



UNIVERSIDAD NACIONAL AUTONOMA DE MEXICO

11241
66

FACULTAD DE MEDICINA
DEPARTAMENTO DE PSIQUIATRIA Y SALUD MENTAL

INSTITUTO MEXICANO DE PSIQUIATRIA

ESTUDIO RETROSPECTIVO DE PACIENTES DEPRIMIDOS DE LA
CONSULTA EXTERNA DEL
INSTITUTO MEXICANO DE PSIQUIATRIA:
IDENTIFICACION DE RECAIDAS Y RECURRENCIAS.
PROBABILIDAD ACUMULADA DE RECURRENCIA DESPUÉS DE UN EPISODIO
DE DEPRESIÓN MAYOR

TESIS
PARA OBTENER EL TITULO DE MEDICO ESPECIALISTA EN PSIQUIATRIA

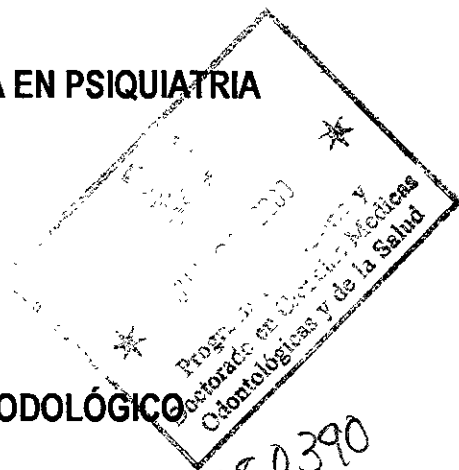
PRESENTA
VALERIO VILLAMIL SALCEDO

TUTOR TEORICO

Dr. GERARDO HEINZE MARTIN.

TUTOR METODOLÓGICO

Ing. JOSE CORTES SOTRES.



2000



Universidad Nacional
Autónoma de México

Dirección General de Bibliotecas de la UNAM

Biblioteca Central



UNAM – Dirección General de Bibliotecas
Tesis Digitales
Restricciones de uso

DERECHOS RESERVADOS ©
PROHIBIDA SU REPRODUCCIÓN TOTAL O PARCIAL

Todo el material contenido en esta tesis esta protegido por la Ley Federal del Derecho de Autor (LFDA) de los Estados Unidos Mexicanos (México).

El uso de imágenes, fragmentos de videos, y demás material que sea objeto de protección de los derechos de autor, será exclusivamente para fines educativos e informativos y deberá citar la fuente donde la obtuvo mencionando el autor o autores. Cualquier uso distinto como el lucro, reproducción, edición o modificación, será perseguido y sancionado por el respectivo titular de los Derechos de Autor.

I. INTRODUCCIÓN

II. ANTECEDENTES

a) CLASIFICACIÓN

b) EPIDEMIOLOGÍA

c) PERSONALIDAD

d) ETIOLOGIAS DE LA DEPRESIÓN

e) GENÉTICA

III. JUSTIFICACIÓN

IV. OBJETIVOS

V. HIPÓTESIS

VI. METODOLOGÍA

VII. ANÁLISIS DE DATOS

VIII. RESULTADOS

IX. CONCLUSIONES

X. COMENTARIO

XI. REFERENCIA BIBLIOGRÁFICA

I. INTRODUCCION.

El término de Trastornos afectivos se refiere a los “estados emocionales alterados en forma sostenida y no meramente a la exposición externa de un estado emocional pasajero” (1). Esta definición hace referencia a que el estado de ánimo alterado de una persona debe de ser considerado en tiempo y no en intensidad. Otros autores proponen que dentro de la definición debe de considerarse la intensidad así como el tiempo de duración de los síntomas afectivos estudiados. Se acuñaron otros términos como ánimo elevado cuando se refieren a cuadros de agitación, irritabilidad y de exagerada felicidad, o ánimo bajo al referirse a la tristeza y falta de energía. El estado de ánimo se considera alterado cuando el sujeto sufre cambios a nivel social, individual e interfiere en sus actividades cotidianas.

Los trastornos del ánimo, como también se ha venido a llamarlos, se conocen desde hace muchos siglos. Hipócrates describe algunos síntomas como decaimiento y falta de interés en unos, y felicidad, charlatanes y muy sociables en otros, dandoles la connotación de alteración de los humores y sugiriendo tratamiento para éstos con yerbas medicinales como la mandrágora. Los hallazgos e investigaciones en años posteriores, determinaron que los síntomas fuesen clasificados en 2 tipos: MANÍA cuando el ánimo es exageradamente

feliz y DEPRESIÓN cuando es triste.

Durante el correr del tiempo se intentó investigar las causas de los estados de ánimo alterados. Las investigaciones de las últimas décadas han propuesto factores biológicos, como la alteración en el sistema de la adrenalina y noradrenalina; hereditarios, por presencia de familiares con la misma enfermedad; genéticos y; socio-culturales. Akiskal y William McKinney formularon la siguiente teoría en 1973: “Los Trastornos Afectivos tienen múltiples etiologías como son los factores sociales, psicológicos y biológicos que interactúan entre sí dando origen a la enfermedad” (2).

Los Trastornos Afectivos se dividen en Trastorno Bipolar y Trastorno Depresivo, éste último se divide en Trastorno Depresivo Mayor, Trastorno Distímico y Trastorno Depresivo no especificado.

El Trastorno Depresivo Mayor se caracteriza por uno o más episodios depresivos que dura 2 o más semanas a lo largo de la vida de un individuo.

El Trastorno Distímico se caracteriza por ánimo triste casi todo el día y casi todos los días por un periodo mínimo de 2 años.

El Trastorno Depresivo no Especificado se refiere a síntomas depresivos que por sus características no pueden ser clasificados como un Trastorno Depresivo Mayor, un Trastorno Distímico o un Trastorno adaptativo con síntomas depresivos.

El uso de sustancias y una causa médica también pueden condicionar un Trastorno Depresivo por lo que se les llama Trastorno Afectivo secundario a causa médica(3).

Nos referiremos de aquí en adelante a la Depresión Mayor incluyendo dentro de éste grupo a los Trastornos Depresivos Mayores y los Episodios Depresivos Mayores.

II. ANTECEDENTES.

La Depresión Mayor es una de las enfermedades más comunes dentro de la Psiquiatría y que provoca importante incapacidad en el individuo.

Se caracteriza por ánimo triste o irritable, pérdida del interés en las actividades que antes le causaban placer, alteraciones en el apetito con cambios en el peso (ya sea aumento o disminución), sueño alterado caracterizado por insomnio o hipersomnia, cansancio o fatiga fácil con elentecimiento en los movimientos, disminución en la concentración, ideas de culpa, de incapacidad y sin esperanzas hacia el futuro, ideas de muerte con planeación suicida o intentos suicidas. Todos éstos síntomas se presentan en un periodo mínimo de 2 semanas y durante la mayor parte del día causando importante disfunción en la vida social, familiar y personal del individuo.

Según la severidad, la Depresión Mayor se ha dividido en 3 tipos por el grado

El uso de sustancias y una causa médica también pueden condicionar un Trastorno Depresivo por lo que se les llama Trastorno Afectivo secundario a causa médica(3).

Nos referiremos de aquí en adelante a la Depresión Mayor incluyendo dentro de éste grupo a los Trastornos Depresivos Mayores y los Episodios Depresivos Mayores.

II. ANTECEDENTES.

La Depresión Mayor es una de las enfermedades más comunes dentro de la Psiquiatría y que provoca importante incapacidad en el individuo.

Se caracteriza por ánimo triste o irritable, pérdida del interés en las actividades que antes le causaban placer, alteraciones en el apetito con cambios en el peso (ya sea aumento o disminución), sueño alterado caracterizado por insomnio o hipersomnia, cansancio o fatiga fácil con elentecimiento en los movimientos, disminución en la concentración, ideas de culpa, de incapacidad y sin esperanzas hacia el futuro, ideas de muerte con planeación suicida o intentos suicidas. Todos éstos síntomas se presentan en un periodo mínimo de 2 semanas y durante la mayor parte del día causando importante disfunción en la vida social, familiar y personal del individuo.

Según la severidad, la Depresión Mayor se ha dividido en 3 tipos por el grado

de afectación y discapacidad de la enfermedad: leve, moderada y severa (con o sin síntomas psicóticos).

