República Dominicana
Universidad Nacional Pedro Henríquez Ureña
Facultad de Ciencias de la Salud
Escuela de Medicina

ADHERENCIA AL TRATAMIENTO PSICOFARMACOLÓGICO DE LOS PACIENTES CON DIAGNÓSTICO DE TRASTORNOS DEL ESTADO DE ÁNIMO ATENDIDOS EN LA CONSULTA EXTERNA DE PSIQUIATRÍA DEL HOSPITAL DR. SALVADOR BIENVENIDO GAUTIER. ENERO, 2023 - JUNIO, 2023.

Trabajo de grado presentado por Hilary Shaynna Rudecindo 16-2143 y Karen Yasmil Frías Frías 16-2250

Para optar por el título de:

DOCTOR EN MEDICINA

Distrito Nacional: 2023

CONTENIDO	
Agradecimientos	
Dedicatorias	
Resumen	
Abstact	
I. Introducción	15
I.1. Antecedentes	17
I.2. Justificación	19
II. Planteamiento del problema	22
III. Objetivos	23
III.1. Objetivo general	23
III.2. Objetivos específicos	23
IV. Marco teórico	24
IV.1. Adherencia al tratamiento	24
IV.1.1. Definición e importancia de la adherencia al tratamiento	24
IV.1.2. Factores que influyen en la adherencia al tratamiento	24
IV.1.3. Factores que están relacionados con el paciente	26
IV.1.4. Escala de Morisky Green	26
IV.1.5. Trastornos del estado de ánimo	29
IV.1.6. Depresión mayor y trastorno bipolar	29
IV.1.7. Historia	31
IV.1.8. Epidemiología	32
IV.1.9. Etiología	35
IV.1.10. Otras perspectivas de la depresión	40
IV.1.11. Diagnósticos	41
IV.1.12. Curso clínico	51

IV.2. Diagnóstico diferencial	63
IV.2.1. Evolución y pronóstico	68
IV.2.2. Tratamiento	73
V. Operacionalización de las variables	93
VI. Material y métodos	94
VI.1. Tipo de estudio	94
VI.2. Área de estudio	94
VI.3. Universo	97
VI.4. Muestra	97
VI.5. Criterios	97
VI.5.1. De inclusión	97
VI.5.2. De exclusión	97
VI.6. Instrumento de recolección de datos	98
VI.7. Procedimiento	98
VI.8. Tabulación	99
VI.9. Análisis	99
VI.10. Aspectos éticos	99
VII. Resultados	101
VIII. Discusión	117
IX. Conclusiones	120
X. Recomendaciones	123
XI. Referencias	125
XII. Anexos	129
XII.1. Cronograma	129
XII.2. Instrumento de recolección de datos	130

XII.3. Consentimiento informado	131
XII.4. Costos y recursos	132
XII.5. Evaluación	134

AGRADECIMIENTOS

Agradezco a Dios y a la madre de nuestro Señor por haberme permitido alcanzar este logro tan importante para mí y mi familia, por siempre escuchar mis oraciones cuando le pedía sabiduría e inteligencia y me guiarán para seguir adelante cuando en algún momento pensé abandonar la carrera porque sentía que no podía más.

A mi querida y adorada madre Sugeylis Rudecindo por su amor y apoyo incondicional, por sus consejos, sus oraciones que siempre me mantuvieron de pie, porque nunca dejaste de confiar y creer en mí, por todo tu esfuerzo incansable para que yo logre ser doctora.

Mis hermanos en especial a los menores Valeryn Roa y Dyland Roa, sin tener el conocimiento necesario siempre me brindaron su apoyo para que yo pudiera seguir adelante con este proyecto y por sentirse orgullosos de teneruna hermana médico.

A Henry B. Fernández, por apoyarme durante toda la carrera en los días en que pensé que no podría continuar. Tus sabios consejos me ayudaron a cruzar la línea de esta meta. También a su familia, en especial a su madre Ana Ramírez, a pesar de no ser su hija siempre estuvo presente brindándome su apoyo, consejos y cariño, creyendo y confiando que, si podía lograrlo, por igual a Henry V. Fernández y Henry D. Fernández por su apoyo durante todo mi periodo de estudio, quiero expresarles mi gratitud por todo el cariño que me han demostrado.

A mi amiga Sara Lugo que se convirtió en una hermana desde el primer día que iniciamos el preinternado, regalándome su apoyo, respeto y cariño, siempre estuvo presente en cada uno de mis momentos de tribulación, pero también en los días alegres motivándome a alcanzar el éxito. También quiero agradecer a su madre María Colon por abrirme las puertas de su casa y quererme como si fuese su hija, por todo su apoyo y consejos durante los últimos meses de la carrera.

A Karen Frias compañera y amiga, gracias por elegirme para este proyecto, te deseo mucho éxito.

A mis colegas y compañeros de estudios por siempre decir presente cuando requería de su ayuda, por su amistad, por sus consejos, por su apoyo para que este logro fuera alcanzado Nilcimel Mateo, Pawny Grau, Luis E. Pérez, Carla Marte, Nicole Nina, María Jacobo, Albert Ramírez, Eva Montero, Sharla Matos y Jennifer Álvarez.

A la UNPHU y Escuela de Medicina por darme la oportunidad de realizar mis estudios en su facultad para mi formación como profesional y por los buenos colegas y amigos que pude encontrar durante todo este tiempo de formación académica.

A nuestros asesores Dr. Jonathan Bravo, clínico, por todo su apoyo brindado siempre que requerimos de su ayuda para que este logro se hiciera realidad, gracias por todo el trabajo y esfuerzo otorgado desde el primer día que solicitamos su colaboración con este proyecto y al Dr. Octavio Comas, metodológico por su entrega y colaboración.

A todos los doctores del departamento de Psiquiatría, en especial al Dr. Kensy Fondeur por toda su ayuda y colaboración y consejos que fueron de gran provecho durante el proceso de recolección de datos, a la Dra. García y el Dr. Martínez por siempre estar pendiente a los pacientes que pertenecían a nuestro trabajo de investigación y a las licenciadas Santana y Brito por su carisma y entrega cada día que asistíamos al departamento a recolectar los datos.

A la Dra. Yomaly Almonte por dejarnos trabajar en su departamento de Psiquiatría, de igual forma al Dr. Pascal Núñez y al Dr. Armando José Holguín por permitir que realicemos nuestro proyecto en sus instalaciones el Hospital Dr. Salvador Bienvenido Gautier.

Hilary Shaynna Rudecindo

En primer lugar, a Dios, por darme la fuerza, inteligencia y empatía que necesité para atravesar este largo camino rocoso pero hermoso, lleno de vicisitudes y de bondades, por ayudarme a llegar a la meta regalándome la perseverancia, paciencia, conformidad y positivismo que en cada momento necesité.

A mi padre, Teófilo Frías Antigua por su labor incansable de ser proveedor para mi familia, padre ejemplar, modelo de excelencia académica y digno de mi admiración eterna, por su apoyo incondicional, su gran esfuerzo y dedicación que puso en llevarme a ser quien soy hoy y ser partícipe desde el inicio hasta la culminación de mi carrera. Por costear la carrera, apoyarme en cada decisión, aconsejarme y corregirme en cada paso que di. Este éxito es tuyo papi.

A mi inigualable madre, Carmen Frias, guerrera, mujer llena de virtudes, bondadosa, mi mejor amiga, por estar ahí en cada momento de mi carrera contribuyendo a mi mejoría personal y profesional, llenándome de consejos, ayudándome con cada clase, transportándome, abrazándome y confortándome en los momentos que sentía que no podía más. Gracias mami por estar ahí celebrando cada uno de mis logros, siendo mi guía, fortaleza y mi sustento emocional, por enseñarme que se puede y así como tú pudiste yo también pude lograrlo. Te amo.

A mis hermanos, Teudys Junior y Leurys Junior Frías por cada sonrisa, conversación, abrazo, por el ánimo que me daban cada vez que llegaba a casa recibiéndome con los brazos abiertos y despidiéndome con tanto amor, deseándome suerte cada día que fui a la universidad y al hospital.

A mi prima y hermana Winny Genao por siempre estar ahí para mí, escuchándome en cada ocasión, viviendo conmigo cada etapa, ayudándome en los trabajos que requerían arte, animándome a seguir adelante y siempre apostar a mi siendo mi apoyo emocional.

A Joan Mercedes por recorrer conmigo este largo trayecto hasta el final, guiándome, apostando a mí, contribuyendo a mi formación académica, transportándome y siendo un gran apoyo emocional y en lo laboral en cada una de las etapas ya finalizadas.

A la escuela de medicina y a mi alma mater, por formarme como profesional. Asimismo, a todas aquellas personas que contribuyeron a que este trabajo de grado sea realizado con éxitos.

A mi compañera de tesis y amiga Hilary Rudecindo con la cual compartí este proyecto de investigación y juntas pudimos lograrlo.

A mi asesor Clínico Doctor Jonathan Bravo, por ser la excelentísima guía que necesitábamos para alcanzar los objetivos planteados en nuestro trabajo de grado y ser el mejor asesor que pudimos haber elegido.

Al doctor y amigo Kensy Fondeur por sus recomendaciones, empatía, profesionalidad y ayuda en todo el proceso de recolección de datos, por sus consejos y buenas conversaciones que me animaron a seguir. Al doctor Martínez y licenciada Santana por estar siempre con una sonrisa y facilitar el proceso de recolección de datos, haciéndonos disfrutar el proceso.

La doctora Yomaly Almonte, el doctor Pascal Núñez y el doctor Armando José Holguín Núñez por aceptar que se llevará a cabo la Investigación en el departamento de psiquiatría del Hospital Dr. Salvador Bienvenido Gautier.

Por último y no menos importante a mis amigos y colegas médicos que sin ellos esto no pudo ser posible, por tantos años de amistad, ayuda mutua, noches de estudio y estar ahí siempre conmigo apoyándome y hasta transportándome Luisanna Ureña, Carlos Lantigua, Crystal Pérez, María Isabel Núñez, Luis Emmanuel Beltre, Vida Tejeda y Albert Ramírez

Karen Yasmil Frías Frías

DEDICATORIAS

Dedico este trabajo a Dios porque me demostró que su tiempo es perfecto, su misericordia estuvo siempre conmigo, por cuidarme y acompañarme en este largo trayecto, dándome las fuerzas necesarias para que el sueño que una vez tuve se hiciera realidad, sin su ayuda no habría sido posible lograrlo.

A mi madre Sugeilys Rudecindo, una mujer trabajadora incansable, no tengo como pagar todo el esfuerzo y sacrificio que has hecho para inculcarme buenos valores, por ser mi inspiración, siempre sirviendo de sostén en mis momentos más difíciles a lo largo de esta trayectoria, por darme el amor y apoyo necesario para continuar en el camino, por tu confianza y por creer siempre en que podía lograrlo. Este gran logro es dedicado especialmente para ti.

A mis hermanos y familiares porque siempre me estuvieron apoyando, espero que mi gran esfuerzo y trabajo les sirva de motivación y orgullo.

A mi segunda familia Fernández Ramírez por estar presente desde el inicio en este largo viaje sirviendo de apoyo y regalándome su cariño.

A David Soriano, gracias por sus sabios consejos y su muestra de afecto y cariño, por instruirme en el camino de Dios.

A los amigos que me regaló la carrera de Medicina, gracias por el apoyo y su amistad brindada a lo largo de esta travesía, les auguro el éxito y a todos los maestros que ejercieron un papel importante en mi desarrollo académico.

Hilary Shaynna Rudecindo

Dedico este trabajo de grado a mis padres Teófilo Frías Antigua y Carmen Frías por ser partícipes en todo momento de este largo camino lleno de vicisitudes y bondades, por su apoyo, guía, ayuda, respeto, amor, paciencia y confianza que depositaron en mí. Por sentirse orgullosos y regocijados por ver el fin de una de las etapas más ansiadas e importantes en mi vida, mi carrera profesional, mi sueño hecho realidad desde niña. Este logro es para ustedes.

A mis hermanos Teudys Junior Frías y Leurys Junior Frías como ejemplo de que el camino es largo y angosto pero la meta es maravillosa, estudien y sean grandes profesionales en el mañana, así como son de excelentes en lo personal.

A mi abuela Gabina Frías Paredes quien ahora tienes a tu doctora de cabecera y por estar siempre pendiente de mí, a mi madrina Carlixta Frías por ser ejemplo para mi durante todos estos años y por su amor incondicional como si fuese su hija, a mi amado tío ya fallecido Eulogio Frías, quien se llevó toda mi admiración y respeto, aunque ya no estés con nosotros quiero dedicarte mi logro tío, sé que desde allá arriba nos ves y nos cuidas, y estoy convencida de que estás en un buen lugar al lado de nuestro misericordioso Dios.

A toda mi familia, amigos y compañeros de estudio que estuvieron en todo el proceso, y a los maestros que fueron parte fundamental de mi formación académica.

Por último, quiero dedicarle este trabajo de grado a todos los jóvenes que sueñan en convertirse en médicos, para que sigan luchando por sus sueños y metas, no desvanezcan, el camino es largo, rocoso, angosto, lleno de tristezas y lágrimas, cansancio, pero las recompensas y satisfacción personal y profesional que da el ser llamado a servir a la humanidad y ser llamados médicos no tiene precio, es una felicidad inigualable. No se rindan, a veces no sale todo como lo planeamos, pero el tiempo de Dios es perfecto, se los dedico a todos mis colegas profesionales médicos como guía para determinar la adherencia al tratamiento psicofarmacológico en pacientes con trastorno del estado de ánimo.

Karen Yasmil Frías Frías

RESUMEN

Introducción: La adherencia se ha definido como la totalidad de días en que el paciente toma su medicación de acuerdo con la prescripción médica durante el tiempo de tratamiento estipulado por el doctor, mientras que la persistencia se define como la cantidad de días consecutivos del consumo del fármaco durante un lapso.

Objetivo: Determinar el nivel de adherencia al tratamiento psicofarmacológico de los pacientes con diagnóstico de Trastornos del estado de ánimo atendidos en la consulta externa de Psiquiatría del Hospital Dr. Salvador Bienvenido Gautier en el periodo enero 2023 - junio 2023.

Material y método: Se realizó un estudio observacional descriptivo, de corte transversal y recolección prospectiva, con el propósito de determinar la adherencia al tratamiento psicofarmacológico de los pacientes con diagnóstico de Trastornos del estado de ánimo atendidos en la consulta externa de Psiquiatría del Hospital Dr.Salvador Bienvenido Gautier en el periodo enero 2023 - junio 2023.

Resultados: Solo el 42,0 por ciento de los pacientes fueron adherentes al tratamiento psicofarmacológico, el sexo con mayor predominio que presentó adherencia al tratamiento fue el sexo femenino con un porcentaje de 69,9 por ciento. La edad identificada como más frecuente de los pacientes que presentaron adherencia al tratamiento estuvieron comprendidos entre 26-40 años. Los factores y/o causas por los cuales los pacientes con este diagnóstico no son adherentes fue por no poder costearlos. Los pacientes adherentes que han dejado de tomar la medicación por su religión representaron solo el 11,70 por ciento y la ocupación el mayor porcentaje lo arrojó Los empleados privados con 26,20 mientras que en los no adherentes el primer lugar lo obtuvo las amas de casa seguido de los desempleados. Por último, el diagnóstico con una mayor adherencia al tratamiento psicofarmacológico fue el trastorno depresivo mayor

con un 54,80 por ciento y solo el 53 por ciento de los pacientes presento conciencia de enfermedad.

Conclusión: 42,0 por ciento de los pacientes fueron adherentes al tratamiento psicofarmacológico, el sexo con mayor predominio que presentó adherencia al tratamiento fue el sexo femenino. La edad identificada como más frecuente se los pacientes que no presentaron adherencia al tratamiento estuvieron comprendidos entre 26-40 años. Los factores y/o causas por los cuales los pacientes con este diagnóstico han abandonado la medicación fue por no poder costearlos. Pocos pacientes dejaron de tomar su medicación por su religión. La ocupación que arrojó mayor porcentaje fue ama de casa en los no adherentes y en los adherentes los empleados privados. Por último, el diagnóstico con una mayor adherencia al tratamiento psicofarmacológico fue el trastorno depresivo mayor y solo 53 pacientes son conscientes de su enfermedad.

Palabras clave: Adherencia, Trastorno, Estado de ánimo, tratamiento, abandono, edad, sexo, economía y efectos adversos.

ABSTRACT

Introduction: Adherence has been defined as the total number of days that patient takes his medication according to the medical prescription during the treatment time stipulated by the doctor, while persistence is defined as the number of consecutive days of drug intake over a period.

Objective: To determine the level of adherence to psychopharmacological treatment of patients with a diagnosis of mood disorders seen at the Psychiatry outpatient clinic of Hospital Dr. Salvador Bienvenido Gautier during the period January 2023 - June 2023.

Methods: A descriptive, cross-sectional, prospective observational study was carried out to determine adherence to psychopharmacological treatment of patients with a diagnosis of mood disorders seen in the Psychiatry outpatient clinic of the Dr. Salvador Bienvenido Gautier Hospital during the period January 2023-June 2023.

Results: Only 42.0 percent of the patients adhered to the psychopharmacological treatment, the sex with the highest prevalence that presented adherence to the treatment was the female sex with a percentage of 69.9 percent. The age identified as the most frequent of the patients who presented treatment adherence was 26-40 years old. The factors and/or causes for which patients with this diagnosis are not adherents were due to not being able to afford them. Adherent patients who stopped taking the medication because of their religion represented only 11.70 per cent. The highest percentage was obtained by occupation Private employees with 26.2 atfilee in non-adherents the first place was obtained by housewives followed by the unemployed. Finally, the diagnosis with the greatest adherence to psychopharmacological treatment was major depressive disorder with 54.80 percent and only, 53 patients presented awareness of the disease.

Conclusion: 42.0 percent of the patients were adherents to the psychopharmacological treatment, the sex with the highest prevalence that presented adherence to the treatment was the female sex. The most frequent age identified for patients who did not adhere to treatment was between 26-40 years. The factors and/or causes for which patients with this diagnosis have given up the medication were because they could not afford it.

Few patients stopped taking their medication because of their religion. The occupation that showed the highest percentage was a housewife in the non-adherents and private employees in the adherents. Finally, the diagnosis with the highest adherence to psychopharmacological treatment was major depressive disorder and only 53 patients are aware of their disease.

Keywords: adherence, disorder, mood, treatment, dropout, age, gender, economics, and adverse effects.

I. INTRODUCCIÓN

La adherencia se define como la totalidad de días en que el paciente toma su medicación de acuerdo con la prescripción médica durante el tiempo de tratamiento estipulado por el doctor, mientras que la persistencia se define como la cantidad de días consecutivos del consumo del fármaco durante un lapso.[1]

El incumplimiento de la farmacoterapia a base de los lineamientos prescritos por el psiquiatra está dado por diversos factores por los cuales los pacientes psiquiátricos no presentan una correcta adherencia al tratamiento psicofarmacológico como son el bajo económico que en reiteradas ocasiones no permite que el paciente adquiera el fármaco prescrito, factores culturales, creencias arraigadas en las comunidades, la religión puesto que algunos pacientes refieren que un ser omnipotente los ha dañado por sus propias creencias que muchas veces son producto de alucinaciones auditivas o visuales presentando comportamientos de sanación y desequilibrio en su estado anímico. Otro factor importante son los efectos adversos que presentan los pacientes ante la farmacoterapia utilizada que le producen sueño, insomnio, pérdida, disminución o aumento del apetito, náuseas, vómitos entre otros efectos indeseados para los pacientes. El grado de conocimiento que tienen los pacientes sobre su enfermedad y el tratamiento prescrito, pero sobre todo las condiciones individuales como la edad, el sexo, la sintomatología presentada y la relación médico paciente que es vital.[1]

Un aspecto de vital importancia para la adherencia al tratamiento es la comprensión y aceptación de la enfermedad por parte del paciente, que conozca su tratamiento y entienda que debe utilizarlo para su mejoría.

«De acuerdo con la OMS para el 2019 una de cada ocho personas a nivel mundial aproximadamente 970 millones de personas padecían de al menos un trastorno mental. Siendo los más comunes la ansiedad y la depresión, que para el 2020 con el paso de la pandemia COVID-19 tuvieron un incremento de un 28 por ciento en tan solo un año». Para este mismo año alrededor de 280 millones

de personas estaban diagnosticadas con depresión, de los cuales 23 millones corresponden a niños y adolescentes. Las personas depresivas suelen presentar un estado de ánimo deprimido, triste, se torna irritable, desconsolado y apático, con anhedonia todos los días durante dos semanas consecutivas. El trastorno bipolar para el año 2019 contaba con 40 millones de personas con este diagnóstico, los individuos suelen presentar episodios depresivos que se alternan con períodos de episodios maníacos, en su estado deprimido suelen presentar los mismos síntomas de la depresión, pero incluyendo síntomas en la fase maníaca como euforia o irritabilidad, mayor actividad o energía, pensamientos rápidos, una alta autoestima, somnolencia e impulsividad.[2]

Según los datos arrojados por el Análisis de Situación de Salud que se realizó en el año 2014 por el Ministerio de Salud Pública indica que alrededor de un 20 por ciento de la población dominicana padece de algún trastorno mental, donde la ansiedad es el principal trastorno con mayor frecuencia, reportando un total de 570.312 casos asistidos, estimando una prevalencia de un 5,7 por ciento seguido por la depresión que generó un total de 464.164 casos asistidos, obteniendo una prevalencia de 4,7 por ciento.[3]

El siguiente tema por desarrollar tiene como objetivo de determinar la adherencia al tratamiento psicofarmacológico de los pacientes con diagnóstico de Trastorno del Estado de Ánimo atendidos en la consulta externa de psiquiatría del Hospital Dr. Salvador Bienvenido Gautier en el periodo enero-junio 2023. El abandono es el incumplimiento del tratamiento por parte del paciente al dejar de consumirlos por más de 30 días, reconociéndose como el factor más importante y obstaculizante para la mejoría del paciente. Por lo que la importancia de este trabajo es arraigada en reconocer los diferentes factores que influyen en la falta de adherencia o más bien que llevan a la adhesión de la psicofarmacoterapia y los diferentes requerimientos del paciente para llevarlos a cabo, el seguimiento por parte del médico y la asistencia a las consultas por parte del paciente. Un aspecto de vital importancia para la adherencia al tratamiento es la comprensión y aceptación de la enfermedad por parte del paciente, que conozca su

tratamiento y entienda que debe utilizarlo para su mejoría. Nuestra función es determinar su grado de adherencia y la importancia de cumplir con el tratamiento preestablecido. Se pretende alcanzar los objetivos específicos propuestos. Dentro del planteamiento del problema pretendemos determinar puntos claves como el problema central, objetivos y justificación. Siguiendo con el marco teórico donde se desglosan los conceptos generales de los cuales radica nuestra investigación. Por consiguiente, el marco metodológico, los análisis de resultados basados en el cuestionario de Morisky Green y número de récords de los pacientes. Por último, las conclusiones a las que se ha llegado con la presente investigación y nuestras recomendaciones.

I.1. Antecedentes

Antecedentes Internacionales

Ruiz R. R., en el año 2019, Universidad de Cantabria, España con el objetivo de determinar la adherencia al tratamiento en pacientes con trastornos psicóticos determinó que se aprecian tasas significativamente más altas en mujeres con un 22,8 por ciento respecto a los hombres, con un porcentaje de 14,6 por ciento a nivel nacional. Los datos recogidos por Velligan y colaboradores en 2017, concluye que al menos el 40 por ciento al 50 por ciento de los pacientes con trastornos psicóticos graves no son adherentes a su tratamiento, además este estudio demuestra que el pico más alto de adherencia al tratamiento se produce al año, con un porcentaje de falta de adherencia de 36 por ciento, disminuyendo progresivamente hasta alcanzar una tasa de falta de adherencia del 61 por ciento al tras cubrir los cuatro años de enfermera. Se estudiaron 1610 casos en pacientes psicóticos determinando que los olvidos ocasionales de la toma de medicación fueron 64 por ciento, errores en la posología del tratamiento 63,6 por ciento e interrupción del tratamiento por sentimientos de recuperación 60,7 por ciento. La consecuencia más grave y de mayor prevalencia es el riesgo de recaída y re-hospitalización.[4]

Torres S. A., Ortiz S. Y., Martínez S. H., Fernández C. Y. N., en el año 2019, Universidad de ciencias médicas de Granma, Cuba. Investigaron acerca de los factores asociados a la adherencia al tratamiento con pacientes con depresión observando un mayor número de individuos con depresión en las edades comprendidas entre 40 y 59 años lo que representó al 39,4 por ciento. De los 33 pacientes estudiados el 66,7 por ciento correspondió al sexo femenino, aunque no existieron diferencias reveladoras entre la cantidad de mujeres y hombres. En las féminas representó el 63,6 por ciento de la población estudiada, no pudiéndose constatar la asociación entre la adherencia, el nivel escolar y la ocupación de los pacientes. Los factores dependientes del paciente recursos económicos, el conocimiento de la enfermedad por el paciente no estuvieron relacionados con la falta de adherencia. Sin embargo, el incumplimiento del tratamiento no farmacológico y farmacológico estuvieron asociados estadísticamente a la falta de adherencia.[5]

Choquerive M., Ibarra E., y Teran M., en el año 2018, analizaron la falta de adherencia al tratamiento farmacológico de acuerdo con los resultados obtenidos de las encuestas realizadas a los familiares de las pacientes del Hospital El Sauce, se constató que la falta de conocimiento, de apoyo y contención familiar son los principales factores negativos que conlleva a la baja adherencia o abandono de los tratamientos psicofarmacológicos, concluyó que es fundamental que las pacientes convivan en un entorno favorable y que la familia se anime a la aplicación en su estado de salud adquiriendo conocimientos de la patología, capacitación en intervenciones en crisis ya que son sus principales cuidadores. El estudio no hizo referencia al factor económico ni a la religión.[6]

Antecedentes Nacionales

Diaz R. B. C., Escarramán A. C. y Ramírez G. E., en el año 2016, en República Dominicana, con el objetivo de determinar la adherencia al Tratamiento Antidepresivo en pacientes con Depresión Mayor en el Hospital Dr. Salvador B.

Gautier teniendo en cuenta 36 pacientes con diagnóstico de Depresión Mayor, se determinó que el grupo de edad más frecuente fue de 40 a 49 años con un 25 por ciento mientras que el grupo de edad menos frecuente fue menor de 20 años con tan sólo un 2,8 por ciento. El grupo de edad que presentó una mejor adherencia fue de 20 a 29 años con un puntaje de adherencia de 4.3, seguido por el grupo de 70 a 79 años con un puntaje de 4.2. El sexo femenino fue el más frecuente con 77.8 por ciento mientras el sexo masculino sólo presentó un 22,2 por ciento, presentando los hombres una mejor adherencia como puntaje de 4 mientras que las féminas obtuvieron un puntaje de 3.6. La causa principal de la falta de adherencia fue el bajo nivel económico y los efectos adversos de los medicamentos como 50 por ciento. El 77,8 por ciento de los pacientes estudiados considera que los fármacos que toman para sus tratamientos son muy costosos.[7]

Contreras M. V., Rodríguez L. W., en el año 2019, en República Dominicana, con el objetivo de determinar la Adherencia al Tratamiento Psicofarmacológico en pacientes con Ansiedad asistidos en el Hospital Central de las Fuerzas Armadas determinó que los pacientes que presentaron una mejor adherencia al tratamiento psicofarmacológico tuvieron entre las edades de 18 a 20 años, el sexo que predominó fue el femenino y el alto costo de los medicamentos fue la primera causa de falta de adherencia. Este estudio demostró cuáles son las medidas necesarias y el desarrollo de estrategias que le permitían al paciente cumplir con el tratamiento indicado indicando los factores determinantes en el tratamiento con pacientes con ansiedad. El factor socioeconómico fue relevante ya que al tratarse de personas jóvenes la mayoría dependía en su totalidad de sus padres o abuelos, quienes se hacían cargo de la compra de medicamentos prescritos, de la movilización al centro hospitalario y acompañamiento a las diferentes terapias.[8]

I.2. Justificación

La adherencia al tratamiento, según la OMS, es «La medida en que la conducta de una persona al tomar medicamentos, seguir una dieta y/o realizar

cambios en su estilo de vida, corresponde con las recomendaciones acordadas por un proveedor de atención médica».[9]

Se entiende por adherencia al grado en el cual los pacientes siguen las prescripciones farmacológicas según lo indicado por el médico, en este caso psiquiatra. Están estipulados diferentes motivos, causas y/o razones por los cuales los pacientes presentan incumplimiento del tratamiento establecido, ya sea completa o parcial, como son la ausencia de eficacia de la medicación preestablecida, abandono del tratamiento psicofarmacológico, olvido de ingesta de dosis indicada, efectos secundarios presentados, alto costo de la medicación, tipo de tratamiento utilizado, entre otros. Por lo que es de suma importancia analizar cuál es el sexo que con mayor frecuencia presenta adherencia al tratamiento psicofarmacológico, así como cuál es el que presenta mayor abandono de la terapia, el rango de edad en el que se encuentran estos pacientes, religión a la que pertenecen , ya que se ha dado el caso de que han presentado discordancia con el tratamiento psicofarmacológico indicado, la conciencia de enfermedad además de los motivos por los cuales abandonan la terapia los pacientes que resultan ser adherentes y los que no.

