

**UNIVERSIDAD INTERNACIONAL PARA EL DESARROLLO
SOSTEBIBLE**

FACULTAD DE MEDICINA

SEDE MANAGUA



**INFORME FINAL DE TESIS PARA OPTAR AL TITULO DE MEDICINA
Y CIRUGIA**

Categorización de los Trastornos Depresivos en pacientes atendidos en la Consulta Externa del Servicio de Salud Mental del HOSPITAL BOLONIA de la red de Servicios Médicos Especializados S.A. SERMESA del 1 de Abril del 2018 al 30 de Junio del 2018

Autora:

Br. Meyling Yahoska Pérez Zamora

Tutor Clínico:

Dr. Emilio Molina Carrillo

Especialista en Psiquiatría.

Posgrado en: Terapia Individual, Marital y Familiar.

Tutor Metodológico:

Dr. José René Ramírez

Especialista en Epidemiología

Gerencia de Servicio Privado y Público

Managua, Nicaragua, 2019

Índice

DEDICATORIA	IV
AGRADECIMIENTOS	V
OPINIÓN DEL TUTOR	VI
GLOSARIO Y ABREVIATURAS FRECUENTES	VII
INTRODUCCIÓN	1
ANTECEDENTES	2
PLANTEAMIENTO DEL PROBLEMA	5
OBJETIVOS	6
OBJETIVO GENERAL	6
OBJETIVO ESPECIFICOS	6
MARCO TEORICO	7
Breve Reseña Historia de la Depresión	7
Etiología	12
Fisiopatología	13
Tipos de depresión	23
Criterios de Gravedad de un Episodio Depresivo según CIE- 10	24
Factores de riesgo	25
MODELO EXPLICATIVO	28
DISEÑO METODOLÓGICO	29
ANÁLISIS DE TABLAS Y GRÁFICOS	35
CONCLUSIONES	39
RECOMENDACIONES	41
ANEXOS	42
ANEXO 1. Cartas de Presentación Solicitud.	43
ANEXO 2. Referencias Bibliográficas	46
ANEXO 3. Ficha de Recolección de datos.	49
ANEXO 4. Operacionalización de las Variables	52
ANEXO 5. Tabla de Estudios Epidemiológico de Salud Mental en América Latina Y el Caribe.	54
ANEXO 6. Adrenoreceptores, localización y función.	55
ANEXO 7. Imágenes y Fotos de campo.	56
ANEXO 8. Tablas estadísticas	68
ANEXO 9. Tablas y Gráficos de frecuencia.	69

ANEXO 10. Tablas de frecuencia de antecedentes personales patológicos.....	76
ANEXO 11. Tablas de frecuencia de antecedentes personales no patológicos.	78
ANEXO 12. Tablas de síntomas.....	80
ANEXO 13 Tablas y Gráficos de síntomas según el sexo	88
ANEXO 14. Tablas y Gráficos de cruces de variables	131

DEDICATORIA

Dedicó a *Dios* por estar con nosotras en cada paso de nuestra vida, para alcanzar esta meta porque de él proviene la sabiduría, el conocimiento y la inteligencia.

Proverbios 2. 6

Ésta investigación monográfica llena de esfuerzo y dedicación significa para mí el inicio de una nueva etapa en mi vida, que es posible gracias al apoyo de las personas que citaré y que dedico ésta bendición:

Mis amados Padres *Horacio Alberto y Francisca* por haberme apoyado en todo momento, por animarme y brindarme su soporte en momentos en donde creía darme por vencida. Gracias por sus consejos, sus esfuerzos, sus valores, por su motivación constante que me ha permitido formarme como un gran ser humano, pero más por su amor.

A mis hermanos y hermanas (*Rubín Alberto, Francis Hemogene, Sondra Fabiana, Gabriel Fabián, Dayana Raquel*), por permitirme ser el ejemplo de una hermana mayor, por animarme, por amarme, por su convicción en mí, les amo. De igual manera a mi abuelo, mis tías, mis tíos, primas, primos, gracias por la confianza y la fe en mi todo este tiempo.

Meyling Yahoska Pérez Zamora.

AGRADECIMIENTOS

Mi más sincero agradecimiento a mis tutores, Doctor *Emilio Molina Carillo* y Doctor *José René Ramírez*, gracias por su apoyo incondicional, por su paciencia, su tiempo, por todos y cada uno de los detalles de las modificaciones realizadas y por la disposición en todo lo posible, infinitamente gracias.

Gracias al Departamento de Docencia del Hospital Psicosocial “José Dolores Fletes”, al Ministerio de Salud y al personal de la Red SERMESA por facilitarme su ayuda en la recopilación de información necesaria para llevar a cabo esta investigación.

Gracias a cada una de las personas que a lo largo de este proyecto, hicieron posible la culminación de mi estudio, para optar al título de “Doctora en Medicina y Cirugía”. Gracias a mis familias, docentes, personal médico, enfermero(a), amigos y pacientes.

Gracias a todos.

OPINIÓN DEL TUTOR

Managua 24 de Junio 2019

Carta del tutor de Monografía

La salud mental es el área de las ciencias que estudia la conducta humana en toda la extensión de la palabra, generada por el complejo de redes neuronales con fisiologías definidas o aún en estudio, así como también por repercusiones de enfermedades o a la aparición de factores exógenos que afecten el diario quehacer de una persona.

La investigación llevada a cabo por la Bra: Meyling Yahoska Pérez Zamora es meritoria debido a que por primera vez tanto en el ámbito de los trabajadores asegurados como en el centro en donde se realizó esta monografía; la medicina clínica y tangible estrecha lazos con la medicina emocional e imperceptible.

Es válido también mencionar el esfuerzo, la dedicación, el tiempo y el interés invertidos en el estudio, para contribuir así a la promoción de investigaciones en el área de salud mental.

Al mismo tiempo se procuran generar cambios significativos en la aplicación de las normativas de atención a nuestros pacientes que cursan con alguna patología de orden psíquico.

Sin más a que referirme, me suscribo cordialmente:

Dr. Emilio Molina Carrillo
Psiquiatra
Tutor de Monografía

GLOSARIO Y ABREVIATURAS FRECUENTES

5 HT: Neurotransmisor serotonina.

A.C: Antes de Cristo.

Abatido: Proviene del verbo “abatir” en idioma italiano “abbattuto” que significa de poco valor, carente de honra, desanimado sin tener energía.

Agorafobia: Temor obsesivo ante los espacios abiertos.

Anhedonia: Del griego an “falta de” hedone “placer” incapacidad para experimentar placer.

Apático: Del prefijo a (sin), pathos (padecer, sufrimiento), más el sufijo tico (relativo a), “que significa indiferente e indolente”.

Asegurado: Son aquellas personas físicas o jurídicas que ejercen como titulares en contratos o pólizas de seguro.

Caso Social: Es el conjunto de métodos que desarrollan la personalidad, reajustando consciente e individualmente al hombre a su medio social.

Células de Kulchitsky: Son un tipo de células entero endocrinas presentes en el epitelio que cubre el lumen del tracto gastrointestinal.

Certeza: Su origen etimológico, se encuentra en la suma de dos partes latinas claramente diferenciadas, el adjetivo certus, que se traduce “preciso o seguro” y el sufijo – eza equivalente “cualidad de cierto”. Es decir es el conocimiento claro y seguro de algo.

Ciclotimia: Estado mental caracterizado por variaciones del humor en que se pasa de euforia a la depresión, tristeza o melancolía.

CIE -10: Clasificación Estadística Internacional de Enfermedades Mentales.

Confianza: Cualidad del que tiene total seguridad de algo o de alguien.

Convenio: Se conoce como convenio al contrato, convección o acuerdo que se desarrolla en función de un asunto específico.

Corteza Pre- Frontal Ventromedial: Ubicada en la parte anterior de los lóbulos frontales del cerebro, se relaciona con los procesos de cognición, emoción. Desempeña una función en la regulación y el control del comportamiento.

Corteza Temporal: Es uno de los seis lóbulos principales de cada hemisferio del cerebro; Alberga la corteza primaria de la audición del cerebro, maneja el lenguaje auditivo y los sistemas de comprensión del habla, desempeña un papel en tareas visuales complejas.

Crasis: Del griego Krasis mezcla. Fusión de dos palabras o vocales en una.

CRH: Hormona liberadora de corticotropina.

D.C: Después de Cristo.

DDM: Desorden Depresivo Mayor

Disímiles: Procede del vocablo latín dissimilis que significa distinto o desigual.

Distimia: es un tipo de trastorno del estado de ánimo, donde la persona experimenta síntomas depresivos crónicos, de duración superior al año en el caso de niños y adolescentes, y a dos años en los adultos.

DSM: Manual diagnóstico y estadístico de los trastornos mentales.

Duelo: Origen latín duellum que significa combate o guerra, lo que hace referencia a pelea o enfrentamiento.

Estresores: Son las situaciones o factores desencadenantes del estrés.

Fiabilidad: Viene del sufijo – dad (cualidad) sobre la palabra “fiable”, compuesta con el sufijo – able (que puede) sobre el verbo “fiar” y este del latín fidere = confiar, dar o prestar algo en confianza.

FIP: Factor inhibidor de prolactina.

Flemático: Es un tipo de temperamento basado en un sistema nervioso lento y equilibrado que se caracteriza por tener una baja sensibilidad pero una alta actividad y concentración de la atención.

Glia: Conjunto de células gliales cuya función principal es dar soporte a las neuronas.

Incidencia: La rapidez con la que ocurre una enfermedad. También la frecuencia con que se agregan (desarrollan o descubren) nuevos casos de una enfermedad/afección durante un período específico y en un área determinada.

Infra diagnóstico: Infra- pref. Que significa “inferior o debajo”; **Diagnostico:** Identificación de la naturaleza de una enfermedad mediante la observación de sus signos y síntomas característicos.

Locus Ceruleus: Núcleo situado en el suelo del cuarto ventrículo.

Maníaco: Conocida como el síndrome maniaco, es un estado elevado anormal de excitación, afecto y nivel energético, o “un estado de elevación ante toda la activación relacionada con la expresión afectiva junto con la labilidad emocional”.

Melancolía: Vocablo griego bilis negra, Tristeza vaga, permanente y profunda.

NA: Noradrenalina

NE: Norepinefrina

Nigroestriatal: Es una combinación de palabras en latín niger para el color negro de la sustancia negra y la industria para la constitución de las tiras del cuerpo estriado.

Normativa 004: Norma para el manejo del expediente clínico, ‘Guía para el manejo del expediente clínico’ Publicado en Mayo 2008.

Núcleo Accumbens: Estructura cerebral subcortical, situada en el punto en que núcleo caudado y putamen se juntan con el septum. Este núcleo forma parte de la zona ventral del cuerpo estriado, siendo uno de los núcleos que configuran los ganglios basales.

Núcleo Arqueado: Gran importancia en la síntesis de péptidos hipotalámicos y neurotransmisores reguladores de la función hipofisaria.

OMS: Organización mundial de la Salud.

Prevalencia: La frecuencia de todos los casos (antiguos y nuevos) de una enfermedad patológica en un momento dado del tiempo o durante un período definido.

Prolactostatina: Son hormonas que inhiben la secreción de prolactina.

Riesgo per cápita: Generalmente se utiliza para indicar la media por persona en una estadística social determinada. El uso más común es en el área de los ingresos.

Riesgo: Equivale a efecto, probabilidad, de ocurrencia de una patología en una población determinada, expresado en un indicador paradigmático de incidencia.

S.N.C: Sistema Nervioso Central; Estructura biológica constituido por encéfalo y medula espinal.

S.N.P: Sistema Nervioso Periférico; Compuesto por nervios fuera de la medula espinal y el cerebro.

Sigmund Freud: Médico neurólogo austriaco de origen judío, padre del psicoanálisis y una de las mayores figuras intelectuales del siglo XX.

Temperamento: Carácter o manera de ser de una persona.

TPH: Triptófano hidroxilasa.

Uniformidad: Similitud y continuidad en los elementos de un conjunto o en el desarrollo o la duración de algo.

INTRODUCCIÓN

De acuerdo al ritmo de vida moderna, la depresión se ha convertido en una patología habitual a nivel mundial, obviamente Nicaragua no se queda atrás.

El trastorno depresivo es una enfermedad que afecta principalmente el estado de ánimo, la alimentación, el descanso nocturno, la autoestima, el rendimiento laboral, familiar, es decir, la vida en general.

Ocasionalmente, podemos sentirnos un tanto tristes, pero estas sensaciones, puede ser transitorias.

Podemos experimentar infelicidad, a menudo como resultado de un cambio en nuestra vida, de una pérdida, o simplemente, como dijo Freud: “miseria cotidiana”.¹

La depresión es una enfermedad que crece y afecta todos los estratos sociales. Esta condición también repercute de manera alarmante a nivel mundial. Es un motivo de consulta más habitual en Psiquiatría. La Organización Mundial de la Salud (OMS) ubica la depresión como la cuarta causa de discapacidad a nivel mundial y para el 2020 estará en segundo lugar de las estadísticas mundiales.²

Puedo entonces comentar que la depresión no tiene edades específicas para manifestarse, la depresión está siendo una enfermedad que va cobrando lentamente un auge mundial, es por ello que me llama la atención que nuestro país debemos ser más acuciosos en investigar sus orígenes, saberla clasificar y ser adecuadamente tratado.

¹ (43) Depresión: Guía práctica para entender y manejar esta enfermedad.

² (21) Organización Mundial de la Salud: Depresión.

ANTECEDENTES

Se han realizado serie de estudios sobre prevalencia de depresión en la población general a nivel mundial, los que han sido realizados en individuos que padecen de otras patologías que en su desarrollo puedan generar una aceleración del estado depresivo.

Una revisión bibliográfica encontrada en el libro de Epidemiología de los Trastornos Mentales en América Latina y el Caribe de Organización Panamericana de la salud (OPS), reporta que sólo un 14% de pacientes con algún estado depresivo acude con un profesional de salud mental.

En el Consorcio Internacional de Epidemiología Psiquiátrica llevado a cabo en Sao Paulo (Brasil) se presentó resultados de la encuesta de Salud Mental, que reflejan que las mujeres manifestaban un mayor riesgo de trastornos de ansiedad y depresión.

La tasa de prevalencia en la población general es de 35-50 % aproximadamente; la depresión, la ansiedad, el consumo nocivo o dependencia de sustancias psicoactivas, fueron los trastornos más notificados de forma más frecuente.³

Dentro de este marco existen instrumentos que permiten evaluar y clasificar la depresión, entre las más utilizadas tenemos las siguientes: Beck Depression Inventory, Hamilton Rating Scale for Depression y Montgomery Asberg Depression Rating Scale (nombres originales en inglés).

Cada una de ellas presentan características particulares, por ejemplo: La escala de Beck es auto evaluativa y a través de ella se evalúa la gravedad de la enfermedad; La escala de Hamilton es heteroaplicada y mide la intensidad de la gravedad de la depresión, se aplica una vez que el paciente ha sido diagnosticado con depresión. La escala de Montgomery Asberg es heteroaplicada y debe ser administrada por un clínico. De estas existen versiones auto aplicada.⁴

³ (11) Epidemiología de los Trastornos Mentales en América Latina y el Caribe de Organización Panamericana de la salud.

⁴ (53) Validación de las versiones en español de la Montgomery-Asberg Depression Rating Scale y la Hamilton Anxiety Rating Scale para la evaluación de la depresión y de la ansiedad.

Se visitó el Hospital Psicosocial “José Dolores Fletes Valle”, donde la Licenciada Petronila Jiménez, Bibliotecóloga, facilitó los trabajos monográficos realizados entre los que se destacan:

“Frecuencia de depresión y correlación con el desempeño escolar en los adolescentes estudiantes de cuarto y quinto año del instituto nacional de la ciudad de Boaco en el período de septiembre a noviembre del 2008”.

“Comorbilidad depresiva en pacientes esquizofrénicos en Fase aguda ingresados en los pabellones de agudo del Hospital Psiquiátrico nacional en el período de agosto a octubre del año 2006”.

“Percepción de la calidad de atención por el usuario en trastornos depresivos en el servicio de emergencia del Hospital José Dolores Fletes Valle en el periodo comprendido del 1 de junio al 30 de noviembre del 2008”.

Se realizó visita al HOSPITAL BOLONIA, de la Red SERMESA (SERVICIOS MEDICOS ESPECIALIZADOS SA), y Policlínica Nazareth, siendo atendida por su Directora Dra. María Antonieta Pon y Dra. Kathlen Reyes, Directora de docencia, quién informó no se cuenta con estudios realizados en que se vincule la atención de los asegurados con el ámbito de la salud mental.

Se visitó el Ministerio de Salud, en el Departamento de Investigación de la Biblioteca Nacional de Salud, donde la Licenciada Agustina Maltes Bibliotecóloga, facilitó los estudios realizados en Hospital Psicosocial ‘José Dolores Fletes Valle’.

Al revisar las distintas monografías, se encontró que no había una que guardase similitud con este estudio.

JUSTIFICACION

Es el primer trabajo en el país en donde se toma en cuenta al asegurado y la salud mental. Fue aceptado con beneplácito en el centro en donde se realizaría la investigación. Además el trabajo aportará información en cuanto a los elementos que intervienen al diagnosticar la depresión; y al mismo tiempo conocer si en este diagnóstico se utiliza instrumento alguno para lograr la homogeneidad en la clasificación. De esta manera se podrá contar con un diagnóstico y un pronóstico en donde no surjan dudas en cuanto a la clasificación de la patología.

Por este motivo se decidió la realización de este estudio, para contemplar una mayor comprensión de la forma en que son categorizados los pacientes que sufren este tipo de trastornos.

PLANTEAMIENTO DEL PROBLEMA

En el Hospital Bolonia de Servicios Médicos Especializados S.A (SERMESA), se atienden a pacientes asegurados de distintas edades, nivel socioeconómico, académico y con diversas patologías. Siendo el área de salud mental del servicio de psiquiatría y psicología el servicio donde abordamos a personas aseguradas con algún tipo de trastorno mental, por lo que surge la siguiente pregunta:

¿Cuántos pacientes con diagnóstico de trastornos depresivos que han sido atendidos en la consulta externa del servicio de salud mental del HOSPITAL BOLONIA de la red de Servicios Médicos Especializados S.A. SERMESA, han sido debidamente categorizados según el tipo de depresión diagnosticada?

OBJETIVOS

OBJETIVO GENERAL

Puntualizar la categorización utilizada en la consulta externa del servicio de Salud Mental del HOSPITAL BOLONIA de la Red de SERMESA en pacientes asegurados de 21 a 45 años atendidos y diagnosticados con Trastorno Depresivo.

OBJETIVO ESPECIFICOS

1. Identificar el nivel socio-demográfica de los pacientes asegurados con diagnóstico de trastorno depresivo entre las edades de 21 a 45 años.
2. Determinar las patologías Crónicas asociadas a los pacientes asegurados entre las edades de 21 a 45 años sujetas del estudio.
3. Conocer el instrumento utilizado para clasificar los trastornos depresivos en pacientes asegurados entre las edades de 21 a 45 años con diagnóstico de trastorno depresivo atendidos en la consulta externa del servicio de salud mental.

MARCO TEORICO

Breve Reseña Historia de la Depresión

En la antigüedad, recibió el nombre de melancolía y sus síntomas fueron descritos en casi todos los registros literarios y médicos.⁵

La palabra melancolía del griego clásico: melas = negro y kholis = bilis y frecuentemente confundida con ella: la depresión. Del latín: depressus= derribado, abatimiento. Es uno de los trastornos psiquiátricos más antiguos de los que se tiene constancia.⁶

La época clásica

La cultura griega clásica explicaba todas las enfermedades y los cambios de temperamento o humor. El origen del término melancolía se encuentra, de hecho, en Hipócrates, quien explicó que era a partir de la influencia de cuatro líquidos corporales, denominados humores: La sangre, la flema, la bilis negra y la bilis amarilla que dependía la enfermedad.

Según esta teoría de los cuatro humores propuestos por Hipócrates mencionando que un exceso de sangre provocaba comportamientos hiperactivos (maniacos, en la terminología actual) mientras que el exceso de bilis negra provocaba un comportamiento abatido, apático, y un manifiesto sentimiento de tristeza que eran la base de la melancolía.

El modelo médico griego se fundaba en las variaciones hereditarias cuya influencia determinaba la aparición de las diferentes enfermedades.

El predominio o desequilibrio de un humor sobre los otros podía explicar un temperamento, según la teoría propuesta por Hipócrates; Pero también la aparición de diferentes enfermedades. Siguiendo ese modelo, los temperamentos posibles eran el sanguíneo, el colérico, el melancólico, y el flemático.

El temperamento es la peculiaridad o intensidad individual de los afectos psíquicos y de la estructura dominante de humor y motivación, es la manera individual de reaccionar a los estímulos ambientales.

⁵ (2) Zarragoitia Ignacio, Depresión: Generalidades y particularidades.

⁵ (15) S. W. Jackson: Historia de la melancolía y Depresión.

El colérico es rápido muy activo, práctico en sus decisiones. Se considera que es muy determinado, firme y decidido en sus opiniones y se enoja con facilidad.

El melancólico es sensible, aunque poco reactivo, tiende al pesimismo y la pasividad.

Hipócrates explicaba no sólo el comportamiento sino la salud y enfermedad mediante el equilibrio de estos humores en el cuerpo. Denominaba crasis al equilibrio entre ellos y llamaba crisis a la expulsión de los humores mediante procesos fisiológicos como el sudor, los vómitos, la expectoración, la orina o las heces.

También se llegó a identificar, relacionar melancolía y epilepsia, confusión que persistirá por mucho tiempo. Areteo de Capadocia, notable médico romano del siglo I, describe por su parte la melancolía como una frialdad del ánimo, obsesionado por un pensamiento, y con tendencia a la tristeza y a la pesadumbre.

El término bilis negra o melancolía, pasó a convertirse en sinónimo de tristeza.⁷

Claudio Galeno de Pérgamo, figura de la Roma antigua, mantiene en el siglo II D.C los postulados hipocráticos, subrayando de nuevo la importancia del miedo como síntoma concomitante con la tristeza.⁸

Edad moderna

El origen del vocablo depresión se utilizó por primera vez en Inglaterra en el siglo XVIII por Sir Richard Blackmore, hablaba de la depresión como “un estar hundido en profunda tristeza y melancolía”.

Thomas Willis en la misma época será el primer médico en rechazar la teoría de los cuatro humores, atribuyendo a procesos químicos del cerebro y del corazón las causas de esta enfermedad.

Menciona cuatro tipos de melancolía de acuerdo a su origen: por alteración del cerebro, por mala función del bazo, otra con efecto en todo el cuerpo y una última clase de melancolía histérica con origen en el útero.

⁷ (17) Unidosporobsba, Breve historia de la depresión.

⁸ (18) Magui personal, Historia de la depresión.

Es considerado el pionero de la neuroanatomía y sus trabajos en el campo de la depresión, le llevan a publicar un tratado; sobre el concepto de afectación de la conciencia frente a la afectación de la conducta, dando origen a los conceptos de locura parcial y locura general.

William Cullen, durante la segunda mitad del siglo XVIII, se dedica a clasificar las enfermedades, incluyendo a la melancolía dentro del apartado de las neurosis o enfermedades nerviosas.

Si bien, como mencionamos, fue en 1725 en que se retoma el término depresión, pasarán muchos años para substituir el de melancolía.

Hacia el siglo XIX, el término depresión va ganando terreno y se usa junto al de melancolía para designar a la enfermedad, mientras este último término siguió conservando su uso popular y literario.

En 1863, el término ciclotimia fue usado para designar las variaciones de las fases depresiva y maníaca, a modo de ciclos repetitivos y periódicos.⁹

El padre de la psiquiatría moderna Philippe Pinel (Estableció los fundamentos del diagnóstico psiquiátrico moderno al vincular el método analítico con la tradición hipocrática), llegó a la medicina después de años de lecciones particulares de matemáticas y redacción de artículos médicos, esto le permitió disponer de una óptica distinta al resto de los médicos de su época.¹⁰

Desde su punto de vista el origen de los trastornos anímicos, está en la percepción y en las sensaciones, inaugurando una época de causas morales (fanatismos religiosos, amores apasionados). Sin estas causas, no se pueden tratar la melancolía, denominada por él como: Delirio parcial o delirio sobre un objeto.

A medida que avanza el desarrollo de la psiquiatría, la terminología empleada para referirse a la melancolía o a la depresión va adquiriendo mayor especificidad y claridad.

⁹ (17) Unidosporobsba, Breve historia de la depresión.

¹⁰ (19) Frenchinfluence, Philippe Pinel: Pionero francés de la psiquiatría.

Adolf Meyer (Psiquiatra Suizo), propuso eliminar totalmente el término de melancolía y reemplazarlo por la depresión. Ya en la cuarta parte del siglo XX, la melancolía fue aceptada como concepto de depresión y dio lugar a otras diferentes ramas o clasificaciones de ésta, el concepto de depresión se desglosa en otros como ansiedad, histeria, hipocondría, obsesión, fobia, distimia o trastorno psicossomático.^{11,12}

En 1911 Sigmund Freud publicó, su trabajo “Duelo y Melancolía”, en el cual se establecieron las diferencias entre la enfermedad y el proceso de duelo que tiene lugar cuando se sufre por la pérdida de un ser querido, donde es normal la depresión, siempre y cuando esta se resuelva entre 6 y 12 meses.¹³

En 1957, Karl Leonhard observó que algunos pacientes presentaban tanto historia de depresión como historia de manía, mientras que otros manifestaban solamente historia de depresión.

En 1976, David L. Dunner y colaboradores sugirieron subdividir el trastorno bipolar de la siguiente manera: Tipo I, Pacientes con historia de manía lo suficientemente severa, Tipo II, Pacientes con una historia de hipomanía, además de presentar una historia previa de depresión mayor.

Otras de las formas clínicas de nombrar la depresión fue neurosis depresiva; A partir del DSM-III, en el Manual de Diagnóstico y Estadística de la Asociación Psiquiátrica Americana, publicado en su tercera edición en 1981, se cambiaron los nombres por trastornos distímicos y trastornos depresivo mayor.¹⁴

En nuestros días con los adelantos técnicos se han dado pasos agigantados en la concepción de la depresión.

Según la Organización Mundial de la Salud (OMS) la depresión, es un trastorno mental frecuente, que se caracteriza por la presencia de tristeza, pérdida de interés o placer, sentimientos

¹¹ (17) Unidosporobsba, Breve historia de la depresión.

¹² (2) Zarragoitia Ignacio, Depresión: Generalidades y particularidades.

¹³ (20) La Depresión: Retos y conflictos en el siglo XXI.

¹⁴ (2) Zarragoitia Ignacio, Depresión: Generalidades y particularidades.

de culpa o falta de autoestima, trastornos del sueño o del apetito, sensación de cansancio y falta de concentración.¹⁵

La depresión es un síndrome que cursa con un grupo de síntomas, de manera que nos encontramos ante una enfermedad con diferentes manifestaciones. Es una enfermedad tratable al igual que la diabetes o la hipertensión.¹⁶

Epidemiología

La OMS ha estimado que 322 millones de personas sufren de depresión en el mundo, representando esto un 18% más que hace una década, de igual forma se dice que 264 millones padecen de otros trastornos como la ansiedad, esto significa un 15% de incremento con respecto a diez años. Un nuevo informe de la OMS refiere que este año el tema a abordarse de cara al Día Mundial de la Salud será la depresión ya que un 4,4% de la población sufre de este tipo de alteración psíquica. Se dice que más frecuente en mujeres (5,1%) que en hombres (3,6%).

Se dice también que la tendencia a sufrir desórdenes mentales va en aumento, sobre todo en países de bajos y medianos ingresos dado al aumento de población y la esperanza de vida. La OMS considera que estos trastornos son más prevalentes en adultos que en la juventud, mujeres entre las edades de 55 a 74 años padecen en depresión.

En Latinoamérica, Brasil es el país que más casos de depresión sufre (5,8%), Cuba (5,5%), Paraguay (5,2%), Chile y Uruguay (5%), Perú (4,8%), Argentina, Colombia, Costa Rica y República Dominicana (4,7%), Ecuador (4,6%), Bolivia, El Salvador y Panamá (4,4%), México, Nicaragua y Venezuela (4,2%), Honduras (4%), Guatemala (3,7%). La depresión es la enfermedad que más contribuye a la discapacidad en el mundo, además es la primera causa entre muertes por suicidio (800,000/ años).¹⁷

Se dice que será, la depresión, la primera causa de discapacidad para el 2030 debido a su fuerte impacto a nivel individual, familiar, social y laboral.

¹⁵ (21) Organización Mundial de la Salud: Salud Mental, Depresión.

¹⁶ (22) Respuesta a la depresión: Trastorno Depresivo.

¹⁷ (49) OMS: Un 4,4% de la población mundial sufre de depresión y casos aumentan un 18% en 10 años.

Según comenta el Doctor Miguel Gutiérrez (Presidente de la Sociedad Española de Psiquiatría), que la depresión su prevalencia es el doble en mujeres (16,5%) que en hombres (8,9%), esto se debe a que la mujer logra expresar más los síntomas a los de su alrededor. Según los expertos, los factores que conducen a su aparición son el ‘Nivel de Estrés’.

El Doctor Jerónimo Saiz, establece que la depresión no solo se asocia a un estado de ánimo leve y pasajera, sino que es una enfermedad psiquiátrica marcada por una constante tristeza muy profunda y llena de tonalidad negativa, quienes la padecen dice, son personas con baja autoestima, con recuerdos del pasado que las hace sentir culpables. El ‘estigma social tiene mucho que ver’, continua el doctor Saiz, ya que puede ser promotor de un infra diagnóstico, que junto al tratamiento dista de ser el adecuado, otro factor o razón que puede explicar el infra diagnóstico es la escasez en el tiempo de la entrevista clínica, junto a la elevada presión asistencial entre los médicos e inexistentes pruebas complementarias específicos de marcadores biológicos.¹⁸

Etiología

Se deben considerar dos formas básicas de depresión, exógena y endógena.

La depresión exógena (reactiva) obedece a una causa externa, generalmente bien definida (pérdida de un familiar o un ser amado, pérdida monetaria o de posición social, enfermedad invalidante, etc.).

La depresión endógena, en cambio, no tiene causa externa manifiesta, lo cual lleva a considerar una alteración biológica.

Podemos resumir que la depresión tiene muchas causas, las cuales incluyen:

- Factores genéticos
- Factores químicos: alteraciones de neurotransmisores
- Factores psicosociales como: experiencias adversas en la infancia, dificultades cotidianas y crónicas, eventos indeseables en la vida, red social limitada, baja autoestima.

¹⁸ (50) Entre el 8 y el 15% de la población mundial sufre depresión a lo largo de su vida.

Todo esto tiene como denominador común los estresores que son elemento precipitadores de síntomas depresivos con valores afectivos según las características psíquicas de los individuos afectados.

La experiencia y la genética de cada individuo es la variable que introduce la diferencia en la respuesta. Además el estado depresivo reactivo no puede separarse de los cambios biológicos (fisiológicos y hormonales) que normalmente son concomitantes con el estrés, asociados al eje hipotálamo – hipófisis – suprarrenal.

Las características claves por medio de las cuales se podrían definir los desórdenes depresivos son:

Tristeza, llanto, irritabilidad, trastornos del apetito.

Energía reducida

Pérdida del interés o del disfrute

Otros síntomas comunes incluyen baja concentración, reducida autoestima, pensamientos de culpabilidad, pesimismo, ideas de auto daño o suicidio, disturbios del sueño y alteraciones del apetito.¹⁹

Fisiopatología

Metabolismo de la Glucosa

Se correlacionan componentes con la actividad de diferentes regiones cerebrales.

Por ejemplo:

- La severidad de la depresión correlaciona con mayor metabolismo de la glucosa en el Sistema Límbico, La Corteza Prefrontal Ventromedial y Temporal, partes de la Corteza Parietal inferior, El Tálamo y Áreas Ventrales de los Ganglios Basales y del Mesencéfalo.
(Ver Anexo 7 fig. 4, 11, 12, 13, 14,15)

¹⁹ (24) La condena de tener una depresión

- Los síntomas psíquicos de la depresión (El ánimo depresivo, las cogniciones negativas y la ideación suicida) se correlacionan positivamente con el metabolismo de la glucosa en un área amplia de la Región Ventral y la línea media. (Ver Anexo 7 fig. 16)
- La pérdida de motivación se correlaciona negativamente con una extensa red de regiones Corticales Dorsales que incluyen: La Corteza Prefrontal Dorso-Lateral, Corteza Parietal Dorsal y La Corteza de asociación Dorsal Temporal. (Ver Anexo 7 fig. 17)

Hipótesis de las Mono aminas

Las mono aminas también llamadas catecolaminas o amino hormonas, son neurotransmisores, sustancias químicas creadas por el cuerpo que transmiten señales desde una neurona hasta la siguiente a través de unos puntos de contacto llamados sinapsis.²⁰

Las sustancias que la incluyen son: Dopamina (DA), Noradrenalina o Norepinefrina (NA/NE), Adrenalina o Epinefrina (A) que actúan como mensajeros químicos en el Sistema Nervioso.

Actualmente se sigue investigando y se dice que el Trastorno Depresivo se debe principalmente a la deficiencia de neurotransmisores entre ellos: Dopamina (en menor grado), Noradrenalina, Serotonina.²¹

A continuación, hablaremos acerca de cada uno de estos neurotransmisores.

Serotonina o 5-hidroxitriptamina (5-HT)

Es un neurotransmisor y neuromodulador de relevancia en la regulación de estados de ánimo, funciones fisiológicas y conductas.

Las neuronas de los Núcleos del Rafe Cerebral (Ver Anexo 7 Fig. #18) son la fuente principal de Serotonina en el cerebro. Estas hacen conexiones con la mayoría de todas las estructuras importantes del Encéfalo tales como: Ganglios Basales, Hipotálamo, Tálamo, Hipocampo, Sistema Límbico, Corteza Cerebral y Cerebelo, incluyendo la Medula Espinal. Esto significa

²⁰ (13) Tipos De neurotransmisores y sus Funciones.

²¹ (3) Actualidades de Neurobiología de la depresión.

que la actividad de la serotonina afecta casi todas las regiones así como también las Células de Kulchitsky en el tracto gastrointestinal.²² Ver Anexo 7 Fig. #4

Se origina a través de un proceso de conversión bioquímica que se sintetiza utilizando dos enzimas: triptófano hidroxilasa (TPH) y aminoácido descarboxilasa (DDC). (Ver Anexo 7 Fig. #5)

A través de múltiples investigaciones se encontró que existen 7 tipos de receptores de serotonina, que a su vez presentan diferencias entre ellos:

Receptor 5-HT1

- Asociados a proteínas G.
- Localizadas en las membranas pre sinápticas y post sinápticas del SNC.
- Se subdividen en:
 - Receptor 5HT1A: Ubicadas en Hipocampo, Núcleo del Rafe.
 - Receptor 5HT1B: Ubicadas en los Ganglios Basales.
 - Receptor 5HT1D: Ubicadas en todo el Sistema Nervioso predominante en la Corteza Cerebral.
- Sus funciones: Asociados a proteínas G inhibitorias (Gi) y actúan inhibiendo a la proteína efectora adenilato ciclasa y reduciendo la concentración de AMPc.

Receptores 5-HT2

- Asociados a proteínas G.
- Se Subdividen en:
 - Receptor 5HT2A: Ubicadas en la Corteza Cerebral y Músculo Liso, Interviene en la contracción muscular y del músculo liso de las arterias.
 - Receptor 5HT2B: Ubicadas en las paredes del estómago, Interviene en la contracción del músculo liso del estómago.
 - Receptor 5HT2C: Ubicadas en el Plexo Coroideo y aún no ha sido definido su función.

²² (1) Regulación de la liberación de la serotonina en distintos comportamientos neuronales.

Receptores 5-HT3

- Localizadas: SNC, Terminaciones Parasimpáticas, SNP en el Tubo Digestivo, Fibras Nerviosas Nervio Simpáticas y Parasimpáticas Neumogástrico, Regiones Límbicas
- Sus funciones :
 - S.N.P: La despolarización de la membrana, modula la liberación de neurotransmisores.
 - S.N.C: La modulación del dolor a nivel de la médula espinal, interviene en una serie de procesos como la memoria, conducta, adicción, control de las emociones, sistema de recompensa, funciones cognoscitivas y en las enfermedades de Alzheimer y la esquizofrenia.

Receptores 5-HT4

- Asociado a proteínas G.
- Ubicados: En las fibras neuronales vegetativas a nivel del Hipocampo.
- Funciones
 - Intervienen en la estimulación de los movimientos peristálticos del estómago e intestino.
 - Intervienen en la secreción de las mucosas digestivas.

Receptores 5-HT5

- Se conoce muy poco y su función exacta todavía permanece sin descubrir.

Receptores 5-HT6

- Se relaciona con la regulación de los comportamientos emocionales.
- Localizados en el Hipocampo, la Corteza Cerebral y el Sistema Límbico.

Receptores 5-HT7

- Localizados en el Núcleo Supraquiasmático del Hipotálamo.

