

UNIVERSIDAD AMERICANA
FACULTAD DE MEDICINA



**PREVALENCIA DEL SÍNDROME DEPRESIVO EN
LA CONSULTA MÉDICA GENERAL DE LA
EMPRESA PREVISIONAL DEL HOSPITAL
BAUTISTA DE JULIO A DICIEMBRE DEL 2001.**

Br. MICHAEL J. MEDINA MORALES.
Br. JORGE G. LÓPEZ-GRANJA.

Trabajo de investigación para optar al grado de:
DOCTOR EN MEDICINA Y CIRUGÍA.

Profesor Tutor:
DR. ROBERTO AGUILAR BRICEÑO.
PSIQUIATRA

Managua, Nicaragua, Mayo, 2002.

UNIVERSIDAD AMERICANA
FACULTAD DE MEDICINA



**PREVALENCIA DEL SÍNDROME DEPRESIVO EN LA
CONSULTA MÉDICA GENERAL DE LA EMPRESA
PREVISIONAL DEL HOSPITAL BAUTISTA DE JULIO A
DICIEMBRE DEL 2001.**

Br. MICHAEL J. MEDINA MORALES.
Br. JORGE G. LÓPEZ-GRANJA.

Trabajo de investigación presentado al jurado integrado por:

PRESIDENTE: Dr. Mauricio Sánchez Morales
SECRETARIO: Dr. Roberto Soza Sandoval
VOCAL: Dr. Ramón Blandón Juárez

Para completar las exigencias del grado
Doctor en Medicina y Cirugía.

Managua, Nicaragua, Junio, 2002.

*Dedico este trabajo a mi amigo y hermano del alma Jorge Génesis López-Granja
quien en los momentos más difíciles de mi depresión nunca dejó de creer en mí.
Gracias a vos siempre recordaré que el mejor antidepresivo es el amor.*

Michael J. Medina Morales

Dedico este trabajo a la muerte que me dió la Luz.

A quienes me dieron mi esencia.

A J.I.L.O., mi Maestro, por entrenarme en el Buen Combate.

A Ernestina por curar mis heridas.

A Georgette y Geraldine, mis Musas.

A Kiroshi, por mí mismo.

Jorge López-Granja

AGRADECIMIENTOS

Agradecemos a las autoridades del Hospital Bautista y su Empresa Previsional por habernos permitido efectuar nuestro estudio con sus pacientes.

Agradecemos a nuestro tutor Dr. Roberto Aguilar Briceño por su increíble paciencia y por transmitirnos su pasión por este tema.

Agradecemos a nuestra amiga y cómplice Bianka Vélez Cabezas por su incondicional ayuda. Sin ella habría sido imposible terminar este trabajo.

Gracias al Dr. German Gadea por dedicar parte de su valioso tiempo a asesorarnos con este estudio.

Gracias a los pacientes quienes creyeron en nosotros e hicieron posible esta monografía.

OPINIÓN DEL TUTOR.

El trabajo monográfico elaborado por los Bachilleres Michael Medina y Jorge López sobre “Prevalencia del Síndrome Depresivo en la consulta médica general de la Empresa Previsional del Hospital Bautista de Julio a Diciembre del 2001”, constituye un esfuerzo que cuenta, a mi parecer, con las siguientes particularidades:

1. La depresión es una enfermedad que ocupa una elevada posición en cuanto a tasas de morbimortalidad en el mundo, percibiéndose como un verdadero problema social que trasciende a lo meramente médico.
2. Las muertes, discapacidades, dolor, años de vida perdidos ajustados a discapacidad, carga por enfermedad y demás trastornos psicosociales que causa el trastorno y sus complicaciones; unidos al entorpecimiento del pronóstico de una serie de enfermedades de gran relevancia epidemiológica, médica y económica, la hacen merecedora de un reconocimiento como problema prioritario en términos de asistencia y enseñanza.
3. No obstante, la literatura mundial nos dice cuán pobre es el porcentaje de pacientes que alguna vez reciben ayuda profesional, especialmente porque su diagnóstico es errado con extrema frecuencia, especialmente en nuestro medio.
4. Este trabajo es el primero que se realiza en nuestro país dirigido expresamente al diagnóstico de la depresión en un grupo poblacional importante, como es el de la masa económicamente activa que hace uso de las clínicas de atención previsional.
5. Nos revela la realidad que vive una parte de la población nicaragüense en relación con este discapacitante y a menudo mortal flagelo; nos ratifica la pobreza de capacidad existente para su debido diagnóstico y por tanto, la frecuencia con que nuestros deprimidos serán tratados inadecuadamente y empujados inconscientemente a la cronificación y sus complicaciones, entre ellas el suicidio.

6. Nos orienta hacia la necesidad de realizar nuevas investigaciones para conocer la magnitud y trascendencia del problema en el seno de la población general.
7. Nos afronta con la necesidad de realizar las modificaciones académicas necesarias para garantizar la detección y manejo de una proporción de casos que incida positivamente en el panorama epidemiológico nacional; así como hace ver a las instituciones prestadoras de servicios la necesidad de capacitar al personal y dotarles de elementos terapéuticos básicos para el logro de tales fines, incluyendo el tiempo mínimo de atención por paciente para poder realizar un diagnóstico presuntivo medianamente confiable.
8. De realizarse todo esto, el ahorro en sufrimiento a la población y en pérdidas económicas al país, tanto en el sector público como en el privado, compensará con creces la inversión que permita su abordaje integral y sistemático en todos los niveles de enseñanza y atención.

Dr. Roberto Aguilar Briceño.

Tutor.

ÍNDICE GENERAL.

	Pág.
INTRODUCCIÓN.	
I. OBJETIVOS	1
II. MARCO TEÓRICO	2
A. Depresión.....	2
1. Definición	2
2. Epidemiología	3
3. Etiología	7
3.1 Etiología de la depresión primaria	7
3.2 Etiología de la depresión secundaria	9
4. Clasificación	12
5. Sintomatología	13
6. Diagnóstico	16
7. Tratamiento	18
7.1 Antidepresivos	18
7.2 Psicoterapia	21
7.3 Terapia electroconvulsiva	21
III. MATERIAL Y MÉTODOS	22
IV. RESULTADOS	27
V. DISCUSIÓN DE RESULTADOS	31
VI. CONCLUSIÓN	34
VII. RECOMENDACIONES	35
ANEXOS	
Anexo A: Índice de tablas.	
Anexo B: Índice de cuadros.	
Anexo C: Ficha y cuestionario.	
BIBLIOGRAFÍA	

INTRODUCCIÓN

La depresión es un problema de salud que alcanza proyección social, no sólo por su incidencia numérica, sino también porque los comportamientos depresivos alteran en gran manera el rol familiar, laboral y social de quien los experimenta. La depresión está asociada a mayor dolor corporal y hace que los pacientes pasen más días en cama por su escasa salud, en comparación con la hipertensión, la diabetes, la artritis y la enfermedad pulmonar crónica (4).

En Estados Unidos de Norteamérica, se calcula que la incidencia de la depresión es de 6% para la población adulta; así, según el Instituto Nacional para la Salud de este país, unos 17 millones de norteamericanos sufrirán un período de depresión al año (5). La complicación más grave de la depresión es el suicidio. El riesgo de suicidio a lo largo de la vida en los sujetos con trastorno del estado de ánimo es del 10-15%. Se ha visto que las mujeres realizan tentativas de suicidio con mayor frecuencia que los varones, pero éstos tienen mayores probabilidades de consumarlo. Además, estudios recientes han revelado que casi el 4% de las personas que cometen suicidio matan antes a otra persona (4). Recientemente se ha encontrado que las personas con depresión tienen mayor riesgo de morir por homicidio que la población en general (22).

En el plano económico, se sabe que los gastos que derivan de ésta enfermedad ascienden a los 44 mil millones de dólares en E.U (5).

En la actualidad se habla que la depresión tiene una prevalencia en la consulta médica entre el 12.2% y 25% de todos los pacientes. Y según Watts, sólo un 0.2% de los pacientes deprimidos consulta al psiquiatra, un 9% al médico general y posiblemente un 89% nunca acude a la consulta médica (24).

En Nicaragua se han realizado estudios que se ocupan tanto de la depresión como de su mayor complicación (el suicidio), pero faltan más estudios que se ocupen de la prevalencia de la depresión en adultos para demostrar su importancia epidemiológica dentro de la práctica médica y por tanto lleven a considerarla dentro del diagnóstico diferencial de múltiples síntomas somáticos en la atención primaria. Con este estudio pretendemos contribuir a este fin, pues el trabajo de investigación se realizó en un centro de atención primaria, que es donde tienen lugar la mayoría de las consultas médicas generales.

Así, nuestro estudio debe servir para resaltar la importancia del síndrome depresivo y la depresión en sí como entidades clínicas a tener en cuenta por nuestros médicos generales, por las autoridades del MINSA y de las escuelas de medicina, pues a pesar de los crecientes avances y aportes sobre la depresión en todos sus aspectos consideramos válido lo que dijera el médico norteamericano del siglo XIX George M. Beard refiriéndose a la depresión: “Esta enfermedad es la más frecuente, la más interesante y la menos atendida de las enfermedades nerviosas de la época moderna” (10).

I. OBJETIVOS.

A. Objetivo general:

1. Identificar la prevalencia del síndrome depresivo en adultos atendidos en la consulta médica general de la Empresa Médica Previsional del Hospital Bautista de Julio a Diciembre del año 2001.

B. Objetivos específicos.

1. Conocer las características generales de los pacientes estudiados.
2. Identificar la frecuencia del síndrome depresivo en adultos en la consulta médica general.
3. Identificar los motivos de consulta más frecuentemente asociados al diagnóstico del síndrome depresivo.
4. Determinar la correlación entre el número de casos diagnosticados como síndrome depresivo por los médicos generales con el número de casos diagnosticados en el estudio.