En el mismo orden, el diagnostico de mayor adherencia psicofarmacológica. Por tal motivo, merece la pena realizar este estudio investigativo, analizar, describir, determinar y evaluar las razones por las cuales los pacientes dejan de tomar su medicación y cómo podemos lograr la adherencia al tratamiento en base a recomendaciones y las respuestas dadas por los mismos, con el fin de que exista una mejoraría significativa en el grado de adherencia de los pacientes diagnosticados con trastornos del estado de ánimo, así como también pretendemos que nuestro trabajo sirva como guía para las futuras investigaciones de grado y postgrado para determinar la adherencia y mejorar la misma siendo realizadas en diferentes centros hospitalarios y consultas privadas, en otras provincia en diferentes periodos de tiempo. Otro de nuestros fines consiste en ampliar las estadísticas nacionales sobre el tema creando un

antecedente reciente nacional colaborando a la comunidad científica. Este estudio se realizó con el objetivo de determinar la adherencia al tratamiento psicofarmacológico en los pacientes con trastornos del estado de ánimo atendidos en la consulta externa de psiquiatría del Hospital Dr. Salvador Bienvenido Gautier en el periodo enero-junio 2023, porque se necesita que el paciente sea adherente para luego observar su mejoría en el tratamiento y dar a conocer cuáles son los factores que los llevaron abandonar su medicación ya que los mismos fueron, son y serán tomados en cuenta para lograr evitar que desistan de la terapia psicofarmacológica ya que según los datos de la Organización Mundial de la Salud alrededor del 20 por ciento de toda la población dominicana tiene un trastorno mental asociado al estado de ánimo donde la ansiedad era para ese entonces (año 2014) el principal trastorno reportando un total de 570.312 casos asistidos , estimando una prevalencia del 5,7 por ciento, seguido de la depresión que genero un total de 464.164 casos asistidos, obteniendo una prevalencia de 4,7 por ciento sin embargo no se pudo determinar el grado de adherencia la cual es la finalidad de nuestro trabajo de investigación.[10]

II. PLANTEAMIENTO DEL PROBLEMA

El incumplimiento del tratamiento psicofarmacológico empleado en pacientes diagnosticados con trastornos del estado de ánimo representa una gran problemática para el mejoramiento del paciente debido a los múltiples factores asociados con la falta de adherencia. "La Organización Mundial de la Salud (OMS)" estima en nuestro país que el 50% de los pacientes no cumplen con la terapia prescrita, lo que puede generar un importante problema de salud pública asociada con una calidad y esperanza de vida reducida debida al descontrol de la ingesta aumentando las complicaciones, incidiendo en el aumento de las visitas médicas, hospitalizaciones y pruebas complementarias que darán como resultado una sobrepoblación que asiste a la consulta de psiquiatría y a los servicios de salud, sobre todo en el aumento de los gastos de salud pública.[11]

Para contrarrestar esta situación, en los últimos años se han introducido diversas iniciativas de carácter sectorial por parte de las instituciones que prestan servicios de salud, sociedades científicas y en algunos casos la cooperación de la industria farmacéutica al obsequiar muestras para los pacientes de bajos recursos con el fin de alivianar las cargas y aumentar la adherencia, descrito por nosotras como el uso apropiado y responsable de un fármaco a la hora estipulada y sin el abandono del mismo. Se trata de una aportación integral en la que, a partir de la evidencia científica disponible, considerando las diferentes iniciativas abordadas y las mejores prácticas desarrolladas, se propone un conjunto de motivos por los cuales los pacientes con diagnóstico del estado de ánimo abandonan el mismo. Esto causa un descontrol masivo en los pacientes en su estado anímico, problemas conductuales y emocionales.

Por lo que, nos planteamos la siguiente interrogante:

¿Cuál es el nivel de adherencia que presentan los pacientes con diagnósticos de Trastornos del estado de ánimo que asisten a la consulta externa de Psiquiatría del Hospital Dr. Salvador Bienvenido Gautier en el periodo enero-junio 2023?

III. OBJETIVOS

III.1. Objetivo general

1. Determinar el nivel de adherencia al tratamiento psicofarmacológico de los pacientes con diagnóstico de trastornos del estado de ánimo atendidos en la consulta externa de Psiquiatría del Hospital Dr. Salvador Bienvenido Gautier en el periodo enero 2023 - junio 2023.

III.2. Objetivos específicos:

1. Clasificar los pacientes adherentes y no adherentes de acuerdo con la escala de Morisky Green.
2. Determinar el sexo, edad, religión y ocupación en los pacientes que presentan adherencia al tratamiento psicofarmacológico con trastornos del estado de ánimo.
3. Describir los factores por los que los pacientes con trastornos del estado de ánimo no son adherentes o abandonan la terapia psicofarmacológica.
4. Identificar el diagnóstico con mayor adherencia al tratamiento psicofarmacológico.
5. Identificar la conciencia de enfermedad en los pacientes con trastornos del estado de ánimo.

IV. MARCO TEÓRICO

IV.1. Adherencia al tratamiento

La adherencia al tratamiento o consumación terapéutica ha sido descrita como el marco en el cual la conducta del individuo converge con las indicaciones concomitantes con la salud e incorporan la aptitud del paciente de concurrir a sus citas médicas, consumir los medicamentos como son indicados, ejecutar un cambio en su estilo de vida y concluir con los análisis de laboratorios y procedimientos asignados.[12]

IV.1.1. Definición e importancia de la adherencia al tratamiento

De acuerdo con (Haynes y et al) estos plantearon que la adherencia al tratamiento o terapéutica es la relación existente entre la conducta del individuo que hace uso de los servicios de salud con el seguimiento de las recetas establecidas por el personal de salud que le asiste, decretando como incumplidor al usuario que no sigue estas normas.[12]

Por lo regular una muy elevada adherencia al tratamiento tiene el compromiso de efectuar las siguientes cualidades:[12]

1. Los pacientes están en la obligación de presentar sus consultas programadas.
2. La medicación tiene que ser ingerida a una misma hora todos los días con la dosis y otros criterios requeridos por el prestador de salud.
3. Finalizar todos los procesos y estudios requeridos por el personal sanitario.
4. El paciente debe estar dispuesto a cumplir con todas las normas para obtener un buen resultado con la toma de su tratamiento.

Se estima que la adherencia terapéutica es de suma importancia, esto se debe a que, mediante una alta adherencia, se obtiene un veredicto más rápido y efectivo de la patología que tiene el paciente. De igual forma disminuye lo que es la reincidencia y obstrucción a los medicamentos de ciertas enfermedades. Si tenemos una correcta adherencia al tratamiento esto contribuye a la implementación de uso racional de los medicamentos, conllevando a reducir las consultas redundantes, descenso de los gastos sanitarios y complacencia a los beneficiarios de los servicios de salud.[14]

Habitualmente la correcta adherencia al tratamiento incurre en las siguientes situaciones:[14]

- Deterioro en la calidad de vida de las personas.
- Desequilibrio en la enfermedad.
- Reincidencia de la enfermedad.
- Surgimientos de efectos secundarios o envenenamientos.
- Incremento de riesgo de fallecimiento.
- Auge en los recursos de afiliación.

IV.1.2. Factores que influyen en la adherencia al tratamiento

Numerosos factores se encuentran relacionados con la adherencia al tratamiento, los mismos no son característicos si se toman como referencia al paciente, la mayoría de estos componentes dispondrán de una intervención tanto directa como indirecta en cuanto a lo que es la adherencia al tratamiento.[12]

IV.1.3. Factores que están relacionados con el paciente

Gran parte de los factores que intervienen en la continuidad de un tratamiento dependen del paciente, los de mayor relevancia son: sexo, edad, nivel socioeconómico, nivel educativo, apoyo familiar, estado civil y los ingresos económicos. Anteriormente se suponía que los factores tenían una influencia de forma rigurosa en la adherencia al tratamiento, en la actualidad están los factores relacionados con el tipo de personalidad y la captación de la enfermedad a su vez el paciente repercute en la adherencia al tratamiento.[14]

IV.1.4. Escala de Morisky Green

El cuestionario de Morisky-Green es uno de los más conocidos y se utiliza tanto en la práctica clínica como en la investigación. Cuatro preguntas dicotómicas de sí o no componen la primera iteración del cuestionario utilizado para evaluar los obstáculos para una correcta adherencia terapéutica.[20]

Esta evaluación también se conoce en la literatura como Escala de Adherencia a la Medicación de Morisky (MMAS-4) de 4 ítems o Cuestionario de Adherencia a la Medicación (MAQ). Se ha demostrado su eficacia en una amplia gama de patologías crónicas y demográficas, incluidas las personas con enfermedades cardiovasculares, enfermedad de Parkinson, hipertensión, diabetes, dislipidemia y ancianos con patologías crónicas. Val Jiménez y colaboradores validaron la versión española en una población de pacientes con hipertensión (individuos hipertensos).[20]

Durante la entrevista clínica, se entregará al paciente este cuestionario, que consta de cuatro preguntas binarias de sí o no sobre sus actitudes hacia la medicación, durante la entrevista clínica a los fármacos de forma mixta. Se considera que el paciente no se adherirá al tratamiento si las actitudes son incorrectas. Si el paciente responde correctamente a las cuatro preguntas -No/Sí/No/No- se considera que se adhiere al tratamiento prescrito.[20]

1. ¿Olvida alguna vez tomar los medicamentos para tratar su enfermedad?	Si No
2. ¿Toma los medicamentos a las horas indicadas?	Si No
3. Cuando se encuentra bien, ¿deja de tomar la medicación?	Si No
4. Si alguna vez le sienta mal, ¿deja usted de tomarla?	Si No

El examen se amplió de los cuatro elementos originales a ocho (Escala Morisky de Adherencia a la Medicación de 8 elementos, o MMAS8), que se publicó en 2008. Los cuatro elementos adicionales tratan sobre la medicación y su uso, en particular la infrautilización.[20]

El examen se amplió de los cuatro ítems originales a ocho (Escala Morisky de Adherencia a la Medicación de 8 ítems, o MMAS8), que se publicó en 2008. Los cuatro elementos adicionales tienen que ver con la medicación y su uso, en particular la infrautilización.[20]

1. ¿Olvida tomar su medicina algunas veces?	Si No
2. Algunas veces las personas no se toman su medicina por razones diferentes al olvido. Piense en las dos semanas pasadas. ¿Dejó de tomar su medicina algún día?	Si No
3. ¿Alguna vez ha tomado menos pastillas, o ha dejado de tomarlas sin decírselo al doctor porque se sentía peor cuando las tomaba?	Si No
4. ¿Cuándo viaja o sale de casa olvida llevar sus medicinas algunas veces?	Si No
5. ¿Se tomó sus medicinas ayer?	Si No
6. Cuando siente que sus síntomas están bajo control, ¿deja de tomar su medicina algunas veces?	Si No
7. Tomar las medicinas todos los días es realmente incómodo para algunas personas, ¿siente usted que es un fastidio lidiar con su plan de tratamiento?	Si No
8. ¿Con qué frecuencia le es difícil recordar que debe tomar todas sus medicinas? Nunca/Raramente... De vez en cuando… A veces… Normalmente…. Siempre…	

En comparación con otros cuestionarios, el test de Morisky original y sus iteraciones posteriores tienen ventaja porque se utilizan con frecuencia en estudios sobre diversas enfermedades, demografías y países. También tienen una buena concordancia con la información obtenida de dispositivos electrónicos o registros de administración de medicamentos. Se sugiere el uso de ambos en la práctica clínica habitual.[20]

IV.1.5. Trastornos del estado de ánimo

IV.1.6. Depresión mayor y trastorno bipolar

El estado de ánimo se define como un carácter emocional o sentimental generalizado y sostenido que repercute en el comportamiento de una persona y brinda color a su pensamiento de pertenecer al mundo. Los trastornos del estado de ánimo en ciertos casos suelen ser llamados como trastornos afectivos, que establecen una categoría importante dentro de las enfermedades psiquiátricas y conforman el trastorno depresivo, el trastorno bipolar y otros trastornos.[15]

Se emplea una gran variedad de adjetivos para describir el estado de ánimo como: deprimido, triste, vacío, melancólico, angustiado, irritable, inconsolable, exultante, eufórico, maníaco, alegre, entre otros, todos de índole descriptiva. Algunos suelen ser observados por el clínico como por (ejemplo un semblante depresivo) y otros solo puede ser visto o sentido por el paciente por (ejemplo desesperanza). El estado de ánimo podría ser lábil, fluctuante o alternando rápidamente entre extremos, (ejemplo reír con voz muy fuerte y de forma expansiva en un momento, y al siguiente llorar con desesperación). Otros de los signos y síntomas de los trastornos del estado de ánimo son los cambios en el nivel de actividad, sus funciones cognitivas, el habla y sus funciones vegetativas como el sueño, el apetito, la actividad sexual y otros ritmos biológicos). Estos cambios dan origen casi siempre a un deterioro del funcionamiento interpersonal, social y laboral.[15]

Es tentador considerar los trastornos del estado de ánimo, como un continuo de las variaciones normales del estado de ánimo, pero los pacientes que presentan dicha afectación atribuyen una calidad inexplicable, aunque característica, a su estado patológico. La adaptación del concepto continuidad se puede traducir a un exceso de identificación del profesional con la afección, lo que distorsiona su forma de intervenir a los pacientes con trastornos del estado de ánimo.[15]

Los pacientes que están afectados con episodios específicamente depresivos mayores tienen un trastorno de depresión mayor. Quienes tienen episodios tanto maníacos como depresivos, o los que sufren de manía sola, suelen presentar un trastorno bipolar. Los términos manía unipolar y manía pura se utilizan en los pacientes bipolares, estos no tienen episodios depresivos. Hay otras categorías de trastornos del estado de ánimo que son: hipomanía, ciclotimia y distimia. La hipomanía consiste en un episodio de síntomas de manía que no cumplen con los criterios de episodio de manía. La ciclotimia y la distimia son trastornos que refieren formas menos graves del trastorno bipolar y de la depresión mayor, correlativamente.[15]

En el campo de la psiquiatría se ha considerado que la depresión mayor y el trastorno bipolar son dos trastornos diferenciados (en lo particular alrededor de los últimos 20 años); aunque hace poco se ha planteado la posibilidad de que el trastorno bipolar sea en realidad una forma de expresión más grave de la depresión mayor. Muchos de los pacientes que son diagnosticados por trastorno de depresión mayor han revelado, a través de la investigación, que en el pasado hubo episodios de comportamientos maníaco o hipomaníaco que pasan desapercibidos. En cuanto a la opinión de muchos autores, existe una continuidad considerable entre los trastornos depresivos y bipolares recidivantes, una idea que ha abierto un extenso debate acerca del espectro bipolar como suma del trastorno bipolar clásico, el trastorno bipolar II y las depresiones recidivantes.[15]

IV.1.7. Historia

En el Antiguo Testamento se describió un síndrome depresivo en el rey Saúl, como también el suicidio de Áyax en la Ilíada de Homero. Alrededor del año 400 a. C., Hipócrates utilizó los términos manía y melancolía para definir los trastornos mentales. Para el año 30 d. C., el médico romano Celso describió la melancolía como una palabra que proviene del griego melan [«negro»] y chole [«bilis»], en su obra De re medicia, como una depresión que es causada por bilis negra. El primer texto en inglés que se relaciona con la depresión fue Anatomy of Melancholy, de Robert Burton, que se publicó en 1621.[15]

En 1854, Jules Falret desarrolló una afección la cual denominó folie circulaire, en la cual los pacientes percibían estados de ánimo de depresión y manía alternantes.[15]

En 1882, el psiquiatra alemán Karl Kahlbaum usó el término ciclotimia para describir la manía y la depresión como estadios de la misma enfermedad. En 1899, Emil Kraepelin desarrolló, partiendo de las teorías de otros psiquiatras franceses y alemanes, la psicosis maniacodepresiva usando la mayoría de los criterios que usan los psiquiatras en la actualidad para establecer el diagnóstico de trastorno bipolar I. De acuerdo con este autor, la ausencia de una evolución demencial y deteriorante en la psicosis maniacodepresiva, diferencia esta entidad de la demencia precoz (como se nombraba siendo así la esquizofrenia). Kraepelin también explicó una depresión que llegó a entenderse como melancolía involutiva, y esta es considerada como una forma de trastorno del estado de ánimo que inicia al final de la edad adulta.[15]

Depresión

El trastorno de depresión mayor emerge sin antecedentes de un episodio de manía, mixto o hipomanía. Este episodio depresivo mayor debe durar por lo menos 2 semanas, donde la persona con dicho diagnóstico va a experimentar,

aunque sea cuatro síntomas de la lista en la que están incluidos los cambios en el apetito y el peso, el sueño y la actividad, falta de energía, sentimientos de culpa, problemas con el pensamiento y en la toma de decisiones y teniendo pensamientos repetitivos de muerte o suicidio.[15]

Manía

En un episodio de manía se diferencia de un estado de ánimo anormal y elevado, expansivo o irritable, que tiene una duración de una semana o menos si el paciente requiere hospitalización. El episodio de hipomanía durará por lo menos cuatro días y es semejante al episodio de manía, con excepción de que no es tan grave como para causar un deterioro en el funcionamiento social o laboral, sin presentación de síntomas psicóticos. La manía, así como la hipomanía están asociadas al aumento excesivo de la autoestima, disminuyendo la necesidad de sueño, facilita la distracción, mayor actividad física y mental, y participación excedente en comportamientos placenteros. El trastorno bipolar I está definido como la evolución clínica de uno o más episodios de manía con episodios depresivos mayores. El episodio mixto tiene un periodo como mínimo de una semana en la que se va a presentar por lo menos un episodio de manía y un episodio depresivo mayor alrededor de cada día. En cuanto al trastorno bipolar II este es una variación del trastorno bipolar que está caracterizado por el aspecto de episodios de depresión mayor e hipomanía en vez de manía.[15]

IV.1.8. Epidemiología

Incidencia y prevalencia

Los trastornos del estado de ánimo son muy frecuentes. La mayoría de las encuestas, revelan que el trastorno de depresión mayor tiene el más alto nivel de prevalencia a lo largo de la vida (alrededor de un 17%) comparado con los demás

trastornos psiquiátricos. La enfermedad bipolar tiene una incidencia anual más baja de un uno por ciento.[15]

Sexo

El trastorno depresivo mayor suele ser diagnosticado más en mujeres que en hombres. Esto se debe a las hormonas, por los efectos del parto, algunos factores estresantes psicosociales en las mujeres y en los hombres. El trastorno bipolar I posee la misma prevalencia y se diagnostica de la misma forma tanto en las mujeres como en los hombres. Los hombres presentan con mayor frecuencia episodios de manía y las mujeres tienen más episodios depresivos. Las mujeres tienen más de cuatro episodios de manía en un año.[15]

Edad

El comienzo del trastorno bipolar I es mucho más adelantado que el del trastorno de depresión mayor. El trastorno bipolar I la edad de su aparición está entre los cinco o seis años y los 50 años, se han dado casos en una media de edad de 30 años, comparado con la media del trastorno de depresión mayor que inicia a los 40 años. El 50 por ciento de los casos el trastorno suele aparecer en medio de los 20 y 50 años. El trastorno de depresión mayor comienza en la infancia o en edad avanzada. Conforme los datos epidemiológicos más recientes, el trastorno de depresión parece tener una mayor incidencia en las personas jóvenes de 20 años, que se relaciona con el consumo de alcohol y las sustancias de abuso en este rango de edad.[15]

Situación conyugal

El trastorno de depresión mayor es más habitual en las personas que no sostienen una relación interpersonal estrecha o que se halla divorciado o separado. El trastorno bipolar I lo padecen más las personas divorciadas y

solteras que las personas que están casadas, porque tiene una diferencia que se refleja en el comienzo más precoz y la disconformidad conyugal que es propio del trastorno.[15]

Factores socioeconómicos y culturales

No hay evidencia con relación al nivel socioeconómico y el trastorno de depresión mayor, a pesar de que la incidencia mayor de la media de trastorno bipolar I en los grupos de nivel socioeconómico más alto. El trastorno bipolar I es más frecuente en personas que no finalizaron los estudios universitarios que en las que si los concluyeron, además refleja la edad de inicio del trastorno. Tiene mayor recurrencia en las zonas rurales que en las urbanas. En la prevalencia del trastorno del estado de ánimo no tiene variación en cuanto a las razas, a pesar de que los expertos suelen infra diagnosticar el trastorno del estado de ánimo y a sobre diagnosticar la esquizofrenia en los pacientes cuyos precedente raciales o culturales sean diferentes de los propios.[15]

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 su parte, las personas con trastornos por uso de sustancias y trastornos de ansiedad también tenían un mayor riesgo de desarrollar trastornos del estado de ánimo ahora o en el transcurso de su vida.[15]

Entre los trastornos unipolares y bipolares los trastornos por uso de sustancias estaban más comúnmente presentes en los hombres, mientras que la ansiedad y los trastornos alimentarios estaban presentes en las mujeres. En general, las personas con trastorno bipolar tienen con más frecuencia trastornos de ansiedad

y consumo de sustancias asociados que las personas con trastorno depresivo mayor unipolar. El estudio *Epidemiological Catchment Area (ECA*) encontró que las personas con trastorno bipolar I tenían antecedentes de trastorno por uso de sustancias, trastorno de pánico y trastorno obsesivo-compulsivo durante toda su vida (61%, 21% y 21% respectivamente) El doble (27%, 10% y 12%, respectivamente).

El abuso de sustancias y los trastornos de ansiedad asociados pueden empeorar el pronóstico de la enfermedad y aumentar gravemente el riesgo de suicidio en el trastorno depresivo mayor unipolar y bipolar.[15]

IV.1.9. Etiología Factores biológicos

La biología alterada se ha descrito en pacientes con trastornos del estado de ánimo. Hasta hace poco, los neurotransmisores monoamínicos (norepinefrina, dopamina, serotonina e histamina) eran el principal foco de atención e investigación sobre la etiología de estas enfermedades, pero ha habido un cambio gradual de los cambios por sistema al estudio de los sistemas neuroconductuales, circuitos neuronales y mecanismos neuro reguladores más complejos. El sistema monoaminérgico se considera parte de un sistema neuromodulador más amplio, y es probable que sus anomalías sean defectos secundarios o epifenómenos, como directa o causalmente relacionadas con la etiología y la patogenia.[18]

Aminas biogénicas. De las aminas biógenas, la noradrenalina y la serotonina son los dos neurotransmisores que están más relacionados en la fisiopatología de los trastornos del estado de ánimo.[15]

Noradrenalina. La relación propuesta por los estudios básicos entre la regulación negativa o la disminución de la sensibilidad de los receptores β-adrenérgicos y las respuestas clínicas antidepresivas es la parte más concluyente

del papel directo del sistema noradrenérgico en la depresión. Existen evidencias de la implicación de los receptores presinápticos β2 en la depresión, debido a que su activación disminuye la cantidad de noradrenalina liberada. Estos receptores β2 presinápticos se localizan en las neuronas serotoninérgicas y regulan la cantidad de serotonina liberada. La efectividad clínica de los fármacos antidepresivos con efectos noradrenérgicos, como la venlafaxina, apoyan la participación de la noradrenalina en la fisiopatología de ciertos síntomas de depresión.[15]

Serotonina. Debido al inmenso efecto que tienen los inhibidores selectivos de la recaptación de serotonina (ISRS), como fluoxetina, en el tratamiento de la depresión, la serotonina se convierte en el neurotransmisor de la familia de las aminas biógenas vinculado con más frecuencia a la depresión. La identificación de algunos subtipos de receptores de la serotonina asimismo infunde en la comunidad científica sobre el incremento de tratamientos con más especificación para la depresión. Los ISRS y otros antidepresivos serotoninérgicos son eficientes en el tratamiento de la depresión, existen incrementos de que la serotonina forma parte de la fisiopatología de dicha entidad, debido a que su depleción arroja la depresión, ciertos pacientes con impulsos suicidas poseen concentraciones bajas de los metabolitos de la serotonina en el líquido cefalorraquídeo (LCR) y bajos niveles de sitios de captación de serotonina en las plaquetas.[15]

Dopamina. Puesto que la noradrenalina y la serotonina sean las aminas biógenas que se asocian con más recurrencia a la fisiopatología de la depresión.[15]

Factores genéticos. Cientos de estudios de familias, adopciones y gemelos permiten registrar el carácter hereditario de los trastornos del estado de ánimo, hace poco el foco de atención de los estudios genéticos está centralizado en la identificación de los genes de la susceptibilidad propios usando métodos de genética molecular.[15]

Estudios familiares. Los estudios de familias definen la cuestión de si el trastorno es de carácter familiar, más bien, si la tasa de la enfermedad con relación a los miembros de la familia de ciertas personas que padecen el trastorno es más que en la población en general. Las investigaciones familiares arrojan que, si uno de los padres posee el trastorno del estado de ánimo, el hijo tendrá un riesgo de diez por ciento a un 25 por ciento de contener uno. En el caso de que los dos padres tengan la afectación, se aumenta el doble de riesgo y será mayor mientras más familiares estén afectados. Aumenta el riesgo en el caso de que los familiares afectados sean de primer grado en comparación con los familiares que son de lejanos. Las referencias familiares de trastorno bipolar atribuyen más riesgo de trastornos del estado de ánimo en general, y un riesgo mayor de trastorno bipolar I.[15]

Estudios de adopción. Estos análisis ayudan a dividir los factores genéticos de los ambientales en las enfermedades que se transmiten a nivel familiar. Hay un número muy mínimo de investigaciones emitidas de este tipo y los resultados suelen ser opuestos.[15]

Factores psicosociales

Situaciones vitales y estrés ambiental. El análisis clínico señala que lo más evidente son las situaciones vitales estresantes antiguas, y no siguientes a los episodios de trastornos del estado de ánimo. La relación es detallada en pacientes con trastorno de depresión mayor como en pacientes con trastorno bipolar I. La teoría que se basa en la explicación de este análisis es el estrés acompañado en el primer episodio conduce a dar cambios de larga duración en la biología del cerebro y dichos cambios de larga duración pueden alterar los estados funcionales de algunos neurotransmisores y sistemas de señalización intraneuronal, alteraciones que pueden abarcar la pérdida de neuronas y la reducción excedente de los contactos sinápticos. En conclusión, el individuo

mantendrá un alto riesgo de mostrar episodios subsecuentes de un trastorno del estado de ánimo, sin que haya factores estresantes extrínsecos.[15]

Varios profesionales entienden que las situaciones vitales forman un rol fundamental en la depresión, pero para otros, solo sostienen únicamente una función limitada en el comienzo y progreso de la depresión. Los antecedentes más concluyentes indican que el acontecimiento fundamental que está más asociado con el avance de la depresión es el fallecimiento de uno de los padres previamente a los 11 años, otro factor estresante del entorno que se vincula frecuentemente con la iniciación de un episodio depresivo es la pérdida de la pareja. Existe otro factor de riesgo que es el desempleo; los individuos que son despedidos de un cargo laboral poseen más posibilidades de presentar síntomas de un episodio de depresión mayor que de los que se benefician de su puesto de trabajo.[15]

Factores de la personalidad.

