI-II: Inventario de depresión de Beck-II.
18. Smith J, Johnson R. Motivation and Academic Performance. *J Educ Psychol*. 2018;108(4):543-550.
19. Johnson C, Smith A. Factors Affecting Academic Performance of Medical Students: A Systematic Review. *Med Educ Rev*. 2019;23(4):567-578.

XII. Anexos



Ivelise Martínez 30 mar.



para yo ▾

Buenos días Ivan, anexo los correos solicitados de estudiantes de Medicina para fines de encuesta Trabajo de Grado. De acuerdo al convenio de confidencialidad que firmaste, recuerda no difundir a otras persona, estos datos.

Atentamente



Ivelise Martínez Peña | Asistente Dirección
Escuela de Medicina

ivelisem@unphu.edu.do | www.unphu.edu.do

809-562-6601 ext. 2503

[Av. John F. Kennedy, Km 7 1/2](#), Santo Domingo, Rep. Dom.



Estudiantes
Inscritos Medici...

Hoja de cál...

XII.1 Cronograma

-Eventos	Tiempo
Selección del tema	Junio 2022
Búsqueda de referencias	Agosto 2022
Elaboración de anteproyecto	Septiembre-Noviembre 2022
Sometimiento y aprobación	Diciembre 2022
Ejecución de la recolección de datos	Diciembre 2022
Tabulación y análisis de la información	Diciembre 2022
Redacción del informe	Diciembre 2022
Revisión del informe	Diciembre 2022

XII.2 Consentimiento informado

RELACIÓN ENTRE SINTOMATOLOGÍA DEPRESIVA PRESENTE VS EL RENDIMIENTO ACADÉMICO DE LOS ESTUDIANTES DE MEDICINA EN LA UNIVERSIDAD NACIONAL PEDRO HENRÍQUEZ UREÑA

Propósito: el propósito de esta investigación es completar una entrevista-cuestionario de manera virtual para evaluar las variables que intervienen en la posible sintomatología depresiva en el rendimiento académico estudiantil.

Objetivo: determinar cómo puede afectar la sintomatología depresiva en el rendimiento de los estudiantes de Medicina de la Universidad Nacional Pedro Henríquez Ureña durante el período Agosto, 2022-Diciembre, 2022.

Voluntariedad: participar en esta entrevista-encuesta es de forma voluntaria y el estudiante tiene la opción de no participar, si así lo decide.

Confidencialidad: la identidad de el/la participante será protegida en todo momento. Los resultados obtenidos en este estudio se usarán únicamente con el fin de avanzar en conocimientos médicos.

Riesgos: no prevemos ningún riesgo a largo, mediano o corto plazo a los participantes de esta entrevista-cuestionario.

Beneficios: es una entrevista-cuestionario virtual que tendrá gran utilidad en el campo de medicina específicamente en el área de psiquiatría para futuros estudios.

Costos: esta prueba se llevará a cabo de manera gratuita.

Dado en Santo Domingo, D.N.

XII.3 Instrumento de recolección de la información

RELACIÓN ENTRE SINTOMATOLOGÍA DEPRESIVA PRESENTE VS EL RENDIMIENTO ACADÉMICO DE LOS ESTUDIANTES DE MEDICINA EN LA UNIVERSIDAD NACIONAL PEDRO HENRÍQUEZ UREÑA

1. Variables sociodemográficas

- Edad:

- Sexo:
Masculino
Femenino

- Procedencia:

- ¿En qué período académico estás?
1-4
5-9
10-12
13-16

Inventario de Depresión de Beck (BDI-II)¹⁷

Instrucciones: Este cuestionario consta de 21 grupos de afirmaciones. Por favor lea con atención cada uno de ellos cuidadosamente. Seleccione la respuesta que se ajusta a como se ha sentido. Si varios enunciados de un mismo grupo le parecen igualmente apropiados, marque el número más alto. Verifique que no haya elegido más de uno por grupo, incluyendo el ítem 16 (cambio en los hábitos de sueño) y el ítem 18 (cambios en el apetito).

