

UNIVERSIDAD DE SAN CARLOS DE GUATEMALA
FACULTAD DE CIENCIAS MEDICAS

"DEPRESION EN PACIENTES HOSPITALIZADOS"

Prevalencia y grado de depresión en pacientes hospitalizados en el Hospital Pedro de
ethancourt de Antigua Guatemala en los Departamentos de Medicina Interna, Cirugia,
Traumatología y Ginecoobstetricia durante el mes de Agosto de 1997.

TESIS

*Presentada a la Honorable Junta Directiva de la
Facultad de Ciencias Médicas de la
Universidad de San Carlos de Guatemala.*

POR

JOSE ANTONIO FLORES MAZARIEGOS

En el acto de investidura de:

MEDICO Y CIRUJANO

Guatemala, noviembre de 1997

PROPIEDAD DE LA UNIVERSIDAD DE SAN CARLOS DE GUATEMALA
Biblioteca Central

5
(7709)
C.H

EL DECANO DE LA FACULTAD DE CIENCIAS MEDICAS
DE LA
UNIVERSIDAD DE SAN CARLOS DE GUATEMALA

HACE CONSTAR QUE:

Bachiller JOSE ANTONIO FLORES MAZARIEGOS

et Universitario No. 9013796

presentado para su Examen General Público, previo a optar al título de Médico y Cirujano,
bajo de tesis titulado

"DEPRESION EN PACIENTES HOSPITALIZADOS"

Asesorado por:


por Loides Corado de Herrera

Asesorado por:

por Sergio Castañeda

que los avalan y han firmado conformes, por lo que se emite, firman y sellan la presente
EN DE IMPRESION.

Guatemala, 21 de Octubre de 1997.


Antonio Palacios López
Director Unidad de Tesis


Director Centro de Investigaciones de las Ciencias de Salud

IMPRIMASE:




Olga González
Decano





D DE CIENCIAS MEDICAS Guatemala, 21 de Octubre de 1997.
ALA. CENTRO AMERICA

Doctor:
Antonio Palacios López
Coordinador Unidad de Tesis
Facultad de Ciencias Médicas

Se le informa que el

BR. JOSE ANTONIO FLORES MAZARIEGOS

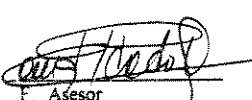
Nombres y apellidos completos

Carnet No.: 9013796 ha presentado el Informe Final de su trabajo de tesis titulado:


"DEPRESION EN PACIENTES HOSPITALIZADOS"

Del cual autor, asesor(es) y revisor nos hacemos responsables por el contenidos, metodología, confiabilidad y validez de los datos y resultados obtenidos, así como de la pertinencia de las conclusiones y recomendaciones expuestas.


Firma del estudiante


F. Asesor
Nombre completo y sello

Dra. Lourdes Corado de Herrera
Médico y Cirujano
Colegiado No. 8214


F. Revisor
Nombre completo y sello
Reg. Personal 10454

Sergio Castañeda Cerezo
MEDICO Y CIRUJANO



APROBACION INFORME FINAL

DE CIENCIAS MEDICAS
LA, CENTRO AMERICA

OF. No. 116.97

Guatemala, 21 de Octubre de 1997.

achiller
ROSE ANTONIO FLORES MAZARIEGOS
Facultad de Ciencias Médicas
Universidad de San Carlos

Por este medio hago de su conocimiento que su Informe Final de Tesis, titulado:

DEPRESION EN PACIENTES HOSPITALIZADOS.

ha sido RECIBIDO, y luego de REVISADO se ha establecido que cumple con los requisitos contemplados en el reglamento de trabajos de tesis; por lo que es autorizado para completar los trámites previos a su graduación.

sin otro particular me suscribo de usted.

Atentamente,

"ID Y ENSEÑAD A TODOS"

Dr. Antonio Palacios López
Coordinador Unidad de Tesis



NOTA: La información y conceptos contenidos en el presente trabajo es responsabilidad única del autor.

PL/jvv.

vav



INDICE

	CONTENIDO	PAGINA
I.	INTRODUCCION	1
II.	DEFINICION DEL PROBLEMA	3
III.	JUSTIFICACION	6
IV.	OBJETIVOS	8
V.	REVISION BIBLIOGRAFICA	9
VI.	METODOLOGIA	45
VII.	PRESENTACION DE RESULTADOS	51
VIII.	ANALISIS Y DISCUSION DE RESULTADOS	62
IX.	CONCLUSIONES	65
X.	RECOMENDACIONES	66
XI.	RESUMEN	67
XII.	REFERENCIAS BIBLIOGRAFICAS	68
XIII.	ANEXOS	71

I. INTRODUCCION

La depresión es una enfermedad común que afecta a una de cada cinco personas en algún momento de sus vidas. Estudios reportan que es el trastorno más prevalente a nivel hospitalario encontrado con más frecuencia. El paciente hospitalizado con alguna enfermedad puede en su momento de ingreso cursar con depresión o puede desarrollarla dentro del hospital. El objetivo de este trabajo fue el identificar la prevalencia y el grado de depresión en los pacientes que se encontraban hospitalizados en los diferentes departamentos en este caso medicina interna, cirugía, traumatología, y ginecoobstetricia.

Se seleccionaron a todos los pacientes que se encontraban hospitalizados durante el mes de agosto de este año en los departamentos de medicina interna, cirugía, traumatología y ginecoobstetricia mayores de 12 años de ambos sexos, que tuvieran diagnóstico y tratamiento establecido y se midió la depresión por medio de la prueba de Zung y de una entrevista estructurada.

Los resultados de la investigación muestran una prevalencia del 32% de pacientes con depresión durante el mes de agosto de este año. Encontrando también un mayor porcentaje en el departamento de medicina interna con 47% seguido por cirugía y traumatología con 29% y por último ginecoobstetricia con 5%.

También se encontró un mayor porcentaje de pacientes con depresión al sexo femenino respecto al masculino y una mayor frecuencia en la 4ta y 5ta década. Respecto a las enfermedades asociadas encontradas en los pacientes con depresión se evidenció cómo las de carácter crónico fueron de mayor frecuencia. Se llegó a la conclusión que el paciente que se encuentra hospitalizado puede cursar con un síndrome depresivo independientemente o concomitantemente de su enfermedad de base y que no es diagnosticado, ya que muchas veces la sintomatología, que puede ser predominantemente

somática es tomada como parte de la enfermedad orgánica y agregado a ella el médico no indaga muchas veces en los síntomas psicológicos por desconocimiento o por no evaluar al paciente de una manera integral.

II. DEFINICION DEL PROBLEMA

La depresión es una de las enfermedades más comunes en la actualidad define como, sentimientos psicopatológicos de tristeza. (12). El síndrome se caracteriza, por humor o afecto de tristeza, inhibición de la vida, de los pensamientos y por sentimientos de autoreproche. Puede estar acompañado o no de trastornos somáticos (constipación, cefaleas, anorexia, insomnio, pérdida de peso, taquicardia, fatiga) y de crisis psicóticas con ideas delirantes y alucinaciones.(15).

El síndrome depresivo puede presentarse en pacientes con lesiones cerebrales o extracerebrales (depresiones somatogénicas); puede ser parte de enfermedades mentales (esquizofrenia, depresión endógena); puede ser el producto de conflictos psíquicos internos o externos (depresión neurótica o reactiva); o manifestarse a través de una forma hipocondríaca (depresión encubierta) (15).

A fin de contar con un criterio común la OMS, (Organización Mundial de la Salud) en el año de 1978, clasificó las depresiones en endógenas (aquellas en las que no se pueden reconocer causas desencadenantes) y reactivas (aquellas en las que el origen del duelo es identificable). Sin embargo, si se investiga en profundidad se puede hallar algún duelo reciente o lejano, muchas veces inconsciente para el enfermo, como causa identificable y por el contrario muchas veces difícil ubicar la causa desencadenante en una depresión reactiva. A partir de 1980, con la aparición del Manual Diagnóstico y Estadístico de los Trastornos Mentales publicado por la Asociación de Psiquiatría Americana (DSM-III) donde no se postula a los trastornos mentales con límites cerrados, se comenzó a hablar de un lenguaje común en la psicopatología y psiquiatría internacional de la depresión.

La evaluación multiaxial, que incluye tres variables de las cuales dos corresponden a trastornos mentales (de la personalidad y del desarrollo) y una

a los trastornos físicos, permite aunar patrones psicológicos, conductales y biológicos en un idioma sintomatológico común de la depresión.

Pese a todo aún constituye una incógnita el hecho de que algunas personalidades reaccionan con duelos prolongados mientras otras logran superar las situaciones adversas fácilmente. Los conocimientos acerca de los procesos psicodinámicos y neuroquímicos no nos permiten todavía responder a esta pregunta.

Algunos estudios realizados a nivel hospitalario han demostrado que 30% a 60% de pacientes que se encuentran hospitalizados sufren alteraciones psicológicas o trastornos psicopatológicos de suficiente intensidad para requerir un diagnóstico siendo el más encontrado el de la depresión seguido por la demencia y el delirium. (10).

En otros estudios a nivel hospitalario también se ha visto, que los pacientes que cursan con alguna enfermedad de base tienden a desarrollar síndromes depresivos. Se dice que 80% de los pacientes con infarto agudo del miocardio cursarán con depresión en el primer año de su recuperación, el 50% de los que tienen Parkinson, el 25% de los que tienen cáncer. También aquellas personas que son sometidas a procesos quirúrgicos como por ejemplo: mastectomía o histerectomía, constituyendo los procedimientos quirúrgicos emocionalmente más perturbadores que afrontan algunas mujeres y que en algún momento puedan desencadenar un síndrome depresivo. (10),(12),(15).

El paciente que se encuentra hospitalizado, físicamente enfermo, experimenta diversas emociones, y dentro de éstas se puede encontrar la depresión. Muchas veces el que padece una afección física trata de dominar sus sentimientos y resolver sus propios problemas y el médico en su falta de cordialidad hacia los pacientes es incapaz de hacerles sentir que son seres humanos importantes o de escuchar con empatía las penas que ellos cuentan, o de preguntarles suficientes datos que le permita identificar en este caso un síndrome depresivo y con ello no poder asistir las necesidades del paciente.

La depresión como cualquier otra enfermedad amerita que se tomen las medidas debidas de atención y control ya que estudios estadísticos muestran que 15% a 25% de los pacientes que cursan con depresión pasan a estados de cronicidad y 10% a 20% se suicidan.(14).Por lo anteriormente expresado, en este estudio se investigará la prevalencia de la depresión y las características de la misma en los pacientes que se encuentran hospitalizados en los departamentos de medicina, cirugía , ginecoobstetricia, y traumatología, del Hospital Nacional de Antigua Guatemala.

III. JUSTIFICACION

La enfermedad depresiva sigue siendo dentro de la medicina actual un tema apasionante como inagotable, es una enfermedad en constante evolución respecto a síntomas, etiología, tratamiento y pronóstico, la cuál se diagnostica a vez con mayor frecuencia en la práctica médica general.

Se dice que el 15% de población en general es susceptible de cursar con depresión en algún momento de sus vidas.