No existe un rasgo o tipo de personalidad en particular que haga que una persona sea susceptible a la depresión. Todas las personas, independientemente de su personalidad, pueden y se deprimirán en las circunstancias adecuadas. Las personas con ciertos trastornos de personalidad (TOC, dramático y límite) pueden tener un mayor riesgo que las personas con trastorno de personalidad antisocial o paranoide. Estos últimos pueden usar proyecciones y otros mecanismos de defensa externos para protegerse de su ira interior. No hay evidencia de que algún trastorno de la personalidad en particular esté asociado con el desarrollo posterior del trastorno bipolar I; sin embargo, los pacientes con trastornos del estado de ánimo y trastornos del estado de ánimo cíclicos tienen un mayor riesgo de desarrollar un trastorno depresivo mayor o un trastorno bipolar I. Las situaciones estresantes recientes son un predictor más fuerte del inicio de un episodio depresivo. Desde un punto de vista psicodinámico, el especialista siempre está interesado en el significado del estresor. Se ha

demostrado que los factores estresantes experimentados por los pacientes, que afectan negativamente a su autoestima, a menudo conducen a la depresión. Además, un evento puede parecer un factor de estrés relativamente fácil para los observadores externos que pueden destruir a los pacientes con valores específicos relacionados con este evento.[15]

Factores psicodinámicos en la depresión

El conocimiento psicodinámico de la depresión, tal como lo define Sigmund Freud y lo amplía Karl Abraham, trasciende la visión clásica de la depresión. Cuatro puntos principales se relacionan con esta teoría: 1) alteraciones en la relación madre-hijo durante el período oral (primeros 10-18 meses de vida), lo que conduce a una futura susceptibilidad a la depresión; 2) la depresión puede implicar la pérdida de objetos reales o imaginarios; 3) la introversión del objeto perdido es un mecanismo de defensa que se activa en respuesta al malestar asociado a la pérdida del objeto, y 4) porque el objeto perdido es contemplado con una mezcla de amor y afecto y odio, sintiéndose enojado se vuelven hacia adentro, hacia ellos mismos. Melanie Klein entendió la depresión como una expresión de agresión hacia los seres queridos, guiada en gran medida por las teorías de Freud. Edward Bibring vio la depresión como un fenómeno que ocurre cuando una persona se da cuenta de la discrepancia que existe entre sus ideales extremadamente altos y su incapacidad para lograr esos objetivos. Edith Jacobson ve la depresión como un niño indefenso e indefenso que se convierte en víctima de padres abusivos. Silvano Arieti señala que muchas personas con depresión viven su vida para los demás y no para sí mismos, y llama sujeto dominante a la persona en la que vive el paciente deprimido, que en principio puede ser tanto el ideal como el institucional. bueno como un ser humano. La depresión comienza cuando el paciente se da cuenta de que la persona o el ideal por el que vive nunca le responderá de la forma en que él cumplirá con sus expectativas. El concepto de depresión de Heinz Kohut tiene sus raíces en su

teoría de la autopsicología y se basa en la idea de que el ego en desarrollo tiene necesidades especiales que los padres deben satisfacer para proporcionar al niño sentimientos positivos de autoestima e integridad. Cuando estas necesidades no son satisfechas por los demás, se produce una gran pérdida de autoestima que se manifiesta en forma de depresión. Para John Bowlby, el trauma de apego temprano y la separación traumática en la infancia llevaron a la depresión. La pérdida experimentada por los adultos experimenta una pérdida traumática en la infancia y por lo tanto provoca episodios depresivos en los adultos.[15]

Factores psicodinámicos en la manía

La mayoría de las teorías de manía consideran sus episodios como un mecanismo de protección contra la depresión principal. Por ejemplo, Abraham pensó que los episodios de manía podrían reflejar la incapacidad para soportar la tragedia durante el desarrollo, como la pérdida de uno de los padres. El estado maníaco también puede ser el resultado de un superyó que produce una autocrítica insoportable que luego es reemplazada por una complacencia eufórica. Bertram Lewin cree que los egos de los pacientes maníacos se ven abrumados por impulsos placenteros, como el sexo, o imprudentes, como la agresión. Klein también ve la manía como una respuesta defensiva contra la depresión, utilizando mecanismos de defensa como la omnipotencia cuando una persona desarrolla delirios de grandeza.[15]

IV.1.10. Otras perspectivas de la depresión

Teoría Cognitiva.

Conforme la teoría cognitiva, la depresión es el efecto de distorsiones cognitivas específicas concurrentes en los individuos aptos a la depresión. Las

desviaciones, nombradas representaciones depresógenas, son las integrantes cognitivas que adoptan las informaciones internas, así como también las externas de una manera que cambia en aspecto de experimentos adelantados. La propuesta de Aaron Beck es un trío cognitivo de la depresión compuesta por los criterios de acuerdo así mismo (autopercepción negativa), referente a el entorno (tendencia a percibir el mundo como contrario y estricto) y además del futuro (perspectiva de sufrimiento y fracaso). La función del tratamiento es cambiar estas desviaciones.[15]

IV.1.11. Diagnóstico

A continuación, serán descritos los criterios diagnósticos de la depresión según están definidos en el DSM- V.[16]

Criterios diagnósticos:

A. Cinco o más de los subsecuentes síntomas se han visto por los menos a lo largo de un mismo tiempo alrededor de dos semanas y manifiestan una variación del desempeño anticipado; por lo menos uno de los síntomas presentes es un estado de ánimo depresivo o la anhedonia.[16]

1. Estado de ánimo depresivo la mayoría de las veces, prácticamente a diario, conforme se separa la investigación parcial (un ejemplo sentirse afligido, deshabitado, decepcionado) o de vigilancia además de otros individuos (ejemplo se observan doliente o quejoso). (Nota: En los niños y adolescentes, algunas veces el estado de ánimo será colérico.)[16]

2. Descenso de la anhedonia por la realización de las labores cotidianas prácticamente a diario.[16]

3. Disminución muy excesiva de peso sin llevar un plan alimenticio para bajar o ganar peso (ejemplo transformación de un 5% o más del peso corporal alrededor de un mes) detrimento o incremento del apetito todos los días.[16]

4. Desvelo o disforia histérica todos los días.[16]

5. Intranquilidad o deficiencia mental (esto es significativo para los demás, no solo la percepción de angustia o ralentización).[16]

6. Cansancio o supresión de eficacia a diario.[16]

7. Aflicción por sentirse incompetente o desasosiego excedente (suele ser frenético) a diario (no obstante, el cargo de conciencia o remordimiento por su enfermedad).[16]

8. Minusvalía en el intelecto para el razonamiento y la concentración y la voluntad de decidir, diariamente (prejuiciado y observado por los individuos).[16]

9. Pensar en la muerte frecuentemente (sin miedo a morir) ideación suicida frecuentemente sin un propósito concreto, intención de suicidarse sin una idea clara para ejecutar la acción.[16]

a) Los síntomas provocan desasosiego o daño a nivel social, laboral y en otras áreas de gran importancia en el funcionamiento del individuo afectado.[16]

b) El suceso no se atribuye a los efectos fisiológicos de una sustancia o un padecimiento.[16]

c) Los criterios A-C forman un episodio depresivo mayor.[16]

Las reacciones a un quebranto expresivo (ejemplo desconsuelo, quiebra, daños ocasionados por cataclismo, un padecimiento o minusvalía peligroso) incluyendo melancolía, pensamiento excesivo por causa de una pérdida, desvelo, disminución del apetito, bajo peso que aparece en el Criterio A.[16]

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.[16]

e) No ha existido un episodio maníaco o hipomaníaco.[16]

Trastorno de depresión mayor, episodio único

La depresión puede manifestarse como episodios o recaídas. La distinción entre estos pacientes y aquellos con dos o más episodios de trastorno depresivo mayor es razonable porque el curso del trastorno en el primer grupo de pacientes no está claro. Los resultados de varios estudios son consistentes con la idea de que la depresión mayor es un conjunto heterogéneo de trastornos. Una forma de estos estudios evaluó la estabilidad del diagnóstico de depresión mayor de un paciente a lo largo del tiempo. Las investigaciones muestran que entre el 25 por ciento y el 50 por ciento de los pacientes son reclasificados como otra enfermedad mental o una enfermedad no psicótica con síntomas psicóticos. En el segundo tipo de estudio, se evaluó a los familiares de primer grado de pacientes con trastorno afectivo para determinar la presencia y tipos de diagnósticos psiquiátricos presentes en dichos familiares a lo largo del tiempo. Ambos tipos de estudios encontraron que los pacientes deprimidos con más síntomas depresivos tenían más probabilidades de tener un diagnóstico estable en el tiempo y también tener familiares con problemas emocionales, en comparación con los pacientes depresivos que tienen menos síntomas depresivos. Además, los pacientes con Trastorno Bipolar I o Trastorno Bipolar II (episodios depresivos mayores recurrentes acompañados de hipomanía) tenían más probabilidades de tener un diagnóstico estable a lo largo del tiempo.[15]

Trastorno depresivo mayor recidivante

Las personas que han experimentado al menos un segundo episodio depresivo se clasifican como personas con trastorno depresivo mayor recurrente. Un problema diagnóstico importante es la selección de criterios para determinar la resolución de cada período. Se utilizaron dos variables: grado de remisión de los síntomas y duración de la remisión. El DSM-5 requiere que los episodios depresivos individuales están separados por al menos 2 meses durante los cuales el paciente no experimente síntomas depresivos significativos.[15]

Trastorno bipolar I

Los criterios del DSM-5 para un episodio bipolar I requieren un episodio de trastorno del estado de ánimo separado que dure al menos una semana e incluyen un diagnóstico separado del trastorno y un episodio maníaco único o recurrente basado en los síntomas del episodio más reciente, como se describe a continuación.[15]

El término trastorno bipolar I es sinónimo de lo que antes se conocía como trastorno bipolar, un síndrome en el que los síntomas maníacos son plenos durante el desarrollo del trastorno. Los criterios diagnósticos para el trastorno bipolar II se caracterizan por episodios de depresión e hipomanía a lo largo de la duración del trastorno, pero los episodios de síntomas maníacos no cumplen por completo los criterios diagnósticos del síndrome hipomaníaco. Los episodios maníacos claramente acelerados por el tratamiento antidepresivo (terapia farmacológica o terapia electroconvulsiva [TEC]) no indican la presencia de TB tipo I.[15]

Trastorno bipolar I, episodio maníaco único.

Según el DSM-5, un paciente debe haber tenido un primer episodio maníaco para cumplir con los criterios diagnósticos del trastorno bipolar I, que es un único episodio maníaco. Esta afirmación se basa en el hecho de que no es posible distinguir por primera vez a los pacientes con Trastorno Bipolar I de los pacientes con trastorno depresivo mayor.[15]

Trastorno bipolar I recidivante

A la hora de determinar los finales de los problemas descritos se superponen al final de un episodio maníacos, los cuales son considerados distintos si están separados por al menos dos meses sin síntomas maníacos o maníacos evidentes.[15]

Trastorno bipolar I

Los criterios del DSM-5 para un episodio de trastorno bipolar I requieren la presencia de un período diferenciado de estado de ánimo anormal que dure al menos 1 semana e incluye un diagnóstico independiente para el trastorno y para el episodio maníaco único o recidivante, basado en los síntomas del episodio más reciente, como se describe a continuación: [15,16]

La designación de un trastorno bipolar I es sinónimo de lo que antes se denominaba trastorno bipolar, un síndrome en el cual se presenta un conjunto completo de síntomas de manía durante el desarrollo del trastorno. Los criterios diagnósticos del trastorno bipolar II se caracterizan por episodios depresivos y de hipomanía a lo largo del trastorno, pero los episodios de síntomas de tipo maníaco no cumplen suficientemente los criterios diagnósticos de un síndrome maníaco completo. Los episodios de manía claramente precipitados por el

tratamiento antidepresivo (tratamiento farmacológico o terapia electroconvulsiva [TEC]) no indican la presencia de un trastorno bipolar I.[15,16]

Trastorno bipolar I, episodio maníaco único. Según el DSM-5, los pacientes deben tener su primer episodio de manía para cumplir los criterios diagnósticos del trastorno bipolar I, único episodio maníaco. Este requisito se basa en el hecho de que los pacientes que están teniendo su primer episodio de trastorno bipolar I depresivo no se pueden distinguir de los que tienen un trastorno de depresión mayor.[15,16]

Trastorno bipolar I recidivante.

Los problemas mencionados a la hora de definir el final de un episodio de depresión también se aplican a la definición del final de un episodio de manía. Los episodios de manía se consideran diferenciados cuando están separados al menos por un período de 2 meses sin síntomas significativos de manía o hipomanía.15

Trastorno bipolar II

Los criterios de diagnóstico para el trastorno bipolar II determinan la gravedad, la frecuencia y la duración de los síntomas hipomaníacos específicos. Los criterios de diagnóstico para un episodio hipomaníaco se enumeran junto con los criterios de diagnóstico para el trastorno bipolar II. Estos criterios pretenden reducir el sobrediagnóstico de episodios hipomaníacos y clasificar erróneamente a los pacientes con trastorno depresivo mayor como pacientes con trastorno bipolar II. Clínicamente, será difícil para los psiquiatras distinguir entre manía e hipomanía en un paciente que ha estado crónicamente deprimido durante meses o años. Al igual que el trastorno bipolar I, los episodios hipomaníacos inducidos por antidepresivos no son diagnósticos de trastorno bipolar II.[15]

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.[15]

Con características psicóticas.

La presencia de características psicóticas en el trastorno depresivo mayor indica un curso grave de la enfermedad y es un signo de mal pronóstico. Una revisión de la literatura que compara el trastorno depresivo mayor psicótico con el trastorno depresivo mayor no psicótico indica que las dos condiciones pueden tener una patogenia diferente debido al hecho de que el trastorno bipolar I es más común en familias con depresión psicótica que en personas con depresión no psicótica. Los síntomas psicóticos en sí mismos se clasifican como consistentes con el estado de ánimo, consistentes con un trastorno del estado de ánimo («Merezco ser castigado porque estoy muy enojado») o un estado de ánimo inconsistente, consistente con un trastorno psicótico. Los pacientes con estado de ánimo psicótico consistente con psicosis desarrollan psicosis, pero los pacientes con estado de ánimo con síntomas psicóticos inconsistentes pueden desarrollar esquizofrenia o psicosis esquizofrénica. Los siguientes factores se asocian con mal pronóstico en pacientes con trastornos del estado de ánimo: duración de los episodios, disociación transitoria entre el trastorno del estado de ánimo y los síntomas psicóticos, y antecedentes de inestabilidad social antes de la enfermedad. La presencia de síntomas psicóticos también es importante para el tratamiento. Estos pacientes a menudo requieren antipsicóticos además de antidepresivos o estabilizadores del estado de ánimo, y su mejoría clínica puede requerir TEC.[15]

Con síntomas melancólicos.

Melancolía es uno de los términos más antiguos utilizados en psiquiatría, ya que fue utilizado por Hipócrates en el siglo IV a.C. Todavía se usa para describir el estado de ánimo oscuro de la depresión y todavía se usa relacionado con la depresión caracterizada por el anclaje grave, el despertar antes, la pérdida de peso y el pecado profundo (a menudo relacionado con situaciones triviales). Los pacientes tristes a menudo tienen ideas de suicidio. La melancolía está asociada con cambios en el sistema nervioso central y las funciones endocrinas, por lo que a menudo se le llama «depresión endógena» o depresión que se presenta en ausencia de otros factores estresantes o estímulos externos en tu vida. En el DSM-5, los síntomas melancólicos pueden estar asociados con episodios depresivos mayores en el trastorno depresivo mayor y el trastorno bipolar I y II.[15]

Con síntomas atípicos.

La introducción de la depresión con síntomas atípicos definida oficialmente es una respuesta a la investigación y los datos clínicos que muestran que los pacientes con síntomas atípicos tienen varias características predecibles: atracones y somnolencia excesiva. Estos síntomas se denominan inversión vegetativa y la naturaleza de los síntomas: disfagia histeroide. Cuando se compararon los pacientes con trastorno depresivo mayor con síntomas atípicos con aquellos con síntomas depresivos típicos, los pacientes con depresión mayor tenían una edad de inicio más temprana, un retraso en el desarrollo más psicomotor y fueron diagnosticados con trastorno de pánico, abuso o dependencia de sustancias, abuso de sustancias y somatización. trastorno con mayor frecuencia. La alta frecuencia y gravedad de los síntomas de ansiedad en pacientes con síntomas atípicos se correlaciona con la probabilidad de clasificarlos erróneamente como un trastorno de ansiedad en lugar de un trastorno del estado de ánimo. Los pacientes con síntomas atípicos también tenían un curso de tratamiento a largo plazo, diagnosticados con trastorno bipolar

I o la estacionalidad de la enfermedad. Los síntomas atípicos del DSM-5 pueden referirse a un episodio depresivo mayor reciente en la depresión mayor, el trastorno bipolar I, el trastorno bipolar II o un trastorno del estado de ánimo. La depresión atípica puede enmascarar síntomas de manía, como en este último caso.[15]

Con síntomas catatónicos.

Como síntoma, la distonía puede ocurrir en varios trastornos psiquiátricos, principalmente esquizofrenia y trastornos del estado de ánimo. La presencia de síntomas tónico-clónicos en pacientes con trastornos del estado de ánimo puede tener valor pronóstico y terapéutico. Los principales síntomas de la esquizofrenia catatónica (estupidez, embotamiento emocional, retraimiento extremo, negativismo y retraso psicomotor marcado) también se pueden observar en la esquizofrenia tensa, energética y no tensa, depresión mayor (a menudo con rasgos psicóticos) y otros trastornos. Los síntomas de la distonía no suelen asociarse con el trastorno bipolar I debido al marcado contraste entre los síntomas del estupor y los síntomas clásicos de la manía. Debido a que los síntomas catatónicos forman un síndrome de comportamiento que aparece en muchos otros estados médicos y mentales, no permite un diagnóstico independiente.[15]

Inicio en el periparto.

El DSM-5 permite la definición de trastorno del estado de ánimo posparto si los síntomas aparecen durante el embarazo o dentro de las 4 semanas posteriores al parto. La psicosis posparto más común son los síntomas psicóticos.[15]

Con ciclos rápidos.

Es probable que los pacientes con trastorno bipolar I con ciclos violentos sean mujeres y hayan tenido episodios tanto depresivos como maníacos. Según los datos, los ciclos rápidos no se heredan de forma familiar y, por tanto, algunos factores externos, como el estrés o el tratamiento farmacológico, pueden estar implicados en su patogenia. Los criterios del DSM-5 indicaban que el paciente debía haber tenido al menos cuatro episodios en un período de 12 meses.15,16

Patrón estacional.

Los pacientes con trastorno del estado de ánimo estacional tienden a experimentar episodios depresivos durante ciertas épocas del año, generalmente en invierno. Este patrón se conoce como trastorno afectivo estacional, aunque el término no se utiliza en el DSM-5. Dos tipos de evidencia de que las imágenes estacionales son una unidad de diagnóstico diversa. En primer lugar, el paciente responderá a la terapia leve, aunque no se realiza ninguna prueba para evaluar este tipo de tratamiento en pacientes sin depresión estacional. En segundo lugar, la actividad metabólica se reduce en la corteza orbitaria y en la parte inferior del lóbulo parietal izquierdo. Se necesita más investigación para distinguir a las personas con depresión estacional de aquellas con otra depresión.[15,16]

Tipos no definidos en el DSM-5.

En otros sistemas que identifican los tipos de pacientes con trastornos del estado de ánimo se separa normalmente a los pacientes con buen y mal pronóstico o que responden a uno u otro tratamiento. También se distingue entre los esquemas reactivos endógenos y primarios secundarios. El continuo endógeno-reactivo es una división controvertida. Implica que las depresiones endógenas son biológicas y que las reactivas son psicológicas, principalmente

debidas a la presencia o ausencia de un factor estresante precipitante identificable. Se han descrito otros síntomas de la depresión endógena, como la variación diurna, los delirios, el retraso psicomotor, los despertares matutinos más precoces y sentimientos de culpa. Sin embargo, la depresión endógena es similar al diagnóstico de trastorno de depresión mayor con síntomas psicóticos o síntomas melancólicos, o ambos, según el DSM-5. Los síntomas de depresión reactiva incluyen insomnio inicial, ansiedad, labilidad emocional y diferentes problemas somáticos. Las depresiones primarias constituyen lo que en el DSM-5 se denomina trastornos del estado de ánimo, excepto en el caso del diagnóstico de trastorno del estado de ánimo causado por otra afección médica y del trastorno del estado de ánimo inducido por sustancias, que se consideran depresiones secundarias. En la depresión doble el trastorno de depresión mayor se superpone a un trastorno distímico. 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, abuso de alcohol y promiscuidad sexual en un adolescente que con anterioridad se comportaba bien puede representar un equivalente depresivo.[15,16]

IV.1.12. Curso Clínico

Los dos síntomas principales de un trastorno del estado de ánimo son la depresión y la manía. Los episodios depresivos pueden ocurrir tanto en el trastorno depresivo mayor como en el trastorno bipolar I. Se han realizado esfuerzos para encontrar una diferencia significativa entre los episodios depresivos en el trastorno bipolar I y el trastorno depresivo mayor, pero la diferencia es muy pequeña. En una situación clínica, solo la historia del paciente, la historia familiar y el curso de acción futuro pueden diferenciar las dos condiciones. Algunos pacientes con trastorno bipolar I tienen un estado mixto con síntomas maníacos y depresivos, y algunos tienen episodios depresivos breves que duran de minutos a horas durante los episodios maníacos.[15]

Episodios depresivos

El estado de ánimo deprimido y la pérdida de interés o placer son los principales síntomas de la depresión. Los pacientes pueden informar sentirse tristes, sin esperanza, abandonados o inútiles. Para el paciente, el estado de ánimo deprimido tiene otra cualidad que lo distingue del sentimiento habitual de tristeza o pena. Los pacientes a menudo describen los síntomas de la depresión como un dolor insoportable y se quejan de que no pueden llorar, lo que disminuye a medida que mejora la condición. Dos tercios de los pacientes deprimidos tienen pensamientos suicidas y entre un 10 por ciento y un 15 por ciento se suicidan. Los pacientes hospitalizados por ideación suicida o ideación suicida tienen un mayor riesgo de éxito en la vida que aquellos que nunca han sido hospitalizados por ideación suicida. Algunos pacientes deprimidos parecen no ser conscientes de su depresión y no informan alteraciones del estado de ánimo, aunque parecen estar alienados de la familia, los amigos y las actividades en las que antes estaban interesados. Casi todos los pacientes deprimidos (97%) se quejaron de disminución de la energía, dificultad para realizar tareas, dificultad en la escuela y el trabajo, disminución de la motivación para emprender nuevos proyectos. El 80 por ciento de los afectados experimentan problemas de sueño, especialmente despertares temprano en la mañana (insomnio terminal) y múltiples despertares durante la noche para pensar en sus problemas. Muchos pacientes notan que su apetito disminuye y pierden peso, pero otros experimentan un aumento del apetito, aumento de peso y duermen más de lo habitual. Estos pacientes fueron identificados como portadores de síntomas atípicos.[15]

La ansiedad, un síntoma común de la depresión, afecta al 90 por ciento de los pacientes. Diversos cambios en la dieta y el descanso agravan comorbilidades como diabetes, hipertensión, enfermedad pulmonar obstructiva crónica y enfermedades del corazón. Otros síntomas de autocontrol incluyen irregularidades menstruales y disminución del interés y la actividad sexual. Los problemas sexuales envían a las personas a los lugares equivocados, como

consejeros matrimoniales y terapeutas sexuales, cuando no se diagnostica un trastorno depresivo. Ansiedad (incluyendo ataques de pánico), abuso de alcohol y molestias corporales (p. ej.: estreñimiento y dolores de cabeza) a menudo complica el tratamiento de la depresión. El 50 por ciento de los pacientes describen un cambio de los síntomas día a día con un aumento de la intensidad por la mañana y una disminución de los síntomas por la noche. Los síntomas cognitivos incluyen informes subjetivos de incapacidad para concentrarse (84 % de los pacientes en un estudio) y dificultad para pensar (67 % de los pacientes en otro).[15]

Depresión en niños y adolescentes.

La fobia escolar y un apego excesivo a los padres pueden ser síntomas de depresión en los niños. Un mal rendimiento académico, el abuso de sustancias, un comportamiento antisocial, la promiscuidad sexual, el absentismo escolar y las fugas son síntomas de depresión en los adolescentes.[15]

Depresión en personas mayores.

La depresión es más común en los adultos mayores que en la población general. Diversos estudios han descrito tasas de prevalencia que oscilan entre el 25 por ciento y casi el 50 por ciento, aunque se desconoce el porcentaje de casos por trastorno depresivo mayor. Varios estudios han demostrado que la depresión en los adultos mayores está asociada con un bajo nivel socioeconómico, pérdida del cónyuge, comorbilidades y aislamiento social. Otros estudios sugieren que la depresión en los ancianos está infradiagnosticada e infratratada, quizás por los médicos generales en particular. El diagnóstico de depresión en los ancianos puede deberse a que el trastorno se presenta con mayor frecuencia con otros síntomas somáticos en el grupo de mayor edad que

en el grupo más joven. Además, el envejecimiento lleva a los médicos a aceptar los síntomas depresivos como normales en los pacientes mayores.[15]

Episodios de manía

Un estado de ánimo elevado, expansivo o irritable está en el corazón de un episodio maníaco. Los estados de ánimo elevados son eufóricos y, a menudo, contagiosos, y para el médico inexperto, incluso pueden conducir a la negación de la enfermedad por reflejo. Aunque los involucrados no reconocerían la naturaleza inusual del estado de ánimo del paciente, quienes lo conocen bien saben que esto no es normal. El estado de ánimo también puede ser irritable, especialmente cuando se frustran planes ambiciosos expresados abiertamente. Los pacientes a menudo experimentan cambios de humor desde la euforia al inicio de la enfermedad hasta la irritabilidad posterior.[15]

El tratamiento de pacientes maníacos hospitalizados puede complicarse al examinar los límites de las reglas de la sala, la tendencia a culpar a otros por sus acciones, explotar las debilidades de los demás y la tendencia a crear conflictos entre los empleados. Fuera del hospital, los pacientes maníacos a menudo abusan del alcohol, quizás para automedicarse. Su naturaleza liberal es evidente en su uso excesivo del teléfono, especialmente durante las llamadas de larga distancia en la madrugada. El juego patológico, desvestirse en público, usar ropa y joyas de colores brillantes con combinaciones inusuales o extrañas y la falta de atención a los detalles (p. ej., olvidarse de colgar el teléfono) también son síntomas de este trastorno. El paciente actúa impulsivamente, pero con un sentido de convicción y propósito. A menudo están preocupados por ideas religiosas, políticas, financieras, sexuales o de persecución que se convierten en sistemas complejos de engaño. Los pacientes maníacos a veces se asustan y juegan con sus heces y orina.[15]

Manía en los adolescentes.