1. Tristeza
0 No me siento triste
1 Me siento triste gran parte del tiempo
2 Me siento triste todo el tiempo

- 3 Me siento tan triste o soy tan infeliz que no puedo soportarlo
2. Pesimismo
- 0 No estoy desalentado frente a mi futuro
 - 1 Me siento más desalentado respecto de mi futuro que lo que solía estarlo
 - 2 No espero que las cosas funcionen para mí.
 - 3 Siento que no hay esperanza para mi futuro y que solo puede empeorar.
3. Fracaso
- 0 No me siento como un fracasado
 - 1 He fracasado más de lo que hubiera debido
 - 2 Cuando miro hacia atrás, veo muchos fracasos.
 - 3 Siento que como persona soy un fracaso total.
4. Pérdida de placer
- 0 Obtengo tanto placer como siempre por las cosas de las que disfruto
 - 1 No disfruto tanto de las cosas como solía hacerlo
 - 2 Obtengo muy poco placer de las cosas que solía disfrutar
 - 3 No puedo obtener ningún placer de las cosas de las que solía disfrutar.
5. Sentimientos de culpa
- 0 No me siento particularmente culpable
 - 1 Me siento culpable respecto de varias cosas que he hecho o que debería hacer
 - 2 Me siento bastante culpable la mayor parte del tiempo
 - 3 Me siento culpable todo el tiempo
6. Sentimientos de castigo
- 0 No me siento que esté siendo castigado
 - 1 Siento que tal vez pueda ser castigado
 - 2 Espero ser castigado
 - 3 Siento que estoy siendo castigado
7. Disconformidad con uno mismo
- 0 Siento acerca de mí lo mismo de siempre
 - 1 He perdido la confianza en mí mismo
 - 2 Estoy decepcionado conmigo mismo
 - 3 No me gusto a mí mismo
8. Autocrítica
- 0 No me critico ni me culpo más de lo habitual
 - 1 Estoy más crítico conmigo mismo de lo que solía estarlo
 - 2 Me critico a mí mismo por todos mis errores
 - 3 Me culpo a mí mismo por todo lo malo que sucede

9. Pensamientos o deseos suicidas
- 0 No tengo ningún pensamiento de matarme
 - 1 He tenido pensamientos de matarme, pero no lo haría
 - 2 Querría matarme
 - 3 Me mataría si tuviera la oportunidad de hacerlo
10. Llanto
- 0 No lloro más de lo que solía hacerlo
 - 1 Lloro más de lo que solía hacerlo
 - 2 Lloro por cualquier pequeñez
 - 3 Siento ganas de llorar pero no puedo
11. Agitación
- 0 No estoy más inquieto o tenso que lo habitual
 - 1 Me siento más inquieto o tenso que lo habitual
 - 2 Estoy tan inquieto o agitado que me es difícil quedarme quieto
 - 3 Estoy tan inquieto o agitado que tengo que estar siempre en movimiento o haciendo algo.
12. Pérdida de interés
- 0 No he perdido el interés en otras actividades o personas
 - 1 Estoy menos interesado que antes en otras personas o cosas.
 - 2 He perdido casi todo el interés en otras personas o cosas
 - 3 Me es difícil interesarme por algo.
13. Indecisión
- 0 Tomo mis decisiones tan bien como siempre
 - 1 Me resulta más difícil que de costumbre tomar decisiones
 - 2 Encuentro mucha más dificultad que antes para tomar decisiones.
 - 3 Tengo problemas para tomar cualquier decisión.
14. Desvalorización
- 0 No siento que yo no sea valioso
 - 1 No me considero a mí mismo tan valioso y útil como solía considerarme
 - 2 Me siento menos valioso cuando me comparo con otros
 - 3 Siento que no valgo nada
15. Pérdida de energía
- 0 Tengo tanta energía como siempre
 - 1 Tengo menos energía que la que solía tener
 - 2 No tengo suficiente energía para hacer demasiado
 - 3 No tengo energía suficiente para hacer nada