La prevalencia puntual de depresión mayor se sitúa alrededor del 4% en países como Estados Unidos, Canadá, Alemania, Finlandia, Italia, Suiza (15).

En 1990, se realizó un análisis de depresión en un grupo de ancianos institucionalizados y no institucionalizados en Guatemala, dando a conocer que el 4% de quienes estaban institucionalizados cursaron con depresión contra el 4% que no se encontraban institucionalizados, en el 21% de casos estaba relacionada con la alteración de la salud y en el 17% una relación social desfavorable.(18).

Es importante hacer mención, que muchas veces los diagnósticos pasan desapercibidos, ya que la depresión cursa asociada a enfermedades orgánicas como efecto del tratamiento de las mismas, pero algunas veces puede existir casualmente con alguna enfermedad.

El paciente que se encuentra hospitalizado sufre una serie de cambios al modificada su salud por ejemplo, en el momento de tener una enfermedad con riesgo de muerte, incapacidad física, alteración estética que afecte la autoestima y sumado a esto los posibles trastornos de personalidad y del desarrollo pueden llevarlo a síndrome depresivo.

Es por ello que este estudio pretende dar a conocer la magnitud de la
sión a nivel hospitalario. Al mismo tiempo que el médico tome conciencia
oblema, y que se de cuenta de la importancia de un abordaje biosicosocial
iciente, de modo que en futuras ocasiones, pueda diagnosticar y tratar la
medad, y con ello beneficiar al paciente ya que con diagnósticos oportunos
odrá evitar que la enfermedad pase a la cronicidad y evitar fatales
ecuencias como lo es el suicidio.

IV. OBJETIVOS

A. OBJETIVOS GENERALES

1. Identificar la prevalencia y grado de depresión en los pacientes hospitalizados en las áreas de medicina, cirugía traumatología y ginecoobstetricia, en el Hospital Hermano Pedro de Bethancourt de Antigua Guatemala.

B. OBJETIVOS ESPECIFICOS

1. Determinar el número y porcentaje de pacientes que están deprimidos, por grados de depresión, agrupados en cada especialidad.
2. Determinar en los pacientes por grado de depresión cuales son las enfermedades con mayor frecuencia diagnosticadas.
3. Comparar por edad y sexo en las distintas especialidades los grados de depresión.

V. REVISION BIBLIOGRAFICA

A. HISTORIA

La depresión es una enfermedad que ha acompañado al hombre desde hace mucho tiempo y conforme ha transcurrido el mismo, se han logrado crear mejores y nuevas técnicas para establecer el diagnóstico y diferenciarla de otros trastornos.

Prueba de ello está, en la Biblia, donde se describen algunos síndromes depresivos, por ejemplo la historia de Job cuando Satán le hirió con una llaga maligna desde la planta de los pies hasta la coronilla de la cabeza (lepra), la máxima expuesta por Salomón (el que añade conocimiento añade también dolor). También se describen en otras obras literarias como en la Iliada de Homero con el suicidio de Ajax. (10)(12).

La depresión se conocía como melancolía y definía en general a todo trastorno sin diferenciación. Fue Cornelio Celso quien en su obra *De Medicina* definió la depresión como una enfermedad causada por la bilis negra, lo que significa melancolía en sus raíces griegas, pero quien la introdujo al campo médico fue Hipócrates con el aforismo "Cuando el temor y la tristeza persiste mucho tiempo hay un aspecto melancólico". El término melancolía siguió siendo utilizado por muchos médicos incluidos Areteo, Galeno, Alejandro de Tralles. Esquirol en el siglo XIX llama melancólicos a pacientes de muchos tipos. Ya en la edad media Rhazes, Avicena, y el médico judío Maimónides consideran la melancolía una enfermedad diferenciada.

En 1899 Kraepelin integra la melancolía y la manía en una locura circular (enfermedad maníaco-depresiva esencialmente endógena). En esa época se distinguen ya formas exógenas y la melancolía de involución o post menopáusica. El término depresión es introducido por Cullen en el siglo XVII y

va a ser el más apropiado para ubicar la melancolía como formas de depresión grave y otras (10), (12)

B. DEFINICION Y CLASIFICACION

La depresión se define como sentimientos psicopatológicos de tristeza (12). Las personas deprimidas experimentan una serie de cambios: trastornos del sueño, del apetito, pérdida de energía o interés, confusión, vacío, desesperación, irritabilidad, insatisfacción, devaluación personal, libido disminuido, constipación, taquicardia, pensamientos de suicidio. De hecho algunas veces estos síntomas están presentes sin la tristeza pero a pesar de ello llevan el diagnóstico de depresión.

Las depresiones difieren en varios aspectos. Solo cuando un estado de ánimo semejante persiste durante largo tiempo, interfiriendo el funcionamiento ordinario, se califica de depresión.

A fin de contar con un criterio común la OMS, (Organización Mundial de la Salud) en el año de 1978, clasificó las depresiones en endógenas (aquellas en las que no se pueden reconocer causas desencadenantes) y reactivas (aquellas en las que el origen del duelo es identificable). A partir de 1980, con la aparición del Manual Diagnóstico y Estadístico de los trastornos mentales publicado por la Asociación de Psiquiatría Americana (DSM) donde no se postula a los trastornos mentales con límites cerrados, se puede comenzar a hablar de un lenguaje común en la psicopatología y psiquiatría internacional de la depresión.

Según el Manual Diagnóstico y Estadístico de los trastornos mentales publicado por la Asociación de Psiquiatría Americana (DSM-IV) se clasifica a los trastornos depresivos en episodio depresivo mayor crisis única, depresión mayor recurrente, trastorno ciclotímico, trastorno distímico, desorden bipolar entre otros.

C. INCIDENCIA Y PREVALENCIA

La depresión es el más común de los desordenes psiquiátricos. Se ha estimado que el 15% de la población adulta cursará con la misma en algún momento de sus vidas y solamente el 20% de los pacientes que cursan con depresión buscan ayuda y de estos el 15% tienen riesgo de suicidarse.

La prevalencia puntual está alrededor de 4% en países como Estados Unidos, Canadá, Finlandia, Suiza, Alemania, e Italia.

Debe tenerse en cuenta también que del 30% a 60% de los pacientes que están hospitalizados cursan con alteraciones psicológicas que necesitan tratamiento.

Es frecuente que la depresión no sea identificada como enfermedad que puede ser tratada susceptible a tratamiento en pacientes con enfermedades físicas crónicas.

Sin embargo algunos estudios reportan un aumento en el riesgo de enfermedades afectivas o depresión en tales pacientes. Se pueden desarrollar síntomas depresivos como resultado de otra enfermedad, a causa de medicamentos empleados en su tratamiento o debido al estrés que representa o simplemente coexistir en una relación temporal, en lugar de estar relacionada de manera causal a la otra enfermedad física. Por ejemplo, los pacientes que están en una unidad de cuidados intensivos por un infarto al miocardio tienen el 80% de riesgo de cursar con depresión, el 50% en los que tienen Parkinson, 25% en los pacientes con cáncer. Dos terceras partes de los que cursaron con un accidente cerebro vascular cursan con depresión después de un año. (4)

1. Sexo , edad, raza, estado civil, y socioeconómico

Independientemente del país. la prevalencia es mayor en mujeres que hombres con una relación de 2:1 , algunas razones se incluyen como el estrés, el parto, la desesperanza aprendida, variaciones hormonales, y el papel sociocultural desempeñado por las mujeres.

En lo que respecta a la edad, esta puede ocurrir en cualquier momento de la vida . En el caso de la depresión unipolar su incidencia se encuentra entre los 20 y 50 años en las mujeres, y en los hombres después de los 55 años. El trastorno bipolar tiene una temprana edad de inicio, al final de la adolescencia o antes de los 40 años.

La prevalencia de los desórdenes depresivos no difiere de raza en raza.

La depresión unipolar no tiene correlación con la clase social, es más común en el área rural que la urbana. En el caso de la bipolar parece haber una incidencia ligeramente superior en estratos socioeconómicos altos. En general la depresión unipolar ocurre más en personas que no tienen una relación interpersonal o íntima en comparación con los que están divorciados o separados.(10)(12).

D. ETIOLOGIA

1. Causas genéticas y fisiológicas:

Varios estudios en familias confirman la base hereditaria. Gemelos idénticos que tienen la misma herencia genética, tienen más probabilidad de ser concordantes en un rasgo, que los gemelos fraternos que se parecen entre si y

ás que dos hermanos cualesquiera, parece haber mayor probabilidad de que, rasgo sea, al menos en parte hereditario.

Los gemelos monocigóticos criados aparte tienen aproximadamente un 48% de concordancia con respecto a los trastornos afectivos. Un mayor apoyo a la heredabilidad de los trastornos afectivos proviene de un reciente informe según el cual se ha localizado uno o más genes asociados a la depresión en un punto específico del cromosoma 6. Están localizados junto a un grupo de genes que controlan el sistema HLA, parte del sistema inmunológico corporal. Así pues, la depresión puede estar relacionada con el sistema inmunológico del individuo afectado.

La bioquímica es otra explicación fisiológica de la depresión y atribuye la enfermedad a un mal funcionamiento de los neurotransmisores, sustancias químicas del cerebro que tanto estimulan como inhiben a otras células. Un grupo de neurotransmisores en particular, serotonina, dopamina y norepinefrina, conocidos como aminas biógenas, se consideran implicadas tanto en el origen de la depresión como de la manía.

La escasez de estas aminas enviadas a través del cerebro puede causar depresión, mientras que un exceso puede producir un estado maniaco.

Otros cambios fisiológicos relacionados con la depresión son aumento de la tensión muscular, aceleración de las tasas cardíacas y de la respiración, desequilibrio de la carga eléctrica del sistema nervioso, fruto del aumento de la tensión de sal y aumento en la producción de cortisol. No se sabe qué es lo primero. ¿Producen depresión los cambios bioquímicos? o ¿Es el trastorno el que causa los cambios bioquímicos?(12)(15).

2. Explicaciones psicoanalíticas

No existe una teoría psicoanalítica unificada, global y precisa de la depresión. Se han ofrecido una serie de explicaciones, las cuales se exponen a continuación.

En el enfoque libidinal, Freud y seguidores explican la depresión como resultado de la baja autoestima producida por el fracaso en las relaciones amorosas adultas, que a la vez son resultado de una fijación oral provocada por problemas en la relación madre-hijo.

La teoría psicológica del ego contempla la depresión como resultado de que la persona advierte ser incapaz de cumplir las aspiraciones que esperaba, sintiéndose fracasado, se deprime.

Según la teoría de las relaciones objetales la depresión proviene del fracaso del individuo en reconciliar sus buenos y malos sentimientos hacia su madre, la ambivalencia resultante produce culpabilidad y tensión, y puede más tarde provocar depresión en el momento de perder algún objeto importante de poder: una persona, su nivel socio económico, la salud física (enfermedad con peligro de muerte, incapacidad física, alteración estética, que afecte la autoestima, impotencia).