La manía en los adolescentes a menudo se diagnostica erróneamente como trastorno de personalidad antisocial o esquizofrenia. Los síntomas pueden incluir psicosis, abuso de alcohol u otras sustancias, intentos de suicidio, dificultades de aprendizaje, reflejos filosóficos, síntomas del TOC, numerosas molestias corporales e irritabilidad extrema que conduce a peleas y otros comportamientos antisociales. Aunque muchos de estos síntomas se presentan en adolescentes normales, los síntomas graves o persistentes deben llevar a los médicos a considerar el trastorno bipolar I en el diagnóstico diferencial.[15]

Trastorno bipolar II

Los síntomas clínicos del trastorno bipolar II son síntomas del trastorno depresivo mayor combinados con síntomas de un episodio hipomaníaco. Aunque la evidencia es escasa, algunas investigaciones sugieren que el trastorno bipolar II se asocia con más problemas maritales y una edad de inicio más temprana que el trastorno bipolar I. La evidencia también muestra que los pacientes con Trastorno Bipolar II tienen más probabilidades de suicidarse y cometer suicidio que los pacientes con Trastorno Bipolar I y trastorno depresivo mayor.[15]

Trastornos comórbidos Ansiedad.

Cuando se trata de trastornos de ansiedad, el DSM-5 hace referencia a la existencia de un trastorno mixto ansioso-depresivo. Los síntomas de ansiedad significativa pueden coexistir (y con frecuencia lo hacen) con síntomas de depresión significativa. No se sabe si los pacientes que muestran síntomas prominentes tanto de ansiedad como de depresión sufren dos procesos de enfermedad diferentes o si el mismo proceso causa ambos conjuntos de

síntomas. Los pacientes con ambos tipos constituyen el grupo de pacientes con trastorno mixto ansioso-depresivo.[15]

Dependencia del alcohol

El alcoholismo a menudo coexiste con los trastornos del estado de ánimo. Tanto los pacientes con trastorno depresivo mayor como los pacientes con trastorno bipolar I pueden cumplir los criterios diagnósticos de alcoholismo. De acuerdo con los datos disponibles, el alcoholismo está más fuertemente asociado con un diagnóstico de depresión comórbida en mujeres que en hombres. Por el contrario, los datos genéticos y familiares de hombres con trastornos del estado de ánimo y alcoholismo sugieren que es probable que tengan dos procesos patológicos distintos desde el punto de vista genético.[15]

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 la promoción de un episodio o, por el contrario, puede representar el intento de un paciente de tratar su propia enfermedad. Aunque los pacientes maníacos rara vez usan sedantes para reducir la excitación, los pacientes deprimidos a menudo usan estimulantes como la cocaína y las anfetaminas para aliviar la depresión.[15]

Afecciones médicas.

Esto a menudo es coexistente con otras enfermedades, especialmente en los ancianos. Cuando la depresión y la enfermedad coexisten, es necesario determinar si la enfermedad mentirosa es fisiopatológicamente con depresión o

medicamentos que el paciente asume sobre sus problemas médicos es la causa de la depresión. En muchos estudios, el tratamiento de un trastorno depresivo mayor comórbido mejora el resultado de la enfermedad subyacente, incluido el cáncer.[15]

Exploración del estado mental

Descripción general

El retraso psicomotor generalizado es el síntoma más frecuente de la depresión, aunque también se observa agitación psicomotora, especialmente en pacientes mayores. Retorcerse las manos y tirarse del pelo son los síntomas más frecuentes de agitación. Clásicamente, un paciente deprimido tiene una postura encorvada, sin movimientos espontáneos y una mirada abatida, que no es directa. En la exploración clínica, los pacientes deprimidos que muestran síntomas inespecíficos de retraso psicomotor pueden parecer idénticos a los pacientes con esquizofrenia catatónica.[15]

Estado de ánimo, afecto y sentimientos

La depresión es el síntoma predominante, pero la mitad de los casos niegan sentirse deprimidos y no presentan depresión mayor. Los familiares o supervisores del lugar de trabajo llevan o derivan a estos pacientes a sesiones de asesoramiento para tratar el aislamiento social y las deficiencias generales en el funcionamiento.[15]

Habla

En muchos pacientes deprimidos disminuye la velocidad y el volumen del habla, y responden a las preguntas con monosílabos y con respuestas diferentes. El evaluador puede esperar literalmente hasta 2 o 3 min para dar respuesta a una pregunta.[15]

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 usa a veces para referirse a pacientes deprimidos que han mostrado una regresión significativa: mudos, sin bañarse, ensuciándose. Quizás la mejor manera de describir a estos pacientes es que presentan síntomas tónico-clónicos.[15]

Se dice que los delirios y las alucinaciones que son consistentes con un estado de ánimo depresivo están asociados con el estado de ánimo. Los delirios consistentes con el estado de ánimo en una persona deprimida incluyen ideas de culpabilidad, inutilidad, pobreza, fracaso, abuso y enfermedades físicas incurables (como el cáncer) y podredumbre cerebral). El contenido de los delirios o alucinaciones no coincide con el estado de ánimo incompatible con el estado de ánimo deprimido (p. ej.: (Por ejemplo, los delirios de desajuste del estado de ánimo en una persona deprimida pueden sugerir temas de grandeza con poder, conocimiento y valor exagerados.) En este caso, se debe considerar la presencia de esquizofrenia.[15]

Pensamiento

Los pacientes con depresión suelen tener una visión negativa del mundo y de sí mismos. Sus pensamientos a menudo incluyen pensamientos delirantes sobre

la pérdida, la culpa, el suicidio y la muerte. Alrededor del 10 por ciento de los pacientes deprimidos tienen síntomas graves de alteración del pensamiento, a menudo con bloqueos de pensamiento y contenido muy pobre.[15]

Sensorio y cognición

Orientación. La mayoría de los pacientes deprimidos están orientados en cuanto a persona, lugar y tiempo, aunque algunos pueden no tener suficiente energía o interés para responder a las preguntas al respecto en la entrevista.[15]

Memoria.

Alrededor del 50-75 por ciento de los pacientes deprimidos tienen un deterioro cognitivo conocido como demencia pseudodepresión. Estos pacientes se quejan de falta de concentración y mala memoria. Control de los impulsos.[15]

Aproximadamente el diez por ciento y el 15 por ciento de los pacientes deprimidos se suicidan y alrededor de dos tercios intentan suicidarse. Los pacientes deprimidos con síntomas psicóticos a veces piensan en matar a otros debido a su sistema delirante, pero los pacientes con depresión más severa carecen de motivación o energía para actuar impulsiva o violentamente. Los pacientes con trastorno depresivo mayor tienen un mayor riesgo de suicidio a medida que su salud comienza a mejorar y recuperan la energía para planificar y ejecutar el comportamiento suicida (suicidio paradójico). Sería imprudente que un paciente deprimido prescribiera antidepresivos, especialmente tricíclicos, durante un número significativo de días durante el alta. Asimismo, los fármacos que pueden ser agentes activadores, como la fluoxetina, deben administrarse de manera que reduzcan sus efectos energizantes (p. ej., uso concomitante con benzodiazepinas).[15]

Juicio e introspección

Para evaluar el juicio se analizan las acciones del paciente en el pasado y las acciones recientes y su comportamiento durante la entrevista. La descripción de la enfermedad por parte de los pacientes con depresión suele ser exagerada: exageran síntomas, trastornos y problemas de la vida. Tales pacientes son difíciles de convencer de que la mejora es posible.[15]

Fiabilidad

Durante las entrevistas y conversaciones, los pacientes deprimidos subestiman lo malo y minimizan lo bueno. Un error clínico común es entrevistar a la ligera a un paciente deprimido y creerle cuando dice que una prueba anterior de antidepresivos no funcionó. Estas afirmaciones pueden ser falsas y requieren confirmación de otra fuente. Los psiquiatras no deben considerar que la información errónea del paciente es una fabricación intencional. Una persona con un estado de ánimo deprimido puede no percibir ninguna información tranquilizadora.[15]

Escalas de puntuación objetivas de la depresión

La escala objetiva de calificación de depresión es útil para documentar la depresión clínica de un paciente.[15]

Estiércol. La escala de depresión 800 autoevaluada de Zung es una escala de 20 elementos con una puntuación normal de 34 o menos, mientras que una puntuación de 50 o más se considera un signo de depresión. La escala es una medida global de la gravedad de los síntomas depresivos de un paciente, incluida la depresión emocional.[15]

Raskin. La Escala de depresión de Raskin (Raskin Depression Scale) es una escala evaluada por el profesional que mide la gravedad de la depresión del paciente según los informes del paciente y la observación del médico, en una escala de 5 puntos que abarca tres dimensiones: informe verbal, comportamiento mostrado y síntomas secundarios. La escala utiliza un intervalo de tres a 13. Se considera normal una puntuación de tres, y una puntuación de siete o más, indicativa de depresión.[15]

Hamilton. La Escala de puntuación de la depresión de Hamilton (Hamilton Rating Scale for Depression, HAM-D) es una escala para depresión muy utilizada que emplea hasta 24 ítems, cada uno de los cuales se puntúa de cero a cuatro o de cero a dos, con una puntuación total de cero a 76. Se evalúan las respuestas del paciente a las preguntas que se le hacen sobre sentimientos de culpa, pensamientos de suicidio, hábitos de sueño y otros síntomas de depresión, y las puntuaciones se obtienen a partir de la entrevista clínica.[15]

Episodios de manía

Descripción general. Los pacientes maníacos están excitados y son habladores, a menudo divertidos y con frecuencia hiperactivos. En ocasiones son evidentemente psicóticos y desorganizados, por lo que es necesario utilizar medidas físicas para su contención y la inyección intramuscular de fármacos sedantes.[15]

Estado de ánimo, afecto y sentimientos. Los pacientes maníacos suelen estar agitados, pero pueden estar irritables, especialmente si la manía ha durado algún tiempo. También pueden tener una baja tolerancia a la frustración, lo que genera sentimientos de ira y hostilidad. Los pacientes maníacos pueden ser emocionalmente inestables, pasando de reírse tontamente a estar irritables y deprimidos en cuestión de minutos u horas.[15]

Habla. Los pacientes maníacos no pueden ser interrumpidos en la conversación, a menudo son frívolos e irritables con los demás. A medida que la manía empeora, el habla se vuelve más fuerte, más rápida y difícil de interpretar. A medida que aumentaba la agitación, el discurso se llenó de bromas, rimas, juegos de palabras y comentarios sin sentido. Con un nivel de actividad aún mayor, las asociaciones se vuelven más letárgicas, desaparece la concentración, se filtran las ideas, aparece el ruido y el neuroticismo. Durante un episodio maníaco agudo, el habla puede ser completamente incoherente e indistinguible de la de un paciente con esquizofrenia.[15]

Trastornos de la percepción.

Se estima que el 75 por ciento de los pacientes maníacos son paranoicos. Delirios maníacos consistentes con el estado de ánimo que se manifiestan por riqueza, habilidad o habilidad extraordinarias. La manía también causa delirios y alucinaciones extraños e inconsistentes.[15]

Pensamientos. El contenido del pensamiento de los pacientes maníacos incluye temas de autoconfianza y autoengrandecimiento. Los pacientes maníacos se distraen con facilidad y su funcionamiento cognitivo en el estado de manía se caracteriza por un flujo de ideas incontrolado y acelerado.[15]

Sensorio y cognición. Los déficits cognitivos en pacientes con esquizofrenia han sido objeto de muchas revisiones, hay pocos artículos sobre deficiencias similares en pacientes con trastorno bipolar I. pueden interpretarse como reflejo de una disfunción cortical difusa seguida de la localización de regiones anormales. quedará profundamente grabado. A primera vista, la orientación y la memoria no se ven afectadas, aunque algunos pacientes con manía están tan excitados que responden incorrectamente a las preguntas sobre su orientación. Emil Kraepelin llama a este síntoma «paranoia».[15]

Control de los impulsos. La mayoría de los pacientes con manía tienden a portarse de manera agresiva mostrándose amenazantes A menudo intentan suicidarse y se convierten en homicidas. Sin embargo, aún se considera desconocida la incidencia de estos comportamientos.[15]

Juicio e introspección. La alteración del juicio es una de las características de los pacientes maníacos. Rompen las leyes sobre el uso de tarjetas de crédito, las actividades sexuales y las finanzas, y arrastran a sus familias a la ruina financiera. Los pacientes maníacos no son conscientes de su trastorno.[15]

Fiabilidad. Los pacientes maníacos son muy poco fiables en cuanto a la información que proporcionan. Dado que las mentiras y los engaños son comunes en la manía, los profesionales sin experiencia pueden tratar a los pacientes maníacos con un desprecio excesivo.[15]

IV.2. Diagnóstico Diferencial

Trastorno de depresión mayor

Problemas médicos. Se debe considerar un diagnóstico de un trastorno del estado de ánimo relacionado con otra afección médica. Si una entrevista clínica no se hace bien y no tiene en cuenta el contexto de la situación de vida actual del paciente, se producirán errores de diagnóstico. En adolescentes deprimidos, se debe evaluar la mononucleosis y se debe descartar la disfunción suprarrenal o tiroidea en pacientes con sobrepeso o bajo peso. Los homosexuales, bisexuales, prostitutas y personas que se inyectan drogas deben ser excluidos del SIDA. Las personas mayores serán examinadas para detectar neumonía viral y otras enfermedades.[15]

Hay muchos trastornos neurológicos y médicos, así como medicamentos que causan síntomas depresivos. Los pacientes con trastorno depresivo mayor informan primero las molestias físicas a sus terapeutas. La mayoría de las causas

médicas del trastorno depresivo se pueden identificar a través de un historial médico completo, un examen físico y neurológico completo y análisis de sangre y orina de rutina. Las pruebas de diagnóstico deben incluir pruebas de la función tiroidea y suprarrenal, ya que las alteraciones en ambos sistemas hormonales pueden manifestarse como trastornos depresivos. Un criterio razonable que podría aplicarse a los trastornos del estado de ánimo inducidos por sustancias es que cualquier sustancia utilizada por un paciente deprimido debería considerarse un desencadenante probable del trastorno del estado de ánimo. Tratamiento con medicina cardíaca, anti-hipertensión, sedantes, hipnóticos, antipsicóticos, fármacos anti-biológicos, anti-Vspina, analgésicos, síntomas antibacterianos y anti-cáncer relacionados con la depresión de los síntomas.[15]

Problemas neurológicos. Los problemas neurológicos más comunes que se manifiestan con síntomas depresivos son la enfermedad de Parkinson, las enfermedades desmielinizantes (incluida la demencia de Alzheimer), la epilepsia, la enfermedad cerebrovascular y el cáncer. Entre el 50 por ciento y el 75 por ciento de los pacientes con enfermedad de Parkinson tienen síntomas graves de un trastorno depresivo que no están relacionados con la discapacidad física del paciente, la edad o la duración de la enfermedad, sino con la presencia de otros trastornos detectados por pruebas neuropsicológicas. Los síntomas de un trastorno depresivo pueden estar enmascarados por síntomas motores que se parecen mucho a los de la enfermedad de Parkinson. Los síntomas depresivos suelen responder a los antidepresivos o a la TEC. Los cambios Inter temporales asociados con la epilepsia del lóbulo temporal pueden simular un trastorno depresivo, especialmente si el foco epiléptico está a la derecha. La depresión es a menudo una complicación de la enfermedad cerebrovascular, especialmente dentro de los dos años posteriores a un episodio depresivo. La depresión es más común en las lesiones cerebrales anteriores que en las lesiones cerebrales posteriores, y ambas condiciones responden a los antidepresivos. Los tumores cerebrales y temporales a menudo se asocian con síntomas de trastornos depresivos en particular.[15]

Pseudodemencia. Por lo general, es posible distinguir la Pseudodemencia de un trastorno depresivo mayor de la demencia de otro trastorno, como la demencia de la enfermedad de Alzheimer, sobre la base de los síntomas clínicos. Los síntomas cognitivos del trastorno depresivo mayor aparecen repentinamente y están relacionados con otros síntomas del trastorno, como el remordimiento. Se puede observar una variabilidad diaria de los problemas cognitivos, lo que no ocurre en la demencia primaria. Los pacientes con depresión y dificultades cognitivas no intentaron responder a la pregunta («No sé»), mientras que los pacientes con demencia se confabularon. Durante la entrevista, los pacientes deprimidos pueden ser entrenados y animados a memorizar, lo que no es el caso de los pacientes con demencia.[15]

Otros trastornos del estado de ánimo. Se deben considerar varios tipos de diagnósticos antes de hacer un diagnóstico final. Se deben descartar alteraciones del estado de ánimo causadas por otra enfermedad y por el uso de psicoestimulantes. También es importante determinar si el paciente tiene episodios de síntomas maníacos que pueden indicar trastorno bipolar I (episodios maníacos y depresivos totalmente prolongados), trastorno bipolar II (episodios depresivos, depresión mayor recurrente con hipomanía) o esquizofrenia (episodios de depresión mayor y euforia). Si los síntomas del paciente se limitan a síntomas depresivos, se debe evaluar su intensidad y duración para distinguir entre trastorno depresivo mayor (trastorno depresivo completo de dos semanas), episodio depresivo leve (trastorno depresivo incompleto pero intermitente), trastorno depresivo recurrente a corto plazo recurrente trastorno depresivo mayor (trastorno depresivo mayor con episodios que duran menos de 2 semanas) y trastorno depresivo mayor distimia (trastorno depresivo incompleto sin episodios definidos).15

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 relativa se asocian comúnmente con síntomas depresivos y deben considerarse en el

diagnóstico diferencial de pacientes con síntomas depresivos. Quizás el más desafiante es el diagnóstico diferencial del trastorno de ansiedad con ansiedad mayor y el trastorno depresivo con ansiedad mayor. Los resultados anormales de la prueba de supresión con dexametasona, la presencia de un tiempo de espera REM acortado en el EEG del sueño y los resultados negativos de la prueba de infusión de lactato en circunstancias excepcionales no respaldan claramente el diagnóstico de trastorno depresivo mayor.[15]

Duelo no complicado. El duelo simplemente no se considera un trastorno mental, aunque un tercio de los cónyuges en duelo cumplen los criterios de diagnóstico para el trastorno depresivo mayor en algún momento. Algunos pacientes con duelo no complicado desarrollan un trastorno depresivo mayor, que no se diagnostica hasta que se resuelve el duelo. La distinción se basa en la intensidad y duración de los síntomas. En el trastorno depresivo mayor, los síntomas típicos que se desarrollan a partir de un duelo no resuelto son una preocupación mórbida por cosas inútiles, pensamientos de suicidio, la sensación de que la persona ha cometido un acto (en lugar de simplemente una omisión) que causó la muerte de un cónyuge, "momificación" (almacenamiento de las pertenencias de la persona fallecida) para ser exactos como el anterior) y reacciones particularmente graves a los recuerdos de fechas, que pueden incluir ideación suicida. En forma de depresión severa posterior a la pérdida, el paciente simplemente está agotado, incapaz de vivir sin el difunto, generalmente un cónyuge. Estas personas tienen serios problemas de salud. Su función inmunológica está suprimida y su salud cardiovascular es asombrosa. La muerte de un cónyuge puede ocurrir en un período de varios meses, especialmente en hombres mayores. Con estas consideraciones en mente, sería clínicamente imprudente suspender los antidepresivos para las muchas personas que están sufriendo una pérdida tan grande.[15]

Esquizofrenia. Se han publicado numerosos artículos sobre las dificultades clínicas para distinguir entre episodios maníacos y episodios de esquizofrenia. Aunque es difícil, es posible un diagnóstico diferencial. Los estados de ánimo elevados, eufóricos y contagiosos son mucho más comunes en los episodios maníacos que en la esquizofrenia. La combinación de estado de ánimo maníaco habla rápida o apresurada e hiperactividad apoya fuertemente el diagnóstico de un episodio maníaco. El episodio maníaco comienza rápidamente y se considera un cambio repentino en el comportamiento anterior del paciente. La mitad de los pacientes con trastorno bipolar I tienen antecedentes familiares de trastorno afectivo. Los síntomas distónicos son parte del episodio depresivo de Bipolar I. Al evaluar al paciente, se debe considerar un historial de episodios maníacos o depresivos y un historial familiar de trastornos del estado de ánimo. Los síntomas maníacos en personas de grupos minoritarios (especialmente negros e hispanos) a menudo se diagnostican erróneamente como síntomas de esquizofrenia.[15]

Afecciones médicas. A diferencia de los síntomas depresivos que ocurren en la mayoría de los trastornos mentales, los síntomas maníacos son más diversos, aunque también pueden ser causados por una variedad de problemas médicos, neurológicos y de uso de sustancias. El tratamiento antidepresivo también puede desencadenar episodios maníacos en algunos pacientes.[15]

Trastorno bipolar I

Cuando un paciente con Trastorno Bipolar I tiene un episodio depresivo, el diagnóstico diferencial es el mismo que el de la depresión mayor. Sin embargo, si el paciente es maníaco, el diagnóstico diferencial sería trastorno bipolar I, trastorno bipolar II, trastorno del estado de ánimo, trastorno del estado de ánimo por otras enfermedades y trastorno del estado de ánimo por sustancias/drogas. Cuando se trata de síntomas de manía, el trastorno límite de la personalidad, el narcisismo, la histeria y el comportamiento antisocial merecen una atención especial.[15]

Trastorno bipolar II

El diagnóstico diferencial de los pacientes evaluados por trastorno afectivo debe incluir otros trastornos afectivos, trastornos psicóticos y trastornos límite. La distinción entre el trastorno depresivo mayor y el trastorno bipolar I por un lado y el trastorno bipolar II por un lado se basa en la evaluación clínica de los episodios maníacos. La eutimia en pacientes con depresión crónica no debe confundirse con un episodio maníaco o maníaco. Los pacientes con trastorno límite de la personalidad a menudo experimentan una interrupción significativa en sus vidas, al igual que los pacientes con trastorno bipolar tipo II, debido a múltiples episodios de síntomas de trastornos del estado de ánimo.[15]

Trastorno de depresión mayor frente a trastorno bipolar

La cuestión de si un paciente tiene un trastorno depresivo mayor o un trastorno bipolar es uno de los temas más importantes en la práctica clínica. Numerosos estudios han demostrado que el trastorno bipolar no solo se confunde con los trastornos de personalidad, los trastornos por abuso de sustancias o la esquizofrenia, sino también con los trastornos depresivos y de ansiedad. Algunos síntomas, especialmente cuando aparecen juntos, proporcionan trastornos bipolares. Los indicadores más amplios de los trastornos bipolares se enumeran a continuación; Ninguno de ellos confirmó el diagnóstico, aunque causaron dudas clínicas en esta dirección: depresión, depresión del ciclo, cambio de sueño en fase o una combinación de estos factores. Depresión anti-radéptica (incapaz de tratar antidepresivos de tres capas diferentes); La depresión de una persona que tiene una profesión a cuadros, un impulsivo periódico, como un juego, un comportamiento sexual anormal y quiere encontrar un mundo, o incómodo periódicamente, trata de suicidarse o ambos, también, también como depresión con trastornos de personalidad inestables.[15]

IV.2.1. Evolución y pronóstico

Los estudios sobre el curso y pronóstico de los trastornos afectivos han demostrado que estos trastornos tienen un curso largo y recurrente. Aunque los trastornos afectivos generalmente se consideran benignos, a diferencia de la esquizofrenia, son muy costosos para los pacientes afectados.[15]

Trastorno de depresión mayor Evolución

Inicio

Aproximadamente el 50 por ciento de los pacientes en su primer episodio depresivo mayor tienen síntomas depresivos significativos antes de que el episodio sea identificado como tal. Cuanto antes se reconozcan y traten los síntomas, más efectivos serán para prevenir un episodio depresivo en toda regla. Aunque los síntomas pueden estar presentes, los pacientes con trastorno depresivo mayor generalmente no tienen un trastorno de personalidad antes del inicio de la enfermedad. El primer episodio depresivo ocurre antes de los 40 años en el 50 por ciento de los casos. El inicio tardío se asocia con antecedentes familiares de trastornos del estado de ánimo, trastorno de personalidad antisocial y abuso de alcohol.[15]

Duración

Un episodio depresivo no tratado dura de seis a 13 meses, y la mayoría de los episodios tratados duran alrededor de tres meses. Retirar los antidepresivos antes de los tres meses casi siempre provoca la reaparición de los síntomas. A medida que la enfermedad progresa, los pacientes tienen episodios que se vuelven más frecuentes y de mayor duración. El promedio de concentraciones en 20 años es de cinco a seis.[15]

DESARROLLO DE LOS EPISODIOS DE MANÍA

Entre el cinco por ciento y el diez por ciento de los pacientes diagnosticados inicialmente con trastorno depresivo mayor tienen un episodio maníaco de seis a diez años después de su primer episodio depresivo. La edad promedio de este cambio es de 32 años, y suele ocurrir después de tres o cuatro episodios depresivos. Aunque los datos son consistentes e inconsistentes, ha habido un informe de una paciente deprimida que posteriormente fue diagnosticada con trastorno bipolar I cuando se caracteriza por somnolencia excesiva, retraso mental y retraso mental, síntomas psicomotores, síntomas psicóticos, antecedentes de episodios posparto, antecedentes familiares de trastorno BD tipo I y antecedentes de hipomanía inducida por antidepresivos.[15]

Pronóstico

El trastorno depresivo mayor no es benigno. Tiende a ser crónico y recurrente. Los pacientes hospitalizados por su primer episodio depresivo mayor tienen un 50 por ciento de posibilidades de recuperarse en el primer año. La proporción de pacientes que se recuperaron de la rehabilitación disminuyó gradualmente con el tiempo. Muchos pacientes que no se recuperan siguen teniendo trastornos del estado de ánimo. En el 25 por ciento de los casos, el trastorno depresivo recurrente ocurre dentro de los primeros seis meses después del alta, 30-50 por ciento, en los próximos dos años y 50-75 por ciento, en cinco años. Las tasas de recaída fueron inferiores a estos valores en pacientes que continuaron con psicoterapia preventiva y en aquellos con solo uno o dos episodios depresivos. En general, el tiempo entre episodios disminuye y su intensidad aumenta a medida que el paciente acumula más episodios depresivos.[15]

Indicadores pronósticos

Muchos estudios se han centrado en identificar indicadores de buen y mal pronóstico durante el desarrollo del trastorno depresivo mayor. Los episodios leves, la ausencia de síntomas psicóticos y la estancia hospitalaria corta son signos de buen pronóstico. Los indicadores psicosociales de un resultado favorable fueron antecedentes de fuertes amistades durante la adolescencia, actividad familiar estable y actividad social constante durante los cinco años anteriores a la enfermedad. Otros signos de buen pronóstico incluyen la ausencia de trastornos psiquiátricos o de personalidad comórbidos, no más de una hospitalización por trastorno depresivo mayor y una edad avanzada de aparición. La posibilidad de un mal pronóstico aumenta la presencia de distonías comórbidas, abuso de alcohol y otras sustancias, síntomas de trastornos de ansiedad y más de un episodio previo de depresión. Los hombres son más propensos que las mujeres a tener un peor curso crónico.[15]

Trastorno bipolar

Evolución

La historia natural del trastorno bipolar I suele ser útil cuando se mapea la enfermedad de un paciente y se actualiza a medida que avanza el tratamiento. Aunque el trastorno del ciclo del estado de ánimo se diagnostica retrospectivamente en pacientes con trastorno bipolar I, no hay rasgos de personalidad asociados específicamente con el trastorno bipolar I. El trastorno bipolar I generalmente comienza con depresión (75 % en mujeres, 67 por ciento en hombres) y es una enfermedad recurrente. enfermedad. trastornos La mayoría de los pacientes tienen episodios tanto depresivos como maníacos, aunque entre el diez y el 20 por ciento solo tienen episodios maníacos. Los episodios maníacos suelen comenzar rápidamente (horas o días), pero pueden progresar durante varias semanas. Si no se trata, el episodio maníaco durará alrededor de tres

meses y para entonces el tratamiento no estará completo. De aquellos que han experimentado un episodio maníaco, es probable que el 90 por ciento tenga un segundo episodio. El intervalo entre los episodios disminuye a medida que avanza la enfermedad. Sin embargo, después de unas cinco oleadas, el intervalo entre oleadas se estabiliza en unos seis a nueve meses. Entre las personas con trastorno bipolar, entre el cinco por ciento y el 15 por ciento tendrán cuatro o más episodios por año y pueden clasificarse como ciclistas enérgicos.[15]