El Trastorno Depresivo Mayor, también llamado por el DSM-IV “Depresión Unipolar” (entendiéndose como Trastorno Bipolar a fases de depresión alternados con fases de manía o hipomanía), afecta a por lo menos el 12% de las mujeres y 8% de los hombres según estudios epidemiológicos realizados en los Estados Unidos, siendo su complicación habitual el suicidio en el 15% de los pacientes deprimidos, más común en hombres que en mujeres.

a) CLASIFICACION.

Los Trastornos Depresivos Mayores se dividen según su presentación en episodio ÚNICO si es la primera vez que el paciente ha padecido de Depresión Mayor en su vida y episodio RECIDIVANTE o RECURRENTE si ha presentado varias veces el mismo cuadro existiendo una remisión total entre uno y otro. Así mismo, existe la Depresión Crónica cuando los síntomas depresivos persisten por muchos años sin remitir en su totalidad. Otro término acuñado es RESISTENCIA, que se refiere a la no respuesta al tratamiento utilizando 2 o más fármacos de 2 o más grupos a dosis y tiempos adecuados.

Con respecto a la presentación de nuevos episodios de Depresión Mayor, se conocen otros 2 términos que son de suma importancia: RECAIDA y RECURRENCIA. El primero se refiere a la presencia de síntomas de

Depresión Mayor que dura menos de 6 meses; y el segundo a la presentación por más de 6 meses, en ambos casos la condición sine quantum es la remisión total de los síntomas por un lapso de tiempo interepisódico de 2 meses.

b) EPIDEMIOLOGÍA

La demanda de servicios de salud ha crecido enormemente para la población deprimida siendo rebasados en algunos de ellos. Algunos estudios reportan que la depresión es más frecuente entre los adultos jóvenes, de edad media, que viven en la ciudad y que son solteros o divorciados (dos veces más en personas que viven solas que en quienes viven con otros). Con respecto a la edad, existe diferencia entre ambos sexos; en las mujeres es más frecuente entre los grupos de edad de 18-29 y 30-44 años; en los hombres, entre 30-44 años ; el promedio en ambos grupos está entre 20 y 40 años. El sexo más afectado es el femenino probablemente por desajustes hormonales anulando de ésta forma la hipótesis que la Depresión Mayor es más frecuente en las mujeres porque acuden más al médico según varios estudios comunitarios y epidemiológicos.

La incidencia de Depresión Mayor en la población es de 1.59%, otros estudios reportan el 0.43% en hombres y 0.76% en mujeres. En los mayores de 70 años la incidencia sube a 27% en hombres y 45% en las mujeres. Por otra parte, se vio que un nivel socioeconómico bajo está en mayor relación con la depresión.

Por otro lado la historia familiar de suicidio y alcoholismo ha sido repetidamente demostrado estar presentes entre sujetos deprimidos que en los controles.

Los estudios sobre cuadros recidivantes de depresión son escasos y poco esclarecedores sobre las características de la enfermedad y la etiología que envuelve a éstas. Keller menciona en uno de sus artículos que los pacientes que presentaron un primer cuadro depresivo, se recuperaron en un 50% al primer año, 28% en el segundo año, 22% en el tercero y 18% en el cuarto año (4). También se observó que los cuadros recurrentes con recuperación completa interepisódica son de 3% y los cuadros recurrentes sin recuperación completa interepisódica son de 25%. La literatura reporta que aproximadamente el 70% de los pacientes que tuvieron un primer episodio de Depresión Mayor, tienen episodios subsecuentes estando habitualmente relacionados con los estresores psicosociales. Otros autores mencionan que existe una alta prevalencia de depresión recurrente en mujeres, adultos jóvenes y personas de baja educación, además de existir una alta asociación del estrés psicosocial en el primer episodio de Depresión Mayor y una probable vulnerabilidad por factores de transcripción en el proto-oncogen c-fos (5,6,7). Con respecto al estrés social, existen 3 clases de eventos que pueden modificar el estado del ánimo de los sujetos: eventos de la vida, estrés crónico y peleas

cotidianas. Eventos de la vida, se refiere a cambios discretos en los patrones de vida que rompen con la conducta usual y el trato con las personas. El estrés crónico, son condiciones prolongadas que cambia a la persona, como la deprivación económica, dificultades interpersonales, temor al daño por inseguridad del lugar en donde vive o trabaja. Las peleas cotidianas, son los problemas de la vida diaria como los de la casa y las interacciones poco placenteras con los vecinos.

c) PERSONALIDAD

Los estudios fenomenológicos y psicoanalíticos hablan de la personalidad del paciente deprimido atribuyendo una “personalidad depresiva” a éstos, encontrando mayor neuroticismo, introversión y obsesividad. Otros mencionan la predisponibilidad personal a desarrollar un trastorno depresivo, dichos sujetos presentan falta de energía, son más introvertidos, preocupados, dependientes e hipersensibles, además de tener comorbilidad con el eje II (8,9).

d) ETIOLOGIA DE LA DEPRESION.

Se cree que la depresión es una enfermedad heterogénea resultado de la disfunción de neurotransmisores y sistemas metabólicos existiendo evidencias claras de la participación de la Noradrenalina y la Serotonina en el tratamiento de la depresión.

1. Teoría monoaminérgica.

Desde hace tiempo se ha especulado que la baja en la disponibilidad de las monoaminas es el factor causal de la depresión, esto se respalda por el hecho que los antidepresivos elevan la disponibilidad monoaminérgica. Los nuevos experimentos han demostrado que este modelo no basta para comprender los mecanismos de la depresión, según se investigó en los paradigmas de restricción de los precursores y de los períodos de latencia con los fármacos.

2. Teoría de los receptores monoaminérgicos.

La elevación de las catecolaminas totales en la hendidura, activa los receptores específicos para éstas, aparentemente ésta activación persistente, regula a su vez los mecanismos de los antidepresivos a largo plazo mediado por las vías intraneuronales. Se descubrió que la terapia antidepresiva sostenida causaba efectos sobre los receptores, la actividad y la sensibilidad, a estos fenómenos se les conoce como “regulación”, siendo el responsable de la disminución o incremento de la actividad neuronal postsináptica dependiendo de la dirección en que se les module cada receptor, incluso del mismo grupo, responden de manera específica. Desde éste punto de partida se inició un diseño de vías metabólicas dentro de las neuronas que impactan finalmente en el código genético.

3. Teoría de los mensajeros intracelulares y los factores neurotróficos.

Existen 2 grupos de primeros mensajeros, el primero es controlado por segundos mensajeros y el otro son los que responden a las citoninas, factor neurotrófico y tirosin quinasa. Estas vías son a su vez estimuladoras de otras cascadas intracelulares, que actúan sobre la transcripción nuclear. Estas transcripciones iniciadas por diversos antidepresivos a nivel receptor fomentan también cambios de tipo trófico.

4. Hipótesis de la vulnerabilidad genética y medioambiental.

Es conocido que la depresión es resultado de factores genéticos y ambientales; se han postulado genes que posiblemente predispongan a la depresión. Algunas agresiones a las neuronas provocan síntomas depresivos que ceden a la administración de antidepresivos. Se especula que individuos con estrés en edades tempranas sufrieron modificaciones morfológicas y fisiológicas que los hace susceptibles a presentar depresión.

5. Otras sustancias.

Se ha demostrado otras alteraciones en los pacientes deprimidos como la disminución de la 3-metoxi-4-hidroxifenilglicerol (MHPG), aunque éste comportamiento no es en todos los sujetos. Así mismo, se observó disminución del 5-hidroxi-indol ácido acético (5-HIAA) que es el principal metabolito de la serotonina a nivel del líquido cefaloraquídeo y que está asociado con el suicidio. Otros hallazgos laboratoriales son el aumento del

cortisol sérico y urinario, alteraciones en la hormona liberadora de corticotrofina (CRH) y de tirotrófina (TRH), aumento de las beta endorfinas y beta lipoptoteínas, disminución de la somatostatina, arginina, disminución de la vasopresina, alteraciones en la colecistoquinina, sustancia P, bombesina, calcitonina, neuropeptido Y, y en el inhibidor de la unión a diazepam; todos estos estudios son hallazgos de laboratorio, controversiales unos contra otros y ninguno específico (10,11).

e) Genética.

Estos estudios se realizaron en poblaciones tratadas en los cuales existía un registro de casos del cual las personas sirvieron como probandos; los estudios fueron realizados en familias, gemelos y en estudios de adopción. Kendler encontró que la Depresión Mayor es un trastorno familiar encontrando en un estudio de mujeres deprimidas que los factores genéticos juegan un rol moderado en la etiología a un año de prevalencia de la Depresión Mayor, y los factores ambientales juegan un papel significativo en la etiología, pero sus efectos son generalmente transitorios (12); otros estudios, 3 de ellos realizado con gemelos adoptados, el primero encontró efectos genéticos significantes en la etiología de la Depresión (13) y los otros 2 dieron mayor importancia a los factores ambientales (14,15).