- Su función, se encarga de regular los ciclos circadianos electrofisiológicos y metabólicos, relacionados con el hambre o el sueño.²³

En las vías serotoninérgicas (Ver anexo 7 Fig. #6) existen las principales proyecciones:

- a) Proyecciones ascendentes originadas desde el Núcleo de Rafe, manifestándose con cambios en el humor, apetito, ideación suicida, sueño,
- b) Proyecciones descendentes afectando las vías del dolor.

Proyecciones y su función:

- 1) La Corteza Prefrontal: Regulan el estado de ánimo.
- 2) Los Ganglios Basales: Intervienen en los movimientos y en las obsesiones-compulsiones.
- 3) El Sistema Límbico: Implicadas en la ansiedad.
- 4) Hipotálamo: Influye en la conducta alimentaria.
- 5) Centros del Sueño del Tronco Cerebral: Regulan el sueño.
- 6) Medula Espinal: Controla determinados reflejos que tienen gran importancia en la respuesta sexual.
- 7) Zona quimiorreceptora del Tronco Cerebral: Interviene en el vómito.
- 8) Receptores Periféricos del Intestino: Interviene en la motilidad intestinal.²⁴

Algunas características de la depresión con déficit serotoninérgico son las siguientes:

- Deterioro cognitivo,
- Problemas digestivos,
- Fatiga o agotamiento,
- Cambios en la libido²⁵
- Irritabilidad,
- Hostilidad,
- Soledad,

²³ (32) Modulación de los receptores Serotoninérgicos

²⁴ (31) Vías serotoninérgicas

²⁵ (30) Signos que te advierten que tienes niveles bajos de serotonina.

- Sentimiento de Culpa.²⁶

Dopamina (DA)

Es el transmisor catecolaminérgico más importante del Sistema Nervioso Central (SNC), participa en una gran variedad de funciones que incluyen la actividad locomotora, la afectividad, la regulación neuro-endócrina, la ingestión de agua y alimentos.

A nivel del Sistema Nervioso Periférico (SNP), es un modulador de la función cardíaca y renal, del tono vascular y de la motilidad gastrointestinal.

Se dice que fue detectada por primera vez en el SNC en 1958; En los años 70's estudiaron la distribución de los receptores para dopamina y se planteó la existencia de dos tipos de receptores dopaminérgicos denominados (D1 y D2).²⁷

Se origina en la parte compacta de la Sustancia Negra, el Área Tegmental Ventral (VTA) y el Hipotálamo. ²⁸(Ver anexo 7 Fig. #4 y fig. #19)

En la actualidad existen cinco tipos de receptores celulares de dopamina.²⁹

Por otra parte se dice que las proyecciones de la (DA), ascienden a varias regiones del cerebro como ya habíamos planteado en el párrafo anterior, su neurotransmisión dopaminérgica se asocia con la cognición, psicosis, placer y recompensa.

Las vías principales Dopaminérgicas son: (Ver anexo 7 Fig. #7)

- 1) Nigroestriatal: Va desde la Sustancia Negra a los Ganglios Básales, Controla los movimientos.
- 2) Mesolímbica: Va desde el Área Segmentaria Ventral del Mesencéfalo al Núcleo Accumbens, Está implicada en los delirios, alucinaciones y en la euforia de las drogas de abuso.
- 3) Mesocortical: Va desde el Área Tegmental a la Corteza Límbica, Desempeña un papel en los síntomas cognitivos y negativos de la esquizofrenia.
- 4) Infundibular: Va desde el Hipotálamo a la Glándula Pituitaria Anterior, Controla la secreción de prolactina.³⁰

²⁶ (42) Circuitos y síntomas en depresión.

²⁷ (6) Dopamina: Síntesis, liberación y receptores del SNC

²⁸ (33) Dopamina

²⁹ (40) Sinopsis de psiquiatría (8va Edición)

Aquí algunas características de la depresión con déficit de Dopamina:

- Anhedonia,
- Fatiga y Agotamiento,
- Cambio en el Apetito y Libido,
- Disminución del estado ánimo,³¹
- Disminución interés, placer, estado alerta, autoconfianza.³²

Norepinefrina o Noradrenalina (NE/NA)

Es un neurotransmisor y hormona, que se ha relacionado con la motivación, el estado de alerta y vigilia, el nivel de conciencia, la percepción de los impulsos sensitivos, la regulación del sueño, del apetito, de la conducta sexual y la neuromodulación de los mecanismos de recompensa, aprendizaje y memoria.

Las Neuronas Noradrenérgicas se localizan en el Locus Ceruleus (Ver Anexo 7 Fig. #18), situado en el piso del Cuarto Ventrículo, en el Área Tegmental Lateral y desde allí proyectan sus conexiones al Tálamo, La Amígdala, El Hipocampo, El Hipotálamo y La Corteza Cerebral (Ver Anexo 7 Fig. #1, 2, 3,4 y 9). Brevemente hablaremos en general sobre estas estructuras.

El Locus Ceruleus juega un papel preponderante en las respuestas de adaptación y vigilancia preparando al individuo para la lucha o la huida, coordinando las respuestas al estrés y al miedo.³³

Tálamo

Forman un conjunto de sustancia gris (cuerpos de neuronas) que se encuentran por debajo de la Corteza Cerebral.

Sus funciones son: Integración de los datos sensoriales, El ciclo sueño-vigilia, La atención y la consciencia, La regulación de las emociones.³⁴ (Ver Anexo 7 Fig. #3)

³⁰ (34) Vía Dopaminérgicas

³¹ (35) Neurotransmisores y síntomas Clínicos en la depresión.

³² (42) Circuitos y síntomas en depresión.

³³ (36) Neurotransmisores: Noradrenalina

Hipocampo

Pequeño órgano con forma curvada y alargada, ubicada en la parte interior del Lóbulo Temporal y va desde el Hipotálamo hasta la Amígdala cerebral, se asocia a una parte de la Corteza Cerebral conocida como Arquicorteza, que es una de las regiones más ancestrales del Encéfalo humano además crea a una parte importante del sistema límbico.

Está relacionado con procesos mentales relacionados con la memoria como con aquellos que tienen que ver con la producción y regulación de estados emocionales, además de intervenir en la navegación espacial.³⁵ (Ver anexo 7 Fig. #1)

Amígdala Cerebral

Estructura subcortical situado en la parte interna del Lóbulo Temporal Medial, tiene forma de almendra situada en el Sistema Límbico del Cerebro, está a su vez configurada por diferentes partes, con lo que también recibe el nombre de complejo amigdalino. (Ver anexo 7 Fig. #2)

Se divide en diversos subelementos:

- Núcleo Corticomedial: Implicada en la captación de feromonas, participando en gran medida en el control del comportamiento sexual tanto masculino como femenino, también participa en el control hormonal y en la respuesta de satisfacción durante la ingesta.
- Núcleos Basolaterales: Su participación se da en el control de la ingesta a través de la sensación de saciedad, en la realización y aprendizaje de respuestas emocionales aprendidas, como las reacciones al miedo a distintos estímulos.
- Núcleo Central: Participa en la respuesta emocional, afectando a nivel fisiológico, produciendo las sensaciones y reacciones físicas que provocan las emociones y en el SNC conductual al permitir la realización de conductas que respondan a las sensaciones que producen las percepciones.³⁶

³⁴ (41) Psicología y Mente: Tálamo: anatomía, estructuras y funciones

³⁵ (9) Psicología y Mente: Hipocampo

³⁶ (10) Psicología y Mente: Amígdala Cerebral

Corteza Cerebral

Abarca por encima del resto del Encéfalo y es el área en la que se integra la información necesaria para llevar a cabo los procesos mentales más complejos. Está dividido en dos hemisferios cerebrales.³⁷

Vías Noradrenérgicas: Son cuatro, las principales que parten del Locus Ceruleus: (Ver Anexo 7 Fig. #9)

- 1) La Corteza Frontal: Tiene una función reguladora del estado de ánimo.
- 2) La Corteza Prefrontal: Interviene en la atención y concentración.
- 3) La Corteza Límbica: Interviene en el estado de ánimo.
- 4) El Cerebelo: Interviene en los movimientos.³⁸

Se describió que el Locus Ceruleus actúa como un sistema fásico que mantiene el estado de vigilia y prepara al individuo para luchar o huir, este sistema puede desincronizarse y originar alteraciones a nivel simpático central y periférico, disfunción que constituiría las bases neuroanatomía y neurofisiológica de los trastornos psiquiátricos.

Se ha investigado que con la edad disminuyen el número de las células del Locus Ceruleus sus receptores y la producción de Noradrenalina.

Según en el metabolismo de la Noradrenalina es sintetizada a partir del aminoácido Fenilalanina, el cual por acción de la Fenilalanina hidroxilasa y el cofactor pteridina es convertido en tirosina, que por acción de la tirosina hidroxilasa y la presencia del ion ferroso, de oxígeno y del cofactor tetrahidropteridina, es transformada en dopa. La dopa sufre pérdida de un átomo de carbono, por acción de la dopa descarboxilasa y es transformada en dopamina, que por acción de la dopamina beta hidroxilasa en presencia de cobre, oxígeno y fosfato ascórbico es convertida en la noradrenalina. (Ver Anexo 7 Fig. # 9A)

Existen 2 clases de receptores noradrenérgicos son: Alfa y Beta, hablaremos un poco de ellas a continuación:

³⁷ (12) Psicología y Mente: Partes Cerebro Humano

³⁸ (37) Vías noradrenérgicas

1. Los receptores Alfa-1 son excitadores, localizados en el Cerebro, Las Fibras Musculares Lisas Vasculares e Intestinales, y El Músculo Cardíaco.
2. Los receptores Alfa-2 son inhibidores, localizados en El Cerebro, Las Fibras Musculares Lisas Vasculares e Intestinales, La terminal nerviosa y Las Plaquetas.

Los Betarreceptores son denominados:

- Beta-1, Localizados a nivel cardíaco y son excitadores.
- Beta-2, Tienen acción excitadora y están localizados en el músculo liso, el músculo estriado, el hígado y los linfocitos.
- Beta-3, Localizados en el tejido graso.³⁹

Adrenalina o Epinefrina

Se comporta como una hormona, secretada hacia la circulación sanguínea desde la médula adrenal, y actúa sobre los órganos blancos predominantemente a través de la estimulación β .

Sintetizada, almacenada en un 80% en el citoplasma de la médula adrenal y liberada hacia la circulación sistémica.

La enzima feniletanolamina-N-metiltransferasa (FNMT) convierte la Noradrenalina en Adrenalina mediante un dador de grupo metilo, requiriendo como cofactor a la S adenosilmetionina, así como también O_2 y Mg^{+2} .

Luego de formada la adrenalina es transportada al interior de vesículas granulares, las cuales cumplen un rol de almacenamiento.⁴⁰

Se han confirmado dos subtipos principales del adrenoreceptor α ($\alpha 1$ y $\alpha 2$) y tres subtipos de adrenoreceptor β ($\beta 1$, $\beta 2$ y $\beta 3$)⁴¹ ejerciendo cada uno su función. (Ver Anexo 6)

³⁹ (7) La Noradrenalina su rol en la depresión.

⁴⁰ (46) Catecolaminas síntesis metabolismo. receptores adrenérgicos y dopaminérgicos.

⁴¹ (45) Hormonas Catecolamínicas Adrenales.

Un alto nivel de adrenalina provoca mantenernos en alerta y ser más sensibles ante cualquier estímulo, un bajo nivel decaimiento y depresión.⁴²

Tipos de depresión

Existen 2 tipos de clasificaciones: El Manual Diagnóstico y Estadístico (DSM-V) que se utiliza en Estados Unidos y Canadá y la Décima Clasificación Internacional de Enfermedades (CIE-10), en nuestra investigación, usaremos esta última para aspectos conceptuales y de clasificación.

A continuación, se muestran los trastornos del humor que contienen a las patologías seleccionadas (F30-39) para este trabajo.

Trastorno del humor (Afectivos) F30-39

- 1) Episodio Maniaco (F30)
 - Hipomanía (F30.0)

- 2) Trastorno Bipolar afectivo (F31)

- 3) Episodio depresivo (F32)
 - Episodio depresivo leve (F32.0)
 - Episodio depresivo moderado (F32.1)

- 4) Trastornos depresivos recurrentes (F33)
 - Trastornos depresivo recurrente, episodio actual leve (F 33.0)
 - Trastornos depresivo recurrente, episodio actual moderado (F 33.1)
 - Trastorno depresivo recurrente, episodio actual grave sin síntomas psicóticos. (F 33.2)
 - Trastorno depresivo recurrente, episodio actual grave con síntomas psicóticos. (F 33.3)
 - Trastorno depresivo recurrente, actualmente en remisión. (F 33.4)

⁴² (48) Adrenalina, la hormona que nos activa: Procesos psíquicos y fisiológicos regula la adrenalina.

5) Trastornos afectivos persistentes (F34)

- Ciclotimia (F34.0)
- Distimia (F34.1)

6) Otros trastornos afectivos (F38)⁴³

Criterios de Gravedad de un Episodio Depresivo según CIE- 10

A. Criterios generales para episodio depresivo

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

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

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

C. Además debe estar presente uno o más síntomas de la siguiente lista, para que la suma total sea al menos de 4:

1. Pérdida de confianza y estimación de sí mismo y sentimientos de inferioridad.
2. Reproches hacia sí mismo desproporcionados y sentimientos de culpa excesiva e inadecuada.
3. Pensamientos recurrentes de muerte o suicidio o cualquier conducta suicida.
4. Quejas o disminución de la capacidad de concentrarse y de pensar, acompañadas de falta de decisión y vacilaciones.

⁴³ (25) Clasificación de los trastornos mentales y del comportamiento CIE-10

5. Cambios de actividad psicomotriz, con agitación o inhibición.
6. Alteraciones del sueño de cualquier tipo.
7. Cambios del apetito (disminución o aumento) con la correspondiente modificación del peso.

D. Puede haber o no síndrome Somático

- Episodio depresivo leve: Están presentes dos o tres síntomas del criterio B. La persona con un episodio leve probablemente está apta para continuar la mayoría de sus actividades.
- Episodio depresivo moderado: Están presentes al menos dos síntomas del criterio B y síntomas del criterio C hasta sumar un mínimo de 6 síntomas. La persona con un episodio moderado probablemente tendrá dificultades para continuar con sus actividades ordinarias.
- Episodio depresivo grave: Deben existir los 3 síntomas del criterio B y síntomas del criterio C con un mínimo de 8 síntomas. Las personas con este tipo de depresión presentan síntomas marcados y angustiantes, principalmente la pérdida de autoestima y los sentimientos de culpa e inutilidad. Son frecuentes las ideas y acciones suicidas y se presentan síntomas somáticos importantes. Pueden aparecer síntomas psicóticos tales como alucinaciones, delirios, retardo psicomotor o estupor grave. En este caso se denomina como episodio depresivo grave con síntomas psicóticos. Los fenómenos psicóticos como las alucinaciones o el delirio pueden ser congruentes o no congruentes con el estado de ánimo.⁴⁴

Factores de riesgo

- Historia familiar
- Historia psiquiátrica incluyendo uso de drogas
- Enfermedad crónica
- Embarazo (especialmente el primero)

⁴⁴ (25) Clasificación de los trastornos mentales y del comportamiento

- Nacimiento de un niño con bajo peso.
- Emigración
- Jubilación
- Pérdida de las funciones físicas
- Pérdida del ambiente familiar
- Enfermedad o incapacidad en miembros próximos de la familia
- Sexo femenino
- Desempleo
- Nivel socioeconómico bajo
- Pérdida de un progenitor antes de los 17 años
- Relación conyugal deficiente
- Pacientes con síntomas somáticos inespecíficos (mareos, cefaleas, parestesias, etc.) y pluriconsultantes.
- Mujeres con tres o más niños de ≤ 14 años.
- Mujeres con recién nacido, con conflictos culturales o espirituales, divorciada.⁴⁵

En relación al diagnóstico hecho en psiquiatría el Dr. James Morrison, cita lo siguiente: *“La historia reciente de un paciente, indica más a menudo con exactitud el diagnóstico que la historia anterior”*.

Es decir que los síntomas que se obtienen más recientemente hacen más preciso un diagnóstico.⁴⁶

⁴⁵ (26) Guía de Recomendaciones Clínicas; Depresión.

⁴⁶ (51) Diagnosis Made Easier.

Diagnóstico Diferencial de la Depresión

Enfermedades Neurológicas	Alzheimer
	Parkinson
	Esclerosis múltiple
	Demencias subcorticales
	Lesiones ocupantes de espacio
	Traumatismo Craneoencefálico
	Enfermedad de Wilson
	Enfermedad de Huntington
	Epilepsia
Enfermedades Oncológicas	Cáncer de Páncreas
	Cáncer de Intestino Grueso
Enfermedades Cardiovasculares	Tumores Cerebrales
	Post- Infarto Agudo de Miocardio
	Miocardiopatía
Enfermedades Infecciosas	Insuficiencia Cardíaca
	SIDA
	Encefalitis
	Tuberculosis
Enfermedades Endocrinas	Mononucleosis Infecciosas
	Cuadros Virales
	Hipo e Hipertiroidismo
	Hipo e Hiperaldosteronismo
	Enfermedad de Cushing
	Enfermedad de Addison
	Hipogonadismo
	Hiperprolactinemia
Diabetes Mellitus	
Problemas Dermatológicos	Hipoglicemia
	Alopecia
	Urticaria y Prurito
	Psoriasis
	Dermatitis Atópica
Enfermedades Reumatológicas	Acné
	Lupus Eritematoso Sistémico
	Artritis Reumatoide
Otras Enfermedades	Fibromialgia
	Anemias /Déficit Vitamínico (Grupo B) ⁴⁷

⁴⁷ (52) Guía de Práctica Clínica sobre el Manejo de la Depresión en el Adulto

MODELO EXPLICATIVO



DISEÑO METODOLÓGICO

Tipo de Estudio

Este trabajo es un estudio cuantitativo, de corte transversal, descriptivo y retrospectivo.

Universo

El universo de mi estudio corresponde a todos los pacientes varones y mujeres diagnosticados con trastorno depresivo, que visitaron la consulta externa en el SEGUNDO TRIMESTRE DEL AÑO 2018, el cual corresponde a 349 expedientes. Ver anexo 8

Fuente de información

La investigación se realizó en la consulta externa del Servicio de Salud Mental del Hospital BOLONIA de la Red de Servicios Especializado S.A (SERMESA). Situado de la rotonda el Guegüense, 4 cuadras al norte.

Muestra

La constituyen treinta y tres (33) pacientes varones y mujeres, cuyas edades está comprendida de 21 a 45 años que fueron atendidos en la consulta externa de Salud Mental en el periodo comprendido del 01 de Abril al 30 de Junio 2018.

Método de recolección de información y material

La información fue obtenida mediante la revisión de expedientes clínicos de todos los pacientes de la muestra y el material utilizado para tal fin fue la ficha de recolección de datos, la cual se encuentra anexada en este trabajo monográfico.

Procesamiento y Análisis de los datos

Una vez recolectado los datos estos fueron ingresados y procesados utilizando el programa de Epi-info versión 7.2.2.6. El análisis estadístico de los resultados será presentado mediante el uso de cuadros de frecuencias, porcentajes y posteriormente su presentación graficas de pasteles.

Variables de estudio

Estas fueron: Edad, Sexo, Escolaridad, Estado civil, Historia Clínica, Antecedentes Patológicos y No Patológicos, Enfermedades crónicas diagnosticadas, Frecuencia de síntomas, Abordaje Semiológico y Tipo de instrumento utilizado para la clasificación de paciente diagnosticado con trastorno depresivo.

Instrumento

CRITERIOS DE SELECCIÓN

Estos se dividieron en dos grupos, como criterios de exclusión e inclusión.

CRITERIOS DE INCLUSIÓN

Varones y Mujeres de 21 a 45 años de edad, asegurados activos, con enfermedades crónicas como: Hipertensión Arterial, Diabetes Mellitus, Hipertiroidismo, Hipotiroidismo, Artritis Reumatoide, pacientes con pérdidas anatómicas, que asisten al servicio de salud mental y que han sido diagnosticada con trastorno depresivo.

CRITERIOS DE EXCLUSIÓN

Pacientes menores de 20 años y mayores de 46 años, mujeres Embarazadas, Depresión Posparto, femenina con Psicosis posparto, con insuficiencia renal crónica, pacientes oncológicos, con lesiones cerebrales de cualquier índole, otros tipos de estados depresivos calificados en otros niveles, con manía o hipomanía, Esquizofrenia de cualquier tipo.

Fuentes de recolección de la información

- Expedientes Clínico (Fuente secundaria)
- Fichas Recolectoras de datos anónimas.

Procesamiento y Análisis

Con la información obtenida se creó la base de datos utilizando el programa Epi-Info versión 7.2.2.6 en el cual se introdujeron cada una de las fichas en la que recolectamos la información.

Trabajo de campo

Se solicitó permiso a las autoridades del Hospital de Servicios Médicos Especializados S.A (SERMESA) Hospital Bolonia, mediante una carta emitida por decanatura de la Facultad de Ciencias Médicas de la Universidad Internacional para el Desarrollo Sostenible.

Una vez ingresado al campo de estudio se realizaron las siguientes actividades:

Se elaboró un cronograma de trabajos en el cual se establecieron la distribución de funciones, visitas a centros asistenciales, visita a los servicios de admisión y estadísticas médicas, entrevista con personal médico asistencial y directivo, sesiones de trabajo con médico tutor, etc.

Ver anexo # 7

Aspectos éticos

Se garantizó la protección de la información provista por el centro asistencial al utilizar Fichas de Recolección de la Información de forma anónima.

Instrumento de recolección de datos

Para la obtención de la información, se elaboró una Ficha de Recolección de Datos con el uso de los expedientes clínicos completos de los pacientes diagnosticados con Trastorno Depresivo, en el Hospital de la red de Servicios Médicos Especializados S.A (SERMESA).

ANALISIS DE RESULTADOS Y DISCUSION

Del total de 349 pacientes de todas las edades, que fueron atendidos por el servicio de salud mental, en el período del 1 de Abril al 30 de Junio del 2018, se seleccionaron para incluirlos en el estudio a 33 expedientes de pacientes con diagnóstico de Trastorno Depresivo, ya que el tipo de muestra fue por conveniencia y por lo tanto cumplían con los criterios de inclusión.

Características sociodemográficas.

- ✓ De los 33 pacientes estudiados, se encontraron a 17 pacientes asegurados activos (52%), 13 pacientes eran de Convenio INSS (39%), 1 paciente de Riesgo Convenio (3%), 1 paciente fue atendido por Responsabilidad Social (3%), 1 paciente de Riesgo per Cápita (3%). Ver anexo 9 Tabla 1
- ✓ En relación con los grupos etáreos, se encontraron a 4 pacientes entre las edades de 21– 25 años, (12%), 4 pacientes de 26-30 años (12 %), 10 pacientes entre 31-35 años (31%), 6 pacientes de 36-40 años (18%), y 9 pacientes de 41-45 años (27%). Ver anexo 9 Tabla 2
- ✓ De los 33 pacientes tenemos que 22 (67 %) eran mujeres y 11 pacientes eran varones (33%). Ver anexo 9 Tabla 3
- ✓ En relación a la Historia Clínica, se encontró 14 pacientes (43%) con datos en expediente incompleto, 10 pacientes (30%) no tienen historia clínica y 9 pacientes (27%) tienen expediente completo. Ver anexo 9 Tabla 4.
- ✓ Con respecto a la procedencia, que 26 pacientes (79%) pertenecen al casco urbano, 6 pacientes (18%) pertenecen al área rural y 1 paciente (3%) es de origen desconocido. Ver anexo 9 Tabla 5
- ✓ En cuanto a la escolaridad, 20 pacientes (61%) son de escolaridad desconocida, 9 pacientes (27%) eran universitarios y 4 pacientes (12%) tienen secundaria con registro dudoso. Ver anexo 9 Tabla 6
- ✓ Referente al Estado Civil, se encontró que 17 pacientes (52%) se desconoce el estado civil, 6 pacientes (18%) son casados, 6 pacientes (18%) son solteros, 4 pacientes (12%) son de unión de hecho. Ver anexo 9 Tabla 7

Fuente: Base de datos

Antecedentes personales patológicos

- ✓ Diabetes: Obtuvo que 16 pacientes (49%) no presentan diabetes, 14 pacientes (42%) se desconoce este diagnóstico y 3 de ellos (9%) presentan diabetes. Ver anexo 10 Tabla 1.
- ✓ Hipertensión Arterial: Se encontró que 15 pacientes (46%) no presentaron hipertensión, 12 pacientes (36%) se desconoce este diagnóstico y 6 pacientes (18%) si presentan hipertensión arterial. Ver anexo 10 Tabla 2.
- ✓ Trastornos Tiroideos: 16 pacientes (49%) no presentan trastornos tiroideos, 15 pacientes (45%) se desconoce este dato en su expediente clínico y 2 pacientes (6%) si manifestaban trastorno tiroideo. Ver anexo 10 Tabla 3.
- ✓ Artritis Reumatoide: 17 pacientes (52%) los cuales no presentan artritis reumatoide y 16 pacientes (48%) se desconoce si presentan dicha patología. Ver anexo 10 Tabla 4
- ✓ Amputados: 24 pacientes (73%) corresponden a no amputación y 9 pacientes (27%) se desconoce en su expediente si presentan este hallazgo. Ver anexo 10 Tabla 5

Antecedentes personales No patológicos

- ✓ Tabaquismo: 16 pacientes (49%) se desconoce este antecedente, 15 (45%) no fuman, 2 pacientes (6%) si fuman. Ver anexo 11 Tabla 1.
- ✓ Alcohol: 15 pacientes (46%) se desconoce este dato, 11 pacientes (33%) no consumen alcohol y 7 (21%) presentan este dato. Ver anexo 11 Tabla 2.
- ✓ Drogas: 20 pacientes (61%) se desconoce este dato, 17 (33%) no consumen ningún tipo de drogas y 2 (6%) si consumen. Ver anexo 11 Tabla 3.
- ✓ Deportes: 31 (94%) se desconoce si lo ejercen y 2 (6%) no practican. Ver anexo 11 Tabla 4.
- ✓ Café: 32 (97%) se desconoce si toman café y 1 (3%) si toma café. Ver anexo 11 Tabla 5.
- ✓ Medicamentos: 32 (97%) si toman medicamentos y 1 (3%) no toma medicamentos. Ver anexo 11 Tabla 6.

Fuente: Base de datos

Instrumento utilizado para la clasificación de los trastornos depresivo.

De los 33 pacientes estudiados, no se logró encontrar el uso de ningún instrumento, utilizado para la realizar la clasificación del tipo de trastorno depresivo, el hallazgo correspondió a un 0%.

Fuente: Base de datos

ANALISIS DE TABLAS Y GRAFICOS

Características Sociodemográficas

Tipo de Paciente

En la presente tabla se puede observar que el grupo de asegurados, es uno de los grupos que más demandó la atención en el servicio de salud mental con un 52%. Ver anexo 9 Tabla 1

Grupo Etáreo

El grupo etáreo de mayor predominio en la atención del servicio de salud mental, fue la comprendida entre los 31 a 35 años (10 pacientes), seguida de las edades de 41 a 45 años (9 pacientes); para un total de: 19 pacientes que corresponden al (58%) del total de grupos atendidos. Ver anexo 9 Tabla 2

Sexo

En la presente tabla, se evidencia que el grupo de género que demandó más, el servicio de salud mental; fue el femenino (67%), lo que me llama la atención, por su correlación con datos internacionales, donde se expresa que las mujeres acuden más a estos servicios en búsqueda de ayuda además, de ser abiertas a compartir su problemática. Ver Anexo 9 Tabla 3.

Procedencia

En esta tabla podemos ver, que el (79 %) de los pacientes atendidos en el servicio de salud mental, corresponden al casco urbano, esto probablemente por la ubicación de la unidad de salud, que facilita su acceso por los puntos cardinales. Ver anexo 9 Tabla 4

Fuente: Base de datos

Escolaridad

Aunque en la tabla se encontró que 13 de los pacientes que tenían un nivel escolar entre universitario y secundaria, es importante ver que el 61% (20 pacientes), no tenían registrado este dato, el cual es de mucho interés para lograr que un paciente pueda desarrollar una buena adherencia a sus tratamiento, sea este por cualquier tipo, de estado depresivo diagnosticado.

Ver anexo 9 Tabla 5.

Estado civil

La tabla nos reporta, que el 18%, de los pacientes, eran tanto casados como solteros, pero al 52% (17%), no se le consignó su estado civil, datos que considero tienen un valor de interés para conocer de la situación conyugal o no del paciente que tenga que formar parte de su entorno psíquico. Ver anexo 9 Tabla 6

Historia Clínica

En esta tabla, podemos encontrar un resultado de mucho interés, como es el hecho de que 24 pacientes fueron atendidos, pero presentan historias clínicas incompletas o no poseen dicha historia, situación que puede interferir en el establecimiento de un diagnóstico más adecuado.

Ver anexo 9 Tabla 7

Fuente: Base de datos.

ANALISIS DE CRUCES DE VARIABLES

EDAD / SEXO

En esta tabla, logré ver que las féminas en edades de 31 a 35 años son las que demandan mayor frecuencia de atención en el servicio de salud mental. Ver anexo 14. Tabla 1.

EDAD / FRECUENCIA DE SINTOMAS

El grupo de mayor asistencia a la consulta corresponde a las edades de 31 a 35 años. Describiendo una frecuencia de 10 pacientes que presentaban de 6 a más síntomas y 4 pacientes de 15 o más síntomas. Ver anexo 14 Tabla 2

SEXO / ESCOLARIDAD

El grupo representativo estuvo a cargo de las mujeres (67%) con 22 pacientes, pero en el 73% de ellas se desconoce su nivel escolar, aspecto que puede, como dijimos anteriormente, afectar en la adherencia al esquema de tratamiento, que se logre establecer o continuar adecuadamente las orientaciones medicas establecidas. Ver anexo 14 Tabla 3

SEXO / FRECUENCIA DE SINTOMAS.

El grupo de mujeres, continúa siendo de representatividad en el estudio; Además, de presentar la mayor frecuencia de síntomas sugerentes de un estado depresivo a estudiar o a dar seguimiento. . Ver anexo 14 Tabla 4

SEXO / HISTORIA CLINICA.

En esta tabla podemos ver un resultado muy similar a las anteriores, ya que el grupo de mujeres es la que más asiste a las atenciones médicas, pero también es notorio que en 14 de ellas se desconozcan datos de su historia clínica. Siete (7) tenían historia clínica incompleta y otras siete (7) carecían de ellas. Aquí podemos inferir que la formación de una historia clínica adecuada, puede facilitar la obtención de mejores insumos, para no caer en infra diagnósticos que no son de ayuda para el paciente. Ver anexo 14 Tabla 5

HISTORIA CLINICA / FRECUENCIA DE SINTOMAS.

En cuanto a la relación historias clínicas/ frecuencias de síntomas, se encontró que el (60%) de historias no elaboradas presentaban un rango de 10 a 14 síntomas. Ver anexo 14 Tabla 6

Fuente: Base de datos.

CONCLUSIONES

1. La población asegurada activa entre las edades de 31 a 35 años fue la de mayor predominio en la demanda de atención (30.3%) en el servicio de consulta externa de salud mental del Hospital BOLONIA.
2. De los 33 pacientes que formaron parte de la muestra de investigación, se obtuvo información de 24 pacientes cuyas historias clínicas eran incompleta; siendo esto un elemento de mucho interés para lograr tener datos necesarios y así determinar un trastorno depresivo.
3. En relación a los datos de procedencia de los pacientes, de los 33 pacientes se obtuvo que uno de ellos no le fue registrada este dato, considerado de relevancia ya que es parte de la información necesaria para la toma de decisiones.
4. Es importante conocer los antecedentes personales patológicos de los 33 pacientes de la muestra de investigación, y los resultados obtenidos no fueron muy satisfactorios ya que el 39% de ellos no les fue consignado esta información.
5. En el setenta (70%) de los pacientes del estudio, tampoco presentaron registro de sus antecedentes personales no patológicos, el dato era “Desconocido”; este dato tiene mucha relevancia debido a que el estado depresivo va directamente relacionado con los hábitos personales de cada individuo.
6. Como resultado del primer cruce de variables (edad/frecuencia de los síntomas), el grupo etáreo de 31 a 35 años fue uno de los que más síntomas presentaban (seis a más síntomas) los cuales estaban vinculados a trastornos del orden depresivo.
7. El grupo de mujeres (67%) predominó con el resultado de un nivel escolar “Desconocido”, es decir 16 pacientes no se sabe su nivel de escolaridad, situación de relevancia ante la toma de decisiones para instaurar una terapia que el paciente logre entender o desarrolle adherencia a la misma.

Fuente: Base de datos

8. Llama la atención que las mujeres manifestaron predominio entre los grupos de género con mayor número en la frecuencia de síntomas es decir con seis a más síntomas vinculados a trastorno depresivo (50%).

9. Otro dato de interés fue el resultado de que 14 de las pacientes mujeres de la muestra de estudio, no tenían registro de su historia clínica o era de origen desconocido; solamente 9 mujeres presentaban este registro completo, asumiendo así la mayor carga de las mujeres vinculadas a la alta frecuencia de pacientes con seis a más síntomas asociados con algún trastornos depresivos.

10. Cuando se realiza el cruce de las variables de historia clínica vs frecuencia de síntomas, el dato obtenido fue coincidente en la conclusión anterior donde 9 mujeres con historia clínica completa presentaba el mayor número de pacientes con 6 a más síntomas.

11. Al realizar una revisión de la información recolectada y registrada en los expedientes de los 33 pacientes del estudio, los resultados encontrados fueron la carente existencia de un instrumento de clasificación para trastorno depresivo en pacientes ya diagnosticado con trastorno depresivo. Este resultado nos orienta a pensar en que se está realizando un probable infra diagnóstico, muy comentado entre los hallazgos de los estudios epidemiológicos vinculados a Latino América.

Fuente: Base de datos.

RECOMENDACIONES

1. Es de mucha importancia realizar una actividad de sensibilización o refrescamiento entre las autoridades hospitalarias, directivos de servicios, prestadores del servicio del área de atención a la Salud Mental de SERMESA, con la finalidad de realizar revisión de la aplicación adecuada de la Normativa 004 vinculada al buen uso del expediente clínico, de esta manera podemos llenar muchos de los vacíos que se genera en la falta de consignación de información vital relacionada al paciente atendido.
2. Siendo las mujeres un grupo etéreo que predomina en la demanda de atención (resultados registrados en el estudio), considero importante crear climas de mejoramiento en la relación médico - paciente que facilitara obtener más y mejor calidad de datos.
3. En el expediente de todo paciente un elemento de mucho valor es la elaboración de una buena historia clínica y en el ámbito de la Salud Mental no es la excepción. Esto logra a corto o mediano plazo conocer más del paciente y su entorno laboral, familiar y ambiental.
4. El registro de los síntomas manifestados por cada paciente merece un mejor enfoque ya que hubo carencia de datos en muchas de las pacientes, en este caso de las mujeres que fueron predominantes en la frecuencia de la demanda de atención; además del registro de los síntomas es importante contar con el Instrumento que recolecté estos síntomas y permita la adecuada Clasificación del Trastorno Depresivo ya establecido.
5. La adecuada aplicación de un Instrumento seleccionado por el profesional de la Salud Mental para Clasificar el Trastorno Depresivo en pacientes con diagnóstico establecido, tiene gran relevancia para la instauración de un Plan de Tratamiento acorde al tipo de depresión establecida, además de ser una práctica médica educativa para los profesionales en formación o egresados de esta especialidad.
6. Recomiendo una revisión del Protocolo de Atención a la Salud Mental aplicable en cada unidad asistencial existente en el país, ya que esto permitiría el mejorar, garantizar y establecer con ello una mejor calidad en la atención, más profesional con mayor soporte técnico en la determinación diagnóstica del trastorno depresivo. Igualmente con este proceso podemos mejorar las decisiones terapéuticas establecidas para cada paciente y así realizar un monitoreo en la evolución propia del paciente.

ANEXOS

ANEXO 1. Cartas de Presentación Solicitud.

Managua, Agosto, 2018

Dra. María Antonieta Pon
Directora General
Hospital Su médico (SERMESA)
Su Despacho

Estimada Dra. Pon:

Antes de todo le deseo bendiciones de nuestro padre celestial. Mediante la presente me dirigo a usted con el fin de solicitarle permiso para la realización de un estudio investigativo en este centro hospitalaria con el objetivo de optar al título de **Medicina y Cirugía**.

Este estudio llevara por nombre: **“Categorización de los Trastornos Depresivos en pacientes atendidos en la Consulta Externa del Servicio de Salud Mental del HOSPITAL BOLONIA de la red de Servicios Médicos Especializados S.A. SERMESA del 1 de Abril del 2018 al 30 de Junio del 2018”**

Ante lo expuesto, por este medio expreso formalmente mi interés para la realización de este estudio que se desarrollara a cargo de la estudiante Br. Meyling Yahoska Pérez Zamora, desde la formación del documento hasta su presentación ante las autoridades evaluadoras de la monografía.

No omito manifestar que los expedientes de los pacientes estudiados y evaluados serán respetados su identidad personal.

Sin más que hacer referencia, agradecida de antemano por su apoyo, le deseo mucho éxito y bendiciones en sus labores diarios.