Trastorno bipolar I en niños y personas mayores

Este trastorno puede afectar tanto a los muy jóvenes como a los muy mayores. La incidencia en niños y adolescentes es del uno por ciento y el inicio de la enfermedad puede ser muy temprano, incluso a los ocho años. Los diagnósticos erróneos más comunes son la esquizofrenia y el trastorno negativista desafiante. Un trastorno bipolar I de inicio tan temprano se asocia con un mal pronóstico. Los síntomas maníacos son comunes en los ancianos, aunque tienen muchas causas diferentes e incluyen problemas médicos no psiquiátricos, demencia y paranoia, y trastorno bipolar I. La aparición del verdadero trastorno bipolar I en los ancianos es relativamente rara.[15]

Pronóstico

Los pacientes con trastorno bipolar I tienen peor pronóstico que los pacientes con depresión mayor. Aproximadamente el 40-50 por ciento de los pacientes con trastorno bipolar I tienen un segundo episodio maníaco dentro de los dos años posteriores al primero. Aunque la profilaxis con litio mejora el curso y pronóstico de esta enfermedad, es probable que solo el 50-60 por ciento de los pacientes logren un control significativo de sus síntomas con litio. En un estudio de

seguimiento de cuatro años de pacientes con trastorno bipolar I, los factores que contribuyeron a un mal pronóstico fueron un estado preepiléptico deficiente, alcoholismo, psicosis interepisódica, síntomas depresivos y depresión grave o depresión y hombres. La corta duración de los episodios maníacos, la mayor edad de inicio, menos ideación suicida y menos problemas médicos o psiquiátricos relacionados predicen un mejor pronóstico.[15]

Los síntomas no recurrieron al siete por ciento de los pacientes con trastorno bipolar I; El 45 por ciento tiene más de un episodio y el 40 por ciento tiene una enfermedad crónica. Los pacientes pueden tener entre dos y 30 episodios maníacos, aunque la media es de nueve episodios, aunque el 40 por ciento de los pacientes tienen más de diez episodios. En el seguimiento a largo plazo, el 15 por ciento de los pacientes con trastorno bipolar I se sentía bien, el 45 por ciento se sentía bien, pero tenía múltiples recaídas, el 30 por ciento estaba en remisión parcial y el diez tenía enfermedad crónica. Un tercio de todos los casos de trastorno bipolar I tienen síntomas crónicos y signos de deterioro social significativo.[14]

Trastorno bipolar II

El curso y el pronóstico del TB tipo II sugieren que el diagnóstico se mantiene estable, como lo demuestra la alta probabilidad de que los pacientes con TB tipo II reciban un diagnóstico similar incluso hasta cinco años después. El trastorno bipolar II es una enfermedad crónica que requiere estrategias de tratamiento a largo plazo.[15]

IV.2.2. Tratamiento

El tratamiento de pacientes con trastornos del estado de ánimo debe apuntar a lograr varios objetivos. En primer lugar, se debe garantizar la seguridad del

paciente y, en segundo lugar, se requiere una evaluación diagnóstica completa. Luego se iniciará un plan de tratamiento, teniendo en cuenta no solo los síntomas inmediatos sino también la salud futura del paciente. Aunque las terapias modernas enfatizan el uso de tratamiento farmacológico y psicoterapéutico, las situaciones estresantes de la vida aumentan la frecuencia de las recaídas, por lo que el tratamiento también debe tener en cuenta el número de recaídas y la intensidad de los factores estresantes encontrados en la vida del paciente. En general, el tratamiento de los trastornos del estado de ánimo es beneficioso para los psiquiatras. Hay tratamientos especiales disponibles para muchos episodios maníacos y depresivos, y las terapias preventivas también son efectivas. Dado que el pronóstico para cada etapa es favorable, el optimismo siempre es bienvenido tanto por el paciente como por la familia. Sin embargo, los trastornos del estado de ánimo son crónicos y los pacientes y sus familias deben conocer las futuras estrategias de tratamiento.[15]

Hospitalización

La primera (y más importante) decisión que debe tomar un profesional es sí ingresar al paciente en el hospital o intentar un tratamiento ambulatorio. Los marcadores obvios de hospitalización son un mayor riesgo de suicidio u homicidio, menor capacidad para obtener alimentos y refugio, y necesidad de diagnóstico. Una historia de síntomas que progresan rápidamente y la paciente que interrumpe sus sistemas de apoyo habituales también requiere hospitalización.[15]

Un médico puede tratar con éxito la depresión leve o la hipomanía en la clínica si ve a los pacientes con regularidad. Los signos clínicos de deterioro del juicio, pérdida de peso o insomnio deben ser mínimos y el sistema de apoyo del paciente sólido: ni demasiado comprometido ni demasiado retraído. El más mínimo cambio negativo en los síntomas o el comportamiento de un paciente o en relación con su sistema de apoyo puede ser suficiente para justificar la

hospitalización. Los pacientes con trastornos del estado de ánimo a menudo no quieren ser hospitalizados voluntariamente y pueden ser hospitalizados involuntariamente. Estos pacientes son incapaces de tomar decisiones debido a su lentitud de pensamiento, actitudes negativas (Weltanschauung) y desesperanza. Los pacientes maníacos a menudo desconocen por completo su enfermedad, por lo que el ingreso en el hospital les parece completamente absurdo.[15]

Tratamiento psicosocial

Aunque la mayoría de los estudios indican (y la mayoría de los médicos e investigadores confirman) que la combinación de psicoterapia y tratamiento farmacológico es el tratamiento más eficaz para el trastorno de depresión mayor, algunos datos indican otra perspectiva: ambas medidas terapéuticas son eficaces por separado, al menos en pacientes con episodios depresivos mayores leves, y el uso habitual del tratamiento combinado aumenta los costes y expone a los pacientes a acontecimientos adversos innecesarios.[15]

Se han estudiado tres tipos de psicoterapia a corto plazo – la terapia cognitiva, la terapia interpersonal y la terapia conductual – para comprobar su eficacia en el tratamiento del trastorno de depresión mayor. Aunque la eficacia de la psicoterapia dirigida por el psicoanálisis en esta indicación no ha sido tan estudiada como en las otras tres, se ha utilizado durante mucho tiempo en los trastornos depresivos y en muchas especialidades la utilizan como principal método de trabajo. Los factores que distinguen estos tres enfoques psicoterapéuticos a corto plazo de los procedimientos de orientación psicoanalítica son el papel proactivo y orientador del terapeuta, las metas claramente identificables y las metas a alcanzar en la terapia a corto plazo. Los datos recopilados son alentadores en cuanto a la eficacia del tratamiento dinámico. En un ensayo controlado aleatorizado que comparó la terapia psicodinámica con la terapia cognitiva conductual, se obtuvieron resultados

similares con ambas terapias en pacientes deprimidos. El Programa de Estudio de Tratamiento de la Depresión General de los Institutos Nacionales de Salud Mental (NIMH, por sus siglas en inglés) identificó los siguientes predictores de respuesta a diferentes tratamientos: grado de disfunción social bajo indica una buena respuesta a la terapia interpersonal; la disfunción cognitiva baja sugiere una buena respuesta a la terapia cognitiva conductual y la farmacología; La disfunción laboral alta sugiere una buena respuesta a la medicación, y la depresión severa sugiere una buena respuesta a la terapia interpersonal y farmacológica.[15]

Terapia cognitiva

La terapia cognitiva, desarrollada originalmente por Aaron Beck, se centra en las distorsiones cognitivas que se cree que ocurren en el trastorno depresivo mayor. Estas distorsiones incluyen la atención selectiva a los aspectos negativos de la situación e intervenciones patológicas poco realistas para las consecuencias (p. ej., apatía y pérdida de energía como resultado del fracaso de las expectativas del paciente). El objetivo de la terapia cognitiva es aliviar los episodios depresivos y prevenir las recaídas ayudando a los pacientes a identificar y analizar las creencias negativas y desarrollar formas de pensar alternativas, flexibles y positivas, mientras practican nuevas respuestas cognitivas y conductuales.[15]

Se ha demostrado que es eficaz en el tratamiento del trastorno depresivo mayor. La mayoría de los estudios indican que los efectos de la terapia cognitiva son similares a los del tratamiento farmacológico y tienen menos efectos secundarios y mejores resultados de seguimiento. Algunos de los estudios mejor controlados muestran que una combinación de terapia cognitiva y terapia con medicamentos es más efectiva que ambas terapias solas, aunque otros estudios no han mostrado tales efectos secundarios. Al menos un estudio, el NIMH Depression Research Collaboration, ha demostrado que la elección de la

medicación, sola o en combinación con la psicoterapia, puede ser el tratamiento de elección para los pacientes con episodios depresivos graves.[15]

Terapia interpersonal

La terapia interpersonal, desarrollada por Gerald Clerman, se centra en uno o dos de los problemas interpersonales actuales del paciente. Se basa en dos supuestos: primero, los problemas interpersonales actuales se derivan de relaciones disfuncionales previas y, segundo, estos problemas promueven o perpetúan los síntomas depresivos. Según estudios controlados, la terapia interpersonal es eficaz para tratar el trastorno depresivo mayor y, como era de esperar, puede ser particularmente útil para resolver problemas interpersonales. Según algunos estudios, la terapia interpersonal puede ser el tratamiento más efectivo para los episodios de depresión mayor cuando la psicoterapia sola es el tratamiento de elección. Un programa de terapia interpersonal generalmente incluye de 12 a 16 sesiones semanales y se caracteriza por un enfoque de terapia activa. No se tienen en cuenta los fenómenos internos como los mecanismos de defensa y los conflictos internos. Se pueden eliminar otros comportamientos discretos, como la duda, las habilidades sociales deterioradas y el pensamiento perverso, pero solo en el contexto de su importancia o impacto en las relaciones entre los individuos.[15]

Terapia conductual

La terapia conductual se basa en la hipótesis de que los patrones de comportamiento desadaptativos dan como resultado que una persona reciba poca retroalimentación positiva y posiblemente incluso rechazo social. Al abordar los comportamientos desadaptativos a través de la terapia, los pacientes aprenden a funcionar en el mundo de una manera que recibe un refuerzo positivo. La terapia conductual para el trastorno depresivo mayor no ha sido el

foco de muchos ensayos controlados y la limitada evidencia disponible sugiere que es un tratamiento eficaz para el trastorno depresivo mayor.[15]

Terapia orientada psicoanalíticamente

El enfoque psicoanalítico de los trastornos del estado de ánimo se basa en las teorías psicoanalíticas de la depresión y la manía. El objetivo de la terapia psicoanalítica es cambiar la estructura o las características de la personalidad del paciente, no sólo 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 experimentar una variedad de emociones. El tratamiento a menudo requiere que el paciente experimenta episodios de mayor ansiedad e irritabilidad durante el tratamiento, que pueden durar varios años.[15]

Terapia de familia

La terapia familiar no se considera una de las terapias principales con trastornos de depresión graves, aunque cada vez más datos muestran la ayuda de pacientes con trastornos del estado de ánimo para reducir el estrés, y el estrés también reduce la posibilidad de reincidencia. Se indica que si este trastorno es peligroso para el matrimonio con los pacientes o la actividad de su familia o si se trata de una situación familiar que causa el síndrome de estado de ánimo o el apoyo del síndrome de estado de ánimo. La terapia familiar explora el papel de un miembro con un trastorno del estado de ánimo en la salud mental general de la familia, así como el papel de toda la familia en el mantenimiento de los síntomas del paciente. Los pacientes con trastornos del estado de ánimo tienen una alta tasa de divorcios: el 50 por ciento de las parejas dijeron que no se casarían ni tendrán hijos si supieran que el paciente tendría un trastorno del estado de ánimo.[15]

Estimulación del nervio vago

Se ha demostrado que la estimulación experimental del nervio vago mejora el estado de ánimo de los pacientes en varios estudios para probar tratamientos para la epilepsia. Esta observación condujo al uso de la estimulación del nervio vago (VNS) con un dispositivo electrónico similar a un marcapasos implantado en la piel. La investigación preliminar ha demostrado que algunos pacientes con trastorno depresivo recurrente crónico experimentan una remisión de los síntomas mientras toman ANS. El mecanismo de acción de VNS para explicar esta mejora aún se desconoce. 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.[15]

Estimulación magnética transcraneal

La estimulación magnética transcraneal (EMT) se muestra prometedora como tratamiento para la depresión. Supone el uso de energía magnética o de pulsos muy cortos para estimular las células nerviosas del cerebro. Está indicada de forma específica para el tratamiento de la depresión en pacientes adultos que no han logrado una mejoría satisfactoria con un antidepresivo ya utilizado anteriormente administrado a la dosis mínima eficaz o por encima de ella y durante todo el episodio actual.[15]

La EMT repetitiva (EMTr) produce una estimulación eléctrica secundaria focal de las regiones corticales diana. Es no convulsiva, no requiere anestesia, tiene un perfil de efectos secundarios seguro y no está asociada a efectos secundarios cognitivos.[15]

Los pacientes no precisan anestesia ni sedación y permanecen despiertos y alerta. Es un procedimiento ambulatorio de 40 min de duración autorizado por un psiquiatra y puede realizarse en la propia consulta. El tratamiento se administra

típicamente de forma diaria durante cuatro a seis semanas. El suceso adverso más habitual relacionado con el tratamiento es la presencia de dolor o molestia en el cuero cabelludo.[15]

El tratamiento con EMT está contraindicado en pacientes con dispositivos metálicos implantados u objetos metálicos fijos en la cabeza o cerca de ella.[15]

Privación del sueño

Los trastornos del estado de ánimo se caracterizan por alteraciones del sueño. La manía a menudo se caracteriza por una menor necesidad de dormir, mientras que la depresión se asocia con somnolencia excesiva o insomnio. 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 logran una mejoría significativa pero temporal después de la pérdida completa del sueño. Los resultados positivos a menudo cambian después de dormir la noche siguiente. Se han utilizado diferentes procedimientos para lograr una respuesta más permanente a la privación del sueño. Una persona utilizó la privación total del sueño en masa alternando con uno o dos días de sueño normal. Este enfoque no brinda una respuesta antidepresiva duradera porque la depresión tiende a reaparecer durante los ciclos normales de sueño. Otro enfoque utilizado es retrasar la hora en que el paciente se acuesta cada noche o privación parcial del sueño. Con este método, el paciente puede permanecer despierto de dos am a diez pm todos los días. Hasta el 50 por ciento de los casos de anti -depresión el mismo día sin una parte del sueño, pero esta ventaja también tiende a desaparecer con el tiempo. Sin embargo, en algunas publicaciones, la privación parcial del sueño se ha utilizado con éxito para tratar el insomnio relacionado con la depresión. El tercer método, y quizás el más efectivo, combina la privación del sueño con medicamentos para la depresión. Muchos estudios muestran que la privación total o parcial del sueño seguida

inmediatamente por un antidepresivo o litio respalda los efectos antidepresivos de la privación del sueño. Asimismo, varias publicaciones han sugerido la privación del sueño para acelerar la respuesta a los antidepresivos, incluidas la fluoxetina y la nortriptilina. También se ha descubierto que la privación del sueño mejora la disforia premenstrual.[15]

Fototerapia

La fototerapia (terapia de luz) se introdujo en 1984 para tratar el trastorno afectivo estacional. En este trastorno, los pacientes suelen presentar síntomas depresivos a medida que disminuyen las horas de luz con la llegada del invierno. Las mujeres representan al menos el 75 por ciento de los pacientes con depresión estacional y la mediana de edad de inicio es de 40 años. El trastorno afectivo estacional es raro en pacientes mayores de 55 años. La fototerapia consiste en exponer al paciente a una luz brillante de 1500 a 10 000 lux o más, generalmente con una caja de luz colocada sobre una mesa o escritorio. Los pacientes se sientan frente a la luz durante una a dos horas al día antes del atardecer, aunque algunas personas también se benefician de estar en la oscuridad. Algunos fabricantes también han desarrollado viseras livianas en las que la fuente de luz está integrada en el borde. Estas viseras livianas ofrecen 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 una exposición más prolongada se asocia con reacciones más fuertes.[15]

La fototerapia es generalmente bien tolerada. Las fuentes de luz más nuevas a menudo usan intensidades de luz más bajas y ya están equipadas con filtros. Se le pide al paciente que no mire directamente a la fuente de luz. Al igual que con cualquier antidepresivo, la fototerapia rara vez juega un papel en convertir a algunos pacientes deprimidos en manía o hipomanía.[15]

Además de la depresión estacional, los trastornos del sueño pueden ser otra indicación importante para la fototerapia. La fototerapia se ha utilizado para reducir la irritabilidad y los problemas de rendimiento asociados con el trabajo por turnos. Los trastornos del sueño en pacientes de edad avanzada mejoran con la exposición a la luz brillante durante el día. Además, para algunas indicaciones, el jet lag también puede responder a la fotoquimioterapia. La evidencia preliminar sugiere que la fototerapia puede ser beneficiosa en algunos pacientes con TOC estacionalmente fluctuante.[15]

Tratamiento farmacológico

Una vez que se establece el diagnóstico, se debe desarrollar la terapia con medicamentos. Establecer el diagnóstico correcto es importante porque el espectro de trastornos unipolares y bipolares requiere diferentes regímenes de tratamiento. El objetivo del tratamiento farmacológico es aliviar los síntomas, no solo aliviarlos. Los pacientes con síntomas residuales, en comparación con los que lograron una remisión completa, tenían más probabilidades de experimentar recaídas o recurrencias de episodios afectivos y un mayor deterioro de las actividades diarias. Trastorno depresivo fuerte. El uso de un medicamento específico duplica aproximadamente las posibilidades de que un paciente se recupere de la depresión en un mes. Todos los antidepresivos actualmente disponibles tardan de tres a cuatro semanas en mostrar su efecto terapéutico significativo, incluso si comienzan a sentirse antes. La elección de los antidepresivos depende de si su perfil de efectos secundarios es el menos aceptable dada la condición física, el temperamento y el estilo de vida del paciente. El hecho de que existan múltiples clases de antidepresivos, muchos de ellosccon diferentes mecanismos de acción, es una prueba indirecta de la heterogeneidad responsable de las disfunciones bioquímicas. Si bien los primeros antidepresivos, los inhibidores de la monoaminooxidasa (IMAO) y los antidepresivos tricíclicos, todavía se usan en la actualidad, los compuestos más

nuevos que han ayudado a tratar la depresión se vuelven «más amigables para los médicos y los pacientes».[15]

Guías clínicas generales

El más común de los errores clínicos que conduce a resultados insatisfactorios en las pruebas de fármacos antidepresivos es el uso de una dosis demasiado baja durante un tiempo demasiado breve. A menos que lo impidan circunstancias adversas, la dosis de antidepresivo debe aumentarse hasta la dosis máxima recomendada y mantenerse en este nivel durante un mínimo de cuatro a cinco semanas antes de que el estudio se considere fallido. De lo contrario, no se debe aumentar la dosis si la condición clínica del paciente mejora con dosis bajas, a menos que cese la mejoría clínica antes de lograr el máximo beneficio. Cuando, después de dos a tres semanas, un paciente no comienza a responder a una dosis adecuada, el médico puede decidir medir los niveles de fármaco en plasma, si es posible. Este ensayo puede revelar incumplimiento o una distribución farmacocinética particularmente inusual del fármaco, lo que permite sugerir dosis alternativas.[15]

Duración y profilaxis

El tratamiento antidepresivo debe continuar durante al menos 6 meses o durante el período anterior, lo que sea más largo. Este tratamiento preventivo reduce el número y la intensidad de los brotes. Un estudio concluyó que 5 años de tratamiento profiláctico están indicados cuando los episodios están separados por intervalos de menos de 2,5 años. Otro factor que sugiere el uso de tratamiento profiláctico es la gravedad de los episodios depresivos previos. Los episodios en los que también se involucraron ideas suicidas significativas o deterioro de la funcional psicosocial también indican tratamiento preventivo. Después de suspender el tratamiento con antidepresivo, la dosis debe disminuir

gradualmente dentro de una o dos semanas, dependiendo de la mitad de eliminación de cada compuesto específico. Varios estudios sugieren que seguir tomando antidepresivos para tratar la depresión crónica es seguro y efectivo.[15]

El objetivo de la fase de mantenimiento del tratamiento es prevenir nuevos episodios afectivos (es decir, recaídas). Solo los pacientes con depresión recurrente o crónica deben recibir terapia de mantenimiento.[15]

Tratamiento de los subtipos depresivos

Los pacientes con trastorno depresivo mayor con síntomas atípicos (llamados disfagia histeroide) responden principalmente al tratamiento con un IMAO o un ISRS. Los antidepresivos con un mecanismo de acción dual sobre los receptores serotoninérgicos y noradrenérgicos son más efectivos en la depresión melancólica. Los pacientes con depresión estacional durante el 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 la efectividad de la TEC en esta indicación, quizás más efectiva que la terapia farmacológica. En los casos con síntomas atípicos, la eficacia de los IMAO ha quedado claramente demostrada. Los ISRS y el bupropión también se usan para la depresión atípica.[15]

Uso terapéutico de los efectos secundarios

Selección de antidepresivos más sedantes (p. ej., amitriptilina) en pacientes con depresión más ansiosa o más fármacos activadores (p. ej., amitriptilina). Por ejemplo, desipramina), en los que tienen excelentes frenos psicológicos, a menudo no son útiles. Por ejemplo, todas las ventajas a corto plazo obtenidas de paroxetina, mirtazapina o amitripot (más sedante) con ansiedad o síntomas de insomnio pueden causar inconvenientes. Estos medicamentos suelen tener un

efecto sedante de larga duración, lo que puede hacer que los pacientes dejen de tomarlos antes de tiempo y aumente el riesgo de recaída o recaída. Algunos médicos usan medicamentos adyuvantes (p. pastillas para dormir o ansiolíticos) en combinación con antidepresivos para aliviar los síntomas más rápidamente o eliminar los efectos secundarios a los que los pacientes se acostumbran con el tiempo.[15]

Es importante conocer el historial médico anterior del paciente porque su respuesta anterior a menudo predice su respuesta al tratamiento actual. El fracaso documentado de un ensayo correctamente realizado con una clase particular de antidepresivos (p. ej., ISRS, tricíclicos o IMAO) sugiere elegir un fármaco de otro. La historia de los primeros familiares reacciona con un medicamento específico involucrado en una buena respuesta al mismo medicamento en el paciente.[15]

Fracaso del tratamiento agudo.

Los pacientes pueden no responder a una medicación porque: 1) no toleran los efectos secundarios, incluso cuando se espera una buena respuesta clínica; 2) puede producirse un acontecimiento adverso idiosincrásico; 3) la respuesta clínica no es la adecuada, o 4) se ha establecido un diagnóstico erróneo. Las pruebas de medicación en la fase aguda deben durar entre cuatro y seis semanas para determinar si se logra la reducción significativa de los síntomas. La mayoría de los pacientes (pero no todos) que finalmente tendrán una respuesta completa muestran al menos una respuesta parcial (es decir, al menos una reducción del 20-25 por ciento de la intensidad de los síntomas depresivos con respecto a antes del tratamiento) en la semana cuatro si la dosis es adecuada durante las semanas iniciales del tratamiento. La ausencia de respuesta parcial a las cuatro a seis semanas indica que es necesario cambiar el tratamiento. Se necesitan períodos de tiempo más prolongados (ocho a doce semanas o más) para definir el grado último de reducción de los síntomas que puede lograrse con

un medicamento. Aproximadamente la mitad de los pacientes requieren una segunda prueba de tratamiento médico porque el tratamiento inicial es mal tolerado o ineficaz.[15]

Selección de las segundas opciones terapéuticas.

Si el tratamiento inicial no tiene éxito, lo normal es cambiar a un método alternativo o aumentar la dosis actual. La elección entre cambiar de un fármaco inicial a un fármaco nuevo (en lugar de añadir un segundo fármaco al primero) se basa en la historia previa del paciente, el alcance del beneficio logrado con el tratamiento inicial y las preferencias del paciente. Como regla general, es mejor cambiar el medicamento que aumentar la dosis después de que el tratamiento inicial haya fallado. Por otro lado, los procedimientos de escalada de dosis son útiles en pacientes que lograron algún beneficio con el tratamiento inicial pero no lograron la remisión. El procedimiento para aumentar la dosis usando litio u hormona tiroidea ha sido mejor estudiado. También se usa una combinación de ISRS y bupropión. De hecho, ningún procedimiento híbrido ha demostrado de manera convincente que sea más eficiente que el otro. La TEC es eficaz tanto en formas de depresión psicóticas como no psicóticas, pero generalmente solo se recomienda en presencia de falta de respuesta recurrente o en pacientes con trastornos muy graves.[15]

Tratamiento combinado.

A menudo se usan tratamiento combinado y psicoterapia oficial en la práctica clínica. Si los trastornos del estado de ánimo se consideran principalmente un proceso evolutivo de problemas psicológicos, su entorno en el campo del uso de drogas puede conducir a reacciones adversas, violaciones y tal vez la ubicación incorrecta en el período de tratamiento es demasiado corta. Por otro lado, el resultado de la terapia con medicamentos puede verse afectado si se ignoran las

necesidades psicosociales del paciente. Varios estudios que combinan el tratamiento farmacológico y la psicoterapia en pacientes ambulatorios deprimidos han mostrado una mejor respuesta y mayores tasas de remisión con la combinación que con cualquiera de los tratamientos por separado. Psicosis bipolar. El tratamiento farmacológico del trastorno bipolar se divide en fase aguda y fase de mantenimiento. Sin embargo, el tratamiento bipolar también implica desarrollar diferentes protocolos para pacientes con manía, hipomanía o depresión. El litio y su combinación con antidepresivos, tranquilizantes y benzodiazepinas son los pilares del tratamiento para esta afección, pero recientemente se han agregado tres anticonvulsivos sensibles al estado de ánimo (carbamazepina, valproato y lamotrigina), así como algunos antipsicóticos atípicos. La mayoría de ellos, están aprobados para el tratamiento de la manía aguda, uno también es monoterapia para la depresión aguda y tres son para la profilaxis. Cada uno de estos medicamentos tiene un perfil único de seguridad y efectos secundarios, y no se puede predecir la eficacia de ninguno de ellos para todos los pacientes. A menudo es necesario usar muchos medicamentos diferentes antes de encontrar el tratamiento óptimo.[15]

Tratamiento de la manía aguda.

El tratamiento de la manía o la hipomanía aguda suele ser la fase más fácil del tratamiento del trastorno bipolar. El medicamento se puede usar solo o en combinación con pacientes para aliviar su condición más severa. La mejor manera de tratar a un paciente maníaco es ser hospitalizado, donde se pueden usar dosis agresivas y se puede lograr una respuesta completa en días o semanas. Sin embargo, el cumplimiento de las recomendaciones médicas sigue siendo un problema, ya que los pacientes maníacos desconocen su enfermedad y se niegan a tomar la medicación. Debido a que su falta de juicio, impulsividad y agresión ponen en riesgo tanto al paciente como a los demás, a muchos

pacientes maníacos se les recetan medicamentos para protegerse a sí mismos y a los demás del daño que pueden experimentar.[15]

Carbonato de litio.