Aunque los resultados son contradictorios unos contra otros, se ha planteado

algunos modelos para la depresión.

1. Modelo autosómico dominante.

En el cual la mitad de los familiares están afectados.

2. Modelo autosómico recesivo.

La transmisión es horizontal. Uno de 4 hermanos está afectado y la consanguineidad en los padres está aumentado.

3. Modelo ligado al cromosoma X recesivo.

La mitad de los hijos varones de madres portadoras están afectados y todas las hijas de padres portadores.

4. Modelo ligado al cromosoma X dominante.

Está presente en las mujeres donde la mujer afectada transmite la enfermedad a la mitad de los hijos e hijas. El varón afectado transmite a todas las hijas y no a los hijos.

5. Multifactorial.

Está comprometido un gen y más de un factor no genético. El riesgo entre los familiares aumenta de acuerdo a la severidad del probando. La transmisión es bilineal.

6. Modelo mixto: locus solitario y multifactorial.

Existe asociación genética y no genética (16,17,18,19,20, 21).

III. JUSTIFICACIÓN.

El presente trabajo tiene la intención de identificar las causas principales para la Recaída y la Recurrencia, así como el tratamiento recibido durante estos periodos y la comorbilidad que los pacientes deprimidos presentan con otras enfermedades (trastornos psiquiátricos del Eje I y Eje II y problemas psicosociales con el grupo primario de apoyo) según el DSM. También nos interesa saber el comportamiento de la Depresión a lo largo de la vida durante su atención en éste hospital.

IV. OBJETIVOS.

- a) Identificar el número de Recaídas y Recurrencias de los pacientes deprimidos del Instituto Mexicano de Psiquiatría.
- b) Edad de inicio del Episodio único.
- c) Edad de presentación de la primera Recaída y Recurrencia.
- d) Relación del Episodio Único, la Recaída y la Recurrencia con la comorbilidad de eje I y eje II.
- e) Relación del Episodio Único, la Recaída y la Recurrencia con el tratamiento y la adherencia terapéutica.
- f) Relación del Episodio Único, la Recaída y la Recurrencia con la presencia de un estresor asociado.

III. JUSTIFICACIÓN.

El presente trabajo tiene la intención de identificar las causas principales para la Recaída y la Recurrencia, así como el tratamiento recibido durante estos periodos y la comorbilidad que los pacientes deprimidos presentan con otras enfermedades (trastornos psiquiátricos del Eje I y Eje II y problemas psicosociales con el grupo primario de apoyo) según el DSM. También nos interesa saber el comportamiento de la Depresión a lo largo de la vida durante su atención en éste hospital.

IV. OBJETIVOS.

- a) Identificar el número de Recaídas y Recurrencias de los pacientes deprimidos del Instituto Mexicano de Psiquiatría.
- b) Edad de inicio del Episodio único.
- c) Edad de presentación de la primera Recaída y Recurrencia.
- d) Relación del Episodio Único, la Recaída y la Recurrencia con la comorbilidad de eje I y eje II.
- e) Relación del Episodio Único, la Recaída y la Recurrencia con el tratamiento y la adherencia terapéutica.
- f) Relación del Episodio Único, la Recaída y la Recurrencia con la presencia de un estresor asociado.

g) Identificar la probabilidad acumulada de Recurrencia después de un episodio de Depresión Mayor.

V. HIPOTESIS.

La literatura ha reportado la prevalencia de Recurrencias y de Recaídas, identificando algunas de las causas en cada una de ellas.

La hipótesis que planteamos en el siguiente trabajo es la prevalencia de la Recurrencia en los pacientes deprimidos, pero que ésta está en directa relación con el mal apego terapéutico, a la comorbilidad con trastornos de la personalidad y por disfunciones en el núcleo primario de apoyo. Así mismo a mayor edad, mayor probabilidad de recaída.

VI. METODOLOGÍA.

Para el siguiente trabajo se revisó 385 expedientes de pacientes con diagnóstico de Depresión Mayor definidos por los criterios del DSM que acudieron al servicio de consulta externa u hospitalización del Instituto Mexicano de Psiquiatría desde 1987 hasta 1997. Se incluyeron a los pacientes cuya asistencia fue regular, con un mínimo de 5 entrevistas en un período de 2 años y que fueron diagnosticados a su ingreso como Depresión Mayor. Se procedió a la lectura de las Historias Clínicas y las notas de evolución

g) Identificar la probabilidad acumulada de Recurrencia después de un episodio de Depresión Mayor.

V. HIPOTESIS.

La literatura ha reportado la prevalencia de Recurrencias y de Recaídas, identificando algunas de las causas en cada una de ellas.

La hipótesis que planteamos en el siguiente trabajo es la prevalencia de la Recurrencia en los pacientes deprimidos, pero que ésta está en directa relación con el mal apego terapéutico, a la comorbilidad con trastornos de la personalidad y por disfunciones en el núcleo primario de apoyo. Así mismo a mayor edad, mayor probabilidad de recaída.

VI. METODOLOGÍA.

Para el siguiente trabajo se revisó 385 expedientes de pacientes con diagnóstico de Depresión Mayor definidos por los criterios del DSM que acudieron al servicio de consulta externa u hospitalización del Instituto Mexicano de Psiquiatría desde 1987 hasta 1997. Se incluyeron a los pacientes cuya asistencia fue regular, con un mínimo de 5 entrevistas en un período de 2 años y que fueron diagnosticados a su ingreso como Depresión Mayor. Se procedió a la lectura de las Historias Clínicas y las notas de evolución

g) Identificar la probabilidad acumulada de Recurrencia después de un episodio de Depresión Mayor.

V. HIPOTESIS.

La literatura ha reportado la prevalencia de Recurrencias y de Recaídas, identificando algunas de las causas en cada una de ellas.

La hipótesis que planteamos en el siguiente trabajo es la prevalencia de la Recurrencia en los pacientes deprimidos, pero que ésta está en directa relación con el mal apego terapéutico, a la comorbilidad con trastornos de la personalidad y por disfunciones en el núcleo primario de apoyo. Así mismo a mayor edad, mayor probabilidad de recaída.

VI. METODOLOGÍA.

Para el siguiente trabajo se revisó 385 expedientes de pacientes con diagnóstico de Depresión Mayor definidos por los criterios del DSM que acudieron al servicio de consulta externa u hospitalización del Instituto Mexicano de Psiquiatría desde 1987 hasta 1997. Se incluyeron a los pacientes cuya asistencia fue regular, con un mínimo de 5 entrevistas en un período de 2 años y que fueron diagnosticados a su ingreso como Depresión Mayor. Se procedió a la lectura de las Historias Clínicas y las notas de evolución

intentando de identificar en forma precisa la Recaída o la Recurrencia y el tiempo que permanecieron asintomáticos. Se excluyeron a los pacientes cuyos expedientes se consideraron incompletos, poco precisos en el diagnóstico o confusos respecto a la evolución de la enfermedad. Durante la primera fase del estudio se investigó el número de cuadros recurrentes que presentó el paciente a lo largo de la vida tomando como punto de partida (“punto cero”) la primera vez que acudió a un psiquiatra, que recibió tratamiento psicofarmacológico o finalmente que el paciente haya identificado sus síntomas depresivos como tal; el total de pacientes incluidos con dichos criterios fueron de 385 de los cuales 319 fueron mujeres y 66 hombres. Debido a que muchos de los datos eran poco fidedignos porque se desconocían algunos datos como la edad de inicio de la enfermedad, el tiempo de duración del cuadro depresivo y el número de recurrencias, se decidió realizar otro “punto cero” a partir de la primera consulta en éste hospital, cumpliendo con éste criterio 228 pacientes (193 mujeres y 35 hombres) en quienes se identificó claramente el inicio de la enfermedad, el tiempo de duración de éste, los cuadros recurrentes que presentó durante su tratamiento institucional y la duración de estos, así como el tratamiento y el abandono del medicamento. El análisis se realizó tomando en cuenta el sexo; la edad, el cual se dividió en 2 grupos: menores de 40 y mayores de 40 años; las comorbilidades de eje I y II; y finalmente el abandono

del tratamiento. Como mencionamos antes, los pacientes recibieron por lo menos 5 consultas en un periodo mínimo de 2 años.