Atentamente,

Br. Meyling Yahoska Pérez Zamora

Managua, 16 de Octubre 2018

Dr. Freddy Cárdenas

Director de Servicios Médicos Especializados SA

Su Despacho

Muy estimado Dr. Cárdenas:

Reciba un cordial saludo de parte de nosotros los médicos abajo suscritos.

El motivo de la presente es para solicitar su autorización para que la Bra. Meyling Yahoska Pérez Zamora realice en el Hospital BOLONIA de la red SERMESA, la realización del estudio monográfico titulado **“Categorización de los Trastornos Depresivos en pacientes atendidos en la Consulta Externa del Servicio de Salud Mental del HOSPITAL BOLONIA de la red de Servicios Médicos Especializados S.A. SERMESA del 1 de Abril del 2018 al 30 de Junio del 2018”**. Para optar al TITULO DE MEDICINA Y CIRUGIA dicho estudio tiene la finalidad recolectar información proveniente de los expedientes clínicos de pacientes asegurados del servicio de Salud Mental, consulta externa, agregamos de ante mano que la información obtenida tiene el único fin de ser usada para fines académicos.

Sin más que a ser referencia nos suscribimos, esperando una respuesta positiva a nuestra solicitud, nos despedimos muy atentamente;

Bra. Meyling Yahoska Pérez Zamora

Dr. José Rene Ramírez
Especialista en Epidemiología
Gerencia de Servicio Privado y Público
Tutor Metodológico

Dr. Emilio Molina Carrillo
Psiquiatra
Posgrado en: Terapia individual,
marital y familiar.
Tutor Científico

CC. Archivo

Universidad Internacional para el Desarrollo Sostenible
Facultad de Ciencias Médicas
Escuela de Medicina y Cirugía general
Sede Managua



INFORME FINAL DE INVESTIGACIÓN DE TESIS PARA OPTAR AL TÍTULO DE MÉDICO Y CIRUJANO

Dr. Raymundo Solano

Decano de la Facultad de Ciencias Médicas (UNIDES-Managua)

Su despacho.

Estimado Dr. Solano.

Por este medio me dirijo a usted para la aprobación de mi propuesta de protocolo de investigación de tesis de grado para optar al título de médico y cirujano general en la facultad de ciencias médicas que está bajo su dirección.

La propuesta de protocolo lleva por nombre: **“Categorización de los Trastornos Depresivos en pacientes atendidos en la Consulta Externa del Servicio de Salud Mental del HOSPITAL BOLONIA de la red de Servicios Médicos Especializados S.A. SERMESA del 1 de Abril del 2018 al 30 de Junio del 2018”**

Cabe mencionarle que dicha propuesta ha sido revisada y discutida por el tutor científico y metodológico responsable.

Esperando su aprobación, le agradezco de antemano y me despido de usted cordialmente.

Atentamente:

Br. Meyling Yahoska Pérez Zamora

Managua, Noviembre 2018

ANEXO 2. Referencias Bibliográficas

1. Citlali Trueta, Montserrat G Cercós;. *Regulación de la liberación de serotonina en distintos comportamientos neuronales*. México,, Mexico, DF, Mexico : s.n., Septiembre- Octubre de 2012.
2. Zarragoitia Alonso, Ignacio. *Depresion: Generalidades y Particularidades*. s.l. : Ciencias Medicas, 2011.
3. *Actualidades en neurobiología de la depresión*. Beatriz Adriana Díaz Villa, César González González. 2012, Actualidades en neurobiología de la depresión, págs. 107-109.
4. Felix Lorocca. mailxmail. *mailxmail*. [En línea] 26 de 08 de 2011. <http://www.mailxmail.com/curso-gastroplastia-lobotomia-relacion/serotonina-anatomia>.
5. Jaime, Sabines. La ciencia para todos. *La ciencia para todos*. [En línea] 1995. http://bibliotecadigital.ilce.edu.mx/sites/ciencia/volumen3/ciencia3/130/html/sec_10.html.
6. *Dopamina: síntesis, liberación y receptores del SNC*. Ricardo Bahena-Trujillo, Gonzalo Flores, José A. Arias-Montaña. 2000, Rev Biomed , págs. 40-41.
7. *La Noradrenalina su rol en la depresion* . Jorge Tellez Vargas. 2000, REVISTA COLOMBIANA DÍF PSIQUIATRÍA, págs. 60-64.
8. Figueroba, Alex. Psicología y mente. *Psicología y mente*. [En línea] <https://psicologiaymente.com/neurociencias/catecolaminas>.
9. Adrián Triglia. Psicología y mente. *Psicología y mente*. [En línea] <https://psicologiaymente.com/neurociencias/hipocampo>.
10. Oscar Castellero Mimenza. Psicología y mente. *Psicología y mente*. [En línea] <https://psicologiaymente.com/neurociencias/amigdala-cerebral>.
11. Jorge J. Rodriguez, Robert Kohn, Sergio Aguilar- Gaxiola. *Epidemiología de los trastornos mentales en America Latina y El Caribe*. Waschintong, D.C : Organizacion Mundial de la Salud, 2009.
12. Adrián Triglia. Psicología y Mente. *Psicología y Mente*. [En línea] <https://psicologiaymente.com/neurociencias/partes-cerebro-humano>.
13. Jonathan García-Allen. Psicología y mente. *Psicología y mente*. [En línea] <https://psicologiaymente.com/neurociencias/tipos-neurotransmisores-funciones>.
14. Dr. Pedro Garcia Parajuá Dra. Mónica Magariños Lopez . *Clasificacion de los trastornos mentales y del comportamiento*. s.l. : Medica Panamericana, 2000.
15. S. W. Jackson, Historia de la melancolía y la depresión. *Historia de la melancolía y la depresión. Historia de la melancolía y la depresión*. [En línea]
16. Jackson, S. W. Historia de la melancolía y la depresión. *Historia de la melancolía y la depresión*. [En línea]
17. unidosporobsba. *unidosporobsba.blogspot*. [En línea] 08 de 08 de 2014. <http://unidosporobsba.blogspot.com/2014/08/breve-historia-de-la-depresion.html?view=magazine>.

18. Pamapupo. *Pamapupo*. [En línea] <https://pamapupo.wordpress.com/historia-de-la-depresion/>.
19. frenchinfluence.over-blog.fr. *frenchinfluence.over-blog.fr*. [En línea] 11 de 06 de 2011. <http://frenchinfluence.over-blog.fr/article-philippe-pinel-pionero-frances-de-la-psiquiatria-76419400.html>.
20. Ignacio Zarragoitia Alonso, Miriam de la Osa O' Reilly, Sara Gilda Agudín Depestre, Milagros Marot Casañas e Ignacio Zarragoitia Alonso. LA DEPRESIÓN: RETOS Y CONFLICTOS EN EL SIGLO XXI. [En línea] 20 de 04 de 2018. [https://psiquiatria.com/congresos/pdf/1-1-2018-13-pon4\[1\].pdf](https://psiquiatria.com/congresos/pdf/1-1-2018-13-pon4[1].pdf).
21. World Health Organization. Organizacion Mundial de la salud. *Organizacion Mundial de la salud*. [En línea] https://www.who.int/mental_health/management/depression/es/.
22. Celia Antonini. Respuesta a la Depresion. *Respuesta a la Depresion*. [En línea] <http://www.respuestasaladepresion.com/queesladepresion/queesladepresion.php>.
23. Uriel Velazquez. Nuevo Diario. 19 de 03 de 2017.
24. Teraiza Mesa Rodriguez. Reeditor. [En línea] 14 de 08 de 2016. <https://www.reeditor.com/columna/16884/5/medicina/la/condena/tener/depresion/suicidio>.
25. Mónica Magariños López, Pedro Garcia Parajua. *Clasificación de los trastornos mentales y del comportamiento*. s.l. : Editorial Medica Panamericana, S.A, 2000.
26. *Guía de Recomendaciones Clínicas; Depresion*. s.l. : Dirección General de Innovación Sanitaria, 2013.
27. Guia Salud. *Guia Salud Definición y Diagnostico*. [En línea] http://www.guiasalud.es/egpc/depresion/resumida/documentos/apartado02/definicion_y_diagnostico.pdf.
28. *La Epidemiología del Trastorno Depresivo Mayor en el estadio nacional de salud mental*. José Posada Villa, Juan C. Camacho, José I. Valenzuela, Arturo Argüello, Juan G. Cendales, Roosevelt Fajardo. Colombia : s.n., 2003.
29. Psicología Y Mente. *Psicología Y Mente*. [En línea] <https://psicologiaymente.com/neurociencias/catecolaminas>.
30. Eva Maria Rodriguez. La mente es maravillosa. *La mente es maravillosa*. [En línea] 17 de 07 de 2017. <https://lamenteesmaravillosa.com/signos-que-te-advierten-que-tienes-niveles-bajos-de-serotonina/>.
31. Psiquiatria.com. *Psiquiatria.com*. [En línea] 11 de 6 de 2018. <https://psiquiatria.com/glosario/vias-serotoninergicas>.
32. Casado, Rebeca Vidal. *MODULACIÓN DE LOS RECEPTORES 5-HT4 Y 5-HT1B*. Santander : s.n., 2009.
33. Biología y Actualidad. *Biología y Actualidad*. [En línea] 30 de Junio de 2012. <https://biologiadfcortes.blogspot.com/2012/06/dopamina.html>.
34. Psiquiatria.com. *Psiquiatria.com*. [En línea] 11 de 6 de 2018. <https://psiquiatria.com/glosario/vias-dopaminergicas>.
35. TucuerpoHumano. *TucuerpoHumano*. [En línea] <http://tucuerpohumano.com/c-sistema-nervioso/neurotransmisores/>.
36. Fes Zaragoza. *Fes Zaragoza*. [En línea] <http://bioca1107medfesz.blogspot.com/p/noradrenalina.html>.

37. Psiquiatria.com. *Psiquiatria.com*. [En línea] 11 de 7 de 2018. <https://psiquiatria.com/glosario/vias-noradrenergicas>.
38. Tu Cuerpo Humano. *Tu Cuerpo Humano*. [En línea] <http://tucuerpohumano.com/c-sistema-nervioso/neurotransmisores/>.
39. *Historia Natural de la Depresión*. Mori, Nicanor; Caballero, July. Lima, Peru : s.n., 2010.
40. Kaplan, Harold, I y J., Sadock Benjamin. *Sinopsis De Psiquiatría* . s.l. : Lippincott Williams & Wilkins.
41. Adrián Triglia. Tálamo: anatomía, estructuras y funciones. [En línea] <https://psicologiamente.com/neurociencias/talamo-anatomia-funciones>.
42. Stahl, Stephen M. *Stahl's Illustrated*. New York : Cambridge, 2009.
43. Merson, Stephen. *Depresión: Guía práctica para entender y manejar esta enfermedad*. s.l. : Norma , 1996.
44. Marcel Gratacós. Neuropsicología. [En línea] <https://www.lifeder.com/adrenalina/>.
45. Dra. Brandan, Nora Cristina. med.unne.edu.ar. [En línea] 2010. <https://med.unne.edu.ar/sitio/multimedia/imagenes/ckfinder/files/files/Carrera-Medicina/BIOQUIMICA/catecolaminas.pdf>.
46. Carlos A. Taira, Andrea Carranza,. www.saha.org.ar. [En línea] <http://www.saha.org.ar/pdf/libro/Cap.020.pdf>.
47. *Epidemiology in health care*. Valanis B. . s.l. : Stanford, 1999, Vol. 3.
48. Arturo Torrez. <https://psicologiamente.com/neurociencias/adrenalina-hormona-activa>. [En línea]
49. Emol. [En línea] 23 de 02 de 2017. <https://www.emol.com/noticias/Tendencias/2017/02/23/846361/OMS-Un-44-de-la-poblacion-mundial-sufre-de-depresion-y-casos-aumentan-un-18-en-10-anos.html>.
50. 20minutos. [En línea] 17 de 2 de 2015. <https://www.20minutos.es/noticia/2379943/0/poblacion-mundial/depresion/vida/#xtor=AD-15&xts=467263>.
51. Morrison, James R. *Diagnosis Made Easier*. New York : s.n., 2007.
52. Guía de Práctica Clínica sobre el Manejo de la Depresión en el Adulto. [En línea] http://www.guiasalud.es/egpc/depresion/completa/apartado04/definicion_diagnostico.html.
53. Lobo A, Chamorro L, Luque A, Dal-Re R, Badia X, Baro E. *Validación de las versiones en español, evaluación de la depresión y de la ansiedad*. 2002.

ANEXO 3. Ficha de Recolección de datos.

**Universidad Internacional para el desarrollo Sostenible
Facultad de Ciencias Médicas
Escuela de Medicina y Cirugía general
Sede Managua**



Red de servicio SERMESA- Hospital BOLONIA

“Categorización de los Trastornos Depresivos en pacientes atendidos en la Consulta Externa del Servicio de Salud Mental del HOSPITAL BOLONIA de la red de Servicios Médicos Especializados S.A. SERMESA del 1 de Abril del 2018 al 30 de Junio del 2018”

Número de ficha: _____ *Paciente Numero* _____

Características Sociodemográficas

Tipo de Paciente

Asegurado _____ Beneficiario _____ Riesgo Convenio _____

Convenio _____ Privado _____ Riesgo per cápita _____

Responsabilidad Social _____

Edad: _____ Sexo: M____ F____ Profesión u oficio: _____

Estado Civil: Casado _____ Soltero _____ Viudo _____ Unión de hecho estable _____
Divorciado _____ Se desconoce _____

Escolaridad: Analfabeta _____ Alfabetizado _____ Primaria _____ Secundaria _____
Universidad _____ Se desconoce _____

Procedencia: Rural _____ Urbana _____ Se desconoce _____

Historia Clínica: Completa _____ Incompleta _____ Ninguna _____

Antecedentes Personales Patológicos y No Patológicos

Antecedentes Patológicos

- Diabético: Si ____ No ____ Se desconoce ____
- Hipertensión Arterial: Si ____ No ____ Se desconoce ____
- Trastornos Tiroideos: Si ____ No ____ Se desconoce ____
- Artritis Reumatoide: Si ____ No ____ Se desconoce ____
- Amputados: Un miembro ____ Dos miembros ____ Ninguna ____

Antecedentes No Patológicos

- Tabaco: Si ____ No ____ Se desconoce ____
- Alcohol: Si ____ No ____ se desconoce ____
- Drogas: Si ____ No ____ Se desconoce ____
- Deportes: Si ____ No ____ Se desconoce ____
- Café: Si ____ No ____ Se desconoce ____
- Medicamentos: Si ____ Cual _____ No ____

Frecuencia de los Síntomas

- 1 a 5 Síntomas ____
- 6 a 9 Síntomas ____
- 10 a 14 Síntomas ____
- 15 o más Síntomas ____

Abordaje Semiológico.

Sintomatología

- Sentimiento de fracaso: Si ____ No ____ Se desconoce ____
- Tristeza: Si ____ No ____ Se desconoce ____
- Pesimismo: Si ____ No ____ Se desconoce ____
- Insatisfacción: Si ____ No ____ Se desconoce ____
- Culpa: Si ____ No ____ Se desconoce ____
- Auto desprecio: Si ____ No ____ Se desconoce ____
- Auto acusación: Si ____ No ____ Se desconoce ____
- Intento Suicidio: Si ____ No ____ Se desconoce ____
- Insomnio: Si ____ No ____ Se desconoce ____
- Llanto fácil: Si ____ No ____ Se desconoce ____
- Pérdida de peso: Si ____ No ____ Se desconoce ____
- Irritabilidad: Si ____ No ____ Se desconoce ____
- Retirada social: Si ____ No ____ Se desconoce ____
- Ansiedad: Si ____ No ____ Se desconoce ____
- Indecisiones: Si ____ No ____ Se desconoce ____
- Cambios en la imagen corporal: Si ____ No ____ Se desconoce ____
- Enlentecimiento: Si ____ No ____ Se desconoce ____
- Fatigabilidad: Si ____ No ____ Se desconoce ____
- Pérdida de apetito: Si ____ No ____ Se desconoce ____
- Preocupaciones somáticas: Si ____ No ____ Se desconoce ____
- Bajo nivel de energía: Si ____ No ____ Se desconoce ____

ANEXO 4. Operacionalización de las Variables

Objetivo 1: Puntualizar el nivel socio-demográfico de los pacientes asegurados con diagnóstico de trastornos depresivo entre las edades de 21 a 45 años.

Tabla 1

VARIABLE	DEFINICIÓN OPERACIONAL	INDICADOR	VALOR	ESCALA
Tipo de Paciente	Condición del paciente para recibir atención en salud en la institución	Documentado en el expediente	Asegurado Convenio Beneficiario Privado Riesgo Convenio Riesgo per cápita Responsabilidad Social	
Edad	Es el tiempo que ha transcurrido desde el nacimiento de un ser vivo.	Años indicado en el expediente clínico	Años	21-25 26-30 31-35 36-40 41-45
Sexo	Carácter que se le inserta a las especificaciones de un espécimen.	Documentado	M F	
Escolaridad	Nivel académico logrado.	Referido	Analfabeta Alfabetizado Primaria Secundaria Universidad	
Procedencia	Principio de donde nace o deriva.	Referido	Rural Urbana	
Ocupación	Que función desempeña al momento del estudio.	Registrado en el expediente medico		Ama de casa Oficinista Comerciante Estudiante Otros

Objetivo 2: Identificar las patologías crónicas asociadas a los pacientes asegurados entre las edades de 21 a 45 años sujetas del estudio.

Tabla 2

VARIABLE	DEFINICIÓN OPERACIONAL	INDICADOR	VALOR	ESCALA
Antecedentes patológicos personales	Patología concomitante anotada en el expediente clínico durante la investigación	Documentado en el expediente	SI NO	
Antecedentes no patológicos personales	Datos del paciente relacionados con su medio y con sus hábitos, para obtener probables factores que desencadenan la patología en estudio.	Documentado en el expediente	SI NO	

Objetivo 3: Conocer el instrumento utilizado para clasificar los trastornos depresivos en pacientes asegurados entre las edades de 21 a 45 años con diagnóstico de trastorno depresivo atendidos en la consulta externa del servicio de salud mental.

ANEXO 5. Tabla de Estudios Epidemiológico de Salud Mental en América Latina Y el Caribe.

Trastornos Mujeres	Prevalencia								
	Toda la vida			Último año			Actual		
	Total	Hombres	Mujeres	T. Hombres	Mujeres	Total	Hombres	Mujeres	
Psicosis no afectiva	1,6	1,5	1,4	0,7	0,7	1,1	0,7	0,6	0,8
Depresión mayor	9,7	6,1	13,5	5,4	3,5	7,1	3,7	2,4	4,7
Distimia	3,4	1,0	5,2	1,2	0,8	1,4	0,2	0,2	0,3
Trastorno bipolar	1,4	1,5	1,5	0,7	0,6	0,4	0,4	0,4	0,4
Ansiedad generalizada	2,9	2,2	3,8	1,3	0,9	1,3	0,6	0,4	0,7
Trastorno del pánico	1,6	0,7	2,1	1	0,4	1,2	0,5	0,2	0,8
Agorafobia	2,6	1,1	3,5	1,2	0,4	1,7	0,6	0,4	0,9
Trastornos de estrés postraumático	4,3	2,5	2,5	1,5	0,8	1,0	0,2	0,2	0,3
Trastorno obsesivo compulsivo	1,8	1,3	2,1	1,2	1,0	1,4	1,3	1,0	1,4
Abuso o dependencia de Alcohol	9,6	18,7	2,0	5,6	9,8	1,4	2,6	5,7	0,3
Abuso o dependencia de drogas	1,6	2,3	0,6	6,0	0,9	0,2	...a

Epidemiología de los Trastornos mentales en América Latina y el Caribe. Organización Panamericana de la Salud
Pub Cient. Tec No 632

ANEXO 6. Adrenoreceptores, localización y función.

Receptor	Tejidos	Acciones
Alfa 1	Musculo Liso Vascular, Musculo Dilatador Pupilar, Musculo Liso Pilo motor, Corazón.	Vasoconstricción, Aumento de la Presión Arterial, Midriasis, Incremento cierre de esfínter.
Alfa 2	Receptores Post-sináptico SNC, Plaquetas, Terminaciones Adrenérgicos y Colinérgicos, Adipocitos.	Múltiple en SNC, agregante, Vaso constrictor, Inhibe lipolisis, Inhibe liberación de Noradrenalina, Inhibe liberación de insulina.
Beta 1	Corazón.	Inótropo y Conótrofo positivo.
Beta 2	Musculo liso bronquial, Uterino vascular, Musculo esquelético, Hígado.	Relajación del musculo liso, Estimulación de la captación de potasio, liberación de glucagón, activa glucogenolisis, vasodilatación y relajación musculo liso uterino.
Beta 3	Adipocitos	Lipolisis.

ANEXO 7. Imágenes y Fotos de campo.



Figura #1 Hipocampo

Fuente:

<https://psicologiaymente.com/neurociencias/hipocampo>



Figura #2 Complejo Amigdaliano

Fuente: <https://www.psicoactiva.com/blog/papel-la-amigdala-las-emociones/>

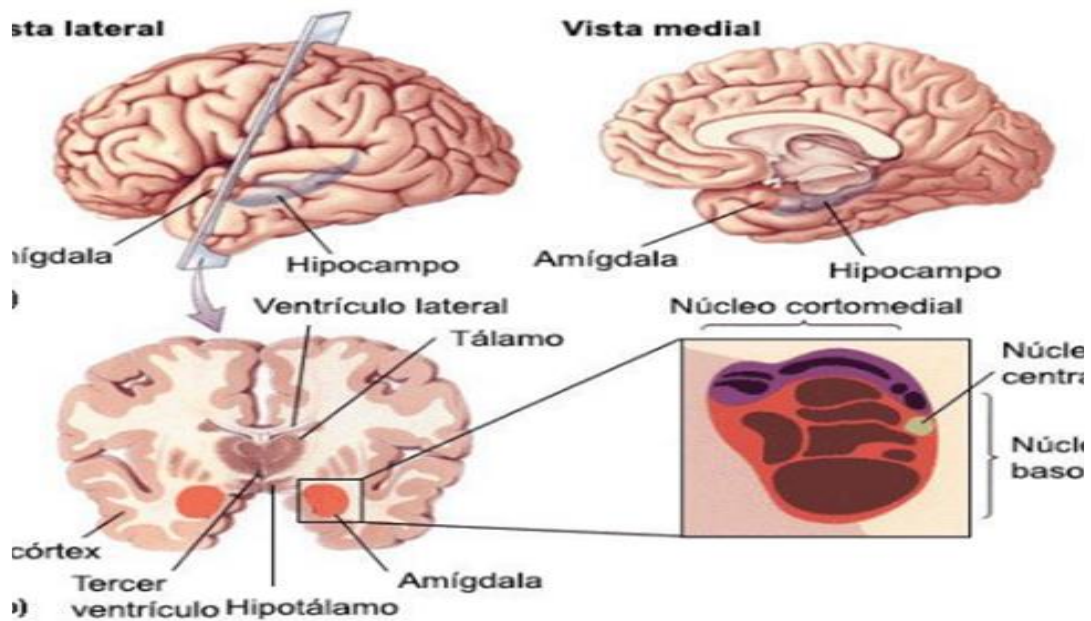


Figura # 3: Talamo y Hipotálamo

Fuente: <http://tucuerpohumano.com/c-sistema-nervioso/talamo/>



Figura # 4 Corteza Cerebral

Fuente: <https://sites.google.com/site/cerebrohumanoycalculoracional/el-cerebro-humano/estructura-cerebral/neocorteza/corteza-cerebral-y-areas-funcionales>

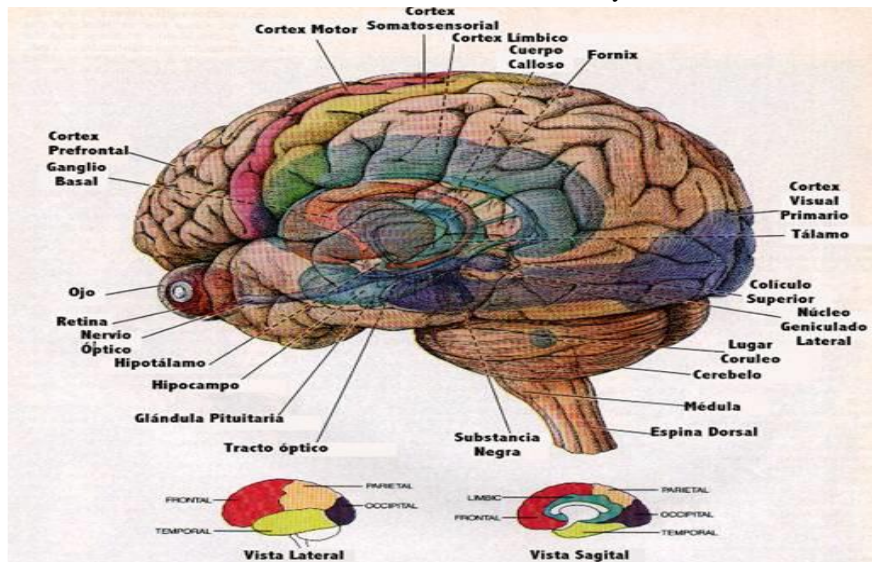
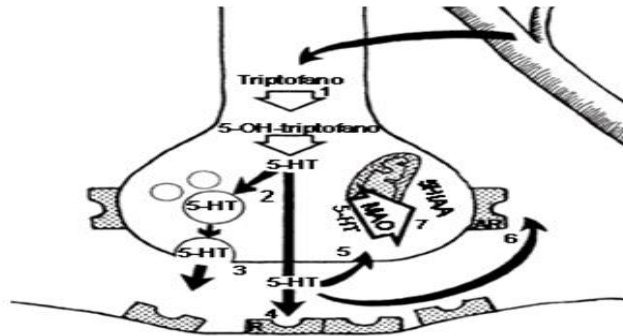


Figura #5: Conversión de la serotonina.

Fuente:

http://bibliotecadigital.ilce.edu.mx/sites/ciencia/volumen3/ciencia3/130/html/sec_10.html



En la sinapsis serotoninérgica. La serotonina (5-hidroxitriptamina) (5-HT) es sintetizada a partir del triptófano, el cual se convierte en 5-hidroxitriptófano por la enzima 5-HTP. La 5-HT puede almacenarse en vesículas (2) y/o liberarse (3). Una vez liberada, puede ser captada por receptores postsinápticos (4), recaptarse (5), ocupar autorreceptores (6) o ser degradada por la MAO mitocondrial (7) hacia ácido 5-hidroxiindolacético (5-HIAA).

Figura #6: Via Serotonérgica

Fuente : <http://www.guiasdeneuro.com/farmacologia-monoaminérgica/>

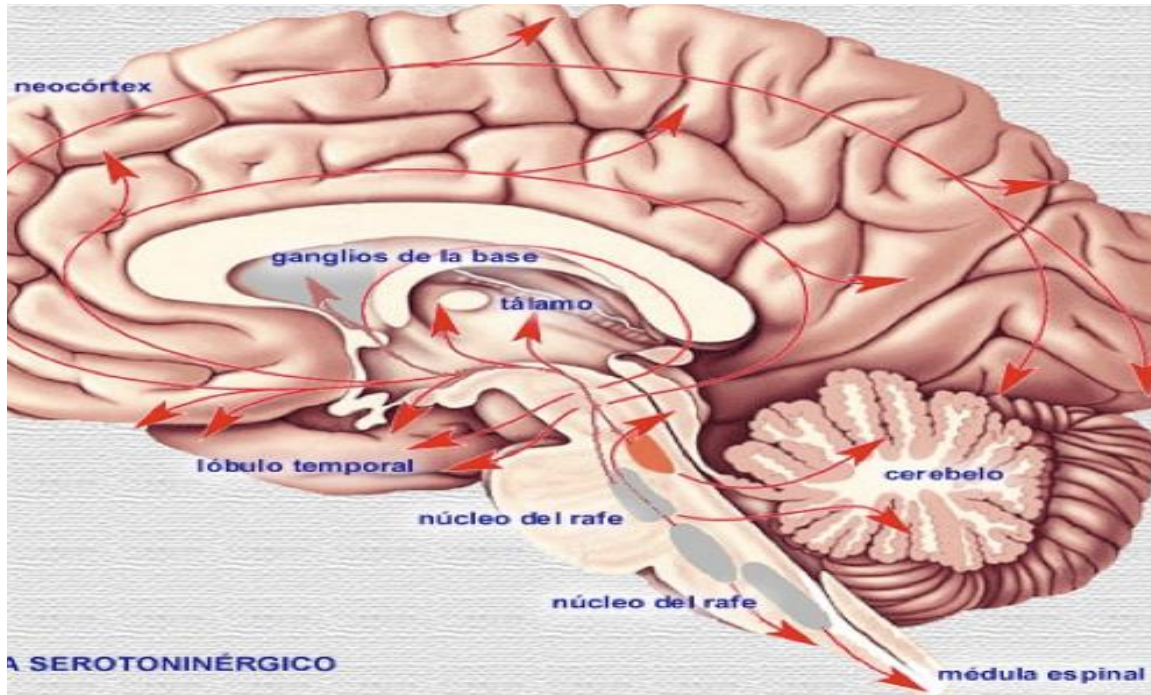


Figura # 7 Via Dopaminérgica

Fuente: <https://es.kisspng.com/kisspng-dmydc0/>

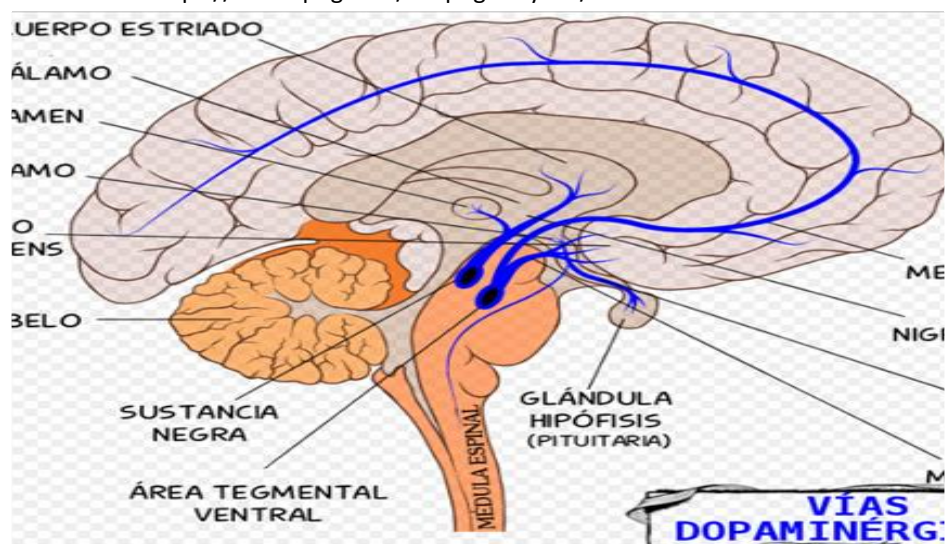


Figura #8: Sistemas Dopaminergicos

Fuente: https://www.researchgate.net/figure/Figura-2-Sistemas-dopaminergicos-en-el-SNC-Se-representan-los-grupos-neuronales-y-las_fig2_290195046

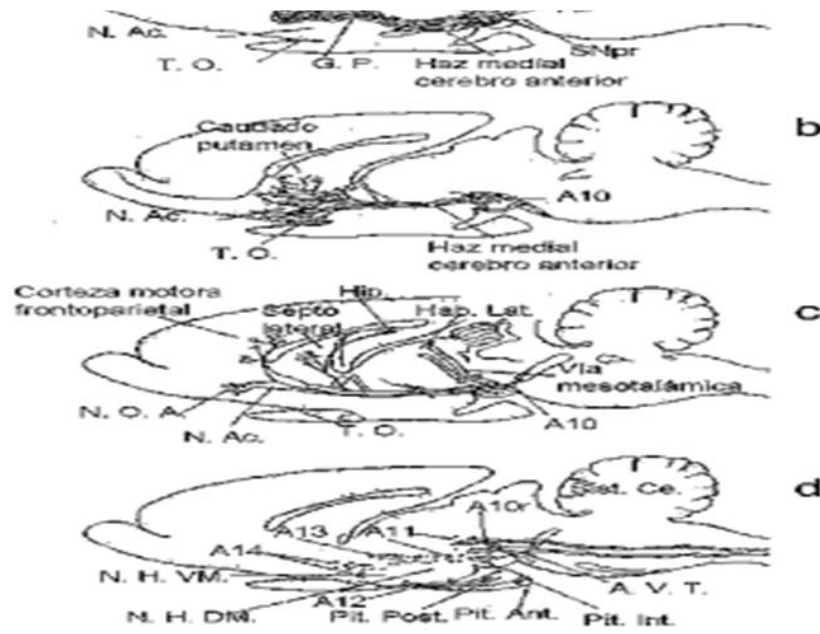


Figura 2.- Sistemas dopaminérgicos en el SNC. Se representan los grupos neuronales y las vías dopaminérgicas más importantes. A8-A14, regiones neuronales dopaminérgicas; A.V.T., área ventrotegumental; Cap. Int., cápsula interna; G.P., globo pálido; Hab. Lat., hábenula lateral; Hip., hipocampo; N. Ac., núcleo accumbens; N.H.DM, núcleo hipotalámico dorsomedial; N.H.VM, núcleo hipotalámico ventromedial; N.O.A., núcleo olfatorio anterior; Pit. Ant., hipófisis anterior; Pit. Int., hi-

Figura #9 : Vias Noradrenergicas

Fuente: <https://slideplayer.es/slide/10279370/>

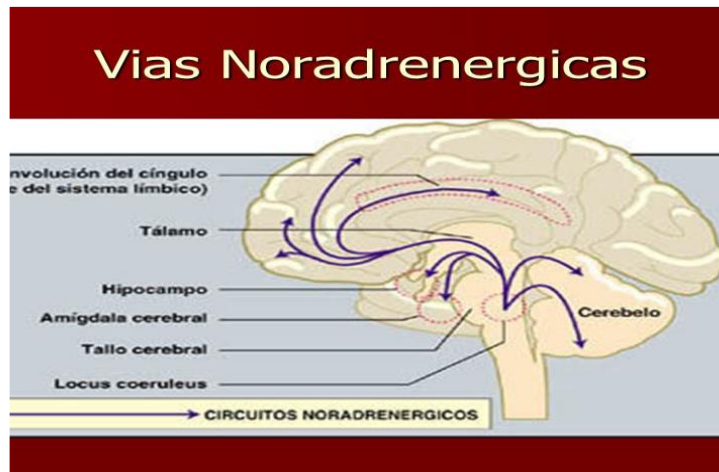


Figura # 9A : Esquema del metabolismo de la Norepinefrina

Fuente:

<http://www.psicomag.com/neurobiologia/LOS%20NEUROTRANSMISORES%20EN%20GENERAL.php>

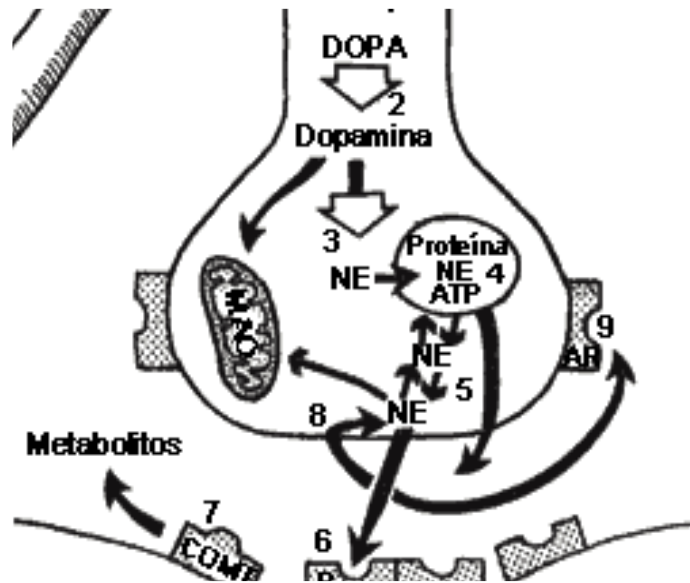


Figura # 10: Nucleo del tracto Solitario

Fuente: <http://deglucionyalteraciones.blogspot.com/2010/10/control-neurofisiologico-de-la.html>

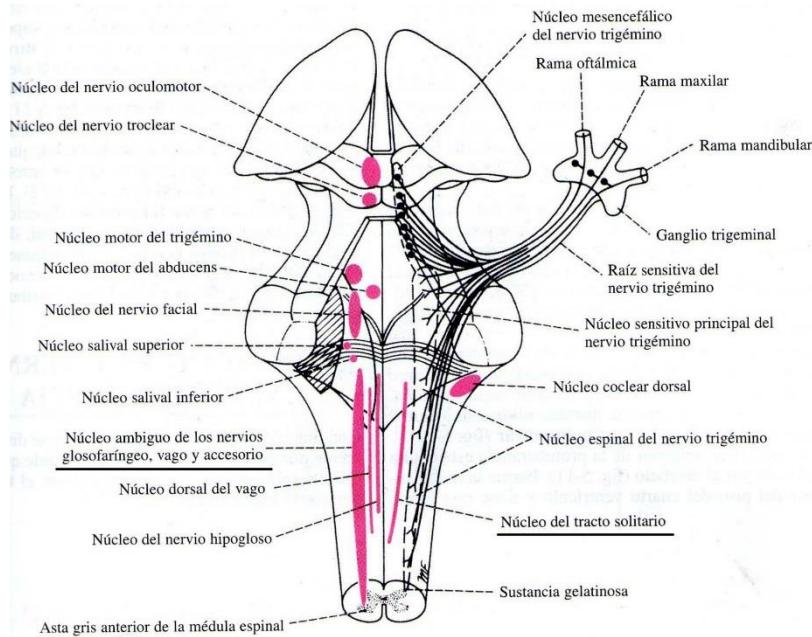


Figura #11: Corteza Prefrontal ventromedial

Fuente: <https://asociacioneducar.com/neurobiologia-sueno>

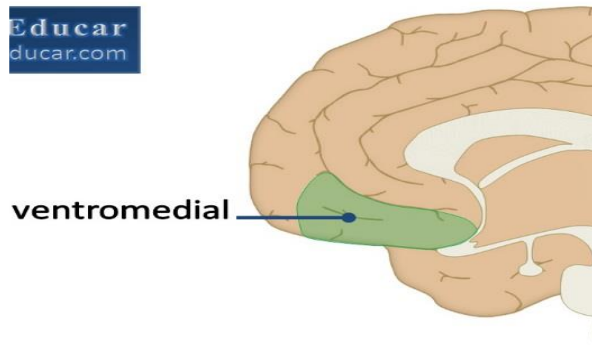


Figura #12: Lobulo Temporal

Fuente:

<https://psicologiaymente.com/neurociencias/lobulo-temporal>

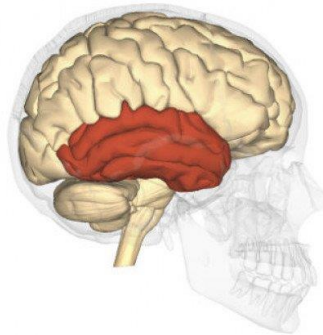
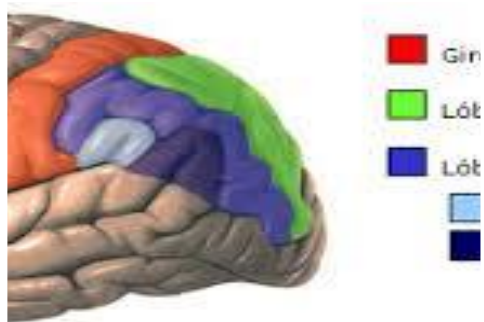


Figura #13: Lobulo Parietal Inferior (Color Azul)

Fuente: <https://es.scribd.com/document/364438923/FUNDAMENTOS-ANATOMICOS-DE-LAS-FUNCIONES-MENTALES-SUPERIORES>



Figura#14: Ganglios basales

Fuente:

https://www.google.com.ni/search?q=areas+ventrales+de+los+ganglios+basales&source=lnms&tbn=isch&sa=X&ved=0ahUKEwiUsu6Xkp3eAhULrIkKHXdAzwQ_AUIDigB&biw=1280&bih=658#imgrc=QJ60LNp2oh-OeM



Figura #15: Mesencefalo

Fuente: <https://www.psicoadictiva.com/blog/mesencefalo-cerebro-medio-estructura-funcion/>

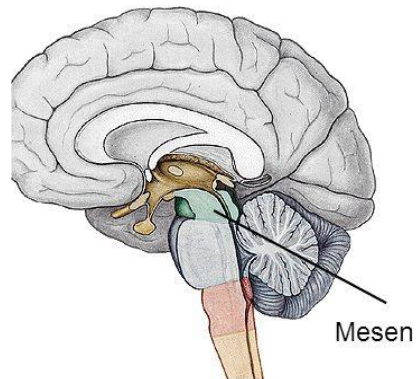
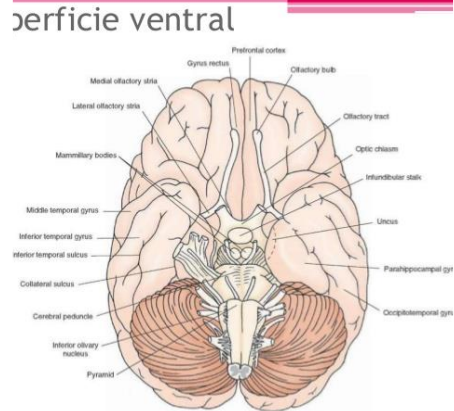


Figura #16: Vista Ventral de la Corteza Cerebral.