3. Factores de personalidad y factores psicodinámicos

Por lo general se cree que las personas proclives a la depresión se caracterizan por bajo amor propio, super yo fuerte, relaciones interpersonales dependientes y limitada capacidad para las relaciones objetales maduras y duraderas. Aunque estos rasgos son comunes entre los sujetos depresivos, no se ha establecido ningún rasgo de constelación o tipo de depresión.

Todos los seres humanos, cualquiera que sea su tipo de personalidad, pueden deprimirse y se deprimen en las circunstancias apropiadas, aunque ciertos tipos de personalidad (oral - dependiente, obsesiva - compulsiva e histérica) pueden estar en mayor riesgo de depresión que el tipo antisocial, esquizoide y otros varios tipos de personalidad que utilizan la proyección y otros nodos de defensa exteriorizantes.

Las formulaciones psicodinámicas se interesan por los conflictos internos existentes que se manifiestan en culpa, las reacciones a la pérdida (labilidad contra si mismo) que pueden estar implicados en el episodio depresivo o y que por consiguiente, pueden ser considerados causales. Algunos de sus rasgos están arraigados en la personalidad pues las principales hipótesis psicodinámicas se centran en la predisposición de ciertos tipos de personalidad a la depresión.

E. DIAGNOSTICO

El rasgo esencial de un episodio depresivo es un estado de ánimo triste o una pérdida sostenida de interés o placer asociada a síntomas de disminución del sueño y el apetito, cambio de peso, agitación o retraso psicomotor, durante 2 semanas consecutivas.

1. Medición de la depresión

Se han empleado diferentes escalas pero la mayoría requiere demasiado tiempo para su aplicación.

En 1965 se publicó por primera vez la escala de automedición EAMD, por William W. K. Zung destinada para medir cuantitativamente la depresión.

Sus ventajas radican en que su aplicación requiere de poco tiempo, y detecta las depresiones ocultas. También es útil para seguir el curso de la enfermedad depresiva y diferenciarla de la ansiedad.

Zung tomó elementos que conllevan características específicas : culpa, aislamiento, inapetencia, acceso al lianto, constipación, hasta llegar a la gravedad que marca el suicidio.

El autor afirma que esta escala es relativamente independiente con respecto a factores de edad, educación estado marital, sexual, inteligencia, recursos económicos, familiares, situación social del paciente. Aún cuando las puntuaciones proporcionan datos consistentes es importante hacer ver

que puede ser peligroso asumir que los diagnósticos puedan ser estandarizado. Por lo que en algunas revisiones se sugieren los diseños de 2 estadios que consisten en entrevistas psiquiátricas utilizando por ejemplo el DSM-IV (Manual Diagnóstico y Estadístico de la Asociación Americana de Psiquiatría).

A continuación se enumeran los criterios para el diagnóstico de depresión mayor según el Manual de Estadística y diagnóstico de trastornos mentales DSM-IV de la Asociación Americana de Psiquiatría.

2. Criterios Diagnósticos para un Síndrome Depresivo Mayor

a) Cinco o más de los siguientes síntomas han estado presentes durante un período de 2 semanas y representa un cambio de las funciones previas, por lo menos uno de los síntomas es estado de depresión o pérdida de interés o satisfacción.

Nota: no incluya síntomas que son debidos claramente a una condición médica general o un estado incongruente de ideas delirantes o alucinaciones.

1. Estado depresivo casi todo el día, todos los días, indicado ya sea por un reporte subjetivo (se siente triste o vacío) ó una observación hecha por otros. Nota: en los niños y adolescentes puede ser un estado irritable.
2. Marcada disminución en el interés o satisfacción en todas o casi todas las actividades del día, casi todos los días (indicado ya sea por reporte subjetivo u observación hecha por otros).
3. Significativa pérdida de peso sin hacer dieta o ganancia de peso (ej., un cambio de más de 5% del peso corporal en un mes) o aumento o disminución del apetito casi todos los días. Nota: en los niños se considera como un fracaso en ganar el peso esperado para su edad y talla.
4. Insomnio o hipersomnio casi todas los días.

5. Agitación psicomotora o retardo motor casi todos los días observable por otros.

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

7. Sentimientos de desesperanza o excesiva e inapropiada culpa (la cual puede ser delirante) casi todos los días.

8. Disminución de la habilidad de pensar o concentrarse o indecisión casi todos los días (ya sea por cuenta subjetiva o por observacion de otros).

9. Pensamientos recurrentes de muerte (no únicamente miedo de morir, ideación suicida recurrente sin un plan específico o un atentado suicida o un plan específico para cometer suicidio).

b) Los síntomas no reúnen criterios para una episodio mixto.

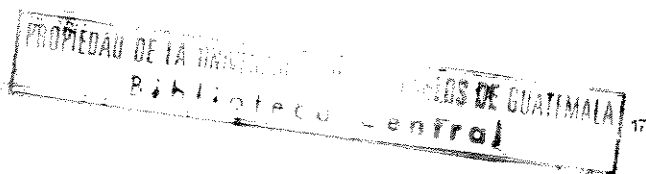
c) Los síntomas causan clínicamente angustia en las áreas social, ocupacional y otras importantes del funcionamiento.

d) Los síntomas no son debidos a efectos psicológicos directos de una sustancia (abuso de drogas, una medicación) o de una condición médica general (hipotiroidismo).

Los síntomas no son por duelo.(1).

3. Trastorno Distímico

El aspecto esencial del trastorno distímico es una alteración crónica del humor caracterizada por depresión de éste o pérdida del interés o del placer por todas las actividades y todos los pasatiempos ordinarios o por casi todos ellos, pero no de intensidad suficiente para satisfacer los criterios de una crisis depresiva importante o mayor. Para hacer el diagnóstico en adultos se requiere una duración de dos años.



a.- Criterios diagnósticos del trastorno distímico

- a) Humor depresivo la mayor parte del día, no por más días, indicado por la observación de otros, duración de 2 años.
- b) Presencia de dos o más de los siguientes:
1. Pérdida del apetito
 2. Insomnio o hipersomnio
 3. Pérdida de la energía o fatiga
 4. Baja autoestima
 5. Pérdida de la concentración y dificultad de tomar decisiones
 6. Sentimientos de culpa
- c) Durante el periodo de 2 años del trastorno, la persona no ha tenido los síntomas del criterio A y B por más de 2 semanas de tiempo.
- d) No es un episodio depresivo mayor, tiene que estar presente durante el primero de los dos años del trastorno. Ejemplo: el trastorno no está acompañado por un desorden depresivo mayor crónico, o un desorden depresivo mayor, o en remisión parcial.
- e) No se ve con un episodio maníaco, episodio mixto o un episodio hipománico, y nunca tener criterios para un desorden ciclotímico.
- f) El desorden no puede estar exclusivamente durante el curso de un desorden psicótico crónico, o esquizofrenia o desorden desilusional.

Los síntomas no son debidos a los efectos directos de alguna sustancia o condición médica en general.

Los síntomas causan estrés, incompatibilidad social, ocupacional, y otras importantes áreas de funcionamiento.

4. Trastorno bipolar depresivo

Los aspectos esenciales del trastorno bipolar depresivo consisten en una o más crisis maníacas y una crisis depresiva principal en ese momento.

a.- Criterios diagnósticos para un trastorno bipolar depresivo

Ocurre con un episodio depresivo mayor.

Tener previamente un episodio maníaco o mixto.

Los episodios en el criterio A y B del trastorno depresivo mayor no deben ser superpuestos de esquizofrenia, desórdenes desilusionales, u otros desórdenes psicóticos, ni otros que se le parezcan. (1)

5. Diagnóstico diferencial

El diagnóstico diferencial de la depresión requiere una verdadera revisión de los desórdenes orgánicos y funcionales que se pueden manifestar como un síndrome depresivo. Por lo que el médico debe realizar una buena historia clínica y utilizar métodos convencionales de diagnóstico para descartarlos. Es importante mencionar que si se desarrolla un síndrome afectivo pleno en reacción a una

alteración funcional secundaria a una enfermedad física, el síndrome es trastorno afectivo pleno, y también se diagnostica el trastorno físico.(12).

a.- Causas orgánicas de depresión

- Drogas : anfetaminas, cocaína, reserpina, methildopa, alcohol, antabu, propranolol, opiáceos, barbitúricos, bromides, digitálicos, esteroid, contraceptivos orales, otros.
- Cambios metabólicos y desórdenes endócrinos: hipertiroidismo, hipotiroidisr, hiponatremia, hipokalemia, enfermedad de Cushing, enfermedad de Addison, anemia perniciosa, pelagra, anemia severa, diabetes, uremia, hipopituitarism, porfiria, enfermedad hepática, hiperparatiroidismo, enfermedad de Wernick, Korsakoff, enfermedad de Wilson.
- Enfermedades infecciosas: Tuberculosis, endocarditis, lupus eritamateo sistémico, mononucleosis, hepatitis, brucelosis, encefalitis, estados post-encefalitis, síndrome de inmunodeficiencia adquirida (SIDA).
- Enfermedades degenerativas : Parkinson, enfermedad de Huntington, enfermedad de Alzheimer, esclerosis múltiple, otras.
- Neoplasia: cáncer del páncreas, tumor cerebral primario, metástasis cerebral.
- Miscelánea: pancreatitis, lupus, pielonefritis crónica, hematoma subdural crónico, hidrocefalia con presión normal, síndrome post contusión, síndrome post parto, enfermedad de Meniere.(24).

b.- Alteraciones Psicológicas

Cualquier alteración psicológica puede presentarse con síntomas de presión. Los trastornos depresivos, esquizofrénicos y ciclotímicos crónicos pueden tener episodios depresivos superpuestos.

F. TRATAMIENTO

Una de las primeras decisiones que deben tomarse cuando un paciente tiene una crisis depresiva importante es saber si podría ser suicida, y es por ello que el médico debe sentirse cómodo en preguntar directamente si se siente tan mal que quisiera poner fin a todo, ya que ninguna prueba clínica sugiere que el preguntar a un paciente introduzca en él, la idea, o le proporcione apoyo psíquico necesario para llevarla a cabo. Si se considera que es suicida, deberá ajustarse el sitio en el que se someterá a tratamiento con el grado y peligro de que cometa suicidio.

Se considerará cuidadosamente lo estrecha que debe ser la vigilancia del paciente. Si el paciente tiene tendencia suicida leve pero cuenta con toda una estructura de amigos y familiares que lo apoya, algunas esperanzas para el futuro y capacidad para establecer un compromiso firme con el terapeuta para entrar en el tratamiento y hacer contacto con éste o con un servicio de urgencias, se abordará en una forma ambulatoria.

Si se incrementan sus pensamientos suicidas o no cuenta con respaldo social se hospitalizará.

Después de afrontar el aspecto del suicidio, médico y paciente pueden empezar a considerar otras finalidades del tratamiento.

1. Tratamiento farmacológico

La psicofarmacología clínica no ha podido aún encontrar una metodología adecuada para agrupar a los pacientes depresivos en diferentes categorías desde el punto de vista clínico y neuroquímico, que pueda indicar el uso de un determinado antidepresivo y la mayor eficacia de uno sobre otro.

Por tanto, las clasificaciones más utilizadas siguen siendo la química y sintomatológica. Sin embargo es vigente la pregunta del profesional de cuáles son los cambios clínicos que debe evaluar para poder afirmar que un antidepresivo es mejor que otro.