VII. ANALISIS DE DATOS

Se utilizó la chi cuadrada para las variables categóricas: edad media del primer episodio de Depresión Mayor, de la Recaída y la Recurrencia, comorbilidad con eje I, II y IV, y el tratamiento y adherencia terapéutica. Se calculó las curvas de sobrevivencia con la prueba de Kaplan-Meier y se realizó el análisis con el programa SPSS para la probabilidad acumulada de recurrencia después de un episodio de Depresión Mayor.

VIII. RESULTADOS

Los resultados obtenidos muestran que de los 385 pacientes estudiados, 51.2% presentó un primer episodio de Depresión Mayor, 37.4% recurrencias, 5.5% recaídas y 6% no se llegó a identificar el tipo de cuadro depresivo (Gráfica 1). La edad media de los pacientes en el episodio único fue de 41.84 años, para las recaídas 49.97 y para las recurrencias 47.69 años (Gráfica 2). En la distribución según la comorbilidad de eje I se observó que el episodio único se relacionó principalmente con Trastornos de ansiedad en un 43%, las recaídas con trastornos psicóticos (30%) y distimia (30%), y las recurrencias con

del tratamiento. Como mencionamos antes, los pacientes recibieron por lo menos 5 consultas en un periodo mínimo de 2 años.

VII. ANALISIS DE DATOS

Se utilizó la chi cuadrada para las variables categóricas: edad media del primer episodio de Depresión Mayor, de la Recaída y la Recurrencia, comorbilidad con eje I, II y IV, y el tratamiento y adherencia terapéutica. Se calculó las curvas de sobrevivencia con la prueba de Kaplan-Meyer y se realizó el análisis con el programa SPSS para la probabilidad acumulada de recurrencia después de un episodio de Depresión Mayor.

VIII. RESULTADOS

Los resultados obtenidos muestran que de los 385 pacientes estudiados, 51.2% presentó un primer episodio de Depresión Mayor, 37.4% recurrencias, 5.5% recaídas y 6% no se llegó a identificar el tipo de cuadro depresivo (Gráfica 1). La edad media de los pacientes en el episodio único fue de 41.84 años, para las recaídas 49.97 y para las recurrencias 47.69 años (Gráfica 2). En la distribución según la comorbilidad de eje I se observó que el episodio único se relacionó principalmente con Trastornos de ansiedad en un 43%, las recaídas con trastornos psicóticos (30%) y distimia (30%), y las recurrencias con

del tratamiento. Como mencionamos antes, los pacientes recibieron por lo menos 5 consultas en un periodo mínimo de 2 años.

VII. ANALISIS DE DATOS

Se utilizó la chi cuadrada para las variables categóricas: edad media del primer episodio de Depresión Mayor, de la Recaída y la Recurrencia, comorbilidad con eje I, II y IV, y el tratamiento y adherencia terapéutica. Se calculó las curvas de sobrevivencia con la prueba de Kaplan-Meier y se realizó el análisis con el programa SPSS para la probabilidad acumulada de recurrencia después de un episodio de Depresión Mayor.

VIII. RESULTADOS

Los resultados obtenidos muestran que de los 385 pacientes estudiados, 51.2% presentó un primer episodio de Depresión Mayor, 37.4% recurrencias, 5.5% recaídas y 6% no se llegó a identificar el tipo de cuadro depresivo (Gráfica 1). La edad media de los pacientes en el episodio único fue de 41.84 años, para las recaídas 49.97 y para las recurrencias 47.69 años (Gráfica 2). En la distribución según la comorbilidad de eje I se observó que el episodio único se relacionó principalmente con Trastornos de ansiedad en un 43%, las recaídas con trastornos psicóticos (30%) y distimia (30%), y las recurrencias con

trastornos de ansiedad (33%) y distimia (30%) (Gráfica 3). Según el eje II, los 3 grupos tuvieron mayor relación con las personalidades del cluster C (episodio único= 16%; recaída= 4%; recurrencia= 23%) (Gráfica 4). El estrés psicosocial condicionó recaída en el 33.3% de los pacientes, recurrencia en el 26.4% y 21.8% en el episodio único (Gráfica 5). Aproximadamente el 50% de los pacientes que presentaron recurrencia y recaída estuvieron sin tratamiento previo a su ingreso a éste hospital; los medicamentos más prescritos durante el tratamiento en los 3 grupos fueron los tricíclicos (28-42%) y las benzodiazepinas (15-35%); los inhibidores selectivos de recaptura de serotonina generalmente se indicaron en el episodio único en un 12% (gráfica 6) siendo la adherencia terapéutica en todos ellos de 80 a 90%; el abandono al tratamiento se presentó mayormente entre las recaídas y recurrencias entre 18-22% (Gráfica 7).

La probabilidad acumulada de recurrencia después de un episodio de Depresión mayor fue de 10.1% a los 3 meses, 19.3% a los 6 meses, 32.0% a los 12 meses y 37.3% a los 24 meses. Según el sexo las mujeres tienen mayor probabilidad de recaer en un nuevo episodio depresivo aunque no se encontró significancia estadística ($p = 0.972$). Respecto a la comorbilidad con un cuadro psiquiátrico de eje I, se observó que los sujetos con ésta asociación tienen mayor probabilidad de recurrencia aunque no existe significancia estadística

(p 0.359) (Gráfica 8). Tomando en cuenta algún trastorno de personalidad asociado a la depresión, no encontramos significancia estadística, sin embargo existió una ligera diferencia de mayor probabilidad de depresión si existía comorbilidad con algún cluster. El abandono del tratamiento mostró significancia estadística (razón de momios= 1.86; p 0.002) para predecir un nuevo episodio depresivo en comparación con quienes no abandonan el tratamiento (Gráfica 9). Según la edad, ambos grupos presentaron la misma probabilidad de presentar la enfermedad sin mostrar significancia (p 0.855) (Tabla 1).

IX. CONCLUSIONES

Con los resultados obtenidos podemos concluir que en el Instituto Mexicano de Psiquiatría se atiende a un 51% de pacientes con un primer episodio de Depresión Mayor con una edad media de 42 años. La edad media de presentación de la primera recaída es de 50 años y de recurrencia de 48 años. La comorbilidad del eje I más comunmente asociadas a Depresión Mayor son los trastornos de ansiedad, trastornos psicóticos y distímicos, así como el cluster C según el eje II. El estrés psicosocial está presente en los 3 tipos de episodios, sin embargo, está más frecuentemente asociado a las recaídas. El tratamiento más frecuente que da el IMP a sus pacientes con episodio único

(p 0.359) (Gráfica 8). Tomando en cuenta algún trastorno de personalidad asociado a la depresión, no encontramos significancia estadística, sin embargo existió una ligera diferencia de mayor probabilidad de depresión si existía comorbilidad con algún cluster. El abandono del tratamiento mostró significancia estadística (razón de momios= 1.86; p 0.002) para predecir un nuevo episodio depresivo en comparación con quienes no abandonan el tratamiento (Gráfica 9). Según la edad, ambos grupos presentaron la misma probabilidad de presentar la enfermedad sin mostrar significancia (p 0.855) (Tabla 1).

IX. CONCLUSIONES

Con los resultados obtenidos podemos concluir que en el Instituto Mexicano de Psiquiatría se atiende a un 51% de pacientes con un primer episodio de Depresión Mayor con una edad media de 42 años. La edad media de presentación de la primera recaída es de 50 años y de recurrencia de 48 años. La comorbilidad del eje I más comunmente asociadas a Depresión Mayor son los trastornos de ansiedad, trastornos psicóticos y distímicos, así como el cluster C según el eje II. El estrés psicosocial está presente en los 3 tipos de episodios, sin embargo, está más frecuentemente asociado a las recaídas. El tratamiento más frecuente que da el IMP a sus pacientes con episodio único

son los tricíclicos y las benzodiazepinas existiendo buen apego a los mismos en los 3 grupos. Respecto a las gráficas de sobrevida, observamos que a mayor edad, mayor probabilidad de recaer, más frecuente en mujeres que en hombres, aunque no existe significancia estadística. Es más frecuente la comorbilidad con el eje I que con el eje II para presentar recurrencia después de un episodio de Depresión Mayor. Finalmente el abandono del tratamiento predice en forma significativa la probabilidad acumulada de recurrencia después de un episodio de Depresión Mayor a lo largo de la vida, es decir que existe 2 veces más riesgo de recaer si se abandona el tratamiento.