Es considerado el prototipo de los «eutimizantes», a pesar de lo cual, y debido a que el inicio de su acción anti maníaca puede ser lento, su uso suele complementarse en las fases más precoces del tratamiento con antipsicóticos atípicos, anticonvulsivos eutimizantes o benzodiacepinas de alta potencia. Los valores terapéuticos de litio se sitúan entre 0,6 y 1,2 mEq/l. El uso de litio en la fase aguda se ha limitado en los últimos años por su eficacia impredecible, sus efectos secundarios 824 problemáticos y la necesidad de analíticas frecuentes. La introducción de fármacos más modernos con efectos secundarios más favorables, una menor toxicidad y necesidad de controles analíticos, ha hecho que disminuya el uso del litio. No obstante, sus beneficios clínicos siguen siendo notables en muchos pacientes.[15]

Valproato.

El uso de valproato (ácido valproico o divalproato de sodio) ha reemplazado el uso de litio para la manía aguda. A diferencia de este último, el valproato está indicado solo para episodios maníacos agudos, aunque la mayoría de los expertos coinciden en que también tiene un efecto preventivo. La dosis habitual de ácido valproico es de 750-2500 mg/día, alcanzando concentraciones en sangre de 50 a 120 mcg/mL. Una dosis oral rápida de 15-20 mg/kg de Divalproato de sodio desde el primer día de tratamiento es bien tolerada y se asocia con un inicio rápido de la respuesta. Se debe realizar algún control analítico durante el tratamiento con valproato.[15]

Carbamazepina y oxcarbazepina.

La carbamazepina se ha utilizado ampliamente en todo el mundo durante décadas como tratamiento de primera línea para la manía aguda, pero se aprobó en los Estados Unidos en 2004. La dosis habitual se usa para tratarla. La manía aguda es de 600 a 1800 mg/día con sangre. niveles entre 4 y 12 mcg/mL. El compuesto derivado de carbamazepina oxcarbazepina tiene propiedades antimaníacas similares. Se requiere una dosis mayor de carbamazepina porque 1500 mg de oxcarbazepina corresponden a 1000 mg de Carbamazepina, Clonazepam y Lorazepam. Los anticonvulsivos de benzodiacepinas que son muy efectivos para los episodios maníacos agudos incluyen clonazepam y Lorazepam. Ambos son efectivos y se utilizan como tratamientos complementarios para la manía aguda, el insomnio, la agresión e irritabilidad y la ansiedad. El perfil leve de seguridad y efectos secundarios de estos medicamentos los convierte en un complemento ideal para el litio, la carbamazepina o el valproato.[15]

Antipsicóticos atípicos y típicos.

Todos los antipsicóticos atípicos (Olanzapina, Risperidona, Quetiapina, Ziprasidona y Aripiprazol) han demostrado ser efectivos en el tratamiento de la manía y están aprobados por la Administración de Drogas y Alimentos de los EE. UU. (FDA) para esta designación. En comparación con los fármacos más antiguos, como el haloperidol y la clorpromazina, los antipsicóticos atípicos son menos fiables para reducir la posibilidad de excitabilidad postsináptica y discinesia tardía. Si bien muchos no aumentan los niveles de prolactina, están asociados con una variedad de riesgos, que van desde un aumento de peso significativo hasta ningún aumento de peso, junto con problemas de resistencia a la insulina, diabetes, hiperlipidemia e hipercolesterolemia y trastornos

cardiovasculares. Sin embargo, algunos pacientes requieren terapia de mantenimiento con antipsicóticos.[15]

Tratamiento de la depresión bipolar aguda.

La utilidad relativa de los antidepresivos estándar en el trastorno bipolar en general, y en los ciclos mixtos y rápidos en particular, sigue siendo controvertida debido a su propensión a inducir ciclos, manía o manía. Por lo tanto, los antidepresivos se potencian con relajantes del estado de ánimo como terapia de primera línea para el primer episodio de depresión bipolar o solos. La combinación fija de olanzapina y fluoxetina es eficaz en el tratamiento de la depresión aguda en el trastorno bipolar hasta por 8 semanas sin progresión a manía o hipomanía.[15]

Paradójicamente, muchos pacientes con trastorno bipolar durante un episodio depresivo no responden al tratamiento antidepresivo convencional. Dosis bajas de Lamotrigina o Ziprasidona (20-80 mg/día) pueden ser efectivas en estos casos.[15]

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 adyuvantes, particularmente cuando se trata de una emergencia médica grave.[15]

Otros agentes.

Cuando falla el tratamiento convencional, otras medidas pueden ser efectivas. El antagonista del calcio verapamilo es eficaz en los episodios maníacos agudos. No se observaron efectos similares con Gabapentina, Topiramato, Zonisamida, Levetiracetam y Tiagabina, aunque su uso puede ser beneficioso en algunos pacientes cuando la terapia estándar ha fallado. Lamotrigina no es eficaz contra

los episodios maníacos agudos, pero ayuda a prevenir episodios recurrentes de manía. Los estudios en ensayos pequeños sugieren un posible efecto preventivo y antimaníaco de la fenitoína. La TEC es eficaz para los episodios maníacos agudos. El tratamiento bilateral es necesario porque el tratamiento unilateral y no dominante es ineficaz y puede incluso empeorar los síntomas maníacos. La TEC está indicada en pacientes con manía refractaria (raro) o complicaciones médicas, y en agotamiento severo (hipertermia maligna o hipotermia fatal).[15]

Tratamiento de mantenimiento del trastorno bipolar.

Prevenir la recurrencia de los episodios anímicos es el mayor reto al que se enfrentan los profesionales. El régimen elegido no solo debe lograr el objetivo general de mantener la normalidad, sino que los medicamentos tampoco deben causar efectos secundarios indeseables que afecten la función. La sedación, el deterioro cognitivo, el temblor, el aumento de peso y la erupción cutánea fueron algunos de los efectos secundarios que llevaron a la interrupción del medicamento.[15]

El litio, la carbamazepina y el ácido valproico, solos o combinados, son los fármacos más utilizados en el tratamiento a largo plazo de los pacientes con trastorno bipolar. Lamotrygina tiene antidepresivos para prevenir y puede ser eubimización. Los pacientes con Lamotrygin sufrieron trastornos de depresión bipolar, tuve un curso maníaco como un placebo. La lamotrigina tiene propiedades antidepresivas y preventivas más pronunciadas que los fármacos antimaníacos. Debido a que la depresión repentina es difícil de tratar durante la profilaxis, lamotrigina tiene un papel terapéutico especial. El uso de lamotrigina titulada muy lentamente evita el raro efecto secundario de una erupción cutánea fatal. Las dosis de 200 mg/día parecen ser el promedio en muchos estudios. La incidencia de erupciones cutáneas graves (p. ej., síndrome de Stevens-Johnson, necrólisis epidérmica tóxica) es de dos por 10.000 adultos y cuatro por 10.000 niños.[15]

Durante el tratamiento a largo plazo, a menudo se requiere la hormona tiroidea 826. Muchos pacientes tratados con litio desarrollan hipotiroidismo y muchos con trastorno bipolar desarrollan disfunción tiroidea idiopática. Debido a su vida media corta, se recomienda la triyodotironina (T3) (25-50 mcg/día) para las recaídas agudas, mientras que la tiroxina (T4) se usa principalmente en la terapia de mantenimiento a largo plazo. Algunos centros usan dosis de hormona tiroidea súper metabolizada. Los datos sugieren que la mejora tanto en los episodios maníacos como en los depresivos se logra mediante procedimientos de dosificación hipermetabólica de T4.[15]

V. OPERACIONALIZACIÓN DE LAS VARIABLES

Variable	Definición	Indicador	Escala
Adherencia	Cumplimiento del tratamiento psicofarmacológico o toma de la dosis prescrita por el profesional de la salud.	Alta Regular Baja	Nominal
Ocupación	Arte u oficio que una persona desempeña para su subsistencia.	• Ama de casa • Desempleados • Estudiantes • Trabajos Independientes • Empleado Privado. • Empleado Público.	Nominal
Sexo	Género dado a partir de la biología,cromosomas y anatomía de un ser humano al nacer.	Femenino Masculino	Nominal
Edad	Cantidad de años que tiene el paciente desde su nacimiento hasta el momento actual.	Edad actual en años	Numérico
Efectos secundarios	Efectos desagradables que posee unfármaco	Somnolencia Temblores o vértigos Espasmos musculares Xerostomía	Nominal

VI. MATERIAL Y MÉTODOS

VI.1. Tipo de estudio

Se realizó un estudio observacional descriptivo, de corte transversal y recolección prospectiva, con el objetivo de determinar la adherencia al tratamiento psicofarmacológico de los pacientes con diagnóstico de Trastornos del estado de ánimo atendidos en la consulta externa de Psiquiatría del Hospital Dr. Salvador Bienvenido Gautier en el periodo enero 2023 - junio 2023.

VI.2. Área de estudio

El estudio fue realizado en el Hospital Dr. Salvador Bienvenido Gautier, ubicado en el Distrito Nacional, en la provincia Santo Domingo, C. Alexander Fleming 177, Esq., Pepillo Salcedo, Ensanche la fe, Rep. Dom. El Hospital Dr. Salvador B. Gautier, fundado el 24 de octubre del 1951 el cual fue creado con la finalidad de ofrecer y garantizar servicios de salud respondiendo a las necesidades básicas de los usuarios. Hospital Dr. Salvador B. Gautier, Institución de salud de tercer Nivel Docente, con 23 Residencia Medicas, cuatro de las cuales son exclusivas; pertenecientes al Servicio Regional de Salud Metropolitano.

El día 24 de octubre del 1951 fue inaugurado en la entonces Ciudad Trujillo, el hospital de la Caja Dominicana de Seguros Sociales, designado con el nombre del ilustre médico Dr. Salvador Bienvenido Gautier Hinojosa. El hospital estaba considerado en ese momento como el más grande de la República y uno de los más grandes de las Antillas. El discurso central fue pronunciado por el Sr. Telésforo Calderón, en su calidad de secretario de Estado de la Presidencia, y la obra fue recibida por el Dr. Rafael O. Roca, director de la Caja de Seguros. En nombre de la familia del Dr. Gautier, habló su hijo, Ing. Manuel Gautier. En su discurso, el ingeniero Gautier se refirió a que ese hospital era considerado un

«Palacio de la salud» por sus prestaciones y características. Recordó las obras de su padre, el Dr. Gautier en beneficio de nuestro país. La bendición del edificio estuvo a cargo de monseñor Pittini.

Entre los presentes se encontraba el secretario de Salud Pública y Previsión Social, Dr. Marcial Martínez Larré y el director del Hospital Dr. José Sobá. El hospital fue construido por el ingeniero Samuel Conde. Estaba compuesto por dos cuerpos principales de tres pisos cada uno, y un tercer cuerpo dedicado a los servicios externos. Fue diseñado para tener 400 camas y 36 cunas. En el primer piso, tenía los servicios del Departamento de accidentes de trabajo, equipo de Rayos X, laboratorios, farmacia, servicios odontológicos y las salas de emergencia. En el segundo piso se encontraban las salas de hospitalización y los quirófanos. En ese mismo piso, las oficinas del director, archivos y un museo. También disponía de terraza y un salón para proyecciones cinematográficas.

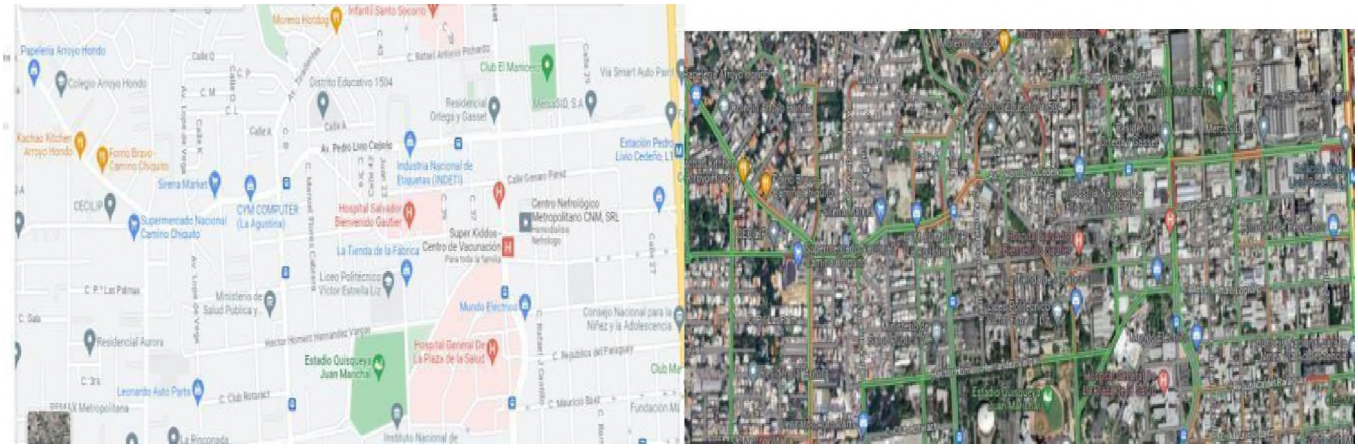
En el edificio externo, funcionaba la policlínica, designada como de clase A por la gran cantidad de servicios y consultas que ofertaba. En ese mismo edificio se encontraban las oficinas administrativas del hospital. Contaba con cinco ascensores, dos preparados para camillas. El Hospital se construyó a un costo de un millón cuatrocientos mil pesos, y contaba con un personal de 250 personas, incluidos personal médico, paramédico y administrativo. En la entrada del hospital el pintor español José Vela Zanetti, quien diseñó un mural alusivo a la política social del gobierno, y los riesgos cubiertos por la Caja de Seguros Sociales.

Ese hospital rápidamente se destacó por la calidad de sus médicos, resaltar la labor del Dr. Manuel Tejada Florentino, en el departamento de Cardiología, ya que fue el primer servicio especializado en un hospital de su clase. En ese centro realizó el Dr. Fernando Ariza el primer cateterismo cardíaco realizado en nuestro país. En el área de la cirugía cardiovascular, el Dr. Félix Goico, realizaba los procedimientos básicos de la especialidad, que cada vez se tornaron más profundos, y desarrollaron unas jornadas de cirugía a las que acudían médicos extranjeros. El servicio de Anatomía Patológica con el Dr. Miguel Logroño Batlle,

o el departamento de Radiología a cargo del Dr. Alberto Paiewonsky, ganaron la confianza y el respeto de los asegurados que acudían en cada vez mayor número a ese centro. En el área de oftalmología estaba el Dr. Octavio Sánchez Perdomo, y más adelante en la década del 1950 se integró el Dr. Luis Álvarez Pereyra. Precisamente en ese hospital se inauguró la primera residencia en Oftalmología en el país. También el Hospital Gautier fue pionero en ofrecer los servicios de otorrinolaringología separados de los de oftalmología, y contaba con los Dres. Ángel Redondo y Tabaré Álvarez Pereyra.

Para el año 1954, el Hospital Gautier atendía anualmente a más de 100,000 pacientes, y es, sin lugar a duda uno de los centros más importantes en nuestra historia médica.

El centro hospitalario cuenta con departamentos con especialidades y subespecialidades como: Urología, Cardiología, Medicina Interna, Cirugía General, Emergencia, Endocrinología, Infectología, Gastroenterología, Nefrología, Cirugía, Ortopedia, Enfermería, Imagenología, Cirugía plástica, entre otros. Es un hospital docente con clases impartidas para médicos en subespecialidad, residentes, estudiantes de enfermería, prácticas de pre-internado e internado rotatorio tanto para estudiantes de Medicina como de Enfermería, Bioanalistas entre otros.



VI.3. Universo

El universo estuvo conformado por los pacientes que fueron atendidos en la consulta externa de Psiquiatría del Hospital Dr. Salvador Bienvenido Gautier. enero, 2023 - junio, 2023.

VI.4. Muestra

La muestra estuvo compuesta por 100 pacientes seleccionados a conveniencia entre los pacientes mayores de 18 años con diagnóstico de Trastornos del estado de ánimo que acudieron a la consulta externa de Psiquiatría del Hospital Dr. Salvador Bienvenido Gautier enero 2023 - junio, 2023.

VI.5. Criterios

VI.5.1. De inclusión

1. Pacientes diagnosticados con Trastornos del estado de ánimo.
2. Pacientes mayores de 18 años.
3. Pacientes en las 3 esferas de orientación: tiempo, espacio y lugar.

VI.5.2. De exclusión

1. Pacientes que rechacen la colaboración para participar en la encuesta tipo cuestionario.
2. Pacientes diagnosticados con otros trastornos mentales.
3. Inasistencia a consultas.
4. Paciente en crisis.
5. Barreras de idiomas.
6. Incapacidad intelectual.

VI.6. Instrumento de recolección de los datos.

Para la recolección de la información se realizó un formulario que contiene la escala de Morisky Green además de otras preguntas pertinentes con la variable de la investigación con la finalidad de evaluar el cumplimiento de la terapia farmacológica en los pacientes. El instrumento previamente elegido y diseñado incluye todas las variables del estudio. (Ver Anexo XIII.2 Instrumento recolección de datos).

VI.7. Procedimiento

Se llevó a cabo un estudio para determinar el nivel de adherencia al tratamiento psicofarmacológico de los pacientes con diagnóstico de Trastornos del estado de ánimo atendidos en la consulta externa de Psiquiatría del Hospital Dr. Salvador Bienvenido Gautier en el periodo enero 2023 - junio 2023. Para que esto fuese posible se presentó un anteproyecto y luego de la aprobación del mismo bajo revisión de los asesores, se envió a el departamento de investigación, luego se solicitó la carta de recolección de datos por medio del correo institucional a la licenciada Leydys Olaverria dirigida a la Doctora Yomaly Almonte, Coordinadora del departamento de psiquiatría del Hospital Dr. Salvador Bienvenido Gautier, al director de Enseñanza Dr. Pascal Núñez y al director Médico Dr. Armando José Holguín Núñez médico ortopeda y traumatólogo. El siguiente paso fue la aprobación de estos para iniciar la recolección de datos donde se empleó un método de recolección de datos, por medio del cual se obtuvo la información mediante entrevista directa a través del cuestionario de Morisky Green a los pacientes con diagnóstico de Trastornos del estado de ánimo atendidos en la consulta externa de Psiquiatría del Hospital Dr. Salvador Bienvenido Gautier en el periodo enero 2023 - junio 2023 obteniendo los pacientes elegidos hasta la fecha. Los datos fueron tabulados en Microsoft Excel y fueron guardados como evidencia el instrumento de recolección de datos físico

de cada paciente con su número de expediente, nombre, edad, sexo y ocupación.

VI.8. Tabulación

Después del análisis de los datos obtenidos bajo el instrumento de recolección de datos en la herramienta Microsoft Excel, se organizaron en tablas y gráficos, aplicando las medidas estadísticas adecuadas, donde se muestra los resultados en porcentajes para favorecer el entendimiento de estos.

VI.9. Análisis

Los datos que fueron examinados bajo un análisis de frecuencia simple, calculando porcentajes y realizando comparaciones con el fin de determinar el nivel de adherencia al tratamiento psicofarmacológico de los pacientes con diagnóstico de Trastornos del estado de ánimo atendidos en la consulta externa de Psiquiatría del Hospital Dr. Salvador Bienvenido Gautier en el periodo enero 2023 - junio 2023.

VI.10. Aspectos éticos

El presente estudio se realizó de acuerdo con la reglamentación de ética aprobadas internacionalmente, incluyendo la Declaración de Helsinki. El protocolo de estudio y los instrumentos utilizados fueron aprobados por nuestros asesores y evaluados por el Comité de Ética de la Universidad Nacional Pedro Henríquez Ureña, a través de la Escuela de Medicina y la Unidad de Investigación de la UNPHU (UPA), así como la coordinadora del Departamento de Psiquiatría Dra. Yomaly Almonte, El Departamento de Enseñanza por el Dr. Pascal Núñez y el director Médico Dr. Armando José Miguel Holguín Núñez del Hospital Dr. Salvador Bienvenido Gautier cuya aprobación fue estrictamente

necesaria para iniciar con la recolección de los datos y su verificación. En el estudio se obtuvieron datos proporcionados por los pacientes y sus familiares en caso de estar a cargo de la medicación del paciente, los cuales fueron manejados con precaución y respeto. Dígase que toda la información que nos fue proporcionada se manejó con la máxima empatía, responsabilidad, respeto y garantizando siempre la privacidad del paciente o familiar en cuanto a su identidad y sus expedientes clínicos. No se revisaron los expedientes del personal de la salud de dicho Hospital, ni de compañeros internos de medicina. Los datos que nos proporcionan el nombre y número de expedientes fueron manejados de forma reservada por las sustentantes y no fueron registrados en las tabulaciones. Para finalizar cualquier dato obtenido en este trabajo de grado que esté siendo utilizado de autores distintos fue citado y escrito en nuestras referencias bibliográficas lo demás es de autoría de las sustentantes.

VII. RESULTADOS

Tabla 1. Frecuencia de pacientes adherentes y no adherentes al tratamiento psicofarmacológico con diagnóstico de Trastornos del Estado de Ánimo atendidos en la consulta externa de psiquiatría del Hospital Dr. Salvador Bienvenido Gautier durante el periodo enero-junio 2023 de acuerdo con la escala de Morisky Green.

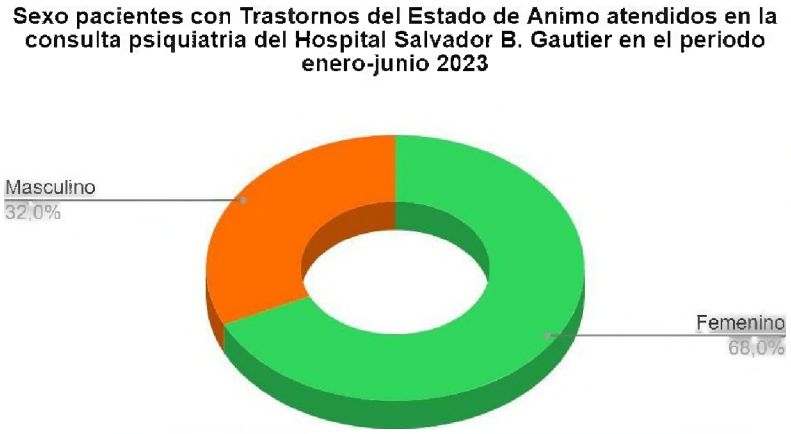
Adherencia en pacientes	Frecuencia	%
Pacientes adherentes	42	42,0%
Pacientes no adherentes	58	58,0%
Total	100	100,0%

Fuente: instrumento de recolección de datos.

En este cuadro se observa la clasificación de los pacientes adherentes y no adherentes, evidenciando que el 42,0 por ciento de los pacientes con Trastornos del Estado de Ánimo atendidos en la consulta externa de psiquiatría del Hospital Salvador Bienvenido Gautier, presentaron adherencia al tratamiento psicofarmacológico mientras que el 58,0 por ciento no presentan adherencia al tratamiento psicofarmacológico.

Fuente: tabla 1.

Tabla 2. Frecuencia del sexo prominente de pacientes adherentes al Tratamiento psicofarmacológico de los pacientes con Diagnostico de Trastornos del Estado de Ánimo Atendidos en la consulta externa de psiquiatría del Hospital Dr. Salvador Bienvenido Gautier durante el periodo enero-junio 2023.

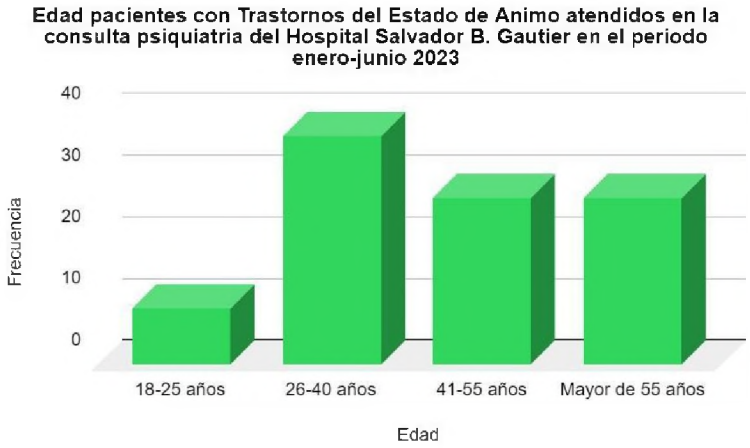


Sexo	Frecuencia	%
Femenino	68	68,00%
Masculino	32	32,00%
Total	100	100.00%

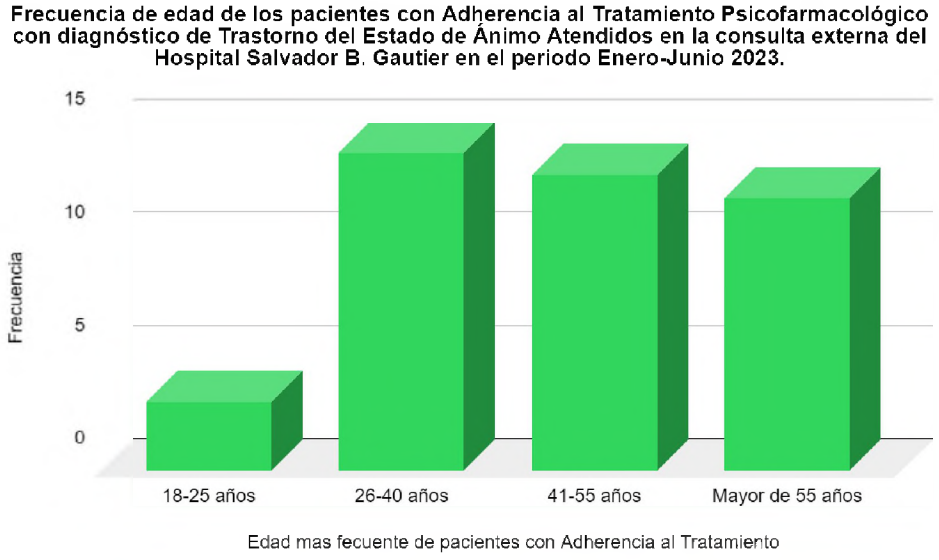
Sexo adherente al tratamiento	Frecuencia	%
Femenino	29	69,00%
Masculino	13	31%
Total	42	42%

En estas gráficas se determina que el sexo predominante fue el femenino con 68 por ciento y el masculino presento 32 por ciento de todos los pacientes evaluados (100 pacientes) de los cuales 42 son adherentes, mostrando 29 mujeres adherentes (69%) y 13 masculinos adherentes (31%) determinando que el sexo con mayor adherencia al tratamiento psicofarmacológico fue el sexo femenino.

Tabla 2.1 Frecuencia de edad de los pacientes adherentes al Tratamiento Psicofarmacológico con diagnóstico de Trastorno del Estado de Ánimo Atendidos en la consulta externa de psiquiatría del Hospital Dr.Salvador Bienvenido Gautier en el periodo enero-junio 2023.