II. MARCO TEÓRICO.

A. DEPRESIÓN.

1. Definición.

El término depresión alude a una emoción humana normal y también a un grupo de síndromes y trastornos. Este término tiene diferentes significados en los diversos ámbitos científicos, como la neurofisiología, la farmacología, la psicología y la psiquiatría. Para el neurofisiólogo, la depresión hace referencia a cualquier disminución de la actividad electrofisiológica. Para el farmacólogo, la depresión se refiere al efecto de los fármacos que disminuyen la actividad del órgano al que se dirigen. Para el psicólogo la depresión se refiere a cualquier decremento del rendimiento cognitivo, perceptivo o motor normal. Sin embargo, para el psiquiatra clínico la depresión cubre una amplia gama de cambios de los estados emocionales que en términos de gravedad van desde las fluctuaciones normales del humor en la vida cotidiana hasta los episodios psicóticos graves (10).

Realmente la tristeza patológica en las depresiones endógenas es un sentimiento radicalmente distinto a la tristeza normal; el lenguaje ha impuesto aquí una limitación importante. Tanto es así que un enfermo deprimido, soportando una enorme tristeza (patológica) es incapaz de sentir tristeza por un acontecimiento que normalmente le hubiera entristecido. Cuando esto sucede el enfermo se siente aún peor, lleno de sentimientos de culpa y de reproches por ser un desalmado (12).

Al hablar de depresión podemos referirnos bien a un síntoma, un síndrome o, a un determinado grupo de enfermedades (10). Veamos:

- Síntoma: estado afectivo caracterizado por la vivencia de tristeza.
- Síndrome (estado depresivo): conjunto de síntomas que son accesibles al diagnóstico clínico y psicopatológico.

- Enfermedad: entidad nosológica definida a partir del síndrome, de su evolución, de hallazgos de exploraciones; con una etiopatogenia aún no totalmente clara.

La confusión semántica entre estos 3 significados es mayor desde que se ha vulgarizado el vocablo “depresión”, para aludir a un estado de ánimo.

A efectos prácticos, este estudio retoma la definición de depresión basada en el DSM-IV (24):

“Grupo heterogéneo de trastornos afectivos que se caracterizan por un estado de ánimo deprimido, disminución del disfrute, apatía y pérdida del interés en el trabajo, sentimientos de minusvalía, insomnio, anorexia e ideación suicida.”

2. Epidemiología.

Prevalencia, incidencia y costos. La prevalencia de la depresión mayor oscila entre el 2,6-5,5% en varones y entre el 6-11,8% en mujeres. La prevalencia de la depresión mayor en la asistencia primaria es de 4,8-9,2%, y la prevalencia de todos los trastornos depresivos es del 9-20% (4). Sin embargo, si se incluyen depresiones de todo tipo ampliamente definidas, las tasas de expectativa aumentan notablemente alcanzando hasta un 30% según algunos autores (10). Se ha encontrado que, en Estados Unidos el riesgo de presentar un episodio depresivo mayor a lo largo de la vida es del 6% (4).

Arthur Watts, médico británico del área rural, durante su práctica de 20 años describió un riesgo de padecer una depresión clínica significativa en el curso de la vida de aproximadamente 10 casos por cada mil (11).

Un médico británico de Indiana al revisar los datos de 15 años de asistencia encontró que el 23.55% de los pacientes vistos de forma continuada habían padecido depresión (11).

Sartorius y Kielholz hacen referencia a las investigaciones de la OMS que nos indica que la depresión se presenta en un 3-5% de la población mundial, lo que significa que hay de 180 a 300 millones de deprimidos si la población mundial es de 6.000 millones (12).

Se estima, por los datos recogidos en distintos estudios, que de los enfermos en general el 10-20% son enfermos depresivos. De todos los enfermos vistos por el psiquiatra aproximadamente el 50% son enfermos depresivos (12).

Los costos que la depresión representó para los Estados Unidos en 1990 se han calculado en US\$ 44.000 millones, cantidad aproximadamente igual a la correspondiente a las enfermedades cardíacas. Esta suma equivale al 30% de los US\$ 148.000 millones de dólares que se estima fue el costo de todas las enfermedades mentales ese año (3). Los costos directos del tratamiento de la depresión son de aproximadamente 12.000 millones de dólares, de los cuales 890 millones se destinan al pago de antidepresivos. El coste de la morbilidad de los trastornos depresivos en Estados Unidos es de unos 24.000 millones de dólares, y los costos de la mortalidad ascienden a 8.000 millones, que pueden atribuirse en parte al aumento de las tasas de accidentes, al abuso de sustancias, al desarrollo de enfermedades somáticas, y al aumento de hospitalizaciones médicas y tratamientos ambulatorios (4).

Sexo. Una tendencia casi universal, independientemente del país, es la mayor prevalencia de la depresión entre las mujeres que entre los hombres, en una proporción 2:1, por razones que no están del todo claras (10). Algunas explicaciones ofrecidas incluyen los diferentes tipos de estrés al que están sometidos hombres y mujeres, el parto, la desesperanza aprendida, y las variaciones hormonales. En el trastorno bipolar, no hay

diferencias aparentes (9). Según un estudio publicado, las mujeres presentan una prevalencia más alta de depresión con síntomas somáticos que los varones (19).

Estado civil. Los índices de ingresos hospitalarios por trastornos del estado de ánimo son ligeramente superiores a lo normal entre quienes carecen de relaciones íntimas con otra persona o que están solteros o divorciados comparados con los de las personas que tienen una pareja (10). La incidencia de la depresión mayor es superior en individuos separados o divorciados que en personas casadas, sobretodo en varones y en pacientes con una enfermedad médica asociada (4).

Clase social. La depresión mayor no tiene correlación con la clase social. En el trastorno bipolar parece haber una incidencia ligeramente superior en los estratos socioeconómicos superiores que en las demás clases sociales (10).

Edad. En las depresiones unipolares las mujeres alcanzan la incidencia máxima entre los 35 y los 45 años y los hombres después de los 55 años (10).

Historia Familiar. Los familiares en primer grado de las personas depresivas o alcohólicas muestran un riesgo del 20% para trastornos del estado de ánimo. Además, hay un mayor riesgo de padecer de depresión si la persona perdió a su(s) progenitor(es) antes de los 11 años (10). El trastorno depresivo mayor es 1,5-3 veces más común en los familiares biológicos de primer grado de personas que lo sufren, que en la población en general (24).

Raza. No existen pruebas concluyentes acerca de diferencias entre blancos y negros. Sin embargo, en Estados Unidos es mayor el número de negros hospitalizados por trastornos afectivos en general (10).

Recurrencia. Se ha observado que el porcentaje de recidiva tras la recuperación de un episodio depresivo mayor oscila desde un 50% en un intervalo de 2 años hasta un 90% en un margen de 6 años. En general, el 75-95% de los pacientes con un episodio depresivo mayor presentarán al menos un episodio más durante su vida. Uno de los factores más importantes en la precipitación de recidivas es el tratamiento inadecuado. Por otro lado se conoce que la gravedad de un episodio depresivo no altera el riesgo de presentar recidivas. El número promedio de episodios de depresión unipolar a lo largo de la vida es de cuatro (4).

Evolución de las alteraciones en el funcionamiento global. En el estudio realizado por NIMH-CS (National Institute of Mental Health Collaborative Study of the Psychobiology of Depression) se encontró que los pacientes deprimidos presentaron menos probabilidades de tener trabajo; tenían menores ingresos; presentaban mayor probabilidad de no haberse casado nunca; tenían peores relaciones conyugales cuando estaban casados, y se sentían menos satisfechos con su vida sexual en comparación con los sujetos control, aunque los pacientes no estuvieran clínicamente enfermos (4).

Complicaciones. La mayor complicación de la depresión es la muerte. La depresión mayor refractaria está asociada a un aumento del riesgo de suicidio, a una posibilidad del 50% de deterioro laboral y a un 65% de riesgo de malestar interpersonal continuado. El riesgo de muerte accidental y de suicidio es mayor en todos los pacientes deprimidos (4). Recientemente se publicó un artículo donde se revela el alto riesgo de muerte por homicidio entre las personas con padecimientos mentales, sobre todo en los esquizofrénicos y los afectados por trastornos del estado de ánimo (22). En Nicaragua, según las estadísticas del Instituto Nacional de Estadísticas y Censos y de la oficina de información en salud del MINSA, la tasa de defunciones por suicidio en 1992 fue de 2,7/100.000 habitantes, y para el año 2.000 ésta ascendió a 7/100.000 habitantes. La relevancia de esta cifra radica en demostrar la importancia de la depresión como enfermedad que lleva a la muerte, pues aunque en Nicaragua no se tienen datos, a nivel internacional se ha demostrado que de los suicidios el 70% de los casos sufría una depresión.

3. Etiología.

La depresión tiene una génesis multifactorial en la que diversas causas y motivos actúan sobre una personalidad que posee una predisposición más o menos acentuada (12).

A fines prácticos, se diferenciará entre la depresión primaria y secundaria.

3.1 Etiología de la depresión primaria (24).

- ❖ **Bioquímicos cerebrales.** La teoría más popular ha postulado cambios en las monoaminas cerebrales (noradrenalina, dopamina, serotonina). La teoría de las catecolaminas en su forma más simple postula que en la depresión hay un déficit absoluto o relativo de norepinefrina en sinapsis específicas cerebrales y que en la manía habría un exceso de ella. Actualmente, el papel que las monoaminas juegan en los trastornos afectivos no está del todo esclarecido. Postular que la depresión se debe a la deficiencia de un solo neurotransmisor es simplista; posiblemente existen desregulaciones o desequilibrios entre varios de ellos. Además de la noradrenalina y la serotonina se han involucrado el GABA, la dopamina, y la acetilcolina. Las hipótesis más recientes postulan cambios en la neurona postsináptica, los cuales explicarían la latencia terapéutica observada al administrar los antidepresivos: el aumento en la concentración de neurotransmisores luego de administrar un antidepresivo es inmediato pero el efecto clínico lleva varias semanas; se postula la "regulación hacia abajo" de los receptores postsinápticos: se disminuye la hipersensibilidad de los receptores, disminuye su número, se normaliza la liberación del neurotransmisor, lo que conlleva a una mejoría clínica de la depresión. Se hace énfasis en los mecanismos de transducción (la proteína G), y de mensajeros secundarios y terciarios (4).