Si bien no hay un acuerdo general, existe un "consenso científico" que independientemente de cualquier tipo de tratamiento psicoterapéutico que se asocie al empleo de antidepresivo, para valorar su eficacia se deben tener en cuenta los siguiente puntos:

1. Se debe definir el trastorno depresivo según del criterio del DSM-IV.
2. Se debe juzgar la eficacia del antidepresivo durante el transcurso y no al final del estudio.
3. Los primeros resultados deben centrarse en la mejoría o empeoramiento de cada uno de los pacientes estudiados

El estudio de la eficacia sobre los síntomas agudos depresivos debe durar un mínimo de cuatro a seis semanas.

Si se quiere evaluar la eficacia del antidepresivo en el control del episodio depresivo, el tiempo mínimo de su administración debe prolongarse más de seis semanas, ya que se sabe que la mejoría sintomática no implica el control de la fase depresiva, y en la práctica, el antidepresivo debe administrarse durante un periodo mínimo de seis meses aunque se haya logrado la mejoría clínica.

Los efectos adversos necesitan ser evaluados a lo largo de varias semanas ya que muchos de ellos se confunden con síntomas y signos clínicos de la propia enfermedad depresiva.

El mejor criterio para seleccionar un antidepresivo en la actualidad debe tener en cuenta las siguientes variables:

• Eficacia terapéutica sintomática

• Porcentaje de efectos adversos.

• Mejoramiento con antidepresivos durante episodios pasados.

• Valoración neuroquímica funcional de la depresión.

Los antidepresivos pueden, entonces, ser clasificados desde el punto de vista farmacológico en:

• Antidepresivos no inhibidores de la monoaminoxidasa.

• Antidepresivos inhibidores de la recaptación de serotonina.

• Antidepresivos inhibidores de la monoaminoxidasa.

• Precursores de neurotransmisores:

- L-Dopa
- Tirosina
- Fenilalanina.
- L-triptófano.

- 5-hidroxitriptófano.
- Sulfo-adenosil-L-metionina.

5.Litio.

6.Liberadores de dopamina.

7.Hormona liberadora de tirotrófina.

8.Endorfinas y antagonistas opiáceos.

9.Electroterapia.

a.- Antidepresivos no inhibidores de la aminooxidasa

Los antidepresivos no inhibidores de la monoaminooxidasa actúan de diferentes maneras sobre distintos neurotransmisores. Las principales acciones son las siguientes:

a. Bloquean la recaptación de noradrenalina y/o dopamina y/o serotonina, provocando una mayor disponibilidad de ellas a nivel de las sinapsis, con aumento de la velocidad de recambio.

b. Potencian las acciones periféricas de las catecolaminas.

c. Revierten la depresión provocada por la reserpina en animales de experimentación.

d. Algunos antidepresivos de este grupo pueden bloquear los receptores histaminicos de tipo H2 del sistema adenilciclasa.

Casi todos los antidepresivos actúan sobre los receptores luego de 2-4 semanas, produciendo los siguientes efectos:

1. Aumentan o disminuyen la sensibilidad de la adenilciclasa,
2. Producen una disminución del número de receptores beta-adrenérgicos y de su sensibilidad.
3. Producen una disminución del número de receptores de serotonina (5-HT₂) y de su sensibilidad , para luego aumentarla.
4. Bloquean los receptores alfa-2 adrenérgicos presinápticos

a.1.- Indicaciones

Según las manifestaciones del enfermo pueden ser utilizados los antidepresivos cíclicos

1) ANTIDEPRESIVOS QUE MEJORAN EL ANIMO DEPRESIVO

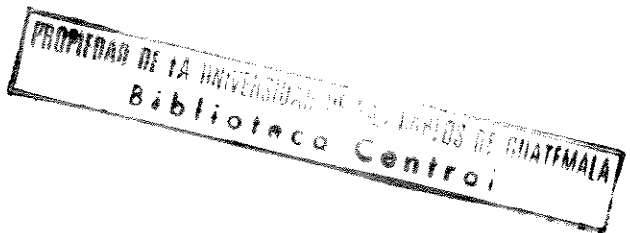
Clorimipramina

Dibenzepin

Imipramina

Lofepramina

Maprotilina



Melitracenoxiptilina

2) ANTIDEPRESIVOS DE ACCION SEDANTE:

Amitriptilina

Amoxapina

Doxepina

Mianserina

Dopramol

Trazodone

Trimipramina

3) ANTIDEPRESIVOS DESINHIBITORIOS O ACTIVANTES

Bupropión

Desimipramnia

Mortiptilina

Momifensin

Motriptilina

Mitriptilina

ANTIDEPRESIVOS ESTIMULANTES

doxepina

doxepina

Deprenyl

doxepina

a.2.- Absorción, farmacocinética, y excreción

La absorción en dosis bajas es generalmente rápida. Los picos de concentración máxima oscilan entre dos y doce horas. En dosis muy altas (50mg/dl) administradas inicialmente, los efectos gastrointestinales anticolinérgicos pueden disminuir la absorción. La prolongada vida media de todos los antidepresivos tricíclicos permite dosificarlos en pocas veces por día.

Son moléculas lipofílicas de características similares a las fenotiazinas: se unen a las proteínas plasmáticas y se concentran en los tejidos adiposos. Se excretan por oxidación microsomal hepática seguida por glucuronización.

a.3.- Acciones farmacológicas

Los antidepresivos cíclicos actúan sobre casi todos los sistemas y aparatos del ser humano:

Sobre el sistema nervioso central:

Mejoran el ánimo depresivo.

Poseen acción desinhibidora o activante, caracterizada por un aumento de la actividad psíquica y motora.

Poseen una acción sedante.

4. Actúan sobre el aprendizaje y la memoria. En individuos normales entorpecen el aprendizaje y la concentración, en forma similar a como lo hacen las fenotiazinas. Los tiempos de reacción, las tareas de coordinación y el punto de fusión visual crítico a los estímulos luminosos intermitentes se alteran. La memoria reciente y la adquisición pueden alterarse.

5. Actúan sobre el sueño. Disminuyen la cantidad de despertares nocturnos; aumentan el estadio IV del período no REM, disminuyen el período REM, alargan el período de latencia REM.

6. Actúan sobre la estimulación y arousal cerebral. En dosis bajas tienden a sincronizar el electroencefalograma y de igual manera que otros tranquilizantes, a suprimir el ritmo alfa. En dosis altas producen estimulación y pueden provocar convulsiones con desincronización del EEG, por disminución del umbral epiléptico.

7. Pueden precipitar reacciones hipománicas o mánicas en pacientes con enfermedad maníaco-depresiva que se encuentra en la fase depresiva.

Sobre el sistema nervioso autónomo:

Los antidepresivos cíclicos tienen rápidos y poderosos efectos anticolinérgicos. Todos, sus efectos antimuscarínicos producen entre otros síntomas retención urinaria, sequedad de boca, visión borrosa, constipación, taquicardia (potenciada por el bloqueo noradrenérgico producido en el miocardio).

Sobre el aparato cardiovascular:

Los antidepresivos cíclicos interfieren los reflejos presores posturales, el de oclusión carotídea y producen hipotensión. Poseen acción quinidínica y pueden producir arritmias en pacientes con trastornos de la conductibilidad miocárdica (en especial en los bloqueos bajos de rama).

ANTIDEPRESIVOS TRICICLICOS Y HETEROCICLICOS DOSIS

<i>Amina terciaria</i> <i>Triciclico</i>	<i>Dosis usual en</i> <i>adultos mg.</i>	<i>Rango mg.</i>
<i>Amitriptilina</i>	<i>150-200</i>	<i>50-300</i>
<i>Imipramina</i>	<i>150-200</i>	<i>50-300</i>
<i>Trimipramina</i>	<i>150-200</i>	<i>50-300</i>
<i>Doxepina</i>	<i>150-250</i>	<i>50-300</i>
<i>Clorimipramina</i>	<i>150-250</i>	<i>25-300</i>

fuelle (14).

<i>Amina secundaria Triciclico</i>	<i>Dosis usual en adultos mg.</i>	<i>Rango mg.</i>
<i>Desipramina</i>	<i>150-250</i>	<i>50-300</i>
<i>Protriptilina</i>	<i>30-40</i>	<i>15-60</i>
<i>Nortriptilina</i>	<i>75-100</i>	<i>30-100</i>
<i>Dibenzoxazepina</i>		
<i>Amoxapina</i>	<i>150-200</i>	<i>50-300</i>
<i>Tetraciclico</i>		
<i>Maprotilina</i>	<i>150-200</i>	<i>50-225</i>
<i>Triazolopiridina</i>		
<i>Trazodone</i>	<i>100-250</i>	<i>50-400</i>

fuentes (14)

1.4.- Efectos adversos

La eficacia clínica de los antidepresivos, a semejanza de lo que ocurre con otros grupos psicofarmacológicos, es de difícil diferenciación. El conocimiento de las acciones secundarias brindará mayor ayuda al enfermo si se ve que en algunos casos se podrá usar el efecto colateral como acción farmacológica conveniente. Así, por ejemplo, una mayor acción colinérgica con amitriptilina será beneficiosa en un enfermo con colon irritable y diarrea, pero contraproducente en un enfermo con prostatismo.

Los antidepresivos tricíclicos se indican en dosis de 150-300 mg. Y su efecto depende de la afinidad y tipo de ligadura que establecen con el receptor. Los efectos colaterales pueden, entonces agruparse de acuerdo con los receptores que los antidepresivos puedan afectar. (ver gráfica 1).

Dentro de los efectos clínicos adversos de los antidepresivos tricíclicos la afinidad por diferentes receptores están:

Colinérgicos: retención urinaria, boca seca, glaucoma, visión borrosa, náusea, confusión, sedación, perturbaciones del habla, perturbaciones mentales.

Adrenérgicos: hipotensión postural, sedación, taquicardia refleja, bloqueo de la actividad simpática (nerviosismo, ansiedad, vértigo), interacciones con drogas antihipertensivas.

Histamínicos: sedación, somnolencia, aumento de peso, delirio, hipertermia (H2).

Dopaminico: síndromes extrapiramidales, síndrome galactorrea-amenorrea, síndrome neurológico.

a.5.- Toxicidad (sobredosis)

La sobredosificación se debe generalmente a intentos de suicidio o toxicidad accidental en niños.

La dosis letal de imipramina es de 30-50 mg/kg. de peso en adultos y de 8-70 mg. en niños. Se han registrado casos extremos de supervivencia después de 5,375 mg. y de envenenamiento con dosis única de 625 mg. de imipramina.

Los síntomas de intoxicación son neurológicos y cardiovasculares. La somnolencia y confusión aparecen una o dos horas después de la ingestión, pudiendo llegar al coma profundo con retención urinaria y dilatación pupilar.