X. COMENTARIO

Realizando una observación global de los resultados obtenidos, vemos que éstos se relacionan con investigaciones reportadas internacionalmente. Muchos de los estudios epidemiológicos reportaron que la edad de inicio del primer episodio depresivo varía entre 30 a 40 años, nuestros hallazgos indican una edad de inicio de 42 años que está ligeramente por encima de lo descrito en la literatura mundial; debemos de mencionar que el IMP es una institución que se dedica a la atención de adultos mayores de 18 años. Por otro lado quisiera comentar que la cantidad de sujetos incluidos en el estudio es relativamente pequeña, esto se debe a que el instituto abrió sus puertas para la

son los tricíclicos y las benzodiazepinas existiendo buen apego a los mismos en los 3 grupos. Respecto a las gráficas de sobrevivencia, observamos que a mayor edad, mayor probabilidad de recaer, más frecuente en mujeres que en hombres, aunque no existe significancia estadística. Es más frecuente la comorbilidad con el eje I que con el eje II para presentar recurrencia después de un episodio de Depresión Mayor. Finalmente el abandono del tratamiento predice en forma significativa la probabilidad acumulada de recurrencia después de un episodio de Depresión Mayor a lo largo de la vida, es decir que existe 2 veces más riesgo de recaer si se abandona el tratamiento.

X. COMENTARIO

Realizando una observación global de los resultados obtenidos, vemos que éstos se relacionan con investigaciones reportadas internacionalmente. Muchos de los estudios epidemiológicos reportaron que la edad de inicio del primer episodio depresivo varía entre 30 a 40 años, nuestros hallazgos indican una edad de inicio de 42 años que está ligeramente por encima de lo descrito en la literatura mundial; debemos de mencionar que el IMP es una institución que se dedica a la atención de adultos mayores de 18 años. Por otro lado quisiera comentar que la cantidad de sujetos incluidos en el estudio es relativamente pequeña, esto se debe a que el instituto abrió sus puertas para la

atención de pacientes psiquiátricos desde 1987 y por lo tanto la casuística poblacional es baja, esto no quiere decir que los resultados carezcan de significancia, pero sí nos invita a repetir el estudio en posteriores años teniendo como base el presente trabajo.

Se ha intentado de buscar una comorbilidad a la enfermedad depresiva, en éste intento se realizaron múltiples estudios, la mayoría con resultados frustrantes ya que no existe hasta el momento ningún estudio que lo compruebe, sin embargo, existen algunas aproximaciones y en éste aspecto nuestro trabajo tiene validez puesto que encontró mayor comorbilidad del eje I con trastornos del espectro ansioso, psicótico y distímico; respecto al eje II, el cluster C impresionó tener mayor impacto sobre la Depresión Mayor, estos datos se acercan a encontrados en otros estudios (8,9).

El estrés psicosocial es otra variable muy importante de valorar en los pacientes deprimidos ya que el ambiente que rodea a los sujetos deprimidos provoca desajustes emocionales que tienden a desencadenar nuevos episodios de Depresión Mayor (no en vano se describe a la enfermedad depresiva resultado de ambientes social y culturalmente depauperados), nuestros resultados confirman ésta relación que es más estrecha para las recaídas que para las recurrencias y episodio, probablemente ésta sea una de causas de mayor peso para decir que la Depresión Mayor es más frecuente en mujeres

que en hombres ya que éstas son más vulnerables al medio ambiente (22).

El tratamiento que habitualmente se prescribe en el IMP según nuestros resultados son los tricíclicos y las benzodiazepinas, sin embargo, quisiera mencionar que dichos resultados son de los 11 años en que funciona el instituto como centro de referencia. En los últimos años, con el advenimiento de nuevos medicamentos como los inhibidores selectivos de la recaptura de serotonina, esta proporción tricíclico-inhibidor selectivo puede invertirse; durante la recolección de los datos se observó ésta tendencia en la prescripción de medicamentos en los últimos 2 años. Así mismo la adherencia terapéutica en nuestra población es buena con un apego al tratamiento del 80 al 90%.

La probabilidad acumulada de recurrencia después de un episodio de Depresión Mayor obtenida en este estudio (Gráfica 10) son similares a los encontrados por Keller quien en un estudio del NIMH reporta el 5% de recurrencia a los 3 meses, 13% a los 6 meses, 25% al año y 42% a los 2 años. Este investigador llegó a identificar hasta 5 recurrencias durante 5 años (23). Si bien nuestro estudio sólo comparó con la primera recurrencia en un tiempo de 2 años, esto se debió a lo joven que es nuestra institución; aunque existieron pacientes con episodios recurrentes a lo largo del estudio, estos eran la minoría y por lo tanto los resultados poco representativos, sin embargo, nos dan pautas de comportamiento similar a los encontrados por este autor. /

XI. REFERENCIA BIBLIOGRAFICA

1. Kaplan HI., Sadock BJ. Comprehensive Textbook of Psychiatry. Sixth edition. Ed. Williams and Williams, Baltimore.1995
2. Akiskal HS., McKinney WT. Depressive disorders: Toward an unified hypothesis. Science 182: 20. 1973
3. Asociación Psiquiátrica Americana. Manual de Diagnóstico y estadístico de Enfermedades versión cuarta. Ed. Masson; Barcelona. pag 323. 1994
4. Keller MB., Shapiro RW., Lavori PW, et al. Recovy in Major Depressive Disorder. Analysis With the Life Table and Regression Models. 39: 905-910. 1982
5. Blazer DG., Kessler RC., McGonagle KA., et al. The Prevalence and Distribution of Major Depression in a National Community Sample: The National Comorbidity Survey. Am J Psychiatry. 151: 979-986. 1994
6. Post RM. Transduction of Psychosocial Stress Into the Neurobiology of Recurrent Affective Disorder. Am J Psychiatry. 149: 999-1010. 1992
7. Eaton WW., Kramer M., Anthony JC., et al. The incidence of specific DIS/DSM-III mental disorders: data from the NIMH Epideologic Catchment Area Program. Acta Psychiatr Scand. 79: 163-178. 1989
8. Hirschfeld RMA., Klerman GL. Personality Attributes and Affective Disorders. Am J Psychiatry. 136: 67-70. 1979

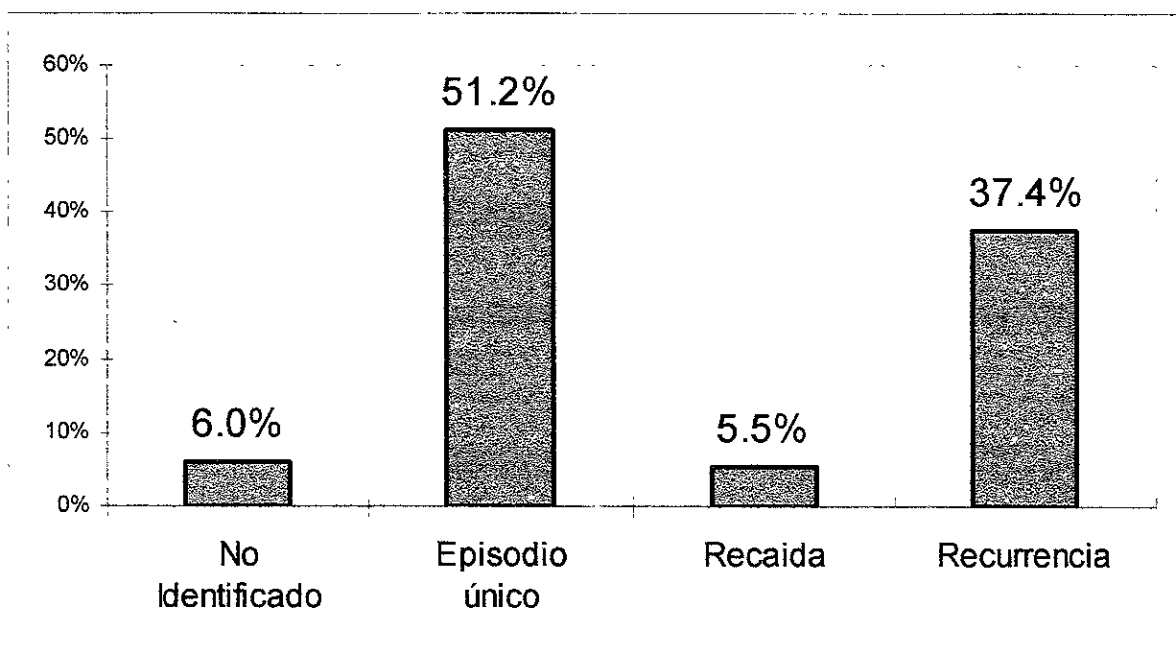
ESTA TESIS NO DEBE
SALIR DE LA BIBLIOTECA