- ❖ **Neuroendocrinos.** Los trastornos depresivos mayores parecen estar asociados a anomalías de la función neuroendocrina. Ciertos síntomas del síndrome clínico (trastorno del humor, disminución de la libido, trastornos del sueño, del apetito, de la

actividad autonómica) sugieren disfunción hipotalámica. Además las monoaminas regulan las células endocrinas hipotalámicas. La investigación ha demostrado anomalías más severas, especialmente en el cortisol, la hormona del crecimiento y la hormona liberadora de la tirotrófina. Un hallazgo muy importante, y que persiste después de mejorar la depresión, es el de la disminución de la secreción de la hormona del crecimiento durante el sueño.

- ❖ Neurofisiológicos. Uno de los hallazgos más consistentes en el EEG del paciente deprimido es el del acortamiento de la latencia de los movimientos oculares rápidos (MOR) durante el sueño. También se han reportado, disminución de los estadios 3 y 4 del sueño no-MOR y aumento de la actividad fásica MOR. Estos y otros hallazgos tales como la mayor incidencia de las crisis depresivas en primavera y otoño, sugieren alteraciones patológicas de los ritmos cronofisiológicos cerebrales. La neuroimagenología ha reforzado por medio de PET y SPECT la existencia de cambios funcionales en el lóbulo frontal y temporal en la depresión.
- ❖ Genéticos y familiares. El trastorno depresivo mayor es 1.5-3 veces más común en los familiares biológicos de primer grado de personas que sufren éste, que en la población en general. Existe concordancia de 65% en los gemelos monocigóticos, y sólo del 14% en los dicigóticos.
- ❖ Factores psicológicos. Muchos autores postulan que en las depresiones, especialmente en las de menor intensidad, es de mayor importancia etiológica la presencia de factores psicógenos, ya sean dinámicos o conductuales. Freud basado en sus estudios postuló que la depresión patológica se debía a la identificación con el muerto y a la ambivalencia que el niño siente contra sus padres en los períodos tempranos de la vida. Parece que la separación y la pérdida de personas amadas en la niñez producen depresiones infantiles y predisponen al sufrimiento de ellas en la vida adulta. Éstas pueden ser desencadenadas por pérdidas triviales con valor simbólico para el paciente.

Desde un punto de vista psicosocial se ha demostrado un aumento de depresiones después de situaciones estresantes tales como: desastres naturales, guerras, permanencia en campos de concentración y períodos de desintegración social. La viudez, la pérdida de seres queridos también parecen aumentar la incidencia de la depresión.

La teoría del aprendizaje atribuye importancia etiológica a trastornos del comportamiento y de la cognición. Seligman postuló que la desesperanza aprendida se presenta cuando un individuo es sometido en forma repetida a estímulos desagradables que no puede ni predecir ni controlar; la persona se resigna y se deprime. Además presenta una tendencia a percibir que las cosas están fuera de su control.

Para Beck, el problema psicológico básico de la depresión es un pensamiento distorsionado que produce una visión negativa de sí mismo, del mundo y del futuro, el estado depresivo sería secundario a estos fenómenos cognoscitivos.

La mayoría de las depresiones primarias estarían en la parte media del espectro depresivo, en la cual habría una interacción variable entre la predisposición genética (y sus consecuencias biológicas), los factores psicológicos y los estresantes ambientales.

3.2 Etiología de la depresión secundaria (24).

Muchas drogas de uso común, enfermedades médicas y psiquiátricas, pueden ser la causa de una depresión. Esto es de primordial importancia para el médico no-psiquiatra, quien debe conocer las drogas que como efecto secundario producen depresión y sospechar de las enfermedades cuya primera manifestación puede ser un cuadro depresivo.

- ❖ Drogas. Se han descrito más de 200 drogas que pueden causar depresión, pero la mayoría de ellas sólo la producen ocasionalmente. Sin embargo algunas lo hacen tan a menudo que se debe sospechar relación etiológica cuando aparece un cuadro depresivo en un paciente que las está recibiendo. Entre ellas destacan: indometacina, isoniazida,

sulfas, metildopa, propranolol, bloqueadores de canales de calcio, digitálicos, corticosteroides, contraceptivos orales.

❖ Enfermedades orgánicas. Cualquier enfermedad, especialmente las graves, puede causar una depresión como reacción psicológica. De acuerdo al departamento de salud y servicios humanos de EUA los síntomas depresivos clínicamente significativos se identifican en un 12 a un 36% de los pacientes con enfermedades no psiquiátricas (5) pero existen ciertos cuadros que con mayor frecuencia se acompañan de un trastorno depresivo, y que posiblemente afectan los mecanismos íntimos responsables de la enfermedad (Ver cuadro No.1). Entre ellos tenemos:

- Trastornos neurológicos: los más importantes son los que producen degeneración neuronal tanto de la corteza como de las estructuras subcorticales (Alzheimer, Huntington, Parkinson), y lesiones focales que comprometen el sistema límbico y sus proyecciones corticales.
- Trastornos endocrinos: de éstos los más importantes son los trastornos tiroideos, especialmente el hipotiroidismo.
- Cáncer: el carcinoma del cuerpo y la cola del páncreas frecuentemente produce cuadros depresivos que a veces pueden preceder otros síntomas de la enfermedad.
- Enfermedades cardiovasculares: el infarto miocárdico frecuentemente produce un cuadro depresivo, que generalmente mejora rápidamente. Además en estudios recientes realizados en Holanda, se ha encontrado una mayor mortalidad por arritmias cardíacas en pacientes deprimidos infartados versus la población en general (21).

- Enfermedades infecciosas: la influenza, la hepatitis, la brucelosis, el SIDA, y la mononucleosis infecciosa, causan con frecuencia depresión. Con respecto al SIDA se dice que la depresión es el padecimiento psiquiátrico observado con mayor frecuencia, el cual afecta entre el 4 -14% de los hombres homosexuales y mujeres no drogadictas infectadas. No obstante, la evidencia sugiere que rara vez hay una relación causa-efecto entre el SIDA y la depresión; se dice que la mayoría de los pacientes infectados con trastorno depresivo presentan un antecedente de depresión previo a la infección con el VIH, y que la depresión no se correlaciona con el estadio de la enfermedad, ni con el recuento de linfocitos T ayudadores, ni con el uso de tratamiento retroviral (15).

Tabla 2.3.1. Patologías médicas asociadas a depresión.¹

<i>ACV: 10-27% (especialmente corteza frontal izquierda o ganglios basales izquierdos)</i>
<i>Demencia: 30-40% en los pacientes que padecen de la enfermedad de Alzheimer</i>
<i>Enfermedad de Parkinson: 40% con síntomas de demencia experimentan depresión en el curso de la enfermedad.</i>
<i>Diabetes: la depresión es 3 veces más común en pacientes diabéticos adultos que en la población general.</i>
<i>Enfermedad arterial coronaria: 40-50%; la tasa de mortalidad 4 veces más alta de lo esperado.</i>
<i>Cáncer: 25% (75% en los pacientes con cáncer de páncreas)</i>
<i>Síndrome de Fatiga crónica: tasa de por vida 46-75%</i>
<i>Fibromialgia: 20-71%</i>
<i>Hipotiroidismo: 80-90%</i>
<i>Deficiencia de vitamina (B 12)</i>
<i>Anemia</i>
<i>Trastornos metabólicos (deshidratación, hipoxia, hiponatremia, hipercalcemia)</i>
<i>Infecciones (virales o bacterianas)</i>
<i>Hepatitis</i>

¹ US Department of Human Health Services, 1993

- Enfermedades psiquiátricas: la esquizofrenia y el trastorno esquizoafectivo pueden producir cuadros depresivos. El trastorno de pánico en su fase avanzada, produce cuadros depresivos. Es frecuente que el alcoholismo y la farmacodependencia produzcan una depresión secundaria.

4. Clasificación.

Los trastornos depresivos poseen una clasificación diversa según el objetivo que se persiga.

* Según la sintomatología:

- Depresión típica donde predomina la tristeza patológica.
- Depresión ansiosa donde predomina la ansiedad.
- Depresión inhibida cuando las manifestaciones de enlentecimiento psicomotor son muy importantes y el enfermo llega a permanecer inmóvil, lo que se conoce como “estupor melancólico” (12).

* Según etiopatogenia (12):

- Primaria: cuando no existe ninguna otra alteración patológica.
- Secundaria: cuando la depresión es debida a otro trastorno patológico.

* Según la edad (12):

- Infantil.
- Juvenil.
- Involutiva.
- Senil.

Según el DSM-IV los trastornos depresivos se clasifican así (2):

- Ánimo depresivo normal y luto.
- Trastorno adaptativo con estado de ánimo depresivo.
- Trastorno distímico.
- Depresión mayor: Episodio depresivo mayor.
- Episodio mixto.
- Trastorno depresivo mayor, episodio único.
- Trastorno depresivo mayor recidivante.
- Trastorno depresivo no especificado.
- Trastorno disfórico premenstrual.
- Trastorno depresivo menor.
- Trastorno depresivo breve recidivante.
- Trastorno depresivo pospsicótico en la esquizofrenia.
- Un episodio depresivo mayor superpuesto a un trastorno delirante, a un trastorno psicótico no especificado o a la fase activa de la esquizofrenia.
- Casos en los que el clínico ha llegado a la conclusión de que hay un trastorno depresivo, pero es incapaz de determinar si es primario, debido a enfermedad médica o inducido por sustancia.
- Trastornos bipolares.

5. Sintomatología:

De forma cronobiológica, se puede esbozar la sintomatología del síndrome depresivo así (10):

En la primera infancia, los trastornos vegetativos y somáticos (alteraciones de la alimentación, irregularidad del sueño, hipoactividad) pueden reflejar una condición depresiva.

En la segunda infancia, la depresión se manifiesta con una más vasta gama sintomatológica: desde la alteración de la esfera intelecto-volitiva, pasando por los trastornos psicósomáticos, hasta las anomalías del comportamiento. Es frecuente la tendencia al aislamiento, crisis de llanto sin motivo aparente. Se ha observado pérdida en el control de los esfínteres (enuresis y encopresis).

En la adolescencia, además de los cuadros depresivos comparables a aquellos del adulto, se observan trastornos del comportamiento que hacen de pantalla a un estado depresivo. Por ejemplo, conductas antisociales, toxicomanía, agresividad-oposición, etc.