La cardiotoxicidad se manifiesta por taquicardia, shock y trastornos de conducción interventricular. El ECG tiene un Q-RST ensanchado y deformado, bloqueos de rama atrioventriculares y del haz derecho de His. El tratamiento con anticolinesterasa como eserina o fisostigmina (1-3 mg) se deberá repetir cada 30- 60 minutos mientras sea necesario. No se debe administrar procainamida ni quinidina. La lidocaína y la difenilhidantoína son útiles en las arritmias además, la última puede controlar las convulsiones. Se deberán reducir al mínimo los estímulos para evitar las convulsiones. De ser necesario se administrará diazepam (en caso de intoxicación con IMAO no se deben dar barbitúricos).

Se deberán prestar medidas de terapia intensiva sintomática para la hiperpirexia o la deshidratación. La instilación de carbón activado por vía gastrointestinal puede hacer disminuir la absorción cuando la inconsciencia haya impedido la realización del lavado gástrico.

b.- Inhibidores de la recaptación de serotonina (IRS)

Los inhibidores de la recaptación de la serotonina han facilitado el aumento en la aceptación del tratamiento antidepresivo, ya que los efectos adversos de estos son leves y transitorios y existe menos probabilidad de que interfieran con el apego del tratamiento, o de que provoquen la suspensión del mismo. Estas ventajas resultan particularmente importantes a la luz de los datos que indican que la depresión se debe tratar durante un mínimo de 6 a 12 meses después de la resolución completa de las síntomas.

Estos antidepresivos varían en potencia y dosis, tienen probabilidad de producir actividad farmacológica metabólica y tienen habilidad de inhibir la citocromo P 450 IID6.

La diferencia crítica entre varios de IRS es su vida media y sus actividades metabólicas. Los IRS incluyen la fluoxetina, fluvoxacina, paroxetina, sertralina, venlafaxina. No tienen afinidad muscarínica, histamínica H1, 5HT1, 5 HT2 y alfa 1 y alfa 2 receptores adrenérgicos, por ello no inducen efectos anticolinérgicos como sedación, estimulación del apetito, hipotensión postural que es común con los antidepresivos cíclicos.

Debe tenerse en mente el utilizar con precaución drogas que interactúen con los IRS en la inhibición de la P-450 y que contribuyan a efectos adversos. Entre los que podemos mencionar antidepresivos (tríclicos y trazodone), barbitúricos, benzodiacepinas (excepto loracepan y oxacepan), la carbamacepina, narcóticos (meperidina), neuroléptico, nifedipina, phiytoin, valproato, verapamil.

Los efectos secundarios en la utilización de los IRS son nerviosismo, agitación, insomnio, tremor, náusea, diarrea, cefalea, disminución del la libido, disfunción eréctil, anorgasmia.

La ventaja que tiene sobre los cíclicos es que no es anticolinérgico, no es antihistamínico, no es antagonista alfa1 adrenérgico y por lo tanto no causa

hipotensión postural, taquicardia, visión borrosa, sedación, disminución en la conducción cardíaca, sudación.

INIBIDORES DE LA RECAPTACION DE SEROTINA DOSIS

Nombre genérico	Dosis usual diaria en adultos mg.	Rango mg
Fluoexitina	5-20	1-100
Fluvoxamina	50-150	25-300
Paroxetina	20-30	10-50
Sertralina	25-100	12.5-200
Venlafaxina	75-225	25-375

fuelle (14).

c.- Antidepresivos inhibidores de la monoaminooxidasas (IMAO)

La comprobación clínica de la utilidad de los IMAO en depresiones persistentes, en el síndrome obsesivo-fóbico-compulsivo, en la enfermedad de Parkinson, en su uso combinado con antidepresivos cíclicos, precursores de neurotransmisores y litio, y el descubrimiento de fármacos IMAO que producen inhibiciones específicas en la degradación de monoaminas, ha hecho resurgir este tipo de antidepresivos.

Habitualmente la monoaminooxidasa (MAO) se halla en las membranas mitocondriales y degrada en forma energética las catecolaminas. Los inhibidores

la MAO frenan su actividad y permiten así mayor disponibilidad de acolaminas en los depósitos intracelulares.

Los primeros IMAO tenían estructuras hidrazínicas e hidrazídicas con alta toxicidad fueron dejados de lado frente a la aparición de los antidepresivos del tipo tricíclicos, mucho menos tóxicos.

Históricamente los IMAO (A y B) fueron los primeros antidepresivos usados en el año de 1951 al comprobarse que derivados de la isoniazida usados en el tratamiento antituberculoso poseían efectos euforizantes.

Los IMAO (A y B) pueden clasificarse en hidrazínicos (ilproniazida, azina, nialamina, etc.) y no hidrazínicos (tranilcipromina). Los derivados hidrazínicos se unen en forma irreversible a la MAO, en tanto los no hidrazínicos actúan de forma reversible.

Además, la vía de metabolización de los IMAO de tipo hidrazínico es la acetilación. Se pudo establecer que hay poblaciones que acetilan lentamente IMAO y otras rápidamente. En el primer caso, los efectos adversos pueden producirse precozmente con dosis terapéuticas.

c.1.- Dosis e interacción con tiramina

Se recomiendan dosis altas desde el comienzo con aumento paulatino cada 4 días (30-80 mg. de tranilcipromina/día), vigilando el efecto hipotensor. El efecto hipertensor solo se presentará en caso de ingesta de alimentos ricos en tiramina.

Los alimentos con alto contenido de tiramina determinan los efectos secundarios y reacciones hipertensivas en pacientes tratados con IMAO.

PROPIEDAD DE LA UNIVERSIDAD DE SAN CARLOS DE GUATEMALA
Biblioteca Central

La tiramina es un aminoácido que se encuentra en diversas sustancias proteicas y se produce durante proceso de conservación, putrefacción o fermentación de los alimentos.

La enzima MAO se encuentra en el hígado y es la encargada de inactivar a la tiramina. En presencia de los IMAO, la tiramina no es degradada o inactivada por la MAO, y pasa a la circulación sanguínea provocando, de forma indirecta, la liberación de noradrenalina de las terminales nerviosas.

Por lo anterior se deben restringir ciertos alimentos en la dieta por su alto contenido de tiramina. Podemos mencionar : quesos añejados, sazonados, carnes, pescados o aves ahumadas, levadura o extracto de carne, vino tinto, vermut, sherry, porotos.

Dentro de los permitidos con moderación por su mediano y bajo contenido de tiramina se encuentran el extracto de carne, cerveza, palta, banana, bebidas blancas (vino blanco, vodka, ginebra, whisky), infusiones con cafeína o chocolate, queso cremoso, frutas (higos, uva, naranja, ananá, pasas de uva) salsa soya, yogur líquido de cremas agrias.

c.2.- Efectos adversos probables durante el tratamiento con antidepresivos del tipo inhibidores de la monoaminoxidas reversibles específicos

FRECUENTES

1. Hipotensión ortostática
2. Mareos
3. Aumento de peso
4. Trastornos sexuales

Edema

RECIENTES

Insomnio

Sedación diurna

Mioclónias

Sequedad de boca

RAROS

Fenómenos del queso (crisis hipertensiva por tiramina)

Se deberá tener presente durante el tratamiento con antidepresivos del tipo inhibidores de la monoaminoxidasa el uso de medicamentos que potencialicen los efectos de estos:

1. Estimulantes: anorexigénicos, drogas reductoras de peso, anfetaminas, cocaína.

2. Descongestivos: antigripales, gotas o spray nasales que contenga efedrina o similares, antiasmáticos, antitusivos.

3. Antihipertensivos: metildopa, guanetidina, reserpina.

4. Narcóticos: meperidina.

5. Simpaticomiméticos: adrenalina, noradrenalina, dopamina, isoproterenol, metaraminol.

6. Anestésicos generales.(14).

d.- Precursores de neurotransmisores

Dentro de los precursores de neurotransmisores podemos mencionar.

1. La levodopa que es un precursor de dopamina , seguramente también reduce noradrenalina.

2. La tirosina se ha podido comprobar que es precursor de dopa por medio de la tirosina - hidroxilasa , administrando 6-7mg/día de tirosina se observa un efecto antidepresivo, con aumento del ácido homovanílico y el MPEG metoxihidroxifenilglicol, metabolito de excreción de la noradrenalina), en el líquido cefalorraquídeo . Sin embargo, los efectos clínicos no son congruentes con las hipótesis neuroquímicas ya que ¿ Por que actuará la dopa-carboxilasa y la dopamina beta-hidroxilasa en presencia de tirosina y no de L-dopa?

3. La síntesis de serotonina depende de la oferta del aminoácido esencial triptófano presente en la circulación sanguínea, que atraviesa fácilmente la barrera hematoencefálica.

Se vincula la serotonina con los desequilibrios catecolaminicos y en especial con la enfermedad maniaco-depresiva y el insomnio.

4. El L-triptófano proviene de una fuente exógena (los alimentos) y de una endógena (la degradación de las proteínas neuronales). Su vida media es de unas tres horas y presenta mayor concentración sanguínea durante la noche. Esto se debe a la disminución de la actividad de la enzima triptofano - pirrolasa durante la noche. Esta enzima cataliza la conversión del triptófano en ácido nicotínico (vitamina B3) y en melatonina.

La captación del triptófano por las células serotoninérgicas depende de la concentración de este aminoácido, la que a su vez está determinada por los niveles de insulina y las hormonas tiroideas presentes en la circulación general.

La piridoxina (vitamina B6) y el ácido ascórbico (vitamina C) potencian el efecto de conversión del triptófano en serotonina. El ácido nicotínico (vitamina B3) y el allopurinol inhiben la enzima triptófano pirroliasa, evitando la conversión del triptófano en quinurenina, que es su principal producto de excreción urinaria.

Los estudios clínicos realizados hasta la fecha arrojan resultados no siempre convincentes acerca de su utilidad en :

1. Enfermedad depresiva bipolar
2. Insomnio resistente
3. Enfermedad depresiva unipolar
4. Potenciador de los efectos antidepresivos de los IMAO y tricíclicos.
5. Sin efecto o con acción agravante de procesos esquizofrénicos.

La dosificación comúnmente administrada es de 1-6 gramos /día, asociada o no a las vitaminas B3 y B6 y/o a la vitamina C.

e.- Litio

El Carbonato de Litio se ha reportado que funciona como antidepresivo en pacientes que tienen el diagnóstico de desorden afectivo bipolar. En familias con historia de desorden bipolar y las presencia de disturbio neurovegetativo, es utilizado asociado con un antidepresivo. En general las dosis de 600 a 1200 mg. Se presenta en comprimidos de 300 mg.

f.- Liberadores de dopamina

Las anfetaminas y sus derivados producen aumento del nivel de catecolaminas, pudiendo desencadenar cuadros maniacos en la enfermedad depresiva bipolar y psicosis anfetaminica similar a cuadros esquizofrénicos paranoides.

La bromocriptina comenzó a usarse como inhibidor de la secreción de prolactina en el síndrome de galactorrea-amenorrea en la mujer y en la impotencia sexual hiperprolactinémica en el hombre .