Fuente: <https://es.slideshare.net/Yaninin/generalidades-del-cerebro>



Figura#17 : Cara lateral del hemisferio izquierdo

Fuente: https://www.researchgate.net/figure/Figura-2-Cara-lateral-del-hemisferio-izquierdo-de-la-corteza-cerebral-humana-Se_fig1_262762229

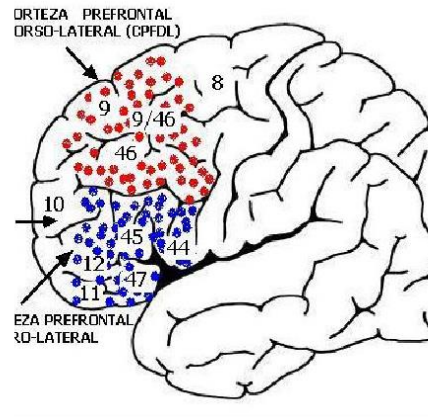


Figura #18: Nucleo del Rafe

Fuente: https://vignette.wikia.nocookie.net/infomedica/images/7/77/Figura_2_-_nucleo_ceruleus.jpg/revision/latest?cb=20091126154017&path-prefix=pt-br

Sistema de modulação difuso

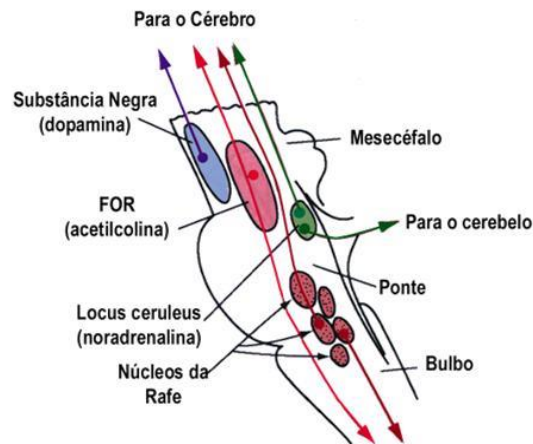
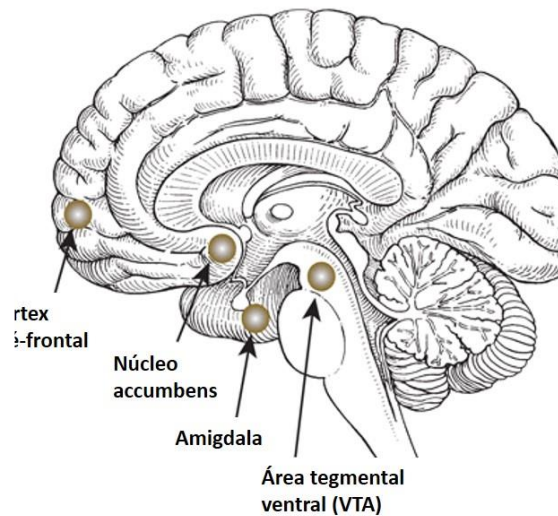


Figura #19: Area Tegmental Ventral

Fuente: <http://revistaindependientes.com/craving-cerebro-y-adiccion/nucleo-acumbens-area-tegmental-ventral-v-amigdala/>



ANEXO 8. Tablas estadísticas

Psiquiatría			
I Trimestre 2018 1 Enero a 31 Marzo			
Programados	Atendidas		Total
	Primera vez	Subsecuentes	
677	247	223	470

Psiquiatría			
II Trimestre 2018 1 Abril a 30 Junio			
Programados	Atendidas		Total
	Primera vez	Subsecuentes	
604	162	187	349

Psiquiatría			
I Semestre 2018 1 Enero a 30 Junio			
Programados	Atendidas		Total
	Primera vez	Subsecuentes	
1292	415	410	825

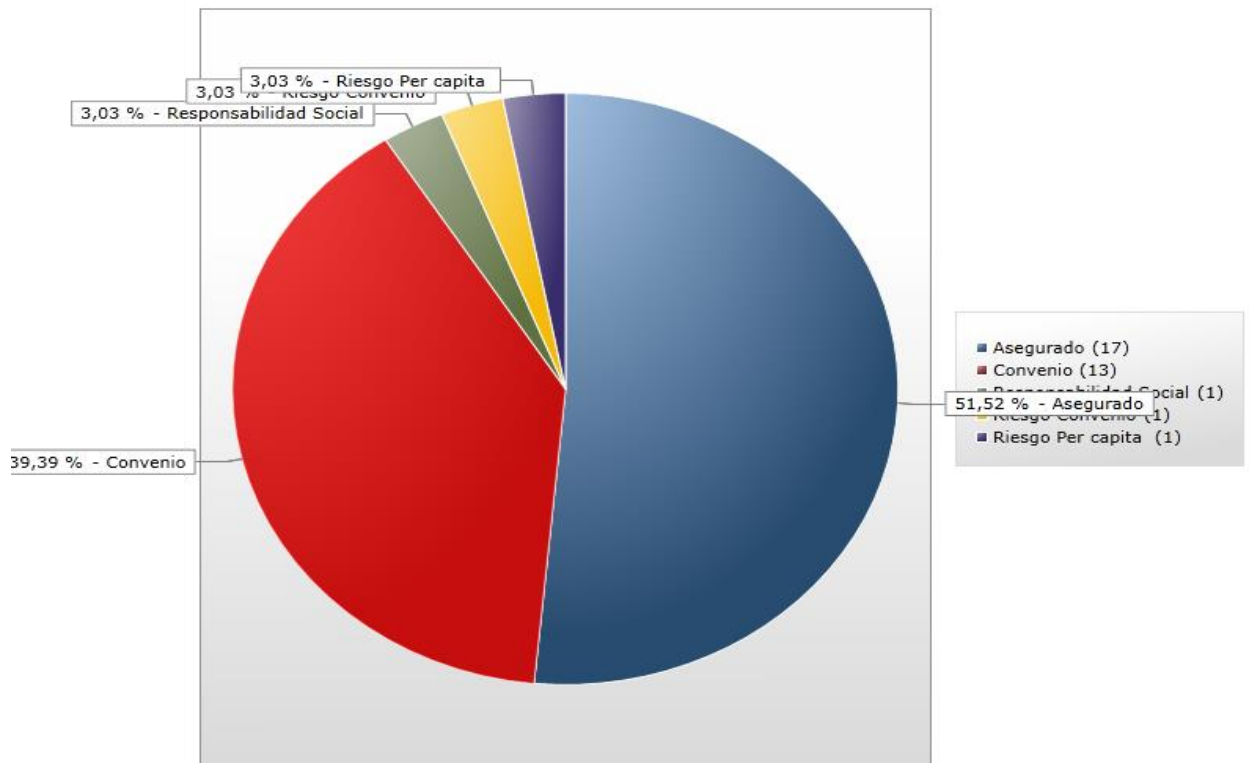
Fuente: Base de datos.

ANEXO 9. Tablas y Gráficos de frecuencia

TABLA 1. TIPO DE PACIENTES

Tipo De Paciente	Frecuencia	Porcentaje	Acumulado Porcentaje	
Asegurado	17	51,52%	51,52%	
Convenio	13	39,39%	90,91%	
Responsabilidad Social	1	3,03%	93,94%	
Riesgo Convenio	1	3,03%	96,97%	
Riesgo Per cápita	1	3,03%	100,00%	
Total	33	100,00%	100,00%	

GRAFICO 1. TIPO DE PACIENTES

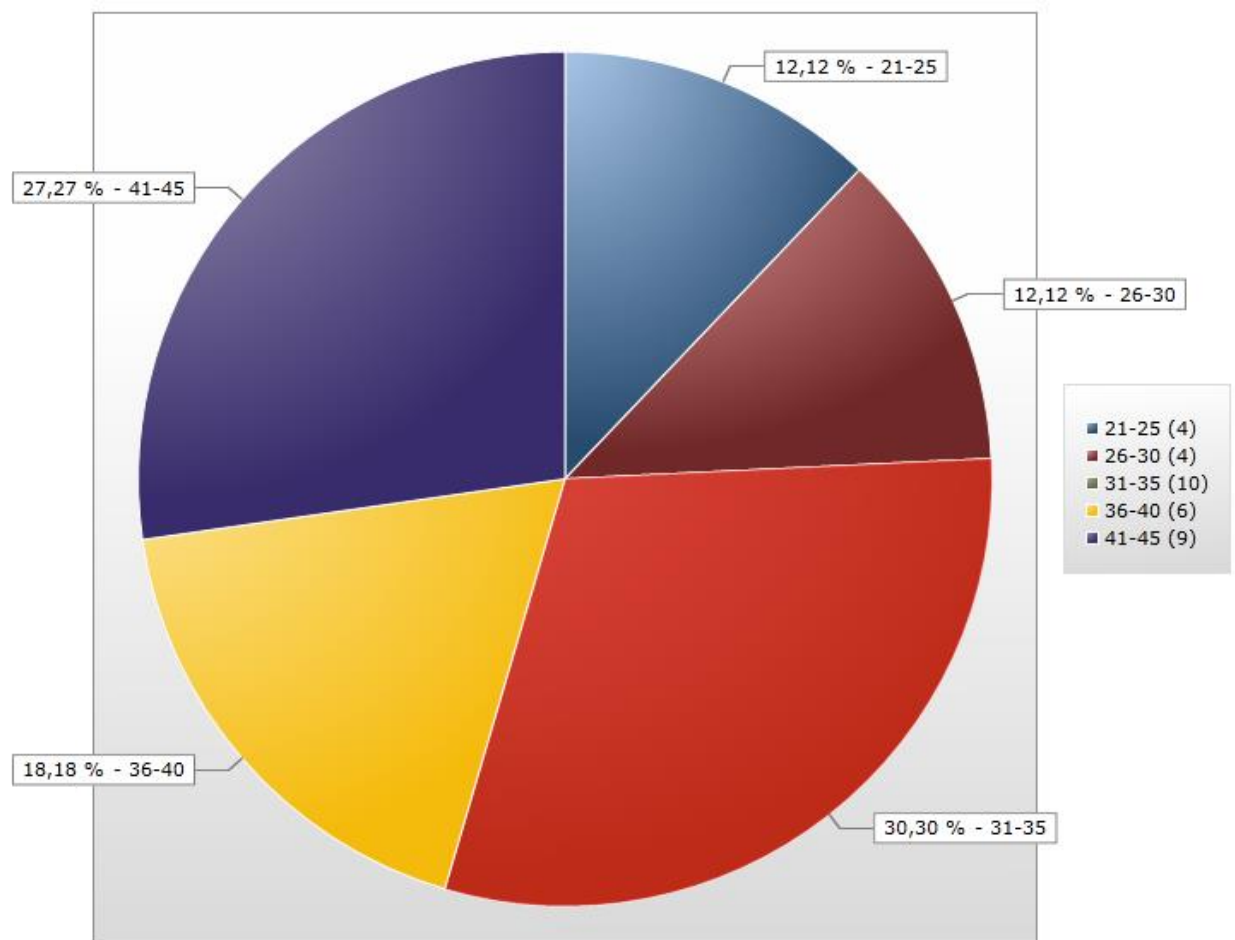


Fuente: Base de datos.

TABLA 2. PACIENTES POR GRUPO ETAREO

Edad	Frecuencia	Porcentaje	Acumulado Porcentaje	
21-25	4	12,12%	12,12%	
26-30	4	12,12%	24,24%	
31-35	10	30,30%	54,55%	
36-40	6	18,18%	72,73%	
41-45	9	27,27%	100,00%	
Total	33	100,00%	100,00%	

GRAFICO 2. PACIENTES POR GRUPO ETAREO

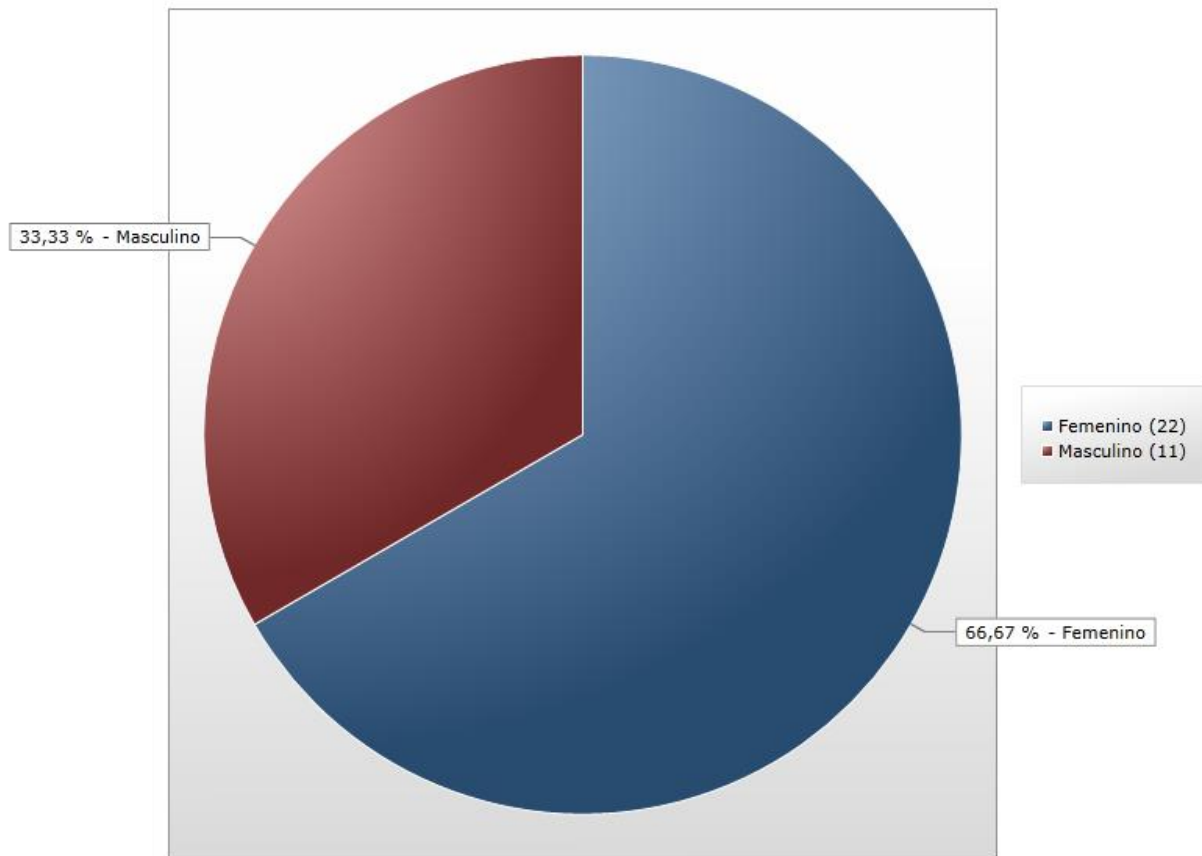


Fuente: Base de datos.

TABLA 3. PACIENTES POR SEXO.

Sexo	Frecuencia	Porcentaje	Acumulado Porcentaje	
Femenino	22	66,67%	66,67%	
Masculino	11	33,33%	100,00%	
Total	33	100,00%	100,00%	

GRAFICO 3. PACIENTES POR SEXO

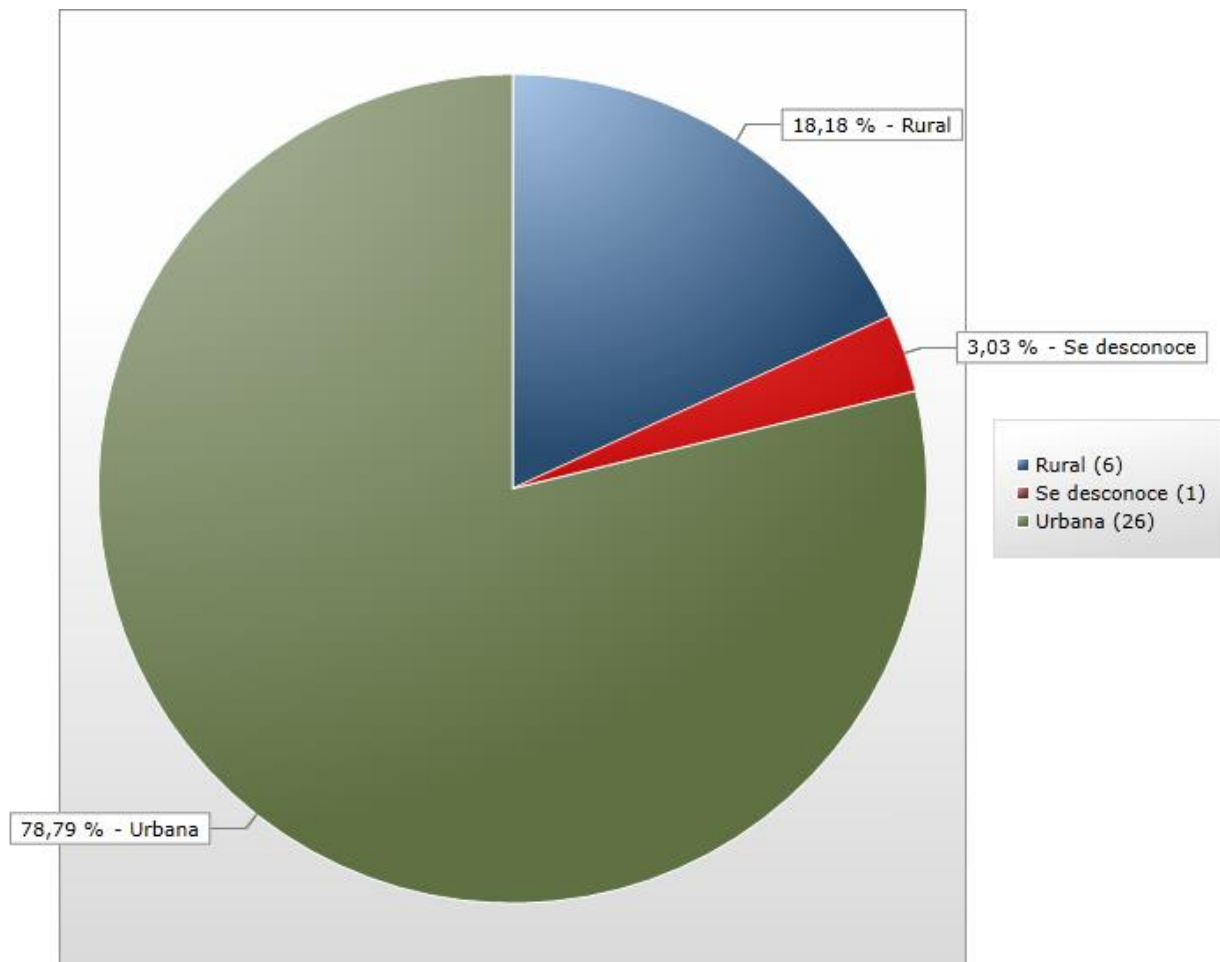


Fuente: Base de datos.

TABLA 4. PROCEDENCIA

Procedencia	Frecuencia	Porcentaje	Acumulado porcentaje	
Se desconoce	1	3,03%	3,03%	
Rural	6	18,18%	21,21%	
Urbana	26	78,79%	100,00%	
Total	33	100,00%	100,00%	

GRAFICO 4. PROCEDENCIA

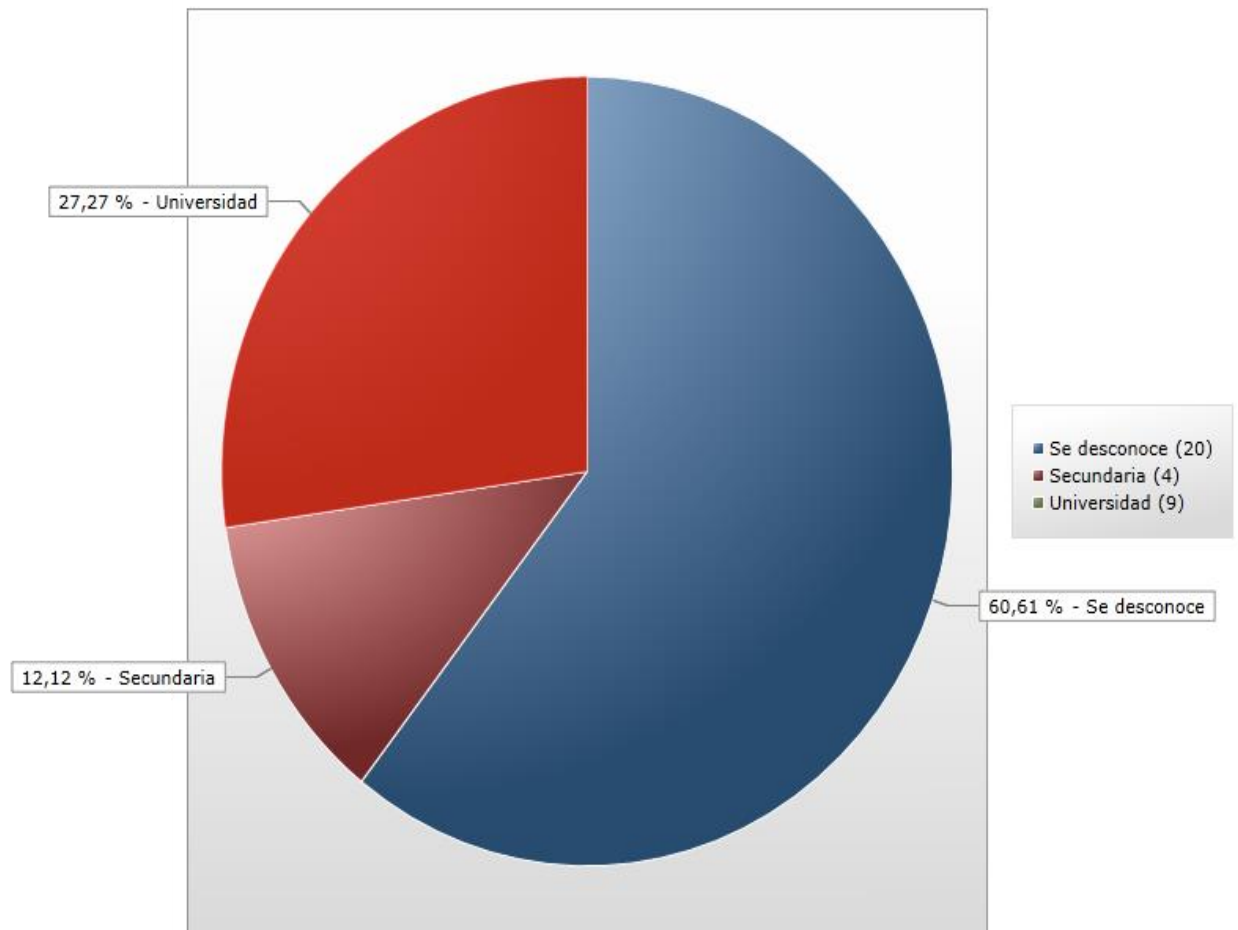


Fuente: Base de datos.

TABLA 5. ESCOLARIDAD

Escolaridad	Frecuencia	Porcentaje	Acumulado Porcentaje	
Se desconoce	20	60,61%	60,61%	
Secundaria	4	12,12%	72,73%	
Universidad	9	27,27%	100,00%	
Total	33	100,00%	100,00%	

GRAFICO 5. ESCOLARIDAD

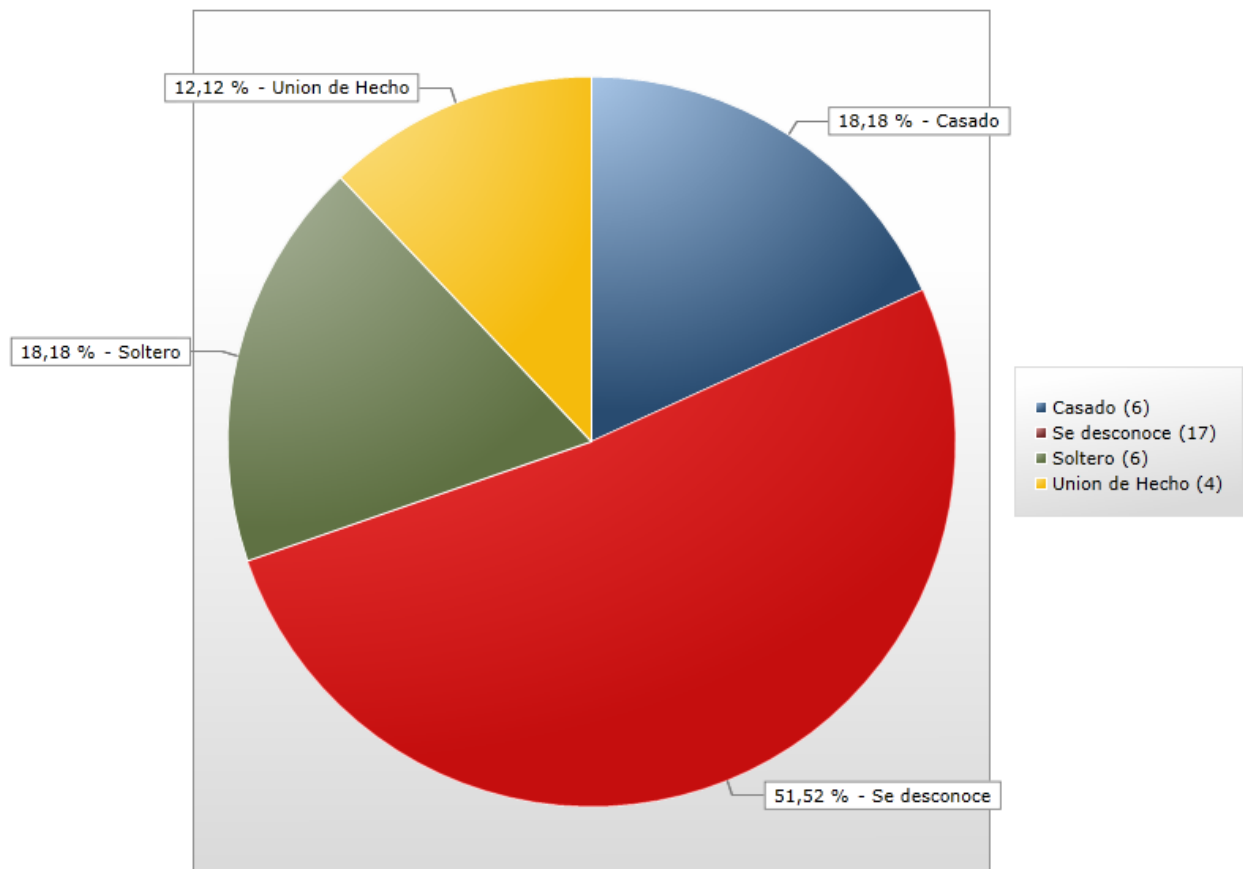


Fuente: Base de datos.

TABLA 6. ESTADO CIVIL

Estado Civil	Frecuencia	Porcentaje	Acumulado Porcentaje.	
Casado	6	18,18%	18,18%	
Se desconoce	17	51,52%	69,70%	
Soltero	6	18,18%	87,88%	
Unión de Hecho	4	12,12%	100,00%	
Total	33	100,00%	100,00%	

GRAFICO 6. ESTADO CIVIL

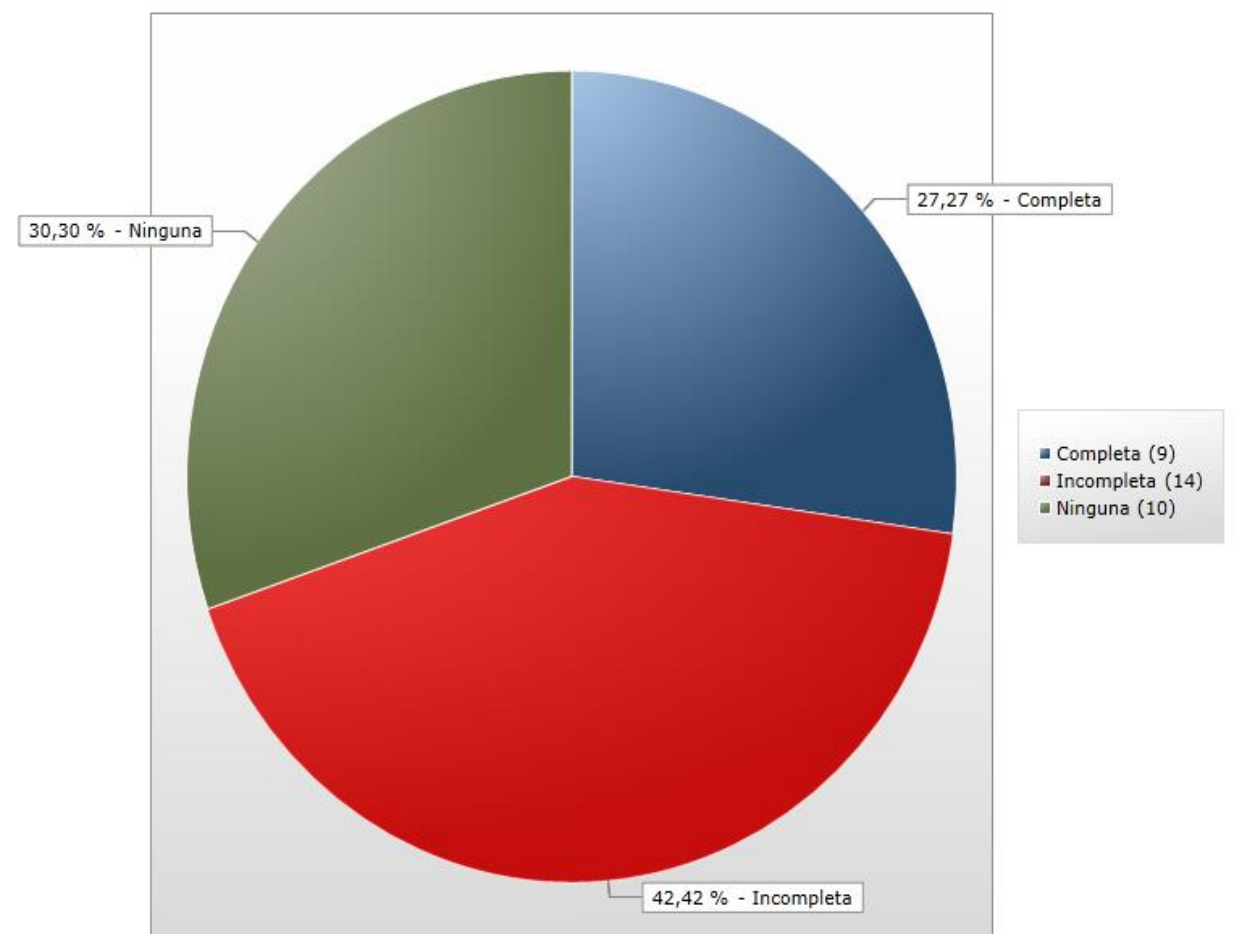


Fuente: Base de datos.

TABLA 7. HISTORIA CLÍNICA.

Historia Clínica	Frecuencia	Porcentaje	Acumulado Porcentaje	
Completa	9	27,27%	27,27%	
Incompleta	14	42,42%	69,70%	
Ninguna	10	30,30%	100,00%	
Total	33	100,00%	100,00%	

GRAFICO 7. HISTORIA CLÍNICA.



Fuente: Base de datos.

ANEXO 10. Tablas de frecuencia de antecedentes personales patológicos.

Tabla 1. DIABÉTICO

Diabético	Frecuencia	Porcentaje	Acumulado Porcentaje	
Se desconoce	14	42,42%	42,42%	
No	16	48,48%	90,91%	
Si	3	9,09%	100,00%	
Total	33	100,00%	100,00%	

Tabla 2. HIPERTENSIÓN ARTERIAL

Hipertensión Arterial	Frecuencia	Porcentaje	Acumulado Porcentaje	
Se desconoce	12	36,36%	36,36%	
No	15	45,45%	81,82%	
Si	6	18,18%	100,00%	
Total	33	100,00%	100,00%	

Tabla 3. TRASTORNOS TIROIDEOS

Trastornos Tiroideo	Frecuencia	Porcentaje	Acumulado Porcentaje	
Se desconoce	15	45,45%	45,45%	
No	16	48,48%	93,94%	
Si	2	6,06%	100,00%	
Total	33	100,00%	100,00%	

Fuente: Base de datos.

Tabla 4. ARTRITIS REUMATOIDE

Artritis Reumatoide	Frecuencia	Porcentaje	Acumulado Porcentaje	
Se desconoce	16	48,48%	48,48%	
No	17	51,52%	100,00%	
Total	33	100,00%	100,00%	

Tabla 5. AMPUTADOS

Amputados	Frecuencia	Porcentaje	Acumulado Porcentaje	
Se desconoce	9	27,27%	27,27%	
Ninguna	24	72,73%	100,00%	
Total	33	100,00%	100,00%	

Fuente: Base de datos.