9. Phillips KA., Gunderson JG., Hirschfeld RMA. A Review of the Depressive Personality. *Am J Psychiatry* 147: 830-837. 1990
10. Duman RJ., Heninger GR., Nestler EJ. A molecular and Cellular Theory of Depression. *Arch Gen Psychiatry*. 54: 597-606. 1997
11. Salin-Pascual RJ., Ortega-Soto HA. Manual de Psicoquímica. Bases Neurobioquímicas y Psicofarmacológicas de la Psiquiatría y Psicología. México DF, México. Ed. Cedis. 155-166. 1989
12. Kendler K., Neale M., Kessler R., et al. A longitudinal Twin study of one year Prevalence of Major Depressions in Women. *Arch Gen Psychiatry*. 50: 843-852. 1993
13. Wender PH., Kety SS., Rosenthal D., et al. Psychiatric disorders in the biological and adoptive families of adopted individuals with affective disorders. *Arch Gen Psychiatry*. 43: 923-929. 1986
14. Cadoret RJ., O'Gorman TW., Heywood E., et al. Genetic and Enviromental factors in Major Depression. *J Affect Disord*. 9: 155-164. 1985
15. Von Knorring AL., Cloninger CR., Bohman M., et al. An Adoption Study of Depressive Disorders and Substance Abuse. *Arch Gen Psychiatry*. 40: 943-950. 1983

16. Mc Guffin P., Katz R. The genetics of depression and manic-depression disorder. *Br J Psychiatry*. 155: 294. 1989
17. Mc Guffin P., Katz R., Rutherford J. Nature, Nurture and Depression: A Twin Study. *Psychol Med*. 21: 329. 1991
18. Kendler KS., Neale MC., Kessler RC., et al. A population based twin study of major depression in women: The impact of varying definitions of illness. *Arch Gen Psychiatry*. 49: 257. 1992
19. Hebebrand J. A critical appraisal of X-linked bipolar illness: Evidence for the assumed mode of inheritance is lacking. *Br J Psychiatry*. 160: 7. 1992
20. Craddock N., Owen M. Chromosomal aberrations and bipolar affective disorder. *Br J Psychiatry*. 164: 507. 1994
21. Salamanca F. *Citogenética Humana. Fundamentos y aplicaciones clínicas.* México DF, México. Ed. Panamericana. 1990
22. Paltiel FL. Gender women and health in the Americas. PAHO Scientific Publication No 541 WHO: Geneva. 143-162. 1993
23. CFB. Resercher Suggests New Approach To Treating Recurrent Depression. *Psychiatric News*. July 18, pag 9,23. 1997

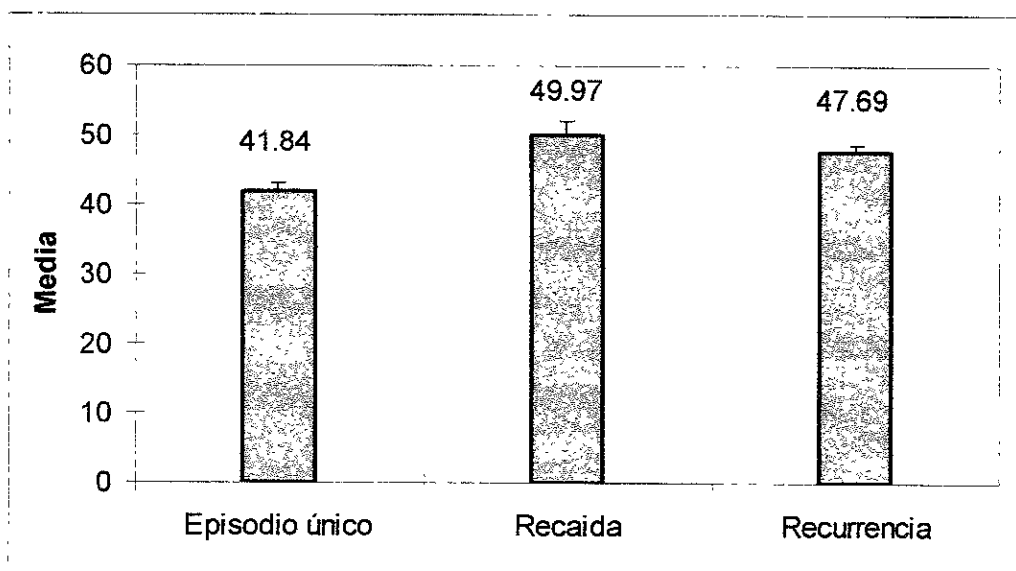
Gráfica 1

Distribución de los sujetos según el tipo de episodio de la consulta de primera vez.



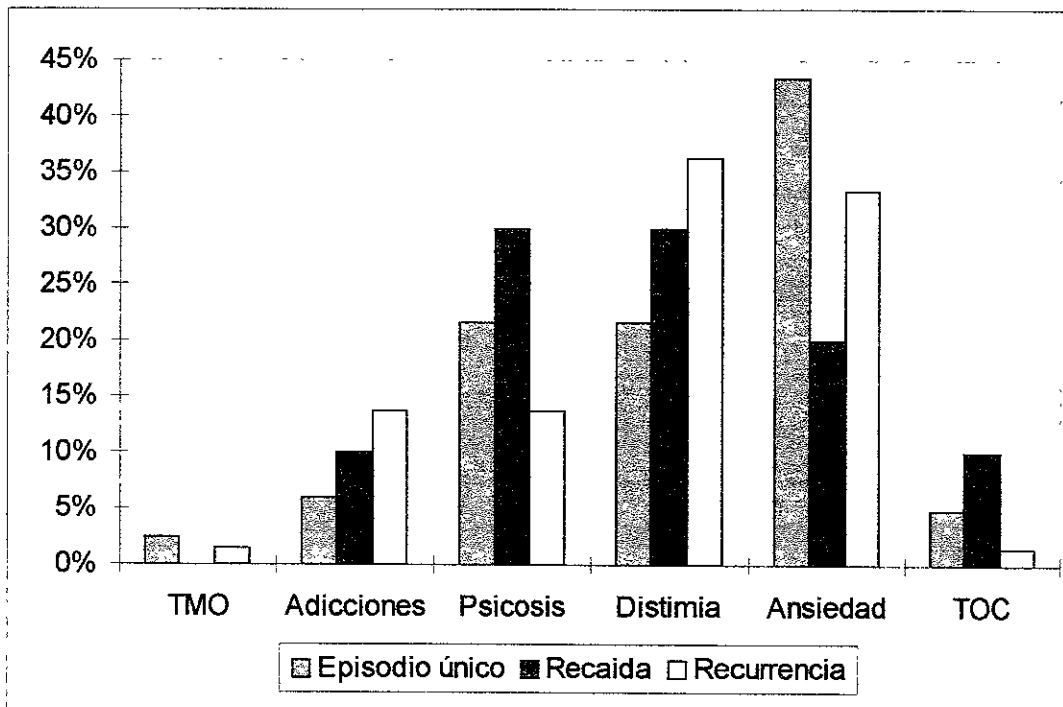
Gráfica 2

Media de la edad de los pacientes por tipo de episodio.