La angustia y la larga duración de las fases son las características más importantes de las depresiones en la involución. De la primera derivan las ideas hipocondríacas, la conducta histérica y sobre todo la sintomatología paranoide y delirante. También durante esta época de la vida el riesgo de suicidio es más elevado.

El decaimiento de las funciones psíquicas que se produce en las depresiones de edades avanzadas, cuando no se presenta una sintomatología análoga a la de las formas involutivas, hace que en ocasiones adopten una forma pseudo-demencial.

Los pacientes deprimidos pueden dividirse en tres grupos de acuerdo a la sintomatología que los lleva a consultar (24).

El primero está constituido por los pacientes que manifiestan predominantemente síntomas depresivos (tristeza, sentimientos de culpa, ideación suicida, etc.). Estos son más fácilmente diagnosticados tanto por el psiquiatra como por el médico general. Los síntomas más importantes son el ánimo deprimido y la pérdida de interés en todas o casi todas las actividades. Aunque predominan los síntomas depresivos, los síntomas somáticos y generales también están presentes; son frecuentes el insomnio o la hipersomnía, la anorexia o la hiperfagia, la fatiga o el cansancio, pérdida o disminución de la libido, trastornos menstruales, etc.

El segundo grupo consulta por síntomas generales u orgánicos (insomnio, anorexia, cansancio, cefalea, vértigo). Con frecuencia estos pacientes son sometidos a múltiples e infructuosos exámenes clínicos y paraclínicos, y a tratamientos inefectivos. El dolor es el síntoma inicial hasta en el 35% de los pacientes deprimidos. Los más comunes son las cefaleas (peso en la cabeza, una banda que aprieta, tirantez en la nuca); las algias articulares, neuralgias, dolores de los miembros. En general, estos dolores son vagos, difusos, atípicos. Dentro de los síntomas neurológicos el vértigo es uno de los síntomas más frecuentes. Además están el tinnitus, visión defectuosa, fallas en la memoria y en la concentración.

El tercero se manifiesta por otros síntomas psiquiátricos dentro de los cuales predomina la ansiedad, que también a menudo es mal diagnosticada y peor tratada. Según Watts, la ansiedad es la máscara más común de la depresión. Además se habla de la farmacodependencia y el alcoholismo: aunque es más frecuente que estos cuadros produzcan una depresión secundaria, a veces ellos son una máscara psíquica de una depresión primaria, que al ser tratada adecuadamente puede hacer desaparecer dichos trastornos. También se ha mencionado a la hipocondriasis; en un estudio, el 21% de un grupo de hipocondríacos sufría primordialmente un cuadro depresivo y dos tercios de ellos mejoraron con el tratamiento antidepresivo (24).

En un estudio realizado por Ayuso se pueden apreciar las proporciones de estos diferentes grupos de pacientes referidos por el médico general a la consulta psiquiátrica ambulatoria de la seguridad social en España. Solamente el 24% consultó por síntomas depresivos, el 63% por síntomas generales y orgánicos y finalmente el 13% por ansiedad (24).

Las quejas físicas son en algunas sociedades el medio preferido para expresar aflicción psicológica, angustia y ansiedad. Así, Blacker y Clare (1989) encontraron en una consulta londinense que seis síntomas estaban significativamente asociados a la depresión. Por orden de importancia los síntomas fueron: insomnio, fatiga, pérdida de interés,

conciencia de enfermedad, alteración de la concentración, desesperación con o sin ideas suicidas (11).

Dentro de las alteraciones del pensamiento los enfermos depresivos presentan: disminución de la capacidad para pensar o concentrarse, indecisión, preocupaciones exageradas, baja autoestima, visión negativa del mundo, pesimismo, pérdida de interés, desesperanza, desesperación, ideas de culpa, ideas de incapacidad, ideas de suicidio (12).

6. Diagnóstico.

Para realizar el diagnóstico, se utilizan los criterios diagnósticos para depresión establecidos por la American Psychiatry Association en el DSM-IV (2):

- Depresión mayor: Episodio depresivo mayor.
 - Presencia de 5 o más de los siguientes síntomas durante un período de 2 semanas, que representan un cambio respecto a la actividad previa; uno de los síntomas debe ser: (1) estado de ánimo depresivo ó (2) pérdida de interés ó de la capacidad para el placer.
 - Estado de ánimo depresivo la mayor parte del día, casi cada día según lo indica el propio sujeto (p. ej. Me siento triste o vacío) o la observación realizada por otro (p. ej. Llanto).
 - Disminución acusada del interés o de la capacidad para el placer en todas o casi todas las actividades, la mayor parte del día, casi cada día.
 - Pérdida importante de peso sin hacer dieta o aumento de peso (un cambio de más del 5% del peso corporal en un mes) o pérdida o aumento del apetito casi cada día.
 - Insomnio o hipersomnia casi cada día.

- Agitación o enlentecimiento psicomotor casi cada día (observable por los demás, no meras sensaciones de inquietud o de estar enlentecido).
- Fatiga o pérdida de energía casi cada día.
- Sentimientos de inutilidad o de culpa excesivos o inapropiados (que pueden ser delirantes) casi cada día (no los simples auto reproches o de culpabilidad por el hecho de estar enfermo).
- Disminución de la capacidad para pensar o concentrarse, o indecisión, casi cada día (ya sea subjetiva o por observación ajena).
- Pensamiento recurrente de muerte (no sólo temor a la muerte), ideación suicida recurrente sin un plan específico o una tentativa de suicidio o un plan específico para suicidarse.
- Los síntomas no cumplen los criterios para un episodio mixto.
- Los síntomas provocan malestar clínicamente significativo o deterioro social, laboral, o de otras áreas importantes de la actividad del individuo.
- Los síntomas no son debidos a los efectos fisiológicos directos de una sustancia o enfermedad médica.
- Los síntomas no se explican mejor por la presencia de un duelo, los síntomas persisten por más de 2 meses o se caracterizan por una acusada incapacidad funcional, preocupaciones mórbidas de inutilidad, ideación suicida, síntomas sicóticos o enlentecimiento psicomotor.

- Trastorno depresivo menor: episodios de al menos 2 semanas de síntomas depresivos, pero con menos de los 5 ítems exigidos para el trastorno depresivo mayor.

7. Tratamiento.

Dado que las terapias psicológicas y conductuales son eficaces en la depresión mayor con síntomas vegetativos y que los antidepresivos pueden eliminar los síntomas depresivos crónicos similares a los trastornos de la personalidad, resulta arbitrario realizar una dicotomía de los tratamientos en formas biológicas y psicológicas. Si no en todos, al menos en los trastornos afectivos no complicados se acostumbra a combinar ambos tipos de tratamiento (24).

7.1 Antidepresivos (24).

Los antidepresivos se clasifican tradicionalmente según su estructura (tricíclicos, tetracíclicos) o según el efecto que ejercen sobre los neurotransmisores. Es poco probable que una única acción en los neurotransmisores pueda explicar el efecto terapéutico de los antidepresivos. Sin embargo, las acciones de los neurotransmisores permiten predecir los efectos secundarios. Por ejemplo, los antidepresivos noradrenérgicos pueden producir agitación, temblores, sudación, e insomnio; los serotoninérgicos pueden provocar náuseas, cefaleas y disfunciones sexuales, y los dopaminérgicos son activadores.

- ADDT. Los antidepresivos tricíclicos y tetracíclicos tienen una estructura de tres o cuatro anillos de carbono. Todos éstos fármacos presentan propiedades similares. En muchos casos, bloquean la recaptación de noradrenalina y algunos otros bloquean la recaptación de la serotonina. Los efectos secundarios más frecuentes son: sedación, hipotensión postural, y efectos anticolinérgicos tales como: sequedad de boca, constipación, retención urinaria y dificultades de acomodación visual. Por eso están contraindicados en pacientes con glaucoma de ángulo estrecho, asmáticos o con obstrucción urinaria, como por ejemplo la hipertrofia prostática.

- Los antidepresivos de segunda y tercera generación son heterogéneos respecto a sus estructuras y acciones. Dentro de éste grupo tenemos: venlafaxina, trazodona, bupropión; éste último es el antidepresivo que más convulsiones puede producir (4/1000).
- Inhibidores selectivos de la recaptación de la serotonina (ISRS). Este grupo, que es el más nuevo, se caracteriza por inhibir más selectivamente la recaptación de la serotonina que la de noradrenalina. Por sus escasos efectos anticolinérgicos y cardiovasculares, son drogas de primera elección en pacientes ancianos, pacientes cardiopatas, los que sufren de hipertrofia prostática, asma y glaucoma. Sus efectos secundarios más comunes son náuseas, diarrea, cefalea, nerviosismo e insomnio.
- Inhibidores de la monoaminoxidasa (IMAO). Son tan efectivos como los ADDT en la depresión mayor. Están indicados en pacientes unipolares que no tuvieron una buena respuesta con los tricíclicos, en aquellos cuyos familiares responden bien a los IMAOs. Son superiores a los ADTT en las depresiones atípicas. Los efectos secundarios más comunes son los autonómicos: hipotensión ortostática, sequedad de la boca, constipación, dificultad en la micción, disfunción sexual, etc. Por interacciones con drogas y ciertos alimentos pueden producir crisis hipertensivas y síndrome serotoninérgico.

Aproximadamente el 70% de las depresiones responde al tratamiento con los antidepresivos y solamente el 35% mejora cuando son tratados con un placebo. El éxito depende de usar dosis terapéuticas, de esperar 4 – 6 semanas para ver su efectividad, y luego sostener dichas dosis otros 5 – 6 meses (24).