Partiendo de la hipótesis de que la enfermedad maniaco - depresiva se debe a una hiper o hiposensibilización de los receptores dopaminicos, se pensó que administrando en forma crónica un agonista dopaminico que no produjese efectos secundarios molestos podría corregirse esta sensibilización del receptor. Los resultados obtenidos en algunos pacientes con depresión bipolar son aún contradictorios. Las dosificaciones usadas varían entre 2.5 - 10 mg.

g.- Hormona liberadora de tirotropina (TRH)

El éxito obtenido en pacientes con depresión endógena mediante la infusión intravenosa de TRH hizo que se generaran numerosas expectativas. Sin embargo no pudo comprobarse una mejoría en todos los pacientes deprimidos.

Las principales acciones de la TRH son similares a las de ciertos antidepresivos:

- 1) Provoca excitación, hiperactividad muscular y ansiedad.
- 2) Potencia la levodopa, la serotonina y la dopamina.
- 3) Tiene acción analéptica y estimulante de la respiración.
- 4) Tiene acción hipertérmica central.
- 5) Antagoniza la hipotermia provocada por la reserpina, la tetrabencina y la xatremorina.
- 6) Presenta acción hiperglucemiante.
- 7) Acción inotrópica, cronotrópica e hipertensiva.
- 8) Estimula la liberación de prolactina y noradrenalina.

El efecto inmediato se caracteriza por una acción intensa que aparece a los 20 minutos y dura alrededor de 2 horas. Es necesario emplear dosis elevadas para lograrlos (50mg/kg de peso corporal).

El efecto diferido sería el responsable de la potenciación de la dopamina y serotonina

Los estudios clínicos han relegado su uso a dos indicaciones:

1/ Como psicofármaco útil durante el período de latencia de los antidepresivos.

2/ Como indicador del tratamiento electroconvulsivante y antidepresivo.

h.- Endorfinas y antagonistas de receptores opiáceos

El rol que cumplen las endorfinas en la esquizofrenia y los trastornos afectivos permanece aún incierto. Se han encontrado valores elevados de endorfinas en trastornos mentales.

2. Terapia electroconvulsiva (TEC)

La electroterapia produce los siguientes fenómenos

1. Inhibe la recaptación de catecolaminas.
2. Interfiere con el almacenamiento intravesicular de las moléculas catecolamínicas.
3. Aumenta la conversión de dopamina o noradrenalina
4. Modifica el feedback inhibitorio producido por la noradrenalina en la conversión de tirosina a dopamina.
5. Interfiere con la producción de la monoaminoxidasa (MAO).

6. Incrementa el ingreso de sodio y calcio y el egreso de potasio de la célula.

7. Produce cambios en la microgeometría del retículo citoplasmático dando lugar a una "red intersticial". Permite de esta manera que las vesículas cargadas con moléculas catecolaminicas entren rápidamente en contacto con la membrana presináptica y pase al espacio intersináptico a ejercer masivamente su acción neuroquímica. Esta red intersticial de la estructura intraneuronal es denominada cytonet por investigadores ingleses.

8. Produce liberación de neuropéptidos, en especial encefalinas.

El riesgo de hipoxia cerebral durante el acceso de gran mal producido por el electroshock ha disminuido considerablemente gracias al empleo de anestesia general (con barbitúricos de acción ultracorta), relajación muscular (succinilcolina) e hiperoxigenación pre y postacceso. También las nuevas técnicas con pulso de menor duración y descargas unilaterales disminuyeron el miedo y ansiedad de los enfermos frente a la angustia real o fantaseada de recibir un shock eléctrico de gran intensidad que dejaba una secuela amnésica. La amnesia postelectroshock está vinculada a la falta de oxígeno.

La incidencia de muerte postelectroterapia oscila entre el 0,06 y el 0,8 por ciento de los pacientes tratados.

El uso como alternativa ante el fracaso de los antidepresivos debe ser cuidadosamente analizada. Está indicada en depresión grave durante el embarazo, depresión suicida persistente, falta de medicamentos.

Psicoterapia

La Psicoterapia es esencial, como complemento de los tratamientos farmacológicos en aquellos casos en los que el paciente amerita el uso de antidepresivos. Existen un sinnúmero de terapias, pero todas ofrecen algún

antidepresivos. Existen un sinnúmero de terapias, pero todas ofrecen algún tipo de explicación sistematizada para los problemas del paciente, con un conjunto de principios que este puede utilizar para guiar su conducta futura, y todas ofrecen una relación útil con una persona profesionalmente preparada.

Entre ellas podemos mencionar: psicoanalíticamente orientada, racional-emotiva, centrada en el cliente, cognitiva, de sostén, de grupo, familiar, de pareja etc.

a.- Relación terapéutica

Es importante para el éxito en el tratamiento de la depresión la relación entre médico y paciente. Explicar al paciente la relación de los síntomas físicos con su depresión, brindar garantías de que la enfermedad del paciente curará, y que se pondrá bien, explicar la enfermedad del paciente a los familiares y comprometerlos para que ayuden a tratarlo, aceptar al paciente a pesar de que éste pueda rechazar al terapeuta, brindar al paciente un programa diario bien estructurado si fuera necesario, y explicar su tratamiento.

VI. METODOLOGIA

A. TIPO DE ESTUDIO

transversal de carácter Descriptivo

B. SELECCION DEL SUJETO DE ESTUDIO

Pacientes adultos de ambos sexos hospitalizados en los departamentos de medicina, cirugía, traumatología y ginecología.

C. POBLACION ESTUDIO

Total de pacientes en el área de medicina, cirugía, traumatología y ginecología en el hospital de Antigua durante el mes de agosto de 1997. Aproximadamente un total de 100 pacientes, tomando de referencia las estadísticas de cada uno de los departamentos en meses anteriores.

D. CRITERIOS DE INCLUSION

Todos los pacientes hospitalizados en las áreas de medicina, ginecología, cirugía y traumatología, adultos de ambos sexos, durante el mes de agosto 1997 y que acepten ser parte del estudio .

E. CRITERIOS DE EXCLUSION

1. Pacientes de otros departamentos del hospital.
2. Pacientes que no desean ser parte del estudio.
3. Pacientes que no tengan diagnóstico médico en su respectiva especialidad.

4. Pacientes que no estén en condiciones de responder la prueba.

F. RECURSOS

1. MATERIALES

a.- Físicos

Escala de Zung para diagnóstico de depresión y clasificación por grados

Instalaciones del Hospital, áreas de medicina, ginecología, traumatología y cirugía

Computadora Epson programas Windows 95 versión en español, programas Word Office.

2. HUMANOS

Médico asesor de la unidad de salud.

Médico asesor

Médico revisor

Pacientes del hospital nacional de Antigua .

Estudiante de medicina (investigador).

G. ASPECTOS ETICOS

Se les explicó a los pacientes del hospital, de manera oral del propósito de investigación, y del beneficio de esta ya que de hacer el diagnóstico se formaría al médico tratante para su tratamiento.

H. TECNICAS Y PROCEDIMIENTOS

1. Se les aplicó la prueba en forma de entrevista estructurada a cada uno de los pacientes que fueron parte del estudio dándoles por cada pregunta formulada las cuatro posibles respuestas, indicándoles que respondiesen con que más se sintieran identificados.

I. EJECUCION DE LA INVESTIGACION

Se seleccionaron a todos los pacientes que se encontraban hospitalizados en las áreas de medicina, cirugía, traumatología y ginecoobstetricia que cumplieron con los criterios de inclusión, se les informó de forma oral los objetivos de la investigación anotando en la boleta de colección datos, nombre, edad, sexo, diagnóstico, y luego por medio de una entrevista se les leyó a cada uno la prueba dándoles las posibles respuestas marcando en el mismo, la indicada por el paciente.

J. PLAN DE RECOLECCION DE DATOS

a. La recolección de datos fue por medio de la prueba para depresión de Zung.

b. Los datos que se recolectaron fueron: nombre, edad, sexo, departamento del hospital en que se encontraban ingresados, diagnóstico y tratamiento. Además los resultados de las 20 preguntas según los ítems escogidos por el paciente para cada respuesta del test.

c. Los resultados se sumaron y se clasificaron según cada especialidad en depresión leve, moderada y severa por edad, sexo y enfermedad.

K. PLAN DE ANALISIS

El trato de los datos obtenidos desde el punto de vista estadístico fue en frecuencia y porcentaje, se realizaron cuadros según los objetivos planteados.

1. INSTRUMENTOS DE MEDICION

El Doctor Willian Zung en el año de 1965 publicó por primera vez la escala de automedición de la depresión (EAMD), la cual mide la depresión de una manera cuantitativa.

Esta escala contiene 20 ítems, los cuales tienen una puntuación de 4 puntos cada uno dando una valoración ascendente de cada uno de los mismos de menor a mayor. Luego la suma de los ítems da una puntuación bruta la cual se traduce al índice de EAD. Siendo debajo de 50 dentro lo normal, 50 a 59 presencia de depresión, (de mínima a leve) 60 a 69 presencia de depresión, (de moderada a notable) de 70 o más presencia de depresión (de severa a extrema).

El sistema de clasificación oficial descrito por el Manual Estadístico y Diagnóstico de la Asociación Americana de Psiquiatría es generalmente libre de teoría con respecto a la etiología, con la excepción de aquellos trastornos en los que se conoce la etiología o los procesos fisiopatológicos, con los trastornos orgánicos mentales, y sólo rara vez intenta explicar como aparecen las alteraciones, a menos que el mecanismo esté incluido en la definición del trastorno. La depresión dentro de esta clasificación se encuentra dentro de los trastornos afectivos donde el rasgo esencial es una alteración del humor acompañada por síntomas relacionados. La depresión mayor se subdivide según que la alteración sea un primer episodio o bien recurrente, o bipolar. También dentro de esta clasificación esta el trastorno distímico (depresión leve crónica)

EXPOSICIÓN DE LOS ANALES DE SAN CARLOS DE RIBATIMONCA
Biblioteca Centro.

L. Variables

Nombre de la variable	Definición conceptual	Definición operacional	Tipo de variable	Unidad de medida
Depresión	Sentimientos psicopatológico de tristeza	Grados de depresión, en pacientes hospitalizados.	Ordinal	Test de Zung. leve 50-59 moderada 60-69 severa 70 o más
agnóstico	Dícese de los signos que permiten conocer las enfermedades	Diagnóstico dado por el médico tratante.	Nominal	Diagnóstico del paciente
Edad	Tiempo transcurrido desde el nacimiento hasta el momento del estudio.	Pregunta directa medida en años cumplidos.	Ordinal continúa	12-20 años 21-30 años 31-40 años 41-50 años 51-60 años más de 60 años.
Prevalencia	Numero de casos hallados en determinado momento o lapso de tiempo.	Numero de casos encontrados de depresión dividido el total de enfermos en el tiempo determinado.	Ordinal continúa	Porcentaje
Sexo	Diferencia física y constitutiva que distingue al hombre de la mujer.	Según características externas.	Nominal	Masculino y femenino.