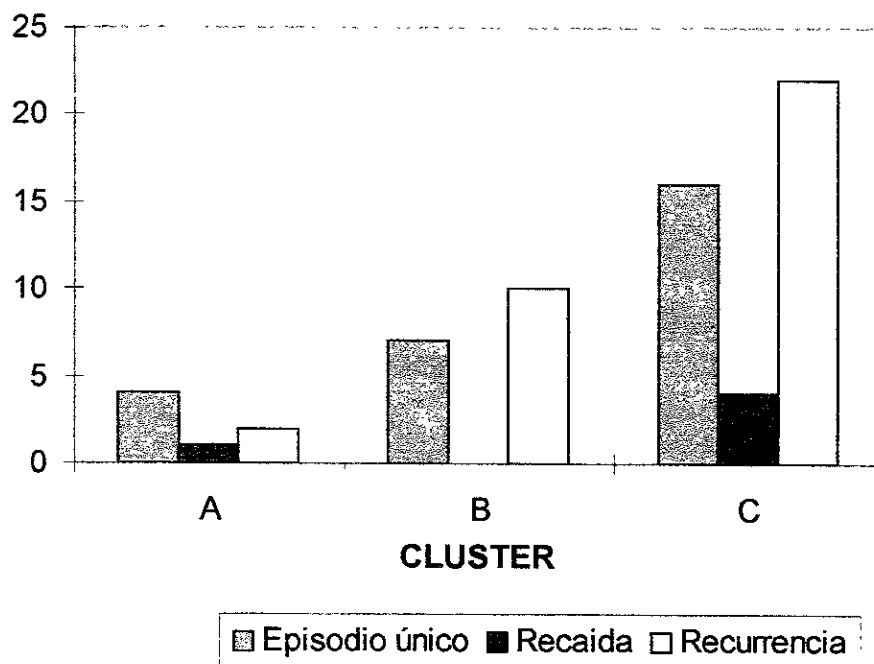
Gráfica 3

Distribución de comorbilidad de eje I por tipo de episodio



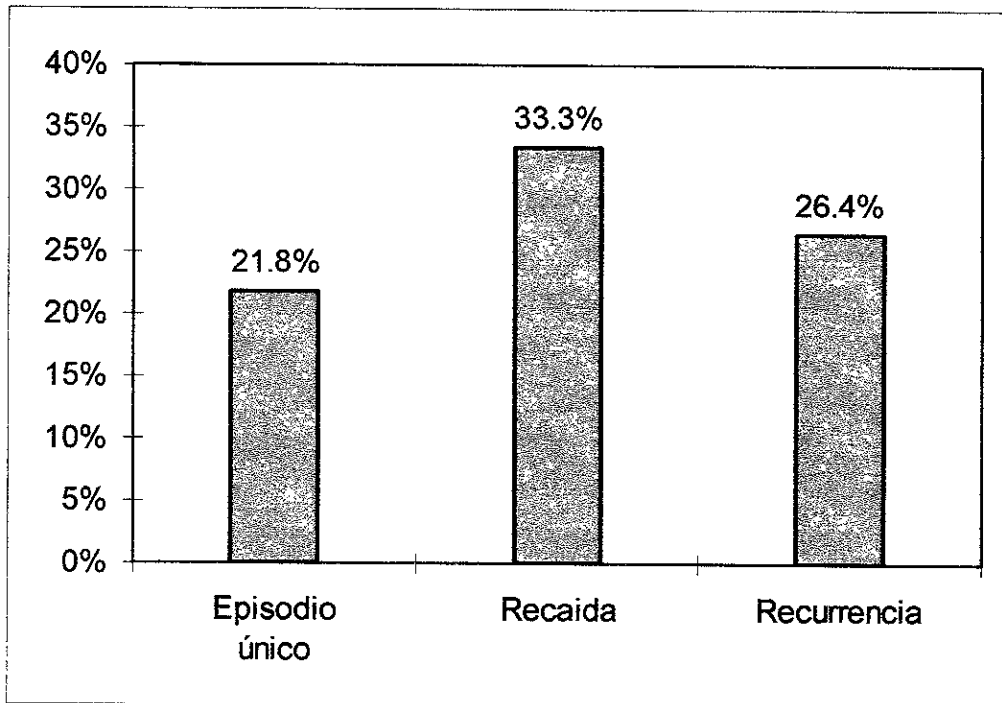
Gráfica 4

Distribución de comorbilidad de eje II por tipo de episodio



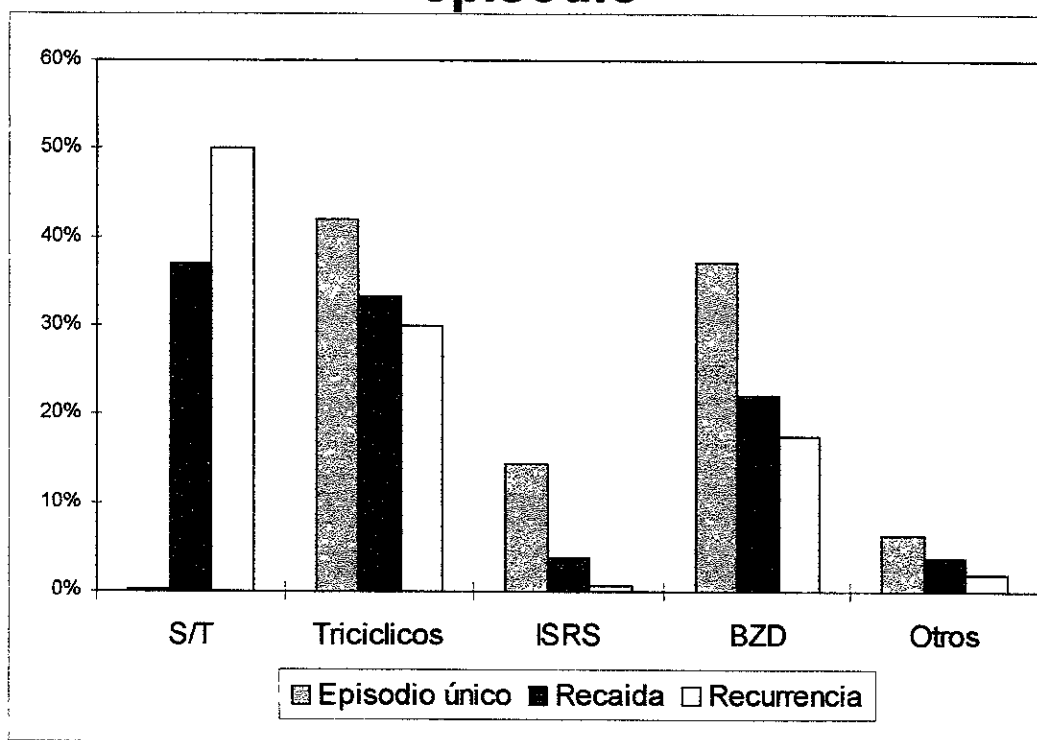
Gráfica 5

Distribución según la presencia de estresor psicosocial y tipo de episodio.



Gráfica 6

Distribución por tratamiento y tipo de episodio



Gráfica 7

Distribución por adherencia terapéutica y tipo de episodio.

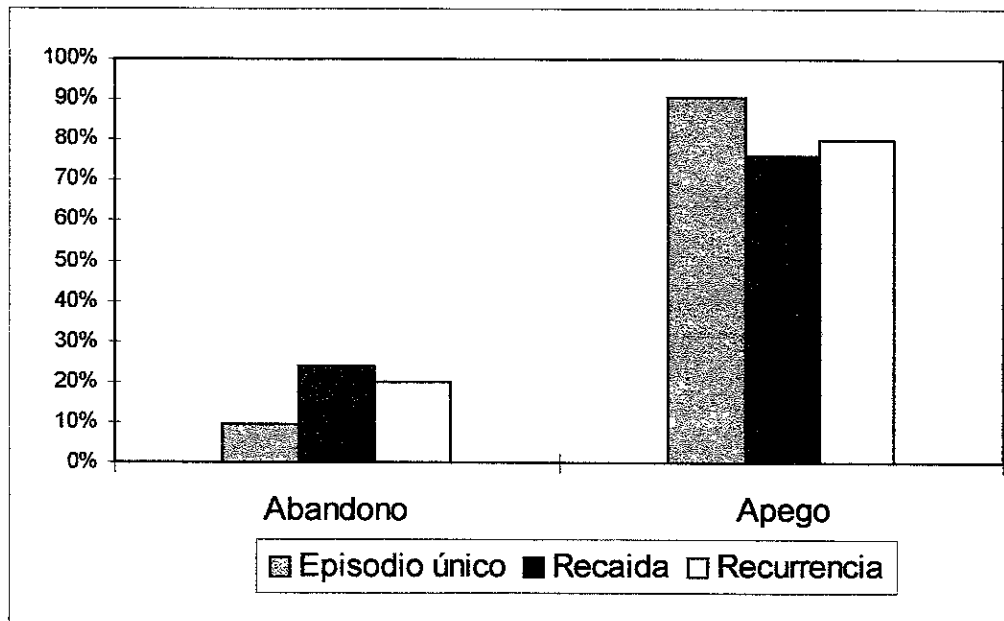
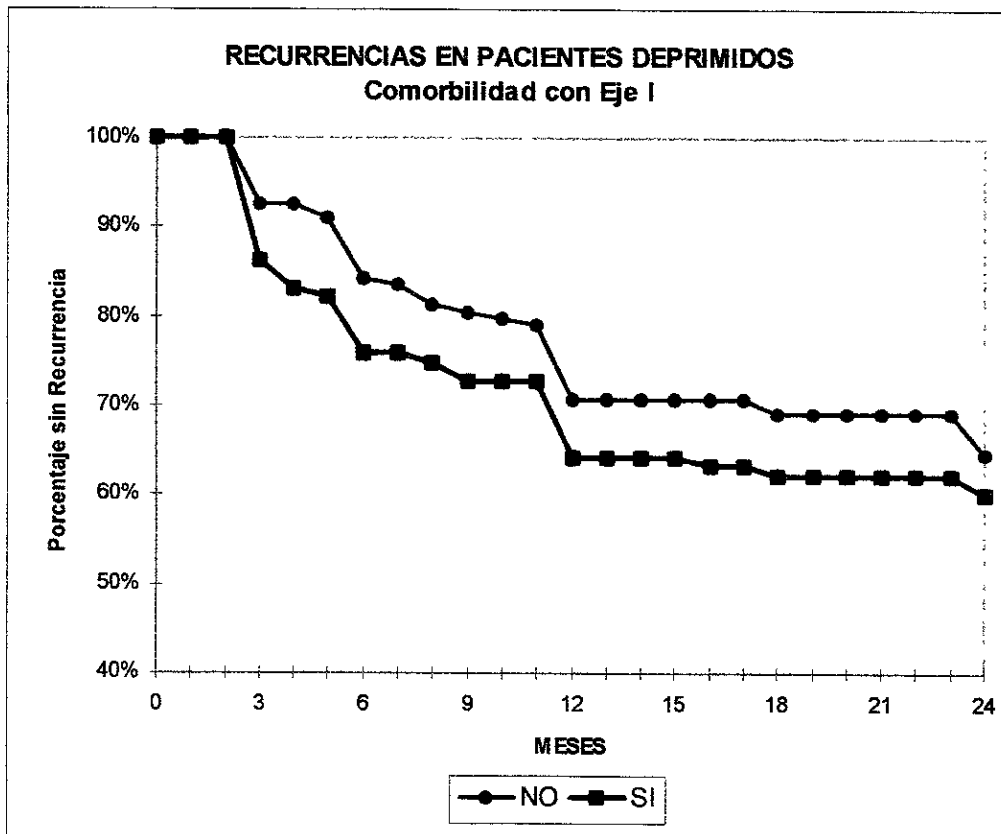