ANEXO 11. Tablas de frecuencia de antecedentes personales no patológicos.

Tabla 1. TABACO

Tabaco	Frecuencia	Porcentaje	Acumulado Porcentaje	
Se desconoce	16	48,48%	48,48%	
No	15	45,45%	93,94%	
Si	2	6,06%	100,00%	
Total	33	100,00%	100,00%	

Tabla 2. ALCOHOL

Alcohol	Frecuencia	Porcentaje	Acumulado. Porcentaje	
Se desconoce	15	45,45%	45,45%	
No	11	33,33%	78,79%	
Si	7	21,21%	100,00%	
Total	33	100,00%	100,00%	

Tabla 3. DROGAS

Drogas	Frecuencia	Porcentaje	Acumulado Porcentaje	
Se desconoce	20	60,61%	60,61%	
No	11	33,33%	93,94%	
Si	2	6,06%	100,00%	
Total	33	100,00%	100,00%	

Fuente: Base de datos.

Tabla 4. DEPORTES

Deportes	Frecuencia	Porcentaje	Acumulado Porcentaje	
Se desconoce	31	93,94%	93,94%	
No	2	6,06%	100,00%	
Total	33	100,00%	100,00%	

Tabla 5. CAFÉ

Café	Frecuencia	Porcentaje	Acumulado Porcentaje	
Se desconoce	32	96,97%	96,97%	
Si	1	3,03%	100,00%	
Total	33	100,00%	100,00%	

Tabla 6. MEDICAMENTO

Medicamento	Frecuencia	Porcentaje	Acumulado Porcentaje	
No	1	3,03%	3,03%	
Si	32	96,97%	100,00%	
Total	33	100,00%	100,00%	

Fuente: Base de datos.

ANEXO 12. Tablas de síntomas.

Tabla 1. SENTIMIENTO DE FRACASO.

Sentimiento de Fracaso	Frecuencia	Porcentaje	Acumulado Porcentaje	
Se desconoce	4	12,12%	12,12%	
No	1	3,03%	15,15%	
Si	28	84,85%	100,00%	
Total	33	100,00%	100,00%	

Tabla 2. TRISTEZA

Tristeza	Frecuencia	Porcentaje	Acumulado Porcentaje	
Se desconoce	1	3,03%	3,03%	
Si	32	96,97%	100,00%	
Total	33	100,00%	100,00%	

Tabla 3. PESIMISMO.

Pesimismo	Frecuencia	Porcentaje	Acumulado Porcentaje	
Se desconoce	3	9,09%	9,09%	
No	2	6,06%	15,15%	
Si	28	84,85%	100,00%	
Total	33	100,00%	100,00%	

Fuente: Base de datos

Tabla 4. INSATISFACCIÓN.

Insatisfacción	Frecuencia	Porcentaje	Acumulado Porcentaje	
Se desconoce	7	21,21%	21,21%	
No	1	3,03%	24,24%	
Si	25	75,76%	100,00%	
Total	33	100,00%	100,00%	

Tabla 5. CULPA.

Culpa	Frecuencia	Porcentaje	Acumulado Porcentaje	
Se desconoce	25	75,76%	75,76%	
Si	8	24,24%	100,00%	
Total	33	100,00%	100,00%	

Tabla 6. AUTO DESPRECIO.

Auto despreció	Frecuencia	Porcentaje	Acumulado Porcentaje	
No	2	6,06%	6,06%	
Se desconoce	11	33,33%	39,39%	
Si	20	60,61%	100,00%	
Total	33	100,00%	100,00%	

Fuente: Base de datos.

Tabla 7. AUTO ACUSACIÓN.

Auto acusación	Frecuencia	Porcentaje	Acumulado Porcentaje	
Se desconoce	18	54,55%	54,55%	
No	1	3,03%	57,58%	
Si	14	42,42%	100,00%	
Total	33	100,00%	100,00%	

Tabla 8. INTENTO SUICIDIO.

Intento Suicidio	Frecuencia	Porcentaje	Acumulado porcentaje	
Se desconoce	23	69,70%	69,70%	
Si	10	30,30%	100,00%	
Total	33	100,00%	100,00%	

Tabla 9. INSOMNIO.

Insomnio	Frecuencia	Porcentaje	Acumulado Porcentaje	
Se desconoce	1	3,03%	3,03%	
Si	32	96,97%	100,00%	
Total	33	100,00%	100,00%	

Fuente: Base de datos.

Tabla 10. LLANTO FÁCIL.

Llanto Fácil	Frecuencia	Porcentaje	Acumulado Porcentaje	
Se desconoce	11	33,33%	33,33%	
Si	22	66,67%	100,00%	
Total	33	100,00%	100,00%	

Tabla 11. PÉRDIDA DE PESO.

Perdida de Peso	Frecuencia	Porcentaje	Acumulado Porcentaje	
Se desconoce	22	66,67%	66,67%	
No	8	24,24%	90,91%	
Si	3	9,09%	100,00%	
Total	33	100,00%	100,00%	

Tabla 12. IRRITABILIDAD

Irritabilidad	Frecuencia	Porcentaje	Acumulado Porcentaje	
Se desconoce	1	3,03%	3,03%	
No	2	6,06%	9,09%	
Si	30	90,91%	100,00%	
Total	33	100,00%	100,00%	

Fuente: Base de datos.

Tabla 13. RETIRADA SOCIAL

Retirada Social	Frecuencia	Porcentaje	Acumulado Porcentaje	
Se desconoce	18	54,55%	54,55%	
No	1	3,03%	57,58%	
Si	14	42,42%	100,00%	
Total	33	100,00%	100,00%	

Tabla 14. ANSIEDAD

Ansiedad	Frecuencia	Porcentaje	Acumulado Porcentaje	
Si	33	100,00%	100,00%	
Total	33	100,00%	100,00%	

Tabla 15. INDECISIONES

Indecisiones	Frecuencia	Porcentaje	Acumulado Porcentaje	
Se desconoce	4	12,12%	12,12%	
No	2	6,06%	18,18%	
Si	27	81,82%	100,00%	
Total	33	100,00%	100,00%	

Fuente: Base de datos.

Tabla 16. CAMBIOS DE IMAGEN CORPORAL

Cambios de Imagen Corporal	Frecuencia	Porcentaje	Acumulado Porcentaje	
Se desconoce	28	84,85%	84,85%	
Si	5	15,15%	100,00%	
Total	33	100,00%	100,00%	

Tabla 17. ENLENTECIMIENTO

Enlentecimiento	Frecuencia	Porcentaje	Acumulado Porcentaje	
Se desconoce	11	33,33%	33,33%	
Si	22	66,67%	100,00%	
Total	33	100,00%	100,00%	

Tabla 18. FATIGABILIDAD

Fatigabilidad	Frecuencia	porcentaje	Acumulado Porcentaje	
Se desconoce	1	3,03%	3,03%	
Si	32	96,97%	100,00%	
Total	33	100,00%	100,00%	

Fuente: Base de datos.

Tabla 19. PÉRDIDA DE APETITO

Perdida de Apetito	Frecuencia	Porcentaje	Acumulado Porcentaje	
No	4	12,12%	12,12%	
Se desconoce	15	45,45%	57,58%	
Si	14	42,42%	100,00%	
Total	33	100,00%	100,00%	

Tabla 20. PREOCUPACIONES SOMÁTICAS

Preocupaciones Somáticas	Frecuencia	Porcentaje	Acumulado Porcentaje	
Se desconoce	20	60,61%	60,61%	
No	1	3,03%	63,64%	
Si	12	36,36%	100,00%	
Total	33	100,00%	100,00%	

Tabla 21. BAJO NIVEL DE ENERGÍA

Bajo Nivel de Energía	Frecuencia	Porcentaje	Acumulado Porcentaje	
Se desconoce	9	27,27%	27,27%	
Si	24	72,73%	100,00%	
Total	33	100,00%	100,00%	

Fuente: Base de datos.

Tabla 22. Frecuencia de Síntomas

Frecuencia de los Síntomas	Frecuencia	Porcentaje	Acumulado Porcentaje	
10 a 14 Síntomas	17	51,52%	51,52%	
15 a más Síntomas	12	36,36%	87,88%	
6 a 9 Síntomas	4	12,12%	100,00%	
Total	33	100,00%	100,00%	

Fuente: Base de datos.

ANEXO 13 Tablas y Gráficos de síntomas según el sexo

TABLA 1. Sentimiento de Fracaso – Femenino

Sentimiento de Fracaso	Frecuencia	Porcentaje	Acumulado Porcentaje	
Se desconoce	4	18,18%	18,18%	
Si	18	81,82%	100,00%	
Total	22	100,00%	100,00%	

TABLA 2. Sentimiento de Fracaso – Masculino

Sentimiento de Fracaso	Frecuencia	Porcentaje	Acumulado Porcentaje	
No	1	9,09%	9,09%	
Si	10	90,91%	100,00%	
Total	11	100,00%	100,00%	

Fuente: Base de datos.

GRAFICO Sentimiento de Fracaso – Femenino

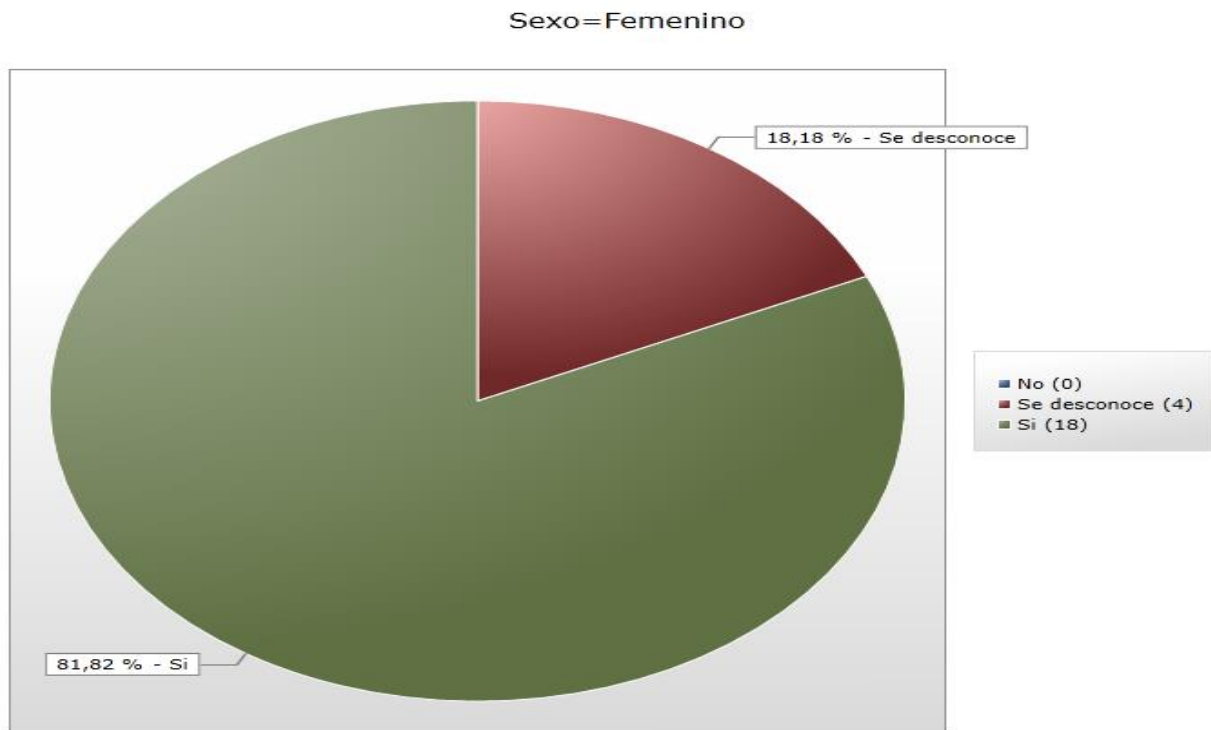
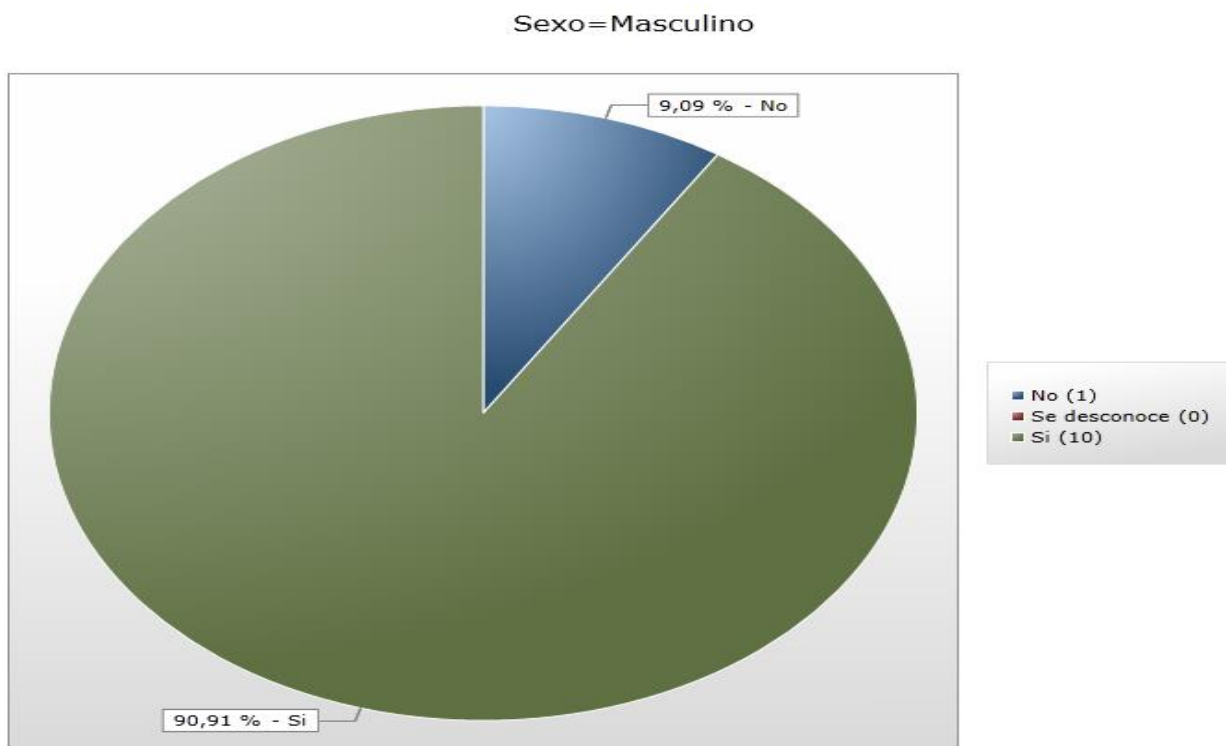
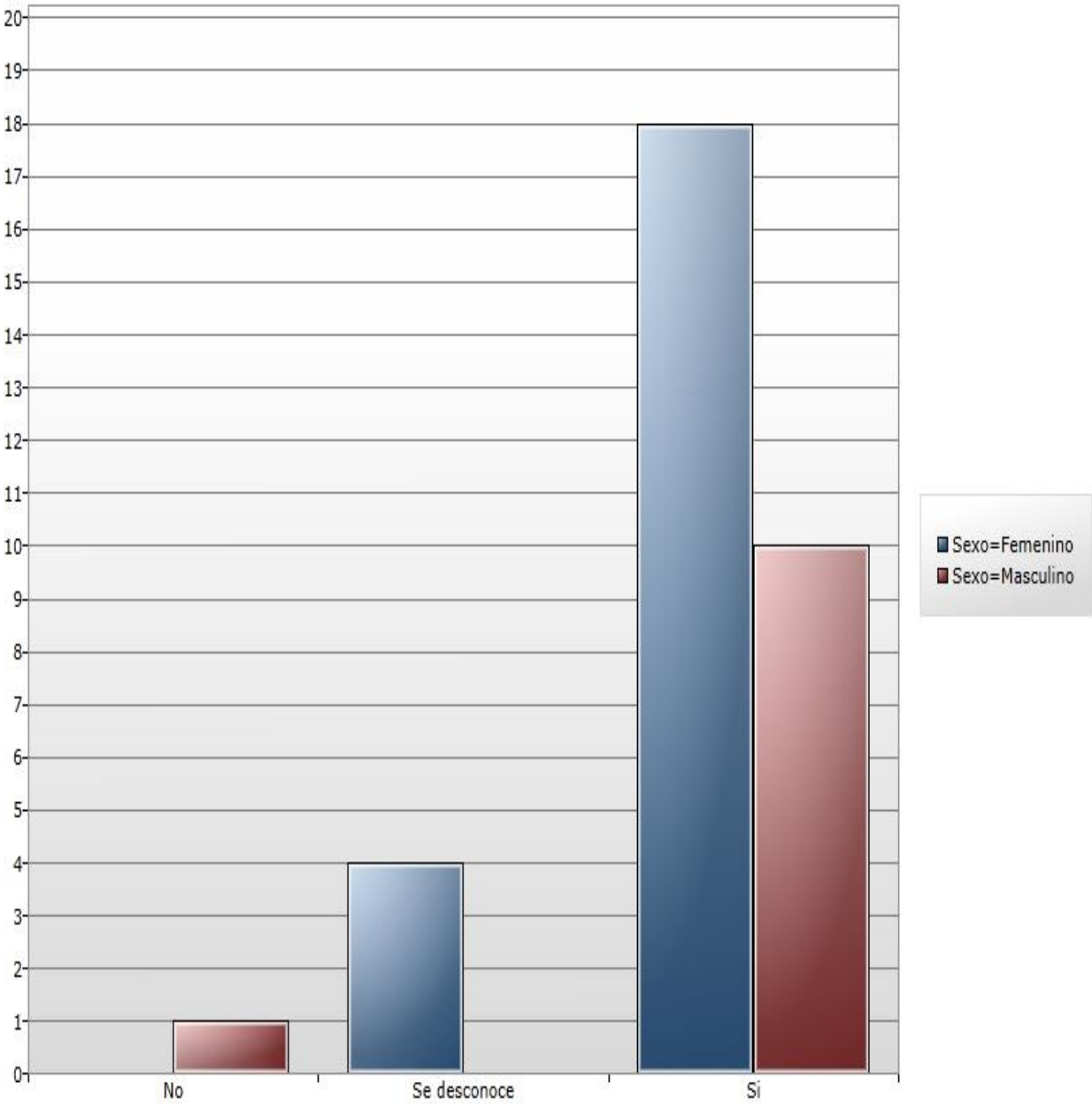


GRAFICO Sentimiento de Fracaso – Masculino



Fuente: Base de datos.

Sentimiento de Fracaso/ Sexo



Fuente: Base de datos.

TABLA 3. Tristeza – Femenino

Tristeza	Frecuencia	Porcentaje	Acumulado Porcentaje	
Si	22	100,00%	100,00%	
Total	22	100,00%	100,00%	

TABLA 4. Tristeza – Masculino

Tristeza	Frecuencia	Porcentaje	Acumulado Porcentaje	
Se desconoce	1	9,09%	9,09%	
Si	10	90,91%	100,00%	
Total	11	100,00%	100,00%	

Fuente: Base de datos.

GRAFICO. Tristeza – Femenino

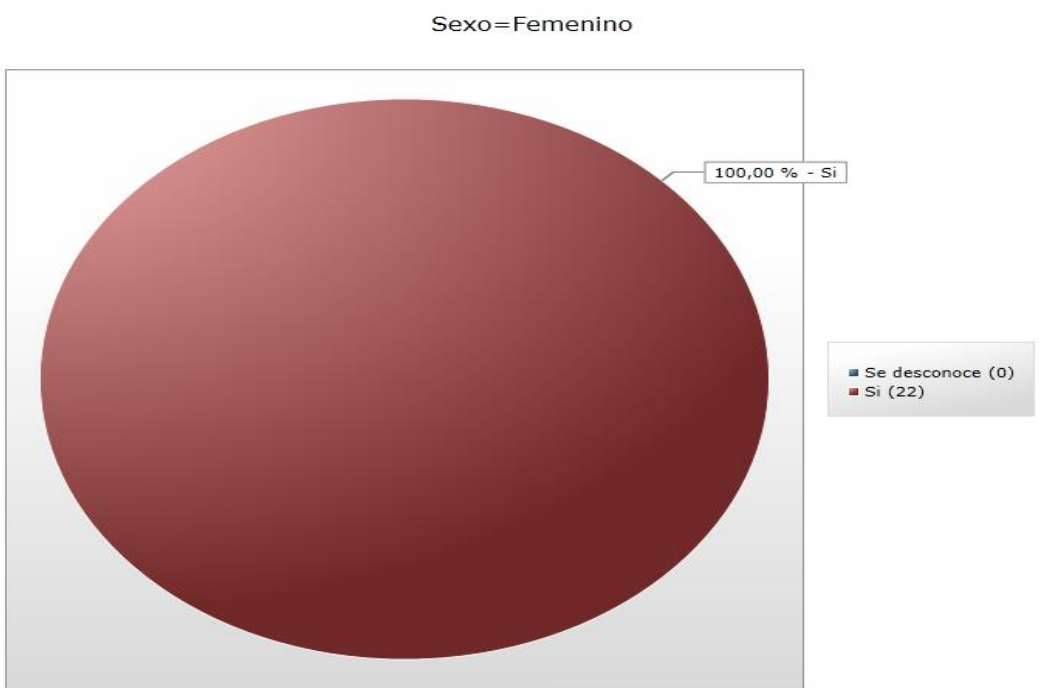
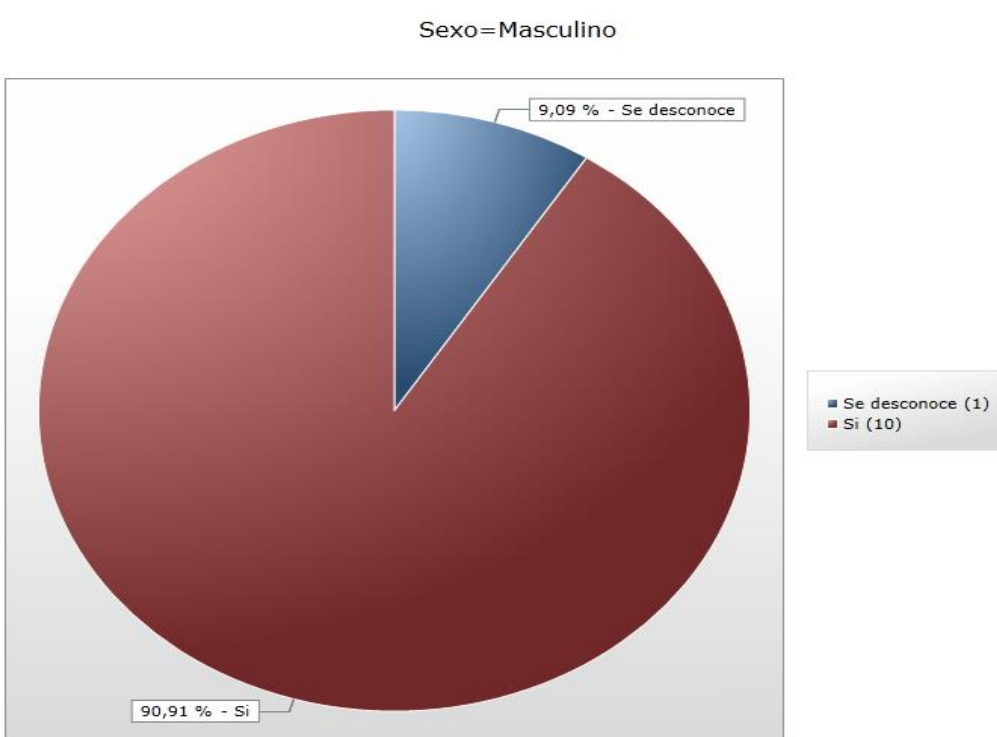


GRAFICO. Tristeza – Masculino



Fuente: Base de datos.

TABLA 5. Pesimismo – Femenino

Pesimismo	Frecuencia	Porcentaje	Acumulado Porcentaje	
No	2	9,09%	9,09%	
Se desconoce	3	13,64%	22,73%	
Si	17	77,27%	100,00%	
Total	22	100,00%	100,00%	

TABLA 6. Pesimismo – Masculino

Pesimismo	Frecuencia	Porcentaje	Acumulado Porcentaje	
Si	11	100,00%	100,00%	
Total	11	100,00%	100,00%	

Fuente: Base de datos.

GRAFICO Pesimismo – Femenino

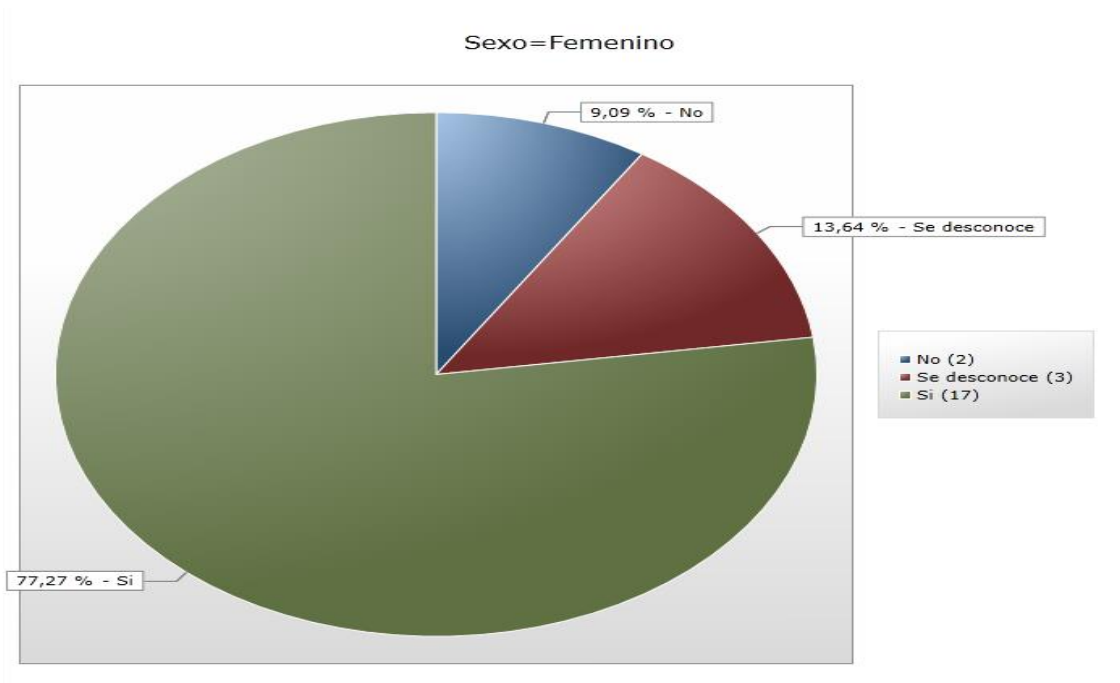
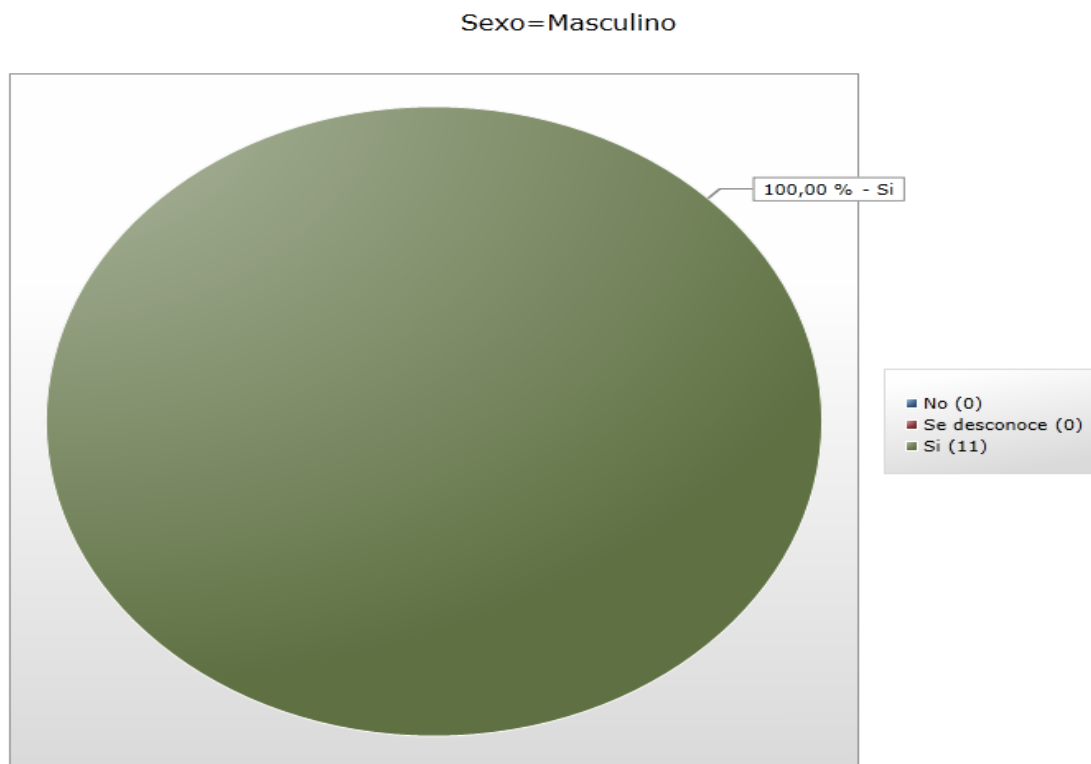


GRAFICO Pesimismo – Masculino



Fuente: Base de datos.

TABLA 7. Insatisfacción – Femenino

Insatisfacción	Frecuencia	Porcentaje	Acumulado Porcentaje	
Se desconoce	7	31,82%	31,82%	
Si	15	68,18%	100,00%	
Total	22	100,00%	100,00%	

TABLA 8. Insatisfacción – Masculino

Insatisfacción	Frecuencia	Porcentaje	Acumulado Porcentaje	
No	1	9,09%	9,09%	
Si	10	90,91%	100,00%	
Total	11	100,00%	100,00%	

Fuente: Base de datos.

GRAFICO Insatisfacción – Femenino

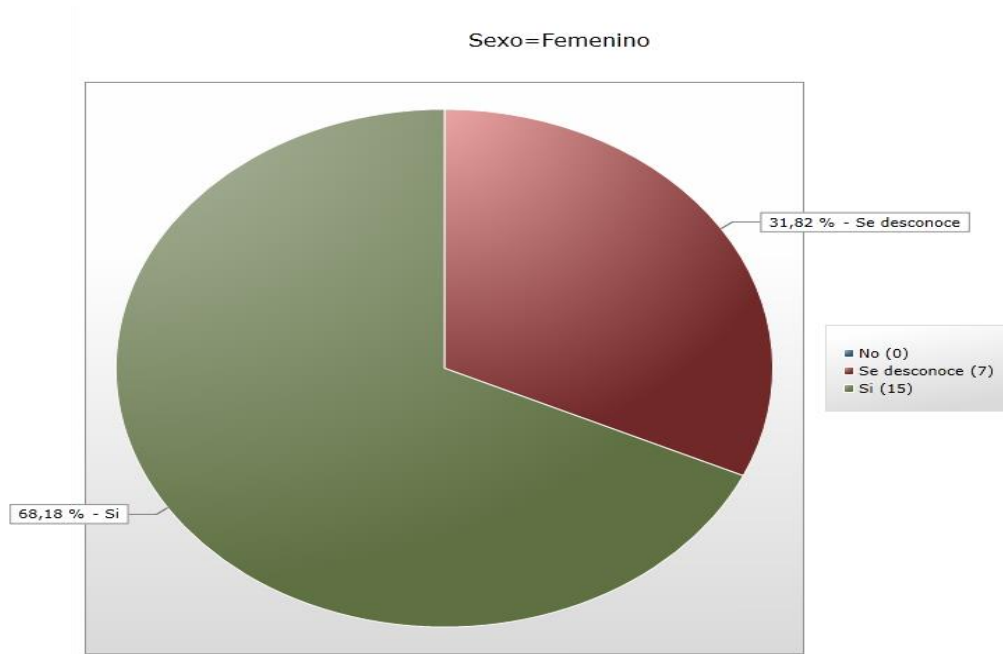
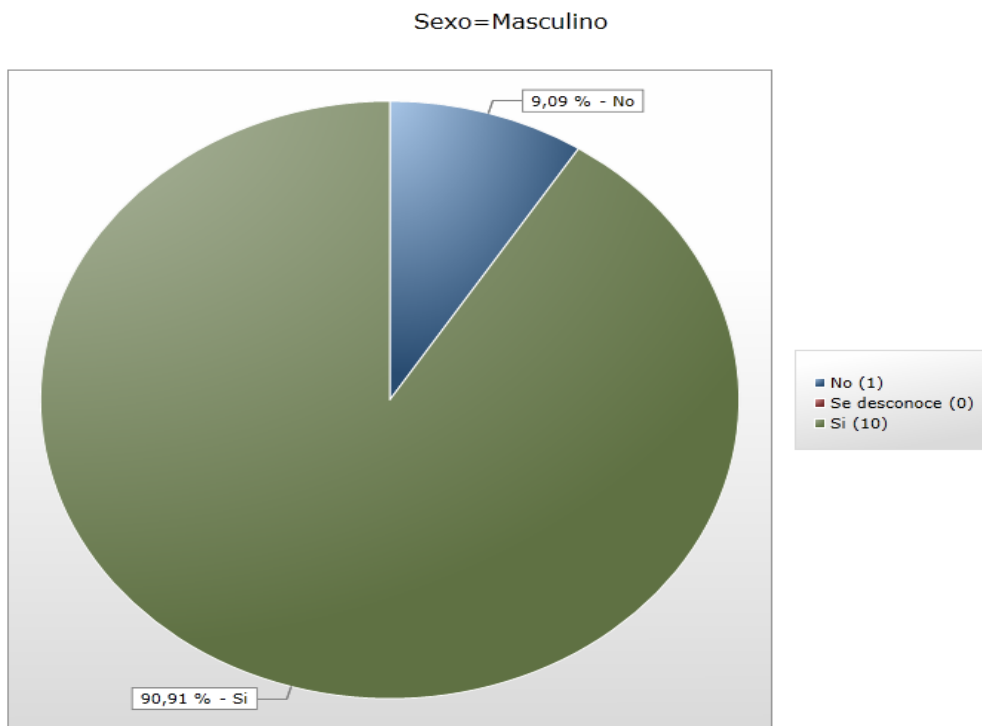


GRAFICO Insatisfacción – Masculino



Fuente: Base de datos.

TABLA 9. Culpa – Femenino

Culpa	Frecuencia	Porcentaje	Acumulado Porcentaje	
Se desconoce	17	77,27%	77,27%	
Si	5	22,73%	100,00%	
Total	22	100,00%	100,00%	

TABLA 10. Culpa – Masculino

Culpa	Frecuencia	Porcentaje	Acumulado Porcentaje	
Se desconoce	8	72,73%	72,73%	
Si	3	27,27%	100,00%	
Total	11	100,00%	100,00%	

Fuente: Base de datos.

GRAFICO. Culpa – Femenino

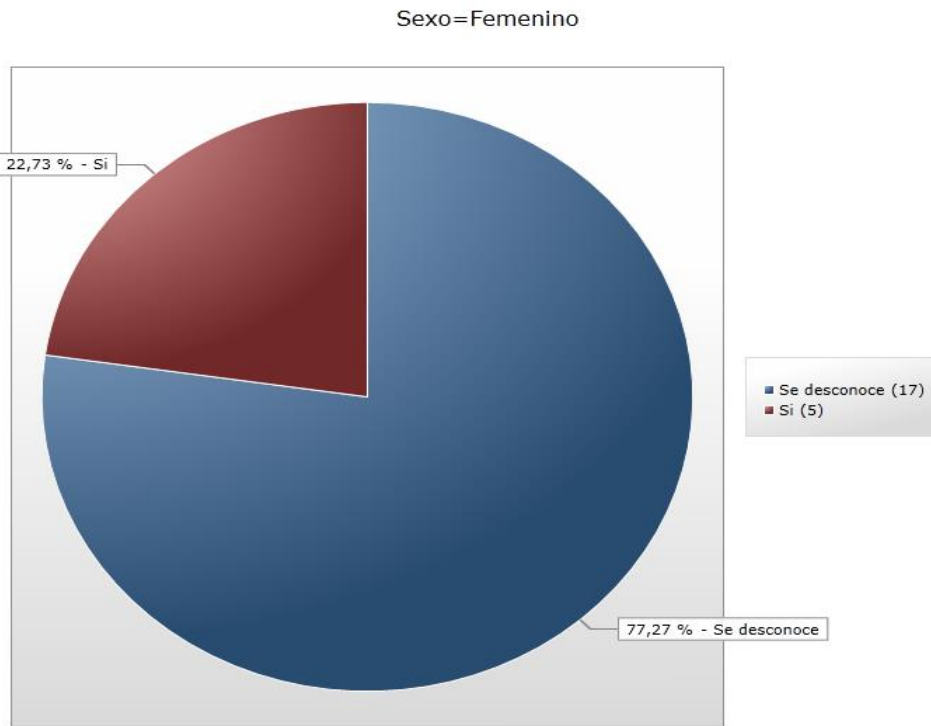
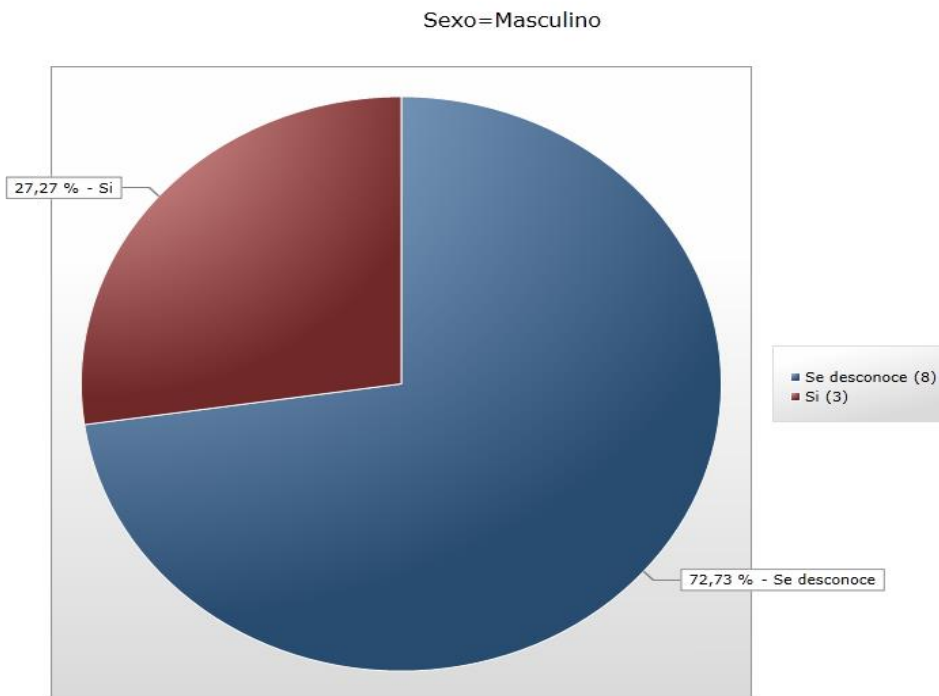


GRAFICO. Culpa – Masculino



Fuente: Base de datos.