VII. PRESENTACION DE RESULTADOS

En la investigación realizada , se estudió a un total de 100 pacientes, 47 de medicina interna, 29 de ginecoobstetricia, 24 de cirugía y traumatología los cuales se encontraban hospitalizados en el Hospital Nacional de Antigua, siendo cada uno de ellos diagnóstico y tratamiento. Se utilizó la escala de Beck que consta de 20 ítems en la cual se agrupan los síntomas depresivos por medio de una entrevista formalizada se obtuvieron los siguientes resultados:



ADRO 1

RECUCENCIA Y PORCENTAJE DE PACIENTES DEPRIMIDOS Y NO DEPRIMIDOS EN LAS AREAS DE MEDICINA, GINECOOBSTERTRILCA, CIRUGIA Y TRAUMATOLOGIA EL HOSPITAL NACIONAL DE ANTIGUA, DURANTE EL MES DE AGOSTO DE 1997.

DEPARTAMENTO DEL HOSPITAL	MEDICINA INTERNA		CIRUGIA Y TRAUMATOLOGIA		GINECOLOGIAY OBSTETRICIA		TOTAL	
	#	%	#	%	#	%	#	%
SIN DEPRESION	26	26	17	17	25	25	68	68
CON DEPRESION	21	21	7	7	4	4	32	32
TOTAL	47	47	24	24	29	29	100	100

fuate: prueba de Zung.

CUADRO 2.

DISTRIBUCION DE LOS PACIENTES SIN DEPRESION Y CON DEPRESION POR EDAD Y SEXO, EN LOS DEPARTAMENTOS DE MEDICINA INTERNA, CIRUGIA, TRAUMATOLOGIA Y GINECOOBSTETRICIA DEL HOSPITAL NACIONAL DE ANTIGUA, DURANTE EL MES DE AGOSTO DE 1997.

Grupos de edades	Sin depresión	Con depresión	Sin depresión	Con depresión	Total de pacientes	Total de pacientes con depresión y porcentaje por edades.
	Sexo femenino		Sexo masculino			
12-20	7	2	2	0	11	2 (18%)
21-30	15	10	10	3	28	13 (46%)
31-40	10	4	5	2	21	6 (29%)
41-50	6	3	2	4	15	7 (47%)
51-60	0	2	2	1	5	3 (60%)
61 más	3	1	5	0	9	1 (11%)
TOTALES	42	22	26	10	100	32 (32%)

fuelle: prueba de Zung

CUADRO 3.

PRESIÓN POR GRADOS Y SEXO EN EL DEPARTAMENTO DE MEDICINA INTERNA DEL HOSPITAL NACIONAL DE ANTIGUA, DURANTE EL MES DE AGOSTO DE 1997.

Grados de presión	Sexo femenino		Sexo Masculino		TOTAL	
	#	%	#	%	#	%
presión normal	11	44	15	68	26	55
presión elevada	7	28	5	23	12	26
presión moderada	6	24	2	9	8	17
presión verdadera	1	4	0	0	1	2
TOTAL	25	100	22	100	47	100

fuentes: prueba de Zung

CUADRO 4.

DISTRIBUCION DE LOS PACIENTES DEPRIMIDOS POR EDAD Y SEXO EN EL DEPARTAMENTO DE MEDICINA INTERNA DEL HOSPITAL NACIONAL DE ANTIGUA, DURANTE EL MES DE AGOSTO DE 1997.

Grupos de edades	Sexo femenino		Sexo masculino		TOTAL	
	#	%	#	%	#	%
12-20	1	7	0	0	1	5
21-30	3	22	2	29	5	24
31-40	4	28	1	14	5	24
41-50	3	22	3	43	6	28
51-60	2	14	1	14	3	14
61 más	1	7	0	0	1	5
TOTAL	14	100	7	100	21	100

fuelle: prueba de Zung.

CUADRO 5.

DEPRESION POR GRADOS EN EL DEPARTAMENTO DE GINECOOBSTETRICIA DEL HOSPITAL NACIONAL DE ANTIGUA, DURANTE EL MES DE AGOSTO DE 1997.

Grados de depresion	#	%
Sin depresión	25	85
Depresión leve	3	11
Depresión moderada	1	3
Depresión severa	0	0
TOTAL	29	100

fuelle: prueba de Zung.

CUADRO 6

DISTRIBUCION DE LOS DEPRIMIDOS POR EDAD EN EL DEPARTAMENTO DE GINECOOBSTETRICIA DEL HOSPITAL NACIONAL DE ANTIGUA, EN EL MES DE AGOSTO DE 1997.

<i>Grupos de edades</i>	<i>#</i>	<i>%</i>
12-20	1	25
21-30	3	75
31-40	0	0
41-50	0	0
51-60	0	0
60 o más	0	0
TOTAL	4	100

fuentes: prueba de Zung.

ADRO 7

PRESION POR GRADOS Y SEXO EN EL DEPARTAMENTO DE CIRUGIA Y REUMATOLOGIA DEL HOSPITAL NACIONAL DE ANTIGUA, DURANTE EL MES DE AGOSTO DE 1997.

Grados de presión	Sexo femenino		Sexo masculino		TOTAL	
	#	%	#	%	#	%
Sin presión	9	69	8	72	17	71
presión leve	4	31	2	18	6	25
presión moderada	0	0	1	10	1	4
presión severa	0	0	0	0	0	0
TAL	13	100	11	100	24	100

fuelle: prueba de Zung.

CUADRO 8

DISTRIBUCION DE LOS PACIENTES DEPRIMIDOS POR EDAD Y SEXO EN LOS DEPARTAMENTOS DE CIRUGIA Y TRAUMATOLOGIA DEL HOSPITAL NACIONAL DE ANTIGUA, DURANTE EL MES DE AGOSTO DE 1997..

Grupos de edades	Sexo femenino		Sexo masculino		TOTAL	
	#	%	#	%	#	%
12-20	0	0	0	0	0	0
21-30	4	80	1	33.3	5	63.1
31-40	0	0	1	33.3	1	12.3
41-50	0	0	1	33.3	1	12.3
51-60	0	0	0	0	0	0
61 o más	1	20	0	0	1	12.3
TOTAL	5	100	3	100	8	100

fuelle: prueba de Zung.

CUADRO 9.

DIAGNOSTICOS ENCONTRADOS EN LOS PACIENTES DEPRIMIDOS EN SUS DIFERENTES GRADOS. EN LOS DEPARTAMENTOS DE MEDICINA, GINECOOBSTETRICIA, CIRUGIA Y TRAUMATOLOGIA DEL HOSPITAL NACIONAL DE ANTIGUA, DURANTE EL MES DE AGOSTO DE 1997.

EFEERMEDAD	DEPRESION LEVE	DEPRESION MODERADA	DEPRESION SEVERA	TOTAL	
				#	%
DIABETES MELLITUS	5	2		7	52
CIRROSIS HEPATICA		1	1	2	
V.I.H.	1	1		2	6
POST PARTO	1	1		2	6
INFECCION DE HERIDA OPERATORIA	2			2	6
ADENOCARCINOMA GASTRICO	1			1	3
FRACTURA EXPUESTA GRADO III.	1			1	3
HERIDA POR ARMA BLANCA		1		1	3
REACCION ALERGICA		1		1	3
NEUMOTORAX ESPONTANEO		1		1	3
TX. ESQUIZO PARANOIDE		1		1	3
PROBLEMA PELVICO		1		1	3

UNIVERSIDAD DE SAN CARLOS DE GUATEMALA
Biblioteca Central

FIBROSIS PULMONAR	1			1	3
SECUELAS NEUROLOGICAS POR POLIO	1			1	3
ABSCESO EN GLUTEO	1			1	3
INSUFICIENCIA RENAL CRONICA	1			1	3
NEUMONIA	1			1	3
MASA EN CUELLO	1			1	3
ABSCESO HEPATICO	1			1	3
FRACTURA SECUNDARIA ACCIDENTE DE TRANSITO	1			1	3
TRASTORNO DE ANSIEDAD	1			1	3
CELULITIS	1			1	3
TOTAL	21	10	1	32	100

fuelle: prueba de Zung.

VIII. ANALISIS Y DISCUSION DE RESULTADOS

Los pacientes estudiados eran de ambos sexos, mayores de 12 años, que encontraban hospitalizados con diagnóstico y tratamiento ya establecido y cumplían con los criterios de inclusión de esta investigación.

Se encontró que 3 de cada 10 pacientes (32%) que estaban hospitalizados cursaban con depresión, se dice que un 30% a 60% de los pacientes que ingresan a un hospital cursan con trastornos psicológicos o psicopatológicos de suficiente intensidad para requerir diagnóstico y tratamiento. Podemos ver como la depresión es uno de ellos y como en ningún momento se hace el diagnóstico de esta enfermedad. (cuadro 1).

La mayoría de los que no cursaban con depresión es de mencionar que la puntuación de la prueba en casi todos los casos era alta, en el estudio no se encontró el factor tiempo de hospitalización y posiblemente en el momento de la evaluación por medio de la prueba estos pacientes empezaban a desarrollar un síndrome depresivo el cual requiere un mínimo de 2 semanas para establecerse.

Es para el médico especialista tanto en medicina, cirugía, traumatología, y ginecología, muy difícil distinguir si los síntomas somáticos pertenecen a la enfermedad orgánica o si realmente forman parte de un síndrome depresivo. En los casos de depresión moderada y severa, se esperaría que el síndrome depresivo fuera más fácil de identificar por la mayor cantidad de síntomas que presenta el paciente tanto psicológicos, somáticos o psicomotores pero pasan desapercibidos en la mayoría de casos, ya que el médico especialista no evalúa al paciente de una manera multiaxial y en otras por falta de conocimiento de la enfermedad, en este caso de la depresión.

Se encontró en los departamentos de medicina interna, traumatología, cirugía y ginecoobstetricia como predomina el sexo femenino sobre el masculino en el caso del síndrome depresivo y vemos como posiblemente se deba como refiere la literatura al estrés, el parto, desesperanza aprendida, variaciones hormonales y el papel sociocultural desempeñado por la mujer. (cuadro 1,3,5,7).

La literatura dice que la depresión puede aparecer en cualquier momento en nuestras vidas. Se encontró como la depresión aparece en todos los grupos de edades en los diferentes departamentos (cuadro 4,6,8). En general vemos como el porcentaje es mayor en los pacientes de 51 a 60 años, posiblemente esto se deba a una diversidad de factores como cronicidad de la enfermedad, y porqué no, a la misma enfermedad. (cuadro 2).

En lo que respecta a los diagnósticos mayormente encontrados, éstos corresponden a enfermedades crónicas y que conllevan por parte del paciente un régimen estricto de tratamiento, punto importante a considerar ya que las reincidencias de los pacientes crónicos por cualquier motivo, deben hacer pensar al médico del porqué el paciente no está cumpliendo con su tratamiento, e investigar las razones y descartar que no sea consecuencia de un síndrome depresivo y que la discontinuidad del tratamiento sea una manifestación del mismo. En algunos de los casos se pudo determinar que algunos de los pacientes que cursaba con depresión, muchas veces no conocían su enfermedad, otros llevaban mucho tiempo de hospitalización, o se encontraban en fase terminal de su enfermedad, en otros casos no se contaba con los medios diagnósticos adecuados que pudieran ayudar a descartar que la razón de la depresión fuese la enfermedad orgánica por ejemplo: en un paciente con cirrosis el cual no se pudo descartar que cursara con una encefalopatía amoniaca. Vemos entonces como esto también es un obstáculo para que se pueda hacer diagnósticos más precisos, se puede agregar que los pacientes no reciben un soporte adecuado a sus problemas lo que seguramente les predispone a algún desorden psicopatológico en este caso la depresión (cuadro 9).