Edad	Frecuencia	%
18-25 años	9	9%
26-40 años	37	37%
41-55 años	27	27%
Mayor de 55 años	27	27%
Total	100	100%

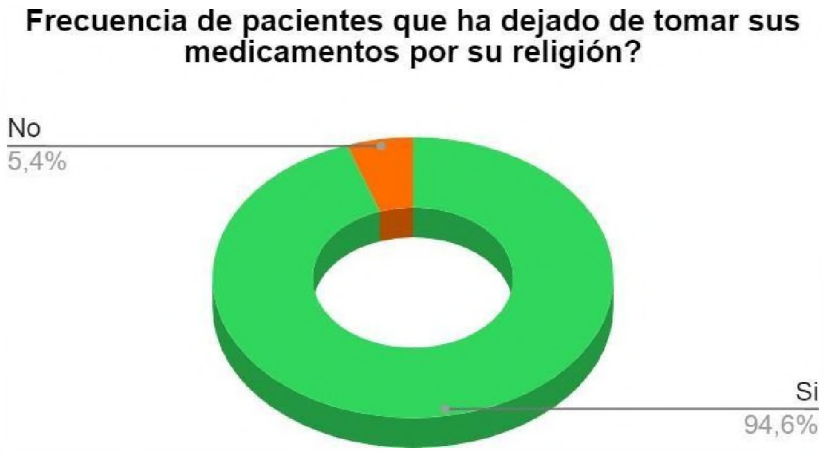


Edad más frecuente de pacientes con Adherencia al Tratamiento	Frecuencia	%
18-25 años	3	7,10%
26-40 años	14	33,30%
41-55 años	13	31,00%
Mayor de 55 años	12	28,60%
Total de pacientes	42	42%

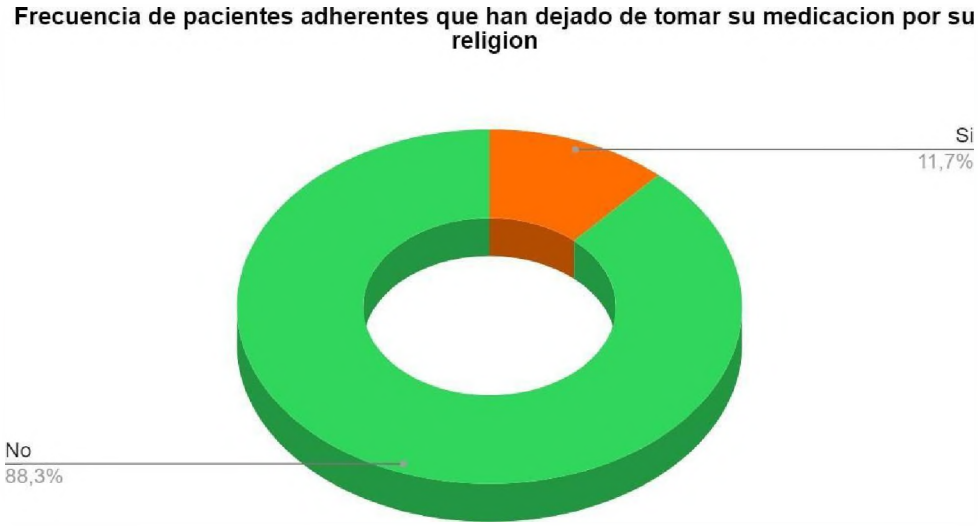
Fuente: instrumento de recolección de datos.

Estas gráficas identifican que la edad más frecuente de los pacientes que presentaron adherencia al tratamiento psicofarmacológico estuvo comprendida entre las edades de 26 a 40 años con un porcentaje de 33,30 por ciento, con 14 pacientes, siguiendo con el rango de edades de 41 a 55 años con 31,00 por ciento (13 pacientes), en tercer lugar, los mayores de 55 años con un total 28,60 por ciento, mientras que el restante fue de 7,10 por ciento conformado por los pacientes entre las edades 18 a 25 años. (3 pacientes) para un total de 42 pacientes. En vista general a los 100 pacientes entrevistados las edades conformadas entre 26-40 años tuvo un total de 37 pacientes (37%) seguido de una igualdad en resultados de los 41-55 y mayores de 55 con 27 por ciento (27 pacientes cada uno) y finalmente los pacientes más jóvenes entre 18-25 anos obtuvieron un porcentaje de nueve por ciento (9 pacientes). Indicando que la mayor adherencia estuvo entre los rangos de edades de 26-40 años.

Tabla 2.2 Pacientes adherentes que han dejado de tomar su medicación por su religión con Trastornos del Estado de Ánimo atendidos en la consulta externa de psiquiatría del Hospital Dr. Salvador Bienvenido Gautier en el periodo enero-junio 2023.

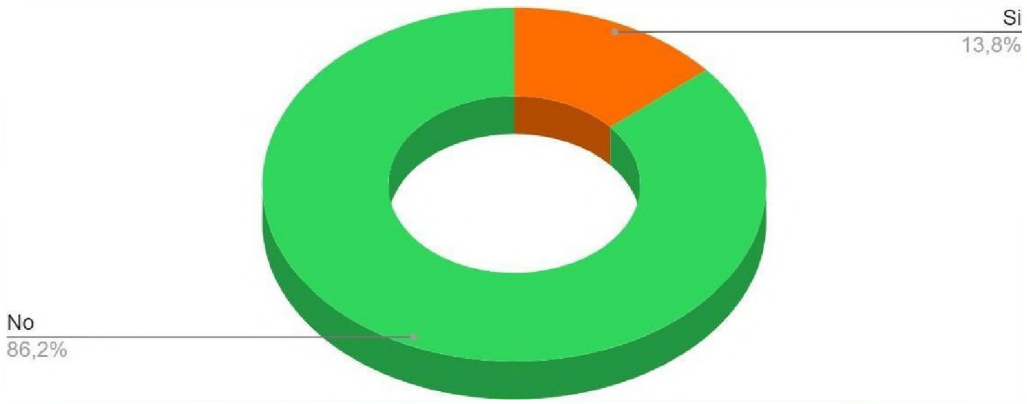


Pacientes que han dejado de tomar su medicamento por su religión	Frecuencia	%
Si	15	15%
No	85%	85%
Total	100	100%



Pacientes adherentes que lo han dejado de tomar por su religión	Frecuencia	%
Si	7	11,70%
No	53	86,30%
Total pacientes	42	42%

Pacientes No Adherentes que han dejado de tomar su medicación por su religión pacientes con Trastornos del Estado de Ánimo atendidos en la consulta de psiquiatría del Hospital Salvador B. Gautier en el periodo enero-junio 2023.

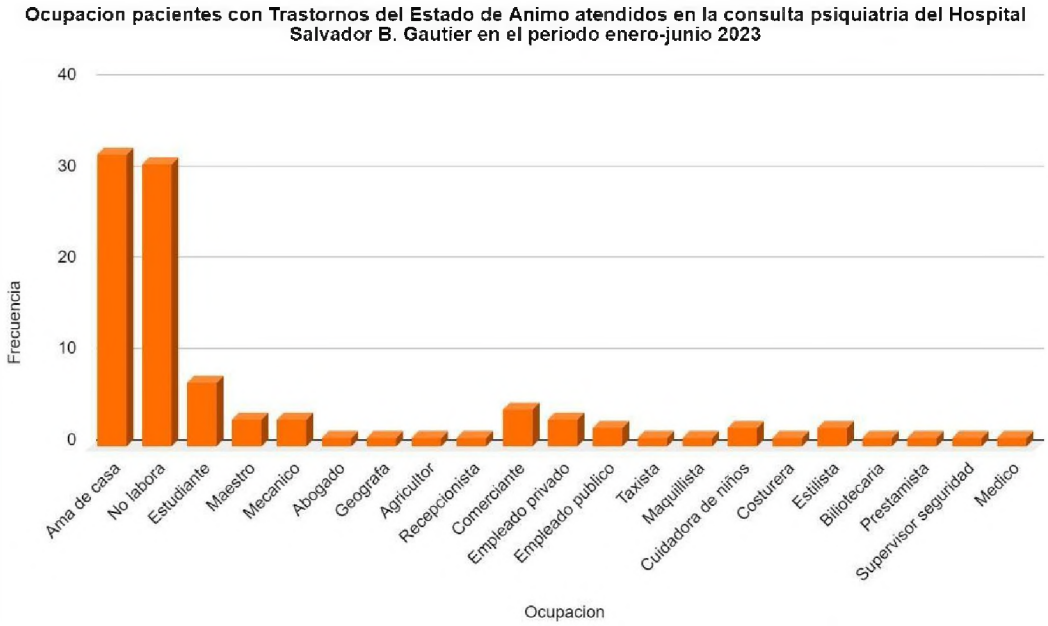


Pacientes que lo han dejado de tomar por su religion	Frecuencia	%
Si	8	13,80%
No	50	86,20%
Total pacientes	58	58%

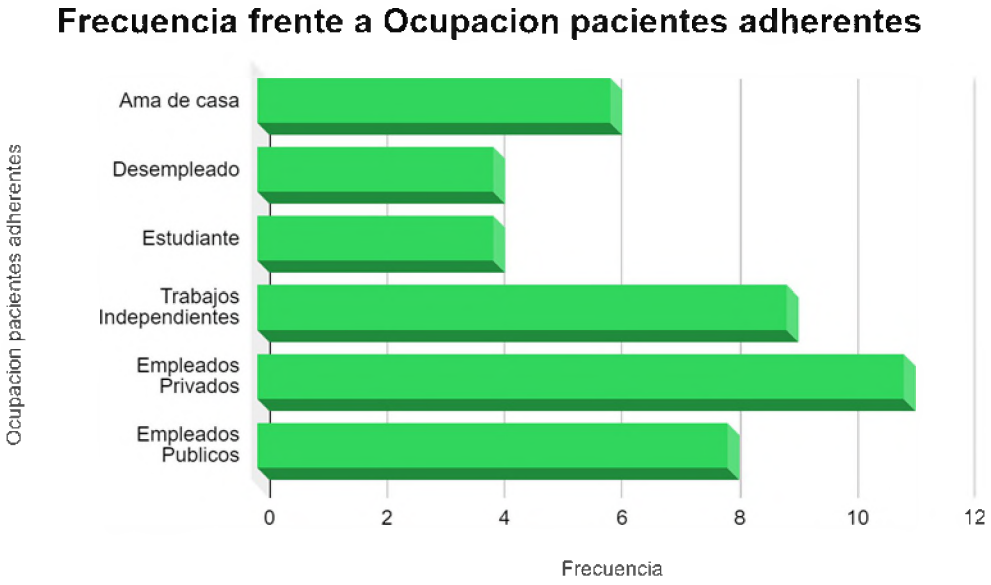
En estas gráficas se identifica a los pacientes adherentes que han dejado de tomar su medicación por su religión, significando este el 11,70 por ciento, los demás 86, 30 no justifican esta como una causa de abandono de la medicación o terapia farmacológica. En base a los 100 pacientes solo 15 de ellos (15%) han abandonado la terapia farmacológica por esta causa.

Tabla 2.3. Ocupación de los pacientes con Trastornos del Estado de Ánimo que motiva al abandono del tratamiento en pacientes adherentes atendidos en la consulta externa de psiquiatría del Hospital Dr. Salvador Bienvenido Gautier durante el periodo enero-junio 2023.

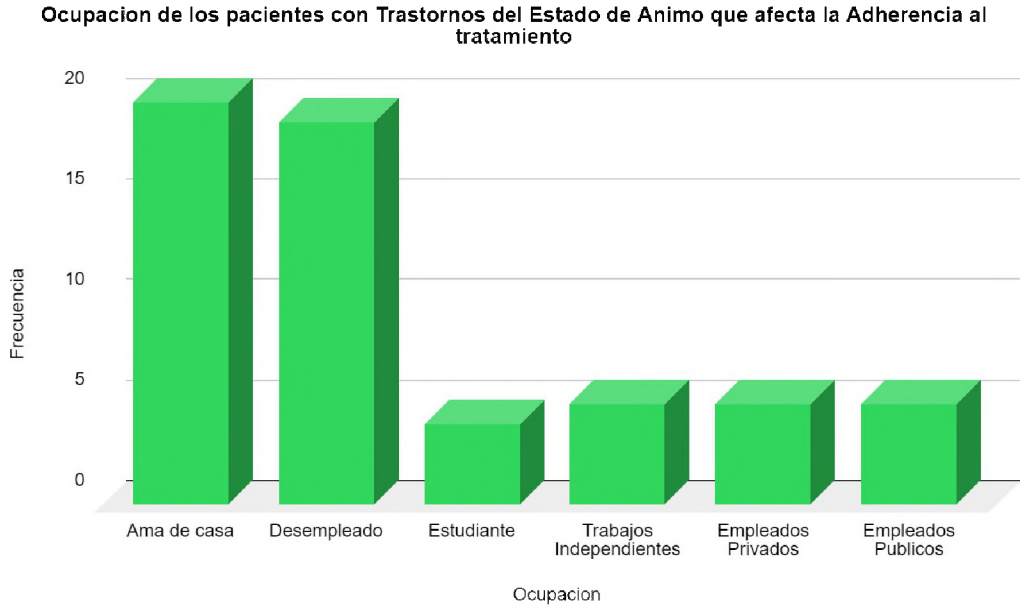
Ocupación	Frecuencia	%
Ama de casa	32	32%
No labora	31	31%
Estudiante	7	7%
Maestro	3	3%
Mecánico	3	3%
Abogado	1	1%
Geógrafa	1	1%
Agricultor	1	1%
Recepcionista	1	1%
Comerciante	4	4%
Empleado privado	3	3%
Empleado publico	2	2%
Taxista	1	1%
Maquillista	1	1%
Cuidadora de niños	2	2%
Costurera	1	1%
Estilista	2	2%
Bibliotecaria	1	1%
Prestamista	1	1%
Supervisor seguridad	1	1%
Medico	1	1%
Total	100	100%



Ocupación pacientes adherentes	Frecuencia	%
Ama de casa	6	14,30%
Desempleado	4	9,50%
Estudiante	4	9,50%
Trabajos Independientes	9	21,40%
Empleados Privados	11	26,20%
Empleados públicos	8	19,0%%
Total Pacientes	42	100%



Ocupación de los no adherentes	Frecuencia	%
Ama de casa	20	34,50%
Desempleado	19	32,80%
Estudiante	4	6,90%
Trabajos Independientes	5	8,60%
Empleados Privados	5	8,60%
Empleados Públicos	5	8,60%
Total Pacientes	58	58%



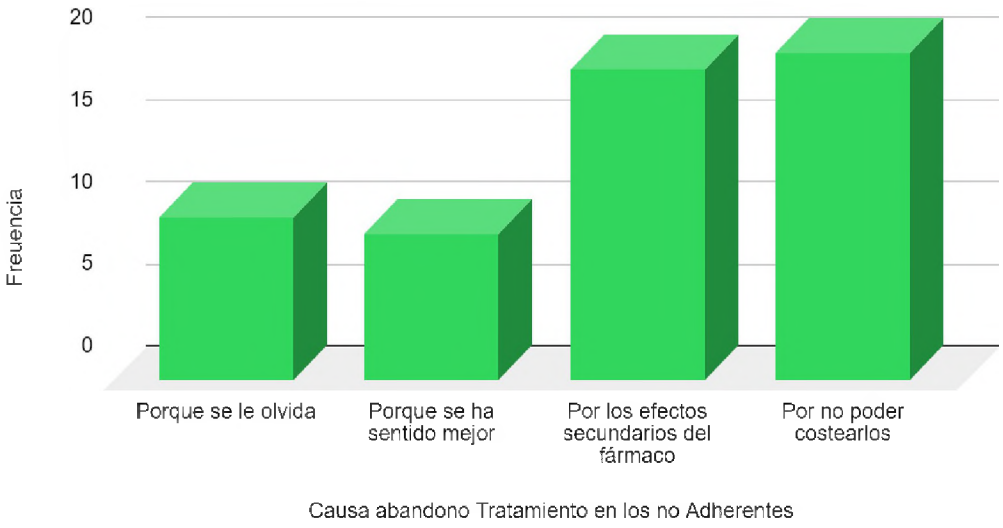
Fuente: instrumento de recolección de datos.

Estas gráficas dan a conocer la ocupación de los pacientes con Trastornos del Estado de Ánimo que afecta la adherencia al tratamiento donde el mayor porcentaje lo obtuvo los empleados privados con 26,20 por ciento, el segundo lugar lo ocupó los trabajadores independientes con un 21,40 por ciento, siguiendo con los empleados y públicos los cuales arrojaron e19,0 por ciento, continuando con las amas de casa con 14,30 por ciento por último, se presentó una igualdad de porcentajes entre los desempleados y los estudiantes con un 9,50 por ciento cada uno, lo que se traduce como que la mayor adherencia la obtuvieron los pacientes con trabajos privados.

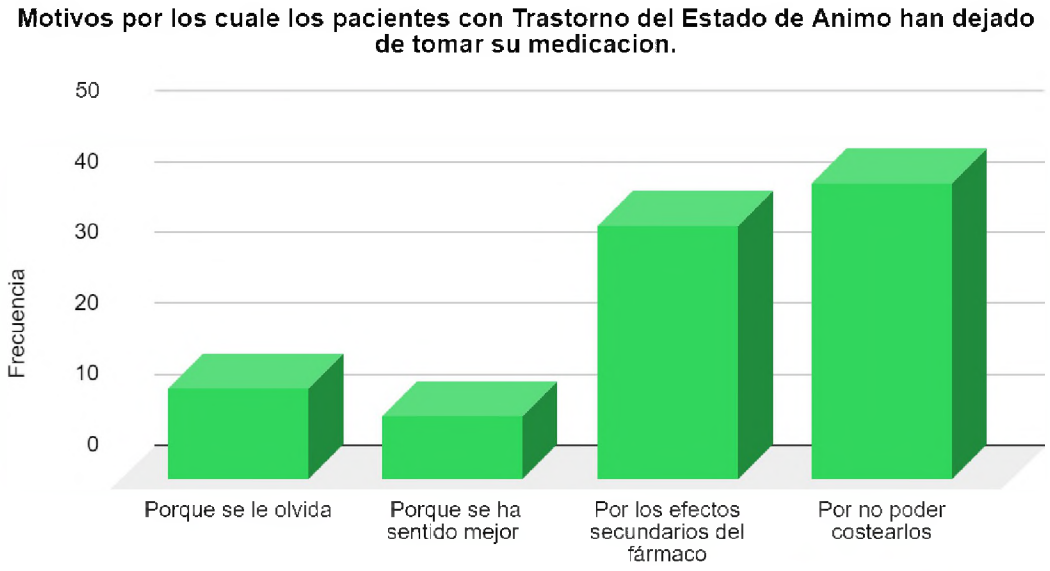
Tabla 3. Factores por los que los pacientes con Trastornos del Estado de Ánimo no son adherentes o abandonan la terapia psicofarmacológica.

Causa abandono Tratamiento en los no Adherentes	Frecuencia	%
Porque se le olvida	10	17,20%
Porque se ha sentido mejor	9	15,50%
Por los efectos secundarios del fármaco	19	32,80%
Por no poder costearlos	20	34,50%
Total pacientes	58	58%
% a base 100%	100	100%

Causas de No Adherencia al Tratamiento Psicofarmacológico en los pacientes con Trastornos del Estado de Ánimo atendidos en la consulta de psiquiatría del Hospital Salvador B. Gautier en el periodo enero-junio 2023.

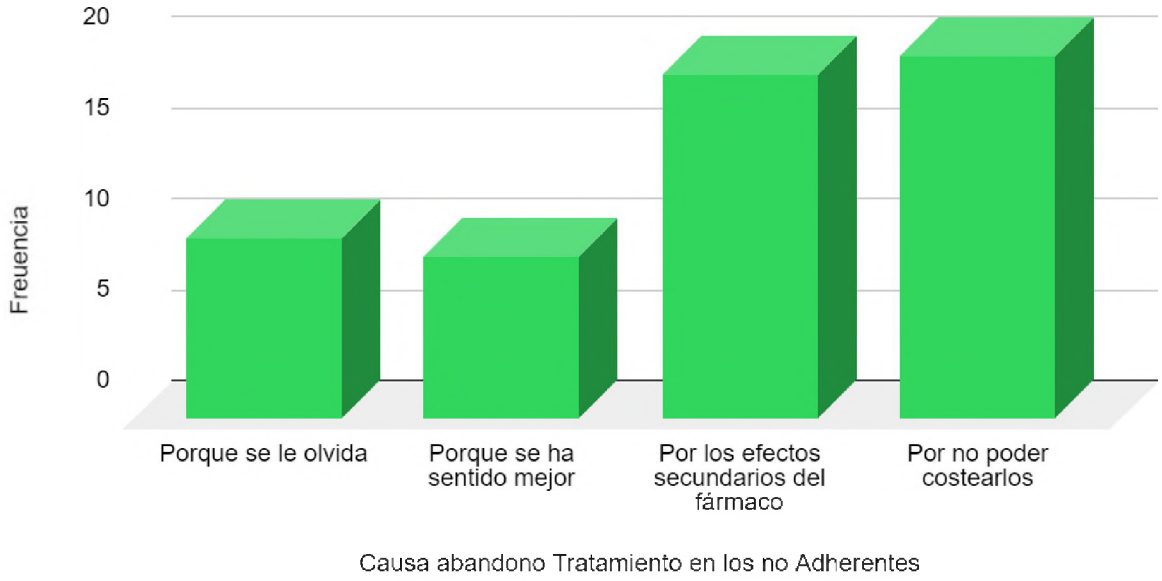


Motivos por los cuales los pacientes adherentes han dejado de tomar su medicación alguna vez.	Frecuencia	%
Porque se le olvida	13	13%
Porque se ha sentido mejor	9	9%
Por los efectos secundarios del fármaco	36	36%
Por no poder costearlos	42	42%
Total	100	100%



Causa abandono Tratamiento en los no Adherentes	Frecuencia	%
Porque se le olvida	10	17,20%
Porque se ha sentido mejor	9	15,50%
Por los efectos secundarios del fármaco	19	32,80%
Por no poder costearlos	20	34,50%
Total pacientes	58	58%

Causas de No Adherencia al Tratamiento Psicofarmacológico en los pacientes con Trastornos del Estado de Ánimo atendidos en la consulta de psiquiatría del Hospital Salvador B. Gautier en el periodo enero-junio 2023.

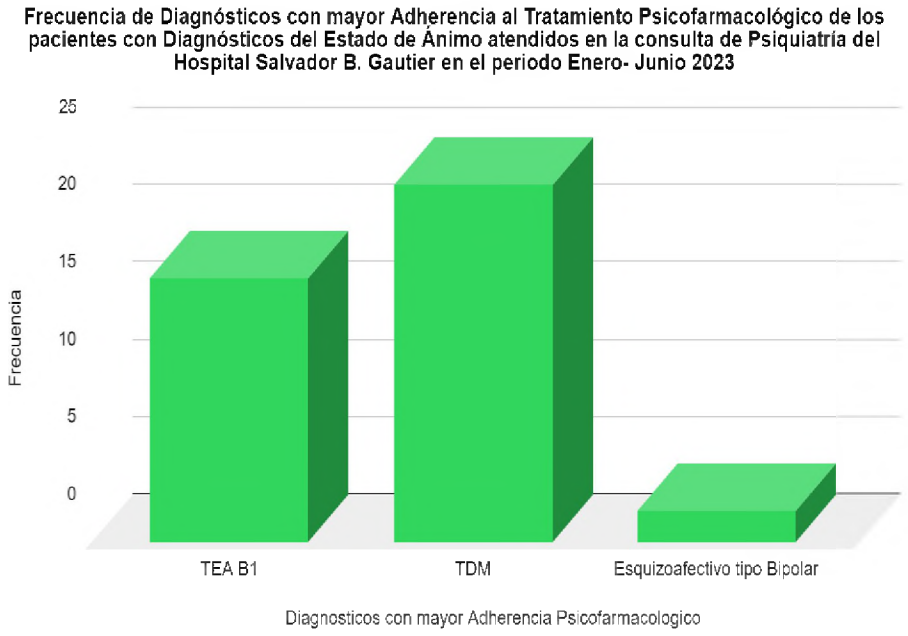


Fuente: Instrumento de recolección de datos.

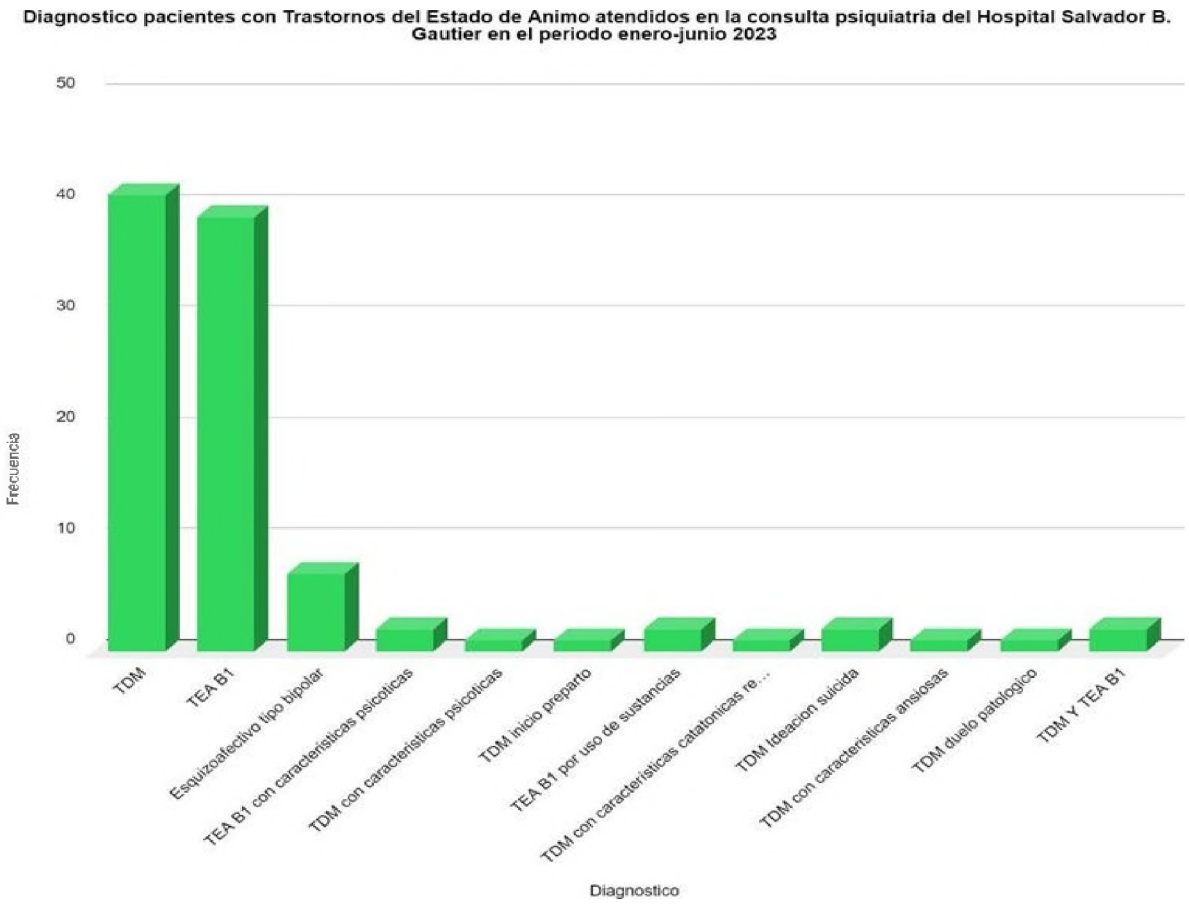
En estas gráficas se describen los factores y/o causas por lo que los pacientes con Trastorno del Estado de Ánimo no son adherentes o abandonan la terapia psicofarmacológica, donde el 34,50 por ciento han abandonado su medicación por no poder costearlos representando la causa principal, siguiendo por los efectos secundarios del fármaco con un porciento de 32,80 por ciento, en tercer lugar con un porciento de 17,20 por ciento se les olvida tomar la medicación y el 15,50 por ciento restante porque se ha sentido mejor siendo esta la cuarta causa. Asimismo, a base a los 100 pacientes la causa principal tanto en adherentes como en los no adherentes fue por no poder costearlos seguida del mismo orden antes mencionado.

Tabla 4. Frecuencia de Diagnósticos con mayor Adherencia al Tratamiento Psicofarmacológico de los pacientes con trastorno del Estado de Ánimo atendidos en la consulta externa de Psiquiatría del Hospital Dr. Salvador Bienvenido Gautier en el periodo enero- junio 2023.