Tabla 2.7.1 Clasificación de los antidepresivos.²

CLASE	FÁRMACO
Inhibidores de recaptura de norepinefrina (IRN)	Desimipramina Nortriptilina Protriptilina Maprotilina
Inhibidores de recaptura de dopamina (IRD)	Bupropión
Inhibidores de la recaptura de serotonina (ISRS)	Fluoxetina Sertralina Paroxetina Fluvoxamina Citalopram
Activadores de la recaptura de serotonina (ARS)	Tianeptina
Inhibidores de recaptura mixtos de serotonina y norepinefrina (IRMSN)	Imipramina Doxepina Amitriptilina Venlafaxina Trimipramina Lefopramina
Inhibidores de la monoaminoxidasa (IMAO)	Irreversibles: fenelcina, tranilcipromina Reversibles: moclobemida, brofaromina
Agonistas de receptores a neurotransmisores	Alprazolam, amoxapina
Agentes liberadores de monoaminas (ALM)	Metilfenidato Mirtazapina

² Salín-Pascual Rafael. Los trastornos afectivos para médicos no psiquiatras. 1ra ed. México. 2000. pp: 103-

7.2 Psicoterapia.

La tendencia actual favorece la combinación de psicofármacos con técnicas psicológicas en la mayoría de los casos de depresión. Las psicoterapias mejor estudiadas en el tratamiento de la depresión son la cognitiva y la interpersonal. En algunos estudios comparativos han demostrado que estas terapias son tan efectivas como los antidepresivos. Esto es especialmente cierto en las depresiones moderadas o leves y sin síntomas psicóticos (24).

7.3 Terapia electroconvulsiva.

La terapia electroconvulsiva (TEC) es la más antigua y segura de todas las terapias somáticas modernas que se aplican a los trastornos de estado de ánimo. La TEC resulta de mayor utilidad en los episodios depresivos mayores agudos, sobretodo cuando se caracteriza por inicio rápido, duración breve, gravedad, psicosis, intolerancia para tolerar los antidepresivos. Los efectos secundarios más frecuentes de la TEC son confusión y pérdida de la memoria; no existen pruebas, a partir de estudios de la estructura o la función cerebral, de que la TEC tal y como se administra en la actualidad provoque lesiones cerebrales.

III. MATERIAL Y MÉTODOS.

Tipo de estudio: descriptivo de corte transversal.

Universo: fue conformado por todos los pacientes mayores de 18 años de edad que acudieron por primera vez a la consulta médica general en la Empresa Médica Previsional del Hospital Bautista durante el período de Julio a Diciembre del año 2001 (10.396 pacientes).

Muestra: la muestra fue calculada según la fórmula para poblaciones finitas, con un grado de confianza del 95%. El número resultante para la muestra fue de **288**. En vista que la varianza de la población a estudiar se desconocía, se tomaron un total de 782 unidades de análisis, a fin de asegurar que la confiabilidad del estudio permaneciera igual o superior al 95% planteado. En términos porcentuales, la muestra representó el 7.5% del universo. El diseño de la muestra se realizó de tal forma que el 51% fuera mujeres y el 49% varones, proporción que refleja la distribución de la población general.

Muestreo: se aplicó un muestreo aleatorio sistemático, sin reemplazo; se escogió un paciente de cada tres que entraba a la sala de espera de los consultorios de medicina general, para aplicarle el cuestionario. En caso que el paciente no cumpliera los requisitos de inclusión, se reiniciaba el conteo.

Criterios de inclusión:

- Pacientes que acudieron por primera vez para ser atendidos en la consulta médica general de la Empresa Médica Previsional del Hospital Bautista de Julio a Diciembre del 2001.
- Pacientes con 18 años cumplidos o mayores.
- Pacientes que no se opusieron a ser encuestados.
- Pacientes que no habían sido encuestados con anterioridad.

Criterios de exclusión:

- ❑ Pacientes menores de 18 años.
- ❑ Pacientes que se opusieron a ser encuestados.
- ❑ Pacientes ya encuestados.

Variables:

- 1- Características generales de los pacientes: edad, sexo, estado civil, escolaridad.
- 2- Motivo de consulta del paciente.
- 3- Criterios de diagnóstico para depresión según DSM-IV.
- 4- Impresión diagnóstica del médico para los pacientes estudiados.

Material físico.

- Las clínicas de consulta externa de la Empresa Médica Previsional del Hospital Bautista correspondientes a medicina general.
- Sillas de espera donde los pacientes llenaron el cuestionario.
- Cuestionario para investigar síndrome depresivo en el paciente, el cual consta de 19 preguntas impresas en 2 hojas.
- Ficha personal del paciente (1 hoja): nombre del paciente, motivo por el cual buscó ayuda médica, su sexo, edad, escolaridad, y estado civil.
- Tablas de apoyo para que llenaran el cuestionario en la sala de espera.
- Lapiceros con los cuales los pacientes llenaron el cuestionario.

Instrumento diagnóstico

Para diagnosticar el síndrome depresivo se formuló un cuestionario basado en los criterios diagnósticos del episodio depresivo mayor y menor según el DSM-IV (ver marco teórico).

Técnicas y procedimiento.

Al llegar a la sala de consulta de medicina general, cada tercer paciente fue abordado por el encuestador, quien primero verificó si el paciente cumplía con los criterios de inclusión, para luego entregar un cuestionario de 19 preguntas explicándole la razón de éste. En caso de dudas con alguna pregunta o que el paciente no fue capaz de llenarlo por sí mismo (si era analfabeta), fue tarea del encuestador brindar ayuda. Una vez que el paciente contestaba todas las preguntas, entregaba el cuestionario, para ser archivado y luego procesado. Cabe resaltar que las primeras 150 encuestas las realizó el encuestador en conjunto con los investigadores, a fin de disipar las dudas o inquietudes que este podría tener, y de esta forma disminuir las dificultades técnicas en el resto del muestreo. El tiempo promedio observado para llenar el cuestionario fue de 4 minutos.

Para comparar los resultados del estudio con el diagnóstico dado por los médicos generales, se revisaron en las carpetas del mes de julio al mes de diciembre 2001 las hojas de consulta de los médicos (archivadas en el departamento de estadística), en donde constan los nombres de los pacientes y el diagnóstico.

Fuente de información.

Se tomó como fuente de información primaria los cuestionarios diagnósticos llenados por los pacientes y las hojas de estadística de los médicos generales. Las fuentes de información secundaria fueron los libros de texto, artículos de publicaciones médicas, monografías, e Internet.

Procesamiento de la información.

Se elaboró una ficha de recolección de datos para recopilar la información procedente de los cuestionarios. La información fue procesada utilizando Microsoft Excel. El software utilizado para la elaboración de las tablas y gráficos fue Microsoft Office. El levantado de texto se realizó en Microsoft Word 97.

Tabla 3.1. Operacionalización de las variables.

VARIABLES	CONCEPTO	INDICADOR	ESCALA
I. Características generales de la población estudiada.			
1. Edad del paciente.	Se considera la edad adulta a partir de los 18 años o más.	Años cumplidos.	18-24 25-34 35-44 45-54 55-64
2. Sexo.	Características fenotípicas evidentes.	Femenino. Masculino.	F o M
3. Escolaridad.	El grado académico alcanzado a través de estudio sistemático.	Analfabeto. Primaria. Secundaria. Superior.	Sí o No
4. Estado civil.	Situación civil de la persona.	Casado. Acompañado. Soltero. Divorciado. Viudo.	Sí o No

VARIABLES	CONCEPTO	INDICADOR	ESCALA
II. Motivo de consulta del paciente.	Manifestación somática del paciente que motiva la consulta.	El propio paciente.	
III. Impresión diagnóstica del médico.	Entidad nosológica a la cual el médico atribuye el padecimiento del paciente	Hojas de consulta del médico	Depresión o Síndrome Depresivo. Otros diagnósticos
IV. Criterios diagnósticos para depresión.	Parámetros establecidos para definir el diagnóstico de depresión.	DSM-IV	Ausente. Presente.

IV. RESULTADOS.

La prevalencia encontrada del síndrome depresivo fue de 209 casos en una muestra de 782 pacientes, lo que equivale al 26.7%.

Tabla 4.1. Prevalencia de la depresión.

	Casos positivos (%)	Casos negativos(%)
Síndrome Depresivo	209 (26,7%)	573 (73,3%)

Dentro de las características generales de los pacientes diagnosticados con síndrome depresivo se encontró que el 52% eran mujeres y el 48% hombres. El rango de edad más frecuente fue de 25-34 años tanto para hombres como para mujeres; el rango de edad donde se encontró menos incidencia de depresión fue en los mayores de 65 años.

Tabla 4.2. Relación entre el sexo y la edad de los pacientes con síndrome depresivo.

EDAD	FEMENINO	MASCULINO
18-24	22	22
25-34	35	32
35-44	27	18
45-64	23	26
Mayor 65	2	2
TOTAL	109	100

El estado civil con mayor prevalencia fue el de casado: mujeres el 42.2%, hombres el 46%. Le siguió el de soltero para las mujeres y el de acompañado para hombres. El menos común para ambos fue el de viudo y divorciado.

Tabla 4.3. Relación entre estado civil y sexo de los pacientes depresivos.

	SOLTERO	ACOMPAÑADO	CASADO	DIVORCIADO	VIUDO
FEMENINO	37	20	46	3	3
MASCULINO	21	28	46	3	2

El grado de escolaridad más común fue: el superior en las mujeres y el de secundaria para los hombres, con un porcentaje de 42% y 47% respectivamente. El único caso de analfabetismo fue en un hombre.

Tabla 4.4. Grado de escolaridad por sexo en pacientes con síndrome depresivo.

	ANALFABETA	PRIMARIA	SECUNDARIA	SUPERIOR
FEMENINO	0	19	44	46
MASCULINO	1	22	47	30

Los motivos de consulta más frecuentes fueron: chequeo general (20%), gripe (15.3%), dolores osteomusculares (11.5%), control de enfermedad crónica (11.5%), molestias gastrointestinales (10.5%), cefalea (8.6%), fiebre (6.2%).

Tabla 4.5. Motivos de consulta de los pacientes diagnosticados con síndrome depresivo.

MOTIVO DE CONSULTA	CANTIDAD	PORCENTAJE
CHECK GRAL	42	20
GRIPE	32	15.3
DOLOR OSTEOMUSCULAR	24	11.5
CONTROL ENF. CRÓNICA (Hipertensión y Diabetes)	24	11.5
MOLESTIAS G.I. (Gastritis, Dolor abd, Diarrea)	22	10.5
CEFALEA	18	8.6
FIEBRE	13	6.2
RESULTADO DE EXAMEN	9	4.3
DEBILIDAD	8	3.8
INFECCIÓN RENAL	8	3.8
PROBLEMA RESPIRATORIO	6	2.9
NERVIOS	2	1
PÉRDIDA DE APETITO	1	0.5
TOTAL	209	100

El número de casos diagnosticados en el estudio como depresión o síndrome depresivo fue de 209; los médicos generales hicieron el mismo diagnóstico en sólo 3 pacientes estudiados, y en 10 de todo el universo (10.396 pacientes).