16. Cambios en los hábitos de sueño

0 No he experimentado ningún cambio en mis hábitos de sueño.

1a Duermo un poco más de lo habitual

1b Duermo un poco menos que lo habitual

2a Duermo mucho más que lo habitual

2b Duermo mucho menos que lo habitual

3a Duermo la mayor parte del día

3b Quiero dormir todo el día

17. Irritabilidad

0 No estoy tan irritable que lo habitual

1 Estoy más irritable que lo habitual

2 Estoy mucho más irritable que lo habitual

3 Estoy irritable todo el tiempo

18. Cambios en el apetito

0 No he experimentado ningún cambio en mi apetito

1a Mi apetito es un poco menor que lo habitual

1b Mi apetito es un poco mayor que lo habitual

2a Mi apetito es mucho menor que antes

2b Mi apetito es mucho mayor que antes

3a No tengo apetito en absoluto

3b Quiero comer todo el día

19. Dificultad de concentración

0 Puedo concentrarme tan bien como siempre

1 No puedo concentrarme tan bien como habitualmente

2 Me es difícil mantener la mente en algo por mucho tiempo

3 Encuentro que no puedo concentrarme en nada.

20. Cansancio o fatiga

0 No estoy más cansado o fatigado de lo habitual.

1 Me fatigo o me canso más fácilmente que lo habitual

2 Estoy demasiado fatigado o cansado para hacer muchas de las cosas que solía hacer

3 Estoy demasiado fatigado o cansado para hacer la mayoría de las cosas que solía hacer

21. Pérdida de interés en el sexo

0 No he notado cambio reciente en mi interés por el sexo

1 Estoy menos interesado en el sexo de lo que solía hacerlo

2 Estoy mucho menos interesado en el sexo

3 He perdido completamente el interés en el sexo.

Puntaje total: _____

- ¿Ha recibido ayuda psicológica alguna vez?
Si
No
- ¿Ha recibido tratamiento farmacológico para alguna situación mental?
Si
No
- ¿Toma alguna droga recreativa?
Si
No
- ¿Sabe usted de algún familiar que padezca o haya padecido de un trastorno del estado de ánimo como depresión o alguna enfermedad psiquiátrica?
Si
No
- En base a tu índice académico el último cuatrimestre cursado:
Sigue igual
Ha subido
Ha bajado
- En base a tu aprendizaje el último cuatrimestre cursado:
Siento que he aprendido los conocimientos necesarios para continuar
No siento que he aprendido lo suficiente
Siento que no he aprendido nada
- En base a tus notas el último cuatrimestre cursado:
Se mantuvieron como de costumbre
Disminuyeron
Aumentaron
- ¿Sientes que afectó tu estado emocional en tu rendimiento académico?
Si
No
- Si tu respuesta fue sí, ¿Qué tanto sientes que afectó tu estado emocional en tu rendimiento académico?
Un poco
Moderadamente
Me afectó bastante

Deseo cambiar de carrera
 Pienso dejar la universidad un tiempo

XIII. Costos y recursos

VIII.4.1. Humanos			
1 Sustentante 2 asesores (metodológico y clínico) Personas que participaron en el estudio			
VIII.4.2. Equipos y materiales	Cantidad	Precio	Total
Papel bond	4 resmas	80.00	320.00
20 (8 ½ x 11)	4 resmas	180.00	720.00
Papel	2 unidades	3.00	36.00
Mistique			
Lápices	2 unidades	4.00	24.00
Borras	2 unidades	3.00	36.00
Bolígrafos	2 unidades	3.00	18.00
Sacapuntas			
Computador Hardware:			
Pentium III			
700 Mhz; 128			
MB RAM; 20			
GB H.D.;			
CD-ROM			
52x			
Impresora HP			
932c			
Scanner:			
Microteck			
3700			
Software:			
Microsoft Windows XP			
Microsoft Office XP			
MSN internet service			
Omnipage Pro 10			
Dragon Naturally			
Speaking			
Easy CD creator 2.0			
Presentación:			
Sony SVGA			
VPL-SC2			

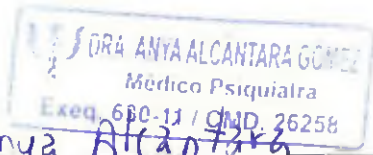
Digital data proyector			
Cartuchos HP 45 A y 78 D	2 unidades	600.00	1,200.00
Calculadoras	4 unidades	200.00	150.00
VIII.4.3. Información			
Adquisición de libros Revistas Otros documentos Referencias bibliográficas (ver listado de referencias)			
VIII.4.4. Económicos			
Papelería (copias)	1,200	00.35	420.00
Encuadernación	copias	300.00	3600.00
Alimentación	12		6000.00
Transporte	informes		25000.00
Inscripción al curso			15,000.00
Inscripción de anteproyecto			
Inscripción de la tesis			
subtotal imprevistos 10 por ciento			
Total			\$52,524

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

XIV. Evaluación

Sustentante

I. Vargas
Iván Eduardo Vargas Hierro
Matrícula: 15-1943



Anya Alcántara

Dra. Anya Alcántara
Asesora clínica

Asesores:

Dra. Edelmira Espaillet

Dra. Edelmira Espaillet
Asesora metodológica

Jurado

[Signature]

Dra. Claridania Rodríguez

[Signature]
Dra. Kersy Medina Féliz

[Signature]
Dra. Cindy Leticia Rodríguez

Autoridades:

[Signature]

Dra. Claudia María Scharf
Directora Escuela de Medicina

[Signature]

Dr. William Duke
Decano Facultad Ciencias de la Salud

Fecha de presentación: 21/07/2023

Calificación: 96 - A