Diagnósticos con mayor adherencia al Tratamiento Psicofarmacológico	Frecuencia	%
Trastorno del estado de ánimo Bipolar tipo 1(TEA B1)	17	40,50%
Trastorno Depresivo Mayor (TDM)	23	54,80%
Esquizoafectivo tipo Bipolar	2	4,80%
Total pacientes	42	42%
% a base 100%	100	100%



Diagnostico	Frecuencia	%
TDM	41	41%
TEA B1	39	39%
Esquizoafectivo tipo bipolar	7	7%
TEA B1 con características psicóticas	2	2%
TDM con características psicóticas	1	1%
TDM inicio preparto	1	1%
TEA B1 por uso de sustancias	2	2%
TDM con características catatónicas recuperación funcional	1	1%
TDM ideación suicida	2	2%
TDM con características ansiosas	1	1%
TDM duelo patológico	1	1%
TDM Y TEA B1	2	2%
Total	100	100%



Fuente: Instrumento de recolección de datos.

En la presente gráfica se identifica que los pacientes diagnosticados con Trastorno Depresivo Mayor (TDM) presentan una mayor Adherencia al Tratamiento Psicofarmacológico mostrando un porcentaje de 54,80 por ciento, Trastorno del Estado de Ánimo Bipolar tipo 1 (TEA B1) un 40,50 por ciento y Esquizoafectivo tipo Bipolar un 4,80 por ciento.

Tabla 5. Conciencia de enfermedad de los pacientes con diagnóstico de Trastornos del Estado de Ánimo atendidos en la consulta externa de psiquiatría del Hospital Dr. Salvador Bienvenido Gautier en el periodo enero- junio 2023.

Conciencia de enfermedad	Frecuencia	%
Si	53	53%
No	47	47%
Pacientes adherentes consientes	37/42	37 de 42 pacientes
Pacientes no adherentes consientes	16/58	16 de 58 pacientes
Total, pacientes entrevistados	100	100%

Fuente: Instrumento de recolección de datos.

En esta grafica identificamos a los pacientes que estuvieron conscientes de su enfermedad arrojando un 53 por ciento, mientras que el porcentaje restante (47%) no estaban conscientes de ella. Asimismo, de los 42 pacientes adherentes 37 están conscientes en base al 53 por ciento anteriormente mencionado, mientras que 16 de los 58 pacientes que resultaron ser no adherentes saben su diagnóstico.

Fuente: tabla 5

VIII. DISCUSIÓN

La presente investigación tuvo como objetivo determinar el nivel de adherencia al tratamiento psicofarmacológico de los pacientes con diagnóstico de trastornos del estado de ánimo atendidos en la consulta externa de psiquiatría del Hospital Dr. Salvador Bienvenido Gautier en el periodo enero 2023-junio 2023. Otras investigaciones realizadas por otros autores e investigadores han demostrado que el nivel de adherencia recibió tasas más altas en mujeres respecto a hombres asimismo han indicado un alto porcentaje de falta de adherencia en los pacientes con riesgo a recaídas y hospitalización. Asimismo, las edades comprendidas entre los pacientes con adherencia en TDM fueron mayores entre los 49 y 59 años, asimismo el grupo de menor frecuencia estuvo comprendido entre las edades de 20-29 años no pudiendo constatar la asociación entre la adherencia, el nivel escolar y ocupación de los pacientes. Sin embargo, el incumplimiento del tratamiento farmacológico estuvo asociado estadísticamente a la falta de adherencia. El bajo nivel económico y los efectos adversos de los medicamentos indicaron el 50 por ciento de las principales causas de no adherencia al tratamiento.

Esta investigación se llevó a cabo con una muestra compuesta por 100 pacientes seleccionados a conveniencia atendidos en la consulta externa de psiquiatría del Hospital Dr. Salvador Bienvenido Gautier durante el periodo enero-junio 2023 arrojando los siguientes resultados:

El 42,0 por ciento de los pacientes con Trastornos del Estado de Ánimo atendidos en la consulta externa de psiquiatría del Hospital Dr. Salvador Bienvenido Gautier (HSBG) presentaron adherencia al tratamiento psicofarmacológico mientras que el 58,0 por ciento no presentó adherencia. Asimismo, se determinó que el sexo que presentó mayor adherencia el tratamiento psicofarmacológico fue el femenino con un porcentaje de 68 por ciento y el masculino presento 32 por ciento de todos los pacientes evaluados (100 pacientes) de los cuales 42 son adherentes, mostrando 29 mujeres

adherentes (69%) y 13 masculinos adherentes (31%). Con relación a la edad de los pacientes, se identificó que la edad más frecuente de los pacientes que presentaron adherencia al tratamiento psicofarmacológico estuvo comprendida entre las edades de 26 a 40 años con un porcentaje de 33,30 por ciento, con 14 pacientes, siguiendo con el rango de edades de 41 a 55 años con 31,00 por ciento (13 pacientes), en tercer lugar, los mayores de 55 años con un total 28,60 por ciento, mientras que el restante fue de 7,10 por ciento conformado por los pacientes entre las edades 18 a 25 años. (3 pacientes) para un total de 42 pacientes. En vista general a los 100 pacientes entrevistados las edades conformadas entre 26-40 años tuvo un total de 37 pacientes (37%) seguido de una igualdad en resultados de los 41-55 y mayores de 55 con 27 por ciento (27 pacientes cada uno) y finalmente, los pacientes más jóvenes entre 18-25 anos obtuvieron un porcentaje de 9 por ciento (9 pacientes). Indicando que la mayor adherencia estuvo entre los rangos de edades de 26-40 años.

El factor y/o causas por los que los pacientes adherentes que han dejado de tomar su medicación por su religión, significando este el 11,70 por ciento, los demás 86, 30 no justifican esta como una causa de abandono de la medicación o terapia farmacológica. En base a los 100 pacientes solo 15 de ellos (15%) han abandonado la terapia farmacológica por esta causa. En cuanto a la ocupación de los pacientes con Trastornos del Estado de Ánimo que afecta la adherencia al tratamiento el mayor porcentaje lo obtuvo los empleados privados con 26,20 por ciento, el segundo lugar lo ocupó los trabajadores independientes con un 21,40 por ciento, siguiendo con los empleados y públicos los cuales arrojaron 19,0 por ciento, continuando con las amas de casa con 14,30 por ciento por último, se presentó una igualdad de porcentajes entre los desempleados y los estudiantes con un 9,50 por ciento cada uno, lo que se traduce como que la mayor adherencia la obtuvieron los pacientes con trabajos privados. los factores y/o causas por lo que los pacientes con Trastorno del Estado de Ánimo no son adherentes o abandonan la terapia psicofarmacológica, donde el 34,50 por ciento han abandonado su medicación por no poder costearlos representando la causa principal, siguiendo por los efectos secundarios del fármaco con un porciento de

32,80 por ciento, en tercer lugar, con un porciento de 17,20 por ciento se les olvida tomar la medicación y el 15,50 por ciento restante porque se ha sentido mejor siendo esta la cuarta causa. Asimismo, a base a los 100 pacientes la causa principal tanto en adherentes como en los no adherentes fue por no poder costearlos seguida del mismo ordenante mencionado.

Los factores y/o causas por lo que los pacientes con Trastorno del Estado de Ánimo no son adherentes o abandonan la terapia psicofarmacológica, donde el 34,50 por ciento han abandonado su medicación por no poder costearlos representando la causa principal, siguiendo por los efectos secundarios del fármaco con un porciento de 32,80 por ciento, en tercer lugar, con un porciento de 17,20 por ciento se les olvida tomar la medicación y el 15,50 por ciento restante porque se ha sentido mejor siendo esta la cuarta causa. Asimismo, a base a los 100 pacientes la causa principal tanto en adherentes como en los no adherentes fue por no poder costearlos seguida del mismo orden antes mencionado.

Los pacientes diagnosticados con Trastorno Depresivo Mayor (TDM) presentaron una mayor adherencia al tratamiento mostrando un porcentaje del 54,80 por ciento seguido del Trastorno del Estado de Ánimo Bipolar tipo 1 (TEA B1) con un 40,50 por ciento y Esquizoafectivo tipo Bipolar representó el 4,80 por ciento restante. Finalmente, los pacientes que estuvieron conscientes de su enfermedad arrojando un 53 por ciento, mientras que el porcentaje restante (47%) no estaban conscientes de ella. Asimismo, de los 42 pacientes adherentes 37 están conscientes en base al 53 por ciento anteriormente mencionado, mientras que 16 de los 58 pacientes que resultaron ser no adherentes saben su diagnóstico.

Utilizamos el cuestionario de Morisky Green como herramienta de recolección de datos útil como indicador de adherencia la cual está relacionada con el avance de los pacientes y su correcta estabilización del estado de ánimo.

XI. CONCLUSIONES

Luego de observar, analizar, describir y discutir cada uno de los resultados obtenidos llegamos a las siguientes conclusiones:

1. Luego de ser clasificados los pacientes con Trastornos del Estado de Ánimo en adherentes y no adherentes por medio de la respuesta de tres a cuatro no en las primeras cuatro preguntas del cuestionario se evidenció que el 42,0 por ciento de los pacientes presentaron adherencia al tratamiento psicofarmacológico mientras que el porcentaje restante 58,0 por ciento no presentó adherencia al tratamiento.

2. El sexo con mayor predominio que presentó adherencia al tratamiento psicofarmacológico fue el femenino con un porcentaje de 69,0 por ciento mientras que el sexo masculino presentó el porcentaje restante (31,0%). La edad identificada como más frecuente de los pacientes que presentaron adherencia al tratamiento psicofarmacológico (el 42% de la muestra) estuvieron comprendidos entre las edades de 26-40 años con un porcentaje entre las edades de 26 a 40 años con un porcentaje de 33,30 por ciento, con 14 pacientes, siguiendo con el rango de edades de 41 a 55 años con 31,00 por ciento (13 pacientes), en tercer lugar, los mayores de 55 años con un total 28,60 por ciento, mientras que el restante fue de 7,10 por ciento conformado por los pacientes entre las edades 18 a 25 años. (3 pacientes) para un total de 42 pacientes. En vista general a los 100 pacientes entrevistados las edades conformadas entre 26-40 años tuvo un total de 37 pacientes (37%) seguido de una igualdad en resultados de los 41-55 y mayores de 55 con 27 por ciento (27 pacientes cada uno) y finalmente los pacientes más jóvenes entre 18-25 anos obtuvieron un porcentaje de nueve por ciento (9 pacientes). Indicando que la mayor adherencia estuvo entre los rangos de edades de 26 -40 años. Los pacientes no adherentes (58% de todos los pacientes entrevistados) que han dejado de tomar su medicación por su religión fueron el 13,8 por

ciento, los demás 68,2 por ciento no justifican esta como una causa de abandono de la medicación o terapia farmacológica. El factor y/o causas por los que los pacientes adherentes que han dejado de tomar su medicación por su religión, significando este el 11,70 por ciento, los demás 86, 30 no justifican esta como una causa de abandono de la medicación o terapia farmacológica. En base a los 100 pacientes solo 15 de ellos (15%) han abandonado la terapia farmacológica por esta causa. En cuanto a la ocupación de los pacientes con Trastornos del Estado de Ánimo que afecta la adherencia al tratamiento el mayor porcentaje lo obtuvo los empleados privados con 26,20 por ciento, el segundo lugar lo ocupó los trabajadores independientes con un 21,40 por ciento, siguiendo con los empleados y públicos los cuales arrojaron 19,0 por ciento, continuando con las amas de casa con 14,30 por ciento por último, se presentó una igualdad de porcentajes entre los desempleados y los estudiantes con un 9,50 por ciento cada uno, lo que se traduce como que la mayor adherencia la obtuvieron los pacientes con trabajos privados.

3. Los factores y/o causas por lo que los pacientes con Trastorno del Estado de Ánimo no son adherentes o abandonan la terapia psicofarmacológica, donde el 34,50 por ciento han abandonado su medicación por no poder costearlos representando la causa principal, siguiendo por los efectos secundarios del fármaco con un porciento de 32,80 por ciento, en tercer lugar, con un porciento de 17,20 por ciento se les olvida tomar la medicación y el 15,50 por ciento restante porque se ha sentido mejor siendo esta la cuarta causa. Asimismo, a base a los 100 pacientes la causa principal tanto en adherentes como en los no adherentes fue por no poder costearlos seguida del mismo orden antes mencionado.

4. Se identificaron los diagnósticos con una mayor adherencia psicofarmacológico extraídos del 42 por ciento del total de pacientes evaluados en este trabajo y arrojó que los pacientes diagnosticados con Trastorno Depresivo Mayor (TDM) presentan una mayor adherencia al

tratamiento Psicofarmacológico mostrando un porcentaje de 54,80 por ciento mientras que el Trastorno del Estado de Ánimo Bipolar tipo 1 (TEA B1) arrojó un 40,50. Por último el esquizoafectivo tipo Bipolar arrojó porcentaje de un 4,80 por ciento.

5. Los pacientes que estuvieron conscientes de su enfermedad arrojando un 53 por ciento, mientras que el porcentaje restante (47%) no estaban conscientes de ella. Asimismo, de los 42 pacientes adherentes 37 están conscientes en base al 53 por ciento anteriormente mencionado, mientras que 16 de los 58 pacientes que resultaron ser no adherentes saben su diagnóstico.

X. RECOMENDACIONES

A base de realizar un análisis cuidadoso de los resultados de esta investigación y las limitaciones durante la realización de este este estudio recomendamos:

1. Realizar más investigaciones en los demás hospitales y centros privados del país donde exista la consulta de psiquiatría, en diferentes provincias y en diferentes fechas para evaluar la adherencia no solo en pacientes con Trastorno del Estado de Ánimo, sino también en aquellos con otros diagnósticos psiquiátricos con el objetivo de contribuir al conocimiento sobre adherencia y porcentajes de la misma, así como de permitir seguir evaluando las adherencia a nivel de todo el territorio dominicano según se plantee en las futuras investigaciones.

2. Ampliar la muestra y el periodo de tiempo con el fin de dar un mayor seguimiento a los pacientes adherentes y no adherentes. Aunado a esto, realizar un muestreo aleatorio según las ambiciones de las futuras investigaciones para garantizar la validación del estudio. Haciendo énfasis en aquellos antecedentes familiares de patologías psiquiátricas.

3. Identificar en futuras investigaciones el conocimiento o conciencia de la enfermedad, el estado socioeconómico, el régimen de medicamentos para saber los efectos secundarios de cada uno y cual sería un sustituto ideal que le funcione mejor a cada paciente para la reducción de los efectos indeseados, la distancia que le queda al paciente de su residencia al hospital para así determinar si esto es causa de no cumplimiento del tratamiento y si el vivir solo o acompañado afecta a la adherencia farmacológica.

4. Al Ministerio de Salud Pública: incentivar más investigaciones sobre la adherencia al tratamiento en pacientes psiquiátricos con el fin de controlar las enfermedades mentales masivas y disminuir el costo de estas.

5. Al personal de salud de dicho centro, para que se determinen las principales causas o factores de la falta de adherencia e intentar buscar soluciones a las mismas para el avance y el mejoramiento del cuadro de la enfermedad de los pacientes psiquiátricos, además de hacer los cambios necesarios en la medicación si los efectos secundarios son la causa de la falta de adherencia de este.

6. A la familia de los pacientes: llevar de la mano la medicación junto con el paciente y hacer los esfuerzos necesarios para mantenerlos bajo control acompañándolos en cada etapa para que los factores como el olvido disminuyan considerablemente en la falta de adherencia de los pacientes.

7. Al gobierno de la República Dominicana: subsidiar medicamentos de alto costo para pacientes psiquiátricos con el fin de mejorar la adherencia psicofarmacológica.

XI. REFERENCIAS BIBLIOGRÁFICAS

1. Gratacós M. Sistema de Información Científica Redalyc, Red de Revistas Científicas [Internet]. INTERVENCIONES PARA MEJORAR LA ADHERENCIA TERAPÉUTICA EN SUJETOS CON ESQUIZOFRENIA. Disponible en: https://www.redalyc.org/journal/778/77854690004/html/#:~:text=La%20adherencia%20h a ce%20referencia%20a,clínico%20(Compton,%202006)

2. Organización Mundial de la Salud. [Internet].Trastornosmentales. https://www.who.int/es/newsroom/factsheets/detail/mentaldisorders#:~:text=En%202019%2C%20una%20de%20cada,personas

3. Ministerio de Salud Pública. Plan Nacional de Salud Mental: República Dominicana 2019-2022. Santo Domingo: MSP; 2019.https://www.msp.gob.do/web/Transparencia/documentos_oai/1420/documentos- salud-%20mental/14570/plan-31.pdf

4. Martínez D. LA ADHERENCIA AL TRATAMIENTO EN PACIENTES CONTRASTORNOS PSICÓTICOS [Internet].Unican.es. Disponible en:https://repositorio.unican.es/xmlui/bitstream/handle/10902/16518/RuizRoldanRaquel.pdf? sequence=1&isAllowed=y

5. Multimed vol.23 no.1 Granma ene.-feb. 2019. Factores asociados a la adherencia al tratamiento en pacientes con depresión. Disponible en:http://scielo.sld.cu/scielo.php?script=sciarttext&pid=S10284818201900 0100001

6. Choquerive M. Ibarra E., Teran M. Falta de adherencia al tratamiento farmacológico. Mendoza, diciembre de 2018. Biblioteca Digital [Internet]. [consultado el 2 de mayo de 2023] Disponible en: https://bdigital.uncu.edu.ar/objetos_digitales/12774/choquerivemnica.pdf

7. Díaz R. Escarraman M., Ramírez G. Adherencia al tratamiento antidepresivo en pacientes con depresión mayor, consulta de salud mental, Hospital Salvador Bienvenido Gautier, 2016. Disponible en: Colegio Médico Dominicano.

8. Contreras M. V, Rodriguez L. W. Adherencia al tratamiento psicofarmacológico en pacientes con ansiedad, asistidos en el Hospital Central de la Fuerzas Armadas, Santo Domingo, Universidad Nacional Pedro Henriquez Ureña, 2019. [Internet] Disponible en: https://repositorio.unphu.edu.do/bitstream/handle/123456789/3519/Adherencia%20al%20tratamiento%20psicofarmacológico%20en%20pacientes%20con%20ansiedad%2C%20asistidos%20en%20el%20Hospital%20Central%20de%20las%20Fuerzas%20Armadas..pdf?s equence=1&isAllowed=y

9. Hernández I., Sarmiento N., Terán E. Adherencia al tratamiento en los pacientes de consulta externa de los centros de salud de Quito. Rev Metro Ciencia 2018; [consultado el 18 de octubrede2022] 26(1):07-11. Disponible en: https://docs.bvsalud.org/biblioref/2019/03/981555/adherencia-al-tratamiento.pdf

10. III Foro Diálogos Pfizer - pacientes. La adherencia al tratamiento: cumplimiento y constancia para mejorar la calidad de vida. Disponible en: http://envejecimiento.csic.es/documentos/documentos/pfizer-adherencia-01.pdf

11. Organización Mundial de la Salud OMS. Adherencia a los tratamientos a largo plazo. Pruebas para la acción. Disponible en: https://www.paho.org/hq/dmdocuments/2012/WHO- Adherence-Long-Term-Therapies-Spa-2003.pdf

12. Ortega J., Sanchez D., Rodriguez Ó., Ortega J. Acta méd. Grupo Ángeles vol.16 no.3 México jul-sept 2018. Adherencia terapéutica: un

problema de atención médica, ISSN: 1870-7203. Disponible en: https://www.scielo.org.mx/scielo.php?script=sci_arttext&pid=S187072032018000300226#:~:text=Seg%C3%BAn%20la%20Organizaci%C3%B3n%20Mundial%20de,relacionados%20con%20el%20equipo%20anitario

13. Garay C., Fabrissin J. Guido P. et al. Combinación de tratamientos y complementariedad terapéutica en el abordaje de los trastornos depresivos, ISSN:0329- 5885. Disponible en: https://www.redalyc.org/pdf/3691/369139946004.pdf

14. Silva G., Galeano E., Correa. Adherencia al tratamiento implicaciones de la no- adherencia, Acta Médica Colombiana Vol.30 N°4 octubre-diciembre 2005. Disponible en: http://www.scielo.org.co/pdf/amc/v30n4/v30n4a4.pdf

15. Kaplan & Sadock. Sinopsis de Psiquiatría Ed 11va°. Cap. 8 Trastornos delestado de ánimo. 2015. p. 763-828.

16. American Psychiatric Association. Manual Diagnóstico y Estadístico de los Trastornos Mentales - DSM-V. Ed 5°. Editorial Médica Panamericana. 2014. p. 123-155.

17. Rivera J., Vivanco D. Repositorio Institucional de la Universidad Politécnica Salesiana: Proyecto de intervención cognitivo conductual para el mejoramiento de la adherencia al tratamiento a través del trabajo de la resiliencia en pacientes internos de corta estancia con trastornos del estado de ánimo de la clínica Nuestra Señora de Guadalupe en el periodo abril-julio 2019.; [consultado el 6 de mayo de 2023]. Disponibleen: http://dspace.ups.edu.ec/handle/123456789/18154

18. Párraga I., López J, del Campo J., Villena M., Escobar F. Seguimiento de la adherencia al tratamiento antidepresivo en pacientes que inician su consumo. Atención Primaria 2014; 46(7):357-366. Disponible en: https://www.ncbi.nlm.nih.gov/pmc/articles/PMC6983598/

19. Variables Psicológicas que intervienen en la adherencia al tratamiento farmacológico en adultos con Trastorno Bipolar. Disponible en: https://riull.ull.es/xmlui/bitstream/handle/915/19941/Variables%20psicologicas%20que%20intervienen%20en%20la%20adherencia%20al%20tratamiento%20farmacologico%20en%20adultos%20con%20trastorno%20bipolar.pdf?sequence=1

20. Pagès-Puigdemont N, Valverde-Merino MI. Métodos para medir la adherencia terapéutica. Ars Pharm [Internet]. 2018;59(3). Disponible en: https://scielo.isciii.es/pdf/ars/v59n3/2340-9894-ars-59-03-163.pdf

XII. ANEXOS

XII.1. Cronograma

Variables	Periodo de Tiempo
Selección del tema	Febrero 2022
Búsqueda de Referencias y asesores	Febrero 2022
Aprobación del tema	Mayo 2022
Ruta critica	Julio-agosto 2022
Elaboración de anteproyecto	Septiembre-diciembre 2022
Revisión de anteproyecto	Febrero 2023
Sometimiento y aprobación	Marzo-abril 2023
Ejecución de encuestas	Mayo-junio 2023
Tabulación y análisis de la información	Junio 2023
Redacción y revisión del informe	Junio 2023
Encuadernación	Junio 2023
Presentación de tesis	Julio 2023

XII.2. Instrumento de recolección de datos.

Nombre	
Expediente	
Edad	
Sexo	
Ocupación	
1. ¿A veces se le olvida tomar su medicamento para tratar su enfermedad?	Si No
2. ¿Toma sus medicamentos a las horas indicadas?	Si No
3. Cuando se encuentra bien, ¿deja de tomar la medicación?	Si No
4. Algunas veces las personas no toman sus medicamentos por razones diferentes al olvido. Pensando en las últimas dos semanas. ¿Hubo algún día que no tomara sus medicamentos?	Si No
5. ¿Ha dejado de tomar su medicación por los efectos secundarios del fármaco utilizado?	Si No
6. Tomar las medicinas todos los días es realmente incómodo para algunas personas, ¿siente usted que es un fastidio lidiar con su plan de tratamiento?	Si No
7. ¿Ha dejado usted de tomar sus medicamentos por su religión?	Si No
8. ¿Cuál de estas causas o factores cree usted que es la principal razón por la que ha dejado de tomar sus medicamentos alguna vez?	○ Por no poder costearlos ○ Porque se ha sentido mejor ○ Por los efectos secundarios del fármaco ○ Porque se le olvida

XII.3. Consentimiento Informado

ADHERENCIA AL TRATAMIENTO PSICOFARMACOLÓGICO DE LOS PACIENTES CON DIAGNÓSTICO DE TRASTORNOS DEL ESTADO DE ÁNIMO ATENDIDOS EN LA CONSULTA EXTERNA DE PSIQUIATRÍA DEL HOSPITAL DR. SALVADOR BIENVENIDO GAUTIER ENERO, 2023- JUNIO, 2023.

Toda la información obtenida y los resultados de la investigación serán tratados confidencialmente. Esta información será archivada en papel y medio electrónico. Puesto que toda la información es llevada al anonimato, los resultados personales no pueden estar disponibles para terceras personas como empleadores, organizaciones gubernamentales, compañías de seguros u otras instituciones educativas. Yo, una vez informado sobre los propósitos, objetivos, procedimientos y evaluación que se llevarán a cabo en esta investigación, acepto de manera voluntaria que se me incluya como sujeto de estudio en el proyecto de investigación. Adicionalmente se me informó que la participación en esta investigación es libre y voluntaria, estoy en libertad de retirarme de ella en cualquier momento.

No recibiré beneficio personal de ninguna clase por la participación en este proyecto de investigación. Sin embargo, se espera que los resultados obtenidos permitan mejorar los procesos de evaluación de pacientes con condiciones clínicas similares.

Si tiene alguna duda sobre este proyecto, puede hacer preguntas en cualquier momento durante su participación. Si alguna de las preguntas durante la entrevista le parece incómoda, tiene usted el derecho de hacérselo saber al investigador o de no responderlas. Hago constar que el presente documento ha sido leído y entendido por mí en su integridad de manera libre y espontánea.

Firma del paciente: _____

Fecha: _____

XII.4. Costos y recursos

XII.3.1. Humanos			
2 sustentantes 2 asesores (clínico y metodológico) Personas que participaron en el estudio			
XII.3.2. Equipos y materiales	Cantidad	Precio	Total
Papel bond 20 (8 1/2 x 11)	1 resmas	120.00	120.00
Papel Mystique	1 resmas	280.00	280.00
Lápices	2 unidades	25.00	50.00
Borras	2 unidades	25.00	50.00
Bolígrafos	2 unidades	20.00	40.00
Sacapuntas	2 unidades	15.00	30.00
Computador Hardware: Pentium III 700 Mhz; 128 MB RAM; 20 GB H.D.;CD-ROM 52x	2 unidades	20,000.00	40,000.00
Impresora HP 932c Scanner: Microtek 3700	2 unidades	5,000.00	10,000.00
Software: Microsoft Windows XP Microsoft Office XP MSN internet service Omnipage Pro 10	2 unidades	6,000.00	12,000.00
Dragon Naturally Speaking Easy CD Creator 2.0	2 unidades	1,890.00	3,780.00
Presentación: Sony SVGA VPL-SC2 Digital data proyector	2 unidades	4,500.00	9,000.00
Cartuchos HP 45 A y 78 D Calculadoras	2 unidades	3,500.00	7,000.00
XII.3.3. Información			

Adquisición de libros Revistas Otros documentos Referencias bibliográficas (ver listado de referencias)			
XII.3.4. Económicos			
Papelería (copias)	1200 copias	2.00	2,400.00
Encuadernación	8 informes		2,350.00
Alimentación			8,000.00
Transporte			10,000.0
Inscripción al curso			
Inscripción del anteproyecto			
Inscripción de la tesis			
Imprevistos		5,000.00	10,000.00
Pago de derecho a tesis		16,500.00	33,00.00
Pago presentación de tesis.		16,500.00	33,000.00
Costo vestuarios		10,000.00	10,000.00
Preparación de día de presentación de tesis		8,000.00	8,000.00
		Total	$199,100.00

*Los costos totales de la investigación fueron cubiertos por las sustentantes

XII.5. Evaluación

Sustentantes:

Hilary Shaynna Rudecindo
16-2143

Karen Yasmil Frias Frias
16-2250

Asesores:

Dr. Octavio Andres Comas Ureña
(Metodológico)

Dr. Jonathan Bravo Vasquez
(Clínico)

Jurado:

Dra. Kersy Yoirys Medina Feliz

Dra. Cindy Leticia Rodriguez Vasquez

Dra. Edelmira Altagracia Espaillat Espaillat

Autoridades:

Dra. Claudia María Scharf
Directora Escuela de Medicina

Dr. William Duke
Decano Facultad Ciencias de la Salud

Fecha de presentación: 18/07/2023
Calificación: 98 - A