TABLA 11. Auto despreció – Femenino

Auto despreció	Frecuencia	Porcentaje	Acumulado Porcentaje	
Se desconoce	6	27,27%	27,27%	
Si	16	72,73%	100,00%	
Total	22	100,00%	100,00%	

TABLA 12. Auto despreció – Masculino

Auto despreció	Frecuencia	Porcentaje	Acumulado Porcentaje	
No	2	18,18%	18,18%	
Se desconoce	5	45,45%	63,64%	
Si	4	36,36%	100,00%	
Total	11	100,00%	100,00%	

Fuente: Base de datos.

GRAFICO. Auto despreció – Femenino

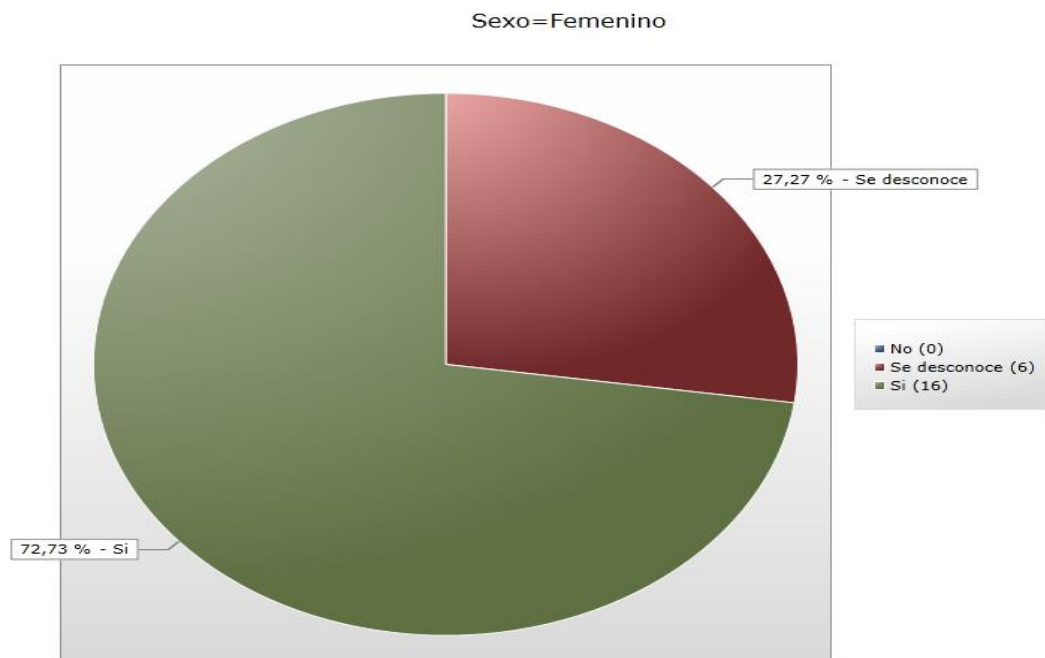
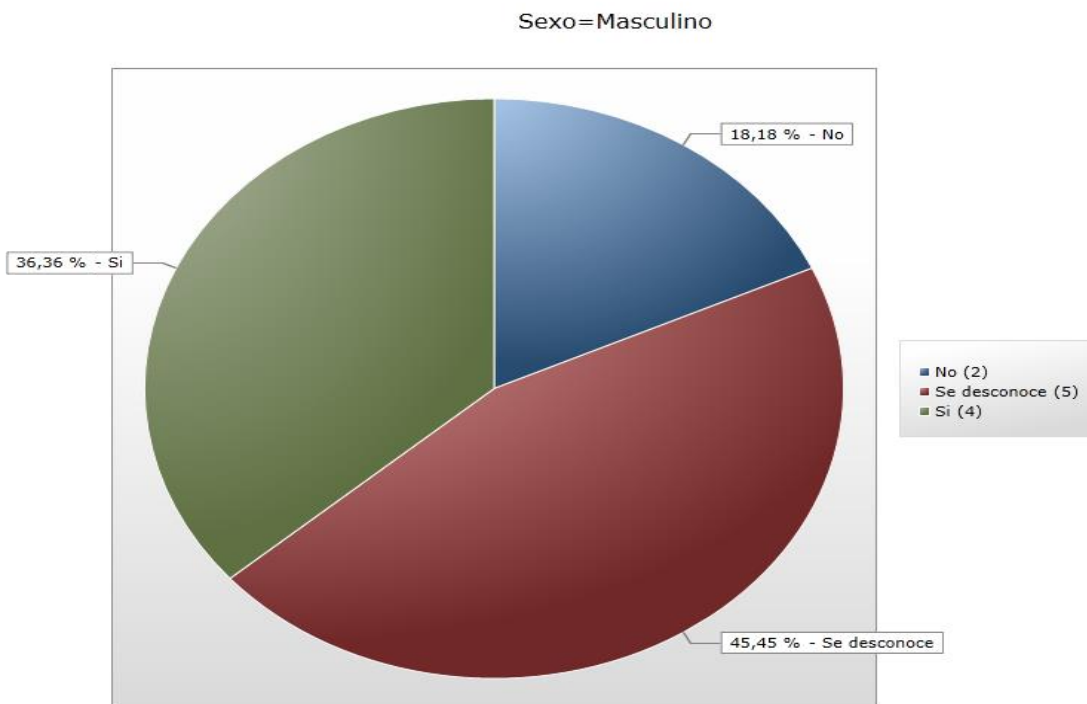


GRAFICO. Auto despreció – Masculino



Fuente: Base de datos.

TABLA 13. Auto acusación – Femenino

Autoacusación	Frecuencia	Porcentaje	Acumulado Porcentaje	
Se desconoce	11	50,00%	50,00%	
Si	11	50,00%	100,00%	
Total	22	100,00%	100,00%	

TABLA 14. Auto acusación – Masculino

Autoacusación	Frecuencia	Porcentaje	Acumulado Porcentaje	
No	1	9,09%	9,09%	
Se desconoce	7	63,64%	72,73%	
Si	3	27,27%	100,00%	
Total	11	100,00%	100,00%	

Fuente: Base de datos.

GRAFICO. Auto acusación – Femenino

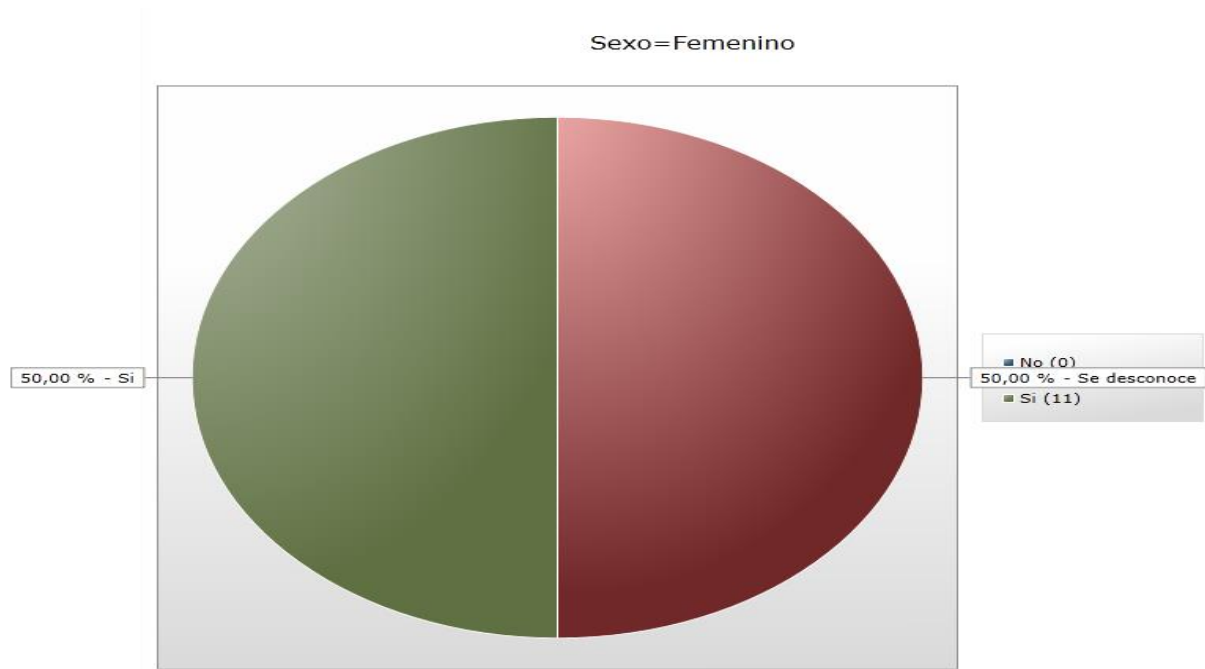
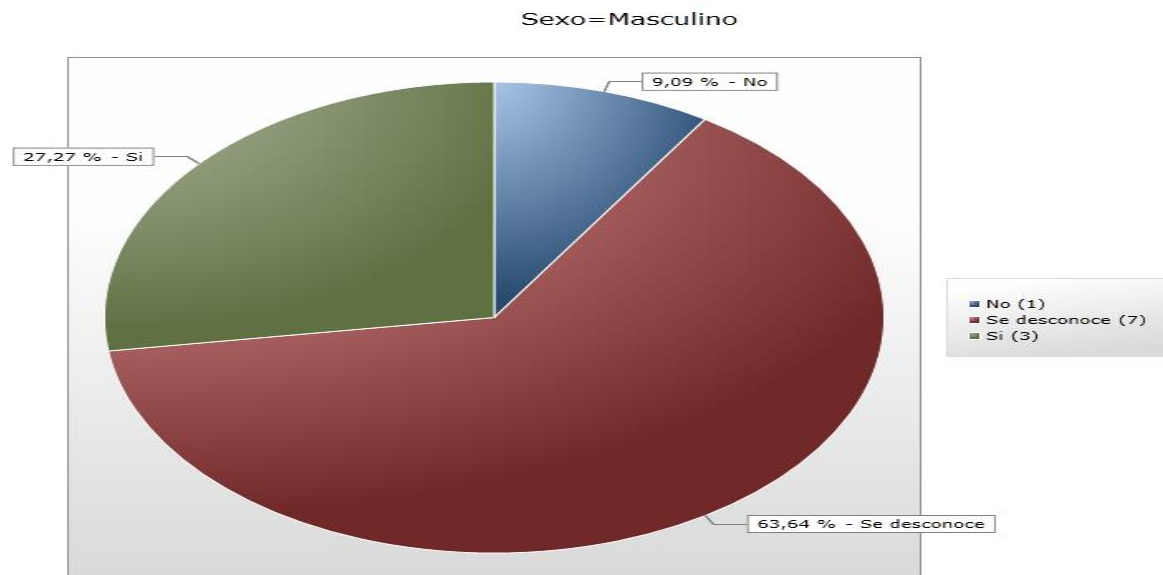


GRAFICO. Auto acusación – Masculino



Fuente: Base de datos.

TABLA 15. Intento Suicidio – Femenino

Intento Suicidio	Frecuencia	Porcentaje	Acumulado Porcentaje	
Se desconoce	16	72,73%	72,73%	
Si	6	27,27%	100,00%	
Total	22	100,00%	100,00%	

TABLA 16. Intento Suicidio – Masculino

Intento Suicidio	Frecuencia	Porcentaje	Acumulado Porcentaje	
Se desconoce	7	63,64%	63,64%	
Si	4	36,36%	100,00%	
Total	11	100,00%	100,00%	

Fuente: Base de datos.

GRAFICO. Intento Suicidio – Femenino

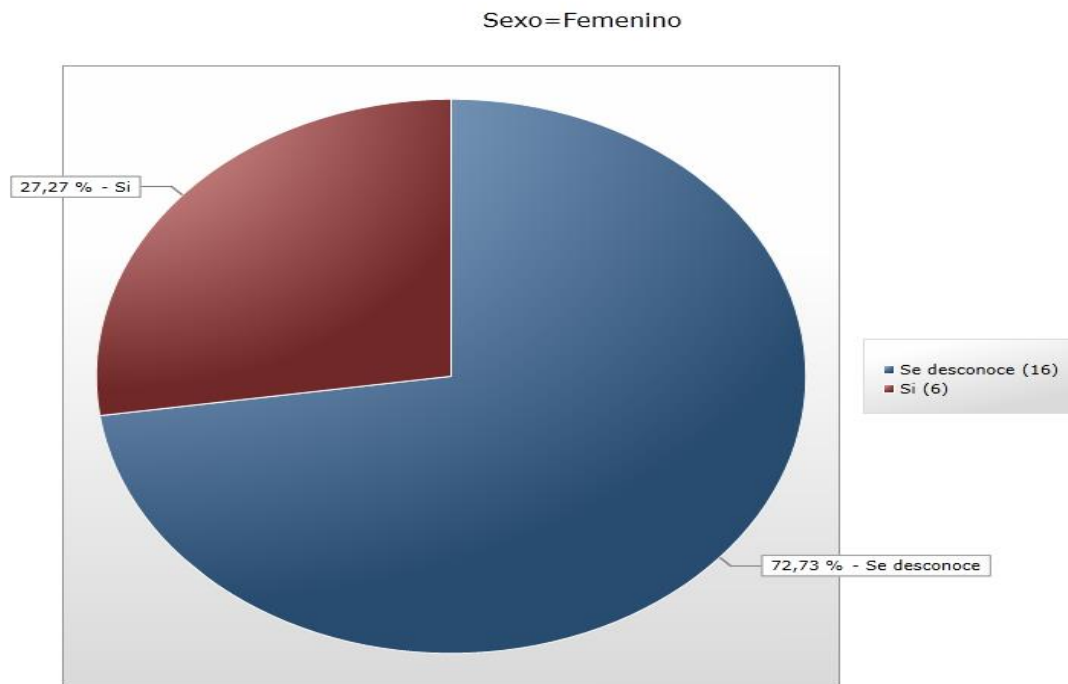
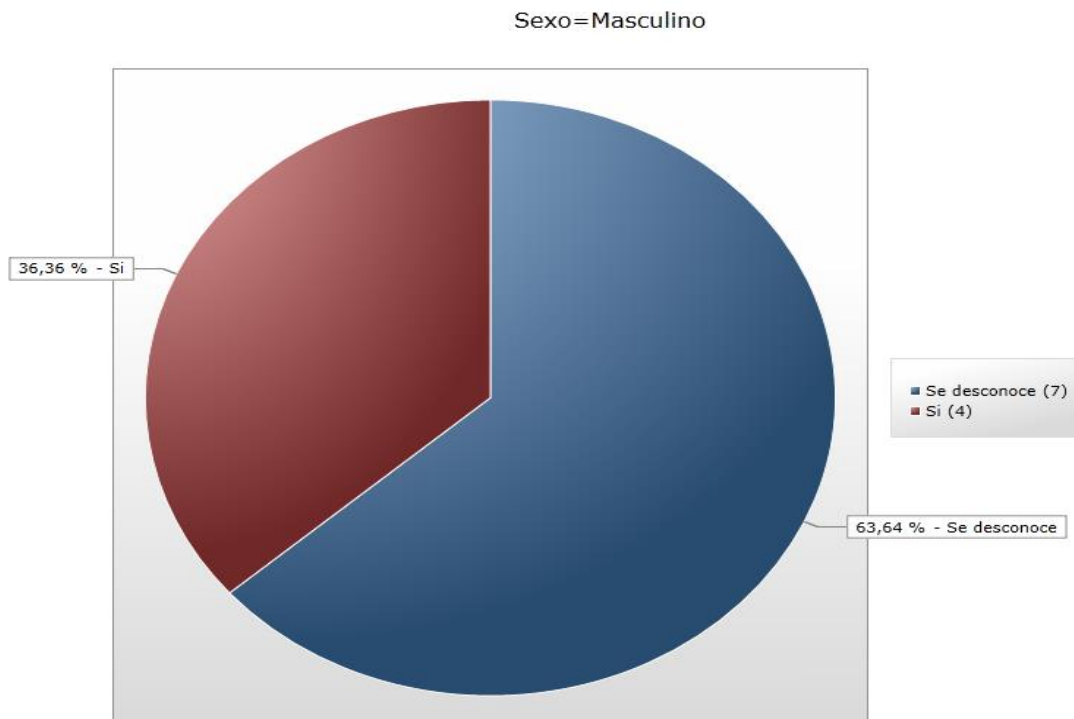


GRAFICO. Intento Suicidio – Masculino



Fuente: Base de datos.

TABLA 17. Insomnio – Femenino

Insomnio	Frecuencia	Porcentaje	Acumulado Porcentaje	
Se desconoce	1	4,55%	4,55%	
Si	21	95,45%	100,00%	
Total	22	100,00%	100,00%	

TABLA 18. Insomnio – Masculino

Insomnio	Frecuencia	Porcentaje	Acumulado Porcentaje	
Si	11	100,00%	100,00%	
Total	11	100,00%	100,00%	

Fuente: Base de datos.

GRAFICO. Insomnio – Femenino

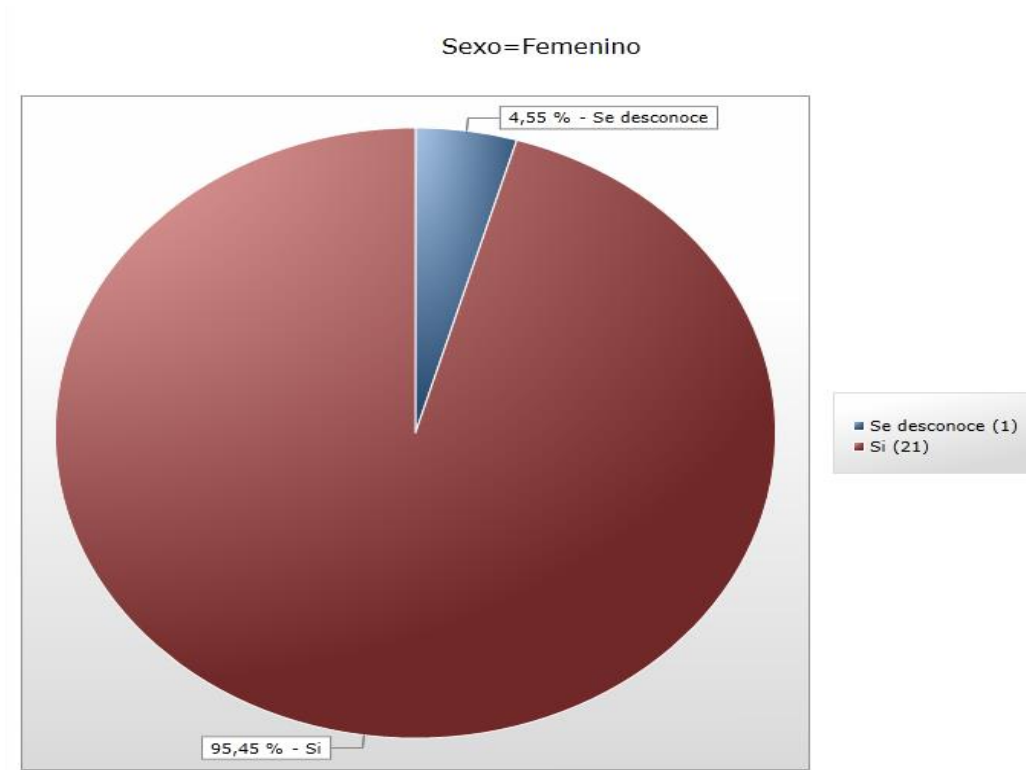
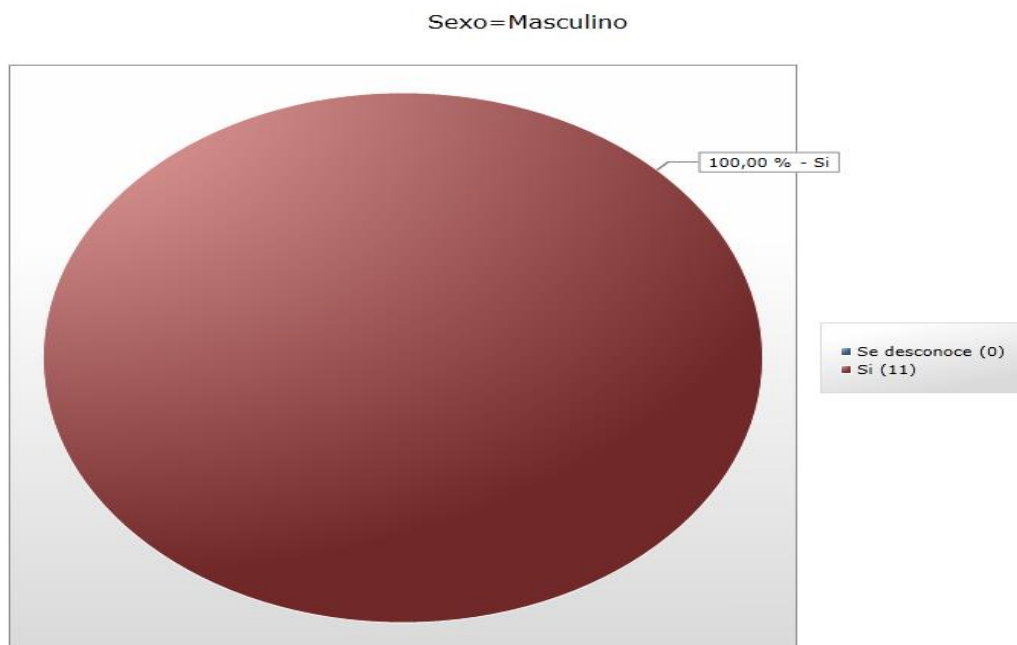


GRAFICO. Insomnio – Masculino



Fuente: Base de datos.

TABLA 19. Llanto Fácil – Femenino

Llanto Fácil	Frecuencia	Porcentaje	Acumulado. Porcentaje	
Se desconoce	5	22,73%	22,73%	
Si	17	77,27%	100,00%	
Total	22	100,00%	100,00%	

TABLA 20. Llanto Fácil – Masculino

Llanto Fácil	Frecuencia	Porcentaje	Acum. Porcentaje.	
Se desconoce	6	54,55%	54,55%	
Si	5	45,45%	100,00%	
Total	11	100,00%	100,00%	

Fuente: Base de datos.

GRAFICO. Llanto Fácil – Femenino

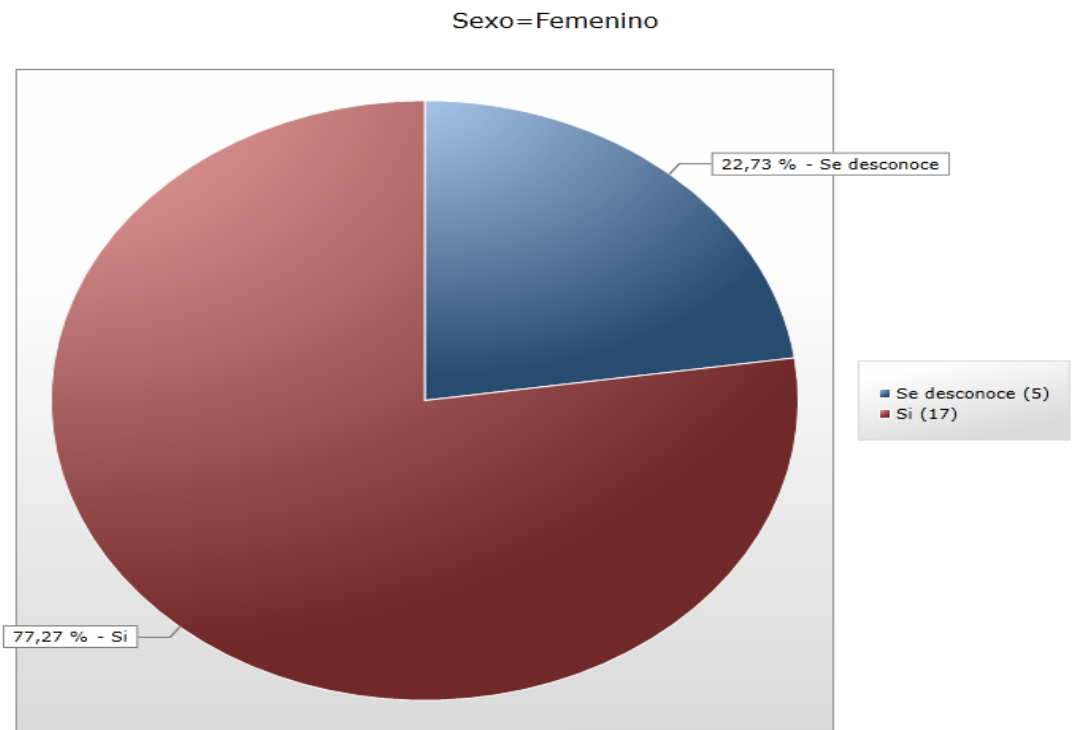
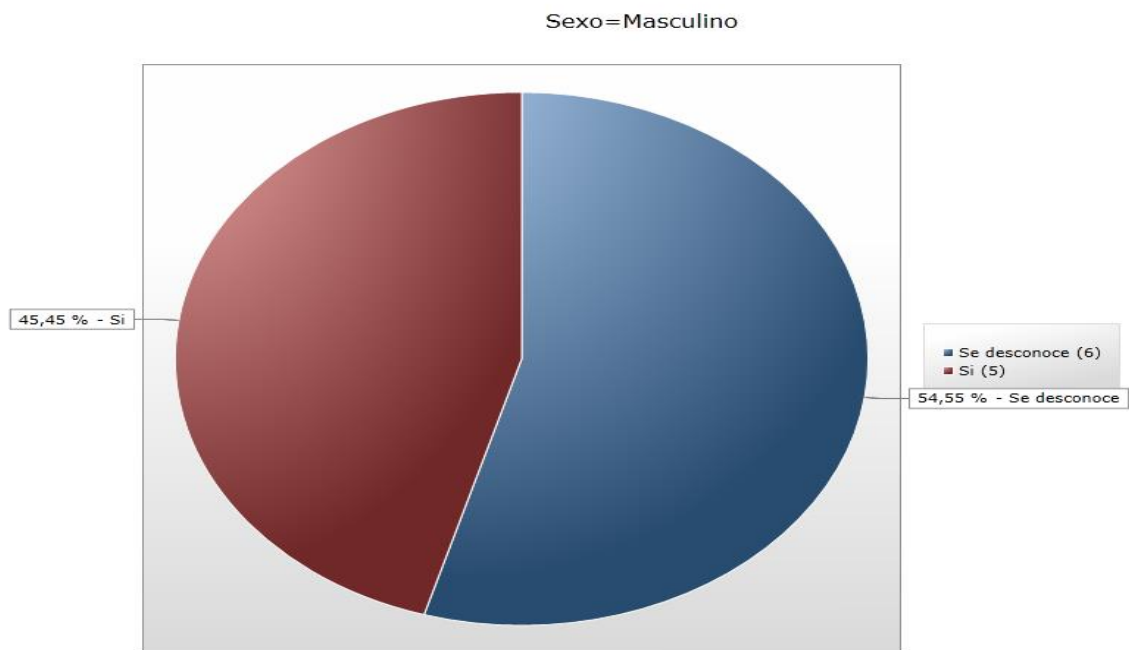


GRAFICO. Llanto Fácil – Masculino



Fuente: Base de datos.

TABLA 21. Pérdida de Peso – Femenino

Pérdida de Peso	Frecuencia	Porcentaje	Acum. Porcentaje	
No	4	18,18%	18,18%	
Se desconoce	16	72,73%	90,91%	
Si	2	9,09%	100,00%	
Total	22	100,00%	100,00%	

TABLA 22. Pérdida de Peso – Masculino

Perdida de Peso	Frecuencia	Porcentaje	Acum. Porcentaje	
No	4	36,36%	36,36%	
Se desconoce	6	54,55%	90,91%	
Si	1	9,09%	100,00%	
Total	11	100,00%	100,00%	

Fuente: Base de datos.

GRAFICO. Pérdida de Peso – Femenino

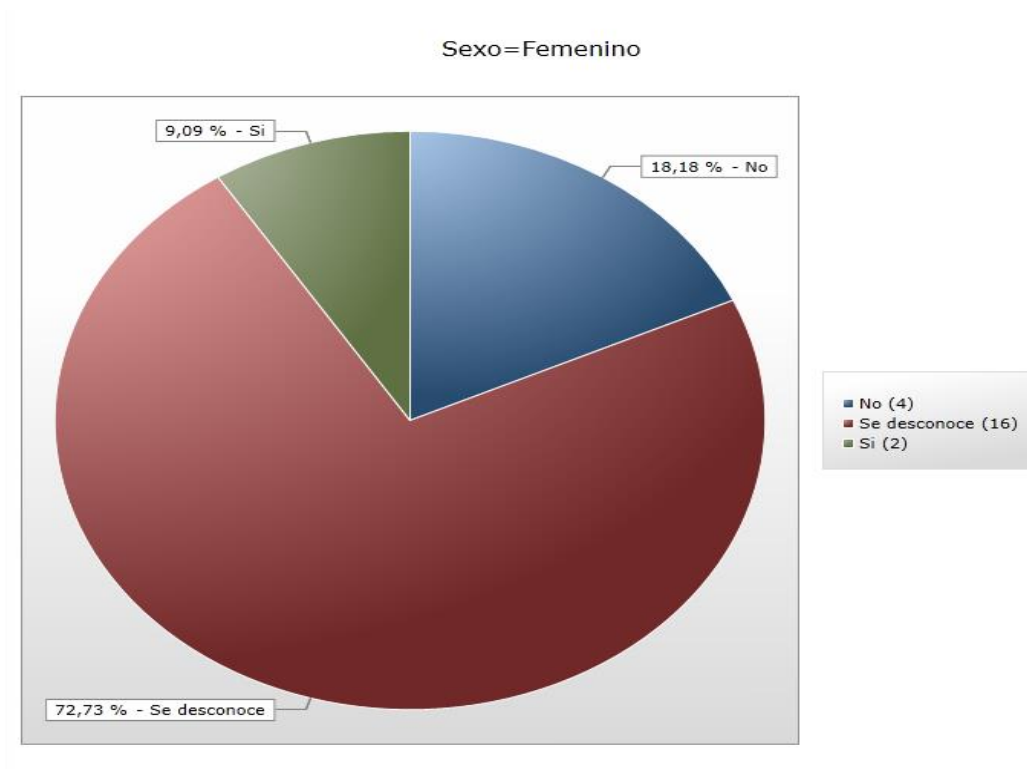
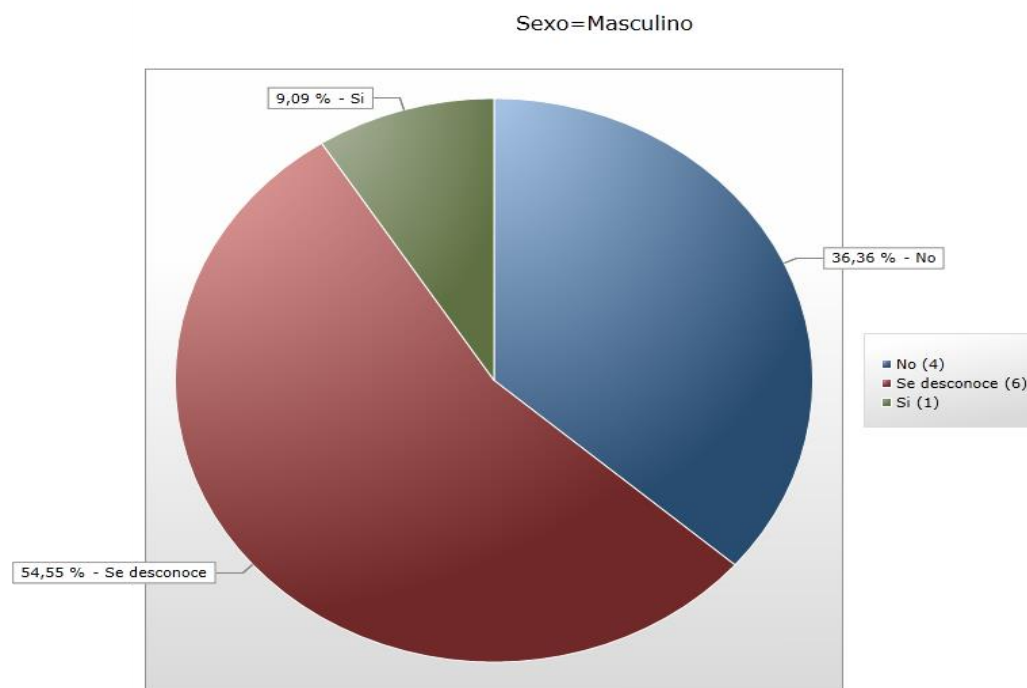


GRAFICO. Pérdida de Peso – Masculino



Fuente: Base de datos.

TABLA 23. Irritabilidad – Femenino

Irritabilidad	Frecuencia	Porcentaje	Acum. Porcentaje	
No	1	4,55%	4,55%	
Si	21	95,45%	100,00%	
Total	22	100,00%	100,00%	

TABLA 24. Irritabilidad – Masculino

Irritabilidad	Frecuencia	Porcentaje	Acum. Porcentaje	
No	1	9,09%	9,09%	
Se desconoce	1	9,09%	18,18%	
Si	9	81,82%	100,00%	
Total	11	100,00%	100,00%	

Fuente: Base de datos.