Tabla 1

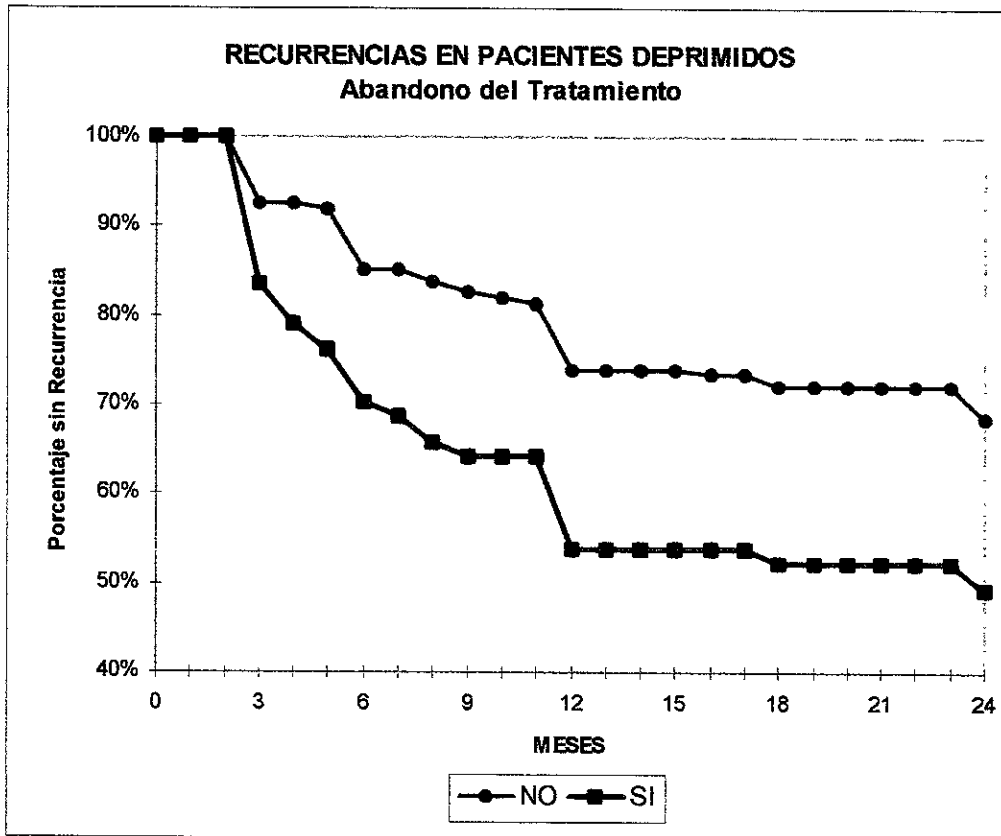
	3 meses	6 meses	12 meses	24 meses	p (log rank)
Global	89.9%	80.7%	68.0%	62.7%	
Estudio NIMH	95.0%	87.0%	75.0%	58.0%	
Género					
Masculino	97.1%	88.6%	71.4%	60.0%	
Femenino	88.6%	79.3%	67.4%	63.2%	0.972
Comorbilidad Eje I					
SI	86.3%	75.8%	64.2%	60.0%	
NO	92.48%	84.2%	70.7%	64.7%	0.359
Comorbilidad Eje II					
SI	87.0%	81.5%	66.7%	64.8%	
NO	90.8%	80.5%	68.4%	62.1%	0.779
Abandono					
SI	83.6%	70.2%	53.7%	49.3%	
NO	92.6%	85.1%	73.9%	68.3%	0.002
Edad					
≤ 40 años	90.7%	84.0%	69.3%	62.7%%	
> 40 años	89.5%	79.1%	67.3%	62.8%	0.855

Probabilidad acumulada de Recurrencia después de un episodio de Depresión mayor.

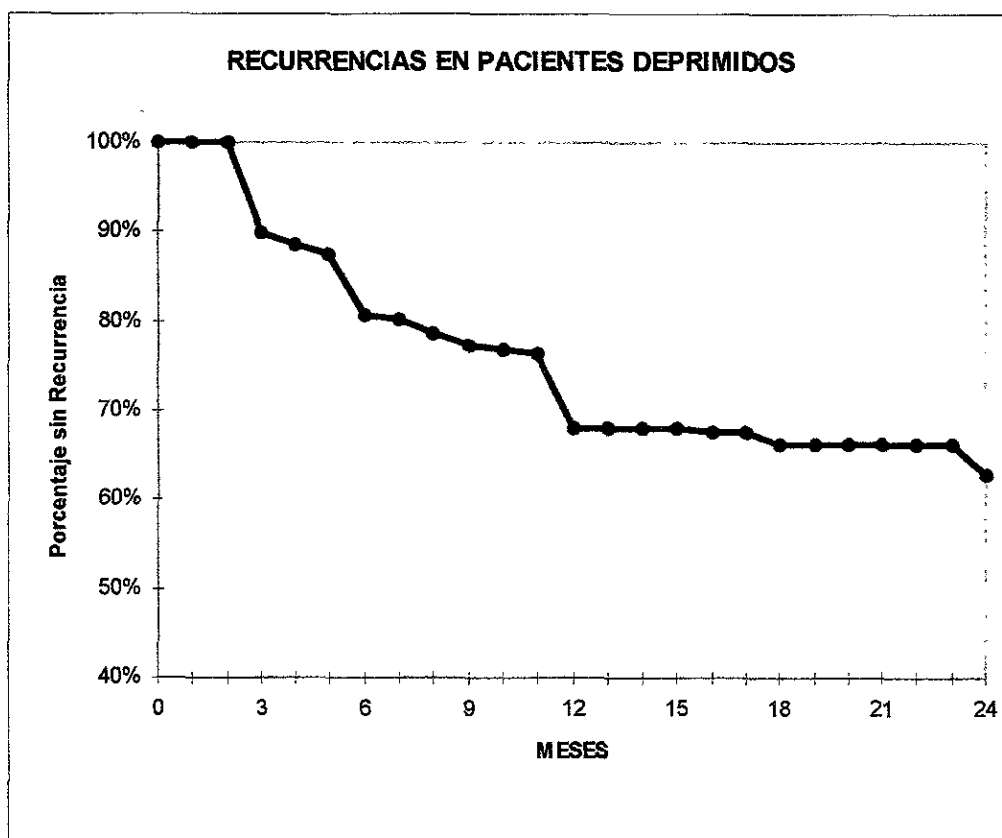
Gráfica 8



Gráfica 9



Gráfica 10



POBLACIÓN GLOBAL