La mayor cantidad de pacientes deprimidos se encontraron en el departamento de medicina interna, ésto se puede explicar ya que es un éste donde se atiende a los pacientes con enfermedades de carácter crónico. (cuadro 1,9).

IX. CONCLUSIONES

Tres de cada 10 pacientes hospitalizados en los departamentos de medicina, cirugía, traumatología, y ginecoobstetricia del Hospital de Antigua Guatemala están deprimidos (32%). El departamento en donde fué más alta la frecuencia de depresión, fué el de Medicina Interna.

De los diagnósticos asociados en los pacientes que cursaban con depresión la mayoría corresponde a enfermedades crónicas. Especialmente Diabetes Mellitus, Cirrosis y V.I.H.

Los pacientes que cursaban con depresión la mayoría corresponde al sexo femenino y entre la 4ta. y 5ta década de vida.

La mayoría de casos de depresión encontrados correspondió al grado leve .

X. RECOMENDACIONES

1. Que se trate de abordar al paciente de una manera integral por parte de todo tratante.
2. Que a todo paciente con enfermedad crónica y múltiples ingresos a tal se le realice una evaluación psicológica.
3. Promover pláticas sobre aspectos psiquiátricos a los médicos y enfermeros del hospital por parte de un especialista .
4. Crear a nivel hospitalario grupos de enfermos donde estos puedan expresar su enfermedad y al mismo tiempo puedan recibir algún tipo de terapia proveniente del departamento de psicología.
5. Tratar de integrar de una manera más directa al departamento de psicología con los médicos para una mejor canalización de los pacientes que van cursar con algún trastorno psicológico.

XI. RESUMEN

El presente estudio transversal de carácter descriptivo, fue realizado durante el mes de agosto de 1997, en el Hospital Nacional de Antigua.

Dentro de los problemas de tipo psicológico a nivel hospitalario la depresión es el de mayor frecuencia seguido por la demencia y el delirium, y dentro de las frecuentes causas se encuentra la pérdida de la salud.

El propósito de esta investigación fue determinar si existe depresión en el paciente que se encuentra hospitalizado en los diferentes departamentos del Hospital, su prevalencia, determinar los grados de depresión y las enfermedades asociadas.

La prevalencia fue de un 32 por ciento, el grado de depresión mayormente encontrado fue el leve en todos los departamentos del hospital, encontrándose un mayor porcentaje en el departamento de medicina interna, con predominio del sexo femenino, con una mayor frecuencia en la 4ta, y 5ta, década con enfermedades de carácter crónico asociadas.

En base al estudio se concluye que la depresión en el paciente hospitalizado existe, pero que el médico muchas veces no la identifica y la pasa desapercibida, muchas veces confunde la sintomatología y la atribuye a la enfermedad de base, o por que no aborda al paciente de una manera integral (biosicosocial) y por desconocimiento del tema o por no contar con la asesoría necesaria, en este caso un especialista.

XII. REFERENCIAS BIBLIOGRAFICAS

1. Asociación Americana de Psiquiatría. Manual Diagnóstico y Estadística de Trastornos Mentales DSM-IV 1996.
2. Asturias Velez Hugo. Tesis de Psicología. Universidad de San Carlos de Guatemala. Sintomas depresivos en mujeres embarazadas 1992.
3. Cecil, Wyngaarden y Smith. Tratado de Medicina Interna. 18 Edición cap. 42 pag. 2319-2322. 1993.
4. Fawcet Jan, Jerrodl F., Roenbaum, Alá F .Schastzberg, John M Zajecka. Revista Médica. Un enfoque Racional para la Selección de Medicamentos Antidepresivos. 1995.
5. Feldman, Robert. Psicología con complicaciones para Iberoamérica, 2 edición MC. Graw-Hill pag. 452-454. 1995
6. Mons Charles . Prentice Hall. Psicología un Nuevo Enfoque. 5 Edición Hispanoamericana SA. cap. 14 pag. 453-54. 1987
7. Gomar Mayari, Tesis de Medicina. Universidad de San Carlos de Guatemala. Depresión en pacientes con exilio político. 1996.
8. Goodman & Gidman, Las Bases farmacológicas de la terapéutica. 9 Edición MC. Graw Hill Interamericana. Volúmen 1 pag. 460-475. 1996.
9. Greist, Jonh H. Tratamiento, de los trastornos Mentales. Editorial el manual Moderno S.A Capítulo 6 pag. 140-176. 1986
10. Guimón J. Diagnóstico en Psiquiatría. Salvat Editores S.A. Capítulo 28 y 46 páginas 287-291, 303-3310. 1988

.Jerrold G Bnerstein, MD. Drug Therapy in Psichiatty. Thirt edition Mosby. capítulo 5 pag 112. 1995

!.Journal of Clinical Psichiatty. Monograf Series, december 1995 Volume No. Fluoxetine in Trating Commorbi Anxiety and Depression. 1995.

.Kaplan Harold M.D. Compendio de Psiquiatría 2. Edición Salvat Editores SA. capítulo 13 pag. 246-264 1987.

.Lester Grispoon M.D. Psichiatty Update. Volumen 2 Capítulos 6 y páginas -105. 1983

.Moizeszowicz, Psicofarmacología Psicodinamina II Aspectos uroquímicos, neurosiquiátricos y psicológicos, 1era. Edición 1988 Paidós . capítulo VI Pag. 211-286.

.Montgomery, F. Rovillon. Tratamiento a largo plazo de la depresión. Jonh ley & Son Ltd. Copyright. Capítulo 2 y 3 pag 25-29. 1991

.Papalia y Sally Wenkos Olds. Psicología. Primera Edición. Mc.Graw Hill aramericana México S.A. Capítulo 15, pag 558-562. 1991.

Pasnchri Paola. Manual de Psiquiatría Clínica. pag 36- 40. 1987

Rivera, Ana Lorena. Tesis. Universidad de San Carlos de Guatemala. ado de depresión en estudiantes del 5^{to}. 6^{to}. grado de la carrera de medicina. 94.

Rivera Claudia Rossana. Tesis de Psicología. Universidad de San Carlos de atemala. Incidencia de depresión en ancianos institucionalizados y no itucionalizados 1990.

Rodas Victor. Tesis de Medicina. Universidad de San Carlos de Guatemala. ocimiento del estudiante de medicina sobre depresión . 1993.

-
22. Philip Salomon M.D. Manual de Psiquiatría. 1976 pag. 37-40.
 23. Santos Mirna. Tesis de Psicología. Universidad de San Carlos de Guatemala. Depresión en estudiantes del ciclo básico 1996.
 24. Stokes Peter M.D. Fluoxetina una revisión 5 años (IV). Whitney Clinic, The New York Hospital, Cornell University Medical Center, New York Clinical Therapeutics. Volumen 15 no. 2 1993.
 25. Surós. Semiología Médica y Técnica Exploratoria . 7 Edición Capítulo 16 página 1043.

XIII. ANEXOS

NOMBRE DEL PACIENTE: _____

SEXO _____ FECHA _____

Por favor, señale una respuesta de cada una de las siguientes declaraciones	Nunca o Muy Pocas Veces	Algunas Veces	Frecuentemente	La Mayoría del Tiempo o Siempre
ME SIENTO DESCORAZONADO, MELANCOLICO Y TRISTE	<input type="radio"/>	<input type="radio"/>	<input type="radio"/>	<input type="radio"/>
OR LA MAÑANA ES CUANDO MEJOR ME SIENTO	<input type="radio"/>	<input type="radio"/>	<input type="radio"/>	<input type="radio"/>
MIENTO DESEOS DE LLORAR	<input type="radio"/>	<input type="radio"/>	<input type="radio"/>	<input type="radio"/>
ME CUESTA TRABAJO DORMIR DURANTE LA NOCHE	<input type="radio"/>	<input type="radio"/>	<input type="radio"/>	<input type="radio"/>
COMO TANTO COMO SOLIA COMER ANTES	<input type="radio"/>	<input type="radio"/>	<input type="radio"/>	<input type="radio"/>
DISFRUTO CONVERSANDO, MIRANDO Y ESTANDO CON MUJERES/HOMBRES ATRACTIVOS	<input type="radio"/>	<input type="radio"/>	<input type="radio"/>	<input type="radio"/>
NOTO QUE ESTOY PERDIENDO PESO	<input type="radio"/>	<input type="radio"/>	<input type="radio"/>	<input type="radio"/>
TENGO PROBLEMAS DE ESTREÑIMIENTO	<input type="radio"/>	<input type="radio"/>	<input type="radio"/>	<input type="radio"/>
MI CORAZON LATE MAS RAPIDAMENTE QUE LO NORMAL	<input type="radio"/>	<input type="radio"/>	<input type="radio"/>	<input type="radio"/>
ME CANSO SIN MOTIVO	<input type="radio"/>	<input type="radio"/>	<input type="radio"/>	<input type="radio"/>
MI MENTE ESTA TAN DESPEJADA COMO SIEMPRE	<input type="radio"/>	<input type="radio"/>	<input type="radio"/>	<input type="radio"/>
ME RESULTA FACIL HACER TODO LO QUE SOLIA HACER	<input type="radio"/>	<input type="radio"/>	<input type="radio"/>	<input type="radio"/>
ME SIENTO INTRANQUILUO Y NO PUEDO MANTENERME QUIETO	<input type="radio"/>	<input type="radio"/>	<input type="radio"/>	<input type="radio"/>
TENGO ESPERANZAS EN EL FUTURO	<input type="radio"/>	<input type="radio"/>	<input type="radio"/>	<input type="radio"/>
ME IRRITO MAS DE LO NORMAL	<input type="radio"/>	<input type="radio"/>	<input type="radio"/>	<input type="radio"/>
ENCUENTRO FACIL EL TOMAR DECISIONES	<input type="radio"/>	<input type="radio"/>	<input type="radio"/>	<input type="radio"/>
SIENTO QUE ME NECESITAN Y QUE SOY UTIL	<input type="radio"/>	<input type="radio"/>	<input type="radio"/>	<input type="radio"/>
LLEVO UNA VIDA SATISFACTORIA	<input type="radio"/>	<input type="radio"/>	<input type="radio"/>	<input type="radio"/>
SIENTO QUE LOS DEMAS ESTARIAN MEJOR SI YO ESTUVIESE MUERTO	<input type="radio"/>	<input type="radio"/>	<input type="radio"/>	<input type="radio"/>
TODAVIA DISFRUTO DE LAS COSAS QUE SOLIA HACER	<input type="radio"/>	<input type="radio"/>	<input type="radio"/>	<input type="radio"/>

W.K. ZUNG, 1965, 1974, 1989, 1991 TODOS LOS DERECHOS RESERVADOS



STRUCCIONES:
 Lea cada declaración cuidadosamente. Para cada declaración, marque el círculo de la columna que mejor responda a la forma en que usted se ha sentido durante las últimas dos semanas.
 Para las declaraciones 5 y 7, si usted está en dieta, conteste como si no lo estuviera.