GRAFICO. Irritabilidad – Femenino

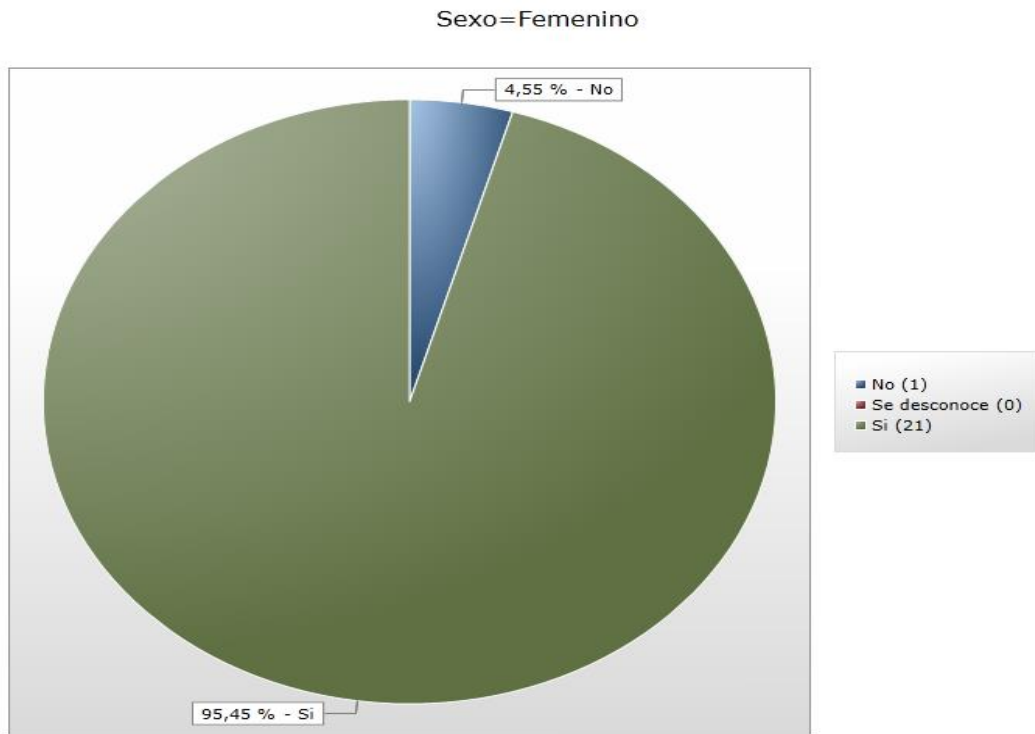
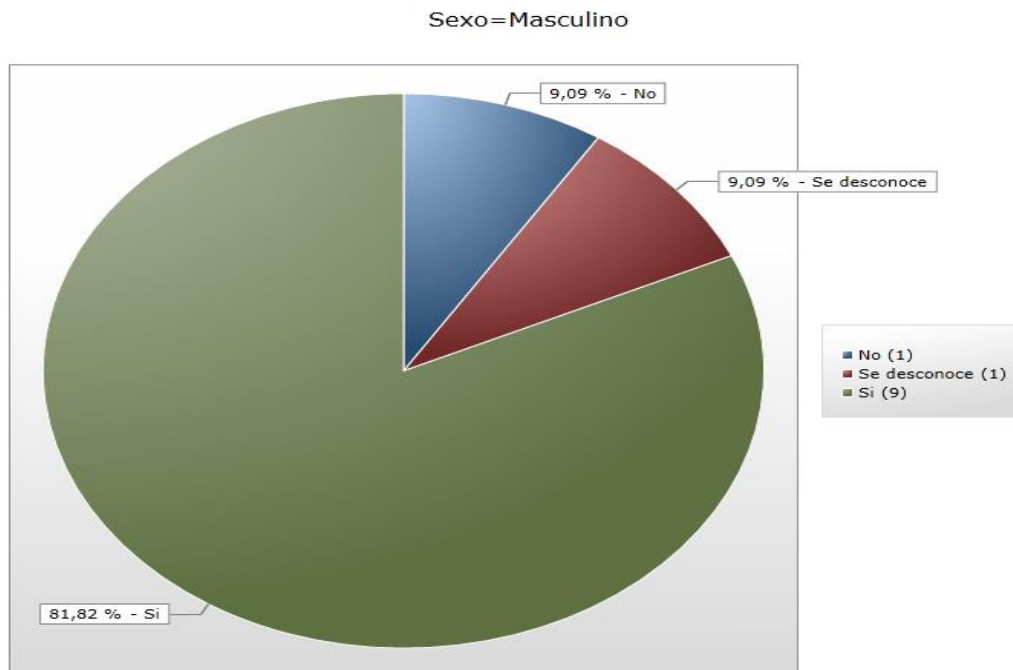


GRAFICO. Irritabilidad – Masculino



Fuente: Base de datos.

TABLA 25. Retirada Social – Femenino

Retirada Social	Frecuencia	Porcentaje	Acum. Porcentaje	
No	1	4,55%	4,55%	
Se desconoce	11	50,00%	54,55%	
Si	10	45,45%	100,00%	
Total	22	100,00%	100,00%	

TABLA 26. Retirada Social – Masculino

Retirada Social	Frecuencia	Porcentaje	Acum. Porcentaje	
Se desconoce	7	63,64%	63,64%	
Si	4	36,36%	100,00%	
Total	11	100,00%	100,00%	

Fuente: Base de datos.

GRAFICO. Retirada Social – Femenino

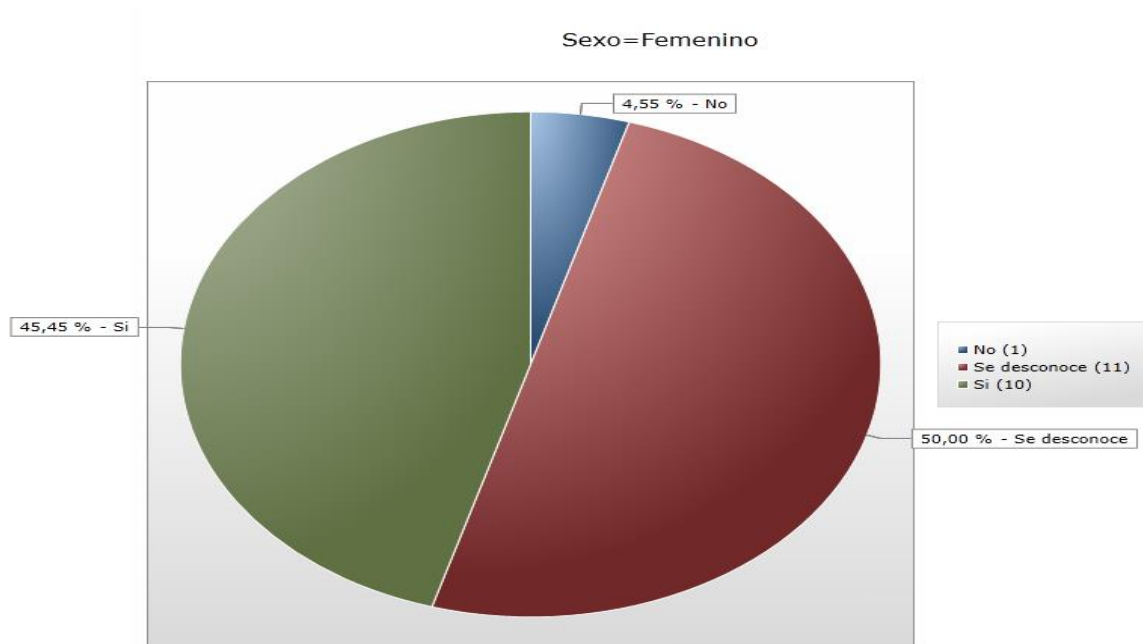
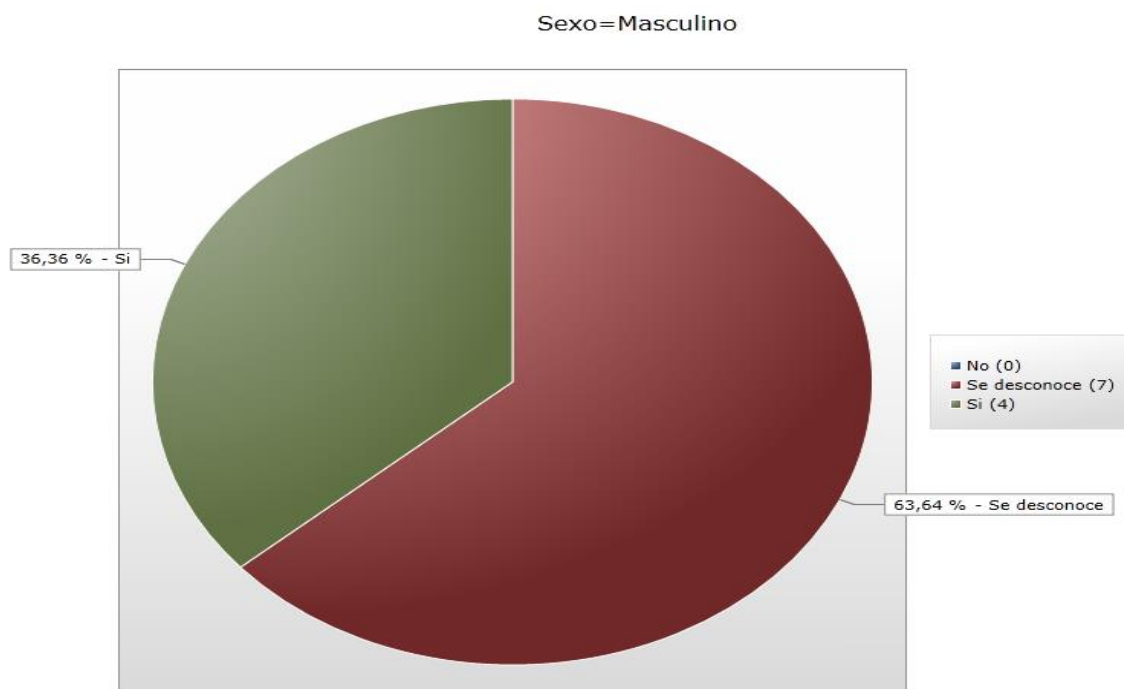


GRAFICO. Retirada Social – Masculino



Fuente: Base de datos.

TABLA 27. Ansiedad – Femenino

Ansiedad	Frecuencia	Porcentaje	Acum. Porcentaje	
Si	22	100,00%	100,00%	
Total	22	100,00%	100,00%	

TABLA 28. Ansiedad – Masculino

Ansiedad	Frecuencia	Porcentaje	Acum. Porcentaje	
Si	11	100,00%	100,00%	
Total	11	100,00%	100,00%	

Fuente: Base de datos.

GRAFICO. Ansiedad – Femenino

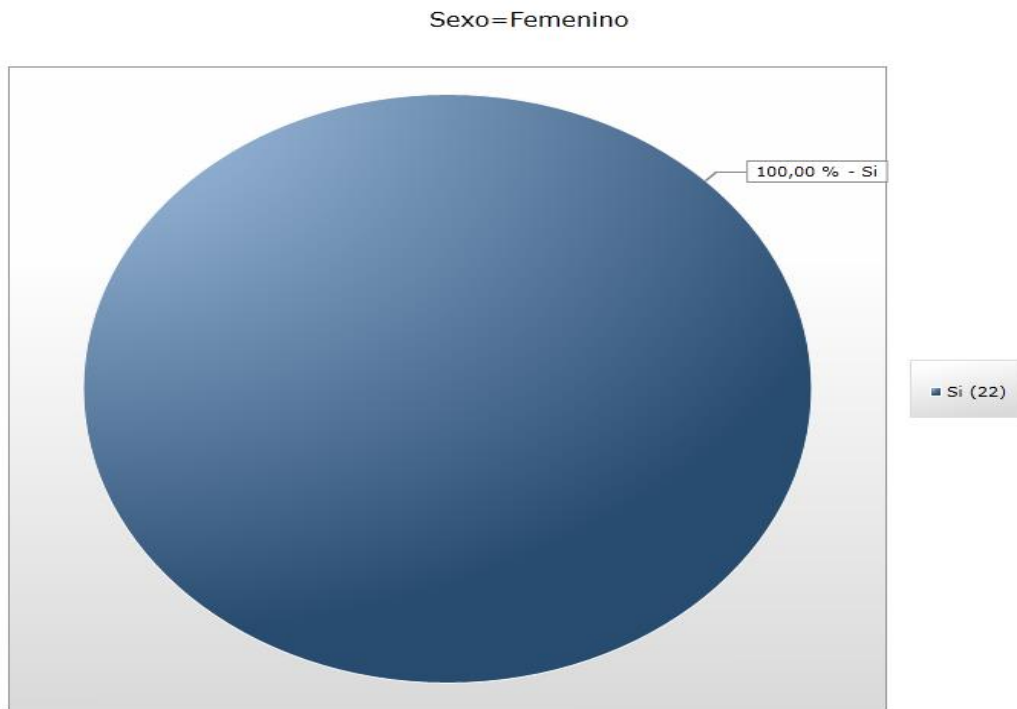
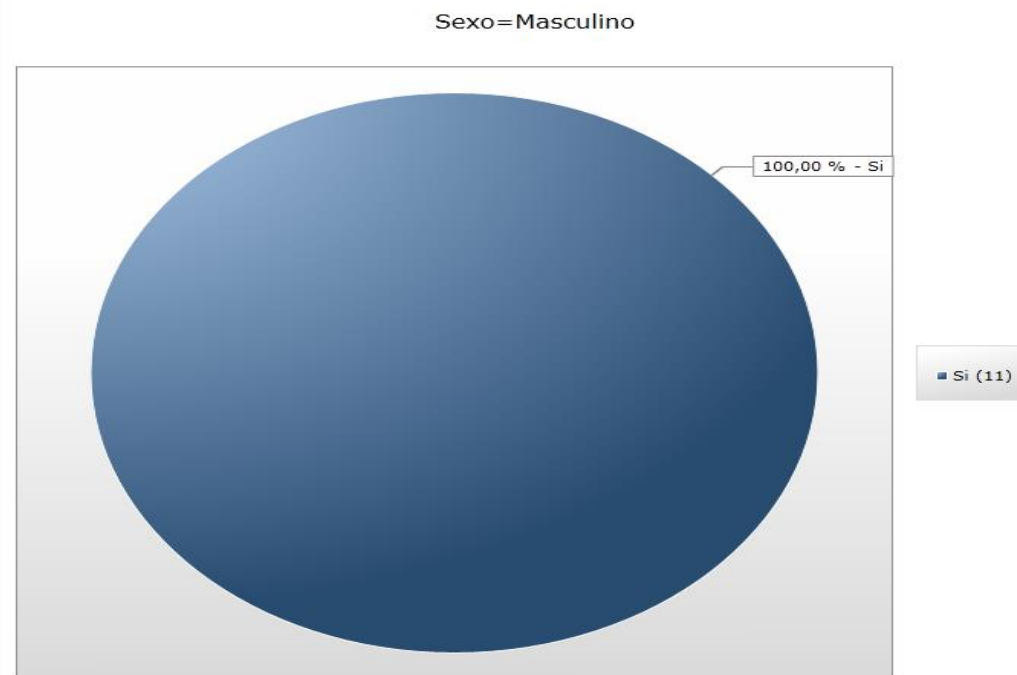


GRAFICO. Ansiedad – Masculino



Fuente: Base de datos.

TABLA 29. Indecisiones – Femenino

Indecisiones	Frecuencia	Porcentaje	Acum. Porcentaje	
No	2	9,09%	9,09%	
Se desconoce	2	9,09%	18,18%	
Si	18	81,82%	100,00%	
Total	22	100,00%	100,00%	

TABLA 30. Indecisiones – Masculino

Indecisiones	Frecuencia	Porcentaje	Acum. Porcentaje	
Se desconoce	2	18,18%	18,18%	
Si	9	81,82%	100,00%	
Total	11	100,00%	100,00%	

Fuente: Base de datos.

GRAFICO. Indecisiones – Femenino

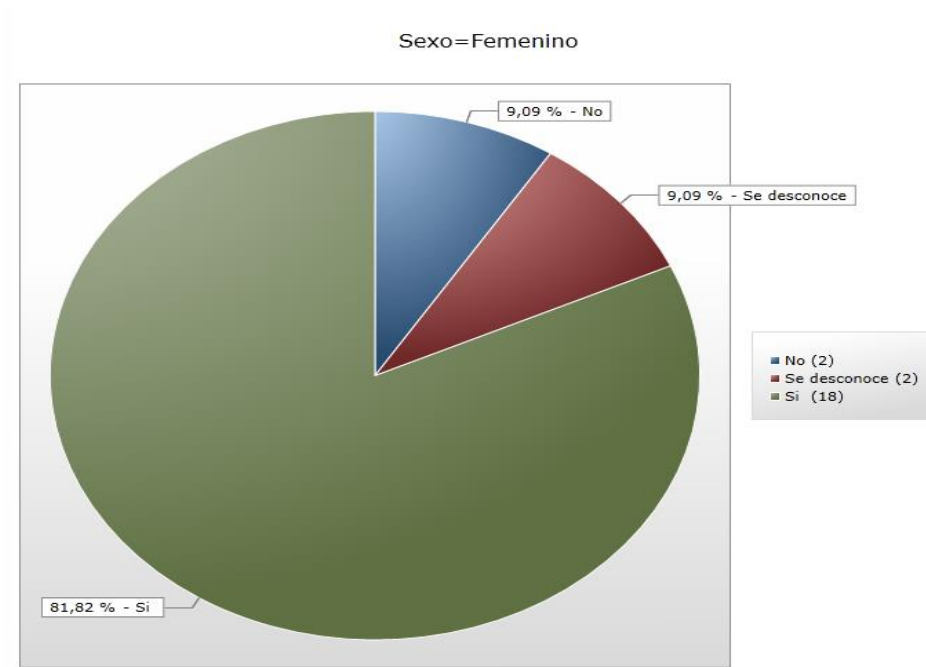
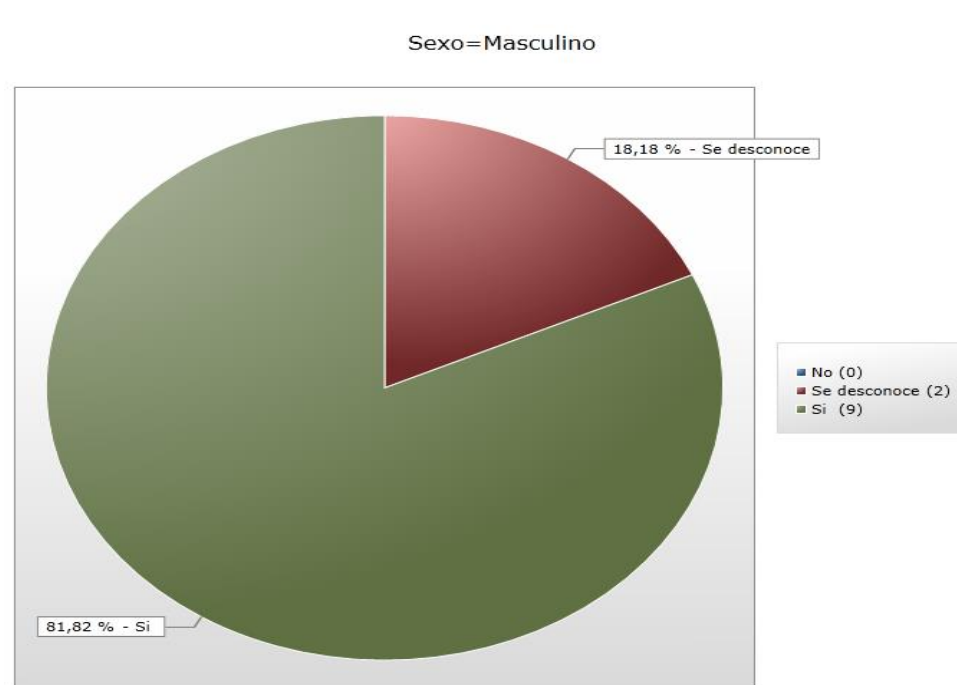


GRAFICO. Indecisiones – Masculino



Fuente: Base de datos.

TABLA 31. Cambios de Imagen Corporal – Femenino

Cambios de Imagen Corporal	Frecuencia	Porcentaje	Acum. Porcentaje	
Se desconoce	17	77,27%	77,27%	
Si	5	22,73%	100,00%	
Total	22	100,00%	100,00%	

TABLA 32. Cambios de Imagen Corporal – Masculino

Cambios de Imagen Corporal	Frecuencia	Porcentaje	Acum. Porcentaje	
Se desconoce	11	100,00%	100,00%	
Total	11	100,00%	100,00%	

Fuente: Base de datos.

GRAFICO. Cambios de Imagen Corporal – Femenino

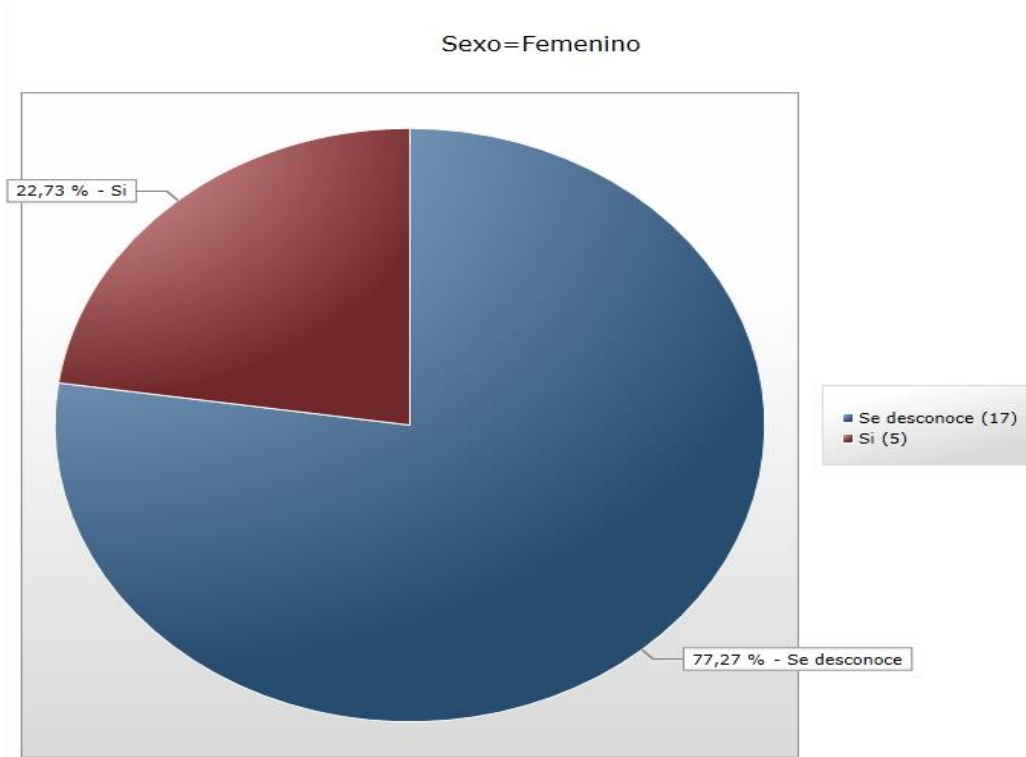
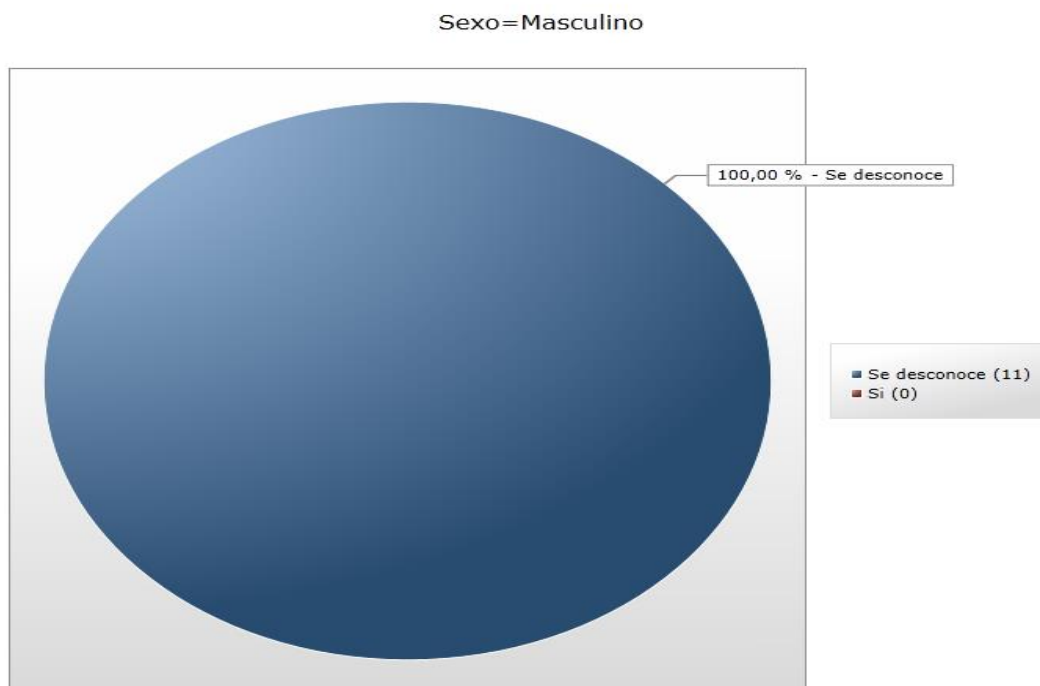


GRAFICO. Cambios de Imagen Corporal – Masculino



Fuente: Base de datos.

TABLA 33. Enlentecimiento – Femenino

Enlentecimiento	Frecuencia	Porcentaje	Acum. Porcentaje	
Se desconoce	9	40,91%	40,91%	
Si	13	59,09%	100,00%	
Total	22	100,00%	100,00%	

TABLA 34. Enlentecimiento – Masculino

Enlentecimiento	Frecuencia	Porcentaje	Acum. Porcentaje	
Se desconoce	2	18,18%	18,18%	
Si	9	81,82%	100,00%	
Total	11	100,00%	100,00%	

Fuente: Base de datos.

GRAFICO. Enlentecimiento – Femenino

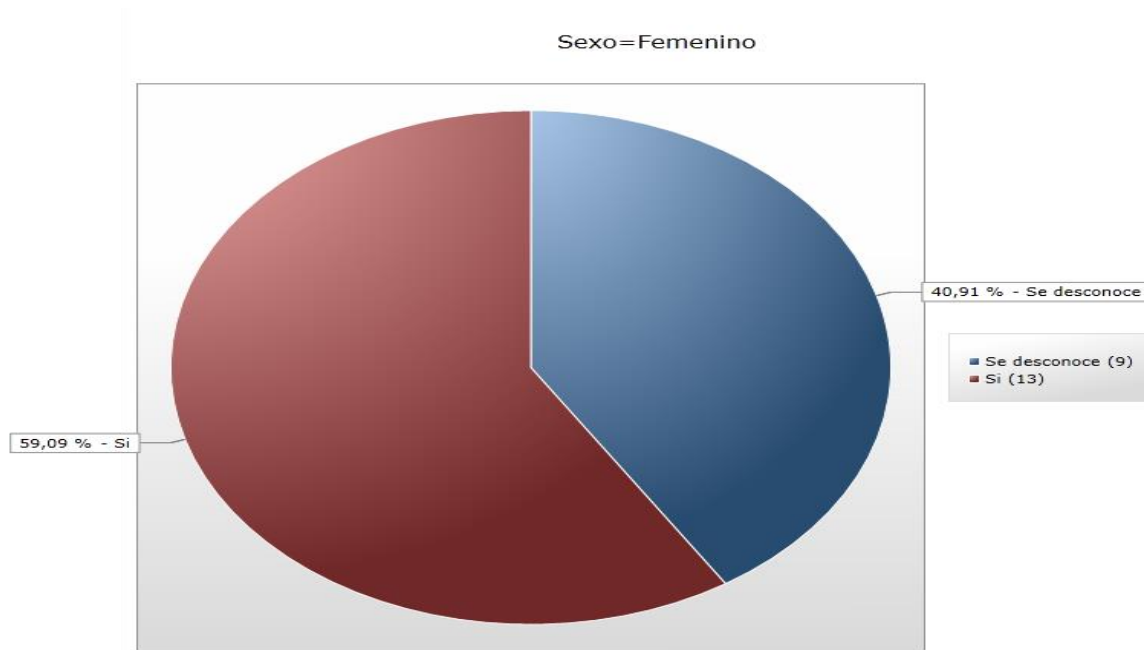
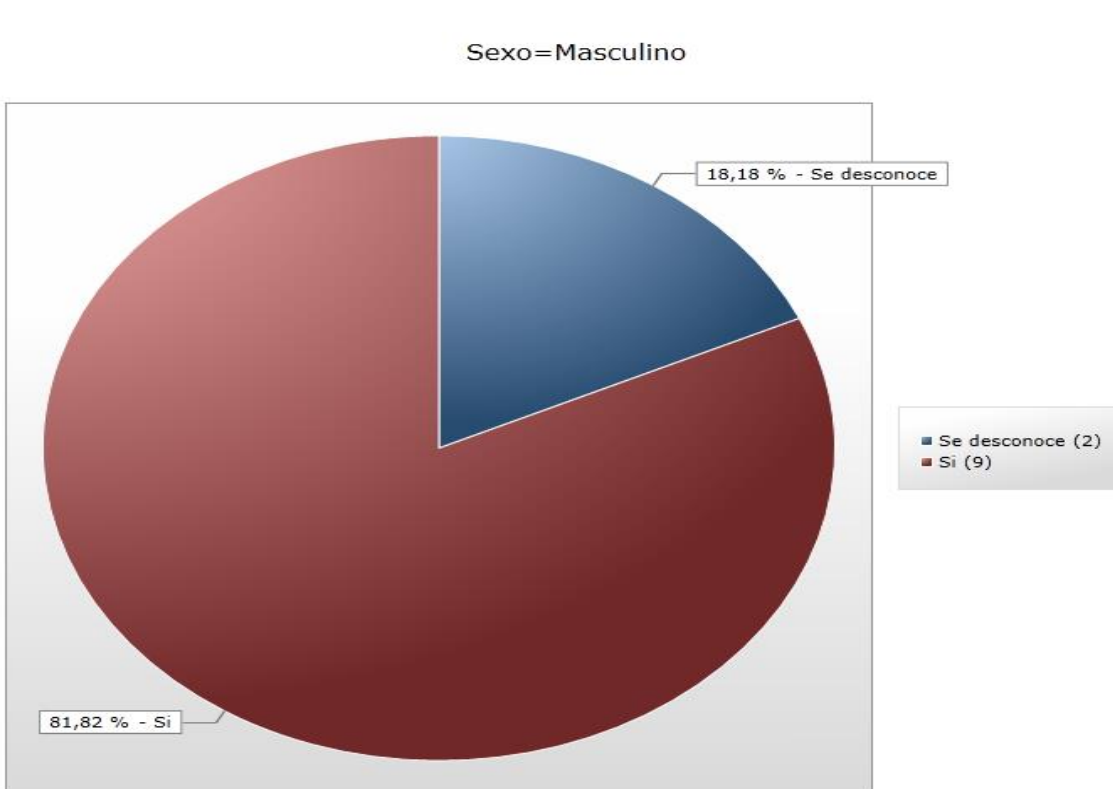


GRAFICO. Enlentecimiento – Masculino



Fuente: Base de datos.

TABLA 35. Fatigabilidad – Femenino

Fatigabilidad	Frecuencia	Porcentaje	Acum. Porcentaje	
Se desconoce	1	4,55%	4,55%	
Si	21	95,45%	100,00%	
Total	22	100,00%	100,00%	

TABLA 36. Fatigabilidad – Masculino

Fatigabilidad	Frecuencia	Porcentaje	Acum. Porcentaje	
Si	11	100,00%	100,00%	
Total	11	100,00%	100,00%	

Fuente: Base de datos.

GRAFICO. Fatigabilidad – Femenino

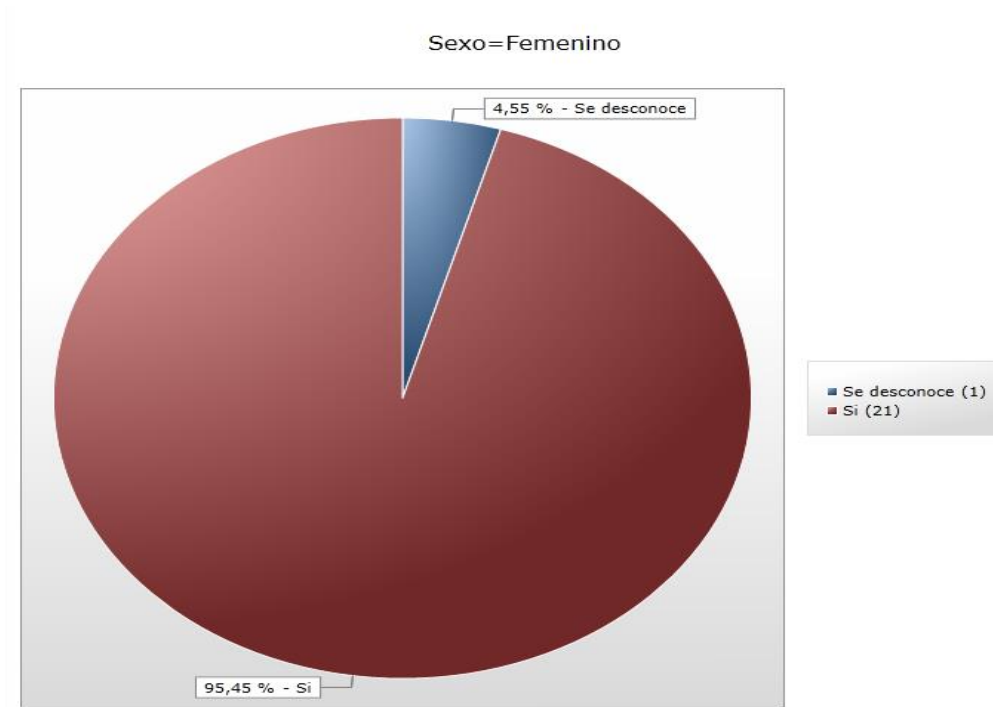
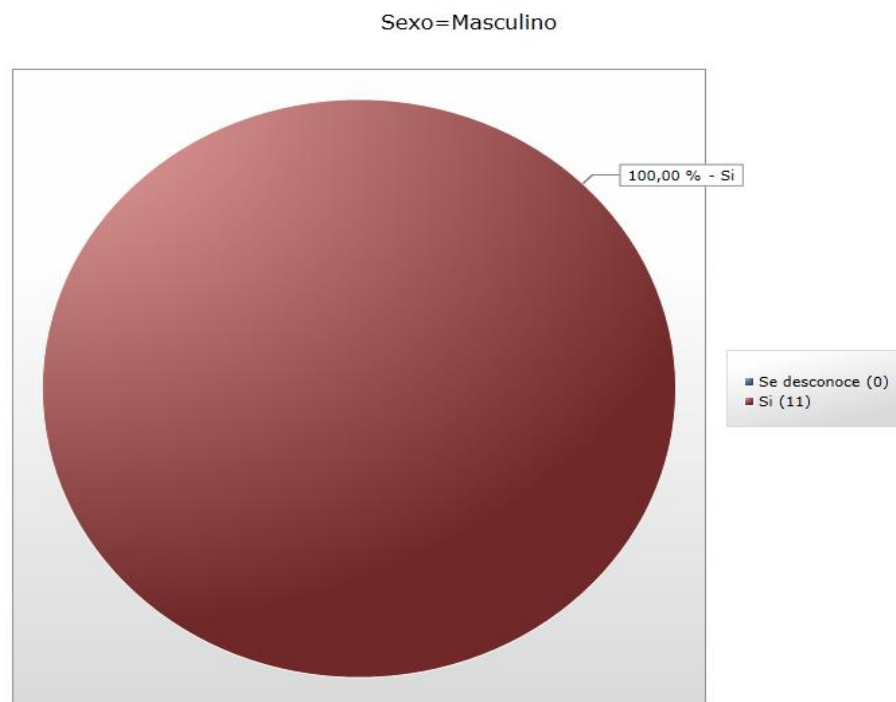


GRAFICO. Fatigabilidad – Masculino



Fuente: Base de datos.

TABLA 37. Pérdida de Apetito – Femenino

Perdida de Apetito	Frecuencia	Porcentaje	Acum. Porcentaje	
No	2	9,09%	9,09%	
Se desconoce	10	45,45%	54,55%	
Si	10	45,45%	100,00%	
Total	22	100,00%	100,00%	

TABLA 38. Pérdida de Apetito – Masculino

Perdida de Apetito	Frecuencia	Porcentaje	Acum. Porcentaje	
No	2	18,18%	18,18%	
Se desconoce	5	45,45%	63,64%	
Si	4	36,36%	100,00%	
Total	11	100,00%	100,00%	

Fuente: Base de datos.