Tabla 4.6. Correlación diagnóstica para la depresión entre médicos y el estudio.

NÚMERO DE CASOS DIAGNOSTICADOS COMO DEPRESIÓN O SÍNDROME DEPRESIVO.	
Médicos generales	Cuestionario diagnóstico
3/782	209/782

Como hallazgo del estudio se encontró que dentro de los pacientes diagnosticados con síndrome depresivo uno tenía diagnóstico previo de hipotiroidismo; uno con diagnóstico confirmado de esclerosis múltiple; hubo dos pacientes a quienes se les había diagnosticado depresión por un psiquiatra, y que estaban con tratamiento antidepresivo; dos pacientes con diagnóstico de cáncer de mama.

V. DISCUSIÓN DE LOS RESULTADOS.

El presente estudio encontró que la prevalencia del síndrome depresivo en la consulta de medicina general de la Empresa Médica Previsional del Hospital Bautista en el período comprendido entre Julio y Diciembre del 2001, fue de 209 casos en una muestra de 782 pacientes. Esto equivale a una incidencia del 26,7 %.

El resultado obtenido coincide con estudios internacionales que afirman que la depresión (primaria y secundaria) se presenta hasta en un 25 a 30% de los pacientes en atención primaria (10), (24) . La semejanza era predecible, ya que el cuestionario basado en el DSM-IV utilizado en el estudio para diagnosticar los casos positivos, fue diseñado para identificar aún aquellos casos en los que la depresión fuese secundaria a enfermedades médicas, o fármacos.

Por otro lado, no se puede obviar el efecto del estrés psicológico sobre la prevalencia del síndrome depresivo en la población; dada la situación económica que atraviesa Nicaragua, aparecen potenciales factores precipitantes de la depresión como desempleo, inestabilidad laboral, salarios bajos, inseguridad ciudadana, alta competitividad para mantener el trabajo, etc. Esta influencia del estrés en la depresión ya se había demostrado en el estudio Cross-National Collaborative Group realizado en 10 países, que utilizó el cuestionario de entrevista diagnóstica, para realizar diagnósticos del DSM-III. En este estudio, la tasa de depresión mayor a lo largo de la vida variaba entre un mínimo de 1,5 casos por cada 100 adultos en Taiwan hasta un máximo de 19/100 en Beirut, y la tasa anual de depresión oscilaba entre el 0,8/100 de Taiwan y el 5,8/100 de Nueva Zelanda (4).

De los pacientes diagnosticados con síndrome depresivo el 52% fueron mujeres y el 48% hombres. Este resultado es igual de forma cualitativa a estudios internacionales que indican una mayor prevalencia en mujeres; no obstante no se presenta la típica relación de 2 a 1 entre mujeres y hombres (10). Cabe resaltar que en el diseño de la muestra se respetó la razón mujer:hombre existente en la población.

Además, se encontró que el estado civil con mayor prevalencia dentro de los casos diagnosticados con síndrome depresivo es el de casado, con ligera ventaja porcentual de hombres versus mujeres. Esto no es concordante con los datos disponibles que muestran que el episodio depresivo es más prevalente en hombres solteros; en las mujeres, el matrimonio sí es factor riesgo (4). Una posible explicación a esto, lleva intrínseca la crisis socioeconómica, la cual hace que con una tasa de subempleo cercana al 80%, el tener una familia a su cargo sea un factor además de predisponente precipitante para cursar con un síndrome depresivo; tampoco se puede obviar el acoso laboral que sufren las personas debido precisamente a esta crisis económica. Otra posibilidad, podría ser el alto índice de abuso de sustancias (sobre todo alcohol) por parte de los hombres, que los llevaría a un síndrome depresivo.

Las mujeres deprimidas presentaron mayor preparación académica que los hombres con síndrome depresivo. El grado de escolaridad más frecuente en éstas fue el superior y en los varones el de secundaria. Esto podría tener relación con el hecho de una incidencia mayor de lo esperado del síndrome depresivo en hombres, pues tienen menor oportunidad de empleo dado su menor nivel de preparación académica.

Los motivos de consulta más frecuentes en pacientes con síndrome depresivo fueron: chequeo general, gripe, dolores osteomusculares, chequeo de control por enfermedad crónica, molestias gastrointestinales, cefalea y fiebre. Cabe destacar que este resultado concuerda con resultados arrojados por otros estudios a nivel internacional, los cuales encontraron que hasta un 70% de las depresiones son del tipo “enmascaradas”; es decir que la queja principal se limita al plano somático (24). En el terreno social y sanitario esta somatización del paciente y su refuerzo por el facultativo implica una gran carga económica, pues se confunde la depresión con trastornos de ansiedad o con cuadros orgánicos, por lo que se indican exploraciones y tratamientos tanto inútiles como costosos (24). Diferentes investigadores han encontrado que cuando la depresión se presenta con síntomas físicos, es menos probable que los trabajadores de salud la diagnostiquen y traten (3).

Lo anterior se reafirma con el resultado del estudio, en donde se encontró que de todos los pacientes que acudieron a consulta médica general desde Julio hasta Diciembre del 2001, (10.396 pacientes) los médicos generales etiquetaron con el diagnóstico de depresión a 10 pacientes. Aquí hay un contraste evidente con los 209 casos diagnosticados por el estudio en una muestra que representa apenas el 7,5% de la cantidad atendida en medicina general. La coincidencia de diagnóstico entre el estudio y los médicos generales, se dió en tan sólo 3 pacientes. Esto podría explicar el porqué en la consulta médica general de adultos, la depresión no resalta como problema muy frecuente en la práctica diaria, es decir pasa desapercibida. Lo anterior también se ha encontrado a nivel internacional; en el estudio realizado por Feighner, quien demostró que los médicos generales sólo diagnosticaron correctamente el 36% de los pacientes deprimidos que entrevistaron, además diagnosticaron 19% de depresiones en pacientes que no estaban deprimidos (24).

Consideramos que un factor importante en este subdiagnóstico es el hecho que en aras de una mayor productividad, al médico general se le ha impuesto un determinado número de pacientes a atender por hora, lo cual tiende a limitar la calidad y la calidez en la relación médico paciente; el médico se limita a subsanar la queja principal del paciente. En otras palabras, al facultativo se le impone un ritmo y estilo de trabajo que desvía la atención de la esfera psíquica hacia el aspecto orgánico.

VI. CONCLUSIONES.

1. La prevalencia del síndrome depresivo encontrada por el estudio fue de un 26,7%.
2. Se encontró una mayor proporción del síndrome depresivo en mujeres que en varones, pero no se alcanza la relación 2:1 esperada.
3. La mayoría de las personas diagnosticadas con síndrome depresivo estaban casadas al momento de realizar el estudio.
4. Las mujeres deprimidas tuvieron un mayor nivel académico que los hombres deprimidos.
5. Los motivos de consulta más frecuentemente referidos por los pacientes con síndrome depresivo no fueron síntomas psiquiátricos, más bien fueron síntomas somáticos o inespecíficos: chequeo general 20%, gripe 15%, dolor osteomuscular 11,5%, control de enfermedad crónica 11,5%, molestias gastrointestinales 10,5%.
6. El número de casos diagnosticados como depresión o síndrome depresivo por los médicos generales fue notablemente menor al de la cantidad de casos encontrados en el estudio, y además no alcanzó siquiera el mínimo esperado de acuerdo a estudios internacionales.

VII. RECOMENDACIONES.

En vista de los resultados de este estudio se recomienda:

- 1) Realizar otros estudios que se ocupen de los aspectos epidemiológicos de la depresión, para así tener una visión más completa de su importancia en la práctica médica.
- 2) Reformar el pensum de la carrera de medicina; ampliar el número de horas de la asignatura de psicología y psiquiatría dentro de éste, e incluir una rotación por los servicios periféricos de Psiquiatría y Salud Mental del MINSA, siempre que se cuente con una tutoría académica autorizada en cuanto a conocimientos de la especialidad y de la metodología docente, a fin que los futuros médicos tengan más y mejores herramientas para el diagnóstico temprano y la referencia oportuna de los pacientes deprimidos y psiquiátricos en general.
- 3) Brindar cursos de capacitación para los médicos de asistencia primaria, para que se familiaricen con las características clínicas y con las consecuencias que tiene la depresión tanto para el paciente como para la sociedad.
- 4) Implementar en los centros de asistencia primaria un cuestionario que contribuya al médico en la detección o al menos la sospecha diagnóstica del síndrome depresivo. Con éste además se optimizaría el envío de estudios diagnósticos y pruebas de laboratorio.
- 5) La implementación de políticas por parte del MINSA que permitan que cada centro asistencial primario cuente con un interconsultante psiquiatra, para referencia inmediata de los pacientes deprimidos.
- 6) Reducir el número de pacientes / hora a los que el médico general debe atender, para que brinde una atención más integral

ANEXOS

ANEXO A: ÍNDICE DE TABLAS

ÍNDICE DE TABLAS

	Pág.
Tabla 2.3.1. Patologías médicas asociadas a depresión.....	11
Tabla 2.7.1. Clasificación de los antidepresivos.....	20
Tabla 3.1. Operacionalización de las variables.....	26
Tabla 4.1. Prevalencia del síndrome depresivo.....	28
Tabla 4.2. Relación entre el sexo y la edad de los pacientes con síndrome depresivo.....	28
Tabla 4.3. Relación entre el estado civil y el sexo de los pacientes con síndrome depresivo.....	29
Tabla 4.4. Relación entre la escolaridad y el sexo de los pacientes con síndrome depresivo.....	29
Tabla 4.5. Motivos de consulta más frecuentes de los pacientes con síndrome depresivo.....	30
Tabla 4.6. Correlación diagnóstica para el síndrome depresivo entre médicos y el estudio.....	31

ANEXO B: ÍNDICE DE CUADROS

ÍNDICE DE CUADROS

Cuadro 1. Prevalencia de pacientes con síndrome depresivo.

Cuadro 2. Relación entre edad y sexo de los pacientes con síndrome depresivo.

Cuadro 3. Relación entre el estado civil y el sexo de los pacientes con síndrome depresivo.

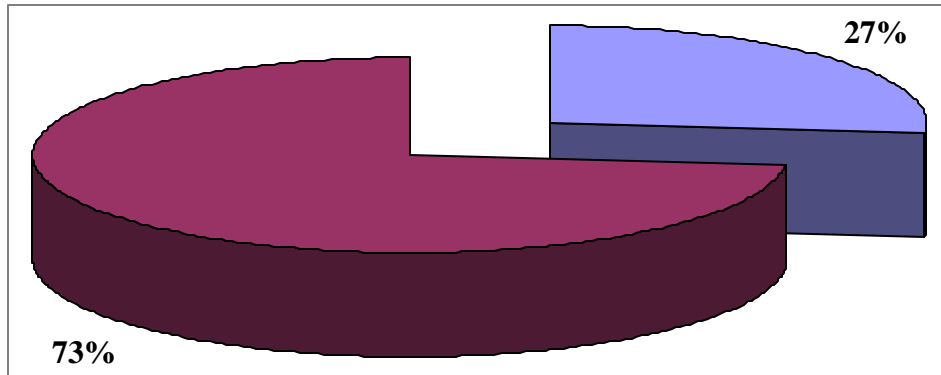
Cuadro 4. Relación entre la escolaridad y el sexo de los pacientes con síndrome depresivo.

Cuadro 5. Motivos de consulta más frecuentes de los pacientes con síndrome depresivo.

Cuadro 6. Correlación diagnóstica para la depresión entre médicos y el estudio.

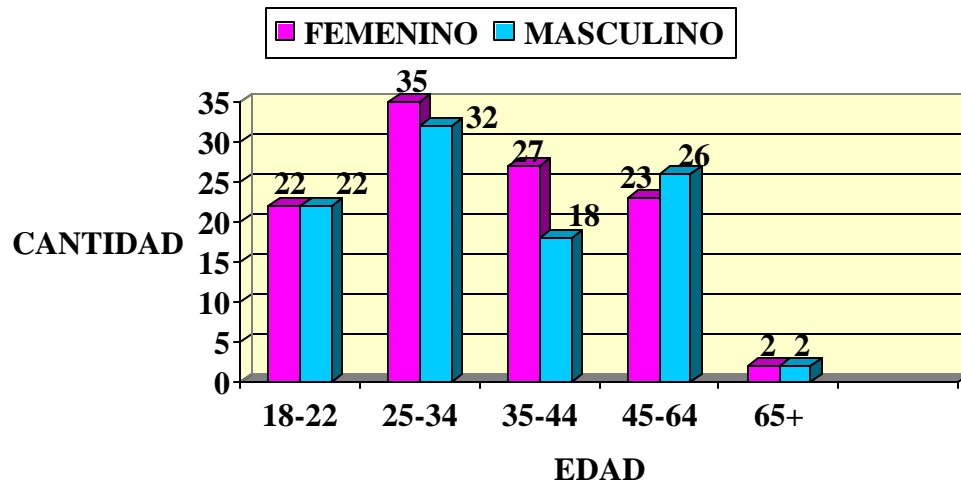
INCIDENCIA DE LA DEPRESIÓN

■ CASOS POSITIVOS ■ CASOS NEGATIVOS



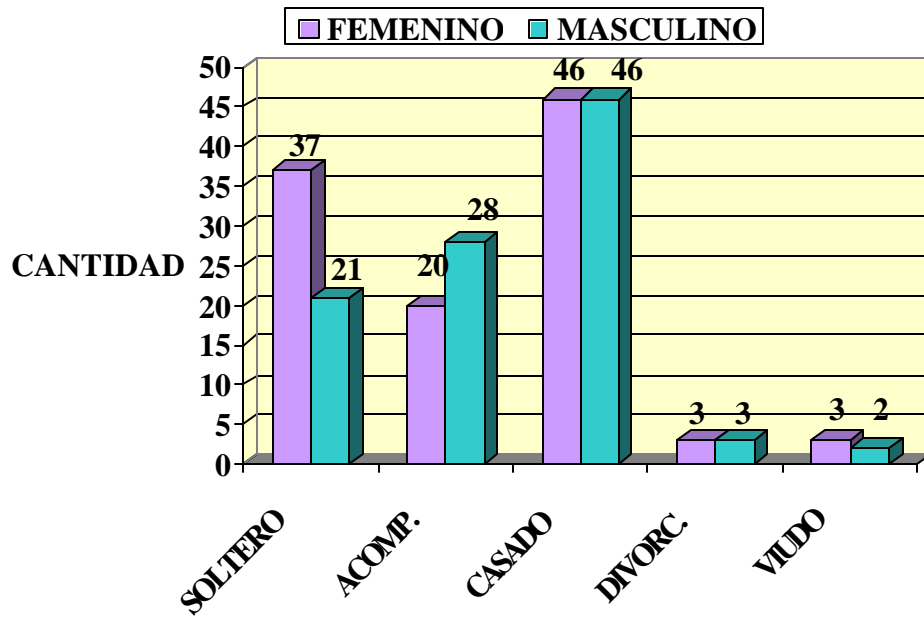
Cuadro 1.

**RELACIÓN ENTRE SEXO Y EDAD DE LOS PACIENTES
CON SÍNDROME DEPRESIVO**

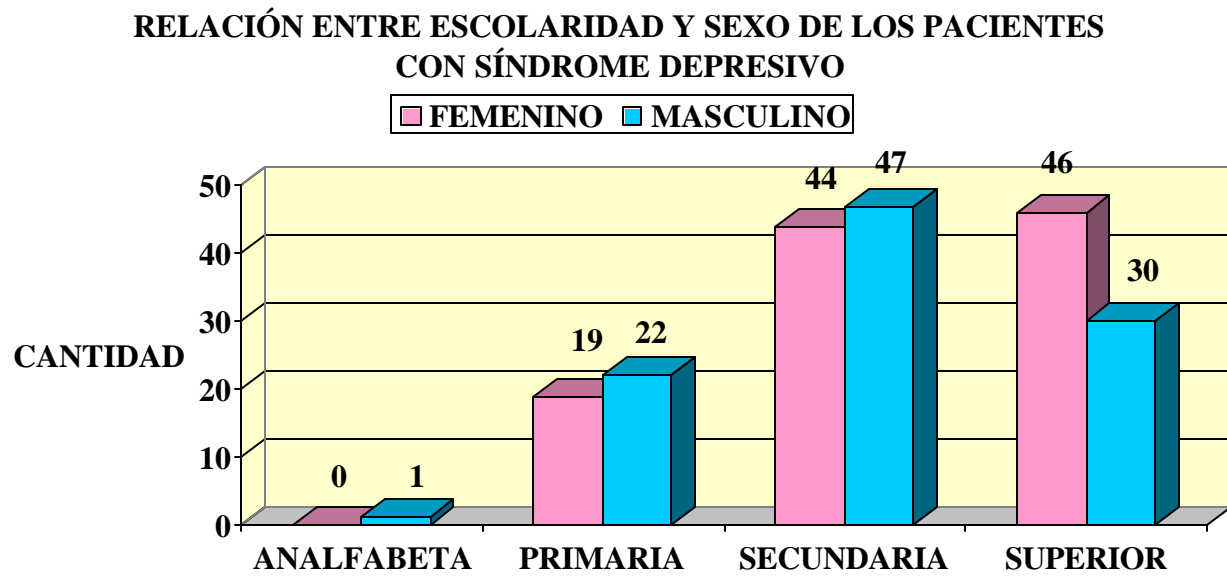


Cuadro 2.

RELACIÓN ENTRE EL ESTADO CIVIL Y EL SEXO DE LOS PACIENTES CON SÍNDROME DEPRESIVO.

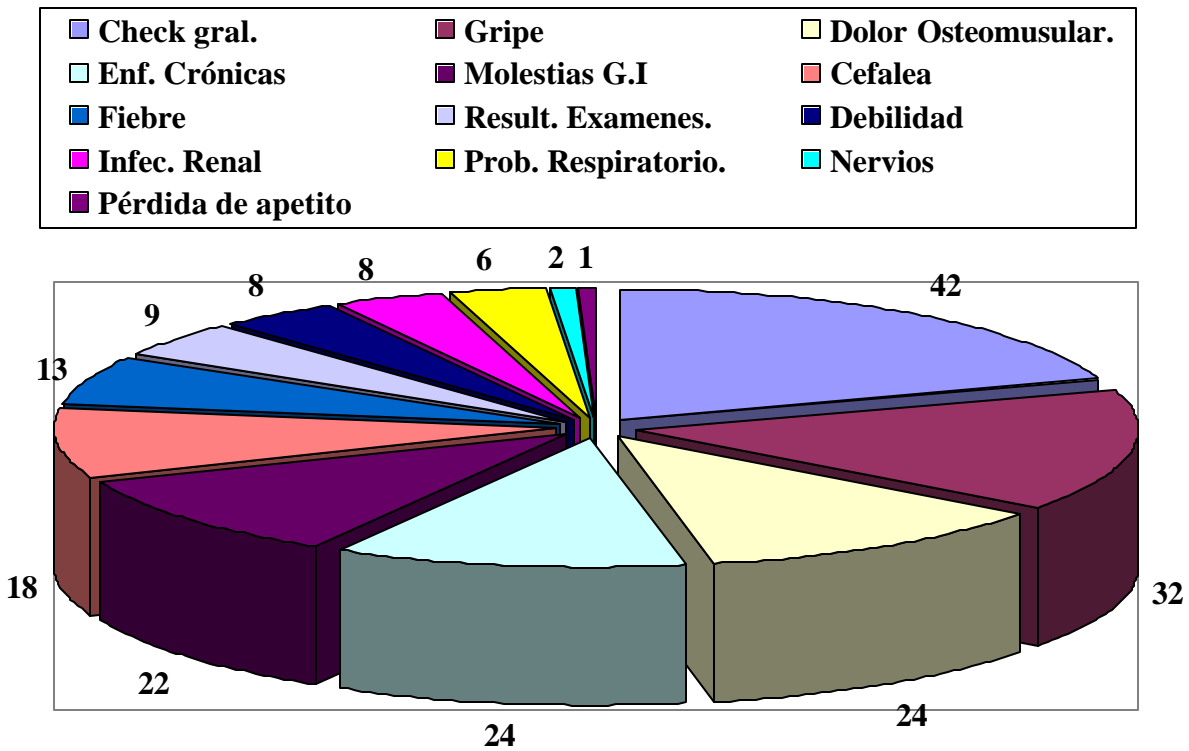


Cuadro 3.