GRAFICO. Pérdida de Apetito – Femenino

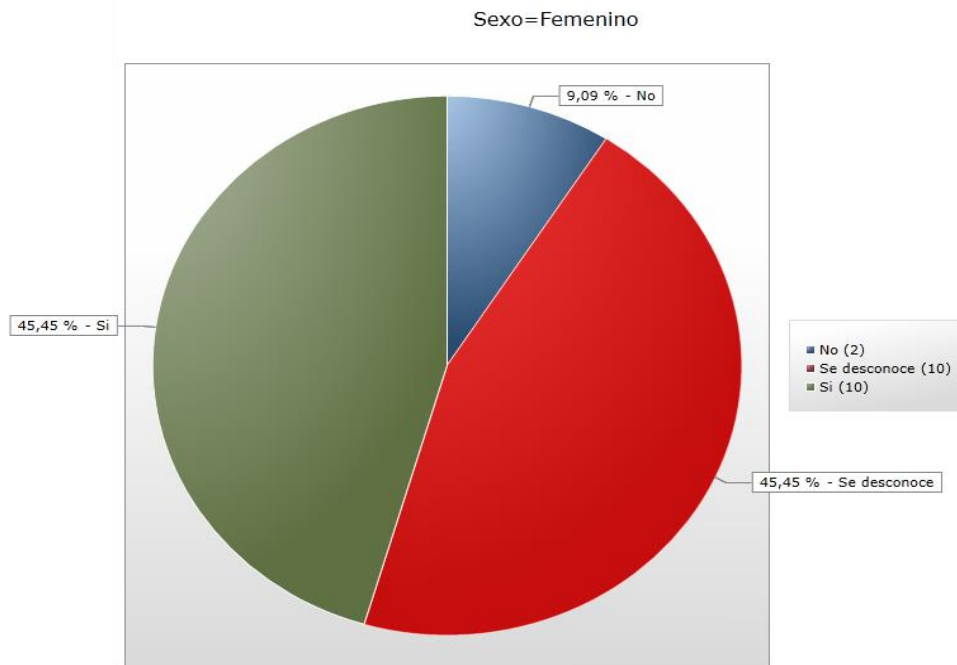
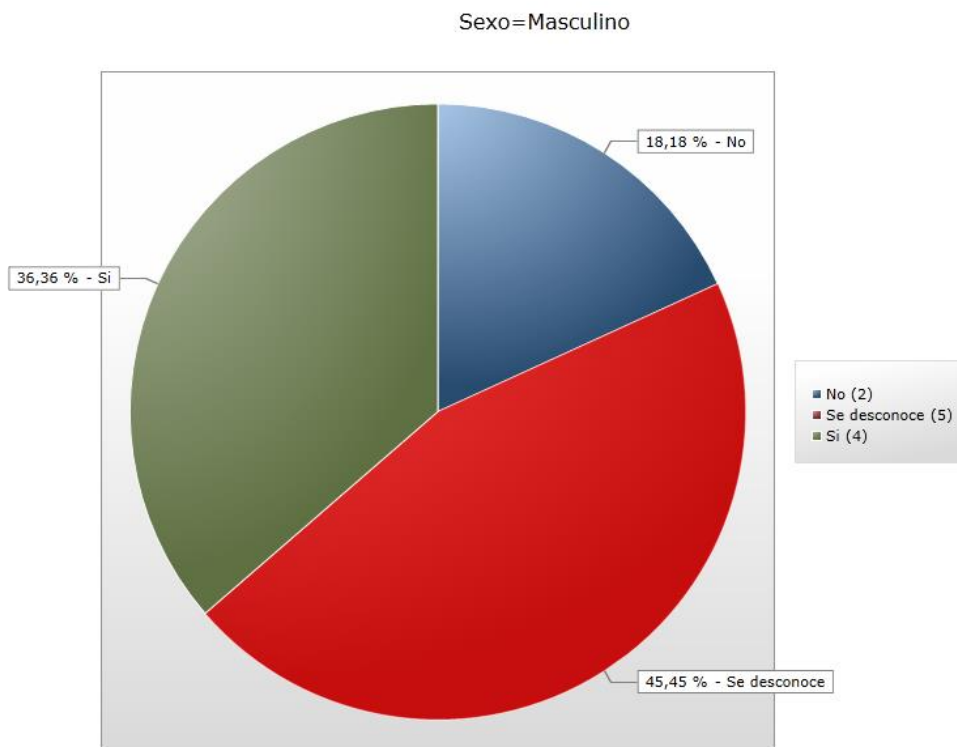


GRAFICO. Pérdida de Apetito – Masculino



Fuente: Base de datos.

TABLA 39. Preocupaciones Somáticas – Femenino

Preocupaciones Somáticas	Frecuencia	Porcentaje	Acum. Porcentaje	
No	1	4,55%	4,55%	
Se desconoce	13	59,09%	63,64%	
Si	8	36,36%	100,00%	
Total	22	100,00%	100,00%	

TABLA 40. Preocupaciones Somáticas – Masculino

Preocupaciones Somáticas	Frecuencia	Porcentaje	Acum. Porcentaje	
Se desconoce	7	63,64%	63,64%	
Si	4	36,36%	100,00%	
Total	11	100,00%	100,00%	

Fuente: Base de datos.

GRAFICO. Preocupaciones Somáticas – Femenino

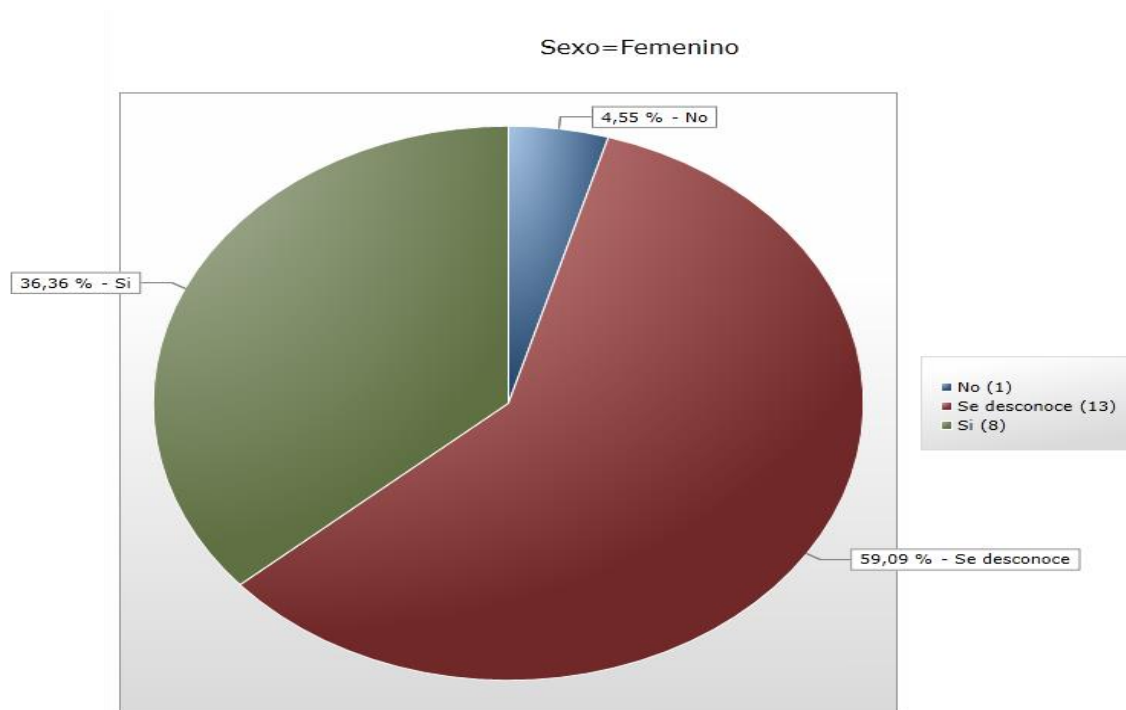
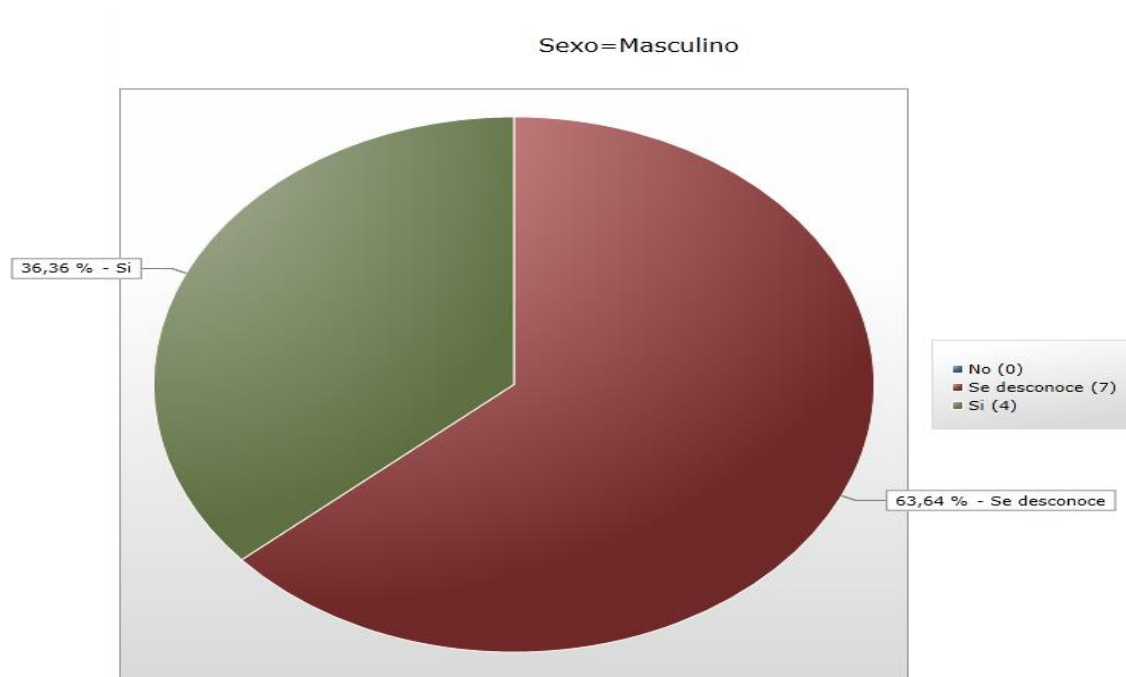


GRAFICO. Preocupaciones Somáticas – Masculino



Fuente: Base de datos.

TABLA 41. Bajo Nivel de energía – Femenino

Bajo Nivel de Energía	Frecuencia	Porcentaje	Acum. Porcentaje	
Se desconoce	7	31,82%	31,82%	
Si	15	68,18%	100,00%	
Total	22	100,00%	100,00%	

TABLA 42. Bajo Nivel de energía – Masculino

Bajo Nivel de Energía	Frecuencia	Porcentaje	Acum. Porcentaje	
Se desconoce	2	18,18%	18,18%	
Si	9	81,82%	100,00%	
Total	11	100,00%	100,00%	

Fuente: Base de datos.

GRAFICO. Bajo Nivel de energía – Femenino

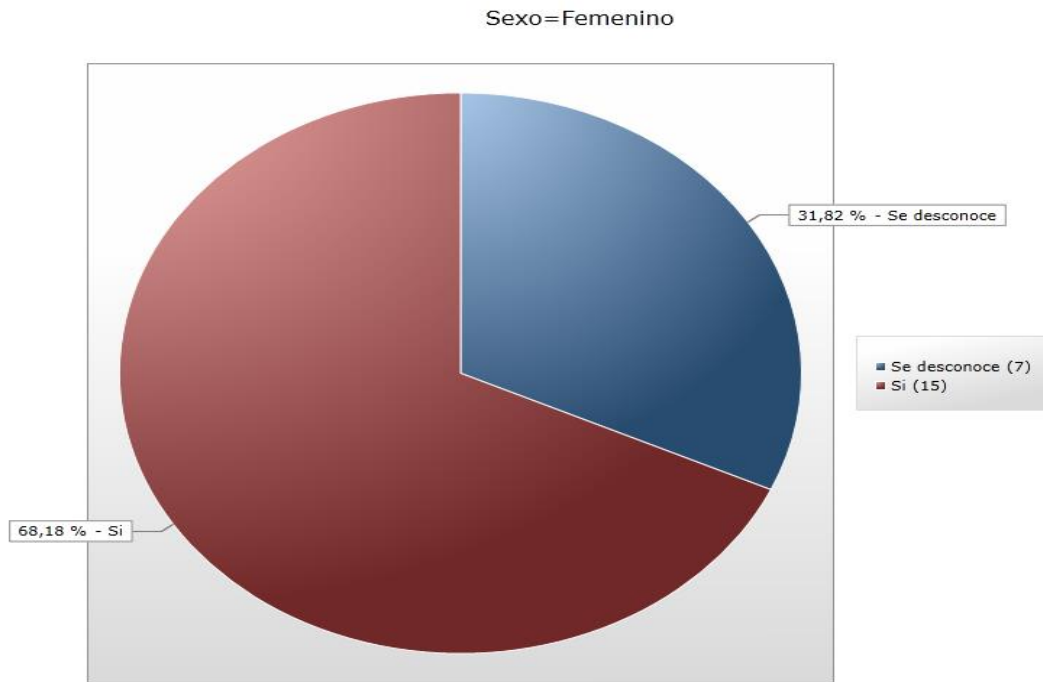
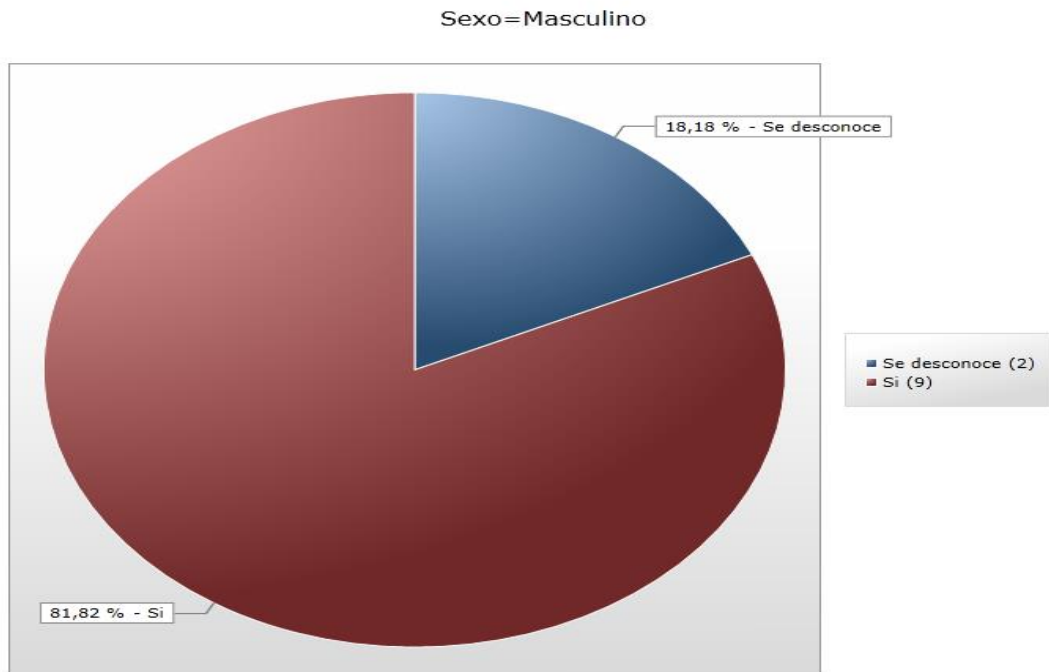


GRAFICO. Bajo Nivel de energía – Masculino



Fuente: Base de datos.

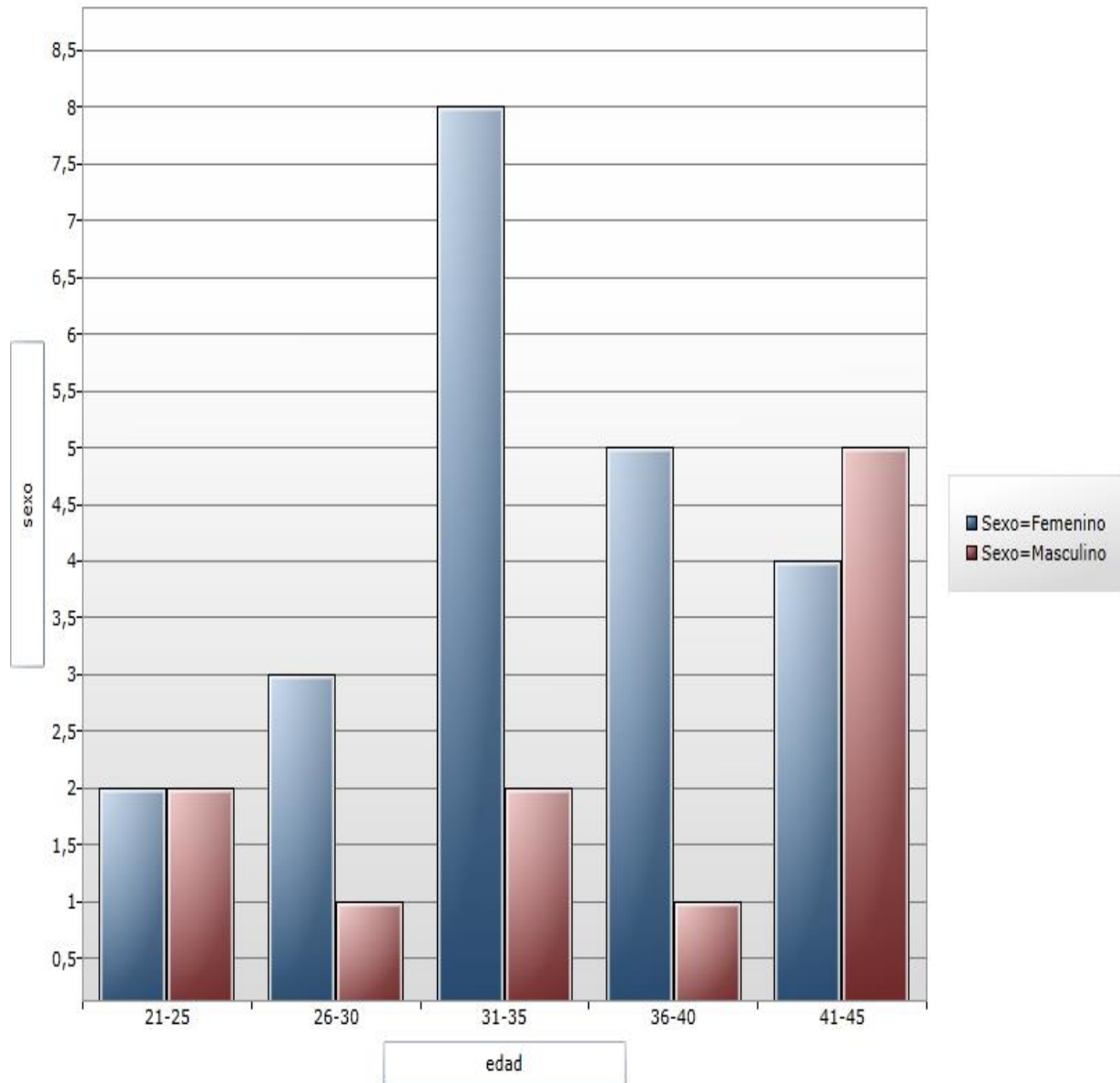
ANEXO 14. Tablas y Gráficos de cruces de variables

TABLA 1 Edad/Sexo.

Edad	Sexo		Total
	Femenino	Masculino	
21-25	2	2	4
Row%	50,00%	50,00%	100,00%
Col%	9,09%	18,18%	12,12%
26-30	3	1	4
Row%	75,00%	25,00%	100,00%
Col%	13,64%	9,09%	12,12%
31-35	8	2	10
Row%	80,00%	20,00%	100,00%
Col%	36,36%	18,18%	30,30%
36-40	5	1	6
Row%	83,33%	16,67%	100,00%
Col%	22,73%	9,09%	18,18%
41-45	4	5	9
Row%	44,44%	55,56%	100,00%
Col%	18,18%	45,45%	27,27%
TOTAL	22	11	33
Row%	66,67%	33,33%	100,00%
Col%	100,00%	100,00%	100,00%

Fuente: Base de datos.

GRAFICO 1 Edad/Sexo.



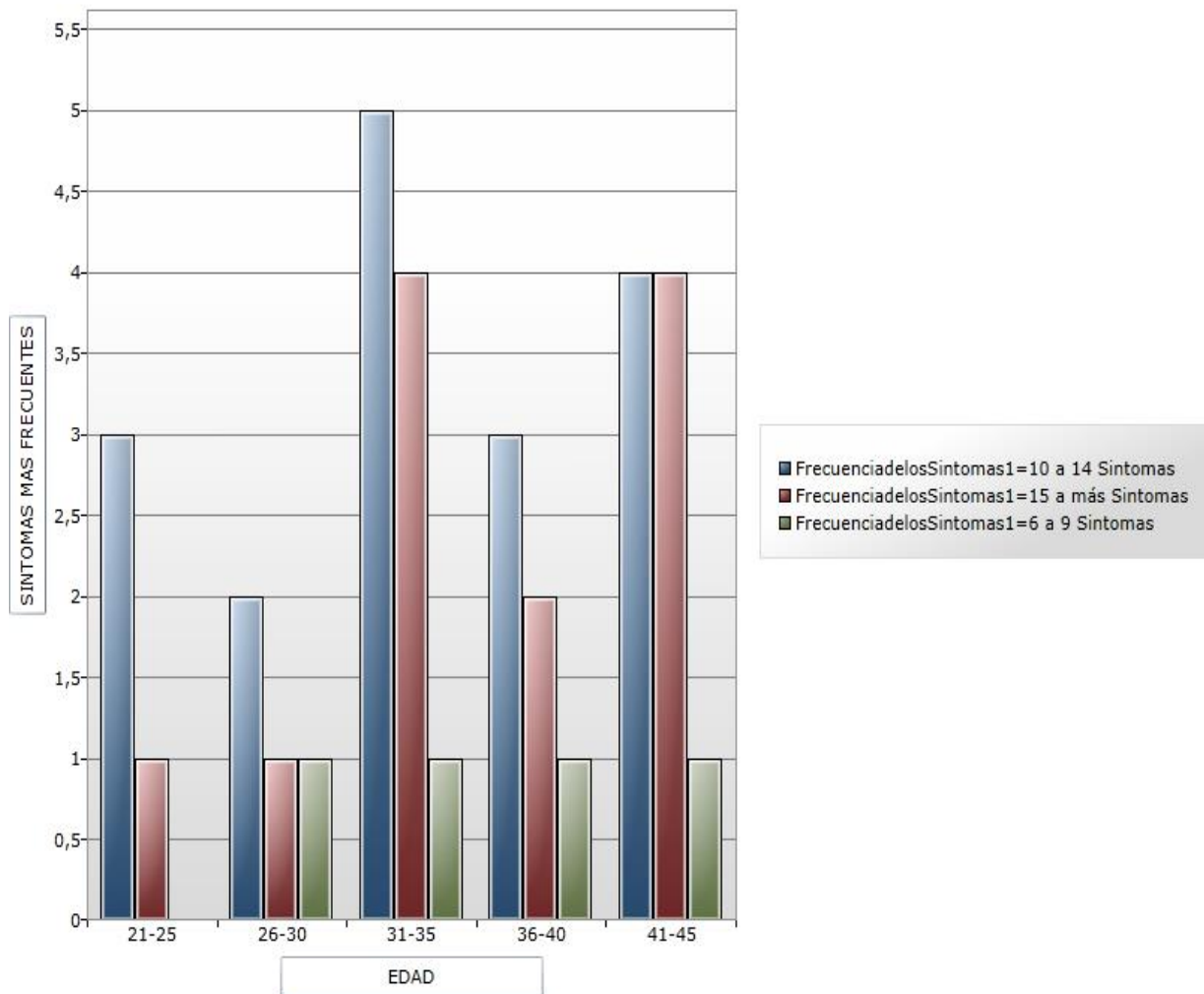
Fuente: Base de datos.

TABLA 2. Edad/Frecuencia de Síntomas.

	Frecuencia de los Síntomas			
Edad	10 a 14 Síntomas	15 a más Síntomas	6 a 9 Síntomas	Total
21-25	3	1	0	4
Row%	75,00%	25,00%	0,00%	100,00%
Col%	17,65%	8,33%	0,00%	12,12%
26-30	2	1	1	4
Row%	50,00%	25,00%	25,00%	100,00%
Col%	11,76%	8,33%	25,00%	12,12%
31-35	5	4	1	10
Row%	50,00%	40,00%	10,00%	100,00%
Col%	29,41%	33,33%	25,00%	30,30%
36-40	3	2	1	6
Row%	50,00%	33,33%	16,67%	100,00%
Col%	17,65%	16,67%	25,00%	18,18%
41-45	4	4	1	9
Row%	44,44%	44,44%	11,11%	100,00%
Col%	23,53%	33,33%	25,00%	27,27%
TOTAL	17	12	4	33
Row%	51,52%	36,36%	12,12%	100,00%
Col%	100,00%	100,00%	100,00%	100,00%

Fuente: Base de datos.

GRAFICO 2. Edad/Frecuencia de Síntomas.



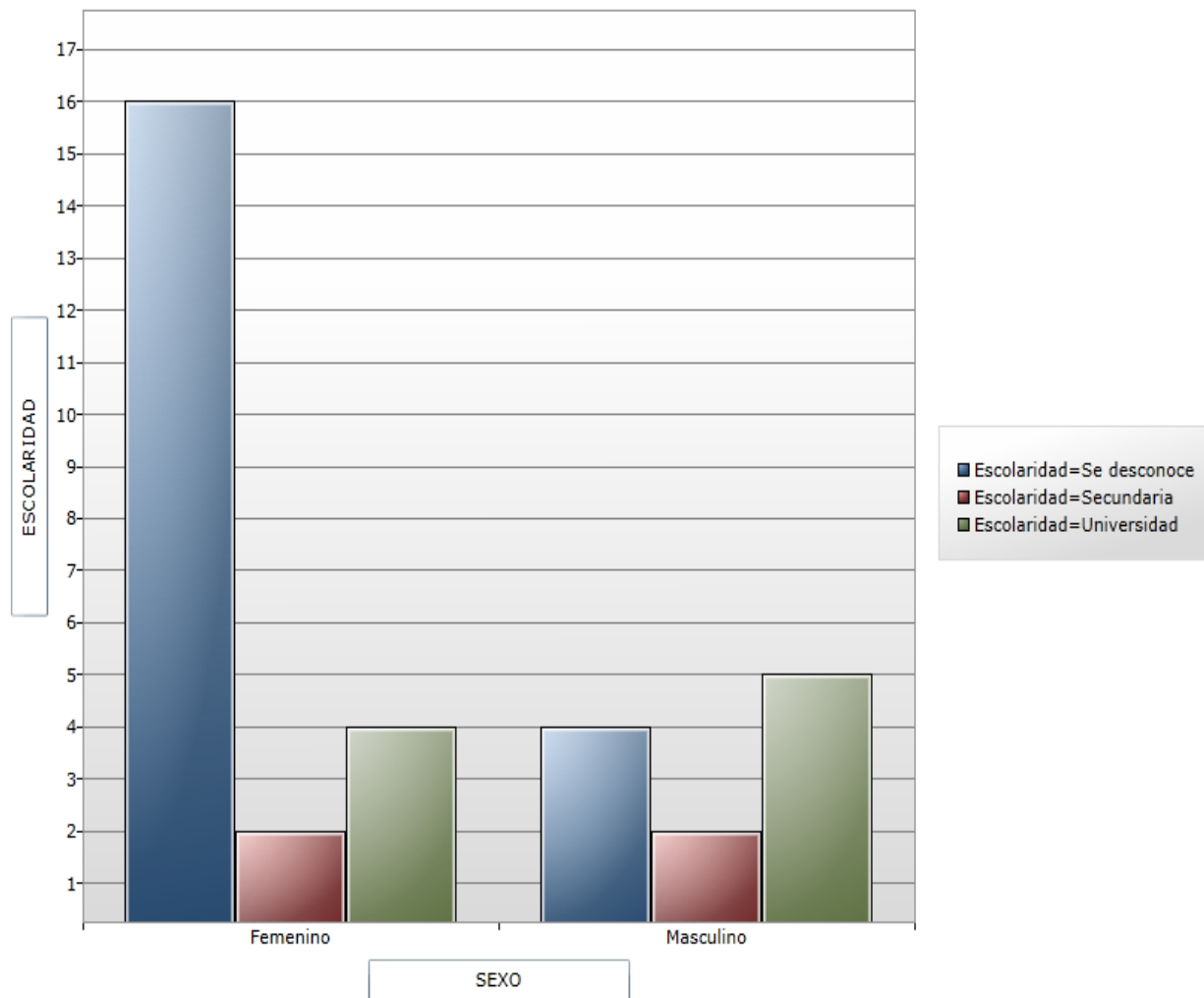
Fuente: Base de datos.

TABLA 3. Sexo/ Escolaridad.

	Escolaridad			
Sexo	Se desconoce	Secundaria	Universidad	Total
Femenino	16	2	4	22
Row%	72,73%	9,09%	18,18%	100,00%
Col%	80,00%	50,00%	44,44%	66,67%
Masculino	4	2	5	11
Row%	36,36%	18,18%	45,45%	100,00%
Col%	20,00%	50,00%	55,56%	33,33%
TOTAL	20	4	9	33
Row%	60,61%	12,12%	27,27%	100,00%
Col%	100,00%	100,00%	100,00%	100,00%

Fuente: Base de datos.

GRAFICO 3. Sexo/ Escolaridad.

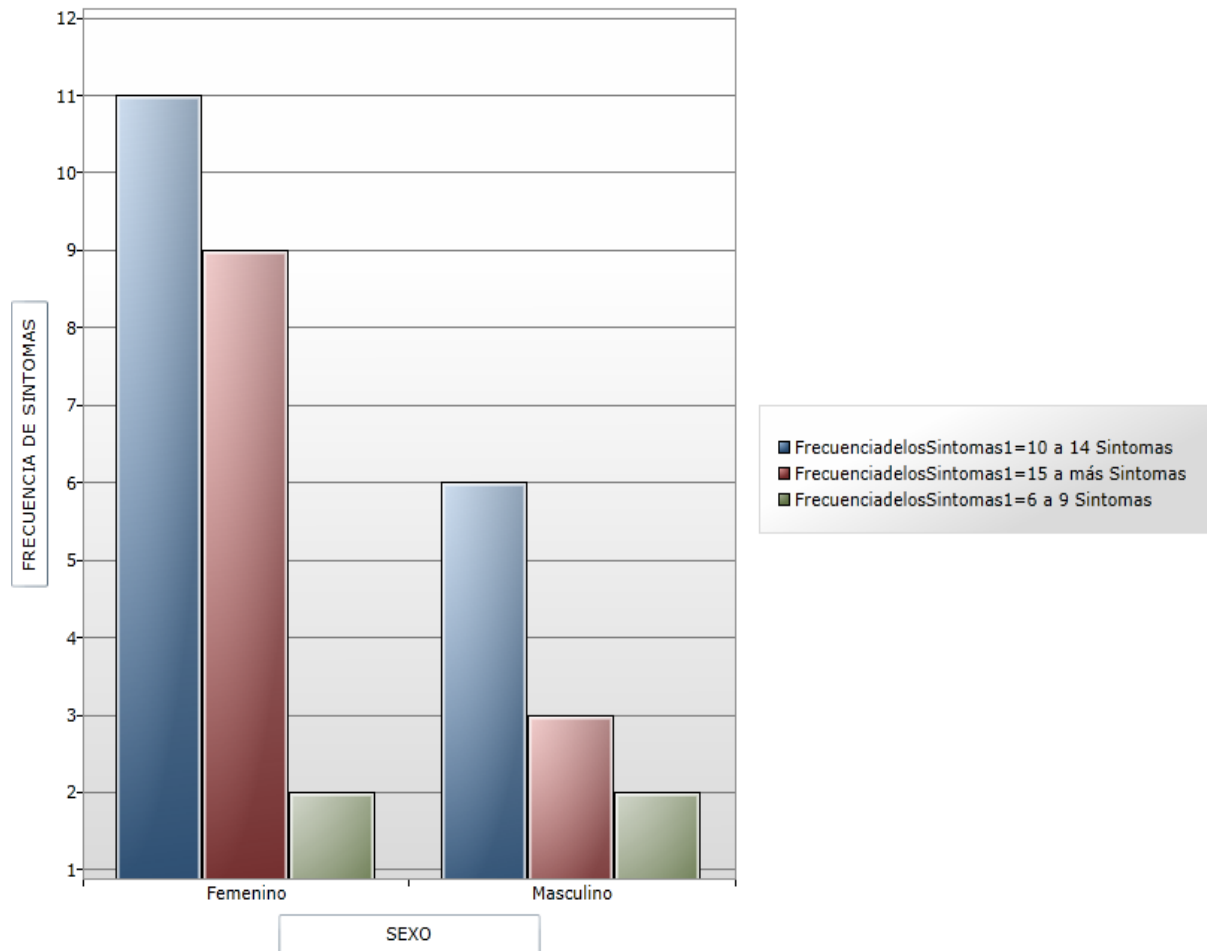


Fuente: Base de datos.

TABLA 4. Sexo/ Frecuencia de Síntomas

	Frecuencia de los Síntomas			
Sexo	10 a 14 Síntomas	15 a más Síntomas	6 a 9 Síntomas	Total
Femenino	11	9	2	22
Row%	50,00%	40,91%	9,09%	100,00%
Col%	64,71%	75,00%	50,00%	66,67%
Masculino	6	3	2	11
Row%	54,55%	27,27%	18,18%	100,00%
Col%	35,29%	25,00%	50,00%	33,33%
TOTAL	17	12	4	33
Row%	51,52%	36,36%	12,12%	100,00%
Col%	100,00%	100,00%	100,00%	100,00%

GRAFICO 4. Sexo/ Frecuencia de Síntomas.



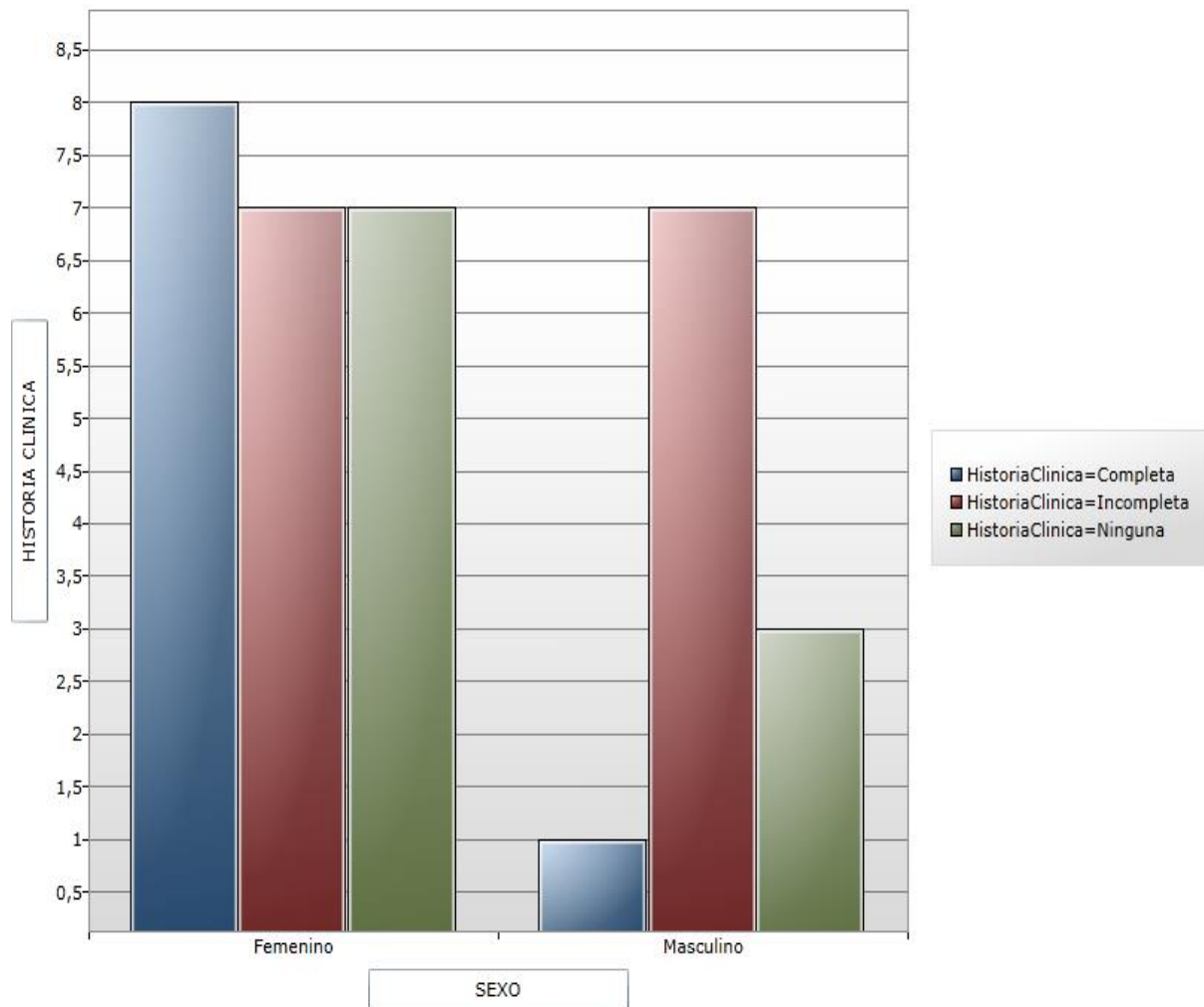
Fuente: base de datos.

TABLA 5. Sexo/ Historia Clínica

	Historia Clínica			
Sexo	Completa	Incompleta	Ninguna	Total
Femenino	8	7	7	22
Row%	36,36%	31,82%	31,82%	100,00%
Col%	88,89%	50,00%	70,00%	66,67%
Masculino	1	7	3	11
Row%	9,09%	63,64%	27,27%	100,00%
Col%	11,11%	50,00%	30,00%	33,33%
TOTAL	9	14	10	33
Row%	27,27%	42,42%	30,30%	100,00%
Col%	100,00%	100,00%	100,00%	100,00%

Fuente: Base de datos.

GRAFICO 5. Sexo/ Historia Clínica



Fuente: Base de datos.

TABLA 6. Historia Clínica/ Frecuencia de síntomas

	Historia Clínica			
Frecuencia de los Síntomas	Completa	Incompleta	Ninguna	Total
10 a 14 Síntomas	4	7	6	17
Row%	23,53%	41,18%	35,29%	100,00%
Col%	44,44%	50,00%	60,00%	51,52%
15 a más Síntomas	4	5	3	12
Row%	33,33%	41,67%	25,00%	100,00%
Col%	44,44%	35,71%	30,00%	36,36%
6 a 9 Síntomas	1	2	1	4
Row%	25,00%	50,00%	25,00%	100,00%
Col%	11,11%	14,29%	10,00%	12,12%
TOTAL	9	14	10	33
Row%	27,27%	42,42%	30,30%	100,00%
Col%	100,00%	100,00%	100,00%	100,00%

Fuente: Base de datos.