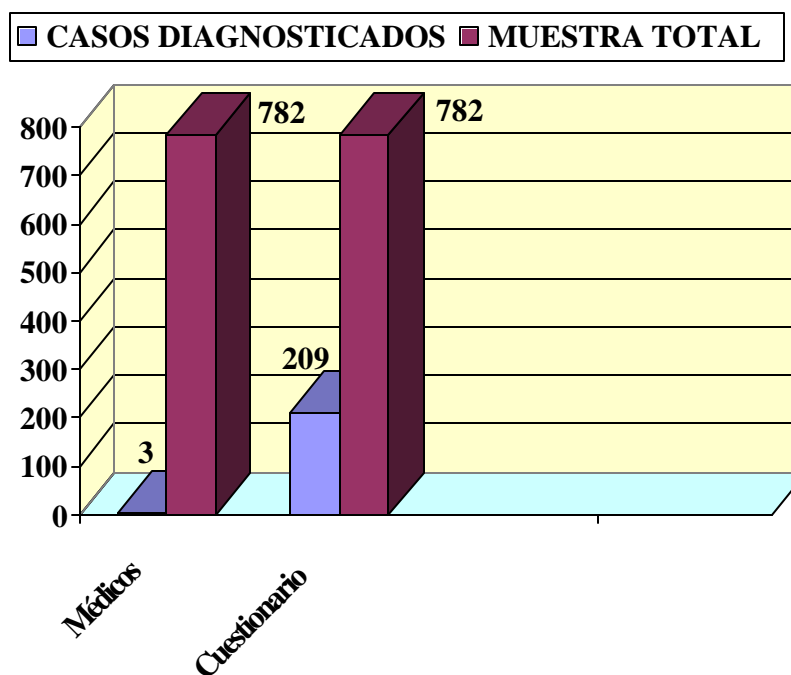
Cuadro 4.

**MOTIVOS DE CONSULTA DE PACIENTES DIAGNOSTICADOS
CON EPISODIO DEPRESIVO**



Cuadro 5.

**CORRELACIÓN DIAGNÓSTICA PARA LA DEPRESIÓN
ENTRE MÉDICOS Y ESTUDIO.**



Cuadro 6.

ANEXO C. FICHA Y CUESTIONARIO

FICHA PERSONAL.

Nombre: _____

Motivo de la consulta: _____

Sexo. F M

Edad.

18-24 25-34 35-44 45-64 65 ó más

Escolaridad.

Analfabeta Primaria Secundaria Superior

Estado civil.

Soltero Acompañado Casado Divorciado Viudo

CUESTIONARIO.

Marque en la casilla con una x la respuesta que Ud. elija.

Prevalencia del Síndrome Depresivo

- | | | |
|--|----|----|
| 1. ¿Se siente triste casi todos los días? | Si | No |
| 2. ¿Ha perdido interés en las cosas? | Si | No |
| 3. ¿Tiene dificultad en disfrutar de sus actividades diarias? | Si | No |
| 4. ¿Llora usted con frecuencia y sin motivo aparente? | Si | No |
| 5. ¿Ha perdido o incrementado su apetito o continúa igual?
Perdido Incrementado Igual | | |
| 6. ¿Tiene dificultad para dormir casi todos los días? | Si | No |
| 7. ¿Duerme mucho casi todos los días comparado con antes?
No | Si | |
| 8. ¿Se siente nervioso(a) la mayor parte del tiempo? | Si | No |
| 9. ¿Se cansa o se siente cansado(a) la mayor parte del tiempo? | Si | No |
| 10. ¿Siente con frecuencia que Ud. es una persona inútil? | Si | No |
| 11. ¿Se siente culpable por lo que le pasa o ha pasado a Ud.
o a los demás? | Si | No |
| 12. ¿Tiene dificultad en tomar decisiones o pensar claramente? | Si | No |
| 13. ¿Tiene dificultad para concentrarse en lo que hace? | Si | No |
| 14. ¿Ha pensado en terminar con su vida? | Si | No |

15. ¿Ha pensado en un plan específico para terminar con su vida? Si No

16. ¿Cuánto tiempo ha tenido Ud. los síntomas antes mencionados
de manera permanente?

Menos de 2 semanas

2 semanas o más

2 años o más

17. ¿Ha sufrido una pérdida importante en los últimos 2 meses? Si

No

(Ej. Un trabajo, un ser querido, la amistad de un amigo importante, etc.)

¿Qué? o ¿Quién? _____

18. ¿Es Ud. portador de una enfermedad crónica o maligna? Si No

¿Cuál? _____

19. ¿Toma Ud. algún medicamento o droga de manera permanente? Si No

¿Cuál? _____

BIBLIOGRAFÍA

1. American Journal of Psychiatry. Vol. 152. 1995. pp. 352-357.

2. American Psychiatry Assosiation. **DSM- IV Brevario. Criterios diagnósticos.** Editorial Masson, S.A. 1994. pp. 161-199.
3. Desjarlais R., Eisenberg L, Good B. **Salud mental en el mundo.** Organización Panamericana de la Salud. Washington D.C., USA.1997. pp. 48 –52.
4. Dubovsky, Steven L. y Buzan, Randall. " **Trastornos del estado de ánimo "**. En: Robert E. Hales, Stuart C. Yudofsky y John A. Talbott, **Tratado de Biquiatría, The American Psychiatric Press DSM-IV**, Tomo I, capítulo 13, 3ra. edición, 1ra. Reimpresión 2001, Masson, Barcelona.
5. Franklin, Donald J. **Depression: information and treatment.**
www.psychologyinfo/depression.com
6. Girón Manuel, Manjón-Arce Purificación, Puerto-Barber Juana, (et al.) **Clinical Interview Skills and Identification of Emotional Disorders in Primary Care.** American Journal of Psychiatry. Vol. 155. Abril 1998. pp. 530-535.
www.AJPonline.com
7. Herrero Velasco L., Sabanés Magriñá F., Payés Avellí, E. **Trastornos depresivos en la práctica diaria.** Hoechst Ibérica, s.a.1983. pp. 19 –26; 45 –48; 75 –85.
8. Jonas, Bruce S. **Depression linked to stroke.** Julio 2000.
www.cfah.org
9. J.P. Feighner, W.F. Boyer. **Diagnóstico de la depresión.** John Wiley & sons ltd. England, 1991. pp. 13 –44.
10. Kaplan Harold I., Sadock J. Benjamin. **Synopsis of Psychiatry. Behavioral Sciences. Clinical Psychiatry .** Fifth edition. Williams & Wilkins , Baltimore, MD 21202, USA. 1988. pp. 288-302.

11. Montgomery S., Rouillon F. **Tratamiento a largo plazo de la depresión.** John Wiley & sons ltd. England. 1991. pp. 11-42, 211-245.
12. Obiols, J. **Las depresiones en la clínica cotidiana.** Comité Internacional para la Prevención y Tratamiento de la Depresión. pp. 18-66.
13. Organización Panamericana de la Salud. **Salud mental en el nivel primario de atención: estudio en una muestra de pacientes en seis países centroamericanos.** pp. 30-67.
14. Penayo U., Kullgren, G. y Caldera, T. " **Mental Disorders among primary health care patients in Nicaragua** ". Acta Psychiatrica Scandinavica. 1990; pp. 82-85.
15. Rabkin, Judith. **Depressive Disorder and HIV Disease: An uncommon Association.** www.thebody.com.
16. Rost, Kathryn, Zhang, Mingliang, Fortney, John, et al. " **Expenditures for the treatment of mayor depression** ". American Journal of Psychiatry. Vol. 155. Julio 1998. pp. 883-888.
www.AJPonline.com
17. Rush John A. **Short-term psychotherapies for depression.** Guilford Publications, Inc. New York, N.Y. 1982. pp. 25- 53.
18. Salazar Martínez, F., Sandoval M. **Comportamiento de la depresión (no psicótica) en la población adulta de Ticuantepe y del centro de salud Pedro Altamirano en los meses de Julio a Diciembre de 1992. Monografía.** 1992. pp. 30-40.
19. Silverstein, Brett. " **Gender Difference in the Prevalence of Clinical Depression: The Role played by Depression Associated with Somatic Symptoms** ". American Journal of Psychiatry. Vol. 156. Marzo 1999. pp. 480-482.

www.AJPonline.com

20. Simon, G., Ormel, J., VonKorff, M., Barlow, W. " **Health care costs associated with depressive and anxiety disorders in primary care** ". American Journal of Psychiatry. Vol. 152. 1995. pp. 352-357.

www.AJPonline.com

21. Strik, Jacqueline, Honig Adriaan, Maes Michael. " **Depression and myocardial infarction: relationship between heart and mind** ". Progress in Neuro-Psycopharmacology & Biological Psychiatry. Volume 25, Issue 4, pp. 879-892, Mayo 2001.

www.elsevier.com/cdweb/views/article.

22. Urara Hiroeh, Louis Appleby, Preben Bo Mortensen, Graham Dunn. " **Death by homicide, suicide, and other unnatural causes in people with mental illness: a population-based study**". **The Lancet**, vol 358, number 9299, 22 December 2001.

www.TheLancet.com/journal/journal.isa

23. Weimar, Richard. **Estadística**. 1ra. edición. Compañía Editorial Continental. México. 1998. pp. 361-380.

24. Yepes R. Luis E. " **Trastornos depresivos** ". En: Toro G. Ricardo José y Yepes R. Luis Eduardo, **Fundamentos de Medicina. Psiquiatría**. Capítulo 11, tercera edición, CIB, Medellín. 1998.